

RAPPORT

2026

Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Rapport

Folkehelseundersøkelsen i Vestfold

2025

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Øystein Vedaa

Erlend Sunde

Truc Trung Nguyen

Marit Knapstad

Thomas Sevenius Nilsen

Ragnhild Bang Nes

Gunnhild Johnsen Hjetland

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for folkehelse og forebygging
Avdeling for helsefremmende arbeid
Februar 2026

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfatter(e):

Øystein Vedaa
Erlend Sunde
Truc Trung Nguyen
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Ragnhild Bang Nes
Gunnhild Johnsen Hjetland

Andre bidragsytere i FHI:

Hege Holde Andersson (leder for intern arbeidsgruppe)
Merete Kallekleiv
Ragnhild Martinsen Ånestad
Åsa LAbee-Lund

Oppdragsgiver:

Vestfold fylkeskommune
- Mari Katrine Nicholls Espetvedt (prosjektleder i fylket)
- Ellen Just Hansen

Datainnsamler:

Ideas2Evidence (I2E)
- Olav Bjørnebekk (prosjektleder i I2E)
- Georg Stokke
- Asle Høgestøl

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-555-7

Emneord: Befolkningsstudier, fylker, helse, helserelatert atferd, levekår, livskvalitet, nærmiljø, psykisk helse, sosial ulikhet, utvalgsundersøkelse.

Innhold

Innhold	3
Hovedbudskap	6
Sammendrag	7
Innledning	7
Metode	7
Resultat	7
Diskusjon	7
Konklusjon	8
Key messages (English)	9
Executive summary	10
Introduction	10
Methods	10
Results	10
Discussion	10
Conclusion	11
1 Innledning	12
1.1 Bakgrunn	12
2 Metode	14
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	14
2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Vestfold fylkeskommune	16
2.3 Spørreskjemaet	17
2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid	18
2.4.1 Presentasjon av resultater	18
2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater	20
2.4.3 Kategorisering av 0-10-skalaer	20
2.4.4 Endringer over tid	20
2.4.5 Bruk av kunstig intelligens	22
2.5 Viktige forbehold	22
3 Resultater	23
3.1 Alder: Kommuner i Vestfold	24
3.2 Kjønn: Kommuner i Vestfold	25
3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Kommuner i Vestfold	26
3.4 Todelt utdanningsnivå: Kommuner i Vestfold	27
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	28
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet	32
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet	36

3.8 Servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud) - god eller svært god tilgjengelighet	40
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet	44
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet	48
3.11 Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet	52
3.12 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde	56
3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	60
3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	64
3.15 God eller svært god helse	68
3.16 God eller svært god tannhelse	72
3.17 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	76
3.18 Andel med fedme (KMI 30+)	80
3.19 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)	84
3.20 Søvnproblemer (Insomni)	88
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer	92
3.22 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade	96
3.23 Korsryggsmerter siste 28 dager	100
3.24 Nakkesmerter siste 28 dager	104
3.25 Høy sosial støtte	108
3.26 Ensomhet (UCLA-3)	112
3.27 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	116
3.28 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	120
3.29 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	124
3.30 Daglig inntak av frukt eller bær	128
3.31 Daglig inntak av grønnsaker	132
3.32 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	136
3.33 Daglig røyking	140
3.34 Daglig bruk av snus	144
3.35 Alkoholenheter per gang	148
3.36 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	152
3.37 Episodisk høyt alkoholforbruk	156
3.38 Tilfredshet med livet (0-10)	160
3.39 Fremtidsoptimisme (0-10)	164
3.40 Opplevelse av mening i livet (0-10)	168
3.41 Negative følelser siste 7 dager (0-10)	172
3.42 Positive følelser siste 7 dager (0-10)	176
3.43 Ensomhet (0-10)	180
3.44 Sosiale relasjoner (0-10)	184
3.45 Tillit til andre (0-10)	188

3.46	Stedstilhørighet (0-10)	192
3.47	Trygg i nærmiljøet (0-10)	196
3.48	Engasjement (0-10)	200
3.49	Økonomiske vansker	204
4	Diskusjon	207
4.1	Forskjeller på tvers av geografiske områder	207
4.2	Kjønnsforskjeller	208
4.3	Aldersforskjeller	210
4.4	Betydningen av utdanningsnivå	211
4.5	Betydningen av husholdningsøkonomien	213
4.6	Endringer over tid	214
4.7	Sammenlignet med andre fylker	216
5	Konklusjon	219
5.1	Begrensninger ved datagrunnlaget	220
5.1.1	Representativitet og skjevheter	220
5.1.2	Måleinstrument	221
	Referanser	223
	Vedlegg 1: Spørreskjema	226
	Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene	227
	Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål	240
	Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling	242

Hovedbudskap

I Vestfold vurderer rundt sju av ti helsen sin som god eller svært god. Fylket framstår samlet sett med gode levekår og høy livskvalitet, og mange opplever god tilgang til natur, tjenester, kultur- og idrettstilbud og arenaer for sosial deltakelse.

Forskjellene mellom kommunene er som regel små for helse og livskvalitet. Den tydeligste kommuneforskjellen gjelder nærmiljø og tilgjengelighet, der Holmestrand skiller seg ut med lavere opplevd tilgang til blant annet kultur, servicetilbud og kollektivtransport.

De største forskjellene følger sosiale skillelinjer. Utdanning og særlig opplevd husholdningsøkonomi henger tett sammen med egen helse, psykiske plager, ensomhet, sosial støtte, tillit og flere levevaner.

Unge voksne framstår som en sårbar gruppe: De rapporterer oftere psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer og økonomisk press. Omtrent fire av ti i de yngste aldersgruppene opplever at det er vanskelig å få pengene til å strekke til.

Mellom 2021 og 2025 rapporterer flere økonomiske vansker, og flere tegn peker i en mindre gunstig retning for psykisk helse, tillit og opplevd trygghet. Samtidig går røyking og flere mål på alkoholbruk ned, mens kostholdet har en ugunstig utvikling med mindre fisk og grønnsaker og mer sukkerholdig drikke. Vestfold ligger også noe lavere på fysisk aktivitet enn flere andre fylker, til tross for gode muligheter i nærmiljøet. Dette tilsier at folkehelsearbeidet bør kombinere brede tiltak (for eksempel for fysisk aktivitet, tobakk og kosthold) med målrettet støtte til unge voksne og grupper med økonomisk sårbarhet, lav sosial støtte eller redusert funksjon i hverdagen.

Sammendrag

Innledning

Folkehelseundersøkelsene i fylkene gir oppdatert kunnskap om hvordan voksne innbyggere har det, blant annet når det gjelder helse, livskvalitet, levevaner og opplevelser av nærmiljøet. Kunnskapen kan brukes i kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid, som et supplement til registerdata og nasjonale undersøkelser. I Vestfold ble undersøkelsen gjennomført i 2025 i samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Vestfold fylkeskommune, med en standardisert grunnmodul og noen regionale tilleggsspørsmål. Rapporten beskriver situasjonen i 2025 og ser samtidig på utvikling siden forrige gjennomføring i 2021.

Metode

Målgruppen var alle bosatte i Vestfold fra 18 år og oppover. Et tilfeldig utvalg ble trukket fra Folkeregisteret, og 72 831 personer ble invitert. Datainnsamlingen var digital (15. september–13. oktober 2025) med invitasjon via e-post og SMS og fire påminnelser. Totalt samtykket 31 994 personer (svarprosent 43,9 %), med relativt små variasjoner mellom kommunene. Resultatene presenteres for alle seks kommuner (Færder, Holmestrand, Horten, Larvik, Sandefjord og Tønsberg), og analyser er vektet for å ta hensyn til utvalgsdesign og frafall. Ved sammenligning mellom kommuner er det i hovedsak justert for kjønn og alder, og ved sammenligning over tid (2021–2025) er det brukt en felles tilnærming for å gjøre estimatene mest mulig sammenlignbare.

Resultat

I 2025 vurderte om lag 69 % helsen sin som god eller svært god, og 14 % oppga at langvarige helseproblemer påvirket hverdagen i stor grad. Livskvaliteten var gjennomgående høy, med en gjennomsnittlig livstilfredshet på 7,4 (0–10) og framtidsoptimisme på 7,8 (0–10). Samtidig var det tegn til belastning for noen, blant annet med et gjennomsnitt på 1,6 på en skala for psykiske plager (1–4) og 13 % med søvnproblemer som er forenlige med insomni. For nærmiljø rapporterte et stort flertall god tilgang til natur- og friluftsområder (93 %) og mange rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet (73 %), mens om lag halvparten oppga god eller svært god tilgang til offentlig transport (54 %). Geografiske forskjeller mellom kommunene var som regel små på helse- og livskvalitetsmål, men tydeligere for opplevd tilgjengelighet til tilbud, der Holmestrand gjennomgående lå lavere enn de øvrige kommunene på flere mål.

Sammenlignet med 2021 økte andelen som rapporterte økonomiske vansker tydelig (fra 18 % til 26 %), og det var samtidig små, men statistisk sikre endringer i ugunstig retning for flere indikatorer knyttet til psykisk belastning (psykiske plager, negative følelser og ensomhet), samt nedgang i sosial støtte, tillit og opplevd trygghet. For levevaner var utviklingen blandet: daglig røyking og flere alkoholindikatorer gikk ned, mens kostholdsindikatorer viste en ugunstig utvikling, med lavere daglig inntak av fisk og grønnsaker og noe høyere forbruk av sukkerholdig drikke.

Diskusjon

Helhetsbildet peker mot at Vestfold i 2025 har flere ressurser i befolkning og nærmiljø, blant annet høy livskvalitet og god tilgang på tilbud og naturområder. Det er i liten grad forskjeller mellom kommuner i fylket. I stedet ser vi forskjellene i sosiale skillelinjer: alder, utdanning og

særlig opplevd husholdningsøkonomi henger systematisk sammen med livskvalitet, psykisk helse, sosial støtte/tillit og helseplager. De yngste voksne framstår som en særlig sårbar gruppe, og økningen i økonomiske vansker fra 2021 til 2025 er et viktig bakteppe for flere av endringene i helse og trivsel. Resultatene bør samtidig tolkes i lys av at dette er selvrapporterte data med moderat svarprosent, der seleksjon og frafall kan gi et noe for positivt bilde – særlig for enkelte undergrupper.

Konklusjon

Vestfold framstår i 2025 som et fylke med gjennomgående gode levekår og relativt høy livskvalitet, og med sterke fortrinn knyttet til nærmiljø, tilgang til tilbud og sosial deltakelse. De mest praktisk relevante geografiske forskjellene handler primært om opplevd tilgjengelighet i nærmiljøet, der Holmestrand skiller seg ut med lavere tilgang på flere områder. De tydeligste folkehelseutfordringene ligger likevel i sosiale forskjeller og i utviklingen fra 2021 til 2025, med økt opplevd økonomisk press (flere opplever at det er vanskelig å få pengene til å strekke til) og ugunstige endringer i flere indikatorer for psykisk belastning og sosial kapital. Dette understreker behovet for å kombinere brede folkehelseiltak med tydelig målretting mot unge voksne og grupper med økonomisk sårbarhet.

Key messages (English)

In Vestfold, about seven in ten adults rate their health as good or very good. Overall living conditions and quality of life are high, and many report good access to nature, services, culture, sports and opportunities for social participation.

Differences between municipalities are usually small for health and quality of life. The clearest local gap concerns neighbourhood access, where Holmestrand stands out with poorer perceived access to culture, services and public transport.

The largest differences are social. Education level and, in particular, how people experience their household finances are closely linked to self-rated health, mental well-being, loneliness, social support, trust and several health behaviours.

Young adults appear particularly vulnerable, with more mental distress, loneliness, sleep problems and financial strain. Around four in ten in the youngest age groups say it is difficult to make ends meet.

From 2021 to 2025, more people report financial difficulties, and several indicators move in an unfavourable direction for mental well-being, trust and sense of safety. At the same time, smoking and several measures of alcohol use decline, while diet shifts in an unfavourable direction, with less fish and vegetables and more sugar-sweetened drinks. Physical activity in Vestfold is also somewhat lower than in several other counties, despite strong neighbourhood resources. This suggests that public health work should combine broad measures (for example to support physical activity, tobacco prevention and healthier diets) with targeted support for young adults and financially vulnerable groups, and for people with low social support or reduced daily functioning.

Executive summary

Introduction

The county public health surveys provide updated knowledge about how adults are doing, including self-rated health, quality of life, health-related behaviours, and how people experience their local environment. This information supports public health planning in municipalities and counties and complements register data and national surveys. In Vestfold, the survey was carried out in 2025 in collaboration between the Norwegian Institute of Public Health and Vestfold County Council, using a standard core questionnaire with some region-specific add-on questions. The report describes the situation in 2025 and compares the indicators with the previous survey in 2021.

Methods

The target group was all residents in Vestfold aged 18 years and older. A random sample was drawn from the National Population Register, and 72,831 people were invited. Data were collected digitally from 15 September to 13 October 2025, with invitations by email and SMS and four reminders. In total, 31,994 consented to participate (response rate 43.9%), with relatively small differences between municipalities. Results are presented for all six municipalities (Færder, Holmestrand, Horten, Larvik, Sandefjord and Tønsberg). Analyses were weighted to account for sampling design and non-response; municipality comparisons were largely adjusted for sex, age and education; and time comparisons (2021–2025) used a consistent approach to improve comparability.

Results

In 2025, about 69% rated their health as good or very good, and 14% reported that long-term health problems affected daily life to a great extent. Overall quality of life was high, with mean life satisfaction of 7.4 (0–10) and future optimism of 7.8 (0–10). At the same time, some indicators reflected strain: the mean level of psychological distress was 1.6 on a 1–4 scale, and 13% met criteria consistent with insomnia. Most respondents reported good access to nature and outdoor areas (93%), and 73% reported a high level of well-being in their local area, while about half reported good or very good access to public transport (54%). Differences between municipalities were generally small for health and quality-of-life measures, but more pronounced for perceived access to local amenities, where Holmestrand consistently reported lower access on several indicators.

Compared with 2021, the share reporting financial strain increased markedly (from 18% to 26%). Several indicators changed in an unfavourable direction, including psychological distress, negative feelings and loneliness, alongside declines in social support, trust and perceived safety. Health behaviours showed a mixed pattern: daily smoking and several alcohol indicators declined, while dietary indicators moved in a less favourable direction (lower fish and vegetable intake and a slight increase in frequent sugar-sweetened beverage consumption).

Discussion

Overall, Vestfold in 2025 appears to have substantial resources, including high quality of life and generally favourable perceptions of local environments. The most important differences in

the material are not primarily large health gaps between municipalities, but social gradients: age, education and especially perceived household finances are systematically associated with quality of life, mental health, social support/trust and health complaints. Young adults stand out as a particularly vulnerable group, and the increase in financial strain from 2021 to 2025 provides important context for several trends in health and well-being. Results should be interpreted with consideration of self-reported measures and a moderate response rate, where non-response may introduce some bias, particularly in certain subgroups.

Conclusion

In 2025, Vestfold is characterised by generally good living conditions and relatively high quality of life, with clear strengths related to the local environment, access to services and social participation. The most practically relevant geographical differences mainly concern perceived local accessibility, with Holmestrand reporting systematically lower access on several measures. The most prominent public health challenges relate to social inequalities and developments since 2021, including increased financial strain and unfavourable changes in several indicators of mental strain and social capital. This underscores the need to combine universal public health measures with targeted efforts for young adults and economically vulnerable groups.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7 (Fylkehelseundersøkelser), jf. folkehelseloven § 25 om statlige opplysninger og fylkeskommunens oversiktsplikt etter § 21. Forskriften bruker begrepet *fylkehelseundersøkelser*. I Folkehelseinstituttet er det imidlertid besluttet å bruke *folkehelseundersøkelser i fylkene* for å tydeliggjøre at dette er en folkehelseundersøkelse. Undersøkelsene skal omfatte den voksne befolkningen. Målet er å innhente kunnskap som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner.

Viktige tema som inngår i undersøkelsen er selvrapportert helse, livskvalitet, helserelatert atferd og vurderinger av lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et dagsaktuelt kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale. Undersøkelsene gjennomføres i et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene, der Folkehelseinstituttet har vært dataansvarlig og stått for datainnsamlingen, mens fylkeskommunene har sørget for lokal og regional forankring. Undersøkelsene er samfinansierte, der fylkeskommunene tar hovedparten av direkte kostnader under selve datainnsamlingen. De gir ikke bare verdifulle data på fylkesnivå, men også nyttige tall for hver enkelt kommune. Samarbeidet er regulert gjennom samarbeidsavtaler.

Hvis undersøkelsene gjennomføres standardisert med samme spørreskjema og innsamlingsmetode, og dersom kvaliteten på dataene sikres gjennom representative utvalg og høy svarprosent, vil resultatene kunne sammenlignes mellom fylker og opp mot nasjonale tall. Over tid vil man også kunne følge utviklingen både innenfor det enkelte fylke og på tvers av fylkene. Muligheten til slike sammenligninger, geografisk og over tid, var et viktig premiss da Helse- og omsorgsdepartementet først beskrev disse undersøkelsene. I 2025 vedtok Stortinget en lovendring som presiserer i folkehelseloven § 25 annet ledd at «Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser». Endringen bygger på gode erfaringer, men skal sikre jevnere gjennomføring – for eksempel hvert fjerde år – i nært samarbeid med fylkeskommunene. Vedtaket innebærer ingen endringer i finansieringsmodellen.

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser¹ og vil trolig etter hvert også bli presenterte gjennom Folkehelsestatistikk² og Folkehelseprofiler³. Data gjøres tilgjengelige for fylkeskommunenes lovpålagte oversiktsarbeid. Regionale og lokale forskningsmiljøer kan etter søknad få tilgang til data for videre analyser, som også er viktig for å sikre best mulig nytte av dataene og for det generelle kvalitetsarbeidet med undersøkelsen. Analyser basert på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [f.eks. 1, 2-27]. Formål,

¹ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

² <https://statistikk.fhi.no/nokkel/IALHYpjwwwCYECV9iAnanUAYXxFBhFZdQW1M7T5EeA>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

utforming og anvendelser av Folkehelseundersøkelsen i fylkene er nærmere beskrevet i en artikkel av Aarø med kollegaer fra 2024 [28].

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁴.

I likhet med andre fylker som gjennomfører Folkehelseundersøkelsen, hadde Vestfold anledning til å inkludere et sett av egne spørsmål utover grunnmodulen. Vestfold og Telemark gjennomførte Folkehelseundersøkelsen parallelt i 2025. Spørreskjemaene som ble brukt var identiske, og ble utvidet med noen temaer som var spesielt relevante for lokale plan- og folkehelsebehov. Noen av tilleggsspørsmålene har tidligere vært del av grunnmodulen og brukt i tidligere Folkehelseundersøkelser i Vestfold, og gir dermed mulighet for å se på endring over tid. På nærmiljøområdet ble det lagt inn et ekstra spørsmål om tilgang til kystlinje/strand eller sjø/innsjø der man bor, med eget svaralternativ for dem som ikke bor i nærheten av sjø/innsjø. Det ble også lagt til et oppfølgingsspørsmål om rollen i organisert aktivitet/frivillig arbeid (om man hovedsakelig deltar, er frivillig bidragsyter, eller begge deler), som gir et mer nyansert bilde av frivillighet enn kun deltakelsesfrekvens. Videre ble flere moduler lagt til for å belyse levekår, helsekompetanse og miljøbelastninger. Tobakksdelen ble utvidet til også å omfatte snus og e-sigarett/vape (nåværende bruk og tidligere bruk), slik at nikotinbruk kan beskrives bredere enn røyking alene. Det ble også inkludert spørsmål kjennskap til tre nasjonale kampanjer ("5 om dagen", "ABC for god psykisk helse" og "Dine 30"), som kan brukes til å vurdere befolkningens forutsetninger for helsefremmende valg og rekkevidden av folkehelse tiltak. I tillegg ble det tatt inn en skademodul om nye skader siste 12 måneder som førte til kontakt med lege eller tannlege, med oppfølging om årsak og aktivitet ved skadetidspunkt. På temaet bolig og nærmiljø ble spørreskjemaet utvidet med spørsmål om sannsynlighet for å bytte bolig de neste 10 årene, begrunnelser for å bli boende og hva som er viktigst i en framtidig bolig (for eksempel tilpasning til alder/helse, bokostnader, sosialt bomiljø og nærhet til tjenester). Til slutt ble det inkludert spørsmål om støyplager hjemme (veitrafikk og andre utendørs støykilder) og et kort batteri med utsagn om opplevd kontroll i livet. Samlet gir disse tilleggsspørsmålene et bedre grunnlag for mer målrettede analyser og tiltak knyttet til blant annet frivillighet, nikotinbruk, helseinformasjon og kampanjerekkevidde, skader, boligbehov og støy som miljøbelastning.

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på fylkeshelseundersøkelsenes hjemmeside⁵. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2025. I noen grad sammenligner vi også disse resultatene med resultatene fra forrige gang folkehelseundersøkelsen ble gjennomført i fylket.

⁴ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

⁵ <https://www.fhi.no/hs/fylkeshelseundersokelser/>

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Vestfold ble planlagt og gjennomført i tett samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Vestfold fylkeskommune, mens Ideas2Evidence hadde ansvaret for selve datainnsamlingen. Spørreskjemaet finnes tilgjengelig via lenken i vedlegg 1. Vedlegg 2 gir en oversikt over spørsmålene i grunnmodulen, mens vedlegg 3 beskriver kort tilleggsspørsmålene fylkeskommune inkluderte.

Undersøkelsens målgruppe er personer i aldersgruppen 18 år og eldre, med fast bostedsadresse i Vestfold. Målgruppen har ingen øvre aldersgrense. Personer i målgruppen ble trukket fra Folkeregisteret. Bruttoutvalget omfattet 72 831 inviterte. Det var et mål at utvalget skulle gjenspeile kommunestørrelsene i befolkningen ved bruk av et enkelt tilfeldig utvalg og med lik andel (35 % av kontaktbare personer) trukket i målgruppen per geografiske sone. Selve uttrekket ble gjort på levekårssonenivå. Grunnet manglende tilgang for fylkeskommunen til nøyaktig antall i målgruppen per levekårssone, ble antall i uttrekket basert på et estimert antall med utgangspunkt i totalbefolkningen i sonen og kjent aldersfordeling på kommunenivå. Trekkssannsynligheten ble i etterkant beregnet innen levekårssone og designvekten definert som $1/\text{prob}$. Datainnsamlingen ble gjennomført digitalt i perioden 15. september til 13. oktober 2025, med invitasjon på både e-post og SMS. Det ble sendt fire påminnelser, to på e-post og to på SMS, til dem som ikke hadde svart eller kun startet utfylling av spørreskjema.

Det ble gjennomført en «soft launch» på e-post 15. september, før hovedutsendingen samme dag. Invitasjonene ble sendt ut puljevis ved at alle respondenter ble tildelt et «bolk»-nummer (0–13) for å forenkle administrasjonen av utsendelser; invitasjoner ble sendt i løpet av én dag, og påminnelser ble sendt i de påfølgende ukene. Respondenter som aktivt meldte seg av eller avslo deltakelse via skjemaet, ble ikke kontaktet på nytt. I e-postene fikk respondentene enten en personlig lenke til skjemaet eller mulighet til å gå inn på en fhi.no-adresse og logge inn med en unik kode. Undersøkelsen var tilrettelagt for mobil og PC, tilgjengelig på bokmål, nynorsk og engelsk, og det ble opplyst at den ville ta om lag 15–20 minutter.

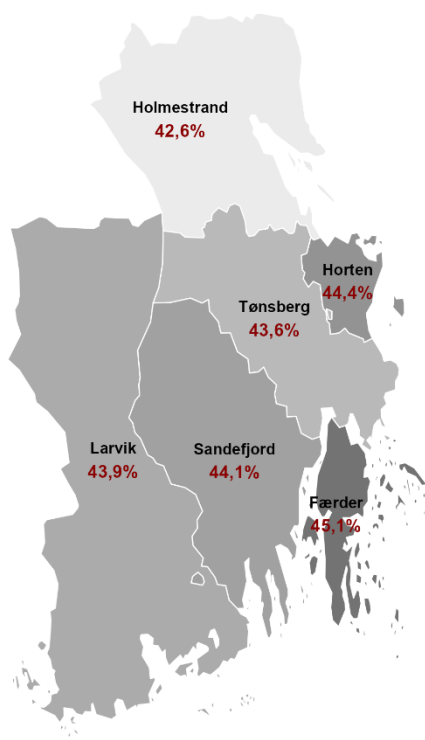
Plan for utsendelser (kontaktpunkter) i feltperioden var:

- Soft launch – e-post: 15. september 2025
- Invitasjon – e-post: 15. september 2025
- Invitasjon – SMS: 15. september 2025
- Påminnelse 1 – SMS: 19. september 2025
- Påminnelse 2 – e-post: 23. september 2025
- Påminnelse 3 – SMS: 26. september 2025
- Påminnelse 4 – e-post: 3. oktober 2025
- Avslutning feltarbeid: 13. oktober 2025

Svarvilligheten var relativt jevn mellom kommunene (omtrent 42,6–45,1 prosent). Gjennomsnittlig registrert besvarelsestid var 20 minutter, og median besvarelsestid var 17,7 minutter.

Vestfold består av seks kommuner som varierer i både folketall og bosettingsmønster. For å gi et mer finmasket kunnskapsgrunnlag enn fylkesnivå alene, presenteres resultatene i denne rapporten derfor på kommunenivå for alle de seks kommunene: Færder, Holmestrand, Horten, Larvik, Sandefjord og Tønsberg. Dette gjelder både i figurer og i den løpende resultatteksten. Vestfold fylkeskommune har på sine nettsider publisert utvalgte resultater for levekårssoner i kommunene.

Svarprosent per kommune i Vestfold



Kartet over viser hvordan svarprosenten fordeler seg på tvers av kommuner i Vestfold. Svarprosenten varierer relativt lite mellom kommunene: Den høyeste svarprosenten finner vi i Færder (45,1 %), mens den laveste er i Holmestrand (42,6 %). Samlet svarprosent for fylket er 43,9 %.

Tabell 2.1. Svarprosenten per kommune i Vestfold

Kommunenummer/kommune	Svarprosent
3901 – Horten	44,4
3903 – Holmestrand	42,6
3905 – Tønsberg	43,6
3907 – Sandefjord	44,1
3909 – Larvik	43,9
3911 – Færder	45,1

Merk. Svarprosenten er beregnet ut fra antall som har samtykket til deltakelse. En liten andel har kun samtykket og ikke svart på spørsmål i spørreskjema, og rundt 3-4 % har svart på et svært begrenset antall spørsmål i skjemaet.

Av de 72 831 inviterte var 36 520 kvinner og 36 311 menn. Blant kvinnene samtykket 17 517, som tilsvarer en svarprosent på 48,0 %, mens 14 477 menn samtykket (39,9 %). Som vist i tabellen over svarprosent etter kjønn og alder øker svarprosenten med alder fram til 60–69 år blant kvinner (56,3 %) og til 70–79 år blant menn (57,3 %), før den faller i de eldste aldersgruppene (kvinner 80+: 38,0 %; menn 80+: 47,1 %).

Tabell 2.2. Svarprosent fordelt på kjønn og alder i Vestfold

Alder	Kvinner			Menn		
	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent
18-29	5506	2125	38,6	6417	1628	25,4
30-39	6129	2646	43,2	6058	1789	29,5
40-49	6034	2830	46,9	5916	2205	37,3
50-59	6546	3480	53,2	6503	2802	43,1
60-69	5894	3321	56,3	5512	2837	51,5
70-79	4527	2399	53,0	4280	2451	57,3
80+	1884	716	38,0	1625	765	47,1

En mulig feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar (hvis de hadde deltatt). For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn dem som ikke svarer [27, 29]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten.

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som svarer etter én eller to purringer på de utfallsmålene som er med i disse undersøkelsene ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon [2]. Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår. En registerkobling basert på samme undersøkelse fant ingen forskjell i deltakelse mellom sykmeldte og ikke-sykmeldte, men at deltakelsen var noe lavere blant personer som mottok langvarige helserelaterte ytelser [27]. Dette kan tyde på at helserelatert ikke-deltakelse knyttet til slike ytelser har liten innvirkning på resultater fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene for befolkningen som helhet, men kan medføre skjevheter i estimer for visse undergrupper, avhengig av forskningsspørsmålet.

Det bør også merkes at deltakelsesraten i folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2025 er noe ulik det som ble oppnådd ved forrige folkehelseundersøkelse i 2021, der Vestfold og Telemark var slått sammen i ett fylke. Vi vet ikke i hvilken grad seleksjonen inn i de to undersøkelsene har vært forskjellig. Denne usikkerheten må tas høyde for i fortolkning av endringer over tid.

2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Vestfold fylkeskommune

Vestfold fylkeskommune gjennomførte et omfattende kommunikasjonsarbeid for å gjøre undersøkelsen kjent og bidra til økt svarprosent. Dette inkluderte intern informasjon til administrasjonen, fylkeskommunale råd og politikere, i tillegg til omfattende promotering rettet mot befolkningen i Vestfold. Arbeidsgruppen i fylkeskommunen opprettet et midlertidig nettverk med folkehelserådgivere/folkehelsekoordinatorer og kommunikasjonsrådgivere i alle de seks Vestfold-kommunene. Kommunikasjonstiltak ble dermed gjennomført både på et

regionalt og et lokalt nivå. For å støtte kommunene i promoteringsarbeidet utarbeidet fylkeskommunen en markedsføringspakke. Markedsføringspakken besto av ulike ressurser og støttmateriell som kommunene fritt kunne ta i bruk. Sentrale elementer i markedsføringspakken var følgende:

- En kommunikasjonsstrategi som blant annet tydeliggjorde målgrupper, hensikt og budskap.
- Aktivitetskalender for iverksetting av ulike tiltak.
- Fotopakke med bilder tatt spesifikt for undersøkelsen av fotograf Linda Varpe.
- Kort promoteringsfilm med musikalsk komiker Henrik Støren.
- Digitale plakater rettet mot ulike målgrupper og i formater for ulike digitale flater, bl.a. infoskjermer på busser, tannklinikker, videregående skoler, legekantor, Nav og bymøbler.
- Filer til trykk av analoge A3 plakater, rollups og analoge bymøbler (kun i Tønsberg).
- Én ferdig trykket og montert rollup som inkluderte kommunevåpen ble levert til alle kommunene.
- Tekstforslag til korte innlegg på sosiale medier.
- Tekster til nyhetssak og pressemelding.

I et evalueringsmøte med kommunene, i etterkant av datainnsamlingen, var helhetsinntrykket at kommunene i stor grad hadde benyttet og var fornøyde med tilgjengelig materiale. Det var gjort en betydelig jobb med promotering lokalt.

Fylkeskommunen hadde både betalte og ikke-betalte innlegg på sosiale medier, og bestilte digitale bannerannonser som gikk i seks Vestfold-aviser gjennom to helger i datainnsamlingsperioden.

I samarbeid med Folkehelseinstituttet og Ideas2Evidence ble tiltak og elementer i invitasjon og spørreskjema også viet høy oppmerksomhet, med mål om å bidra til høy svarprosent og et positivt inntrykk av undersøkelsen. Her kan for eksempel nevnes lengde på spørreskjema, utlodning av 10 stk. AirPods Pro2 ørepropper blant deltakere, antall og type påminnelser, emne og tekst i e-poster og i SMS hvor kommunenavn var flettet inn, samt oversiktlig og brukervennlig navigering gjennom det digitale spørreskjemaet.

Det kan også ha hatt betydning at en så stor andel av den voksne befolkningen i Vestfold ble invitert til å delta (om lag 35 prosent av alle 18 år og eldre). En høy invitasjonsandel kan øke undersøkelsens synlighet i befolkningen og dermed senke terskelen for deltakelse, blant annet ved at flere opplever undersøkelsen som relevant og at den oftere blir et samtaletema.

2.3 Spørreskjemaet

Folkehelseundersøkelsene i fylkene bruker et spørreskjema som består av en grunnmodul og en tilleggsmodul. Grunnmodulen er felles for alle fylker og inneholder spørsmål som er like på tvers av undersøkelsene. Tilleggsmodulen gir det enkelte fylke mulighet til å inkludere spørsmål som er særlig relevante for egen befolkning, og som bygger på fylkets behov og prioriteringer. Spørsmålene kan for eksempel knyttes til områder fylket ønsker å følge tettere, satse på eller få mer kunnskap om, eller til temaer som er inkludert gjennom samarbeid med lokale forskningsmiljøer, kommuner eller andre relevante aktører.

I denne rapporten presenteres resultater fra spørsmålene i grunnmodulen. Grunnmodulen holdes mest mulig lik mellom fylker og over tid, for å gjøre det mulig å sammenligne resultater mellom fylker og følge utvikling over tid.

Fylkene får tilgang til dataene i denne undersøkelsen og forventes å analysere spørsmålene i tilleggsmodulen selv, og å presentere resultatene i relevante fora og/eller bruke analysene som del av det regionale og lokale folkehelsearbeidet.

Spørreskjemaet som ble brukt i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold er tilgjengelig på FHIs nettsider (se lenke i vedlegg 1). En beskrivelse av spørreskjemaet i grunnmodulen og hvordan spørsmålene vanligvis analyseres, finnes i vedlegg 2. I vedlegg 3 er det inkludert en kort beskrivelse av tilleggsspørsmålene for fylket, som ikke analyseres eller presenteres i denne rapporten.

2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid

Hoveddelen av resultatpresentasjonen i rapporten gis i diagrammer. I diagrammene er de kategoriske utfallsvariablene omkodet til dikotome variabler. De er med andre ord delt inn i to grupper, for eksempel høy grad av sosial støtte sammenlignet med ikke høy grad av sosial støtte (alle øvrige nivåer).

Sammenhengene med sosiodemografi/prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning, vurdering av husholdningens økonomi) beskrives ved bruk av prosenter og 95-prosents konfidensintervall. Konfidensintervallene (KI) er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall. - intervallene (KI) er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall.

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler på dette er alder og sumskår for psykiske plager (gjennomsnittet av skårer på enkeltledd). Også de variablene som besvares på en skala fra 0-10 betraktes her som metriske. For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet som presenteres i rapporten viser den gjennomsnittlige alderen til deltakerne i undersøkelsen. Deretter presenteres andelen kvinner (Figur 2) og utdanningsnivå fordelt på fem kategorier (Figur 3). Disse tre første figurene er deskriptive, og formålet med dem er å gi en innledende oversikt over grunnleggende demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn i utvalget, før vi ser nærmere på sammenhenger med utfallsvariablene. Figur 4 er også deskriptiv og viser andelen innbyggere med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år) på tvers av fylket, med tall separat for kvinner og menn. Figuren gir dermed innsikt i både kjønnsforskjeller og geografiske variasjoner i utdanningsnivå. Til sammen gir disse fire figurene en nyttig bakgrunn for å forstå variasjonen på tvers av fylke, noe som er viktig når vi senere skal tolke resultater som er relatert til helse, livskvalitet og andre utfallsvariabler.

2.4.1 Presentasjon av resultater

For hver utfallsvariabel kjører vi et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat

for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall). Så vises utfallsvariabelen brutt ned på geografi i fylket, justert for kjønn, alder og utdanning.

Siden den demografiske sammensetningen (etter kjønn, alder og utdanning) kan variere noe mellom kommunene, er det valgt å justere for demografi der resultater blir presentert på tvers av kommuner. At det blir justert betyr i denne sammenheng at det er beregnet tall for hver enkelt kommune under den forutsetning at kommunene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. Dersom forskjellene mellom kommuner blir mindre tydelige etter justering, betyr det at noe av forskjellen skyldtes ulikheter i den demografiske sammensetningen blant deltakere i undersøkelsen. Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av dem som er skoleelever eller studenter eller er under 26 år gamle. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanningen eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. Ved å benytte en ekstrakategori, beholder vi et størst mulig antall observasjoner i analysene der utdanning inngår som kontrollvariabel.

Figurene (A til D) i denne rapporten viser sammenhengen mellom utfallsvariabelen og utvalgte bakgrunnsvariabler, fordelt på kjønn og med justeringer som beskrevet under:

- A. Utfallsvariabelen presenteres etter kommuner i fylket. Analysene er justert for kjønn, alder og utdanning.
- B. Utfallsvariabelen presenteres etter utdanningsnivå og kjønn. Analysene er justert for alder og omfatter kun personer som er 26 år eller eldre og ikke er under utdanning.
- C. Utfallsvariabelen presenteres etter alder og kjønn, uten justering for andre variabler.
- D. Utfallsvariabelen presenteres etter rapportert husholdningsøkonomi (i hvilken grad pengene strekker til i det daglige) og kjønn. Analysene er justert for alder.

Resultatene blir illustrert med stolpediagrammer som også viser prosenter eller gjennomsnitt for hele fylket og 95 prosenters konfidensintervall. Gjennomsnittet for hele fylket er markert med en rød linje i figurene. Merk at denne røde linjen viser gjennomsnittet for alle deltakere samlet, ikke gjennomsnittet av subgruppene. Ved enkelte sammenligninger vil derfor gjennomsnittet i stor grad påvirkes av større undergrupper. I figurer der resultatene er presentert på kommunenivå, viser den røde linjen et gjennomsnitt av kommunenes andeler.

I de statistiske analysene i denne rapporten brukes det vektorer. Vektingen tar hensyn til trekkedesignet ved at det beregnes en designvekt basert på trekksannsynligheten innen hvert stratum i utvalgsdesignet (designvekt = $1/\text{prob}$). For analyser som gjelder data fra 2025 alene, benyttes i tillegg en frafallsjustering beregnet under en MAR-tilnærming, der frafall antas å følge trekkedesignet (levetårssone). Den kombinerte vekten (design $\times$ frafall) bidrar til at det vektete utvalget i større grad speiler populasjonen utvalget er trukket fra, men kan ikke eliminere usikkerhet dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på andre, ukjente måter. Vektene er også konstruert slik at totalsummen av vektene (det «vektede antallet») er omtrent lik antallet observasjoner i utvalget før vekting. I analyser som sammenligner 2025 med 2021 brukes kun designvekt (Figur E serien), for å sikre mest mulig sammenlignbare estimater over tid.

2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosent. Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker⁶. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling).

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 18.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål som benytter skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene ut fra tallene alene. For noen av utfallene er det mulig å bruke inndeling i lav/middels/høy skår etter standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger [30]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens *d*) [31]. Når en regner ut Cohens *d*, benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene. For variabler som er dikotomisert (delt i to kategorier) har vi på tilsvarende måte beregnet effektstørrelsen Cohens *h*.

Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels og når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykologisk behandling i randomiserte kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en passende begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom geografiske områder innen fylket. I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at effektstørrelser fra og med 0,25 og til med 0,49 er middels, og at effektstørrelser på 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [31].

2.4.3 Kategorisering av 0-10-skalaer

På en del av utfallsmålene er det benyttet skalaer som går fra 0-10, og det er angitt hva ytterpunktene på skalaene betyr. På spørsmålet om «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» betyr tallet 10 «Svært fornøyd» og tallet 0 (null) betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt». Når en regner ut gjennomsnittstall og standardavvik, kan det imidlertid være vanskelig å forstå hva tallene egentlig betyr. For å bøte litt på dette problemet har vi, slik som beskrevet ovenfor, benyttet effektstørrelser der vi opererer med regler for hva som er små, middels og store effekter. I andre sammenhenger gir gjennomsnittstall intuitivt mer mening, for eksempel når en angir gjennomsnittlig høyde eller gjennomsnittlig bruttoinntekt.

2.4.4 Endringer over tid

I denne rapporten beskrives andeler (i prosent) for dikotome utfall og gjennomsnitt for kontinuerlige utfall av hver utfallsvariabel i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold i 2025, og resultatene sammenstilles med tilsvarende estimer fra forrige gjennomføring i 2021. For å gjøre estimatene sammenlignbare er analysene gjennomført separat for hvert av de to årene,

⁶ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

og resultatene presenteres samlet i figur E som et forest plot. I figuren vises punktestimater med 95 % konfidensintervall for 2025 og 2021 side om side, samt en enkel differanse (i prosentpoeng) mellom årene. For dikotome utfallsvariabler er det brukt survey-vektet logistisk regresjon, og for kontinuerlige utfallsvariabler survey-vektet lineær regresjon. Resultatene er deretter omregnet til justerte predikerte nivåer (andeler/means) ved hjelp av marginale estimater, slik at tallene i figuren kan leses direkte som justerte prosentandeler eller justerte gjennomsnitt med 95 % KI.

Figur E er strukturert slik at hvert utfall vises mot kjønn, alder, utdanning og vurdering av økonomisk situasjon, i samme forest plot. Alle delestimater er justert for kjønn og alder, med følgende spesifisering: For kjønnsforskjeller estimeres nivåene for kvinner og menn justert for alder (kontinuerlig). For aldersgrupper estimeres nivåer per alderskategori justert for kjønn. For utdanning estimeres nivåer per utdanningsgruppe justert for kjønn og alder, men analysen avgrenses til en underpopulasjon der personer 25 år eller yngre og studenter ekskluderes (alder > 25 og student ≠ 1), fordi utdanningsnivå ikke er meningsfullt å tolke for personer som fortsatt er under utdanning. For økonomiske vansker estimeres nivåer for en todelt indikator (vanskelig vs. lett å få økonomien til å strekke til) justert for kjønn og alder. Den samlede totalen som vises i figuren er et justert estimat (vist som stiplet referanselinje). I resten av rapporten (der det kun rapporteres nivåer for 2025) benyttes en kombinert frafalls- og designvekt, men i analysene som inngår i forest plottet brukes kun designvekt for både 2025 og 2021 for å sikre best mulig sammenlignbarhet over tid. Siden analysene er gjort separat for hvert år og deretter sammenstilt grafisk, er det ikke inkludert en tidsvariabel i modellene (dvs. ikke "justert for tid").

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer i Folkehelseundersøkelse i fylkene generelt

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldige utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, levekårssoner eller bydeler), trekker vi her prosentvis ekstra store utvalg. Men innen hvert geografisk område trekker vi i de fleste datainnsamlingene rent tilfeldig. I noen datainnsamlinger har vi imidlertid trukket ekstra mange fra bestemte subgrupper, for eksempel yngre personer. At vi trekker ulike prosenter i ulike geografiske områder og subgrupper, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting. I tillegg til dette kan dataene vektet slik at en tar hensyn til hvordan gruppene fordeler seg i befolkningen (populasjonsvekting). I denne rapporten har vi brukt både designvekting og populasjonsvekting i analyser som kun gjelder 2025 (figur A–D), mens analysene i figur E er basert på designvekting alene.

Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne områder innen fylket, kan vi regne ut tallene utfra den forutsetning at alle områdene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper. Dette får vi til ved å bruke ulike varianter av multippel regresjonsanalyse.

2.4.5 *Bruk av kunstig intelligens*

I denne rapporten har kunstig intelligens (KI) vært brukt som støtte i skrivearbeidet, integrert i en standardisert arbeidsflyt for analyser, figurproduksjon og utkast til figurtekster. Data ble analysert ved hjelp av et forhåndsdefinert og versjonsstyrt analyseskript i R (RStudio 4.5.2), der hele prosessen er systematisert fra rådata til ferdige resultater. Skriptet gjennomfører nødvendig databehandling (blant annet omkoding av råvariabler til meningsfulle kategorier, dikotomisering der dette inngår i definisjonen av indikatorene, samt beregning av sumskårer for kontinuerlige mål), og velger analysemetode i tråd med variabeltypen (dikotome utfall analyseres som andeler, kontinuerlige utfall som gjennomsnitt). Når analysene er kjørt og estimater er hentet ut, genererer skriptet også figurene som inngår i rapporten.

KI (utviklet av OpenAI; modell GPT-5.2, brukt via API) ble deretter benyttet til å utarbeide førsteutkast til figurtekstene. For hver utfallsvariabel ble de nye estimatene sendt til KI-tjenesten sammen med (1) en kort beskrivelse av variabelen, (2) eksempler på formuleringer fra tilsvarende resultater i tidligere rapporter, (3) en prompt om hva som skulle vektlegges i tekstene. Dette ga en strukturert instruks til KI om å formulere en tolkning av de nye resultatene, med vekt på forhåndsdefinerte punkter (for eksempel nivå, forskjeller mellom grupper og endring siden forrige måling, der dette var relevant). Den genererte teksten ble deretter returnert til arbeidsflyten og lagt inn som et utkast.

Til slutt samlet R-skriptet figurer og tilhørende tekstutkast i et Word-dokument som dannet grunnlaget for videre redigering. Det er viktig å understreke at alle tekster frembrakt ved hjelp av KI har blitt grundig gjennomgått, kontrollert og justert av rapportens forfattere før ferdigstilling. KI-bruken har i denne sammenhengen først og fremst vært en støtte i formuleringsarbeidet, med mål om økt effektivitet, konsistens og klarhet. Erfaringene fra denne prosessen kan være nyttige i framtidige rapporter fra Folkehelseundersøkelsene.

2.5 Viktige forbehold

Når vi i rapporten karakterisert tallene for undergrupper som høye eller lave, eller som positive eller mindre positive, er det viktig å merke seg at disse vurderingene er relative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær daglig i et bestemt geografisk område kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under nasjonale anbefalinger, er det lavt ut fra et folkehelseperspektiv.

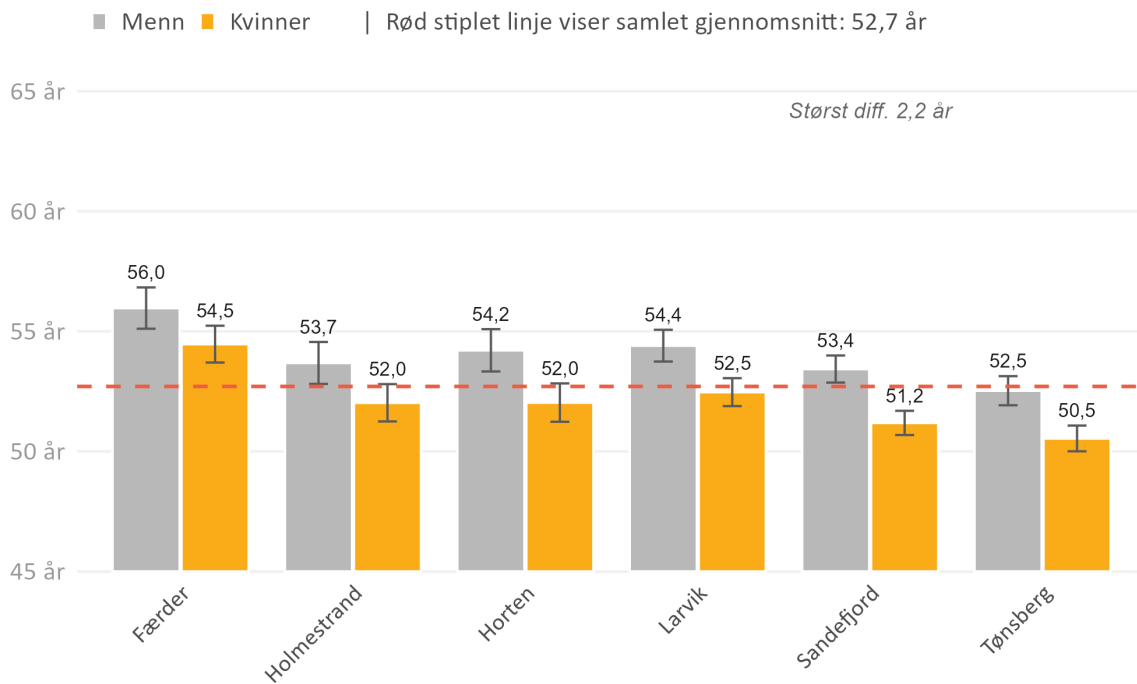
Svarprosenten varierer mellom fylker og datainnsamlinger, og det vil derfor alltid være en viss usikkerhet knyttet til hvor godt en spørreundersøkelse gjenspeiler befolkningen som helhet. Dette kan gi skjevheter dersom enkelte grupper er underrepresentert blant deltakerne. Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater.

Statistikk på gruppenivå kan avdekke tendenser og ulikheter mellom grupper, men det er viktig å huske at slikt tallmateriale ikke sier noe sikkert om enkeltindividene i hver gruppe. Variasjonen innad i en gruppe kan ofte være større enn forskjellen mellom to grupper. Derfor må man unngå å trekke bastante konklusjoner om enkeltpersoner basert på gjennomsnittstall eller andeler. Samtidig gir gruppestatistikk verdifull innsikt som kan bidra til å målrette folkehelseiltak mot de gruppene som har størst behov – enten tiltakene gjennomføres av fylket/kommunen, helsemyndighetene eller av gruppene selv. På den måten kan vi bruke kunnskap om ulikheter i befolkningen til å utforme tiltak som er mer treffsikre, samtidig som vi anerkjenner at hver enkelt person likevel har sin unike situasjon.

3 Resultater

3.1 Alder: Kommuner i Vestfold

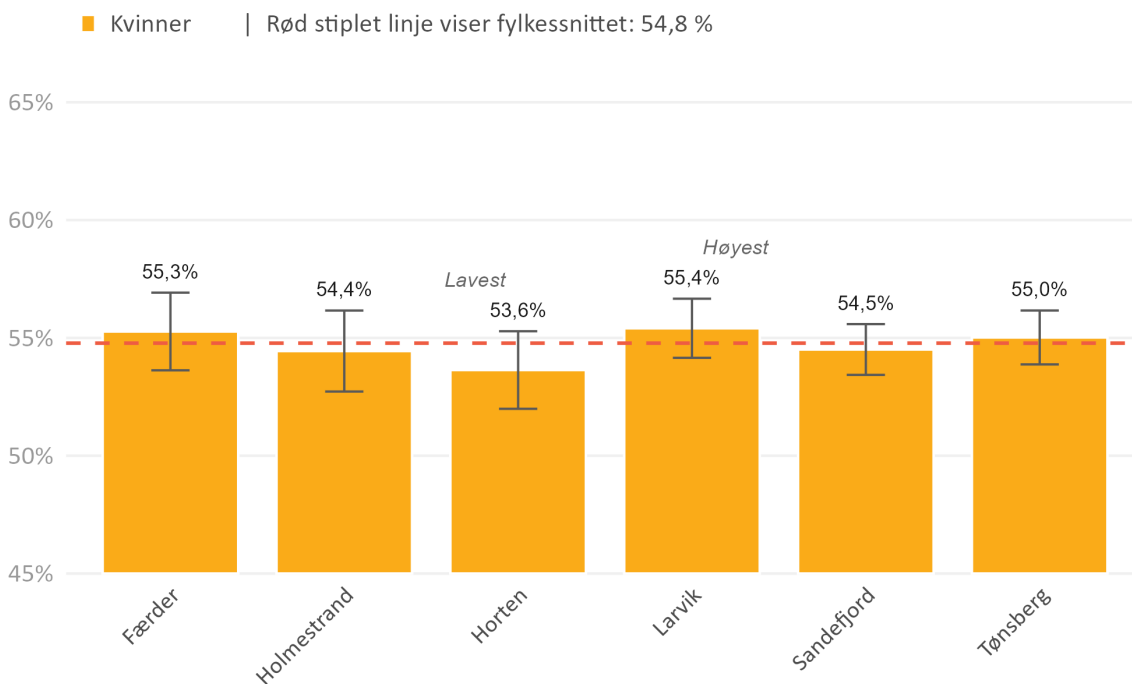
Figur 1: Alder etter kommuner i Vestfold



Figuren viser gjennomsnittlig alder blant deltakerne i undersøkelsen, samlet, og hvordan alderen varierer på tvers av kommunene i fylket. Gjennomsnittsalderen i utvalget er 52,7 år. På tvers av kommunene er det noe variasjon i gjennomsnittsalder, og menn har gjennomgående høyere gjennomsnittsalder enn kvinner.

3.2 Kjønn: Kommuner i Vestfold

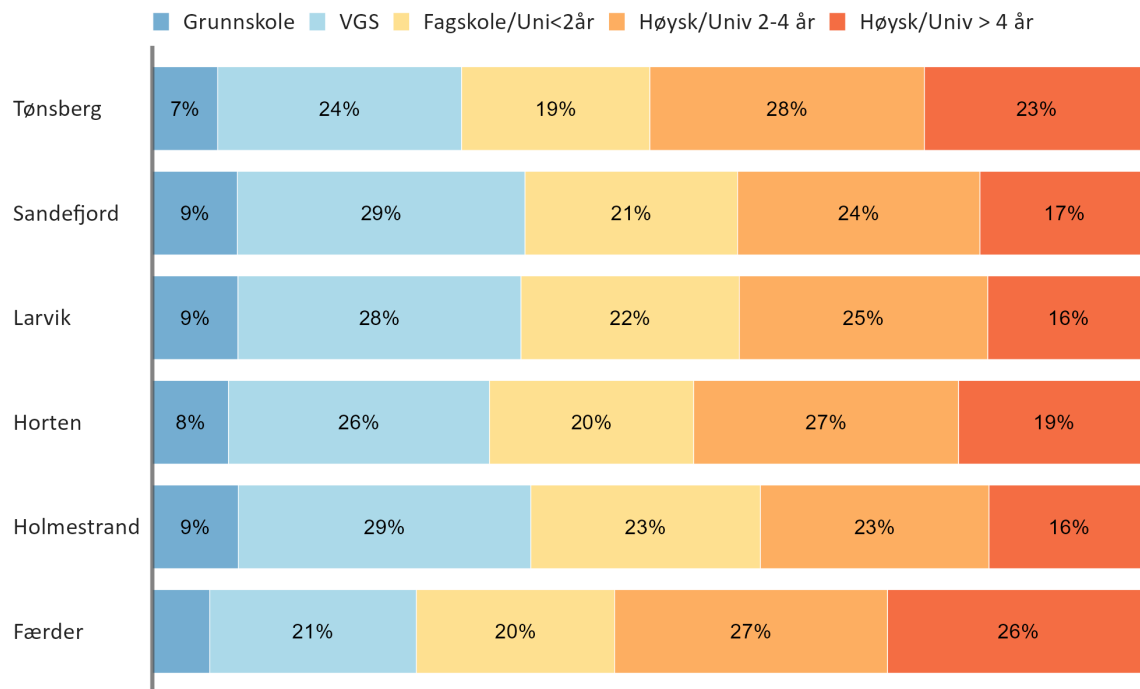
Figur 2: Andel kvinner etter kommuner i Vestfold



Figuren viser andelen kvinner i utvalget i denne undersøkelsen, samlet, og på tvers av kommunene i fylket. Fylkessnittet ligger på 54,8 prosent kvinner. På kommunenivå fremstår andelen kvinner som relativt lik, med små forskjeller mellom kommunene. Larvik har den høyeste kvinneandelen, mens Horten har den laveste. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenligninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Kommuner i Vestfold

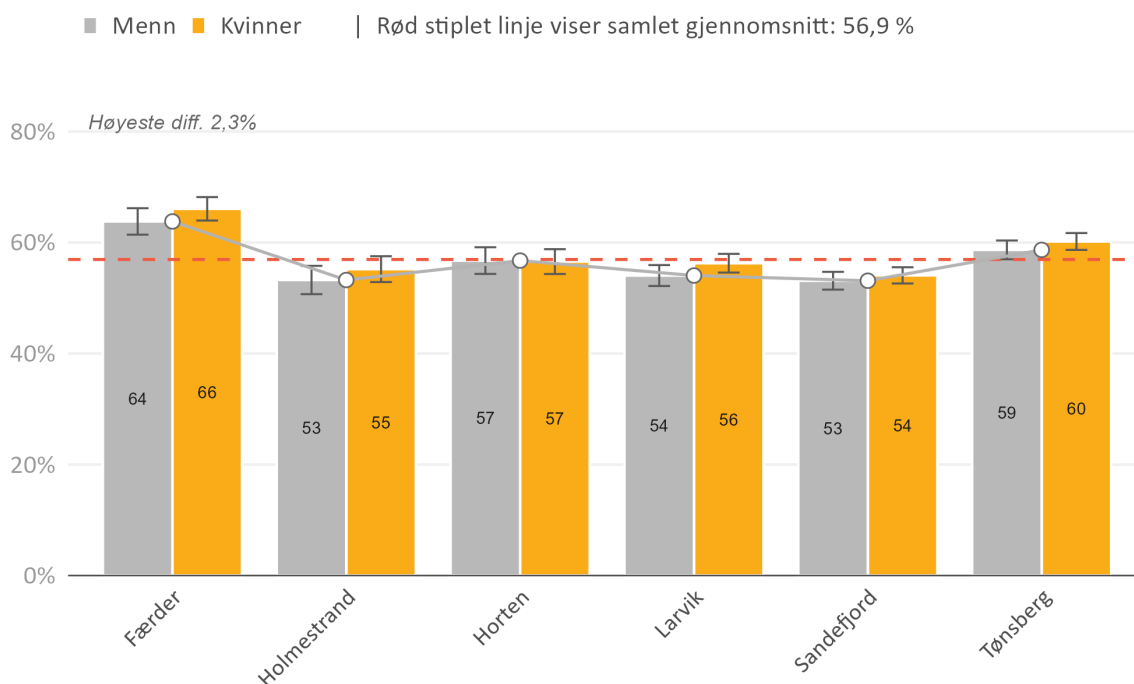
Figur 3: Femdelt utdanningsnivå etter kommuner i Vestfold



Figuren viser hvordan utdanningsnivået (høyeste fullførte utdanning) fordeler seg på tvers av kommunene i fylket. Andelen med grunnskole som høyeste fullførte utdanning er gjennomgående lav, mens videregående og høyere utdanning utgjør de største delene av fordelingen. Færder skiller seg ut med en relativt høy andel med lang høyere utdanning (kun 6 % har grunnskole som høyeste fullførte utdanning i Færder), og Tønsberg ligger også høyere enn flere av de øvrige kommunene på dette nivået. I de andre kommunene framstår utdanningsprofilen som mer lik, med noe større tyngde i videregående og kortere utdanningsløp. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenligninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.4 Todelt utdanningsnivå: Kommuner i Vestfold

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter kommuner i Vestfold



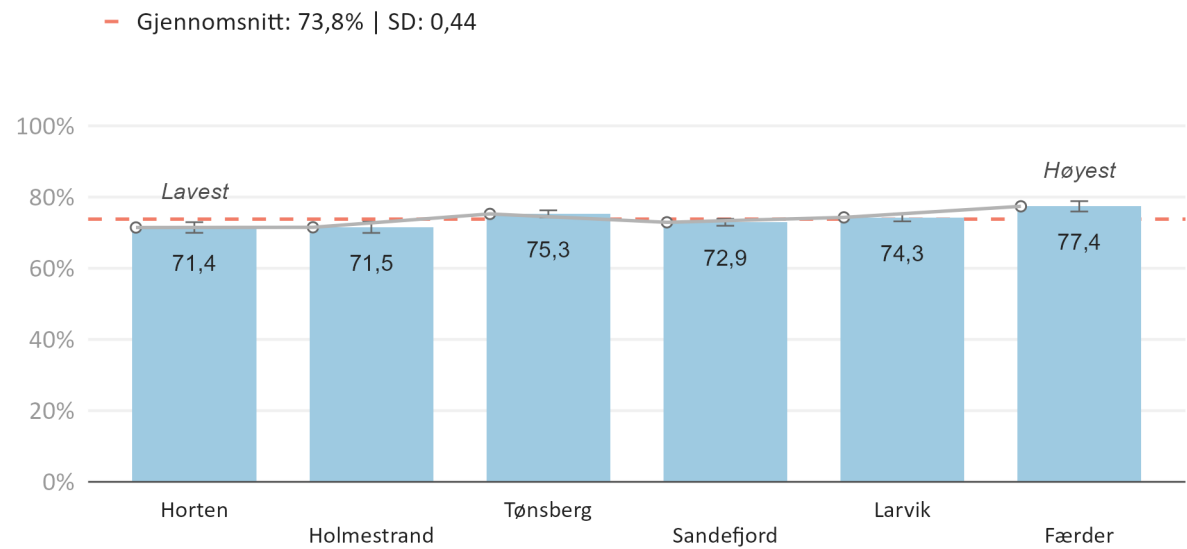
Figuren viser andelen kvinner og menn med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år) blant deltakerne i undersøkelsen, samlet og fordelt på kommune. Fylkessnittet ligger på 56,9 prosent, og kommunene framstår med relativt moderate variasjoner i andelen med høyere utdanning. Færder skiller seg ut med et høyere nivå enn de øvrige kommunene, mens flere av de andre kommunene ligger nær hverandre. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små, men i de fleste kommuner ligger kvinner noe høyere enn menn. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenligninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Svarandel: Totalt 31 751 deltakere av 31 994 (99,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

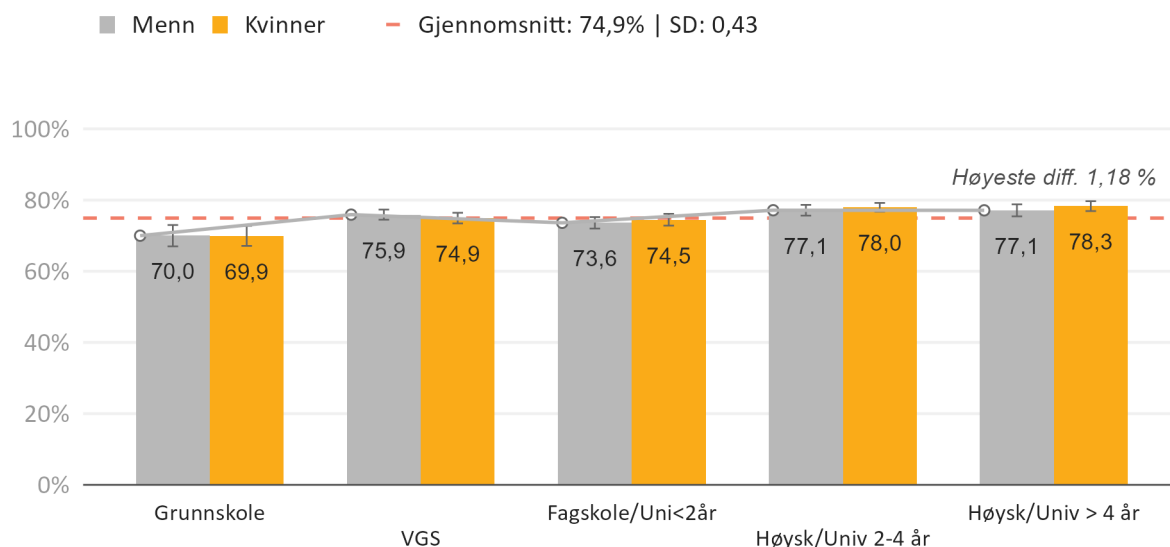
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	31 751	73,0 %	72,5 – 73,5
Kvinner	17 362	73,2 %	72,6 – 73,9
Menn	14 389	72,7 %	72,0 – 73,5

Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kommuner i fylket (A)



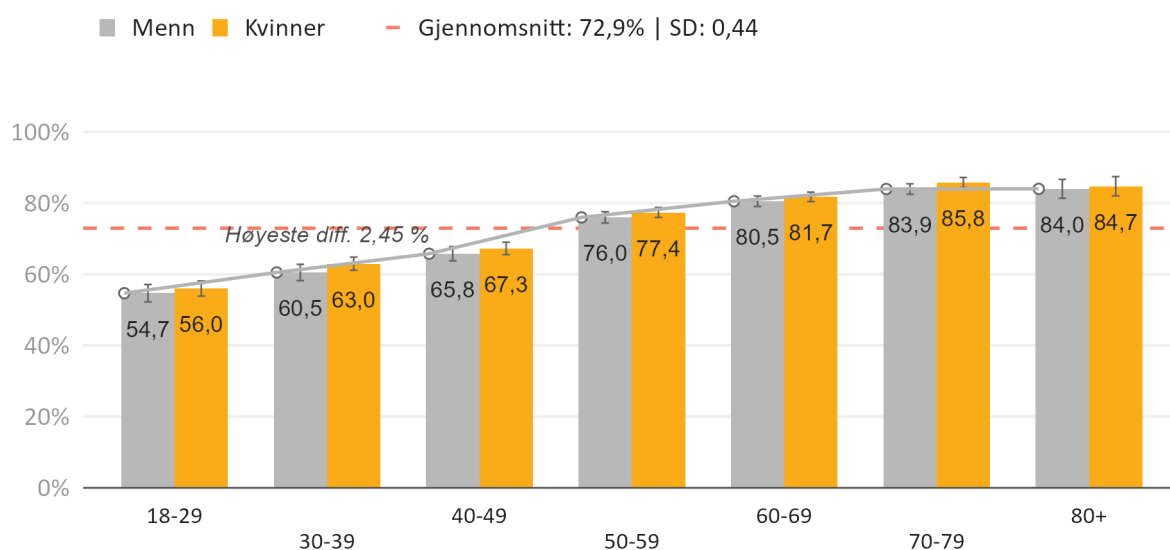
Figur A viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er lavest i Horten og høyest i Færder. Forskjellen mellom ytterpunktene er 5,95 prosentpoeng, og denne framstår som statistisk sikker. Effekstørrelsen er Cohen’s h på 0,14, som tilsier en liten forskjell, noe som betyr at nivåene samlet sett ligger relativt nær hverandre på tvers av kommunene. Totalt sett viser figuren små variasjoner i hvor stor andel som oppgir høy trivsel i nærmiljøet, men Færder skiller seg noe ut med høyeste nivå.

Figur 6: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, mens kvinner med grunnskole ligger lavest. Forskjellen er på 8,36 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning 2–4 år og lavest blant dem med grunnskole. Forskjellen er 7,14 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, som også tilsvarer en liten forskjell. Ser vi på nivåene enkeltvis, ligger andelene for kvinner og menn gjennomgående nær hverandre, og ingen av kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Samlet sett er trivselen høy i alle utdanningsgrupper, med en liten økning fra lavere til høyere utdanning innen begge kjønn.

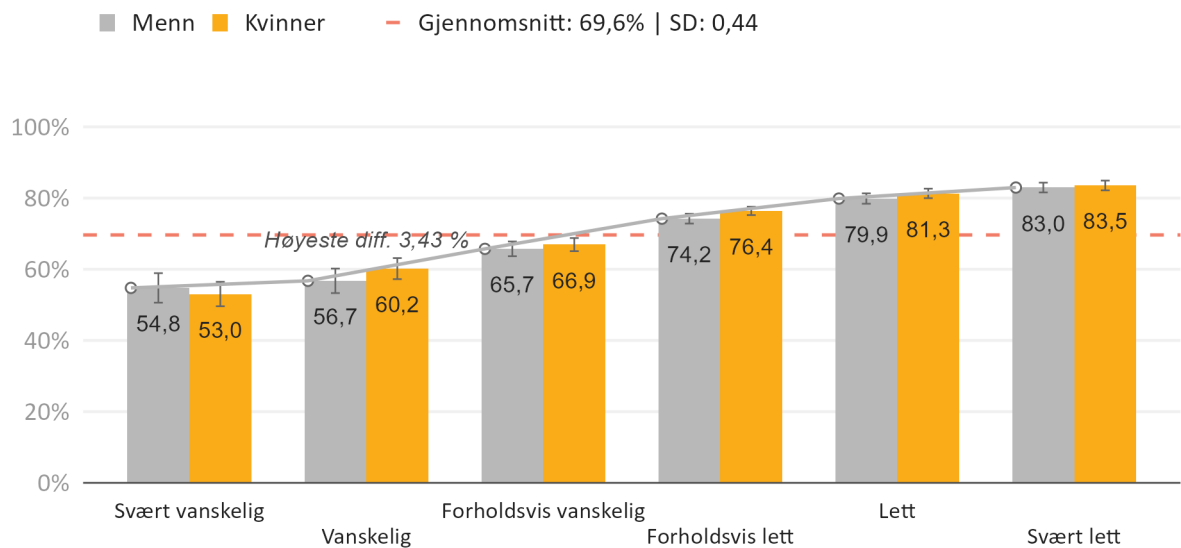
Figur 7: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker tydelig med alder for begge kjønn, fra de yngste aldersgruppene til de eldste.

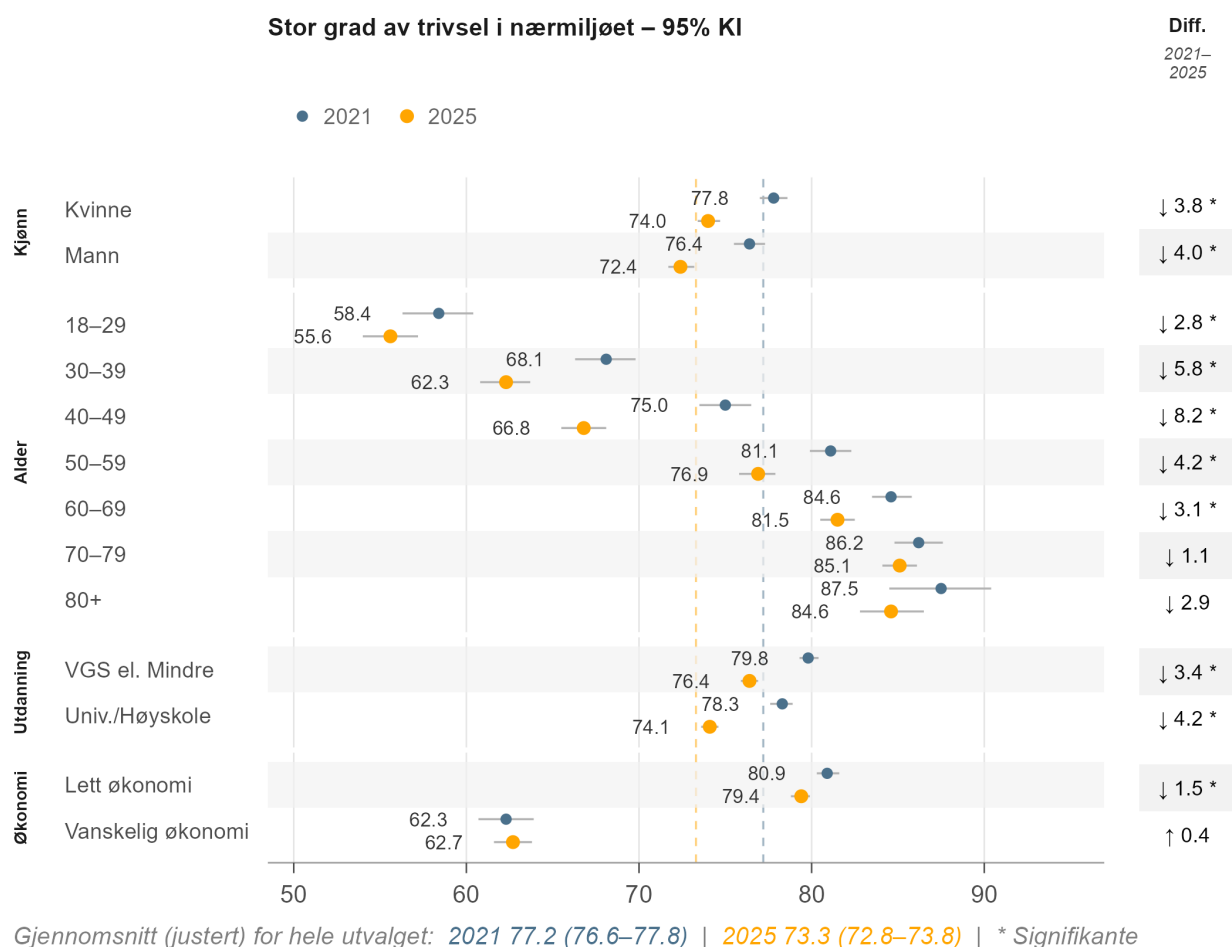
Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 og høyest i alderen 70–79. Forskjellen er på 29,77 prosentpoeng, og framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,68, som tilsier en stor forskjell mellom ytterpunktene. Blant menn er andelen lavest i alderen 18–29 og høyest i alderen 80+. Forskjellen er 29,31 prosentpoeng og er også statistisk sikker. Cohen's h er 0,65, som også tilsier en stor forskjell. Innen hver aldersgruppe er kjønnsforskjellene små, og ingen av forskjellene mellom menn og kvinner framstår som statistisk sikre.

Figur 8: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. Forskjellen er på 30,49 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,67, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Differansen er 28,19 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,62, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ingen av disse framstår som statistisk sikre. Samlet sett henger bedre opplevd husholdningsøkonomi sammen med høyere trivsel i nærmiljøet for begge kjønn.

Figur 9: Stor grad av trivsel i nærmiljøet (E)



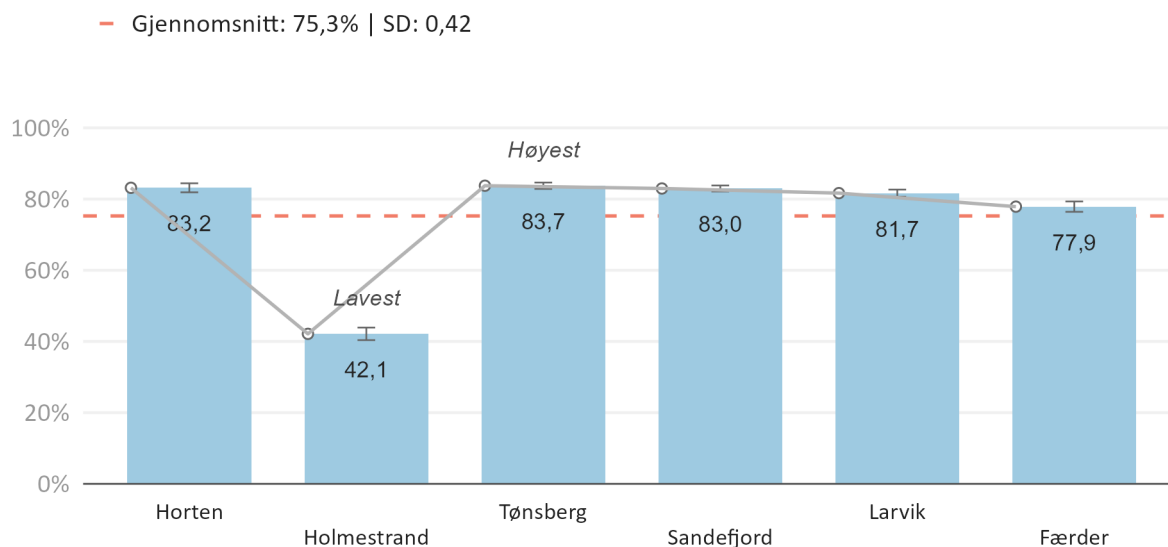
Figur E viser andelen som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (77,2 prosent mot 73,3 prosent), og nedgangen framstår som statistisk sikker. For både kvinner og menn er det en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, og kjønnsforskjellen er liten og omtrent uendret. På tvers av alder ses en gjennomgående nedgang, med statistisk sikker reduksjon i aldersgruppene 18–29 til 60–69 år, mens endringen ikke er statistisk sikker blant dem som er 70–79 år og 80 år eller eldre. Nedgangen er størst i midtre aldersgrupper, særlig 40–49 år (75,0 prosent i 2021 og 66,8 prosent i 2025). For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og forskjellene mellom utdanningsnivåene endrer seg lite. Etter opplevde økonomiske vansker er det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens det ikke er statistisk sikker endring blant dem med vanskelig økonomi. Samlet sett peker mønsteret mot lavere trivsel i 2025 enn i 2021 i de fleste grupper, samtidig som rangeringen mellom gruppene i hovedsak er stabil.

3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 30 877 deltakere av 31 994 (96,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

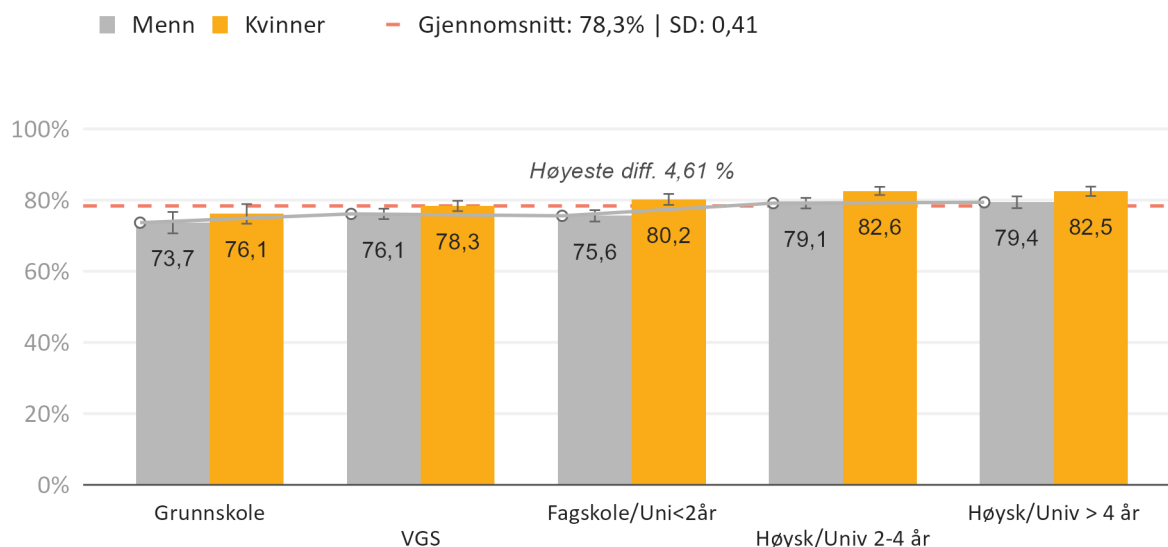
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 877	77,9 %	77,4 – 78,3
Kvinner	16 924	79,4 %	78,8 – 80,0
Menn	13 953	75,9 %	75,2 – 76,7

Figur 10: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



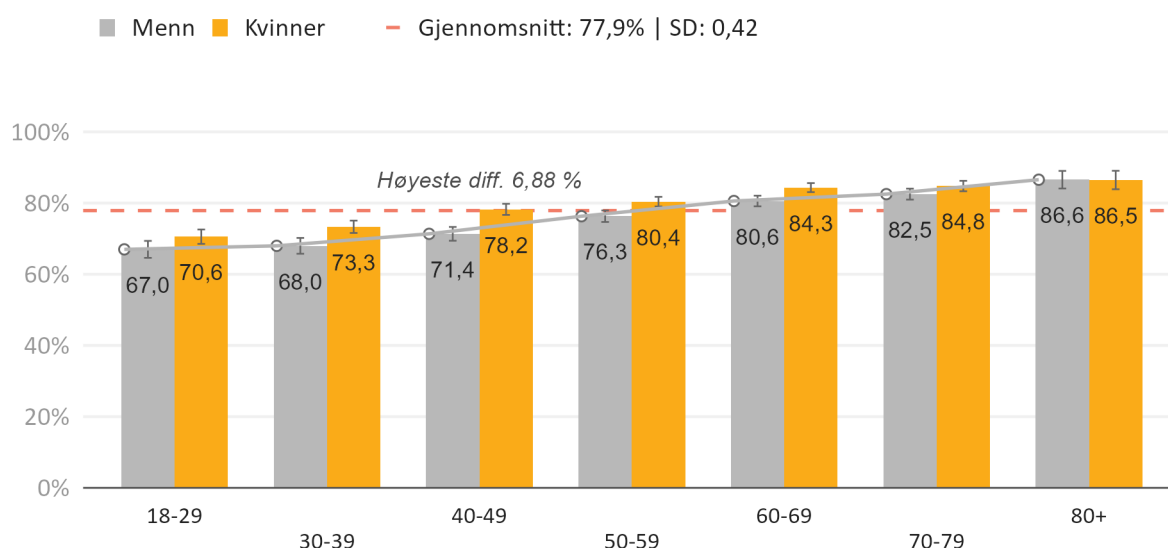
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er tydelige forskjeller mellom kommunene. Tønsberg har høyest andel, mens Holmestrand har lavest. Forskjellen mellom ytterpunktene er 41,61 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,90, som tilsier en stor forskjell i opplevd tilgang til kulturtilbud mellom kommunene. Flere kommuner ligger samlet på et høyt nivå. Horten, Sandefjord og Larvik ligger alle nær nivået i Tønsberg. Færder ligger også relativt høyt. Holmestrand skiller seg ut med en klart lavere andel enn de øvrige kommunene, noe som bidrar sterkt til den store spredningen i resultatene. Samlet sett tyder dette på at opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud er relativt høy i de fleste kommunene, med markant lavere nivå i Holmestrand.

Figur 11: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



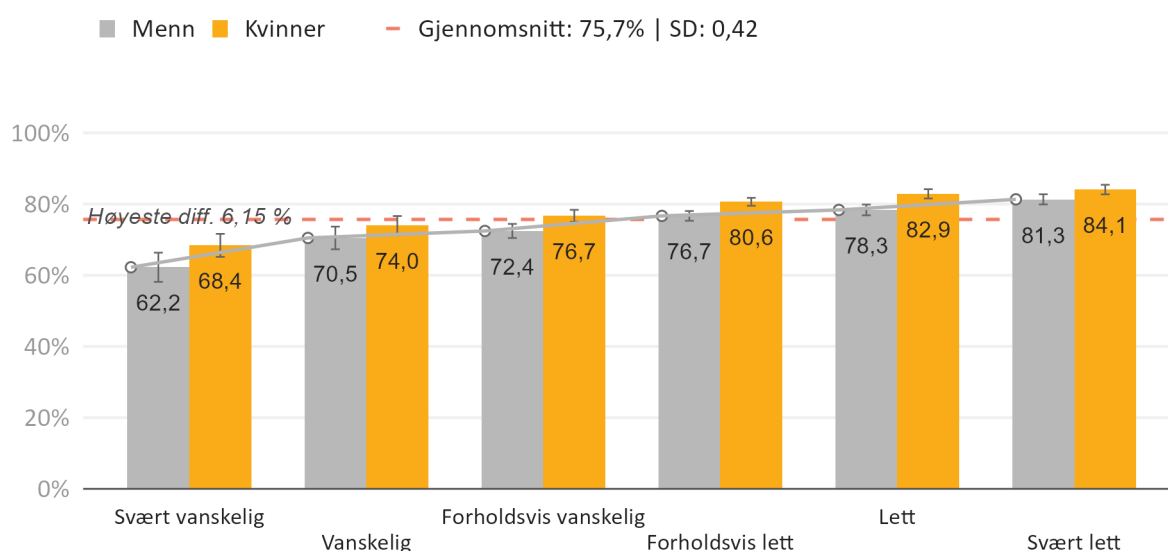
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen ligger gjennomgående høyt i alle grupper, men det er likevel noen tydelige forskjeller etter utdanning innen hvert kjønn. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning i 2–4 år. Forskjellen er på 6,45 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år. Forskjellen er 5,72 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som også tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, rapporterer kvinner oftere god eller svært god tilgang. Kjønnforskjellen er statistisk sikker i gruppene med fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, høyskole eller universitetsutdanning i 2–4 år og høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med henholdsvis 4,61, 3,44 og 3,08 prosentpoeng i kvinners favør. I gruppene med grunnskole og videregående skole framstår kjønnforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

Figur 12: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



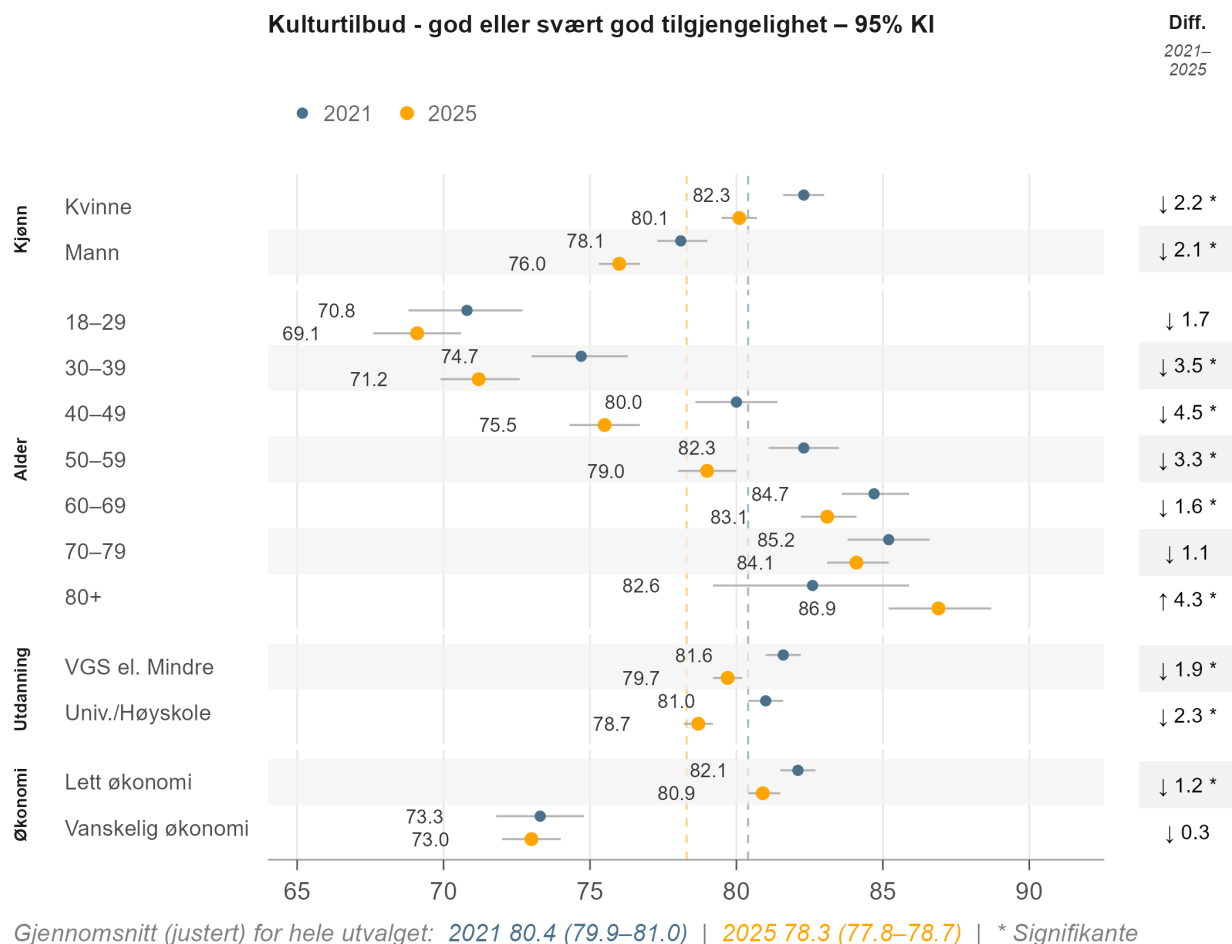
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen med alder. Differansen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 15,92 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,39 tilsier en middels forskjell. Blant menn er mønsteret det samme med lavest andel blant de yngste og høyest blant de eldste. Her er forskjellen mellom ytterpunktene 19,57 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,47, som også tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, har kvinner gjennomgående noe høyere andeler enn menn, og disse forskjellene framstår som statistisk sikre i aldersgruppene 30–39, 40–49, 50–59 og 60–69. For eksempel er forskjellen 6,88 prosentpoeng i gruppen 40–49. I 18–29, 70–79 og 80+ er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 13: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Forskjellen er på 15,67 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. Menn viser samme mønster, med høyest andel i gruppen svært lett og lavest andel i gruppen svært vanskelig. Her er forskjellen 19,08 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, også en middels forskjell. Begge disse forskjellene framstår som statistisk sikre, noe som understøtter at vurderingen av husholdningsøkonomien henger tydelig sammen med opplevd tilgang til kulturtilbud for både kvinner og menn. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomivurdering, ligger kvinner gjennomgående høyere. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre i gruppene lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, der menn ligger henholdsvis 4,52, 3,96 og 4,25 prosentpoeng lavere enn kvinner. I de øvrige gruppene er forskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 14: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet (E)



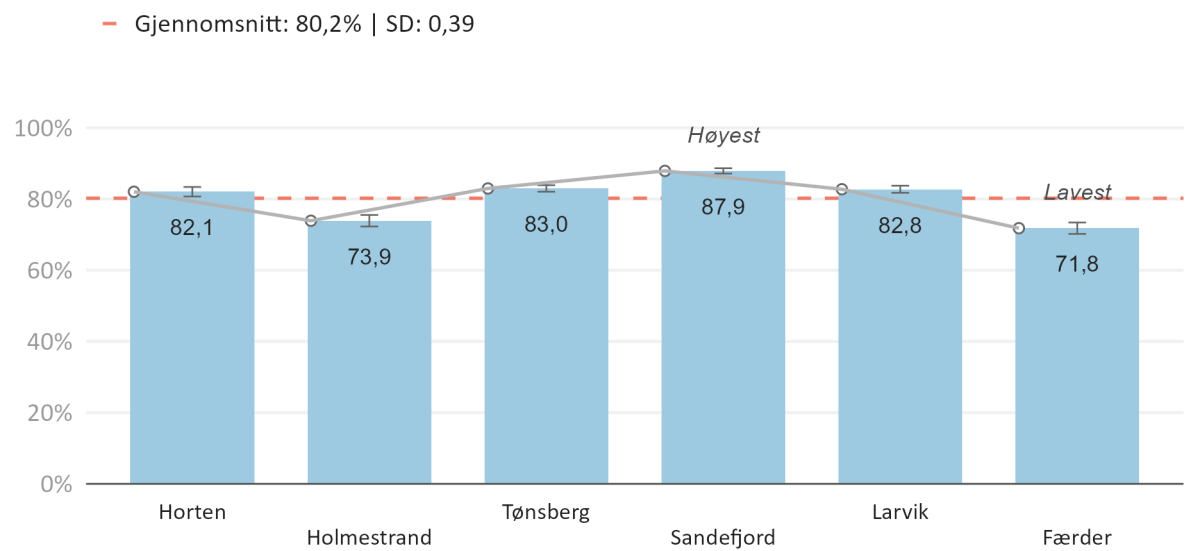
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen noe ned fra 80,4 prosent i 2021 til 78,3 prosent i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker nedgang for både kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene framstår i hovedsak som stabil over tid. Etter alder er det en gjennomgående nedgang i flere grupper, med statistisk sikre reduksjoner fra 30–39 til 60–69 år, mens endringen ikke er statistisk sikker blant 18–29 og 70–79 år. Samtidig skiller 80 år eller eldre seg ut med en statistisk sikker økning fra 82,6 prosent til 86,9 prosent. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og nivåforskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevd økonomi er det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens endringen ikke er statistisk sikker blant dem med vanskelig økonomi. Samlet sett peker mønsteret mot en moderat nedgang fra 2021 til 2025, samtidig som de relative forskjellene mellom gruppene i stor grad består.

3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 30 022 deltakere av 31 994 (93,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

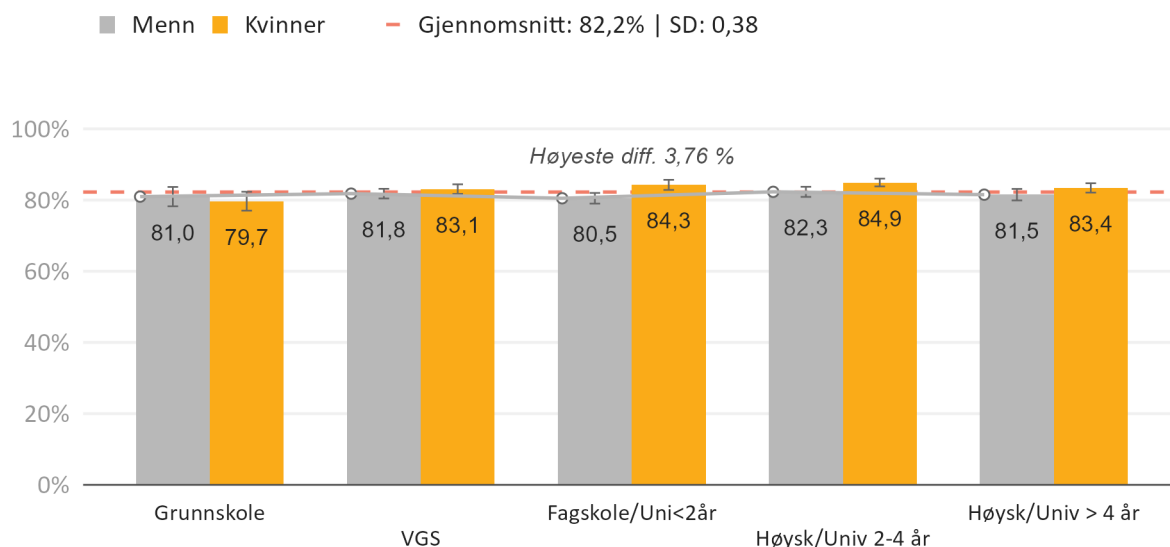
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 022	81,7 %	81,2 – 82,1
Kvinner	16 433	82,4 %	81,9 – 83,0
Menn	13 589	80,7 %	80,1 – 81,4

Figur 15: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



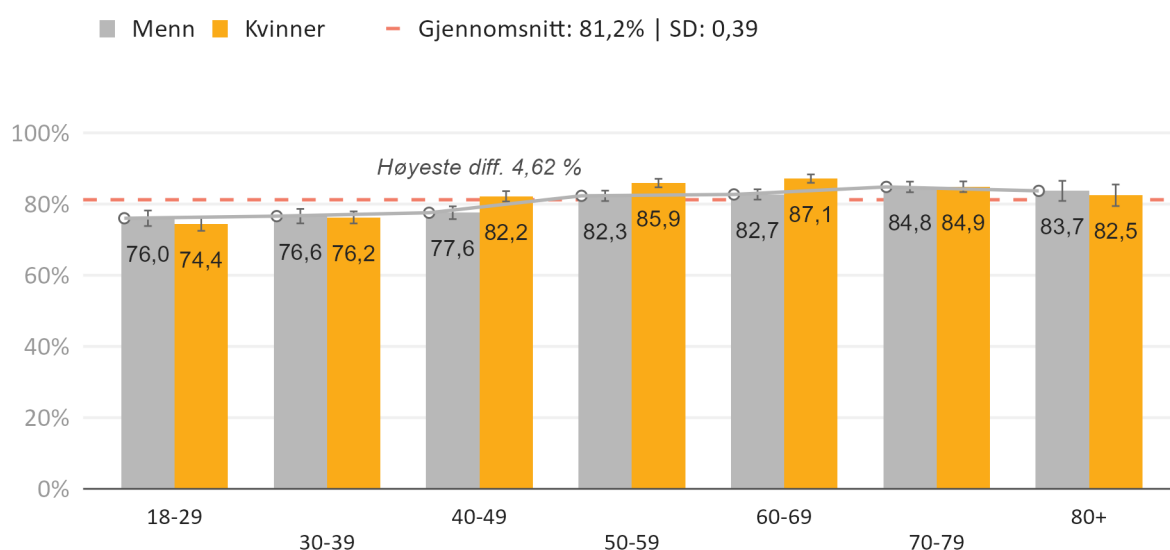
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Resultatene viser tydelige forskjeller mellom kommunene. Sandefjord har høyest andel, mens Færder har lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 16,10 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,41, som tilsvarer en middels forskjell og understøtter at variasjonen mellom kommunene er merkbar. Blant de øvrige kommunene ligger Holmestrand relativt lavt, mens Horten, Larvik og Tønsberg ligger høyere og ganske samlet. Samlet sett tyder dette på at mange opplever god tilgjengelighet til idrettstilbud, men at nivået likevel varierer en del mellom kommunene, særlig når en sammenligner de høyeste og laveste verdiene.

Figur 16: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



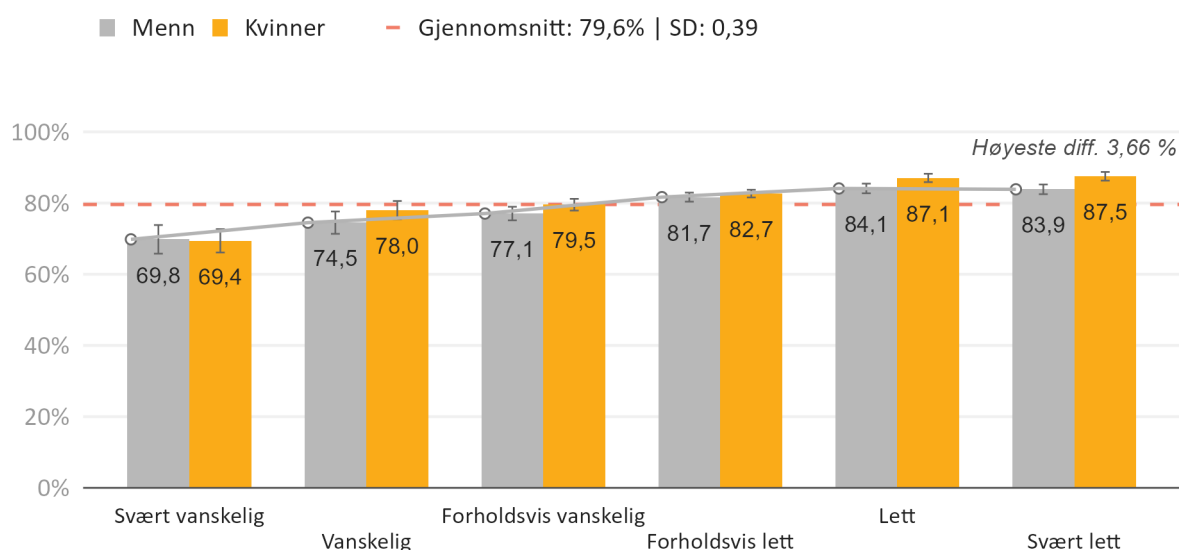
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen høyest for dem med høyskole eller universitet i 2–4 år, mens kvinner med grunnskole ligger lavest. Differansen er 5,25 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er nivåene gjennomgående mer like på tvers av utdanning. Menn med høyskole eller universitet i 2–4 år har høyest andel, mens menn med fagskole eller universitet under 2 år har lavest andel. Differansen er 1,81 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,05, som indikerer en ubetydelig forskjell, og forskjellene mellom utdanningsgruppene framstår ikke som statistisk sikre. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er forskjellene stort sett små. Det er likevel statistisk sikre kjønnsforskjeller i fagskole eller universitet under 2 år og i høyskole eller universitet i 2–4 år, der kvinner ligger høyere enn menn med henholdsvis 3,76 og 2,62 prosentpoeng.

Figur 17: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



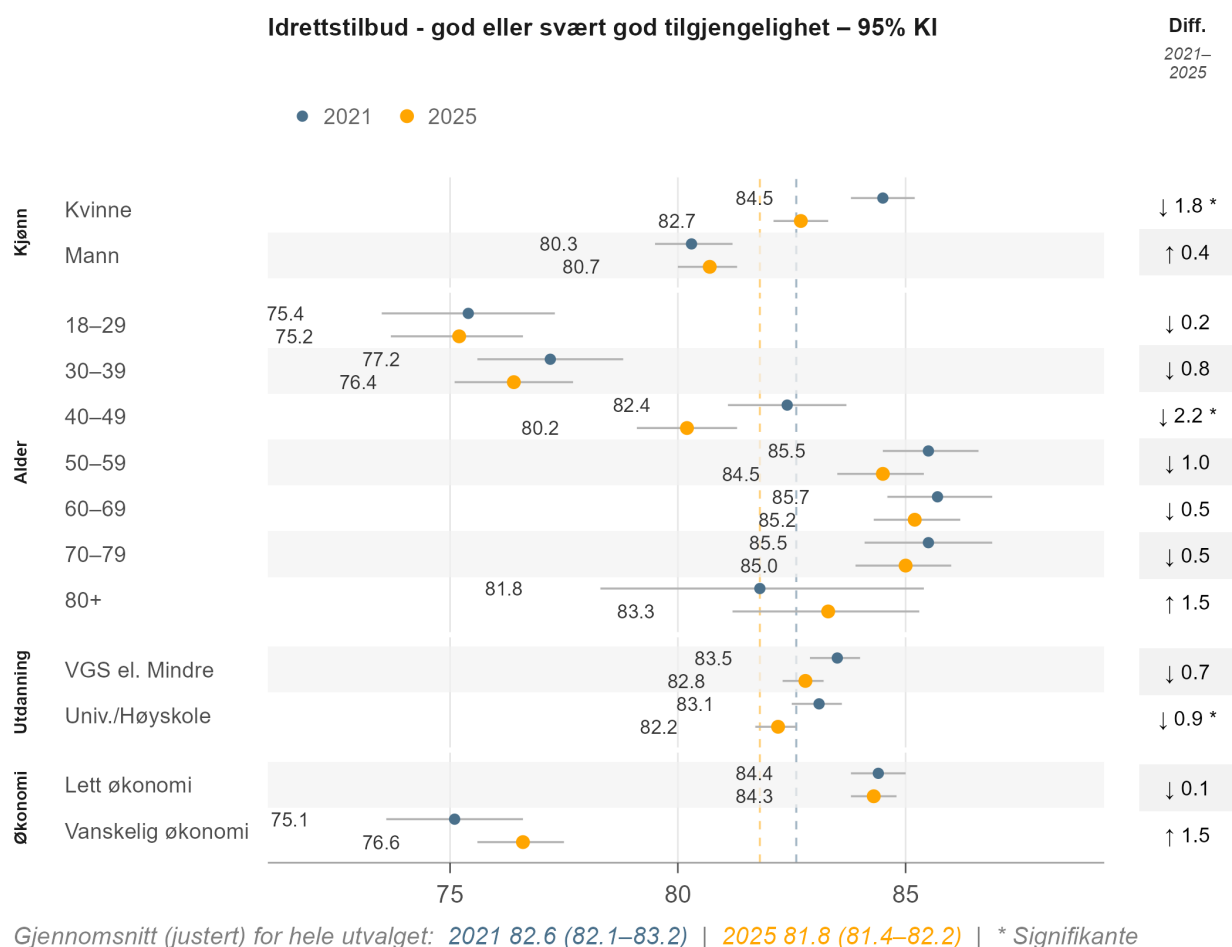
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 og høyest i alderen 60–69. Det er en statistisk sikker forskjell på 12,71 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen også lavest i alderen 18–29, mens den er høyest i alderen 70–79. Differansen er 8,80 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,22, som tilsvarer en liten forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme aldersgruppe, er forskjellene små i de yngste og eldste gruppene, og de er ikke statistisk sikre i 18–29, 30–39, 70–79 og 80+. I aldersgruppene 40–49, 50–59 og 60–69 rapporterer kvinner høyere andeler enn menn, med statistisk sikre kjønnsforskjeller på henholdsvis 4,62, 3,58 og 4,45 prosentpoeng.

Figur 18: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett og lavest når økonomien oppleves som svært vanskelig. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 18,12 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som lett og lavest i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig. Også her er forskjellen statistisk sikker, på 14,29 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,34, som også tilsier en middels forskjell. Nivåene er i hovedsak like for kvinner og menn innen de fleste økonomigrupper. Det er likevel statistisk sikre kjønnsforskjeller i gruppene som opplever den økonomiske situasjonen lett og svært lett, der menn ligger lavere enn kvinner med henholdsvis 2,96 og 3,66 prosentpoeng. I de øvrige gruppene framstår kjønnsforskjellene som små og ikke statistisk sikre.

Figur 19: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet (E)



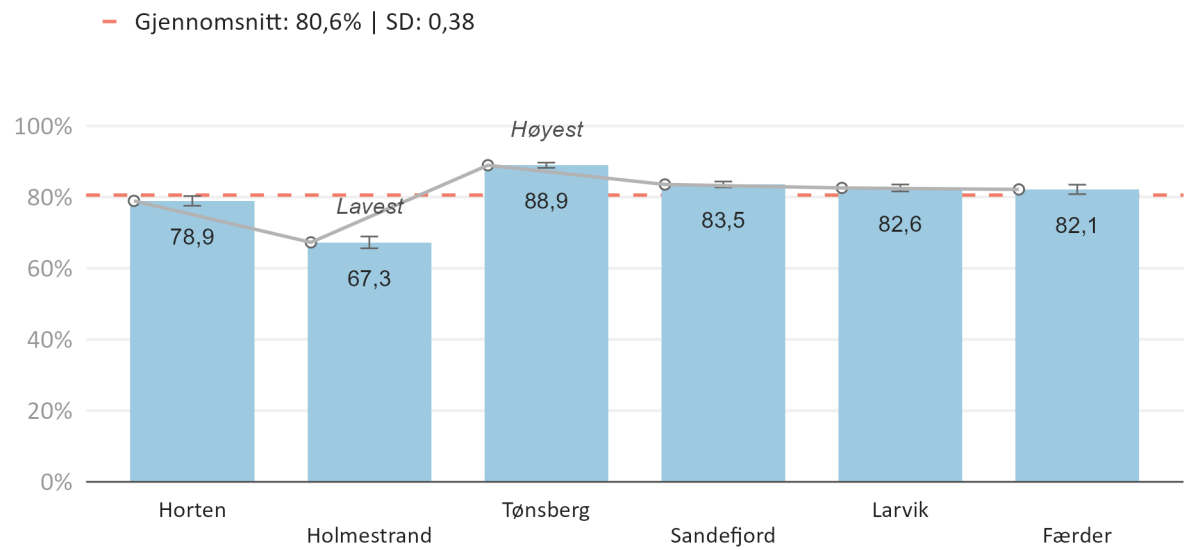
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen blir mindre i perioden, fordi kvinner har en statistisk sikker nedgang (fra 84,5 til 82,7 prosent), mens menn ikke har en statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, men aldersgruppen 40–49 år skiller seg ut med en statistisk sikker nedgang (fra 82,4 til 80,2 prosent). For de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre, og nivåene ligger gjennomgående høyt i begge år. Etter utdanning er det små endringer, men blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning er nedgangen statistisk sikker (fra 83,1 til 82,2 prosent), mens endringen ikke er statistisk sikker blant dem med videregående skole eller mindre. Forskjellen mellom dem med lett og vanskelig økonomi består, og ingen av gruppene har statistisk sikker endring over tid. Samlet peker resultatene mot stabile nivåer, med enkelte mindre forskyvninger i noen undergrupper.

3.8 Servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud) - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 31 221 deltakere av 31 994 (97,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

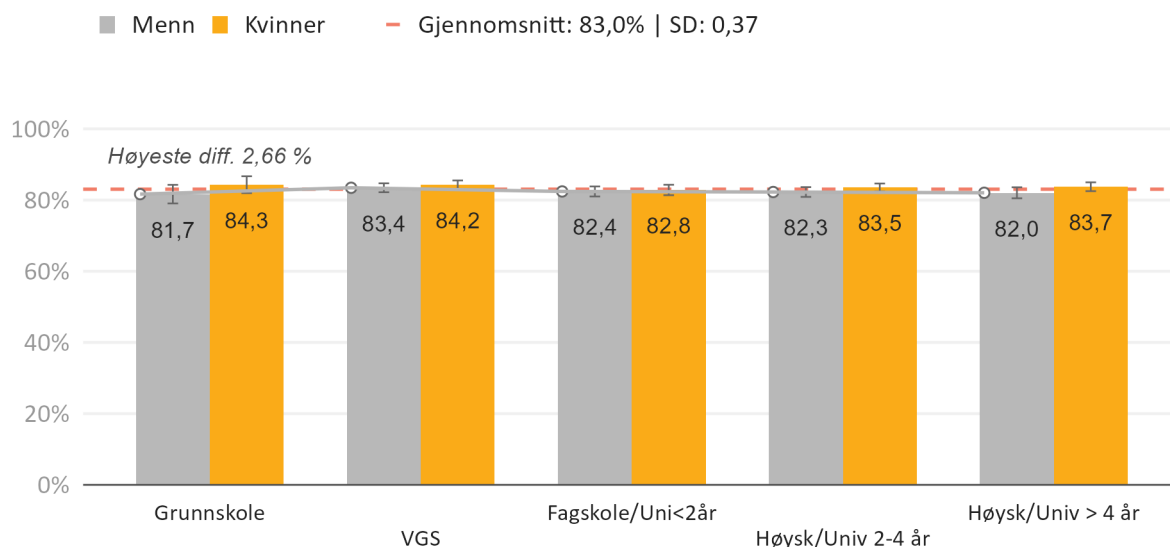
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	31 221	82,0 %	81,6 – 82,4
Kvinner	17 067	82,5 %	81,9 – 83,0
Menn	14 154	81,4 %	80,8 – 82,1

Figur 20: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



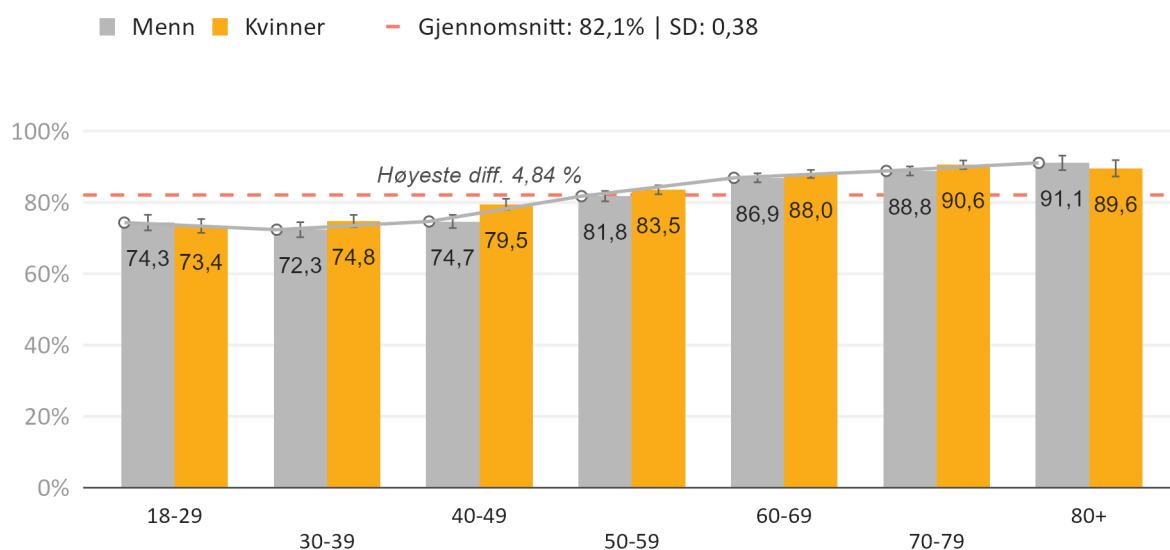
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Tønsberg og lavest nivå i Holmestrand. Differansen mellom ytterpunktene er 21,67 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s h på 0,54, som tilsier en stor forskjell i opplevd tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud mellom kommunene. Blant de øvrige kommunene ligger Sandefjord, Larvik og Færder på et relativt høyt og ganske samlet nivå. Horten ligger noe lavere, men fortsatt med et stort flertall som vurderer tilgangen som god eller svært god. Helhetsbildet er at de fleste kommunene har høye andeler, samtidig som Holmestrand skiller seg ut med en klart lavere andel enn resten.

Figur 21: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



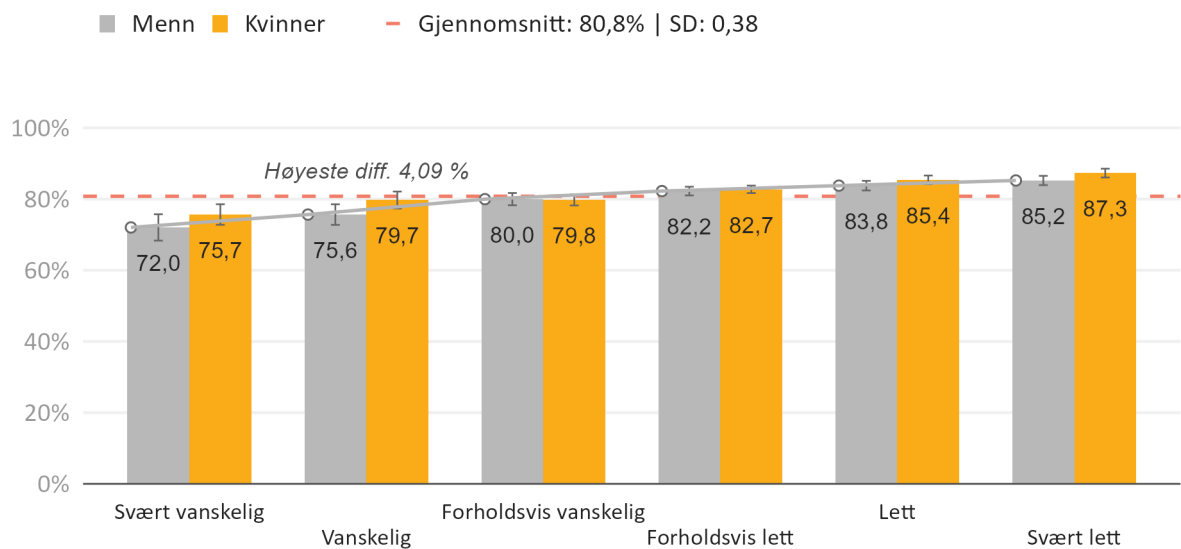
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen ligger gjennomgående høyt i alle utdanningsgrupper, og variasjonene innen hvert kjønn er små. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole mens den er lavest for dem med fagskole eller universitetsutdanning under to år. Differansen er 1,49 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,04, som tilsier en ubetydelig forskjell. For menn er andelen høyest blant dem med videregående skole og lavest blant dem med grunnskole. Differansen er 1,78 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,05, som også tilsier en ubetydelig forskjell. Ser vi på kjønnsforskjeller innen de enkelte utdanningsnivåene, ligger menn lavere enn kvinner i alle gruppene, men ingen av disse forskjellene framstår som statistisk sikre. Samlet sett tyder tallene på at opplevd tilgang til servicetilbud er relativt lik på tvers av både kjønn og utdanningsnivå.

Figur 22: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



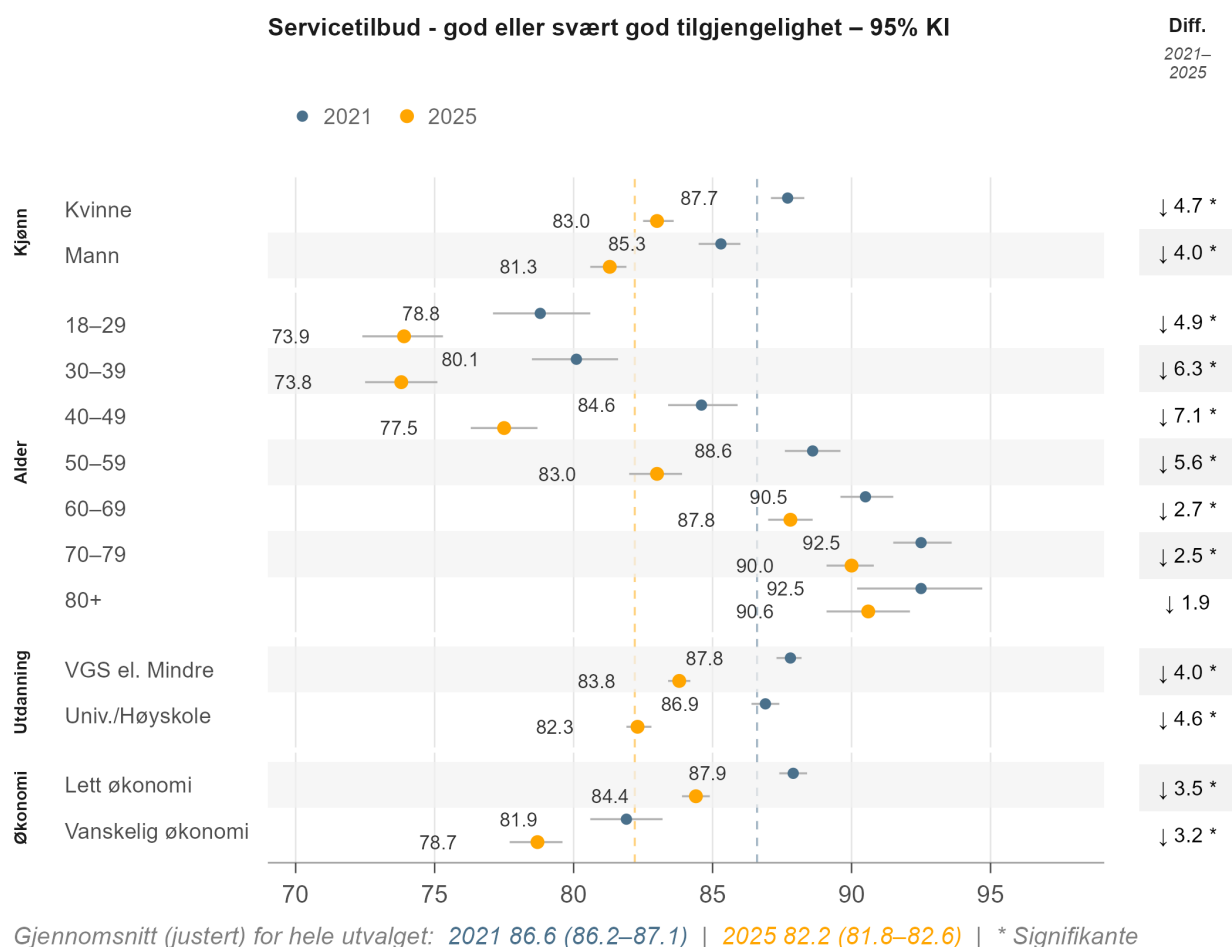
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen med alder til en topp i gruppen 70–79 år, før den ligger noe lavere i 80+. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 17,16 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,46, som tilsier en middels forskjell mellom ytterpunktene. Også blant menn er andelen høyere i de eldste aldersgruppene enn i de yngste. Lavest andel finner vi i 30–39 år, mens høyest andel er i 80+. Differansen er 18,74 prosentpoeng, som er statistisk sikker. Cohen's h er 0,50, som tilsier en stor forskjell mellom ytterpunktene. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er gjennomgående små. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker kjønnforskjell er 40–49 år, der kvinner ligger 4,84 prosentpoeng høyere enn menn.

Figur 23: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Forskjellen er 11,64 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen som oppgir svært lett og lavest i gruppen som oppgir svært vanskelig. Differansen er 13,19 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,33, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av nivåene i husholdningsøkonomien ligger andelen gjennomgående høyt, men med lavere nivåer i gruppene som opplever økonomien som vanskeligere. Kjønnforskjellene innen hvert nivå framstår små og er ikke statistisk sikre.

Figur 24: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet (E)



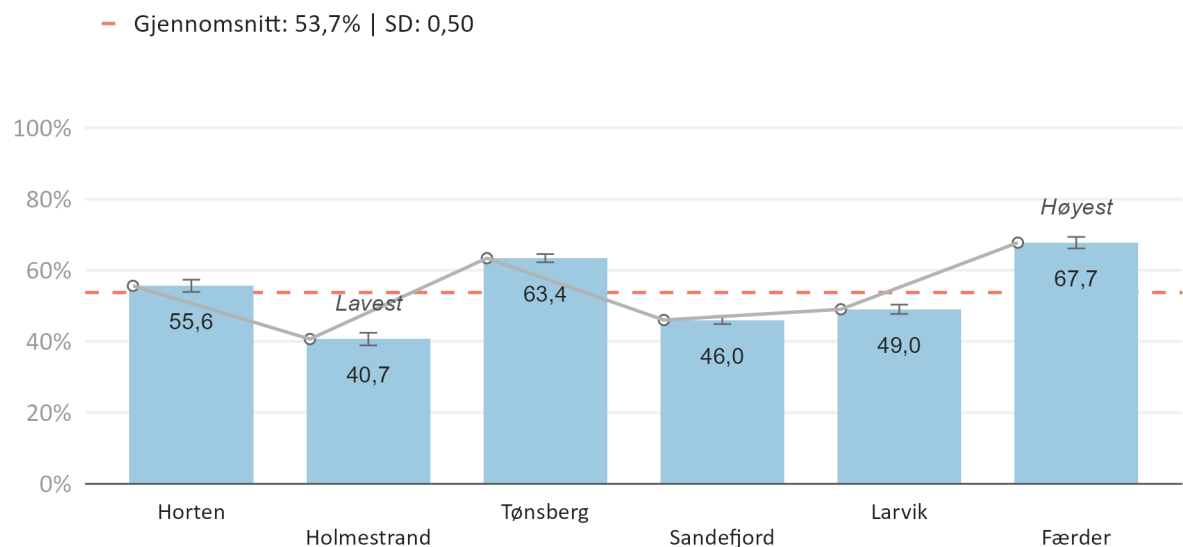
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 86,6 prosent i 2021 til 82,2 prosent i 2025, og dette framstår som en statistisk sikker reduksjon. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. For alder er det en gjennomgående nedgang i de fleste grupper, med statistisk sikre reduksjoner fra 18–29 år til 70–79 år. Den største nedgangen ses i midtre aldersgrupper, mens endringen for de eldste (80 år eller eldre) ikke er statistisk sikker. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene framstår omtrent uendret. Samlet peker utviklingen mot lavere opplevd tilgjengelighet i 2025 enn i 2021 på tvers av de fleste grupper, uten tydelige endringer i mønstrene mellom gruppene.

3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 29 820 deltakere av 31 994 (93,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

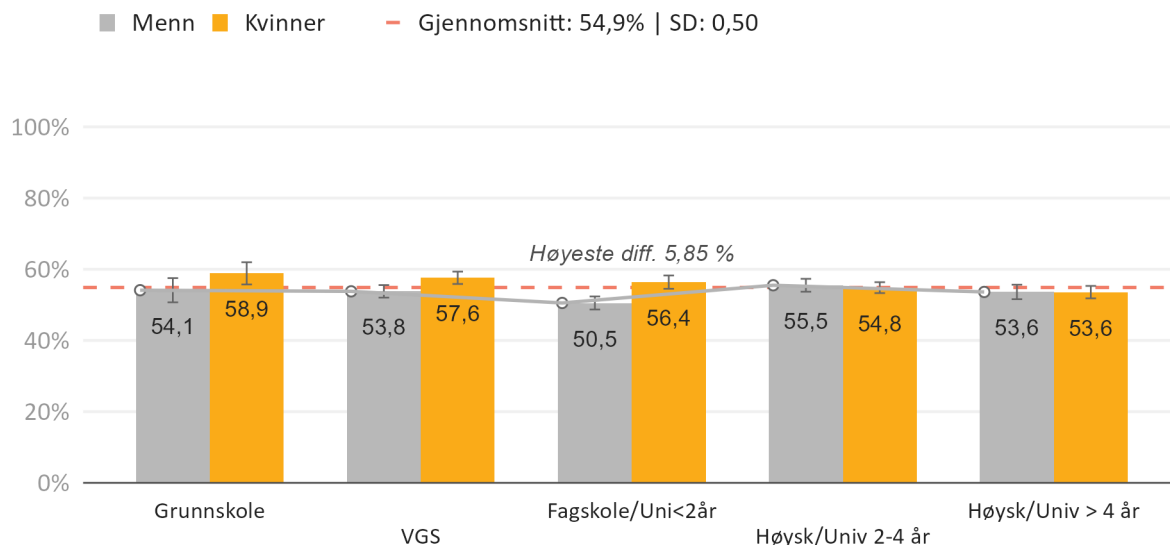
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 820	53,7 %	53,1 – 54,2
Kvinner	16 333	54,5 %	53,8 – 55,3
Menn	13 487	52,6 %	51,7 – 53,4

Figur 25: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



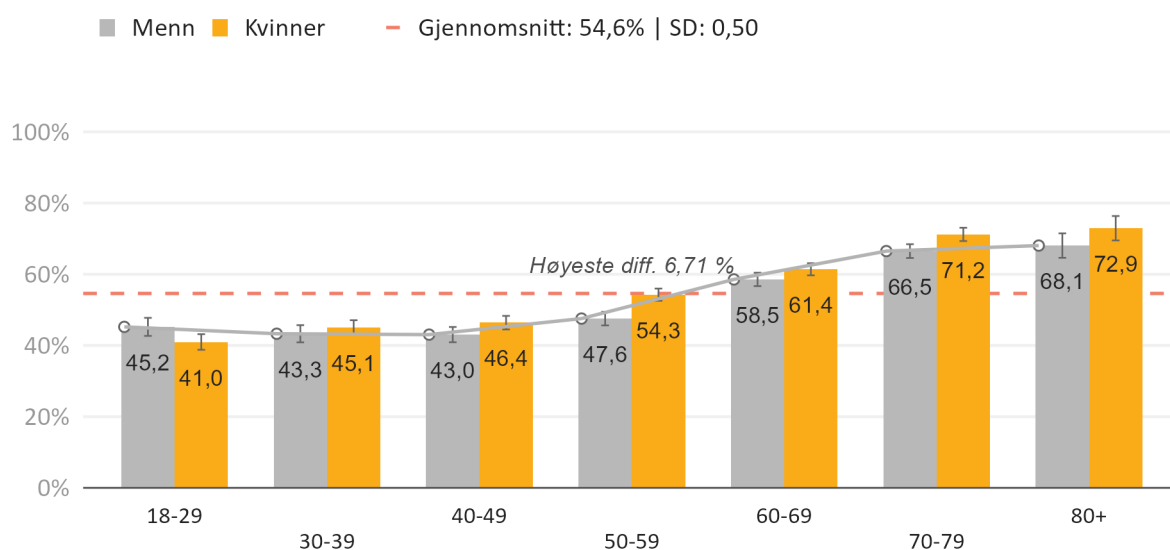
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene. Færder har høyest andel, mens Holmestrand ligger lavest. Differansen er 27,08 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,55, som tilsier en stor forskjell. Tønsberg ligger også høyt, mens Horten ligger midt i fordelingen. Larvik og Sandefjord har lavere andeler. Samlet viser resultatene at opplevd tilgang til offentlig transport varierer betydelig fra kommune til kommune.

Figur 26: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



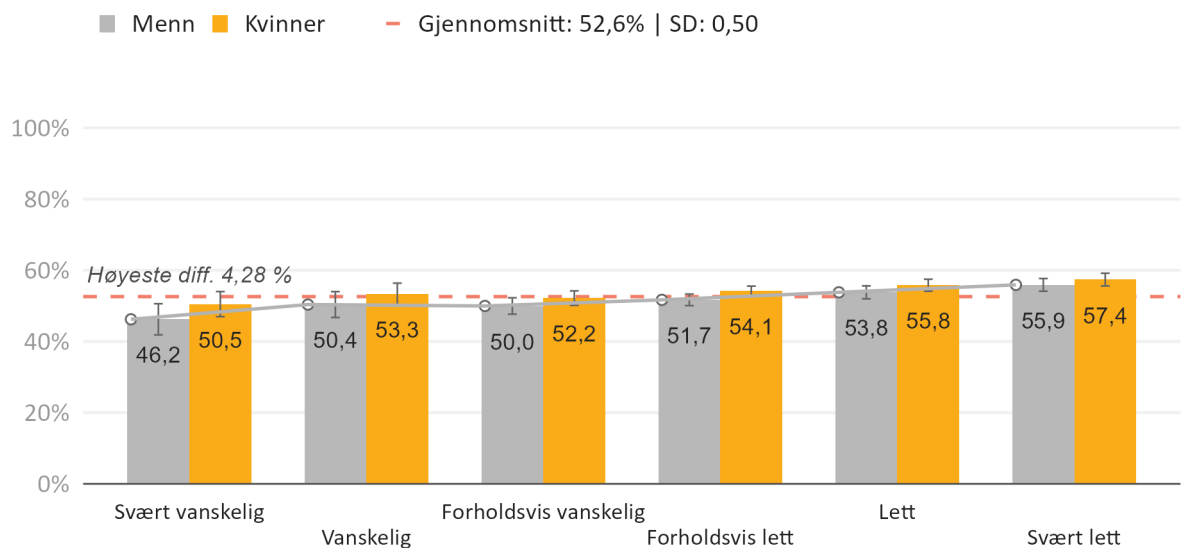
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen høyest for dem med grunnskole og lavest for dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 5,28 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,11, som tilsier en liten forskjell, selv om variasjonen mellom utdanningsgruppene framstår statistisk sikker. For menn er andelen høyest blant dem med høyskole eller universitet i to til fire år og lavest blant dem med fagskole eller universitet under to år. Differansen er 4,97 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,10, som også tilsier en liten forskjell, samtidig som forskjellene mellom utdanningsnivåene framstår statistisk sikre. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er forskjellene tydeligst i to grupper. For fagskole eller universitet under to år rapporterer kvinner høyere andel enn menn, med en kjønnsforskjell på 5,85 prosentpoeng, og for videregående skole er forskjellen 3,80 prosentpoeng, begge statistisk sikre. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 27: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



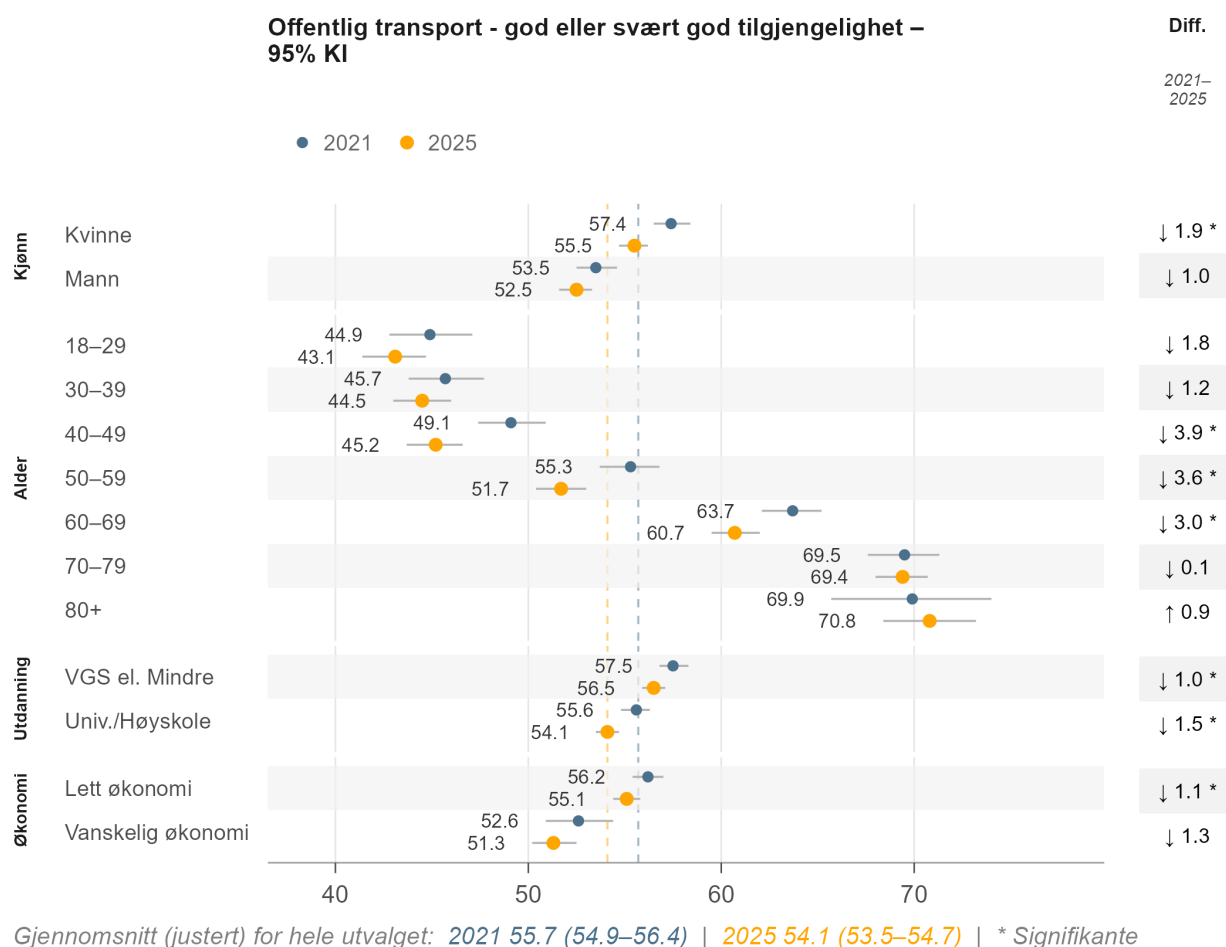
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18-29 og høyest i 80+. Forskjellen er 31,95 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,66, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn øker andelen med alder, men med et noe annet bunnpunkt: lavest andel finnes i 40-49, mens 80+ har høyest andel. Forskjellen mellom høyest og lavest er 25,01 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som også indikerer en stor forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er forskjellene ofte små. For aldersgruppen 50-59 rapporterer kvinner likevel høyere andel enn menn, med en statistisk sikker forskjell på 6,71 prosentpoeng. Det samme gjelder i 70-79, der det er en statistisk sikker forskjell på 4,69 prosentpoeng.

Figur 28: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett og lavest når den oppleves som svært vanskelig. Forskjellen er på 6,88 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Her er forskjellen 9,67 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som også tilsier en liten forskjell. Samlet sett er det dermed en liten økning i rapportert god eller svært god tilgang til offentlig transport når husholdningsøkonomien oppleves som lettere, både for kvinner og menn. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er gjennomgående små og ikke statistisk sikre.

Figur 29: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet (E)



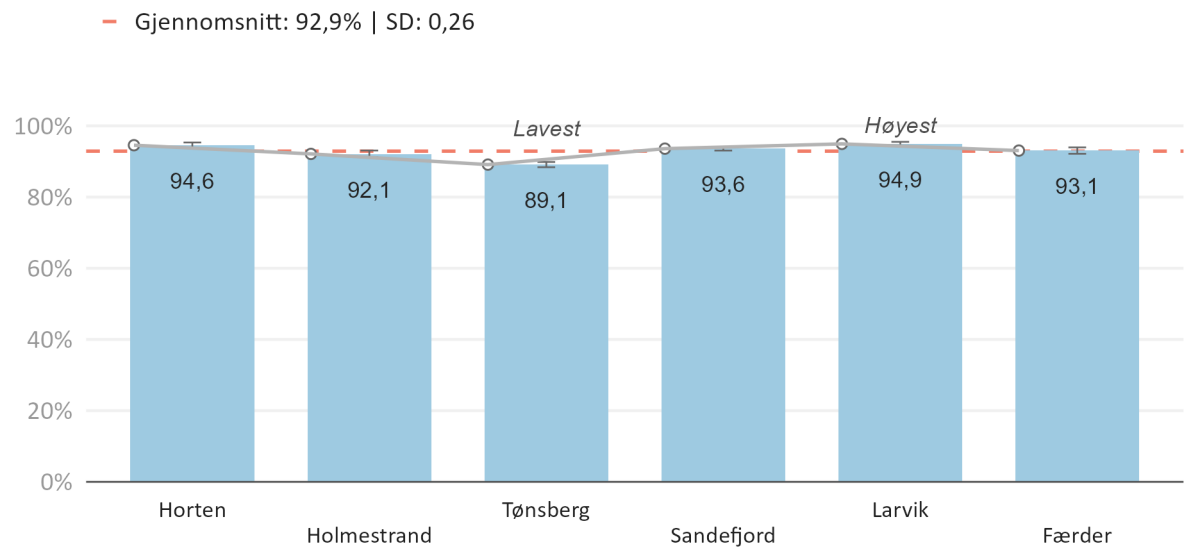
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen noe lavere i 2025 enn i 2021 (55,7 prosent mot 54,1 prosent), og endringen er statistisk sikker. For kjønn er det en liten nedgang blant kvinner som er statistisk sikker, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker, og forskjellen mellom kjønnene fremstår dermed omtrent uendret. Etter alder er mønsteret i hovedsak det samme i begge år, med høyere andeler i de eldste gruppene enn i de yngste. Samtidig er det statistisk sikre nedganger i flere midtre aldersgrupper, særlig blant 40–49 år, 50–59 år og 60–69 år, mens endringene i de yngste og eldste aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det statistisk sikre, men små nedganger i begge utdanningsgrupper fra 2021 til 2025. For opplevde økonomiske vansker er det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker, og nivåforskjellen mellom disse gruppene ser derfor i hovedsak stabil ut over tid.

3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 31 131 deltakere av 31 994 (97,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

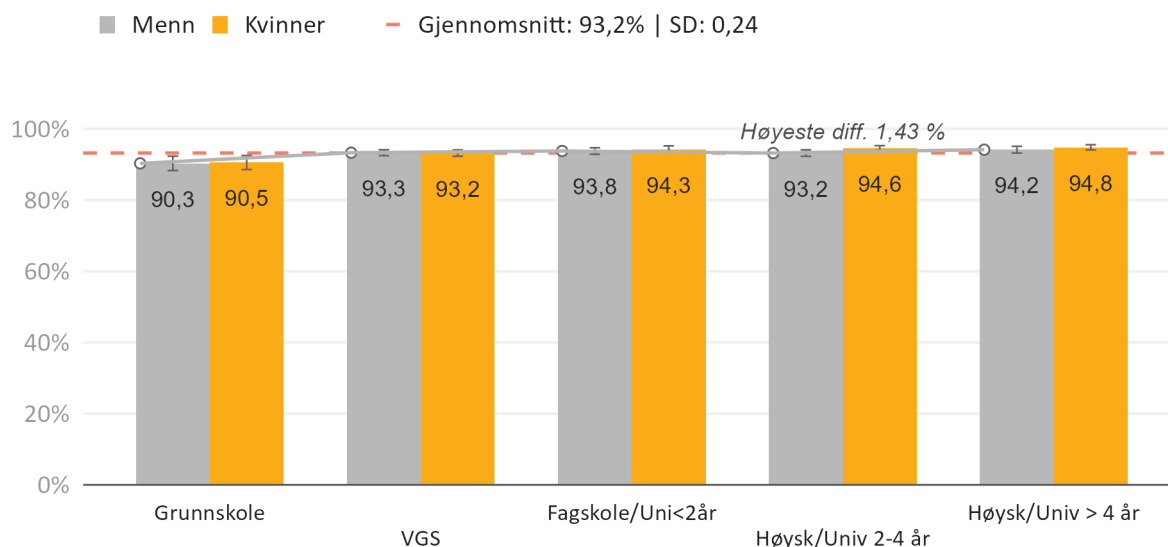
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	31 131	92,5 %	92,2 – 92,7
Kvinner	17 018	92,7 %	92,3 – 93,1
Menn	14 113	92,1 %	91,7 – 92,6

Figur 30: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



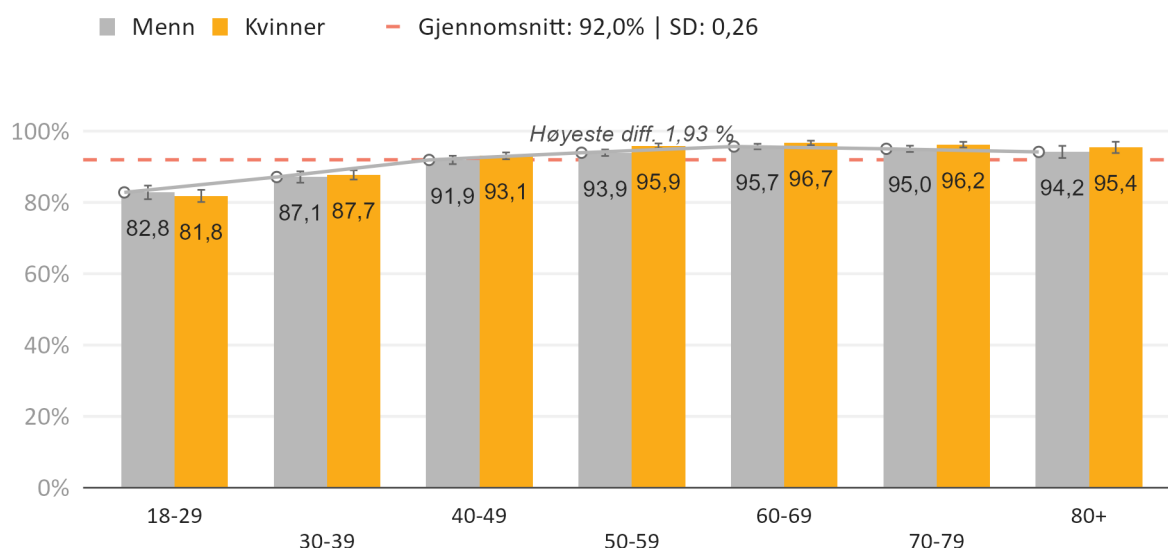
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene er gjennomgående høye i alle kommunene, men det er likevel noen forskjeller. Larvik har høyest andel, mens Tønsberg har lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 5,82 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker, og Cohen’s h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Helhetsbildet er at de fleste rapporterer god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, samtidig som Tønsberg skiller seg noe ut med en lavere andel enn de andre kommunene i oversikten.

Figur 31: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år og lavest blant dem med grunnskole. Differansen er 4,27 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med høyskole eller universitet i mer enn fire år og lavest blant dem med grunnskole. Forskjellen er 3,85 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som også tilsier en liten forskjell. Samlet sett ligger andelene høyt på tvers av utdanningsnivå. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og framstår ikke som statistisk sikre.

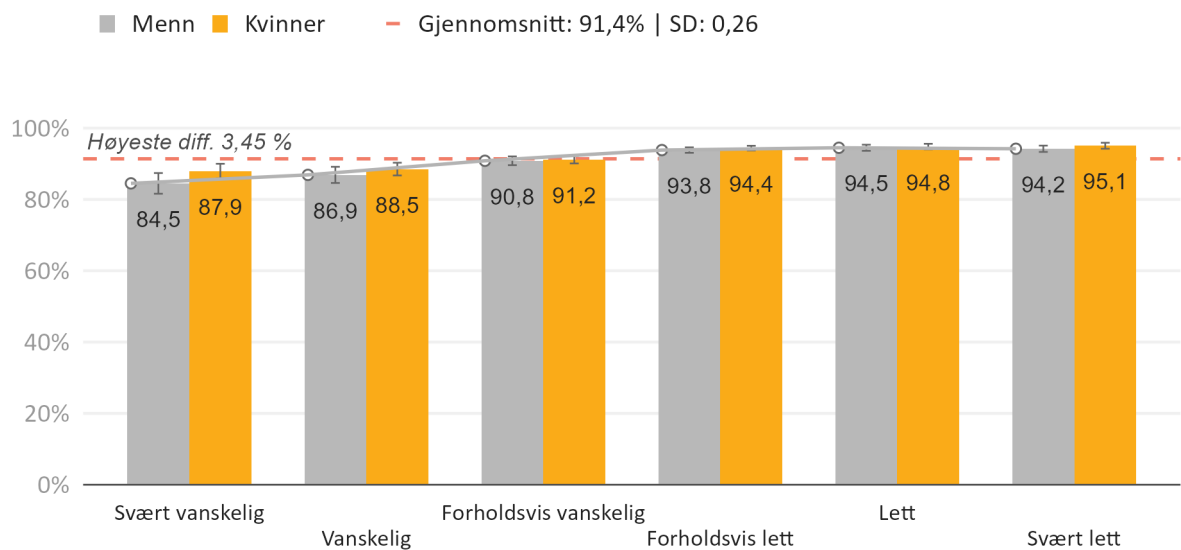
Figur 32: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 år og høyest i 60–69 år. Dette gir en statistisk sikker differanse på 14,86 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som

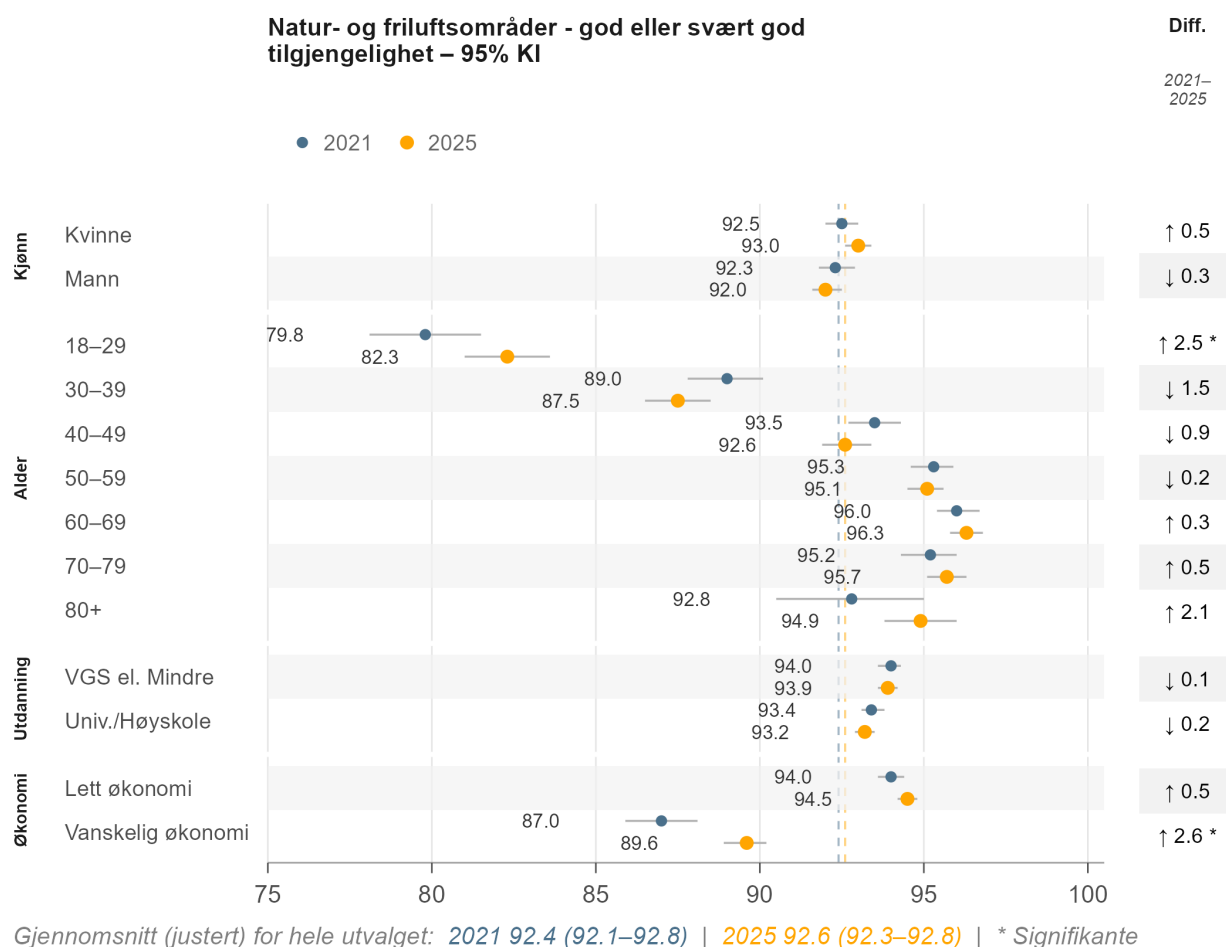
tilsier en stor forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: 18–29 år ligger lavest, mens 60–69 år ligger høyest. Differansen er 12,87 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,44 tilsier en middels forskjell. I begge kjønn øker andelen fra de yngste aldersgruppene og opp mot 60–69 år, før den ligger noe lavere i de eldste gruppene, men fortsatt på et høyt nivå. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er gjennomgående små. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker kjønnforskjell er 50–59 år, der kvinner ligger noe høyere enn menn med en differanse på 1,93 prosentpoeng.

Figur 33: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Differansen er 7,11 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som lett mens den er lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Forskjellen er 9,9 prosentpoeng, som er statistisk sikker, med Cohen's h på 0,34, som også indikerer en middels forskjell. Samlet sett ligger andelene høyt i alle grupper, men både kvinner og menn rapporterer lavere tilgang når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre.

Figur 34: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet (E)



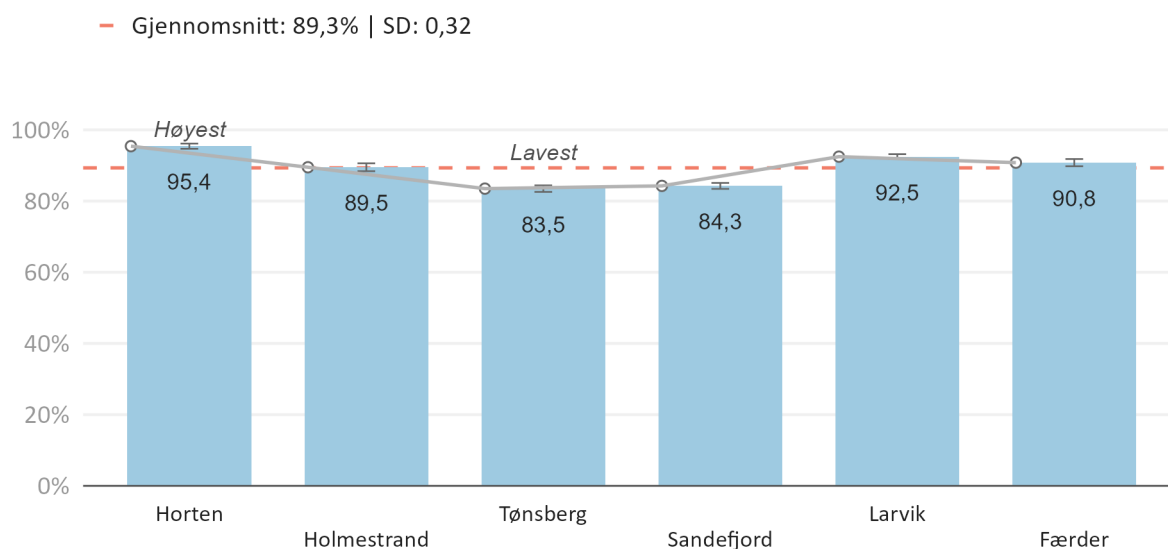
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt er nivået svært stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (92,4 prosent mot 92,6 prosent). Forskjellene mellom kvinner og menn er små i begge år, og det er ikke statistisk sikre endringer innen noen av kjønnene. Etter alder er mønsteret i hovedsak uendret, med høyere andeler i de eldre gruppene enn blant de yngste. Den eneste statistisk sikre endringen etter alder er en økning blant 18–29-åringer, fra 79,8 prosent i 2021 til 82,3 prosent i 2025. Etter utdanning er andelene nesten like i 2021 og 2025, og endringene er ikke statistisk sikre i noen av utdanningsgruppene. For opplevd økonomi er forskjellen mellom gruppene fortsatt tydelig, men det er en statistisk sikker økning blant dem som oppgir vanskelig økonomi (fra 87,0 prosent til 89,6 prosent), mens endringen blant dem med lett økonomi ikke er statistisk sikker. Samlet sett peker resultatene mot stabile nivåer over tid, med enkelte tegn til bedring i utvalgte grupper uten at hovedmønstrene mellom gruppene endrer seg mye.

3.11 Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 30 487 deltakere av 31 994 (95,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

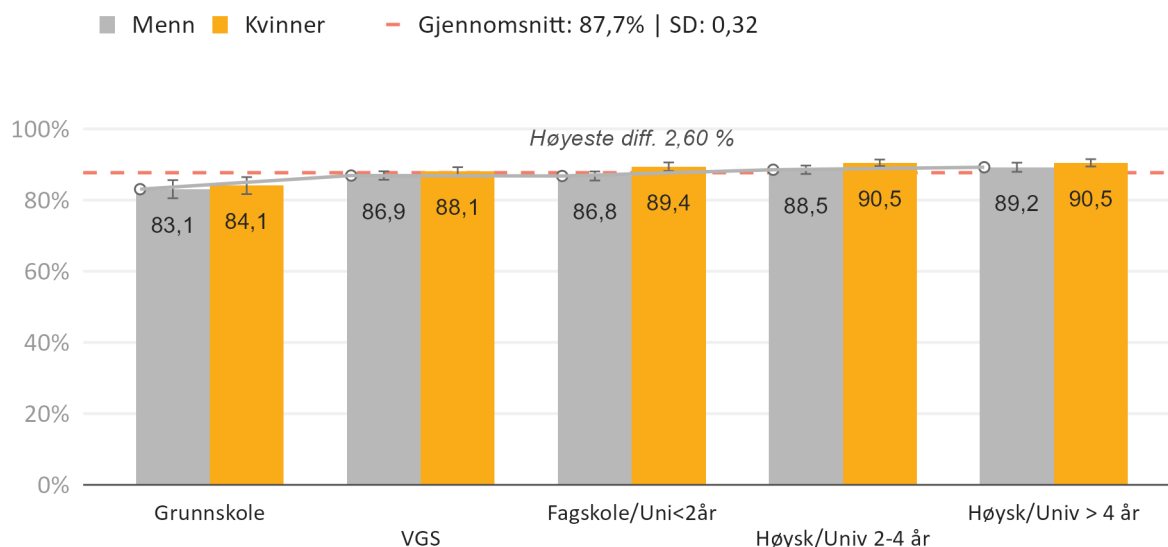
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 487	88,0 %	87,6 – 88,4
Kvinner	16 635	88,8 %	88,3 – 89,3
Menn	13 852	87,0 %	86,5 – 87,6

Figur 35: Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylke (A)



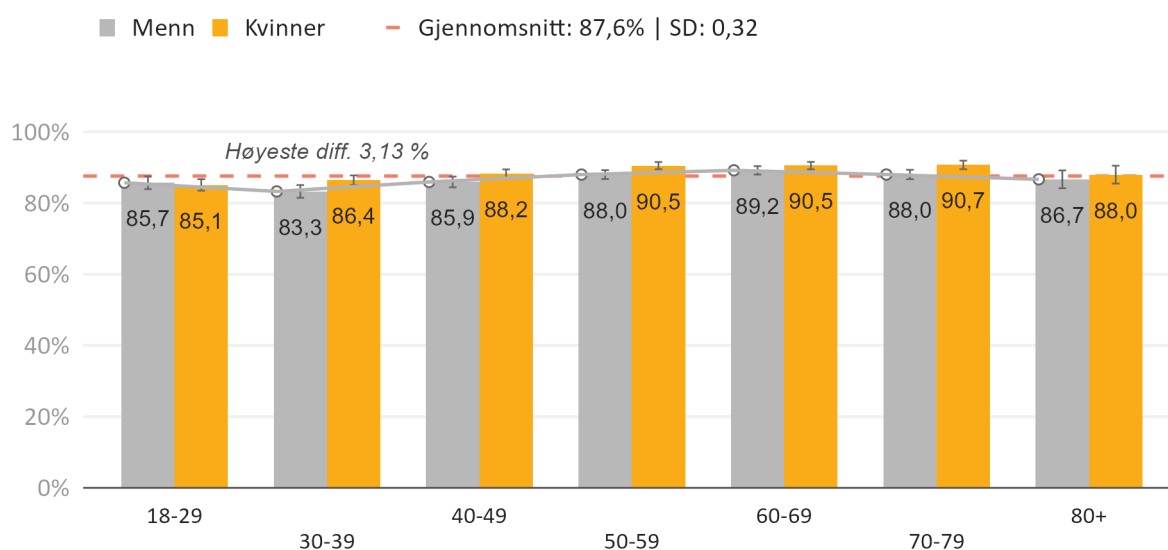
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylke. Andelen er høy i alle kommunene, men nivået varierer tydelig mellom ytterpunktene. Horten har høyest andel, mens Tønsberg har lavest. Forskjellen mellom disse to er 11,93 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell med Cohen's h på 0,41, som tilsvarer en middels forskjell. Blant de øvrige kommunene ligger også Larvik og Færder høyt. Holmestrand ligger noe lavere, men fortsatt på et høyt nivå. Sandefjord skiller seg ut i nedre del av fordelingen, tett på Tønsberg. Samlet viser figuren at de fleste rapporterer god tilgang, samtidig som det er klare kommuneforskjeller, særlig mellom Horten og kommunene med lavest andel.

Figur 36: Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelene høyt på tvers av utdanningsgrupper. Det er en statistisk sikker forskjell mellom høyeste og laveste nivå på 6,41 prosentpoeng, men Cohen's h er 0,19, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er andelene gjennomgående høye. Lavest andel finner vi i grunnskole, mens høyest andel er i høyskole eller universitet over 4 år. Differansen er 6,16 prosentpoeng, som også framstår som statistisk sikker, og Cohen's h på 0,18 peker mot en liten forskjell. Når vi sammenligner kjønn innen samme utdanningsnivå, er forskjellene stort sett små og ikke statistisk sikre. Unntaket er fagskole eller universitet under 2 år, der kvinner ligger høyere enn menn, med en statistisk sikker forskjell på 2,60 prosentpoeng.

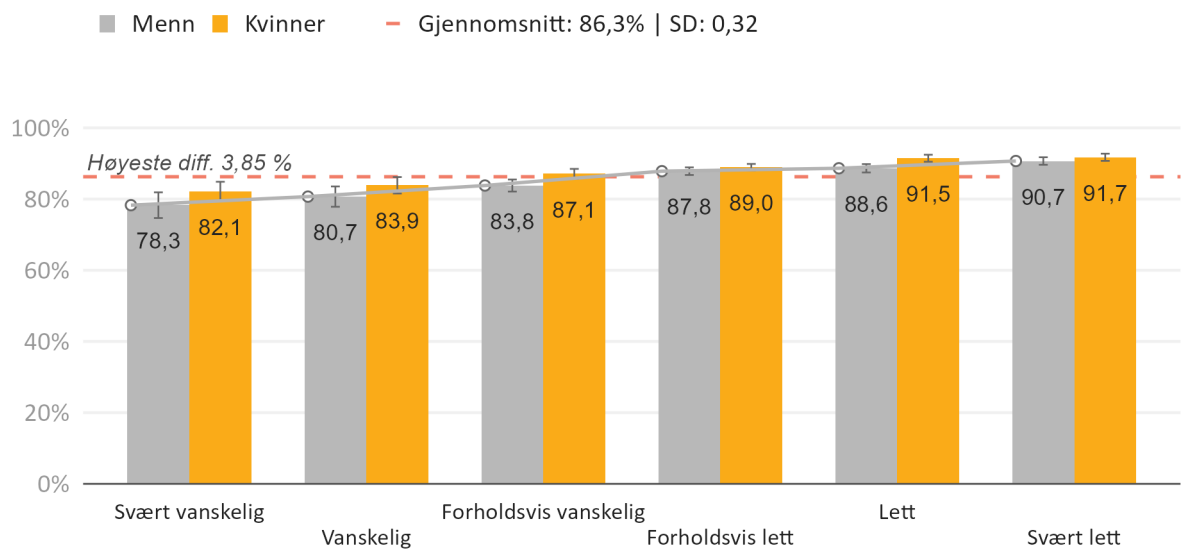
Figur 37: Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen høyt i alle aldersgrupper, med lavest andel i 18-

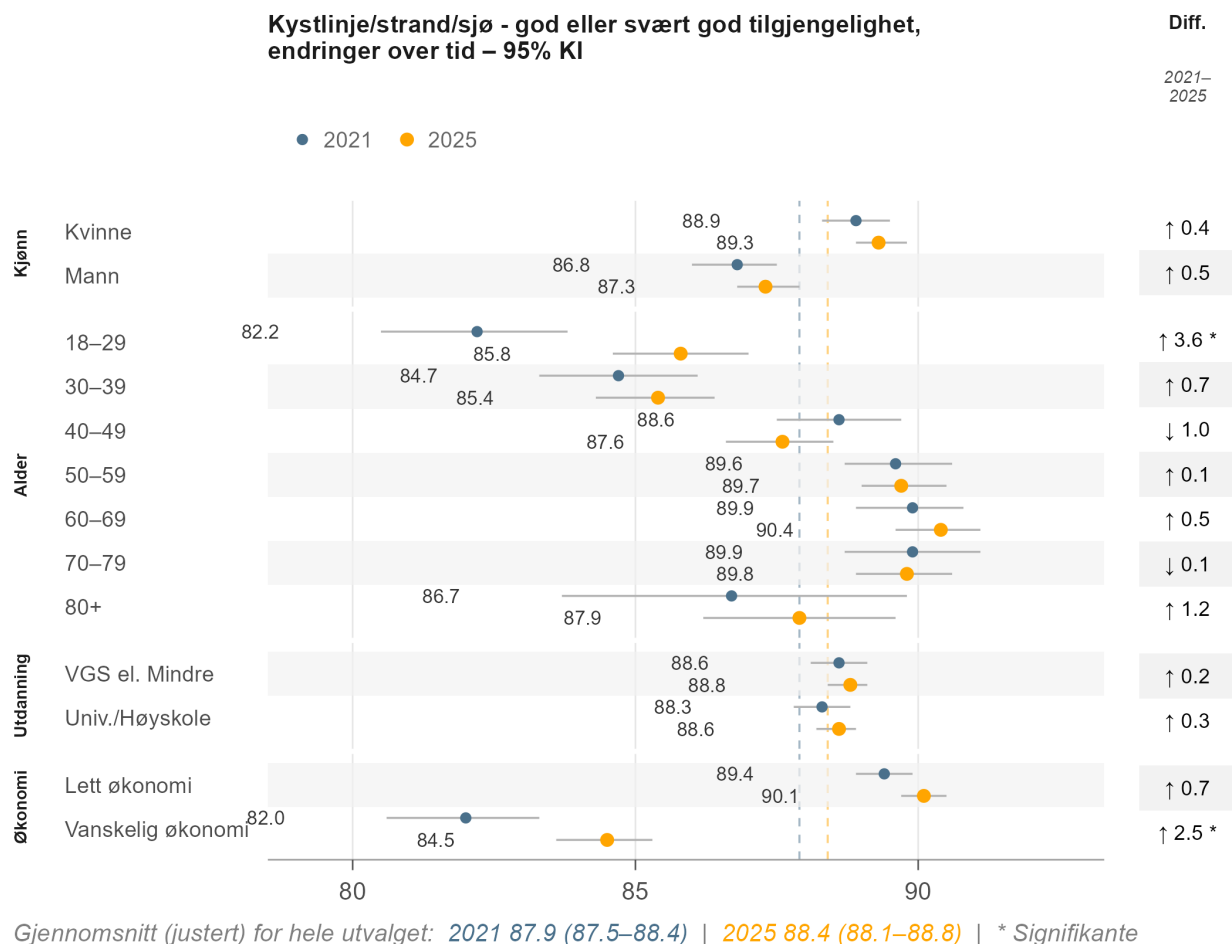
29 år og høyest i 70-79 år. Forskjellen mellom laveste og høyeste nivå er 5,61 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell mellom aldersgruppene. For menn er andelen lavest i 30-39 år og høyest i 60-69 år. Differansen mellom høyeste og laveste er 5,93 prosentpoeng, og også her er Cohen's h 0,17, som peker mot en liten forskjell mellom aldersgruppene. Kjønnsforskjellene innen de fleste aldersgrupper er små, men i aldersgruppene 50-59 år og 70-79 år er det statistisk sikre forskjeller der menn ligger lavere enn kvinner med henholdsvis 2,52 og 2,69 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene framstår kjønnsforskjellene ikke som statistisk sikre.

Figur 38: Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner ligger andelen høyt på tvers av alle nivåer, men den varierer likevel tydelig med husholdningsøkonomien. Høyest andel finner vi blant dem som oppgir at økonomien er svært lett, mens lavest andel er blant dem som oppgir svært vanskelig. Differansen er 9,60 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig, med høyest andel ved svært lett og lavest ved svært vanskelig. Forskjellen er 12,41 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,35, som også tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme økonominivå, er forskjellene gjennomgående små. Det er likevel statistisk sikre kjønnsforskjeller i gruppene som oppgir lett og forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi, der menn ligger lavere enn kvinner med henholdsvis 2,82 og 3,30 prosentpoeng. I de øvrige gruppene framstår kjønnsforskjellene ikke som statistisk sikre.

Figur 38.1: Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet (E)



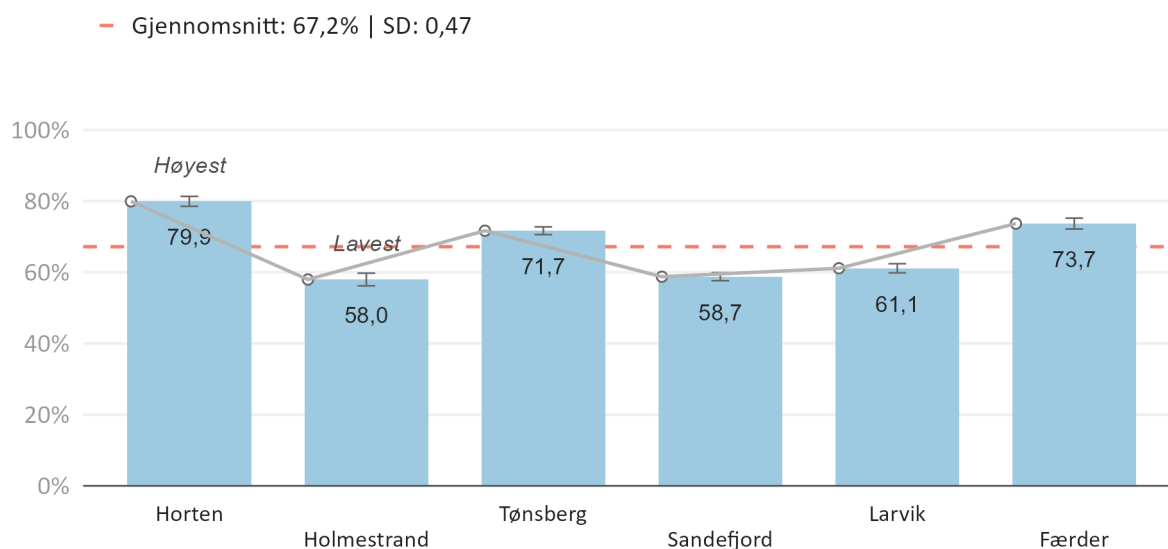
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje/strand/sjø på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen høy og stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (87,9 til 88,4 prosent). Kjønnforskjellene er små i begge år, og det er ikke statistisk sikre endringer innen verken kvinner eller menn. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, men gruppen 18–29 år har en statistisk sikker økning fra 82,2 til 85,8 prosent, mens øvrige aldersgrupper ikke har statistisk sikre endringer. Utdanningsgruppene ligger svært likt i begge år, uten statistisk sikre endringer. For opplevd økonomi er nivået lavere blant dem med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år. Samtidig har gruppen med vanskelig økonomi en statistisk sikker økning fra 82,0 til 84,5 prosent, mens endringen for dem med lett økonomi ikke er statistisk sikker. Dette innebærer at forskjellen mellom økonomigruppene ser noe redusert ut i 2025, men mønsteret med lavere andel ved økonomiske vansker består.

3.12 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Svarandel: Totalt 30 813 deltakere av 31 994 (96,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

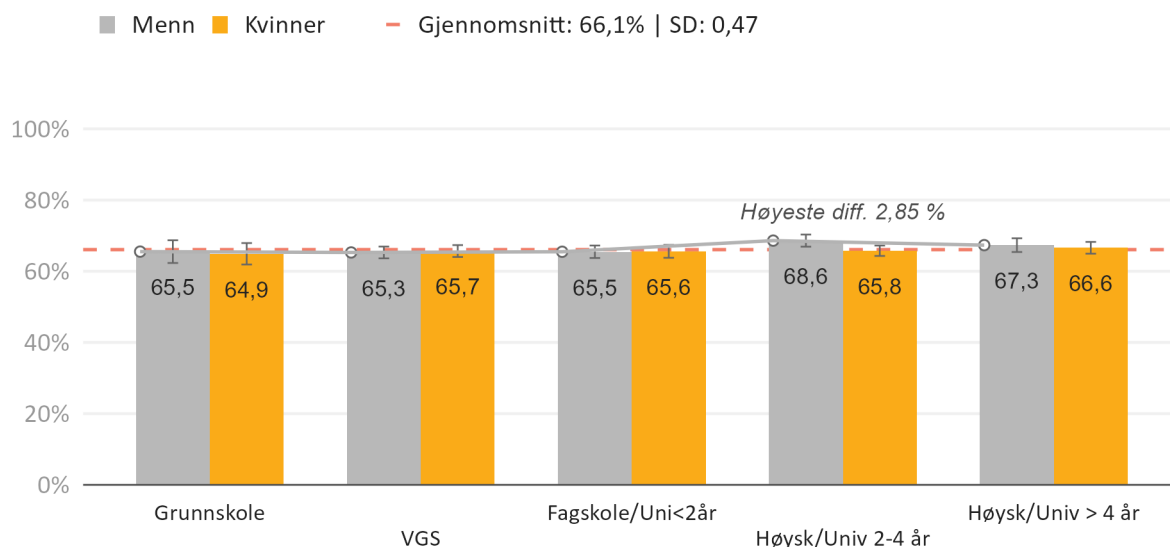
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 813	65,8 %	65,3 – 66,4
Kvinner	16 818	65,5 %	64,7 – 66,2
Menn	13 995	66,3 %	65,5 – 67,1

Figur 39: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kommuner i fylket (A)



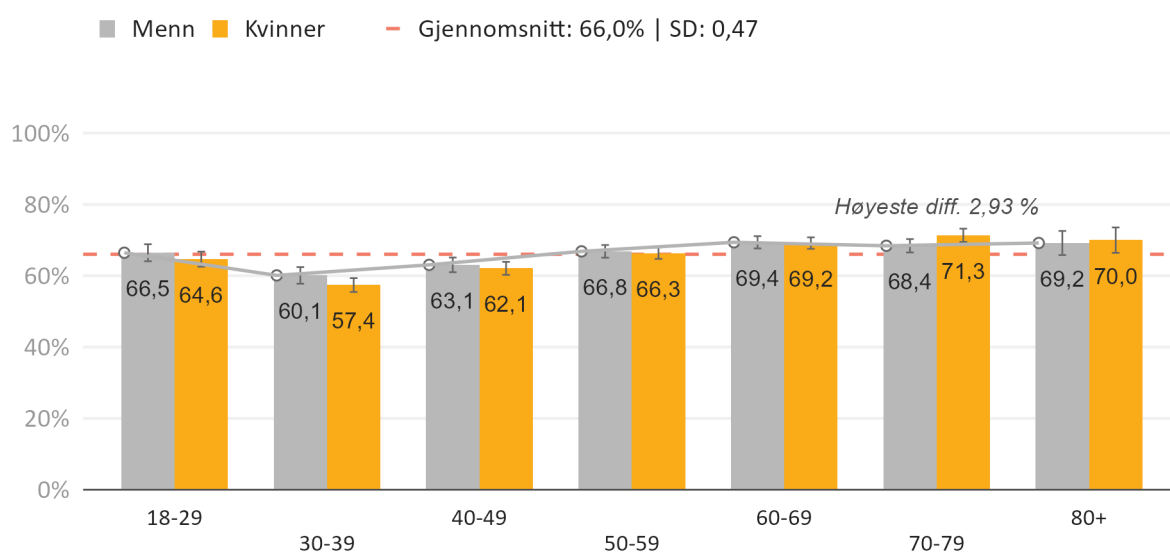
Figur A viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Horten har høyest andel, mens Holmestrand har lavest. Forskjellen mellom ytterpunktene er 21,96 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,48, som tilsier en middels forskjell. Sandefjord er blant kommunene med lavest andel, tett opp mot nivået i Holmestrand. Samlet sett viser resultatene tydelige kommuneforskjeller i hvor mange som opplever at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde i nærområdet.

Figur 40: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og utdanningsnivå (B)



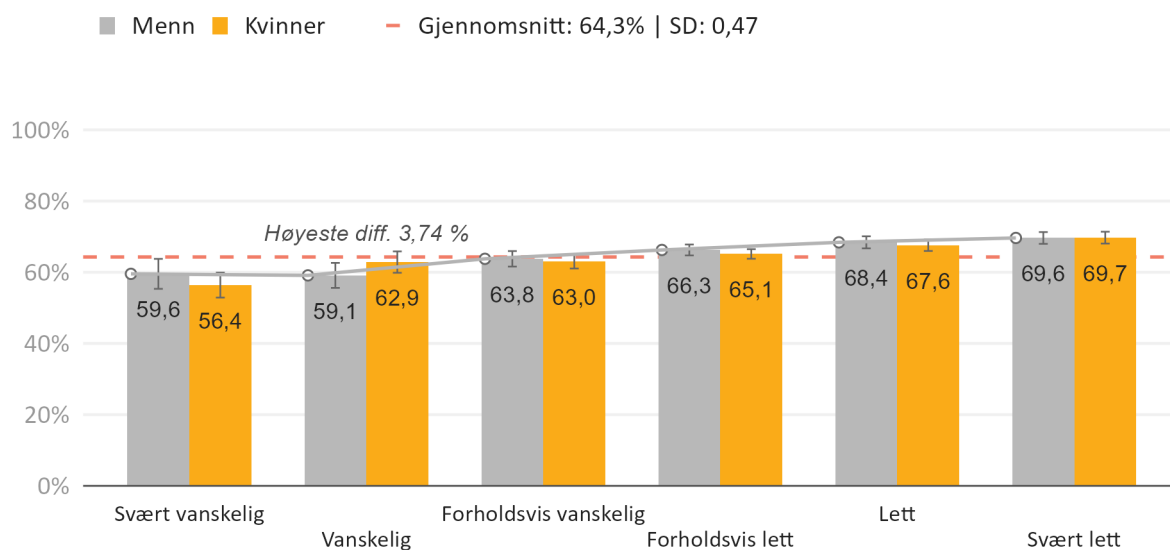
Figur B viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen tett mellom utdanningsgruppene, med lavest andel blant dem med grunnskole og høyest andel blant dem med høyskole eller universitet over fire år. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 1,68 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,04, som tilsier en ubetydelig forskjell. Også blant menn er variasjonen liten: høyest andel finner vi blant dem med høyskole eller universitet i to til fire år mens lavest andel er blant dem med videregående skole. Differansen er 3,33 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,07, som også indikerer en ubetydelig forskjell. Ser vi på kjønnsforskjeller innen hvert utdanningsnivå, er de gjennomgående små og det er ingen statistisk sikre forskjeller. Samlet sett tyder tallene på at opplevelsen av godt utbygde gang- og sykkelveier er relativt lik på tvers av både kjønn og utdanningsnivå.

Figur 41: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og alder (C)



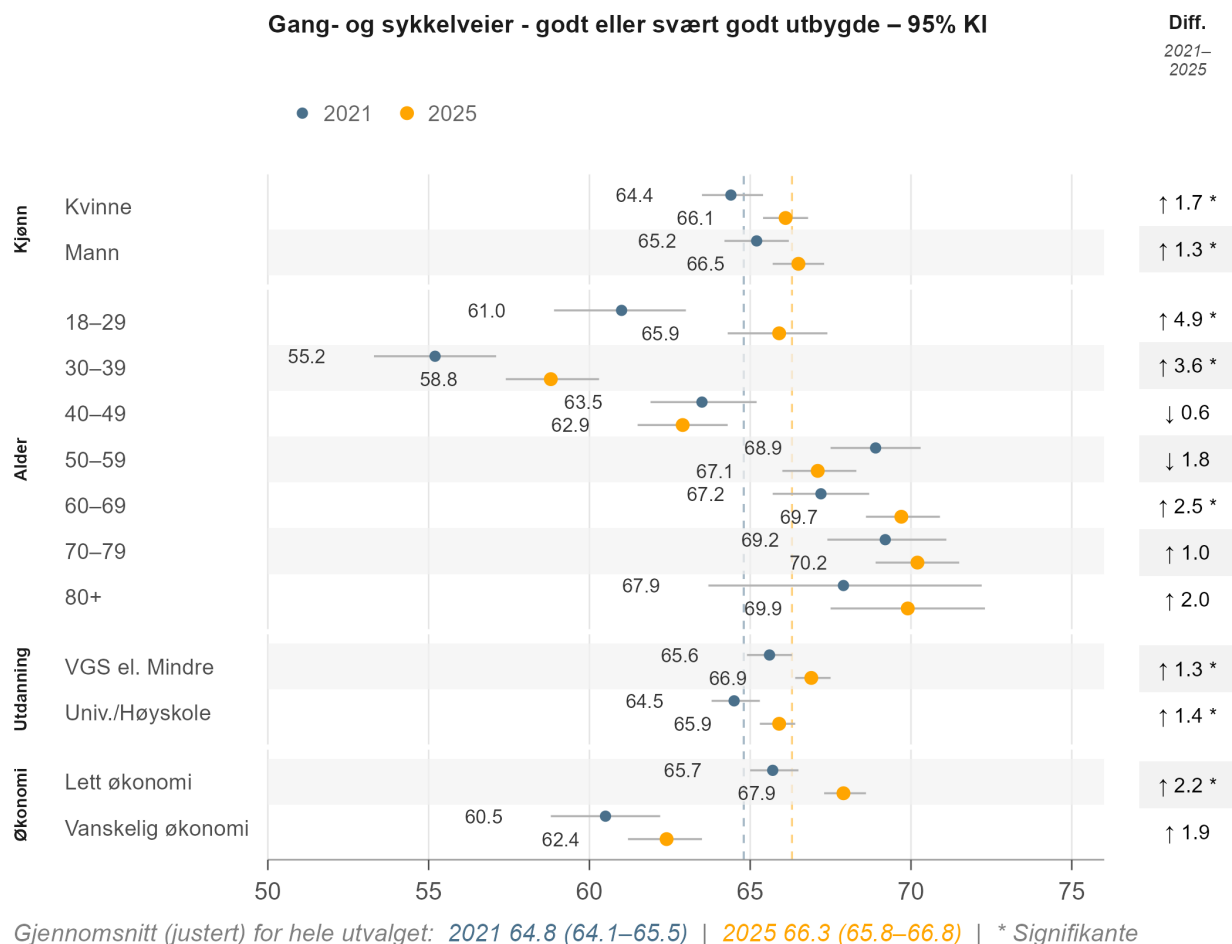
Figur C viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79, mens den er lavest blant 30–39. Differansen er 13,94 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen høyest i aldersgruppen 60–69 og lavest blant 30–39. Forskjellen er 9,28 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,19 tilsier en liten forskjell. På tvers av alder ligger andelene i de fleste gruppene mellom litt over 60 og litt over 70 prosent for begge kjønn, med en tendens til høyere nivåer i de eldste aldersgruppene. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er gjennomgående små og ikke statistisk sikre

Figur 42: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. Differansen er 13,34 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,28, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, mens laveste nivå finnes blant dem som vurderer den som vanskelig. Differansen er 10,52 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre

Figur 43: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde (E)



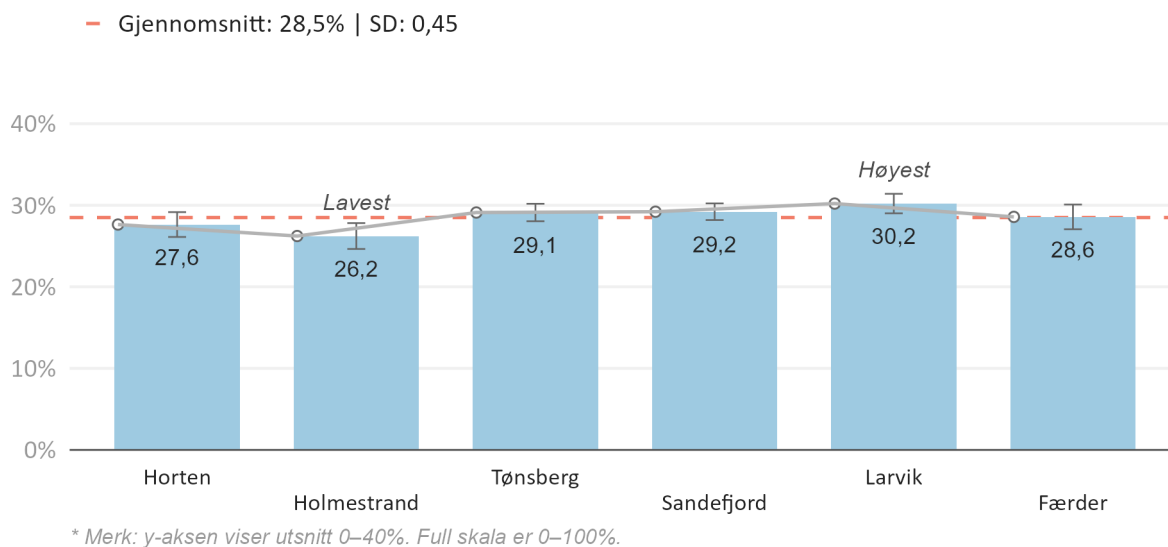
Figur E viser andelen som oppgir godt eller svært godt utbygde til gang- og sykkelveier på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 64,8 prosent i 2021 til 66,3 prosent i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. For kjønn er endringen statistisk sikker for både kvinner og menn, og nivåene ligger tett i begge år, slik at kjønnsforskjellene i praksis fremstår stabile. Etter alder er det en statistisk sikker økning blant 18–29-åringer og 30–39-åringer, samt blant 60–69-åringer, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at de yngste gruppene nærmer seg nivåene i de eldre gruppene i 2025, uten at mønsteret ellers endrer seg tydelig. For utdanning er det statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem er små både i 2021 og 2025. For opplevd økonomi er økningen statistisk sikker blant dem med lett økonomi, men ikke statistisk sikker blant dem med vanskelig økonomi. Samlet sett peker utviklingen mot en moderat bedring over tid, med i hovedsak stabile forskjeller mellom gruppene.

3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Svarandel: Totalt 30 951 deltakere av 31 994 (96,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

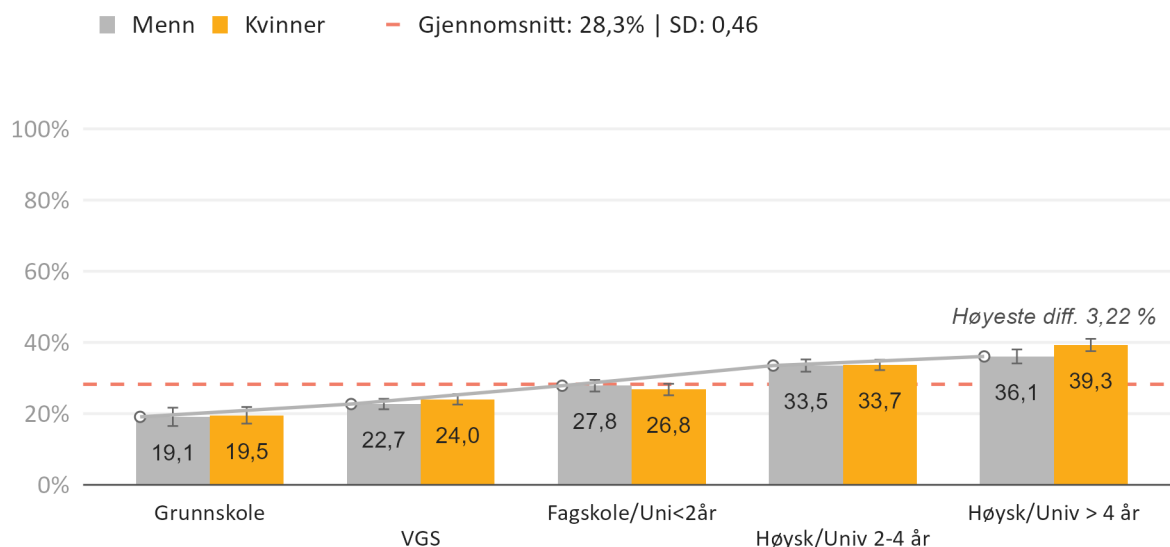
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 951	28,6 %	28,1 – 29,1
Kvinner	16 907	28,8 %	28,1 – 29,5
Menn	14 044	28,3 %	27,6 – 29,1

Figur 44: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kommuner i fylket (A)



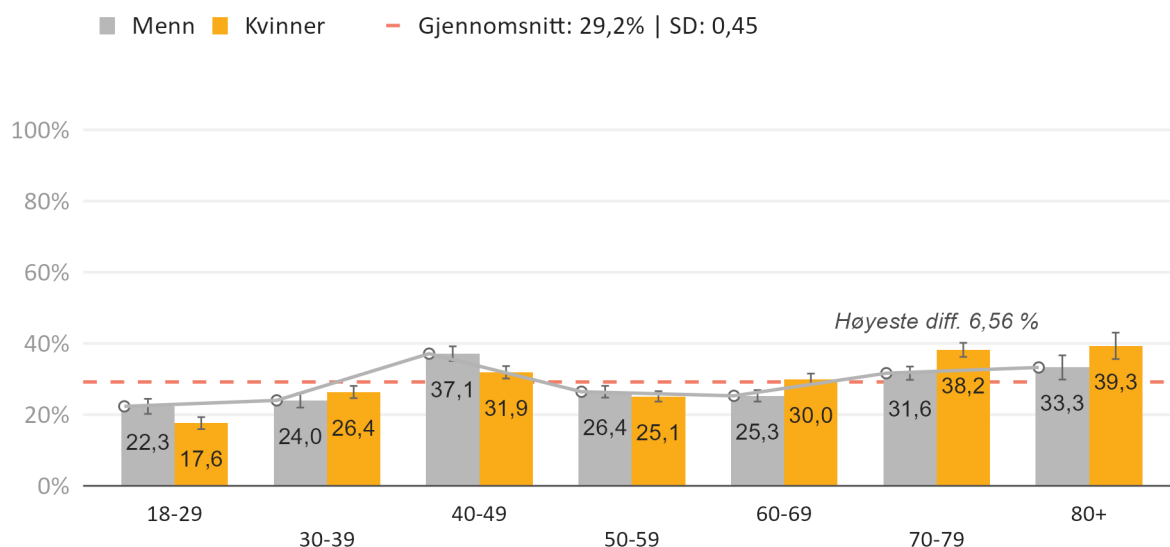
Figur A viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er lavest i Holmestrand og høyest i Larvik, men totalt sett ligger kommunene relativt tett. Det er en statistisk sikker forskjell på 3,98 prosentpoeng mellom ytterpunktene, men Cohen's h er 0,09, som tilsier en ubetydelig forskjell.

Figur 45: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er deltakelsen høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år og lavest blant dem med grunnskole. Blant kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste 19,74 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. For menn er differansen 16,97 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,38, som også tilsier en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og framstår ikke som statistisk sikre.

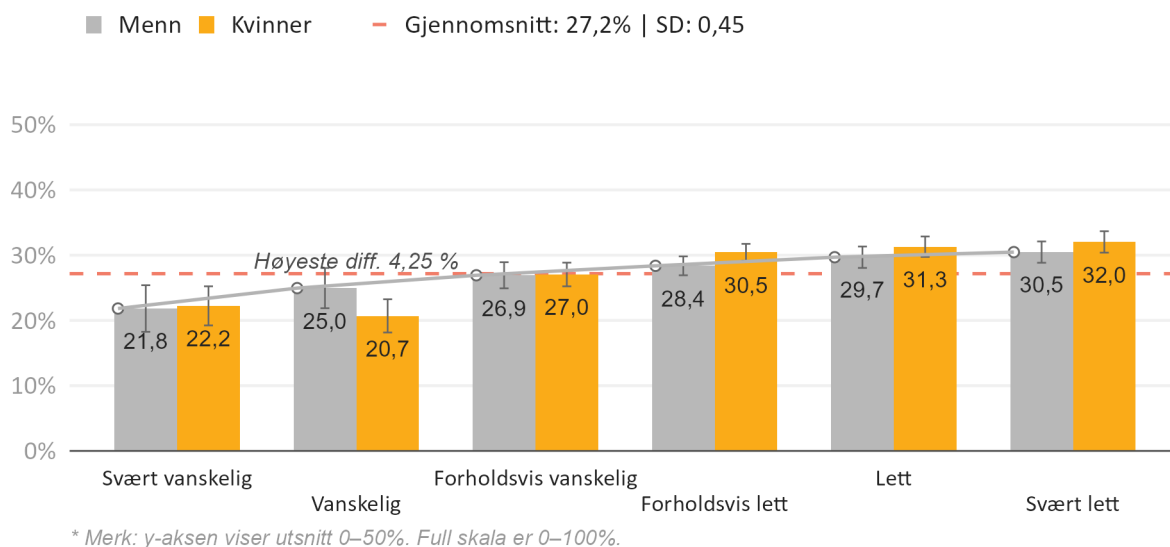
Figur 46: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er deltakelsen lavest i alderen 18–29, og høyest blant de eldste, 80 år og eldre. Det er en statistisk sikker økning på 21,71 prosentpoeng fra laveste til høyeste aldersgruppe, og Cohen's h er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er deltakelsen også lavest i alderen 18–29, mens den er høyest i 40–49. Differansen mellom ytterpunktene er

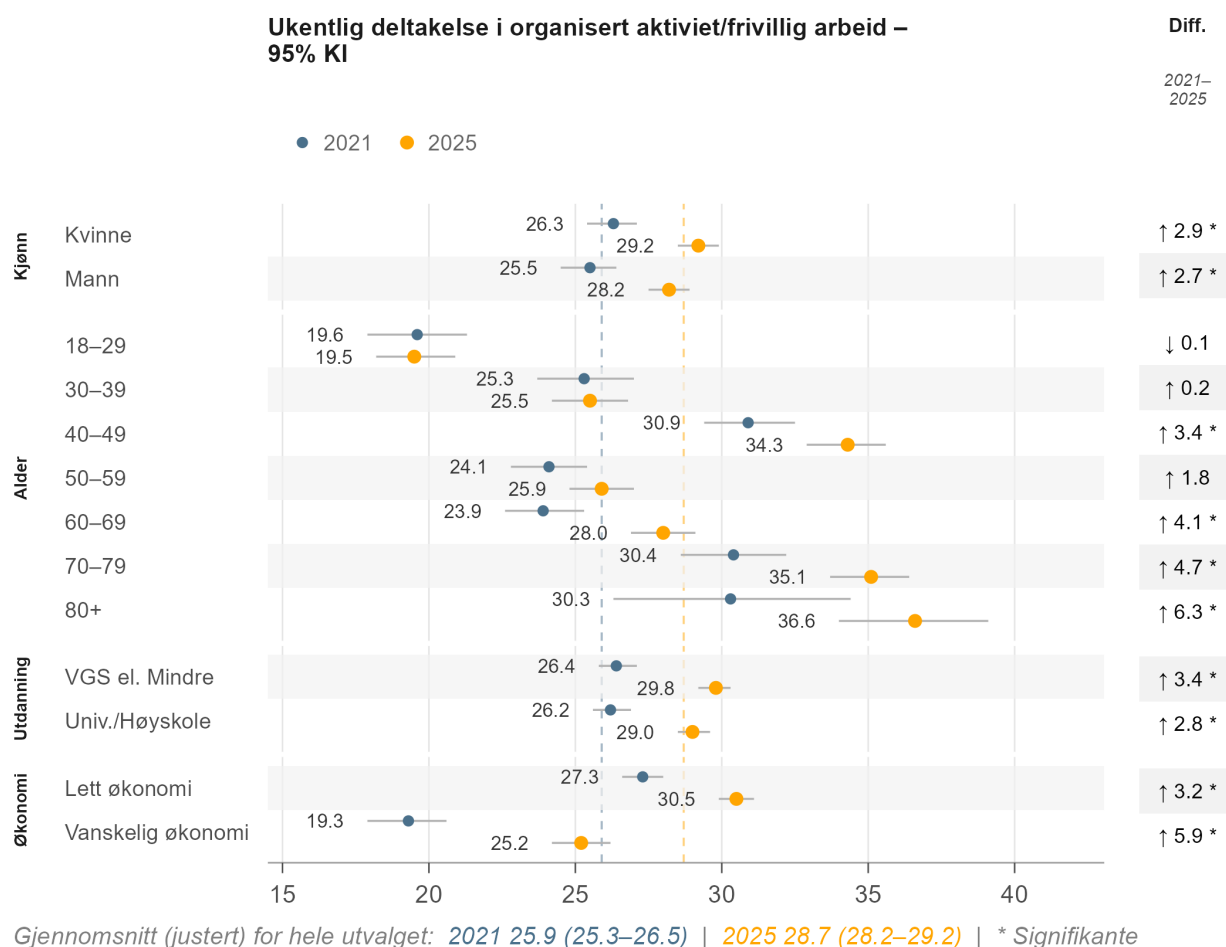
14,80 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,33, som også indikerer en middels forskjell. Kjønnsforskjellene varierer med alder. I 18–29 og 40–49 deltar menn oftere enn kvinner, med henholdsvis 4,71 og 5,24 prosentpoeng forskjell, og disse forskjellene er statistisk sikre. I 60–69 og 70–79 deltar kvinner oftere enn menn, med 4,68 og 6,56 prosentpoeng forskjell, som også er statistisk sikre. I 30–39, 50–59 og 80 år og eldre er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 47: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er deltakelsen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som vanskelig. Differansen er 11,33 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn varierer deltakelsen etter hvordan økonomien oppleves. Her er andelen høyest i gruppen som vurderer økonomien som svært lett og lavest i gruppen som vurderer den som svært vanskelig. Differansen er 8,64 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. På tvers av de fleste økonomigrupper ligger kvinner og menn nokså likt. Den største forskjellen finner vi i gruppen som vurderer økonomien som vanskelig, men denne kjønnsforskjellen framstår likevel ikke som statistisk sikker.

Figur 48: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid (E)



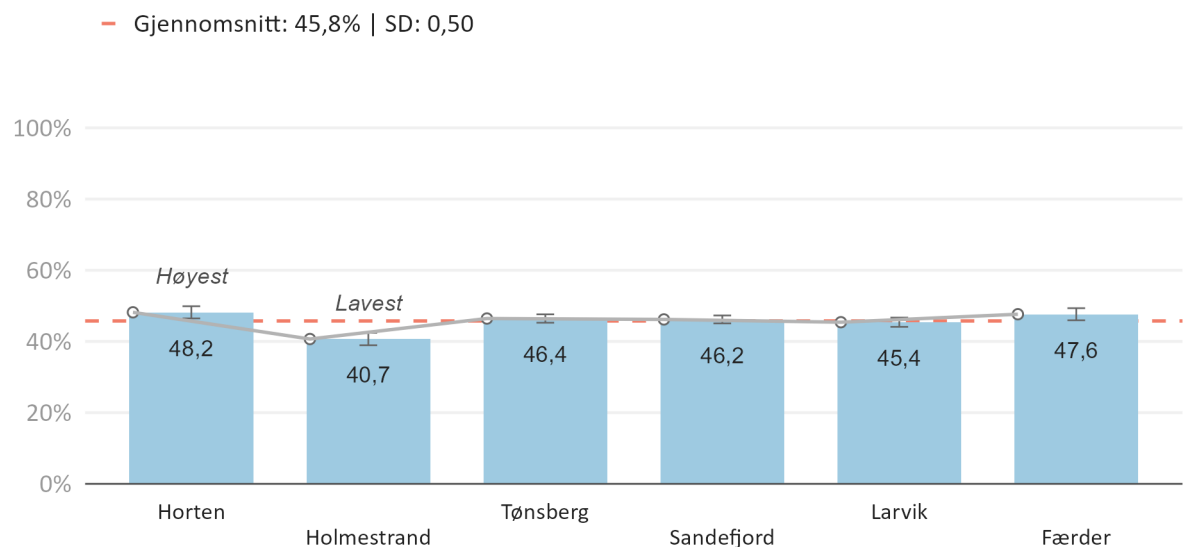
Figur E viser andelen som oppgir ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 25,9 prosent i 2021 til 28,7 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. Økningen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen framstår i hovedsak som stabil over tid. Etter alder er bildet mer delt: 18–29 år og 30–39 år har ikke statistisk sikker endring, mens flere av de eldre gruppene har statistisk sikker økning. Særlig øker andelen blant 40–49 år og blant personer fra 60 år og oppover, med høyest nivå i 2025 blant de eldste (80+). For utdanning er det statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevd økonomi øker andelen statistisk sikkert både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, men økningen er størst ved vanskelig økonomi (fra 19,3 prosent til 25,2 prosent), noe som reduserer gapet mellom gruppene. Samlet peker utviklingen mot mer ukentlig deltakelse i 2025 enn i 2021, særlig drevet av økning i de eldre aldersgruppene og blant dem som oppgir økonomiske vansker.

3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Svarandel: Totalt 31 027 deltakere av 31 994 (97,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

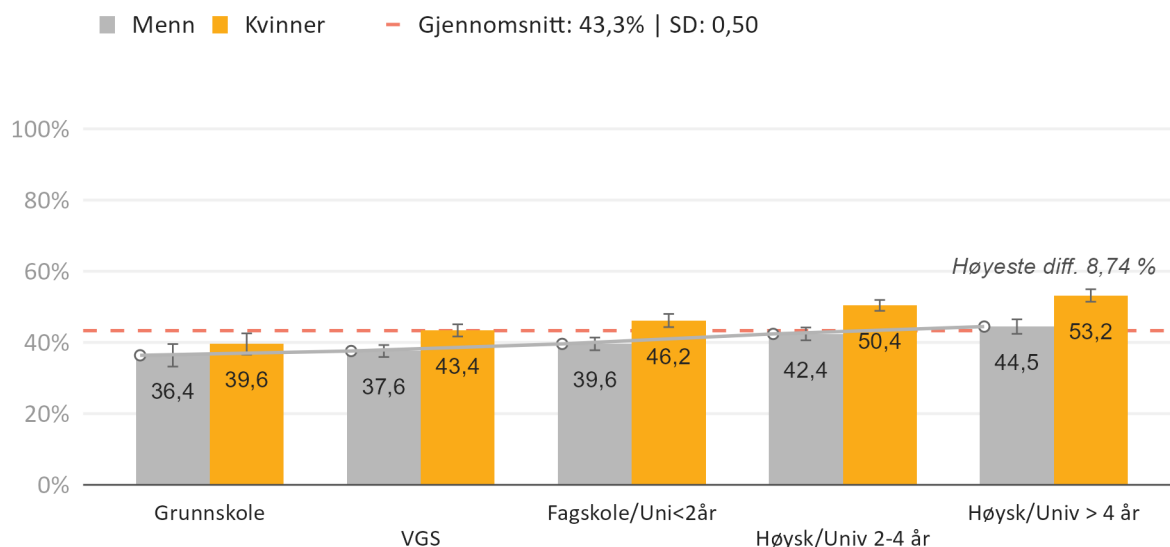
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	31 027	45,6 %	45,0 – 46,2
Kvinner	16 960	48,5 %	47,7 – 49,3
Menn	14 067	42,1 %	41,3 – 42,9

Figur 49: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kommuner i fylke (A)



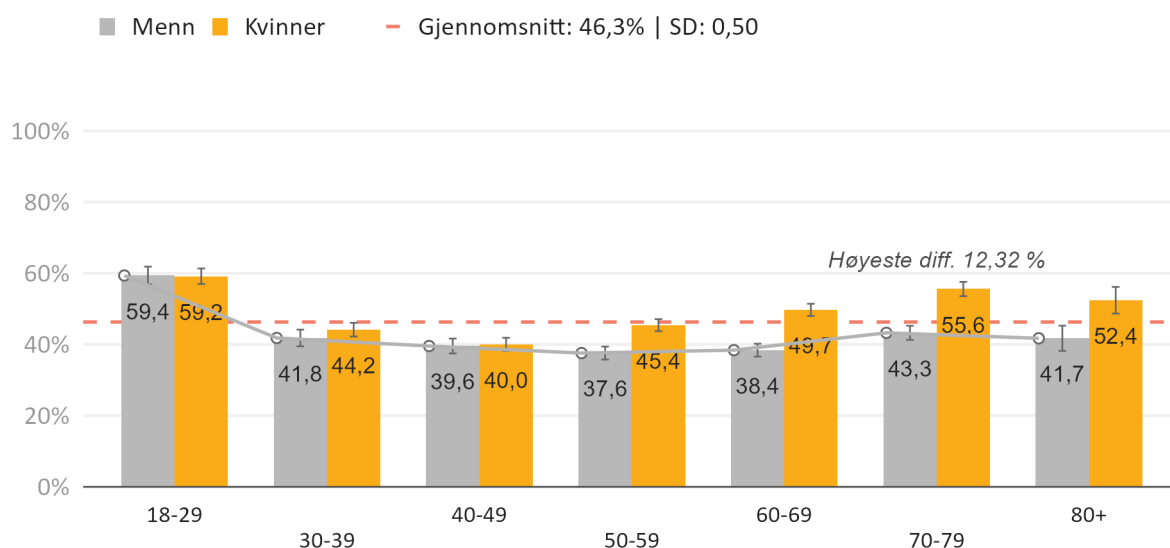
Figur A viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen som deltar ukentlig varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Horten og lavest nivå i Holmestrand. Differansen mellom ytterpunktene er 7,50 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effekstørrelsen er Cohen's h på 0,15, som tilsier en liten forskjell i nivået mellom kommunene. Samlet viser tallene at de fleste kommunene ligger i et relativt smalt intervall rundt midten av førti prosent, mens Holmestrand skiller seg ut med den laveste andelen.

Figur 50: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



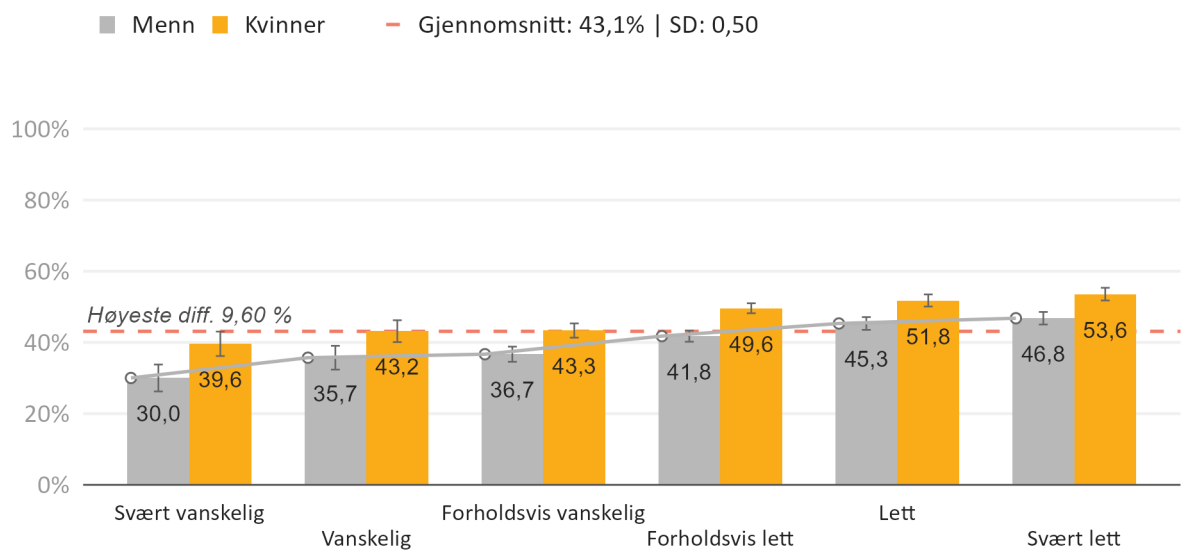
Figur B viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er deltakelsen høyest for dem med høyskole eller universitet over fire år og lavest blant dem med grunnskole. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe er 13,63 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,27, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er deltakelsen også høyest for dem med høyskole eller universitet over fire år og lavest blant dem med grunnskole. Her er forskjellen 8,07 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, ligger kvinner høyere i alle gruppene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker for videregående skole, fagskole eller universitet under to år, høyskole eller universitet to til fire år, og høyskole eller universitet over fire år, og varierer fra 5,79 til 8,74 prosentpoeng. For grunnskole er kjønnforskjellen ikke statistisk sikker.

Figur 51: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og alder (C)



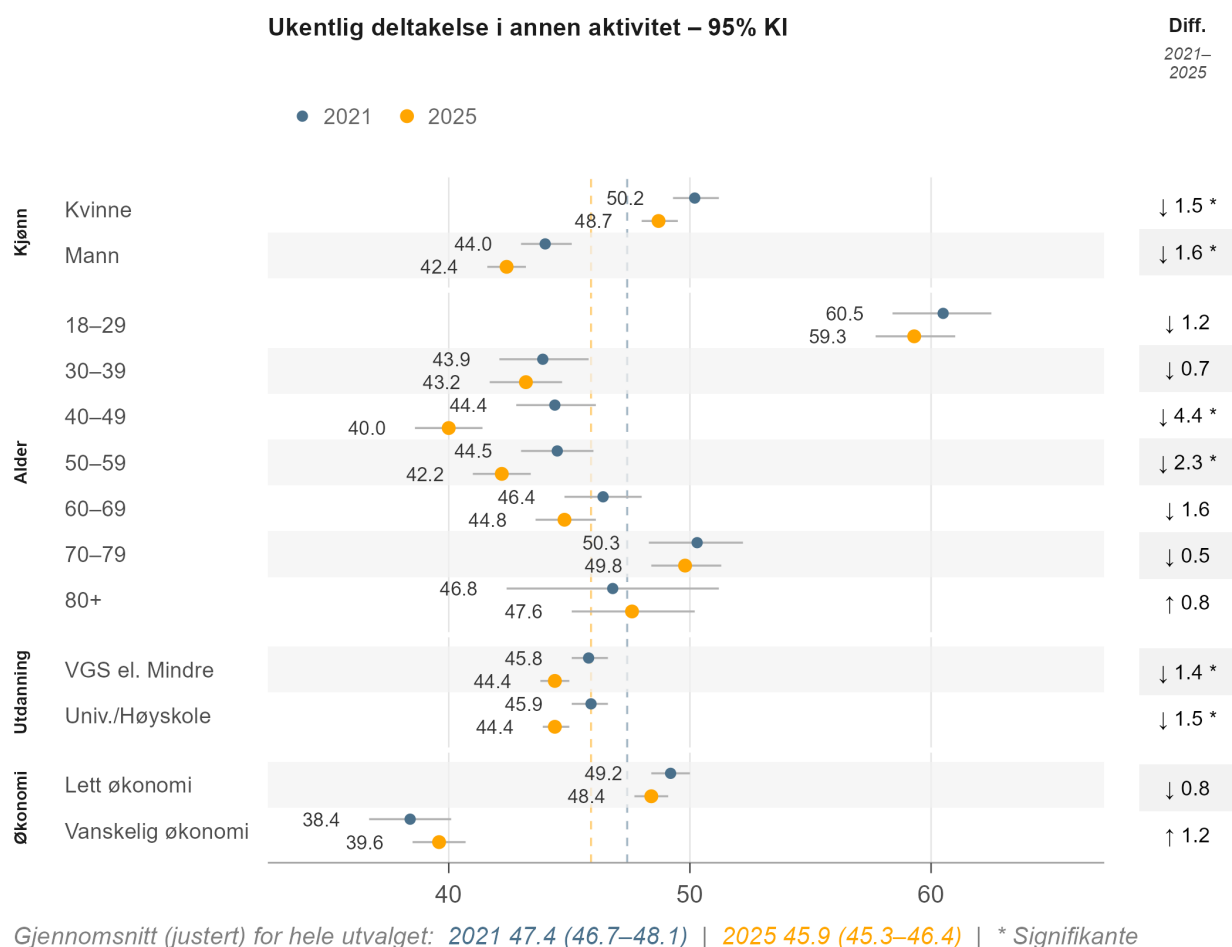
Figur C viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i aldersgruppen 40–49 år. Differansen er 19,14 prosentpoeng mellom høyeste og laveste gruppe, og Cohen's h er 0,39, som tilsvarer en middels forskjell. Etter fallet fra 18–29 til 40–49 år øker andelen igjen i de eldre aldersgruppene. Blant menn er andelen også høyest i 18–29 år, mens den laveste andelen er i 50–59 år. Differansen er 21,78 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som også indikerer en middels forskjell. Når det gjelder kjønnsforskjeller innen aldersgruppene, er forskjellene små i de yngste gruppene, men fra 50–59 år og oppover er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med statistisk sikre forskjeller.

Figur 52: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at økonomien er Svært lett, og lavest blant dem som vurderer den som Svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste andel 13,96 prosentpoeng. Cohen's h er 0,28, som tilsier en middels forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. For menn er differansen 16,78 prosentpoeng. Også her er forskjellen statistisk sikker, og Cohen's h er 0,35, som tilsier en middels forskjell. På tvers av alle nivåer av husholdningsøkonomi ligger kvinner høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen er størst i «Svært vanskelig», der menn ligger 9,60 prosentpoeng lavere enn kvinner, og ellers varierer den fra 6,46 til 7,83 prosentpoeng. Dette peker samlet mot mer ukentlig deltakelse blant dem som opplever økonomien som lettere, og gjennomgående høyere nivå blant kvinner.

Figur 53: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet (E)



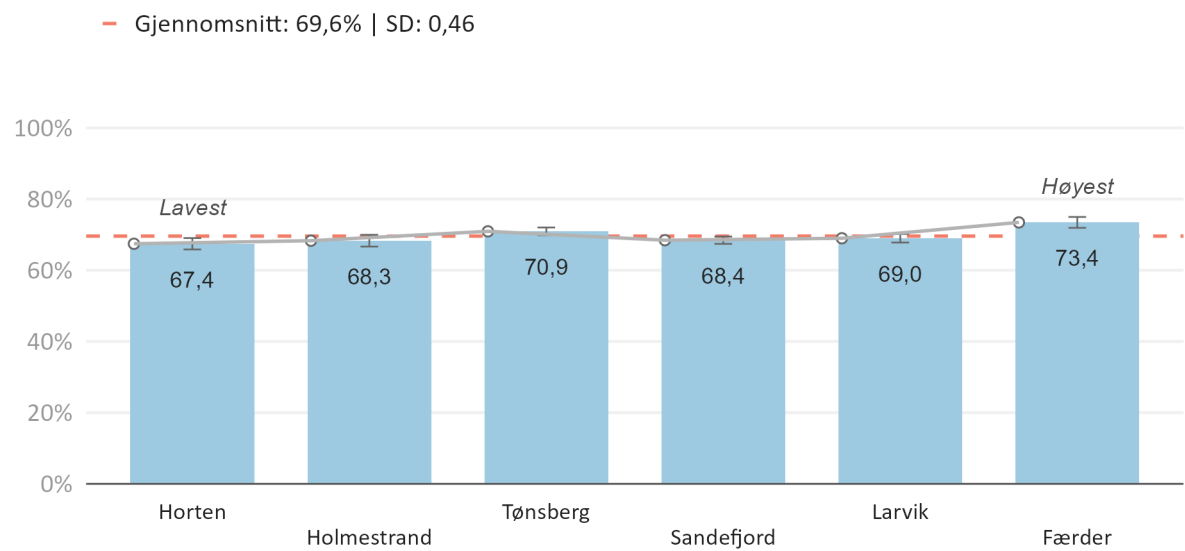
Figur E viser andelen som oppgir ukentlig deltakelse i annen aktivitet på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen noe lavere i 2025 enn i 2021 (47,4 prosent mot 45,9 prosent), og forskjellen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025 både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. På tvers av alder er mønsteret ellers relativt stabilt, men det er en statistisk sikker nedgang i aldersgruppene 40–49 år og 50–59 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og nivåene ligger svært likt i 2021 og 2025. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, er endringene fra 2021 til 2025 ikke statistisk sikre i noen av gruppene. Samtidig ligger andelen gjennomgående høyere blant dem med lett økonomi enn blant dem med vanskelig økonomi i begge år, uten tydelige tegn til at dette mønsteret har endret seg.

3.15 God eller svært god helse

Svarandel: Totalt 30 925 deltakere av 31 994 (96,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

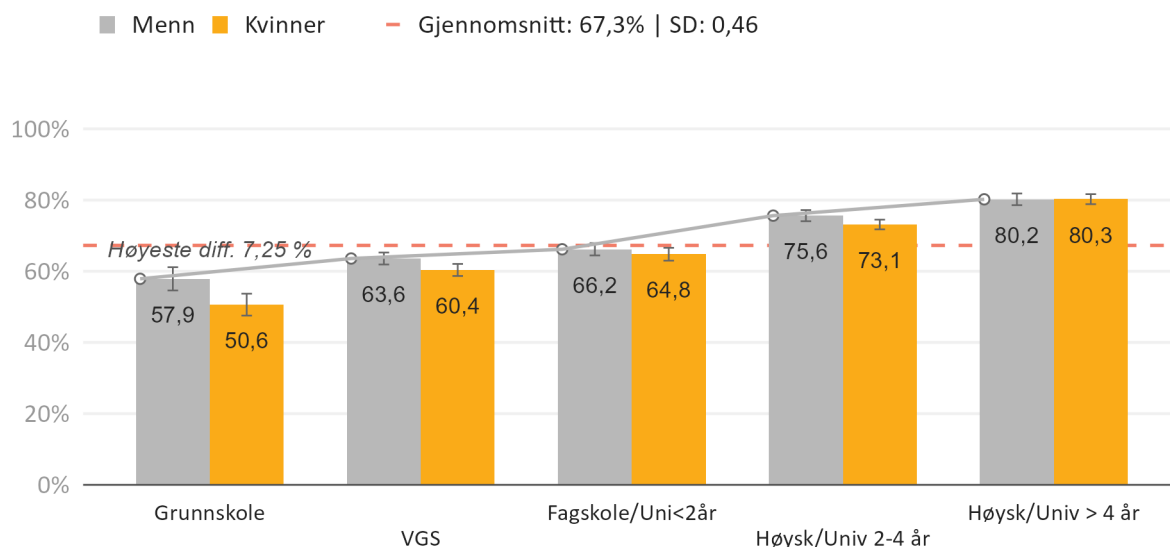
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 925	69,2 %	68,7 – 69,7
Kvinner	16 893	68,6 %	67,9 – 69,4
Menn	14 032	69,8 %	69,1 – 70,6

Figur 54: God eller svært god helse etter kommuner i fylket (A)



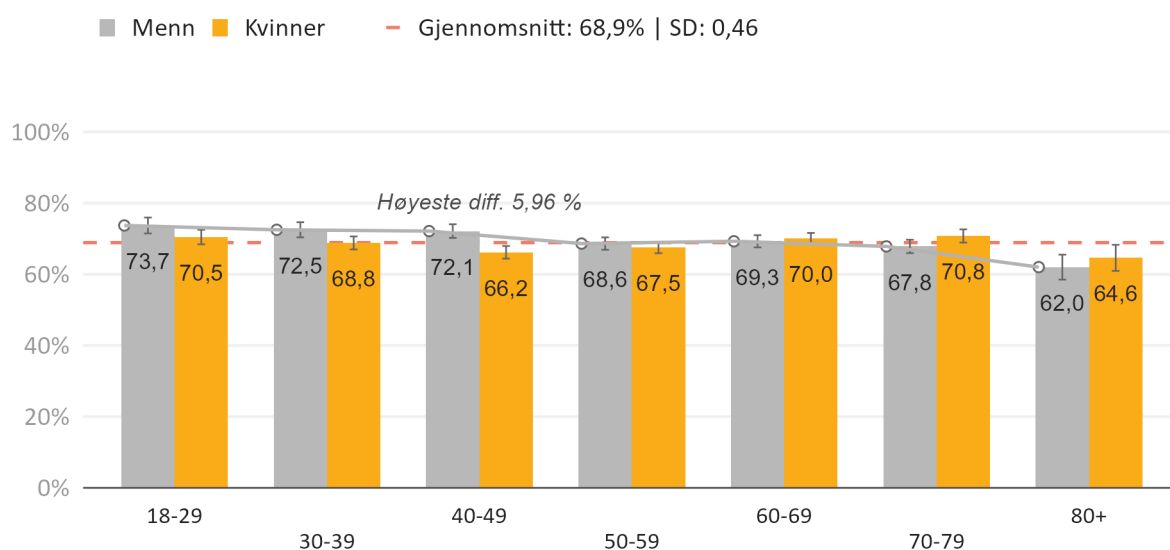
Figur A viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er forskjeller mellom kommunene, der Færder har høyest andel, mens Horten har lavest andel. Differansen er 6,00 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen’s h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Tønsberg ligger også relativt høyt. Larvik ligger midt i fordelingen, mens Sandefjord og Holmestrand har lavere. Samlet sett varierer nivået av positiv egenvurdert helse innenfor et begrenset spenn.

Figur 55: God eller svært god helse etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år og lavest blant dem med grunnskole. Blant kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste 29,63 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,64, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen 22,33 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. Dette peker mot en tydelig sammenheng mellom høyere utdanning og bedre egenvurdert helse for begge kjønn. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er det bare i gruppen med grunnskole at menn har en statistisk sikker høyere andel enn kvinner, med 7,25 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

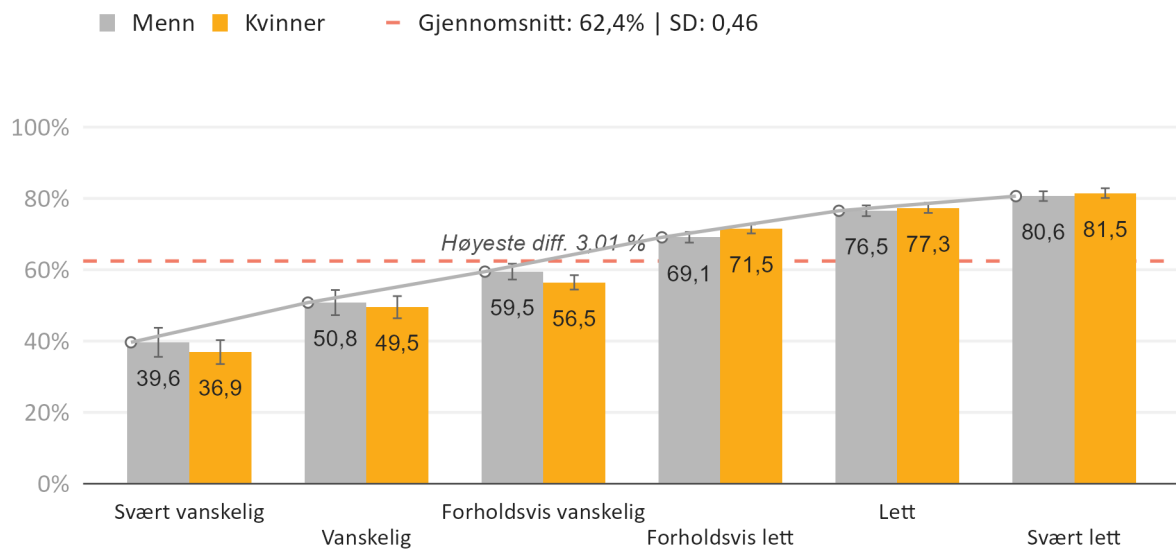
Figur 56: God eller svært god helse etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner finnes den høyeste andelen i aldersgruppen 70–79 år, mens lavest andel er

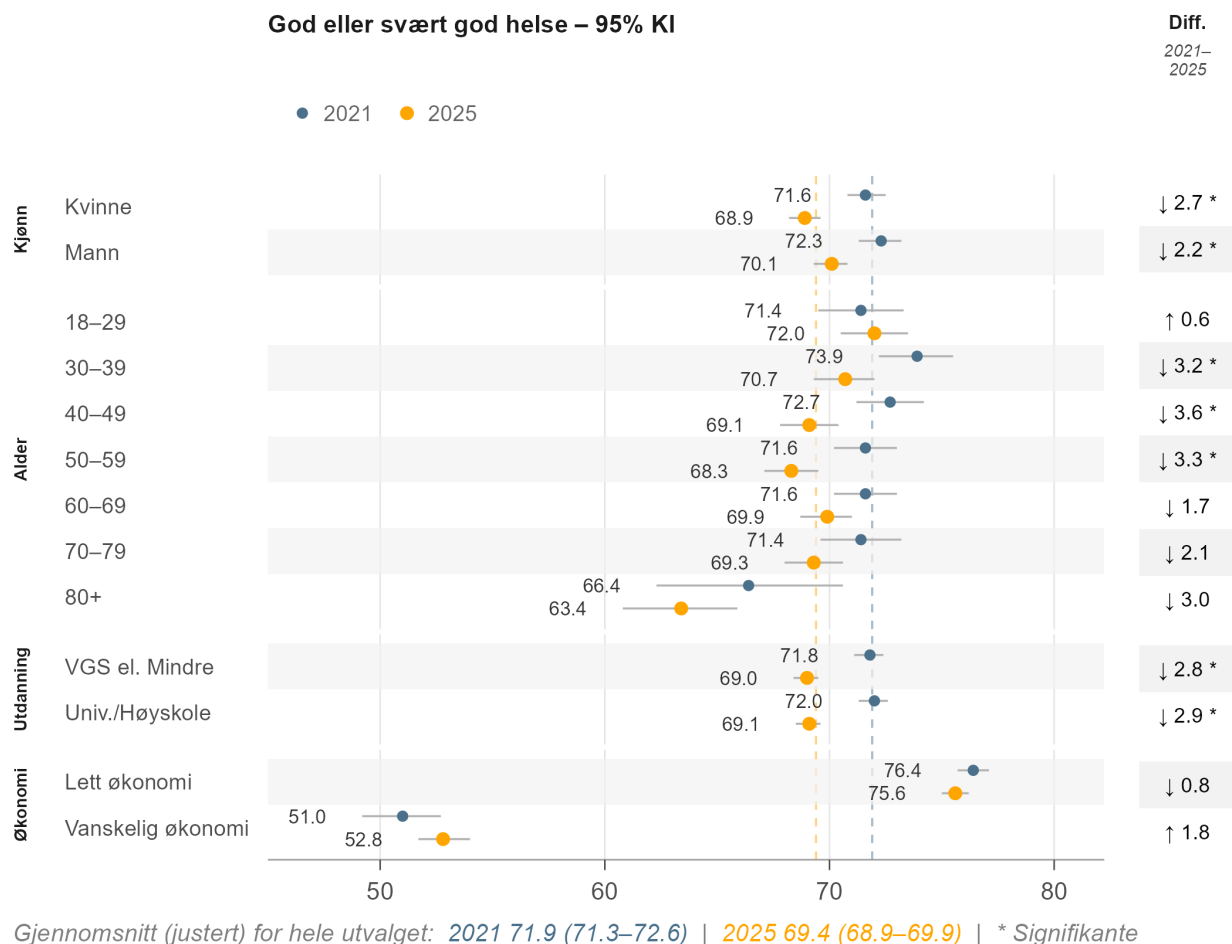
i 80 år og eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 6,15 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,13, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn varierer andelen mer. Høyest andel er i alderen 18–29 år og lavest andel er også her i 80 år og eldre. Differansen er 11,69 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,25, som tilsvarer en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er forskjellene gjennomgående små. Den eneste aldersgruppen med en statistisk sikker kjønnsforskjell er 40–49 år, der menn ligger 5,96 prosentpoeng høyere enn kvinner.

Figur 57: God eller svært god helse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er det en tydelig sammenheng mellom hvordan husholdningsøkonomien oppleves og andelen som rapporterer god eller svært god helse. Blant kvinner er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. Det er en statistisk sikker forskjell på 44,58 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,95, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Differansen er 40,99 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,87, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre.

Figur 58: God eller svært god helse (E)



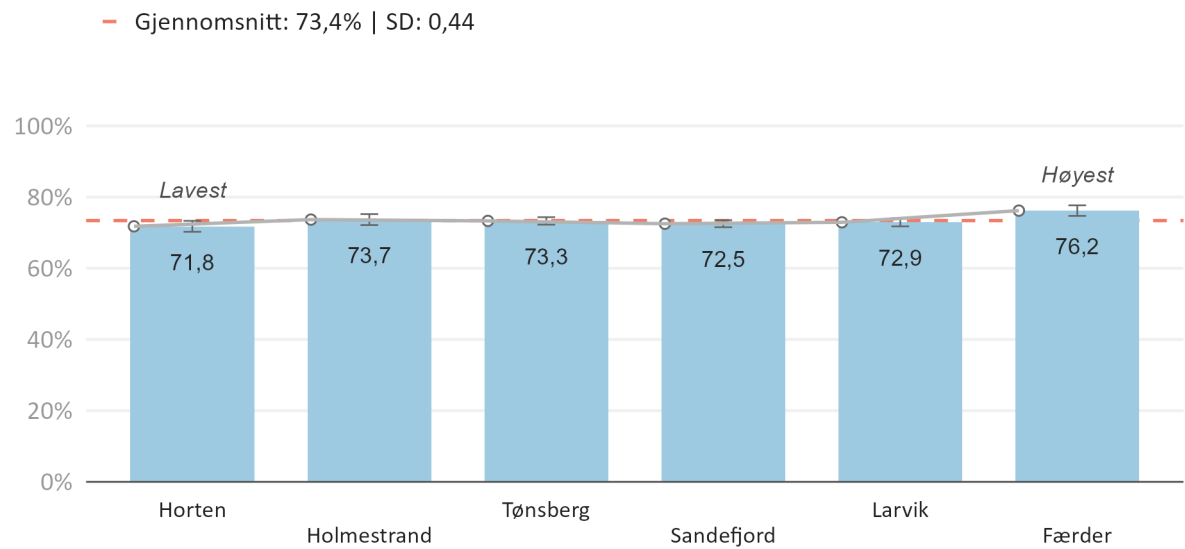
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god helse på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 71,9 prosent i 2021 til 69,4 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker nedgang både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene fremstår omtrent uendret. På tvers av alder er bildet mer sammensatt: 30–39 år, 40–49 år og 50–59 år har en statistisk sikker nedgang, mens de øvrige aldersgruppene ikke har statistisk sikker endring. Dette innebærer at fallet i totalnivå i stor grad drives av midtre aldersgrupper, mens de yngste og eldste gruppene er mer stabile. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og mønsteret mellom gruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er det ikke statistisk sikker endring verken blant dem med lett økonomi eller dem med vanskelig økonomi, og nivåforskjellen mellom disse gruppene består i 2025.

3.16 God eller svært god tannhelse

Svarandel: Totalt 30 889 deltakere av 31 994 (96,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

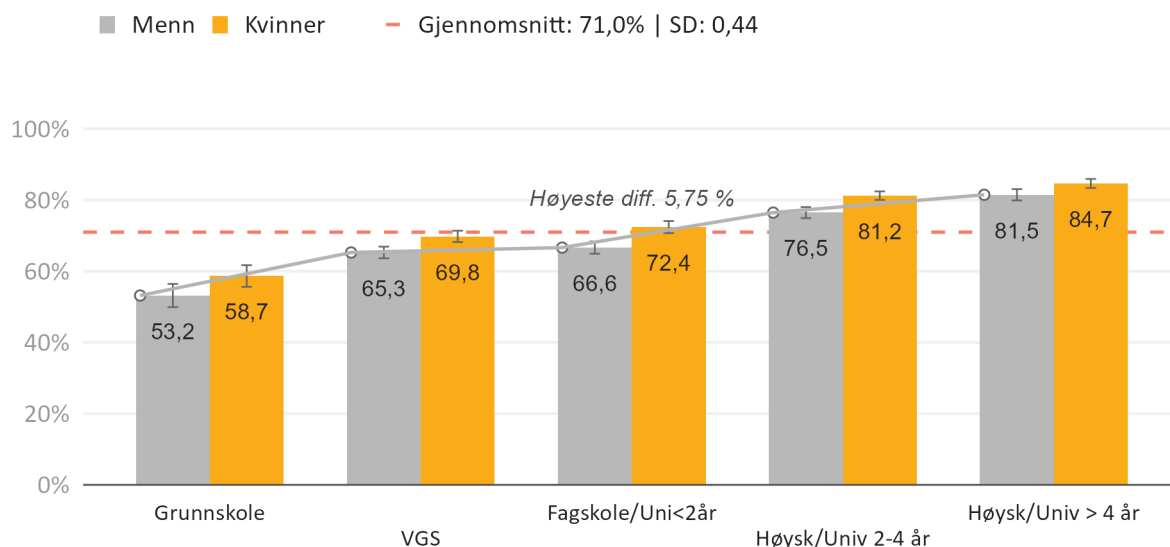
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 889	72,8 %	72,3 – 73,3
Kvinner	16 873	75,6 %	74,9 – 76,2
Menn	14 016	69,5 %	68,7 – 70,3

Figur 59: God eller svært god tannhelse etter kommuner i fylket (A)



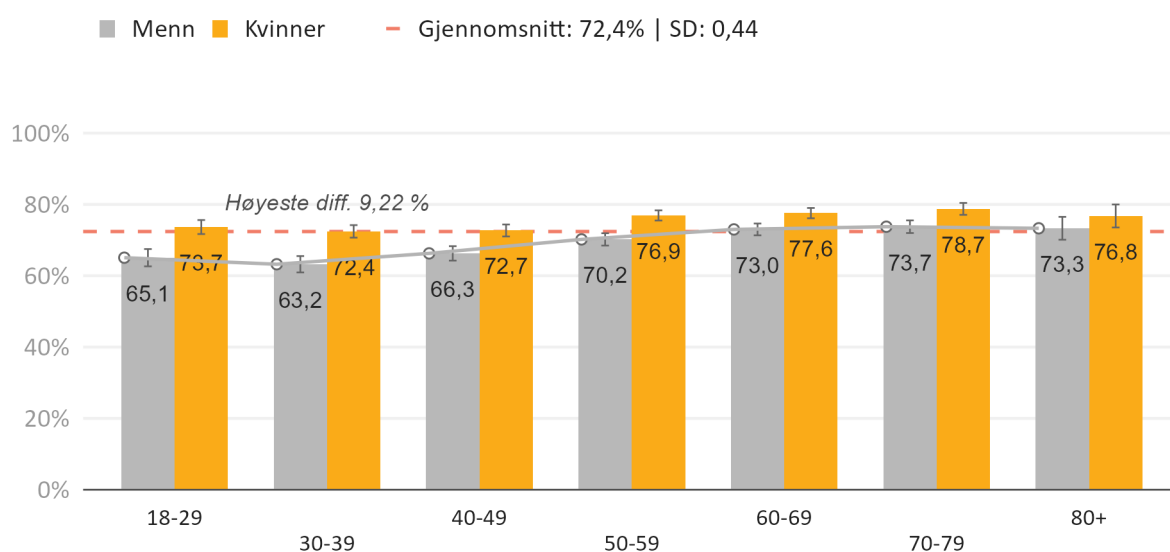
Figur A viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylke. Andelen er høyest i Færder og lavest i Horten. Forskjellen mellom ytterpunktene er 4,42 prosentpoeng, og den framstår som statistisk sikker. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,10, som indikerer en liten forskjell. Samlet sett ligger kommunene relativt tett, med en gjennomgående høy andel som vurderer tannhelsen som god eller svært god, men Færder skiller seg noe ut med den høyeste andelen.

Figur 60: God eller svært god tannhelse etter kjønn og utdanningsnivå (B)



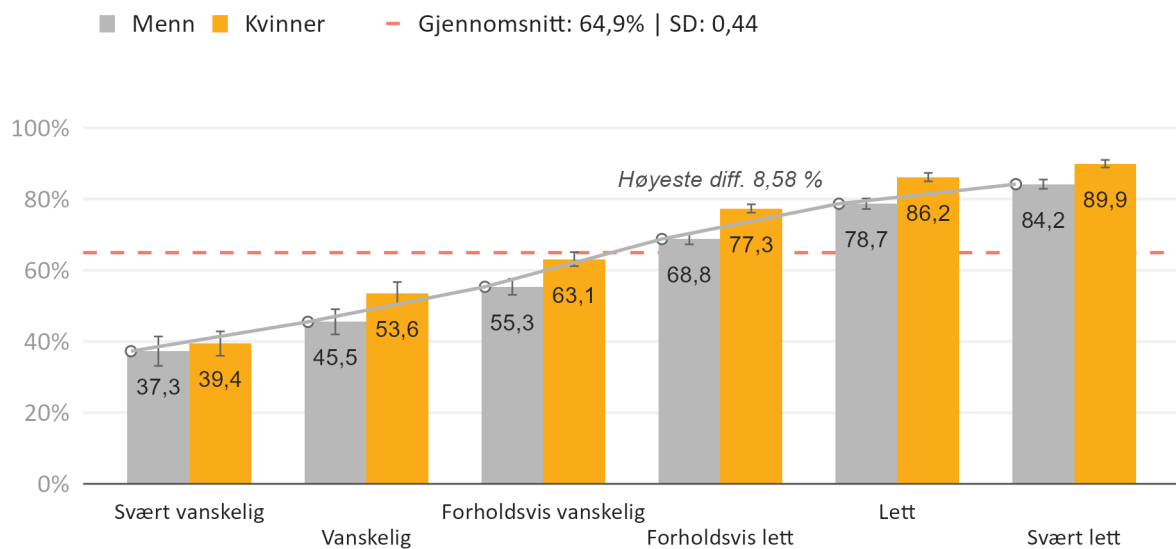
Figur B viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For begge kjønn øker andelen tydelig med høyere utdanning. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år. Differansen er 26,00 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,59, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest ved grunnskole og høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over 4 år. Her er forskjellen 28,30 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som også tilsvarer en stor forskjell. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn på alle utdanningsnivåer. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for videregående skole, fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, høyskole eller universitetsutdanning 2–4 år, og høyskole eller universitetsutdanning over 4 år. For grunnskole er kjønnforskjellen ikke statistisk sikker.

Figur 61: God eller svært god tannhelse etter kjønn og alder (C)



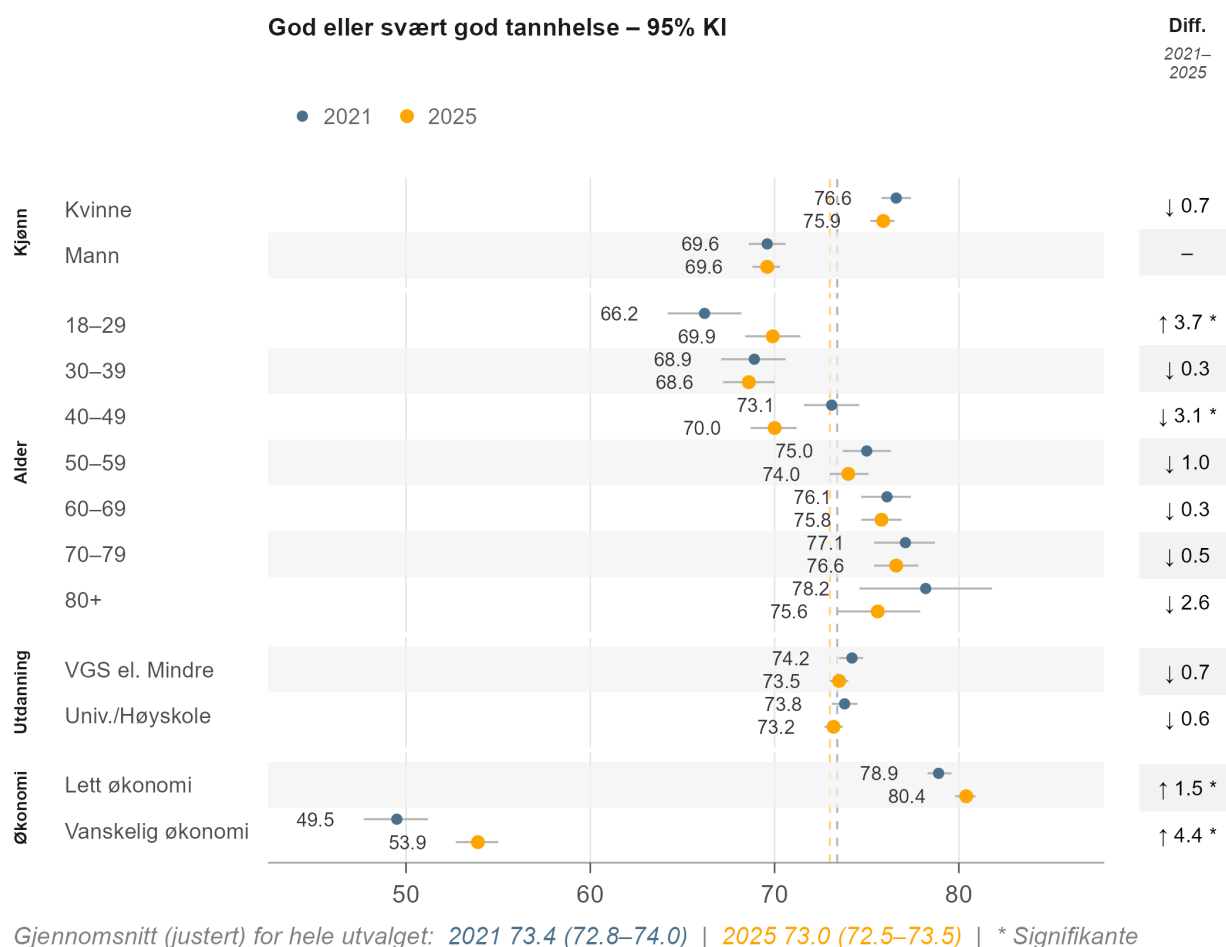
Figur C viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen relativt stabilt gjennom voksenlivet, men med en topp i aldersgruppen 70–79 år og lavest nivå i 30–39 år. Differansen er 6,31 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,15, som tilsier en liten forskjell, selv om variasjonen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. For menn finnes høyest andel også i 70–79 år og lavest andel er i 30–39 år. Forskjellen er 10,53 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,23, som også tilsier en liten forskjell, og aldersvariasjonen statistisk sikker. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel med god eller svært god tannhelse enn menn i aldersgruppene 18–29 til 70–79 år, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellene varierer fra 4,57 til 9,22. I gruppen 80 år og eldre er andelen mer like, uten statistisk sikker kjønnsforskjell.

Figur 62: God eller svært god tannhelse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er det en tydelig sammenheng mellom opplevd husholdningsøkonomi og egenvurdert tannhelse: Andelen med god eller svært god tannhelse er høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen 50,52 prosentpoeng, som er statistisk sikker. Cohen's h er 1,14, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er forskjellen på 46,91 prosentpoeng, som også er statistisk sikker. Cohen's h er 1,01, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle økonomigruppene, med unntak av gruppen «svært vanskelig», der kjønnsforskjellen er 2,14 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

Figur 63: God eller svært god tannhelse (E)



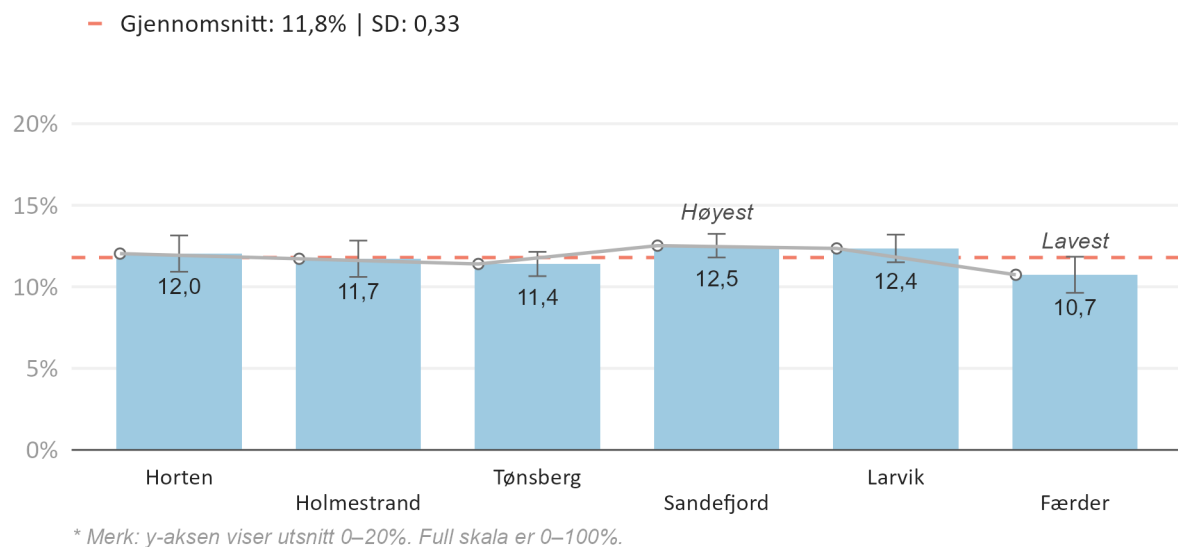
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tannhelse på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (73,4 prosent mot 73,0 prosent). Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikker endring for både kvinner og menn. For alder er bildet mer sammensatt: 18–29 år har en statistisk sikker økning (fra 66,2 til 69,9 prosent), mens 40–49 år har en statistisk sikker nedgang (fra 73,1 til 70,0 prosent). I de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre, og rangeringen mellom de eldste gruppene fremstår derfor i stor grad som stabil. Etter utdanning er det små forskjeller mellom 2021 og 2025, og endringene er ikke statistisk sikre i begge utdanningsgrupper. For opplevde økonomiske vansker er det derimot statistisk sikre økninger i begge grupper, både ved lett økonomi (78,9 til 80,4 prosent) og ved vanskelig økonomi (49,5 til 53,9 prosent). Samtidig består et tydelig nivåskille mellom dem med lett og vanskelig økonomi i begge år.

3.17 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier

Svarandel: Totalt 30 892 deltakere av 31 994 (96,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

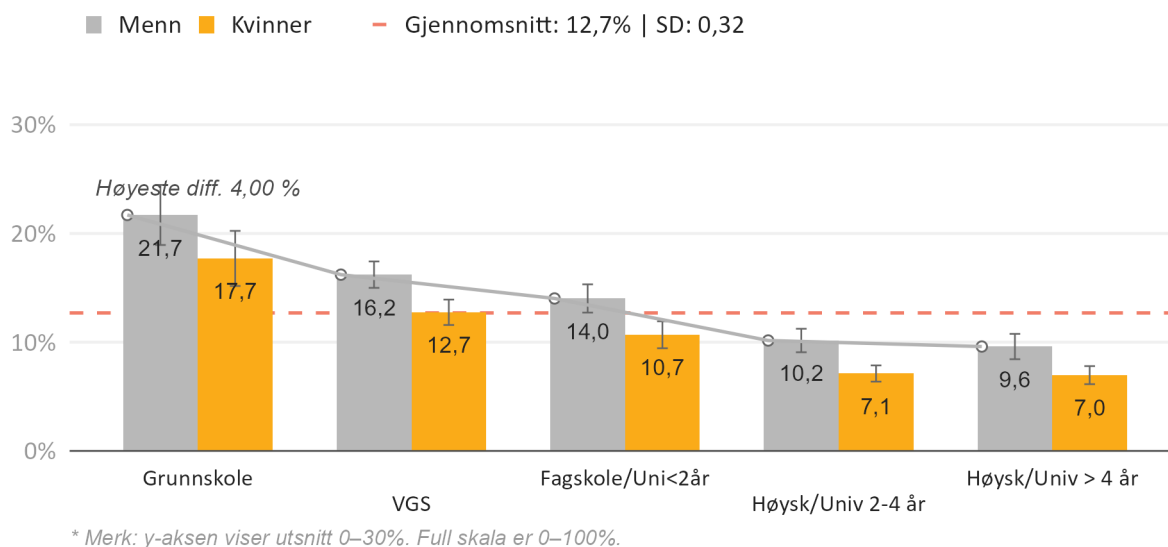
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 892	12,2 %	11,8 – 12,5
Kvinner	16 890	10,4 %	9,9 – 10,9
Menn	14 002	14,3 %	13,7 – 14,9

Figur 64: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kommuner i fylket (A)



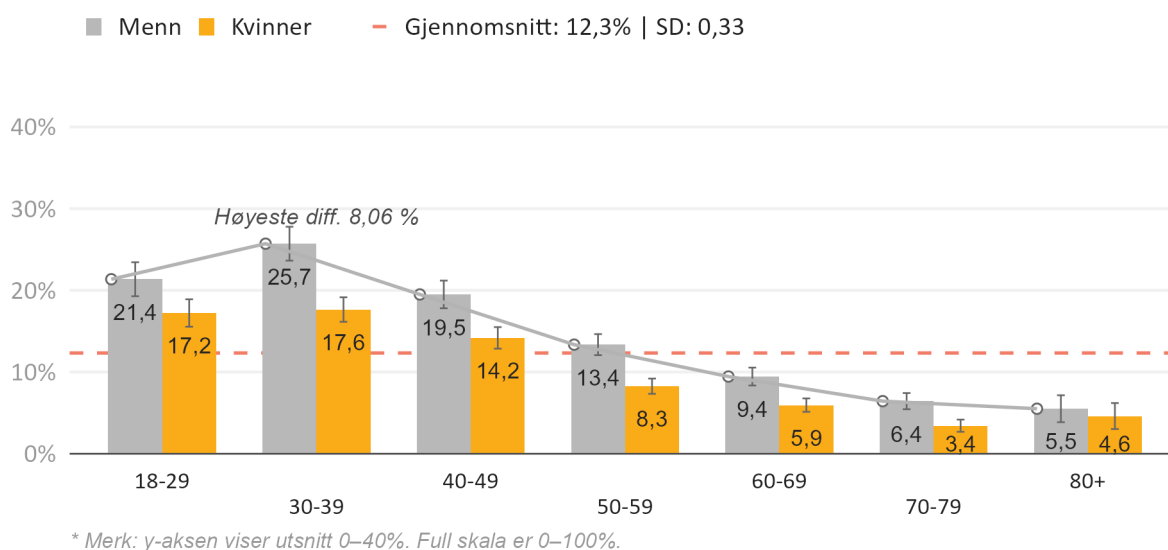
Figur A viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene ligger samlet sett tett mellom kommunene, med høyest andel i Sandefjord og lavest i Færder. Differansen mellom ytterpunktene er 1,79 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår ikke som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell mellom kommunene. Helhetsbildet er at andelen som oppgir at det er mer enn to år siden siste tannlege eller tannpleierbesøk varierer lite på tvers av kommunene, og at forskjellene i hovedsak er små.

Figur 65: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og utdanningsnivå (B)



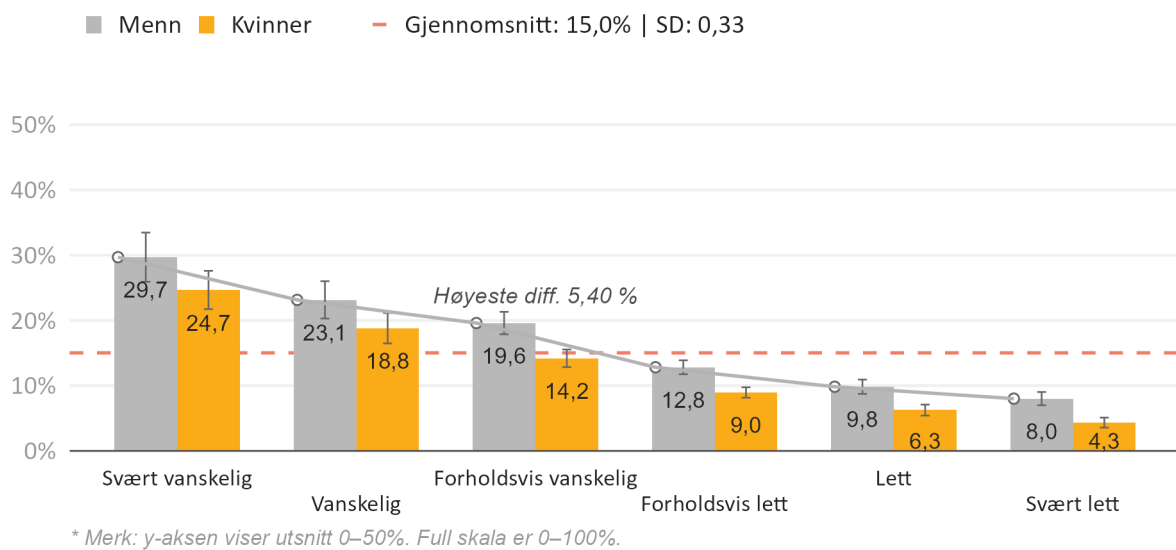
Figur B viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, og lavest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år. Differansen mellom ytterpunktene er 10,73 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret det samme, med høyest andel i grunnskolegruppen og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning. Forskjellen er 12,10 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som også indikerer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger menn gjennomgående høyere enn kvinner. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i de fleste utdanningsgruppene, blant annet i videregående skole der menn ligger 3,46 prosentpoeng over kvinner, mens forskjellen i grunnskolegruppen er 4,00 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

Figur 66: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og alder (C)



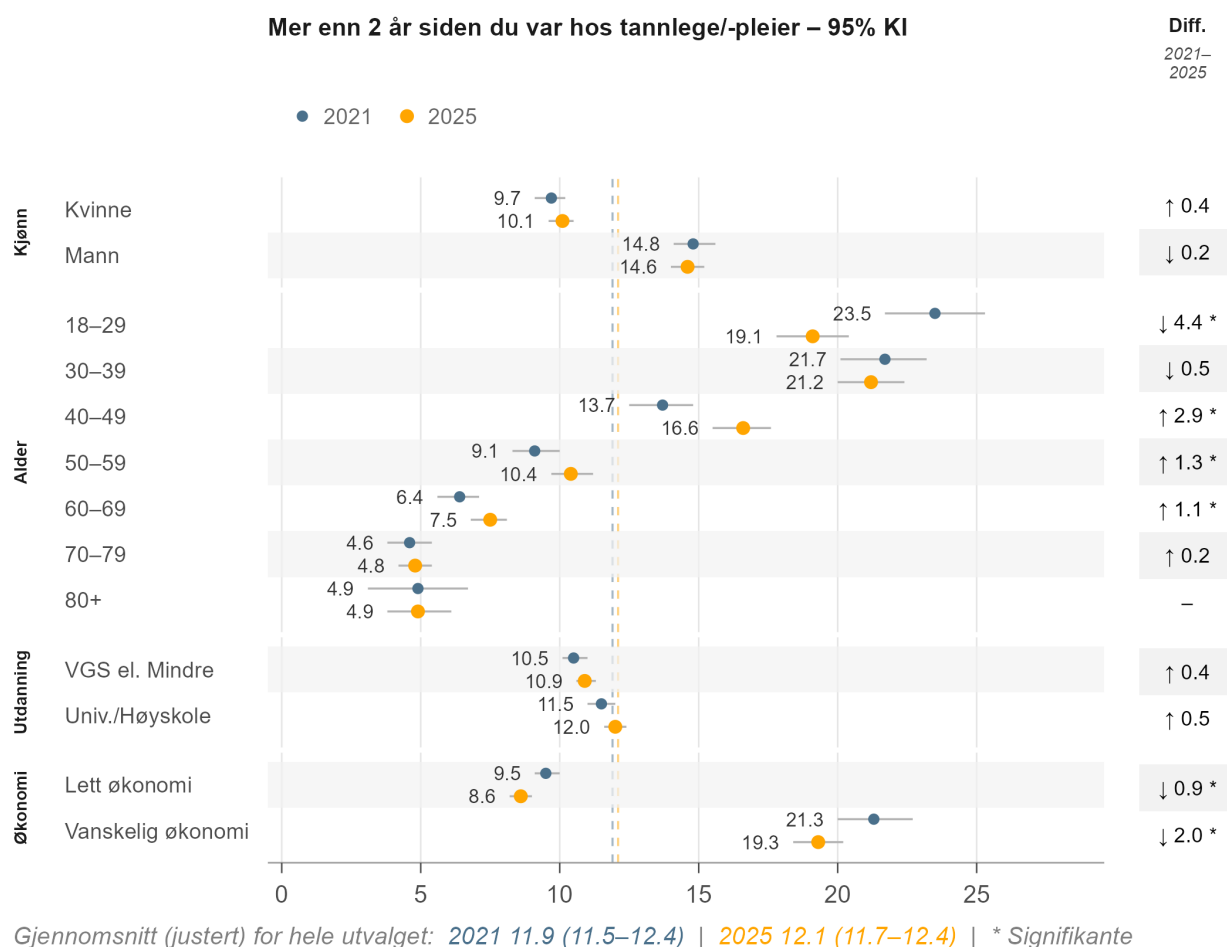
Figur C viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 30–39 år og lavest i alderen 70–79 år. Differansen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 14,22 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i alderen 30–39 år, mens lavest andel er i alderen 80 år og eldre. Her er differansen 20,20 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,59, som tilsier en stor forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger menn gjennomgående høyere enn kvinner. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre fra 18–29 til 70–79 år, og varierer fra 3,00 til 8,06 prosentpoeng, med størst forskjell i alderen 30–39 år. I alderen 80 år og eldre er forskjellen liten og ikke statistisk sikker.

Figur 67: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere. Blant kvinner er andelen lavest når økonomien oppleves som svært lett og høyest når den oppleves som svært vanskelig. Differansen er 20,33 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som indikerer en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen som opplever økonomien som svært lett og høyest i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Forskjellen er 21,68 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,58, som også tilsvarer en stor forskjell. Når en sammenligner kjønn innen samme økonomivurdering, rapporterer menn oftere enn kvinner at det er mer enn 2 år siden siste tannlege- eller tannpleierbesøk. Forskjellene er statistisk sikre for lett, svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, med en forskjell på henholdsvis 3,58, 3,68, 3,86 og 5,40 prosentpoeng. For vanskelig og svært vanskelig er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 68: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier (E)



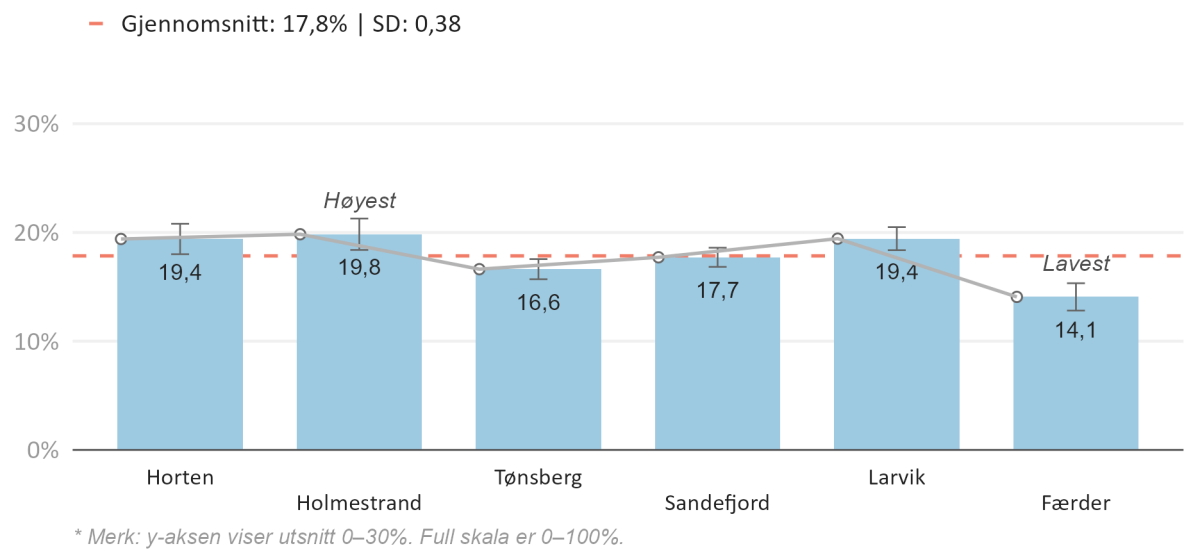
Figur E viser andelen som oppgir mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (11,9 prosent mot 12,1 prosent). Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med høyere andel blant menn enn blant kvinner i begge år, og ingen av kjønnene har statistisk sikker endring over tid. Aldersmønsteret endrer seg noe: blant 18–29 år er det en statistisk sikker nedgang (fra 23,5 prosent til 19,1 prosent), mens flere av gruppene fra 40 til 69 år har statistisk sikre økninger. For 30–39 år, 70–79 år og 80 år eller eldre er endringene ikke statistisk sikre. Utdanningsgruppene ligger nær hverandre i begge år, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre i noen av dem. Når det gjelder opplevd økonomi, er andelen klart høyere ved vanskelig økonomi enn ved lett økonomi i begge år, men begge gruppene har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Dette betyr at forskjellene etter økonomi består, samtidig som nivået går ned i begge økonomigrupper.

3.18 Andel med fedme (KMI 30+)

Svarandel: Totalt 28 765 deltakere av 31 994 (89,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

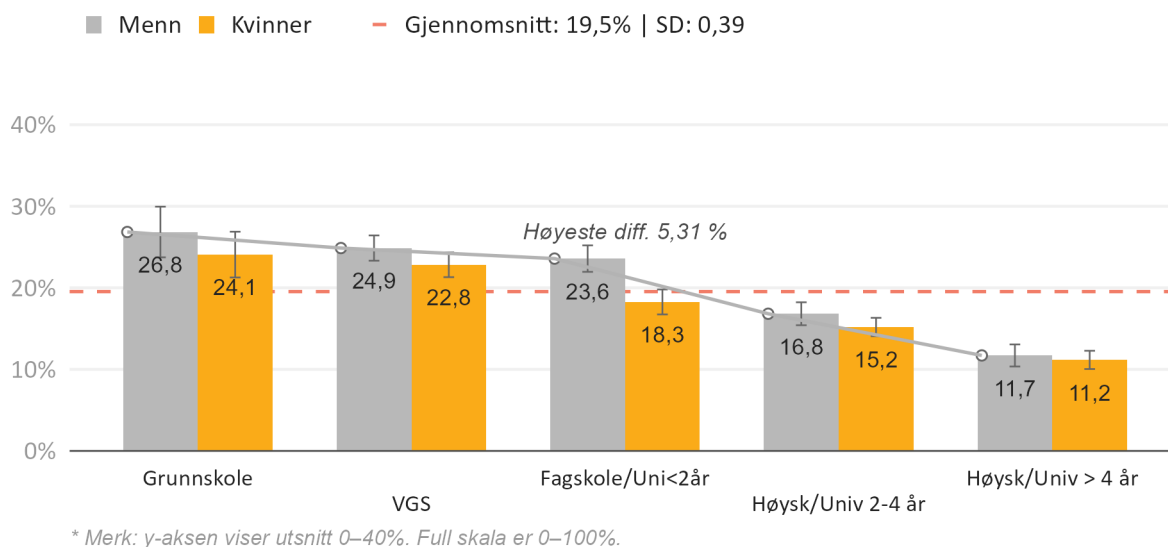
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	28 765	17,8 %	17,3 – 18,2
Kvinner	15 756	16,3 %	15,7 – 16,9
Menn	13 009	19,5 %	18,8 – 20,2

Figur 69: Andel med fedme (KMI 30+) etter kommuner i fylket (A)



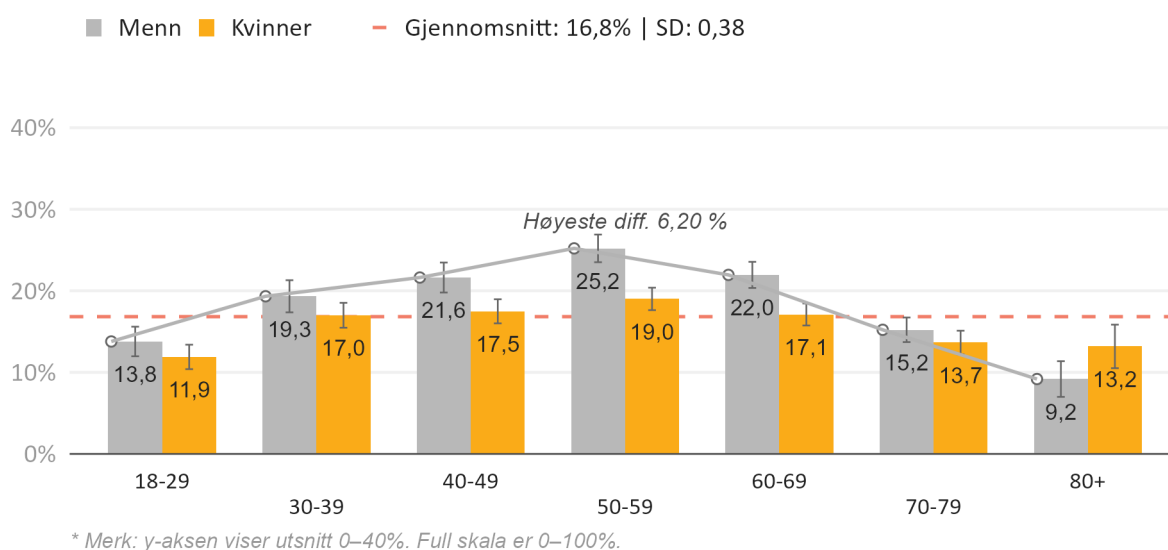
Figur A viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylke. Andelen er høyest i Holmestrand og lavest i Færder. Differansen mellom ytterpunktene er 5,76 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen for variasjonen mellom høyeste og laveste kommune er Cohen’s h på 0,15, som tilsier en liten forskjell. Horten og Larvik ligger tett opp mot Holmestrand, mens Sandefjord og Tønsberg ligger noe lavere. Samlet sett viser figuren noe variasjon i andelen med fedme mellom kommunene, der Færder skiller seg ut med lavest andel.

Figur 70: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest ved grunnskole og lavest ved høyskole eller universitet over fire år. Differansen er 12,91 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole og lavest ved høyskole eller universitet over fire år. Forskjellen er 15,14 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,39, som også tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett er det et tydelig mønster der andelen med fedme er lavere ved høyere utdanning for begge kjønn. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små. Den eneste tydelige og statistisk sikre kjønnsforskjellen finnes i gruppen med fagskole eller universitet under to år, der menn ligger 5,31 prosentpoeng høyere enn kvinner.

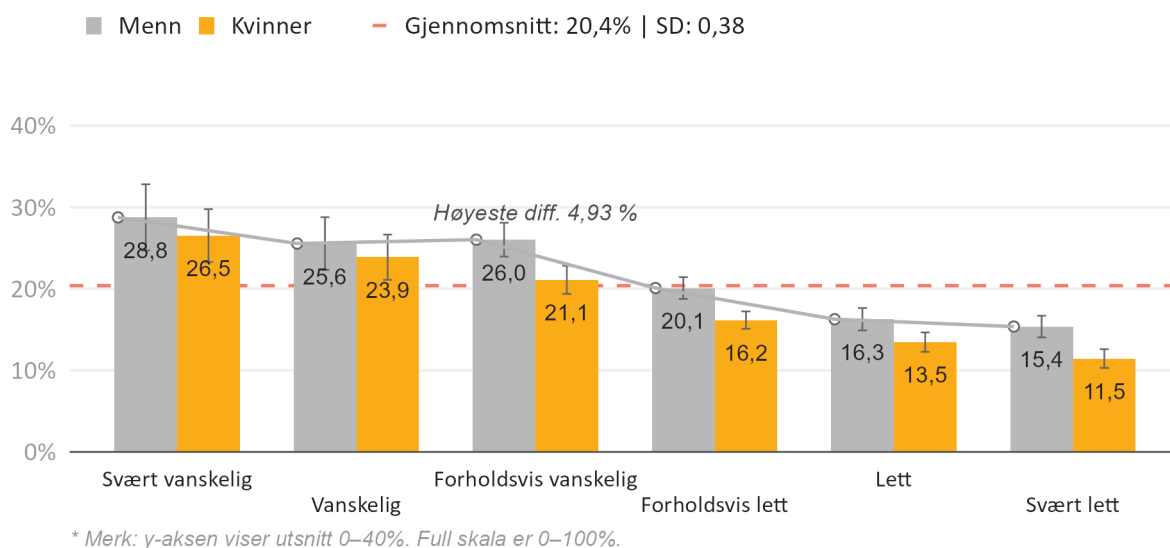
Figur 71: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra aldersgruppen 18–29 til en topp aldersgruppen 50–59, før

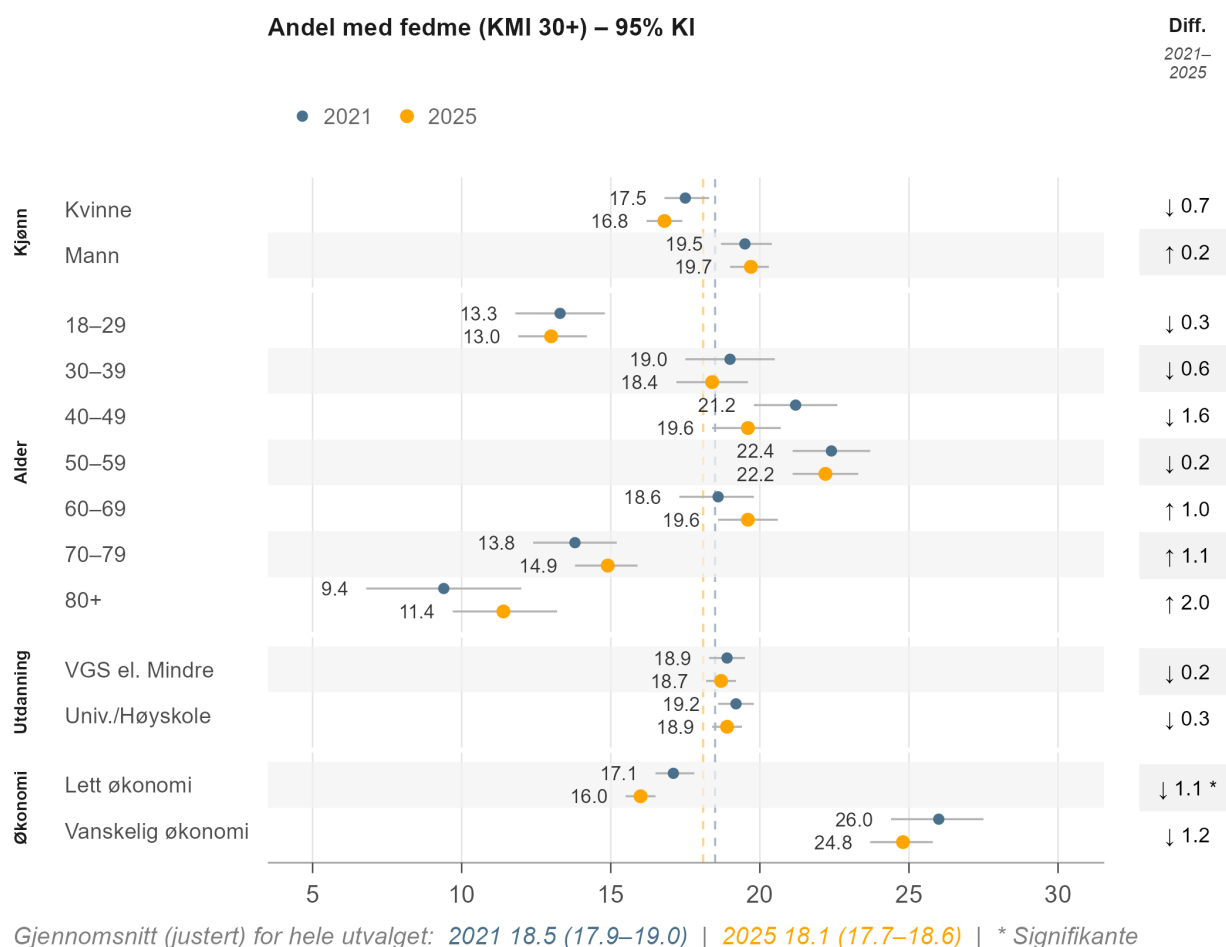
den faller igjen til laveste andel i 80 år eller eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 7,11 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene. Også for menn øker andelen med økende alder til en topp i aldersgruppen 50–59, før den synker til laveste andel i aldersgruppen 80 år eller eldre. Her er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 16,02 prosentpoeng, og den er statistisk sikker. Cohen's h er 0,44, som indikerer en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er andelen høyere blant menn i flere aldersgrupper. Kjønnsforskjellen er statistisk sikker i 40–49, 50–59 og 60–69, med henholdsvis 4,14, 6,20 og 4,85 prosentpoeng høyere andel blant menn. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 72: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 15,07 prosentpoeng. Denne forskjellen er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,39, som regnes som en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 13,38 prosentpoeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's h på 0,33, som regnes som en middels forskjell. Sammenlignet mellom kjønn er andelen gjennomgående høyere blant menn enn blant kvinner, med unntak av gruppene med vanskelig og svært vanskelig økonomi, der kjønnsforskjellene er mindre og ikke statistisk sikre.

Figur 73: Andel med fedme (KMI 30+) (E)



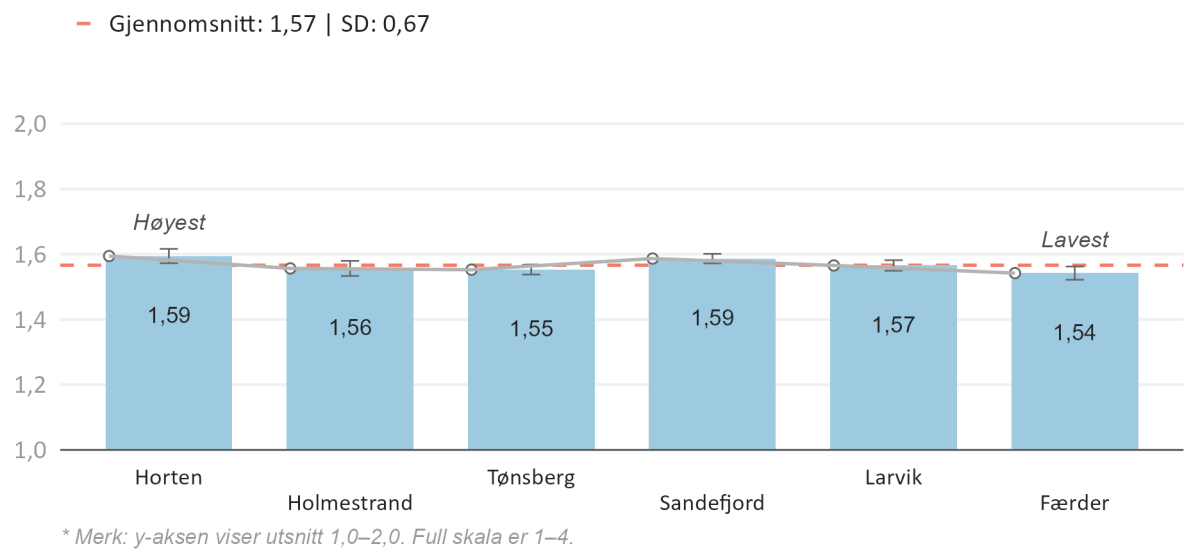
Figur E viser andelen som oppgir andel med fedme (KMI 30+) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, med en liten nedgang fra 18,5 til 18,1 prosent som ikke er statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, der menn ligger høyere enn kvinner i begge år, og endringene innen hvert kjønn er ikke statistisk sikre. På tvers av alder er mønsteret også stabilt, med høyest nivå i middelaldrende grupper og lavere nivå blant de yngste og eldste, uten statistisk sikre endringer innen aldersgruppene. Utdanningsgruppene ligger svært likt i begge år, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre. For opplevd økonomi er nivået høyere blant dem med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år. Det er en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi (fra 17,1 til 16,0 prosent), mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Samlet sett tyder dette på stabile forskjeller mellom gruppene fra 2021 til 2025, med unntak av en tydelig nedgang i gruppen med lett økonomi.

3.19 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)

Svarandel: Totalt 30 622 deltakere av 31 994 (95,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

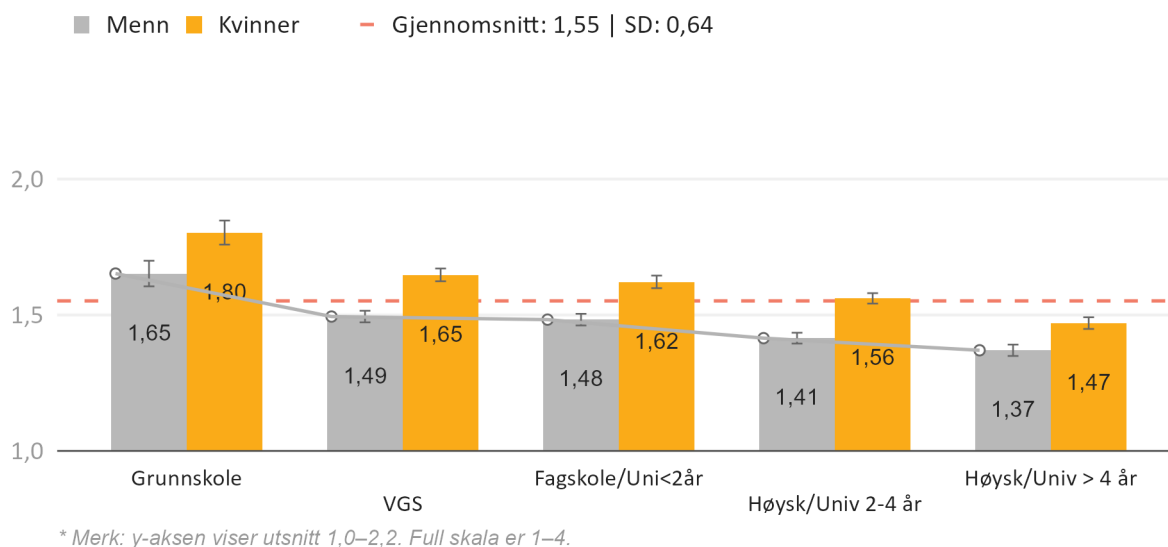
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 622	1,57	1,56 – 1,58
Kvinner	16 718	1,64	1,63 – 1,65
Menn	13 904	1,49	1,48 – 1,50

Figur 74: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kommuner i fylket (A)



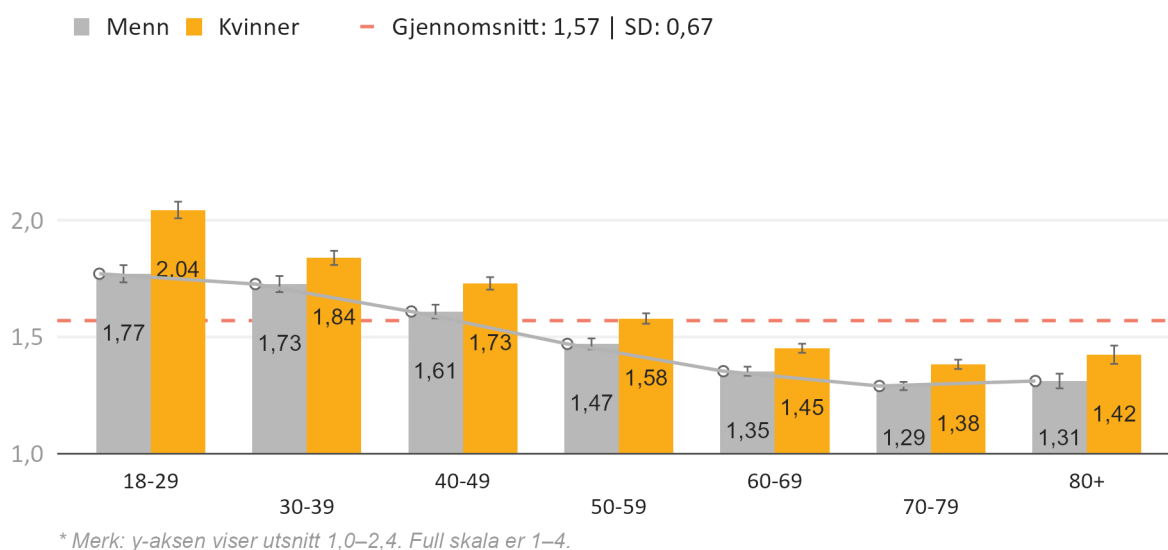
Figur A viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Høyest gjennomsnittsskår finnes i Horten, mens lavest skår finnes i Færder. Differansen mellom ytterpunktene er 0,05 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsier effektstørrelsen ubetydelig forskjell (Cohen’s d = 0,08). De øvrige kommunene ligger tett mellom ytterpunktene. Samlet sett tyder dette på at gjennomsnittlig nivå av psykiske plager målt med HSCL-5 er nokså ensartet mellom kommunene, med bare små variasjoner i skår.

Figur 75: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



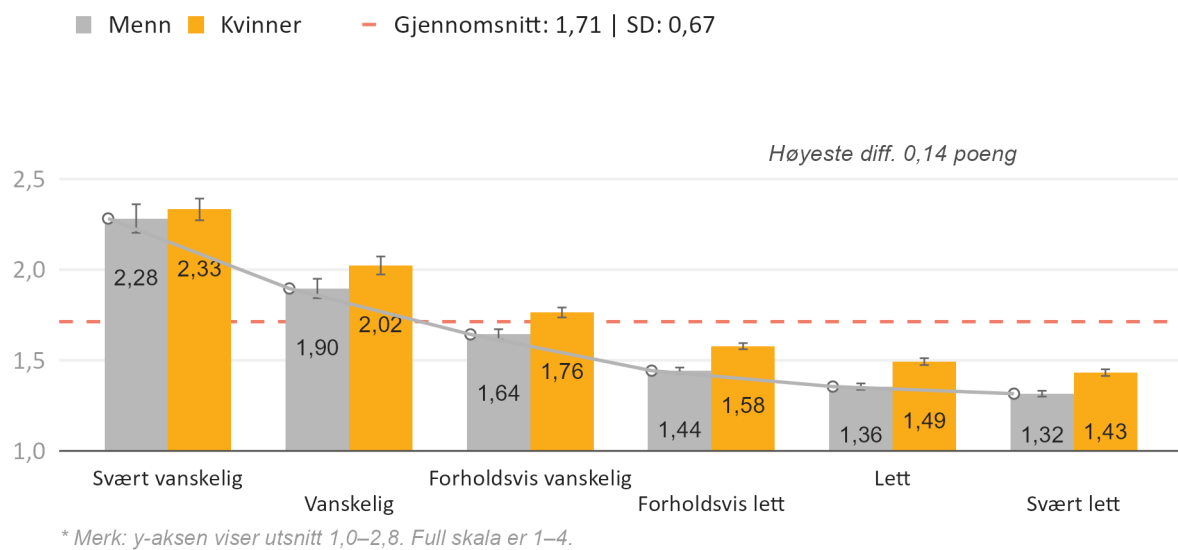
Figur B viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år. Dette gir en forskjell på 0,33 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,52, som tilsier en stor forskjell. For menn er nivået også høyest ved grunnskole og lavest ved høyskole eller universitet over 4 år. Differansen er 0,28 poeng og statistisk sikker, og Cohen's d på 0,44 tilsier en middels forskjell. Samlet sett ligger skårene lavere ved høyere utdanning for begge kjønn, med de høyeste nivåene i gruppen med grunnskole. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle utdanningsgrupper, der kvinner skårer høyere enn menn. Kjønnsforskjellen er størst ved grunnskole, høyskole eller universitet 2–4 år og videregående skole, der menn ligger 0,15 poeng lavere enn kvinner, og minst ved høyskole eller universitet over 4 år, der forskjellen er 0,10 poeng.

Figur 76: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og alder (C)



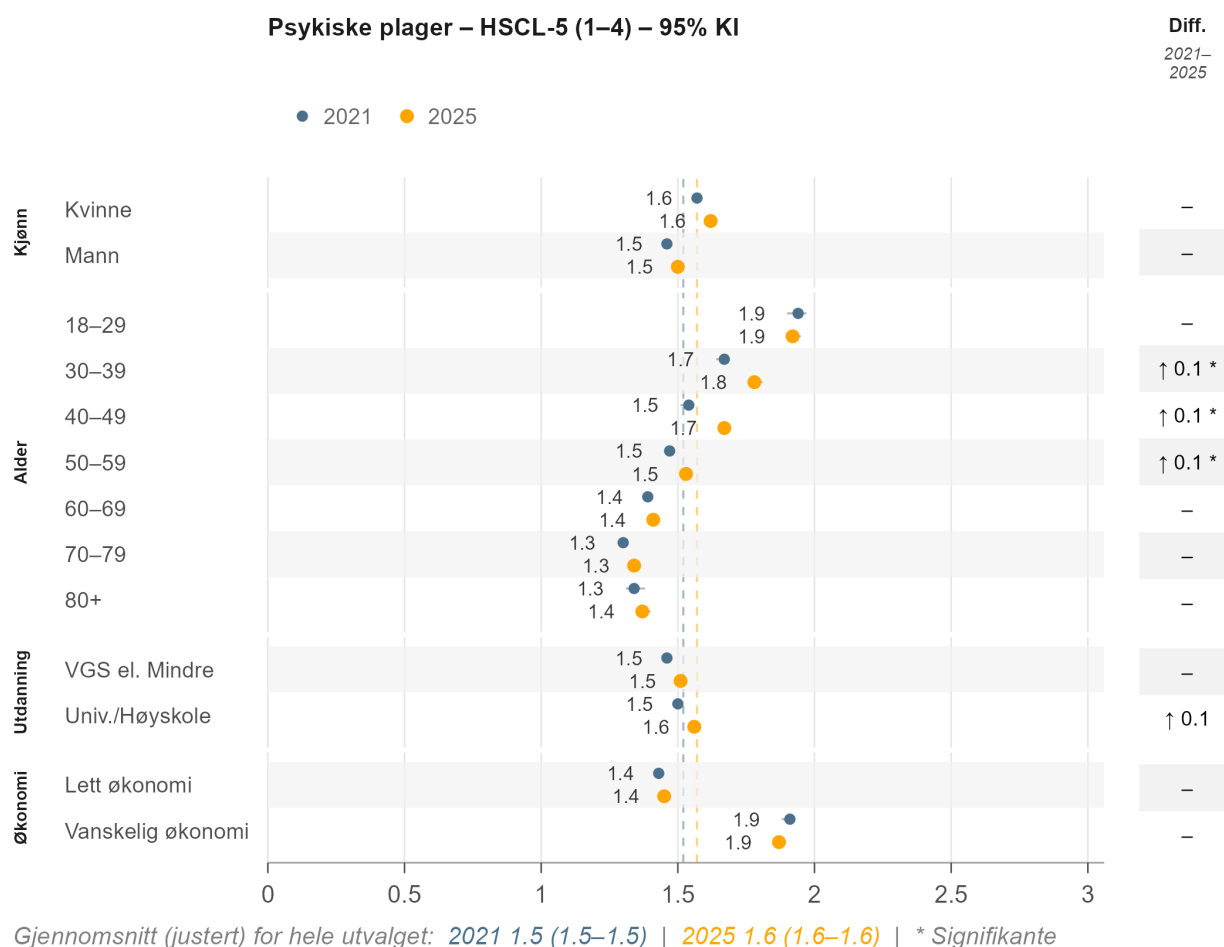
Figur C viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i alderen 18-29 og lavest i alderen 70-79. Det er en statistisk sikker differanse mellom ytterpunktene på 0,66 poeng, og Cohen's d er 0,99, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er nivået også høyest i alderen 18-29 og lavest i alderen 70-79. Differansen er 0,48 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,72, som også indikerer en stor forskjell. Samlet sett avtar skåren med økende alder for begge kjønn fram til 70-79, før den øker noe i gruppen 80+. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene, der kvinner gjennomgående har høyere skår enn menn. Forskjellen er størst i alderen 18-29, der menn ligger 0,27 poeng lavere enn kvinner, mens den er mindre i de eldre aldersgruppene.

Figur 77: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er skåren høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir svært lett. Blant kvinner er differansen 0,90 poeng. Cohen's d er 1,35, som tilsvarer en stor forskjell, og forskjellen er statistisk sikker. Hos menn er differansen 0,97 poeng. Cohen's d er 1,45, også en stor forskjell, og forskjellen er statistisk sikker. På tvers av nivåene viser tallene et tydelig mønster der bedre opplevd husholdningsøkonomi henger sammen med lavere nivå av psykiske plager. Sammenlignet med kvinner har menn gjennomgående lavere skår i de fleste gruppene, med statistisk sikre kjønnsforskjeller fra 0,12 til 0,14 poeng. I gruppen «svært vanskelig» er kjønnsforskjellen mindre og den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 78: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) (E)



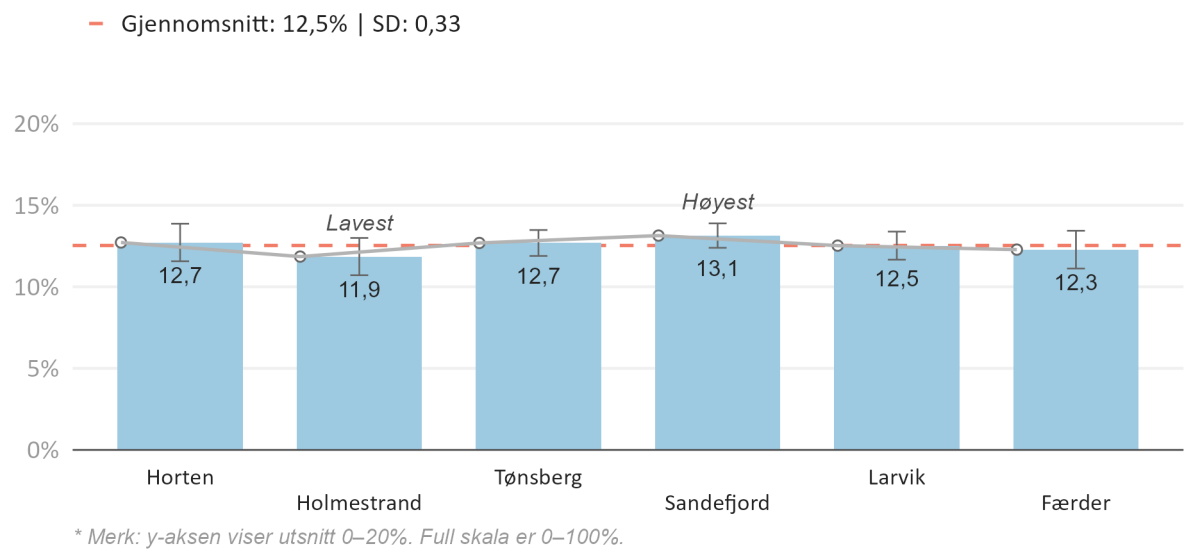
Figur E viser gjennomsnittsskåren for psykiske plager – HSCL-5 (1–4) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker gjennomsnittsskåren fra 1,5 i 2021 til 1,6 i 2025, og dette framstår som en statistisk sikker økning. Kjønnforskjellene er i hovedsak stabile, med høyere skår blant kvinner enn menn i begge år, og endringen over tid innen hvert kjønn er statistisk sikker, men uten tydelig nivåforskyvning. Etter alder er mønsteret også i stor grad det samme, der de yngste ligger høyest og de eldste lavest i begge år. Samtidig er det statistisk sikre økninger fra 2021 til 2025 i aldersgruppene 30–39, 40–49 og 50–59 år, mens endringen ikke er statistisk sikker i 18–29, 60–69 og 80+ år. For 70–79 år er endringen statistisk sikker, men skåren ligger likevel omtrent på samme nivå i begge år. For utdanning og opplevde økonomiske vansker er det gjennomgående stabile forskjeller mellom gruppene fra 2021 til 2025, men datagrunnlaget her gir ikke grunnlag for å vurdere statistisk sikker endring over tid for alle undergrupper. Personer med vanskelig økonomi ligger klart høyere enn personer med lett økonomi i begge år, og endringen over tid for gruppen med vanskelig økonomi er ikke en statistisk sikker endring i nivå.

3.20 Søvnproblemer (Insomni)

Svarandel: Totalt 30 477 deltakere av 31 994 (95,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

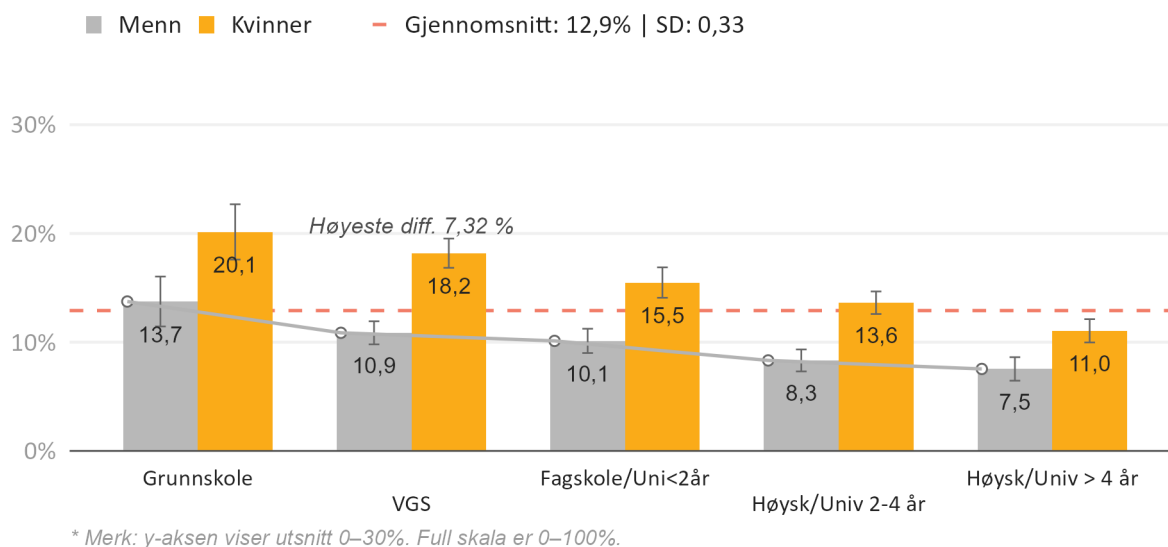
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 477	12,6 %	12,3 – 13,0
Kvinner	16 637	15,0 %	14,5 – 15,6
Menn	13 840	9,8 %	9,3 – 10,3

Figur 79: Søvnproblemer (Insomni) etter kommuner i fylket (A)



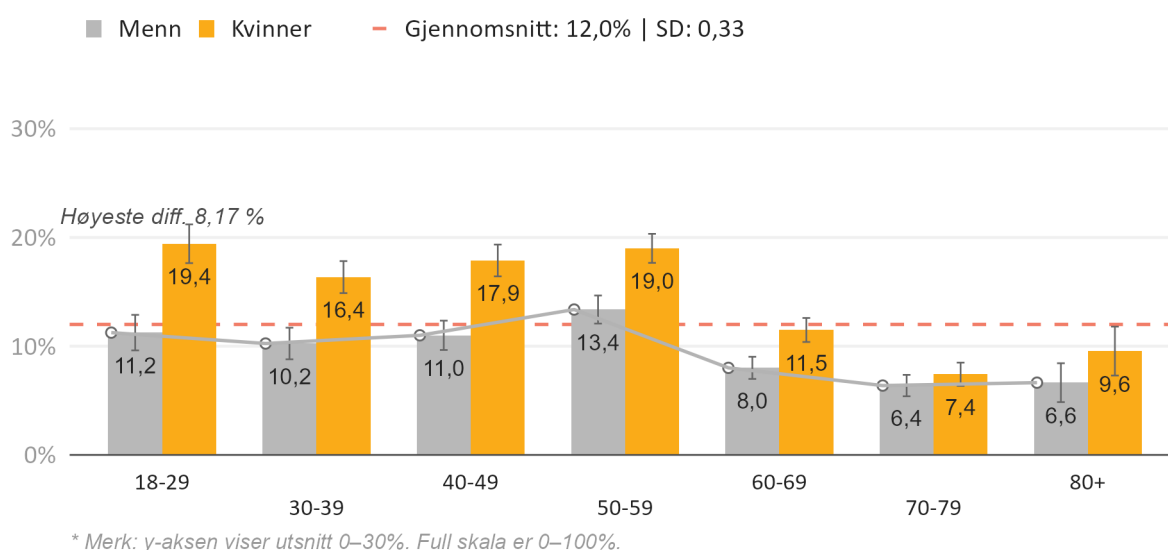
Figur A viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen ligger relativt jevnt mellom kommunene, der Holmestrand har det laveste og Sandefjord har den høyeste andelen som opplever søvnproblemer. Differansen er 1,29 prosentpoeng mellom ytterpunktene. Forskjellen mellom høyeste og laveste kommune framstår ikke som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s h på 0,04, som tilsvarer en ubetydelig forskjell og understøtter inntrykket av små geografiske variasjoner. Samlet sett tyder tallene på at søvnproblemer forekommer i omtrent samme omfang på tvers av kommunene, uten tydelige utslag som skiller seg klart fra resten.

Figur 80: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



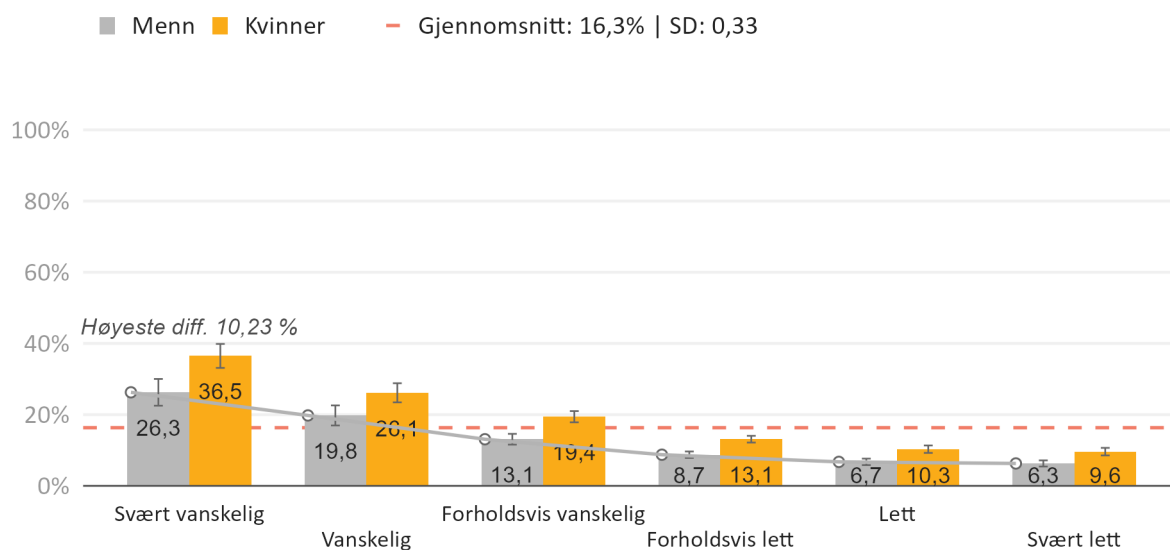
Figur B viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år. Forskjellen mellom ytterpunktene er 9,09 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år. Forskjellen er 6,20 prosentpoeng, som også er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,20 tilsier en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger kvinner høyere enn menn i alle gruppene, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i videregående, der menn ligger 7,32 prosentpoeng lavere enn kvinner, og minst i høyskole eller universitet over fire år, der menn ligger 3,51 prosentpoeng lavere. Samlet sett er søvnproblemer vanligere ved lavere utdanning, og nivået er gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 81: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og alder (C)



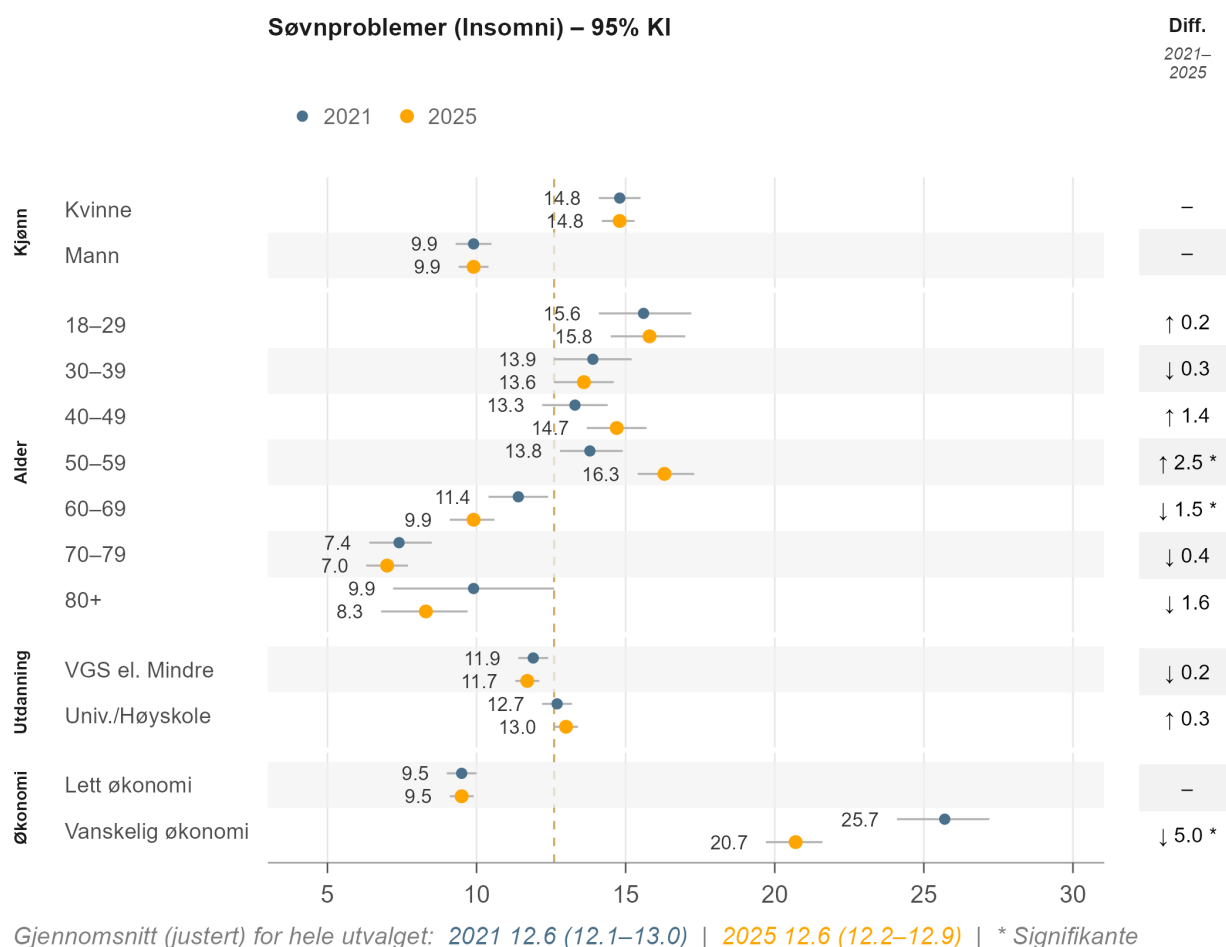
Figur C viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år og lavest i 70-79 år. Forskjellen er 12,00 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,36 tilsier en middels forskjell mellom ytterpunktene. For menn er andelen høyest i 50-59 år og lavest i 70-79 år. Forskjellen er 6,99 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,24 tilsier en liten forskjell. På tvers av aldersgruppene ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre fra 18-29 til 60-69 år, og størst i 18-29 år der menn ligger 8,17 prosentpoeng lavere enn kvinner. I de eldste gruppene er forskjellene mindre, og i 70-79 år og 80+ er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 82: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som vurderer økonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett. Blant kvinner forskjellen på 26,89 prosentpoeng. Cohen's h er 0,67, som tilsvarer en stor forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Blant menn er forskjellen på 19,98 prosentpoeng. Også her er forskjellen statistisk sikker, og Cohen's h på 0,57 tilsier en stor forskjell. På tvers av økonomigrupper ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene, og er størst ved svært vanskelig økonomi, der menn ligger 10,22 prosentpoeng lavere enn kvinner. Også i gruppene vanskelig og forholdsvis vanskelig er forskjellene tydelige, med henholdsvis 6,36 og 6,33 prosentpoeng. Dette peker samlet mot en klar sammenheng mellom opplevd økonomisk belastning og søvnproblemer.

Figur 83: Søvnproblemer (insomni) (E)



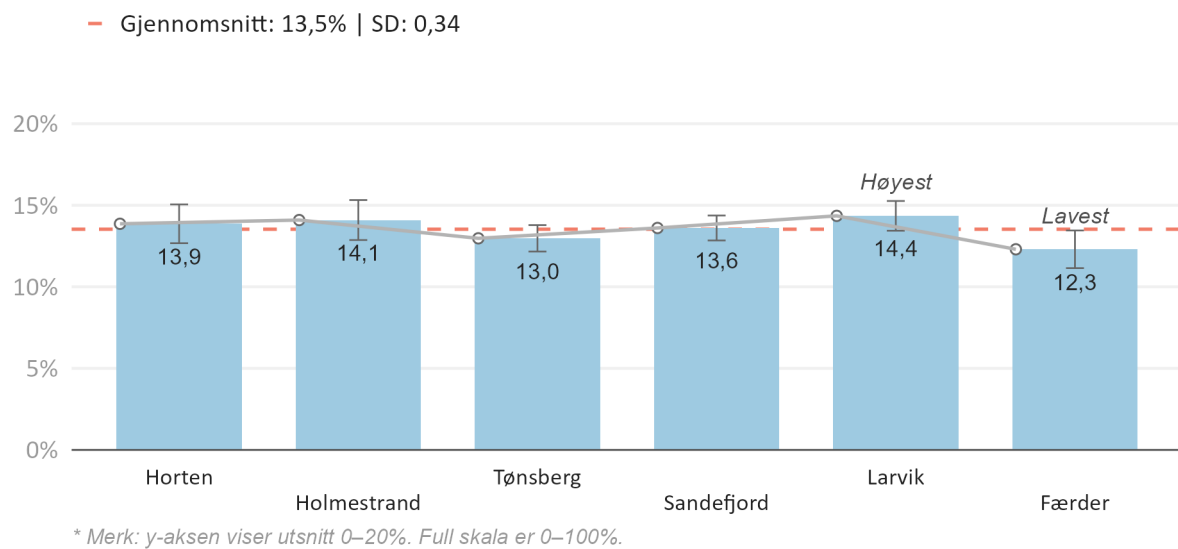
Figur E viser andelen som oppgir søvnproblemer (insomni) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen uendret på 12,6 prosent fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er stabil, med samme nivå i begge år for både kvinner og menn, og ingen av endringene er statistisk sikre. På tvers av alder er bildet mer sammensatt: 50–59 år har en statistisk sikker økning fra 13,8 til 16,3 prosent, mens 60–69 år har en statistisk sikker nedgang fra 11,4 til 9,9 prosent. For de øvrige aldersgruppene er endringene små og ikke statistisk sikre, slik at hovedmønsteret mellom aldersgruppene i stor grad består. Etter utdanning er nivåene omtrent stabile fra 2021 til 2025, uten statistisk sikre endringer i noen av gruppene. Forskjellene etter opplevd økonomi vedvarer, men utviklingen går i retning av mindre gap fordi gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker nedgang fra 25,7 til 20,7 prosent, mens gruppen med lett økonomi er uendret på 9,5 prosent. Samlet sett peker utviklingen på stabilitet i totalnivået og i flere gruppeforskjeller, med tydeligst endring knyttet til økonomiske vansker og enkelte aldersgrupper.

3.21 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Svarandel: Totalt 30 259 deltakere av 31 994 (94,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

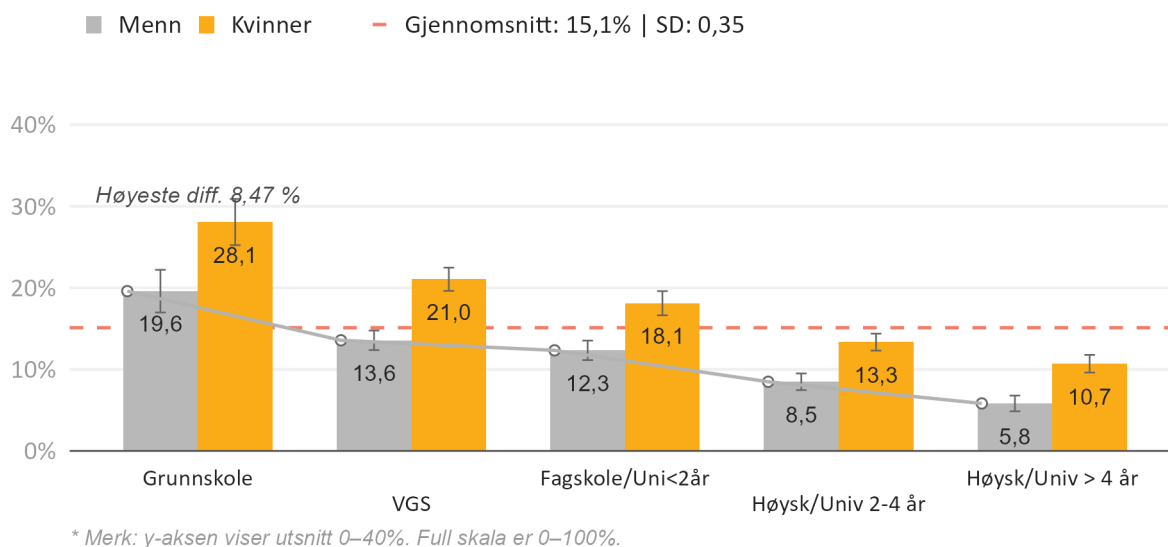
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 259	13,7 %	13,3 – 14,1
Kvinner	16 501	16,0 %	15,4 – 16,6
Menn	13 758	10,9 %	10,3 – 11,4

Figur 84: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kommuner i fylke (A)



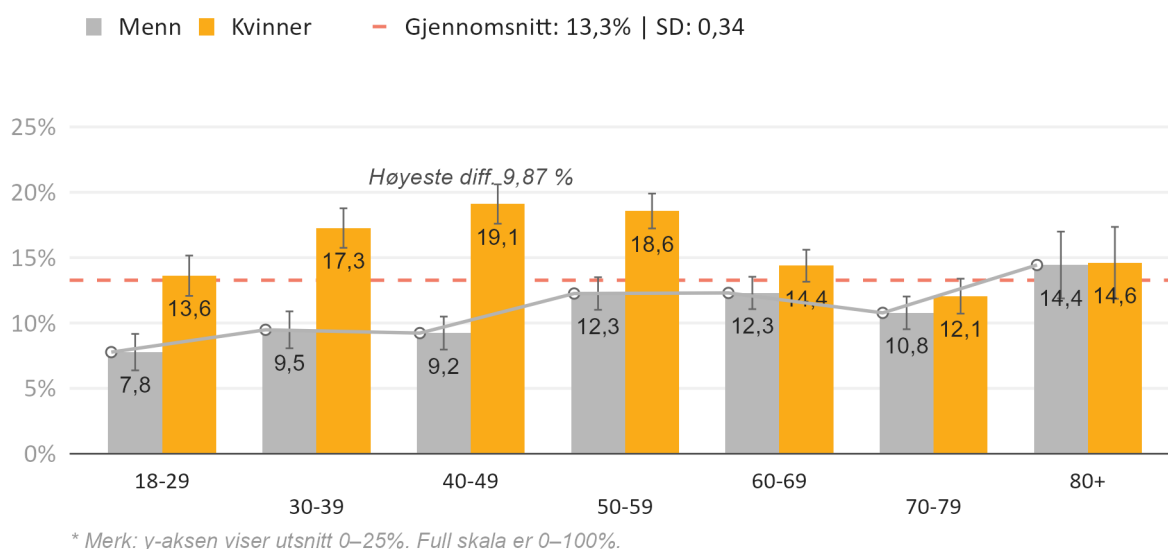
Figur A viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylke. Andelen varierer noe mellom kommunene, med høyest nivå i Larvik og lavest nivå i Færder. Forskjellen mellom ytterpunktene er 2,05 prosentpoeng, men den framstår ikke som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett tyder resultatene på at andelen som opplever at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, er ganske lik på tvers av kommunene.

Figur 85: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell på 17,37 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,45, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er forskjellen statistisk sikker, på 13,77 prosentpoeng, med Cohen's h 0,43, som også tilsier en middels forskjell. På alle utdanningsnivåene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre..

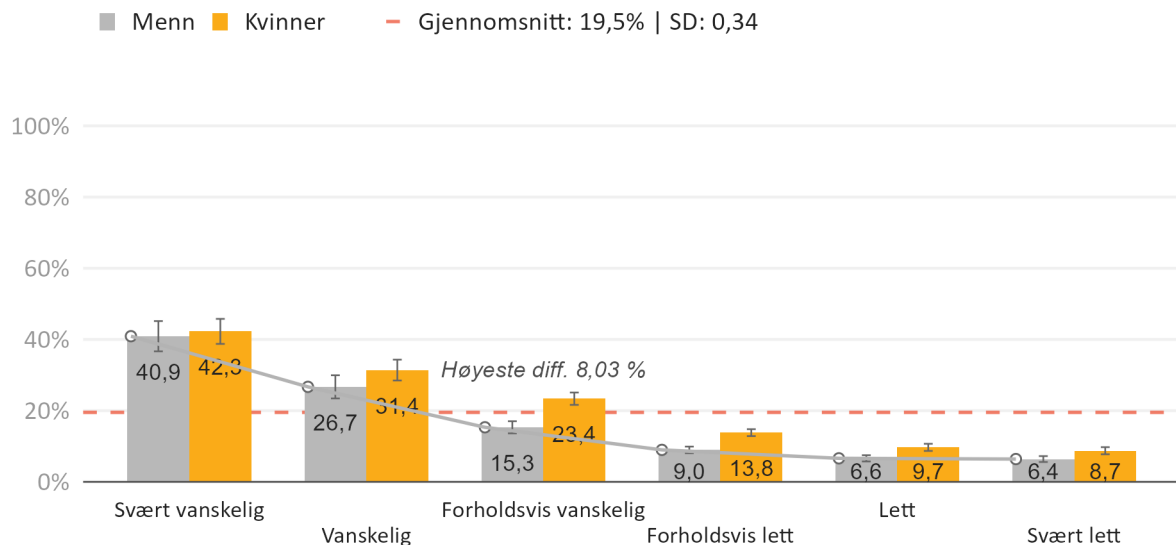
Figur 86: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 40-49 år og lavest i alderen 70-79 år. Differansen er 7,05 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. For menn er andelen lavest i alderen 18-29 år og høyest blant dem på 80 år og eldre. Forskjellen mellom

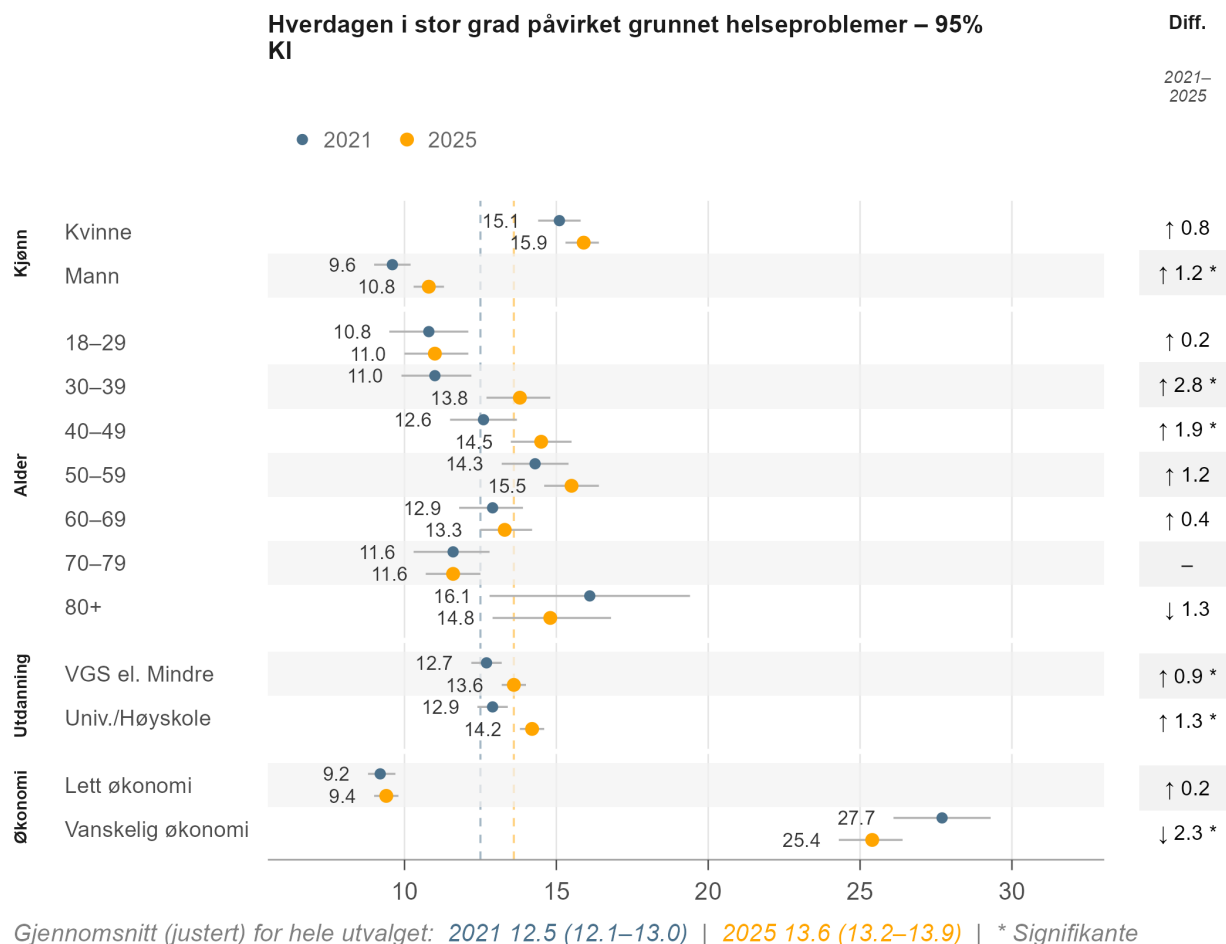
ytterpunktene er 6,66 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,21, som også tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er andelen gjennomgående høyere blant kvinner i de yngre og midtre aldersgruppene. Kjønnsforskjellen er statistisk sikker i alderen 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år og 50-59 år. I alderen 60-69 år, 70-79 år og 80 år og eldre er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 87: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn er andelen klart høyest blant dem som vurderer økonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett. Blant kvinner er differansen på 33,52 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,81, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen på 34,51 prosentpoeng. Også her er forskjellen stor, med Cohen's h på 0,88. Kjønnsforskjellene går i retning av at en større andel kvinner enn menn oppgir stor påvirkning i flere økonomigrupper. Forskjellene er statistisk sikre for lett, svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, med henholdsvis 3,08, 2,34, 4,84 og 8,03 prosentpoeng. I gruppene vanskelig og svært vanskelig er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre. Samlet sett framstår husholdningsøkonomien som tydelig knyttet til det å ha helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen.

Figur 88: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer (E)



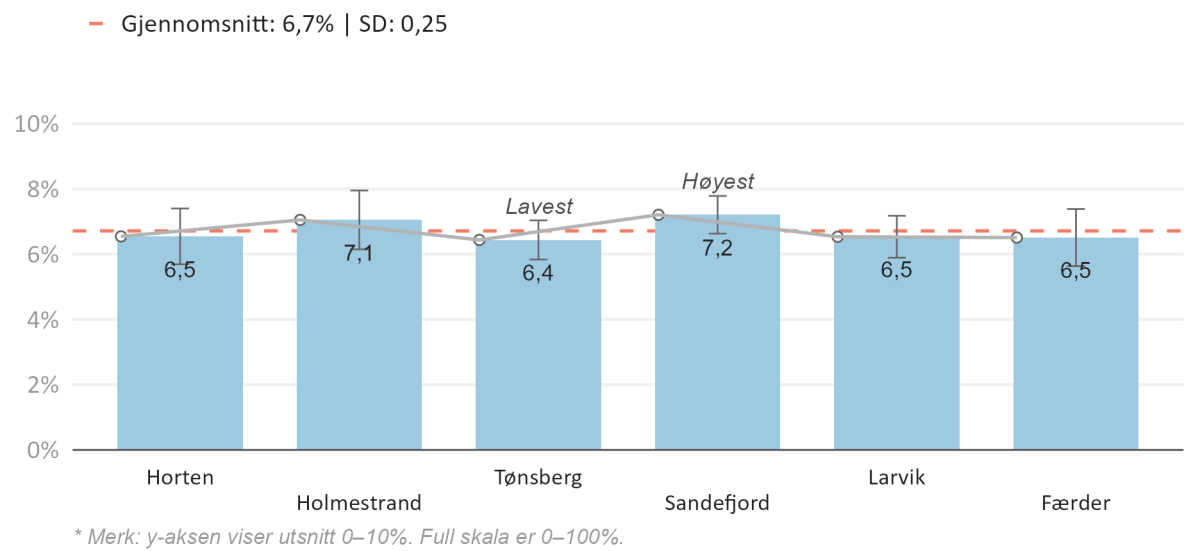
Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 12,5 prosent i 2021 til 13,6 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen består, men endringen over tid er ulik: menn har en statistisk sikker økning (fra 9,6 til 10,8 prosent), mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. Etter alder er det særlig i gruppene 30–39 år og 40–49 år at det er en statistisk sikker økning, mens de øvrige aldersgruppene ikke viser statistisk sikre endringer. Mønsteret mellom aldersgrupper fremstår ellers relativt stabilt, uten tydelige forskyvninger i hvilke grupper som ligger høyest og lavest. For utdanning er det en statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. For opplevde økonomiske vansker er forskjellene store i begge år, og utviklingen går i ulike retninger: gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker nedgang (fra 27,7 til 25,4 prosent), mens gruppen med lett økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Samlet sett tyder dette på en moderat, men tydelig økning i totalnivået, samtidig som de største forskjellene fortsatt er knyttet til økonomiske vansker.

3.22 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade

Svarandel: Totalt 30 371 deltakere av 31 994 (94,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

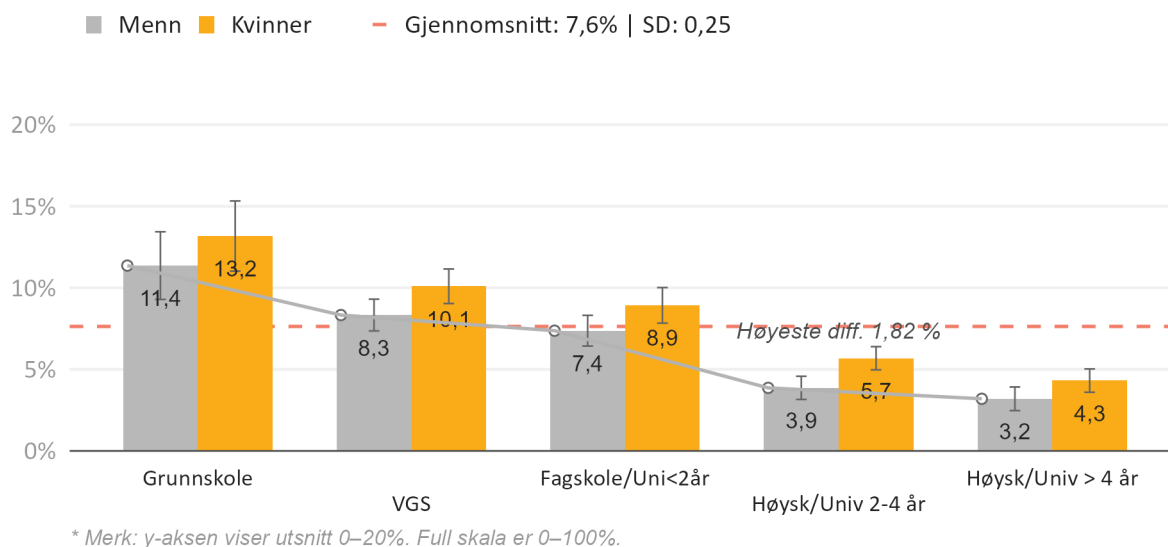
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 371	6,9 %	6,6 – 7,2
Kvinner	16 569	7,4 %	7,0 – 7,8
Menn	13 802	6,3 %	5,9 – 6,7

Figur 89: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kommuner i fylket (A)



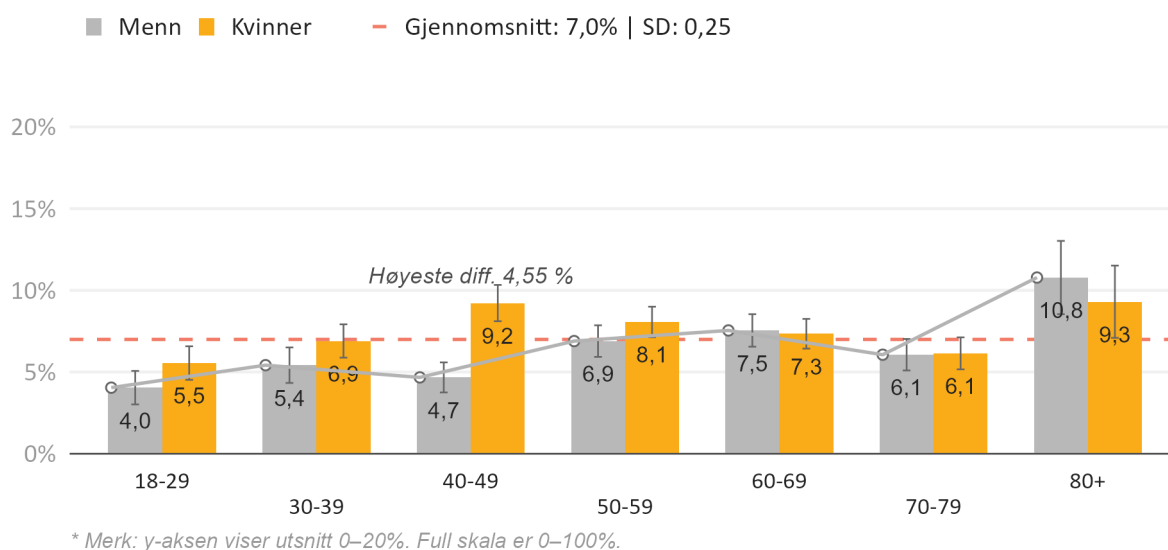
Figur A viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene ligger samlet sett nært hverandre på tvers av kommunene, og variasjonen framstår som liten. Sandefjord har høyest andel og Tønsberg har lavest, men differansen mellom ytterpunktene er kun 0,77 prosentpoeng, og dette er ikke en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen støtter inntrykket av små forskjeller, med Cohen’s h på 0,03, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet viser resultatene at andelen som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager etter skade, varierer lite mellom kommunene.

Figur 90: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og utdanningsnivå (B)



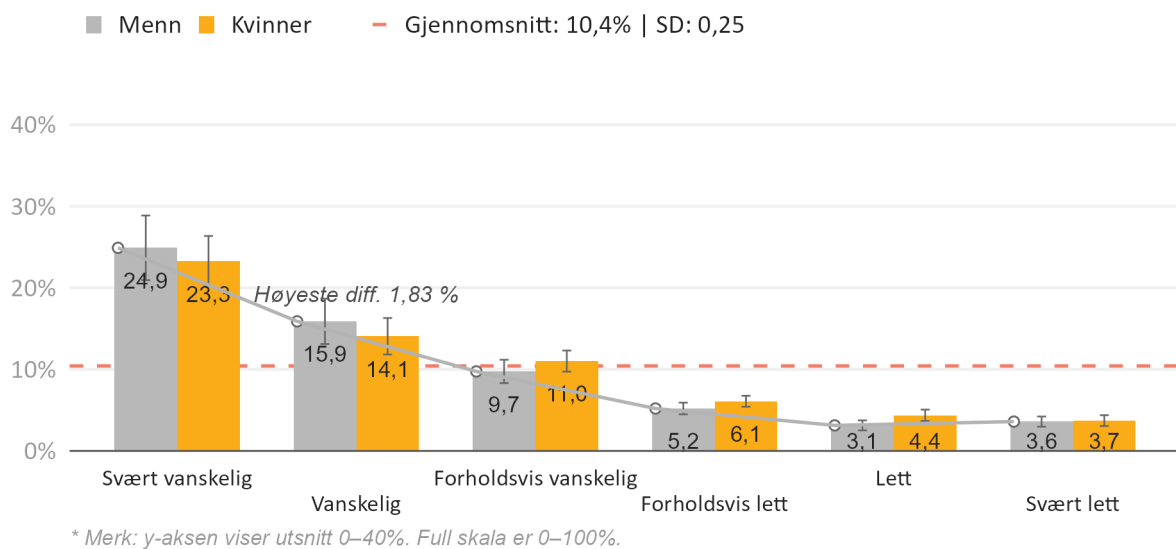
Figur B viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning på mer enn fire år. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er 8,86 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,32, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på mer enn fire år. Differansen er 8,17 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som også indikerer en middels forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen er blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på to til fire år, der menn ligger 1,81 prosentpoeng lavere enn kvinner.

Figur 91: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og alder (C)



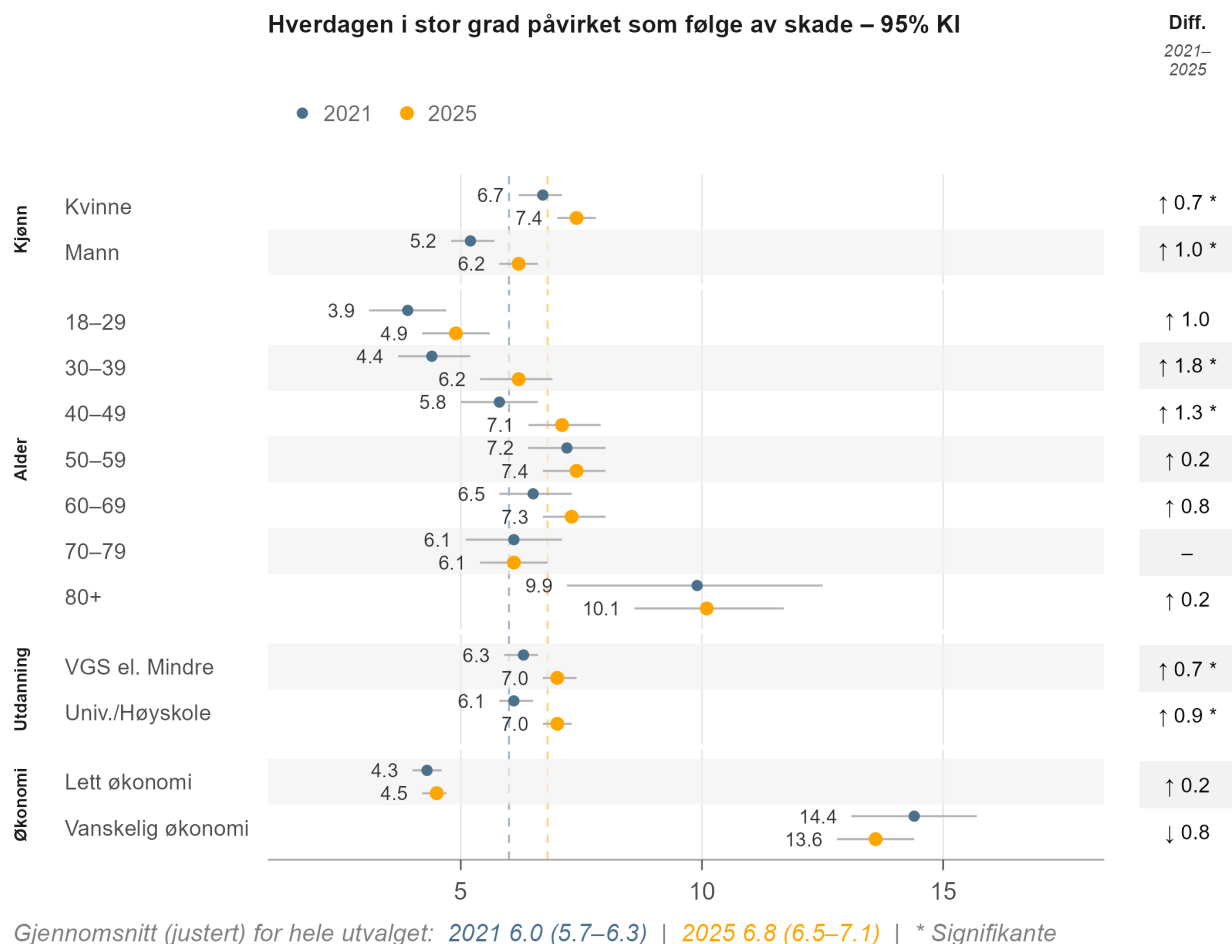
Figur C viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 og høyest blant de som er 80 år eller eldre. Forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 3,75 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,14, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene. For menn er andelen lavest i alderen 18–29 og høyest i 80 år eller eldre. Her er forskjellen 6,74 prosentpoeng, som også framstår som statistisk sikker, og Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er forskjellene gjennomgående små. Unntaket er alderen 40–49, der kvinner ligger 4,55 prosentpoeng høyere enn menn, og forskjellen er statistisk sikker. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 92: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig og lavest når den vurderes som svært lett. Differansen er 19,55 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen som oppgir svært vanskelig husholdningsøkonomi, mens lavest andel finnes blant dem som oppgir lett husholdningsøkonomi. Differansen er 21,77 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,69, som også tilsvarer en stor forskjell. I mellomkategoriene ligger andelen høyere når økonomien oppleves som vanskeligere. Kjønnsforskjellene innen hver økonomikategori er små og ikke statistisk sikre.

Figur 93: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade (E)



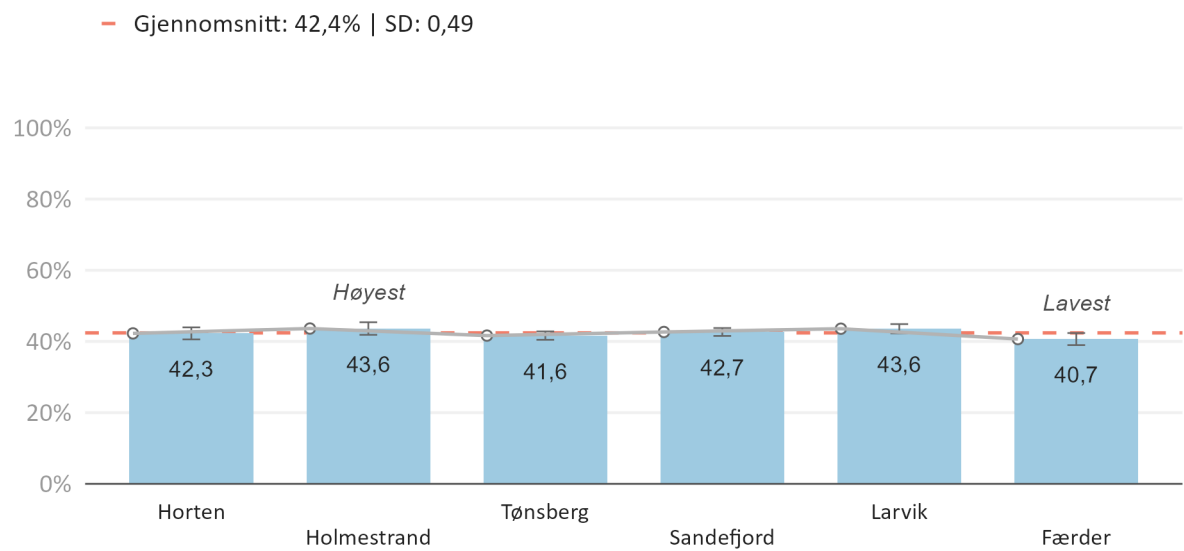
Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 6,0 prosent i 2021 til 6,8 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker økning både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene fremstår i hovedsak som stabil over tid. Etter alder er det statistisk sikker økning i gruppene 30–39 år og 40–49 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at økningen over tid i større grad er konsentrert i deler av midtlivsgruppene enn blant de yngste og eldste. For utdanning er det statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og mønsteret mellom dem endrer seg lite. For opplevde økonomiske vansker er endringene ikke statistisk sikre i noen av gruppene, og gapet mellom lett og vanskelig økonomi består fra 2021 til 2025.

3.23 Korsryggssmerter siste 28 dager

Svarandel: Totalt 30 389 deltakere av 31 994 (95,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

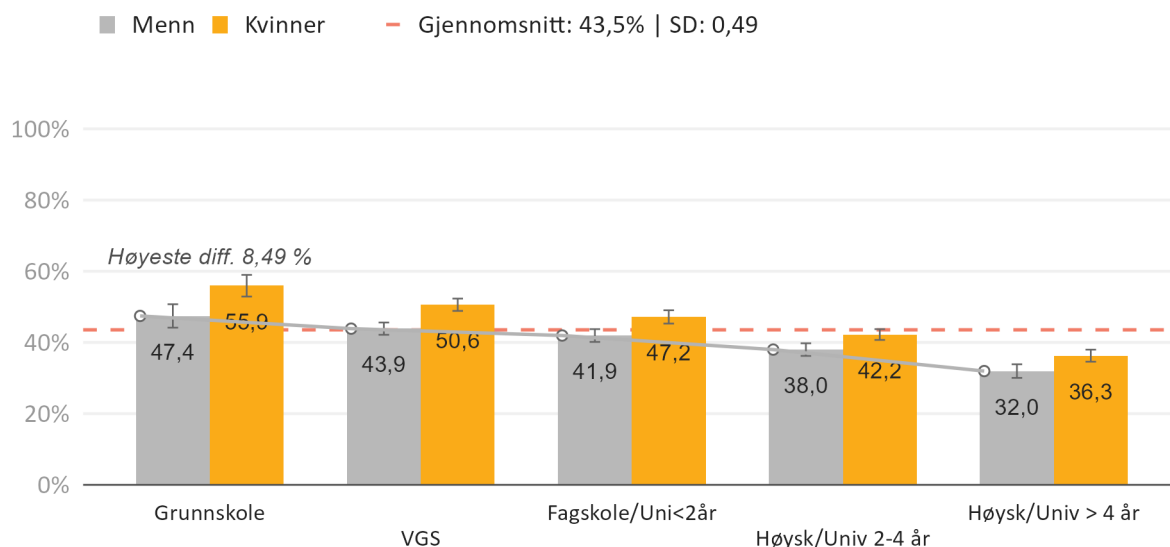
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 389	42,7 %	42,1 – 43,2
Kvinner	16 582	45,2 %	44,4 – 46,0
Menn	13 807	39,6 %	38,8 – 40,4

Figur 94: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kommuner i fylket (A)



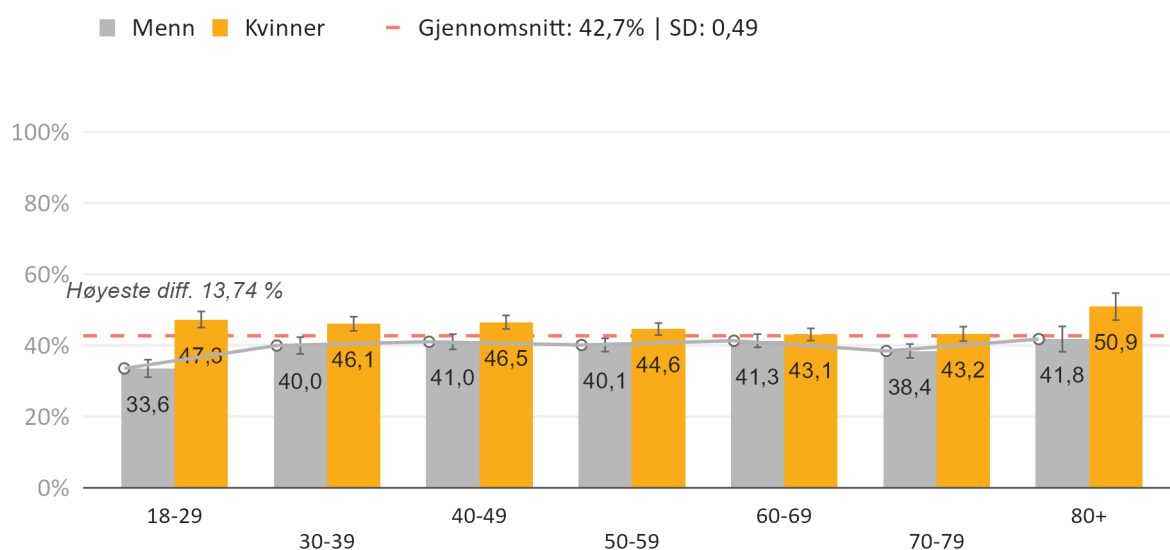
Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene ligger samlet sett tett mellom kommunene. Holmestrand og Larvik har høyest nivå, mens Færder har lavest nivå. Forskjellen mellom ytterpunktene er 2,96 prosentpoeng, men denne forskjellen framstår ikke som statistisk sikker. Dette støttes også av effektstørrelsen, der Cohen’s h er 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell mellom kommunene. Samlet sett tyder resultatene på at andelen med korsryggssmerter i løpet av de siste 28 dagene er forholdsvis likt fordelt mellom kommunene.

Figur 95: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år. Differansen mellom ytterpunktene er 19,65 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 15,49 prosentpoeng, som også er statistisk sikker. Cohen's h er 0,32, som tilsvarer en middels forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel korsryggssmerter enn menn i alle utdanningsgrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i gruppen med grunnskole, der menn ligger 8,49 prosentpoeng lavere enn kvinner, og minst i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning to til fire år, der menn ligger 4,23 prosentpoeng lavere.

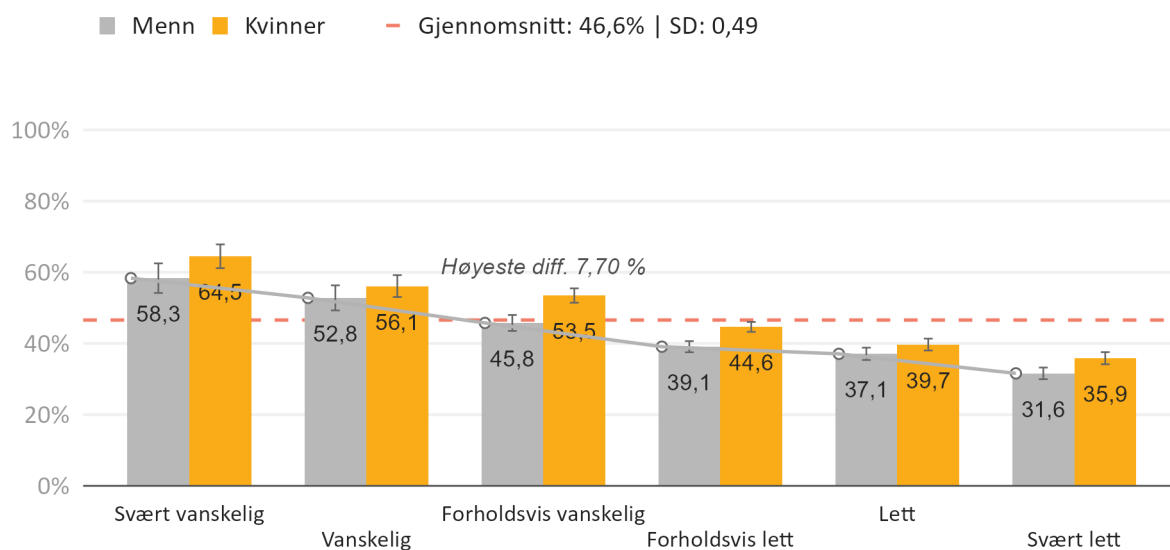
Figur 96: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner finner vi den laveste andelen i 60–69 år, mens høyest andel er i

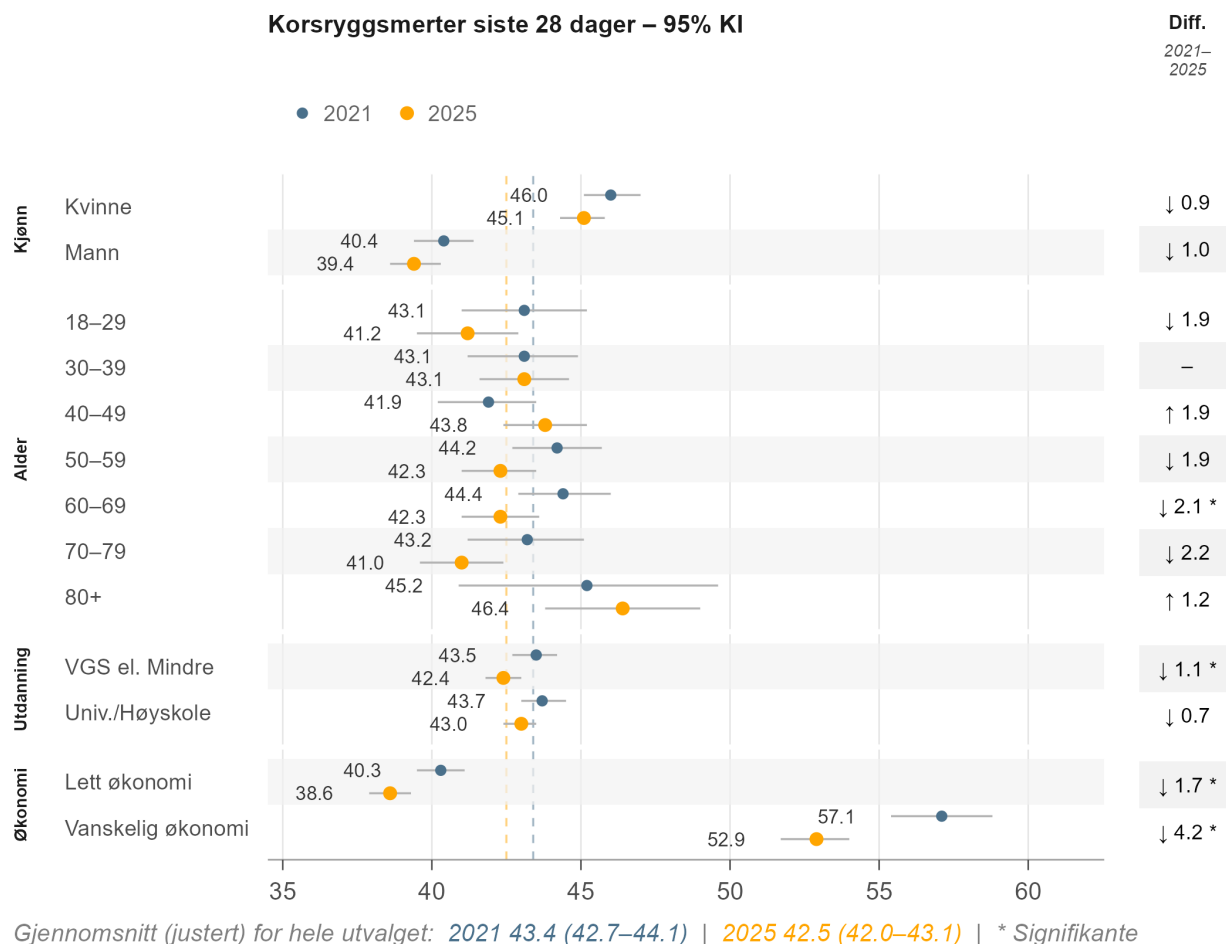
80 år og eldre. Det er en statistisk sikker forskjell på 7,83 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er den laveste andelen i aldersgruppen 18–29 år og den høyest andelen i aldersgruppen 80 år og eldre. Også her er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe statistisk sikker, med 8,23 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,17 indikerer en liten forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel korsryggsmarter enn menn i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i de fleste aldersgrupper, og størst i 18–29 år, der menn ligger 13,74 prosentpoeng lavere enn kvinner. I alderen 60–69 år er kjønnforskjellen derimot ikke statistisk sikker.

Figur 97: Korsryggsmarter siste 28 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmarter siste 28 dager, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at økonomien er svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. Blant kvinner er differansen 28,63 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,58, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen 26,74 prosentpoeng. Også her er forskjellen stor, med Cohen's h på 0,54. Ser man på kjønnforskjeller innen de enkelte økonomigruppene, rapporterer kvinner gjennomgående høyere andeler enn menn. Forskjellen er statistisk sikker for svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, der menn ligger henholdsvis 4,26, 5,56 og 7,70 prosentpoeng lavere enn kvinner. For lett, vanskelig og svært vanskelig opplevd økonomi er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 98: Korsryggsmarter siste 28 dager (E)



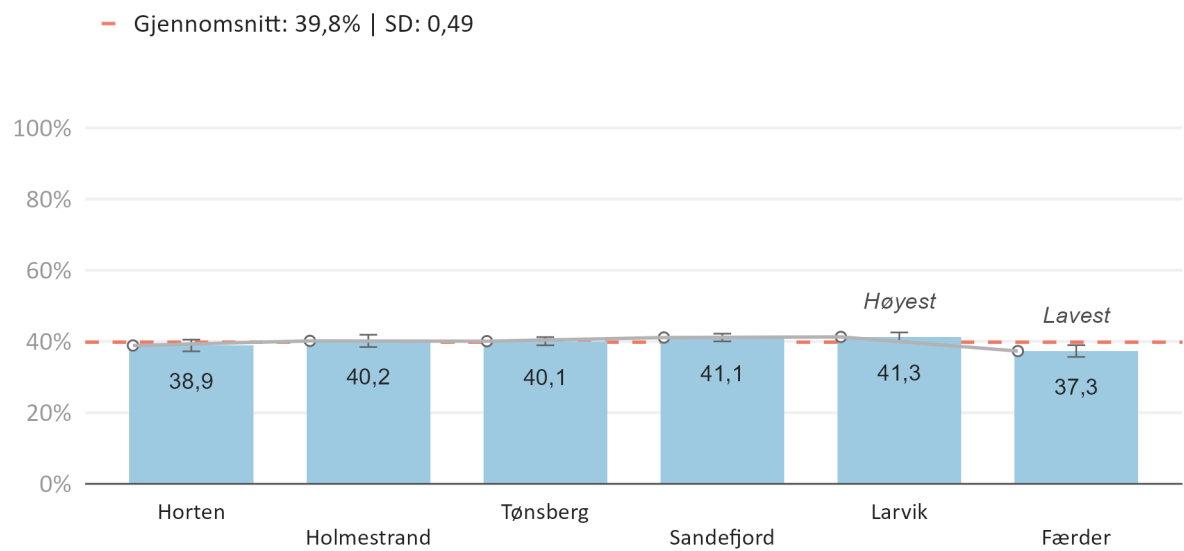
Figur E viser andelen som oppgir korsryggsmerter siste 28 dager på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen omtrent stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (43,4 prosent i 2021 og 42,5 prosent i 2025). Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel enn menn i begge år, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak uendret, uten statistisk sikker endring innen kjønnene. På tvers av alder er nivåene relativt like i 2021 og 2025, men gruppen 60–69 år har en statistisk sikker nedgang fra 44,4 prosent til 42,3 prosent, mens øvrige aldersgrupper ikke viser statistisk sikre endringer. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang blant dem med videregående skole eller mindre (43,5 prosent til 42,4 prosent), mens endringen blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning ikke er statistisk sikker. Når det gjelder økonomi, er andelen klart høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år. Begge økonomigruppene har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, størst blant dem med vanskelig økonomi (57,1 prosent til 52,9 prosent). Samlet sett tyder dette på stabile hovedmønstre mellom kjønn, alder og utdanning, mens forskjellene etter økonomiske vansker består selv om nivåene går ned i begge grupper.

3.24 Nakkesmerter siste 28 dager

Svarandel: Totalt 30 239 deltakere av 31 994 (94,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

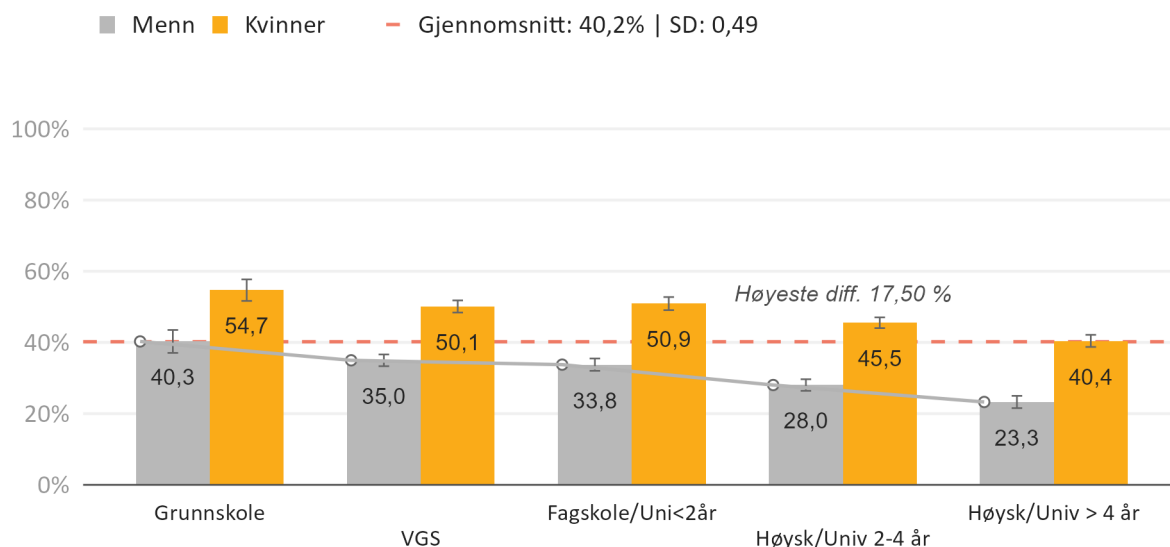
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 239	40,2 %	39,7 – 40,8
Kvinner	16 491	47,7 %	47,0 – 48,5
Menn	13 748	31,2 %	30,4 – 32,0

Figur 99: Nakkesmerter siste 28 dager etter kommuner i fylket (A)



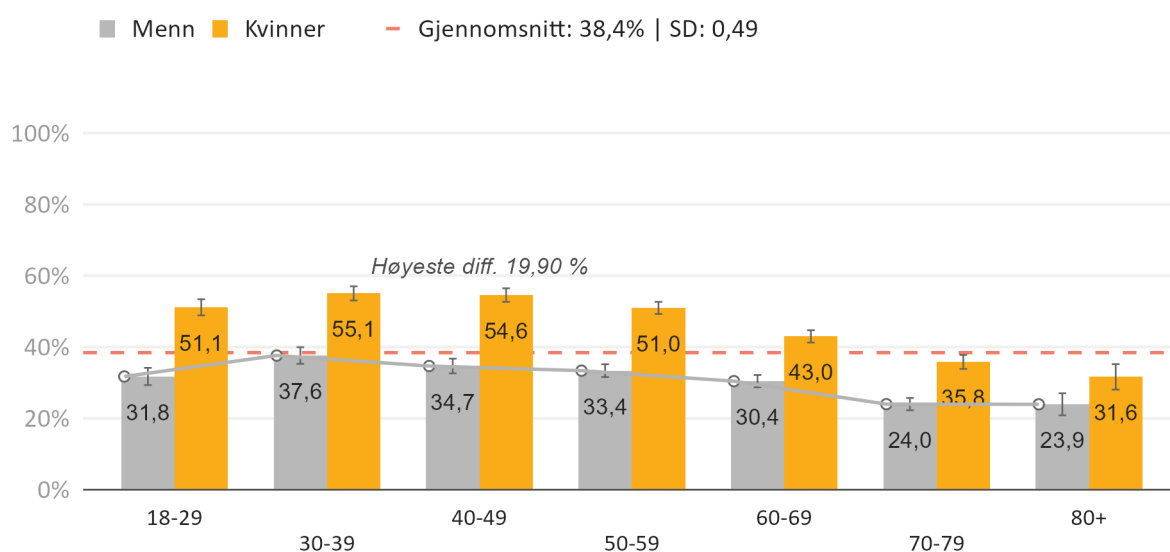
Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Larvik og lavest nivå i Færder. Forskjellen mellom ytterpunktene er 3,97 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Selv om det er en statistisk sikker forskjell mellom kommunene med høyest og lavest andel, er den samlede variasjonen liten. Dette støttes av effektstørrelsen Cohen’s *h* på 0,08, som tilsier en ubetydelig forskjell mellom ytterpunktene. Samlet sett tyder tallene på at andelen med nakkesmerter er relativt lik for alle kommunene.

Figur 100: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)



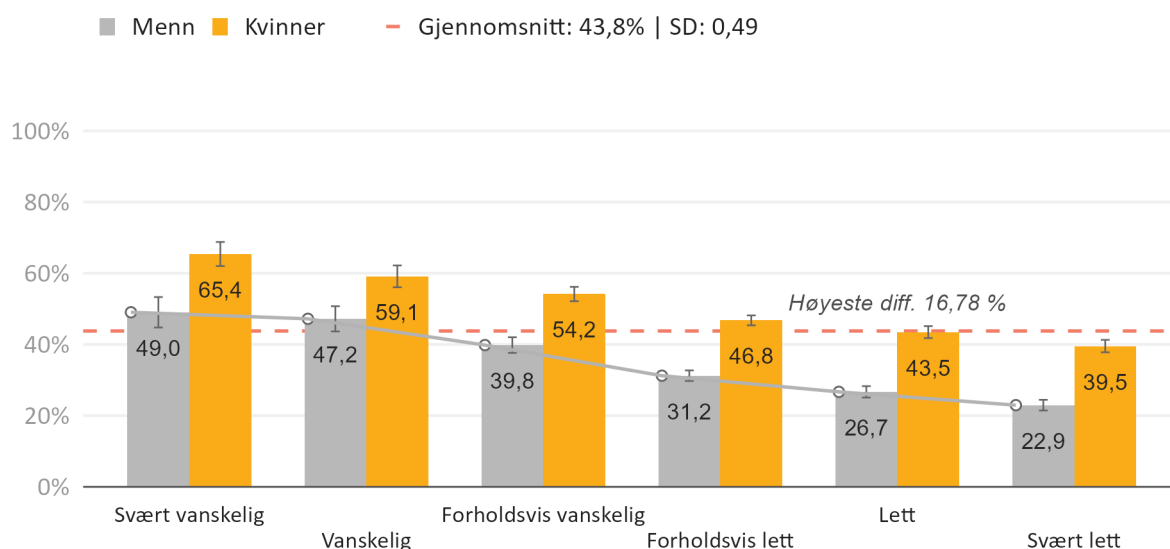
Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år. Blant kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste nivå 14,25 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er mønsteret tilsvarende og differansen er 17,01 prosentpoeng, som er statistisk sikker. Cohen's h er 0,37, som også indikerer en middels forskjell. På alle utdanningsnivåer rapporterer kvinner oftere nakkesmerter enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 14,41 prosentpoeng i gruppen med grunnskole til 17,50 prosentpoeng i gruppen med høyskole eller universitet 2–4 år. Samlet sett er andelen lavere ved høyere utdanning, og nivået er gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 101: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)



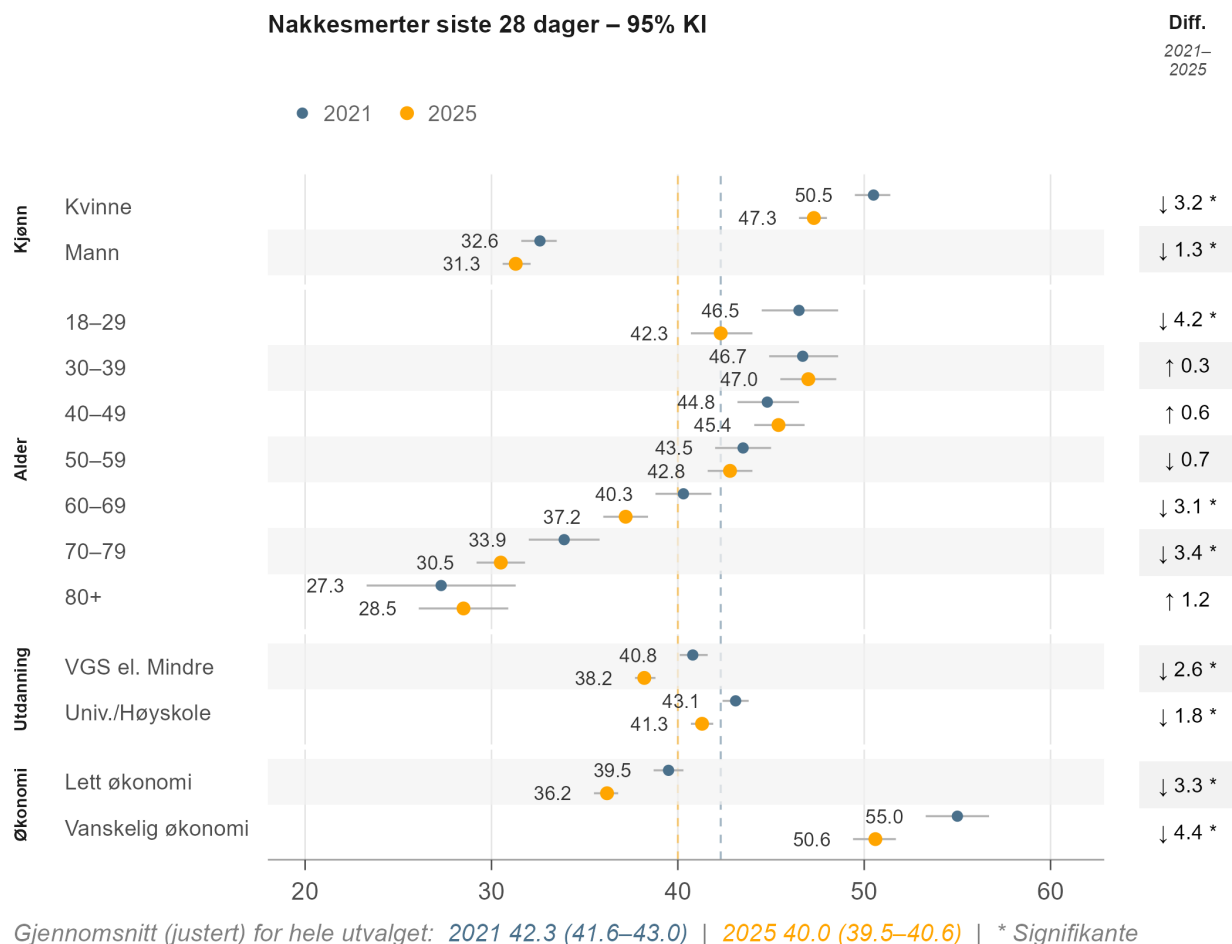
Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 år, mens den er lavest blant 80 år og eldre. Blant kvinner er differansen 23,41 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,48, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er forskjellen 13,68 prosentpoeng, med Cohen's h 0,30, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre i alle aldersgruppene. De største forskjellene mellom kjønnene finnes i 40–49 år, der menn ligger 19,90 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i 18–29 år, der menn ligger 19,39 prosentpoeng lavere. Også i de eldre aldersgruppene er kjønnsforskjellen tydelig.

Figur 102: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom ytterpunktene på 25,86 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,52, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell på 26,09 prosentpoeng. Også her er effektstørrelsen stor, med Cohen's h på 0,55. Kvinner rapporterer gjennomgående mer nakkesmerter enn menn i alle økonomigrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen varierer fra 11,93 prosentpoeng i gruppen som oppgir vanskelig økonomi til 16,78 prosentpoeng i gruppen som oppgir lett økonomi, noe som viser et stabilt mønster der kvinner ligger høyere i alle gruppene.

Figur 103: Nakkesmerter siste 28 dager (E)



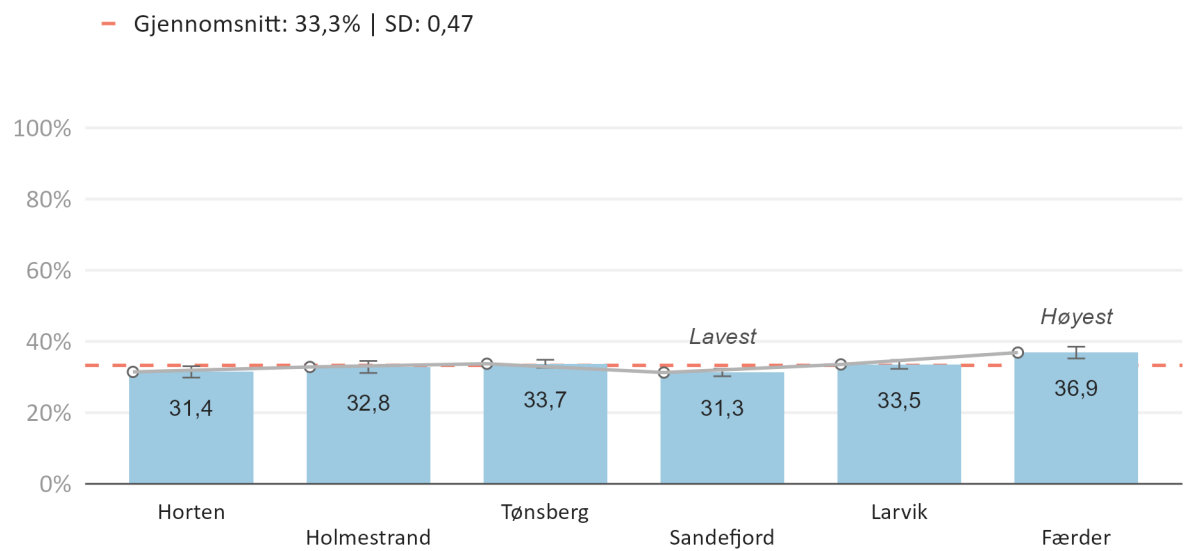
Figur E viser andelen som oppgir nakkesmerter siste 28 dager på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 42,3 prosent i 2021 til 40,0 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker reduksjon både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen er i hovedsak stabil ved at kvinner fortsatt ligger klart høyere enn menn. På tvers av alder er mønsteret i 2025 i stor grad likt som i 2021, men det er statistisk sikker nedgang blant 18–29-åringer, 60–69-åringer og 70–79-åringer, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er det statistisk sikker nedgang både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi. Samtidig består et tydelig nivåskille, der andelen med nakkesmerter fortsatt er høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem som oppgir lett økonomi.

3.25 Høy sosial støtte

Svarandel: Totalt 30 144 deltakere av 31 994 (94,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

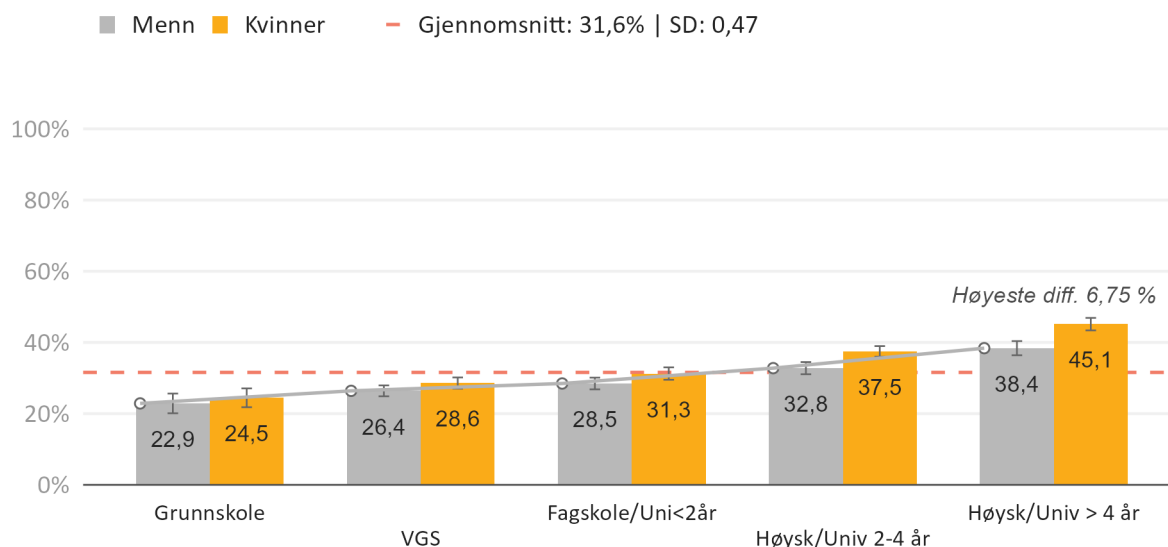
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 144	32,8 %	32,3 – 33,4
Kvinner	16 439	34,9 %	34,2 – 35,6
Menn	13 705	30,4 %	29,6 – 31,2

Figur 104: Høy sosial støtte etter kommuner i fylke (A)



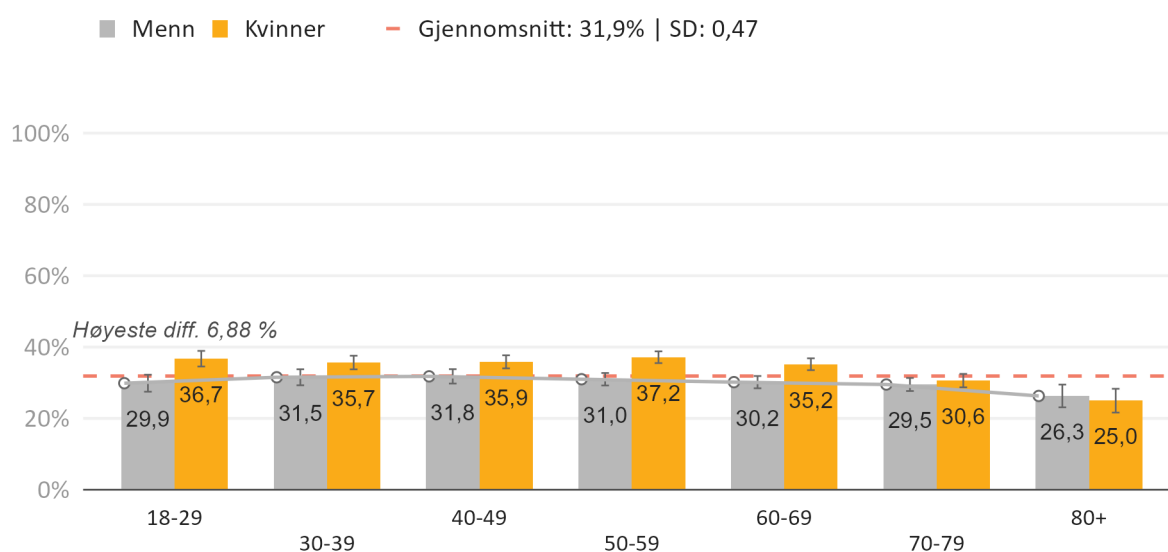
Figur A viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylke. Andelen med høy sosial støtte er lavest i Sandefjord høyest i Færder. Differansen mellom ytterpunktene er 5,60 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker, men Cohen’s h er 0,12, som tilsier en liten forskjell. Samlet sett er variasjonen mellom kommunene i andelen som rapporterer høy sosial støtte liten, men Færder skiller seg noe ut med det høyeste nivået.

Figur 105: Høy sosial støtte etter kjønn og utdanningsnivå (B)



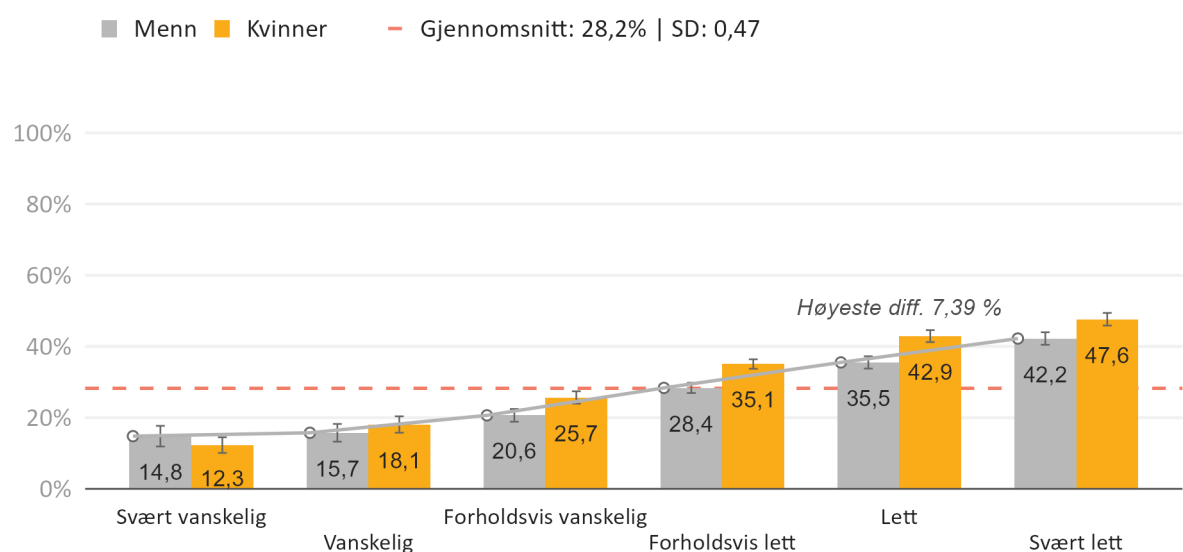
Figur B viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med høyskole eller universitet mer enn 4 år og lavest blant dem med grunnskole. Blant kvinner er differansen mellom ytterpunktene 20,69 prosentpoeng, som er statistisk sikker. Cohen's h er 0,44, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er differansen 15,52 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,34, som også indikerer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, er kjønnsforskjellene tydeligst i de høyere utdanningsgruppene. I gruppen med høyskole eller universitet 2–4 år er det en statistisk sikker forskjell på 4,71 prosentpoeng. I gruppen med høyskole eller universitet mer enn 4 år er det en statistisk sikker forskjell på 6,75 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene framstår kjønnsforskjellene som små og ikke statistisk sikre.

Figur 106: Høy sosial støtte etter kjønn og alder (C)



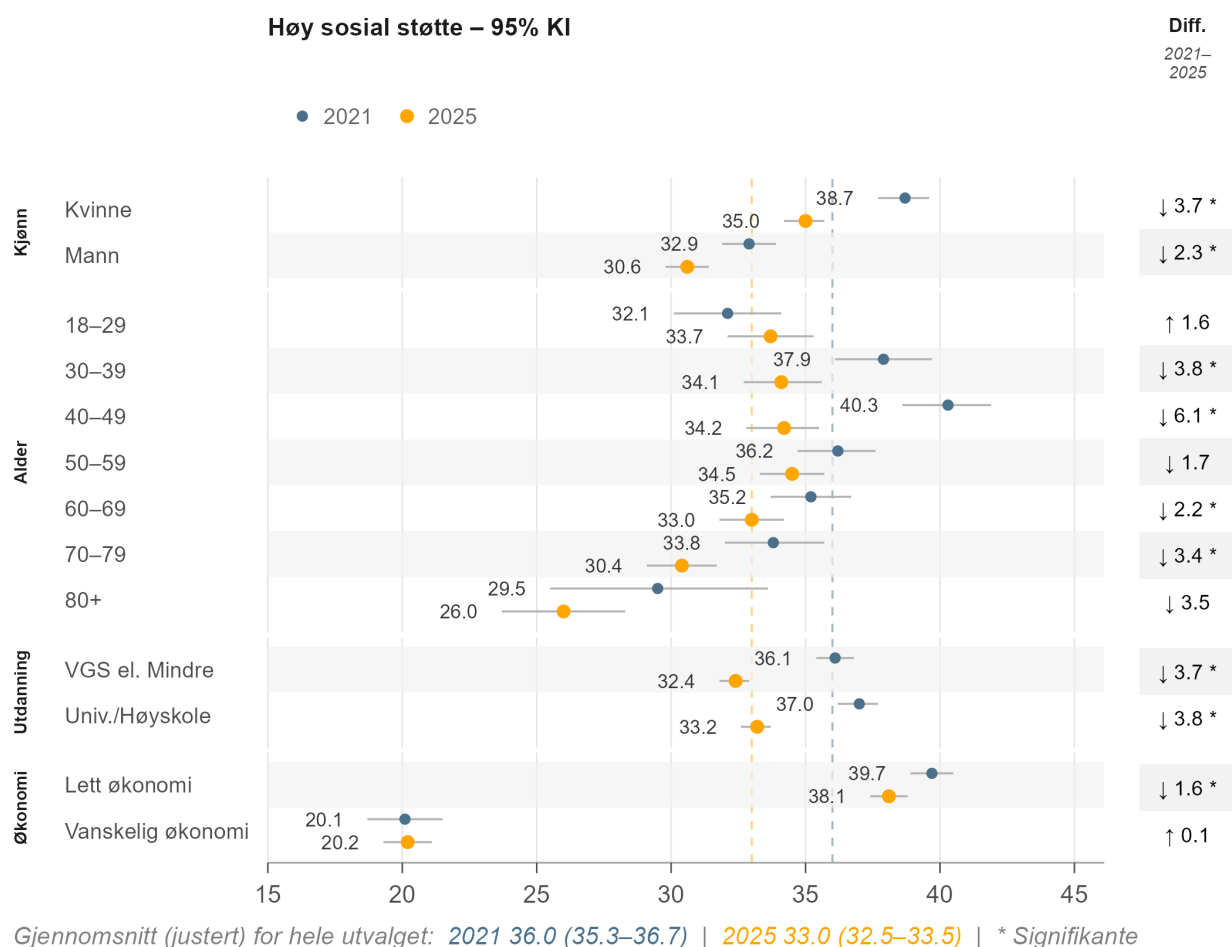
Figur C viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), fordelt på kjønn og alder. Den høyeste andelen blant kvinner finnes blant dem i aldersgruppen 50–59 år, mens den laveste andelen finnes i gruppen 80 år og eldre. Dette er en statistisk sikker forskjell mellom ytterpunktene på 12,18 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Blant menn varierer andelen mindre mellom aldersgruppene. Høyest andel er i 40–49 år og lavest andel er i 80 år og eldre. Forskjellen er statistisk sikker og er 5,49 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,12, som tilsier en liten forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andel enn menn i flere aldersgrupper, med statistisk sikre kjønnsforskjeller i 18–29, 40–49, 50–59 og 60–69 år, der menn ligger 4,07 til 6,88 prosentpoeng lavere. I 70–79 og 80 år og eldre er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 107: Høy sosial støtte etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen som rapporterer høy sosial støtte når husholdningsøkonomien oppleves som enklere. Blant kvinner er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. Forskjellen er 35,37 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,81, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er forskjellen 27,43 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som også tilsier en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomivurdering, rapporterer kvinner oftere høy sosial støtte. Forskjellene er statistisk sikre for forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett og svært lett, der menn ligger henholdsvis 6,70, 5,02, 7,39 og 5,42 prosentpoeng lavere enn kvinner. For vanskelig og svært vanskelig er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 108: Høy sosial støtte (E)



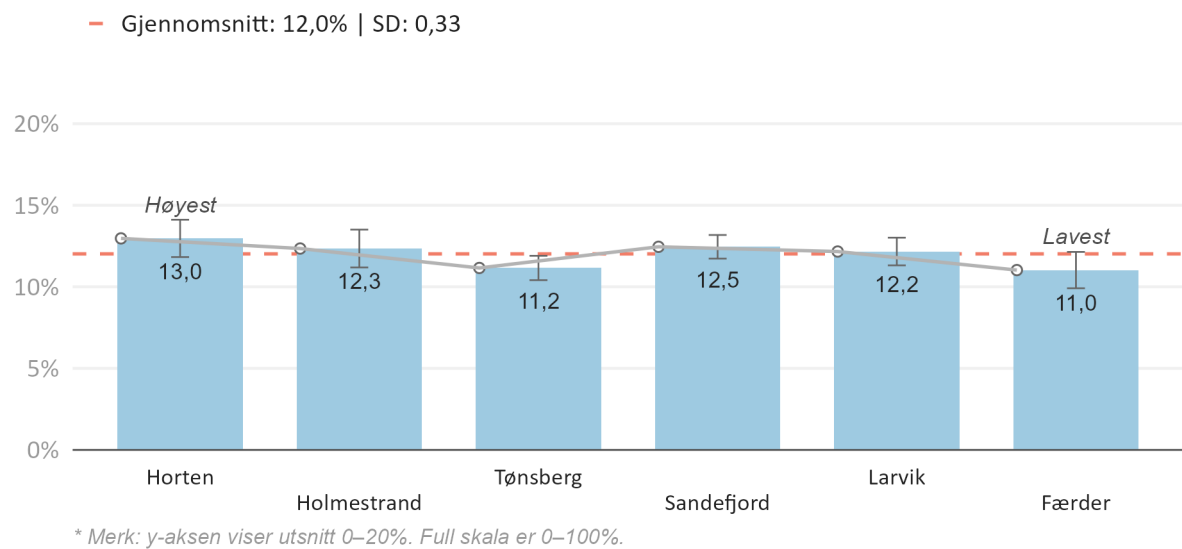
Figur E viser andelen som oppgir høy sosial støtte på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 36,0 prosent i 2021 til 33,0 prosent i 2025, og dette framstår som en statistisk sikker nedgang. Nedgangen ses for begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være omtrent like stor i 2025 som i 2021. Etter alder er bildet mer sammensatt: 30–39 år, 40–49 år, 60–69 år og 70–79 år har statistisk sikre nedganger, mens 18–29 år, 50–59 år og 80 år eller eldre ikke har statistisk sikker endring. Dette innebærer at de tydeligste reduksjonene over tid særlig ligger i midtre og eldre aldersgrupper, mens de yngste ligger mer stabilt. For utdanning er det statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens det ikke er statistisk sikker endring blant dem med vanskelig økonomi. Samtidig er nivået fortsatt klart lavere i gruppen med vanskelig økonomi enn i gruppen med lett økonomi i begge år.

3.26 Ensomhet (UCLA-3)

Svarandel: Totalt 29 966 deltakere av 31 994 (93,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

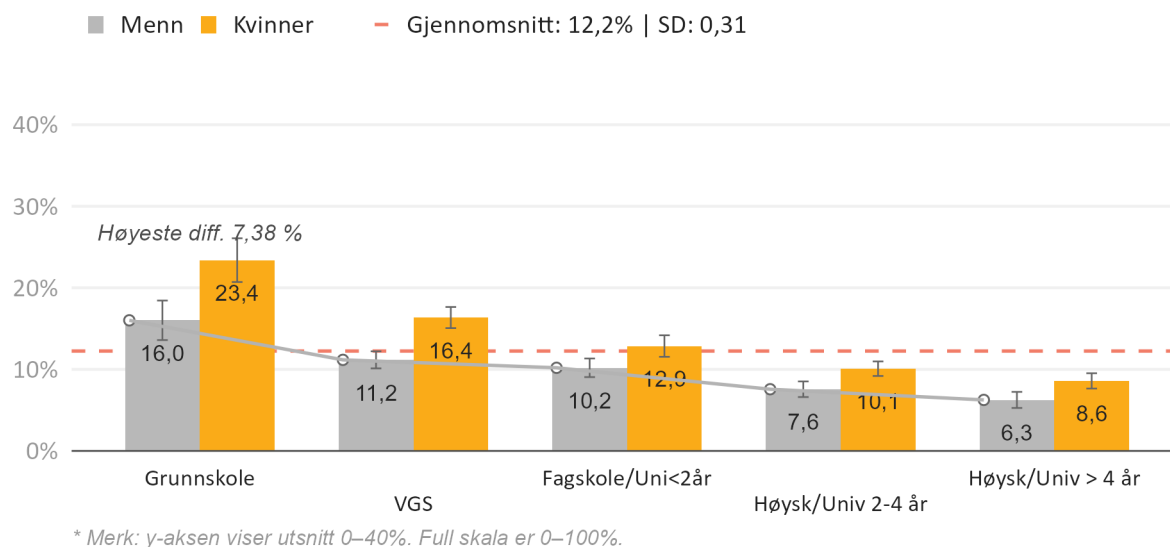
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 966	12,1 %	11,7 – 12,5
Kvinner	16 345	13,5 %	13,0 – 14,1
Menn	13 621	10,3 %	9,8 – 10,9

Figur 109: Ensomhet (UCLA-3) etter kommuner i fylket (A)



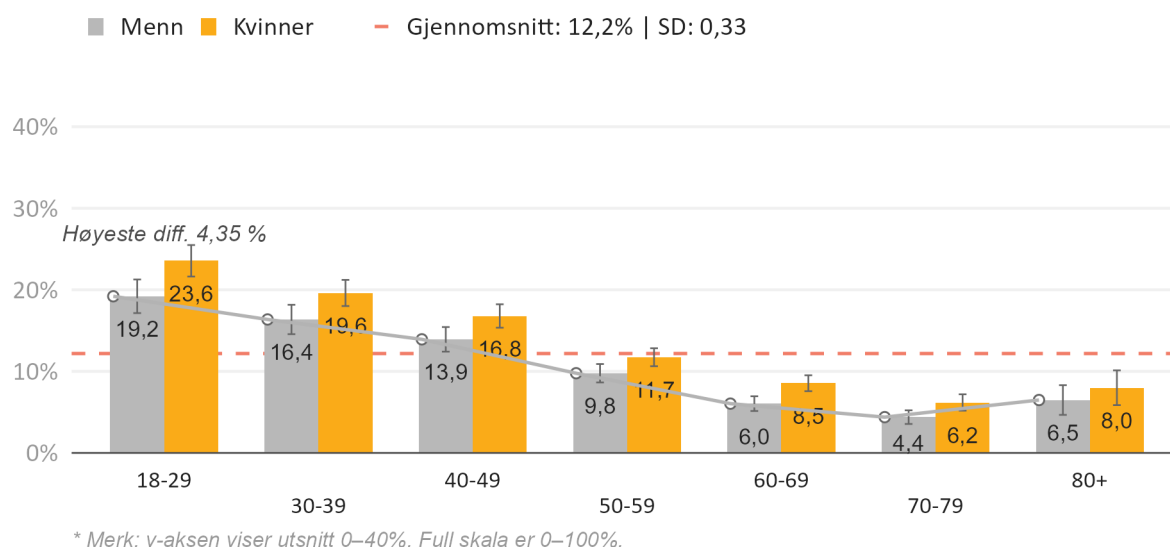
Figur A viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene ligger relativt tett mellom kommunene, med lavest andel i Færder og høyest andel i Horten. Forskjellen mellom høyeste og laveste kommune er 1,94 prosentpoeng, men denne forskjellen er ikke statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s h på 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett tyder dette på at variasjonen i andelen med høy grad av ensomhet mellom kommunene er liten, og at nivåene i stor grad er sammenlignbare på tvers av kommunene.

Figur 110: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest hos dem med grunnskole og lavest hos dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 14,80 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,41, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 9,76 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,32, som indikerer en middels forskjell. Samtidig er andelen med høy ensomhet gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn på alle utdanningsnivåer. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og varierer fra 2,33 prosentpoeng i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning til 7,38 prosentpoeng i gruppen med grunnskole.

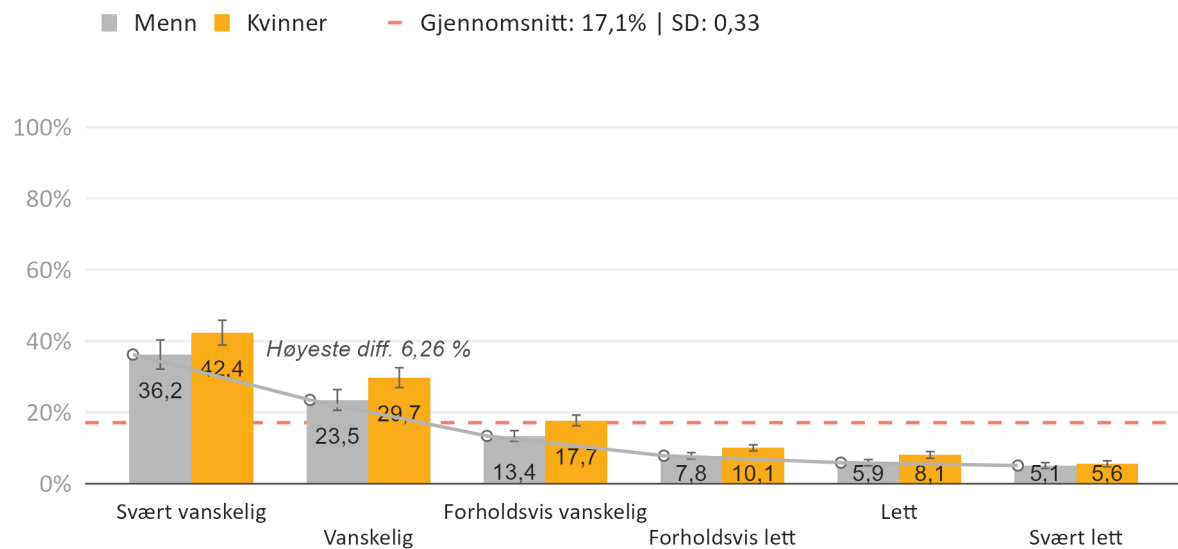
Figur 111: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest blant 18–29-åringene og lavest i aldersgruppen 70–79 år. Differansen er 17,37 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,51,

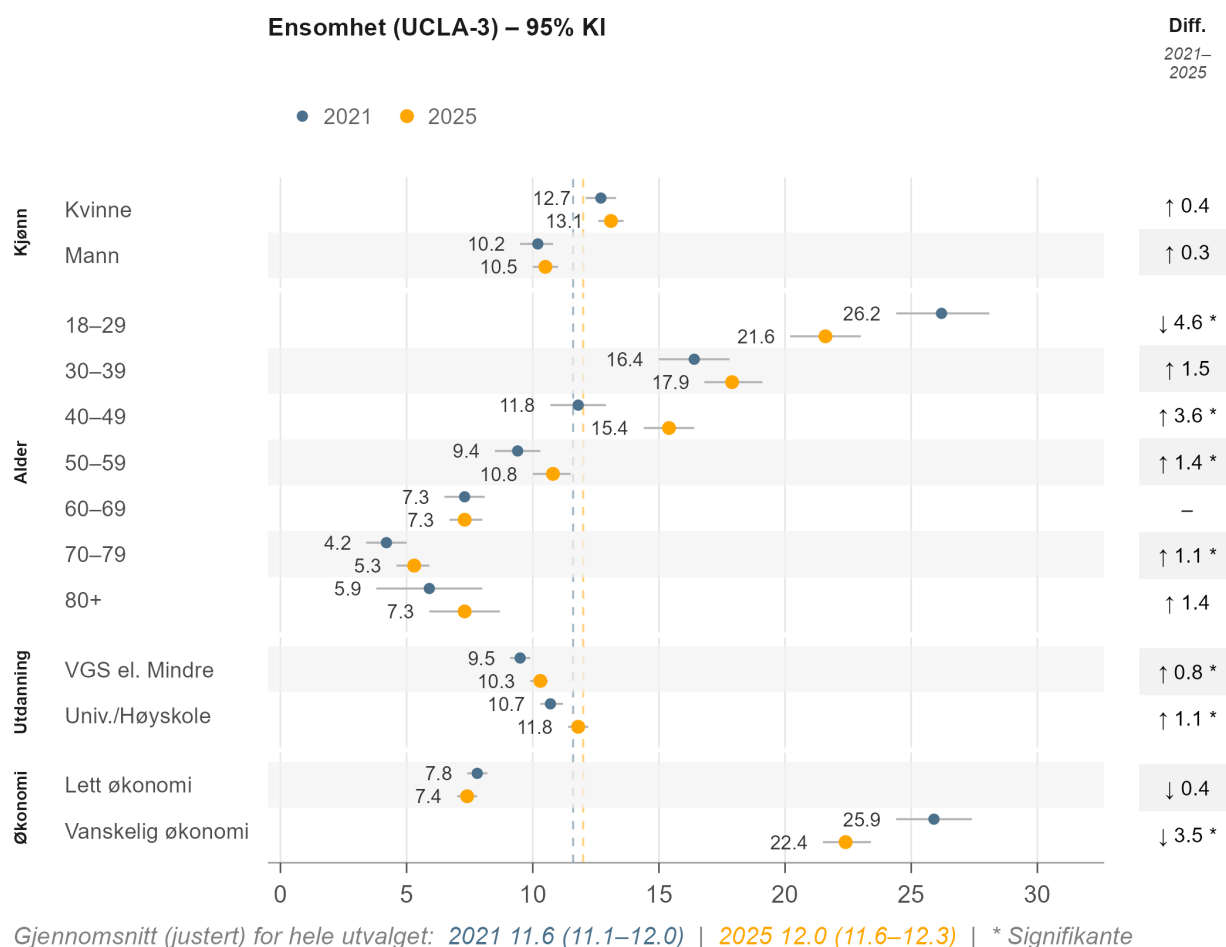
som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen 14,82 prosentpoeng og statistisk sikker, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. På tvers av aldersgruppene synker andelen med høy ensomhet tydelig fra de yngste gruppene og ned mot 70–79 år, før den øker noe igjen i 80 år og eldre. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er andelen lavere blant menn i 18–29 år, med en statistisk sikker forskjell på 4,35 prosentpoeng, og også i 60–69 år, med 2,50 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene framstår kjønnsforskjellene som små og ikke statistisk sikre.

Figur 112: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen med høy ensomhet tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som mer vanskelig, der andelen er høyest i gruppen som oppgir svært vanskelig økonomi og lavest blant dem som oppgir svært lett. For kvinner er differansen mellom ytterpunktene 36,77 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,94, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er forskjellen 31,13 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,84, som også tilsvarer en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomivurdering, ligger kvinner gjennomgående høyere. Forskjellene er statistisk sikre for forholdsvis lett (2,21 prosentpoeng), forholdsvis vanskelig (4,34 prosentpoeng), lett (2,17 prosentpoeng) og vanskelig (6,26 prosentpoeng), mens kjønnsforskjellene ikke er statistisk sikre for svært lett og svært vanskelig økonomi.

Figur 113: Ensomhet (UCLA-3) (E)



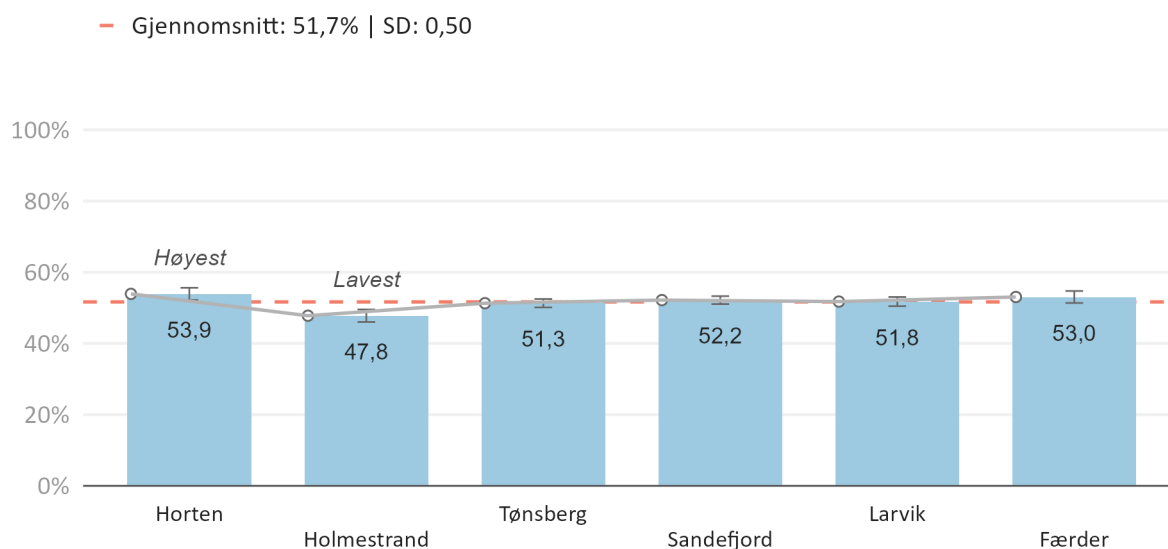
Figur E viser andelen som oppgir ensomhet (UCLA-3) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen med høy ensomhet stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (11,6 prosent i 2021 og 12,0 prosent i 2025). Kjønnforskjellene er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikre endringer for både kvinner og menn. Aldersmønsteret endrer seg noe: andelen går statistisk sikkert ned blant 18–29-åringene (fra 26,2 til 21,6 prosent), mens den øker statistisk sikkert i flere middelaldrende og eldre grupper, blant annet 40–49-åringene og 70–79-åringene. Samtidig er det ikke statistisk sikre endringer i enkelte aldersgrupper, som 30–39 år, 60–69 år og 80 år eller eldre. Etter utdanning øker andelen statistisk sikkert både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, men forskjellene mellom utdanningsgruppene framstår likevel som relativt stabile. For opplevde økonomiske vansker er mønsteret tydelig: andelen går statistisk sikkert ned blant dem som oppgir vanskelig økonomi (fra 25,9 til 22,4 prosent), mens den er stabil blant dem med lett økonomi. Til tross for nedgangen ved vanskelig økonomi, er nivået fortsatt klart høyere i denne gruppen enn blant dem med lett økonomi i 2025.

3.27 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Svarandel: Totalt 29 474 deltakere av 31 994 (92,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

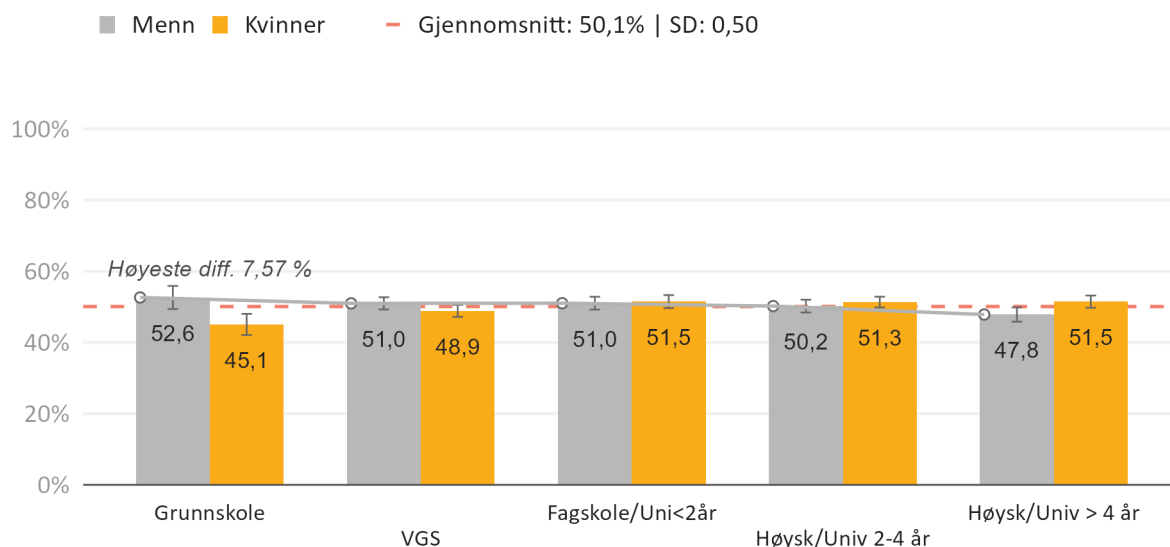
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 474	51,7 %	51,1 – 52,3
Kvinner	16 039	51,6 %	50,8 – 52,4
Menn	13 435	51,8 %	51,0 – 52,7

Figur 114: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kommuner i fylket (A)



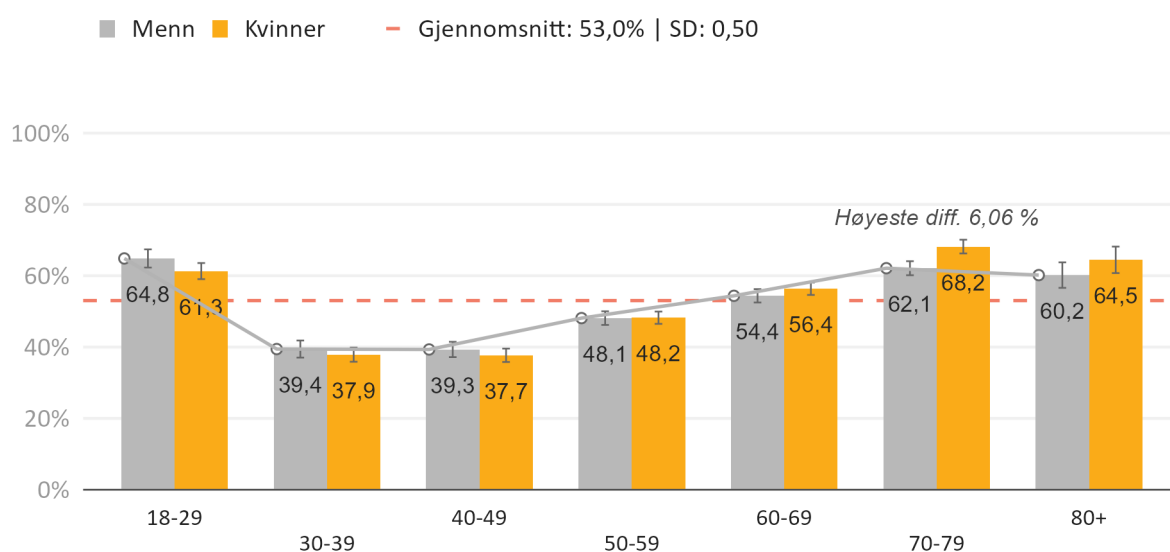
Figur A viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er høyest i Horten, mens Holmestrand har lavest andel. Forskjellen mellom ytterpunktene er 6,13 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Færder ligger også høyt. Samlet sett varierer andelen innenfor et relativt smalt spenn og effektstørrelsen er Cohen's h på 0,12, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene. Dette betyr at det er målbare variasjoner i hvor stor andel som har ukentlig eller hyppigere sosial omgang med venner, men at forskjellene i nivå mellom kommunene likevel er begrensede.

Figur 115: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



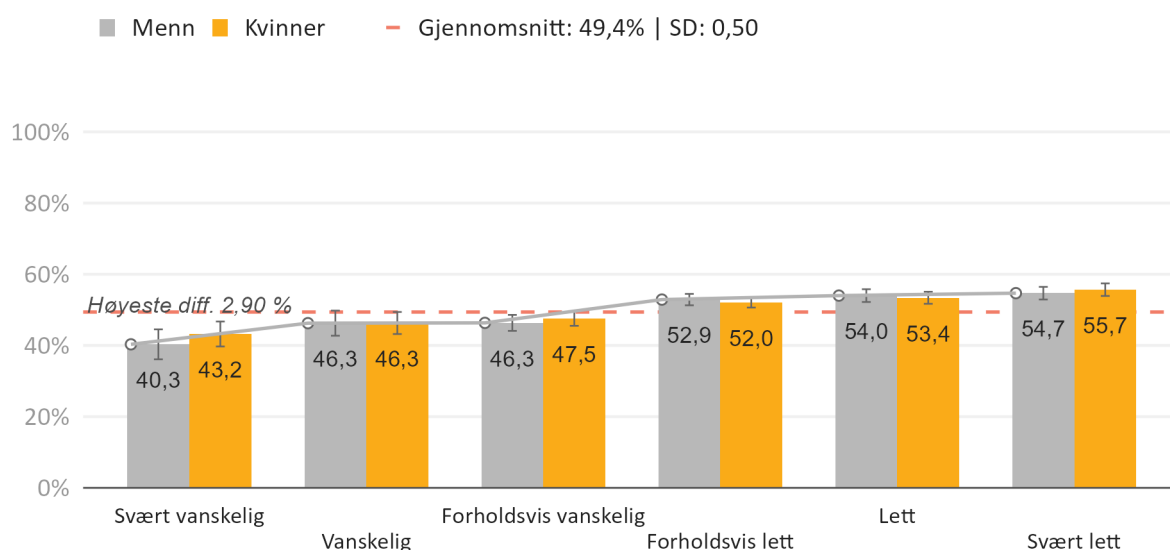
Figur B viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner finner vi den høyeste andelen i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under to år, mens lavest andel er blant dem med grunnskole. Differansen er 6,40 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Blant menn finner vi den høyeste andelen er blant dem med grunnskole og den laveste andelen blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år. Differansen er 4,79 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som også tilsier en liten forskjell, men her framstår ikke forskjellen som statistisk sikker. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er det bare i gruppen med grunnskole at forskjellen framstår som statistisk sikker, der menn ligger 7,57 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 116: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder (C)



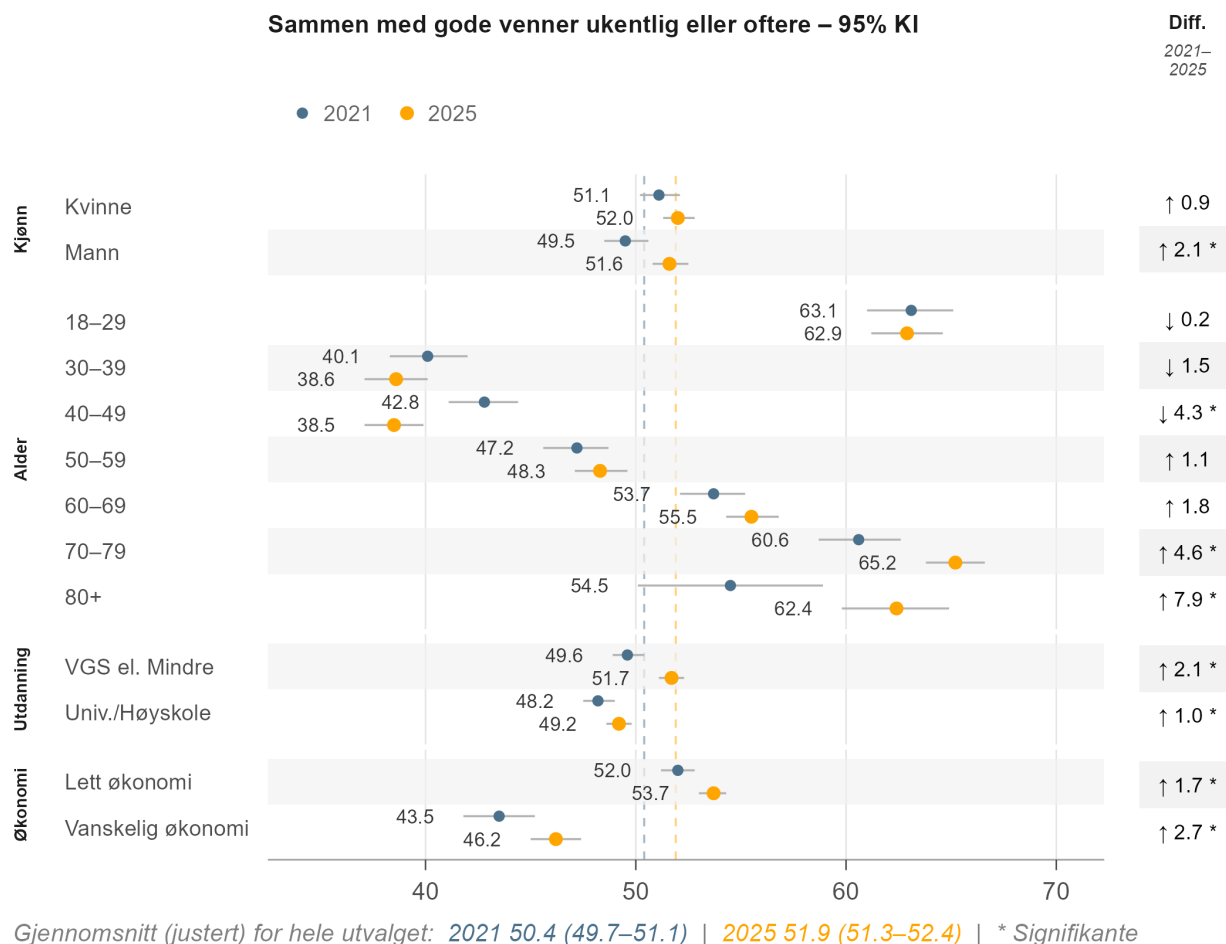
Figur C viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79 år og lavest i 40–49 år. Forskjellen mellom ytterpunktene er 30,49 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som tilsvarer en stor forskjell. Mønsteret blant kvinner er at andelen faller tydelig fra 18–29 år til 30–39 år og 40–49 år, før den øker igjen fra 50–59 år til 60–69 år og videre til 70–79 år, med en nedgang i 80 år og eldre. Blant menn er mønsteret likt som for kvinner, men andelen er høyest i 18–29 år og lavest i 40–49 år. Forskjellen er 25,52 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,52, som tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men i aldersgruppen 70–79 år er andelen statistisk sikkert høyere blant kvinner enn menn, med en differanse på 6,06 prosentpoeng.

Figur 117: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. Forskjellen er 12,45 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er mønsteret tilsvarende: høyest andel i svært lett og lavest i svært vanskelig. Differansen er 14,37 prosentpoeng, også dette en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,29, som indikerer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre.

Figur 118: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere (E)



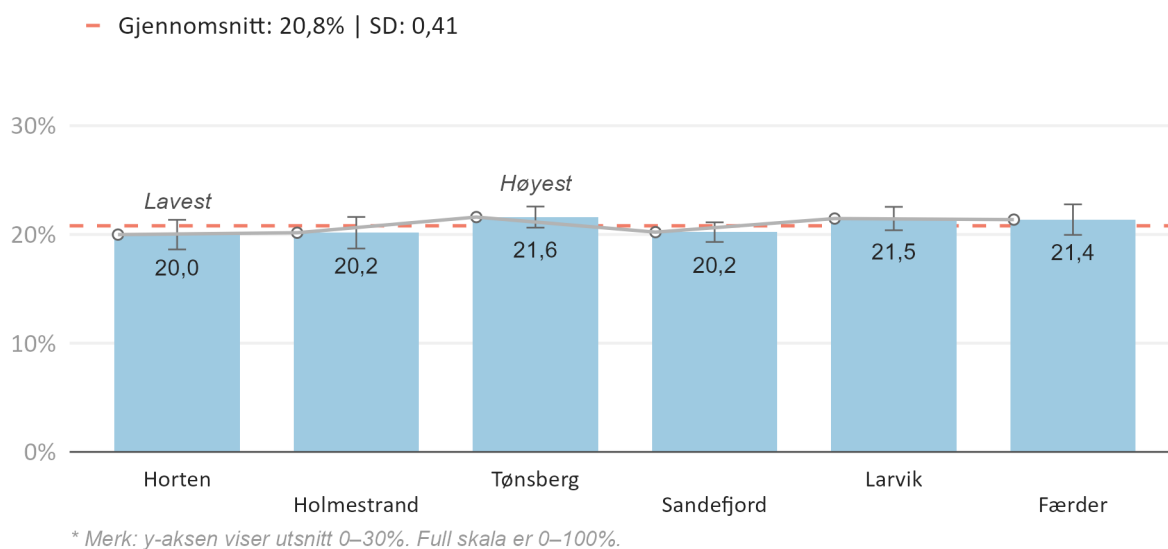
Figur E viser andelen som oppgir sammen med gode venner ukentlig eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 50,4 prosent i 2021 til 51,9 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, men menn har en statistisk sikker økning, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. Aldersmønsteret er i hovedsak det samme, med høyere andeler blant de yngste og de eldste enn i midten av aldersfordelingen. Samtidig er det en statistisk sikker nedgang blant 40–49-åringene og en statistisk sikker økning blant 70–79-åringene og 80 år eller eldre, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det en statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. Personer med vanskelig økonomi ligger lavere enn dem med lett økonomi i begge år, men begge gruppene har en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025. Samlet sett peker endringene mot en svak økning over tid, samtidig som de viktigste forskjellene mellom grupper i stor grad består.

3.28 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Svarandel: Totalt 30 119 deltakere av 31 994 (94,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

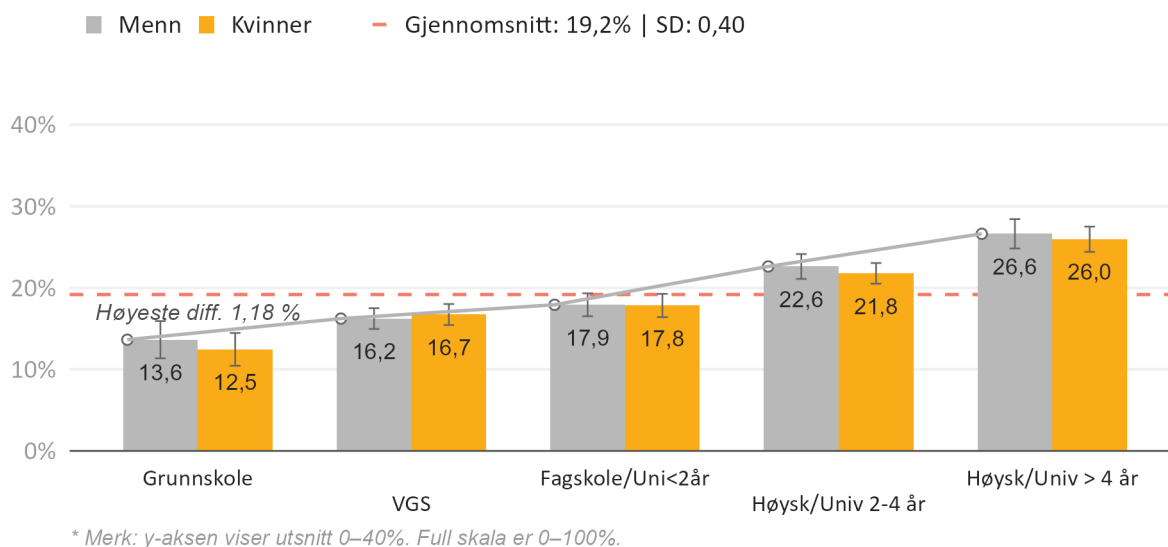
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 119	20,7 %	20,2 – 21,1
Kvinner	16 430	20,4 %	19,8 – 21,0
Menn	13 689	21,0 %	20,3 – 21,7

Figur 119: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kommuner i fylket (A)



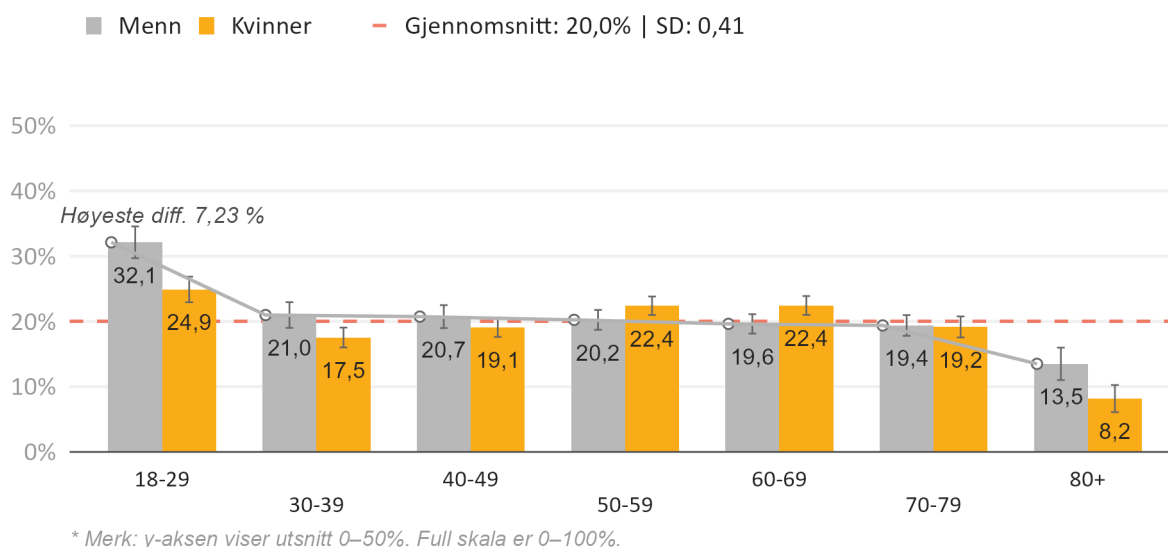
Figur A viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene ligger tett mellom kommunene, der Horten ligger lavest og Tønsberg ligger høyest. Differansen mellom ytterpunktene er 1,61 prosentpoeng, og denne forskjellen er ikke statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,04, som tilsier en ubetydelig forskjell mellom kommunene. Samlet sett tyder dette på at nivået av moderat fysisk aktivitet minst 30 minutter fire eller flere dager i uken er nokså likt på tvers av kommunene.

Figur 120: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er det en tydelig sosial gradient, der andelen øker med høyere utdanning. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 13,50 prosentpoeng, som er statistisk sikker og tilsvarer en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,35. Blant menn er forskjellen 12,99 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,33 tilsier en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små, fra 0,50 til 1,18 prosentpoeng, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

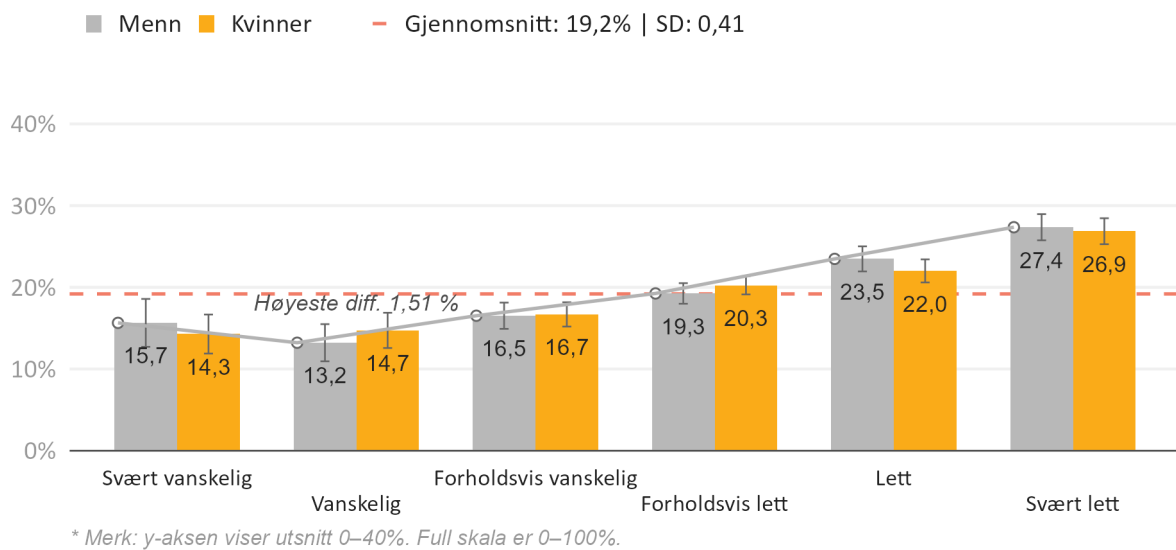
Figur 121: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 80 år og eldre. Differansen er 16,72 prosentpoeng, som er statistisk sikker. Cohen's h er 0,46, som tilsier en middels forskjell. I aldersgruppene 30–79 år ligger andelen for kvinner relativt jevnt, uten et tydelig jevnt fall før den markerte nedgangen i den eldste gruppen. Også blant menn er

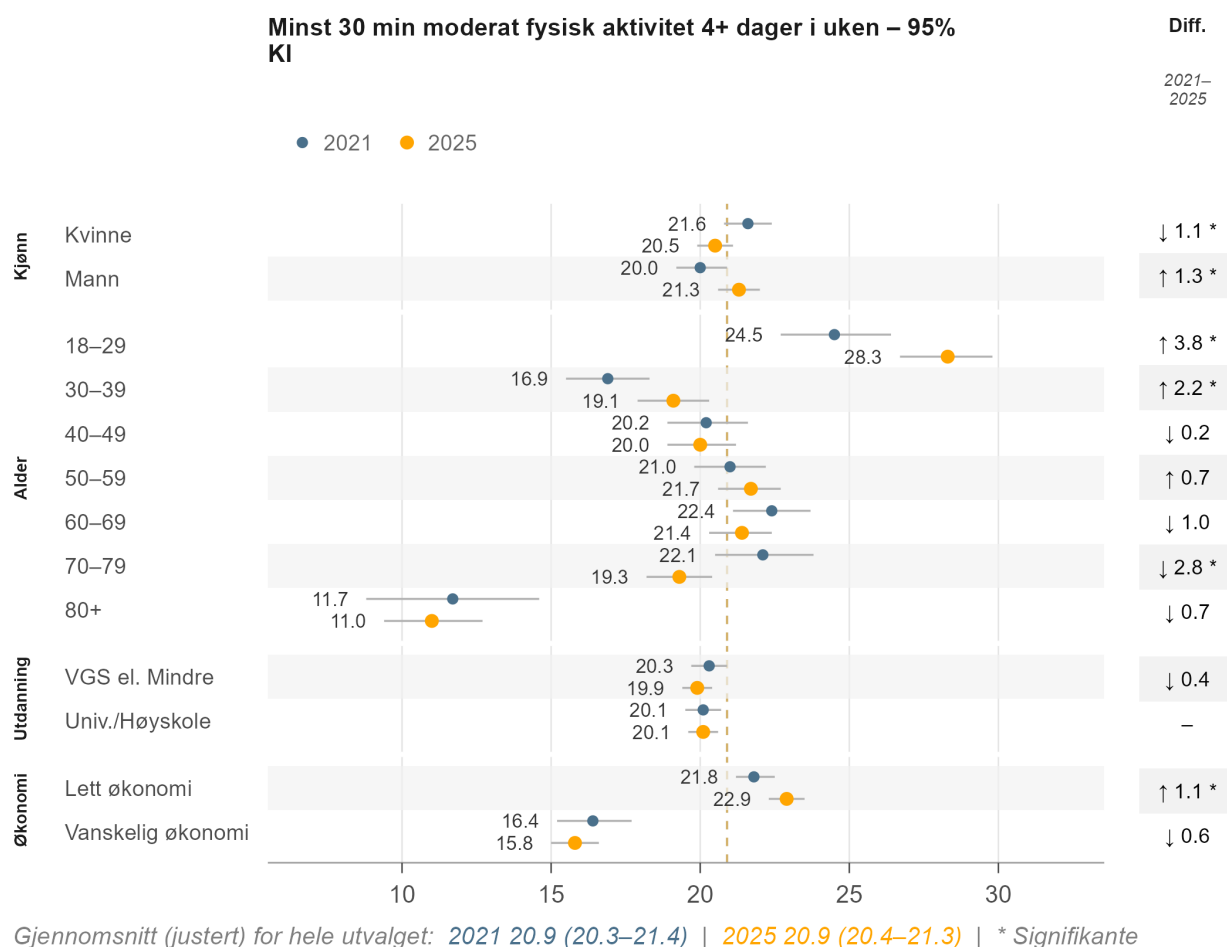
andelen også høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 80 år og eldre. Forskjellen mellom ytterpunktene er 18,63 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,45, som også tilsier en middels forskjell. Også for menn fremstår nivået som relativt stabilt i alderen 30–79 år. Når kjønn sammenlignes innen samme alder, er forskjellen tydeligst og statistisk sikker i 18–29 år, der menn ligger 7,23 prosentpoeng høyere enn kvinner, og i 80 år og eldre, der menn ligger 5,30 prosentpoeng høyere. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 122: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett og lavest når den oppleves som svært vanskelig. Forskjellen er 12,59 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,31, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, mens den er lavest i gruppen som opplever økonomien som vanskelig. Forskjellen er 14,14 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,36 indikerer en middels forskjell. Samlet sett ligger andelene høyere i grupper som opplever økonomien som lett å håndtere enn i grupper som opplever den som vanskelig, for begge kjønn. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små, og det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn i noen av gruppene.

Figur 123: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken (E)



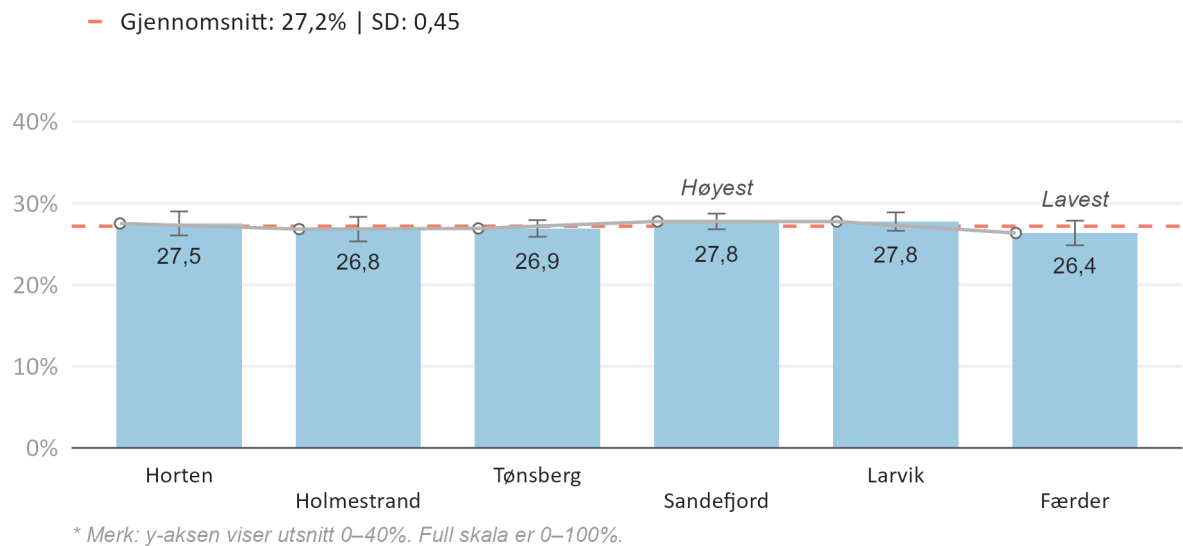
Figur E viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (20,9 prosent i begge år). For kjønn er det derimot en statistisk sikker endring i motsatt retning: kvinner går ned fra 21,6 til 20,5 prosent, mens menn går opp fra 20,0 til 21,3 prosent, slik at kjønnsforskjellen snur. Etter alder øker andelen statistisk sikkert blant de yngste voksne, med oppgang i 18–29 år (24,5 til 28,3 prosent) og 30–39 år (16,9 til 19,1 prosent). Samtidig er det en statistisk sikker nedgang i 70–79 år (22,1 til 19,3 prosent), mens de øvrige aldersgruppene i hovedsak er stabile uten statistisk sikker endring. For utdanning er det ingen statistisk sikre endringer fra 2021 til 2025, og mønsteret mellom utdanningsgruppene fremstår derfor uendret. For opplevde økonomiske vansker øker andelen statistisk sikkert blant dem med lett økonomi (21,8 til 22,9 prosent), mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Dette innebærer at forskjellen mellom økonomigruppene blir tydeligere i 2025 enn i 2021.

3.29 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 30 036 deltakere av 31 994 (93,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

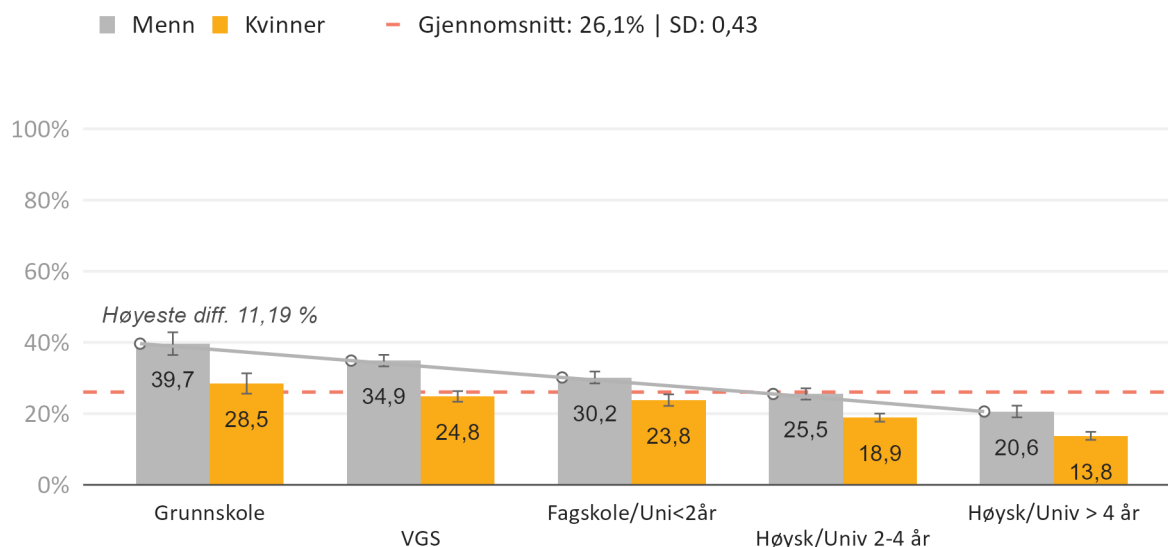
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 036	27,3 %	26,8 – 27,9
Kvinner	16 386	23,5 %	22,8 – 24,1
Menn	13 650	32,0 %	31,2 – 32,8

Figur 124: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



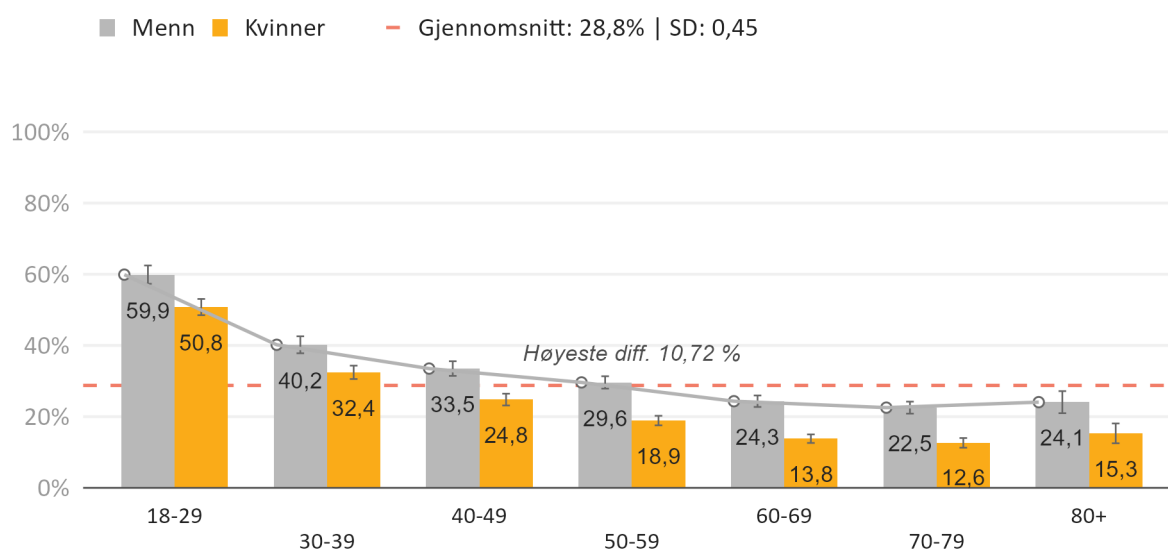
Figur A viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene ligger tett mellom kommunene, med lavest nivå i Færder og høyest i Sandefjord og Larvik. Forskjellen mellom høyeste og laveste kommune er 1,42 prosentpoeng, og denne forskjellen er ikke statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,03, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett tyder resultatene på at hyppig inntak av sukkerholdig drikke forekommer på omtrent samme nivå i de ulike kommunene.

Figur 125: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



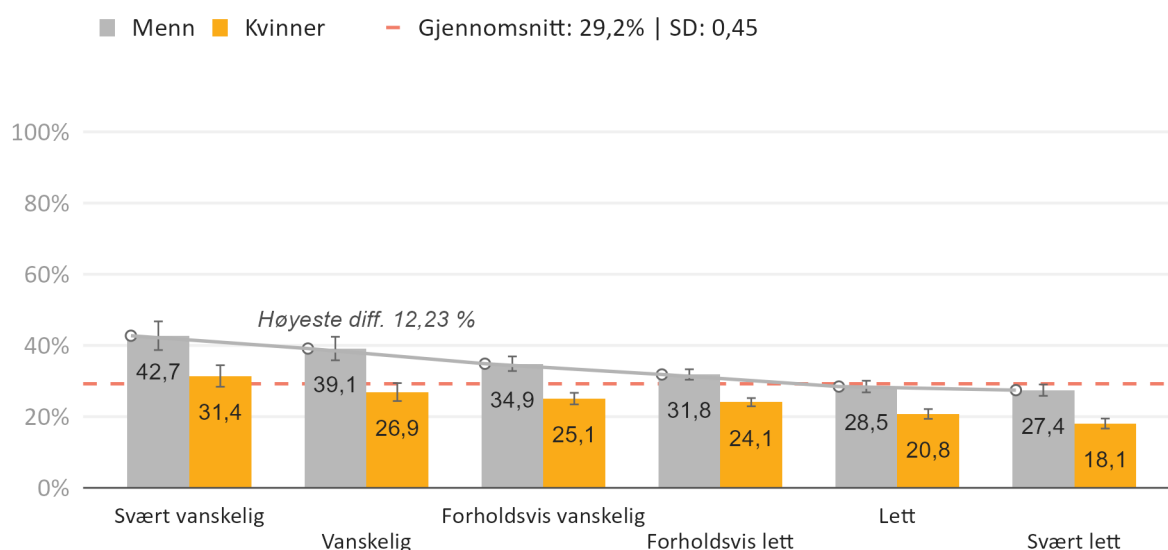
Figur B viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år. For kvinner er differansen mellom høyeste og laveste nivå 14,71 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er differansen 19,06 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,42, som også indikerer en middels forskjell. Samlet viser tallene et tydelig mønster der hyppig inntak av sukkerholdig brus er vanligere ved lavere utdanningsnivå for begge kjønn, og forskjellene mellom ytterpunktene framstår statistisk sikre. Menn ligger gjennomgående høyere enn kvinner på alle utdanningsnivåer, med statistisk sikre kjønnsforskjeller som varierer fra 6,37 til 11,19 prosentpoeng.

Figur 126: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)



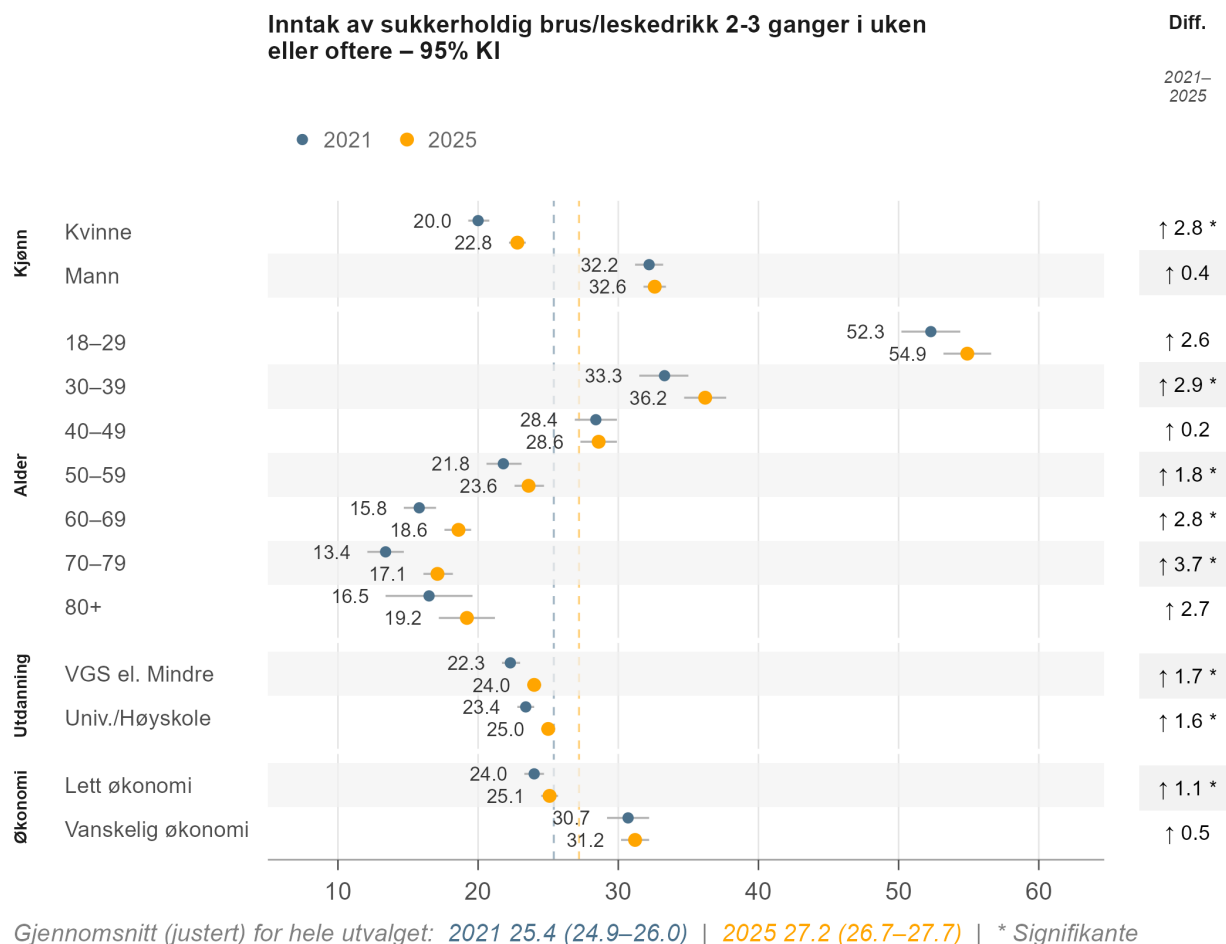
Figur C viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år og lavest i 70-79 år. For kvinner er det en statistisk sikker differanse mellom ytterpunktene på 38,15 prosentpoeng, som tilsvarer en stor forskjell målt med Cohen's h på 0,86. For menn er differansen 37,36 prosentpoeng og statistisk sikker, og Cohen's h på 0,78 tilsier også en stor forskjell. Samlet sett avtar andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken med økende alder for begge kjønn, med en liten økning igjen i gruppen 80 år og eldre. Menn ligger gjennomgående høyere enn kvinner i alle aldersgrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 7,74 til 10,71 prosentpoeng, og er størst i aldersgruppen 50-59 år.

Figur 127: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig og lavest når den vurderes som svært lett. For kvinner er det en statistisk sikker differanse mellom ytterpunktene på 13,36 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,31, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er det en statistisk sikker differanse på 15,29 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,32, som også indikerer en middels forskjell. Menn ligger høyere enn kvinner i alle økonomigrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 7,70 prosentpoeng ved lett til 11,31 prosentpoeng ved svært vanskelig.

Figur 128: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (E)



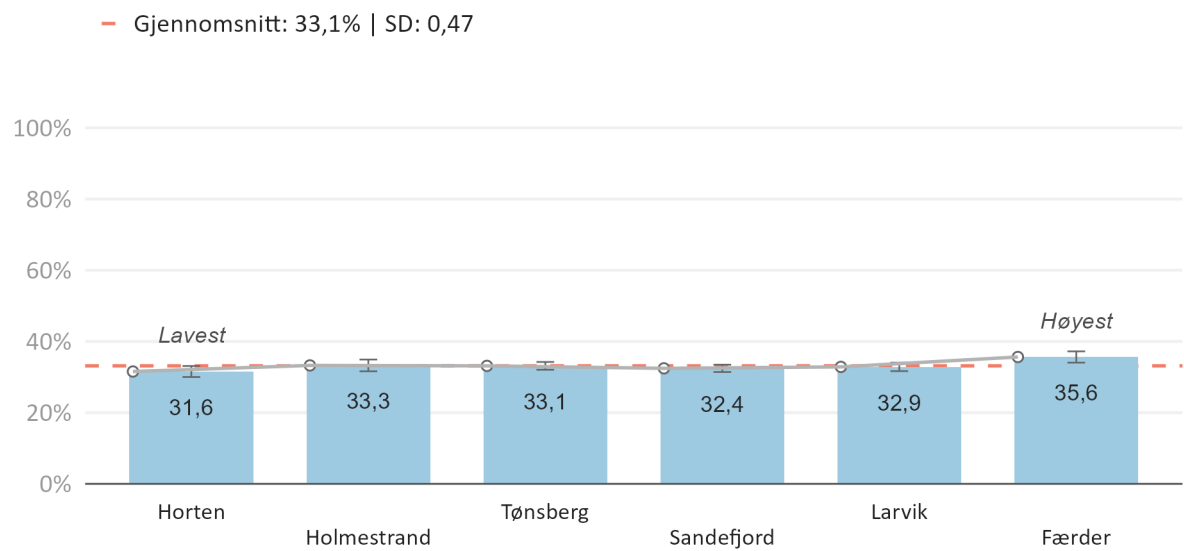
Figur E viser andelen som oppgir inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt økte andelen fra 25,4 prosent i 2021 til 27,2 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen ble noe mindre, fordi kvinner hadde en statistisk sikker økning (fra 20,0 til 22,8 prosent), mens menn hadde en ikke statistisk sikker endring (32,2 til 32,6 prosent). Aldersmønsteret var i hovedsak det samme, med høyest andel blant 18–29 år i begge år, men flere av de eldre aldersgruppene hadde statistisk sikre økninger fra 2021 til 2025. Økningen var statistisk sikker i aldersgruppene 30–39 år, 50–59 år, 60–69 år, 70–79 år, mens endringen ikke var statistisk sikker for 18–29 år, 40–49 år og 80 år eller eldre. For utdanning var det statistisk sikre økninger i begge grupper, og forskjellen mellom utdanningsnivåene endret seg lite. For opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker økning blant dem med lett økonomi, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke var statistisk sikker, og nivåforskjellen mellom gruppene var dermed omtrent uendret. Samlet peker resultatene mot en moderat økning over tid, samtidig som hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad består.

3.30 Daglig inntak av frukt eller bær

Svarandel: Totalt 30 075 deltakere av 31 994 (94,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

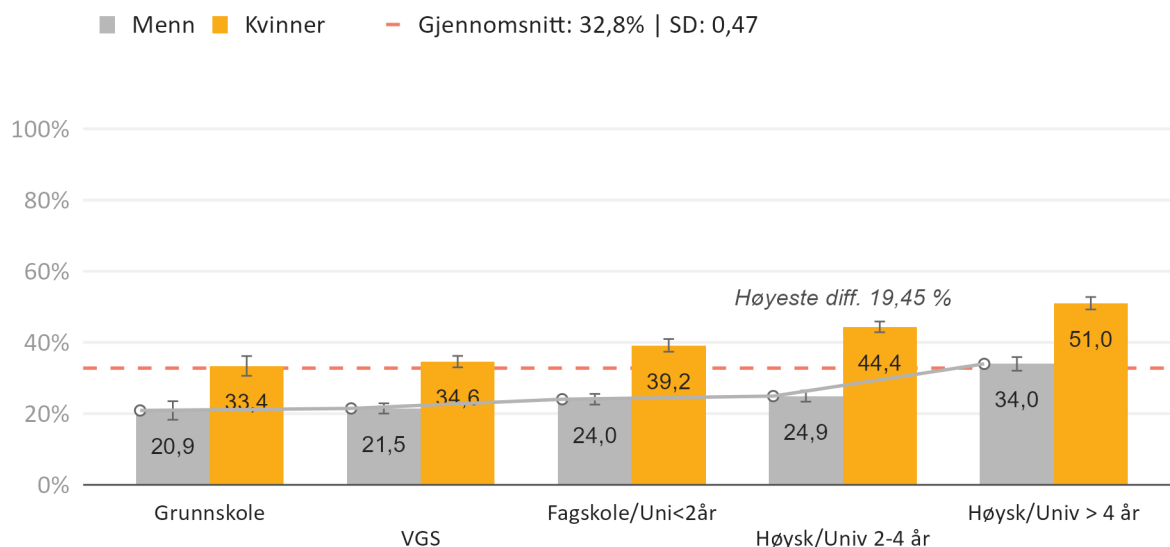
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 075	33,1 %	32,5 – 33,6
Kvinner	16 409	40,4 %	39,6 – 41,1
Menn	13 666	24,3 %	23,6 – 25,0

Figur 129: Daglig inntak av frukt eller bær etter kommuner i fylket (A)



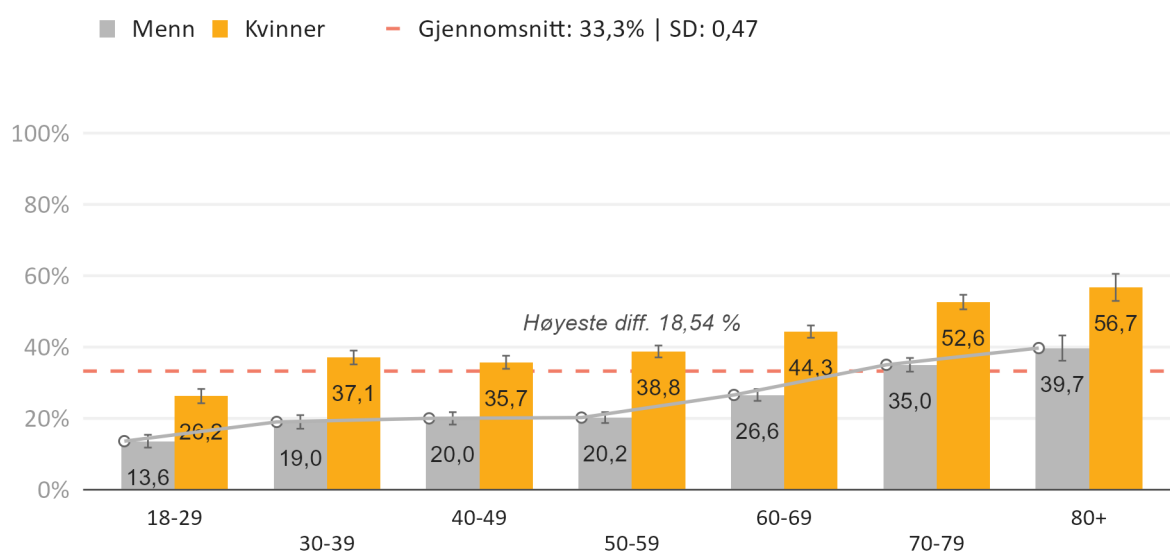
Figur A viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er lavest i Horten og høyest i Færder, med en forskjell på 4,08 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, men effektstørrelsen Cohen’s *h* er 0,09, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Samlet sett viser figuren et relativt jevnt mønster, uten store utslag i andelen som oppgir at de spiser frukt eller bær minst én gang daglig.

Figur 130: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og utdanningsnivå (B)



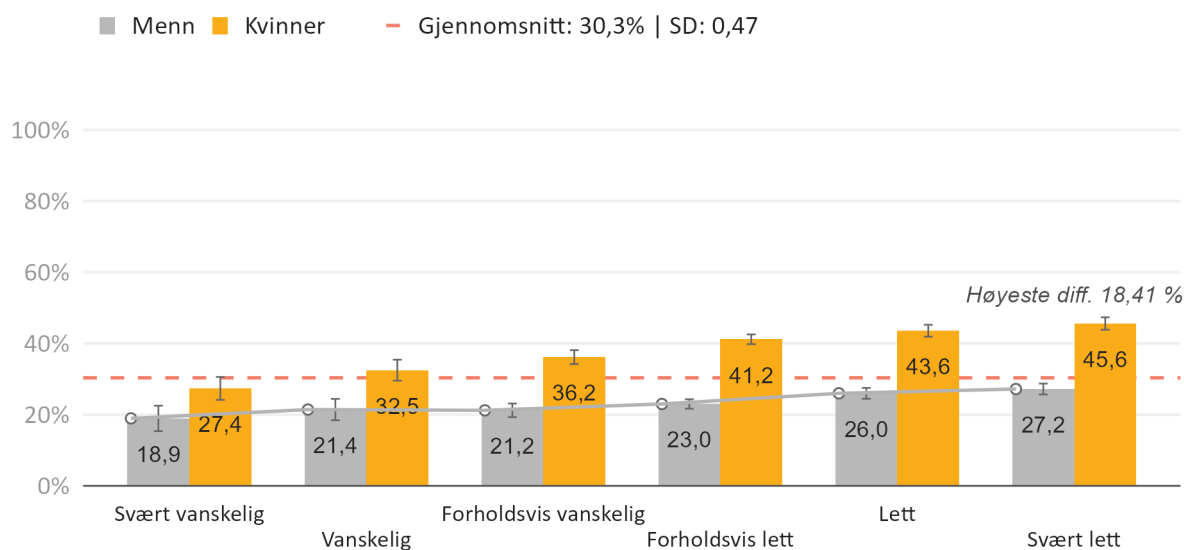
Figur B viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning over fire år og lavest blant dem med grunnskole. Forskjellen er 17,62 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over fire år og lavest ved grunnskole. Forskjellen er 13,09 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,30, som også tilsvarer en middels forskjell. På alle utdanningsnivåene ligger kvinner høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og varierer fra 12,51 prosentpoeng i gruppen med grunnskole til 19,45 prosentpoeng i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning på 2 til 4 år. Samlet viser figuren et tydelig mønster der høyere utdanning henger sammen med høyere andel som spiser frukt eller bær daglig, særlig blant kvinner.

Figur 131: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder (C)



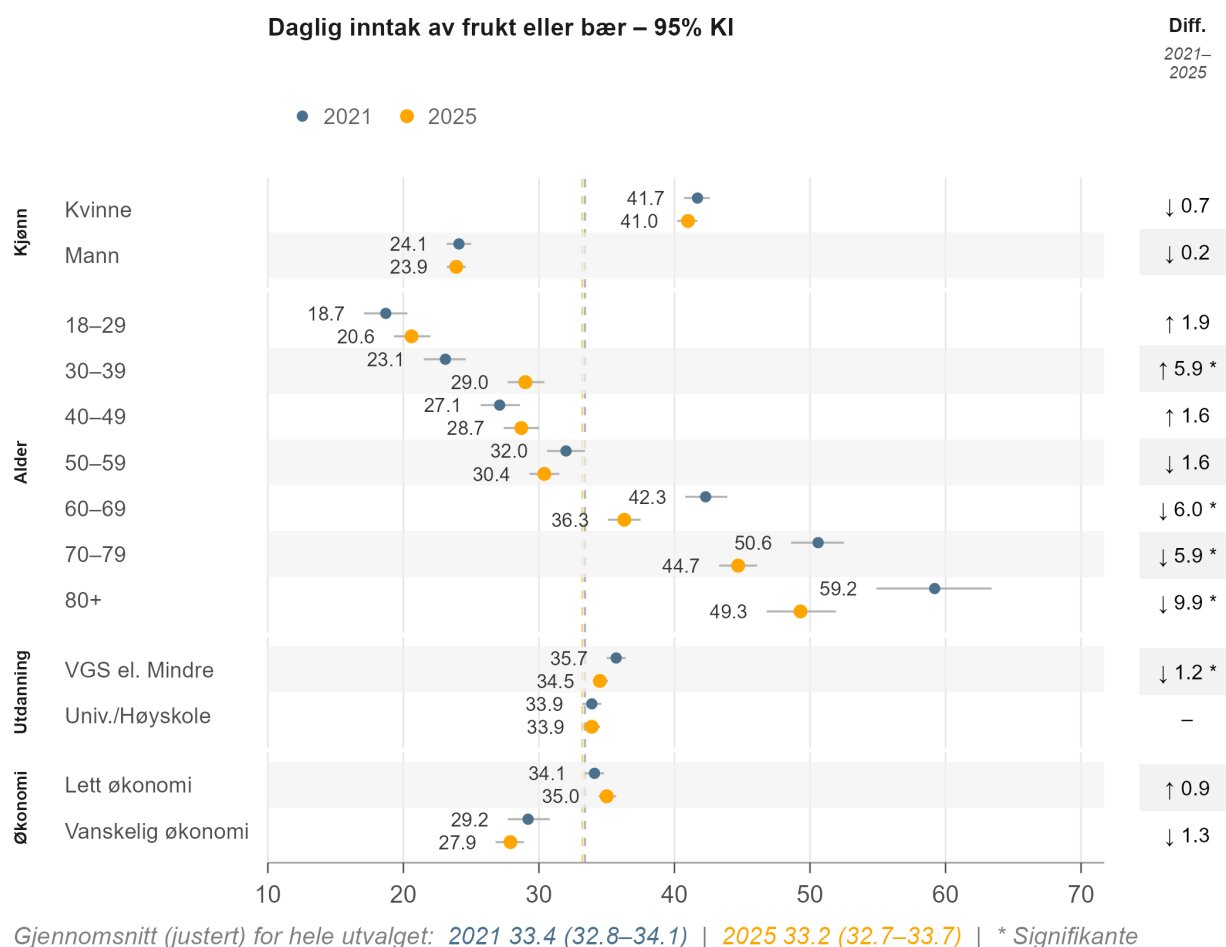
Figur C viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn øker andelen tydelig med alder. For kvinner er forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe 30,49 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,63, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er differansen mellom ytterpunktene 26,11 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,61, som også tilsvarer en stor forskjell. I alle aldersgruppene er andelen som spiser frukt eller bær daglig klart høyere blant kvinner enn blant menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Samlet sett viser figuren et mønster der daglig inntak blir vanligere med økende alder, og der kvinner gjennomgående har høyere andeler enn menn.

Figur 132: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. For kvinner er det en statistisk sikker forskjell på 18,24 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,38, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 8,25 prosentpoeng, som er statistisk sikker, med Cohen's h 0,20, som tilsier en liten forskjell. På tvers av alle nivåer av husholdningsøkonomi rapporterer kvinner høyere andel daglig frukt- eller bærinntak enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst ved svært lett husholdningsøkonomi, der menn ligger 18,41 prosentpoeng lavere enn kvinner, og minst ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, der menn ligger 8,42 prosentpoeng lavere. Samlet sett henger bedre vurdert husholdningsøkonomi sammen med høyere andel som spiser frukt eller bær daglig, særlig blant kvinner.

Figur 133: Daglig inntak av frukt eller bær (E)



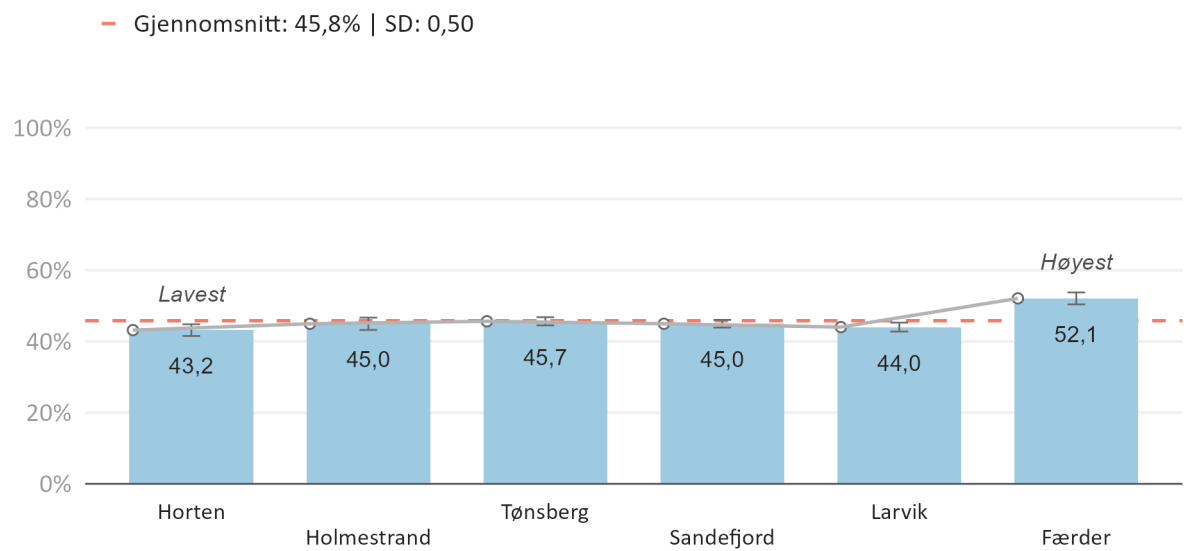
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av frukt eller bær på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (33,4 prosent mot 33,2 prosent). Kjønnforskjellene er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikker endring for både kvinner og menn. På tvers av alder er mønsteret endret ved at flere av de eldste gruppene har gått ned fra 2021 til 2025, og dette er statistisk sikre endringer for 60–69 år, 70–79 år og 80 år eller eldre. Samtidig øker andelen i alderen 30–39 år, og denne økningen er statistisk sikker (fra 23,1 prosent til 29,0 prosent), mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang blant dem med videregående skole eller mindre, mens nivået er stabilt uten statistisk sikker endring blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. For opplevd økonomiske vansker er endringene små og ikke statistisk sikre i begge grupper. Samlet tyder dette på at forskjeller mellom aldersgrupper har endret seg mest i perioden, mens mønstrene etter kjønn og økonomi i stor grad er stabile.

3.31 Daglig inntak av grønnsaker

Svarandel: Totalt 30 037 deltakere av 31 994 (93,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

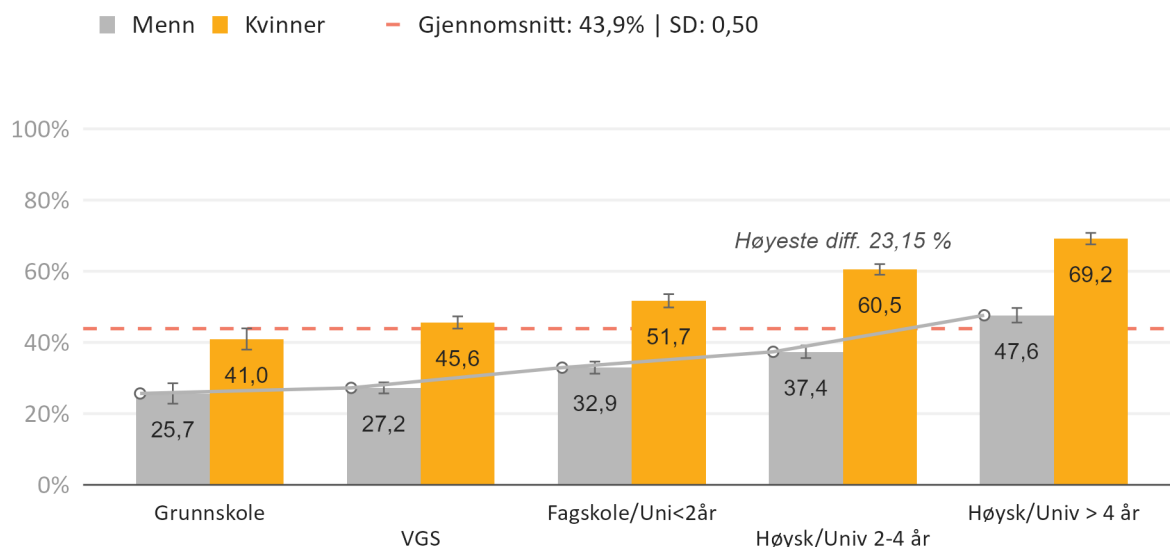
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 037	45,5 %	44,9 – 46,0
Kvinner	16 394	54,9 %	54,1 – 55,6
Menn	13 643	34,2 %	33,4 – 35,0

Figur 134: Daglig inntak av grønnsaker etter kommuner i fylket (A)



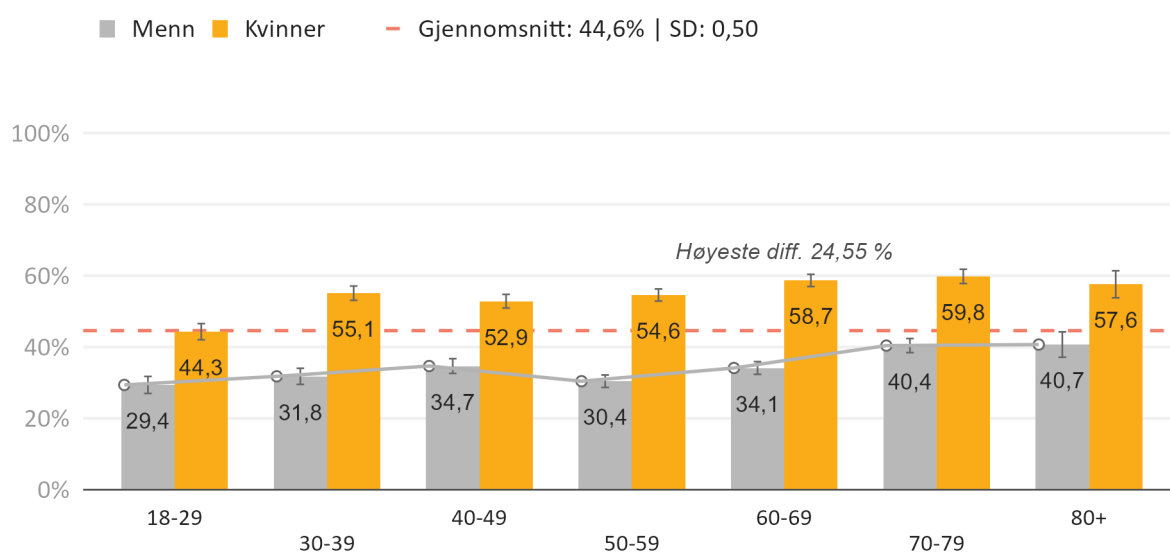
Figur A viser andelen som spiser grønnsaker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Færder og lavest nivå i . Differansen mellom ytterpunktene er 8,91 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s h på 0,18, som tilsier en liten forskjell. Samlet sett ligger de fleste kommunene på relativt likt nivå, mens Færder skiller seg ut med en tydelig høyere andel som rapporterer daglig inntak av grønnsaker.

Figur 135: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og utdanningsnivå (B)



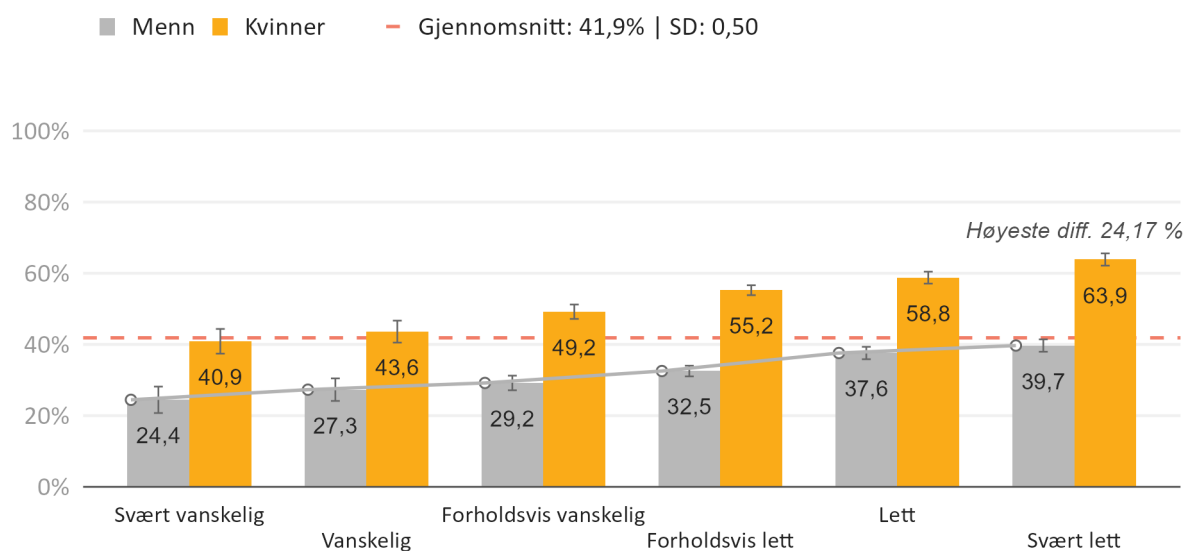
Figur B viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen med utdanningsnivå, fra det laveste nivået blant dem med grunnskole til det høyeste blant dem med høyskole eller universitet over fire år. For kvinner er differansen mellom laveste og høyeste gruppe 28,19 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,57, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen 21,96 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,46, som tilsier en middels forskjell. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre på alle utdanningsnivåer, og kvinner har høyere andel enn menn i hver gruppe. Forskjellen er 15,30 prosentpoeng i gruppen med grunnskole og størst blant dem med høyskole eller universitet i to til fire år, der menn ligger 23,15 prosentpoeng lavere enn kvinner. Også i gruppen med høyskole eller universitet over fire år er forskjellen stor, med 21,53 prosentpoeng. Dette viser både en klar utdanningsgradient og en gjennomgående kjønnsforskjell i daglig grønnsaksinntak.

Figur 136: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder (C)



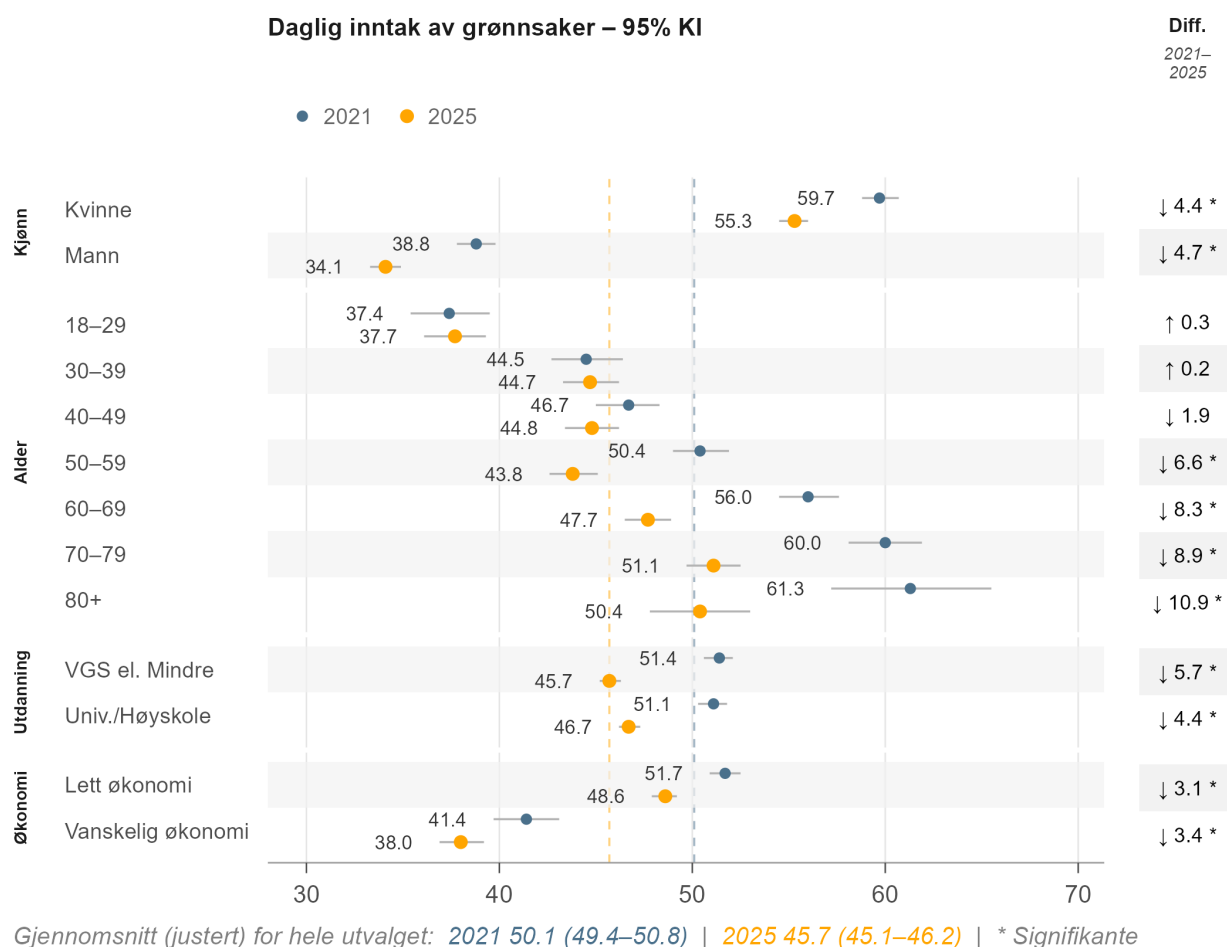
Figur C viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år og høyest i 70–79 år. Dette gir en forskjell på 15,50 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,31, som tilsier en middels forskjell mellom den laveste og høyeste aldersgruppen blant kvinner. For menn er andelen lavest i 18–29 år og høyest i 80+ år. Forskjellen er 11,32 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene blant menn. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i 60–69 år med 24,55 prosentpoeng og i 50–59 år med 24,17 prosentpoeng, mens den er minst i 18–29 år med 14,94 prosentpoeng. Samlet sett varierer daglig grønnsaksinntak med alder innen begge kjønn, og nivået ligger gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 137: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett, og lavest blant dem som oppgir at den er svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene på 22,98 prosentpoeng. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,46, som indikerer en middels forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Blant menn er forskjellen på 15,24 prosentpoeng. Også dette tilsvarer en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,33, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Kvinner har gjennomgående høyere andel med daglig grønnsaksinntak enn menn i alle økonomigruppene, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i gruppen som oppgir svært lett økonomi, der menn ligger 24,17 prosentpoeng lavere enn kvinner, og minst i gruppen som oppgir vanskelig økonomi, der menn ligger 16,31 prosentpoeng lavere. Samlet sett henger bedre vurdert husholdningsøkonomi sammen med høyere andel som spiser grønnsaker daglig, særlig blant kvinner.

Figur 138: Daglig inntak av grønnsaker (E)



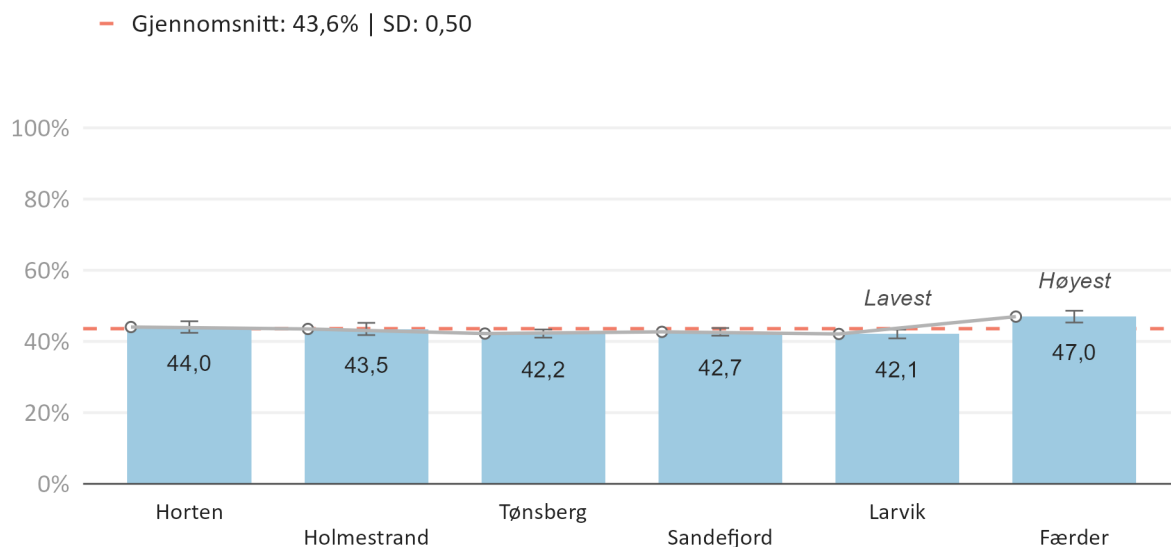
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av grønnsaker på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett gikk andelen ned fra 50,1 prosent i 2021 til 45,7 prosent i 2025, og dette framstår som en statistisk sikker nedgang. Nedgangen ses i begge kjønn, og endringen er statistisk sikker både for kvinner og menn. Kjønnforskjellen er likevel i hovedsak uendret, ved at kvinner fortsatt ligger klart høyere enn menn i begge år. Etter alder er bildet mer delt: de yngste gruppene (18–29 og 30–39 år) har ikke statistisk sikker endring, mens det er statistisk sikker nedgang fra 50–59 år og oppover. Dette innebærer at aldersforskjellene er blitt mindre, fordi de eldste gruppene har falt mest. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og nivåene ligger tett i både 2021 og 2025. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og gapet mellom lett og vanskelig økonomi framstår omtrent like stort i 2025 som i 2021.

3.32 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 30 071 deltakere av 31 994 (94,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

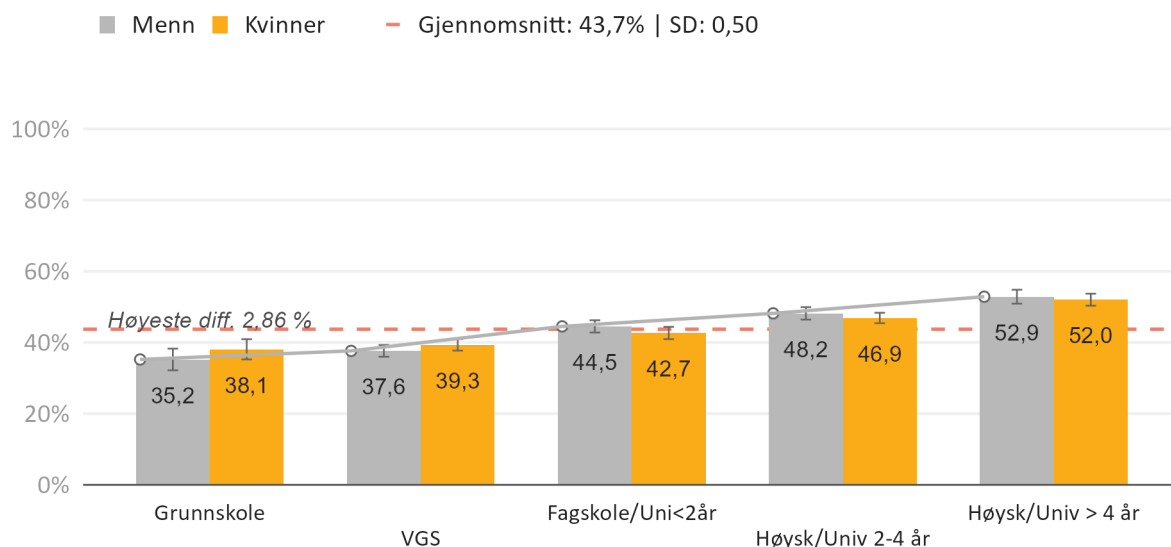
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 071	43,1 %	42,6 – 43,7
Kvinner	16 410	43,2 %	42,4 – 43,9
Menn	13 661	43,1 %	42,2 – 43,9

Figur 139: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



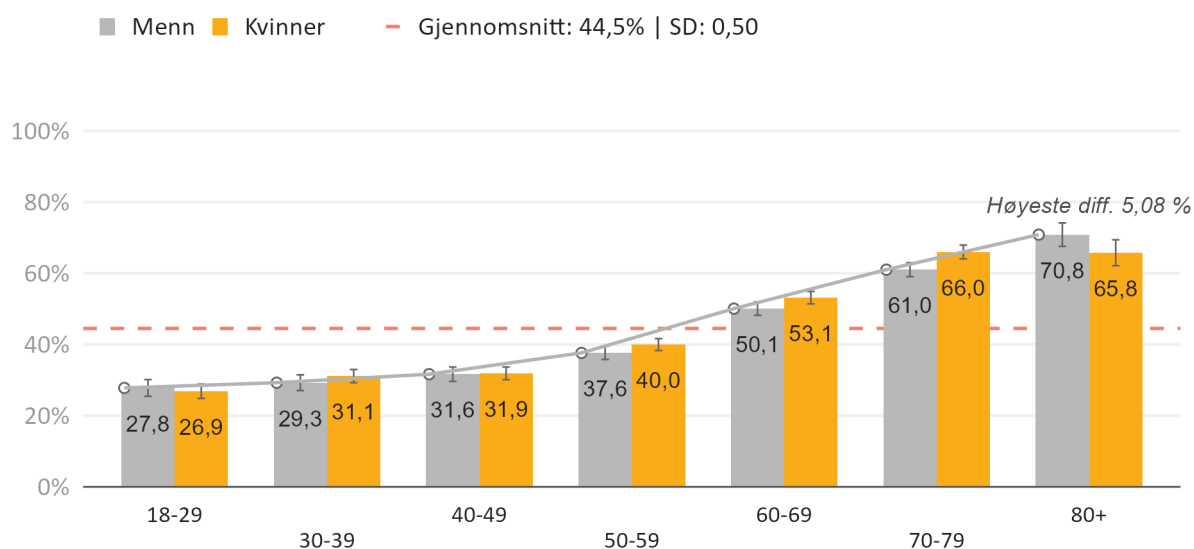
Figur A viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer noe mellom kommunene, med høyest nivå i Færder og lavest nivå i Larvik. Forskjellen mellom ytterpunktene er 4,87 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen, Cohen's h på 0,10, tilsier en liten forskjell mellom kommunene. Samlet sett framstår variasjonen som begrenset, selv om det er en tydelig forskjell mellom kommunen med høyest og lavest andel.

Figur 140: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn ligger andelen gjennomgående høyere blant dem med lengre utdanning enn blant dem med kortere utdanning, med lavest andel for dem med grunnskole og høyest for dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år. For kvinner forskjellen mellom ytterpunktene 13,93 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er differansen 17,64 prosentpoeng, og den er statistisk sikker. Cohen's h er 0,36, som også tilsvarer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

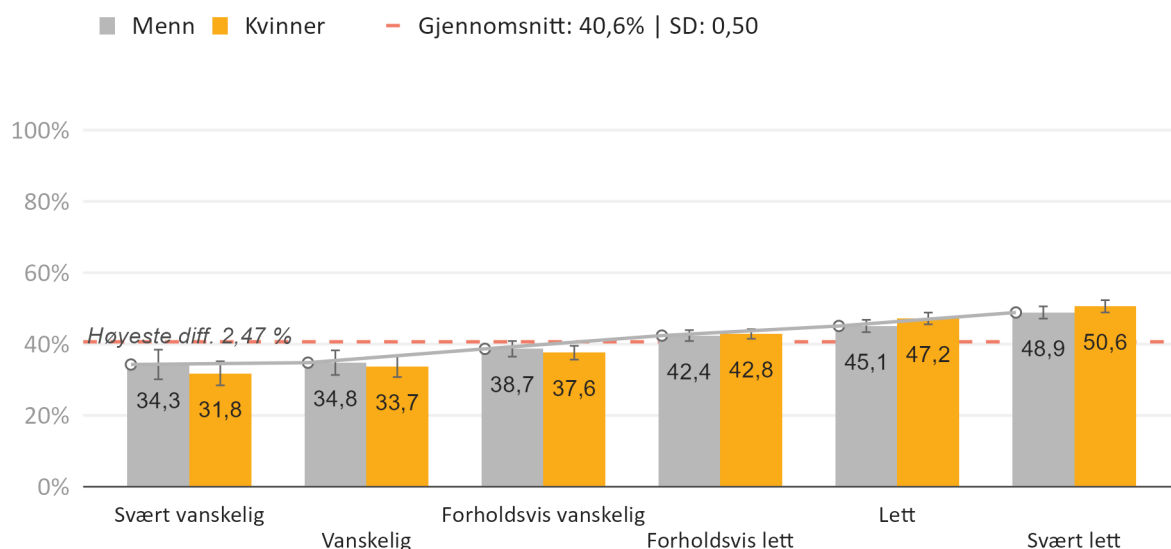
Figur 141: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker tydelig med alder for begge kjønn, fra de yngste til de eldste aldersgruppene. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18-29 år og høyest i 70-79 år. Forskjellen mellom

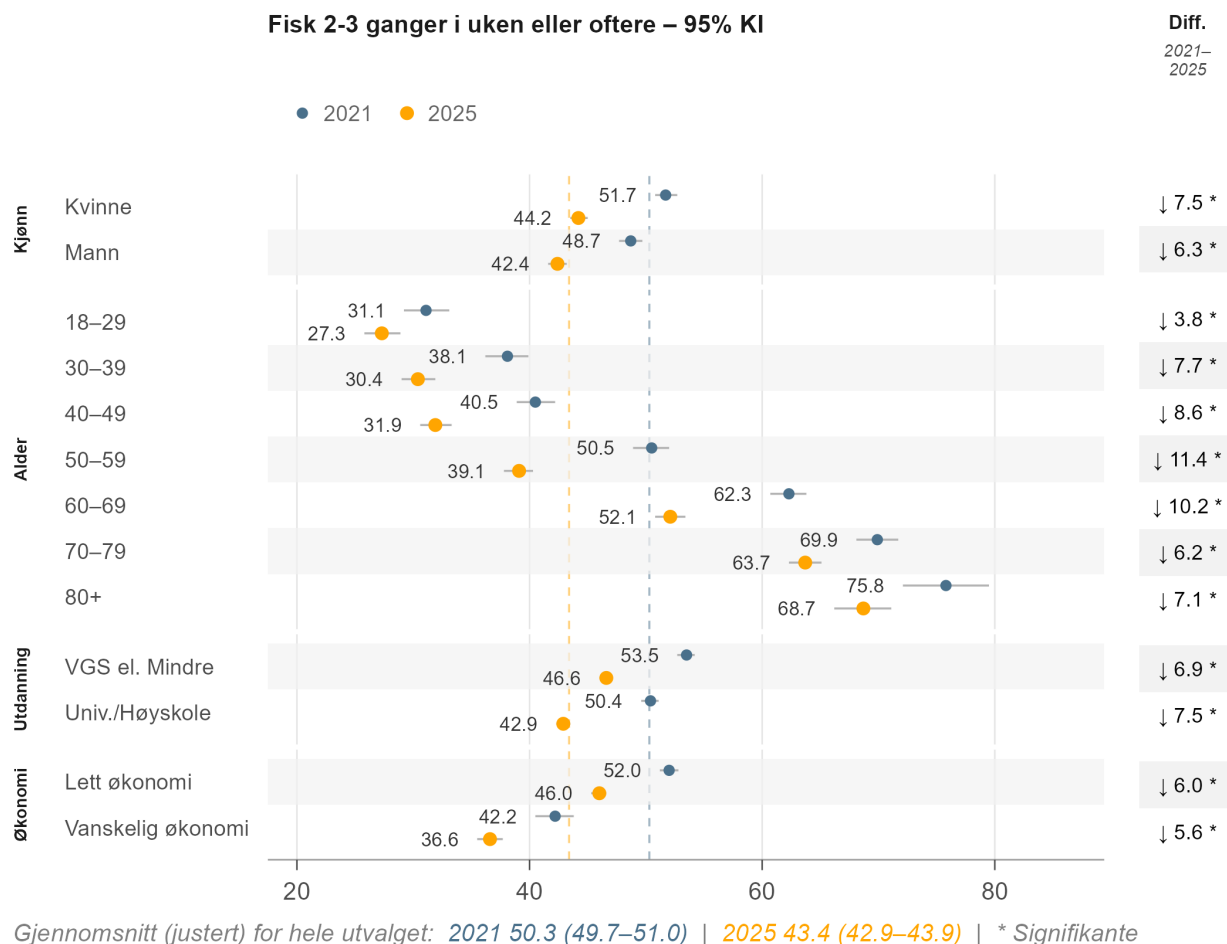
ytterpunktene er 39,13 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,81, som tilsvarer en stor forskjell. I alderen 80+ ligger kvinner omtrent på samme nivå som i 70-79 år. Blant menn er andelen lavest i 18-29 år og høyest i 80+. Forskjellen mellom ytterpunktene er 43,06 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,89, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de fleste aldersgruppene er små. I alderen 70-79 år er det likevel en statistisk sikker forskjell, der kvinner ligger 4,98 prosentpoeng høyere enn menn. I 80+ er menn høyere enn kvinner, men denne forskjellen framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 142: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 18,79 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer Cohen's h på 0,38, som indikerer en middels forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. For menn er forskjellen 14,59 prosentpoeng. Cohen's h er 0,30, også dette en middels forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 143: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (E)



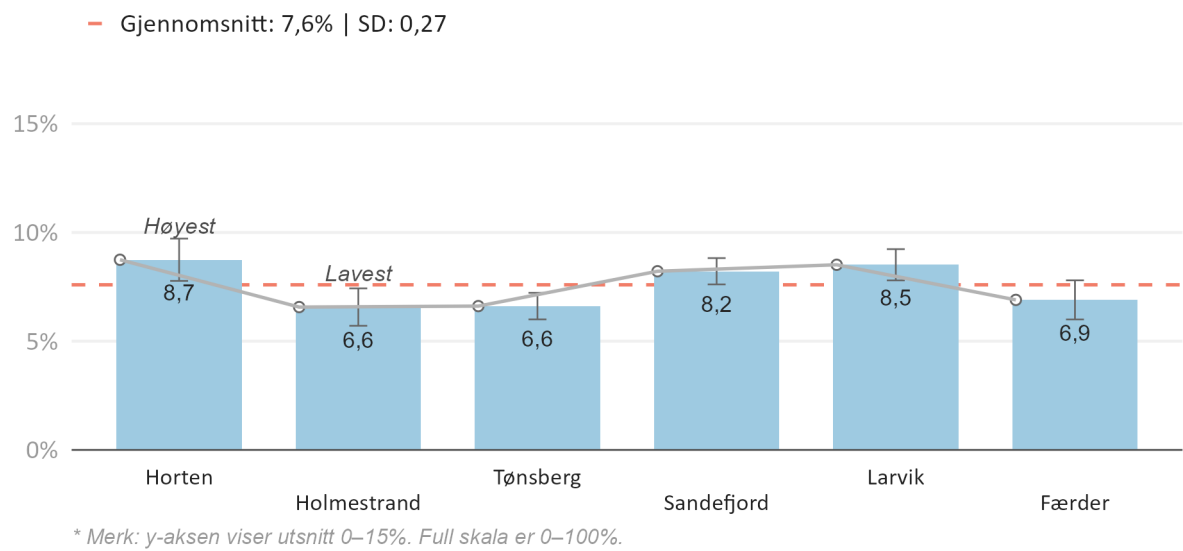
Figur E viser andelen som oppgir fisk 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (50,3 prosent mot 43,4 prosent), og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen er liten og omtrent uendret over tid. På tvers av alder ser vi en statistisk sikker nedgang i alle aldersgrupper, samtidig som mønsteret med høyere andeler blant eldre enn blant yngre består i 2025. Nedgangen er størst i flere av de midtre og eldre aldersgruppene, men uten at rekkefølgen mellom aldersgruppene endrer seg tydelig. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og forskjellen mellom dem fremstår som liten og relativt stabil fra 2021 til 2025. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og de som oppgir vanskelig økonomi ligger lavere enn de som oppgir lett økonomi i begge år. Samlet peker resultatene mot en bred nedgang fra 2021 til 2025, uten klare tegn til at forskjellene mellom gruppene har endret seg vesentlig.

3.33 Daglig røyking

Svarandel: Totalt 30 030 deltakere av 31 994 (93,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

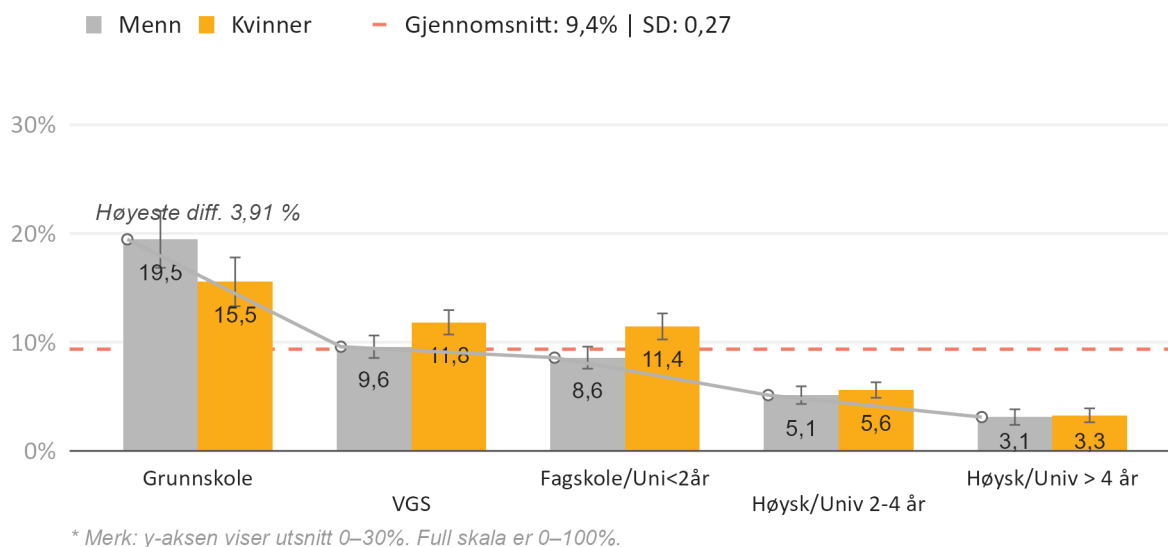
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	30 030	7,7 %	7,4 – 8,0
Kvinner	16 381	7,8 %	7,4 – 8,2
Menn	13 649	7,6 %	7,2 – 8,1

Figur 144: Daglig røyking etter kommuner i fylket (A)



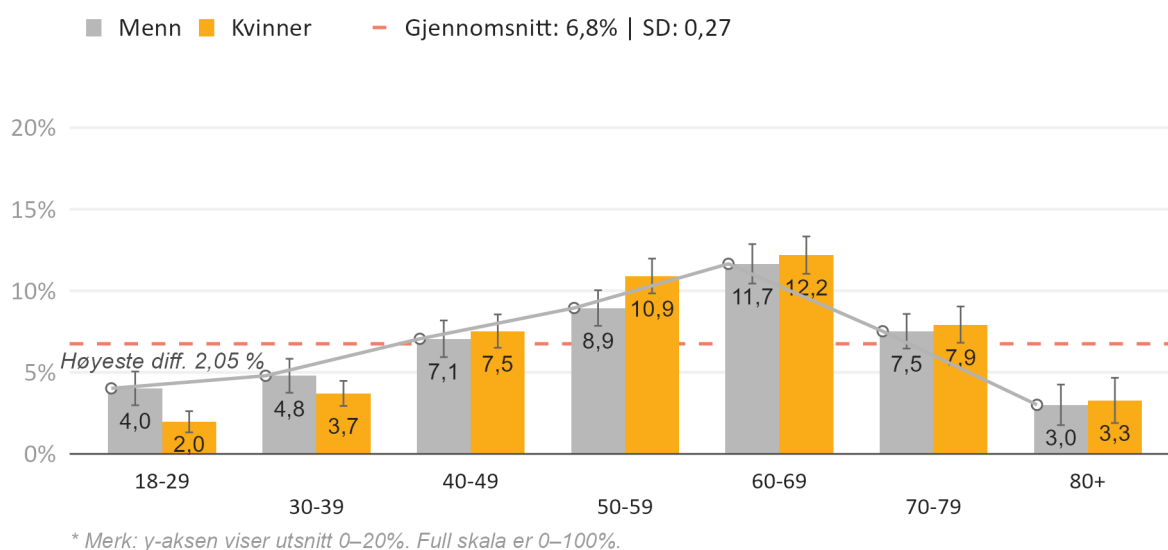
Figur A viser andelen som røyker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Horten har den høyeste andelen dagligrøykere, mens Holmestrand har den laveste. Forskjellen mellom ytterpunktene er 2,18 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker, men effektstørrelsen Cohen’s h er 0,08, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Selv om ytterpunktene skiller seg fra hverandre, er den samlede forskjellen mellom kommunene liten målt som effektstørrelse.

Figur 145: Daglig røyking etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene på 12,27 prosentpoeng. Forskjellen er statistisk sikker og Cohen's h er 0,45, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen på 16,35 prosentpoeng også statistisk sikker. Her er Cohen's h 0,56, som regnes som en stor forskjell. Kjønnforskjellene varierer mellom utdanningsgruppene. I gruppen med fagskole eller universitet under to år er det en statistisk sikker forskjell på 2,87 prosentpoeng. Også blant dem med videregående skole er forskjellen statistisk sikker, med en forskjell på 2,24 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn små og ikke statistisk sikre.

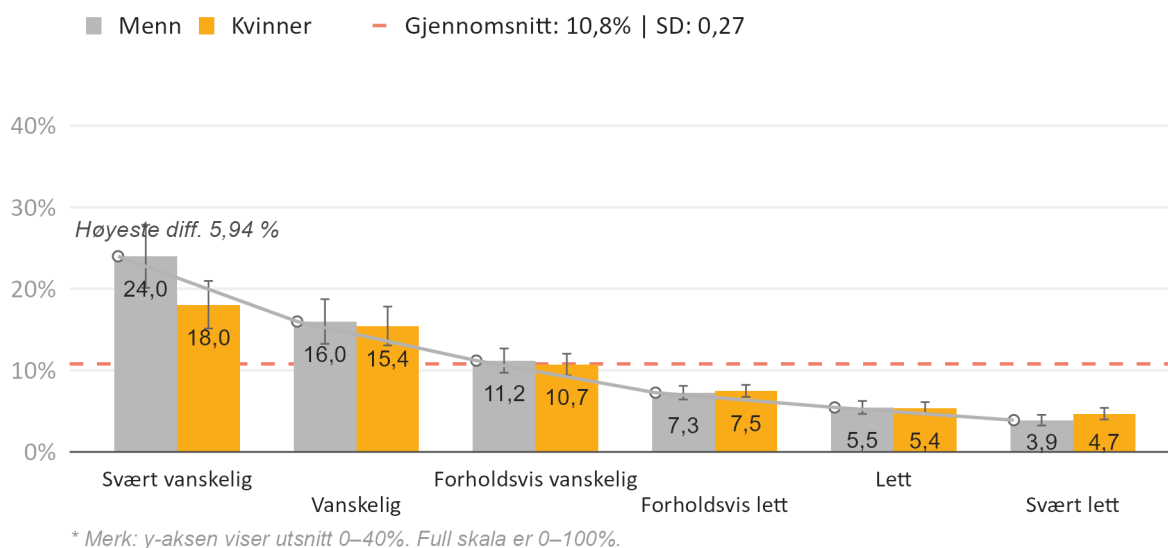
Figur 146: Daglig røyking etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år og øker gradvis til et toppunkt i 60–69 år. Deretter synker

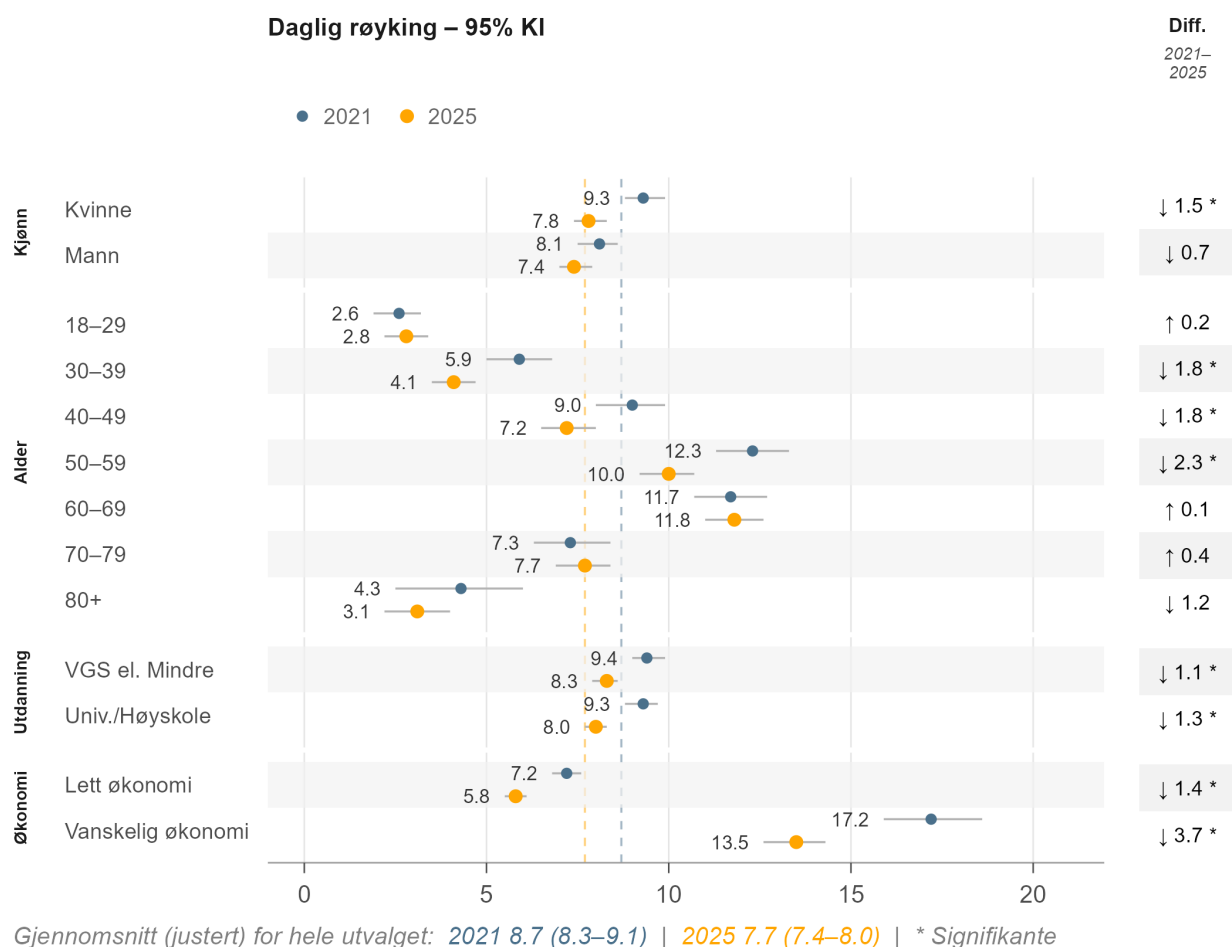
andelen igjen i de to eldste aldersgruppene. Forskjellen mellom ytterpunktene blant kvinner er 10,22 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,43, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er mønsteret likt som for kvinner og andelen er høyest i 60–69 år, men den laveste andelen er i den eldste aldersgruppen. Differansen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant menn er 8,64 prosentpoeng, statistisk sikker, med Cohen's h på 0,35, som også tilsier en middels forskjell. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små, men i 18–29 år er andelen høyere blant menn enn blant kvinner med 2,05 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker.

Figur 147: Daglig røyking etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn er andelen høyest blant dem som oppgir at økonomien er svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene på 13,36 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 20,09 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,63, som tilsvarer en stor forskjell. Også i de øvrige økonomigruppene ligger andelen høyere i gruppene som vurderer økonomien som vanskeligere. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe framstår gjennomgående små og er ikke statistisk sikre.

Figur 148: Daglig røyking (E)



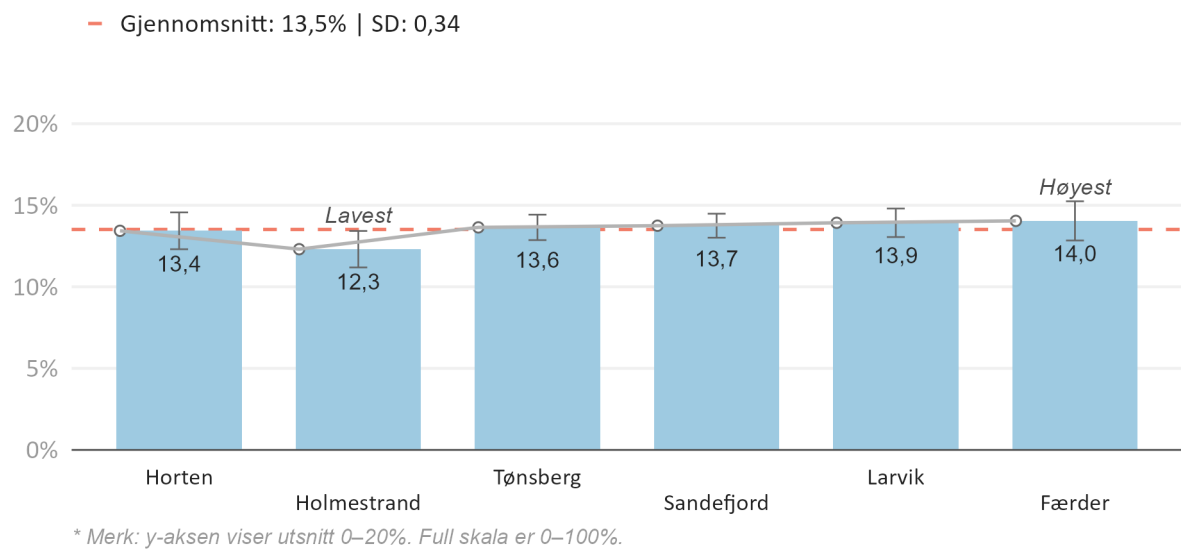
Figur E viser andelen som oppgir daglig røyking på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 8,7 prosent i 2021 til 7,7 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Kjønnforskjellene blir noe mindre, ved at kvinner har en statistisk sikker nedgang (fra 9,3 til 7,8 prosent), mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker (fra 8,1 til 7,4 prosent). Etter alder er bildet mer blandet: Det er statistisk sikre nedganger i aldersgruppene 30–39, 40–49 og 50–59 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Mønsteret tyder dermed på at reduksjonen særlig drives av nedgang i midtre aldersgrupper, heller enn en jevn nedgang i alle aldre. For utdanning er det statistisk sikre nedganger i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår derfor i hovedsak som stabile over tid. For opplevd økonomiske vansker er det statistisk sikre nedganger både ved lett og ved vanskelig økonomi, men nivået er fortsatt klart høyere blant dem med vanskelig økonomi (17,2 til 13,5 prosent) enn blant dem med lett økonomi (7,2 til 5,8 prosent). Samlet sett peker endringene mot en moderat, men tydelig reduksjon i daglig røyking fra 2021 til 2025, uten at hovedmønstrene mellom gruppene endres vesentlig.

3.34 Daglig bruk av snus

Svarandel: Totalt 22 908 deltakere av 24 509 (93,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

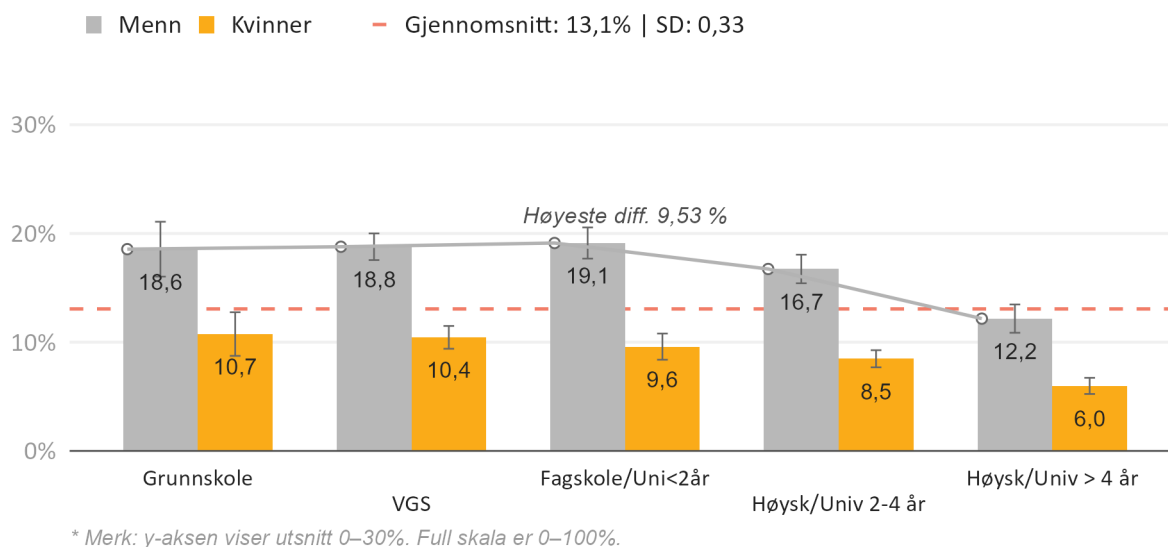
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 908	13,2 %	12,7 – 13,7
Kvinner	12 765	9,8 %	9,2 – 10,4
Menn	10 143	17,4 %	16,6 – 18,3

Figur 149: Daglig bruk av snus etter kommuner i fylket (A)



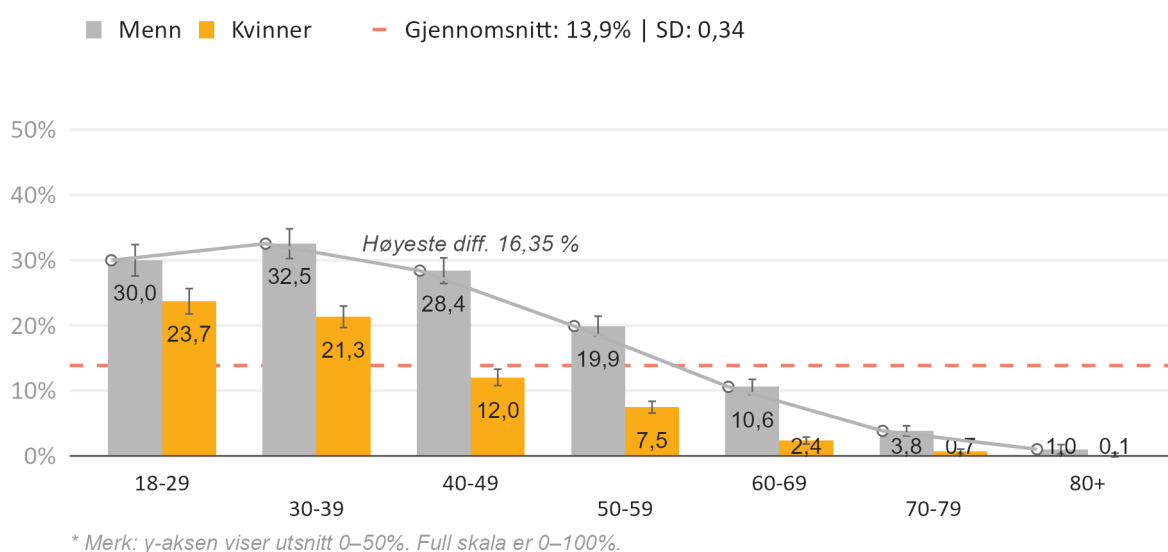
Figur A viser andelen som bruker snus daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen ligger samlet sett på et nokså likt nivå mellom kommunene som er vist. Høyest andel finner vi i Færder, mens lavest andel er i Holmestrand. Forskjellen er 1,74 prosentpoeng mellom ytterpunktene og er ikke statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s h på 0,05, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet peker tallene mot små geografiske variasjoner, uten klare skiller mellom kommunene.

Figur 150: Daglig snus etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år og høyest blant dem med grunnskole. Forskjellen er 4,77 prosentpoeng, som er statistisk sikker, men med liten effektstørrelse målt med Cohen's h på 0,17. For menn er andelen lavest ved høyskole eller universitet over 4 år og høyest ved fagskole eller universitet under 2 år. Differansen er 6,95 prosentpoeng, også en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,19, som tilsier en liten forskjell. På alle utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner i daglig snusbruk, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Samlet sett peker tallene mot høyere daglig snusbruk blant menn enn blant kvinner, og noe lavere andeler ved lengre utdanning, særlig i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år.

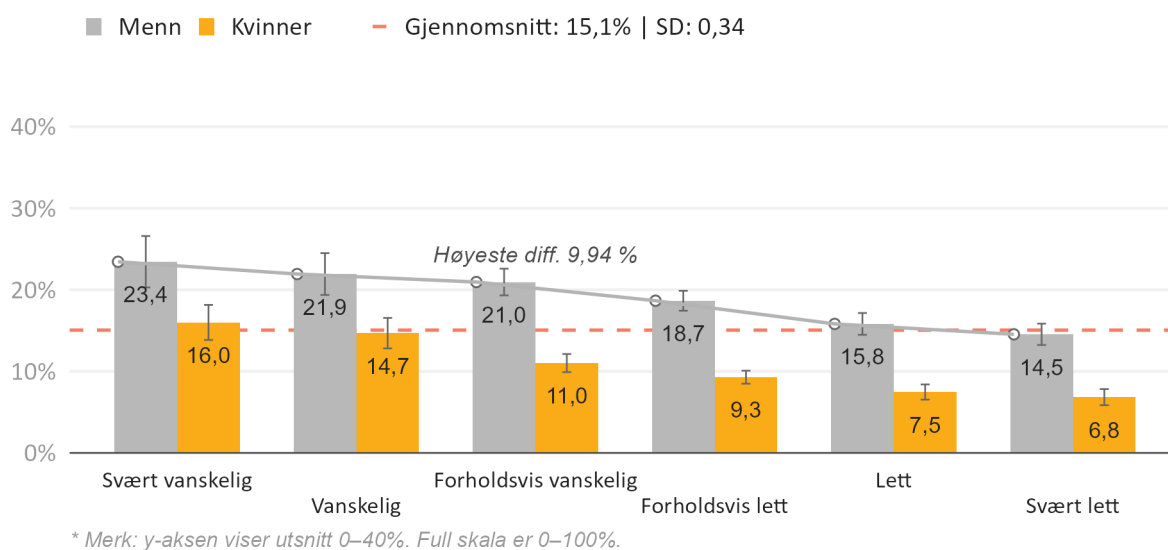
Figur 151: Daglig snus etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år og deretter lavere i eldre aldersgrupper. Lavest andel finner

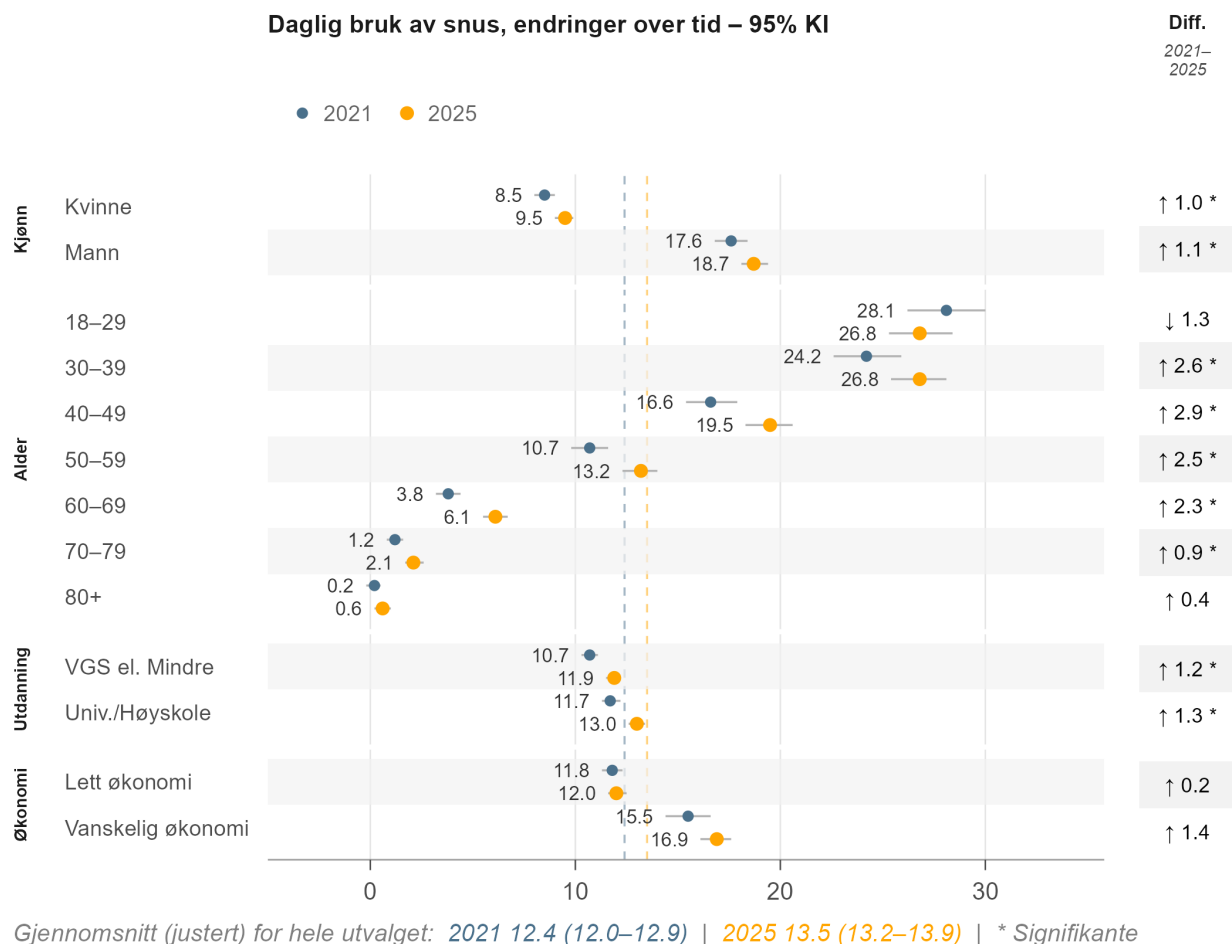
vi blant kvinner 80 år og eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 23,56 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h på 0,94 tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i alderen 30–39 år med 32,50 prosent, og nivået faller tydelig med økende alder, ned til 1,00 prosent blant menn 80 år og eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant menn er 31,51 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h på 1,01 tilsier en stor forskjell. Sammenlignet med kvinner ligger menn høyere i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellen er statistisk sikker fra 18–29 til 70–79 år, og størst i 40–49 år med 16,35 prosentpoeng. I gruppen 80 år og eldre er forskjellen 0,90 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

Figur 152: Daglig snus etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn varierer andelen tydelig med hvordan husholdningsøkonomien vurderes, med høyest andel blant dem som oppgir at økonomien er svært vanskelig og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. For kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 9,16 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,29, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er differansen 8,90 prosentpoeng, og også dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. På alle nivåer av vurdering av husholdningsøkonomien er andelen som bruker snus daglig høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnforskjellene er statistisk sikre.

Figur 152.1: Daglig snus (E)



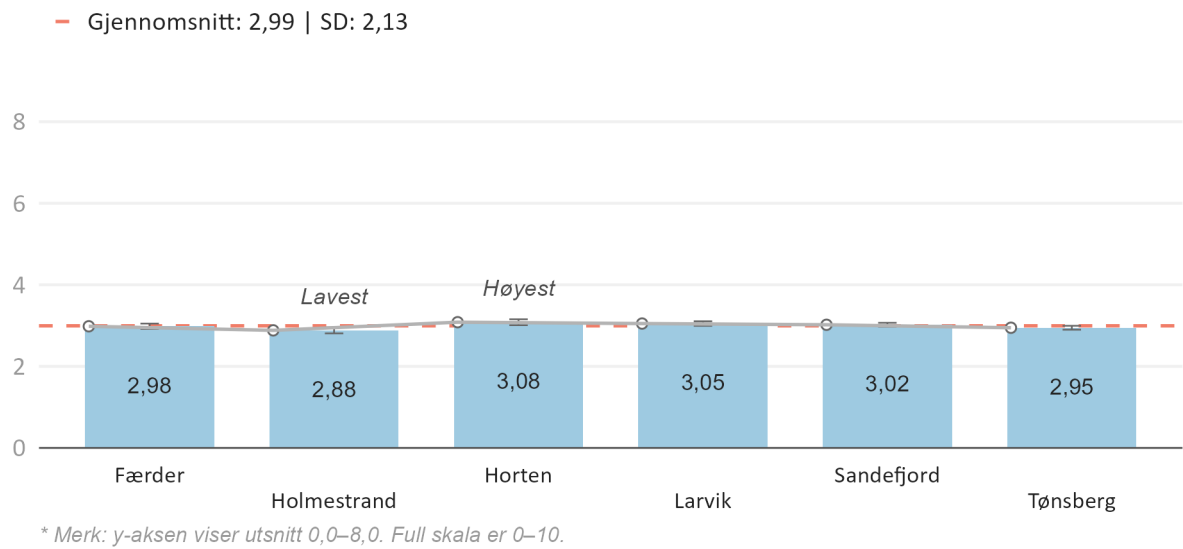
Figur E viser andelen som oppgir daglig bruk av snus på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt økte andelen fra 12,4 prosent i 2021 til 13,5 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. For kjønn var det en statistisk sikker økning både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene framstår i hovedsak som stabil over perioden. Etter alder var utviklingen mer sammensatt: 18–29 år hadde en liten nedgang som ikke er statistisk sikker, mens flere av gruppene fra 30 til 79 år hadde statistisk sikre økninger. Dette innebærer at økningen i daglig snusbruk i større grad ser ut til å ha kommet i middelaldrende og eldre aldersgrupper enn blant de yngste voksne. For utdanning var det statistisk sikre økninger i begge utdanningsgrupper, og mønsteret mellom gruppene endret seg lite. For opplevde økonomiske vansker var endringene fra 2021 til 2025 ikke statistisk sikre i noen av gruppene, og nivåforskjellen mellom lett og vanskelig økonomi framstår derfor som relativt uendret. Samlet peker utviklingen mot en moderat, men tydelig økning i befolkningen, samtidig som hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad består.

3.35 Alkoholenheter per gang

Svarandel: Totalt 26 476 deltakere av 31 994 (82,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

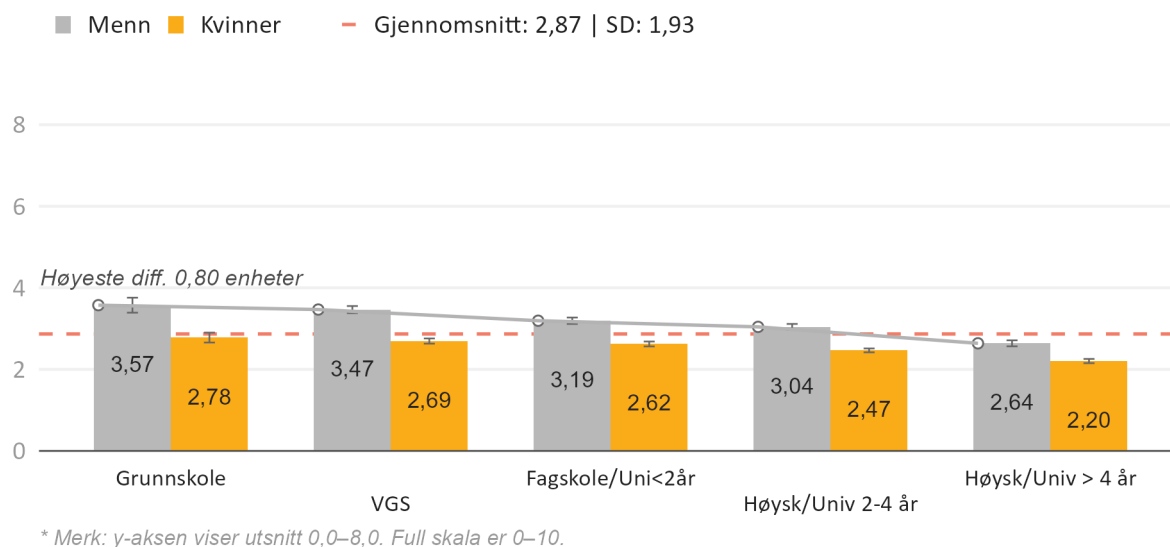
Gruppe	Antall (n)	Enheter	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 476	2,99	2,97 – 3,02
Kvinner	14 166	2,67	2,64 – 2,70
Menn	12 310	3,36	3,32 – 3,41

Figur 153: Alkoholenheter per gang etter kommuner i fylket (A)



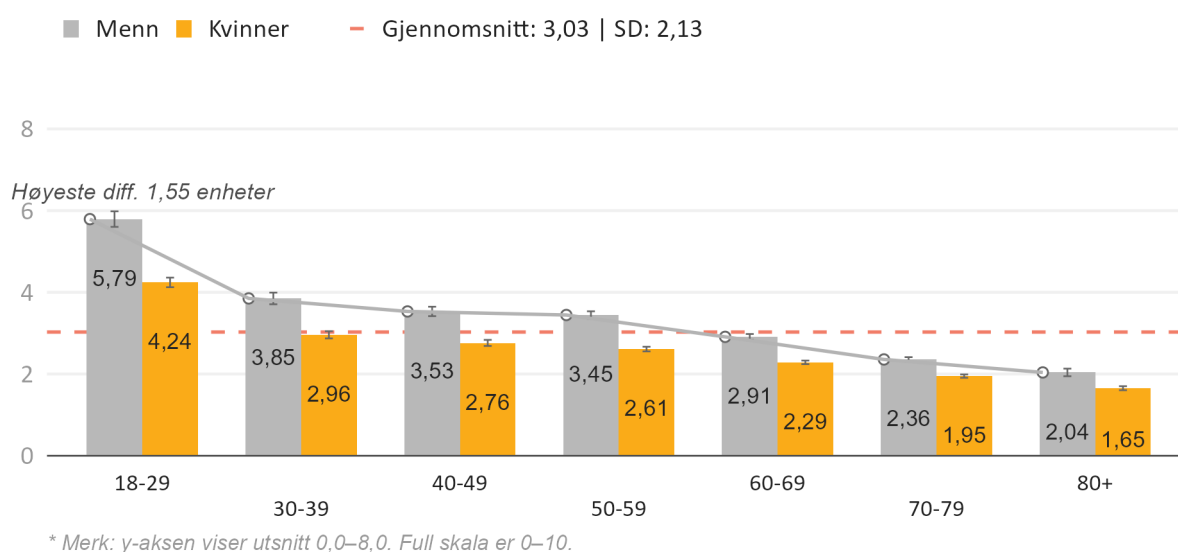
Figur A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Horten har høyest gjennomsnitt, mens Holmestrand har lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 0,20 alkoholenheter, og denne forskjellen er statistisk sikker. Samtidig er effektstørrelsen liten: Cohen’s d er 0,09, som tilsvarer en ubetydelig forskjell i praksis. De øvrige kommunene ligger tett mellom ytterpunktene. Helhetsbildet er dermed at variasjonen i gjennomsnittlig alkoholkonsum per drikkedag mellom kommunene er begrenset, med små avstander i nivå selv der forskjellen er statistisk sikker.

Figur 154: Alkoholenheter per gang etter kjønn og utdanningsnivå (B)



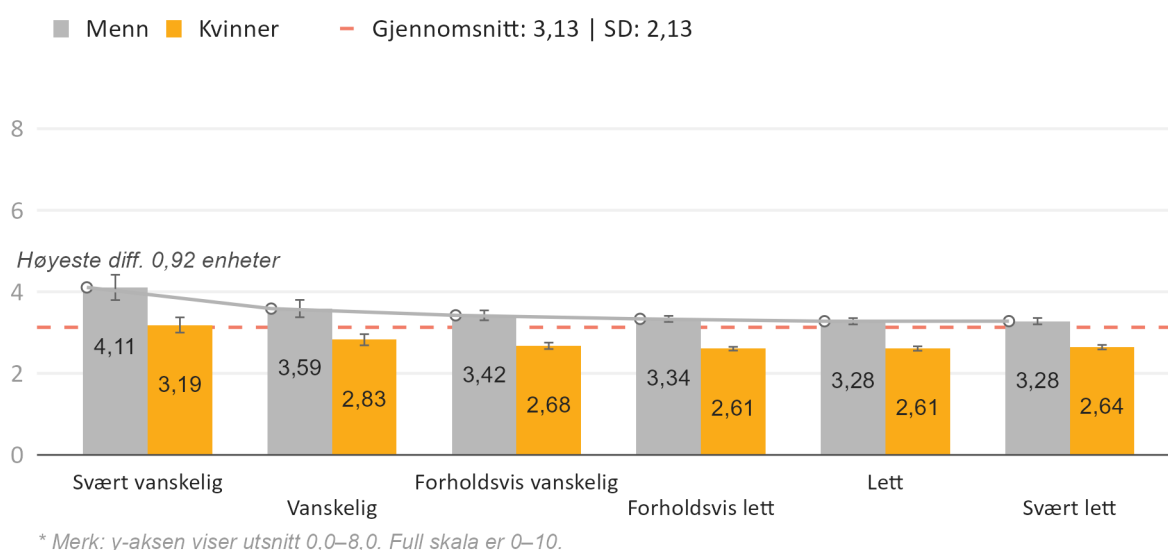
Figur B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er nivået høyest for dem med grunnskole og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år. Differansen mellom ytterpunktene er 0,58 alkoholenheter, og Cohen's d på 0,30 tyder på en middels forskjell. Også blant menn er nivået høyest ved grunnskole og lavest ved høyskole eller universitet over fire år. Differansen er statistisk sikker og utgjør 0,94 alkoholenheter, med Cohen's d på 0,48, som også tilsier en middels forskjell. Samlet peker tallene mot lavere gjennomsnittlig alkoholkonsum per drikkedag ved høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Menn ligger gjennomgående høyere enn kvinner på alle utdanningsnivå, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre: fra 0,44 alkoholenheter høyere ved høyskole eller universitet over fire år til 0,80 alkoholenheter høyere ved grunnskole.

Figur 155: Alkoholenheter per gang etter kjønn og alder (C)



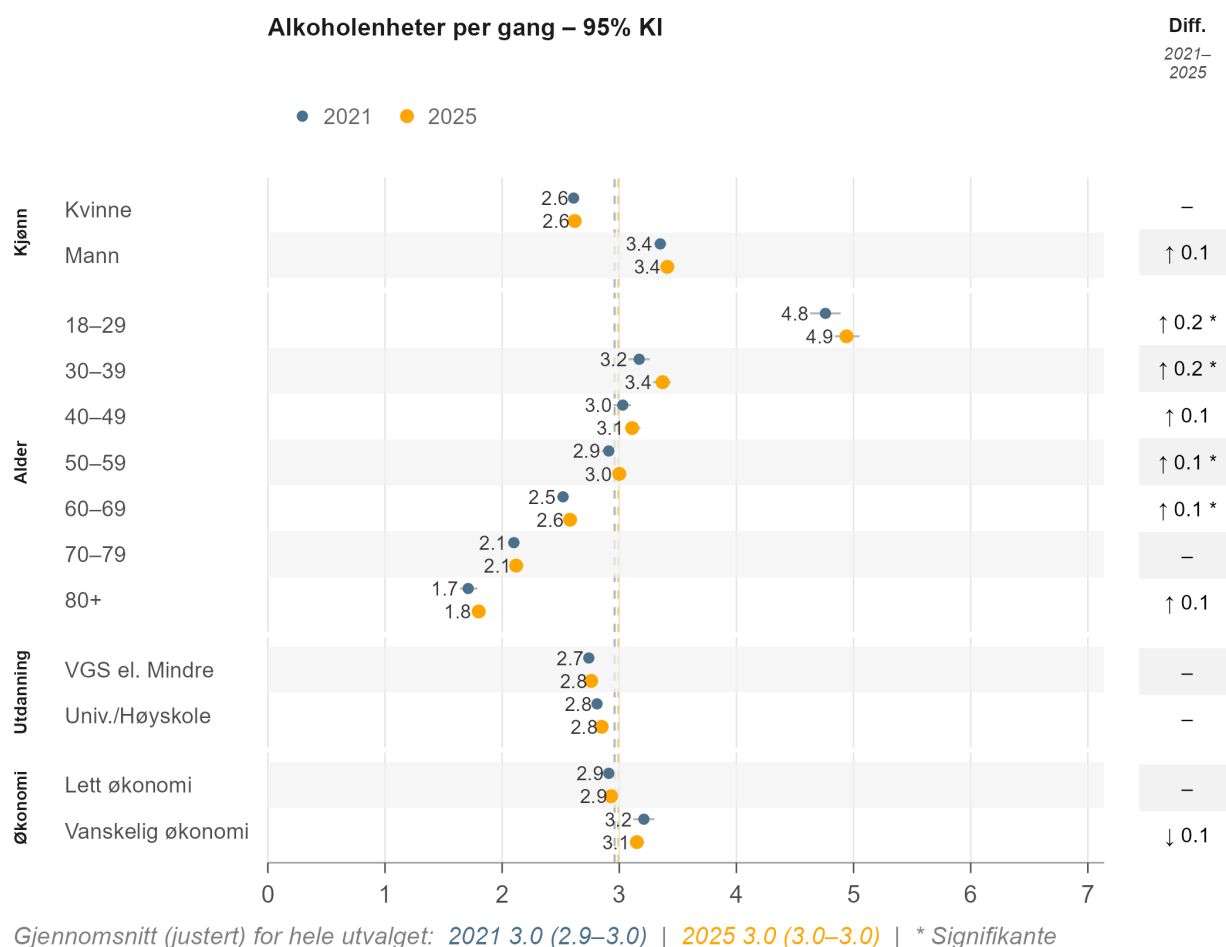
Figur C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og alder. For kvinner er nivået høyest i alderen 18–29 år og lavest blant 80+. Det er en statistisk sikker forskjell på 2,59 alkoholenheter mellom ytterpunktene, og Cohen's d er 1,22, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er forbruket per drikkedag høyest i alderen 18–29 år og lavest blant 80+. Her er forskjellen mellom yngste og eldste gruppe 3,75 alkoholenheter, som er statistisk sikker, og Cohen's d er 1,76, som også indikerer en stor forskjell. For begge kjønn ser vi et tydelig mønster der gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag går ned med økende alder. Menn drikker gjennomgående mer enn kvinner i alle aldersgrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre, fra 1,55 alkoholenheter mer i alderen 18–29 år til 0,41 alkoholenheter mer i alderen 70–79 år.

Figur 156: Alkoholenheter per gang etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er nivået høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig og lavest i gruppen forholdsvis lett. Det er en statistisk sikker differanse mellom ytterpunktene på 0,58 alkoholenheter, og Cohen's d er 0,27, som tilsier en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende, med høyest gjennomsnitt i gruppen svært vanskelig og lavest i gruppen lett. Differansen er 0,83 alkoholenheter og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,39, som også indikerer en middels forskjell. På tvers av alle nivåer av husholdningsøkonomi rapporterer menn gjennomgående høyere gjennomsnitt enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 0,64 alkoholenheter i gruppen svært lett til 0,92 alkoholenheter i gruppen svært vanskelig, noe som viser at kjønnsforskjellen er størst der økonomien oppleves som mest krevende.

Figur 157: Alkoholenheter per gang (E)



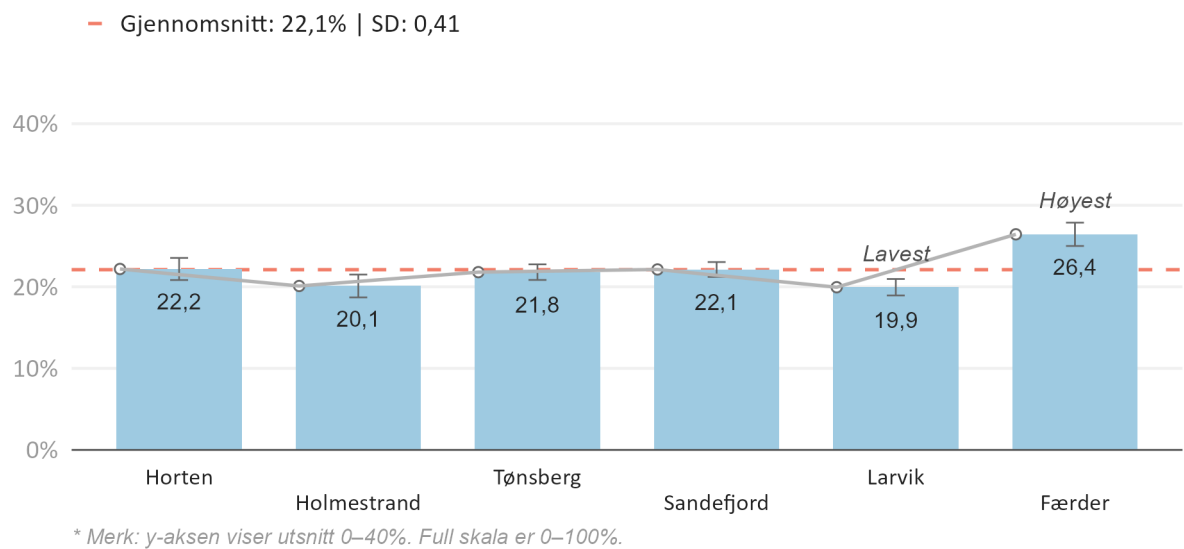
Figur E viser gjennomsnittsskåren for alkoholenheter per gang på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikker endring innen både kvinner og menn. Aldersmønsteret er også stabilt, der de yngste ligger høyest og nivået avtar med økende alder i begge år. Samtidig er det en statistisk sikker økning i flere aldersgrupper, blant annet 18–29 år (fra 4,8 til 4,9 enhet) og 30–39 år (fra 3,2 til 3,4 enhet), mens endringen ikke er statistisk sikker i 40–49 år, 70–79 år og 80+ år. Utdanningsgruppene viser små forskjeller og ingen statistisk sikker endring fra 2021 til 2025. Det samme gjelder opplevde økonomiske vansker, der gruppene ligger relativt nær hverandre og endringene ikke er statistisk sikre. Samlet tyder dette på at hovedmønstrene mellom gruppene er stabile over tid, med kun mindre forskyvninger i enkelte aldersgrupper.

3.36 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 29 980 deltakere av 31 994 (93,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

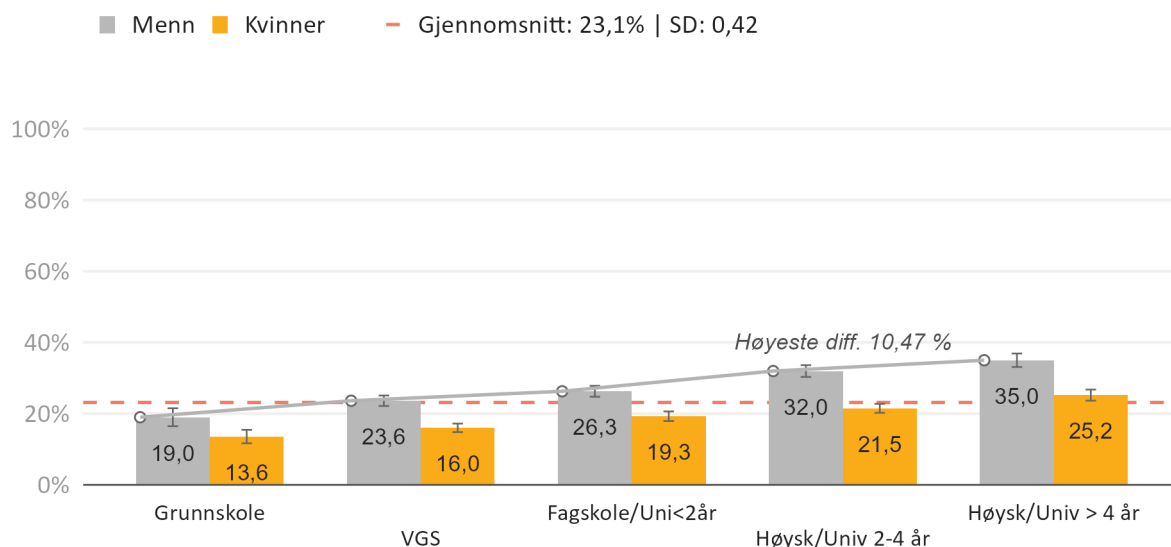
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 980	21,8 %	21,4 – 22,3
Kvinner	16 341	18,0 %	17,4 – 18,6
Menn	13 639	26,4 %	25,6 – 27,1

Figur 158: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



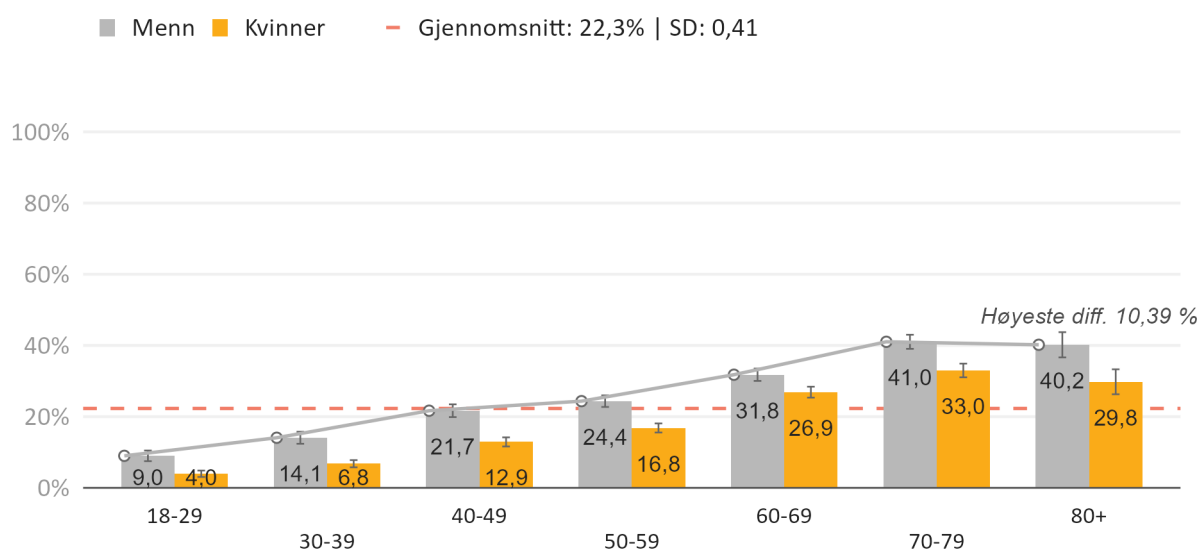
Figur A viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er høyest i Færder og lavest i Larvik. Differansen mellom ytterpunktene er 6,49 prosentpoeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen er Cohen’s h på 0,15, som tilsier en liten forskjell i nivå mellom ytterpunktene og dermed kommunene samlet sett. Blant de øvrige kommunene er nivåene i relativt like. Dette tyder på at forskjellene i hyppig alkoholbruk mellom kommunene i hovedsak er små, men Færder skiller seg ut med den høyeste andelen.

Figur 159: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen lavest blant dem med grunnskole og høyest blant dem med høyskole eller universitet over fire år. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er 11,64 prosentpoeng, og den er statistisk sikker. Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole og høyest i gruppen med høyskole eller universitet over fire år. Her er forskjellen 16,01 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,36, som også tilsier en middels forskjell. På alle utdanningsnivåene er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Samlet sett øker andelen med høyere utdanning for begge kjønn.

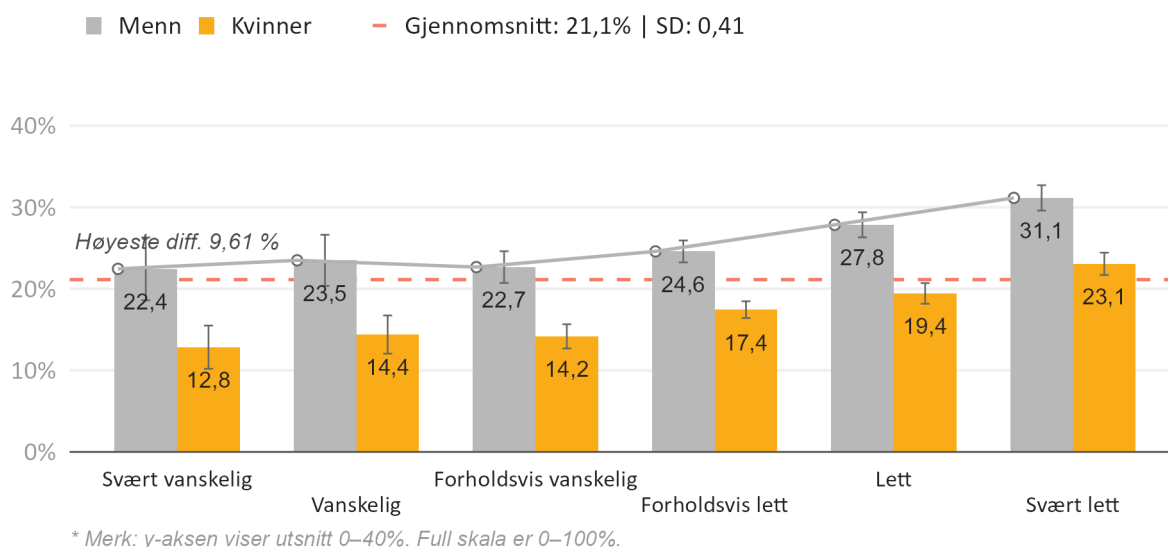
Figur 160: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen tydelig med alderen fra den laveste andelen i aldersgruppen

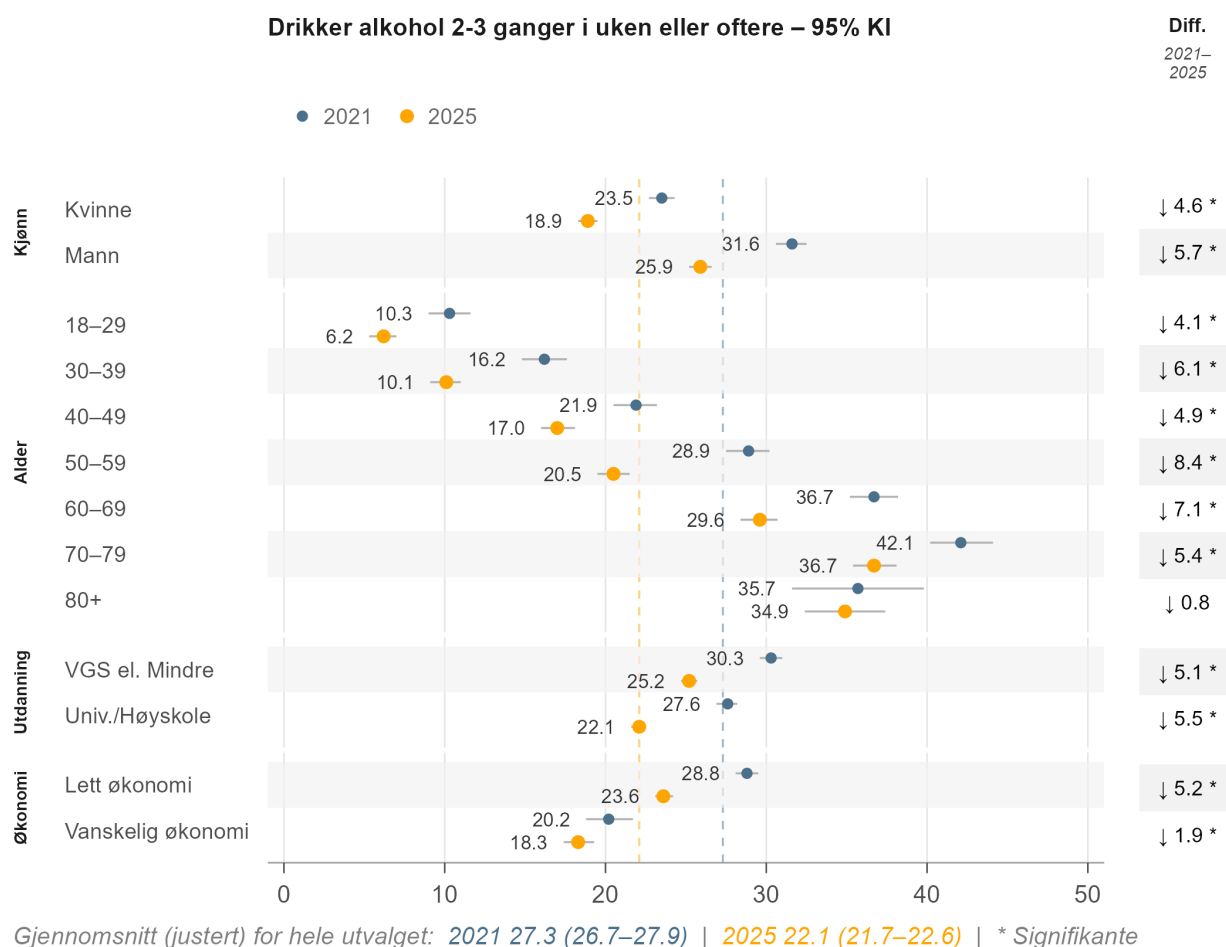
18-29 til høyeste andel i 70-79, før den går noe ned i 80+. Forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe blant kvinner er 29,01 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,82, som tilsier en stor forskjell mellom ytterpunktene. For menn er mønsteret tilsvarende, med lavest andel i 18-29 høyest i 70-79. Differansen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 32,04 prosentpoeng, og også dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,78, som også tilsier en stor forskjell. I alle aldersgrupper er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen varierer fra 4,90 prosentpoeng i 60-69 til 8,76 prosentpoeng i 40-49.

Figur 161: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett og lavest når den vurderes som svært vanskelig. For kvinner er det en statistisk sikker differanse på 10,22 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,27, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er differansen statistisk sikker og utgjør 8,70 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,20, som tilsvarer en liten forskjell. På tvers av alle nivåer av husholdningsøkonomi rapporterer menn en høyere andel hyppig alkoholbruk enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 7,14 prosentpoeng ved forholdsvis lett økonomi til 9,61 prosentpoeng ved svært vanskelig økonomi. Samlet sett henger bedre vurdert husholdningsøkonomi sammen med høyere andel som drikker alkohol hyppig, særlig tydelig blant kvinner.

Figur 162: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (E)



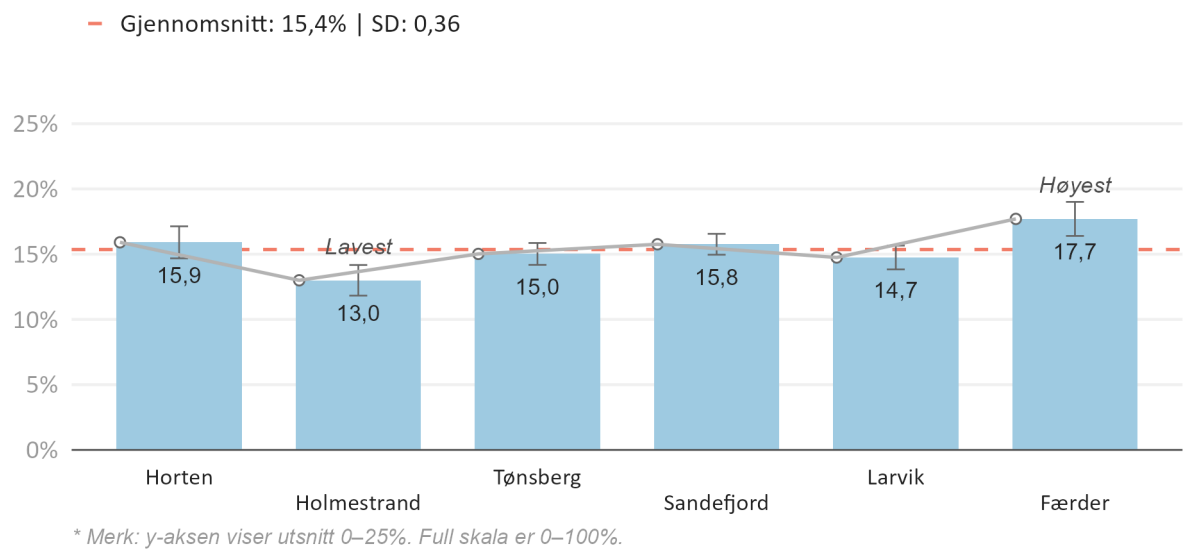
Figur E viser andelen som oppgir drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil, med høyere andel blant menn i begge år. På tvers av alder er mønsteret også i stor grad det samme i 2021 og 2025, med høyere andeler i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Samtidig er det statistisk sikre reduksjoner i de fleste aldersgrupper, tydeligst i alderen 50–59 år (fra 28,9 til 20,5 prosent), mens endringen ikke er statistisk sikker blant personer 80 år eller eldre. For utdanning er det statistisk sikre nedganger i begge grupper, og forskjellene mellom utdanningsnivåene endrer seg lite over tid. For opplevd økonomi er det statistisk sikre reduksjoner både ved lett og ved vanskelig økonomi, og nivået er lavere ved vanskelig økonomi i begge år. Samlet peker resultatene mot en bred nedgang fra 2021 til 2025, uten tydelige endringer i hvordan forskjellene mellom gruppene fordeler seg.

3.37 Episodisk høyt alkoholforbruk

Svarandel: Totalt 29 952 deltakere av 31 994 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

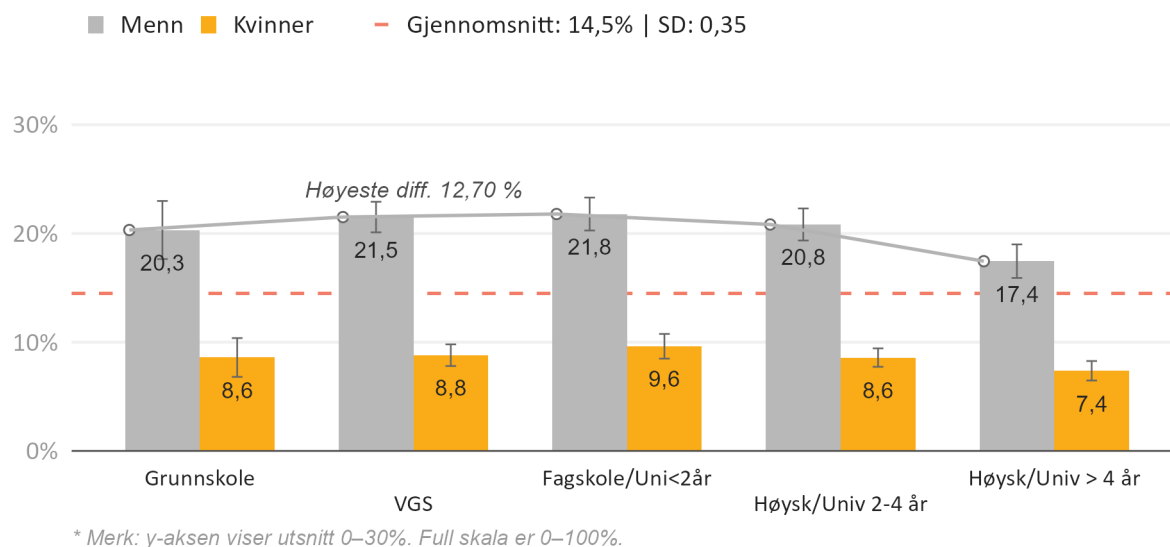
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 952	15,3 %	14,8 – 15,7
Kvinner	16 328	9,8 %	9,3 – 10,2
Menn	13 624	21,9 %	21,2 – 22,6

Figur 163: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kommuner i fylket (A)



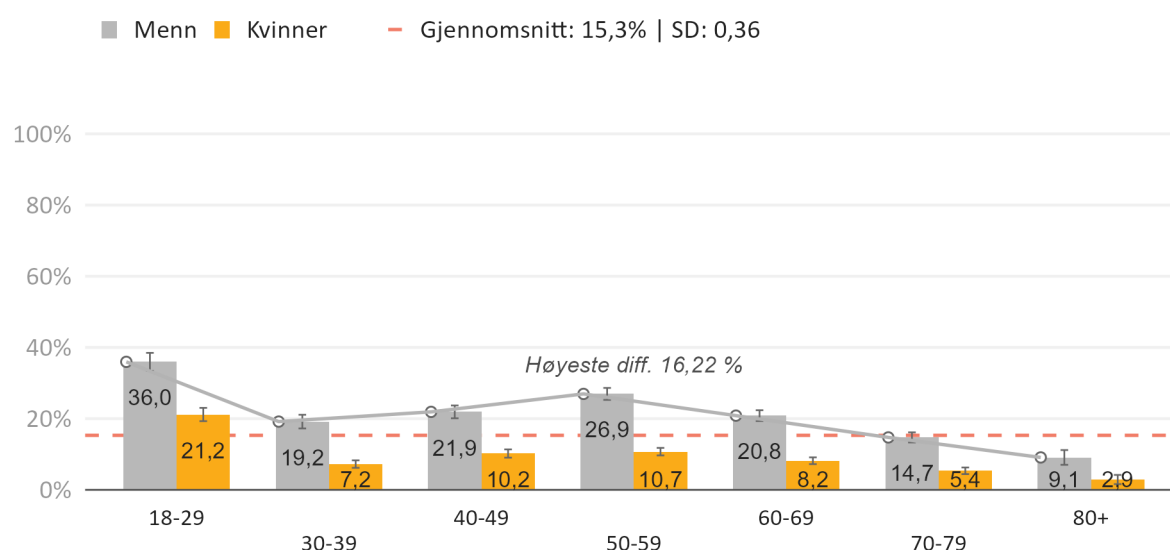
Figur A viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er lavest i Holmestrand og høyest i Færder. Forskjellen mellom ytterpunktene er 4,70 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen’s h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Blant de øvrige kommunene ligger nivået omtrent midt mellom Holmestrand og Færder. Dette gir et bilde av at de fleste kommunene samler seg rundt midten av fordelingen, med relativt lite variasjon. Samlet sett tyder resultatene på at episodisk høyt alkoholkonsum forekommer i alle kommunene, men at ytterpunktene skiller seg noe ut.

Figur 164: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og utdanningsnivå (B)



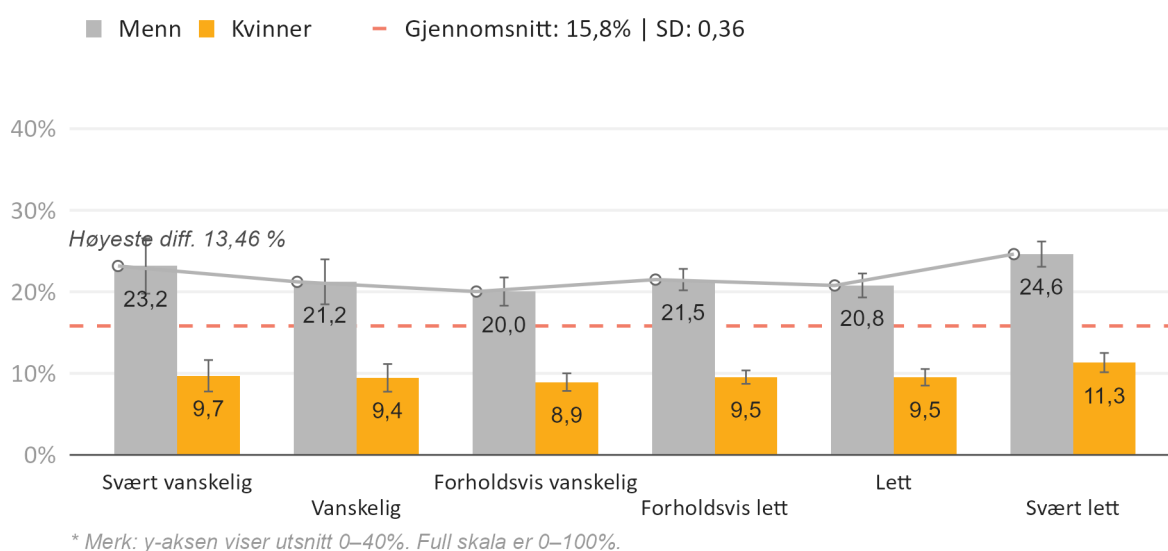
Figur B viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under to år og lavest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år. Det er en statistisk sikker forskjell på 2,25 prosentpoeng mellom ytterpunktene, men Cohen's h er 0,08, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er andelen høyest i fagskole eller universitetsutdanning under to år og lavest i høyskole eller universitetsutdanning over fire år. Differansen er 4,34 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,11, som indikerer en liten forskjell. Kjønnforskjellene er tydelige i alle utdanningsgrupper, der menn har høyere andel enn kvinner. Forskjellen varierer fra 10,08 prosentpoeng i høyskole eller universitetsutdanning over fire år til 12,70 prosentpoeng i videregående skole, og alle disse forskjellene er statistisk sikre. Samlet sett er variasjonen mellom utdanningsgrupper liten innen hvert kjønn, mens nivåforskjellen mellom menn og kvinner er markant.

Figur 165: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og alder (C)



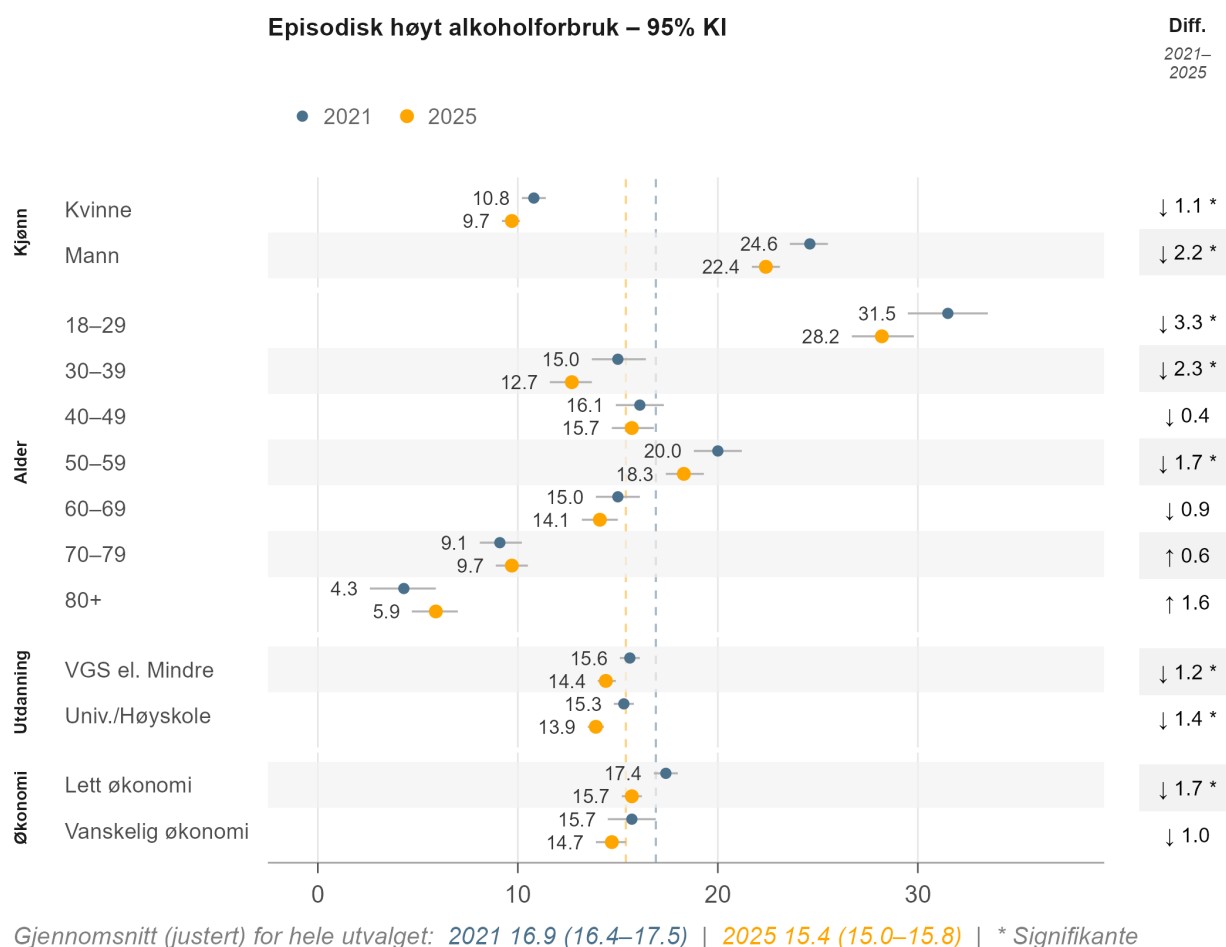
Figur C viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest blant personer på 80 år eller eldre. Dette gir en statistisk sikker nedgang på 18,26 prosentpoeng fra yngste til eldste gruppe, og Cohen's h er 0,61, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i 18–29 år og lavest i 80 år eller eldre. Differansen er 26,85 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,67, som også tilsvarer en stor forskjell. På tvers av aldersgruppene ligger menn gjennomgående høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene. Samlet viser figuren at episodisk høyt alkoholkonsum er mest utbredt i den yngste aldersgruppen, før det avtar i aldersgruppen 30–39, for deretter å øke noe fram mot 50–59 år, før det igjen avtar tydelig med økende alder.

Figur 166: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner varierer andelen lite mellom gruppene, men er lavest i gruppen som oppgir forholdsvis vanskelig økonomi og høyest i gruppen som oppgir svært lett økonomi. Det er en statistisk sikker forskjell på 2,40 prosentpoeng mellom laveste og høyeste nivå, men effektstørrelsen er ubetydelig med Cohen's h på 0,08. For menn er andelen gjennomgående høyere og er lavest ved forholdsvis vanskelig økonomi og høyest ved svært lett økonomi. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, på 4,59 prosentpoeng, og effektstørrelsen er liten med Cohen's h på 0,11. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle økonomigrupper og ligger mellom 11,11 og 13,46 prosentpoeng, med den største forskjellen i gruppen som oppgir svært vanskelig økonomi. Samlet sett tyder tallene på at vurdering av husholdningsøkonomien har begrenset sammenheng med månedlig episodisk høyt alkoholkonsum, særlig blant kvinner, mens nivået er klart høyere blant menn uavhengig av økonomivurdering.

Figur 167: Episodisk høyt alkoholforbruk (E)



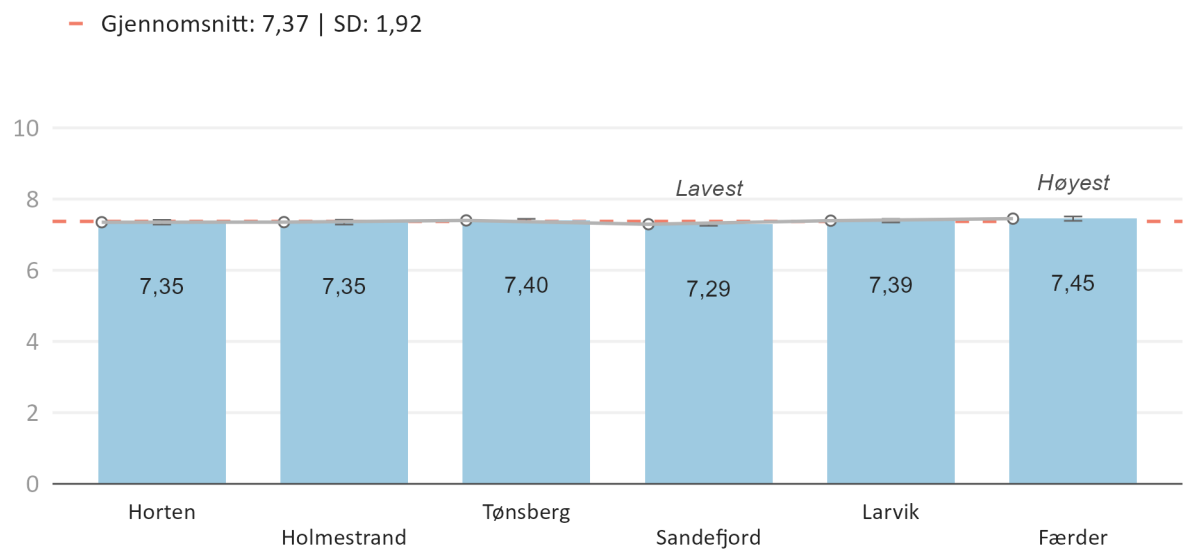
Figur E viser andelen som oppgir episodisk høyt alkoholforbruk på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett gikk andelen ned fra 16,9 prosent i 2021 til 15,4 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker reduksjon både blant kvinner (fra 10,8 til 9,7 prosent) og menn (fra 24,6 til 22,4 prosent), slik at kjønnsforskjellen i hovedsak består. Etter alder er mønsteret i 2025 fortsatt preget av høyest nivå blant de yngste voksne, men det var statistisk sikre nedganger i aldersgruppene 18–29 år, 30–39 år og 50–59 år. For de øvrige aldersgruppene var endringene fra 2021 til 2025 ikke statistisk sikre, inkludert en svak økning blant de eldste. Etter utdanning var det statistisk sikre nedganger i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår derfor som stabile over tid. For opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke var statistisk sikker. Samlet peker dette mot en moderat reduksjon fra 2021 til 2025, uten tydelige tegn til at hovedmønstrene mellom gruppene har endret seg vesentlig.

3.38 Tilfredshet med livet (0-10)

Svarandel: Totalt 29 743 deltakere av 31 994 (93,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

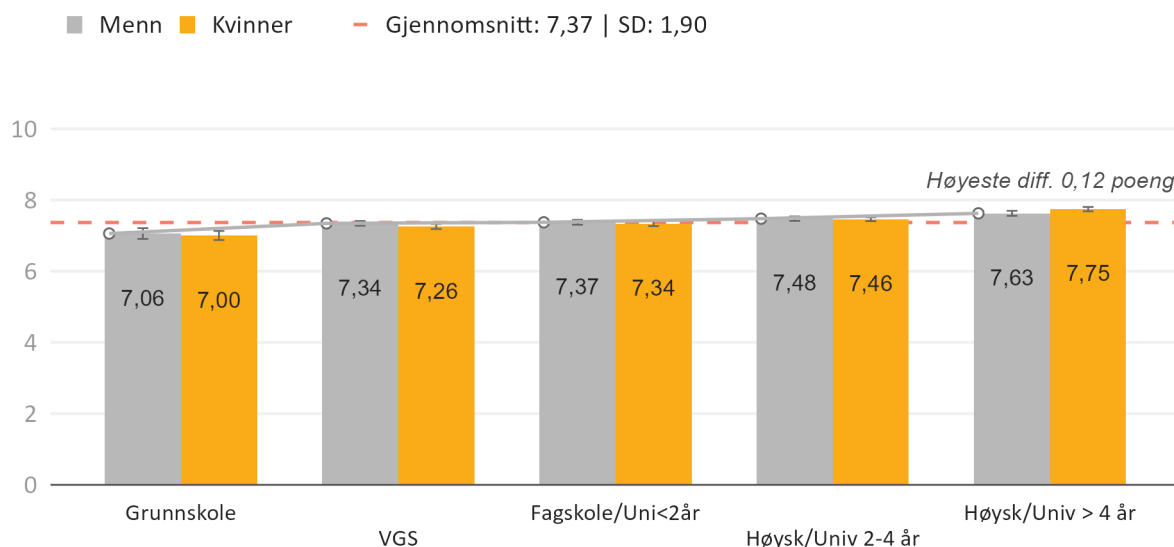
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 743	7,36	7,34 – 7,38
Kvinner	16 221	7,35	7,32 – 7,38
Menn	13 522	7,37	7,34 – 7,40

Figur 168: Tilfredshet med livet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



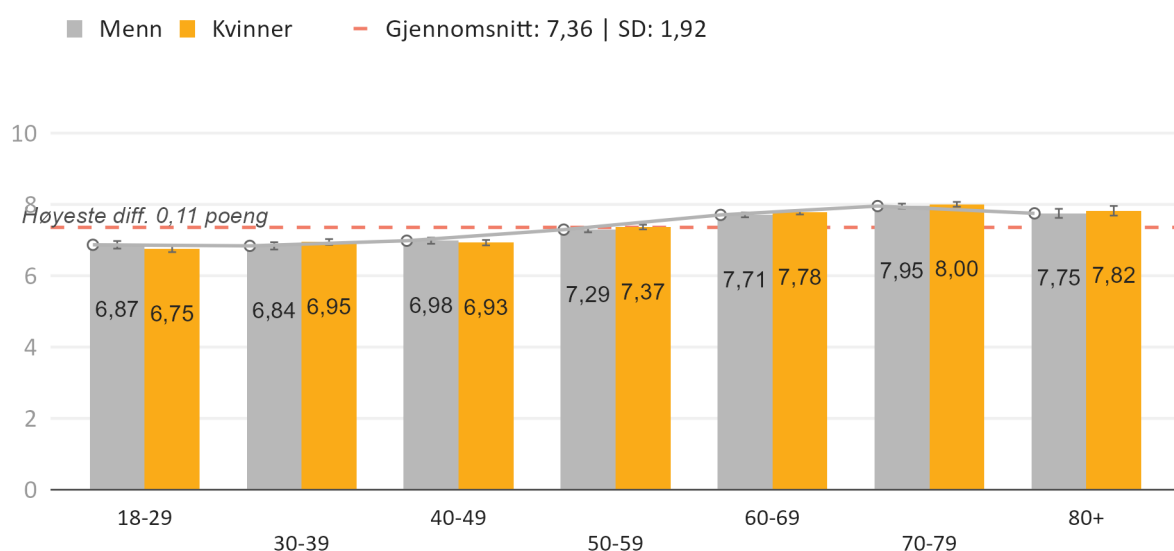
Figur A viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Færder har høyest livstilfredshet og Sandefjord har lavest, men skårene ligger gjennomgående høyt og tett mellom kommunene. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,16 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Samtidig er effektstørrelsen Cohen’s d 0,08, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Helhetsbildet er dermed at livstilfredsheten er nokså lik på tvers av kommunene, med bare marginale forskjeller i gjennomsnittsskår.

Figur 169: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn øker livstilfredsheten med økende lengde av utdanning, med lavest skåre for dem med grunnskole og høyest for dem med høyskole eller universitet over 4 år. Differansen mellom gruppene med kortest og lengst utdanning er 0,74 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. For menn er differansen 0,57 poeng, og også dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,30, som indikerer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og ikke statistisk sikre.

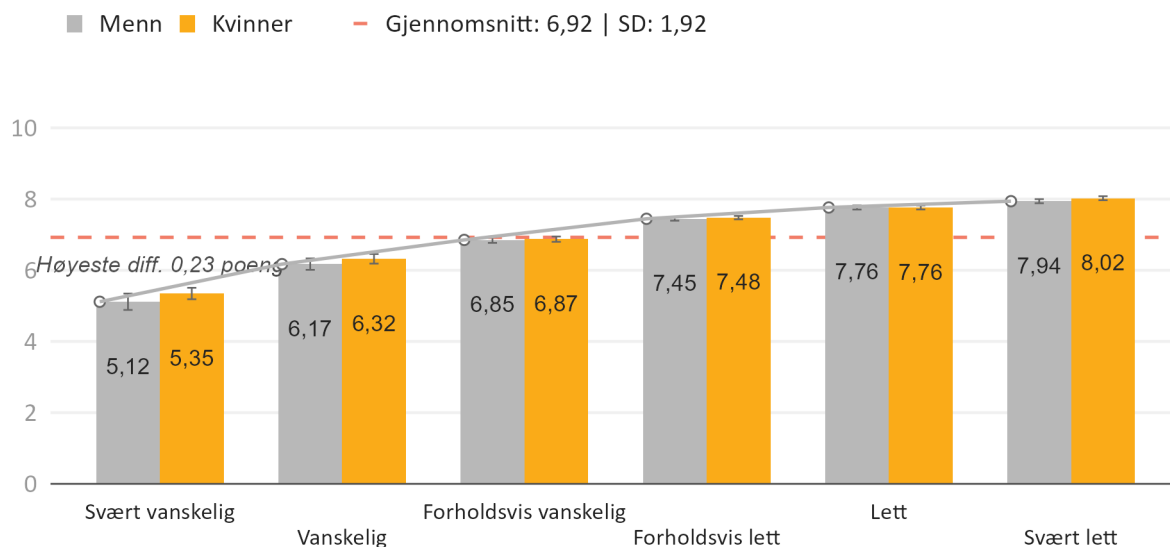
Figur 170: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er livstilfredsheten lavest i alderen 18-29 år og høyest i 70-79 år. Forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 1,25 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,65, som tilsier en stor forskjell og understøtter at

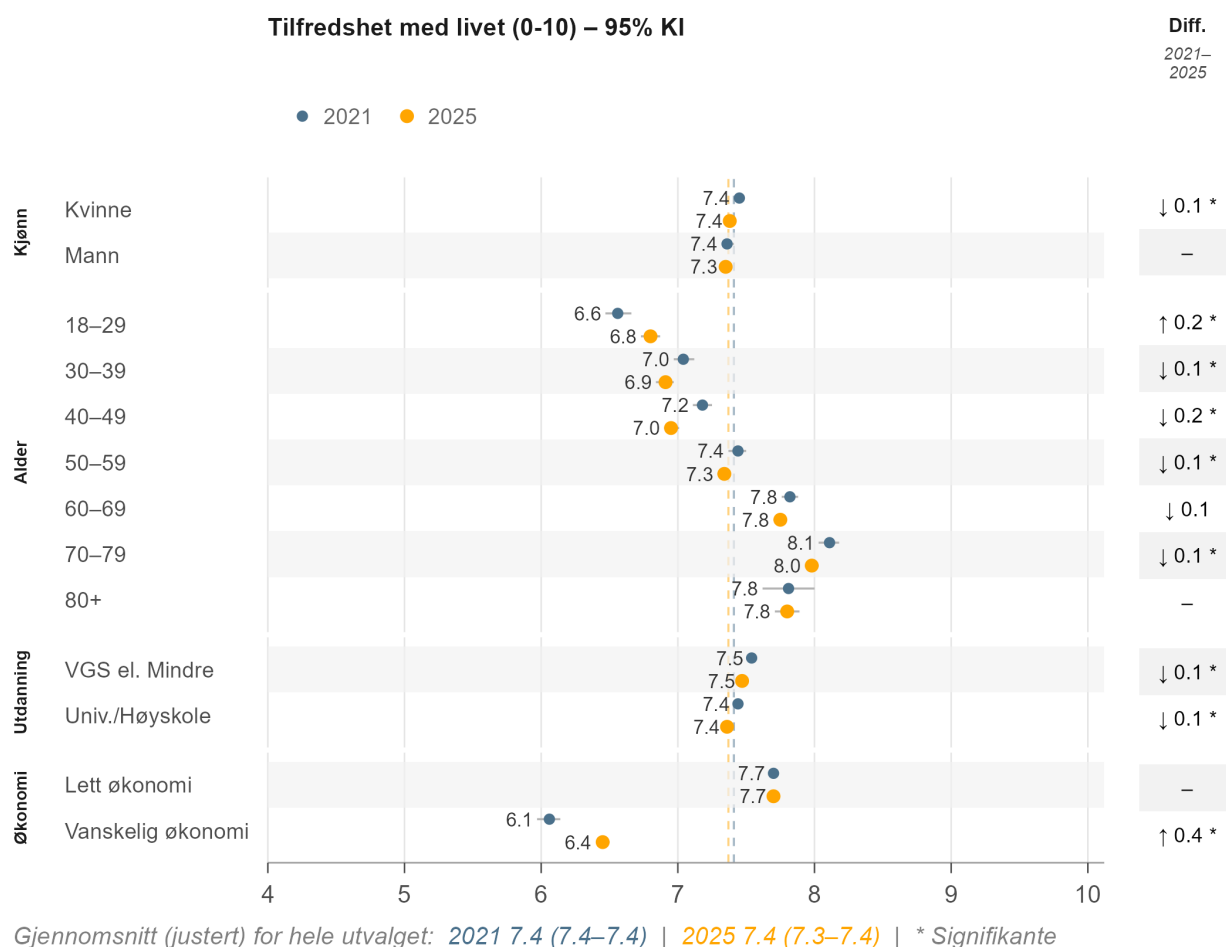
livstilfredsheten øker tydelig med alder fram til 70-79 år, før den er noe lavere blant de eldste. For menn er livstilfredsheten lavest i 30-39 år og høyest i 70-79. Differansen er 1,12 poeng, også dette en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,58, som tilsier en stor forskjell. På tvers av aldersgruppene ligger menn og kvinner svært nær hverandre, og kjønnsforskjellene i hver aldersgruppe er små og ikke statistisk sikre.

Figur 171: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn henger vurderingen av husholdningsøkonomien tydelig sammen med livstilfredshet, der livstilfredsheten øker gradvis jo lettere økonomien oppleves. Blant kvinner er differansen mellom ytterpunktene på 2,68 poeng, og Cohen's d er 1,39, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen på 2,83 poeng, og Cohen's d er 1,47, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen hvert nivå er små og ikke statistisk sikre.

Figur 172: Tilfredshet med livet (0-10) (E)



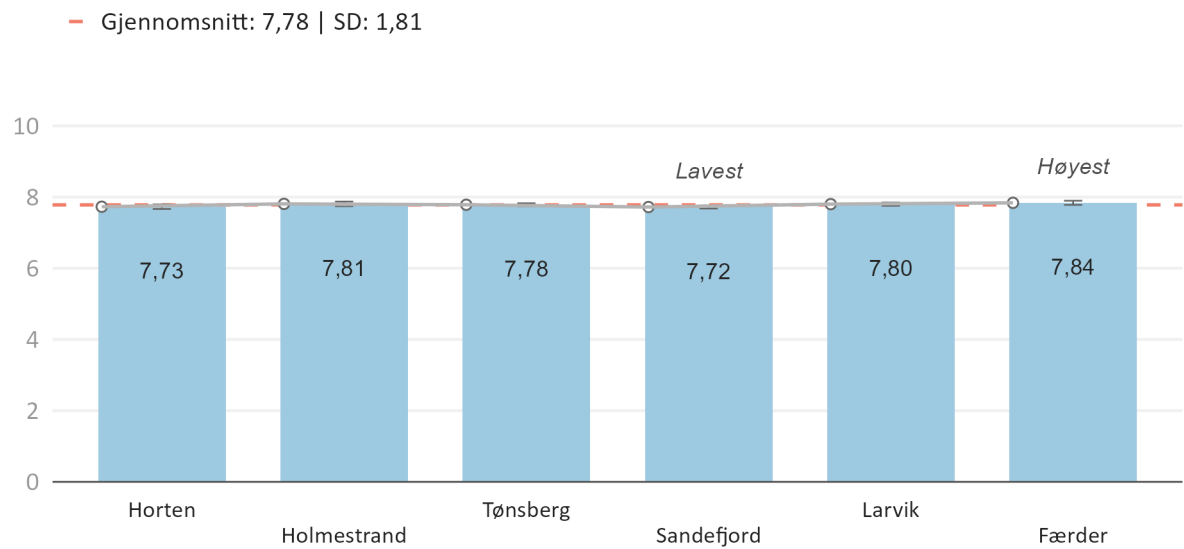
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tilfredshet med livet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, med en statistisk sikker, men svært liten nedgang blant kvinner, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. Aldersmønsteret er i hovedsak det samme, med høyere skårer i de eldre gruppene enn i de yngre. Samtidig er det flere statistisk sikre, men små endringer innen aldersgruppene, blant annet en økning blant 18–29-åringene og en nedgang i flere grupper fra 30 til 79 år, mens endringene for 60–69 år og 80+ ikke er statistisk sikre. Forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite, men begge utdanningsnivåer har en statistisk sikker, liten nedgang. Mønsteret etter opplevde økonomiske vansker er tydelig og stabilt, med klart lavere skår ved vanskelig økonomi enn ved lett økonomi i begge år. I denne gruppen er det en statistisk sikker økning fra 6,1 til 6,4, mens nivået ved lett økonomi er uendret og endringen ikke er statistisk sikker.

3.39 Fremtidsoptimisme (0-10)

Svarandel: Totalt 29 660 deltakere av 31 994 (92,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

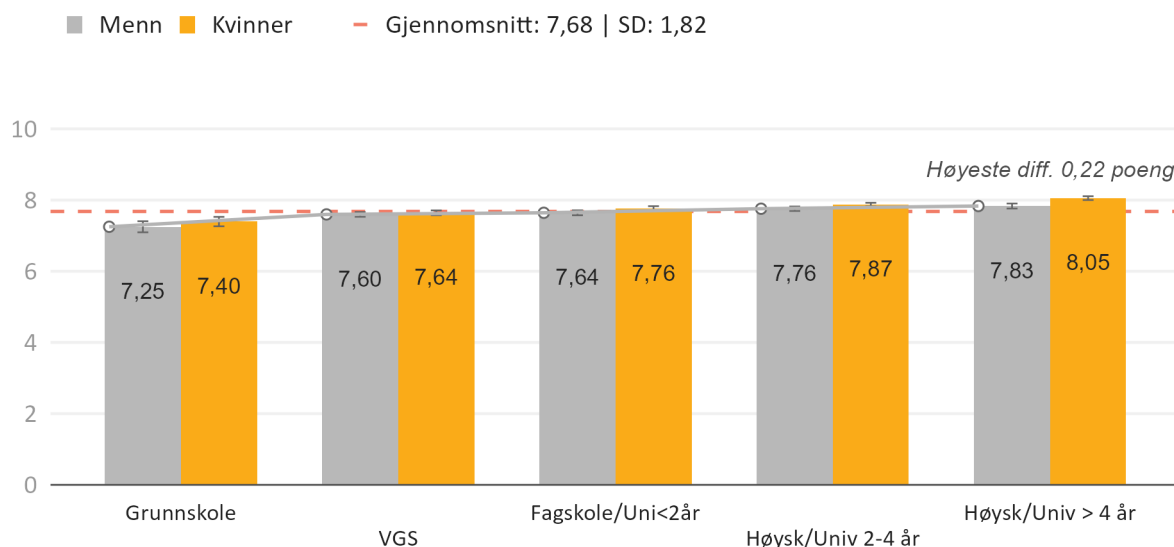
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 660	7,77	7,75 – 7,79
Kvinner	16 153	7,83	7,80 – 7,86
Menn	13 507	7,70	7,66 – 7,73

Figur 173: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kommuner i fylket (A)



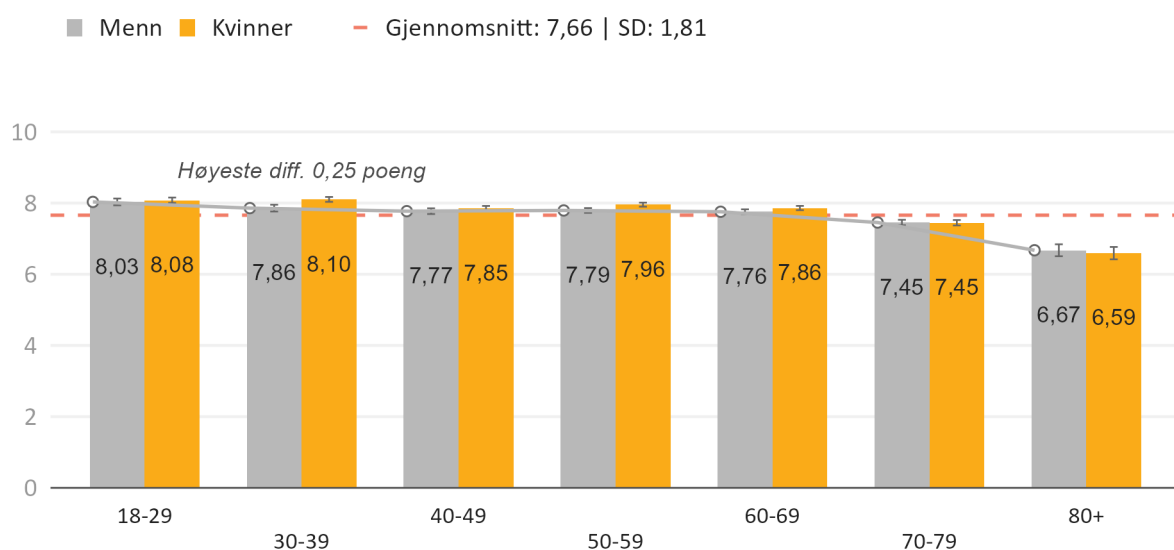
Figur A viser hvor fornøyd en person forventer å være om 5 år (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt, og variasjonene mellom kommunene er små. Færder har den høyeste forventede livstilfredsheten, mens Sandefjord har den laveste. Differansen mellom ytterpunktene er 0,12 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Samtidig tilsvare forskjellen en Cohen's d på 0,07, som regnes som en ubetydelig forskjell. Samlet sett tyder resultatene på at forventningene til livstilfredshet om fem år er svært like på tvers av kommunene, med bare marginale forskjeller i skår.

Figur 174: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er forventet livstilfredshet høyest hos dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år og lavest hos dem med grunnskole. For kvinner er differansen 0,66 poeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er differansen 0,58 poeng, som er statistisk sikker, og Cohen's d er 0,32, som regnes som en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, ligger menn gjennomgående litt lavere. Forskjellen er statistisk sikker for høyskole eller universitet i 2–4 år, der menn ligger 0,12 poeng lavere enn kvinner, og for høyskole eller universitet i mer enn 4 år, der menn ligger 0,22 poeng lavere. For de øvrige utdanningsnivåene framstår kjønnsforskjellene som små og ikke statistisk sikre.

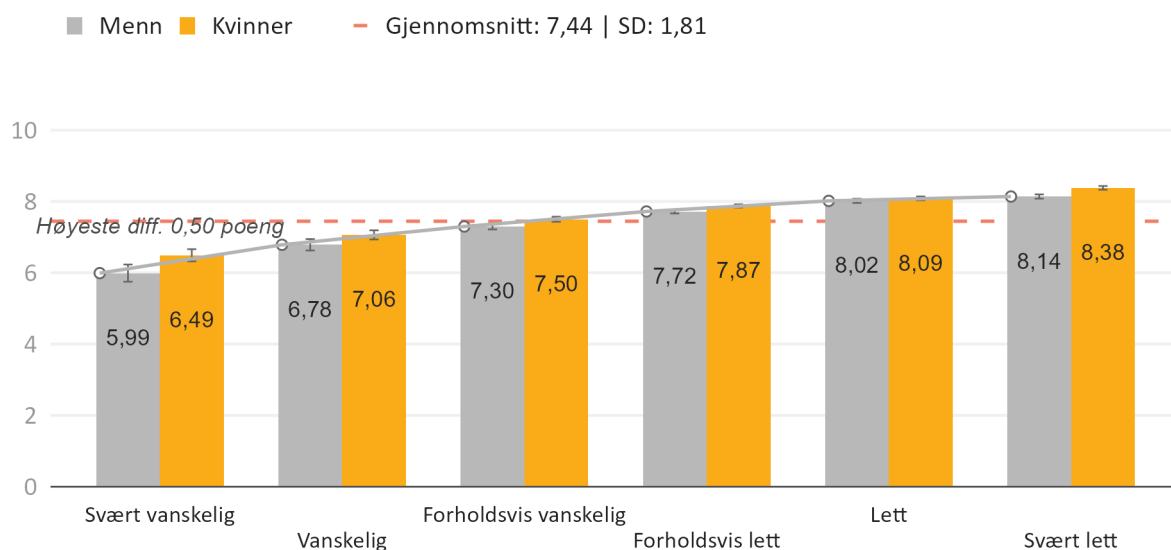
Figur 175: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser hvor fornøyd en forventer å være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er forventet livstilfredshet høyest i alderen 30-39 år og lavest i 80+. Forskjellen er

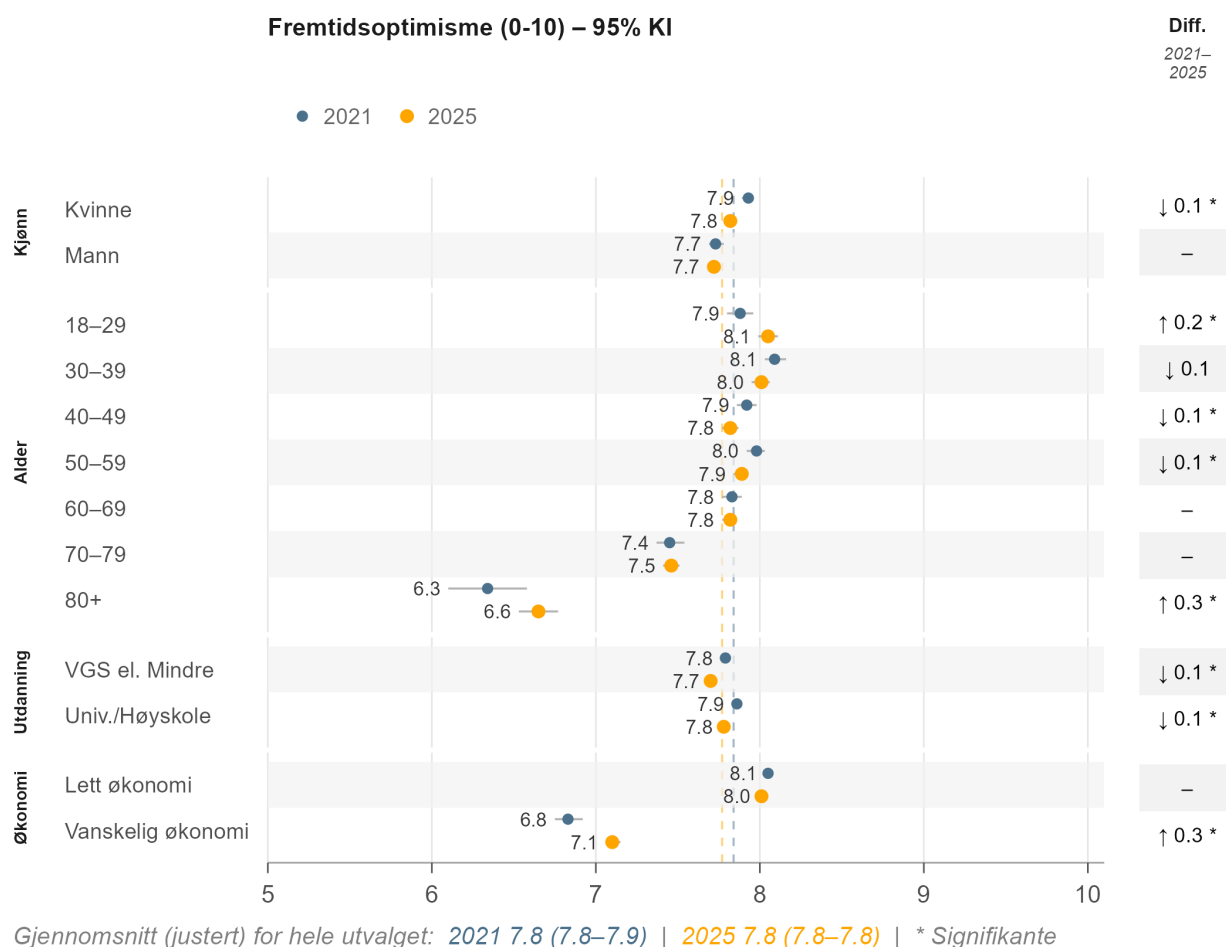
1,51 poeng, som er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d 0,83, altså en stor forskjell. For menn er nivået høyest i 18-29 år og lavest i 80+. Differansen er 1,36 poeng, også statistisk sikker, og Cohen's d 0,75, regnes som en stor forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger skårene relativt høyt i de yngre og midtre aldersgruppene, før de faller tydelig i de eldste gruppene, særlig fra 70-79 til 80+. Kjønnforskjellene innen de fleste aldersgrupper er små. Det er likevel en statistisk sikker forskjell i 30-39 og 50-59, der kvinner ligger høyere enn menn med henholdsvis 0,25 og 0,16 poeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 176: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser hvor fornøyd en forventer å være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn henger en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien sammen med høyere forventet livstilfredshet, der skåren er høyest når økonomien oppleves som svært lett og lavest når den oppleves som svært vanskelig. For kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 1,89 poeng, og Cohen's d er 1,04, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er differansen mellom høyest og lavest 2,15 poeng, og Cohen's d er 1,18, også en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte økonomigruppene er gjennomgående små i poeng, men flere er statistisk sikre. Kvinner ligger høyere enn menn i gruppene forholdsvis lett med 0,16 poeng, forholdsvis vanskelig med 0,20 poeng, svært lett med 0,24 poeng og svært vanskelig med 0,50 poeng. I gruppene lett og vanskelig er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 177: Fremtidsoptimisme (0-10) (E)



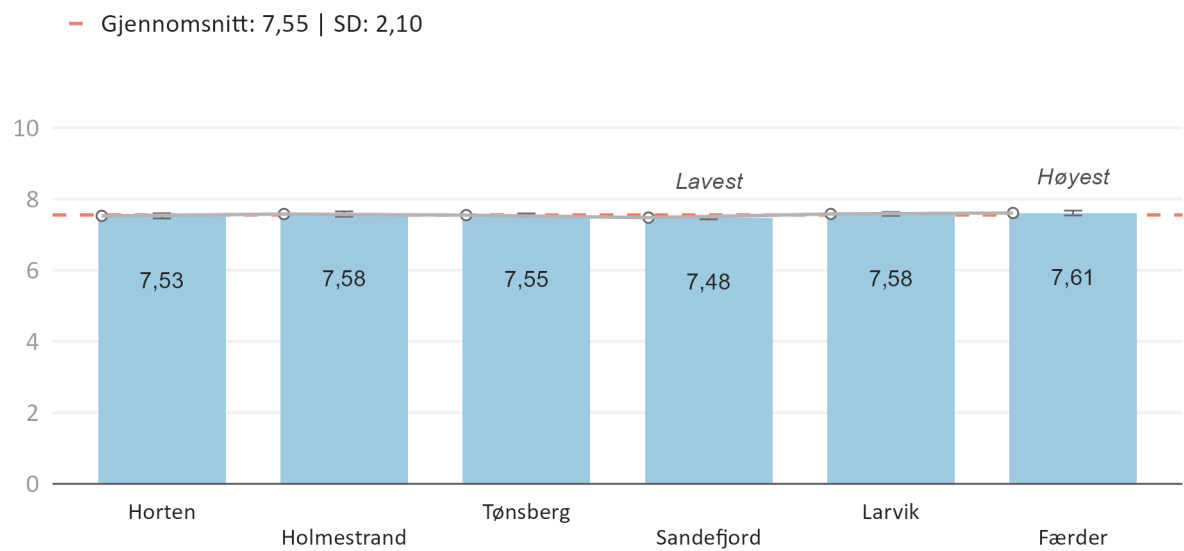
Figur E viser gjennomsnittsskåren for fremtidsoptimisme (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået rimelig stabilt fra 2021 til 2025, men endringen fra 7,84 til 7,77 er statistisk sikker. Kjønnforskjellen er liten i begge år, men kvinner har en statistisk sikker nedgang fra 7,9 til 7,8, mens menn ikke har en statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme, med høyere skåre i yngre og middelaldrende grupper enn blant de eldste. Samtidig er det noen statistisk sikre endringer: 18–29 år øker (7,9 til 8,1), 40–49 år og 50–59 år går svakt ned (begge 0,1), og 80 år eller eldre øker (6,3 til 6,7). For utdanning er det en liten, statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper (0,1), slik at forskjellene mellom dem i praksis er stabile. Etter opplevde økonomiske vansker er nivåforskjellen tydelig i begge år, og utviklingen går i retning av noe mindre gap fordi gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning fra 6,8 til 7,1, mens gruppen med lett økonomi ikke endrer seg i samme retning.

3.40 Opplevelse av mening i livet (0-10)

Svarandel: Totalt 29 749 deltakere av 31 994 (93,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

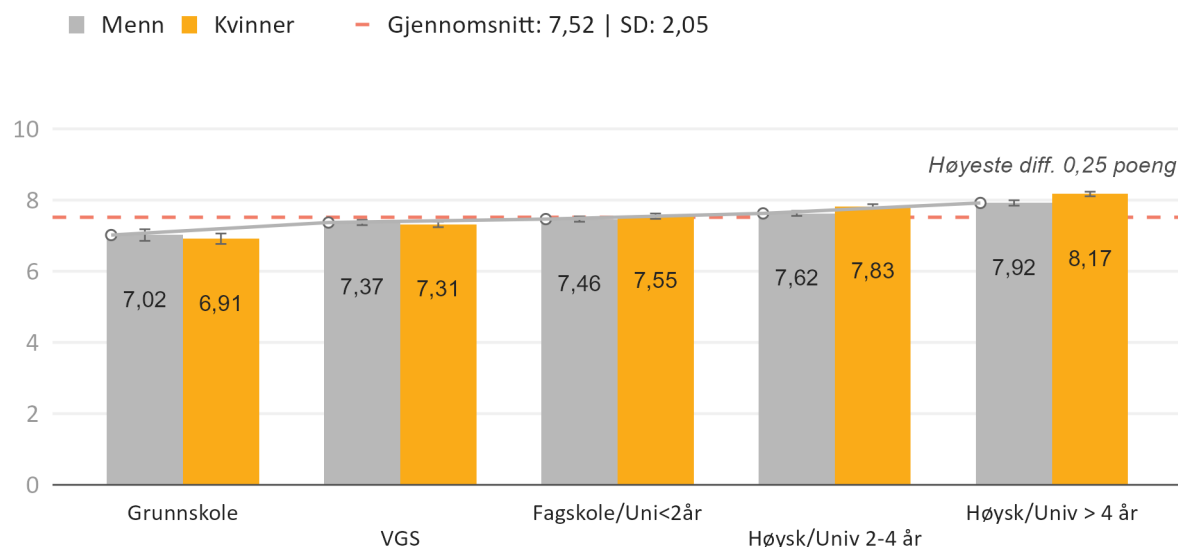
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 749	7,54	7,52 – 7,57
Kvinner	16 222	7,60	7,57 – 7,63
Menn	13 527	7,47	7,44 – 7,51

Figur 178: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



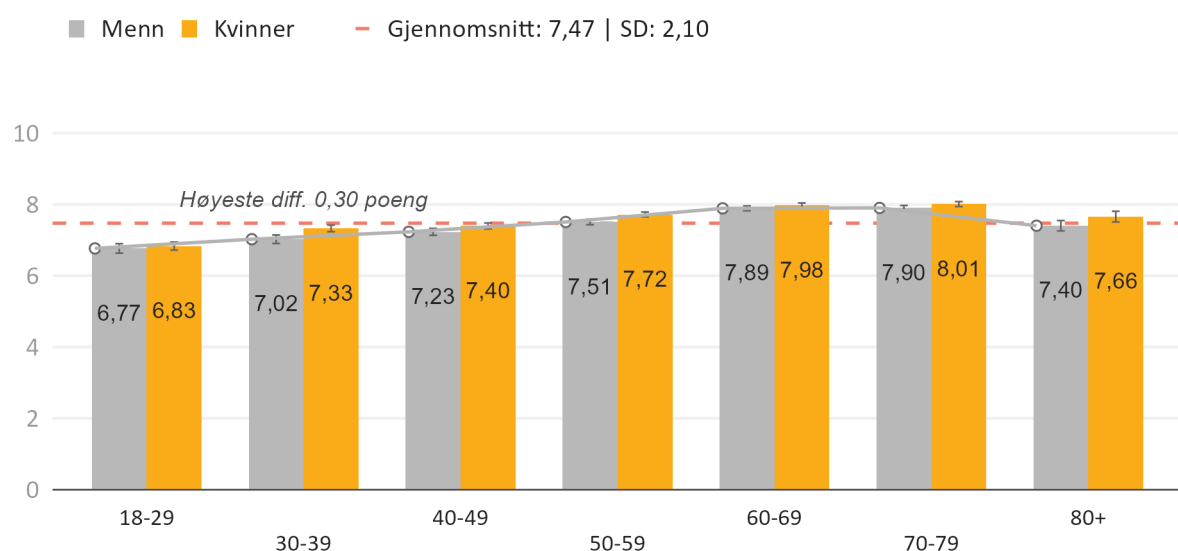
Figur A viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt og tett mellom kommunene. Færder har høyest nivå, mens Sandefjord ligger lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 0,13 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker, men effektstørrelsen er Cohen’s d 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett tyder dette på at opplevelsen av mening i hverdagen varierer lite på tvers av kommunene.

Figur 179: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For begge kjønn er skåren lavest for dem med grunnskole og øker jevnt til høyeste skår for dem med høyskole eller universitet over 4. Differansen er 1,26 poeng, og Cohen's d er 0,61, som tilsier en stor forskjell. Forskjellene mellom ytterpunktene framstår som statistisk sikre. For menn er differansen 0,90 poeng, og Cohen's d er 0,44, som tilsier en middels forskjell. Kjønnforskjellene er små på de fleste nivåer, men ved høyskole eller universitet 2-4 år og over 4 år skårer kvinner høyere enn menn med henholdsvis 0,20 og 0,25 poeng, og disse forskjellene er statistisk sikre.

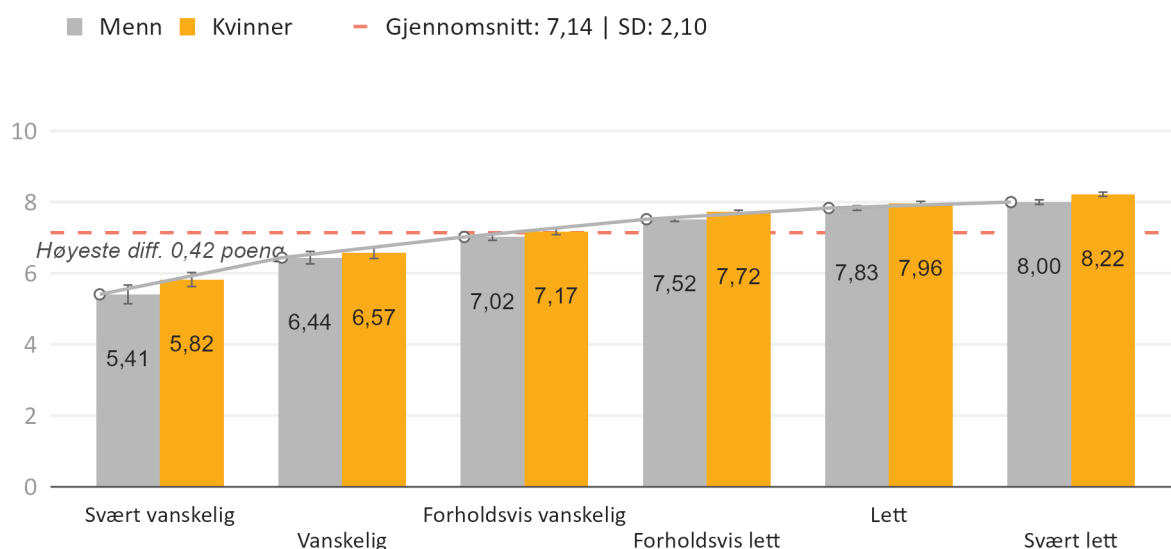
Figur 180: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For kvinner er skåren lavest i den yngste aldersgruppen og høyest i 70-79. Det er en statistisk sikker forskjell mellom gruppene på 1,18 poeng, og Cohen's d er 0,56, som tilsvarer en stor forskjell. Etter toppunktet synker skåren noe i 80+, men nivået ligger fortsatt

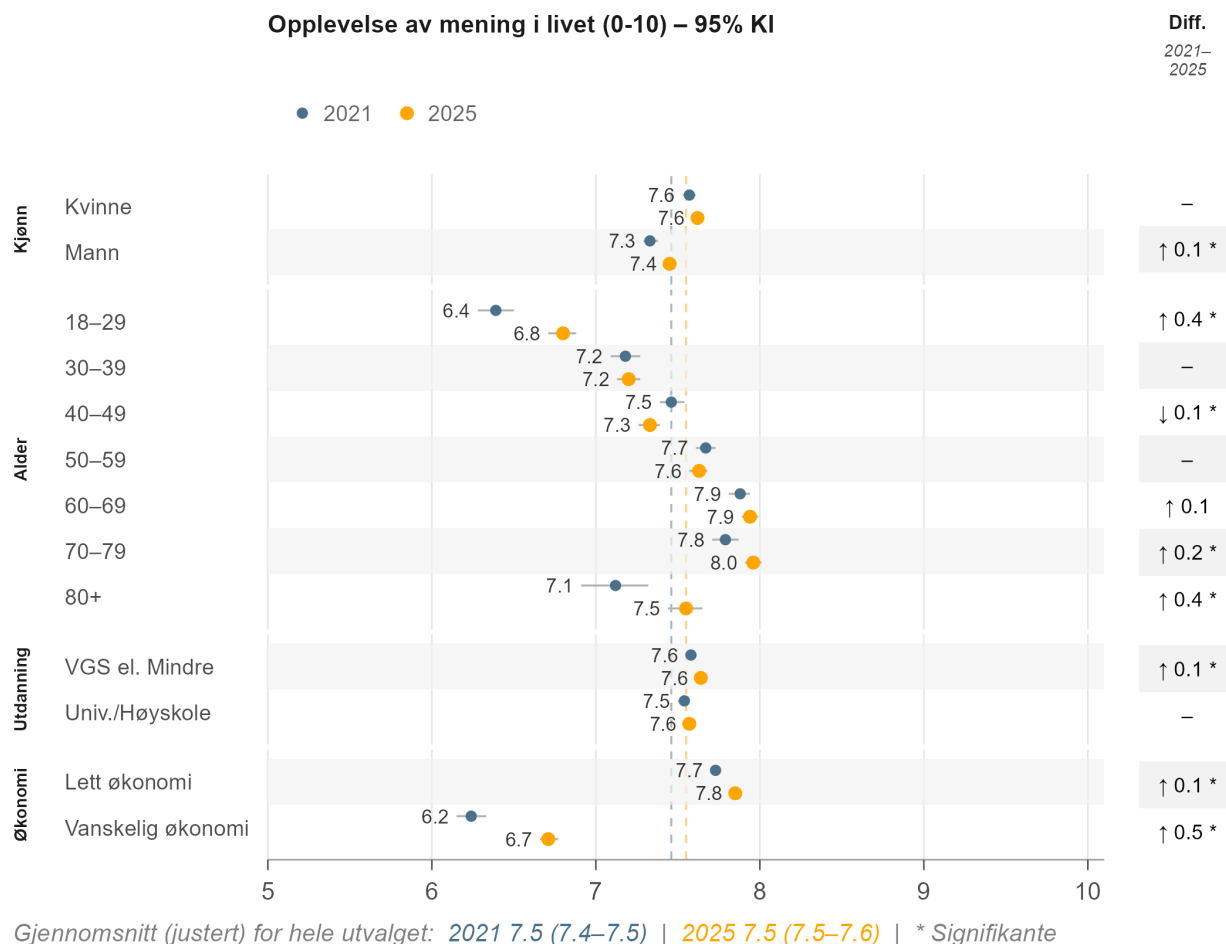
klart over de yngste aldersgruppene. For menn følger utviklingen et tilsvarende mønster. Differansen er 1,14 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,54, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er gjennomgående små, men menn ligger lavere enn kvinner i alle gruppene. Forskjellen er statistisk sikker i 30-39 og 50-59, der menn skårer henholdsvis 0,30 poeng og 0,21 poeng lavere enn kvinner, mens de øvrige aldersgruppene ikke viser statistisk sikre kjønnforskjeller.

Figur 181: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn henger høyere skår på mening tydelig sammen med at husholdningsøkonomien oppleves som lettere, med lavest skår når økonomien vurderes som svært vanskelig og høyest når økonomien vurderes som svært lett. For kvinner er differansen mellom ytterpunktene 2,39 poeng, og Cohen's d er 1,14, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er differansen 2,59 poeng, og Cohen's d er 1,24, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte økonominivåene er gjennomgående små, men i flere grupper ligger kvinner likevel litt høyere enn menn. Forskjellen er 0,22 poeng i gruppen som oppgir svært lett, 0,20 poeng i gruppen som oppgir forholdsvis lett og 0,13 poeng i gruppen som oppgir lett, og disse forskjellene er statistisk sikre. I de øvrige gruppene er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 182: Opplevelse av mening i livet (0-10) (E)



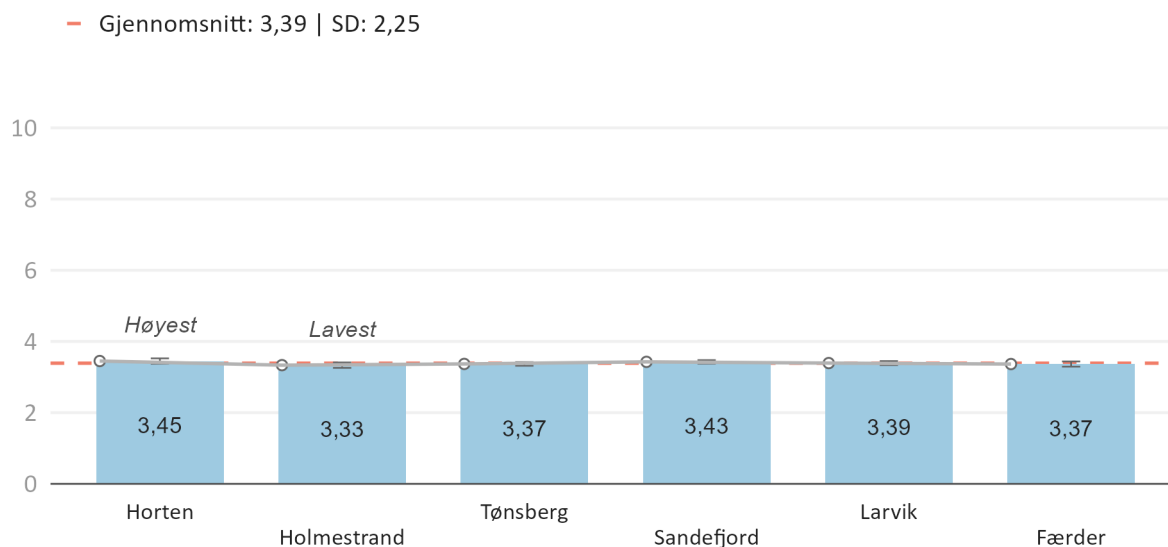
Figur E viser gjennomsnittsskåren for opplevelse av mening i livet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker nivået svakt fra 7,46 i 2021 til 7,54 i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen er liten i begge år, men menn har en statistisk sikker økning fra 7,3 til 7,4, mens kvinner ikke har statistisk sikker endring. Aldersmønsteret er i hovedsak det samme, med høyere skårer i de eldre gruppene, men det er en statistisk sikker økning blant 18–29 år (6,4 til 6,8) og 80 år eller eldre (7,1 til 7,6), samtidig som 40–49 år har en liten, men statistisk sikker nedgang (7,5 til 7,3). For utdanning er endringene små, med en statistisk sikker økning for videregående skole eller mindre (7,6 til 7,6) og ikke statistisk sikker endring for universitets- eller høyskoleutdanning. Forskjellene etter opplevde økonomiske vansker består, men begge grupper øker statistisk sikkert, og økningen er størst blant dem med vanskelig økonomi (6,2 til 6,7). Dette innebærer at gapet mellom lett og vanskelig økonomi blir noe mindre fra 2021 til 2025, selv om nivåforskjellen fortsatt er tydelig. Samlet peker utviklingen mot små endringer over tid, med størst forbedring i enkelte aldersgrupper og blant personer som opplever økonomiske vansker.

3.41 Negative følelser siste 7 dager (0-10)

Svarandel: Totalt 29 674 deltakere av 31 994 (92,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

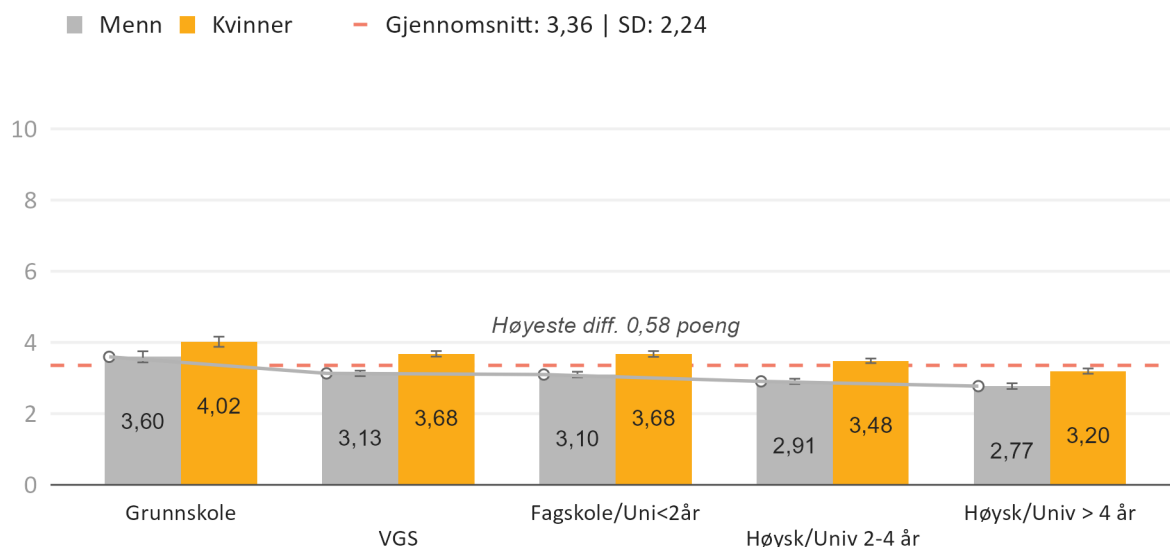
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 674	3,40	3,37 – 3,42
Kvinner	16 172	3,64	3,61 – 3,68
Menn	13 502	3,10	3,06 – 3,13

Figur 183: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kommuner i fylket (A)



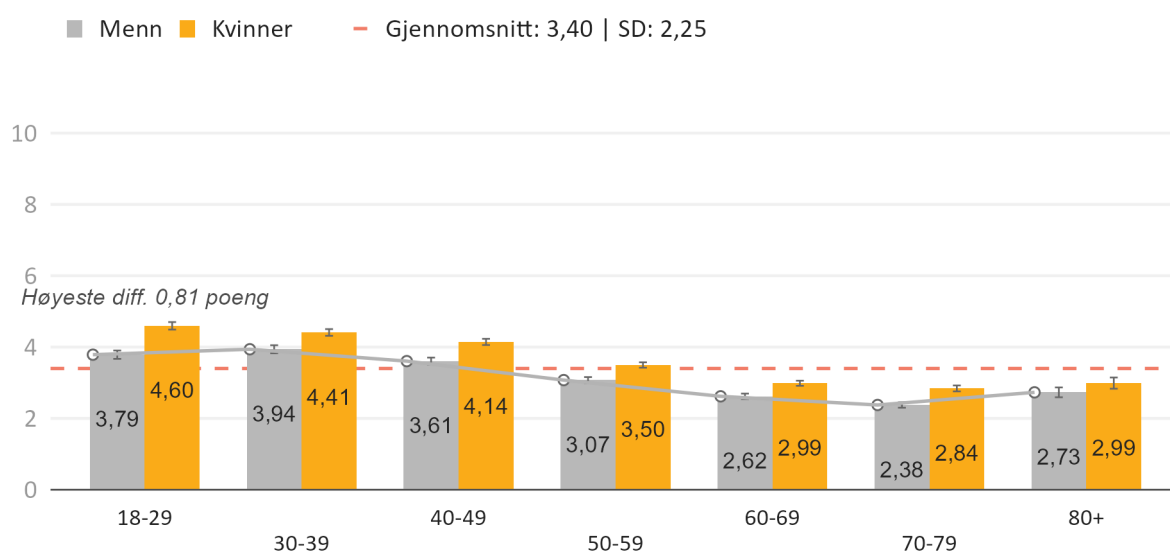
Figur A viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Horten har høyest nivå, mens Holmestrand har lavest nivå. Differansen mellom ytterpunktene er 0,12 poeng, og dette framstår ikke som en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen støtter samme bilde: Cohen's d er 0,05, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett peker resultatene mot at innbyggernes rapporterte negative følelser den siste uken er på omtrent samme nivå på tvers av kommunene.

Figur 184: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



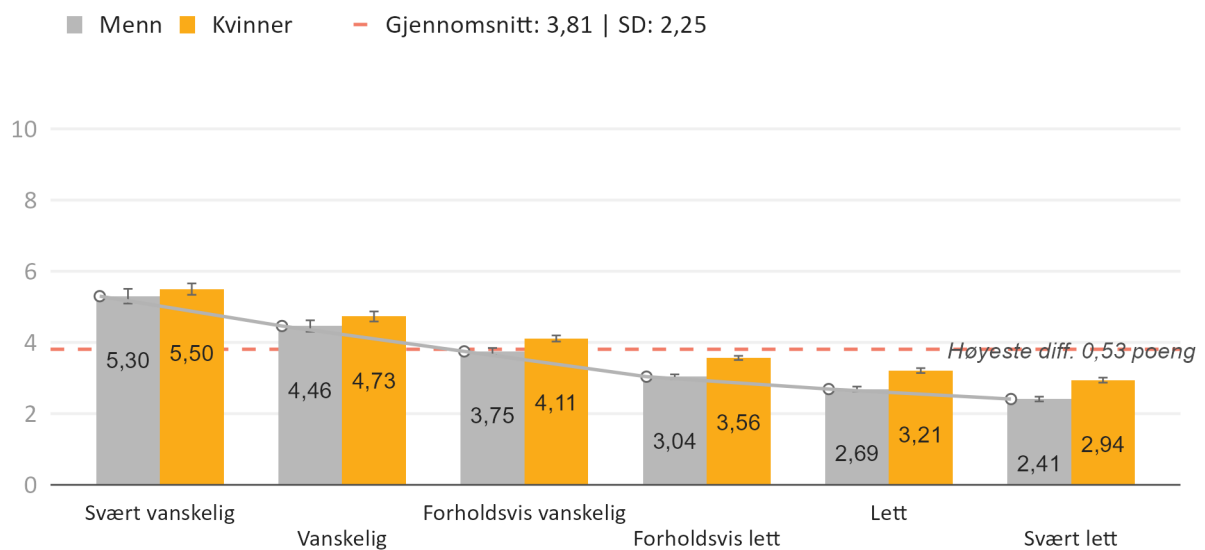
Figur B viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med grunnskole og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år. Dette gir en differanse på 0,82 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,37, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest ved grunnskole og lavest ved høyskole eller universitet over fire år. Differansen er 0,82 poeng og statistisk sikker, og Cohen's d er 0,37, som også her tilsier en middels forskjell. På alle utdanningsnivåene ligger kvinner høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst ved fagskole eller universitet under to år, der menn skårer henholdsvis 0,58 poeng lavere enn kvinner. Samlet sett er negative følelser lavere ved lengre utdanning for begge kjønn, og kvinner rapporterer gjennomgående høyere nivå enn menn.

Figur 185: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)



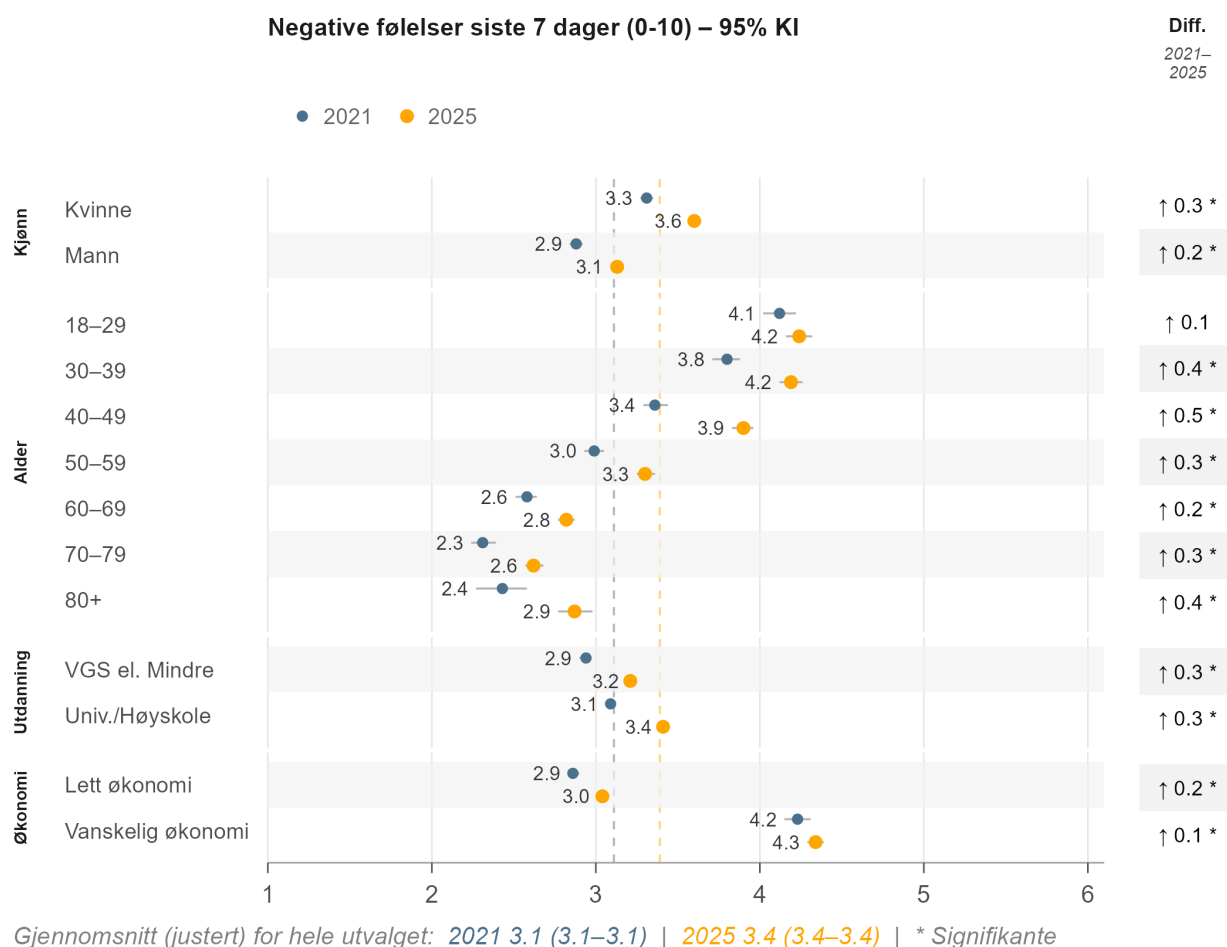
Figur C viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Skåren er høyest i de yngste aldersgruppene og lavere i eldre grupper for begge kjønn. Blant kvinner ligger nivået høyest i alderen 18-29 og lavest i 70-79. Det er en statistisk sikker forskjell på 1,76 poeng, og Cohen's d er 0,78, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er skåren høyest i 30-39 og lavest i 70-79. Forskjellen er 1,56 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,69, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere skår enn menn i aldersgruppene 18-29 til 70-79, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle disse gruppene. Størst kjønnsforskjell ses i 18-29, der menn ligger 0,81 poeng lavere enn kvinner. I 80+ er kjønnsforskjellen ikke statistisk sikker.

Figur 186: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren tydelig når husholdningsøkonomien oppleves som mer vanskelig, med høyest skår i gruppen som vurderer økonomien som svært lett og lavest i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig. For kvinner er differansen 2,56 poeng, og Cohen's d på 1,13, som tilsvarer en stor forskjell. Hos menn er differansen 2,89 poeng, og Cohen's d er 1,28, også en stor forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere skår enn menn i flere grupper der økonomien oppleves som lettere, med statistisk sikre kjønnsforskjeller på 0,53 poeng i både svært lett og forholdsvis lett, og 0,52 poeng i lett. Når økonomien oppleves som vanskeligere, er kjønnsforskjellene mindre og ikke statistisk sikre, som i svært vanskelig der forskjellen er 0,20 poeng.

Figur 187: Negative følelser siste 7 dager (0-10) (E)



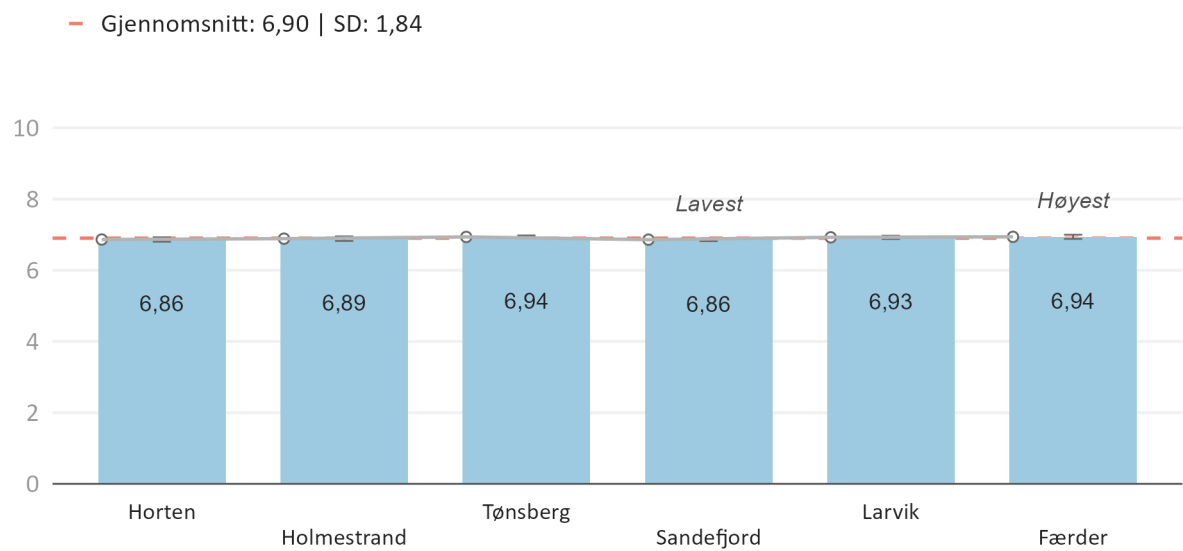
Figur E viser gjennomsnittsskåren for negative følelser siste 7 dager (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker nivået fra 3,1 i 2021 til 3,4 i 2025, og endringen er statistisk sikker. For kjønn øker skåren statistisk sikkert for både kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. På tvers av alder er mønsteret også stabilt, med høyest nivå blant de yngste og lavere nivå i eldre aldersgrupper i begge år. Samtidig er det statistisk sikker økning i de fleste aldersgrupper, mens endringen for 18–29 år ikke er statistisk sikker. For utdanning øker skåren statistisk sikkert i begge utdanningsgrupper, uten tydelig endring i forskjellen mellom dem. For opplevde økonomiske vansker ligger gruppen med vanskelig økonomi klart høyere enn gruppen med lett økonomi i begge år, og begge grupper har en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025. Samlet sett peker resultatene mot en moderat økning over tid, mens rangeringen mellom gruppene i stor grad er uendret.

3.42 Positive følelser siste 7 dager (0-10)

Svarandel: Totalt 29 681 deltakere av 31 994 (92,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

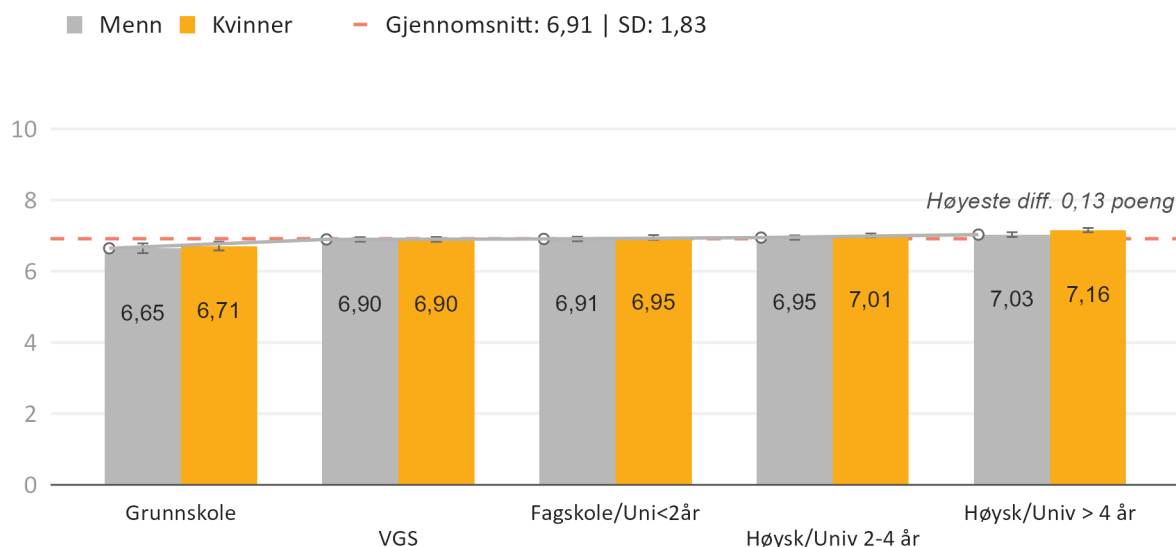
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 681	6,90	6,88 – 6,92
Kvinner	16 174	6,92	6,89 – 6,95
Menn	13 507	6,87	6,84 – 6,91

Figur 188: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kommuner i fylket (A)



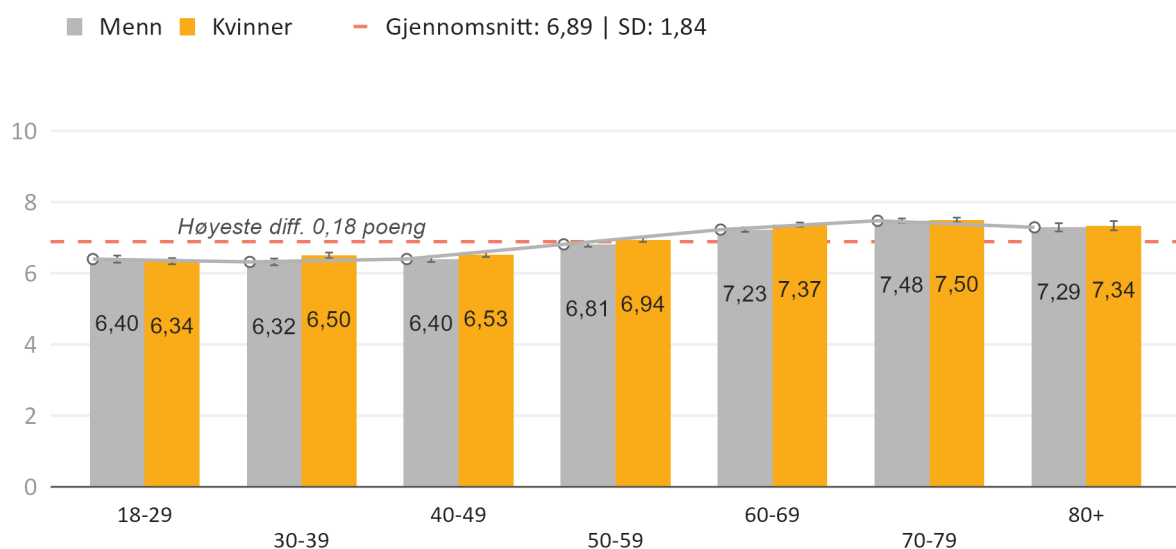
Figur A viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger tett mellom kommunene. Differansen mellom høyeste og laveste punktestimat er 0,08 poeng, og dette framstår ikke som en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen, Cohen’s d på 0,04, tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett tyder resultatene på at opplevelsen av positive følelser de siste syv dagene er svært lik på tvers av kommunene.

Figur 189: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn ligger skåren høyest hos dem med høyskole eller universitet over fire år og lavest i gruppen med grunnskole. For kvinner er forskjellen 0,45 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 0,38 poeng og framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,21, som tilsier en liten forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og ikke statistisk sikre.

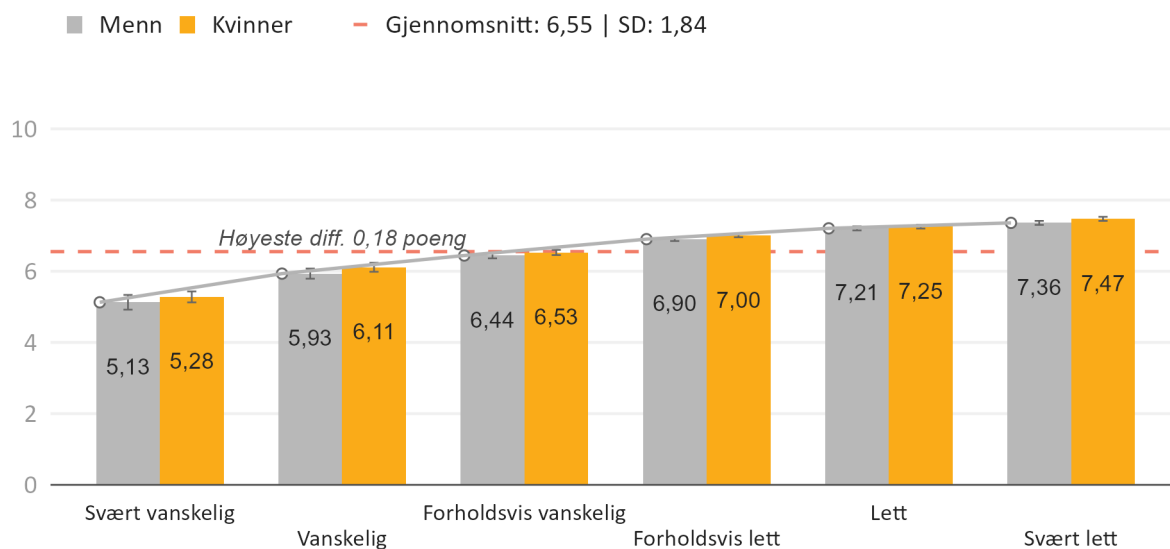
Figur 190: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Skårene øker med alder for begge kjønn fra de yngste gruppene og opp til 70–79 år, før de faller litt i 80+. Blant kvinner er nivået lavest i alderen 18–29 år, og høyest i 70–79 år. Forskjellen er 1,16 poeng, og Cohen's d er 0,63, som tilsier en stor forskjell. For menn er skåren lavest i 30–39 år og høyest i 70–79 år. Også her er forskjellen 1,16 poeng, med Cohen's d 0,63, som tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen aldersgruppene er gjennomgående små. I 30–39 år

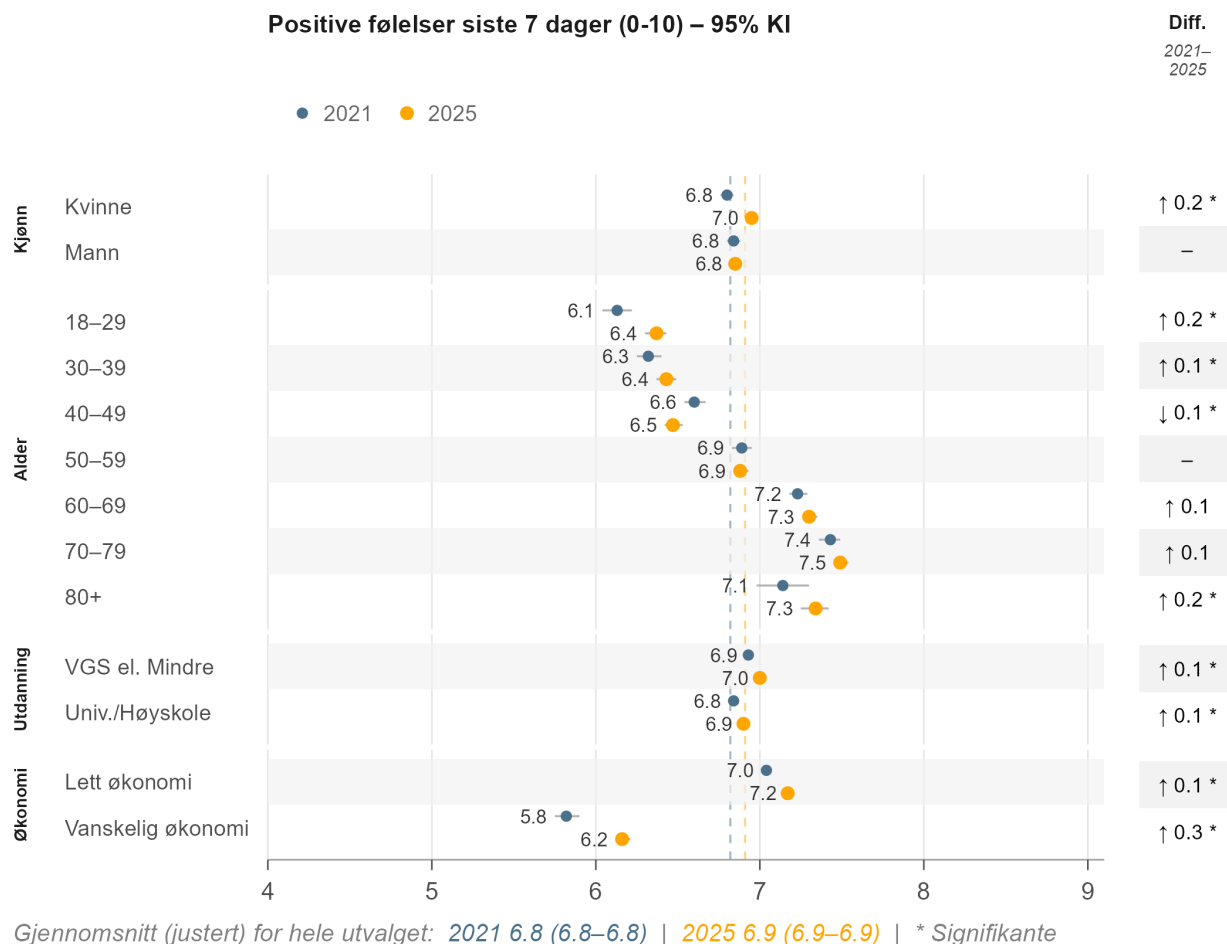
ligger kvinner høyere enn menn med 0,18 poeng, og i 60–69 år ligger kvinner høyere med 0,14 poeng; i begge disse aldersgruppene framstår forskjellene som statistisk sikre. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre.

Figur 191: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn henger vurderingen av økonomien tett sammen med nivået av positive følelser, der skåren er høyest når økonomien oppleves som svært lett og lavest når den oppleves som svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen på 2,19 poeng, og tilsvarer Cohen's d på 1,19, som indikerer en stor forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Blant menn er forskjellen på 2,23 poeng. Også her er effekten stor, med Cohen's d på 1,21, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Kjønnforskjellene innen de enkelte økonomigruppene er gjennomgående små. I gruppen som oppgir forholdsvis lett økonomi skårer menn 0,10 poeng lavere enn kvinner, og denne forskjellen er statistisk sikker. I de øvrige gruppene er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 192: Positive følelser siste 7 dager (0-10) (E)



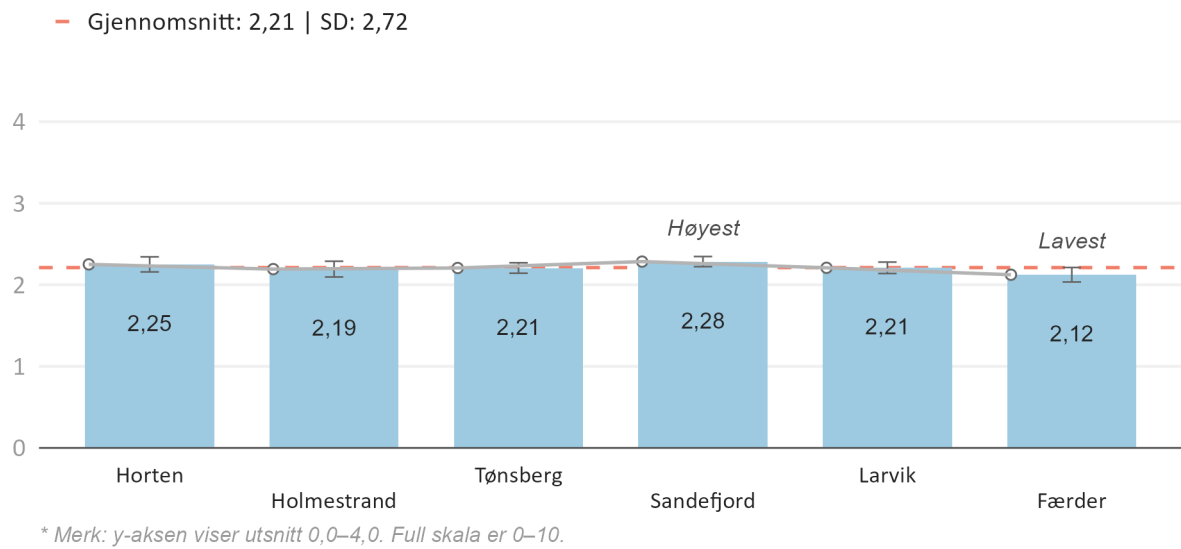
Figur E viser gjennomsnittsskåren for positive følelser siste 7 dager (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker nivået svakt fra 6,82 i 2021 til 6,91 i 2025, men endringen er statistisk sikker. Kjønnforskjellene endrer seg noe ved at kvinner har en statistisk sikker økning fra 6,8 til 7,0, mens menn ligger stabilt på 6,8 uten statistisk sikker endring. Aldersmønsteret er i hovedsak det samme, med høyere skår i de eldste gruppene enn i de yngste i begge år. Samtidig er det statistisk sikre endringer i flere aldersgrupper, med økning blant 18–29 år og 80+ og en liten nedgang blant 40–49 år, mens flere av gruppene fra 50 til 79 år ikke har statistisk sikre endringer. For utdanning er det små, men statistisk sikre økninger i begge utdanningsgrupper, uten tydelig endring i forskjellen mellom dem. Etter økonomi er forskjellene store i begge år, og begge grupper har statistisk sikker økning, særlig blant dem med vanskelig økonomi fra 5,8 til 6,2. Dette innebærer at gapet mellom lett og vanskelig økonomi blir noe mindre fra 2021 til 2025, selv om nivåforskjellen fortsatt er tydelig.

3.43 Ensomhet (0-10)

Svarandel: Totalt 29 605 deltakere av 31 994 (92,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

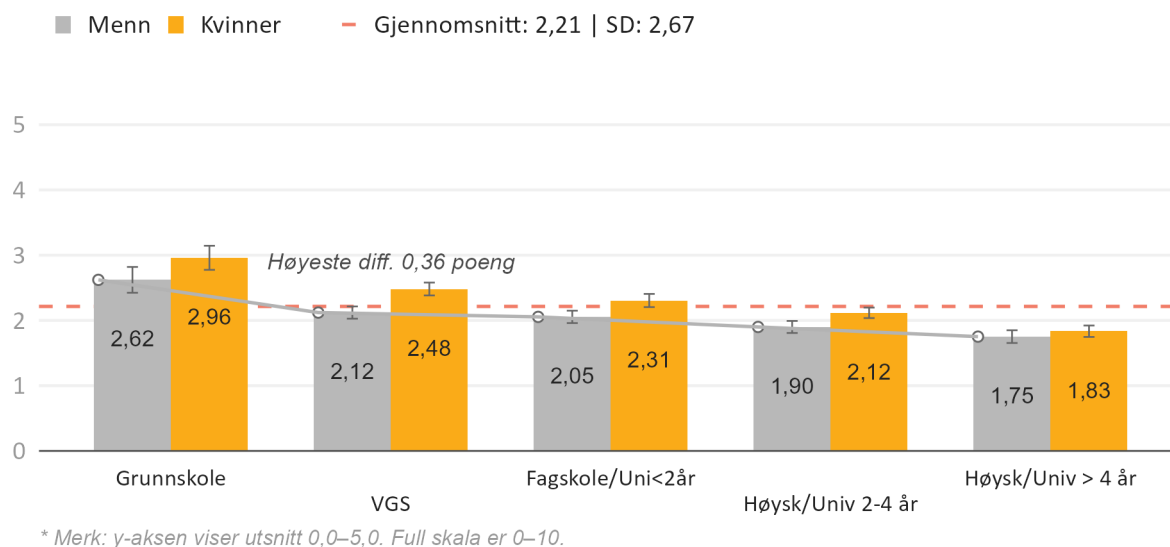
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 605	2,23	2,20 – 2,26
Kvinner	16 137	2,33	2,29 – 2,37
Menn	13 468	2,10	2,06 – 2,15

Figur 193: Ensomhet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



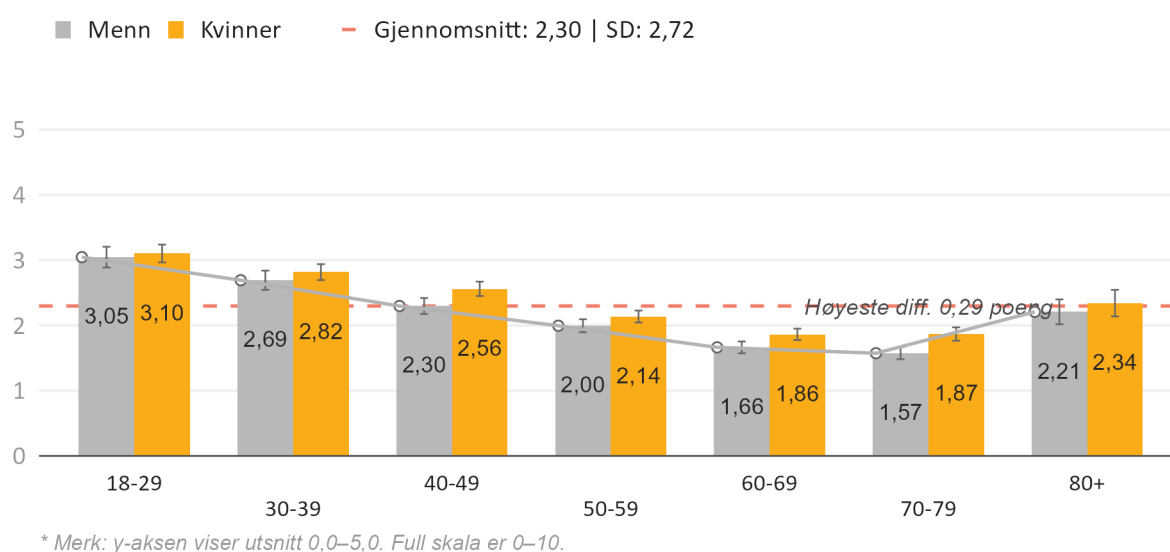
Figur A viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående lavt på skalaen og varierer lite mellom kommunene. Sandefjord har høyest gjennomsnittsskår, mens Færder har lavest. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,16 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsier effektstørrelsen, med Cohen’s d på 0,06, en ubetydelig forskjell. Helhetsbildet er derfor at nivået av opplevd ensomhet siste uke er nokså likt på tvers av kommunene, med små, men målbare forskjeller mellom laveste og høyeste skår.

Figur 194: Ensomhet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er ensomhetsskåren høyest for dem med grunnskole og lavest for dem med høyskole eller universitet over 4 år. For kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 1,13 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,42, som tilsier en middels forskjell. For menn er det en statistisk sikker forskjell på 0,87 poeng, og Cohen's d på 0,33, som også tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner. Forskjellene er statistisk sikre for videregående skole, fagskole eller universitet under 2 år, og høyskole eller universitet 2-4 år. For grunnskole og høyskole eller universitet over 4 år er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

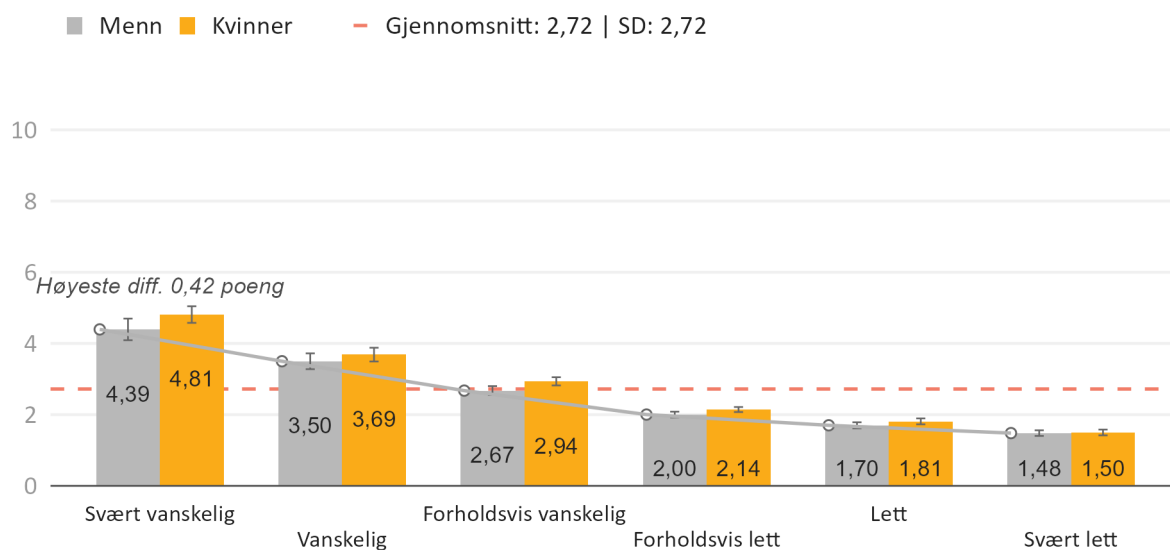
Figur 195: Ensomhet (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er ensomhetsskåren høyest i alderen 18-29 år. Deretter

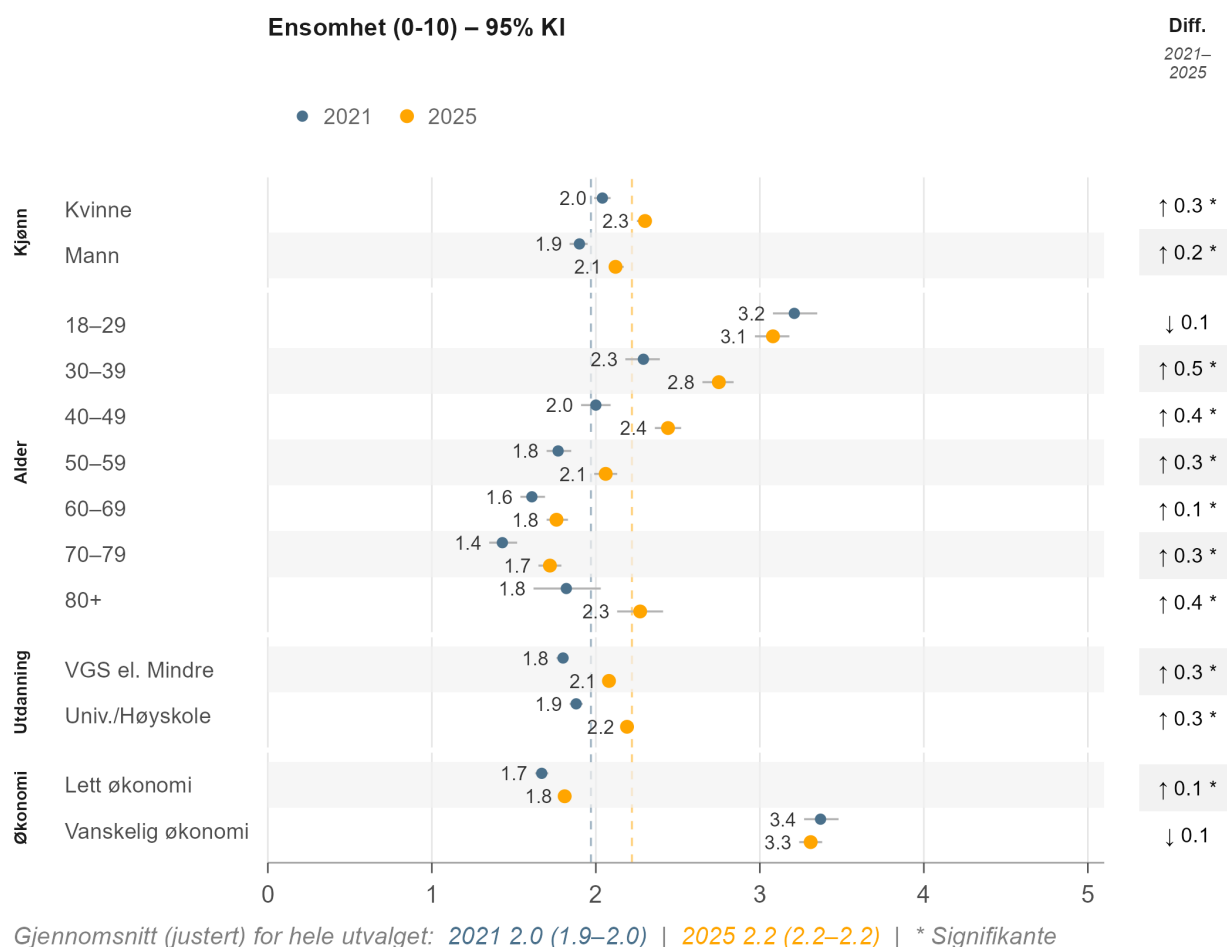
synker skåren jevnt med økende alder fram til aldersgruppene 60-69 år for kvinner og 70-79 år for menn, før den øker noe igjen i gruppen 80+. For kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 1,24 poeng, og Cohen's d er 0,46, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 1,47 poeng, og Cohen's d er 0,54, som tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er gjennomgående små. Det er likevel statistisk sikre forskjeller i alderen 40-49 år, 60-69 år og 70-79 år, der menn ligger lavere enn kvinner med henholdsvis 0,26 poeng, 0,20 poeng og 0,29 poeng.

Figur 196: Ensomhet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er ensomhetsskåren høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, for så å synke gradvis til den laveste skåren blant dem som oppgir at økonomien er svært lett. Blant kvinner er forskjellen på 3,31 poeng. Dette er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's d er 1,22, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er forskjellen på 2,91 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d på 1,07, som indikerer en stor forskjell. Når man sammenligner kvinner og menn innen hver økonomigruppe, er nivåene stort sett like. Den eneste gruppen der det er en statistisk sikker kjønnforskjell, er blant dem som oppgir at økonomien er forholdsvis vanskelig, der kvinner ligger 0,26 poeng høyere enn menn. I de øvrige gruppene er kjønnforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 197: Ensomhet (0-10) (E)



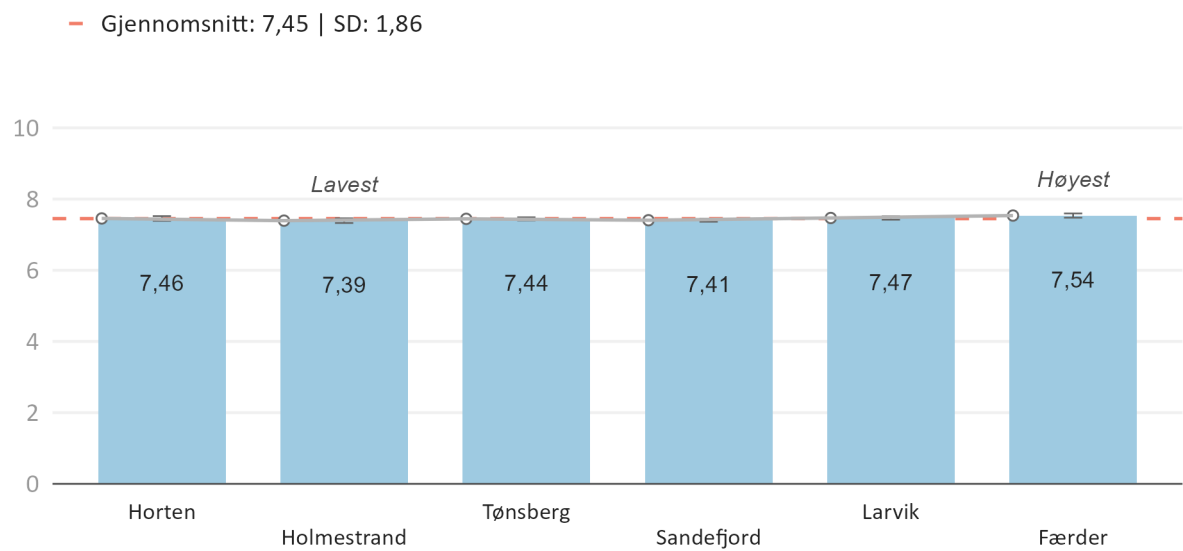
Figur E viser gjennomsnittsskåren for ensomhet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker ensomhet noe fra 2,0 i 2021 til 2,2 i 2025, og endringen framstår som statistisk sikker. For kjønn øker skåren statistisk sikkert både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene er liten i begge år. Aldersmønsteret endrer seg ved at flere av gruppene fra 30 år og oppover har en statistisk sikker økning, mens 18–29 år har en liten, ikke statistisk sikker nedgang. Dette innebærer at økningen i ensomhet i større grad er knyttet til middelaldrende og eldre grupper i 2025 enn i 2021. For utdanning er det en statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og avstanden mellom dem er omtrent uendret. For opplevde økonomiske vansker er nivået fortsatt klart høyere ved vanskelig økonomi enn ved lett økonomi, men endringen over tid er bare statistisk sikker for gruppen med lett økonomi, mens gruppen med vanskelig økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Samlet sett er hovedbildet en moderat økning over tid, samtidig som de relative forskjellene mellom gruppene i stor grad består.

3.44 Sosiale relasjoner (0-10)

Svarandel: Totalt 29 241 deltakere av 31 994 (91,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

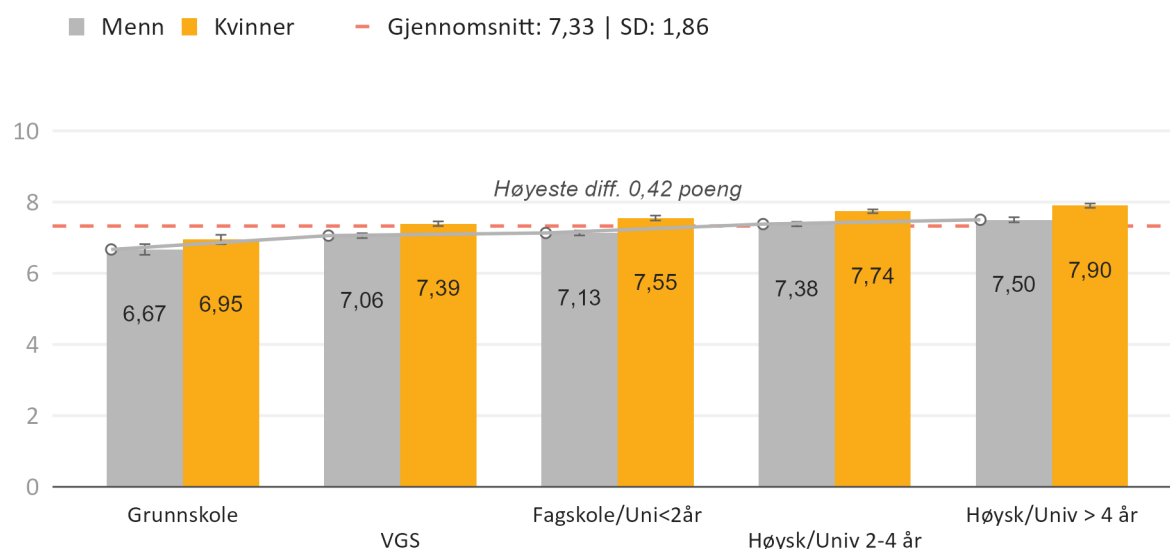
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 241	7,44	7,42 – 7,46
Kvinner	15 902	7,63	7,60 – 7,65
Menn	13 339	7,22	7,19 – 7,26

Figur 198: Sosiale relasjoner (0-10) etter kommuner i fylket (A)



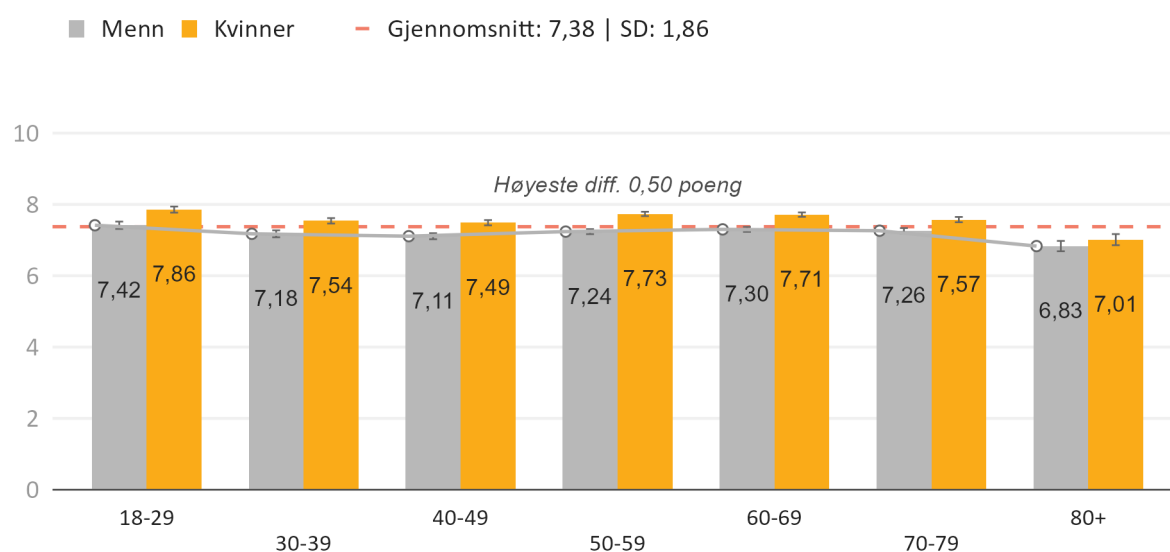
Figur A viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående tett mellom kommunene. Færder har høyest gjennomsnittsskår, mens Holmestrand ligger lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 0,14 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker, men samtidig tilsvarer forskjellen en Cohen’s d på 0,08, som vurderes som en ubetydelig forskjell. Dette understreker at nivået i praksis er svært likt mellom kommunene.. Samlet sett viser figuren små variasjoner i opplevelsen av støttende og givende sosiale relasjoner på tvers av kommunene.

Figur 199: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



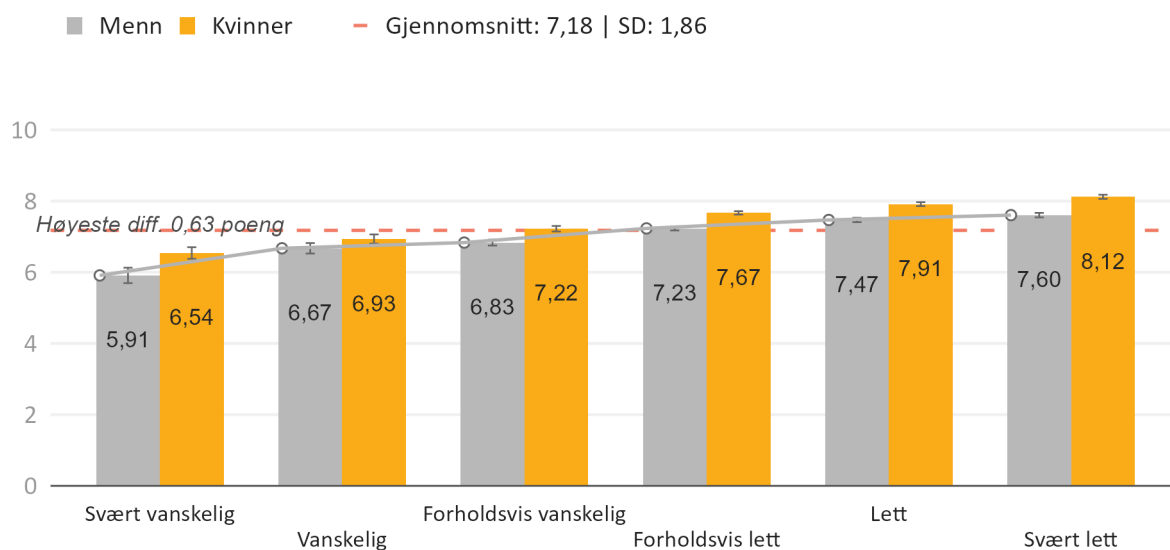
Figur B viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år og lavest for dem med grunnskole. Det er en statistisk sikker differanse på 0,95 poeng, og Cohen's d er 0,51, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er skåren høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over fire år og lavest ved grunnskole. Differansen er 0,83 poeng og statistisk sikker, og Cohen's d er 0,45, som tilsier en middels forskjell. På hvert utdanningsnivå skårer kvinner høyere enn menn. Kjønnforskjellen er statistisk sikker for videregående skole, fagskole eller universitet under to år, høyskole eller universitet to til fire år, høyskole eller universitet over fire år, og varierer fra 0,33 til 0,42 poeng i favør av kvinner. For grunnskole er forskjellen 0,28 poeng, men den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 200: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og alder (C)



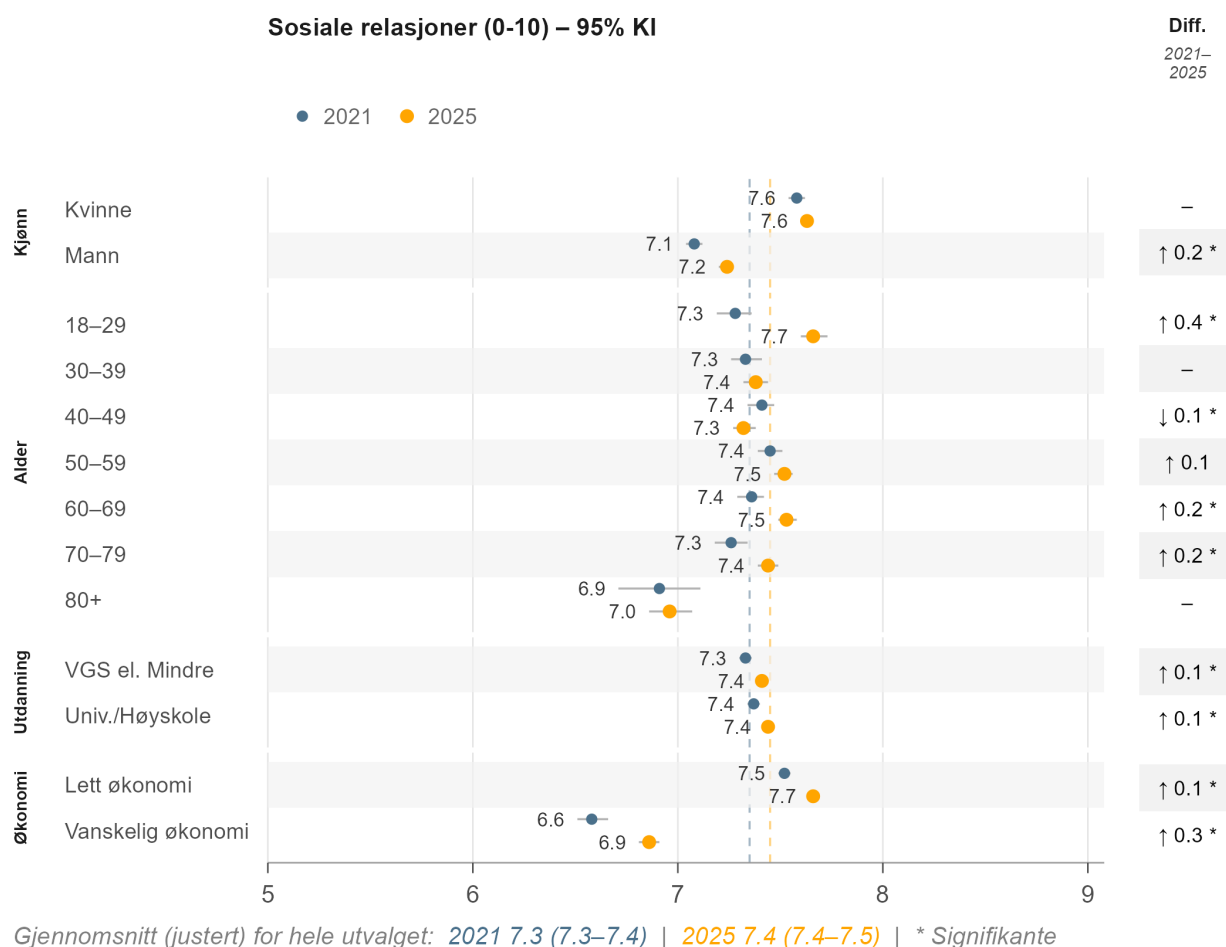
Figur C viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er skåren høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i 80+. For kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 0,84 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,45, som tilsier en middels forskjell. For menn er differansen 0,58 poeng, statistisk sikker, og Cohen's d er 0,31, som også tilsier en middels forskjell. Når vi sammenligner kjønn innen hver aldersgruppe, ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Forskjellene er statistisk sikre for alle aldersgruppene med unntak av 80+.

Figur 201: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren når husholdningsøkonomien vurderes som lettere, og skåren høyest når økonomien oppleves som svært lett og lavest når den oppleves som svært vanskelig. For kvinner er det en statistisk sikker differanse på 1,58 poeng, og Cohen's d er 0,85, som tilsier en stor forskjell. For menn er det en statistisk sikker differanse på 1,69 poeng, og Cohen's d er 0,91, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner skårer gjennomgående høyere enn menn i de fleste økonomigruppene, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre for forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett, svært lett og svært vanskelig. Størst forskjell finner vi i gruppen svært vanskelig, der menn ligger 0,63 poeng lavere enn kvinner. I gruppen vanskelig er kjønnsforskjellen mindre, og den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 202: Sosiale relasjoner (0-10) (E)



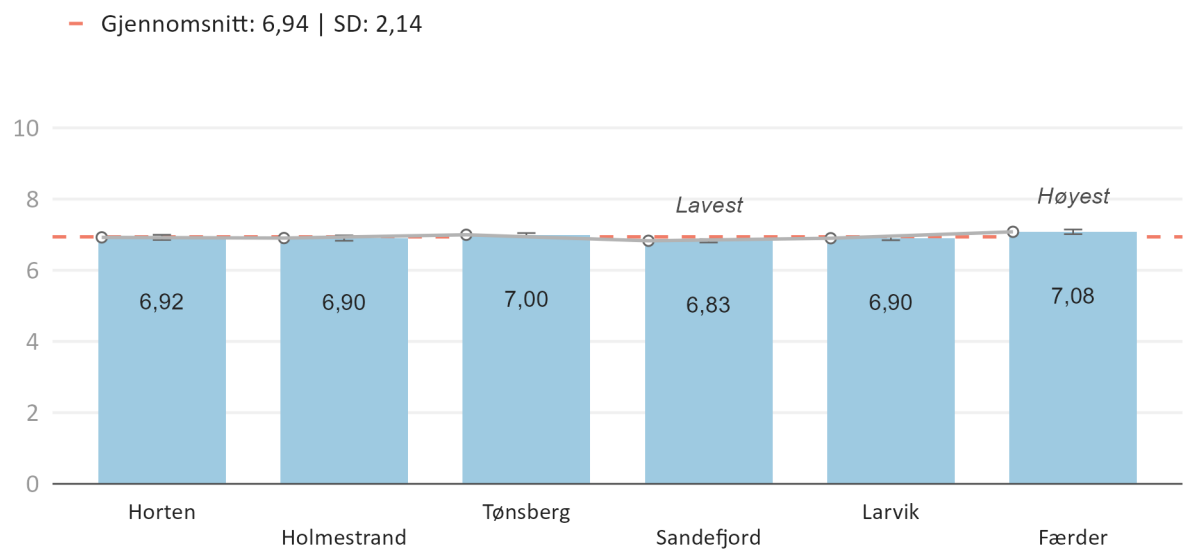
Figur E viser gjennomsnittsskåren for sosiale relasjoner (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker gjennomsnittet fra 7,3 i 2021 til 7,4 i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen består over tid, men utviklingen peker mot en noe mindre forskjell fordi menn har en statistisk sikker økning, mens kvinner ligger stabilt på et høyt nivå. På tvers av alder er endringene mer blandet: 18–29 år har en statistisk sikker økning, mens 40–49 år har en statistisk sikker nedgang. Flere av de eldre gruppene (60–69 år og 70–79 år) har også statistisk sikre økninger, mens 80 år eller eldre ikke har en statistisk sikker endring. Etter utdanning er mønsteret stabilt, med små, statistisk sikre økninger i begge utdanningsgrupper. For opplevd økonomi øker skåren statistisk sikkert både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene ser i hovedsak ut til å bestå. Samlet tyder dette på en svak oppgang fra 2021 til 2025, samtidig som forskjeller mellom grupper i stor grad er stabile, med noen tydelige aldersvise unntak.

3.45 Tillit til andre (0-10)

Svarandel: Totalt 29 432 deltakere av 31 994 (92,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

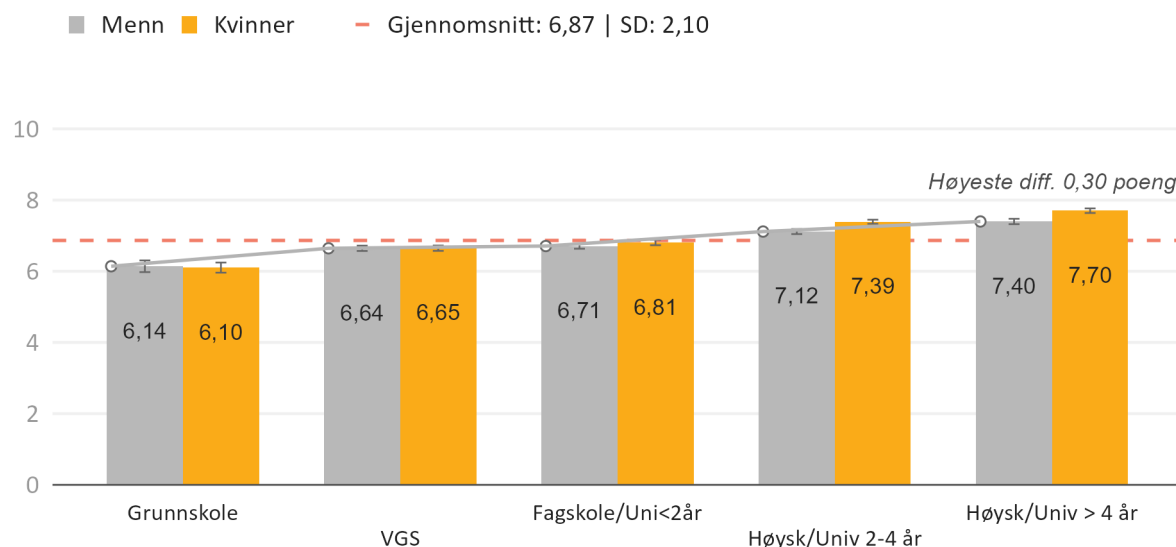
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 432	6,93	6,90 – 6,95
Kvinner	16 018	7,01	6,98 – 7,05
Menn	13 414	6,82	6,79 – 6,86

Figur 203: Tillit til andre (0-10) etter kommuner i fylket (A)



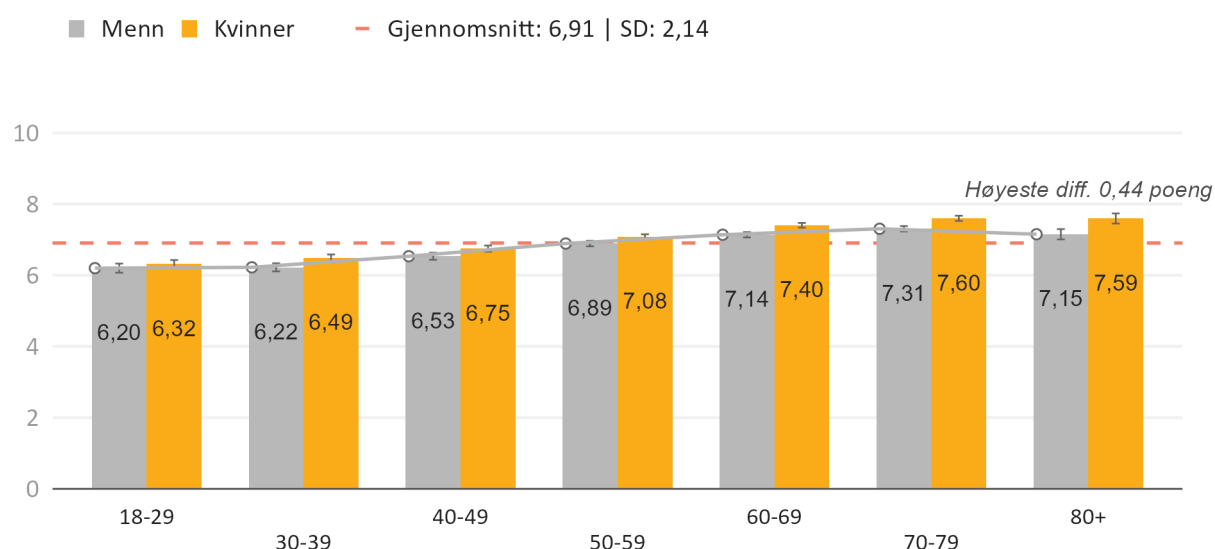
Figur A viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående relativt samlet, med små variasjoner mellom kommunene. Færder har høyest gjennomsnittsskår, mens Sandefjord ligger lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 0,25 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsvarer forskjellen en Cohen’s d på 0,12, som indikerer en liten forskjell i praksis. Helhetsbildet er at nivået på generell tillit er ganske likt på tvers av kommunene, men med noe variasjon mellom ytterpunktene.

Figur 204: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er tilliten høyest hos dem med høyskole eller universitetsutdanning på mer enn fire år og lavest hos dem med grunnskole. For kvinner er differansen 1,60 poeng, som er en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,76, som tilsier en stor forskjell. For menn er differansen 1,26 poeng og statistisk sikker, og Cohen's d er 0,60, som også tilsier en stor forskjell. Samlet sett ligger skårene høyere ved lengre utdanning for begge kjønn. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå er forskjellene små. Det er likevel statistisk sikre kjønnsforskjeller i favør av kvinner ved høyskole eller universitetsutdanning på 2-4 år (0,28 poeng) og ved mer enn fire år (0,30 poeng).

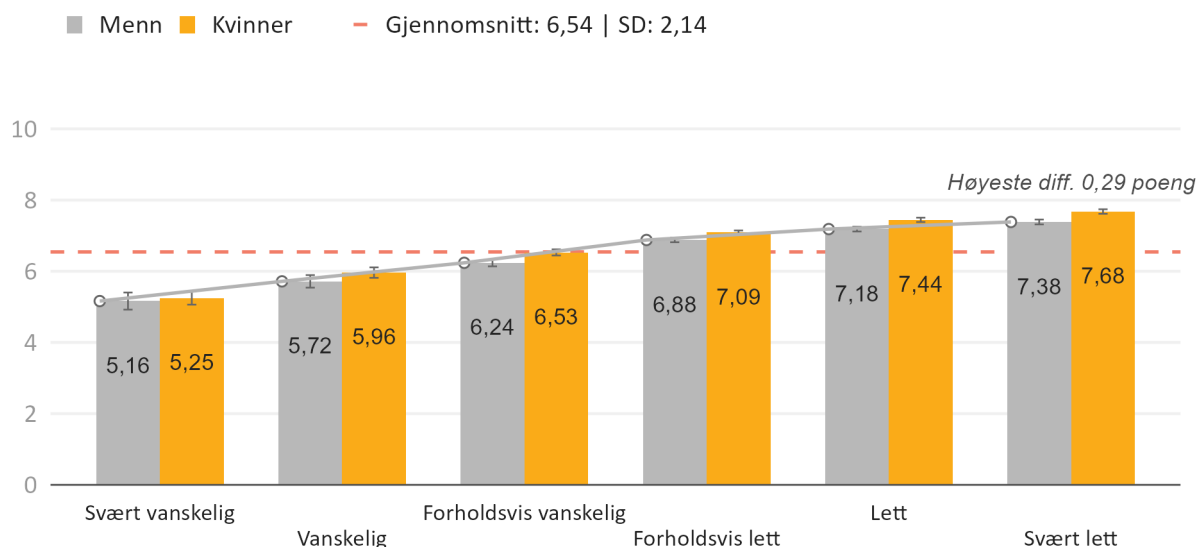
Figur 205: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren tydelig med alderen, fra lavest nivå i 18-29 til høyest nivå i 70-79. For kvinner er differansen 1,28 poeng, og

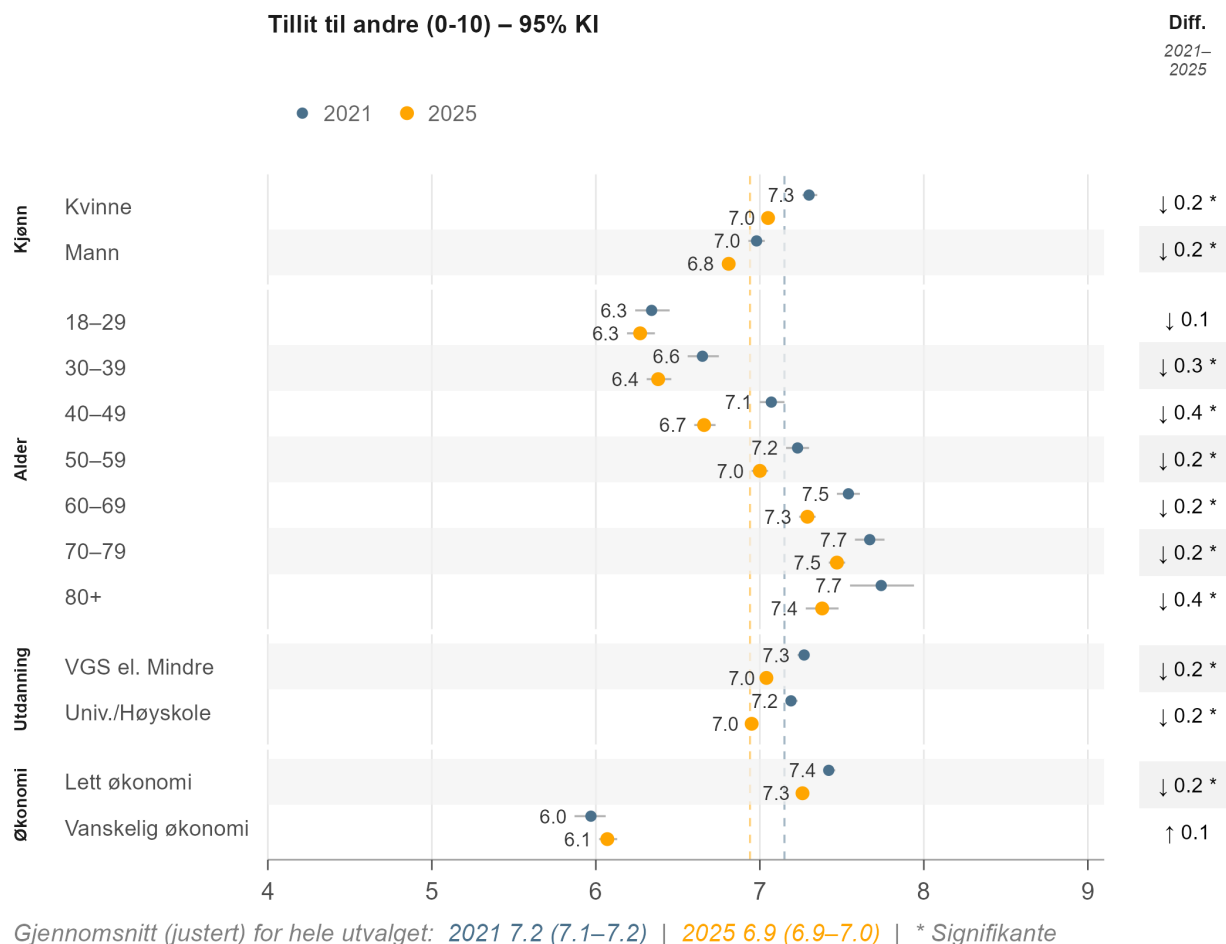
forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,60, som indikerer en stor forskjell. For menn er differansen 1,11 poeng, også statistisk sikker, og Cohen's d er 0,52, som tilsier en stor forskjell. Når vi sammenligner kjønn innen samme aldersgruppe, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner. I 18-29 er forskjellen liten og ikke statistisk sikker. Fra 30-39 og opp til 80+ er kjønnsforskjellene statistisk sikre og varierer fra 0,19 til 0,44 poeng, med størst forskjell i 80+.

Figur 206: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er tilliten høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Blant kvinner er differansen på 2,43 poeng. Dette er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer Cohen's d 1,14, som indikerer en stor forskjell. For menn er differansen på 2,22 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d 1,04, som også er en stor forskjell. Kvinner ligger gjennomgående noe høyere enn menn i flere økonomigrupper, med statistisk sikre kjønnsforskjeller i for eksempel svært lett (0,29 poeng) og lett (0,26 poeng). I gruppene svært vanskelig og vanskelig er kjønnsforskjellene mindre, henholdsvis 0,09 poeng og 0,25 poeng, og her framstår forskjellene ikke som statistisk sikre. Samlet sett varierer tilliten tydelig med opplevd husholdningsøkonomi for begge kjønn, mens kjønnsforskjellene er små.

Figur 207: Tillit til andre (0-10) (E)



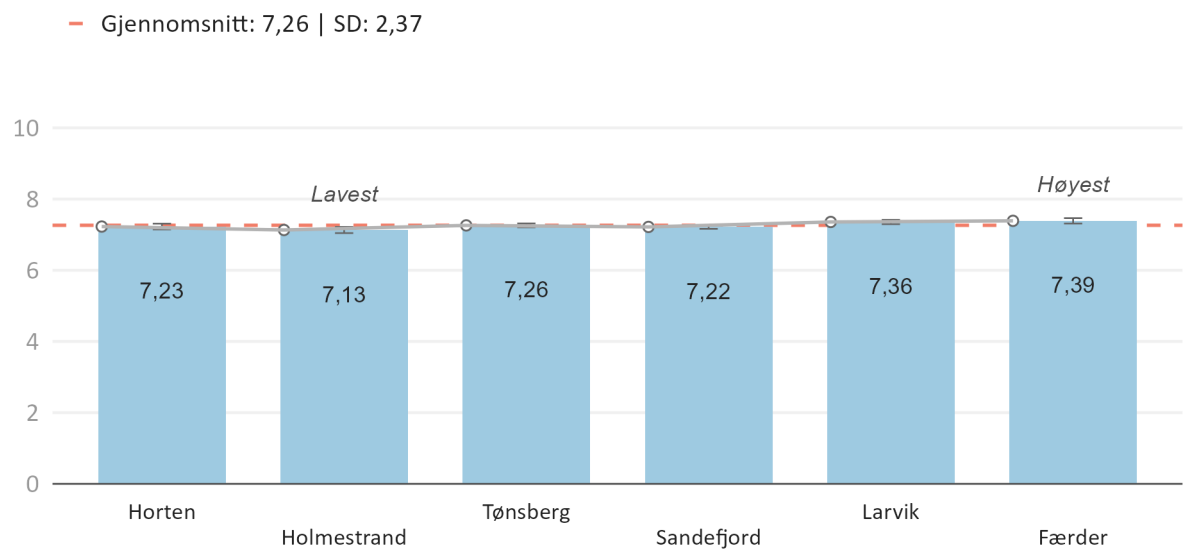
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tillit til andre (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går gjennomsnittet ned fra 7,2 i 2021 til 6,9 i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. Nedgangen er også statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. For alder er bildet mer variert: 18–29-åringer ligger stabilt på 6,3, mens de fleste øvrige aldersgrupper har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Dette innebærer at mønsteret med høyere tillit i eldre aldersgrupper i hovedsak består, selv om nivåene gjennomgående er noe lavere i 2025. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, har gruppen med lett økonomi en statistisk sikker nedgang, mens gruppen med vanskelig økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Dermed består også forskjellen mellom økonomigruppene i 2025, med høyere tillit blant dem som opplever økonomien som lett.

3.46 Stedstilhørighet (0-10)

Svarandel: Totalt 29 447 deltakere av 31 994 (92,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

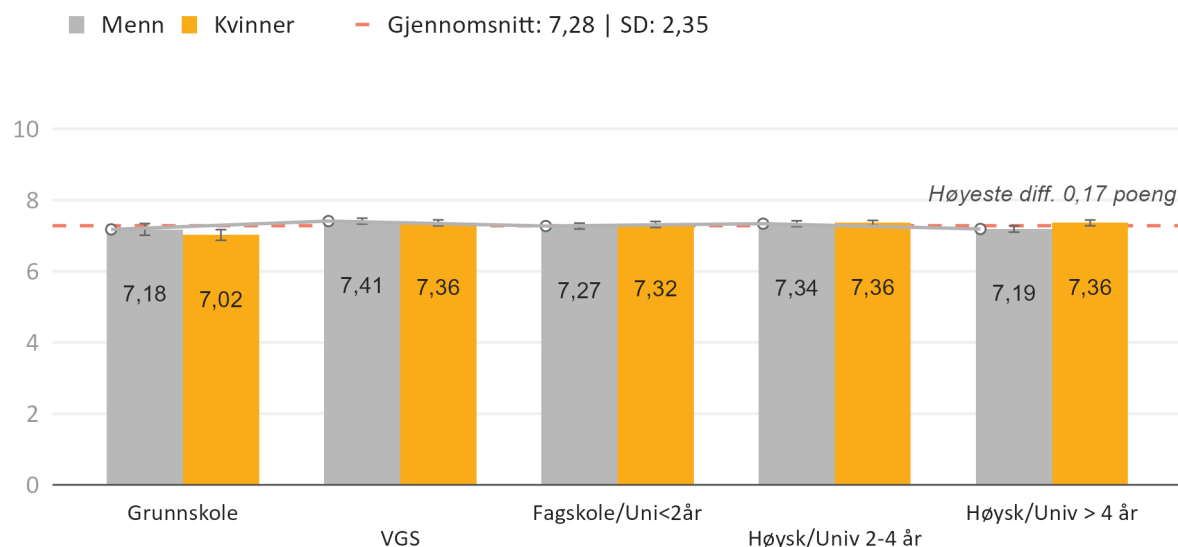
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 447	7,26	7,24 – 7,29
Kvinner	16 026	7,27	7,23 – 7,30
Menn	13 421	7,26	7,22 – 7,30

Figur 208: Stedstilhørighet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



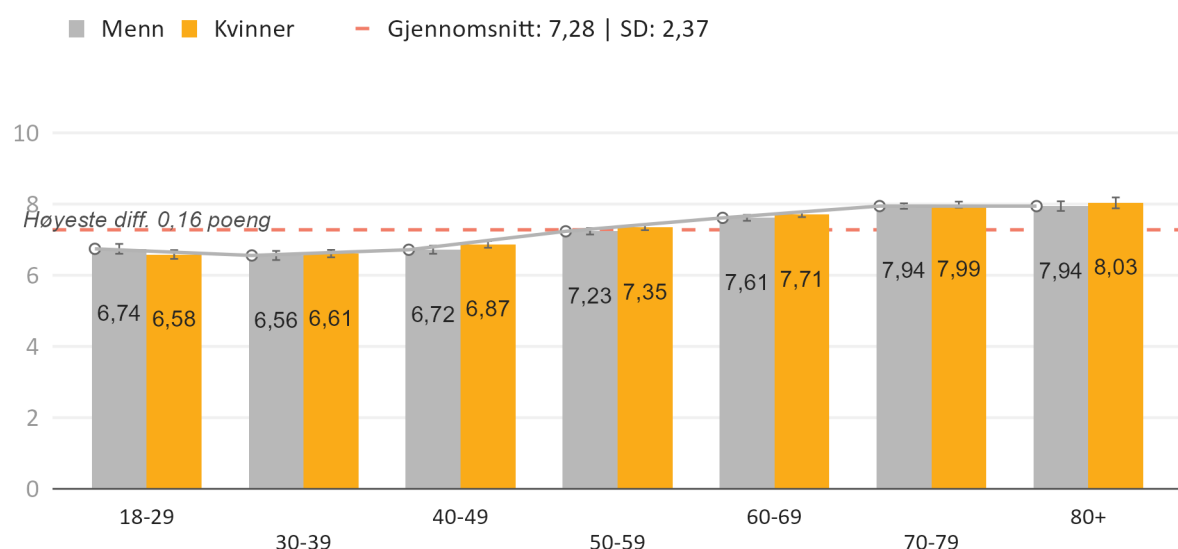
Figur A viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående relativt samlet. Færder har høyest gjennomsnittsskår, mens Holmestrand ligger lavest. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,26 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker, og Cohen’s d er 0,11, som tilsier en liten forskjell. Samlet sett er variasjonen mellom kommunene liten. Resultatene tyder dermed på at opplevd tilhørighet til bostedet er ganske lik på tvers av kommunene, selv om det finnes en forskjell mellom høyeste og laveste nivå.

Figur 209: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn ligger skårene samlet sett relativt jevnt på tvers av utdanningsgrupper, med høyest gjennomsnittsskår for gruppen med videregående og lavest for gruppen med grunnskole. For kvinner er differansen mellom høyeste og laveste nivå er 0,34 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,15, som tilsier en liten forskjell. For menn er mønsteret også preget av små variasjoner. Differansen er 0,23 poeng, og Cohen's d er 0,10, som også tilsier en liten forskjell. Denne forskjellen framstår ikke som statistisk sikker. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er gjennomgående små og ingen av disse forskjellene framstår som statistisk sikre.

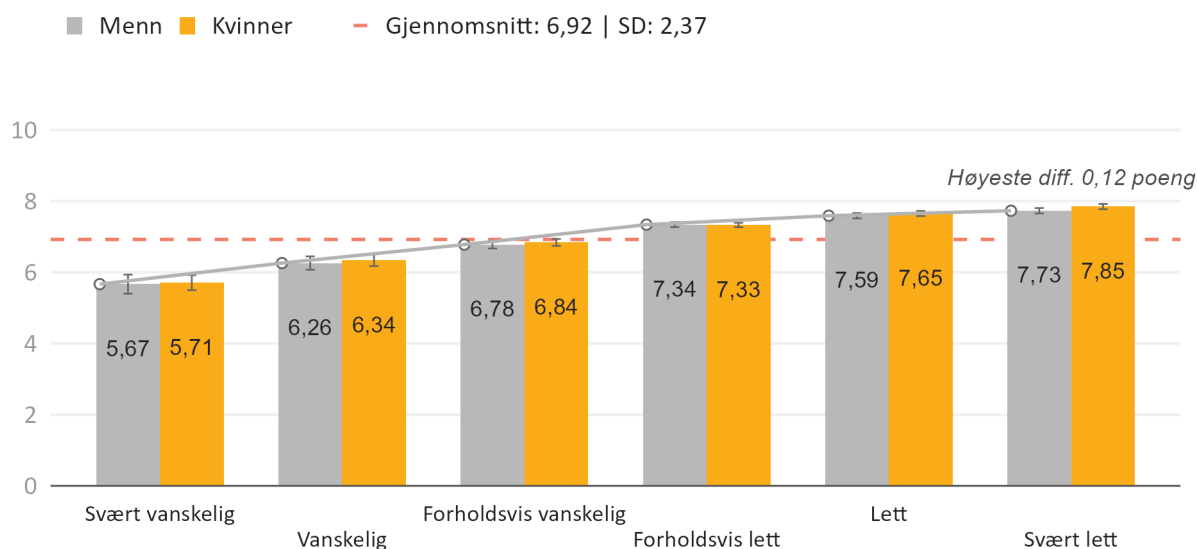
Figur 210: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren jevnt med alder, fra laveste skår i aldersgruppen 18-29 til høyeste skår i 80+. Forskjellen er 1,45 poeng, som framstår som statistisk sikker, og Cohen's d

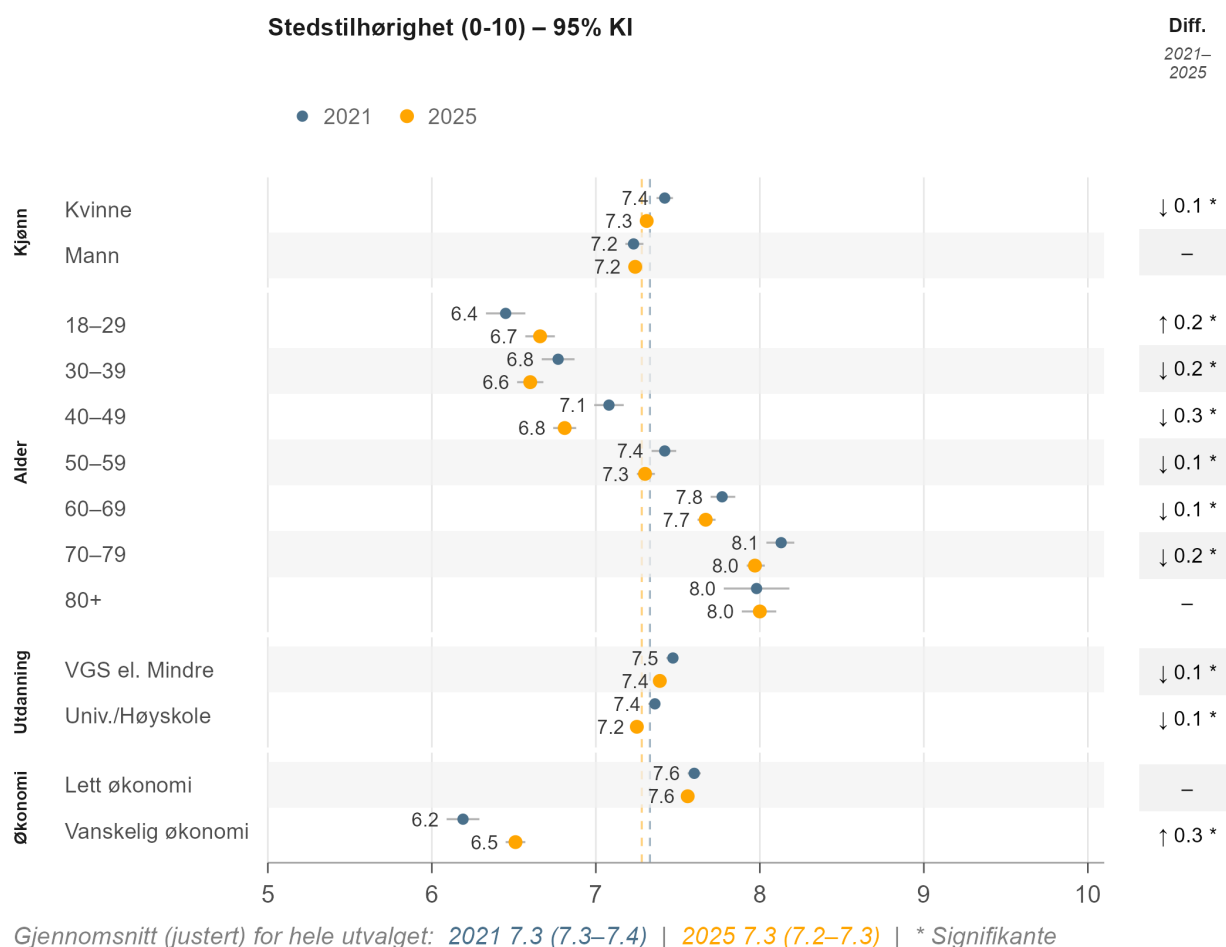
er 0,61, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er tilhørigheten høyere i eldre aldersgrupper enn i yngre. Lavest skår finner vi i 30-39, mens høyest skår er i 70-79. Differansen er 1,39 poeng, som er statistisk sikker, og Cohen's d på 0,58 tilsier også en stor forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver aldersgruppe, er forskjellene små og ingen av kjønnsforskjellene fremstår som statistisk sikre.

Figur 211: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er stedstilhørigheten høyere når husholdningsøkonomien oppleves som lett, og lavere når den oppleves som vanskelig. For kvinner er differansen mellom ytterpunktene 2,14 poeng, og Cohen's d er 0,90, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er differansen 2,06 poeng, og Cohen's d er 0,87, som også indikerer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene framstår som små og ikke statistisk sikre.

Figur 212: Stedstilhørighet (0-10) (E)



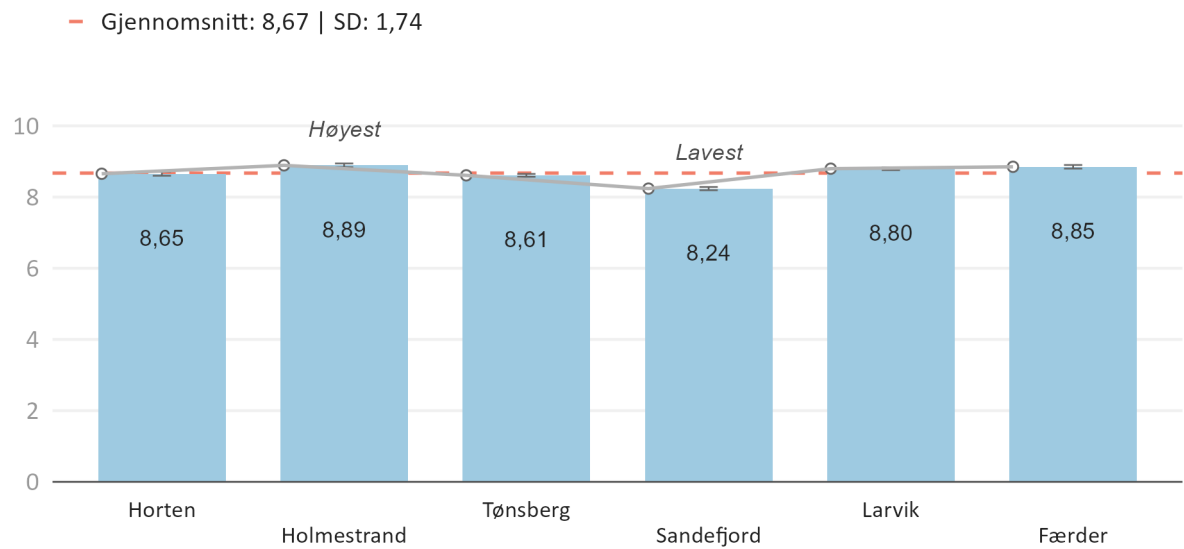
Figur E viser gjennomsnittsskåren for stedstilhørighet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalnivået er stabilt fra 2021 til 2025 (7,3 begge år), og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, og utviklingen tyder på en svak utjevning fordi kvinner har en statistisk sikker nedgang mens menn ikke har en statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme, med høyere skår blant eldre enn blant yngre, men det er statistisk sikre endringer i flere grupper. De yngste (18–29) øker fra 6,4 til 6,7, mens flere grupper fra 30 til 79 år har en liten, statistisk sikker nedgang. For utdanning er nivåene fortsatt like, men begge utdanningsgrupper har en liten, statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Forskjellene etter opplevd økonomi består, men utviklingen går i retning av noe mindre gap fordi gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning (6,2 til 6,5), mens gruppen med lett økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Samlet sett er endringene over tid små, men enkelte undergrupper beveger seg i ulike retninger.

3.47 Trygg i nærmiljøet (0-10)

Svarandel: Totalt 29 444 deltakere av 31 994 (92,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

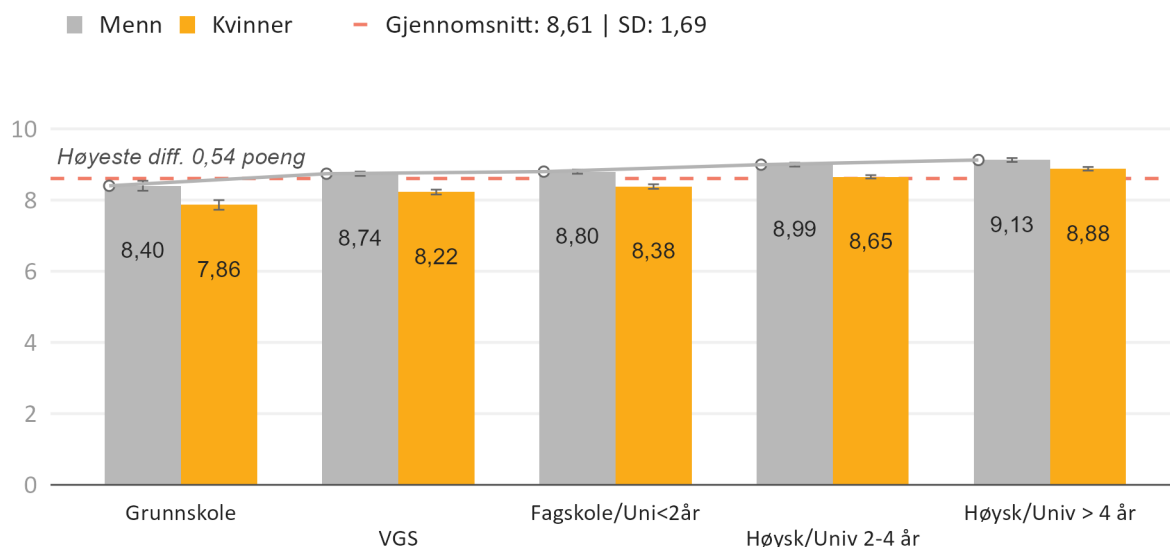
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 444	8,61	8,59 – 8,63
Kvinner	16 023	8,43	8,41 – 8,46
Menn	13 421	8,82	8,79 – 8,85

Figur 213: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



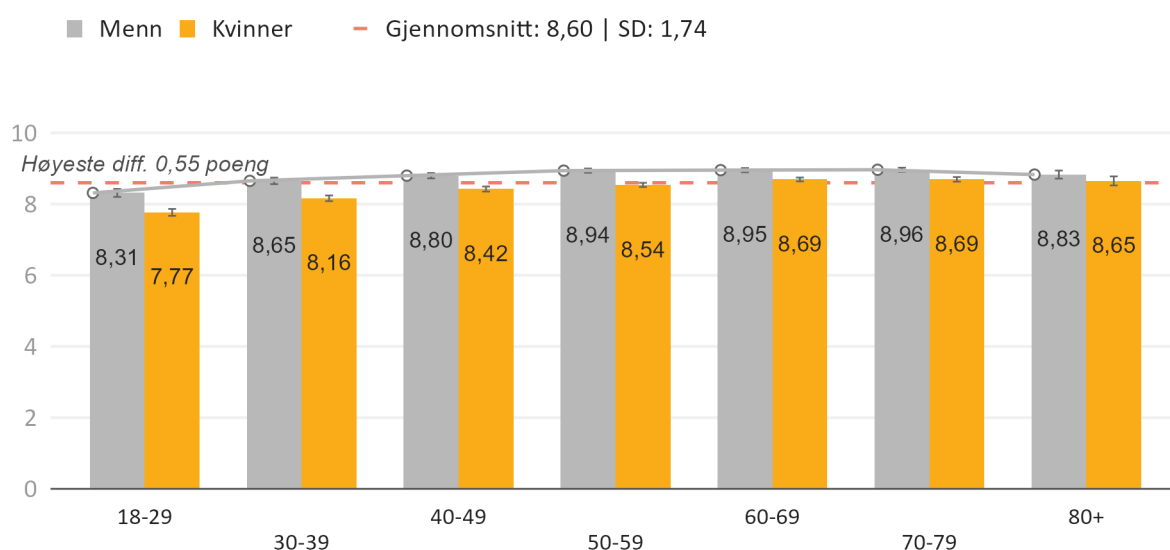
Figur A viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt, men med variasjon mellom kommunene. Holmestrand har høyest gjennomsnittsskår, mens Sandefjord har lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 0,65 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s d på 0,38, som tilsier en middels forskjell i opplevd trygghet mellom kommunene som ligger høyest og lavest. Blant de øvrige kommunene ligger Færder også høyt, tett fulgt av Larvik. Samlet sett viser resultatene at innbyggerne i alle kommunene i stor grad opplever nærmiljøet som trygt, men at Sandefjord skiller seg ut med et lavere nivå enn de øvrige, særlig sammenlignet med Holmestrand og Færder.

Figur 214: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



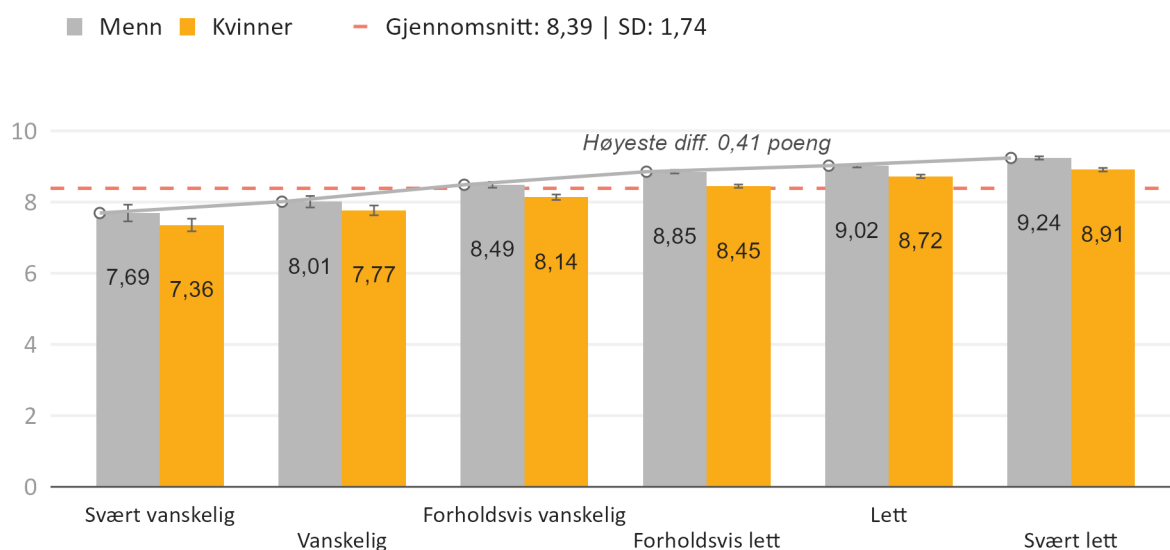
Figur B viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er skåren høyest for dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år og lavest for dem med grunnskole. For kvinner er det en statistisk sikker forskjell på 1,02 poeng mellom ytterpunktene. Cohen's d er 0,60, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell på 0,72 poeng, med Cohen's d på 0,43, som tilsier en middels forskjell. På alle utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst blant dem med grunnskole, der menn ligger 0,54 poeng over kvinner, og blant dem med videregående skole, der menn ligger 0,52 poeng over kvinner. Den minste kjønnsforskjellen finnes blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, der menn ligger 0,25 poeng høyere enn kvinner. Samlet viser tallene høyere opplevd trygghet ved høyere utdanning for begge kjønn, og gjennomgående noe høyere skår blant menn.

Figur 215: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og alder (C)



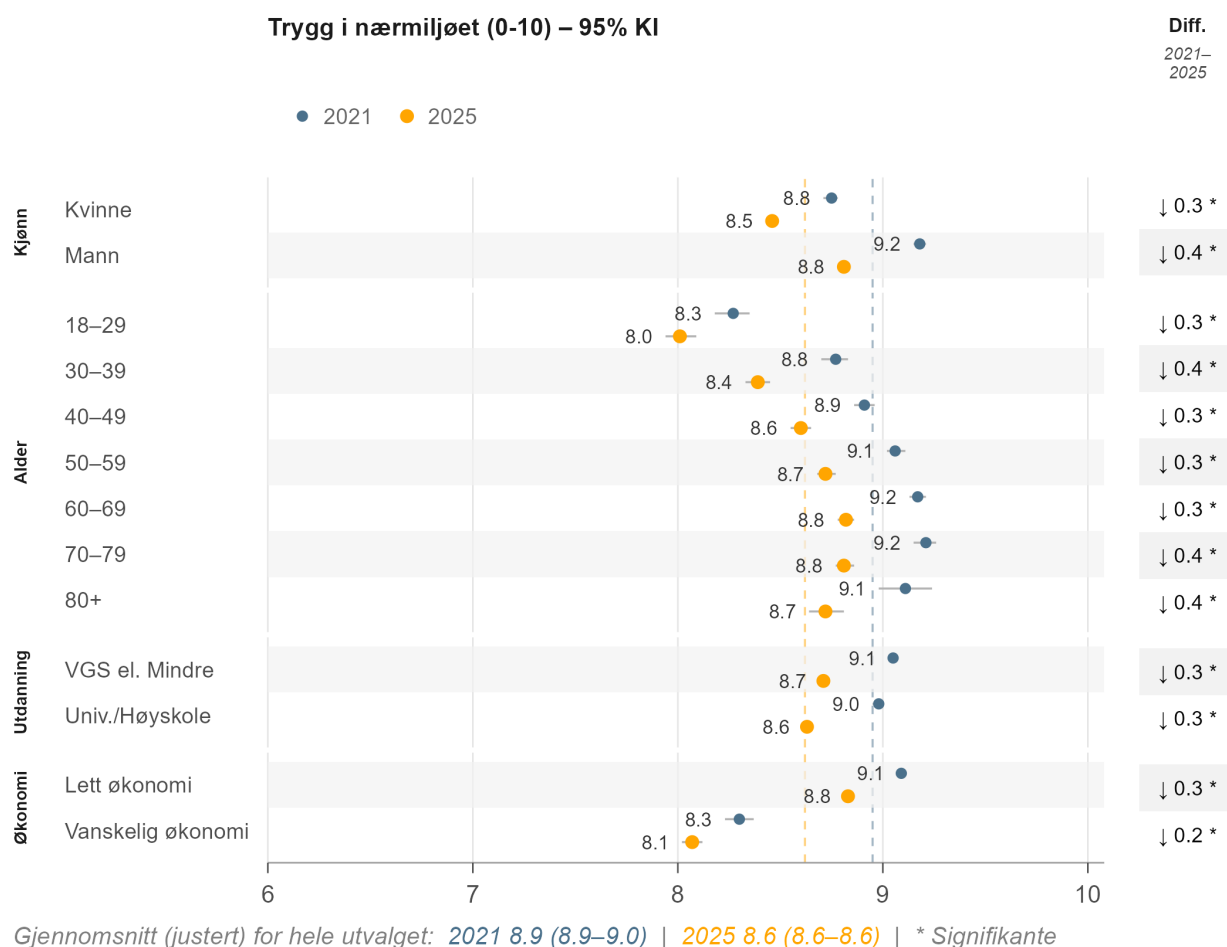
Figur C viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker gjennomsnittsskåren laveste skår alderen 18-29 til høyeste skår i 70-79, med en statistisk sikker økning på 0,93 poeng. Cohen's d er 0,53, som tilsvarer en stor forskjell mellom ytterpunktene. For menn er mønsteret tilsvarende, men med litt mindre spredning. Her er det en statistisk sikker økning på 0,65 poeng. Cohen's d er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. I aldersgruppene fra 18-29 til 70-79 ligger menn gjennomgående høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i 18-29, der menn skårer 0,55 poeng høyere enn kvinner, og avtar gradvis med alderen til 0,27 poeng i 70-79. I gruppen 80+ er forskjellen 0,18 poeng og ikke statistisk sikker.

Figur 216: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn er trygghetsskåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. For kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 1,55 poeng, som er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,89, altså en stor forskjell. For menn er forskjellen også 1,55 poeng, statistisk sikker, og Cohen's d er 0,89, som indikerer en stor forskjell. Samlet sett henger en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien tydelig sammen med høyere opplevd trygghet for begge kjønn. Når en sammenligner kjønn innen samme økonomivurdering, skårer menn gjennomgående høyere enn kvinner. Forskjellene er statistisk sikre for forholdsvis lett, med 0,41 poeng, forholdsvis vanskelig, med 0,35 poeng, lett, med 0,30 poeng, og svært lett, med 0,33 poeng. For svært vanskelig og vanskelig er kjønnsforskjellene på henholdsvis 0,34 og 0,24 poeng, men disse framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 217: Trygg i nærmiljøet (0-10) (E)



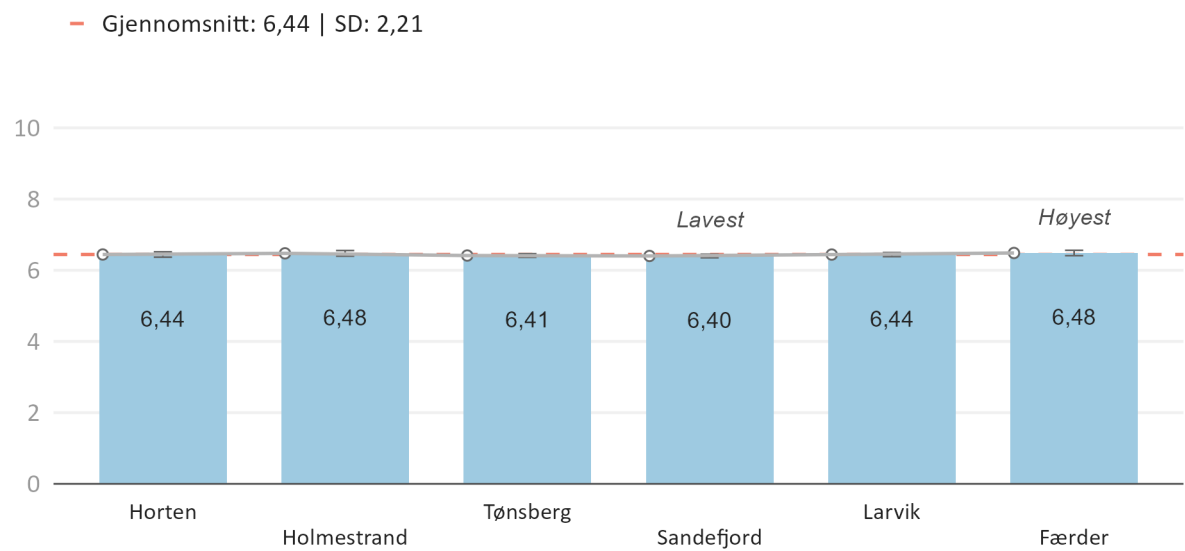
Figur E viser gjennomsnittsskåren for trygg i nærmiljøet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går gjennomsnittet ned fra 8,9 i 2021 til 8,6 i 2025, og endringen er statistisk sikker. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen er i hovedsak stabil ved at menn ligger høyere enn kvinner i begge år. For alder er mønsteret også stabilt: de yngste har lavest skår og de eldre høyere, samtidig som alle aldersgrupper har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Utdanningsgruppene følger et liknende forløp, med statistisk sikker nedgang i begge grupper og små endringer i forskjellene mellom dem. For opplevde økonomiske vansker ligger gruppen med vanskelig økonomi lavere enn gruppen med lett økonomi i begge år. Begge økonomigruppene har en statistisk sikker nedgang, og avstanden mellom dem framstår dermed som omtrent uendret over tid. Samlet peker resultatene på en bred, moderat nedgang i opplevd trygghet fra 2021 til 2025, uten tydelige endringer i hvordan forskjellene mellom gruppene fordeler seg.

3.48 Engasjement (0-10)

Svarandel: Totalt 29 578 deltakere av 31 994 (92,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

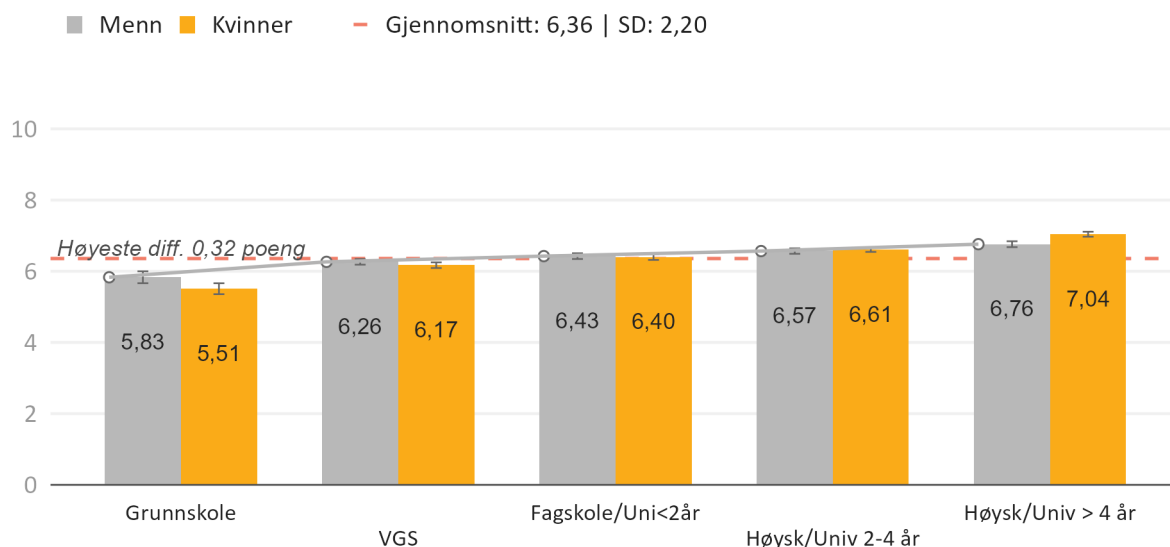
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	29 578	6,43	6,40 – 6,45
Kvinner	16 114	6,44	6,40 – 6,47
Menn	13 464	6,42	6,38 – 6,46

Figur 218: Engasjement (0-10) etter kommuner i fylket (A)



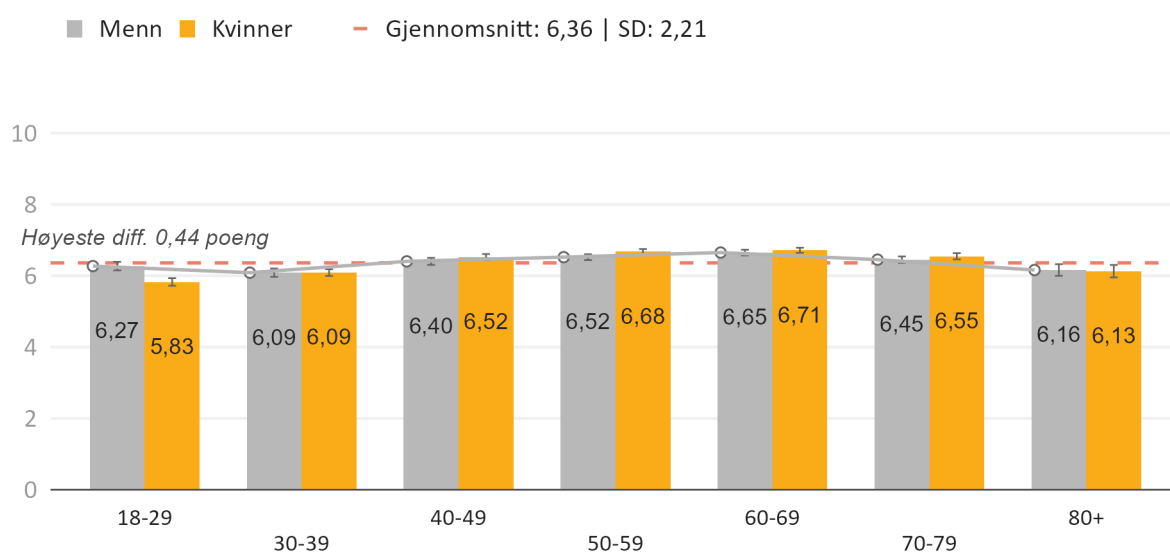
Figur A viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger tett mellom kommunene. Høyest skår finner vi i Færder og Holmestrand og lavest skår er i Sandefjord. Differansen mellom høyeste og laveste kommune er 0,08 poeng, som viser at variasjonen i opplevd engasjement er svært liten. Dette støttes av effektstørrelsen, der Cohen’s d er 0,04, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Forskjellen mellom ytterpunktene framstår heller ikke som statistisk sikker, noe som betyr at nivået av rapportert engasjement i praksis er nokså likt på tvers av kommunene.

Figur 219: Engasjement (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



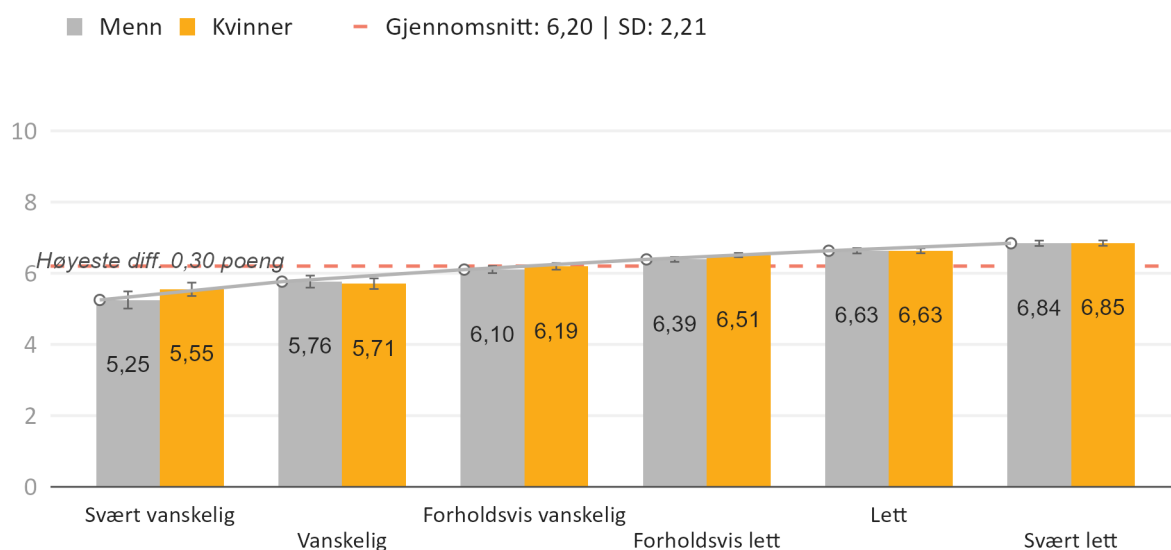
Figur B viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er skåren høyest for dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år og lavest for dem med grunnskole. For kvinner er differansen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå 1,53 poeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,70, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er differansen 0,93 poeng, som også er statistisk sikker, og Cohen's d på 0,42 tilsvarer en middels forskjell. Når man sammenligner kjønn innen samme utdanningsnivå, er forskjellene stort sett små. Ved grunnskole ligger menn 0,32 poeng høyere enn kvinner, og dette er en statistisk sikker forskjell. I gruppen med høyskole eller universitetsutdanning over fire år ligger kvinner 0,28 poeng høyere enn menn, også en statistisk sikker forskjell. For de øvrige utdanningsnivåene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 220: Engasjement (0-10) etter kjønn og alder (C)



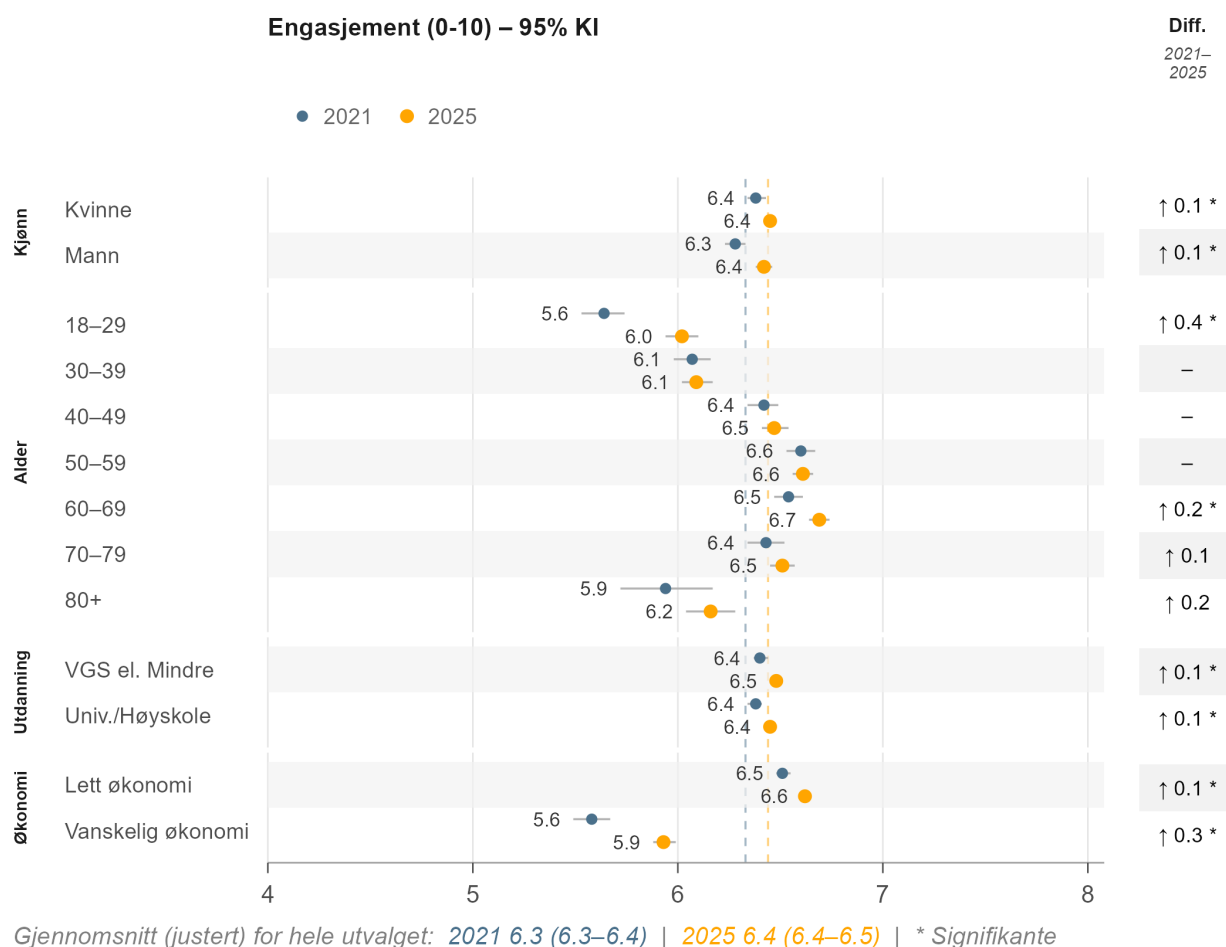
Figur C viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren lavest i alderen 18-29 år, før den øker gjennom de påfølgende aldersgruppene og når et toppunkt i 60-69 år. Deretter synker skåren noe igjen i 70-79 år og i 80+ år. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 0,89 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er mønsteret ganske likt, men skåren er lavest i 30-39 år og høyest i 60-69 år, med en forskjell på 0,56 poeng som framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,26, som tilsvarer en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er det bare i 18-29 år at forskjellen framstår som statistisk sikker med en differanse på 0,44 poeng. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 221: Engasjement (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er engasjementet høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen på 1,30 poeng. Dette er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's d er 0,59, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er forskjellen på 1,59 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d på 0,72, som tilsier en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre.

Figur 222: Engasjement (0-10) (E)



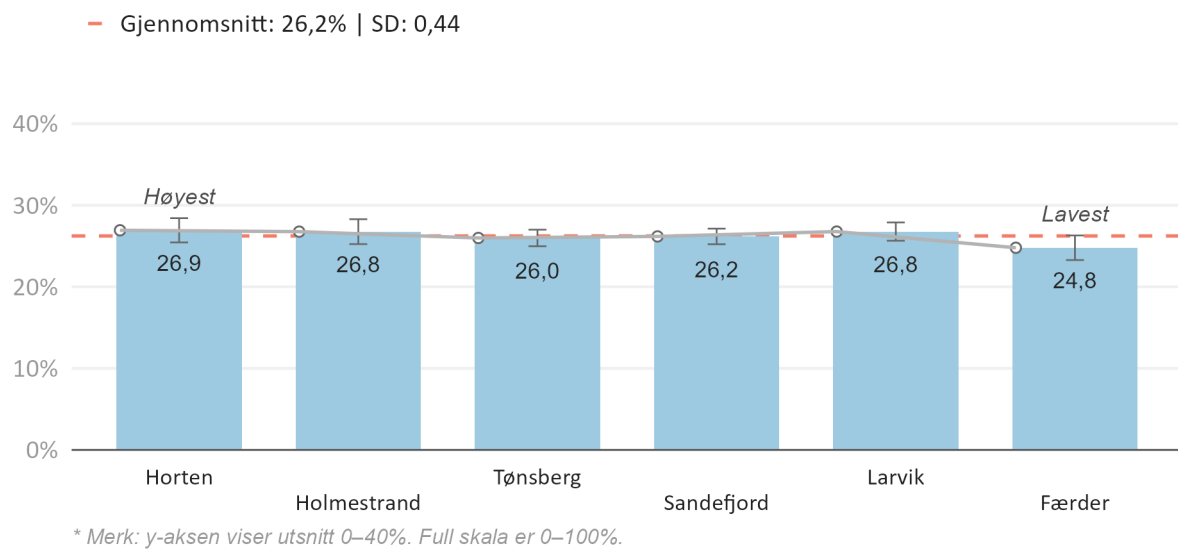
Figur E viser gjennomsnittsskåren for engasjement (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker engasjementet svakt fra 6,33 i 2021 til 6,44 i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker, men liten økning for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellene framstår i praksis som stabile. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, men 18–29 år har en statistisk sikker økning fra 5,6 til 6,0, og 60–69 år har også en statistisk sikker økning fra 6,5 til 6,7. De øvrige aldersgruppene viser ikke statistisk sikre endringer, noe som tyder på relativ stabilitet i disse gruppene. For utdanning er det en statistisk sikker, men svært liten økning i begge utdanningsgrupper, uten tydelig endring i forskjellene mellom dem. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, øker engasjementet statistisk sikkert i begge grupper, men økningen er større blant dem med vanskelig økonomi (fra 5,6 til 5,9) enn blant dem med lett økonomi (fra 6,5 til 6,6). Samlet sett peker dette mot små endringer over tid, med noe tydeligere bedring i enkelte aldersgrupper og blant personer med vanskelig økonomi.

3.49 Økonomiske vansker

Svarandel: Totalt 28 853 deltakere av 31 994 (90,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

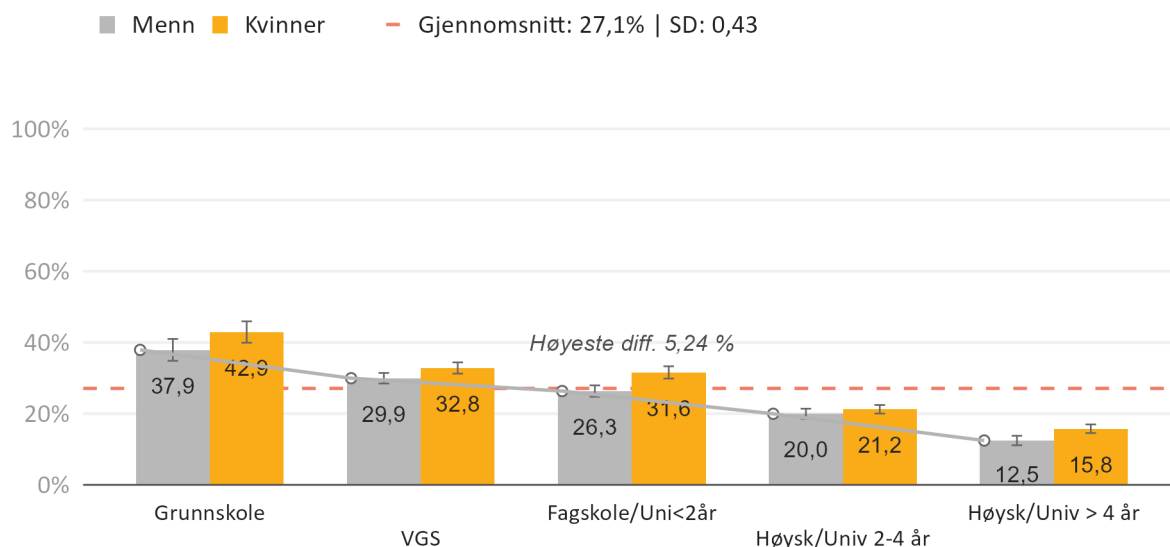
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	28 853	26,3 %	25,7 – 26,8
Kvinner	15 668	27,2 %	26,5 – 27,9
Menn	13 185	25,1 %	24,4 – 25,9

Figur 223: Økonomiske vansker etter kommuner i fylke (A)



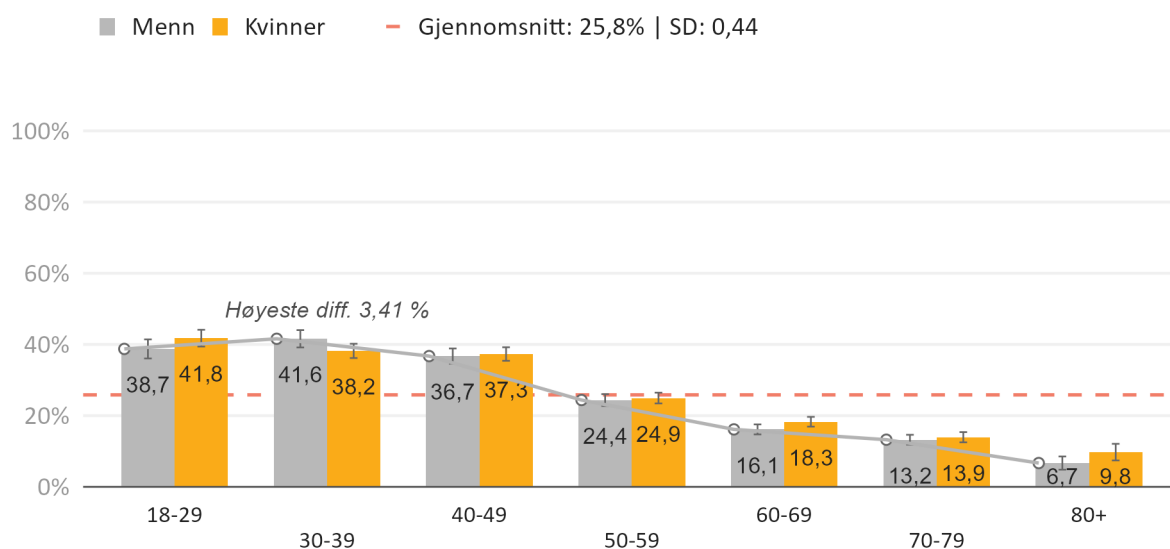
Figur A viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylke. Andelen varierer lite mellom kommunene. Horten har høyest andel, mens Færder har lavest. Differansen mellom ytterpunktene er 2,14 prosentpoeng, og dette framstår ikke som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,05, som tilsier en ubetydelig forskjell mellom kommunene. Samlet sett ligger alle kommunene innenfor et smalt spenn, og resultatene tyder på at opplevde økonomiske vansker forekommer i relativt lik grad på tvers av kommunene i Vestfold.

Figur 224: Økonomiske vansker etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år. For kvinner er det en statistisk sikker forskjell på 27,17 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,61, som tilsier en stor forskjell. For menn er differansen 25,46 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,61, som tilsier en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen hvert utdanningsnivå er gjennomgående små. Det er likevel statistisk sikre forskjeller i to grupper: Ved fagskole eller universitetsutdanning under to år er andelen 5,24 prosentpoeng høyere for kvinner og ved utdanning over fire år er andelen 3,31 prosentpoeng høyere for kvinner.

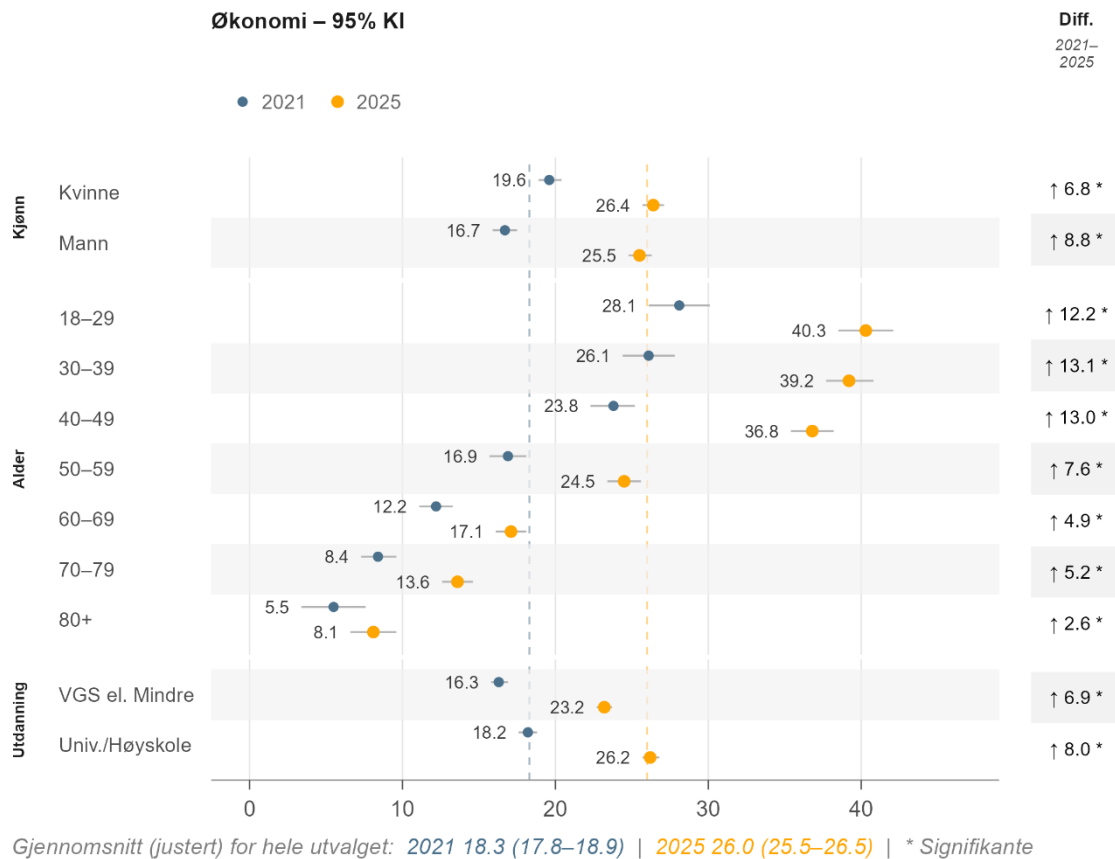
Figur 225: Økonomiske vansker etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 og lavest i aldersgruppen 80+. Det er en tydelig nedgang med økende alder, og forskjellen mellom

høyeste og laveste nivå er 32,02 prosentpoeng. Cohen's h er 0,77, som tilsier en stor forskjell, og forskjellen framstår som statistisk sikker. For menn er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 og lavest i aldersgruppen 80+. Også her avtar andelen med alder, og differansen mellom ytterpunktene er 34,91 prosentpoeng. Cohen's h er 0,88, som også tilsier en stor forskjell, og denne forskjellen er statistisk sikker. Samlet sett ligger nivåene relativt likt mellom kvinner og menn innen hver aldersgruppe, og kjønnsforskjellene framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 227: Økonomiske vansker (E)



Figur E viser andelen som oppgir økonomi på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 18,3 prosent i 2021 til 26,0 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. Økningen er også statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser ut til å bli noe mindre fordi menn øker mer enn kvinner (8,8 mot 6,8 prosentpoeng). På tvers av alder er det en statistisk sikker økning i alle aldersgrupper, og nivåene er fortsatt høyest blant de yngste og lavest blant de eldste i 2025. Økningen er særlig stor blant 18–29 år og 30–39 år, der andelen i 2025 ligger rundt 40,0 prosent. Blant personer 80 år og eldre er nivået fortsatt lavt, men øker likevel statistisk sikkert fra 5,5 til 8,1 prosent. For utdanning er det statistisk sikker økning i begge grupper, og forskjellen mellom dem er liten i begge år. Samlet peker mønsteret mot en bred økning fra 2021 til 2025, uten at rangeringen mellom aldersgrupper endrer seg tydelig.

4 Diskusjon

Folkehelseundersøkelsen i Vestfold er en omfattende kartlegging av befolkningens helse og levekår, og resultatene som presenteres i denne rapporten gir et overordnet bilde av helseutfordringer og ressurser blant innbyggerne i fylket. Undersøkelsen omfatter et bredt spekter av indikatorer knyttet til fysisk og psykisk helse, helseatferd og sosiale forhold, og gir et rikt informasjonsgrunnlag som kan støtte opp om målrettet folkehelsearbeid både på fylke- og kommunenivå.

På grunn av undersøkelsens omfang er det dessverre ikke mulig å diskutere alle resultatene like inngående her. Diskusjonen vil derfor i hovedsak ta for seg temaer som er inkludert i grunnmodulen til spørreskjemaet til Folkehelseundersøkelsen i fylkene. Den vil også trekke fram noen overordnede mønstre og relevante funn fra undersøkelsen, med mål om å belyse viktige utfordringer og ressurser i fylket.

4.1 Forskjeller på tvers av geografiske områder

Analysene viser at det for mange av indikatorene er små geografiske forskjeller mellom kommunene i Vestfold når det er justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. På flere mål for livskvalitet, psykiske plager, ensomhet og søvn er rangeringen mellom kommunene i noen tilfeller statistisk sikre, men avstandene er ofte så små at de har begrenset praktisk betydning.

Det tydeligste og mest praktisk relevante mønsteret i kommunesammenligningene handler om nærmiljø og tilgjengelighet. Her skiller Holmestrand seg ut med klart lavere opplevd tilgang på flere områder. Dette gjelder særlig kulturtilbud, der Tønsberg ligger på topp – rundt 84 prosent oppgir god eller svært god tilgang – sammen med Horten, Sandefjord og Larvik på tilsvarende høyt nivå. Holmestrand ligger derimot betydelig lavere, med om lag 42 prosent. Det samme mønsteret går igjen for servicetilbud (Tønsberg høyest, Holmestrand klart lavest) og for offentlig transport, der Færder og Tønsberg ligger høyest, mens Holmestrand ligger lavest. Larvik og Sandefjord ligger også i nedre del av fordelingen. For gang- og sykkelveier er variasjonen også tydelig, men med et annet toppunkt: Horten ligger høyest, mens Holmestrand og Sandefjord ligger lavest. På idrettstilbud skiller Sandefjord seg ut i positiv retning med høyest opplevd tilgang, mens Færder og Holmestrand ligger lavest. Samlet betyr dette at det ikke bare er “små forskjeller” på dette området, men et konsistent mønster der særlig Holmestrand skårer lavere enn de øvrige kommunene på flere av de mest strukturelle tilgjengelighetsmålene.

Når vi ser på tilgjengelighet til natur og kyst, er nivåene generelt høye i hele fylket, men det finnes likevel noen klare skiller som kan være relevante i lokal planlegging. Larvik og Horten ligger høyest på opplevd tilgang til natur- og friluftsområder, mens Tønsberg ligger lavest (fortsatt med et relativt høyt nivå i absolutte tall). For tilgang til kystlinje/strand/sjø ligger Horten og Larvik høyest, mens Tønsberg og Sandefjord ligger lavest. På trygghet i nærmiljøet rapporterer alle kommuner høye nivåer, men Sandefjord ligger lavest, mens Holmestrand (og også Færder) ligger høyest. Dette er et eksempel på et område der forskjellen ikke er dramatisk i absolutte tall, men der mønsteret likevel er konsistent nok til at det kan være verdt å merke seg lokalt, særlig fordi trygghet ofte henger sammen med bruk av nærmiljøet, samt med livskvalitet og psykisk helse [32, 33].

På helse- og livskvalitetsindikatorene er det mindre geografisk spredning, men det framtrer likevel noen mønstre som går igjen på tvers av flere mål. Færder ligger ofte i øvre del på positive indikatorer og i nedre del på enkelte belastningsmål: høyere nivå på livstilfredshet,

forventet livstilfredshet og mening, høyere andeler som rapporterer god egenvurdert helse og god tannhelse, samt høyere nivå på trivsel, tillit, tilhørighet og sosial støtte. Færder ligger også lavest i andel med fedme. Horten ligger derimot ofte i nedre del på enkelte helse- og trivselsmål (for eksempel lavest andel som vurderer egen helse som god), og høyere på enkelte belastningsindikatorer (som høyere nivå av psykiske plager og negative følelser, og høyest andel dagligrøykere). Sandefjord ligger gjennomgående lavt på flere av de positive livskvalitetsindikatorene (som livstilfredshet, mening og positive følelser), og har høyere nivå på enkelte belastningsmål (for eksempel høyest skår på ensomhet siste uke og høyest andel som oppfyller kriterier for søvnproblemer), samtidig som forskjellene her samlet sett er små. Holmestrand ligger ofte lavt på flere av de sosiale og nærmiljørelaterte indikatorene (tilhørighet og sosial støtte), men uten at dette nødvendigvis innebærer store nivåforskjeller.

Levevaner viser i hovedsak små geografiske forskjeller, men noen mønstre er likevel tydelige nok til å være relevante som bakteppe for folkehelsearbeidet. Færder ligger høyest på hyppig alkoholbruk og episodisk høyt alkoholkonsum, mens Larvik og Holmestrand ligger lavere på hyppig alkoholbruk, og Holmestrand ligger lavest på månedlig episodisk høyt konsum. Horten og Larvik ligger høyt på andel dagligrøykere, mens Holmestrand og Tønsberg ligger lavest, men her er effektstørrelsene små og nivåene relativt like. På kostholdsindikatorene ligger Færder jevnt over høyere enn de fleste andre kommunene for daglig inntak av grønnsaker og frukt/bær, og også høyest på fisk minst 2–3 ganger i uken, mens Horten ligger lavest på daglig grønnsaksinntak og Larvik lavest på fisk. For fysisk aktivitet er nivåene nær identiske på tvers av kommunene.

På sosial deltakelse og kontakt er forskjellene ikke store, men de peker i noen tilfeller mot et tydeligere mønster: Horten ligger høyest på ukentlig sosial omgang med venner og ukentlig deltakelse i “annen aktivitet” (som å møte venner/kolleger og lignende), mens Holmestrand ligger lavest på begge disse. Larvik ligger høyest på ukentlig deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet, mens Holmestrand igjen ligger lavest. Disse forskjellene er ikke store i praktisk betydning, men de kan være relevante når en ser indikatorer samlet, fordi de peker mot at kommuner kan ha noe ulike mønstre i sosial deltakelse selv om nivåene i utgangspunktet er relativt like.

Oppsummert viser kommunesammenligningene at det mest markante geografiske skillet i Vestfold handler om opplevd tilgjengelighet og nærmiljøinfrastruktur, der særlig Holmestrand framstår som tydelig lavere enn de øvrige på kulturtilbud, servicetilbud og offentlig transport, og også i nedre sjikt på gang- og sykkelveier. I den andre enden ligger Tønsberg høyt på kultur og servicetilbud, Færder høyt på offentlig transport, Horten høyt på gang- og sykkelveier, og Sandefjord høyt på idrettstilbud. På helse- og livskvalitetsmål er forskjellene gjennomgående små, men med et relativt konsistent mønster der Færder ofte ligger bedre an på flere positive indikatorer, mens Horten og delvis Sandefjord oftere ligger lavere på enkelte mål.

4.2 Kjønnforskjeller

Resultatene tyder på at kjønnforskjeller er til stede på flere områder, men at de ofte er mindre enn forskjellene som ses etter alder, utdanning og vurdering av husholdningsøkonomien. Når det likevel framkommer tydelige kjønnforskjeller, går de i stor grad i samme retning på tvers av undergrupper: Kvinner rapporterer oftere høyere belastning på indikatorer knyttet til psykiske plager, søvn og enkelte somatiske plager, mens menn oftere rapporterer høyere nivå på flere risikopregede levevaner og høyere opplevd trygghet.

På psykisk helse og subjektivt velvære viser analysene et gjennomgående mønster der kvinner rapporterer høyere nivå av psykiske plager og mer negative følelser enn menn, og dette gjelder på tvers av både utdanningsnivåer og aldersgrupper. Samtidig er disse kjønnsforskjellene typisk små til moderate i størrelse, og de er mindre i grupper som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig. På flere av de mer positive indikatorene (som livstilfredshet, positive følelser og engasjement) er kjønnsforskjellene derimot gjennomgående små eller fraværende. Når det gjelder forventninger til egen livstilfredshet framover og opplevelse av mening i det daglige skårer kvinner i noen undergrupper noe høyere enn menn. Også her framstår imidlertid kjønnsforskjellene som begrensede sammenlignet med variasjonen som følger utdanning, alder og økonomi.

Resultater for ensomhet tyder på at kvinner opplever noe høyere ensomhet enn menn, men forskjellene er ofte små og ikke nødvendigvis like tydelige i alle undergrupper. Samtidig viser flere mål på sosial støtte og relasjoner et mer konsistent mønster i favør av kvinner: kvinner rapporterer gjennomgående noe høyere sosial støtte og mer støttende og givende sosiale relasjoner, og andelen med høy skår på sosial støtte er høyere i flere undergrupper. Dette mønsteret kan være relevant i tolkningen av kjønnsforskjeller på ensomhets- og psykisk helseindikatorer, uten at analysene i seg selv sier noe om årsaksretninger.

På helseplager og funksjon er kjønnsforskjellene tydeligere på enkelte områder. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere forekomst av nakkesmerter, og også korsryggsmerter er ofte mer utbredt blant kvinner enn menn. I tillegg er det oftere kvinner som oppgir at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, særlig i yngre og midtre aldersgrupper og i flere utdannings- og økonomigrupper. For plager knyttet til skade (funksjonsnedsettelse/plager etter skade) framstår kjønnsforskjellene i hovedsak som små, med kun enkelte avvik i spesifikke grupper. For mer overordnede helsemål som egenvurdert helse og fedme er kjønnsforskjellene mer begrensede og ser i større grad ut til å variere etter alder og sosioøkonomiske forhold enn å følge et stabilt kjønnsmonster.

Kjønnsforskjellene i levevaner er blant de mest konsistente funnene i materialet. Menn rapporterer gjennomgående høyere alkoholkonsum enn kvinner på flere mål, både når det gjelder hyppig alkoholbruk, episodisk høyt alkoholkonsum og mengde alkohol per drikkedag, og forskjellene er tydelige på tvers av utdanning, alder og økonomivurdering. I tråd med dette rapporterer menn også høyere nivå på enkelte andre risikopregede vaner, særlig daglig snusbruk og hyppig inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk. Kvinner rapporterer samtidig gjennomgående høyere andeler som spiser frukt/bær daglig og grønnsaker daglig, og disse kjønnsforskjellene framstår som stabile på tvers av undergrupper. For daglig røyking er bildet mer blandet, med små og delvis varierende kjønnsforskjeller. For fysisk aktivitet etter et relativt strengt aktivitetskriterium er forskjellene som regel små, med noen tydeligere kjønnsforskjeller i enkelte aldersgrupper.

Til sist viser resultatene at menn oftere enn kvinner oppgir høyere opplevd trygghet i nærmiljøet, og dette mønsteret går igjen på tvers av utdanning og alder. For indikatorer som beskriver tilgang til ulike tilbud i nærmiljøet (som kulturtilbud, idrettstilbud og offentlig transport) er kjønnsforskjellene samlet sett små, men kvinner rapporterer i flere undergrupper noe høyere tilgang til enkelte tilbud. På flere strukturelle nærmiljømål, som tilgang til natur- og friluftsområder, gang- og sykkelveier og servicetilbud, framstår kjønnsforskjellene som begrensede. I tannhelseindikatorene tegner det seg derimot et mer konsistent kjønnsbilde: kvinner vurderer oftere tannhelsen som god og rapporterer sjeldnere at det er lenge siden forrige tannlegebesøk, mens menn oftere oppgir lengre tid siden siste besøk.

4.3 Aldersforskjeller

Resultatene viser tydelige forskjeller mellom aldersgrupper på flere områder, og aldersmønstrene framstår ofte sterkere enn kjønnsforskjellene innen samme aldersgruppe. På tvers av indikatorene går det igjen et hovedbilde der de yngste voksne (særlig 18–29 år) oftere rapporterer høyere belastning på flere mål knyttet til psykisk helse, ensomhet, søvn og økonomi, og flere positive mål for livskvalitet, nærmiljøtrivsel og sosial kapital øker med alder og ligger høyest blant eldre voksne, ofte med et lite fall i den eldste gruppen (80+).

På psykisk helse og subjektivt velvære er aldersgradienten gjennomgående klar. Psykiske plager (HSCL-5) og negative følelser er høyest i de yngste aldersgruppene og lavest i alderen rundt 70–79 år, før nivået øker noe igjen blant de eldste. Tilsvarende mønster ses for ensomhet, både når den måles som direkte opplevd ensomhet siste uke og som andel med høy grad av ensomhet (UCLA-3). I samme retning peker søvnproblemer: andelen med insomni er høyere i yngre og midtre aldersgrupper enn i 70–79 år, og kjønnsforskjellene er særlig tydelige i de yngre aldersgruppene der kvinner ligger høyere enn menn. De positive dimensjonene av livskvalitet (livstilfredshet, mening og positive følelser) øker derimot tydelig med alder fram til 70–79 år, før de i flere tilfeller er litt lavere i 80+. Forventet livstilfredshet om fem år skiller seg noe fra dette ved at nivået er høyt i yngre og midtre aldersgrupper, men faller markant i 80+. Engasjement følger et moderat mønster med økning mot 60–69 år og en viss nedgang i de eldste gruppene.

Sosial kapital og tilknytning til nærmiljøet viser også tydelige aldersforskjeller. Stedstilhørighet og generell tillit øker klart med alder for begge kjønn, og opplevd trygghet i nærmiljøet er høyere blant eldre enn blant yngre. Trivsel i nærmiljøet følger samme retning, med store forskjeller mellom de yngste og de eldste aldersgruppene. Samtidig nyanseres dette bildet av at enkelte mål på sosial støtte og relasjoner ikke øker med alder: skår for støttende og givende sosiale relasjoner er høyest blant de yngste og lavest i 80+, og andelen som oppgir høy sosial støtte (OSS-3) faller særlig etter 70 år, spesielt blant kvinner. På deltakelse og sosial kontakt framstår aldersmønstrene mer sammensatte. Ukentlig sosial omgang med venner og ukentlig deltakelse i «annen aktivitet» er ofte lavere i midtre aldersgrupper (særlig rundt 30–59 år) og høyere både blant de yngste og i aldersgruppene 60–79 år. Ukentlig deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet er lavest blant de yngste voksne, og ligger høyere i eldre aldersgrupper, særlig blant kvinner, mens menn har et toppunkt i midtre alder (40–49 år).

Et av de mest markante aldersmønstrene gjelder økonomi. Andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til er høyest i de yngste og tidlige voksne aldersgruppene (omtrent fire av ti i de høyeste gruppene) og faller kraftig med økende alder, ned til under ti prosent i 80+. Dette framstår som en stor forskjell mellom ytterpunktene, og kjønnsforskjellene innen samme alder er små. Dette er et viktig funn fordi det peker på at økonomisk opplevd sårbarhet er tydelig konsentrert i yngre deler av voksenbefolkningen.

For helseplager og funksjon er aldersmønstrene mer varierte. Egenvurdert helse varierer relativt lite med alder blant kvinner, mens den varierer mer blant menn, med lavere nivå i de eldste aldersgruppene. Fedme viser et typisk «midtlivs-toppunkt», der andelen øker fra de yngste aldersgruppene til rundt 50–59 år og deretter faller i de eldste, særlig blant menn. Andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad viser små aldersforskjeller, men med et mønster der kvinner ligger høyere i yngre og midtre aldersgrupper, mens nivået blant menn øker mot de eldste. Plager som følge av skade som påvirker hverdagen i stor grad øker med alder og er høyest blant de eldste, særlig blant menn. Muskel- og skjelettplager har ulike aldersprofiler: nakkesmerter er mest utbredt i 30–39 år og

lavere i 80+, mens korsryggsmerter varierer mindre, men tenderer mot noe høyere nivå i de eldste enn i de yngste.

Levevaner viser flere sterke aldersgradienter som er relevante i et folkehelseperspektiv. Kostholdsmønstrene går i retning av mer gunstige vaner med økende alder: andelen som spiser frukt/bær daglig og fisk minst 2–3 ganger i uken øker tydelig fra yngste til eldste aldersgrupper, og grønnsaksinntak øker også, særlig blant kvinner. Sukkerholdig brus minst 2–3 ganger i uken er derimot klart mest utbredt blant de yngste og faller kraftig med alder (med en mindre økning igjen i 80+). Tobakksbruk viser to ulike aldersprofiler: daglig snusbruk er høy i yngre aldersgrupper og faller sterkt med alder, mens daglig røyking er lav i de yngste, høyere i midtre og eldre yrkesaktive aldersgrupper (med topp rundt 60–69 år), og lavere igjen i de eldste. Nedgangen i de eldste gruppene kan både dreie seg om at de som røyker dør tidligere og at de slutter å røyke som følge av sykdom eller svekket helse. Fysisk aktivitet (målt med et relativt strengt aktivitetskriterium) er høyest i 18–29 år, relativt stabil gjennom 30–79 år, og lavere i 80+.

Alkoholbruk illustrerer et viktig poeng om at «høyt nivå» kan bety ulike ting avhengig av mål. Hyppig alkoholbruk (2–3 ganger i uken eller oftere) øker tydelig med alder og ligger høyest i 70–79 år, mens episodisk høyt alkoholkonsum (6+ enheter minst månedlig) og antall alkoholenheter per drikkedag er høyest i 18–29 år for deretter å falle jevnt med alder. Det betyr at eldre drikker oftere, men i gjennomsnitt mindre per drikkedag og sjeldnere store mengder ved én anledning, mens yngre drikker mindre hyppig, men oftere rapporterer høyt konsum per anledning.

Tilgjengelighet av nærmiljøfaktorer varierer også med alder, ofte i retning av at eldre aldersgrupper rapporterer bedre tilgang. Dette gjelder særlig offentlig transport og servicetilbud, der andelen øker markant med alder og ligger høyt i de eldste aldersgruppene (70–79 og 80+). Også opplevd tilgang til kulturtilbud, idrettstilbud og natur- og friluftsområder er lavere i de yngste og høyere i eldre aldersgrupper, med topp rundt 60–69 år for enkelte mål og et stabilt høyt nivå videre. Tilgang til kystlinje/strand/sjø er høy i alle aldersgrupper og varierer lite. Opplevelsen av hvor godt gang- og sykkelveier er utbygd varierer noe med alder, men uten et tydelig mønster som for transport og service.

Samlet peker aldersanalysene mot noen tydelige prioriteringsrelevante hovedlinjer: de yngste voksne skiller seg ut med høyere psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer, økonomiske vansker og et mer risikopreget levevaneforbruk (som sukkerholdig drikke, snus og høyt alkoholkonsum per anledning), samtidig som de skårer lavere på indikatorer for trivsel, trygghet, tilhørighet og tillit enn eldre. Eldre voksne (særlig 60–79 år) rapporterer gjennomgående høyere livstilfredshet, mening i det daglige, positive følelser, tillit, trygghet og nærmiljøtrivsel. Eldre oppgir også mer gunstige kostholdsvaner og mindre episodisk høyt alkoholkonsum. Den eldste gruppen (80+) viser på flere indikatorer et lite tilbakeslag sammenlignet med 70–79 år, blant annet i forventninger til framtidig livstilfredshet, enkelte velvære- og ensomhetsmål og fysisk aktivitet, samtidig som belastning knyttet til funksjon og plager knyttet til skade er høyere. Disse mønstrene er viktige å ha med i tolkningen av behov og tiltak på tvers av livsfaser.

4.4 Betydningen av utdanningsnivå

Resultatene viser en tydelig og gjennomgående sosial gradient etter utdanningsnivå på tvers av mange utfallsvariabler. I hovedsak ligger personer med grunnskole i en mindre gunstig posisjon enn personer med lengre høyere utdanning, både når det gjelder helse, levekår,

psykisk helse og flere levevaner. Utdanningsforskjellene framstår ofte som tydeligere enn kjønnsforskjellene innen samme utdanningsgruppe, og mønsteret er i stor grad parallelt for kvinner og menn.

Levekår og helserelaterte belastninger er blant områdene der utdanningsforskjellene framstår mest praktisk relevante. Opplevde økonomiske vansker er langt vanligere blant personer med lavere utdanning, med et stort spenn mellom grunnskole og lang høyere utdanning for begge kjønn. Tilsvarende viser egenvurdert helse en klar gradient, der andelen som vurderer helsen som god er betydelig høyere ved lengre utdanning. Det samme gjelder flere mer konkrete helseindikatorer: fedme er vanligere ved lavere utdanning, og andelen som oppgir at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad er markant høyere ved grunnskole enn ved høyere utdanning. Muskel- og skjelettplager følger også et tydelig mønster, der både nakke- og korsryggsmerter rapporteres oftere i de lavere utdanningsgruppene. Tannhelse peker i samme retning, med store utdanningsforskjeller både i egenvurdert tannhelse og i hvor lenge det er siden siste tannlegebesøk.

Når det gjelder psykisk helse og subjektivt velvære, viser resultatene et konsistent mønster der belastningsmål er høyere ved lavere utdanning og ressursmål høyere ved lengre utdanning. Psykiske plager (HSCL-5), negative følelser og ensomhet (både direkte ensomhet og andel med høy ensomhet) er gjennomgående høyest blant personer med grunnskole og lavest blant dem med lengre høyere utdanning. Søvnproblemer (insomni) følger samme retning. Samtidig ligger livstilfredshet, forventet livstilfredshet, mening, positive følelser og engasjement høyere ved høyere utdanning.

Indikatorer for sosial kapital og tilknytning peker også i retning av klare utdanningsforskjeller, men med noen nyanser. Opplevd støttende og givende relasjoner og andelen som rapporterer høy sosial støtte (OSS-3) øker tydelig med utdanning. Generell tillit viser en av de sterkeste utdanningsgradientene i materialet, med klart høyere gjennomsnittsskår ved lengre utdanning for begge kjønn. Opplevd trygghet i nærmiljøet øker også med utdanning, og dette gjelder selv om nivåene generelt ligger høyt. Tilhørighet til bostedet varierer derimot lite med utdanning, og forskjellene her framstår små. På deltakelse og aktivitet er mønsteret mer tydelig: ukentlig deltakelse i frivillig arbeid/organisert aktivitet og ukentlig deltakelse i annen aktivitet er klart vanligere ved høyere utdanning, mens sosial omgang med venner ukentlig eller oftere varierer lite mellom utdanningsgruppene.

Levevaner følger i stor grad samme sosiale gradient. Andelen som oppfyller et relativt strengt mål på moderat fysisk aktivitet øker med utdanning for både kvinner og menn. Kostholdsmålene viser et tilsvarende mønster: daglig inntak av grønnsaker og frukt/bær, samt hyppig fiskeinntak, er vanligere ved høyere utdanning, mens hyppig inntak av sukkerholdig brus er vanligere ved lavere utdanning. Tobakksbruk viser særlig tydelige forskjeller for daglig røyking, der andelen er langt høyere ved grunnskole enn ved lengre høyere utdanning, mens daglig snusbruk varierer mindre med utdanning (men ligger gjennomgående høyere blant menn enn blant kvinner). Alkohol peker på et mer sammensatt bilde: hyppig alkoholbruk er vanligere ved høyere utdanning, samtidig som gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag er høyere ved lavere utdanning. Episodisk høyt alkoholkonsum minst månedlig varierer derimot relativt lite mellom utdanningsgruppene innen hvert kjønn, sammenlignet med den tydelige nivåforskjellen mellom kvinner og menn.

Samlet sett framstår utdanningsnivå som en av de mest konsistente skillelinjene i materialet, særlig for økonomiske vansker, egenvurdert helse og tannhelse, psykiske plager/ensomhet/søvn, sosial støtte og tillit, samt flere sentrale levevaner. Samtidig er det

verdt å merke seg at opplevd tilgang til en del nærmiljøressurser – som servicetilbud og gang-/sykkelveier – varierer lite etter utdanning, og at også flere tilgjengelighetsmål generelt ligger høyt. For kommuner og fylke innebærer dette at forskjellene etter utdanning i større grad handler om helse, levekår, sosial støtte og levevaner enn om store forskjeller i rapportert tilgang til lokale tilbud, og at tiltak og oppfølging som skal treffe behov i befolkningen bør ta høyde for at belastningene er tydelig konsentrert i grupper med kortere utdanning.

4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien

Resultatene viser at hvordan folk vurderer husholdningsøkonomien sin henger sammen med svært mange av utfallsvariablene i undersøkelsen, og at dette ofte er en av de tydeligste skillelinjene i materialet. På tvers av både kvinner og menn ser vi et gjennomgående mønster der grupper som opplever at det er lett å få pengene til å strekke til, rapporterer høyere nivå på flere ressursindikatorer, mens grupper som opplever økonomien som vanskelig rapporterer høyere belastning. For en del indikatorer er forskjellene mellom ytterpunktene store, og de framstår som mer praktisk betydningsfulle enn mange av kjønnsforskjellene innen samme økonomigruppe.

På psykisk helse og livskvalitet er dette mønsteret særlig tydelig. Livstilfredshet, forventet livstilfredshet framover, mening, positive følelser og engasjement ligger klart høyere blant dem som vurderer økonomien som lett, og faller trinnvis når økonomien oppleves som mer krevende. Samtidig øker negative følelser, psykiske plager (HSCL-5) og ensomhet tydelig med økonomisk belastning. For flere av disse indikatorene er forskjellene mellom «svært lett» og «svært vanskelig» i størrelsesorden som tilsier store effektstørrelser, og nivåforskjellene er markante for både kvinner og menn. Dette innebærer at opplevd økonomisk situasjon ikke bare skiller på «materielle» levekårsindikatorer, men også følger en klar gradient i subjektiv livskvalitet og psykisk belastning.

Økonomivurderingen ser også ut til å være tett koblet til indikatorer som beskriver sosial kapital og sosial støtte. Andelen som rapporterer høy sosial støtte (OSS-3) er betydelig høyere når økonomien oppleves som lett, og faller kraftig i gruppene som opplever økonomien som vanskelig. Det samme gjelder opplevelsen av støttende og givende sosiale relasjoner. I tillegg varierer generell tillit, stedstilhørighet, opplevd trygghet og trivsel i nærmiljøet tydelig med økonomisk situasjon, og her er forskjellene ofte store. I et kommunalt og regionalt perspektiv er dette relevant fordi disse indikatorene berører både deltakelse og opplevelsen av tilhørighet og trygghet i hverdagen, og fordi de samvarierer tydelig med økonomisk sårbarhet. Når det gjelder mer konkret sosial deltakelse, rapporterer personer som opplever økonomien som lett oftere ukentlig sosial omgang med venner og ukentlig deltakelse i andre aktiviteter, mens nivåene er lavere i gruppene med økonomiske vansker. Deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet varierer også med økonomi, men forskjellene er gjennomgående mindre enn for støtte, tillit og trivsel.

På helse og funksjon framstår husholdningsøkonomien som en svært sterk markør. Andelen som vurderer egen helse som god er høy i gruppene med lett økonomi, men faller kraftig i gruppene med store økonomiske vansker (omtrent rundt 80 prosent i «svært lett» mot under 40 prosent i «svært vanskelig» for begge kjønn). Et tilsvarende mønster ses for tannhelse, der forskjellen mellom ytterpunktene er svært stor, og for bruk av tannhelsetjenester, der det å ha mer enn to år siden siste besøk er langt vanligere når økonomien oppleves som vanskelig. Videre er det store forskjeller i hvor mye langvarige helseproblemer påvirker hverdagen: andelen som oppgir stor påvirkning er lav ved «svært lett» økonomi, men svært høy ved «svært vanskelig», med store effektstørrelser for både kvinner og menn. Dette gjelder også

andelen som rapporterer at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager etter skade. Søvnproblemer (insomni) viser en særlig tydelig gradient, med markant høyere nivå i gruppene med økonomisk belastning. Muskel- og skjelettplager (nakkesmerter og korsryggsmerter) følger samme retning, der plagene rapporteres oftere jo vanskeligere økonomien oppleves. Fedme er også vanligere blant dem som opplever økonomien som vanskelig, med middels forskjeller mellom ytterpunktene. Samlet peker dette på at opplevd økonomisk situasjon samvarierer med både subjektiv helse, konkrete helseplager og funksjon i hverdagen, og at forskjellene ofte er store nok til å være relevante i prioritering av forebygging og oppfølging.

Levevaner viser i hovedsak et mønster der bedre opplevd økonomi henger sammen med mer gunstige vaner, men med enkelte nyanser. Andelen er fysisk aktive i minst 30 minutter fire dager i uken eller mer er høyere når økonomien oppleves som lett enn når den oppleves som svært vanskelig. Kostholdsmålene viser et tilsvarende mønster: daglig inntak av grønnsaker og frukt/bær, samt hyppig fiskeinntak, er vanligere i gruppene med lettere økonomi, mens hyppig inntak av sukkerholdig brus er vanligere ved økonomiske vansker. Tobaksbruk varierer også tydelig: daglig røyking øker markant med økonomisk belastning (særlig blant menn, der forskjellen mellom ytterpunktene er stor), og daglig snusbruk er høyere i gruppene som opplever økonomien som vanskeligere. Alkoholmålene illustrerer samtidig at økonomigradienten kan se ulik ut avhengig av hva en måler. Hyppig alkoholbruk er vanligere når økonomien oppleves som lett, mens antall alkoholenheter per drikkedag er høyere i gruppene som opplever økonomien som svært vanskelig. Månedlig episodisk høyt alkoholkonsum varierer derimot relativt lite etter økonomi sammenlignet med de fleste andre utfall. Til sist viser resultatene at opplevd tilgang til flere nærmiljøressurser (kulturtilbud, idrettstilbud, servicetilbud, natur- og friluftsområder og kyst) er høyere når økonomien oppleves som lett, og lavere når den oppleves som vanskelig, mens forskjellene for offentlig transport er mer beskjedne.

På tvers av indikatorene tegner det seg dermed et konsistent bilde: økonomisk situasjon, slik den oppleves av respondentene, er systematisk knyttet til livskvalitet og psykisk helse, sosial støtte og tillit, helse og funksjon, og flere levevaner. I praksis betyr dette at grupper som rapporterer økonomiske vansker også er gruppene som oftest har en samlet belastningsprofil på flere områder samtidig. Samtidig er kjønnsforskjellene innen de enkelte økonomigruppene ofte små sammenlignet med økonomigradienten, selv om enkelte kjønnsforskjeller består (for eksempel høyere nivå av søvnproblemer og nakkesmerter blant kvinner, og høyere snusbruk og flere alkoholrelaterte mål blant menn). For kommuner og fylke understreker funnene at økonomivurdering er en sentral dimensjon å ta med i målretting og prioritering, nettopp fordi den ser ut til å samvarierte bredt med både helserelaterte og mer hverdagsnære forhold.

4.6 Endringer over tid

Resultatene tyder på at flere indikatorer i Vestfold er relativt stabile fra 2021 til 2025, samtidig som noen endringer framstår tydelige og går igjen på tvers av kjønn, alder, utdanning og økonomiske grupper. Et gjennomgående trekk er at mange av nivåforskjellene som var til stede i 2021 – særlig knyttet til opplevd husholdningsøkonomi – i stor grad består i 2025, selv om totalnivået på enkelte utfall har flyttet seg.

Den mest markante endringen gjelder opplevde økonomiske vansker. Andelen som oppgir at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til øker klart fra 2021 til 2025 (fra 18,3 til 26,0 prosent), og økningen er statistisk sikker i alle aldersgrupper og i begge utdanningsgrupper. Økningen er også statistisk sikker for både kvinner og menn. Aldersprofilen er samtidig tydelig:

de yngste voksne ligger høyest også i 2025, og i de to yngste aldersgruppene er nivået rundt 40 prosent. Dette peker mot en bred utvikling i retning av økt økonomisk press, samtidig som de relative forskjellene mellom grupper i hovedsak består.

På overordnede helsemål ser vi små, men statistisk sikre endringer i en ugunstig retning. Andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god går ned (71,9 til 69,4 prosent), og andelen som oppgir at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad øker (12,5 til 13,6 prosent). Også andelen som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager etter skade øker (6,0 til 6,8 prosent). Samtidig er flere andre helseindikatorer mer stabile på totalnivå (for eksempel søvnproblemer og andelen med fedme), og noen muskel- og skjelettplager går i gunstig retning, som en moderat nedgang i nakkesmerter.

Når det gjelder psykisk helse og subjektivt velvære, viser resultatene et sammensatt bilde. Indikatorer på belastning øker samlet: gjennomsnittsskåren på psykiske plager (HSCL-5) går opp (1,5 til 1,6), negative følelser øker (3,1 til 3,4), og ensomhet på 0–10-skala øker (2,0 til 2,2), med statistisk sikre endringer på totalnivå. Samtidig er de mer «overordnede» livskvalitetsmålene i stor grad stabile, men fremtidsoptimisme går litt ned, og opplevelse av mening i livet øker fra 2021 til 2025. På enkelte livskvalitetsindikatorer ser vi også små positive bevegelser, for eksempel en statistisk sikker økning i opplevelse av mening i livet (7,46 til 7,55), og den samme økningen sees også i positive følelser og engasjement. Det er også verdt å merke seg at flere mål peker mot noe mindre forskjeller mellom økonomigruppene på enkelte områder, fordi gruppen som opplever økonomiske vansker viser statistisk sikre forbedringer på noen livskvalitetsmål, samtidig som belastningsmålene fortsatt ligger klart høyere i denne gruppen enn blant dem med lett økonomi.

På indikatorer for sosial kapital, trygghet og nærmiljøtrivsel går flere mål ned fra 2021 til 2025. Andelen med høy sosial støtte faller (36,0 til 33,0 prosent), tillit til andre går ned (7,2 til 6,9), og opplevd trygghet i nærmiljøet går ned (8,9 til 8,6) – alle med statistisk sikre endringer på totalnivå. I samme retning går andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet (77,2 til 73,3 prosent). Stedstilhørighet framstår samlet sett stabil, men med små endringer i enkelte undergrupper. Samtidig er bildet ikke entydig «ned»: sosial kontakt og deltakelse viser også tegn til økning, med statistisk sikker økning i andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere (50,4 til 51,9 prosent) og en statistisk sikker økning i ukentlig deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet (25,9 til 28,7 prosent). Dette kan tyde på at noen former for sosial deltakelse og kontakt holder seg stabile eller styrkes, parallelt med nedgang i mer «barometerpregede» mål som tillit, trygghet og høy sosial støtte.

Flere nærmiljø- og tilgjengelighetsindikatorer peker i retning av lavere opplevd tilgang til sentrale tilbud i 2025 enn i 2021. Andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud går ned (86,6 til 82,2 prosent), og tilgjengelighet til kulturtilbud går også ned (80,4 til 78,3 prosent), begge statistisk sikkert. For offentlig transport er nivået noe lavere i 2025 enn i 2021, og endringen på totalnivå framstår som statistisk sikker. Tilgang til natur- og friluftsområder er derimot svært stabil, mens opplevelsen av at gang- og sykkelveier er godt utbygd øker svakt, men statistisk sikkert (64,8 til 66,3 prosent). Samlet peker dette mot at endringene i nærmiljøopplevelse særlig gjelder tilgang til enkelte tjenester og tilbud, mens naturtilgang er stabil og gang- og sykkelinfrastruktur vurderes noe bedre.

På levevaner ser vi både gunstige og ugunstige trekk. Daglig røyking går ned (8,7 til 7,7 prosent), og alkoholindikatorene viser en samlet nedgang på sentrale mål: andelen som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere går ned (statistisk sikkert), og andelen med

episodisk høyt alkoholkonsum går også ned (16,9 til 15,4 prosent). Samtidig er gjennomsnittlig antall alkoholenheter på en typisk drikkedag samlet sett stabilt, med kun mindre forskyvninger i enkelte aldersgrupper. Fysisk aktivitet er stabil på totalnivå, men med en tydelig endring i kjønnsprofilen ved at kvinner går noe ned og menn går noe opp, slik at nivåene i 2025 ligger nærmere hverandre. Kostholdsindikatorene utvikler seg mer i en ugunstig retning, med statistisk sikker nedgang i andelen som spiser fisk minst 2–3 ganger i uken (50,3 til 43,4 prosent) og i andelen som spiser grønnsaker daglig (50,1 til 45,7 prosent), samtidig som andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2–3 ganger i uken øker (25,4 til 27,2 prosent). Frukt/bær daglig er stabilt på totalnivå, men med endringer i noen aldersgrupper.

På tvers av indikatorene er et viktig poeng at flere av endringene fra 2021 til 2025 framstår brede, og ofte går igjen på tvers av undergrupper. Dette gjelder særlig økningen i opplevde økonomiske vansker, samt nedgangen i flere mål på tillit/trygghet, nærmiljøtrivsel og opplevd tilgjengelighet til enkelte tilbud. Samtidig er det også områder med stabilitet eller gunstig utvikling, som reduksjon i daglig røyking, nedgang i flere alkoholemål, økt organisert deltakelse og noe høyere andel som er sammen med venner ukentlig. I en samlet vurdering peker resultatene mot at Vestfold i 2025 har flere tegn til økt økonomisk press og noe høyere belastning på enkelte helse- og psykiske helseindikatorer, samtidig som utviklingen på levevaner og deler av sosial deltakelse er mer blandet og på enkelte punkter går i en gunstig retning. Når det gjelder psykisk helse og subjektivt livskvalitet, viser resultatene et sammensatt bilde. Indikatorer på belastning går i hovedsak opp: gjennomsnittsskåren på psykiske plager (HSCL-5) øker fra 1,5 til 1,6 (skala: 1-4), negative følelser øker fra 3,1 til 3,4 (skala: 0-10), og ensomhet (skala: 0–10) øker fra 2,0 til 2,2 – alle med statistisk sikre endringer. Samtidig er ikke det samlede nivået av livstilfredshet endret (7,4 i begge år), og fremtidsoptimisme går litt ned (7,84 i 2021 til 7,77 i 2025). I tillegg ser vi små, men statistisk sikre økninger i positive følelser (6,8 til 6,9) og engasjement (6,3 til 6,4), og opplevelse av mening endrer seg svakt i positiv retning på totalnivå. Dette kan bety at stabile «overordnede» vurderinger av livet eksisterer side om side med økning i flere mer korttidsnære belastningsmål.

4.7 Sammenlignet med andre fylker

Når Vestfold settes opp mot andre fylker, er det flere forhold som gjør direkte sammenligninger utfordrende. Det varierer fra fylke til fylke hvordan utvalget er trukket og det varierer også hvordan vektene er satt opp og hvilken svarprosent som oppnås. I analysene er tallene fra Vestfold korrigert både med designvekt og med en egen frafallsvekt som justerer for frafall. Den samme kombinasjonen av vektorer er brukt fra og med Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023. I de tidligere Folkehelseundersøkelsene i fylkene er det gjerne kun benyttet designvekt. Forskjellen i vekting er noe leseren bør ha i mente når Vestfold sammenlignes med fylker som ikke benytter samme metode for vekting. Vedlegg 4 viser tallene den følgende diskusjonen er basert på.

Sammenlikningen med andre fylker kan likevel gi et nyttig bakteppe for å forstå Vestfolds resultater i en bredere nasjonal kontekst, men den må også tolkes i lys av at datainnsamlingene er gjort til ulike tider. De mest relevante sammenlikningsgrunnlagene er derfor de som ligger nærmest i tid: Agder, Innlandet og Rogaland (2023), Oslo (2024), Troms (2025) og Vestland (2022), sett opp mot Vestfold (2025). Når en legger hovedvekten på disse, framstår Vestfold i stor grad som et fylke med gjennomgående gode levekår og relativt høy livskvalitet, samtidig som det er noen tydelige områder der Vestfold ligger mindre gunstig enn flere av de andre fylkene.

På levevaneområdet er alkoholemønsteret i Vestfold interessant: Vestfold ligger ikke spesielt lavt på andelen som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, men ligger relativt lavt på gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag sammenliknet med flere av de andre fylkene som har tall på dette. Dette kan tyde på et mer moderat inntak per anledning, snarere enn at alkoholbruk generelt er lav. Samtidig ligger Vestfold omtrent midt i feltet for episodisk høyt alkoholforbruk. Tobakksbildet peker i en annen retning: andelen som røyker daglig i Vestfold er høyere enn i flere av de nyeste sammenlikningsfylkene (særlig Oslo og Troms), mens snusbruk ligger relativt høyt, men ikke i toppsjiktet. For fysisk aktivitet ligger Vestfold noe lavere enn flere av de andre fylkene i perioden 2022–2025. Det er verdt å merke seg fordi Vestfold samtidig rapporterer svært gode muligheter i nærmiljøet som ofte antas å støtte aktiv livsstil, noe som kan indikere at andre forhold (for eksempel alderssammensetning, reisevaner eller arbeidslivs- og hverdagsmønstre) har stor betydning for aktivitetsnivået. Kostholdsmessig framstår Vestfold som blandet: daglig inntak av grønnsaker ligger relativt høyt sammenliknet med flere fylker, mens andelen som spiser fisk 2–3 ganger i uken eller oftere ligger klart lavere enn for eksempel Troms og Vestland, og mer på nivå med Oslo og Agder. Inntak av sukkerholdig brus ligger omtrent på linje med de fleste fylkene rundt 2023–2025.

Når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, ligger Vestfold gjennomgående gunstig an i den regionale sammenlikningen. Nivået av psykiske plager (HSCL-5) framstår lavere enn i Oslo og omtrent på nivå med Innlandet, og Vestfold ligger også lavere enn flere fylker på andelen med søvnproblemer. Bildet av subjektiv livskvalitet peker i samme retning: Vestfold har relativt høy livstilfredshet, høy framtidsoptimisme og høye skårer på opplevelse av mening og engasjement. Samtidig rapporteres noe mer negative følelser enn i enkelte fylker, men klart mindre enn i Oslo. Ensomhet ligger omtrent midt i feltet på gjennomsnittsskalaen, men Vestfold skiller seg positivt ut ved at andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3) er lavere enn i Oslo, Troms og Rogaland. Samlet kan dette tyde på at Vestfold, i en ny og relevant sammenlikning, har et relativt robust bilde på psykisk helse og trivsel, med særlige styrker knyttet til positive ressurser (mening, engasjement, optimisme) og lavere forekomst av uttalt ensomhet.

På den mer somatiske helsesiden ligger Vestfold i et mellomstøkt. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god er på nivå med flere fylker, men lavere enn de beste sammenlikningsfylkene. Vestfold ligger også moderat når det gjelder fedme, med lavere nivå enn fylker som Troms og Innlandet, men høyere enn Oslo. Samtidig er det et signal om belastning knyttet til funksjon: andelen som oppgir at helseplager påvirker hverdagen i stor grad er høyere enn i Oslo og Vestland, men lavere enn i Troms og Agder. Når det gjelder muskel- og skjelettplager (nakke og korsrygg) ligger Vestfold noe lavere enn flere av de nyeste fylkene, særlig sammenliknet med Troms og Innlandet. Derimot ligger Vestfold relativt høyt på andelen som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av skade eller plager knyttet til skade, noe som kan være relevant å følge videre i sammenheng med arbeidsliv, fravær og behov for rehabilitering og tilrettelegging.

Et område der Vestfold framstår tydelig sterkt i sammenlikningen, er opplevelsen av nærmiljø og tilgang til tilbud. Vestfold ligger høyt på rapportert tilgjengelighet til butikker og service, kulturtilbud og idrettstilbud, og rapporterer også svært god tilgang til natur- og friluftsområder. I tillegg oppgir en stor andel at gang- og sykkelveier er godt utbygd, og vurderingen av offentlig transport er gjennomgående god sammenliknet med flere fylker. Dette peker mot et nærmiljø som i stor grad oppleves som funksjonelt og rikt på arenaer for deltakelse. I samme retning ligger indikatorene på sosial kapital: Vestfold har høye skårer på støttende og givende sosiale relasjoner, relativt høy tillit og en steds-tilhørighet som ligger

over Oslo og omtrent på nivå med flere andre fylker. Deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig er også høyere enn i Troms og Oslo, og dette kan være en viktig bidragsyter til de gunstige funnene på livskvalitet. Samtidig er egenorganisert aktivitet bare moderat, noe som harmonerer med at fysisk aktivitetsnivået samlet sett ikke er blant de høyeste.

Til slutt er det grunn til å løfte fram økonomi som et tverrgående tema. Vestfold ligger omtrent på nivå med fylkene fra datainnsamlingene i 2023 når det gjelder andelen som opplever økonomiske vansker, og lavere enn Oslo, men ikke lavt i absolutte termer. Dette kan være relevant for å forstå variasjon i helse og livskvalitet innad i fylket, og for å vurdere behovet for målrettede tiltak mot grupper som opplever press på husholdningsøkonomien. Samlet sett peker sammenlikningen i en retning der Vestfold har flere strukturelle og sosiale fortrinn (tilgang til tilbud, sosial deltakelse og høy livskvalitet), mens de tydeligste forbedringsområdene handler om levevaner og forebygging (særlig røyking, fysisk aktivitet og enkelte kostholdskomponenter) samt oppfølging av grupper som rapporterer betydelig funksjonstap og økonomisk belastning.

5 Konklusjon

Vestfold framstår i 2025 som et fylke med gjennomgående gode levekår og relativt høy livskvalitet, og med sterke strukturelle fortrinn knyttet til nærmiljø, tilgang til tilbud og sosial deltakelse. Samtidig viser analysene at de mest praktisk relevante forskjellene internt i fylket i liten grad handler om «store» helseforskjeller mellom kommunene, men heller om et konsistent tilgjengelighetsmønster i nærmiljøet – der Holmestrand skiller seg tydelig ut med lavere opplevd tilgang til kultur, service og kollektivtransport (og også i nedre sjikt på gang- og sykkelveier). Når en ser hele materialet samlet, er det likevel de sosiale skillelinjene som bærer mest forklaringskraft: alder, utdanning og særlig opplevd husholdningsøkonomi henger systematisk sammen med livskvalitet, psykisk helse, sosial støtte/tillit og helseplager. De yngste voksne framstår som en tydelig sårbar gruppe med høyere psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer og økonomisk press, mens lav utdanning og økonomiske vansker er forbundet med en bred belastningsprofil på flere områder samtidig.

Utviklingen fra 2021 til 2025 understreker et behov for å følge noen trender tett: flere rapporterer økonomiske vansker, og det ses samtidige, statistisk sikre endringer i ugunstig retning for psykiske plager, negative følelser/ensomhet, sosial støtte og tillit/trygghet, samt noe lavere opplevd tilgang til enkelte tilbud. Parallelt går flere levevaner i gunstig retning (mindre røyking og lavere alkoholnivå på flere mål), mens kostholdet utvikler seg mer ugunstig (lavere fisk- og grønnsaksinntak og noe mer sukkerholdig drikke). Sett opp mot andre fylker ligger Vestfold ofte godt an på livskvalitet og nærmiljøressurser, men har tydelige forbedringsområder i forebygging (særlig fysisk aktivitet, røyking og enkelte kostholdskomponenter) og i oppfølging av grupper med funksjonstap, økonomisk belastning og lav sosial støtte. Et samlet grep framover bør derfor kombinere universelle folkehelseiltak med tydelig målretting mot økonomisk sårbarhet og livsfaseutfordringer (særlig blant unge voksne), og med lokal innsats der nærmiljøtilgjengeligheten systematisk ligger lavere.

5.1 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.1.1 Representativitet og skjevheter

I Vestfold ble 72 831 personer invitert til å delta. Samlet samtykket 31 994, som gir en svarprosent på 43,9 %. Dette innebærer at om lag 56 % av de inviterte ikke endte opp i nettoutvalget. Svarprosenten var relativt jevn mellom kommunene, men varierer likevel noe – fra 42,6 % i Holmestrand til 45,1 % i Færder. Bruttoutvalget var lagt opp slik at det i stor grad gjenspeilet kommunistørrelsene i befolkningen, og dette tas det høyde for i analysene gjennom vekting.

Det er også tydelige forskjeller etter kjønn og alder. Kvinner deltok oftere enn menn, med svarprosent 48,0 % blant kvinner og 39,9 % blant menn. Svarprosenten øker med alder i begge kjønn: blant kvinner fra 38,6 % (18–29 år) til 56,3 % (60–69 år), før den faller til 38,0 % i gruppen 80+. Blant menn øker svarprosenten fra 25,4 % (18–29 år) til 57,3 % (70–79 år), og faller deretter til 47,1 % i gruppen 80+. Slike systematiske forskjeller i deltakelse kan gi skjevheter dersom grupper med lav svarprosent skiller seg fra deltakerne på måter som har betydning for helse og levekår.

Analysene for 2025 dataene er korrigert for trekkedesign og for frafall ved bruk av en kombinert vekt. Designvekten tar hensyn til ulik trekk sannsynlighet og beregnes som $1/\text{prob}$. Frafallsvekten er beregnet etter en MAR-tilnærming der frafall antas å følge trekkdesignet, det vil si at frafallet håndteres innenfor levekårszoner ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende i den aktuelle levekårszonen. Den kombinerte vekten gjør at tallene bedre speiler populasjonen utvalget er trukket fra, men kan likevel ikke fjerne usikkerhet som skyldes at de som avsto fra å delta kan avvike fra deltakerne på andre, ukjente måter. Fordi utvalg og vekting ikke alltid er gjort på samme måte i tidligere undersøkelser, er tall ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare på tvers av fylker og år dersom vektene er konstruert ulikt, for eksempel ved at eldre undersøkelser ofte har trukket utvalg per kommune eller for hele fylket og i vektingen ofte har inkludert alder og kjønn. Dersom man sammenligner tall som er vektet ulikt, kan en derfor blande reelle forskjeller med metodeforskjeller. Ideelt sett bør en sammenligne samme med samme, slik vi etterstreber å gjøre i figur E-serien i denne rapporten (der det kun brukes designvekt). Hvis det ikke er mulig, må man være tydelig på at forskjeller kan skyldes vektemetoden i tillegg til reelle forskjeller, og sammenligningen bør vektlegge presisjon gjennom 95 % konfidensintervall, ikke bare punktestimat.

Funn fra en analyse av Folkehelseundersøkelsen i fylkene med registerkobling (Hordaland 2018) nyanserer betydningen av helserelatert frafall og er relevante for tolkningen av tallene fra den aktuelle folkehelseundersøkelsen. Studien viste at mottak av sykepenger ikke var forbundet med lavere deltakelse etter justering for demografi, og at mottak av arbeidsavklaringspenger samlet sett heller ikke reduserte deltakelsen [27]. Derimot deltok personer som mottok arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd på grunn av psykiske eller atferdsmessige lidelser sjeldnere enn andre i samme aldersgrupper. Dette indikerer at helserelatert frafall trolig har begrenset betydning for overordnede befolkningsestimater, men at skjevhet kan oppstå i utvalgte undergrupper – særlig blant personer med psykiske helseutfordringer [27]. Kunnskap om slike mønstre er viktig fordi en betydelig andel av befolkningen i yrkesaktiv alder til enhver tid mottar en av disse ytelsene.

Ved analyser der utfallene brytes ned på kjønn, alder, utdanning eller geografisk område, reduseres betydningen av skjev deltakelse fordi disse variablene inngår enten som

justeringsfaktorer eller som egne grupperinger. Like fullt kan seleksjon gi et noe for positivt bilde av helsetilstand og levekår – spesielt i undergrupper med lav svarprosent eller der vi vet at deltakelsen er lavere (for eksempel ved psykiske helseproblemer). Resultatene bør derfor ses som beste tilgjengelige estimater, men med et nøkternt blikk på den usikkerheten som følger av moderat deltakelse og differensiert frafall og den helserelaterte seleksjonen som ikke fullt ut kan korrigeres med vekting.

5.1.2 Måleinstrument

Spørreskjemaet som er brukt i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold består blant annet av skalaer som er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se lenke til spørreskjemaet i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold, Vedlegg 1):

- Psykiske plager: *Hopkins Symptoms Checklist* (HSCL-5)
- Sosial støtte: *Oslo Social Support Scale* (OSS-3)
- Ensomhet: *The Three-Item Loneliness Scale* (UCLA)
- Alkohol: *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C)
- Søvnproblemer: Tilpasset versjon av *Bergen Insomnia Scale* (BIS)

Spørreskjemaets grunnmodul inkluderer fire spørsmål om kosthold, som også benyttes av SSB i Lavekårsundersøkelsene. Noen av spørsmålene inngår i tillegg i den Nasjonale Folkehelseundersøkelsen (NHUS). Ved å bruke etablerte spørsmål og skalaer sikrer vi både høy datakvalitet og muligheten til å sammenligne resultatene med tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et bredt spekter av temaer. Selv om mange av de benyttede instrumentene er godt kvalitetssikret fra tidligere studier, kan kvaliteten variere mellom ulike temaområder. Derfor må funnene fra denne undersøkelsen vurderes kritisk og i lys av resultater fra andre studier. At vi ser kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå som samsvarer godt med funn fra landsrepresentative undersøkelser, styrker imidlertid tilliten til resultatene fra undersøkelsen.

Folkehelseundersøkelsen er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for fylket og fylkets kommuner. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{7,8}. Helsedirektoratet publiserer også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket⁹.

De dataene som er samlet inn i denne folkehelseundersøkelsen kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold, og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «tilfredshet med livets variabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «fornøydhet med livet» fra tidligere

⁷ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

⁸ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhets mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med stigende alder¹⁰. Det å undersøke lokale variasjoner og sammenhenger nærmere, for eksempel når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, kan dermed være til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for hvordan best innrette og prioritere innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen, av forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

¹⁰ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>

Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
4. Forster, G.K., et al. *Built Environment Accessibility and Disability as Predictors of Well-Being among Older Adults: A Norwegian Cross-Sectional Study.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023. **20**, DOI: 10.3390/ijerph20105898.
5. Aarø, L., et al., *Behavioural precautions to avoid transmission of the COVID-19 virus – low educated groups are not always lagging behind.* Journal of Health Inequalities, 2023. **9**(1): p. 16–28.
6. Nilsen, T.S., et al., *Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway.* Tidsskr Nor Laegeforen, 2022. **142**(10).
7. Nes, R.B., et al., *Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19.* Quality of Life Research, 2022. **31**(8): p. 2295–2305.
8. Nilsen, T.S., et al., *Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 12.
9. Knapstad, M., et al., *Psychological distress before and nine months into the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from The Norwegian Counties Public Health Surveys.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 14.
10. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021. **49**(7): p. 766–773.
11. Hansen, T., et al., *Covid-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic.* Eur J Ageing, 2022. **19**(3): p. 463–473.
12. Lyshol, H., et al., *A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway.* Scientific Reports, 2022. **12**(1): p. 13721.
13. Aarø, L.E., et al., *Quality of life, psychological distress, sleeping problems and global subjective health after injuries. A study among adults in three Norwegian counties.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**.
14. Aarø, L.E., et al., *A cross-sectional study of the relationship between injuries and quality of life, psychological distress, sleeping problems, and global subjective health in adults from three Norwegian counties.* Health and Quality of Life Outcomes, 2023. **21**(1): p. 120.
15. Friesinger, J.G., S.H. Haugland, and J.-K. Vederhus, *The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: findings from a large population-based health survey.* Health and Quality of Life Outcomes, 2022. **20**(1): p. 135.
16. Stea, T.H., L. Alvsvåg, and A.L. Kleppang, *The Association between Dietary Habits, Substance Use, and Mental Distress among Adults in Southern Norway: A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population.* Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(18).
17. Vederhus, J.K., C. Timko, and S.H. Haugland, *Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey.* Qual Life Res, 2021. **30**(6): p. 1769–1778.

18. Juul, V. and E.C.A. Nordbø, *Examining activity-friendly neighborhoods in the Norwegian context: green space and walkability in relation to physical activity and the moderating role of perceived safety*. BMC Public Health, 2023. **23**(1): p. 259.
19. Kalseth, J., et al., *Comparing the effects of reduced social contact on psychosocial wellbeing before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey from two Norwegian counties*. Quality of Life Research, 2023. **32**(6): p. 1771–1784.
20. Haugland, S.H., et al., *Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: a cross-sectional study of 28047 adults from the general population*. Subst Abuse Treat Prev Policy, 2021. **16**(1): p. 47.
21. Haugland, S.H., et al., *Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population*. Frontiers in Public Health, 2021. **9**.
22. Haugland, S.H. and T.H. Elgán, *Prevalence of Parental Alcohol Problems among a General Population Sample of 28,047 Norwegian Adults: Evidence for a Socioeconomic Gradient*. Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(10).
23. Bjørnerud Korslund, S., B.H. Hansen, and T. Bjørkkjær, *Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population*. BMC Public Health, 2023. **23**(1): p. 541.
24. Stea, T.H., et al., *Association between Self-Reported Childhood Difficulties and Obesity and Health-Related Behaviors in Adulthood-A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(3).
25. Stea, T.H., S.A. Solaas, and A.L. Kleppang, *Association between physical activity, sedentary time, participation in organized activities, social support, sleep problems and mental distress among adults in Southern Norway: a cross-sectional study among 28,047 adults from the general population*. BMC Public Health, 2022. **22**(1): p. 384.
26. Vederhus, J.K., S.H. Haugland, and C. Timko, *A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood*. Int J Methods Psychiatr Res, 2022. **31**(1): p. e1904.
27. Nilsen, T.S., et al., *Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data*. Scandinavian Journal of Public Health, 2025: p. 14034948251360674.
28. Aarø, L.E., et al., *The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS)*. European Journal of Public Health, 2024. **34**(Supplement_3): p. ckæ144. 2118.
29. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study*. American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306–14.
30. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*, in *Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
31. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
32. Van De Weijer, M.P., et al., *Expanding the environmental scope: an environment-wide association study for mental well-being*. Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology, 2022. **32**(2): p. 195–204.
33. Yu, B., T. Von Soest, and R.B. Nes, *Do municipal contexts matter for adolescent mental health? A within-municipality analysis of nationwide Norwegian survey data across six years*. Research on Child and Adolescent Psychopathology, 2024. **52**(2): p. 169–182.
34. Pallesen, S., et al., *A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale*. Perceptual and Motor Skills, 2008. **107**(3): p. 691–706.
35. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study*. BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.

36. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
37. Kurtze, N., et al., *Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008. **36**(1): p. 52–61.
38. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. *PLOS ONE*, 2020. **15**(4): p. e0231581.
39. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
40. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
41. Pearlin, L.I. and C. Schooler, *The structure of coping*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978: p. 2–21.

Vedlegg 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Vestfold 2025 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside:

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene

Dette vedlegget gir en oversikt over spørsmålene og skalaene som utgjør grunnmodulen i Folkehelseundersøkelsen i fylkene (FHUS). Grunnmodulen er den felles kjernen av spørsmål som sikrer sammenlignbare resultater på tvers av fylker og over tid. Merk at dette vedlegget beskriver spørsmål som inngår i grunnmodulen, uavhengig av tilpasninger som er gjort i den aktuelle Folkehelseundersøkelsen i Vestfold.

Dette vedlegget viser ikke spesifikt hvilke spørsmål som ble brukt eller utelatt i undersøkelsen i Vestfold. Dersom du ønsker å se en detaljert oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold, henvises det til Folkehelseinstituttets nettsider:

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

Nedenfor beskrives hvert temaområde i grunnmodulen og hvordan spørsmålene vanligvis rapporteres.

Del 1. Nærmiljø og deltakelse

Trivsel i nærmiljøet

Deltakerne blir spurt om i hvilken grad de trives i sitt nærmiljø, med svaralternativene:

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

Denne variabelen gir en indikasjon på generell trivsel og opplevelse av livskvalitet i nærmiljøet. I analyser rapporteres ofte andelen som svarer «I stor grad», da dette gir et mål på høy trivsel i befolkningen.

Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt

Grunnmodulen inneholder spørsmål om opplevd tilgjengelighet til ulike fasiliteter og servicetilbud i nærmiljøet. Dette inkluderer:

- Kulturtilbud, for eksempel kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater
- Idrettstilbud, for eksempel idrettshall, svømmehall, treningssenter og ski-/lysløyper
- Butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- Offentlig transport
- Natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer

I tillegg inngår et spørsmål om hvorvidt gang- og sykkelveier er godt utbygde i nærområdet.

Svaralternativene er: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke». Resultater rapporteres vanligvis som andelen som svarer «Svært god» eller «God», mens kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen.

Deltakelse i aktiviteter

Grunnmodulen inneholder også spørsmål om sosial deltakelse, fordelt på to kategorier:

- Organisert aktivitet/frivillig arbeid, som for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende
- Annen sosial aktivitet, som for eksempel klubber, møter, sosiale sammenkomster eller trimturer med venner/kollegaer

Svaralternativene er: «Daglig», «Ukentlig», «1–3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». Resultater rapporteres vanligvis som andelen som svarer at de deltar ukentlig eller oftere.

Revisjoner av spørreskjemaet

Grunnmodulen har gjennomgått enkelte revisjoner for å forbedre presisjonen i spørsmålene. Fra og med 2021 ble spørsmålet om kultur- og idrettstilbud delt i to separate spørsmål. Tidligere var disse tilbudene samlet i ett spørsmål, men for å få mer spesifikke svar ble de skilt ut hver for seg. Samtidig ble det lagt til flere eksempler på typer kultur- og idrettstilbud for å gjøre spørsmålet tydeligere for respondentene. I samme revisjon (2021) ble spørsmålet om tilgang til natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer, slått sammen til ett spørsmål. Tidligere var dette delt i to separate spørsmål, men analysene viste at respondentene ofte oppfattet dem som overlappende.

Disse endringene ble innført for å sikre en mer presis kartlegging av tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud i nærmiljøet.

Del 2. Helse

Helsedelen i grunnmodulen kartlegger ulike aspekter ved fysisk og psykisk helse, inkludert egenvurdert helse, tannhelse, kroppsmasseindeks (KMI), psykiske plager, søvnproblemer, langvarige helseplager, funksjonsnedsettelse og muskel- og skjelettsmerter. Spørsmålene dekker både subjektive vurderinger av egen helse og mer spesifikke helseplager, samt hvordan disse påvirker hverdagen. Indikatorene inkluderer flere av de største årsakene til helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge¹¹. Opplysningene gir et bredt bilde av helsetilstanden i befolkningen og kan brukes til å identifisere helseutfordringer på tvers av demografiske grupper.

Egenvurdert helse

Det første helsespørsmålet kartlegger hvordan deltakerne vurderer sin egen helse. Egenvurdert helse gir et overordnet bilde av helsetilstanden i befolkningen og er en sentral indikator i helseundersøkelser. Respondentene vurderer helsen sin på en skala fra «Svært god» til «Svært dårlig». I analysene benyttes ofte en todeling, der vi rapporterer andelen som har krysset av for «God» eller «Svært god» helse. Dette målet brukes til å identifisere

¹¹ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>

helseforskjeller mellom ulike grupper i befolkningen og sammenligne helsetilstanden på tvers av demografiske og sosioøkonomiske faktorer.

Tannhelse

Tannhelse inngår som en del av grunnmodulen og måles gjennom spørsmål om egenvurdert tannhelse, tidspunkt for siste besøk hos tannlege eller tannpleier, samt eventuelle årsaker til at det har gått mer enn fem år siden sist besøk. Vurdering av tannhelsen skjer på en femdelt skala fra «Svært god» til «Svært dårlig». Tidspunkt for siste tannlegebesøk har svaralternativer fra «0–2 år siden» til «Mer enn 5 år siden». For de som oppgir at det har gått mer enn fem år, finnes det et oppfølgingsspørsmål om årsaker, hvor flere faktorer kan oppgis, som økonomiske årsaker, redsel/frykt, transportutfordringer eller andre grunner.

Resultatene for tannhelse rapporteres ofte ved å vise andelen som svarer «God» eller «Svært god» tannhelse. Når det gjelder tannlegebesøk, presenteres ofte andelen som svarer at det er mer enn to år siden de sist var hos tannlege eller tannpleier. Disse spørsmålene gir innsikt i tannhelsevaner og eventuelle barrierer for tilgang til tannhelsetjenester.

Høyde og vekt

I grunnmodulen inngår spørsmål om kroppshøyde og vekt, der deltakerne oppgir sin høyde uten sko (i centimeter) og sin vekt uten klær og sko (i kilogram). Gravide bes om å oppgi sin vekt før graviditeten. Basert på disse opplysningene beregnes kroppsmasseindeks (KMI), definert som kroppsvekten i kilogram delt på kvadratet av høyden i meter (kg/m^2). KMI brukes ofte som en indikator på vektstatus, der en verdi på 30 eller høyere regnes som fedme.

For å sikre realistiske beregninger ekskluderes uvanlige verdier, som høyde under 1,20 meter eller over 2,20 meter, samt vekt under 25 kg eller over 220 kg. Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen av deltakerne med KMI på 30 eller mer. I noen tilfeller kan det også være relevant å rapportere andelen som er overvektige (KMI på 25 eller høyere).

Psykiske plager

Grunnmodulen inkluderer fem spørsmål om psykiske plager, basert på Hopkins Symptom Checklist-5 (HSCL-5) [3]. Deltakerne oppgir i hvilken grad de har vært plaget av nervøsitet, redsel, håpløshet, nedtrykthet og bekymring den siste uken. Svaralternativene er «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng), og en gjennomsnittsskår kan beregnes for å indikere samlet belastning av psykiske plager.

For rapporteringen beregnes ofte en gjennomsnittsskår blant dem med svar på minst tre av de fem spørsmålene. I noen tilfeller benyttes også en todelt kategori der en skår over 2,00 tolkes som indikasjon på høy grad av psykiske plager. Spørsmålsformuleringene i FHUS er tilpasset en én-ukes tidsramme, noe som kan avvike fra lignende målinger i andre undersøkelser.

Søvn

Søvnproblemer kartlegges ved hjelp av en tilpasset versjon av Bergen Insomnia Scale (BIS) [34]. Dette er et standardisert instrument som vurderer insomni i samsvar med diagnostiske kriterier fra DSM-5. Respondentene svarer på hvor ofte de opplever søvnproblemer, med spørsmål om innsovningsvansker, gjentatte oppvåkninger om natten og søvnighet eller

tretthet på dagtid. Svaralternativene er «Aldri/sjelden», «Av og til», «1-2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke».

For å vurdere varigheten av søvnproblemene, oppgis en tidsramme med følgende alternativer: «Mindre enn 1 måned», «1-2 måneder», «3-6 måneder», «7-12 måneder», «Mer enn 1 år» og «Jeg har ikke søvnvansker». Ifølge DSM-5-kriteriene for insomni regnes det som indikasjon på insomni dersom en person rapporterer enten innsovningsvansker eller nattlige oppvåkninger minst 3 ganger per uke, samtidig som de opplever dagtidssymptomer (søvnighet eller tretthet) like hyppig, og at problemene har vart i minst 3 måneder.

Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen som tilfredsstillende disse kriteriene. BIS er benyttet i flere andre helseundersøkelser, og gir sammenlignbare data på søvnproblemer i befolkningen.

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse kartlegges ved spørsmål om kroniske eller vedvarende sykdommer, samt plager som følge av skade. Respondentene oppgir om de har helseproblemer som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. Videre vurderer de i hvilken grad disse påvirker hverdagen, med svaralternativene «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» eller «Ikke i det hele tatt».

I tillegg spørres det om funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade, inkludert tilstander som kommer og går. Også her vurderer respondentene hvordan plagene påvirker hverdagen deres, med de samme svaralternativene.

Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen som oppgir å ha langvarige helseproblemer eller funksjonsnedsettelse, samt andelen som oppgir at disse i stor grad påvirker deres daglige liv. Disse spørsmålene gir innsikt i forekomsten av kroniske helseutfordringer og funksjonsnedsettelse i befolkningen, og bidrar til å identifisere behov for tilrettelegging og helsetjenester.

Nakke- og korsryggsmerter

Spørsmålene om muskel- og skjelettplager kartlegger smerter i korsrygg og nakke i løpet av de siste 28 dagene. Respondentene oppgir om de har hatt slike smerter, og hvis ja, hvor mange dager de har hatt smerter og hvor mange dager smertene har medført begrensninger i daglige aktiviteter. Smerter som har vart deler av dagen telles som én dag.

Til denne delen brukes et utvalg av spørsmål fra *Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions* (BQMC), som er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med Center for Global Burden of Disease ved University of Washington (USA). Formålet med instrumentet er å bidra til nasjonale og internasjonale estimater for sykdomsbyrde knyttet til muskel- og skjelettplager.

Fra disse spørsmålene rapporterer vi som regel kun periodeprevalensen. Det vil si andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter eller korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene.

Del 3. Sosial støtte og ensomhet

Sosial støtte

I grunnmodulen måles sosial støtte med Oslo-3 Social Support Scale (OSSS-3), som består av tre spørsmål:

- Antall nære personer man kan regne med ved store personlige problemer (inkludert nærmeste familie), med svaralternativene «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det man gjør, med svaralternativene «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett det er å få praktisk hjelp fra naboer om man skulle trenge det, med svaralternativene «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

Svarene kan summeres til en total skår fra 3 til 14, der lavere verdier indikerer lav sosial støtte og høyere verdier indikerer høy sosial støtte. I analysene presenteres ofte andelen med høy sosial støtte (sumskår 12-14) [35]. Tidligere rapporter fra Folkehelseundersøkelsene rapporterte andelen med middels eller høy sosial støtte, men fra 2021 har fokuset vært på andelen med høy sosial støtte for å tydeligere illustrere forskjeller mellom geografiske områder, utdanningsnivå og aldersgrupper.

Ensomhet

Ensomhet måles med The UCLA Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som består av tre spørsmål:

- Hvor ofte savner du noen å være sammen med?
- Hvor ofte føler du deg utenfor?
- Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Svaralternativene er «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Svarene summeres til en total skår fra 3 til 15, der lavere verdier indikerer lav ensomhet og høyere verdier indikerer høy ensomhet.

Det finnes ingen universelt etablert terskelverdi for UCLA-3-skalaen, og ulike tilnærminger har vært brukt i forskningen. I Folkehelseundersøkelsene benyttes ofte en skår på 3–9 som en indikasjon på lav ensomhet og 10–15 som en indikasjon på høy ensomhet. Denne inndelingen ble brukt i rapporten *Livskvalitet i Norge 2019* [36] og predikerte høye skårer på et direkte ensomhetsspørsmål (6 eller mer på en skala fra 0 til 10).

I analyser og presentasjon av resultater rapporteres vanligvis andelen som skårer 10 eller høyere, definert som personer med høy grad av ensomhet.

Del 4. Helserelatert atferd

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kartlegges gjennom spørsmål om treningshyppighet, intensitet og varighet. Respondentene oppgir hvor ofte de vanligvis trener eller mosjonerer, inkludert aktiviteter som

turer, svømming, ski, eller annen idrett. De som rapporterer å være fysisk aktive bes også angitt hvor hardt de trener (rolig, moderat eller høy intensitet) og hvor lenge de trener per økt.

I tillegg bes sysselsatte respondenter beskrive fysisk aktivitet i arbeid, med kategorier som spenner fra stillesittende arbeid til tungt kroppsarbeid.

Spørsmålene er tilpasset fra validerte måleinstrumenter og har vært brukt i en rekke norske helseundersøkelser, inkludert HUNT og Tromsø-undersøkelsen [37, 38]. Endringer i siste skjemarevisjon har gjort formuleringene mer sammenlignbare med disse undersøkelsene, blant annet ved å inkludere mosjon til og fra jobb.

Resultater for fysisk aktivitet rapporteres ofte ved å vise andelen som trener minst fire dager per uke i minst 30 minutter, med en intensitet som gjør dem andpustne og/eller svette.

Kosthold

Kosthold kartlegges gjennom fire spørsmål om inntak av sukkerholdig drikke, frukt, grønnsaker og fisk. Respondentene oppgir hvor ofte de inntar disse matvarene på en syvpunktsskala fra «Sjelden/aldri» til «Flere ganger per dag».

Spørsmålene er formulert i tråd med anbefalinger fra nasjonale kostholdsstudier og har vært justert i samsvar med endringer i Den nasjonale Folkehelseundersøkelsen (NHUS). Endringer i siste skjemarevisjon inkluderer justeringer av spørsmål om sukkerholdig drikke og frukt for å sikre bedre samsvar med NHUS, samt tillegg av svarkategorien «Flere ganger per dag» for alle spørsmål.

Variablene brukes ofte dikotomisert i analyser og rapportering for å forenkle tolkningen av resultatene i forhold til kostholdsanbefalinger. Typiske dikotomiseringer inkluderer:

- Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av frukt eller bær versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av grønnsaker versus sjeldnere inntak
- Inntak av fisk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak

Disse dikotomiseringene brukes konsekvent i Folkehelseundersøkelsene i fylkene for å rapportere andelen som oppfyller nasjonale kostholdsanbefalinger. Dette gjør det mulig å sammenligne kostholdsvaner på tvers av ulike grupper og over tid.

Tobakksbruk

Tobakksbruk kartlegges gjennom spørsmål om røyking, med svaralternativer som skiller mellom nåværende og tidligere bruk. De som oppgir at de røyker, bes videre oppgi om de røyker daglig eller av og til. Tidligere røykevaner kartlegges ved et eget spørsmål til dem som oppgir at de ikke røyker.

Spørsmålene er formulert for å være sammenlignbare med andre nasjonale undersøkelser, og i siste skjemarevisjon ble formuleringene justert for å harmonisere med tilsvarende spørsmål i Statistisk sentralbyrås (SSB) helseundersøkelser.

Resultatene presenteres ofte ved å vise andelen som røyker daglig.

For å kartlegge snusbruk blir deltakerne først spurt om de i det hele tatt snuser, med svaralternativene «Ja» og «Nei». De som svarer «Ja» får et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte de snuser (daglig eller av og til). I analysene skiller man typisk mellom de som snuser daglig og alle andre (nei eller av og til). Formålet er å identifisere andelen dagligsnusere i befolkningen.

Alkoholbruk

Alkoholbruk kartlegges gjennom flere spørsmål basert på Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C) [39], et anerkjent screeningverktøy for å identifisere alkoholvaner og potensielle alkoholproblemer.

Deltakerne bes først svare på om de noen gang har drukket alkohol. De som svarer bekreftende, får deretter spørsmål om hvor ofte de har drukket alkohol det siste året, hvor mange enheter de vanligvis drikker på en typisk dag, og hvor ofte de drikker seks enheter eller mer ved én anledning. En alkoholenhet defineres som en liten flaske øl, ett glass vin eller en drink.

Basert på svarene kan det beregnes en AUDIT-C-skår fra 0 til 12, hvor høyere skår indikerer økt risiko for problematisk alkoholbruk. I rapporteringen fokuseres det vanligvis på tre utfallsvariabler:

- Hyppig alkoholbruk – andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere.
- Alkoholkonsum på en typisk drikkedag – gjennomsnittlig antall alkoholenheter basert på en omkoding av svarkategorier til kvasikontinuerlige verdier. Kategori 1 (1-2 enheter) er satt til 1,5. Kategori 2 (3-4 enheter) er satt til 3,5. Kategori 3 (5-6 enheter) er satt til 5,5. Kategori 4 (7-9 enheter) er satt til 8,0. Og kategori 5 (10 eller flere) er skjønnsmessig satt til 12,0.
- Episodisk høyt alkoholinntak – andel som drikker minst seks alkoholenheter ved én anledning månedlig eller oftere.

Del 5. Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er basert på anbefalinger fra en rapport utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 om måling av subjektiv livskvalitet i Norge [40]. Spørsmålene dekker ulike aspekter av livskvalitet, inkludert generell tilfredshet med livet, opplevelse av mening, emosjonelle tilstander, sosiale relasjoner, fellesskap og tillit.

Under skjemarevisjonen av fylkeshelseundersøkelsene ble målemetoden noe justert i samarbeid med normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Blant annet ble det tidligere målet på depressive plager (PHQ-2) fjernet for å unngå overlapp med HSCL-5, som nå benyttes for å måle psykiske plager. Et nytt spørsmål om forventet livstilfredshet fem år frem i tid ble lagt til.

Livskvalitetsdelen inneholder flere temaområder, som beskrevet nedenfor.

Tilfredshet med livet og opplevelse av mening

Deltakerne bes vurdere:

- Hvor fornøyd de er med livet generelt.
- Hvor fornøyd de tror de vil være om fem år.
- I hvilken grad de opplever at det de gjør i livet er meningsfylt.

Disse besvares på en 11-punkts skala (0–10), hvor høyere skår indikerer større tilfredshet eller mening. I rapportene analyseres vanligvis gjennomsnittsskår for disse spørsmålene. I noen tilfeller grupperes svarene for å vise andeler med lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) tilfredshet.

Emosjonelle opplevelser siste uke

For å måle daglig velvære og følelsesmessige opplevelser rapporterer deltakerne hvor ofte de har opplevd ulike følelser de siste syv dagene. Disse besvares på samme 11-punkts skala og omfatter:

- Positive følelser: Glad, engasjert, rolig og avslappet, lykkelig, takknemlig
- Negative følelser: Bekymret, nedfor/trist, irritert, ensom, engstelig

Basert på faktoranalyser og vurderinger av det begrepsmessige innholdet, er følgende sumskårer¹² ofte brukt i analyser:

- Negative følelser: Gjennomsnittsskår for bekymret, trist, irritert og engstelig.
- Positive følelser: Gjennomsnittsskår for glad, rolig/avslappet, lykkelig og takknemlig.
- Ensomhet og engasjement analyseres som enkeltvariabler.

Respondenter som har svart på minst to av leddene innen hver kategori på positive og negative følelser får en gyldig skår.

Sosiale relasjoner og fellesskap

Deltakerne bes vurderer i hvilken grad deres sosiale relasjoner er støttende og givende, samt hvorvidt de selv bidrar til andres livskvalitet. Disse spørsmålene er hentet fra Diener's Flourishing Scale. Svarene gis på en 11-punkts skala (0–10), og de kombineres ofte i en sumskår som omtales som "sosiale relasjoner".

Det rapporteres også om sosial omgang:

¹² Når vi omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

- Hvor ofte man er sammen med gode venner (ikke inkludert familie¹³).
 - Alternativer: Omtrent daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger i året, sjeldnere enn årlig, har ingen gode venner.
 - I rapportene vises ofte andelen som møter venner ukentlig eller oftere.

Tillit, tilhørighet og trygghet

Denne delen inneholder spørsmål som måler ulike aspekter av sosial kapital og samfunnsmessig tillit:

- Generell tillit: Hvorvidt man opplever at folk flest er til å stole på.
- Opplevd tilhørighet: I hvilken grad man hører til på stedet der man bor.
- Trygghet i nærmiljøet: Hvor trygg man føler seg når man er ute og går.

Disse besvares også på en 11-punkts skala (0–10), og analyseres vanligvis som enkeltvariabler der gjennomsnittskåren rapporteres.

Analyse og rapportering

I analysene av livskvalitet rapporteres gjennomsnittsskår for spørsmålene som benytter 11-punkts skalaer. I noen tilfeller grupperes svarene for å illustrere fordeling av lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) livskvalitet. Sumskårer for emosjonelle opplevelser og sosiale relasjoner brukes for å identifisere mønstre i datamaterialet.

Del 6. Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Bakgrunnsvariablene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene dekker utdanningsnivå, økonomisk situasjon, arbeids- og livssituasjon, sivilstatus, husholdningens størrelse, omsorgsansvar for barn, boligforhold og fødeland. Disse opplysningene gir viktig kontekst for å forstå variasjoner i helse, livskvalitet og helseatferd på tvers av befolkningsgrupper. I mange fylker hentes enkelte av disse opplysningene, inkludert alder, kjønn, fødeland og foreldrenes fødeland, direkte fra registre når utvalget trekkes. Når slike registerdata ikke er tilgjengelige eller ikke brukes, kartlegges denne informasjonen via spørsmål i undersøkelsen.

Utdanningsnivå

Deltakerne rapporterer sin høyeste fullførte utdanning ved å velge mellom syv kategorier:

1. Ingen fullført utdanning
2. Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
3. Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole, gymnas)

¹³ Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent en gang i året».

4. Fagskole
5. Høyskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
6. Høyskole/universitet, bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende (2–4 år)
7. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

For analyser rapporteres utdanningsnivå ofte i fire kategorier:

- Grunnskole eller lavere (1–2)
- Videregående skole og fagskole (3–4)
- Høyskole/universitet, kort (5–6)
- Høyskole/universitet, lang (7)

I noen tilfeller brukes en todeling der de med høyskole/universitet (5–7) skilles fra de med grunnskole eller videregående (1–4).

Spørsmålskategoriene ble revidert i 2021 i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) for å gjøre dem mer sammenlignbare med nasjonale statistikker. Tidligere var det ikke egne svaralternativer for fagskole og høyskole/universitet under to år, noe som kan ha ført til at enkelte med disse utdanningene tidligere ble feilklassifisert som høyere utdannede. Endringen gjør at utdanningsnivå rapportert fra 2021 og fremover er mer sammenlignbart med SSBs befolkningsdata.

Opplevd økonomisk situasjon

For å kartlegge husholdningens økonomiske situasjon bes deltakerne vurdere hvor lett eller vanskelig det er å få økonomien til å strekke til i hverdagen. Svaralternativene er:

- Svært vanskelig
- Vanskelig
- Forholdsvis vanskelig
- Forholdsvis lett
- Lett
- Svært lett
- Vet ikke

I analysene rapporteres ofte andelen som opplever økonomiske vansker, definert som de som har svart «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig». Kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen. Grad av økonomiske vansker brukes også som prediktor i analysene. I denne sammenhengen beholdes alle svaralternativene som separate kategorier (utenom «vet ikke», som holdes utenfor analysen).

Arbeids- og livssituasjon

Deltakerne velger én eller flere kategorier som beskriver deres arbeidssituasjon:

- Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- Selvstendig næringsdrivende
- Sykmeldt
- Arbeidsledig
- Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- Mottar sosialstønad
- Alders- eller førtidspensjonist
- Skoleelev eller student
- Vernepliktig, sivilarbeider
- Hjemmearbeidende

Disse kategoriene gir innsikt i arbeidsdeltakelse og helserelaterte trygdeytelser i ulike deler av befolkningen.

Sivilstatus

Deltakerne oppgir sin sivilstatus ved å velge ett eller flere av følgende svaralternativer:

- Gift/registrert partner
- Samboende
- Har kjæreste (som de ikke bor sammen med)
- Enslig
- Enke/enkemann

Husholdningsstørrelse og omsorgsansvar for barn

Deltakerne oppgir hvor mange personer som bor i husstanden (inkludert seg selv), med svaralternativer fra 1 til 5 eller flere.

Dersom deltakeren har barn under 18 år, bes de oppgi hvor mange barn de har omsorg for, samt hvilke aldersgrupper barna tilhører. Flere svaralternativer kan velges:

- Før barnehagealder

- Barnehagealder
- Barneskolealder (1.–4. trinn)
- Barneskolealder (5.–7. trinn)
- Ungdomsskolealder (8.–10. trinn)
- Videregående skolealder

Boligforhold

Deltakerne oppgir om de eier eller leier boligen sin, med følgende svaralternativer:

- Eier
- Leier
- Bor hos venner eller disponerer bolig på andre måter

Fødeland

Informasjon om fødeland hentes ofte fra registre, slik som i datainnsamlingen i Oslo. I tilfeller der denne informasjonen ikke er tilgjengelig fra registre, oppgir deltakerne selv om de eller minst én av deres foreldre er født utenfor Norge. De som svarer bekreftende, blir videre bedt om å oppgi hvilket land de selv er født i, samt fødelandet til sin mor og far. I folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2025 ble det kun inkludert et spørsmål som kan si noe om deltakerne er førstegenerasjons innvandrere.

Følgende svaralternativer benyttes:

- En alfabetisk nedtrekksliste med landvalg, der Norge står øverst og «Annet» er et alternativ for de som ikke finner sitt fødeland i listen.
- Dersom respondenten velger «Annet», kan de manuelt skrive inn fødelandet i et tekstfelt.

Deltakere som er født utenfor Norge, blir også spurt om hvor lenge de har bodd i landet, med følgende svaralternativer:

- Mindre enn ett år
- 1–4 år
- 5–9 år
- 10–19 år
- 20–29 år
- 30 år eller mer

- Jeg har bodd i Norge hele livet

Opplysninger om fødeland og innvandringshistorikk gir viktig innsikt i helseforskjeller og folkehelseutfordringer blant ulike befolkningsgrupper. I analyser brukes ofte grupperinger basert på fødeland, botid i Norge og foreldres fødeland for å undersøke sammenhenger mellom innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forhold og helseutfall.

Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål

I likhet med øvrige fylker tok Vestfold i bruk den felles grunnmodulen, men fylkeskommunen benyttet også muligheten til å legge inn egne tema der lokalt kunnskapsbehov vurderes som særlig stort. Som hovedregel er det ingen av spørsmålene fra tilleggsmodulen som analyseres i hoveddelen av denne rapporten; formålet her er kun å gjøre leseren oppmerksom på at dataene eksisterer, slik at de kan etterspørres og analyseres i det videre folkehelsearbeidet eller i forskning. Flere av tilleggsspørsmålene som ble valgt har vært med i tidligere folkehelseundersøkelser i Vestfold og bidrar til tidsserier, men noen er nye og spesifikt laget for 2025-undersøkelsen.

Tilgjengelighet til kystlinje/strand og rolle i organisert aktivitet / frivillig arbeid

I tillegg til de ordinære spørsmålene om tilgjengelighet til ulike tilbud i nærmiljøet, ble det inkludert et eget spørsmål om hvor tilgjengelig kystlinje/strand eller sjø/innsjø er der man bor, med et eget svaralternativ for dem som ikke bor i nærheten av sjø eller innsjø. Videre ble spørsmålet om hvor ofte man deltar i organisert aktivitet/frivillig arbeid supplert med et oppfølgingsspørsmål om hvilken rolle man vanligvis har når man deltar: om man hovedsakelig er deltaker (for eksempel på trening eller i kor), om man bidrar som frivillig (for eksempel trener, styreverv eller frivillig i humanitær organisasjon), eller om begge deler varierer. Dette gir et mer nyansert grunnlag for å skille mellom deltakelse og frivillig innsats.

Snus og e-sigarett/vape

Tobakksdelen ble utvidet til også å omfatte snus og e-sigarett/vape – resultatene for snus er dessuten inkludert i denne rapporten. For begge produkttypene spørres det først om man bruker produktet, deretter om brukshyppighet (daglig/av og til), og til slutt om man har brukt produktet tidligere (med samme inndeling). Dette gjør det mulig å beskrive både nåværende bruk og tidligere erfaring med ulike nikotinprodukter.

Helsekompetanse og kjennskap til nasjonale kampanjer

Det ble inkludert to utsagn om egen opplevelse av å vite hvordan man kan styrke og ta vare på henholdsvis fysisk og psykisk helse, med svar på en femdelt skala fra «helt sikker» til «svært usikker». I tillegg ble det spurt om man har hørt om tre nasjonale kampanjer («5 om dagen», «ABC for god psykisk helse» og «Dine 30»), der man svarer ja/nei for hver kampanje. Disse spørsmålene kan brukes til å belyse både opplevd handlingskompetanse og rekkevidde/kjennskap til sentrale helsefremmende budskap.

Skader som har medført kontakt med lege eller tannlege

Det ble lagt til en skademodul som avgrenser til nye skader de siste 12 månedene som førte til at man oppsøkte lege eller tannlege (med presisering av at dette inkluderer fastlege, legevakt og spesialisthelsetjenesten). Respondenter som svarer ja, får oppfølgingsspørsmål om årsak til skaden (ulykke/uhell, vold/overfall, selvskading med vilje eller annen årsak) og hva man holdt på med da skaden skjedde (for eksempel arbeid, utdanning, idrett/trening, friluftsliv, hus-/hagearbeid, lek/hobby eller annen aktivitet).

Bolig og flytteintensjon

Boligblokken ble utvidet med spørsmål om hvorvidt man eier eller leier boligen, hvor sannsynlig det er at man bytter bolig de neste 10 årene, og – dersom man svarer at det er lite sannsynlig – hvilke grunner som ligger bak (flere svar mulig, som tilfredshet med bolig/neighborhood, behov for plass, økonomi, manglende passende bolig i ønsket område eller manglende kapasitet). I tillegg spørres det om hva som er viktigst i en framtidig bolig (flere svar mulig), blant annet tilpasning til alder og helse, bokostnader, sosialt bomiljø, nærhet til natur, kollektivtransport og service-/kulturtilbud.

Støyplage hjemme

Det ble inkludert to spørsmål om støyplage de siste 12 månedene når man er hjemme (både innendørs og på uteareal som tilhører boligen): ett om støy fra veitrafikk og ett om støy fra andre utendørs støykilder enn veitrafikk. Begge besvares på en femdelt skala fra «ikke plaget» til «svært mye plaget».

Opplevelse av kontroll i livet

Det ble lagt inn et kort batteri med fem utsagn om opplevd kontroll og mestring i livet (for eksempel «Jeg har lite kontroll over det som hender meg» og «Stilt overfor problemer i livet mitt føler jeg meg ofte hjelpeløs») (basert på Pearlin, L. I., & Schooler, C. , 1978 [41]). Respondentene tar stilling til hvert utsagn på en femdelt enighets-/uenighetsskala fra «svært enig» til «svært uenig».

Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling



I tabellene A1 – A4 på de neste sidene presenterer vi nøkkeltall fra årets Folkehelseundersøkelse i Vestfold sammen med tilsvarende tall fra alle tidligere folkehelseundersøkelser. For hvert utfallsmål vises ett samlet estimat per fylke og år, slik at leseren raskt kan danne seg et bilde av utviklingen over tid og hvordan Vestfold plasserer seg i en nasjonal sammenheng. Tabellene er utformet som et «varmekart»: cellene er fargelagt på en gradient fra grønt til oransje. Grønn farge angir at fylket skårer gunstigere enn de fleste andre på den aktuelle indikatoren, mens oransje markerer at fylket ligger i den mindre gunstige enden av fordelingen. Hva som er «gunstig» kan variere – lav forekomst av fedme er positivt, mens høy andel som vurderer helsen som god er positivt – men fargekodingen er alltid satt slik at grønt representerer det mest fordelaktige utfallet, og oransje det minst fordelaktige innenfor den aktuelle variabelen.

I datainnsamlingen i Vestfold 2025 er resultatene vektet for å ta høyde for at personer har hatt ulik sannsynlighet for å bli trukket til undersøkelsen. Utvalget ble trukket på levekårssonenivå, der trekk sannsynligheten (prob) ble beregnet innen hver levekårssone, og designvekten ble definert som $1/\text{prob}$. I analyser som gjelder 2025 alene benyttes i tillegg en frafallsvekt beregnet under en MAR-tilnærming, der frafall antas å følge trekksdesignet (leveskårssone), ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende innen samme levekårssone. Selv om denne vektingen bidrar til at estimatene i større grad reflekterer populasjonen utvalget er trukket fra, kan den ikke fullt ut fjerne usikkerhet knyttet til seleksjon dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på andre, ukjente måter. Videre kan direkte sammenligninger av totalsnitt med eldre fylkesundersøkelser være mindre sikre dersom utvalg og vekting tidligere er gjort på andre måter (for eksempel uttrekk per kommune/hele fylket og vekting som ofte har inkludert alder og kjønn). I denne rapporten er tall likevel inkludert for å gi et historisk bilde, men de bør tolkes med nødvendig varsomhet, særlig når det sammenlignes på tvers av undersøkelser med ulik vektkonstruksjon.

Spørreskjemaet har blitt revidert flere ganger siden 2018. Enkelte indikatorer mangler derfor i enkelte årganger, og tabellene kan inneholde tomme felter der spørsmål enten ikke ble stilt eller ble stilt på en måte som ikke lar seg sammenligne.

Historisk har sumskåren for variabelen «Positive følelser» vært basert på to spørsmål. Fra folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 og i undersøkelsene som er gjennomført etter det, benyttes en utvidet versjon med fire spørsmål, som gir et mer robust mål. I tabell A4 i dette vedlegget er derfor tallene for Vestfold hentet fra fire-ledd-varianten, mens tallene fra eldre fylkesundersøkelser fortsatt bygger på to ledd. Analyser gjennomført i forbindelse med folkehelseundersøkelsen Oslo 2024 viste at overgang fra to til fire ledd endrer gjennomsnittet i svært liten grad. Fremtidige publiseringer vil derfor benytte fire-ledd-skåren som standard, men tallene fra eldre datainnsamlinger er beholdt slik de foreligger.

Tabell A1. Nærmiljø og tilgjengelighet til tilbud

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025	
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold
Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	73.2	70.5	72.1	75.5	70.9	76.6	73.7	76.6	74.1	73.4	71.7	73.5	70.1		63.0	73.0
Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)							67.5	78.5	74.5	70.2	66.1	73.3	73.3		65.6	77.9
Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)							76.8	82.5	80.0	78.3	82.6	79.0	78.1		72.8	81.7
Butikker (god/svært god tilgjengelighet)			80.5	82.8	81.5	85.0	79.1	84.9	81.6	81.8	75.7	79.1	80.8		72.4	82.0
Offentlig transport (god/svært god tilgjengelighet)			39.2	50.2	31.8	57.9	34.2	52.5	60.7	53.9	38.9	47.8	54.4		45.3	53.6
Natur og friluftsområder (god/svært god tilgjengelighet)			95.1	95.1	95.6	92.4	93.3	92.5	91.1	92.6	92.3	92.1	89.2		87.9	92.5
Gang og sykkelveier (godt eller svært godt utbygde)			43.2	60.5	46.7	67.9	43.7	60.5	55.5	39.1	52.2	59.0	69.2		42.0	65.8
Egenorganisert aktivitet (ukentlig)	41.6	41.8	53.0	57.5	52.0	53.9	45.5	47.0	43.8	47.2	46.8	53.2	52.1		44.9	45.6
Organisert aktivitet (ukentlig)	25.5	27.7	24.8	32.8	26.9	27.6	22.5	25.9	23.1	24.2	24.9	31.4	29.2	22.3	22.8	28.6

Tabell A2. Helserelaterte utfall

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025	
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold
God eller svært god helse	75.9	76.1	69.8	72.4	70.1	75.7	71.8	71.1	72.1	70.0	67.8	69.5	70.3	69.6	66.5	69.2
God eller svært god tannhelse			67.4	74.7	69.5	76.5	72.6	73.1	74.7	74.6	71.9	72.9	72.5	68.6	67.1	72.8
Siste besøk hos tannlege > 2 år	10.4	11.4	15.9	10.8	14.3	9.4	12.3	11.7	12.0	11.3	12.5	10.8	10.7		16.5	12.2
Søvnproblemer (insomni)							11.1	13.0	11.5	11.9	12.1	14.4	14.2	14.5	13.3	12.6
Psykiske plager (HSCL-5)	1.5	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.8	1.6	1.6
Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager			11.7	11.4	12.0	9.2	11.1	13.0	11.9	11.2	14.6	15.2	12.7	11.7	15.2	13.7
Hverdagen i stor grad påvirket av funksjons-nedsettelse på grunn av skade			6.1	6.1	5.8	4.6	5.2	6.3	5.9	5.4	7.1	7.3	6.1		5.9	6.9
Korsryggsmarter							42.9	43.8	43.0	43.5	47.9	45.2	43.4	45.4	46.8	42.7
Nakkesmerter							38.1	41.9	41.8	40.1	44.3	41.9	41.4	44.0	46.3	40.2
Andel med fedme (KMI 30+)			20.7	17.5	21.5	16.2	19.4	18.9	18.4	17.9	21.6	18.8	17.0	12.3	21.3	18.3

Tabell A3. Mellommenneskelige relasjoner og helseatferd

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025	
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold
Sosial støtte (høy grad)				44.8			36.7	36.3	35.9	36.2	33.6	38.2	35.4	27.0	29.4	32.8
Sammen med gode venner ukentlig el oftere			64.2	65.0	61.6	57.5	50.2	51.7	47.0	52.1	51.2	57.0	54.0	50.1	50.2	51.7
Ensomhet (UCLA-3)				10.9					11.3	11.4	13.9	13.4	14.2	16.8	14.7	12.1
Fysisk aktiv			20.6	18.2	20.0	22.4	25.0	20.4	20.3	24.7	22.3	22.3	23.5	22.6	23.8	20.7
Røyker daglig	8.7	8.4	10.0	9.2	9.0	7.9	8.5	9.2	8.3	7.1	9.0	8.0	6.9	6.7	6.5	7.7
Bruker snus daglig	10.5	10.3	14.8	11.0	15.5	11.3	12.8	12.5	12.3	11.8	13.8	11.3	13.5	14.9		13.6
Inntak av brus/leskedrikk 2-3 gg i uken eller oftere							30.4	26.6	24.8	26.2	27.8	28.4	30.1	25.6	26.7	27.4
Daglig inntak av frukt eller bær	33.8	32.3	25.3	29.3	25.0	29.4	35.4	33.0	33.2	37.6	28.5	31.8	32.7	30.1	31.6	33.1
Daglig inntak av grønnsaker	45.1	41.5	32.7	36.8	34.6	40.1	42.8	48.2	47.3	47.7	36.0	40.8	42.0	48.3	38.4	45.5
Spiser fisk 2-3gg i uken eller oftere							58.4	48.8	51.0	54.3	46.5	42.9	45.9	42.9	53.3	43.1
Alkoholenheter per gang										3.0	2.8	3.3	3.4	3.3	3.1	3.0
Drikker alkohol 2-3 gg i uken eller oftere	21.2	13.8	18.8	19.6	20.6	22.2	18.9	25.0	28.1	21.5	20.2	19.3	18.9	26.8	16.1	21.8
Episodisk høyt alkoholforbruk	17.3	13.1	17.6	19.6	15.8	19.2	13.2	16.5	15.9	15.7	12.4	16.3	19.0	23.0	14.1	15.3

Tabell A4. Økonomi og livskvalitet

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025	
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold
Økonomiske vansker			21.4	20.8	19.4	16.7	16.8	18.7	18.7	19.2	27.1	26.2	25.2	36.2	24.4	26.2
Tilfredshet med livet			7.53	7.59	7.48	7.54	7.30	7.41	7.35	7.32	7.24	7.14	7.10	6.85	6.90	7.36
Fremtidsoptimisme							7.8	7.8	7.8	7.6	7.5	7.5	7.3	7.4	7.3	7.8
Det man gjør i livet er meningsfylt			7.52	7.56	7.50	7.49	7.45	7.47	7.42	7.41	7.35	7.27	7.18	6.97	7.02	7.54
Negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig)			3.13	3.17	3.14	3.02	3.14	3.11	3.16	3.35	3.10	3.17	3.27	3.68	3.16	3.40
Positive følelser (glad; rolig og avslappet)			7.00	6.98	7.00	6.96	6.86	6.81	6.76	6.88	6.62	6.63	6.59	6.37	6.58	6.90
Ensomhet			2.23	2.20	2.21	1.93	2.22	1.97	1.96	2.29	2.11	2.14	2.24	2.51	2.26	2.23
Sosiale relasjoner (støttende og givende)			7.33	7.43	7.28	7.45	7.22	7.32	7.33	7.27	7.09	7.34	7.29	7.20	7.16	7.44
Tillit til andre			7.01	7.23	7.09	7.24	7.03	7.15	7.10	7.05	6.69	6.94	6.94	6.58	6.64	6.93
Stedstilhørighet			7.4	7.4	7.6	7.5	7.5	7.4	7.2	7.3	7.2	7.2	7.0	6.6	7.0	7.3
Føler seg trygg i nærmiljøet			9.16	8.96	9.16	8.93	9.18	8.94	8.75	8.92	9.04	8.71	8.58	8.18	9.04	8.61
Engasjement			6.42	6.48	6.36	6.34	6.05	6.31	6.29	6.50	6.23	6.20	6.18	6.18	5.94	6.43

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no