



SANDEFJORD  
KOMMUNE

# FOLKEHELSEOVERSIKT 2019

## GRUNNLAGSDOKUMENT

Sist oppdatert 25.11.19

## Innhold

Innledning og bakgrunn	4
Kommunens handlingsrom	5
Om sosial ulikhet i helse	7
Utarbeiding av folkehelseoversikten	8
Hovedtrekk utfordringsbilde	9
Nasjonalt utfordringsbilde	9
Lokalt utfordringsbilde Sandefjord	9
Folkehelseprofil 2019 (Folkehelseinstituttet)	10
Om datakilder	11
Mer om kvantitative data	12
Mer om kvalitative data	13
Befolknings sammensetning	13
Barneandel	14
Befolkningsfremskrivning	15
Innvandring og landbakgrunn	16
Barneutflyttinger	18
Utdanningsnivå	18
Helsetilstand og helseatferd	19
Forventet levealder og sosial ulikhet i helse	19
Selvopplevd helse og trivsel	21
Psykisk helse	24
Selvmord	27
Fysisk helse	28
Barn og unge – samlet utfordringsbilde fra helsesykepleiere og jordmødre	32
Netto driftsutgifter forebyggende helsearbeid i kommunen	34
Den aldrende befolkningen – samlet bilde	35
Vaksinasjonsdekning	37
Fysisk aktivitet	40
Overvekt og fedme	42
Ernæring i skole og barnehage	45
Tobakk	47
Alkohol	49
Cannabis	50
Bruk av dopingmidler	50
Digitale levevaner	51

Søvn	53
Oppvekst og levekår	53
Samlet levekårsindeks	55
Lavinntekthusholdninger	57
Barn i lavinntekthusholdninger	59
Aleneboende og barn av enslige forsørgere	60
Barnevernstiltak og lokale erfaringer	61
Inntekt og inntektsforskjeller	62
Sysselsetting og arbeidsledighet	64
Arbeidsavklaringspenger, sosialhjelpsmottakere og unge uføre	67
Leide boliger	70
Barnehagedeltakelse og –kvalitet	71
Skole – ferdigheter, skolebidrag, trivsel og mobbing	73
Frafall videregående skole	83
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	85
Drikkevann	85
Luftkvalitet	86
Radonmålinger	87
Støyutsatte områder	88
Tilgang til grøntarealer, rekreasjonsområder og lekeplasser	90
Sykkelveinett og trygg skolevei	91
Kulturtilbud, Organisasjonsmangfold og deltakelse	93
Valgdeltakelse	96
Nærdemokratiordningen	97
Mangfold og inkludering	98
Kriminalitet	100
Skader og ulykker	102
Veitrafikkulykker med personskaide	102
Utsatte skoleveier og andre ulykkesstrekninger	104
Skader og ulykker i skoler og barnehager	105
Skader behandlet i spesialisthelsetjenesten	106
Svømmeundervisning	106
Vold og overgrep	107
Ressursoversikt i folkehelsearbeidet – Sandefjord kommune	110

## INNLEDNING OG BAKGRUNN

Folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2012. Loven pålegger kommunene å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Innholdet i Folkehelseloven sees i sammenheng med kravene i Plan- og bygningsloven. Som en del av all kommunal planlegging, bør valg av mål, strategier og tiltak baseres på tilgjengelig kunnskap.

God oversikt bidrar til et mer treffsikkert utviklingsarbeid og legger til rette for samordning av ulike områders innsats for innbyggernes helse, trivsel og trygghet. Folkehelseloven definerer følgende begreper:

**Folkehelse:** Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

**Folkehelsearbeid:** 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.

Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide en samlet folkehelseoversikt hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven.

Folkehelseoversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av: Befolknings-sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysiologisk, biologisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand.

Det er opp til kommunen å vurdere, ut fra lokale forhold, hva som er nødvendig oversikt over samlet helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse. Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer.

Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Data skal hentes fra nasjonale, fylkeskommunale og lokale kilder og inngå i det totale kunnskapsgrunnlaget i kommunen i arbeidet med ny planstrategi. Dokumentet skal være allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.

## KOMMUNENS HANDLINGSROM



Modellen over er basert på Dahlgren og Whitehead 1991, og illustrerer hvordan ulike lag av påvirkningsfaktorer påvirker folkehelsen. Folkehelse er et samfunnsansvar og påvirkes av en rekke samfunnsforhold som først og fremst ligger utenfor helsesektoren. Innbyggernes helse, trygghet og trivsel påvirkes av det samfunnet de lever i.

Den samlede folkehelsesituasjonen i en kommune, eller et fylke, eller i landet er ikke kun summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger. Det er geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold skaper disse forskjellene, som kommunen kan påvirke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak.

Det handler blant annet om å legge til rette for gode oppvekstvilkår, sikre tilgang til rekreasjons- og fritidsarealer, sikre arbeidsplasser og et godt utdanningstilbud. Videre kan kommunen blant annet påvirke boligforhold, drikkevannsforsyning, støyforhold, kulturtilbud, helhetlige helse- og omsorgstjenester samt legge til rette for gode, sosiale møteplasser.

Sandefjord kommune har valgt syv av FNs bærekraftsmål som rammeverk for ny kommuneplan (2019-2031). Bærekraftig utvikling defineres som en utvikling som tilfredsstiller dagens behov uten å ødelegge fremtidige generasjoners muligheter til å tilfredsstille sine behov.

Sosial bærekraft er en vesentlig dimensjon ved FNs bærekraftsmål og er tett koblet til arbeidet med folkehelse og levekår. Figuren under, utarbeidet som illustrasjon til kommuneplanen, viser hvordan ulike sektorer og samfunnsaktører samspiller om forhold som fremmer helse og de ulike bærekraftsmålene.



[Stockholm Resilience Centre](#) har omstrukturert FNs bærekraftsmål, fra den lineære oppstillingen av de 17 målene, til en figur som integrerer planetens tålegrenser som det ytre rammeverket og det sosiale grunnlaget – sikre menneskerettigheter og grunnleggende sosiale behov – som det indre rammeverket.

Økonomisk vekst må fungere innenfor disse rammene igjen. Vår tids store utfordring er hvordan vi kan sikre det sosiale livsgrunnlaget for mennesker overalt nå og i fremtiden, samtidig som vi holder oss innenfor planetens tålegrenser.



Graphic by Center for Resilience

Kilde: [Stockholm Resilience Centre](#)

## OM SOSIAL ULIKHET I HELSE

En kommune skal ifølge Folkehelseloven være spesielt bevisst på hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. **Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen.** Det er en tydelig sammenheng mellom utdanning, inntekt og helse. Mennesker med lang utdanning og god økonomi har bedre helse og lever lengre enn de med kortere utdanning og svakere økonomi. Statistisk sett er det slik at for hvert steg man beveger seg oppover den sosioøkonomiske stigen, jo bedre helse. Dette blir ofte omtalt som den sosiale gradienten.

Den sosiale gradienten, som gjelder både for barn og voksne, er universell. De sosiale helseforskjellene i Norge øker og er større enn i flere europeiske land (FHI 2018). Selv om vi mangler gode data som viser dette lokalt, er det ingen grunn til å anta at situasjonen i Sandefjord skiller seg fra det nasjonale bildet.

**Årsakene til sosial ulikhet i helse 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.

### **Mekanismer bak sosial ulikhet i helse**

Forskningen har konsentrert seg om ulike årsaksforklaringer eller mekanismer som forklarer hvordan levekår, psykososiale forhold og levevaner virker sammen og hver for seg og forårsaker sosial ulikhet i helse:

**Materielle:** De materielle forklaringene tar utgangspunkt i hvordan individet utsettes for biologiske, kjemiske og fysiske belastninger i sine materielle omgivelser i hjem, nærmiljø, skole, arbeid og fritid. Med velstandsutviklingen i Norge kan en hevde at materielle faktorer spiller en mindre rolle for ulikhet i helse. Samtidig er det godt dokumentert at vi har sosiale ulikheter i blant annet arbeidsmiljø og bomiljøer.

I tillegg kan det å ha økonomi til å erverve seg helsebringende ressurser som gode bomiljøer eller aktiviteter ha betydning for sosial ulikhet i helse. Det å ha dårligere økonomi eller lavere materiell velstand enn de en omgås kan også virke gjennom psykososiale mekanismer.

**Psykososiale:** Mulighet eller evne til å mestre oppstår i sammenhengen mellom individuelle forutsetninger og omgivelsenes krav. Den psykososiale forklaringen tar utgangspunkt i dette og hvordan individet påvirkes både fysisk og psykisk av gjentatte opplevelser av ikke å mestre hverdagslivets utfordringer, noe som kan gi uheldig stress.

Eksempler på situasjoner som kan gi vedvarende uheldig stress er **økonomiske bekymringer, isolasjon og ensomhet, utfordringer i familien eller arbeidssituasjoner med høye krav og lite kontroll/autonomi.** Jo lavere en befinner seg i det sosioøkonomiske hierarkiet (kortere utdanning,



**lavere inntekt),** desto større opphopning er det av faktorer som kan gi slikt stress. Vedvarende stress påvirker evne til konsentrasjon og problemløsning. Det kan bidra til lavere livskvalitet og til utvikling av psykiske plager og lidelser.

Helsen påvirkes også rent fysisk gjennom nedsatt immunforsvar, anspenhet og større risiko for muskelsmerter og forstyrret søvn. Stress kan dessuten føre til endring i mestringsstrategier og medvirke til et høyere inntak av alkohol og manglende overskudd til gode helsevaner som fysisk aktivitet og godt kosthold.

På samme måte som uheldig stress virker negativt inn på helsen, kan positive opplevelser og følelser virke helsefremmende. Sosial støtte, nettverk, tilhørighet og trivsel på livets arenaer virker positivt inn på helse og kan bufre mot konsekvenser av negative opplevelser.

**Atferdsmessige:** Levevaner som fysisk aktivitet, kosthold, tobakksbruk og alkohol påvirker forekomst av ikke-smittsomme sykdommer som kreft, diabetes type2 og hjerte-karsykdommer. Vi har tydelig sosial ulikhet i levevaner i Norge, særlig når det gjelder røyking. Dette forårsaker sosial ulikhet i helse. Individuelle forhold, men også en rekke strukturer påvirker levevaner, som for eksempel tilgang til områder og tilbud for aktivitet, pris og tilgjengelighet på mat, tobakk og alkohol, næringsinnhold i matvarer m.m.

Fordi atferd følger utdannings-, inntekts og arbeidsmønstre i befolkningen forstår vi at atferden også har bakenforliggende årsaker, jf. de to forklaringene over. ([kilde: Helsedirektoratet 2019](#))

## UTARBEIDING AV FOLKEHELSEOVERSIKTEN

Folkehelsenettverket i kommunen har vært ansvarlig for utarbeiding av folkehelseoversikten, med innspill fra ulike fagområder i kommunen. Folkehelsenettverket ble etablert juni 2019 og består av åtte personer. Alle kommunalområder er representert, i tillegg består nettverket av SLT-koordinator, kommuneplanlegger og kommuneoverlege. Nettverket ledes av folkehelsekoordinator.

I valg av indikatorer er det tatt hensyn til kommunens handlingsrom når det gjelder påvirkningsfaktorer for helse (for eksempel barnehage, skole, gang- og sykkelstier, boligbygging m.m.) samt det at kommunen skal følge med på samlet helsetilstand. Klima- og miljø er som beskrevet over, avgjørende for folkehelsen i et større og lengre perspektiv.

Kommunen har en egen kommunedelplan for klima og energi (2017) og det vises til denne for indikatorer som omhandler miljømessig bærekraft. Også samfunnssikkerhet og beredskap har mange tangeringspunkter med folkehelsearbeidet. I denne folkehelseoversikten er området kun belyst med enkelte indikatorer på skader og ulykker. Temaet dekkes utfyllende i selvstendige dokumenter.



## HOVEDTREKK UTFORDRINGSBILDE

### NASJONALT UTFORDRINGSBILDE

[Folkehelsemeldingen – Gode liv i et trygt samfunn \(2018-2019\)](#) tegner opp de største folkehelseutfordringene med utgangspunkt i dødstall, dårlig helse og vurdering av sykdomsbyrden:

- Risikofaktorer knyttet til de store sykdomsgruppene med høye dødstall og tap av friske leveår: Tobakk, alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet.
- Tilstander og forhold med komplekse risikobilder som også gir sykdomsbyrde for yngre aldersgrupper: Muskel- og skjeletthelse, psykiske lidelser, vold og selvskading, illegale rusmidler og utilsiktede skader.
- Miljøfaktorer med potensiale for forebygging: Luftforurensning.

Folkehelsemeldingen trekker videre fram at psykisk helse er en viktig del av folkehelsearbeidet. Fremming av psykisk helse som en del av folkehelsepolitikken innebærer å fokusere på det som påvirker den psykiske helsa i befolkningen, blant annet levekår, nærmiljø og skole. Myndighetene påpeker at flere perspektiver må tas inn når tiltak på folkehelseområdet skal prioriteres. Langsiktig og tidlig innsats for barn og unge vil for eksempel ikke gi utslag på statistikkene før i fremtiden. Det finnes også folkehelseutfordringer som ikke rammer så mange, men som betyr svært mye for dem som rammes. Det gjelder for eksempel vold og overgrep.

Regjeringen trekker frem følgende prioriterte hovedinnsatsområder: Tidlig innsats blant barn og unge, forebygging av ensomhet, redusere sosial ulikhet i helse, innsats for et trygt og helsefremmende samfunn samt legge til rette for gode levevaner og helsevennlige valg i alle aldre.

### LOKALT UTFORDRINGSBILDE SANDEFJORD

Utover de nasjonale folkehelseutfordringene som også gjelder for vår kommune, er det enkelte forhold som peker seg ut lokalt og vurderes å være av stor betydning for folkehelseutviklingen i Sandefjord. **Områder merket med stjerne (\*) er områder hvor Sandefjord skiller seg negativt ut fra landsgjennomsnittet.**

-Levekårsforhold og sosial ulikhet i helse – geografisk spredning i forekomst av levekårsutfordringer i kommunen. **Generelt lavt utdanningsnivå og redusert levealder for kvinner\*.**

-**Høy andel barn som lever i vedvarende lavinntekt og høy andel enslige forsørgere\*.**  
Økning i antall brukere av Opplevelseskortet de siste årene

-Mangfold og inkludering: Redusert sysselsetting blant innvandrere med landbakgrunn utenfor OECD-området. **Forholdsvis færre barn fra minoritetsspråklige hjem som går i barnehage\*.**

-Graviditet og barseltid: Økende grad av uhelse og utfordringer i svangerskap og barseltid. Jordmødrene ser mer depresjon og angst blant gravide og nyforløste. **Høy andel overvektige gravide og en høy andel kvinner som røyker i svangerskapet\*.**

-Høy andel elever som opplever mobbing i ungdomsskolen\*

-Høyt frafall i videregående skole\*

-Mange ungdommer og unge voksne med psykiske helseutfordringer\*

-Høy andel ungdom som bruker cannabis (hasj)\*

-Utenforskap: Høy andel unge mennesker som står utenfor arbeidsliv og utdanning. Økt rapportering om ensomhet blant ungdom\*

-Økende antall eldre mennesker i kommunen. Andel eldre som bor alene vil øke. Flere som lever med sykdommen demens. Økende behov for både tjenester i hjemmet samt økende behov for heldøgns institusjonsplasser.

-Vold og overgrep. Endel ungdomsskoleelever rapporterer om vold i nære relasjoner og de fleste har ikke fortalt om det til noen. Trolig store mørketall når det gjelder vold og overgrep.

-20 000 innbyggere bor i eller nær støyutsatte områder i kommunen

-Sandefjord kommune har få nøytrale, sosiale møteplasser for barn og barnefamilier (utover lekeplasser og åpne barnehager), spesielt med tilbud på ettermiddag/fritid

-Frivillighet: Deltakelse i frivillig aktivitet gir gode helsegevinster for den enkelte. Det er trolig et ubrukt ressurspotensiale i befolkningen med tanke på deltakelse i frivillig aktivitet.

-Kommunens digitale kommunikasjon om tjenester og aktivitetstilbud: Det er grupper i Sandefjord som ikke har ressurser eller opplever barrierer ifht. til å nyttiggjøre seg digital informasjon (språkbarrierer, svake digitale ferdigheter, funksjonsnedsettelse mm). De er utsatt for å 'falle utenfor' det digitale fellesskapet og ikke nyttiggjøre seg kommunens informasjons- og aktivitetstilbud.

Det vises til hver enkelt indikator for ytterligere presisjonsnivå og sammenligningsgrunnlag. Det lokale utfordringsbildet samsvarer med Folkehelseprofilen for kommunen (2019) utarbeidet av Folkehelseinstituttet.

## FOLKEHELSEPROFIL 2019 (FOLKEHELSEINSTITUTTET)


Folkehelseinstituttet publiserer årlig en folkehelseprofil for kommunen. Profilen kan lastes ned her: <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>. Denne viser fortolket statistikk på kommunenivå. Profilen viser hovedtrekk for kommunens folkehelse og peker på hovedutfordringer i kommunens videre folkehelsearbeid. Områder hvor Sandefjord scorer signifikant (ikke tilfeldig) svakere enn landsgjennomsnittet (rød vertikal linje) er merket med rød kulepunkter.

Det er viktig å bemerke at også områder som ikke er «rød» kan være verdt å følge med på i et folkehelseperspektiv. Sagt med andre ord, selv om Sandefjord ikke scorer vesentlig svakere enn

landsgjennomsnittet eller fylket på en indikator, betyr ikke det at situasjonen indikatoren belyser, nødvendigvis er tilfredsstillende.

## FOLKEHELSEPROFIL 2019



Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Sandefjord	
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	21	21	21	prosent		
	2 Personer som bor alene, 45 år +	26,0	25,5	25,4	prosent		
	3 Andel over 80 år, framskrevet	5,4	5,5	4,9	prosent		
Oppvekst og levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	77	79	81	prosent		
	5 Lavinntekt (hushold.), 0-17 år (ny def.)	11	9,9	9,2	prosent		
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,8	2,7	2,8	-		
	7 Bor trangt, 0-17 år	-	15	19	prosent		
	8 Barn av enslige forsørgere	18	17	15	prosent		
	9 Stønad til livsopphold, 20-29 år	11	11	8,5	prosent (a,k)		
	10 Trives på skolen, 10. klasse	87	86	86	prosent (k)		
	11 Blir mobbet, Ungd. 2017	9,3	7,9	7,4	prosent (a,k)		
	12 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	25	25	24	prosent (k)		
	13 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	23	24	23	prosent (k)		
	14 Frafall i videregående skole	22	22	21	prosent (k)		
	15 Tror på et lykkelig liv, Ungd. 2017	72	73	73	prosent (a,k)		
	Miljø, skader og ulykker	16 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2017	70	69	70	prosent (a,k)	
		17 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2017	66	66	66	prosent (a,k)	
		18 Fornøyd med treffsteder, Ungd. 2017	48	47	49	prosent (a,k)	
19 Ensomhet, Ungd. 2017		25	21	19	prosent (a,k)		
20 God drikkevannsforsyning (ny def.)		99	94	91	prosent		
21 Forsyningsgrad, drikkevann		90	91	88	prosent		
22 Skader, behandlet i sykehus		14,0	14,2	13,7	per 1000 (a,k)		
Helserelatert atferd	23 Lite fysisk aktive, Ungd. 2017	12	12	14	prosent (a,k)		
	24 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2017	34	33	29	prosent (a,k)		
	25 Røyking, kvinner	8,2	7	6	prosent (a)		
Helsestatus	26 Forventet levealder, menn	78,9	78,8	79,1	år		
	27 Forventet levealder, kvinner	82,9	82,9	83,3	år		
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	5	5,2	5	år		
	29 Fornøyd med helsa, Ungd. 2017	69	70	71	prosent (a,k)		
	30 Psykiske sympt./lid., 15-29 år	197	186	159	per 1000 (a,k)		
	31 Muskel og skjelett	329	323	319	per 1000 (a,k)		
	32 Overvekt og fedme, 17 år	22	22	23	prosent (k)		
	33 Hjerte- og karsykdom	16,5	17,3	17,7	per 1000 (a,k)		
	34 Antibiotikabruk, resepter	355	351	340	per 1000 (a,k)		

## OM DATAKILDER

Sentrale datakilder for Folkehelseoversikten er Folkehelseinstituttets statistikkbank (Kommunehelsa) samt Statistisk sentralbyrå/KOSTRA. All statistikk som er hentet fra Kommunehelsa statistikkbank (Folkehelseinstituttet), viser tall slått sammen for de tre

kommunene bakover i tid (inkluderer Vear, 3 km<sup>2</sup>areal avgitt til Tønsberg i forbindelse med kommunesammenslåingen 1.1.2017).

Dokumentet inneholder også datamateriale fra kommunens egne kommunalområder, Vestfold fylkeskommune, NAV, samt fra ulike undersøkelser og kartlegginger.

Folkehelseoversikten inneholder også kvalitative (erfæringsbaserte) data for å skape en dypere forståelse av hva det statistiske bildet viser. Tall er bare tall og må alltid tolkes og forstås innenfor en ramme av erfaringsbasert og lokal kunnskap.

## MER OM KVANTITATIVE DATA

**Levekårskartleggingen 2019** Sandefjord kommune gjennomførte våren 2019 en levekårskartlegging der kommunene ble delt i 33 soner og målt på en rekke indikatorer (SSBs standardsett for levekårskartlegginger) knyttet til befolknings sammensetning, utdanningsnivå, inntekt og ulike stønadsformer, flyttinger og boligtyper, i tillegg til valgdeltakelse.

Det er ingen direkte mål for helse i kartleggingen, men det er en kjent og veldokument kobling mellom levekår og helse. Data fra levekårskartleggingen er derfor svært nyttige inn i arbeidet med folkehelseoversikt og analysen av faktorer som påvirker helsetilstanden i befolkningen. [Les Levekårskartleggingen 2019 i sin helhet her.](#)

### Ungdata-undersøkelsen 2017

Sandefjord kommune gjennomførte i mars 2017 (og 2013) ungdomsundersøkelsen Ungdata. Ungdata gjennomføres regelmessig på de fleste ungdomsskoler og videregående skoler landet over. I undersøkelsen kartlegges ungdommenes livssituasjon og omfatter temaer som familie, vennskap, skole, lokalmiljø, helse, regelbrudd og deltakelse i fritidsaktiviteter.

Undersøkelsen ble gjennomført i Sandefjord i samarbeid med Vestfold fylkeskommune, NOVA (OsloMet) og KoRus (regionalt kompetansesenter innen rusfeltet). Svarprosenten var 83% i ungdomsskolen og 66% i videregående skole. Merk at i dette dokumentet vises kun Ungdata-tall for ungdomsskoletrinnene og tallene for 2013 gjelder kun «gamle Sandefjord». [Les mer om Ungdata her.](#)

### Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2015

Videre gjennomførte Vestfold fylkeskommune våren 2015, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, en spørreundersøkelse i Vestfold ([Helse og trivsel i Vestfold 2015](#)) der de spurte 8000 personer over 18 år, om blant annet om grad av trivsel og sosial tilhørighet. 3446 personer svarte på undersøkelsen (43,1%). Stokke og Andebu er i resultatene fra Folkehelseinstituttet og i dette dokumentet presentert i henholdsvis region 4 (Stokke, Horten, Tjøme og Nøtterøy) og region 5 (Andebu, Hof, Re, Sande, Lardal, Holmestrand og Svelvik).

## MER OM KVALITATIVE DATA

**UngSandefjord 2018** Ungdata-undersøkelsen (se over) ble fulgt opp av Ung Sandefjord høsten 2018, en dialogkonferanse som samlet opp mot 100 deltakere bestående av ungdom fra elevrådene, ansatte i kommunen, folkevalgte og andre. Konferansen ble ledet av Ungdomsrådet og la til rette for en god kvalitativ prosess der deltakerne jobbet i grupper med å fordype seg i Ungdata-materialet og komme med sine fordypninger og innspill.

**Dialogmøte med helsesykepleiere og jordmødre 2019** I september 2019 arrangerte kommunen et felles møte med helsesykepleiere og jordmødre i kommunen for å drøfte deres erfaringsbaserte kunnskap og identifiserte utfordringsområder. Innspill fra denne prosessen er tatt med under relevante indikatorer under årsaker, konsekvenser og utviklingstrekk. I tillegg inneholder dokumentet et oppsummert utfordringsbilde for gruppen «Barn og unge»

## BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som antall innbyggere i ulike aldersgrupper, befolkningsfremskrivning, landbakgrunn, flyttemønster og utdanningsnivå. Denne type informasjon er viktig for å vurdere annen type informasjon, men er også vesentlig i seg selv som en del av utfordringsbildet i et folkehelseperspektiv. Ikke minst vil utviklingen i befolkningssammensetningen kunne påvirke strategiske veivalg i folkehelsearbeidet og kommunens øvrige planleggingsarbeid. Det handler blant annet om den sterke økningen i andel eldre som for alvor skyter fart om noen år og hvordan vi som samfunn må rigge oss for dette, realisere potensialet av ressurser i befolkningen og sikre et bærekraftig velferdssamfunn.

### Befolkningssammensetning, alders- og kjønnsfordeling

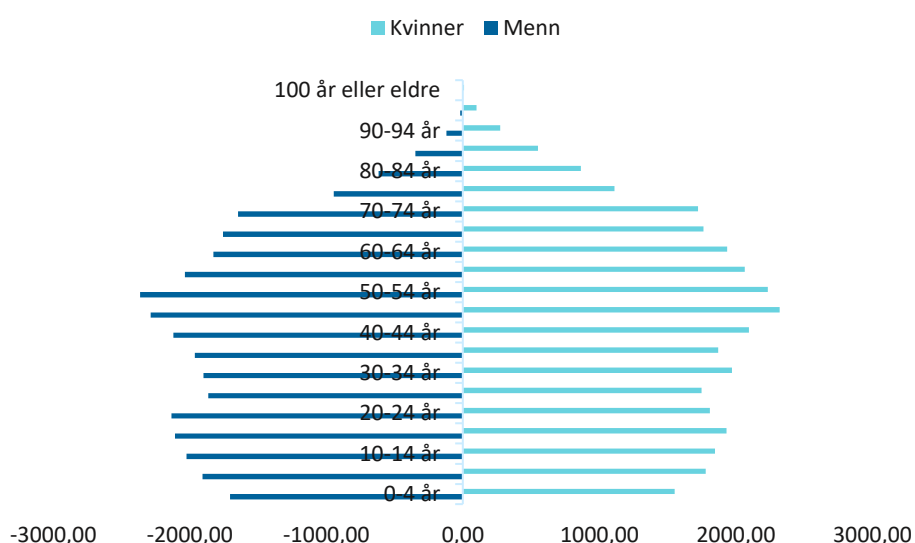
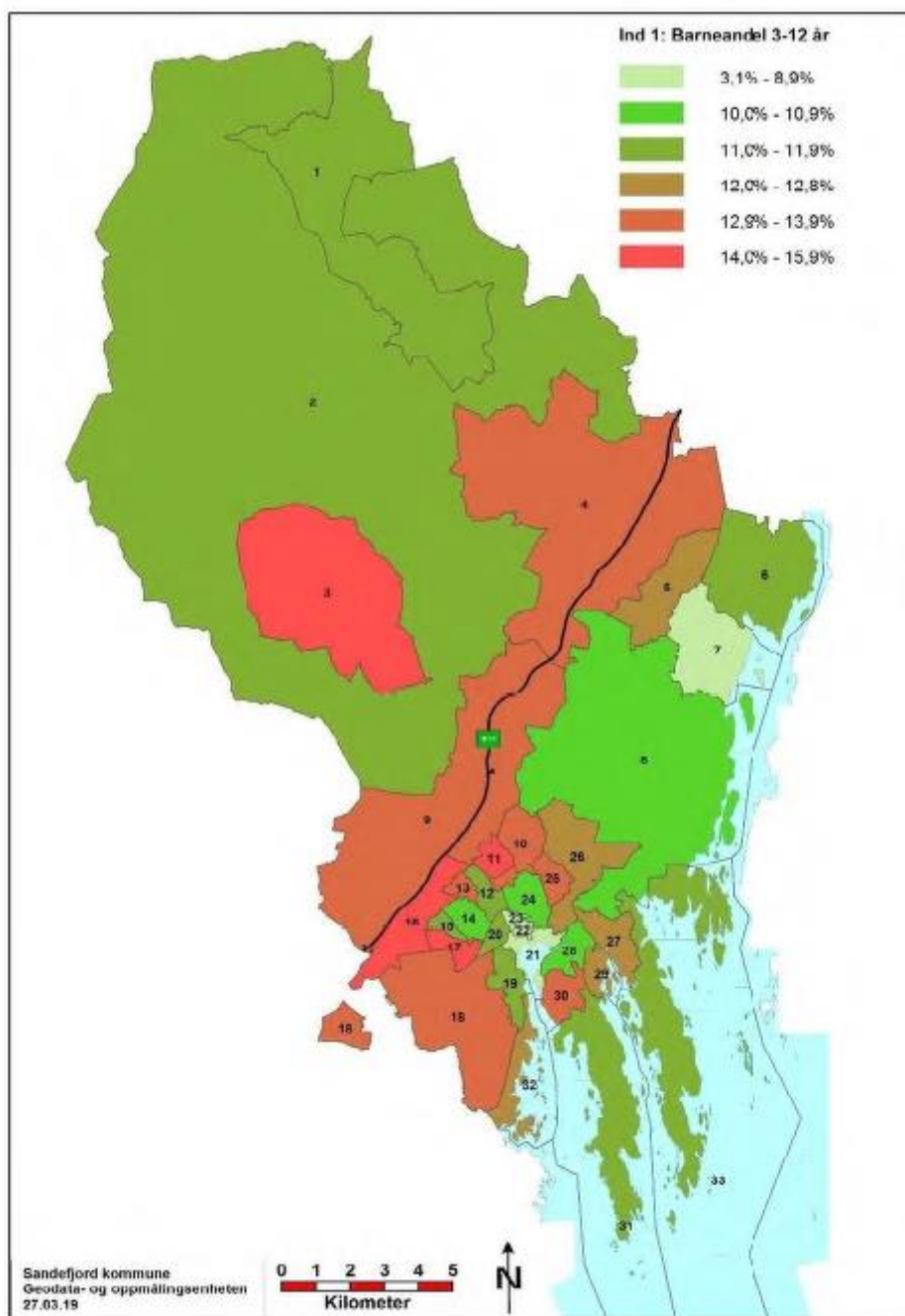


Fig. 1.1 Aldersfordeling per 1. januar 2019. Kilde: <https://www.ssb.no/kommunefakta/sandefjord>

**Status:** Per 1.1.2019 hadde Sandefjord kommune 63 271 innbyggere. Det er flest innbyggere i aldersgruppen 45 -55 år, og det er flest kvinner i aldersgruppene over 80 år.

## BARNEANDEL



Indikatoren viser personer 3-12 år / folkemengde (1.1.2017). Personer 3-12 år omfatter bosatte personer i aldersgruppen 3-12 år, uansett om de bor i privat- eller felleshusholdning. Folkemengde per 1.1.2017 viser antall bosatte klassifisert etter grunnkrets- og kommuneinndeling per 1.1.2017. Datakilde: Det sentrale folkeregister (DSF) - bosatte per 1.1.2017.

Fig. 1.2 Kilde: [Levekårkartleggingen 2019 Sandefjord kommune](#)



**Status:** Oversikten fra leveårskartleggingen viser at områdene med høyest andel barn er i Kodal, langs med E-18, på Mosserød og Sørby. Den viser ikke antall barn, kun andel barn, noe som betyr at det kan være flere barn antallsmessig i andre soner.

**Utviklingstrekk:** I mellomstore byer som Sandefjord bor gjerne barnefamilier i eneboliger. God tilgang til eneboliger til en lavere pris enn i hovedstadsområdet trekker yngre voksne tilbake til stedet de vokste opp. Etablering av nye boligområder med selvbyggertomter får gjerne en høy andel av barnefamilier.

**Betydning i et folkehelseperspektiv:** Andel barn i et område er en viktig indikator i et leveårs- og folkehelseperspektiv. Barn er en sårbar gruppe, men representerer også muligheter for positiv endring. Oppvekstforhold er det som tydeligst påvirker fremtidige levekår, trivsel og helse (Fredrikstad). Barneandelen i et område kan si noe om behovet for investeringer og god infrastruktur, tilgang på skoleplasser m.m.

## BEFOLKNINGSFREMSKRIVNING

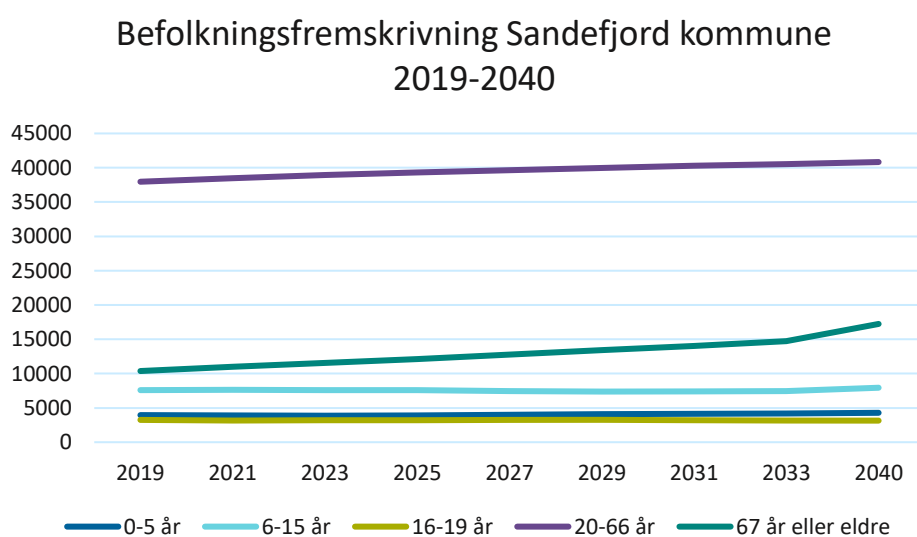


Fig. 1.3 Kilde: [SBB, tabell 11668](#)

**Status:** Befolkningsfremskrivningen til SSB viser en jevn økning i den største aldersgruppen, som består av innbyggere mellom 20 og 66 år. Ser vi nærmere på de øvrige aldersgruppene, begynner aldersgruppen 67 år og eldre å øke allerede fra 2025, og vi ser en markant økning fra år 2033. Det er en liten vekst i de to yngste gruppene, mens for gruppen 16-19 år er det en liten nedgang.

**Utviklingstrekk:** Befolkningsveksten har vært forholdsvis stabil på rundt 1% de siste årene. Veksten skyldes i hovedsak innvandring og økt levealder. Fødselstallene alene vil ikke gi befolkningsvekst.



**Årsaksforhold:** Befolkningsveksten skjer i de eldste aldersgruppene, både ved at folk lever lenger, og fordi disse gruppene er store. Årsakene til dette er både at helsetilstanden er bedre, slik at folk lever lenger, og fordi det er de store etterkrigskullene som nå blir eldre. I tillegg har fruktbarhetstallene gått ned, i 2008 fikk i snitt hver kvinne 1,96 barn, mens i 2018 var dette sunket til 1,56. For menn ligger tallene noe lavere.

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar>

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Befolkningsendringen vil føre til utfordringer for kommunen særlig med tanke på eldreomsorg og økonomi. De demografiske endringene vil utfordre velferdsmodellen vår.

## INNVANDRING OG LANDBAKGRUNN

Status Sandefjord : Antall innvandrere i Sandefjord kommune per 1.1.2019 utgjorde 11 474 personer fra over 130 forskjellige land, inkludert 2 119 norskfødte med innvandrerforeldre - noe som tilsvarer 18,3 prosent av befolkningen.

Innvandrere defineres her som personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet. Fødeland er hovedsakelig mors bosted ved personens fødsel. Landbakgrunn er eget, eventuelt mors, eventuelt fars utenlandske fødeland. For norskfødte er dette eventuelle utenlandsfødte foreldres fødeland.

Hvis foreldrene har ulikt fødeland, er det mors fødeland som blir valgt. Kommunens leveårskartlegging fokuserte spesielt på innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Øst-Europa, Asia, Afrika og Latin-Amerika – såkalte «ikke vestlige innvandrere» – da dette ga oss et bedre sammenligningsgrunnlag med andre kommuner det er naturlig å sammenligne oss med.

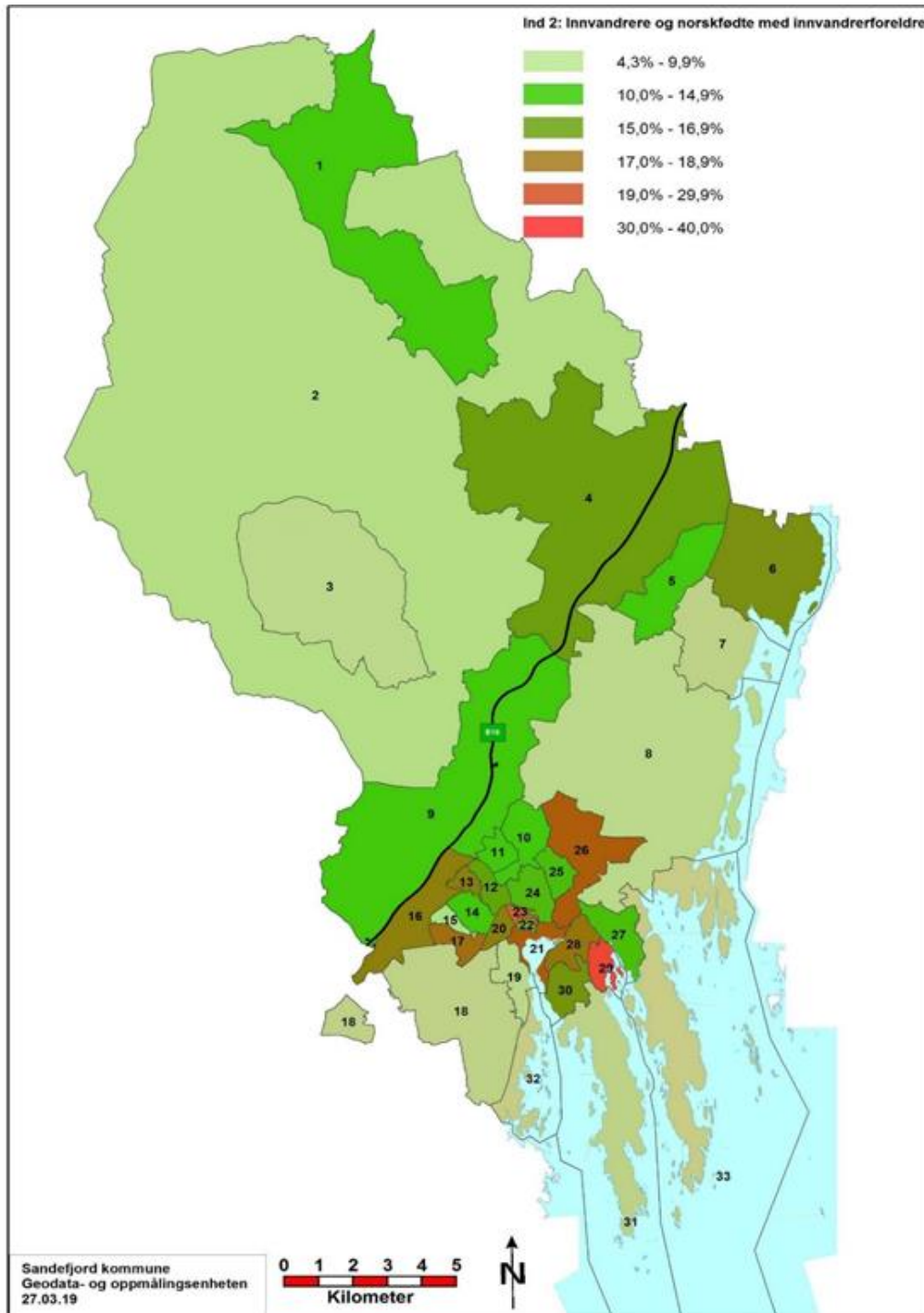


Fig. 1.4 Kilde: Levekårkartleggingen Sandefjord kommune 2019

**Kommentar:** Antall innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre fra Øst-Europa (inkl. land fra tidligere Øst-Europa som nå er medlem av EU), Asia, Afrika og Latin-Amerika / Folkemengde (1.1.2017) DSF - bosatte per 1.1.2017., SSB – Innvandererstatistikk.

**Status:** Kartet viser fordelingen av denne gruppen på levekårssoner. Tallene her er per 1.1.2017. Da var det 8 014 personer, noe som utgjorde 12,9 prosent andel av befolkningen. Dette er rett under landsgjennomsnittet og lavere enn større byer, men høyere enn andre Vestfoldkommuner. Som vi ser av kartet er det stor variasjon innad i kommunen, fra 4,3 prosent (Granholmen) til 39,8 prosent (Varden).

## BARNEUTFLYTTINGER

**Status:** Lavekårskartleggingen 2019 viser hvordan barneutflyttinger i alderen 0-5 år fordeler seg på levekårssonene. Totalt var det 618 barn (6,2% av middelfolkemengden i aldersgruppen) som flyttet i løpet av 2016. Vi vet ikke om disse flyttet innad i kommunen eller ut av kommunen. Ser vi på fordelingen på sonene, er det store forskjeller. Størst andel barneflyttinger har sonen Var (24,4%), lavest andel i Bugården (2,9%). Sone Sandefjord sentrum har også en høy andel barneutflyttinger.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Flyttinger sier noe om stabiliteten i boområdene. For nærmiljøene kan en høy utflyttingsrate gjøre det vanskeligere å bygge trygge og stabile relasjoner, noe som igjen har betydning for helse og trivsel. Et godt sosialt nærmiljø påvirker oppvekstforhold og fremtidige livssjanser positivt. Barn er spesielt sårbare for gjentatt flyttinger når dette fører til bytte av nærmiljø.

## UTDANNINGSNIVÅ

Utdanningsnivå, Sandefjord kommune (%)

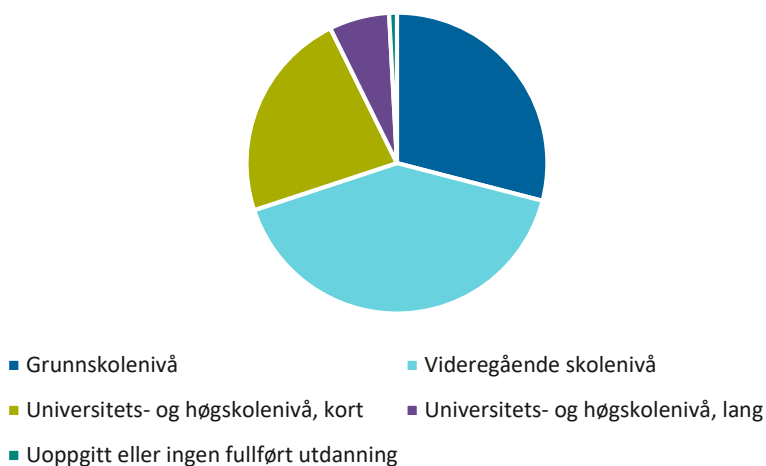


Fig. 1.5 Kilde: [SSB](#)

**Status:** Oversikten viser at 29% av innbyggerne i Sandefjord har utdanning på grunnskolenivå, og tilsvarende andel har utdanning på høgskole/universitetsnivå. Den største gruppa har videregående skole som sin høyeste utdanning, 41%. Folkehelseprofilen viser at andelen innbyggere i aldersgruppen 30-39 år med gjennomført videregående skole eller høyere

utdanning er signifikant lavere enn nasjonalt nivå. [Levekårskartleggingen 2019](#) viser at levekårssonen med høyest andel av lav utdanning er Rukla med 43,7% tett fulgt av Varden med 40,1%. Det vil si at nesten halvparten av innbyggerne i aldersgruppen 30-39 år i enkelte områder i Sandefjord kun har fullført grunnskolen.

## HELSETILSTAND OG HELSEATFERD

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike indikatorer som for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, opplevd trivsel og velvære. Med helserelatert atferd eller levevaner, menes atferd som har innvirkning på helsa. Dette kan være sosial interaksjon og tilgang til sosiale nettverk, fysisk aktivitet, ernæring samt bruk av tobakk og rusmidler. Helserelatert atferd kan også omfatte seksualatferd, risikofatferd som kan føre til ulykker, søvnvaner og digitale levevaner.

### FORVENTET LEVEALDER OG SOSIAL ULIKHET I HELSE

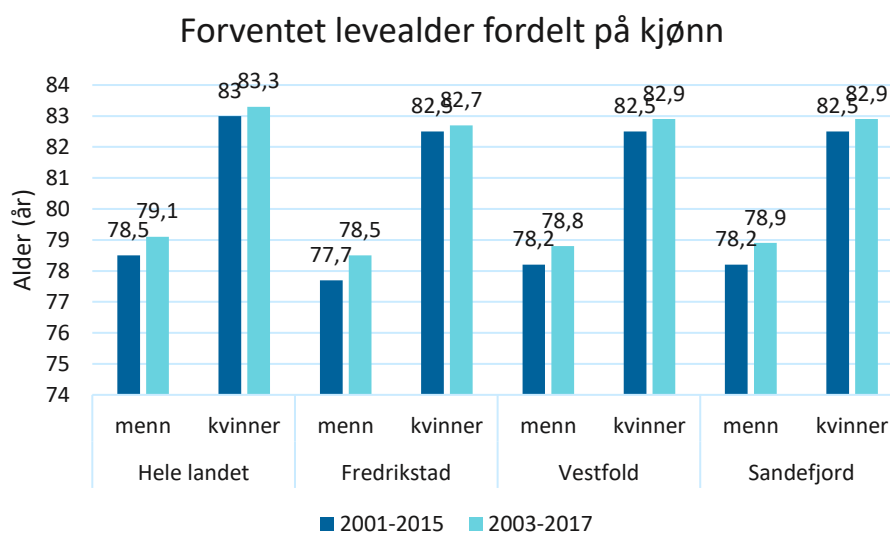


Fig. 2.1 Kilde: KommuneHelsa, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

### Forventet levealder etter utdanningsnivå (2002-2016)

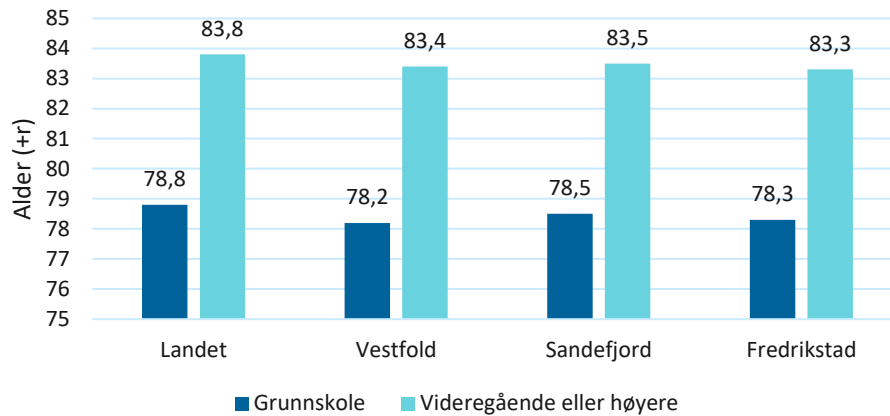


Fig. 2.2 Kilde: Kommunehelsa, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

### Forventet levealder, forskjell mellom utdanningsgrupper (grunnskole vs vgs/høyere utd)

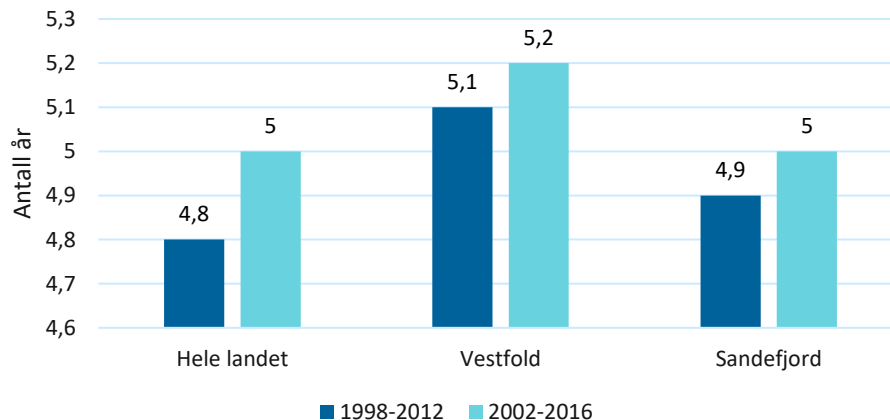


Fig. 2.3 Kilde: Kommunehelsa statistikkbank, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

**Kommentar til diagrammet:** Indikatoren viser antall år forskjell i forventet levealder mellom den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning og den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. Altså den forventede levealderen til den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning minus den forventede levealderen til den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanning. Forventet levealder i gruppene er beregnet ved hjelp av dødelighetstabell.

**Status:** Vi lever stadig lenger, men i Sandefjord, som i landet og fylket, er det forskjell i forventet levealder, både i forhold til kjønn og utdanningsnivå. Forventet levealder for en kvinne i Sandefjord er ca. 82,9 år og for menn 78,9 år. Forventet levealder for kvinner er lavere enn

landsgjennomsnittet. Forskjellene i forventet levealder mellom utdanningsgruppene i Sandefjord er omtrent på linje med fylket og landet og ligger på ca. 5 år, men er økende.

**Årsaksforhold og utviklingstrekk:** Forventet levealder kan gi informasjon om helsetilstanden i befolkningen. De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for gruppen med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn de med kortere utdanning og lavere inntekt.

En kommune skal spesielt være bevisst på hvordan helsen fordeler seg i befolkningen og på den måten kunne målrette tiltak og tjenester. Helse er ulike fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Det er en tydelig sammenheng mellom utdanning, inntekt og helse. Mennesker med lang utdanning og god økonomi har bedre helse og lever lengre enn de med kortere utdanning og svakere økonomi. Statistisk sett er det slik at for hvert steg man beveger seg oppover den sosioøkonomiske stigen, jo bedre helse. Dette blir ofte omtalt som den sosiale gradienten.

Den sosiale gradienten gjelder både for barn og voksne og er universell. De sosiale helseforskjellene i Norge øker og er større enn i flere europeiske land. Først og fremst er det forskjeller i røyking som skaper de store sosiale helseforskjellene i sykdom og død i Norge (FHI 2018). Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

## SELVOPPLEVD HELSE OG TRIVSEL

Vestfold fylkeskommune gjennomførte våren 2015, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, en spørreundersøkelse i Vestfold ([Helse og trivsel i Vestfold 2015](#)) der de spurte 8000 personer over 18 år, blant annet om grad av trivsel og sosial tilhørighet. 3446 personer svarte på undersøkelsen (43,1%). For gamle Sandefjord kommune var svarprosenten 42,7% og netto utvalget besto av 635 personer.

Stokke og Andebu er i resultatene fra Folkehelseinstituttet og i dette dokumentet presentert i henholdsvis region 4 (Stokke, Horten, Tjøme og Nøtterøy) og region 5 (Andebu, Hof, Re, Sande, Lardal, Holmestrand og Svelvik). For Vestfold besto nettoutvalget av 90,5% med norsk bakgrunn, 8,8% innvandrere og 0,7% norskfødte med innvandrerbakgrunn.

Helse oppfattes i undersøkelsen som noe mer enn fravær av sykdom. Det handler om å trives, føle trygghet og tilhørighet og å oppleve mestring i å takle sin egen hverdag.

### Alt i alt - når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?

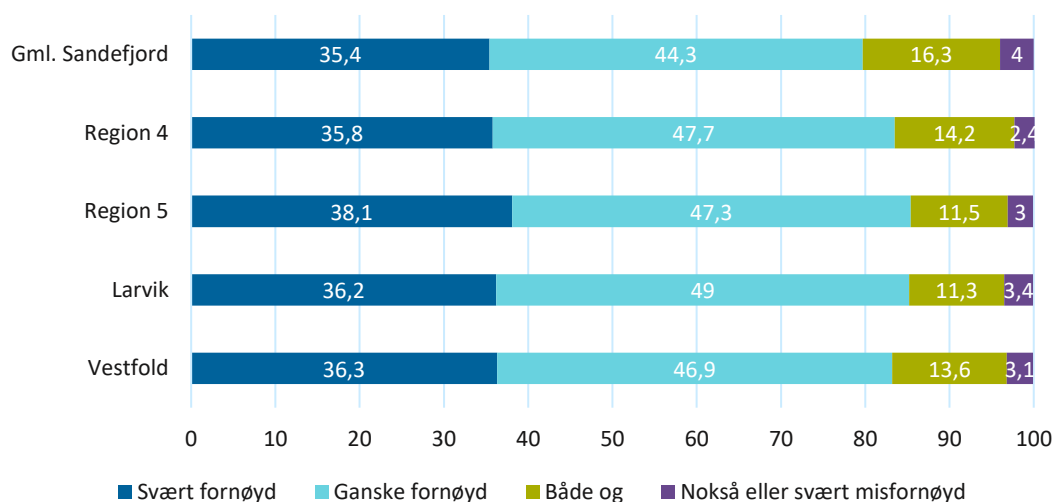


Fig. 2.4 Kilde: Folkehelseundersøkelsen, Helse og trivsel i Vestfold, 2015

**Kommentar:** Region 4 inkluderer her Stokke, Horten, Tjøme og Nøtterøy og region 5 inkluderer Andebu, Hof, Re, Sande, Lardal, Holmestrand og Svelvik. Utvalget besto av personer over 18 år.

### Hvordan vurderer du helsen din sånn i alminnelighet?

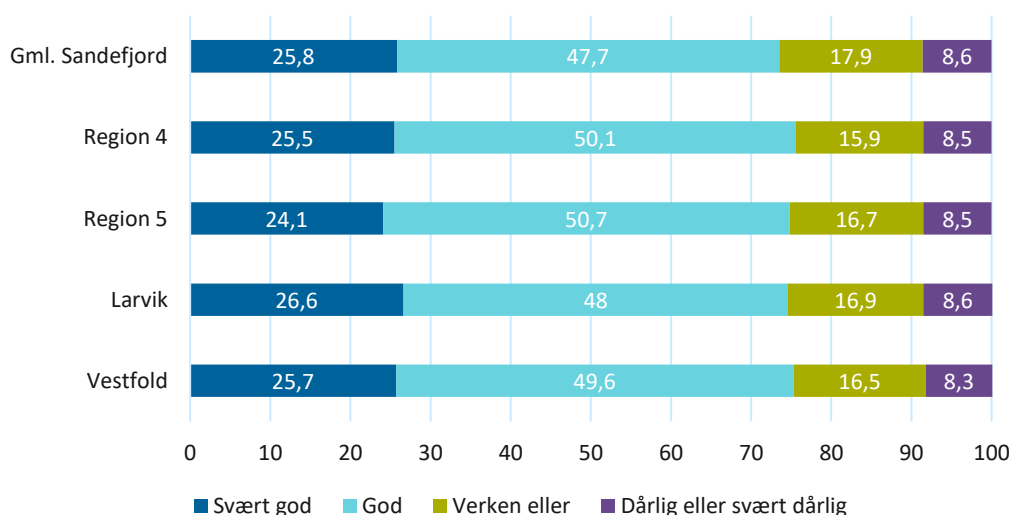


Fig 2.5 Kilde: Folkehelseundersøkelsen, Helse og trivsel i Vestfold, 2015

**Status:** De fleste innbyggerne i undersøkelsen er fornøyd med tilværelsen og vurderer helsen sin som god. 4% av de spurte i gamle Sandefjord oppga at de var nokså eller svært misfornøyd med tilværelsen og 8,6% oppga at de vurderte helsen sin som dårlig eller svært dårlig.



**Utviklingstrekk:** Det foreligger ikke data bakover i tid. Det foreligger ikke sikker informasjon om gjennomføring av ny folkehelseundersøkelse i regi av fylkeskommunen.

Ungdataundersøkelsen ble gjennomført i 2013 og 2017 og inneholder selvrapporterte data fra skoleelever i Sandefjord kommune. (kilde: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no) )

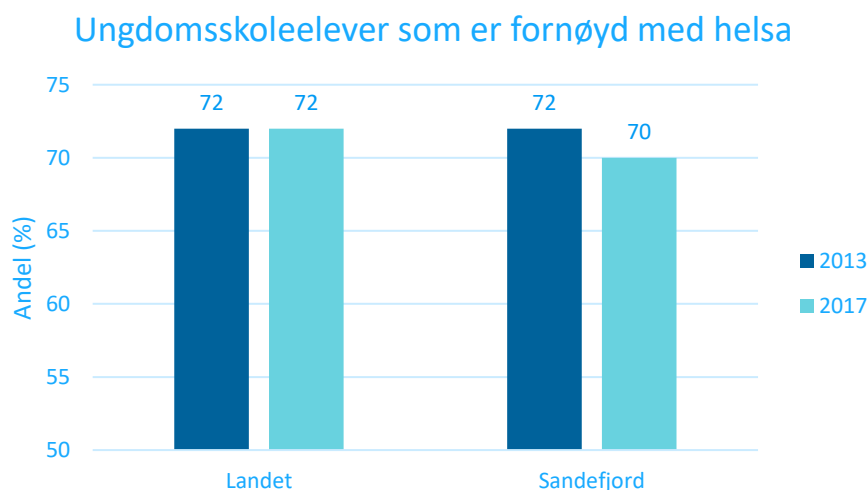


Fig.

2.6 Kilde: Ungdata

**Kommentar:** Tall fra 2013 gjelder kun «gamle Sandefjord».

Variabel fra Ungdata	Andel (%) 2013	Andel (%) 2017	Kommentar:
Tro på et lykkelig liv	75 %	72 %	Faller også for hele landet i perioden
Fornøyd med lokalmiljøet	75 %	70 %	Mer stabilt for Vestfold og landet i perioden enn for Sandefjord
Med i fritidsorganisasjon	62 %	66 %	Øker også for landet og Vestfold
Fornøyd med treffsteder for ungdom	-	48 %	Tønsberg: 58% Landet: 49 %
Ensomhet	18,5 %	24,9 %	Landet 19,6% Tønsberg: 17,5%

Tabell 2.1 Ulike variabler fra Ungdata, ungdomsskoleelever i Sandefjord 2013 og 2017 kilde: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

**Status:** Over 70% av ungdomsskoleelevene forteller at de er fornøyd med egen helsesituasjon. Under halvparten av elevene er fornøyd med treffstedene for ungdom i kommunen og hele 24,9 % rapporterer om ensomhet. Det er en kraftig økning fra 2013 og vesentlig høyere enn

landsgjennomsnittet. Undersøkelsene viser også en reduksjon i andel ungdommer fra 2013 til 2017 som har troen på et lykkelig liv og færre som er fornøyd med lokalmiljøet sitt.

#### Om Ungdata-undersøkelsen 2017 og UngSandefjord 2018:

Sandefjord kommune gjennomførte i mars 2017 ungdomsundersøkelsen Ungdata. Ungdata kartlegger ungdommenes livssituasjon og omfatter temaer knyttet til blant annet familie, vennskap, skole, lokalmiljø, helse, regelbrudd og deltakelse i fritidsaktiviteter. Undersøkelsen, som også ble gjort i 2013, gjennomføres i samarbeid med Vestfold fylkeskommune, NOVA (Velferdsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus) og KoRus (regionalt kompetansesenter innen rusfeltet).

Svarprosenten var 83% i ungdomsskolen (alle trinn) og 66% i videregående skole. Funnene fra undersøkelsen presenteres ulike steder i dette dokumentet og det er hovedsakelig materiale fra ungdomsskoletrinnene som presenteres. Resultatene for 2013 gjelder kun «gamle Sandefjord». I 2017 var ungdomsskolene i hele den nye kommunen med i undersøkelsen.

Ungdataundersøkelsen ble fulgt opp med en konferanse i slutten av november 2018 og hadde nær 100 deltakere. Disse representerte elevrådene, frivillige organisasjoner, folkevalgte, kommunalområdene KFBS, HSO, OK og seksjoner og avdelinger som yter tjenester til barn og unge. Hele ungdomsrådet deltok aktivt med presentasjon av Ungdatamaterialet, egenprodusert film og som gruppeledere.

Dialogkonferansen tok utgangspunkt i psykisk helse og fem prioriterte hovedtemaer relatert til psykisk helse. Innspillene hadde fokus på ønskede tiltak. Under følger et kort utdrag.

Nærmiljø: Ønske om flere felles møteplasser og økt tilgjengelighet til møteplasser.

Skole- og læringsmiljø: Styrke skolemiljøet og læringsmiljøet, fokus på struktur og organisering, undervisningsmetoder, kompetanse og samarbeid, styrke helsefremmende tiltak og sikre reell medvirkning.

Venner og sosiale medier: Inkludering av alle, bruk av tid på sosiale medier samt behov for mer kunnskap om hvordan sosiale medier påvirker oss.

Rusmidler og rusmisbruk: Tidlig forebygging, hjelpetiltak, styrking av ungdomshelsestasjon, samarbeid på tvers, flere rusfrie arenaer og møteplasser.

Helse- og hjelpetjenester: Ressurser og tilgjengelighet, samarbeid mellom faggrupper og innsats på tvers av fagområder og brukermedvirkning i betydning av involvering i utforming av tjenesten. [Les mer i Ungrapporten her.](#)

## **PSYKISK HELSE**

Alle har en psykisk helse, som er mer eller mindre god. God psykisk helse innebærer fravær av alvorlig sykdom, men også trivsel og overskudd til å mestre hverdagens utfordringer og fungere godt i samfunnet. I denne Folkehelseoversikten har vi valgt å vise tall for ungdom og unge voksne (opptil 30 år) som en indikator på psykiske plager i befolkningen.

Tall for hele landet (2017):

Hvor mange er mye plaget av depressive symptomer? (%)

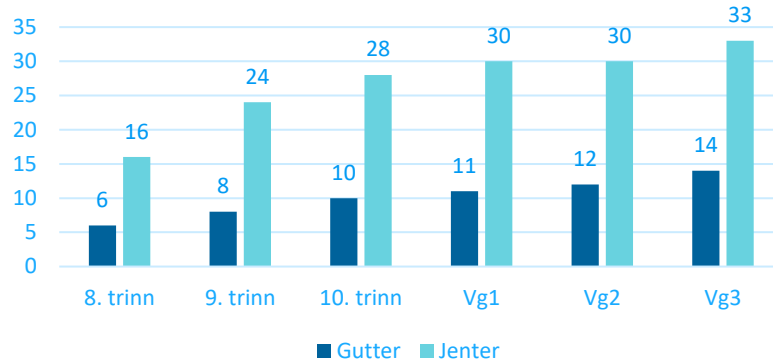


Fig. 2.7 Kilde: [Ungdata 2017](#)

Hvor mange er mye plaget av depressive symptomer? (ungdomsskoleelever i Norge 2011-2018)

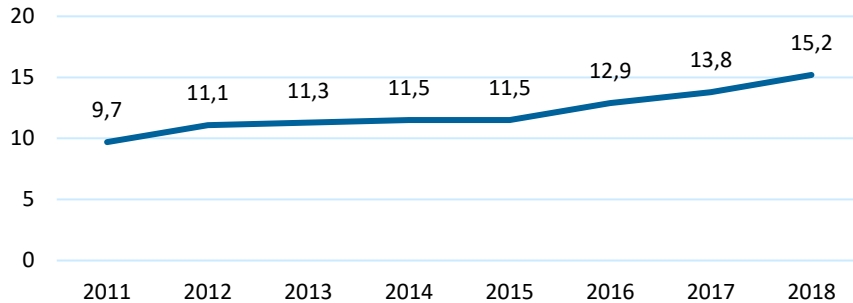


Fig. 2.8 Kilde: [Ungdata 2017](#)

**Status nasjonalt:** Diagrammene over viser trenden på landsbasis. Depressive plager øker for hvert klassetrinn, fra ungdomsskolen og ut videregående skole. Det gjelder både gutter og jenter.

Prosentandel av ungdomsskoleelever i Sandefjord som er mye plaget av depressive symptomer.

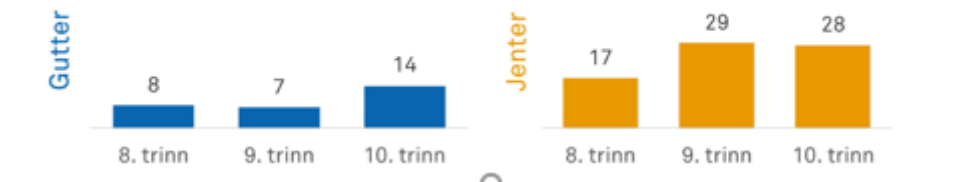


Fig. 2.9 Kilde: Ungdata Sandefjord 2017

**Status Sandefjord:** Ungdataundersøkelsen viser at det har vært en økning fra 13% til 19% i andel ungdomsskoleelever som rapporterer at de er mye plaget av depressive symptomer fra 2013 til 2017. Ser vi på kjønn og trinn fra 2017, viser diagrammet over at plagene er særlig hyppig blant jentene på øverste ungdomsskoletrinn. Men også guttene øker kraftig i andel som rapporterer om plager fra 9. til 10. trinn.

For videregående skole er andelen som er mye plaget med depressive symptomer (samlet, alle klassetrinn) 27% i Sandefjord. Tilsvarende andel for hele landet er 17%.

### Psykisk helse, brukere av primærhelsetjenesten (15-29 år)

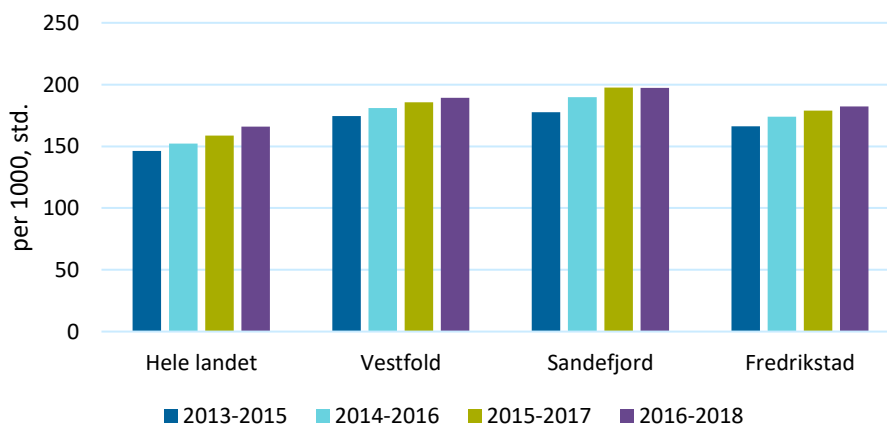


Fig. 2.10 Kilde: Kommnehelse statistikkbank, FHI

**Status og utviklingstrekk:** Det har vært en økning de siste årene i antall brukere av primærhelsetjenesten knyttet til psykisk lidelser i aldersgruppen 15-29 år. Trenden er tilsvarende for resten av landet, men Sandefjord ligger signifikant høyere enn resten av landet.

Kommunen har mange utdanningsinstitusjoner for ungdom i kommunen. For eksempel Sandefjord vgs, Gjennestad vg, Melsom vg, Pilotskolen, Skiringssal folkehøgskole, Signo og Skagerak middle- og high school. I tillegg har kommunen 6 kommunale ungdomsskoler og 3 private. Mange av elevene på videregående nivå bor alene på hybel og er ekstra risikoutsatte. Gode skolehelsetjenester og et forutsigbart og robust HFU-tilbud er viktig for å følge opp disse elevene og må sikres tilstrekkelig ressurser.

### **Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:**

For å forebygge psykisk uhelse i ungdomsalder krever det tidlig avdekking av utfordringer, og tidlig lavterskelinnsats. Mange kunne fått hjelp allerede før fødsel, eller på helsestasjon/barnehage hvis tjenestene hadde vært bemannet for det. Det er kommunen som drifter alle de viktige forebyggingsarenaene: helsestasjonen, barnehagen, skolen, SFO, fritidsarenaer, PPT, oppfølgingstjenesten og barnevernet. Det er derfor et kommunalt ansvar å tilpasse tiltak så tidlig som mulig, slik at vi forebygger før psykisk sykdom oppstår. (Arne Holte, Barn i Norge 2018)

Ungdomstiden er en sårbar periode som byr på store omveltninger – både kroppslig og mentalt. De unge skal finne ut hvem de er og hva de står for, og møter nye krav og forventninger.

Mange unge strever psykisk i perioder. For de fleste er symptomer på psykiske lidelser forbigående, men for noen blir de varige. Med økende individualisering og et sterkere press om å lykkes i skolen, har flere vært bekymret for utviklingen av ungdoms psykiske helse. Det er flere studier som tyder på en økning i depressive symptomer spesielt blant jenter. Det har dessuten vært en klar økning i angst- og depresjonslidelser som begrunnelse for uføretrygd blant unge. Generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget og oppsøker oftere hjelp enn gutter. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte, øker risikoen for slike lidelser. Flere undersøkelser viser også en klar sammenheng mellom mobbing og dårlig psykisk helse (Kilde: Ungdata).

## **SELVMORD**

500-600 personer begår selvmord hvert år i Norge. To av tre er menn. Selvmordshyppigheten har gått noe ned siden 1990. Hyppigheten er stort sett den samme som i andre vestlige land. Halvparten av de som begår selvmord i Norge er over 50 år. Det er svært sjelden at barn under 14 begår selvmord, hyppigheten øker med stigende alder og er størst i aldersgruppen 45-64 år.

Selv mord rammer ofte de nærstående hardt og har sterke ringvirkninger i nærmiljøet. (Kilde: FHI)

De siste årene er det registrert 5-10 selvmord årlig i det som nå er Sandefjord kommune. Dette er såpass små tall at det er ikke mulig å si noe om tendenser og utviklingsmønster utenom at dette er omtrent likt hyppigheten i resten av landet.

## FYSISK HELSE

### Diabetes type 2

Diabetes ble tidligere kalt sukkersyke. Type 1 diabetes skyldes mangel på insulin og behandles med insulininjeksjoner. Type 2 diabetes skyldes ofte både insulinmangel og at insulin har dårlig virkning. Tilstanden behandles med kost og mosjon, blodsukkersenkende tabletter og eventuelt insulin i tillegg. Type 2-diabetes er betydelig hyppigere enn type 1-diabetes i befolkningen. 1 av 20 nordmenn har kjent diabetesdiagnose, totalt omkring 245 000 personer. Av disse er det beregnet at 216 000 type 2 diabetes. Trolig er det et i tillegg mange som ikke vet at de har diabetes. Blant 80-åring har 1 av 9 diabetes.

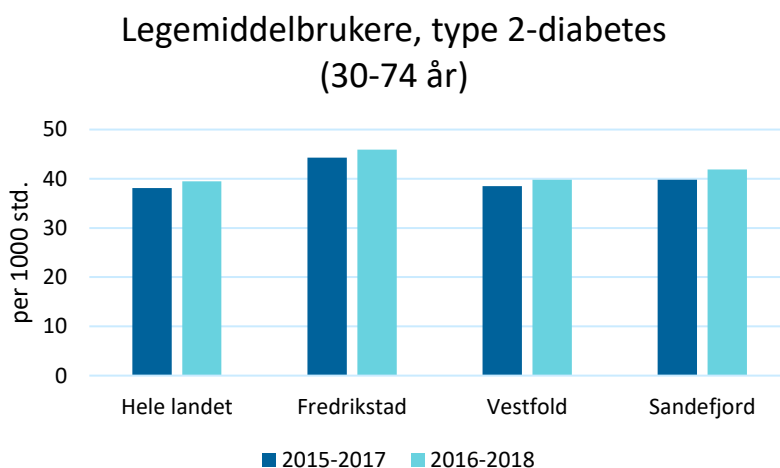


Fig. 2.11 Antall legemiddelbrukere, type 2-diabetes, 30-74 år, per 1000 std. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet 2019

**Status:** Det er svak økning i bruk av legemidler for type-2 diabetes i Sandefjord, i tråd med fylkes- og landsgjennomsnittet. Men Folkehelseinstituttet rapporterer at legemiddelstatistikken i et større bilde tyder på antall nye tilfeller av type 2 diabetes ikke øker i befolkningen.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Type 2-diabetes kan i stor grad forebygges med økt fysisk aktivitet og vektreduksjon. Personer fra Sør-Asia og Afrika har høyere risiko for type 2 diabetes enn andre etniske grupper i befolkningen. Diabetes er forbundet med alvorlige komplikasjoner og bidrar vesentlig til sykdomsbyrden i Norge og resten av verden.

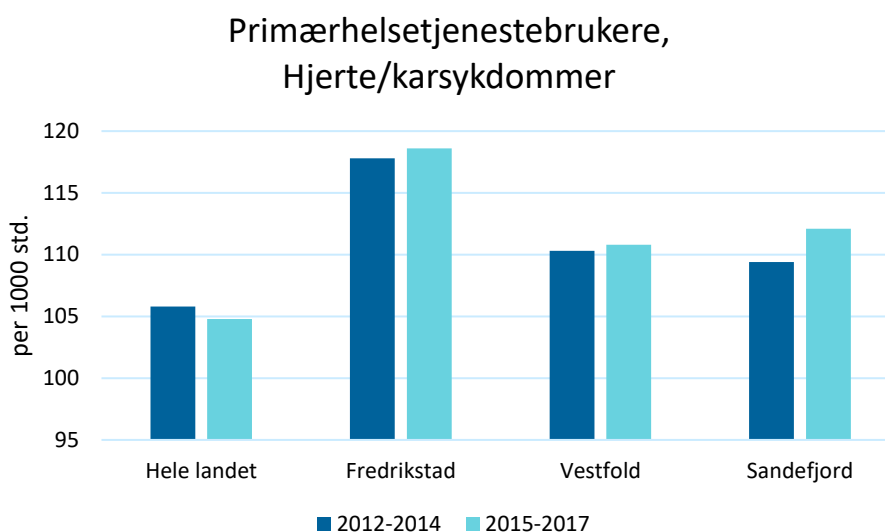
Hjerte/kar

Fig. 2.12 Kilde: Kommunehelse statistikkbank, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

**Kommentar:** Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Alle kontakttyper er inkludert. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang.

**Status:** Mens tall for landet viser en svak nedgang i antall brukere, er trenden motsatt i Sandefjord. Antall registrerte brukere av primærhelsetjenesten med hjerte- og karsykdomsdiagnoser per 1000 std, er noe høyere enn for fylket og landet som helhet og det har vært en svak økning fra siste treårsperiode (2012-2014). Når det gjelder innlagte i sykehus og/eller døde er antallet per 1000 noe lavere enn for landet og fylket.

**Utviklingstrekk i et nasjonalt perspektiv:** Det årlige antallet førstegangstilfeller av hjerteinfarkt per 100 000 innbyggere i Norge går ned. Dødeligheten synker også, men fortsatt er det svært mange som lever med en hjerte- og karsykdom eller som får forebyggende behandling. Det er også store forskjeller mellom utdanningsgruppene. Nedgang i røyking og bedre behandling forklarer en stor del av nedgangen i antallet førstegangsinfarkter. I grupper med lav utdanning er det en høyere andel som rammes av hjerteinfarkt enn i grupper med høyere utdanning. I befolkningen er dødsfall som følge av hjerte- og karsykdom skjøvet opp i høyere aldersgrupper. Halvparten av dødsfallene blant menn skjer etter 83 års alder, og for kvinner etter 89 år. Antall personer med hjerte- og karsykdom vil øke i årene framover ([Folkehelse rapporten 2018](#))

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Selv om det har vært en gunstig utvikling i dødeligheten og nedgang i antall nye tilfeller (per 100 000 innbyggere per år) i aldersgruppene over 45 år, er hjerte- og karsykdommer fortsatt et stort folkehelseproblem. Mange lever med symptomer eller sykdom, og helsetjenesten bruker mye ressurser på diagnostisering, behandling og kontroll.

Sosiale forskjeller i hjerte- og karsykdommer viser at vi har utfordringer også her, men samtidig muligheter for forebygging. Forskjeller mellom utdanningsgruppene skyldes i hovedsak høyere nivå av risikofaktorer i de gruppene som har lavere sosioøkonomisk status .

I forebyggingsarbeidet vil virkemidler som er rettet mot hele befolkningen, slik som røykeloven, være med på å utjevne sosiale forskjeller i helse. Det er sannsynlig at det er et stort uutnyttet potensiale i



andre strukturelle tiltak som kan forbedre kostholdet og øke det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

## Kreft

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

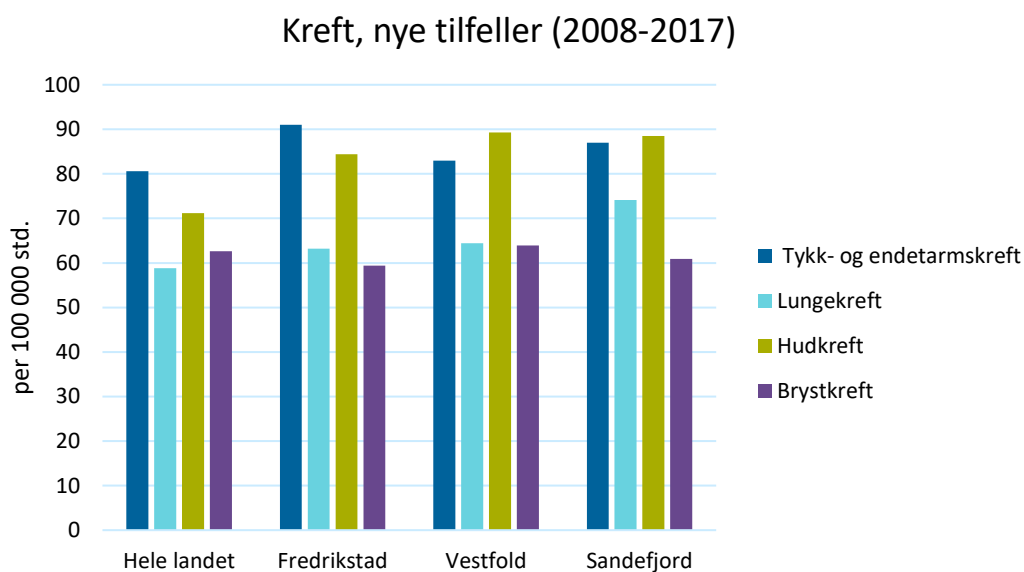


Fig. 2.13 Kilde: Kommunehelse statistikkbank, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

**Status:** Antall nye tilfeller av lungekreft er høyere i Sandefjord enn i fylket, landet og Fredrikstad (Kostragruppe 13). Også antall nye tilfeller av hudkreft er høyere enn landsgjennomsnittet. Folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet 2018 viste at forekomst av nye tilfeller av lungekreft var signifikant (ikke tilfeldig) høyere enn landsgjennomsnittet.

**Utviklingstrekk i et nasjonalt perspektiv:** De vanligste kreftformene blant menn er kreft i prostata, lunge, tykktarm, og blære og urinveier. De vanligste kreftformene blant kvinner er kreft i bryst, tykktarm, lunge og føflekker i hud. Over 32 000 nye krefttilfeller ble diagnostisert i 2016. Fram til 2025 ventes det en ytterligere økning i antall krefttilfeller, i hovedsak som følge av økende befolkning og økt levealder. Med dagens kreftbilde vil om lag hver tredje nordmann få en kreftdiagnose innen de fyller 75 år. Over 260 000 personer lever i dag med kreft eller har tidligere hatt kreft. Omtrent 70 prosent av alle kreftpasientene overlever sin kreftsykdom i minst 5 år etter at de har fått diagnosen. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv blant kvinner og menn sammenlagt. I årene framover vil befolkningsøkning og en større andel eldre føre til at antall personer som får kreft, øker. Endring i risiko, som for eksempel endring i befolkningens kosthold, fysiske aktivitetsnivå, røykevaner og soling, kan også påvirke antallet nye krefttilfeller. ([Folkehelse rapporten 2019](#))

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Kjente risikofaktorer for ulike typer kreftformer er tobakkesponering, alkohol, infeksjoner (for eksempel HPV-virus, hepatitt B og C), kosthold, fedme, fysisk aktivitet og miljøfaktorer, UV-stråling samt arvelige forhold.

Det er forskjeller i kreftforekomst mellom ulike grupper. Folkehelseinstituttet peker på forskjeller mellom kjønn, yrkesgrupper og innvandrergupper. Generelt sett har innvandrere lavere risiko for kreft enn norskfødte, men menn fra Øst-Europa har flere tilfeller av lungekreft og magekreft, østeuropeiske kvinner har større risiko for magekreft, og innvandrere fra lav-inntekts land har mer leverkreft. Flere norske studier har sett på sosioøkonomiske forskjeller i bruken av helsetjenester og behandling av kreft. Et nylig arbeid har vist at kreftpasienter med høy utdanning og inntekt hadde gjennomgående bedre overlevelse for de vanligste kreftformene, sammenlignet med pasienter med lavere utdanning og inntekt ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

### KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom)

Kols er en sykdom som kan gi betydelig funksjonshemming. De første tegnene på kols er kronisk hoste og oppspytt om morgenen i tillegg til tung pust ved fysisk anstrengelse. Ved en mer alvorlig tilstand kan en få pusteproblemer også i hvile.

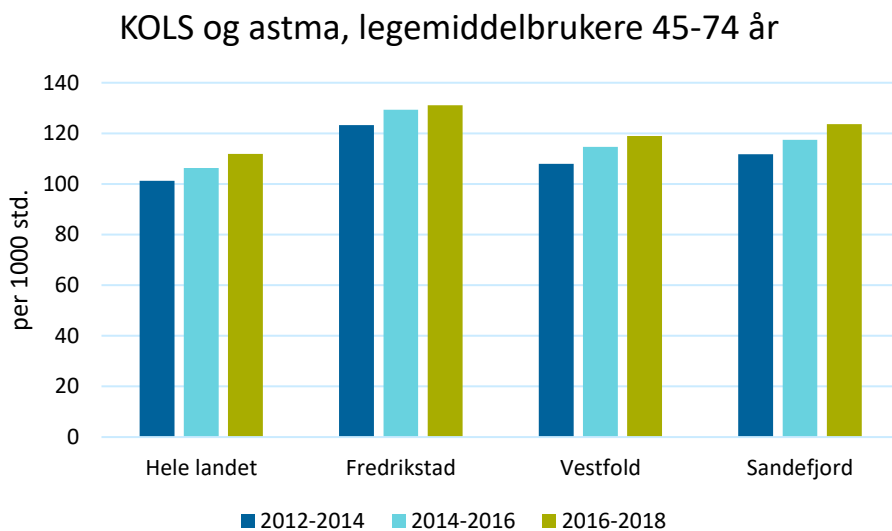


Fig. 2.14 Antall legemiddelbrukere, KOLS/astma, 45-74 år per 1000 std. Kilde: Kommunehelse statistikkbank, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

**Status og utviklingstrekk:** Det er en økende tendens i legemiddelbrukere av KOLS- og astmamedikamenter, i tråd med det nasjonale bildet. Sandefjord ligger noe høyere enn landsgjennomsnittet.

**Utviklingstrekk i et nasjonalt perspektiv:** Cirka 6 prosent av befolkningen over 40 år har kols. Dette tilsvarer 150 000 personer i landet som helhet. De fleste som har kols, har milde symptomer, og mange vet ikke at de har sykdommen. Kroniske sykdommer i nedre luftveier (som inkluderer kols) var den tredje hyppigst registrerte dødsårsaken i 2016. Antall personer som lever med kols, vil holde seg høyt i årene framover, fordi antallet eldre øker.

**Årsaksforhold:** Røyking er den viktigste årsaken til kols. Sandefjord har en høyere andel røykere enn landsgjennomsnittet når det gjelder andel røykende i første trimester av svangerskapet.

## Tannhelse

God tannhelse er viktig for den generelle helse, for velvære og livskvalitet. Tannhelsetjenesten ser størstedelen av befolkningen på jevnlig basis. Tannhelsetjenesten sitter derfor i en unik posisjon for å spre informasjon, bidra i førstelinjen i folkehelsearbeidet, og kan spille en sentral rolle i en tidlig diagnostisering av en rekke sykdommer. Karies er verdens mest utbredte sykdom og reduksjon i sukkerforbruket står derfor sentralt i tannhelsetjenestens bidrag i folkehelsearbeidet. Også den psykiske helsen er sterkt påvirket av tann- og munnhelse.

Tanntap og dårlig estetikk kan gi store psykiske belastninger og sosial angst. Overgrep og traumer kan føre til odontofobi. Mennesker med psykiske lidelser kan ha problemer med å ta vare på seg selv og sin egen munnhelse. Tannhelsetjenesten ser de fleste barn med jevne mellomrom og har en unik posisjon til å kunne melde fra ved bekymring, ved for eksempel mistanke om vold og overgrep.

(kilde: [Tannlegeforeningen](#))

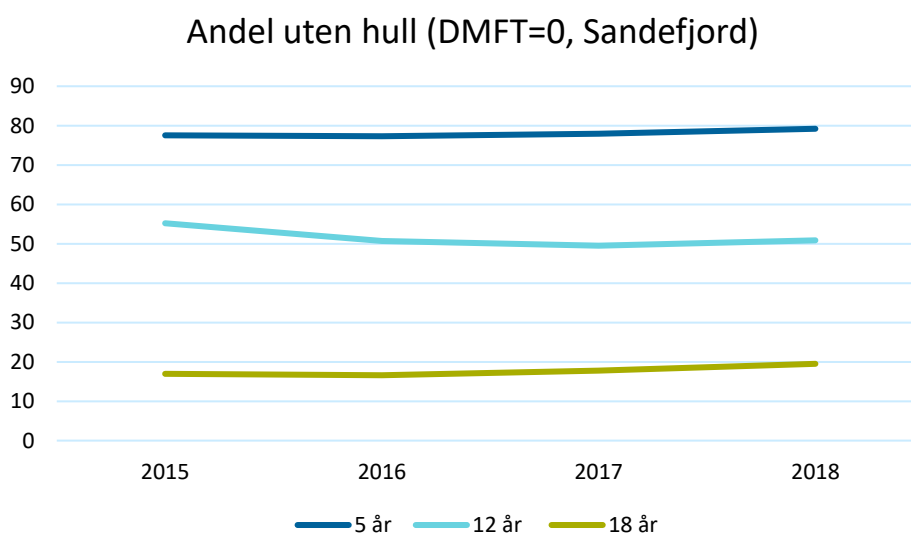


Fig. 2.15 Kilde: Tannhelsetjenesten, VFK

**Status og utviklingstrekk:** Det har vært en positiv utvikling i andel undersøkte barn med null hull de siste årene. Tall fra Stokke er slått sammen med tall for gamle Sandefjord bakover i tid. Tall for Andebu er ikke med her.

## **BARN OG UNGE – SAMLET UTFORDRINGSBILDE FRA HELSESYKEPLEIERE OG JORDMØDRE**

I september 2019 ble det gjennomført en fagdag med helsesykepleiere og jordmødre i kommunen. Gruppen på vel 50 personer ble bedt om å gi innspill til åtte utfordringsområder knyttet til gravide, barn og foreldre i vår kommune. De åtte temaene var: Psykisk helse og rus, seksuell helse, levevaner og helserelatert atferd, familie/levestil/nærmiljø, mangfold og inkludering, skole og barnehage som helsefremmende settinger samt graviditet og barseltid.

Spørsmålsstillingene var problemorienterte og innspillene bærer preg av fokus på utfordringer og ikke ressurser.

**Status:** De fleste gruppene rapporterte om at de opplever økende grad av sosiale forskjeller i helse, foreldre som i for liten grad kan norsk, og ikke har økonomi til språkopplæring til seg selv eller fritidsaktiviteter for barna. Helsesykepleierne opplever at barn og unge i økende grad har utfordringer med psykisk strev, søvn og at flere foreldre ikke er i stand til å sette grenser. Flere strever med spiseforstyrrelser helt ned i barneskolealder. Jordmødrene ser at flere gravide strever med overvekt og psykiske utfordringer.

De fleste gruppene rapporterte om økende grad av sosiale forskjeller som en av årsakene til denne utviklingen i uhelse. Det er en stor mangel på kunnskap og evne til sunn livsstil og trygge oppvekstvilkår hos lavinntektsgrupper. Sosiale medier bidrar til at flere yngre strever med selvbilde og kroppspress, bruker sex som kapital for å oppnå status og flere opplever sosial angst og ensomhet.

Helsesykepleierne og jordmødrene mente at det er grunn til å bekymre seg for utviklingen i Sandefjord, spesielt i enkelte levekårssoner. Faggruppen mener utviklingen vil kunne medføre et økende antall uføre, med dertil økende fellesutgifter og menneskelige lidelser. De fleste gruppene ga uttrykk for at Sandefjord kommune per i dag i for liten grad evner å samordne de forebyggende og helsefremmende tjenestene rundt barn og unge, spesielt de sårbare og deres familier.

**Opplisting av problemstillinger som ble løftet fram av helsesykepleiere og jordmødre:**

Økende grad av psykisk strev og økende søvnproblematikk hos ungdom, overvekt og spiseforstyrrelser, økende grad av å bruke sex som kapital, økende ensomhet og utenforskap, økende cannabisbruk, over halvparten av barn og unge lever med to hjem, økende grad av foreldre som strever og er usikre på grenser, manglende deltakelse i fritidsaktiviteter av barn med innvandrerbakgrunn og manglende inkludering av barn og unge med funksjonsnedsettelse. Kommunen tilbyr foreldreveiledning på helsestasjonen og i barneskolen, via programmer som COS, PMTO og TIBIR. Behovet er økende. Helsesykepleierne opplever at kommunen mangler et foreldreveiledningsprogram for foreldre med barn i ungdomsskolen.

**Årsaker :** Helsesykepleierne og jordmødrene ga uttrykk for at det er mange påvirkningsfaktorer som virker sammen, men faggruppen trakk særlig frem disse årsaksfaktorene: Store sosiale forskjeller og flere som lever under fattigdomsgrensen, økende ukritisk bruk av sosiale medier, økt fokus på kropp og prestasjon, utrygge foreldre som enten har psykisk uhelse eller i større grad har fokus på å realisere seg selv.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Økt strev i hverdagen for barn og deres familier, økte sosioøkonomiske forskjeller, mer uhelse, flere faller utenfor og flere har redsel for å ikke å bli akseptert, økende fedme- eller spiseproblematikk, skolevegring og drop-out, flere unge uføre, lavere skatteinntekter, økende kulturelle forskjeller og større sosiale utgifter for kommunen.

## NETTO DRIFTSUTGIFTER FOREBYGGENDE HELSEARBEID I KOMMUNEN

232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, pr innbygger 0-5 år (kroner)

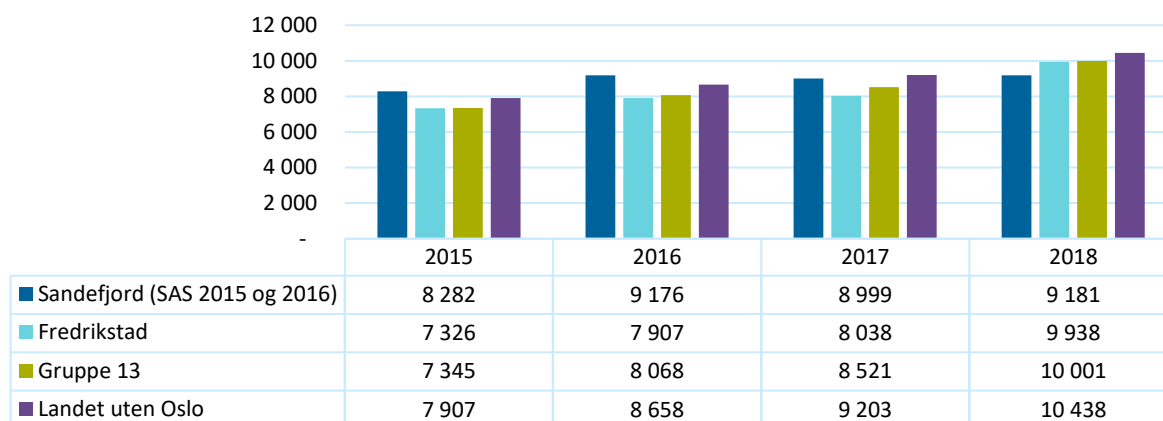


Fig. 2.16 Kilde: SSB/Kostra-tall.

**Kommentar:** SAS-kommuner er slått sammen bakover i tid og inkluderer Vear med ca. 2200 innbyggere.

**Status og utviklingstrekk:** Når det gjelder utgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten per innbygger i aldergruppen 0-5 år, ligger Sandefjord omtrent på nivå med sammenlignbare byer som Fredrikstad og andre kommuner i Kostragruppe 13. Utgiftsnivået har vært nokså stabilt de siste årene.

### 233 Annet forebyggende helsearbeid, pr innbygger (kroner)

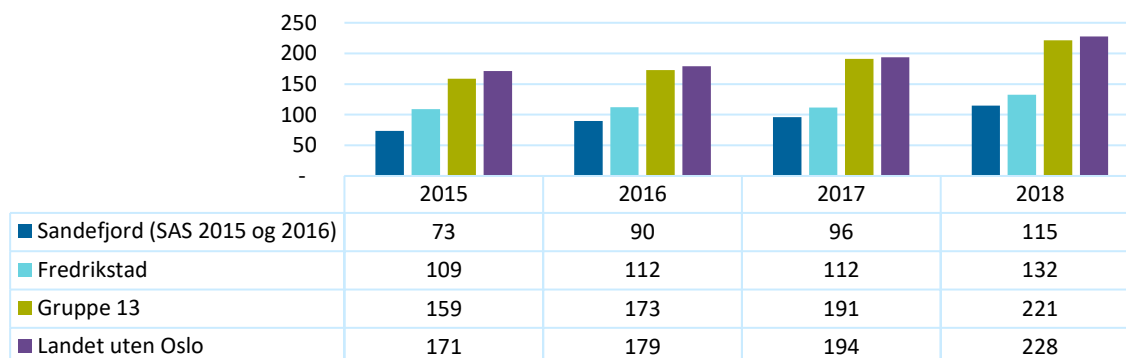


Fig. 2.17 Kilde: SSB/Kostra-tall

**Kommentar:** SAS-kommuner er slått sammen bakover i tid og inkluderer Vear med ca. 2200 innbyggere

**Status og utviklingstrekk:** Sandefjord bruker færre kroner per innbygger til annet forebyggende helsearbeid enn kommuner i samme Kostragruppe og landsgjennomsnittet. Det har vært en økning fra 2015 og fram til 2018.

## DEN ALDRENDE BEFOLKNINGEN – SAMLET BILDE

Ved gjennomgang av innbyggerliste for Sandefjord i juni 2018 mottok kun 33 av 424 innbyggere, født i 1942, kommunale helsetjenester i form av hjemmesykepleie / praktisk bistand eller heldøgnsomsorg. Gjennomgangen viser at 92 % av innbyggere som er 77 år mestrer hverdagen uten kommunale helsetjenester. Tiltakene i den vedtatte handlingsplanen *Leve hele livet* i Sandefjord og deltakelse i KS sitt læringsnettverk *Aldersvennlig samfunn*, skal bidra til at denne prosenten opprettholdes eller økes.

Gruppen i den aldrende befolkningen som vil utfordre kommunen i høyest grad, er personer med demens sykdom.

### Demensforekomst

Dataene er tatt fra rapporten *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC 2015)*. I beskrivelsen nedenfor er det benyttet ulike internasjonale prevalensstudier omregnet til Sandefjord kommune sin demografi. Å beregne fremtidig ressursbruk er forbundet med stor usikkerhet siden pleiebehov og organisering kan endres betydelig. Forskning viser at andelen med demens blant eldre går ned. Det er demografiutviklingen med sterk økning av antall eldre som gjør at antall personer med demens vil øke kraftig.

Antall personer med demens i Sandefjord kan anslås til 1890 personer (3% av befolkningen).

81% av personer med demens i Sandefjord bor i eget hjem dvs 1530 personer

- 31% av disse mottar ikke kommunale tjenester dvs 475 personer
- 69% av disse mottar kommunale tjenester dvs 1055 personer

- 41,5% av pasientene i hjemmebasert tjeneste har demens sykdom

Det kan anslås at 84,3 % av langtidspasienter på sykehjem i Sandefjord har demens

- Gjennomsnittlig botid på sykehjem for personer med demens er 2,1 år
- 85-90% av personer med demens innlegges på sykehjem i løpet av forløpet
- 10-15 % av personer med demens dør uten å ha blitt lagt inn på sykehjem
- Fra diagnosen er stilt til innleggelse på institusjon tar det i gjennomsnitt 3 år

20 % av personer med demens bruker dagsenter. Gjennomsnittet er 1,5 – 2 dager pr uke, beregnet til 1200 kr pr person pr mnd. Gjennomsnittlig benyttes 0,38 årsverk pr pasient i dagsenter

Rett før innleggelse i sykehjem mottar personer med demens gjennomsnittlig 160 timer hjelp fra pårørende pr mnd, dvs ca ett årsverk, mens de gjennomsnittlig mottar 4 timer hjemmetjenester pr uke.

For Norge er årlige kostnader for personer med demens i sykehjem beregnet til 23,3 milliarder. For Norge er årlige kostnader for personer med demens for hjemmeboende beregnet til 8,3 milliarder

Undersøkelser viser at pårørende ofte vurderer livskvaliteten til pasienter med demens lavere enn pasienten selv. (Health-related Dimensions ( EQ-5D) ( 41)).

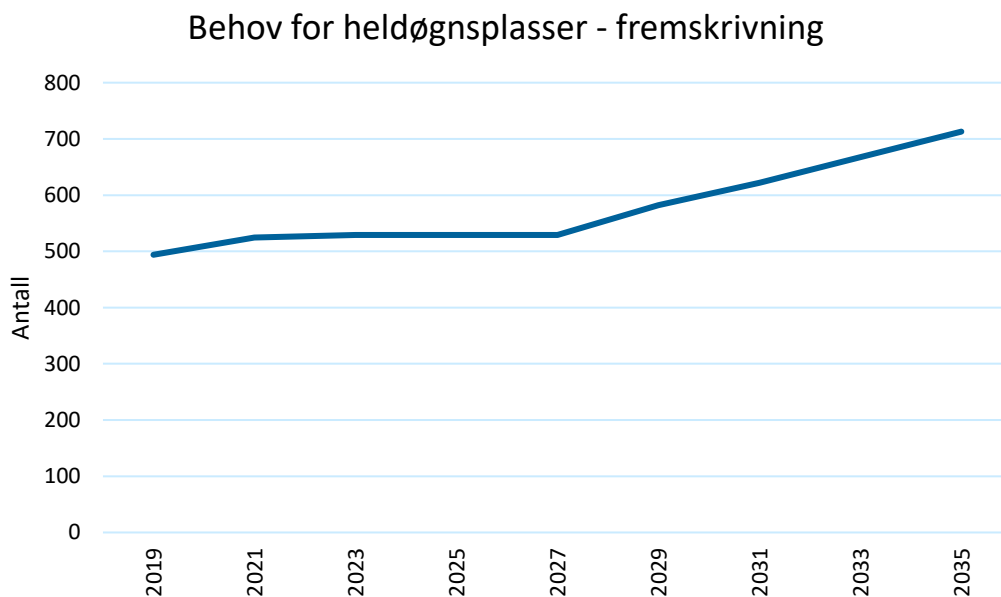


Fig. 2.18 Kilde: HSO, Sandefjord kommune sept. 2019

**Kommentar:** Behov for heldøgns plasser: Forutsetter at vi har 13% dekningsgrad (80+) fra 2028. Gradvis nedgang frem til det.

**Status:** Grafen over viser behovet for heldøgns plasser fram mot 2035.

## Brukere av hjemmetjenester - fremskrivning

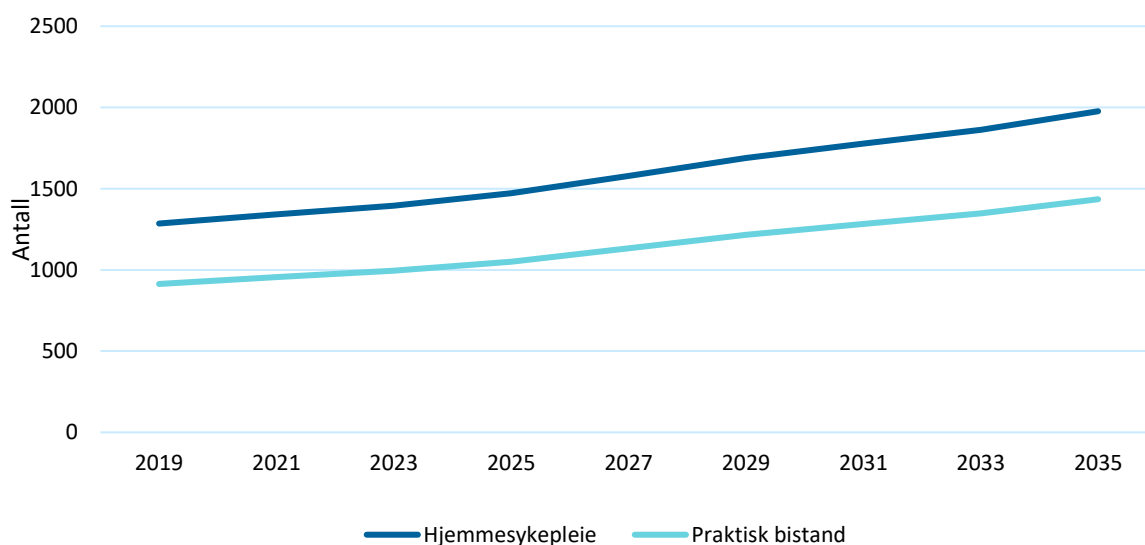


Fig. 2.19 Kilde: HSO, Sandefjord kommune sept. 2019

**Status:** Diagrammet over viser det forventede antall brukere av hjemmetjenester i Sandefjord kommune fram mot 2035.

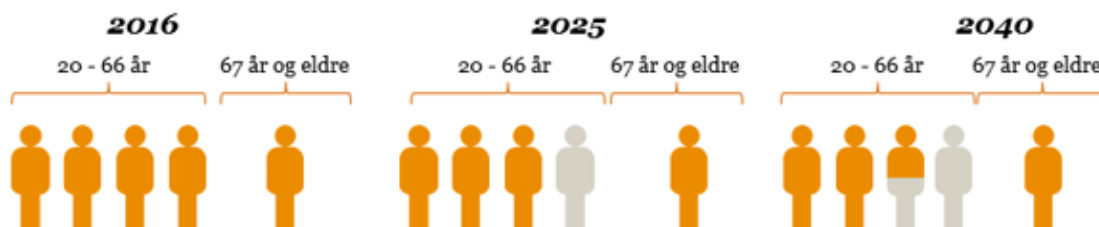


Fig. 2.20 Andel potensielt yrkesaktive i forhold til andel eldre (67+), fremskrevet. Kilde: Utredning for Sandefjord kommune, status og fremtidig behov PLO-tjenester (PWC 2017)

**Status og utviklingstrekk:** Figuren over viser at i perioden mot 2030 faller antallet yngre og potensielt yrkesaktive bak hver person over 67 år. Det betyr at dagens tjenestemodell for eldreomsorg ikke er bærekraftig i fremtiden.

## VAKSINASJONSDEKNING

Norge skiller seg ut i verdenssammenheng ved å ha et lavterskel gratis barnevaksinasjonsprogram ved alle helsestasjoner som brukes av hele befolkningen uavhengig av sosial status, opp til 20 års alder. Den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten sørger for en god lokal oversikt over all vaksinasjon til hele befolkningen, og melder inn til



SYSVAK for en nasjonal oversikt (FHI). All vaksinering i Norge er frivillig, det er foreldre til barn som bestemmer om barnet skal vaksineres.

### Vaksinasjonsskepsis

Det har, siden vaksinen ble oppfunnet, vært perioder med vaksinasjonsskepsis, spesielt har dette vært tydelig i den vestlige verden. FHI melder at det ikke er tegn på en økende motstand mot vaksiner, men at det nå kommuniseres tydeligere i sosiale medier. Ved siden av antibiotika er vaksiner den medisinske oppfinnelsen som har reddet flest liv i verden (FHI).

### Om MMR-vaksinen

Vaksinen mot meslinger, kuma og røde hunder er kjent under navnet MMR-vaksine. Første dose MMR blir tilbudt ved 15 måneders alder, Over 90 prosent av de vaksinerte har beskyttelse i mange år, noen livet ut. En ny dose blir tilbudt i 11-årsalder for å sikre beskyttelsen av de siste 10 prosent og sikre langtidsbeskyttelse. Når vi vaksinerer utnyttes immunapparatets "hukommelse". Ved vaksinasjon tilføres kroppen en svekket bakterie eller virus, deler av slike, eller noe som likner dem. Da aktiviseres immunapparatet uten at vi blir syke. Slik kan noen av de farlige smittsomme sykdommene forebygges på en enkel og effektiv måte. For enkelte sykdommer vil vaksinasjonen føre til livslang beskyttelse, i andre tilfeller reduseres effekten etter noen år og man trenger oppfriskningsdoser.

Vi har i Folkehelseoversikten valgt å vise andel vaksinerte mot meslinger/kusma/røde hunder.

Andel vaksinerte 2-åringer (MMR-vaksine):

	2014	2015	2016	2017	2018
Sandefjord	95,0	92,8	94,3	96,0	96,2
Vestfold	94,2	94,9	95,6	96,4	96,3
Hele landet	94,3	95,5	95,9	97,0	96,0
Fredrikstad	95,4	95,8	95,4	94,9	93,6

Andel vaksinerte 9-åringer (MMR-vaksine):

	2014	2015	2016	2017	2018
Sandefjord	93,5	92,7	88,7	95,3	93,7
Vestfold	93,7	93,3	92,4	95,9	95,7
Hele landet	95,0	95,3	95,6	96,9	96,9
Fredrikstad	96,9	97,1	96,9	97,4	97,4

Andel vaksinerte 16-åringe (MMR-vaksine):

	2014	2015	2016	2017	2018
Sandefjord	91,3	88,5	87,7	87,3	90,6
Vestfold	93,1	89,6	88,2	88,9	90,8
Hele landet	94,0	91,4	91,1	92,5	93,2
Fredrikstad	90,3	91,5	91,5	90,7	92,3

Tabell 2.2 Kilde: Kommunehelse statistikkbank

**Status og utviklingstrekk:** Sandefjord ligger gjennomgående noe lavere i andel registrerte barn som er MMR-vaksinert, spesielt gjelder dette ved 9 og 16 års alder.

Ifølge Folkehelseinstituttet utgjør reell vaksineskepsis bare en liten del av gruppen som ikke er registrert som vaksinerte. Det er først og fremst tekniske problemer, at folkeregisterdata ikke er oppdatert og at etterregistrering mangler som er de viktigste forklaringene på at barn fremstår som uvaksinert i SYSVAK (nasjonalt vaksinerregister). I tillegg kommer de barna som av medisinske grunner ikke kan få enkelte vaksiner. En gjennomgang av barna uten vaksinasjonsregistreringer i Sandefjord viser at det også i Sandefjord, er tekniske problemer og manglende etterregistrering som er den viktigste forklaringen på tilsynelatende lav vaksinasjonsdekning. Etterregistrering gjelder barn som er vaksinert i utlandet. Det er ingen indikasjoner på at det er spesielt stor vaksinemotstand i kommunen.

Folkehelseinstituttet ber kommuner med vaksinasjonsdekning under 85 % hos 16-åringe om å følge opp dette videre ved å finne årsakene til de lave dekningstallene og sette i gang tiltak for å forbedre disse. Vaksinasjonsdekningen i Sandefjord er nå økt med 1% for alle vaksiner for 16-åringe i 2017 og 2018. Forbedringen er kommet etter et lokalt prosjekt med etterregistrering av personer vaksinert i hjemland før ankomst til Norge. (Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister Sysvak)

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Meslinger er en av våre alvorligste barnesykdommer. Sykdommen er meget smittsom. Blant dem som vokste opp før vaksine ble tilgjengelig, fikk mer enn 99 prosent av alle barn meslinger. Sykdommen begynner med forkjølelsessymptomer og høy feber, etterfulgt av utslett. Meslinger følges ofte av komplikasjoner som lungebetennelse, bronkitt og mellomørebetennelse. Alvorlige følger som hjernebetennelse (encefalitt), varig hjerneskade og dødsfall forekommer. I hele verden dør om lag 120 000 personer av meslinger hvert år, hvorav de fleste er barn. Meslingeutbrudd med dødsfall forekommer blant uvaksinerte også i vår del av verden. WHO har rangert faren for dårlig vaksinedekning som en av de ti største helsetruslene i verden. Det er for eksempel i økende tilfeller av meslingeepidemier i Europa. I land som Hellas, Østerrike, Frankrike og England er det konstant pågående epidemier. Minst 95 % dekningsgrad for MMR-vaksine gir flokkimmunitet og målet for Sandefjord kommune er å oppnå dette

Norge er i en særstilling når det gjelder vaksinasjonsdekning i verden. For å opprettholde 1.plassen er høy tillit til ansvarlige myndigheter og en veletablert infrastruktur for vaksinerings viktige suksessfaktorer.

## FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet er definert som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå. Fysisk aktivitet blir ofte delt inn i lett, moderat og hard fysisk aktivitet, etter hvor stor energiomsetning aktiviteten krever.

Det er i dag godt dokumentert at *fysisk aktivitet* fremmer helse, gir overskudd og kan medvirke til forebygging og behandling av over 30 ulike sykdommer og tilstander ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#)).

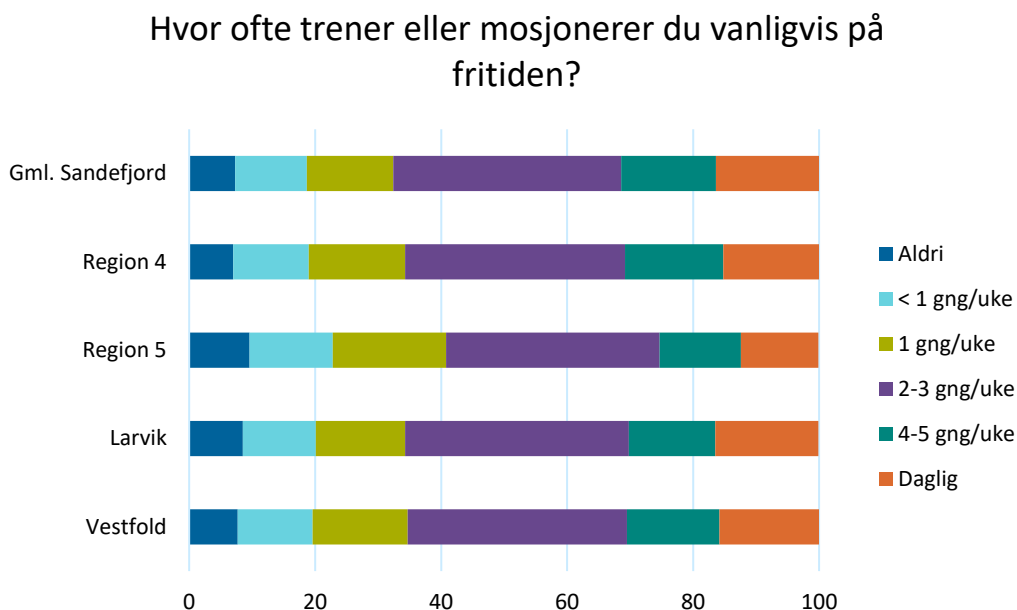


Fig. 2.21 Hyppighet fysisk aktivitet, voksne. Kilde: [Folkehelseundersøkelsen, Helse og trivsel i Vestfold, 2015](#)

**Kommentar:** Region 4 inkluderer her Stokke, Horten, Tjøme og Nøtterøy og region 5 inkluderer Andebu, Hof, Re, Sande, Lardal, Holmestrand og Svelvik. Utvalget besto av personer over 18 år.

**Status voksne i Vestfold:** Folkehelseundersøkelsen i Vestfold i 2015 som inkluderte et utvalg voksne personer over 18 år, viste at 30-50% trener kun én gang i uken eller mindre. De fleste er aktive 30-60 minutter når de først er aktive.

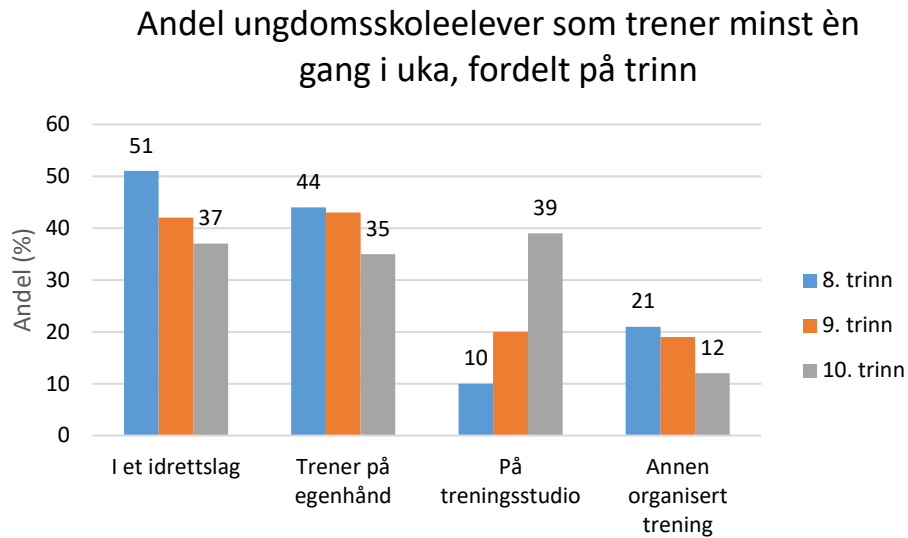


Fig. 2.22 Treningformer blant ungdomsskoleelever i Sandefjord, fordelt på trinn (2017). Kilde: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

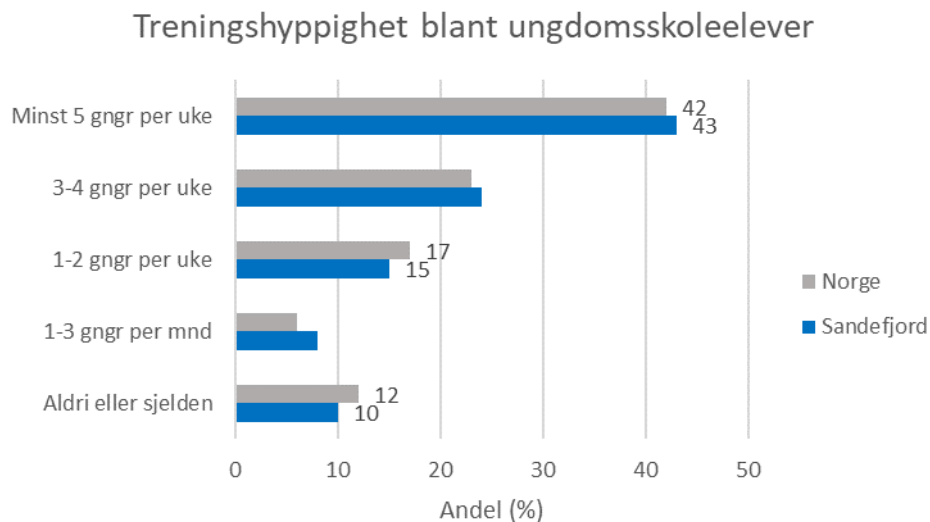


Fig. 2.23 Treningshyppighet blant ungdomsskoleelever i Sandefjord (2017) Kilde: [Ungdata](http://Ungdata)

**Status Ungdom i Sandefjord:** Ungdataundersøkelsen (2013 og 2017) spurte elever i ungdomsskolen om hvor ofte de var andpusten/svett. Andelen som oppga sjelden eller aldri økte fra 11,1% i 2013 til 12,1% i 2017. Diagrammene over viser at andelen som trener i et idrettslag faller fra 8. til 10. trinn og øker når det gjelder trening i treningsstudio. Over 40% av ungdomsskoleelevene oppgir at de trener minst fem ganger per uke.

**Status og utviklingstrekk i et nasjonalt perspektiv:** Reduksjonen i fysisk aktivitetsnivå starter allerede i barneårene. Om lag 90% av seksåringene i Norge tilfredsstiller anbefalingene om fysisk aktivitet (60 minutter per dag) og i alle aldersgrupper er gutter mer fysisk aktive enn jenter. Halvparten av 15-åringene oppfyller anbefalingene. Variert fysisk aktivitet er viktig for at barn skal kunne utvikle fin- og grovmotorikk, muskelstyrke og kondisjon. Fysisk aktivitet har også

betydning for at barn skal kunne lære seg ulike ferdigheter som å sykle og drive ballspill, og for trivsel og sosial kontakt. Blant voksne reduseres andelen som er fysisk aktive i tråd med anbefalingene til 30% (150 minutter moderat aktivitet per uke). Voksne bruker i gjennomsnitt 9 timer på stillesitting. Andelen voksne som oppfylte anbefalingene om fysisk aktivitet økte fra 28 prosent i 2008-2009 til 32 prosent i 2014/15. Personer med kort utdanning bruker mer tid på aktivitet med lett intensitet, mens de med høyere utdanning bruker mer tid på aktivitet med høyere intensitet. Det kan skyldes at de med kort utdanning har yrke der de går og står mye, men ellers driver lite med fysisk aktivitet, og at de med høyere utdanning har en stillesittende jobb, men trener mer på fritida og da med høyere intensitet. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for normal vekst og utvikling og har en forebyggende effekt på en rekke fysiske sykdommer og psykiske plager. Videre gir fysisk aktivitet en rekke helsefremmende effekter som økt overskudd, bedre humør samt mulighet for sosialt samvær. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

*Fysisk aktivitet i ungdomsskolen: I skoleåret 2018/19 har det vært prøvd ut et tilbud om fysisk aktivitet i gymsalen rett etter skoletid ved 2 ungdomsskoler, Ranvik og Varden. Elevene har hatt mulighet til å delta på variert fysisk aktivitet, planlagt i samarbeid med elevene og ledet av skolefysioterapeut og helsesykepleier. Ungdommene har fått et fruktmåltid som er finansiert av folkehelsemidler. 10-20 elever ved hver skole har benyttet seg av dette lavterskeltilbudet hver uke. Det har variert hvilke elever som har deltatt.*

*Frisklivsgrupper for barn og unge i skoleåret 2018/19: Frisklivsgruppene for barn og ungdom organiseres og ledes av fysioterapeuter. Deltagere i gruppene rekrutteres gjennom helsesykepleiere, ansatte i skolene eller ved at foresatte eller ungdommer selv tar kontakt. Full fres er trening og aktivitet for barn med overvekt og fedme, mens Friskliv Ung og Full fart er grupper for ungdom og barn som ønsker å trene og være i aktivitet, men som ikke finner passende aktivitet i det ordinære tilbudet. På Full fres og Full Fart (barneskolealder) deltar foreldre i treningen sammen med barna.*

*Helsefremmende SFO: Helsefremmende SFO som er helsefremmende og forebyggende arbeid med fokus på aktivitet, kosthold og trivsel i SFO, ble gjennomført som prosjektarbeid på skolene Bokemoa og Byskolen i skoleåret 2019/20. Prosjektarbeidet har blitt ledet av to spesialfysioterapeuter for barn og unge med prosjektlederkompetanse, i nært samarbeid med ansatte i skolefritidsordningen ved de aktuelle skolene. Det er utarbeidet utførlige rapporter fra dette arbeidet.*

## OVERVEKT OG FEDME

### Barn

Helsesykepleier i skolehelsetjenesten utfører veiing og måling av barna i 1., 3. og 8.trinn etter Nasjonale retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Anonymiserte tall fra skolene sendes til fagkoordinator for folkehelse og friskliv i Enhet ergo- og fysioterapi barn og unge.

Tallene i tabellen er fra 2017/18 (19 skoler) og 2018/19 (21 skoler). Det er 13 elever fra 3.trinn ved disse skolene som ikke er målt og veid i henholdsvis 2017/18 og i 2018/19.

Skoleår	Antall veid/målt	Antall med ISO-KMI >25		Andel (%) med ISO-KMI >25	Antall med ISO-KMI >30	Andel (%) med ISO-KMI >30
		Jenter	Gutter			
2017/18	645	49	50	15,3	25	3,9
2018/19	689	45	59	17,7	31	4,5

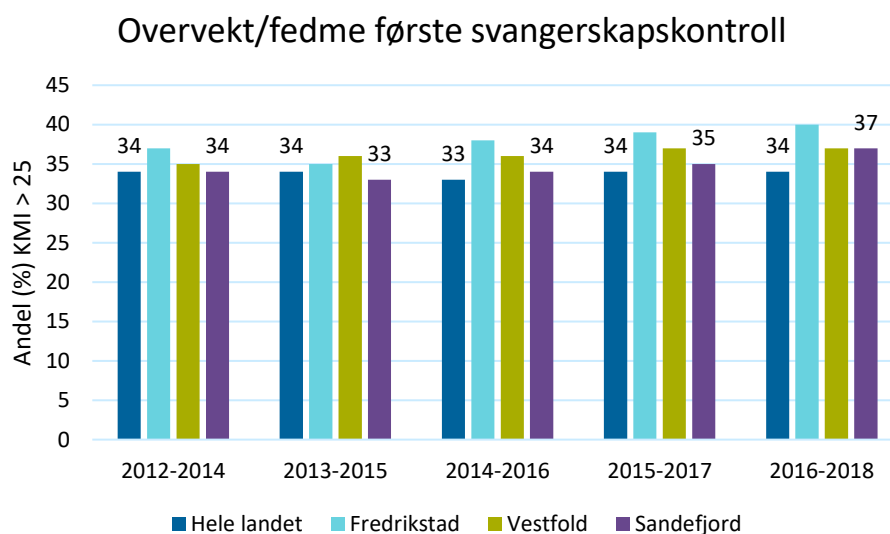
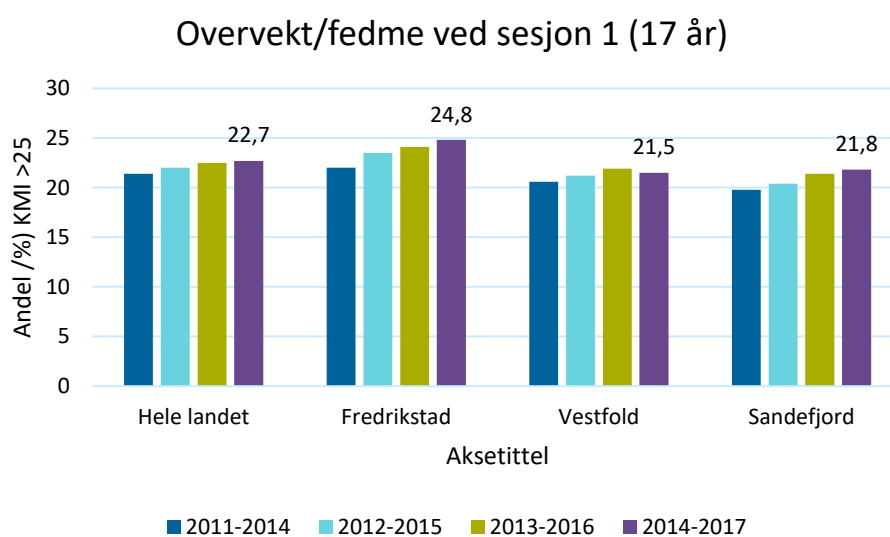
Tabell 2.3 Kilde: HSO, Sandefjord kommune

**Status og utviklingstrekk:** Omlag 15 % av 3-klassingene i Sandefjord er overvektige. Nasjonale beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at 14 prosent av jentene og 11 prosent av guttene i 3. klasse er overvektige, mens 3 prosent av jentene og 2 prosent av guttene har fedme. Sandefjord ligger altså noe høyere enn dette. Tallene fra Sandefjord viser videre at det er lett økning i andelen barn med overvekt og/eller fedme fra skoleåret 2018/18 til 2018/19, noen flere gutter enn jenter. Det større nasjonale bildet tyder på at utviklingen i overvekt og fedme hos barn har flatet noe ut.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Fedme gir over tid økt risiko for utvikling av en rekke sykdommer og plager. Fra toårsalderen er fedme hos barn tydelig forbundet med økt risiko for fedme i voksen alder. Risikoen øker med stigende alder og er enda større hvis en eller begge foreldre har fedme. For å kunne gjøre noe med overvekt og fedme på samfunnsnivå, er det viktig med både befolkningsrettede og individrettede tiltak. Tiltak på samfunnsnivå kan nå flere og være mer effektive enn individretta tiltak, slik som å oppfordre enkeltpersoner til å holde kontroll på vekten. Barn og unge er spesielt utsette og prisgitt omgivelsene; familien, barnehagen, skolen og nærmiljøet.

Internasjonalt ser vi en økende diskusjon om hvilke folkehelseiltak som kan og bør brukes for å klare å redusere andelen med overvekt og fedme i befolkninga. Befolkningsrettede tiltak som blir diskuterte i Norge, er bedre tilrettelegging for fysisk aktivitet i skolen og nærmiljøet, redusert tilgang på næringsfattige matvarer som for eksempel sukkerrike drikker.

Viktige tiltak kan være økonomiske virkemidler, medie- og opplysningskampanjer, regulering av markedsføring, porsjonsstørrelser, endret sammensetning av industriproduserte matvarer og utvikling av nye produkter med en sunnere sammensetning, samt matmerking med for eksempel nøkkelhullmerket. ([Kilde: Folkehelse rapporten 2019, FHI](#))

VoksneFig. 2.24 Kilde: [Kommunehelsa, FHI](#)Fig. 2.25 Kilde: [Kommunehelsa, FHI](#)

**Status og utviklingstrekk:** Mer enn en av tre gravide i første trimester er overvektige eller har fedme. Trenden i Sandefjord er lett økende, mens andelen holder seg mer stabilt nasjonalt. En av fem 17-åringer som veier seg til sesjon 1, er overvektige eller har fedme. Trenden er lett økende både nasjonalt og i Sandefjord, men vi ligger over tid noe lavere enn landsgjennomsnittet.

## ERNÆRING I SKOLE OG BARNEHAGE

### Barnehage

Næringsrik mat tidlig i barneårene har stor betydning og konsekvenser for helse på kort og lang sikt. Mat og drikke som inntas i barnehagen utgjør en betydelig del av barns totale kosthold i løpet av en dag, og det er i barneårene grunnlaget for gode kostvaner og matglede utvikles. Enkelte barnehager i Sandefjord serverer varierte og næringsrike måltider til frokost, varm lunsj og ettermiddag, men det er store forskjeller i matserveringstilbudet.

Utfordringene er blant annet lite variasjon i hva barn spiser av pålegg og varm mat fordi hva barn tilbys er svært ulikt. Ikke minst gjelder dette sjømat som pålegg og som varme måltider. Serverte måltider innbyr også til en god fellesskapsopplevelse, trening i finmotoriske ferdigheter, matkulturell læring og samtale ved bordet. Fiskesprell er et nasjonalt kostholdsprogram som har som mål å øke sjømatkonsumet blant barn og unge. Ordningen ble etablert i 2007, og har siden den gang gjennomført kurs og andre aktiviteter med tema barn og sjømat for ansatte i barnehage, SFO, skole og andre målgrupper over hele landet. En del barnehager i Sandefjord har gjennomført kurs i Fiskesprell. (kilde: kursleder Fiskesprell Vestfold Anne Wang-Nilsen)

### Skole

Barn og unge tilbringer mange timer på skolen hver dag. Et sunt skolemåltid og gode rammer rundt måltidet kan fremme helse og trivsel på skolen. Lov om folkehelsearbeid fremhever skolen som en viktig arena for det forebyggende folkehelsearbeidet. Elevenes rett til et fysisk og psykososial miljø som fremmer helse, er forankret både i Opplæringsloven og forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. Det foreligger en [Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen \(Helsedirektoratet\)](#).

Retningslinjen sier blant annet at elevene bør tilbys ordninger som sikrer tilgang til frukt/grønt og melkeprodukter daglig. I tillegg anbefales det tilrettelegging for matinntak med 3-4 timers mellomrom gode fysiske rammer for å sikre sosialt samvær og matglede.

En kartlegging i et utvalg norske grunnskoler utført av Helsedirektoratet i 2013, viste at både tilbudet og organiseringen av skolemåltidet, på mange måter var i tråd med de nasjonale retningslinjene. Det foreligger ikke tall for Sandefjord-skolene spesielt, men her er hovedfunn i den nasjonale undersøkelsen hvor nesten 3000 skoler deltok:

- Majoriteten av skolene hadde fullt tilsyn i matpausen for elevene på 1.-4. trinn
- Målet om minimum 20 minutters matpause var ikke oppnådd og elevene 5.-7. trinn hadde minst tid til å spise.
- Tilgangen til drikkevann var god på de fleste skolene og 99% av barne- og kombinertskolene hadde tilbud om skolemilk.
- Nesten fire av fem ungdomsskoler hadde kantine og det var grove kornvarer, kjøtt- og ostepålegg, frukt, yoghurt, juice og vann som dominerte. En fjerdedel av kantinene på kombinerte – og ungdomsskolene hadde daglig tilbud om brus eller andre sukkerholdige drikkevarer. Det var varierende om skolen tok hensyn til elever med spesielle behov knyttet til helsetilstand eller knyttet til kultur/religion.

Kilde: [Mat og måltider i skolen, Helsedirektoratet 2013](#)



### Kantinetilbud og frokostservering på ungdomsskolene i Sandefjord:

**Status:** En spørreunde til rektorene ved de seks ungdomsskolene (september 2019), viser at alle ungdomsskolene har skolekantine som er åpen samtlige dager i uken (med unntak av en skole som har stengt en dag i uka). Alle har tilbud om varmmat noen dager i uka og flere samarbeider med Tangent (Fønix) om denne serveringen. Varmrettene består i hovedsak av pizza, nudler og wok. Kun én av skolene tilbyr frukt/grønt hver dag (epler og bananer) og et par skoler serverer det av og til. Fire skoler tilbyr grove kornvarer eller påsmurt. Når det gjelder drikkevarer selges det mye sjokolademelk, iste og ulike typer juice. Også Tines automater med ulike typer drikke benyttes hyppig på et par av skolene. Det skolene oppgir å selge mest av er varmmat, yoghurt (spesielt Go`morgen yoghurt), sjokolademelk, brødprodukter og andre meieriprodukter. Fire av skolene har dagligvarebutikk i umiddelbar nærhet der en del elever kjøper lunsj.

Alle de seks ungdomsskolene serverer gratis frokost (grøt) minst en dag i uken. Grøtserveringen finansieres ulikt, dels av frivillige organisasjoner, dels av skolen selv og dels av prosjektmidler. Miljøarbeider, helsesykepleier og medarbeidere i frivillige organisasjoner står for selve matserveringen, med ulike ordninger mellom de ulike skolene. Det foreligger ikke tall på antall elever som spiser frokost eller hvorvidt gruppen er representativ for skolens elevpopulasjon. [Nyere forskning fra Universitetet i Agder viser at gratis skolemat utjevner sosiale forskjeller mellom elever.](#)

### Skolefruktordningen:

**Status:** Våren 2019 var fire barneskoler i Sandefjord med i den statlige abonnementsordningen, Skolefrukt. Det er et statlig tilskudd på kr 1,50 per frukt/grønnsak. Etter at subsidien er trukket fra blir prisen kr 3,20 inkl. mva og dette betales av foresatte.

De fire skolene har til sammen 633 elever, 139 elever deltok i ordningen. Det utgjør en andel på 22% av elevene og varierte fra 20-24% mellom de ulike skolene. Leverandør i Sandefjord er Meum Frukt og Grønt. (Kilde: Tore Angelsen, Skolefrukt)

**Utviklingstrekk:** Abonnementstallene i Sandefjord har gått ned de siste årene.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Rapporten [«Frukt og grønt i skolen» \(Helsedirektoratet 2015\)](#) slår fast: *«En skolefruktordning bidrar til at barn og unge spiser mer frukt på kort sikt. Det er imidlertid usikkert om et tilbud av frukt og grønt i skolen bidrar til økt inntak av frukt og grønnsaker i et livsløpsperspektiv. Dette gjelder enten tiltaket gjennomføres som en abonnementsordning med foreldrebetaling eller som en gratisordning... Gitt at det er en sosial gradient, der barn fra lavinntektsfamilier spiser mindre frukt og grønnsaker enn barn fra høyinntektsfamilier, vil effekten, målt som økning i fruktinntak per elev som deltar, antas å være størst ved en gratisordning..»*

### Skolemelkordningen:

De fleste barneskolene deltar i ordningen, men det har ikke vært mulig å skaffe full oversikt fra den nasjonale ordningen skolelyst.no

## TOBAKK

**Status nasjonalt:** Rundt 12 % av befolkningen mellom 16 og 74 år røykte daglig i 2018, omtrent like mange kvinner som menn. I tillegg sier rundt 9 % at de røyker av og til. Det er flest som røyker daglig mellom 45 og 64 år, færrest blant de yngste. Både blant menn og kvinner ser det ut til at nedgangen i røyking har økt kraftig siden årtusenskiftet, og andelen som røyker daglig er omtrent halvert på ti år.

Det er imidlertid fortsatt store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Blant dem med kort utdanning (ungdomsskole) røykte om lag 25 % daglig i 2018. Blant dem med videregående skole røykte 14 prosent, og blant dem med utdanning på universitets-/høgskolenivå røykte 5 %. ([Helsedirektoratet 2019](#)).

### Røyking blant voksne:

I denne sammenhengen brukes tallene for røyking blant gravide til å gi informasjon om røyking generelt i befolkningen, ettersom det ikke finnes gode data på resten av befolkningens røykevaner.

Røyking – gravide kvinner (1. trimester)					
	2010-2014	2011-2015	2012-2016	2013-2017	2014-2018
Hele landet	10,1	8,6	7,2	6,0	5,0
Vestfold	10,9	9,7	8,3	7,0	6,0
Fredrikstad	9,6	9,0	7,7	6,4	5,7
Sandefjord	11,9	11,1	9,6	8,1	6,9
Larvik	11,6	10,3	8,4	7,6	6,3

Tabell 2.4 Kilde: Kommunehelse statistikkbank, FHI

**Kommentar:** Tabellen viser andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Røyking i svangerskapet øker risikoen for veksthemming hos fosteret.

**Status:** Kvinner i første trimester i Sandefjord røyker signifikant mer enn landsgjennomsnittet (kilde: Folkehelseprofilen for Sandefjord kommune 2019, FHI). Forekomst av røyking blant gravide er fallende.

### Røyking blant ungdom:

Nasjonale tall viser at rundt 3 % av ungdom mellom 16 og 24 år røykte daglig i 2018, 5 % blant guttene og 2 % blant jentene. I tillegg sier 14 % at de røyker av og til. På ti år er andelen som røyker daglig blant unge redusert til en femdel av det den var, fra 16 til 3 %.

Helt siden 1970-årene har det vært en parallell nedgang hos gutter og jenter. ([Helsedirektoratet 2019](#)).

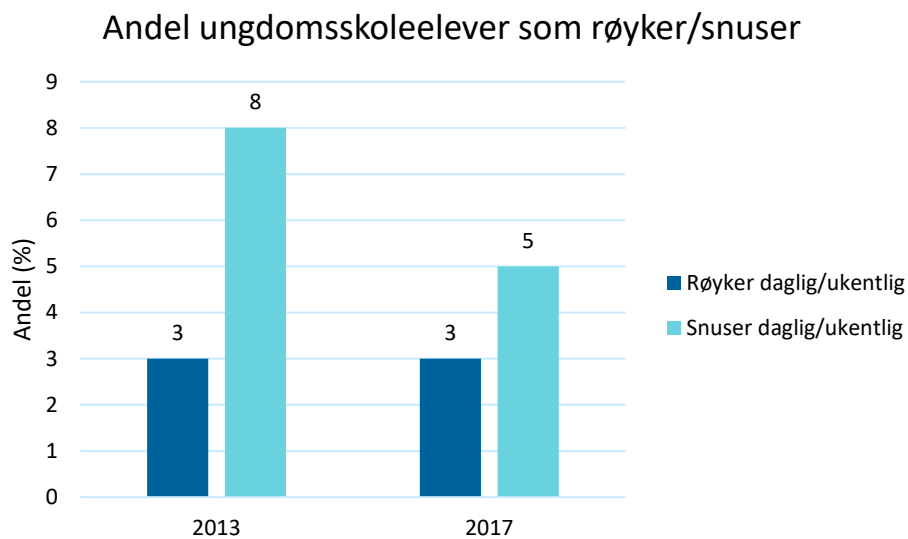


Fig. 2.26 *Kilde: Ungdata.no*

**Kommentar:** Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord som røyker/snuser. Tall fra 2013 gjelder kun «gamle Sandefjord».

**Status:** Andel ungdomsskoleelever i Sandefjord som oppgir at de røyker daglig, har ligget stabilt på 3% i 2013 og 2017. Det har vært en nedgang i andel elever som rapporterer om daglig bruk av snus.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av gruppen som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at gruppen som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og at 25 prosent av dagligrøykerne, dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere. (Kommunehelsa, statistikkbank 2019)

## ALKOHOL

Alkohol, har vært beruset sist året – (ungdomsskoleelever)							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hele landet	14	14	14	13	13	12	12
Vestfold	15	15	15	15	:	13	13
Fredrikstad	..	12	..	..	8	..	..
Sandefjord	..	16	..	..	..	14	..
Larvik	..	12	..	..	..	12	..

Tabell 2.5 Kilde: Ungdata/Kommunehelsa statistikkbank, FHI

**Kommentar:** Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. Sandefjord har kun deltatt undersøkelsen i 2013 og 2017

**Status:** Det har vært en nedgang i andel ungdomsskoleelever i Sandefjord som oppgir at de har vært beruset minst en gang siste året, men vi ligger noe høyere enn landet og en sammenlignbar kommune som Fredrikstad.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Alkohol har store negative konsekvenser for samfunnet og forårsaker betydelige helsemessige skader. Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og er i tillegg årsak til sosiale problemer og skader for andre enn brukeren selv. Sammenhengen mellom beruselse og skadevirkninger er særlig tydelig når det gjelder vold, trafikkskader og andre ulykker. Samtidig er det slik at store deler av skadeomfanget, og det som påfører samfunnet de største kostnadene, er knyttet til et relativt moderat/lavt forbruk av alkohol hos flertallet av befolkningen.

Spørreundersøkelser i befolkningen viser at menn i gjennomsnitt drikker omtrent dobbelt så mye som kvinner, og de drikker seg oftere beruset. I løpet av de siste 10-15 årene har omfanget av alkoholbruk og alkoholberuselse blant norske tenåringer gått ned. I europeisk sammenheng har Norge en svært restriktiv alkoholpolitikk med svært høye alkoholavgifter, og betydelige begrensninger i tilgjengeligheten av alkohol gjennom Vinmonopolordningen og restriksjoner på salgs- og skjenketider.

Totalkonsumet av alkohol i befolkningen henger nært sammen med andelen som har et risikofylt høyt konsum og med omfanget av alkoholrelaterte problemer. De mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsumet og skadeomfanget er høye alkoholpriser og tilgjengelighetsbegrensninger. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

## CANNABIS

Cannabisbruk – (ungdomsskoleelever)							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hele landet	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	3,1
Vestfold	3,1	3,1	3,1	3,1	:	3,3	3,2
Fredrikstad	..	1,8	..	..	2,0	..	..
Sandefjord	..	3,3	..	..	..	4,2	..
Larvik	..	1,7	..	..	..	3,2	..

Tabell 2.6 Kilde: Ungdata (Kommunehelse statistikkbank, FHI).

**Kommentar:** Andel ungdomsskoleelever som svarer «1 gang», «2-5 ganger», «6-10 ganger» eller «11 ganger eller mer» på spørsmålet om de det siste året (de siste 12 månedene) har «brukt hasj/marihuana/cannabis» i prosent av alle som svarte på dette spørsmålet. Merk. Sandefjord har kun deltatt undersøkelsen i 2013 og 2017

**Status og utviklingstrekk:** Folkehelseinstituttet (FHI) lager en oversikt over andelen ungdom som rapporterer at de har brukt cannabis minst én gang i løpet av det siste året basert på rapportering i Ungdata-undersøkelsen. Tallene viser at Sandefjord er helt i toppen på landsbasis, skiller seg signifikant ut fra landsgjennomsnittet og havner på en fjerdeplass av kommunene i Norge.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Cannabis er det vanligste narkotiske stoffet. Om det å prøve hasj eller marihuana - isolert sett - er farligere enn å debutere tidlig med alkohol, er i dag omdiskutert. Det at alkohol er et legalt og sosialt akseptert rusmiddel, mens hasj er forbudt, utgjør uansett en viktig forskjell. Sammenliknet med alkohol er eksperimentering med narkotiske stoffer et mer entydig ungdomsfenomen. Likevel blir noen hengende igjen i et misbruksmønster også i voksen alder. ([Kommunehelse, FHI 2019](#)).

Trafikkskader som følge av bilkjøring i påvirket tilstand er det største helseproblemet knyttet til cannabis. Det er estimert at risikoen for en bilulykke blir om lag doblet ved kjøring under påvirkning av cannabis. Bruk av cannabis over lang tid er forbundet med økt risiko for psykotiske lidelser, hjerte- og karsykdommer og lungesykdommer. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

## BRUK AV DOPINGMIDLER

**Status:** En samarbeidsrapport fra studenter ved Politihøgskolen og Sandefjord kommune fra 2017, påpekte at dersom vi kun ser på nasjonal statistikk på straffesaker, er det vanskelig å se at det har vært en økning i antall personer som misbruker dopingmidler. Samtidig gjennomfører tollvesenet og politiet stadig flere og større beslag av dopingmidler, noe som tilsier at markedet

har blitt større. I Vestfoldregionen der politiet bevisst har prioritert en innsats mot miljøet, har antall straffesaker økt. Ungdataundersøkelsen 2017 viser til en endring i dopingmisbruk blant ungdom. 2% av guttene og 1% av jentene i undersøkelsen gjennomført i Sandefjord kommune, svarte bekreftende til spørsmålet «Har du noen gang brukt dopingmidler?» (Dopingmidler er f.eks. anabole steroider, veksthormoner, testosteron). Dette tilsvarer 30 tenåringer i Sandefjord. Hele 390 ungdommer i Sandefjord kommune svarer bekreftende på spørsmålet om dopingmidler er lett å få tak i (26% av guttene og 21% av jentene).

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Antidoping Norge peker på doping som et samfunnsproblem, og at dette er utbredt i mange ungdomsmiljøer - dopingbruk kobles direkte til den generelle kroppsfikseringen i dagens samfunn. I Stortingsmelding nr. 30 blir doping satt under rusfeltet, og det pekes på at det forebyggende arbeidet må prioriteres.

## DIGITALE LEVEVANER

### Skjermtid ungdom

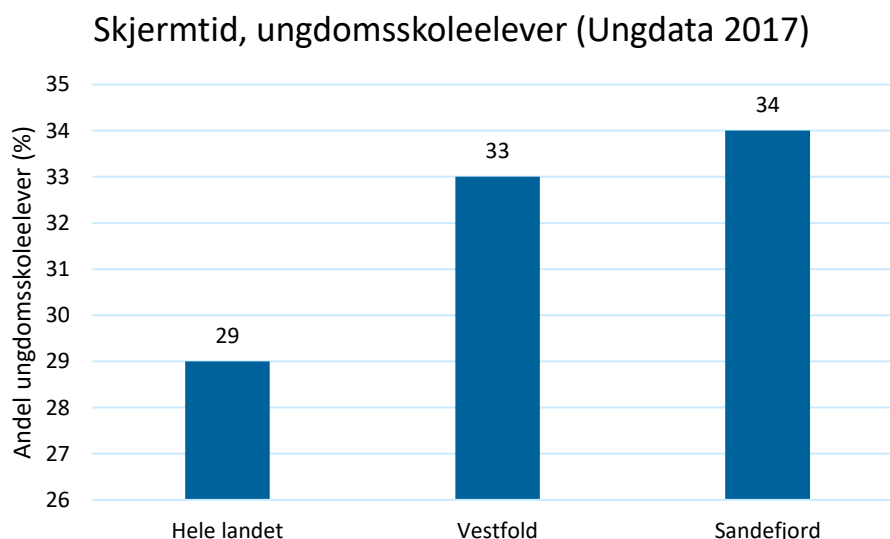


Fig. 2.27 Kilde: Ungdata 2017

**Kommentar:** Andel ungdomsskoleelever som svarer «4-6 timer» eller «Mer enn 6 timer» på spørsmålet om hvor lang tid de vanligvis bruker på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag, utenom skolen.

**Status og utviklingstrekk:** Fra 2013 til 2017 har nettbruk hos ungdomsskoleelever økt, både på sosiale medier og nettspill. 63 % av guttene i 8. trinn bruker minst to timer på elektroniske spill daglig, mens jentene er mest aktive på sosiale medier.

Andelen ungdom i Sandefjord som bruker mer enn fire timer foran skjerm daglig er signifikant høyere enn landsgjennomsnittet (Folkehelseprofilen, FHI 2019). Utviklingen og utfordringene er økende, også i Sandefjord.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** I barne- og ungdomsårene, øker tiden som benyttes i ro foran ulike skjermer med stigende alder. Man ser sammenhenger mellom stillesitting og kroppsvekt, motoriske ferdigheter, kognitiv utvikling og risikofaktorer til hjerte- og karsykdommer blant barn og unge.

Bruken av skjermer (mobiltelefon, nettbrett, videospill og lignende), spesielt i forkant av leggetid, henger tett sammen med søvnvansker. Jo lengre tidsbruk foran skjermen, desto høyere risiko for kortere søvntid. (Kommunehelsa, FHI 2019)

### Digitale ferdigheter i befolkningen

Med et økende fokus på digitalisering av tjenester og proaktiv dialog med kommunens innbyggere, er det viktig å være klar for at de digitale ferdighetene i befolkningen varierer. NAV viser noe om dette i sin Omverdensanalyse fra 2019 (nasjonale tall):

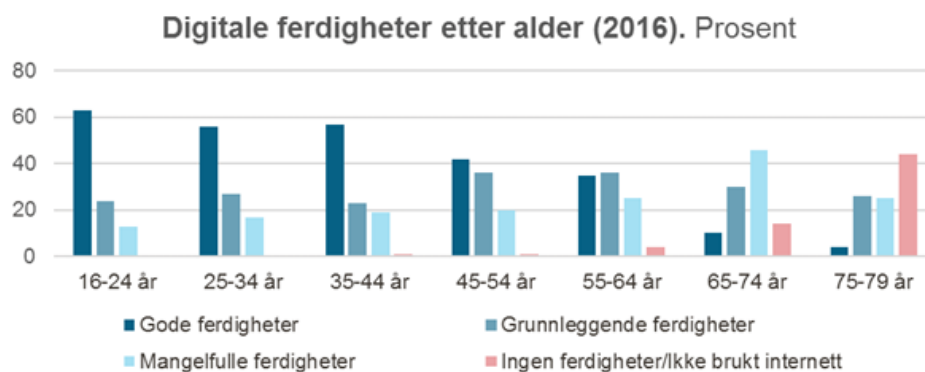


Fig 2.28 Kilde: [NAV's omverdensanalyse 2019](#)

**Status:** Sandefjord har en relativt gammel (høy andel over 67 år sammenlignet med landet) befolkning, så det er ingen grunn til å anta at de digitale ferdighetene er så veldig mye bedre enn landsgjennomsnittet.

Nav analyse hevder at andelen med mangelfulle eller fraværende digitale ferdigheter (25% i 2016) antas å gå ned framover. Digitale tjenester må lages så enkle og brukervennlige at selv de med lave ferdigheter kan bruke dem. Dette gjelder også i forhold til informasjon på ulike språk.

## SØVN

Tilstrekkelig søvn er en viktig faktor for å kunne fungere i hverdagen.

**Status:** Vi har ikke tall for barn og ungdom i Sandefjord, men Folkehelseinstituttet (2019) rapporterer at mange norske ungdommer ser ut til å få for lite søvn. Studier viser at ungdommer sover knapt 6,5 timer per natt i ukedagene mot anbefalt 8-9 timer. Helseesykepleiere i kommunen oppgir at de er bekymret for at mange barn og ungdom i vår kommune sover for lite.

**Utviklingstrekk:** Det har vært en generell økning av innsovningsvansker blant ungdommer fra 1983 til 2005. Resultatene fra norske studier er i samsvar med internasjonale funn som viser at søvnlengden hos 10–15-åringer har blitt redusert med 23–44 minutter i perioden fra 1985 til 2004, med senere leggetid som hovedårsak.

**Årsaksforhold:** Folkehelseinstituttet lister en rekke risikofaktorer forbundet med redusert søvn for både voksne og barn: Støy, kronisk sykdom, psykisk vansker, skiftarbeid, graviditet, leggerutiner for barn, skjermbruk, stress og arvelige faktorer.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Når det gjelder søvnevansker hos ungdom, viser funn fra Norge at både insomni og kort søvnlengde er forbundet med økt risiko for: psykiske vansker, selvskading, rus- og alkoholproblemer, overvekt, høyt skolefravær og dårlige skoleprestasjoner. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

## OPPVEKST OG LEVEKÅR

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og skole- og barnehagetilgang. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv.

Sandefjord kommune gjennomførte nylig en levekårskartlegging der en rekke levekårsindikatorer ble målt, fordelt på 33 soner i kommunen. [Levekårskartleggingen 2019](#) inneholder ikke direkte mål på helsetilstanden per levekårszone, men sammenhengen mellom levekår og helse er veldokumentert i forskning. [Les mer om dette på Folkehelseinstituttets nettsider.](#)

Merk. Når SSB skal levere data på sonenivå, er det et tidsmessig etterslep i dataleveransen. Det vil si at indikatorene som presenteres på sonenivå har måletidspunkt 31.12.16 eller 1.1.17 til tross for at levekårskartleggingen er publisert i 2019.

På kommunens nettsider finnes indikatorene fra Levekårskartleggingen som [digitale kart.](#)



Tabellen under viser de 33 ulike sonene (nummeret) samt grunnkretsene de er satt sammen av:

<i>Nr.</i>	<i>Sone</i>	<i>Grunnkretser:</i>	<i>Befolkningsstørrelse:</i>
1	Andebu- Høyjord	Prestegården, Askjem, Gravdal, Moa, Heimdal Andebu	2904
2	Andebu skoger	Vaggestad, Gjerstad, Hvitstein, Trevland, Skjelland, Døvle, Gran, Bråvold, Skarsholt, Torp, Dalsroa, Bøen, Skjelbred Andebu, Skjelbred Stokke, Horntvedt, Borgen, Kværne	2684
3	Kodal	Rismyr, Prestbøen	1286
4	Nordre Raet	Rørkoll, Stein, Gjennestad, Balsborge, Vennerød, Fossnes, Tori	2072
5	Stokke	Bokemoa, Jevnaker, Holtan Stokke	2689
6	Melsom	Gile, Melsomvik, Vadum	1880
7	Var	Solnes, Sole, Storevar	1822
8	Torp	Råstad, Lingelem, Helgerød, Skåren, Gokstad, Freberg, Feen, Stavnum, Bredholt	1532
9	Midtre Raet	Klavenes, Bø, Solberg, Fevang, Fokserød, Hotvedt, Klinestad	2072
10	Hjertås	Åbol, Hjertås, Hovland, Nybakken, Pina, Rosenlund	1737
11	Mosserød	Husly, Mosserød, Legdås	1516
12	Mo	Solbakken, Frydenlund, Mo, Øvre Lunden	1506
13	Lasken	Nygård 2, Mo Vest, Moveien, Skjelberg-Lasken	1524
14	Bugården	Bugården 3, Kapteinløkka, Bugårdsparken, Bugården 2, Nygård 1, Bugården 1	1748
15	Krokemoa	Krokemoa 2, Krokemoa 1	1566
16	Søndre Raet	Pindsle, Krokemoa 4, Haukerød, Lasken, Hem, Elgesem	1993

17	Sørby	Kjellberg, Krokemoa 3	1499
18	Marum- Kroken	Store Bergan, Åsane, Belgau, Skiringssal, Kroken, Førstad, Himberg	2310
19	Hjertnesskogen	Virik, Ranvikåsen, Virikskogen	2889
20	Virik	Ekeberg, Hauan	1610
21	Indre Fjord	Gamlebyen, Grønli, Hjertnes, Stub, Framnes	1757
22	Sentrum	Aagaard, Sentrum	1656
23	Rukla	Myra, Nybyen, Rukla, Prestejordet, Øvre Bjerggata	1398
24	Breidablikk	Breidablikk, Prestehagen, Åsen	2493
25	Hasle	Hasleskogen, Hasle, Kråkås	1489
26	Gokstad- Unneberg	Unneberg, Herre-Unneberg, Øvre Gokstad, Breili	1654
27	Gjekstad	Heimdal Sandefjord, Høgenhall, Myhre, Kastet, Busk, Hafallen	2165
28	Kamfjord	Kilen, Kamfjord, Kamfjordåsen, Huvik	2210
29	Varden	Varden 3, Varden 2, Varden 1	1270
30	Framnes	Vestre Rød, Vindal, Ormestad, Vera, Huseby	1913
31	Vesterøya	Ormestadvika, Holtan Sandefjord, Asnes, Tangen, Buer, Langeby	1822
32	Granholmen	Hystadstranda, Lofterød, Granholmen, Enga	1571
33	Lahellefjorden	Solløkka, Østre Nes, Engø, Årø, Lahelle, Sjuvenga, Strand, Yxney	1645

Tabell 3.1 Oversikt over levekårssoner i Sandefjord kommune, med innbyggertall per sone

## SAMLET LEVEKÅRSINDEKS

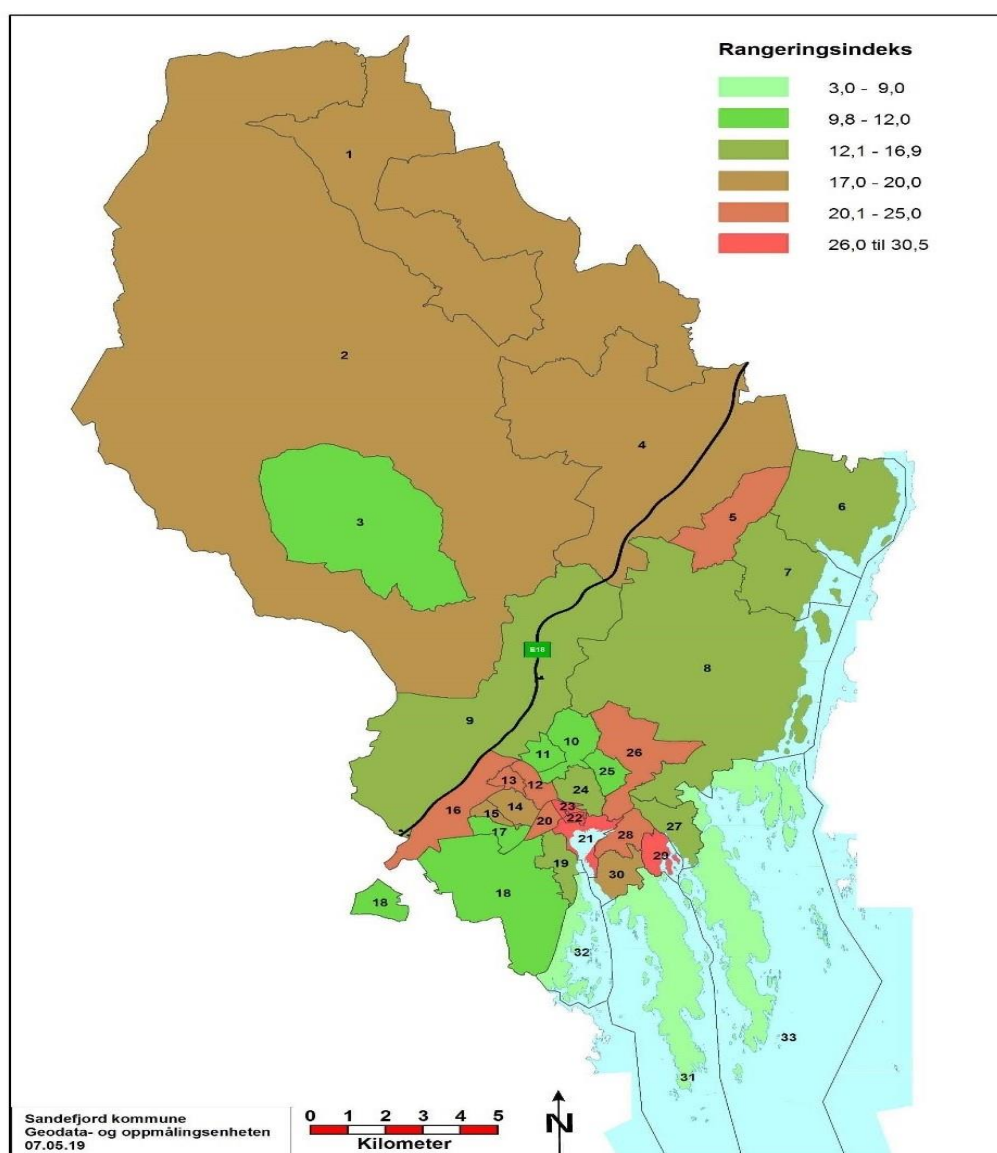
I Levekårskartleggingen 2019 er det utarbeidet en samleindeks satt sammen av tolv utvalgte indikatorer (Barneandel, innvandrere, flyttinger, aleneboende, lav og høy utdanning, nettoinntekt, lavinntekthusholdninger, arbeidsledighet, sosialhjelpsmottakere, arbeidsavklaringspenger og unge uføre).

Samleindeksen er regnet ut ved at sonene er rangert med en rangeringsindeks/score fra 3,0-30,5 som vist i kartet under. En høy score antyder en opphopning av mulig levekårsutfordringer i området.

#### Status for det samlede bildet av levekår:

Det er mange gode boområder med mange ulike kvaliteter i Sandefjord kommune. Hvorvidt områdene oppleves gode eller dårlige å bo i, avhenger av individuelle preferanser og vil variere. Kartleggingen viser likevel at det er ulik geografisk fordeling av levekårsutfordringer innad i kommunen, slik det ofte er i større byer.

En samlet rangering av de 33 sonene, basert på en indeks, viser at de 10 sonene som utpeker seg ligger rundt Sandefjord sentrum og en akse opp mot Lasken/E18 og i tillegg Varden og Stokke sentrum. [Levekårskartleggingen Sandefjord 2019](#) inneholder avslutningsvis en oversikt over mer detaljert status og utviklingstrekk for de ti levekårssonene som kommer uheldigst ut i rangeringen. *Figur 3.1 under viser Oversikt over levekårssoner etter samleindeksen. Kilde: [Levekårskartleggingen 2019](#):*



## LAVINNTEKTHUSHOLDNINGER

Man definerer lavinntekt som de som kun tjener en viss andel av kommunens medianinntekt (som er noe litt annet enn gjennomsnitt). De to vanligste andelene som benyttes er 60 % og 50 % av medianinntekten. Inntekt under dette defineres som lavinntekt. Det er mest vanlig å benytte 60 % av medianinntekten som en lavinntektsgrense. Personer med inntekter under denne grensen defineres i EU som å være «at-risk-of poverty».

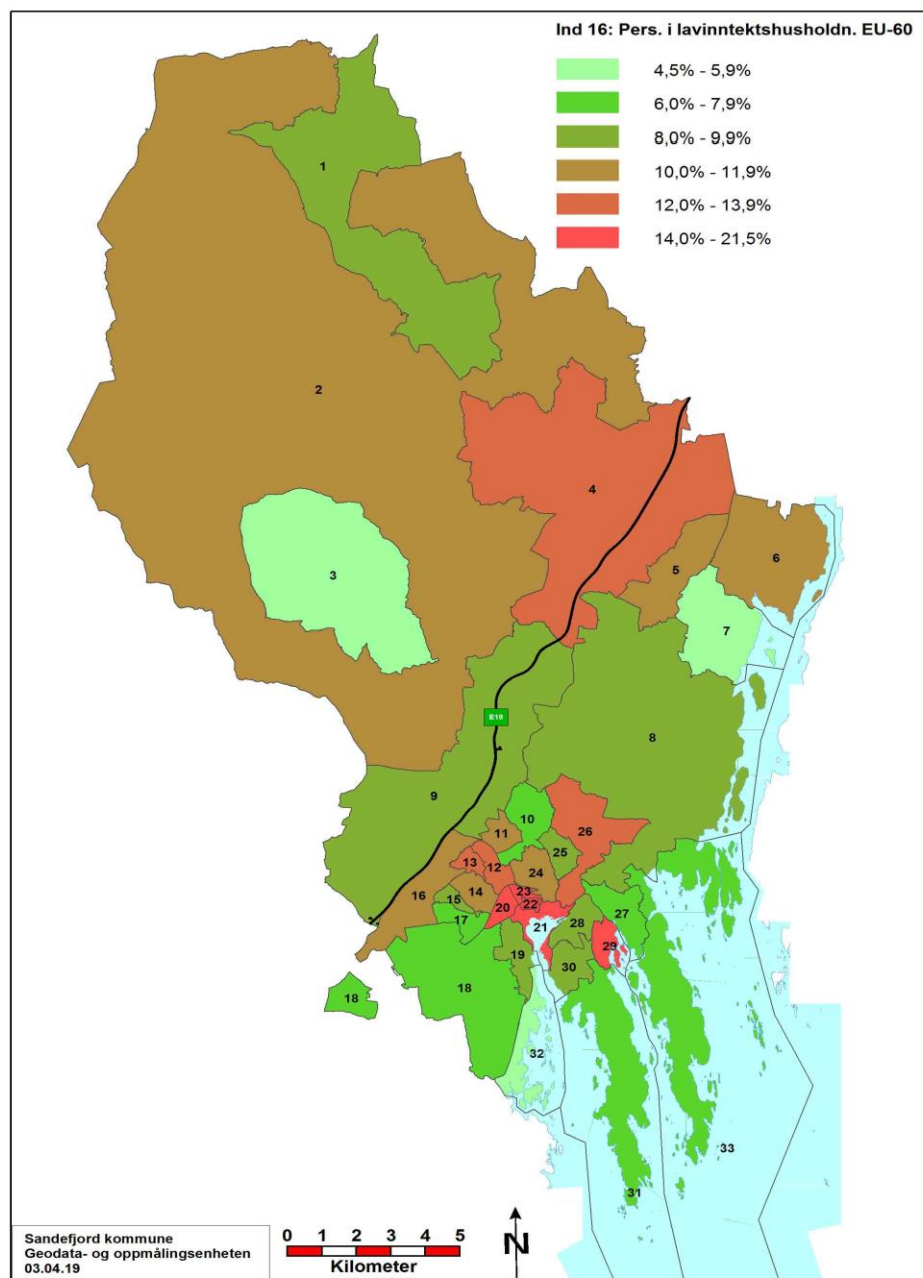


Fig. 3.2 Kilde: [Levekårkartleggingen 2019](#)

**Status:** Levekårskartleggingen viser at det per 31.12.16 var 6 329 personer som levde i lavinntektshusholdninger i Sandefjord (tall slått sammen for de tre kommunene), målt som EU-60, det vil si at de lever i husholdninger som har mindre enn 60 % av medianinntekten. Det utgjør ca. 10,5 % av befolkningen. Det er store variasjoner i kommunen. Høyest andel personer i lavinntektshusholdninger har levekårssonene Varden (20,3 prosent) og Rukla (21,1 prosent).

**Status på nasjonalt nivå:** Ser vi på det nasjonale bildet, er innvandrere overrepresentert i lavinnteksgruppen. I 2017 hadde 36 % av alle personer i husholdninger der hovedforsørgeren var innvandrer fra Øst-Europa, Asia, Afrika og Latin-Amerika en inntekt under lavinntektsgrensen, dersom vi benytter EUs definisjon for årlig lavinntekt.

Det er store forskjeller mellom innvandrere, avhengig av hvilket land de kommer fra. Forskjellene mellom deler av innvandrergruppene og personer født i Norge kan i stor grad forklares ut fra forskjeller i yrkestilknytning og utdanningsnivå. Andelen husholdninger uten yrkestilknytning er høyere blant innvandrerne, og blant mange av innvandrergruppene er det også betydelig flere husholdninger med bare én inntekt.

Sannsynligheten for å være fattig avtar med økende botid, men mange blir likevel værende på et lavt inntektsnivå, selv etter lang botid. Dette gjelder spesielt innvandrere med flyktningebakgrunn fra Somalia, Irak, Syria og Afghanistan. Dette tyder på at forskjellene mellom innvandrere og norskfødte vil vedvare dersom vi ikke lykkes med å få flere innvandrere med flyktningebakgrunn i arbeid.

Mange norskfødte med innvandrerforeldre har mer utdanning og derfor også gjerne høyere inntekt enn foreldrene. De samlede inntektene til norskfødte med innvandrerforeldre er likevel noe lavere enn inntektene til de uten innvandrerbakgrunn (Epland og Kirkeberg 2018).

**Årsaksforhold:** Inntekt og økonomi er grunnleggende indirekte påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. 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. (FHI, Kommunehelse 2019)

## BARN I LAVINNTEKTHUSHOLDNINGER

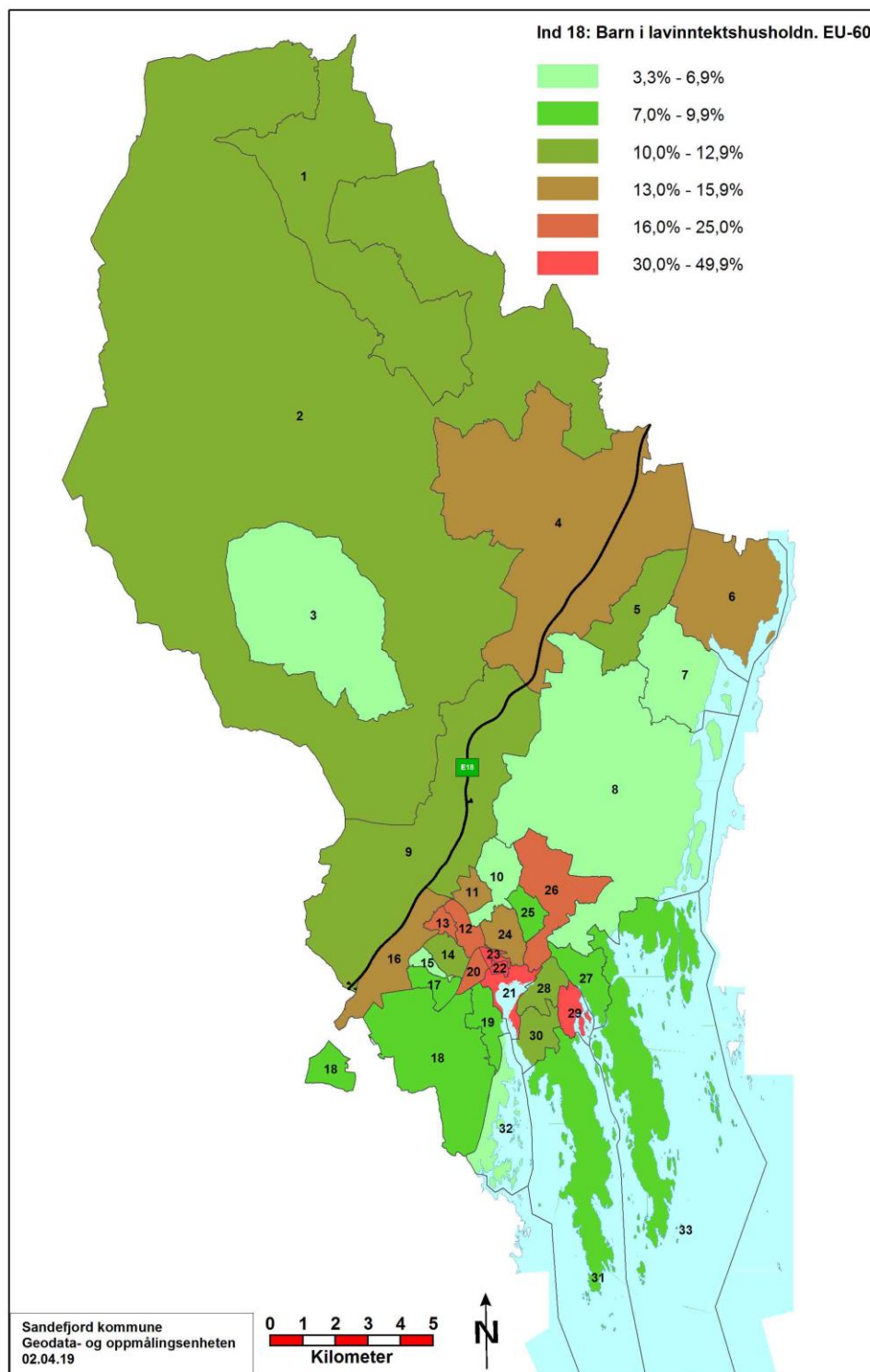


Fig. 3.3 Antall barn i husholdninger med lavinntekt, EU-60 / Befolkning 0-17 år per 31.12.2016 Kilde: Levekårskartleggingen 2019



**Status:** Levekårskartleggingen 2019 viser at andelen barn som lever i husholdninger med mindre enn 60 prosent av medianinntekten, per 31.12.16 omfattet 12,5% av alle barn i alderen 0-17 år i Sandefjord (tall slått sammen for de tre tidligere kommunene). Dette er omtrent samme andel som for hele landet (12,3 %) og har ligget ganske stabilt de siste årene. Folkehelseprofilen til Folkehelseinstituttet fra 2019, som bruker en litt annen definisjon på barn 0-17 år i lavinntekthusholdninger, viser at Sandefjord (11%) har en signifikant høyere andel barn som lever i relativ fattigdom enn landet (9,2%) og fylket (9,9%).

Kartet over viser andel barn i lavinntektshusholdninger fordelt på levekårszoner i Sandefjord. Ser vi på andel barn som lever i husholdninger som har under 60 prosent av medianinntekten, varierer den fra 48,6% i levekårszonen Sentrum til 3,3% på Granholmen.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Det er godt dokumentert at foreldrenes levekår, i form av utdanning, arbeid og økonomi, i stor grad påvirker barnas fremtidige levekår, helse og livskvalitet. Mange barn får ikke deltatt i samfunnet på lik linje med jevnaldrende på grunn av svak familieøkonomi. ([Hyggen et al, NOVA-rapport 11/18](#))

**Status på nasjonalt nivå:** Innvandrerbarn utgjør en stadig større andel barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt som økte betydelig i perioden 2001–2005. Etter noen år med svak vekst var det igjen en økning fra 2011. De viktigste årsaker til veksten er at vi har fått et større innslag av barnefamilier med innvandrerbakgrunn og svak yrkestilknytning. En medvirkende årsak er at den økonomiske støtten gjennom barnetrygden er redusert, både absolutt og relativt, fra slutten av 1990-tallet og fram til i dag (Epland og Kirkeberg 2016).

Over halvparten av alle barn i lavinnteksgruppen har innvandrerbakgrunn. Det er betydelige regionale forskjeller. Barn med innvandrerbakgrunn som flyktninger fra Somalia, Irak, Afghanistan og Eritrea er sterkt overrepresentert. Barn med bakgrunn fra Somalia er i en særstilling, i 2016 tilhørte 79 % av somaliske barn en familie med vedvarende lavinntekt (SSB 2018b), det samme gjaldt halvparten av barna med bakgrunn fra Irak, Syria, Afghanistan og Eritrea.

Selv om barn med innvandrerbakgrunn utgjør majoriteten av barna i lavinnteksgruppen, har det også vært en økning blant barn uten innvandrerbakgrunn. Nesten halvparten av disse barna bodde sammen med enslig mor eller far. [Les mer i NAVs omverdensanalyse 2019.](#)

## ALENEBOENDE OG BARN AV ENSLIGE FORSØRGERE

**Status Aleneboende:** [Levekårskartleggingen 2019](#) viser at andel aleneboende av (alle) private husholdninger var 36,6 % i Sandefjord (1.1.17). Dette er noe lavere enn landsgjennomsnittet på 38,2 %. Variasjonen mellom sonene er fra 22,2 % (Sørby) til i overkant av 63 % (Sentrum og Rukla). Levekårskartleggingen 2019 videre viser at man har de høyeste andelen i Sandefjord og Stokke sentrum.

Merk. En privathusholdning består av alle personer som er registrert bosatt i samme privatbolig. Aleneboere er personer som er bosatt alene i en privathusholdning. Statistikken er laget ut fra hvor personene var registrert bosatt 1. januar (formelt bosted). Det betyr blant annet at alle

ugifte studenter som er registrert bosatt hos foreldrene, er talt opp i foreldrenes husholdning.

**Status Barn av enslige forsørgere:** Barn av enslige forsørgere er personer (0-17 år) som er (registrert) bosatt sammen med én av foreldrene (biologiske- eller adoptivforeldre), og som ikke er i samliv og/eller har egne barn. Barn omfatter biologiske barn og adoptivbarn, men ikke fosterbarn. Statistikken er laget ut fra hvor personene var registrert bosatt 1. januar (formelt bosted).

I alt viser [Levekårskartleggingen 2019](#) at det var registrert 2 432 barn med enslige forsørgere i Sandefjord per 1.1.17. Dette utgjør 18,9 % av barna i Sandefjord og har vært relativt stabilt de siste årene. Landsgjennomsnittet var til sammenligning 16,1% i begynnelsen av 2017. Folkehelseprofilen publisert fra FHI i 2019 viser at Sandefjord har en signifikant høyere andel barn av enslige forsørgere enn landsgjennomsnittet.

Levekårskartleggingen viser videre stor variasjon mellom levekårssonene i Sandefjord. Høyest andel er i Rukla (sone 23) med 46,1%, lavest i Hasle (sone 25) med 10,2%. Levekårskartleggingen (2019) viser at det er høyest andel barn med enslige foreldre i sentrumsnære soner.

### Årsaker og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:

Aleneboende (som gruppe) antas å være en potensielt utsatt gruppe økonomisk, helsemessig og sosialt. 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. Sammenlignet med de som bor sammen med noen, har de som er langvarig aleneboende hatt en mer uheldig utvikling i dødelighet. Det foreligger en høyere grad av helseproblemer blant kvinner og personer midtveis i livet som bor alene sammenlignet med andre (FHI, KH 2019). De demografiske endringene vi går i møte, med flere eldre som bor alene, øker risikoen for økende grad av opplevd ensomhet. Ensomhet kan være en vel så stor trussel mot livskvalitet og en meningsfylt tilværelse som fysiske sykdommer.

Barn av eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Eneforsørgere har ofte mindre ressurser i form av svakere økonomi. Dette kan føre til at barna ikke kan delta i sosiale aktiviteter og at tiden med tilgang til voksne er mindre. Det kan være vanskelig å skille effekten av det å vokse opp med eneforsørgere fra andre faktorer som kan henge sammen med dette.

## BARNEVERNSTILTAK OG LOKALE ERFARINGER

Barnevernet skal gi barn, unge og familier hjelp og støtte når det er vanskelig hjemme eller barnet av andre grunner har behov for hjelp fra barnevernet (for eksempel pga atferdsproblemer eller rus).

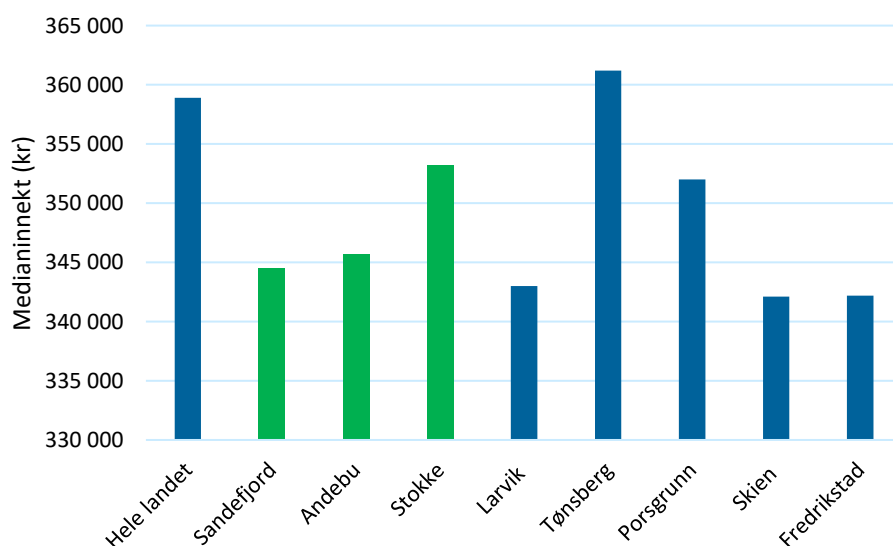


Barneverntjenestens arbeid er en blanding av støtte og kontroll. Den skal først og fremst gi hjelp og støtte slik at foreldrene selv skal kunne make å ivareta sitt omsorgsansvar. Slik hjelp og støtte kan gis i form av ulike former for hjelpetiltak i hjemmet, som for eksempel råd og veiledning til familien, avlastningstiltak, støttekontakt og barnehageplass. Barneverntjenesten har også et ansvar for å gripe inn dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig til å ivareta barnets behov. I så fall kan det være nødvendig å plassere barnet utenfor hjemmet i en kortere eller lengre periode. Dette kan skje med eller uten foreldrenes samtykke. Dersom et barn skal plasseres utenfor hjemmet uten foreldrenes samtykke, må det treffes vedtak om dette i fylkesnemnda.

**Status:** Kostra-tall viser følgende om barnevernstjenesten i Sandefjord sammenlignet med andre sammenlignbare kommuner (justert for befolkningsstørrelse):

Sandefjord kommune har lavere utgifter til barnevernstjenesten enn andre kommuner. Det mottas like mange bekymringsmeldinger og gjennomføres like mange undersøkelser for barn i alderen 0-17 år i Sandefjord som i sammenlignbare kommuner. I Sandefjord er 100% av disse undersøkelsene gjennomført innen 3 måneder, det er en høyere effektivitet enn i sammenlignbare kommuner. Gruppen med barn der det er iverksatt tiltak fra barnevernets side er ca 30% mindre i Sandefjord. Gjennomsnittlige utgifter til undersøkelser eller tiltak er også lavere i Sandefjord enn i sammenlignbare kommuner. Les mer om geografisk fordeling av barnevernstiltak i [Levekårskartleggingen 2019](#).

## INNETEKT OG INNETEKTSFORSKJELLER



Figur 3.4 viser Medianinntekt etter skatt per forbruksenhet, EU-skala. Hele landet og utvalgte kommuner per 31.12.16. Kilde: Lavekårskartleggingen Sandefjord 2019.

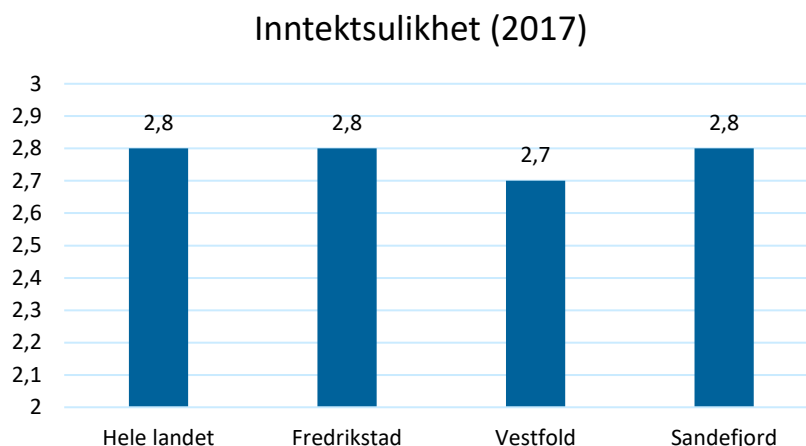


Fig. 3.5 Kilde: Kommunehelsa, FHI

**Kommentar** til diagrammet: Inntektsulikhet beskrevet med P90/P10 og Gini-koeffisienten. P90/P10 er forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. Dette er altså inntekten til den som har den 90 % høyeste inntekten i befolkningen sammenlignet med den som har den 10 % laveste inntekten. Gini-koeffisienten beskriver inntektsulikhet og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten

**Status:** Sandefjord er en lavinntektskommune. [Levekårskartleggingen 2019](#) viser også at det er store interne forskjeller på medianinntekten i Sandefjord kommune, fra 265 100 kr i en sone (Varden) til 428 200 kr i en annen sone (Granholmen), målt per 31.12.16. Litt upresist kan man kalle medianinntekten etter skatt for et mål på middelinntekten for en familie/husholdning.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Økonomi gir muligheter, både materielle og i form av tilgang til utvikling og opplevelser. Indikatoren «Inntekt» sier noe om ressurstilgangen hos enkeltpersoner i nærmiljøet.

Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommune. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen høyere forventet levealder enn personer med kortere utdanning og lavere inntekt. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt (Kommunehelsa, FHI 2019).

## SYSSELSETTING OG ARBEIDSLEDIGHET

Hva innbyggerne i Sandefjord arbeider med

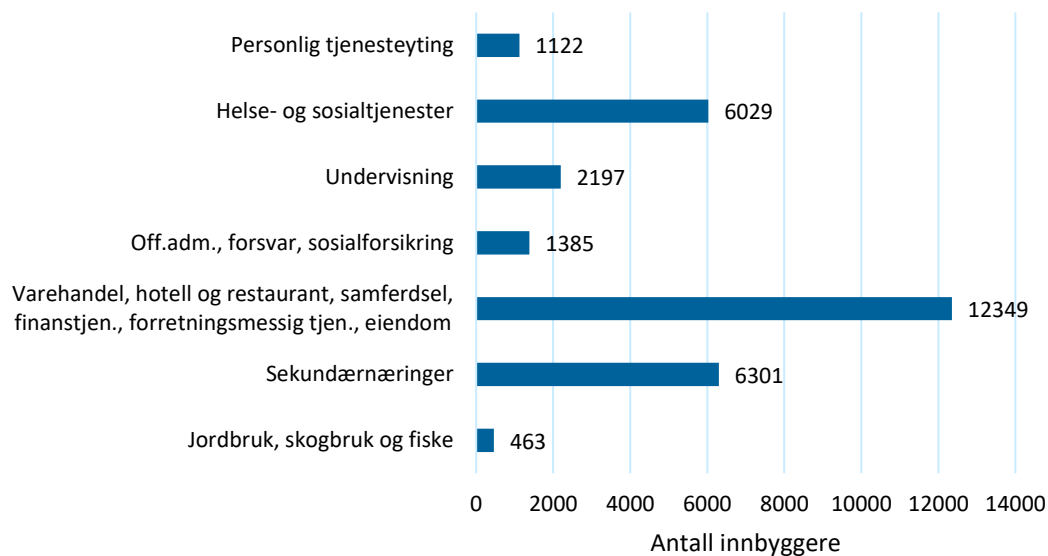


Fig. 3.6 Kilde: [SSB](#) (registerbasert sysselsetting)

**Status:** Den største gruppen arbeidstakere i Sandefjord jobber innenfor varehandel, servicenæringer og finans/eiendom. Inntektsnivåene i disse yrkene varierer. De to nest største gruppene er helse- og sosialtjenester samt industri (sekundærnæringer).

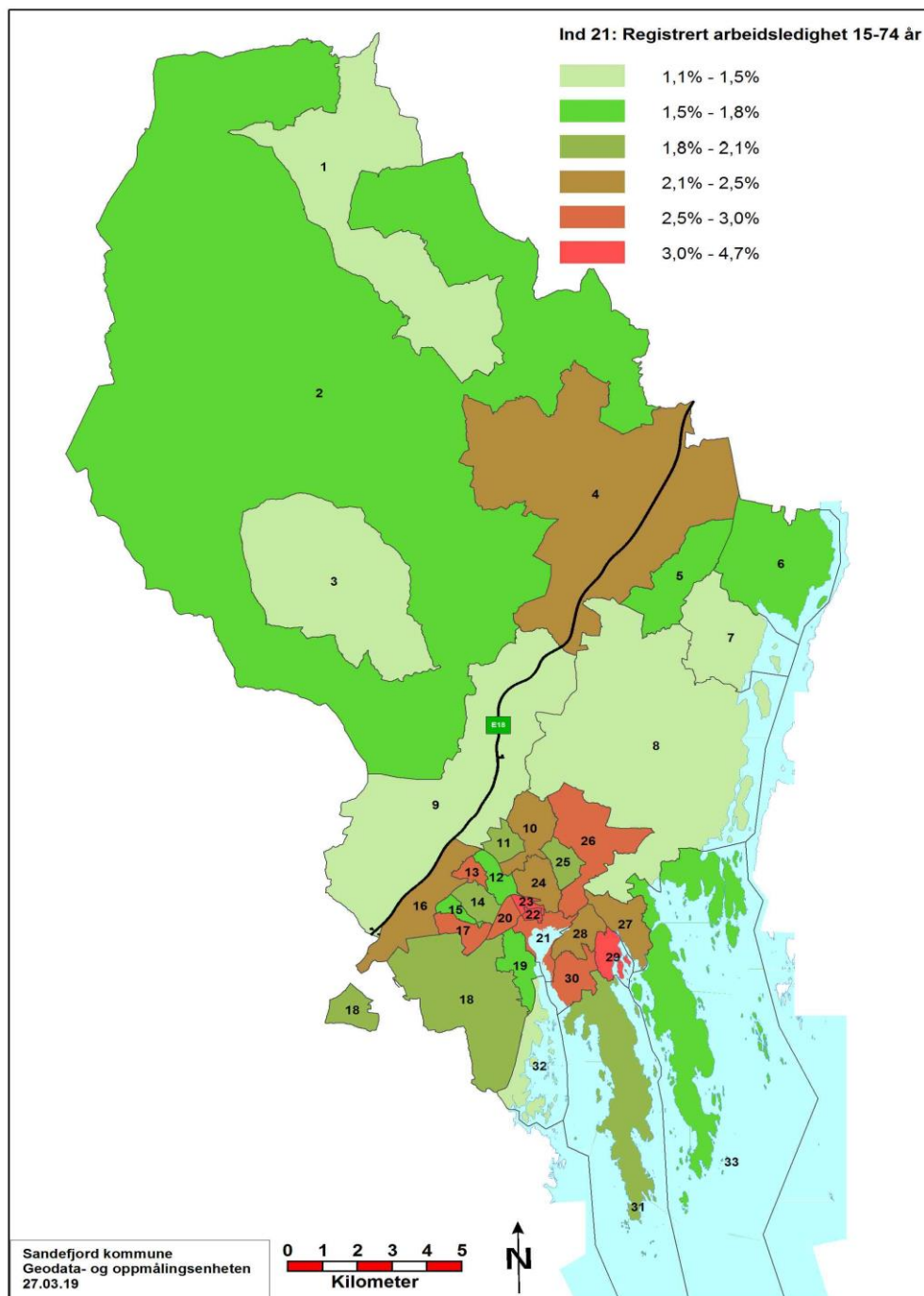
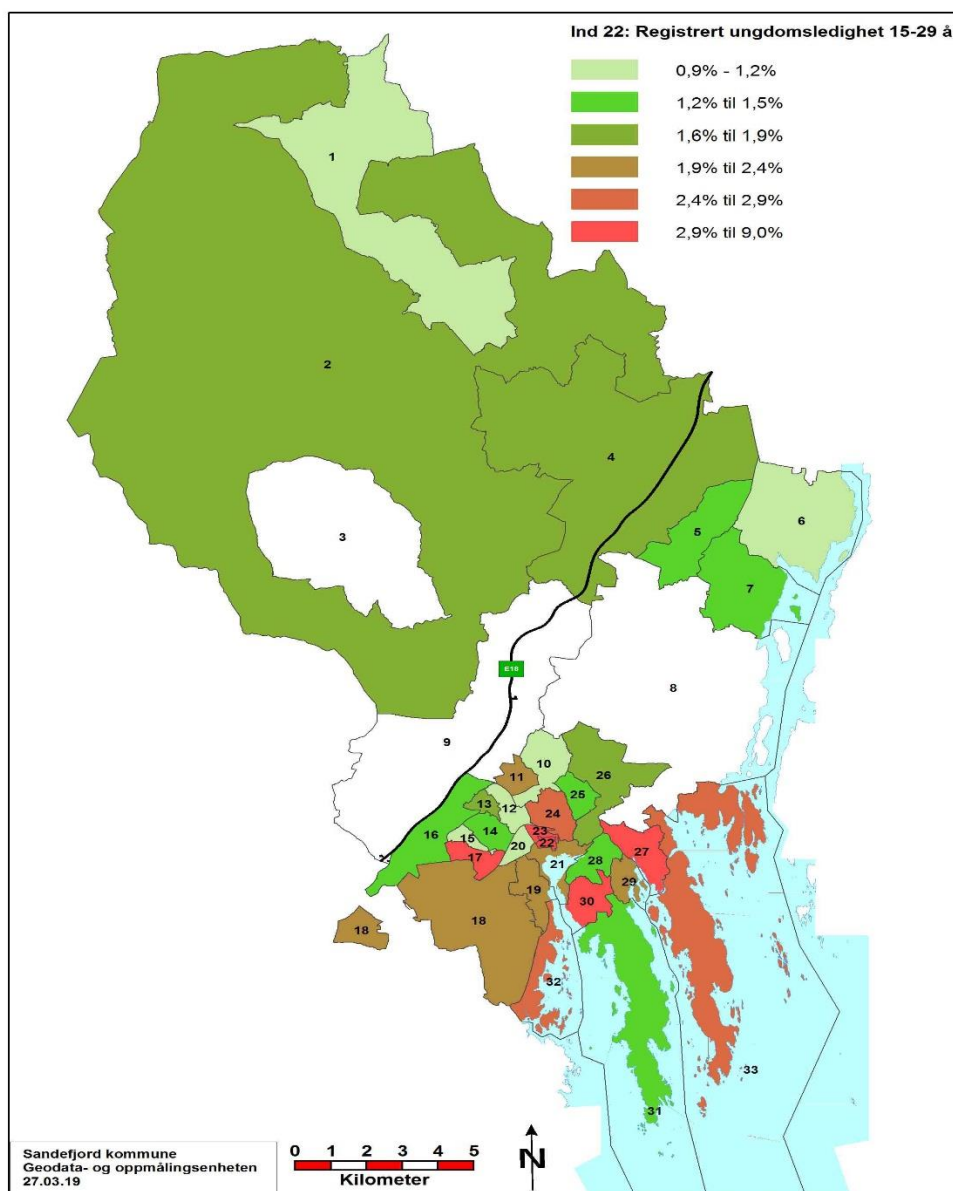


Fig. 3.7 Registrerte arbeidsledige 15-74 år/Folkemengde 15-74 år per 31.12.2016. Datakilde: NAVs saksbehandlersystem, ARENA. Kilde: [Levekårskartleggingen 2019, Sandefjord kommune 2019](#)

**Status arbeidsledighet 15-74 år:** Levekårskartleggingen 2019 viser at det per november 2016 var registrert 1 062 arbeidsledige i Sandefjord kommune (tall for de tre kommunene slått sammen bakover i tid). Dette utgjør 2,3 % av folkemengden 15-74 år. Vi ser at det er variasjon

mellom sonene og at tendensen viser høyest ledighet i soner nær Sandefjord sentrum, der verdiene går fra 4,7 % (Rukla) til 1,1% (Andebu- Høyjord og Midtre Raet).

Ser vi på registrerte arbeidsledige i hele landet og utvalgte kommuner, ser vi at ledigheten for hele landet var på 2,0 % på referansetidspunktet som er marginalt lavere enn for Sandefjord. Oppdaterte tall med måletidspunkt januar 2017 var 2,7% for nye Sandefjord og 2,5% for hele



landet.

Fig. 3.8 Registrerte arbeidsledige 15-29 år / Folkemengde 15-29 år per 31.12.2016 Kilde: [Levekårskartleggingen 2019, Sandefjord kommune](#)

**Status ungdomsledighet 15-29 år:** Data fra SSB viser at det var 243 registrerte arbeidsledige i Sandefjord (inkludert Andebu og Stokke) under 30 år ved utgangen av 2016. Dette utgjør en prosentandel på 2,1 % og var på nivå med landsgjennomsnittet. Kartet over viser at enkelte

soner med lave andeler er anonymisert med hensyn til personvernet. Av de sonene det foreligger tall for, var ungdomsledigheten størst i Rukla (9 prosent) og lavest i Hjertås (0,9 prosent) på måletidspunktet 31.12.16.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Å arbeide sikrer inntekt, sosial kontakt, tilhørighet og muligheter for vekst og utvikling. Når arbeidsmiljøforholdene er gode, vil det å være i arbeid kunne påvirke helse og trivsel positivt. Arbeidslivet er i rask endring og det stilles stadig høyere krav til effektivitet, mobilitet og omstillingsevne. Studier viser at langtidsledige har økt dødelighet, høyere sykkelighet, øke bruk av helsetjenester samt større risiko for overgang til varig uførepensjon. (Sosialmedisin. Mæland & Haug et al 2011).

Arbeidsdeltakelse i voksen alder henger spesielt sammen med utdanningsnivå og/eller arbeidsdeltakelse i yngre år, derfor er ungdomsledighet spesielt uheldig i et folkehelseperspektiv. Kommunen er en stor arbeidsgiver. Det å fremme jobbnærvær og jobbe for et godt arbeidsmiljø, er godt folkehelsearbeid. Videre er det sentralt å jobbe for å sikre arbeidsplasser, tiltrekke seg god kompetanse og legge til rette for god næringsutvikling.

**NEETs - Not in Education, Employment, or Training:** Sysselsettingen blant unge ligger høyt i Norge, 6% over snittet i OECD. Nivået er likevel noe lavere enn for 10 år siden. Mye av fallet kan forklares med at andelen under utdanning øker, men det har også vært en økning på 1,3% i andelen unge som ikke er i utdanning og jobb (omtales ofte som NEET). Andelen av unge i Norge som var utenfor arbeid, utdanning eller tiltak varierte mellom 9 og 12 prosent i årene 2008–2017.

Selv om Norge fremdeles ligger lavest i OECD sammen med Island og Sverige i andel unge i gruppen NEETs, er det en utvikling [NAV's omverdensanalyse \(2019\)](#) påpeker bør følges nøye. [Les også mer her.](#)

## ARBEIDSAVKLARINGSPENGER, SOSIALHJELPSMOTTAKERE OG UNGE UFØRE

Indikatorene er hentet fra [Levekårskartleggingen 2019, Sandefjord kommune](#):

**Status Arbeidsavklaringspenger (AAP):** Indikatoren viser andel personer 18-66 år som har mottatt arbeidsavklaringspenger (AAP) i løpet av året. Arbeidsavklaringspenger skal sikre inntekt for personer som i perioder på grunn av sykdom eller skade har behov for bistand fra NAV for å komme i arbeid. Bistanden kan bestå av arbeidsrettede tiltak, medisinsk behandling eller annen oppfølging fra NAV.

Det var 1 722 personer mellom 18 og 66 år som mottok arbeidsavklaringspenger i 2016. Dette utgjorde en andel på 4,5 % av befolkningen i Sandefjord, inkludert Andebu og Stokke (tall slått sammen bakover i tid). For hele landet var andelen på 4,4 %. Sammenlignbare kommuner som Fredrikstad og Larvik lå på henholdsvis 5,4 % og 4,6 %. (Kilde: Levekårskartleggingen Sandefjord kommune 2019). Levekårskartleggingen (2019) i Sandefjord viser at det var færrest

mottakere av arbeidsavklaringspenger på Granholmen (2,5 %) og Var (2,7 %). Flest mottakere av AAP i Sentrum (7,8 %) og Varden (7,3 %).

**Status Sosialhjelpsmottakere:** Statistikken viser sosialhjelpsmottakere 16 år og eldre. I Sandefjord var det registrert 1 809 mottakere i løpet av kalenderåret 2016, noe som utgjør 3,5 % av befolkningen over 16 år (Tall for Sandefjord, Andebu og Stokke slått sammen bakover i tid). Dette var noe høyere enn landsgjennomsnittet på 3,0%. Det er store forskjeller mellom levekårssonene i Sandefjord, fra 11,1% (Rukla) til 1,2 % (Granholmen). Vi ser en tendens til størst andel sosialhjelpsmottakere i sentrumsnære soner i Sandefjord og Stokke.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Sosialhjelp er velferdsstatens siste økonomiske sikkerhetsnett og skal sikre at alle har tilstrekkelige midler til livsopphold. Personer som ikke kan forsørge seg selv gjennom arbeid, trygd eller gjøre gjeldende andre økonomiske rettigheter har mulighet til å søke økonomisk stønad. Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser. (FHI, KH 2019)

**Status unge uføre:** Statistikken omfatter personer i alderen 18-44 år bosatt per 31.12.2016 (også de som bor på institusjon), som mottok uføretrygd per utgangen av desember 2016. I Sandefjord (tall for de tre tidligere kommunene samlet) var det per 31.12.16 registrert 960 personer i alderen 18-44 år som regnes som unge uføre. Dette utgjør en andel på 4,5%. Tilsvarende for hele landet utgjorde unge uføre 3,2%. Kartet over sonene i Levekårskartleggingen viser at det er stor variasjon mellom levekårssonene. Rukla har den høyeste andelen (14,1%), men også Andebu-Høyjord (8,8 %) og Varden (7,8 %) har en relativt høy andel unge uføre. Lavest andel har Melsom (1,7%).

**Status og utviklingstrekk mottakere av stønad til livsopphold samlet:** Ser vi på andelen mottakere av stønad til livsopphold samlet (Dette omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad) i aldersgruppen 20-29 år), ser utviklingen de siste årene slik ut (tall slått sammen for Sandefjord bakover i tid):



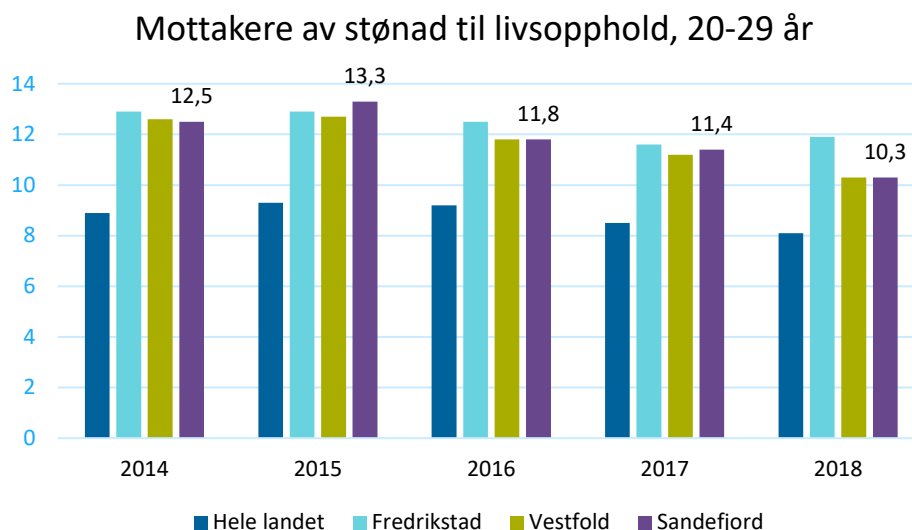


Fig. 3.9 Mottakere av stønad til livsopphold, 20-29 år Kilde: KommuneHelse, FHI

Andelen stønadsmottakere har gått ned, tilsvarende trenden for Vestfold og hele landet. Folkehelseprofilen 2019 (FHI) viser likevel at Sandefjord ligger signifikant høyere enn landsgjennomsnittet.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Arbeid gir tilgang til viktige helsefremmende ressurser som sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, og økonomisk trygghet. Høy sysselsetting der også personer med redusert arbeidsevne har et arbeid å gå til, vil være positivt for folkehelsen. Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt.

Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykemelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser. Flertallet av sykemeldinger og langvarige trygdestønader gis for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon. (FHI, KH 2019)



## LEIDE BOLIGER

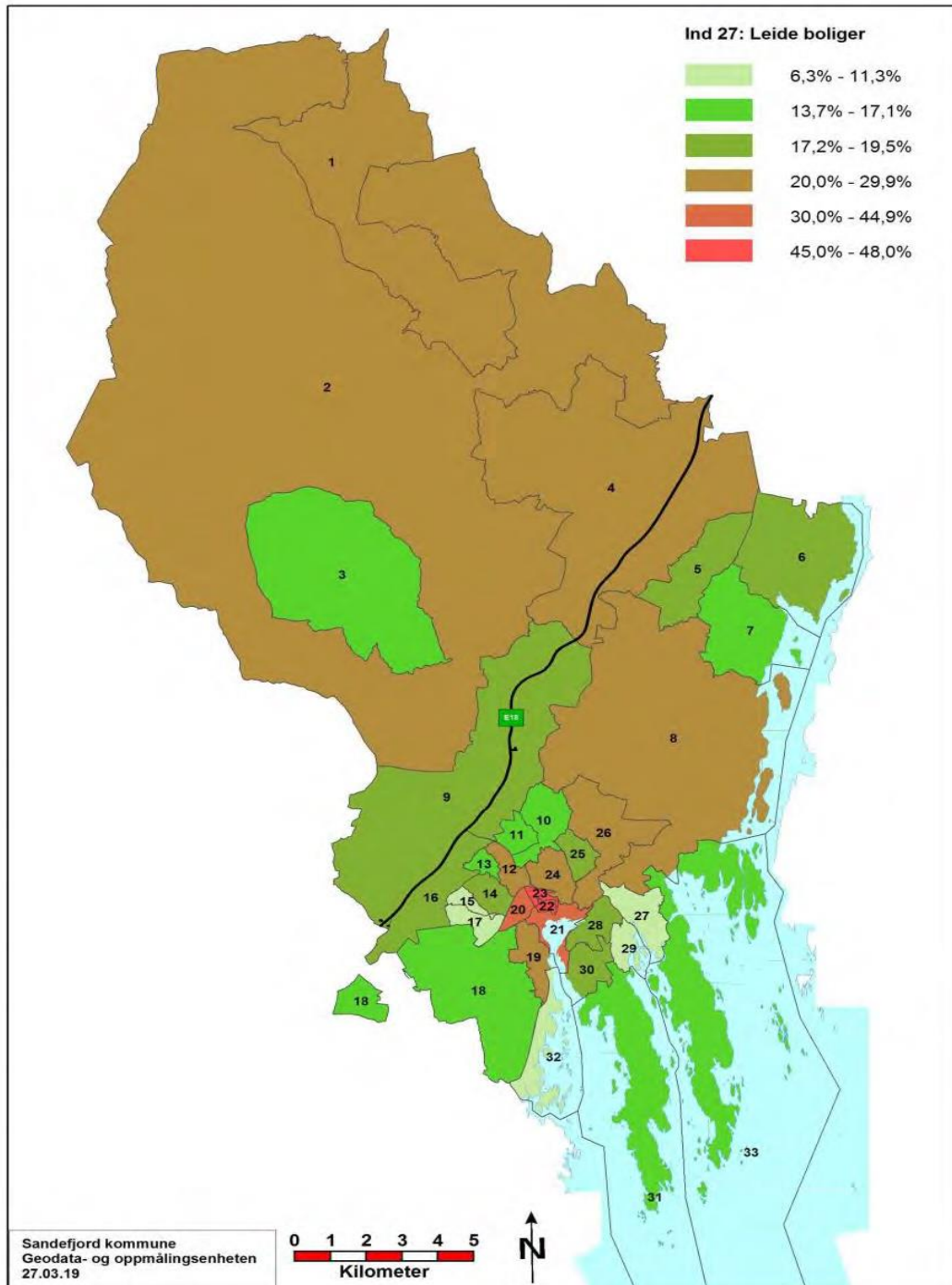


Fig. 3.10 Andel leide boliger. Kilde: Levekårskartleggingen Sandefjord 2019

**Status:** Levekårskartleggingen viser at det er registrert 5824 leide boliger i kommunen. Det utgjør 21,2 prosent av registrerte boliger i 2017. Andelen er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Større byer og studiesteder har en tendens til å høyere andel leide boliger. Fordelingen av andel

leide boliger i kommunen viser at andelen er høyest i sone Rukla med 48 prosent. Lavest andel leide boliger er i sone Krokemoa, som har 6,3 prosent.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Bolig kan påvirke psykisk og fysisk helse på mange måter. Det kan påvirke gjennom forhold ved selve boligen, slik som inneklima, slitasje, trangboddhet og hvorvidt man eier eller leier bolig. Det å leie bolig over tid kan også bety at man opplever uforutsigbarhet og mindre grad av stabilitet og trygghet. Sammenhengene er imidlertid komplekse og årsakspilene kan gå begge veier.

Det norske boligmarkedet er i stor grad lagt opp til at man skal eie sin egen bolig. Det er mange unntak fra dette - det er vanlig å leie særlig i starten av yrkeskarrieren eller mens man tar utdanning. Likevel er det flere studier som antyder en sammenheng mellom helse og eie/leieforhold, og funnene viser gjennomgående at de som eier egen bolig har bedre helse. Samtidig vil det å eie en bolig være et uttrykk for et visst ressurs- og velstandsnivå. ([FHI, KH 2019](#))

## BARNEHAGEDELTAKELSE OG -KVALITET

**Status:** Kommunen har som barnehagemyndighet og barnehageeier ansvar for at alle barn i kommunen får et likeverdig barnehagetilbud. Barnehageforliket i 2003 innebærer at de private barnehagene er en del av kommunens velferdstilbud på lik linje med de kommunale.

Kommunen finansierer de private barnehagene, og er også ansvarlig for å påse at de drives i samsvar med gjeldende regelverk. Dette gjør at de private barnehagene må tas med i kommunens planlegging når det gjelder kapasitet og dekning, men også når det gjelder kvalitetsutvikling. For å sikre at alle barn får et likeverdig tilbud er det også nødvendig at kommunen som barnehagemyndighet følger opp kvaliteten i både kommunale og private barnehager.

Barnehagemyndigheten følger opp alle barnehager gjennom tilsyn. I samsvar med nasjonale og lokale satsinger har tema for tilsyn de to siste årene vært barnehagens psykososiale miljø og tilrettelegging av det allmennpedagogiske tilbudet for barn som trenger ekstra støtte.

Sandefjord kommune har gjennom et samarbeid mellom barnehagemyndigheten og private og kommunale barnehager utarbeidet en standard for et likeverdig og tilrettelagt barnehagetilbud. Standarden setter mål og definerer kjennetegn på god praksis innenfor områdene «Barnehagen som lærende organisasjon», «Inkluderende fellesskap», «Språk og kommunikasjon» og «Lek og Læring». Standarden skal bidra til å sikre at alle barnehager gir et tilbud av høy kvalitet, i trå med rammeplanen og nasjonale og lokale satsinger.

Barnehagen er en viktig arena for integrering, og for å gi barn gode norskkunnskaper før de starter på skolen. Forskning viser at minoritetsspråklige barn som har gått i barnehage gjør det bedre på skolen enn minoritetsspråklige barn som ikke har gjort det. Sandefjord kommune har en stor andel minoritetsspråklige barn som ikke går i barnehage.

Andel minoritetspråklige barn i barnehage i forhold til innvandrerbarn (prosent):

	2017	2018
Sandefjord	72,6 %	72,3 %
Kostragruppe 13	80,7 %	81,9 %
Fredrikstad	71,8 %	79,3 %
Landet uten Oslo	80,0%	81,9%

Tabell 3.2 Kilde: [SSB \(tabell 12272\)](#)

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Arbeid med rekruttering og informasjon for å få disse barna til å starte i barnehagen kan få svært positive effekter, både for det enkelte barn og for kommunen som helhet. Prosjektet «I barnehagen sammen» arbeider med rekruttering av minoritetspråklige barn i barnehage med tilskudd fra Kunnskapsdepartementet. Prosjektet utarbeider og iverksetter både universelle tiltak og tiltak rettet direkte mot enkeltgrupper og familier.

<b>Strukturindikatorer barnehager i Sandefjord (2019):</b>	
<b>Barn</b>	
Antall barn totalt (0-6) år	3043
Antall barn 3-5 år	1976
Antall barn 1-2 år	1039
<b>Ansatte</b>	
Antall ansatte totalt	1090
Antall styrere og pedagogiske ledere	413
Antall barn per voksen	5,98
Andel ansatte med pedagogisk utdanning	46,81 %
Andel ansatte med barne- og ungdomsarbeiderfag	13,79 %
<b>Barnehager</b>	
Antall barnehager	62
Antall kommunale barnehager	25
Antall ikke-kommunale barnehager	37
Antall åpne barnehager	4
Leke og oppholdsareal per barn (m2)	5,48
<b>Åpningstider, foreldrebetaling og oppholdsareal</b>	
Gjennomsnittlig leke- og oppholdsareal per barnehage	268,75
Leke- og oppholdsareal per barn (m2)	5,48
Åpningstid gjennomsnitt timer pr. dag	9,4
Åpningstid gjennomsnitt måneder i året	11,23
Gjennomsnittlig kostpenger per barn	305,71
Antall barn med redusert oppholdsbetaling	500

Tabell 3.3 Kilde: OK, Sandefjord kommune

Alle barnehager i Sandefjord er per september 2019 godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern.

**Barnehagens betydning i et folkehelseperspektiv:** Barnehagen skal ivareta barns behov for omsorg og lek, fremme læring og danning og være tilgjengelig for alle barn. I barnehagen skal barn oppleve mestring, inkludering og deltagelse, og de skal utvikle grunnleggende kunnskaper og ferdigheter slik at de har et godt grunnlag for å trives på skolen og lykkes i utdanningsløpet. Forskning viser at gode barnehager kan utgjøre en vesentlig forskjell for barns trivsel og læring, spesielt for barn fra utsatte grupper.

Barnehagen er en viktig barndomsarena her og nå, der barn skal få utvikle seg i trygge og stimulerende omgivelser, finne venner, leke og lære. Som det første, frivillige trinnet i utdanningsløpet skal barnehagen legge grunnlaget for videre utdanning og arbeidsliv og dermed for den enkeltes muligheter til å nå sine mål og utvikle sitt potensial. Derav er barnehagen som arena avgjørende i et folkehelseperspektiv med muligheter for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Barnehagen har gjennom tidene bidratt til å nå overordnede samfunns mål, som likestilling, arbeidsdeltakelse, integrering og hjelp og støtte til utsatte barn med en krevende omsorgssituasjon. Barnehagen skal være et godt tilbud til alle barn, uavhengig av andre viktige mål med barnehagepolitikken, men det er viktig å ta med i et helhetlig perspektiv på levekår at barnehagen kan ha flere positive konsekvenser for familiene som har barn i barnehage.

## SKOLE – FERDIGHETER, SKOLEBIDRAG, TRIVSEL OG MOBBING

Her omtales indikatorene Grunnskolepoeng (skoleferdigheter), skolebidragsindikatorer, trivsel og læringsmiljø, mobbing og frafall i videregående skole.

I Sandefjord er det til sammen 27 offentlige grunnskoler hvorav 21 av disse er barneskoler, og 6 er ungdomsskoler. Sandefjord voksenopplæring og Kulturskolen kommer i tillegg. Sandefjord har 4 private grunnskoler hvorav en av disse er ungdomsskole, de øvrige er 1-10 skoler. Elevtallet i den offentlige grunnskolen bestående av 21 barneskoler og 6 ungdomsskoler var pr.10.09.2019 fordelt slik: Barneskoler: 4934 elever Ungdomsskoler: 2177 elever

**Skolens betydning i et folkehelseperspektiv:** Skolen skal utvikle inkluderende fellesskap som fremmer læring, trivsel og helse for alle. De normene og verdiene som preger læringsfellesskapet, har stor betydning for elevenes faglige og sosiale utvikling og fellesskapet. Vennskap skaper tilhørighet og gjør oss alle mindre sårbare. Når vi selv opplever å bli anerkjent og vist tillit, lærer vi å verdsette både oss selv og andre.

Elevene skal lære å respektere forskjellighet og forstå at alle har en plass i fellesskapet. Skolen er en viktig arena for barns utvikling, læring, mestring og sosiale deltagelse. Personer som får lagt et godt grunnlag for læring i grunnskole og gjennomfører videregående skole, oppnår høyere inntekt og har gjennomgående bedre helse en personer med lav utdanning og inntekt.

## Grunnskolepoeng:

**Status og utviklingstrekk:** Grunnskolepoeng er et samlet mål for elevenes karakterer i fag ved avslutningen av 10. trinn, både eksamen og standpunkt. Gjennomsnittlige grunnskolepoeng har økt jevnt de siste årene, både nasjonalt og i alle fylker. Elevkullet har i år i snitt 41,8 grunnskolepoeng. Dette er 0,4 poeng mer enn i fjor. Jentene har hatt en mer positiv utvikling enn guttene og har nå i snitt 4,5 grunnskolepoeng mer enn guttene. Elevene ved private skoler har i snitt 2,3 grunnskolepoeng mer enn elever ved offentlige skoler, men kun 3,4 % av elevene går på private grunnskoler.

For de enkelte fagene er det relativt små endringer i standpunkt- og eksamenskarakterer fra i fjor, men for de fleste fagene er karakterene stabile eller går svakt opp. Kilde: [Udir](#).

I Sandefjord har grunnskolepoengene vært stabile ved de tre siste målingene. Standpunktkarakterene skiller gutter og jenter med en halv karakter i gjennomsnitt for alle fag, og i enkelte fag presterer jentene 0,7 karakterpoeng over guttene. I Sandefjord er forskjellen mellom gutter og jenter lik landsgjennomsnittet. Størst er ulikheten i noen språkfag (0,9), kunst og håndverk (0,7) og norsk muntlig (0,7).

## GRUNNSKOLEPOENG

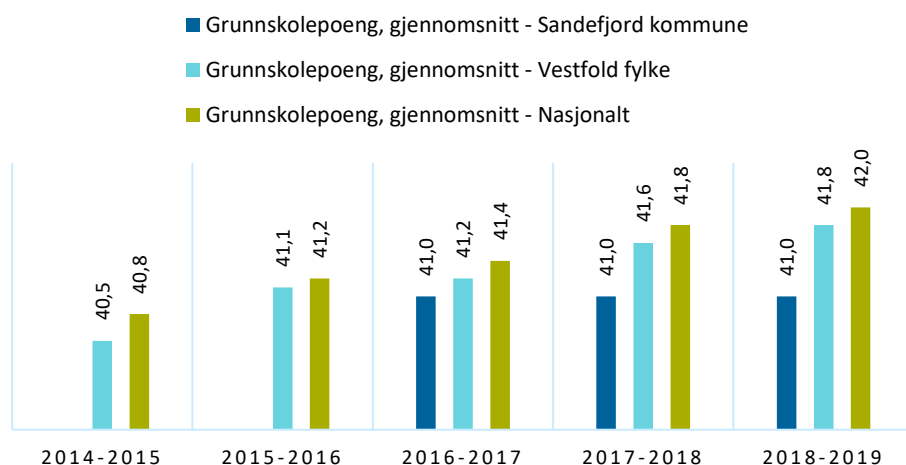


Fig 3.11 Kilde: Skoleporten.no

Jentene fikk et grunnskolepoengsnitt på 43,4, mens guttene oppnådde 38,8 poeng. Ulikheten i grunnskolepoeng mellom gutter og jenter er lik som i Vestfold og nasjonalt. I Sandefjord er standpunktkarakterene for skoleåret 2017/2018 lavere enn i Vestfold og nasjonalt, mens eksamenskarakterene er bedre i engelsk, matematikk og norsk sidemål, og likt som Vestfold i norsk skriftlig. Det er et nasjonalt mål at avviket mellom standpunkt og eksamen ikke overstiger 0,3 prosentpoeng, av den grunn at det ikke bør være ulik vurderingspraksis mellom klasser, skoler, kommuner og fylker. Er avviket mellom det eleven får i standpunkt og til eksamen lite, og dette har vedvart over tid, indikerer dette en god vurderingspraksis. Selv om

grunnskolepoengene er lavere, er avviket mellom eksamen og standpunkt mindre i Sandefjord enn i Vestfold og nasjonalt.

Sandefjord kommune gjør det bedre enn Vestfold, kommunegruppe 13 og nasjonalt ved matematikk skriftlig eksamen for skoleåret 2017/2018, og jenter og gutter gjør det like bra (gjennomsnittskarakter 3,8). Imidlertid oppnådde flere jenter karakteren seks, og flere gutter karakteren to til eksamen 2018. Ser vi på de høyeste karakterene samlet (karakteren fem og seks) er forskjellen 0,9 karakterpoeng i jentenes favør. Det er et mål at karakterforskjellene mellom gutter og jenter utjevnes. Mens det tidligere har vært vanlig at andelen som oppnådde karakteren 1 og 2 til eksamen lå på ca. 40 %, er denne andelen halvert de to siste årene: resultatet for 2018 er 15 %.

Andelen som oppnådde karakteren 4 har økt fra 25 til 36 % og andelen som får karakteren 6 har doblet seg fra 5 til 10 %. Flere elever fikk høyeste karakter i matematikk skriftlig eksamen enn nasjonalt gjennomsnitt. Samtlige ungdomsskoler har hatt resultatforbedringer ved matematikk skriftlig eksamen de siste fire år.

I norsk hovedmål skriftlig eksamen, norsk sidemål skriftlig eksamen og engelsk skriftlig eksamen er resultatene relativt stabile de siste årene, selv om resultatene varierer noe fra skole til skole. I hovedmål skåret Sandefjord likt som Vestfold (karakteren 3,4) og 0,1 prosentpoeng lavere enn nasjonalt. I engelsk er resultatene på nivå eller noe over landsgjennomsnittet og Vestfold. Mange av karakterene er ikke sammenlignbare, da mye er «prikket». (Kilde: Tilstandsrapport skole 2019)

**Grunnskolepoeng i folkehelseperspektiv:** Nesten alle som oppnår mer enn 50 grunnskolepoeng, og som velger allmennfaglige utdanningsprogrammer, fullfører videregående opplæring på normert tid. Motsatt kan vi se at elevene som går ut med 30 eller mindre grunnskolepoeng, i svært liten grad gjennomfører videregående opplæring, uavhengig av utdanningsprogram. Blant elevene med dårligst karakterer fra grunnskolen er gjennomføringsgraden i videregående opplæring noe høyere på yrkesfag enn allmennfag.

Det er en stor forskjell i graden av gjennomføring mellom de som går allmennfaglige studieretninger, og de som går yrkesfaglige. 86 % av elevene på allmennfag fullfører i løpet av fem år. For yrkesfagelevne er andelen 58 %. Det er også på yrkesfag at andelen som slutter underveis, er størst – dette gjelder hver fjerde elev. (Kilde: [Bufdir](#))

### **Skolebidragsindikatorer:**

Hva er skolebidragsindikatorer? Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte i januar 2017 for første gang skolebidragsindikatorer for alle grunnskolene i landet. Et av hovedfunnene i rapporten «[Er det forskjeller i skolers og kommuners bidrag til elevenes læring i grunnskolen? – en kvantitativ studie](#)» [Statistisk sentralbyrå \(SSB\)](#) har gjennomført på oppdrag for Kunnskapsdepartementet, viser at det er mindre forskjeller mellom skolers bidrag til elevenes læring enn resultater fra nasjonale prøver og eksamen kan gi inntrykk av.



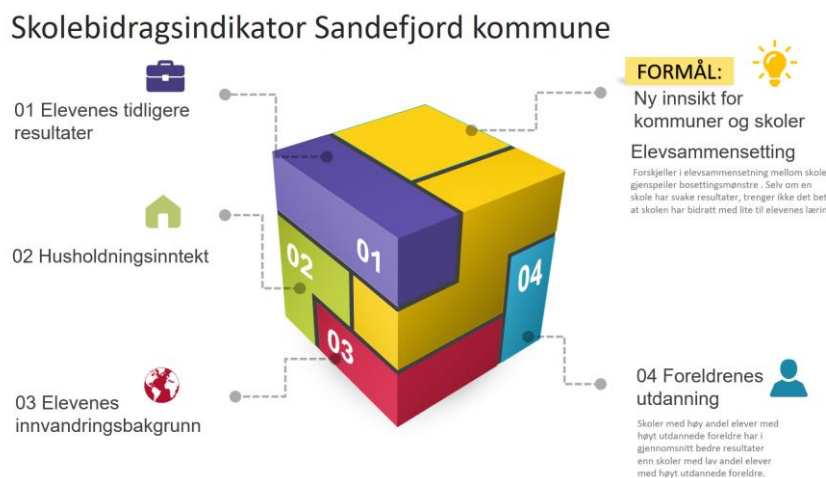


Fig. 3.12 Skolebidragsindikator for Sandefjord kommune

En skolebidragsindikator kan tolkes som forskjellen mellom det skolens elever faktisk oppnår (for eksempel snittkarakter på skriftlig eksamen 10. trinn) og det vi forventer at elever skal oppnå når vi tar hensyn til elevenes forutsetninger. For å ta hensyn til elevgrunnet ser man på elevenes tidligere resultater - f.eks. på nasjonale prøver 8. trinn for elever som avsluttet ungdomsskolen - og/eller familiebakgrunn (foreldres utdanning, husholdningsinntekt og innvandringsbakgrunn).

Dersom en skole har et faktisk resultat som er i tråd med forventet resultat vil skolebidraget være lik gjennomsnittet for alle skoler i landet – som er null. Eksamen- og nasjonale prøvedata er hentet fra Fylkeskommunenes innrapporteringsystem til videregående opplæring (Vigo) og prøveadministrasjonssystemet hvor nasjonale prøver blir rapportert inn (PAS).

Indikatorer med negativt fortegn indikerer at skolen har et skolebidrag som ligger under landsgjennomsnittet. Indikatorer med positivt fortegn indikerer at skolen har et skolebidrag som ligger over landsgjennomsnittet. En negativ verdi betyr altså *ikke* at skolen bidrar negativt til elevenes resultater, men at bidraget er mindre enn landssnittet. Skolebidragsindikatorerne på 1.-4. trinn og 5.-7. trinn sier noe om skolens bidrag til elevenes grunnleggende ferdigheter i engelsk, lesing og regning. På samme måte er skolebidragsindikatorerne på 8.-10. trinn et mål på skolens bidrag til elevenes læring i eksamensfaget eleven kommer opp i.

Skolebidrag kan derfor brukes til å sammenligne skoler med ulike elevsammensetting. Utover dette, sier ikke indikatorerne noe om skolens bidrag til elevenes læring i andre fag. Den sier heller ikke noe om skolens evne til å ivareta andre deler av skolens oppdrag. Til slutt er viktig å presisere at det er viktig å være forsiktig å sammenlikne resultater som er basert på få elever. Her vil en elev kunne påvirke gjennomsnittet i større grad enn på en stor skole.

Desto flere elever, desto sikrere kan man være på gjennomsnittresultatet. På skoleporten.no er det derfor synliggjort et usikkerhetsintervall som viser hvor sikker man er på skolens bidrag er forskjellig fra landssnittet. Kilde: [Udir](#)

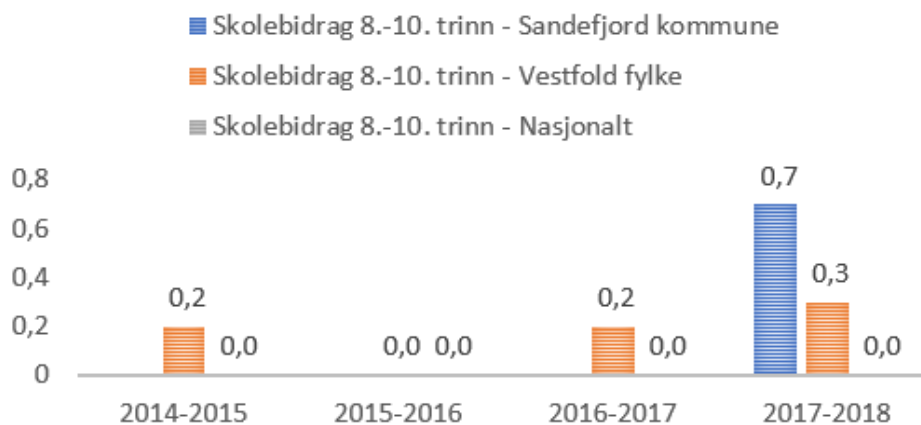
Sandefjord sammenlignet med Vestfold fylke og nasjonalt: 8-10.trinn:**SKOLEBIDRAG 8-10.TRINN**

Fig 3.13 Kilde: Skoleporten.no

**Status:** Ungdomsskolene i Sandefjord bidrar i snitt mer til elevens læring i eksamensfaget de kommer opp i og hensyntatt elevsammensetting, enn i Vestfold og nasjonen for øvrig. Sammenlignet med kommunegruppe 13 ligger Sandefjord som nr 6 av 49 kommuner, og er en av de kommunene som i snitt bidrar mest til elevenes læring i eksamensfaget de kommer opp i. Lokalt bidrar tre av seks ungdomsskoler over landsgjennomsnittet, og tre bidrar under landsgjennomsnittet.

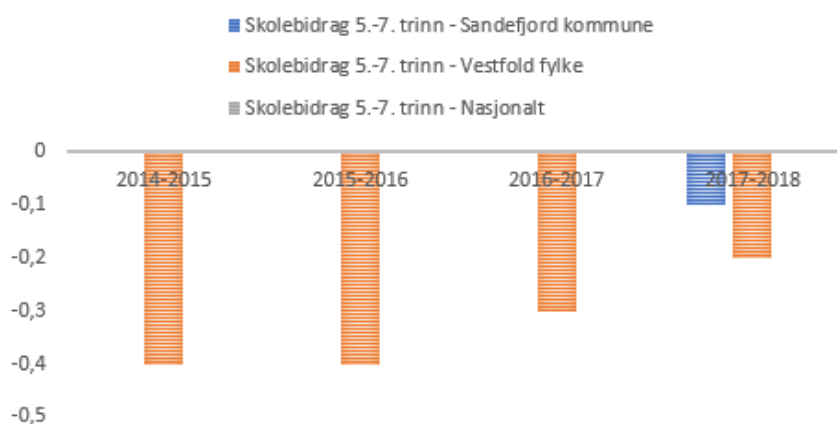
Sandefjord sammenlignet med Vestfold fylke og nasjonalt 5-7.trinn:**SKOLEBIDRAG 5-7.TRINN**

Fig 3.14 Kilde: Skoleporten.no



**Status:** Sandefjord kommune bidrar på 5-7. trinn mindre enn landsgjennomsnittet når det gjelder elevenes grunnleggende ferdigheter i engelsk, lesing og regning hensyntatt elevsammensetting, men bidrar mer enn gjennomsnittet i Vestfold fylke.

Sandefjord sammenlignet med Vestfold fylke og nasjonalt 2019, 1-4.trinn:

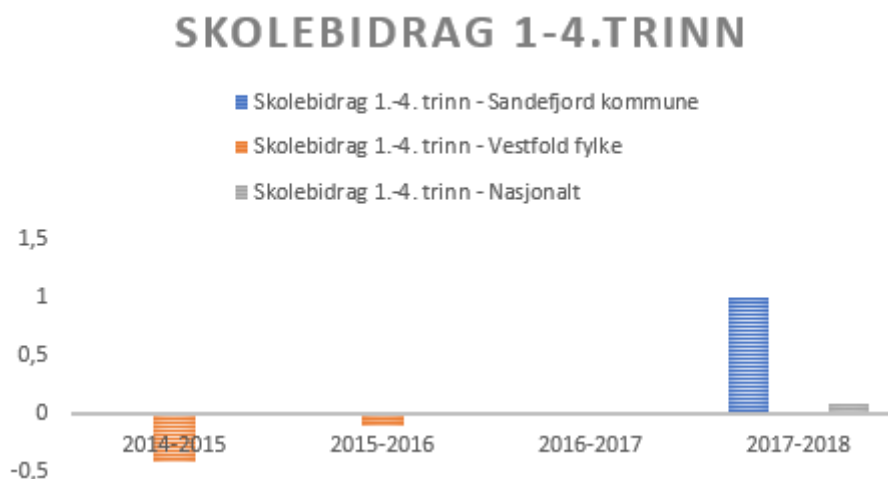


Fig. 3.15 Kilde: Skoleporten.no

**Status:** Sandefjord kommune bidrar på 1-4.trinn signifikant mer enn landsgjennomsnittet når det gjelder elevenes grunnleggende ferdigheter i engelsk, lesing og regning hensynstatt elevsammensetting. I 2017-18 var det samlet sett i Vestfold kun henholdsvis 15 og 19 skoler av 77 på 1-4.trinn som hadde et bidrag som var signifikant over landsgjennomsnittet, Sandefjord kommune er en av disse.

Imidlertid, på 1.-4. trinn har man ikke faktiske elevresultater å kontrollere mot, da elevene ikke får karakterer eller har gjennomført nasjonale prøver. For denne gruppen kan man derfor kun kontrollere mot familiebakgrunn. Denne indikatoren er følgelig et mindre rendyrket mål på skolens bidrag til elevenes læring enn indikatorene for 5.-7. trinn og 8.-10. trinn, og bør tolkes med forsiktighet. Vi ser at spredningen i skolebidragene reduseres mer sammenlignet med de faktiske elevresultatene på 5.-7. og 8.-10. trinn, enn for 1.-4. trinn, da vi i tillegg til familiebakgrunn kan kontrollere for tidligere resultater.

**Skolebidragsindikatorens betydning i et folkehelseperspektiv:** Elevenes læring og utvikling skal stå sentrum for skolens virksomhet. Hver elev som begynner i grunnskolen i Sandefjord har med seg ulike erfaringer, forkunnskaper, holdninger og behov. Skolen må gi alle elever likeverdige muligheter til læring og utvikling, uavhengig av deres forutsetninger. Både skolegjennomsnitt (snittet av læringsresultatet ved skolene målt i f.eks. grunnskolepoeng) og skolebidragsindikatorer er indikatorer som utfyller hverandre.

Skolegjennomsnitt er nyttige fordi de sier noe om hvilke skoler og kommuner som har høyt og lavt presterende elever. At elever presterer høyt er positivt – det indikerer at elevene på skolen

har tilegnet seg kunnskap, kompetanse og ferdigheter. At elever presterer lavt er negativt – det kan tyde på at elevene ikke har tilegnet seg den kunnskapen, kompetansen og de ferdighetene som trengs for å mestre videre skolegang. Hvor mye selve skolen har bidratt til resultatene er det imidlertid vanskelig å vite.

Skolebidragsindikatorer er viktige nettopp fordi de gir oss et mål på hvor mye skolen har bidratt. Informasjonen som ligger i skole- og kommunebidragsindikatorer kan være til hjelp når man ønsker å finne ut hvilke skoler og kommuner som bidrar mye til elevenes læring, og hvilke skoler og kommuner hvor forbedring er nødvendig. Dette er særlig viktig i et folkehelseperspektiv med fokus på å utjevne sosiale forskjeller jfr funn i Levekårskartleggingen Sandefjord kommune 2019. Kilde: Udir: [Skolebidragsindikatorer](#) og [Læring og trivsel](#))

### Trivsel og læringsmiljø i skolen:

Elevundersøkelsen viser resultater for temaene trivsel, støtte fra lærerne, støtte hjemmefra, faglig utfordring, vurdering for læring, læringskultur, mestring, motivasjon, elevdemokrati og medvirkning, felles regler og andelen elever som oppgir mobbing på skolen. Resultatene vises i en skala fra 1-5, der høy verdi betyr positivt resultat. Beste gjennomsnittsverdi er 5.

## TRIVSEL TRINN 7, BEGGE KJØNN

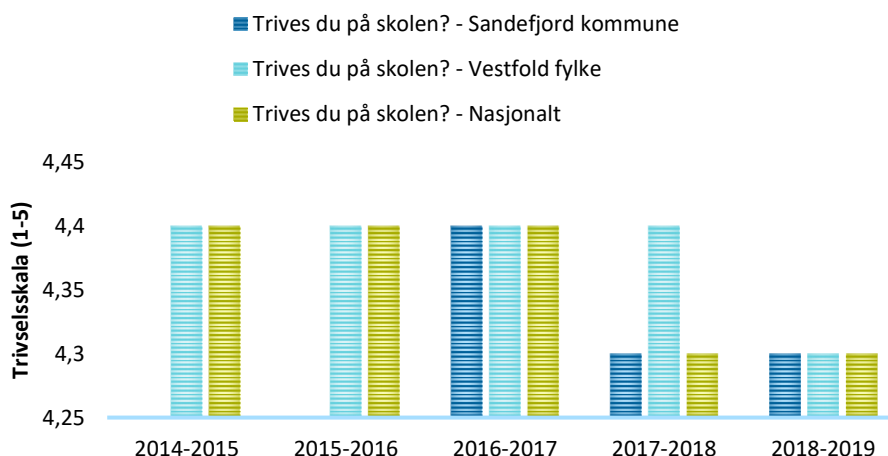


Fig. 3.16 Kilde: Skoleporten.no

**Status og utviklingstrekk:** De fleste elever oppgir at de trives i sandefjordskolen, og resultatet for 7. trinns elevene i sandefjordskolen er likt som Vestfold og nasjonalt (4,3 poeng). På samleskåren for motivasjon skårer 7.trinns elevene 3,8, faglig utfordring 4,1 og vurdering for læring 3,9. Dette er tilsvarende som for Vestfold og nasjonalt. På indikatoren «mestring» er skåren 4,1 og dermed lik som Vestfold og nasjonalt.

## TRIVSEL, TRINN 10, BEGGE KJØNN

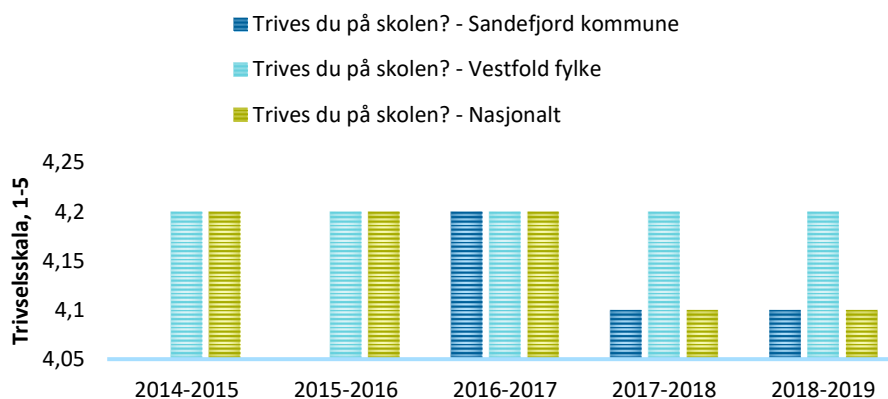


Fig. 3.17 Kilde: Skoleporten.no

**Status:** På 10.trinn oppgir elevene i sandefjordskolen at de trives på skolen, og trivselen er på linje med nasjonalt snitt (4,1). På indikatorene mestring, motivasjon og vurdering for læring ligger også kommunen på nivå med landet. (Kilde: Fra Tilstandsrapport skole 2017)

De aller fleste elever i Sandefjord trives godt på skolen. Men det er verdt å merke seg at i Ungdata-undersøkelsen, som er noe annet enn de årlige Elevundersøkelsene i skole, svarer 49% av ungdomsskoleelevene i Sandefjord at de opplever seg ofte eller svært ofte utslitt av skolearbeidet. 28% opplever at de de siste månedene har hatt mer skolearbeid enn de klarer å gjøre. Resultatene er i tråd med det nasjonale bildet. Tallene kan ha en viss usikkerhet, men gjengir det elevene har svart på spørsmål om hvordan de har hatt det de siste månedene i forhold til skolearbeidet.

Resultatene må sees i sammenheng med andre stressfaktorer ungdommene kan kjenne på i sin hverdag, der skolearbeidet kun er en del av bildet. Ungdata viser at det er stor variasjon i hvor mye tid ungdomsskoleelevene bruker på leksearbeid. Noen bruker nesten ingen tid, mens andre bruker flere timer hver dag. 24% av ungdomsskoleelevene i Sandefjord bruker mindre enn en halv time på lekser per dag, mot 19% på landsbasis.

**Betydning av skoletrivsel i et folkehelseperspektiv:** Økt trivsel er et sentralt mål for folkehelsearbeidet. For barn og unge er skolen en svært viktig sosial arena. Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir. Trivsel kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter.

Ulike trivselsskapende faktorer, som venner, gode lærere og faglig mestring virker positivt inn på den fysiske og den psykiske helsen. Motsatt vil et belastende eller stressende skolemiljø øke

risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne, gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager. Skolens generelle arbeid med læringsmiljøet er vesentlig for elevenes trivsel og psykiske helse (FHI/Kommunehelsa, 2019).

### Mobbing i skolen:

## MOBBING PÅ SKOLEN, TRINN 7, BEGGE KJØNN

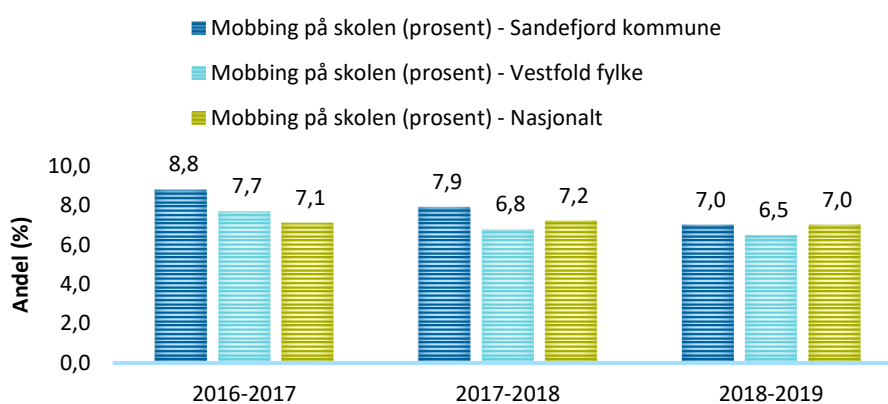


Fig. 3.18 Kilde: Skoleporten.no

## MOBBING PÅ SKOLEN, TRINN 10, BEGGE KJØNN

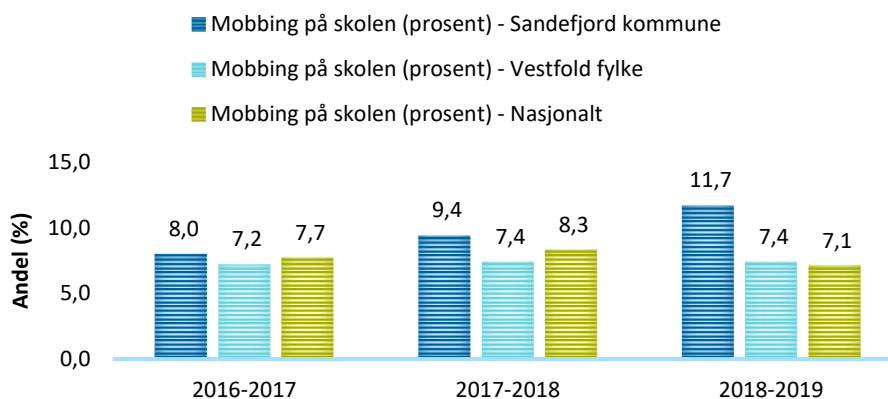


Fig. 3.19 Kilde: Skoleporten.no

**Status og utviklingstrekk:** I den offentlige «skoleporten» (Udir) oppgis mobbing på skolen i prosent. På 7. trinn oppgir 6,9 % av landets elever at de blir mobbet på skolen. Samlet skåre for Sandefjord kommune er 7,2%. Prosentandelen er lik som i fjor, og den er redusert siden skoleåret 2016/2017. På underspørsmålet «er du blitt mobbet av andre elever på skolen de siste månedene?», svarer 5,2% av elevene i Sandefjord bekreftende (nasjonalt 5,6%).

Færre elever på sjuende trinn oppgir at de blir mobbet av andre på skolen i år enn de to foregående år. Prosentandelen elever på 10. trinn som oppgir at de blir mobbet er vesentlig høyere enn både Vestfold og nasjonalt, noe som er gjenstand for analyse og drøfting i rektorkollegiet, i utviklingssamtaler mellom seksjonsleder og skolens lederteam («Vår skole») og ved den enkelte skole. Det har så langt ikke vært mulig å identifisere entydige årsaksforklaringer, men det sosiale aspektet er et av temaene som en ekstern aktør skal vurdere sammen med en rekke øvrige faktorer.

Skolene med høye mobbetall har fulgt opp undersøkelsen blant elevene, som oppgir at de ikke kjenner seg igjen. Tvert imot rapporteres det om lav forekomst av mobbing og et godt skolemiljø. Dette kan indikere at elevene ikke var tilstrekkelig bevisst spørsmålsstillingen i undersøkelsen, men også at det kan ha vært andre faktorer som påvirket svarene. En skole opplevde eksempelvis at mobbingen økte med 140 % siden det foregående året, og jentene var overrepresentert. Skolen har fulgt opp med en rekke psykososiale tiltak og høy grad av elevinvolvering. Undersøkelsen vil også være gjenstand for kontrollmåling for å sikre reliabilitet. (Kilde: Tilstandsrapport skole 2017)

*Alle skolene har oppdaterte handlingsplaner for det psykososiale miljøet, og på kommunalt nivå utarbeides det en overordnet plan som ferdigstilles juni 2019. Videre er prosjektet «programkommune for folkehelsearbeid» et tiltak som skal sikre systematisk innsats og virkemidler i arbeidet med elevenes psykiske helse og skolemiljø. Administrasjonen har også gjennomført møter med Vestfold kommunerevisjon basert på hvordan skoleeier kan sikre at elevene har et godt læringsmiljø. Formålet med prosjektet er å vurdere hvordan skoleeier og skolene arbeider systematisk for å fremme et godt psykososialt miljø i henhold til opplæringslovens §§ 9a-4 og 13-10.*

**Konsekvenser av mobbing i et folkehelseperspektiv:** Mobbing er en sterk risikofaktor for psykisk uhelse, både mens mobbingen pågår og senere i livet: PTSD, depresjon og lavt selvbilde. En tredjedel av depresjon blant unge voksne kan være knyttet til mobbing ([Bowes 2015. «Psykisk helse i alt vi gjør – men hvordan?»](#))

## FRAFALL VIDEREGÅENDE SKOLE

Statistikken er hentet fra Levekårkartleggingen 2019 og omhandler indikatoren «Ikke oppnådd kompetanse i løpet av 5 år» (per 1.1.17). Statistikken omfatter personer som ikke har oppnådd kompetanse i videregående skole etter fem år. Den omfatter aldersgruppen 21-29 år, og viser andelen – i denne aldersgruppen – som har begynt på videregående skole, men ikke fullført eller fått studiekompetanse. Grensen er satt til 5 år, men teller også med de som fortsatt er i et videregående utdanningsløp, hvis de har brukt mer enn 5 år.

Ikke oppnådd kompetanse i løpet av 5 år. Hele landet og utvalgte kommuner

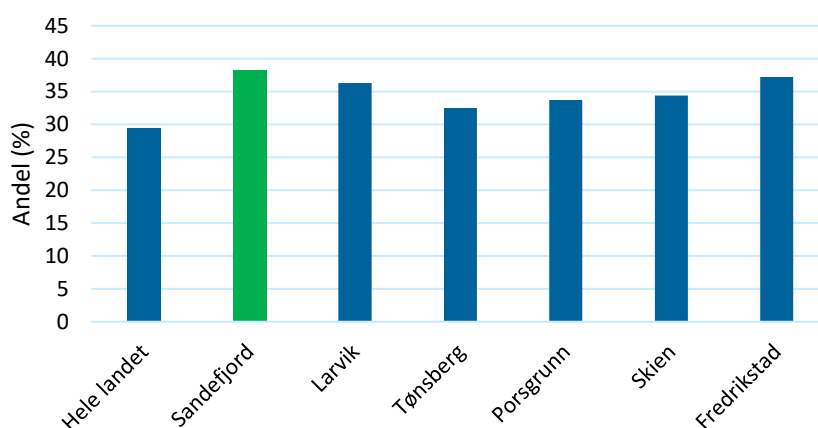


Fig. 3.20 Kilde: Levekårkartleggingen Sandefjord 2019 (SSB)

**Status:** I alt utgjør dette 2 159 personer. Det betyr at 38,2 % av innbyggerne i Sandefjord i aldersgruppen 21- 29 har begynt på videregående skole, men ikke fullført eller fått studiekompetanse (per 1.1.17). Figuren viser hvordan denne andelen er for Sandefjord, sammenlignet med gjennomsnitt for hele landet og et utvalg av kommuner. Samtlige kommuner her er høyere enn landsgjennomsnittet (29,5 %). Sandefjord har høyest andel (38,2%), tett fulgt av Fredrikstad og Larvik.

Figuren viser «Ikke oppnådd kompetanse i løpet av fem år, 21-29 år», fordelt på levekårssoner i Sandefjord kommune:

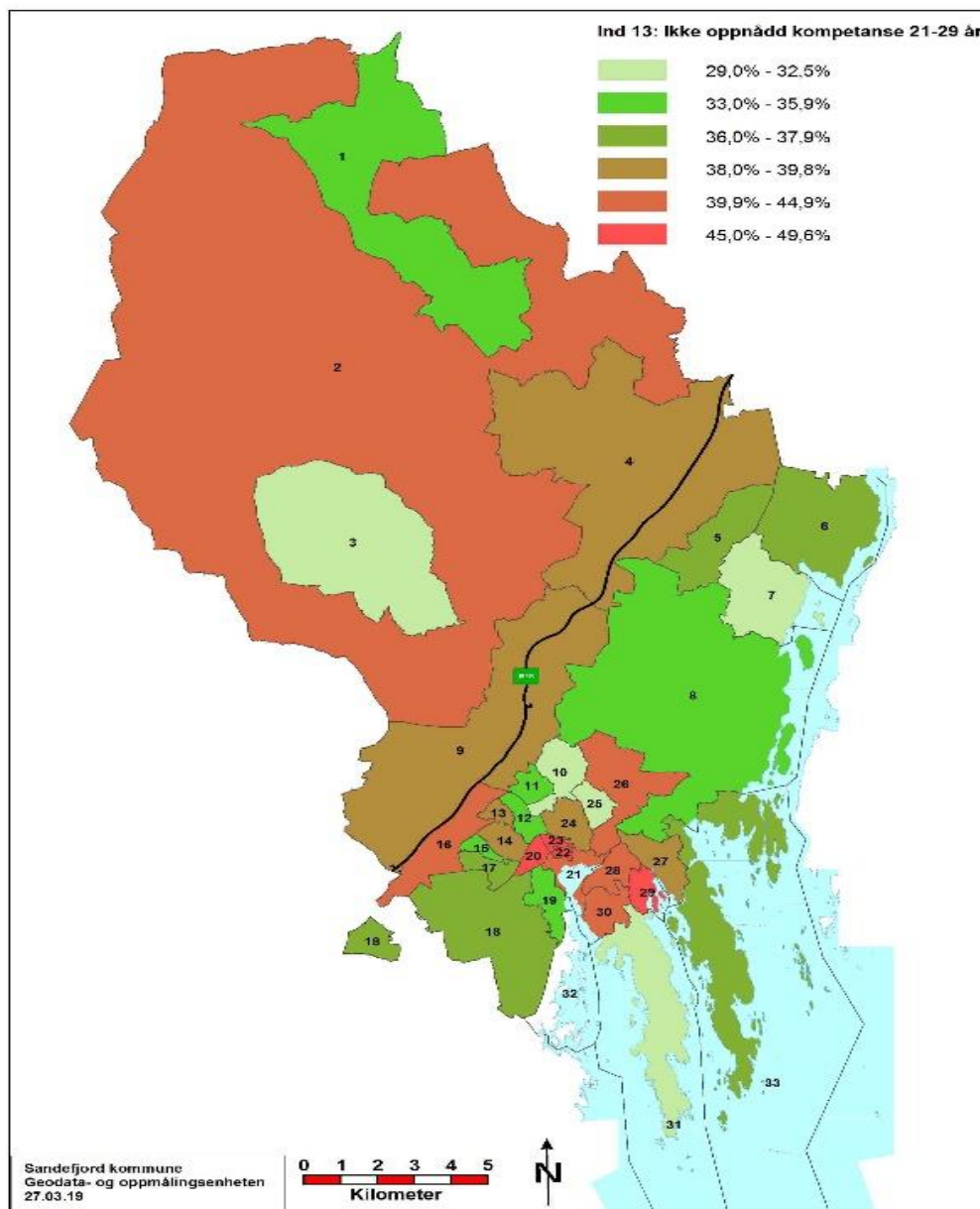


Fig. 3.21 Kilde: Lavekårkartleggingen Sandefjord 2019

**Kommentar:** Personer 21-29 år som ikke har oppnådd yrkes- eller studiekompetanse i løpet av 5 år/ Personer 21-29 år som begynte på videregående utdanning. Datakilder: DSF- bosatte per 1.1.2017, Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB). [Hentet fra Lavekårkartleggingen 2019 – Sandefjord kommune.](#)



**Status:** Kartet viser hvordan dette fordeler seg mellom levekårssonene i kommunen. Andelene varierer fra nær 50 % (sone 20, Virik) til nær 30 % (sone 3, Kodal). Merk at dette kun sier noe om bostedsadresse til denne gruppen av unge voksne, og det er ikke nødvendigvis en sammenheng med hvor de har gått videregående skole.

**Utviklingstrekk:** Tilstandsrapport 2019 (Vestfold fylkeskommune) viser at videregående opplæring på flere områder er inne på et godt spor. De offisielle gjennomføringstallene viser at 73,6 % av 2012-kullet i Vestfold fullførte og bestod sin videregående opplæring etter fem år. Sammenliknet med 2017, er det en høyere andel som ikke opplever mobbing på skolen eller arbeidsplassen, det er en høyere andel elever som opplever at de kan medvirke og det er en positiv utvikling i gjennomsnittlige standpunkt karakterer i matematikk på studieforberedende på alle tre nivåer.

Andelen som fullfører og består innen 5 år har steget jevnt de siste årene i de aller fleste fylker, selv om vi ser en viss variasjon fra år til år. I Vestfold er andelen fullført og bestått på 74 % for 2012-kullet, og har steget med 2 prosentpoeng fra 2011-kullet hvor resultatet var 72 %. Landsgjennomsnittet er på 75 % for 2012-kullet.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Frafall i videregående skole er en stor nasjonal folkehelseutfordring da det er en klar sammenheng mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som gjennomfører videregående skole og oppnår en høyere inntekt, har gjennomgående bedre helse enn personer med lavere utdanning og inntekt. Det er også en sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og hvorvidt barna deres fullfører videregående skole.

## FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

En rekke miljøforhold har effekt på folkehelsen. Eksempler er luftkvalitet og drikkevann, grad av støy, tilgang til sykkelveinett og kvaliteter ved nærmiljøene der folk bor. Sosialt miljø handler om tilgang til sosiale møteplasser, kulturtilbud, organisasjons- og valgdeltakelse, utvikling i kriminalitet og kjennskap til grupper som faller utenfor fellesskapet med risiko for en uheldig utvikling.

### DRIKKEVANN

**Status:** Hovedforsyningen av drikkevann til Sandefjord kommune er fra Vestfold Vann IKS, med vann fra Farris og Eikeren. I tillegg har kommunen en vannkilde på Sukke i Andebu som forsyner innbyggerne, næringsvirksomhet, institusjon, skole, barnehager i og omkring Andebu sentrum. Kommunen har et vannverk på Mo i Høyjord som forsyner boligområder, skole og barnehage i Høyjord. Vestfold Vann IKS tar daglig prøver av vannet som sendes ut på vannledningsnettet. Kommunen tar prøver ukentlig forskjellige steder på ledningsnettet. Disse prøvene har hovedsakelig vist god kvalitet de siste årene. I tillegg er det en del lokale brønner som forsyner en eller flere boliger eller hytter. Hvis en slik brønn forsyner mer enn en bolig eller en hytte, skal den registreres hos Mattilsynet. For disse lokale brønnene skal det tas vannprøver



årlig. Det foreligger ingen samlet oversikt over disse prøvene. For vannkilder som forsyner bare en bolig eller en hytte gjelder ingen krav til prøvetaking eller sikring.

**Utviklingstrekk:** Nyere vannbehandlingssystemer, forbedret ledningsnett og jevnlig prøvetaking har sikret en stadig forbedret høy kvalitet på den kommunale vannforsyningen. Det samme gjelder for nyere etablerte små vannforsyningsystemer. Samtidig har saker rundt forurenset offentlig drikkevannforsyning, slik som Campylobacter-saken fra Askøy fra 2019, og Giardia-utbruddet fra Bergen i 2004, gitt en økt oppmerksomhet rundt drikkevannssikkerhet. Det har de siste årene ikke vært registrert noen klar økt sykdomsaktivitet som har rammet flere pasienter som kan knyttes til drikkevannsforsyningen i Sandefjord.

**Årsaksforhold:** For det kommunale vannforsyningssystemet er trykkfall på ledningsnett den vanligste risikoen for forurensning. Hvis vanntrykket fra grunnen rundt er høyere enn inne i vannledningen kan forurensninger slik som bakterier eller annet organisk materiale trenge inn.

En annen fare er forurensning av drikkevannskilden og påfølgende svikt i vannbehandlingsanlegget. Dette vil normalt først oppdages gjennom vanlig driftskontroll og prøvetaking eller i verste fall gjennom økt sykdomsforekomst. For små lokale brønner er det viktig at råvannskilden er godt beskyttet mot avrenning fra jordbruksaktivitet, beitedyr, flom og avrenning fra kloakkanlegg. Det er også viktig at vann fra overfladiske eller dårlig beskyttede brønner behandles med klor eller UV-stråling for å hindre bakterier og virus i å komme inn i vannforsyningen i boligene som forsynes fra kilden.

**Konsekvenser:** Spredning av sykdomsfremkallende bakterier eller virus gjennom drikkevann kan gi akutt diare og oppkast, noe som er mest alvorlig for sårbare grupper som barn, eldre eller mennesker med svekket immunsystem.

## LUFTKVALITET

**Status:** Utendørs luftkvalitet påvirkes av mange faktorer, blant dem veitrafikk, vedfyring og industriutslipp. Sandefjord kommune ligger mot kysten og har en generelt god luftutskiftning. I regi av Miljødirektoratet ble det i 2015 og 2016 målt nitrogenoksid og svevestøv på tre punkter i Sandefjord sentrum. Konklusjonen var at utendørs luftkvalitet var tilfredsstillende. Dette utelukker ikke at det enkelte steder i kortere perioder kan være mindre bra luftkvalitet. Innendørs luftkvalitet i offentlig tilgjengelige bygninger og på arbeidsplasser er regulert i henholdsvis miljørettet helsevernregelverket og i arbeidsmiljølovgivningen. Disse lokalene er sikret en forsvarlig luftkvalitet gjennom regler for ventilasjonsanlegg og for kontroll og oppfølging av inn klima. Tilnærmet alle skoler og barnehager i Sandefjord er godkjent etter regelverk for miljørettet helsevern. Dette innebærer blant annet at de har forsvarlig innendørs luftkvalitet. I privatboliger er det ikke spesifikke regler for luftkvalitet annet enn regler for godkjente tekniske løsninger for ventilasjon og andre byggtekniske regler i nybygg.

**Utviklingstrekk:** De siste 50 årene har det skjedd en klar innskjerping av forurensningsregelverket og av krav til luftkvalitet innendørs og utendørs. Historiske erfaringer, som for eksempel smogen i London på tidlig 1950-tall, viste klart at luftforurensning kunne føre til alvorlige skader på lunger og hjerte- og karsystemet. For innendørs luftforurensning har

reduksjonen av tobakksrøyking vært en av de viktigste enkeltfaktorene. Innføring av gradvis mer omfattende røykereduksjonstiltak i offentlige bygg og på arbeidsplasser har vært viktige helsefremmende tiltak. Reduksjon i tobakksrøyking generelt i befolkningen, og mindre aksept for innendørs røyking har hatt stor betydning for luftkvaliteten i privatboliger.

**Årsaksforhold:** Det finnes mange forskjellige luftforurensningskomponenter. Svevestøv, diverse gasser og metaller kan gi mange forskjellige helseskader. Det å puste inn luftforurensning kan føre til lungesykdommer og kreft, det kan gi allergiske reaksjoner og det kan gi hjerte-kar sykdommer. Mennesker reagerer ulikt på luftforurensing. Spesielt sårbare er barn fordi lungene er fortsatt under utvikling. Voksne med hjerte- og lungelidelser er også mer følsomme for luftforurensning.

**Konsekvenser:** Svevestøv og forurensning fra forbrenningsmotorer kan gi økt sykkelighet for de som bor nærme veier med stor trafikkbelastning. Folkehelsemessig sett er dette spesielt et problem der lokale klimatiske forhold virker sammen med stor trafikkbelastning, slik som det for eksempel kan være i Bergen og i Oslo på kalde vinterdager. For Sandefjord er det ikke grunn til å tro at dette er et stort problem, men lokal luftforurensning kan være et helseproblem også her for spesielt sårbare grupper og enkeltpersoner. Innendørs luftkvalitet skal være forsvarlig i offentlige bygg og på arbeidsplasser i Sandefjord. I privatboliger er det grunn til å tro at luftforurensning fra tobakksrøyking har blitt redusert.

## RADONMÅLINGER

Radon er en radioaktiv gass som finnes i blant annet granitt og alunskifer. Radon kan trenge inn i kjellere via sprekker i sålekonstruksjoner og grunnmurer eller gjennom bruk av vann fra borebrønner. Radon er kreftfremkallende for mennesker og regnes som den viktigste risikofaktoren for lungekreft etter tobakksrøyking. Det anslås at radon medfører 10% av alle lungekrefttilfellene i Norge, dvs 200-300 ekstra tilfeller av lungekreft hvert år. Risikoen for å få kreft øker sterkt ved samtidig tobakksrøyking. Radongass er luktfri og usynlig, slik at eneste måten å påvise den er gjennom målinger.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet anbefaler radonmålinger i alle boliger, unntaket er leiligheter over annen etasje i boligblokker. Ansvar for dette ligger hos den enkelte boligeier. Alle offentlig tilgjengelige bygg og alle arbeidsplasser har miljøregelverk som innbefatter radon. (Kilde: Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet)

**Status:** Undersøkelser av berggrunn og målinger av stråling fra fly viser at risikoen for høyt nivå av radonstråling er størst i de indre områdene av Sandefjord, i all hovedsak innenfor raet. Tidligere registreringer av radonmålinger i boliger i Stokke, Andebu og Sandefjord viste at det var en forholdsvis høy andel av boliger som trengte å gjennomføre tiltak for å redusere radonnivået. Disse målingene var ikke systematisk fordelt og det er derfor usikkert om de gir et korrekt bilde av den reelle risikoen. Alle skoler og barnehager i kommunen har gjennomført målinger og har lave nivåer i de rom der barn og ungdom oppholder seg.

## STØYUTSATTE OMRÅDER

En beskrivelse av støy er uønsket lyd. Derfor vil støy ha en viss grad av subjektivitet knyttet til hvem som blir plaget. Vi måler lyd i desibel (dB), og vanlig lyd rundt oss ligger på rundt 15-20dB. Vanlig lydnivå i for eksempel avgangshallen på Oslo S ligger rundt 60-70dB. Vår opplevelse av lyd er også knyttet til om vi er i et stille område eller ikke. En konduktør som snakker i ca 25dB vil oppleves som høyt i stillevegna på toget sammenlignet med i en vogn med passasjerer som prater med hverandre.

Støy deles gjerne inn i to typer, irriterende støy (bakgrunnsstøy) og skadelig støy/impulslyd. Den siste oppleves som høy, ubehagelig lyd. Les mer om støy og helseplager her:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/stoy/>

For Sandefjord kommune er det laget støysonekart med følgende støykilder: Pukkverk, skytebaner, motorsport, overordnet vegsystem (ikke kommunale veier), jernbane og flyplass.

[Dette kartet finnes her.](#)

For å skaffe oversikt over hvor mange boliger som befinner seg i støyutsatte områder, er det kjørt en GIS-analyse.

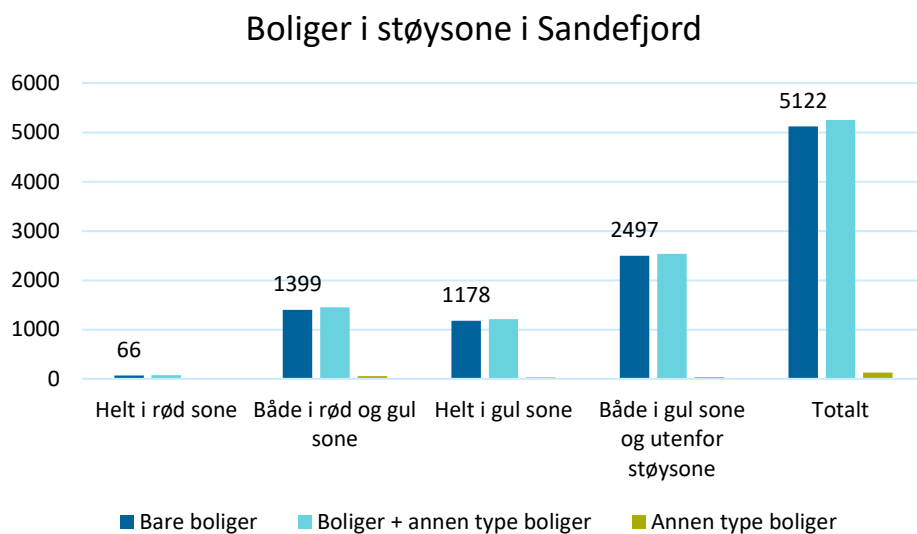


Fig. 4.1 Kilde: Sandefjord kommune (GIS)

## Antall innbyggere som bor i ulike støysoner

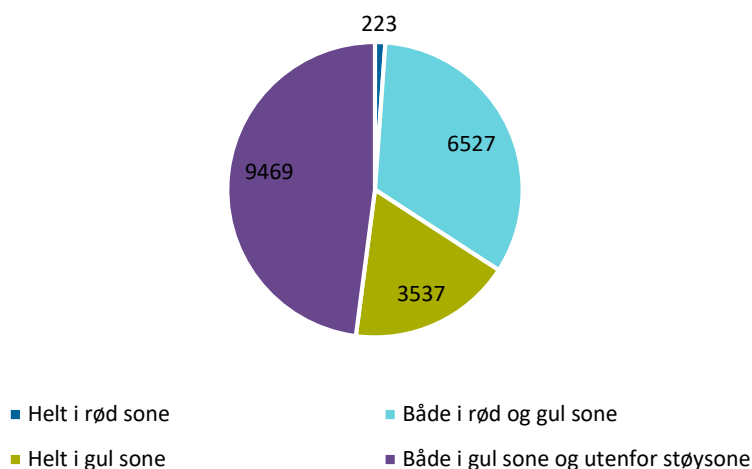


Fig. 4.2 Kilde: Sandefjord kommune (GIS)

**Status:** Tabellen viser at i 2019 er det 66 boliger i helt rød sone, og at det er nesten 20 000 av innbyggerne i Sandefjord som bor i eller nær støyutsatte områder. Annen type boliger kan være bolig i del av kontorbygg eller annet formål. Det er ikke registrert endring i disse tallene fra 2018 til 2019.

Måling av lyd vil ikke gi helt presise resultater for omgivelsene. Disse kartene brukes for å unngå lokalisering av flere boliger og andre sårbare funksjoner innenfor støysonene. Støyreducerende tiltak kan benyttes på bygninger slik at innemiljøet blir akseptabelt. Det er også mulig å gjøre tiltak for utemiljøet, i form av gjerder og voller. Beplantning vil i liten grad gi effekt på lyd.

**Utviklingstrekk:** Ved økt fortetting og konsentrasjon av både boliger og andre funksjoner rundt trafikknutepunkt, er det viktig å ta hensyn til støy slik at tiltak kan inkluderes tidlig i planleggingen.

Kjøretøy som biler og tog blir stadig mer støysvake. Dette vil naturlig nok redusere ulempene med støy, men det er fremdeles utfordringer med støy fra trafikkanleggene, som skinner og asfalt. Trafikksikkerhetstiltak som riller i langsgående linjer på veier med høy hastighet, vil også være støyende og skape utfordringer for dem som bor i nærheten.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Hørselstap er en vanlig konsekvens av støyplager. Det kan komme både av langvarig støybelastning og sterk, kortvarig støy – impulslyd. Støy kan føre til mistrivsel i nabolaget og ønske om å bytte bolig. I tillegg kan støy påvirke hjerte og karsystem, gi økt blodtrykk, bidra til muskelspenninger, fordøyelsesbesvær, påvirke ufødte barn, stress og redusere konsentrasjonsevnen. Det kan også gi økt risiko for ulykker.

## TILGANG TIL GRØNTAREALER, REKREASJONSOMRÅDER OG LEKEPLASSER

**Status:** Sandefjord kommune består av store landbruksarealer som skog og dyrka mark, men også sjø og svaberg, idrettsarenaer og lekeplasser. Dette er områder som gir ulike muligheter for rekreasjon. De er i varierende grad tilgjengelige for alle og tilgjengeligheten vil også variere gjennom året.

En registrering fra 2016 viser at innbyggerne i tettstedene i kommunen har ca 120 m<sup>2</sup> leke- og rekreasjonsarealer hver. En annen registrering fra samme år viser andel bosatte med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng i de tidligere kommunene Stokke, Andebu og Sandefjord med hhv 63/62%, 80/92% og 47/36% (SSB tabell 09579).

Det er registrert ca. 250 sosiale møteplasser som er tilgjengelige uten krav til mestring eller prestasjon – såkalte nærmiljøanlegg som for eksempel ballbinger, skatepark, lekeplasser o.l.

Prosjekt helsefremmende nærmiljø:

I perioden 2016-2018 var Vestfold fylkeskommune og seks Vestfoldkommuner, deriblant Sandefjord, med i Nærmiljøprosjektet sammen med 7 andre fylker og 34 andre kommuner. Nærmiljøprosjektet ble initiert av Helsedirektoratet og var en del av et nasjonalt strategisk arbeid for å styrke lokalt folkehelsearbeid og et ledd i implementeringen av folkehelseloven.

Hovedmålet med prosjektet var å styrke kommunene i utviklingen av helsefremmende nærmiljøer og lokalsamfunn basert på gjennomføring av ulike innbyggermedvirkningsmetoder. Hensikten var å innhente kvalitativ lokalkunnskap fra innbyggerne som skulle inngå i kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget i kommunale folkehelseoversikter og planer. [Her ligger evalueringsrapporten fra Vestfold fylke.](#)

Utdrag fra rapporten, om Sandefjord kommune:

«Oppsummert viste analysen av dataene fra medvirkningsmetodene at barn og unge var opptatt av å ha gode venner, trygge voksne og nærhet til møteplasser. De var opptatt av sine naturlige omgivelser som lekeplasser, fotballbaner, områder for fysisk aktivitet som skog og turstier, landskap og dyre- og fugleliv, men de trakk også fram behovet for tilpasning av bibliotekene for alle aldersgrupper, ønsker om ungdomshus og gratistilbud eller lave kostnader tilknyttet aktiviteter, trening, ungdomsklubb og kurs som matlaging, dans, sjakk, ballaktiviteter, m.m.

Etablering og videreutvikling av områder for lek og fysisk aktivitet, møteplass for ungdommer og samlingssted på tvers av alder og generasjoner, ble derfor ansett som viktig. Et viktig funn var betydningen av opplevelse av trygghet knyttet både til sosiale og fysiske forhold inkludert belysning på møteplasser, aktivitetsområder og veier, samt tilrettelegging for sykkel og gange. Ikke alle møteplasser ble opplevd som tilgjengelige for alle grupper relatert til alder, kjønn og kultur, og mange leke- og møteplasser hadde behov for oppgradering og fornying av utstyr som basketkurver, trampoliner, skateramper, lekestativ og benker. Ifølge deltakerne var det viktig å være bevisst på disse faktorene i planlegging og utforming.



Funnene viste at alle møteplasser ble ansett som potensielle sosiale møteplasser, og at det derfor er viktig å utnytte det sosiale potensialet på alle arenaer. Det var også et uttrykt ønske om forbedring av offentlig kommunikasjon for lettere å kunne delta på aktiviteter og å være sammen med venner, og de ga uttrykk for et sterkt ønske om bedre og rimeligere transportløsninger.»

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Trygg tilgang til rekreasjons- og grøntarealer er viktig for å sikre gode muligheter for fysisk aktivitet i nærmiljøene. Sosiale møteplasser, formelle og uformelle, er av stor betydning for bygge nettverk, oppleve sosial støtte, mestring og deltakelse. Dette har igjen betydning for psykisk helse og livskvalitet.

## SYKKELVEINETT OG TRYGG SKOLEVEI

**Status:** Det er totalt 5023 skoleelever på barneskoletrinnet fordelt på 20 skoler. Av disse har 75% under 2 km skolevei, 20% har under 4 km og 5% har skolevei på over 4 km. Kravet til skoleskyss er knyttet til disse avstandene, med 2 km for 1. klasse og 4 km for de eldre barna. Det er innvilget skoleskyss grunnet farlig skolevei for Andebu, Høyjord, Kodal, Vennerød, Bokemoa og Unneberg skoler. For 2019 gjaldt dette 110 elever.

Sandefjord kommune har utviklet en kampanje for å få barneskolebarn til skolen enten ved å gå, sykle eller kjøre buss. Den er kalt Grønn skolevei, og i 2019 deltok ca 3800 barn. Kampanjen pågår over seks uker på våren. [Les mer om kampanjen her](#). I kommunen er det ca. 295 km kommunal vei og ca. 50 km gang- og sykkelvei.

Hjertesoner er et prosjekt for å både gi trygge skoleveier og øke deltakelsen for å gå eller sykle til skolen. Det ble startet på Gokstad skole, og innføres nå ved flere barneskoler i Sandefjord. Hjertesone er en sone rundt skolen hvor foreldre oppfordres til å unngå å kjøre bil, og heller slippe av eleven i kanten av sonen. De er tilpasset miljø og terreng rundt skolen, og markeres både med skilt og foreldre med vester som stiller opp som markører hver morgen.

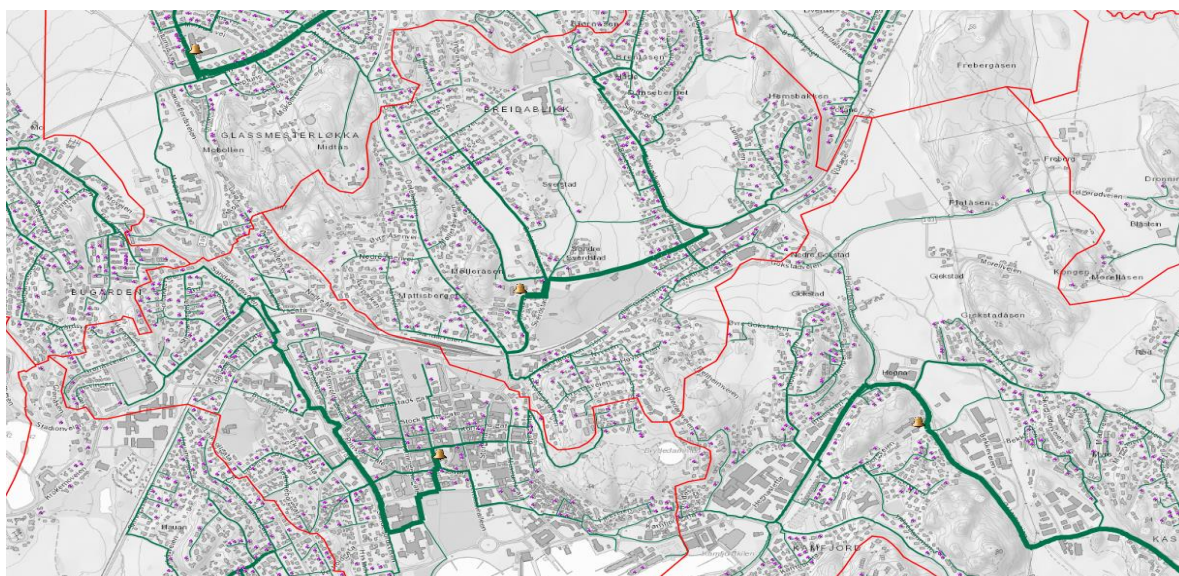


Fig. 4.3 Skolekretser og skoleveier (utsnitt) Kilde: Sandefjord kommune, Geodata



## KULTURTILBUD, ORGANISASJONSMANGFOLD OG DELTAKELSE

**Status:** Sandefjord har et rikt organisasjonsliv og har pr 2019 registrert 363 foreninger i kommunens egen oversikt. De ulike organisasjonene fordeler seg innen områdene kultur, idrett, humanitære organisasjoner, natur- og friluftsliv, politikk og religion og livssyn.

Oversikten under viser antall frivillige lag og foreninger som mottar kommunalt tilskudd. Tabellen under viser hvordan Sandefjord ligger an sammenlignet med Fredrikstad og landet for øvrig:

Frivillige lag og foreninger som mottar kommunalt tilskudd (antall):

	2017	2018
Sandefjord	78	88
Fredrikstad	19	23
Hele landet	9669	9328

Tabell 4.1 Kilde: SSB (tabell 11761)

Kommentar: Foreningene er fordelt på områdene kultur, natur- og friluftsliv og humanitære organisasjoner. Idrettsforeninger hører ikke under dette.

Sandefjord har tre frivilligsentraler:

Sandefjord sentrum:

- 220 registrerte frivillige i 2018. 28.100 frivillige timer i 2018 (16,5 årsverk)

Stokke (ny 2019)

Andebu:

- 163 registrerte frivillige i 2018. 18948 frivillige timer i 2018. (11,1 årsverk)

Vi har ikke eksakte tall for utviklingen av medlemsskap i frivillige organisasjoner, men tendensen på landsbasis er at medlemsskap som inngås synker og stadig færre er medlem av den organisasjonen de utfører frivillig arbeid for. Selv om antall medlemmer i organisasjonene syker, er nordmenns tidsbruk på frivillighet stabil.

Over halvparten av det frivillige arbeidet legges ned i kultur- og fritidsorganisasjoner, inkludert idrett. Norge har høyest andel målt på verdensbasis når det gjelder frivillig arbeid i de frivillige organisasjonene pr år. ([Frivillighet Norge](#))

Ungdata-undersøkelsen 2017 i Sandefjord viser andel ungdomsskoleelever som oppgir at de er medlem i en fritidsorganisasjon:



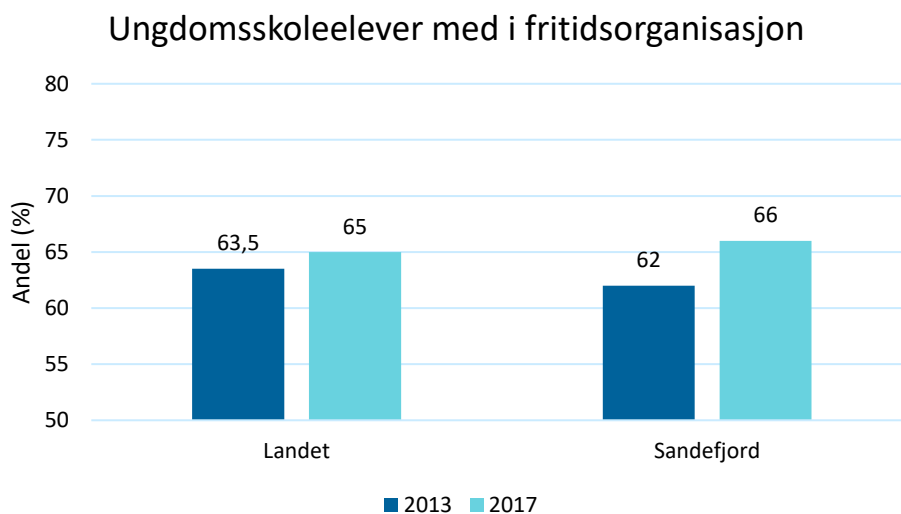


Fig. 4.5 Tall fra 2013 gjelder kun «gamle Sandefjord». Kilde: [Ungdata](#)

**Status:** Det har vært en liten økning i andel ungdommer som rapporterer at de er medlem i en fritidsorganisasjon fra 2013 til 2017, men fortsatt er vel 35 % av ungdomsskoleelevene som har svart, ikke med i organiserte aktiviteter. Program for folkehelsearbeid i Sandefjord kommune (2019-2022), integrert med kommunens nye innbyggerapp, vil søke å få flere ungdommer til å engasjere seg i organisasjoner i sitt nærmiljø.

### Opplevelseskortet

**Status og utviklingstrekk:** Opplevelseskortet er et samarbeid mellom private aktører, Sandefjord kommune og NAV og skal sikre at barn og unge fra familier med svak økonomi får bedre mulighet til å delta i kultur- og fritidsaktiviteter. Behov og kostnader øker i takt med alderen: Barn fra 2-10 år får dekket inntil kr 1000.- årlig, mens unge fra 11-18 år mottar kr 3500.- gjennom ordningen. I tillegg til inngangsbilletter til idrettshaller og kulturforestillinger, kan barn og unge søke om å få dekket medlemsavgift i lag og foreninger.

Ordningen startet i 2013 med 50 utdelte kort. I 2019 er 400 kort planlagt utdelt. Budsjett for opplevelseskortet i 2017 var på kr 300.000.-, og kr 147.600.- ble benyttet. Budsjett for opplevelseskortet i 2018 var på kr 815.000.-, og kr 269.900.- ble benyttet

**Betydning av opplevelseskortet i et folkehelseperspektiv:** Barn fra lavinntektsfamilier kan ha begrensede muligheter til å delta i aktiviteter og kulturaktiviteter. For å hindre at barn og unge blir holdt utenfor viktige arenaer for lek, læring og utvikling, ble ordningen med opplevelseskort innført med hensikt om å bidra til sosial inkludering og likeverd. Tilbudet virker utjevne og søker å bidra til bedre oppvekstvilkår i Sandefjord kommune.

Tilbakemeldinger fra helsesykepleiere viser at kortet også kalles «fattigkortet» og medfører stigmatisering av de som mottar dette. Det er foreslått å digitalisere opplevelseskortet. En slik løsning vil gjøre bruken mindre åpenbar og enklere å håndtere for alle som er involvert.

Tilgang til sosiale møteplasser og kulturtilbud**Status:**

Hjertnes kulturhus:

2017: Kulturarrangementer: 151 Besøk: 55.500

2018: Kulturarrangementer: 147 Besøk: 43.129

Kino:

2017: Besøk: 87 500

2018: Besøk: 94 246

Kulturskolen:

Kulturskolen tilbyr undervisning i musikk, teater og visuell kunst for barn og unge fra 2-19 år. Kulturskolen er en arena for kulturelle uttrykk og gjør at barn og unges kognitive og motoriske ferdigheter styrkes.

2017: 594 helårs elevplasser

2018: 620 helårs elevplasser

I tillegg kommer 120 elever årlig som går på kortere kurs eller har tilbud gjennom skole eller barnehage.

Bibliotek (Andebu, Stokke og Sandefjord enhet):

2017:

Besøk: 276 241

Utlån: 310 058 bøker/materiale

Arrangementer/aktiviteter: 293

2018:

Besøk: 261 011

Utlån: 322 594 bøker/materiale

Arrangementer/aktiviteter: 391

Bibliotekene har terskelfritt tilbud til hele befolkningen gjennom arrangementer og aktiviteter, og er arena for læring, offentlig samtale og debatt. Ungdom er hovedsatsningsgruppe og prosjektet Skapoteket gir gratis fritidsaktiviteter for barn og unge (0-18 år). Biblioteket samarbeider med Røde Kors som gir Leksehjelp og Frivilligsentralen som driver språkkafe ukentlig. Dette er en nøytral møteplass for alle.

Kommunen gir tilskudd til to åpne sosiale møteplasser for ungdom i Sandefjord sentrum, [Fellesverket](#) (Røde kors) og [Naper`n 1916 \(Frilynt\)](#). Sentralen for friskliv og frivillighet i Andebu åpnet høsten 2019 ungdomsrommet (Morella) med ulike aktiviteter for ungdom.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Gode, åpne møteplasser og kulturtilbud kan bidra til god folkehelse fysisk og mentalt i tillegg til ulike aktiviteter, opplevelser, læring og rekreasjon. Det handler også om arenaer for dialog, debatt, informasjonsutveksling og litteraturformidling. Kommunen utvikler, forvalter og drifter arenaer for fysisk og kulturell aktivitet for å gi innbyggerne et rikt liv, overskudd, livsglede og trivsel.

Det er en kjent sammenheng mellom levekår og grad av samfunnsdeltakelse (Folkehelsepolitisk rapport, Helsedirektoratet 2017) og dette har igjen betydning for folkehelsen. Deltagelse i frivillige organisasjoner og andre sosiale aktiviteter i nærmiljøet, gir tilgang til viktige ressurser – i form av blant annet nettverksbygging, læring og personlig utvikling. Personer med kort utdanning, lav inntekt og svak forankring i arbeidsmarkedet opplever i større grad enn andre, hindringer for sosial deltakelse. Barrierer for deltakelse øker generelt med alderen og er større hos kvinner enn menn («Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet», Helsedirektoratet 2015).

*Voksne som jobber med ungdom som pårørende: I desember 2018 ble det arrangert en tverretattlig fagdag for ansatte som jobber med ungdom/barn som pårørende i vår kommune. Fokus var på livsmestring for ungdom og blant annet betydningen av relasjonskompetanse. De ansatte som var tilstede var særlig opptatt av å løfte det tverretattlige samarbeidet som ikke fungerer godt nok per i dag. Videre fremkom et behov for å kartlegge alle tilbud som er for ungdom og tilgjengeliggjøre informasjon og kontaktinfo, flere sosiale møteplasser for ungdom og et økt fokus på ungdommens stemme inn i kommunens tjenester og tilbud (For mer informasjon kontakt Karin Røed, LMS).*

## VALGDELTAELSE

**Status nasjonalt:** Det er store variasjoner mellom kommunene og mellom velgergrupper. Det er spesielt lav valgdeltakelse blant unge og personer med innvandrerbakgrunn. Ifølge SSB er valgdeltakelse blant førstegangsvelgere om lag 20 % lavere enn resten av befolkningen mens valgdeltakelsen blant innvandrere ligger på 25 % lavere enn resten av befolkningen.

Mange unge med kort utdanning er blant dem som ikke stemmer. Ved det siste stortingsvalget var det 815 000 av 3 765 000 stemmeberettigede som ikke benyttet seg av stemmeretten. Den største gruppen blant hjemmesitterne er menn med lav utdanning under 40 år.

**Status Sandefjord:** Valgdeltakelsen ved Kommunevalget i 2015 var lavest i valgkretsene Høyjord, Sandefjord rådhus og Andebu. Valgdeltakelsen var høyest i valgkretsene på Ranvik, Stokke og Melsom. Valgdeltakelsen ved Stortingsvalg i 2017 var lavest i valgkretsene Sandefjord rådhus, Andebu/Høyjord/Kodal. Valgdeltakelsen var høyest i valgkretsene på Ranvik, Vennerød og Breidablikk. Det er verdt å bemerke at deltakelse ved kommune- og fylkestingsvalg er betydelig lavere enn ved stortingsvalg (ca. 20%).

**Betydning i et folkehelseperspektiv:** Å stemme ved valg er den laveste terskel for politisk deltakelse. Mulighetene for demokratisk og sosial deltakelse påvirker både levekår og livskvalitet. Høy valgdeltakelse er viktig for å utvikle lokaldemokratiet. Det finnes forskning som viser at politisk avmakt kan oppstå i befolkningsgrupper som kjennetegnes av flere levekårsutfordringer samtidig. Levekårsrapporter fra [Oslo](#) og [Stavanger](#) knytter politisk avmakt til sosial isolasjon, og individer med politisk avmakt har i stor grad også dårlig helse, lav inntekt og lav utdanning.

## NÆRDEMOKRATIORDNINGEN

**Status:** Inndeling i nærmiljøutvalg følger barneskolekretsene og består pr 01.01.17 av 20 utvalg. Ordningen ble tatt i bruk for å styrke lokaldemokratiet, basert på nærmiljøutvalgene slik de var etablert i tidligere Sandefjord kommune. Temakomiteen som har utarbeidet nærdemokratiordninga består av to politikere fra hver av de tre tidligere kommunene.

Ordningen sikrer god dialog mellom innbyggere og folkevalgte og skaper gode fysiske og sosiale oppvekstmiljøer for barn og unge. Utvalgene sikrer tett samarbeid med frivillige lag og foreninger og fungerer som en høringsinstans i saker som handler om arbeidet med kommunale planer. Mer om hva slags saker og aktiviteter de ulike nærmiljøutvalgene er engasjert i, kan leses i denne [rapporten som ble politisk behandlet i februar 2018](#).

Nærmiljøutvalgene er partipolitisk uavhengige og selvstendige juridiske enheter. Alle innbyggere i hver barneskolekrets er medlemmer og har tale-, forslags- og stemmerett på årsmøtet. Nærmiljøutvalget driftes av et styre, ofte omtalt som selve Nærmiljøutvalget, som består av fem eller sju medlemmer. Dette velges på utvalgets årsmøte, fra et bredt sammensatt utvalg av foreninger, lag og enkeltpersoner i nærmiljøet, etter innstilling fra utvalgets valgkomite.

Kommunen fastsetter et årlig økonomisk tilskudd til nærmiljøutvalgene. Det avholdes jevnlig møter mellom nærmiljøutvalgene og kommunens politiske og administrative ledelse for å ivareta utvalgenes bindeleddfunksjon til kommunen.

**Betydning i et folkehelseperspektiv:** Nærdemokratiordningen er viktig for kontakten mellom innbyggerne, politikerne og kommuneadministrasjonen. Ordningen kan også bidra til større samfunnsengasjement og økt valgdeltakelse. Deltakelse og medvirkning er sentrale faktorer i et helsefremmende lokalsamfunn. Bred rekruttering til styrene i nærmiljøutvalgene sikrer bred representasjon fra de ulike gruppene som bor i nærmiljøene.



### Andel sysselsatte med innvandrerbakgrunn

Statistikken viser at innbyggere med innvandrerbakgrunn er underrepresentert på flere samfunnsområder inkludert arbeidslivet - [62,1 % av innvandrere i Sandefjord](#) var i arbeid i 2018 sammenlignet med 63,9 % av befolkningen ellers. Ser vi på det nasjonale bildet, er innvandrere overrepresentert i lavinntektsgruppen.

Tall fra NAV analyse (2017) viser at det er store forskjeller i sysselsettingsgraden avhengig av hvor innbyggere med innvandrerbakgrunn kommer fra. For Sandefjord viste tallene i 2017 at sysselsettingsgraden for innvandrere fra OECD-området var ca. 68%, mens de øvrige lå på et nivå på ca. 49%.

### Flyktninger - Resultater 5 år etter bosetting:

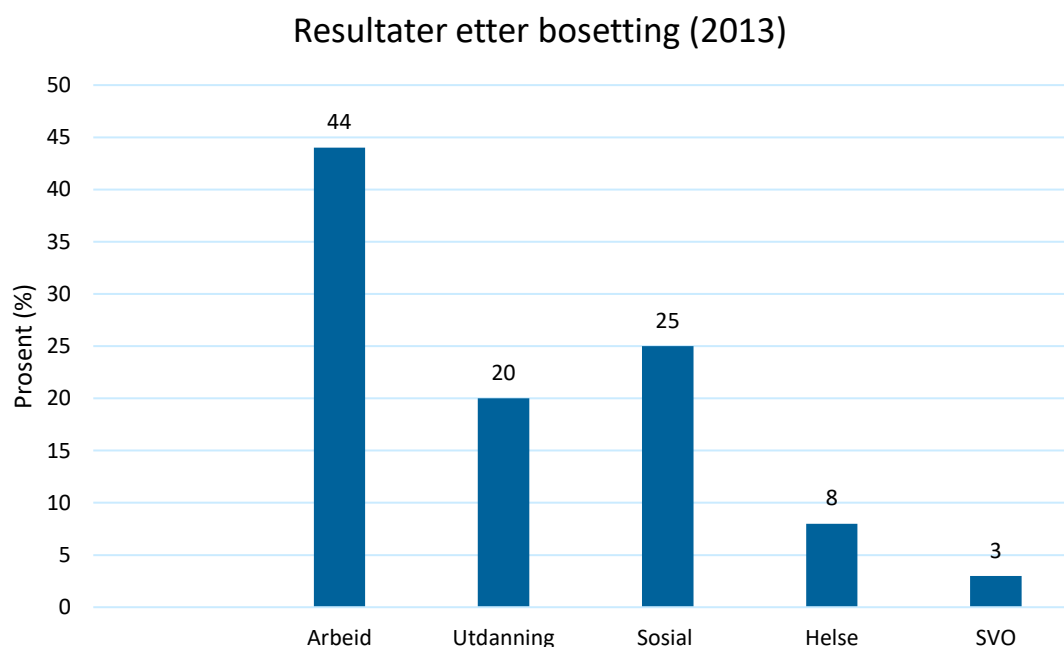


Fig. 4.7 Kilde: Rapport: «Resultater fra introduksjonsarbeidet i Sandefjord kommune 2018»

**Status:** Når det gjelder innvandrere med flyktningebakgrunn har Sandefjord kommune relativt sett gode resultater i integreringsarbeidet. Samlet måloppnåelse på 70 % til arbeid eller utdanning er et godt resultat som viser en positiv utvikling og som er adskillig bedre enn resultatene for landet i 2017 (48 %). Andelen er lavere for flyktninger som har bodd i kommunen i kun 5 år. Totalt er det 64% av de som er bosatt i 2013 som er i arbeid eller utdanning. Kommunen som arbeidsgiver har en viktig rolle i integreringsarbeidet.

*Fellesforum: Kommunestyret har gått nye veier for å skape bedre dialog, samhandling og inkludering for å få flere til å engasjere seg i organisasjoner, politikk og samfunnsliv. FellesForum ble opprettet i 2018 og er en møteplass mellom folkevalgte, kommuneadministrasjonen og innbyggere med innvandrerbakgrunn. Spørsmål som blir drøftet handler om hvordan man kan håndtere diskriminering, hvordan få flere innvandrere til å*

engasjere seg politisk, hvordan valgdeltakelsen kan økes og hvordan innvandrere kan engasjeres i foreldreutvalg og nærmiljøutvalg. Tilbakemeldingene fra samlingene samles i en egne rapporter, og brukes som kunnskapsgrunnlag når kommunen skal legge langsiktige planer.

## KRIMINALITET

**Status og utviklingstrekk nasjonalt:** Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og politiet viser en positiv utvikling når det gjelder kriminalitet i Norge. Når det gjelder vinningslovbrudd og rusmiddellovbrudd er nedgangen markant. De siste årene har ungdom blitt stadig mer lovlidige, mens trenden er motsatt blant godt voksne og eldre. [I 2018 ble det anmeldt 318 566 lovbrudd på landsbasis](#), noe som er en reduksjon på 0,2 % sammenlignet med 2017. Ser man tilbake til 2014 har det vært en reduksjon i det totale antallet anmeldte lovbrudd på hele 14,6 %. Den markante nedgangen man har registrert i den anmeldte kriminaliteten i de senere år synes således å ha stagnert i 2018.

Det kan være mange årsaker til endringer i antall anmeldelser. Det kan handle om endringer i antall lovbrudd, for eksempel som følge av forebyggende tiltak, endrede forsikringsvilkår, økte bøtesatser/straffer, økt oppdagelsesrisiko eller som følge av økte levekår. Samtidig kan det være endringer knyttet til anmeldelsestilbøyelighet. Det er store forskjeller på anmeldelsesgraden for ulike kriminalitetstyper, og det kan være ulike årsaker til at fornærmede velger å ikke anmelde et straffbart forhold.

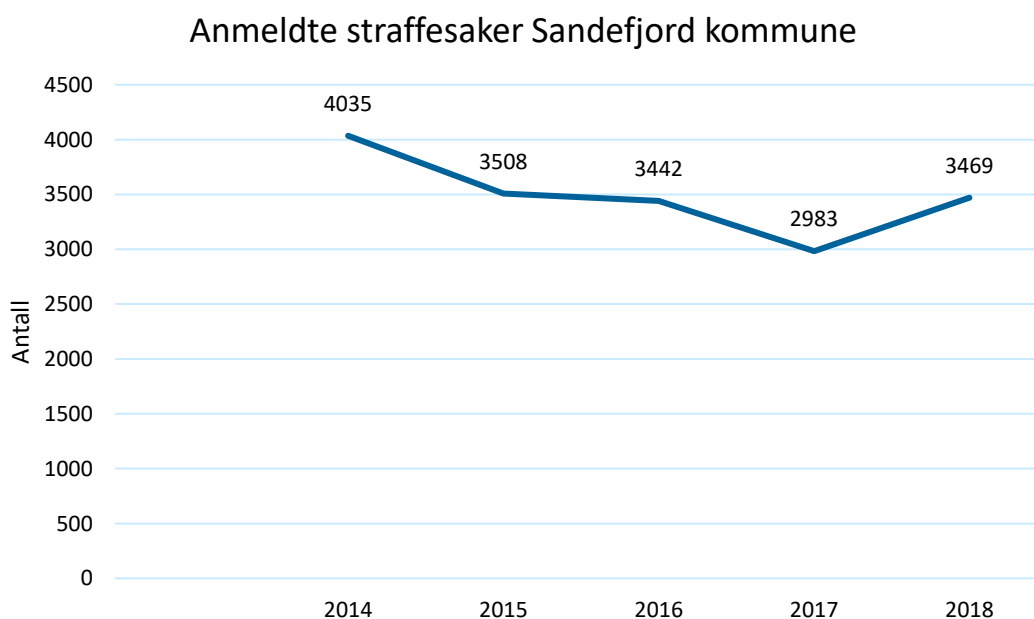


Fig. 4.8 Antall anmeldte straffesaker i Sandefjord kommune 2014-2018. Kilde: Sør Øst politidistrikt

**Status og utviklingstrekk Sandefjord:** Situasjonen i Sandefjord speiler landet for øvrig. Det har dog vært en økning i antall anmeldte straffesaker fra 2017 til 2018.

Antall barn og ungdom registrert for lovbrudd:

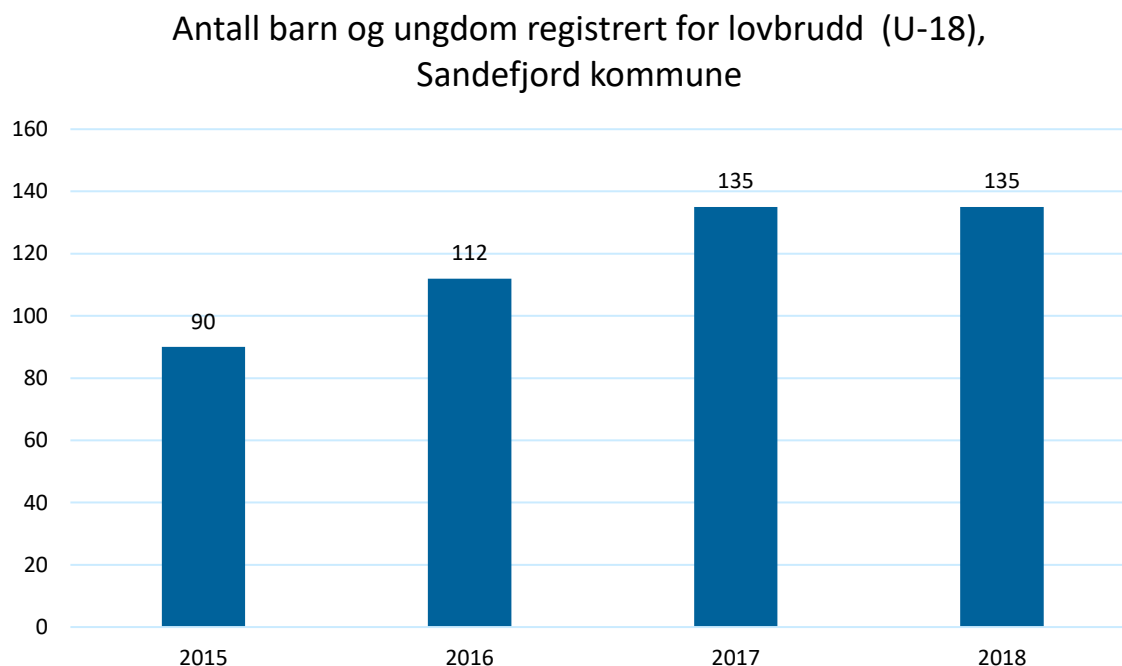


Fig. 4.9 Kilde: Sør Øst Politi

**Kommentar:** Diagrammet viser Mistenkt, siktet, domfelt 01.01.2015 til og med 16.07.2019. Gjerningsted: Sandefjord kommune.

**Status:** Sakene som dominerer i perioden fra 2015 til og med 2019 er "tyveri fra eller mindre tyveri fra butikk eller annet salgssted". I 2018 er det anmeldt 29 vinningssaker. Det er kun anmeldt fire vinningssaker i 2019. Det har vært en økning i voldslovbrudd i tidsperioden fra 2015 til 2018 perioden sett over ett.

Økningen har vært størst på kroppskrenkelser. Det var anmeldt 23 voldslovbrudd i 2018. Hittil i år er det anmeldt 13 voldslovbrudd. Politiets innsats og fokus vil i stor grad påvirke kriminalitetsstatikken når det gjelder narkotika, og trafikksaker. Det var anmeldt 19 narkotikasaker i 2018 og 18 saker i 2019. Det er snakk om enkle overtredelser som bruk og besittelse. Det er anmeldt 20 trafikkløvbrytninger i 2018 og 5 saker i 2019. Det har vært en økning i anmeldte sedelighetssaker perioden sett over ett inkludert fremvisning av seksuelle overgrep mot barn. Det er anmeldt 14 sedelighetssaker i 2018.

**Betydning i et folkehelseperspektiv:** Forebygging og reduksjon av lovbrudd vil spare samfunnet for store økonomiske kostnader og betydelig menneskelig lidelse. Kjennskap til hvordan kriminaliteten ser ut og utvikler seg, både over tid og med alder, er en sentral kilde i kunnskapsgrunnlaget for å kunne utarbeide forebyggende tiltak. Forebygging av kriminalitet er en sentral samfunnsoppgave og en viktig del av kommunens folkehelsearbeid, ledet av SLT-koordinator. En helhetlig kommunal forebyggingsstrategi rettet mot kriminalitet er en investering i en bedre fremtid, økt trygghet i lokalsamfunnet og krever samarbeid mellom alle gode krefter.



## Skader og ulykker

Om lag 2 500 personer dør hvert år av skader (voldsomme dødsfall) i Norge noe som utgjør cirka 6 % av alle dødsfall. Om lag 2 000 skyldes ulykker, de øvrige er i hovedsak selvmord.

I underkant av 300 000 personer får årlig skadebehandling i sykehus. Av disse får 119 000 også skadebehandling i primærhelsetjenesten, enten for samme skade i form av henvisning eller etterkontroll, eller for en annen skade. Omtrent 95 % av disse skadene skyldes ulykker, mens de øvrige i hovedsak er voldsskader. Årlig er det om lag 440 000 pasienter som får behandling hos fastlege eller legevakt. Flertallet av disse ferdigbehandles i primærhelsetjenesten. Til tross for at vi de siste tiårene har sett en betydelig nedgang i dødelighet som følge av ulykker, er skader og ulykker fremdeles en stor utfordring for folkehelsen. Skader har stor betydning for livskvalitet og helse. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

Ulykker med personskader tar på landsbasis relativt mange unge liv og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Det er markante sosioøkonomiske forskjeller i forekomst av skader. Skader varierer blant annet med utdanningsnivå. Personer med grunnskoleutdanning er mer utsatt for skader enn personer med utdanning fra videregående skole, mens det er lavest forekomst blant personer med universitets- og høyskoleutdanning. ([Folkehelse rapporten, FHI 2019](#))

Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet. Sandefjord er sertifisert innenfor ordningen Trygge lokalsamfunn og har flere tiltak for å forebygge skader og ulykker.

### VEITRAFIKKULYKKER MED PERSONSKADE

#### Antall trafikkulykker i Sandefjord (1999-2018)

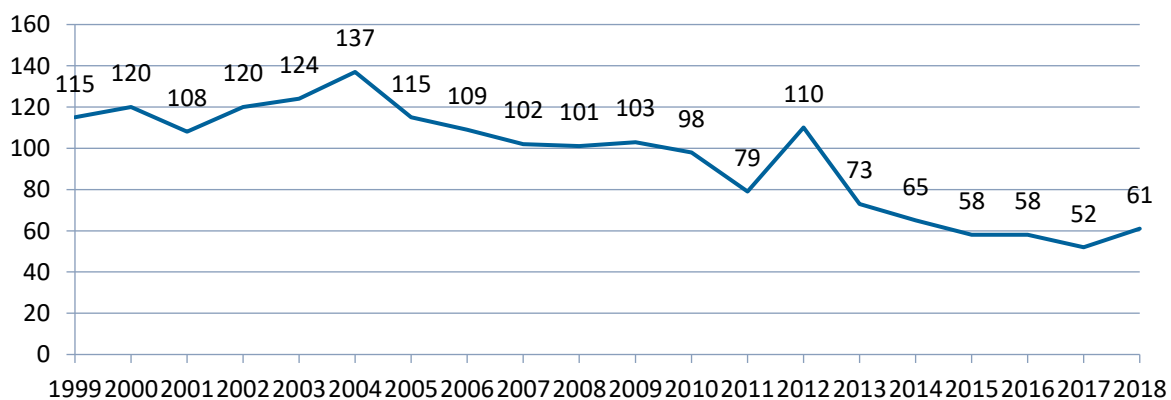


Fig. 5.1 Sandefjord kommune (SSB, [www.vegkart.no](http://www.vegkart.no))

Antall hardt skadde i trafikken i Sandefjord  
(1999- 2017)

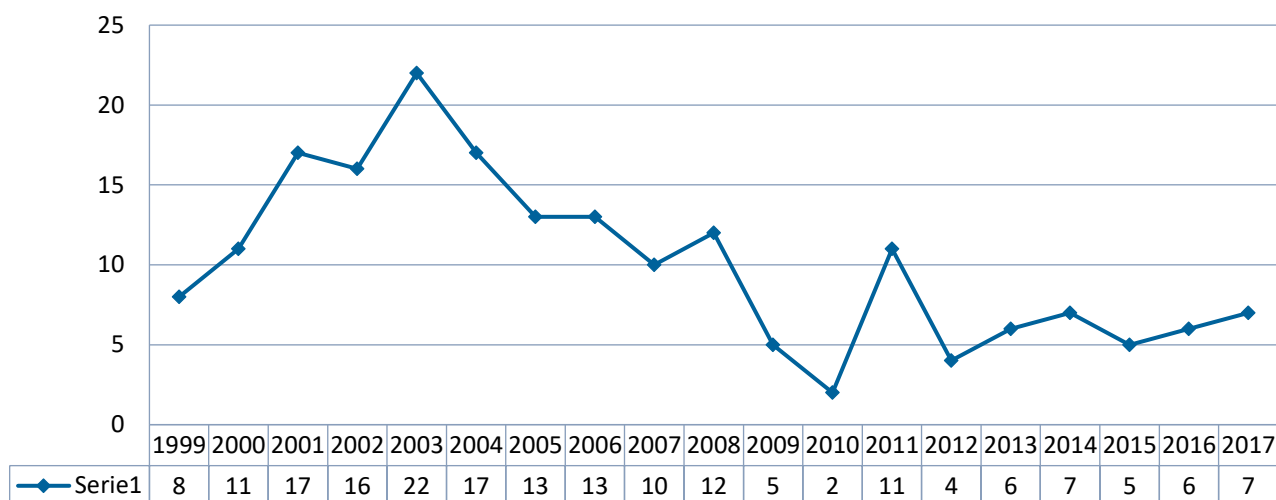


Fig. 5.2 Sandefjord kommune (SSB, [www.vegkart.no](http://www.vegkart.no))

Antall lettere skadd i trafikken i Sandefjord (1999-2017)

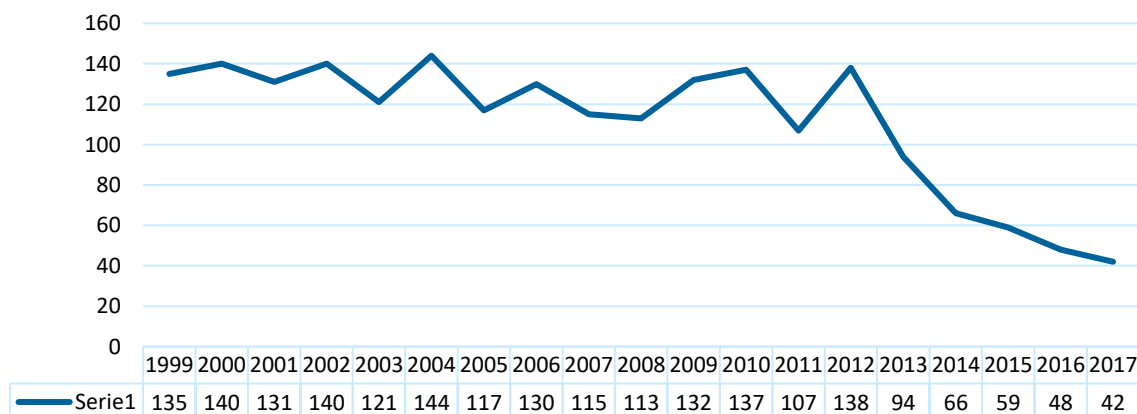


Fig. 5.3 Sandefjord kommun. Kilde: SSB, [www.vegkart.no](http://www.vegkart.no)

**Kommentar** til alle tre diagrammene: Det er viktig å legge merke til at verdien på y-aksen ikke er lik for de ulike diagrammene.

**Status og utviklingstrekk:** Veitrafikkulykker graderes i ulike alvorlighetsgrader, drept, meget alvorlig skadd, alvorlig skadd og lettere skadd. Siden 1999 har ulykkene i Sandefjord gått ned, med topp i 2004 med 137 ulykker til 61 registrerte ulykker i 2018. Det er nedgang både i antall drepte, hardt skadde og lettere skadde. Antallsmessig er det flere lettere skadde enn drepte i

trafikken, dvs. at det er flere tilfeller av lettere skader i totaltallene for ulykker enn drepte og alvorlig skadde.

Alle grafene viser en nedgang i antall ulykker. Det blir stadig strengere trafikktiltak, både sikring av fører og passasjer i bil, men nye biler har også fokus på fotgjengertrygghet. Biler utstyres med sensorutstyr slik at bilen bidrar selv til å holde seg i kjørebanelen, holde avstand til bilen foran og til å kunne varsle føreren om myke trafikanter. Samtidig innføres nye kjøretøy for myke trafikanter som gir et økt risikobilde for trafikkulykker, som elektriske sykler og -sparkesykler. Med disse oppnås høy fart, og dette er særlig risikofylt når man sykler/sparker på fortau. Samtidig er dette en myk trafikantergruppe som er sårbar sammen med bilene i kjørefeltene.

**Årsaksforhold og konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Trafikkulykker vil ikke påvirke folkehelsen i kommunen i særlig grad. Det vil være noen tilfeller hvor skaden er så stor at det fører til uførhet i større eller mindre grad. Forebyggende tiltak vil alltid være viktig for å hindre ulykker, men konsekvensene regnes som større på individnivå enn på folkehelsenivå. Det som imidlertid vil være aktuelt på et strukturelt nivå, er de sosiale helseforskjellene innenfor ulykker. Det er vist sammenhenger mellom mindre ressurser, både økonomiske og kunnskapsmessige, og økt risiko for skader, også i trafikken. Mindre trafiksikker bil, ikke penger til å kjøpe sikkerhetsutstyr til barn og mindre kunnskap om hva som kan gi skader gir økt risiko for ulykker. (Kilde: FHI)

## UTSATTE SKOLEVEIER OG ANDRE ULYKKESSTREKNINGER

**Status:** I perioden 2012-2016 var det registrert fire ulykkespunkt og fire ulykkesstrekninger i kommunen. Ulykkespunktene er fordelt på Ringveien og Sandefjordsveien, i trafikkerte kryss. Ulykkesstrekningene er på Ringveien mellom Sandefjordsveien og Linglemveien, Sandefjordsveien fra Ringveien til Ranvik, Landstadgate fra Sandefjordsveien til Sandefjord kirke og Strandpromenaden fra Hvalfangstmonumentet og videre langs Kilgata mot rundkjøringen til Vesterøya. Dette er sammenfallende med veier med mye trafikk. Se mer på <https://www.vegvesen.no/vegkart>

**Utviklingstrekk:** Det jobbes kontinuerlig med trafiksikkerhet fra både kommunen og fylkeskommunen. [Les mer om Hjertesoner her.](#) I de senere år har det blitt etablert gang- og sykkelvei langs deler av bla. Framnesveien og Hystadveien. Kommunen setter ut radarapparat for å kartlegge hastigheter i kommunale veier, for så å anlegge fartshumper ved behov. Det har blitt etablert en rundkjøring på Pindsle som var et ulykkespunkt på kommunal vei. Driftsavdelingen for veg er pålagt klipping av beplantning som hindrer sikt. Det jobbes også med å separere myke og harde trafikanter og ha fokus på god frisikt.

I november hvert år blir det gjennomført møter mellom alle nærmiljøutvalgene i kommunen og ledelsen i kommunalområdet Kultur, idrett og fritid (KIF). Trafiksikkerhet et viktig tema. Det meldes om at flere skoler mangler infrastruktur som ivaretar blandingstrafikk med gående, syklende, skolebuss og foreldrekjøring. Behov for å få satt fra seg bilen mens små barn blir fulgt til/fra SFO meldes også om. Linglemveien blir nevnt som trafikkfarlig av NMU Fevang.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Ulykkespunkter og ulykkestrekninger i en kommune kan føre til at færre ønsker å gå eller sykle på disse stedene. Det er særlig viktig å sørge for at skoleveiene er trygge nok til at elevene kan gå og sykle til skolen.

## SKADER OG ULYKKER I SKOLER OG BARNEHAGER

**Nasjonal status:** Utdanningsdirektoratet har ansvaret for utviklingen i barnehage og grunnopplæring (grunnskole og videregående opplæring), men innhenter ikke selv informasjon om skader. I en [kartlegging av skader og ulykker i barnehager](#) gjennomført av Dronning Mauds Minne Høgskole (2013) kom det frem at hvert tiende barn skader seg i løpet av et år. De aller fleste skadene er så små at de ikke krever videre oppfølging. To prosent av skadene krever omfattende medisinsk oppfølging av lege eller tannlege. Gutter har flere småskader enn jenter, men det er ingen forskjell mellom små og store barn. Samtidig understreker rapporten at det er en underrapportering av skader.

Skadested ved ulykke (nasjonale tall)

	Antall totalt	Observert	Beregnet
Bolig, boligområde	91722	42362	49360
Lekeplass	3385	1870	1515
Sport- idrettsområde	41352	22417	18935
Skole, barnehage, SFO	19670	10669	9001
Totalt antall	280045	141105	138940

Tabell 5.1 Kilde: [Skadebildet i Norge 2019](#) (NPR og FHI)

**Kommentar:** Kun utdrag fra tabellen er vists

**Status:** Rapporten Skadebildet i Norge 2019 med data fra Folkehelseinstituttet og Norsk pasientregister, viser at ulykker i skole/barnehage/SFO utgjør en forholdsvis viss andel (7%) av totalt antall registrerte ulykker i Norge. Vi har ikke tall for Sandefjord.

Det finnes et eget NAV-skjema (NAV 13.10.01: *Melding om yrkesskade eller yrkessykdom påført elev/student*) som skal fylles ut ved blant annet skade. Per i dag blir det ikke utarbeidet en egen statistikk på bakgrunn av dette skjemaet, verken hos NAV eller Utdanningsdirektoratet.

## SKADER BEHANDLET I SPESIALISTHELSETJENESTEN

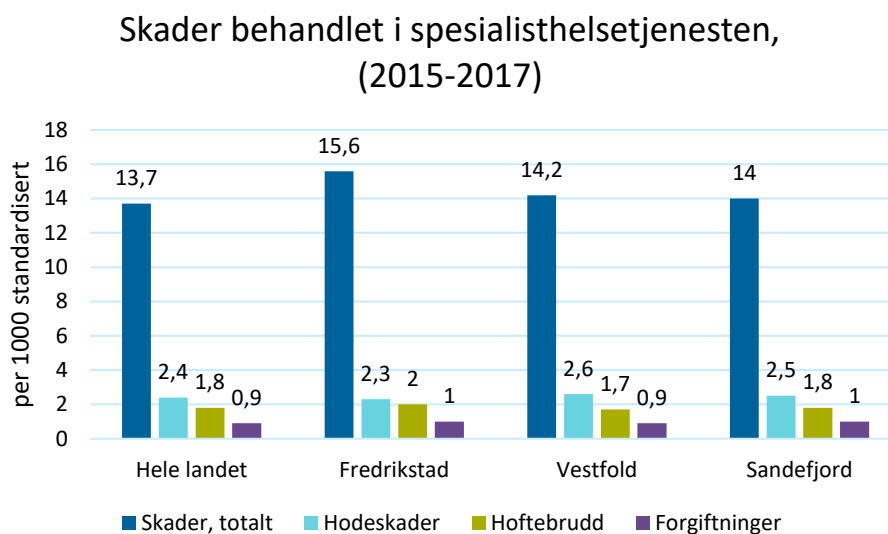


Fig. 5.4 Kilde: Kommunehelse, [Folkehelseinstituttet 2019](#)

**Status:** Hodeskader dominerer blant de registrerte skadene i sykehus. Deretter følger hoftebrudd og forgiftninger. Hyppigheten i forekomst i Sandefjord er som for fylket og landet.

**Årsaksforhold:** Fallskader er rangert som den sjette viktigste bidragsfaktoren til [helsetap](#) i Norge, større enn helsetapet forbundet med hjerte- og karsykdommer (FHI, 2016). Spesielt eldre mennesker rammes av fallulykker, ofte med bruddskader som utfall.

Ved hoftebrudd og underarmsbrudd er redusert beinmasse (osteoporose) en vanlig medvirkende faktor. Utendørs skyldes mange fallulykker glatt føre og manglende strøing på fortau, mens løse ledninger, teppekanter, trapper og andre «fallfeller» øker risikoen for fallulykker innendørs.

Bruk av rusmidler, legemidler, kjemikalier og andre giftige stoffer bidrar til mange dødsfall. I 2016 tok forgiftningsulykker livet av 342 personer i Norge. I tillegg er rusmidler ofte en *medvirkende faktor* ved mange skader.

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Med en økende andel eldre i årene som kommer, og flere bosatt i både hjemmet og institusjon, er fallforebygging og fokus på hverdagsmestring et viktig innsatsområde i et folkehelseperspektiv. ([FHI 2019](#))

## SVØMMEUNDERVISNING

### Status:

SVØMMEUNDERVISNING I SKOLEN: Et flertall av barneskolene gjennomførte, i skoleåret 2018-19, 15 timer svømmeundervisning per elev fordelt på klassetrinnene 2., 3., 4. og 6. trinn. Tre skoler gjennomførte svømmeundervisningen på 7. trinn i stedet for 6. trinn, og en skole fordelte svømmeundervisningen på 6. og 7. trinn. En skole har kun elever på 1-4.trinn. Kartleggingen viser at det er forskjeller i antall timer totalt, hvor noen få skoler tilbyr mindre

svømmeundervisning og en skole mer svømmeundervisning. Alle skoler vil bli harmonisert i tilbudet for svømmeundervisning per skoleår.

Fem av seks ungdomsskoler, gjeldende år, har valgt å legge svømmeundervisningen til 8. og 10. trinn med flest timer på 8. trinn. En skole har valgt å legge all svømmeundervisningen til ett trinn. Det er ulikt forbruk av timer totalt for begge årstrinn. Som i barneskolen skal timene i ungdomsskolen harmoniseres. Per nå er det driftsutfordringer ved to basseng. Skoler dette berører får tilbud om svømmeundervisning ved andre lokaliteter.

På sikt er det viktig for både barne- og ungdomsskole å samkjøre testformer slik at kommunen får god oversikt over svømmeferdigheter 1.-10.trinn. Dette kan gi muligheter for å vurdere fordeling av ressursinnsatsen hvis ønskelig.

Svømmekurs for kvinner med innvandrerbakgrunn: I regi av Trygge Lokalsamfunn har det i flere år vært gratis svømmekurs for innvandrerkvinner som ikke kan svømme. Det er stor etterspørsel etter plass på kursene og lange ventelister. Økte svømmeferdigheter hos mødrene vil også gi økt trygghet for barna og bedre muligheter for svømmetrening sammen med familien. Det er behov for større tilgang på svømmekurs for innvandrere og også egne svømmetilbud for kvinnene.

**Årsaksforhold:** Dårlige svømmeferdigheter er en risikofaktor for å omkomme i drukningsulykker. En undersøkelse på vegne av Norges Svømmeforbund (Ipsos MMI, 2013) tyder på at svømmeferdighetene til norske barn generelt er mangelfulle. Kun halvparten av 5. klassinger kan svømme minst 200 meter, som er minstekravet for svømmedyktighet. Denne undersøkelse viser også at innvandrerbarn fra ikke-europeiske land er betydelig dårligere til å svømme enn etnisk norske barn og er mer avhengig av å få svømmeopplæring i skolen. Kulturelle og religiøse forhold antydes å ligge bak denne forskjellen (FHI 2019).

**Konsekvenser i et folkehelseperspektiv:** Å kunne svømme tilfredsstillende handler om langt mer enn å forebygge drukning. Å kunne svømme handler om livskvalitet og mestring og om mulighet til deltagelse i det sosiale fellesskapet i kystkommunen Sandefjord. Det handler om mulighet til fysisk aktivitet og rehabilitering. Det handler også om integrering og likestilling. Dette er alle viktige verdier innenfor kommunens folkehelsearbeid

## VOLD OG OVERGREP

Det finnes ingen sikre tall når det gjelder forekomsten av vold og overgrep hverken lokalt i Sandefjord eller nasjonalt. Svært mange av dem som opplever dette, søker ikke hjelp og forteller aldri om det til andre enn de aller nærmeste. Og i den grad de oppsøker hjelp fanges dette ofte ikke opp av helseregisterordninger eller av andre kartlegginger.

Flere store landsdekkende spørreundersøkelser viser imidlertid at en høy andel av befolkningen har vært utsatt for vold eller overgrep. 5%, like mange kvinner som menn, oppgir at de i oppveksten har blitt utsatt for alvorlig vold fra foreldre. 22 % av kvinnene og 44 % av mennene oppgir at de har vært utsatt for alvorlig vold etter at de fylte 18 år. 9 % av kvinnene og 2% av mennene har blitt voldtatt i løpet av livet. For kvinnene har halvparten av disse voldtektene skjedd før de fylte 18 år. For begge kjønn er det all hovedsak menn som er overgripere. Det er

9% av kvinnene og 2% av mennene som oppgir at de har blitt utsatt for alvorlig partnervold. (Kilde: NKVTS)

Ungdataundersøkelsen (2017) spurte ungdomsskoleelever i Sandefjord om de har vært utsatt for vold eller trusler om vold.

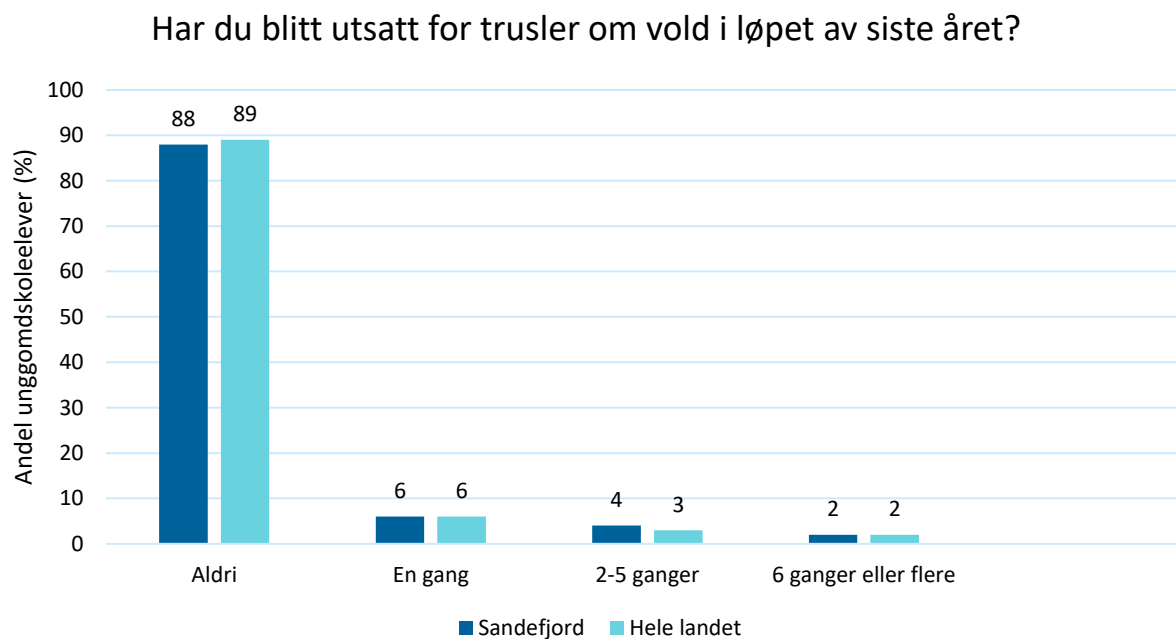


Fig. 5.5 Kilde: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

Andel (%) utsatt for trusler om vold minst en gang siste året, per trinn (ungdomsskoleelever i Sandefjord)

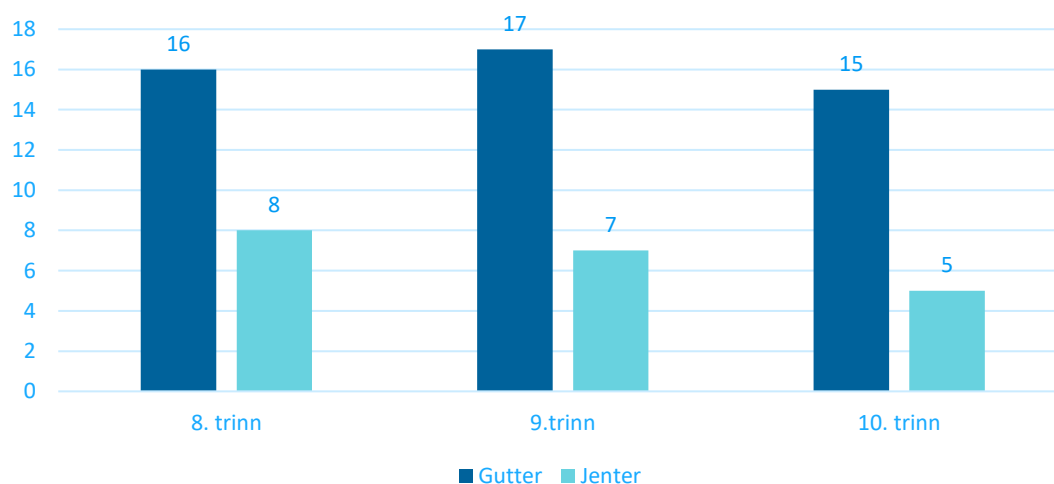


Fig. 5.6 Kilde: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)



### Andel (%) som har blitt utsatt for ulike former for vold siste år (ungdomsskoleelever i Sandefjord)

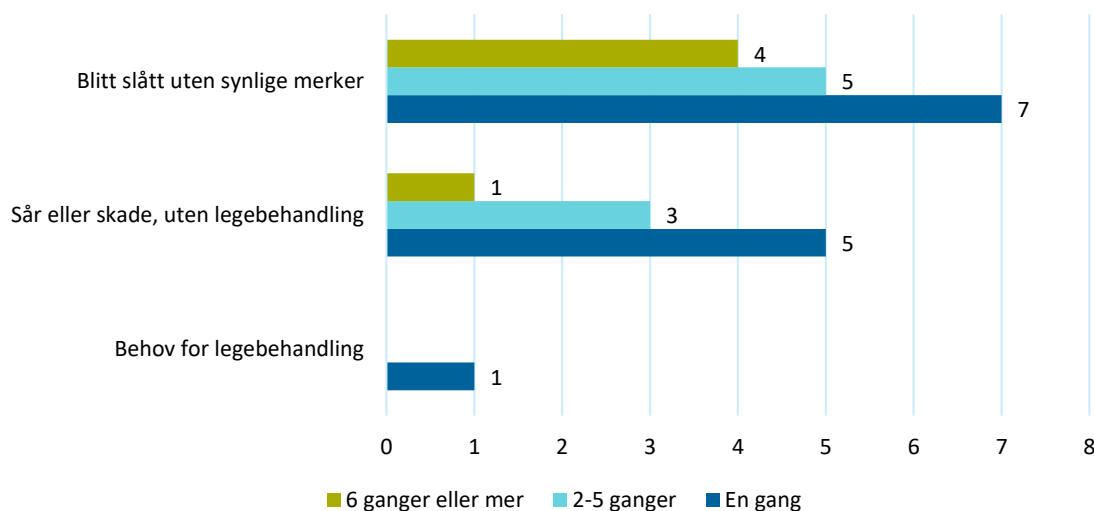


Fig. 5.7 Kilde: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

**Status:** Ungdom er oftere involvert i voldsepisoder enn andre aldersgrupper. Volden kan ta ulik form, og kan grovt sett deles inn i fysisk, psykisk eller seksuell vold. Trenden i Ungdata nasjonalt siden 2010 er at stadig færre ungdommer er utsatt for vold. I Sandefjord rapporterte 13% av ungdomsskoleelevene at de var utsatt for trusler om vold minst én gang siste året i 2013. Tilsvarende andel i 2017 var 12%.

Guttene er overrepresentert når det gjelder å bli utsatt for voldstrusler. På landsbasis er det så mange som hver tiende gutt på ungdomsskoletrinnet og 5-6% av jentene som har blitt skadet eller såret på grunn av vold. Guttene utøver vold hyppigere enn jenter. I Sandefjord er det 4% av ungdomsskoleelevene som rapporterer at de er blitt slått seks ganger eller mer siste året uten at de har fått synlige merker av det. 5% rapporterer at de har fått sår/skade etter å ha blitt utsatt for vold minst én gang siste året. 7% av ungdomsskoleelevene svarte ja på spørsmålet «Har du opplevd at du er blitt slått med vilje av en i familien siste 12 mnd?» 63% av disse oppgir at de ikke har sagt fra til noen. Overgrepsmottaket i Vestfold har de siste årene hatt 70-90 saker i året, disse fordeler seg over hele fylket. I Sandefjord pågår for tiden to prosjekter «Vold i nære relasjoner» og «Poliklinikk vold og overgrep», disse avsluttes først 31.12.19 og sluttrapport vil utarbeides første halvår 2020.

*Trusler og vold i skolen: Bekymring for trusler og vold fra elever på skolen i Sandefjord ble diskutert i Politirådet i 2018. Parallelt hadde ungdomsskolerektorene tatt initiativ til et møte for å diskutere utfordringene de opplevde knyttet til en marginal elevgruppe som hadde svært store vansker med å tilpasse seg reglene i skolen. Det var en antagelse at skolene hadde allerede mange tiltak, men at de ikke var tatt i bruk på alle skoler og at de hadde ulike erfaringer. Det ble gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse som følges opp.*

## RESSURSOVERSIKT I FOLKEHELSEARBEIDET – SANDEFJORD KOMMUNE



I Sandefjord gjøres det mye godt folkehelsearbeid innenfor ulike sektorer og tjenesteområder som bygger opp under alle FNs bærekraftsmål og styrker kommunens sosiale bærekraft. Hvert enkelt kommunalområde bidrar i sin daglige drift og med sine utviklingsprosjekter til mye godt folkehelsearbeid. Kommunen har også prosjekter/tiltak hvor vi får vi til god samhandling på tvers og vi samarbeider også med aktører utenfor kommuneorganisasjonen.

Her er eksempler på ressurser i folkehelsearbeidet i Sandefjord, i form av hvordan vi er organisert, nettverksarbeid og pågående utviklingsprosjekter. Ressursene er gruppert i overordnet folkehelsearbeid og ulike målgrupper:

### Overordnet folkehelsearbeid:

- Folkehelsekoordinator i 100% stilling, SLT-koordinator i 100% stilling (forebyggende tiltak mot rus- og kriminalitet) og folkehelserådgiver i 20% stilling. Deltar i nettverksarbeid i Vestfold fylkeskommune og følger opp partnerskapsavtalen. Folkehelsekoordinator drifter kommunens folkehelsenettverk med representanter fra de ulike kommunalområdene.
- Følger med på helsetilstand og forhold som påvirker innbyggernes helse (Folkehelseoversikt), blant annet gjennomføring av levekårskartlegging.

- Deltar i ordningen Trygge lokalsamfunn (skade- og ulykkeforebygging med fokus på blant annet fallforebygging, svømmeferdigheter, selvmordsforebygging)
- Kommuneoverlege med ansvar for miljørettet helsevern, smittevern, beredskap m.m.

### **Barn, unge og familier:**

- Gjennomfører jevnlig ungdomsundersøkelsen Ungdata
- Program for folkehelsearbeid: Kommunen deltar i et stort nasjonalt program sammen med de andre kommunene i Vestfold. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom skole, skolehelsetjenesten og IT og har fokus på arbeid med psykisk helse og livsmestring i skolen.
- Prosjekt som omhandler å øke barnehagedeltakelse for barn med innvandrerbakgrunn
- Frokostservering på ungdomsskolene
- Helsestasjons, fysio- og skolehelsetjenesten med ulike universelle, grupperettede og individuelle tilbud (eks: PMTO, TIBR, TO-hjem grupper, frisklivsgrupper etter skoletid, Kjærlighet og grenser, Psykologisk førstehjelp, Flexid-grupper for ungdom med krysskulturell identitet)
- Helsestasjon for ungdom
- «Si det videre», undervisning i skolen om vold og overgrep
- Nettverksgruppe: Fagpersoner som jobber med ungdom som pårørende
- Svømmeopplæring i grunnskolen
- Ordning med Opplevelseskortet barn og unge
- Home-start Familiekontakten
- To ungdomshus i Sandefjord sentrum (Naper'n 1916 og Fellesverket) der kommunen er økonomisk bidragsyter
- Hjertesoner rundt barneskolene
- Samarbeid med Antidoping Norge om forebygging av bruk av dopingmidler

### **Eldre:**

- Handlingsplanen Leve hele livet. Aldersvennlig samfunn  
Diverse kurs for en friskere eldre befolkning: Beste årgang og Lyst på livet.
- Aksjon eldresikkerhet (strøsand m.m.)

### **Hele befolkningen:**

- Fellesforum – dialogarena for å fremme mangfold og inkludering
- Diverse frisklivstilbud og et lærings- og mestringssenter. Tilbyr ulike typer kurs og opplæring
- Kurs i depresjonsmestring for ungdom og unge voksne
- VIVAT-kurs (selvmordsforebygging)
- Psykisk helseteam (barn, unge, familier), lavterskel psykisk helsehjelp unge voksne og voksne (30+)
- Bibliotekene som møteplasser. Satsing på ungdomsrom og aktiviteter. Sentralen i Andebu har etablert sosial møteplass for ungdom
- Svømmekurs for kvinner med innvandrerbakgrunn

- Skateparken i Sandefjord sentrum
- Kulturskoletilbud, DKS og Ung kultur møtes
- Nærdemokratiordningen
- «De grønne turene» og ivaretagelse og utvikling av idrettsanlegg og gravplasser
- Et aktivt og mangfoldig organisasjonsliv. Kommunen har utviklet Innbyggerappen for å tilgjengeliggjøre informasjon om ulike tilbud i innbyggernes nærmiljø tilpasset alder
- Tre frivillighetsentraler med ulike tilbud
- Overordnet frivillighetskoordinator i 60% stilling (HSO), Frivillighetsplan «Et styrket fellesskap»
- Næringsseksjon med fokus på utvikling, attraktivitet og det å skape flere arbeidsplasser. Samarbeid med Sandefjord næringslivsforening m.fl.
- Tilrettelegger for sosiale entreprenører
- Fønix (arbeid- og inkluderingsbedrift som eies av kommunen)
- Sykkelbyen Sandefjord
- Tildeler midler til ulike helsefremmende tiltak initiert og driftet av lag og foreninger med fokus på sosiale møteplasser i nærmiljøene

