

# Folkehelseoversikt og levekårskartlegging 2023

En oversikt over helsetilstanden  
og påvirkningsfaktorer i Sandefjord

HOVEDFUNN

# Innhold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Oppsummering .....</b>                    | <b>4</b>  |
| <b>1. Innledning .....</b>                   | <b>8</b>  |
| 1.1 Bakgrunn .....                           | 8         |
| 1.2 Utvalg og vurderinger .....              | 8         |
| 1.3 Sosiale helseforskjeller .....           | 13        |
| <b>2. Befolkningssammensetning.....</b>      | <b>14</b> |
| 2.1 Folkemengde .....                        | 14        |
| 2.2 Befolkningsutvikling .....               | 15        |
| 2.3 Befolkningen med innvandrerbakgrunn..... | 17        |
| <b>3. Helsetilstand .....</b>                | <b>20</b> |
| 3.1 Egenvurdert helse.....                   | 20        |
| 3.2 Forventet levealder .....                | 21        |
| 3.3 Sykdomsbyrde.....                        | 22        |
| 3.4 Psykiske plager og lidelser.....         | 22        |
| 3.5 Muskel- og skjelettplager.....           | 26        |
| 3.6 Overvekt og fedme .....                  | 28        |
| 3.7 Kreft .....                              | 30        |
| 3.8 Søvnvansker.....                         | 31        |
| 3.9 Hjerte- og karsykdom .....               | 33        |
| 3.10 Diabetes .....                          | 33        |
| 3.11 Demens .....                            | 34        |
| 3.12 Seksuelt overførbare sykdommer .....    | 34        |
| <b>4. Skader og ulykker .....</b>            | <b>35</b> |
| 4.1 Selvmord og ulykker .....                | 35        |
| 4.2 Vold .....                               | 37        |
| <b>5. Helserelatert atferd .....</b>         | <b>38</b> |
| 5.1 Kosthold .....                           | 38        |
| 5.2 Røyk og snus .....                       | 39        |
| 5.3 Fysisk aktivitet .....                   | 40        |
| 5.4 Alkohol og andre rusmidler .....         | 41        |
| 5.5 Søvnvaner.....                           | 42        |
| 5.6 Vaksinasjon .....                        | 44        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>6. Oppvekst- og levekår.....</b>                           | <b>44</b> |
| 6.1 Oppvekst.....   | 45        |
| 6.2 Økonomi.....  | 47        |
| 6.3 Skole og utdanning.....                                   | 51        |
| 6.4 Mottak av offentlig støtte.....                           | 56        |
| 6.5 Husholdninger og bomiljø.....                             | 59        |
| 6.6 Arbeidstilknytning.....                                   | 63        |
| 6.7 Oppsummert levekårsbilde.....                             | 64        |
| <b>7. Sosialt, fysisk, kjemisk og biologisk miljø.....</b>    | <b>68</b> |
| 7.1 Ensomhet.....   | 68        |
| 7.2 Nærmiljøet.....   | 70        |
| 7.4 Deltagelse i fritidsaktiviteter.....                      | 71        |
| 7.5 Kriminalitet.....   | 72        |
| 7.6 Luftforurensing.....                                      | 74        |
| <b>8. Hovedutfordringer og ressurser for folkehelsen.....</b> | <b>74</b> |
| 8.1 Hovedutfordringer for folkehelsen.....                    | 75        |
| 8.2 Ressurser for folkehelsen.....                            | 76        |
| <b>Litteraturliste.....</b>                                   | <b>78</b> |

# Oppsummering

Folkehelseoversikten gir utdypende kunnskap om folkehelsen i Sandefjord og hva som påvirker helse og trivsel. Nedenfor oppsummeres hovedfunnene.

## Befolknings sammensetning

Sandefjord har en noe eldre befolkning enn resten av landet. Sandefjord står i tillegg foran en periode med lav befolkningsvekst i arbeidsfør alder, og størst vekst i de eldste aldersgruppene. Utviklingen vil utfordre de kommunale tjenestene og dimensjoneringen av det framtidige tilbudet. Med en aldrende befolkning blir det enda viktigere å fremme helse og forebygge sykdom, slik at belastningen på helse- og omsorgstjenestene blir så liten som mulig. Alderssammensetningen påvirkes også av fruktbarheten. Som i resten av landet har fødselsraten i Sandefjord sunket.

Andelen med innvandrerbakgrunn er noe høyere i Sandefjord enn i Vestfold og landet for øvrig og har økt de siste årene.

## Helsetilstand

De fleste i Sandefjord (syv av ti) vurderer helsen sin som god eller svært god. Forventet levealder ved fødsel i Sandefjord for menn og kvinner er henholdsvis 79,9 og 83,9 år. Dette er omtrent som landsgjennomsnittet. Både egenvurdert helse og forventet levealder er sosialt skjevfordelt.

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

Sandefjord ligger høyt på nye krefttilfeller for alle kreftformer som til en viss grad kan forebygges. Nye tilfeller av hudkreft har hatt en spesielt kraftig økning.

Sandefjord har utfordringer knyttet til psykiske plager og lidelser, spesielt blant unge mennesker i arbeidsfør alder. Omfanget av psykiske plager blant barn og unge ser ut til å øke.

Over en tredjedel av ungdomsskoleelevene i Sandefjord rapporterer om søvnvansker, og forekomsten er økende. Over en fjerdedel har vært så trøtt at det har gått ut over skole eller fritid mer enn tre dager i uken.

Forekomst av muskel- og skjelettplager er lavere i Sandefjord sammenlignet med landet. Muskel- og skjelettplager rammer mange allerede i ung alder og forekomsten øker kraftig med økende alder. De siste ti årene har over 100 personer per 1000 innbyggere i aldersgruppen 0-14 år oppsøkt primærhelsetjenesten grunnet muskel- og skjelettplager hvert år (skader ekskludert). Mange av sykdommene knyttet til muskel- og skjelettsystemet henger tett sammen med stillesittende levevaner og delvis overvekt. Overvekt har i flere år vært et økende nasjonalt problem og mange i dagens samfunn har stillesittende arbeid.

## Skader og ulykker

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

Selv mord og ulykker er ledende dødsårsaker for innbyggere i Sandefjord under 45 år, spesielt blant menn. Omtrent åtte personer tar livet sitt i Sandefjord hvert år. To av tre er menn. Selvmordsraten er høyere i Sandefjord sammenlignet med resten av landet, og raten har økt for menn siden 2008.

Raten for anmeldte voldssaker (alle aldre) var lavere i Sandefjord enn resten av landet mellom 2019 og 2021, men har hatt en kraftig økning i 2022. Det har vært en klar nedgang i antall vegtrafikkulykker de siste ti årene.

## Helserelatert atferd

Det er færre som spiser grønnsaker, frukt og bær daglig i Sandefjord sammenlignet med Vestfoldskommunene, men omtrent likt når det kommer til daglig inntak av fisk og sukkerholdig drikke. Kostholdsvaner varierer mye mellom utdanningsnivåer.

I Sandefjord røyker 9 % daglig, noe som er likt med snittet for Vestfold. Det er meget stor forskjell mellom utdanningsgrupper. Røyking er den viktigste enkeltårsaken til sykdom og for tidlig død i Norge. Når det gjelder snus, svarer 12 % i Sandefjord at de snuser daglig, omtrent likt med gjennomsnittet for Vestfoldskommunene.

Kun 20 % av den voksne befolkningen i Sandefjord har minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst fire ganger i uken.

17 % av den voksne befolkningen sier de har et alkoholforbruk månedlig eller oftere som regnes som skadelig. Blant ungdom er alkohol det klart vanligste rusmiddelet. Bruk av cannabis er høyere blant elever i ungdomsskolen sammenlignet med landet, men ikke på videregående. Bruken av andre rusmidler skiller seg ikke vesentlig fra landsnivået.

Over halvparten av ungdom i Sandefjord bruker over fire timer daglig foran en skjerm utenom skoletid. Majoriteten av ungdom i Sandefjord når ikke den anbefalte søvn lengden på åtte timer per natt.

## Oppvekst- og levekår

Nesten én av fem av den voksne befolkningen i Sandefjord rapporterer at de synes det er vanskelig å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige.

Andelen barn i lavinntektshusholdninger etter kommunal lavinntektsgrense er litt høyere enn Norge totalt. Det er stor variasjon internt i Sandefjord.

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

De fleste ungdommene i Sandefjord trives på skolen.

Både Elevundersøkelsen og Ungdata viser høyere forekomst av mobbing i Sandefjord sammenlignet med landet.

Andelen i Sandefjord som fullfører videregående opplæring innen fem år fra oppstart har økt i Sandefjord de siste årene, og gjennomføringsgraden er nå omtrent som landsgjennomsnittet. Det er imidlertid store forskjeller avhengig av foreldrenes utdanningsnivå, men det har vært en positiv utvikling de siste årene for alle utdanningsnivåer. Fordelt på innvandrerbakgrunn har norskfødte med innvandrerforeldre den høyeste gjennomføringsgraden i Sandefjord, og har også hatt den største økningen. Selv om det har vært en positiv utvikling de siste årene for graden av gjennomføring fra videregående opplæring, har Sandefjord en høy andel unge voksne (21-29 år) som ikke har fullført videregående opplæring innen fem år. Andelen unge (15-29 år) som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring er høyere i Sandefjord sammenlignet med resten av landet og de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Ettersom Sandefjord kommune ikke har et høyskole- og universitetstilbud vil den delen av befolkningen som søker seg høyere utdanning flytte ut av kommunen og ikke inngå i statistikken for disse aldersgruppene.

Andelen unge uføre (18-44 år) er betydelig høyere i Sandefjord enn landsgjennomsnittet. Over flere år har andelen eldre uføretrygdede i Norge gått ned, mens blant de unge (18-29 år) har andelen økt.

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

## **Sosialt, fysisk, kjemisk og biologisk miljø**

De aller fleste trives i nærmiljøet, opplever stor grad av trygghet og er fornøyd med tilbud og tilganger i nærområdet. Unntaket er tilfredshet med lokaler til å treffe andre unge på fritiden.

Ungdata 2021 viser at 15 % av ungdomsskoleelever og 13 % av videregåendeskoleelever i Sandefjord er veldig mye plaget av ensomhet. Ensomhet er mer utbredt blant jenter enn blant gutter. Ensomhet blant ungdom har økt over tid i hele Norge, også før pandemien. Sandefjord har hatt større økning enn Norge og kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Blant den voksne befolkningen i Sandefjord rapporterer 12 % om ensomhet. Flere yngre enn eldre er ensomme, og flere med lav utdanning er ensomme enn personer med høy utdanning.

Ungdommer med høy sosioøkonomisk status<sup>1</sup> er generelt mer aktive i organiserte fritidsaktiviteter enn ungdommer med lav sosioøkonomisk status. 67 % av ungdom fra familier med høy sosioøkonomisk status oppgir at de deltar i fritidsaktiviteter, mens 40 % av ungdommer fra familier med lav sosioøkonomisk status oppgir det samme. Også i

---

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

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner vi sosial ulikhet i deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter mellom høyeste og laveste utdanningsnivå.

Det har vært en markant økning i antall anmeldelser av voldssaker der gjerningsperson er under 18 år. Politiet rapporterer at økningen ses i sammenheng med smitteverntiltak under koronapandemien som gjorde ungdommene mer avhengig av digitale hjelpemidler for sosial samhandling. Smitteverntiltakene kan ha forsterket sårbarhetsfaktorer for kriminalitet som sosioøkonomiske forskjeller og utenforskap.

Konsentrasjonen av svevestøv i Sandefjord kommune var i 2021 beregnet til 6,1 µg/m<sup>3</sup>, og dermed over luftkvalitetskriteriet som angir et nivå der de fleste kan eksponeres uten helseskade.

## Hovedutfordringer og ressurser

En ujevn fordeling av indikatorer på helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen etter sosioøkonomisk status er en gjennomgående trend gjennom folkehelseoversikten. Personer med høyere utdanning og/eller inntekt har gjennomgående bedre helse, færre skader, bedre helseatferd og opplever mer sosial støtte, mestring og livskvalitet sammenliknet med personer med lavere utdanning. Sandefjord har et lavere utdanningsnivå sammenlignet med landet, og det kan forklare noe av grunnen til at Sandefjord havner likt eller under landsgjennomsnittet på en rekke folkehelseindikatorer.

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

### Oppvekst- og levekår

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

### Helserelatert atferd

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

Sentrale ressurser for folkehelsen i Sandefjord, som er viktige å ta i bruk i møtet med hovedutfordringene er nærmiljøkvaliteter, eksisterende innsats mot utenforskap, positiv utvikling i andel som gjennomfører videregående opplæring og et tydelig folkehelseperspektiv i kommuneplanens samfunnsdel.

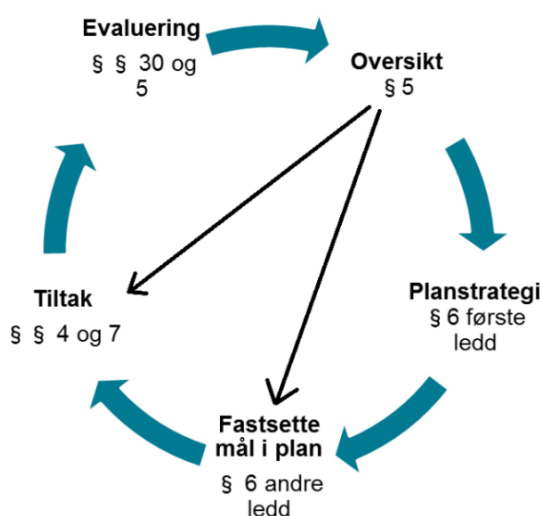
# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Lov om folkehelsearbeid gir kommunen i oppgave å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Det skal utarbeides en oversikt hvert fjerde år, og denne skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

Hensikten med oversikten er å identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, og å vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (Lov om folkehelsearbeid § 5).

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



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

## 1.2 Utvalg og vurderinger

Folkehelseoversikten bygger på data fra SSB, Folkehelseinstituttet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sør-Øst politidistrikt (anmeldt kriminalitet), samt ulike nasjonale dataregistre. I tillegg er det denne gangen innhentet utvidet datasett for Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 fra Folkehelseinstituttet og Ungdataundersøkelsen 2021 fra NOVA. Noen av funnene fra Folkehelseundersøkelsen og Ungdata er

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

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

Kilde: Lov om folkehelsearbeid.



tatt med i denne oversikten. Til levekårskartleggingen er det bestilt standardiserte indikatorsett på levekårssonenivå fra SSB for 2020. Enkelte av tallene avviker fra tilsvarende publisert statistikk.

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

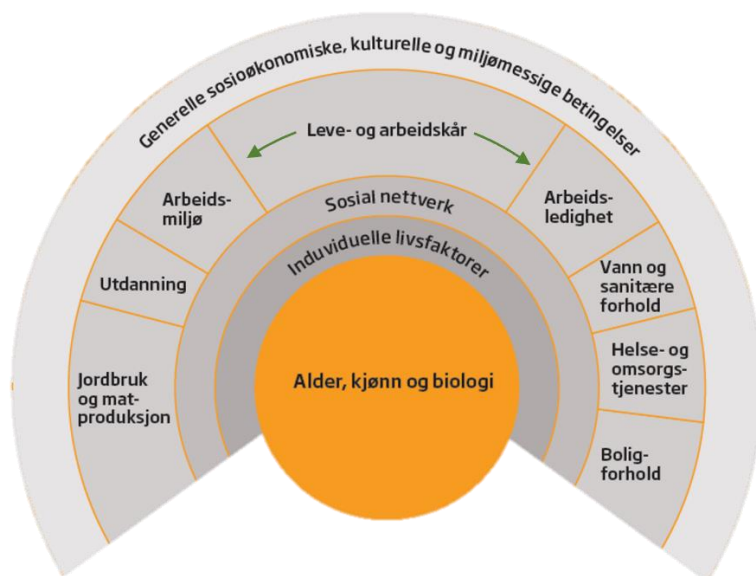


Figur 2: De seks temaene i folkehelseoversikten og sammenhengen mellom dem. Kilde: Helsedirektoratet.

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

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

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



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

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

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

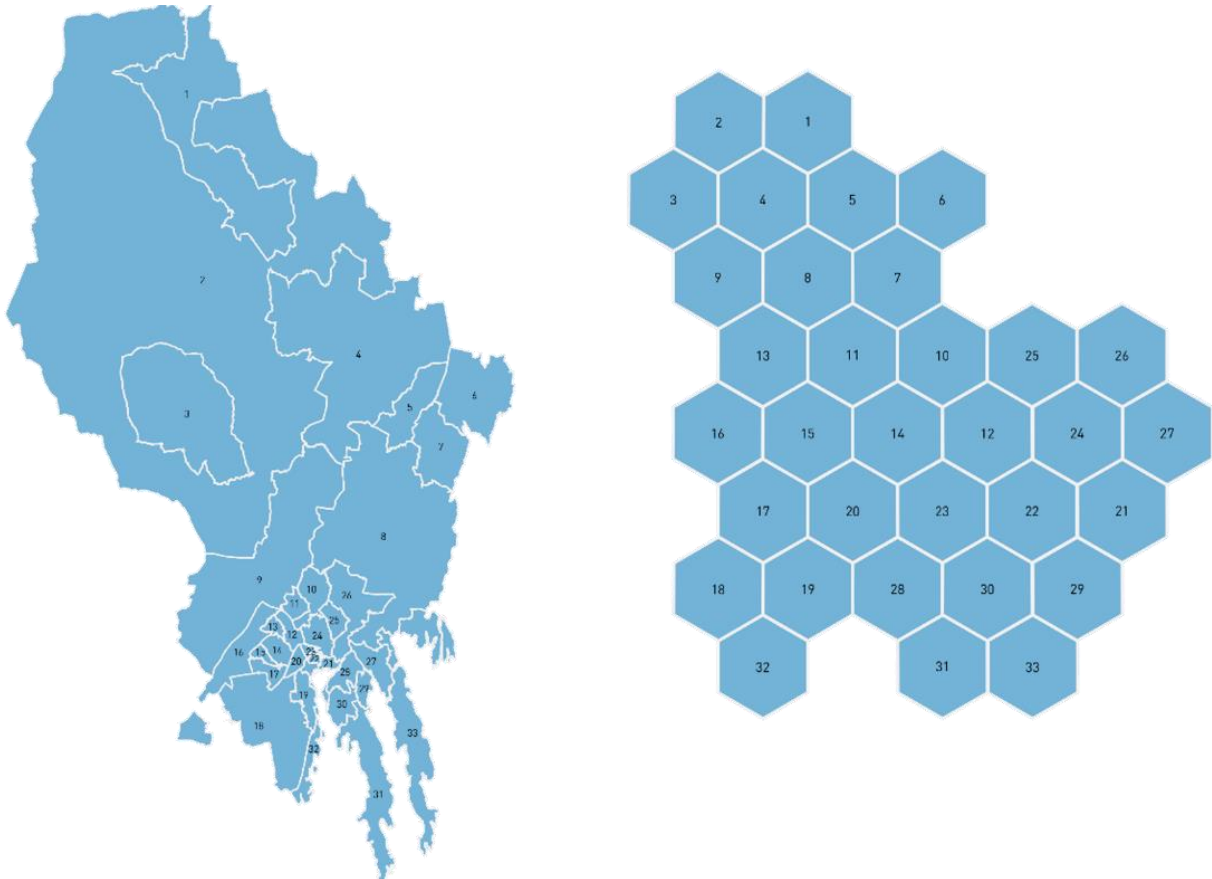
En oversikt over levekårsforhold i mindre geografiske områder i kommunen, kalt levekårssoner, gir grunnlag for målrettede tiltak i videre kommuneplanlegging. Man kan finne styrker og utfordringer i de enkelte områdene, og identifisere opphopning av utfordringer. Dersom vi kun hadde sett på data for Sandefjord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

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

## Fremstilling av levekårsindikatorer

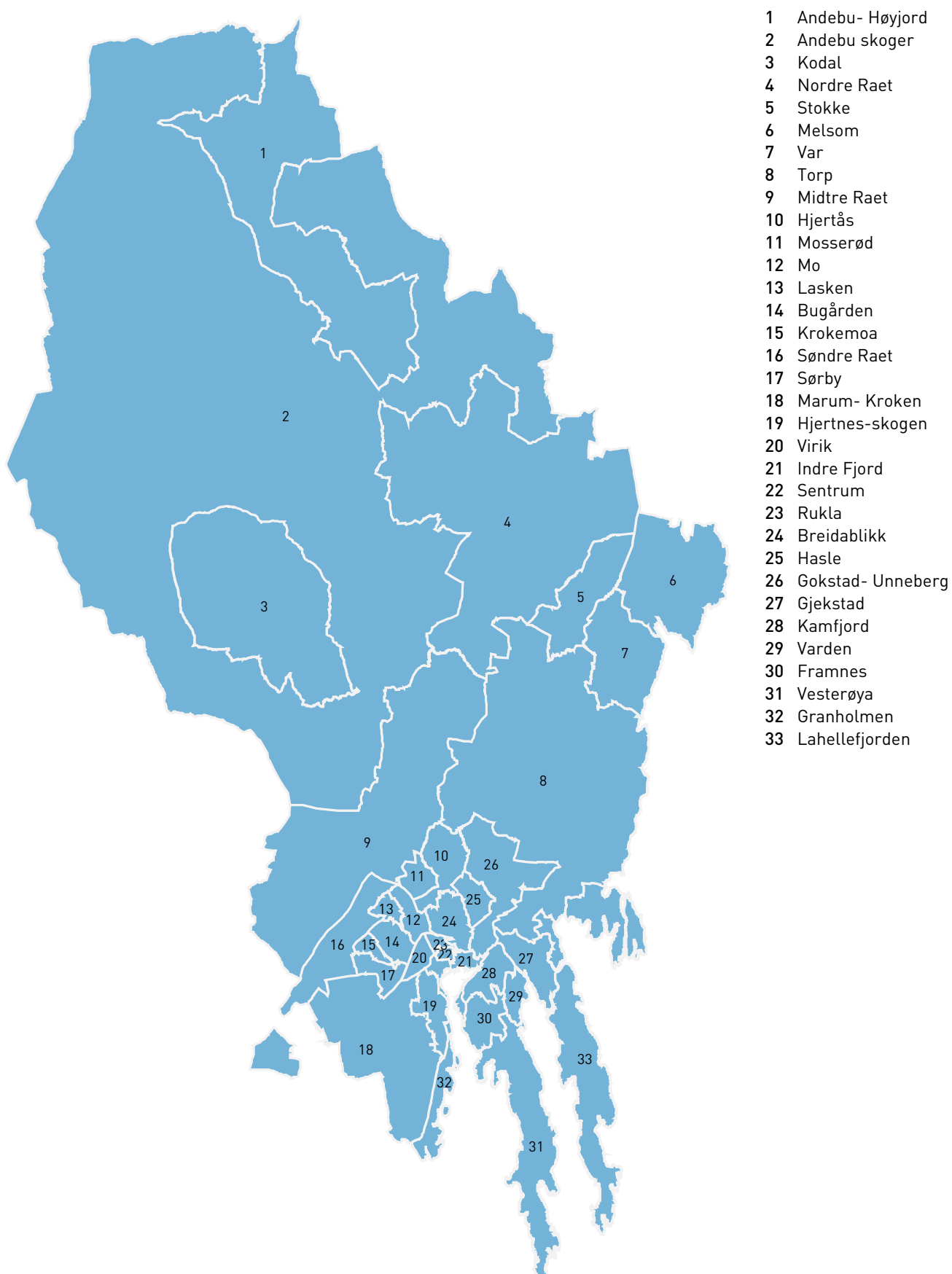
I presentasjonen av resultatene brukes fargekart med fem klasser i fargesjatteringer fra lys blå til mørk blå. Med unntak av indikatoren *median inntekt etter skatt* brukes mørkere farge dess høyere verdi.

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



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

Figur 5 viser et større kart med oversikt over de 33 levekårssonene i Sandefjord.



Figur 5: Kart for Sandefjord kommune inndelt i 33 levetårssoner.

## Sammenstilling av levekårsindikatorer

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

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

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

### 1.3 Sosiale helseforskjeller

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

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

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

## 2. Befolknings sammensetning

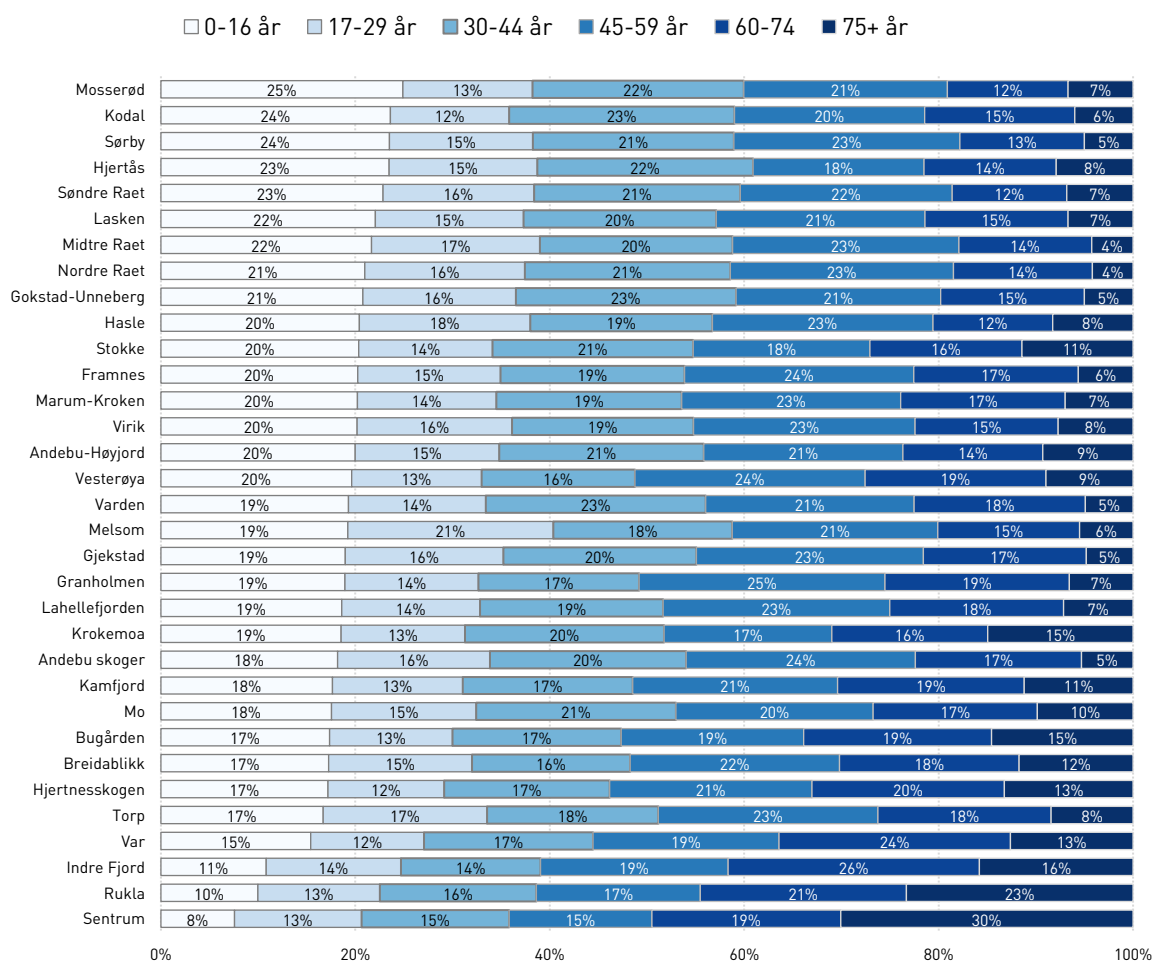
I dette kapittelet presenteres egenskaper ved befolkningen i Sandefjord. Dette er relevant bakgrunnskunnskap for å forklare folkehelseutfordringene. Befolkningens størrelse og sammensetning er i endring, og ulike helseutfordringer knyttes til ulike grupper. Nøkkeltall om befolkningen er derfor viktig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

### 2.1 Folkemengde

Folkemengde i Sandefjord per 1. jan.

| 2013          | 2023          | 2033          |
|---------------|---------------|---------------|
| <b>61 573</b> | <b>65 574</b> | <b>69 083</b> |

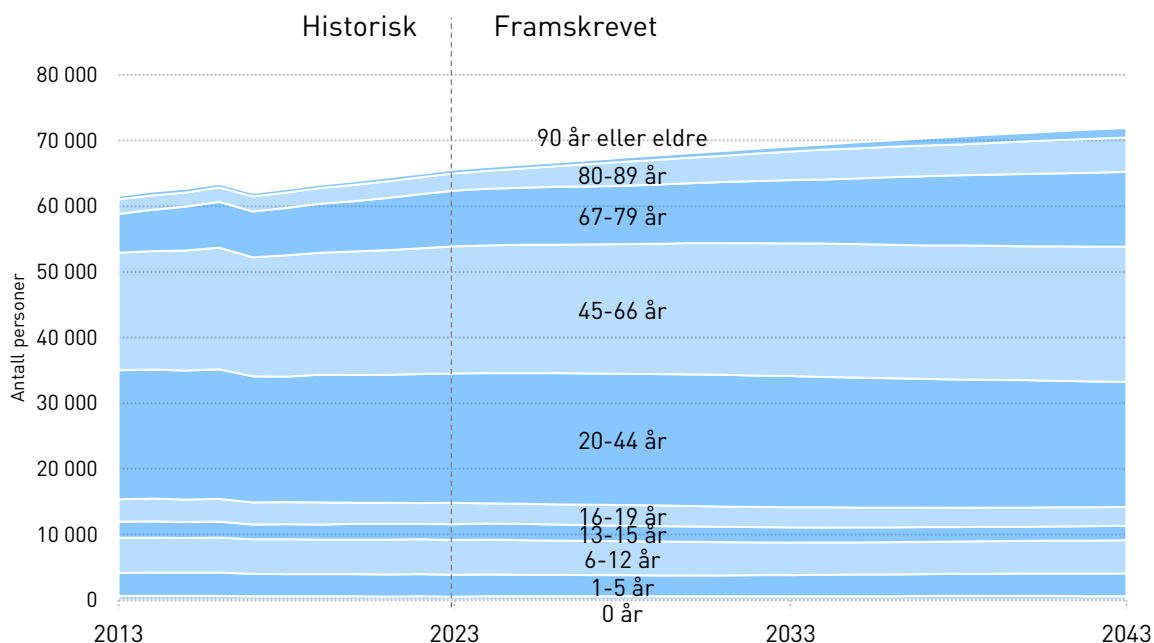
Aldersfordeling i levekårssonene



Figur 6: Antall personer per aldersgruppe per 31.12.2022 / Folkemengde per 31.12.2022. Kilde: SSB/KOMPAS.

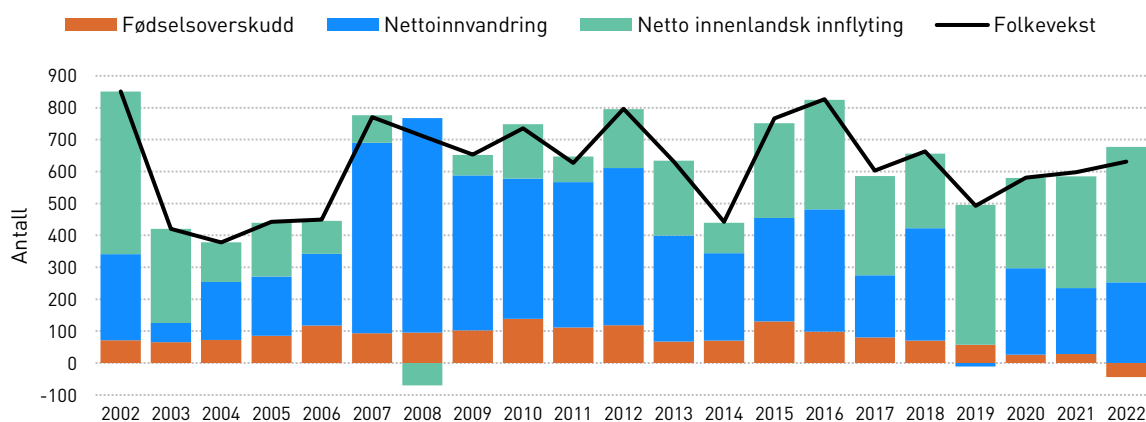
## 2.2 Befolkningsutvikling

Sandefjord har en noe eldre befolkning enn resten av landet. Sandefjord står i tillegg foran en periode med lav befolkningsvekst i arbeidsfør alder, og størst vekst i de eldste aldersgruppene. Utviklingen vil utfordre de kommunale tjenestene og dimensjoneringen av det framtidige tilbudet. Med en aldrende befolkning blir det enda viktigere å fremme helse og forebygge sykdom, slik at belastningen på helse- og omsorgstjenestene blir så liten som mulig.



Figur 7: Historisk og framskrevet folketall i Sandefjord. Framskrivning SSBs hovedalternativ (MMMM). Kilde: SSB, tabell 07459 og tabell 13600.

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



Figur 8: Årlig folkevekst i Sandefjord fordelt på fødselsoverskudd, netto innenlandskflytting og nettoinnvandring. Kilde: SSB, tabell 01223.

## Barneutflyttinger

2020

Sandefjord

**13,9 %**

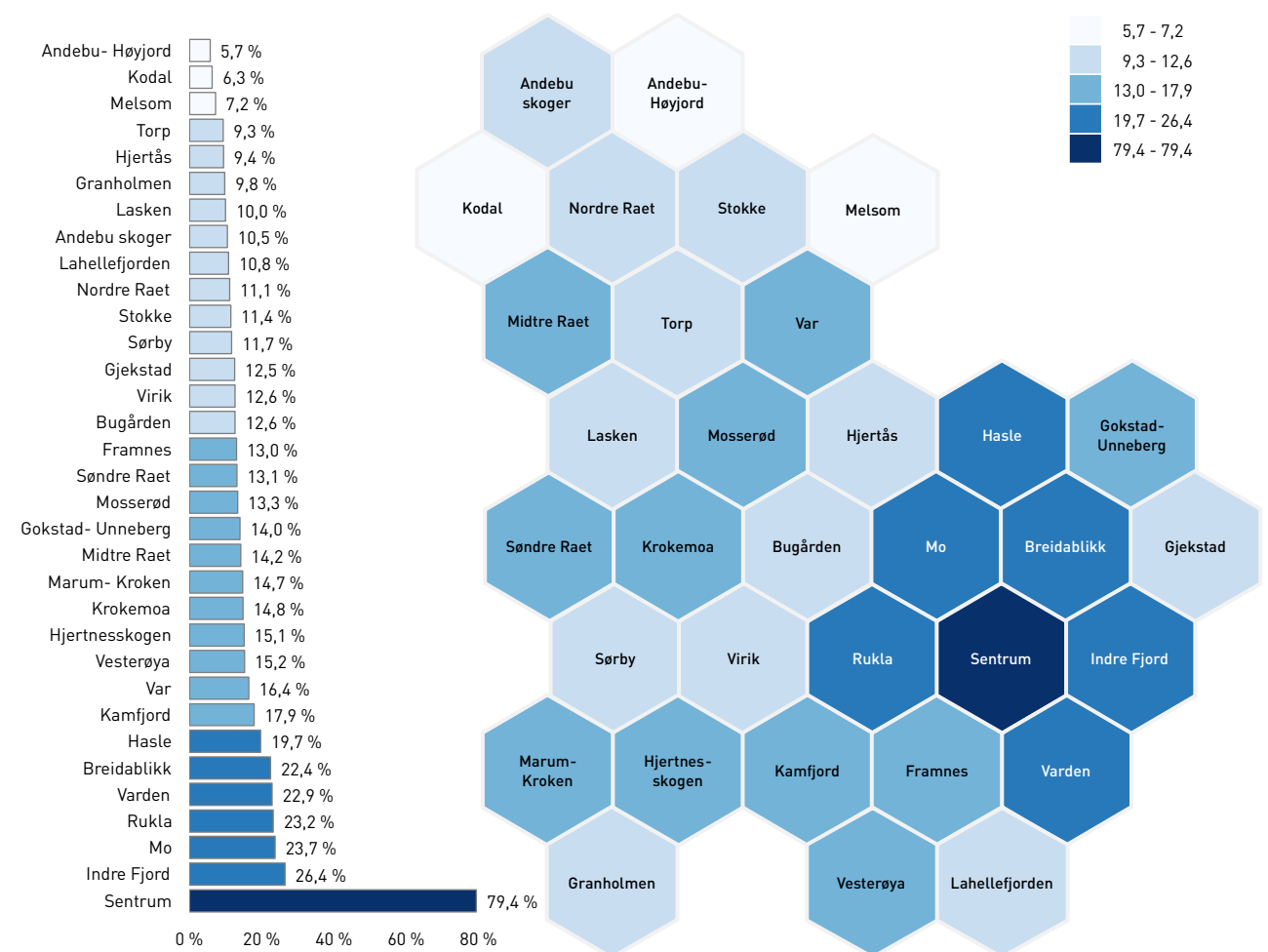
↑ +7,7 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**5,7 %**

↓ -0,7 prosentpoeng fra 2016

Andelen barneutflyttinger er betraktelig høyere i Sandefjord sammenlignet med hele landet<sup>2</sup>. Figur 9 viser at den store forskjellen sannsynligvis skyldes ekstremverdien i Sentrum sone. I 2016 var andelen i Sandefjord omtrent lik som landet samlet. I antall er det ikke unormalt mange barneutflyttinger fra Sentrum sone, men i forhold til antall barn blir andelen høy. Bortsett fra Sentrum sone, ser vi at det er mange utflyttinger også i andre sentrumsnære soner som Indre Fjord, Mo, Rukla, Varden og Breidablikk.



Figur 9: Utflytting av personer 0-5 år i løpet av 2020 / Middelfolkemengde 0-5 år i 2020. Kilde: SSB

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

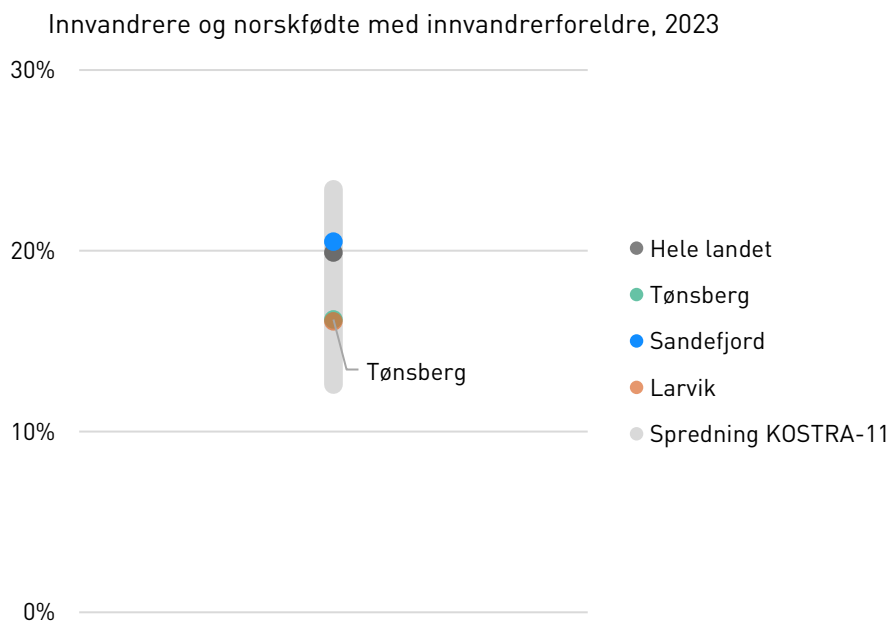


Andel barn som flytter ut av sonen kan være en indikasjon på levekårene i en sone. Dette kan f.eks. gjelde størrelse på bolig eller bomiljø generelt, tilgang til friområder og andre nærmiljøkvaliteter. Stor flytteaktivitet kan innebære lite stabilitet og kan derfor påvirke muligheten for et stabilt sosialt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

## 2.3 Befolkningen med innvandrerbakgrunn

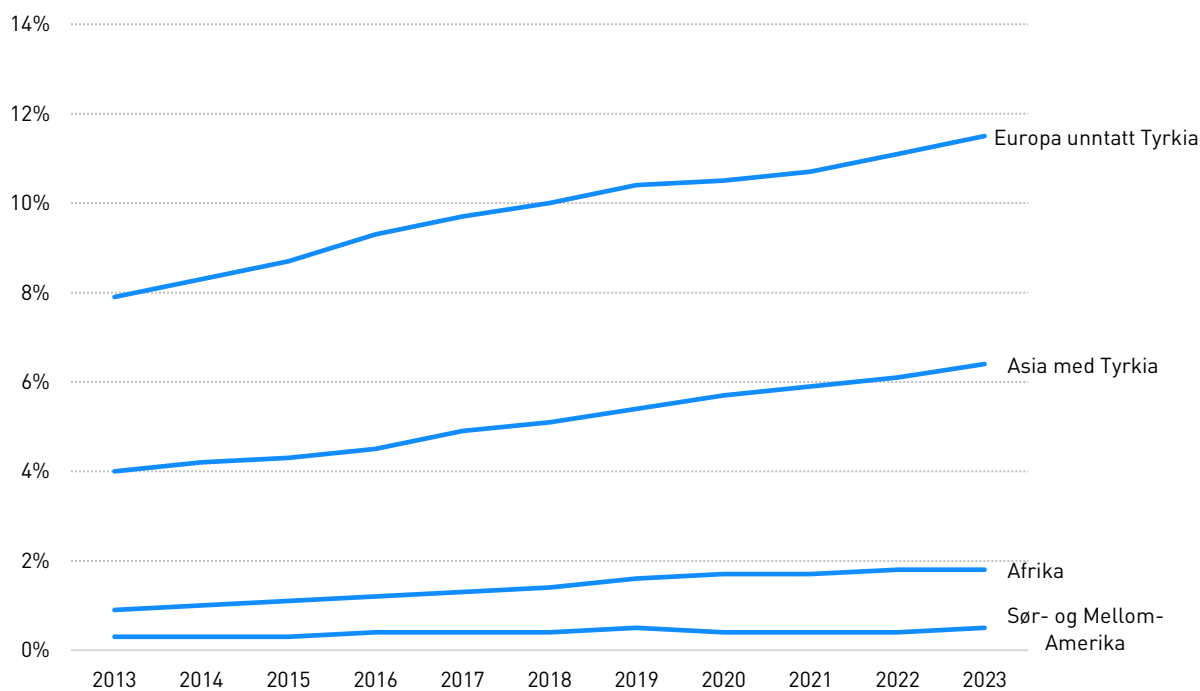
SSB definerer innvandrere som personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet.

Figur 10 viser at andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er litt høyere i Sandefjord (20,5 %) enn Norge totalt (19,9 %), og i øvre sjiktet sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11.



Figur 10: Andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet i 2023. Grått felt indikerer spredning for kommunene i KOSTRA-gruppe 11. Kjønn samlet, alle aldre. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Det har vært en jevn økning i andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i både Norge og Sandefjord kommune over mange år. Utvikling over tid fordelt på landbakgrunn viser at den største veksten i Sandefjord består av personer med bakgrunn fra Europa unntatt Tyrkia og Asia med Tyrkia (figur 11).



Figur 11: Andel personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar (fordelt på landbakgrunn), i prosent av befolkningen. Kjønn samlet, alle aldre. Kilde: KommuneHelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

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

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

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

2020

Sandefjord

**15,4 %**

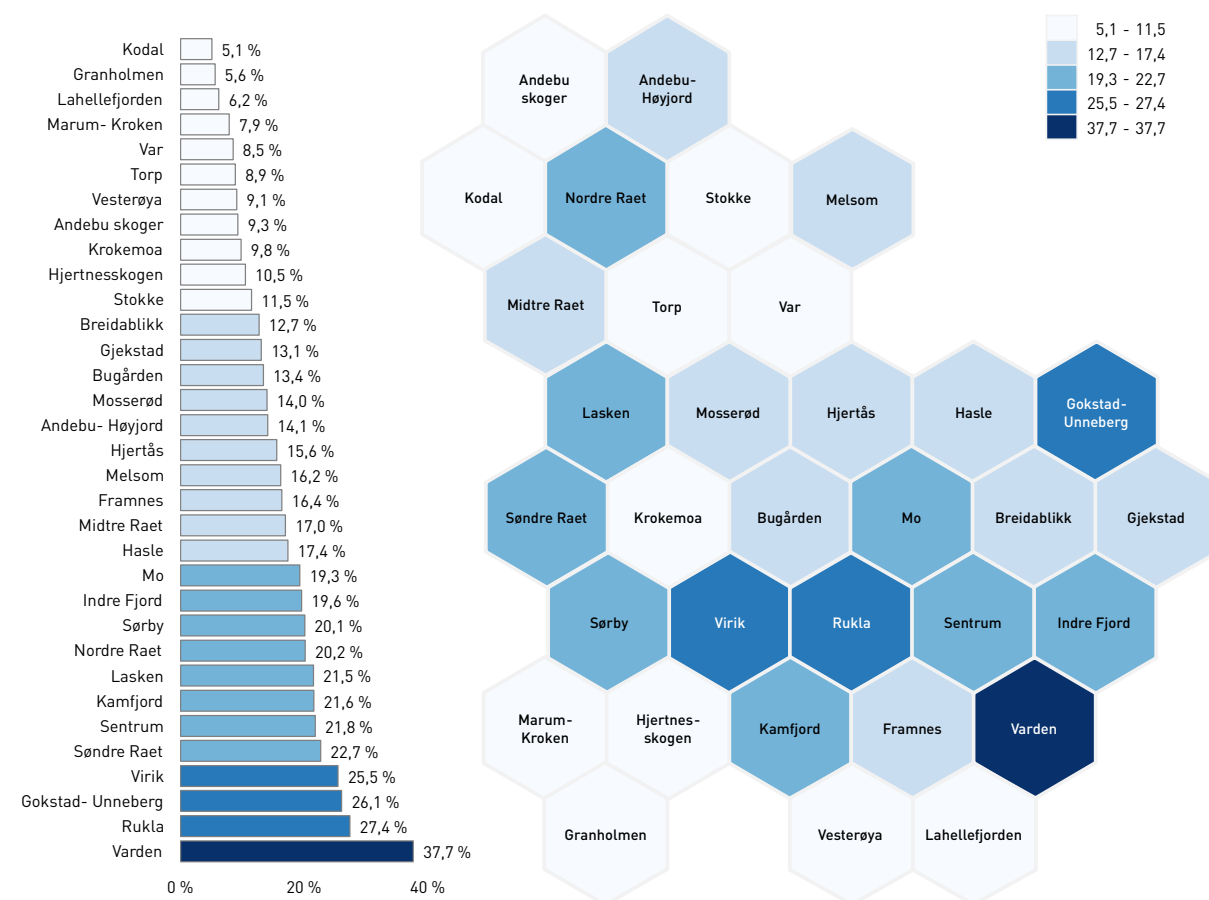
↑ +2,5 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**15,2 %**

↑ +1,6 prosentpoeng fra 2016

Figur 12 viser at levekårssonen Varden har den høyeste andelen personer med innvandrerbakgrunn fra Øst-Europa, Asia, Afrika og Latin-Amerika med 37,7 %. Det er 22,4 prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for Sandefjord som helhet, og 10,3 prosentpoeng høyere enn sonen med nesthøyeste andel, Rukla med 27,4 %. Sonene Kodal og Granholmen har den laveste andelen med 5,1 % og 5,6 %.



Figur 12: Antall innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre fra Øst-Europa (inkl. land fra tidligere Øst-Europa som nå er medlem av EU), Asia, Afrika og Latin-Amerika per 1.1.2021 / Folkemengde per 1.1.2021. Kilde: SSB

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

### 3. Helsetilstand

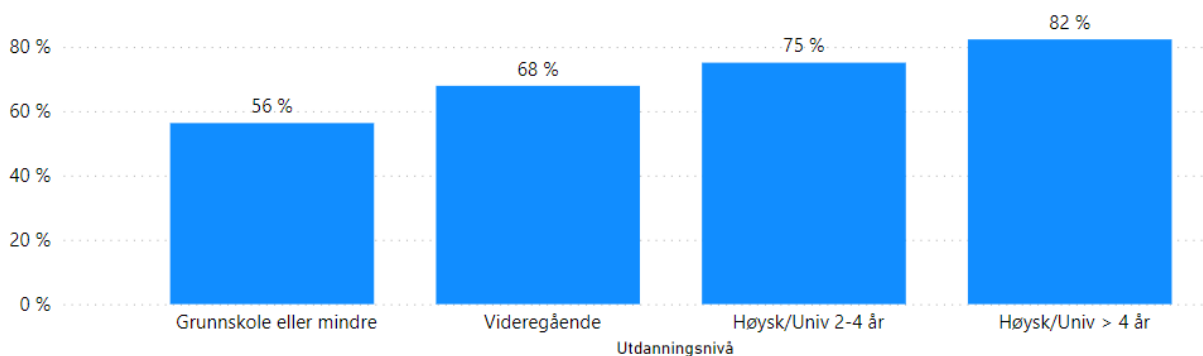
Dette kapittelet gir en oppdatert oversikt over helsetilstanden i Sandefjord. Det finnes mange helseindikatorer som sammen kan gi oss et overordnet bilde av status for befolkningen. Kunnskap om sykdomsbyrden i befolkningen er avgjørende for å peke ut viktige påvirkningsfaktorer for helsetilstanden. I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

#### 3.1 Egenvurdert helse

Syv av ti i Sandefjord vurderer helsen sin som god eller svært god. Fra figur 13 kan vi imidlertid se at egenvurdert helse varierer etter utdanningsnivå, og at det skiller hele 26 prosentpoeng mellom personer i Sandefjord med lavest og høyest utdanningsnivå. Andel som i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer varierer også med utdanningsnivå (figur 14).

God eller svært god helse

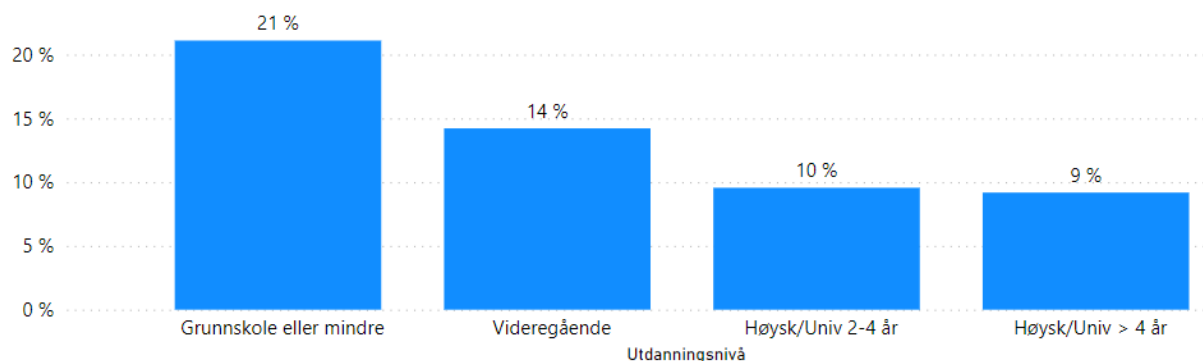
Sandefjord



Figur 13: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som svarte at de har god eller svært god helse i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

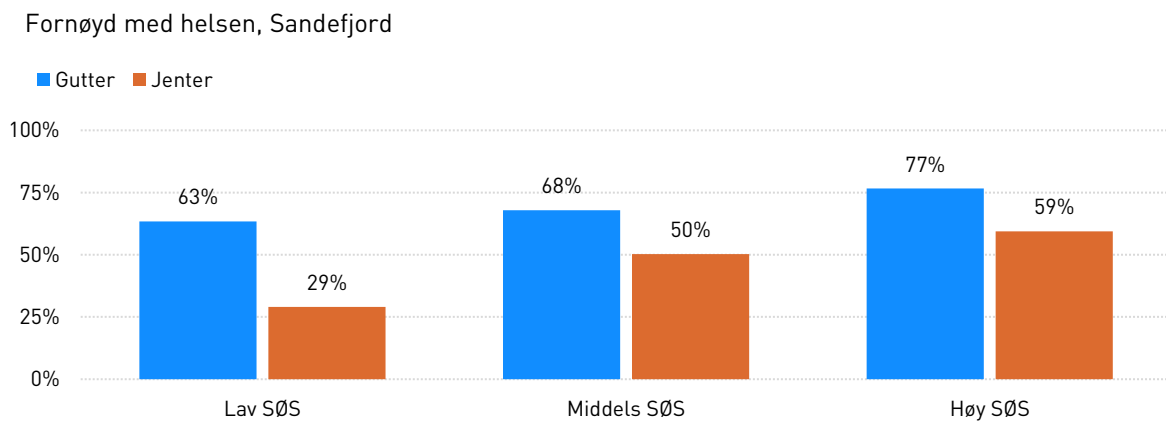
I stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Sandefjord



Figur 14: Andelen av den voksne befolkningen i Sandefjord som svarte at de i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

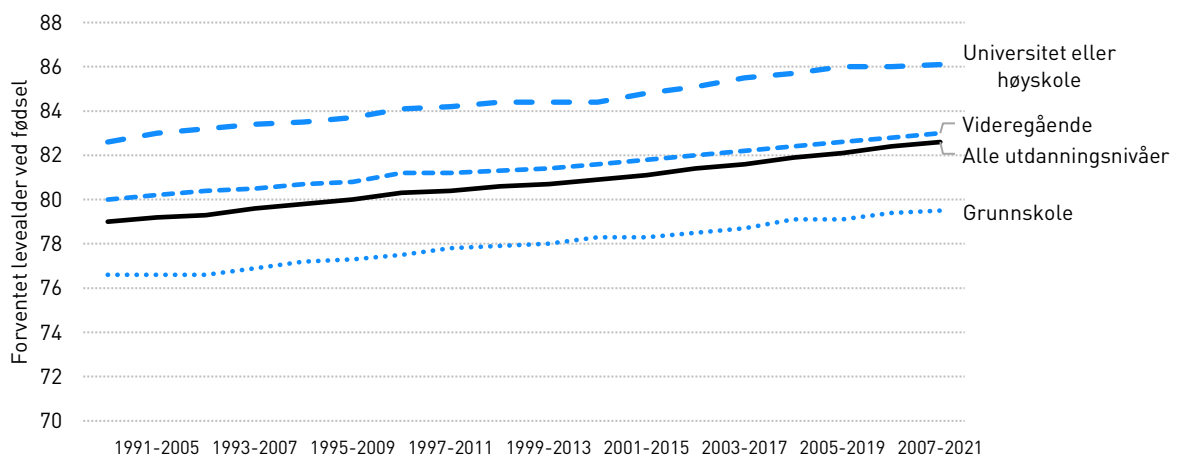
Ungdata 2021 finner at 63 % av ungdomsskoleelever var litt eller svært fornøyd med helsen, mot 68 % for Norge totalt. Blant videregående skoleelever i Sandefjord var 61 % fornøyd med helsen og 64 % i landet samlet. Gutter er mer fornøyd med helsen enn jenter både i Sandefjord og landet samlet. Figur 15 viser at andelen ungdommer som er fornøyd med helsen varierer med familiens sosioøkonomiske status. Det er blant jenter at det er størst forskjell i andel som er fornøyd med helsen fordelt på sosioøkonomisk bakgrunn. Blant guttene er det mindre forskjell.



Figur 15: Andel gutter og jenter i Sandefjord som svarer at de er litt eller svært fornøyd med helsen i Ungdata 2021 fordelt på familiens sosioøkonomiske status (SØS). Ungdomsskole- og videregående skoleelever samlet. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

## 3.2 Forventet levealder

Forventet levealder ved fødsel for menn og kvinner er henholdsvis 79,9 og 83,9 år, som er omtrent likt som landsgjennomsnittet. For perioden 2007-2021 var det 6,6 år forskjell i forventet levealder i Sandefjord mellom personer med høyskole eller universitetsutdanning og personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå. Forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsnivåene har vært relativt stabil siden 90-tallet, med en variasjon mellom 6,0 og 6,9 år.



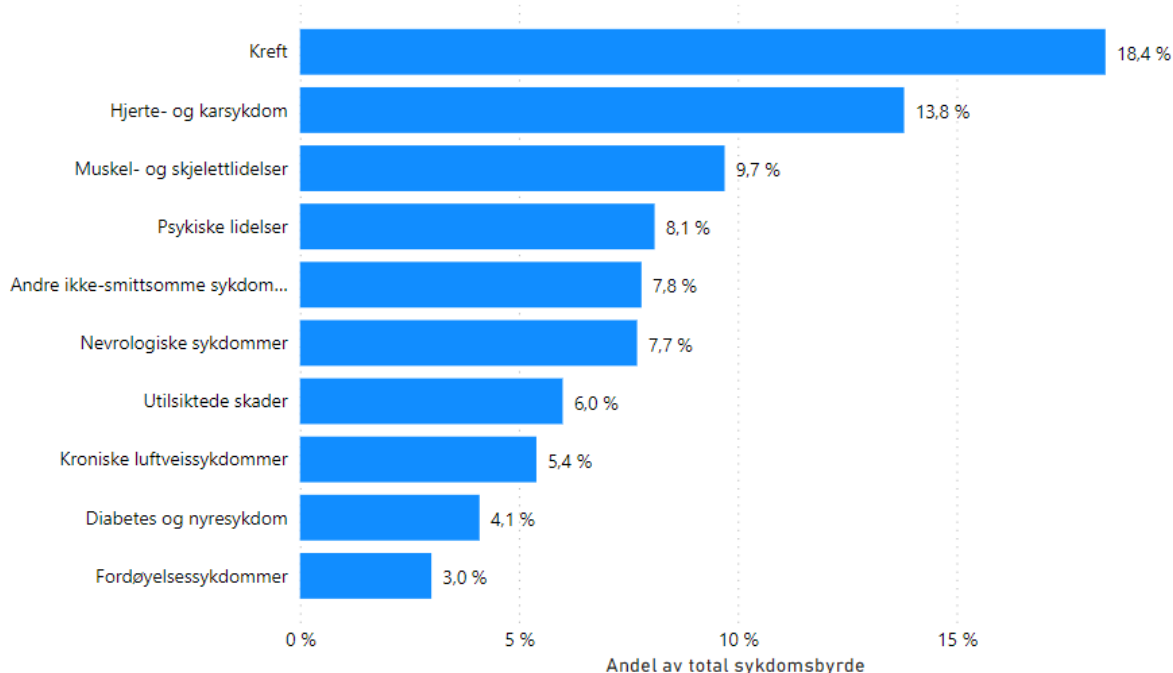
Figur 16: Forventet levealder ved fødsel i Sandefjord fordelt på utdanningsnivå. Statistikken viser gjennomsnitt for 15-årsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. OBS: avkortet y-akse.

### 3.3 Sykdomsbyrde

Sykdomsbildet i Norge domineres av ikke-smittsomme sykdommer, som forårsaket omtrent 87 % av den totale sykdomsbyrden i 2019. En stor andel av den norske befolkningen lever mange år med sykdom. Ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, kols, rusmiddellidelser, psykiske lidelser og demens er viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn i Norge. Sykdomsbyrden som skyldes helsetap, er i stor grad preget av muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser. Disse tilstandene rammer de fleste aldersgrupper, men utgjør en spesielt stor andel av helsetapet blant unge og de i arbeidsfør alder.

#### De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge

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



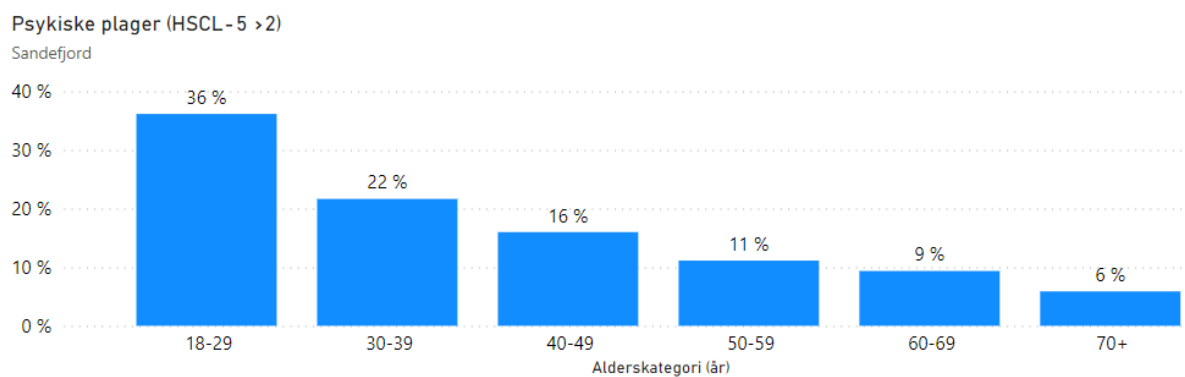
Figur 17: De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge (2019). Fremstilt som andel av totale rate (alle årsaker) av helsetapsjusterte leveår (DALY). Kilde: [Folkehelseinstituttet, 2022](#)

### 3.4 Psykiske plager og lidelser

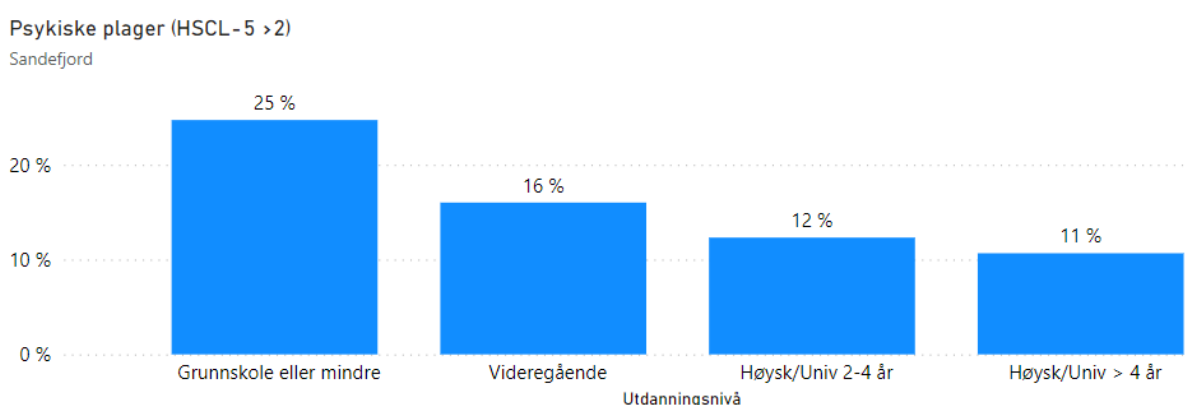
Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser ([Folkehelseinstituttet, 2023a](#)). Psykiske plager beskriver plager som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Psykiske lidelser blir først brukt når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt. Ved psykiske lidelser foreligger det som oftest et uttalt tap av funksjon, for eksempel i forhold til jobb, skole og familie.

## Selvrapporterte psykiske plager

Folkehelseundersøkelsen 2021 viser at 15 % av befolkningen i Sandefjord opplevde symptomer på angst og depresjon den siste uken, og det er stor variasjon fordelt på aldersgrupper (figur 18) og utdanningsnivå (figur 19).

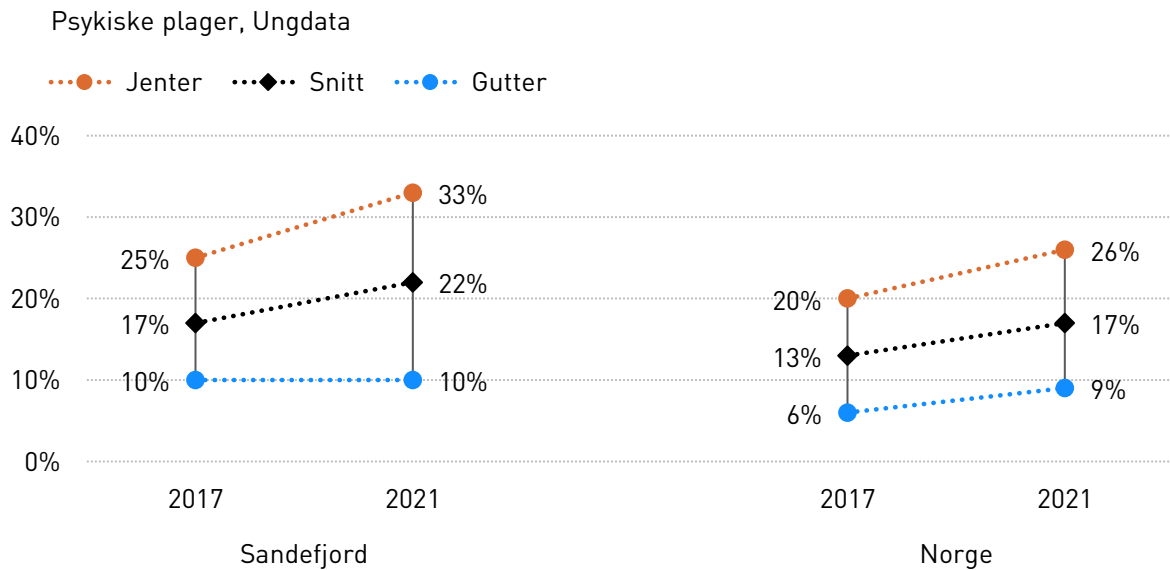


Figur 18: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som opplevde høy skår på psykiske plager (HSCL>2) i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 20221, fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.



Figur 19: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som opplevde høy skår på psykiske plager (HSCL>2) i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 20221, fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Figur 20 viser at andelen ungdomsskoleelever med mange psykiske plager er høyere i Sandefjord sammenlignet med landet samlet i både 2017 og 2021. Begge årene var det en betydelig kjønnsforskjell. Det var en kraftig økning i andel jenter i Sandefjord som rapporter om mange psykiske plager fra 2017 til 2021, men ingen endring blant gutter.

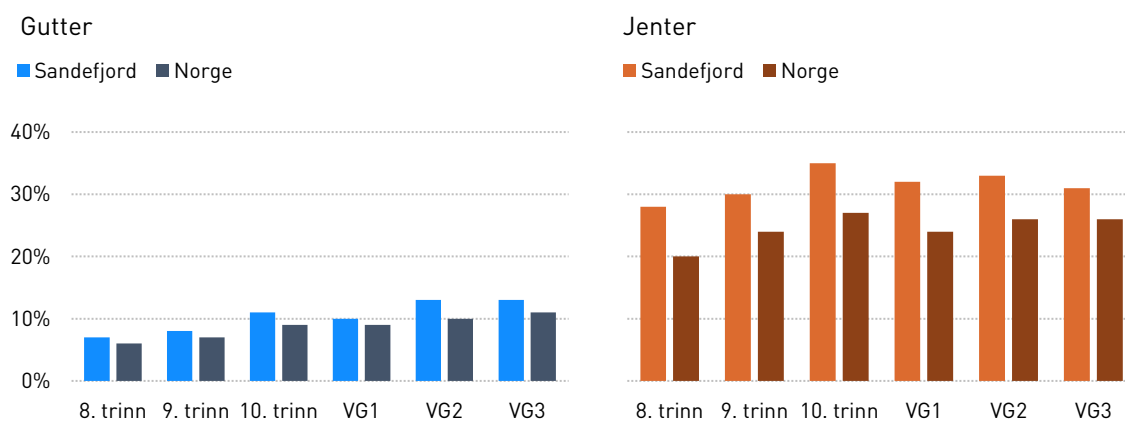


Figur 20: Andel ungdomsskoleelever som har hatt mange psykiske plager de siste sju dagene i Sandefjord og Norge, fordelt på kjønn. Kilde: Ungdata.

#### Slik måles psykiske plager måles i Ungdata

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

Figur 21 viser at flere jenter i alle klassetrinn i Sandefjord enn i hele landet opplever så mye press at de har problemer med å takle det. Guttene ligger også over landsnittet i alle klassetrinn, men forskjellen er ikke like stor. Det er en markant kjønnsforskjell.

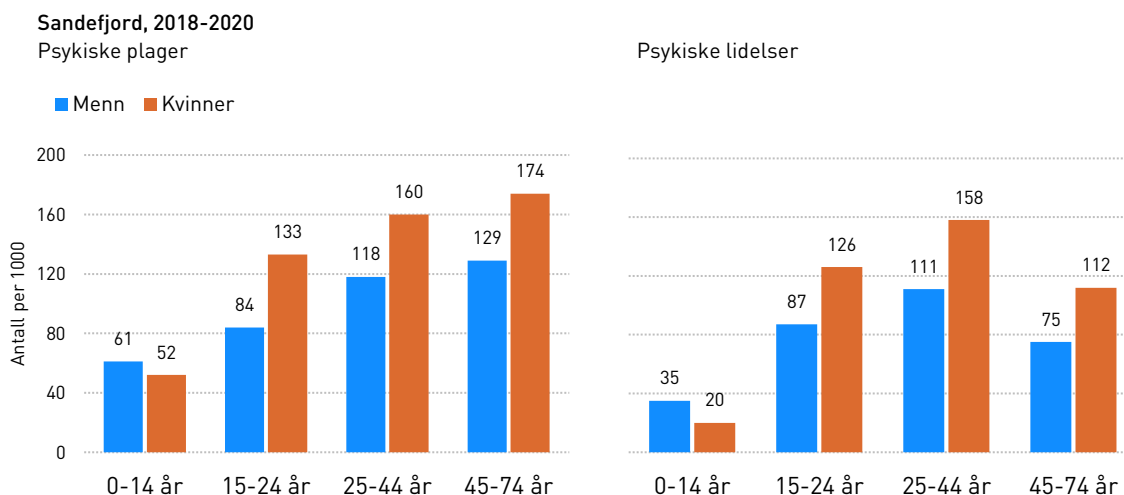


Figur 21: Andel elever som svarer at de i løpet av siste uke i stor eller svært stor grad har opplevd så mye press at de har hatt problemer med å takle det i Ungdata 2021. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord og Norge. Kilde: Ungdata.



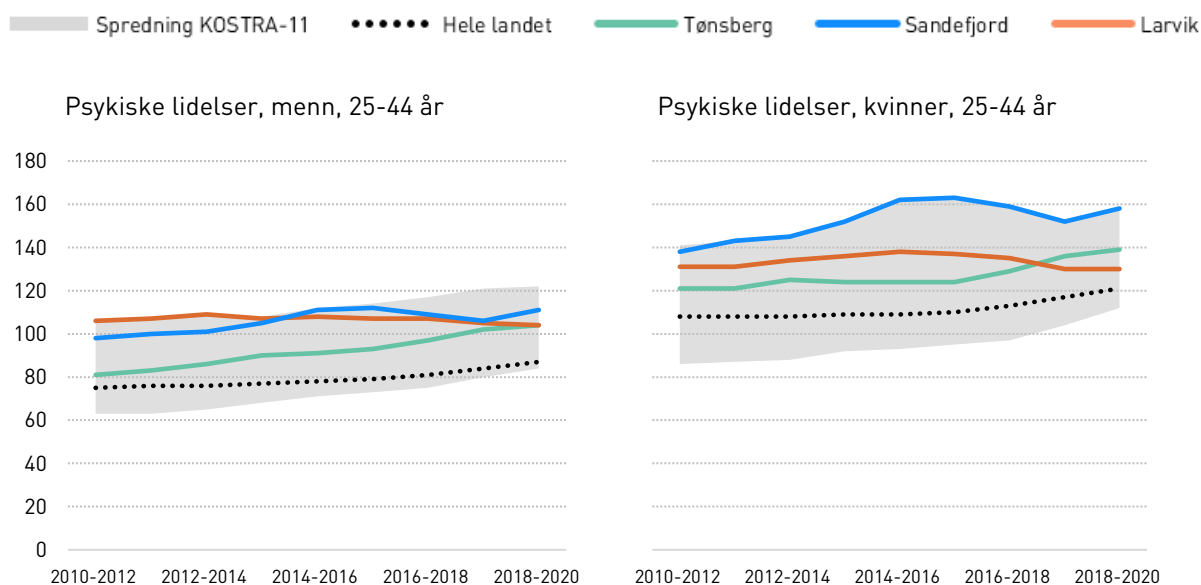
## Diagnoser på psykiske plager og lidelser

For å få en indikasjon på diagnoser på psykiske plager og lidelser, må vi se til hvor mange som er i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet disse diagnosene. Figur 22 viser at forekomsten av psykiske plager starter tidlig og øker med alderen. Det samme mønsteret ser vi for psykiske lidelser, men med en litt lavere forekomst blant aldersgruppen 45-74 år. Kvinner har høyere forekomst i alle aldersgrupper bortsett fra 0-14 år.



Figur 22: Antall brukere i primærhelsetjenesten per 1000 innbyggere per år for psykiske plager og psykiske lidelser i Sandefjord for treårsperioden 2018-2020. Fordelt på alder og kjønn. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

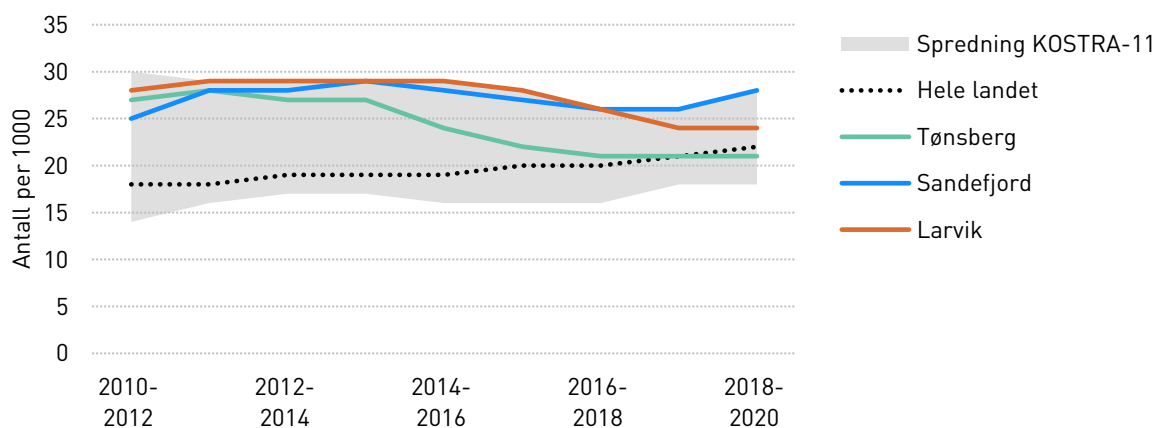
Figur 23 viser at forekomsten av psykiske lidelser blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år har vært høyest blant kommune i KOSTRA-gruppe 11 siden 2010. Det var en nedgang mellom 2015-2017 og 2017-2019, for så å øke igjen til 2018-2020. Forekomsten av psykiske lidelser blant menn i Sandefjord følger samme mønster.



Figur 23: Antall per 1000 innbyggere som tok kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og landet samlet i aldersgruppen 25-44 år, fordelt på kjønn. Grått felt indikerer

spredning for KOSTRA-gruppe 11. Tre års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Forekomsten av psykiske lidelser er også høyere i Sandefjord sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 for aldersgruppen 0-14 år (figur 24).



Figur 24: Antall per 1000 innbyggere som tok kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og landet samlet i aldersgruppen 0-14 år, kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Tre års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet.

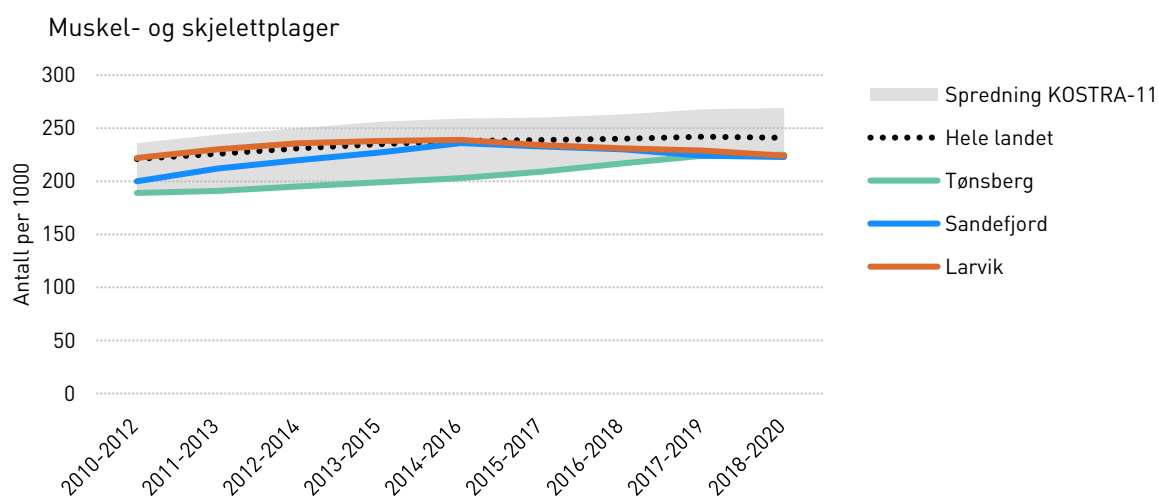
Viktige risikofaktorer for psykiske plager og lidelser blant unge er søvnvansker, mobbing og ensomhet ([Folkehelseinstituttet, 2019](#)), lav sosioøkonomisk status og økonomiske problemer ([Folkehelseinstituttet, 2023a](#)). Skjermtid er også assosiert med psykiske vansker hos ungdom. Sandefjord har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

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

## 3.5 Muskel- og skjelettplager

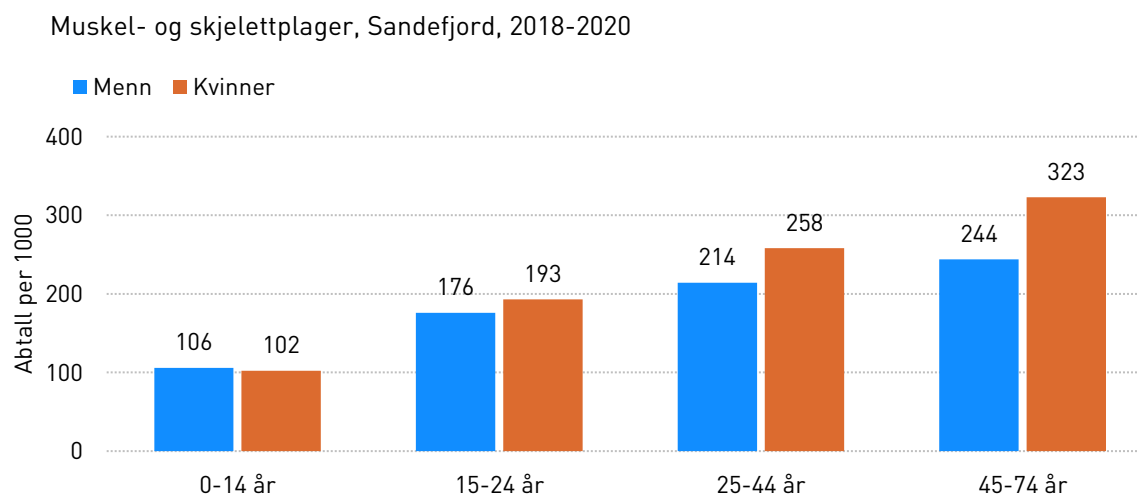
Forekomsten av muskel- og skjelettplager er lavere i Sandefjord sammenlignet med landet. Muskel- og skjelettplager er ikke bare vanlig hos voksne, men også hos barn. Muskel- og skjelettplager rammer mange allerede i ung alder forekomsten øker kraftig med økende alder. De siste ti årene har over 100 personer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

Antall som brukere i primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager per 1000 innbyggere 0-74 år, er lavere i Sandefjord (223) enn landet som helhet (241) per år i perioden 2018-2020 (figur 25).



Figur 25: Antall brukere i primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor) per 1000 innbyggere per år for muskel- og skjelettplager i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. 0-74 år, kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 3-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnssammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 26 viser at forekomsten av muskel- og skjelettplager starter tidlig og øker med alderen. Allerede i aldersgruppen 0-14 år er over 100 personer per 1000 innbyggere i kontakt med primærhelsetjenesten med muskel- og skjelettplager.

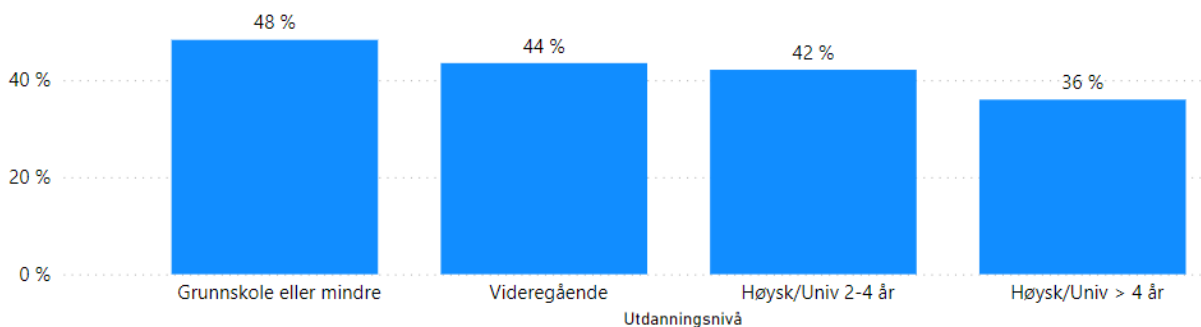


Figur 26: Antall brukere i primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor) per 1000 innbyggere per år for muskel- og skjelettplager i Sandefjord for 3-årsperioden 2018-2020. Fordelt på alder og kjønn. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner at 42 % av befolkningen i Sandefjord har opplevd nakkesmerter siste måned, og 42 % har opplevd korsryggsmerter. For både nakke- og korsryggsmerter er forekomsten høyere blant kvinner enn blant menn. I tillegg ser vi en tydelig sosial gradient som følger utdanningsnivå. Figur 27 viser forskjellen i andel med korsryggsmerter fordelt på utdanningsnivå.

### Korsryggsmerter siste 28 dager

Sandefjord



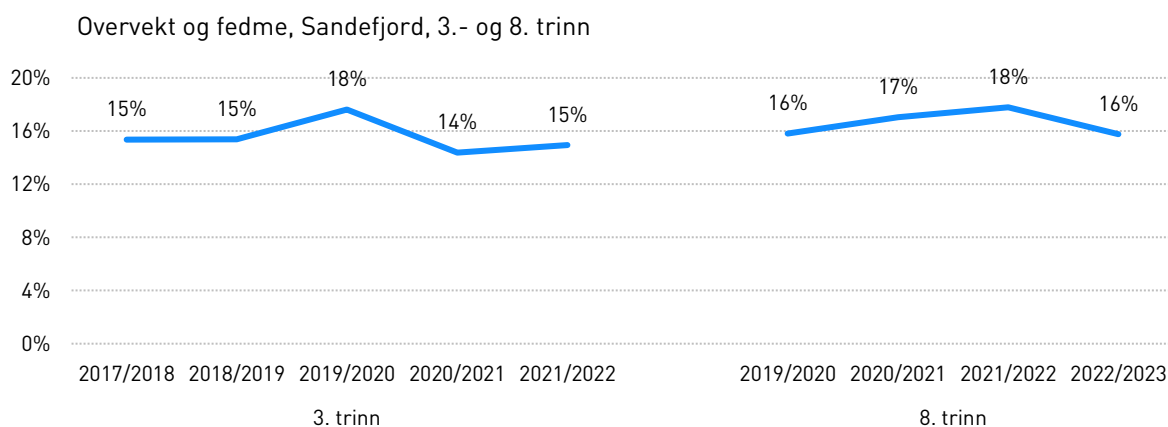
Figur 27: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har opplevd korsryggsmerter siste 28 dager i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

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

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

## 3.6 Overvekt og fedme

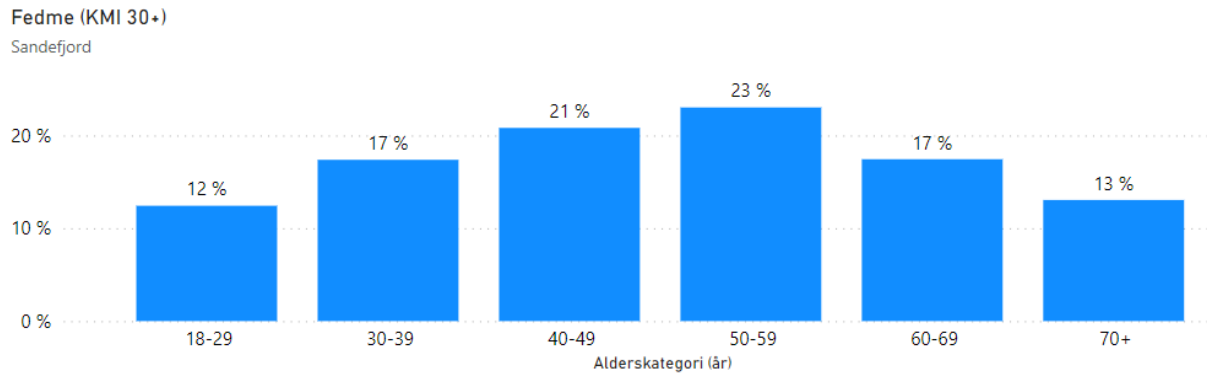
Tall fra rutinemessig veiing i skolehelsetjenesten i Sandefjord finner at 15 % av 3. klassingene og 16 % av 8. klassingene har overvekt og fedme i skoleåret 2021/2022 (figur 28). Det er ikke vesentlige kjønnsforskjeller. Nasjonale undersøkelser finner tilsvarende resultater.



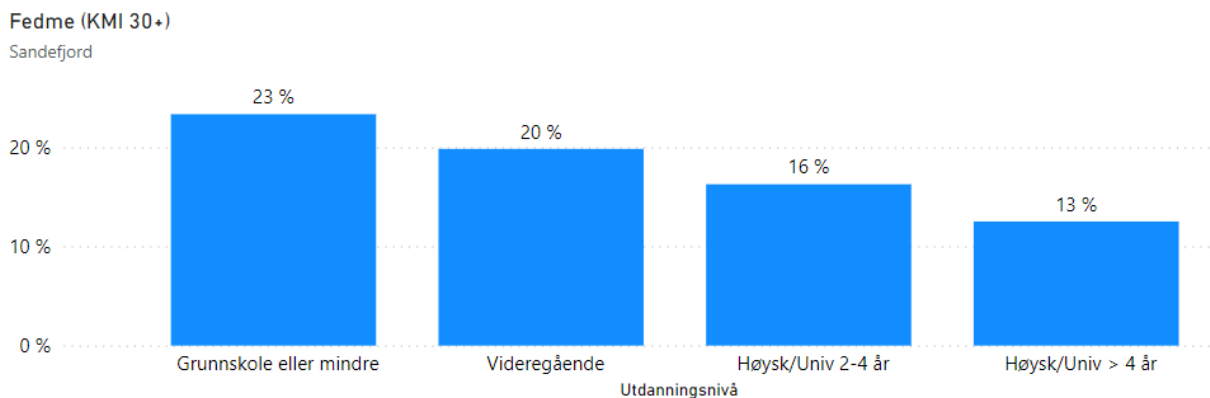
Figur 28: Utvikling over tid for andel elever i 3.- og 8. trinn i Sandefjord med ISO-KMI kategori overvekt og fedme i prosent av antall elever veid ved rutinemessig veiing i skolehelsetjenesten. Kilde: Sandefjord kommune.

For 18-åringene har andelen økt, og 22 % av gutter og jenter i Sandefjord rapporterer om overvekt eller fedme ved sesjon. Forekomsten er den samme som resten av landet.

I Folkehelseundersøkelsen 2021 oppga 18 % av befolkningen i Sandefjord at de hadde fedme, dvs. KMI over 30. Gjennomsnitt for landet i 2020 var 16,5 % ([Folkehelseinstituttet, 2023b](#)). Det er en betydelig forskjell i andel med fedme mellom aldersgrupper (figur 29) og utdanningsnivåer (figur 30).



Figur 29: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har en KMI over 30 i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

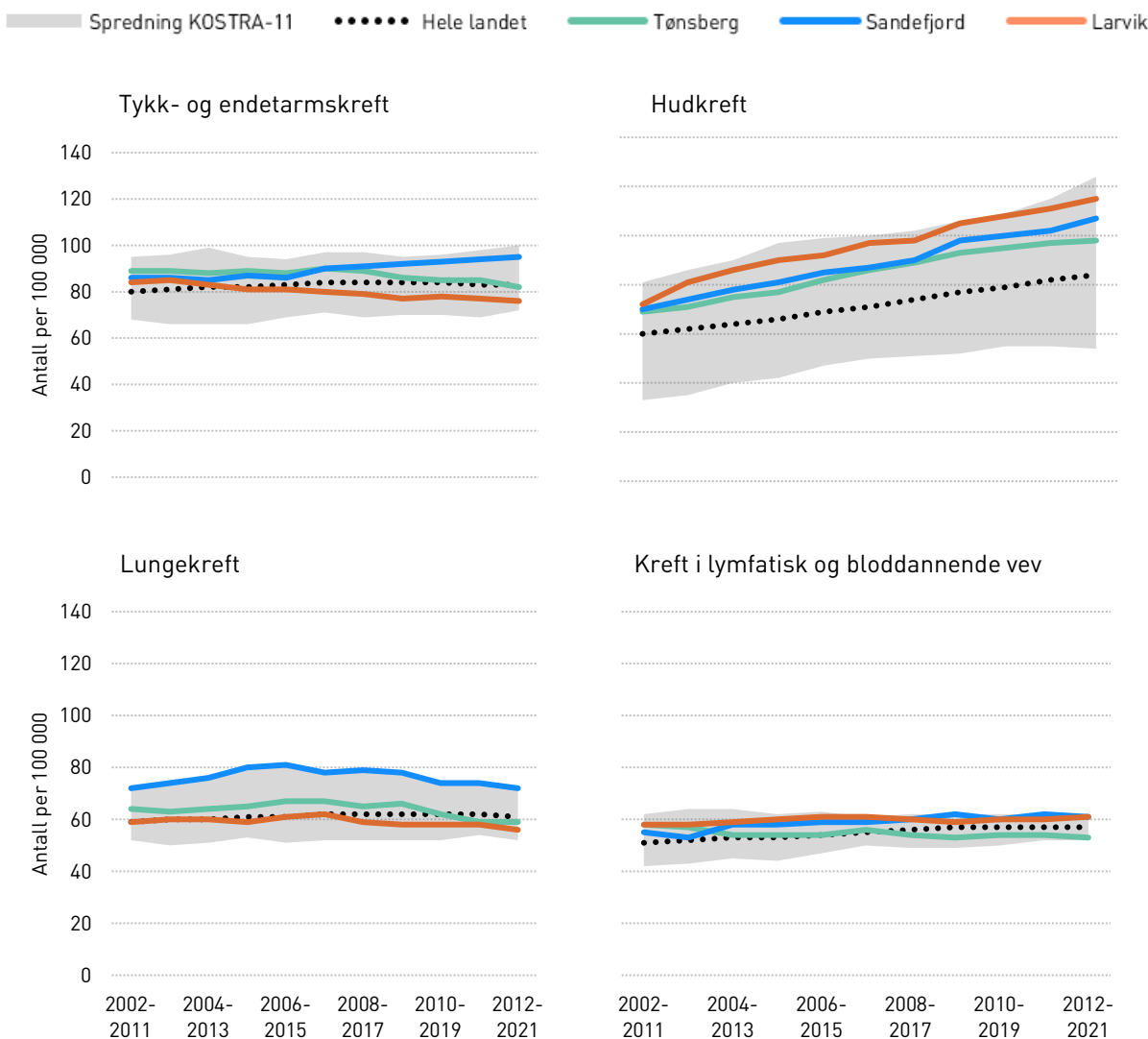


Figur 30: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har en KMI over 30 i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Viktige faktorer for utvikling av overvekt og fedme er fysisk inaktivitet og høyt energiinntak (kaloriinntak) ([Folkehelseinstituttet, 2023b](#)). Hos den enkelte personen vil også arvelige og psykiske faktorer spille en rolle. Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. Fedme er beregnet til en av de mest kostbare «folkesykdommene» i Norge ([Helsedirektoratet, 2023](#)). Det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig.

## 3.7 Kreft

Samlet sett er kreft den sykdommen som tar flest liv i Sandefjord. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv både blant menn og kvinner. Figur 31 viser at Sandefjord har høy forekomst av nye krefttilfeller for alle kreftformer som til en viss grad kan forebygges. Nye tilfeller av hudkreft har hatt en spesielt kraftig økning.

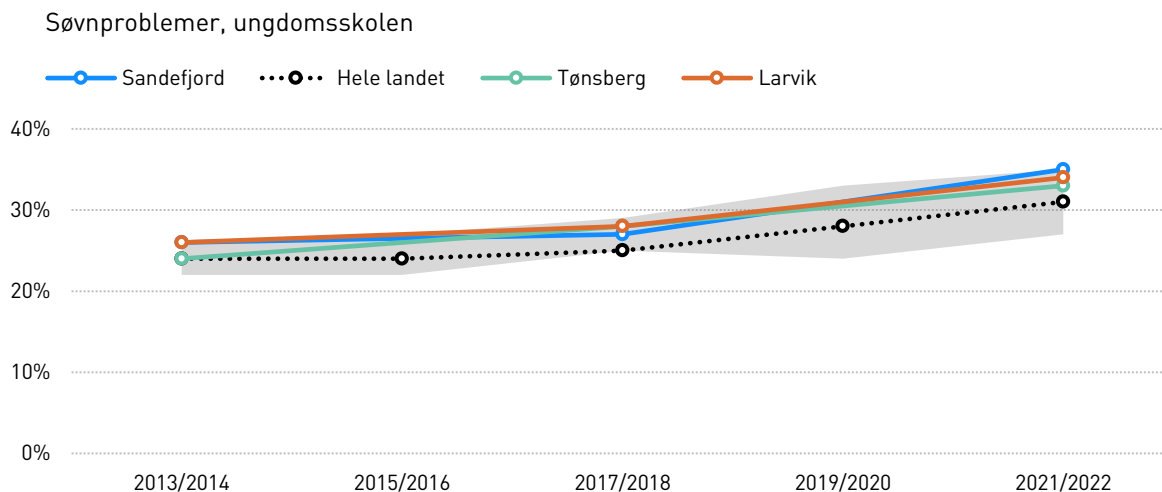


Figur 31: Utvikling over tid for antall nye tilfeller kreft per 100 000 innbyggere i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og Norge, fordelt på ulike krefttyper. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Alle aldre, kjønn samlet. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Overdreven soling og solforbrenning øker risikoen for føflekkreft og annen hudkreft ([Folkehelseinstituttet, 2023c](#)). Økningen av hudkreft i Norge har antageligvis sammenheng med endrede solingsvaner med høy UV-eksponering over tid. Noe av økningen kan også ha sammenheng med større bevissthet om sykdommen, og dermed også at flere går til lege og får oppdaget føflekkreft i tidlig stadium. Lungekreft og tykk- og endetarmskreft har sammenheng med levevaner som røyking, kosthold, alkoholbruk og fysisk aktivitet.

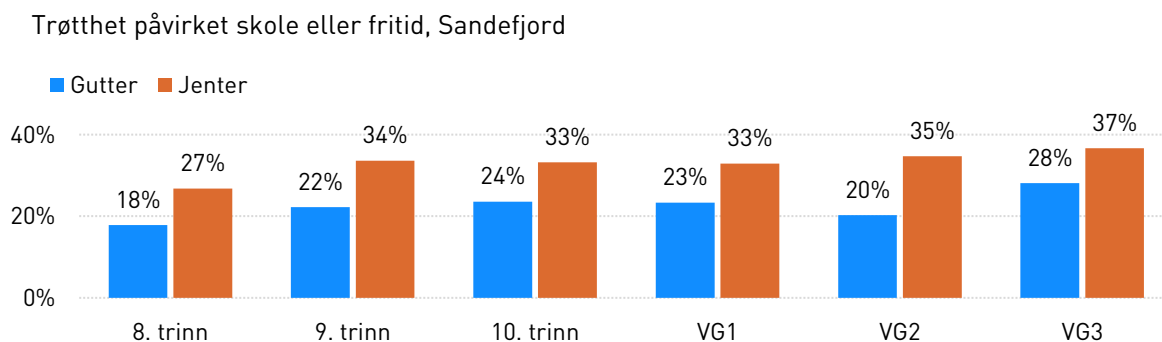
## 3.8 Søvnvansker

Over 1 av 3 ungdomsskoleelever rapporterer om søvnvansker i Ungdata 2021, og det har vært en betydelig økning de tre siste Ungdata-undersøkelsene (figur 32).



Figur 32: Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet som oppgir at de har søvnproblemer i Ungdata undersøkelsen. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Standardisert for kjønn og klassetrinn. Sandefjord gjennomførte undersøkelsen i 2013, 2017 og 2021. Kilde: Ungdata.

Over 1 av 3 jenter og over 1 av 5 gutter i Sandefjord har vært så trøtt at det gått ut over skole eller fritid mer enn tre dager i uken (figur 33).

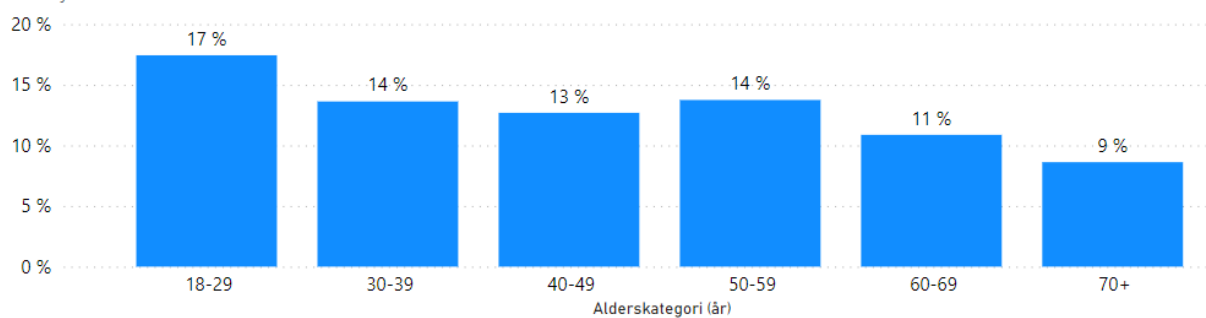


Figur 33: Andel som har vært så søvning/trøtt at det har gått ut over skole eller fritid mer enn tre dager i uken blant jenter og gutter på ulike klassetrinn i Sandefjord 2021. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkinger av resultatene.

Blant voksne rapporter 12,6 % av den voksne befolkningen i Sandefjord om insomni. I Folkehelseundersøkelsen 2021. Vesentlig flere kvinner (16 %) enn menn (9%) opplever insomni og det er stor forskjell mellom aldersgrupper (figur 34) og utdanningsnivå (figur 35).

### Søvnproblemer (Insomni)

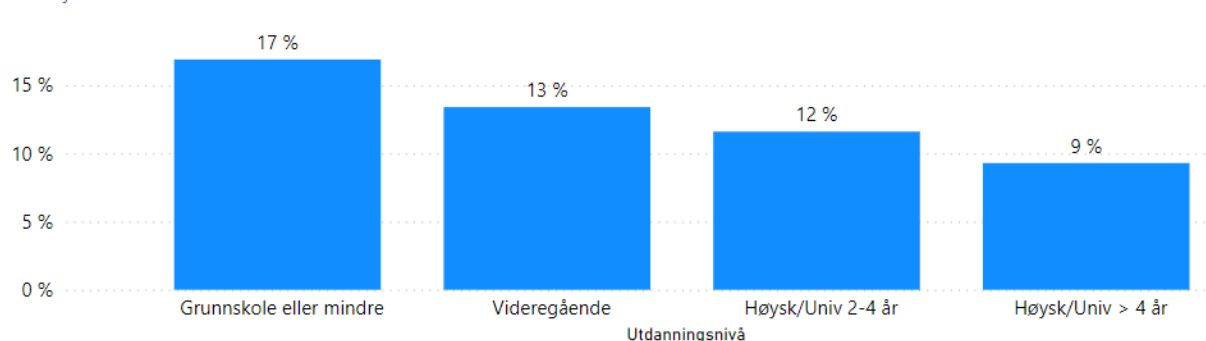
Sandefjord



Figur 34: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har søvnproblemer i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

### Søvnproblemer (Insomni)

Sandefjord



Figur 35: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har søvnproblemer i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

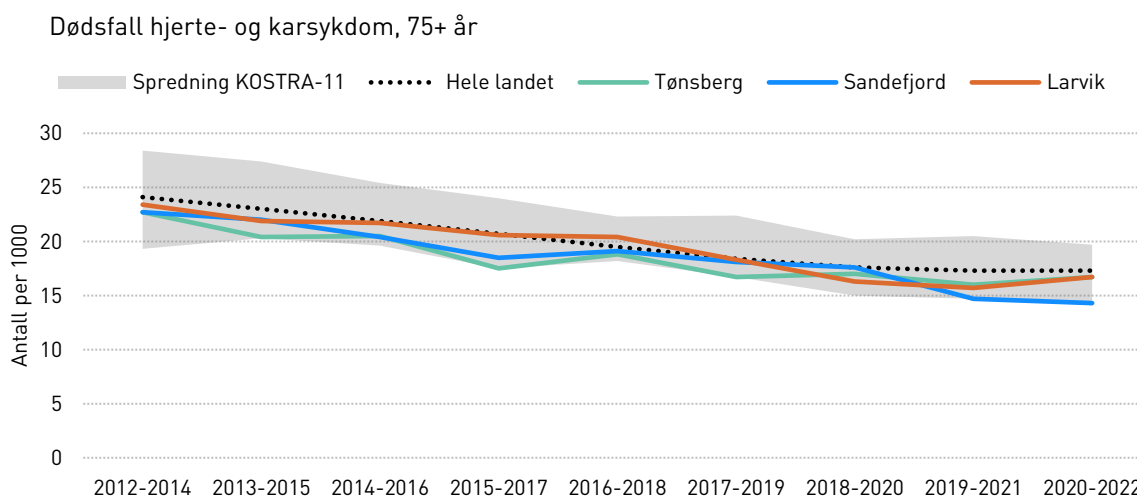
Risikofaktorer for søvnvansker er støy, kronisk sykdom, psykiske vansker, skiftarbeid, graviditet, koffein, skjermbruk, leggerutiner for barn, stress og dårlig arbeidsmiljø (Folkehelseinstituttet, 2023d). Det er mange grunner til at ungdom opplever søvnproblemer (Folkehelseinstituttet, 2023e). Det kan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

Søvnvansker hos ungdom er forbundet med økt risiko for psykiske vansker, selvskading, rus- og alkoholproblemer, overvekt, høyt skolefravær, dårlige skoleprestasjoner og er en viktig risikofaktor for at ungdom dropper ut av den videregående skolen.



## 3.9 Hjerte- og karsykdom

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



Figur 36: Antall dødsfall som følge av hjerte- og karsykdom per 1000 innbyggere i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet i aldersgruppen 75+ år. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Kjønn samlet. Viser 3-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, Folkehelseinstituttet.

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

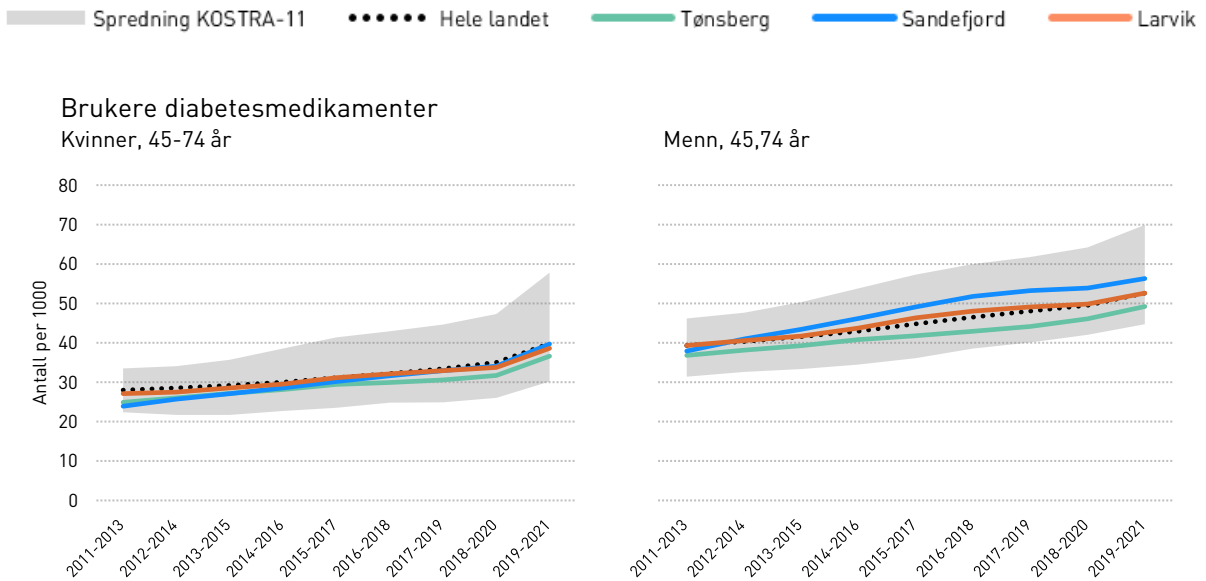
De viktigste påvirkbare risikofaktorene for hjerte-karsykdom er knyttet til levevaner: tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet. Andre viktige påvirkbare risikofaktorer er høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes og fedme.

Bruk av legemidler mot hjerte- og karsykdommer indikerer en økning i personer i Sandefjord som lever med hjerte- og karsykdom de siste 10 årene. Bruk av kolesterolsenkende midler blant menn i aldersgruppen 45-74 år har hatt en spesielt stor økning. Befolkningsvekst, økt andel eldre og bedre overlevelse etter hjerte- og karsykdom er faktorer som har bidratt til denne økningen ([Folkehelseinstituttet, 2021a](#)). Bruken av legemidler mot hjerte- og karsykdommer generelt skiller seg ikke vesentlig fra landssnittet.

## 3.10 Diabetes

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

(Folkehelseinstituttet, 2021b). Økt grad av diagnostisering og bedre overlevelse blant personer med diabetes kan også føre til økt forekomst.



Figur 37: Antall brukere av diabetesmedikamenter per 1000 innbyggere per år i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet, fordelt på kjønn. Grått felt indikerer spredning KOSTRA-gruppe 11. Glidende snitt 3-årsperiode, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

### 3.11 Demens

Antall demenstilfeller er høyt og økende. Nasjonalt senter for aldring og helse anslår at 2 % av befolkningen i Sandefjord har demens, og at det andelen vil øke til 3,5 % i 2040. Årsaken til denne utviklingen knytter seg særlig til en aldrende befolkning og økt befolkningsstørrelse.

### 3.12 Seksuelt overførbare sykdommer

Nasjonalt har det vært en sterk økning av klamydia og gonoré i Norge i løpet av 2022. Økning av gonorétilfeller har vært særlig høy hos unge heteroseksuelle. I Sandefjord utgjør klamydia 94 % av de registrerte tilfellene av seksuelt overførbare sykdommer totalt. Det er et lavere antall tilfeller av gonoré, men økningen har vært markant. Både i forhold til korona-pandemien og tiden før. Økningen av seksuelt overførbare sykdommer kan skyldes økt sosial kontakt etter gjenåpningen av samfunnet, kombinert med lav kondombruk og mangel på forståelse av alvorlighetsgraden av sykdommene.

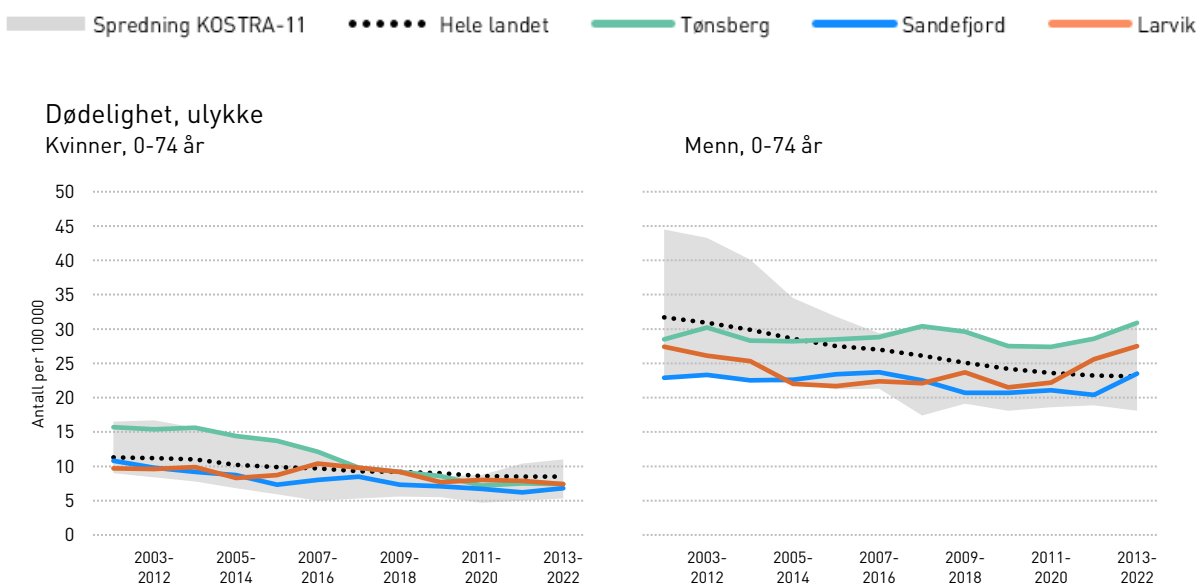
## 4. Skader og ulykker

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

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

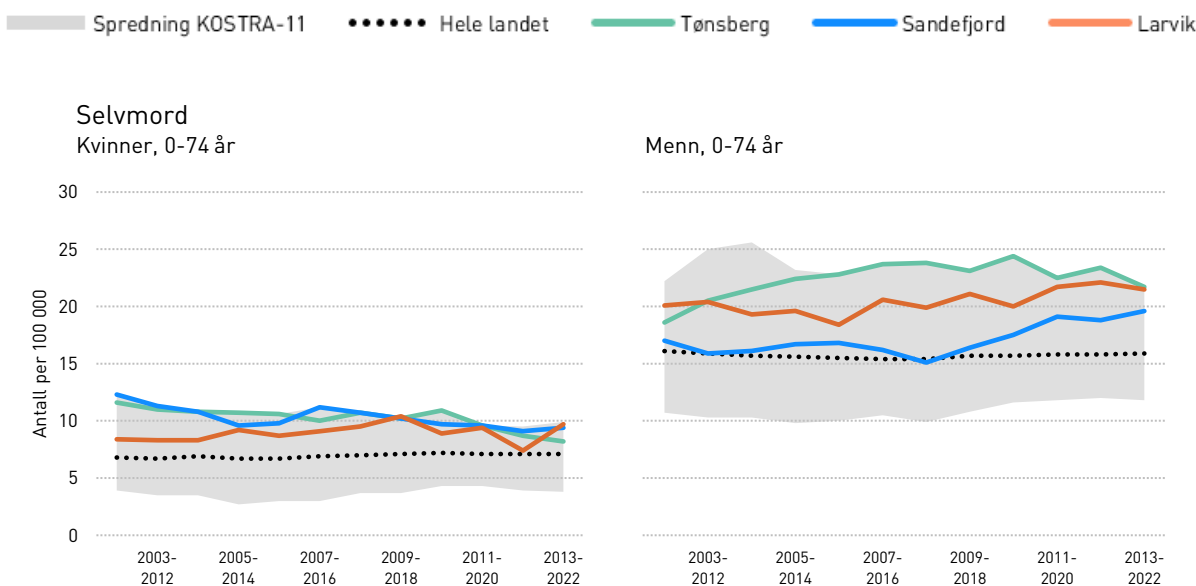
### 4.1 Selvmord og ulykker

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



Figur 38: Antall dødsfall som følge av ulykker per 100 000 innbyggere i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og landet samlet, fordelt på aldersgrupper og kjønn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønnsammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

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



Figur 39: Antall selvmord per 100 000 innbyggere i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og landet samlet, fordelt på kjønn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Statistikken viser 10-års glidende gjennomsnitt, standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Vi har ikke lokale tall for selvmord for aldersgruppen over 74 år, men nasjonale tall viser at selvmordsraten for menn over 75 år er enda høyere enn aldersgruppen 45-74 år ([Folkehelseinstituttet, 2022c](#)). Det er rimelig å anta at dette også vil gjelde for Sandefjord.

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

## Trafikkulykker

Det har vært en klar nedgang i antall vegtrafikkulykker de siste ti årene. De mange trafikksikkerhetstiltakene som er gjennomført på hovedvegnettet og utviklingen av sikrere kjøretøy er de viktigste årsakene til nedgangen i antall vegtrafikkulykker med personskaide.

## Brannulykker

Antall oppdrag til brannhendelser økte noe fra 2020 til 2021, men fra 2021 til 2022 har det vært en nedgang. 12 % av brannhendelsene i 2022 var brann i bolig. Bruk av røykvarslere er den viktigste enkeltårsaken til at tallet på brannofre er redusert de siste ti årene. Komfyren er hjemmets klart største brannkilde.

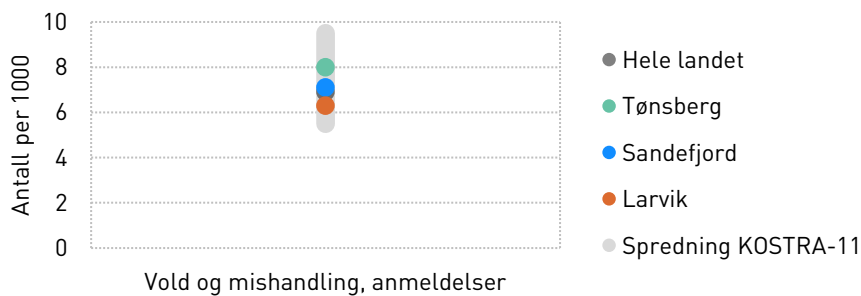
## Drukningssulykker

Ifølge Redningsselskapets statistikk har fire personer omkommet i Sandefjord ved drukning siden 2018, hvorav tre var over 40 år. Drukningssaker var registrert som bading og fall.

Generelt er mange av dem som drukner påvirket av alkohol, og menn er overrepresentert i statistikken over drukninger.

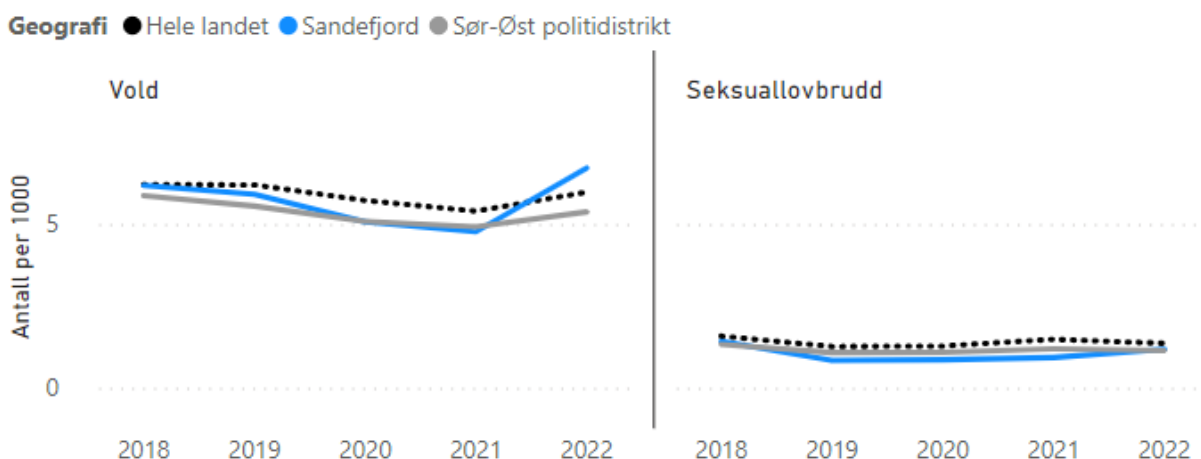
## 4.2 Vold

Vold og mishandling er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem ([Folkehelseinstituttet, 2023f](#)). Nesten en tredjedel av befolkningen i Norge (44% av menn og 22% av kvinnene) har blitt utsatt for alvorlig vold en eller annen gang i løpet av livet. Rundt fem prosent har blitt utsatt for alvorlig vold i løpet av oppveksten. Figur 40 viser at anmeldte tilfeller vold og mishandling i Sandefjord er omtrent lik forekomsten i Norge totalt for perioden 2021-2022. Sammenlignet med KOSTRA-gruppe 11 er Sandefjord rett under midtsjiktet.



Figur 40: Anmeldte lovbrudd i kategorien vold og mishandling (dette omfatter ikke seksuallovbrudd) per 1000 innbyggere i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet i 2021-2022, angitt som gjennomsnitt over toårsperiode. Grått felt indikerer spredning i KOSTRA-gruppe 11. Kilde: Kommunehelsa statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

Figur 41 viser at raten for anmeldte voldssaker (alle aldre) var lavere i Sandefjord enn resten av landet mellom 2019 og 2021, men har hatt en kraftig økning i 2022. Anmeldelser for seksuallovbrudd har vært lavere enn landet mellom 2018 og 2022. Det har vært en liten økning fra 2021 til 2022.



Figur 41: Antall anmeldte saker per 1000 innbyggere (alle aldre) fordelt på geografi og kriminalitetstypene vold og seksuallovbrudd. Kilde: Sør-Øst politidistrikt. Beregninger: Sandefjord kommune.

Antallet anmeldelser av vold i nære relasjoner i Sør-Øst politidistrikt økte noe fra 2020 til 2021, men fra 2021 til 2022 har det vært en liten nedgang. Politiet opplyser at det er store

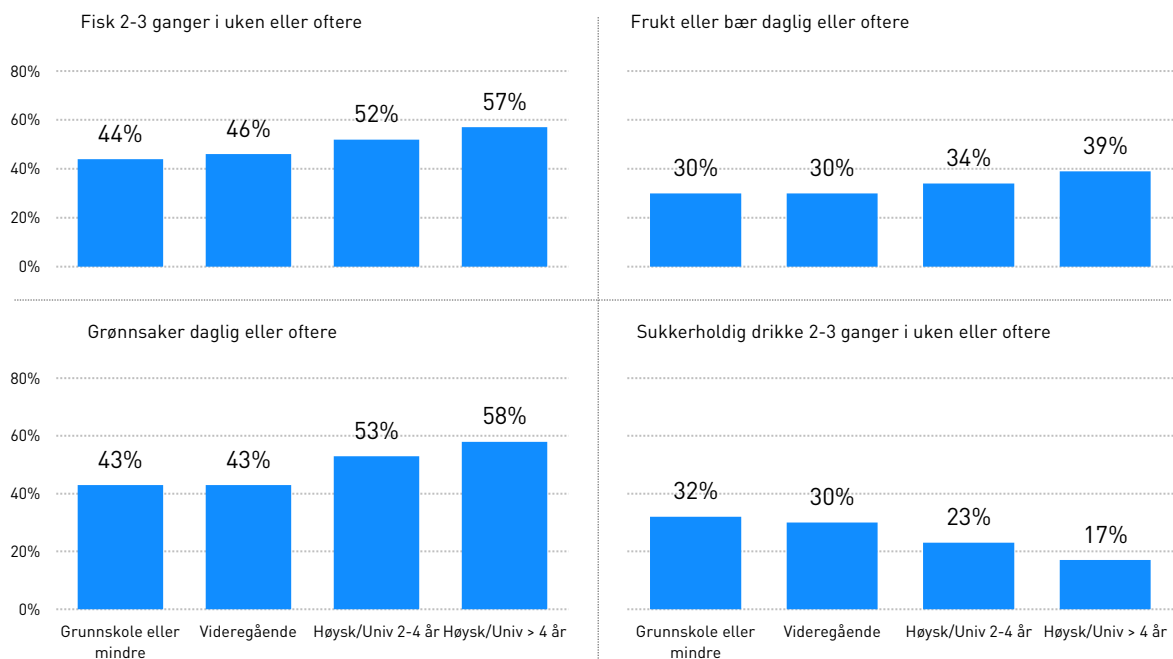
mørketall på dette området og vanskelig å si noe om forekomsten av faktiske hendelser basert på anmeldelser. Det er ofte lav oppklaringsprosent.

## 5. Helse relatert atferd

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

### 5.1 Kosthold

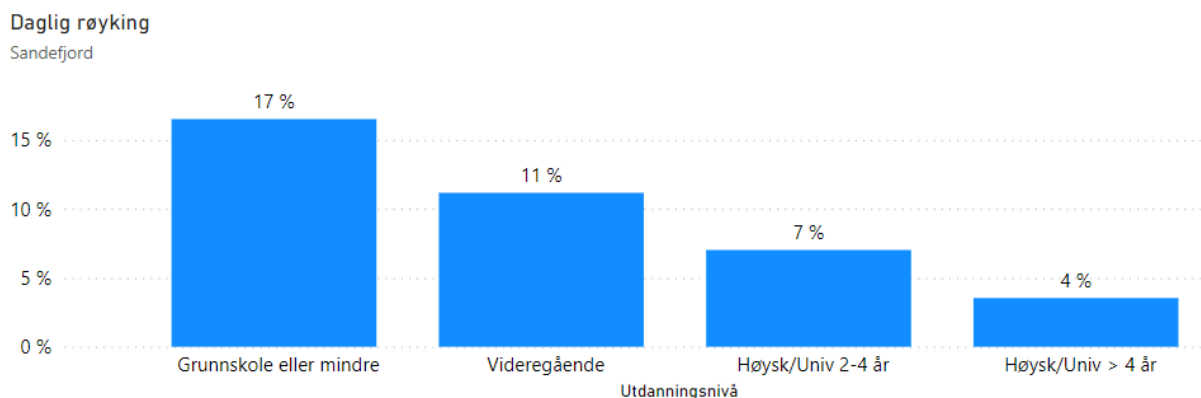
Folkehelseundersøkelsen 2021 finner lavere andel som spiser grønnsaker, frukt og bær daglig i Sandefjord sammenlignet med kommunene i Vestfold, men omtrent likt når det kommer til daglig inntak av fisk og sukkerholdig drikke. Blant ungdomsskoleelevene spiser 40 % frukt, bær eller grønnsaker i skoletiden sjeldnere enn 1-2 dager i uken, mens andelen er 47 % blant videregående skoleelever. Dårlig kosthold bidrar til en stor del av helsetap og tidlige dødsfall, og er en av de viktigste risikofaktorene for total sykdomsbyrde. Figur 42 viser variasjon i kostholdsvaner etter utdanningsnivå.



Figur 42: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir hvor ofte de spiser grønnsaker, fisk, frukt eller bær og drikker sukkerholdig drikke i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

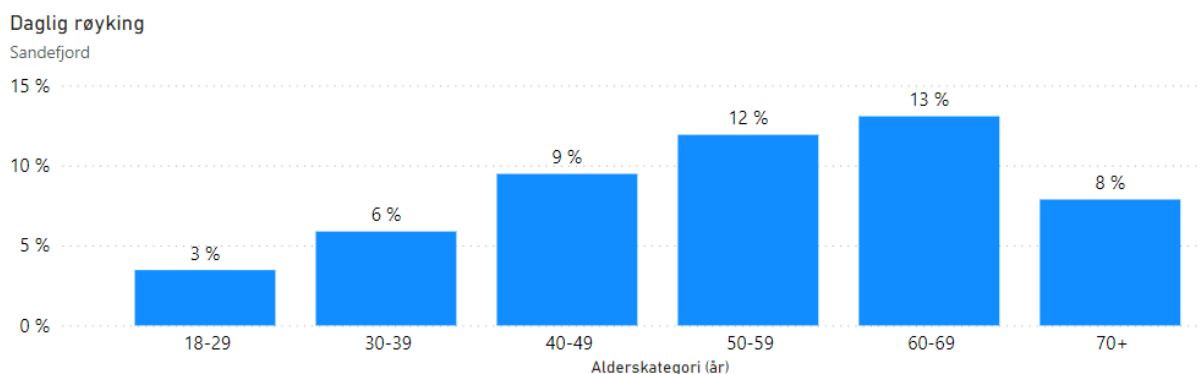
## 5.2 Røyk og snus

Det har vært en betydelig nedgang i røyking blant både ungdom og voksne i Norge, men likevel er røyking den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død i Norge. I Sandefjord rapporter 9 % at de røyker daglig, noe som er likt med snittet for Vestfold. Når det gjelder snus, svarer 12 % i Sandefjord at de snuser daglig, også omtrent likt med snittet for Vestfold. Figur 43 viser at andelen med lav utdanning (17 %) som røyker daglig er betydelig høyere enn for de med lengst utdanning (4 %). For snusing er det liten forskjell mellom utdanningsnivåer.

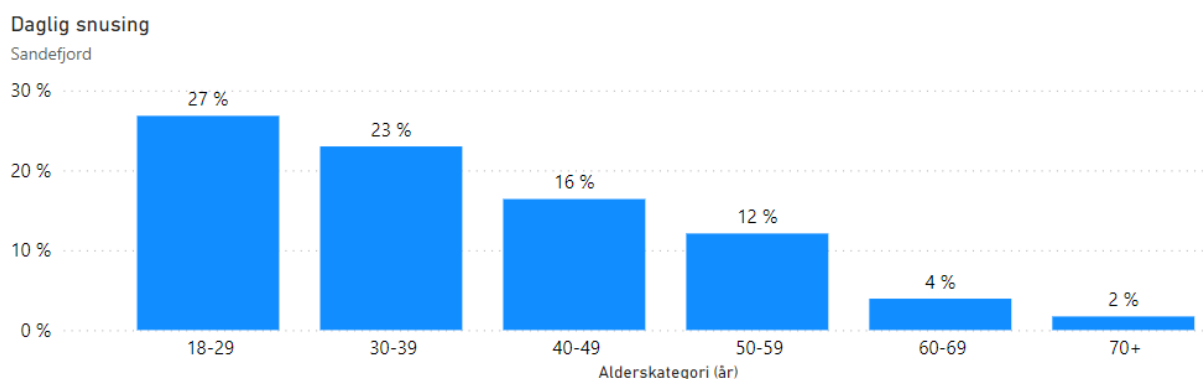


Figur 43: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Nasjonalt har det vært en økning i snusbruk som kan ha sammenheng med overgang fra røyk til snus. Figur 44 og figur 45 viser stor forskjell i aldersfordelingen når det kommer til andel som røyker eller snuser daglig i Sandefjord.



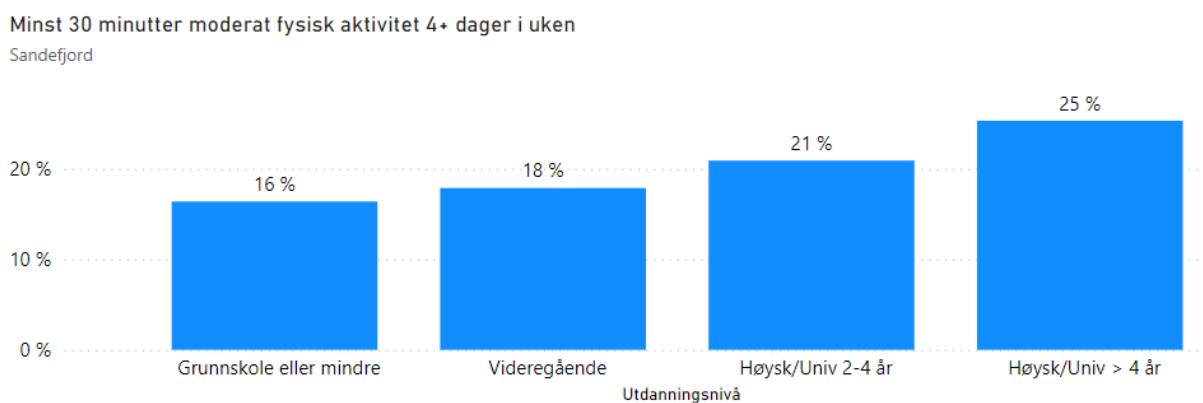
Figur 44: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.



Figur 45: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på aldersgrupper. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

## 5.3 Fysisk aktivitet

Aktivitetsnivået i Sandefjord er tilsynelatende likt landet som helhet, men aktivitetsnivået i landet er generelt lavt. Aktivitetsnivået synker med alderen. I snitt oppgir kun 20 % i Sandefjord at de har minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst fire ganger i uken, og kun 16 % blant personer med grunnskole som høyeste utdanningsnivå (figur 46). Fysisk inaktivitet er relatert til sykkelighet og for tidlig død for de fleste ikke-smittsomme sykdommene som hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes type 2, og flere former for kreft. I tillegg påvirker fysisk inaktivitet psykisk helse, samt muskel- og skjelettsykdommer. Det er særlig hverdagsaktiviteten som har blitt redusert de siste årene. Vi bruker stadig mer tid på stillesittende aktiviteter, i bilen, på jobb eller hjemme og foran en skjerm ([Folkehelseinstituttet, 2022d](#)). Det har også skjedd en endring i aktiv transport, det er nå færre enn tidligere som går og sykler til skolen.



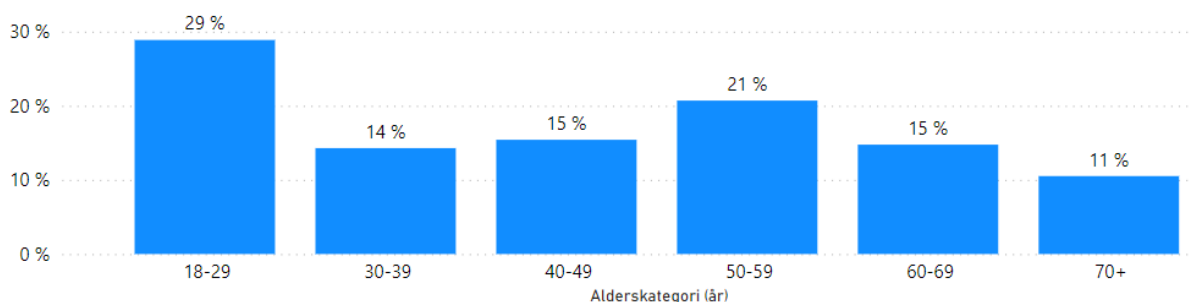
Figur 46: Andelen av den voksne befolkningen i Sandefjord som svarte at de er minst 30 minutter i moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.



## 5.4 Alkohol og andre rusmidler

Folkehelseundersøkelsen 2021 finner at 17 % av den voksne befolkningen i Sandefjord har et alkoholforbruk månedlig eller oftere som regnes som skadelig. Det er likt med snittet for kommunene i Vestfold. Det er klart flere menn (25 %) enn kvinner (10 %) som har et skadelig alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen er høyest i aldersgruppen 18-29 år (figur 47). Det er små forskjeller mellom de ulike utdanningsnivåene når det kommer til skadelig alkoholforbruk månedlig eller oftere.

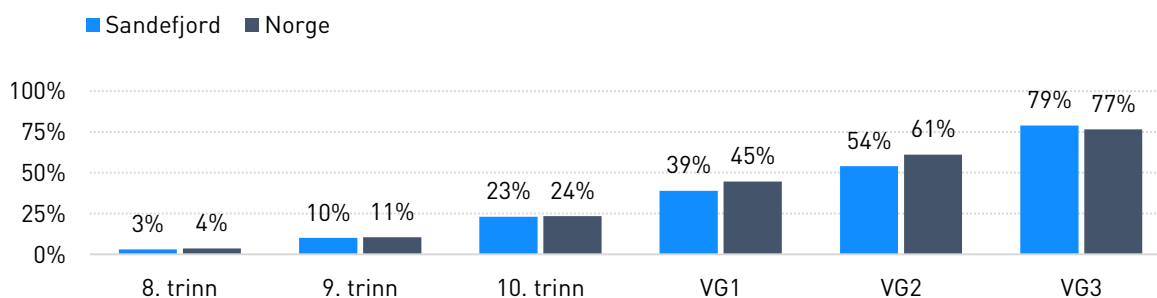
Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere  
Sandefjord



Figur 47: Andelen av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har et episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på alderskategorier. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

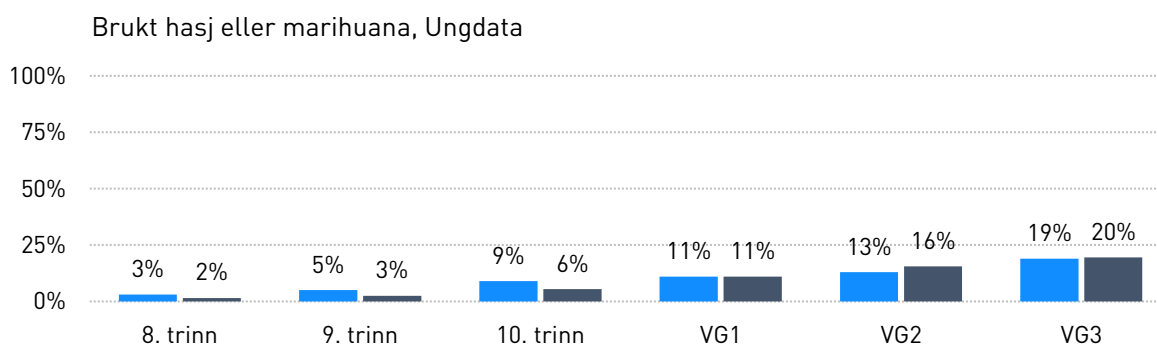
Ungdata viser at bruk av rusmidler blant ungdom øker med alderen. Alkohol er det klart vanligste rusmiddelet blant ungdom i Sandefjord (figur 48). På slutten av videregående har nesten åtte av ti vært beruset på alkohol siste året. Flere jenter enn gutter oppgir å ha vært beruset på alkohol.

Beruset på alkohol, Ungdata



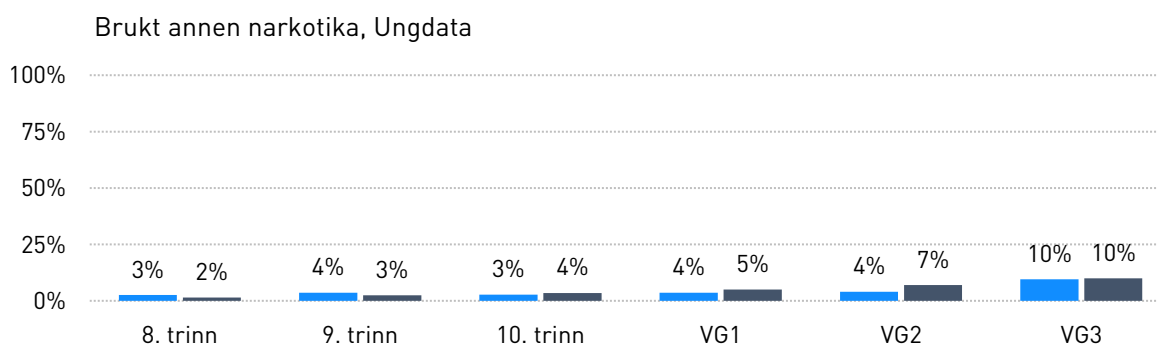
Figur 48: Andelen elever som har vært beruset på alkohol siste 12 måneder i Sandefjord og Norge. Fordelt på klassetrinn. Kilde: Ungdata 2021.

Sammenlignet med resten av landet er det flere elever i ungdomsskolen i Sandefjord som har prøvd hasj eller marihuana (figur 49), mens på videregående er det noe færre sammenlignet med resten av landet. Flere gutter enn jenter har brukt hasj eller marihuana.



Figur 49: Andelen elever som har brukt hasj eller marihuana siste 12 måneder i Sandefjord og Norge. Fordelt på klassetrinn. Kilde: Ungdata 2021.

Ungdata-undersøkelsen spør også elevene om hvor mange ganger i løpet av det siste året de har brukt andre narkotiske stoffer enn hasj og marihuana. I likhet med alkohol og cannabis, er det større sannsynlighet for at elevene har brukt andre narkotiske stoffer jo eldre de blir (figur 50). Flere gutter enn jenter har brukt andre narkotiske stoffer enn cannabis.

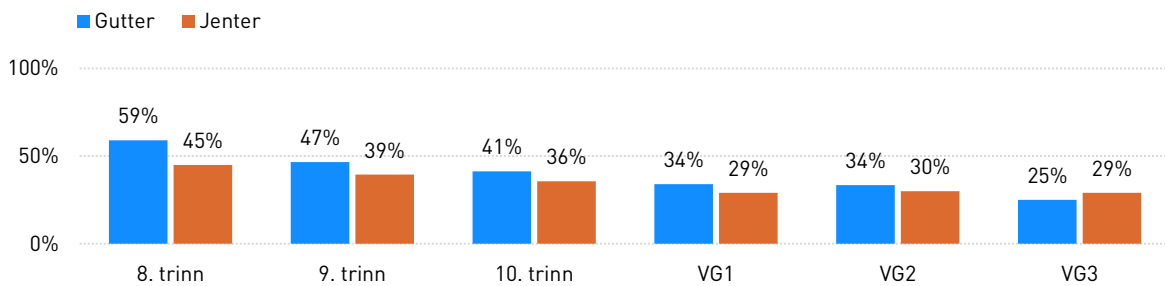


Figur 50: Andelen elever som har brukt andre narkotiske stoffer enn cannabis siste 12 måneder i Sandefjord og Norge. Fordelt på klassetrinn. Tall for Sandefjord fra 2021, tall for Norge fra 2022. Kilde: NOVA/Ungdata. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

## 5.5 Søvnvaner

Søvn reguleres av tre forhold: døgnrytme, oppbygget søvnbehov, vaner og atferd ([SOVno, 2023](#)). Anbefalt søvnlengde for ungdom er åtte til ti timer, og anbefalt søvnlengde for voksne er syv til ni timer ([National Sleep Foundation, 2015](#)). Figur 51 viser at majoriteten av ungdom i Sandefjord ikke når den anbefalte søvnlengden. Søvn lengden synker i takt med skoletrinnene. En av tre ungdommer i Sandefjord sover seks timer eller mindre per natt.

### Sover åtte timer eller mer per natt, Ungdata



Figur 51: Andel elever som svarer at de sover 8 timer eller mer per natt i Ungdata 2021 blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord. Kilde: NOVA. Beregninger: Sandefjord kommune. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.

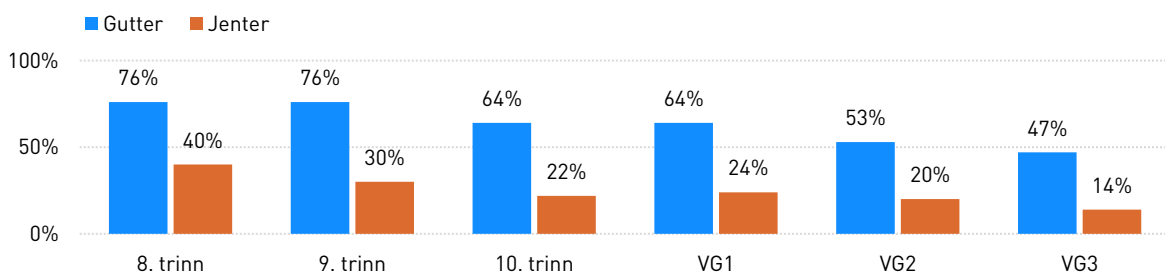
## Skjermbruk

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

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

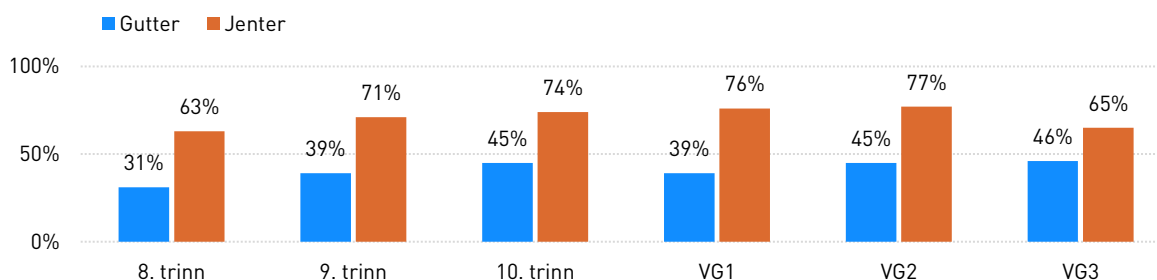
Det er betydelige kjønnsforskjeller i skjermaktiviteter blant ungdom. Mens gutter er langt mer opptatt av spill (figur 52), er jenter oftere på sosiale medier (figur 53). Jenter bruker også samlet sett noe mer tid enn gutter på filmer, serier og TV-programmer.

### Mer enn to timer daglig på dataspill, Ungdata



Figur 52: Andel som bruker minst to timer daglig på elektroniske spill blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord i 2021. Kilde: Ungdata

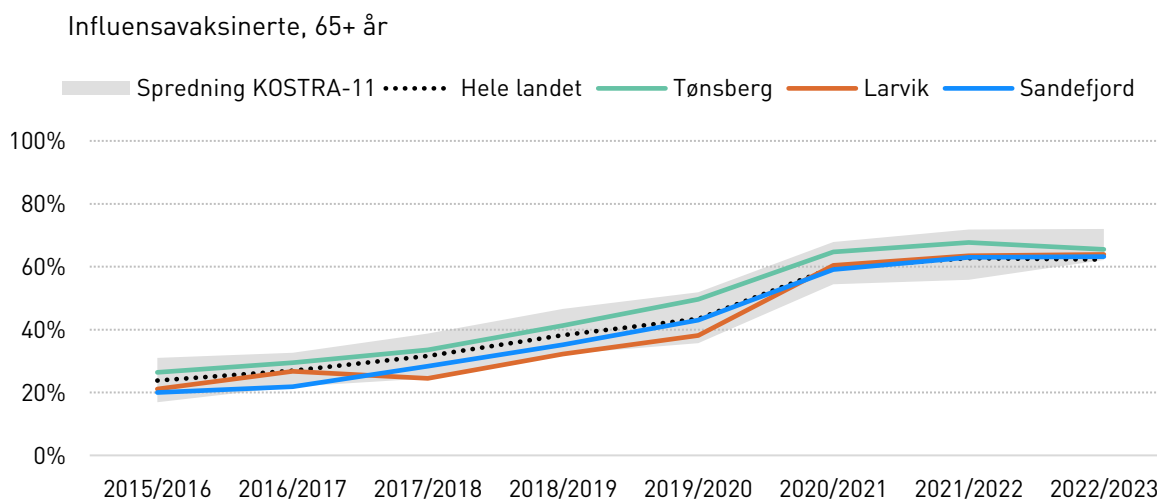
### Mer enn to timer daglig på sosiale medier, Ungdata



Figur 53: Andel som bruker minst to timer daglig på sosiale medier blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord i 2021. Kilde: Ungdata

## 5.6 Vaksinasjon

Vaksinasjonsdekningen i Sandefjord for vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet er innenfor det nødvendige nivået for å oppnå flokkimmunitet. Eldre over 65 år er en definert risikogruppe for influensa, og utgjør langt over halvparten av personer med økt risiko for alvorlig sykdom forårsaket av influensa. Det har vært en markant økning i andelen over 65 år som tar influensavaksinen, og for perioden 2021/2022 var dekningsgraden 63 % (figur 54).



Figur 54: Andelen personer over 65 år i Sandefjord, Larvik, Tønsberg og hele landet registrert vaksinert mot influensa i prosent av personer over 65 år registrert i Folkeregisteret som bosatt i Norge på uttrekkstidspunkt. Grått felt indikerer spredningen for KOSTRA-gruppe 11. Kilde: KommuneHelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

## 6. Oppvekst- og levekår

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

Et godt oppvekstmiljø og gode levekår er premissgivende for helse, trivsel og livskvalitet. Det er også her mye av grunnlaget for de sosiale helseforskjellene ligger. Levekår har betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende levevaner. Sentrale dimensjoner ved folks levekår er privatøkonomi, materielle og sosiale mangler, bolig og boforhold, familieforhold, inkludert familiens sosioøkonomiske situasjon, barnets omsorgssituasjon, og forhold i barnehage, skole og nærmiljø.

## 6.1 Oppvekst

### Barn med enslige foreldre

2020

Sandefjord

**18,4 %**

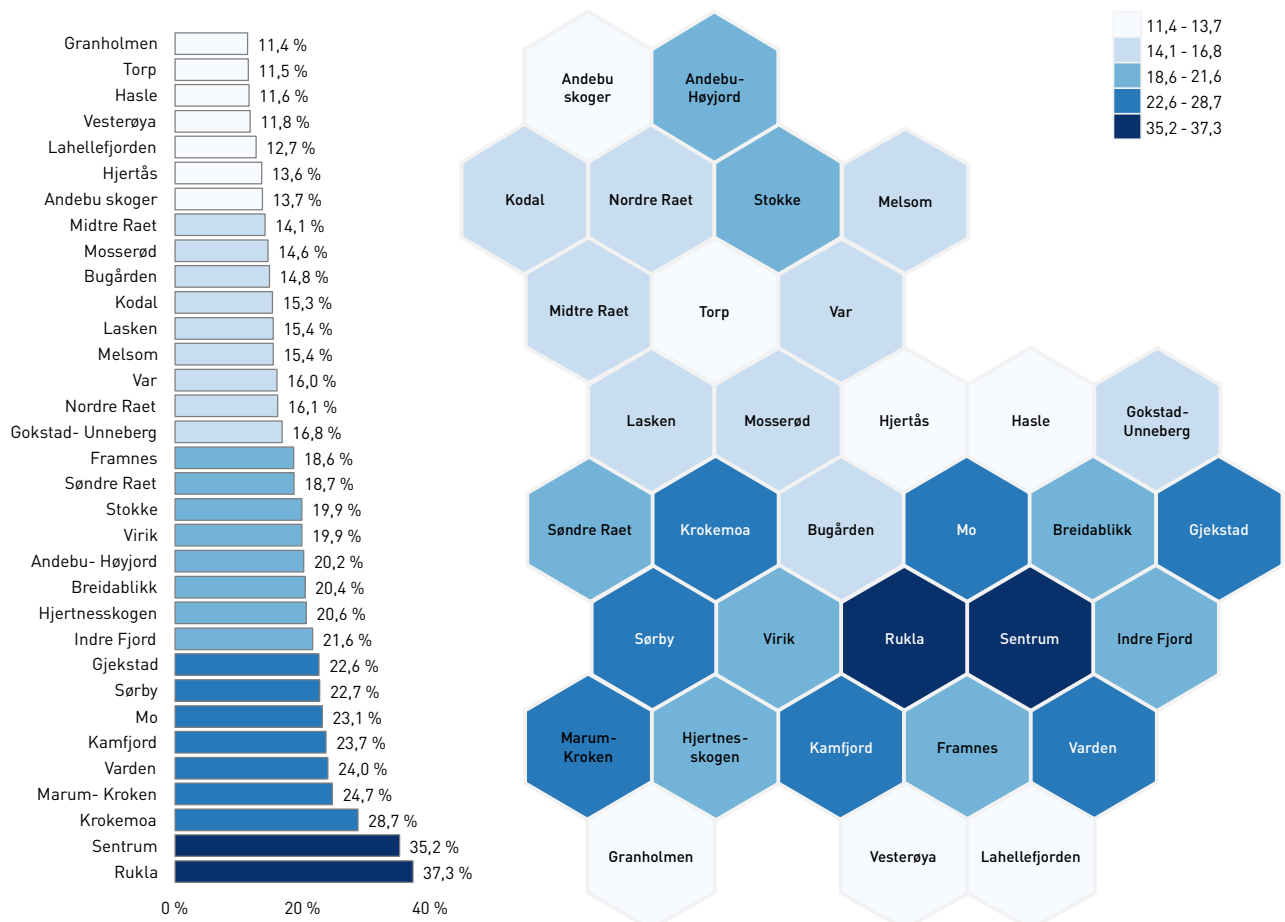
↓ -0,5 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**16,1 %**

= Ingen endring fra 2016

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



Figur 55: Barn 0-17 år som bor med bare mor eller bare far per 1.1.2021 / Barn 0-17 år per 1.1.2021. Kilde: SSB.

## Barn med barnevernstiltak

2020

Sandefjord

**3,1 %**

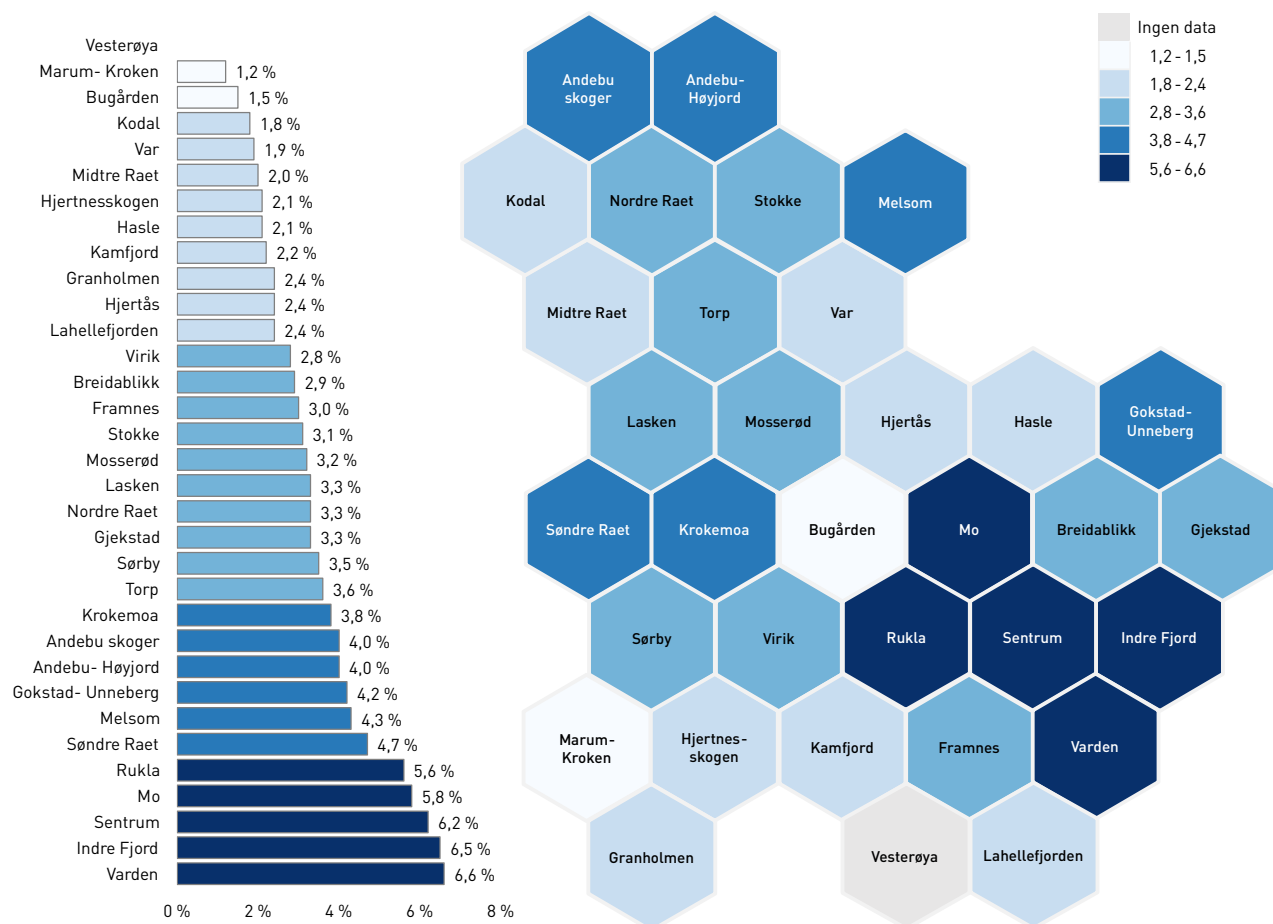
↓ -1,3 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**4,0 %**

↓ -0,2 prosentpoeng fra 2016

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



Figur 56: Antall barn 0-17 år med barnevernstiltak i løpet av 2020 / Barn 0-17 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

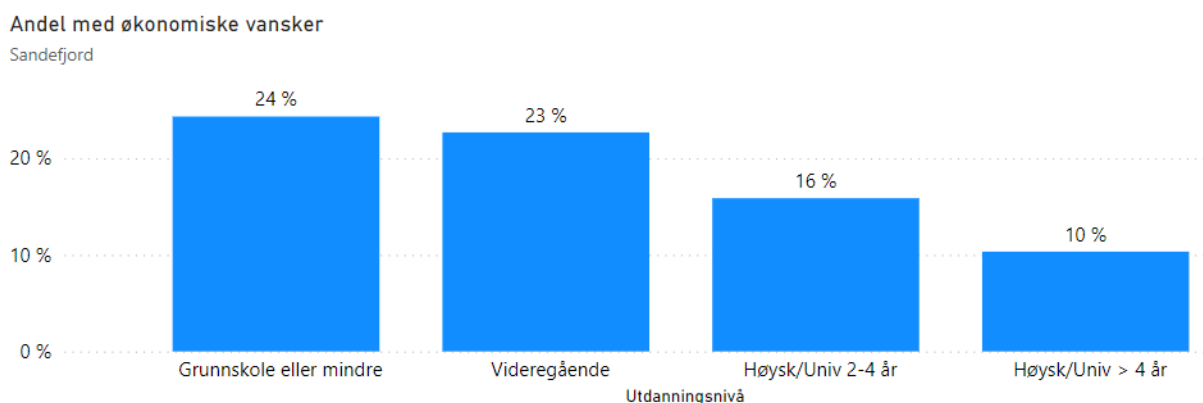
³ SSB bemerker at barn med barnevernstiltak er plassert i den kommunen de var registrert bosatt per 31.12., i motsetning til den publiserte barnevernsstatistikken, som bruker den kommunen som rapporterer. Det kan gi noen små forskjeller i antall barn med tiltak på kommunenivå.

## 6.2 Økonomi

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

### Økonomiske vansker

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



Figur 57: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de har økonomiske vansker i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

## Barnefattigdom

2020

Sandefjord

**12,9 %**

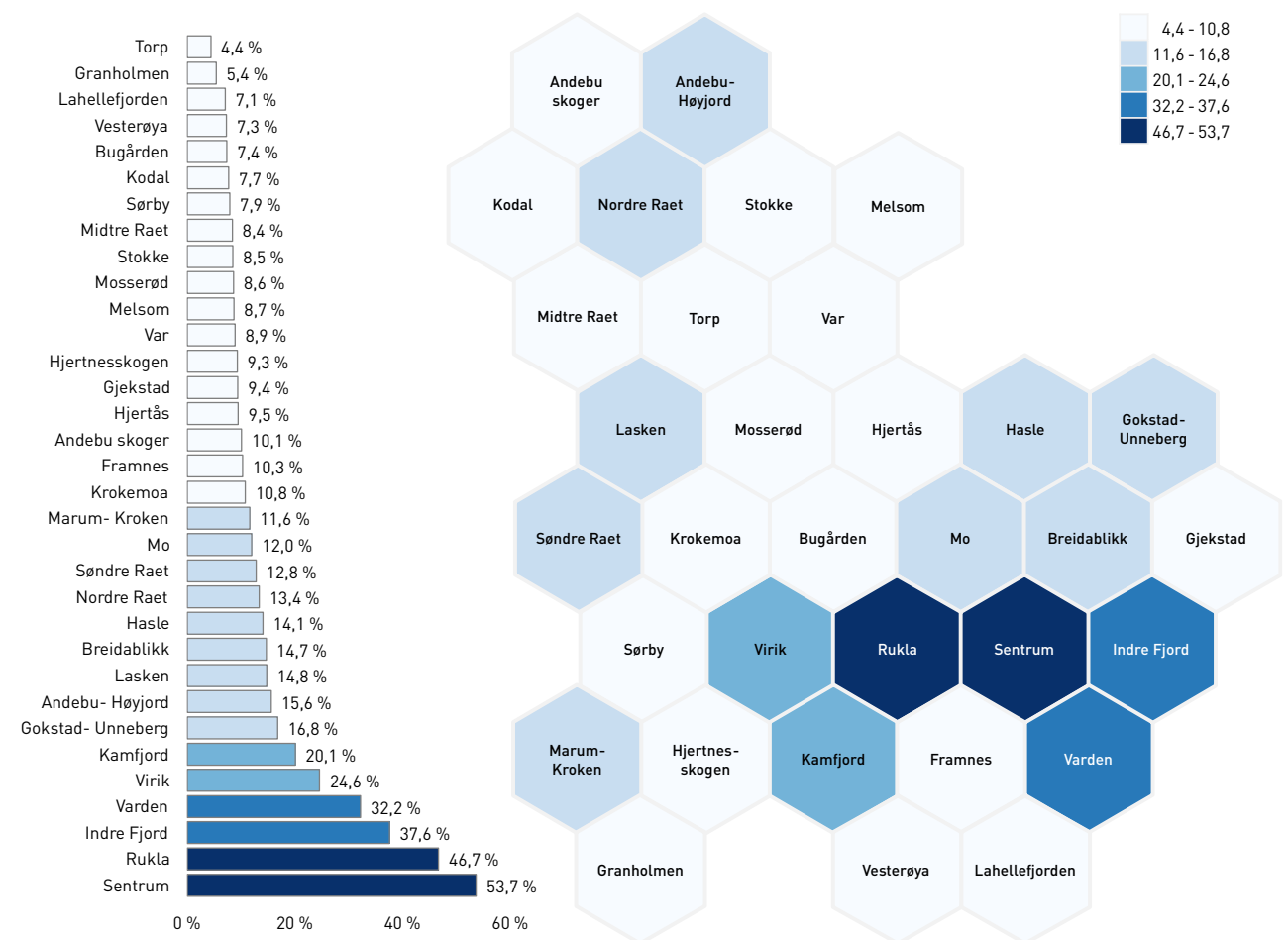
↑ +0,4 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**12,2 %**

↓ -0,1 prosentpoeng fra 2016

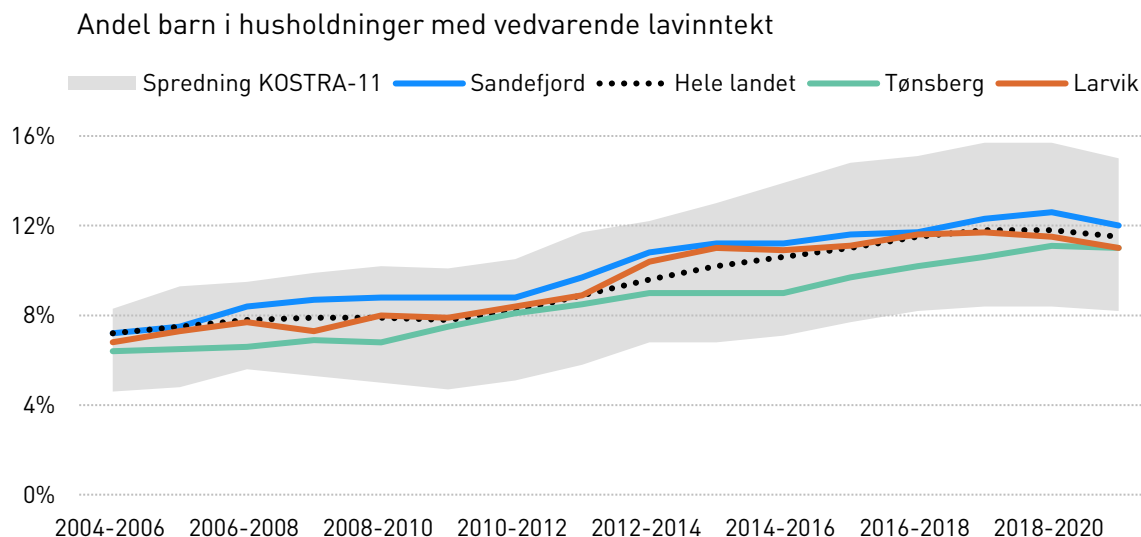
Andelen barn i lavinntektshusholdninger etter kommunal lavinntektsgrense er litt høyere i Sandefjord (12,9 %) enn Norge totalt (12,2 %). Det er stor variasjon i andel barnefattigdom internt i Sandefjord. Spredningen er på hele 49,3 prosentpoeng, fra 4,4 % i levekårssone Torp til 53,7 % i levekårssone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



Figur 58: Antall barn i husholdninger med lavinntekt, EU-60, 2020 / Barn 0-17 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

Figur 59 viser at det har vært en økning i barnefattigdom i hele landet de siste 20 årene. Sammenlignet kommunene i KOSTRA-gruppe 11 er Sandefjord i midtsjiktet.





Figur 59: Personer 0-17 år som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av kommunal medianinntekt over en treårsperiode, beregnet etter EU-skala. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

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

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

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

## Median inntekt etter skatt per forbruksenhet, EU-skala

2020

Sandefjord

Hele landet

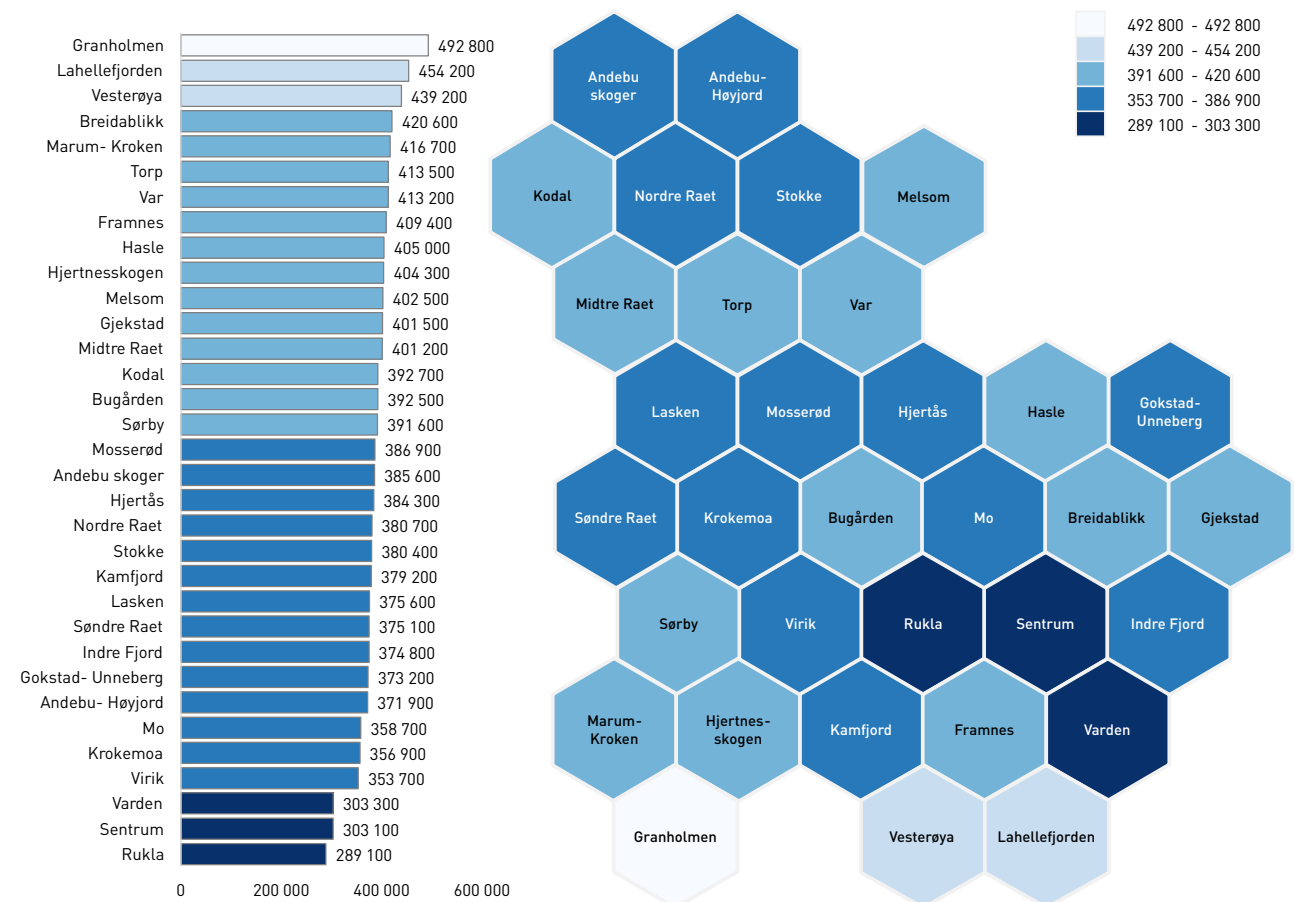
**387 900 kr**

**404 400 kr**

↑ +42 800 kr fra 2016

↑ +45 500 kr fra 2016

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



Figur 60: Median inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala) for alle personer faktisk bosatt i kommunen per 31.12.2020, og tilhørende privathusholdninger (institusjonsbeboere og fosterbarn er ikke inkludert). Kilde: SSB.

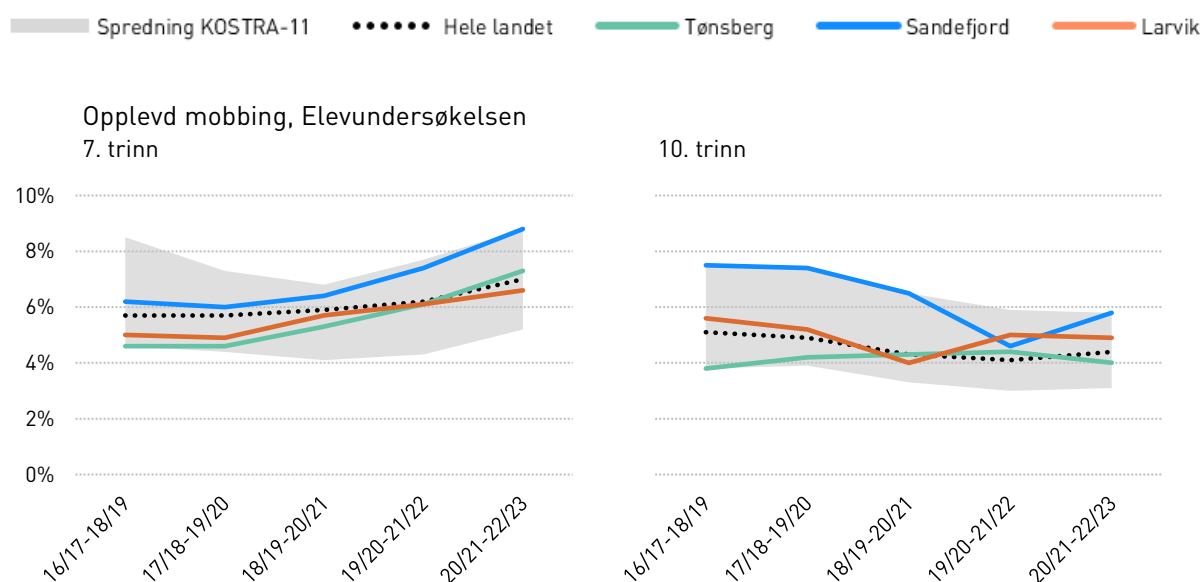
## 6.3 Skole og utdanning

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

### Mobbing

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

Mobbing fra medelever bidrar til økt risiko for psykiske helseproblemer i barndommen og psykiske lidelser, selvmord og kriminalitet i voksen alder ([Folkehelseinstituttet, 2022e](#)). Risikoen vedvarer i mange år etter at mobbingen fant sted ([Folkehelseinstituttet, 2023a](#)).

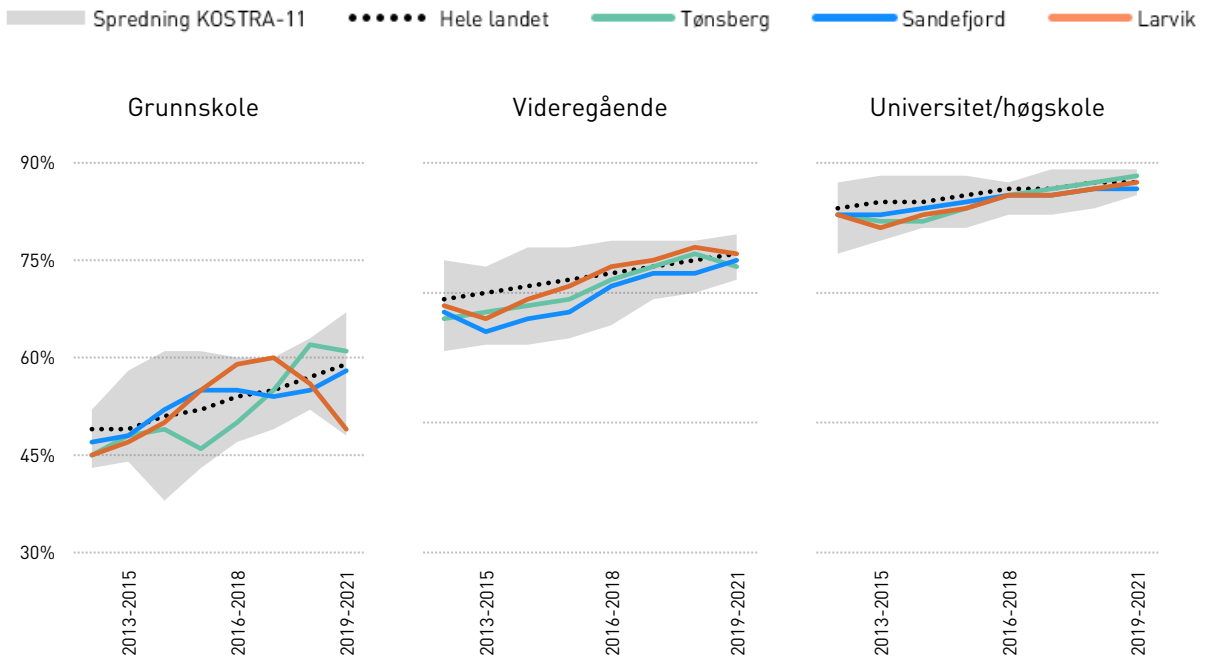


Figur 61: Andel elever på 7. og 10. trinn i grunnskolen i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet som har opplevd mobbing fra andre elever de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i elevundersøkelsen, angitt som gjennomsnitt over treårsperioder (skoleår), standardisert for kjønnssammensetning. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

### Gjennomføring videregående opplæring

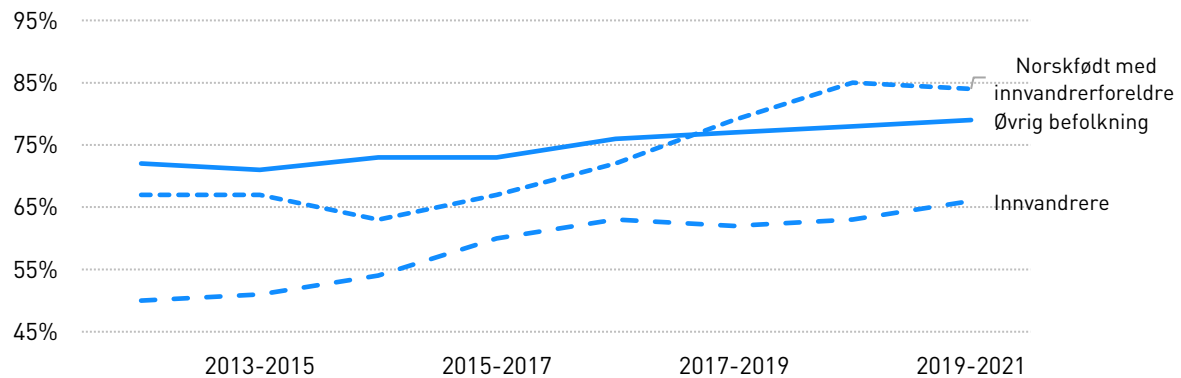
Andelen i Sandefjord som fullfører videregående opplæring innen fem år fra oppstart har økt i Sandefjord de siste årene, og gjennomføringsgraden er nå omtrent som

landsgjennomsnittet<sup>4</sup>. Det er likevel store forskjeller i gjennomføringsgrad i Sandefjord, avhengig av foreldrenes utdanningsnivå (figur 62).



Figur 62: Andel som gjennomfører videregående opplæring etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Kjønn samlet. Angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. **OBS: Avkortet Y-akse.**

Fordelt på innvandrerbakgrunn har den største økningen vært blant norskfødte med innvandrerforeldre (figur 63).



Figur 63: Andel som gjennomfører videregående opplæring etter innvandringsbakgrunn i Sandefjord. Kjønn samlet. Angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder, standardisert for kjønns sammensetning. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. **OBS: Avkortet Y-akse.**

<sup>4</sup> Gjennomføring inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og andelen som har fullført med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem/seks år. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring.

## Ikke fullført videregående, 21-29 år

2020

Sandefjord

**34,4 %**

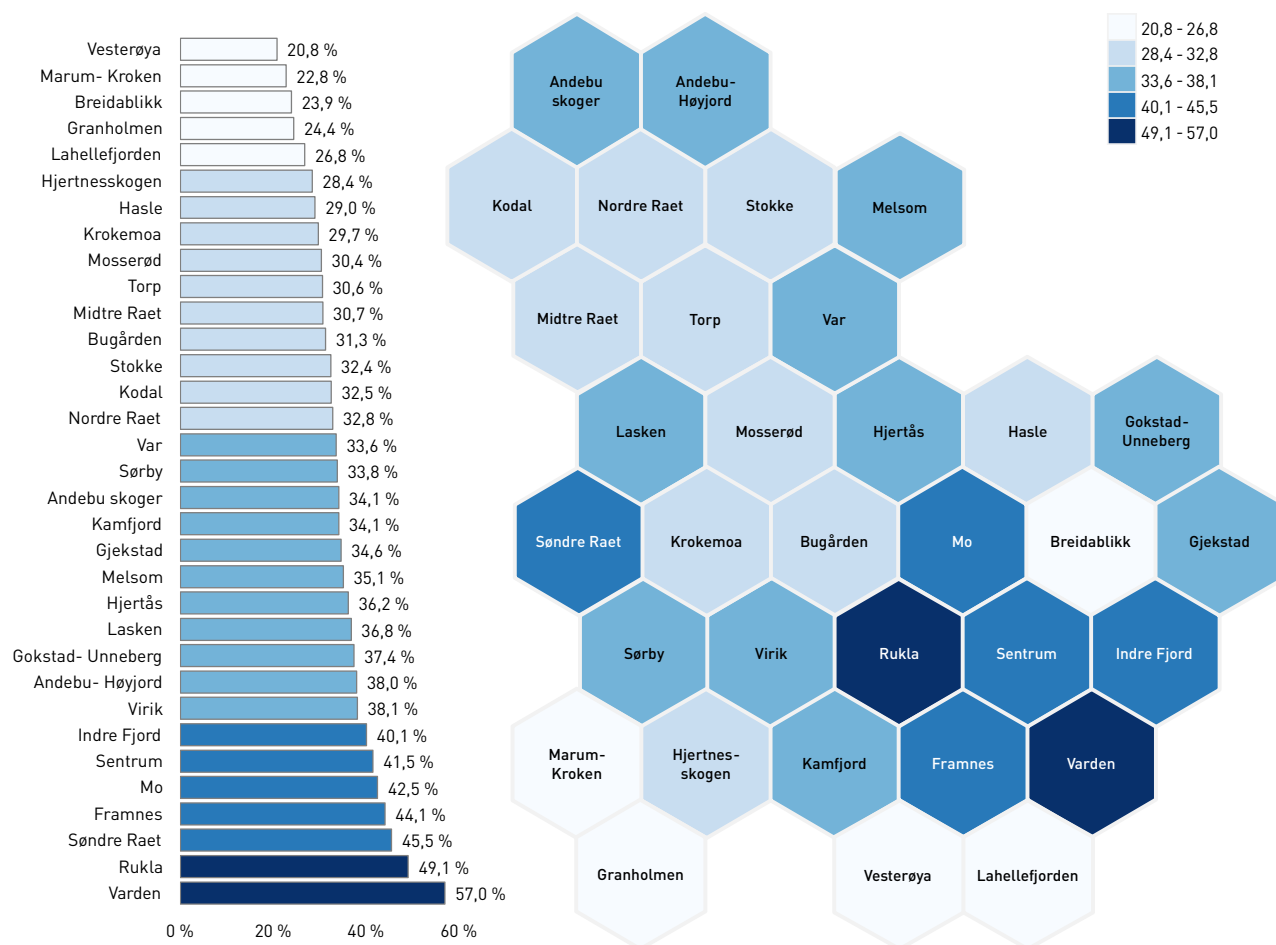
↓ -3,8 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**26,9 %**

↓ -2,6 prosentpoeng fra 2016

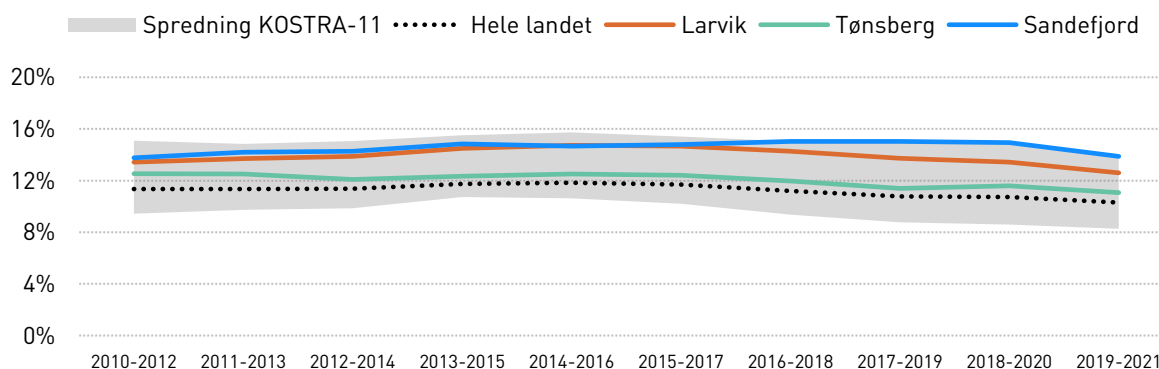
Selv om det har vært en positiv utvikling de siste årene for graden av gjennomføring fra videregående opplæring, har Sandefjord en høy andel unge voksne (21-29 år) som ikke har fullført videregående opplæring innen fem år. Andelen som ikke har fullført videregående opplæring er høyere i Sandefjord (34,4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



Figur 64: Personer 21-29 år som ikke har oppnådd yrkes- eller studiekompetanse i løpet av 5 år per 1.10.20 / Personer 21-29 år som begynte på videregående utdanning per 1.10.2020. Kilde: SSB.

## Utenfor arbeid, utdanning og opplæring, 15-29 år

Andelen unge 15-29 år som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring/NEET (Not in Education, Employment or Training) er høyere i Sandefjord (13,9 %) sammenlignet med resten av landet (10,3 %) og er høyest blant de andre kommunene i KOSTRA-gruppe 11 (figur 65).



Figur 65: Andel ungdom 15-29 år utenfor arbeid, utdanning og opplæring i Sandefjord, Tønsberg og hele landet. Kjønn samlet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Standardisert for alders- og kjønns sammensetning. Glidende gjennomsnitt for tre-årsperioder. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet. Beregninger: Sandefjord kommune.

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

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

Tydelige risikofaktorer for å bli NEET er lav sosioøkonomisk status og familiebakgrunn, avbrutt skolegang, psykiske plager og lidelser, og psykososiale problemer som mobbing og ensomhet (NORCE/KS, 2021).

Personer som er i denne gruppen et gitt år, ser ut til å ha mer varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet (Folkehelseinstituttet, 2023h). En del av disse vil være å finne blant de arbeidsledige, mens andre går ut av arbeidsstyrken ved at de etter hvert slutter å søke arbeid. Blant dem som blir værende utenfor over lengre tid, er det klar overvekt av unge med helseutfordringer og uten videregående utdanning. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid (Folkehelseinstituttet, 2021c).

## Lav utdanning, 30-39 år

2020

Sandefjord

**24,0 %**

↑ +1 prosentpoeng fra 2016

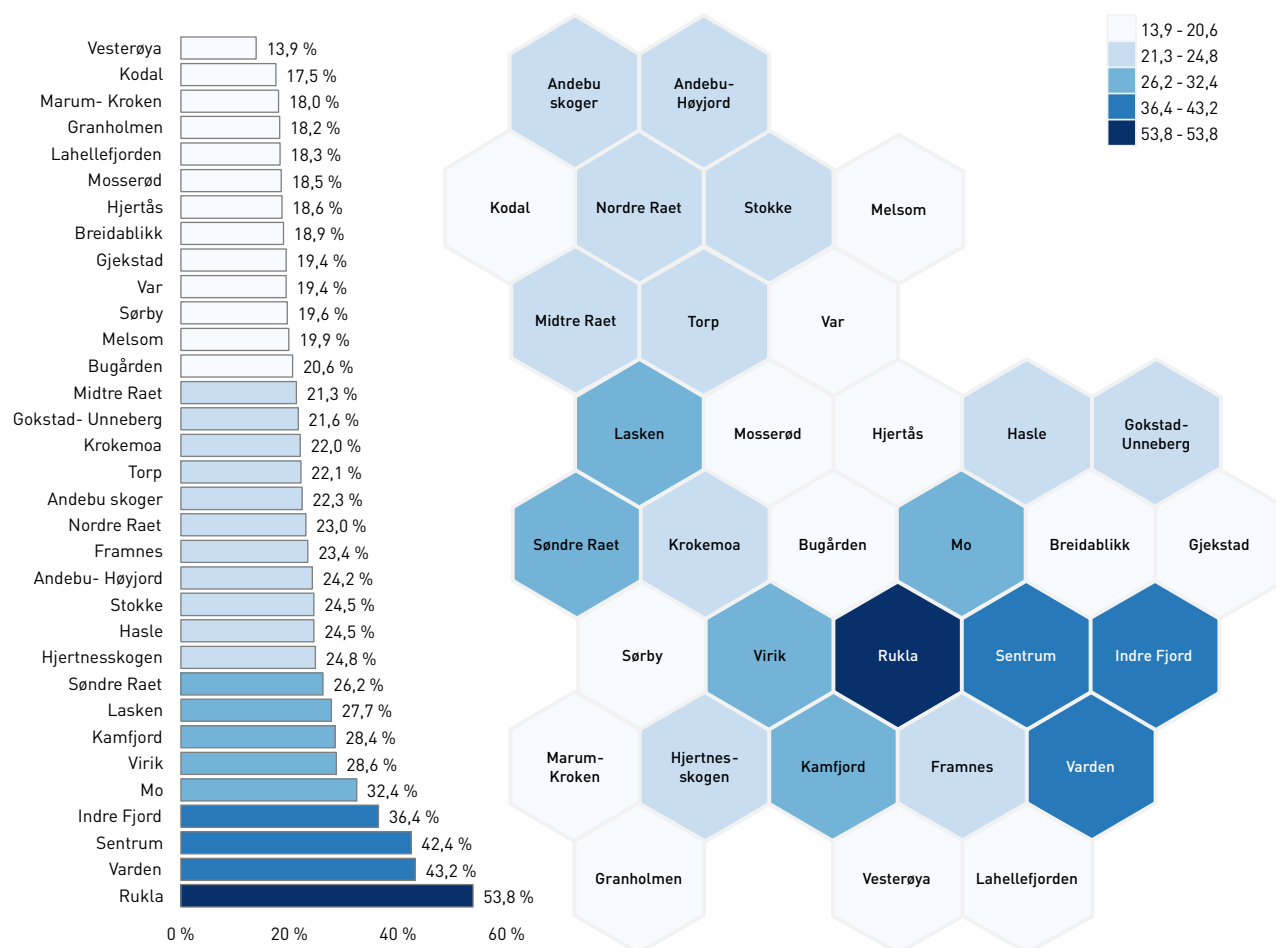
Hele landet

**19,7 %**

↑ +0,5 prosentpoeng fra 2016

Lav utdanning er her definert som grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanningsnivå<sup>5</sup>.

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



Figur 66: Personer 30-39 år med grunnskoleutdanning per 1.10.20 / Personer 30-39 år med oppgitt utdanning per 1.10.2020. Kilde: SSB.

<sup>5</sup> Statistikken omfatter bosatte personer 30-39 år per 1.1.2021 og deres utdanningsnivå per 1.10.2020. Tallene avviker fra tilsvarende publiserte tall på grunn av at indikatoren bruker grunnkretsinformasjon om bosatte på et annet tidspunkt (1.1.2021, mens publisert statistikk angir bosatte per 1.10.).

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

## 6.4 Mottak av offentlig støtte

### Unge uføre, 18-44 år

2020

Sandefjord

**6,4 %**

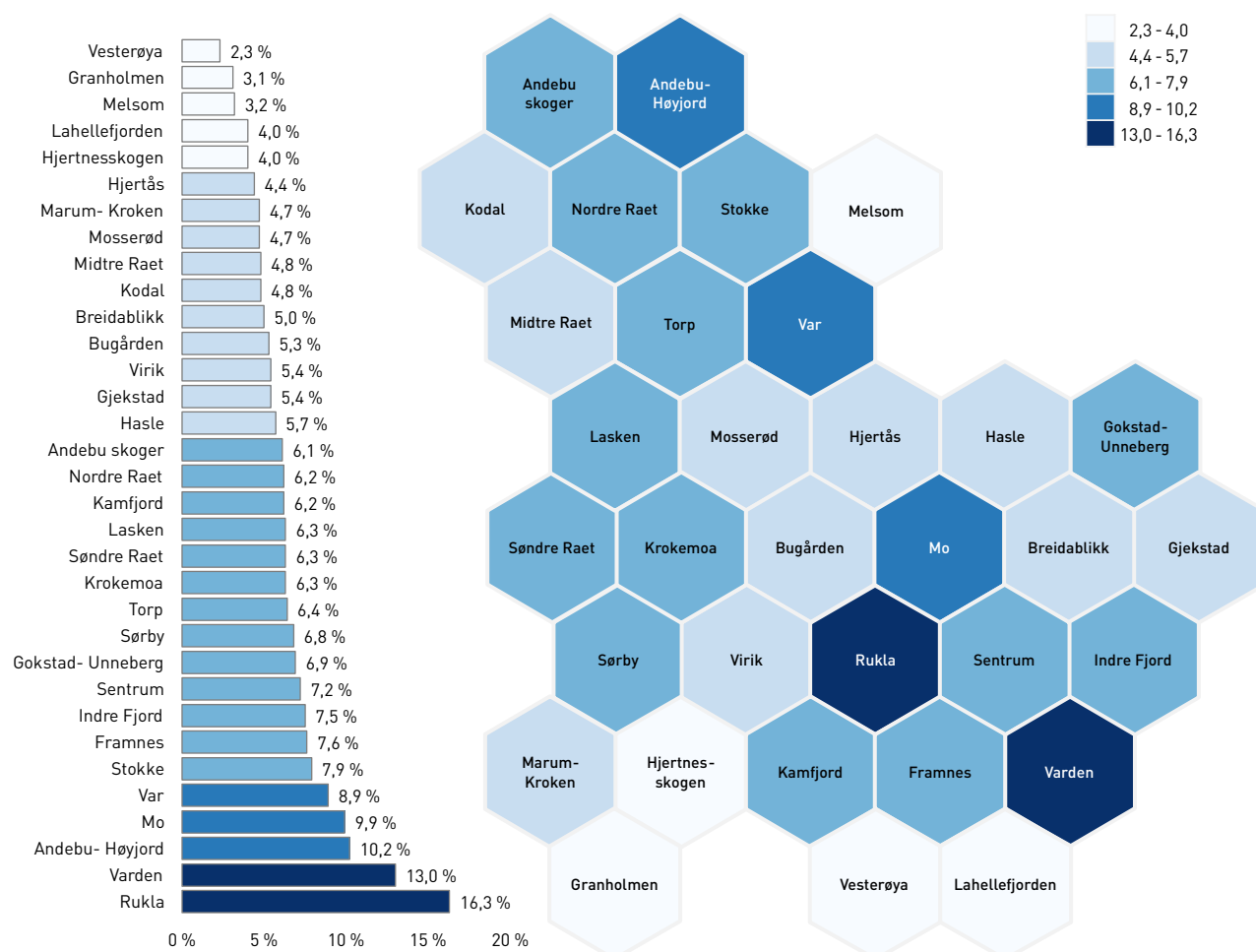
↑ +1,9 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**4,2 %**

↑ +1 prosentpoeng fra 2016

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



Figur 67: Mottakere av uførepensjon, 18-44 år per utgangen av desember 2020 / Folkemengde 18-44 år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

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



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

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

## Sosialhjelpsmottakere, 16 + år

2020

Sandefjord

**3,4 %**

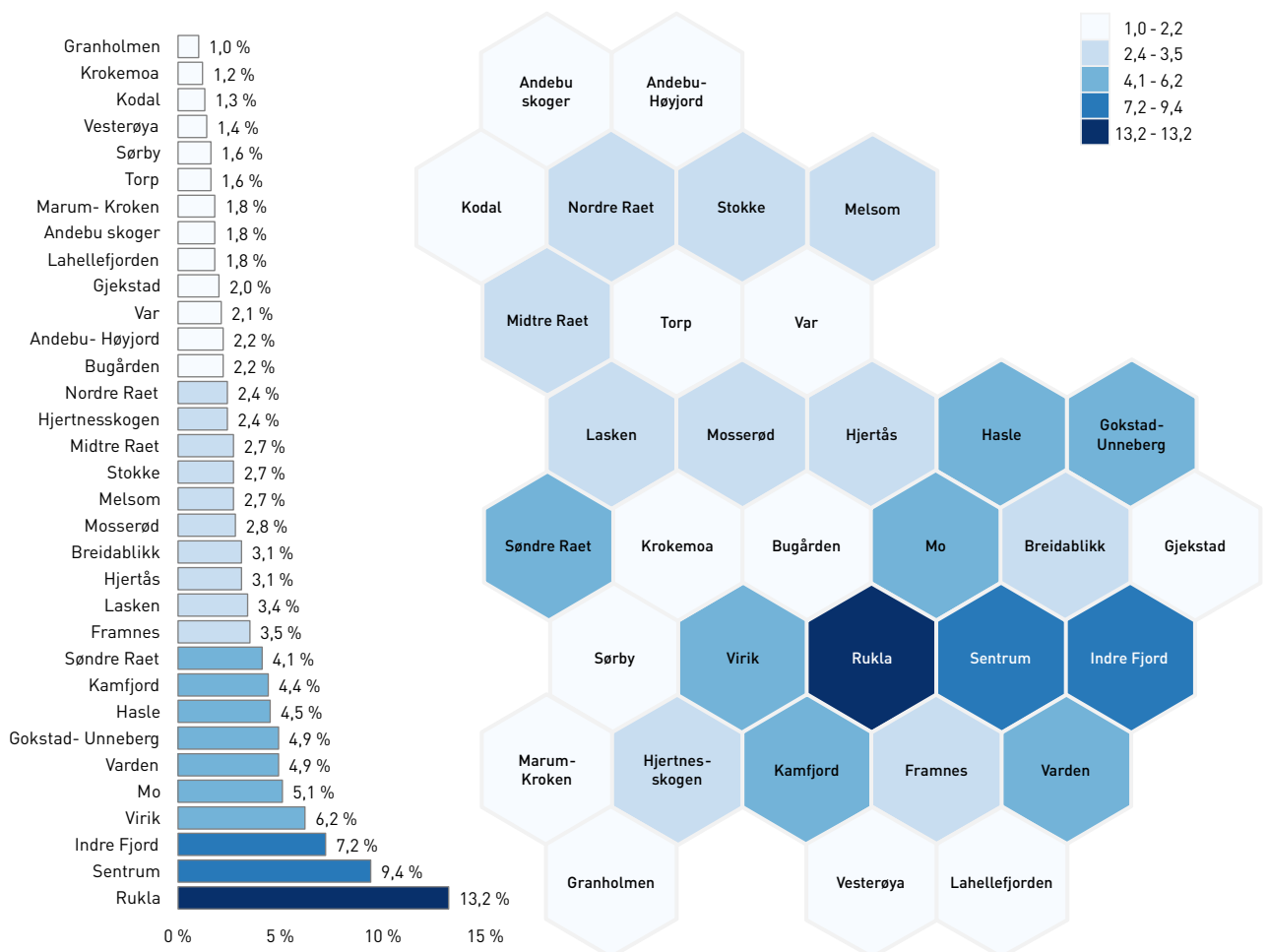
↓ -0,1 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**2,8 %**

↓ -0,2 prosentpoeng fra 2016

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



Figur 68: Sosialhjelpsmottakere 16+ år i løpet av 2020 / Folkemengde 16+ år per 31.12.2020. Kilde: SSB.

## Arbeidsavklaringspenger, 18-66 år

2020

Sandefjord

**3,5 %**

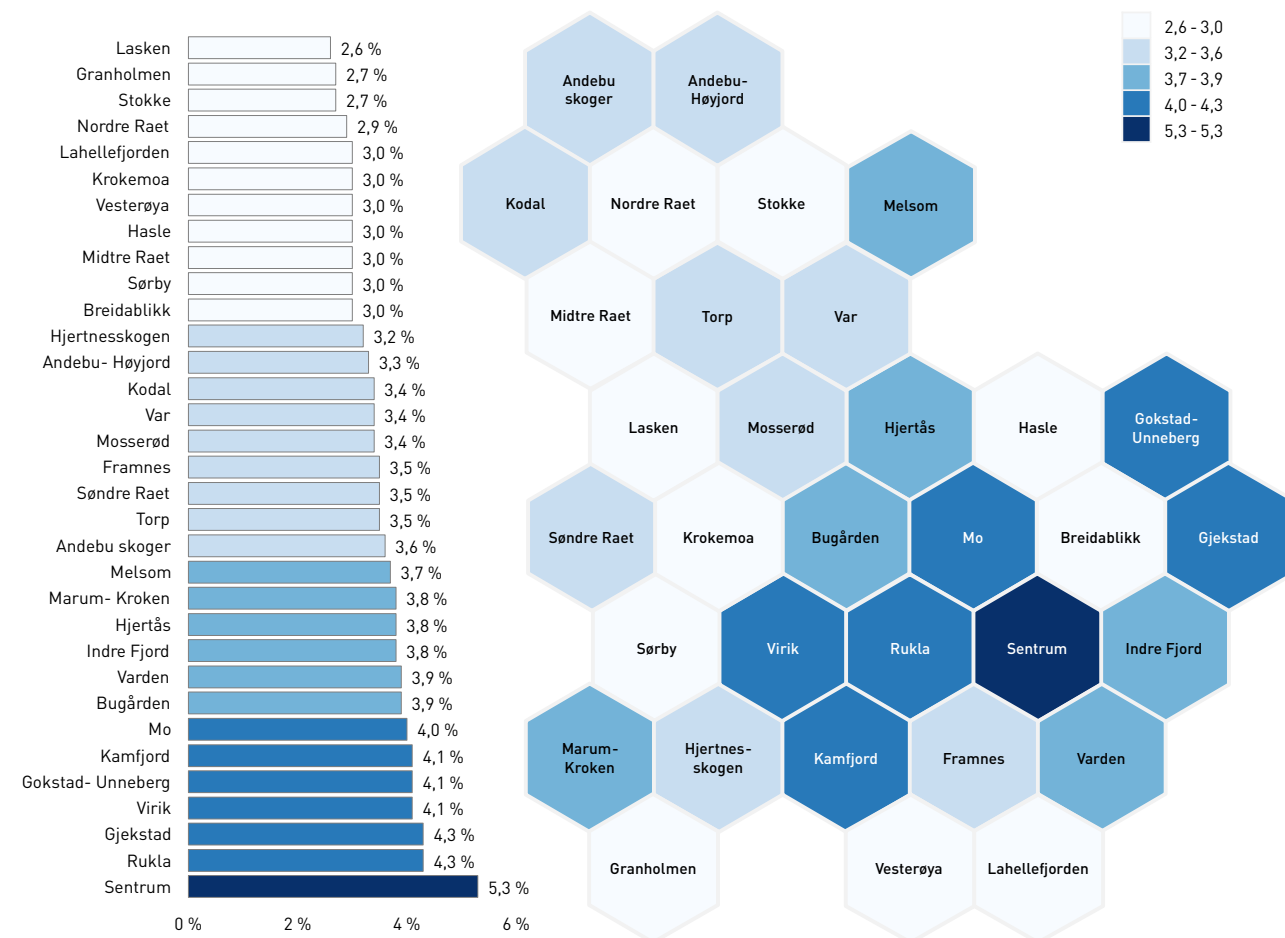
↓ -1 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**3,7 %**

↓ -0,7 prosentpoeng fra 2016

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

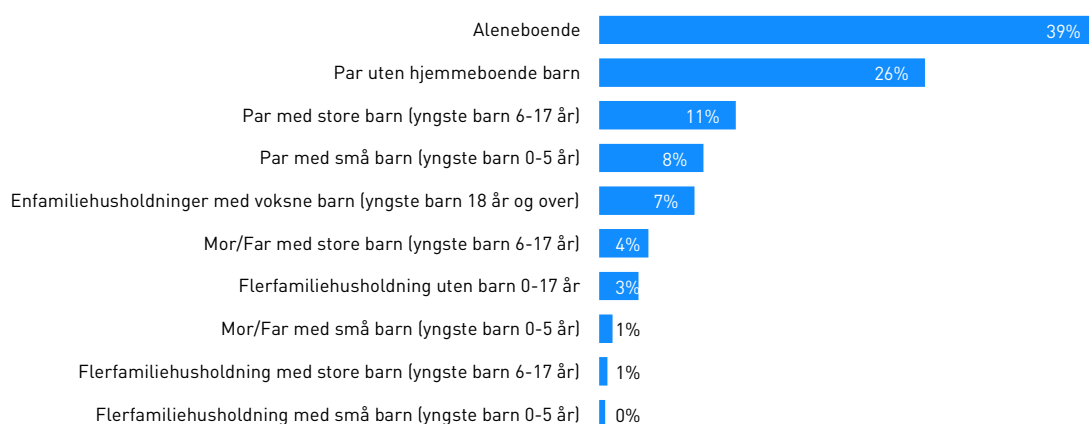


Figur 69: Personer 18-66 år som mottar arbeidsavklaringspenger per utgangen av desember 2020 / Hele befolkningen per 31.12.2020. Kilde: SSB.

## 6.5 Husholdninger og bomiljø

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

Sandefjord hadde 30 213 husholdninger ved inngangen til 2023. Av disse består 39 % av aleneboende, altså én person (figur 70).



Figur 70: Andel privathusholdninger i Sandefjord i 2023 fordelt på husholdningstype. Som par regnes ektepar, samboerpar og registrerte partnere. Kilde: SSB, tabell 06070.

### Trangboddhet

Trangboddhet er en indikator på redusert bokvalitet, og betyr at antall rom i boligen er mindre enn antall personer i husholdningen ([Folkehelseinstituttet, 2021d](#)). Bokvalitet har betydning for helse på flere måter. En vanskelig bosituasjon kan påvirke barn og unges levekår og helse; det påvirker skoleprestasjoner og deres sosiale liv. Vedvarende lav bokvalitet og langvarig leie av bolig øker sannsynligheten for at barn ikke tar med venner hjem. Vanskeligstilte på boligmarkedet er som regel i utgangspunktet en marginalisert gruppe med kjennetegn som lav inntekt, lav eller ingen utdanning og svak arbeidsmarkedstilknytning. I et befolkningsperspektiv er dette sammenfallende med dårligere helsetilstand.

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

## Aleneboende

2020

Sandefjord

**38,5 %**

↑ +1,9 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

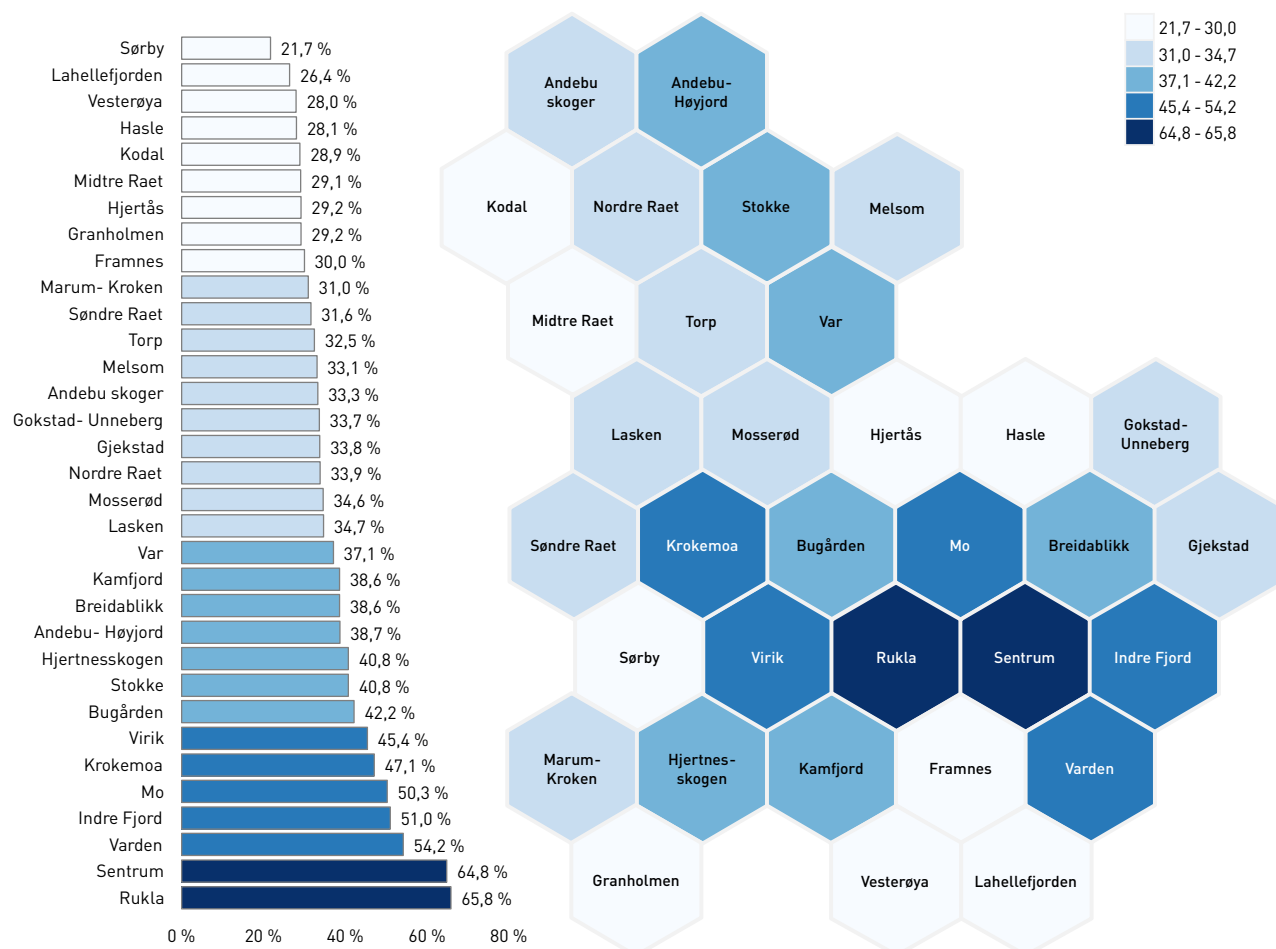
**40,0 %**

↑ +1,8 prosentpoeng fra 2016

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

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

Andelen aleneboende er lavere i Sandefjord (38,5 %) sammenlignet med landet totalt (40 %). Dette har vært en økende trend i Sandefjord siden 2005 (SSB, tabell 06070). Økning i antall aleneboende skyldes at flere venter lenger med å etablere seg i parforhold, samt at antall eldre øker. Lavere fødselstall de siste årene bidrar på den annen side til en nedgang i antall husholdninger med barn. Andelen aleneboende er størst i levekårssonene med høyest andel blokkbebyggelse (se figur 73).



Figur 71: Antall aleneboende per 1.1.2021 / Alle privathusholdninger per 1.1.2021

## Leide boliger

2020

Sandefjord

**22,3 %**

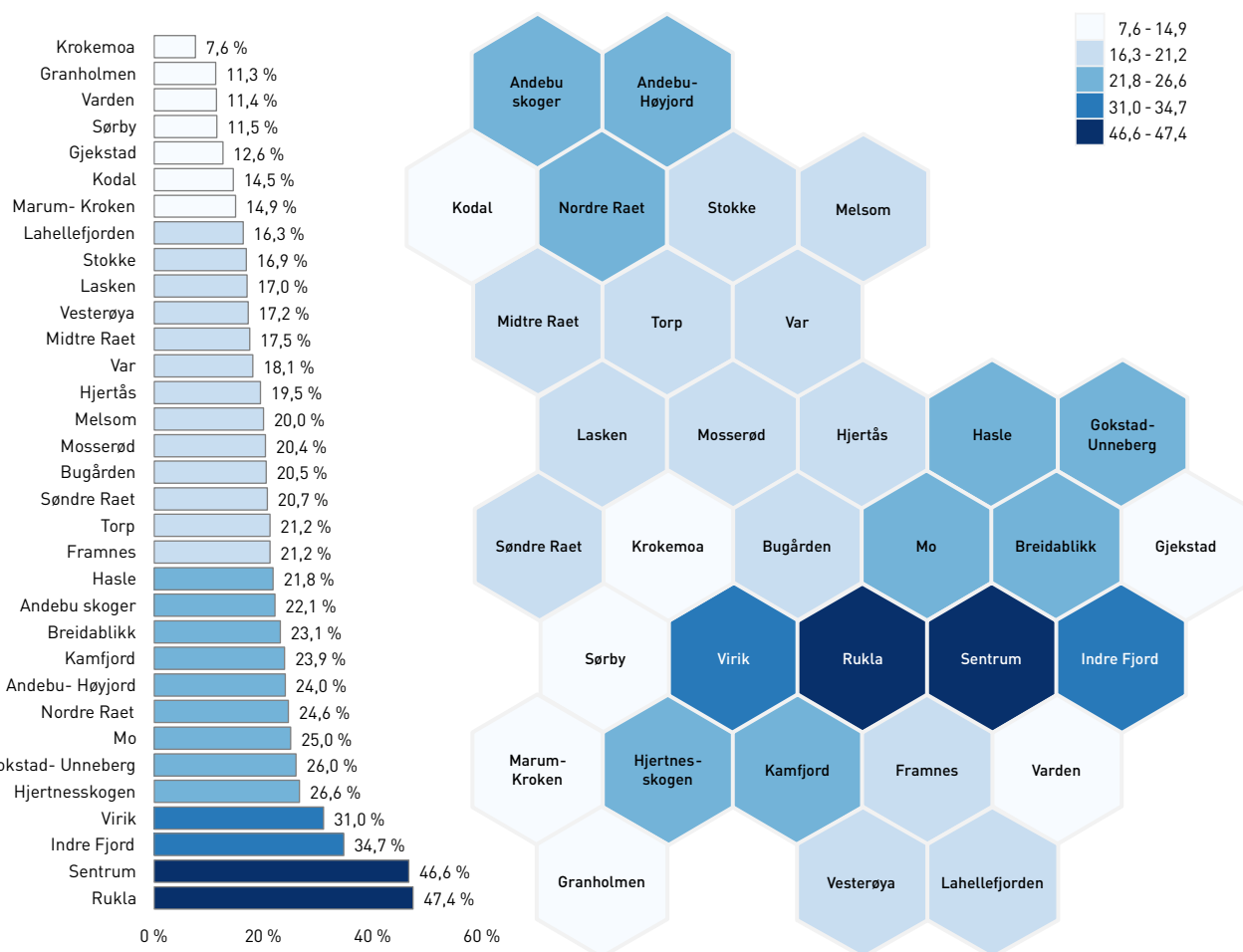
↑ +1,1 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**23,6 %**

↑ +0,5 prosentpoeng fra 2016

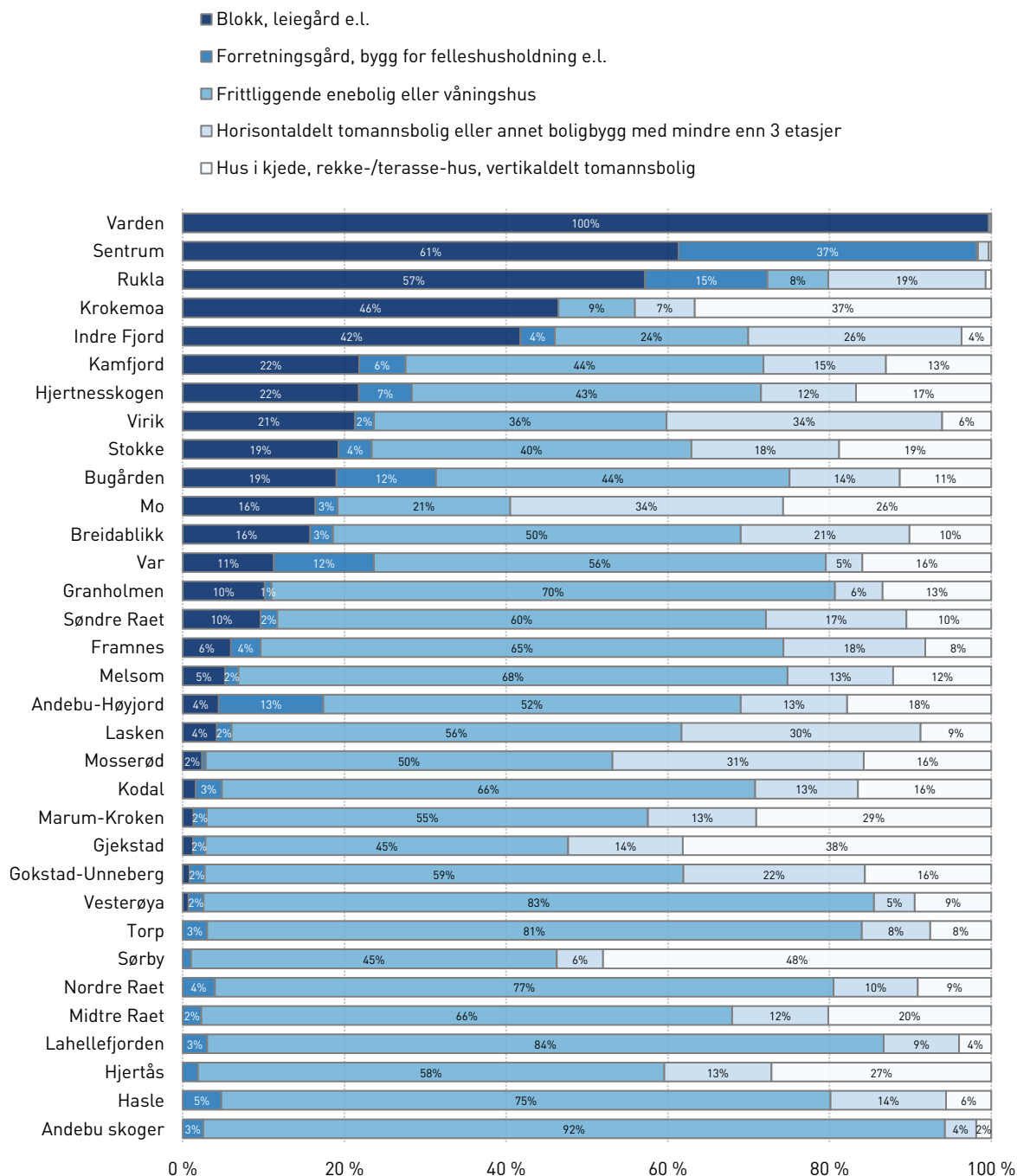
De fleste i Sandefjord eier egen bolig. Andelen husholdninger som leier bolig i Sandefjord er 22,3 %, litt lavere enn landsgjennomsnittet på 23,6 %. Leieandelen er særlig høy i Sentrum og Rukla, samt i Virik og Indre Fjord. Leieandel er særlig lav i Krokemoa.



Figur 72: Husholdninger som leier bolig per 1.1.2021 / Alle husholdninger per 1.1.2021. Kilde: SSB.

## Bygningstyper

Figur 73 viser at det er store variasjoner av bygningstyper avhengig av hvilke grunnkretser vi ser nærmere på. Varden, Sentrum og Rukla har alle over 50 % andel blokker, leiegårder. I andre enden av skalaen med over 80 % frittliggende eneboliger har vi Andebu, Lahellefjorden, Vesterøya og Torp.



Figur 73: Antall av ulike bygningstyper per 31.12.2021/Alle bygninger per 31.12.2021. Bygningstyper: Blokk, leiegård e.l., Forretningsgård, bygg for felleshusholdning e.l., Frittliggende enebolig eller våningshus, Horisontaldelt tomannsbolig eller annet boligbygg med mindre enn 3 etasjer og Hus i kjede, rekke-/terrasse-hus, vertikaldelt tomannsbolig. Kilde: SSB/KOMPAS.

## 6.6 Arbeidstilknytning

### Arbeidsledighet, 15-74 år

2020

Sandefjord

**2,5 %**

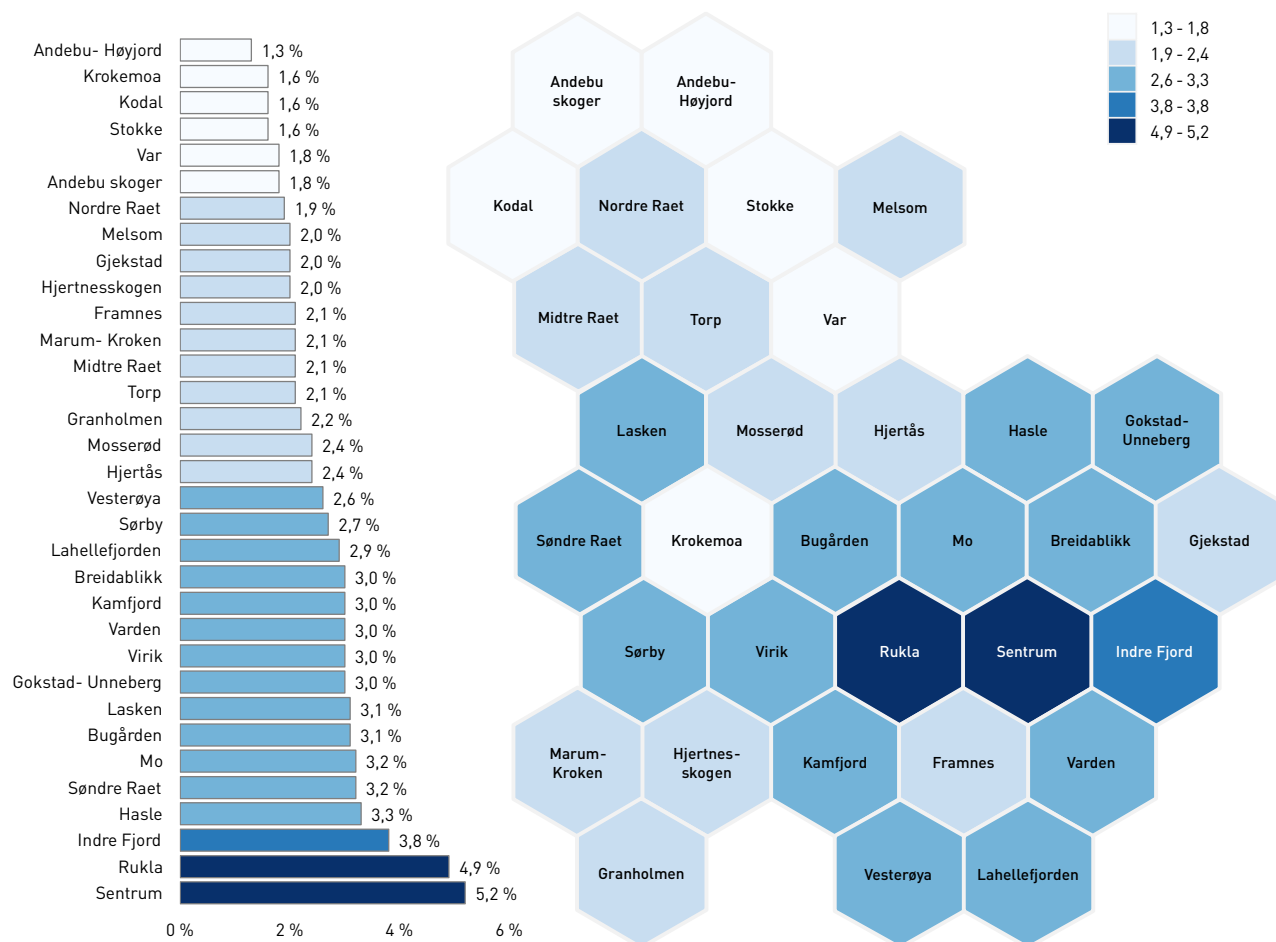
↑ +0,2 prosentpoeng fra 2016

Hele landet

**2,7 %**

↑ +0,7 prosentpoeng fra 2016

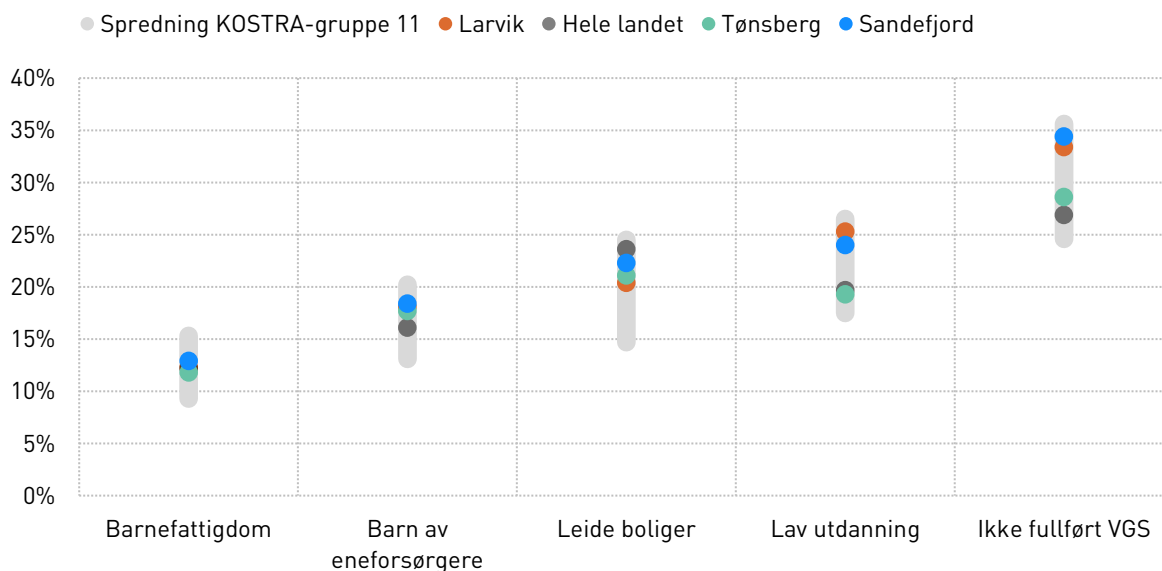
Arbeidsledighet i aldersgruppen 15-74 år er lavere i Sandefjord (2,5 %) enn resten av landet (2,7 %). På sonenivå ser vi spesielt høy ledighet sammenlignet med snittet i kommunen i levekårssonene Sentrum (5,2 %) og Rukla (4,9 %) samt Indre Fjord (3,8 %).



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

## 6.7 Oppsummert levekårsbilde

Figur 75 og figur 76 viser nøkkeltall for utvalgte levekårsindikatorer<sup>6</sup> for Sandefjord sammenlignet med Larvik, Tønsberg, Norge som helhet samt spredningen til kommunene i KOSTRA-gruppe 11.

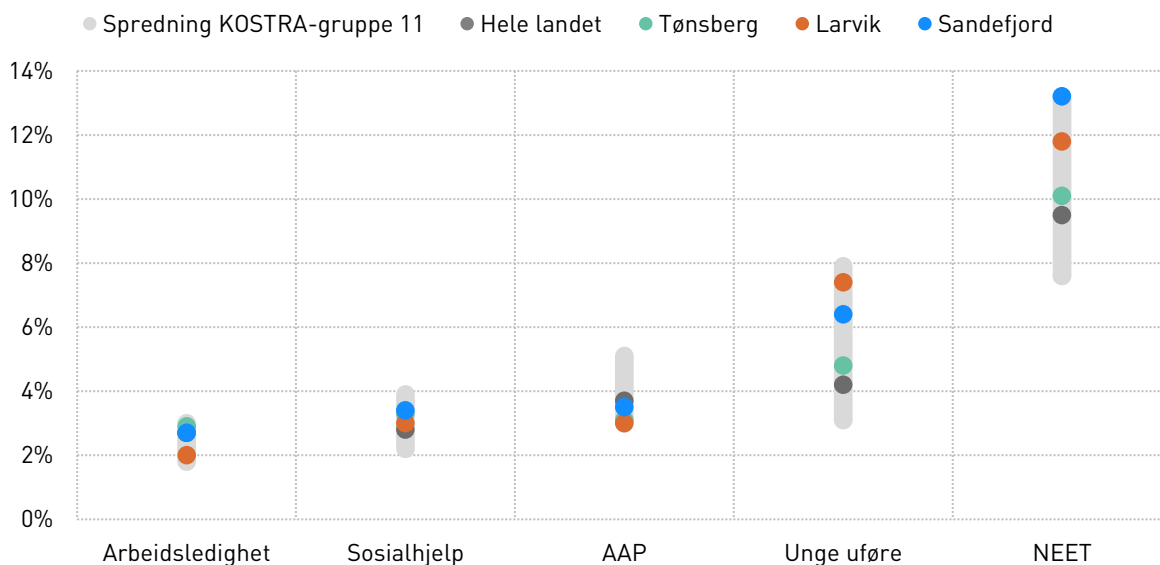


Figur 75: Standardiserte prosentandeler for utvalgte levekårsindikatorer for Sandefjord, Larvik, Tønsberg, hele landet og spredning blant kommunene i KOSTRA-gruppe 11 i 2020. Kilde: SSB.

- Sandefjord har en barnefattighedsrate på 12,9 %, noe som ligger litt over landsgjennomsnittet på 12,2 %. Larvik har en rate på 12,3 %, mens Tønsberg har 11,8 %. Sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11 havner Sandefjord litt over midtsjiktet.
- Sandefjord har en høyere andel barn av eneforsørgere (18,4 %), sammenlignet med landsgjennomsnittet på 16,1 %. Larvik har en andel på 18,1 %, og Tønsberg ligger på 17,7 %. Sandefjord er i øvre sjikt sammenlignet med KOSTRA-11.
- Sandefjord har en relativt lavere andel personer som bor i leide boliger (22,3 %), sammenlignet med hele landet (23,6 %). Larvik har en andel på 20,4 %, mens Tønsberg har 21,1 %. Alle sammenligningsregionene er i øverste sjikt sammenlignet med de andre kommunene i KOSTRA- gruppe 11.
- Sandefjord har en høyere andel innbyggere med lav utdanning (24,0 %), mot hele landets 19,7 %. Larvik har en høyere andel på 25,3 %, mens Tønsberg har 19,3 %.
- Sandefjord har den høyeste andelen innbyggere som ikke fullførte videregående skole med 34,4 %, sammenlignet med hele landets 26,9 %. Larvik har en andel nært Sandefjord på 33,4 %, mens Tønsberg ligger på 28,6 %.

<sup>6</sup> De ulike indikatorene gjelder for følgende aldersgrupper: registrert arbeidsledighet, 15-74 år; sosialhjelpsmottakere, 16+ år; mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP), 18-66 år; unge uføre, 18-44 år; barn i lavinntektshusholdninger EU-60 (barnefattigdom), 0-17 år; barn av eneforsørgere, 0-17 år; lav utdanning, 30-39 år; ikke fullført videregående opplæring, 21-29 år; utenfor arbeid, utdanning og opplæring (NEET), 15-29 år.





Figur 76: Standardiserte prosentandeler for utvalgte levekårsindikatorer for Sandefjord, Larvik, Tønsberg, hele landet og spredning blant kommunene i KOSTRA-gruppe 11 i 2020 (NEET 2021). Kilde: SSB.

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

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

## Opphopning av levekårsutfordringer

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

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

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

Tabell 1 viser en sammenstilling av resultatene fra enkelte indikatorer med fargekodene som viser hvordan sonene klassifiseres i forhold til hverandre. De fleste sonene kan vise til enkelte «mørkere» felt og enkelte «lysere» felt. Det understreker viktigheten av å vise varsomhet med å trekke konklusjoner ut ifra resultatene fra enkeltstående indikatorer. Det kommer likevel frem et tydelig mønster hvor enkelte soner har en overvekt av «mørke» felt og dermed nokså tydelige tegn til levekårsutfordringer. Det gjelder særlig for sonene Sentrum og Rukla. Sonene Varden og Indre Fjord har også en del mørke felt. Det var også disse sonene som viste antydning til opphopning i levekårskartleggingen i 2019.

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

Tabell 1: Sammenstilling av resultater fra utvalgte levekårsindikatorer fordelt på levekårszoner i Sandefjord kommune med fargekoder som viser hvordan sonene klassifiseres i forhold til hverandre.

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

\* Ingen data

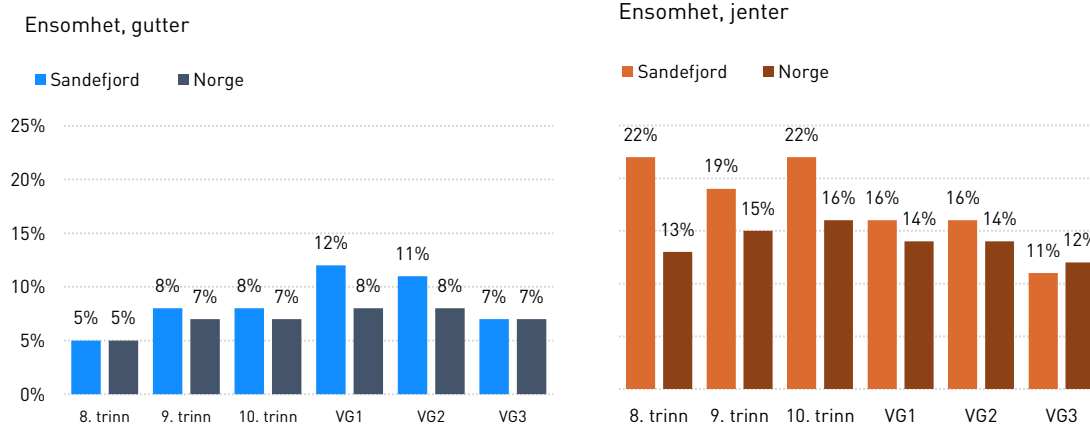
# 7. Sosialt, fysisk, kjemisk og biologisk miljø

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

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

## 7.1 Ensomhet

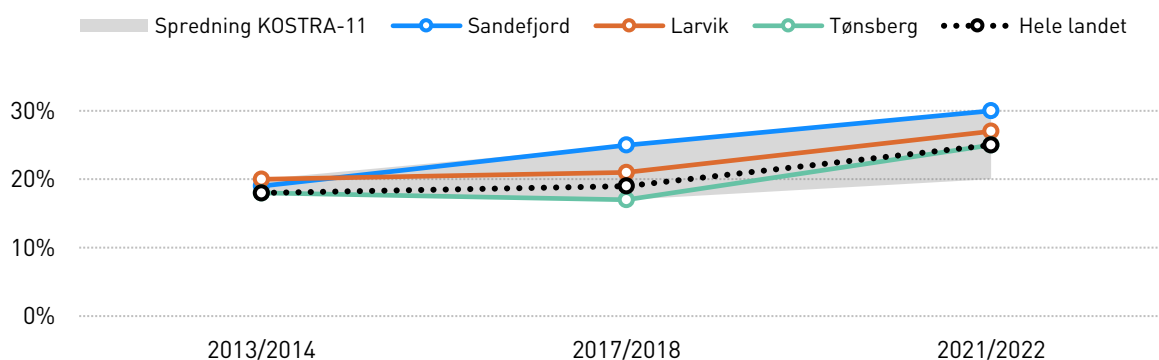
Ungdata 2021 viser at 15 % av elever i ungdomsskolen og 13 % av elever på videregående i Sandefjord er veldig mye plaget av ensomhet (figur 77). Ensomhet er mer utbredt blant jenter enn blant gutter.



Figur 77: Andel elever som svarer at de i løpet av siste uke har vært veldig mye plaget av ensomhet i Ungdata 2021. Blant gutter og jenter på ulike klassetrinn i Sandefjord og Norge. Kilde: Ungdata.

Flere undersøkelser tyder på en langsiktig økning av ensomhet blant ungdommer i Norge, også før pandemien ([SSB, 2021](#)). Figur 78 viser at Sandefjord har hatt større økning enn Norge totalt og kommunene i KOSTRA-gruppe 11.

## Ensomhet, Ungdata

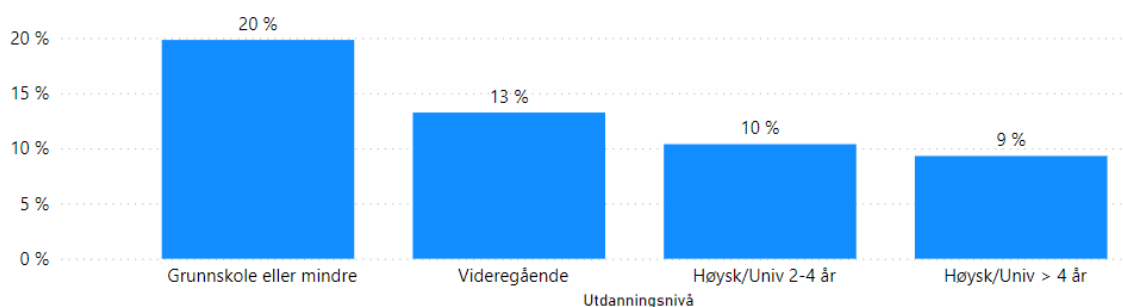


Figur 78: Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet som svarer at de har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av ensomhet siste uken, standardisert for kjønn og klassetrinn. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Sandefjord gjennomførte Ungdata-undersøkelsen i 2013, 2017 og 2021. Kilde: Ungdata.

I Folkehelseundersøkelsen 2021 finner vi at 12 % rapporterer om ensomhet i den voksne befolkningen i Sandefjord. Det er stor forskjell mellom utdanningsnivå (figur 79) og aldersgrupper (figur 80).

### Ensomhet (UCLA-3)

Sandefjord

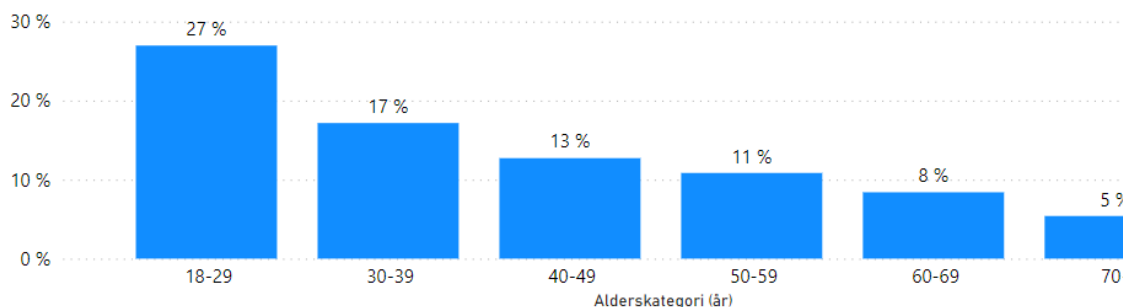


Figur 79: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de opplever ensomhet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Three-Item Loneliness Scale» (UCLA-3) ble brukt for å måle ensomhet. Kilde: Folkehelseinstituttet.

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

### Ensomhet (UCLA-3)

Sandefjord



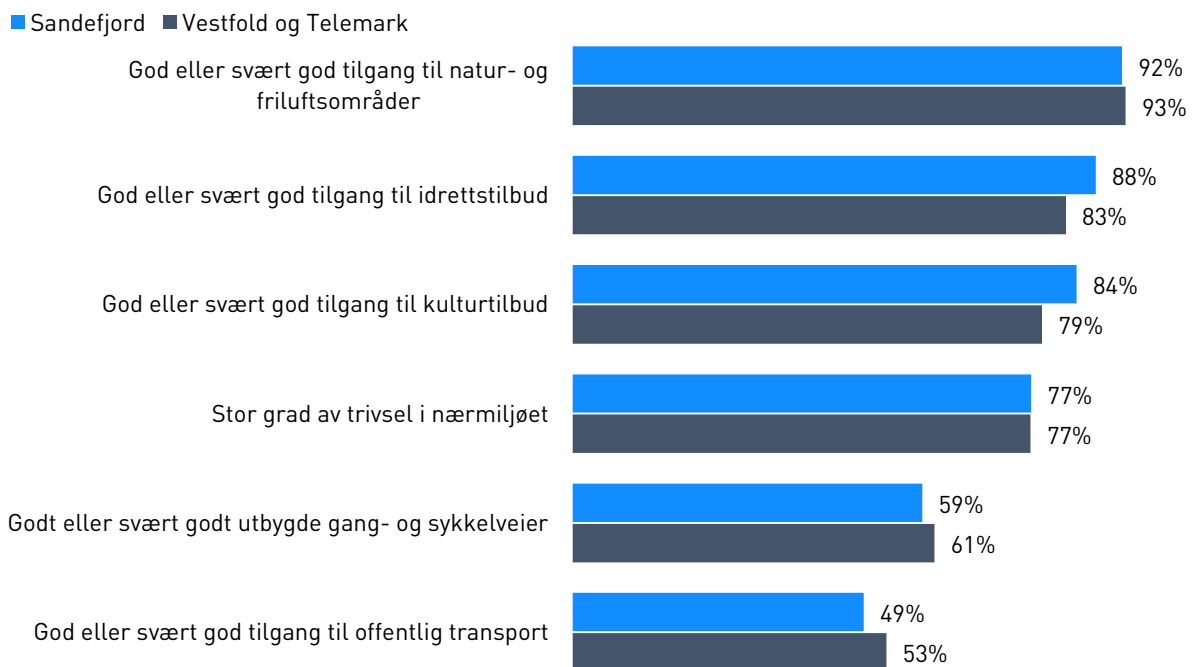
Figur 80: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de opplever ensomhet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Three-Item Loneliness Scale» (UCLA-3) ble brukt for å måle ensomhet. Kilde: Folkehelseinstituttet.

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

## 7.2 Nærmiljøet

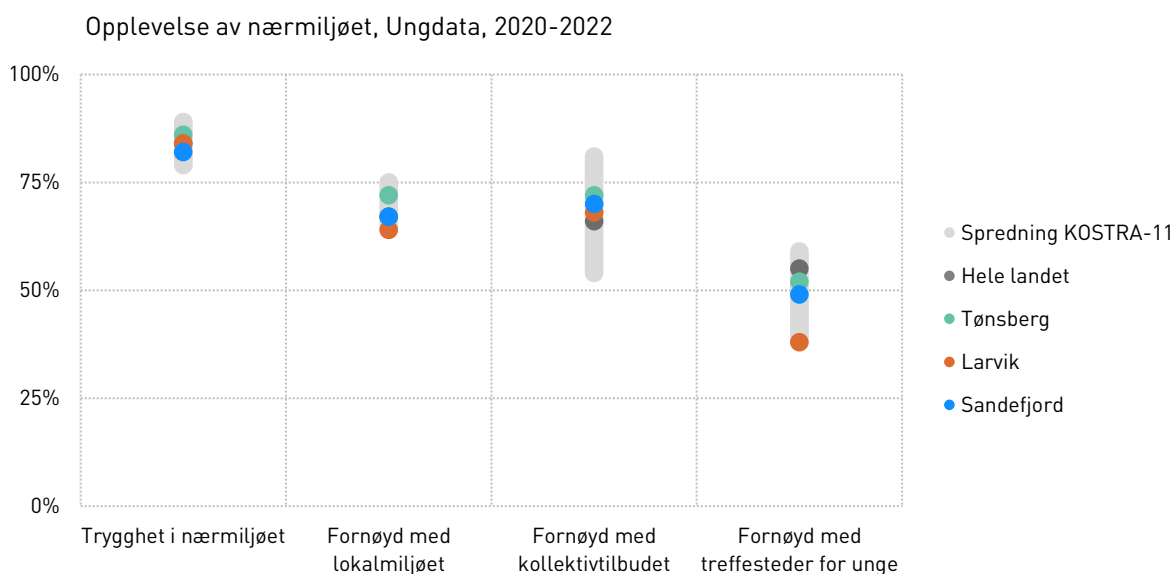
De fleste voksne i Sandefjord trives i nærmiljøet og er fornøyd med tilbud og tilganger i nærområdet (figur 81). Andelen som er opplever tilgangen til offentlig transport og gang- og sykkelveier som god eller svært god er litt lavere i Sandefjord sammenlignet Vestfold og Telemark, mens andelen er høyere når det kommer til idretts- og kulturtilbud.

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



Figur 81: Nøkkeltall relatert til tilfredshet i nærmiljøet for Sandefjord og Vestfold og Telemark i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021, kjønn samlet. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

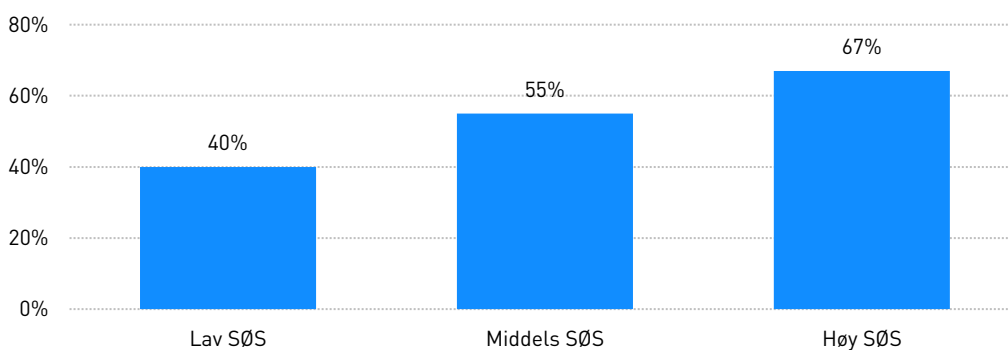
Figur 82 viser at flertallet av ungdommer i Sandefjord opplever det som trygt å ferdes ute om kvelden i nærområdet sitt, og er fornøyd med lokalmiljøet og kollektivtilbudet. Unntaket er tilfredshet med lokaler til å treffe andre unge, der rett under halvparten er fornøyd. Sammenlignet med kommunene i KOSTRA-gruppe 11, havner Sandefjord omtrent i midtsjiktet for alle indikatorene.



Figur 82: Andel ungdomsskoleelever som opplever trygghet i nærmiljøet og tilfredshet med lokalmiljøet, kollektivtilbudet og treffsteder for unge i Sandefjord, Tønsberg, Larvik og hele landet. Grått felt indikerer spredning for KOSTRA-gruppe 11. Ungdata 2020-2022. Standardisert for kjønn og klasstrinn. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

## 7.4 Deltagelse i fritidsaktiviteter

Ungdommer med høy sosioøkonomisk status er generelt mer aktive i organiserte fritidsaktiviteter enn ungdommer med lav sosioøkonomisk status (figur 83). 67 % av ungdom fra familier med høy sosioøkonomisk status oppgir at de deltar i fritidsaktiviteter, mens 40 % av ungdommer fra familier med lav sosioøkonomisk status oppgir det samme. Barn og unge som ikke har mulighet til å delta i fritidsaktiviteter kan gå glipp av de mange fordelene ved å delta på denne arenaen.

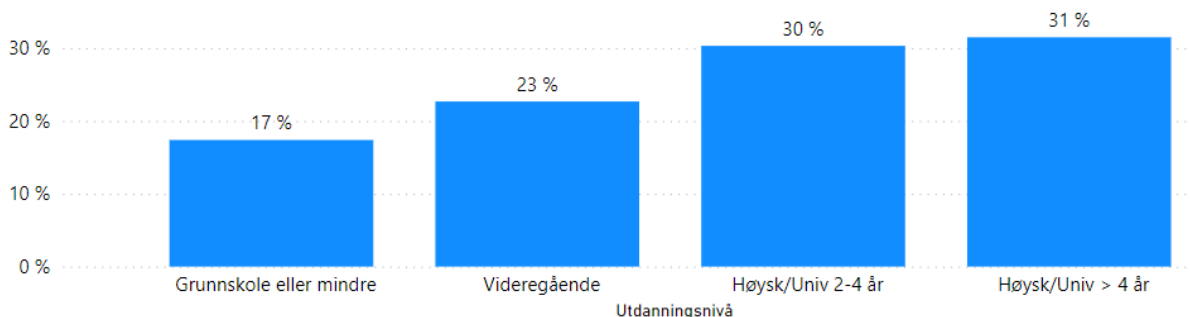


Figur 83: Andel ungdomsskoleelever som svarte at de er med i en fritidsorganisasjon, fordelt på familiens sosioøkonomiske status. Kilde: Ungdata 2021.

Også i Folkehelseundersøkelsen 2021 finner vi sosial ulikhet i deltagelse organiserte fritidsaktiviteter mellom høyeste og laveste utdanningsnivå (figur 84).

### Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Sandefjord



Figur 84: Andel av den voksne befolkningen i Sandefjord som oppgir at de ukentlig deltar i organisert aktivitet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. Fordelt på utdanningsnivå. Ujusterte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet.

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

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

## 7.5 Kriminalitet

Det har vært en markant økning i antall anmeldelser for voldssaker der gjerningsperson er under 18 år. Politiet rapporterer at økningen ses i sammenheng med smitteverntiltak under koronapandemien som gjorde ungdommene mer avhengig av digitale hjelpemidler for sosial samhandling. Smitteverntiltakene kan ha forsterket sårbarhetsfaktorer for kriminalitet som sosioøkonomiske forskjeller og utenforskap. De samme faktorene gjør at ungdom blir mer sårbare for rekruttering inn i kriminelle nettverk.

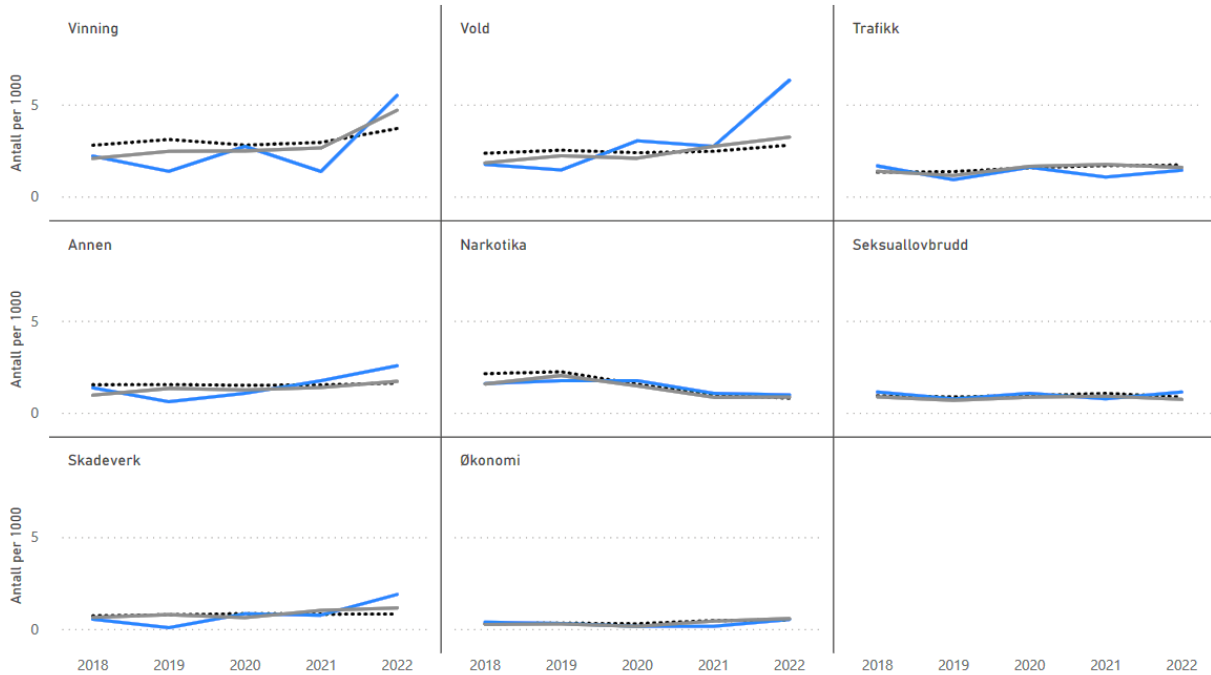
I rapporten *Barn, unge og kriminalitet i Vestfold 2022* kan vi lese at ungdom som begår kriminelle handlinger ofte har krevende familieforhold, med vold eller rusbruk i hjemmet, dårlig skoletilpasning, svakt sosialt nettverk og/eller andre alvorlige negative barndomsopplevelser.



### Anmeldte saker, antall per 1000 innbyggere

Under 18 år

Geografi ● Hele landet ● Sandefjord ● Sør-Øst politidistrikt

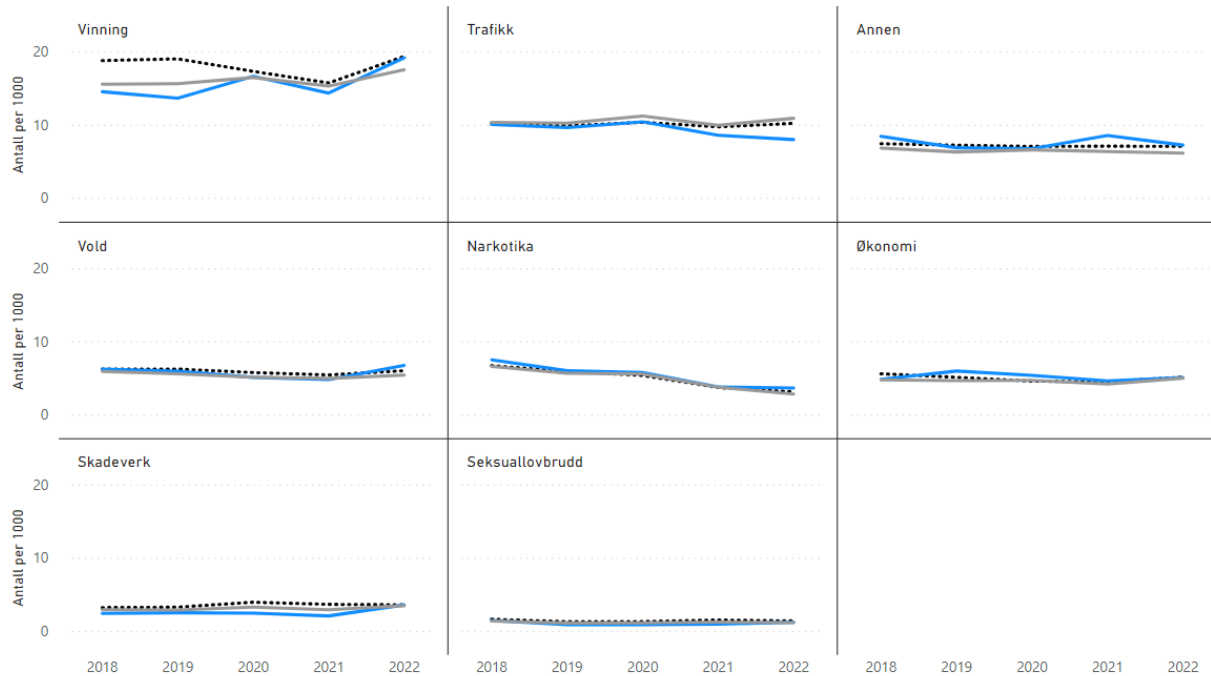


Figur 85: Antall anmeldte saker per 1000 innbyggere der gjerningspersonen er under 18 år fordelt på geografi og kriminalitetstyper. Kilde: Sør-Øst politidistrikt. Beregninger: Sandefjord kommune.

### Anmeldte saker, antall per 1000 innbyggere

Alle aldre

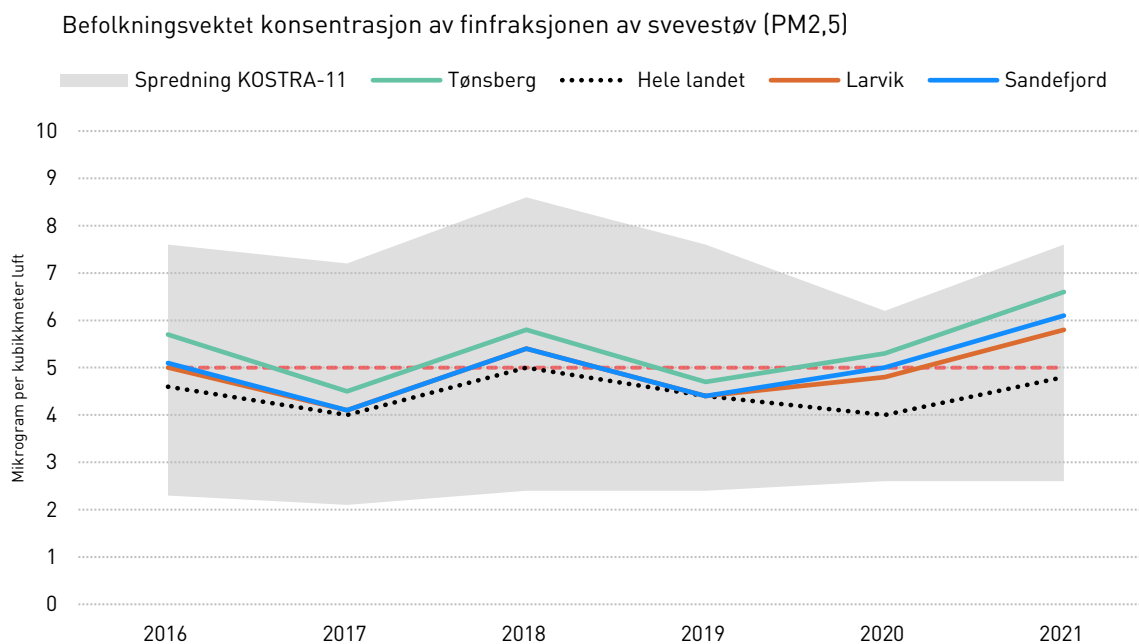
Geografi ● Hele landet ● Sandefjord ● Sør-Øst politidistrikt



Figur 86: Antall anmeldte saker per 1000 innbyggere (alle aldre) fordelt på geografi og kriminalitetstyper. Kilde: Sør-Øst politidistrikt. Beregninger: Sandefjord kommune.

## 7.6 Luftforurensing

Fint svevestøv er den luftforurensningskomponenten vi har mest kunnskap om når det gjelder helseeffekter, og den miljøfaktoren som i størst grad har vært knyttet til tidlig død i Norge. Konsentrasjonen av svevestøv i Sandefjord kommune var i 2021 beregnet til 6,1  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , og dermed over det fastsatte luftkvalitetskriteriet som angir et nivå der de fleste kan eksponeres uten helseskade. Luftkvalitetsmålingene er imidlertid gjennomsnitt for hele kommunen, og for de aller fleste av kommunens innbyggere er luftkvaliteten god.



Figur 87: Luftkvalitet, konsentrasjon av fint svevestøv, 2016-2021. Befolkningsvektet konsentrasjon av finfraksjonen av svevestøv (PM<sub>2,5</sub>) med enhet mikrogram per kubikkmeter luft ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) midlet over ett år (FHI/KHS). Luftkvalitetskriteriet for langvarige (årsmidlet) eksponering for svevestøv (PM<sub>2,5</sub>) er 5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (rød linje). Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.

## 8. Hovedutfordringer og ressurser for folkehelsen

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

Folkehelseoversikten beskriver helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for Sandefjords befolkning. Oversikten skal blant annet brukes som grunnlag for å peke ut hovedutfordringer for folkehelsen. Det er viktig å se funnene i sammenheng med andre generelle utviklingstrekk i samfunnet, som blant annet beskrevet i perspektivmeldingen.

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

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

## 8.1 Hovedutfordringer for folkehelsen

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

### Oppvekst- og levekår

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

### Helserelatert atferd

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

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

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

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

Barn i familier med dårlig økonomi er utsatt for mange ulike levekårsutfordringer. Levekårsutfordringer kan påvirke hverandre, og opphopning av levekårsutfordringer påvirker barnets oppvekst, utvikling, skoleprestasjoner og helse resten av livet. Barnet kan vokse opp med dårligere tilgang til ressursene det får tilgang til gjennom sosiale nettverk, for eksempel de nettverkene barnet kunne blitt inkludert i gjennom deltagelse i fritidsaktiviteter. Samlet øker dette risikoen for å havne i lavinntektsgruppen som voksen, og at egne barn vokser opp i samme situasjon.

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

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

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

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

## 8.2 Ressurser for folkehelsen

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

### Nærmiljøet

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

Sandefjord har populære fritidsklubber og ungdomshus og mange idrettslag og frivillige organisasjoner som er viktige ressurser i det helsefremmende og forbyggende arbeidet i nærmiljøet. Oppsøkende ungdomstjeneste (OUT) er nylig etablert og skal jobbe målrettet i nærmiljøene med å skape trygghet, bygge relasjoner til ungdom og være et viktig bindeledd mellom utsatte unge og øvrig hjelpeapparat.

## Innsats mot utenforskap

Sandefjord har flere tiltak som skal forebygge utenforskap:

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

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

## Tydelig folkehelseperspektiv i kommuneplanens samfunnsdel

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

# Litteraturliste

[Helse- og omsorgsdepartementet, 2012: Forskrift om oversikt over folkehelsen](#)

[SSB, 2009: Indeks for levekårproblem vert ikkje lenger publisert:](#)

[Helsedirektoratet, 2005: Gradientutfordringen](#)

[IMDi, 2023: Statistikk om innvandring og integrering](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022: Framtidens utfordringer for folkehelsen](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023a: Psykiske plager og lidelser hos voksne](#)

[Folkehelseinstituttet, 2019: Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023a: Psykiske plager og lidelser hos voksne](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022a: Muskel- og skjeletthelse i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023b: Overvekt og fedme i Noreg](#)

[Helsedirektoratet, 2023: Folkehelse i et livsløpsperspektiv - 3.2. Levevaner](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023c: Kreft i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023d: Søvnvansker i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023e: Kompleks sammenheng mellom foreldres risikofaktorer og unges søvnplager](#)

[Folkehelseinstituttet, 2021a: Hjerte- og karsykdommer i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2021b: Diabetes i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022b: Skader og ulykker i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022c: Selvmord i Norge](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023f: Vold og mishandling](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022d: Fysisk aktivitet i Norge](#)

[SOVno, 2023: Døgnrytmen vår](#)

[National Sleep Foundation, 2015: National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report](#)

[Helsedirektoratet, 2022: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)

[SOVno, 2018: Søvnvaner hos norsk ungdom](#)

[Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2021: Ung i Vestfold og Telemark](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023g: Vedvarende lavinntekt](#)

[Bufdir, 2023: Nye tall om barnefattigdom](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022e: Barn og unges helse: oppvekst og levekår](#)

[Vestfold og Telemark fylkeskommune, 2022: Utenfor utdanning og arbeid](#)

[NORCE/KS, 2021: Unge som står utenfor arbeid, opplæring og utdanning \(NEET\)](#)

[Folkehelseinstituttet, 2023h: Utenfor arbeid, utdanning og opplæring](#)

[Folkehelseinstituttet, 2021c: Mottakere av stønad til livsopphold](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022f: Sosiale helseforskjeller i Norge](#)

[NAV, 2023: Flere uføretrygdede i 2022](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022f: Mottakere av uføreytelser](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022g: Eierstatus bolig](#)

[Folkehelseinstituttet, 2021d: Bor trangt](#)

[IMDi, 2023: Statistikk om innvandring og integrering](#)

[Folkehelseinstituttet, 2022h: Personer som bor alene](#)

[Kunnskapsdepartementet, 2020: NOU 2020: 16 Levekår i byer - Gode lokalsamfunn for alle](#)

[IMDi, 2021: Geografisk konsentrasjon av levekårsproblem](#)

[SSB, 2021: Blir vi stadig mer ensomme?](#)

[Røde Kors, 2021: Psykt ensom](#)

[NOVA, 2022: Stadig færre unge deltar i organiserte fritidsaktiviteter](#)

[Folkehelseinstituttet, 2018: Sykdomsbyrden i Norge i 2016](#)

[Helsedirektoratet, 2018: Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid](#)

[Helsedirektoratet, 2021: Sektorrapport om folkehelse 2021 - 5.5. Skole og utdanning](#)