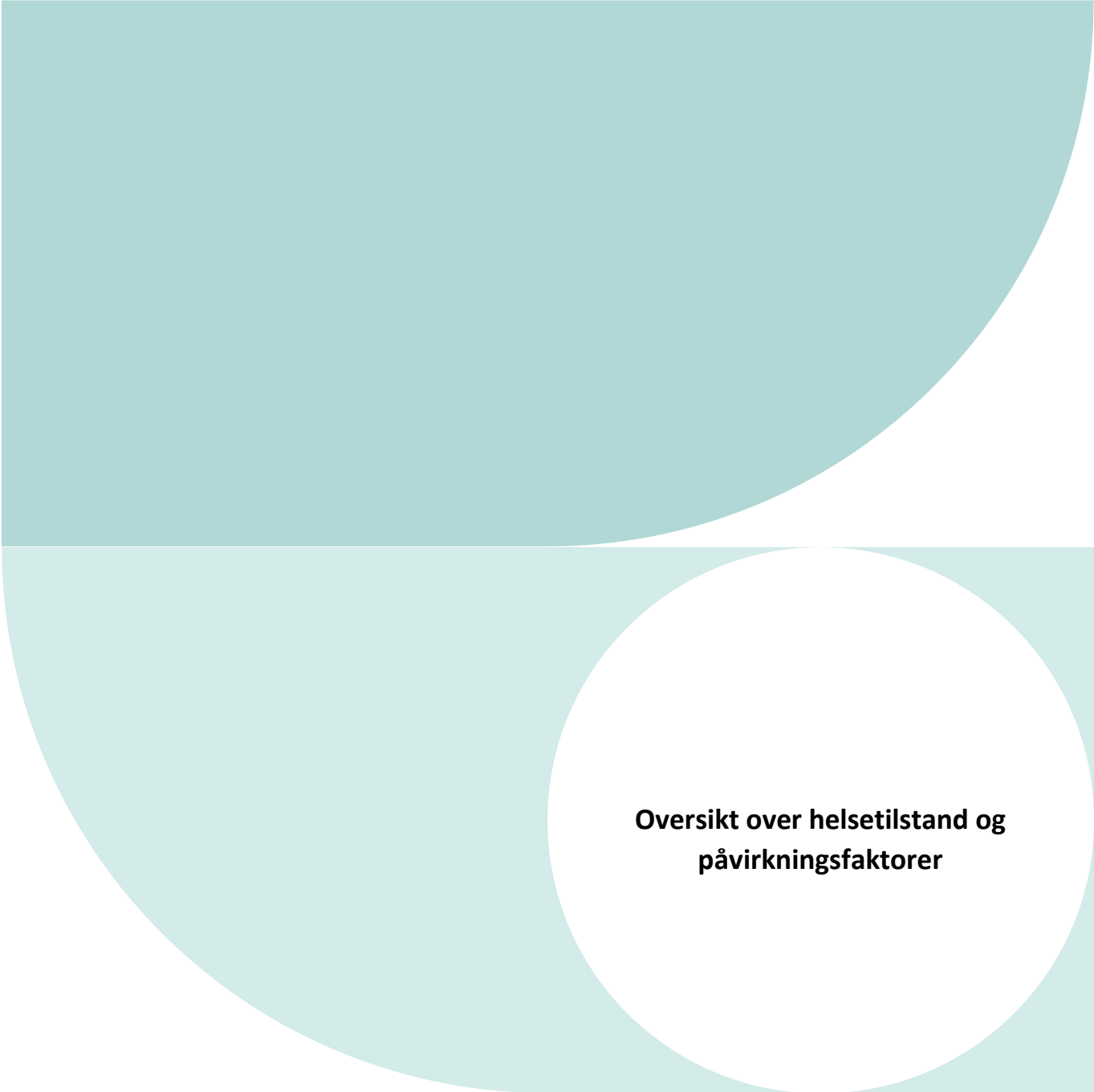


Slik lever vi i Vestfold og Telemark

The graphic features a large teal shape on the left and a white circle on the right, both set against a light teal background. The teal shape is a large, rounded rectangle with a curved right side. The white circle is positioned in the lower right area, overlapping the teal background.

**Oversikt over helsetilstand og
påvirkningsfaktorer**

Innhold

Forord	4
Del 1.....	6
Et regionalt utfordringsbilde	6
Et komplekst folkehelsearbeid	7
Våre største folkehelseutfordringer	9
Sosial ulikhet i helse	9
Psykiske helseplager.....	10
Anbefalte prioriteringer i det regionale plan- og utviklingsarbeidet.....	10
Del 2.....	13
Oppsummering av hovedfunn	13
Befolkning	16
Befolkningsveksten vil avta.....	16
Færre unge.....	17
Flere eldre.....	19
Større innvandrerbefolkning	19
Økt sosial ulikhet i forventet levealder.....	20
Oppsummering og vurdering.....	23
Referanser.....	24
Oppvekst og levekårsforhold	26
God pedagogdekning i barnehagene.....	26
Økende andel minoritetsspråklige barn i barnehagene	28
Sosial ulikhet i regne- og leseferdigheter i grunnskolen	28
Økende gjennomføring av videregående opplæring.....	31
Varierende opplevelser av læringsmiljø	34
Fortsatt mange som opplever mobbing	36
Lavere utdanningsnivå enn i landet.....	38
Inntektsnivå under landsgjennomsnittet og økende inntekstulikhet	40
Stabilt lav arbeidsstyrke.....	42
Høy andel ungdom utenfor opplæring og arbeid.....	46
Boforholdene varierer mellom grupper	47
Oppsummering og vurdering.....	55
Referanser.....	57
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....	61
Enkelte støyuksatte områder	61

Periodevise utfordringer med luftkvalitet i Grenland og Tønsberg	63
Radon – enkelte spesielt utsatte områder	64
God tilgang på rekreasjonsområder og nærnaturterreng	65
Sosial støtte for de fleste	66
Deltakelse og sosioøkonomisk status har sammenheng	67
Bibliotek som møteplass	69
Nedgang i anmeldt lovbrudd	69
Vold og overgrep er et folkehelseproblem	71
Demokratisk deltagelse varierer mellom kommuner	72
Oppsummering og vurdering	75
Referanser	76
Store variasjoner i hoftebrudd mellom kommunene	78
Færre drepte og hardt skadde i trafikken	79
Barn under 3 år er mest utsatt for brann- og etsykader	80
Flest voksne utsatt for forgiftningsskader	83
Antall omkomne i branner varierer fra år til år	83
Færre drukningsulykker	84
Kun halvparten av 10-åringene er svømmedyktige	85
Oppsummering og vurdering	86
Referanser	87
Helserelatert atferd	89
Høy andel røykere blant de med lavere utdanning	89
Risiko for kroniske sykdommer er størst blant de som drikker mye	91
Økning i bruk av cannabis blant gutter	94
Ungdom spiser mindre grønnsaker og fisk enn anbefalt	95
Overvekt blant ungdom og voksne er en utfordring	97
Fysisk aktive unge, men nivået synker med alder	98
Oppsummering og vurdering	104
Referanser	105
Helsetilstand	107
Samfunnets største sykdomsbyrder	107
Egenvurdert helse fordelt i befolkningen	109
Færre dødsfall grunnet sykdom	112
Psykisk helse og livskvalitet	114
Færre dør av kreft	122
Nedgang i hjerte- og karsykdommer	123
Økende forekomst av demens	125
Tendenser til nedgang i nye tilfeller av diabetes type-2	127
Store variasjoner i muskel- og skjelettsykdommer i fylket	129
God tannhelse for de fleste i fylket	132
Oppsummering og vurdering	134
Referanser	135

Vedlegg	138
Et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid	138
Datagrunnlag og kilder	138
Figurer og tabeller	141

Forord

«Slik lever vi i Vestfold og Telemark» er en dybderapport innenfor folkehelse som er nært knyttet opp mot det overordnede kunnskapsgrunnlaget «Ditt og mitt Vestfold og Telemark – et kunnskapsbilde i utvikling». «Ditt og mitt Vestfold og Telemark – et kunnskapsbilde i utvikling» viser utviklingstrekk, utfordringer og muligheter for fylket som helhet, og er inndelt i tre viktige kunnskapsfortellinger: 1. Slik skaper vi verdier i Vestfold og Telemark 2. Slik lever vi i Vestfold og Telemark og 3. Slik skaper vi et klimavennlig og attraktivt Vestfold og Telemark. Denne dybderapporten, «Slik lever vi i Vestfold og Telemark», går bredere og dypere i kunnskapsfremstillingen enn det overordnede kunnskapsgrunnlaget, og utforsker helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket vårt, samt peker på de største folkehelseutfordringene vi står overfor.

En kunnskapsbasert dagsorden

Dybderapporten «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» er én av flere kommende dybderapporter som analyseenheten Vestfold og Telemark + vil utarbeide i nært samarbeid med interne og eksterne fagressurser. Med det overordnede kunnskapsgrunnlaget «Ditt og mitt Vestfold og Telemark – et kunnskapsbilde i utvikling» og ulike typer dybderapporter med stor relevans for politikk- og fagutvikling, ønsker Vestfold og Telemark fylkeskommune å sette en regional og kunnskapsbasert dagsorden for samhandling og tiltaksutvikling sammen med viktige samarbeidspartnere som kommuner, frivillighet, universitets- og høyskolesektoren og andre private og offentlige aktører.

FNs bærekraftsmål som ramme

«Ditt og mitt Vestfold og Telemark – et kunnskapsbilde i utvikling» og dybderapporten «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» hviler på FNs bærekraftsmål både med hensyn til struktur og innholdsutforming. FNs 17 bærekraftsmål er den globale arbeidsplanen for å oppnå økonomisk, sosial og miljømessig bærekraft. De tre dimensjonene har en gjensidig avhengighet og må balanseres opp mot hverandre. Forenklet kan vi si at økonomisk bærekraft hviler på sosial bærekraft som igjen hviler på miljømessig bærekraft. Bærekraftsmålene utgjør en viktig ramme for samfunnsutviklingen, og vil blant annet danne bakteppe for viktige prioriteringer fremover. Nasjonale myndigheter har forpliktet alle kommuner og fylkeskommuner å legge til grunn FNs bærekraftsmål i alt fremtidig plan- og utviklingsarbeid, og dette arbeidet har fylkestinget i Vestfold og Telemark aktivt fulgt opp i det langsiktige arbeidet med regional planstrategi. Kunnskapen og anbefalingene i denne dybderapporten blir et viktig delgrunnlag for endelig utforming av regional planstrategi.

Folkehelsearbeid, som handler om samfunnets samlede innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse og å arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helsa, er en svært viktig del av en bærekraftig samfunnsutvikling. Godt folkehelsearbeid er tett knyttet opp til dimensjonen sosial bærekraft gjennom målsetting om å utjevne forskjeller og skape likeverdige og rettferdige muligheter for menneskelig vekst og utvikling i trygge omgivelser. Et

målrettet og langsiktig folkehelsearbeid som understøtter sosial bærekraft, og dermed også de to andre bærekraftdimensjonene, må være kunnskapsbasert. Kunnskapen gir mulighet til å prioritere og finne gode og riktige løsninger og tiltak på regionalt og lokalt nivå.

Viktige bidragsyttere

«Slik lever vi i Vestfold og Telemark» en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for regionen, men er også fylkeskommunens oversiktsdokument etter folkehelseloven. Folkehelseloven pålegger fylkeskommunen å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket vårt, og positive og negative faktorer som kan påvirke denne, inkludert en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser.

Seksjon for folkehelse og livsmestring har hatt hovedansvaret for å utarbeide «Slik lever vi i Vestfold og Telemark», i samarbeid med analyseenheten Vestfold og Telemark +. Andre seksjoner i fylkeskommunen har også gitt viktige innspill. I tillegg har eksterne bidragsyttere kommet med innspill på ulike tema. NAV Vestfold og Telemark, Sykehuset i Vestfold og i Telemark, Politiet, Miljørettet helsevern i Vestfold og i Telemark og KoRus-Sør har alle bidratt med tekst og tallmateriale.

Vi håper at dybderapporten «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» blir flittig brukt for å fremme kunnskapsbaserte folkehelsetiltak til beste for innbyggerne i det flotte fylket vårt.

Jan Sivert Jøsendal

Trine Orten Groven

Kjersti Ulriksen

Fylkesrådmann Vestfold og
Telemark fylkeskommune

Utviklingsleder Vestfold og
Telemark +

Seksjonsleder for folkehelse
og livsmestring

Del 1

Et regionalt utfordringsbilde

«Slik lever vi i Vestfold og Telemark» peker på to store folkehelseutfordringer i fylket vårt: sosial ulikhet i helse og psykiske helseplager. Klarer vi å møte disse utfordringene vil flere kunne få utdanning og arbeid, og færre vil kunne oppleve utenforskap. Det kan gi forbedret helsetilstand og ha en positiv påvirkning på verdiskapingen i fylket vårt.

I det overordnede kunnskapsgrunnlaget «Ditt og mitt Vestfold og Telemark» er det identifisert to områder som krever prioritering:

1. Verdiskaping gjennom grønn omstilling
2. Samhandling for å løse komplekse samfunnsutfordringer.

Verdiskaping er en forutsetning for velferd, sysselsetting, kjøpekraft og skatteevne, men verdiskapingen i Vestfold og Telemark er lavere enn mange andre steder i landet. Samtidig er det store klimagassutslipp, blant annet fra industri og veitrafikk. Det er avgjørende å få til økt verdiskaping, flere arbeidsplasser og høy sysselsetting i alle deler av fylket gjennom grønn omstilling.

Vestfold og Telemark har et stort verdiskapingspotensial som ikke er tatt ut når det gjelder bioøkonomi, produksjon, handel og reiseliv. Fylket har fortrinn som rene naturressurser og solid kompetanse på utnyttelse av disse ressursene, høy innovasjonstakt i næringslivet, eksportrettet næringsliv som stadig må konkurrere og omstille seg, attraktive bosteder og feriesteder, og et rikt kulturliv og unike kulturminner som utgjør grunnlag for næringsutvikling.

Verdiskaping gjennom grønn omstilling krever kunnskap og nyskaping. For å øke innovasjonstakten og lykkes med grønn omstilling, er det behov for tilførsel av tilstrekkelig og relevant kompetanse til arbeidslivet. For å begrense utenforskap må flere inkluderes i utdanning og arbeid. Gjennomføringen i videregående opplæring øker, men det er fortsatt rundt 9 % av unge mellom 16–25 år som er uten og utenfor både utdanning og arbeid.

Dette er overordnede utfordringer som henger sammen med utviklingen av folkehelse i fylket. Sosial ulikhet i helse, psykiske og fysiske helseplager og utenforskap har negativ påvirkning på verdiskaping. Et godt folkehelsearbeid som fremmer lik tilgang på utdanning, muligheter til å delta i arbeidslivet, bidra kreativt, oppleve mestring, tilhørighet og ikke minst muligheter til å

være en sosial støtte for andre, er dermed både en forutsetning for verdiskapingen i fylket, for utjevning av sosial ulikhet og for sosial bærekraft.

Luftforurensning, støy, miljøgifter og klimaendringer forringer naturgrunnlaget og påvirker helse og trivsel på kort og lang sikt. Grønn omstilling i retning av et lavutslippssamfunn vil øke bruken av fornybar energi, bremse klimaendringene og ivareta naturen som ressursgrunnlag nå og i framtiden. Dette er bra for alles helse. Aller mest betyr det for mennesker med lav inntekt og utdanning, som i dagliglivet utsettes mest for skadelig miljøpåvirkning.

Samhandling er avgjørende for å møte de komplekse samfunnsutfordringene vi står overfor i Vestfold og Telemark både når det gjelder verdiskaping og klimaendringer, men også folkehelseutfordringer som sosial ulikhet i helse. Vi må samordne ressursbruk og samarbeide på tvers av geografi, sektor og bransje. God helse skapes ikke i helsesektoren alene, men krever sektorovergripende og samordnet innsats fra hele samfunnet for å få til langsiktige løsninger og økt gjennomslagskraft.



Figur 1 Bærekraftig utvikling i et folkehelseperspektiv (Illustrasjon: Martin Hvattum)

Et komplekst folkehelsearbeid

I folkehelsearbeidet sidestilles fysiske, psykiske, sosiale og miljømessige dimensjoner av helse. Dette innebærer at god helse ikke bare forstås som fravær av sykdom og plage, men at det også forstås som opplevelsen av et godt, trygt og meningsfylt liv. Arbeidet retter seg mot hele befolkningen, ikke bare mot utsatte grupper, og krever innsats fra alle samfunnets sektorer. Folkehelsearbeidet utøves langs to akser: gjennom helsefremmende strategier som styrker og forbedrer befolkningens helse og trivsel, og gjennom sykdomsforebyggende tiltak for å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre sykdom og skade.

Folkehelsearbeidet har mye til felles med den sosiale dimensjonen i FNs bærekraftsmål. Både sosial bærekraft og folkehelse handler om å fremme en samfunnsutvikling som setter menneskelige behov i sentrum, gir sosial rettferdighet og like livssjanser for alle, legger til rette for at mennesker som bor i lokalsamfunnet kan påvirke forhold i nærmiljøet, og legger til rette for deltakelse og samarbeid. Sosial bærekraft betyr at innbyggerne kan være ressurser for hverandre. Da er god helse, trivsel og livskvalitet og en rettferdig fordeling av dette viktige mål i seg selv.

Det er et mangfold av faktorer som påvirker befolkningens helse og trivsel. Figur 2 illustrerer at vi kan dele inn påvirkningsfaktorer i *bakenforliggende* og *nære*. De *bakenforliggende* faktorene refererer til sosioøkonomiske påvirkningsfaktorer som utdanning, inntekt, bolig og arbeid. De *nære* påvirkningsfaktorene dreier seg om forhold som mer direkte påvirker helse og trivsel, slik som sosialt miljø, tilgang til natur, rekreasjon, kultur- og fritidstilbud, muligheter for fysisk aktivitet og et sunt kosthold.



Figur 2 Sammenhengen mellom påvirkningsfaktorer og helsetilstand og det systematiske folkehelsearbeidet, inspirert av Whitehead og Dahlgren (1991). (Illustrasjon: Martin Hvattum).

Ofte vil hver enkelt påvirkningsfaktor både virke inn på andre påvirkningsfaktorer og på flere helsemessige forhold samtidig. På den måten blir helsetilstand *både* et resultat av befolkningssammensetningen, og hvordan ulike faktorer knyttet til blant annet levevaner, sosialt miljø eller levekårsforhold påvirker helseutfall og fordeler seg ulikt i aktuell befolkning.

Det samlede bildet er sammensatt og kan oppfattes som overveldende. For at opplysninger skal nyttiggjøres som kunnskap må de tolkes og settes inn i en sammenheng. En modell over årsakssammenhenger som i Figur 2 kan være til hjelp. Modellen illustrerer også hvordan kommuner og fylkeskommuner kan jobbe med dette. Å identifisere folkehelseutfordringer, vurdere årsaksforhold og konsekvenser er nødvendig for å navigere i landskapet av påvirkningsfaktorer på veien mot å fremme god folkehelse.

Våre største folkehelseutfordringer

Med utgangspunkt i utviklingstrekk og analyser i del 2 av «Slik lever vi i Vestfold og Telemark», identifiseres følgende store folkehelseutfordringer i fylket vårt:

1. Sosial ulikhet i helse
2. Psykiske helseplager

Sosial ulikhet i helse

Sosial ulikhet i helse eller sosiale helseforskjeller handler om hvordan helsetilstanden systematisk varierer etter sosioøkonomiske strukturer i samfunnet, for eksempel inntekt, utdanning og yrke. Sosiale forskjeller gir dermed mennesker ulike muligheter og livssjanser, noe som utfordrer samfunnets sosiale bærekraft.

Personer i Vestfold og Telemark med høyere utdanning og/eller inntekt har gjennomgående bedre helse, mindre skader, bedre helseatferd og opplever mer sosial støtte, mestring og livskvalitet sammenliknet med personer med lavere inntekt og/eller utdanning. I Vestfold og Telemark er levealderen høy, men sykdomsbyrdene er skjevt fordelt i befolkningen. Forventet levealder øker for hele befolkningen, men det gjør også den sosiale ulikheten i forventet levealder. Dette viser at de største sykdomsbyrdene vi har i samfunnet er ulikt fordelt. For flere av helseindikatorne og påvirkningsfaktorene vi presenterer i del 2 av «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» ser vi også et systematisk mønster der helsa forverres for hvert trinn ned på en tenkt sosioøkonomisk stige: en såkalt sosial gradient. De sosiale helseforskjellene er så gjennomgående og tydelige at de fremholdes som fylkets største folkehelseutfordring.

Oppvekst og levekårsforhold – ulike vilkår

Sosial ulikhet i helse er resultat av et komplekst samspill mellom ulike faktorer. En rekke av disse risikofaktorene ligger i oppvekst- og levekårsforholdene og dreier seg både om bakenforliggende og nære påvirkningsfaktorer for helse. Vestfold og Telemark har typiske levekårsutfordringer for deler av befolkningen, slik som lavt utdanningsnivå, lav sysselsetting, mange uføre og fattigdomsproblematikk. Rundt 9 % av unge mellom 16 og 25 år er verken i utdanning eller arbeid, og er særlig utsatt for å havne varig utenfor arbeidslivet. Slike forhold er viktige premisser for helse, trivsel og livskvalitet, ved at de legger grunnlag for individets livssjanser.

Barn og unges oppvekstsvilkår er en viktig påvirkningsfaktor for helsetilstanden senere i livet. I 2018 bodde 11 % av barn under 18 år i Vestfold og Telemark i familier med lavinntekt. Hvis det er slik at disse barna, grunnet foreldrenes sosioøkonomiske situasjon, har dårligere fremtidsutsikter enn andre barn, er dette både bekymringsverdig for folkehelsa og velferdsstatens videre bærekraft, og urettferdig for det enkelte individ.

Utdanning er den viktigste inngangsbilletten til arbeidsmarkedet og er også et viktig middel for å sikre en bærekraftig økonomisk utvikling gjennom deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. På motsatt side er det påvist en sterk sammenheng mellom dårlig selvrapportert helse, manglende videregående opplæring og risiko for å motta medisinske og ikke-medisinske stønader tidlig i voksenlivet. Det er en tydelig sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og mestring i grunnskolen og gjennomføring av videregående opplæring. 89 % av elever med foreldre som har

høyere utdanning, har fullført og bestått videregående opplæring i løpet av 5 år. For elever der foreldre har grunnskoleutdanning, har om lag halvparten gjort det samme. Ettersom utdanning gir opplevelse av mestring, muligheter på arbeids- og boligmarked og tilgang til materielle goder, kan slike sammenhenger bidra til å opprettholde sosial ulikhet i helse i befolkningen på sikt.

God helse skapes der vi bor, lever og arbeider – i det som kan kalles hverdagslivets ulike settinger. Med settinger menes de ulike sammenhengene vi deltar i og stedene vi tilbringer tid. Utdanningsinstitusjoner er eksempler på en slik setting, fritidsarenaen er en annen, familien en tredje. Skal vi lykkes med å redusere de sosiale ulikhetene i de *bakenforliggende* påvirkningsfaktorene som utdanning, inntekt, arbeid og bolig, er det viktig også å rette fokus mot utjevning av ulikheter i de *nære* faktorene som befinner seg i disse settingene; tilgang på sosial støtte, opplevelse av mestring, trivsel, anerkjennelse og deltakelse. Dette krever en helhetlig tilnærming til utfordringene som skal møtes, slik at ulike påvirkningsfaktorer kan knyttes til den sammenhengen der mennesket faktisk møter dem; i hverdagslivet.

Psykiske helseplager

Omfanget av psykiske plager blant barn og unge ser ut til å øke, og påvirker både helse, trivsel og læring negativt i så stor grad at psykisk helse er å anse som den andre av fylkets store folkehelseutfordringer.

«Slik lever vi i Vestfold og Telemark» viser en økning i omfang av psykiske plager blant barn og unge i fylket. Ungdataundersøkelsen viser at 17 % av ungdommene i Vestfold og Telemark har et høyt nivå av psykiske plager. Fylket har en høy andel registrerte henvendelser i primærhelsetjenesten knyttet til psykiske plager. Vestfold og Telemark ligger høyt på selvmordsstatistikken og en høy andel ungdommer oppgir at de enten har forsøkt å ta sitt eget liv eller forsøkt å skade seg selv. Psykiske helseplager er også tett knyttet til utfordringer med rus.

Lette psykiske vansker er også knyttet til frafall fra videregående. Dette er bekymringsverdig når vi vet hvilken betydning utdanning har for individets livssjanser og fremtidig helse. Forebygging og helsefremming knyttet til psykisk helse er viktig for å forhindre sosial ekskludering og utenforskap, og for å fremme trivsel og livskvalitet for hele befolkningen. God psykisk helse blant voksne spiller også en viktig rolle i barn og unges oppvekstvilkår.

Anbefalte prioriteringer i det regionale plan- og utviklingsarbeidet

På bakgrunn av de største folkehelseutfordringene i Vestfold og Telemark bør følgende hovedtema gis prioritet i det regionale planarbeidet:

- God kvalitet i utdanning og et inkluderende arbeidsliv

Barnehager, grunnskoler og videregående skoler med god kvalitet, som fremmer mestring og muligheter for alle elever, uavhengig av sosial bakgrunn, sikrer god helse og trivsel for alle, og er avgjørende for at barn og unge skal kvalifiseres til et voksenliv med deltakelse i samfunn og arbeidsliv. God kvalitet i utdanning og et inkluderende arbeidsliv bør derfor være et prioritert område i samfunnsplanleggingen. Fylkeskommunene har ansvaret for videregående opplæring.

Gode forutsetninger for gjennomføring i videregående, starter imidlertid allerede i barnehager og grunnskoler. Fylkeskommunen har et ansvar for og et handlingsrom til å understøtte kommunene i dette arbeidet. Dette gjøres i dag, blant annet gjennom å arbeide for helsefremmende barnehager og skoler, men bør styrkes i fortsettelsen.

- Støttende sosiale miljøer

Støttende sosiale miljøer og relasjoner er ressurser i menneskers liv og fungerer som viktige stressbuffere mot ulike livsutfordringer og fremmer god psykisk helse. Trygghet og tilhørighet er grunnleggende for helse og trivsel og avgjørende for deltakelse i sivilsamfunnet, i opplæring og utdanning, i arbeidsliv og seniorliv. Det bør legges til rette for sosiale miljøer som fremmer mestring, tilhørighet og positive relasjoner i et livsløpsperspektiv. Skal vi ha mulighet til å styrke samfunnets bærekraft, må støttende sosiale verdier løftes frem som en av regionens viktigste ressurser. Dette bør gjennomsyre samarbeidet med kommune, næringsliv, høyskoler og universiteter og frivillighet. På den måten kan vi bidra til å skape verdi, både for enkeltindivider, grupper og for samfunnet.

- Helsefremmende nærmiljøkvaliteter

Gode nærmiljø og lokalsamfunn er ressurser for trygghet, helse og livskvalitet i befolkningen. Trygg ferdsel i trafikken, mindre utslipp, tilgang til natur, god kollektivtransport, et rikt kulturliv og universell utforming er kvaliteter som fremmer inkludering, trivsel og tilhørighet og som øker attraktivitet, verdiskaping og bærekraft. Dette er eksempler på helsefremmende fysiske og sosiale nærmiljøkvaliteter som bør ivaretas i samfunnsplanleggingen.

Leseveiledning

«Slik lever vi i Vestfold og Telemark» gir kunnskap om folkehelsa i fylket og omfatter mange temaer. Rapporten kan leses som en helhet, men fungerer også som oppslag over status over ulike helseutfall og påvirkningsfaktorer i befolkningen.

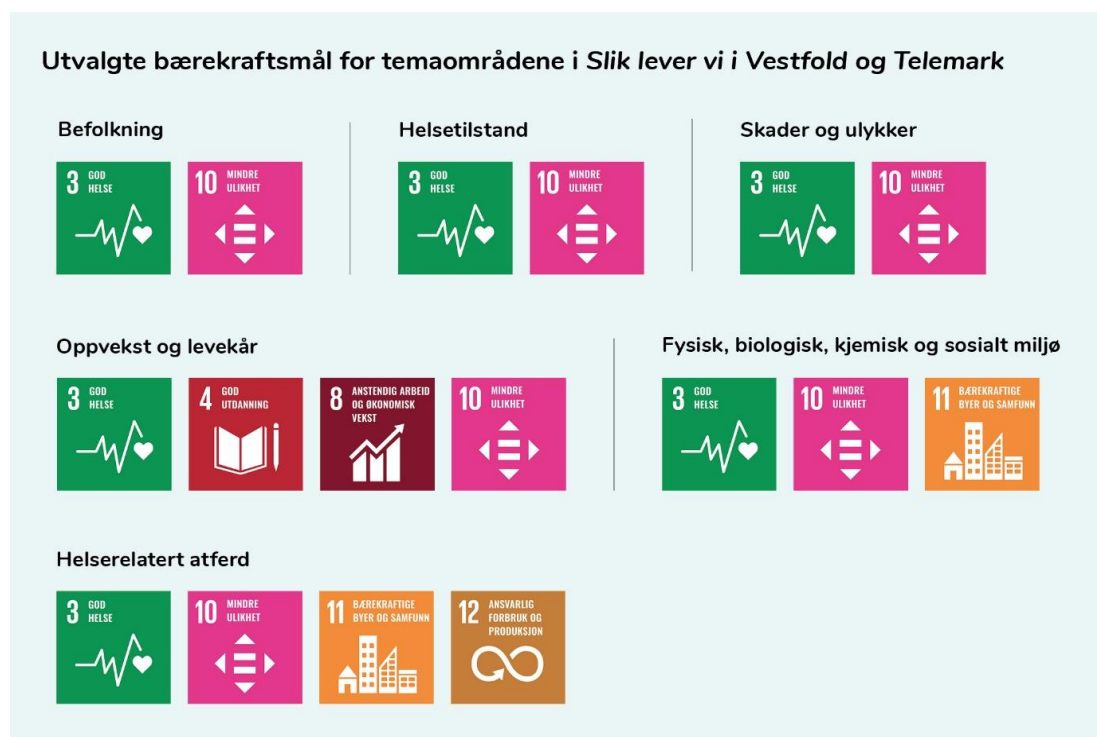
Del 1 viser hvordan «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» kan forstås i rammen det overordnede kunnskapsgrunnlaget «Ditt og mitt Vestfold og Telemark», FNs bærekraftsmål og folkehelseloven. Del 1 viser også de største folkehelseutfordringene i fylket vårt, og anbefalte prioriteringer i folkehelsearbeidet som følge av dette.

Del 2 presenterer data og analyser av de seks temaområdene som Forskrift om oversikt over folkehelsen krever at oversikten skal inneholde:

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

Etter hvert av kapitlene følger en oppsummering av funn og analyser. En overordnet oppsummering basert på kapitteloppsummeringene er presentert først i del 2.

Selv om alle de 17 bærekraftsmålene er relevante i en folkehelsesammenheng, har vi gjort et utvalg blant bærekraftsmålene på bakgrunn av hvilke mål som er særlig relevante for folkehelsearbeidet (se figur 3). En nærmere beskrivelse av koplingen mellom hvert enkelt temaområde i del 2 og utvalgte bærekraftsmål blir gitt innledningsvis i hvert enkelt kapittel.



Figur 3 Utvalgte bærekraftsmål for hvert temaområde

Del 2

Oppsummering av hovedfunn

Utvalg og vurderinger

Del 2 av «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» gir utdypende kunnskap om folkehelsa i Vestfold og Telemark. Oversiktsdokumentet dekker seks ulike temaområder i henhold til forskrift om oversikt over folkehelsen. Utvalg av indikatorer hviler på en rekke vurderinger og hensyn, samt muligheter både i forhold til hva som er tilgjengelig og hvilke handlingsrom fylkeskommunen og til dels kommuner har. Indikatorer inkludert i oversiktsdokumenter for de to tidligere fylkeskommunene er søkt videreført både for å følge utviklingen og med viten om at en grundig utvelgelsesprosess lå til grunn. I tillegg er indikatorer som er fremhevet som aktuelle å følge i Regional plan for folkehelse (tidligere Vestfold) i hovedsak inkludert og indikatorer som bidrar til å understøtte kommunenes eget oversiktsarbeid. Utvalgte resultater fra egne spørreundersøkelser som Ungdata og Folkehelseundersøkelsen komplementerer data fra nasjonale kilder med en dypere kunnskap om befolkningens helsetilstand og kjente faktorer som virker inn på denne.

COVID-19 pandemien vil på kort eller lang sikt endre flere av indikatorene som er beskrevet i dette dokumentet. Dette er kommentert innledningsvis i flere av oversiktsdokumentets kapitler. Utviklingen kan også virke inn på helhetsvurderingen av de største folkehelseutfordringene. I arbeidet med å bremse de helsemessige og samfunnsmessige virkningene av COVID-19, og i arbeidet med å komme tilbake til et normalt samfunnsliv, vil folkehelsearbeid være et viktig element for myndigheter på alle nivå, også for Vestfold og Telemark fylkeskommune.

Høy levealder, men store sykdomsbyrder som er ulikt fordelt

Del 2 av «Slik lever vi i Vestfold og Telemark» viser at levealderen i fylket er høy, men sykdomsbyrdene er skjevt fordelt i befolkningen. Forventet levealder øker for hele befolkningen, men det gjør også den *sosiale ulikheten* i forventet levealder. Dette viser at de største sykdomsbyrdene vi har i samfunnet er ulikt fordelt.

Befolkningsutviklingen i Vestfold og Telemark preges av en økende andel eldre og en synkende andel unge og i arbeidsdyktig alder. Endringene i tilgang på arbeidskraft og en samtidig økning i sykdoms- og omsorgsbyrde, bidrar til et press på bærekraften i velferdsordningene. Det er verdt å merke seg at psykiske helseplager blant unge øker, og at andelen med plager er betydelig høyere for de som har foreldre med lav sosioøkonomisk status. Blant de voksne er andelen med psykiske lidelser stabil.

Muskel- og skjelettplager er en av de største sykdomsbyrdene når det gjelder tap av friske leveår, og fører til redusert livskvalitet og tap av arbeidsevne for mange. Det er færre som dør av kreft i Vestfold og Telemark, parallelt med at antall nye tilfeller øker. Denne økningen har sammenheng med en aldrende befolkning. Samtidig er det sannsynlig at miljøfaktorer spiller en rolle. Økning i forekomst av demens har direkte sammenheng med alderssammensetningen i

befolkningen, men er en tilstand som *kan* utsettes og forebygges. Det har vært en tendens til nedgang i diabetes type 2, som er en tilstand nært forbundet med helserelaterte levevaner.

Det er en økende andel barn og voksne i regionen med psykisk plager. Det er også en bekymringsverdig høy andel som begår selvmord. Selv om årsakene til selvmord er sammensatte, er psykiske plager og lidelser en viktig risikofaktor i årsaksbildet. Flere unge oppgir at de har forsøkt å skade seg selv. Det er flest menn som tar selvmord. Når det gjelder selvskading er dette mest utbredt blant jenter. Folkehelseundersøkelsen i Vestfold viser at opplevelse av mening i tilværelsen er en viktig beskyttelsesfaktor for helse.

Ulikhet i vilkår for barn og unge

Barn og unges oppvekstvilkår er en viktig påvirkningsfaktor for helsetilstanden senere i livet. De aller fleste barn og unge trives på skolen i Vestfold og Telemark, og gjennomføringen i videregående opplæring har økt de siste årene. Dette er positive utviklingstrekk, men vi ser likevel at det er ulike vilkår for barn og unge i fylket. Det tegner seg et mønster av sosial ulikhet når vi undersøker sammenhengen mellom foreldrenes utdanningsnivå og elevers skolegang, både når det gjelder mestringsnivå i grunnskolen og frafall i videregående opplæring. Utdanning gir opplevelse av mestring, muligheter på arbeids- og boligmarked og tilgang til materielle goder. Derfor kan slike sammenhenger bidra til å opprettholde sosial ulikhet i helse i befolkningen på sikt.

Ulike vilkår for barn og unge, som trangboddhet, utrygghet i boforhold, lavere deltakelse i organisasjoner og idrettsaktiviteter kan bidra til manglende inkludering i fellesskapet. Det er også slik at en noe lavere andel unge fra hjem med lav sosioøkonomisk status oppgir at de har en fortrolig venn i Vestfold og Telemark. God psykisk helse blant voksne spiller også en viktig rolle i barn og unges oppvekstvilkår.

For lite fysisk aktivitet

Helsegevinsten ved å være fysisk aktiv gjelder for alle aldersgrupper og er en helt sentral beskyttelsesfaktor mot en rekke sykdommer. Barn og unges aktivitetsnivå synker i løpet av ungdomsskolen og hverdagsaktiviteten går ned. Overvekt blant ungdom og voksne er en konsekvens av for lite bevegelse, som er en utfordring som påvirker de fleste sykdomsbyrdene i samfunnet. Andelen som sykler til skolen synker, men det er en liten økning i andelen som går.

Levevaner er valg som gjøres i et miljø. I Vestfold og Telemark er det de med høyere sosioøkonomisk bakgrunn som er mest fysisk aktive. Barn og unges deltakelse i idrett følger et mønster etter foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn. Fellesarenaer som nærmiljø og lokalsamfunn, skole og arbeidsplass er påvirkningsfaktorer for helsefremmende levevaner. Vestfold og Telemark har for eksempel god tilgang på rekreasjonsområder og nærturterreng, som er en viktig helsefremmende ressurs i et samfunn, særlig fordi deltakelse i friluftsliv går på tvers av sosiale grupper.

Kostholdet er ikke næringsrikt nok

Kostholdet vårt påvirker helse og risikoen for kroniske sykdommer. Ungdom Vestfold og Telemark spiser ikke nok næringsrik mat etter nasjonale anbefalinger når det gjelder frukt og

bær eller sjømat. Kostholdsvaner påvirker også overvekt. Vestfold og Telemark er et fylke der det dyrkes mye grønnsaker, men dette er ikke en ressurs som utnyttes i stor nok grad.

Nedgang i røyking, men alkoholforbruk øker

Nedgangen i røyking har vært betydelig, men er fortsatt viktigste enkeltårsak til sykdom og tidlig død. Halvparten av de som røyker dør tidligere enn de ville ha gjort om de ikke røyket. I Norge betyr røyking mest for sosial ulikhet i helse, målt i dødsfall. I Vestfold og Telemark er andelen med lav utdanning som røyker, betydelig høyere enn for de med lang utdanning.

Det jevnlige alkoholforbruket har økt i Vestfold og Telemark, men ligger likevel noe under landsgjennomsnittet. Alkoholforbruket har en omvendt sammenheng med utdanning og inntekt, der de med høyest inntekt og utdanning drikker mest. Det går ikke et skarpt skille mellom bruk og skadelig bruk av alkohol. Psykiske og sosiale utfordringer kan ligge bak alkoholrelaterte problemer. Folkehelseutfordringer knyttet til alkohol er når skadelig bruk eller avhengighet oppstår. En stor del av skader og ulykker er forbundet med alkohol, i tillegg til vold i nære relasjoner.

Skader og ulykker krever fortsatt forebygging

Skader og ulykker utgjør fortsatt en viktig folkehelseutfordring i Vestfold og Telemark, og fylket ligger høyere enn landet på andel barn 0–14 år som skades i ulykker. Det viser seg at det er store variasjoner i hoftebrudd mellom kommunene i Vestfold og Telemark. Fall er den vanligste årsaken til hoftebrudd hos eldre, med store konsekvenser for funksjonsevne og livskvalitet. Det er fortsatt positiv utvikling når det gjelder drepte og hardt skadde i trafikken, samtidig som risikoen for myke trafikanter er høyere enn for de som kjører bil når man tar hensyn til at reiselengde varierer.

Befolkning

Befolkningens størrelse og sammensetning er i endring, og ulike helseutfordringer knyttes til ulike grupper. Nøkkeltall om befolkningen er derfor viktig informasjon for å vurdere helsetilstanden, nå og med tanke på framtiden.



I dette kapittelet presenteres egenskaper ved befolkningen i Vestfold og Telemark. Dette er relevant bakgrunnskunnskap for å forklare folkehelseutfordringene. Levealderen øker, men ikke like mye for alle befolkningsgrupper. Den indikatoren som tydeligst kan illustrere bærekraftsmålene 10 om mindre ulikhet og 3 om god helse, er forventet levealder etter utdanningsnivå.

Befolkningsveksten vil avta

Ved inngangen til 2020 var det 419 396 innbyggere i Vestfold og Telemark. Den siste befolkningsframskrivningen fra Statistisk sentralbyrå (SSB), utført i 2018, gir et befolkningstall for fylket på ca. 467 000 innbyggere etter det såkalte hovedalternativet – MMMM (SSB, 2020A). De fire M-ene står for middels nivå for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring.

SSB har i de siste framskrivningene nedjustert veksten i befolkningen i Norge, først og fremst på grunn av lavere fruktbarhet og lavere innvandring. Dersom trenden med lav fruktbarhet og lav innvandring holder seg, vil befolkningen i fylket vokse mindre enn hva tilfellet har vært de siste årene. Et framskrivningsalternativ basert på lav fruktbarhet og lav innvandring, men høyere aldring, gir et befolkningstall på ca. 455 000 i 2040 (LHML-alternativet).

Framskrivningene viser at antallet i de eldre aldersgruppene vil vokse kraftig, mens de yngre aldersgruppene nesten står stille eller har nedgang. Denne utviklingen med stagnasjon i befolkningsmengden i arbeidsfør alder understreker betydningen av god helse for hele befolkningen.

Framskrivningen etter MMMM-alternativet gir en vekst i aldersgruppen 20–64 år på kun ca. 3500 mennesker, mens hele befolkningen vokser med ca. 46 000 mennesker. Dersom framskrivningen skjer etter alternativet med lav fruktbarhet, høy aldring og lav innvandring (LHML-alternativet) er det en faktisk nedgang i aldersgruppen 20–64 år fra 2020 til 2040 på ca. 1300 mennesker. Etter denne framskrivningen vokser aldersgruppen 65+ med ca. 46 000 mennesker, mens gruppen 0-19 blir redusert med 9 000 mennesker.



Figur 4 Befolkning og framskriving 2020–2040 for Vestfold og Telemark. Fordeling på aldersgrupper etter to av SSBs framskrivningsalternativer. MMMM=middels fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring og LHML= lav fruktbarhet, høy aldring og lav innvandring. Kilde: SSB, tabell 07459 og 11668

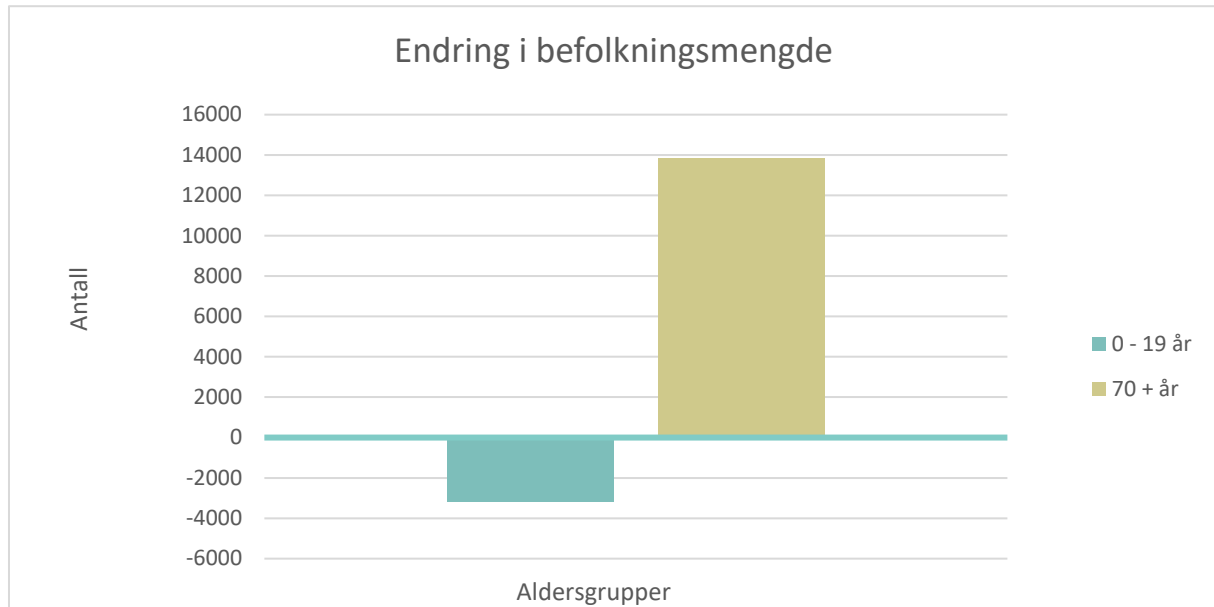
Dette illustrerer at lav fruktbarhet og lav innvandring sammen med høy aldring gir en betydelig større vridning i alderssammensetningen enn MMMM-alternativet.

Faktorene bak den samlede befolkningsutviklingen er ulike fra kommune til kommune. Flere kommuner i fylket opplever stagnasjon eller tilbakegang i det samlede befolkningstallet.

Færre unge

Ved inngangen til 2020 bodde det 3 180 færre barn og unge i Vestfold og Telemark (0–19 år) enn i 2010. I samme periode økte antall mennesker i alderen 70 år og eldre med 13 819 (SSB, 2020B).

Det har lenge vært høy oppmerksomhet på den såkalte aldersbølgen. Økt levealder sammen med høye fødselskull etter 2. verdenskrig vil gi svært store kull av eldre. Denne bølgen faller nå sammen med en nedgang i fødselstall og relativt små kull av barn og unge, på grunn av lavere fruktbarhet pr. kvinne. Utviklingen i Vestfold og Telemark er illustrert i Figur 5.



Figur 5 Endring i antall mennesker i alderen 0–19 år og 70+ i Vestfold og Telemark fra 2010 til 2020. Kilde: SSB, tabell 07459

Dette er karakteristisk for befolkningsutviklingen i fylket, og for store deler av Norge. Med få unntak har kommunene i Vestfold og Telemark færre barn i alderen 0–19 nå, enn for fem år siden. Unntakene er Holmestrand, Tønsberg og Nissedal. Folkerike kommuner som Skien, Porsgrunn, Larvik og Sandefjord har alle en betydelig nedgang i antall barn (SSB, 2020B).

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

Det samlede fruktbarhetstallet for Norge ble i 2019 målt til 1,53 barn per kvinne. Dette er det laveste nivået som noen gang er målt i Norge. Det lave fruktbarhetstallet er et resultat av en trend som har vart i mange år. En viktig årsak til nedgangen i fruktbarhet er at stadig flere kvinner utsetter å få sitt første barn. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge er nå 29,5 år for mødre. Fedre er i gjennomsnitt 31,8 år når de får sitt første barn. En annen årsak til nedgang i fruktbarhet er at færre kvinner føder mer enn to barn. Det er også en nedgang i antall flerfødsler (SSB, 2019).

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

Flere eldre

Det at andelen eldre øker er den sikreste trenden i befolkningsutviklingen framover. Trenden skyldes at levealderen stadig øker, og at det er store fødselskull som blir en del av den eldre befolkningen i årene som kommer. I 2020 var 18 % av befolkningen i Vestfold og Telemark 67 år og eldre. Dette er den tredje høyeste andelen eldre av alle fylkene. Hovedalternativet i SSBs befolkningsframskriving viser at antallet 67 år og eldre i fylket vil øke til om lag 25 % i 2040.

Andelen eldre øker mest i distriktskommunene i Vestfold og Telemark. I en del kommuner vil rundt 30 % av innbyggerne være over 67 år i 2040. Sentraliseringen forsterker dette, ettersom unge personer i fruktbar alder flytter til bynære strøk. Dermed blir barna deres også født i mer sentrale strøk. De eldre er mer bofaste, og blir igjen i distriktskommunene.

Eldrebølgen vil føre til at omsorgsbyrden øker kraftig i årene som kommer, og utfordrer bærekraften i velferdsordningene. Selv om alle kommunene i Vestfold og Telemark vil merke dette, gjelder det særlig distriktskommunene. Dersom sentraliseringen fortsetter, med høy utflytting av unge voksne, vil også stadig færre eldre bo nær voksne barn, med den betydningen dette har for tilgang på uformell omsorg. Dette er særlig aktuelt for distriktskommuner som ligger langt fra høyere utdanningsinstitusjoner (Rogne & Syse, 2017).

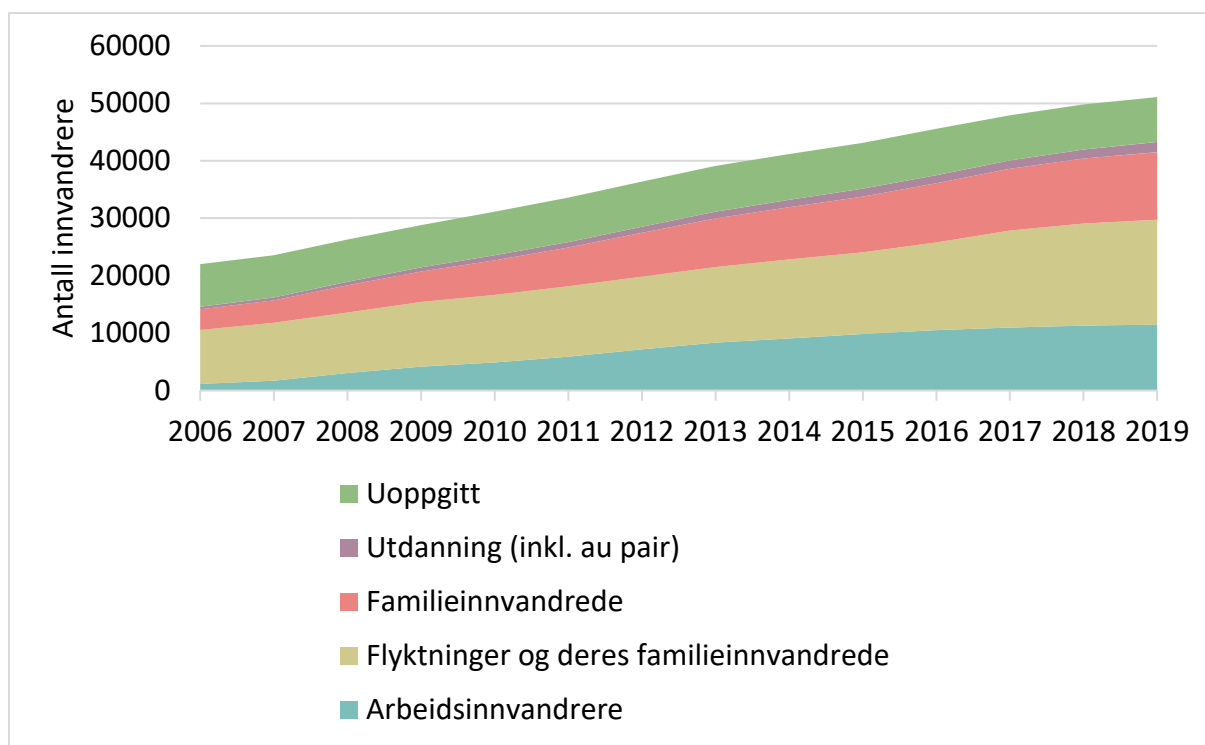
Større innvandrerbefolkning

Innvandring er en annen stor usikkerhetsfaktor som påvirker folketallet framover. Med lave fødselsoverskudd er nettoinnflytting det som har gitt befolkningsvekst i Vestfold og Telemark. Netto innvandring utgjør den største delen av netto innflytting til fylket.

Selv om innvandringen til Vestfold og Telemark har vært lav i nasjonal målestokk, og gått ned de siste årene, øker andelen bosatte innvandrere for hvert år. Ved inngangen til 2019 var 12 % av befolkningen i Vestfold og Telemark innvandrere. Dette er en økning fra 8 % i 2010. I tillegg er 3 % av befolkningen norskfødte med innvandrerforeldre. Fylket har likevel en lavere andel innvandrere enn landet som helhet, der andelen er 14 % (SSB 2020C).

I et folkehelseperspektiv er det relevant å vite mer om kjennetegn ved innvandrerbefolkningen. Særlig har innvandringsgrunn, landbakgrunn og botid i Norge betydning for helse og sykdom. Flyktninger har dårligere helse enn de som kommer til Norge på grunn av familiegjenforening, arbeid eller utdanning. Arbeidsinnvandrere har i utgangspunktet god helse, men arbeidsforhold, livssituasjon og barrierer, slik som begrensede norskkunnskaper, kan medføre lavere tilgang til helsetjenester, og dårligere helse over tid. Asyløkere og flyktninger kan ha særlige helseutfordringer knyttet til forhold før og under migrasjon.

Figur 6 viser at flukt og familieinnvandring er de vanligste innvandringsgrunnene blant innvandrere bosatt i Vestfold og Telemark. Antallet innvandrere med slik innvandringsbakgrunn har økt betydelig de siste årene. Vestfold og Telemark har en høyere andel innvandrere som har kommet som flyktninger eller deres familieinnvandrede enn landet som helhet. Andelen arbeidsinnvandrere er imidlertid lavere enn landet som helhet (IMDI 2019).



Figur 6 Antall innvandrere bosatt i Vestfold og Telemark etter innvandringsgrunn. Kilde: IMDI (2019)

I Vestfold og Telemark er det Sandefjord som har den høyeste andelen innvandrere, med 15 %. Sammenliknet med andre kommuner i Vestfold og Telemark har Sandefjord en høy andel arbeidsinnvandrere, særlig fra Polen og Litauen. En annen kommune med høy andel innvandrere, er Skien, med 13 % innvandrere. Blant disse er halvparten flyktninger og deres familieinnvandrede, mens bare 15 % er arbeidsinnvandrere. I flere av distriktskommunene utgjør innvandrere bare 7–8 % av befolkningen. Det gjelder for eksempel Hjarthdal, Kviteseid, Tokke, Bamble og Siljan.

Økt sosial ulikhet i forventet levealder

Forventet levealder ved fødselen i Vestfold og Telemark er nå beregnet til 83 år for kvinner og 79 år for menn. Det er henholdsvis 0,5 og 0,4 år lavere enn landet som helhet, og er beregnet over en 7 års periode (2012–2018). Forskjellen mot landsgjennomsnittet har holdt seg stabil de siste 20 årene. Forventet levealder for hele befolkningen har økt betydelig. For menn har den økt med 5,3 år, for kvinner med 2,9, år – noe som innebærer at levealdersforskjellen mellom kjønnene er blitt redusert.

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

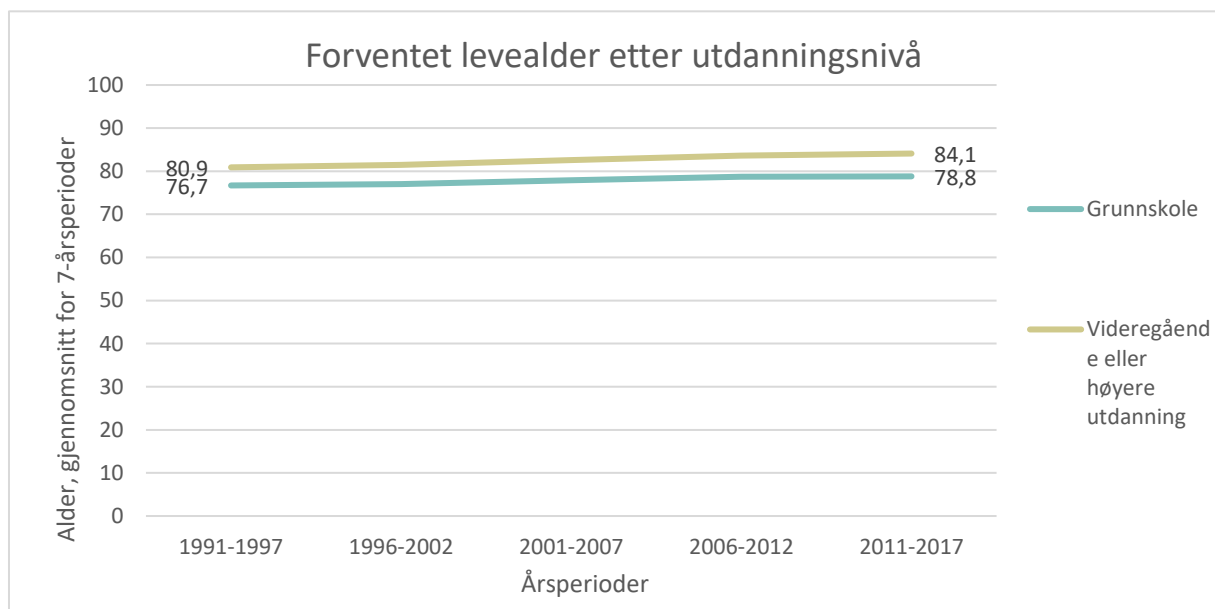
År		1992–1998	1997–2003	2002–2008	2007–2013	2012–2018
Geografi	Kjønn					
Hele landet	menn	74,9	76,1	77,7	79	80,4
	kvinner	80,8	81,5	82,5	83,3	84

Vestfold og Telemark	menn	74,7	75,6	77,3	78,6	80
	kvinner	80,8	81	82,1	82,8	83,7

Levealder er et resultat av endring i dødelighet. Endring i dødelighet skyldes endring i helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Levealder er en vesentlig driver for det samlede befolkningstallet. Indikatoren «forventet levealder» forteller hvor lenge en person som blir født i dag, i gjennomsnitt vil leve, forutsatt at denne personen lever hele sitt liv under de dødelighetsforholdene som gjelder i dag.

Det er ikke noe nytt at vi «lever stadig lenger». Forventet levealder kan beregnes helt tilbake til 1846, og viser at gjennomsnittlig forventet levealder har økt siden den gang. I kapittelet om helsetilstand beskrives flere av årsakene til redusert dødelighet.

Den sosiale ulikheten i helse og livskvalitet som beskrives under ulike temaer i *Slik lever vi i Vestfold og Telemark*, summerer seg til sosial ulikhet når det gjelder dødelighet og dermed i forventet levealder. Ulikheten varierer både for ulike utdanningsgrupper og inntektsgrupper. Figur 7 viser at forskjellen mellom mennesker med grunnskole som høyeste fullførte utdanning og mennesker med videregående eller høyere utdanning er på 5,3 år i Vestfold og Telemark, og har økt noe de siste 20 årene. For perioden 1991–1997 var forskjellen på 4,2 år. For perioden 2011–2017 var forskjellen økt til 5,3 år. Forskjellen økte enda mer mellom utdanningsgruppene grunnskole og høyere utdanning/Universitet.



Figur 7 Forventet levealder fordelt på utdanningsgrupper i Vestfold og Telemark. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank

Forskjeller i forventet levealder og dødsårsaker etter inntekt i perioden 2005–2015 viser 13,8 års forskjell i forventet levealder mellom de aller rikeste og de aller fattigste i Norge (Kinge et al., 2019). Dette tilsvarer forskjellen i levealder mellom de aller rikeste og de aller fattigste i USA. Ser

vi på inntektsnivåene mellom disse ytterpunktene, er forventet levealder jevnt over høyere i Norge enn i USA. Sammenligner vi de 25 % med høyest og lavest inntekt, er forskjellen i levealder 8 år for menn og 6 år for kvinner.

Den høye dødeligheten vi ser i lavinntektsgrupper, knytter seg til høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, lungesykdom (kols), lungekreft og andre kreftsykdommer. Hjerte- og karsykdommer og kreft ser ut til å være de sykdomsgruppene som bidrar mest til forskjell i levealder. Hjerte- og karsykdommer har gått ned i alle inntektsgrupper, men det er fortsatt et stykke igjen før dødeligheten i lavinntektsgrupper er like lav som for høyinntektsgruppene (Folkehelseinstituttet, 2019).

Oppsummering og vurdering



Befolkning

419 396

Antall innbyggere

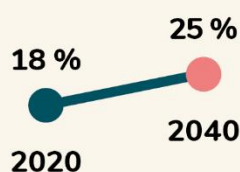
Ved inngangen til 2020 var det 419 396 innbyggere i Vestfold og Telemark

12 %

Antall innvandrere

Ved inngangen til 2020 var 12 prosent av innbyggerne i Vestfold og Telemark innvandrere

Flere eldre i befolkningen



Andelen eldre forventes å øke betydelig i årene som kommer. I 2020 var 18 prosent av befolkningen i Vestfold og Telemark 67 år og eldre. Andelen forventes øke til om lag 25 prosent i 2040.

- Andelen eldre øker mest i distriktskommunene
- I perioden 2010–2020 har antallet innbyggere mellom 0–19 år gått ned med 3 180. Antallet innbyggere over 70 år har økt med 13 819.



Fruktbarhet

Det samlede fruktbarhetstallet for Norge ble i 2018 målt til 1,56 barn per kvinne.



Kvinner
83 år

Menn
79 år

Forventet levealder

- Forventet levealder ved fødselen i Vestfold og Telemark er 83 år for kvinner og 79 år for menn
- Forskjell i forventet levealder mellom kvinner og menn er noe redusert de siste årene. Sosial ulikhet i forventet levealder har derimot blitt noe større.
- Det er 13,8 års forskjell i forventet levealder mellom de aller rikeste og de aller fattigste i Norge

Illustrasjon: blueberry/iStock/Getty Images Plus

Egenskaper ved befolkningen, slik som alderssammensetning, fruktbarhet, flytting og dødelighet kan bidra til å forklare og forutse helsetilstanden i befolkningen. Samtidig kan kunnskap om helsetilstanden bidra til å forklare utviklingen i befolkningen. For eksempel har tilgangen på arbeidskraft og andelen barn og eldre i befolkningen betydning for hvordan helsa fordeler seg, men også for samfunnsøkonomi og bærekraft. Kunnskap om befolkningen er derfor grunnleggende både for å kunne analysere samfunnsutviklingen generelt, og for å utforme gode strategier som svarer på folkehelseutfordringer, slik de kan forventes å utvikle seg.

Befolkningen i Vestfold og Telemark preges av at det blir langt flere eldre. Samtidig blir barne- og ungdomskullene mindre. Mens årsaken til eldrebølgen er velkjent og knytter seg til store fødselskull kombinert med høyere levealder generelt, er årsaken til lavere fruktbarhet mer usikker. Særlig fordi andel ufrivillig barnløse trolig øker. Gruppen i arbeidsfør alder vil enten

vokse svært lite, eller eventuelt stagnere fram mot 2040. Befolkningsutviklingen slår ulikt ut for de ulike kommunene i Vestfold og Telemark, noe som gjør at også folkehelseutfordringene vil arte seg ulikt. Andelen eldre øker mest i distriktskommunene.

Med lavt fødselsoverskudd er nettoinnflyttingen en viktig faktor i befolkningsutviklingen. Innvandring utgjør den største delen av nettoinnflytting. Innvandrere kan ha særlige helsemessige og sosiale utfordringer, og utgjør en stadig større del av befolkningen, selv om innvandringen er redusert de siste årene.

Forventet levealder øker for hele befolkningen. Forskjell i forventet levealder mellom kvinner og menn er noe redusert de siste årene. Sosial ulikhet i forventet levealder har derimot blitt noe større. Forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste fullført utdanning og de med fullført videregående/høyere utdanning, har økt fra 4,2 år til 5,3 år i Vestfold og Telemark fra 90-tallet til i dag.

Økende andel eldre, færre i arbeidsfør alder, lavere innvandring og lavere fødselstall skaper utfordringer for mange kommuner. Endringer i tilgang på arbeidskraft og økning i sykdoms- og omsorgsbyrde setter press på bærekraften i velferdsordningene. Sentralisering forsterker dette, ettersom unge i fruktbar alder flytter til bynære strøk. Utviklingen i alderssammensetningen understreker betydningen av at nye generasjoner opplever en oppvekst som gir god helse og et grunnlag for å bidra til å bære velferdssamfunnet.

Det er også viktig å legge til rette for at innbyggerne er ressurser for hverandre. God helse er en forutsetning for dette. Aktivitet, sosial tilknytning, deltakelse og omsorg er faktorer som både fremmer helse og livskvalitet og forebygger sykdom gjennom hele livsløpet. Det å anerkjenne befolkningens ressurser og fremme livskvalitet og vitalitet i alle aldergrupper, bidrar både til å forebygge sykdom og til å bygge oppunder sosialt og økonomisk bærekraftige samfunn.

Referanser

Dommermuth, L. og Lappegård, T. (2017). *Nedgang i fruktbarhet fra 2010* (Statistisk sentralbyrå publikasjoner, Rapport 2017/12). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/307281?ts=15be7159110>.

Folkehelseinstituttet. (2017). Markant auke i andelen som er barnlause. Hentet fra <https://fhi.no/nyheter/2017/markant-auke-i-barnlausheit-i-noreg/>

Folkehelseinstituttet. (2019). Rike lever mykje lenger enn fattige. Hentet fra <https://fhi.no/nyheter/2019/rike-lever-mykje-lenger-enn-fattige/>

Folkehelseinstituttet/ Norgeshelsa statistikkbank (2020). Hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

IMDI. (2019). Tall og statistikk om integreringen i Norge. Hentet fra <https://www.imdi.no/tall-og-statistikk>

Kinge, J.M., Modalsli, J.H., Øverland, S., Gjessing, H.K, Tollånes, M.C., Knudsen, A.K., Skirbekk, V., Strand, B.H., Håberg, S.E. & Vollset, S.E. (2019). Association of Household Income with Life Expectancy and Cause Specific Mortality in Norway, 2005 – 2015. *JAMA*, 32 (19) 1 – 10.

Rogne, A. F. & Syse, A. (2017). Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse (Rapport 2017/32). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/framtidens-eldre-i-by-og-bygd>

Statistisk sentralbyrå. (2019). Frukthbarheten fortsetter å synke. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/frukthbarheten-fortsetter-a-synke>

Statistisk sentralbyrå (2020A, 12. februar). Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn og alder, i 9 alternativer. Tabell 11668. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11668>

Statistisk sentralbyrå (2020B, 27. februar). Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning. Tabell 07459. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Statistisk sentralbyrå (2020C, 12. februar). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter innvandringskategori, landbakgrunn og andel av befolkningen 2010 – 2019. Tabell 09817. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09817>

Oppvekst og levekårsforhold

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



Kapittelet gir oppdatert status for flere bakenforliggende påvirkningsfaktorer innenfor tema oppvekst og levekår. Dette er påvirkningsfaktorer som berører bærekraftsmål 4 om god utdanning, 8 om anstendig arbeid og økonomisk vekst, 10 om mindre ulikhet og 11 om bærekraftige byer og samfunn.

God utdanning påvirker helsetilstanden på flere måter. Utdanning er en viktig inngangsbillett til arbeidsmarkedet, og dermed tilgang på inntekt, bolig og andre materielle levekårsfaktorer. Både utdanning og arbeidsliv er samtidig viktige settinger for sosial kontakt, opplevelse av inkludering og mestring. God tilgang på bolig og trygge boforhold er del av målet om bærekraftige byer og samfunn. Dette er viktige levekårsfaktorer som også påvirker barn og unges oppvekstvilkår.

Det er sannsynlig at COVID-19 pandemien vil påvirke trendene i flere av indikatorene i dette kapittelet. Elever, lærere og skoler har tilpasset seg begrensningene i hverdagen på en imponerende måte. Det er likevel fare for negative effekter på skolestress og det psykososiale miljøet. Den utfordrende situasjonen kan også ha virket inn på gjennomføring og læringsutbytte. Arbeidsplasser er midlertidig eller varig borte, arbeidsledigheten har økt i ekstrem grad og inntektsgrunnlaget er truet eller svekket for mange. Det påvirker enkeltmenneskers helse og livskvalitet direkte, men også hele samfunnet gjennom fallet i verdiskaping.

God pedagogdekning i barnehagene

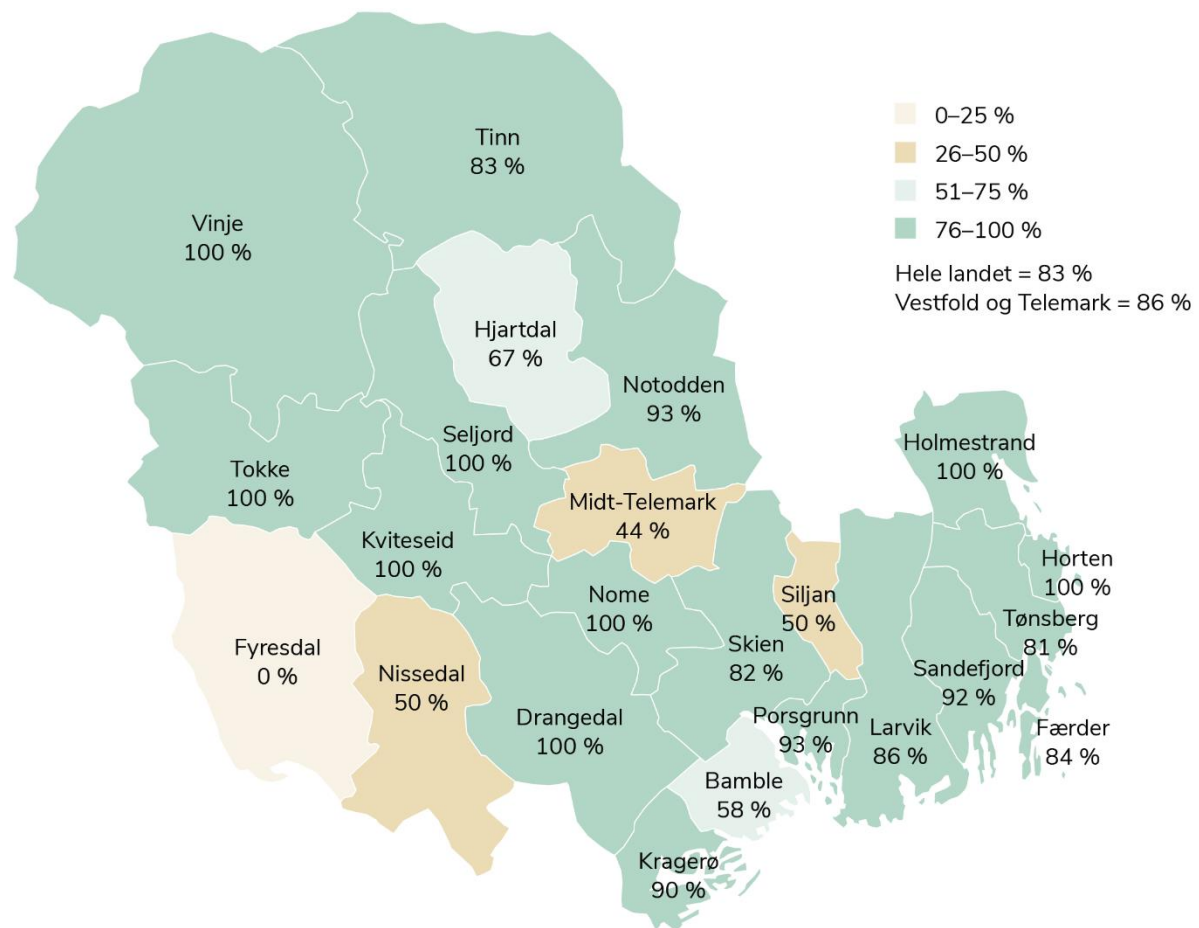
Barnehager med høy kvalitet er en sentral forutsetning for småbarns psykiske helse og er en arena for folkehelsearbeid. Barn som har gått i gode barnehager ser ut til å utvikle bedre språkferdigheter enn barn som ikke går i barnehage. Dette gjelder på tvers av sosiale forhold. Barnehagen kan derfor være en viktig faktor for utjevning av sosiale forskjeller.

De aller fleste norske barn går i barnehage og barnehagedekningen har økt de siste årene. 91,8 % av alle barn mellom ett og fem år i Norge går i barnehagen, mens andelen blant fire- og femåringene er hele 97 % (SSB, 2020G). Andelen barn mellom ett og fem år som går i barnehage

i Vestfold og Telemark er henholdsvis 91,4 % (Vestfold) og 92,4 % (Telemark) (SSB, 2020G,2020H).

Etter barnehageloven § 2 skal barnehagen blant annet gi barn muligheter for lek, livsutfoldelse og meningsfylte opplevelser og aktiviteter i trygge og samtidig utfordrende omgivelser. I et folkehelseperspektiv er barnehager med høy kvalitet kjennetegnet av at de har små barnegrupper, nok og stabilt personell og at de ansatte har god utdanning og er personlig egnet (Major mfl. 2011). Barnehagepersonalets kompetanse fremholdes imidlertid som den viktigste enkeltfaktoren for barnehagebarnas trivsel og ses i sammenheng med personalets evne til å skape gode relasjoner, skape trygghet, trivsel, utvikling og læring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Figur 8 Andel barnehager i den enkelte kommune som oppfyller pedagognormen i 2018, Utdanningsdirektoratet

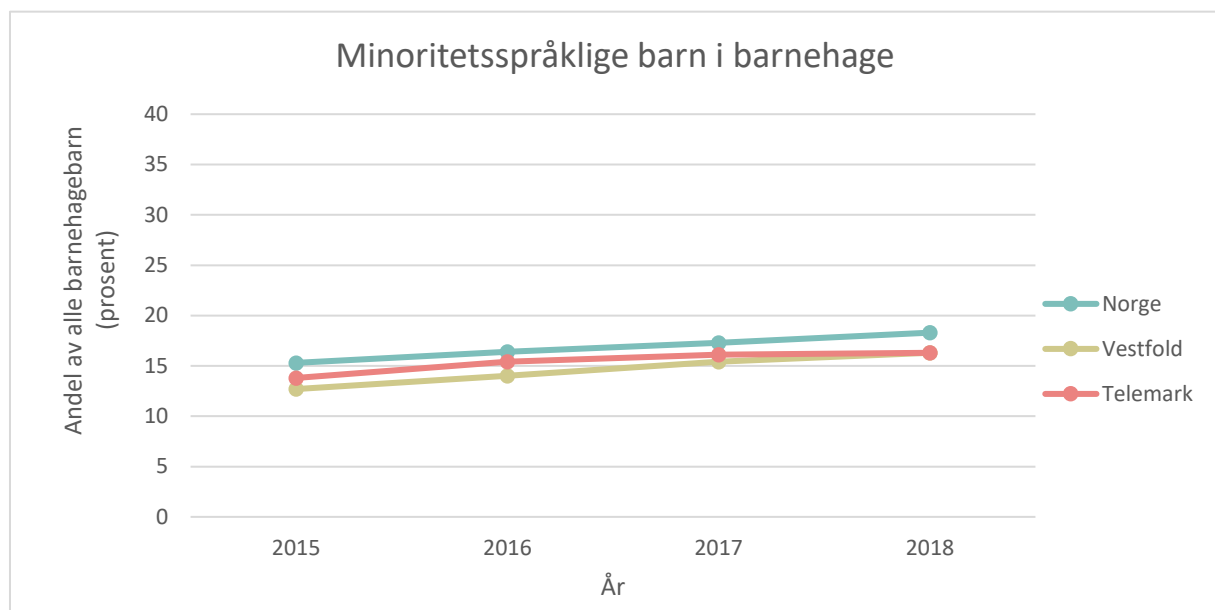


Norm for pedagogisk bemanning (Pedagognormen § 1) slår fast at barnehagen skal ha minimum én pedagogisk leder per 7 barn under tre år, og minimum én pedagogisk leder per 14 barn over tre år. I 2018 hadde 86 % av barnehagene i Vestfold og Telemark oppfylt denne pedagognormen. Landsgjennomsnittet ligger på 83 %. Kun fire av kommunene i fylket har en andel barnehager med oppfylt pedagognorm som ligger på 50 % eller lavere. Dette er fortrinnsvis kommuner med få barn og barnehager. Kompetansenivået i den enkelte barnehage gir dermed stort utslag på kommunestatistikken. Pedagognormen ble endret 1. august 2018. Det er derfor vanskelig å

trekke konklusjoner knyttet til utvikling av pedagogtetthet over tid. Det er likevel rimelig å anta at den skjerpede pedagognormen også vil føre til økt pedagogtetthet over tid.

Økende andel minoritetsspråklige barn i barnehagene

Selv om *andelen* (dekningsgrad) barn i norske barnehager har gått opp de siste årene, har *antallet* barn i barnehage gått ned både på landsbasis og i Vestfold og Telemark. Dette skyldes at det fødes færre barn enn tidligere og at det derfor er færre barn som har behov for barnehageplass. Tall fra Utdanningsdirektoratet viser imidlertid at andelen minoritetsspråklige barn sett i forhold til alle barnehagebarn stiger.



Figur 9 Prosentandel minoritetsspråklige barn av alle barnehagebarn i Vestfold og Telemark i perioden 2015–2018. Kilde: SSB, tabell 12272

Figur 9 viser en jevn økning av andelen barn med minoritetsbakgrunn sett i forhold til alle barn i barnehagene i Vestfold og Telemark og landet. I 2019 var totalt 17 % av alle barnehagebarn i fylket minoritetsspråklige (SSB, 2020). Dette utgjør til sammen 3330 barn. Vestfold og Telemark ligger likevel noe under landet når det gjelder andelen minoritetsspråklige barn i barnehager. Tar vi vekk Oslo fra landsgjennomsnittet, ligger Vestfold og Telemark likt med landet i andelen minoritetsspråklige barn i barnehager.

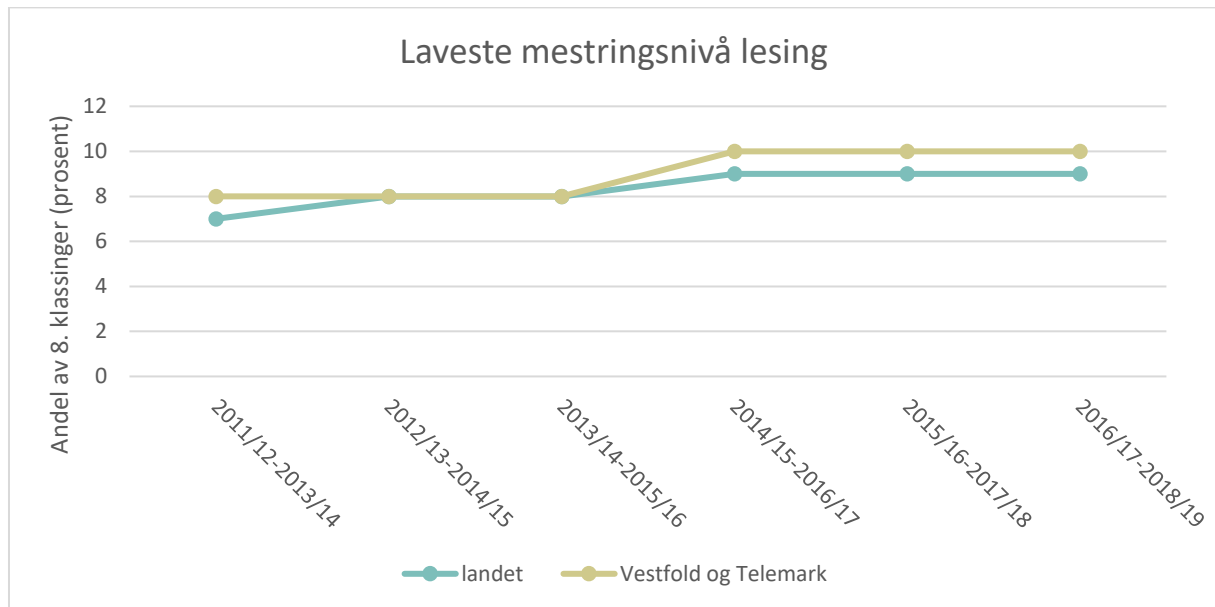
Barn-voksen relasjonen er spesielt viktig for minoritetsbarn, både i forhold til språkutvikling og selvregulering (Vestad & Fandrem, 2015). Det er enighet om at barnehagen er et viktig satsningsområde for integrering, sosialisering og utjevning av sosiale ulikheter. Økningen av minoritetsbarn i norske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

Sosial ulikhet i regne- og leseferdigheter i grunnskolen

Gode opplevelser av å mestre på grunnskolenivå legger et viktig grunnlag for videre skolegang og er avgjørende for gjennomføring av videregående skole. Trivsel på skolen påvirker læringsmiljøet

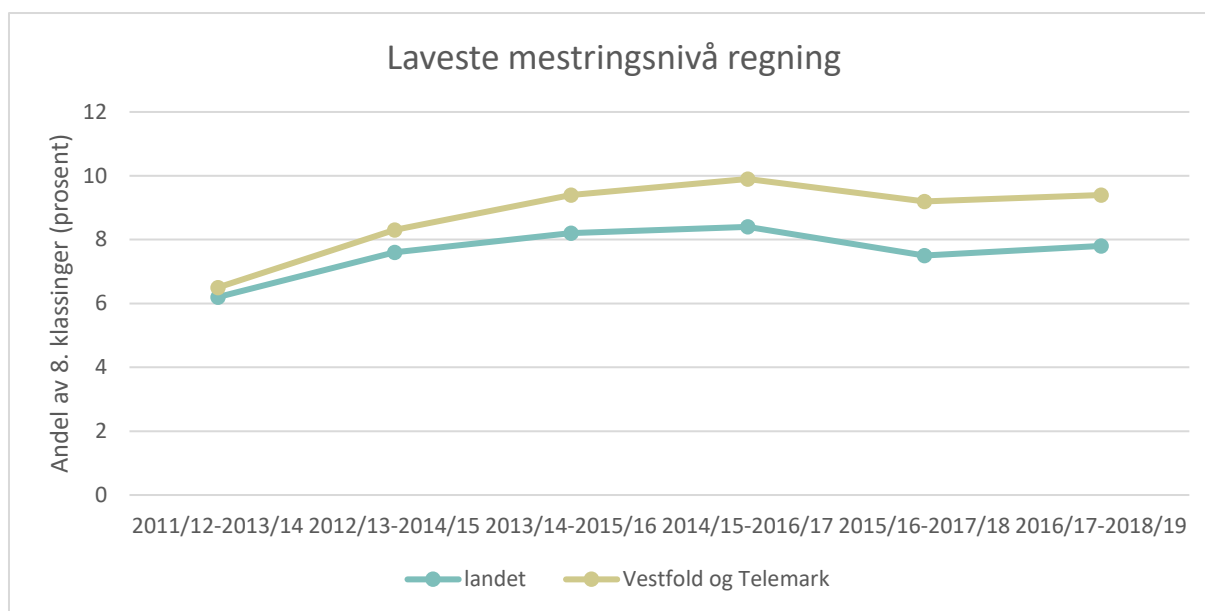
og mestringsnivå. Rundt 64 % av ungdomsskoleelevene i Vestfold og Telemark oppgir gjennom Ungdataundersøkelsen at de trives svært godt på skolen. Dette er noe over landsgjennomsnittet på 62 %.

Lesing og regning er grunnleggende ferdigheter, og er både en forutsetning for utvikling av fagkunnskap og samtidig del av fagkunnskapen i alle fag. Figurene 11 og 12 viser at Vestfold og Telemark har en litt høyere andel 8. klassinger på laveste mestringsnivå i lesning og regning enn landet som helhet.



Figur 10 Prosentandel 8. klasseelever på laveste mestringsnivå i lesing på nasjonale prøver. Tre års glidende gjennomsnitt. Kilde: FHI/ KommuneHelse statistikkbank

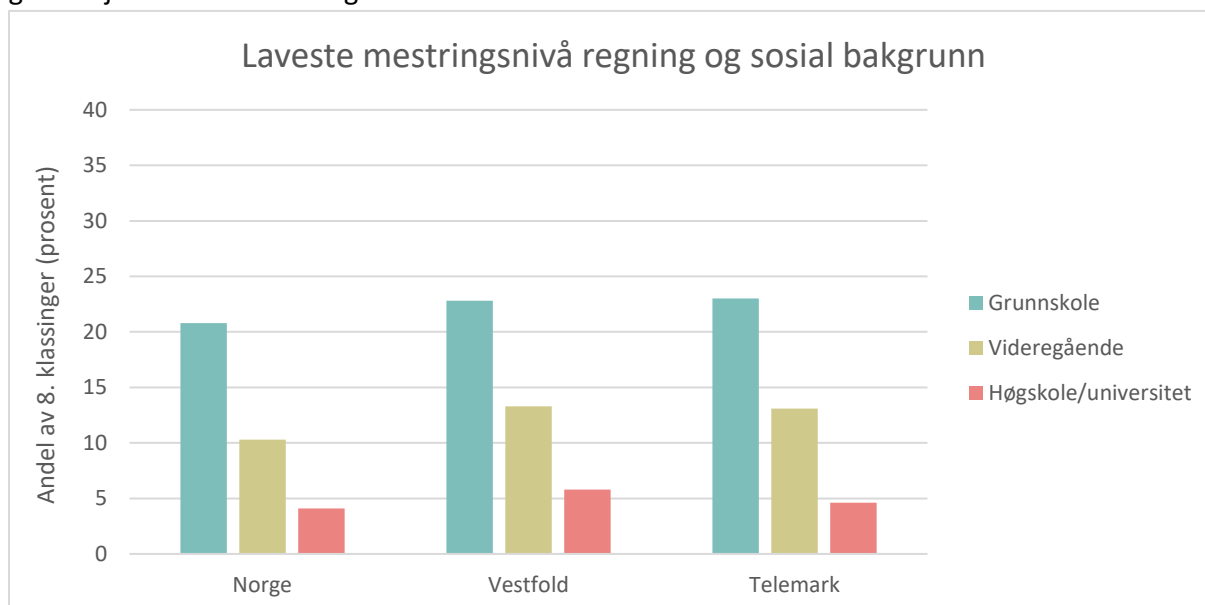
Figur 10 viser andel 8. klasseelever på laveste mestringsnivå i lesing basert på 3-års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Andelen har holdt seg stabil både på landsbasis og i fylket de siste fire årene. Siste oppdatering viser at 10 % av alle 8. klasseelever i Vestfold og Telemark befinner seg på laveste mestringsnivå i lesing (gjelder glidende gjennomsnitt for perioden 2016–2019). Landsgjennomsnittet for samme periode ligger på 9 %.



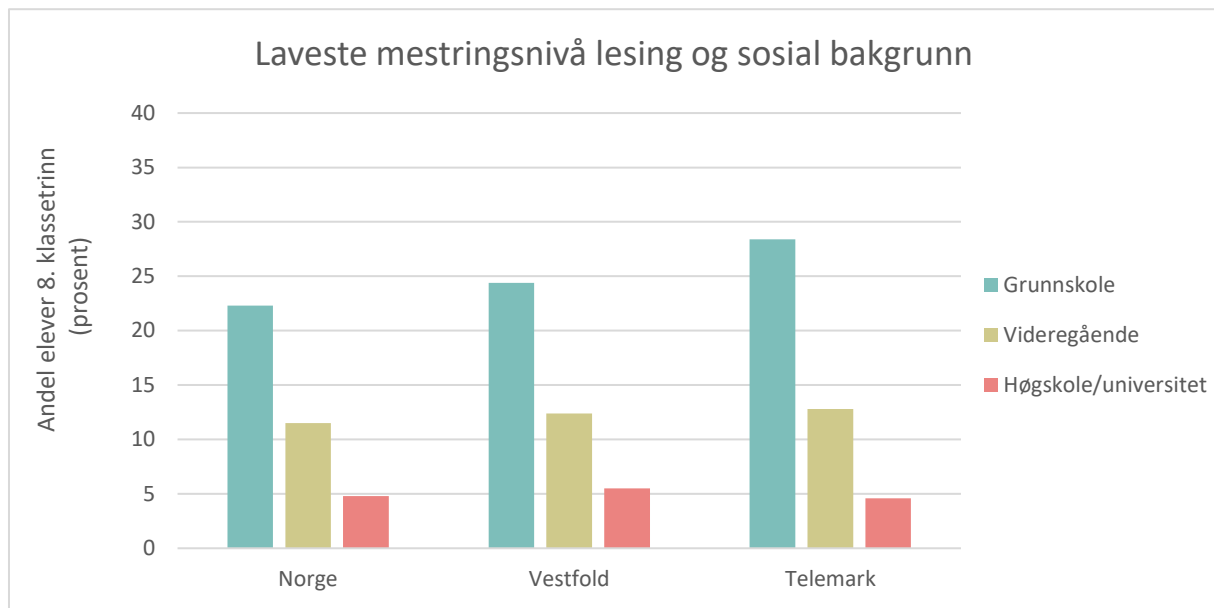
Figur 11 Prosentandel 8. klasseelever på laveste mestringsnivå i regning på nasjonale prøver. Tre års glidende gjennomsnitt. Kilde: FHI/ KommuneHelse statistikkbank

Når det gjelder regneferdigheter ser vi en litt annen tendens. I perioden 2016–2018 gikk andelen på laveste mestringsnivå i regning noe ned og lå på omkring 9 % for fylket. I 2018/2019 gikk andelen opp igjen. Det sammen gjorde landsgjennomsnittet. Vestfold og Telemark ligger derfor fortsatt omkring 1,5 prosentpoeng over landsgjennomsnittet når det gjelder andelen på laveste mestringsnivå i regning (figur 11).

Lese- og regneferdigheter varierer mye med sosial bakgrunn. Dersom vi deler elevkullet inn i ulike grupper etter hvilket utdanningsnivå foreldrene har, ser vi et mønster av sosial ulikhet. Figur 12 og Figur 13 viser hvordan andelen på laveste mestringsnivå i lesing og skrijving, øker gradvis jo mindre utdanning foreldrene har.



Figur 12 Prosentandel elever på 8.klassetrinn på laveste mestringsnivå i regning, innenfor ulike utdanningsgrupper, basert på foreldrenes utdanning, 2017/18. Kilde: FHI/ Norgeshelse statistikkbank



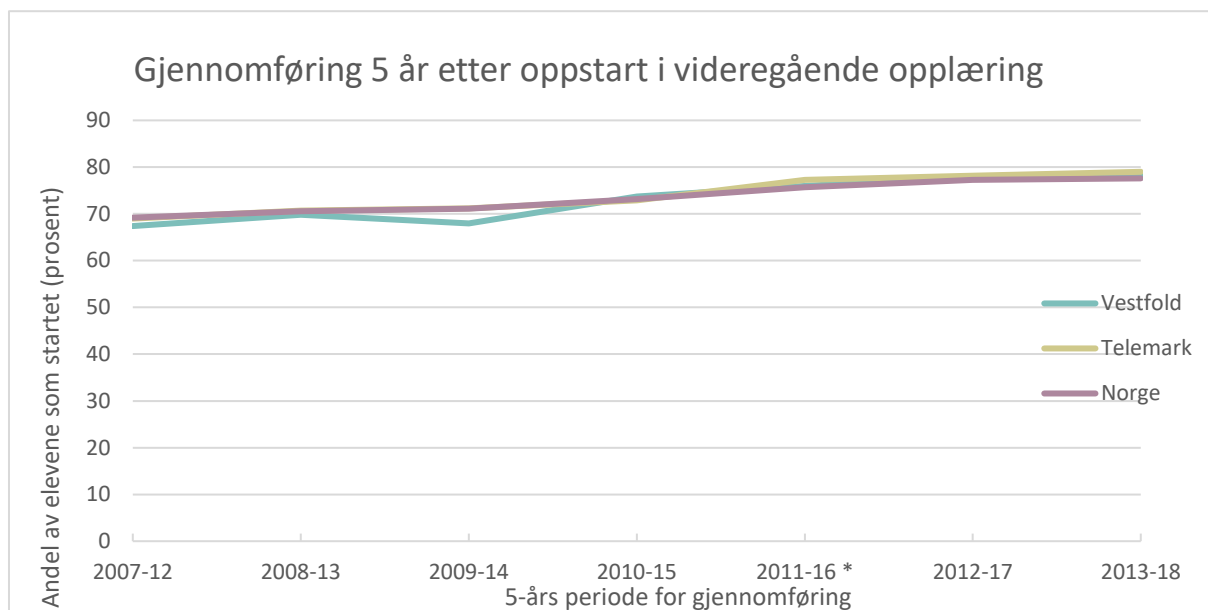
Figur 13 Prosentandel elever på 8.klassetrinn på laveste mestringsnivå i lesing, innenfor ulike utdanningsgrupper basert på foreldrenes utdanning, 2017/18. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank

Omkring 23 % av 8. klasseelever med foreldre med kun grunnskoleutdanning har laveste mestringsnivå i regning, mot kun 5 % av elever med foreldre med høyere utdanning. Når det gjelder lesing er det 22 % av 8. klasseelevene i henholdsvis Vestfold og Telemark, med foreldre med kun grunnskoleutdanning har laveste mestringsnivå i lesing, blant barn av foreldre med høyere utdanning ligger andelen med laveste mestringsnivå på omkring 5 %.

Økende gjennomføring av videregående opplæring

Gjennomføringsgraden i videregående opplæring har de siste årene økt, både for landet som helhet og for Vestfold og Telemark. Det er imidlertid fortsatt store forskjeller i gjennomføring mellom studieretning, kjønn og etter foreldrenes utdanningsnivå.

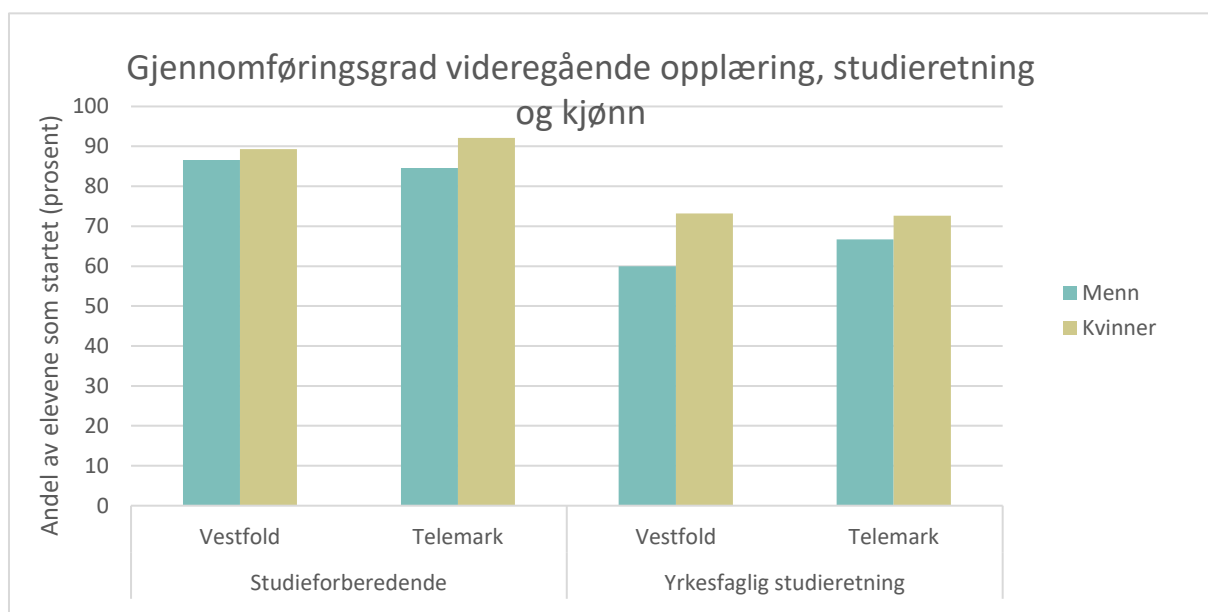
Gjennomføringsgraden i videregående opplæring etter 5 år har økt fra 68 % til 78 % i fylket i syvårsperioden fra 2012 til 2019. Fra tellinger i 2016 ble også elever som gjennomfører med planlagt grunnkompetanse inkludert, og utgjør mellom 2 – 2,5 prosentpoeng av totalen. Dette vises i Figur 14.



Figur 14 Andeler som har gjennomført videregående opplæring 5 år etter oppstart, utvikling i perioden 2007–2018. *Planlagt grunnkompetanse er inkludert i tallmaterialet fra 2016. Kilde: SSB, tabell 11576 & 10994.

Forskjeller mellom studieretninger og kjønn

Det er en tydelig forskjell mellom elever som velger studieforberedende retning og yrkesfaglig retning i forhold til om de gjennomfører videregående opplæring. Det er også forskjell mellom kvinner og menn. Normert tid er 3 år for studieforberedende retning, og 4 år for yrkesfag (2 år i skole og 2 år i lære). Figur 15 viser gjennomføring 5 år etter oppstart for hele gruppen av studieretninger, inkludert planlagt grunnkompetanse.

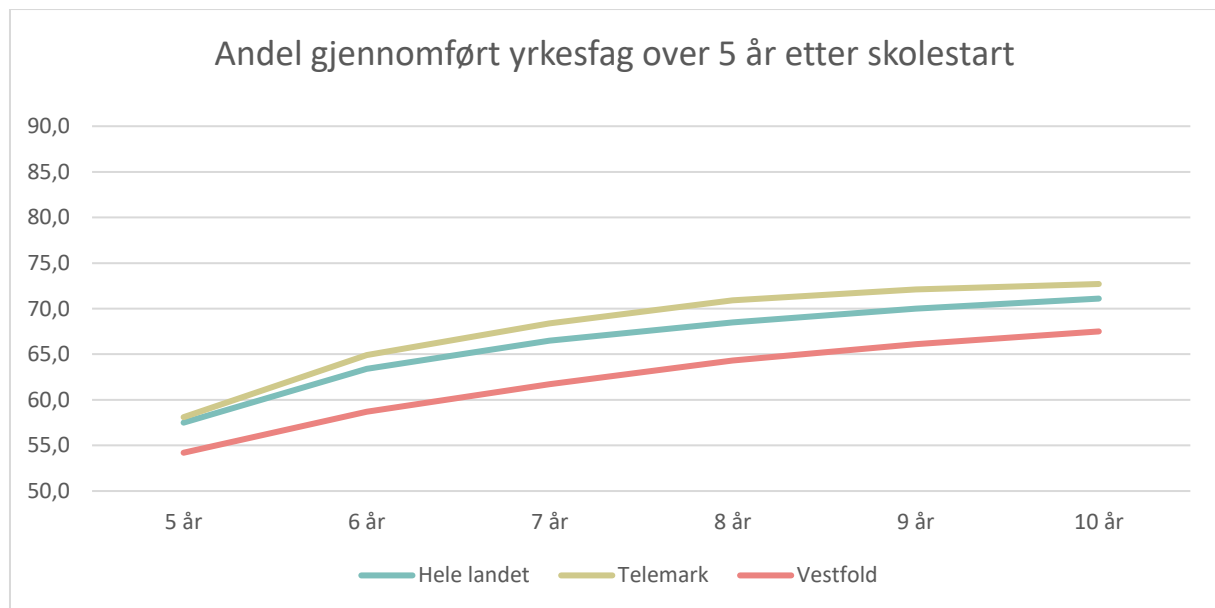


Figur 15 Andel som gjennomførte 5 år etter skolestart i 2013, delt på studieretning og kjønn, tidligere Vestfold og Telemark. Planlagt grunnkompetanse er inkludert. Kilde: SSB, tabell 11576

Gjennomføringsgrad utover 5 år

Det er flere grunner til å bli forsinket med gjennomføringen, som for eksempel fravær pga. helseutfordringer eller vanskelighet med å finne læreplass. Gjennomsnittsalderen for å fullføre yrkesfaglig utdanning i Norge er målt til 28 år (OECD 2014, ref. i Vogt 2017), mens for studieforberedende fag ligger gjennomsnittsalderen på 21 år (SSB 2016, ref. i Vogt 2017).

Figur 16 viser gjennomføringsgrad på yrkesfag opp mot 10 år etter oppstart. Når det har gått 10 år har rundt 70 % fullført videregående på yrkesfag.

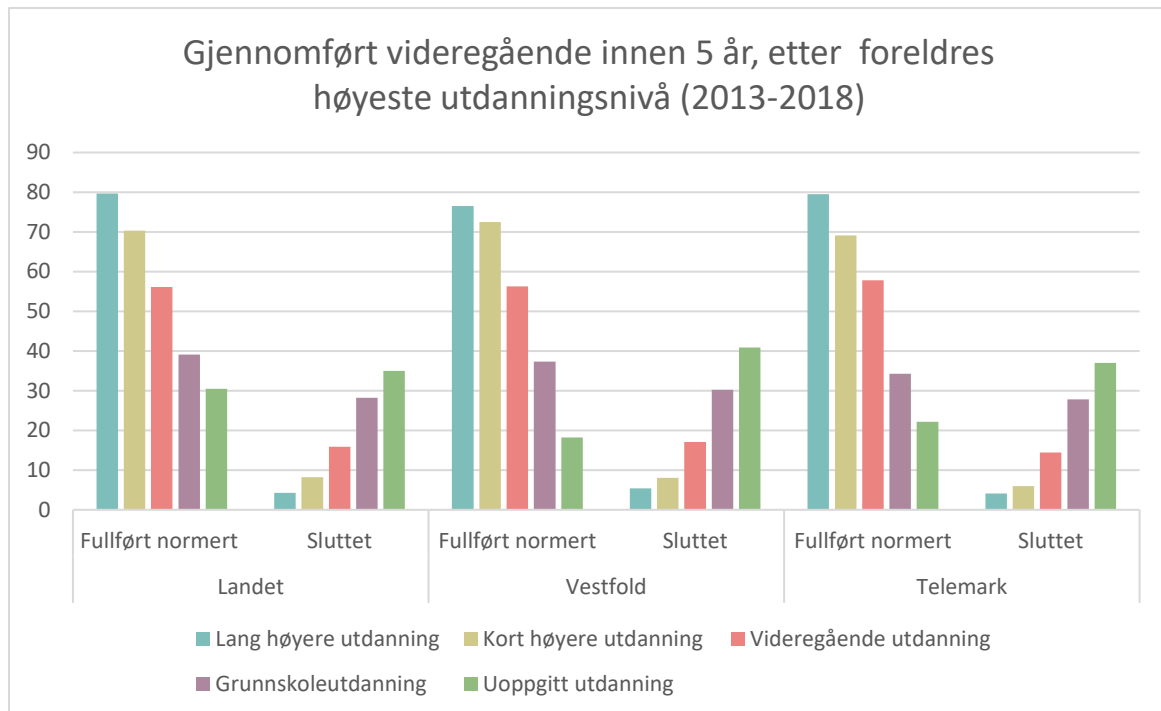


Figur 16 Andel som gjennomførte yrkesfag utover 5 år etter skolestart i 2008 i tidligere Vestfold og tidligere Telemark sammenlignet med hele landet. Kilde: SSB, tabell 11588

Gjennomføring og utenforskap

I et folkehelseperspektiv er det særlig grupper som ikke oppnår kompetansebevis det er viktig å rette oppmerksomheten mot. Det er veldokumentert at dette er en gruppe som er utsatt for marginalisering og helserisiko senere i livet. Marginalisering dreier seg om en prosess der individer eller grupper havner utenfor sentrale samfunnsområder, som arbeidsmarked, boligmarked og sosiale relasjoner (Sletten & Hyggen, 2013). Figur 17 viser at det er sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå, gjennomføring innen 5 år og de som slutter underveis i videregående opplæring i Vestfold og Telemark. Gjennomføringsgraden er høyest blant elever med foreldre som har lang utdanning, og synker gradvis i takt foreldrenes utdanningsnivå. Omvendt er andelen som slutter underveis høyest for elever der foreldrene kun har grunnskole eller ikke har oppgitt utdanning, og synker gradvis jo høyere utdanningsnivå foreldrene har.

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



Figur 17 Andeler som gjennomfører etter 5 år og slutter underveis, etter foreldres høyeste utdanningsnivå. Kilde: SSB, tabell 09262

Helseproblemer kan imidlertid også være årsaken til ikke å gjennomføre (Dahl et. Al., 2014). Det er dessuten ikke slik at det å slutte eller ikke bestå i løpet av 5 år, har en direkte sammenheng med marginalisering og helserisiko senere i livet. Gjennomføring av videregående opplæring er ikke en indikator på hvor mange som *oppnår* videregående kompetanse totalt, men peker på hvor godt videregående opplæring evner å utdanne elever og læringer i løpet av 5 år.

Frafall i videregående opplæring får mye oppmerksomhet og tiltak for å øke gjennomføringsgraden har lenge vært en prioritert oppgave. Etter Reform-94 fikk alle elever rett til videregående opplæring, og utdanningsløpet til de ulike yrkesfagene ble standardisert med to år i skole og to år i lære. Det ble satt som mål at 90 % av elevene skulle fullføre videregående opplæring innen fem år etter de begynte. Andelen som gjennomfører innen 5 år har totalt sett ligget stabilt på rundt 70 % på landsbasis de siste 25 årene (Vogt, 2017). Som vist til tidligere i kapittelet har gjennomføringsgraden blitt høyere de siste årene, og nærmer seg 80 % etter 10 år.

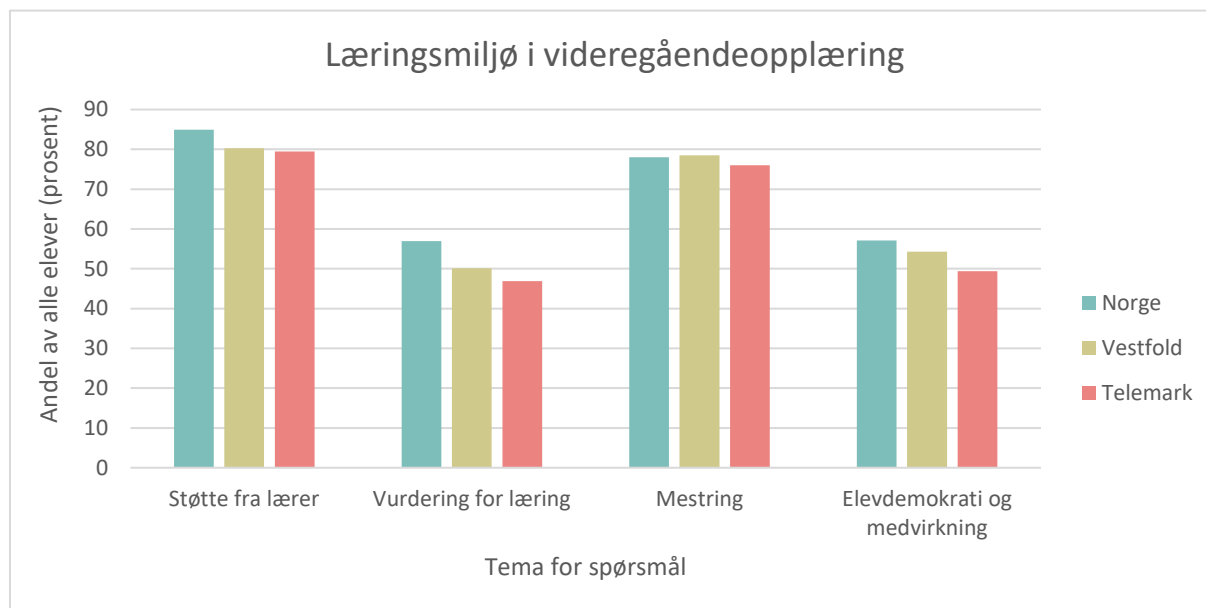
Varierende opplevelser av læringsmiljø

Et godt læringsmiljø er en forutsetning for elevenes faglige og sosiale utvikling. Et godt, inkluderende læringsmiljø fremmer ikke bare elevenes læring, det legger også grunnlaget for at elevene kan bli trygge, selvstendige og mestre livene sine, også utenfor skolen. Et godt læringsmiljø er også med på å jevne ut sosiale forskjeller ved at det legges til rette for læring, mestring og utvikling tilpasset den enkelte elev og dens forutsetninger.

Indikatorene som presenteres i Figur 18 er forankret i forskning som har vist at disse faktorene har betydning for faglig læring og sosial utvikling. Resultatene er hentet fra elev- og

læringleundersøkelsen og gjenspeiler ungdommenes subjektive opplevelser. Utdanningsdirektoratet (Udir) krever at elevundersøkelsen gjennomføres en gang i året.

Resultater fra elevundersøkelsen i 2019 viser elevenes egen oppfatning av læringsmiljø, belyst med fire indekser. Disse indeksene er satt sammen av flere spørsmål, og sier noe om hvordan elevene opplever *støtte fra lærer*, om læreren tar i bruk vurderingspraksisen *vurdering for læring*, om eleven opplever *mestring* på skolen og forhold knyttet til *elevdemokrati* og opplevelsen av medvirkning.



Figur 18 Prosentandel elever i videregående opplæring (alle trinn) med positive svar på ulike spørsmål knyttet til læringsmiljø. Kilde: Elevundersøkelsen 2019

Figur 18 viser andelen elever i videregående opplæring med positive svar på disse spørsmålene i tidligere Vestfold og tidligere Telemark og nasjonalt. Vestfold og Telemark ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder andelen ungdom med positive svar. Dette gjelder for de fleste indikatorene, utenom mestring. Det er gjennomgående en høyere andel elever i tidligere vestfoldskoler med positive svar på indikatorene, sammenliknet med elever i tidligere telemarksskoler

Den største forskjellen mellom de nasjonale og de regionale resultatene finner vi på indikatoren *Vurdering for læring*. Denne indikatoren forteller i hvilken grad læreren i sin vurderingspraksis har fokus på å hjelpe elever med å lære mer, fremfor å gi poeng eller karakter (Engh, 2011). Vurdering for læring har en utjevneende effekt på sosial ulikhet, fordi foreldrenes evne til å hjelpe eleven med lekser har mindre å si for sluttresultatet. Resultatene i fylket ligger betydelig lavere enn det nasjonale gjennomsnittet på denne indikatoren.

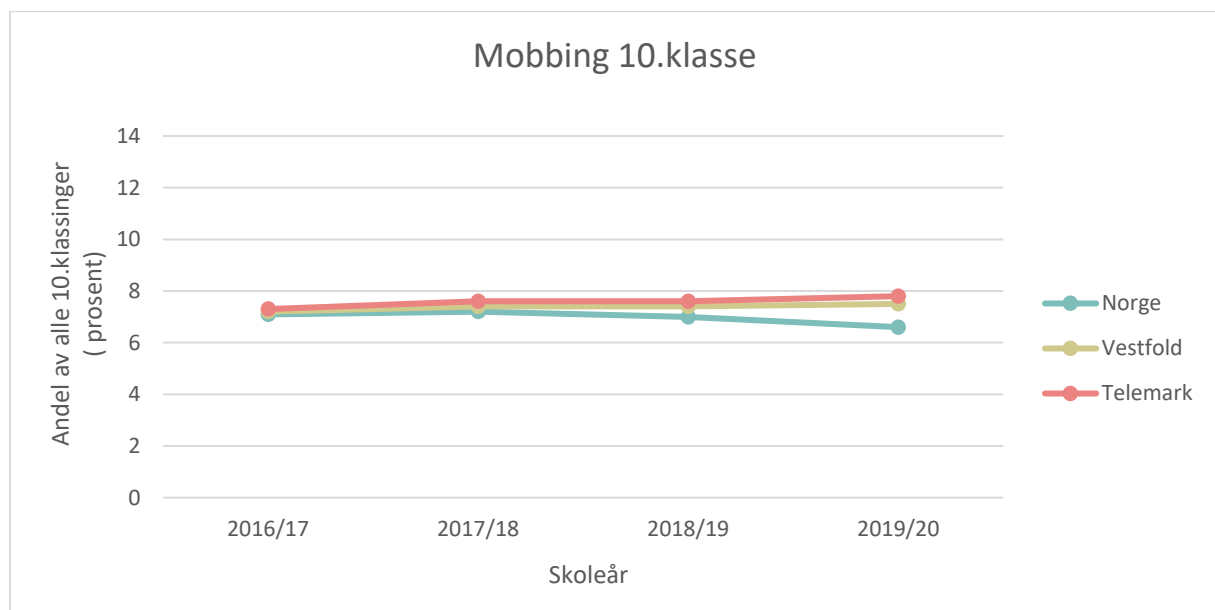
Det er på indikatoren støtte fra lærer og mestring at andelen med positive svar er høyest. Det gjelder både nasjonalt og regionalt. På indikatoren mestring er det også relativt små forskjeller mellom fylket og landsgjennomsnittet. Når det gjelder elevdemokrati skårer elever i tidligere Vestfoldskoler noe høyere enn elever i tidligere telemarksskoler i andel med positive svar.

Fortsatt mange som opplever mobbing

Opplæringsloven slår fast at skolen skal ha nulltoleranse mot krenking som mobbing, vold, diskriminering og trakassering. Skolen skal arbeide systematisk for å fremme helse, miljø og trygghet til elevene for å oppfylle dette (Opplæringslova, 2000).

Barn som mobbes har opptil syv ganger høyere risiko for psykiske plager, sammenliknet med barn som ikke mobbes. Barn som mobbes har også oftere fysiske plager som hodepine, magesmerter og søvnvansker. Disse plagene har i de fleste tilfeller negativ påvirkning på skoleprestasjoner (Major, 2015; Turner et al., 2014). Mobbingen er derfor en reell risikofaktor for barn og unges helse, både direkte i form av psykiske og somatiske helseplager, men også indirekte gjennom å påvirke barn og unges forutsetninger for læring og utdanning.

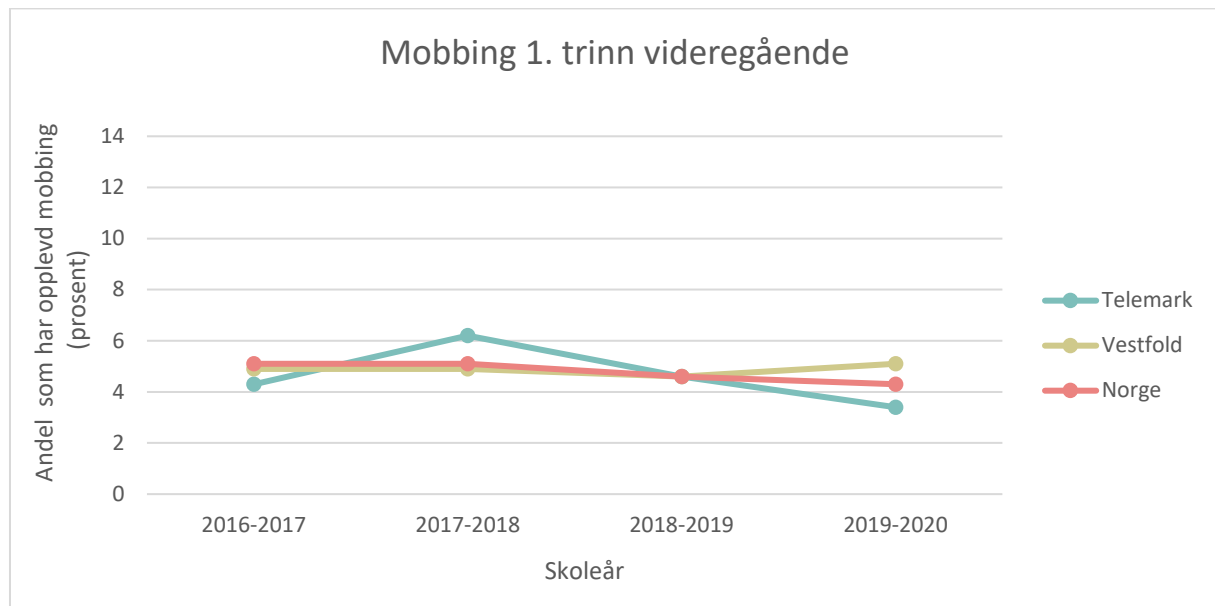
Fra Elevundersøkelsen finner vi årlige tall på hvor stor andel av elever på ungdomsskolen som opplever mobbing. Figur 19 omfatter de elevene på 10.klassetrinn som oppgir at de har blitt mobbet av medelever, mobbet digitalt på skolen og/eller mobbet av voksne på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere. Det er viktig å bemerke at resultatene som her fremstilles sammenlikner resultater fra ulike gjennomføringer i 10.klasse. Noe som betyr at resultatene viser ulike årskull med elever. Figuren sier dermed ingenting om utviklingen i andelen som mobbes innenfor samme årskull.



Figur 19 Prosentandel 10.klasse elever som oppgir at de blir mobbet 2–3 ganger i måneden eller oftere. 2016–2019. Kilde: Elevundersøkelsen.

Figur 19 viser at omfanget av ungdomsskoleelever i 10. klasse som oppgir at de blir mobbet, har gått ned på landsbasis. Andelen i Vestfold og Telemark viser en svak økt tendens de siste fire årene, og andelen som mobbes i fylket ligger litt høyere enn i landet for øvrig. Skoleåret 2019/2020 oppga henholdsvis 7,5 % og 7,8 % av 10. klasseelevene i Vestfold og Telemark at de

har opplevd mobbing flere ganger i måneden. Dette er en svak økning sammenliknet med elevkullet året før.



Figur 20 Prosentandel elever på videregående (vg1) som oppgir at de blir mobbet 1–2 ganger i måneden eller oftere. Kilde: Elevundersøkelsen

Figur 20 viser at andel videregående elever (vg1) som opplever mobbing lå på landsgjennomsnittet for skoleåret 2018–2019. For skoleåret 2019–2020 ser vi ulik utvikling for tidligere vestfoldskoleelever og tidligere telemarkskoleelever. I Vestfold oppgir 5,1 % av videregående elevene (vg1) at de blir mobbet 1–2 ganger i måneden. Dette er en økning på 0,5 % fra elevkullet året før. 3,4 % av videregående skole (vg1) elever i tidligere telemarksskoler oppgir det samme.

Tall fra Ungdataundersøkelsen og tall fra Elevundersøkelsen viser samme tendens – mobbing og krenkelser øker utover ungdomsskolen, for så å avta etter overgangen til videregående. Dette gjelder for begge kjønn og er i tråd med nasjonale trender. Mobbeombudene i Vestfold og Telemark ser imidlertid motsatt tendens i sine henvendelser. Det er en betydelig høyere andel henvendelser om mobbesaker fra barneskolen, sammenliknet med ungdomsskolen.

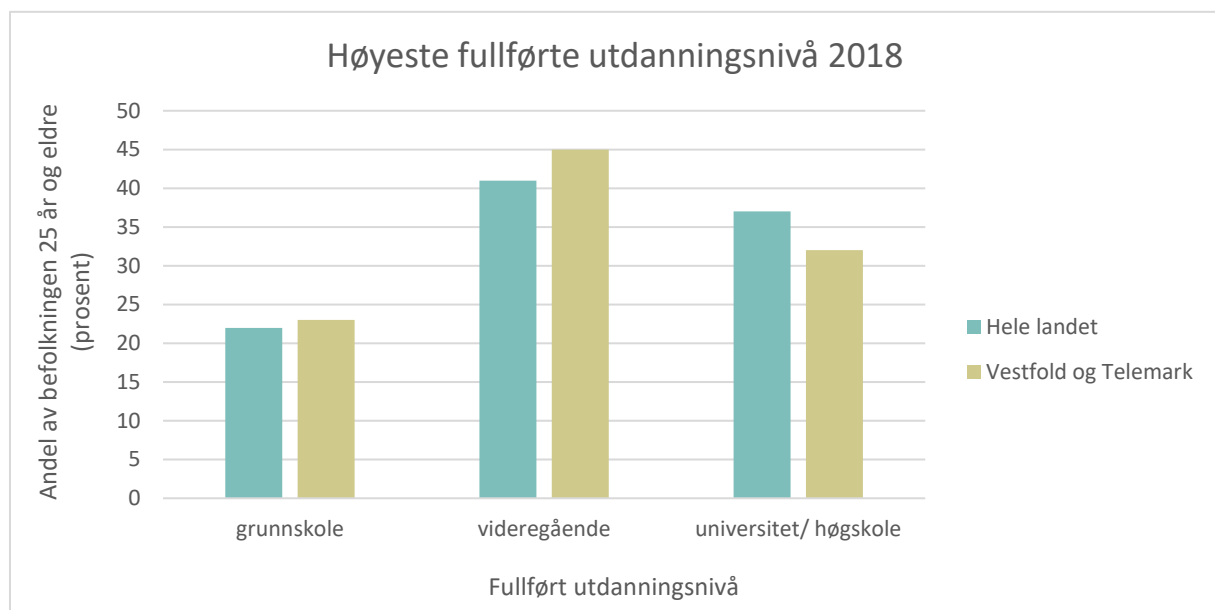
Sosiale medier har de siste årene åpnet for en ny type mobbing. Tall fra Ungdata viser at betydelig flere jenter enn gutter oppgir at de har opplevd ulike typer plaging eller trusler via nett eller mobil. Hele 40 % av jentene i tidligere Vestfold oppgir at noen via nettet eller mobil har skrevet sårende ting til, eller om de. Blant guttene er det 20 % som oppgir det samme. Ung i Telemark viser at andelen som har opplevd slike krenkelser er 34 % for jenter og 19 % for gutter. De fleste rapporterer om enkelthendelser, men det er også en god del som gjentatte ganger opplever å være utsatt for negative hendelser på nett.

Lavere utdanningsnivå enn i landet

I Vestfold og Telemark ligger utdanningsnivået lavere enn i landet som helhet. Det er en klar statistisk sammenheng mellom utdanningslengde og helse: jo lenger utdanningsløp, jo bedre helse.

Utdanning regnes som en bakenforliggende påvirkningsfaktor for helsetilstanden og fordelingen av denne i befolkningen. Forskning gir innsikt i hvordan utdanningsnivået påvirker helsetilstanden. Som inngangsbillett til arbeidsmarkedet gir utdanning tilgang på inntekt, bolig og andre materielle levekårgoder. Både utdanning og arbeidsliv er samtidig viktige sosiale settinger for sosialt samvær, mestring og utvikling. Kunnskapene og ferdighetene man får har også betydning for livskvalitet, fordi det kan bidra til opplevelse av kompetanse og mestring. Dette handler om livskvalitet som mål i seg selv, mer enn som et middel for å nå andre mål.

Figur 21 viser at utdanningsnivået er lavere i Vestfold og Telemark enn i landet for øvrig. Andelen 25 år og eldre som har høyere utdanning i Norge ligger på 37 %, mens for Vestfold og Telemark ligger andelen på 32 %.



Figur 21 Prosentvis fordeling av høyeste fullførte utdanningsnivå i befolkningen fra 25 år og eldre i landet og Vestfold og Telemark i 2018. Kilde: FHI/ Kommunehelsa statistikkbank

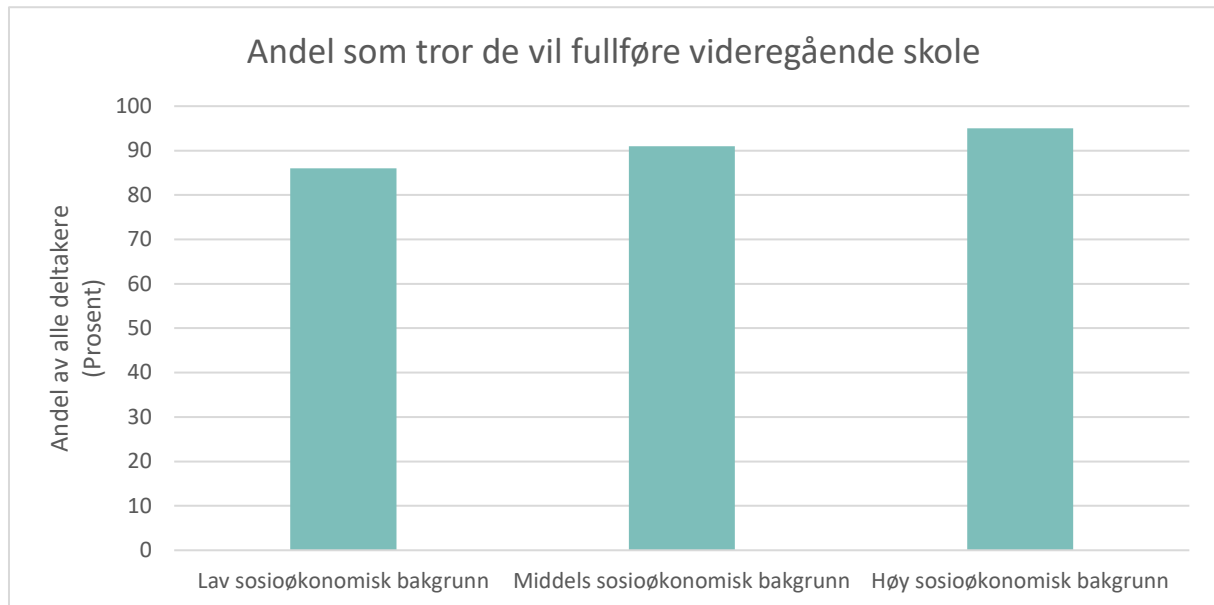
Utdanningsnivået i befolkningen har de siste 20 årene vært jevnt stigende. I landet som helhet har andelen med høyere utdanning økt med ca. 12 prosentpoeng. Vestfold og Telemark har hatt om lag samme økning i denne perioden (SSB, 2020J).

Et viktig folkehelseperspektiv på utdanning er hvordan utdanningsinstitusjonene kan bidra til sosial mobilitet. Sosial mobilitet dreier seg om å bryte mønstre som reproducerer sosial ulikhet, og er det motsatte av sosial arv.

Ungdommers utdanningsplaner

Utdanningsnivået i befolkningen og tilbudet av kvalifisert arbeidskraft er viktig for næringslivet. Samtidig har jobbmuligheter og næringsstruktur betydning for tilflytting, og til en viss grad ungdommers utdanningsvalg.

Foreldrenes utdanningsnivå har mye å si for valg av høyere utdanning og for gjennomføring av høyere utdanning. I Ungdataundersøkelsen blir elever spurt om de tror de vil fullføre videregående skole.

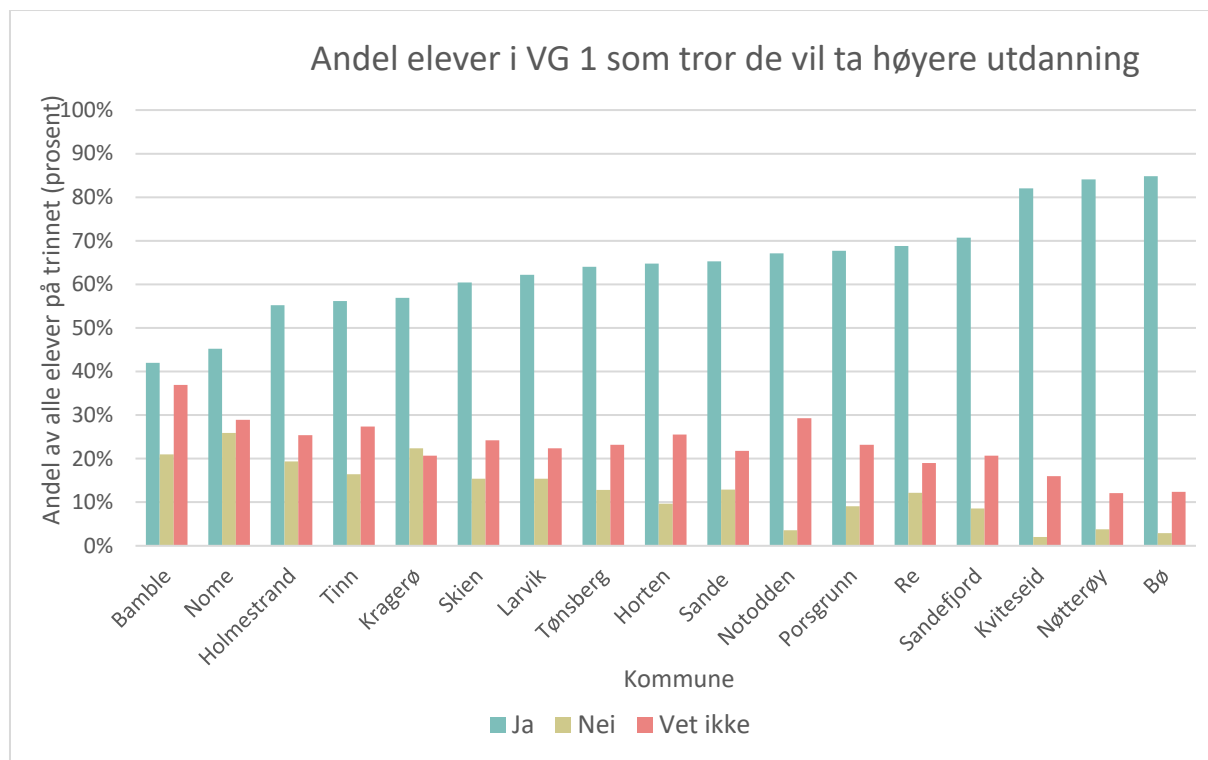


Figur 22 Andel elever (8.klasse–vg1) som tror de vil fullføre videregående skole i Vestfold og Telemark, etter foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn. Kilde: Ung i Telemark (2018) og Ung i Vestfold (2017)

Figur 22 viser at det er høye andeler elever som tror de vil fullføre videregående skole innenfor de tre sosioøkonomiske gruppene. Det kommer frem et fordelingsmønster etter foreldrenes

sosioøkonomiske bakgrunn, men det er ikke like markert som for lese- og skriveferdigheter på grunnskolen (Figur 12 og Figur 13), eller gjennomføring av videregående utdanning (Figur 17).

I Ungdata blir også elever spurt om de tror de vil komme til å ta utdanning på universitet eller høyskole. Figur 23 viser fordelingen av svarene etter kommunen der den videregående skolen ligger. Dette er altså ikke kommunene der elevene bor, men kommunen der skolen ligger.



Figur 23 Andel elever på 1. videregående trinn som tror de vil ta høyere utdanning, Kilde: Ung i Telemark (2018) og Ung i Vestfold (2017)

Blant elever i VG 1 som går på skole på Nøtterøy, i Bø eller Kviteseid er det høyest andeler som tror de kommer til å ta høyere utdanning. Det er samtidig interessant at andelen som svarer «vet ikke» jevnt over er høyere enn de som svarer «nei».

Inntektsnivå under landsgjennomsnittet og økende inntektsulikhet

Ulikhet i inntekter er en viktig bakenforliggende påvirkningsfaktor til de sosiale helseforskjeller som finnes både i Vestfold og Telemark og i resten av landet. Inntekter og inntektsulikheter er derfor statistikkområder som gir viktig informasjon for å kunne redusere sosiale helseforskjeller.

Inntektsnivå

Vestfold og Telemark har et inntektsnivå litt under landsgjennomsnittet, hvis vi ser på median inntekt for husholdningene. Slik har det vært i mange år. Tabell 2 viser en tendens de siste årene til mindre regionale inntektsforskjeller i Norge.

Tabell 2 Median inntekt for husholdninger, forholdstall for fylkene mot landet samlet, Norge=100. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank

År	2013	2014	2015	2016	2017
Norge (referanse)	100	100	100	100	100
Rogaland	114	114	112	110	109
Viken	105	105	105	106	106
Vestland	105	105	104	104	104
Møre og Romsdal	103	103	103	102	102
Trøndelag	100	100	100	100	100
Troms og Finnmark	98	98	99	99	99
Agder	100	100	99	99	98
Nordland	97	97	97	97	98
Vestfold og Telemark	96	96	97	97	97
Innlandet	93	92	93	93	94
Oslo	88	89	89	90	91

Ser vi på gjennomsnittlig bruttoinntekt for personer, er forskjellene mellom fylkene større, og det er også store forskjeller mellom menn og kvinner.

Økende inntektsulikhet

Inntektsulikhet i Vestfold og Telemark målt med P90/P10 er i 2018 beregnet til 2,7. For Norge som helhet er tallet 2,8. P90/P10 er et forholdstall mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-persentilen på en liste sortert stigende etter inntekt, og den som er på 10-persentilen. Den på 90-persentil tjener altså 2,7 ganger mer enn den som er på 10-persentilen i Vestfold.

For Vestfold og Telemark har P90/PP10 indikatoren økt fra 2,5 til 2,7, gjennom de siste 10 år. For landet har økningen vært like stor, fra 2,6 til 2,8 (FHI/ KommuneHelsa statistikkbank, 2020A).

Økende barnefattigdom

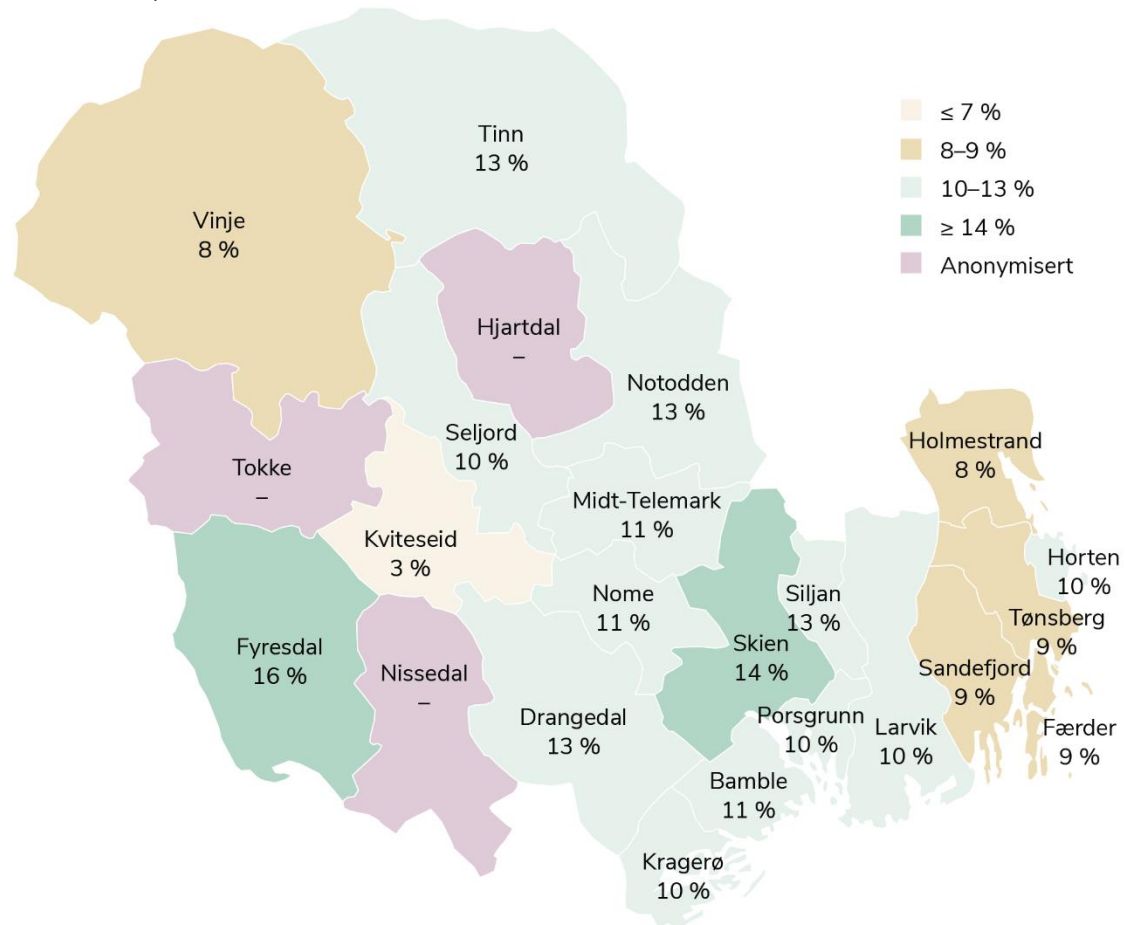
Andelen barn i Vestfold og Telemark fra 0–17 år som lever i husholdninger med lave inntekter har vokst fra 10,2 % i 2014 til 11,4 % i 2018. Det nasjonale nivået på denne indikatoren er 2,1 prosentpoeng lavere, og har økt fra 8,3 % i 2014 til 9,3 % i 2018 (FHI/ KommuneHelsa statistikkbank, 2020B).

Indikatoren viser andelen 0–17 år som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av landets/fylkets/kommunens medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Vanligvis ser man på inntekten i forhold til medianinntekt på landsbasis. En slik tilnærming til å anslå antall/andel fattige, forutsetter at like husholdninger som lever på den samme inntekten forskjellige steder i landet, opplever den økonomiske situasjonen likt. Dette er ikke nødvendigvis tilfelle, ettersom

leveutgiftene kan variere fra sted til sted. Det kan for eksempel være høyere bokostnader i de store byene, sammenlignet med mindre kommuner.

Inntektsnivået i Vestfold og Telemark er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Dersom man beregner lavinntekt etter medianinntekt for fylket, blir derfor andelen noe lavere enn om den beregnes etter medianinntektsnivå for landet. figur 24 viser hvordan andelen varierer mye fra kommune til kommune.

Figur 24 Andel barn og unge 0–17 år i husholdninger med lavinntekt etter kommunale grenser for lavinntekt, 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank



Som følge av inntektsulikhet mellom husholdninger, vil mange barn vokse opp med dårligere tilgang på økonomiske ressurser enn andre barn. Dette har betydning for helse til disse barna. Resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold og Telemark viser at ungdom fra hjem med høy sosioøkonomisk status, oftere rapporterer om høyere livskvalitet, bedre helse og mindre psykiske plager enn ungdommer fra hjem med lav sosioøkonomisk status.

Stabilt lav arbeidsstyrke

De som er i arbeid, har i gjennomsnitt bedre helse enn de som står utenfor arbeidslivet. Deltakelse i arbeidslivet påvirker helse på flere måter. For det første er arbeidsdeltakelse avgjørende for inntekt og trygg økonomi for husholdningen. Yrkesdeltakelse og/eller utdanning er også viktige kilder til opplevelse av mening og mestring i hverdagen (With, 2018). På den annen side er god helse avgjørende for evne til å delta i arbeidslivet, og dermed for verdiskaping og velferd. Arbeid og arbeidsmiljø kan imidlertid også være årsak til helseproblemer. Helse og

arbeid er med andre ord tett sammenvevde faktorer i samfunnsutviklingen (Folkehelseinstituttet, 2017).

Arbeidsstyrken i befolkningen sier noe om hvordan tilknytningen til arbeidsmarkedet er for ulike grupper i samfunnet. Arbeidsstyrken beregnes på grunnlag av arbeidskraftundersøkelsen som gjennomføres av SSB. Dette er en spørreundersøkelse som gjennomføres kvartalsvis, og som gir informasjon om hvor stor andel av befolkningen som er sysselsatte og arbeidsledige.

Mens arbeidsstyrken for Norge som helhet i 2019 utgjorde omkring 70 % av befolkningen mellom 15 og 74 år, er andelen henholdsvis 2 og 4 prosentpoeng lavere for tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Denne negative forskjellen har holdt seg i mange år, selv om avviket har variert noe i størrelse. Arbeidsstyrken er redusert med ca. 2 prosentpoeng i løpet av de siste 10 år. Dette gjelder både for hele landet og for Vestfold og Telemark (SSB, 2020A).

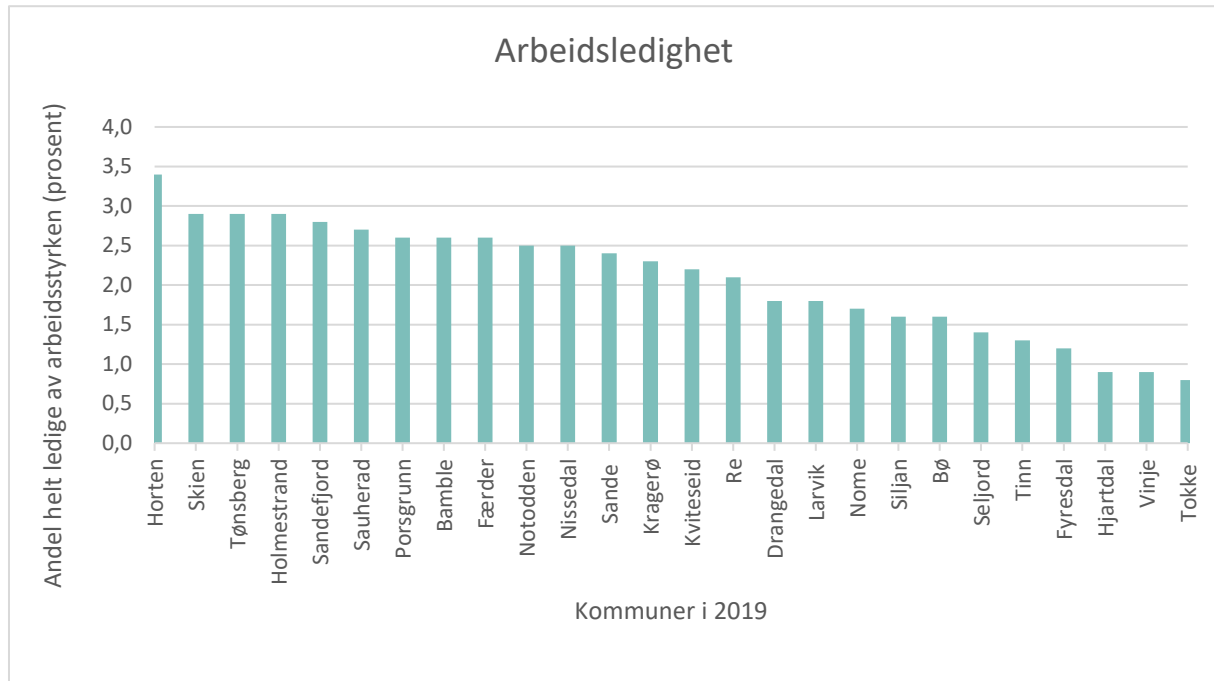
Andelen sysselsatte ligger også lavere i Vestfold og Telemark enn for landet som helhet. I 2019 var andelen sysselsatte 67,8 % for landet som helhet, og henholdsvis 65,7 % og 63,2 % i Vestfold og Telemark (SSB, 2020B). Årsaken til at andelen sysselsatte ligger lavere i Vestfold og Telemark kan dreie seg om en kombinasjon av lavere andel i arbeidsstyrken og noe høyere ledighet.

Arbeidskraftundersøkelsen gir et høyere nivå for arbeidsledighet enn NAV sine tall for registrerte arbeidsledige. Dette er fordi også personer som søker arbeid og som ikke er registrert som arbeidsledige regnes som del av arbeidsstyrken i arbeidskraftundersøkelsen. Arbeidsledigheten for hele landet er i gjennomsnitt beregnet til 3,3 % av arbeidsstyrken i 2019. Dette er det laveste nivået for denne indikatoren siden 2012 (SSB, 2020C). Andelen yrkesaktive i befolkningen i Norge er svært høy sammenlignet med andre europeiske land. En av de viktigste årsakene til det er at kvinner deltar i arbeidslivet i betydelig høyere grad i Norge enn for Europa samlet (SSB, 2020D).

Den registrerte arbeidsledigheten hos NAV for hele Norge, målt som prosent av arbeidsstyrken, var ved inngangen til 2020 på 2,2 %. I Vestfold og Telemark gikk andelen helt ledige ned i 2019 fra henholdsvis 3,2 % til 2,6 %, og fra 3,0 % til 2,4 %. Vestfold og Telemark ligger altså noe høyere enn landet som helhet, men ledighetsnivået er lavt og har gått nedover (NAV, 2020A).

Betydelig variasjon mellom kommunene i arbeidsledighet

Det er en betydelig variasjon i registrert ledighet mellom kommunene. Et mønster er at det er lav ledighet i kommuner med lite befolkning og lav sentralitet, mens de folkerike bykommunene har høyere ledighet. De folkerike kommunene i Vestfold og Telemark har, med få unntak, et ledighetsnivå som er noe høyere enn for Norge som helhet.



Figur 25 Registrert arbeidsledighet, andel helt ledige av arbeidsstyrken, pr. desember 2019. Kommunestruktur i 2019. Kilde: NAV, 2020A

Ledigheten har det siste året gått ned i alle aldersgrupper. Høyest er ledigheten blant de yngste i arbeidsstyrken. I aldersgruppen 20–24 år er ledigheten 3,9 % i Vestfold og Telemark (november 2019). Dette er et betydelig høyere nivå enn for landet som helhet, der nivået er 2,8 %. Lavest ledighet er registrert blant de eldste. I aldersgruppen over 40 år varierer ledigheten mellom 2,3 % og 1,4 %.

Arbeidsledigheten er særlig høy blant innvandrere. Nasjonal statistikk viser at 44 % av de som var helt ledige eller arbeidssøkere på tiltak i desember 2019, er innvandrere. Gruppering etter fødelandsbakgrunn viser at de største gruppene i antall, for hele Norge, er fra (i rekkefølge) Polen, Somalia, Litauen, Syria, Irak og Eritrea. Færreste antall ledige er fra Vietnam, India, Latvia, Tyrkia og Tyskland (NAV, 2020C).

I Vestfold og Telemark mottar 15,6 % av befolkningen mellom 18 og 66 år en form for uføreytelse (gjennomsnitt 2016–2018). Denne uføreytelsen er enten varig uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger (eller en kombinasjon). Nivået på 15,6 % er 2,3 prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for landet, på 13,3 %. For den yngste aldersgruppen, 18–29 år, er avviket mellom landsgjennomsnittet og Vestfold og Telemark på 2 prosentpoeng. For den eldste gruppen, 45–66 år, er avviket på 2,5 prosentpoeng (FHI/kommunehelsa statistikkbank, 2020C).

Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer i alderen 18–66 år, som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Tendensen gjennom flere år er at antallet som mottar varig uførepensjon i den yngste aldersgruppen går noe opp, mens antallet som mottar arbeidsavklaringspenger går ned. En årsak til dette er at stadig flere 18-åringer får status som uføretrygdete. Det skyldes først og fremst at flere blir diagnostisert med alvorlige lidelser som ofte er medfødte. En annen viktig faktor bak

veksten er at det er foretatt flere endringer i regelverket i de midlertidig helserelaterte ytelsene. Mange av disse endringene har ført til et press i retning av en tidligere avklaring mot uføretrygd. Fra januar 2018 ble den samlede perioden for å motta arbeidsavklaringspenger redusert fra fire til tre år. Andelen unge uføre økte markert i 2018, noe som i stor grad kan tilskrives regelverksendringen (Vestfold fylkeskommune, 2019). Veksten i antall unge som mottar uføreytelser bør sees i sammenheng med omtalen av ungdom utenfor opplæring og arbeid, se nedenfor.

Tabell 3 viser utvikling av andel mottakere av uføreytelser for landet som helhet og Vestfold og Telemark fra 2012 til 2018, vist som tre års glidende gjennomsnitt, fordelt på alder og ytelser. Noen mottar en kombinasjon av varig uføreytelse og arbeidsavklaringspenger. Vestfold og Telemark ligger høyere enn landet for alle aldersgrupper, både for varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger. I Vestfold og Telemark har veksten i andel som mottar varig uførepensjon vært størst i aldersgruppen 30–44 år. I denne aldersgruppen er det parallelt en nedgang i andel personer som mottar arbeidsavklaringspenger.

Tabell 3. Prosentandel av alle innbyggere i ulike aldersgrupper som er mottakere av uføreytelser etter ulike ytelser, tre års gjennomsnitt. AAP = arbeidsavklaringspenger. Kilde: FHI/ kommunehelse statistikkbank

År			2012– 2014	2013– 2015	2014– 2016	2015– 2017	2016– 2018
Geografi	Alder	Ytelse					
Landet	18–29 år	varig uførepensjon	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5
		AAP	3,1	3	3	3	3
	30–44 år	varig uførepensjon	3,2	3,4	3,6	3,8	4
		AAP	5,7	5,2	4,9	4,6	4,5
	45–66 år	varig uførepensjon	16,7	16,5	16,3	16,3	16,3
		AAP	5,7	5,5	5,3	5	4,8
Vestfold og Telemark	18–29 år	Varig uførepensjon	1,7	1,8	1,9	2,1	2,3
		AAP	4,5	4,4	4,5	4,4	4,1
	30–44 år	varig uførepensjon	4,4	4,6	4,9	5,3	5,6
		AAP	6,8	6,4	6	5,6	5,3
	45–66 år	varig uførepensjon	19,3	19	18,8	18,9	19
		AAP	5,9	5,7	5,4	5	4,7

Av landets befolkning hadde 5,3 % status som personer med nedsatt arbeidsevne i desember 2019. I tidligere Vestfold var andelen 5 % og i tidligere Telemark 5,4 %. I aldersgruppen under 30 år var andelen henholdsvis 5,8 % og 5,9 % for tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Det er en litt høyere andel enn for befolkningens som helhet, og høyere enn snittet for landet i denne aldersgruppen, som er på 5,0 % (NAV, 2020D). En høy andel personer med varig nedsatt arbeidsevne i de unge aldersgruppene innebærer at andelen av personer med nedsatt arbeidsevne og omfanget av varig uføretrygd vil vokse også i eldre aldersgrupper i årene som kommer.

Høy andel ungdom utenfor opplæring og arbeid

I underkant av 9 % av ungdom i Vestfold og Telemark i alderen 16–25 år registreres i gruppen ungdom utenfor videregående opplæring, og ikke i arbeid. Bare noen få fylker har et høyere nivå registrert for denne gruppen (tidligere Aust-Agder, tidligere Østfold, tidligere Finnmark). Det laveste nivået ligger ned mot 6 % (tidligere Akershus, tidligere Sogn og Fjordane) (Utdanningsdirektoratet/Skoleportalen, 2020). Nivået for Vestfold og Telemark har vært relativt stabil over tid, noe som også gjelder landet som helhet (SSB, 2020E). For aldersgruppen 25–29 år er nivået noe høyere, hele landet sett under ett (SSB, 2020F).

Ungdom utenfor arbeid og opplæring registreres av OECD (organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling). Hensikten er at det skal være mulig å sammenligne situasjonen mellom land. Nivået for såkalte NEETs (Youth not in employment, education or training) er ca. 5 prosentpoeng lavere for Norge enn gjennomsnittet for OECDs medlemsland (OECD, 2020).

I et større bilde er utfordringen altså mindre i Norge enn i de fleste andre land. Vestfold og Telemark er likevel et av fylkene med størst utfordringer i Norge. Det at Vestfold og Telemark har noe større utfordringer enn andre fylker, kan sannsynlig knyttes sammen med generelle levekårsutfordringer, inkludert situasjonen på arbeidsmarkedet (Vestfold fylkeskommune, 2019).

Det er ulike grunner til at unge står utenfor opplæring og arbeid. Utenforskapet har ulik varighet. En oversikt på nasjonalt nivå viser at av de unge som var utenfor opplæring og arbeid var 12 % registrert arbeidsledige, 21 % mottok arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, 9 % mottok andre offentlige ytelser som sosialhjelp eller kontantstøtte, og hele 58 % hadde ukjent status (Fedoryshyn, 2019A). Andelen unge som går på helserelaterte ytelser er stor i Norge, sammenlignet med andre land. Tendensen er også at det nå er flere som mottar ytelser, som for eksempel uføretrygd, uten først å ha erfaring fra arbeidslivet. Det pekes på flere forklaringsfaktorer for denne utviklingen (Fedoryshyn, 2019B). Disse inkluderer:

- Endring i unges helsetilstand, som økning i antall unge med psykiske plager
- Mer presis diagnostisering og bedre behandling gjør at flere får påvist nedsatt arbeidsevne og dermed rett til uføretrygd
- Økt tendens til å medikalisere (tilstander som i utgangspunktet ikke har en helsebegrunnelse, omgjøres til medisinske problemer) at unge faller ut av arbeid eller utdanning
- Endringer i arbeidslivet, med færre jobber for ufaglærte, og hardere konkurranse om disse

- Regelendringer

Innvandrere har en betydelig høyere andel i NEET-gruppen enn befolkningen for øvrig. For norskfødte med innvandrerforeldre er forskjellen mye mindre. Blant innvandrere har en relativt stor gruppe ikke kjent utdanning, eller ingen utdanning etter det norske utdanningssystemet (SSB, 2020F).

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

Et tegn på knapphet i arbeidsmarkedet når det gjelder tilgang på jobber for ufaglærte vises i statistikken ved at det er en stadig lavere andel av ungdom uten og utenfor videregående opplæring som har arbeid. For Vestfold og Telemark var andelen i 2018 henholdsvis 7,9 % og 6,5 %, noe som er omkring 2 prosentpoeng lavere enn for få år siden (Utdanningsdirektoratet/Skoleporten, 2020).

En undersøkelse nasjonalt viser at personer som inngår i NEET gruppen et gitt år, jevnt over har varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. Noen vil være registrert som arbeidsledige, mens andre etter hvert slutter å søke arbeid. Av ungdom som blir værende i den såkalte NEET kategorien i mange år, mottar en høy andel helserelaterte ytelser (SSB, 2020F).

Unge med lav utdanning har større problem enn andre med starten på yrkeslivet. Dette er blitt forsterket de senere år, særlig blant dem som ikke har fullført videregående opplæring. Flere enn tidligere mottar helserelaterte ytelser. Veksten i andel for denne gruppen er større for befolkningen uten å ta med innvandrere, enn for innvandrerbefolkningen. Verdt å merke seg fra undersøkelsen er at det er betydelig større sannsynlighet for å være sysselsatt dersom opplæring/utdanning kombineres med arbeid. Dette gjelder i særlig grad for ungdom som ikke har fullført videregående opplæring (Fedoryshyn, 2020).

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

«De ønsker å sitte på skolebenken og fullføre. Presset på og ønsket om et normalt, lineært og systematisk løp oppleves som stort for mange unge. Å komme på kant med «systemets plan» oppleves som marginalisering. I praksis betyr det at unge kommer ut av vennegjengen og i utakt med familiens forventninger.» (Vestfold fylkeskommune, 2019, s. 20).

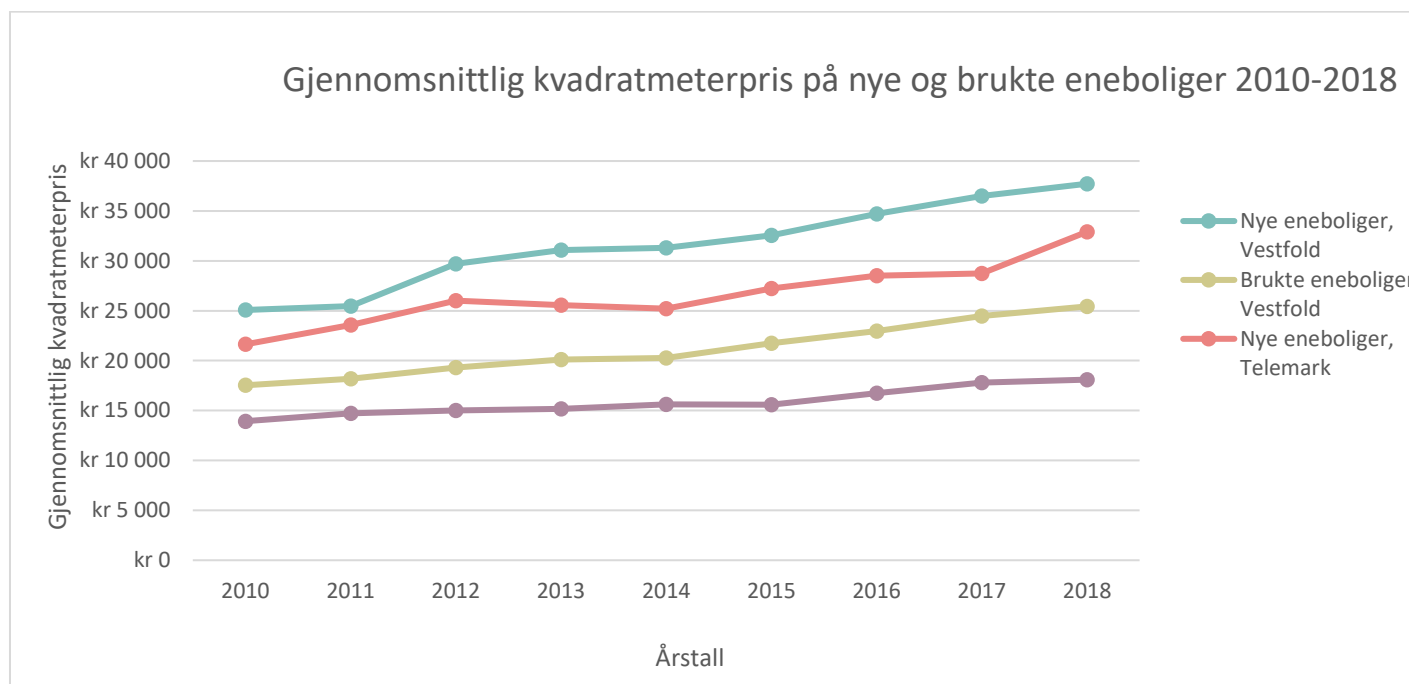
Boforholdene varierer mellom grupper

Hvordan vi bor, nabolag og nærmiljø påvirker helse og trivsel. Boforhold omfatter boligøkonomi, boligens standard og nærmiljøet (SSB, 2018, s. 10). Dette avsnittet inneholder statistikk over flere sider ved boforholdene i fylket, og peker på betydningen dette kan ha for oppvekst, helse og trivsel som en bakenforliggende påvirkningsfaktor.

Boforholdene kan påvirke barn og unges levekår og helse, og kan vise seg gjennom skoleprestasjoner og det sosiale livet. Vanskelige boforhold kan for eksempel føre til at barn ikke ønsker å ta med seg venner hjem. For sårbare grupper kan vanskelige boforhold bidra til å forsterke og opprettholde utfordringene.

Økning i boligpriser

I Vestfold og Telemark har prisutviklingen på bolig være økende, i likhet med resten av landet. Beliggenhet i forhold til sentralitet har stor betydning for gjennomsnittlig kvadratmeterpris på eneboliger. En viktig forskjell er også at prisøkningen har vært høyere i tidligere Vestfold enn i tidligere Telemark. Det er interessant å merke seg at forskjellen mellom pris på nye og brukte eneboliger i Telemark er lavere enn i Vestfold (figur 26).



Figur 26 Gjennomsnittlig kvadratmeterpris på nye og brukte eneboliger, utvikling fra 2010–2018 i tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde: SSB, tabell 03364

Boligen er et investeringsobjekt som for de aller fleste legger beslag på mange fremtidige årsinntekter. Handlingsrommet på boligmarkedet bestemmes av tilgang på egenkapital og lån, som igjen har sammenheng med arv, utdanning, inntekt og tilknytning til arbeidslivet.

Innbyggernes tilgang på bolig regnes som et grunnleggende velferdsgode, en viktig levekårsfaktor og påvirkningsfaktor for helsetilstanden. Det er et komplekst samspill mellom bolig, helse og sosial ulikhet, der bolig er en bakenforliggende påvirkningsfaktor for de sosiale helseforskjellene. Boforholdene er også blant faktorer som hoper seg opp positivt eller negativt i enkelte grupper av befolkningen (Grønningsæter og Nielsen 2011).

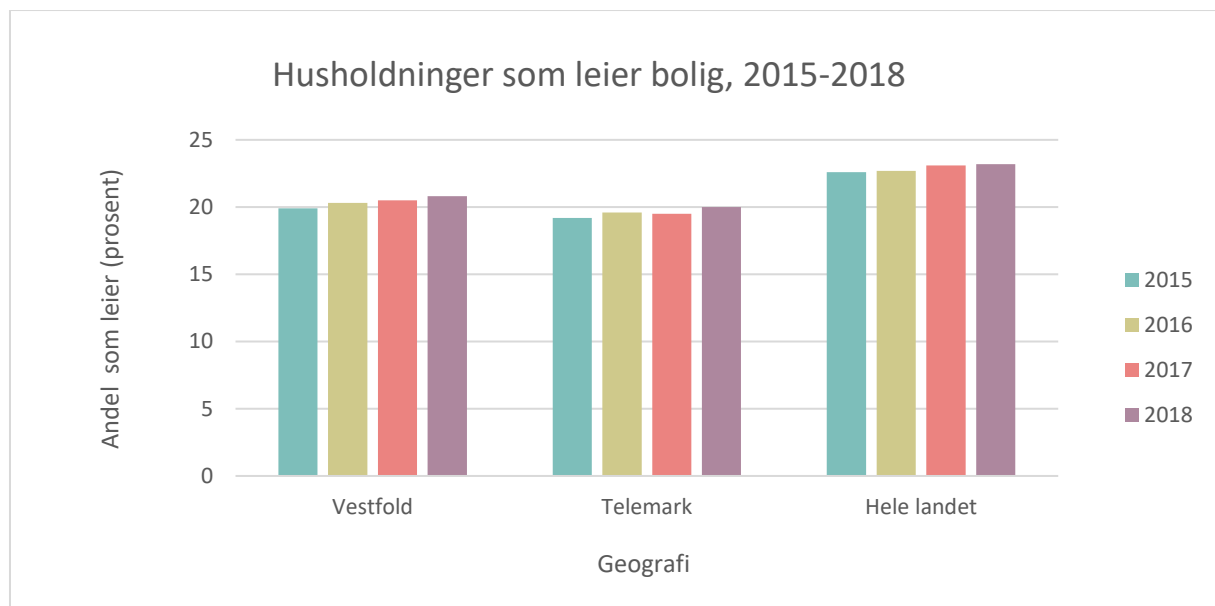
Kraftig prisvekst på bolig de siste tiårene har bidratt til økning i husholdningers gjeld og økonomiske sårbarhet (SSB 2018/13, s. 7). Prisveksten gjør samtidig at boligkapitalen øker for de som allerede er inne på eiermarkedet. Dette er en kapital som åpner muligheter for å kjøpe en bedre bolig, til å hjelpe andre familiemedlemmer inn på boligmarkedet eller som etterlater arv.

Siden boligformuen ikke er likt fordelt i befolkningen, kan den kraftige prisveksten på bolig derfor bidra til å overføre sosial ulikhet mellom generasjoner (Sandlie, Turner & Nordvik, 2016).

Stor variasjon i leieandelen mellom husholdningstype

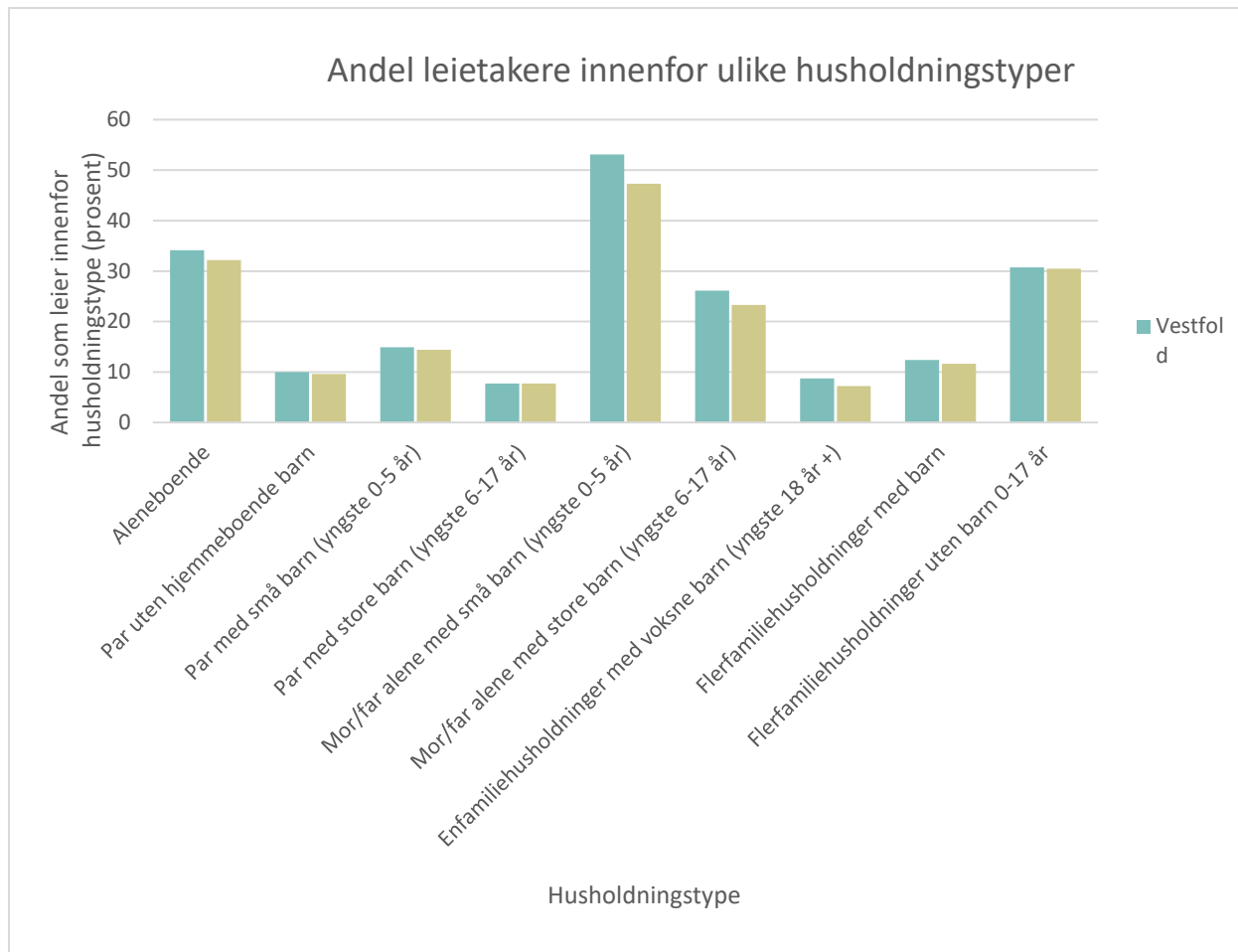
Sammenlignet med andre land har Norge en lav leieandel. Boligpolitikken har som mål at alle skal ha mulighet til å eie sin egen bolig. Leiemarkedet i Norge består også i stor grad av privat utleie, som kan gi uforutsigbarhet for leiekontraktens varighet. Økning i boligpriser og bankenes krav om 15 %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

Andelen som leier boligen sin i Vestfold og Telemark ligger 3–4 prosentpoeng lavere enn landet som helhet. Fra 2015 til 2017 har leieandelen hatt en svak økning både i Vestfold og Telemark og i landet som helhet. Figur 27 viser at leieandelen i tidligere Vestfold på om lag 20 % i 2017, ligger svakt høyere enn tidligere Telemark.



Figur 27 Andel husholdninger som leier boligen, utvikling fra 2015 – 2018. Alle husholdningstyper er inkludert, tidligere Vestfold, tidligere Telemark og hele landet. Kilde: SSB, tabell 11082.

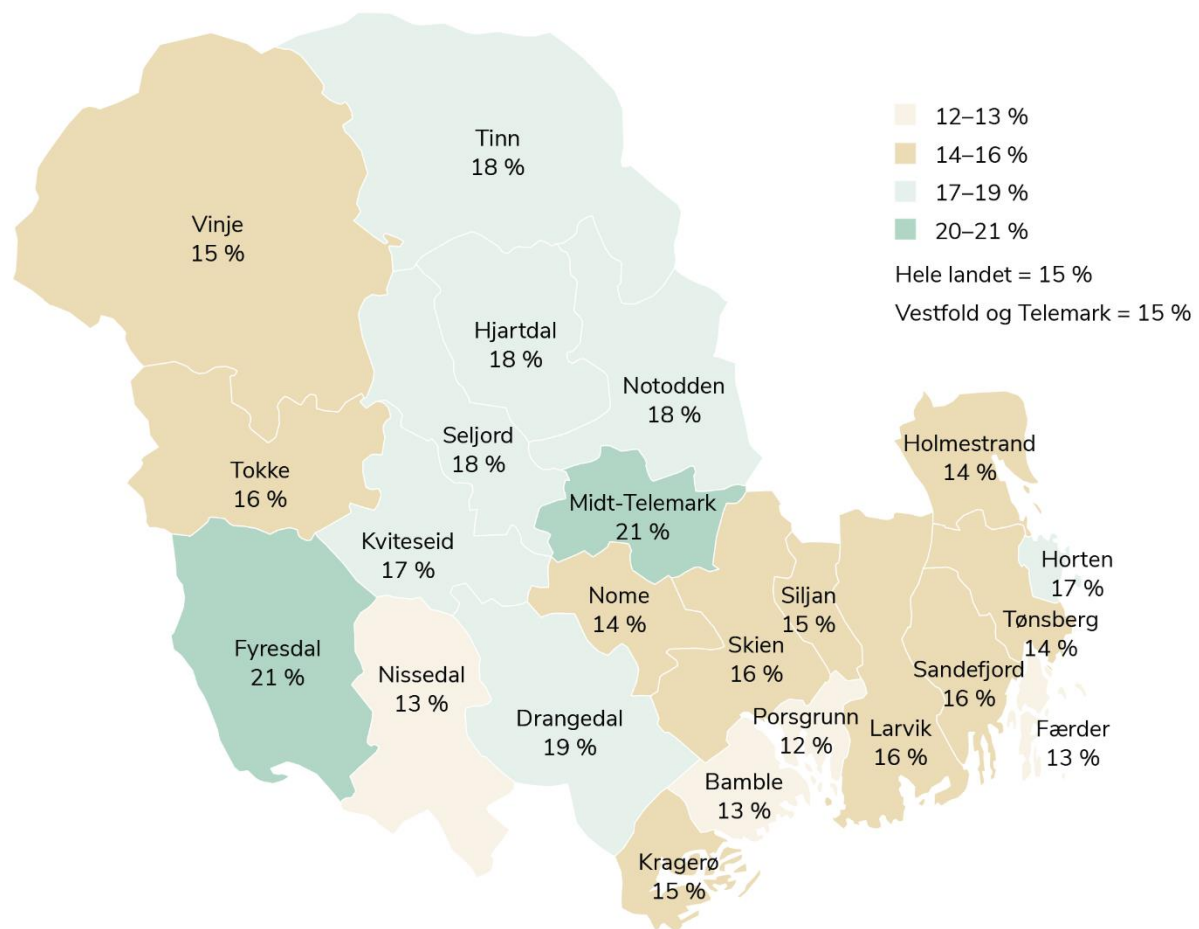
Stabile og trygge boforhold har særlig betydning for barns oppvekst og sosiale utvikling. Forskning viser at barn og unges livssjanser og fremtidsmuligheter påvirkes av nabolaget de vokser opp i. Barn og unge fra familier med lavere sosioøkonomisk status påvirkes i sterkest grad (Andersen & Brattbakk, 2017, s. 44).



Figur 28 Andel leietakere innenfor hver husholdningstype i 2018, tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde SSB, tabell 11082.

Figur 28 viser at det er stor variasjon i leieandelen mellom husholdningstyper. Det kommer tydelig fram at der mor eller far bor alene med små barn, er leieandelen høyest, med over 50 % i Vestfold. Denne høye andelen kan ha sammenheng med at prisnivået på bolig i Vestfold er høyere enn i Telemark. Det er sannsynlig at flere i denne gruppen er foreldre som har gjennomgått samlivsbrudd, og som trenger å etablere seg på nytt i boligmarkedet.

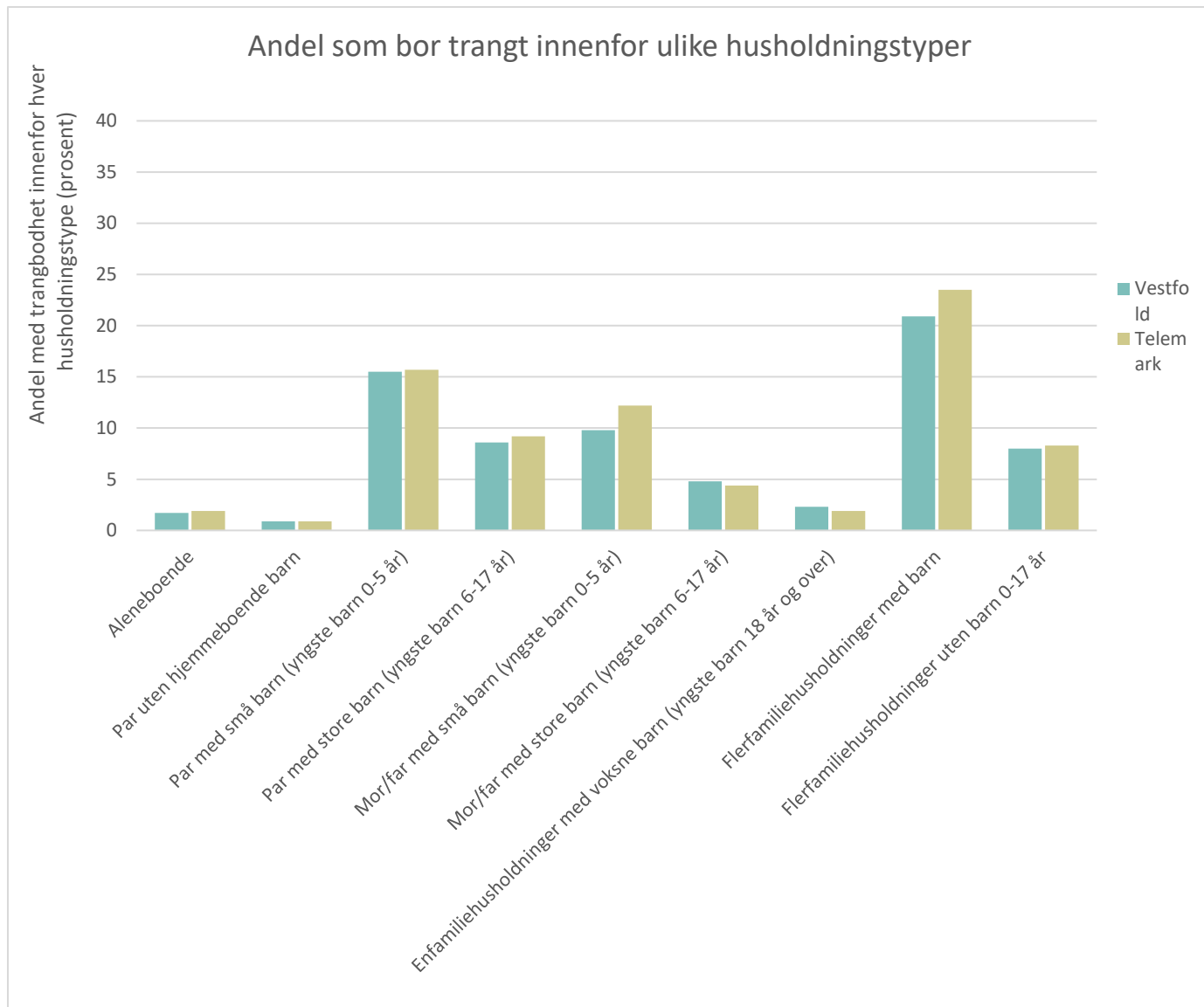
Figur 29 Andel barn og unge 0–17 år som bor i leid bolig, 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelse statistikkbank



Figur 29 viser geografiske forskjeller når det gjelder barn og unge (0–17 år) som bor i leid bolig. Totalt sett ligger fylket på samme nivå som landsgjennomsnittet, men andelen er høyest i midtre Telemark og Fyresdal, mens Færder, Porsgrunn, Bamble og Nissedal ligger under snittet.

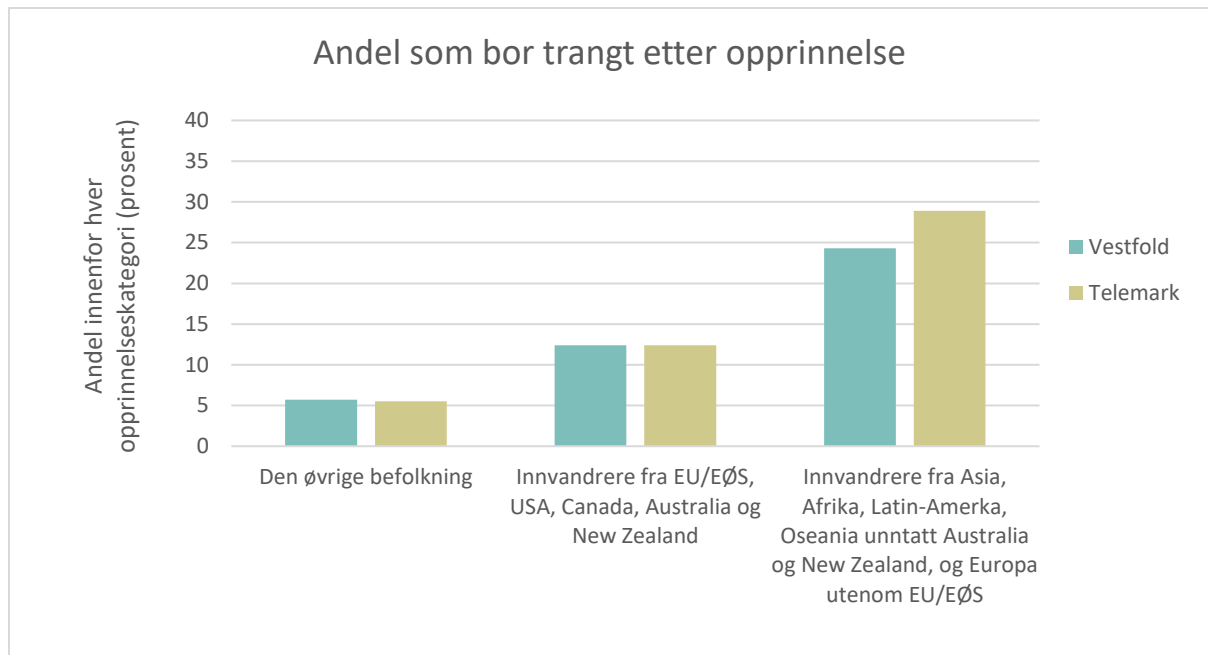
Trangboddhet

Trangboddhet er en indikator på redusert boligkvalitet, og betyr at antall rom i boligen er mindre enn antall personer. Der det kun bor en person i boligen, regnes det som trangbodd dersom denne personen bor i ettromsleilighet. I Vestfold og Telemark bor litt over 7 % av husholdningene trangt. Til sammenligning ligger andelen på 10,3 % for hele landet sett under ett. Ser vi på husholdningstyper viser det seg at spredningen er svært stor hvor noen grupper er mer utsatt enn andre (se Figur 30).



Figur 30 Andel som bor trangt innenfor ulike husholdningstyper i 2018, tidligere Vestfold og tidligere Telemark.
Kilde: SSB, tabell 11085

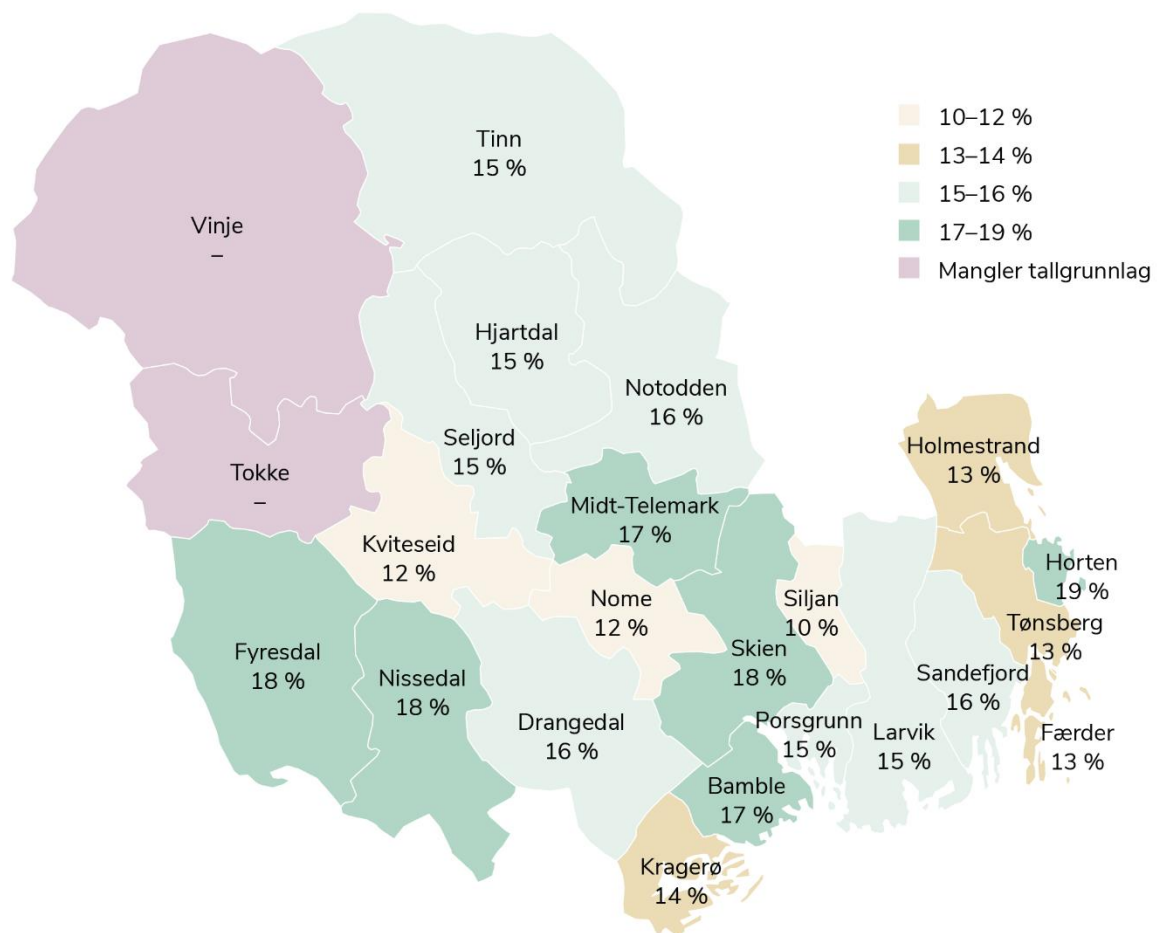
Det er særlig en stor andel flerfamiliehusholdninger som bor trangt. Nærmere 25 % av alle flerfamiliehusholdninger faller inn under definisjonen «trangboddhet». Det er også en stor andel par med små barn som bor trangt. Andelen her ligger på rundt 15 %. Samlet sett er det familier med barn og unge som i størst grad bor trangt.



Figur 31 Andel som bor trangt etter innvandrerbakgrunn, 2018. Kilde: SSB, tabell 11045

Figur 31 viser en stor forskjell mellom øvrig befolkning og innvandrergrupper når det gjelder trangboddhet. Det er særlig innvandrere utenfor den vestlige verden som bor trangt, og her ligger tidligere Telemark godt over tidligere Vestfold. Innvandrere er definert som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre (SSB, 2019).

Figur 32 Andel barn og unge i alderen 0–17 år som bor trangt, 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank

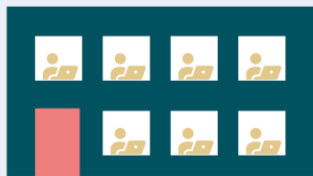


Figur 32 viser de regionale forskjellene i fylket når det gjelder barn og unge (0–17 år) som bor trangt. I noen av kommunene, som Horten, Skien, Nissedal og Fyresdal bor nesten 20 % av barn og unge trangt.

Oppsummering og vurdering



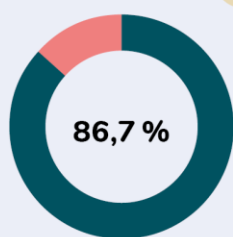
Oppvekst og levekårsforhold



2,4–2,6 %

Arbeidsledighet

Andelen helt arbeidsledige lå på mellom 2,4 og 2,6 prosent i 2019



Barnehage

86,7 prosent av barnehagene i regionen oppfylte Pedagognormen § 2 i 2018

7–8 %

Mobbing

7 til 8 prosent av elever i 10. klasse opplevde mobbing i 2019



Boforhold

- De siste 10 årene har boligprisene for nye eneboliger økt med om lag 12 000 kr. per m²
- Ca. 15 prosent av par med små barn bor trangt
- 7 prosent av innbyggerne i fylket bor trangt



Barnefattigdom

11,4 prosent av alle barn i Vestfold og Telemark lever i husholdninger med lave inntekter

89 %

52 %

Utdanning

89 prosent av elever som har foreldre med høyere utdanning gjennomfører videregående opplæring etter 5 år. For elever som har foreldre med kun grunnskoleutdanning, er det om lag halvparten som gjennomfører etter 5 år.

Illustrasjon: Tera Vector/iStock/Getty Images Plus

Levekår og oppvekst er bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helsetilstanden. Kapittelet viser positive trekk når det gjelder kvalitet i barnehagene og trivsel blant ungdom, men også utfordringer som kan bidra til å forsterke sosial ulikhet, og dermed sosial ulikhet i helse..

Barnehage og skole er arenaer for inkludering og mestring, hvor utenforskap kan forebygges gjennom helsefremmende arbeid. Et høyt faglig nivå i barnehagen legger til rette for god inkludering og språkutvikling, og virker dermed sosialt utjevnende. I Vestfold og Telemark ligger andelen barnehager som oppfyller pedagognormen over landsgjennomsnittet. Det har også vært en positiv utvikling i andelen minoritetsspråklige barn i barnehagene i Vestfold og Telemark siden 2015.

Hele 64 % av barn og unge i fylket oppgir at de trives svært godt på skolen. Dette er over landsgjennomsnittet. Likevel er det noen flere 10. klasse elever i Vestfold og Telemark som utsettes for mobbing, sammenliknet med landet. Mobbing er en betydelig barriere for inkludering og utgjøre en risiko for den psykiske helsa. Nye digitale verktøy og økt bruk av sosiale medier blant barn og unge fremmer på den ene siden økt sosial kontakt og støtte, men er også kilde til nye former for krenkelser og lovbrudd.

Utdanning er i vår tid den viktigste inngangsbillett til arbeidsmarkedet, som igjen gir både tilgang på levekårsgoder og har betydning for opplevelse av mestring, deltakelse og utvikling. Det er derfor positivt at gjennomføring av videregående opplæring har økt de siste syv årene fra 68 % i 2007 til 78 % i 2018. Gjennomføringen varierer imidlertid mye mellom kjønn og studieretning. Det er særlig for gutter på yrkesfag at gjennomføringsandelen er lavest. Etter 10 år har rundt 90 % fullført på studieforbereidende, mens på yrkesfag ligger andelen på rundt 70 %.

Det er mønstre av sosial ulikhet i både grunnskolen og i videregående opplæring. Andelen ungdom som slutter på videregående og andelen som befinner seg på laveste mestringsnivå i lesing og skriving i grunnskolen, er høyest blant elever som har foreldre med lav eller ingen utdanning. Disse andelene synker i takt med økende utdanningsløp hos foreldrene. Denne sammenhengen bidrar til å opprettholde en sosial ulikhet som på sikt bidrar til at de sosiale helseforskjellene i befolkningen vedvarer. I et folkehelseperspektiv er det viktig med et utdanningssystem bidrar til å jevne ut forskjeller, hvor verken kjønn, studieretning eller sosial bakgrunn skal ha betydning.

Boforholdene har betydning for både levekår og oppvekst, og er dermed bakenforliggende påvirkningsfaktor for helse og trivsel. I likhet med resten av landet har boligprisene hatt stor vekst de siste 10 årene, og bidrar til å høyne terskelen for komme inn på eiermarkedet. Andelen som leier boligen sin i Vestfold og Telemark ligger riktignok noe under landsgjennomsnittet, men det har vært en svak økning siden 2015. Leie av bolig *kan* være resultat av en vanskelig økonomisk situasjon, og bety usikkerhet om fremtid og bosituasjon.

Det er stor variasjon i leieandelen mellom ulike grupper i befolkningen. Nær halvparten av aleneforeldre med små barn leier og 30 % av de som bor alene. Andelen som bor trangt i Vestfold og Telemark ligger på 7 %, men også her er det en overrepresentasjon av husholdninger med små barn, aleneforeldre og flerfamiliehusholdninger. Blant barn og unge (0–17 år) er det i enkelte kommuner opptil 19 % som bor i leid bolig. Vi vet at barns boforhold har påvirkning på skoleprestasjoner og inkludering blant venner.

Arbeid er viktig for opplevelsen av tilhørighet, trygghet og mening. Deltakelse i arbeidslivet er for de fleste av oss også avgjørende for inntekt og trygg økonomi. Det er lav arbeidsledighet i Norge, også i Vestfold og Telemark. Variasjonen i registrert ledighet mellom kommunene er stor. Mønsteret er at ledigheten er høyest der befolkningsstørrelse og sentralitet også er høyest. Andelen som mottar en form for uføreytelse i aldersgruppen mellom 18–66 år ligger på 15,6 %. Inntektsulikheten i Vestfold og Telemark har vært økende, på samme måte som for resten av landet. I tillegg ligger fylket under landsgjennomsnittet på median inntekt for husholdninger. Vestfold og Telemark er blant fylkene i Norge med høyest andel ungdom i alderen 16–25 som er utenfor opplæring og arbeid (i underkant av 9 %). Det er flere forklaringsfaktorer som ligger bak,

men nasjonale analyser viser at over halvparten av disse har ukjent status. Lav utdanning og varige problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet er blant forklaringene, i tillegg til økning av unge med psykiske plager og hardere konkurranse om stillinger for ufaglærte.

Referanser

Andersen B. og Brattbakk I. (2017). *Oppvekststedets betydning for barn og unge. Nabolagets som ressurs og utfordring* (AFI Rapport 02:2017). Oslo: AFI.

Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (HIOA kunnskapsrapport). Hentet fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-ihelse/Rapportene>

Engh, R. (2011). *Vurdering for læring i skolen. På vei mot en bærekraftig vurderingskultur*. Kristiansand: Høyskolenforlaget.

Fedoryshyn, N. (2019A, 27. februar). *Hvordan går det med unge som faller utenfor?* (SSB publisasjon). Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/hvordan-gar-det-med-unge-som-faller-utenfor>

Fedoryshyn, N. (2019B, 31. mai). *Flere unge uføre – færre arbeider samtidig* (SSB analyse 2019/16). Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/flere-unge-ufore-faerre-arbeider-samtidig>

Fedoryshyn, N. (2020). *Dårlig start på arbeidslivet for lavt utdannede* (SSB analyse 2020/01). Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/darligere-start-pa-arbeidslivet-for-lavt-utdannede>

Folkehelseinstituttet/ Kommune helsa statistikkbank (2020). Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>

Folkehelseinstituttet/ Norgeshelsa statistikkbank (2020). Hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

Folkehelseinstituttet/ Kommune helsa statistikkbank (2020A, 25.mars). *Inntektsulikhet – P90/10*. Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>

Folkehelseinstituttet/ Kommune helsa statistikkbank (2020B, 25. mars). *Personer som bor i husholdninger med lavinntekt etter kommunale grenser for lavinntekt*. Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>

Folkehelseinstituttet/ Kommune helsa statistikkbank (2020C, 31. januar). *Mottakere av uføreytelser*. Hentet fra <http://khs.fhi.no/webview/>

Folkehelseinstituttet. (2017). Folkehelse rapporten: Arbeid og helse i Noreg. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>

Grønningsæter B. A. og Nielsen R, A. (2011). *Bolig, helse og sosial ulikhet*. (IS-1857). Oslo: Helsedirektoratet.

Helse -og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>

Major, E. F.(Red)., Dalgard O.S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, Solveig., Rognerud, M. & Aarø L, E. (2011). *Bedre fore var-Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>

NAV. (2020A, 28. januar). Helt ledige. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/helt-ledige>

NAV. (2020C, 30. januar). Arbeidsmarkedet nå. Hentet fra https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/hovedtall-om-arbeidsmarkedet/arbeidsmarkedet-na_kap

NAV. (2020D, 6. Februar). Personer med nedsatt arbeidsevne. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nedsatt-arbeidsevne>

OECD. (2020, 24. januar). Youth not in employment, education or training (NEET). Hentet fra <https://data.oecd.org/youthinac/youth-not-in-employment-education-or-training-neet.htm>

Opplæringslova. (2000). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (LOV-2019-06-21-60). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Pedagognormen (2017), Norm for pedagogisk bemanning, Forskrift om pedagogisk bemanning og dispensasjon i barnehager, (FOR-2017-06-22-1049). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-22-1049/%C2%A71#§1>

Sandlie, H. C., Turner M. L., Nordvik V. (2016). Boligmarkeder og boligkarrierer. I Frønes I., Kjølrsrød L. (Red.) *Det norske samfunn*. (7. utgave, Bind 1, 179-197). Oslo. Gyldendal.

Sletten, M. A., & og Hyggen, C. (2013). *Ungdom, frafall og marginalisering* (Temanotat: program velferd, arbeidsliv og migrasjon – VAM fra Norges Forskningsråd 2013). Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Rapporter/Ungdom-frafall-og-marginalisering/>

Statistisk sentralbyrå. (2020A, 28. januar). Tabell 05613: Arbeidsstyrken og sysselsatte, etter kjønn (F). Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05613/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. (2020B, 28. januar). Tabell 09031: Sysselsatte, etter kjønn og bostedsfylke. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09031/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. (2020C, 28. januar). Tabell 08517: Arbeidsledige, etter kjønn, alder, statistikkvariabel og år. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/08517/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. (2020D, 29. januar). Norsk sysselsetting på «Europa-toppen». Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/norsk-sysselsetting-paa-europa-toppen>

Statistisk sentralbyrå. (2020E, 24. januar). Tabell 09858: Personer i alderen 15 – 29 år som verken er sysselsatt eller under utdanning, etter alder, statistikkvariabel og år. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09858/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. (2020F, 24. januar). Ungdoms som verken er i arbeid eller utdanning. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/ungdom-som-verken-er-i-arbeid-eller-utdanning-art>

Statistisk sentralbyrå. (2020G, 22. mars). Tabell 09169: Barn i barnehager, etter alder, oppholdstid per uke og barnehagens eierforhold (K). Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09169>

Statistisk sentralbyrå. (2020H, 22. mars). Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K). Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Statistisk sentralbyrå. (2020I, 22.mars). Tabell 12272: Minoritetsspråklige barn i barnehage 1-5 år (K). Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12272/>

Statistisk sentralbyrå. (2020J, 22.mars). Tabell 08921: Befolkningens utdanningsnivå. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/08921>

Statistisk sentralbyrå (2018). *Bolig og boforhold – for befolkningen og utsatte grupper*. (Rapporter 2018/13). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A., Hamby, S., & Mitchell, K. (2014, October 20). Beyond Bullying: Aggravating Elements of Peer Victimization Episodes. *School Psychology Quarterly* (30)3. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/267101749_Beyond_Bullying_Aggravating_Elements_of_Peer_Victimization_Episodes

Utdanningsdirektoratet/Skoleportalen. (2020, 24. januar.) Ungdom uten og utenfor videregående læring. Hentet fra <https://skoleporten.udir.no/>

Vestad, L. & Fandrem, H. (2015). Selvregulering, språk og relasjon til pedagogen hos minoritetsspråklige og majoritetsspråklige førskolebarn. *Spesialpedagogikk*, 1, 2015. s 45-56.

Vestfold fylkeskommune. (2019). Unges utfordringer i jobb og utdanning. En litteraturgjennomgang. Hentet fra <https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/naring-innovasjon-og-kompetanse/>

Vogt, K C. (2017). *Vår utålmodighet med ungdom*. Oslo. Tidsskrift for samfunnsforskning 1/2017.

With, M. L. (2018). *Slik har vi det - livskvalitet og levekår*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/arbeid-og-utdanning>

Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Miljøet har stor påvirkningskraft på helse, trivsel og livskvalitet. Miljøet kan både fremme god helse og beskytte mot sykdom, men kan også utgjøre en risiko, i større eller mindre grad. Vi er imidlertid ikke kun passive mottaker av det miljøet som omgir oss, men er også med på å forme eget fysiske og sosiale miljø på ulike nivåer.



I dette kapittelet vurderes indikatorer på en rekke tema som dreier seg om det fysiske og sosiale miljøet. Personer med lavere inntekt og utdanning utsettes for flere risikofaktorer gjennom miljøet, sammenliknet med personer med høyere utdanning og inntekt. Bærekraftsmål 10 er derfor relevant i denne sammenheng. Mange av påvirkningsfaktorene i miljøet kan knyttes til bærekraftsmål 11 om bærekraftige byer og samfunn. Helsefremmende faktorer knyttet til det fysiske og sosiale miljøet er viktige ressurser for folkehelsa i fylket og forebyggende folkehelseiltak kan gi resultater på kort og lang sikt.

Det er sannsynlig at COVID-19 pandemien vil påvirke trendene i flere av indikatorene i dette kapittelet. Umiddelbart har akutte tiltak påvirket miljøfaktorer som støy- og luftforurensing, men hvordan dette vil endre seg videre fremover er usikkert. Begrensningene i sosialt liv, kultur- og idrettsaktiviteter og andre fellesskapsopplevelser påvirker evnen til å skape sosial støtte, trygghet og opplevelse av mening.

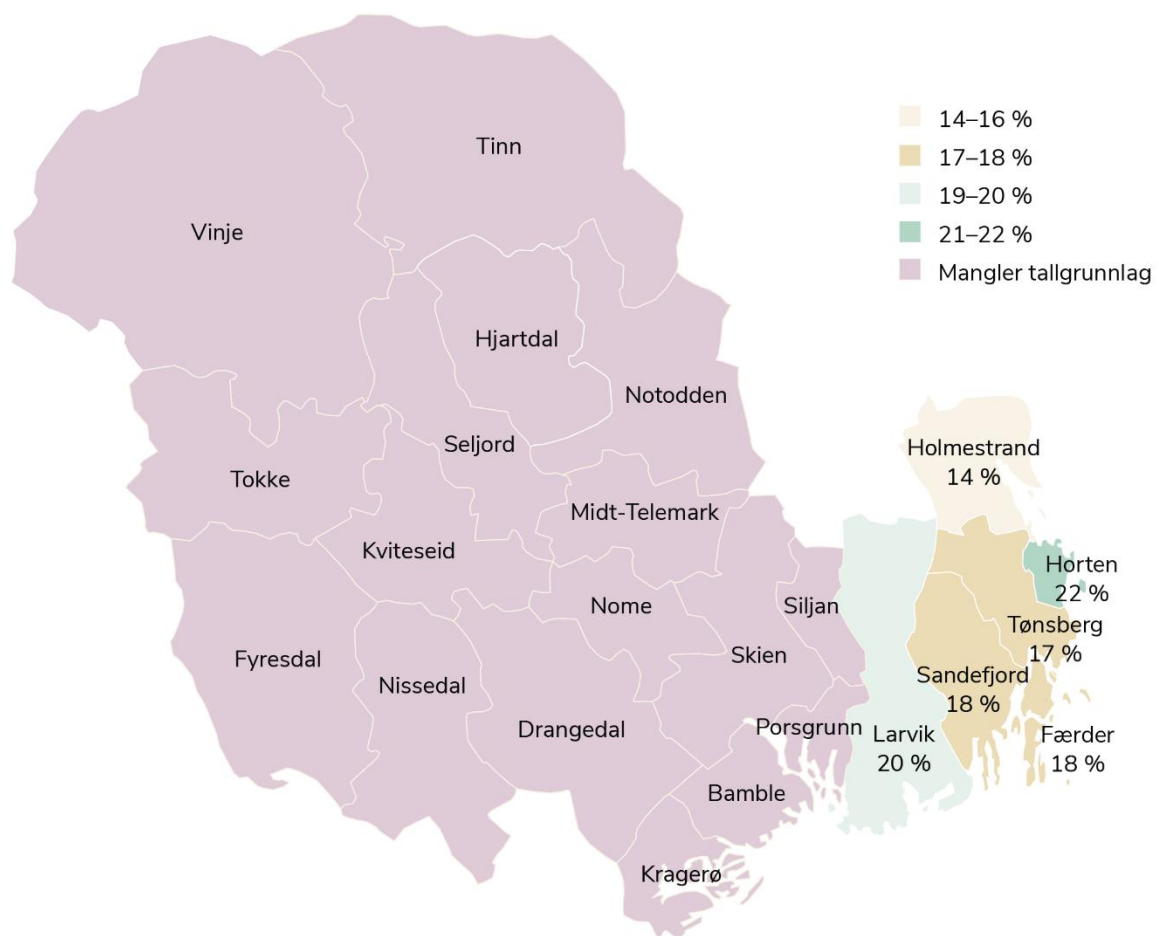
Enkelte støyutsatte områder

Støy virker sjenerende, kan påvirke søvnkvaliteten og være medvirkende årsak til forhøyet blodtrykk og stress (WHO, 2011). Støy er en av de store gjenværende miljøproblemene som rammer flest mennesker i Norge. I Norge har 200 000 personer problemer med nattesøvnen på grunn av støy, ifølge Folkehelseinstituttet. Forskning viser at støy kan gi psykisk stress, og helseplager som muskelspenninger og muskelsmerter. Støy kan også være medvirkende årsak til høyt blodtrykk og utvikling av hjertesykdom. Stortinget har derfor vedtatt at støyplagen i Norge skal reduseres. De viktigste støykildene i samfunnet er samferdsel, tekniske installasjoner, industri, naboaktiviteter og bygge- og anleggsvirksomhet. Vegtrafikk står for omtrent 80 % av

støyplagene. For å unngå sterke støyplager er det anbefalt at støynivå fra trafikk ikke skal overstige 55 dB utenfor boligen (Folkehelseinstituttet 2014).

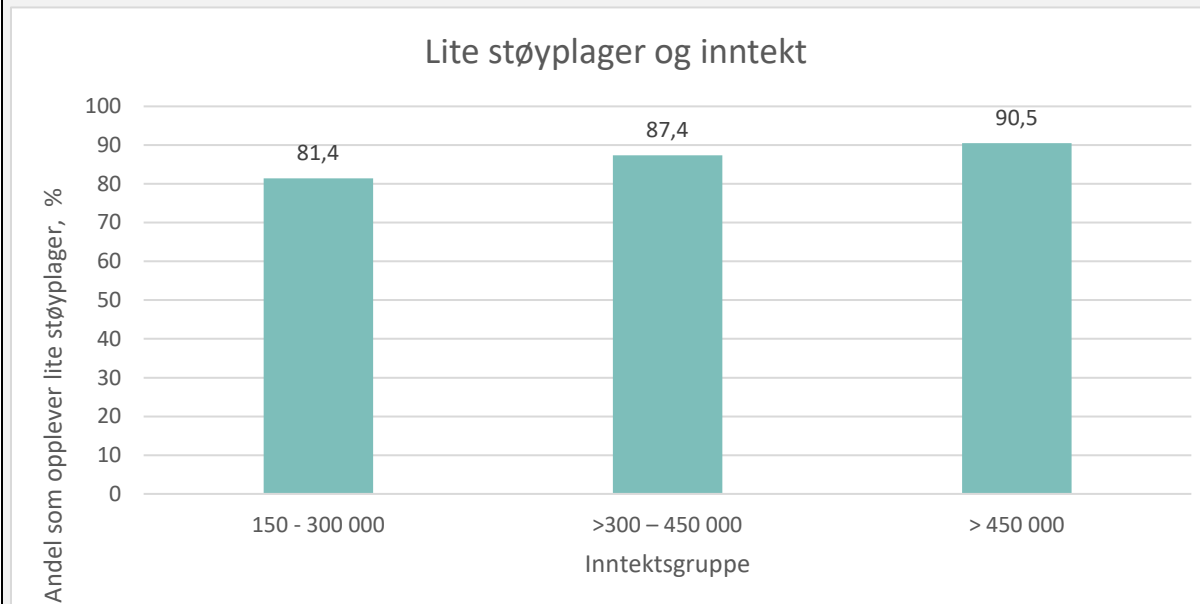
Antall nordmenn som er rammet av støy, fortsetter å øke og var i 2014 det høyeste på 15 år. Rundt 35 % er utsatt for støy fra veitrafikk på landsbasis. I Vestfold og Telemark bor 21 % i områder med støynivåer over anbefalte grenseverdier (L_{den} 55 dB) langs riks- og fylkesveg. Dette utgjør omtrent 89 000 personer.

Figur 33 Andel av befolkningen som er plaget av støy fra veitrafikk og andre støykilder. Kilde: Folkehelseundersøkelsen helse og trivsel 2015.



Sosial ulikhet i opplevelse av støyplager

I Folkehelseundersøkelsen Helse og trivsel i Vestfold ble det spurt om veistøy og støy fra alle andre kilder. Indikatoren som presenteres her er en kombinasjon av disse to spørsmålene. Lite støyplager betyr at det kun har vært krysset av for alternativet «ikke eller litt plaget». De som er gruppert med støyplager, har minimum krysset av for «middels», «mye» eller «ekstremt plaget» av støy på ett av de to støyspørsmålene.



Figur 34. Lite støyplager og inntekt, standardisert for fylkets alderssammensetning, Vestfold 2015/16. n=3233.

Figuren viser at jo høyere inntekt, desto mindre plaget av støy – men forskjellene er ikke store. Økningen fra midterste til øverste inntektsgruppe er på rundt tre prosentpoeng. Andelen som opplever støyplager er ikke dramatisk. Støy er likevel en utfordring for rundt hver femte person i nederste inntektsgruppe. Forskjellen etter utdanningsnivå er noe svakere enn for inntekt. Det er sannsynlig at de sosiale forskjellene er mindre i Vestfold, enn det ville vært i en tett befolket storby.

Boks 1. Sosial ulikhet i opplevelse av støyplager

Periodevise utfordringer med luftkvalitet i Grenland og Tønsberg

Dårlig luftkvalitet bidrar til luftveissykdommer og forverring av hjerte- og karsykdommer. Mange luftforurensende komponenter utløser de samme helseeffektene og virker trolig sammen. For å redusere luftforurensingen er det særlig viktig med krav og sette inn tiltak mot trafikk og vedfyring (Folkehelseinstituttet, 2014). Det er spesielt i vinterhalvåret der kombinasjonen av tørre veier, stillestående og kald luft, fyring og bruk av piggdekk på svært trafikkerte veier forårsaker høye verdier og økt forurensing av luften.

I Vestfold og Telemark er det særlig Grenland og Tønsberg som har utfordringer med luftkvalitet. Luftkvaliteten i Grenland er i dag mye bedre enn på slutten av 1970-tallet. Dette henger hovedsakelig sammen med reduksjon i de lokale industriutslippene i perioden 1970–1990.

Samtidig har utslippene fra veitrafikk økt, og svevestøv synes nå å være det største problemet knyttet til lokal luftkvalitet i Grenland. Fastsatt grenseverdi for svevestøv skal ikke overskrides mer enn 30 ganger per år. I 2018 ble det målt henholdsvis 8, 7 og 9 overskridelser på målestasjonene i Lensmannsdalen, Sverresgate og Knarrdalstranda. Det er fem målestasjoner i Grenland, hvorav fire måler svevestøv. Målestasjonen på Furulund har ikke hatt overskridelser. Statens vegvesen og kommunene i Grenland gjennomfører tiltak i form av soping, vasking og salting av veibanen. Bruken av piggfrie dekk har økt med 11 prosentpoeng de seneste årene i Grenland (Skien og Porsgrunn) – fra 65 % piggfriandel i 2015, til 76 % i 2019.

I Tønsberg er det fylkesveiene som har de største trafikkmengdene, og som derfor er den største bidragsyter til luftforurensing fra veitrafikken. Tønsberg har én godkjent målestasjon. Den ligger i Nedre Langgate, ca. 320 m fra Tønsbergs største veikryss. I Tønsberg var det 16 overskridelser i 2018. Målestasjonen kom ikke i gang før 24. januar. Det antas derfor at tallet på overskridelser i 2018 kan være noe høyere. Tønsberg er pålagt å måle svevestøv i 2019 og 2020. Det vil da være mulig å si noe om utvikling av svevestøv i denne delen av fylket.

Radon – enkelte spesielt utsatte områder

Alle nordmenn utsettes for stråling fra naturlige og menneskeskapte strålekilder. Omtrent halvparten av den totale stråledosen en gjennomsnittsnordmann utsettes for kommer fra radon. Radon er en radioaktiv edelgass som kontinuerlig dannes fra uran. Radongass er kreftfremkallende og regnes for å være den viktigste risikofaktoren for lungekreft etter røyking. Forskere anslår at radon er medvirkende årsak til rundt 12 %, det vil si rundt 370 av de drøyt 3000 lungekrefttilfellene vi har årlig i Norge.

Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt sett være lav. Helsefare oppstår først når gassen siver inn og oppkonsentreres i innemiljøet. Radon i bygninger kommer vanligvis fra jordluften i byggegrunnen. Risikoøkningen bestemmes av hvor lang tid man utsettes for radon og av hvor høyt radonnivået er. Ofte gir skade knyttet til radon seg utslag første etter langvarig eksponering.

Gjennomsnittlige radonkonsentrasjon i norske boliger er anslått til 88 becquerel per kubikkmeter (Bq/m³) luft, noe som er dobbelt så høyt som beregnet verdensgjennomsnitt. Ettersom målinger i privatboliger er frivillig og omfattes av personvernloven er det vanskelig å si noe konkret om forekomst av radon i privatboliger i fylket. Feens-området i Ulefoss og enkelte områder i Skien fremheves likevel som områder der byggegrunnen har en høy radonkonsentrasjon.

I skoler, barnehager og utleieboliger, som er omfattet av strålevernforskriften, stilles det bindende krav til radonnivåene. Når det gjelder andre bygninger, anbefaler Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA), at de skal ha så lave radonnivåer som praktisk mulig og innenfor anbefalte grenseverdier. Maksimumsgrensen er på 200Bq/m³ og tiltak skal alltid utføres når radonnivået i ett eller flere oppholdsrom overstiger 100Bq/m³ (statens strålevern, 2017).

Miljørettet helsevern i Vestfold gjennomførte i perioden 2010–2014 et prosjekt der det ble gjennomført 12245 radonmålinger ved 3528 ulike adresser i private og kommunale boliger i 12 samarbeidskommuner (alle vestfoldkommunene utenom Sandefjord og Larvik). Resultatene viste

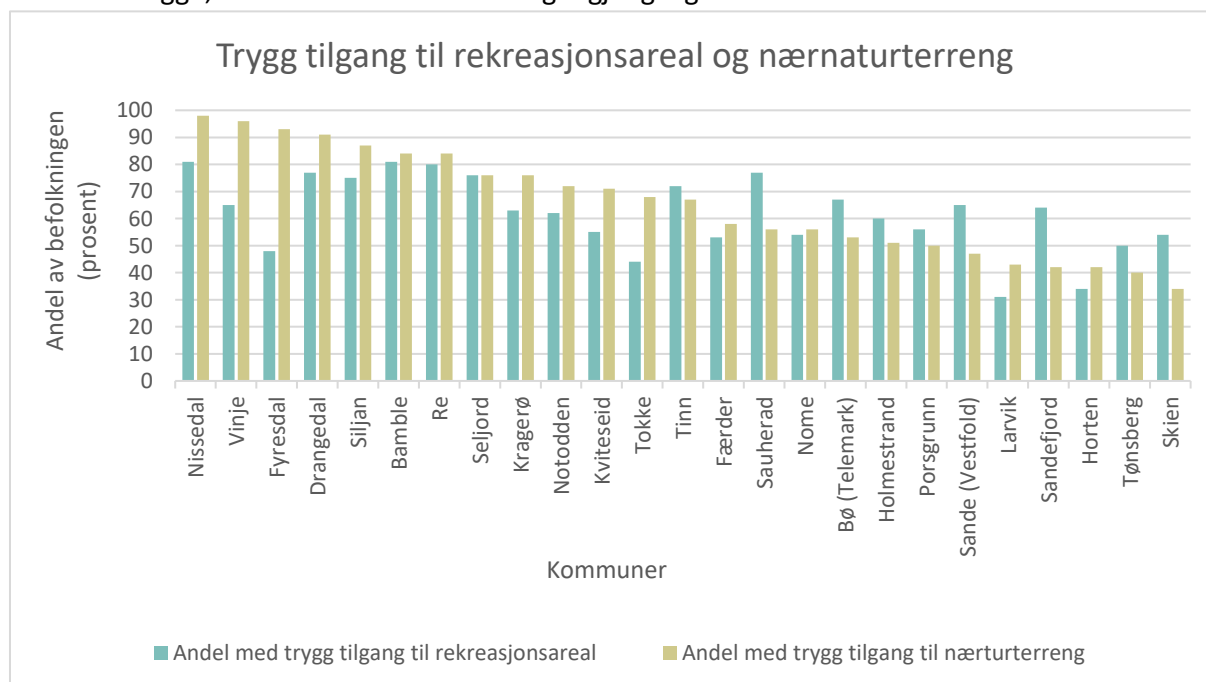
at tiltaksgrensen på 100 bq/m³ var overskredet ved 821 eiendommer, og at maksimumsgrensen på 200 bq/m³ var overskredet ved 832 eiendommer. Der det ble gjort funn av radon over tiltaksgrensen ble disse virksomhetene fulgt opp av Miljørettet helsevern.

Miljøretta helsevern i Grenland etterspør radonstatus i alle kommunale og private skoler og barnehager i Grenlands seks kommuner; Porsgrunn, Skien, Bamble, Kragerø og Drangedal. I perioden okt-april 2011/2012 og okt-april 2012/2013 ble det gjennomført et større prosjekt med flere målinger i privatboliger i Grenland. I samarbeid med geodataavdelingen i Porsgrunn kommune er alle disse målingene kartfestet. Resultatene viser at 828 av totalt 4342 målte boliger har radonverdier over maksimumsgrensen på 200 Bq/m³. Hovedvekten av disse er i Skien.

Det er i hovedsak to årsaker til at et område kan være ekstra radonutsatt: Området består av uranrike bergarter (som for eksempel alunskifer) eller luftgjennomtrengelige løsmasser. I slike tilfeller vil det være viktig at radon tas hensyn til i kommunens arealplanlegging. Det er imidlertid store variasjoner i radonkonsentrasjon også innenfor relativt små geografiske områder. Det anbefales derfor målinger av radon hvert 10.år.

God tilgang på rekreasjonsområder og nærnaturterreng

Korte turer i nærområdet, i skogen eller på fjellet er den mest populære friluftaktiviteten i landet, viser SSBs levekårsundersøkelse fra 2017. Mens det er en sosial ulikhet innenfor en rekke friluftaktiviteter, er det særlig for fisketur og kortere spaserturer sosiale forskjeller er på det laveste (SSB, 2017). I en kartlegging av norske kommuner og fylkeskommuners arbeid for å gå på tur i nærmiljøet, defineres nærtur eller nærmiljøturer som både transport til daglige gjøremål og som rekreasjon (Thorèn, 2018). Rapporten omtaler den lokale turveien som landets mest brukte «idrettsanlegg», som både er «kortreist» og tilgjengelig for alle.



Figur 35. Andel av befolkningen med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng 2018, etter kommuner i tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde SSB, tabell 09579.

Sammenstillingen mellom kommuner i Figur 35 er en beregning av andeler som har trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng. Rekreasjonsarealer grenser til tettsteder og er lekeplasser, ballplasser, nærmiljøanlegg, «100 meterskoger», badestrender, offentlig sikrede områder, parker og lignende som er større enn 5 da, men mindre enn 200 da. Nærturterreng er vegetasjonskledd område på mer enn 200 da, tilknyttet byggeområder med gangavstand. Det framgår ikke om arealet er regulert eller tilrettelagt for aktivitet. Kriterier for trygg tilgang er å kunne ferdes trygt for å nå arealet, langs stier, gang- og sykkelvei eller bilvei med lite trafikk og lav fartsgrense. Tilgang for rekreasjonsareal må være under 200 meter og 500 meter for nærturterreng.

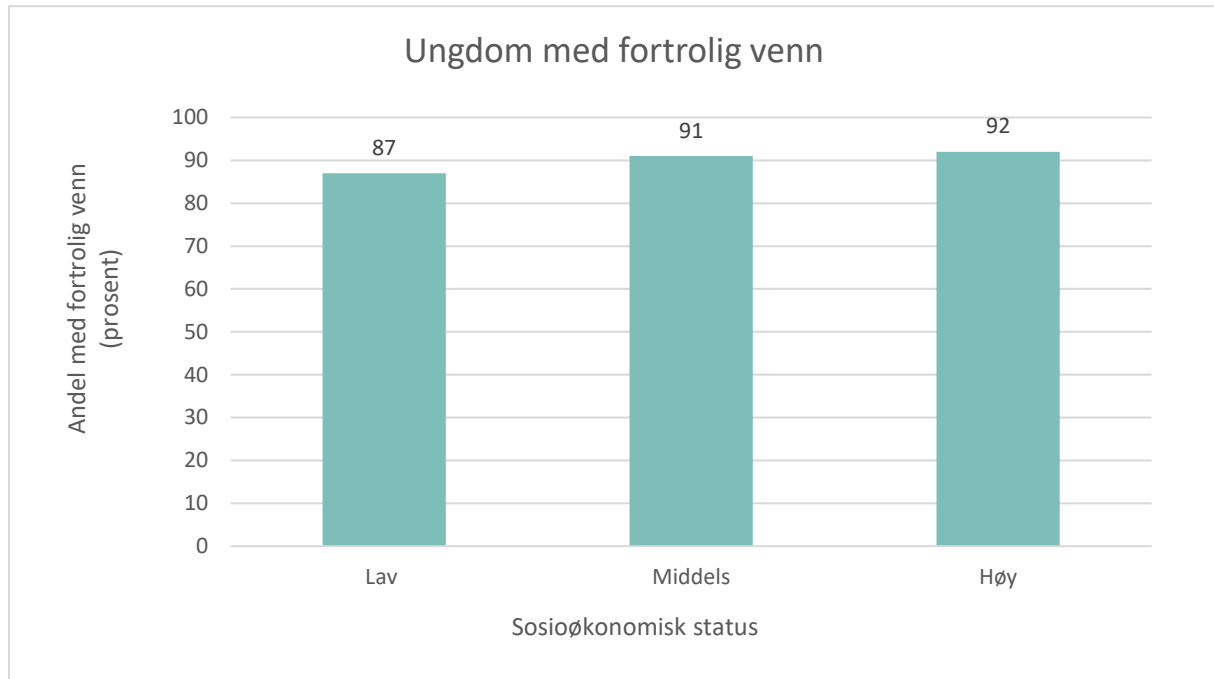
Figur 35 viser tydelige forskjellen mellom kommunene som rommer byer og land- og fjellkommuner. Tilgang til nærturterreng er generelt størst i kommunene med lav sentralitet. Bamble og tidligere Re utgjør kommuner med middels sentralitet og med god tilgang på både nærturterreng og rekreasjonsareal. Tilgang på nærturterreng og rekreasjonsareal er en ressurs for folkehelsen, særlig fordi bruk av uteområder og naturen til uorganisert aktiviteter og friluftaktiviteter går på tvers av sosioøkonomisk status.

Sosial støtte for de fleste

God sosial støtte betyr at man får kjærlighet og omsorg, at man tilhører et sosialt nettverk og at man er del av et felleskap der man blir verdsatt og har gjensidige forpliktelser. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet og utenforskap.

Gode sosiale nettverk og sosial støtte er helsefremmende faktorer og viktige ressurser for håndtering av livets utfordringer. Sosial støtte fungerer som en viktig beskyttelsesfaktor mot stress ved at det gir mulighet til råd og trøst. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske plager og lidelser.

I Ungdataundersøkelsen måles sosial støtte med utgangspunkt i selvrapporterte svar på opplevelsen av å ha «fortrolige». Med "fortrolige" menes en person som du kan betro deg til og dele personlige anliggender med. I Ungdata blir ungdommene spurt om de har minst én fortrolig venn som de kan betro seg til om alt mulig. Resultatene fra siste gjennomføring i Vestfold (2017) og Telemark (2018) viser at 90 % av ungdommene i fylket oppgir at de har minst én slik fortrolig venn. Det er likevel 21 % som svarer at de er "ganske" eller "veldig mye" plaget av ensomhet. Andelen som oppgir å ha en fortrolig venn varierer også med sosioøkonomisk bakgrunn.



Figur 36 Prosentandelen ungdommer i Vestfold og Telemark som oppgir at de har en fortrolig venn som de kan betro seg til om alt mulig etter familiens sosioøkonomiske status. Kilde: Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018.

Figur 36 viser at det er en sosial ulikhet i andelen ungdommer som oppgir å ha en fortrolig venn etter sosioøkonomisk status. Forskjellene er tydeligst mellom de som kommer fra familier med høy sosioøkonomisk status og de som kommer fra familier med lav sosioøkonomisk status. Hele 92 % av ungdommene fra familier med høy sosioøkonomisk status oppgir at de har en fortrolig venn som de kan betro seg til om alt mulig, mens det samme gjelder for, litt færre, 87 %, av ungdommene fra familier med lav sosioøkonomisk status.

Deltakelse og sosioøkonomisk status har sammenheng

Det å være aktiv i en organisasjon, klubb, lag eller forening kan gi mulighet til å utvikle egne evner og ferdigheter, og å være sammen i et fellesskap. Deltakelse i kulturliv og frivillighet er dermed en viktig kilde til sosial støtte og livskvalitet. Undersøkelser viser at personer som er aktive i frivillige organisasjoner har bedre helse og er mer tilfreds med eget liv. Også åpne og uforpliktende møteplasser er med på å skape et sosialt støttende og inkluderende nærmiljø.

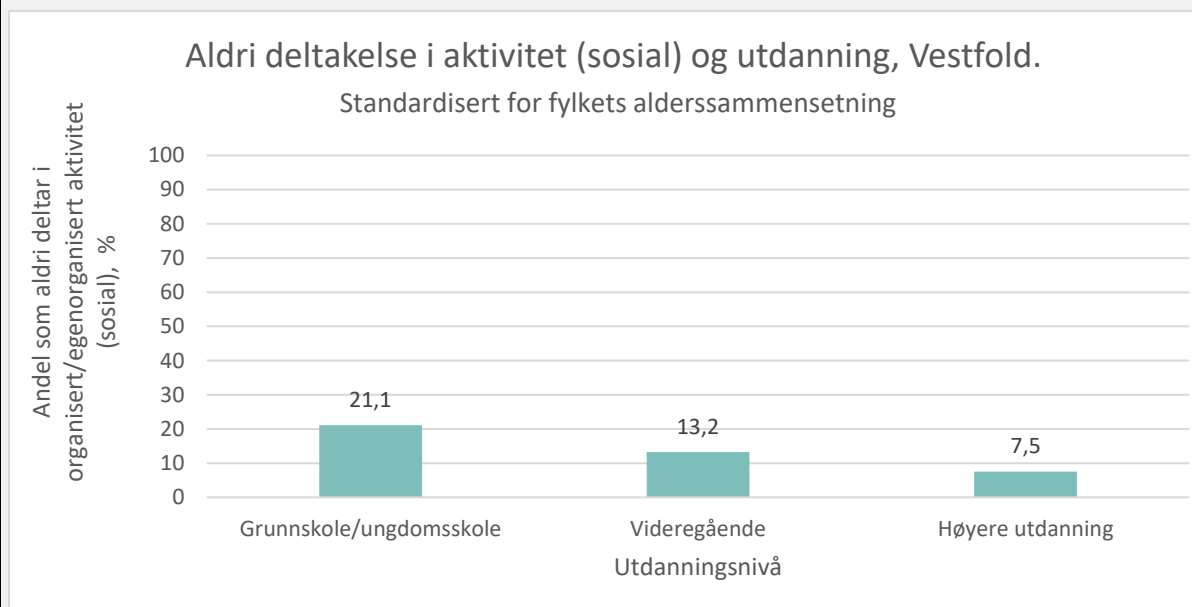
Regjeringen har som målsetting at alle barn og unge skal ha muligheten til å delta i minst én fritidsaktivitet jevnlig (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Ungdataundersøkelsen i Vestfold og Telemark viser at andelen som deltar på fritidsaktiviteter går ned i løpet av videregående. Idrett er den organiserte fritidsaktiviteten som flest ungdommer i fylket deltar på, men også der synker andelen aktive mye med økende alder.

Ungdommer med høy sosioøkonomisk status er generelt mer aktive i organiserte fritidsaktiviteter enn ungdommer med lav sosioøkonomisk status. 86 % av ungdom med høy sosioøkonomisk status i Vestfold og Telemark oppgir at de har deltatt på minst en organisert

fritidsaktivitet siste måned. 73 % av ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status oppgir det samme. Det er også mange flere ungdommer med lav sosioøkonomisk status som aldri har vært med i noen organisasjon, klubb eller lag. Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og deltakelse i fritidsaktiviteter kan dreie seg om at deltakelse ofte medfører dyre medlemskontingenter og/eller utstyr som ungdom fra familier med færre ressurser ikke har råd til å betale. Folkehelseundersøkelsen i Vestfold viser samme mønster i den voksne delen av befolkningen (se Boks 2).

Deltakelse og sosial ulikhet

I folkehelseundersøkelsen i Vestfold er det funnet en tydelig sammenheng mellom deltakelse og den sosiale støtten en person opplever, men samtidig varierer deltakelse ut fra sosioøkonomisk status.



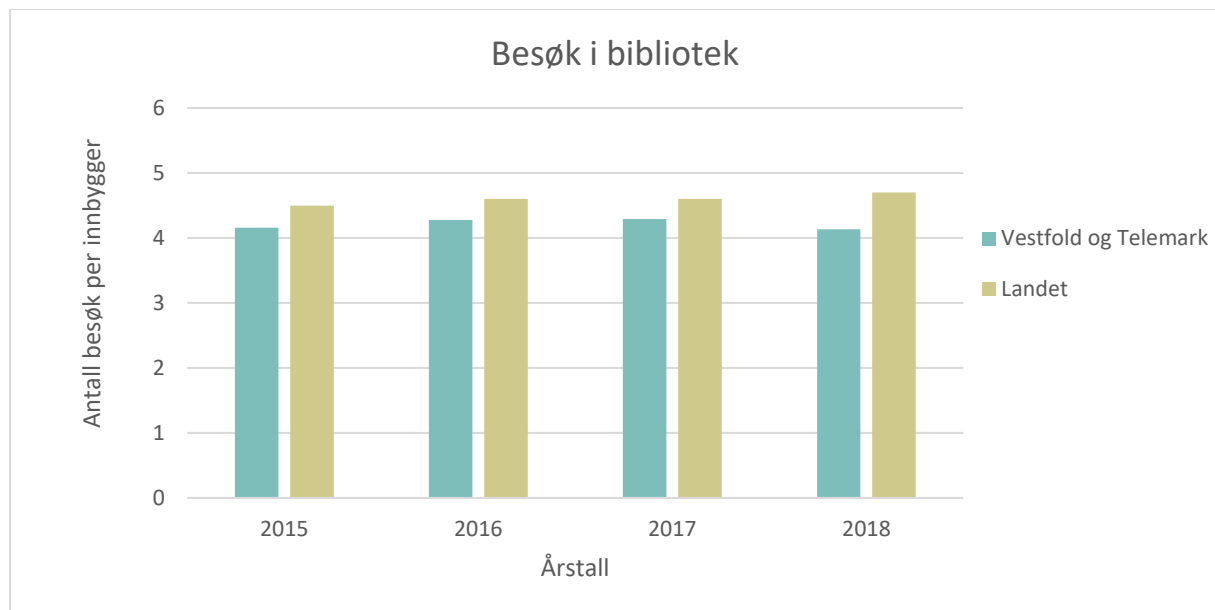
Figur 37. Deltakelse etter utdanningsnivå, Vestfold 2015/16. n=3260

Denne figuren er laget ut fra to spørsmål om deltakelse i aktiviteter hvor du er sammen med en gruppe mennesker, et spørsmål for organisert og et for egenorganisert aktivitet. Svaralternativene var «aldri», «én til tre ganger per måned», «ukentlig» og «daglig».

Det som vises her er andelen som har svart «aldri» på begge spørsmålene etter utdanningsnivå. Forskjellen etter utdanning er tydelig. Kun 7,5 % av de med høy utdanning er aldri med i en slik aktivitet, mens dette gjelder for 21 % av de med lav utdanning.

Når vi bruker inntekt som indikator for sosioøkonomisk status, blir mønsteret litt annerledes. Fortsatt er det en redusert trend med økt inntekt, men fra nest høyeste til høyeste inntektsgruppe er ulikheten liten. I den grad inntekt påvirker deltakelse eller ikke, kan det se ut som det finnes en terskelverdi i nærheten av justert husholdningsinntekt på 300 000 kr.

Bibliotek som møteplass



Figur 38 Antall besøk på folkebiblioteket pr innbygger pr. år. Kilde: SSB, Kostra 2019.

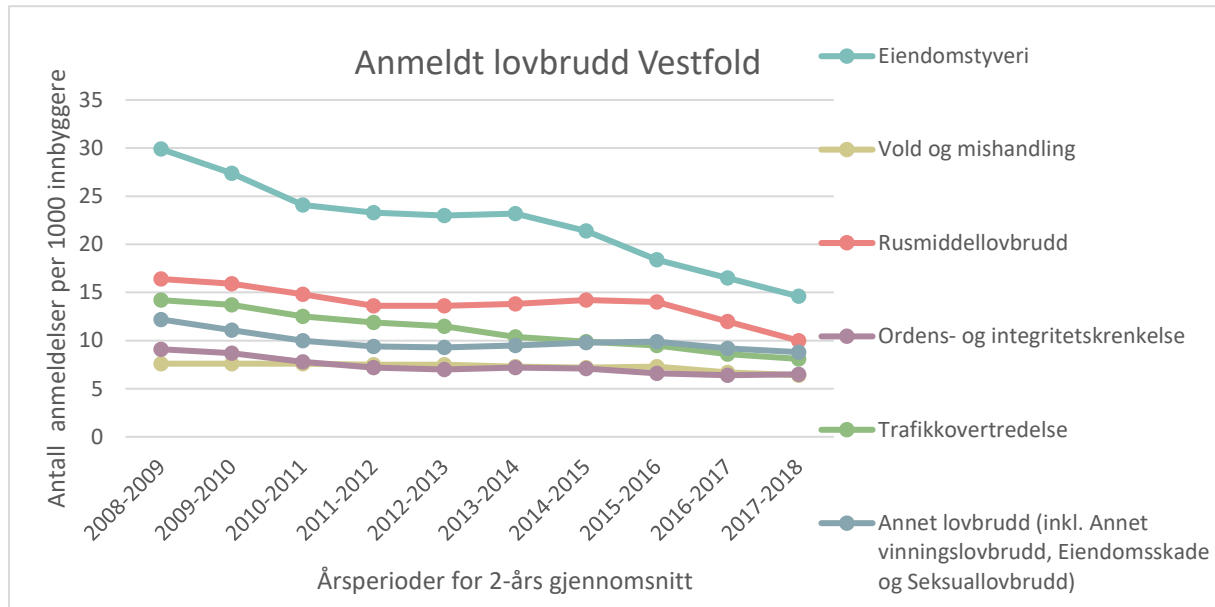
Alle bibliotek har intensivert arrangementsvirksomheten i tråd med endringene i bibliotekloven av 1.1.2014. Bibliotekene gjennomførte i 2018 nærmere 35 00 arrangement for et publikum på ca. 85 000. Innbyggere i Vestfold og Telemark besøker folkebiblioteket i gjennomsnitt litt over 4 ganger i året. Det utgjør ca. 1,75 millioner besøk i året. Det er noe lavere enn gjennomsnittet for landet.

Mange bibliotek har blitt mer åpne, med både betjent og ubetjent åpningstid. Framover forventes enda flere mer åpne bibliotek, som vil gi økt tilgjengelighet. Bibliotekene har mange fortrinn som lokale kulturinstitusjoner, de er for alle, tjenestene er gratis og de framstår som et lavterskeltilbud. Fra kun å være et sted for utlån og informasjon, er de nå i økende grad et sted å være, en møteplass.

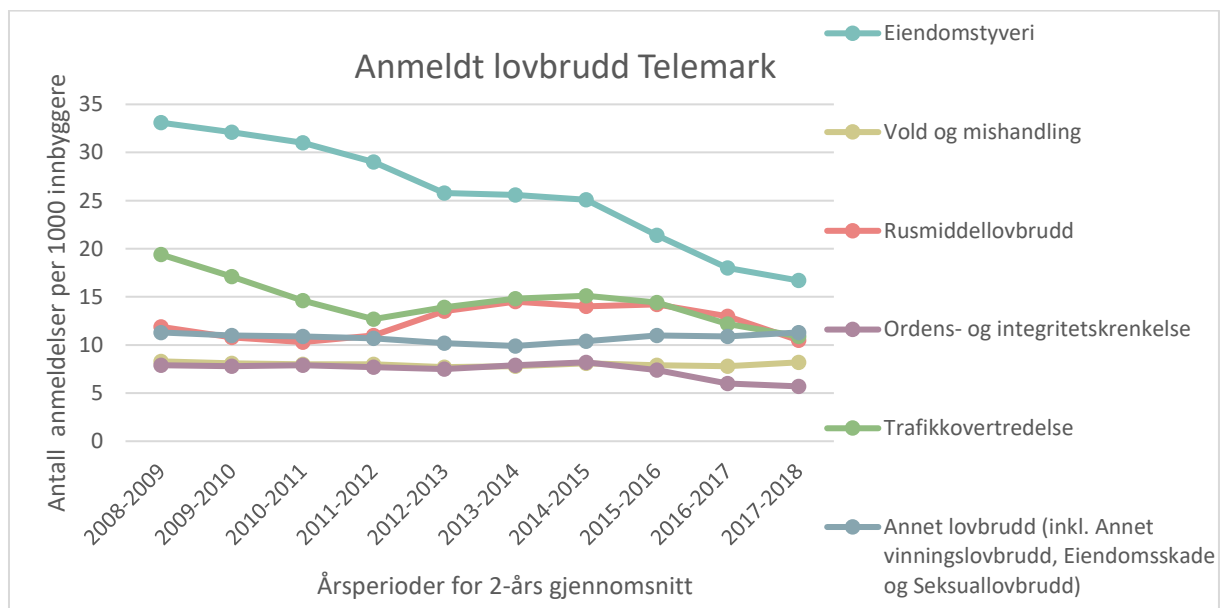
Nedgang i anmeldt lovbrudd

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

Tall fra SSB viser at stadig færre begår straffbare handlinger på landsbasis (SSB, 2020). Politiet og påtalemyndigheten registrerte 317 927 lovbrudd på landsbasis i løpet av 2018. Det er på nivå med det rekordlave året 2017. I Vestfold og Telemark var det totalt 24 840 lovbrudd i 2018. Dette utgjør 64,6 lovbrudd per 1000 innbygger i tidligere Telemark og 54,8 lovbrudd per 1000 innbygger i tidligere Vestfold. Det er bare Oslo som har flere registrerte lovbrudd per 1000 innbygger enn tidligere Telemark.



Figur 39 Anmeldt lovbrudd per 1000 innbygger etter lovbruddsgruppe og 2-årig gjennomsnitt, utvikling i Vestfold over 10 år. Kilde: SSB, tabell 08487.



Figur 40 Anmeldt lovbrudd per 1000 innbygger etter lovbruddsgruppe og 2-årig gjennomsnitt, utvikling i Telemark over 10 år. Kilde: SSB, tabell 08487.

Vi ser en kraftig nedgang i eiendomstyveri i Vestfold og Telemark. Også trafikkovertrerdelser har gått markant ned de siste 10 årene. Til tross for at eiendomstyveri har gått drastisk ned, er det fortsatt den lovbruddsgruppen som utgjør den største kriminalitetsgruppen i fylket.

Unge har tradisjonelt vært overrepresentert blant lovbytere. Forskjellene mellom unge og godt voksne blir imidlertid stadig mindre. Når trafikkovertrerdelser holdes utenfor, var det i 2007 totalt 68 % av alle straffede i Vestfold og Telemark under 40 år. I 2018 var andelen sunket til 52 %.

Antallet registrerte straffesaker mot personer under 18 år er redusert fra 496 i 2007 til 164 i 2017. Nedgangen kan forklares med at stadig flere unge får det som kalles *betinget* påtaleunndlatelse. En slik påtaleunndlatelse er betinget av at siktede i en prøvetid på normalt to år, ikke begår ny straffbar handling eller overholder andre vilkår, som for eksempel holder seg borte fra alkohol eller narkotika.

Nedgangen i straffede personer under 40 år gjelder for de fleste lovbruddsgruppene, men med unntak for seksuallovbrudd. Blant 15–17 åringene er andelen straffede for seksuallovbrudd mer enn doblet på landsbasis siden 2015. Denne økningen handler i hovedsak om befatning av bilder av barn med seksuelt innhold (SSB, 2019). Kunnskap om utbredelse er viktig i det kriminalitetsforebyggende arbeidet, og legger føringer for hvilke tiltak som settes inn.

Vold og overgrep er et folkehelseproblem

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2002) slår fast at vold kan betraktes som et globalt folkehelseproblem. Dette fordi vold rammer relativt mange, og er forbundet med risiko for å utvikle helseproblemer.

Vi vet relativt lite om den totale utbredelsen av vold og overgrep. Det er store mørketall og også store juridiske, etiske og metodiske problemstillinger knyttet til denne type undersøkelser. Dette gjør det vanskelig å danne et helhetlig bilde av omfanget av vold og overgrep (Hafstad & Augusti, 2019).

En nasjonal representativ omfangsundersøkelse av volds- og overgrepserfaringer og omsorgssvikt blant 9 240 ungdom i alderen 12 til 16 år, viser at 20 % (1 av 5) oppgir at de har opplevd mer enn én form for vold i løpet av oppveksten. Dette inkluderer både mindre alvorlig vold som klyping, lugging og klaps, til mer alvorlig fysisk og psykisk vold og seksuelle overgrep.

18 % oppgir å ha opplevd at mor har vært utsatt for minst én form for fysisk eller psykisk vold, mens 14 % har opplevd at far har vært utsatt for dette. 7 % har sett en voksen hjemme slå søsken og 4 % rapporterer å ha opplevd vold mot familiens kjæledyr fra en voksen hjemme.

Jentene rapporterer i større grad enn guttene å ha vært utsatt for flere typer vold. Ung i Vestfold 2017 viser at 23 % av jentene og omkring 7 % av guttene på videregående vg1 oppgir å ha blitt befølt på en seksuell måte mot egen vilje de siste 12 månedene. Ung i Telemark viser en andel på 24 % for jentene og 8 % for guttene.

Anmeldt vold og mishandling

Anmeldt vold sier noe om den registrerte voldsbyrden i fylket. Indikatoren omfatter alle typer voldshendelser fra verbale trusler til alvorlig fysisk voldskriminalitet.

Til tross for at vi vet at kun en brøkdel av den totale voldsbyrden blir anmeldt, så har Vestfold og Telemark en bekymringsfull andel anmeldte lovbrudd knyttet til vold og mishandling. I 2018 var det registrert 3 131 anmeldte lovbrudd knyttet til vold og mishandling i Vestfold og Telemark. Dette tilsvarer 6,6 anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger for Vestfold og 8,6 anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger for Telemark. Tallene inkluderer ikke seksuallovbrudd. Kun Finnmark og Oslo har flere anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger enn Telemark.

Anmeldt kriminalitet knyttet til vold og mishandling har holdt seg stabil både på landsbasis og i fylket de siste ti årene. Tar vi med seksuallovbrudd ser vi imidlertid en betydelig økning i registrerte lovbrudd. I perioden 2008–2018 har anmeldte seksuallovbrudd mer enn doblet seg nasjonalt og i Vestfold og Telemark. Vi vet likevel at det fortsatt finnes flere tilfeller av vold og overgrep som ikke anmeldes, og som dermed ikke vises i denne statistikken. 741 av totalt 2 828 registrerte personoffer for vold og mishandling i Vestfold og Telemark var barn.

Konsekvensene av å bli utsatt for vold og overgrep er mangfoldige og omfatter alt fra ulike alvorlighetsgrader av fysiske skader til død. Vold og overgrep settes i sammenheng med utfordringer med fysisk og psykisk helse, og til problematisk rusmiddelbruk. Personer som er voldsutsatte i barndommen, har økt risiko for nye overgrep senere i livet (Aakvaag & Strøm, 2019). Vold øker også risikoen for reduserte skoleprestasjoner og frafall fra utdanningsløp og arbeidsliv (Strøm, Thoresen, Wentzel-Larsen & Dyb, 2013).

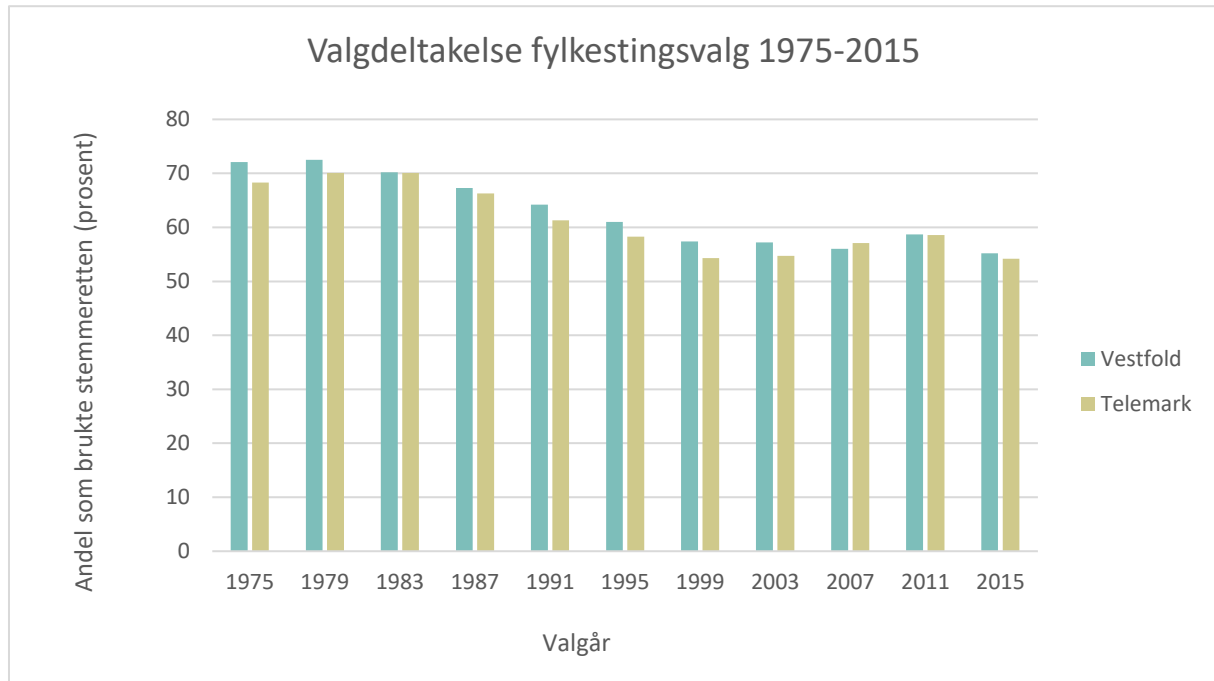
Forebyggende arbeid mot vold og overgrep i et folkehelseperspektiv, dreier seg både om å redusere risikofaktorer, og om å legge til rette for et samfunn som fremmer felleskap, trygghet, inkludering og deltakelse.

Demokratisk deltakelse varierer mellom kommuner

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

Valgdeltakelse

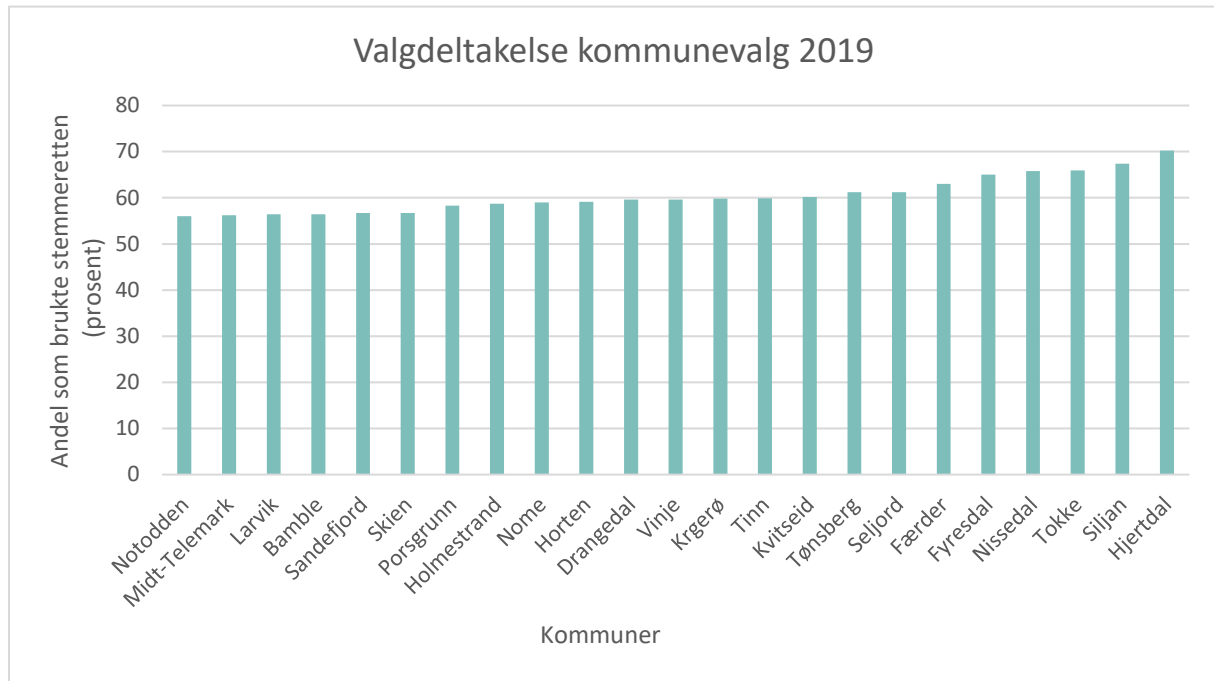
Valgdeltakelse eller demokratisk deltakelse er et gode i seg selv, men er også en form for medvirkning med sannsynlige konsekvenser for helse og livskvalitet, både direkte og indirekte. Demokratisk medvirkning er ikke minst viktig for et velfungerende samfunn. Deltagelse ved politiske valg benyttes av Helsedirektoratet som indikator for demokratisk medvirkning (Helsedirektoratet, 2017).



Figur 41 Valgdeltagelse ved fylkestingsvalg i tidligere Vestfold og tidligere Telemark, 1975–2015. Kilde: SSB, tabell 09476.

Figur 41 viser den historiske utviklingen i valgdeltagelse ved fylkestingsvalg fra 1975 til 2015. Valgdeltagelsen har gått ned fra henholdsvis 72 % og 68 % i tidligere Vestfold og tidligere Telemark i 1975, til 55 % 54 % i 2015. En tilsvarende nedadgående trend ser vi også ved kommunevalg og stortingsvalg. Ved fylkestingsvalget for den nye fylkeskommunen i 2019 var valgdeltakelsen økt til 59 %.

Figur 42 viser fordelingen på valgdeltakelse mellom kommunene i Vestfold og Telemark ved kommunevalget i 2019. Valgdeltakelsen er generelt størst i kommuner med få innbyggere og der avstanden mellom politikere og innbyggere antas å være minst. De fleste kommunene ligger på 60 % valgdeltakelse eller over, med Hjartdal på topp med 70 %.



Figur 42 Valgdeltakelse, andel stemmeberettigede som stemte ved kommunevalget i 2019 i Vestfold og Telemark. Kilde: SSB, tabell 09475.

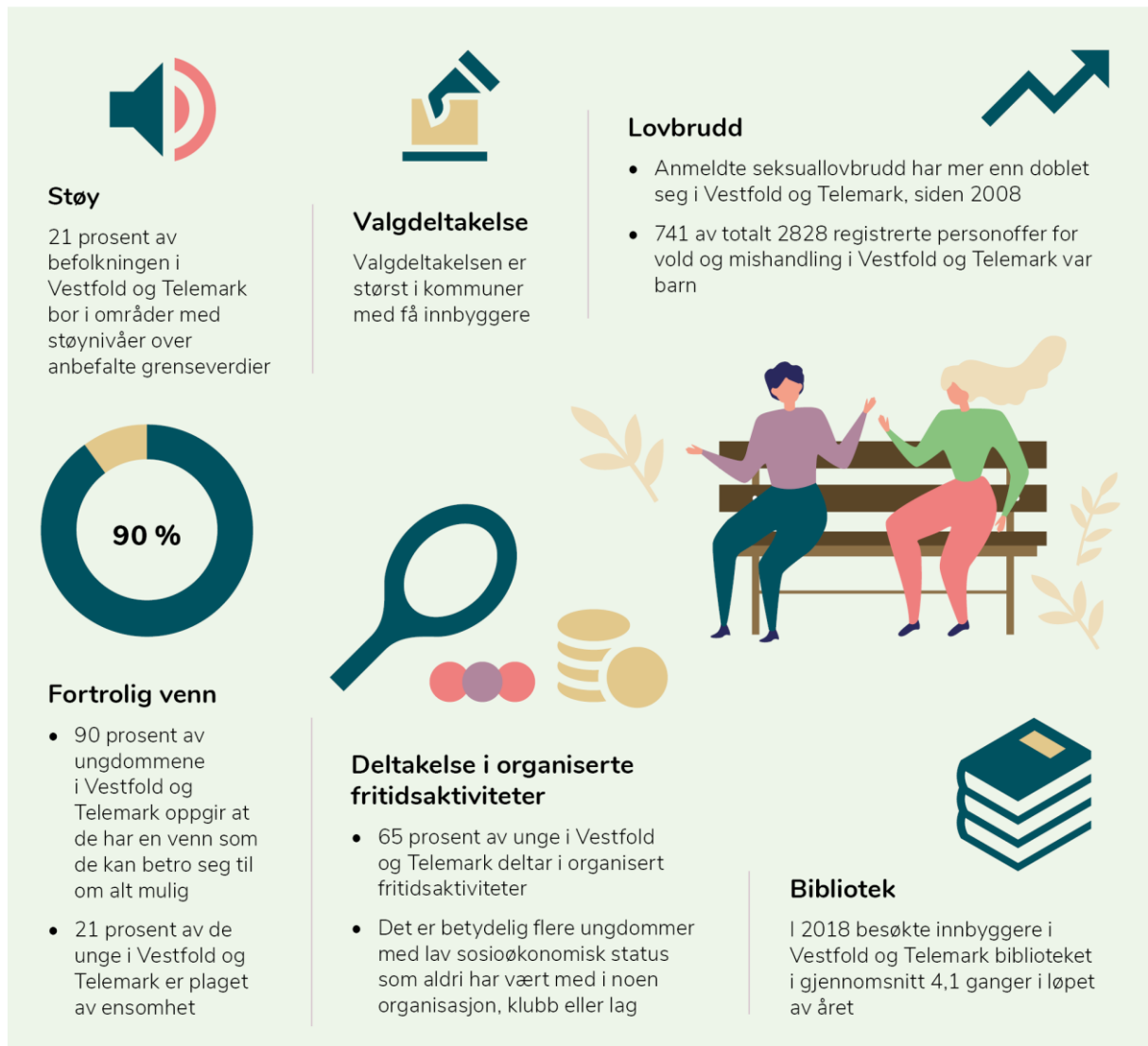
Medvirkning eller demokratisk deltakelse mellom valg, kalles gjerne for deltakende demokrati. Deltakende demokratiske prosesser gjennomføres oftest av lokale myndigheter, for å utfylle det representative demokratiet (Klaussen et al. 2013). Uformelle former for demokratisk deltagelse, som det å påvirke offentligheten gjennom medier, kontakt med offentlig administrasjon eller ved å demonstrere, har på landsbasis blitt redusert fra 2011–2017 (SSB, 2020).

Det å engasjere seg i nærmiljøet henger sammen med opplevelsen av tilhørighet til et sted (Evensen & Raanaas 2018). Medvirkning mellom valg, som medvirkningstiltak kommuner setter i gang som del av ulike typer planarbeid, kan i seg selv være helsefremmende og bidra til økt trivsel og livskvalitet. I perioden 2015–2018 har fem kommuner i Vestfold gjennomført et prosjekt som handlet om å utvikle helsefremmende nærmiljøtiltak gjennom innbyggermedvirkning (Prosjekt nærmiljø). Evalueringsrapporten slår fast at dette medvirkningsarbeidet har bidratt til å fremme befolkningens helse, gjennom å styrke fellesskapsfølelse og tilhørighet til nærmiljøer og lokalsamfunn (Stang & Lorentzen 2019). Denne typen innbyggermedvirkning er dermed en viktig ressurs for helsefremmende arbeid i nærmiljø og lokalsamfunn.

Oppsummering og vurdering



Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø



Illustrasjon: Tera Vector/Stock/Getty Images Plus

Dette kapittelet viser at Vestfold og Telemark har viktige folkehelseressurser både i naturmiljø og sosialt miljø, samt positive trekk i demokratisk deltagelse. Samtidig ser vi noen utfordringer særlig når det gjelder støy, luftkvalitet og sosial inkludering.

Skadelig miljø preget av støy, dårlig luftkvalitet og/eller høye radonkonsentrasjoner kan utgjøre en betydelig og direkte risikofaktor for sykdom og virker negativt inn på bærekraft og klima. For høy konsentrasjon av radon i inneluft, øker risiko for lungekreft, særlig for utsatte grupper. Det finnes enkelte identifiserte områder i fylket, der radonkonsentrasjonen i grunnen er spesielt høy. Også støyplager utgjør et betydelig problem flere steder i fylket. Støy er oftere en utfordring for de med lavere inntekt og/eller utdanning. Dette henger både sammen med at boliger som er utsatt for støy, ofte er rimeligere å kjøpe/leie, og at personer med lavere inntekt og/eller utdanning oftere arbeider på støyutsatte arbeidsplasser, som for eksempel på anlegg og i industri.

Trygg tilgang til natur og rekreasjonsområder senker terskelen for fysisk aktivitet. Friluftsliv og naturkontakt gir mulighet for stressreduksjon. Vegetasjon kan redusere forurensning og dempe støy, og dermed minske både fysiske og psykiske helsemessige belastninger. Bruk av uteområder og naturen til uorganisert aktivitet viser seg å gå på tvers av sosioøkonomisk status, og er en viktig arena for sosial kontakt og felleskap.

Tilgang på friluftsområder er størst i land- og fjellkommunene i fylket. Forskjellene er størst når det gjelder tilgangen til nærnaturterreng, der andelen med tilgang til slike områder er betydelige høyere i distrikts-kommunene. Flere av de sentraliserte kommunene har imidlertid god tilgang på rekreasjonsområder slik som lekeplasser, 100-meterskoger og parker. Kartlegging og verdsetting av friluftsområder er viktig for å sikre bærekraftige byer og samfunn og for å fremme folkehelse.

Gode sosiale nettverk er sentrale helsefremmende faktorer og viktige ressurser for håndtering av livets utfordringer. Det å skape gode støttende miljøer er derfor en sentral strategi i folkehelsearbeidet. De aller fleste ungdommene i Vestfold og Telemark oppgir at de har en venn som de kan snakke med om personlige forhold. Andelen ungdom som oppgir at de har en slik venn, er imidlertid noe lavere blant de som kommer fra familier med lav sosioøkonomisk status, sammenliknet med ungdom fra familier med høy sosioøkonomisk status.

Også når det gjelder andelen ungdom som er medlem i organisasjoner, er denne høyest blant ungdom fra familier med høyere sosioøkonomisk status. Økende økonomiske barrierer for å delta i organisert aktivitet kan forsterke dette mønsteret. Tilrettelegging av lavterskel aktivitet og deltakelse fremmer inkludering, og sosial deltakelse for alle og virker positivt inn på folkehelse.

Referanser

Aakvaag, H. F., & Strøm, I. F. (Red.) (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1/2019). Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/vold-i-oppveksten-varige-spor-en-longitudinell-undersokelse-av-reviktimisering-helse-rus-og-sosiale-relasjoner-hos-unge-utsatt-for-vold-i-barndommen/>

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. (2014. 03.mai). Om radon. Hentet fra <https://www.dsa.no/fakta/89991/om-radon>

Evensen, K.H & Raanaas, R.K. (2018). Helsefremmende nærmiljøutvikling gjennom medvirkning – erfaring fra Akershus. *KART OG PLAN*, (Vol. 78), pp. 161–173. Hentet fra <http://docplayer.me/132384359-Helsefremmende-naermiljoutvikling-gjennom-medvirkning-erfaringer-fra-akershus.html>

Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/om-rapporten/om-folkehelse rapporten/>

Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (NKVTS Rapport 4/2019). Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/ungdoms-erfaringer-med-vold-og-overgrep-i-oppveksten-en-nasjonal-undersokelse-av-ungdom-i-alderen-12-til-16-ar/>

Helse og omsorgsdepartementet (2016). *Opptappingsplan for rusfeltet* (Prop. 15 S (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>

Statistisk sentralbyrå. (2020, 27.mars). Tabell 09193: Organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, levekårsundersøkelsen. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09193>

Statistisk sentralbyrå. (2017). Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen. Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/fritid>

Statistisk sentralbyrå. (2019). Sjeldnere dom og fengsel til ungdom. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sjeldnere-dom-og-fengsel-til-ungdom>

Statens strålevern. (2017). Stråleinfo; tilsyn med radon i skoler. Hentet fra <https://www.dsa.no/>

Statens vegvesen. (2019, 03.juli). Vegtrafikkstøy. Hentet fra <https://www.vegvesen.no/fag/fokusomrader/miljo+og+omgivelser/stoy>

Strøm, I. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2013). Violence, bullying and academic achievement: A study of 15-year-old adolescents and their school environment. *International Journal of Child Abuse & Neglect*, 37(4), 243–251. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213412002578>

Stang, I. & Lorentzen C. (2019). Evaluering av Nærmiljøprosjektet i Vestfold fylke. *Skriftserien br*, 25/2019. Universitetet i Sørøst-Norge. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/handle/11250/2596017>

Thorèn, A-K. H. (2018). Studie av kommunal og fylkeskommunal planlegging for nærtur (NMBU, fagrapport). Hentet fra <https://www.nmbu.no/aktuelt/node/35845>

Klaussen J. E. et al. (2013) *Medvirkning med virkning? Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen*. (Samarbeidsrapport NIBR/Uni). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Medvirkning-med-virkning-Innbyggermedvirkning-i-den-kommunale-beslutningsprosessen>

WHO. (2011): *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe*. WHO Regional Office for Europe 2011. Hentet fra https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/e94888/en/

WHO. (2002). Global status report on violence prevention 2014. Hentet fra https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

Skader og ulykker

Skader og ulykker har sterk negativ innvirkning på folkehelsen og kan føre med seg lidelse, redusert livskvalitet og store samfunnsøkonomiske kostnader. Muligheter for å forebygge skader og ulykker er gode hvis det legges til rette for det, og effekten av tiltak kommer raskt.



Dette kapittelet gir en oppdatert status for skader og ulykker innenfor fallskader, trafikkulykker, brann, forgiftning og drukning. Dette er områder der forebyggingspotensialet er stort og har direkte innvirkning på bærekraftsmål 3 om god helse i befolkningen. De siste 40 årene har det vært en kraftig nedgang i dødelighet etter skader og ulykker, men i Norge er fortsatt ulykker viktigste dødsårsak for de under 45 år. Bærekraftsmål 10 om mindre ulikhet er relevant, ettersom det i statistikken over skader og ulykker er mønstre av sosial ulikhet.

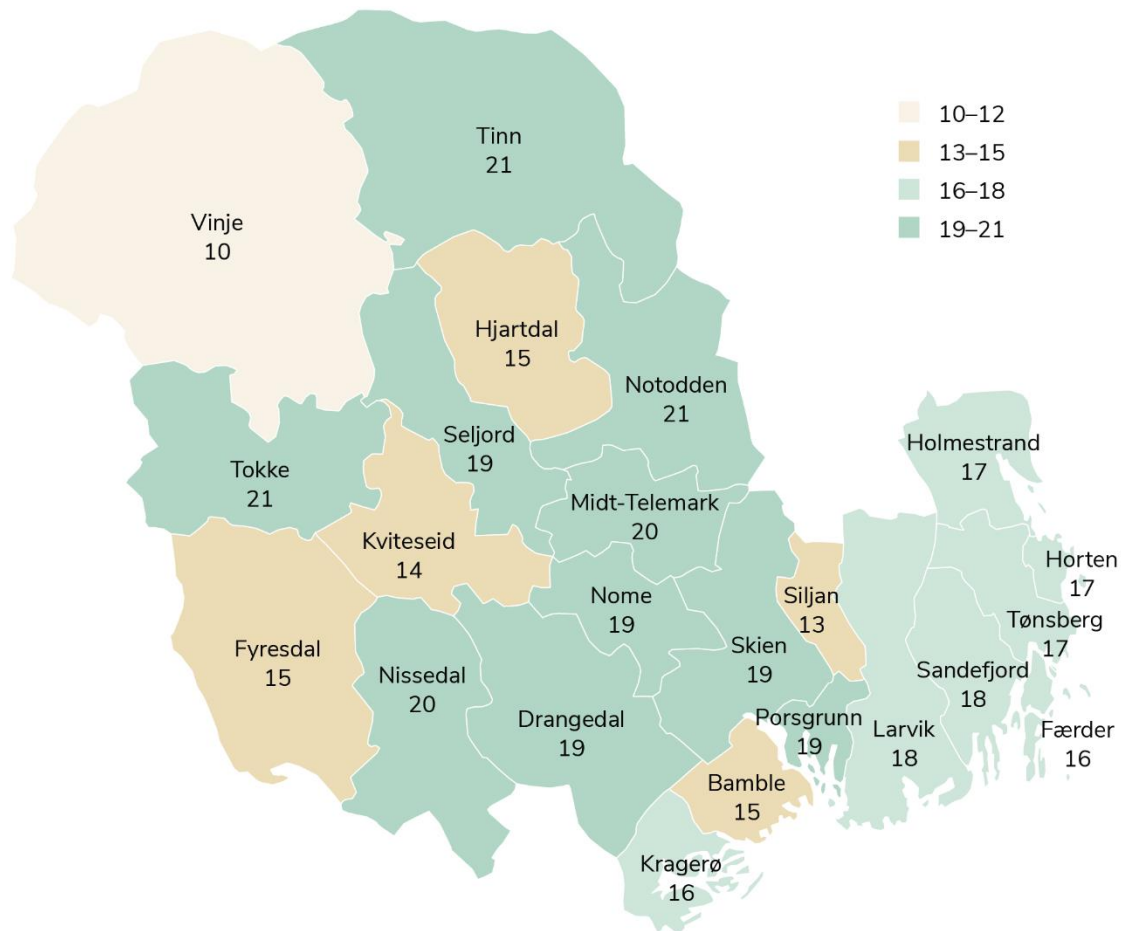
COVID-19 pandemien kan påvirke trendene i noen av indikatorene som er presentert her. Akutte tiltak har midlertidig endret hvilke aktiviteter vi er med på, og noe som for eksempel kan endre skadebildet i trafikken.

Store variasjoner i hoftebrudd mellom kommunene

Fallskader er rangert som den sjette viktigste faktoren til helsetap i landet og fall er den vanligste årsaken til hoftebrudd hos eldre. Hoftebrudd er spesielt alvorlig for eldre, fordi det ofte betyr redusert funksjonsevne, behov for hjelp og redusert livskvalitet.

70 % av alle hoftebrudd skjer blant kvinner og risikoen for brudd øker kraftig fra 70 års alder. Mange av bruddene skyldes redusert beinmasse (osteoporose) kombinert med fall. Om lag 75 % av bruddene skjer hos hjemmeboende eldre og 25 % av bruddene skjer på institusjon. I 2018 var det henholdsvis 15 og 10,8 dødsfall per 100.000 innbygger i Vestfold og Telemark som skyldtes fallulykker (Dødsårsaksregisteret, 2020). I tidsperioden mellom 2015–2017 var det til sammen årlig 848 hoftebrudd i Vestfold og Telemark, noe som tilsvarer 1,8 brudd per 10.000 innbygger.

Figur 43 Antall hoftebrudd per 10 000 innbygger per år (standardisert), 0—74 år, behandlet i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2017. Kilde: KommuneHelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.



Det er store variasjoner mellom kommunene i antall hoftebrudd per 10.000 innbygger. Tokke og Notodden har 21 hoftebrudd per 10.000 innbygger, mens Vinje og Siljan har 10 og 13 hoftebrudd per 10. 000 innbygger.

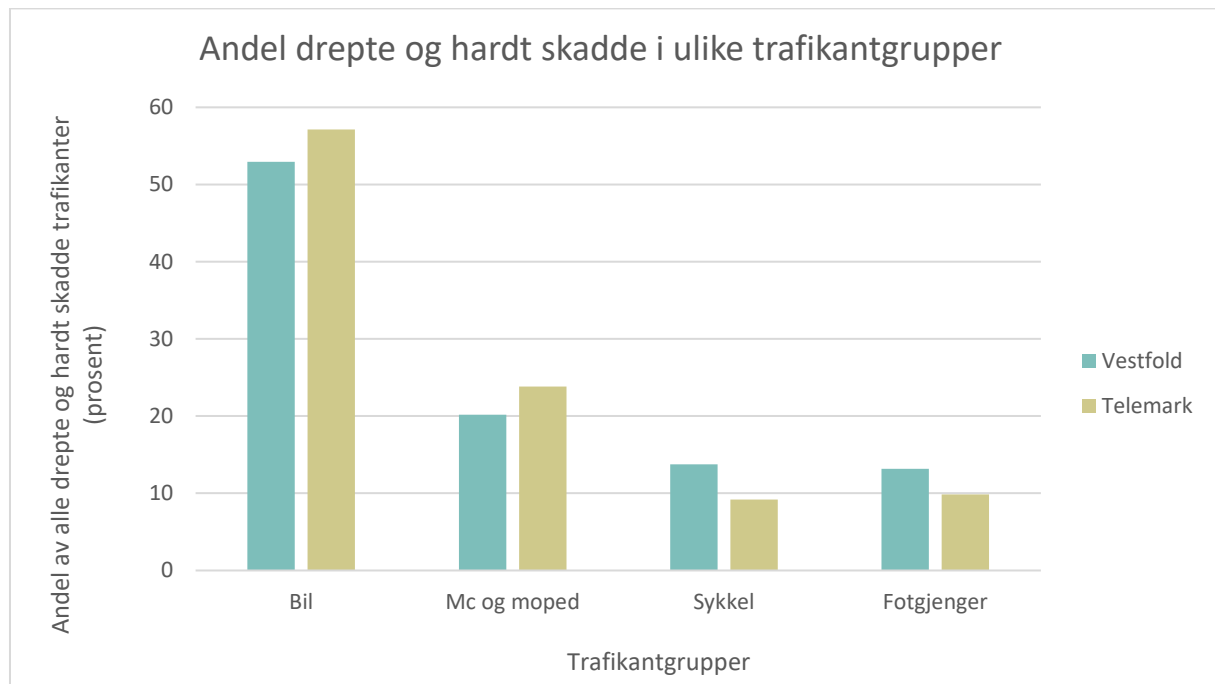
Samfunnsøkonomisk koster hoftebrudd samfunnet mye, med ca. 9000 hoftebrudd hvert år. Beregninger viser at hoftebrudd koster stat og kommune en halv million kroner det første året, og om lag en dobling de to påfølgende årene (St.meld. Nr. 19 (2018–2019)). Fall kan forebygges i stor grad gjennom en rekke tiltak, som aktivitet og fallforebyggende trening, ernæringstiltak, gjennomgang av legemidler, redusert bruk av alkohol og tryggingstiltak i bolig og utemiljø (Folkehelseinstituttet, 2019).

Færre drepte og hardt skadde i trafikken

Ulykkesstatistikken for Vestfold og Telemark viser en klar positiv utvikling i antall drepte og hardt skadde i vegtrafikkulykker de siste ti årene. Antall drepte og hardt skadde i trafikken har blitt redusert fra 74 i 2009 til 57 i 2019 (Statens vegvesen, 2019a).

De mange trafikksikkerhetstiltakene som er gjennomført på hovedvegnettet og utviklingen av sikrere kjøretøy er de viktigste årsakene til nedgangen i antall vegtrafikkulykker med personskade. Høy fart, manglende bruk av bilbelte, kjøring i ruspåvirket tilstand, manglende

erfaring, uoppmerksomhet og førerdyktighet er de viktigste medvirkende årsakene til disse ulykkene.



Figur 44 Andel per trafikantgruppe av alle drepte og hardt skadde trafikanter i perioden 2009-2018 i tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde: Statens vegvesen

Figur 44 viser at av alle drepte og hardt skadde i Vestfold, var hver fjerde en myk trafikant. Vestfold utpeker seg med en høy andel drepte fotgjengere (13 % i siste 10 år). Landsgjennomsnittet er på 11 %. Til tross for at det over tid har vært en nedgang i antall drepte og hardt skadde gående og syklende, har disse trafikantgruppene fortsatt en betydelig høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd enn de som kjører bil sett i forhold til reiselengde.

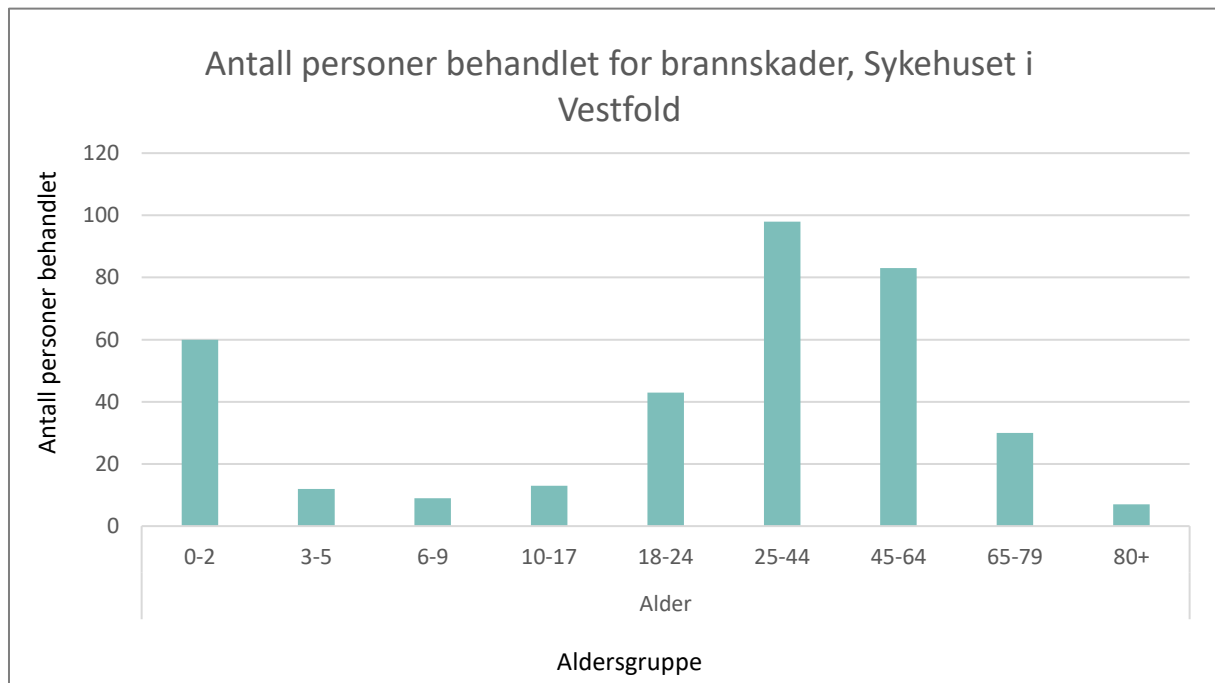
31 % av de meste alvorlige ulykkene i tidligere Vestfold skjedde på veger med fartsgrense 50km/t eller lavere, altså i byer og tettsteder. I tidligere Telemark er prosentdelen 26 %. Både ulykkesbildet og mål om økt andel gående og syklende, gjør det viktig å satse på trafiksikkerhet for de myke trafikantene i byer og tettsteder.

Barn under 3 år er mest utsatt for brann- og etseskader

Brannskader registreres med kodeverktøyet ICD-10, som bl.a. brukes i rapportering fra spesialisthelsetjenesten til Norsk pasientregister. Mindre alvorlige brannskader behandles hos fastlegen eller legevakten. Pasienter fra Vestfold og Telemark behandles også ved sykehuset i Buskerud og ved brannskadeavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus.

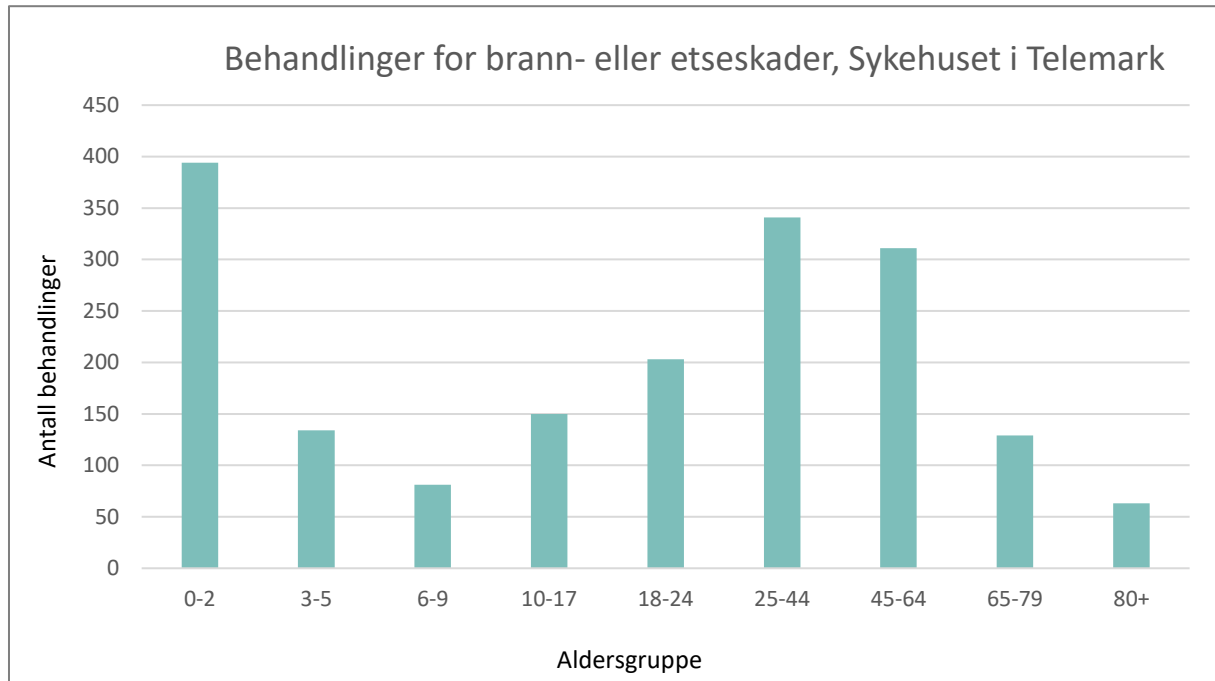
En studie over brannskadde i Norge fra perioden 2013–2015 viser at barn i aldersgruppen under 3 år innlegges 12 ganger hyppigere enn eldre barn og voksne. Det er særlig varme væsker, usikrede varmtvannsarmatur og varme overflater som peisovn som forårsaker farlige situasjoner i hjemmet for de minste barna (Onarheim, Ljones Brekke & Guttormsen, 2016). Brann- og skåldingsskader kan i stor grad forebygges ved sikringstiltak i hjemmet, ved informasjonstiltak og

ved å gi temaet oppmerksomhet. Helsesykepleiertjenesten i kommunene er viktige aktører i det forebyggende arbeidet.

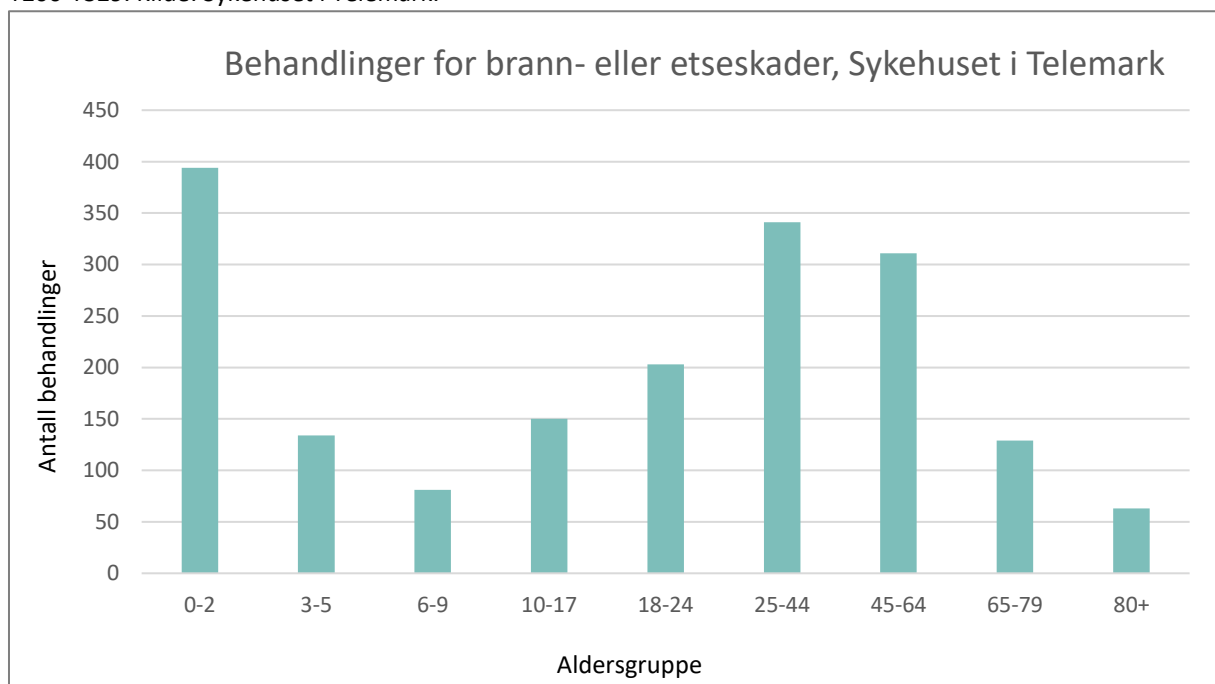


Figur 45 Antall personer behandlet for brann- og etseskader ved Sykehuset i Vestfold, 2015 – sept 2019. Kilde: Sykehuset i Vestfold.

Figur 45 gir en oversikt over antallet personer som har vært behandlet for brann- eller etseskader ved Sykehuset i Vestfold over en periode på om lag 5 årene. Det kommer frem et tydelig mønster når det gjelder aldersfordeling. Blant barna er det de minste som er mest utsatt, men det er særlig blant den voksne gruppen vi ser hyppigst skade.



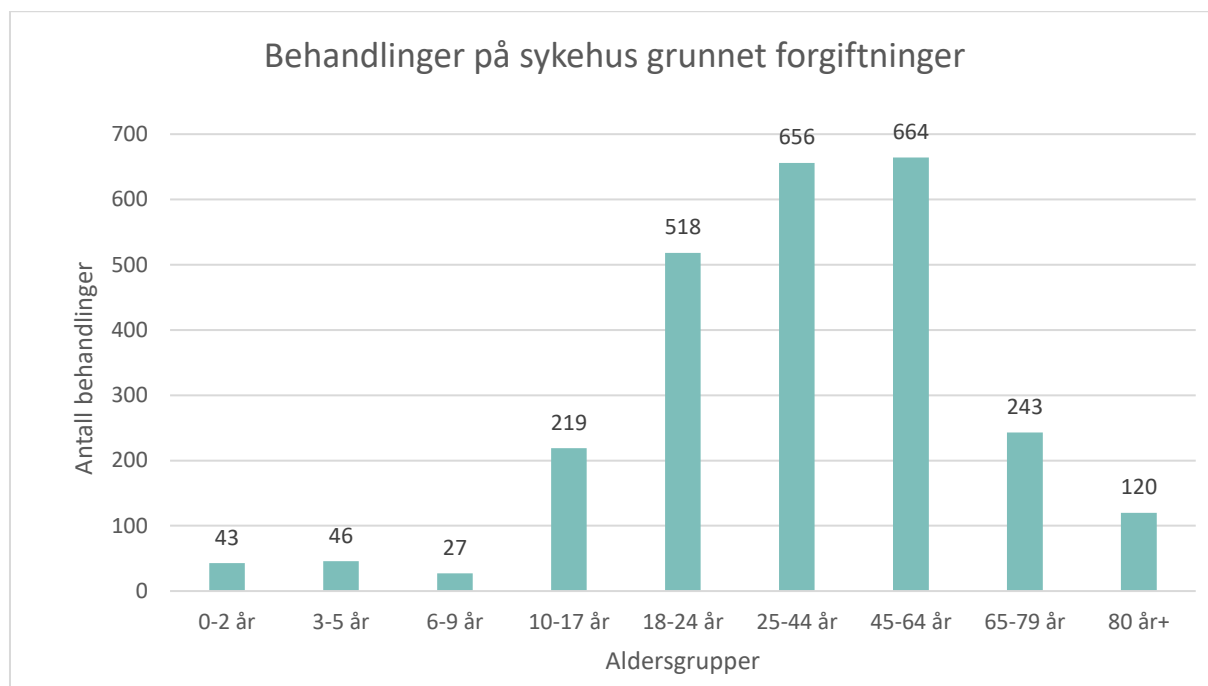
Figur 46 Antall behandling for brann- eller etseskader ved Sykehuset i Telemark, 2015 –sept. 2019. ICD10 T200-T329. Kilde: Sykehuset i Telemark.



Figur 46 gir oversikt over brann- og etseskader ved Sykehuset i Telemark, men viser antallet behandling og ikke antallet personer. Dette gir et høyere antall enn i statistikken for Sykehuset i Vestfold, ettersom samme person kan få flere behandling. Det samme aldersmessige mønsteret viser seg, særlig for de yngste barna.

Flest voksne utsatt for forgiftningskader

I perioden 2015–sept-2019 er det totalt registrert 2 536 behandlinger for forgiftninger ved de to sykehusene i Vestfold og Telemark. Forgiftningskader som er dekket er skader som involverer legemidler, løsemidler og kjemiske stoffer, biologiske stoffer og mat (akutt alkoholforgiftning inngår ikke). Ifølge Giftinformasjonen, som gir råd og veiledning ved forgiftning, skyldes de fleste forgiftninger uhell. Det er også en betydelig andel som skyldes selvskading, eller er relatert til rus- og legemiddelbruk.



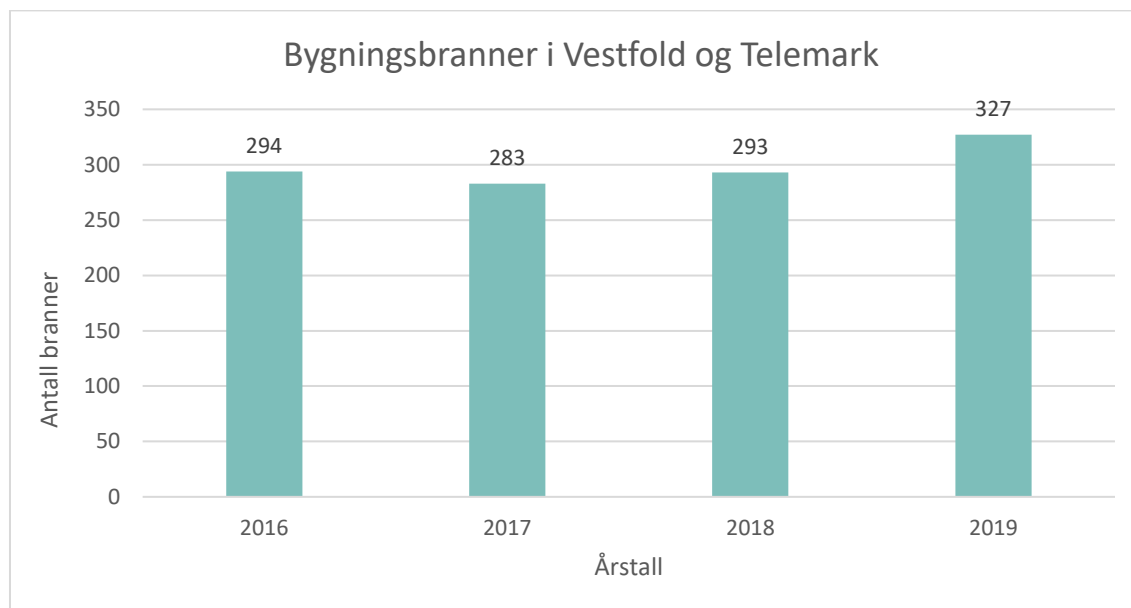
Figur 47 Antall behandlinger for forgiftninger fordelt på aldersgrupper (T4n-T65) ved Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark 2015–sept. 2019. Kilde: Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark.

Figur 47 viser sammenslått statistikk for hele fylket på antallet behandlinger sykehusene har gitt for forgiftninger de siste 5 årene. Mønsteret viser at forekomst av forgiftninger er høyest for den voksne delen av befolkningen.

Antall omkomne i branner varierer fra år til år

I 2019 omkom totalt 41 personer i brann i Norge. Det er det høyeste antallet siden 2014, da 54 omkom i brann. Av de 41 var det totalt 31 personer som omkom i bygningsbranner, med en nedgang fra 33 personer året før. I Vestfold og Telemark varierer antall omkomne i branner fra år til år. Det var en nedadgående trend fra 2016 til 2018, fra 4 til 1 omkommet. I 2019 var det 5 personer fra Vestfold og Telemark som omkom i bygningsbranner, 3 i tidligere Telemark fylkeskommune og 2 i tidligere Vestfold fylkeskommune (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2020). Jevnt over har det vært en nedgang i både antall omkomne og antall branner de siste årene, som skyldes godt forebyggende arbeid fra brannvesen, lokale elektrisitetstilsyn,

forsikringsbransjen, Norsk Brannvernforening og DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2015).



Figur 48 Antall branner i bolig og andre bygg i Vestfold og Telemark i perioden 2016–2019. Inkluderer brann i inventar som ikke sprer seg, unntatt tørrkokinger som ikke sprer seg fra komfyr (brannhindrende tiltak). Kilde: DSB, brannstatistikk.no

Figur 48 gir en samlet oversikt over antall bygningsbranner i Vestfold og Telemark i siste 4-årsperiode. Statistikken viser en økning fra 2018 til 2019. Brannvesenets vurdering av hvordan branner startet registreres. Det viser seg at det særlig er elektrisk utstyr eller ved at mat eller gjenstander blir stående på/i komfyren som forårsaker branner eller branntilløp i bygninger (DSB, brannstatistikk.no)

Færre drukningsulykker

De siste 30 årene har antall drukninger gått noe ned på landsbasis, men ulykkene er fortsatt mange. Fall fra land og brygge er sammen med bruk av fritidsbåt de to viktigste ulykkesårsakene. Mange av dem som omkommer er påvirket av alkohol. Menn er overrepresentert i statistikken over drukninger. Fokus på sjøsikkerhet, bruk av redningsvest, regulering av hastighet, promillegrense til sjøs, samt holdningsskapende arbeid er vesentlig for å få ned antall ulykker knyttet til vann og båtliv.

Fra 2017 er det Redningsselskapet som fører månedlig statistikk over drukninger i Norge. Statistikken er basert på gjennomlesning av medieomtale, og er slik sett noe usikker. Tallene for Vestfold og Telemark viser betydelige årlige variasjoner. Det er generelt flere i tidligere Telemark som omkommer ved drukning, enn i Vestfold. I 2017 var det 13 drukningsulykker i Telemark. Av disse var 11 norske statsborgere. I av ulykkene skjedde i tidspunktet august til oktober. Åtte skyldes fall fra land/brygge og fire fra fritidsbåt.

I tidligere Vestfold har det i flere år vært få drukningsulykker, men det var en økning i 2018. Tre av drukningene skjedde under bading om sommeren.

Kun halvparten av 10-åringene er svømmedyktige

Å kunne svømme er avgjørende for å forebygge drukningsulykker, særlig under bading. Fra skoleåret 2017/18 ble det obligatorisk å gjennomføre en ferdighetsprøve i svømming for elever på 1.–4. års trinn. En undersøkelse viser at kun halvparten av landets 10-åringene kan svømme 200 meter (IPOSOS mmi, 2013). Gjennom en kartleggingsundersøkelse utført i 2014, som del av den obligatoriske vernepliktsordningen for alle 17-åringene ved sesjon, rapporterte mellom åtte og ni av ti jenter og gutter at de kan svømme 200 meter eller mer i Vestfold og Telemark (SSB, 2020).

Det er ingen oversikt over hvor stor andel over fjerdeklassingene i Vestfold og Telemark som kan svømme, men den enkelte kommune skal ha oversikt over dette ut fra kompetansemålene i lærerplanen for kroppsøving (Utdanningsdirektoratet, 2020). Svømmeopplæring i grunnskolen er et viktig ledd for å jevne ut forskjeller i svømmeferdigheter mellom ungdommer i ulike grupper, kultur og kjønn.

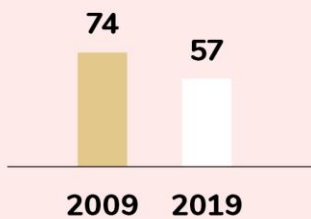
Mangelfull datakvalitet begrenser oversiktsbilde

Ifølge Folkehelseinstituttet er det vanskelig å gi en samlet oversikt over skadebildet i Norge, på grunn av mangelfull datakvalitet. Dette gjør at det ikke finnes en komplett oversikt over skadebildet i landet. Eksempelvis er en stor andel ulykkedødsfall kodet til *annen kategorisering*, som konsekvens av mangelfull utfylling. Årlig har det vært om lag 600 slike dødsfall på landsbasis, som står derav for 30 % av alle dødsfall etter ulykker. Det antas også at det er underreportering av fallulykker. En kartlegging av samtlige dødsfall kategorisert som uspesifisert ulykke, tyder på at de fleste av disse dødsfallene skyldtes fallulykker (Ellingsen, Reikerås, Holvik & Vollsett, 2016).

Oppsummering og vurdering



Skader og ulykker



Trafikkulykker

I 2009 var det 74 som ble hardt skadd eller drept i trafikken. I 2019 var antallet redusert til 57.

848

Hoftebrudd

- Det var årlig 848 hoftebrudd i tidsperioden 2015–2017 i Vestfold og Telemark
- Hoftebrudd koster stat og kommune 500 000 det første året, og om lag 1 000 000 de to påfølgende årene.
- Fall er den vanligste årsaken til hoftebrudd hos eldre



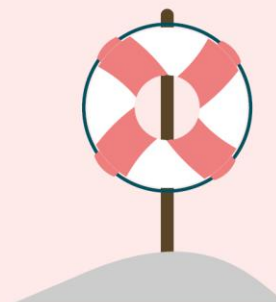
Skader og ulykker

Ulykker er den viktigste dødsårsaken for personer under 45 år



Brannulykker

- I 2019 omkom 5 personer i Vestfold og Telemark i brannulykker
- Elektrisk utstyr og matlaging er de to viktigste årsakene til brannulykker i fylket



Drukning

Fall fra land og brygge og bruk av fritidsbåt er de to viktigste ulykkesårsakene ved drukning. Bruk av alkohol er ofte en medvirkende årsak.

Illustrasjon: invincible bulldog & johavel/Stock/Getty Images Plus

Selv om det har vært en betydelig nedgang i dødelighet som følge av ulykker i Norge de siste 40 årene, er fortsatt ulykker den viktigste dødsårsaken for personer under 45 år. Dette kapittelet viser at forebygging har effekt, særlig gjelder dette drepte og hardt skadde i trafikk, drukning og bygningsbranner, og at det fortsatt er behov for forebygging av fallskader og etse- og brannskader, spesielt for små barn.

Andel i aldersgruppen 0–14 år som skades i ulykker er signifikant høyere i fylket enn i landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelser. Det er også mye å vinne på å forebygge skader og ulykker som ofte rammer eldre. Hoftebrudd blant eldre er kostbart for den enkelte og samfunnet, er særlig utbredt i kommunene med lavest sentralitet, der andelen eldre i befolkningen er størst.

I trafikken har det vært en klar positiv utvikling i antall drepte og skadde i fylket de siste ti årene. Nedgangen tilsvarer mellom 13–18 færre drepte. Når det gjelder omkomne i brann varierer antallet fra år til år, og det har vært en økning i antallet bygningsbranner fra 2018 til 2019. Det er en høy andel barn under to år i fylket som trenger behandling for brannskader på sykehusene. Når det gjelder skader etter forgiftninger, er det særlig i aldersgruppen 25–44 år andelen er høyest.

Skade- og ulykkesforebygging er sentralt i folkehelsearbeidet og innsatsen har stort potensial i form av samfunnsøkonomiske besparelser. Å forebygge mer for å reparere mindre er derfor viktig i et bærekraftperspektiv.

Referanser

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), (2015). *DSB årsrapport 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/23751a30c2a24f23ac8f646973dc9bf4/dsb-arsrapport-2015-270748.pdf>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2020), Hentet fra <https://www.brannstatistikk.no/brus-ui/>

Ellingsen, C. L., Reikerås, E., Holvik, K., & Vollset, S. E. (2016). Too many injury deaths lack information on external cause: The X59 problem. *Norsk Epidemiologi*, 26 (Suppl 1), S66.

Folkehelseinstituttet.(2019). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/om-rapporten/om-folkehelse rapporten/>

Folkehelseinstituttet (2020). Dødsårsaksregisteret. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>

Helse og omsorgsdepartementet (2018-2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. nr. 19 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

IPsos MMI (2013). Rapport. *Undersøkelse om svømmedyktighet blant elever i 5. klasse – 2013*. Utarbeidet for: Gjensidige Stiftelsen og Norges Svømmeforbund. Hentet fra <https://svomming.no/nyheter/undersokelser-om-svommedyktighet/> Kunnskapsdepartementet (2020). *Læreplan i kroppsøving (KRO1-04)*, Hentet fra <https://www.udir.no/kl06/KRO1-04/Hele/Kompetansemaal/kompetansomal-etter-10.-arssteget>

Onarheim, H. et al. (2016) *Brannskadde innlagt i norske sykehus – en populasjonsbasert studie*. Tidsskriftet Den norske legeforening 2016;136: s 1799 - s 1802.

Redningsselskapet (2020, 27. februar). *Redningsselskapets drukningsstatistikk*. Hentet fra <https://www.redningsselskapet.no/drukning/>

Samferdselsdepartementet (2016-2017). *Nasjonal transportplan*. (Meld. St. nr. 33 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-33-20162017/id2546287/>

Statens vegvesen. (2019a). Straksulykkesregisteret. Upublisert materiale. Vestfold: Statens vegvesen

Statens vegvesen. (2019b). Straksulykkesregisteret. Upublisert materiale. Telemark: Statens vegvesenSSB. (2016,16.3) *Svømmeferdigheter blant norske 17-åringer*. Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/jenter-hold-hodet-over-vannet>

Vestfold og Telemark fylkeskommune (2019a). Registering fra Sykehuset i Vestfold. Upublisert

Vestfold og Telemark fylkeskommune (2019b). Registering fra Sykehuset i Telemark. Upublisert

Helserelatert atferd

Helserelatert atferd handler om levevaner som fremmer eller hemmer helse. Røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold er eksempler på levevaner som påfører den enkelte og samfunnet betydelig helseutfordringer.



I Norge er det fire store hovedårsakene til tidlig død. Disse er kreft, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og diabetes. Bruk av tobakk og alkohol, et usunt kosthold og fysisk inaktivitet er alle levevaner som er kjente risikofaktorer for disse sykdomsgruppene. Bærekraftsmål 3 om god helse er sentralt for temaet helserelatert atferd.

Innsats som bidrar til mer helsefremmende levevaner i befolkningen finner vi både blant de bakenforliggende og de nære påvirkningsfaktorene. Helserelatert atferd varierer med sosioøkonomisk status på den måten at de med høyere inntekt og/eller utdanning på mange områder har mer helsefremmende levevaner. Levevanene våre preges veldig ofte av mer enn personlige valg, fordi de i så stor grad er betinget av miljø, levekår og oppvekst. Ulikheten i levevaner kan handle om økonomiske muligheter og tilgang til materielle goder. Derfor er bærekraftsmål 10 om mindre ulikhet i befolkningen relevant. Bærekraftsmål 11 om bærekraftige byer og samfunn omfatter helsefremmende nærmiljø, med god infrastruktur og tilrettelegging for fysisk aktivitet og inkludering. Dette er nære påvirkningsfaktorer som handler om gode rammebetingelser, og som gjør det enkelt å velge levevaner som fremmer helsa. Bærekraftsmål 12 om anstendig forbruk og produksjon kan direkte knyttes til sammenhengen mellom kosthold, bærekraftig matproduksjon og -forbruk, med vekt på lokalprodusert mat og reduksjon i matsvinn.

Høy andel røykere blant de med lavere utdanning

Tobakksbruk øker risiko for sykdom som hjerteinfarkt, kreft og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Halvparten av de som røyker dør tidligere enn de ville gjort dersom de ikke røyket (Folkehelseinstituttet, 2014). Forskjeller i levealder etter utdanning og inntekt skyldes i stor grad sosial ulikhet i røykevaner. Norge regnes som ett av de vesteuropeiske landene hvor røyking betyr mest for den sosiale ulikheten i helse, målt i dødstill (Eikemo mfl., 2014).

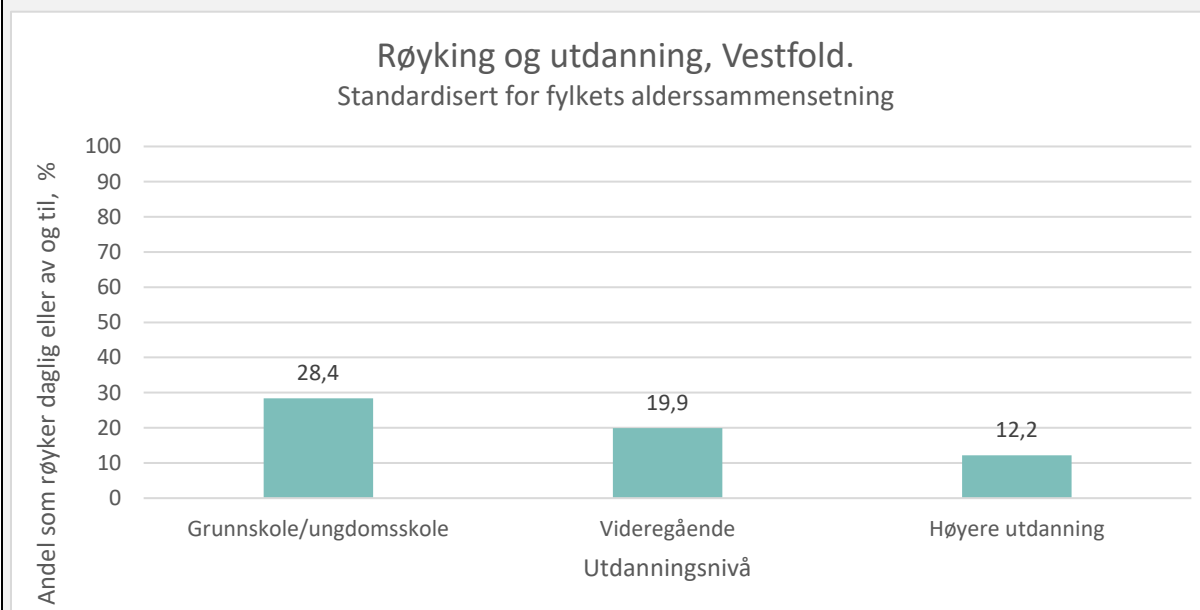
Selv om det har vært en betydelig nedgang i røyking de siste tiårene, er likevel røyking den viktigste enkeltårsaken til sykdom og for tidlig død i Norge (St.meld. Nr. 19(2018–2019)). Årsaken til dette er at det er et langt tidsspenn fra røykeadferd til sykdomsdebut.

Andelen dagligrøykere har gått betydelig ned de siste årene. I perioden 1997–2001 var henholdsvis 37 % og 35 % av befolkningen i aldersgruppen 16–74 år i Vestfold og Telemark dagligrøykere. I perioden 2014–2018, var andelen 16 % og 12 %. Siste ungdataundersøkelse i Vestfold viser imidlertid en svak økning i røyking i aldersgruppen 16–24.

Det er en markant sosial forskjell når det gjelder dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. I tidsperioden 2014–2018 var det 35 % av gruppen med grunnskoleutdannelse som røyket daglig i Telemark, 26 % i Vestfold og 25 % på landsbasis. Telemark har den høyeste rapporterte gruppen med dagligrøykere med grunnskoleutdanning, sammenliknet med resten av landet. I gruppen med universitet/høgskoleutdanning er det færre dagligrøykere, med henholdsvis 5 %, 9 % og 6 % i Vestfold, Telemark og på landsbasis. (Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank, 2019).

Sosial ulikhet i røykevaner

Andelen som røyker i befolkningen synker fortsatt, og andelen som er funnet i folkehelseundersøkelsen i 2015/16 kan forventes å være tydelig redusert i 2020. Helsekonsekvensene av røyking vil imidlertid bestå i flere tiår fremover. Det regnes ikke å være noen trygg nedre grense for røyking, selv om risiko for sykdom øker med økt bruk av sigaretter.



Figur 49 n=3320

I figuren er personer som røyker daglig og av og til representert. Det er en ulikhet fra lav til høy utdanning. Nært opp mot en tredjedel med lav utdanning røyker, noe som reduseres til hver femte person blant de med videregående utdanning, og igjen nesten redusert til hver tiende person blant de med høyere utdanning.

Snusbruk

Snus har ikke like helseskadelige effekter som sigaretter, men er svært avhengighetsskapende og inneholder helseskadelige og kreftfremkallende stoffer. Økt snusbruk øker trolig befolkningsrisikoen for snusrelaterte kreftformer (Folkehelseinstituttet 2020). I perioden 2014–2018 var 16 % og 14 % dagligsnusere i tidligere Vestfold og Telemark i alderen 16–44 år.

Blant ungdom og unge voksne ser det ut til at snus kan ha overtatt noe for røyking og det vises også fra Ungdataundersøkelsene i Vestfold og Telemark. Andelen ungdomsskoleelever og videregående elever (vg1-vg3) som røyker i Telemark er lav, henholdsvis 1 % og 3 %. Det er kun 2 % av ungdomsskoleelevene i Telemark som daglig bruker snus, men det ser ut til å bli mer vanlig i løpet av ungdomstiden hvor 12 % av videregående elever trinn vg1-vg3 rapporterte at de snuser daglig. Bruk av snus har hatt en nedgang siden 2015. I 2015 var det 13 % av videregående elever på VG1 som daglig snuste, mot 9 % i 2018 (Ung i Telemark, 2018).

Nasjonale ungdatatall viser at det er forskjeller i snusbruk etter familieøkonomi, hvor ungdom som snuser minst rapporterer om best økonomi (Ungdata 2019).

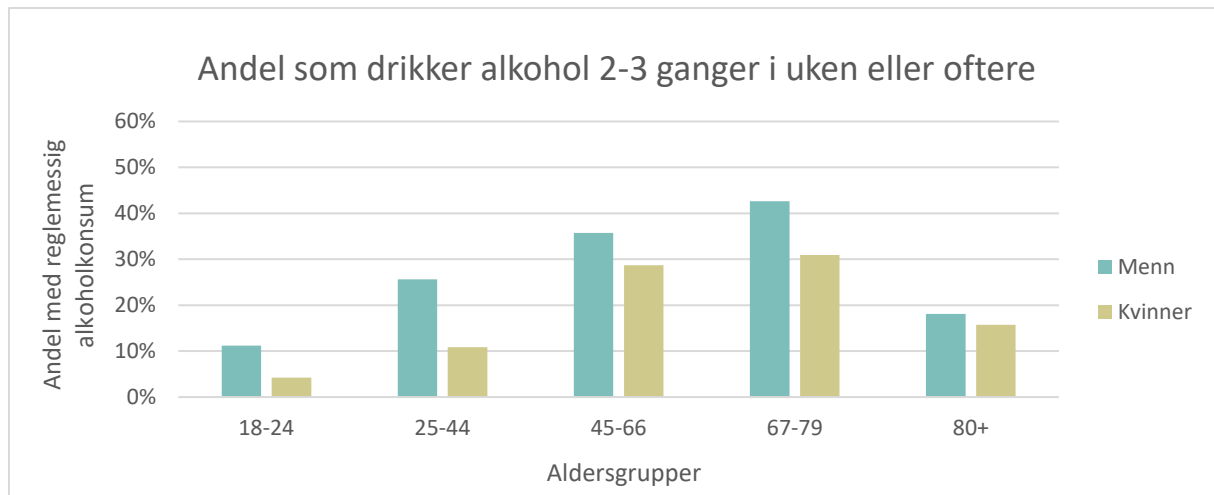
Risiko for kroniske sykdommer er størst blant de som drikker mye

Gjennomsnittlig drikker hver innbygger over 15 år 6,77 liter ren alkohol i året (Folkehelseinstituttet, 2019). Mengden omsatt alkohol i Vestfold og Telemark ligger noe under landet sett under ett, med henholdsvis 5,0 l og 4,9 l pr innbygger i 2016.

Det totale alkoholforbruket er en vesentlig faktor for omfang av alkoholrelaterte sykdommer og skader i samfunnet. I 2016 var det litt over 80 % av voksne som hadde drukket alkohol det siste året. Det er de ti prosentene som drikker mest, som står for om lag halvparten av totalforbruket.

Det er særlig to aspekter ved bruk av alkohol som øker faren for helsemessige og sosiale skader. Disse er et høyt alkoholinntak per gang og et høyt alkoholinntak over tid. Risikoen for kroniske sykdommer som kreft, hjerte-karsykdommer og leversykdom er særlig høy blant «storforbrukere». For enkeltpersoner i «gråsonen» er risikoen lav, men fordi denne gruppen er stor, vil dette likevel bidra med mange personer til de samlede helseproblemene i samfunnet. Personer med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, har ofte andre psykiske lidelser og somatiske sykdommer i tillegg (Folkehelseinstituttet, 2019).

Menn drikker mer og oftere enn kvinner, og har derfor en høyere risiko for å få alkoholutløste sykdommer. Eldre drikker oftere enn yngre, og bruker mer legemidler. En kombinasjon av legemiddelbruk og alkohol gir økt risiko for både skader og ulykker. En stadig aldrende befolkning aktualiserer dette ytterligere i årene som kommer (Helsedirektoratet, 2019). Figur 50 illustrerer noen av disse alders- og kjønns mønstrene for hyppighet av alkoholbruk.



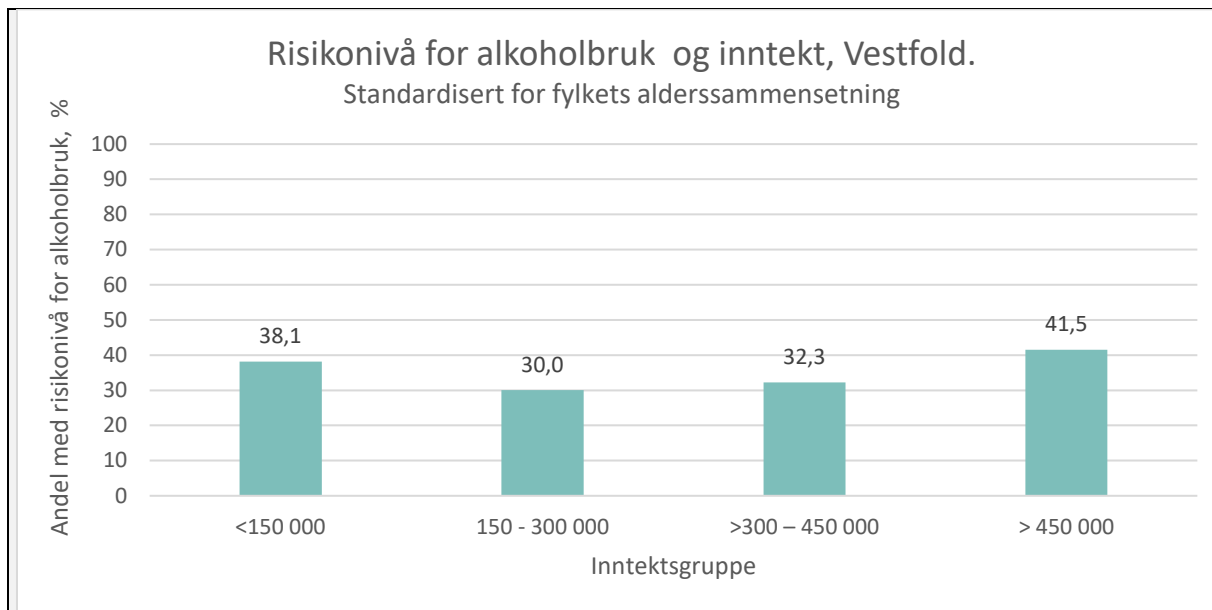
Figur 50 Andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere av alle deltakere i spørreundersøkelse, delt på aldersgrupper og kjønn. Kilde: Folkehelseundersøkelsen –Helse og Trivsel i Vestfold 2015.

Alkoholbruk (AUDIT-C) og sosial ulikhet

I en klinisk sammenheng blir kartleggingsverktøyet AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) med 10 spørsmål brukt for å avdekke problematisk alkoholbruk. En kortversjon av verktøyet, AUDIT-C, er mye brukt i spørreundersøkelser. AUDIT-C består av tre spørsmål, og disse var med i folkehelseundersøkelsen i Vestfold.

Spørsmålene kartlegger drikkemønster etter hvor ofte alkohol drikkes, gjennomsnittlig mengde når alkohol blir drukket og hvor ofte det forekommer at store mengder blir drukket ved en og samme anledning. I undersøkelser kan resultater presenteres separat for hvert spørsmål, eller kombineres til en eget samleskår som går fra 0 til 12. Ulike terskler blir brukt, og over et bestemt nivå kan alkoholbruken beskrives som å øke risiko for negativ påvirkning på helse og sikkerhet.

I denne presentasjonen er det valgt et cut-off for kvinner med skåre ≥ 4 og for menn ≥ 5 . Det plasserer en forholdsvis stor andel av befolkningen i Vestfold i en risikogruppe. Det er likevel viktig å poengtere at denne gruppen vil inneholde alt fra personer med en liten risiko for negative helseutfall til de med høy sannsynlighet for et problematisk og skadelig drikkemønster, både helsemessig og sosialt. Ellers er det heller ikke uvanlig å velge et strengere cut-off med ≥ 3 for kvinner og ≥ 4 for menn.



Figur 51 n=3256

Alkoholbruk er en av de nære risikofaktorene for negative helseutfall med potensielt omvendte sosiale forskjeller, altså de med høyest inntekt eller høyest utdanning er de som drikker mest.

Figuren viser at andelen med et risikabelt alkoholforbruk øker i takt med justert husholdningsinntekt. Mønsteret gjelder imidlertid ikke i den laveste inntektsgruppen, der andelen med risikabelt alkoholforbruk er nest størst. Tolking og konklusjon i denne gruppen er imidlertid mer usikkert grunnet få deltakere (62 personer). De omvendte sosiale forskjellene finner vi også dersom vi ser på utdanning, fremfor inntekt som mål på sosial status. Figuren er ikke fremstilt her, men analysen viser 10 prosentpoeng økning i andel med risiko fra de med lavest til de med høyest utdanning.

Boks 4. Alkoholbruk og sosial ulikhet

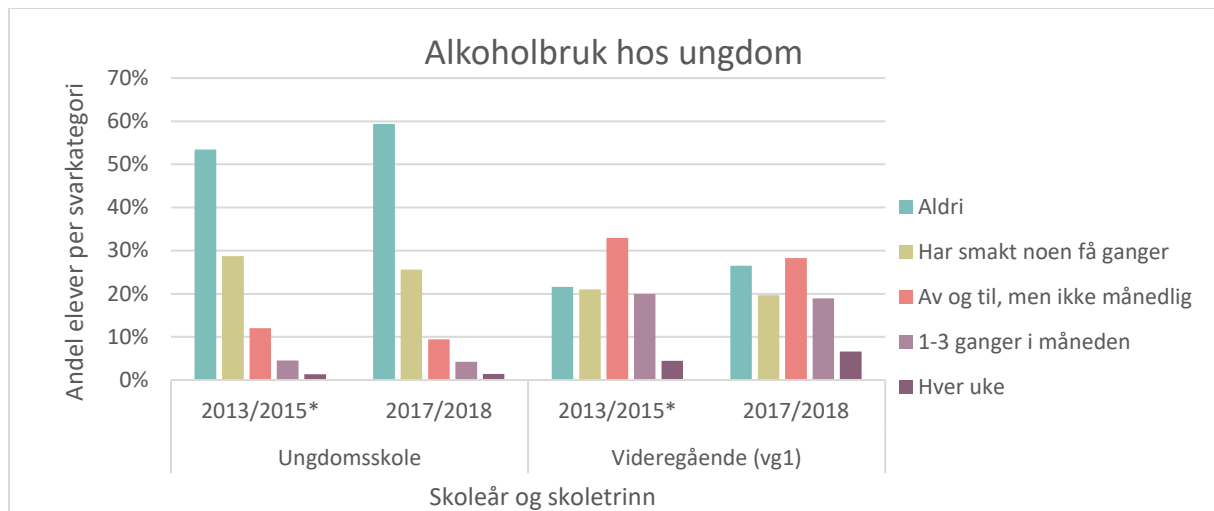
Til tross for at det er de med høy inntekt og utdanning som drikker mest, er helsekonsekvensene av alkoholbruket mer alvorlig for den delen av befolkningen som har lavest sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2016). Et lavere forbruk av alkohol og andre rusmidler i befolkningen, kan gi en betydelig folkehelsegevinst og bidra til å minske sosial ulikhet.

Ungdom og alkohol

Alkohol er det vanligste rusmiddelet blant ungdom, og i løpet av ungdomstiden smaker de aller fleste på alkohol. Andelen som drikker alkohol endrer seg mye i løpet av ungdomstiden. Mens 74 % av ungdomsskoleelevene både i Vestfold og Telemark aldri har smakt alkohol, gjelder det samme for 24 % og 30 % av elevene på VG1 i henholdsvis Vestfold og Telemark.

Nasjonale tall viser at mens ungdommens alkoholforbruk økte klart fram fra midten av 1990-tallet og fram til årtusenskiftet, har det gått noe tilbake i løpet av 2000-tallet. Imidlertid viser resultater fra den nasjonale Ungdataundersøkelsen fra 2018 at nedgangen i alkoholbruk blant ungdomsskoleelever har stoppet opp, og at det blant videregående elever har vært en svak økning (Bakken, 2018). Et liknende mønster finner vi for gutter på vg1 i Vestfold og Telemark. I 2013 oppga 25 % av guttene på Vg1 i Vestfold at de drikker alkohol «nokså jevnt 1–3 ganger i

måneden» eller «hver uke», mot 28 % i 2017. Denne økningen sammenfaller også med at flere elever svarte at det å drikke seg full bidrar til å øke statusen i vennemiljøet. I Telemark svarte 10 % av ungdomsskoleelevene og vg1 elevene at dette øker statusen i 2015, mens 15 % svarte det samme i 2018. Det vil være viktig å følge med på om denne utviklingen fortsetter i årene fremover.



Figur 52 Alkoholbruk hos ungdom (8.klasse–vg1) Antall deltakere: ungdomsskole 2013–2015 n=12646, ungdomsskole 2017/2018 n=12151, Vg1 2013/2015 n=4058, og vg1 2017/2018 n=4202. Kilde: Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2013,2017 og Telemark 1015, 2018 *Ungdataresultater fra Tønsberg er også inkludert.

Hvorvidt ungdom får lov til å drikke alkohol av foreldrene sine, kan ha stor betydning for alkoholforbruket senere. Gjennom Ungdataundersøkelsen i 2013 og 2017 i Vestfold ble ungdommene spurt om de får lov til å drikke alkohol av foreldrene sine. Det er størst økning i drikkemønster i de kommunene hvor ungdommene oppgir at de får lov til å drikke av foreldrene sine. I tidligere Telemark oppgir 24 % av vg-1 elevene at de får lov å drikke alkohol av sine foreldre.

Økning i bruk av cannabis blant gutter

Bruk av hasj og andre narkotiske stoffer er ulovlig i Norge. Denne type bruk skiller seg derfor fra bruk av alkohol, som både er lovlig og mer sosialt akseptert. I Vestfold og Telemark oppgir 1,3 % av ungdomsskoleelever og 3,9 % av videregående elever ved vg1 at de har prøvd cannabis minst én gang i løpet av det siste året (Ung i Vestfold 2017 og Ung i Telemark 2018). Det tilsvarende ungdatatallet på nasjonalt nivå er 1 % for ungdomsskoleelever og 5 % for videregående elever.

Både de nasjonale Ungdataresultatene og samleresultatene fra Ung i Vestfold og Ung i Telemark kan vise konturer av en endring i hasjkulturen blant ungdom. Andelen elever på vg1 i Vestfold og Telemark som har prøvd cannabis minst én gang det siste året har økt fra 3,1 % i 2013/2015 til 3,9 % for 2017/2018. Økningen gjelder primært for gutter. Andelen som bruker hasj jevnlig i fylket er vel og merke lav, hvorav 1,8 % av vg1 elever oppgir at de har brukt hasj mer enn 11 ganger.

Dybdeanalyser av Ung i Telemark viser at ungdom som har prøvd cannabis har enkelte risikokjennetegn sånn som psykiske helseplager, dårligere relasjoner med foreldre, skulking og annen risikoadferd. Videre viste analysene at støtte og tilsyn fra foreldre, et godt nærmiljø og deltakelse i fritidsaktiviteter vil kunne fungere som viktige beskyttelsesfaktorer for cannabisbruk (Ung i Telemark 2018) Resultatene samsvarer i stor grad med funn fra nasjonal ungdatarapport fra 2018 (Ungdata, Nasjonale resultater 2018).

Ungdom spiser mindre grønnsaker og fisk enn anbefalt

God ernæring er avgjørende for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og i barne- og ungdomsårene. Kostholdet påvirker helsa og risikoen for å utvikle kroniske sykdommer gjennom livet.

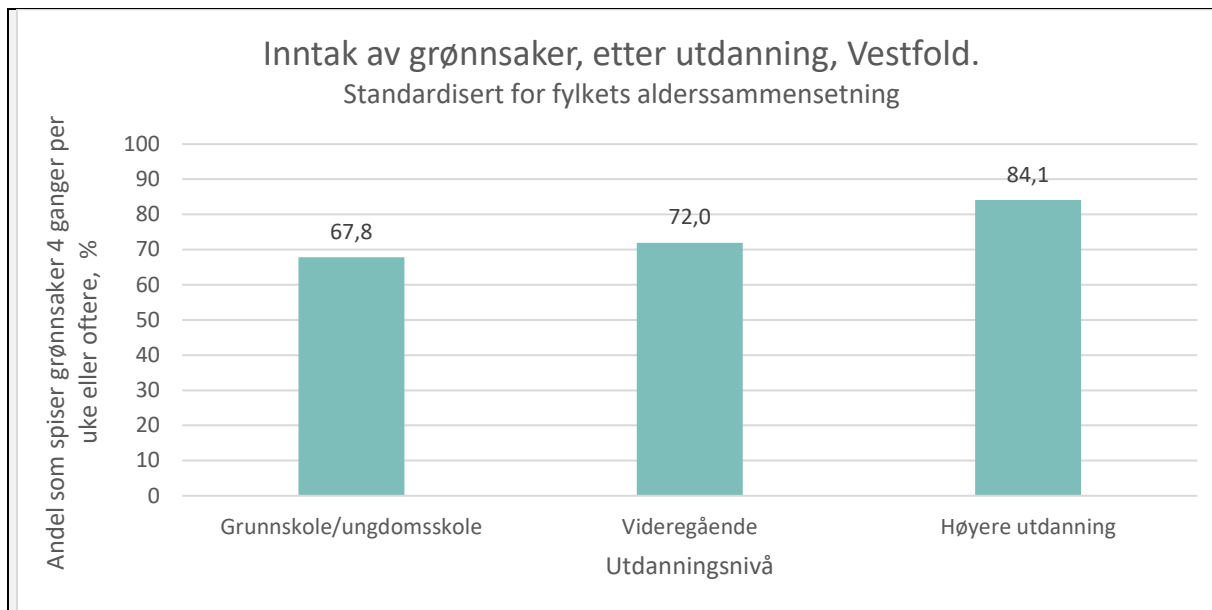
Ungdataundersøkelsen i de tidligere fylkene og folkehelseundersøkelsen i Vestfold viser at vi har mange av de samme utfordringene i Vestfold og Telemark som på landsbasis. Ungdom i fylket oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalingene om å spise fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær daglig. 34 % av ungdomsskoleelever og vg1 elever i tidligere Vestfold spiser grønnsaker og salat daglig, mens dette gjelder kun for 19 % av ungdomsskoleelevene og 23 % av videregåendeelevene i tidligere Telemark (Ung i Telemark, 2018 og Ung i Vestfold, 2017).

Anbefalingen om å spise fisk til middag to til tre ganger i uka er en utfordring i norsk kosthold. Henholdsvis 42 % og 37 % av unge i Vestfold og Telemark oppgir at de spiser fisk som middag eller pålegg to ganger i uka (Ung i Telemark, 2018 og Ung i Vestfold, 2017). På landsbasis har eldre et stabilt høyt sjømatkonsum, mens de unge spiser stadig mindre. I aldersgruppen under 34 år har sjømatkonsumet falt med 46 % siden 2012 (Norges Sjømatråd, 2018). Resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold viste også en tydelig sammenheng mellom alder og regelmessig fiskespising. Desto eldre, desto oftere var fisk en del av kostholdet (Johansen 2017). Kostholdsvaner viser ofte et mønster med sosial ulikhet. Dette kan være resultat av mange faktorer, men både kunnskap og kjøpekraft spiller en viktig rolle. Se mer om kosthold og sosial ulikhet i Boks 5.

Kosthold og sosial ulikhet

Et kosthold med lavt inntak av grønnsaker bidrar til økt risiko for blant annet iskemisk hjertesykdom. Av kostholdsfaktorene målt i folkehelseundersøkelsen i Vestfold, var resultatet totalt sett best for grønnsaker. Det er likevel fortsatt en helsegevinst å hente ved at en større andel av befolkningen øker daglig inntak av grønnsaker.

Indikatoren som vises her inkluderer både de som daglig spiser grønnsaker og de som spiser grønnsaker fire ganger per uke eller oftere. Dermed gir den ikke prosentandelen som oppfyller helsemyndighetenes anbefaling om daglig inntak, denne andelen ville vært noe lavere.



Figur 53 n=3303

Forskjellen etter utdanningsnivå i denne figuren er spesielt markert fra middels utdanningsnivå til høyeste utdanningsnivå, med en økning på rundt 12 prosentpoeng av de som jevnlig spiser grønnsaker. Forskjellen er mindre når vi bruker inntekt som indikator (figur ikke vist), bare 4 prosentpoeng skiller nest nederste og høyeste inntektsgruppe.

Det kan dermed tyde på at utdanningsnivå har større betydning for inntak av grønnsaker enn inntekt i Vestfold.

Boks 5. Kosthold og sosial ulikhet

Kantinetilbud på videregående skoler i Vestfold og Telemark

For å kartlegge kantinetilbudet ble det i november 2019 gjennomført en undersøkelse om matserveringstilbudet i kantiner på de videregående skolene i fylket. Undersøkelsen ble besvart av 24 kantiner av kantineansvarlig eller ansatte i kantinen.

Resultatene fra undersøkelsen viser at nesten alle kantinen tilbyr frukt og salatbar daglig. Hvor ofte kantina tilbyr fiskeretter, både som kald og/eller varmrett, er svært varierende. Fem kantiner tilbyr daglig, åtte tilbyr 1–2 ganger per uke, mens resterende tilbyr sjeldent eller aldri. Stort sett tilbyr alle kantinen både fine og grove kornprodukter daglig, og de aller fleste oppgir at elevene har tilgang på gratis havregrøt hver dag. Over halvparten av kantinen tilbyr potetgull, snacks, sjokolade og liknende hver dag, mens resterende tilbyr dette sjelden eller aldri. Videre er det en høy andel kantiner som oppgir at elevene har tilgang på søte bakverk slik som boller, kaker og is daglig. Alle skoler har tilbud om kaldt drikkevann i, eller utenfor kantina. Drikke tilsatt sukker (brus, iste m.m.) blir tilbudt i samtlige kantiner hver dag.

Undersøkelsen viser også at 83 % av de kantineansvarlige er kjent med Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i videregående skole, mens 17 % er usikre.

Overvekt blant ungdom og voksne er en utfordring

Overvekt og fedme gir økt risiko for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft. Overvekt og fedme kan også ha alvorlige psykiske helsekonsekvenser. En kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 30 kg/m² regnes som overvekt. Fedme tilsvarer en KMI over 30 kg/m². Det er ingen klar KMI-grense for når sykdomsrisikoen øker eller faller og overgangene er glidende.

Andelen som er overvektige og har fedme har økt de siste 40–50 årene. Nasjonalt, blant 8–9-åringer, har 1 av 6 overvekt eller fedme, men det er tegn som tyder på at denne utviklingen er i ferd med å flate ut blant barn. Om lag 1 av 4 ungdommer er overvektige eller har fedme og utviklingen tyder på å øke. Økningen skyldes primært en økning blant jenter. Blant voksne har 1 av 4 menn og 1 av 5 kvinner i aldersgruppen 40–45 år fedme. I tillegg kommer andelen som er overvektige. Andelen som er overvektige ser ut til å være nokså stabil, mens det er en økning i andelen voksne som har fedme (Folkehelseinstituttet, 2019).

Selvrapportert vekt til den nettbaserte sesjonen del 1 til forsvaret, viser andelene med overvekt og fedme blant 17-år gamle gutter og jenter i 2017. For tidligere Vestfold og tidligere Telemark er denne andelen med overvekt på henholdsvis 14,5 % og 15,7 %, mens landsgjennomsnittet er på 15,5 %. Det betyr at blant de som melder seg til sesjon i tidligere Vestfold ligger rett under landsgjennomsnittet, mens i tidligere Telemark ligger rett over. For fedme er andelene 6,2 % og 7,3 % for henholdsvis tidligere Vestfold og tidligere Telemark, mens landsgjennomsnittet er på 7,1 % (Norgeshelsa statistikkbank 2020).

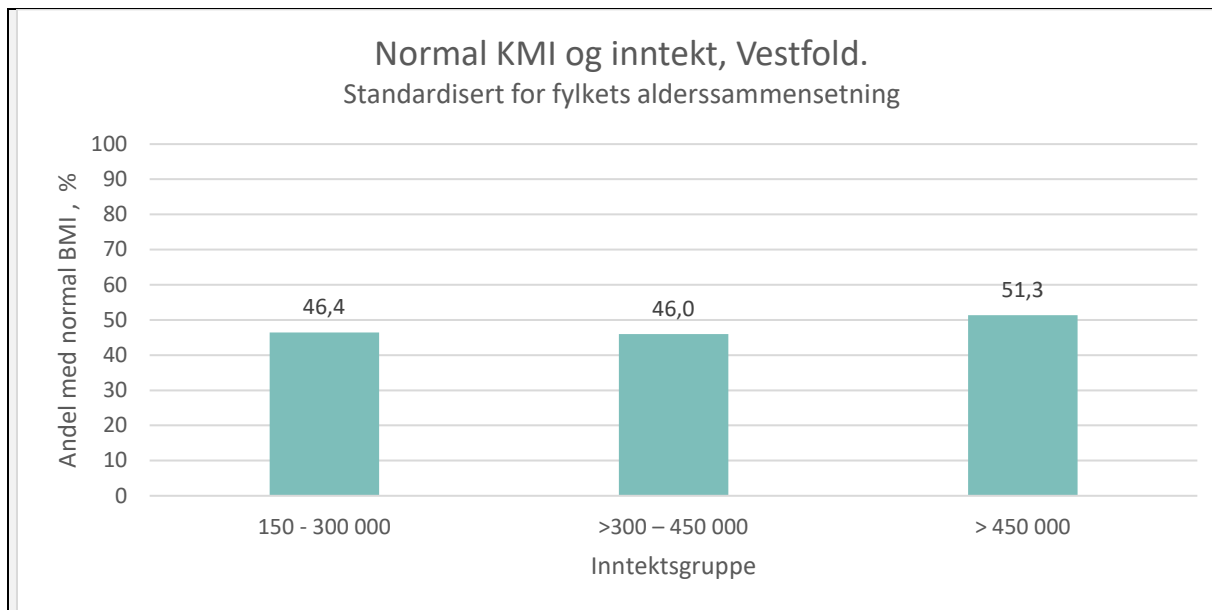
Vektstatus for den voksne befolkning (over 16 år) er kun tilgjengelig for Helseregion Sørøst (SSBs levekårsundersøkelse) og fra folkehelseundersøkelsen i Vestfold for de over 18 år. Tallene fra Helseregion Sørøst viser sosiale forskjeller etter utdanningsnivå for andelen med overvekt og fedme på 58 %, 56 % og 46 % for henholdsvis grunnskole, videregående og universitet/høgskole. I folkehelseundersøkelsen ble det også funnet en sosial forskjell for normalvekt etter inntekt (se Boks 6).

Kroppsmasseindeks (KMI) og sosial ulikhet

Normalvekt (KMI 18,5–24,9)

I folkehelseundersøkelsen i Vestfold er KMI regnet ut på bakgrunn av selvrapportert høyde og vekt. Det er velkjent at KMI fra spørreundersøkelser blir noe lavere, enn når det er basert på undersøkelser som tar med målinger hos helsepersonell. Dermed kan vi anta at estimatene som oppgis her er noe konservative, men over tid, ved gjentatte undersøkelser, vil de bidra til god informasjon for å følge utviklingen.

Normal KMI inkluderer verdier i intervallet 18, 5 til 24, 9. De fleste som ikke er med er overvektige (opptil 30 i KMI), noen i gruppen fedme og noen få i gruppen undervektig (lavere enn 18,5).



Figur 54 n=3156

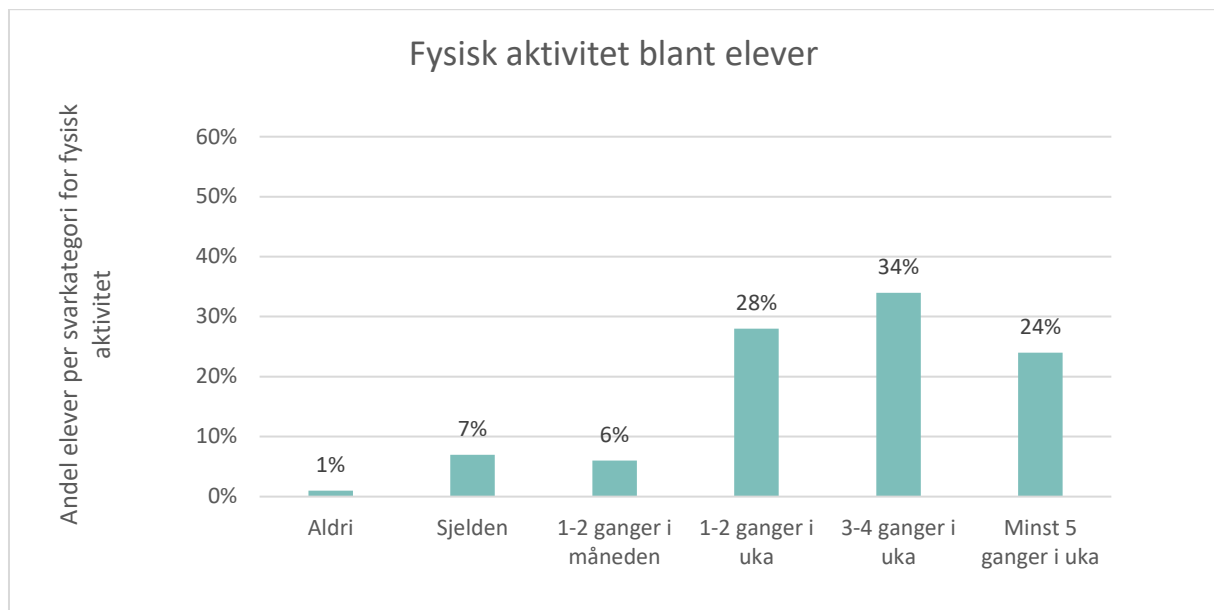
Den sosiale forskjellen for KMI er ikke spesielt markert. Nær halvparten av befolkningen i Vestfold ligger utenfor området for normal KMI, og det er altså da en utfordring i omtrent alle sosiale lag i befolkningen. Selv om tallene her er noe dramatiske, så vil det være en forholdsvis stor andel av befolkningen som ligger i nedre del av overvektintervallet, og økt helserisiko vil ikke være så markert sammenliknet med for eksempel de som kommer i fedmegruppen. Overvekt og fedme er et typisk sammensatt samfunnsproblem som krever innsats på mange ulike områder.

Boks 6. Kroppsmasseindeks (KMI) og sosial ulikhet

Resultater fra Barnevekststudien viser at det er høyere risiko for overvekt blant barn i små kommuner. Årsakene er ikke entydige, men betydningen av nærmiljø blir trukket fram gjennom tilrettelegging for aktiv transport og gode friluftslivsaktiviteter. Det er vist at færre barn sykler eller går til skolen i små kommuner (Biehl et. Al, 2013).

Fysisk aktive unge, men nivået synker med alder

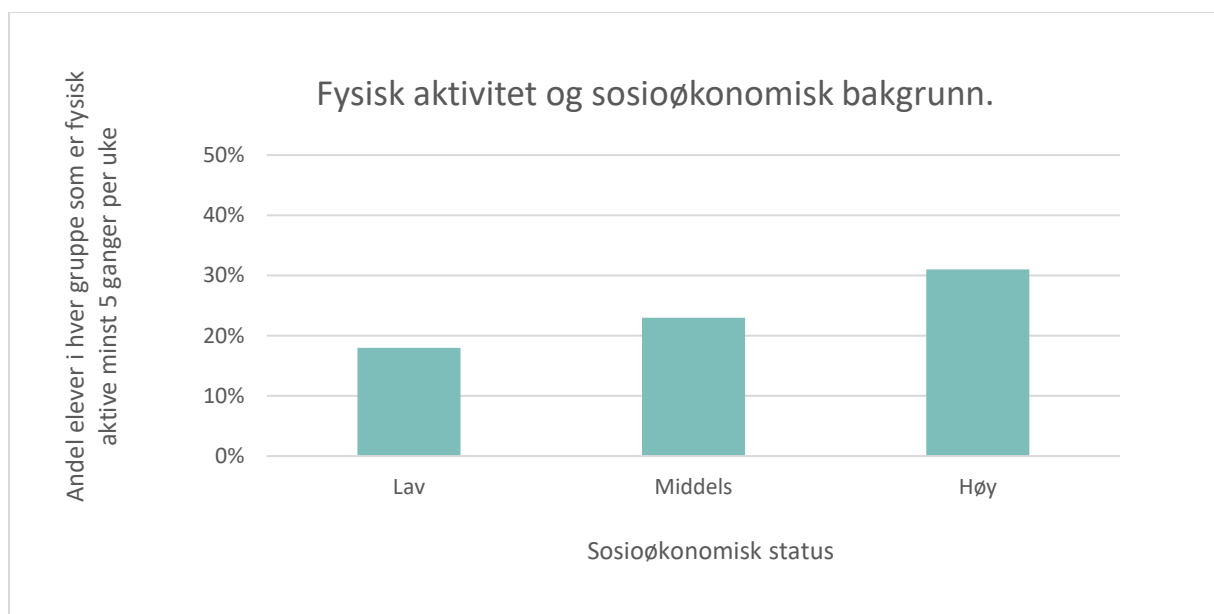
Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer helsen, gir overskudd og kan bidra til forebygging og behandling av over 30 kjente sykdommer og tilstander. Helsegevinstene ved å være fysisk aktivt gjelder for alle aldersgrupper. De nasjonale anbefalinger er at barn og unge bør være fysisk aktive minimum 60 minutter hver dag. Intensiteten bør være moderat til høy. Voksne og eldre bør være fysisk aktive i 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke (Helsedirektoratet 2019).



Figur 55 Prosentandel av elever fordelt på ulike svar kategorier for hvor hyppig de er fysisk aktive (8klasse–vg1). Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018. n=16 794

Blant ungdom i 8. trinn til og med vg1 i fylket, er 28 % så fysisk aktive at de blir andpusten eller svett 1–2 ganger i uka. Mens 34 % av ungdommene er i slik aktivitet 3–4 ganger i uka, og 24 % minst fem ganger i uka. Tallgrunnlaget er kun hentet fra Ungdataundersøkelsen fra Vestfold i 2017 og Telemark 2018, siden spørsmålet hadde ulike svar kategorier tidligere år.

Den vanligste aktiviteten blant de yngste er å trene eller konkurrere i idrettslag. Andelen som driver fysisk aktivitet synker i stor grad i løpet av ungdomsskolen og blant de eldre er det mye vanligere å trene på treningsstudio.



Figur 56 Andel elever i hver sosioøkonomiske gruppe, som er så fysisk aktive at de blir andpustne eller svette minst fem ganger i uka, (8.trinn–vg1). Kilde: Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018. n= 16794.

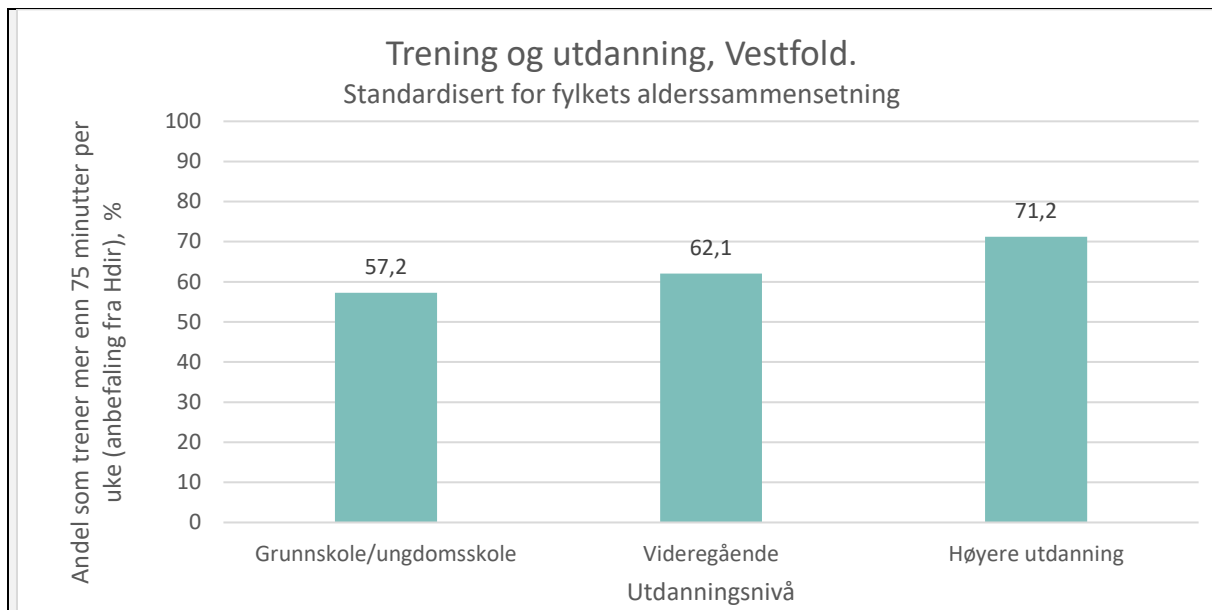
Den sosiale ulikheten vises også blant ungdom i fylket. Ungdataresultater viser at andelen ungdom som er fysisk aktive i henhold til nasjonale anbefalinger, øker med sosioøkonomiske bakgrunn.

Mens 31 % av ungdom med høy sosioøkonomisk bakgrunn oppnår anbefalingene om fem dager med fysisk aktivitet i uka, er andelen lavere blant ungdom med lav sosioøkonomisk bakgrunn med 18 %.

Objektive målinger av fysisk aktivitet blant voksne nasjonalt (2015 og 2017) viser at om lag 30 % av den voksne befolkningen oppfyller anbefalingene. Blant barn er gutter mer fysisk aktive enn jenter og det gjelder også blant voksne, hvor menn er noe mer fysisk aktive enn kvinner, men forskjellene små (Helsedirektoratet, 2015). For begge kjønn er det en betydelig sosial ulikhet i fysisk aktivitet. Voksne med høgskole- eller universitetsutdanning bruker mer tid på moderat fysisk aktivitet, mens voksne med universitetsutdannelse bruker mer tid på aktivitet med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2015).

Fysisk aktivitet og sosial ulikhet

Folkehelseundersøkelsen i Vestfold hadde to spørsmål som handlet om fysisk aktivitet. Det ble opplyst om at mosjon eller trening skulle inkludere både rolig og mer intens fysisk aktivitet, slik som gange til jobb/skole, sykle, gå på tur, drive med hagearbeid og trening. Det ble spurt om hyppighet og om gjennomsnittlig varighet på en økt. Ved kombinasjon av disse to spørsmålene er det blitt utledet en indikator som kan gi en pekepinn på andelen i befolkningen som minimum gjennomfører 75 minutter fysisk aktivitet per uke. Det er ikke mulig å si noe om grad av intensitet i dette materialet, dermed er det sannsynlig at denne indikatoren estimerer at en høyere andel av befolkningen oppfyller anbefalingen enn det som er tilfelle.



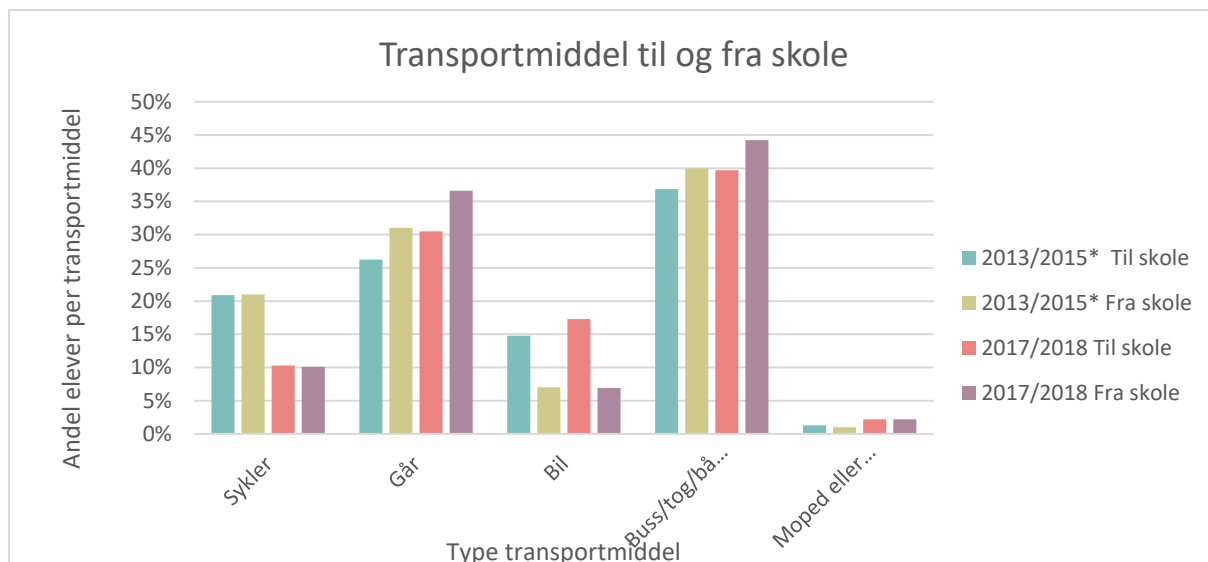
Figur 57 n=3166

Figuren viser en tydelig sosial forskjell for andelen som oppfyller offisielle minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet, ved noe over halvparten blant de med laveste utdanningsnivå og rundt to tredjedeler av de med høyeste utdanningsnivå. Et tilsvarende ulikhetsbilde ses for inntektsnivå, med en forholdsvis jevn økning i andel som oppfyller anbefalingene mellom hver av de fire inntektsgruppene (figur ikke vist).

Boks 7. Fysisk aktivitet og sosial ulikhet

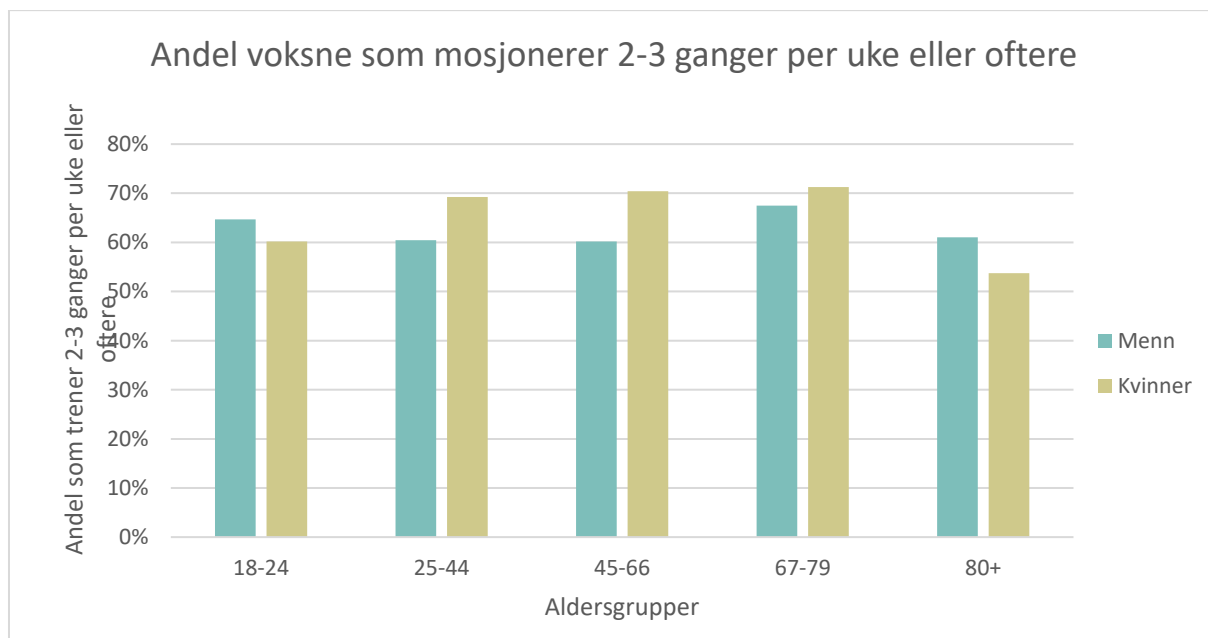
Hverdagsaktivitet

Samlede analyser fra Ungdataundersøkelsen viser at det er færre ungdommer i fylket som sykler til og fra skolen. Mens 2 av 10 ungdommer syklet i 2013/2015 er det kun 1 av 10 som syklet i 2017/2018. Det er derimot en liten økning av antall ungdommer som går til skolen, fra 31 % til 37 % i samme tidsperiode.



Figur 58 Transportmiddel til og fra skole og utvikling fra en undersøkelse til neste. Andel elever per transportmiddel. (8.klasse–vg1). Samlede resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2013/2017 og Telemark 2017/2018. Antall besvarelser: til skole 2013/2015 n=15883 og 2017/2018 n=16794, fra skole 2013/2015 n=15737 og 2017/2018 n=16794. * Resultater fra Ungdataundersøkelsen i Tønsberg 2014 er inkludert.

Blant voksne over 18 år viser Folkehelseundersøkelsen at det er kvinner i aldersgruppene 45–66 år og 67–79 år som er de meste aktive når både trening og hverdagsaktivitet som å gå tur, sykle og hagearbeid er inkludert (Figur 59) Selv om andelen her ligger rundt 60–70 % vil det være helsegevinster for befolkningen i å øke andelen som er mer regelmessig aktive enten det er trening eller annen hverdagsaktivitet.



Figur 59 Andel som mosjonerer (inkludert trening og hverdagsaktivitet som sykle, gå tur, hagearbeid) 2–3 ganger per uke eller oftere av alle deltakere i spørreundersøkelse, delt på aldersgrupper og kjønn. Kilde: Folkehelseundersøkelsen–Helse og Trivsel i Vest

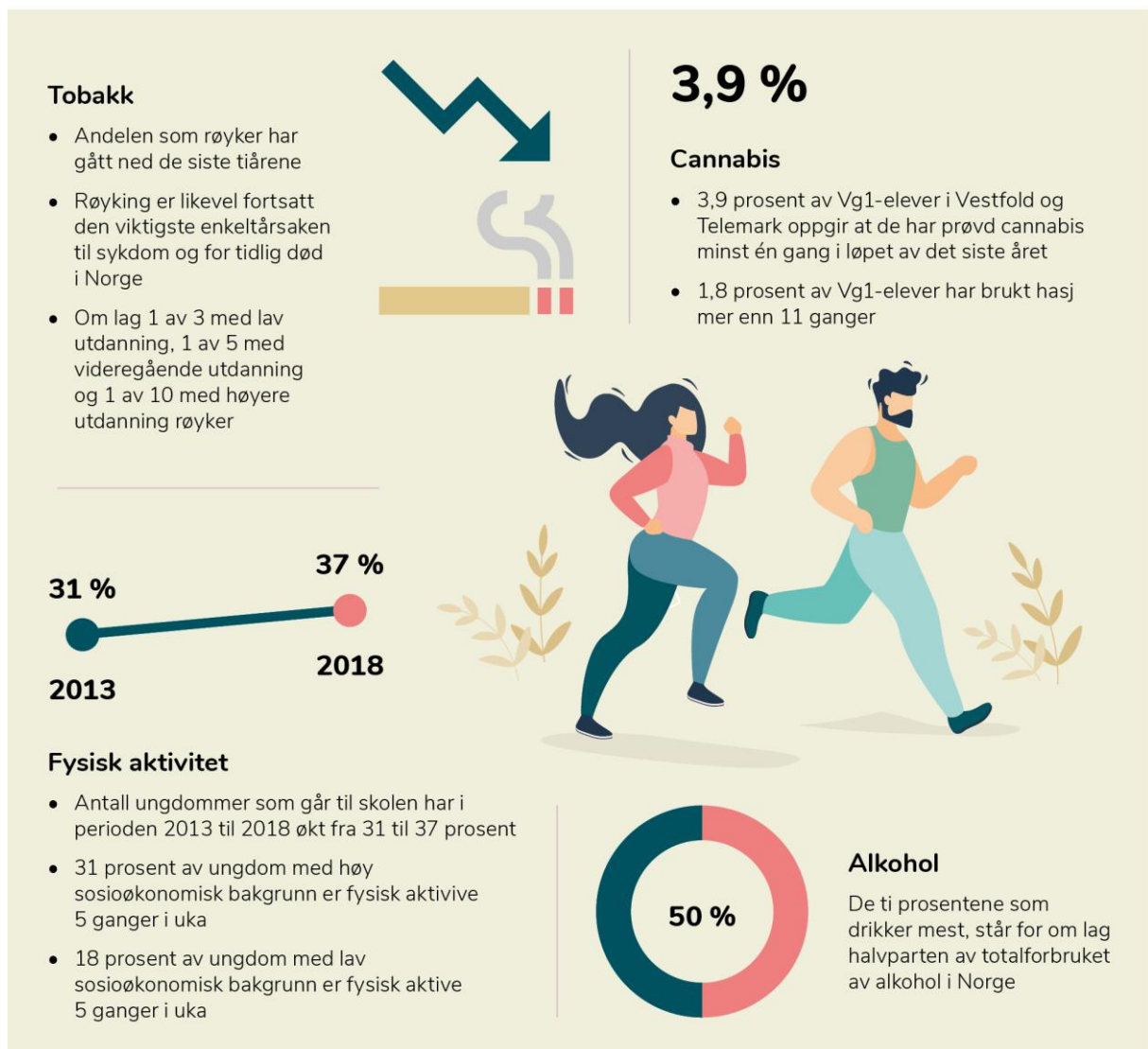
Det er særlig hverdagsaktiviteten som har blitt redusert de siste årene. Fysisk aktivitet som tidligere var en del av arbeid og daglige gjøremål er sterkt redusert. Stillesitting på skole, jobb, transport og foran skjerm er en utfordring for folkehelsa. Det er i barne- og ungdomsårene at mulighetene for å forebygge overvekt i voksen alder trolig er størst (Folkehelseinstituttet, 2018).

Verdens Helseorganisasjon anbefaler at forebygging av overvekt og fedme gjøres ved strukturelle og i stor grad befolkningsrettede tiltak. God tilrettelegging for å kunne gå og sykle, tilgang til offentlig transport og grøntarealer nær boligen er viktig (WHO, 2016). Helsefremmende og sosialt utjevnete tiltak som fremmer sunt kosthold og fysisk aktivitet hos gravide, i barnehage, skole og nærmiljø bør utformes slik at de når alle grupper.

Oppsummering og vurdering



Helserelatert atferd



Illustrasjon: AttoStock/iStock/Getty Images Plus

Dette kapittelet gir en oversikt over levevaner som har betydelig påvirkning på de største sykdomsbyrdene¹. Levevanene er mer enn personlige valg, og påvirkes av miljø, levekår og oppvekst. Dette kapittelet viser at røyking, rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet gir store utfordringer for folkehelsen.

Røyking er den viktigste enkeltårsaken til sykdom og for tidlig død i Norge. Andelen dagligrøykere har gått kraftig ned, men det er nå en svak økning i enkelte deler av fylket. Det er store forskjeller mellom andelen som røyker etter utdanningsnivå.

Når det gjelder rusmidler er det en svak økning blant unge gutter som har prøvd hasj mer enn én gang, og alkoholforbruket blant ungdom har gått svakt opp. Dette er i tråd med nasjonale trender. Også voksnes alkoholforbruk har gått opp. Langvarig og høyt alkoholinntak øker risikoen

¹ Se kapittel om helsetilstand for mer info om de største sykdomsbyrdene.

for avhengighet og psykiske problemer, samtidig knyttes et moderat alkoholinntak til økt risiko for helseskader, sykdommer og flere typer kreft.

Det er store helsegevinster å hente ved å redusere stillesitting og øke fysisk aktivitet i befolkningen. Det er en høy andel, hele 82 % av ungdomsskoleelever i Vestfold og Telemark, som oppgir at de trener minst en gang i uken. Andelen som trener ukentlig er høyest i de sentraliserte kommunen i fylket. Andel elever som er fysisk aktive minst fem ganger i uka er betydelig høyere blant elever fra familier med høyere sosioøkonomisk bakgrunn. Aktivitetsnivået synker utover ungdomsskolen, og det er særlig hverdagsaktiviteten som har blitt redusert de siste årene. Når det gjelder kostholdet, spiser ungdom mindre grønnsaker og fisk enn anbefalt, og inntak av grønnsaker har også sammenheng med utdanningsnivået.

De sosiale forskjellene som kommer fram i dette kapittelet viser en sammenheng mellom bakenforliggende faktorer og helsetilstand, der utdanning og inntekt virker gjennom helserelatert atferd og levevaner. Mulighetene for å forebygge, for eksempel overvekt, er større i barneårene. Selv om bildet er sammensatt, kan for eksempel kostnadsnivået på organiserte aktiviteter som idrett, være til hinder for deltakelse på grunn av foreldrenes økonomi. I en tid preget av mindre hverdagsaktivitet, stillesitting på skole og mer bruk av skjerm, kan fysisk inaktivitet bidra til å forsterke sosiale helseforskjeller. Det er nødvendig å se de ulike påvirkningsfaktorene i sammenheng, der fokus både ligger på å bedre generelle levekår, og fremme mestring og muligheter i hverdagslivets ulike settinger.

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2019), Folkehelsemeldinga, Gode liv i eit trygt samfunn, (Meld. St. 19 (2018 – 2019)).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Folkehelseinstituttet (2018), *Folkehelse rapporten, Røyking og snusbruk i Noreg*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/#sosiale-forskjellar-i-roeyking-og-snusbruk>

Aase, K. N., Kristiansen, R., Vardheim, I., Bentsen, A., Gulløy, E., Bordevich, K., Bunting, M. & Krane, V. (2018). Ung i Telemark 2018. Skien: Telemark fylkeskommune / Kompetansesenter rus – region sør

Biehl A., Hovengen R., Grøholt, E.K., Hjelmæsæth J., Strand B.H., Meyer H.E. Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC Public Health* 2013, 13:842.

Folkehelseinstituttet (2019). *Folkehelse rapporten; Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg* <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/#alkohol-og-helse>

Folkehelseinstituttet (2019) Indikatorer for ikke - smittsomme sykdommer (NCD) Overvekt og fedme blant voksne (indikator 14) Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/voksne/>

Johansen, R. Resultatrapport Folkehelseundersøkelsen – Helse og Trivsel 2015 i Vestfold, Vest-Agder og Aust-Agder. Folkehelseinstituttet 2017. Hentet fra https://nyweb.vfk.no/globalassets/vfk/dokumenter/folkehelse/resultatrapport_versjon_revidert_131017.pdf

Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>

<http://www.ungdata.no/Forskning/Publikasjoner/Ungdata-Lokale-rapporter/Ung-i-Telemark-2018> <http://www.ungdata.no/Forskning/Publikasjoner/Ungdata-Lokale-rapporter/Ung-i-Vestfold-2017>

WHO (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>

Helsedirektoratet (2018), Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling, Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Hentet fra www.Helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling

WHO. Preventing Disease Through Healthy Environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016a

Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, (NOVA Rapport 8/18). Oslo: NOVA

Helsedirektoratet (2016). Nasjonale faglige råd, Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-barn-og-unge>

Helsedirektoratet (2015). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge (Nasjonal kartlegging 2014–2015). Hentet fra: www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter

Helsetilstand

En bedring av befolkningens helsetilstand er et overordnet mål i folkehelsearbeidet. Det finnes mange helseindikatorer som sammen kan gi oss et overordnet bilde av status for befolkningen. Kunnskap om folkehelseutfordringene er avgjørende for å peke ut viktigste påvirkningsfaktorer for helsetilstanden.



Dette kapittelet gir en oppdatert og samlet oversikt over helsetilstanden i Vestfold og Telemark. Utvalget av indikatorene og analyser av sammenhenger er gjort på grunnlag av kunnskap om samfunnets største sykdomsbyrder. Bærekraftsmål 3 om god helse, en sunn og frisk befolkning er et grunnleggende mål. God helse i befolkningen er viktig for verdiskaping i næringsliv og offentlig sektor og for å opprettholde et bærekraftig velferdssystem. Samtidig er god helse et mål i seg selv og for det enkelte menneske, som ressurs for et sosialt bærekraftig samfunn.

Sosiale helseforskjeller er fra nasjonalt hold definert som en folkehelseutfordring. De sosiale helseforskjellene i fylket legges fram i statistikken i dette kapittelet der det finnes tilgjengelige data. Bærekraftsmål 10 om mindre ulikhet blir derfor særlig relevant i sammenheng med oversikt over helsetilstand, fordi ulikheten forplanter seg i sosiale helseforskjeller. Kunnskap om hvordan ulike helseutfall fordeler seg i befolkningen er avgjørende for å utvikle gode befolkningsrettede folkehelseiltak som kan bryte negative mønstre. Innsats innen flere av de andre bærekraftsmålene, eksempelvis god utdanning (4), anstendig arbeid (8) og bærekraftige byer og samfunn (11) kan bidra til å dempe samfunnets største sykdomsbyrder og fremme god helse og livskvalitet.

Det er sannsynlig at COVID-19 pandemien vil påvirke trendene i flere av indikatorene i dette kapittelet. Betydningen av helsetilstanden og sykdomsbyrder som en samfunnsmessig sårbarhet er aktualisert, fordi risiko for alvorlig sykdom fra infeksjonssykdommer særlig er knyttet til underliggende sykdomstilstander som bl.a. lungesykdom, hjerte/kar og kreft. De sosiale ulikhetene i helse reflekteres i hvordan COVID-19 pandemien treffer ulike grupper, også når det gjelder psykisk helse.

Samfunnets største sykdomsbyrder

Hva som regnes som de største folkesykdommene og helseutfordringene har endret seg gjennom historien og varierer geografisk. Det er ikke mer enn rundt 100 år siden infeksjonssykdommer og spedbarnsdødelighet ga mange tapte leveår i Norge

(Folkehelse rapporten 2019). Fortsatt er det slik at ulike infeksjonssykdommer som influensa og omgangssyke påvirker helsetilstanden, men de regnes ikke som store samfunnsbyrder. For mange alvorlige infeksjonssykdommer finnes det også i dag vaksiner. En befolkning med god ernæringsstatus har også høyere motstandskraft. Infeksjonssykdommer er ikke omtalt i dette kapitlet om helsetilstanden. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at infeksjonssykdommer også påvirker befolkningens totale helsetilstand, og kan få økt betydning i framtiden. Det kan for eksempel skje ved økende antibiotakaresistens og nye sykdomsutbrudd, som kan gi nasjonale epidemier eller pandemier, slik som COVID-19.

Norge deltar i det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet *Global Burden of Disease*, underlagt Verdens helseorganisasjon. Her beregnes sykdomsbyrde på ulike geografiske nivå, som følge av dødelighet og helsetap (dødsårsaker, sykdommer, følgetilstander og risikofaktorer). Dette er et arbeid som skal bidra som ressurs for informert politikkutforming verden over.

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

De nasjonale resultatene og analysene fra sykdomsbyrdeprosjektet gir kunnskap om hva som er de største byrdene i vårt samfunn, og bidrar med viktig kunnskap om hvilke sykdommer som påvirker folkehelsen. Når det gjelder *tap av friske leveår* er det tre overordnede tilstander som dominerer:

- Muskel- og skjelett plager/sykdommer
- Psykiske lidelser
- Nevrologiske tilstander

Muskel- og skjelettplager er for en stor del knyttet til smerter i rygg og nakke. For psykiske lidelser dominerer angst og depresjon. For nevrologiske sykdommer er det Alzheimer og migrenetilstander som er mest fremtredende.

Når det gjelder *samlet byrde av tap av leveår og tap av friske leveår* (*DALY*), rangeres de fem største byrdene slik:

1. Hjerte- og karsykdom
2. Kreft
3. Muskel- og skjelettsykdommer
4. Nevrologiske sykdommer
5. Psykiske lidelser

På et mer detaljert nivå er de fem viktigste enkelttilstandene som bidrar til den samlede byrden korsryggssmerter, iskemisk hjertesykdom, hodepinesykdommer, slag og fallskader. Fem felles risikofaktorer når det gjelder levevaner bidrar betydelig til disse sykdomsgruppene: tobaksbruk, usunt kosthold, bruk av illegale rusmidler, bruk av alkohol, og lite fysisk aktivitet (se kapittel om helse relatert atferd). Det er ikke sannsynlig at det er store avvik for Vestfold og Telemark sammenlignet med nasjonale analyser.

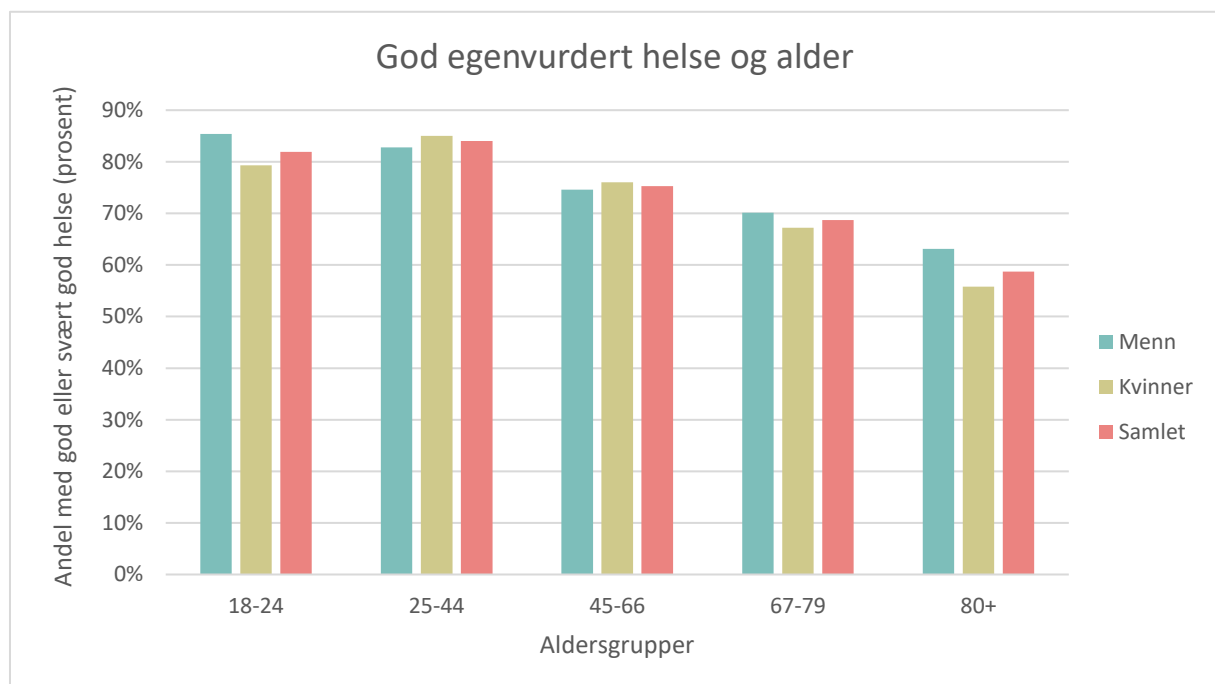
Sykdomsbyrdeanalysene vurderer ikke sosial ulikhet i helse. Dette gjelder også stort sett for indikatorer fra nasjonale statistikkbanker. Alle helsetilstandsindikatorne, både de positive og de negative, har imidlertid som regel typiske mønstre med sosiale helseforskjeller etter sosioøkonomisk bakgrunn.

I dette kapittelet presenteres indikatorer som viser helseutfall i Vestfold og Telemark for tilstandene som analysene i sykdomsbyrdeprosjektet har fremhevet for Norge. Der det er tilgjengelige data vises også sosiale helseforskjeller i figurer eller i teksten.

Egenvurdert helse fordelt i befolkningen

I SSB sin Levekårsundersøkelse fra 2015 svarer rundt 80 % av deltakere fra Vestfold og Telemark at de vurderer sin egen helse som god eller svært god (ca. 370 personer fra hvert fylke, 16–79 år). I folkehelseundersøkelsen i Vestfold var også dette spørsmålet med. Spørsmålet åpner for å tenke overordnet om egen helsetilstand, og inkluderer både fysiske og psykiske aspekter ved egen helse.

Figur 60 viser som forventet en nedgang i egenvurdert helse med økende alder, med noe variasjon mellom kjønn fra aldersgruppe til aldersgruppe. Menn lever i gjennomsnitt kortere enn kvinner. Det er mulig at kjønnsforskjellene i de øverste aldersgruppene, både er et resultat av flest svar fra de friskeste mennene og at kvinner generelt lever lengre med flere plager.



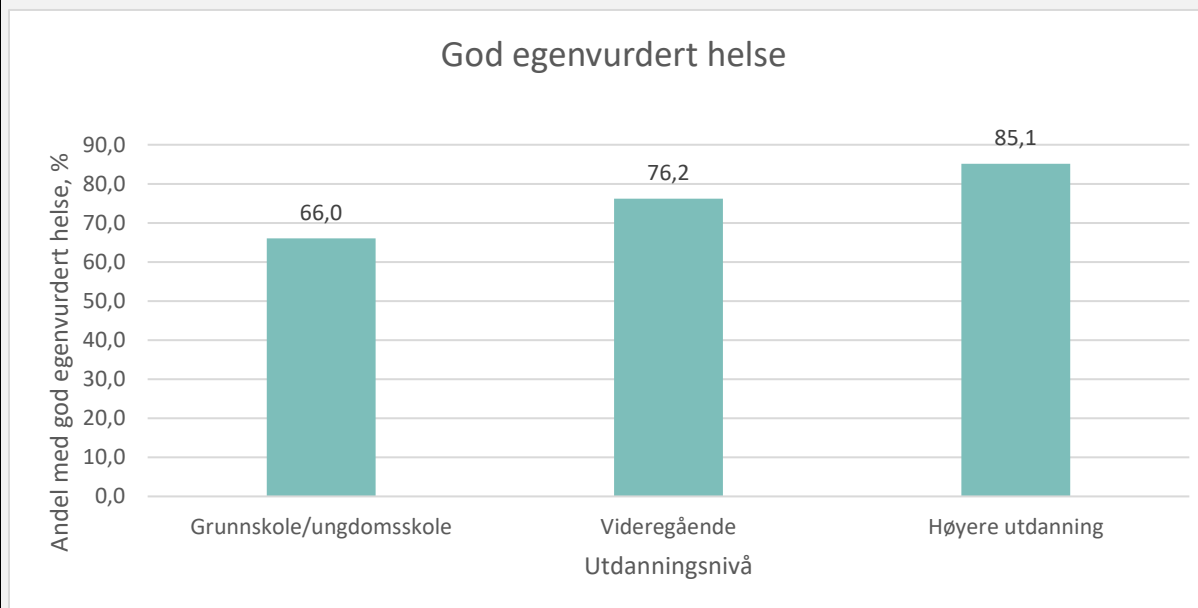
Figur 60 Andelen som vurderer sin egne helse som god eller svært god etter alder og kjønn, Vestfold. n=3406. Kilde: Folkehelseundersøkelsen Helse og Trivsel 2015.

Sosiale helseforskjeller kommer tydelig frem når helse måles på et overordnet nivå. Dette beskrives nærmere i **Feil! Fant ikke referanse kilden..** I Boks 9 er det også beskrevet nærmere om

langvarige helseplager og sosial ulikhet. I Boks 10 presenteres en dybdeanalyse av hvilke faktorer som har sterkest sammenheng med god egenvurdert helse.

Generell helsetilstand og sosial ulikhet

I folkehelseundersøkelsen i Vestfold ble voksne spurt om hvordan de vurderer helsen sin. De som svarte svært god eller god er samlet i en gruppe.



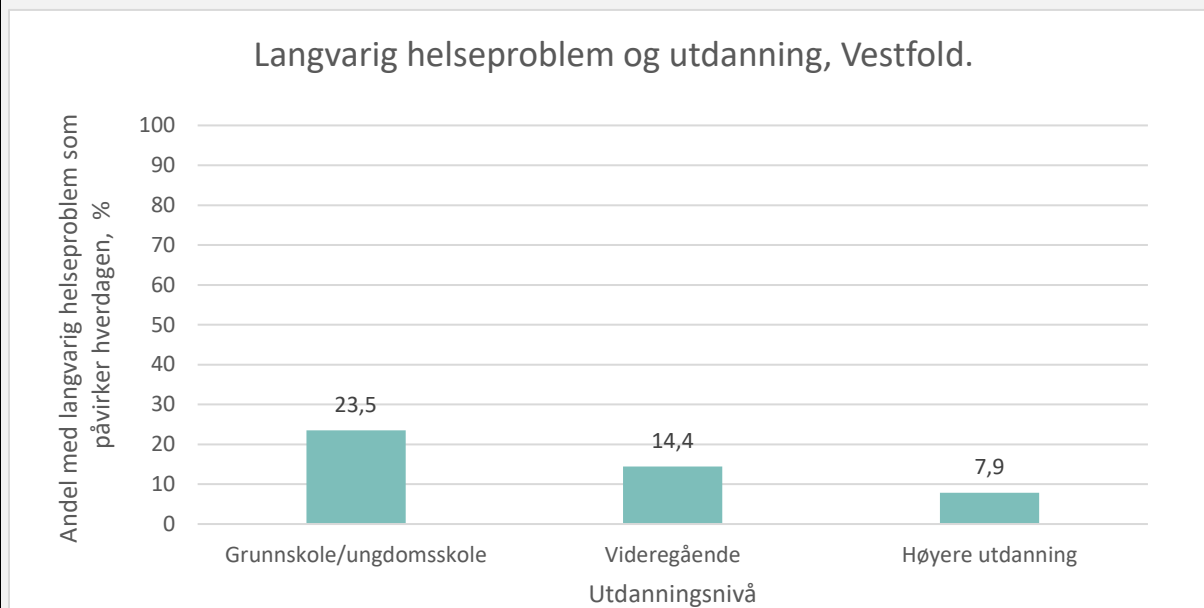
Figur 61 n=3328

Figuren er en klassisk gradientsfigur over sosiale helseforskjeller. Det er en forholdsvis stor ulikhet på omtrent ti prosentpoeng fra de med kun grunnskole utdanning til de med fullført videregående utdanning. Det er rett under 20 prosentpoeng forskjell mellom de med kun grunnskoleutdanning og de i høyeste utdanningsgruppe.

Bak trappetrinns mønsteret vil det ligge et mer glidende mønster, hadde det vært mulig å dele den sosiale lagstrukturen i samfunnet i flere underkategorier. En liknende figur, men vurdert etter justert husholdningsinntekt, viser det samme mønsteret (ikke vist her). På kort sikt er det ikke forventet å se store endringer, men på lang sikt er dette en god indikator for å se om fylket lykkes i folkehelsearbeidets mål med å utjevne sosiale helseforskjeller.

Langvarige helseplager som påvirker hverdagen og sosial ulikhet

Denne indikatoren er basert på svar fra fem spørsmål i folkehelseundersøkelsen i Vestfold. Den skiller ut personer med sykdom eller helseplager, eller funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade, der én av disse tilstandene skaper begrensninger i å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter og har vart i seks måneder eller lengre. I tillegg må de også ha krysset av for at problemene eller funksjonsnedsettelsen påvirker hverdagen i høy eller i noen grad.



Figur 62 n=3319, standardisert for fylkes alderssammensetning

Figuren viser en helt tydelig gradient for sosial ulikhet i helse etter utdanningsnivå. Det er rundt 15 prosentpoeng som skiller de med kun grunnskole og de med høyere utdanning.

Andelen med langvarige helseproblemer som påvirker hverdagen vil som forventet øke med høyere alder. I tillegg til at indikatoren er god til å få fram sosiale helseforskjeller, viser den også at nesten hver fjerde person med laveste utdanningsnivå har helseproblemer som skaper utfordringer i hverdagen. For noen av disse personene er vil universell utforming sannsynlig være svært viktig.

Boks 9. Langvarige helseplager som påvirker hverdag og sosial ulikhet

Dybdeanalyse fra folkehelseundersøkelsen: Faktorer som viser sterkest sammenheng med god egenvurdert helse

I folkehelseundersøkelsen i Vestfold har 75 % av deltakerne fra 25 til 79 år i en totalvurdering svart at de har god eller svært god helse. Basert på tilgjengelige data i undersøkelsen har vi sett nærmere på denne gruppen, med tanke på å identifisere felles helsefremmende faktorer.

Ved bruk av logistisk regresjon ble flere ulike faktorer testet for tydelig sammenheng med god helse. Analysene inkluderte rundt 2300 personer i Vestfold. Kjønn, alder, utdanning og justert husholdningsinntekt etter skatt (EU-skala), ble inkludert som kontrollvariabler for å finne selvstendig effekt fra helsefremmende faktorer.

Fem helsefremmende faktorer viste en tydelig sammenheng med god helse. Ingen sammenhenger var utpreget sterke, men de var betydelige og sterkest for høy sosial støtte, etterfulgt av egenrapportert fysisk aktivitetsnivå som oppfyller nasjonale anbefalinger, høy grad av opplevelse av mening, mestring og sammenheng (sense of coherence*), moderat sosial støtte og et regelmessig inntak av frukt/bær.

Det er viktig å ta med i vurderingen at mulighet for å inkludere faktorer begrenses av tilgjengelige data i undersøkelsen. Analysene fremhever likevel betydelige faktorer som er felles, og som kan settes i fokus ved helsefremmende aktiviteter uavhengig av kjønn, alder, utdanning og inntekt. Aktiviteter som fremmer sosial støtte, øker regelmessig fysisk aktivitet og opplevelse av mening, mestring og sammenheng være gode bidrag i folkehelsearbeidet.

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at voksenbefolkningen er svært sammensatt, og sammenhenger som finnes i dette datamaterialet er ikke like tydelige som i analyser av datamateriale fra en begrenset aldersgruppe i en lik livsfase, slik som Ungdata.

*Sense of coherence beskrives på norsk som opplevelse av mening, mestring og sammenheng i livet, og kan måles gjennom et sett med validerte spørsmål, videreutviklet etter sosiologen Antonovsky sine studier i 1987.

Boks 10. Dybdeanalyse fra Folkehelseundersøkelsen: Faktorer som viser sterkest sammenheng med god egenvurdert helse

Færre dødsfall grunnet sykdom

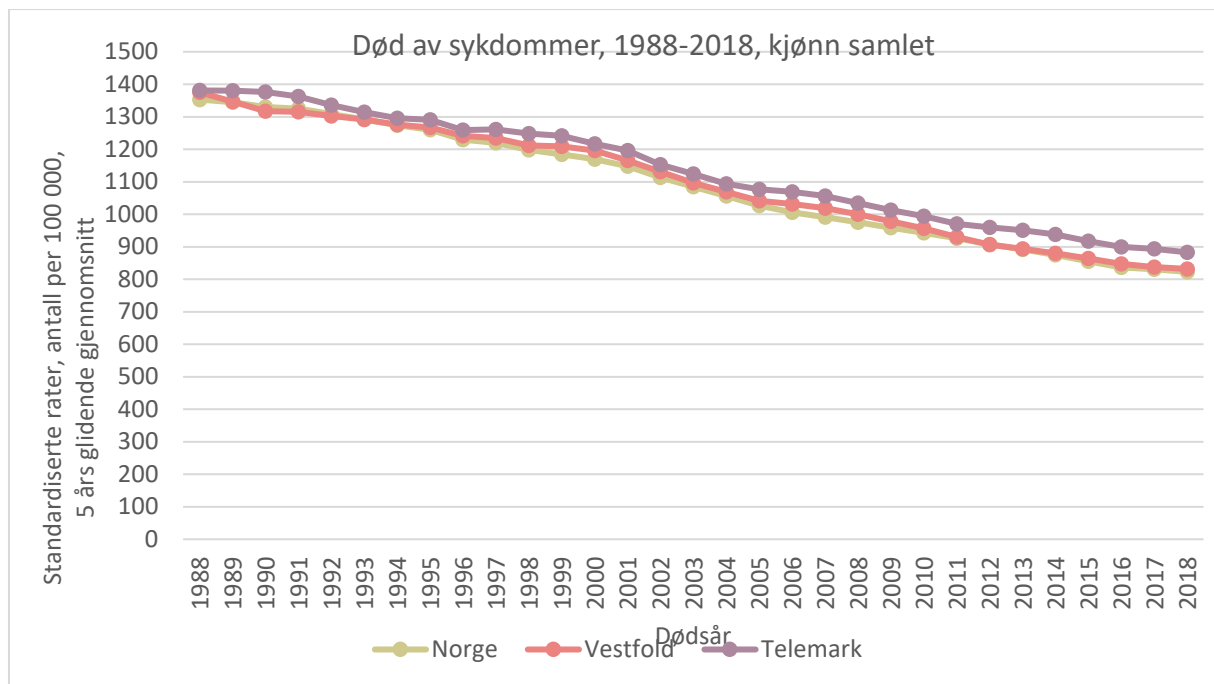
Fordeling av dødsårsaker og utvikling over tid gir innsikt i de største sykdomsbyrdene i befolkningen, og hvordan dette endrer seg med tiden. Hovedtrekkene når det gjelder sykdomsbyrder er at dette ikke er jevnt fordelt i befolkningen. Med lavere sosioøkonomisk status, øker sykdomsbyrden og forventet levealder reduseres. Sammen med dødsårsaker gir statistikk over forventet levealder et utfyllende overblikk (se kapittel 2, Befolkning).

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjon sitt mål om å redusere antall tidlige dødsfall (før 70 år) av ikke-smittsomme sykdommer. Norge sitt mål fra 2010 til 2025 var en reduksjon på 25 %. Det ble nådd i 2018, og nytt mål er satt for 2030 på en 30 % reduksjon i forhold til 2010-nivå (Folkehelseinstituttet 2019).

Dødsfall registreres i Dødsårsaksregisteret. Registeret er svært fullstendig og kun rundt 1 % av dødsmeldinger mangler, sammenlignet med dødsfall registrert i Folkeregisteret. Dødsårsak som blir registret skal så langt som mulig være den underliggende sykdommen eller skaden som satte i gang kjeden av tilstander som førte til døden.

Utviklingen for dødsårsaker for alle sykdommer er samlet i Figur 63. De dominerende sykdommene blant dødsårsakene er kreft, hjerte- og karsykdommer, sykdommer i luftveiene og

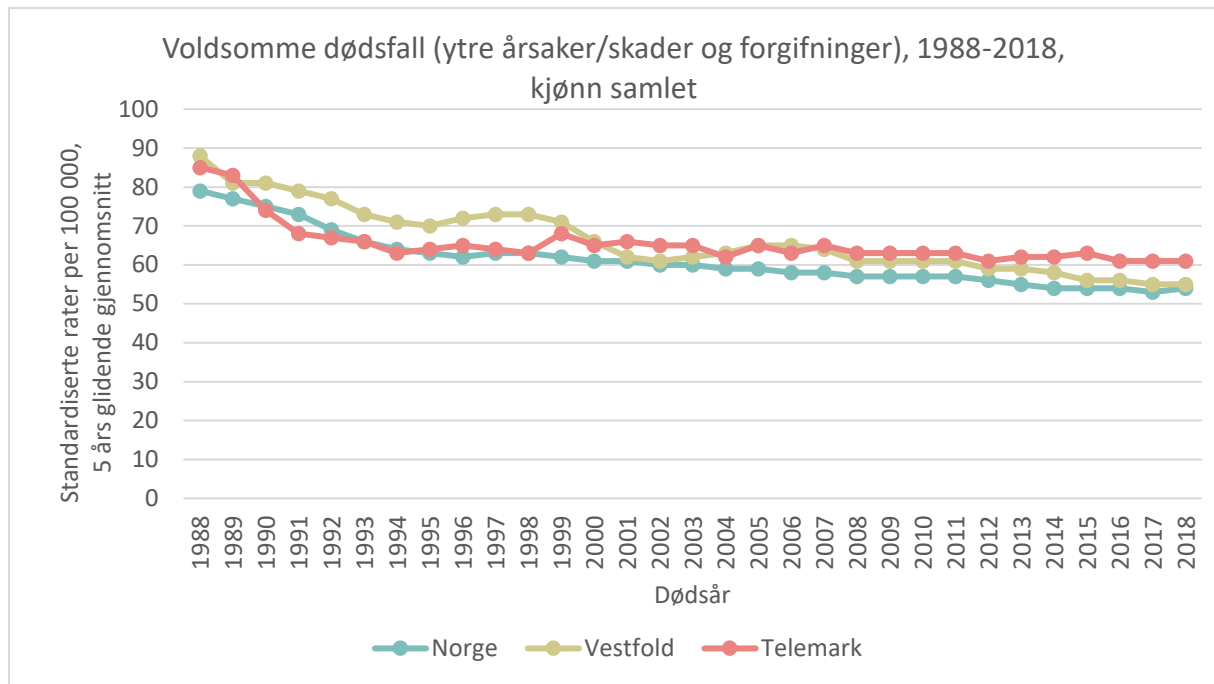
demens. Det store flertallet er eldre personer, fra 70 år og oppover. I 2018 var rundt 20 % personer under 70 år.



Figur 63 Årlig antall dødsfall av sykdommer de siste 30 årene, 5-årig glidende gjennomsnitt, i landet, tidligere Vestfold og tidligere Telemark, kjønn samlet. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI.

Trenden for dødsfall av sykdommer har vært synkende de siste 30 årene. Dette skyldes for en stor grad en reduksjon i dødsfall grunnet hjerte- og karsykdommer. Vestfold og Telemark har tilnærmet fulgt de nasjonale trendene. Ratene for død etter sykdom ligger noe over landsgjennomsnittet i Telemark, særlig fra rundt år 2005. For 2018 er det i gjennomsnitt, for Vestfold og Telemark, ca. 860 dødsfall per 100 000 innbyggere grunnet sykdom.

Dødsfall grunnet skader og forgiftninger, også omtalt som voldsomme dødsfall vises i Figur 64. Her er også selvmord inkludert (omtalt nærmere i avsnitt om selvmord og selvskading). Antall årlige tilfeller er lavere enn dødsfall av sykdommer, men de sosiale konsekvensene er ofte større. Dødsårsaksregisteret viser at voldsomme dødsfall er mer jevnt fordelt over alle aldersgrupper enn andre dødsårsaker. Litt under 4 av 5 dødsfall i denne gruppen skyldes ulykker, mens rundt 1 av 5 skyldes selvmord og villet egenskade. Blant ulykker dominerer type ulykke i synkende rekkefølge slik: fallulykker, andre ulykker som ikke passer inn i annen klassifisering, forgiftningsulykker (inkludert overdosedødsfall) og transportulykker.



Figur 64 Årlig antall voldsomme dødsfall (skader og forgiftninger, inkludert selvmord) de siste 30 årene, 5-årig glidende gjennomsnitt, i landet, tidligere Vestfold og tidligere Telemark, kjønn samlet. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI.

Trenden for voldsomme dødsfall de siste 30 årene viser også en nedgang i antall årlige dødsfall. I 2018 var den årlige raten for landet 54, for Vestfold 55 og for Telemark 61 dødsfall per 100 000 innbyggere.

Når det gjelder den synkende trenden i dødsfall av sykdom er årsakene mange og sammensatte. I hovedsak er de ikke tilfeldige, og finnes både i og utenfor helsevesenet. For eksempel er en reduksjon i antall som røyker en velkjent faktor, som tydelig henger sammen med nedgang i dødsfall fra hjerte- og karsykdom og noen typer kreft (Nyhetsbrev Dødsårsaksregisteret). Den nedadgående trenden for voldsomme dødsfall er ikke like markert som for sykdommer. Flere av disse dødsfallene ses ofte på som mulige å unngå, men krever et fokus på systematisk skade- og ulykkesforebyggende arbeid.

Psykisk helse og livskvalitet

De fleste som bor i Norge trives og har god psykisk helse. Samtidig er psykiske lidelser en av vår tids store helse- og samfunnsutfordringer (Helse og omsorgsdepartementet, 2018–2019, Meld. St. 19). Psykiske plager henger ofte sammen med andre utfordringer som rusmisbruk, sykefravær, frafall i videregående opplæring, annen fysisk sykdom og lav sosioøkonomisk status.

Forskjell på psykiske plager og psykiske lidelser

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager omfatter symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstillende. Psykiske lidelser forstås som symptombelastninger som er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose (Folkehelseinstituttet, 2015b).

God helse er likevel mer enn fravær av plager og lidelser. Psykisk helse i et folkehelseperspektiv dreier seg om samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet.

Livskvalitet

Livskvalitetsbegrepet understreker at et godt liv har flere kjennetegn, både av materiell og ikke-materiell art. Hvilke kjennetegn dette er varierer, men blant de mest sentrale finner vi *frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og livsglede, deltaking og engasjement, mestring og selvutvikling*, samt *fravær av unødig lidelse* (Barstad, 2016).

Livskvalitet kan måles både subjektivt og objektivt. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte. Den objektive livskvaliteten handler om sentrale sider ved livssituasjonen – som frihet, trygghet, helse, fellesskap, selvutvikling, arbeids- og boforhold. Den subjektive livskvaliteten overlapper særlig med psykisk helse og den objektive med levekår (Nes, Hansen, Barstad, 2018).

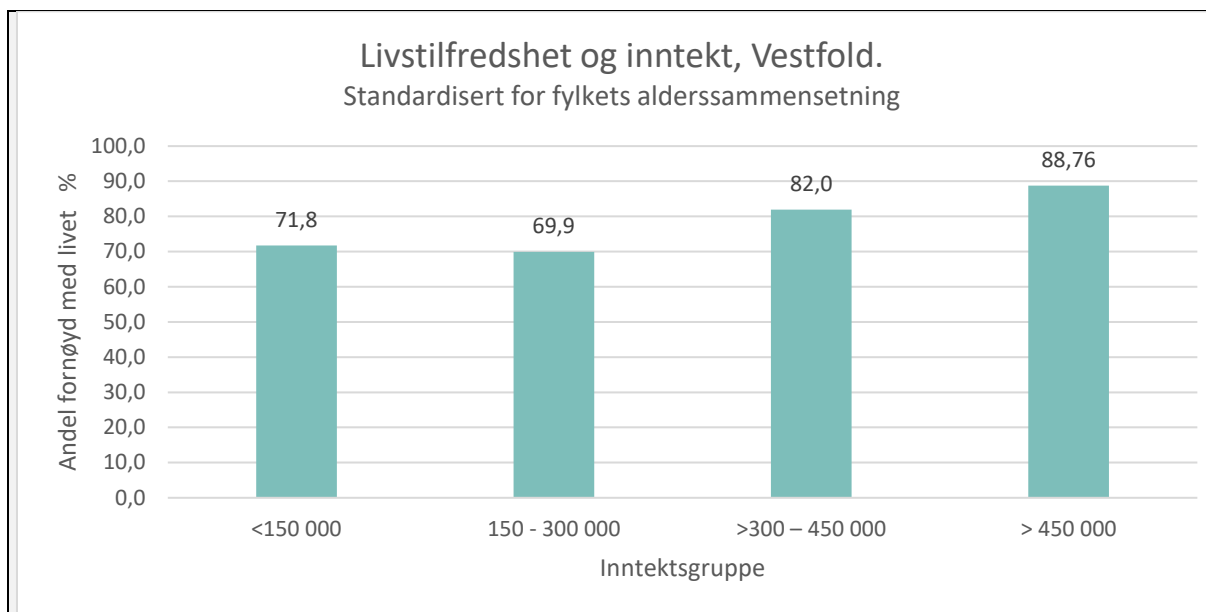
Opplevelse av mening

I Folkehelseundersøkelsen Helse og trivsel i Vestfold 2015 ble informantene bedt om å svare på et sett med spørsmål for å måle opplevelse av mening, og om livet oppleves som håndterbart og meningsfylt (såkalt *sence of coherence*, etter Antonovsky 1987)². Resultater fra undersøkelsen viser at den generelle tendensen er at de fleste opplever høy grad av mening. Totalt var det 2309 (86,3 %) som opplevde høy grad av mening i Vestfold. Dette er på linje med de andre fylkene som deltok i undersøkelsen. Det er derfor sannsynlig at andelen for hele fylket ligger tett opptil denne.

Livstilfredshet og sosial ulikhet

Et overordnet spørsmål i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold søker å få frem hvor fornøyde folk er med tilværelsen, en dimensjon i livskvalitetsbegrepet.

Spørsmålet stilles slik: «Alt i alt, når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller stort sett misfornøyd?». De som svarer svært fornøyd eller ganske fornøyd er her slått sammen og klassifisert som «fornøyd med livet».



Figur 65 n=3327

Figuren viser hvordan livstilfredsheten øker med økt justert husholdningsinntekt. Den laveste inntektsgruppen har få personer sammenliknet med de andre inntektsgruppene, kun 68. Her er det større usikkerhet i tallene og resultatet må tolkes med varsomhet. Fra nest laveste inntektsgruppe til den høyeste inntektsgruppen er det en økning på over 18 prosentpoeng.

Når vi bytter ut utdanningsnivå med inntekt er forskjellen mindre, men fortsatt tydelig. Da er det en økning i prosentpoeng fra laveste til høyeste utdanningsgruppe på 11 prosentpoeng (figur ikke vist). Grad av tilfredshet med livet henger ofte sammen med god fysisk og psykisk helse. En opplevelse av tilfredshet er i seg selv forventet å være en helsefremmende.

Boks 11. livstilfredshet og sosial ulikhet

Økende andel unge som sliter psykisk

Ungdata-undersøkelsene og elevundersøkelsen er landsdekkende undersøkelser og sentrale kilder til kunnskap om hvordan barn og unge i fylket har det. Resultater fra begge undersøkelsene viser at den generelle tendensen i Vestfold og Telemark er at barn og unge har det bra, de er godt fornøyd med livene sine og er optimistiske med tanke på fremtiden.

Det er likevel tydelige kjønnsforskjeller blant ungdommene i fylket når det gjelder trivsel. Ungdata viser at i underkant av 88 % og 86 % av guttene i henholdsvis Vestfold og Telemark, oppgir at de er fornøyd med hvordan de har det. Blant jentene er andelen henholdsvis 74 % og 71 %.

Selv om hovedandelen barn og unge i fylket har gode liv og god psykisk helse, er det en økende andel ungdommer som sliter med ulike psykiske plager. I Ungdata finnes et sett av seks spørsmål som har vært brukt i mange selvrapporteringsundersøkelser for å fange opp det psykologer omtaler som depressive symptomer. Ungdommene blir bedt om å oppgi hvor ofte de i løpet av den siste uka har vært plaget av følgende: «Følt at alt er et slit», «hatt søvnproblemer», «følt deg ulykkelig, trist eller deprimert», «følt håpløshet med tanke på framtida», «følt deg stiv eller

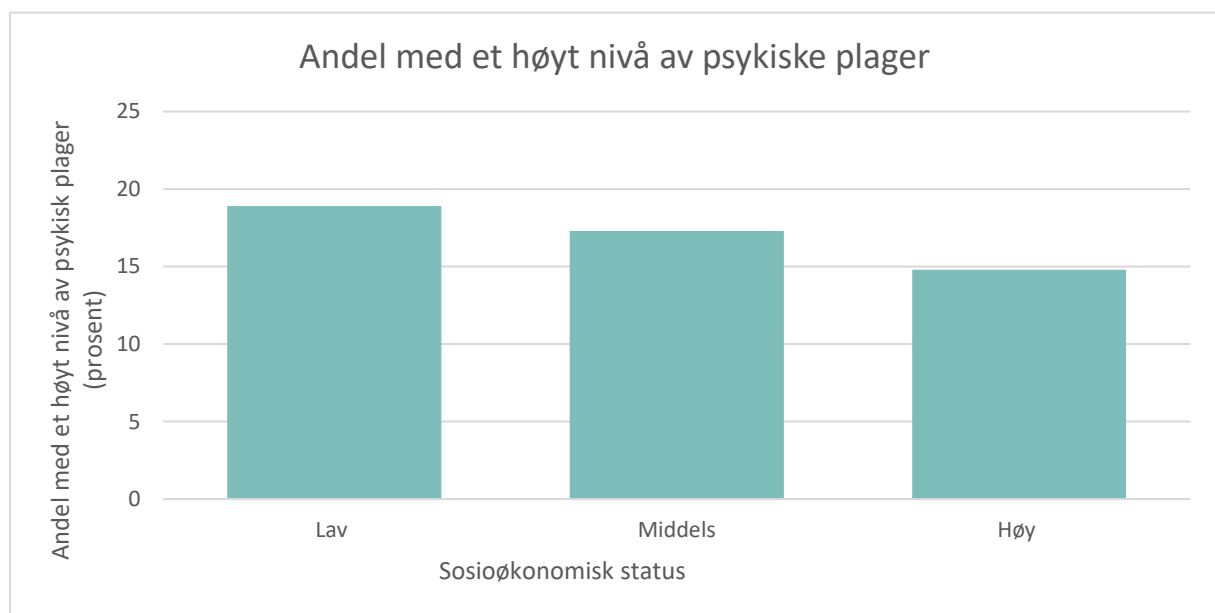
anspent», «bekymret deg for mye om ting». Svaralternativene er: «Ikke plaget i det hele tatt», «lite plaget», «ganske mye plaget» og «veldig mye plaget».

De som i «gjennomsnitt» minst har kryssset av for at de er «ganske mye plaget» får en verdi som omtales som et «høyt nivå av psykiske plager». Basert på tall fra gjennomføring av ungdataundersøkelsen i Vestfold i 2017 og i Telemark i 2018 er det totalt 17 % av ungdommene i Vestfold og Telemark som havner i denne gruppen. Dette er en økning på i underkant av 5 prosentpoeng siden forrige gjennomføring i Vestfold og Telemark i henholdsvis 2013 og 2015.

Nasjonalt ligger andelen på 15 %. Blant ungdommene med et høyt nivå av psykiske plager ser vi en høyere andel jenter i denne gruppen i fylket. Dette er i tråd med nasjonale trender. Økningen er likevel tilstede for begge kjønn.

Sosioøkonomisk bakgrunn har betydning

Andelen ungdom med psykiske plager øker for hvert trinn nedover på den sosioøkonomiske stigen.



Figur 66 Andel ungdom med høyt nivå av psykiske plager i ulike sosioøkonomiske grupper basert på familiebakgrunn (sammensatt fra flere ulike spørsmål i undersøkelsen), 8.klasse–vg1, Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018.

Figur 66 viser andelen ungdom i Vestfold og Telemark med et høyt nivå av psykiske plager fordelt på ulike sosioøkonomiske grupper³. Andelen ungdom med mange psykiske plager er betydelig høyere blant de som kommer fra familier med lav sosioøkonomisk status, sammenliknet med ungdom fra familier med middels og høy sosioøkonomisk status.

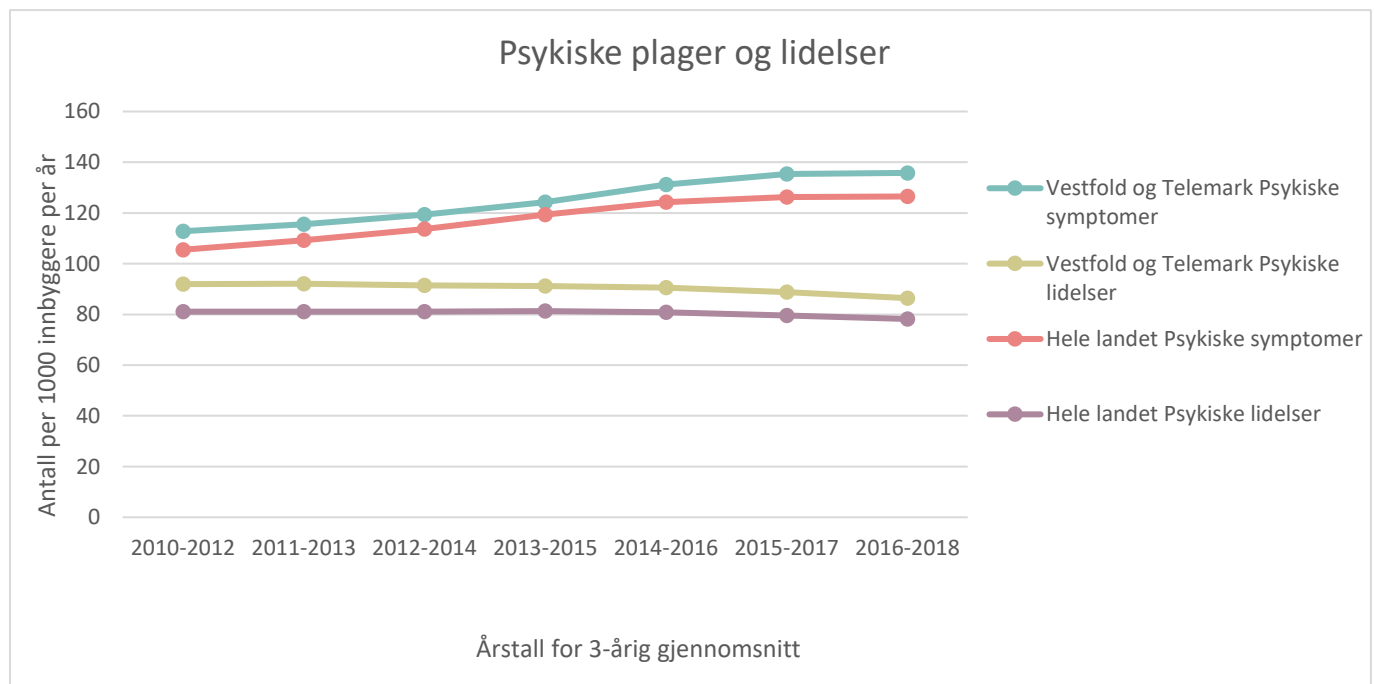
Helsefremmende faktorer for bedre psykisk helse og redusert skolestress

En dybdeanalyse av Ungdata 2017 i Vestfold vurderte betydningen av helsefremmende faktorer for god psykisk helse og lite skolestress. Det ble funnet en sterk og tydelig sammenheng mellom elevenes positive relasjon til skolen, god psykisk helse og lavt nivå av skolestress. Analysene fant også tydelige sammenhenger for faktorer knyttet til nære relasjoner, inkludert venner og foreldre – men disse sammenhengene var mindre markerte enn de var for skolerelasjonen (Vestfold fylkeskommune, 2018).

Stabil andel med psykiske lidelser blant voksne

Registreringer i primærhelsetjenesten av både psykiske plager og lidelser gir oversikt over utbredelsen av psykiske plager og lidelser blant den voksne delen av befolkningen. En person telles kun én gang per år, dersom de har vært i kontakt med helsepersonell flere ganger i løpet av kalenderåret med samme plage.

I Vestfold og Telemark er det registrert at rundt 193 personer per 1000 innbygger i aldersgruppen 45–74 år som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske plager eller lidelser. Dette er noe over gjennomsnittet for landet (ca. 178 per. 1000 innbygger). Ser vi til utviklingen over tid er det noe ulike tendenser avhengig av om man ser på psykiske lidelser, eller lettere psykiske symptomer.



Figur 67 Antall personer per 1000 innbyggere per år som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt (primærhelsetjenesten) for psykiske symptomer (plager) eller lidelser, 45–74 år, kjønn samlet, Vestfold og Telemark og hele landet. Tre-års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelse statistikkbank, FHI.

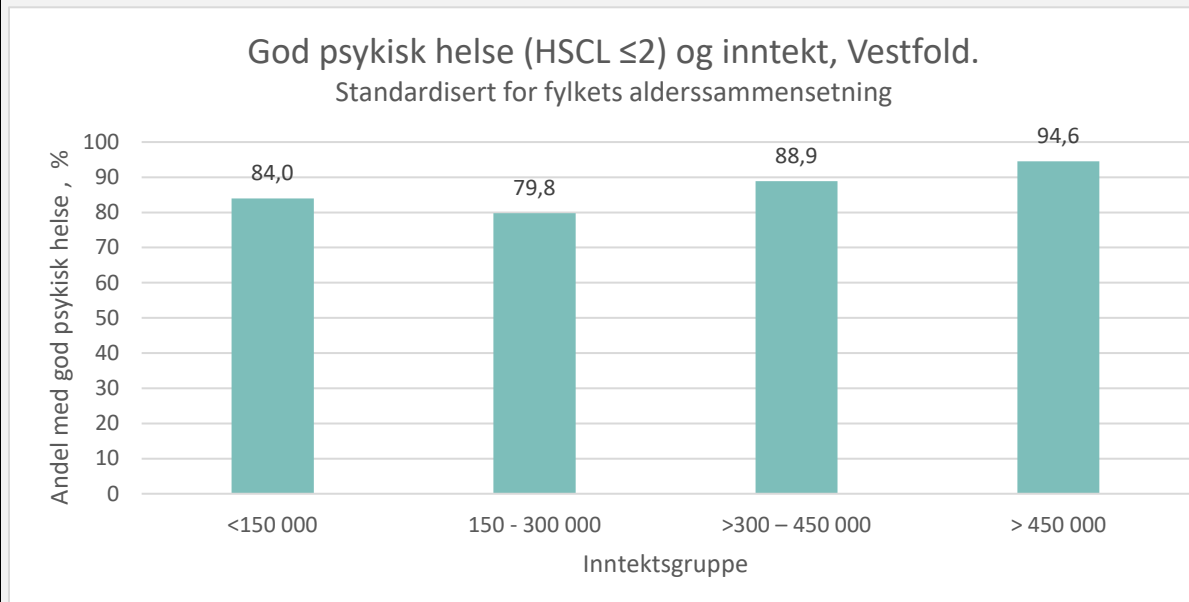
Figur 67 viser utvikling det siste tiåret i aldersgruppen 45–74 år for Vestfold og Telemark og landet. I perioden 2010–2012 var det i gjennomsnitt 113 personer per 1000 innbygger per år i

fylket som var i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer. I perioden 2016 – 2018 var dette tallet økt til 136 personer.

Når det gjelder psykiske lidelser var det en svak nedgang i andel registrerte personer som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten av slike årsaker i samme periode. Dette gjelder for hele fylket og landet sett under ett. Det er en lavere andel personer som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten for både psykiske symptomer og psykiske lidelser i landet, sammenliknet med Vestfold og Telemark.

God psykisk helse og sosial ulikhet

Tilstand for psykisk helse i befolkningen i tidligere Vestfold fylke ble i folkehelseundersøkelsen målt ved bruk av måleinstrumentet Hopkins symptoms checklist (HSCL-5), versjon med fem spørsmål. En gjennomsnittsskår mellom 1 og 4 ble regnet ut per informant, og de med en skår høyere enn 2 klassifisert med symptomer på psykiske plager. I Figur 68 er det personer i motsatt gruppen, altså uten symptomer som er presentert.



Figur 68 n=3109

Figuren viser tydelig hvordan andelen med fravær av symptomer på psykiske plager øker med økt justert husholdningsinntekt. Det største spranget er mellom nest nederste og nest øverste inntektsgruppe, som ligger på rundt 9 prosentpoeng. Laveste inntektsgruppe ser ut til å ha det bedre enn nest nederst gruppe, men her inngår kun 67 personer, og dermed er det større usikkerhet for om dette resultatet er reelt.

Dybdeanalyse fra Folkehelseundersøkelsen: Faktorer som viser sterkest sammenheng med god psykisk helse

I Folkehelseundersøkelsen var det benyttet et måleinstrument med fem spørsmål som fanger vanlige symptomer på angst- og depresjonsplager (Hopkins Symptoms Check list, HSCL-5, ref iDerogatis et al. 1973).

En gjennomsnittsskår ble regnet ut for hver informant og standard grenseverdi på (HSCL $\leq$ 2) ble brukt til å skille i to grupper: de med symptomer på psykiske plager (angst/depresjon) (HSCL $>$ 2) og de uten symptomer, her beskrevet som «god psykisk helse».

Omtrent 90 % av deltakerne, fra 25 til 79 år, hadde god psykisk helse i dette materialet. Andelen er muligens noe lav i forhold til hva som er forventet og kan representere en skjev- eller underrapportering. Folkehelseinstituttet (2009) beskriver at rundt 10 % av befolkningen opplever depresjon i løpet av et år og rundt 15 % en angstlidelse.

Basert på tilgjengelige data i undersøkelsen er det gjort analyser for å finne felles helsefremmende faktorer for psykisk helse. Det ble brukt en logistisk regresjonsmodell og omtrent 2800 observasjoner fra Vestfold ble inkludert. Kjønn, alder, utdanning, sivilstand og om langvarig helseproblem som gir begrensninger i hverdagen eller ikke, ble inkludert som kontrollvariabler for å finne selvstendig effekt fra helsefremmende faktorer.

Analysene viser at det er en tydelig sammenheng mellom langvarige helseproblemer og økt sannsynlighet for psykiske plager, men langt i fra alle som har registrert et langvarig helseproblem blir klassifisert med psykiske plager. Det er interessant å merke seg at utdanningsnivå ikke viser noen tydelig sammenheng med psykisk helse i regresjonsmodellen, effekt av utdanning blir utlignet av andre mer fremtredende faktorer inkludert i modellen.

I endelige resultater for helsefremmende faktorer var det betydelig sammenheng med god psykisk helse og opplevelse av mening (Sense of coherence, SOC), etterfulgt av sosial støtte. Desto høyere SOC og sosial støtte desto større sannsynlighet for god psykisk helse.

Funnene peker sannsynligvis mot at det er en del andre dimensjoner som henger tett sammen med SOC og sosial støtte som det er interessante å gå nærmere inn på. Dette kan støtte opp om betydningen av tiltak med elementer av økt sosial støtte og økt følelse av mening og mestring i befolkningen.

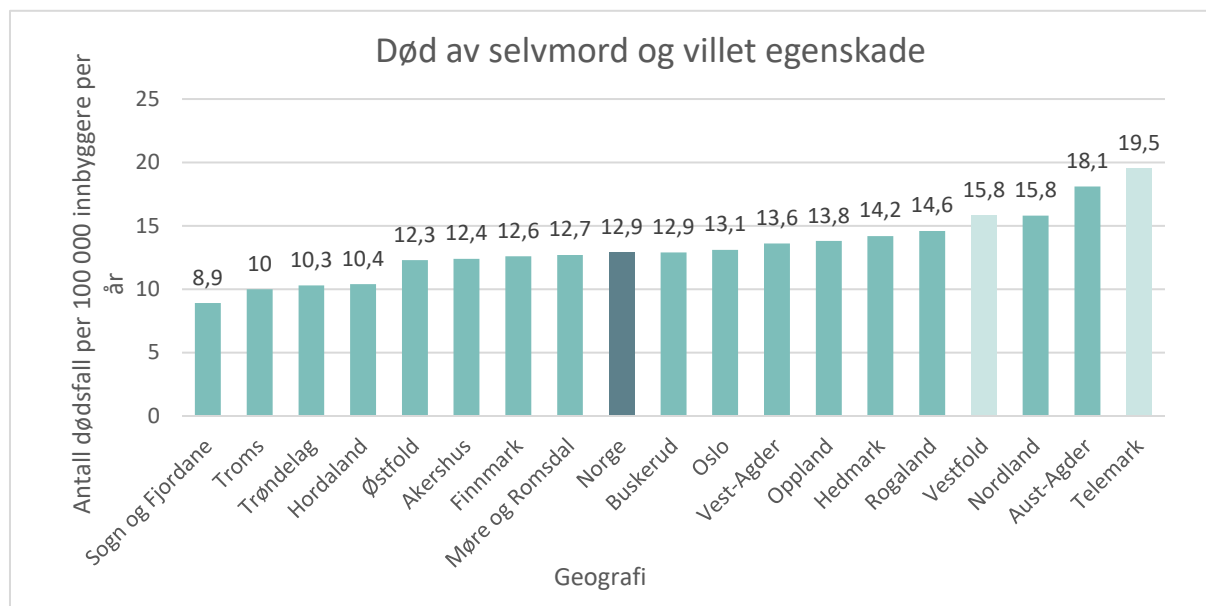
Denne undersøkelsen har et begrenset antall spørsmål. I FHI sitt reviderte spørreskjema for folkehelseundersøkelse i fylkene er minimumsmål for måling av befolkningens livskvalitet inkludert. Eventuell ny innsikt om faktorer som påvirker befolkningens psykiske helse kan være et viktig bidrag i arbeidet for styrket psykisk helse i befolkningen.

Boks 13. Dybdeanalyse psykisk helse FHUS

Høy andel selvmord og selvskading

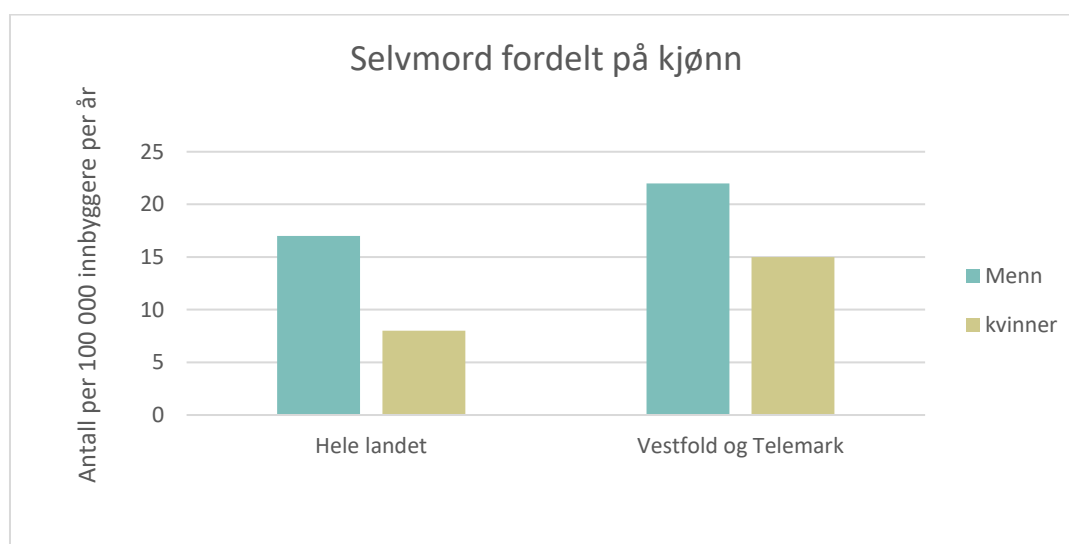
Selv mord har betydelige konsekvenser for familie og andre i nær omgangskrets og for samfunnet forøvrig. Dersom man regner 10 etterlatte per selvmord så vil 5 000–6 000 nye etterlatte bli

berørt i Norge hvert år. Forskning knytter opplevd selvmord i nær relasjon til økt sårbarhet for psykiske lidelser og egne selvmordstanker (Dyregrov, 2003). Flere etterlatte etter selvmord rapporterer om følelse av skam, avvísingsfølelse og stigma (Sveen, 2008).



Figur 69 Antall dødsfall etter selvmord og villet egenskade per 100 000 innbygger per år, 2018, hele landet og fylker. Aldersjustert etter Eurostats standardpopulasjon. Kilde: Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI.

Vestfold og Telemark ligger høyt på selvmordsstatistikken og andelen har økt de siste fire årene. I 2018 var det henholdsvis 15,8 og 19,5 selvmord per 100 000 innbygger i Vestfold og Telemark. Kun Nordland og Aust-Agder har like mange selvmord som Vestfold og Telemark.



Figur 70 Antall dødsfall etter selvmord og villet egenskade per 100 000 innbygger per år, 2018, fordelt på kjønn, hele landet og Vestfold og Telemark. Aldersjustert etter Eurostats standardpopulasjon. Kilde: Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI.

Det er imidlertid flere menn enn kvinner som begår selvmord både nasjonalt og i fylket. Trenden gjør seg gjeldene på tvers av fylker, og har holdt seg stabil over tid. I Vestfold og Telemark er det 15 selvmord per 100 000 kvinne, mens andelen for menn ligger på 22 selvmord per 100 000. Totalt ble det registrert 65 selvmord i fylket i 2018.

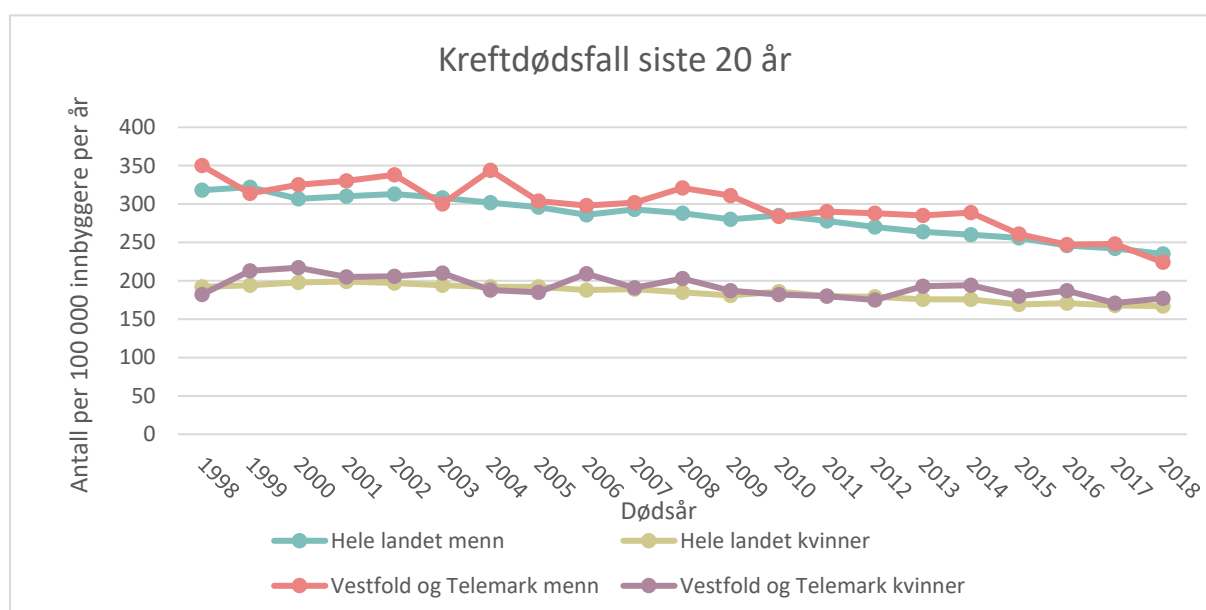
Undersøkelser viser at dødsfall etter selvmord mest sannsynlig blir underrapportert, fordi det fortsatt er tabu eller fordi dødsfallet blir feilklassifisert som ulykke eller ukjent dødsårsak (Nrugha & Mehlum, 2010). Tallene på selvmord i Vestfold og Telemark kan derfor være noe høyere enn det statistikken viser.

Det er vanlig å anta at det er 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Fra Ungdata-undersøkelsen i Telemark (2018) oppgir 7 % av jentene og 4 % av guttene at de har forsøkt å ta sitt eget liv. 22 % av jentene og 10 % av guttene oppgir at de har forsøkt å skade seg selv. Spørsmål rundt selvmord har ikke vært med i ungdataundersøkelsene i Vestfold. Det er rimelig å anta at det knytter seg en del mørketall til disse spørsmålene.

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

Færre dør av kreft

Kreft er den største årsaken til tidlig død i Norge, og forekommer hyppigere blant menn enn kvinner. I løpet av de siste 20 årene ligger den nedadgående trenden for dødsfall som følge av kreft i Vestfold og Telemark nært landsgjennomsnittet, som det kommer frem i Figur 71.



Figur 71 Dødsfall av kreft de siste 20 år i Vestfold og Telemark for menn og kvinner, alle aldre. Antall per 100 000 innbyggere per år, aldersstandardiserte rater. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

En tidstrend for tidligere Vestfold fylke viser en tendens til høyere forekomst av kreftdødsfall enn landet sett under ett og tidligere Telemark fylke. Tidligere Vestfold har også hatt en noe høyere forekomst av nye krefttilfeller enn i Telemark de siste 20 årene, og landet sett under ett.

På grunn av relativt få tilfeller av ulike kreftformer, varierer forekomsten av dødsfall en del fra år til år. Jevnt over kan det se ut til at Vestfold har hatt en noe høyere forekomst av nye tilfeller av kreftformene tykk- og endetarmskreft, lungekreft og hudkreft. Tidligere Telemark ser ut til å ha fulgt landsgjennomsnittet tettere, bortsett fra når det gjelder hudkreft, hvor det er en tendens til høyere forekomst av nye tilfeller av hudkreft de siste 10–15 årene (Norgeshelsa).

Årsakene til den kraftige økningen av nye krefttilfeller i Norge skyldes i stor grad en aldrende befolkning og bedre diagnostiseringsmetoder, både tidlig diagnostikk og screening. Samtidig har det også skjedd en økning i risikoen for å få kreft.

I årene mellom 2020–2024 for menn forventes det en økning i nye krefttilfeller på 33 %, hvor 25 % av tilfellene skyldes flere eldre og en større befolkning, mens 8 % er knyttet til økt risiko. For kvinner forventes det i samme tidsrom en økning på 21 % i nye krefttilfeller, hvor 15 % er knyttet til befolkningssammensetning, mens 6 % er knyttet til økt risiko (Folkehelseinstituttet, 2019).

Kreft risikoen er større hos personer med lav utdanning og inntekt, enn hos personer med høy utdanning og inntekt. Unntaket er for brystkreft hos kvinner, der risikoen er størst for de med høy utdanning. Det skyldes trolig at de er eldre når de får sitt første barn og at de får færre barn enn andre. Tidlig første fødsel, amming og flere fødsler beskytter mot brystkreft.

De vanligste risikofaktorene for kreft er røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, høyt alkoholkonsum, fedme og enkelte miljøfaktorer. Folkehelseinstituttet påpeker at om lag 120 eksponeringer er klassifisert som kreftfremkallende for mennesker. Lav eksponering kan være lite risikofylt, mens eksponering for flere stoffer kan gi økt risiko for kreft. Overdreven soling gir økt risiko for føflekkreft (Folkehelseinstituttet, 2019).

Nedgang i hjerte- og karsykdommer

Det er flere sykdommer som tilhører gruppen hjerte- og karsykdommer (HKS). Sykdommer som skyldes en innsnevring og tilstopping av blodårer, og dermed manglende eller redusert blodtilførsel dominerer. Angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag er viktige hovedgrupper (Folkehelseinstituttet, 2019).

Utbredelse

Hjerte- og kardiagnoser registrert i primærhelsetjenesten (fastlege og legevakt) er noe lavere for tidligere Telemark enn tidligere Vestfold og landet sett under ett. Vestfold har ligget noe høyere enn landsgjennomsnittet, men forskjellene er nokså små.

Flere personer i tidligere Telemark får behandling for hjerteinfarkt og angina pectoris i spesialisthelsetjenesten enn i tidligere Vestfold og landet sett under ett. I tidligere Telemark og i landet for øvrig er det en vedvarende nedgang i hjerte- og kardiagnoser registrert i primærhelsetjenesten. For legemiddelbruk mot HKS og kolesterolsenkende midler samlet for

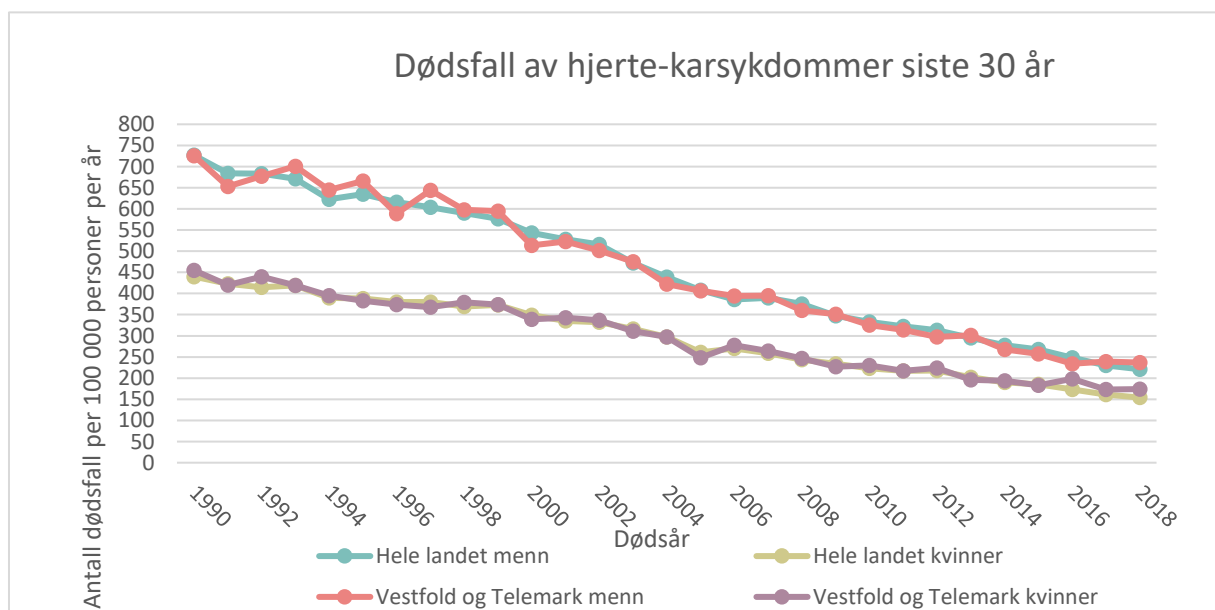
aldersgruppen 0–74 år i de tidligere fylkene, er det en svakt økende trend de siste ti årene. Nivået lå i 2018 lå på 73-76 personer per 100 000.

Dødsfall

Dødeligheten som følge av hjerte- og karsykdommer og hjerneslag, har blitt betydelig redusert i alle aldersgrupper de siste 40 årene. Forekomsten av HKS forventes likevel å øke, grunnet en økende andel eldre. Nedgangen av HKS skyldes bedre levevaner. Færre røyker, det er færre med høyt blodtrykk, bedre forebygging av høyt kolesterol og bedre medisinsk behandling.

Til tross for en betydelig nedgang av dødsfall forårsaket av HKS er fortsatt sykdomsgruppene en av de store folkesykdommene og en av de hyppigste dødsårsakene i befolkningen. HKS har en arvelig komponent, men de viktigste risikofaktorene er røyking, et usunt kosthold med mye mettet fett, lavt inntak av frukt- og grønnsaker, høyt saltinntak, høyt inntak av sukkerholdig drikke, høyt alkoholinntak og et lavt fysisk aktivitetsnivå.

Diabetes og overvekt er også kjente risikofaktorer. I tillegg er det økende bevis for at faktorer som fører til en fysiologisk stresstilstand med høyt blodtrykk og økt hjerterefrekvens, slik som langvarig eksponering for støy eller opplevelse av stress på jobben, også utgjør en økt risiko. Flere menn enn kvinner rammes, og det er en tydelig sosial forskjell for tilfeller av HKS. Denne ulikheten har også økt de siste tiårene, og skyldes en større nedgang i dødeligheten blant personer med høy sosioøkonomisk status etter utdanningsnivå.



Figur 72 Antall dødsfall per 100 000 personer per år av hjerte- og karsykdom, utvikling fra 1990–2018, for menn og kvinner i Vestfold og Telemark og hele landet. Rater standardisert for alderssammensetning. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

Figur 72 viser en tydelig nedgang i dødeligheten de siste tiårene både nasjonalt og regionalt. Nedgangen gjelder både menn og kvinner, men er mer markert for menn, som også lenge har ligget høyere enn kvinner. Tall fra de tidligere fylkene viser at dødeligheten har vært noe høyere i Telemark enn i Vestfold, og spesielt gjelder dette kvinner. På landsbasis er dødsfall etter

hjerterinfarkt halvert på ti år, og dødeligheten av hjerneslag er redusert med 41 % (Folkehelseinstituttet, 2019).

Det er en tydelig sosial forskjell i både forekomst og dødelighet for HKS, samtidig som det også er gode muligheter for forebygging for denne sykdomsgruppen, gjennom helsefremmende og befolkningsrettede tiltak. Det er fortsatt stort uutnyttet potensiale i strukturelle tiltak som bedrer kostholdet og som kan øke fysisk aktivitetsnivå i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2019). Samtidig er det like viktig å arbeide parallelt med bedring av bakenforliggende levekårsfaktorer, for å redusere de sosiale helseforskjellene.

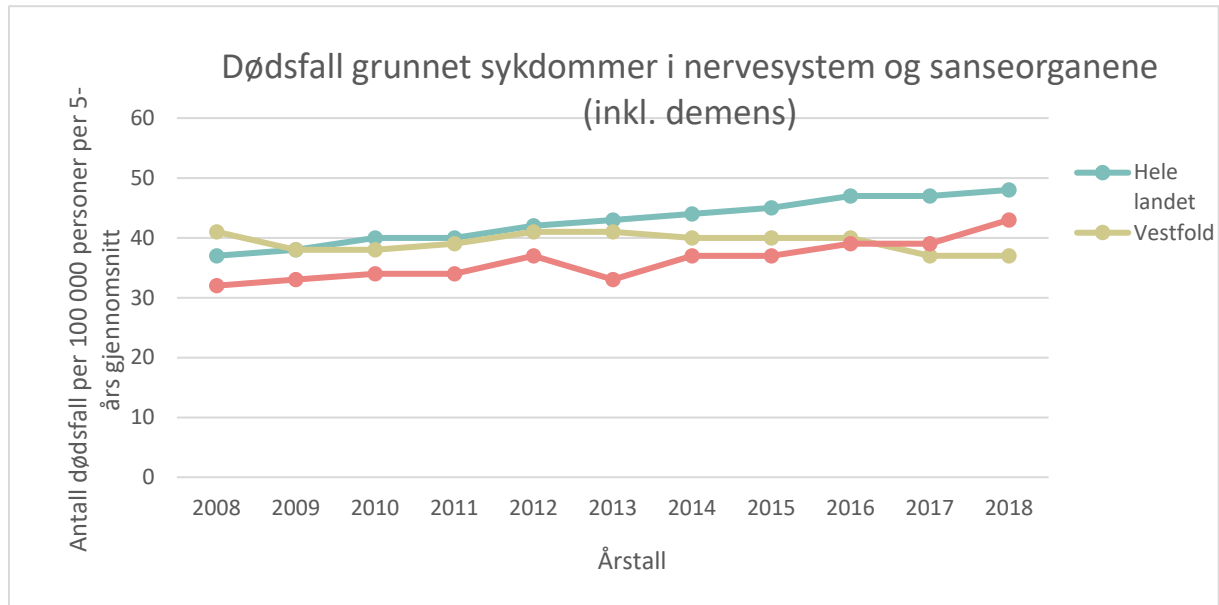
Økende forekomst av demens

Forekomsten av demens er mer enn firedoblet i løpet av de siste 20 årene. Det skyldes at befolkningen blir eldre og risikoen for demens øker med økende alder, samt at personer med demens nå lever lengre med sykdommen. Det er mellom 80 000–100 000 som lever med demens i Norge i dag. Prognosene for videre utvikling er noe usikre, men trolig vil antall demenstilfeller fordobles frem mot 2050 og 1 av 5 vil trolig få demens i løpet av livet.

Demens er en fellesbetegnelse på flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt og funksjonstap (Folkehelseinstituttet, 2019). Høy alder er årsaken til de aller fleste demenstilfellene. Risikofaktorene likner mye på risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, i tillegg spiller gener en vesentlig rolle. Forekomst av demens er høyere blant personer med lav utdanning og én av forklaringene skyldes trolig forskjeller i levevaner. Det er flere kvinner enn menn som blir rammet av demens (Folkehelseinstituttet, 2020).

Demens som dødsårsak gir en indikasjon på demensforekomst i befolkningen. Samtidig er det verdt å merke at tallene er noe usikre, siden demens særlig rammer eldre som ofte også har andre sykdommer. Figur 73 viser utviklingen fra 2008 til 2018. På landsbasis ser det ut til å være en forholdsvis jevn økning i denne perioden, mens for tidligere Vestfold er utviklingen mer flat og med litt nedgang i slutten av perioden. Tidligere Telemark har ligget lavere enn landet i hele perioden, men har muligens en større økning mot slutten av perioden.

Selv om det ser ut til at Vestfold og Telemark ligger noe under forekomsten i landet, må vi se dette i lys av at fylket i gjennomsnitt har en eldre befolkning. Derfor antar vi likevel at demens i befolkningen er en betydelig sykdomsbyrde i form av antall rammende.



Figur 73 Antall dødsfall knyttet til demens (nervesystem og sanseorganene inkl. Alzheimer, Parkinson og andre) i perioden 2008–2018. Alle aldre, kjønn samlet, standardiserte rater i antall per 100 000 innbyggere per år, fem års glidende gjennomsnitt. Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI.

Kroniske sykdommer i luftveien er svært plagsomt og påvirker livskvaliteten. De to vanligste sykdommene er KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), som særlig rammer den eldre delen av befolkningen, og astma som rammer alle aldersgrupper. Begge tilstandene kan forverres av luftveisirriterende stoffer i miljøet, for eksempel svevestøv fra veitrafikk. Personer med astma har noe økt risiko for å utvikle KOLS.

KOLS

Røyking er hovedårsaken til to av tre KOLS-tilfeller. Dødsfall som følge av kroniske sykdommer i nedre luftveier (KOLS inkludert), var på landsbasis den fjerde hyppigst registrerte dødsårsaken i 2017. I tidligere Telemark er det en høyere andel voksne som røyker enn i tidligere Vestfold. Dette er en sannsynlig forklaring for høyere antall dødsfall fra KOLS i tidligere Telemark.

Andre årsaker som gir økt risiko for KOLS er arbeid i miljøer med kvartsstøv og metallholdige gasser og arbeid i tunneller og gruver, i tillegg til at utendørs forurensing som kan forverre tilstanden (Folkehelseinstituttet, 2019). Tidligere og nåværende industriområder i fylket være medvirkende årsaker til høyere dødelighet fra KOLS i Vestfold og Telemark, sammenliknet med landet for øvrig.

I perioden fra 2008 til 2018 lå Vestfold og Telemark jevnt høyere enn landsgjennomsnittet for dødsfall av KOLS, både for kvinner og menn (Norgeshelse 2020). På landsbasis var det 38 menn per 100 000 (aldersjustert) som døde av KOLS, og 27 kvinner per 100 000. Tilsvarende tall for Vestfold og Telemark var høyere med 56 menn per 100 000 og 49 kvinner per 100 000.

I statistikk for tidligere Telemark ligger dødeligheten som følge av KOLS betydelig høyere enn landsgjennomsnittet, for både for kvinner og menn. Det er ikke like tydelig for tidligere Vestfold,

noe som sannsynligvis betyr store geografiske variasjoner både i dødelighet og forekomst av KOLS internt i fylket (Norgeshelsa, 2020).

For bruk av legemidler for KOLS og astma ligger både Vestfold og Telemark over landsgjennomsnittet i 2018. Landsgjennomsnittet ligger på 112 brukere per 1000 innbyggere i aldersgruppen 45–74 år. Vestfold har 117 brukere og Telemark 120 brukere per 1000. Det har vært en vekst i bruk av denne type legemidler for aldersgruppen, både i landet og i det nye fylket de siste 10 årene (Norgeshelsa, 2020).

Astma

Astma er en kronisk irritasjon- eller betennelsestilstand i luftveiene. Den kan utløses av ulike faktorer som for eksempel allergener, luftveisinfeksjoner, luftforurensning og fysiske anstrengelser (Folkehelse rapporten 2019).

Det er få nasjonale studier blant voksne om forekomsten av astma i Norge. Reseptregisteret viser oversikt over andelen i befolkningen som har fått legemidler for astma og astma liknende symptomer. Basert på disse dataene har om lag 5 % av befolkningen astma som behandles med legemidler. En studie utført i Oslo publisert i 2006 viste at hele 20 % av ti-åringene hadde astma. Dette samsvarer med en undersøkelse fra Nordland hvor 18 % av barn i alderen 7–14 år rapporterte om astma (Hansen, 2013).

Det er de samme legemidlene brukes for KOLS og astma, men blant yngre brukere er det sannsynlig en høyere andel hvor astma er årsaken. I gruppen 0–17 år har både tidligere Vestfold og tidligere Telemark ligget høyere enn landet når det gjelder antall brukere per 1000 innbyggere. I 2018 var det i denne aldersgruppen 71 brukere per 1000 personer i landet sett under ett, og tilsvarende tall var 84 for Vestfold og 75 for Telemark. Årsakene til dette er ikke kjente, men er sannsynligvis sammensatte.

Arvelig disposisjon regnes som en viktig faktor for hvorfor noen får astma og andre allergiske. Samtidig som det er pekt på at arveligheten muligens skyldes ikke-genetisk arv, slik som arvelige miljøeffekter (Folkehelse rapporten 2018). Det finnes flere miljøfaktorer som kan ha betydning for astma, som luftveisinfeksjoner tidlig i livet og eksponering for allergener, luftforurensning og miljøkjemikalier. I tillegg blir overvekt og inaktivitet inkludert som mulige risikofaktorer (Folkehelse rapporten 2019).

Tendenser til nedgang i nye tilfeller av diabetes type-2

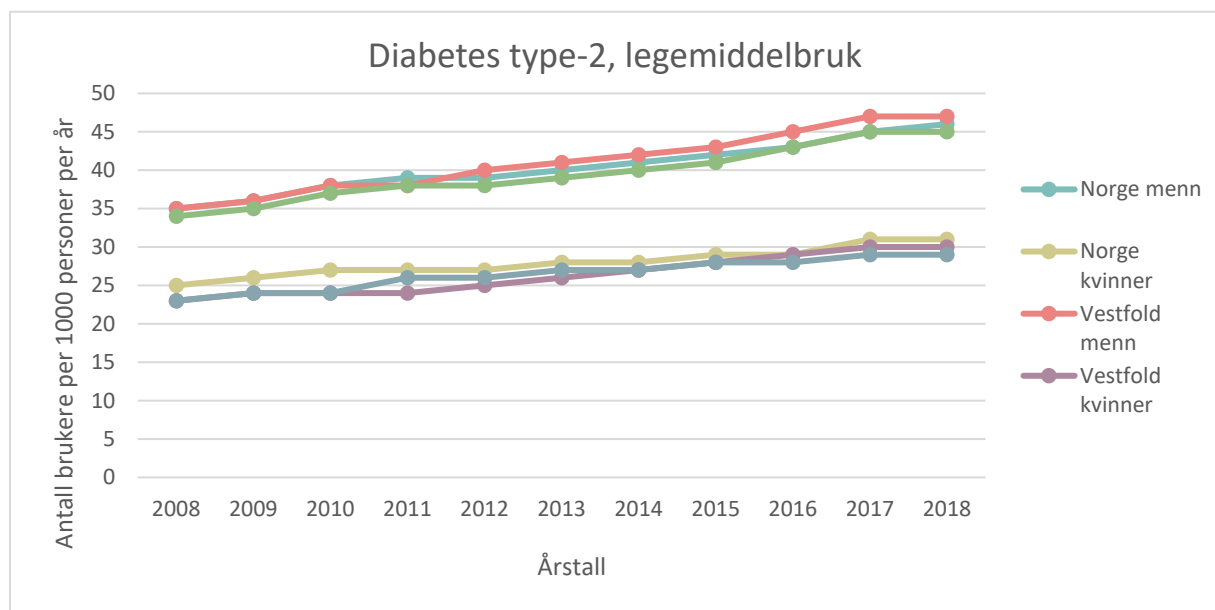
Diabetes er en sykdom som kjennetegnes av for høyt blodsukker. Utilstrekkelig behandling kan føre til alvorlige komplikasjoner. Sykdommen er forbundet med økt dødelighet og senkomplikasjoner fra hjerte- og karsystemet, nyrer, øyne og nerver. Diabetes utgjør en betydelig sykdomsbyrde i samfunnet (Folkehelse rapporten 2019). En ukjent andel av befolkningen antas i tillegg å leve med udiagnostisert diabetes til enhver tid.

Her retter vi oppmerksomheten mot type 2 diabetes, som har tydelig sammenheng med levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk. Diabetes type 1, er vanligere hos barn, og her spiller gener en større rolle.

I 2018 publiserte Folkehelseinstituttet forskningsresultater som tyder på at antallet nye årlige tilfeller diabetes type 2 er på vei nedover (Ruiz et al. 2018). I perioden fra 2009 til 2014 gikk antallet *nye tilfeller* i Norge ned fra 609 til 398 per 100 000 personer for aldersgruppen 30–89 år. I absolutte tall betyr dette en nedgang i nye tilfeller i denne 5-årsperioden fra over 16 000 til rundt 11 000. På tross av nedgangen, er det en økning i totalantallet som *lever med* diabetes i befolkningen, på grunn av befolkningsvekst og økt levealder. På sikt vil en eventuell fortsatt nedgang i nye tilfeller vise seg i en redusert sykdomsbyrde knyttet til diabetes type 2 i befolkningen.

Personer med diabetes type 2 behandles med blodsukkersenkende legemidler og/eller tilpasset kost og mosjon. Med tiden trenger også mange insulininjeksjoner. Omtrent 3 av 4 med diabetes behandles med blodsukkersenkende midler, mens den resterende fjerdedelen ble behandlet med ulike levevanetiltak (Ruiz et al. 2018). Denne informasjonen er nyttig i vurdering av statistikk basert på legemiddelbruk.

For Vestfold og Telemark er det kun registreringer i reseptregisteret som kan gi et inntrykk av forekomst i befolkningen. Tidsserien fra 2009 til 2018, delt på kjønn for Vestfold, Telemark og Norge er presentert i Figur 74.



Figur 74 Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30–74 år, utvikling fra 2008–2018 for menn og kvinner i Vestfold, Telemark og hele landet. Alle blodsukkersenkende midler bortsett fra insulin er inkludert, og kun én uthenting av samme legemiddel teller per person per år. Aldersstandardiserte rater per 1000 personer. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank

I løpet av 10-års perioden 2008–2018 har det vært en økning i antallet som bruker blodsukkersenkende legemidler, med unntak av det siste året for menn i landet som helhet. Forekomsten av type 2 diabetes er høyere for menn enn kvinner, og menn har hatt en noe større økning i forekomst enn kvinner. Siden trenden i Vestfold og Telemark stort sett følger den nasjonale trenden, er det ikke sannsynlig at det er lokale eller regionale forhold som har hatt en markert innvirkning, negativt eller positivt.

På tross av signaler om at økningen i forekomst av type 2 diabetes ikke lenger er dramatisk, er dette fortsatt en folkesykdom som krever oppmerksomhet. Både nære og bakenforliggende påvirkningsfaktorer spiller inn, og kan endres av systematisk forebyggende og helsefremmende arbeid i alle aldersgrupper.

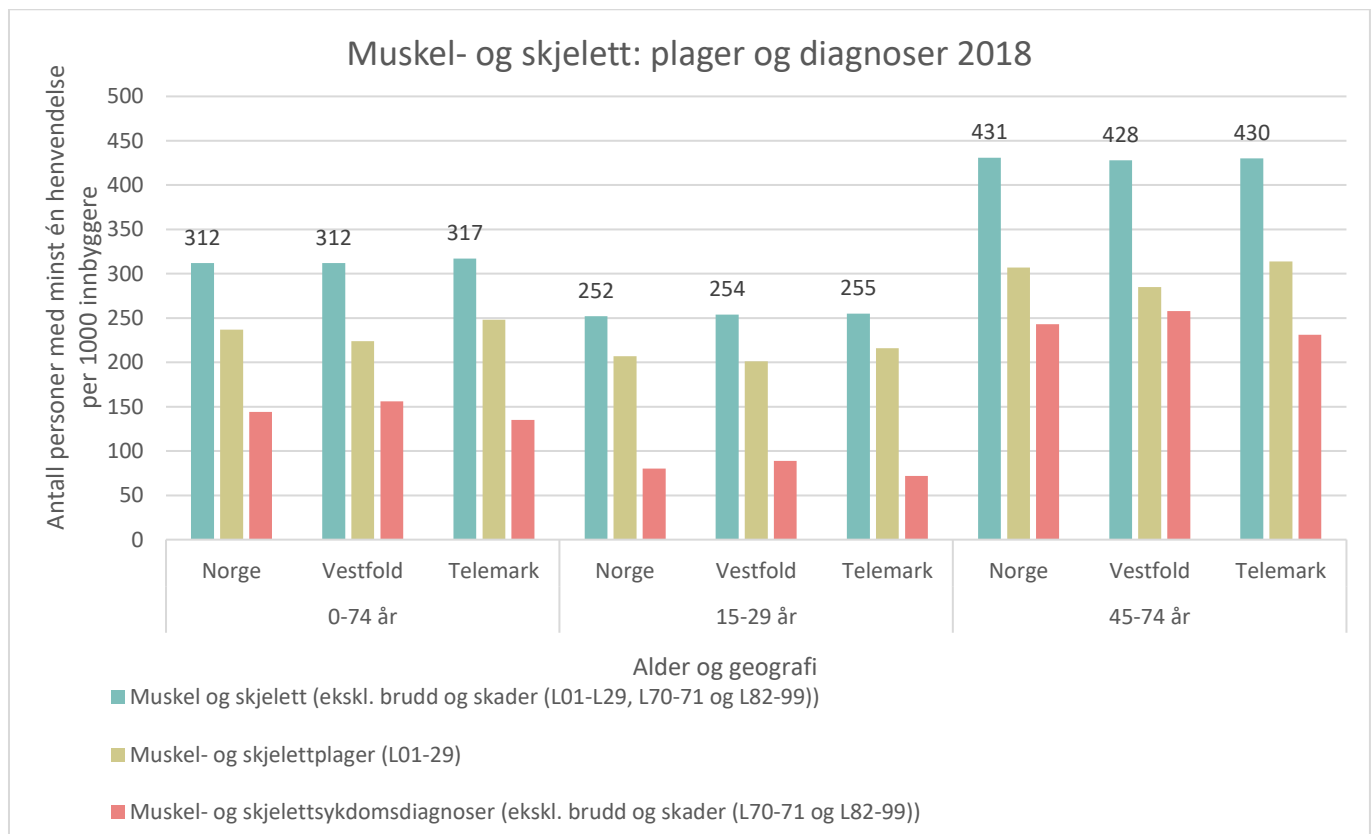
Store variasjoner i muskel- og skjelettsykdommer i fylket

Muskel- og skjelettplager utgjør en stor sykdomsbyrde i Norge og er en viktig årsak til redusert helse og nedsatt livskvalitet. Blant voksne i yrkesaktiv alder er muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd samlet sett. Smertetilstander i rygg og nakke er også den viktigste årsak til ikke-dødelig helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019)

Muskel- og skjelettplager omfatte mange ulike smertetilstander som ofte er forbundet med smerte og nedsatt funksjon i rygg og nakke, revmatiske sykdommer (leddgikt og artrose) og osteoporose. Folkehelse rapporten 2018 omtaler fire undergrupper i diagnosegruppen for muskel- og skjelettsystemet: rygg- og nakkeplager, osteoporose og osteoporotiske brudd og revmatisk sykdom.

Registreringer i primærhelsetjenesten

Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) per 1000 innbygger i året gir oversikt over forekomst av både muskel- og skjelettplager og diagnoser for fylket.



Figur 75 Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) for muskel- og skjelettplager og sykdomsdiagnoser i 2018, kjønn samlet, alle aldre (0–74 år) og aldersgruppene

15–29 år og 45–74 år, for Vestfold, Telemark og landet samlet. Antall henvendelser per 1000 innbyggere per år er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person har hatt kontakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Svangerskapsrelaterte plager er ikke med. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

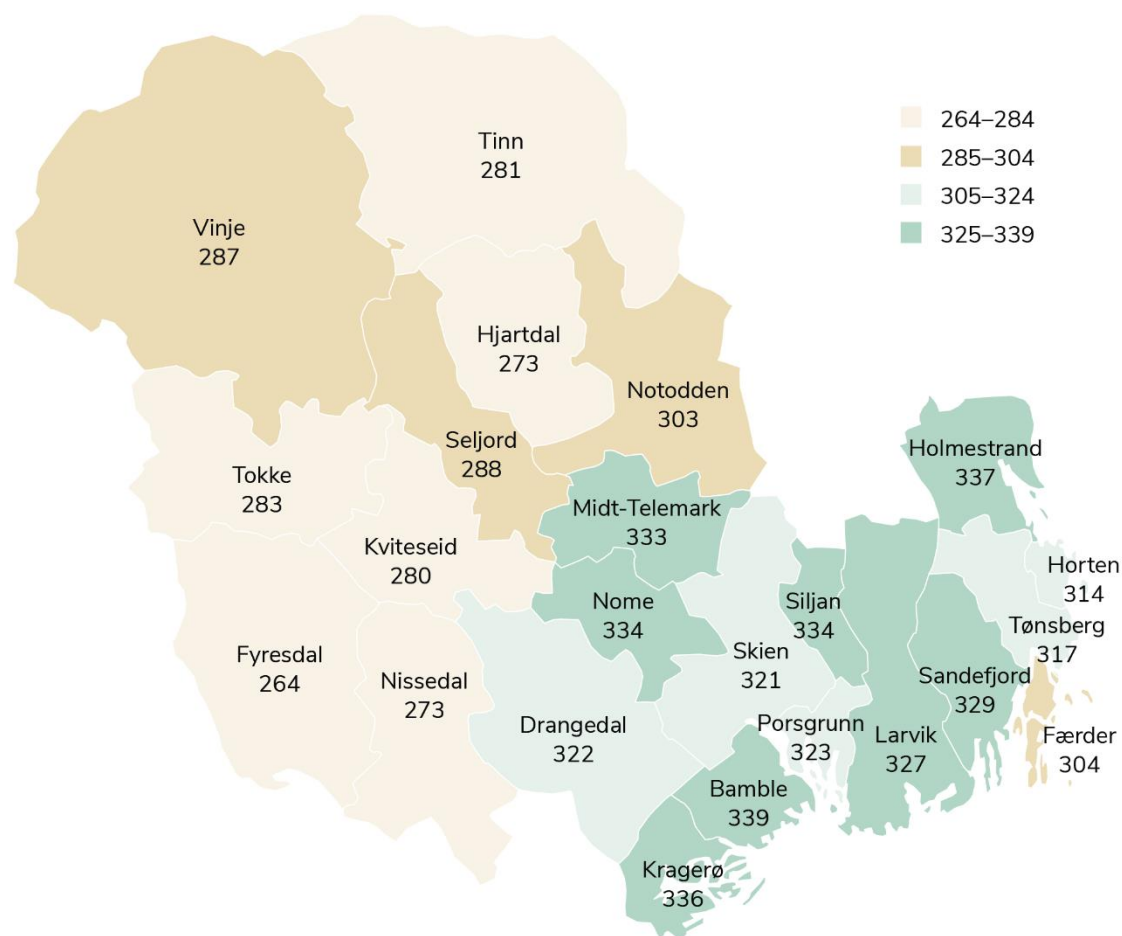
Figur 75 viser at totalt i 2018 hadde både tidligere Vestfold fylke og Telemark fylke omtrent samme antall henvendelser i primærhelsetjenesten som landet for muskel- og skjelett plager og diagnoser sett under ett.

Statistikken viser forskjeller mellom tidligere Vestfold fylke og Telemark fylke i registrerte plager versus sykdomsdiagnoser. Tidligere Telemark ligger for alle aldersgrupper høyere på registrerte plager, mens tidligere Vestfold ligger høyere på registrerte sykdomsdiagnoser. Det er uklart om dette skyldes ulik praksis for å sette en diagnose, faktisk ulikhet eller andre forhold.

For muskel- og skjelettplager er det nokså små forskjeller mellom tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Det er en trend at tidligere Vestfold ligger noe lavere enn landsgjennomsnittet, men forskjellen er liten. Det avdekkes regionale variasjoner basert på kommuneinndeling når det gjelder henvendelser i primærhelsetjenesten for både plager og diagnoser (Figur 76).

Kommunene mot vest i fylket ser ut til å ha en lavere forekomst.

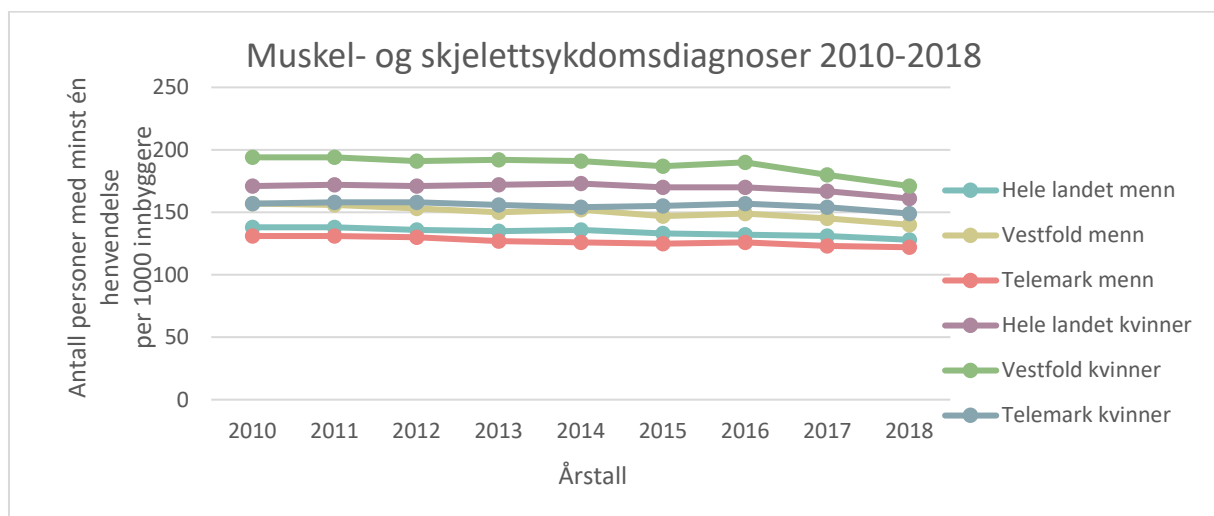
Figur 76 Antall personer med henvendelse per 1000 innbygger per år grunnet muskel- og skjelettplager og diagnoser i primærhelsetjenesten, 0–74 år, i perioden 2016–2018. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.



Utvikling over tid og kjønnsforskjeller

Mange av sykdommene knyttet til muskel- og skjelettsystemet henger tett sammen en stillesittende levevaner og delvis overvekt. Overvekt har i flere år vært et økende problem og mange i dagens samfunn har stillesittende arbeid (se mer i kapittel om helserelatert atferd). Derfor er det nødvendig å følge med på utviklingen av muskel- og skjelettsykdom i befolkningen.

Tidsserier i Norgeshelsa statistikkbank kan gi oss en indikasjon. Figur 77 viser utviklingen i antall henvendelser i primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) som har gitt en muskel- eller skjelettsykdomsdiagnose. Det viser seg å være en høyere forekomst av antall henvendelser blant kvinner enn for menn. Svangerskapsrelaterte plager og sykdommer er ikke tatt med.



Figur 77 Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) for muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser, fordelt på kjønn, 0–74 år, for Vestfold, Telemark og landet samlet. Utvikling fra 2010 til 2018. Antall henvendelser per 1000 innbyggere per år er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person har hatt kontakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme diagnose, telles vedkommende kun én gang. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank, FHI.

Fra 2010–2016 har det vært en forholdsvis stabil trend for både menn og kvinner i Vestfold og Telemark og landet sett under ett. Antall henvendelser som har gitt diagnoser har ligget på rundt 170 per 1000 henvendelser i Norge blant kvinner. Tidligere Vestfold har ligget på rundt 190 per 1000 henvendelser og tidligere Telemark på rundt 157 per 1000 henvendelser. Fra 2017 ser det ut som det har vært en nedgang, som mest sannsynlig skyldes en registreringsendring som har ført til færre registrerte regninger til HELFO hvor det er oppgitt flere enn én diagnose.

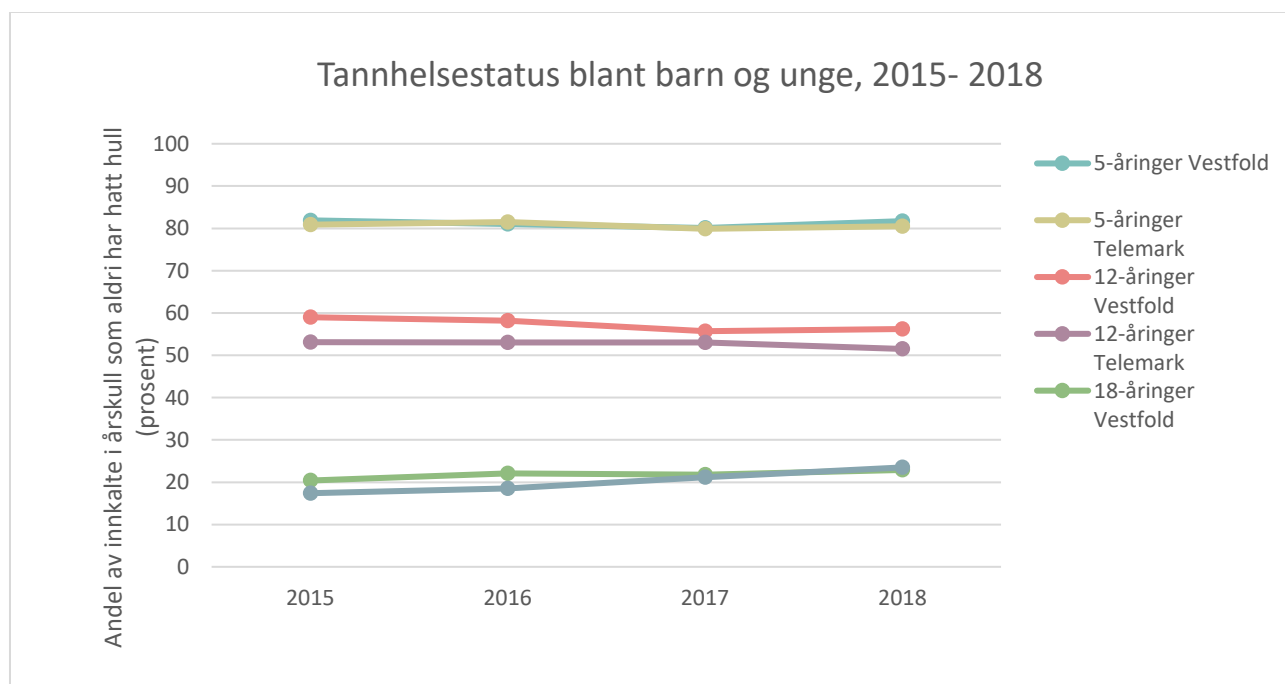
Både for kvinner og menn har det vært en vedvarende betydelig forskjell mellom de tidligere fylkene siden 2010. En svak tendens kan imidlertid observeres ved at tidligere Vestfold beveger seg i retning av resten av landet, med en svak nedgang fra 2014. Sammenliknet med andre fylker i Norge er tidligere Vestfold likevel ett av de fylkene som ligger høyest for antall muskel- og skjelettdiagnoser, mens Telemark er et av fylkene som ligger lavest. Figuren viser at tidligere Vestfold over tid ser ut til å ha en høyere forekomst av muskel- og skjelettdiagnoser enn tidligere Telemark og landet. Årsakene til dette er sammensatte, og kan delvis henge sammen med mer registrering av sykdomsdiagnoser fremfor bruk av diagnosekoder for muskel- og skjelettplager.

Muskel- og skjelettplager og diagnoser er en utbredt helseutfordring, mange rammes hvert år og i alle aldersgrupper, selv om den største byrden er blant voksne og eldre i befolkningen. En sammensatt gruppe, med mange ulike diagnosekoder gjør at det ikke er enkelt å få et inntrykk av alvorlighetsgrad. Det er velkjent at muskel- og skjelett plager og diagnoser er hyppige årsaker til sykemeldinger og uføretrygd.

Tidstrender fra 2010 viser forholdsvis små endringer, men det kan se ut til at tidligere Vestfold har høyere forekomst av mer alvorlige tilstander enn resten av landet og tidligere Telemark. Et hovedtrekk er også at kvinner rammes oftere enn menn, uansett geografi.

God tannhelse for de fleste i fylket

Innenfor tannhelse betyr primærforebygging blant annet å hindre at ny karies oppstår, det vil si hull i tennene. Dårlig tannhelse forteller indirekte om levevaner og levekår. Tannhelsetjenesten har gode verktøy i sine dataprogram for å identifisere personer i ulike aldersgrupper som skiller seg ut med god eller dårlig tannhelse. Tall fra tannhelsetjenesten kan derfor til en viss grad brukes som indikator for generelle helseutfordringer i fylket.



Figur 78 Andel 5-, 12- og 18-åringer som har vært til undersøkelse uten hull, DMFT=0, per år i Vestfold og Telemark 2015 til 2018. DMFT= Decayed, Missing, Filled Teeth, et mål for summen av antall tenner som har eller har hatt behov for behandling, eller som har gått tapt på grunn av sykdom. Kilde: Vestfold og Telemark fylkeskommune, egne tall.

Figur 78 viser andelen barn og unge som aldri har hatt hull i tennene (DMFT = 0). Denne indikatoren gir et totalbilde av tannhelsestatusen, og viser andelen av pasienter i et årskull som aldri har hatt hull i tennene. Jo høyere verdi (andel), jo bedre er tannhelsen i det aktuelle årskullet.

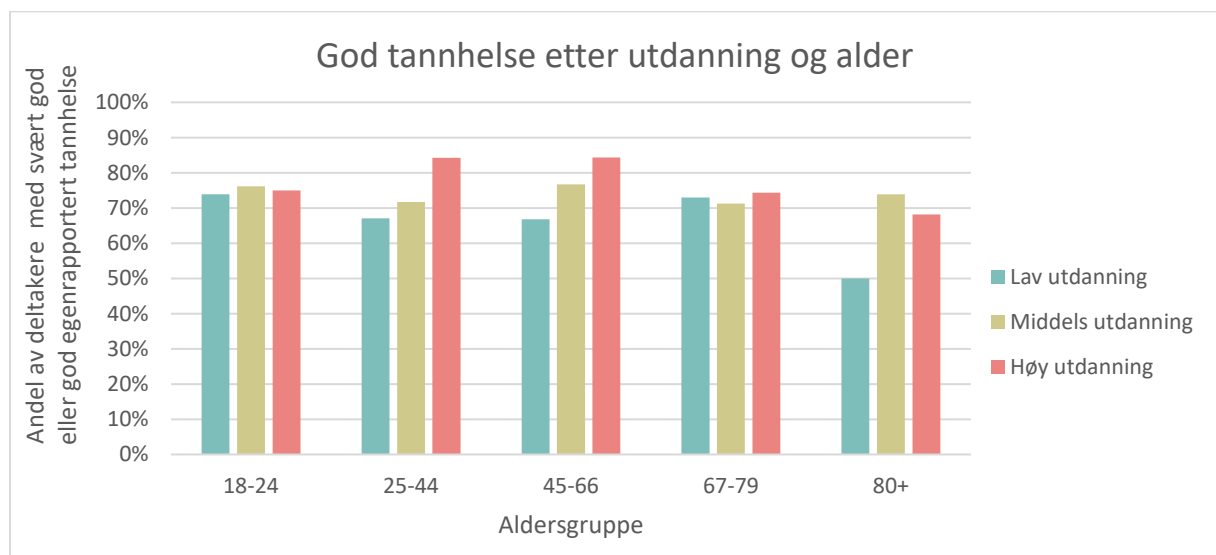
I overkant av 80 % av 5-åringene i fylket har aldri hatt hull i tennene, mens 52–56 % av 12-åringene og 23–24 % av 18-åringene aldri har hatt hull. Andelen uten hull har vært relativt

konstant de siste årene. Dette er ingen selvfølge og situasjonen så annerledes ut noen tiår tilbake. Ungdomsårene fra 12 til 18 år en særlig kritisk fase når det gjelder tannhelse. Dette har sammenheng med endringer i kostholds- og hygienevaner. Mange ungdommer opplever større frihet i hva de velger å spise og drikke, i tillegg til at de selv får ansvar for tannpuss og bruk av tanntråd.

Systematisk forbyggende arbeid har gitt gradvise endringer over tid. Det er små forskjeller mellom tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Unntaket er andelen 12-åring i tidligere Vestfold uten hull i tennene, som er høyere enn i tidligere Telemark.

Totalt sett er tannhelsesdata på 5-, 12- og 18-åringen på et svært tilfredsstillende nivå, men det finnes likevel noen usikkerhetspunkter i tallmaterialet. De tidligere fylkeskommunene setter innkallingsintervaller på bakgrunn av individuell vurdering av behov. Denne innkallingsrutinen gir en usikkerhet i forhold til faktisk tannhelsestatus for et helt årskull. Tallene representerer kun ca. 60 % av årskullet, ettersom personer med friske tenner blir innkalt sjeldnere.

I årene som kommer vil andelen eldre i fylket øke. Sammenliknet med tidligere beholder flere mennesker egne tenner lenger inn i alderdommen i dag. Dermed vil det sannsynlig være et større behandlingsbehov blant eldre framover, og et tett samarbeid om forebygging mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er et viktig tiltak. Sosial ulikhet i tannhelse blant voksne er et kjent fenomen, og en faktor er inntekt som påvirker om personer oppsøker tannlege rutinemessig og ved behov (Eldstad 2017, Holst 2008). Figur 79 gir en indikasjon på sosial ulikhet i tannhelse i regionene og viser en forventet, men ikke dramatisk, nedgang i egenvurdert tannhelse med økende alder. Kanskje noe overraskende er det at under 80 % i de yngre aldersgruppene vurderer sin tannhelse til å være god eller svært god.

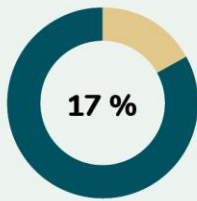


Figur 79 Andel som vurderer sin tannhelse som god eller svært god av alle deltakere i spørreundersøkelse, delt på aldersgrupper og utdanningsgrupper. Kilde: Folkehelseundersøkelsen—Helse og Trivsel i Vestfold 2015.

Oppsummering og vurdering



Helsetilstand



Psykiske helseplager

Ca. 17 prosent av ungdom i fylket har et høyt nivå av psykiske plager



Muskel og skjelett

- 4 av 10 var i kontakt med primærhelsetjenesten grunnet muskel- og skjelettplager og -diagnoser i alderen 45–74 år, i 2018
- Muskel- og skjelettlidelser er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd samlet sett blant voksne i yrkesaktiv alder

65



Selv mord

- I 2018 var det 65 registrerte selvmord i Vestfold og Telemark
- Ca. 2 av 3 selvmord begås av menn



Færre dør av hjerte- og karsykdommer

Det skyldes:

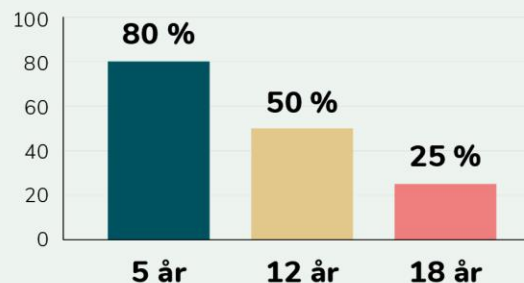
- færre røykere
- bedre forebygging av høyt kolesterol
- færre med høyt blodtrykk
- bedre medisinsk behandling

En aldrende befolkning fører likevel til at forekomsten av hjerte- og karsykdommer forventes å øke



Tannhelse

Andel unge uten hull i tennene:



Illustrasjon: Color life/iStock/Getty Images Plus

Dette kapittelet gir en status over de største sykdomsbyrdene i Vestfold og Telemark, og den sosiale fordelingen av denne der det finnes statistikk for det.

For psykisk helse ser det ut til å være en vedvarende trend med økt andel både voksne og barn som opplever psykiske plager, mens diagnostisert psykiske lidelser holder seg mer konstant. Vestfold og Telemark har en utfordring med relativt høy selvmordsstatistikk som har vart i flere år, både for menn og kvinner. Dybdeanalyser fra både Ungdata og Folkehelseundersøkelsen i Vestfold peker mot at det er klare sammenhenger mellom psykisk helse, faktorer knyttet til relasjoner og faktorer som fremmer følelse av mestring og mening i livet. En opplevelse av sosial støtte i alle aldre og for ungdom spesielt, en god skolerelasjon, er viktig for å sikre god psykisk helse.

Når det gjelder det øvrige sykdomsbildet i Vestfold og Telemark er forekomsten av muskel- og skjelettplager og diagnoser høy og vedvarende. Muskel og skjelettplager fører til tap av mange friske leveår og redusert arbeidsevne for mange og er bekymringsverdig både for helsetilstanden og bærekraften i fylket.

Det er færre som dør av kreft, men andelen nye tilfeller har likevel økt de siste årtier. Også når det gjelder dødsfall knyttet til hjerte- og karsykdommer synker andelen som dør i fylket. Nedgangen er imidlertid tydeligere for de med høyere sosioøkonomisk status. Antall demenstilfeller i fylket er høyt og økende. Årsaken til denne utviklingen knytter seg særlig til en aldrende befolkning og økt befolkningsstørrelse. Det ser ut til at fylket ligger noe over landsgjennomsnittet for forekomst av KOLS og astma, men sannsynlig med geografiske variasjoner. For tannhelse er det gjennom årtier oppnådd mye bedring, men fortsatt kan andel som får hull i tennene reduseres, kanskje særlig blant tenåringer. Tiltak for bedre tannhelse er ofte også positivt for andre helseutfall.

Helseindikatorene som er presentert i gjeldende kapittel gir samlet sett et bilde av helsetilstanden for folk i Vestfold og Telemark. Dette er viktig kunnskap for å kunne si noe om hvilke folkehelseutfordringer vi står overfor nå og i tiden fremover. Kunnskapen er imidlertid lite anvendbar dersom vi ikke vurderer årsaker til – og konsekvenser av de trendene og utviklingstrekkene vi ser. Utfordringsbildet er imidlertid alltid komplekst. Mange påvirkningsfaktorer virker inn, både på hverandre og på helsetilstanden.

De sosiale helseforskjellene er likevel gjennomgående. Lav utdanning og/eller inntekt ser ut til å fungere som en risikofaktor for de fleste helseindikatorene. Utjevning av sosiale helseforskjeller er et ambisiøst, men ikke umulig mål. Innsatsen må være systematisk og langsiktig og krever at vi retter oppmerksomhet mot alle de nære og bakeforeliggende faktorene for helse, hvorav flere av disse er presentert i øvrige kapitler i dette dokumentet.

Referanser

Antonovsky, A., (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, (36;6), 725-733.

Dyregrov, K. (2003). *The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: consequences, needs and provisions of help*. Doktoravhandling. Bergen: HEMIL, Universitetet i Bergen.

Elstad, J.I.: Dental care coverage and income-related inequalities in foregone dental care in Europe during the great recession. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2017. doi: 10.1111/cdoe.12288.

Fanavoll, R., Nilsen, T. I., Holtermann, A., & Mork, P. J. (2016). Psychosocial work stress, leisure time physical exercise and the risk of chronic pain in the neck/shoulders: Longitudinal data from the Norwegian HUNT Study. *Int J Occup Med Environ Health*, 29(4), 585-595.

Folkehelseinstituttet (FHI). (2019A). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/om-rapporten/om-folkehelse rapporten/>

Folkehelseinstituttet (FHI), (2020, 27. februar). Har nådd målet om 25 prosent færre dødsfall. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2020/har-nadd-malet-om-25-prosent-farre-dodsfall/>

Folkehelseinstituttet (FHI), (2019B, 04.desember). Stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdom. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/stadig-farre-dor-av-kreft-og-hjerte--og-karsykdom/>

Folkehelseinstituttet (2018). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* (FHI notat, 2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>.

Holst, D. Er oral helse fortsatt skjevtfordelt? Nor Tannlegeforen Tid 2008; 118: 8—13 <https://www.tannlegetidende.no/i/2008/1/dntt-273057> Hentet mars 2020.

Hansen, T. E., Evjenth, B., & Holt, J. (2013). Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985–2008. *Acta Paediatrica*, 102(1), 47–52.

Helse og omsorgsdepartementet (2018–2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. nr. 19 (2018–2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

IHME (2020, 27. februar) Global Burden of Disease (GBD). Hentet fra <http://www.healthdata.org/gbd>

Jones, G. T., Atzeni, F., Beasley, M., Fluss, E., Sarzi-Puttini, P., & Macfarlane, G. J. (2015). The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol*, 67(2), 568–575.

Kashikar-Zuck, S., Cunningham, N., Sil, S., Bromberg, M. H., Lynch-Jordan, A. M., Strotman, D., et al. (2014). Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia in early adulthood. *Pediatrics*, 133(3), e592–600.

Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*, 32, 431–42. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/stoy/>

Lundberg, O., & Nyström, M. P., (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: Experiences from a population survey in Sweden, *European Journal of Public Health*, Volume 5, Issue 1, 1995, Pages 56–59, <https://doi.org/10.1093/eurpub/5.1.56>

Mykletun, A., Knudsen, K. A., Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Folkehelseinstituttet, rapport 2009;8).

Nes, R., Hansen, T., Barstad, A. (2018). *Livskvalitet Anbefalinger for et bedre målesystem* (Hdir. Rapport) Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/livskvalitet-trivsel-og-folkehelsearbeid>

Nrugha, L., & Mehlum, L., (2010), Det norske dødsårsaksregisteret; en kommentar til datakvaliteten. *Suicidologi*, 15(2).

Pedersen, M., & Mossige, S., (2019) Ungdommers fortelling om egen selvskading. i Skjørten, K. mfl. (red.): *Vold i nære relasjoner. Forståelser, konsekvenser og tiltak*. Universitetsforlaget, 2019.

Ruiz, P.L.D., Stene, L.C., Bakken, I.J., Håberg S.E., Birkeland K.I. & Gulseth H.L. *Diabetologia* (2018). *Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type 2 diabetes in Norway: a nationwide study* <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4681-4>

Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelsetiltak. En kunnskapsoversikt*. (FHI rapport, 2018). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelsetilta/>

Sveen, C-A., & Walby, F. A., (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13–29. Hentet fra; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1521/suli.2008.38.1.13>

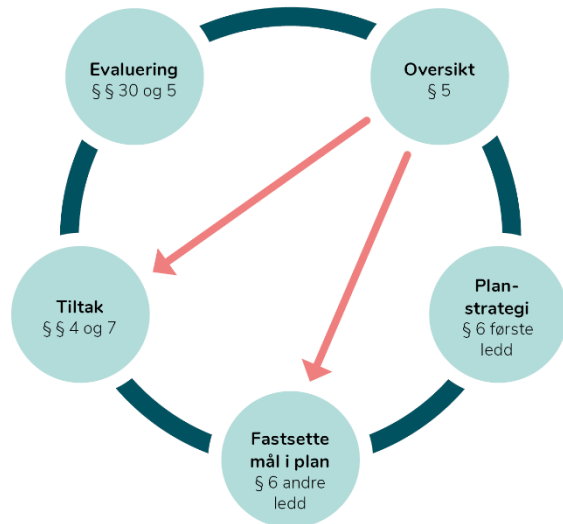
Vestfold fylkeskommune (2017). God psykisk helse og lite skolestress – sammenhenger i Ungdata (VFK raaport 2017) Hentet fra <https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/god-psykisk-helse-og-lite-skolestress---sammenhenger-i-ungdata.pdf>

Offergaard, T.L (2013). Bærekraftig utvikling og folkehelsearbeid: vitenskapelig tenkning og metodebruk. Høgskolen i Akershus, Forskningsserie. Hentet fra <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/2>

Vedlegg

Et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid

Folkehelseloven med tilhørende forskrift stiller krav om at kommuner og fylkeskommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og over de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Loven fastslår at det skal lages et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, og at dette skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7–1 og § 10–1. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i fylket, og vurdere konsekvenser og årsaksforhold, med særlig fokus på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.



Figur 80. Det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2020)

Figuren illustrerer det systematiske folkehelsearbeidet. Oversikten skal brukes som grunnlag for planstrategi og en drøfting av de utfordringene som fremheves i folkehelseoversikten bør inngå i strategien. Oversikten gir også grunnlag for fastsetting av mål, som i neste omgang danner utgangspunkt for tiltak som iverksettes. Tiltakene skal evalueres og gi muligheter til å vurdere om *det vi gjør, faktisk fører til det vi ønsker å oppnå*.

Ifølge forskrift om oversikt over folkehelsen skal oversikten omfatte opplysninger om og vurderinger av følgende tema:

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

Opplysninger om temaene fra a–f må tolkes i en større sammenheng. Opplysninger blir til kunnskap når vi ser hvordan ulike faktorer henger sammen og påvirker helsetilstanden.

Datagrunnlag og kilder

Folkehelseloven beskriver viktige kilder i arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det er kilder på statlig nivå, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Opplysninger fra statlige helsemyndigheter er en kilde for mange av indikatorene som er presentert i dette dokumentet, som Folkehelseinstituttets statistikkbanker Norgeshelsa og KommuneHelsa. I tillegg har andre viktige kilder vært Statistisk sentralbyrå og NAV. Data fra fylkeskommunens egen virksomhet er en kilde inn i eget og kommunenes oversiktsarbeid, og loven nevner også relevant kunnskap fra kommunene som en kilde inn i fylkeskommunen sitt oversiktsarbeid. I denne rapporten er det blant annet inkludert tannhelsesdata fra egen virksomhet og kunnskap fra Ungdata-undersøkelsene «Ung i Vestfold» og «Ung i Telemark», samt data fra «Folkehelseundersøkelsen i Vestfold». Kunnskap fra kommunene er i noe mindre grad brukt inn i oversiktsdokumentet, sett bort fra data som ligger i nasjonale statistikkbanker. «Nærmiljøprosjektet» har bidratt med kvalitative data og kunnskap fra utvalgte kommuner i Vestfold.

Ungdata

Ungdata er en spørreundersøkelse for ungdom som har blitt gjennomført fylkesvis i tidligere Vestfold i 2013 og 2017, og i 2015 og 2018 i Telemark. Undersøkelsen ble gjennomført på alle ungdomsskoler og vg1 i de tidligere fylkene, mens den også ble gjennomført på vg2 og vg3 i Telemark. Når resultater fra 2015 og 2018 sammenliknes for Telemark, og for 2013 og 2017 for Vestfold, er der derfor bare til og med vg1 som er inkludert. Undersøkelsen omfatter kun elever som går på skole og som var tilstede dagen undersøkelsen ble gjennomført. I oversiktsdokumentet presenteres resultater for det aller meste samlet for nye Vestfold og Telemark fylkeskommune. Det planlegges en ny Ungdata-undersøkelse for Vestfold og Telemark fylkeskommune i 2021.

Folkehelseundersøkelsen

Mot slutten av 2015 og begynnelsen av 2016 ble 8 000 personer i Vestfold invitert til å delta i spørreundersøkelsen Folkehelseundersøkelsen – Helse og Trivsel 2015. Folkehelseundersøkelsen inkluderer data fra voksne, 18 år og oppover. Det var 3 446 personer som svarte på undersøkelsen (ca. 43 % svarprosent). Spørreskjemaet som ble brukt bestod av 36 spørsmål, og dekket ulike temaer på et overordnet nivå. Innsamlede data ble påkoblet sosioøkonomiske variable fra registre hos Statistisk sentralbyrå, inkludert alder, kjønn, utdanningsnivå og justert husholdningsinntekt.

Selv om denne undersøkelsen kun inneholder data for Vestfold, er resultater presentert i «Slik lever vi i Vestfold og Telemark.» Undersøkelsen gir tilgang på kunnskap om den voksne delen av befolkningen som ikke finnes andre steder, eller har tilsvarende kvalitet i andre kilder. Samtidig er det sannsynlig at liknende mønstre finnes for befolkningen i tidligere Telemark fylke.

For utvalgte indikatorer er det i tillegg utarbeidet nye figurer høsten 2019 over sosiale helseforskjeller i befolkningen. Utdanningsnivå og inntektsnivå er brukt for å få frem sosial lagdeling. Utdanningsnivå er tredelt: lav, middels og høy. Lav tilsvarer grunnskole opp til fullført ungdomsskole, middels fullført videregående skole, inkludert videregående påbygging, mens høy tilsvarer all høyere utdanning på universitets og høyskole nivå, inkludert forskerutdanning. For inntekt er det brukt justert husholdningsinntekt i 2015. Dette er en beregnet inntekt for respondent i undersøkelsen som tar utgangspunkt i netto husholdningsinntekt og regnes ut etter en formel som ser på antall voksne og barn i husholdningen under 17 år (modifisert OECD-

skala/EU-skala). Tallene i alle figurene på sosiale helseforskjeller er aldersjustert etter alderssammensetning i fylket.

Folkehelseundersøkelser som denne får økt verdi ved gjentakende undersøkelser. Dette vil gi tidstrender for ulike indikatorer, og spesielt vil det gi et unikt materiale for å følge utviklingen av sosial ulikhet i helse på regionalt og lokalt nivå.

Geografi

«Slik lever vi i Vestfold og Telemark» er utarbeidet delvis før og delvis etter sammenslåingen av Vestfold og Telemark. Der det har vært mulig og hensiktsmessig er statistikk presentert samlet for fylket, men for flere av indikatorene har blant annet Folkehelseinstituttet foreløpig ikke publisert nye tidsserier for Vestfold og Telemark samlet.

Geografi er en svært interessant dimensjon i folkehelsearbeidet. Det å få oversikt på regionalt, kommunalt og gjerne enda lavere nivå kan bidra til mer målrettet innsats. Et eksempel kan være sosiale helseforskjeller eller lokale støyp problemer. I dette dokumentet er utvalgte indikatorer presentert med kommunedata, og i enkelte tilfeller ved bruk av kart, for å øke forståelsen av geografiske ulikheter i vår region.

Figurer og tabeller

Figurer

Figur 1 Bærekraftig utvikling i et folkehelseperspektiv (Illustrasjon: Martin Hvattum)	7
Figur 2 Sammenhengen mellom påvirkningsfaktorer og helsetilstand og det systematiske folkehelsearbeidet, inspirert av Whitehead og Dahlgren (1991). (Illustrasjon: Martin Hvattum).	8
Figur 3 Utvalgte bærekraftsmål for hvert temaområde	12
Figur 4 Befolkning og framskriving 2020–2040 for Vestfold og Telemark. Fordeling på aldersgrupper etter to av SSBs framskrivingsalternativer. MMMM=middels fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring og LHML= lav fruktbarhet, høy aldring og lav innvandring. Kilde: SSB, tabell 07459 og 11668	17
Figur 5 Endring i antall mennesker i alderen 0–19 år og 70+ i Vestfold og Telemark fra 2010 til 2020. Kilde: SSB, tabell 07459.....	18
Figur 6 Antall innvandrere bosatt i Vestfold og Telemark etter innvandringsgrunn. Kilde: IMDI (2019)	20
Figur 7 Forventet levealder fordelt på utdanningsgrupper i Vestfold og Telemark. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank	21
Figur 8 Andel barnehager i den enkelte kommune som oppfyller pedagognormen i 2018, Utdanningsdirektoratet.....	27
Figur 9 Prosentandel minoritetsspråklige barn av alle barnehagebarn i Vestfold og Telemark i perioden 2015–2018. Kilde: SSB, tabell 12272.....	28
Figur 10 Prosentandel 8. klasseelever på laveste mestringsnivå i lesing på nasjonale prøver. Tre års glidende gjennomsnitt. Kilde: FHI/ Kommunehelsa statistikkbank.....	29
Figur 11 Prosentandel 8. klasseelever på laveste mestringsnivå i regning på nasjonale prøver. Tre års glidende gjennomsnitt. Kilde: FHI/ Kommunehelsa statistikkbank.....	30
Figur 12 Prosentandel elever på 8.klassetrinn på laveste mestringsnivå i regning, innenfor ulike utdanningsgrupper, basert på foreldrenes utdanning, 2017/18. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank.....	30
Figur 13 Prosentandel elever på 8.klassetrinn på laveste mestringsnivå i lesing, innenfor ulike utdanningsgrupper basert på foreldrenes utdanning, 2017/18. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank.....	31
Figur 14 Andeler som har gjennomført videregående opplæring 5 år etter oppstart, utvikling i perioden 2007–2018. *Planlagt grunnkompetanse er inkludert i tallmaterialet fra 2016. Kilde: SSB, tabell 11576 & 10994.....	32
Figur 15 Andel som gjennomførte 5 år etter skolestart i 2013, delt på studieretning og kjønn, tidligere Vestfold og Telemark. Planlagt grunnkompetanse er inkludert. Kilde: SSB, tabell 11576..	32
Figur 16 Andel som gjennomførte yrkesfag utover 5 år etter skolestart i 2008 i tidligere Vestfold og tidligere Telemark sammenlignet med hele landet. Kilde: SSB, tabell 11588	33
Figur 17 Andeler som gjennomfører etter 5 år og slutter underveis, etter foreldres høyeste utdanningsnivå. Kilde: SSB, tabell 09262.....	34
Figur 18 Prosentandel elever i videregående opplæring (alle trinn) med positive svar på ulike spørsmål knyttet til læringsmiljø. Kilde: Elevundersøkelsen 2019.....	35
Figur 19 Prosentandel 10.klasse elever som oppgir at de blir mobbet 2–3 ganger i måneden eller oftere. 2016–2019. Kilde: Elevundersøkelsen.	36
Figur 20 Prosentandel elever på videregående (vg1) som oppgir at de blir mobbet 1–2 ganger i måneden eller oftere. Kilde: Elevundersøkelsen.....	37

Figur 21 Prosentvis fordeling av høyeste fullførte utdanningsnivå i befolkningen fra 25 år og eldre i landet og Vestfold og Telemark i 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank.....	38
Figur 22 Andel elever (8.klasse–vg1) som tror de vil fullføre videregående skole i Vestfold og Telemark, etter foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn. Kilde: Ung i Telemark (2018) og Ung i Vestfold (2017)	39
Figur 23 Andel elever på 1. videregående trinn som tror de vil ta høyere utdanning, Kilde: Ung i Telemark (2018) og Ung i Vestfold (2017).....	40
Figur 24 Andel barn og unge 0–17 år i husholdninger med lavinntekt etter kommunale grenser for lavinntekt, 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank Som følge av inntektsulikheter mellom husholdninger, vil mange barn vokse opp med dårligere tilgang på økonomiske ressurser enn andre barn. Dette har betydning for helsa til disse barna. Resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold og Telemark viser at ungdom fra hjem med høy sosioøkonomisk status, oftere rapporterer om høyere livskvalitet, bedre helse og mindre psykiske plager enn ungdommer fra hjem med lav sosioøkonomisk status.	42
Figur 25 Registrert arbeidsledighet, andel helt ledige av arbeidsstyrken, pr. desember 2019. Kommunestruktur i 2019. Kilde: NAV, 2020A	44
Figur 26 Gjennomsnittlig kvadratmeterpris på nye og brukte eneboliger, utvikling fra 2010–2018 i tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde: SSB, tabell 03364	48
Figur 27 Andel husholdninger som leier boligen, utvikling fra 2015 – 2018. Alle husholdningstyper er inkludert, tidligere Vestfold, tidligere Telemark og hele landet. Kilde: SSB, tabell 11082.	49
Figur 28 Andel leietakere innenfor hver husholdningstype i 2018, tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde SSB, tabell 11082.....	50
Figur 29 Andel barn og unge 0–17 år som bor i leid bolig, 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank.....	51
Figur 30 Andel som bor trangt innenfor ulike husholdningstyper i 2018, tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde: SSB, tabell 11085.....	52
Figur 31 Andel som bor trangt etter innvandrerbakgrunn, 2018. Kilde: SSB, tabell 11045.....	53
Figur 32 Andel barn og unge i alderen 0–17 år som bor trangt, 2018. Kilde: FHI/ KommuneHelsa statistikkbank.....	54
Figur 33 Andel av befolkningen som er plaget av støy fra veitrafikk og andre støykilder. Kilde: Folkehelseundersøkelsen helse og trivsel 2015.....	62
Figur 34. Lite støyplager og inntekt, standardisert for fylkets alderssammensetning, Vestfold 2015/16. n=3233.....	63
Figur 35. Andel av befolkningen med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng 2018, etter kommuner i tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde SSB, tabell 09579.....	65
Figur 36 Prosentandelen ungdommer i Vestfold og Telemark som oppgir at de har en fortrolig venn som de kan betro seg til om alt mulig etter familiens sosioøkonomiske status. Kilde: Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018.....	67
Figur 37. Deltakelse etter utdanningsnivå, Vestfold 2015/16. n=3260.....	68
Figur 38 Antall besøk på folkebiblioteket pr innbygger pr. år. Kilde: SSB, Kostra 2019.....	69
Figur 39 Anmeldt lovbrudd per 1000 innbygger etter lovbruddsgruppe og 2-årig gjennomsnitt, utvikling i Vestfold over 10 år. Kilde: SSB, tabell 08487.	70
Figur 40 Anmeldt lovbrudd per 1000 innbygger etter lovbruddsgruppe og 2-årig gjennomsnitt, utvikling i Telemark over 10 år. Kilde: SSB, tabell 08487.	70
Figur 41 Valgdeltagelse ved fylkestingsvalg i tidligere Vestfold og tidligere Telemark, 1975–2015. Kilde: SSB, tabell 09476.....	73
Figur 42 Valgdeltagelse, andel stemmeberettigede som stemte ved kommunevalget i 2019 i Vestfold og Telemark. Kilde: SSB, tabell 09475.	74

Figur 43 Antall hoftebrudd per 10 000 innbygger per år (standardisert), 0–74 år, behandlet i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2017. Kilde: KommuneHelse statistikkbank, Folkehelseinstituttet.....	79
Figur 44 Andel per trafikantgruppe av alle drepte og hardt skadde trafikanter i perioden 2009–2018 i tidligere Vestfold og tidligere Telemark. Kilde: Statens vegvesen	80
Figur 45 Antall personer behandlet for brann- og etskader ved Sykehuset i Vestfold, 2015 – sept 2019. Kilde: Sykehuset i Vestfold.	81
Figur 46 Antall behandlinger for brann- eller etskader ved Sykehuset i Telemark, 2015 –sept. 2019. ICD10 T200-T329. Kilde: Sykehuset i Telemark.	82
Figur 47 Antall behandlinger for forgiftninger fordelt på aldersgrupper (T4n-T65) ved Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark 2015–sept. 2019. Kilde: Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark.....	83
Figur 48 Antall branner i bolig og andre bygg i Vestfold og Telemark i perioden 2016–2019. Inkluderer brann i inventar som ikke sprer seg, unntatt tørrkokinger som ikke sprer seg fra komfyr (brannhindrende tiltak). Kilde: DSB, brannstatistikk.no	84
Figur 49 n=3320.....	90
Figur 50 Andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere av alle deltakere i spørreundersøkelse, delt på aldersgrupper og kjønn. Kilde: Folkehelseundersøkelsen –Helse og Trivsel i Vestfold 2015.....	92
Figur 51 n=3256.....	93
Figur 52 Alkoholbruk hos ungdom (8.klasse–vg1) Antall deltakere: ungdomsskole 2013–2015 n=12646, ungdomsskole 2017/2018 n=12151, Vg1 2013/2015 n=4058, og vg1 2017/2018 n=4202. Kilde: Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2013,2017 og Telemark 1015, 2018 *Ungdataresultater fra Tønsberg er også inkludert.	94
Figur 53 n=3303.....	96
Figur 54 n=3156.....	98
Figur 55 Prosentandel av elever fordelt på ulike svarkategorier for hvor hyppig de er fysisk aktive (8.klasse–vg1). Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018. n=16 794.....	99
Figur 56 Andel elever i hver sosioøkonomiske gruppe, som er så fysisk aktive at de blir andpustne eller svette minst fem ganger i uka, (8.trinn–vg1). Kilde: Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018. n= 16794.	100
Figur 57 n=3166.....	101
Figur 58 Transportmiddel til og fra skole og utvikling fra en undersøkelse til neste. Andel elever per transportmiddel. (8.klasse–vg1). Samlede resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2013/2017 og Telemark 2017/2018. Antall besvarelser: til skole 2013/2015 n=15883 og 2017/2018 n=16794, fra skole 2013/2015 n=15737 og 2017/2018 n=16794.* Resultater fra Ungdataundersøkelsen i Tønsberg 2014 er inkludert.	102
Figur 59 Andel som mosjonerer (inkludert trening og hverdagsaktivitet som sykle, gå tur, hagearbeid) 2–3 ganger per uke eller oftere av alle deltakere i spørreundersøkelse, delt på aldersgrupper og kjønn. Kilde: Folkehelseundersøkelsen–Helse og Trivsel i Vest	102
Figur 60 Andelen som vurderer sin egne helse som god eller svært god etter alder og kjønn, Vestfold. n=3406. Kilde: Folkehelseundersøkelsen Helse og Trivsel 2015.....	109
Figur 61 n=3328.....	110
Figur 62 n=3319, standardisert for fylkes alderssammensetning.....	111
Figur 63 Årlig antall dødsfall av sykdommer de siste 30 årene, 5-årig glidende gjennomsnitt, i landet, tidligere Vestfold og tidligere Telemark, kjønn samlet. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI.....	113

Figur 64 Årlig antall voldsomme dødsfall (skader og forgiftninger, inkludert selvmord) de siste 30 årene, 5-årig glidende gjennomsnitt, i landet, tidligere Vestfold og tidligere Telemark, kjønn samlet. Aldersjusterte rater etter Eurostats standard populasjon. Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI.....	114
Figur 65 n=3327.....	116
Figur 66 Andel ungdom med høyt nivå av psykiske plager i ulike sosioøkonomiske grupper basert på familiebakgrunn (sammensatt fra flere ulike spørsmål i undersøkelsen), 8.klasse–vg1, Samlet resultater fra Ungdataundersøkelsen i Vestfold 2017 og Telemark 2018.....	117
Figur 67 Antall personer per 1000 innbyggere per år som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt (primærhelsetjenesten) for psykiske symptomer (plager) eller lidelser, 45–74 år, kjønn samlet, Vestfold og Telemark og hele landet. Tre-års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsetatistikkbank, FHI.....	118
Figur 68 n=3109.....	119
Figur 69 Antall dødsfall etter selvmord og villet egenskade per 100 000 innbygger per år, 2018, hele landet og fylker. Aldersjustert etter Eurostats standardpopulasjon. Kilde: Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI.....	121
Figur 70 Antall dødsfall etter selvmord og villet egenskade per 100 000 innbygger per år, 2018, fordelt på kjønn, hele landet og Vestfold og Telemark. Aldersjustert etter Eurostats standardpopulasjon. Kilde: Dødsårsaksregisterets statistikkbank, FHI.....	121
Figur 71 Dødsfall av kreft de siste 20 år i Vestfold og Telemark for menn og kvinner, alle aldre. Antall per 100 000 innbyggere per år, aldersstandardiserte rater. Kilde: Norgeshelsetatistikkbank, FHI.	122
Figur 72 Antall dødsfall per 100 000 personer per år av hjerte- og karsykdom, utvikling fra 1990–2018, for menn og kvinner i Vestfold og Telemark og hele landet. Rater standardisert for alderssammensetning. Kilde: Norgeshelsetatistikkbank, FHI.....	124
Figur 73 Antall dødsfall knyttet til demens (nervesystem og sanseorganene inkl. Alzheimer, Parkinson og andre) i perioden 2008–2018. Alle aldre, kjønn samlet, standardiserte rater i antall per 100 000 innbyggere per år, fem års glidende gjennomsnitt. Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI.	126
Figur 74 Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes i aldersgruppen 30–74 år, utvikling fra 2008–2018 for menn og kvinner i Vestfold, Telemark og hele landet. Alle blodsukkersenkende midler bortsett fra insulin er inkludert, og kun én uthenting av samme legemiddel teller per person per år. Aldersstandardiserte rater per 1000 personer. Kilde: FHI/ Norgeshelsetatistikkbank	128
Figur 75 Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) for muskel- og skjelettplager og sykdomsdiagnoser i 2018, kjønn samlet, alle aldre (0–74 år) og aldersgruppene 15–29 år og 45–74 år, for Vestfold, Telemark og landet samlet. Antall henvendelser per 1000 innbyggere per år er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person har hatt kontakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Svangerskapsrelaterte plager er ikke med. Kilde: Norgeshelsetatistikkbank, FHI.....	129
Figur 76 Antall personer med henvendelse per 1000 innbygger per år grunnet muskel- og skjelettplager og diagnoser i primærhelsetjenesten, 0–74 år, i perioden 2016–2018. Kilde: Norgeshelsetatistikkbank, FHI.	130
Figur 77 Antall personer i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) for muskel- og skjelettsykdomsdiagnoser, fordelt på kjønn, 0–74 år, for Vestfold, Telemark og landet samlet. Utvikling fra 2010 til 2018. Antall henvendelser per 1000 innbyggere per år er standardisert for alderssammensetning. Dersom en person har hatt kontakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme diagnose, telles vedkommende kun én gang. Kilde: Norgeshelsetatistikkbank, FHI.....	131
Figur 78 Andel 5-, 12- og 18-åringer som har vært til undersøkelse uten hull, DMFT=0, per år i Vestfold og Telemark 2015 til 2018. DMFT= Decayed, Missing, Filled Teeth, et mål for summen av	

antall tenner som har eller har hatt behov for behandling, eller som har gått tapt på grunn av sykdom. Kilde: Vestfold og Telemark fylkeskommune, egne tall.....	132
Figur 79 Andel som vurderer sin tannhelse som god eller svært god av alle deltakere i spørreundersøkelse, delt på aldersgrupper og utdanningsgrupper. Kilde: Folkehelseundersøkelsen– Helse og Trivsel i Vestfold 2015.....	133
Figur 80. Det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2020).....	138

Tabeller

Tabell 1 Forventet levealder og kjønn beregnet over 7 års perioder. Kilde: FHI/ Norgeshelsa statistikkbank.....	20
Tabell 2 Median inntekt for husholdninger, forholdstall for fylkene mot landet samlet, Norge=100. Kilde: FHI/ Kommune helsa statistikkbank	41
Tabell 3. Prosentandel av alle innbyggere i ulike aldersgrupper som er mottakere av uføreytelser etter ulike ytelser , tre års gjennomsnitt. AAP = arbeidsavklaringspenger. Kilde: FHI/ kommune helsa statistikkbank.....	45

Faktabokser

Boks 1. Sosial ulikhet i opplevelse av støyplager	63
Boks 2. Deltakelse og sosial ulikhet	68
Boks 3. Sosial ulikhet i røykevaner.....	90
Boks 4. Alkoholbruk og sosial ulikhet.....	93
Boks 5. Kosthold og sosial ulikhet.....	96
Boks 6. Kroppsmasseindeks (KMI) og sosial ulikhet	98
Boks 7. Fysisk aktivitet og sosial ulikhet.....	101
Boks 8. Generell helsetilstand og sosial ulikhet	110
Boks 9. Langvarige helseplager som påvirker hverdag og sosial ulikhet	111
Boks 10. Dybdeanalyse fra Folkehelseundersøkelsen: Faktorer som viser sterkest sammenheng med god egenvurdert helse	112
Boks 11. livstilfredshet og sosial ulikhet.....	116
Boks 12. God psykisk helse og sosial ulikhet.....	119
Boks 13. Dybdeanalyse psykisk helse FHUS.....	120