

RAPPORT

2026

Folkehelseundersøkelsen i Telemark 2025

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Rapport

Folkehelseundersøkelsen i Telemark 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
Mars 2026

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Telemark 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

Samarbeidspartner:

Telemark fylkeskommune
- Kjersti Norgård Aase
- Mette Daapan

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:

978-82-8406-557-1

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	8
Konklusjon	8
Key messages (English)	9
Executive summary (English)	10
Introduction	10
Methods	10
Results	10
Discussion	11
Conclusion	11
1 Innledning	12
1.1 Bakgrunn	12
2 Metode	14
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	14
2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Telemark fylkeskommune	17
2.3 Spørreskjemaet	18
2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid	18
2.4.1 Presentasjon av resultater	19
2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater	20
2.4.3 Kategorisering av 0-10-skalaer	21
2.4.4 Endringer over tid	21
2.4.5 Bruk av kunstig intelligens	22
2.5 Viktige forbehold	23
3 Resultater	24
3.1 Alder: Kommuner i Telemark	24
3.2 Kjønn: Kommuner i Telemark	25
3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Kommuner i Telemark	26
3.4 Todelt utdanningsnivå: Kommuner i Telemark	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	37

3.8 Servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud) - god eller svært god tilgjengelighet	41
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet	45
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet	49
3.11 Kystlinje/strand/sjø – god eller svært god tilgjengelighet	54
3.12 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde	59
3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	63
3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	68
3.15 God eller svært god helse	72
3.16 God eller svært god tannhelse	76
3.17 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	80
3.18 Andel med fedme (KMI 30+)	85
3.19 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)	89
3.20 Søvnproblemer (Insomni)	93
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer	98
3.22 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade	102
3.23 Korsryggsmerter siste 28 dager	106
3.24 Nakkesmerter siste 28 dager	110
3.25 Høy sosial støtte	114
3.26 Ensomhet (UCLA-3)	118
3.27 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	122
3.28 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	127
3.29 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	131
3.30 Daglig inntak av frukt eller bær	136
3.31 Daglig inntak av grønnsaker	140
3.32 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	144
3.33 Daglig røyking	148
3.34 Daglig bruk av snus	152
3.35 Alkoholenheter per gang	156
3.36 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	160
3.37 Episodisk høyt alkoholforbruk	164
3.38 Tilfredshet med livet (0-10)	168
3.39 Fremtidsoptimisme (0-10)	172
3.40 Opplevelse av mening i livet (0-10)	176
3.41 Negative følelser siste 7 dager (0-10)	180
3.42 Positive følelser siste 7 dager (0-10)	184
3.43 Ensomhet (0-10)	188
3.44 Sosiale relasjoner (0-10)	192
3.45 Tillit til andre (0-10)	196

3.46	Stedstilhørighet (0-10)	200
3.47	Trygg i nærmiljøet (0-10)	204
3.48	Engasjement (0-10)	208
3.49	Økonomiske vansker	212
4	Diskusjon	216
4.1	Forskjeller på tvers av geografiske områder	216
4.2	Kjønnsforskjeller	217
4.3	Aldersforskjeller	218
4.4	Betydningen av utdanningsnivå	219
4.5	Betydningen av husholdningsøkonomien	220
4.6	Endringer over tid	222
4.7	Sammenlignet med andre fylker	223
5	Konklusjon	226
5.1	Begrensninger ved datagrunnlaget	227
5.1.1	Representativitet og skjevheter	227
5.1.2	Måleinstrument	228
	Referanser	230
	Vedlegg 1: Spørreskjema	232
	Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene	233
	Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål	246
	Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling	248

Hovedbudskap

I Telemark vurderer rundt to av tre helsen sin som god eller svært god, og mange oppgir høy livskvalitet og mening i hverdagen. De fleste opplever også god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, noe som gir et godt utgangspunkt for aktivitet og trivsel.

Forskjellene mellom kommunene er ofte små for helse og livskvalitet, men blir tydelige når det gjelder hverdagsnær tilgjengelighet. Et særlig tydelig eksempel er offentlig transport, der andelen som opplever god tilgang varierer fra om lag sju av ti i Porsgrunn til rundt én av tjue i Nissedal. Et lignende mønster går igjen for flere tilbud i nærmiljøet, som service-, kultur- og fritidstilbud og infrastruktur for å gå og sykle.

De tydeligste forskjellene følger likevel sosiale skillelinjer. Utdanning, og særlig hvordan husholdningsøkonomien oppleves, henger tett sammen med egen helse, livstilfredshet, psykisk belastning, ensomhet, sosial støtte og tillit. Omtrent én av fire opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, og blant unge voksne gjelder dette rundt fire av ti.

Unge voksne framstår som en sårbar gruppe også utover økonomi. De rapporterer oftere psykiske plager, negative følelser, ensomhet og lavere trivsel og trygghet i nærmiljøet enn eldre aldersgrupper, samtidig som de har høyest nivå av økonomisk press.

Fra 2021 til 2025 har det vært en klar økning i økonomisk press, samtidig som flere indikatorer peker i en mindre gunstig retning for psykisk helse, ensomhet, sosial støtte, tillit og trivsel i nærmiljøet. Levevanene utvikler seg i ulike retninger: færre drikker alkohol ofte eller i store mengder, mens fysisk aktivitet er stabil, men lav, og kostholdet har en ugunstig dreining med mindre fisk og grønnsaker og mer sukkerholdig drikke. Dette tilsier at folkehelsearbeidet i Telemark bør kombinere brede tiltak for aktivitet, tobakk og kosthold med målrettet støtte til unge voksne og husholdninger med økonomisk sårbarhet, og med lokalt tilpasset innsats der tilgjengelighet og hverdagsinfrastruktur er svakere.

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 Telemark ble undersøkelsen gjennomført i 2025 i samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Telemark fylkeskommune, med en felles grunnmodul som gjør det mulig å følge utvikling over tid og sammenligne på tvers av fylker. Rapporten beskriver situasjonen i 2025 og ser også på utvikling siden forrige undersøkelse i 2021.

Metode

Målgruppen var alle bosatte i Telemark fra 18 år og oppover. Et tilfeldig utvalg ble trukket fra Folkeregisteret, og 57 471 personer ble invitert. Datainnsamlingen var digital i perioden 15. september til 13. oktober 2025, med invitasjon via e-post og tekstmelding og flere påminnelser. Totalt samtykket 24 509 personer, som gir en svarprosent på 42,6 prosent, med variasjon mellom kommunene (høyest i Fyresdal og lavest i Siljan). Resultatene presenteres for alle 17 kommuner i fylket, og analyser er vektet for å ta hensyn til utvalgsdesign og frafall. Ved sammenligning mellom kommuner er det i hovedsak justert for kjønn, alder og utdanning. Ved sammenligning over tid (2021–2025) er det brukt en felles tilnærming for å gjøre tallene mest mulig sammenlignbare.

Resultat

I 2025 oppga 67,3 prosent at de har god eller svært god helse. Samtidig oppga 14,6 prosent at de har helseplager som i stor grad påvirker dem i hverdagen. Livstilfredshet og andre mål på livskvalitet ligger på et høyt nivå og varierer lite mellom kommunene (omtrent 7,2 til 7,5 på en skala fra 0 til 10), mens unge voksne gjennomgående rapporterer lavere nivåer enn eldre. Psykiske plager målt på en kort skala (1–4) ligger samlet sett på 1,6, og 12,6 prosent rapporterer høy grad av ensomhet. Unge voksne rapporterer høyere nivåer av psykiske plager og ensomhet enn eldre, og flere indikatorer peker mot økt belastning i deler av befolkningen.

På nærmiljøområdet oppga 92,3 prosent god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, mens 50,2 prosent oppga god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport. Kommuneforskjellene er særlig store for tilgjengelighet og hverdagsinfrastruktur. For offentlig transport varierer andelen som rapporterer god tilgang fra 72,0 prosent i Porsgrunn til 5,4 prosent i Nissedal. For flere helse- og livskvalitetsmål er kommuneforskjellene derimot små etter justering.

Økonomiske vansker er utbredt og sosialt skjevt fordelt. I 2025 oppga 25,7 prosent at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til. Andelen varierer mellom kommunene (omtrent 19,7 til 30,6 prosent) og er klart høyere blant unge voksne og blant personer med kort utdanning. Økonomisk situasjon henger også tett sammen med lavere livstilfredshet, svakere egenvurdert helse, mer ensomhet og lavere sosial støtte og tillit.

Fra 2021 til 2025 har andelen med økonomiske vansker økt fra 19,3 til 25,7 prosent, med særlig stor økning blant 18–29-åringene (fra 28,3 til 41,3 prosent). Flere indikatorer endrer seg i

ugunstig retning på totalnivå, blant annet en nedgang i andelen med god eller svært god helse (fra 69,8 til 67,3 prosent), økning i psykiske plager (fra 1,5 til 1,6 på 1–4-skala) og økning i ensomhet (fra 11,3 til 12,6 prosent). Andelen med høy sosial støtte går ned (fra 36,7 til 33,0 prosent), og både tillit til andre og stedstilhørighet faller noe (fra 7,1 til 6,9 og fra 7,5 til 7,3 på 0–10-skala). Trivsel i nærmiljøet går ned (fra 75,8 til 70,9 prosent). Samtidig går enkelte levevaner i gunstig retning, med nedgang i alkohol som drikkes ofte (fra 21,2 til 17,7 prosent) og i episodisk høyt alkoholforbruk (fra 15,8 til 14,3 prosent). Andre levevaner går i ugunstig retning, med nedgang i fiskeinntak minst 2–3 ganger i uken (fra 46,3 til 40,8 prosent), nedgang i daglig grønnsaksinntak (fra 45,0 til 41,4 prosent) og økning i hyppig inntak av sukkerholdig drikke (fra 28,4 til 30,6 prosent). Fysisk aktivitet (minst 30 minutter moderat aktivitet fire dager i uken eller mer) er stabil, men lav (19,3 prosent i 2025).

Diskusjon

Resultatene peker mot tre overordnede tolkninger. For det første er de mest konsekvente forskjellene i Telemark knyttet til sosial posisjon og økonomisk handlingsrom: alder, utdanning og særlig opplevd husholdningsøkonomi henger systematisk sammen med helse, livskvalitet, levevaner og sosiale ressurser. For det andre er kommuneforskjellene mest fremtredende i forhold som kan påvirkes gjennom planlegging og tjenestetilbud, som transport, service og tilgjengelighet til fritidsarenaer, mens mange individnære helse- og livskvalitetsmål varierer mindre mellom kommuner. For det tredje viser utviklingen fra 2021 til 2025 en mulig uheldig kombinasjon av økt økonomisk press, økt ensomhet og økt psykisk belastning, samtidig som enkelte levevaner går i en mer gunstig retning for alkohol, men mindre gunstig for flere kostholdsmål. Sammenlignet med andre fylker framstår Telemark med et gunstig alkoholmønster målt ved hyppig drikking og beruselsesdrikking, og med høye nivåer av livstilfredshet, framtidstro og mening. Samtidig ligger Telemark høyt på daglig røyking og lavt på fysisk aktivitet, og skiller seg også negativt ut på lavt fiskekonsum og høy bruk av sukkerholdig brus. Disse mønstrene peker mot klare prioriteringsområder i videre folkehelsearbeid.

Konklusjon

Telemark har i 2025 gjennomgående høy livskvalitet og mange ressurser i befolkningen, men utviklingen fra 2021 til 2025 viser økt økonomisk press og en samlet forskyvning i ugunstig retning for flere indikatorer knyttet til psykisk belastning, ensomhet og sosial støtte og tillit. Kommuneforskjellene er størst for tilgjengelighet og infrastruktur i nærmiljøet, mens helse og livskvalitet varierer mindre geografisk. Folkehelsearbeidet i Telemark bør derfor kombinere brede tiltak for tobakk, fysisk aktivitet og kosthold med tydelig målretting mot unge voksne og grupper med økonomisk sårbarhet, samt lokalt tilpasset innsats der tilgjengelighet og hverdagsinfrastruktur er svakere.

Key messages (English)

In Telemark, about two in three people rate their health as good or very good, and many report high wellbeing and a sense of meaning in daily life. Most people also report good access to nature and recreational areas, which provide a strong foundation for wellbeing and an active lifestyle.

Differences between municipalities are often small for health and wellbeing but become clear for everyday accessibility. A particularly striking example is public transport: the share reporting good access to transportation ranges from about seven in ten in Porsgrunn to around one in twenty in Nissedal. Similar gaps are seen for several local services, cultural and leisure opportunities, and walking and cycling infrastructure.

The most pronounced differences, however, follow social gradients. Education, and especially how people experience their household financial situation, is closely linked to health, life satisfaction, mental strain, loneliness, social support, and trust. About one in four finds it difficult to make ends meet, and among young adults this figure is around four in ten.

Young adults stand out as a vulnerable group also beyond finances. Compared with older age groups, they more often report mental distress, negative emotions, loneliness, and lower satisfaction and sense of safety in their neighbourhood.

From 2021 to 2025, financial strain has increased markedly, while several indicators move in an unfavourable direction for mental wellbeing, loneliness, social support, trust and neighbourhood satisfaction. Health behaviours show mixed trends: frequent or heavy drinking decline, while daily smoking and daily use of snus (oral tobacco) remain stable, and physical activity remains stable but low, and diet shifts unfavourably with less fish and vegetables and more sugar-sweetened drinks. This suggests that public health efforts in Telemark should combine broad measures for physical activity, tobacco and diet with targeted support for young adults and households facing financial hardship, and locally tailored action where everyday accessibility and infrastructure are weaker.

Executive summary (English)

Introduction

The county public health surveys provide up-to-date information on adult health, wellbeing, health behaviours, and experiences of the local environment. This knowledge can support public health work at both county and municipality level, alongside register-based data and national surveys. In Telemark, the survey was carried out in 2025 in collaboration between the Norwegian Institute of Public Health and Telemark County Authority, using a common core questionnaire that enables comparisons over time and across counties. This report describes the situation in 2025 and examines developments since the previous survey in 2021.

Methods

The target group was all residents in Telemark aged 18 years and older. A random sample was drawn from the National Population Register, and 57,471 people were invited. Data were collected digitally from 15 September to 13 October 2025, with invitations sent by email and text message and several reminders. In total, 24,509 people participated, corresponding to a response rate of 42.6 percent, with variation between municipalities (highest in Fyresdal and lowest in Siljan). Results are presented for all 17 municipalities, and analyses are weighted to account for sampling design and non-response. When comparing municipalities, results are mainly adjusted for sex, age and education. When comparing 2021 and 2025, a consistent approach is used to make estimates as comparable as possible.

Results

In 2025, 67.3 percent reported good or very good health. At the same time, 14.6 percent indicated that health problems substantially affect their daily lives. Life satisfaction and other wellbeing indicators are generally high and vary little between municipalities (approximately 7.2 to 7.5 on a 0 to 10 scale), but young adults tend to report lower levels than older age groups. Mental distress measured on a short scale (1–4) averages 1.6, and 12.6 percent report a high degree of loneliness. Young adults report higher levels of mental distress and loneliness than older adults, and several indicators suggest increasing economic and mental health-related strain for parts of the population.

Regarding the local environment, 92.3 percent reported good or very good access to nature and recreational areas, while 50.2 percent reported good or very good access to public transportation. Differences between municipalities are particularly large for accessibility and everyday infrastructure. For public transport, the share reporting good access ranges from 72.0 percent in Porsgrunn to 5.4 percent in Nissedal. For several health and wellbeing-related outcomes, municipality differences are small after adjustment. Financial hardship is widespread and socially patterned. In 2025, 25.7 percent reported having difficulty making ends meet. This share varies between municipalities (approximately 19.7 to 30.6 percent) and is clearly higher among young adults and people with lower education. Perceived household finances are also closely linked to lower life satisfaction, poorer self-rated health, more loneliness, and lower social support and trust.

From 2021 to 2025, the share reporting financial hardship increases from 19.3 to 25.7 percent, with a particularly large increase among those aged 18–29 (from 28.3 to 41.3 percent). Several indicators change unfavourably at the overall level, including a decrease in good or very good health (from 69.8 to 67.3 percent), an increase in mental distress (from 1.5 to 1.6 on the 1–4 scale), and an increase in loneliness (from 11.3 to 12.6 percent). The share reporting high social support declines (from 36.7 to 33.0 percent), and both trust in others and place belongingness decline slightly (from 7.1 to 6.9 and from 7.5 to 7.3 on a 0 to 10 scale). Neighbourhood satisfaction declines (from 75.8 to 70.9 percent). At the same time, some health behaviours improve: frequent drinking declines (from 21.2 to 17.7 percent), and episodic heavy drinking declines (from 15.8 to 14.3 percent). Other behaviours develop unfavourably: the proportion eating fish at least two to three times per week declines (from 46.3 to 40.8 percent), daily vegetable intake declines (from 45.0 to 41.4 percent), and frequent intake of sugar-sweetened drinks increases (from 28.4 to 30.6 percent). Physical activity (at least 30 minutes of moderate activity on four or more days per week) is stable but low (19.3 percent in 2025).

Discussion

Three overarching implications emerge. First, the most consistent and practically important gaps are social: age, education, and especially perceived household finances are systematically linked to health, wellbeing, social resources, and behaviours. Second, differences between municipalities are most pronounced for factors that can be influenced through planning and services, such as transportation and access to everyday amenities, while many person-centred health and wellbeing-related measures vary less across municipalities. Third, the shift from 2021 to 2025 points to a troubling pattern of rising financial strain, increasing loneliness, and growing psychological burden, alongside mixed trends in health behaviours.

Compared with other counties with recent data, Telemark shows a favourable pattern for alcohol use measured by frequent drinking and heavy drinking episodes, and high levels of life satisfaction, optimism, and meaning. At the same time, Telemark ranks high on daily smoking and low on physical activity and stands out negatively on low fish intake and high consumption of sugar sweetened soft drinks. Together, these patterns indicate clear priorities for ongoing public health work.

Conclusion

Telemark shows generally high wellbeing in 2025 and many strengths in the population, but the period from 2021 to 2025 is characterised by increased financial strain and an overall unfavourable shift in several indicators related to mental burden, loneliness, and social support and trust. Municipality differences are largest for accessibility and everyday infrastructure, while health and quality of life vary less geographically. Public health work in Telemark should therefore combine broad measures addressing tobacco, physical activity, and diet with targeted support for young adults and groups facing financial hardship, alongside locally tailored action where everyday accessibility and infrastructure are weaker.

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 og 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 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, utforming og anvendelser av Folkehelseundersøkelsen i fylkene er nærmere beskrevet i en artikkel av Aarø med kollegaer fra 2024 (28).

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

² <https://statistikk.fhi.no/nokkel/iIALHYpjwwwCYECV9iAnanUAYXxFBhFZdQW1M7T5EeA>

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

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 Telemark anledning til å inkludere et sett av egne spørsmål i tillegg til grunnmodulen. I tillegg til grunnmodulen ble spørreskjemaet i Telemark 2025 utvidet med noen temaer som var spesielt relevante for lokale plan- og folkehelsebehov. På nærmiljøområdet ble det lagt inn et ekstra spørsmål om tilgjengelighet 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 med røyking alene. Det ble også inkludert spørsmål om helsekompetanse/mestring ("jeg vet hvordan jeg kan styrke og ta vare på min fysiske/psykiske helse") og 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 folkehelsetiltak. 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 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 støyplage 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 hjemmesiden til folkehelseundersøkelsen i fylkene⁵. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Telemark 2025. I noen grad sammenligner vi også disse resultatene med resultatene fra forrige gang folkehelseundersøkelsen ble gjennomført i fylket.

⁴ <https://www.fhi.no/hs/folkehelseundersokelsene-i-fylkene/sporreskjema/>

⁵ <https://www.fhi.no/hs/folkehelseundersokelsene-i-fylkene/resultatrapporter/>

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Telemark ble planlagt og gjennomført i tett samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Telemark 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 noen av tilleggsspørsmålene fylkeskommunen inkluderte.

Undersøkelsens målgruppe er personer i aldersgruppen 18 år og eldre, bosatt i Telemark fylkeskommune. Målgruppen har ingen øvre aldersgrense. Målgruppen var personer 18 år eller eldre med fast bostedsadresse i Telemark, trukket fra Folkeregisteret. Bruttoutvalget omfattet 57 471 inviterte. Uttrekket ble gjort på levekårssonenivå, der trekk sannsynligheten ble beregnet innen levekårssone og designvekten definert som 1/prob. Utvalget ble trukket med en systematisk overrepresentasjon av respondenter fra mindre kommuner og tilsvarende underrepresentasjon fra de større kommunene.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en web-basert spørreundersøkelse i perioden 15. september til 13. oktober 2025. Respondentene ble kontaktet via både e-post og SMS, med invitasjon på e-post og SMS og fire påminnelser (to på e-post og to på SMS) til dem som ikke hadde svart eller kun startet. 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. Gjennomsnittlig registrert besvarelsestid var 20 minutter, og median besvarelsestid var 17,7 minutter.

Plan for utsendelser (kontaktpunkter) i feltperioden var:

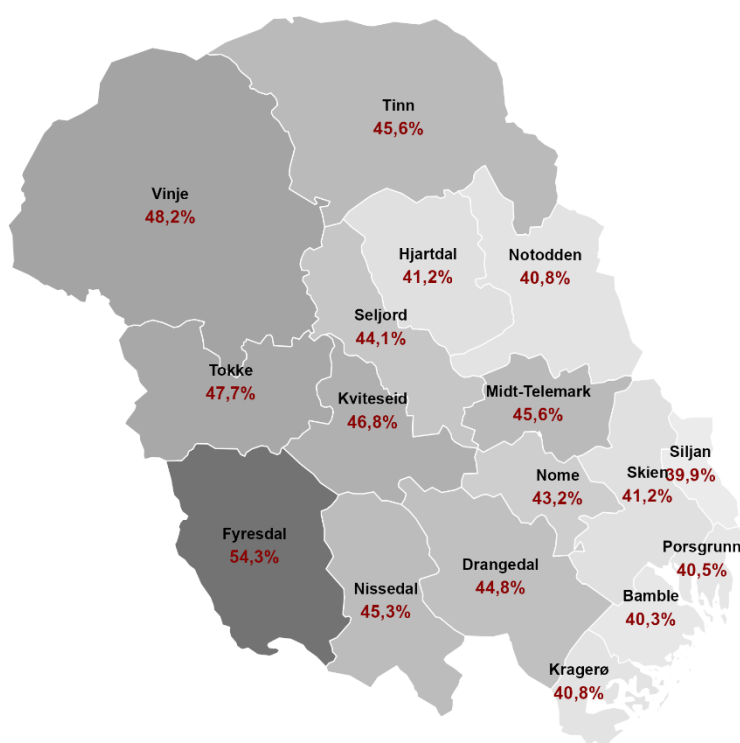
- Soft launch – e-post: 15. september 2025
- Invitasjon – e-post: 15. september 2025
- Invitasjon – SMS: 15. september 2025
- Påminnelse 1 – SMS: 19. september 2025
- Påminnelse 2 – e-post: 23. september 2025
- Påminnelse 3 – SMS: 26. september 2025
- Påminnelse 4 – e-post: 3. oktober 2025
- Avslutning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

Telemark består av 17 kommuner med stor variasjon i størrelse og geografi. For å gi et mer detaljert bilde av helse- og levekårsforhold enn fylkesnivå alene, presenteres resultatene i denne rapporten derfor på kommunenivå for alle kommunene i fylket: Bamble, Drangedal, Fyresdal, Hjartdal, Kragerø, Kviteseid, Midt-Telemark, Nissedal, Nome, Notodden, Porsgrunn, Seljord, Siljan, Skien, Tinn, Tokke og Vinje. Ved forrige gjennomføring i 2021 ble resultatene i

hovedrapporten presentert etter en annen geografisk inndeling, der flere kommuner i Telemark ble slått sammen til større regioner (for eksempel Porsgrunn og Bamble, Skien og Siljan, samt regionene Midt-Telemark, Øst-Telemark og Vest-Telemark). Direkte sammenligninger mellom 2021 og denne rapporten må derfor gjøres med bevissthet om at presentasjonsnivået og inndelingen av geografiske enheter ikke er den samme.

Når resultater brytes ned på kommunenivå, vil datagrunnlaget ofte variere betydelig. I mindre kommuner kan både antallet inviterte og antallet som svarer bli lavt, og svarprosenten kan også variere mellom kommuner. Dette gir økt statistisk usikkerhet, som typisk kommer til uttrykk i bredere konfidensintervall når antall observasjoner er lavt. Samtidig sier konfidensintervallene lite om usikkerhet knyttet til representativitet, for eksempel dersom deltakelsen er lav eller skjev. Slike forhold er derfor relevante å ha med i tolkningen av funnene i rapporten når en sammenligner geografiske områder.

Svarprosent per kommune i Telemark



Figuren over viser et kart over Telemark og hvordan svarprosenten varierer mellom kommunene. Den høyeste svarprosenten finner vi i Fyresdal (54,3 %), mens den laveste er i Siljan (39,9 %). Kommunene Kviteseid (46,8 %), Tokke (47,7 %) og Vinje (48,2 %) ligger også høyt, mens flere av de større kommunene ligger rundt 40–41 prosent (for eksempel Porsgrunn 40,5 %, Skien 41,2 % og Notodden 40,8 %). Samlet svarprosent for fylket er 42,6 %.

Tabell 2.1: Svarprosenten per kommune i Telemark

Kommunenummer/kommune	Svarprosent
4001 Porsgrunn	40,5
4003 Skien	41,2
4005 Notodden	40,8
4010 Siljan	39,9

4012	Bamble	40,3
4014	Kragerø	40,8
4016	Drangedal	44,8
4018	Nome	43,2
4020	Midt-Telemark	45,6
4022	Seljord	44,1
4024	Hjartdal	41,2
4026	Tinn	45,6
4028	Kviteseid	46,8
4030	Nissedal	45,3
4032	Fyresdal	54,3
4034	Tokke	47,7
4036	Vinje	48,2
Samlet svarprosent for Telemark		42,6

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 57 471 inviterte var 28 580 kvinner og 28 891 menn. Blant kvinnene samtykket 13 702, som tilsvarer en svarprosent på 47,9 %, mens 10 807 menn samtykket (37,4 %). Dette innebærer en forskjell på om lag 10,5 prosentpoeng, og kvinner utgjorde dermed en større andel av nettoutvalget enn av bruttoutvalget. Som vist i tabellen over svarprosent etter kjønn og alder øker svarprosenten gjennomgående med alder fram til 60–69 år blant kvinner (56,0 %) og 70–79 år blant menn (55,8 %), før den faller i gruppen 80+ (kvinner 36,2 %, menn 46,0 %). Den laveste svarprosenten finner vi blant de yngste mennene (18–29 år: 21,0 %).

Tabell 2.2. Svarprosent fordelt på kjønn og alder i Telemark 2025

Alder	Kvinner			Menn		
	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent
18-29	4663	1742	37,4	5105	1070	21,0
30-39	4557	1965	43,1	4595	1197	26,1
40-49	4527	2197	48,5	4393	1483	33,8
50-59	5391	2826	52,4	5275	2170	41,1
60-69	4650	2605	56,0	4699	2322	49,4
70-79	3467	1888	54,5	3525	1968	55,8
80+	1325	479	36,2	1299	597	46,0

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 estimater for visse undergrupper, avhengig av forskningsspørsmålet.

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

2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Telemark fylkeskommune

For å sikre høy deltakelse i undersøkelsen ble det brukt betydelige ressurser i Telemark fylkeskommune til kommunikasjonsarbeid. Det ble gjennomført et digitalt innspillsmøte med alle kommunene (folkehelsekontakter og kommunikasjonsmedarbeidere), hvor kommunene fikk belyst deres behov for materiale og støtte. Det resulterte i at fylkeskommunen utarbeidet en markedsføringspakke. Målet med pakken var å bistå kommunene i promotering av undersøkelsen. Det ble også utarbeidet et følgebrev som kommunene fikk tilgang til, som inneholdt en beskrivelse av promoteringsmateriellet, forslag til publiseringsplan og tips om hvordan øke oppslutningen blant grupper som i mindre grad svarer på denne type undersøkelser, slik som eldre, unge menn og personer med lav digital kompetanse. Kommunene kunne fritt benytte materiellet i egen promotering. Eksempler på materiale som var tilgjengelig var:

- Bilder til infoskjermer
- Digitale plakater (både generelle og med informasjon om hvor man kunne få hjelp hvis man hadde spørsmål om undersøkelsen)
- Tekst og bilder til kommunenes nettsider
- Tekst til intern e-post om Folkehelseundersøkelsen
- Materiell til sosiale medier (både innlegg og storys)
- Fotopakke med bilder tatt spesifikt for undersøkelsen av fotograf Dag Nordsveen
- Videointervjuer til annonsering i sosiale medier
- Tekster til nyhetssak og pressemelding

I tillegg ble kommunene fulgt opp gjennom hele gjennomføringsperioden med utvikling i svarprosent og tett dialog om publiseringsplan. Flere kommuner viste de digitale plakaten på kommunale skjermer, f.eks. på bibliotek eller frivillighetssentral. I én kommune ble det også vist som reklame på kino. Flere kommuner hadde egne oppslag i lokalavisene, og innleggene på sosiale medier ble hyppig delt. Mange av kommunene hadde også steder hvor befolkningen kunne få hjelp med folkehelseundersøkelsen, for eksempel på bibliotek eller nærmiljøsenters.

Telemark fylkeskommune gjennomførte også en rekke egne kommunikasjonstiltak, både interne for forankring og oppslutning blant politikere og ansatte i administrasjonen, og eksternt ut mot alle innbyggere i fylket. Det var en egen landingsside på Telemark fylkeskommune sin nettside, med informasjon om undersøkelsen, spørsmål og svar-side, spørreskjema (kun for visning) og kontaktinformasjon. Digitale plakater ble vist på fylkeskommunens skjermer på bussholdeplasser, busser, tannlegekontor, NAVs kontorer og de fleste videregående skolene.

Fylkeskommunen brukte sosiale medier aktivt til både organiske og betalte innlegg på Instagram og Facebook. Innleggene besto av en blanding av poster, reels og stories. Totalt var det en rekkevidde på 53 522 brukere og 87 360 visninger. Annonsering i sosiale medier ble justert under hele datainnsamlingsperioden for å nå flest mulig av de med lavest svarprosent. Det er en klar overvekt av kvinner i aldersgruppen 25-55 år som ser innlegg på Facebook og Instagram. Enkelte annonser var derfor rettet spesielt mot de yngste eller eldste, og mot menn. Noen annonser var også rettet mot geografiske områder i Telemark (basert på svarprosentene underveis i undersøkelsen).

Fylkeskommunen skrev også en pressemelding som ble sendt ut til alle lokalaviser og fylkesordføreren snakket om undersøkelsen på NRK radio Vestfold og Telemark.

Under hele datainnsamlingsperioden tok Telemark fylkeskommune imot publikumshenvendelser, på eget telefonnummer og egen e-postadresse opprettet for gjennomføring av undersøkelsen.

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 Telemark 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 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.

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 (Figur 3.1) som presenteres i rapporten viser den gjennomsnittlige alderen til deltakerne i undersøkelsen. Deretter presenteres andelen kvinner (Figur 3.2) og utdanningsnivå fordelt på fem kategorier (Figur 3.3). 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 3.4 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 mellom ulike geografiske nivåer og delområder, har vi valgt å justere for demografi når vi sammenligner resultater på tvers av geografiske områder. Det at vi justerer betyr i denne sammenhengen at vi beregner tall for hver enkelt region under den forutsetning at regionene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. Dersom forskjellene mellom regioner blir mindre tydelige etter justering, betyr det at noe av forskjellen skyldtes ulikheter i den demografiske sammensetningen. 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 geografisk område 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 folkehelseundersøkelsene i fylkene er det ofte nødvendig å benytte vekting i de statistiske analysene. Vektingen tar hensyn til trekkedesignet ved at det beregnes en designvekt basert på trekkssannsynligheten innen hvert stratum i utvalgsdesignet ($\text{designvekt} = 1/\text{prob}$). For analyser som gjelder data fra 2025 alene, benyttes i tillegg en frafallsjustering beregnet under en MAR-tilnærming, der frafall antas å følge trekkedesignet (levekårssone). Den kombinerte vekten ($\text{design} \times \text{frafall}$) 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 prosenter. 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

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

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 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 Telemark i 2025, og resultatene sammenstilles med tilsvarende estimater fra forrige gjennomføring i 2021. For å gjøre estimatene sammenlignbare er analysene gjennomført separat for hvert av de to årene, 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 spesifikasjon: 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

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 vektas 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 multipl 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 omkodning 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 karakteriserer 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.

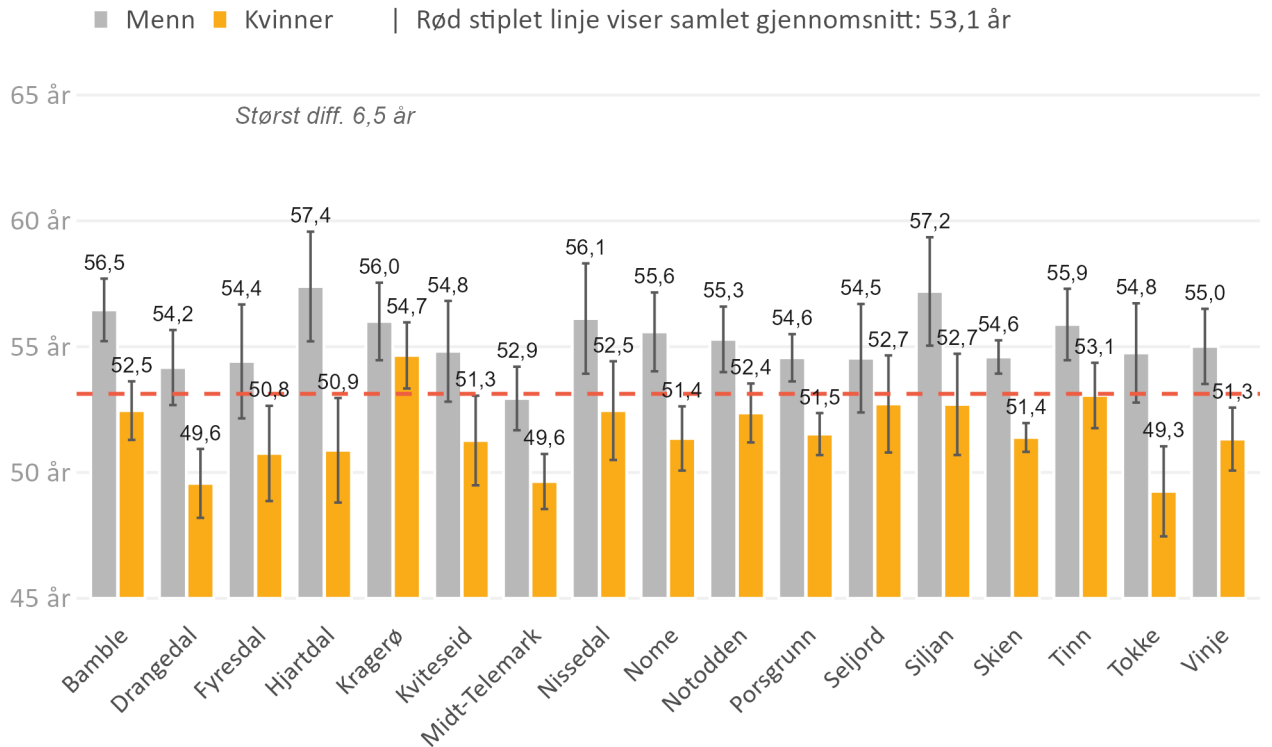
Svarprosenten varierer mellom fylker og datainnsamlinger, og det vil derfor alltid være en viss usikkerhet knyttet til hvor godt en spørreundersøkelse gjenspeiler befolkningen som helhet. Dette kan gi skjevheter dersom enkelte grupper er underrepresentert blant deltakerne. Derfor er det tryggest å legge 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 Telemark

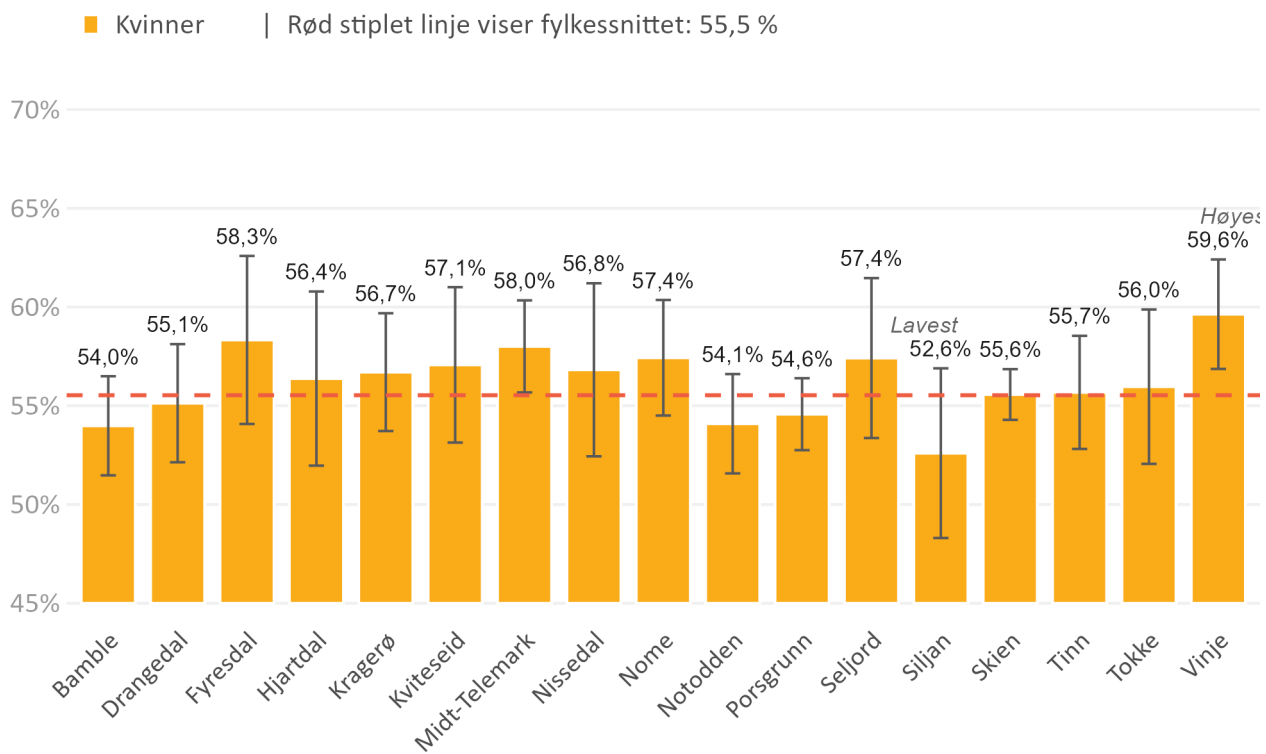
Figur 1: Alder etter kommuner i Telemark



Figur 3.1 viser gjennomsnittlig alder blant deltakerne i undersøkelsen, samlet, og hvordan alderen varierer på tvers av kommunene i fylket. Samlet gjennomsnittsalder er 53,13 år, og menn har gjennomgående høyere gjennomsnittsalder enn kvinner. 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.

3.2 Kjønn: Kommuner i Telemark

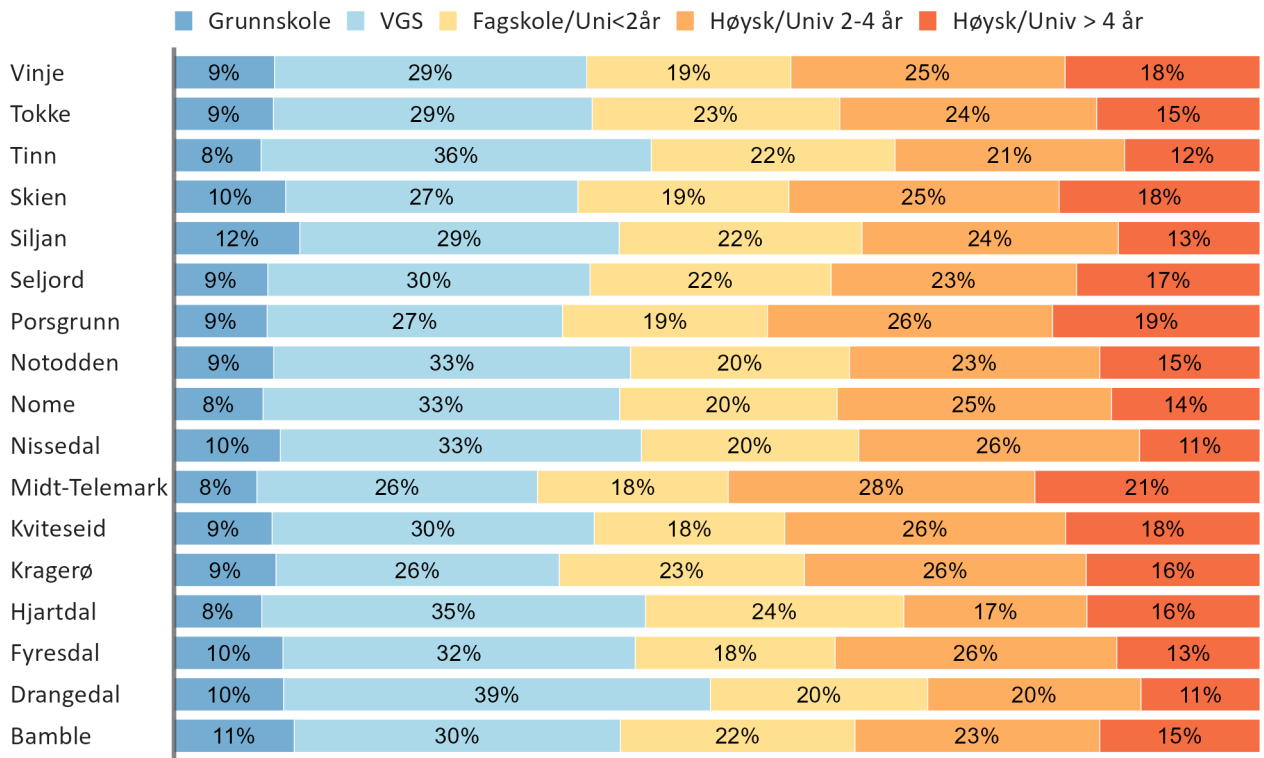
Figur 2: Andel kvinner etter kommuner i Telemark



Figur 3.2 viser andelen kvinner i utvalget i denne undersøkelsen, samlet, og hvordan andelen kvinner varierer på tvers av kommunene i fylket. Samlet ligger fylkessnittet på 55,5 prosent kvinner. 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 Telemark

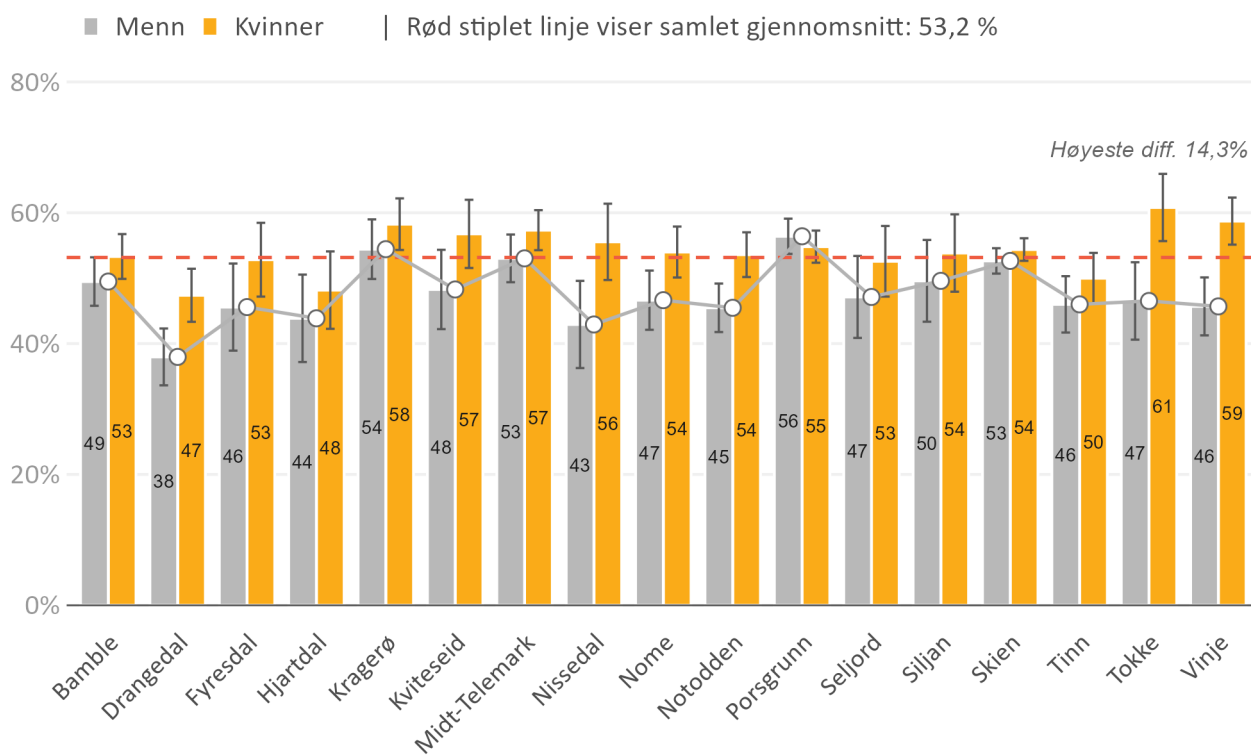
Figur 3: Femdelt utdanningsnivå etter kommuner i Telemark



Figur 3.3 viser hvordan utdanningsnivået fordeler seg på tvers av kommunene i fylket. På tvers av kommunene er videregående opplæring gjennomgående den største utdanningsgruppen, mens grunnskole utgjør den minste andelen. Andelene med høyere utdanning varierer noe mellom kommunene, der enkelte kommuner skiller seg ut med en relativt større andel med lang høyere utdanning. Samtidig er hovedbildet at kommunene har en nokså lik samlet profil, med moderate forskjeller i fordelingen mellom nivåene. 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 Telemark

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter kommuner i Telemark



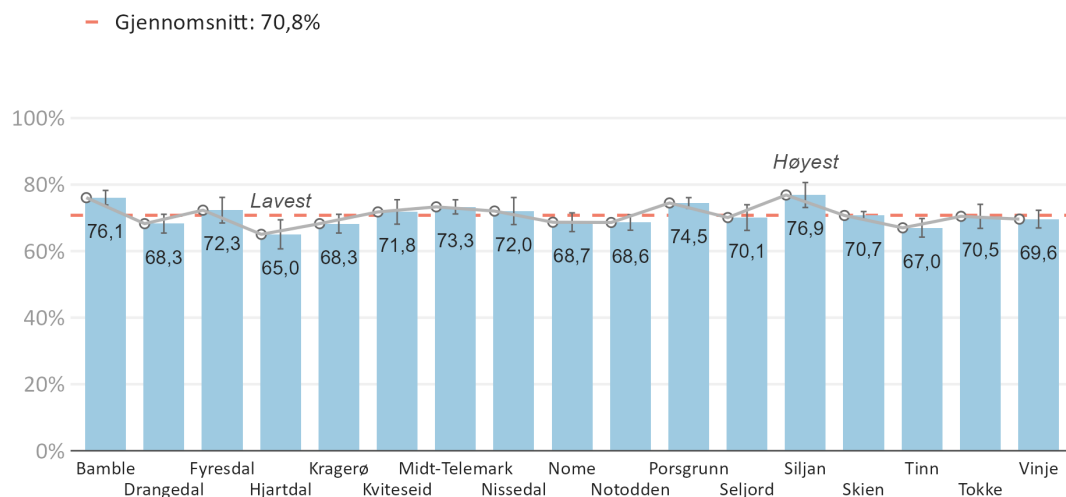
Figur 3.4 viser andelen kvinner og menn med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år) blant deltakerne i undersøkelsen, samlet og fordelt på kommune. Samlet ligger nivået i fylket litt over halvparten, og de fleste kommunene følger et relativt likt mønster rundt dette. I resten av rapporten 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 24 349 deltakere av 24 509 (99,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

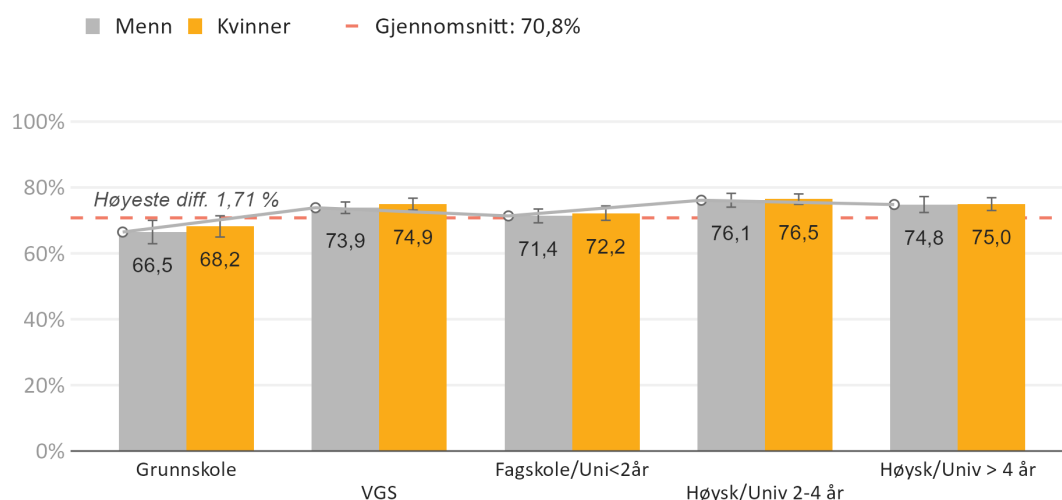
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	24 349	70,8 %	70,1 – 71,4
Kvinner	13 614	71,0 %	70,1 – 71,8
Menn	10 735	70,5 %	69,5 – 71,5

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



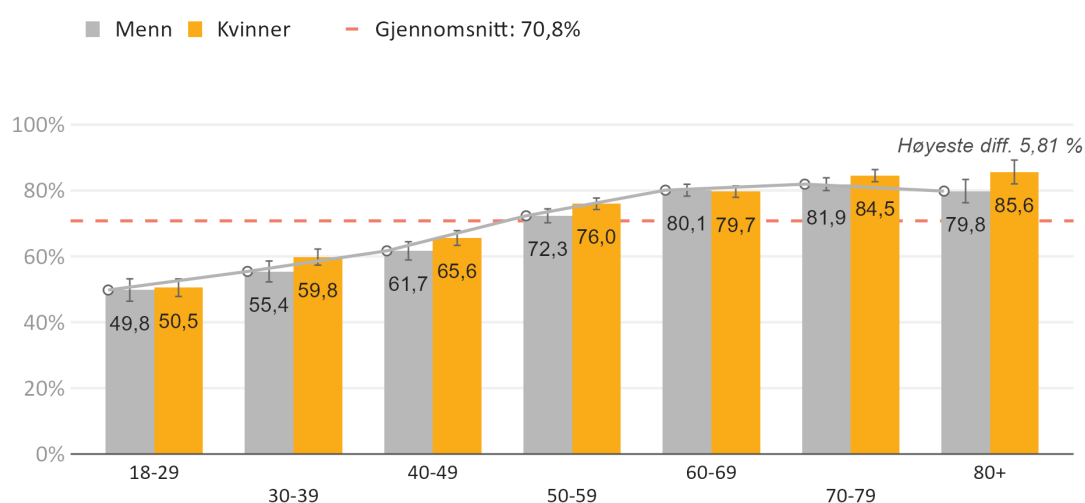
Figur A viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er høyest i Siljan, der 76,9 prosent rapporterer stor grad av trivsel, og lavest i Hjartdal med 65,0 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 11,82 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,26$, som tilsier en middels forskjell mellom kommunene. Flere kommuner ligger relativt høyt, blant annet Bamble med 76,1 prosent og Porsgrunn med 74,5 prosent, mens Midt-Telemark også ligger høyt med 73,3 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Tinn med 67,0 prosent, samt Drangedal og Kragerø med 68,3 prosent og Notodden med 68,6 prosent. Nome ligger på 68,7 prosent og Vinje på 69,6 prosent, mens Skien ligger på 70,7 prosent. Samlet sett viser figuren en tydelig, men ikke svært stor, variasjon i rapportert trivsel i nærmiljøet mellom kommunene.

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 på 2–4 år, der 76,5 prosent rapporterer stor grad av trivsel. Lavest ligger kvinner med grunnskole, med 68,2 prosent. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 8,28 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som tilsvarer en liten forskjell. Dette tyder på en tydelig, men moderat økning i trivsel fra lavere til enkelte høyere utdanningsnivåer. For menn er mønsteret likt: høyest andel finner vi også ved høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år, med 76,1 prosent, mens lavest andel er blant menn med grunnskole, med 66,5 prosent. Her er differansen 9,65 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,21, som også tilsvarer en liten forskjell. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små. Menn ligger gjennomgående litt lavere enn kvinner, men ingen av disse kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre.

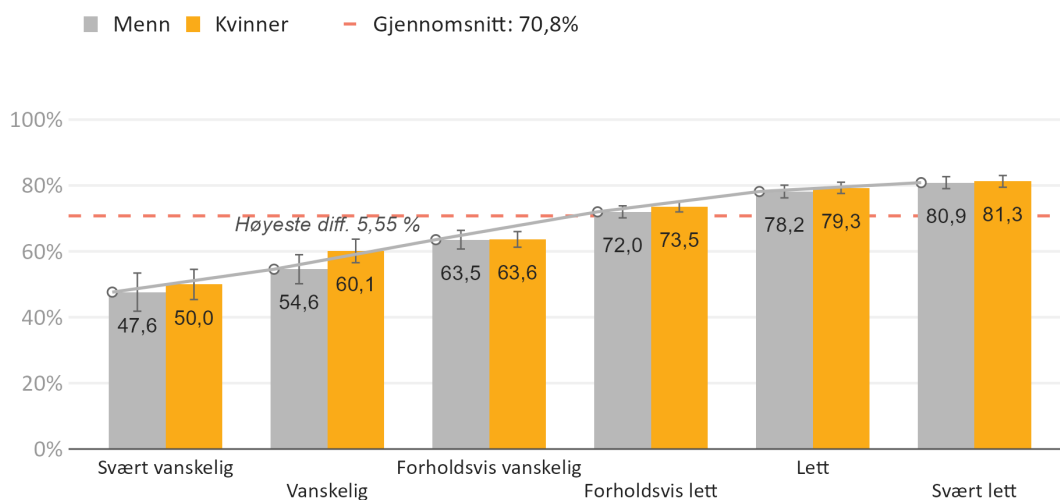
Figur 7: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen gjennom aldersgruppene, fra 50,5 prosent i 18–29 til 85,6 prosent i 80+, med en forskjell på 35,13 prosentpoeng mellom laveste og høyeste nivå. Denne

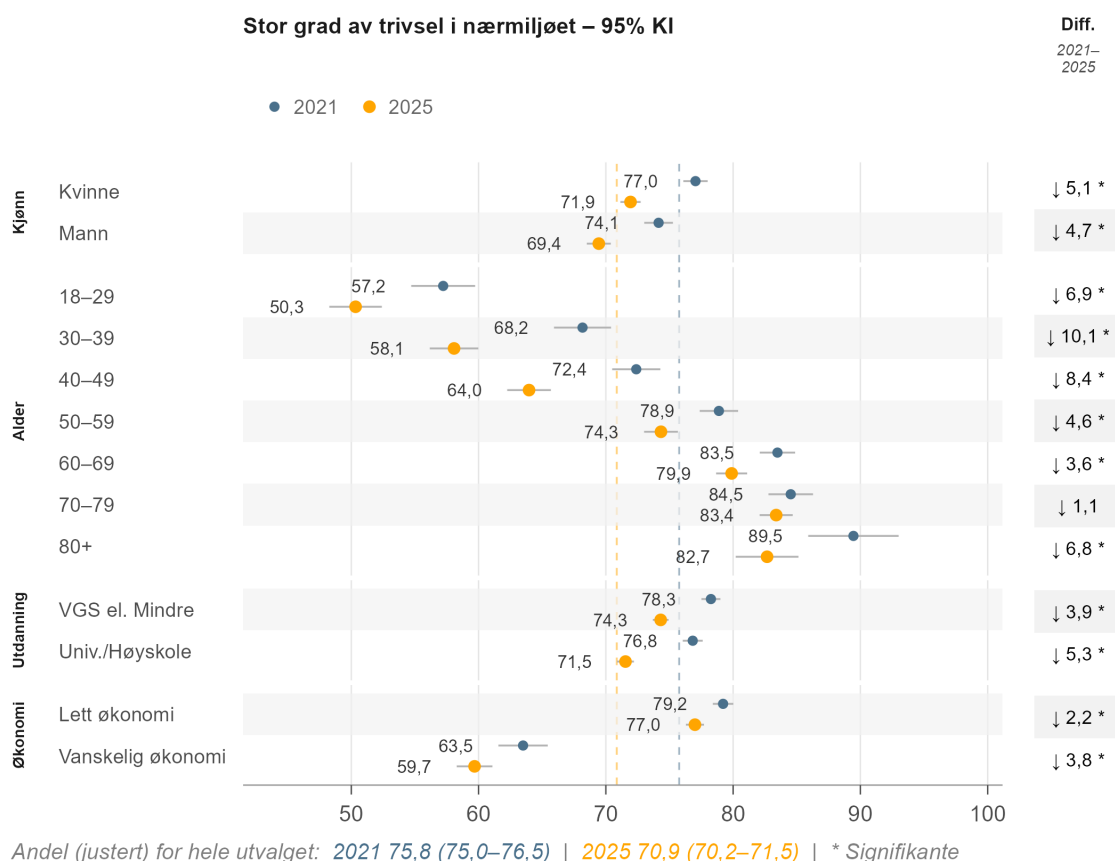
aldersforskjellen er statistisk sikker og Cohen's h er 0,78, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er det en tydelig økning med alder, fra 49,8 prosent i 18–29 til en topp på 81,9 prosent i 70–79, før andelen ligger på 79,8 prosent i 80+. Forskjellen mellom laveste og høyeste nivå blant menn er 32,13 prosentpoeng, og dette er en statistisk sikker aldersforskjell med Cohen's h på 0,70, som også indikerer en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme aldersgruppe, er forskjellene gjennomgående små og ikke statistisk sikre. Samlet sett viser figuren at trivsel i nærmiljøet oftere rapporteres i stor grad blant eldre enn blant yngre, uavhengig av kjønn.

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. For kvinner er andelen høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, med 81,3 prosent, og lavest blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, med 50,0 prosent. Dette utgjør en forskjell på 31,29 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,68, som tilsier en stor forskjell. For menn er mønsteret det samme: høyest andel finnes i gruppen med svært lett økonomi, 80,9 prosent, mens lavest andel finnes i gruppen med svært vanskelig økonomi, 47,6 prosent. Differansen er 33,23 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,71, som også indikerer en stor forskjell. Også mellomkategoriene følger i hovedsak dette bildet, der andelen med stor grad av trivsel ligger høyere når husholdningsøkonomien vurderes som lett eller forholdsvis lett, sammenlignet med når den vurderes som vanskelig. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, og ingen av disse framstår som statistisk sikre. Samlet sett henger bedre opplevd husholdningsøkonomi tydelig sammen med høyere trivsel i nærmiljøet.

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



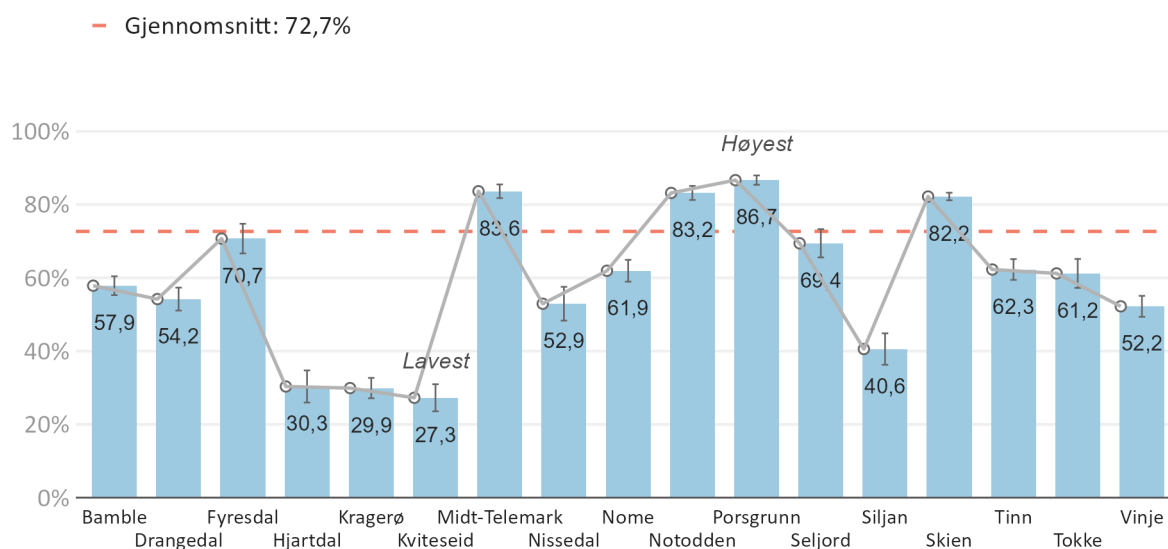
Figur E viser andelen som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (70,9 prosent mot 75,8 prosent), og nedgangen er statistisk sikker. For både kvinner og menn er det en statistisk sikker nedgang, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er mønsteret også stabilt ved at de yngste ligger lavest og de eldste høyest, men de fleste aldersgrupper har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Unntaket er gruppen 70–79 år, der endringen ikke er statistisk sikker. Nedgangen er særlig tydelig blant 30–39-åringene, som går fra 68,2 prosent til 58,1 prosent. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og gapet mellom lett og vanskelig økonomi består i 2025.

3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 23 643 deltakere av 24 509 (96,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

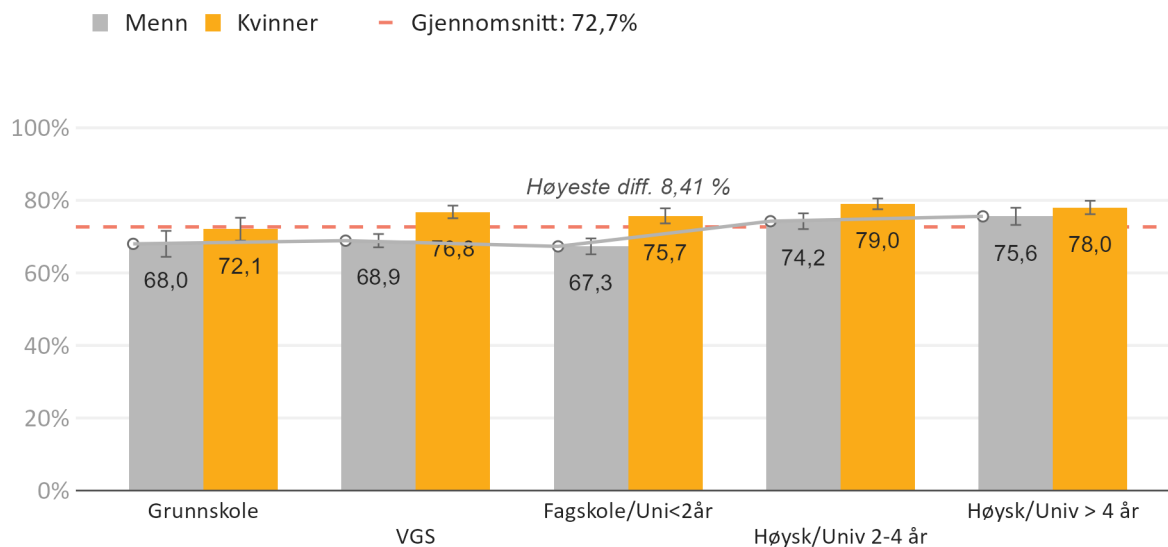
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 643	72,7 %	72,1 – 73,3
Kvinner	13 261	75,2 %	74,4 – 76,0
Menn	10 382	69,5 %	68,5 – 70,5

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



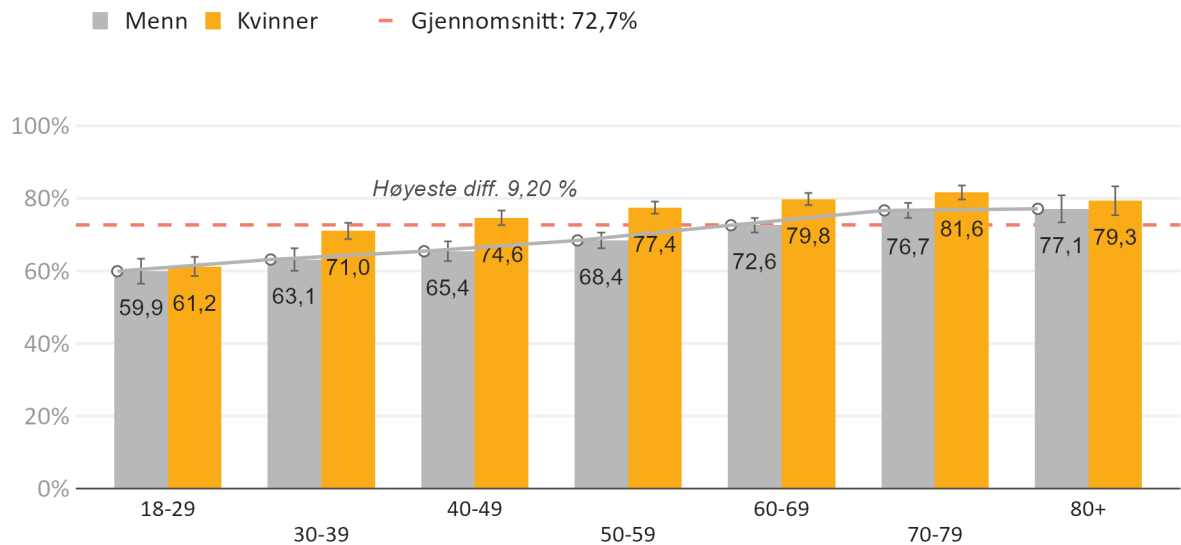
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er store variasjoner mellom kommunene. Porsgrunn har høyest andel med 86,7 prosent, mens Kviteseid har lavest andel med 27,3 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 59,41 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 1,30, som tilsvarer en stor forskjell. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Midt-Telemark med 83,6 prosent, Notodden med 83,2 prosent og Skien med 82,2 prosent. I den andre enden av skalaen ligger også Kragerø med 29,9 prosent og Hjartdal med 30,3 prosent, som begge har klart lavere andeler enn kommunene med de høyeste nivåene. Blant kommunene som ligger mer midt på, finner vi Tinn med 62,3 prosent, Nome med 61,9 prosent og Tokke med 61,2 prosent, mens Bamble har 57,9 prosent og Drangedal 54,2 prosent. Dette samlet sett viser at opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud varierer betydelig mellom kommunene.

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



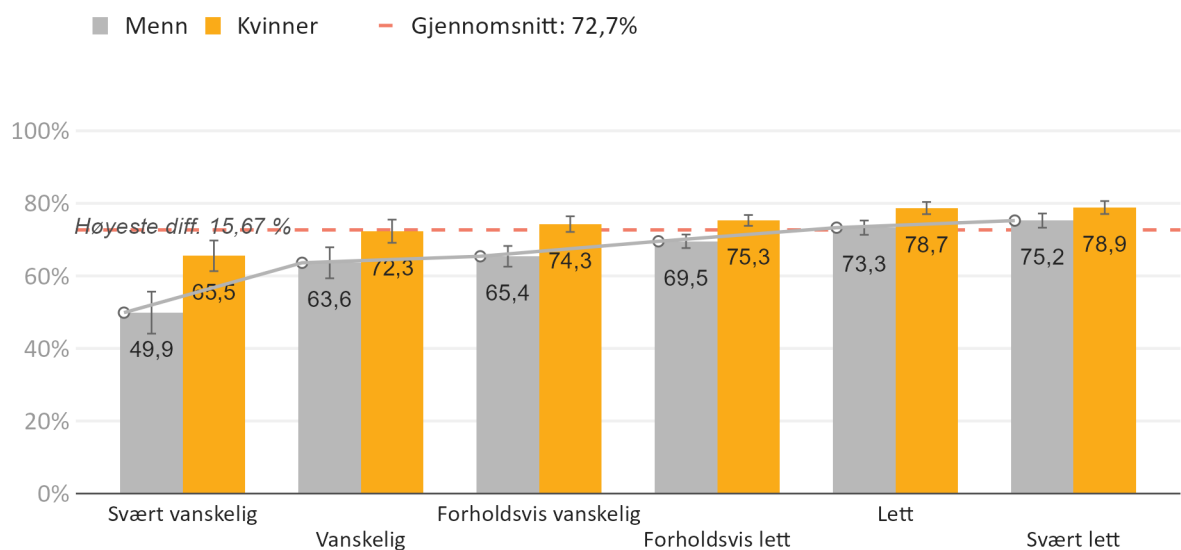
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år, der 79,0 prosent oppgir god eller svært god tilgang, og lavest blant dem med grunnskole, med 72,1 prosent. Dette gir en forskjell på 6,97 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell, selv om forskjellen framstår statistisk sikker. Blant menn er andelen høyest i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 75,6 prosent, og lavest i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, med 67,3 prosent. Her er forskjellen 8,28 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,18, som også indikerer en liten forskjell, samtidig som forskjellen er statistisk sikker. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, ligger kvinner gjennomgående høyere. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for videregående skole (7,92 prosentpoeng), fagskole eller universitetsutdanning under 2 år (8,41 prosentpoeng) og høyskole eller universitetsutdanning 2–4 år (4,78 prosentpoeng), mens forskjellene for grunnskole (4,04 prosentpoeng) og høyskole eller universitetsutdanning over 4 år (2,45 prosentpoeng) ikke framstår statistisk sikre.

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



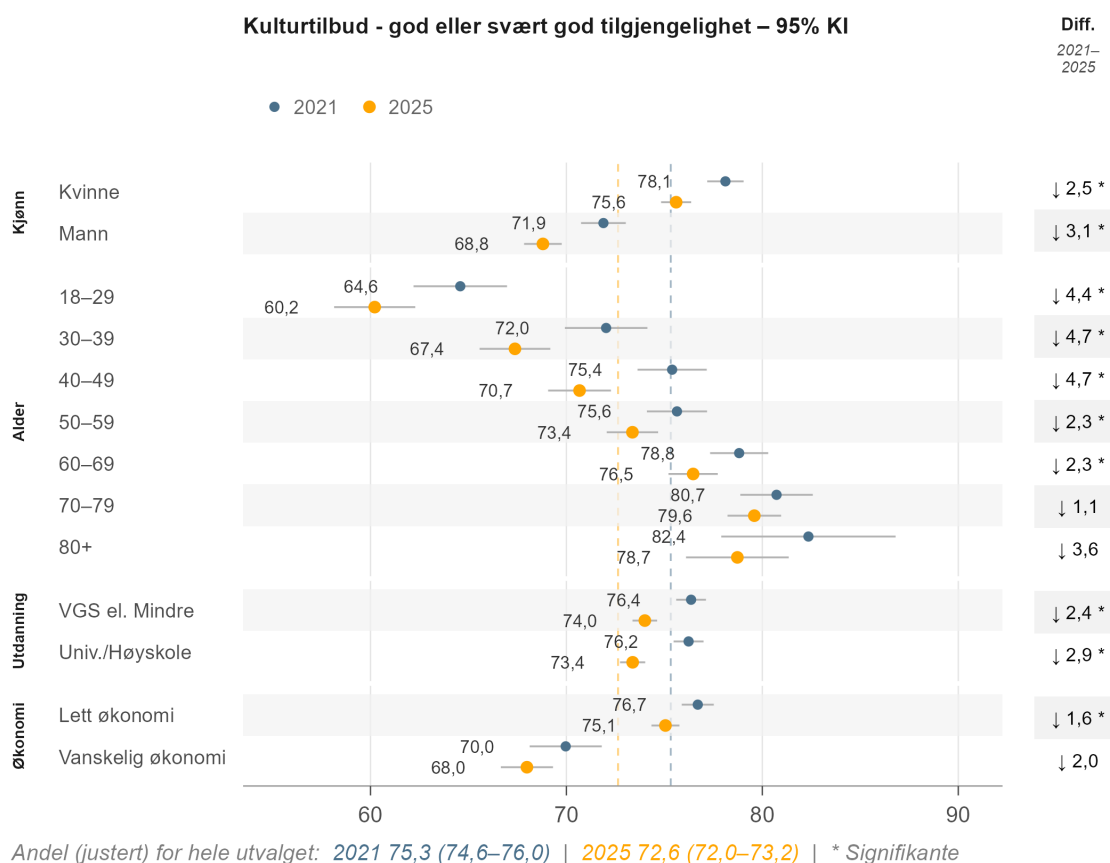
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29, der 61,2 prosent oppgir god eller svært god tilgang, og høyest i alderen 70–79, der andelen er 81,6 prosent. Dette gir en forskjell på 20,40 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h på 0,46 tilsier en middels forskjell. For menn er andelen også lavest i alderen 18–29, med 59,9 prosent, mens den er høyest i 80+, med 77,1 prosent. Differansen er 17,19 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,37 tilsier også en middels forskjell. Ser vi på kjønnsforskjeller innen de enkelte aldersgruppene, rapporterer kvinner gjennomgående høyere andeler enn menn fra 30–39 til 70–79. Forskjellene er statistisk sikre i disse aldersgruppene, og varierer fra 4,96 prosentpoeng i 70–79 til 9,20 prosentpoeng i 40–49. I 18–29 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 tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn varierer opplevd tilgang med økonomisk situasjon. Kvinner som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett, rapporterer oftest god eller svært god tilgang, med 78,8 prosent, mens andelen er lavest blant dem som vurderer økonomien som svært vanskelig, med 65,5 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 13,31 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,30 tilsier en middels forskjell. For menn er mønsteret enda mer markert. Andelen er høyest blant dem som oppgir svært lett husholdningsøkonomi, med 75,2 prosent, og lavest blant dem som oppgir svært vanskelig, med 49,9 prosent. Differansen er 25,38 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,53 tilsier en stor forskjell. Sammenlignet med menn rapporterer kvinner høyere andeler i alle økonomigrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i de fleste gruppene. Unntaket er forskjellen ved svært lett husholdningsøkonomi, som er mindre og ikke statistisk sikker.

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 ned fra 75,3 prosent i 2021 til 72,6 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring for både kvinner og menn, og kjønnforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er det en gjennomgående nedgang fra 18 til 69 år, og endringene i disse aldersgruppene er statistisk sikre, mens endringene blant 70 til 79 år og 80 år eller eldre ikke er statistisk sikre. Mønsteret med høyere andeler i de eldste enn i de yngste aldersgruppene er dermed i hovedsak uendret.

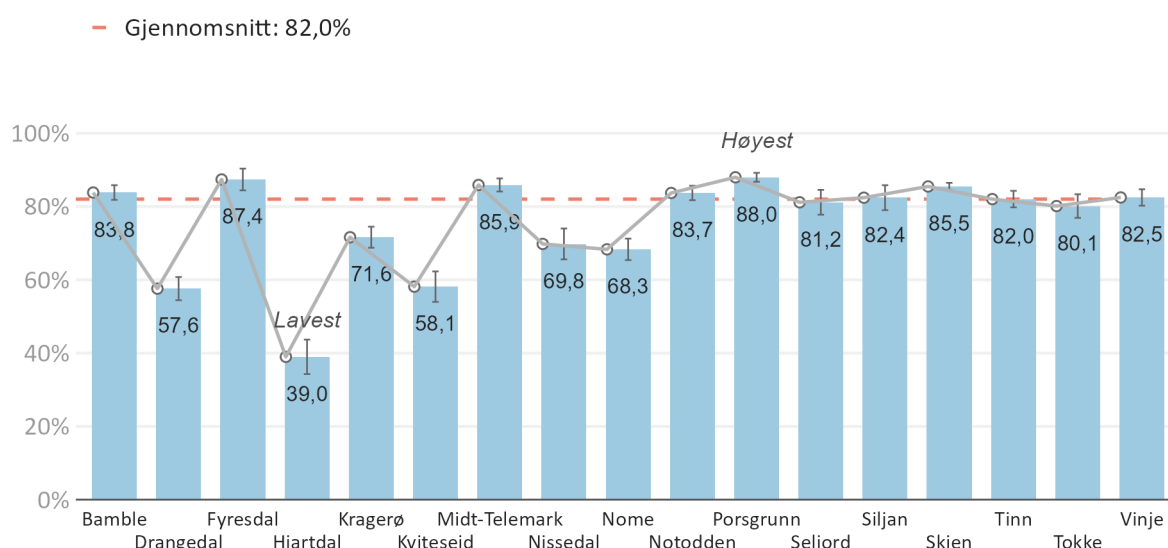
For utdanning er det statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten tydelig endring i forskjellen mellom gruppene. For opplevde økonomiske vansker er det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Samlet peker resultatene mot en bred, men moderat svekkelse i opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud fra 2021 til 2025, uten klare tegn til at forskjellene mellom gruppene har endret seg mye.

3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 23 192 deltakere av 24 509 (94,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

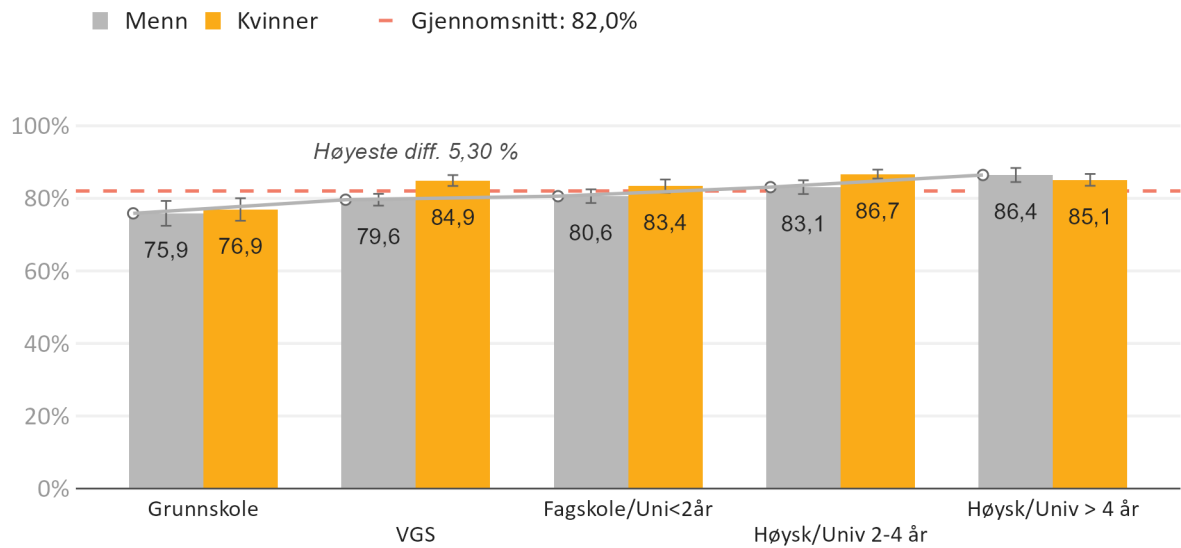
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 192	82,0 %	81,5 – 82,6
Kvinner	13 005	83,1 %	82,4 – 83,8
Menn	10 187	80,7 %	79,8 – 81,5

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



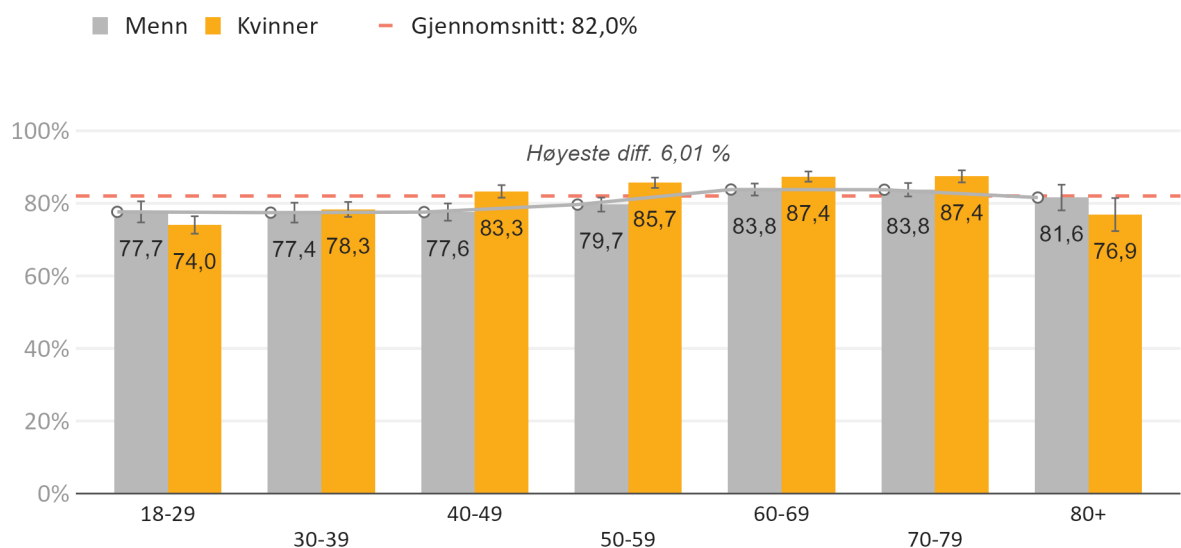
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Porsgrunn på 88,0 prosent og lavest nivå i Hjartdal på 39,0 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 49,01 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effekttørrelsen er Cohen's h på 1,09, som tilsvarer en stor forskjell og understreker at variasjonen mellom kommunene er markant. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Fyresdal med 87,4 prosent, Midt-Telemark med 85,9 prosent, Skien med 85,5 prosent, Bamble med 83,8 prosent og Notodden med 83,7 prosent. Også Siljan, Vinje, Tinn, Seljord og Tokke ligger rundt eller over 80,0 prosent. Samtidig er det flere kommuner som ligger lavere, som Drangedal med 57,6 prosent og Kviteseid med 58,1 prosent, mens Nome og Nissedal ligger på henholdsvis 68,3 prosent og 69,8 prosent. Kragerø ligger på 71,6 prosent. Samlet sett viser figuren et bredt spenn i opplevd tilgjengelighet til idrettstilbud mellom kommunene.

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



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år, der 86,7 prosent oppgir god eller svært god tilgang, mens kvinner med grunnskole ligger lavest med 76,9 prosent. Dette gir en differanse på 9,75 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,25, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 86,4 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 75,9 prosent. Differansen er 10,57 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,27, som også indikerer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, er forskjellene som oftest små. Det er likevel en statistisk sikker kjønnsforskjell for videregående skole, der menn ligger 5,30 prosentpoeng lavere enn kvinner, og for høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år, der menn ligger 3,59 prosentpoeng lavere enn kvinner. For de øvrige utdanningsnivåene framstår kjønnsforskjellene ikke som statistisk sikre.

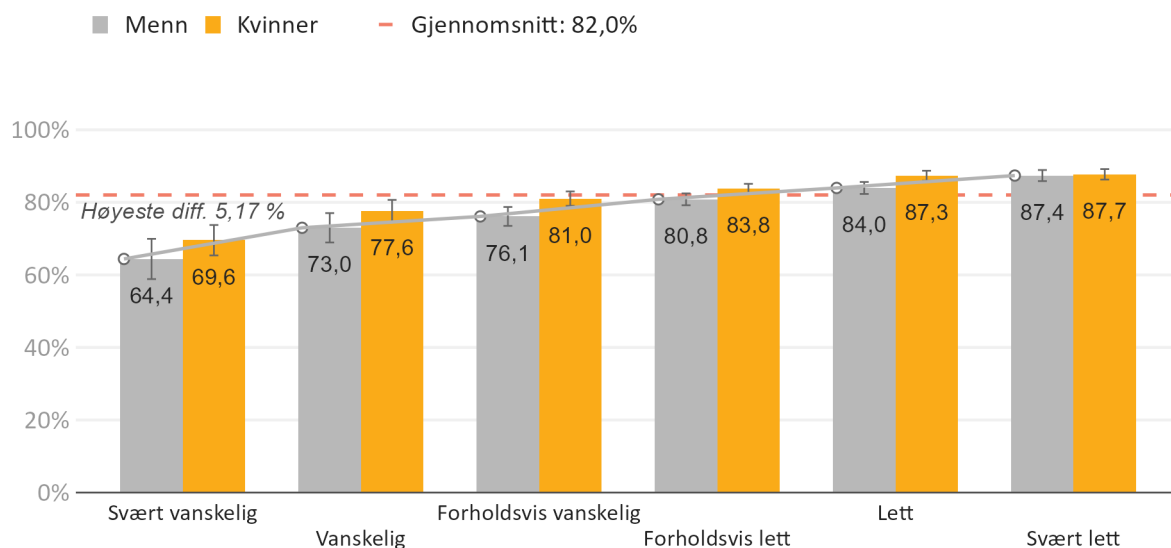
Figur 17: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



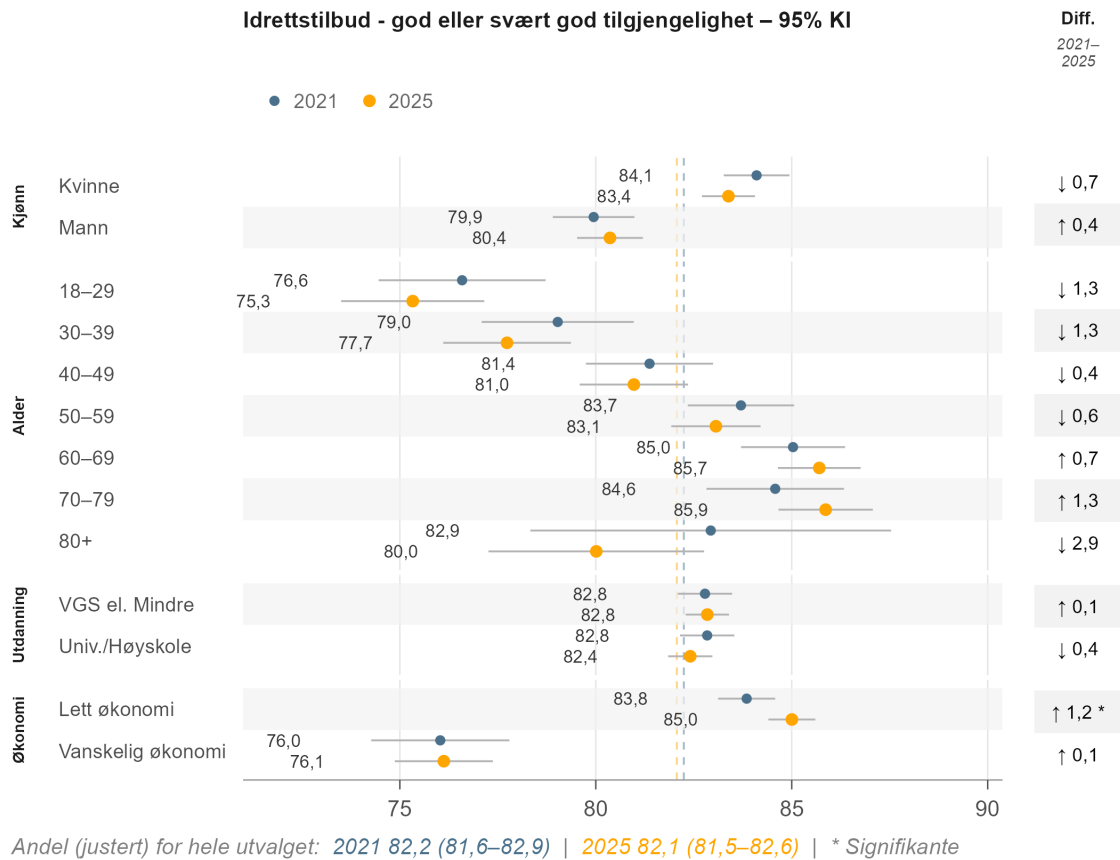
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29, med 74,0 prosent, og øker deretter til et toppnivå i 70–79, der 87,4 prosent oppgir god eller svært god tilgang.

Differansen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 13,40 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er nivåene gjennomgående høye, med lavest andel i 30–39 på 77,4 prosent og høyest i 60–69 på 83,8 prosent. Her er differansen 6,37 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,16 indikerer en liten forskjell mellom aldersgruppene. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er forskjellene i de yngste gruppene små og ikke statistisk sikre. I aldersgruppene 40–49, 50–59, 60–69 og 70–79 er det derimot statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner ligger høyere enn menn. Den største forskjellen finnes i 50–59, der kvinner ligger 6,01 prosentpoeng over menn. I 80+ er menn høyere enn kvinner, men forskjellen er ikke statistisk sikker.

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 tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett, med 87,7 prosent, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 69,6 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 18,16 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret det samme, med høyest andel ved svært lett (87,4 prosent) og lavest ved svært vanskelig (64,4 prosent). Her er forskjellen 22,99 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,55, som indikerer en stor forskjell. På tvers av økonomivurderingene ligger nivåene gjennomgående lavere når økonomien beskrives som vanskeligere, for eksempel fra 77,6 prosent blant kvinner og 73,0 prosent blant menn i gruppen vanskelig, til 87,7 prosent og 87,4 prosent i gruppen svært lett. Kjønnsforskjellene er små, men i flere grupper er de statistisk sikre, blant annet i lett der menn ligger 3,37 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i forholdsvis vanskelig der menn ligger 4,91 prosentpoeng lavere. I gruppen svært lett er forskjellen derimot minimal.

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

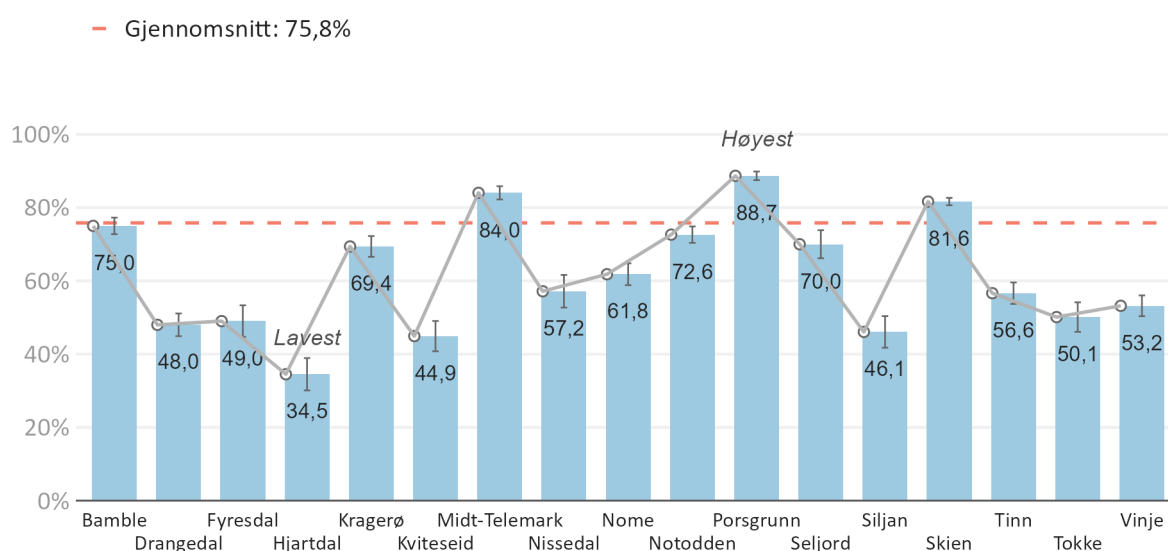
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellene er også stabile, med ikke statistisk sikre endringer innen både kvinner og menn, og omtrent samme avstand mellom gruppene over tid. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, der de yngste ligger lavere enn flere av de eldre aldersgruppene, og ingen aldersgrupper har statistisk sikker endring fra 2021 til 2025. Utdanningsgruppene ligger svært likt i begge år, og endringene er ikke statistisk sikre. For opplevd økonomiske vansker er forskjellene mellom gruppene tydelige i begge år. Samtidig er det bare gruppen med lett økonomi som har en statistisk sikker økning (fra 83,8 til 85,0 prosent), mens gruppen med vanskelig økonomi er stabil uten statistisk sikker endring. Dette innebærer at gapet mellom økonomigruppene i praksis vedvarer, og kan ha økt noe fordi forbedringen kommer i gruppen med lett økonomi.

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

Svarandel: Totalt 23 947 deltakere av 24 509 (97,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

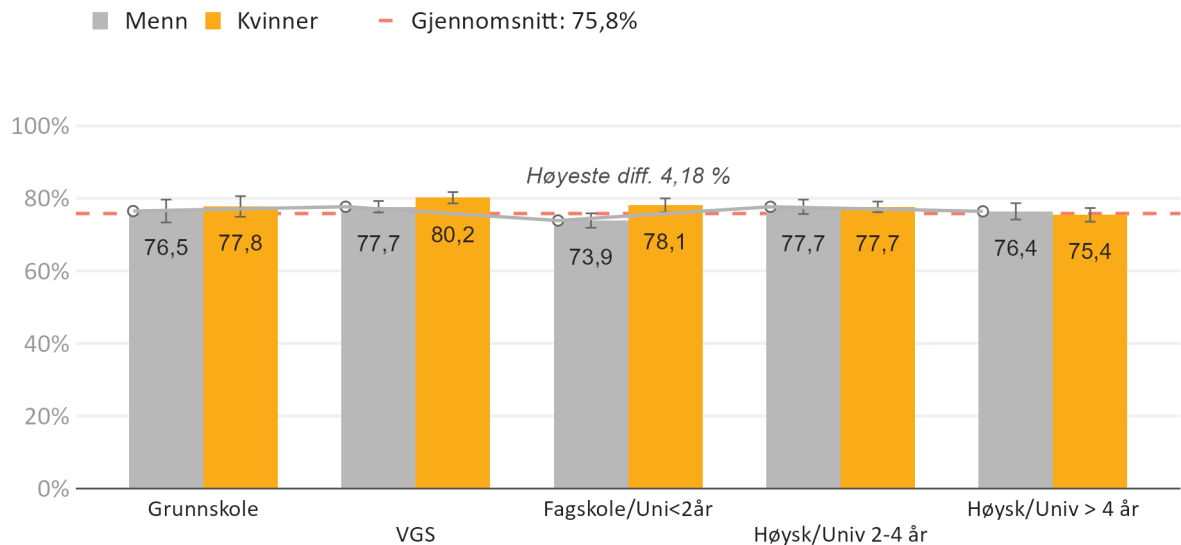
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 947	75,8 %	75,2 – 76,4
Kvinner	13 373	76,0 %	75,3 – 76,8
Menn	10 574	75,5 %	74,6 – 76,4

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



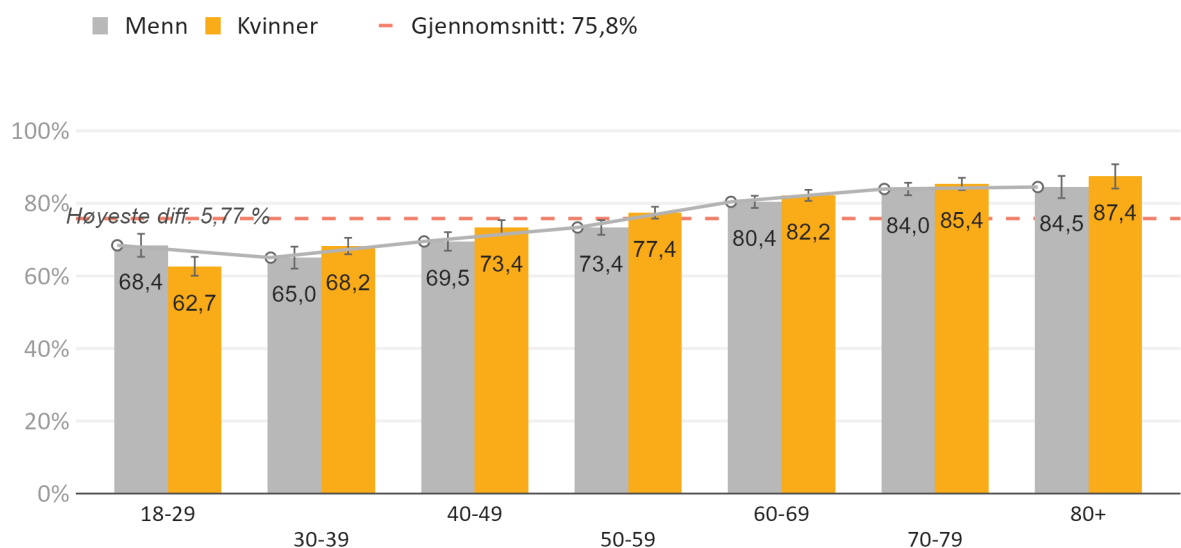
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Porsgrunn har høyest andel med 88,7 prosent, mens Hjartdal har lavest med 34,5 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 54,16 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effekstørrelsen er stor, med Cohen's h på 1,20, noe som understreker at variasjonen mellom kommunene er markant. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Midt-Telemark med 84,0 prosent og Skien med 81,6 prosent, mens Bamble også ligger relativt høyt med 75,0 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Kviteseid med 44,9 prosent, Siljan med 46,1 prosent og Drangedal med 48,0 prosent. Flere kommuner ligger midt på, som Kragerø med 69,4 prosent, Notodden med 72,6 prosent og Nome med 61,8 prosent. Samlet viser figuren et tydelig spenn i opplevd tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud mellom kommunene.

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



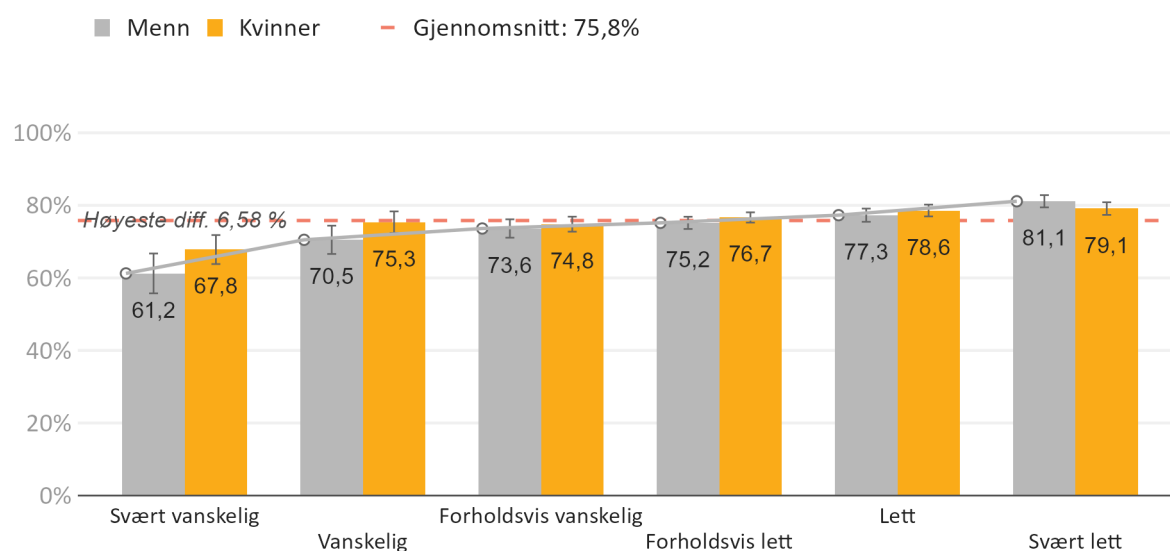
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med videregående skole, der 80,2 prosent oppgir god eller svært god tilgang. Lavest andel finner vi blant kvinner med høyere utdanning over fire år, med 75,4 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 4,73 prosentpoeng mellom høyeste og laveste nivå, men effektstørrelsen er liten, med Cohen's h på 0,11. For menn er andelen også høyest blant dem med videregående skole, der 77,7 prosent rapporterer god eller svært god tilgang. Lavest andel er blant menn med fagskole eller universitetsutdanning under to år, med 73,9 prosent. Også her er forskjellen mellom ytterpunktene statistisk sikker, på 3,80 prosentpoeng, mens effektstørrelsen er ubetydelig med Cohen's h på 0,09. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er det bare i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under to år at kjønnsforskjellen framstår statistisk sikker: menn ligger 4,18 prosentpoeng lavere enn kvinner. I de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene mellom kjønn små.

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



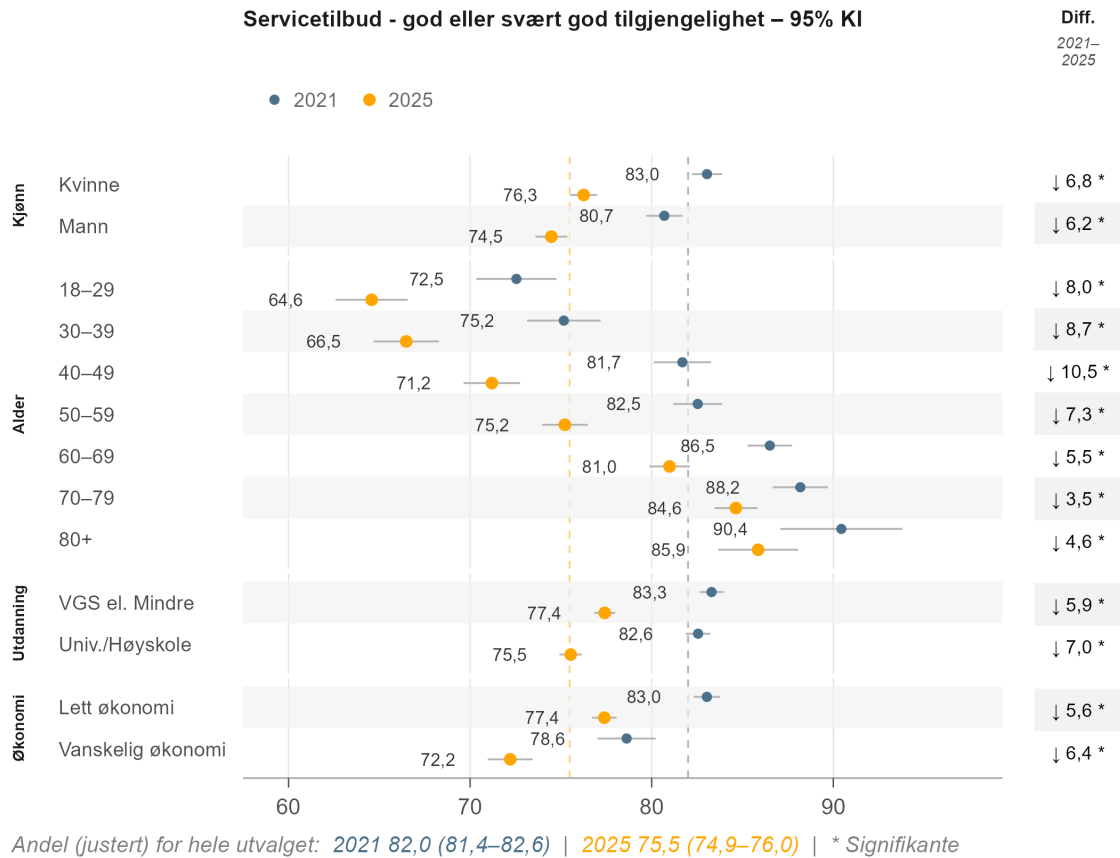
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen jevnt med alder, fra 62,7 prosent i aldersgruppen 18–29 år til 87,4 prosent i 80+ år. Forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 24,78 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,59, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i 80+ år, med 84,5 prosent, mens den er lavest i 30–39 år, med 65,0 prosent. Dette gir en forskjell på 19,46 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,46, som indikerer en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er forskjellene stort sett små. I aldersgruppen 18–29 år rapporterer menn oftere god eller svært god tilgang enn kvinner, med en statistisk sikker forskjell på 5,77 prosentpoeng. I aldersgruppen 50–59 år rapporterer kvinner oftere enn menn, også med en statistisk sikker forskjell, på 4,07 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

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 tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett, der 79,1 prosent rapporterer god eller svært god tilgang. Lavest andel finner vi blant kvinner som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 67,8 prosent. Dette gir en forskjell på 11,30 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett, med 81,1 prosent, mens den er lavest blant dem som oppgir svært vanskelig, med 61,2 prosent. Her er forskjellen 19,90 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, som også tilsier en middels forskjell. For begge kjønn framstår forskjellen mellom ytterpunktene som statistisk sikker, noe som understøtter at vurderingen av husholdningsøkonomien henger sammen med opplevd tilgjengelighet til servicetilbud. Samtidig er kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe små og ikke statistisk sikre.

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



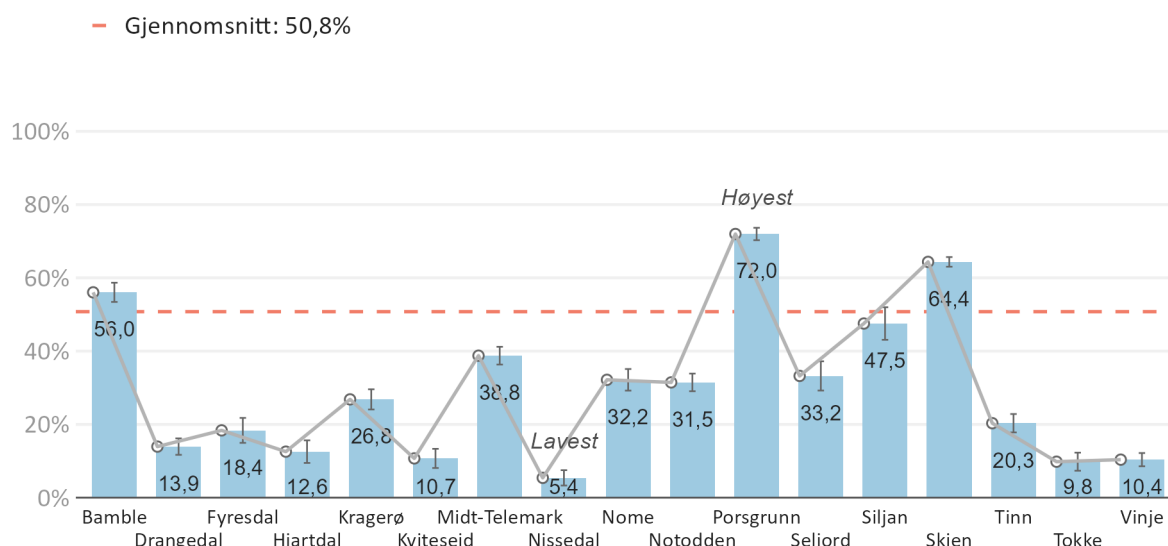
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen går igjen i alle undergrupper, og for hver gruppe er endringen statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, og mønsteret mellom kvinner og menn er i hovedsak uendret fra 2021 til 2025. For alder ser vi samme rangering i begge år, der de eldste oftere oppgir god eller svært god tilgjengelighet enn de yngste, samtidig som alle aldersgrupper går ned. Nedgangen er størst i de midtre aldersgruppene, for eksempel fra 81,7 til 71,2 prosent blant 40–49-åringer. Utdanningsgruppene ligger nær hverandre i begge år, og forskjellen mellom dem endrer seg lite over tid. Personer som oppgir lett økonomi ligger høyere enn dem som oppgir vanskelig økonomi både i 2021 og 2025, og avstanden mellom disse gruppene framstår omtrent like stor i begge år.

3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 22 845 deltakere av 24 509 (93,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

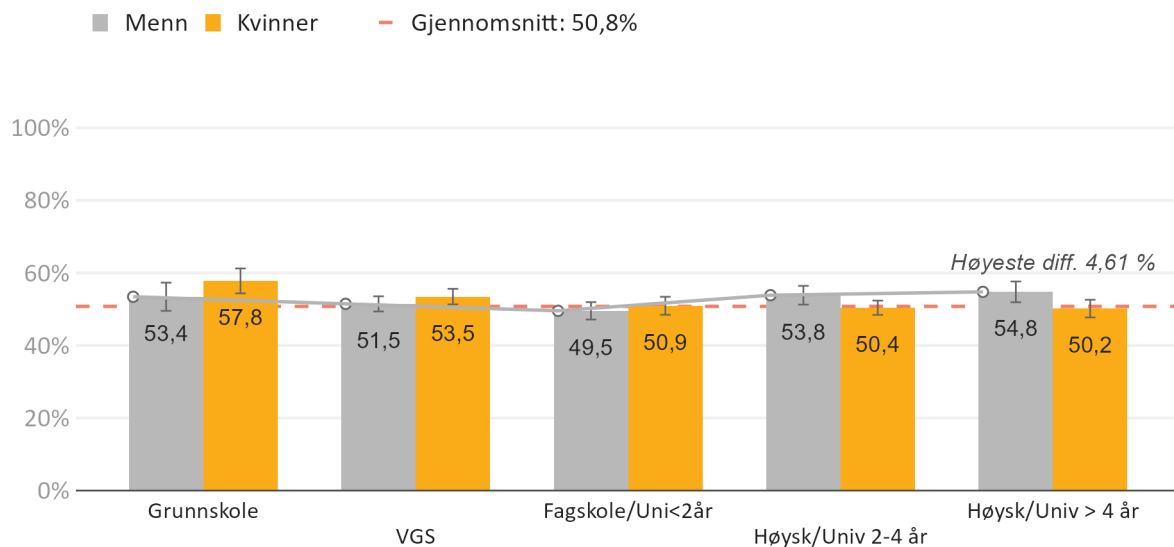
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 845	50,8 %	50,0 – 51,5
Kvinner	12 778	50,2 %	49,2 – 51,2
Menn	10 067	51,5 %	50,4 – 52,6

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



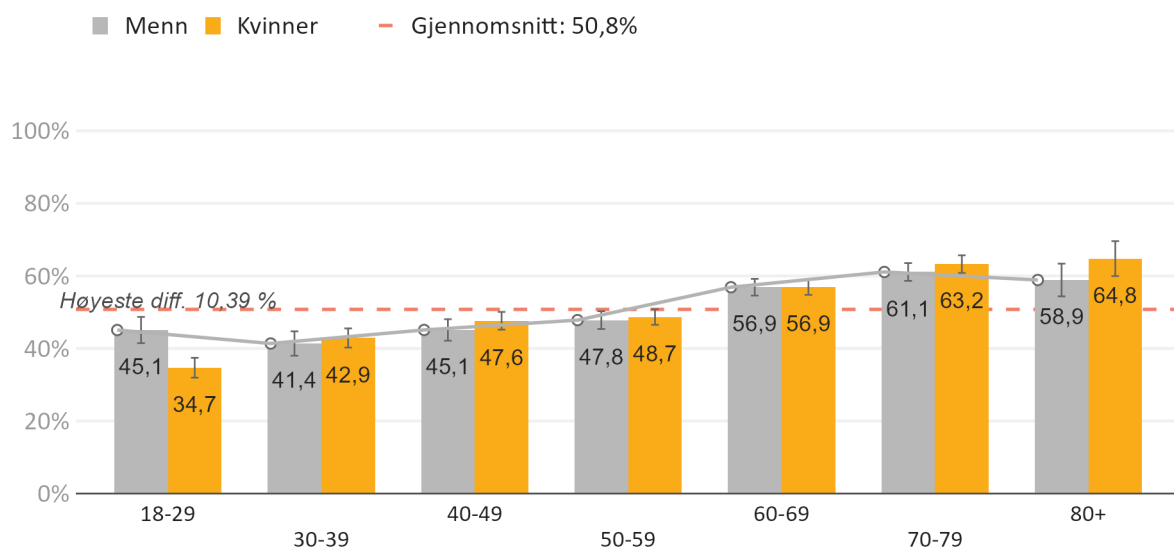
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Porsgrunn på 72,0 prosent og lavest nivå i Nissedal på 5,4 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 66,57 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 1,56, som tilsier en stor forskjell og understreker at variasjonen mellom kommunene er markant. Blant kommunene med høye andeler ligger også Skien på 64,4 prosent og Bamble på 56,0 prosent, mens Siljan ligger på 47,5 prosent. Midt-Telemark har 38,8 prosent, og flere kommuner ligger i området rundt en tredel, som Seljord med 33,2 prosent, Nome med 32,2 prosent og Notodden med 31,5 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Tokke med 9,8 prosent, Kviteseid med 10,7 prosent, Vinje med 10,4 prosent, Hjartdal med 12,6 prosent og Drangedal med 13,9 prosent. Samlet viser dette et tydelig skille mellom kommuner med høy og lav opplevd tilgjengelighet til offentlig transport.

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



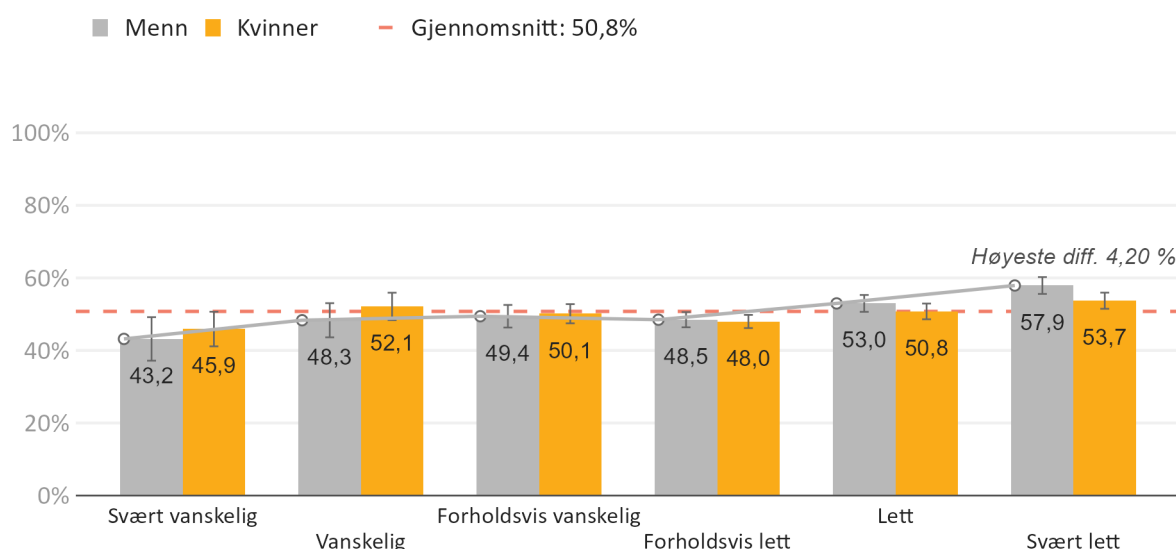
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen noe mellom utdanningsgruppene. Høyest andel finner vi blant kvinner med grunnskole, der 57,8 prosent oppgir god eller svært god tilgang, mens lavest andel er blant kvinner med mer enn fire års universitets- eller høyskoleutdanning, med 50,2 prosent. Dette gir en differanse på 7,63 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,15, som tilsier en liten forskjell. For kvinner framstår forskjellen mellom høyeste og laveste nivå som statistisk sikker, men størrelsen på forskjellen er likevel begrenset. Blant menn er nivåene gjennomgående nokså like på tvers av utdanning. Andelen er høyest blant menn med mer enn fire års universitets- eller høyskoleutdanning, med 54,8 prosent, og lavest blant menn med fagskole eller universitetsutdanning under to år, med 49,5 prosent. Differansen er 5,22 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som også indikerer en liten forskjell. Denne variasjonen framstår imidlertid ikke som statistisk sikker. Ser vi på kjønn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

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

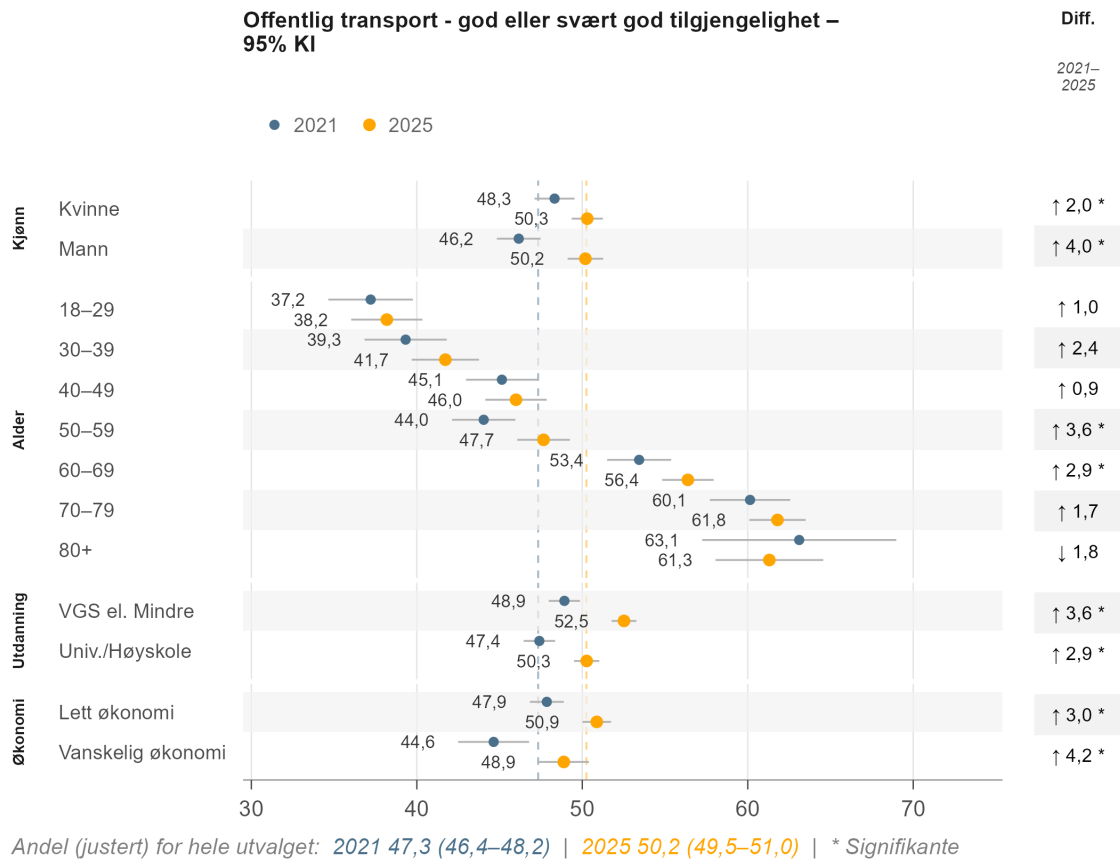


Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18-29, der 34,7 prosent oppgir god eller svært god tilgang, og høyest i 80+, med 64,8 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 30,08 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,61, som tilsier en stor forskjell. For menn er andelen lavest i 30-39, med 41,4 prosent, og høyest i 70-79, med 61,1 prosent. Også her er forskjellen mellom høyest og lavest statistisk sikker, på 19,72 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,40, som tilsier en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger nivået i hovedsak høyere i de eldre gruppene enn i de yngre, særlig tydelig blant kvinner. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er det bare i alderen 18-29 at det er en statistisk sikker kjønnsforskjell: menn ligger 10,39 prosentpoeng høyere enn kvinner, med 45,1 prosent mot 34,7 prosent. I de øvrige aldersgruppene framstår kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

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 tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett, med 53,7 prosent, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 45,9 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 7,81 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 57,9 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 43,2 prosent. Her er forskjellen 14,73 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. På tvers av de øvrige nivåene ligger andelen for kvinner mellom 48,0 og 52,1 prosent, mens de for menn ligger mellom 48,3 og 53,0 prosent. Kjønnsforskjellene innen hvert nivå av husholdningsøkonomi er gjennomgående små og ikke statistisk sikre, selv om menn ligger noe høyere enn kvinner i gruppene «lett» og «svært lett», og noe lavere i gruppene «vanskelig» og «svært vanskelig».

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

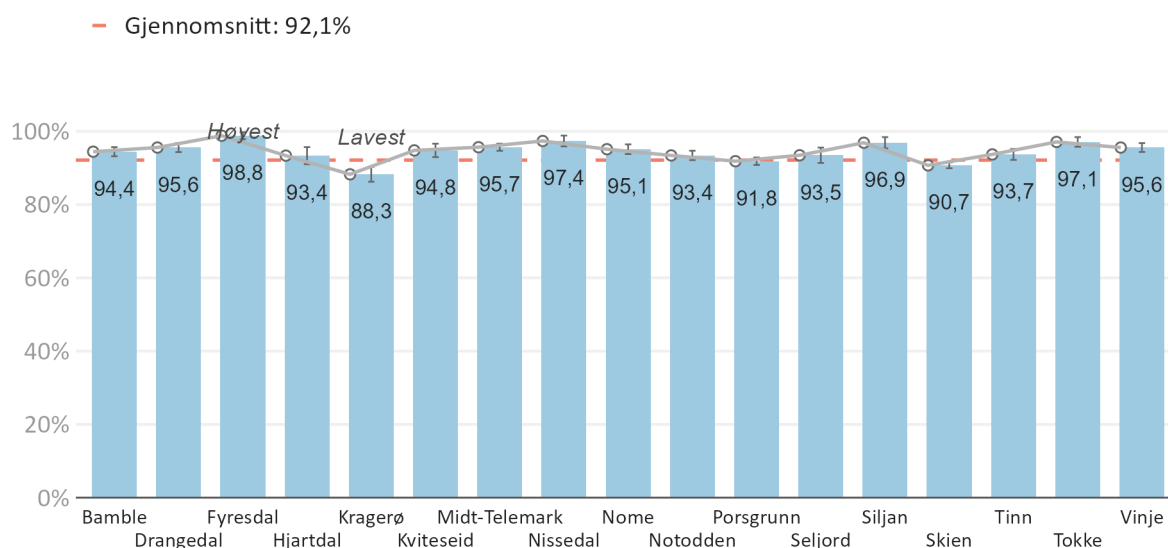
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 47,3 prosent i 2021 til 50,2 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. For kjønn øker andelen både blant kvinner og menn, og endringen er statistisk sikker i begge grupper, slik at kjønnsforskjellene framstår som små i 2025. 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 sikker økning blant 50–59-åringer og 60–69-åringer, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og nivåforskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker økning i begge grupper fra 2021 til 2025. Forskjellen mellom lett og vanskelig økonomi ser dermed ut til å bestå, men med noe høyere andeler i 2025 i begge grupper.

3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 23 872 deltakere av 24 509 (97,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

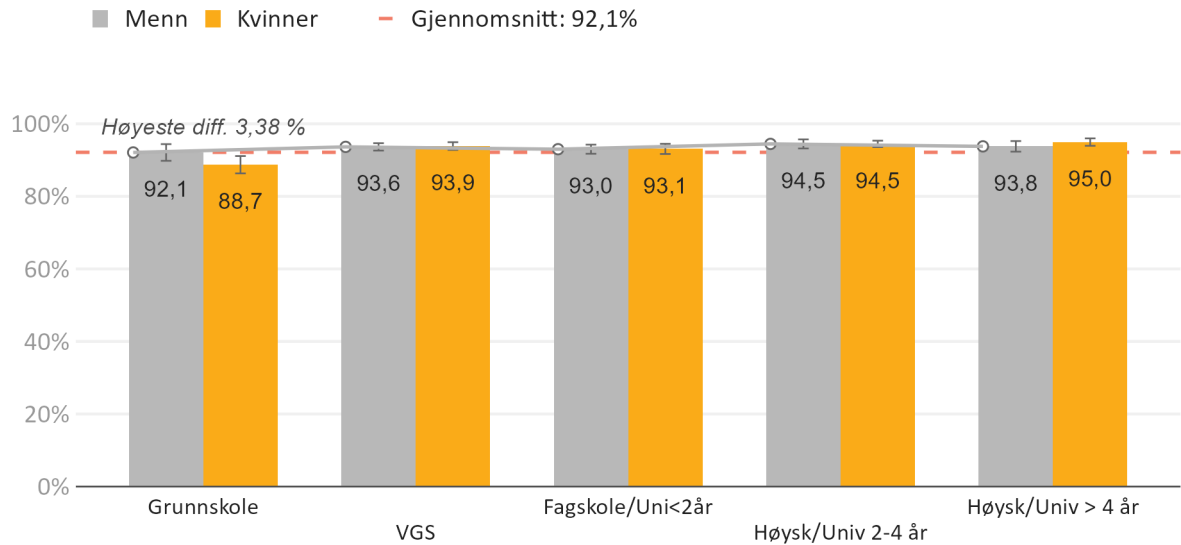
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 872	92,1 %	91,7 – 92,5
Kvinner	13 331	92,1 %	91,5 – 92,6
Menn	10 541	92,2 %	91,6 – 92,8

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



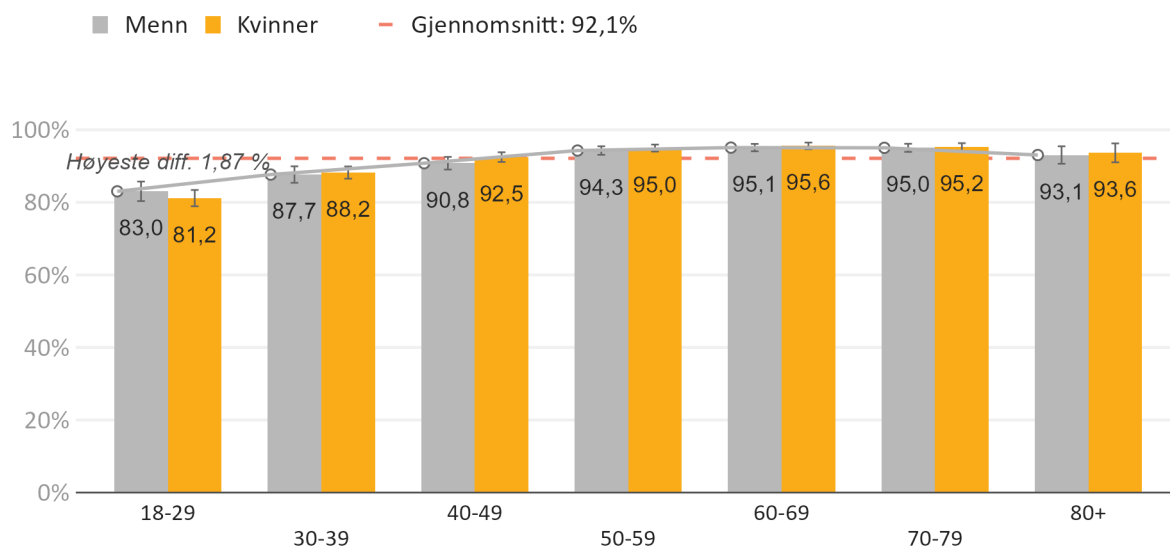
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er gjennomgående høy i alle kommuner, men det er likevel en tydelig variasjon mellom ytterpunktene. Fyresdal har høyest andel med 98,8 prosent, mens Kragerø har lavest andel med 88,3 prosent. Differansen mellom disse er 10,54 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,48, som tilsier en middels forskjell mellom kommunene når en sammenligner ytterpunktene. Flere kommuner ligger tett opp mot et svært høyt nivå, blant annet Nissedal med 97,4 prosent, Tokke med 97,1 prosent og Siljan med 96,9 prosent. Midt-Telemark ligger på 95,7 prosent, mens Drangedal og Vinje begge ligger på 95,6 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Skien med 90,7 prosent og Porsgrunn med 91,8 prosent, mens Hjartdal og Notodden begge ligger på 93,4 prosent. Samlet sett viser figuren at de fleste rapporterer god tilgang, samtidig som enkelte kommuner skiller seg tydelig ut med lavere andeler.

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



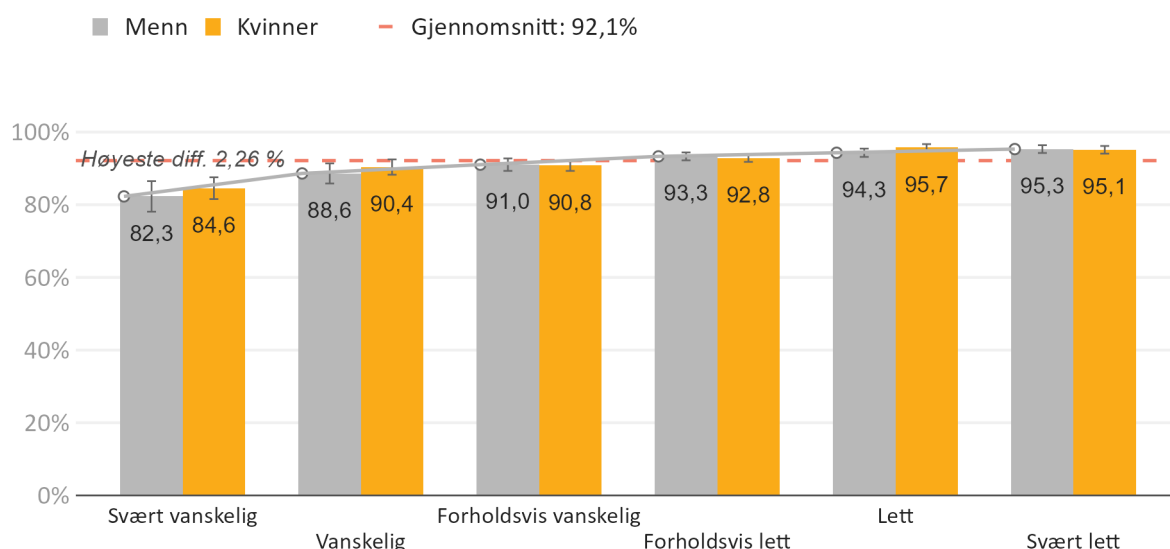
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er gjennomgående høye i alle utdanningsgrupper. Blant kvinner er andelen lavest blant dem med grunnskole, der 88,7 prosent oppgir god eller svært god tilgang, og høyest blant dem med høyskole eller universitet mer enn 4 år, der andelen er 95,0 prosent. Dette gir en forskjell på 6,24 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,23, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også lavest i gruppen med grunnskole, med 92,1 prosent, mens den er høyest blant dem med høyskole eller universitet 2–4 år, med 94,5 prosent. Differansen er 2,35 prosentpoeng, og denne variasjonen framstår ikke som statistisk sikker. Cohen's h er 0,09, som indikerer en ubetydelig forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

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



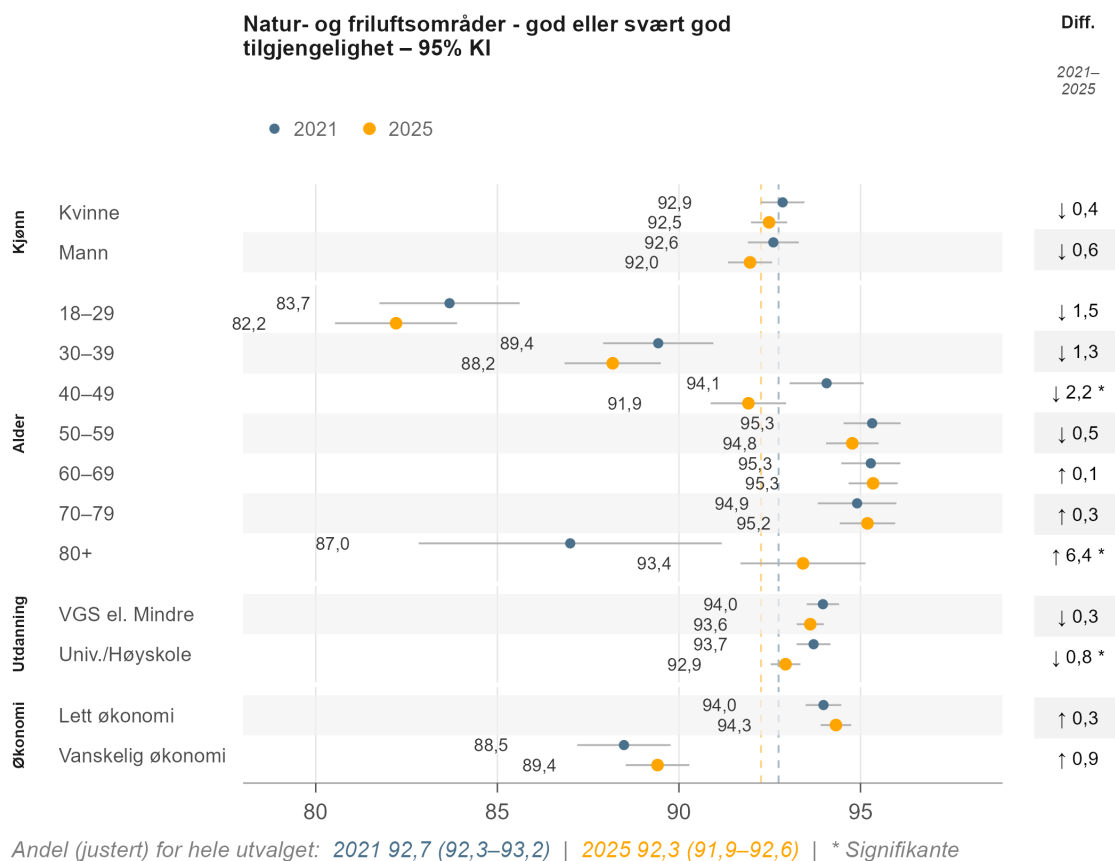
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 81,2 prosent, og høyest i 60–69 år, med 95,6 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 14,40 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,47, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: 18–29 år ligger lavest med 83,0 prosent, mens 60–69 år ligger høyest med 95,1 prosent. Også her er forskjellen mellom høyest og lavest statistisk sikker, på 12,06 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,40, som indikerer en middels forskjell. I begge kjønn øker andelen tydelig fra de yngste aldersgruppene og opp mot 50–69 år, før den flater ut og er noe lavere i 80 år og eldre, der kvinner ligger på 93,6 prosent og menn på 93,0 prosent. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

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 tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som vurderer husholdningsøkonomien som lett, der 95,7 prosent oppgir god eller svært god tilgang. Lavest andel finner vi blant kvinner som opplever økonomien som svært vanskelig, med 84,6 prosent. Dette gir en forskjell på 11,17 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,39, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn varierer andelen tydelig med vurderingen av økonomien. Menn som opplever økonomien som svært lett har høyest andel, 95,3 prosent, mens menn som opplever den som svært vanskelig har lavest andel, 82,3 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 13,02 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, som også indikerer en middels forskjell. Samlet sett er nivåene gjennomgående høye i alle grupper, men både for kvinner og menn er andelen lavere når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, og ingen av dem framstår som 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 sett er nivået svært stabilt fra 2021 til 2025, med en liten nedgang fra 92,7 til 92,3 prosent som ikke er statistisk sikker. Forskjellene mellom kvinner og menn er små i begge år, og endringene innen hvert kjønn er ikke statistisk sikre. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt, men det er en statistisk sikker nedgang blant 40–49-åringene og en statistisk sikker økning blant dem som er 80 år eller eldre. For de øvrige aldersgruppene er endringene

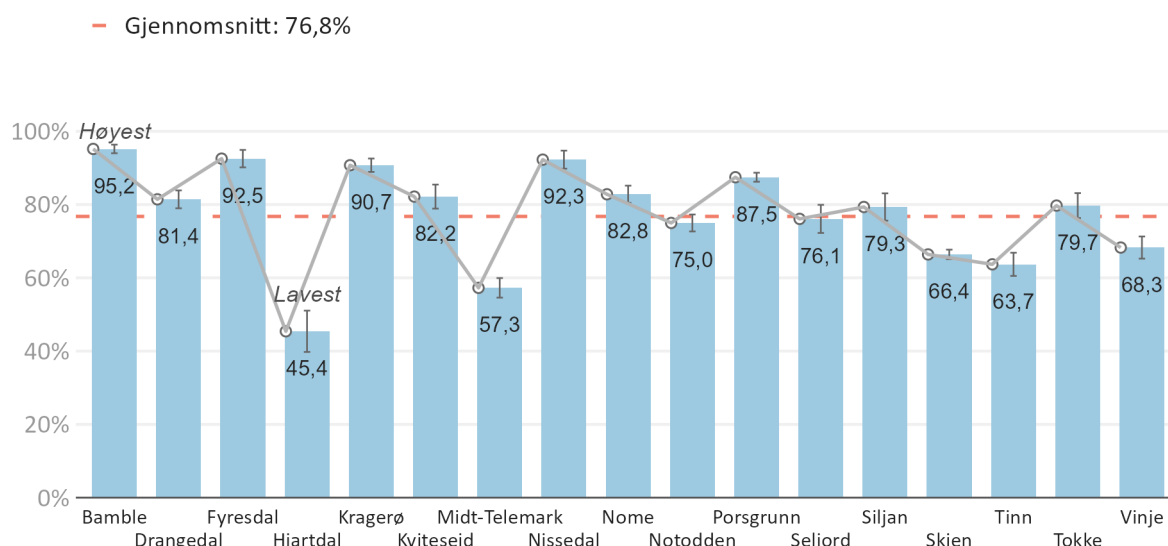
ikke statistisk sikre. Etter utdanning er det en statistisk sikker nedgang blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, mens endringen blant dem med videregående skole eller mindre ikke er statistisk sikker. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, ligger gruppen med vanskelig økonomi lavere enn gruppen med lett økonomi i begge år, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre i noen av gruppene. Samlet tyder dette på at forskjellene mellom gruppene i stor grad er stabile over tid, med noen få unntak i enkelte alders- og utdanningsgrupper.

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

Svarandel: Totalt 22 245 deltakere av 24 509 (90,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

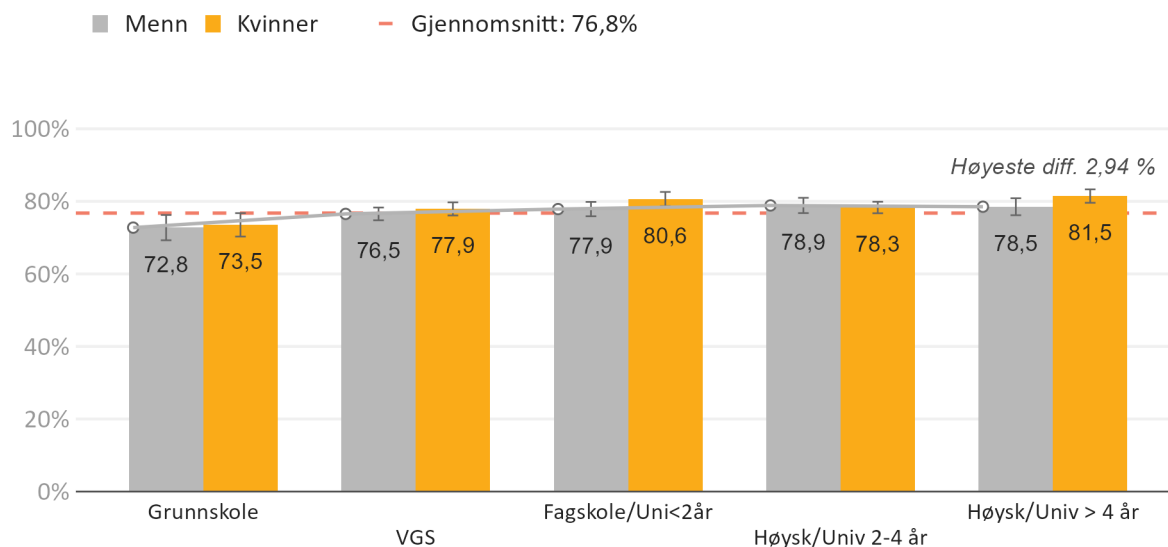
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 245	76,8 %	76,2 – 77,4
Kvinner	12 291	77,0 %	76,1 – 77,8
Menn	9 954	76,5 %	75,6 – 77,4

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



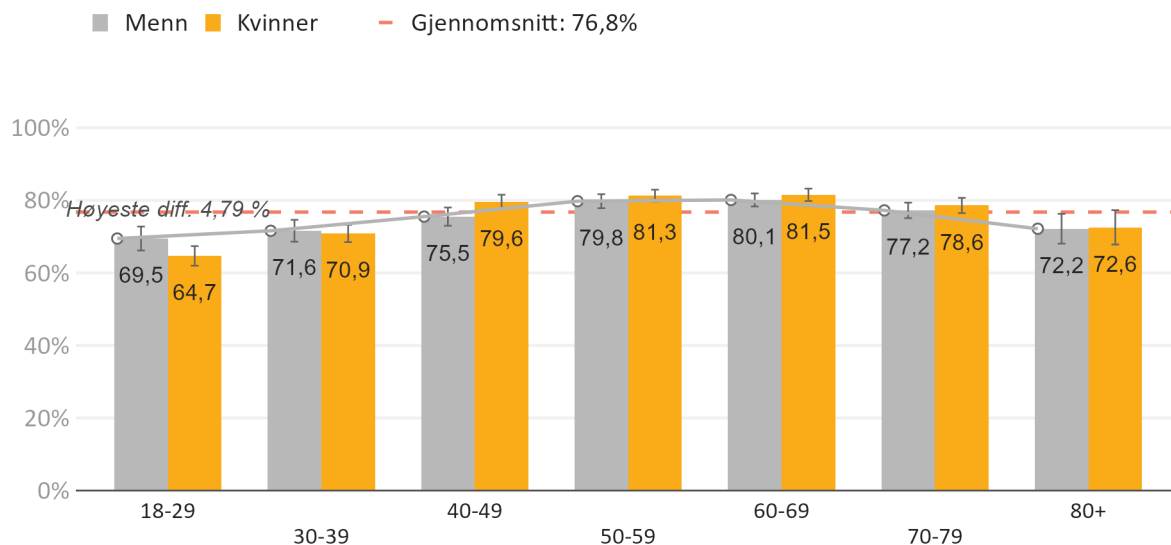
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje/strand/sjø, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er store variasjoner mellom kommunene. Høyest andel finner vi i Bamble med 95,2 prosent, mens Hjartdal ligger lavest med 45,4 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 49,78 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen støtter at dette ikke bare er en liten variasjon: Cohen's h er 1,22, som tilsvarer en stor forskjell. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Fyresdal med 92,5 prosent, Nissedal med 92,3 prosent og Kragerø med 90,7 prosent. Porsgrunn ligger også høyt med 87,5 prosent. I den andre enden av skalaen finner vi, i tillegg til Hjartdal, Midt-Telemark med 57,3 prosent, Tinn med 63,7 prosent og Skien med 66,4 prosent. Flere kommuner ligger i et mellomnivå, som Notodden med 75,0 prosent, Seljord med 76,1 prosent og Tokke med 79,7 prosent. Samlet viser figuren et tydelig geografisk mønster der enkelte kommuner skiller seg klart ut med svært høy opplevd tilgang, mens andre rapporterer betydelig lavere tilgang.

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



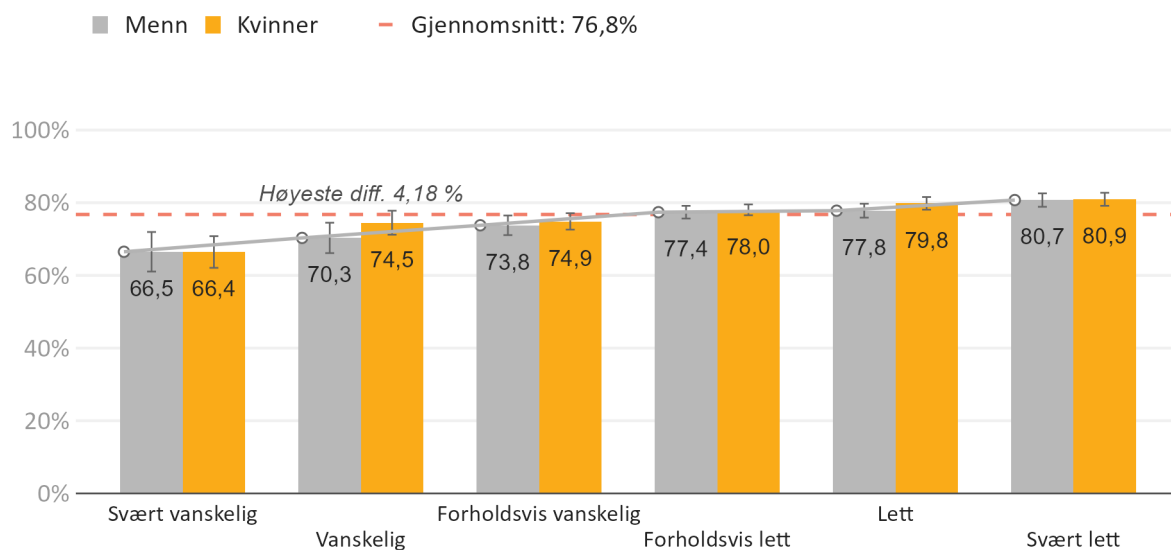
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje/strand/sjø, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 73,5 prosent i gruppen med grunnskole til 81,5 prosent blant dem med høyskole eller universitet over 4 år. Dette gir en forskjell på 7,93 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,19 tilsier en liten forskjell, selv om variasjonen mellom ytterpunktene framstår som statistisk sikker. For menn er andelen lavest blant dem med grunnskole, med 72,8 prosent, og høyest i gruppen med høyskole eller universitet 2–4 år, med 78,9 prosent. Her er forskjellen 6,11 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som også tilsier en liten forskjell, samtidig som forskjellen mellom høyest og lavest nivå er statistisk sikker. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, ligger andelene gjennomgående nært hverandre og ingen av kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Dette tyder på at utdanningsnivå har noe mer å si enn kjønn, men at forskjellene samlet sett er små.

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



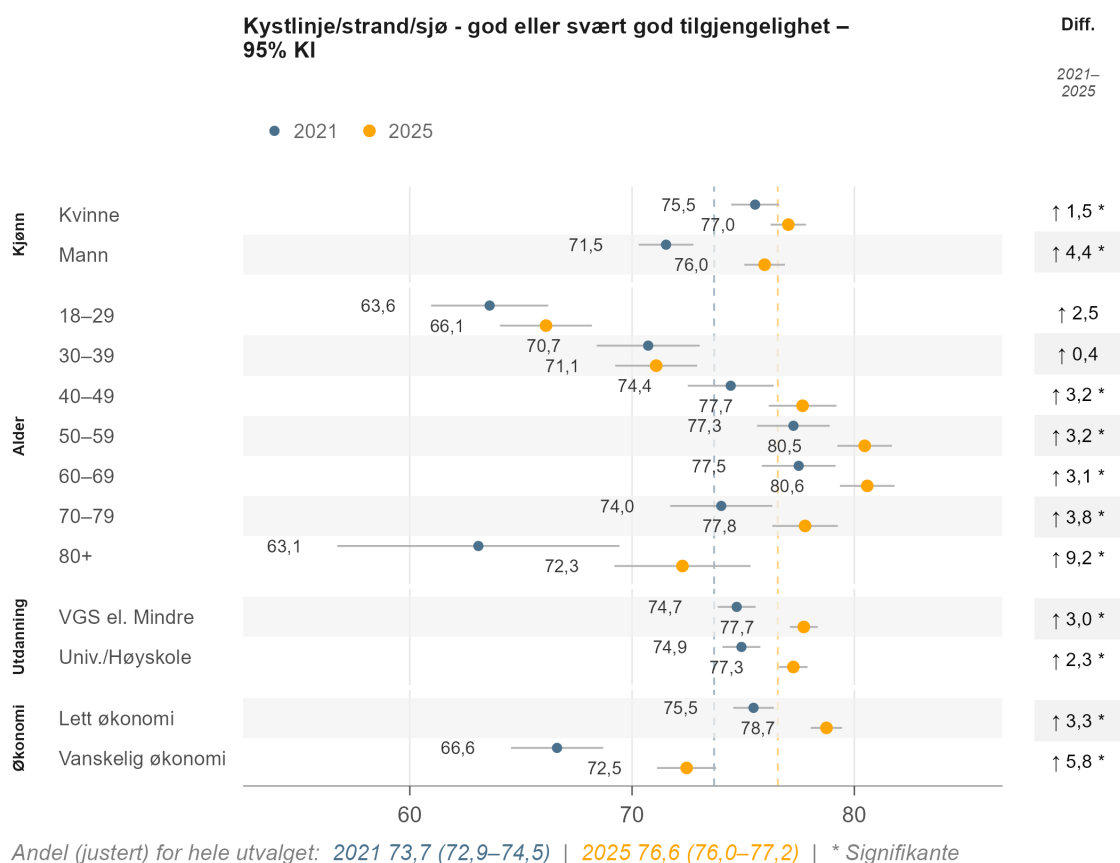
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje/strand/sjø, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen tydelig med alder, fra 64,7 prosent i alderen 18–29 år til 81,5 prosent i alderen 60–69 år. Dette tilsvarer en forskjell på 16,84 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,38 tyder på en middels forskjell mellom ytterpunktene. Etter toppunktet i 60–69 år ligger andelen lavere i de eldste gruppene, med 78,6 prosent i 70–79 år og 72,6 prosent i 80 år eller eldre. Også blant menn er det en klar aldersvariasjon. Andelen er lavest i 18–29 år med 69,5 prosent og høyest i 60–69 år med 80,1 prosent. Differansen er 10,64 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,25 tilsier en middels forskjell. Deretter synker andelen noe til 77,2 prosent i 70–79 år og 72,2 prosent i 80 år eller eldre. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe framstår gjennomgående små, og ingen av forskjellene mellom menn og kvinner er 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 tilgjengelighet til kystlinje/strand/sjø, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 80,9 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 66,4 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 14,51 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. For de øvrige nivåene ligger kvinnene på 78,0 prosent ved forholdsvis lett, 79,8 prosent ved lett, 74,5 prosent ved vanskelig og 74,9 prosent ved forholdsvis vanskelig. Blant menn er mønsteret tilsvarende: høyest andel ved svært lett, 80,7 prosent, og lavest ved svært vanskelig, 66,5 prosent. Differansen er 14,22 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,33, som peker mot en middels forskjell. Menn ligger ellers på 77,4 prosent ved forholdsvis lett, 77,8 prosent ved lett, 70,3 prosent ved vanskelig og 73,8 prosent ved forholdsvis vanskelig. Kjønnforskjellene innen hvert nivå av husholdningsøkonomi er små og ikke 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 øker andelen fra 73,7 prosent i 2021 til 76,6 prosent i 2025, og denne økningen framstår som statistisk sikker. Begge kjønn har en statistisk sikker økning, men økningen er større blant menn enn blant kvinner, slik at kjønnforskjellen blir mindre i 2025. På tvers av alder er det flere statistisk sikre økninger, særlig fra 40 år og oppover, mens endringene blant 18–29 år og 30–39 år ikke er statistisk sikre. Den største statistisk sikre økningen ses blant de eldste, der 80 år eller eldre øker fra 63,1 prosent til 72,3 prosent. Etter utdanning er det statistisk sikre

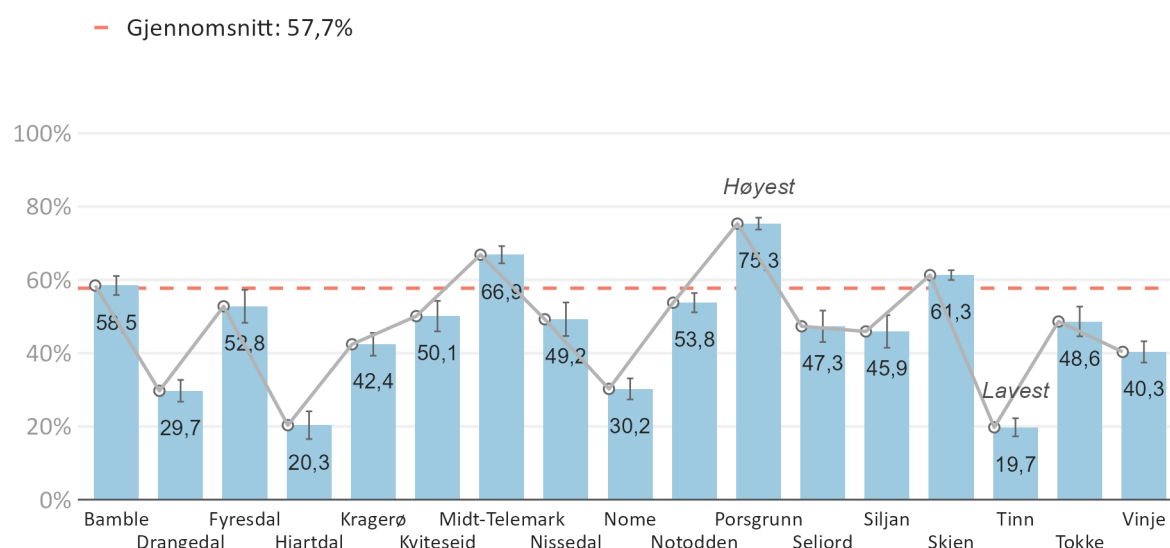
økninger i begge grupper, og nivåene ligger fortsatt tett i 2025. For opplevd økonomi øker andelen statistisk sikkert både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, og økningen er størst i gruppen med vanskelig økonomi. Samtidig ligger andelen fortsatt lavere blant dem med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i 2025.

3.12 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Svarandel: Totalt 23 602 deltakere av 24 509 (96,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

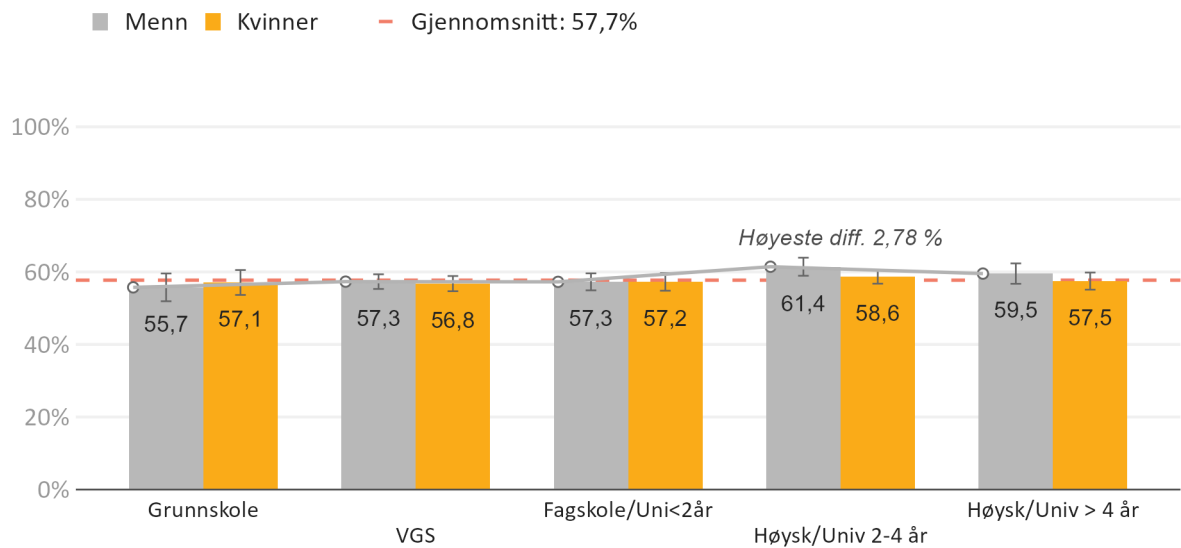
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 602	57,7 %	57,0 – 58,4
Kvinner	13 181	57,1 %	56,1 – 58,0
Menn	10 421	58,5 %	57,5 – 59,6

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



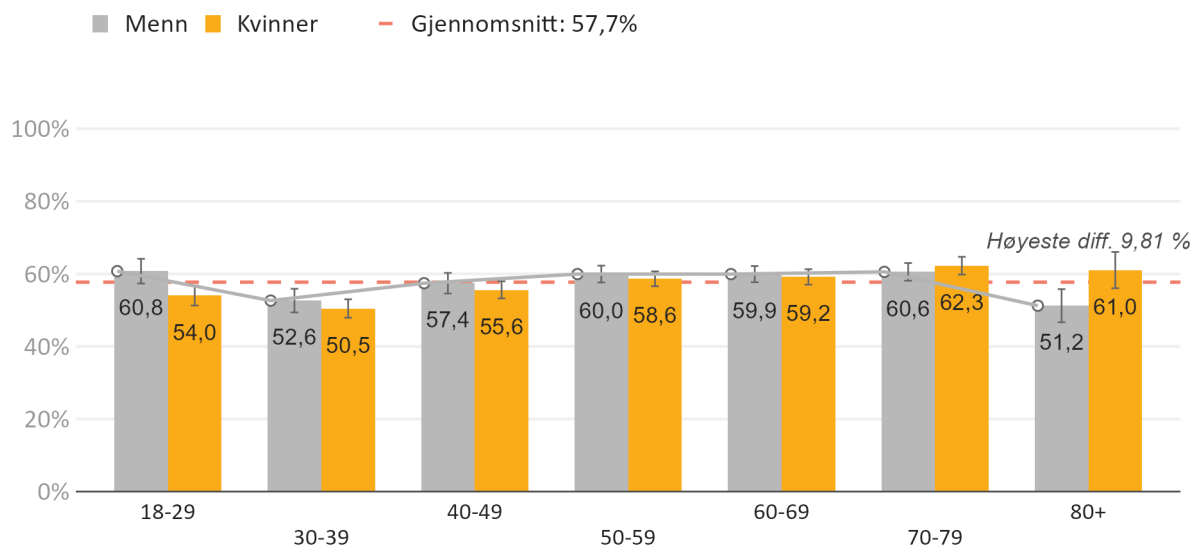
Figur A viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mye mellom kommunene. Porsgrunn har høyest andel med 75,3 prosent, mens Tinn har lavest andel med 19,7 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 55,60 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen for variasjonen mellom kommunene er Cohen's h på 1,18, som tilsier en stor forskjell. Flere kommuner ligger relativt høyt, blant annet Midt-Telemark med 66,9 prosent, Skien med 61,3 prosent og Bamble med 58,5 prosent. Notodden og Fyresdal ligger også over halvparten, med henholdsvis 53,8 prosent og 52,8 prosent, mens Kviteseid har 50,1 prosent. I den andre enden av skalaen finner vi Hjartdal med 20,3 prosent, Drangedal med 29,7 prosent og Nome med 30,2 prosent. Øvrige kommuner ligger i et mellomområde, som Kragerø med 42,4 prosent, Siljan med 45,9 prosent og Tokke med 48,6 prosent. Samlet sett viser figuren tydelige kommuneforskjeller i hvor godt gang- og sykkelveier oppleves å være utbygde.

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



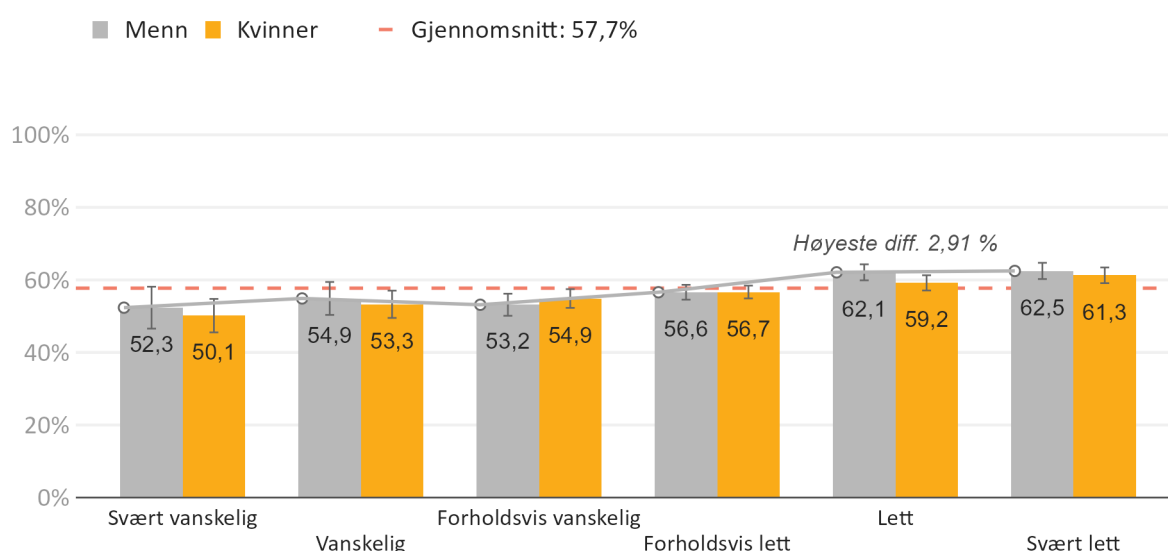
Figur B viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen tett på tvers av utdanningsgruppene, fra 56,8 prosent blant dem med videregående opplæring til 58,6 prosent blant dem med høyskole eller universitet i 2–4 år. Dette tilsvarer en forskjell på 1,88 prosentpoeng mellom høyeste og laveste nivå, og Cohen's h er 0,04, som indikerer en ubetydelig forskjell. Også blant menn er variasjonen moderat: høyest andel finner vi blant dem med høyskole eller universitet i 2–4 år, med 61,4 prosent, mens lavest andel er blant dem med grunnskole, med 55,7 prosent. Differansen er 5,69 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,12, som tilsier en liten forskjell. Ser vi på kjønn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små og ikke statistisk sikre.

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



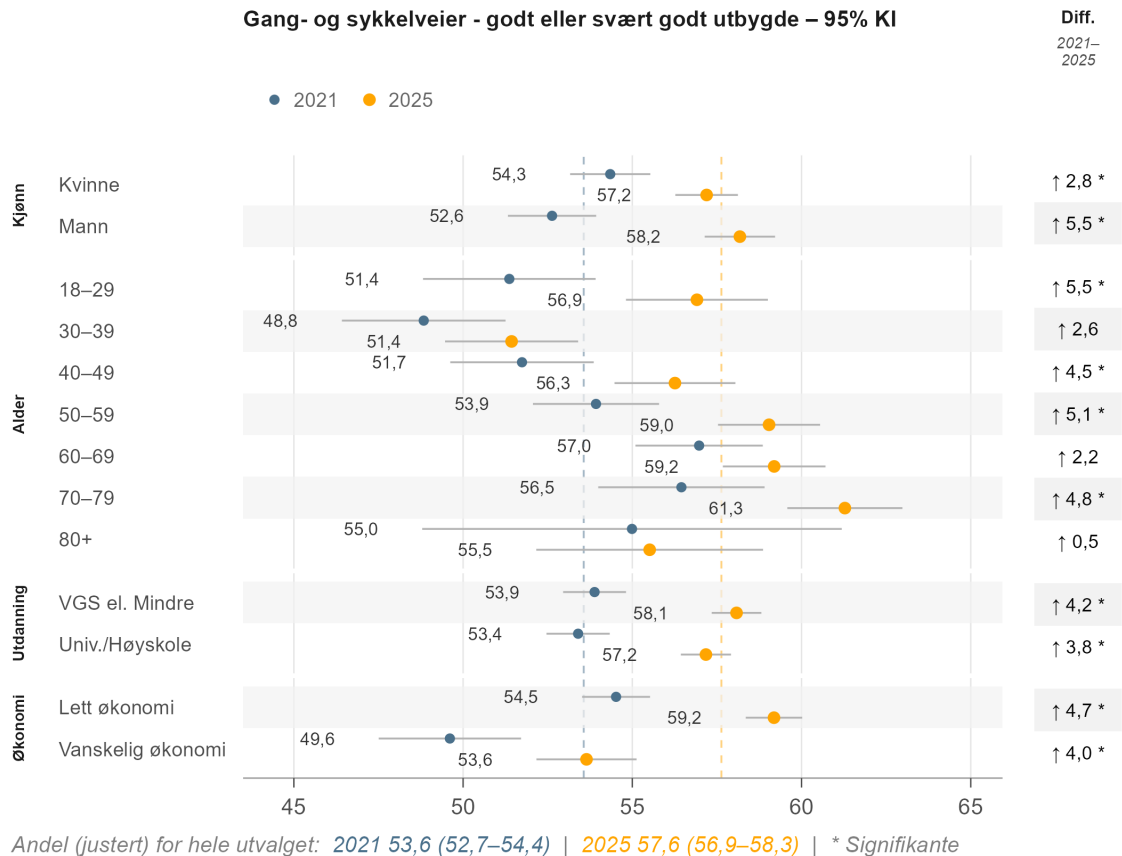
Figur C viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen mellom 50,5 prosent og 62,3 prosent. Den er lavest i aldersgruppen 30–39 og høyest i 70–79, en statistisk sikker forskjell på 11,79 prosentpoeng. Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene. For menn ligger andelen mellom 51,2 prosent og 60,8 prosent. Høyest andel finnes i 18–29, mens lavest andel er i 80+, og forskjellen på 9,52 prosentpoeng er statistisk sikker. Cohen's h er 0,19, som også tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er forskjellene stort sett små. I 18–29 rapporterer menn oftere enn kvinner at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, med en statistisk sikker forskjell på 6,74 prosentpoeng. I 80+ er bildet motsatt: kvinner ligger høyere enn menn, og forskjellen er statistisk sikker. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene 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, med 61,3 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 50,1 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 11,12 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er mønsteret tilsvarende: høyest andel i gruppen som oppgir svært lett, med 62,5 prosent, og lavest i gruppen som oppgir svært vanskelig, med 52,3 prosent. Differansen er 10,13 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,21, som også indikerer en liten forskjell. På tvers av de øvrige nivåene ligger andelen i hovedsak i midten av femtallet til litt over seksti prosent, for eksempel 56,7 prosent blant kvinner og 56,6 prosent blant menn i gruppen som vurderer økonomien som forholdsvis lett. Kjønnsforskjellene innen hvert økonominivå er gjennomgående små og ikke statistisk sikre.

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



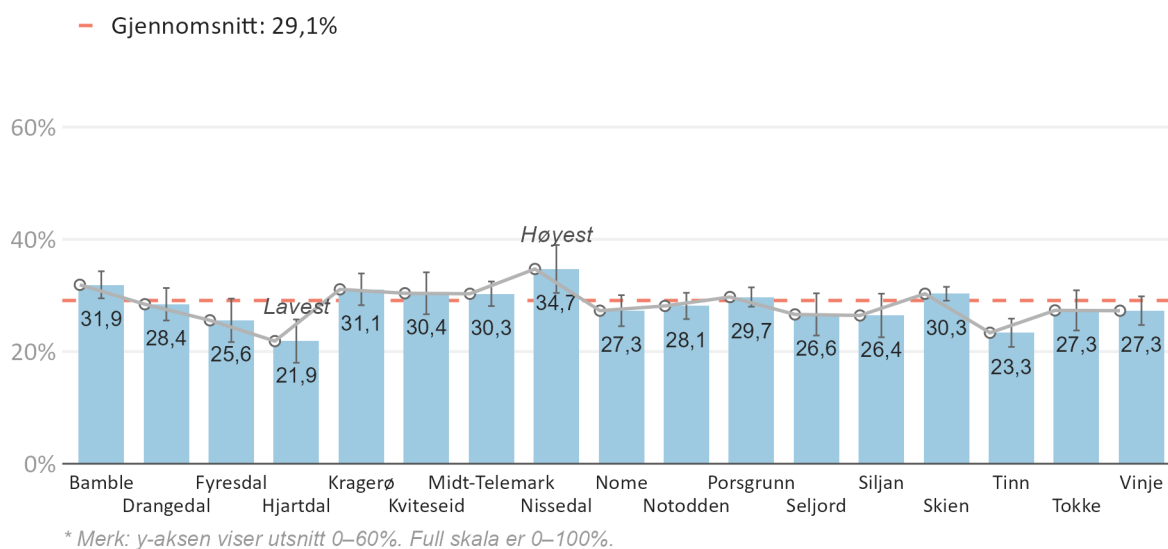
Figur E viser andelen som oppgir godt eller svært godt utbygde til gang- og sykkelveier på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 53,6 prosent i 2021 til 57,6 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. For kjønn er det statistisk sikker økning både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser ut til å ha blitt mindre ved at menn øker mer enn kvinner. På tvers av alder er det statistisk sikker økning i flere grupper, særlig blant 18–29 år, 40–49 år, 50–59 år og 70–79 år, mens endringen ikke er statistisk sikker for 30–39 år, 60–69 år og 80 år eller eldre. Dette innebærer at aldersmønsteret i 2025 i hovedsak preges av en bred oppgang, men med noen grupper som ligger mer stabilt over tid. For utdanning er det statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene fremstår som små i begge år. For opplevd økonomi er det statistisk sikker økning både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi. Samtidig ligger gruppen med vanskelig økonomi fortsatt lavere enn gruppen med lett økonomi i 2025, slik den også gjorde i 2021.

3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Svarandel: Totalt 23 713 deltakere av 24 509 (96,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

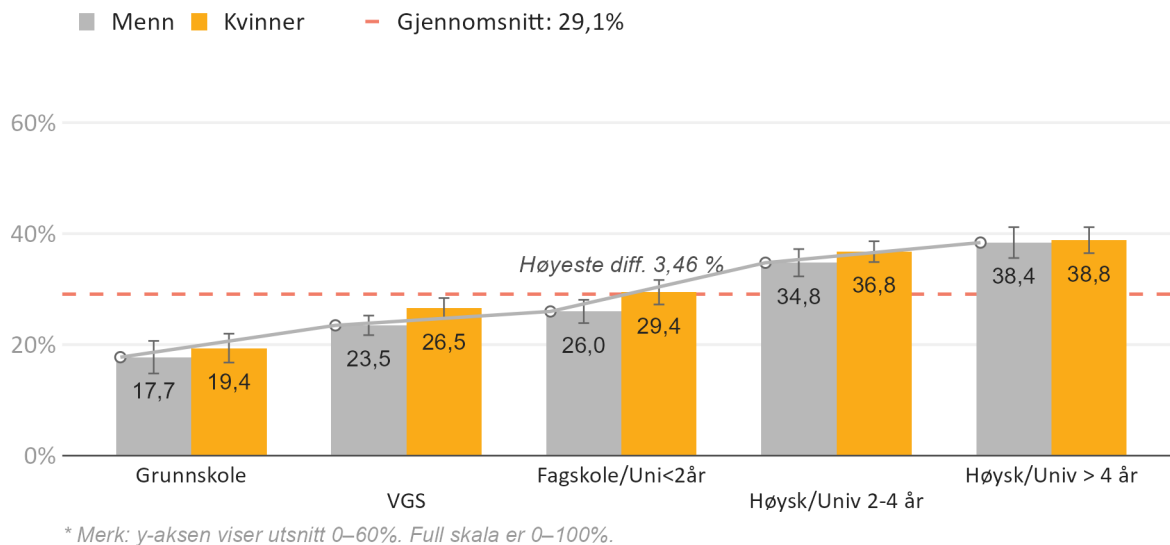
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 713	29,1 %	28,4 – 29,8
Kvinner	13 244	30,2 %	29,3 – 31,1
Menn	10 469	27,7 %	26,8 – 28,7

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



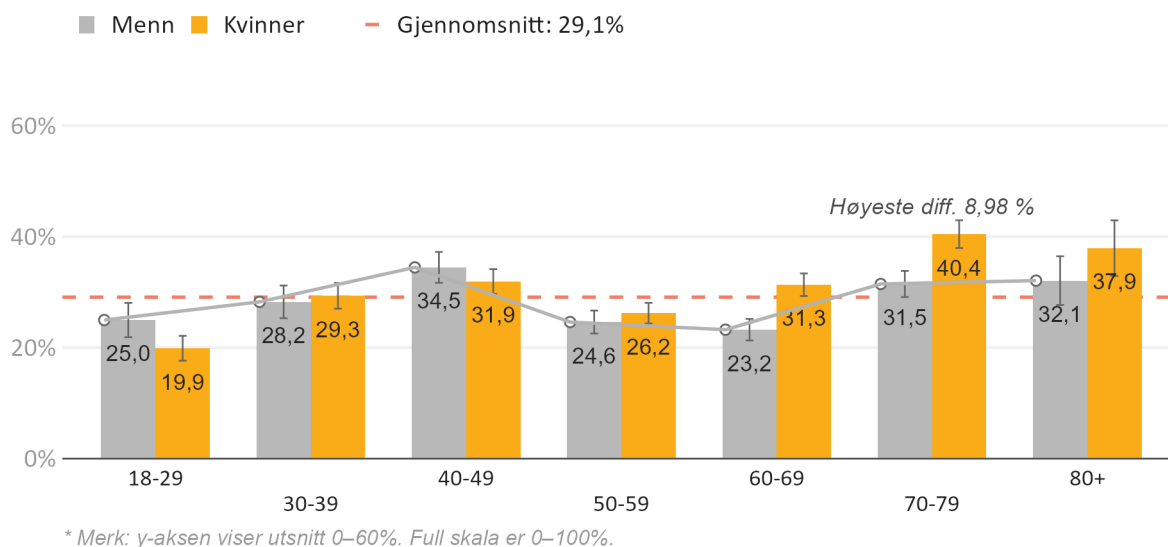
Figur A viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Nissedal på 34,7 prosent og lavest nivå i Hjartdal på 21,9 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 12,86 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,29, som tilsvarer en middels forskjell og understreker at variasjonen mellom kommunene er merkbar. Flere kommuner ligger rundt 30 prosent, blant annet Bamble med 31,9 prosent, Kragerø med 31,1 prosent, Kviteseid med 30,4 prosent, Midt-Telemark med 30,3 prosent og Skien med 30,3 prosent. Porsgrunn ligger noe lavere med 29,7 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Tinn med 23,3 prosent og Fyresdal med 25,6 prosent, mens Siljan har 26,4 prosent og Seljord 26,6 prosent. Nome, Tokke og Vinje ligger likt på 27,3 prosent, og Drangedal og Notodden ligger på henholdsvis 28,4 prosent og 28,1 prosent. Samlet viser figuren et spenn fra litt over én av fem til om lag én av tre som deltar ukentlig.

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



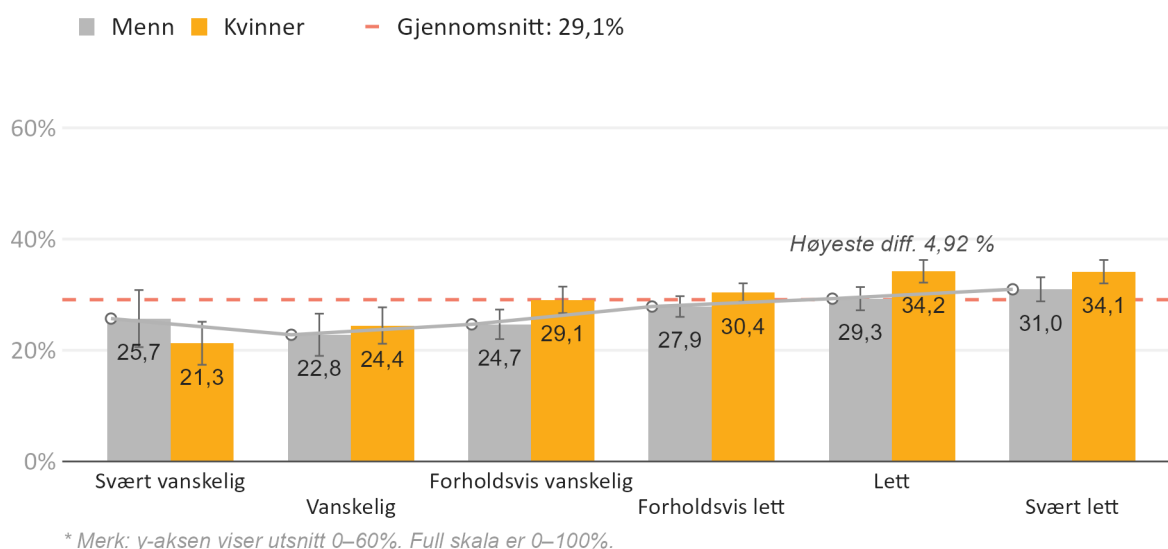
Figur B viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er deltakelsen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, og lavest blant dem med grunnskole. Blant kvinner deltar 38,8 prosent ukentlig i gruppen med høyest utdanning, mot 19,4 prosent blant dem med grunnskole, en forskjell på 19,45 prosentpoeng. Cohen's h er 0,43, som tilsvarer en middels forskjell, og forskjellen mellom ytterpunktene framstår som statistisk sikker. For menn er mønsteret tilsvarende: 38,4 prosent i gruppen med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år og 17,7 prosent blant dem med grunnskole, en differanse på 20,65 prosentpoeng. Også her er effektstørrelsen middels, med Cohen's h på 0,47, og forskjellen mellom høyest og lavest utdanningsnivå er statistisk sikker. På de enkelte utdanningsnivåene er kjønnsforskjellene små, og ingen av forskjellene mellom menn og kvinner framstår som statistisk sikre. Samlet sett tyder tallene på at ukentlig deltakelse øker med utdanningsnivå for begge kjønn.

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



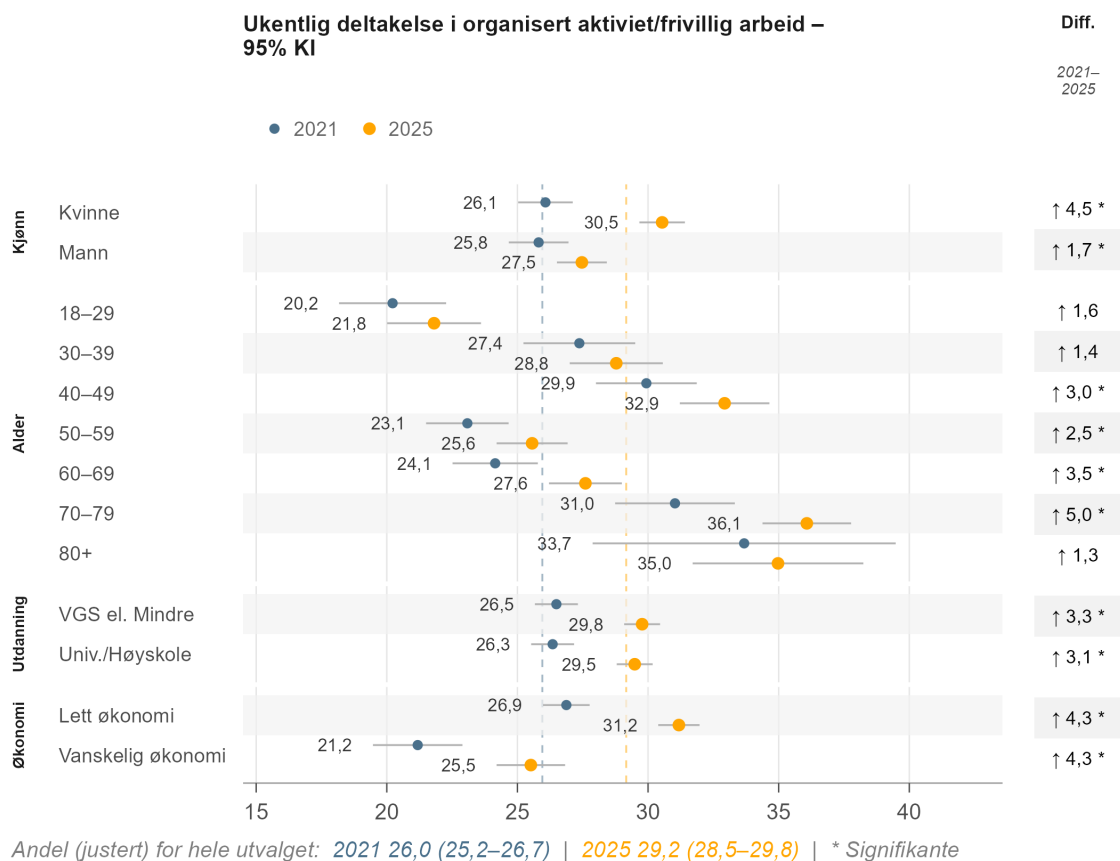
Figur C viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer deltakelsen tydelig mellom aldersgruppene, fra 19,9 prosent i 18–29 år til 40,4 prosent i 70–79 år. Dette tilsvarer en forskjell på 20,56 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, som indikerer en middels forskjell. Etter en økning fra de yngste til 40–49 år på 31,9 prosent, faller andelen noe i 50–59 år til 26,2 prosent, før den øker igjen i 60–69 år og særlig i 70–79 år. I 80 år og eldre ligger andelen på 37,9 prosent. Blant menn er nivået høyest i 40–49 år med 34,5 prosent og lavest i 60–69 år med 23,2 prosent. Differansen er 11,23 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,25, som også tilsier en middels forskjell. Kjønnsforskjellene er som regel små, men i 60–69 år og 70–79 år deltar kvinner oftere enn menn. I 60–69 år er forskjellen 8,11 prosentpoeng, og i 70–79 år er den 8,98 prosentpoeng, og begge disse forskjellene er 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 lett, med 34,2 prosent, og nesten like høy ved svært lett økonomi, med 34,1 prosent. Lavest deltakelse finner vi blant kvinner som opplever økonomien som svært vanskelig, med 21,3 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 12,95 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,29, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen høyest blant dem som vurderer økonomien som svært lett, med 31,0 prosent, mens den er lavest i gruppen som opplever økonomien som vanskelig, med 22,8 prosent. Dette gir en forskjell på 8,18 prosentpoeng, som også er statistisk sikker. Cohen's h er 0,18, som indikerer en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme økonomigruppe, er forskjellene gjennomgående små. Det tydeligste utslaget er i gruppen som vurderer økonomien som lett, der kvinner ligger 4,92 prosentpoeng høyere enn menn, og denne kjønnsforskjellen er 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 26,0 prosent i 2021 til 29,2 prosent i 2025, og endringen er statistisk sikker. Økningen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant kvinner og menn, men økningen er større blant kvinner enn blant menn. På tvers av alder er det en tydelig tendens til økning i flere grupper, særlig fra 40 til 79 år, der endringene er statistisk sikre, mens endringene blant de yngste og de eldste ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at

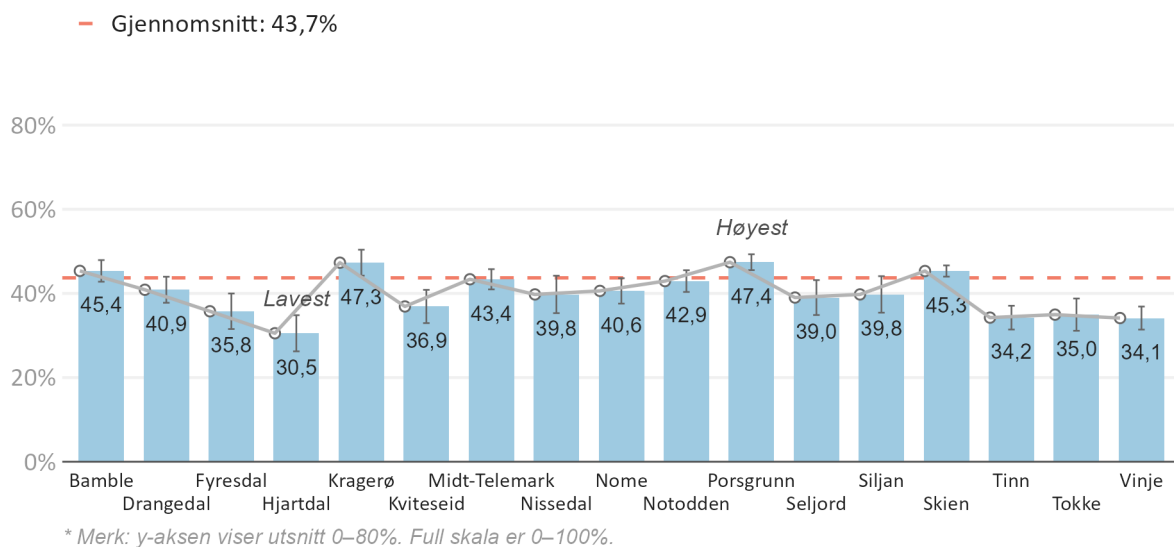
aldersmønsteret i hovedsak består, men med noe høyere nivåer i flere av de midtre og eldre aldersgruppene i 2025. For utdanning øker andelen statistisk sikkert i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene fremstår derfor som stabile over tid. For opplevde økonomiske vansker øker andelen statistisk sikkert både blant dem med lett og vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene ser i hovedsak ut til å være omtrent uendret.

3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Svarandel: Totalt 23 768 deltakere av 24 509 (97,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

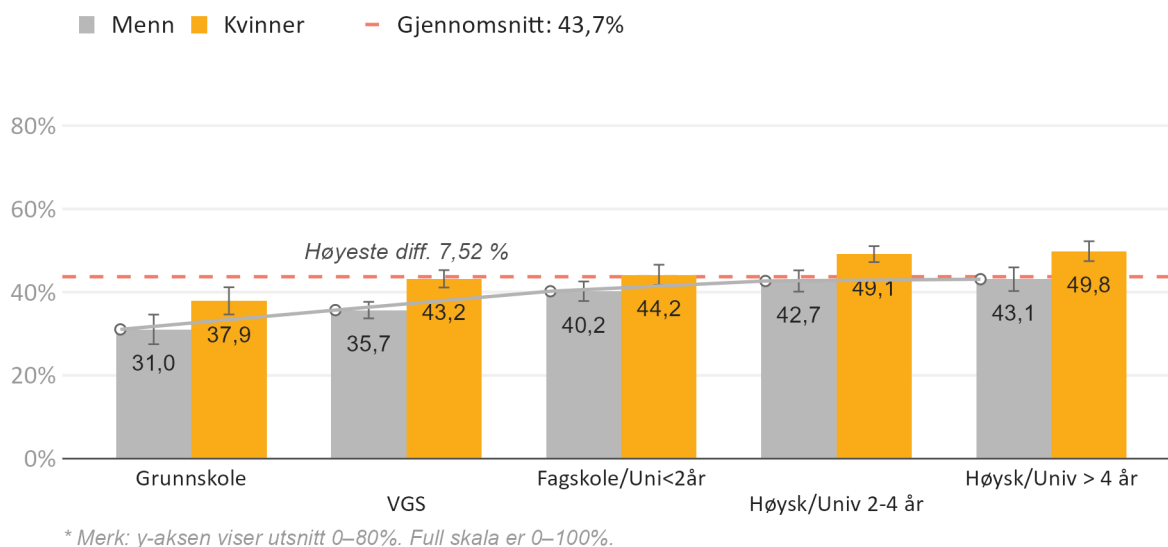
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 768	43,7 %	43,0 – 44,4
Kvinner	13 278	46,4 %	45,5 – 47,4
Menn	10 490	40,3 %	39,3 – 41,4

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



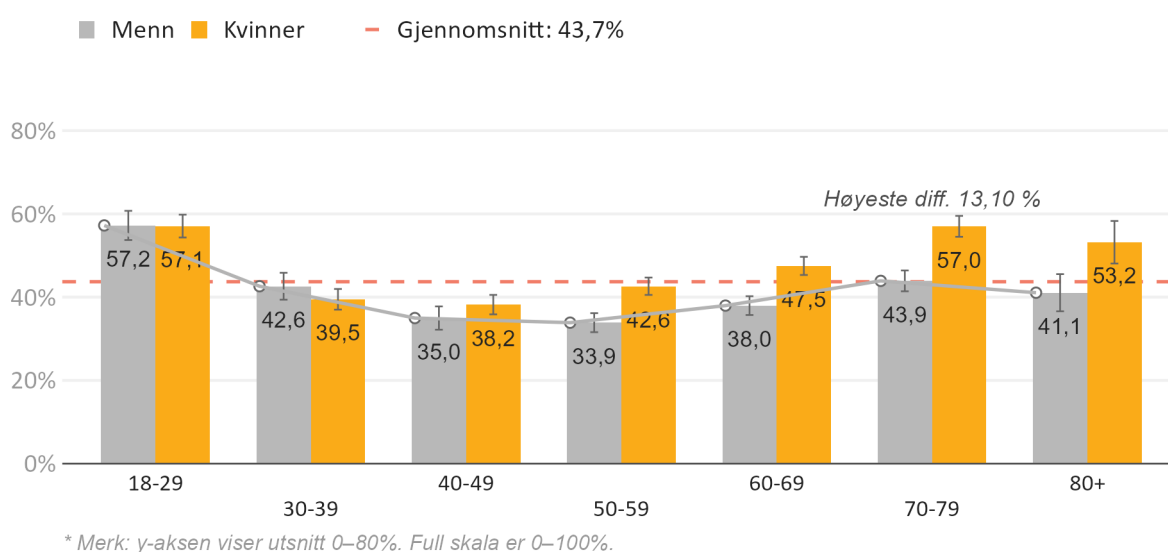
Figur A viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, fra 30,5 prosent i Hjartdal til 47,4 prosent i Porsgrunn. Dette gir en differanse på 16,89 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen støtter inntrykket av reelle variasjoner, med Cohen's h på 0,35, som tilsvarer en middels forskjell. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Porsgrunn med 47,4 prosent, Kragerø med 47,3 prosent, Bamble med 45,4 prosent og Skien med 45,3 prosent. Midt-Telemark og Notodden ligger også relativt høyt, med henholdsvis 43,4 prosent og 42,9 prosent. I den nedre delen finner vi, i tillegg til Hjartdal, Vinje med 34,1 prosent, Tinn med 34,2 prosent, Tokke med 35,0 prosent og Fyresdal med 35,8 prosent. Flere kommuner samler seg rundt 40 prosent, som Drangedal med 40,9 prosent, Nome med 40,6 prosent og Nissedal og Siljan med 39,8 prosent.

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



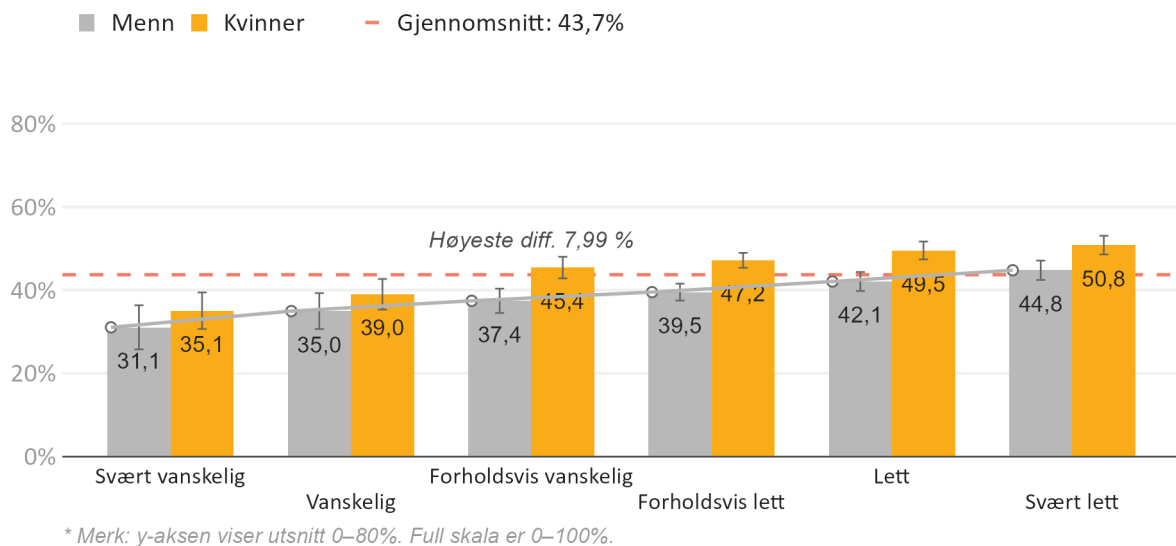
Figur B viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er deltakelsen høyest i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år, der 49,8 prosent deltar ukentlig, og lavest blant dem med grunnskole, der 37,9 prosent deltar. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er 11,93 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår statistisk sikker. Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell. For menn er deltakelsen også høyest ved høyskole eller universitet over 4 år, med 43,1 prosent, og lavest ved grunnskole, med 31,0 prosent. Her er forskjellen 12,06 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, rapporterer kvinner gjennomgående høyere deltakelse. Kjønnforskjellen er statistisk sikker for grunnskole, videregående skole, høyskole eller universitet 2–4 år og høyskole eller universitet over 4 år, og varierer fra 6,45 til 7,52 prosentpoeng i disse gruppene. For fagskole eller universitet under 2 år er forskjellen mindre, og ikke statistisk sikker.

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

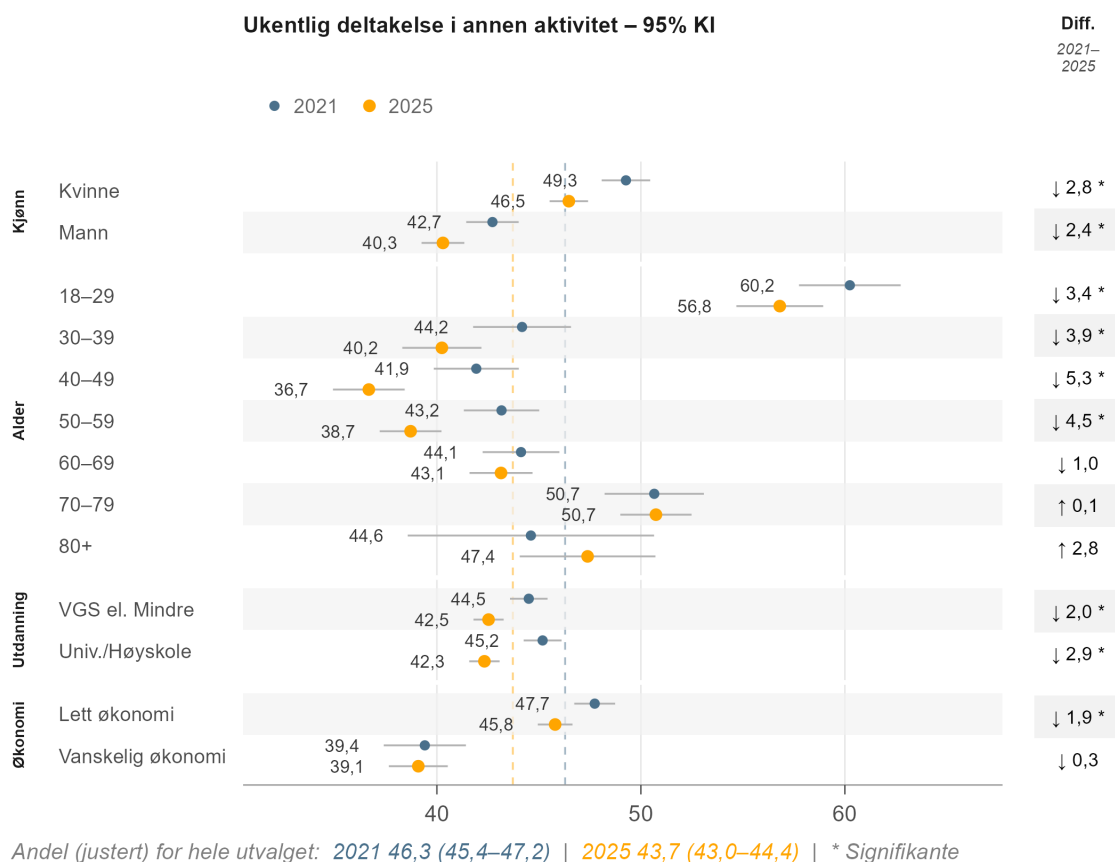


Figur C viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 57,1 prosent, og lavest i 40–49 år, med 38,2 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 18,87 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,38, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i 18–29 år, med 57,2 prosent, mens den er lavest i 50–59 år, med 33,9 prosent. Differansen er 23,36 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,47 indikerer en middels forskjell. Ser man på kjønn innen hver aldersgruppe, er forskjellene små i de yngste og midtre aldersgruppene, uten statistisk sikre kjønnsforskjeller. Fra 50–59 år og oppover er andelen derimot høyere blant kvinner enn blant menn, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen øker med alder fra 8,75 prosentpoeng i 50–59 år til 13,10 prosentpoeng i 70–79 år, og i gruppen 80 år og eldre er forskjellen 12,10 prosentpoeng.

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 oppgir «Svært vanskelig». Blant kvinner er andelen 50,8 prosent i «Svært lett» og 35,1 prosent i «Svært vanskelig», en forskjell på 15,76 prosentpoeng. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,32, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen 44,8 prosent i «Svært lett» og 31,1 prosent i «Svært vanskelig», en forskjell på 13,71 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,28, som også tilsier en middels forskjell. Samlet peker tallene mot at ukentlig deltakelse er vanligere jo lettere husholdningsøkonomien oppleves, og forskjellene mellom ytterpunktene framstår som statistisk sikre for begge kjønn. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomivurdering, ligger kvinner høyere i alle gruppene. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre i «Svært lett», «Lett», «Forholdsvis lett» og «Forholdsvis vanskelig», der menn ligger 6,04 til 7,99 prosentpoeng lavere enn kvinner. I gruppene «Vanskelig» og «Svært vanskelig» er kjønnsforskjellene mindre, henholdsvis 4,03 og 3,99 prosentpoeng, og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 53: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet (E)

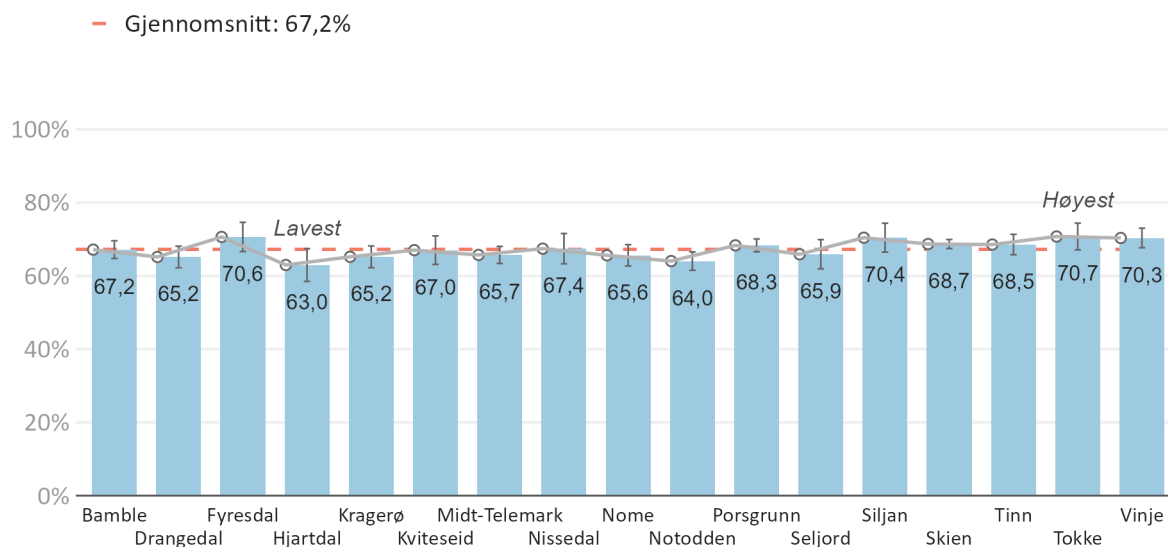
Figur E viser andelen som oppgir ukentlig deltakelse i annen aktivitet på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 46,3 til 43,7 prosent, og denne endringen er statistisk sikker. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil fra 2021 til 2025. Etter alder er det en statistisk sikker nedgang blant 18–29-åringene, 30–39-åringene, 40–49-åringene og 50–59-åringene, mens endringene blant 60–69-åringene, 70–79-åringene og de som er 80 år eller eldre ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at mønsteret med høyere deltakelse blant de yngste i stor grad består, samtidig som nedgangen særlig gjelder voksne under 60 år. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene endrer seg lite over tid. 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, noe som gjør at gapet mellom gruppene framstår omtrent uendret. Samlet peker utviklingen mot en moderat, men tydelig reduksjon i ukentlig deltakelse fra 2021 til 2025, uten store endringer i hvordan forskjellene mellom gruppene fordeler seg.

3.15 God eller svært god helse

Svarandel: Totalt 23 673 deltakere av 24 509 (96,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

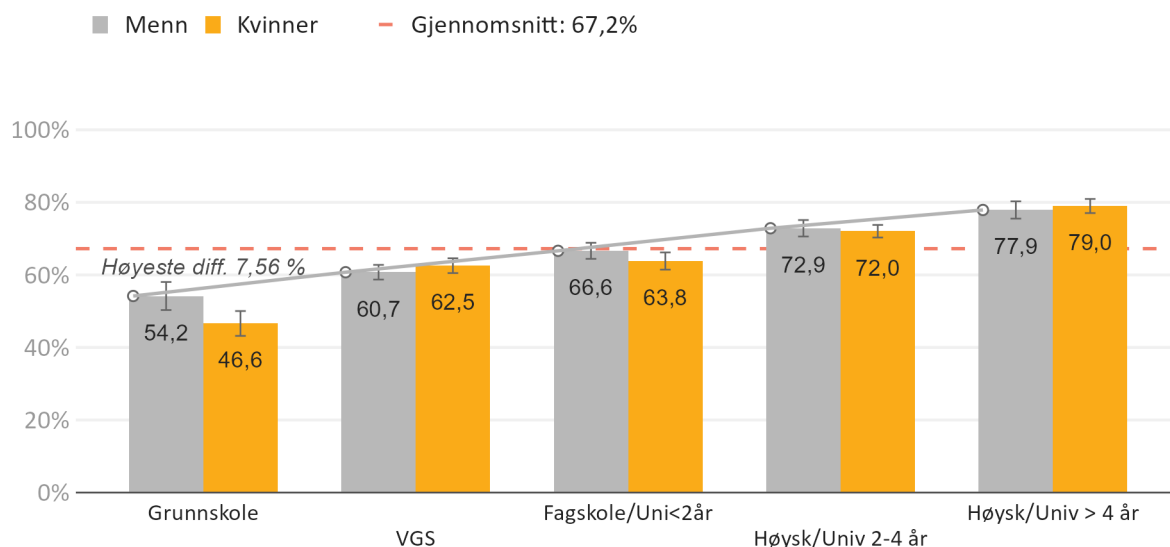
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 673	67,2 %	66,6 – 67,9
Kvinner	13 215	67,3 %	66,4 – 68,2
Menn	10 458	67,1 %	66,1 – 68,1

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



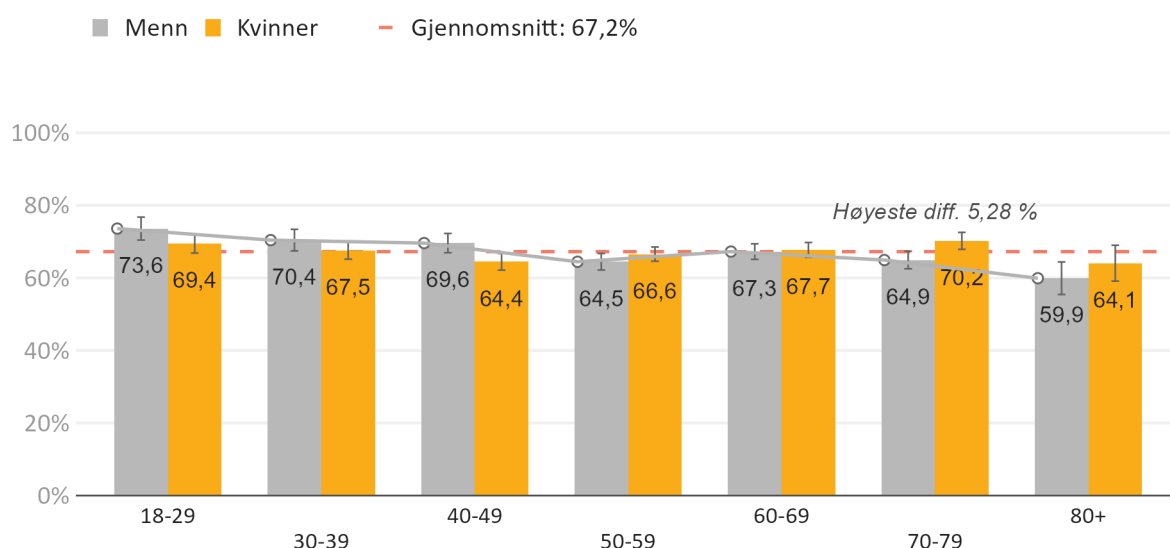
Figur A viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 63,0 prosent i Hjartdal til 70,7 prosent i Tokke, en forskjell på 7,78 prosentpoeng. Denne forskjellen er likevel ikke statistisk sikker, og Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger rundt midten av fordelingen, som Midt-Telemark med 65,7 prosent, Nome med 65,6 prosent og Seljord med 65,9 prosent. Blant kommunene med høyere andeler finner vi også Fyresdal med 70,6 prosent, Siljan med 70,4 prosent og Vinje med 70,3 prosent. I den andre enden ligger Notodden på 64,0 prosent, mens Drangedal og Kragerø begge har 65,2 prosent. De største bykommunene ligger relativt høyt, med Porsgrunn på 68,3 prosent og Skien på 68,7 prosent, og Tinn ligger på 68,5 prosent. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner i egenvurdert god helse mellom kommunene.

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



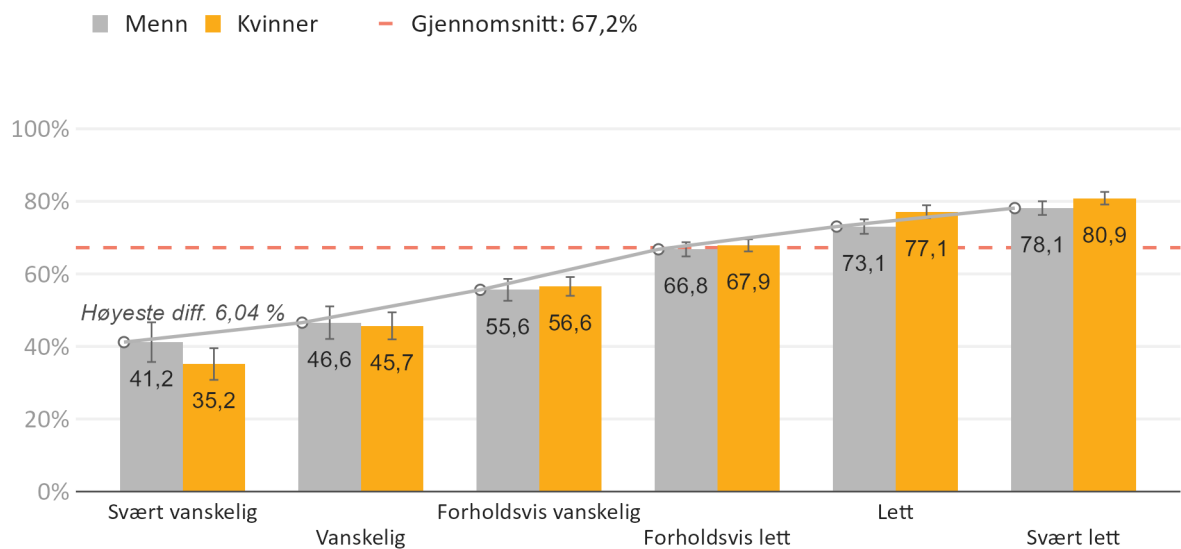
Figur B viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner varierer andelen tydelig med utdanning, fra 46,6 prosent blant dem med grunnskole til 79,0 prosent blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på mer enn 4 år. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 32,38 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,69, som tilsvarer en stor forskjell. Menn viser samme hovedmønster, med lavest andel blant dem med grunnskole, 54,2 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, 77,9 prosent. Differansen er 23,72 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,51 indikerer også en stor forskjell. I de mellomliggende utdanningsgruppene ligger andelen høyere enn i grunnskolegruppen, for eksempel 72,0 prosent blant kvinner og 72,9 prosent blant menn med høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er det bare i grunnskolegruppen en statistisk sikker kjønnsforskjell, der menn ligger 7,56 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

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

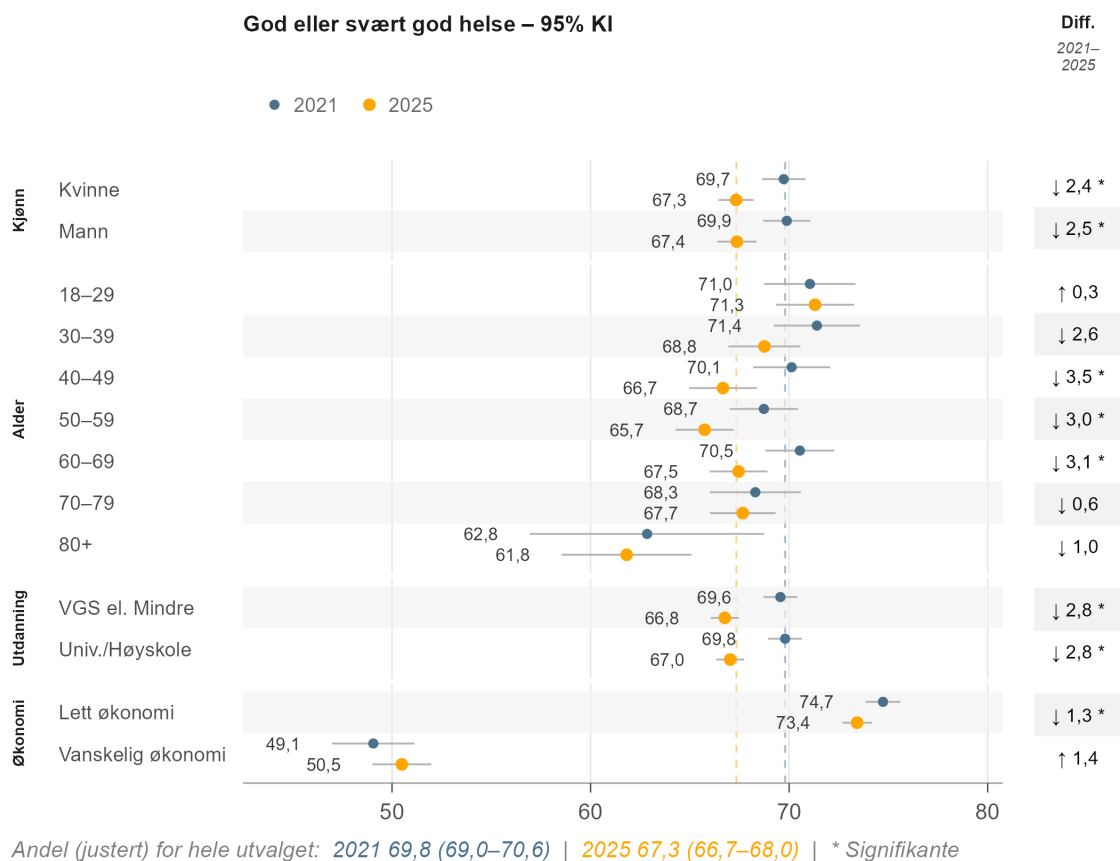


Figur C viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen relativt stabilt på tvers av aldersgruppene, fra 69,4 prosent i 18–29 til 64,1 prosent i 80+, med høyest nivå i 70–79 på 70,2 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 6,16 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Dette samsvarer med at variasjonen mellom aldersgruppene blant kvinner ikke framstår som statistisk sikker. Blant menn er andelen høyest i 18–29 med 73,6 prosent og lavest i 80+ med 59,9 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 13,68 prosentpoeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,29, som indikerer en middels forskjell, og peker mot en tydeligere nedgang i andelen som rapporterer god helse med økende alder blant menn. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er forskjellene som oftest små og ikke statistisk sikre. Unntakene er 40–49, der menn ligger 5,15 prosentpoeng høyere enn kvinner, og 70–79, der menn ligger 5,28 prosentpoeng lavere enn kvinner; begge disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre.

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 opplevd økonomi og egenvurdert helse, der andelen med god eller svært god helse øker når husholdningsøkonomien oppleves som lettere. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 80,9 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 35,2 prosent. Dette gir en forskjell på 45,72 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,97, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest når økonomien oppleves som svært lett, med 78,1 prosent, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 41,2 prosent. Her er forskjellen 36,95 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,77, som også indikerer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen de fleste økonomigruppene er små. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen finnes i gruppen som opplever økonomien som lett, der kvinner ligger 4,09 prosentpoeng høyere enn menn.

Figur 58: God eller svært god helse (E)

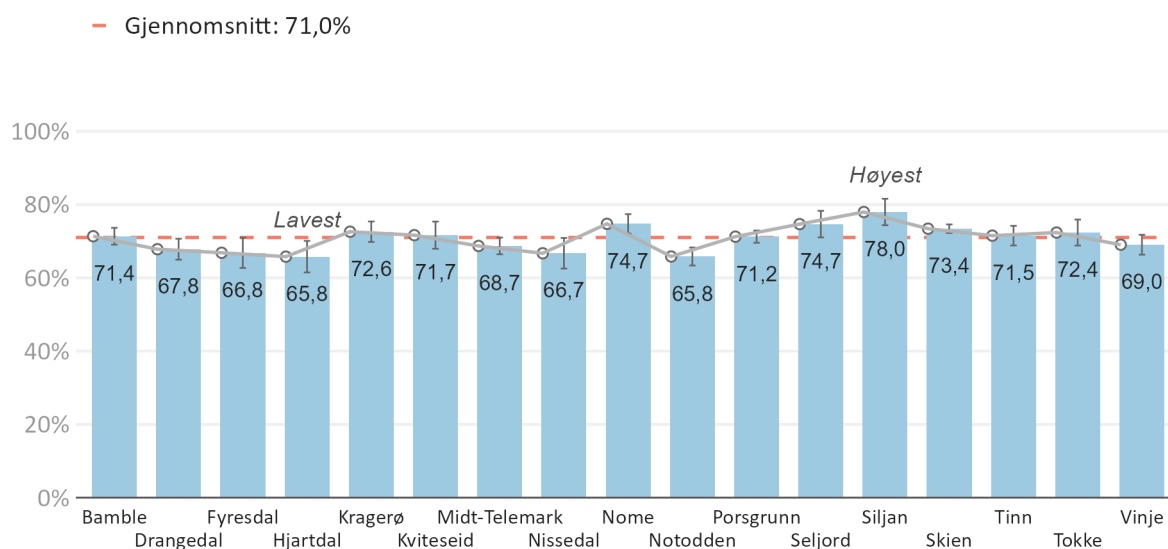
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god helse på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (69,8 prosent mot 67,3 prosent), og endringen framstår som statistisk sikker. Nedgangen er statistisk sikker og omtrent like stor for kvinner og menn, slik at kjønnsforskjellene i hovedsak er stabile over tid. Etter alder er det særlig blant 40–49-åringene, 50–59-åringene og 60–69-åringene at det er en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, mens de yngste og de eldste gruppene ikke har en statistisk sikker endring. Mønsteret med lavere andel i de eldste aldersgruppene sammenlignet med de yngste er ellers i stor grad uendret. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevd økonomi er det en statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Gapet mellom økonomigruppene er fortsatt stort i 2025, med klart høyere andel med god eller svært god helse blant dem som oppgir lett økonomi.

3.16 God eller svært god tannhelse

Svarandel: Totalt 23 649 deltakere av 24 509 (96,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

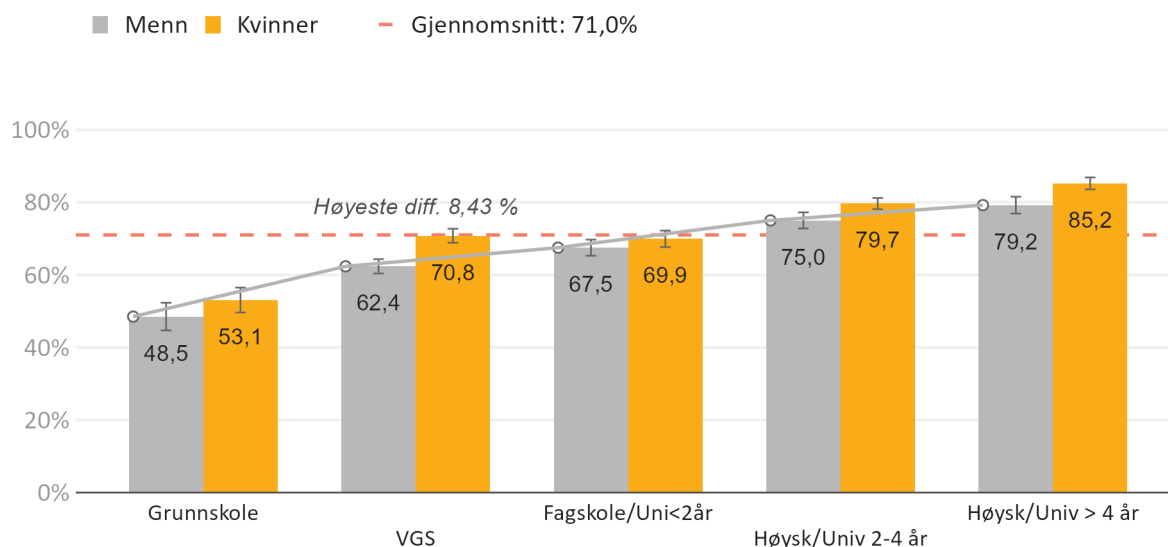
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 649	71,0 %	70,4 – 71,7
Kvinner	13 198	74,3 %	73,5 – 75,2
Menn	10 451	66,9 %	65,9 – 67,9

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



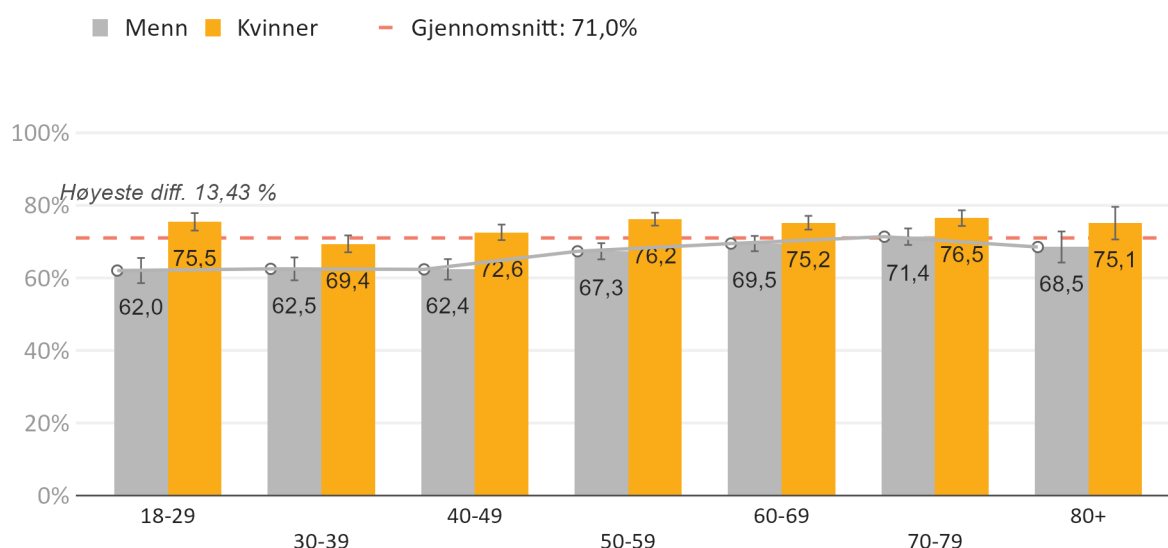
Figur A viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er tydelige forskjeller mellom kommunene. Siljan har høyest andel med 78,0 prosent, mens Hjartdal har lavest med 65,8 prosent. Avstanden mellom ytterpunktene er 12,19 prosentpoeng, og forskjellen er statistisk sikker. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,27, som indikerer en middels forskjell. Flere kommuner ligger i et mellomnivå rundt 70 prosent. Skien har 73,4 prosent, Kragerø 72,6 prosent og Tokke 72,4 prosent, mens Bamble og Porsgrunn ligger på henholdsvis 71,4 prosent og 71,2 prosent. I den øvre delen finner vi også Nome og Seljord med 74,7 prosent og Kviteseid med 71,7 prosent. I den nedre delen ligger Drangedal på 67,8 prosent, Midt-Telemark på 68,7 prosent og Vinje på 69,0 prosent, mens Fyresdal og Nissedal har 66,8 prosent og 66,7 prosent. Notodden ligger på 65,8 prosent, på samme nivå som Hjartdal. Samlet sett viser figuren en moderat geografisk variasjon i egnevurdert tannhelse.

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



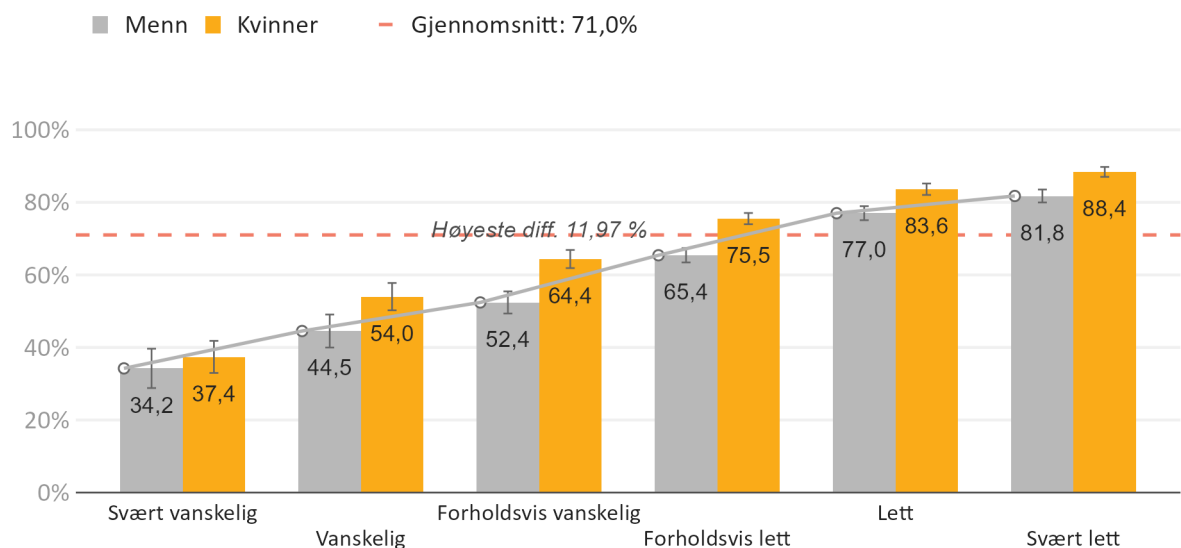
Figur B viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på mer enn 4 år og lavest blant dem med grunnskole. Blant kvinner er andelen 53,1 prosent i gruppen med grunnskole og 85,2 prosent i gruppen med mer enn 4 års høyere utdanning, en differanse på 32,15 prosentpoeng. Dette framstår som en statistisk sikker forskjell og tilsvarer en stor forskjell målt med Cohen's h på 0,72. Blant menn er andelen 48,5 prosent for grunnskole og 79,2 prosent for mer enn 4 års høyere utdanning, en differanse på 30,72 prosentpoeng, også statistisk sikker og med stor forskjell målt med Cohen's h på 0,65. Kjønnforskjellene går gjennomgående i retning av høyere andeler blant kvinner enn blant menn. Forskjellen er statistisk sikker i flere utdanningsgrupper, blant annet for videregående der kvinner ligger 8,43 prosentpoeng høyere enn menn, og for høyere utdanning på mer enn 4 år der forskjellen er 6,00 prosentpoeng. For grunnskole og kortere fagskole eller universitetsutdanning er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

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

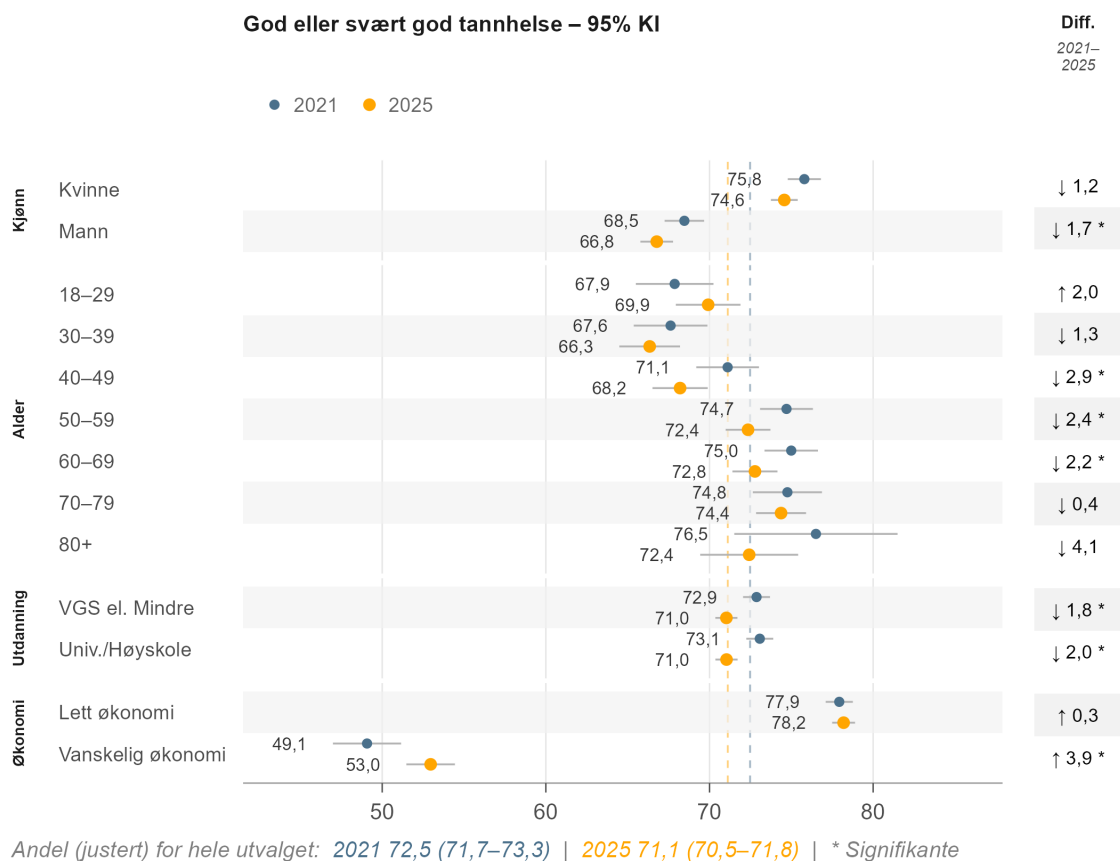


Figur C viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen relativt stabilt på tvers av aldersgrupper, med høyest nivå i 70–79 år på 76,5 prosent og lavest i 30–39 år på 69,4 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 7,09 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,16, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er andelen også høyest i 70–79 år, med 71,4 prosent, mens lavest andel finnes i 18–29 år med 62,0 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er statistisk sikker og utgjør 9,34 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,20, som også indikerer en liten forskjell. Når kjønn sammenlignes innen samme alder, rapporterer kvinner gjennomgående høyere andel med god eller svært god tannhelse enn menn fra 18–29 til 70–79 år, og disse forskjellene er statistisk sikre. Kjønnforskjellen varierer fra 5,12 prosentpoeng i 70–79 år til 13,43 prosentpoeng i 18–29 år. I gruppen 80 år og eldre er forskjellen ikke statistisk sikker, med 75,1 prosent blant kvinner og 68,5 prosent blant menn.

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 øker andelen tydelig jo lettere husholdningsøkonomien oppleves. Blant kvinner er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 88,4 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 37,4 prosent. Dette gir en forskjell på 51,00 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 1,13, som tilsier en stor forskjell. Det samme mønsteret ses blant menn, der andelen er 81,8 prosent i gruppen som opplever økonomien som svært lett og 34,2 prosent i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Forskjellen er 47,52 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 1,01, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn i de fleste økonomigruppene, og kjønnforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene, med unntak av gruppen med svært vanskelig økonomi der kjønnforskjellen er mindre, og ikke statistisk sikker.

Figur 63: God eller svært god tannhelse (E)

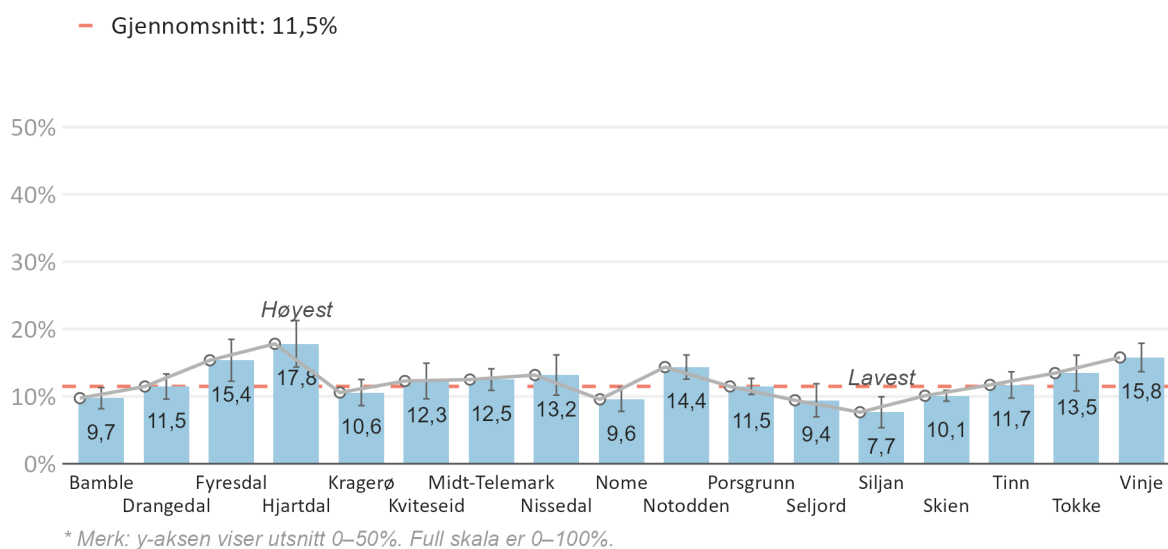
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tannhelse på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen noe lavere i 2025 enn i 2021 (72,5 mot 71,1 prosent), men endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen består, og menn har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. Mellom aldersgruppene er det flere statistisk sikre nedganger, særlig i gruppene 40–49 år, 50–59 år og 60–69 år, mens de yngste og de eldste gruppene ikke har statistisk sikre endringer. Dette innebærer at mønsteret med lavere andel i de yngre aldersgruppene i hovedsak videreføres, samtidig som midtlivsgruppene trekker noe ned over tid. For utdanning er det statistisk sikre nedganger i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår derfor som relativt stabile. For opplevd økonomi er utviklingen delt: Andelen er stabil blant dem med lett økonomi, mens den øker statistisk sikkert blant dem med vanskelig økonomi (49,1 til 53,0 prosent). Selv med denne økningen er nivået fortsatt klart lavere i gruppen med vanskelig økonomi enn i gruppen med lett økonomi i 2025.

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

Svarandel: Totalt 23 667 deltakere av 24 509 (96,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

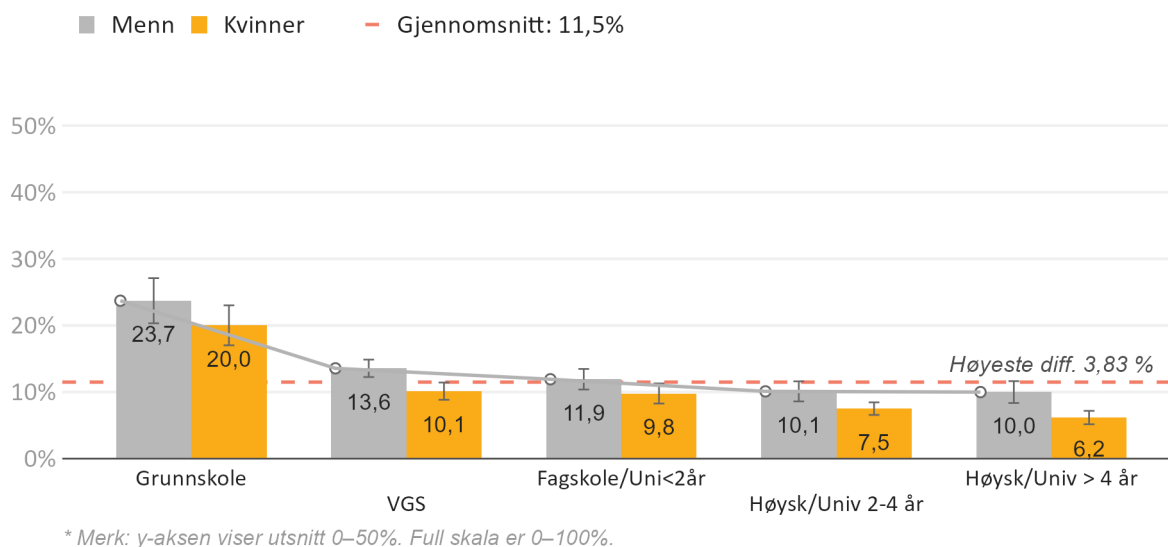
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 667	11,5 %	11,0 – 11,9
Kvinner	13 213	9,9 %	9,3 – 10,5
Menn	10 454	13,4 %	12,7 – 14,2

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



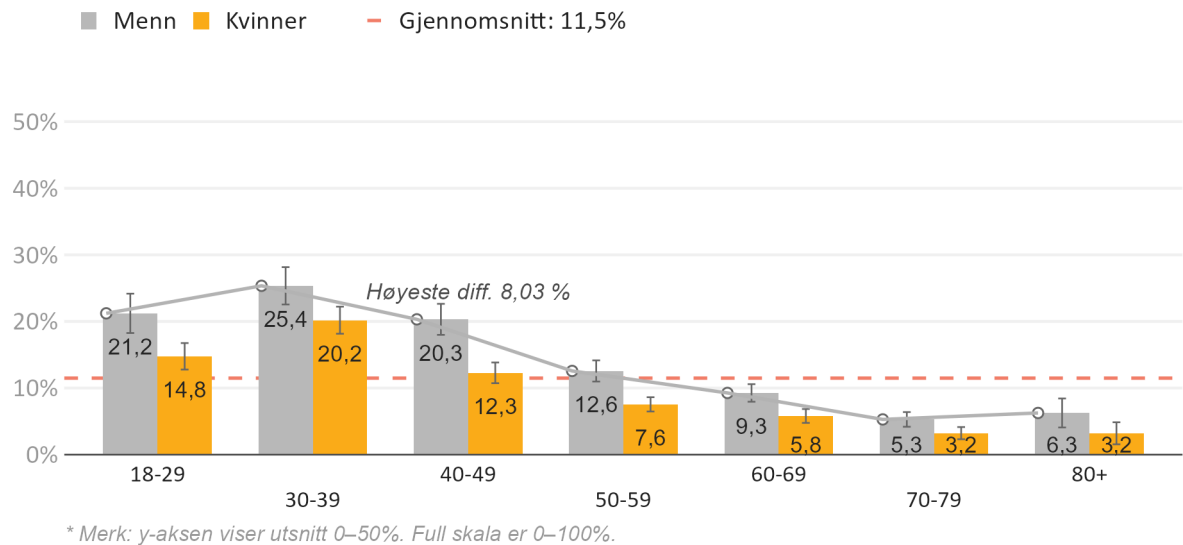
Figur A viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 7,7 prosent i Siljan til 17,8 prosent i Hjartdal. Differansen mellom ytterpunktene er 10,16 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,31$, som tilsier en middels forskjell mellom kommunene. Flere kommuner ligger i et mellomnivå rundt 10 til 13 prosent, blant annet Skien med 10,1 prosent, Kragerø med 10,6 prosent, Drangedal med 11,5 prosent, Porsgrunn med 11,5 prosent, Tinn med 11,7 prosent, Kviteseid med 12,3 prosent og Midt-Telemark med 12,5 prosent. I den høyere enden finner vi også Notodden med 14,4 prosent, Fyresdal med 15,4 prosent og Vinje med 15,8 prosent. I den lavere enden, i tillegg til Siljan, ligger Seljord på 9,4 prosent, Nome på 9,6 prosent og Bamble på 9,7 prosent. Samlet viser figuren en tydelig, men moderat, geografisk variasjon i hvor mange som oppgir at det er mer enn to år siden siste tannlege- eller tannpleierbesøk.

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



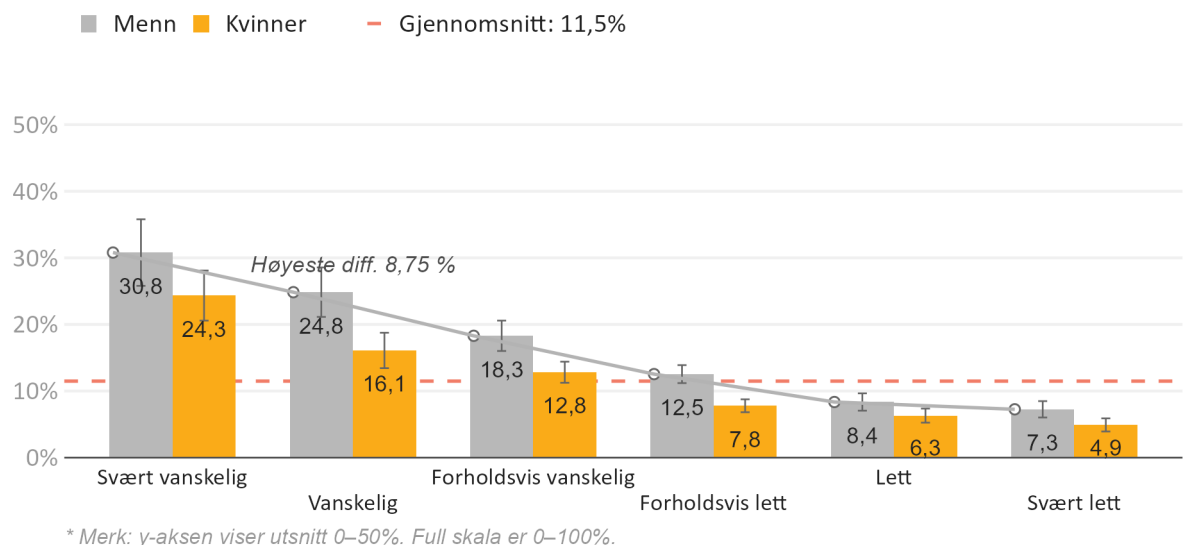
Figur B viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 20,0 prosent oppgir at det er mer enn 2 år siden siste besøk. Andelen er lavest blant kvinner med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, med 6,2 prosent. Dette gir en forskjell på 13,85 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, som tilsier en middels forskjell. Også for menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 23,7 prosent rapporterer mer enn 2 år siden tannlege eller tannpleier. Lavest andel finner vi blant menn med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, med 10,0 prosent. Forskjellen er 13,72 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som også tilsier en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, er det statistisk sikre kjønnsforskjeller i flere grupper. Menn ligger høyere enn kvinner i videregående skole med 3,43 prosentpoeng, i høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år med 2,59 prosentpoeng, og i mer enn 4 år med 3,83 prosentpoeng. I grunnskole og fagskole eller universitet under 2 år er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

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



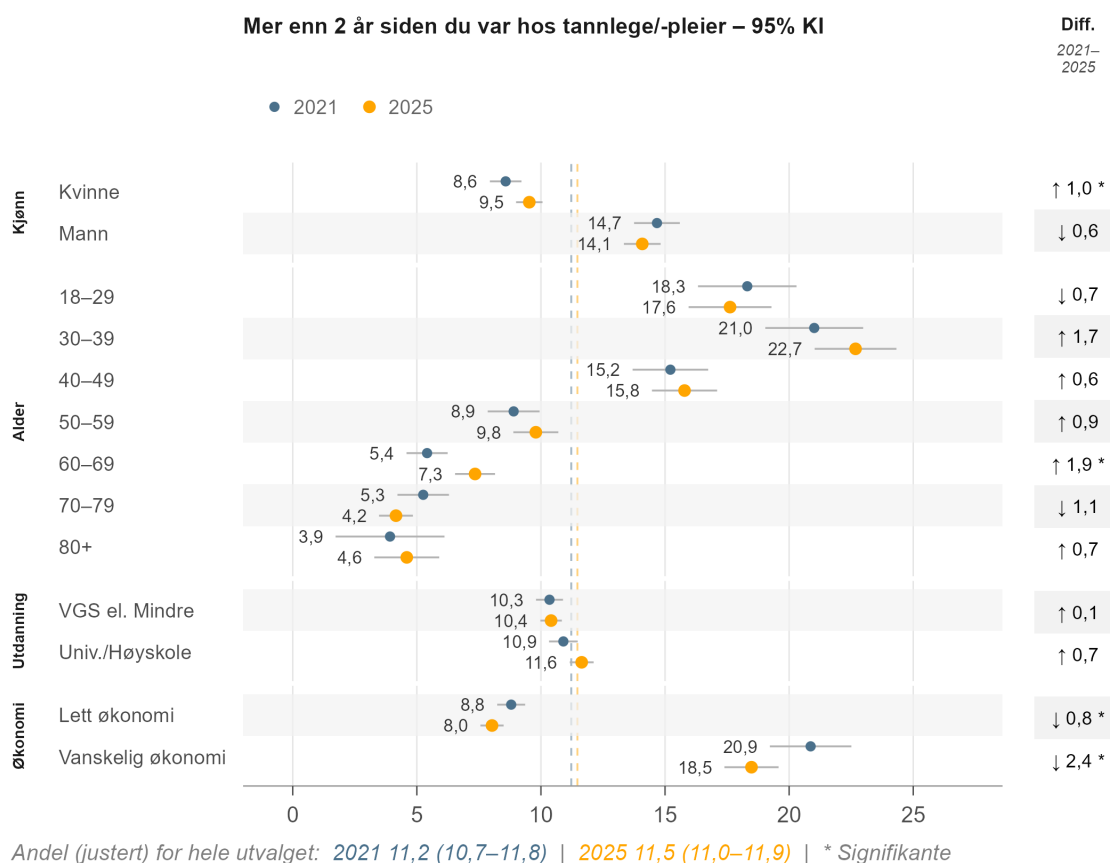
Figur C viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 30–39 år, med 20,2 prosent, og lavest i 80+ med 3,2 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 16,98 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,57, som tilsier en stor forskjell. For menn er andelen også høyest i 30–39 år, med 25,4 prosent, mens den er lavest i 70–79 år med 5,3 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og utgjør 20,06 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,59, som også indikerer en stor forskjell. På tvers av aldersgruppene er nivået gjennomgående høyere blant menn enn blant kvinner i de fleste gruppene, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre fra 18–29 til 70–79 år. I 80+ er nivået 6,3 prosent blant menn og 3,2 prosent blant kvinner, men her framstår ikke kjønnsforskjellen som 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 er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som svært lett. Blant kvinner er andelen 24,3 prosent i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig, mot 4,9 prosent blant dem som vurderer den som svært lett. Dette tilsvarer en forskjell på 19,42 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,58, som indikerer en stor forskjell. Også blant menn er kontrasten tydelig: 30,8 prosent i gruppen svært vanskelig og 7,3 prosent i gruppen svært lett, en forskjell på 23,54 prosentpoeng. Cohen's h er 0,63, som også tilsvarer en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomivurdering, rapporterer menn oftere enn kvinner at det er mer enn 2 år siden siste tannlege- eller tannpleierbesøk i flere grupper. Forskjellene er statistisk sikre for for eksempel «vanskelig» (24,8 prosent blant menn og 16,1 prosent blant kvinner, en forskjell på 8,75 prosentpoeng) og «forholdsvis vanskelig» (18,3 prosent mot 12,8 prosent, 5,47 prosentpoeng), mens forskjellen i gruppen «lett» ikke framstår som statistisk sikker.

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 (11,2 prosent mot 11,5 prosent). Kjønnforskjellen består, men utvikler seg noe ved at kvinner har en statistisk sikker økning (8,6 til 9,5 prosent), mens menn har en ikke statistisk sikker nedgang (14,7 til 14,1 prosent). På

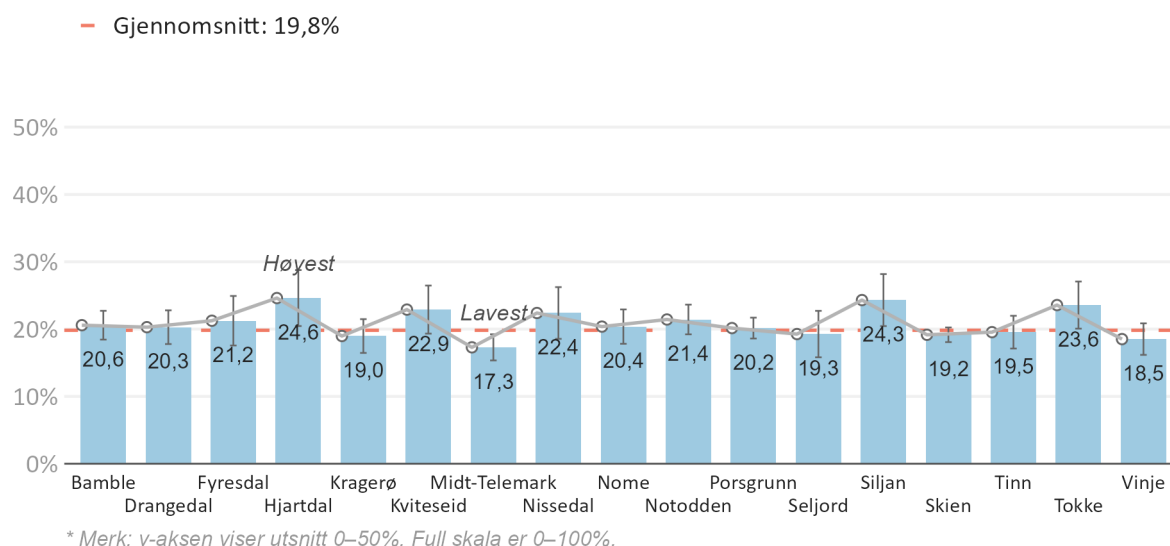
tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt i begge år, med høyere andeler i de yngre og lavere i de eldre aldersgruppene. Den tydeligste endringen etter alder er en statistisk sikker økning blant 60–69-åringene (5,4 til 7,3 prosent), mens øvrige aldersgrupper ikke har statistisk sikre endringer. Etter utdanning er nivåene like mellom 2021 og 2025, og endringene er ikke statistisk sikre i noen av utdanningsgruppene. For opplevde økonomiske vansker ser vi en statistisk sikker nedgang i begge grupper, både ved lett økonomi (8,8 til 8,0 prosent) og ved vanskelig økonomi (20,9 til 18,5 prosent). Samtidig er forskjellen mellom økonomigruppene fortsatt tydelig i 2025, med klart høyere andel blant dem som oppgir vanskelig økonomi.

3.18 Andel med fedme (KMI 30+)

Svarandel: Totalt 22 319 deltakere av 24 509 (91,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

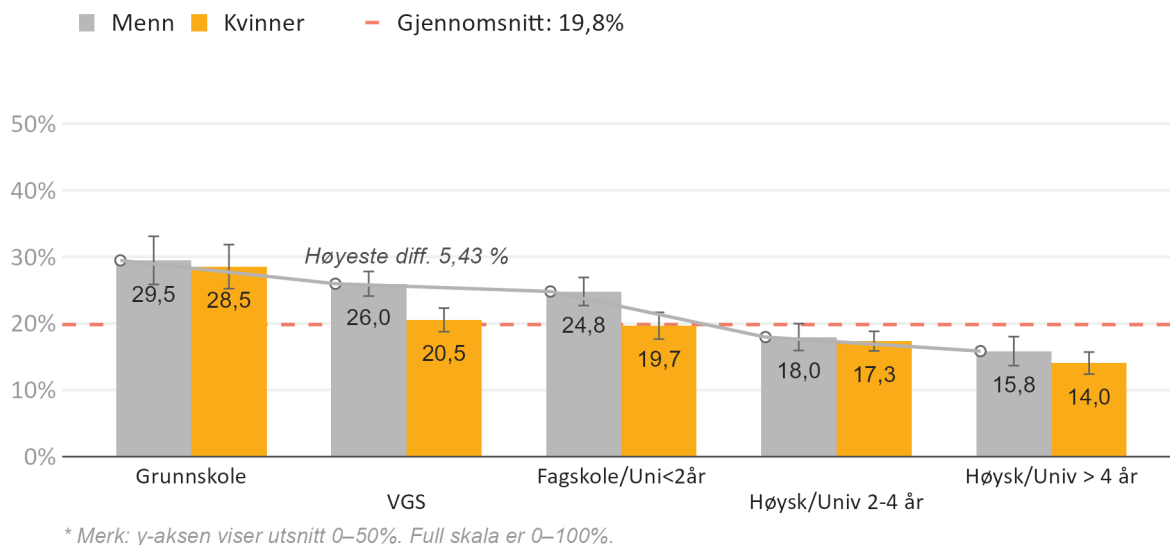
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 319	19,8 %	19,2 – 20,4
Kvinner	12 406	18,0 %	17,3 – 18,8
Menn	9 913	22,1 %	21,1 – 23,0

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



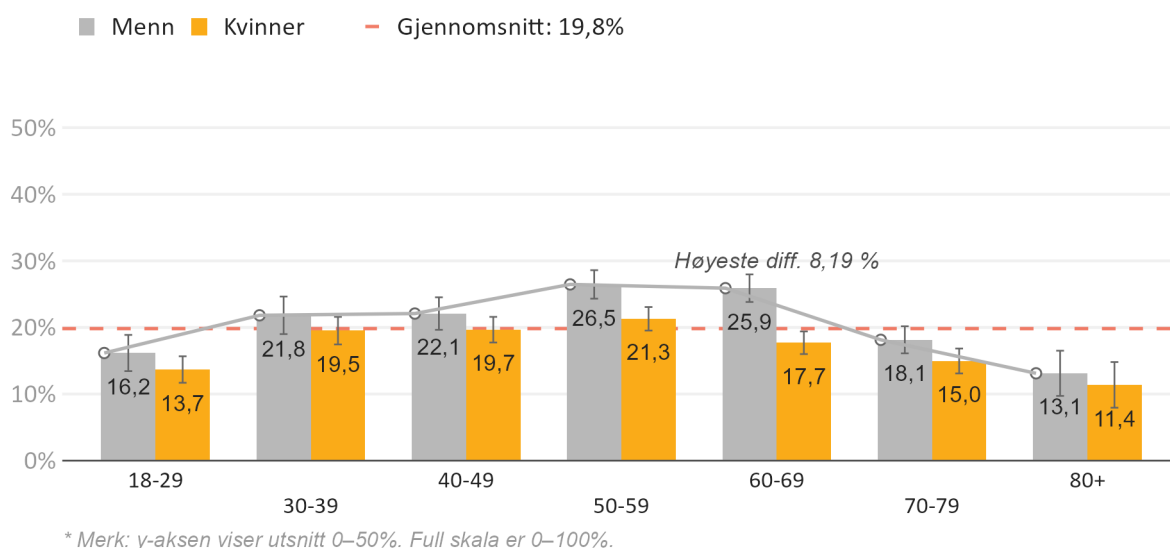
Figur A viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 17,3 prosent i Midt-Telemark til 24,6 prosent i Hjartdal, en forskjell på 7,32 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,18, som tilsier en liten forskjell i nivå mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger rundt 20 prosent, blant annet Porsgrunn med 20,1 prosent, Drangedal med 20,3 prosent, Nome med 20,4 prosent og Bamble med 20,6 prosent. I den høyere enden ligger også Siljan med 24,3 prosent og Tokke med 23,6 prosent, samt Kviteseid med 22,9 prosent og Nissedal med 22,4 prosent. I den lavere enden, i tillegg til Midt-Telemark, ligger Vinje på 18,5 prosent og Kragerø på 19,0 prosent, mens Skien har 19,2 prosent og Seljord 19,3 prosent. Samlet viser figuren moderate variasjoner, med en tydelig, men liten, avstand mellom laveste og høyeste nivå.

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



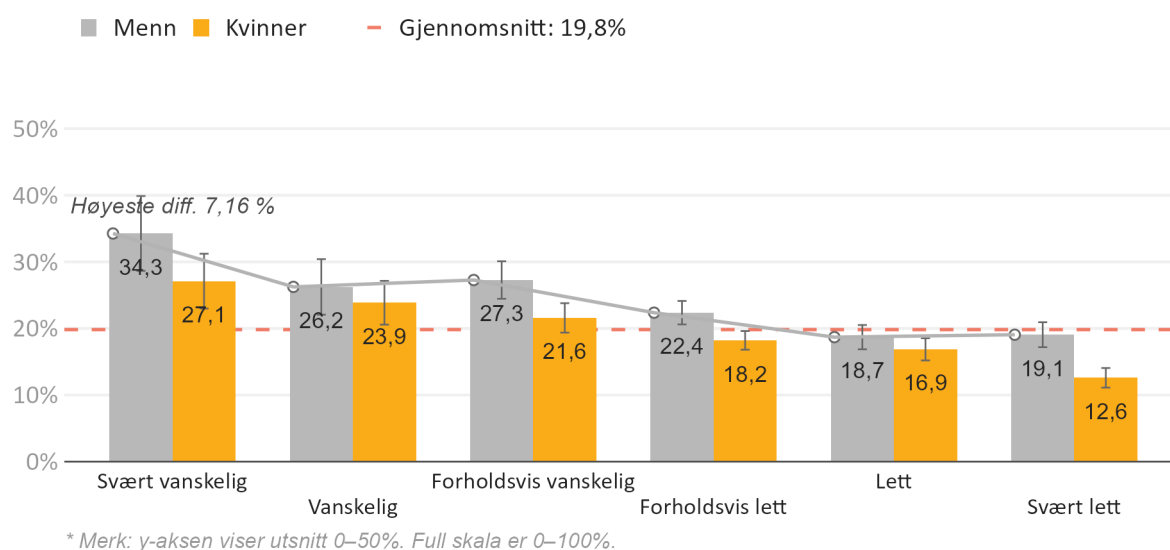
Figur B viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 28,5 prosent har fedme, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 14,0 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 14,48 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret det samme: høyest andel i grunnskole med 29,5 prosent og lavest i høyskole eller universitet over 4 år med 15,8 prosent. Differansen er 13,62 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, også en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger andelen gjennomgående lavere ved lengre utdanning for begge kjønn. Når en sammenligner kjønn innen samme utdanningsnivå, er forskjellene vanligvis små, men for videregående skole og fagskole eller universitet under 2 år er andelen høyere blant menn enn kvinner, med henholdsvis 5,14 og 5,43 prosentpoeng, og disse forskjellene framstår statistisk sikre.

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

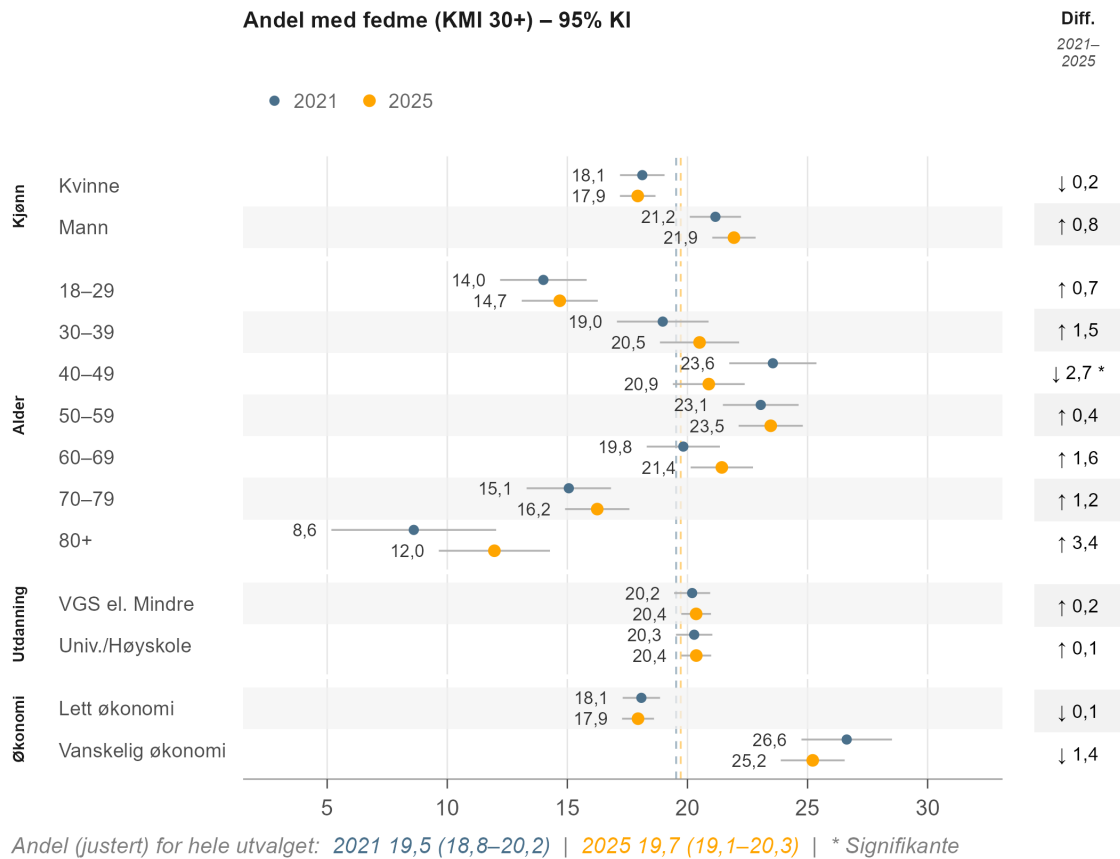


Figur C viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 50–59 år og lavest blant dem som er 80 år eller eldre. Blant kvinner øker andelen fra 13,7 prosent i 18–29 år til 21,3 prosent i 50–59 år, før den synker videre med økende alder til 11,4 prosent i 80 år eller eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 9,92 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,27, som tilsier en middels forskjell. Menn viser et lignende forløp, med en økning fra 16,2 prosent i 18–29 år til 26,5 prosent i 50–59 år, og deretter en nedgang til 13,1 prosent i 80 år eller eldre. Her er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 13,35 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som også tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er forskjellene tydeligst i 50–59 år og 60–69 år, der menn ligger henholdsvis 5,16 og 8,19 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige aldersgruppene framstår kjønnsforskjellene som små.

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 i gruppene med best opplevd økonomi. Blant kvinner er andelen 27,1 prosent ved svært vanskelig økonomi og 12,6 prosent ved svært lett økonomi, en statistisk sikker forskjell på 14,52 prosentpoeng. Dette tilsvarer Cohen's h 0,37, som regnes som en middels forskjell. Blant menn er andelen 34,3 prosent ved svært vanskelig økonomi, mens den er lavest ved lett økonomi med 18,7 prosent. Også her er forskjellen statistisk sikker og utgjør 15,56 prosentpoeng, med Cohen's h 0,36, som også tilsvarer en middels forskjell. Når en sammenligner kjønn innen samme økonomivurdering, ligger menn gjennomgående høyere enn kvinner. Kjønnsforskjellen er statistisk sikker ved svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig økonomi, med henholdsvis 6,47, 4,16 og 5,69 prosentpoeng høyere andel blant menn. I de øvrige gruppene framstår kjønnsforskjellene ikke som statistisk sikre.

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

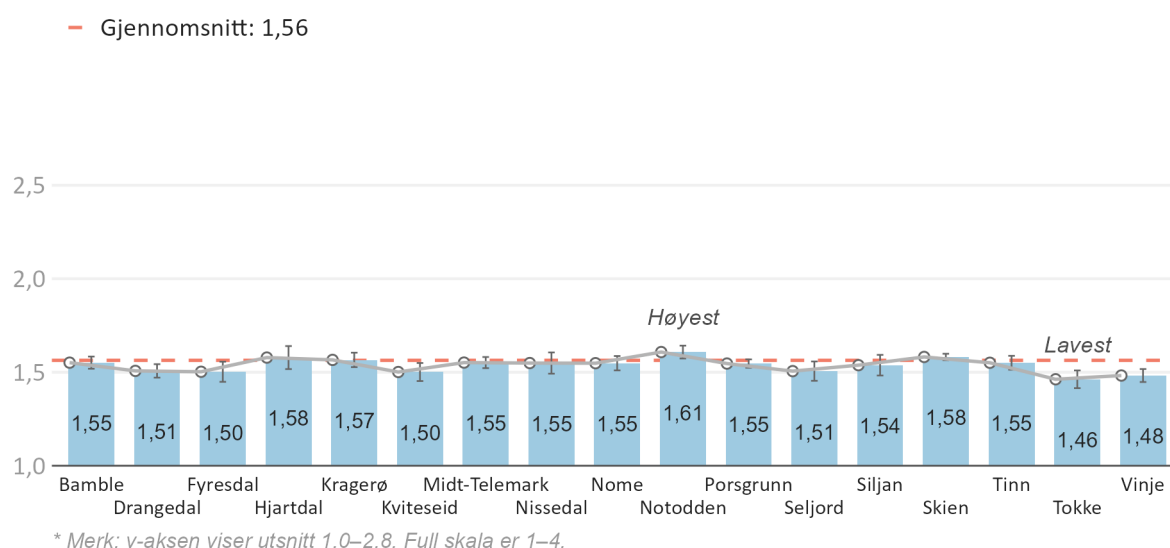
Figur E viser andelen som oppgir andel med fedme (KMI 30+) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnsskjellene er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikre endringer innen både kvinner og menn. På tvers av alder er mønsteret også relativt stabilt, men aldersgruppen 40–49 år skiller seg ut med en statistisk sikker nedgang fra 23,6 til 20,9 prosent. For de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre, selv om det er en tendens til noe høyere andeler i 2025 i flere grupper. Utdanningsgruppene ligger svært likt i begge år, og endringene er ikke statistisk sikre i noen av dem. Personer som oppgir vanskelig økonomi har høyere andel med fedme enn dem med lett økonomi i både 2021 og 2025, og forskjellen mellom disse gruppene framstår som vedvarende. Endringene over tid innen hver av økonomigruppene er ikke statistisk sikre.

3.19 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)

Svarandel: Totalt 23 384 deltakere av 24 509 (95,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

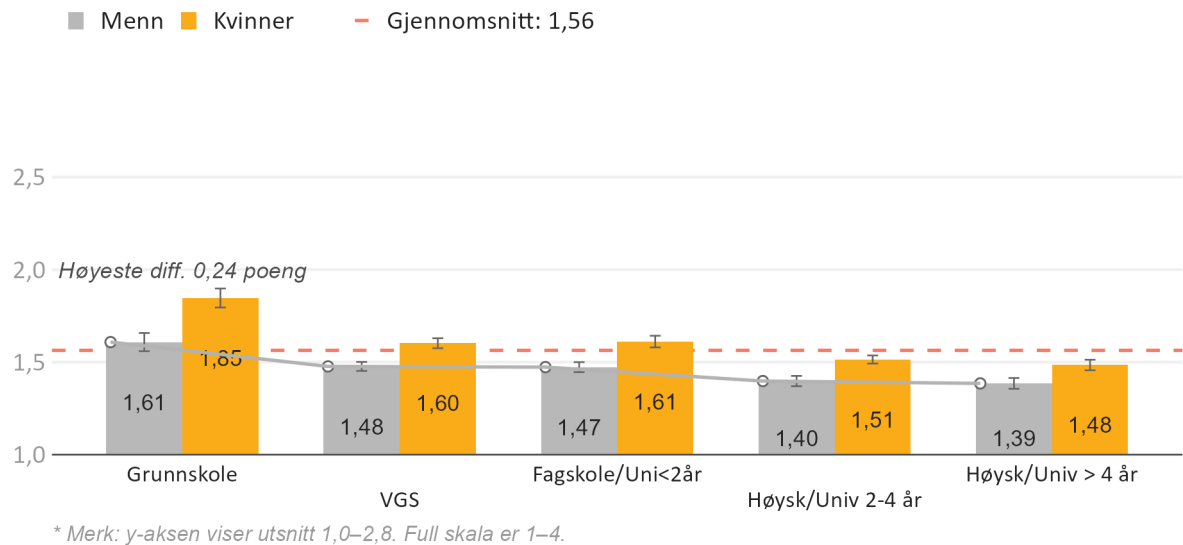
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 384	1,56	1,55 – 1,57
Kvinner	13 015	1,63	1,61 – 1,64
Menn	10 369	1,49	1,47 – 1,50

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



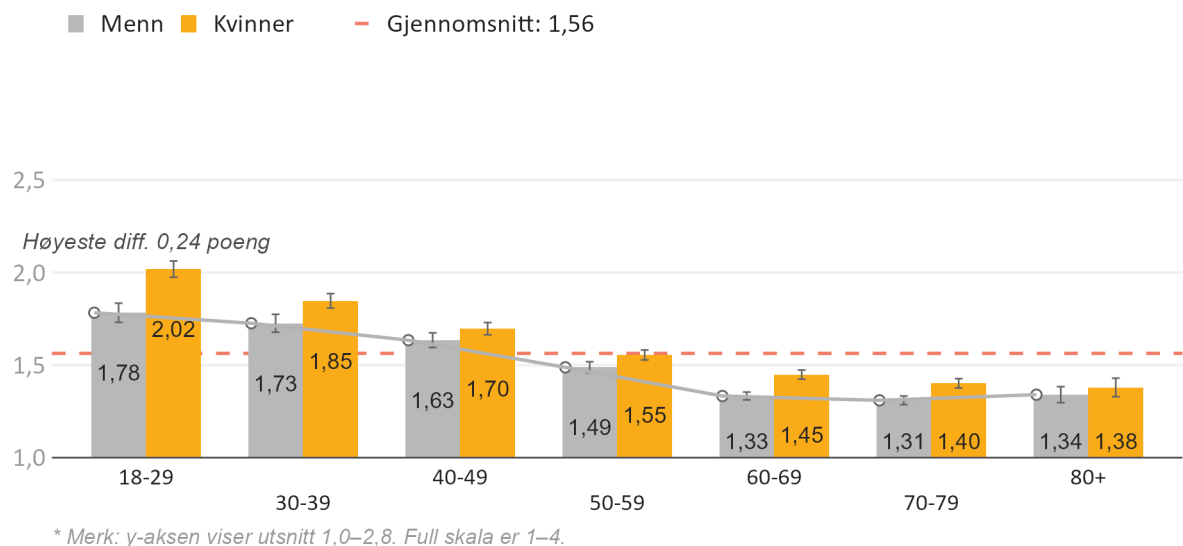
Figur A viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Notodden har høyest gjennomsnittsskår med 1,61, mens Tokke har lavest med 1,46. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,15 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for forskjellen mellom ytterpunktene er Cohen's $d = 0,22$, som tilsier en liten forskjell, noe som betyr at variasjonen mellom kommunene samlet sett er begrenset. Flere kommuner ligger tett rundt 1,55, blant annet Bamble, Midt-Telemark, Nissedal, Nome, Porsgrunn, Tinn og også Drangedal som ligger noe lavere med 1,51. Skien og Hjartdal ligger relativt høyt med 1,58, og Kragerø ligger på 1,57. I den nedre delen av skalaen finner vi Vinje med 1,48, i tillegg til Tokke. Fyresdal og Kviteseid ligger på 1,50, og Seljord ligger på 1,51. Samlet peker dette mot små, men målbare forskjeller i gjennomsnittlig nivå av psykiske plager mellom kommunene.

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, med 1,85 poeng, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 1,48 poeng. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 0,36 poeng, og Cohen's d er 0,58, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest ved grunnskole, med 1,61 poeng, og lavest ved høyskole eller universitet over fire år, med 1,39 poeng. Differansen er 0,22 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,36, som indikerer en middels forskjell. Samlet sett ligger skårene lavere ved høyere utdanningsnivå for begge kjønn, tydeligst blant kvinner. Det er også statistisk sikre kjønnsforskjeller innen alle utdanningsgruppene, der kvinner skårer høyere enn menn.

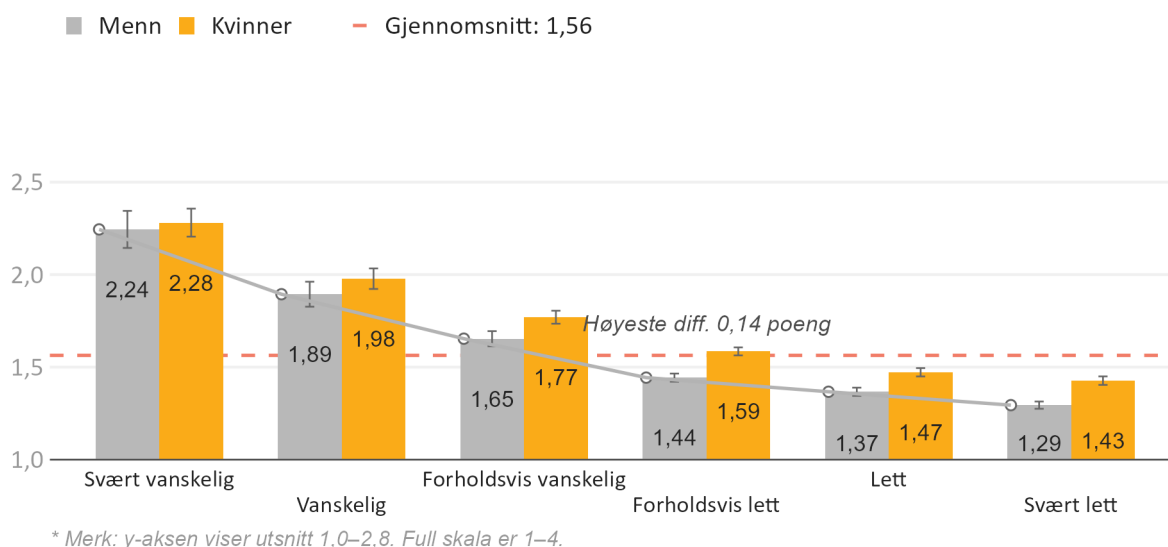
Figur 76: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i alderen 18-29, med 2,02 poeng, og lavest i alderen 80+, med 1,38 poeng. Dette gir en statistisk sikker nedgang på 0,64 poeng fra høyeste til laveste nivå, og

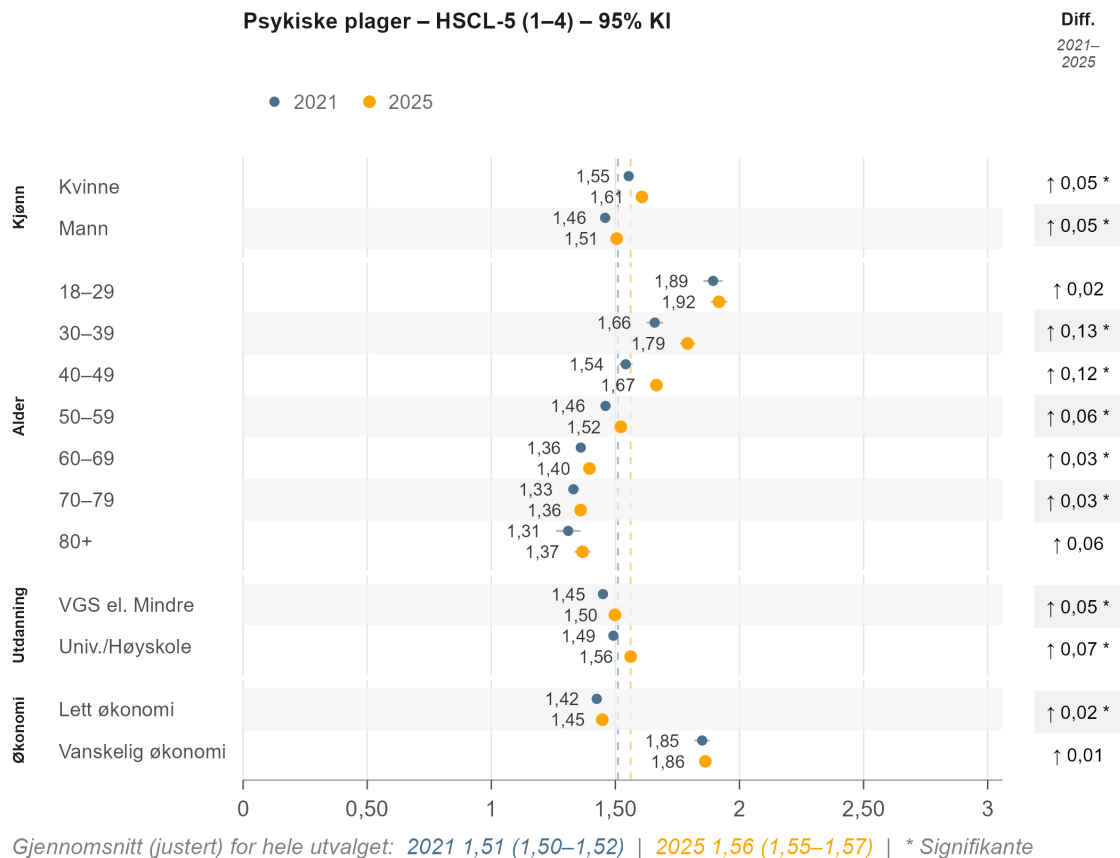
Cohen's d er 0,98, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er skåren høyest i alderen 18-29, med 1,78 poeng, mens den er lavest i alderen 70-79, med 1,31 poeng. Differansen er 0,47 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker; Cohen's d er 0,72, som også indikerer en stor forskjell. Samlet sett ligger nivået lavere i de eldre aldersgruppene enn i de yngre for begge kjønn. Kvinner har gjennomgående høyere skår enn menn i de fleste aldersgrupper, og forskjellen er statistisk sikker i 18-29 (menn minus kvinner -0,24 poeng), 30-39 (-0,12 poeng), 50-59 (-0,07 poeng), 60-69 (-0,12 poeng) og 70-79 (-0,09 poeng). I alderen 40-49 og i 80+ er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

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 opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som svært lett. Blant kvinner er gjennomsnittsskåren 2,28 i gruppen «svært vanskelig» og 1,43 i gruppen «svært lett», en differanse på 0,85 poeng. Dette er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's d er 1,30, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er skåren 2,24 i «svært vanskelig» og 1,29 i «svært lett», en differanse på 0,95 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d på 1,45, som indikerer en stor forskjell. Mellomnivåene følger samme hovedmønster, med høyere skår ved mer krevende økonomi. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre i flere av gruppene med lettere økonomi, der menn ligger lavere enn kvinner, mens forskjellene ikke er statistisk sikre i gruppene «svært vanskelig» og «vanskelig».

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



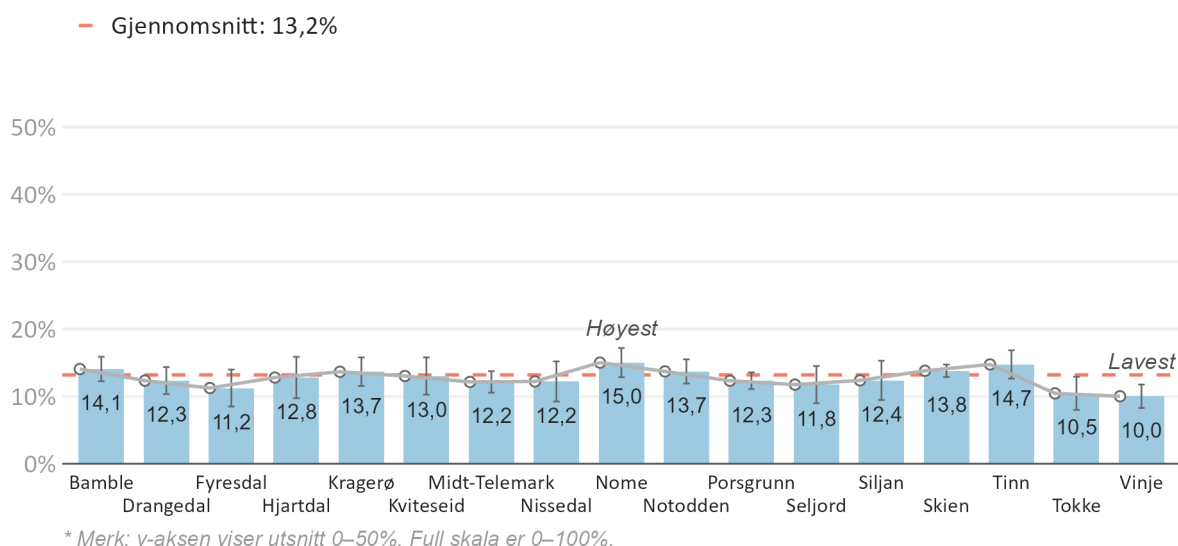
Figur E viser gjennomsnittsskåren for psykiske plager – HSCL-5 (1–4) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker gjennomsnittsskåren fra 1,5 i 2021 til 1,6 i 2025, og endringen framstår som statistisk sikker. Kjønnforskjellene er i hovedsak stabile, men kvinner har en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025, mens menn ligger stabilt med en statistisk sikker endring. Mellom aldersgruppene er mønsteret i stor grad det samme, med høyest nivå blant de yngste og lavere nivå i eldre grupper, men det er statistisk sikre økninger i aldersgruppene 30-39, 40-49 og 50-59 år. For aldersgruppene 18-29 og gruppene fra 60 år og eldre er endringen ikke statistisk sikker. Etter utdanning øker skåren svakt i begge utdanningsgrupper, men er bare statistisk sikker i gruppen med høyere utdanning. For opplevd økonomi er nivåforskjellen tydelig i begge år, og endringen er ikke statistisk sikker. Samlet sett peker utviklingen mot en liten økning over tid, samtidig som de relative forskjellene mellom gruppene i hovedsak består.

3.20 Søvnproblemer (Insomni)

Svarandel: Totalt 23 310 deltakere av 24 509 (95,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

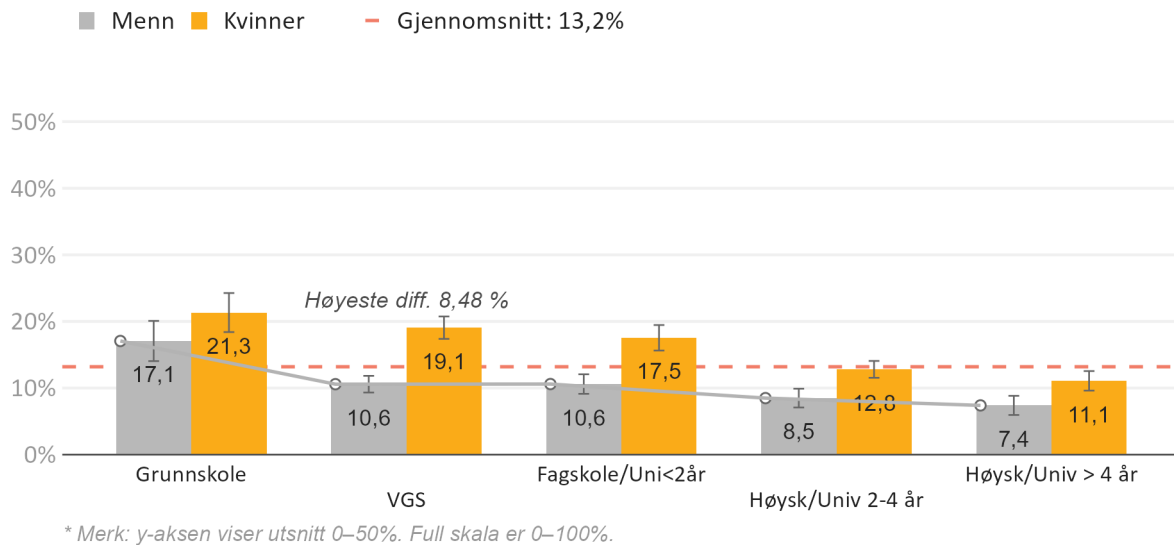
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 310	13,2 %	12,7 – 13,7
Kvinner	12 985	15,8 %	15,1 – 16,5
Menn	10 325	10,0 %	9,4 – 10,6

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



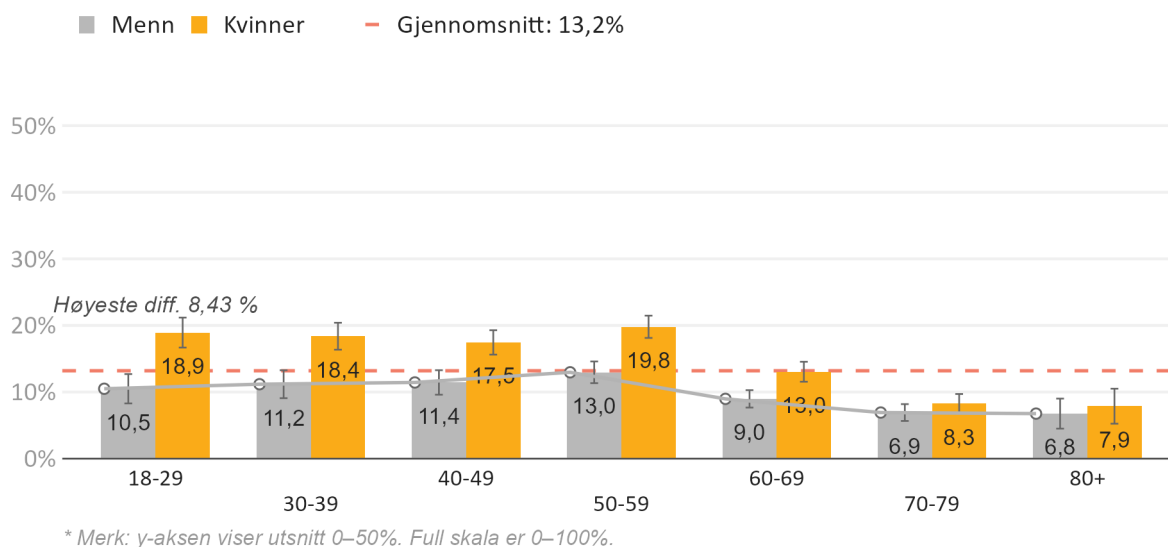
Figur A viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 10,0 prosent i Vinje til 15,0 prosent i Nome, en forskjell på 5,00 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,15, som tilsvarer en liten forskjell, noe som tyder på at variasjonen mellom kommunene er til stede, men ikke stor. Blant kommunene med høyest andel ligger også Tinn med 14,7 prosent og Bamble med 14,1 prosent, mens Skien har 13,8 prosent og både Kragerø og Notodden har 13,7 prosent. I den andre enden av skalaen finner vi Tokke med 10,5 prosent og Fyresdal med 11,2 prosent, i tillegg til Seljord med 11,8 prosent. Flere kommuner ligger samlet rundt 12 til 13 prosent, som Midt-Telemark og Nissedal med 12,2 prosent, Drangedal og Porsgrunn med 12,3 prosent, og Siljan med 12,4 prosent. Samlet sett viser figuren moderate forskjeller i hvor utbredt insomni er mellom kommunene.

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



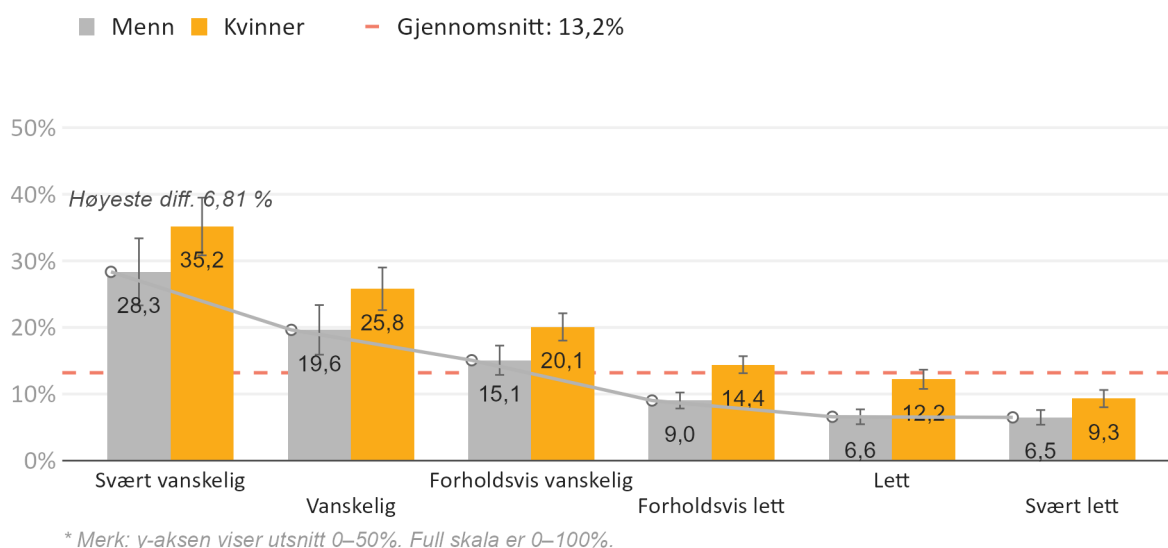
Figur B viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 21,3 prosent rapporterer insomni, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 11,1 prosent. Dette gir en forskjell på 10,25 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer Cohen's h på 0,28, altså en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole, med 17,1 prosent, og lavest ved høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 7,4 prosent. Forskjellen er 9,67 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,30, som også indikerer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåer ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellen er statistisk sikker i de fleste utdanningsgrupper, og størst blant personer med videregående skole, der menn ligger 8,48 prosentpoeng lavere enn kvinner. Ved fagskole eller universitetsutdanning under to år er forskjellen 6,95 prosentpoeng, og ved høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år er den 4,32 prosentpoeng. For gruppen med grunnskole er kjønnforskjellen på 4,27 prosentpoeng ikke statistisk sikker.

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



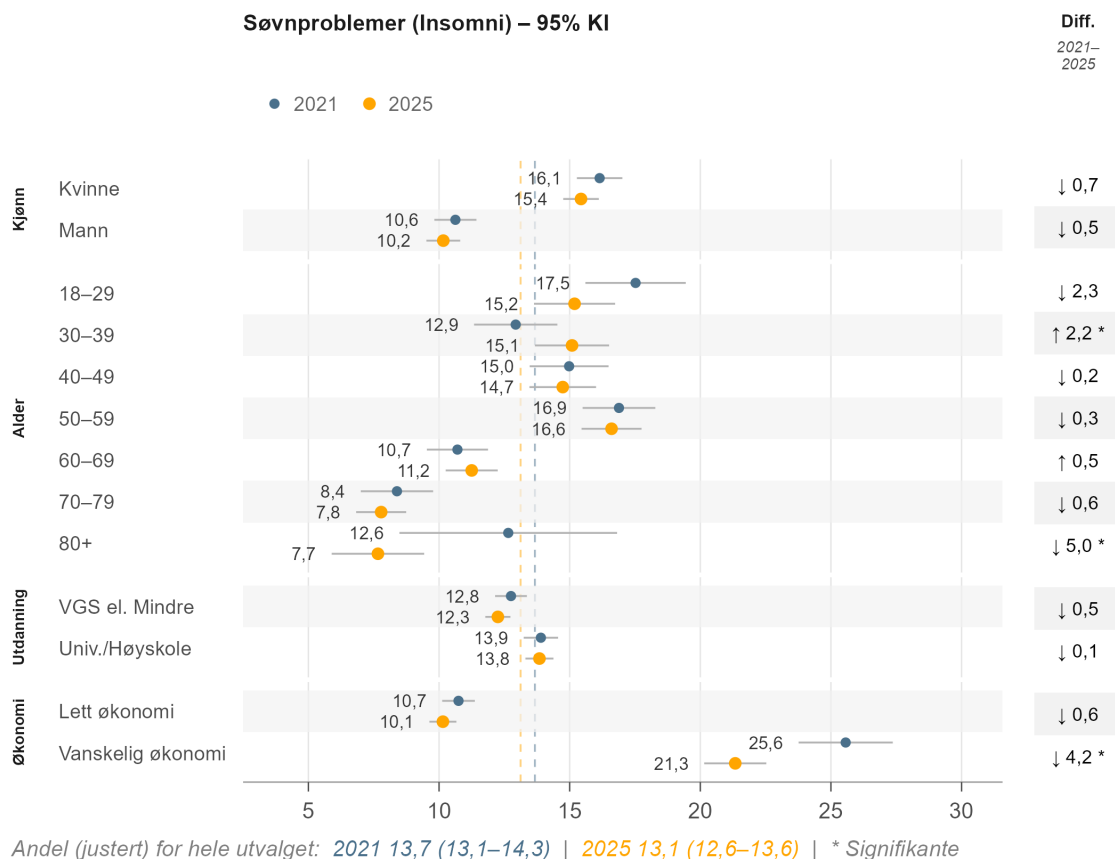
Figur C viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 50–59 år, der 19,8 prosent oppfyller kriteriene for insomni, mens den er lavest blant de eldste, med 7,9 prosent i 80 år eller eldre. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 11,92 prosentpoeng mellom høyeste og laveste aldersgruppe, og Cohen's h er 0,35, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i 50–59 år med 13,0 prosent, og lavest i 80 år eller eldre med 6,8 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker og utgjør 6,20 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,21, som indikerer en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er andelen gjennomgående høyere blant kvinner i de yngre og middelaldrende gruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i aldersgruppene 18–29, 30–39, 40–49, 50–59 og 60–69 år, der menn ligger fra 8,43 til 4,08 prosentpoeng lavere enn kvinner. I aldersgruppen 70–79 år og blant de eldste er forskjellene mindre og 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 opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett. Blant kvinner er andelen 35,2 prosent ved svært vanskelig økonomi og 9,3 prosent ved svært lett økonomi, en forskjell på 25,84 prosentpoeng. Dette framstår som en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,65, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen 28,3 prosent ved svært vanskelig økonomi og 6,5 prosent ved svært lett økonomi, en forskjell på 21,85 prosentpoeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,61, som regnes som en stor forskjell. Kjønnforskjellene går i retning av høyere andel med insomni blant kvinner i alle økonomigrupper. Forskjellene er statistisk sikre i gruppene som vurderer økonomien som svært lett, lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, der menn ligger 2,82 til 5,63 prosentpoeng lavere enn kvinner. I gruppene med vanskelig og svært vanskelig økonomi er kjønnforskjellene også i samme retning, men de framstår ikke som statistisk sikre.

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 omtrent stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikker nedgang både blant kvinner og menn. På tvers av alder er bildet mer sammensatt: 30–39 år har en statistisk sikker økning (fra 12,9 til 15,1 prosent), mens 80 år og eldre har en statistisk sikker nedgang (fra 12,6 til 7,7 prosent). For de øvrige aldersgruppene er

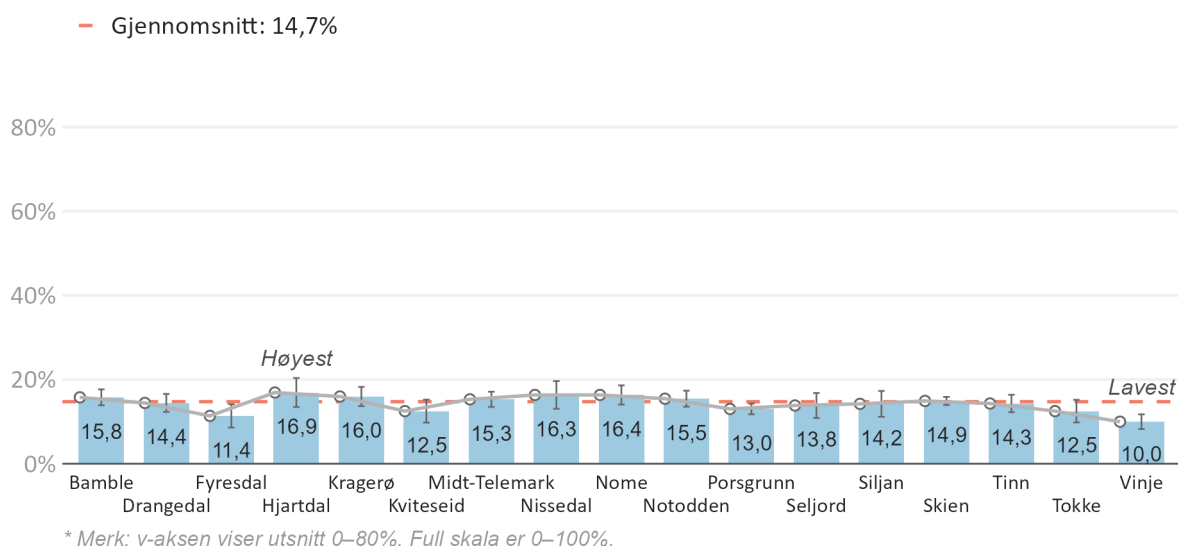
endringene ikke statistisk sikre, noe som tyder på et relativt stabilt aldersmønster ellers. Etter utdanning er nivåene svært like i 2021 og 2025, og endringene er ikke statistisk sikre i noen av utdanningsgruppene. Derimot er det en tydelig endring etter økonomi: blant dem som oppgir vanskelig økonomi er det en statistisk sikker nedgang (fra 25,6 til 21,3 prosent), mens gruppen med lett økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Samlet sett består de største forskjellene mellom økonomigruppene, men gapet ser ut til å ha blitt noe mindre i 2025.

3.21 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Svarandel: Totalt 23 084 deltakere av 24 509 (94,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

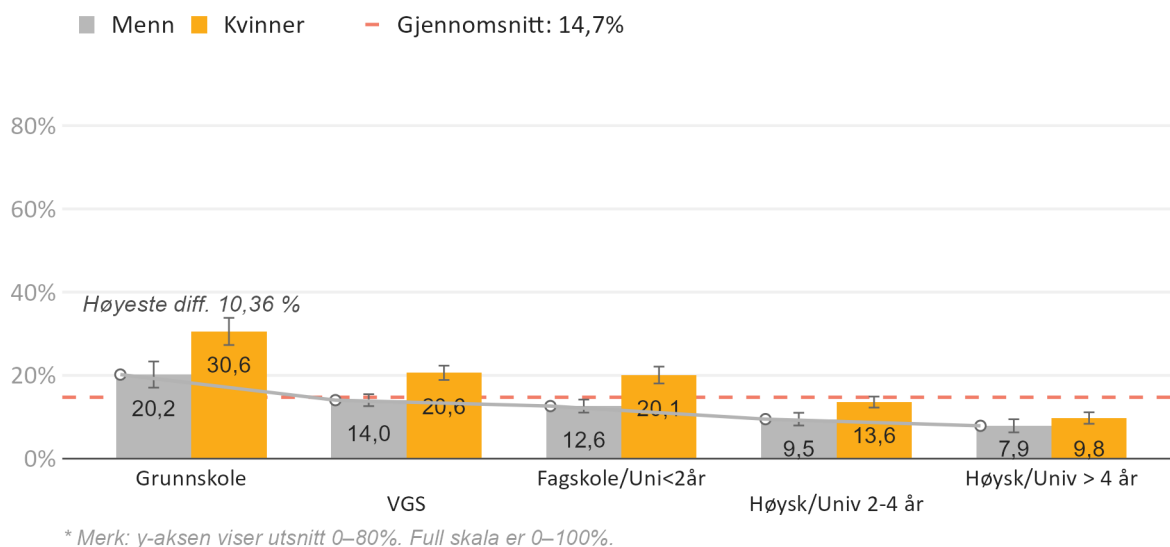
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 084	14,7 %	14,2 – 15,3
Kvinner	12 855	16,9 %	16,2 – 17,7
Menn	10 229	12,0 %	11,3 – 12,8

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



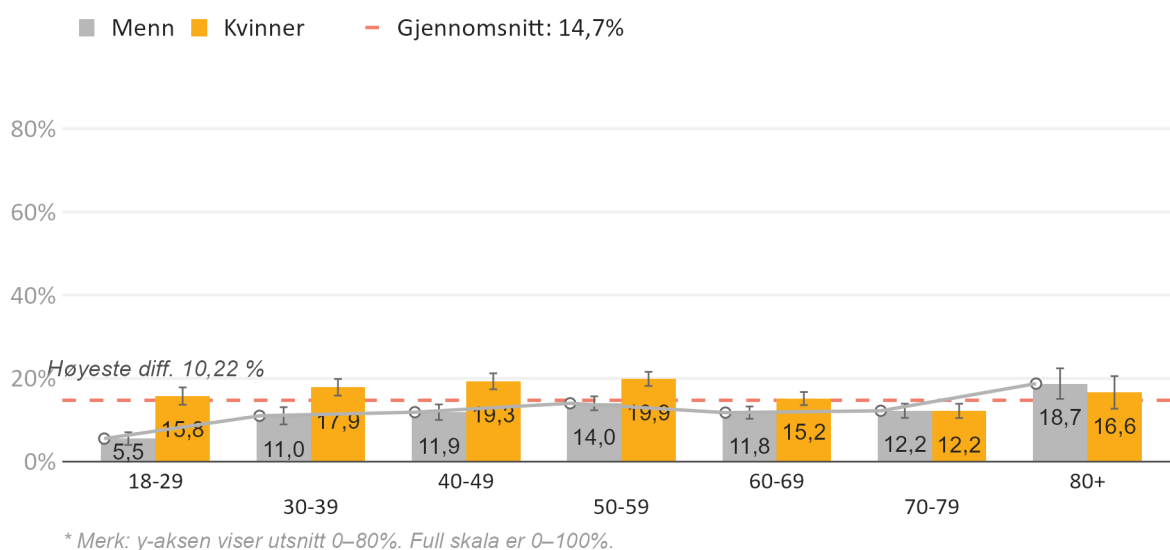
Figur A viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 10,0 prosent i Vinje til 16,9 prosent i Hjartdal, en forskjell på 6,93 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, men effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,20$, som tilsier en liten forskjell i praksis. Flere kommuner ligger i det øvre sjiktet, blant annet Nome med 16,4 prosent, Nissedal med 16,3 prosent og Kragerø med 16,0 prosent. Også Bamble ligger relativt høyt med 15,8 prosent, mens Notodden og Midt-Telemark har 15,5 prosent og 15,3 prosent. I den andre enden av skalaen finner vi Fyresdal med 11,4 prosent, samt Kviteseid og Tokke med 12,5 prosent. Porsgrunn ligger også lavere enn mange andre kommuner med 13,0 prosent. Samlet sett viser figuren at det er målbare forskjeller mellom kommunene i hvor stor andel som opplever at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, men at variasjonen samlet sett er liten.

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



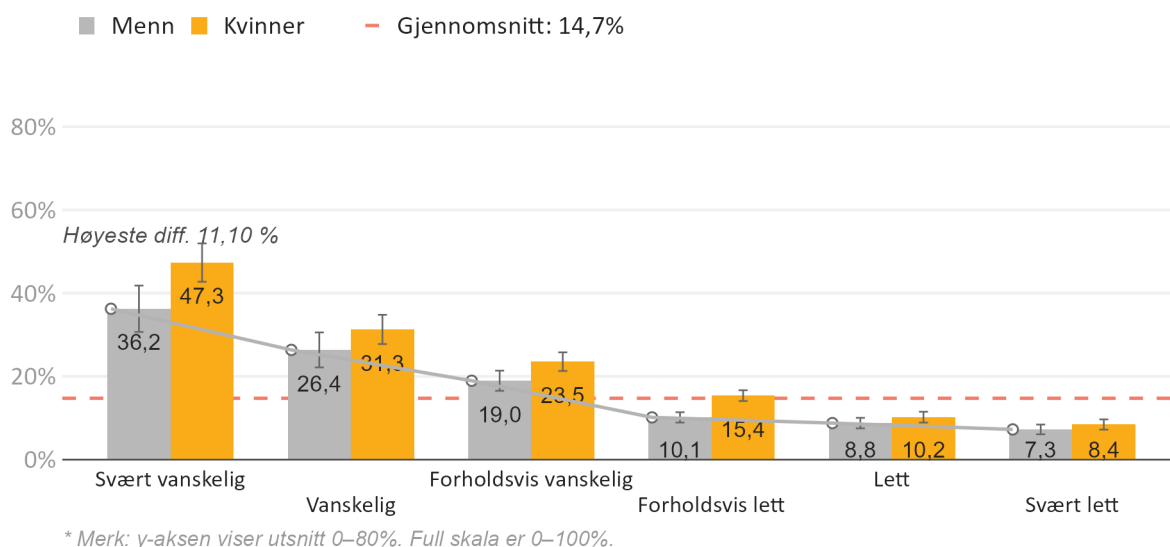
Figur B viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år. Blant kvinner oppgir 30,60 prosent med grunnskole at helseproblemene påvirker hverdagen i stor grad, mot 9,80 prosent blant dem med lengst høyere utdanning. Dette gir en differanse på 20,80 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,54, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er forskjellen tydelig: 20,20 prosent i gruppen med grunnskole mot 7,90 prosent blant dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år, en differanse på 12,31 prosentpoeng. Cohen's h er 0,36, som tilsier en middels forskjell. På de fleste utdanningsnivåene rapporterer kvinner oftere enn menn at helseproblemene påvirker hverdagen i stor grad, og disse kjønnsforskjellene framstår statistisk sikre for grunnskole, videregående skole, fagskole eller universitet under to år og høyskole eller universitet i to til fire år. For høyere utdanning over fire år er kjønnsforskjellen liten og ikke statistisk sikker.

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

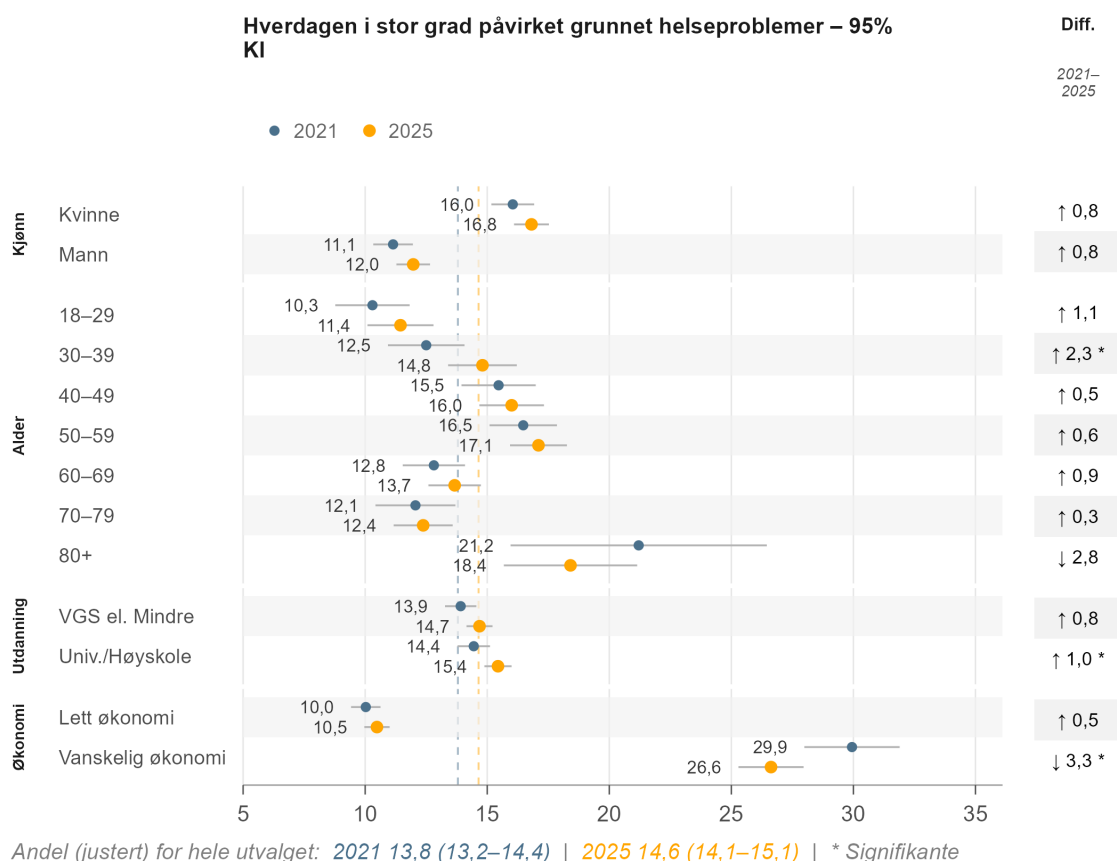


Figur C viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen høyest i alderen 50-59 år, der 19,9 prosent oppgir stor påvirkning, mens den er lavest i alderen 70-79 år med 12,2 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 7,69 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,21, som tilsier en liten forskjell. For menn er andelen lavest blant de yngste, 18-29 år, med 5,5 prosent, og høyest blant de eldste, 80 år og eldre, med 18,7 prosent. Spennet er 13,20 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h på 0,42 peker mot en middels forskjell. Sammenlignet mellom kjønn er andelen gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn fra 18-29 til 60-69 år, med statistisk sikre forskjeller. I alderen 70-79 år er andelen lik for kvinner og menn, begge 12,2 prosent, og blant de eldste er menn noe høyere enn kvinner, men uten statistisk sikker kjønnsforskjell.

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 opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som svært lett. Blant kvinner oppgir 47,3 prosent i gruppen «Svært vanskelig» at helseproblemene påvirker hverdagen i stor grad, mens 8,4 prosent gjør det i gruppen «Svært lett». Dette gir en differanse på 38,90 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,93, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er forskjellen tydelig: 36,2 prosent i «Svært vanskelig» mot 7,3 prosent i «Svært lett», en differanse på 28,98 prosentpoeng. Cohen's h er 0,75, som også indikerer en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomivurdering, ligger kvinner gjennomgående høyere. Kjønnsforskjellen er statistisk sikker i gruppen «Svært vanskelig», der menn ligger 11,10 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i gruppen «Forholdsvis lett», der menn ligger 5,23 prosentpoeng lavere. I de øvrige økonomigruppene framstår kjønnsforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

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

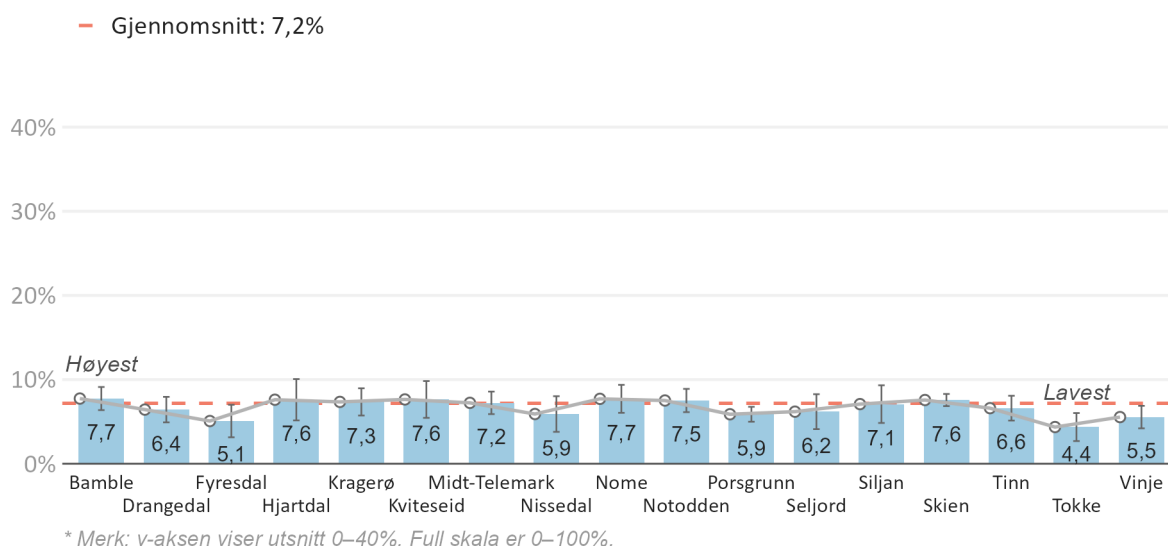
Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker andelen fra 13,8 prosent i 2021 til 14,6 prosent i 2025, men endringen er ikke statistisk sikker. Forskjellen mellom kvinner og menn er i hovedsak uendret, og for begge kjønn er endringen fra 2021 til 2025 ikke statistisk sikker. På tvers av alder er mønsteret også relativt stabilt, med ikke statistisk sikre endringer i de fleste aldersgrupper. Unntaket er 30–39 år, der det er en statistisk sikker økning fra 12,5 prosent til 14,8 prosent. Etter utdanning er det en statistisk sikker økning blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, mens endringen blant dem med videregående skole eller mindre ikke er statistisk sikker. For opplevd økonomi skiller utviklingen seg tydelig mellom gruppene: Andelen med vanskelig økonomi går statistisk sikkert ned fra 29,9 prosent til 26,6 prosent, mens endringen blant dem med lett økonomi ikke er statistisk sikker. Samlet sett framstår forskjellene etter økonomiske vansker som vedvarende store, selv om nivået faller noe i gruppen med vanskelig økonomi.

3.22 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade

Svarandel: Totalt 23 213 deltakere av 24 509 (94,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

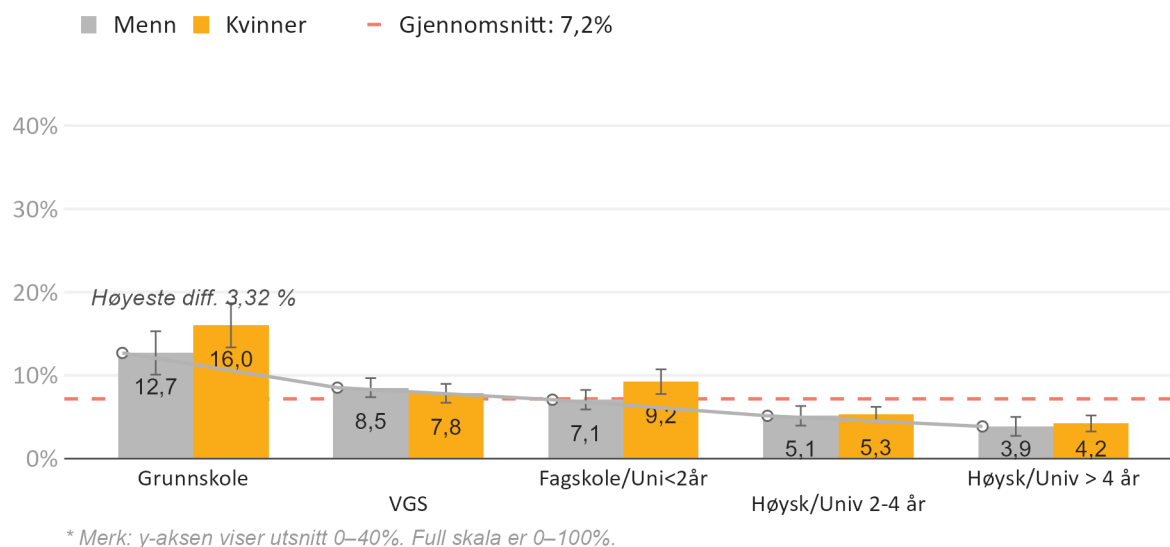
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 213	7,2 %	6,8 – 7,6
Kvinner	12 928	7,3 %	6,8 – 7,8
Menn	10 285	7,0 %	6,5 – 7,6

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



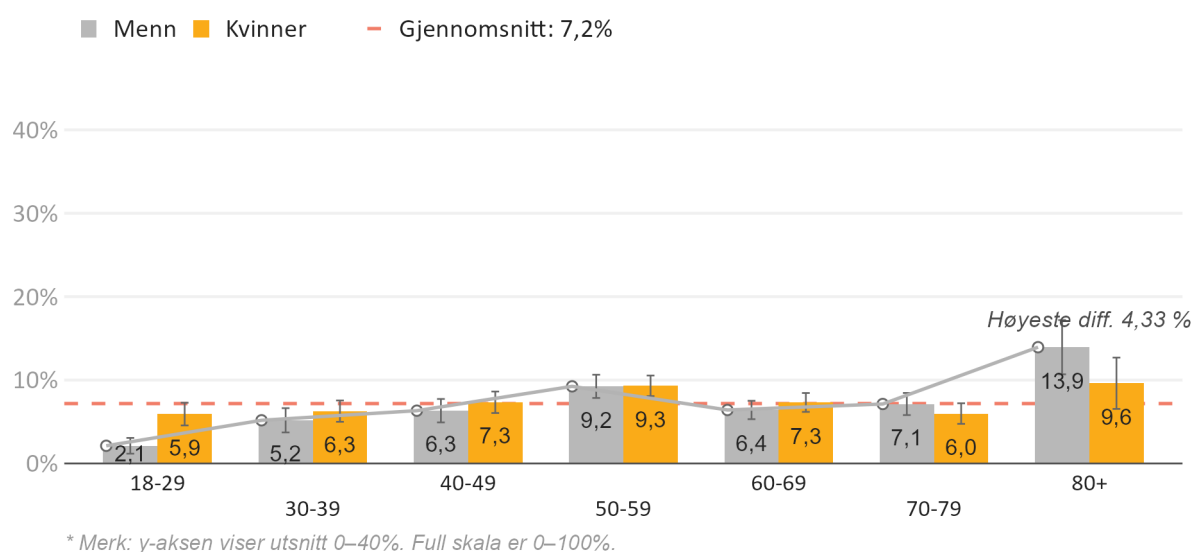
Figur A viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 4,4 prosent i Tokke til 7,7 prosent i Bamble, en forskjell på 3,39 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Nome ligger også på 7,7 prosent, mens flere kommuner ligger tett opp mot dette nivået, blant annet Hjartdal, Kviteseid, Skien og Notodden med henholdsvis 7,6 prosent, 7,6 prosent, 7,6 prosent og 7,5 prosent. Kragerø og Midt-Telemark ligger på 7,3 prosent og 7,2 prosent, og Siljan på 7,1 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Fyresdal med 5,1 prosent og Vinje med 5,5 prosent, mens Nissedal og Porsgrunn begge ligger på 5,9 prosent. Drangedal, Seljord og Tinn ligger mellom 6,2 prosent og 6,6 prosent. Samlet tilsvarer variasjonen mellom ytterpunktene en Cohen's h på 0,14, som indikerer en liten forskjell mellom kommunene.

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



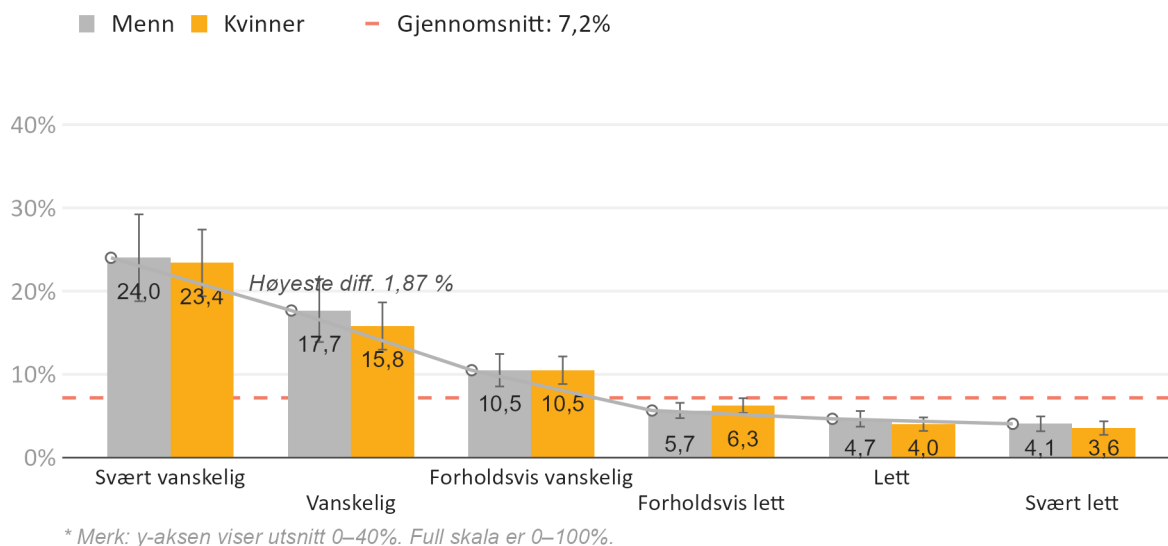
Figur B viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 16,0 prosent oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket. Lavest andel finner vi blant kvinner med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 4,2 prosent. Dette gir en forskjell på 11,79 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,41, som tilsier en middels forskjell mellom utdanningsgruppene blant kvinner. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 12,7 prosent, og lavest blant menn med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 3,9 prosent. Differansen er 8,83 prosentpoeng, og også denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,33, som indikerer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små og ikke statistisk sikre.

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



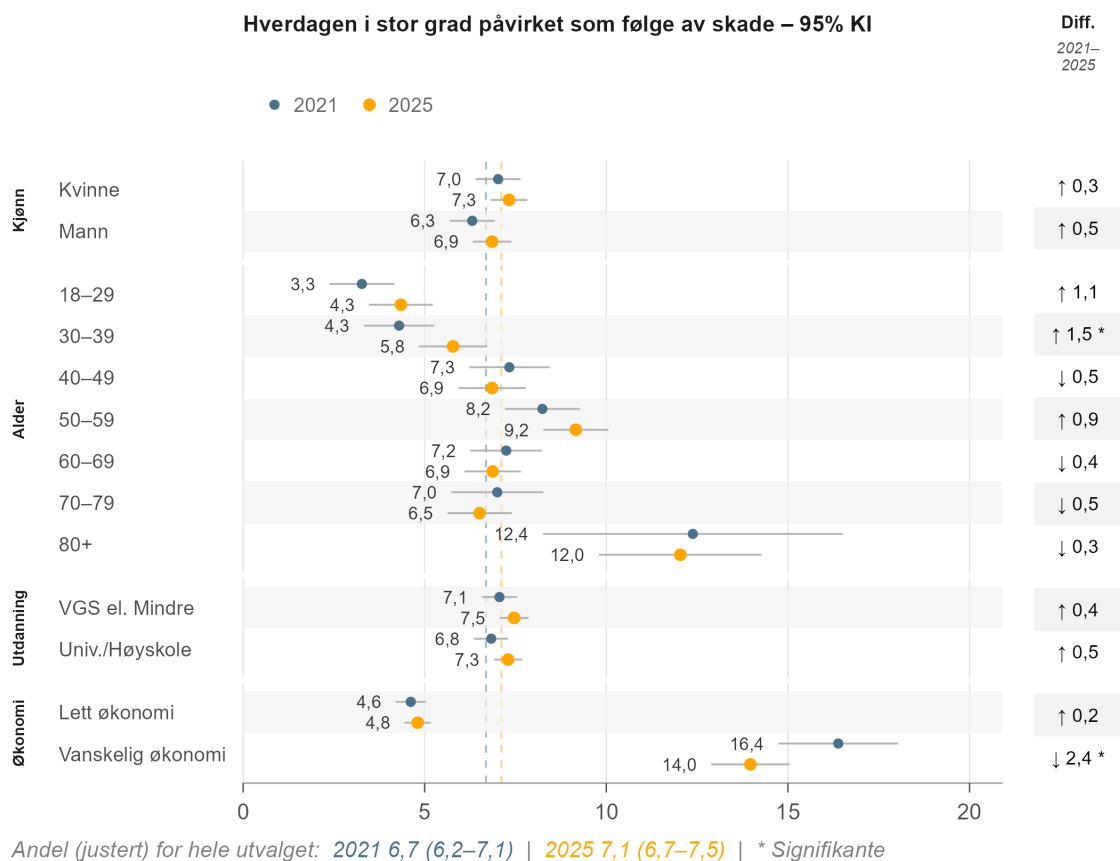
Figur C viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen lite mellom aldersgruppene. Lavest andel finner vi i 18–29 år med 5,9 prosent, mens høyest andel er i 80+ med 9,6 prosent. Dette tilsvarer en forskjell på 3,69 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som indikerer en liten forskjell. Samlet sett framstår dermed aldersforskjellene blant kvinner som beskjedne. Blant menn er aldersvariasjonen tydeligere. Andelen er lavest i 18–29 år med 2,1 prosent og høyest i 80+ med 13,9 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 11,82 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,47, som tilsier en middels forskjell. Denne forskjellen mellom de yngste og de eldste mennene er også statistisk sikker. Når vi sammenligner kjønn innen samme alder, er forskjellene stort sett små. I aldersgruppen 18–29 år er andelen likevel høyere blant kvinner enn blant menn, med en statistisk sikker forskjell på 3,80 prosentpoeng. 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, med 23,4 prosent, og lavest når den vurderes som svært lett, med 3,5 prosent. Dette gir en forskjell på 19,84 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,63, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig, med 24,0 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som svært lett, med 4,1 prosent. Her er forskjellen 19,94 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som også tilsier en stor forskjell. Mellomnivåene ligger lavere enn «vanskelig»-kategoriene, for eksempel 15,8 prosent blant kvinner og 17,7 prosent blant menn når økonomien vurderes som vanskelig, og 10,5 prosent for begge kjønn når den vurderes som forholdsvis vanskelig. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og framstår ikke som statistisk sikre.

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



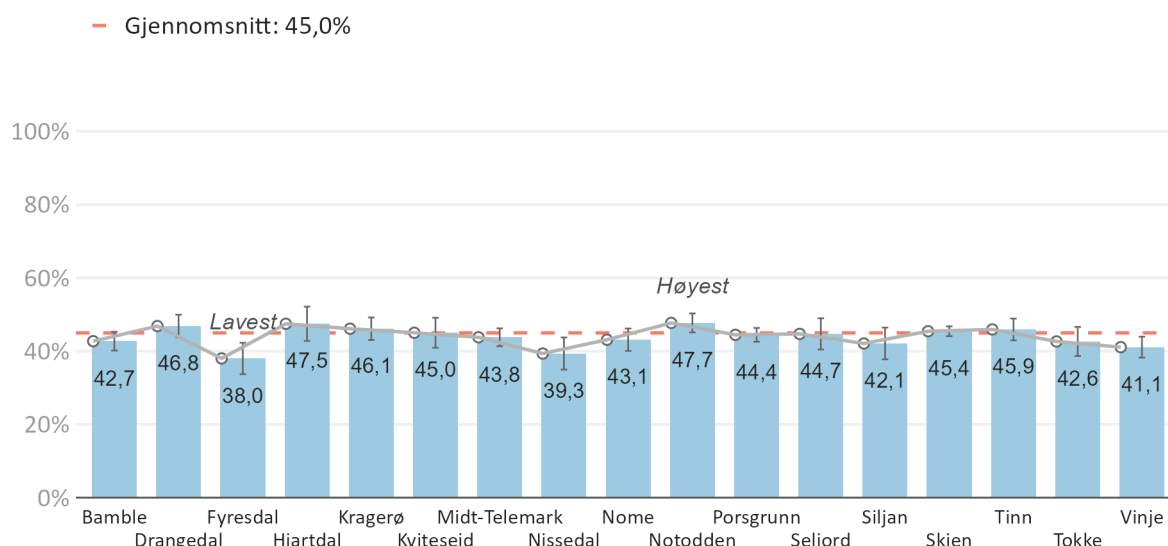
Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (6,7 til 7,1 prosent). For kjønn er nivåene like i begge år, og endringene innen både kvinner og menn er ikke statistisk sikre, slik at kjønnsforskjellene i hovedsak fremstår uendret. På tvers av alder er mønsteret også i stor grad stabilt, med ikke statistisk sikre endringer i de fleste aldersgrupper. Unntaket er 30–39 år, der det er en statistisk sikker økning fra 4,3 til 5,8 prosent. For utdanning er endringene små og ikke statistisk sikre i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene endrer seg lite. For opplevde økonomiske vansker er det fortsatt et tydelig skille mellom gruppene, men blant dem med vanskelig økonomi er det en statistisk sikker nedgang fra 16,4 til 14,0 prosent, mens gruppen med lett økonomi er stabil uten statistisk sikker endring. Samlet sett peker utviklingen mot stabile nivåer over tid, med enkelte avgrensede endringer i spesifikke grupper.

3.23 Korsryggsmerter siste 28 dager

Svarandel: Totalt 23 221 deltakere av 24 509 (94,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

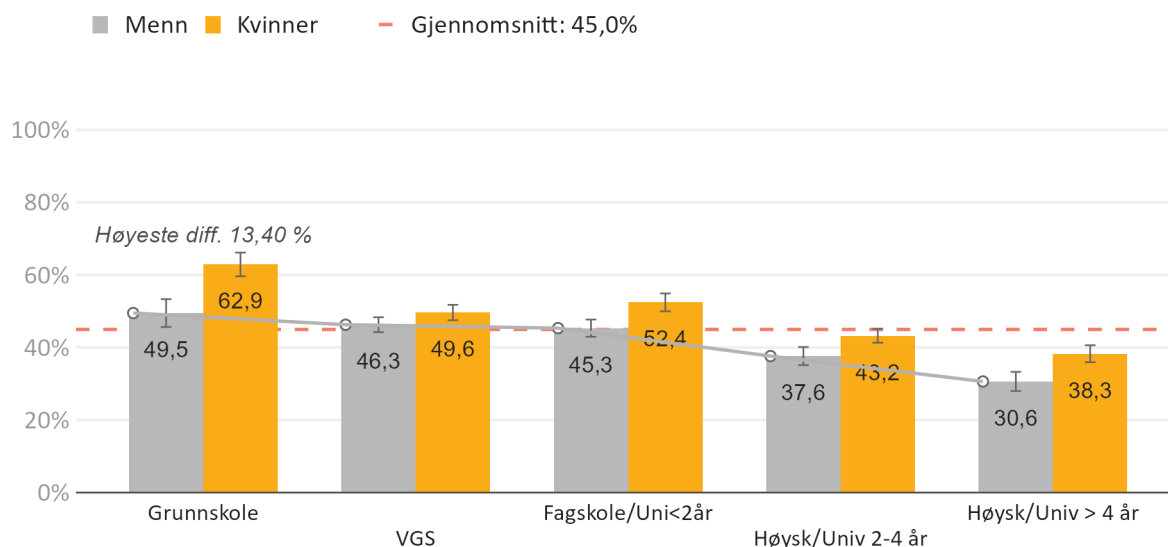
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 221	45,0 %	44,2 – 45,7
Kvinner	12 928	47,8 %	46,8 – 48,8
Menn	10 293	41,5 %	40,4 – 42,5

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



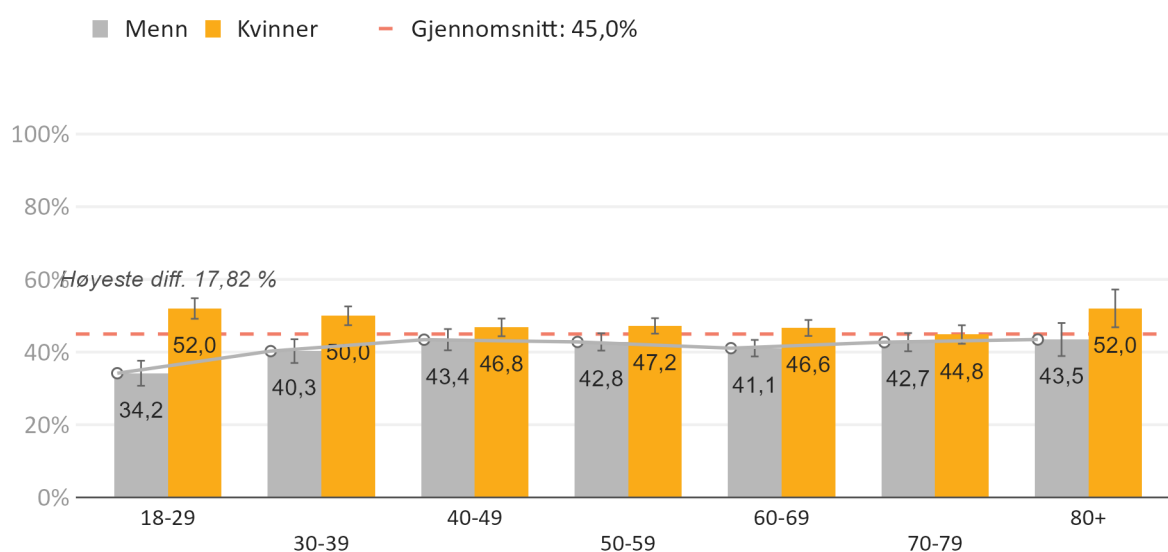
Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmerter siste 28 dager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Notodden på 47,7 prosent og lavest i Fyresdal på 38,0 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 9,69 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,20$, som tilsier en liten forskjell i forekomst mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Hjartdal med 47,5 prosent, Drangedal med 46,8 prosent og Kragerø med 46,1 prosent. Også Tinn og Skien ligger relativt høyt, med henholdsvis 45,9 prosent og 45,4 prosent. I den nedre delen finner vi Nissedal med 39,3 prosent, Vinje med 41,1 prosent og Siljan med 42,1 prosent, mens Bamble og Tokke ligger nær dette nivået med 42,7 prosent og 42,6 prosent. Midt-Telemark, Nome og Porsgrunn ligger midt i fordelingen, med andeler fra 43,1 prosent til 44,4 prosent.

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



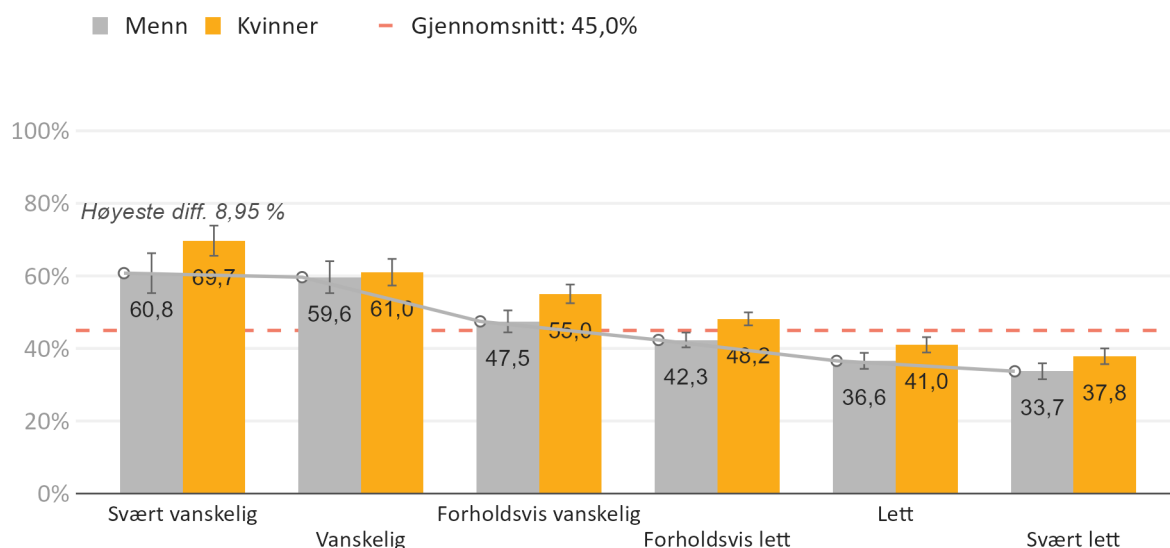
Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 62,9 prosent rapporterer korsryggssmerter, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 38,3 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 24,60 prosentpoeng, og dette framstår som en stor forskjell målt med Cohen's h på 0,50. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole, med 49,5 prosent, og lavest ved høyskole eller universitet over 4 år, med 30,6 prosent. Her er forskjellen 18,86 prosentpoeng, som tilsvarer en middels forskjell med Cohen's h på 0,39. På tvers av utdanningsnivå ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for grunnskole, fagskole eller universitet under 2 år, høyskole eller universitet 2–4 år og høyskole eller universitet over 4 år, og varierer fra 5,60 til 13,40 prosentpoeng. For videregående skole er forskjellen mindre og ikke statistisk sikker.

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

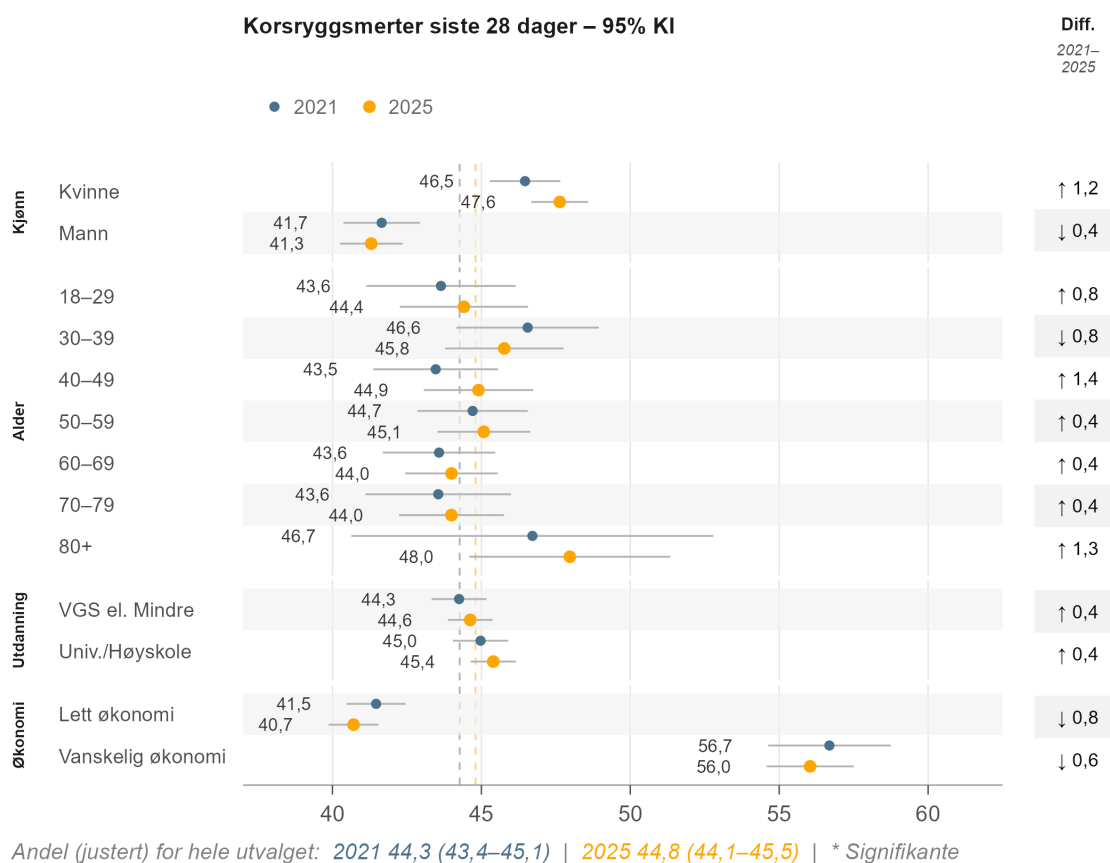


Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen relativt stabilt på tvers av alder, fra 44,8 prosent i 70–79 år til 52,0 prosent i 18–29 år og 80 år og eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste kvinneandel er 7,19 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som tilsier en liten forskjell. Denne variasjonen framstår ikke som statistisk sikker. Blant menn er andelen lavest i 18–29 år med 34,2 prosent og høyest i 80 år og eldre med 43,5 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 9,28 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som også tilsier en liten forskjell. For menn framstår forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe som statistisk sikker. Sammenlignet med menn rapporterer kvinner høyere andeler i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellen er statistisk sikker i 18–29 år, der menn ligger 17,82 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i 30–39 år, der menn ligger 9,72 prosentpoeng lavere. Det er også en statistisk sikker forskjell i 60–69 år, med 5,57 prosentpoeng lavere andel blant menn. I de øvrige aldersgruppene er kjønnforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

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



Figur D viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmerter 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 vurderer den som svært lett. Blant kvinner rapporterer 69,7 prosent korsryggsmerter ved svært vanskelig økonomi, mot 37,8 prosent ved svært lett økonomi. Dette tilsvarer en forskjell på 31,87 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,65, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen 60,8 prosent ved svært vanskelig økonomi og 33,7 prosent ved svært lett økonomi, en forskjell på 27,05 prosentpoeng. Også her er effektstørrelsen stor, med Cohen's h på 0,55. Kjønnforskjellene går gjennomgående i retning av høyere andeler blant kvinner. Forskjellen er statistisk sikker i gruppene som vurderer økonomien som lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, der menn ligger henholdsvis 4,42, 5,82 og 7,59 prosentpoeng lavere enn kvinner. I gruppene svært lett, vanskelig og svært vanskelig er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 98: Korsryggssmerter siste 28 dager (E)

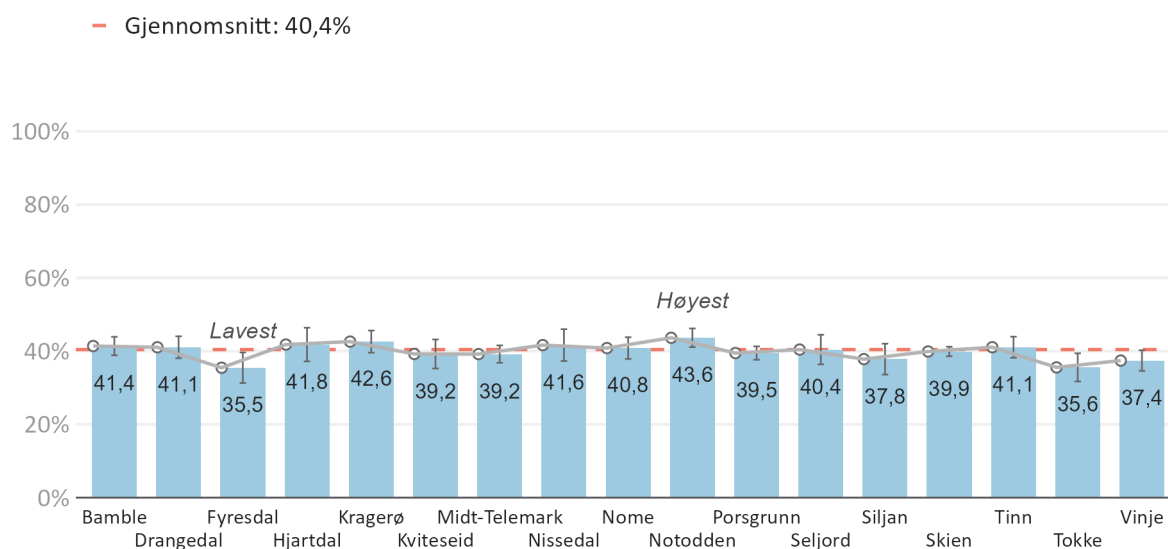
Figur E viser andelen som oppgir korsryggssmerter siste 28 dager på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (44,3 prosent i 2021 og 44,8 prosent i 2025). Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med høyere andel blant kvinner enn blant menn i begge år, og endringene innen hvert kjønn er ikke statistisk sikre. På tvers av aldersgrupper er nivåene gjennomgående like i 2021 og 2025, uten statistisk sikre endringer i noen aldersgruppe. Mønsteret etter utdanning er også stabilt, og det er ikke statistisk sikre endringer i noen av utdanningsgruppene. Personer som oppgir vanskelig økonomi ligger klart høyere enn dem med lett økonomi i begge år. Samtidig er endringene fra 2021 til 2025 innen begge økonomigruppene ikke statistisk sikre, slik at forskjellen mellom gruppene fremstår som vedvarende.

3.24 Nakkesmerter siste 28 dager

Svarandel: Totalt 23 085 deltakere av 24 509 (94,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

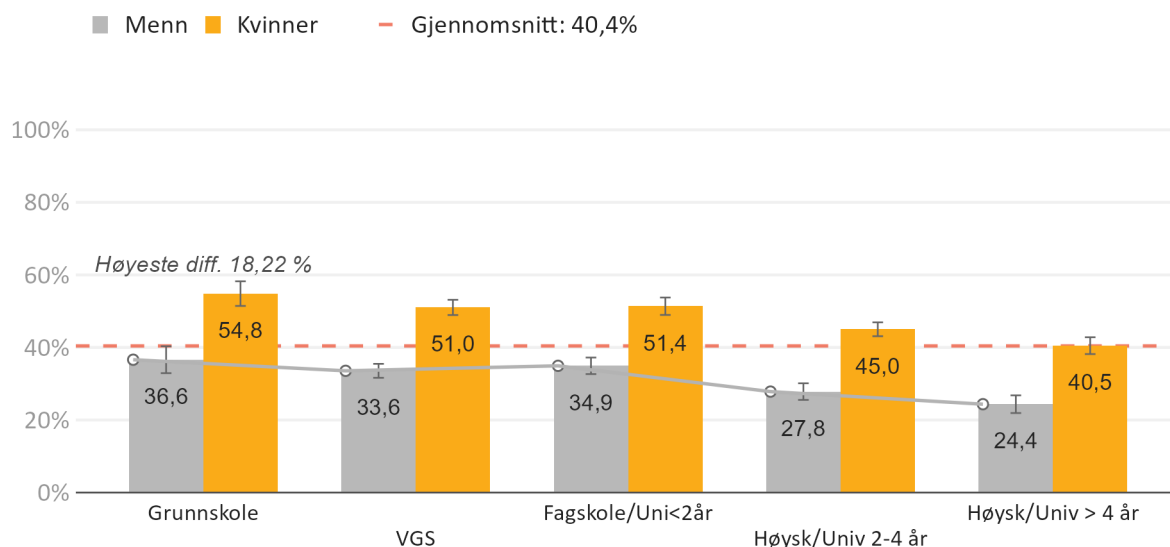
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 085	40,4 %	39,7 – 41,1
Kvinner	12 837	47,9 %	46,9 – 48,9
Menn	10 248	31,2 %	30,2 – 32,2

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



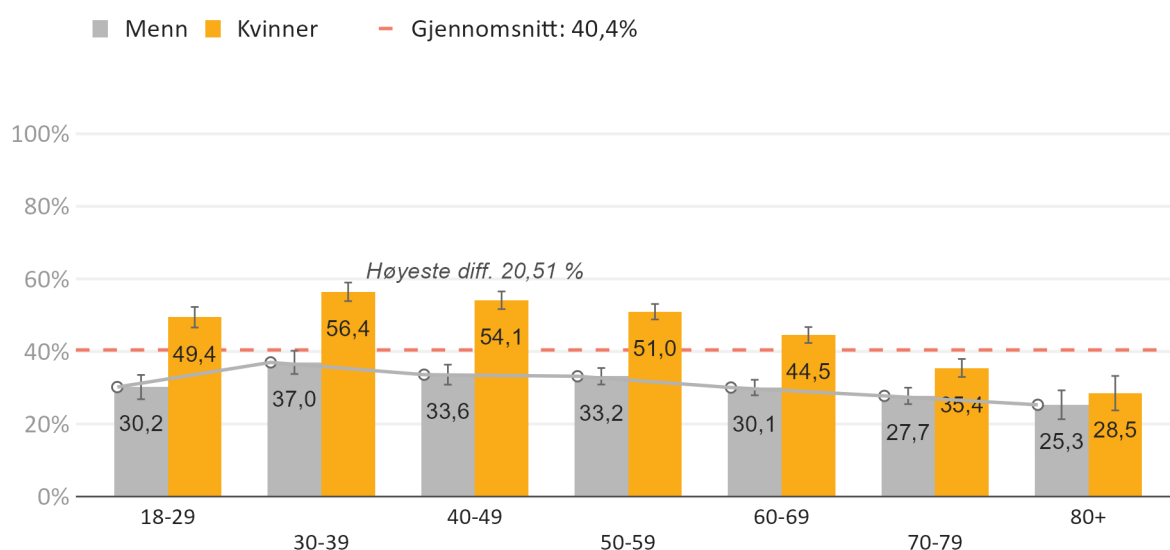
Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 35,5 prosent i Fyresdal til 43,6 prosent i Notodden. Forskjellen mellom ytterpunktene er 8,18 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Målt som effektstørrelse tilsvarer variasjonen en Cohen's h på 0,17, som indikerer en liten forskjell mellom kommunene. Flere kommuner ligger rundt 40 prosent. Skien har 39,9 prosent, Porsgrunn 39,5 prosent, Nome 40,8 prosent og Seljord 40,4 prosent, mens både Kviteseid og Midt-Telemark har 39,2 prosent. I den øvre delen av fordelingen finner vi Kragerø med 42,6 prosent, Hjartdal med 41,8 prosent, Nissedal med 41,6 prosent og Bamble med 41,4 prosent, i tillegg til Drangedal og Tinn med 41,1 prosent. I den nedre delen ligger Tokke på 35,6 prosent, Vinje på 37,4 prosent og Siljan på 37,8 prosent. Samlet viser figuren moderate nivåforskjeller, med en tydelig høyest andel i Notodden og lavest andel i Fyresdal.

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



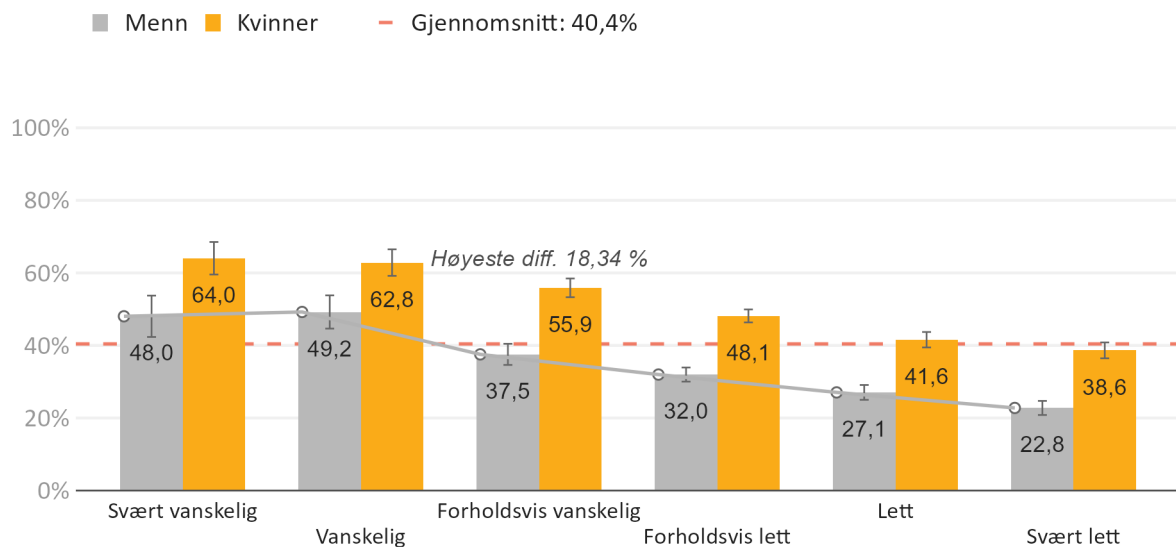
Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest hos dem med grunnskole, der 54,8 prosent rapporterer nakkesmerter, og lavest hos dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, der andelen er 40,5 prosent. Forskjellen mellom høyest og lavest utdanningsnivå er 14,35 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er mønsteret tilsvarende, med høyest andel i grunnskolegruppen på 36,6 prosent og lavest andel blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år på 24,4 prosent. Differansen er 12,26 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,27, som indikerer en middels forskjell. På tvers av alle utdanningsnivåer rapporterer kvinner oftere nakkesmerter enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 16,14 til 18,22 prosentpoeng, noe som betyr at andelen er klart høyere blant kvinner uavhengig av utdanningsnivå.

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



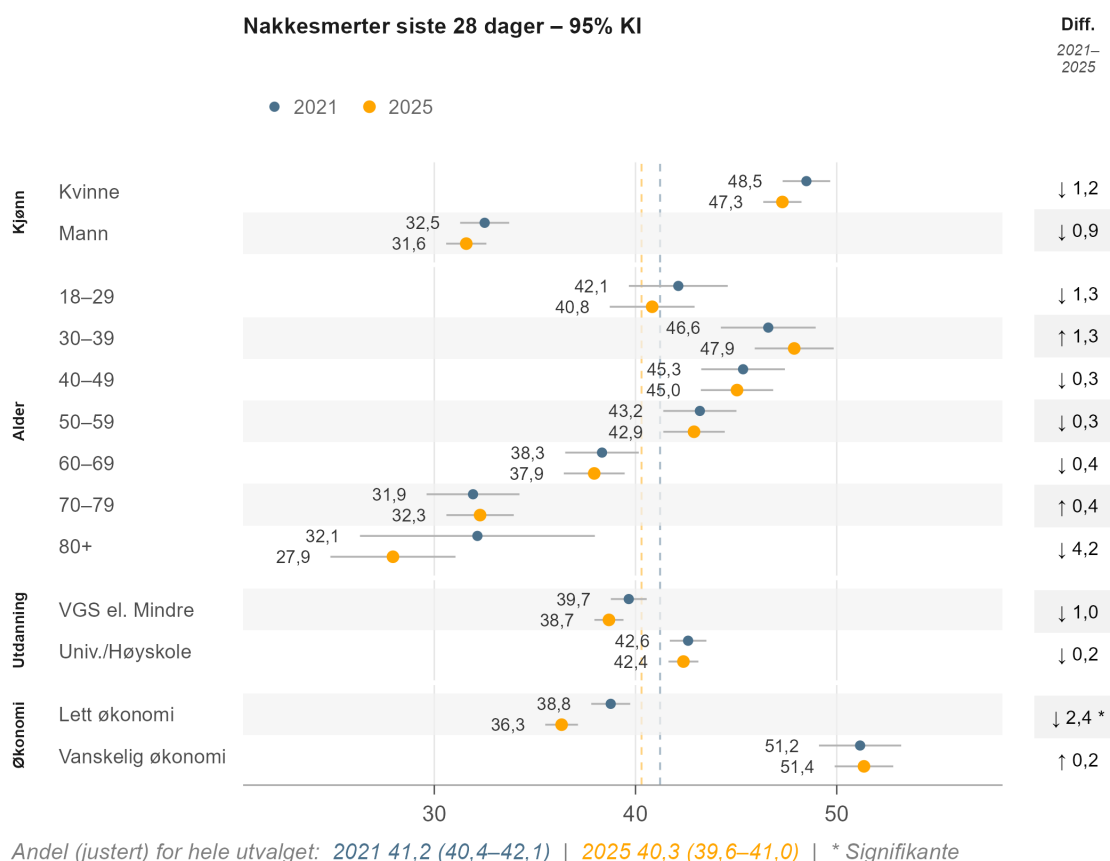
Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 år, der 56,4 prosent rapporterer nakkesmerter, og lavest blant dem på 80 år og eldre, med 28,5 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 27,94 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,57, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i 30–39 år, med 37,0 prosent, og lavest i 80 år og eldre, med 25,3 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og er 11,69 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,25, som tilsier en middels forskjell. På tvers av aldersgruppene ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre fra 18–29 til 70–79 år, og varierer fra 7,70 til 20,51 prosentpoeng. I den eldste aldersgruppen er forskjellen mindre, og her er det ikke en statistisk sikker kjønnforskjell. Samlet sett er forekomsten høyest i yngre og middelaldrende grupper, og lavere i de eldste aldersgruppene, særlig blant kvinner.

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. Blant kvinner varierer andelen fra 38,6 prosent i gruppen som oppgir at økonomien er svært lett, til 64,0 prosent blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 25,40 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er det tydelige forskjeller mellom økonomigruppene: andelen er lavest ved svært lett økonomi med 22,8 prosent, og høyest i gruppen som oppgir vanskelig økonomi med 49,2 prosent. Differansen er 26,46 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,56, som også indikerer en stor forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående mer nakkesmerter enn menn i alle økonomigrupper, og kjønnforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen spenner fra 13,62 prosentpoeng i gruppen med vanskelig økonomi til 18,34 prosentpoeng i gruppen med forholdsvis vanskelig økonomi, noe som viser et stabilt mønster der kvinner ligger høyere enn menn uavhengig av hvordan husholdningsøkonomien vurderes.

Figur 103: Nakkesmerter siste 28 dager (E)



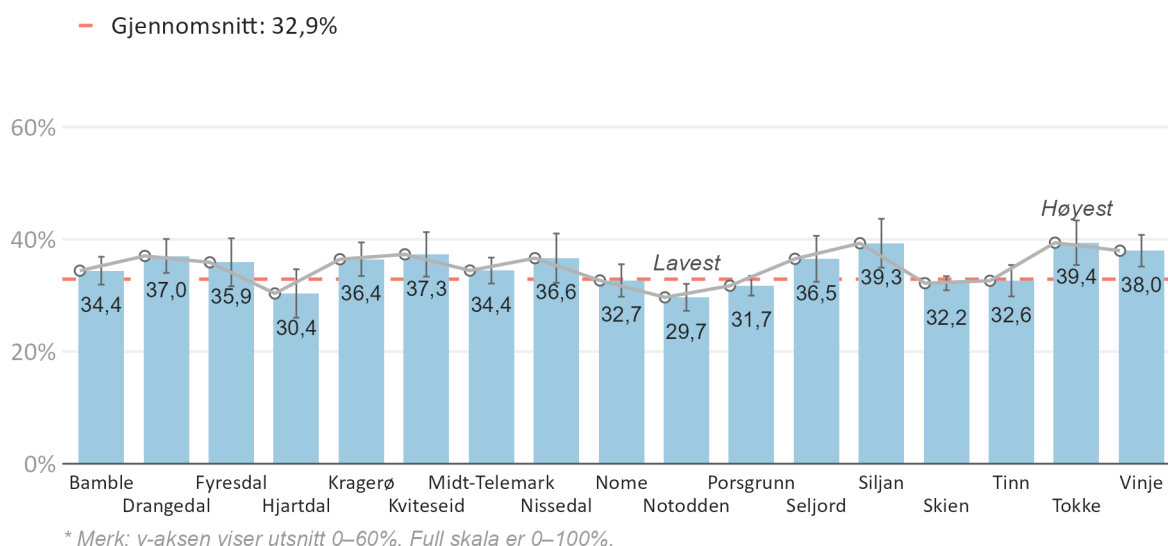
Figur E viser andelen som oppgir nakkesmerter siste 28 dager på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (41,2 prosent i 2021 mot 40,3 prosent i 2025). Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med høyere andel blant kvinner enn blant menn i begge år, og endringene innen hvert kjønn er ikke statistisk sikre. På tvers av aldersgrupper er mønsteret også stabilt, og ingen av aldersgruppene har statistisk sikker endring fra 2021 til 2025. Utdanningsgruppene ligger nær hverandre i begge år, og endringene over tid er ikke statistisk sikre i noen av gruppene. For opplevd økonomi er det fortsatt en tydelig forskjell mellom dem med lett og vanskelig økonomi. Andelen med nakkesmerter går ned blant dem med lett økonomi fra 38,8 til 36,3 prosent, og dette er en statistisk sikker endring. Blant dem med vanskelig økonomi er nivået stabilt (51,2 mot 51,4 prosent), og endringen er ikke statistisk sikker.

3.25 Høy sosial støtte

Svarandel: Totalt 23 017 deltakere av 24 509 (93,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

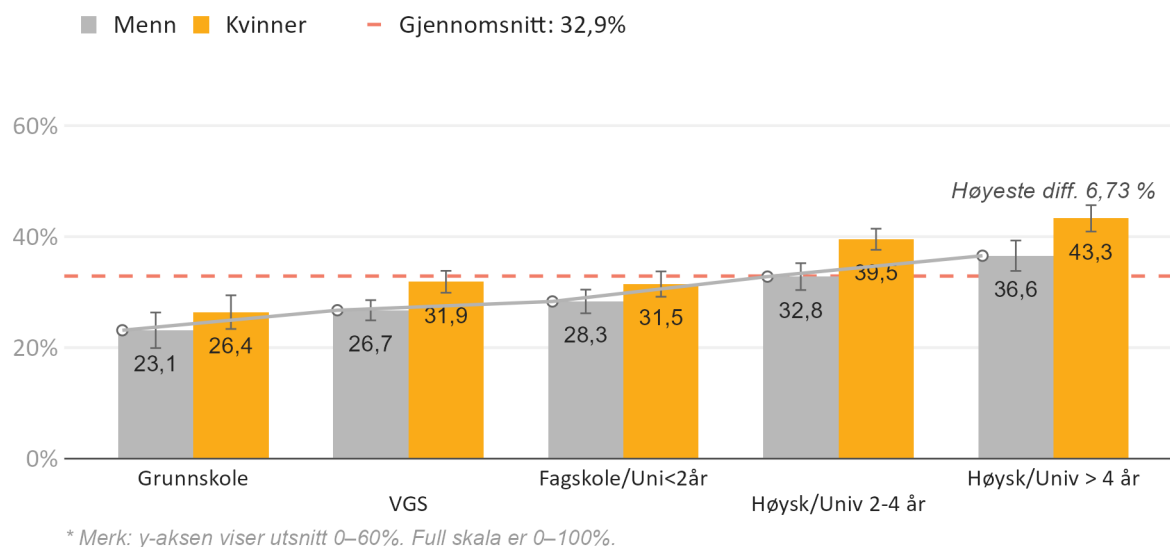
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 017	32,9 %	32,2 – 33,6
Kvinner	12 821	35,7 %	34,7 – 36,6
Menn	10 196	29,5 %	28,5 – 30,5

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



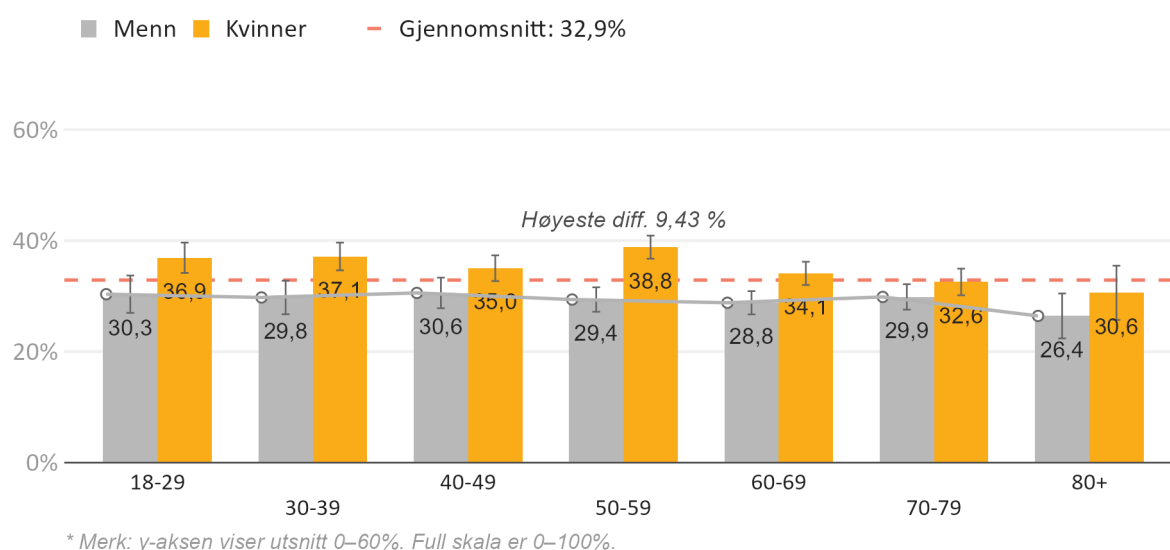
Figur A viser andel som oppgir høy sosial støtte (Telemark Social Support Scale, OSS-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 29,7 prosent i Notodden til 39,4 prosent i Tokke, en forskjell på 9,74 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen mellom ytterpunktene er Cohen's $h = 0,21$, som tilsvarer en liten forskjell. Dette tyder på at nivåene av høy sosial støtte i stor grad ligger relativt nær hverandre, selv om det finnes tydelige ytterpunkter. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Siljan med 39,3 prosent og Vinje med 38,0 prosent. Drangedal og Kviteseid har også høye andeler, med henholdsvis 37,0 prosent og 37,3 prosent. I den nedre delen finner vi, i tillegg til Notodden, Hjartdal med 30,4 prosent og Porsgrunn med 31,7 prosent, mens Skien ligger på 32,2 prosent. Flere kommuner ligger rundt midten, blant annet Bamble og Midt-Telemark med 34,4 prosent og Nome med 32,7 prosent.

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



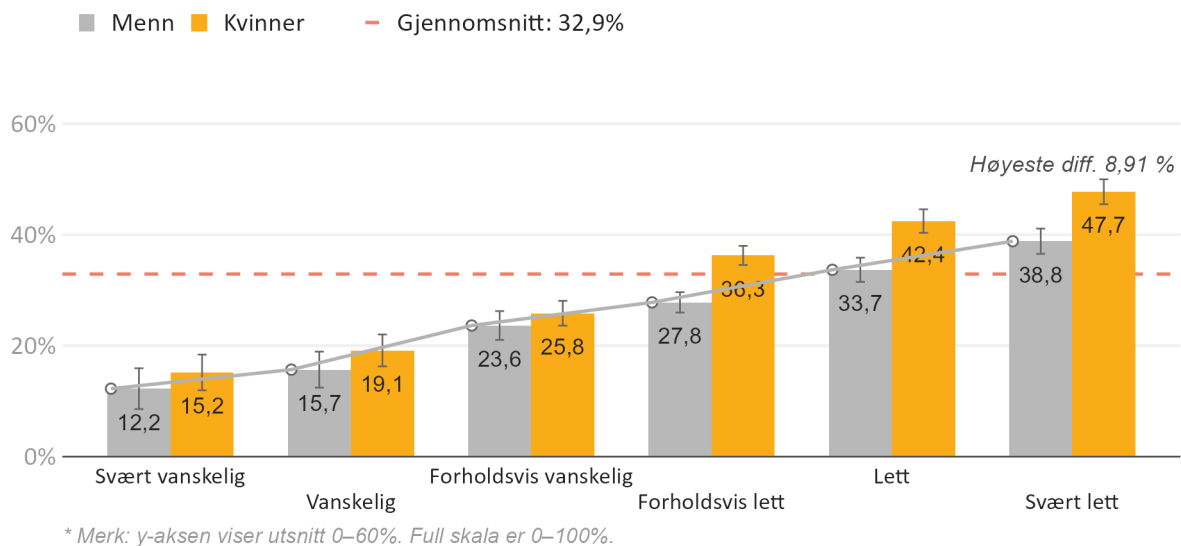
Figur B viser andel som oppgir høy sosial støtte (Telemark Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med høyskole eller universitet i mer enn fire år, der 43,3 prosent oppgir høy sosial støtte, og lavest blant dem med grunnskole, der 26,4 prosent oppgir dette. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe er 16,90 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved høyskole eller universitet i mer enn fire år, med 36,6 prosent, og lavest ved grunnskole, med 23,1 prosent. Her er differansen 13,43 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som også indikerer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, er det ingen statistisk sikker kjønnsforskjell i gruppene med grunnskole, fagskole eller universitet under to år. Derimot er andelen høyere blant kvinner enn menn i gruppene med videregående skole og høyere utdanning, med statistisk sikre forskjeller på 5,13 til 6,73 prosentpoeng.

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

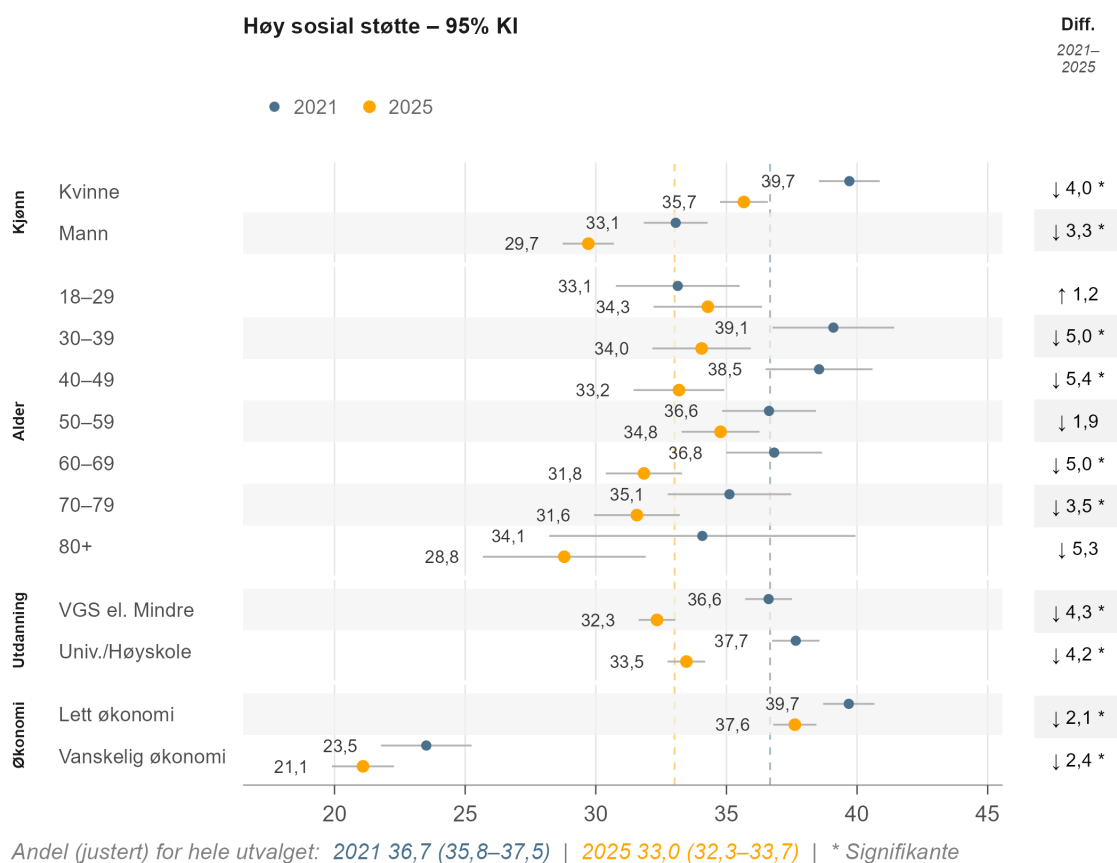


Figur C viser andel som oppgir høy sosial støtte (Telemark Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen med høy sosial støtte mellom 30,6 prosent og 38,8 prosent på tvers av aldersgruppene. Høyest andel finnes i alderen 50-59 år med 38,8 prosent, mens lavest andel er blant kvinner 80 år og eldre med 30,6 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 8,23 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell. Blant menn varierer andelen fra 26,4 prosent til 30,6 prosent. Høyest andel er i alderen 40-49 år med 30,6 prosent, og lavest andel er blant menn 80 år og eldre med 26,4 prosent. Forskjellen mellom høyest og lavest er 4,14 prosentpoeng, og den framstår ikke som statistisk sikker. Cohen's h er 0,09, som indikerer en ubetydelig forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er andelen gjennomgående lavere blant menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i aldersgruppene 18-29, 30-39, 50-59 og 60-69, fra 5,30 til 9,43 prosentpoeng, mens forskjellene i 40-49, 70-79 og 80 år og eldre ikke framstår som statistisk sikre.

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



Figur D viser andel som oppgir høy sosial støtte (Telemark Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen som rapporterer høy sosial støtte når husholdningsøkonomien oppleves som lettere. Blant kvinner er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 47,7 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 15,2 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 32,56 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,73, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 38,8 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 12,2 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og er 26,57 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,63, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel med høy sosial støtte enn menn i alle økonomigrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre når økonomien vurderes som forholdsvis lett, lett og svært lett, der menn ligger henholdsvis 8,46, 8,78 og 8,91 prosentpoeng lavere enn kvinner. I gruppene som vurderer økonomien som svært vanskelig, vanskelig eller forholdsvis vanskelig, framstår kjønnforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

Figur 108: Høy sosial støtte (E)

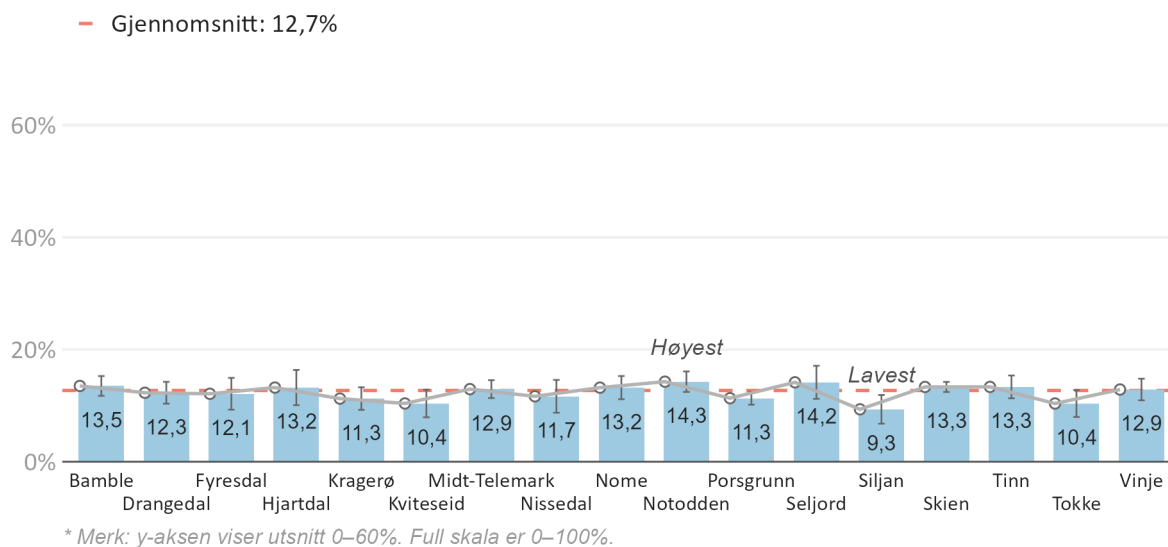
Figur E viser andelen som oppgir høy sosial støtte på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett gikk andelen ned fra 36,7 prosent i 2021 til 33,0 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. For kjønn var det en statistisk sikker nedgang både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være omtrent like stor i 2025 som i 2021. Mellom aldersgruppene var utviklingen mer variert: 30–39 år, 40–49 år, 60–69 år og 70–79 år hadde statistisk sikre nedganger, mens 18–29 år og 50–59 år ikke hadde statistisk sikre endringer. For de eldste (80 år eller eldre) var nivået lavere i 2025 enn i 2021, men endringen var ikke statistisk sikker. Etter utdanning var det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår derfor som relativt stabile over tid. For opplevde økonomiske vansker var det statistisk sikker nedgang både ved lett og ved vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene ser ut til å bestå i 2025. Samlet peker resultatene mot en generell nedgang over tid, samtidig som hovedmønstrerne mellom gruppene i stor grad er de samme i 2025 som i 2021.

3.26 Ensomhet (UCLA-3)

Svarandel: Totalt 22 859 deltakere av 24 509 (93,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

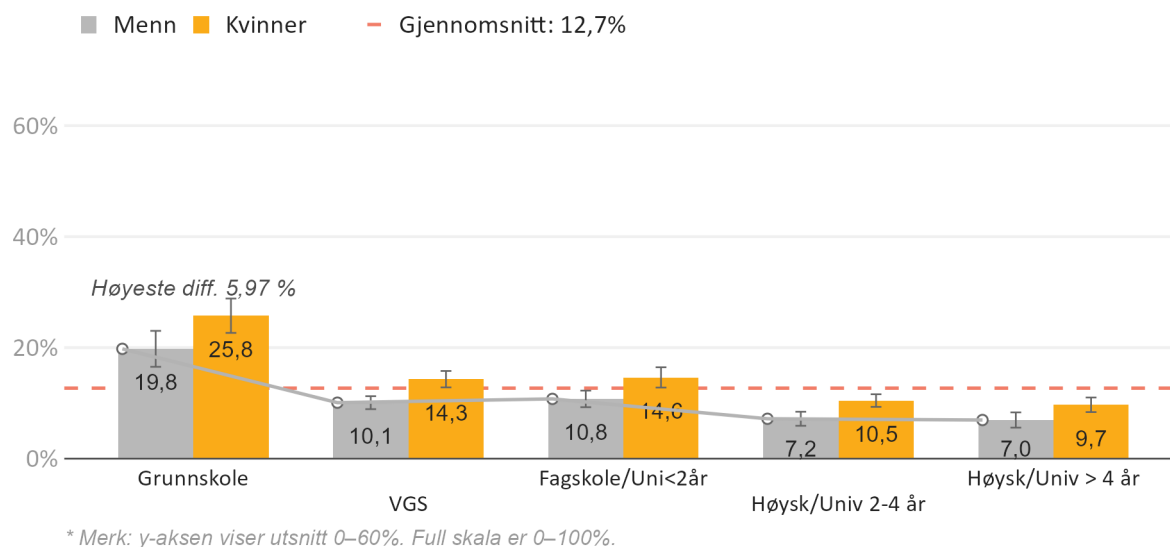
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 859	12,7 %	12,2 – 13,2
Kvinner	12 735	14,2 %	13,5 – 14,9
Menn	10 124	10,8 %	10,2 – 11,5

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



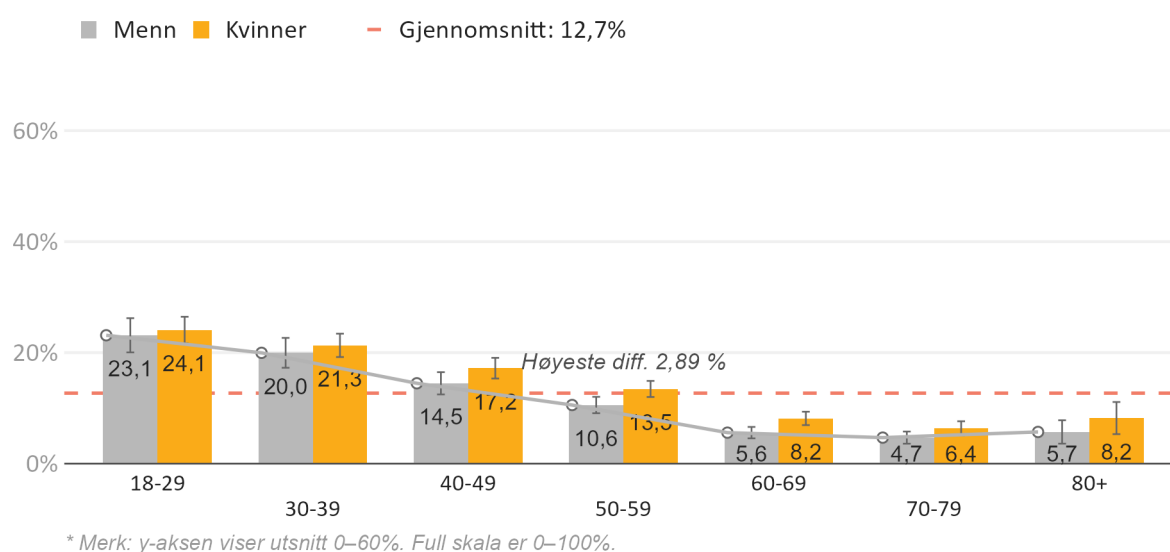
Figur A viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 9,3 prosent i Siljan til 14,3 prosent i Notodden. Differansen mellom ytterpunktene er 4,93 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Samtidig tilsvarer spredningen en Cohen's h på 0,15, som indikerer en liten forskjell mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger tett på nivået rundt 13 prosent. Dette gjelder blant annet Bamble med 13,5 prosent, Skien med 13,3 prosent, Tinn med 13,3 prosent, samt Hjartdal og Nome med 13,2 prosent. Midt-Telemark og Vinje ligger på 12,9 prosent, mens Drangedal og Fyresdal ligger på henholdsvis 12,3 prosent og 12,1 prosent. I den lavere enden finner vi Kviteseid og Tokke med 10,4 prosent, samt Kragerø og Porsgrunn med 11,3 prosent. Seljord skiller seg ut med 14,2 prosent, like under Notodden. Totalt sett viser figuren moderate nivåforskjeller, med noen tydelige ytterpunkter.

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



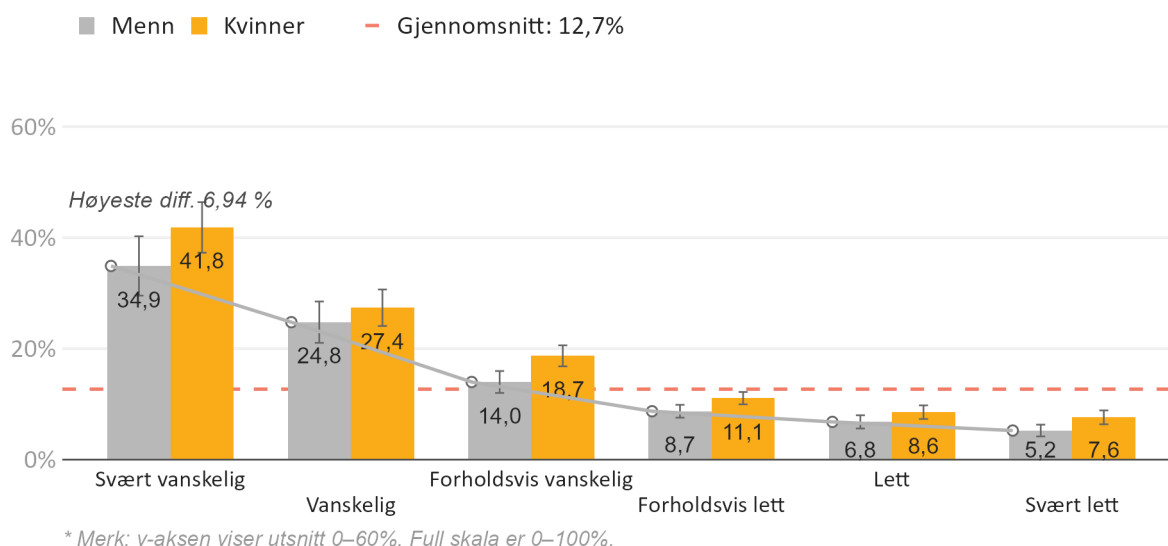
Figur B viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole, der 25,8 prosent rapporterer høy ensomhet, og lavest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 9,7 prosent. Dette gir en forskjell på 16,05 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er mønsteret det samme: høyest andel i gruppen med grunnskole, 19,8 prosent, og lavest i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning, 7,0 prosent. Forskjellen er 12,82 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,39, også en middels forskjell. Samlet peker dette mot lavere andel med høy ensomhet ved høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, ligger menn lavere enn kvinner i alle gruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for videregående skole, fagskole eller universitet under to år, høyskole eller universitet 2–4 år og høyskole eller universitet over fire år, med forskjeller fra 2,74 til 4,23 prosentpoeng, mens forskjellen i grunnskolegruppen på 5,97 prosentpoeng ikke er statistisk sikker.

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



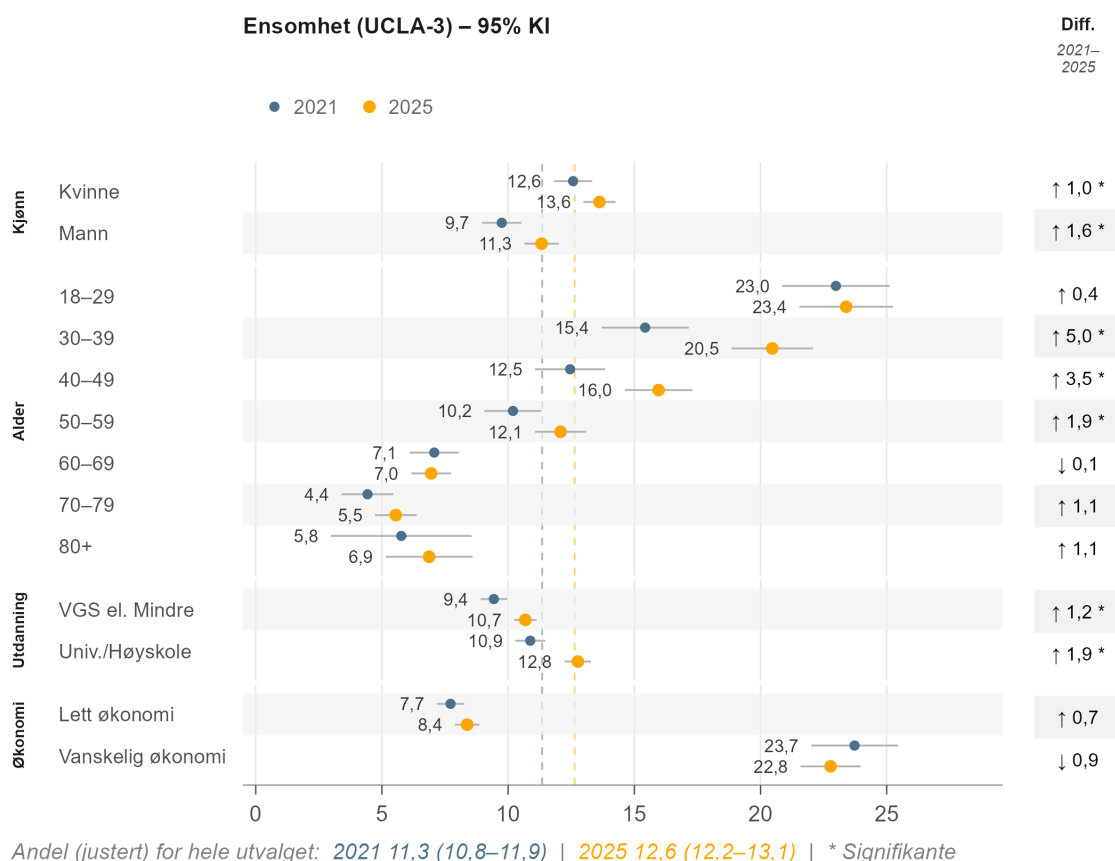
Figur C viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29, der 24,1 prosent rapporterer høy ensomhet, og lavest i 70–79, med 6,4 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 17,68 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som tilsier en stor forskjell. Hos menn er mønsteret tilsvarende: 23,1 prosent i 18–29 og 4,7 prosent i 70–79. Differansen er 18,44 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,57, som også indikerer en stor forskjell. Samlet sett synker andelen med høy ensomhet tydelig med økende alder for begge kjønn, med et lite oppsving igjen i gruppen 80+ sammenlignet med 70–79, der kvinner ligger på 8,2 prosent og menn på 5,7 prosent. Kjønnsforskjellene innen de fleste aldersgruppene er små, men i alderen 60–69 er forskjellen statistisk sikker, der menn ligger 2,57 prosentpoeng lavere enn kvinner.

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 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 andelen 41,8 prosent ved svært vanskelig økonomi og 7,6 prosent ved svært lett økonomi, en statistisk sikker differanse på 34,22 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,85, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen 34,9 prosent ved svært vanskelig økonomi og 5,2 prosent ved svært lett økonomi, med en statistisk sikker differanse på 29,66 prosentpoeng og en Cohen's h på 0,80, også en stor forskjell. I de mellomliggende gruppene ligger andelen høyere når økonomien vurderes som vanskeligere, for eksempel 27,4 prosent blant kvinner og 24,8 prosent blant menn når økonomien oppleves som vanskelig, og 18,7 prosent blant kvinner og 14,0 prosent blant menn når den oppleves som forholdsvis vanskelig. Kjønnsforskjellene går gjennomgående i retning av høyere andel blant kvinner, og er statistisk sikre for forholdsvis vanskelig, forholdsvis lett og svært lett, med forskjeller fra 2,36 til 4,71 prosentpoeng.

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



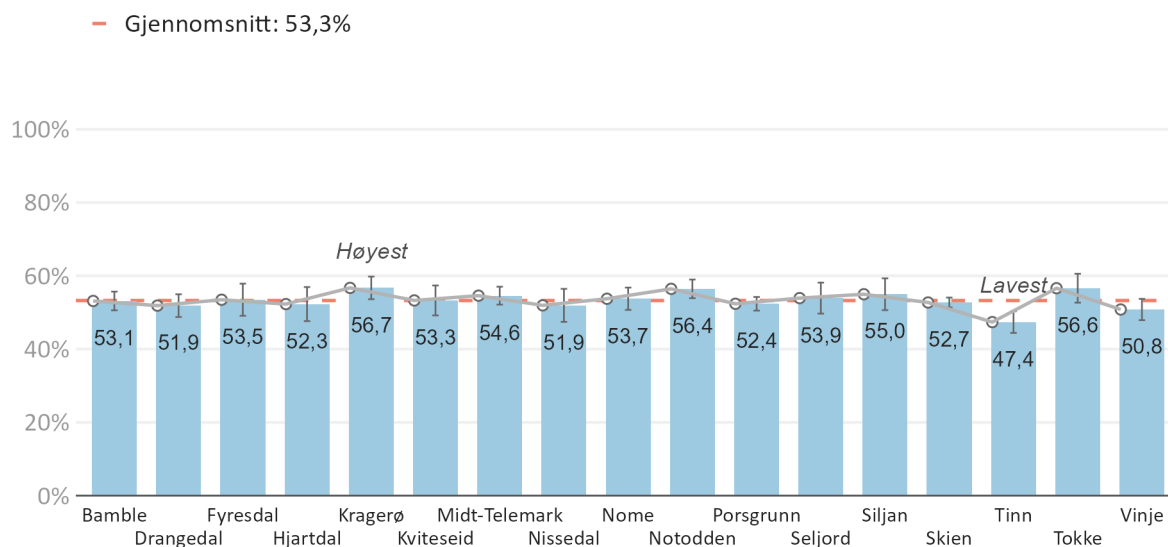
Figur E viser andelen som oppgir ensomhet (UCLA-3) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen med høy ensomhet fra 11,3 prosent i 2021 til 12,6 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker økning både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen framstår i hovedsak som stabil over tid. Etter alder er det særlig i gruppene 30–39 år og 40–49 år at andelen øker statistisk sikkert, mens 18–29 år og de eldste aldersgruppene ikke viser statistisk sikre endringer. 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 en statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten tydelige tegn til at forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg. For opplevde økonomiske vansker er endringene ikke statistisk sikre verken for dem med lett økonomi eller dem med vanskelig økonomi, og gapet mellom disse gruppene framstår dermed som vedvarende stort fra 2021 til 2025. Samlet peker mønsteret mot en moderat, men tydelig økning i befolkningen totalt, samtidig som de største og mest stabile forskjellene fortsatt er knyttet til økonomisk situasjon.

3.27 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Svarandel: Totalt 22 499 deltakere av 24 509 (91,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

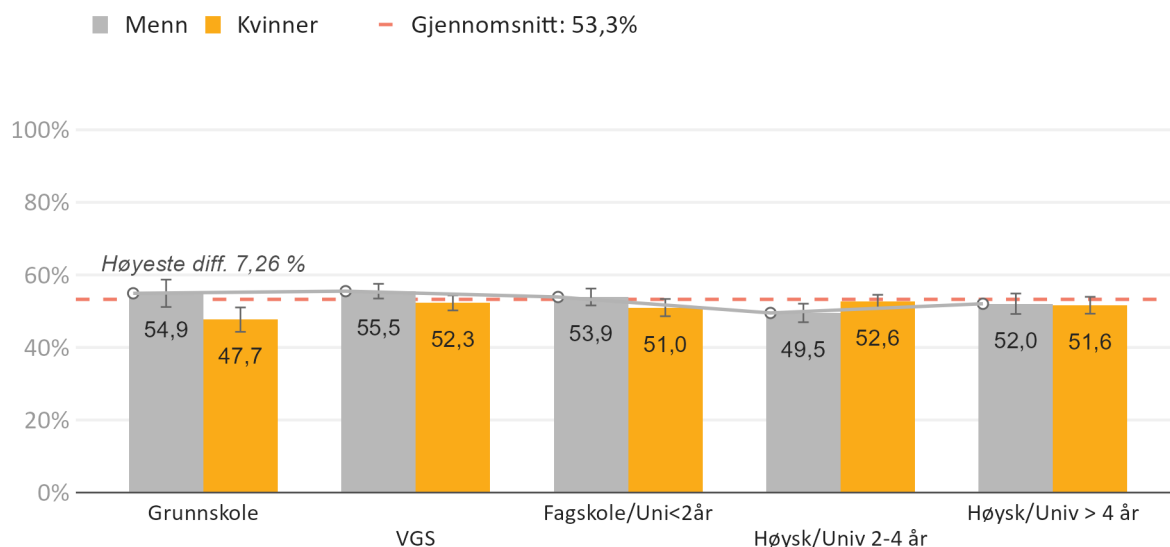
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 499	53,3 %	52,5 – 54,0
Kvinner	12 530	52,6 %	51,6 – 53,6
Menn	9 969	54,1 %	53,0 – 55,2

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



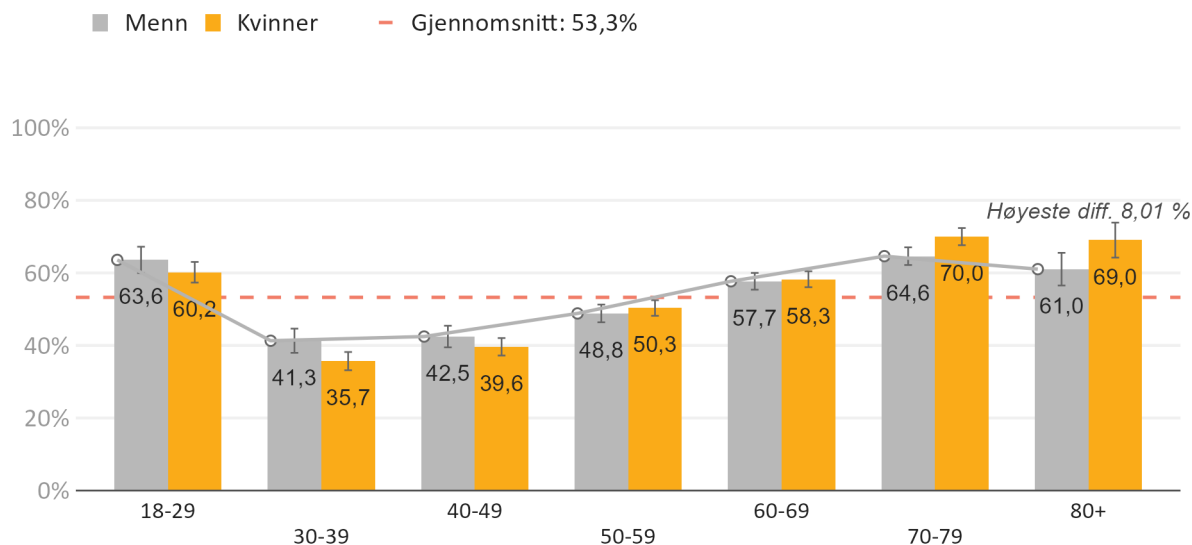
Figur A viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er høyest i Kragerø med 56,7 prosent, mens Tinn har lavest andel med 47,4 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 9,34 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,19$, som tilsier en liten forskjell mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger i et relativt høyt sjikt, blant annet Tokke med 56,6 prosent, Notodden med 56,4 prosent og Siljan med 55,0 prosent. Midt-Telemark ligger også høyt med 54,6 prosent. I den andre enden ligger Vinje på 50,8 prosent, mens Drangedal og Nissedal begge har 51,9 prosent. Blant kommunene midt i fordelingen finner vi for eksempel Nome med 53,7 prosent, Seljord med 53,9 prosent, Fyresdal med 53,5 prosent og Bamble med 53,1 prosent, mens Skien har 52,7 prosent og Porsgrunn 52,4 prosent. Samlet sett varierer andelene moderat, med en tydelig lavere andel i Tinn enn i kommunen med høyest nivå.

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



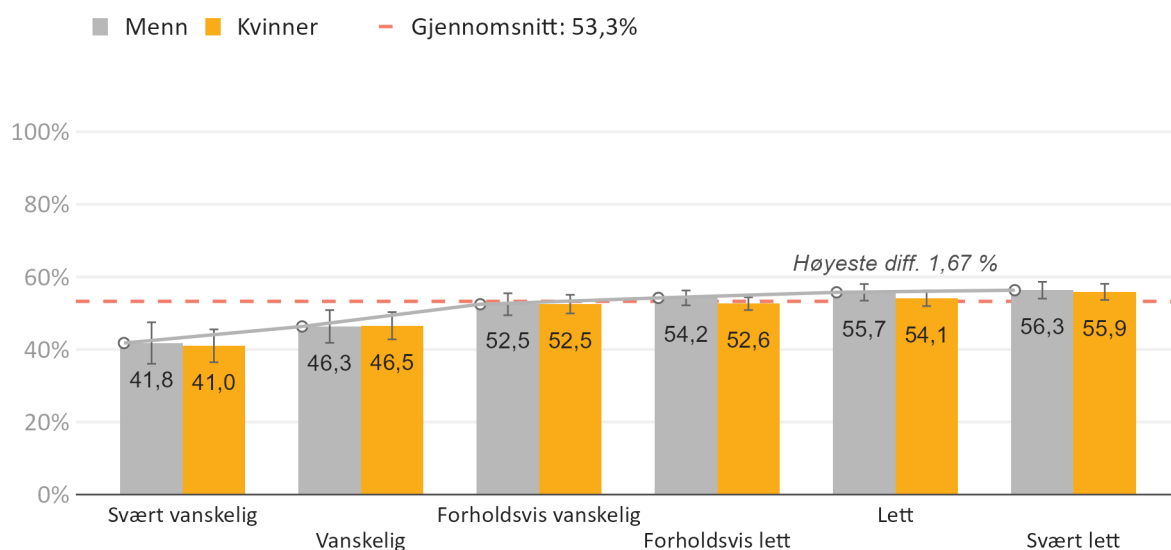
Figur B viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen relativt samlet på tvers av utdanning, fra 47,7 prosent blant dem med grunnskole til 52,6 prosent blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år. Dette tilsvarer en differanse på 4,98 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som indikerer en liten forskjell. For de øvrige utdanningsgruppene ligger kvinner på 51,0 prosent for fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, 52,3 prosent for videregående og 51,6 prosent for høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, noe som understreker at variasjonen er begrenset. Blant menn er andelen høyest i gruppen med videregående, med 55,5 prosent, og lavest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år, med 49,5 prosent. Differansen er 6,01 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker, men Cohen's h på 0,12 tilsier fortsatt en liten forskjell i praksis. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er den tydeligste kjønnsforskjellen blant dem med grunnskole, der menn ligger 7,26 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de andre utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

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



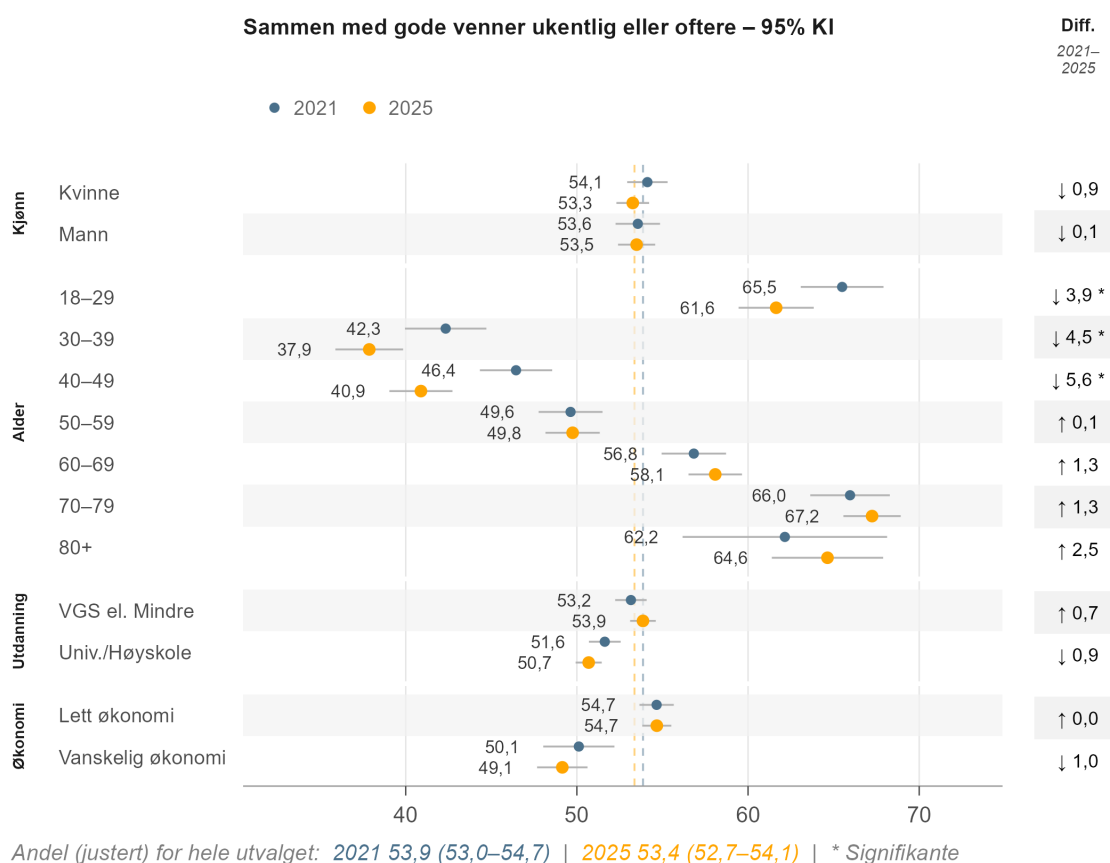
Figur C viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79 år, der 70,0 prosent oppgir ukentlig eller hyppigere kontakt med venner, mens den er lavest i 30–39 år med 35,7 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 34,32 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,70, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er andelen også høyest i 70–79 år med 64,6 prosent, og lavest i 30–39 år med 41,3 prosent. Her er forskjellen 23,31 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,47 tilsvarer en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper følger andelen et lignende mønster for kvinner og menn, med lavere nivå i 30–49-årsalderen og høyere nivå fra 60 år og oppover. Kjønnforskjellene er gjennomgående små og ikke statistisk sikre i de fleste aldersgrupper, men i 70–79 år er andelen høyere blant kvinner enn menn med 5,39 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker.

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. 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 andelen 55,9 prosent i gruppen som vurderer økonomien som svært lett, mens den er 41,0 prosent i gruppen som vurderer den som svært vanskelig. Dette utgjør en forskjell på 14,87 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen 56,3 prosent ved svært lett og 41,8 prosent ved svært vanskelig, en forskjell på 14,56 prosentpoeng. Også her er effektstørrelsen middels, med Cohen's h på 0,29. Kjønnsskjellene 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 sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, uten statistisk sikker endring (53,9 prosent i 2021 og 53,4 prosent i 2025). For kjønn er det heller ingen statistisk sikker endring i noen av gruppene, og forskjellen mellom kvinner og menn fremstår i praksis uendret. Derimot endrer aldersmønsteret seg noe, ved at de yngste aldersgruppene får en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, mens endringene fra 50 år og oppover ikke er statistisk sikre. Nedgangen er tydeligst blant 40–49 år (fra 46,4 til 40,9 prosent) og 30–39 år (fra 42,3 til 37,9 prosent). For utdanning er endringene små og ikke statistisk sikre i begge utdanningsgrupper, og avstanden mellom gruppene er

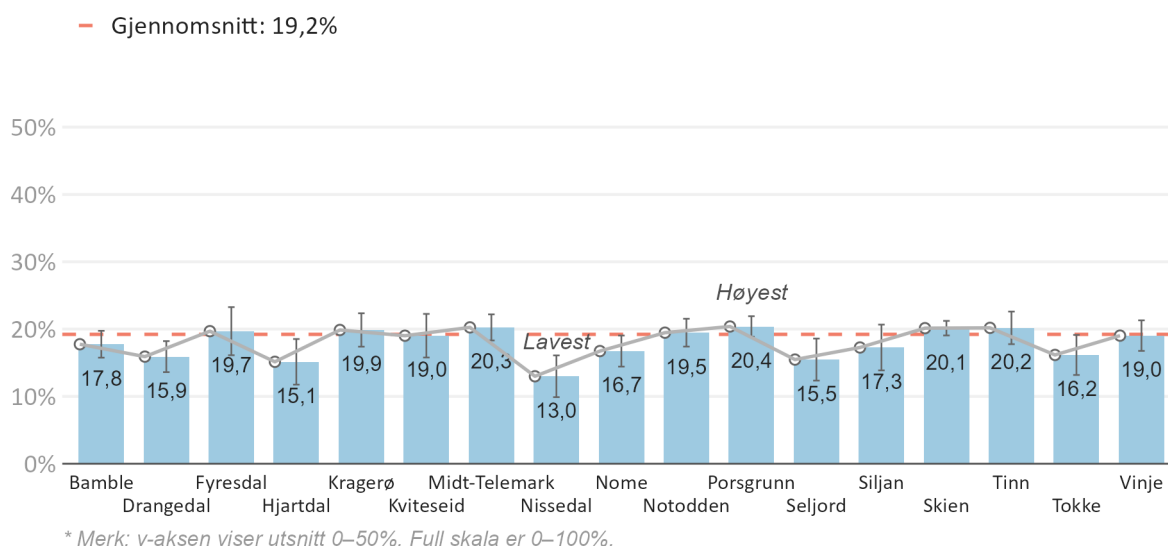
omtrent den samme i 2021 og 2025. Også etter opplevde økonomiske vansker er endringene ikke statistisk sikre, og forskjellen mellom lett og vanskelig økonomi ser ut til å være stabil over tid. Samlet peker dette mot et stabilt totalnivå, men med en tydeligere nedgang blant yngre voksne enn blant eldre.

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

Svarandel: Totalt 22 950 deltakere av 24 509 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

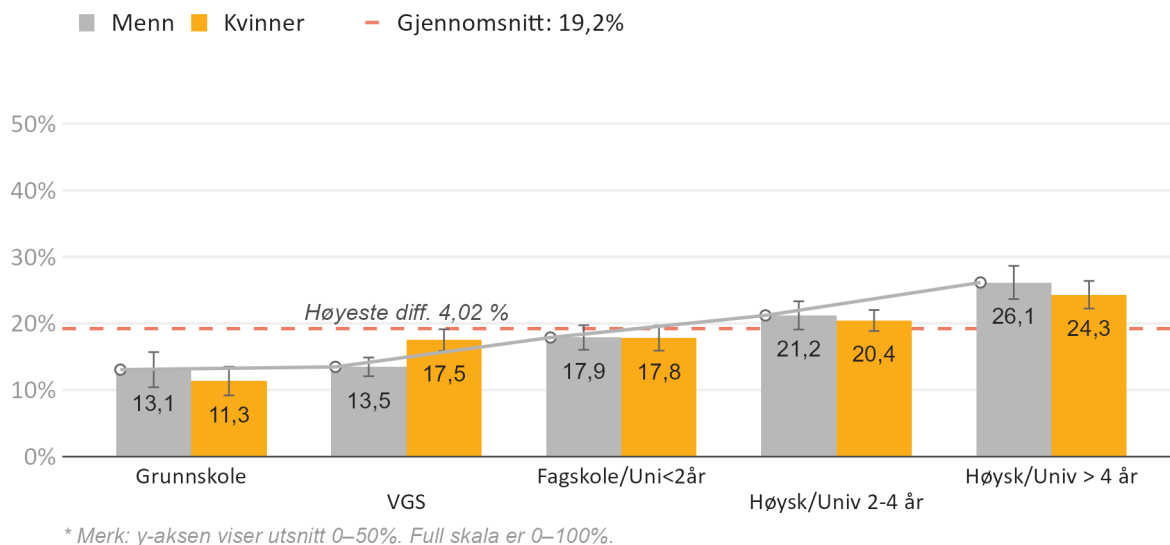
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 950	19,2 %	18,6 – 19,8
Kvinner	12 790	19,5 %	18,7 – 20,2
Menn	10 160	18,9 %	18,1 – 19,8

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



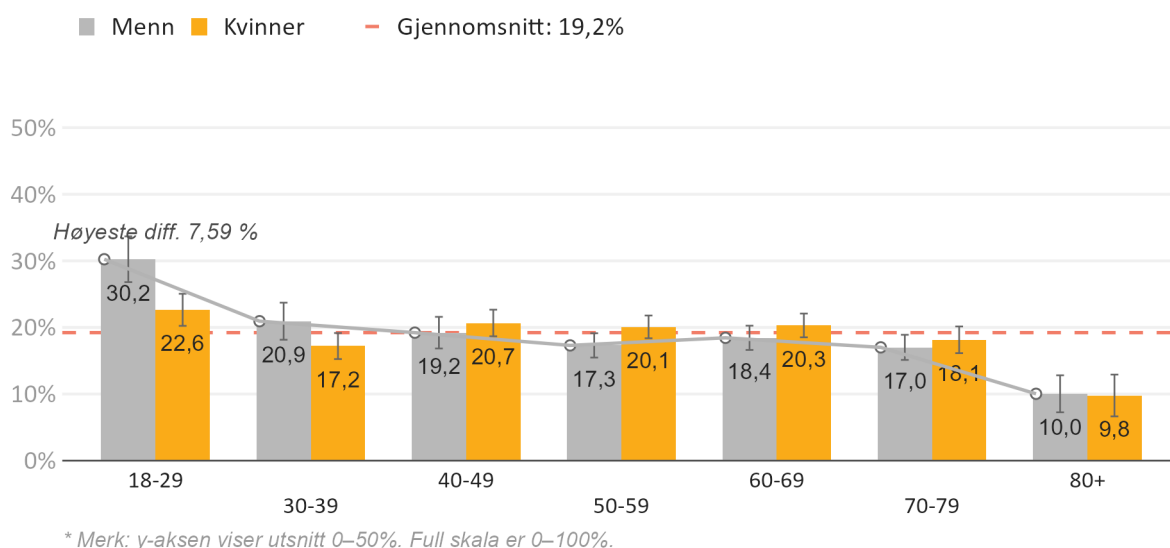
Figur A viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 13,0 prosent i Nissedal til 20,4 prosent i Porsgrunn. Dette gir en differanse på 7,39 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,20$, som tilsvarer en liten forskjell i andel mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger rundt 20,0 prosent, blant annet Midt-Telemark med 20,3 prosent, Tinn med 20,2 prosent og Skien med 20,1 prosent. Også Kragerø har en høy andel med 19,9 prosent, og Fyresdal og Notodden ligger på henholdsvis 19,7 prosent og 19,5 prosent. I den lavere enden finner vi Hjartdal med 15,1 prosent, Seljord med 15,5 prosent og Drangedal med 15,9 prosent. Bamble og Siljan ligger midt i fordelingen med 17,8 prosent og 17,3 prosent, mens Nome og Tokke har 16,7 prosent og 16,2 prosent.

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



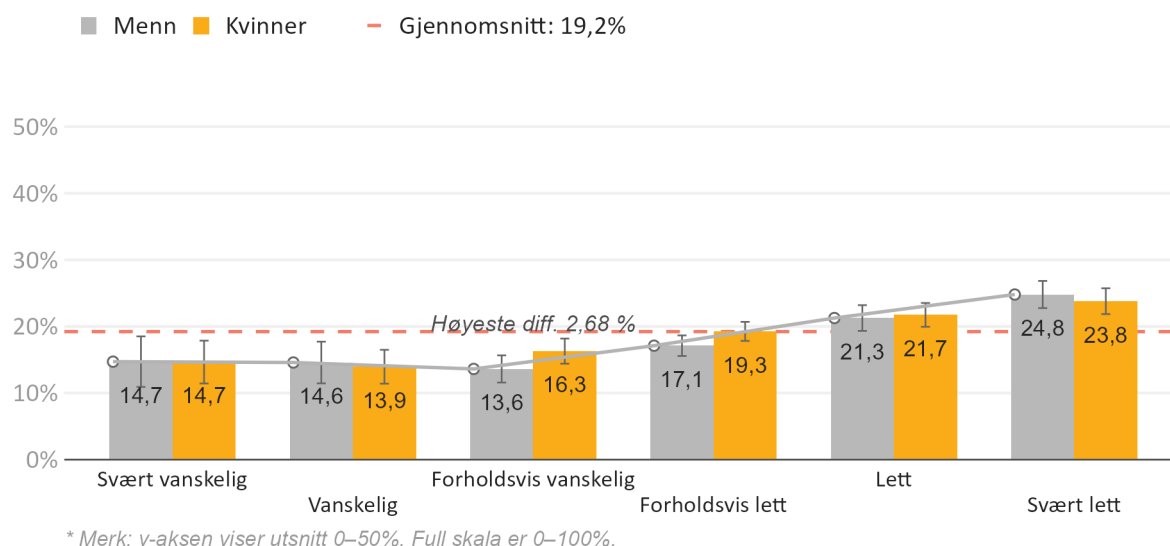
Figur B viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, der 11,3 prosent oppfyller kriteriet, og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, der andelen er 24,3 prosent. Forskjellen mellom laveste og høyeste utdanningsnivå er 12,97 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest ved grunnskole, med 13,1 prosent, og høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 26,1 prosent. Her er forskjellen 13,09 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som også tilsvarer en middels forskjell. Dette peker mot et tydelig mønster der andelen som er fysisk aktive øker med høyere utdanning for begge kjønn, med særlig lave nivåer i gruppen med grunnskole. Kjønnforskjellene innen de fleste utdanningsgrupper er små og ikke statistisk sikre, men ved videregående skole er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med en statistisk sikker forskjell på 4,02 prosentpoeng.

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



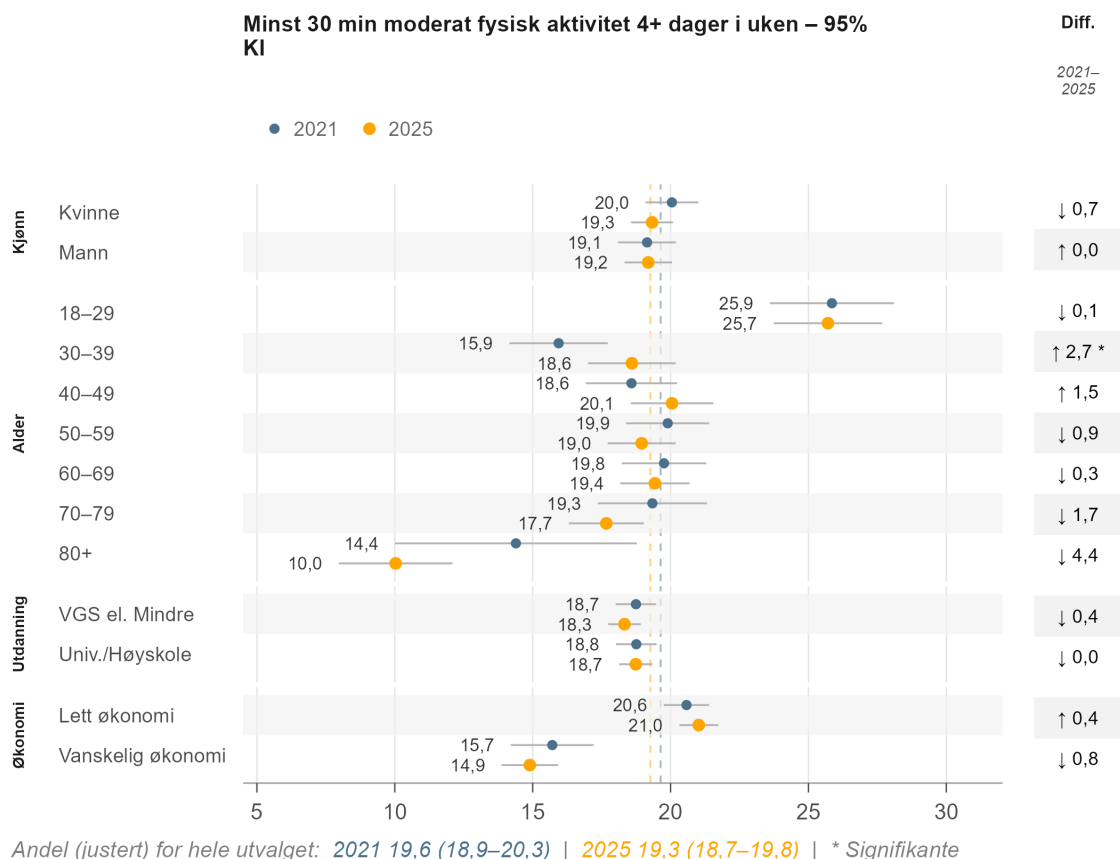
Figur C viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, der 22,6 prosent oppfyller kriteriet, og lavest blant 80 år og eldre med 9,8 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 12,86 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. I de øvrige aldersgruppene ligger andelen for kvinner relativt samlet, med verdier mellom 17,2 prosent og 20,7 prosent fra 30–39 til 70–79 år. Også blant menn er andelen høyest i 18–29 år med 30,2 prosent, mens den er lavest i 80 år og eldre med 10,0 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er statistisk sikker og større enn for kvinner, med 20,20 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,52 indikerer en stor forskjell. For menn ligger andelen ellers mellom 17,0 prosent og 20,9 prosent i aldersgruppene 30–39 til 70–79 år. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er det bare i 18–29 år at menn ligger statistisk sikkert høyere enn kvinner, med 7,59 prosentpoeng. I de andre aldersgruppene framstår 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, med 23,8 prosent, og lavest når den oppleves som vanskelig, med 13,9 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 9,85 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 24,8 prosent, mens laveste andel finnes blant dem som oppgir forholdsvis vanskelig økonomi, med 13,6 prosent. Her er forskjellen mellom høyest og lavest 11,18 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,29, også dette en middels forskjell. På tvers av økonomigrupper ligger nivåene ellers i samme størrelsesorden for kvinner og menn, og kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre.

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



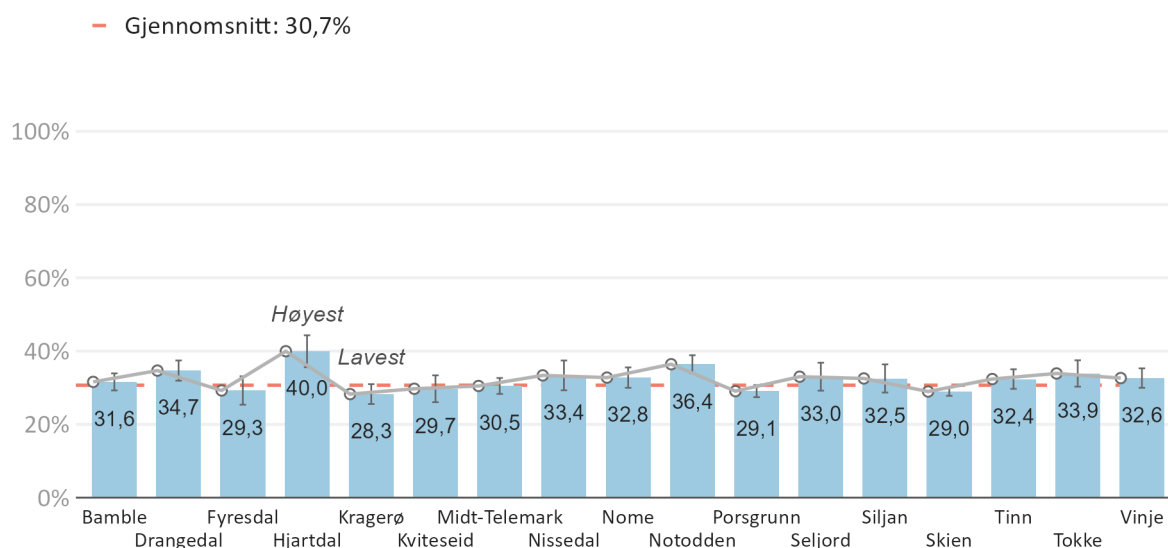
Figur E viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (19,6 prosent i 2021 mot 19,3 prosent i 2025). Forskjellen mellom kvinner og menn er liten i begge år, og det er ingen statistisk sikker endring innen noen av kjønnene. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt over tid, men aldersgruppen 30–39 år skiller seg ut med en statistisk sikker økning fra 15,9 prosent til 18,6 prosent. For de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre, selv om andelen ser ut til å gå noe ned blant de eldste (for eksempel 80 år eller eldre). Etter utdanning er nivåene svært like i 2021 og 2025, og det er ikke statistisk sikre endringer i noen av utdanningsgruppene. Personer som oppgir lett økonomi ligger høyere enn dem som oppgir vanskelig økonomi i begge år, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre i noen av disse gruppene. Samlet tyder dette på stabile forskjeller mellom gruppene, med unntak av en tydelig økning i aldersgruppen 30–39 år.

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

Svarandel: Totalt 22 934 deltakere av 24 509 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

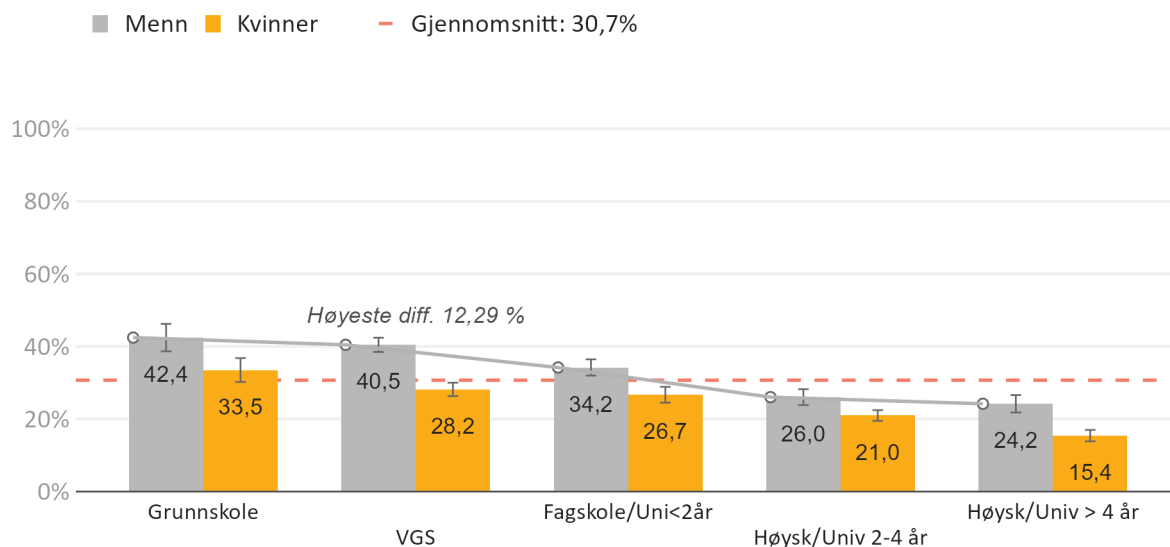
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 934	30,7 %	30,0 – 31,4
Kvinner	12 770	26,5 %	25,7 – 27,4
Menn	10 164	35,9 %	34,8 – 36,9

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



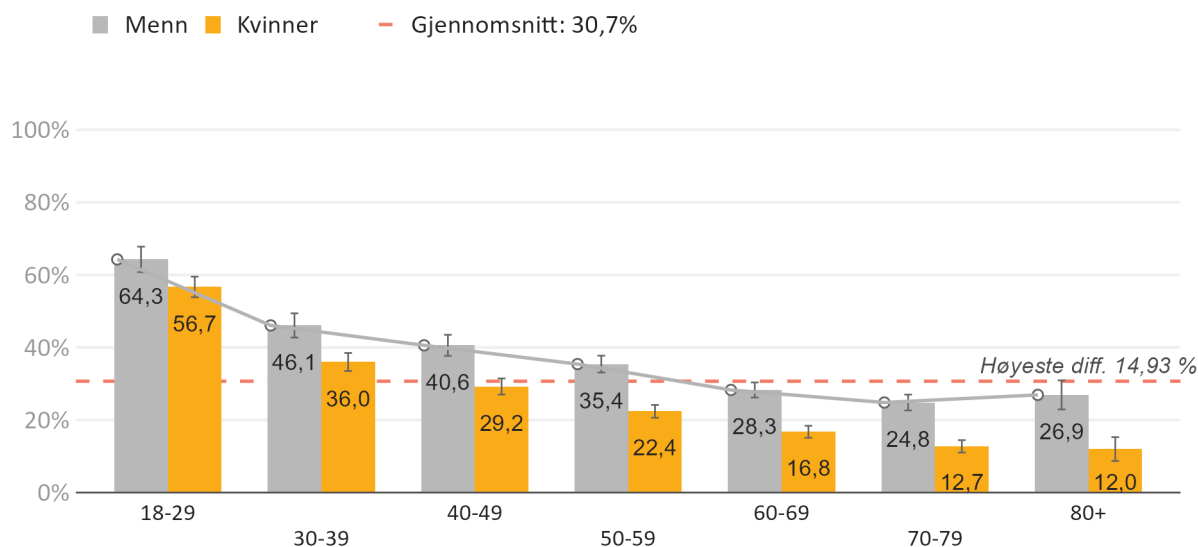
Figur A viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, fra 28,3 prosent i Kragerø til 40,0 prosent i Hjartdal. Differansen mellom ytterpunktene er 11,71 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen (Cohen's $h = 0,25$) tilsier en middels forskjell, som betyr at variasjonen mellom kommunene er merkbart, men ikke svært stor. Flere kommuner ligger samlet rundt tre av ti som rapporterer et slikt inntak. Dette gjelder blant annet Skien med 29,0 prosent, Porsgrunn med 29,1 prosent, Fyresdal med 29,3 prosent, Kviteseid med 29,7 prosent og Midt-Telemark med 30,5 prosent. I den øvre delen av fordelingen finner vi Notodden med 36,4 prosent og Drangedal med 34,7 prosent, mens Tokke ligger på 33,9 prosent og Nissedal på 33,4 prosent. Bamble har 31,6 prosent, og flere kommuner ligger tett rundt 32–33 prosent, som Siljan med 32,5 prosent, Vinje med 32,6 prosent og Nome med 32,8 prosent.

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



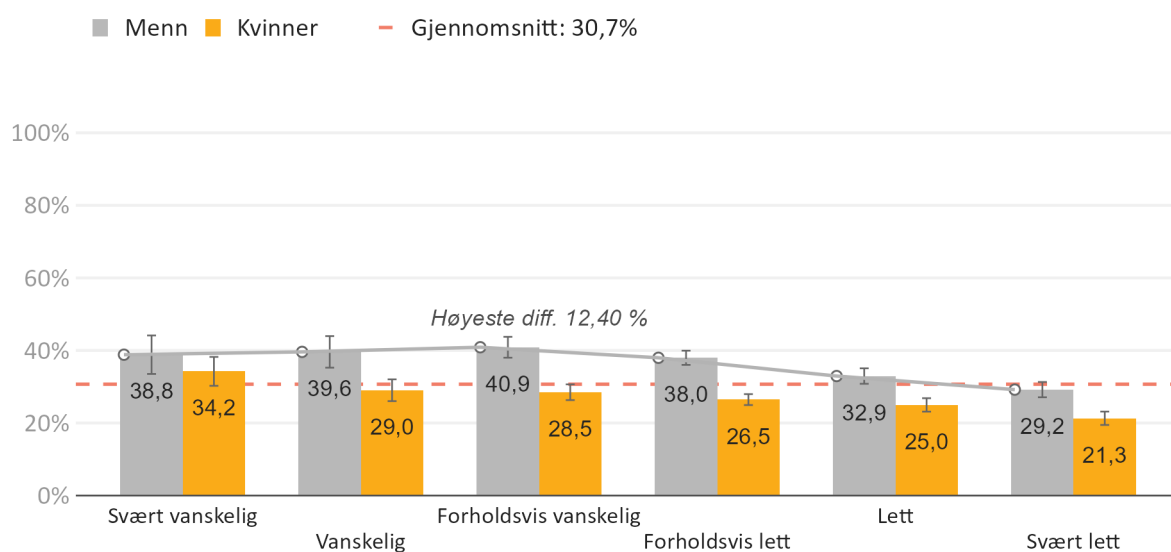
Figur B viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 33,5 prosent rapporterer et slikt inntak, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 15,4 prosent. Dette gir en forskjell på 18,09 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,43, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole, med 42,4 prosent, og lavest ved høyskole eller universitet over 4 år, med 24,2 prosent. Differansen er 18,25 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,39, som også indikerer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner i alle gruppene, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er 12,29 prosentpoeng i videregående skole, 7,52 prosentpoeng i fagskole eller universitet under 2 år, 8,95 prosentpoeng i grunnskole, 5,06 prosentpoeng i høyskole eller universitet 2-4 år og 8,79 prosentpoeng i høyskole eller universitet over 4 år. Samlet peker tallene mot lavere andeler med hyppig inntak ved høyere utdanning for begge kjønn.

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



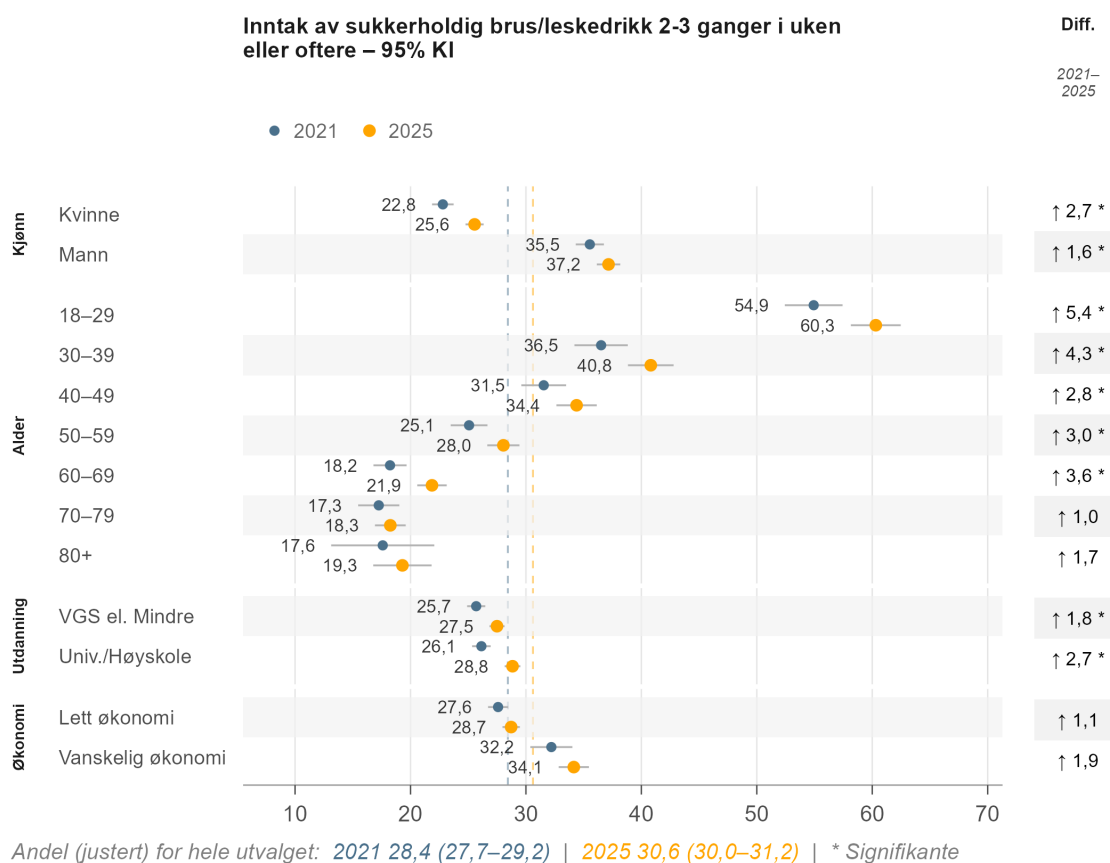
Figur C viser andelen som drikker sukkerholdig brus minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest blant de yngste og lavere i eldre aldersgrupper for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, der 56,7 prosent oppgir et slikt inntak, og lavest i 80 år og eldre, med 12,0 prosent. Dette gir en statistisk sikker differanse på 44,69 prosentpoeng, og Cohen's h er 1,00, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen også høyest i 18-29 år, med 64,3 prosent, mens den er lavest i 70-79 år, med 24,8 prosent. Differansen er 39,45 prosentpoeng og statistisk sikker, og Cohen's h er 0,82, som også tilsvarer en stor forskjell. Menn ligger gjennomgående høyere enn kvinner i alle aldersgruppene, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 7,59 prosentpoeng i 18-29 år til 14,93 prosentpoeng i 80 år og eldre.

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 kvinner varierer andelen fra 21,3 prosent i gruppen som oppgir svært lett husholdningsøkonomi til 34,2 prosent blant dem som oppgir svært vanskelig husholdningsøkonomi. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 12,93 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,29, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen lavest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 29,2 prosent, og høyest ved forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi, med 40,9 prosent. Differansen er 11,68 prosentpoeng og er statistisk sikker, med Cohen's h på 0,25, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av alle økonomigrupper rapporterer menn høyere andel enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i gruppene vanskelig, forholdsvis vanskelig, lett og svært lett. Den største forskjellen mellom menn og kvinner ses ved forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi, der menn ligger 12,40 prosentpoeng høyere. Ved svært vanskelig husholdningsøkonomi er kjønnsforskjellen mindre, 4,59 prosentpoeng, og framstår ikke som statistisk sikker.

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 øker andelen fra 28,4 prosent i 2021 til 30,6 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. Økningen ses også i begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak stabil over tid. Etter alder er mønsteret det samme i 2021 og 2025, med høyest andel blant de yngste og lavere andeler i de eldste gruppene. Samtidig er det statistisk sikker økning i alle aldersgrupper fra 18–29 til 60–69

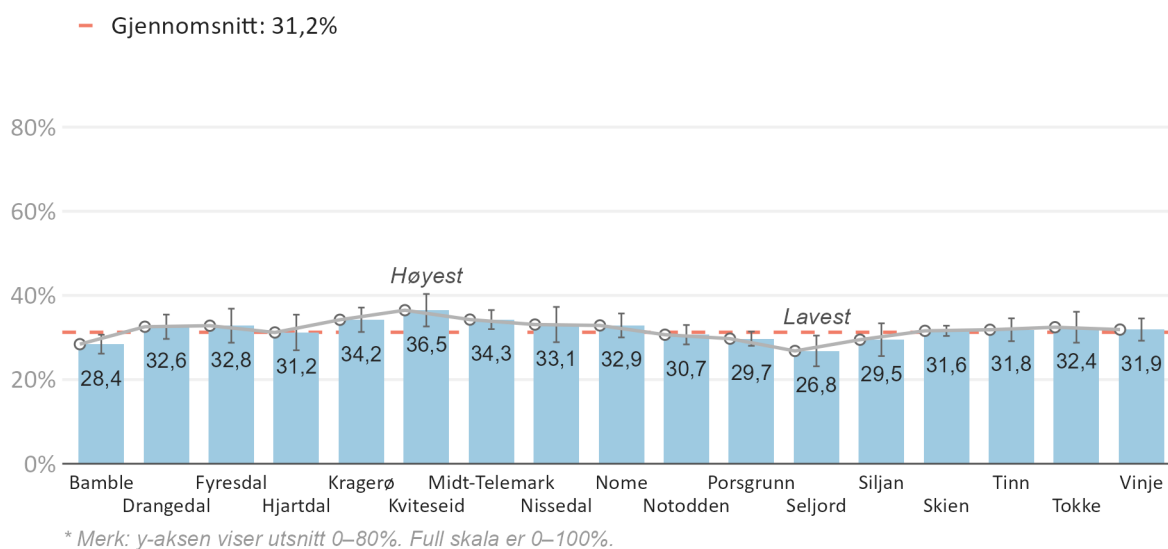
år, mens endringene for 70–79 år og 80 år eller eldre ikke er statistisk sikre. Begge utdanningsgrupper har en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er endringene fra 2021 til 2025 ikke statistisk sikre, verken ved lett økonomi eller vanskelig økonomi, og nivåforskjellen mellom disse gruppene fremstår derfor som relativt uendret. Samlet peker resultatene mot en moderat oppgang i hyppig inntak i befolkningen, uten tydelige skifter i hvordan mønstrene fordeler seg mellom gruppene.

3.30 Daglig inntak av frukt eller bær

Svarandel: Totalt 22 955 deltakere av 24 509 (93,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

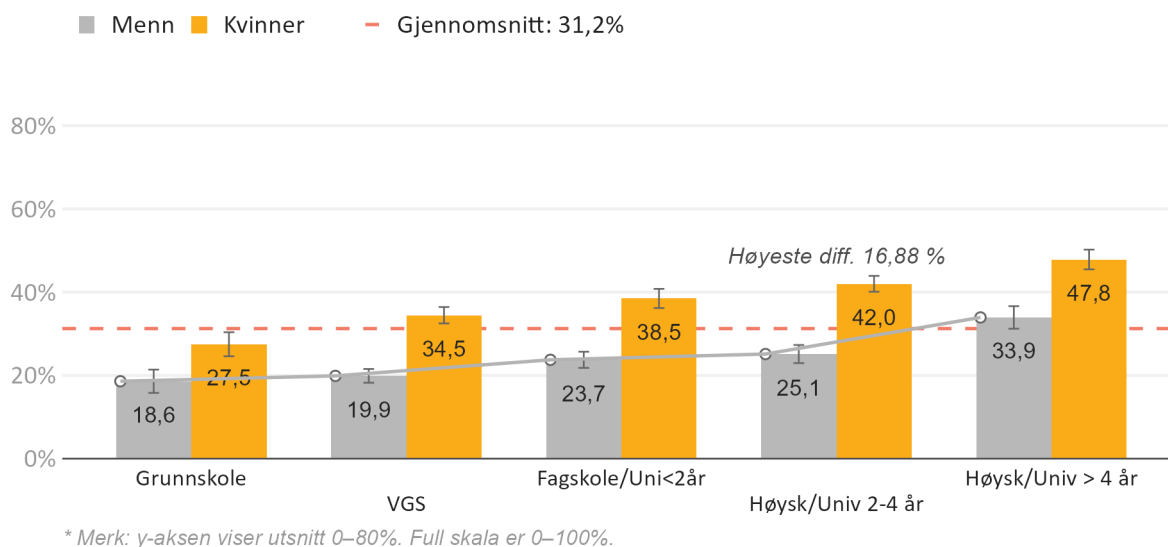
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 955	31,2 %	30,6 – 31,9
Kvinner	12 792	37,8 %	36,9 – 38,8
Menn	10 163	23,1 %	22,2 – 24,0

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



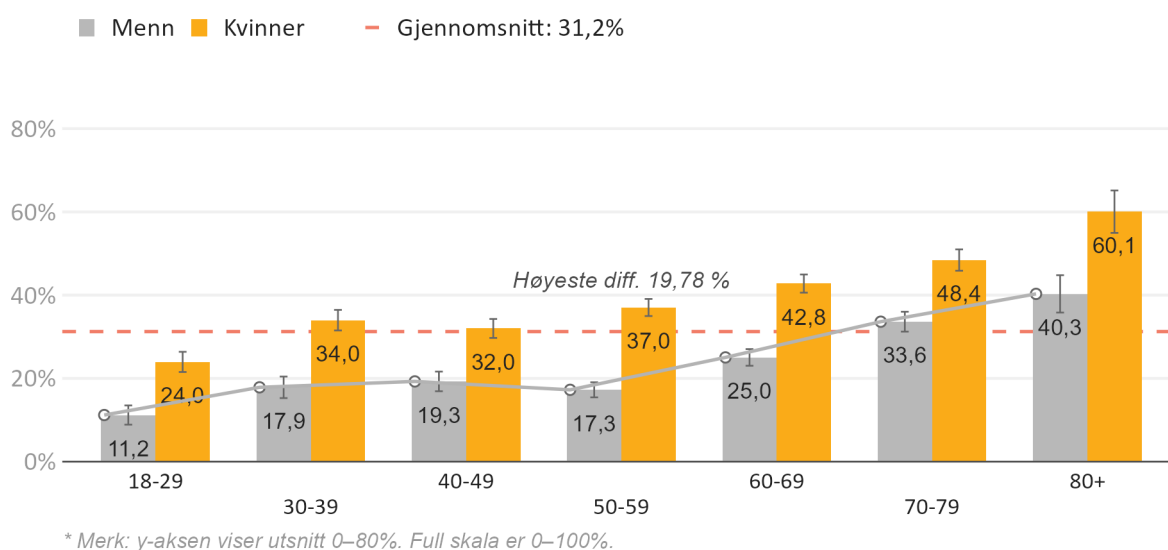
Figur A viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 26,8 prosent i Seljord til 36,5 prosent i Kviteseid, en forskjell på 9,68 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. Effektstørrelsen (Cohen's $h = 0,21$) tilsier en liten forskjell, som betyr at variasjonen mellom kommunene er tydelig, men ikke stor. Flere kommuner ligger i det øvre sjiktet, blant annet Midt-Telemark med 34,3 prosent og Kragerø med 34,2 prosent, mens Nissedal, Nome og Fyresdal også ligger relativt høyt med henholdsvis 33,1 prosent, 32,9 prosent og 32,8 prosent. I den andre enden av skalaen finner vi, i tillegg til Seljord, Bamble med 28,4 prosent, Siljan med 29,5 prosent og Porsgrunn med 29,7 prosent. Skien ligger på 31,6 prosent, mens Tinn, Vinje og Tokke ligger tett rundt 31,8 prosent til 32,4 prosent. Samlet sett viser figuren moderate kommuneforskjeller i daglig inntak av frukt eller bær.

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



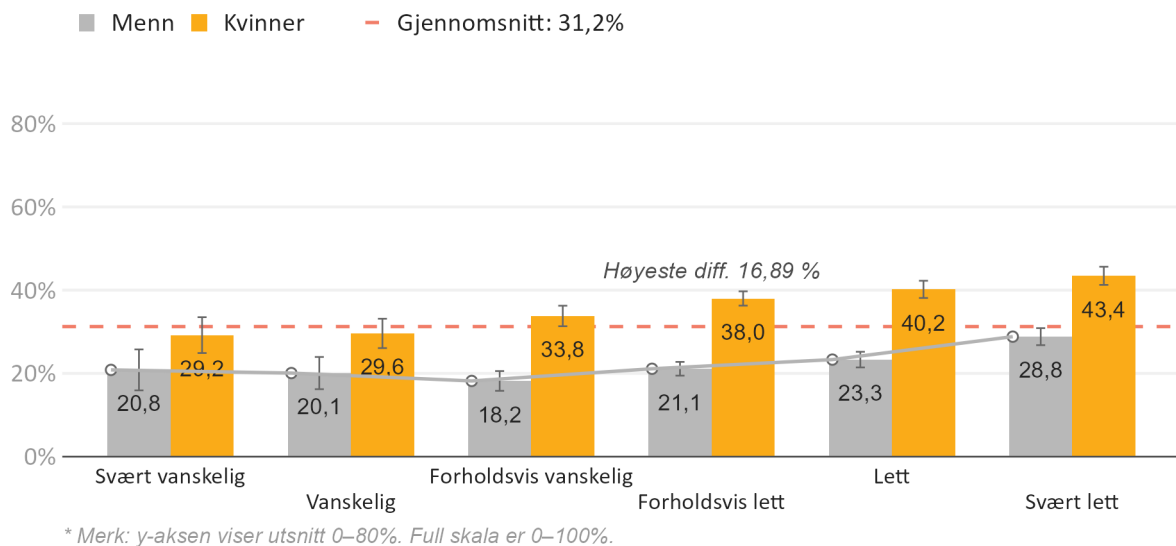
Figur B viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, der 47,8 prosent oppgir daglig inntak, og lavest blant dem med grunnskole, der andelen er 27,5 prosent. Dette gir en forskjell på 20,36 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,42, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 33,9 prosent, og lavest ved grunnskole, med 18,6 prosent. Forskjellen er 15,33 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,35, som også tilsier en middels forskjell. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn på alle utdanningsnivåer, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst ved høyskole eller universitetsutdanning 2–4 år, der menn ligger 16,88 prosentpoeng lavere enn kvinner, og minst ved grunnskole, der menn ligger 8,89 prosentpoeng lavere. 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)

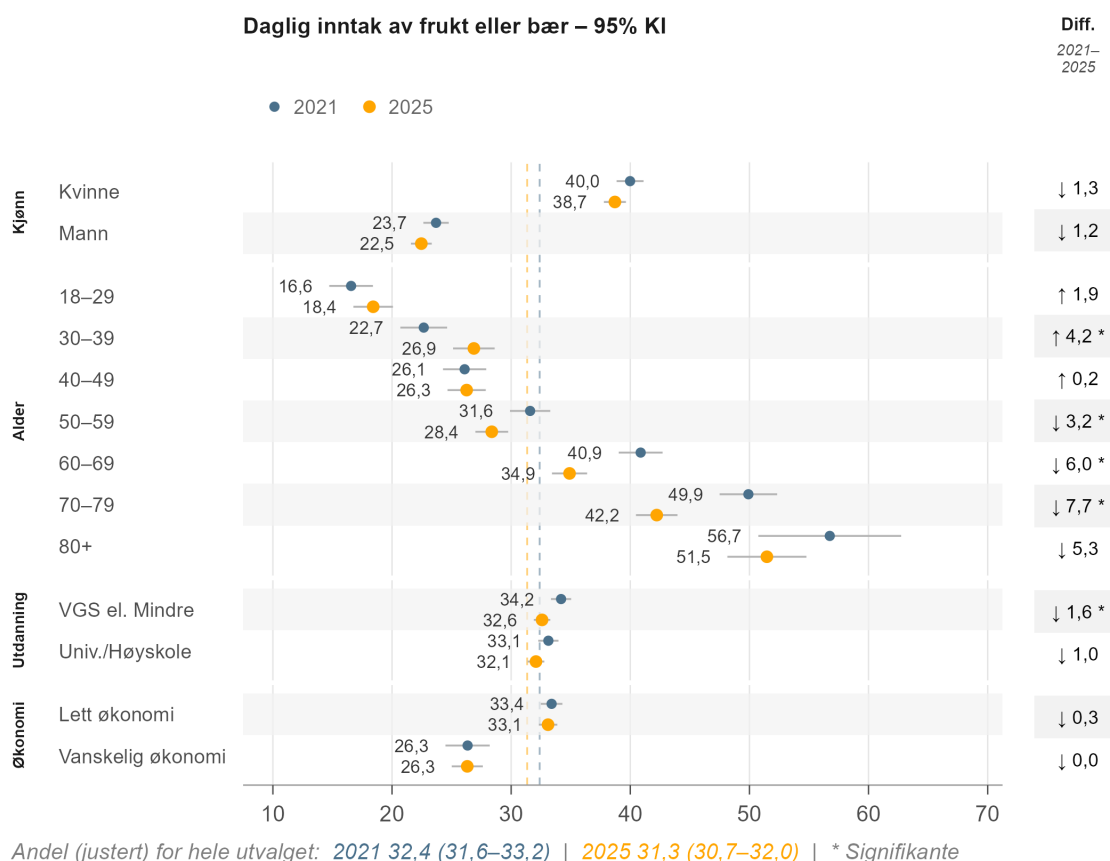


Figur C viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen tydelig med alder, fra 24,0 prosent i aldersgruppen 18–29 til 60,1 prosent i 80+, en forskjell på 36,09 prosentpoeng. Cohen's h er 0,75, som tilsvarer en stor forskjell, og forskjellen mellom laveste og høyeste nivå er statistisk sikker. Også blant menn øker andelen med alder, fra 11,2 prosent i 18–29 til 40,3 prosent i 80+, som gir en forskjell på 29,11 prosentpoeng. Cohen's h er 0,69, også dette en stor forskjell, og forskjellen er statistisk sikker. I alle aldersgruppene som er oppgitt, er andelen som spiser frukt eller bær daglig høyere blant kvinner enn blant menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen varierer fra 12,72 prosentpoeng i 40–49 til 19,78 prosentpoeng i 50–59. Dette betyr at kvinner gjennomgående oftere enn menn rapporterer daglig inntak, samtidig som begge kjønn viser en klar økning i andelen med stigende alder.

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 kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, der 43,4 prosent spiser frukt eller bær daglig, og lavest når økonomien vurderes som svært vanskelig, med 29,2 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 14,25 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen som oppgir svært lett husholdningsøkonomi, med 28,8 prosent, mens den er lavest blant dem som oppgir forholdsvis vanskelig økonomi, med 18,2 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og er 10,64 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,25, som også indikerer en middels forskjell. På tvers av økonomikategoriene ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre i de fleste gruppene, for eksempel 16,89 prosentpoeng i forholdsvis lett og 16,87 prosentpoeng i lett. Unntaket er gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig, der forskjellen mellom kvinner og menn er 8,36 prosentpoeng, men ikke statistisk sikker.

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

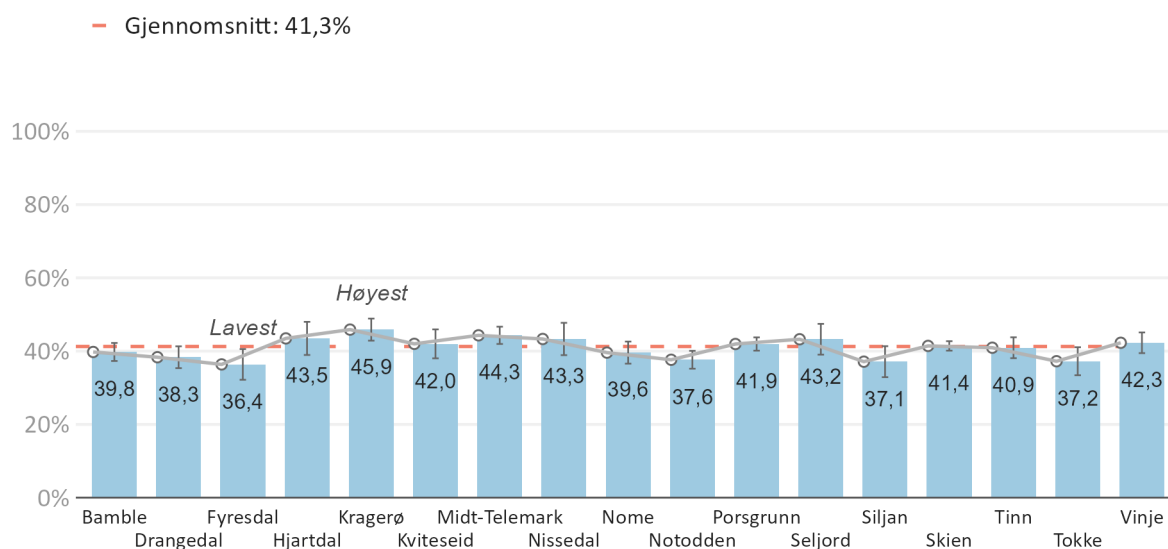
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av frukt eller bær på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (32,4 til 31,3 prosent). Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikre endringer innen både kvinner og menn. På tvers av alder ser vi derimot tydelige forskyvninger: andelen øker statistisk sikkert blant 30–39-åringene (22,7 til 26,9 prosent), mens den går statistisk sikkert ned i flere eldre aldersgrupper, særlig 60–69 år og 70–79 år. For 18–29 år og 40–49 år er endringene ikke statistisk sikre, og for 80 år eller eldre er nedgangen heller ikke statistisk sikker. Etter utdanning er det en liten, men statistisk sikker nedgang blant dem med videregående skole eller mindre, mens endringen blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning ikke er statistisk sikker. For opplevde økonomiske vansker er nivåene stabile, med ikke statistisk sikre endringer både ved lett og ved vanskelig økonomi. Samlet tyder dette på at hovedmønsteret over tid først og fremst handler om endringer mellom aldersgrupper, mens forskjeller etter kjønn og økonomi i liten grad har endret seg.

3.31 Daglig inntak av grønnsaker

Svarandel: Totalt 22 944 deltakere av 24 509 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

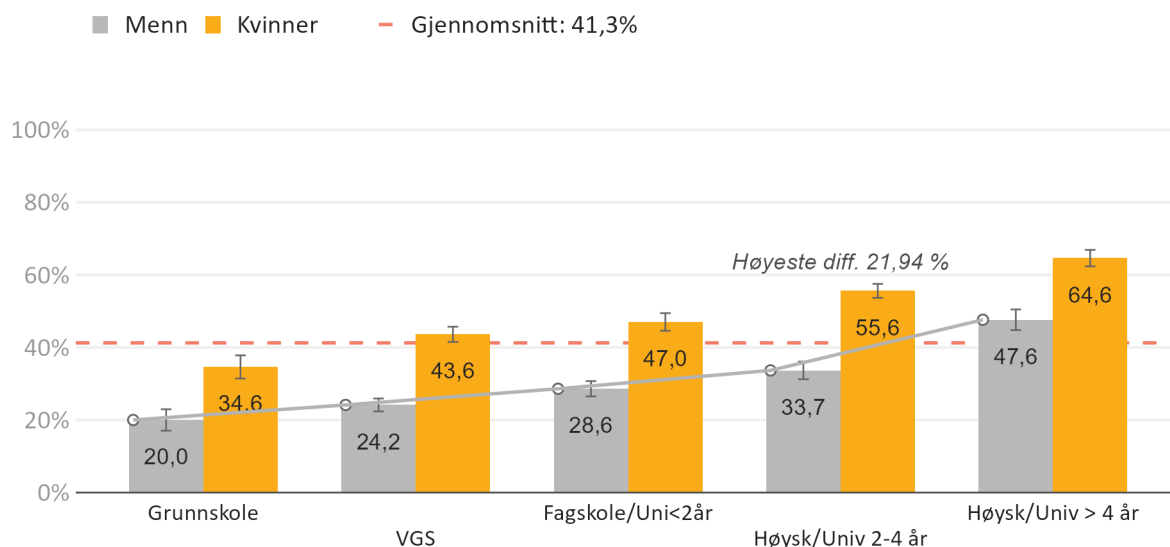
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 944	41,3 %	40,5 – 42,0
Kvinner	12 777	50,2 %	49,2 – 51,1
Menn	10 167	30,2 %	29,2 – 31,2

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



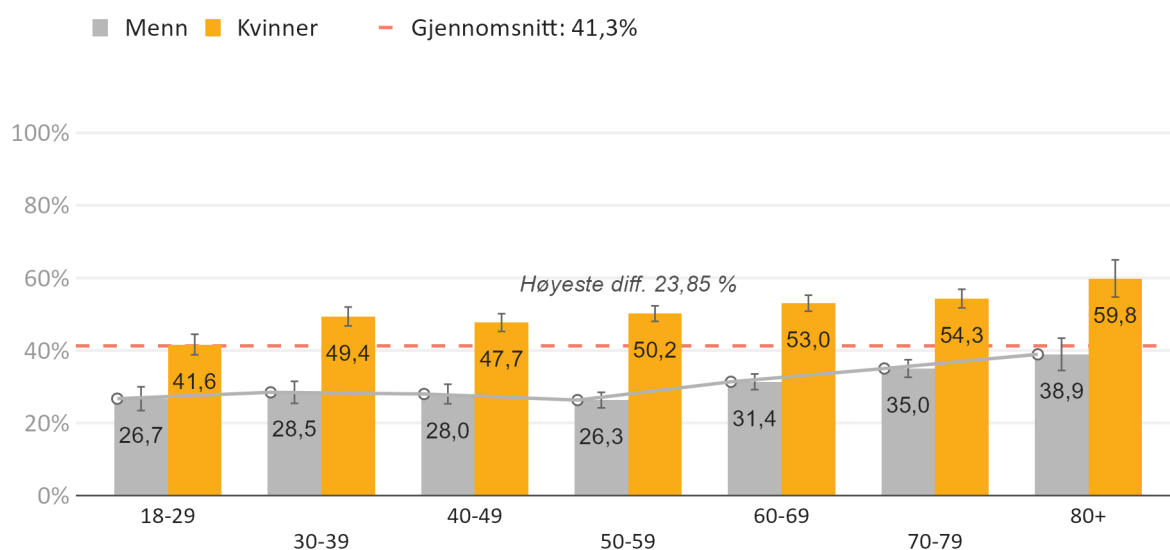
Figur A viser andelen som spiser grønnsaker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 36,4 prosent i Fyresdal til 45,9 prosent i Kragerø, en forskjell på 9,50 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene framstår som statistisk sikker, men effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,19$, som tilsier en liten forskjell i praksis. Flere kommuner ligger i det øvre sjiktet, blant annet Midt-Telemark med 44,3 prosent, Hjartdal med 43,5 prosent, Nissedal med 43,3 prosent, Seljord med 43,2 prosent og Vinje med 42,3 prosent. Kviteseid og Porsgrunn ligger også relativt høyt med henholdsvis 42,0 og 41,9 prosent, mens Skien har 41,4 prosent og Tinn 40,9 prosent. I den lavere enden finner vi Notodden med 37,6 prosent, Siljan med 37,1 prosent og Tokke med 37,2 prosent, i tillegg til Drangedal med 38,3 prosent. Bamble og Nome ligger nær midten med 39,8 og 39,6 prosent. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner mellom kommunene i hvor mange som oppgir daglig grønnsaksinntak.

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



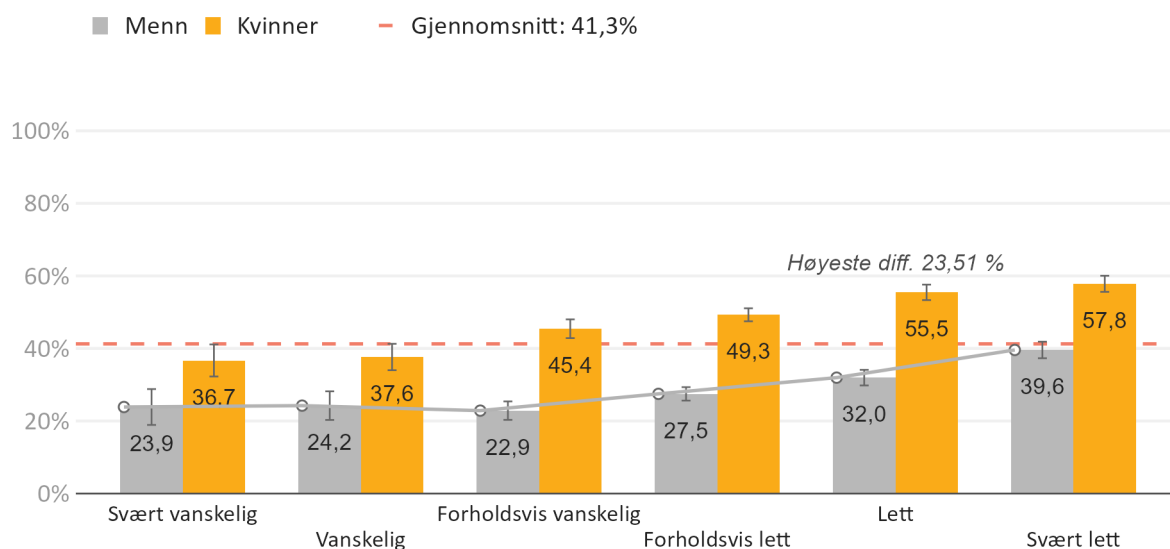
Figur B viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, der 64,6 prosent oppgir daglig inntak, og lavest blant dem med grunnskole, der 34,6 prosent gjør det. Dette gir en forskjell på 30,00 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,61, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med utdanning over 4 år, med 47,6 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 20,0 prosent. Differansen er 27,63 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,60, som også indikerer en stor forskjell. På tvers av utdanningsnivåer ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning 2–4 år, der menn ligger 21,94 prosentpoeng lavere enn kvinner, og minst blant dem med grunnskole, der menn ligger 14,62 prosentpoeng lavere. Samlet viser figuren et tydelig mønster der høyere utdanning henger sammen med en større andel som spiser grønnsaker daglig, for begge kjønn.

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

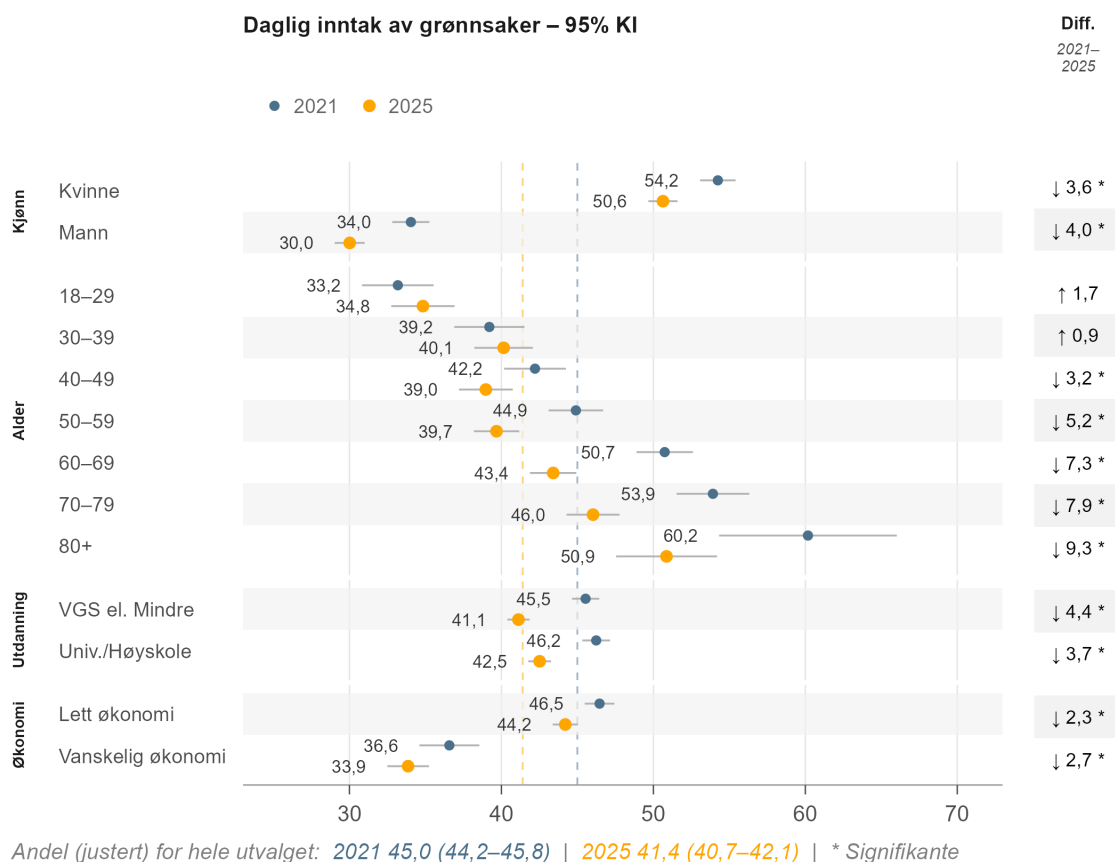


Figur C viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29, der 41,6 prosent oppgir daglig inntak, og høyest i 80+, der andelen er 59,8 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 18,21 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,37, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen høyest i 80+, med 38,9 prosent som spiser grønnsaker daglig, mens den er lavest i 50–59, der 26,3 prosent rapporterer daglig inntak. Forskjellen mellom høyeste og laveste er 12,61 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,27, som indikerer en middels forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle aldersgrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen varierer fra 14,93 prosentpoeng i 18–29 til 23,85 prosentpoeng i 50–59, som viser at gapet er størst i de midtre aldersgruppene og noe mindre blant de yngste.

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. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 57,8 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 36,7 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 21,13 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, som tilsier en middels forskjell. For de øvrige økonomigruppene ligger kvinner på 49,3 prosent ved forholdsvis lett, 55,5 prosent ved lett, 45,4 prosent ved forholdsvis vanskelig og 37,6 prosent ved vanskelig, noe som samlet sett peker mot høyere andeler ved bedre opplevd økonomi. Blant menn er andelen høyest i gruppen som oppgir svært lett husholdningsøkonomi, med 39,6 prosent, og lavest i gruppen med forholdsvis vanskelig, med 22,9 prosent. Differansen er 16,73 prosentpoeng og er statistisk sikker, med Cohen's h på 0,36, som også tilsier en middels forskjell. Menn ligger ellers på 27,5 prosent ved forholdsvis lett, 32,0 prosent ved lett, 24,2 prosent ved vanskelig og 23,9 prosent ved svært vanskelig. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle økonomigruppene, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre, fra 12,83 til 23,51 prosentpoeng.

Figur 138: Daglig inntak av grønnsaker (E)

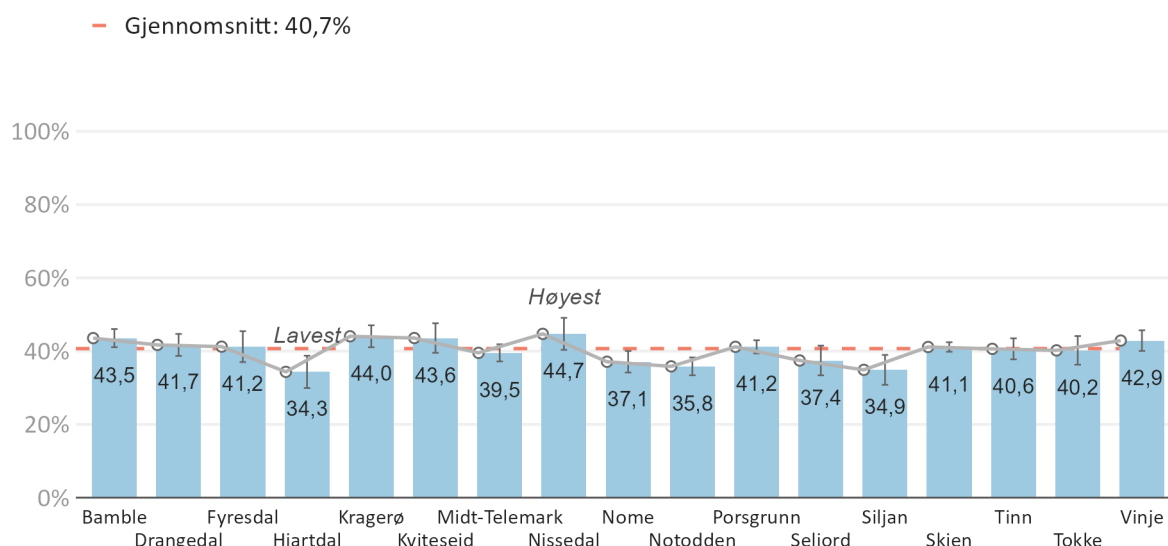
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av grønnsaker på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett gikk andelen ned fra 45,0 prosent i 2021 til 41,4 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker reduksjon både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. For 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 40–49 år og oppover. Dette innebærer at aldersforskjellene blir tydeligere i 2025, fordi de eldste gruppene faller mer enn de yngste. Etter utdanning er det statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellen mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og gapet mellom lett og vanskelig økonomi er omtrent det samme i 2025 som i 2021. Samlet peker utviklingen mot en bred nedgang i daglig grønnsaksinntak, særlig drevet av fall i de eldre aldersgruppene.

3.32 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 22 963 deltakere av 24 509 (93,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

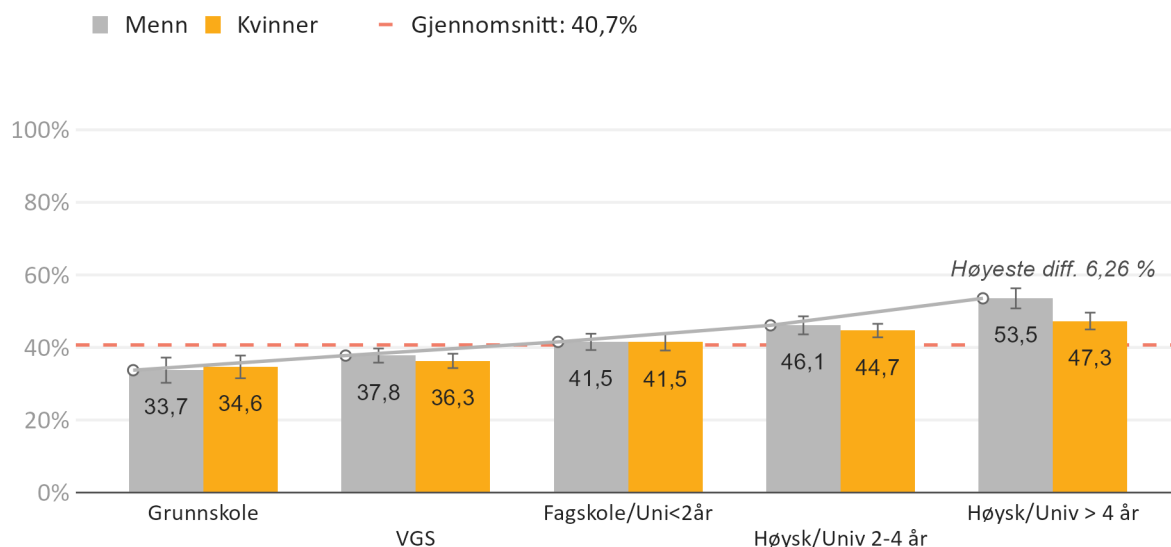
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 963	40,7 %	40,0 – 41,4
Kvinner	12 792	40,1 %	39,1 – 41,1
Menn	10 171	41,4 %	40,4 – 42,5

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



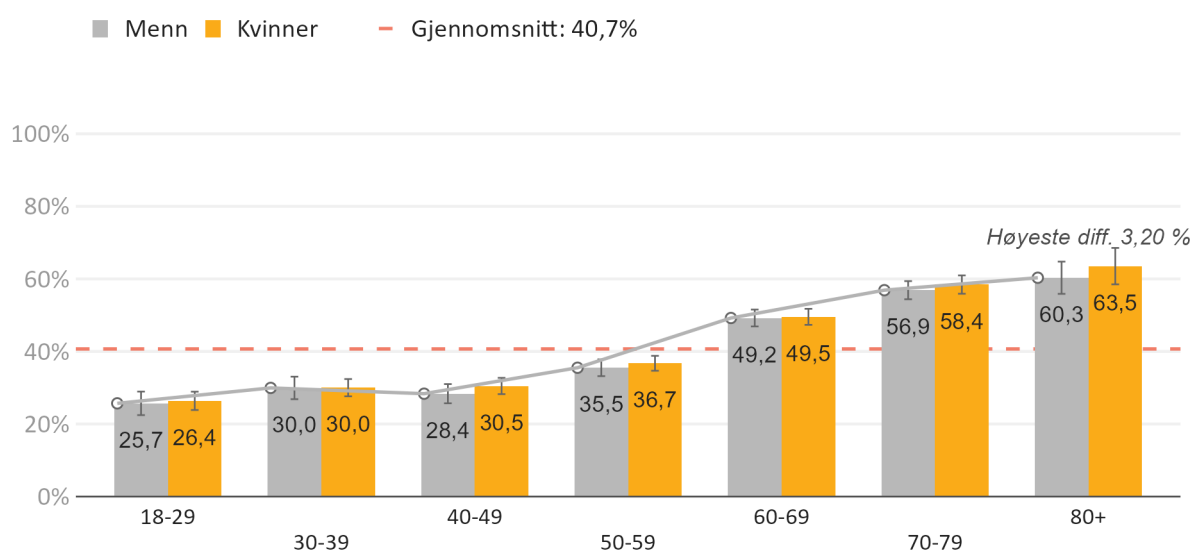
Figur A viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Nissedal på 44,7 prosent og lavest i Hjartdal på 34,3 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 10,37 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,21, som tilsier en liten forskjell i nivå mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Kragerø med 44,0 prosent, Kviteseid med 43,6 prosent og Bamble med 43,5 prosent. Vinje ligger også relativt høyt med 42,9 prosent. I midtsjiktet finner vi Drangedal med 41,7 prosent, Fyresdal og Porsgrunn med 41,2 prosent, Skien med 41,1 prosent, Tinn med 40,6 prosent og Tokke med 40,2 prosent, mens Midt-Telemark ligger på 39,5 prosent. I nedre del ligger Nome med 37,1 prosent og Seljord med 37,4 prosent, samt Notodden med 35,8 prosent og Siljan med 34,9 prosent. Samlet sett viser figuren en moderat geografisk variasjon, der de fleste kommunene samler seg mellom midten og øvre del av skalaen.

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



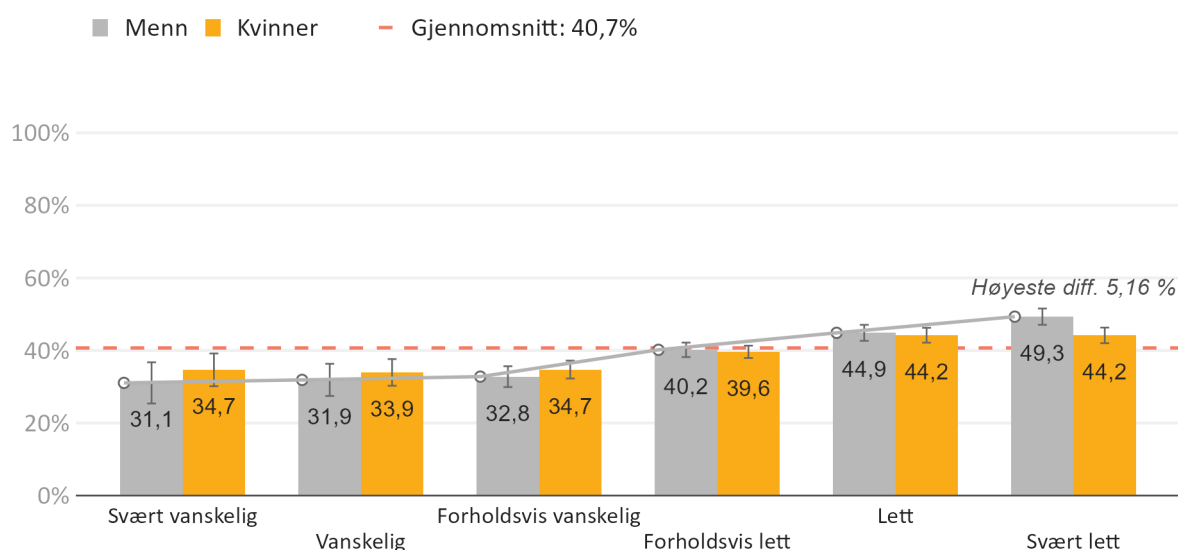
Figur B viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 34,6 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 47,3 prosent. Dette gir en forskjell på 12,64 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,26, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen også lavest i gruppen med grunnskole, med 33,7 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 53,5 prosent. Her er forskjellen 19,81 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåer ligger andelen gjennomgående høyere ved høyere utdanning for begge kjønn, særlig i gruppen med mer enn 4 års høyere utdanning. Kjønnforskjellene er små i de fleste utdanningsgrupper, men i gruppen med høyskole eller universitet i mer enn 4 år er menn høyere enn kvinner med 6,26 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker.

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



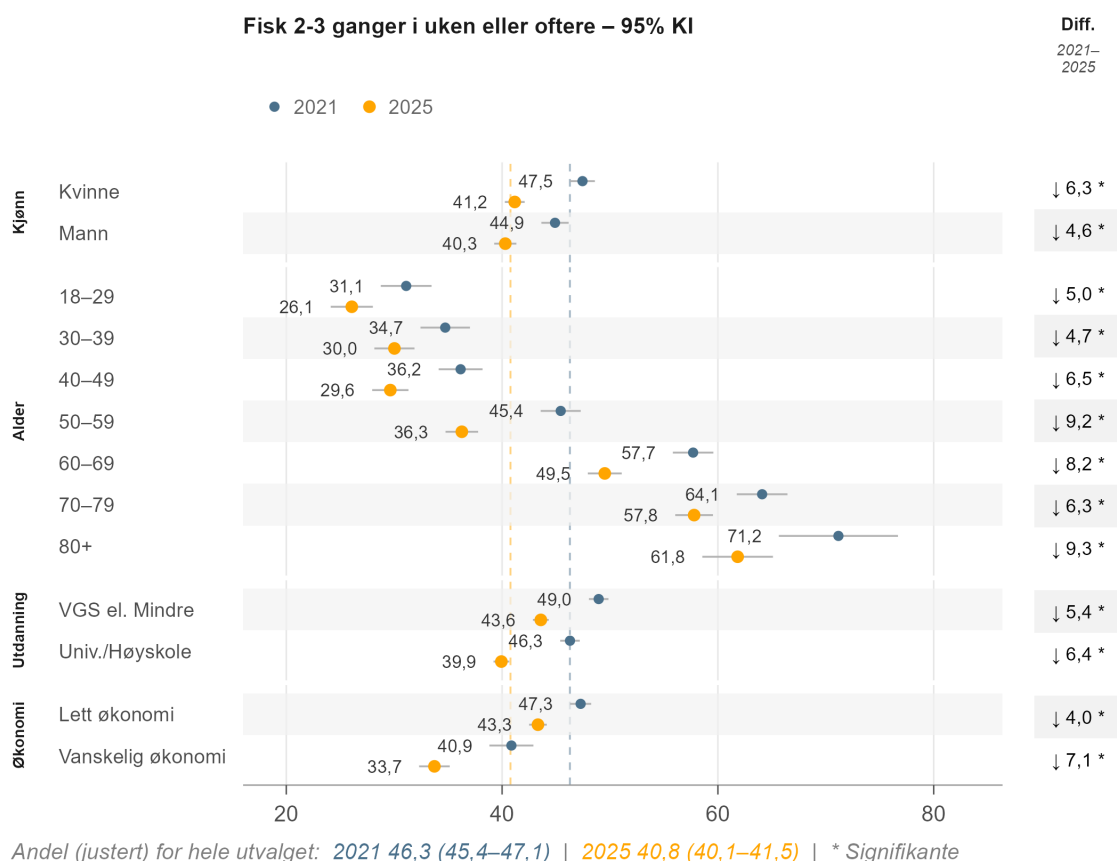
Figur C viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen tydelig med alder, fra 26,4 prosent i alderen 18-29 år til 63,5 prosent i alderen 80+ år. Differansen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 37,14 prosentpoeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,77, som tilsvarer en stor forskjell og understreker at fiskinntak minst 2-3 ganger i uken er langt vanligere blant de eldste kvinnene enn blant de yngste. For menn ser vi et tilsvarende mønster, med 25,7 prosent i alderen 18-29 år og 60,3 prosent i alderen 80+ år. Her er differansen 34,62 prosentpoeng, også en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,72, som indikerer en stor forskjell mellom de yngste og eldste mennene. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver aldersgruppe, er forskjellene små og ikke statistisk sikre.

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. Blant kvinner varierer andelen fra 33,9 prosent i gruppen som opplever økonomien som vanskelig til 44,2 prosent i gruppen som opplever den som lett. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 10,25 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,21, som tilsier en liten forskjell. For menn er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 49,3 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 31,1 prosent. Differansen er 18,26 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,37 tilsier en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen de enkelte økonomigruppene, er forskjellene stort sett små og ikke statistisk sikre. Unntaket er gruppen som opplever økonomien som svært lett, der menn ligger høyere enn kvinner med 5,16 prosentpoeng, og denne kjønnsforskjellen er statistisk sikker..

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



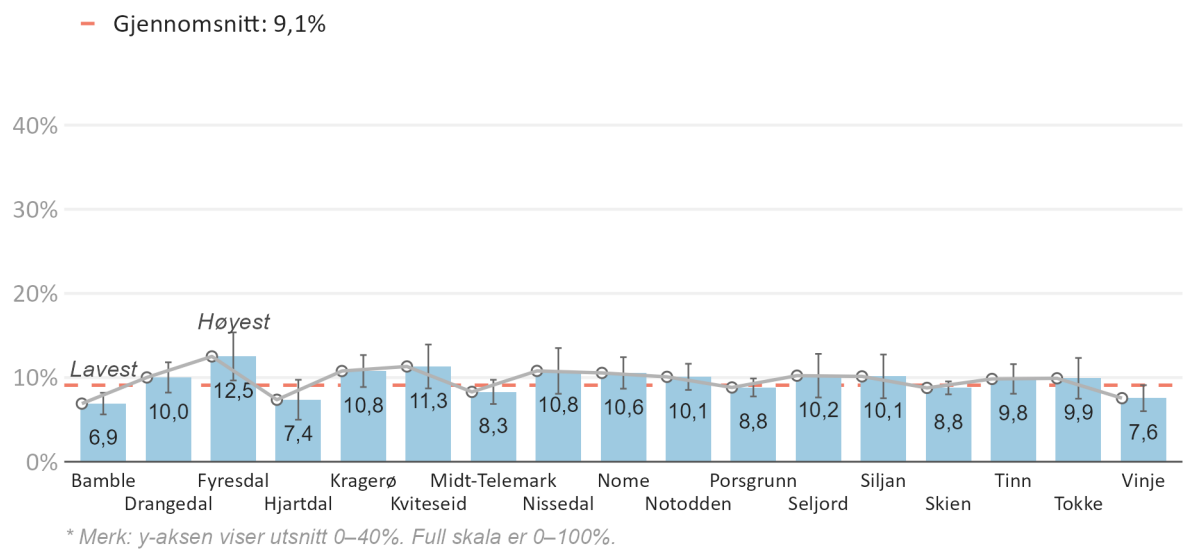
Figur E viser andelen som oppgir fisk 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (46,3 mot 40,8 prosent), og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser ut til å være liten og omtrent uendret over tid. På tvers av alder er det en tydelig og stabil gradient der de eldste oftere oppgir hyppigere inntak av fisk enn de yngste, samtidig som alle aldersgrupper har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Nedgangen er særlig markert i flere av de eldre aldersgruppene, men mønsteret mellom aldersgruppene består. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og forskjellen mellom dem fremstår som liten og uten tydelig endring. Også etter opplevd økonomi er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og de som oppgir vanskelig økonomi ligger lavere enn de med lett økonomi både i 2021 og 2025. Samlet tyder resultatene på en bred nedgang fra 2021 til 2025, uten at rangeringen mellom gruppene endrer seg vesentlig.

3.33 Daglig røyking

Svarandel: Totalt 22 920 deltakere av 24 509 (93,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

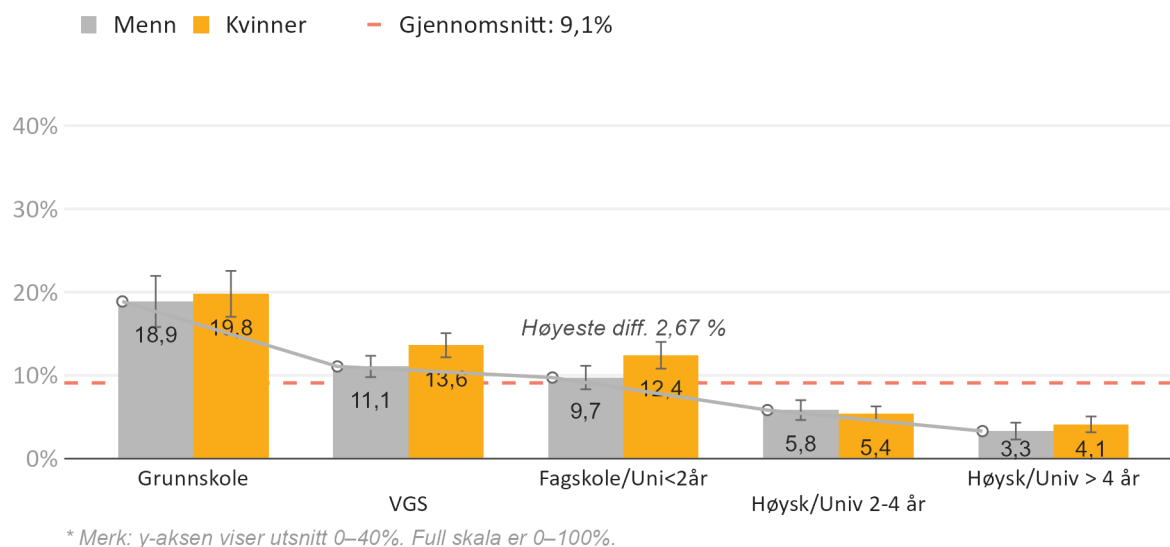
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 920	9,1 %	8,7 – 9,5
Kvinner	12 773	9,2 %	8,6 – 9,7
Menn	10 147	9,0 %	8,4 – 9,6

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



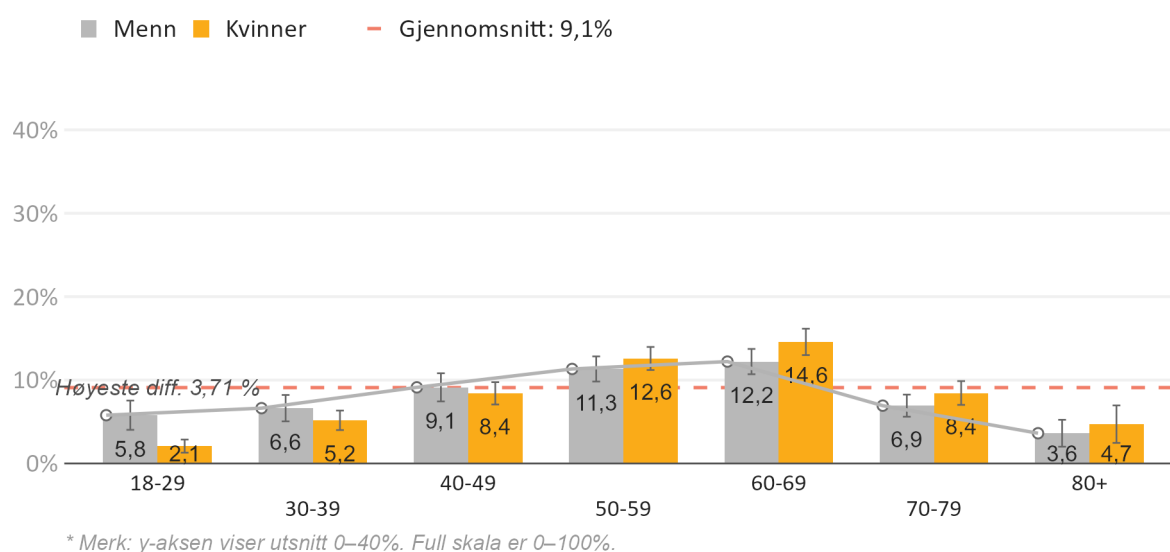
Figur A viser andelen som røyker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er variasjon mellom kommunene, der Fyresdal har høyest andel dagligrøykere med 12,5 prosent, mens Bamble har lavest med 6,9 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 5,61 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen’s $h = 0,19$, som tilsvarer en liten forskjell, noe som betyr at variasjonene er tydelige, men ikke store i praksis. Flere kommuner ligger rundt ti prosent. Drangedal har 10,0 prosent, Notodden 10,1 prosent, Seljord 10,2 prosent og Nome 10,6 prosent. Kragerø og Nissedal ligger begge på 10,8 prosent, mens Kviteseid har 11,3 prosent. I den lavere enden finner vi Hjartdal med 7,4 prosent og Vinje med 7,6 prosent, mens Midt-Telemark har 8,3 prosent og både Porsgrunn og Skien har 8,8 prosent. Tinn ligger på 9,8 prosent og Tokke på 9,9 prosent. Samlet sett viser figuren moderate kommuneforskjeller i daglig røyking.

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



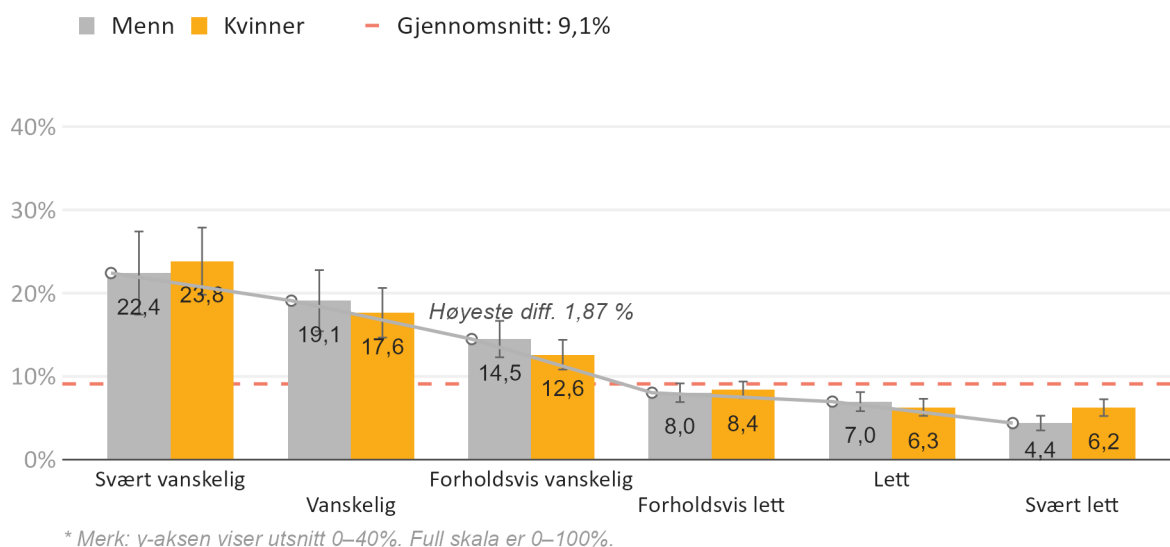
Figur B viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år. Blant kvinner røyker 19,8 prosent daglig i gruppen med grunnskole, mot 4,1 prosent blant dem med høyere utdanning over 4 år. Dette utgjør en forskjell på 15,68 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som tilsvarer en stor forskjell. Tilsvarende mønster ses blant menn, der 18,9 prosent med grunnskole røyker daglig, mens 3,3 prosent gjør det i gruppen med høyere utdanning over 4 år. Forskjellen er 15,57 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,53, som også regnes som en stor forskjell. Mellomnivåene ligger mellom ytterpunktene, med 13,6 prosent blant kvinner og 11,1 prosent blant menn med videregående, og 5,4 prosent blant kvinner og 5,8 prosent blant menn med høyskole eller universitet i 2–4 år. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og framstår ikke som statistisk sikre.

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



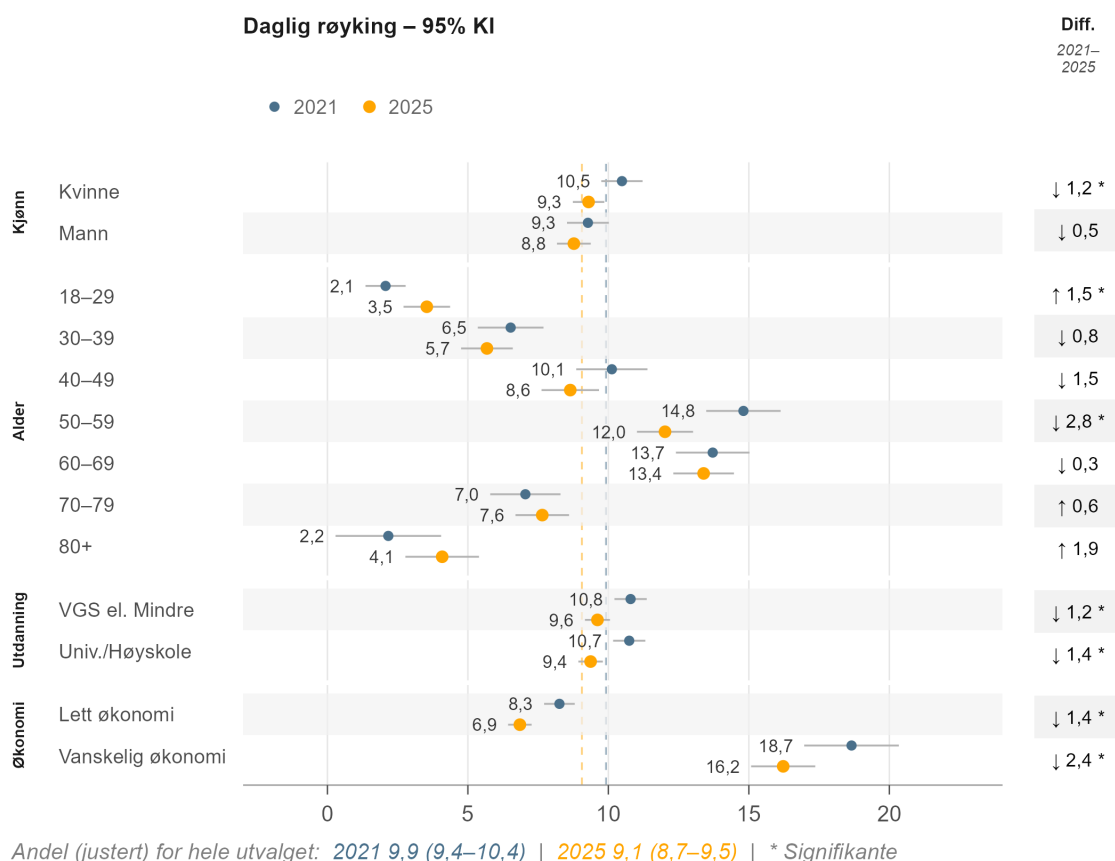
Figur C viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 2,10 prosent, og øker jevnt opp til en topp i 60–69 år på 14,60 prosent. Deretter faller andelen igjen, til 8,40 prosent i 70–79 år og 4,70 prosent blant de over 80 år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 12,49 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i 60–69 år med 12,20 prosent, mens den er lavest blant de over 80 år med 3,60 prosent. I de yngre aldersgruppene ligger andelen på 5,80 prosent i 18–29 år, 6,60 prosent i 30–39 år og 9,10 prosent i 40–49 år, før den går noe ned igjen i de eldste gruppene. Differansen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 8,59 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som også tilsier en middels forskjell. Når kjønn sammenlignes innen samme alder, er den eneste statistisk sikre forskjellen i 18–29 år, der menn ligger 3,71 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige aldersgruppene framstår kjønnsforskjellene som små.

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 både kvinner og menn er dagligrøyking klart vanligere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig, og lavere blant dem som opplever den som lett. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som oppgir at økonomien er svært vanskelig, med 23,8 prosent, og lavest når økonomien oppleves som svært lett, med 6,2 prosent. Dette gir en differanse på 17,59 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,52, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved svært vanskelig økonomi, med 22,4 prosent, og lavest ved svært lett økonomi, med 4,4 prosent. Differansen er 18,02 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,56, som også indikerer en stor forskjell. Mellomnivåene følger samme hovedmønster, der andelen ligger høyere i kategoriene vanskelig og forholdsvis vanskelig enn i lett og forholdsvis lett. Kjønnsforskjellene innen hver økonomikategori er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 148: Daglig røyking (E)



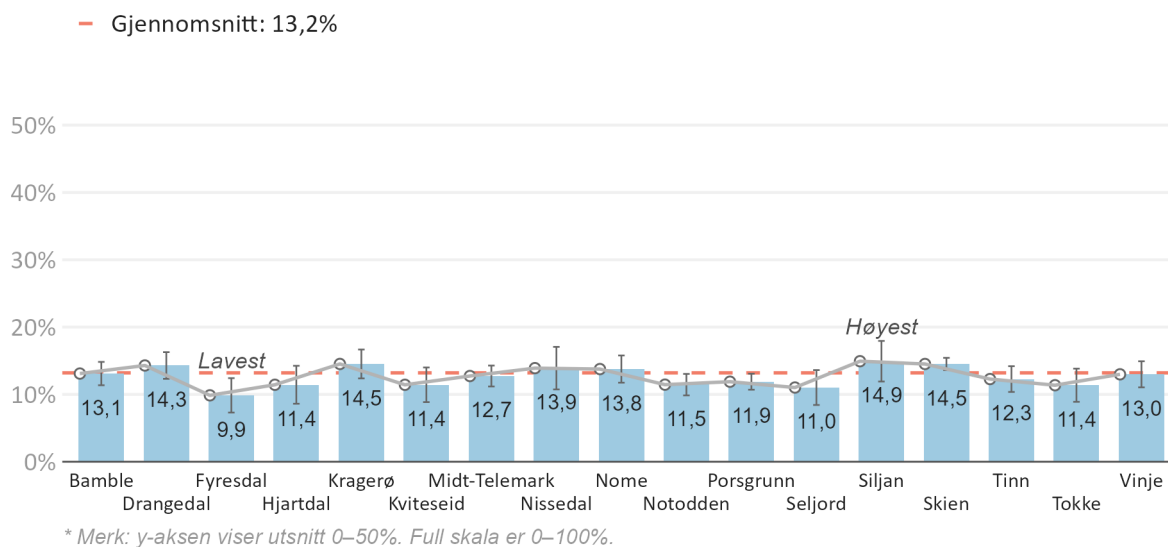
Figur E viser andelen som oppgir daglig røyking på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen noe ned fra 9,9 prosent i 2021 til 9,1 prosent i 2025. Denne endringen framstår ikke som statistisk sikker (siden konfidensintervallene overlapper), selv om det er mulig at en signifikantest ville indikert en statistisk sikker endring. Kjønnforskjellene er små i begge år, men nedgangen er statistisk sikker blant kvinner, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt, men det er en statistisk sikker økning blant 18–29-åringene og en statistisk sikker nedgang blant 50–59-åringene, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevd økonomi er nivået klart høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år. Samtidig er nedgangen statistisk sikker i begge økonomigruppene, slik at gapet mellom gruppene i hovedsak består fra 2021 til 2025.

3.34 Daglig bruk av snus

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

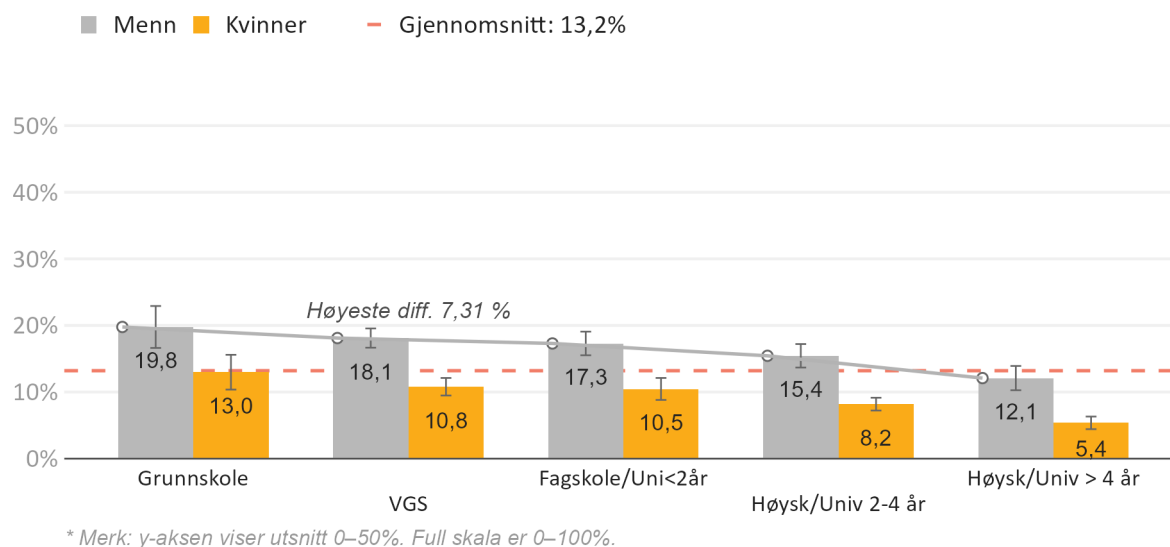
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 908	13,2 %	12,7 – 13,7
Kvinner	12 765	9,8 %	9,2 – 10,4
Menn	10 143	17,4 %	16,6 – 18,3

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



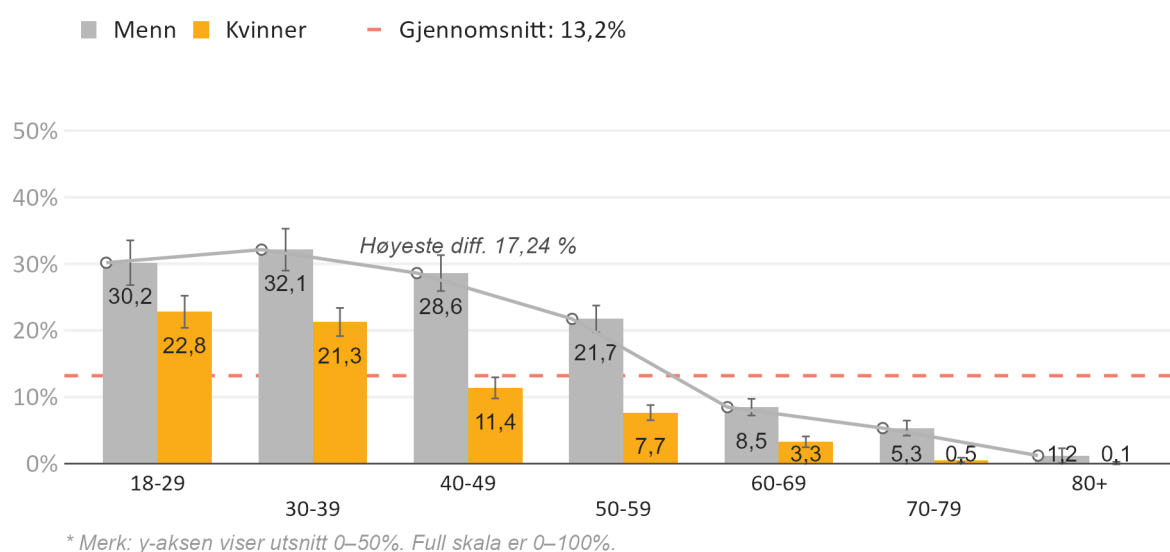
Figur A viser andelen som bruker snus daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene varierer fra 9,9 prosent i Fyresdal til 14,9 prosent i Siljan, som gir en forskjell på 5,07 prosentpoeng mellom ytterpunktene. Denne forskjellen framstår likevel ikke som statistisk sikker, og Cohen's h er 0,15, som tilsier en liten forskjell samlet sett. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Siljan med 14,9 prosent, Kragerø med 14,5 prosent, Skien med 14,5 prosent og Drangedal med 14,3 prosent. Også Nissedal og Nome ligger relativt høyt, med henholdsvis 13,9 prosent og 13,8 prosent. Midt i fordelingen finner vi for eksempel Bamble med 13,1 prosent, Vinje med 13,0 prosent og Midt-Telemark med 12,7 prosent. I nedre del ligger Hjartdal, Kviteseid, Tokke og Notodden på 11,4 prosent, mens Seljord har 11,0 prosent. Porsgrunn ligger på 11,9 prosent og Tinn på 12,3 prosent. Samlet tyder dette på moderate variasjoner mellom kommunene, uten klare skiller.

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 høyest ved grunnskole, der 13,0 prosent bruker snus daglig, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 5,4 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 7,61 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h på 0,27 tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole, med 19,8 prosent, og lavest ved høyskole eller universitet over 4 år, med 12,1 prosent. Forskjellen mellom høyest og lavest er statistisk sikker og utgjør 7,68 prosentpoeng, mens Cohen's h på 0,21 tilsier en liten forskjell. På alle utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Dette peker samlet mot et tydelig mønster med høyere daglig snusbruk blant menn enn blant kvinner på tvers av utdanningsnivå.

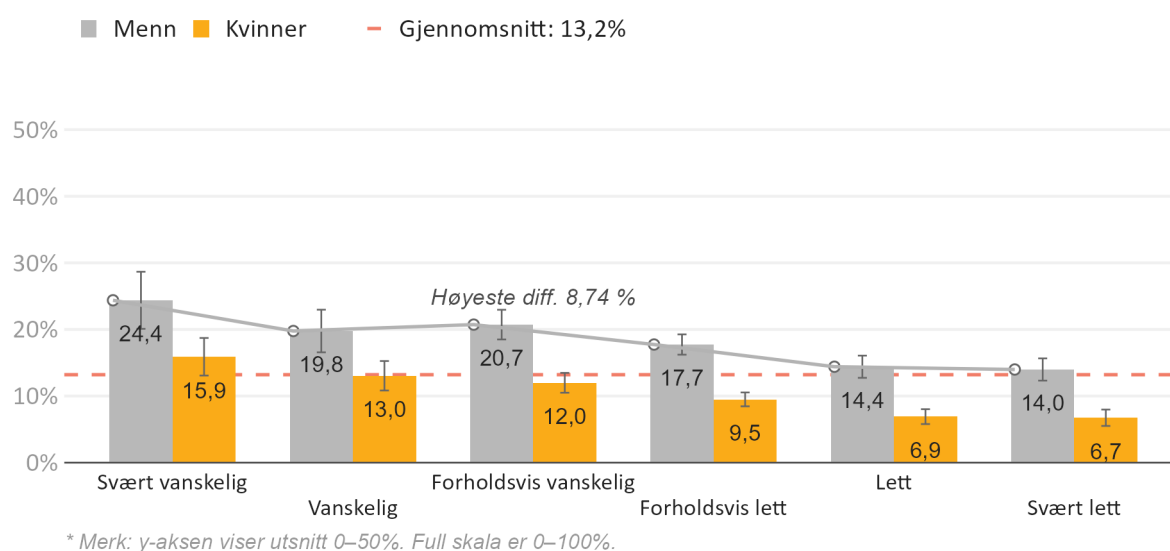
Figur 151: Daglig bruk av snus etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, der 22,8 prosent bruker snus daglig, og nesten like høy i

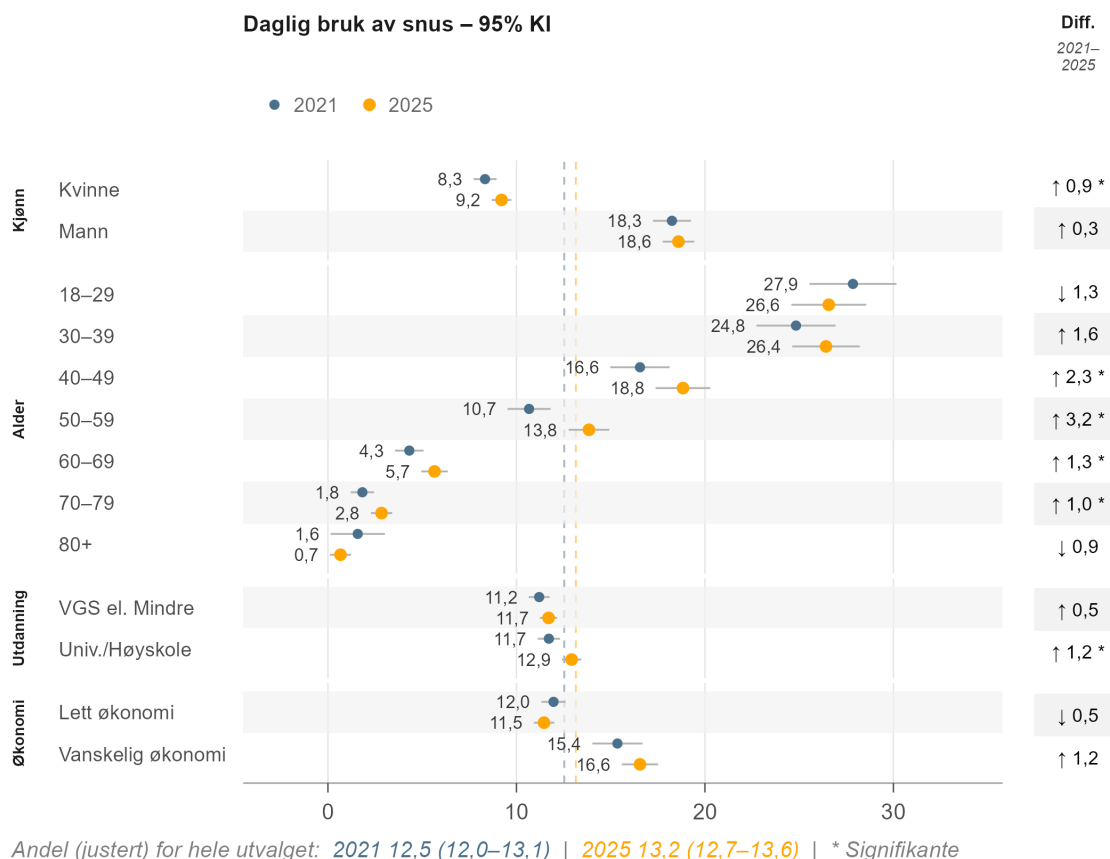
30–39 år med 21,3 prosent. Deretter faller andelen tydelig med økende alder, til 11,4 prosent i 40–49 år og 7,7 prosent i 50–59 år. I de eldste aldersgruppene er daglig snusbruk svært lite utbredt blant kvinner, med 0,5 prosent i 70–79 år og 0,1 prosent i 80+ år. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 22,71 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,94, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i 30–39 år med 32,1 prosent, og også høy i 18–29 år med 30,2 prosent. Andelen synker videre til 28,6 prosent i 40–49 år og 21,7 prosent i 50–59 år, før den blir lav i de eldste gruppene, med 1,2 prosent i 80+ år. Spennet mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant menn er 30,92 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,98, som også er en stor forskjell. Menn ligger høyere enn kvinner i alle aldersgrupper fra 18–29 til 70–79 år, med statistisk sikre kjønnsforskjeller. I 80+ år er kjønnsforskjellen ikke statistisk sikker.

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



Figur D viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig, der 15,9 prosent bruker snus daglig, og lavest når økonomien vurderes som svært lett, med 6,7 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 9,16 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,30 tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som oppgir svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 24,4 prosent, og lavest i gruppen som oppgir svært lett, med 14,0 prosent. Differansen er 10,39 prosentpoeng og er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,27 tilsier en middels forskjell. På alle nivåer av vurdert husholdningsøkonomi er andelen som bruker snus daglig høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst ved forholdsvis vanskelig økonomi, der menn ligger 8,74 prosentpoeng over kvinner, og ved svært vanskelig økonomi, med en forskjell på 8,48 prosentpoeng. Den minste forskjellen ses ved vanskelig økonomi, der menn ligger 6,72 prosentpoeng over kvinner.

Figur 153: Daglig bruk av snus (E)



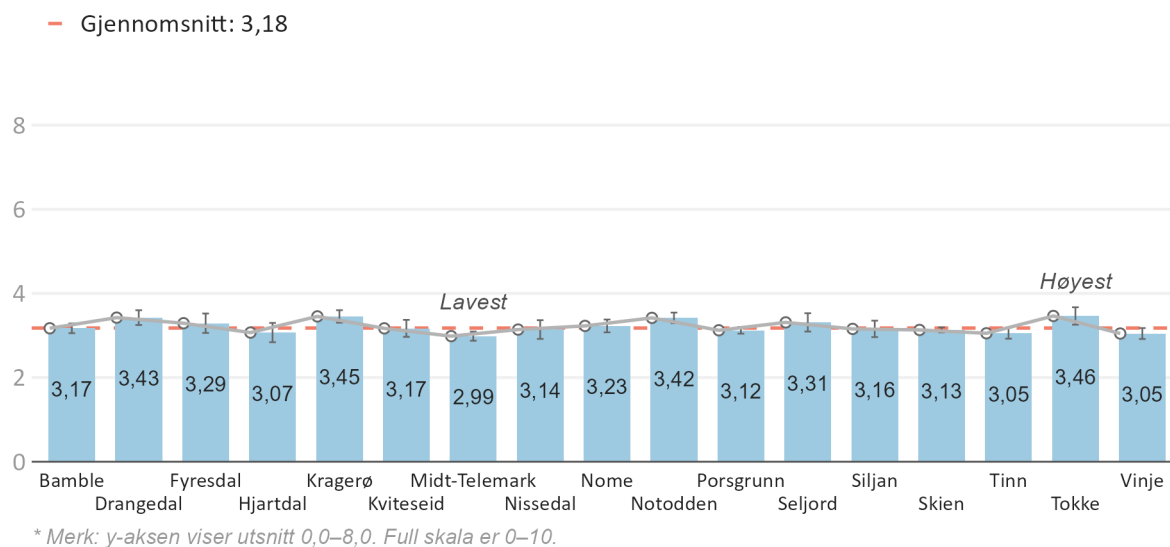
Figur E viser andelen som oppgir daglig snus på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 12,5 prosent i 2021 til 13,2 prosent i 2025, men endringen er ikke statistisk sikker siden konfidensintervallene overlapper. Kjønnforskjellen består, med høyere andel blant menn enn blant kvinner i begge år, men økningen fra 2021 til 2025 er statistisk sikker bare blant kvinner. Mellom aldersgruppene er mønsteret i hovedsak det samme, med høyest nivå blant de yngste voksne og lavere nivå med økende alder. Samtidig er det statistisk sikre økninger fra 2021 til 2025 i flere av de midtre og eldre aldersgruppene, mens endringene blant de yngste voksne og de eldste ikke er statistisk sikre. Etter utdanning er endringen statistisk sikker blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, mens den ikke er statistisk sikker blant dem med videregående skole eller mindre, og forskjellene mellom utdanningsgruppene fremstår derfor som nokså stabile. For opplevde økonomiske vansker er nivået høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem som oppgir lett økonomi i begge år, og endringene over tid er ikke statistisk sikre i noen av gruppene. Samlet peker dette mot en moderat økning i daglig snus i befolkningen, uten tydelige brudd i mønstrene mellom gruppene fra 2021 til 2025.

3.35 Alkoholenheter per gang

Svarandel: Totalt 19 613 deltakere av 24 509 (80,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

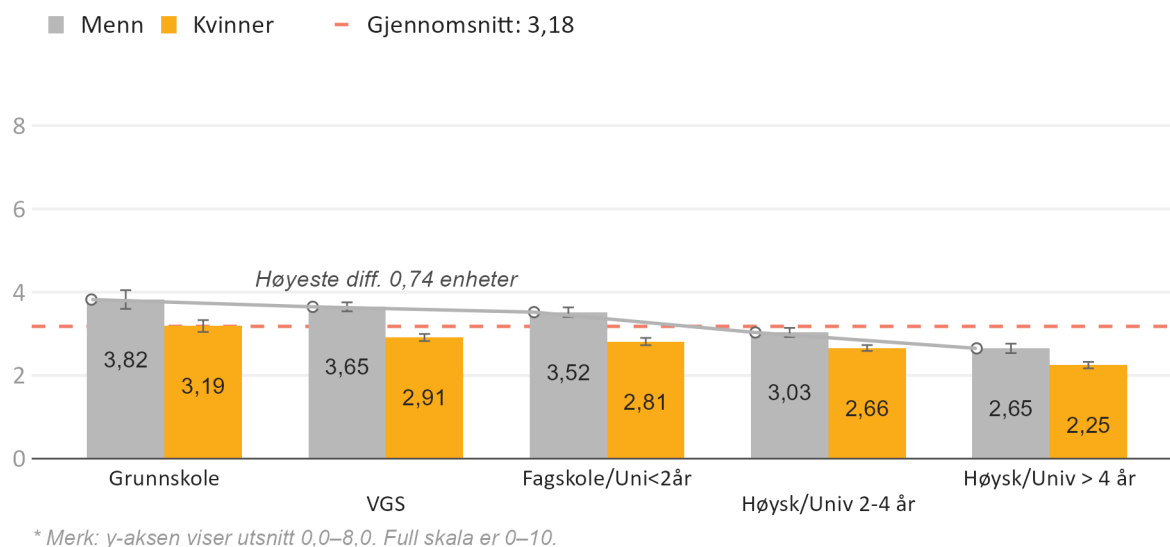
Gruppe	Antall (n)	Enheter	Konfidensintervall
Begge kjønn	19 613	3,18	3,14 – 3,21
Kvinner	10 663	2,90	2,85 – 2,94
Menn	8 950	3,51	3,45 – 3,57

Figur 154: Alkoholenheter per gang etter kommuner i fylket (A)



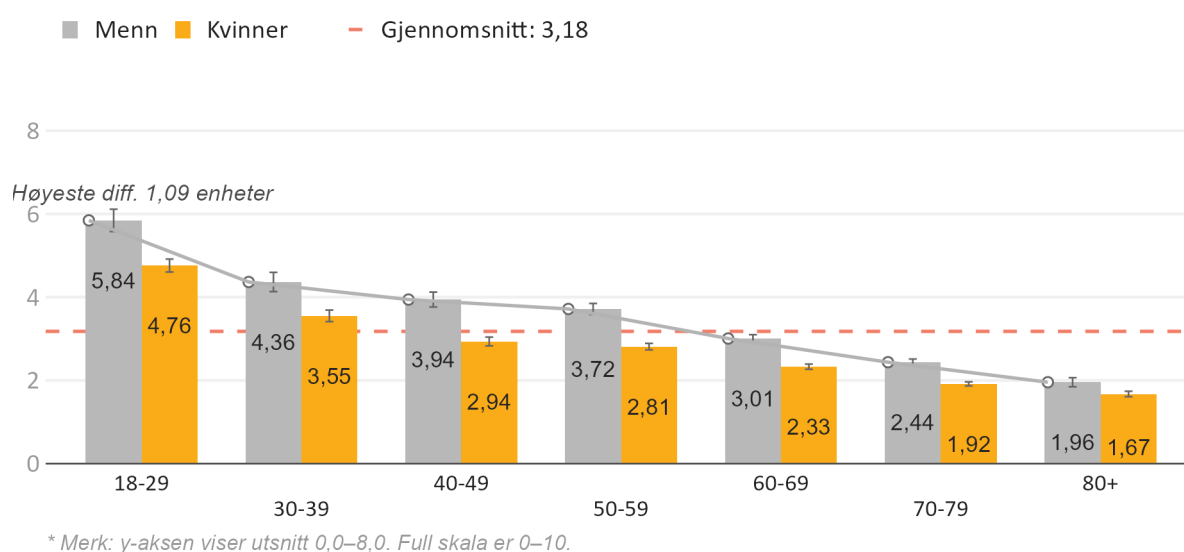
Figur A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Kommunen med høyest gjennomsnitt er Tokke med 3,46 alkoholenheter per drikkedag, mens Midt-Telemark har lavest nivå med 2,98 alkoholenheter. Differansen mellom ytterpunktene er 0,48 alkoholenheter, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for forskjellen mellom høyeste og laveste kommune er Cohen's $d = 0,21$, som tilsvarer en liten forskjell. Flere kommuner ligger nær tre alkoholenheter per drikkedag, blant annet Tinn og Vinje med 3,05, Hjartdal med 3,07, Porsgrunn med 3,12, Skien med 3,13 og Nissedal med 3,14. I den øvre delen av fordelingen finner vi også Kragerø med 3,45, Drangedal og Notodden med 3,42, samt Seljord med 3,31 og Fyresdal med 3,29. Samlet sett varierer nivået mellom kommunene innenfor et relativt smalt spenn, der forskjellene i hovedsak framstår som små i størrelse.

Figur 155: Alkoholenheter per gang etter kjønn og utdanningsnivå (B)



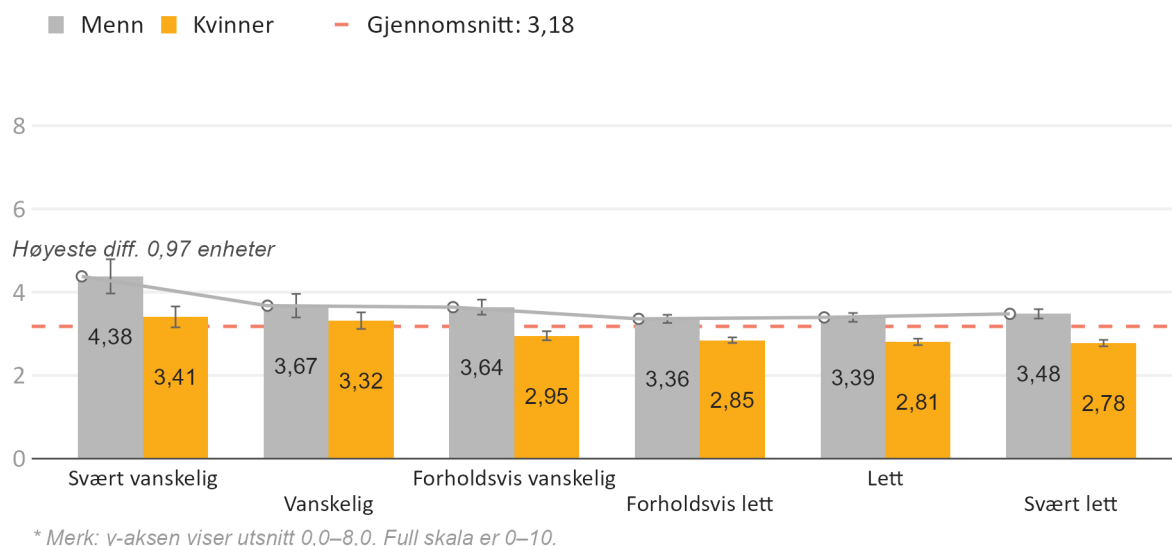
Figur B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er nivået høyest for dem med grunnskole, med 3,19 alkoholenheter per drikkedag, og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år, med 2,25 alkoholenheter. Differansen mellom ytterpunktene er 0,94 alkoholenheter, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,44, som tyder på en middels forskjell. Også blant menn er nivået høyest for dem med grunnskole, med 3,82 alkoholenheter, og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år, med 2,65 alkoholenheter. Her er differansen 1,17 alkoholenheter, statistisk sikker, og Cohen's d er 0,54, som tyder på en stor forskjell. På alle utdanningsnivåene drikker menn i gjennomsnitt flere alkoholenheter per drikkedag enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen varierer fra 0,37 alkoholenheter ved høyskole eller universitet 2–4 år til 0,74 alkoholenheter ved videregående skole, noe som viser at kjønnsforskjellen er tydeligst i noen utdanningsgrupper. Samlet peker tallene mot lavere alkoholkonsum per drikkedag ved høyere utdanning, særlig blant menn.

Figur 156: Alkoholenheter per gang etter kjønn og alder (C)

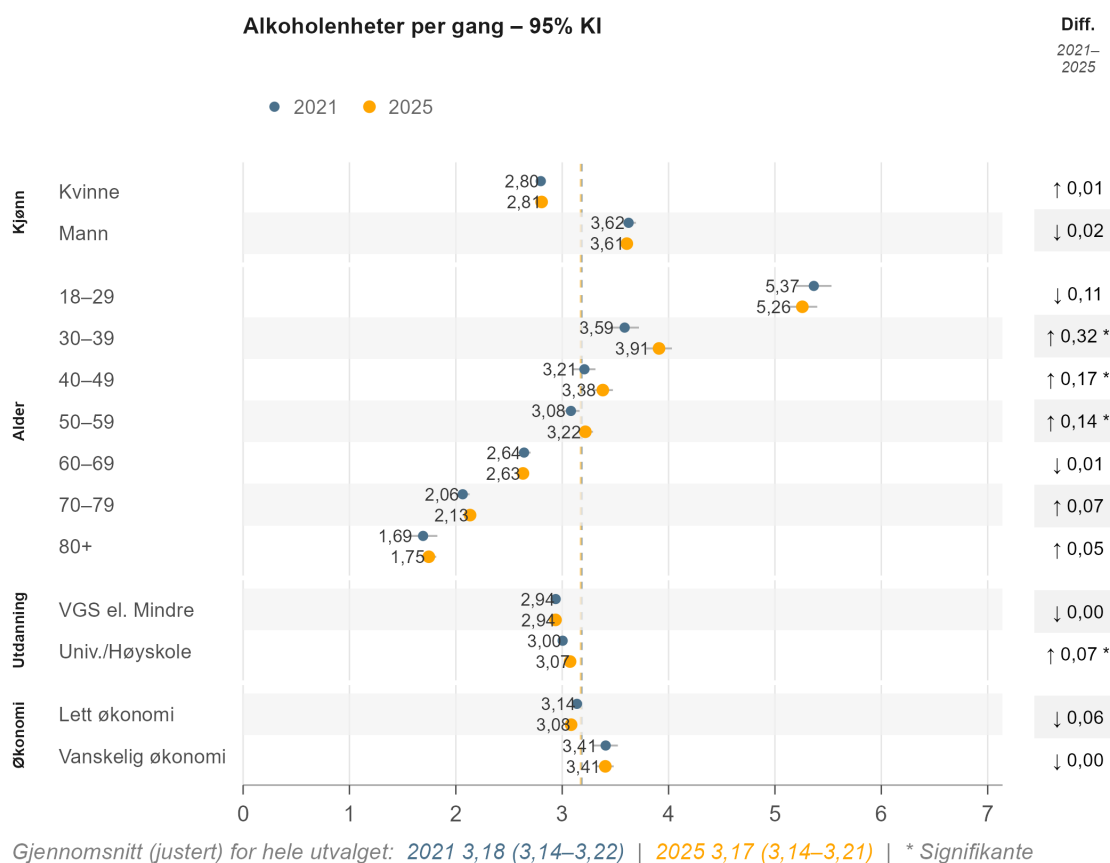


Figur C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er nivået høyest i alderen 18–29 år, med 4,76 alkoholenheter per drikkedag, og lavest i alderen 80+, med 1,67 alkoholenheter. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 3,09 alkoholenheter mellom ytterpunktene, og Cohen's d er 1,33, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i alderen 18–29 år, med 5,84 alkoholenheter, og lavest i alderen 80+, med 1,96 alkoholenheter. Forskjellen mellom disse aldersgruppene er 3,89 alkoholenheter og er statistisk sikker, og Cohen's d er 1,68, som også indikerer en stor forskjell. Samlet viser tallene et tydelig mønster der gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag går ned med økende alder for begge kjønn. Menn drikker gjennomgående mer enn kvinner i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og varierer fra 1,08 alkoholenheter i alderen 18–29 år til 0,29 alkoholenheter i alderen 80+.

Figur 157: 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, med 3,40 alkoholenheter per drikkedag, og lavest når den vurderes som svært lett, med 2,78 alkoholenheter. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 0,63 alkoholenheter mellom ytterpunktene, og Cohen's d er 0,27, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er inntaket også høyest i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig, med 4,38 alkoholenheter, mens lavest nivå finnes i gruppen som vurderer økonomien som forholdsvis lett, med 3,36 alkoholenheter. Differansen er 1,02 alkoholenheter, og Cohen's d er 0,44, som også indikerer en middels forskjell. Når en sammenligner kjønn innen de ulike økonomigruppene, rapporterer menn gjennomgående høyere gjennomsnitt enn kvinner. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i de fleste gruppene, og varierer fra 0,51 alkoholenheter i forholdsvis lett til 0,97 alkoholenheter i svært vanskelig. I gruppen som vurderer økonomien som vanskelig er kjønnforskjellen 0,36 alkoholenheter, men her framstår forskjellen ikke som statistisk sikker.

Figur 158: Alkoholenheter per gang (E)

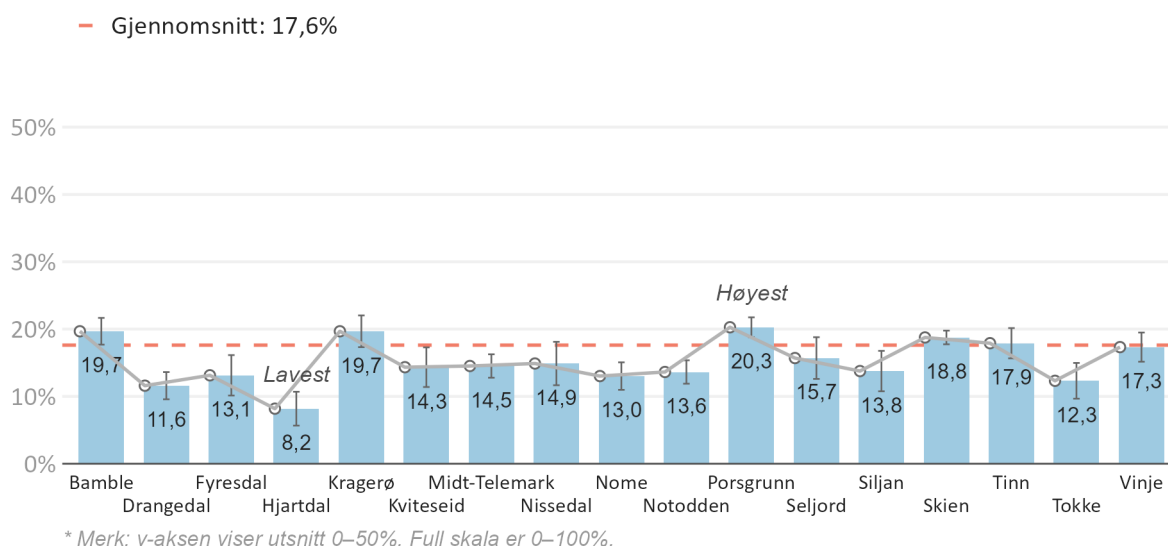
Figur E viser gjennomsnittsskåren for alkoholenheter per gang på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er også uendret, med ikke statistisk sikker endring for både kvinner og menn. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme, men det er statistisk sikre økninger i aldersgruppene 30–39, 40–49 og 50–59 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at økningen over tid er konsentrert i noen midtre aldersgrupper, uten at rangeringen mellom de yngste og eldste gruppene endrer seg tydelig. For utdanning er det en statistisk sikker, men liten økning blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, mens det ikke er statistisk sikker endring blant dem med videregående skole eller mindre. For opplevde økonomiske vansker er det en statistisk sikker liten nedgang i gruppen med lett økonomi, mens gruppen med vanskelig økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Samlet sett peker resultatene mot stabile hovedforskjeller mellom grupper, med noen få, små og statistisk sikre endringer i utvalgte undergrupper.

3.36 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 22 886 deltakere av 24 509 (93,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

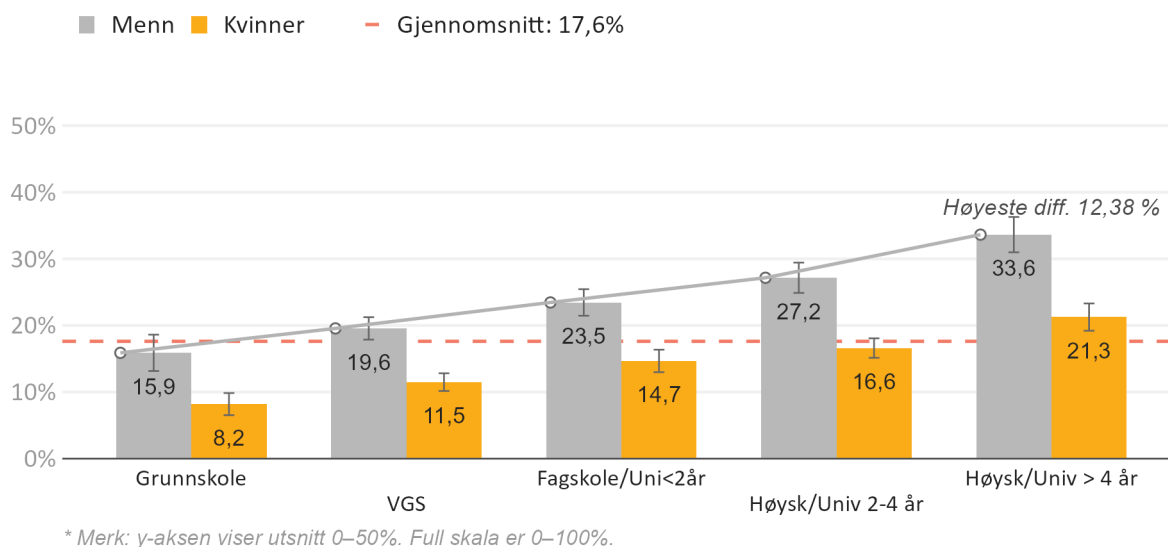
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 886	17,6 %	17,1 – 18,2
Kvinner	12 752	13,6 %	12,9 – 14,3
Menn	10 134	22,6 %	21,7 – 23,5

Figur 159: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



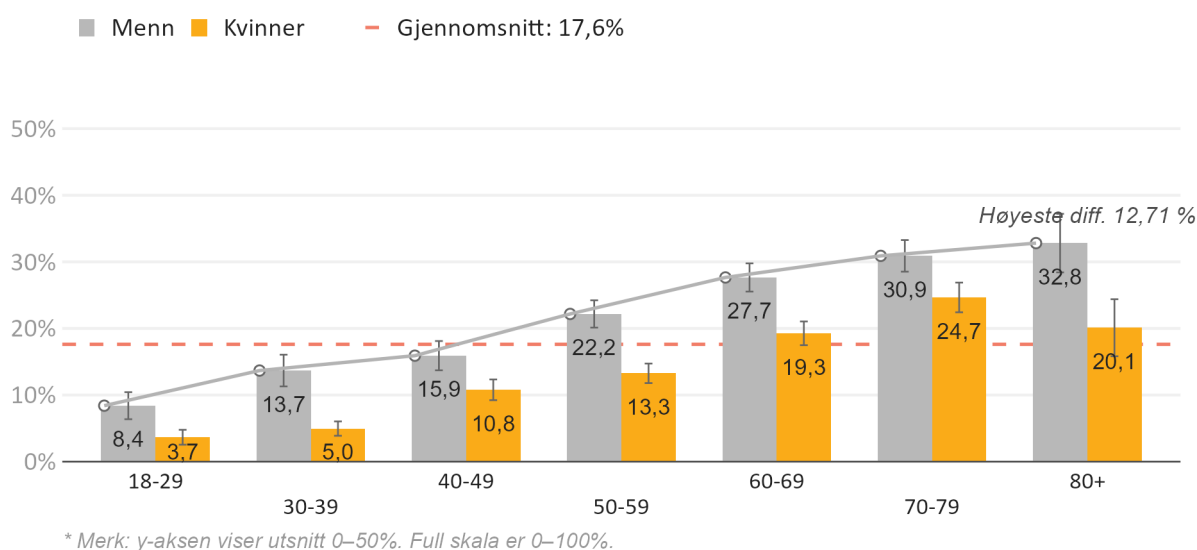
Figur A viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Porsgrunn på 20,3 prosent og lavest nivå i Hjarthdal på 8,2 prosent. Dette gir en forskjell på 12,09 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,35, som tilsier en middels forskjell i nivået av hyppig alkoholbruk mellom kommunene med høyest og lavest andel. Flere kommuner ligger relativt høyt, blant annet Bamble og Kragerø med 19,7 prosent, samt Skien med 18,8 prosent. I den andre enden ligger Drangedal med 11,6 prosent og Tokke med 12,3 prosent, mens Nome har 13,0 prosent og Fyresdal 13,1 prosent. Midt i fordelingen finner vi blant annet Midt-Telemark med 14,5 prosent, Nissedal med 14,9 prosent og Seljord med 15,7 prosent. Tinn og Vinje ligger også i øvre del med henholdsvis 17,9 prosent og 17,3 prosent. Samlet viser figuren at hyppig alkoholbruk er klart mer utbredt i noen kommuner enn i andre.

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



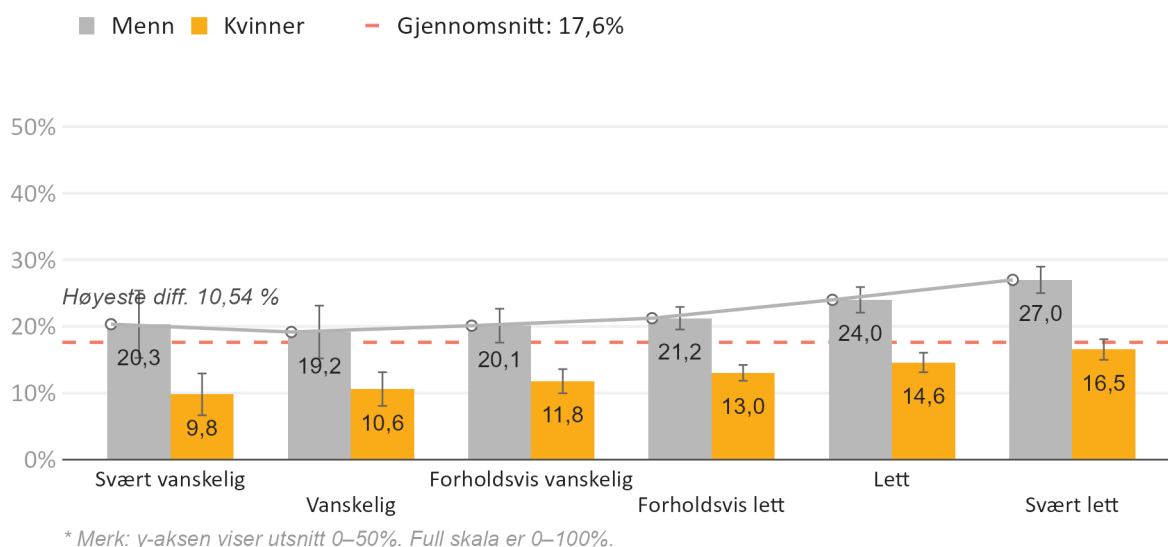
Figur B viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen lavest blant dem med grunnskole og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år. Blant kvinner er andelen 8,2 prosent i gruppen med grunnskole, og 21,3 prosent i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 13,06 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,38, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 15,9 prosent ved grunnskole og 33,6 prosent ved høyskole eller universitet over 4 år, en statistisk sikker forskjell på 17,75 prosentpoeng. Også her er effektstørrelsen middels, med Cohen's h på 0,42. På alle utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellen er 7,70 prosentpoeng ved grunnskole og øker til 12,38 prosentpoeng i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år. Dette tyder på at hyppig alkoholdrikking er vanligere blant menn enn kvinner, samtidig som andelen øker med høyere utdanning i begge kjønn.

Figur 161: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

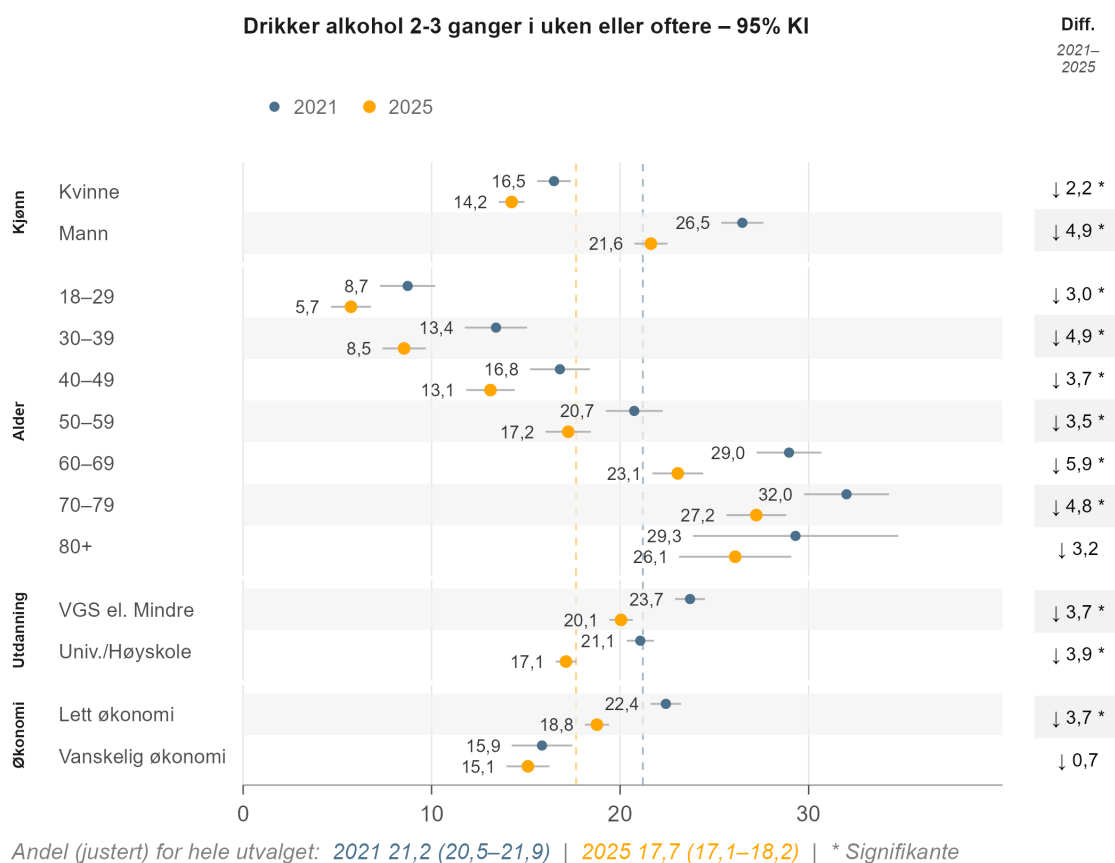


Figur C viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29, med 3,7 prosent, og øker deretter jevnt med alderen til en topp i 70-79, der 24,7 prosent oppgir å drikke så ofte. I den eldste gruppen, 80+, er andelen lavere igjen, med 20,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 21,00 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,65, som tilsier en stor forskjell. For menn er andelen også lavest i 18-29, med 8,4 prosent, og den øker gjennom de påfølgende aldersgruppene til 32,8 prosent i 80+, som er høyest. Differansen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant menn er 24,41 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,63, som også tilsier en stor forskjell. I alle aldersgrupper ligger menn høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er minst i 18-29 med 4,74 prosentpoeng og størst i 80+ med 12,71 prosentpoeng.

Figur 162: 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 kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 16,5 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 9,8 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 6,74 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 27,0 prosent, og lavest i gruppen som opplever økonomien som vanskelig, med 19,2 prosent. Også her er forskjellen statistisk sikker, med 7,83 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som tilsier en liten forskjell. Samlet sett ligger andelen høyere ved bedre vurdert husholdningsøkonomi for begge kjønn, selv om utslagene er små. Det er samtidig en gjennomgående statistisk sikker kjønnsforskjell i alle økonomigrupper, der menn rapporterer hyppig alkoholbruk oftere enn kvinner. Kjønnsforskjellen varierer fra 8,20 til 10,54 prosentpoeng, og er størst i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig.

Figur 163: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (E)

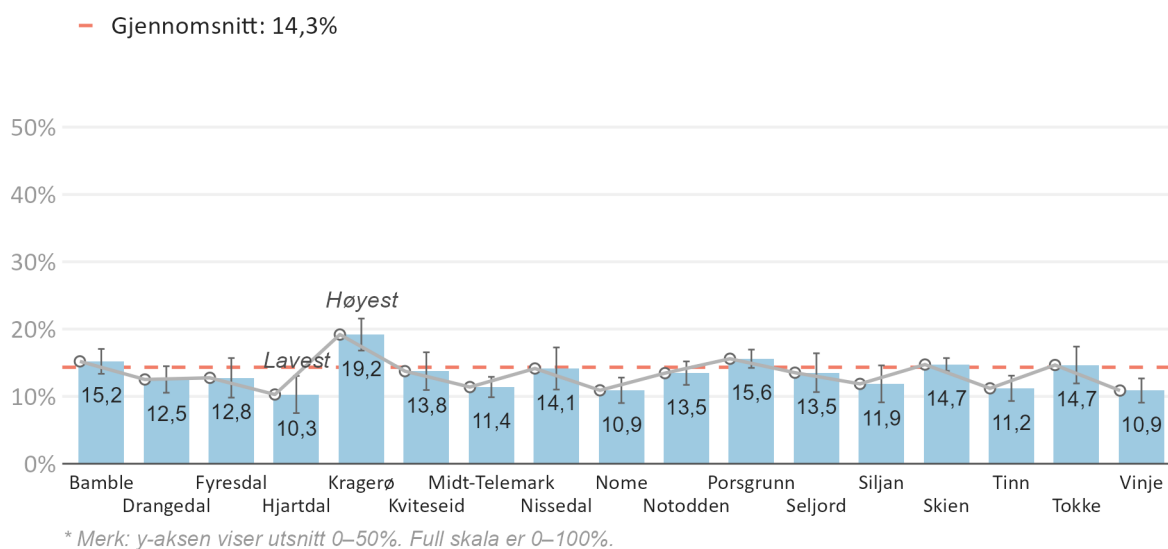
Figur E viser andelen som oppgir drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 21,2 prosent i 2021 til 17,7 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen ses også i begge kjønn, med statistisk sikker reduksjon både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen består ved at menn ligger høyere enn kvinner i begge år. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, med lavest andel blant de yngste og høyest blant eldre aldersgrupper i både 2021 og 2025. Samtidig er det statistisk sikker nedgang i alle aldersgrupper fra 18 til 79 år, mens endringen for gruppen 80 år eller eldre ikke er statistisk sikker. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og nivåforskjellene mellom gruppene fremstår som relativt stabile over tid. For opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Dette innebærer at forskjellen mellom økonomigruppene blir mindre i 2025 enn i 2021, fordi nedgangen i hovedsak skjer i gruppen med lett økonomi.

3.37 Episodisk høyt alkoholforbruk

Svarandel: Totalt 22 856 deltakere av 24 509 (93,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

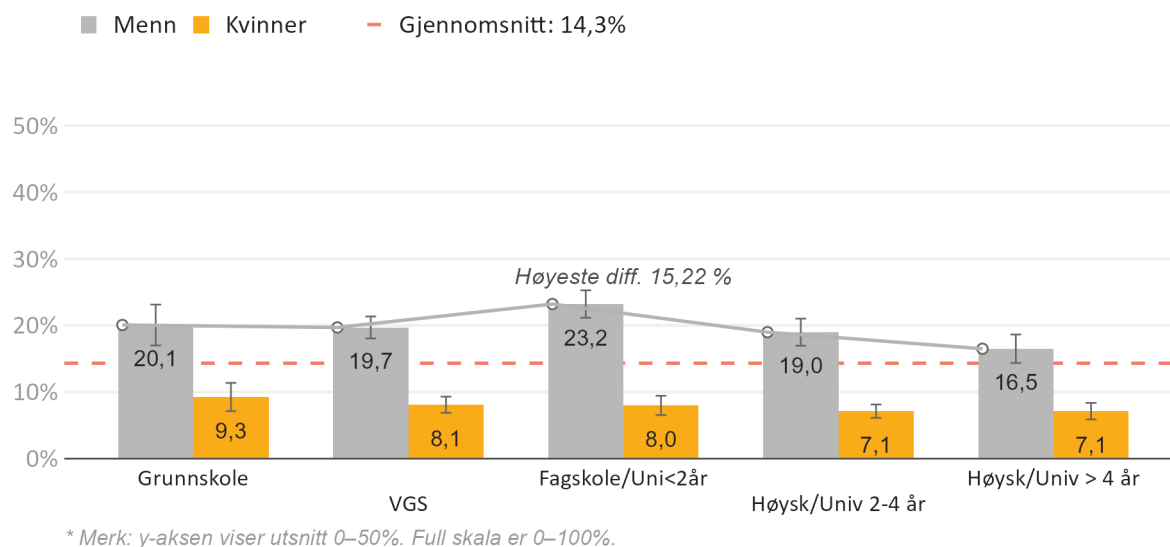
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 856	14,3 %	13,8 – 14,9
Kvinner	12 733	9,1 %	8,5 – 9,7
Menn	10 123	20,8 %	19,9 – 21,7

Figur 164: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kommuner i fylket (A)



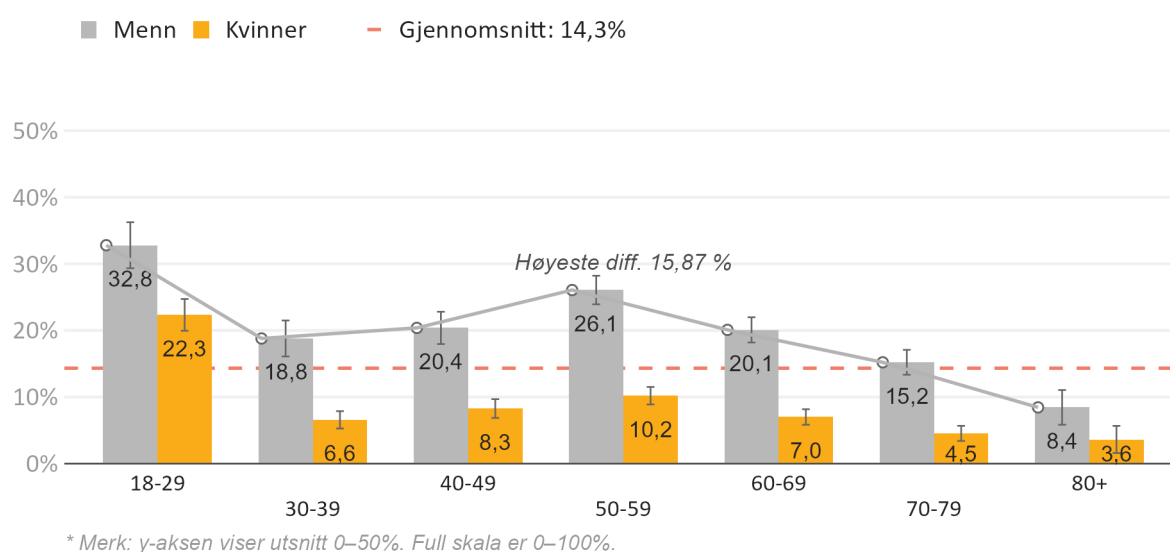
Figur A viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 10,3 prosent i Hjartdal til 19,2 prosent i Kragerø. Forskjellen mellom ytterpunktene er 8,91 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen for variasjonen mellom kommunene er Cohen's $h = 0,25$, som tilsvarer en middels forskjell. Flere kommuner ligger i et mellomnivå. Porsgrunn har 15,6 prosent og Bamble 15,2 prosent, mens Skien og Tokke begge ligger på 14,7 prosent og Nissedal på 14,1 prosent. Notodden og Seljord har 13,5 prosent, og Kviteseid 13,8 prosent. I den lavere enden finner vi Nome og Vinje med 10,9 prosent, Tinn med 11,2 prosent og Midt-Telemark med 11,4 prosent, samt Siljan med 11,9 prosent. Samlet viser figuren tydelige kommuneforskjeller, med Kragerø som klart høyest og Hjartdal som lavest.

Figur 165: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og utdanningsnivå (B)



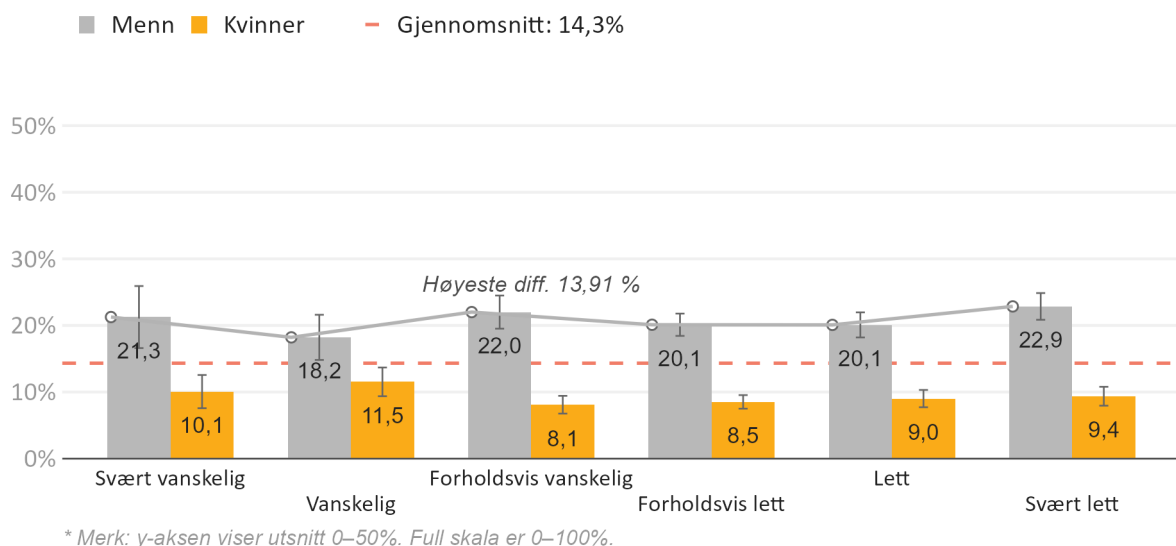
Figur B viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen på et relativt jevnt nivå på tvers av utdanningsgruppene, fra 7,1 prosent i høyere utdanning over fire år og i høyere utdanning på 2–4 år til 9,3 prosent blant dem med grunnskole. Differansen mellom høyest og lavest blant kvinner er 2,12 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,08, som tilsier en ubetydelig forskjell. Dette samsvarer med at variasjonen mellom utdanningsnivåene ikke framstår som statistisk sikker for kvinner. Blant menn er nivået gjennomgående høyere, og det er mer variasjon mellom utdanningsgruppene. Høyest andel finnes blant dem med fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, med 23,2 prosent, mens lavest andel er blant dem med høyere utdanning over 4 år, med 16,5 prosent. Differansen er 6,72 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,17, som indikerer en liten forskjell, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i alle utdanningsgrupper, og menn ligger høyere enn kvinner med 9,37 til 15,22 prosentpoeng, størst i fagskole eller universitetsutdanning under 2 år.

Figur 166: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og alder (C)

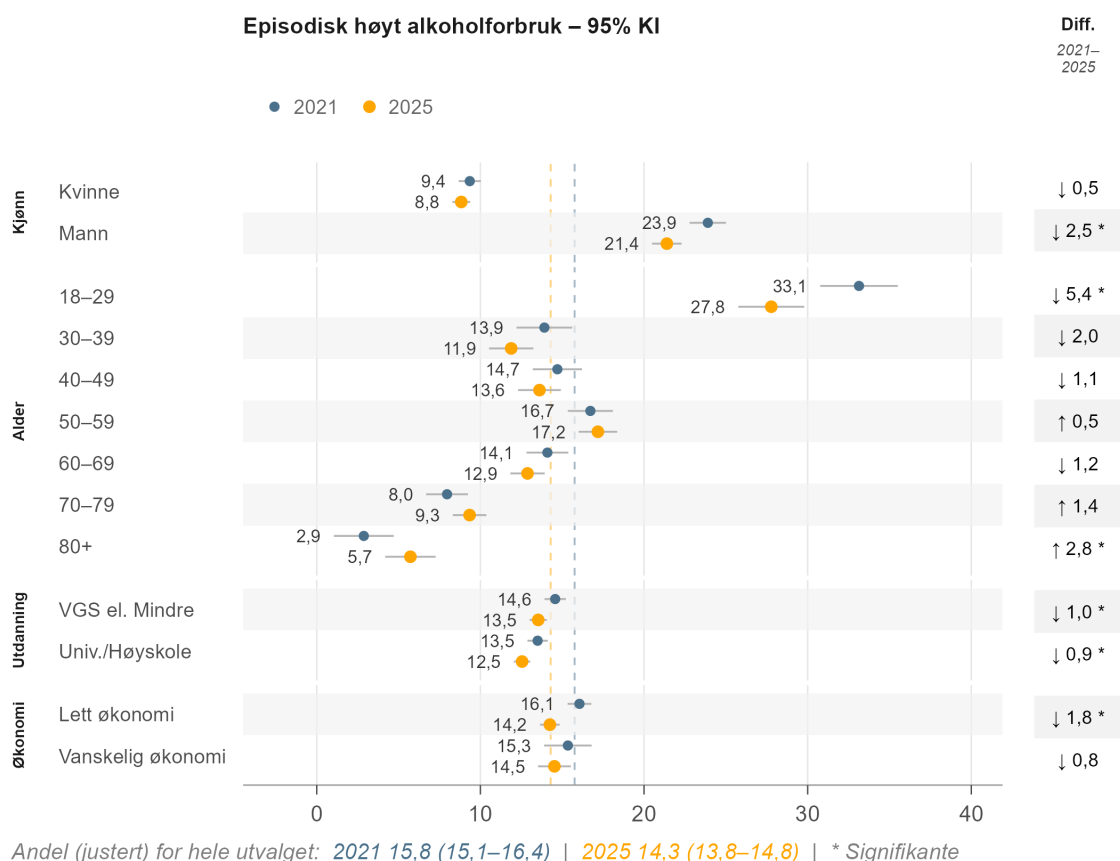


Figur C viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 22,3 prosent blant kvinner og 32,8 prosent blant menn. Deretter faller andelen tydelig med økende alder, og nivåene er lavest i gruppen 80 år eller eldre, med 3,6 prosent blant kvinner og 8,4 prosent blant menn. Blant kvinner er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 18,71 prosentpoeng, og dette utgjør en Cohen's h på 0,60, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er nedgangen enda større, med 24,35 prosentpoeng fra høyeste til laveste aldersgruppe, og en Cohen's h på 0,63, som også tilsvarer en stor forskjell. Menn har gjennomgående høyere andel enn kvinner i alle aldersgrupper, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellen er størst i alderen 50–59 år, der menn ligger 15,87 prosentpoeng høyere enn kvinner, og ellers ligger kjønnsforskjellen mellom 10,46 og 13,08 prosentpoeng i aldersgruppene 18–29 til 70–79 år.

Figur 167: 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, fra 8,1 prosent i gruppen som oppgir at økonomien er forholdsvis vanskelig til 11,5 prosent i gruppen som oppgir at den er vanskelig. Dette gir en forskjell på 3,43 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,12, som tilsvarer en liten forskjell. Også blant menn er variasjonen moderat, med høyest andel i gruppen som vurderer økonomien som svært lett, 22,9 prosent, og lavest i gruppen som oppgir at den er vanskelig, 18,2 prosent. Differansen er 4,65 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,12, som også indikerer en liten forskjell. På tvers av alle vurderinger av husholdningsøkonomien er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst når økonomien vurderes som forholdsvis vanskelig, med 13,90 prosentpoeng, og minst i gruppen som oppgir at økonomien er vanskelig, med 6,68 prosentpoeng.

Figur 168: Episodisk høyt alkoholforbruk (E)

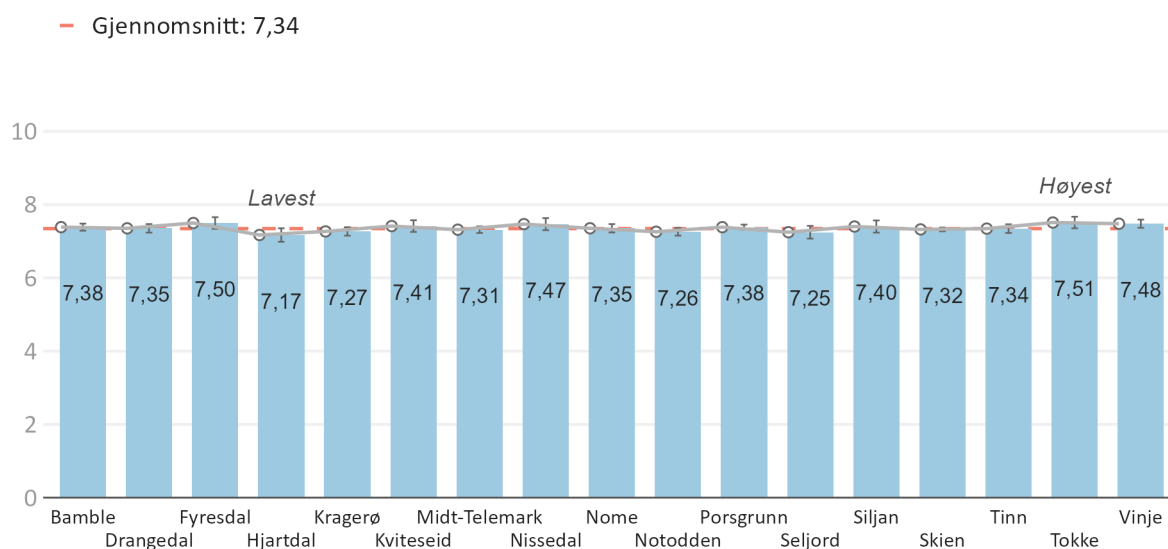
Figur E viser andelen som oppgir episodisk høyt alkoholforbruk på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett gikk andelen ned fra 15,8 prosent i 2021 til 14,3 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen var tydelig i begge år, og nedgangen var statistisk sikker blant menn (fra 23,9 til 21,4 prosent), mens endringen blant kvinner ikke var statistisk sikker. På tvers av alder var mønsteret i hovedsak likt, men det var en statistisk sikker nedgang blant 18–29-åringene (fra 33,1 til 27,8 prosent). Samtidig var det en statistisk sikker økning blant personer 80 år eller eldre (fra 2,9 til 5,7 prosent), mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke var statistisk sikre. For utdanning var det små, men statistisk sikre nedganger i begge utdanningsgrupper, slik at forskjellene mellom dem i liten grad endret seg. For opplevde økonomiske vansker var nedgangen statistisk sikker blant dem med lett økonomi (fra 16,1 til 14,2 prosent), mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke var statistisk sikker. Samlet peker dette mot en moderat reduksjon over tid, uten store endringer i hvordan nivåene fordeler seg mellom gruppene.

3.38 Tilfredshet med livet (0-10)

Svarandel: Totalt 22 723 deltakere av 24 509 (92,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

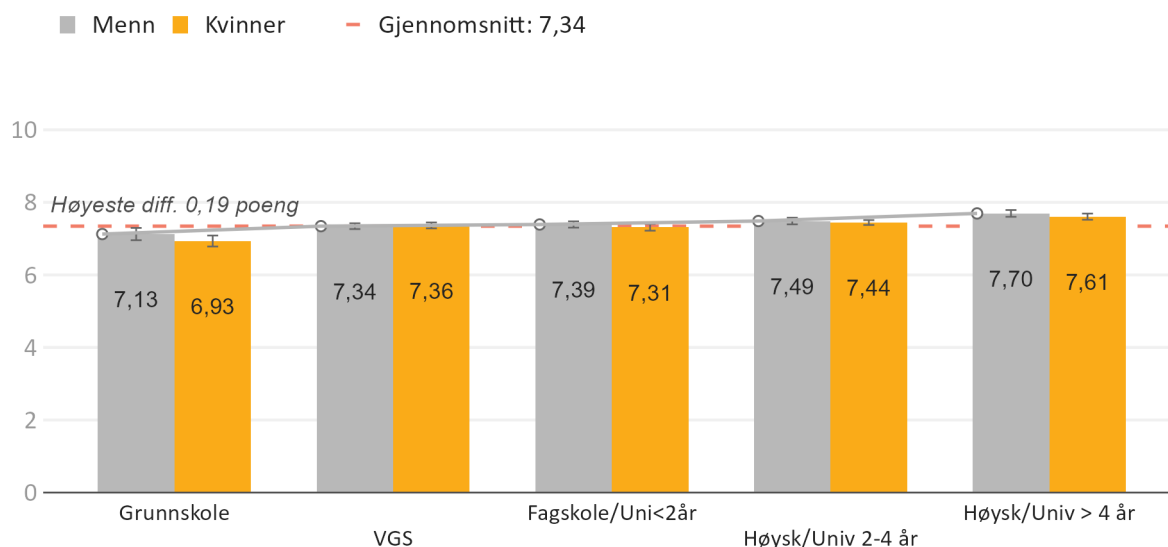
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 723	7,34	7,32 – 7,37
Kvinner	12 661	7,32	7,28 – 7,36
Menn	10 062	7,37	7,33 – 7,41

Figur 169: Tilfredshet med livet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



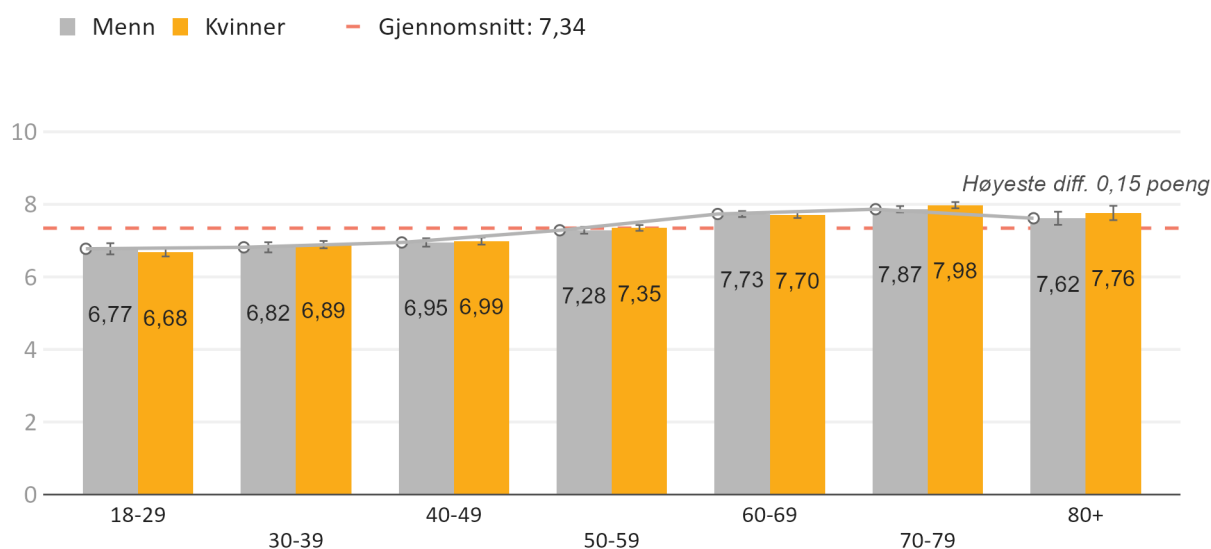
Figur A viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger samlet sett på et høyt og relativt jevnt nivå, med verdier fra 7,17 til 7,51 poeng. Tokke har høyest skår med 7,51 poeng, mens Hjartdal har lavest med 7,17 poeng, som gir en forskjell på 0,34 poeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,18, som indikerer en liten forskjell i livstilfredshet mellom ytterpunktene. Samtidig er forskjellen mellom Tokke og Hjartdal ikke statistisk sikker, noe som betyr at rangeringen i ytterkantene bør tolkes med varsomhet. Flere kommuner ligger tett opp mot hverandre. Fyresdal har 7,50 poeng, Vinje 7,48 poeng og Nissedal 7,47 poeng, mens Kviteseid og Siljan ligger på henholdsvis 7,41 og 7,40 poeng. Blant kommunene med lavere skårer finner vi Seljord med 7,25 poeng, Notodden med 7,26 poeng og Kragerø med 7,27 poeng. Helhetsbildet er dermed små variasjoner i opplevd livstilfredshet mellom kommunene.

Figur 170: 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 kvinner er livstilfredsheten høyest hos dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med en gjennomsnittsskår på 7,61, og lavest hos dem med grunnskole, med 6,93. Dette gir en differanse på 0,67 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,35, som tilsier en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: høyest skår finner vi også blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 7,70, mens lavest skår er blant dem med grunnskole, med 7,13. Differansen er 0,57 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,30, som også tilsier en middels forskjell. Ser vi på nivåene enkeltvis, er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

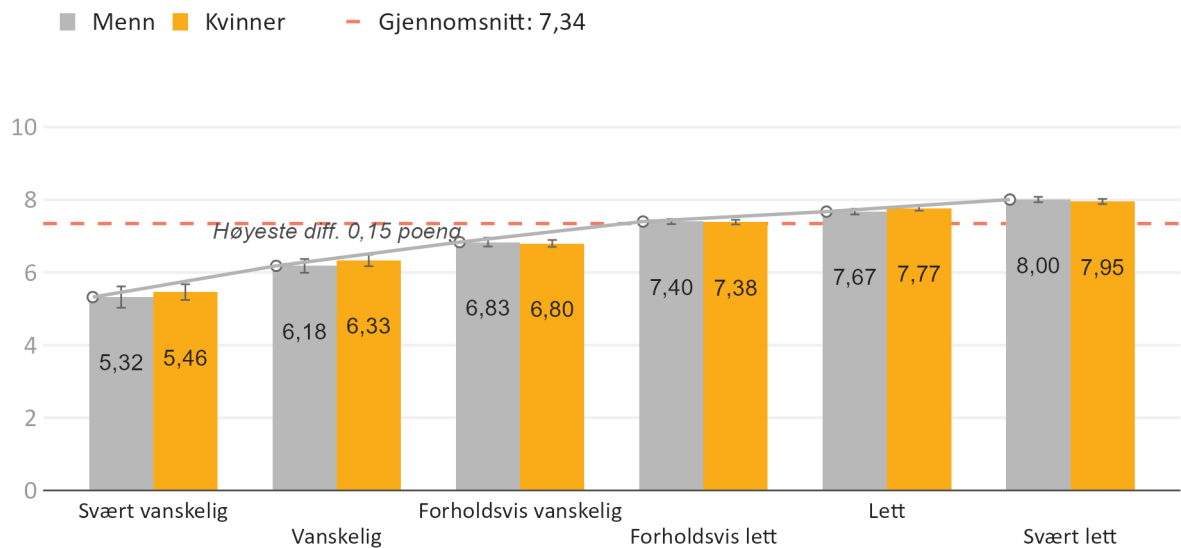
Figur 171: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For kvinner er livstilfredsheten lavest i alderen 18-29 år, med en gjennomsnittsskår på 6,68 poeng, og høyest i 70-79 år, med 7,98 poeng. Dette gir en forskjell

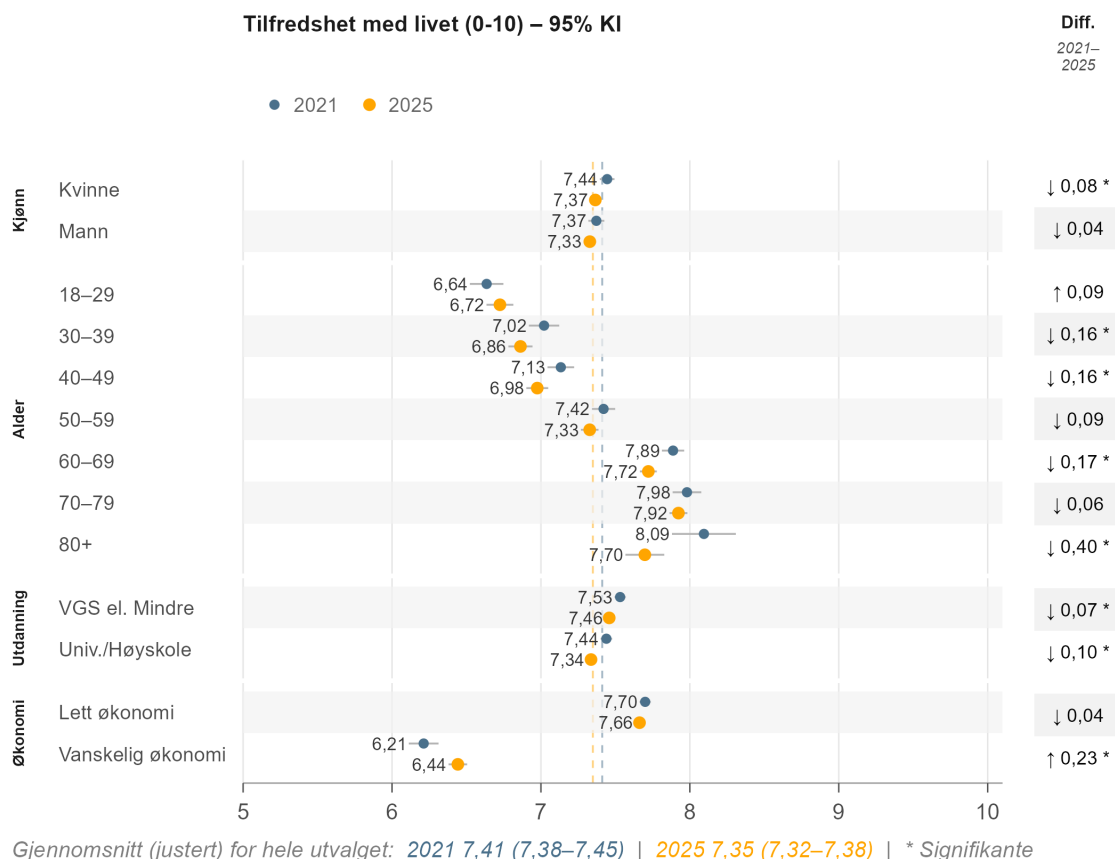
på 1,30 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,67, som tilsier en stor forskjell og understreker at livstilfredsheten øker tydelig med alder fram mot 70-79 år, før den er noe lavere blant de eldste (7,76 poeng i 80+). Menn viser et tilsvarende mønster. Den laveste skåren finnes i 18-29 år med 6,78 poeng, mens den høyeste er i 70-79 år med 7,87 poeng. Differansen er 1,09 poeng, også statistisk sikker. Cohen's d er 0,57, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er små, og ingen av forskjellene mellom menn og kvinner framstår som statistisk sikre.

Figur 172: 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 er det en tydelig sammenheng mellom hvor lett eller vanskelig økonomien oppleves, og hvor fornøyd man er med livet. Blant kvinner er livstilfredsheten høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med en gjennomsnittsskår på 7,95, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 5,46. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 2,49 poeng, og Cohen's d er 1,29, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er livstilfredsheten høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 8,00, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 5,32. Differansen er 2,68 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 1,39, som også indikerer en stor forskjell. På de ulike nivåene av husholdningsøkonomi er kjønnforskjellene små, og ingen av disse framstår som statistisk sikre.

Figur 173: Tilfredshet med livet (0-10) (E)



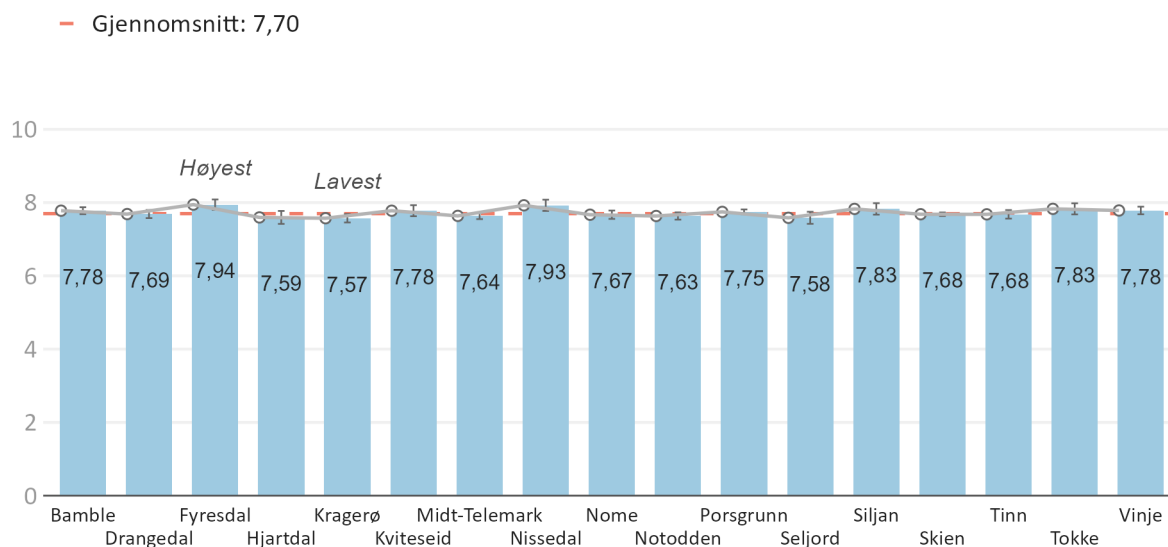
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tilfredshet med livet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Forskjellene mellom kvinner og menn er også stabile, med ikke statistisk sikker endring i begge kjønn. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme, men flere aldersgrupper har en liten nedgang som er statistisk sikker, særlig blant 30–39 år, 49–49 år, 60–69 år og 80+ (for eksempel fra 8,1 til 7,7 i 80+). For 18–29 år og 50–59 år er endringene små og ikke statistisk sikre. Etter utdanning er det en liten, statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper fra 2021 til 2025, uten at avstanden mellom gruppene endrer seg tydelig. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, er skåren uendret for dem med lett økonomi, mens dem med vanskelig økonomi har en statistisk sikker bedring fra 6,2 til 6,4. Samlet sett fremstår forskjellene mellom grupper som relativt stabile, med de tydeligste endringene knyttet til enkelte aldersgrupper og en svak bedring blant dem som opplever økonomien som vanskelig.

3.39 Fremtidsoptimisme (0-10)

Svarandel: Totalt 22 624 deltakere av 24 509 (92,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

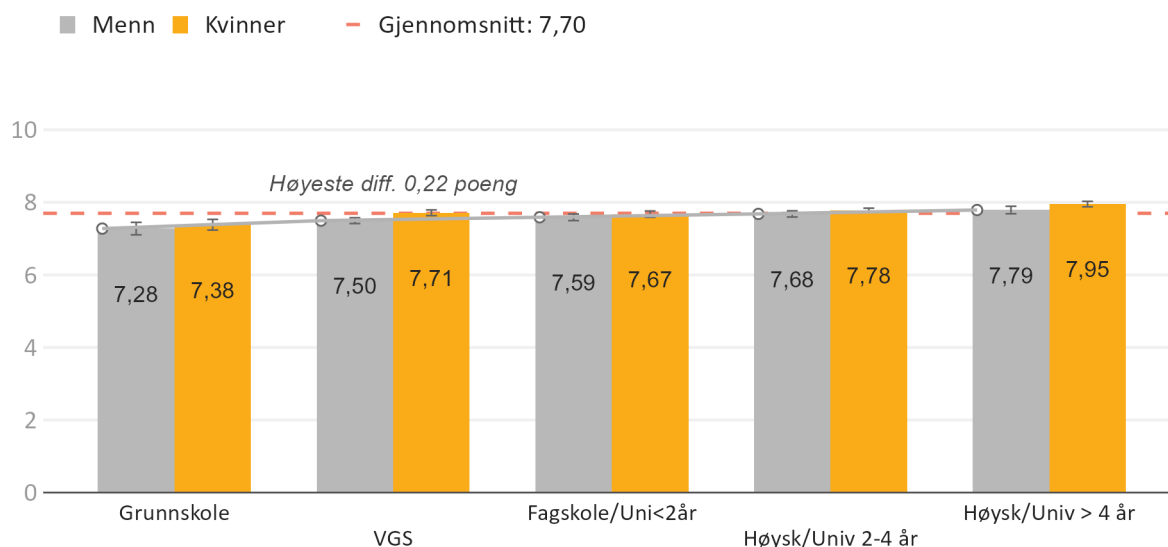
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 624	7,70	7,67 – 7,73
Kvinner	12 590	7,78	7,74 – 7,81
Menn	10 034	7,60	7,56 – 7,64

Figur 174: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kommuner i fylket (A)



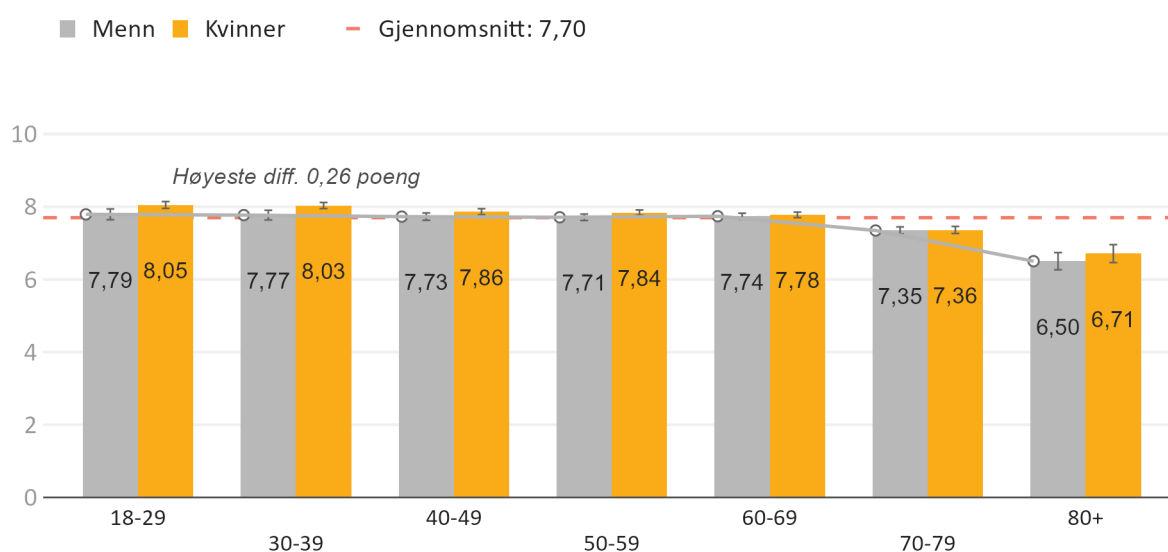
Figur A viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt og varierer lite mellom kommunene, med verdier fra 7,57 til 7,94. Fyresdal har høyest forventet livstilfredshet med 7,94, mens Kragerø har lavest med 7,57. Differansen mellom ytterpunktene er 0,37 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsvarer nivåforskjellen en Cohen's d på 0,20, som regnes som en liten forskjell, noe som understreker at variasjonene samlet sett er beskjedne. Flere kommuner ligger tett på hverandre rundt 7,70 til 7,80, som Bamble og Kviteseid med 7,78, Porsgrunn med 7,75 og Drangedal med 7,69. I den øvre delen av fordelingen ligger også Nissedal med 7,92, samt Siljan og Tokke med 7,83. I den nedre delen finner vi Hjartdal med 7,59 og Seljord med 7,58, mens Midt-Telemark og Notodden ligger på henholdsvis 7,64 og 7,63.

Figur 175: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



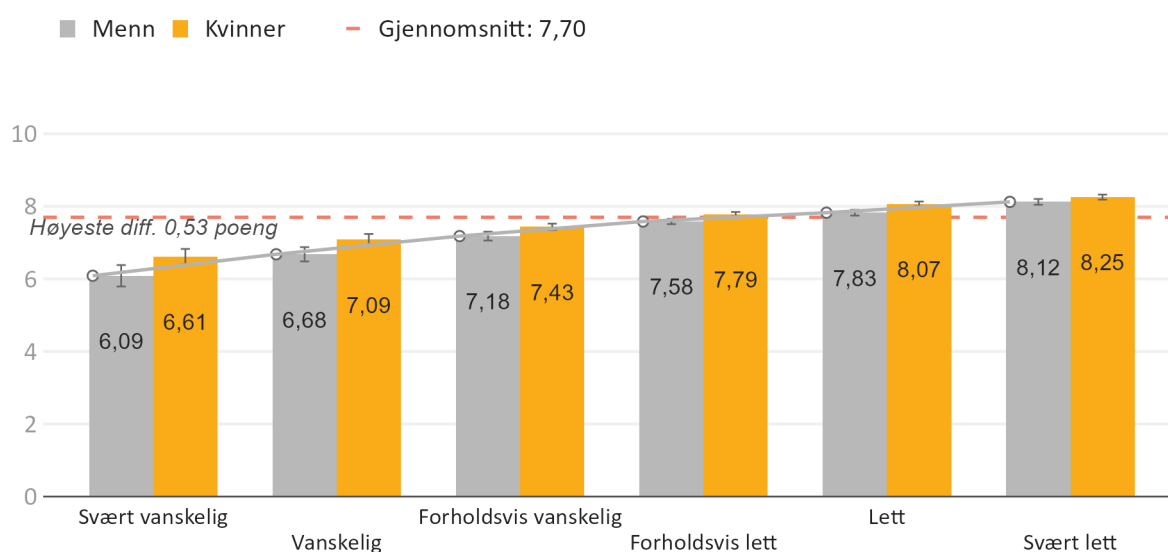
Figur B viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 7,95 poeng, og lavest for dem med grunnskole, med 7,38 poeng. Dette gir en forskjell på 0,57 poeng, som er statistisk sikker, og Cohen's d er 0,31, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret likt: høyest skår finner vi også blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 7,79 poeng, mens menn med grunnskole har lavest skår med 7,28 poeng. Differansen er 0,51 poeng, som er statistisk sikker, og Cohen's d er 0,28, som også regnes som en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen er blant dem med videregående skole, der menn ligger 0,22 poeng lavere enn kvinner.

Figur 176: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og alder (C)



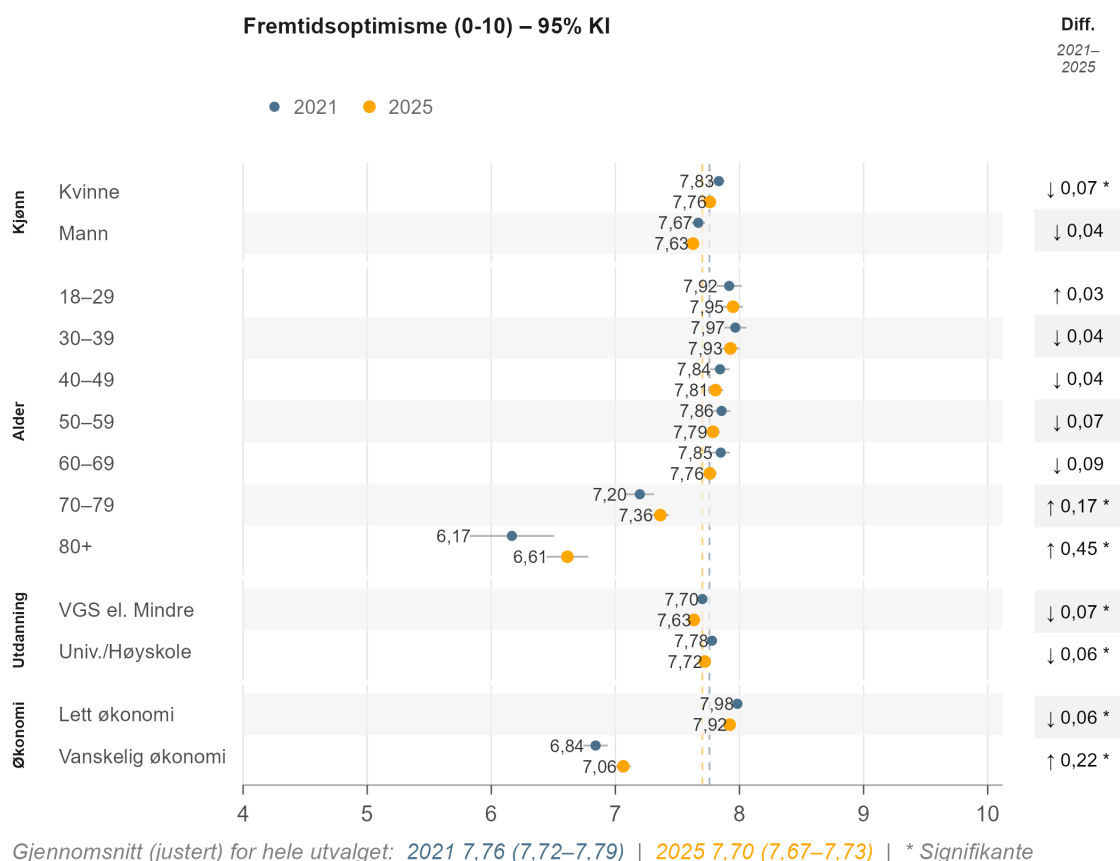
Figur C viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er forventet livstilfredshet høyest i aldersgruppen 18–29, med 8,05 poeng, og lavest i 80+, med 6,71 poeng. Dette gir en differanse på 1,34 poeng, som er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer Cohen's d på 0,73, altså en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i 18–29, med 7,79 poeng, og lavest i 80+, med 6,50 poeng. Differansen er 1,29 poeng, også statistisk sikker, og Cohen's d er 0,70, som regnes som en stor forskjell. Samlet sett ligger skårene relativt høyt i de yngre og midtre aldersgruppene, før de faller tydelig i de eldste aldersgruppene for begge kjønn. Når en sammenligner kjønn innen samme alder, er kvinner høyere enn menn i 18–29 og 30–39, med en statistisk sikker forskjell på 0,26 poeng i begge gruppene. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 177: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser hvor fornøyd en person tror de vil 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 økonomien sammen med høyere forventet livstilfredshet. Kvinner ligger høyest når økonomien oppleves som svært lett, med 8,25 poeng, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 6,61 poeng. Dette gir en forskjell på 1,64 poeng, som er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer Cohen's d 0,90, altså en stor forskjell. Menn viser samme ytterpunkter, med 8,12 poeng ved svært lett og 6,09 poeng ved svært vanskelig. Her er differansen 2,04 poeng, også statistisk sikker, og Cohen's d 1,11, som også regnes som en stor forskjell. Når en sammenligner kjønn innen samme økonomivurdering, har kvinner gjennomgående litt høyere skår enn menn. Forskjellene er statistisk sikre i de fleste gruppene, for eksempel ved vanskelig der menn ligger 0,41 poeng lavere enn kvinner, og ved svært vanskelig der menn ligger 0,53 poeng lavere. Ved svært lett er kjønnsforskjellen mindre, 0,13 poeng, og den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 178: Fremtidsoptimisme (0-10) (E)



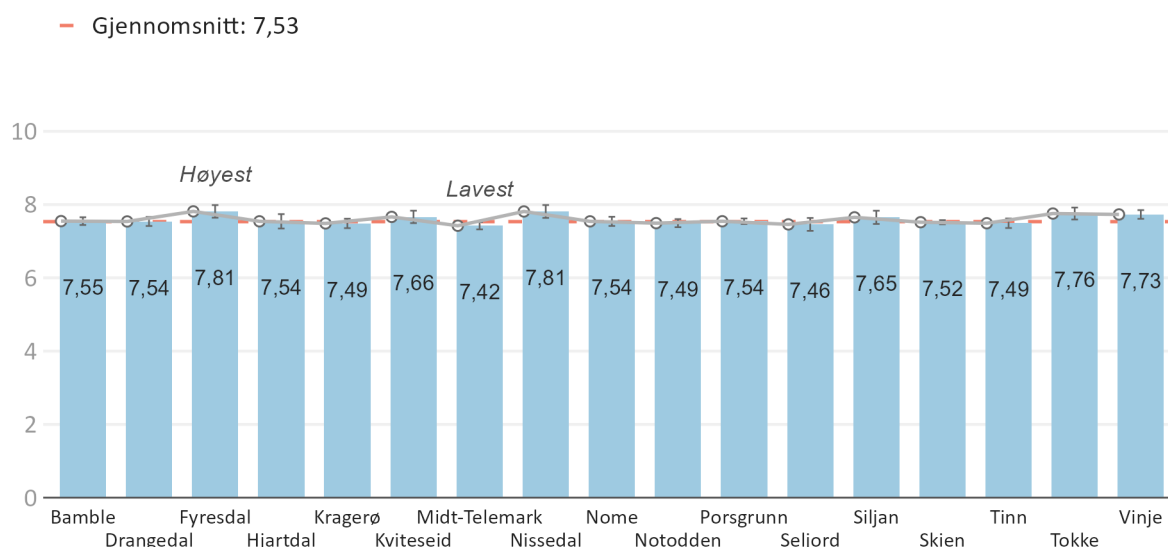
Figur E viser gjennomsnittsskåren for fremtidsoptimisme (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået svært stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (7,8 til 7,7). Kjønnforskjellene er små i begge år, men kvinner har en statistisk sikker liten nedgang (7,8 til 7,8), mens endringen for menn ikke er statistisk sikker (7,7 til 7,6). På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret for de fleste grupper, med ikke statistisk sikre endringer fra 18 til 69 år. Samtidig er det en statistisk sikker økning blant de eldste, særlig for 80 år eller eldre (6,2 til 6,6) og også for 70 til 79 år (7,2 til 7,4). Etter utdanning er det statistisk sikre, men små nedganger i begge utdanningsgrupper (om lag 0,1 poeng). For opplevd økonomi er utviklingen tydelig delt: de med lett økonomi har en statistisk sikker liten nedgang (8,0 til 7,9), mens de med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning (6,8 til 7,1), noe som reduserer forskjellen mellom disse gruppene fra 2021 til 2025.

3.40 Opplevelse av mening i livet (0-10)

Svarandel: Totalt 22 720 deltakere av 24 509 (92,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

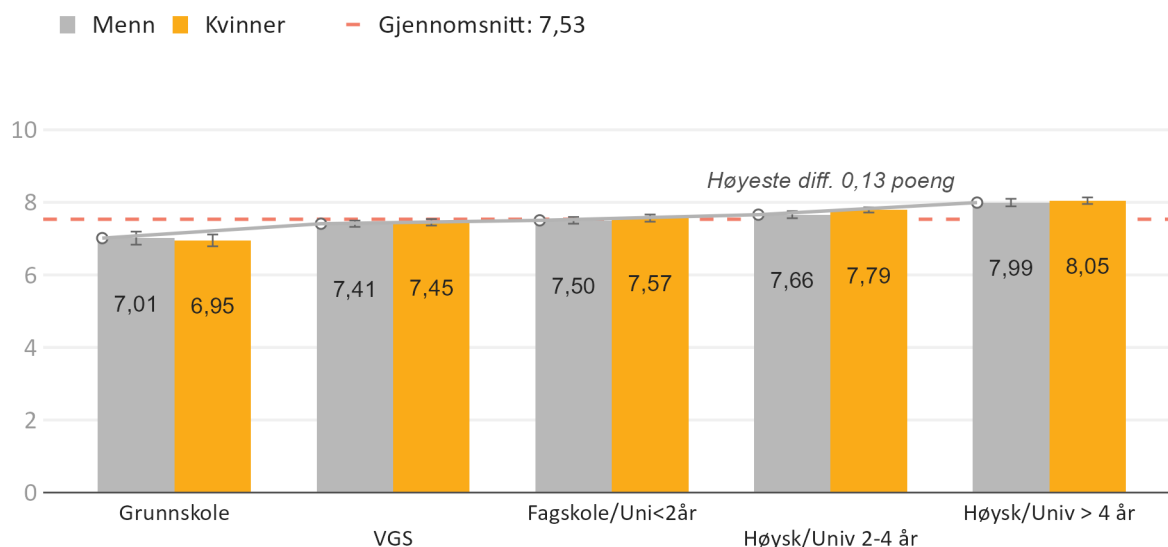
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 720	7,53	7,50 – 7,56
Kvinner	12 658	7,57	7,53 – 7,61
Menn	10 062	7,49	7,44 – 7,54

Figur 179: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



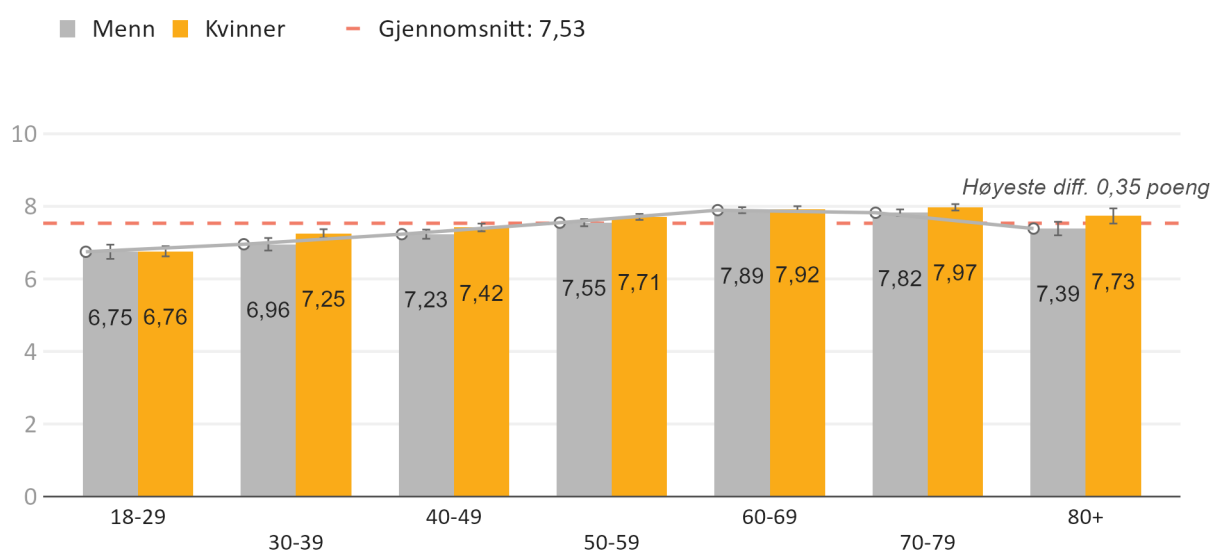
Figur A viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt, og variasjonene mellom kommunene er relativt små. Fyresdal har høyest skår med 7,81, mens Midt-Telemark har lavest med 7,42. Differansen mellom ytterpunktene er 0,39 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,19$, som tilsvarer en liten forskjell, noe som understøtter at nivåforskjellene i praksis er beskjedne. Flere kommuner ligger tett rundt midten av fordelingen, for eksempel Bamble med 7,55, Drangedal med 7,54, Hjartdal med 7,54, Nome med 7,54 og Porsgrunn med 7,54. Skien ligger på 7,52, mens Kragerø, Notodden, Tinn og også Tinn ligger på 7,49. I den øvre delen finner vi Tokke med 7,76 og Vinje med 7,73, i tillegg til Kviteseid med 7,66 og Siljan med 7,65. Samlet sett tyder dette på at opplevelsen av mening i hverdagen er nokså lik på tvers av kommunene.

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



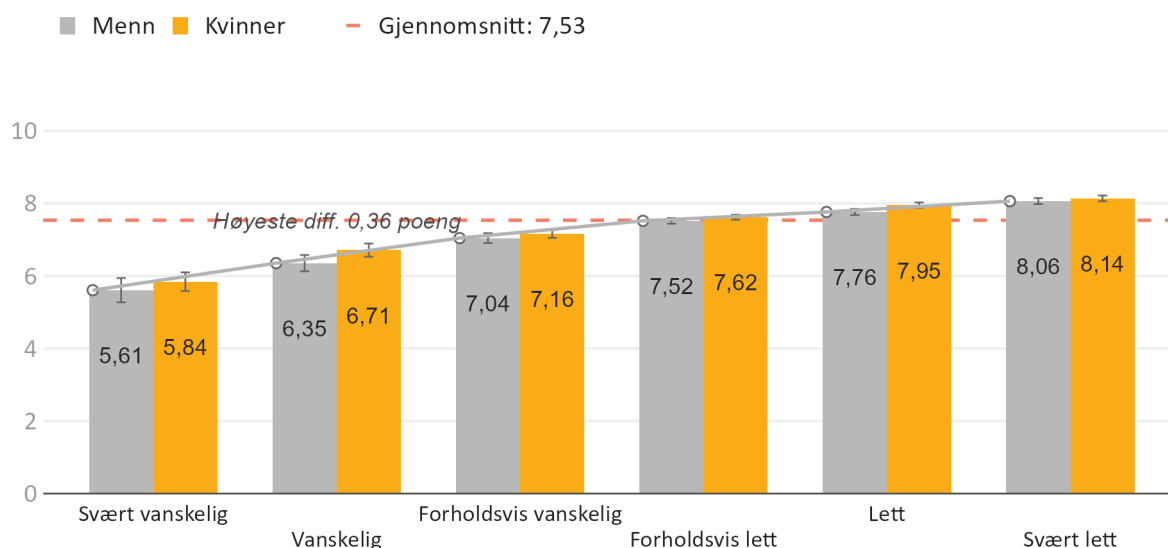
Figur B viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 8,05 poeng, og lavest for dem med grunnskole, med 6,95 poeng. Dette gir en differanse på 1,09 poeng, som er en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,54, som tilsier en stor forskjell mellom ytterpunktene. Også blant menn er skåren høyest i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år, med 7,99 poeng, mens menn med grunnskole ligger lavest med 7,01 poeng. Differansen er 0,98 poeng og framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,48, som indikerer en middels forskjell. Ser man på nivåene mellom ytterpunktene, ligger skårene gjennomgående høyere ved høyere utdanning for begge kjønn, for eksempel fra 7,45 poeng blant kvinner med videregående skole til 7,79 poeng ved høyskole eller universitet 2-4 år. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små, og ingen av forskjellene framstår som statistisk sikre.

Figur 181: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og alder (C)



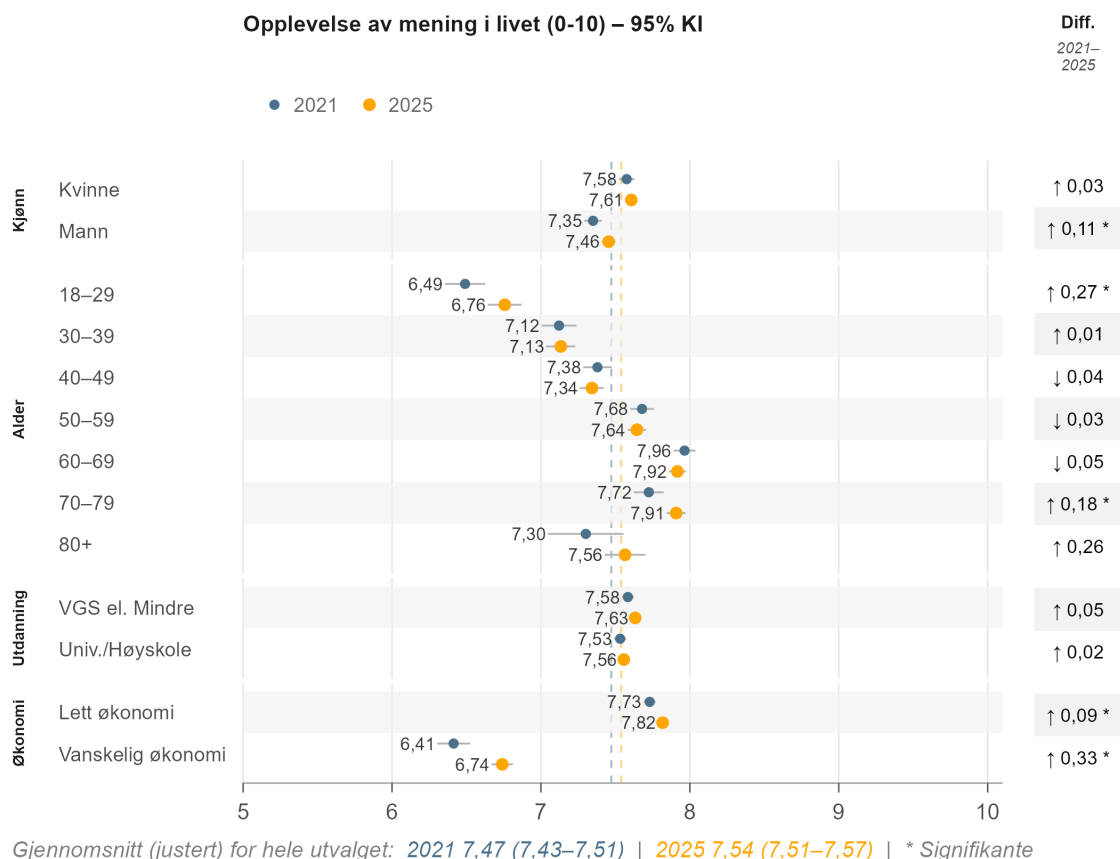
Figur C viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For kvinner ligger skåren lavest i alderen 18-29 år, med 6,76 poeng, og øker deretter jevnt gjennom voksenlivet. Høyest skår finner vi blant kvinner i alderen 70-79 år, med 7,97 poeng. Dette gir en statistisk sikker differanse på 1,21 poeng mellom laveste og høyeste aldersgruppe, og Cohen's d er 0,58, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er skåren lavest i alderen 18-29 år, med 6,75 poeng, før den stiger med alderen. Menn har høyest skår i alderen 60-69 år, med 7,89 poeng, som gir en statistisk sikker differanse på 1,15 poeng fra laveste nivå. Cohen's d er 0,55, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de fleste aldersgruppene er små, men i alderen 30-39 år har kvinner en statistisk sikker høyere skår enn menn, med en differanse på 0,29 poeng.

Figur 182: 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 opplevelsen av mening tydelig sammen med hvor lett eller vanskelig husholdningsøkonomien oppleves. Blant kvinner er skåren høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 8,14 poeng, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 5,84 poeng. Dette gir en differanse på 2,30 poeng, og Cohen's d er 1,10, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er mønsteret det samme, med 8,06 poeng i gruppen som oppgir svært lett og 5,61 poeng i gruppen som oppgir svært vanskelig. Differansen er 2,46 poeng, og Cohen's d er 1,18, som også indikerer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de fleste økonomigruppene er små og ikke statistisk sikre. Unntaket er gruppen som vurderer økonomien som lett, der kvinner skårer 7,95 poeng og menn 7,76 poeng, en statistisk sikker forskjell på 0,19 poeng. Samlet sett framstår likevel økonomivurderingen som viktigere enn kjønn for variasjonen i opplevd mening.

Figur 183: Opplevelse av mening i livet (0-10) (E)



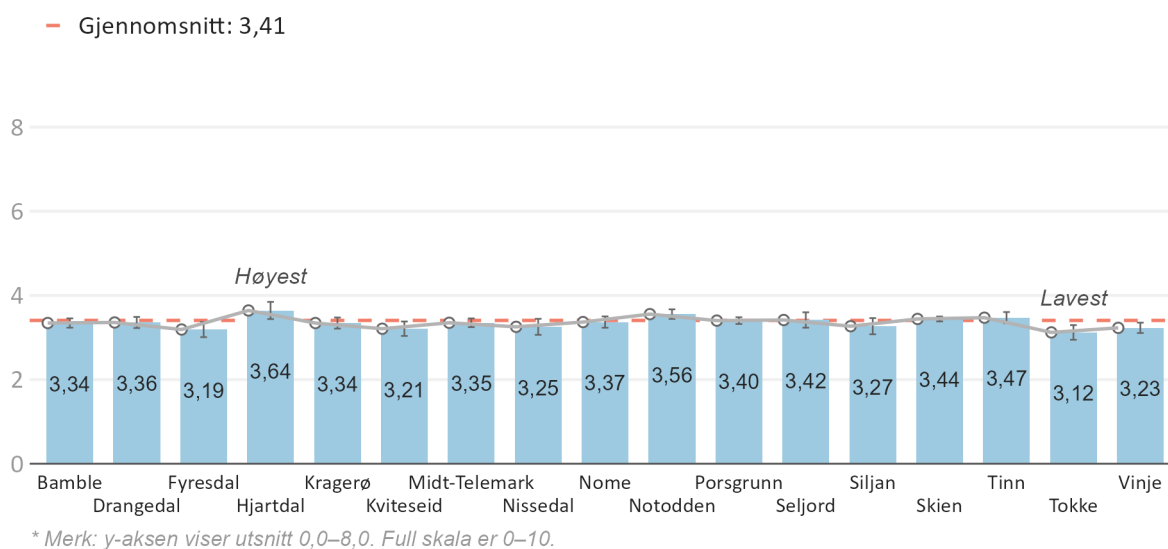
Figur E viser gjennomsnittsskåren for opplevelse av mening i livet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen blir mindre, fordi menn har en statistisk sikker økning (fra 7,3 til 7,5), mens kvinner ikke har en statistisk sikker endring og ligger stabilt rundt 7,6. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt over tid, men de yngste (18–29 år) har en statistisk sikker økning fra 6,5 til 6,8, og også 70–79 år øker statistisk sikkert fra 7,7 til 7,9. De øvrige aldersgruppene viser ikke statistisk sikre endringer, inkludert 80 år eller eldre. Forskjellene etter utdanning er små og stabile, uten statistisk sikre endringer i noen av utdanningsgruppene. For opplevde økonomiske vansker øker skåren statistisk sikkert både blant dem med lett økonomi (7,7 til 7,8) og dem med vanskelig økonomi (6,4 til 6,7). Samtidig består gapet mellom økonomigruppene, siden gruppen med vanskelig økonomi fortsatt ligger klart lavere enn gruppen med lett økonomi i 2025.

3.41 Negative følelser siste 7 dager (0-10)

Svarandel: Totalt 22 653 deltakere av 24 509 (92,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

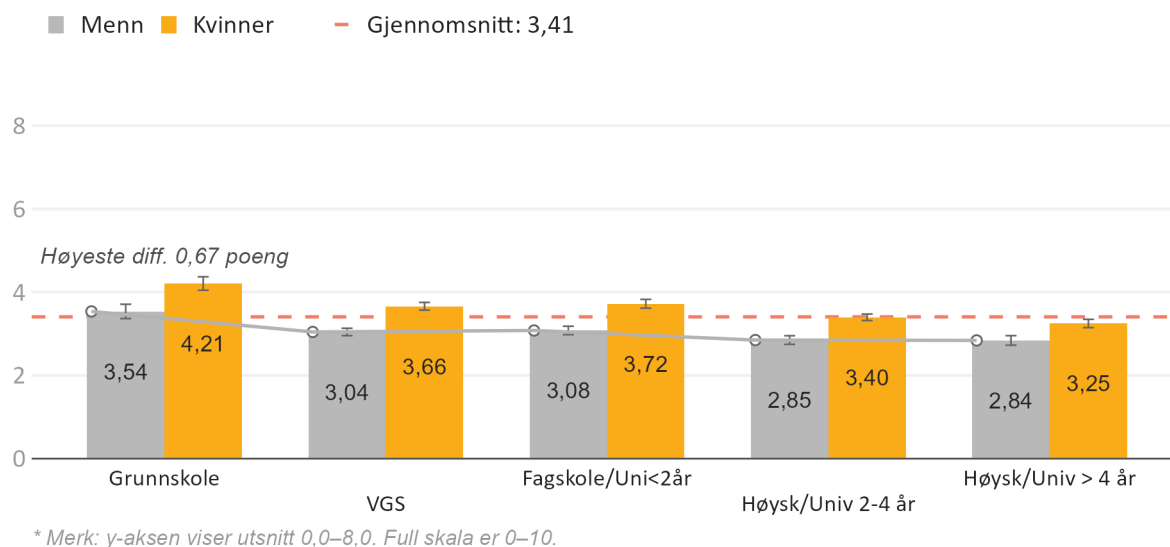
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 653	3,41	3,37 – 3,44
Kvinner	12 626	3,67	3,62 – 3,71
Menn	10 027	3,08	3,03 – 3,13

Figur 184: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kommuner i fylket (A)



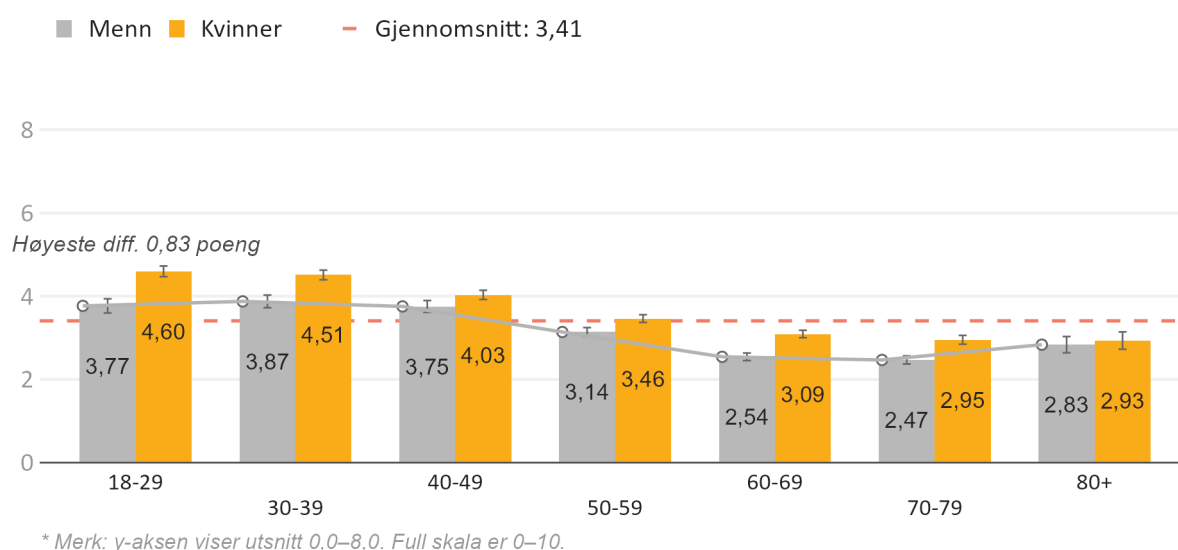
Figur A viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene varierer fra 3,12 poeng i Tokke til 3,64 poeng i Hjartdal. Differansen mellom ytterpunktene er 0,52 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,23$, som tilsier en liten forskjell, og det betyr at variasjonen mellom kommunene samlet sett er relativt beskjeden selv om ytterpunktene skiller seg tydelig fra hverandre. Flere kommuner ligger tett rundt midten av fordelingen, som Bamble og Kragerø med 3,34 poeng, Drangedal med 3,36 poeng og Midt-Telemark med 3,35 poeng. Blant kommunene med høyere skår finner vi Notodden med 3,56 poeng, Tinn med 3,47 poeng og Skien med 3,44 poeng, mens Fyresdal med 3,19 poeng, Kviteseid med 3,21 poeng og Vinje med 3,23 poeng ligger lavere. Porsgrunn ligger på 3,40 poeng, og Seljord på 3,42 poeng.

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



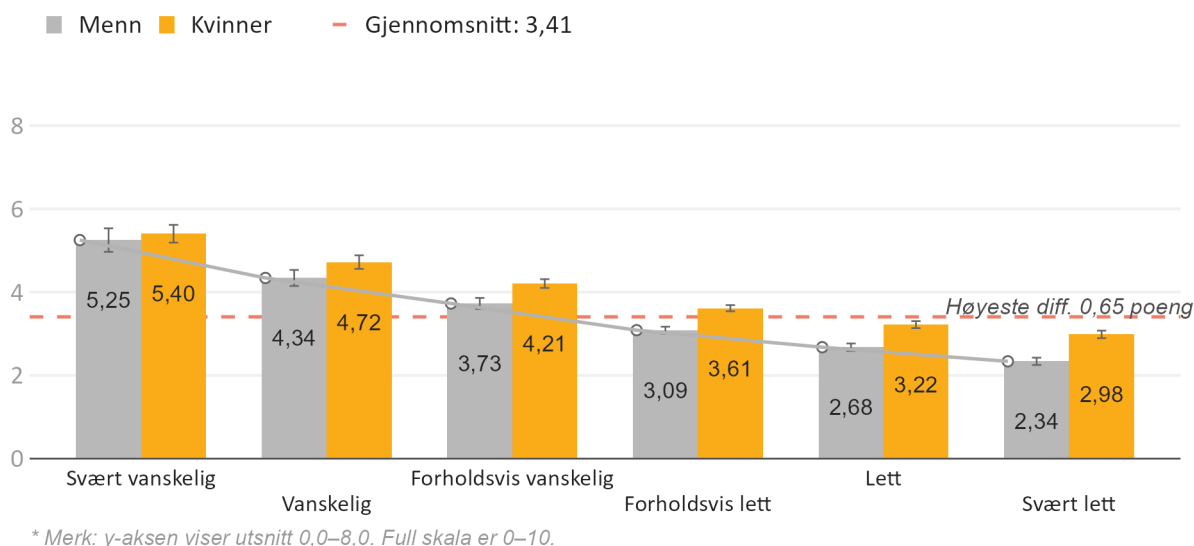
Figur B viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med grunnskole, med 4,21 poeng, og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år, med 3,25 poeng. Dette gir en statistisk sikker differanse på 0,96 poeng, og Cohen's d er 0,43, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest ved grunnskole, med 3,54 poeng, og lavest ved høyskole eller universitet over fire år, med 2,84 poeng. Differansen er 0,70 poeng og statistisk sikker, med Cohen's d 0,31, som også indikerer en middels forskjell. På hvert utdanningsnivå skårer kvinner høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er 0,67 poeng ved grunnskole, 0,62 poeng ved videregående skole og 0,41 poeng ved høyskole eller universitet over fire år. Samlet sett ligger nivået av negative følelser lavere ved lengre utdanning for begge kjønn, samtidig som kvinner gjennomgående rapporterer høyere skår enn menn.

Figur 186: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)



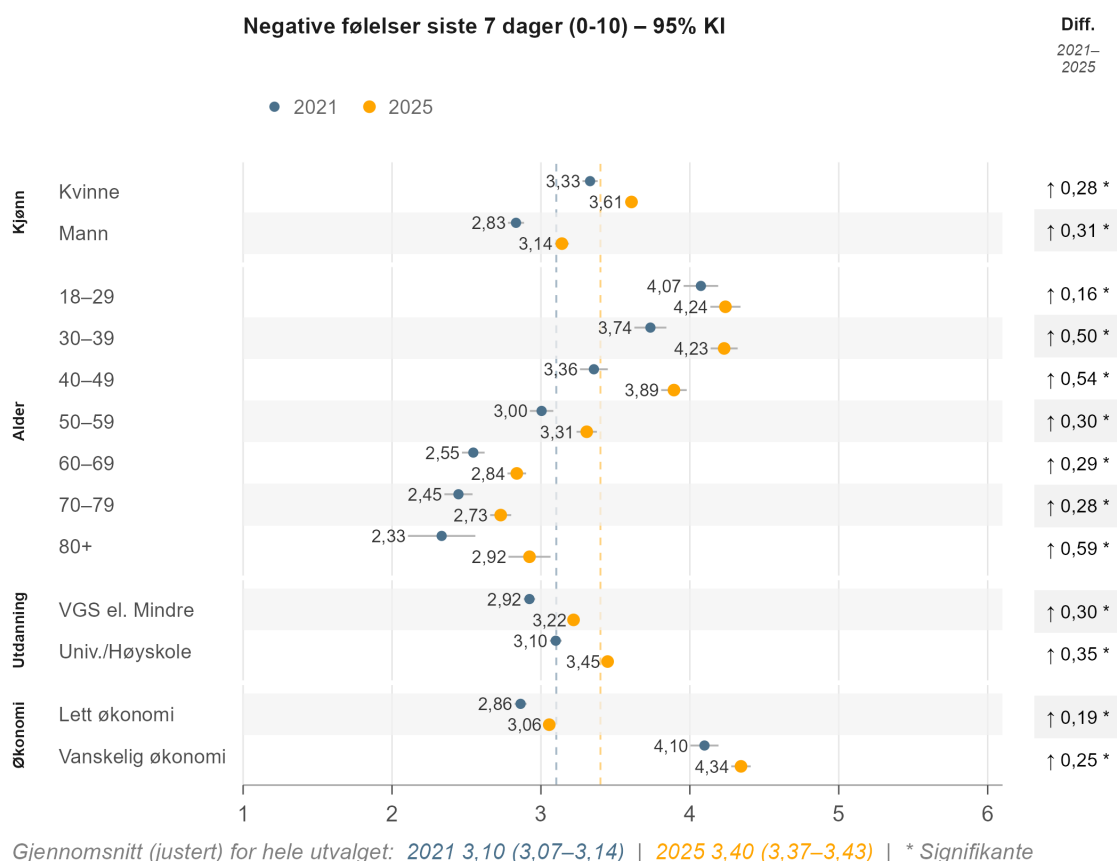
Figur C viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i aldersgruppen 18-29 med 4,60 poeng, og lavest i 80+ med 2,93 poeng. Differansen mellom disse ytterpunktene er 1,66 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,74, som tilsier en stor forskjell mellom de yngste og eldste kvinnene. For menn er skåren høyest i 30-39 med 3,87 poeng, mens den er lavest i 70-79 med 2,47 poeng. Dette utgjør en statistisk sikker differanse på 1,41 poeng, og Cohen's d på 0,63 indikerer også en stor forskjell. Ser vi på kjønn innen hver aldersgruppe, rapporterer kvinner gjennomgående høyere skår enn menn fra 18-29 til 70-79, og disse forskjellene er statistisk sikre. Kjønnforskjellen er størst i 18-29, der menn ligger 0,83 poeng lavere enn kvinner, og er også tydelig i 30-39 med 0,64 poeng lavere skår blant menn. I 80+ er forskjellen liten, og her er kjønnforskjellen ikke statistisk sikker.

Figur 187: 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 er skåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som svært lett. Blant kvinner er skåren 5,40 i gruppen «svært vanskelig» og 2,98 i «svært lett», en differanse på 2,42 poeng. Dette er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer en stor forskjell (Cohen's d 1,08). Hos menn er skåren 5,25 i «svært vanskelig» og 2,34 i «svært lett», som gir en differanse på 2,91 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell og en stor forskjell (Cohen's d 1,30). Kjønnforskjellene går i retning av høyere skår blant kvinner i alle økonomigruppene, og forskjellene er statistisk sikre for «svært lett» (0,65 poeng), «lett» (0,54), «forholdsvis lett» (0,53), «forholdsvis vanskelig» (0,48) og «vanskelig» (0,38). I gruppen «svært vanskelig» er kjønnforskjellen liten (0,15 poeng) og ikke statistisk sikker.

Figur 188: Negative følelser siste 7 dager (0-10) (E)



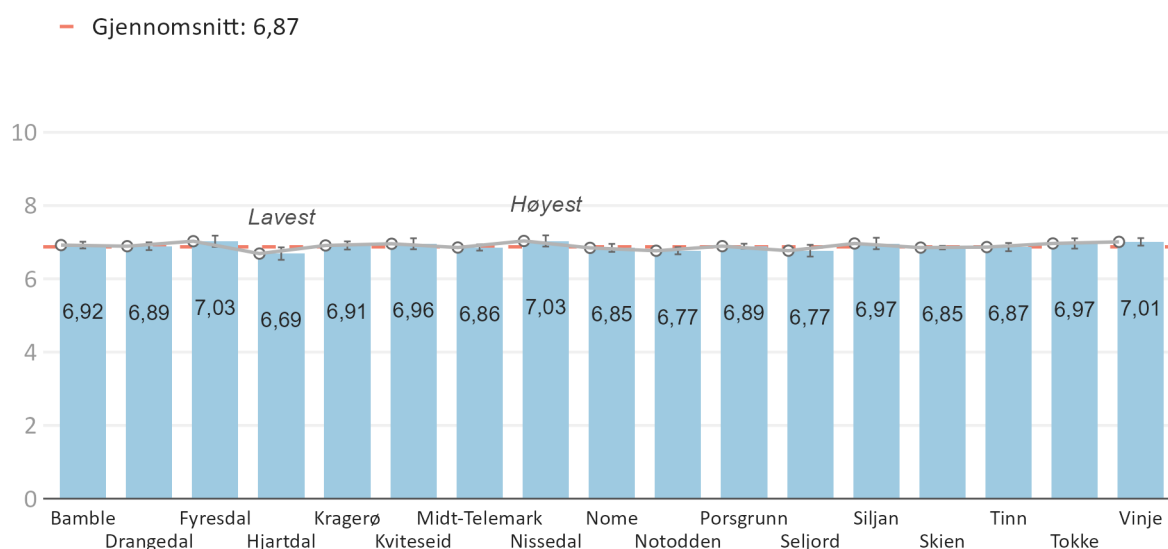
Figur E viser gjennomsnittsskåren for negative følelser siste 7 dager (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker nivået fra 3,1 i 2021 til 3,4 i 2025, og endringen er statistisk sikker. Økningen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er det en statistisk sikker økning i alle aldersgrupper, og mønsteret med høyere skår blant yngre enn blant eldre er i hovedsak uendret. Økningen er særlig tydelig i flere av de midtre aldersgruppene, mens nivåene fortsatt ligger lavere blant de eldste. For utdanning er det statistisk sikker økning i begge grupper, og forskjellen mellom utdanningsnivåene endrer seg lite fra 2021 til 2025. For opplevd økonomi er det statistisk sikker økning både ved lett og ved vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene er omtrent det samme i 2025 som i 2021. Samlet peker resultatene mot en bred, men relativt jevnt fordelt økning i negative følelser i perioden, uten tydelige tegn til at forskjellene mellom gruppene har endret seg vesentlig.

3.42 Positive følelser siste 7 dager (0-10)

Svarandel: Totalt 22 651 deltakere av 24 509 (92,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

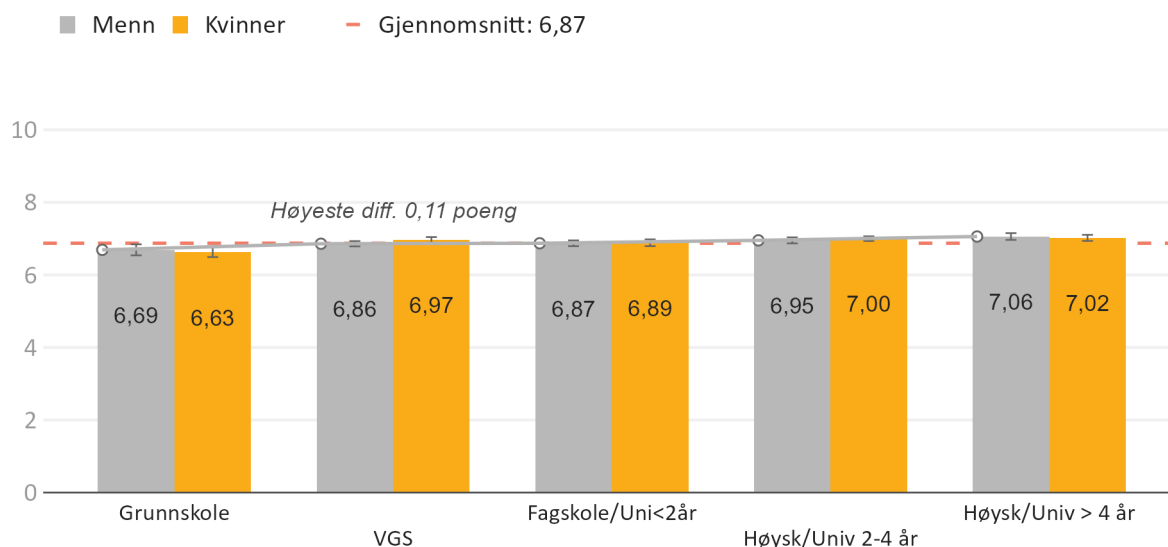
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 651	6,87	6,85 – 6,90
Kvinner	12 629	6,88	6,85 – 6,92
Menn	10 022	6,86	6,82 – 6,90

Figur 189: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kommuner i fylket (A)



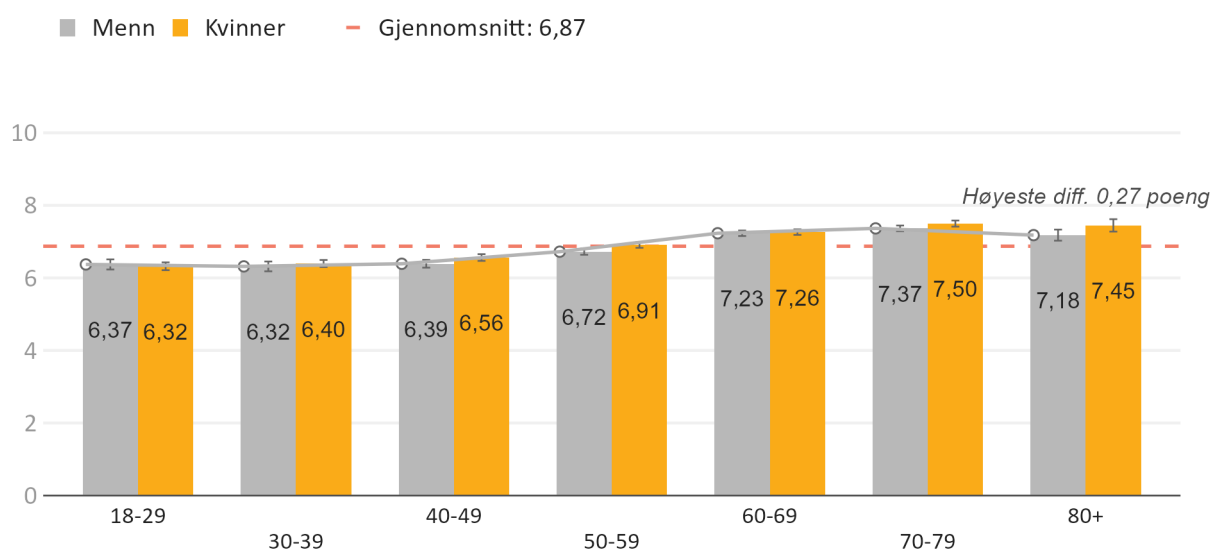
Figur A viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående tett, med et spenn fra 6,69 til 7,03 poeng. Nissedal har høyest skår med 7,03 poeng, mens Hjartdal ligger lavest med 6,69 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 0,34 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for forskjellen mellom høyest og lavest kommune er Cohen's $d = 0,19$, som tilsvarer en liten forskjell. Flere kommuner ligger nær toppnivået, blant annet Fyresdal med 7,03 poeng og Vinje med 7,01 poeng, mens Tokke og Siljan begge har 6,97 poeng. I den nedre delen av fordelingen ligger Notodden og Seljord med 6,77 poeng. Øvrige kommuner plasserer seg i hovedsak mellom 6,85 og 6,92 poeng, for eksempel Bamble med 6,92 poeng, Kragerø med 6,91 poeng og Midt-Telemark med 6,86 poeng. Samlet sett tyder dette på små variasjoner i opplevelsen av positive følelser mellom kommunene.

Figur 190: 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 kvinner ligger skåren høyest for høyskole eller universitet over fire år, med 7,02 poeng, mens grunnskole ligger lavest med 6,63 poeng. Dette gir en differanse på 0,40 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,22, som tilsier en liten forskjell i nivået av positive følelser mellom ytterpunktene i utdanning. For menn er mønsteret tilsvarende: høyest skår finner vi også ved høyskole eller universitet over fire år, med 7,06 poeng, og lavest ved grunnskole, med 6,69 poeng. Differansen er 0,37 poeng og er statistisk sikker, mens Cohen's d på 0,20 også peker mot en liten forskjell. Ser vi på de enkelte utdanningsgruppene, er kjønnsforskjellene gjennomgående små og ikke statistisk sikre. Samlet sett varierer skårene lite mellom kjønn, mens det er en liten økning med høyere utdanning innen hvert kjønn.

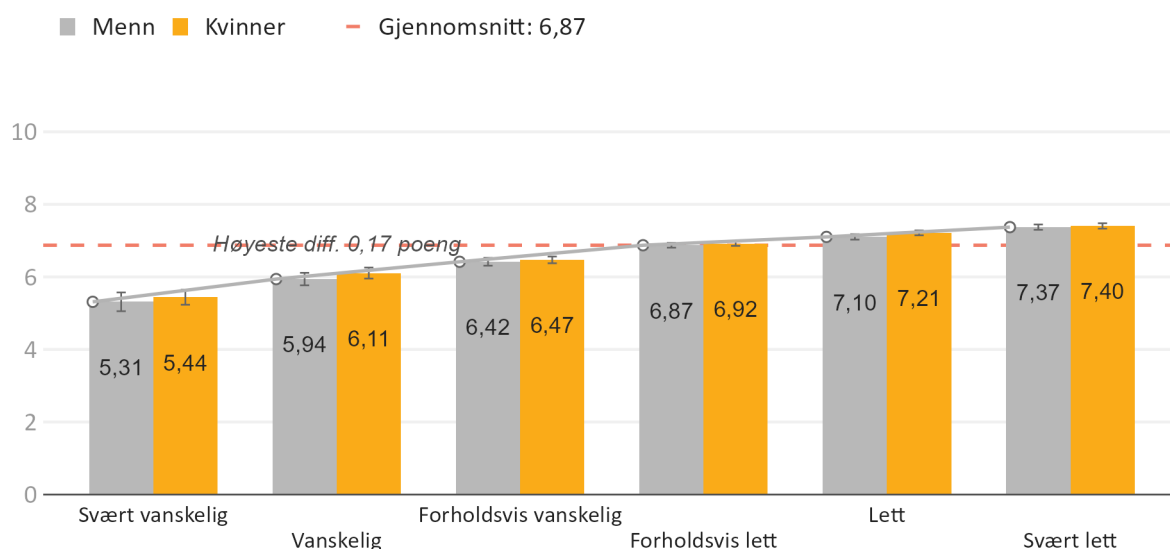
Figur 191: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren gjennom voksenlivet, fra 6,32 i alderen 18-29 til en topp på 7,50 i 70-79,

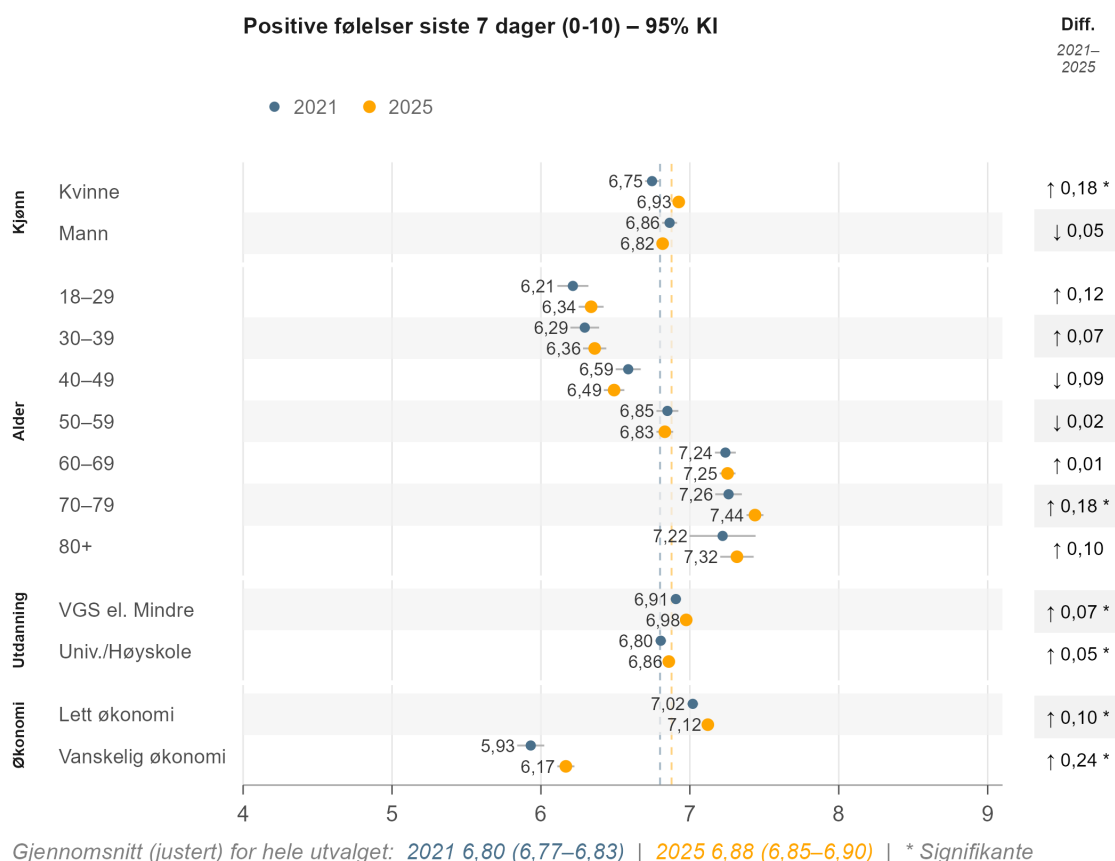
før den er litt lavere i 80+ med 7,45. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe hos kvinner er 1,18 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,65, som tilsier en stor forskjell mellom ytterpunktene. Også blant menn er skåren høyest i 70-79 med 7,36, mens den laveste skåren finnes i 30-39 med 6,32. Dette gir en statistisk sikker differanse på 1,05 poeng, og Cohen's d er 0,58, som også indikerer en stor forskjell mellom ytterpunktene. I 80+ ligger menn på 7,18, som er lavere enn i 70-79, men fortsatt høyere enn i de yngste aldersgruppene. Kjønnsforskjellene innen de fleste aldersgrupper er små. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker kjønnsforskjell er 50-59, der kvinner skårer 0,19 poeng høyere enn menn.

Figur 192: 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 en bedre opplevd husholdningsøkonomi sammen med høyere skår på positive følelser. Kvinner har høyest skår når økonomien oppleves som svært lett, med 7,40 poeng, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 5,44 poeng. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 1,97 poeng, og Cohen's d er 1,08, som tilsvarer en stor forskjell. Menn viser samme mønster, med 7,37 poeng i gruppen som oppgir svært lett og 5,31 poeng i gruppen som oppgir svært vanskelig. Differansen er 2,06 poeng, også statistisk sikker, og Cohen's d er 1,13, som indikerer en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hver økonomigruppe, er forskjellene små. Menn ligger gjennomgående litt lavere enn kvinner, men ingen av kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Samlet sett er det derfor variasjonen etter opplevd økonomi som tydeligst skiller seg ut.

Figur 193: Positive følelser siste 7 dager (0-10) (E)



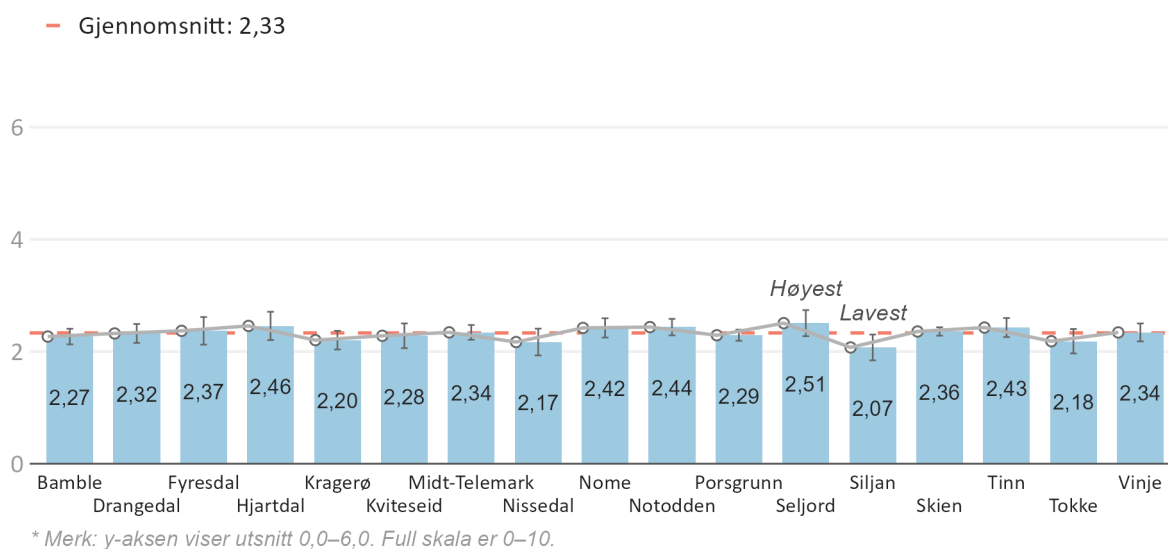
Figur E viser gjennomsnittsskåren for positive følelser siste 7 dager (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. I befolkningen totalt øker nivået noe fra 2021 til 2025, og endringen er statistisk sikker (6,80 til 6,88). Kjønnsskjellene er små i begge år, men kvinner har en statistisk sikker økning (6,8 til 6,9), mens menn ikke har en statistisk sikker endring. Aldersmønsteret er i hovedsak uendret, med høyere skår i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Samtidig er det en statistisk sikker økning blant 18–29-åringene og 70–79-åringene, mens de øvrige aldersgruppene ikke har statistisk sikre endringer. For utdanning er det en liten, men statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper fra 2021 til 2025. Mønsteret etter opplevd økonomi er tydelig og vedvarer, med høyere skår ved lett økonomi enn ved vanskelig økonomi i begge år. Begge økonomigruppene har statistisk sikre økninger, og økningen er størst blant dem med vanskelig økonomi (5,9 til 6,2).

3.43 Ensomhet (0-10)

Svarandel: Totalt 22 592 deltakere av 24 509 (92,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

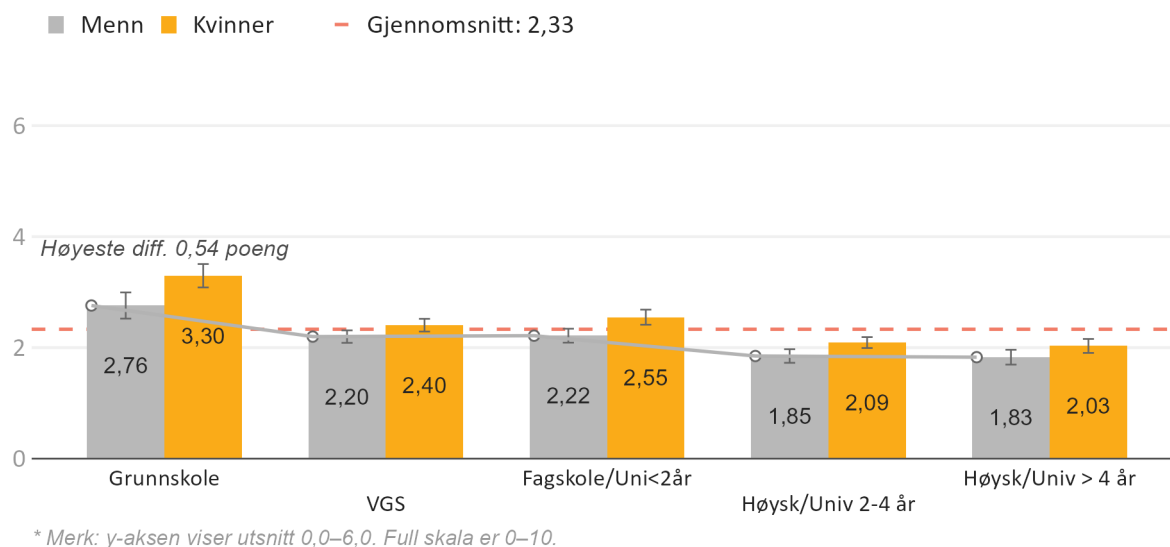
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 592	2,33	2,29 – 2,37
Kvinner	12 598	2,44	2,39 – 2,49
Menn	9 994	2,20	2,14 – 2,26

Figur 194: Ensomhet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



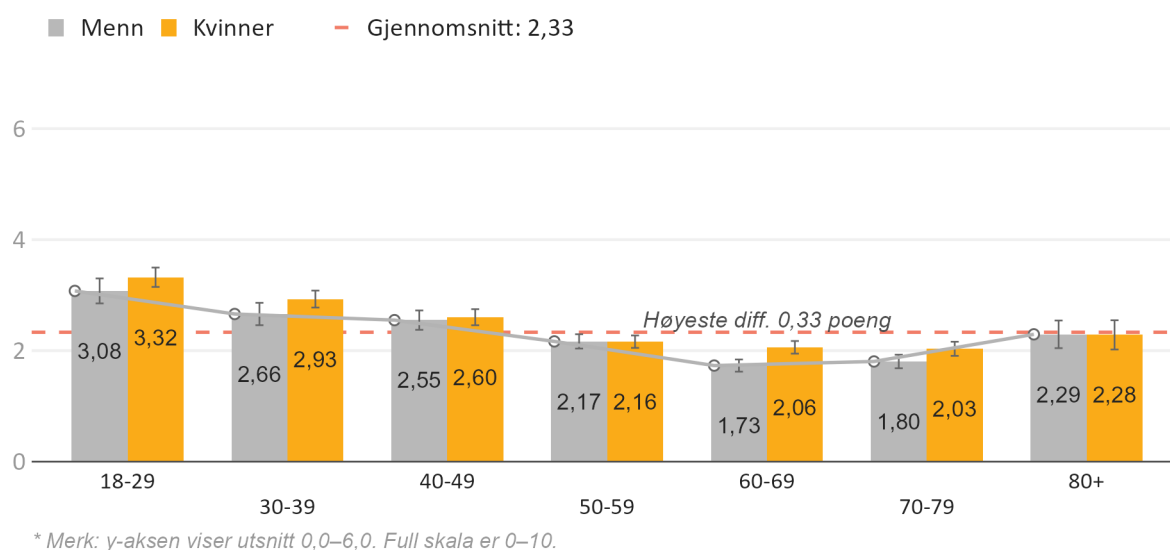
Figur A viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående tett, med et spenn fra 2,07 til 2,51 poeng. Høyest skår finner vi i Seljord med 2,51 poeng, mens Siljan har lavest skår med 2,07 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 0,43 poeng, men denne forskjellen framstår ikke som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,16$, som tilsier en liten forskjell mellom kommunene. Flere kommuner ligger nær midten av fordelingen, blant annet Midt-Telemark og Vinje med 2,34 poeng og Skien med 2,36 poeng. I den øvre delen finner vi også Hjartdal med 2,46 poeng, Notodden med 2,44 poeng, Tinn med 2,43 poeng og Nome med 2,42 poeng. I den nedre delen ligger Nissedal med 2,17 poeng, Tokke med 2,18 poeng og Kragerø med 2,20 poeng. Samlet sett tyder mønsteret på små variasjoner i opplevd ensomhet mellom kommunene.

Figur 195: Ensomhet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



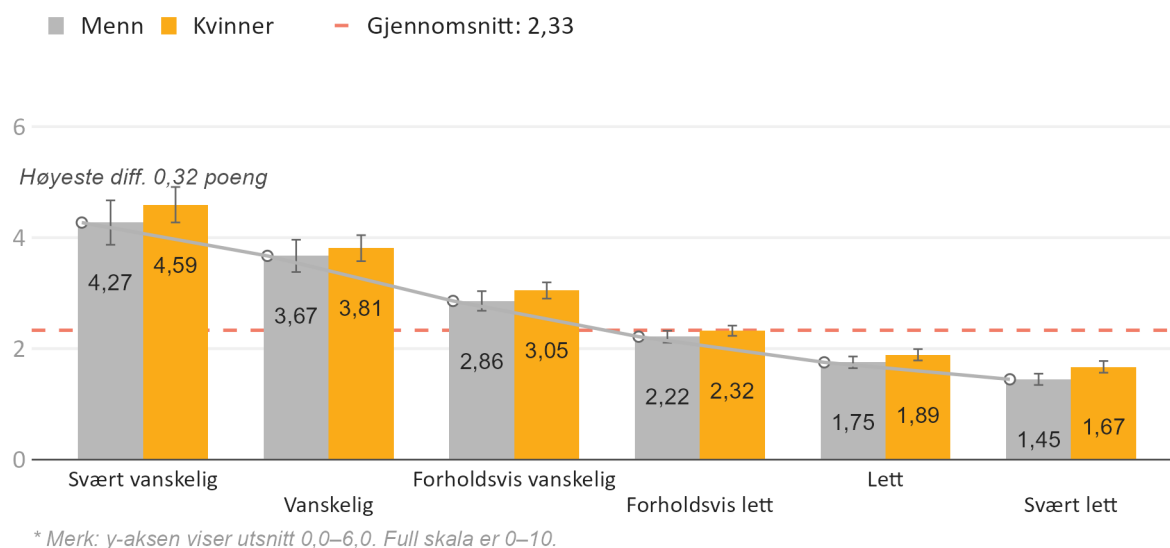
Figur B viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er ensomhetsskåren høyest for dem med grunnskole, med 3,30 poeng, og lavest for dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 2,03 poeng. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 1,27 poeng mellom ytterpunktene, og Cohen's d er 0,47, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: høyest skår finner vi også ved grunnskole, med 2,76 poeng, mens lavest skår er ved høyskole eller universitet over 4 år, med 1,83 poeng. Forskjellen er statistisk sikker og utgjør 0,93 poeng, med Cohen's d på 0,34, som også indikerer en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, rapporterer kvinner gjennomgående høyere ensomhet. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for grunnskole med 0,54 poeng lavere, for fagskole eller mindre enn 2 år høyere utdanning, der menn skårer 0,33 poeng lavere enn kvinner, og for høyskole eller universitet 2-4 år med 0,24 poeng lavere. For videregående og for høyskole eller universitet over 4 år er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 196: Ensomhet (0-10) etter kjønn og alder (C)



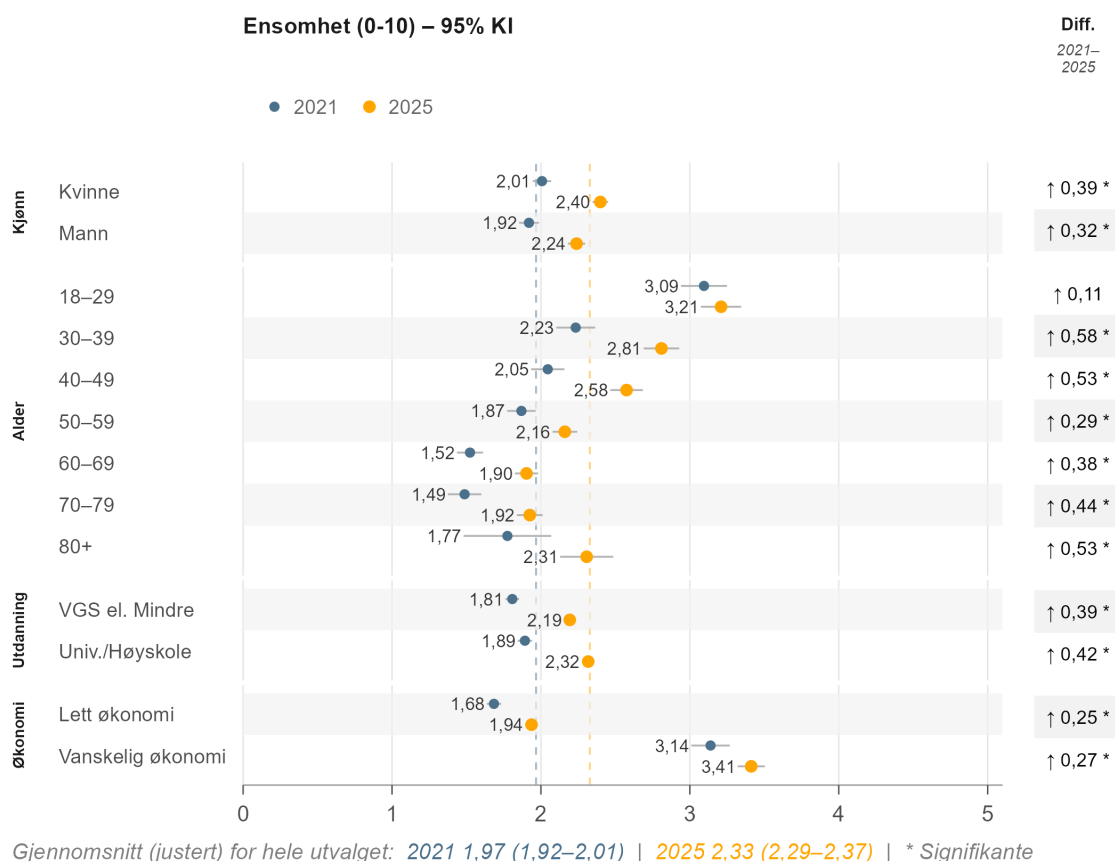
Figur C viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i alderen 18-29 år, med 3,32 poeng, og lavest i alderen 70-79 år, med 2,03 poeng. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 1,29 poeng mellom ytterpunktene, og Cohen's d er 0,47, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er skåren også høyest i alderen 18-29 år, med 3,08 poeng, mens lavest skår finnes i alderen 60-69 år, med 1,73 poeng. Også her er forskjellen mellom høyest og lavest statistisk sikker, på 1,35 poeng, og Cohen's d er 0,49, som indikerer en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger nivået gjennomgående lavere i midtre og eldre aldersgrupper enn blant de yngste, før det ses en liten økning igjen i gruppen 80+. Kjønnforskjellene er stort sett små, men i alderen 60-69 år er menn lavere enn kvinner med en statistisk sikker differanse på 0,33 poeng.

Figur 197: 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 kvinner er ensomhetsskåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 4,59 poeng, og lavest blant dem som opplever den som svært lett, med 1,67 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 2,92 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 1,07, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er ensomhetsskåren høyest ved svært vanskelig økonomi, med 4,27 poeng, og lavest ved svært lett økonomi, med 1,45 poeng. Her er differansen 2,82 poeng, som også er statistisk sikker, og Cohen's d er 1,03, som tilsier en stor forskjell. På tvers av økonomigrupper ligger de øvrige nivåene mellom disse ytterpunktene, for eksempel 3,81 poeng blant kvinner og 3,67 poeng blant menn i gruppen som oppgir vanskelig økonomi, og 1,89 poeng blant kvinner og 1,75 poeng blant menn i gruppen som oppgir lett økonomi. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men ved svært lett økonomi er menn lavere enn kvinner med 0,22 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker.

Figur 198: Ensomhet (0-10) (E)



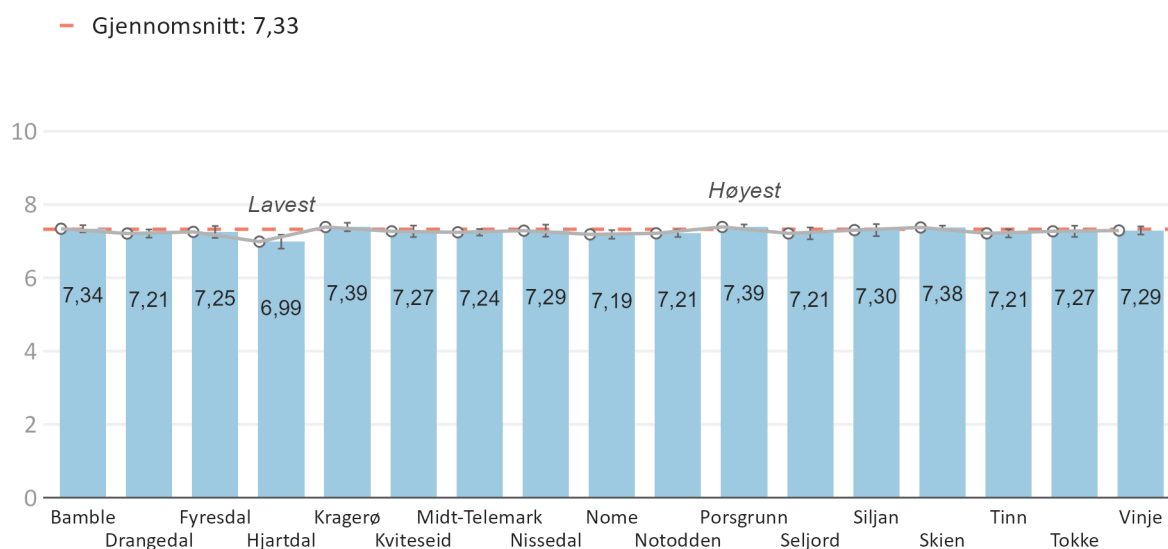
Figur E viser gjennomsnittsskåren for ensomhet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker gjennomsnittsskåren fra 2,0 i 2021 til 2,3 i 2025, og denne økningen framstår som statistisk sikker. Både kvinner og menn har en statistisk sikker økning, og kjønnsforskjellen er liten og omtrent uendret over tid. På tvers av alder øker ensomhetsskåren i de fleste grupper, med statistisk sikre økninger fra 30 år og oppover, mens endringen blant 18–29 år ikke er statistisk sikker. Dette innebærer at mønsteret med høyere skår blant de yngste i hovedsak består, samtidig som flere middelaldrende og eldre grupper beveger seg oppover. For utdanning er økningen statistisk sikker i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevde økonomiske vansker øker skåren statistisk sikkert både ved lett og ved vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene er fortsatt tydelig i 2025. Samlet sett peker utviklingen mot noe høyere ensomhet i 2025 enn i 2021, uten store endringer i hvordan forskjellene mellom gruppene ser ut.

3.44 Sosiale relasjoner (0-10)

Svarandel: Totalt 22 288 deltakere av 24 509 (90,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

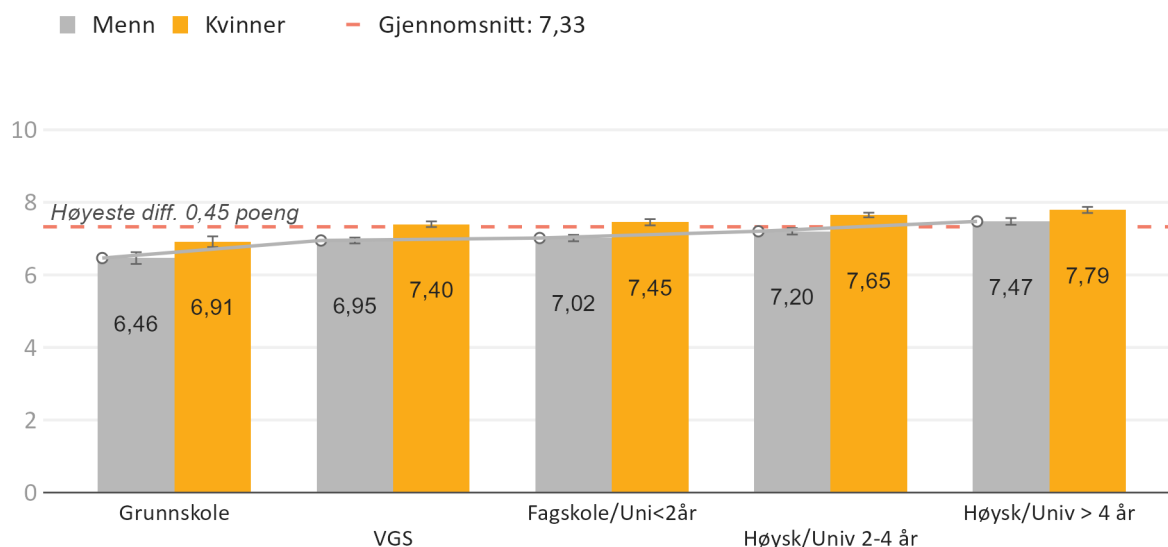
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 288	7,33	7,30 – 7,35
Kvinner	12 409	7,53	7,49 – 7,57
Menn	9 879	7,07	7,03 – 7,12

Figur 199: Sosiale relasjoner (0-10) etter kommuner i fylket (A)



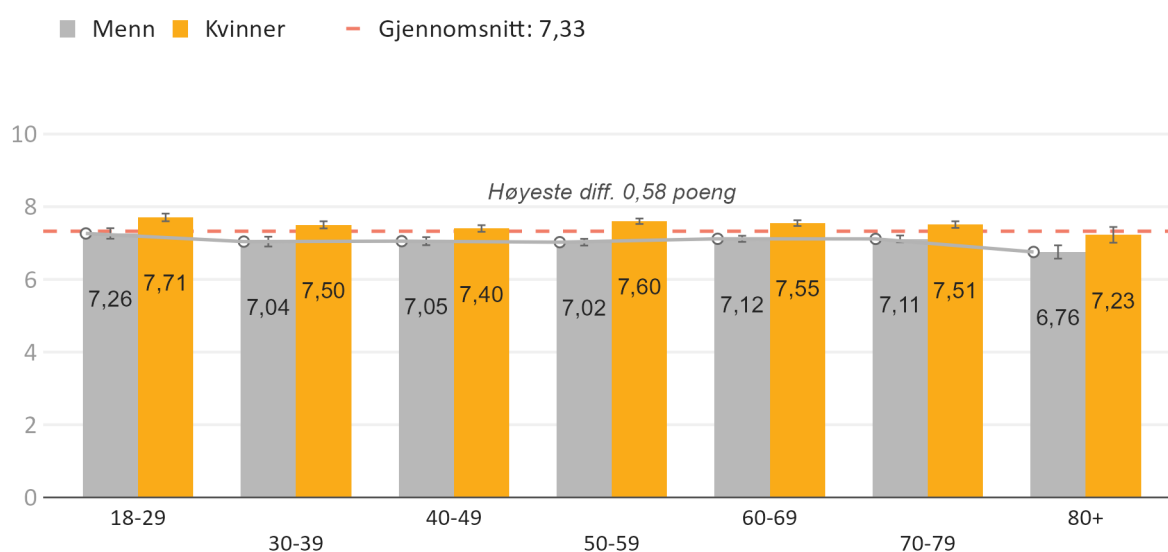
Figur A viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt og relativt samlet, med gjennomsnitt mellom 6,99 og 7,39 poeng. Porsgrunn har høyest skår med 7,39 poeng, mens Hjartdal ligger lavest med 6,99 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,40 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsvarer variasjonen en Cohen's d på 0,22, som tyder på en liten forskjell i nivået av opplevd sosial støtte og givende relasjoner mellom kommunene. Flere kommuner ligger tett opp mot toppnivået, blant annet Kragerø med 7,39 poeng og Skien med 7,38 poeng, mens Bamble også ligger høyt med 7,34 poeng. I den andre enden av skalaen ligger Nome med 7,19 poeng, og flere kommuner samler seg rundt 7,21 poeng, som Drangedal, Notodden, Seljord, Tinn og også 7,21 poeng. Helhetsbildet er at forskjellene er små, selv om ytterpunktene skiller seg tydelig fra hverandre.

Figur 200: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



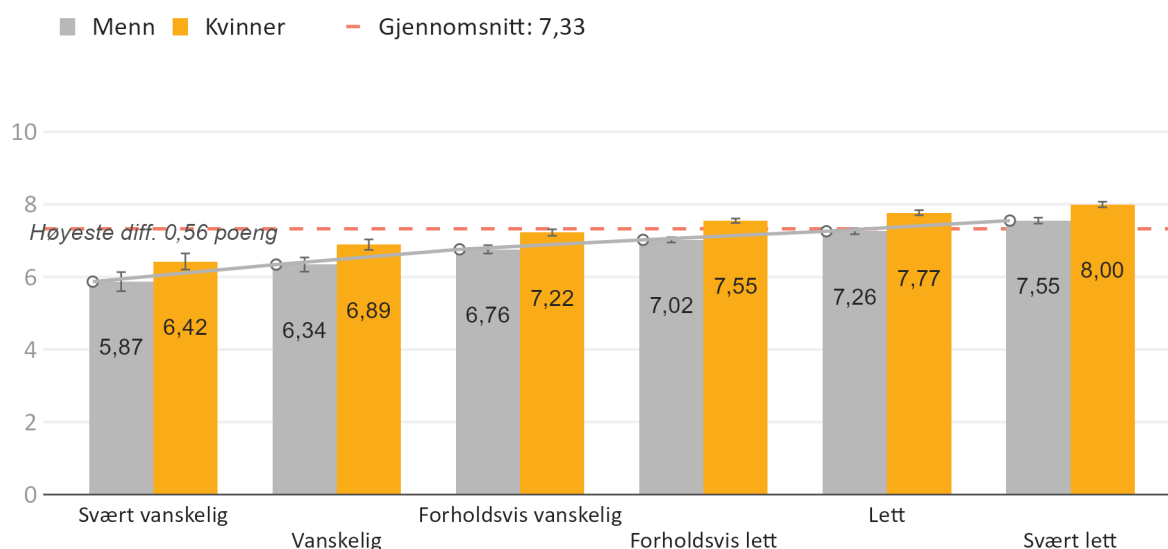
Figur B viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 7,79 poeng, og lavest for dem med grunnskole, med 6,91 poeng. Dette gir en statistisk sikker differanse på 0,88 poeng, som tilsvarer Cohen's d på 0,47 og dermed en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 7,47 poeng, og lavest ved grunnskole, med 6,46 poeng. Differansen er statistisk sikker og er 1,01 poeng, med Cohen's d på 0,55, som tilsier en stor forskjell. På tvers av utdanningsnivåer skårer kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst ved grunnskole og videregående skole, begge på 0,45 poeng, og minst ved høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 0,32 poeng.

Figur 201: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og alder (C)



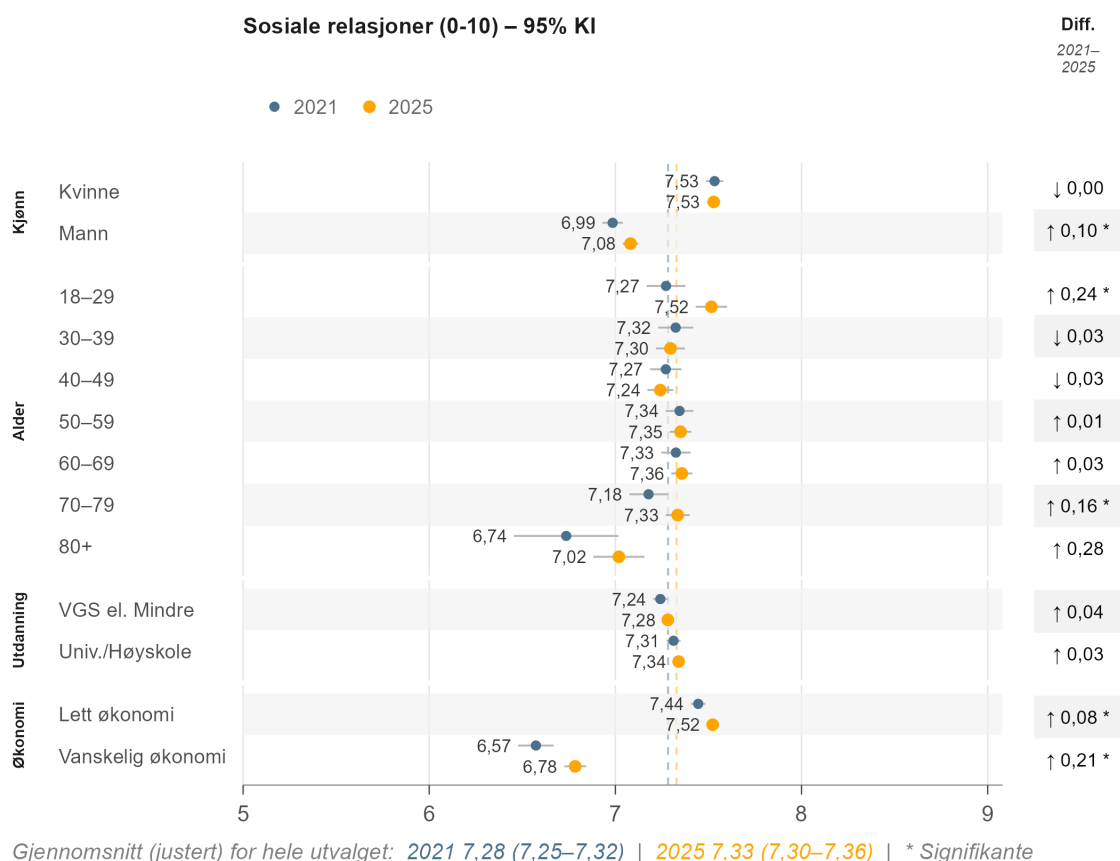
Figur C viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 7,71 poeng, og lavest i 80+ med 7,23 poeng. Differansen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 0,48 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest i 18–29 år, med 7,26 poeng, og lavest i 80+ med 6,76 poeng. Dette gir en differanse på 0,51 poeng, som er statistisk sikker. Cohen's d er 0,27, som også indikerer en middels forskjell. Når vi sammenligner kjønn innen hver aldersgruppe, har kvinner gjennomgående høyere skår enn menn, og forskjellene er statistisk sikre i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellen varierer fra 0,35 poeng i 40–49 år til 0,58 poeng i 50–59 år. Samlet sett ligger nivået relativt høyt i alle aldersgrupper, men med et tydelig fall i de eldste gruppene og et stabilt høyere nivå blant kvinner.

Figur 202: 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 kvinner øker skåren tydelig jo lettere husholdningsøkonomien oppleves: høyest skår finner vi blant dem som vurderer økonomien som svært lett, med 8,00 poeng, mens lavest skår er blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 6,42 poeng. Dette gir en differanse på 1,57 poeng, og Cohen's d er 0,85, som tilsier en stor forskjell. Menn viser samme mønster, der skåren er høyest ved svært lett (7,55 poeng) og lavest ved svært vanskelig (5,87 poeng). Differansen er 1,68 poeng, og Cohen's d er 0,91, også en stor forskjell. Forskjellene mellom ytterpunktene er statistisk sikre for både kvinner og menn, noe som understreker en klar sammenheng mellom opplevd økonomisk handlingsrom og opplevelsen av støttende, givende relasjoner. På alle nivåer av husholdningsøkonomi skårer kvinner høyere enn menn, og kjønnforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen varierer fra 0,44 poeng i gruppen svært lett til 0,56 poeng i gruppen svært vanskelig.

Figur 203: Sosiale relasjoner (0-10) (E)



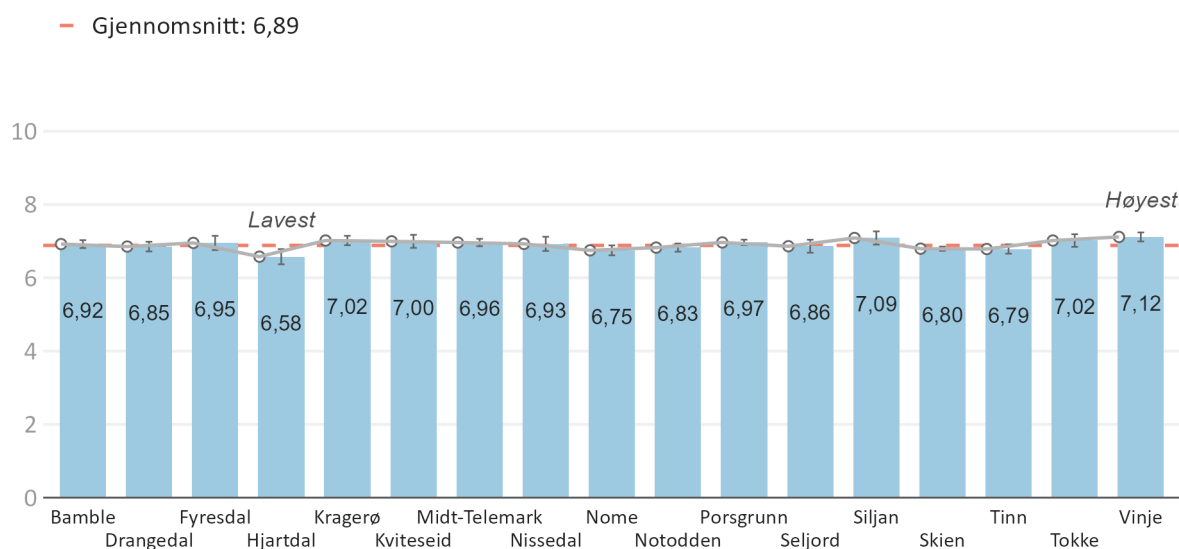
Figur E viser gjennomsnittsskåren for sosiale relasjoner (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen ser ut til å bli noe mindre, fordi menn har en liten, statistisk sikker økning (fra 7,0 til 7,1), mens kvinner ikke har en statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, men det er statistisk sikre økninger blant 18–29-åringene (fra 7,3 til 7,5) og 70–79-åringene (fra 7,2 til 7,3). For de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre, inkludert 80 år eller eldre. Når det gjelder utdanning, er det ikke statistisk sikre endringer i noen av utdanningsgruppene, og forskjellene mellom dem framstår derfor som stabile. For opplevd økonomiske vansker er det statistisk sikre økninger både blant dem med lett økonomi (fra 7,4 til 7,5) og dem med vanskelig økonomi (fra 6,6 til 6,8). Samtidig ligger gruppen med vanskelig økonomi fortsatt lavere enn gruppen med lett økonomi i begge år, slik at gapet mellom disse gruppene i hovedsak består.

3.45 Tillit til andre (0-10)

Svarandel: Totalt 22 454 deltakere av 24 509 (91,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

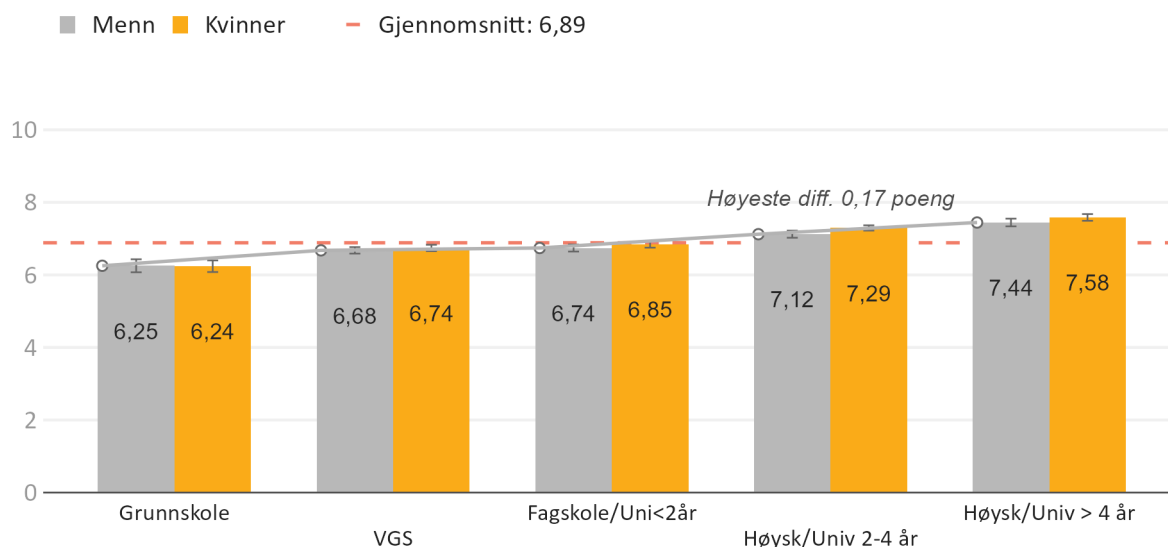
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 454	6,89	6,85 – 6,92
Kvinner	12 505	6,94	6,90 – 6,98
Menn	9 949	6,82	6,77 – 6,87

Figur 204: Tillit til andre (0-10) etter kommuner i fylket (A)



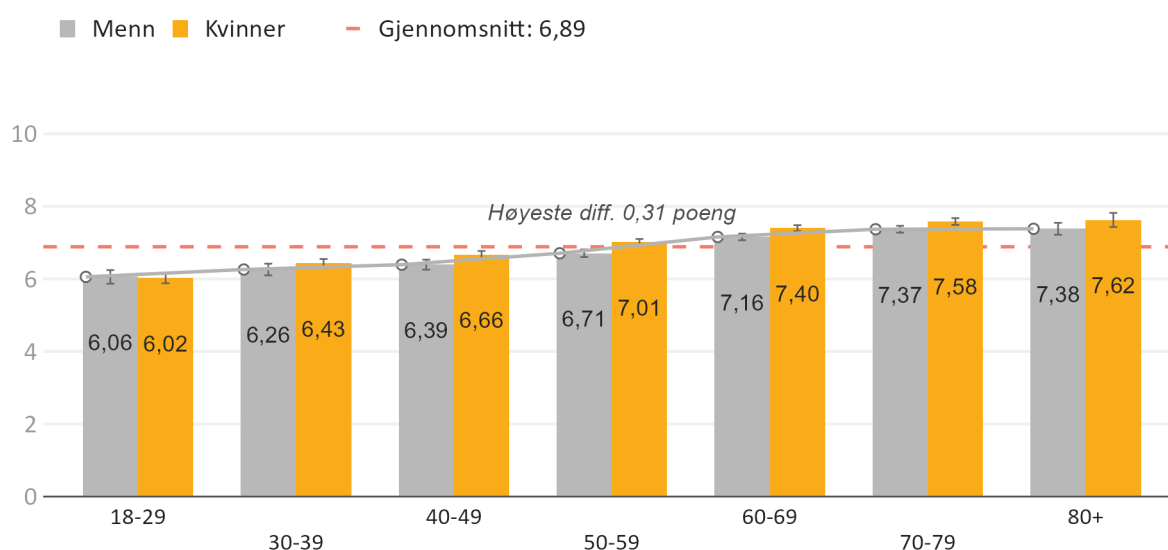
Figur A viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Vinje har høyest gjennomsnittsskår med 7,12 poeng, mens Hjartdal ligger lavest med 6,58 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 0,54 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's d på 0,25, som tilsier en middels forskjell i tillit mellom kommunene som ligger høyest og lavest. De øvrige kommunene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, og flere ligger tett opp mot 7,00 poeng. Siljan ligger relativt høyt med 7,09 poeng, mens Kragerø og Tokke begge har 7,02 poeng og Kviteseid 7,00 poeng. Midt-Telemark, Porsgrunn og Fyresdal ligger også høyt, med henholdsvis 6,96, 6,97 og 6,95 poeng. I den nedre delen av fordelingen finner vi Nome med 6,75 poeng, Skien med 6,80 poeng og Tinn med 6,79 poeng, mens Notodden og Drangedal ligger på 6,83 og 6,85 poeng. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner i generell tillit mellom kommunene.

Figur 205: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



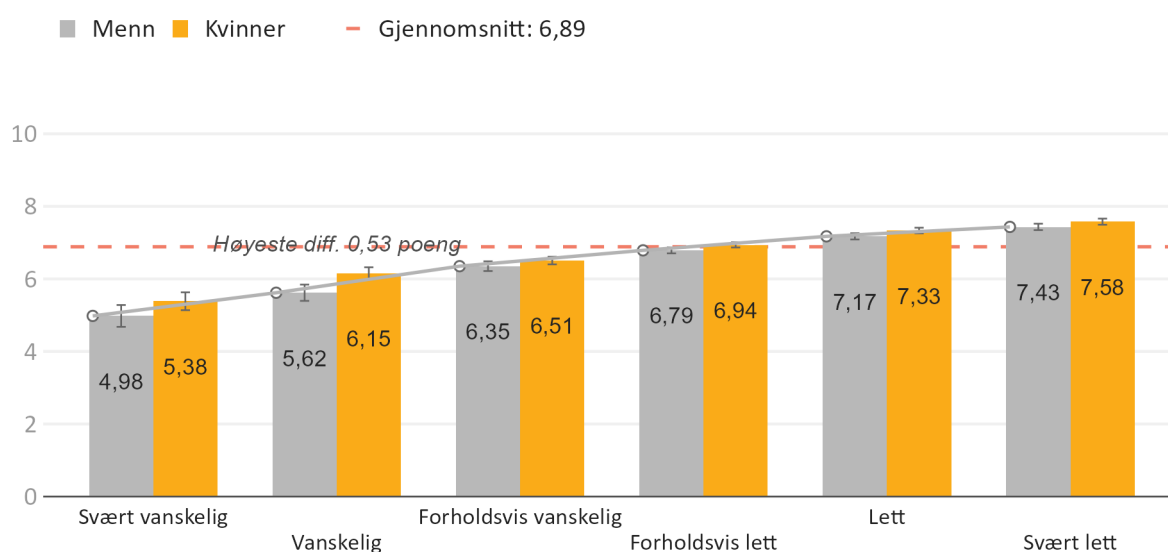
Figur B viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er tilliten lavest hos dem med grunnskole, med en gjennomsnittsskår på 6,24, og høyest hos dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, med 7,58. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 1,35 poeng, og Cohen's d er 0,64, som tilsier en stor forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: lavest skår finner vi også ved grunnskole, 6,25, mens høyest skår er blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, 7,44. Differansen er 1,19 poeng og er statistisk sikker, med Cohen's d på 0,57, som også tilsier en stor forskjell. Samlet sett ligger skårene høyere ved lengre utdanning for begge kjønn, med særlig høye nivåer i gruppen med lengst utdanning. Kjønnsforskjellene innen hvert utdanningsnivå er gjennomgående små. Den eneste statistisk sikre forskjellen er blant dem med høyskole eller universitetsutdanning på 2-4 år, der kvinner skårer 0,17 poeng høyere enn menn.

Figur 206: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og alder (C)



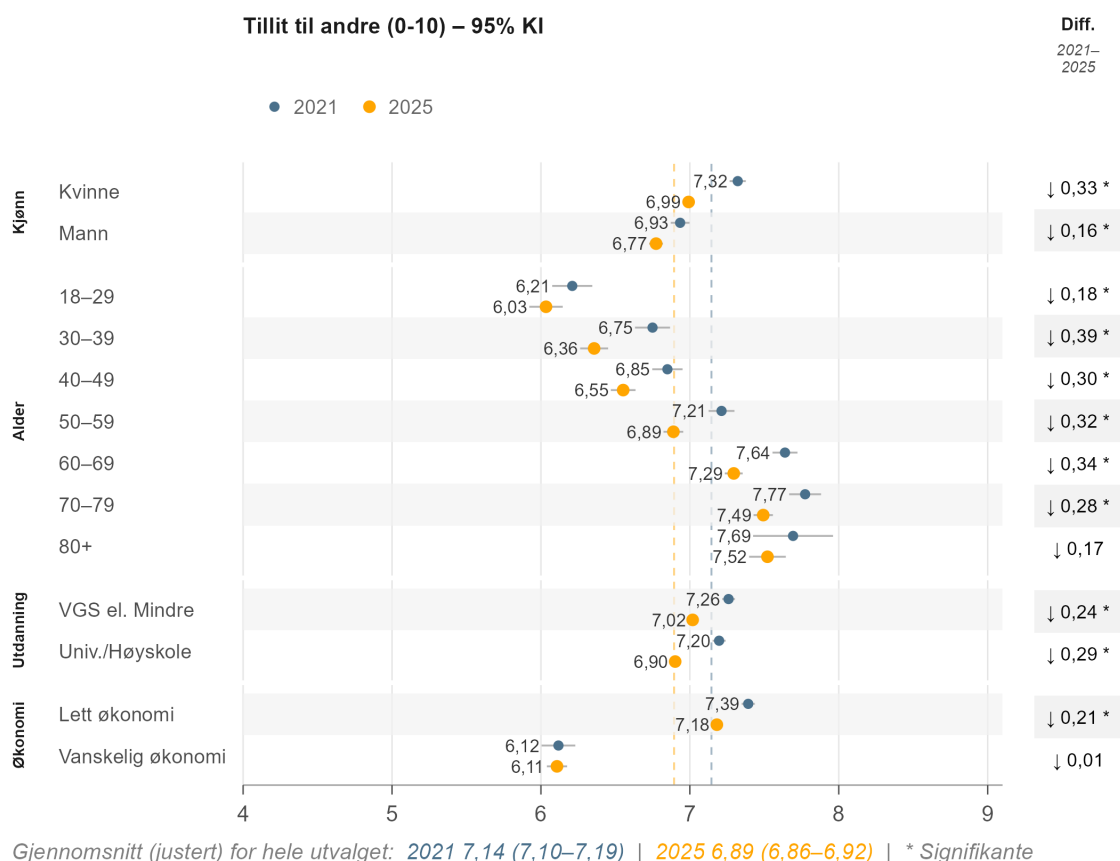
Figur C viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker gjennomsnittsskåren jevnt med alder, fra 6,02 i alderen 18-29 til 7,62 i 80+, en økning på 1,60 poeng. Denne forskjellen framstår som statistisk sikker, og Cohen's d er 0,74, som tilsier en stor forskjell mellom de yngste og eldste kvinnene. Også blant menn er tilliten høyere i eldre aldersgrupper enn i yngre: fra 6,06 i 18-29 til 7,38 i 80+, en økning på 1,33 poeng. Forskjellen er statistisk sikker, og Cohen's d er 0,61, som også indikerer en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme alder, er forskjellene små i de yngste gruppene, uten statistisk sikker forskjell. Fra 40-49 til 70-79 ligger kvinner høyere enn menn, med statistisk sikre kjønnsforskjeller fra 0,21 til 0,31 poeng. I 80+ er forskjellen 0,24 poeng i kvinners favør, men den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 207: 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 begge kjønn er tilliten høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som «Svært lett», og lavest blant dem som opplever den som «Svært vanskelig». Blant kvinner ligger gjennomsnittet på 7,58 i gruppen «Svært lett» og 5,38 i «Svært vanskelig», en forskjell på 2,19 poeng. Dette tilsvarer Cohen's d på 1,02, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er nivået 7,43 i «Svært lett» og 4,98 i «Svært vanskelig», en forskjell på 2,45 poeng, med Cohen's d på 1,14, også en stor forskjell. Dette viser en tydelig sammenheng mellom en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien og høyere generell tillit, både for kvinner og menn. Kjønnsforskjellene innen de fleste økonomigruppene er små og ikke statistisk sikre. Unntaket er gruppen «Vanskelig», der forskjellen er statistisk sikker, og kvinner skårer 0,53 poeng høyere enn menn.

Figur 208: Tillit til andre (0-10) (E)



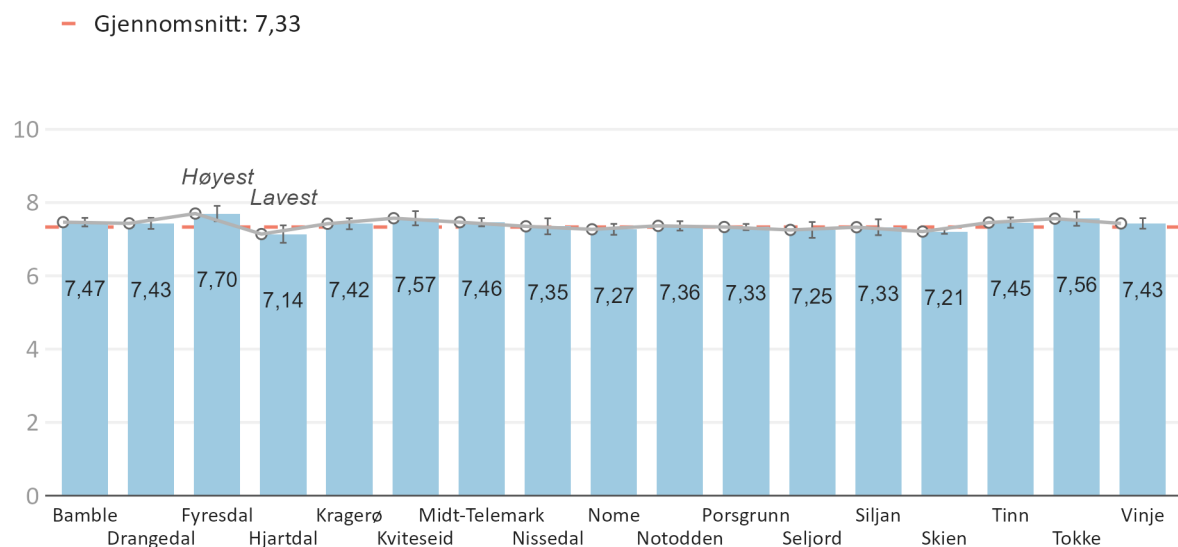
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tillit til andre (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går gjennomsnittet ned fra 7,1 i 2021 til 6,9 i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker reduksjon både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er mønsteret også i stor grad uendret, med høyere skårer i de eldste gruppene enn i de yngste i begge år. Samtidig er det statistisk sikker nedgang i de fleste aldersgrupper fra 30 til 79 år, mens endringen ikke er statistisk sikker blant 18–29-åringene og blant personer 80 år og eldre. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene endrer seg lite. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, er det statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, mens det ikke er statistisk sikker endring blant dem med vanskelig økonomi. Dette innebærer at gapet mellom økonomigruppene i 2025 i hovedsak består, og at utviklingen over tid er tydeligst i gruppene som i utgangspunktet ligger høyest.

3.46 Stedstilhørighet (0-10)

Svarandel: Totalt 22 477 deltakere av 24 509 (91,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

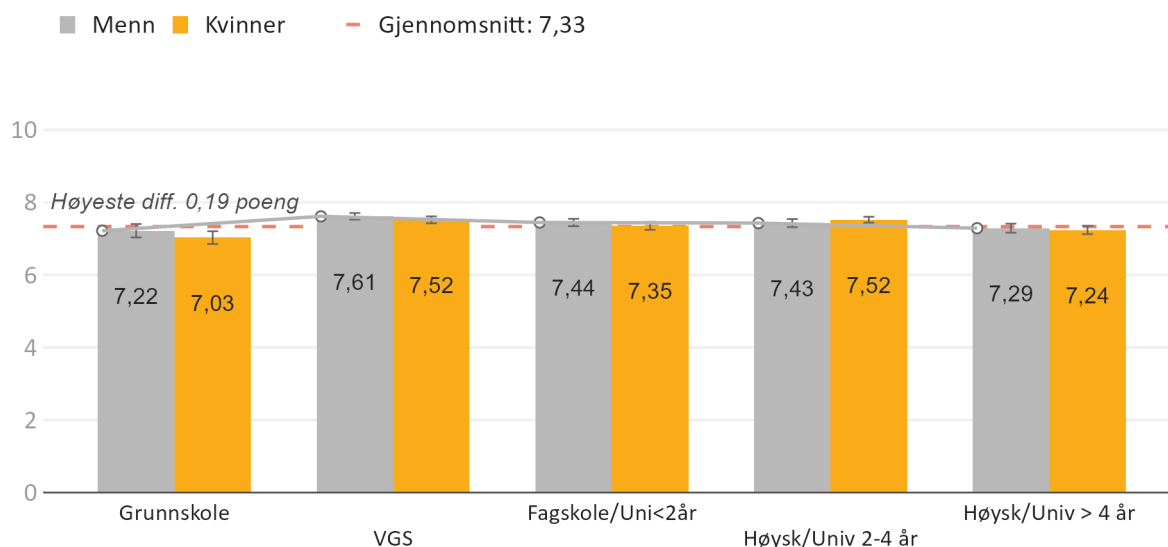
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 477	7,33	7,30 – 7,37
Kvinner	12 516	7,29	7,24 – 7,33
Menn	9 961	7,39	7,34 – 7,44

Figur 209: Stedstilhørighet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



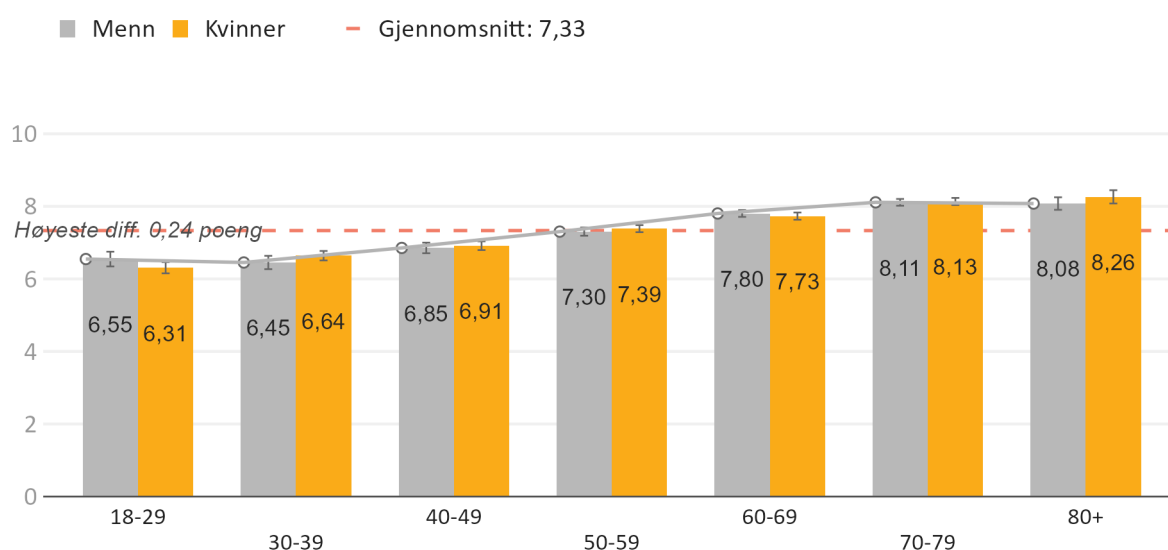
Figur A viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt og relativt samlet, med verdier fra 7,14 til 7,70. Fyresdal har høyest skår med 7,70, mens Hjartdal ligger lavest med 7,14. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,56 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsvarer avstanden en Cohen's d på 0,24, som regnes som en liten forskjell, noe som betyr at variasjonene mellom kommunene er til stede, men ikke store. Flere kommuner ligger tett rundt midten av fordelingen, som Bamble med 7,47, Midt-Telemark med 7,46 og Tinn med 7,45. Tokke og Kviteseid ligger også relativt høyt med henholdsvis 7,56 og 7,57. I den nedre delen finner vi Skien med 7,21, Seljord med 7,25 og Nome med 7,27, mens Porsgrunn og Siljan begge har 7,33. Helhetsbildet er dermed små, men målbare forskjeller i opplevd stedstilhørighet på tvers av kommunene.

Figur 210: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



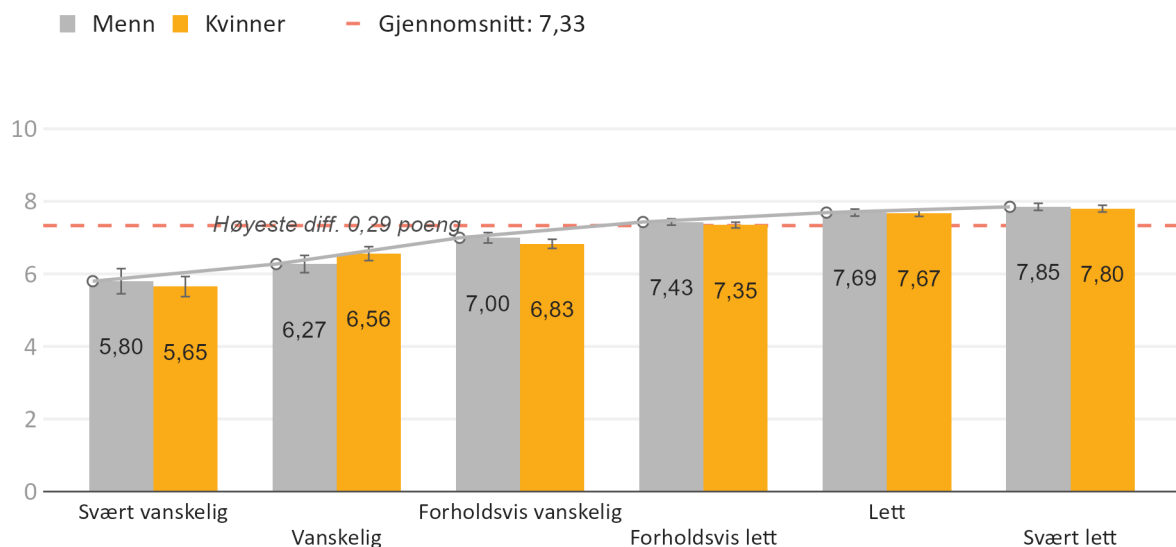
Figur B viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer skåren noe mellom utdanningsgruppene, med lavest nivå blant dem med grunnskole på 7,03 poeng og høyest blant dem med høyskole eller universitet i 2–4 år på 7,52 poeng. Dette gir en forskjell på 0,49 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,21, som tilsier en liten forskjell i tilhørighet mellom ytterpunktene. For menn er skåren lavest blant dem med grunnskole på 7,22 poeng og høyest blant dem med videregående skole på 7,61 poeng. Også her er forskjellen statistisk sikker, men den er liten i størrelse, med 0,40 poeng mellom ytterpunktene og Cohen's d på 0,17, som også tilsvarer en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger kvinner og menn gjennomgående nært hverandre, og kjønnsforskjellene innen hver utdanningsgruppe er små og ikke statistisk sikre. Samlet sett tyder dette på at opplevd tilhørighet er relativt stabil på tvers av utdanning, med små, men målbare variasjoner innen hvert kjønn.

Figur 211: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og alder (C)



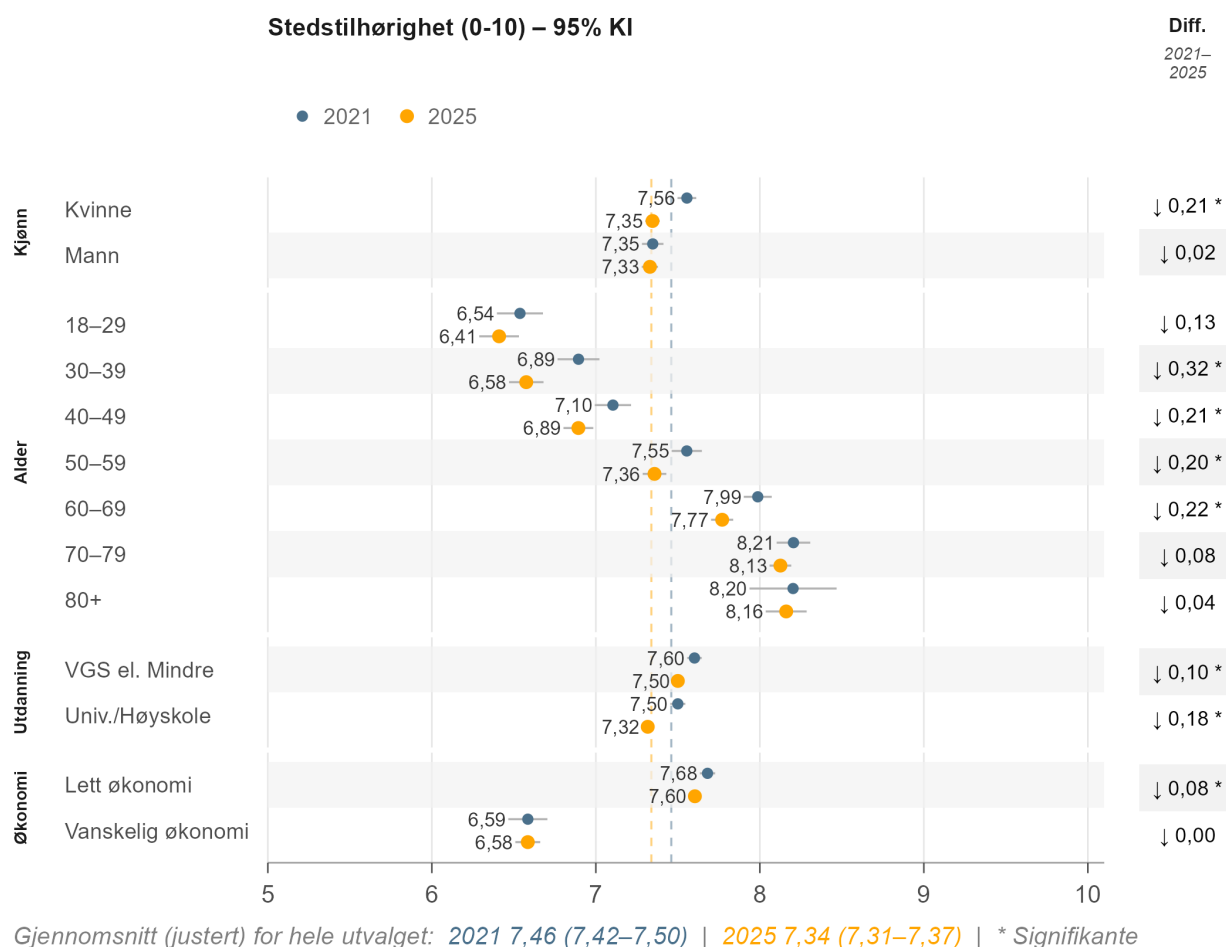
Figur C viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren jevnt med alder, fra 6,31 i aldersgruppen 18-29 til 8,26 i 80+, en forskjell på 1,95 poeng. Denne forskjellen framstår som statistisk sikker, og Cohen's d er 0,83, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er det en tydelig aldersgradient, der laveste skår er i 30-39 med 6,45, mens høyeste skår er i 70-79 med 8,11. Differansen er 1,66 poeng, som er statistisk sikker, og Cohen's d på 0,70 indikerer også en stor forskjell. Ser vi på nivåene i de enkelte aldersgruppene, ligger kvinner og menn gjennomgående svært nær hverandre, og ingen av forskjellene mellom kjønnene i aldersgruppene framstår som statistisk sikre. Samlet sett tyder dette på at opplevd tilhørighet først og fremst varierer med alder, mer enn med kjønn.

Figur 212: 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 ligger skåren høyest blant dem som opplever det som svært lett å få økonomien til å strekke til, og lavest blant dem som opplever det som svært vanskelig. Blant kvinner er gjennomsnittet 7,80 i gruppen «svært lett» og 5,65 i gruppen «svært vanskelig», en forskjell på 2,15 poeng. Denne forskjellen framstår som statistisk sikker, og Cohen's d er 0,91, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er skåren 7,85 i «svært lett» og 5,80 i «svært vanskelig», som gir en forskjell på 2,05 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d på 0,87, som også tilsier en stor forskjell. Ser vi på nivåene mellom ytterpunktene, ligger skårene fra 6,27 til 7,69 for menn og 6,56 til 7,67 for kvinner. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre.

Figur 213: Stedstilhørighet (0-10) (E)



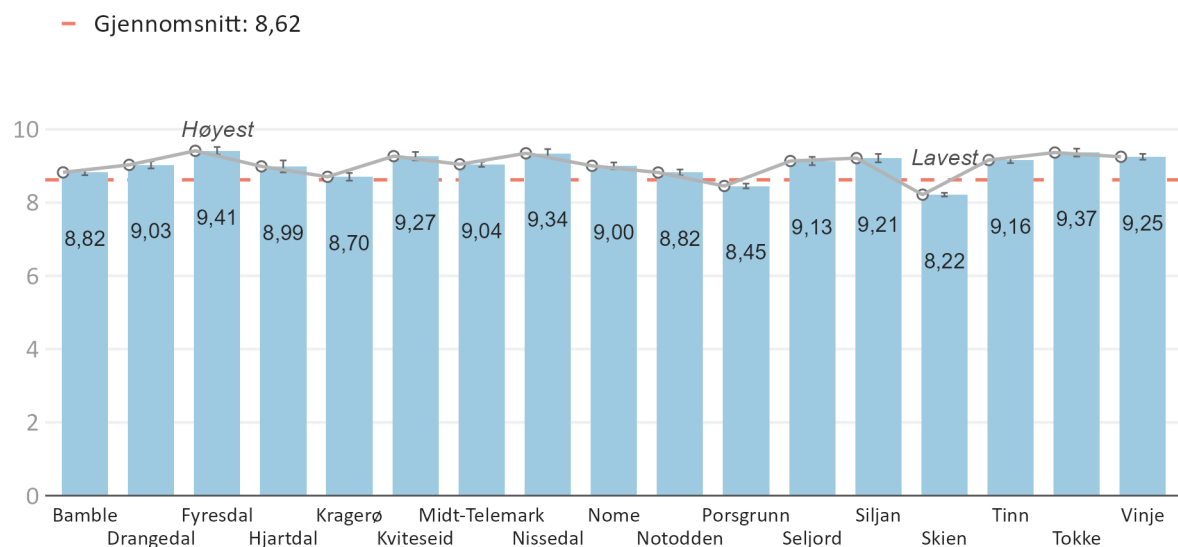
Figur E viser gjennomsnittsskåren for stedstilhørighet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går skåren noe ned fra 7,5 i 2021 til 7,3 i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen blir mindre over tid, fordi kvinner har en statistisk sikker nedgang mens menn ikke har en statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme i begge år, med høyere skår i de eldste gruppene enn i de yngste. Samtidig er det statistisk sikker nedgang i flere aldersgrupper fra 30 til 69 år, mens endringene ikke er statistisk sikre blant 18 til 29 år og blant de eldste. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevde økonomiske vansker er nivåforskjellen stabil, med statistisk sikker nedgang blant dem med lett økonomi, men ikke statistisk sikker endring blant dem med vanskelig økonomi. Samlet peker dette mot en liten, men tydelig nedgang i stedstilhørighet fra 2021 til 2025, uten store endringer i hvordan gruppene ligger relativt til hverandre.

3.47 Trygg i nærmiljøet (0-10)

Svarandel: Totalt 22 466 deltakere av 24 509 (91,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

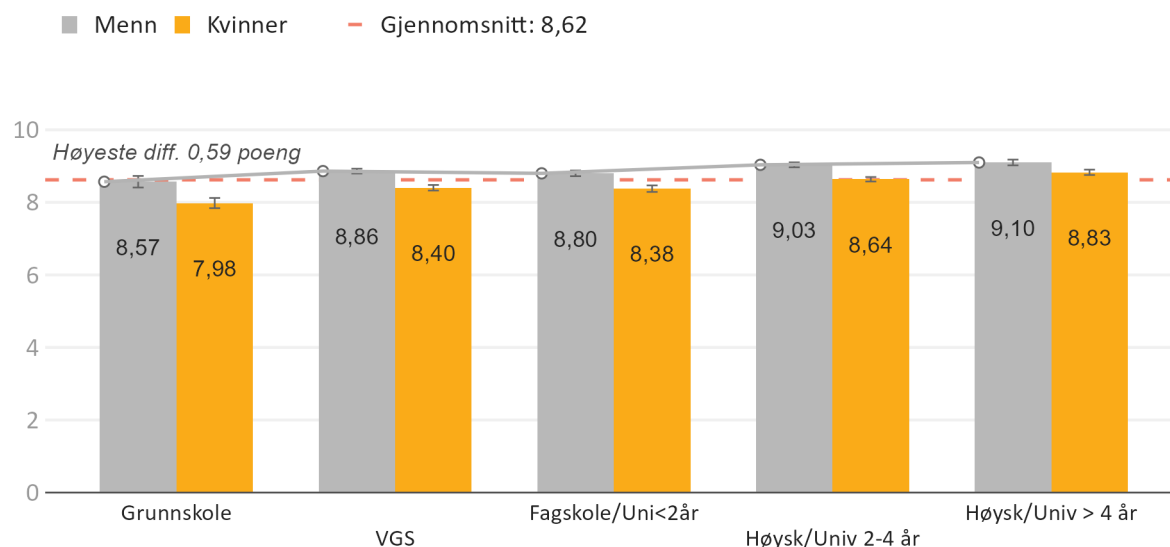
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 466	8,62	8,59 – 8,65
Kvinner	12 515	8,44	8,41 – 8,48
Menn	9 951	8,84	8,81 – 8,88

Figur 214: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



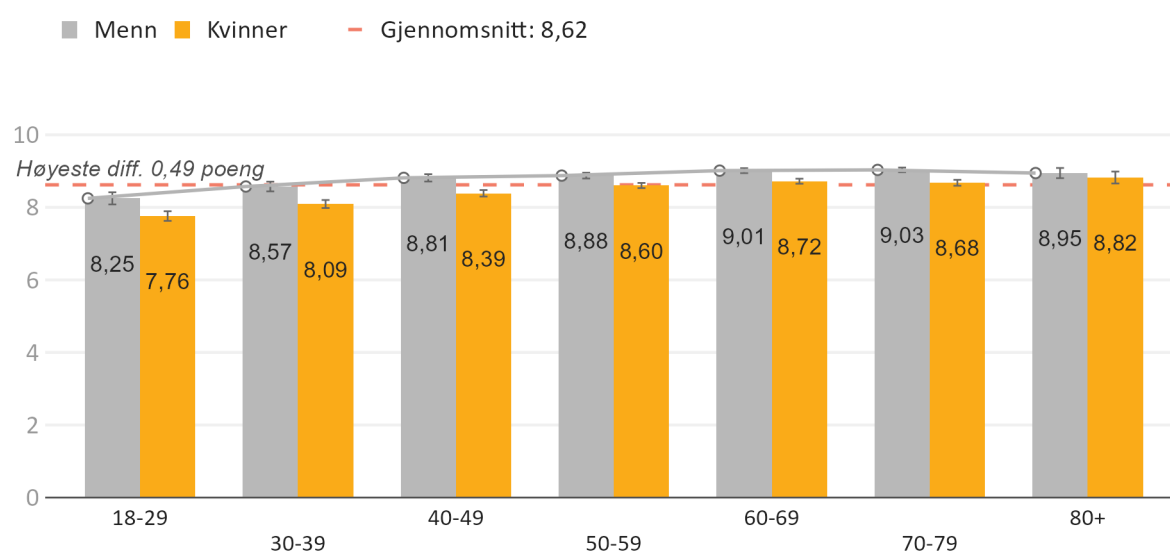
Figur A viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt, men det er likevel tydelige forskjeller mellom kommunene. Fyresdal har høyest gjennomsnittsskår med 9,41, mens Skien ligger lavest med 8,22. Differansen mellom ytterpunktene er 1,20 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,69$, som tilsier en stor forskjell i opplevd trygghet mellom kommunene som ligger høyest og lavest. Flere kommuner ligger tett opp mot toppnivået, blant annet Tokke med 9,37 og Nissedal med 9,34, mens Kviteseid og Vinje også ligger høyt med henholdsvis 9,27 og 9,25. I den nedre delen av fordelingen finner vi Porsgrunn med 8,45 og Kragerø med 8,70, i tillegg til Skien. Kommuner som Midt-Telemark, Drangedal og Nome ligger rundt 9,00, som peker mot et generelt høyt trygghetsnivå, men med et klart lavere nivå i enkelte større kommuner.

Figur 215: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



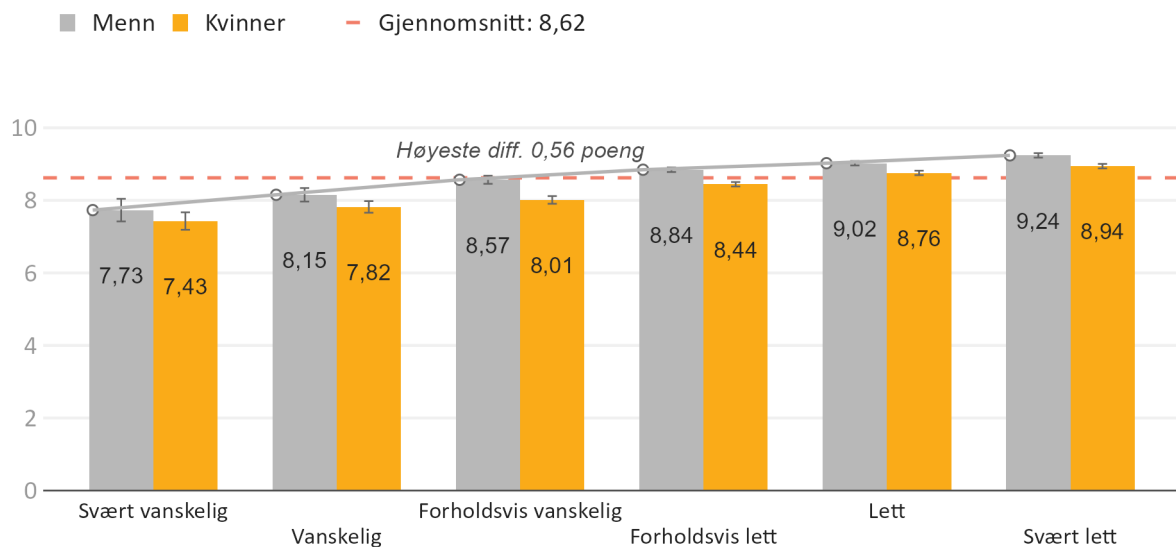
Figur B viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren lavest for dem med grunnskole, med 7,98 poeng, og høyest for dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, med 8,83 poeng. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 0,85 poeng mellom ytterpunktene, og Cohen's d er 0,51, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er skåren lavest i gruppen med grunnskole, med 8,57 poeng, og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, med 9,10 poeng. Her er forskjellen 0,53 poeng, som er statistisk sikker, og Cohen's d er 0,32, 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 skårer 0,59 poeng høyere enn kvinner, og minst blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, der forskjellen er 0,27 poeng. Samlet peker tallene mot høyere opplevd trygghet ved høyere utdanning, og gjennomgående noe høyere skår blant menn.

Figur 216: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og alder (C)



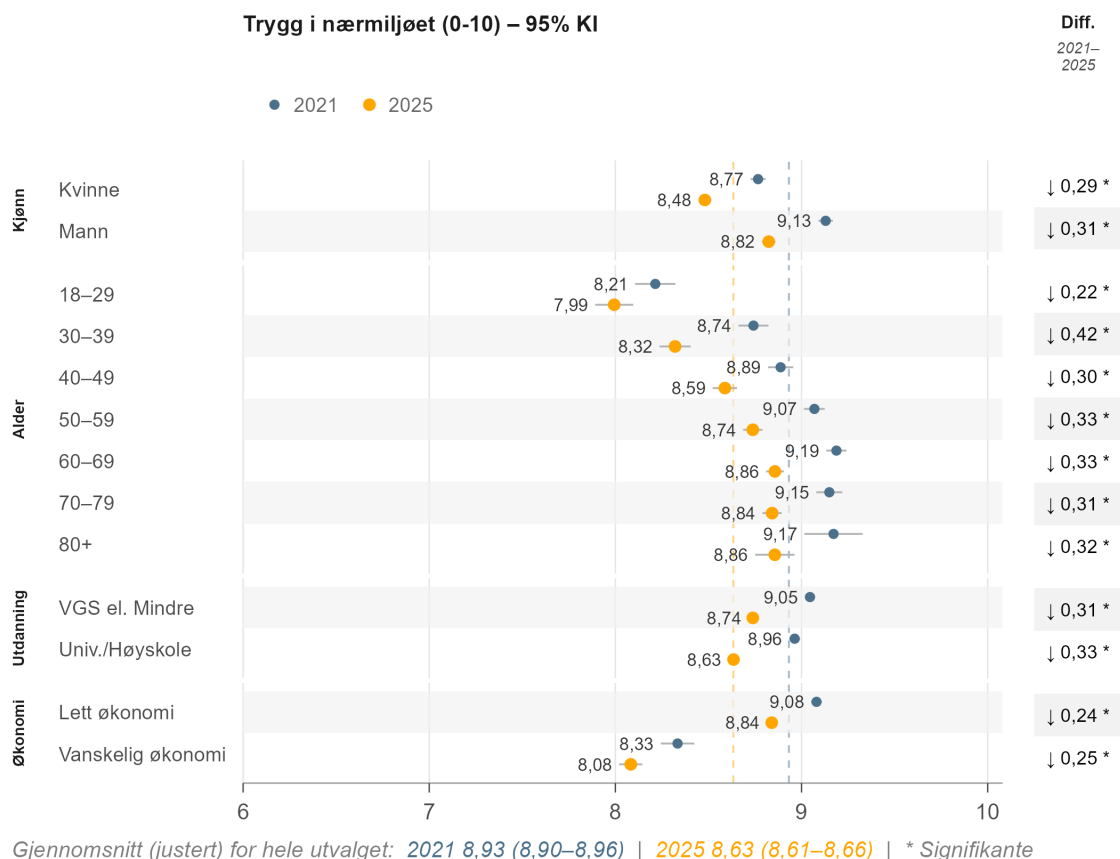
Figur C viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren lavest i alderen 18–29 år, med 7,76 poeng, og høyest i 80 år og eldre, med 8,82 poeng. Dette tilsvarer en økning på 1,06 poeng fra laveste til høyeste aldersgruppe, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,61, som tilsier en stor forskjell i opplevd trygghet mellom de yngste og eldste kvinnene. For menn er skåren også lavest i alderen 18–29 år, med 8,25 poeng, mens den er høyest i 70–79 år, med 9,03 poeng. Økningen er 0,78 poeng, og også her er forskjellen statistisk sikker. Cohen's d er 0,45, som tilsier en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme alder, ligger menn gjennomgående høyere i aldersgruppene 18–29 til 70–79 år, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst blant de yngste, der menn skårer 0,49 poeng høyere enn kvinner. I gruppen 80 år og eldre er kjønnsforskjellen liten, 0,13 poeng, og den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 217: 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 kvinner ligger skåren høyest blant dem som oppgir at økonomien er svært lett, med 8,94 poeng, og lavest blant dem som oppgir svært vanskelig, med 7,43 poeng. Dette gir en forskjell på 1,51 poeng, og Cohen's d er 0,87, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er trygghetsskåren høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 9,24 poeng, og lavest ved svært vanskelig, med 7,73 poeng. Differansen er dermed også 1,51 poeng, med Cohen's d 0,87, som igjen indikerer en stor forskjell. Samlet sett viser dette en tydelig sammenheng mellom en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien og høyere opplevd trygghet i nærmiljøet for begge kjønn. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomikategori, skårer menn gjennomgående høyere. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre for forholdsvis vanskelig, forholdsvis lett, lett og svært lett, og varierer der fra 0,27 til 0,56 poeng, mens forskjellene ikke er statistisk sikre for vanskelig og svært vanskelig.

Figur 218: Trygg i nærmiljøet (0-10) (E)



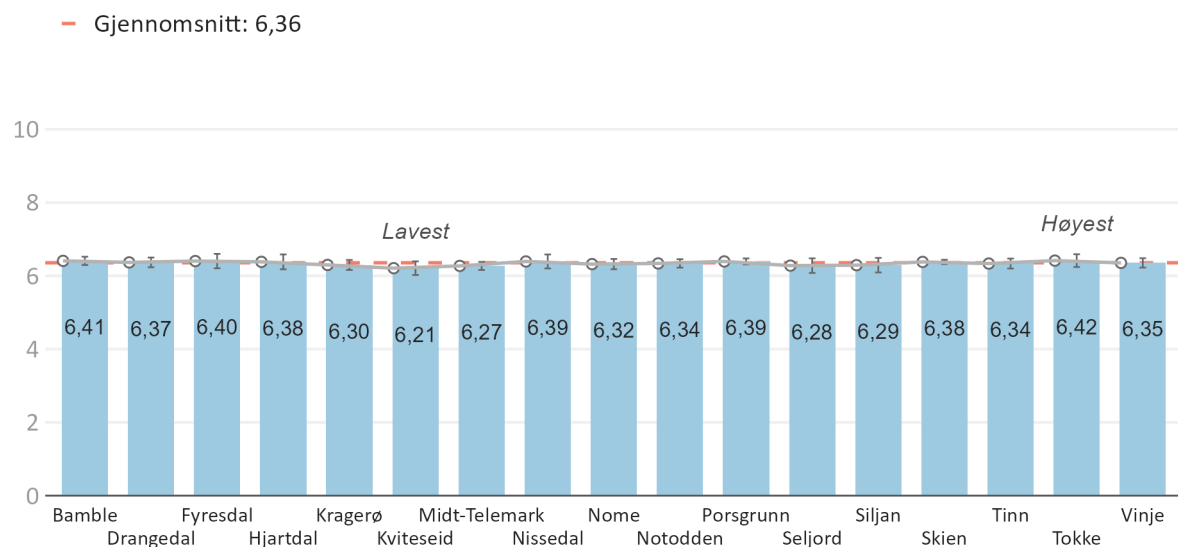
Figur E viser gjennomsnittsskåren for trygg i nærmiljøet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen går igjen i alle undergrupper, og for hver gruppe er endringen statistisk sikker. Kjønnforskjellen ser i hovedsak uendret ut, med en tilsvarende nedgang for kvinner og menn (begge om lag 0,3 enhet). På tvers av alder er mønsteret også stabilt, der de yngste fortsatt ligger lavest og de eldste høyest, samtidig som alle aldersgrupper faller noe fra 2021 til 2025. Blant aldersgruppene er nedgangen størst for 30–39 år (om lag 0,4 enhet), mens de øvrige gruppene i hovedsak faller rundt 0,2–0,3 enhet. For utdanning er forskjellene små i begge år, og begge utdanningsgrupper har en statistisk sikker nedgang på om lag 0,3 enhet. For opplevde økonomiske vansker er nivåforskjellen mellom lett og vanskelig økonomi tydelig i begge år, og begge gruppene har en statistisk sikker nedgang på om lag 0,2 enhet, slik at gapet i hovedsak består.

3.48 Engasjement (0-10)

Svarandel: Totalt 22 570 deltakere av 24 509 (92,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

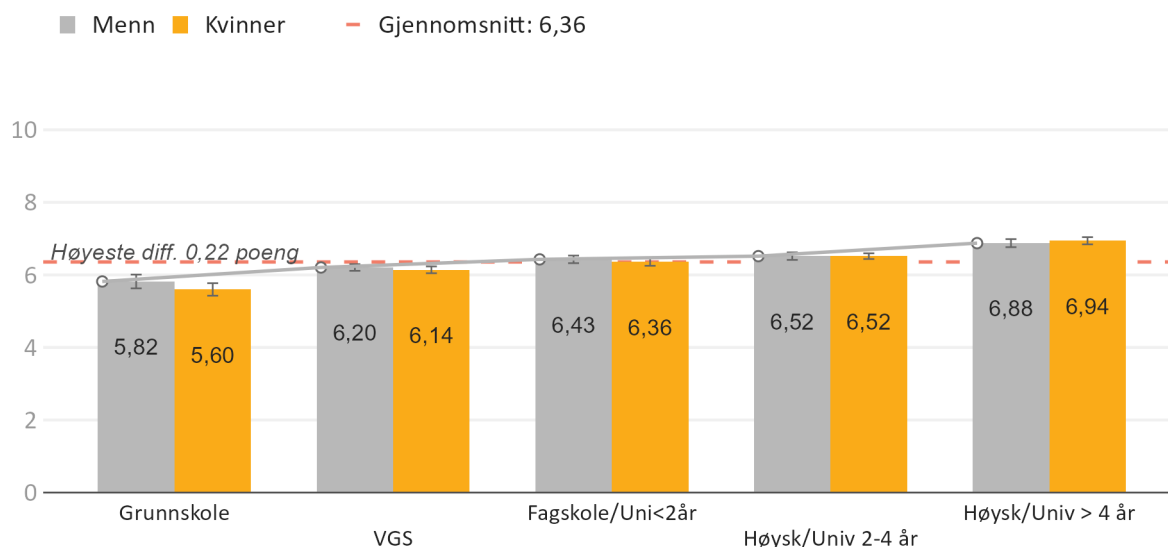
Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 570	6,36	6,32 – 6,39
Kvinner	12 578	6,34	6,30 – 6,39
Menn	9 992	6,37	6,33 – 6,42

Figur 219: Engasjement (0-10) etter kommuner i fylket (A)



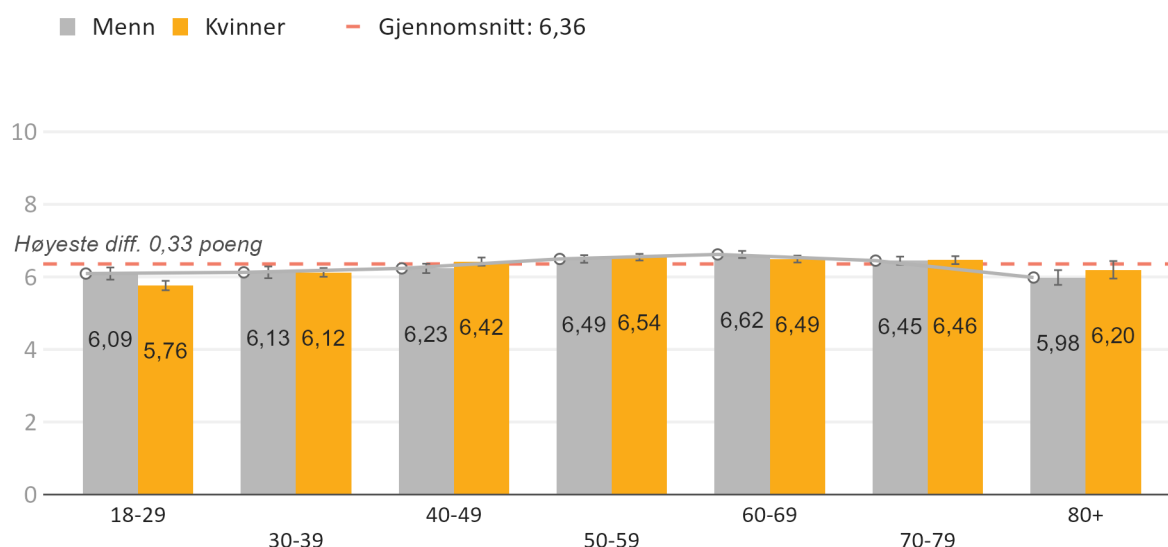
Figur A viser i hvilken grad man følte seg engsjert siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Gjennomsnittsskårene ligger tett samlet, og variasjonen mellom kommunene er liten. Tokke har høyest skår med 6,42 poeng, mens Kviteseid har lavest med 6,21 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er dermed 0,21 poeng, og dette framstår ikke som en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen støtter samme inntrykk: Cohen's d er 0,09, som tilsier en ubetydelig forskjell i engasjement mellom kommunene. Flere kommuner ligger nær toppnivået, blant annet Bamble med 6,41 poeng og Fyresdal med 6,40 poeng, mens Drangedal ligger på 6,37 poeng og Skien på 6,38 poeng. I den nedre delen av fordelingen finner vi Midt-Telemark med 6,27 poeng, Seljord med 6,28 poeng og Siljan med 6,29 poeng, i tillegg til Kragerø med 6,30 poeng. Samlet sett tyder resultatene på at opplevd engasjement siste uke er ganske jevnt fordelt mellom kommunene.

Figur 220: Engasjement (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser i hvilken grad man følte seg engsjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er engasjementet høyest hos dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, med en gjennomsnittsskår på 6,94 poeng, mens kvinner med grunnskole ligger lavest med 5,60 poeng. Dette gir en statistisk sikker differanse på 1,34 poeng, og Cohen's d på 0,61 tilsier en stor forskjell. For menn ser vi samme hovedmønster, der de med høyskole eller universitetsutdanning over fire år skårer høyest med 6,88 poeng, og de med grunnskole skårer lavest med 5,82 poeng. Differansen er 1,06 poeng og er statistisk sikker, mens Cohen's d på 0,48 tilsier en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er gjennomgående små og ikke statistisk sikre.

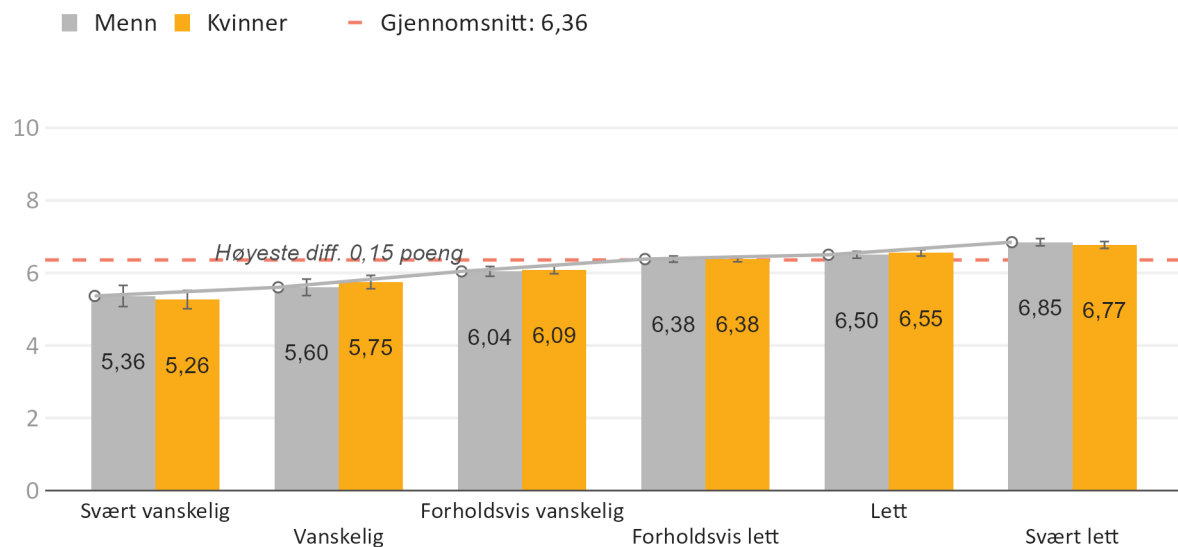
Figur 221: Engasjement (0-10) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser i hvilken grad man følte seg engsjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren lavest i alderen 18–29 år med 5,76 poeng, og høyest i 50–59 år med 6,54 poeng. Dette gir en forskjell på 0,78 poeng mellom ytterpunktene, og forskjellen

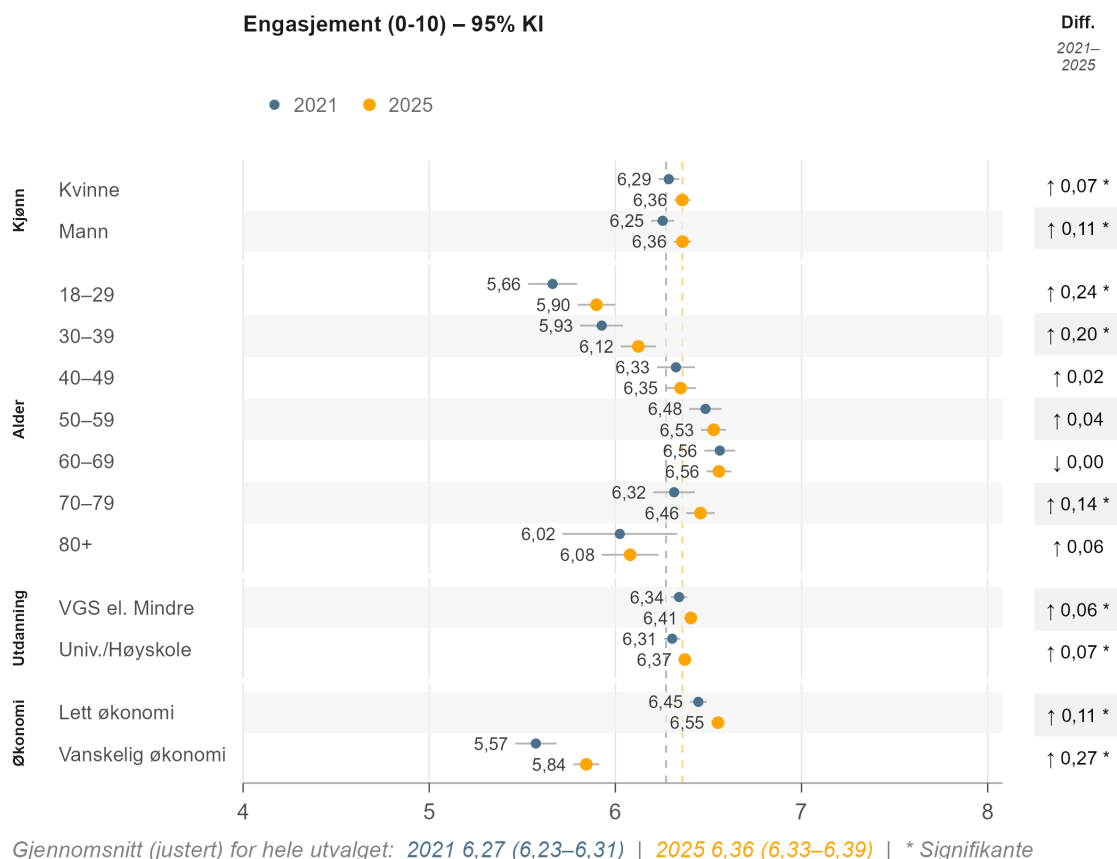
framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,35, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er skåren høyest i 60–69 år med 6,62 poeng, mens den er lavest i 80 år og eldre med 5,98 poeng. Også her er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe statistisk sikker, med 0,64 poeng, og Cohen's d på 0,29, som også tilsvarer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme aldersgruppe, er nivåene stort sett like. Den eneste aldersgruppen med en statistisk sikker kjønnsforskjell er 18–29 år, der menn skårer 6,09 poeng og kvinner 5,76 poeng, en differanse på 0,33 poeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kjønnene små og ikke statistisk sikre.

Figur 222: Engasjement (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man følte seg engsjert 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. Kvinner har en skår på 6,77 i gruppen «Svært lett» og 5,26 i gruppen «Svært vanskelig», en forskjell på 1,51 poeng. Dette er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer Cohen's d på 0,68, som indikerer en stor forskjell. Menn viser et tilsvarende mønster, med 6,85 i «Svært lett» og 5,36 i «Svært vanskelig», en forskjell på 1,48 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d på 0,67, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen hver økonomikategori er små og ikke statistisk sikre.

Figur 223: Engasjement (0-10) (E)



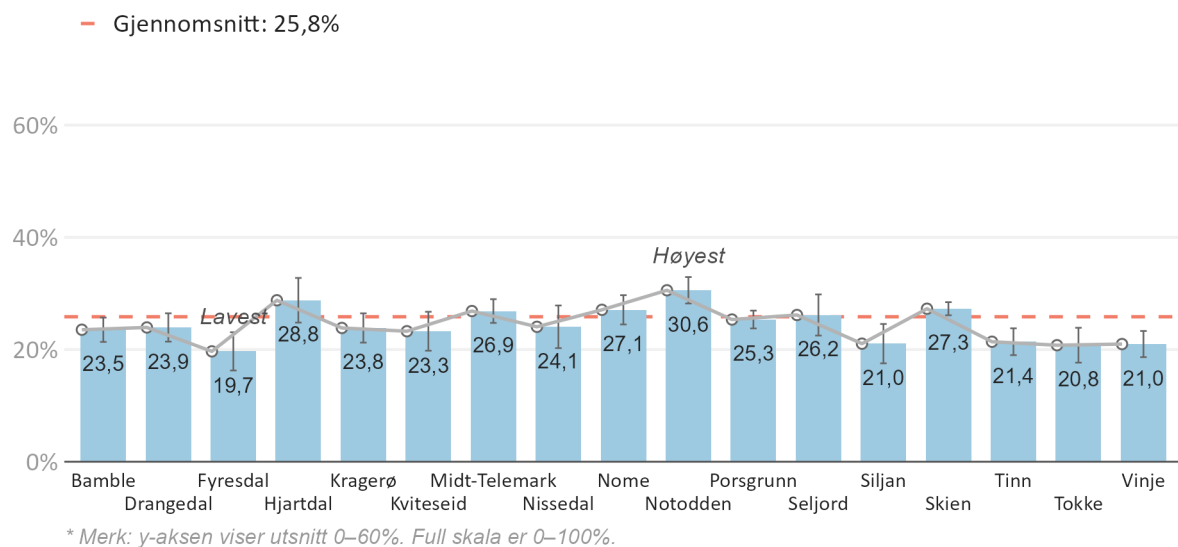
Figur E viser gjennomsnittsskåren for engasjement (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker engasjementet noe fra 2021 til 2025, og endringen er statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, men menn har en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. Etter alder er det en statistisk sikker økning blant de yngste voksne, med økning i gruppene 18–29 og 30–39 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at aldersmønsteret i hovedsak består, men med en svak oppgang i de yngste gruppene. For utdanning er det en statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår som små og stabile over tid. For opplevd økonomi er det statistisk sikre økninger både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, og nivåforskjellen mellom disse gruppene består også i 2025. Samlet peker utviklingen mot små endringer over tid, med mest tydelig oppgang i enkelte undergrupper heller enn et klart løft i totalnivået.

3.49 Økonomiske vansker

Svarandel: Totalt 22 012 deltakere av 24 509 (89,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

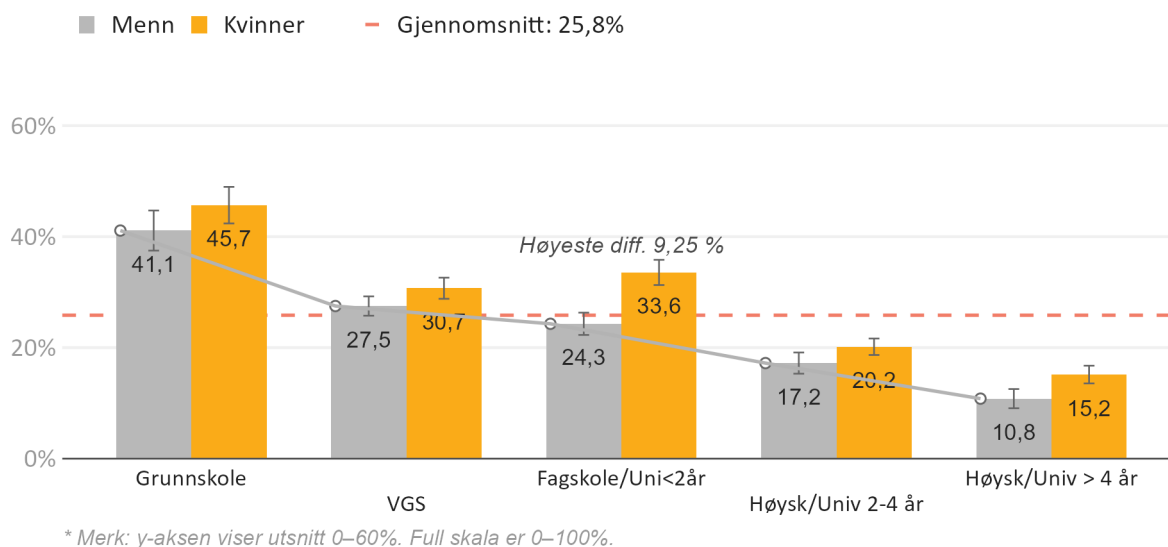
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	22 012	25,8 %	25,2 – 26,5
Kvinner	12 243	27,4 %	26,5 – 28,3
Menn	9 769	23,9 %	23,0 – 24,9

Figur 224: Økonomiske vansker etter kommuner i fylket (A)



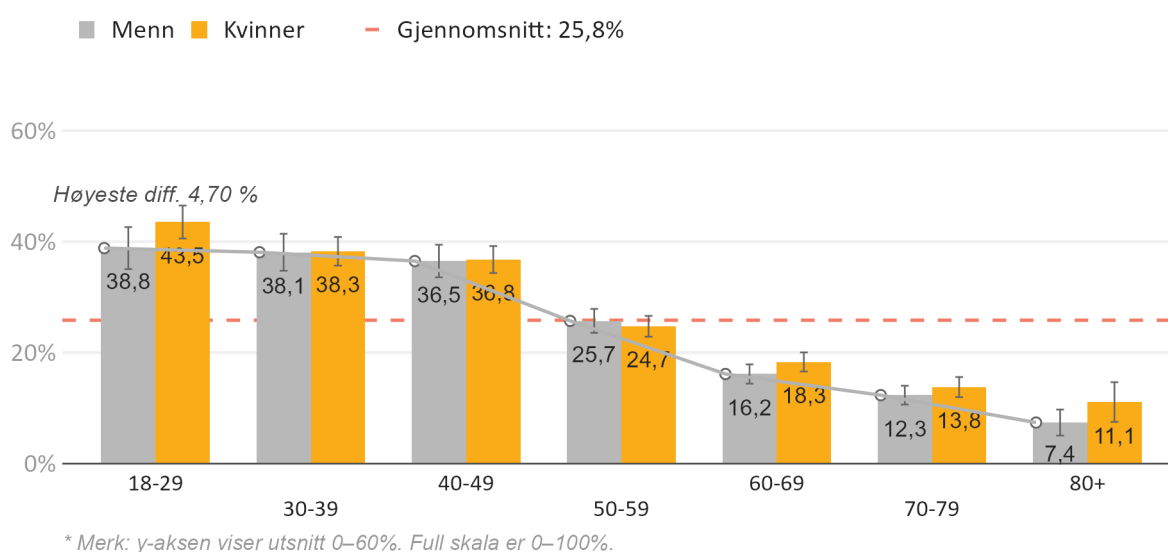
Figur A viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er tydelige forskjeller mellom kommunene. Notodden har høyest andel med 30,6 prosent, mens Fyresdal har lavest andel med 19,7 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 10,89 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for variasjonen mellom høyeste og laveste nivå er Cohen's $h = 0,25$, som tilsier en middels forskjell. Flere kommuner ligger relativt høyt, blant annet Hjartdal med 28,8 prosent, Skien med 27,3 prosent, Nome med 27,1 prosent og Midt-Telemark med 26,9 prosent. Seljord ligger også høyt med 26,2 prosent, mens Porsgrunn ligger på 25,3 prosent. I den lavere enden finner vi Tokke med 20,8 prosent, Siljan og Vinje med 21,0 prosent og Tinn med 21,4 prosent. Kommuner som Bamble, Kragerø, Kviteseid, Drangedal og Nissedal ligger samlet sett i et mellomnivå, fra 23,3 prosent til 24,1 prosent.

Figur 225: 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 4 år. Blant kvinner oppgir 45,7 prosent med grunnskole økonomiske vansker, mot 15,2 prosent i gruppen med høyere utdanning over 4 år. Dette tilsvarer en forskjell på 30,52 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,68, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er nivåene 41,1 prosent for grunnskole og 10,8 prosent for høyere utdanning over 4 år, en forskjell på 30,28 prosentpoeng. Også her er forskjellen stor, med Cohen's h på 0,72, og den framstår som statistisk sikker. Ser vi på kjønn innen hvert utdanningsnivå, rapporterer kvinner oftere økonomiske vansker enn menn i alle gruppene. Forskjellen er tydeligst i fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, der menn ligger 9,25 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i gruppen med høyere utdanning over 4 år, der menn ligger 4,34 prosentpoeng lavere. I de øvrige utdanningsgruppene framstår kjønnsforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

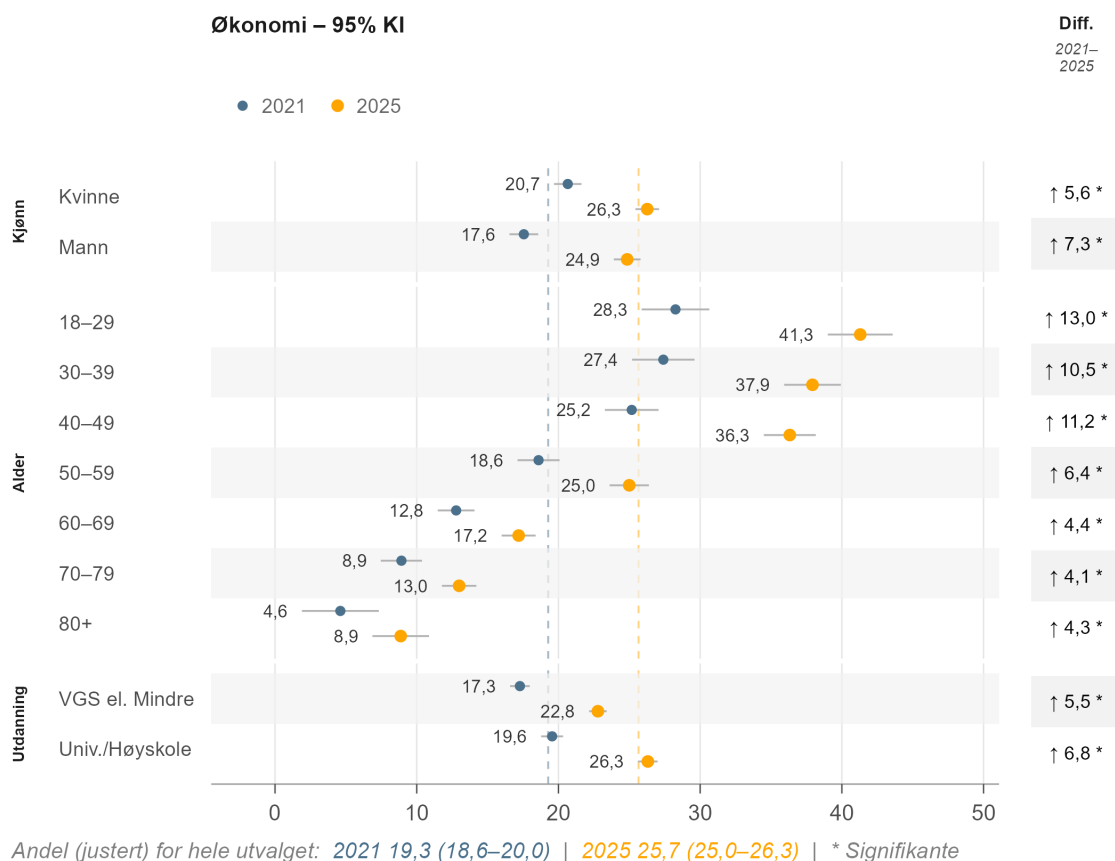
Figur 226: Økonomiske vansker etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn er andelen høyest blant de yngste og synker jevnt med økende alder. Blant kvinner oppgir 43,5 prosent i alderen 18–29 økonomiske vansker, mens andelen er 11,1 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Dette gir en forskjell på 32,43 prosentpoeng mellom høyeste og laveste aldersgruppe, og Cohen's h er 0,76, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i alderen 18–29, med 38,8 prosent, og lavest i gruppen 80 år eller eldre, med 7,4 prosent. Forskjellen er 31,43 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,79, som også indikerer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe framstår gjennomgående små og er ikke statistisk sikre.

(Figur D utgår siden det ikke gir mening å vise andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke på tvers av seg selv.)

Figur 227: Økonomiske vansker (E)



Figur E viser andelen som oppgir økonomiske vansker på tvers av kjønn, alder og utdanning i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 19,3 prosent i 2021 til 25,7 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. Økningen er også statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnforskjellen framstår omtrent like stor i 2025 som i 2021. For alder ser vi en statistisk sikker økning i alle aldersgrupper, men nivåene er fortsatt tydelig høyere blant yngre enn blant eldre. Økningen er størst blant 18–29 år, som går fra 28,3 prosent til 41,3 prosent, mens de eldste gruppene ligger lavere selv om de også øker. For utdanning er det statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets-

eller høyskoleutdanning.

4 Diskusjon

Folkehelseundersøkelsen i Telemark er en omfattende kartlegging av befolkningens helse, livskvalitet 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, livskvalitet, helseatferd og sosiale forhold, og gir et rikt informasjonsgrunnlag som kan støtte opp om målrettet folkehelsearbeid både på fylkes- 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

Når resultatene sammenlignes på tvers av kommuner, med justering for kjønn, alder og utdanningsnivå, tegner det seg et tydelig hovedmønster: Kommuneforskjellene er som regel små for mange av indikatorene som beskriver helsetilstand og subjektiv livskvalitet, mens de største forskjellene gjelder indikatorer som handler om tilbud i nærmiljøet og tilgjengelighet. Med andre ord ser geografisk variasjon ut til å være mest framtrædende på områder som beskriver hva innbyggerne opplever å ha tilgjengelighet til der de bor, og mindre framtrædende på flere av de mer individnære helse- og livskvalitetsmålene.

De mest markerte kommuneforskjellene finner vi innen opplevd tilgjengelighet til sentrale tilbud og infrastruktur. Opplevd tilgjengelighet til offentlige transportmidler skiller seg særlig ut, med et svært stort spenn mellom kommunene (om lag 72 prosent i Porsgrunn mot rundt 5 prosent i Nissedal), og dette framstår som en stor geografisk forskjell. Et tilsvarende mønster ses for flere andre tilgjengelighetsmål, der gapet mellom kommunene i øvre og nedre ende er tydelig. Dette gjelder blant annet opplevd tilgjengelighet til butikker og servicetilbud, kulturtilbud og idrettstilbud, der ytterpunktene ligger langt fra hverandre og forskjellene samlet sett framstår store. Også tilgjengelighet til gang- og sykkelveier varierer sterkt mellom kommunene, med store forskjeller mellom høyeste og laveste nivå.

Et praktisk poeng ved dette mønsteret er at indikatorer som beskriver hverdagsnære rammer som transport, servicetilbud og arenaer for fritid framstår som de mest geografisk "følsomme" i materialet, og skiller kommunene tydeligere enn mange andre utfall.

Et annet funn som er verdt å merke seg, er at opplevd trygghet i nærmiljøet ligger høyt i alle kommuner, men likevel er det et tydelig spenn mellom dem. Forskjellen mellom høyeste og laveste kommune er over ett poeng på en 0–10-skala, og dette innebærer et markant geografisk skille i opplevd trygghet selv om nivået gjennomgående er høyt.

Ved siden av tilgjengelighet og nærmiljøforhold ser vi moderate kommuneforskjeller på enkelte levekårs- og deltakelsesindikatorer. Andelen som oppgir at husholdningsøkonomien er vanskelig varierer mellom kommunene, med et mønster som tilsier en moderat geografisk variasjon. Det er også moderat variasjon i indikatorer knyttet til tannhelse og tannlegebesøk. Både egenvurdert tannhelse og andelen som oppgir at det er mer enn to år siden sist tannlege-/tannpleierbesøk varierer tydelig mellom kommunene. I tillegg viser andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet et moderat spenn mellom kommunene. Kommuneforskjellene

her er mindre enn for de mest “strukturelle” tilgjengelighetsmålene, men likevel store nok til at de kan være relevante når man skal forstå hvor i fylket slike utfordringer og ressurser er mest og minst utbredt.

For flere av helse- og livskvalitetsindikatorene er kommuneforskjellene derimot små. Livstilfredshet ligger på et relativt høyt nivå og varierer lite mellom kommunene (omtrent 7,2 til 7,5 på 0–10-skala). Også ensomhet varierer lite, med gjennomgående små forskjeller mellom kommunene. Gjennomsnittsnivået av psykiske plager (HSCL-5) viser et visst spenn, men effektstørrelsen tilsier likevel små kommuneforskjeller samlet sett. For egenvurdert god helse er det også bare små geografiske forskjeller, og nivåene overlapper i stor grad mellom kommunene.

På levevaneområdet (for eksempel dagligrøyking) og for en del somatiske plager (for eksempel korsryggsmerter og nakkesmerter) finnes det ytterpunkter, men forskjellene mellom kommunene fremstår likevel som små når en ser helheten under ett.

Samlet sett tyder resultatene på at de tydeligste geografiske skillene i fylket først og fremst handler om nærmiljøets tilbud, tilgjengelighet og enkelte levekårsrelaterte forhold, mens flere sentrale mål på helsetilstand og subjektiv livskvalitet er relativt like på tvers av kommuner etter justering for demografiske forskjeller.

4.2 Kjønnsforskjeller

På tvers av temaene viser resultatene at kjønnsforskjellene ofte er mindre enn forskjellene som knytter seg til alder, utdanning og opplevd husholdningsøkonomi. For mange indikatorer ligger kvinner og menn relativt nær hverandre innenfor de samme gruppene, og der forskjeller finnes, framstår de ofte som moderate og mer situasjonsavhengige (for eksempel ved bestemte alders- eller utdanningsnivåer).

Samtidig peker analysene på noen tydelige og gjennomgående mønstre. For flere levevaner og risikopregede atferder ligger menn høyere enn kvinner, særlig når det gjelder alkoholrelaterte mål og bruk av tobakk/nikotin, og menn rapporterer også oftere hyppig inntak av sukkerholdige drikker. I motsatt retning ligger kvinner høyere på flere kostholdsindikatorer, særlig daglig inntak av frukt/bær og grønnsaker, der kjønnsforskjellene framstår som klare på tvers av flere undergrupper. Dette innebærer at noen av de mest stabile kjønnsforskjellene i materialet handler om forskjeller i helseatferd, mer enn forskjeller i opplevd livskvalitet eller nærmiljøforhold.

For helseplager og subjektive helseutfall peker resultatene i hovedsak mot at kvinner oftere rapporterer belastninger knyttet til psykiske plager og negative følelser, søvnproblemer og ensomhet, og at kvinner i flere sammenhenger også rapporterer mer muskel- og skjelettplager (særlig nakkesmerter, og i noen analyser også korsryggsmerter). Dette er ikke et ensartet bilde for alle helseindikatorer, men som helhet framstår mønsteret tydeligere for symptombelastning enn for mer generelle vurderinger av helse og livstilfredshet, der kjønnsforskjellene oftere beskrives som små.

Når det gjelder sosiale og nærmiljørelaterte mål, viser resultatene gjennomgående at kvinner rapporterer noe høyere nivåer på sosiale relasjoner og sosial støtte, og i flere analyser også høyere deltakelse i organiserte aktiviteter eller sosial aktivitet i deler av aldersspennet. Menn rapporterer samtidig ofte høyere opplevd trygghet i nærmiljøet. For flere mål på tilgjengelighet til ulike tilbud og fasiliteter er kjønnsforskjellene derimot begrensede, og framstår sjelden som det mest fremtredende trekket i materialet. Samlet sett tyder

resultatene på at de mest konsekvente kjønnsforskjellene i denne undersøkelsen særlig knytter seg til helseatferd (hva man gjør) og symptomrapportering/psykososial belastning (hvordan man har det), mens mange andre indikatorer i større grad varierer med alder, utdanning og økonomisk situasjon enn med kjønn.

4.3 Aldersforskjeller

Resultatene viser gjennomgående tydelige aldersforskjeller på tvers av mange av utfallsvariablene. I flere tilfeller framstår forskjellene som store, særlig der indikatorene fanger opp levekårsutfordringer, psykisk belastning og helseatferd. Samtidig er det også områder der aldersforskjellene er små eller mer sammensatte, og der mønstrene varierer mellom kvinner og menn.

Når det gjelder levekår og psykososiale belastninger, peker analysene på en klar gradient der de yngste voksne oftere rapporterer økonomiske vansker, mer psykiske plager og mer ensomhet, mens nivåene er lavere i de eldre aldersgruppene. For økonomi er forskjellene særlig markante, med en jevn nedgang fra de yngste til de eldste aldersgruppene i begge kjønn. Tilsvarende viser både indikatorer på psykiske plager (HSCL-5), negative følelser og ensomhet høyest nivå blant de yngste og lavere nivå med økende alder, ofte med middels til store forskjeller. For ensomhet framstår mønsteret som en tydelig nedgang fra unge voksne til 60–79 år, med en tendens til noe høyere nivå igjen i den eldste gruppen (80+).

Livskvalitetsindikatorer viser det samme aldersmønsteret. Opplevde positive følelser, livstilfredshet og mening i hverdagen ligger lavest blant de yngste og øker tydelig mot høyere nivå i eldre aldersgrupper (ofte med store forskjeller). Også opplevd trygghet, tillit til andre og tilhørighet til bostedet øker gjennomgående med alder, og skiller seg ut med store aldersforskjeller. Engasjement varierer mer moderat, men ligger typisk høyere i midtre eller eldre aldersgrupper enn blant de yngste. Samtidig skiller forventet livstilfredshet om fem år seg fra de øvrige livskvalitetsmålene ved å være høyest blant de yngste og lavest blant de eldste, med store forskjeller, slik at bildet blir todelt: nåværende vurderinger blir mer positive med alder, mens fremtidsvurderinger faller i de eldste gruppene.

Aldersmønstrene i helseatferd er tydelige, men ikke ensartede. Resultatene viser et klart skille mellom alkoholbruk som handler om hyppighet og alkoholbruk som handler om mengde per anledning. Mengde per drikkedag og episodisk høyt alkoholforbruk er klart høyest blant de yngste og faller kraftig med økende alder (store forskjeller), mens det å drikke alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere øker tydelig med alder og ligger høyest i de eldre gruppene (også store forskjeller). Tobakksbruk viser også sterke aldersprofiler. Daglig snusbruk er tydelig konsentrert i de yngste og faller til svært lave nivåer i eldre aldersgrupper (store forskjeller), mens daglig røyking har et mer «toppformet» forløp med høyest nivå i de midtre aldersgruppene og lavere nivå både blant de yngste og de eldste (middels forskjeller). En mulig årsak til at det faller blant de eldste kan være tidligere død hos røykere. Kostholdsmønstrene følger i stor grad en «gunstigere med alder»-profil: daglig inntak av frukt/bær og hyppig fiskespising øker kraftig med alder (store forskjeller), grønnsaksinntak øker mer moderat (middels forskjeller), mens hyppig inntak av sukkerholdig brus er svært vanlig blant de yngste og klart mindre utbredt i eldre grupper (store forskjeller). Fysisk aktivitetsnivå (målt som minst 30 minutter moderat aktivitet 4+ dager i uken) er høyest i de yngste gruppene og faller særlig i den eldste aldersgruppen (middels forskjeller).

For helseutfall og plager tegner det seg flere ulike aldersprofiler. Andelen med fedme (KMI 30+) øker fra unge voksne til et toppnivå i midtlivet og faller igjen i de eldste gruppene

(middels forskjeller). Søvnproblemer (insomni) følger et tilsvarende mønster, med høyest nivå i midtre aldersgrupper og lavere nivå i de eldste (samlet sett små til middels forskjeller, og tydeligere nivåforskjeller mellom kjønn i flere aldersgrupper). Når det gjelder funksjon og helsebelastning, viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad et mer sammensatt bilde, der aldersmønsteret ikke er helt likt for kvinner og menn. Blant menn øker nivået tydeligere mot de eldste gruppene, mens kvinner har et mer ujevnt mønster med høyere nivå i midtlivet enn i enkelte av de eldre gruppene. Plager fra muskel- og skjelettsystemet skiller seg også. Nakkesmerter er mest utbredt i yngre og midtre aldersgrupper og faller tydelig med alder (store forskjeller), mens korsryggsmerter varierer relativt lite mellom aldersgruppene (små forskjeller).

Til sist viser resultatene et gjennomgående mønster der vurderinger av nærmiljø og tilgjengelighet til tilbud oftere er mer positive i eldre aldersgrupper enn i yngre. Dette gjelder blant annet trivsel i nærmiljøet (store forskjeller), samt opplevd tilgjengelighet til servicetilbud, offentlig transport, kulturtilbud, idrettstilbud, natur- og friluftsområder og kyst/strand (typisk middels til store forskjeller). Gang- og sykkelveier skiller seg ut ved at aldersforskjellene er små. På det sosiale området er bildet mer nyansert. Andelen med høy sosial støtte varierer lite med alder (små forskjeller), mens indikatorer på sosial deltakelse viser tydelige profiler, som at ukentlig sosial omgang med venner er høyest i eldre aldersgrupper og lavere i enkelte midtre aldersgrupper (store forskjeller), og at deltakelse i frivillig/organisert aktivitet har ulike alderstopper for kvinner og menn. Samlet sett tyder resultatene på at alder er en sentral dimensjon for å forstå variasjon i både levekår, psykisk helse, helseatferd og opplevelser av lokalmiljø, men at «aldersforskjeller» ofte rommer flere ulike mønstre (gradienteffekter, midtlivstopper og mer sammensatte profiler) avhengig av hvilket tema som undersøkes.

4.4 Betydningen av utdanningsnivå

Resultatene viser gjennomgående utdanningsforskjeller på tvers av mange av indikatorene, og mønsteret peker ofte i retning av en sosial gradient der nivåene er mest ugunstige blant dem med grunnskole og mest gunstige blant dem med lengst utdanning. Dette gjelder særlig for indikatorer som handler om levekår, helsetilstand, helseplager og flere levevaner. Samtidig er det også områder der forskjellene etter utdanning er små, særlig for flere av vurderingene av tilgjengelighet til ulike tilbud i nærmiljøet.

Et av de tydeligste mønstrene gjelder opplevelsen av økonomiske vansker. Andelen som oppgir at det er vanskelig eller svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til er klart høyere blant personer med lav utdanning enn blant dem med høyere utdanning, og forskjellene framstår som store for både kvinner og menn. Dette er et gjennomgående funn som er viktig å ha i bakhodet når en vurderer utdanningsforskjeller i helse og livskvalitet, fordi flere av de øvrige indikatorene varierer i samme retning.

Når det gjelder helsetilstand og helseplager, er utdanningsgradienten tydelig på flere sentrale mål. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god øker markant med utdanning, og forskjellene mellom ytterpunktene framstår som store for begge kjønn. Et tilsvarende mønster ses for tannhelse, der andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god er langt høyere blant dem med høyere utdanning enn blant dem med grunnskole. I samme retning varierer også flere indikatorer på belastning og funksjon, som andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, og andelen som oppgir betydelige plager etter skade, der nivåene er høyere ved lav utdanning. For flere konkrete helseplager er gradienten også tydelig, blant annet for fedme og korsryggsmerter, der andelen er høyere blant dem med lav utdanning.

Flere levevaner følger samme sosialt graderte mønster. Dagligrøyking skiller seg særlig ut, med store forskjeller der andelen er klart høyest blant personer med grunnskole og lavest blant dem med lengst utdanning. Kostholdsindikatorne peker også i retning av en tydelig gradient, særlig for daglig inntak av grønnsaker og frukt/bær, der andelen øker med høyere utdanning (og med middels til store forskjeller, avhengig av indikator og kjønn). Fysisk aktivitet viser et lignende, men noe mindre markert mønster, der andelen som oppfyller aktivitetskriteriet er høyere ved høyere utdanning. Snusbruk varierer også etter utdanning, med lavere andeler ved høyere utdanning, samtidig som det er et klart nivåskille mellom kjønnene innen de fleste utdanningsgrupper.

For alkohol er bildet mer sammensatt enn for tobakk og kosthold. Hyppig alkoholbruk (for eksempel 2–3 ganger i uken eller oftere) er vanligere blant personer med høyere utdanning enn blant dem med lav utdanning. Samtidig er antall alkoholenheter per drikkedag høyere blant dem med lav utdanning, og lavere blant dem med høyere utdanning. For månedlig beruselsesdrikking er forskjellene etter utdanning mindre, særlig blant kvinner, mens det blant menn er et noe tydeligere (men fortsatt relativt begrenset) skille. Dette samlet sett viser at utdanningsforskjellene i alkoholrelaterte mål i større grad handler om mønsteret i forbruket enn om én entydig "høy/lav"-forskjell.

Også for psykisk helse og livskvalitet peker resultatene i retning av en utdanningsgradient, særlig på mål som fanger opp belastning og fravær av psykiske plager. Skårer på symptomer på angst og depresjon er høyere ved lavere utdanning (mest uttalt blant kvinner), og i samme retning varierer både negative følelser og ensomhet, der nivåene er høyere ved lavere utdanning. Samtidig øker mer positive sider ved livskvalitet med utdanning, som opplevelse av mening og engasjement, og både nåværende og forventet livstilfredshet ligger gjennomgående litt høyere ved høyere utdanning. På flere av disse indikatorene går utdanningsforskjellene igjen for begge kjønn, selv om nivåforskjeller mellom kvinner og menn ofte består innen utdanningsgruppene.

Et siste viktig trekk er at utdanningsforskjellene ikke bare handler om individuell helse og levevaner, men også om ressurser og opplevelser i det sosiale og nærmiljømessige domenet. Indeksen for sosiale relasjoner og andelen med høy sosial støtte øker med utdanning, og ukentlig deltakelse i frivillig/organisert aktivitet er tydelig vanligere blant dem med høyere utdanning enn blant dem med grunnskole. I tillegg viser flere av de sosiale indikatorene klare utdanningsforskjeller i opplevelse av tillit til andre og opplevd trygghet, der skårene er høyere ved høyere utdanning. Samtidig er det verdt å merke seg at en del av vurderingene av konkrete nærmiljøtilbud (som gang- og sykkelveier, kulturtilbud, servicetilbud og tilgjengelighet til natur- og friluftsområder) varierer relativt lite etter utdanning, og nivåene er ofte høye i alle utdanningsgrupper. Dette tyder på at utdanningsforskjellene i helse og livskvalitet i liten grad speiles i tilsvarende store utdanningsforskjeller i rapportert tilgjengelighet til flere typer lokale tilbud, mens de er tydeligere for levekår, helseatferd, helseplager og opplevde sosiale ressurser.

4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien

Resultatene viser at vurderingen av husholdningsøkonomien henger sammen med et bredt spekter av helse-, livskvalitets- og nærmiljøindikatorer. På tvers av mange utfallsvariabler er mønsteret tydelig: de som opplever det som vanskeligere å få pengene til å strekke til, rapporterer gjennomgående svakere utfall enn de som opplever økonomien som lett. For mange indikatorer framstår dette også som en sosial gradient, der resultatene peker i retning av at jo vanskeligere husholdningsøkonomi, jo svakere utfall.

Sammenhengen er særlig markant for flere helserelaterte mål. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god varierer kraftig mellom grupper med svært lett versus svært vanskelig husholdningsøkonomi, og forskjellene framstår som store. Et lignende mønster går igjen for mål på funksjon og belastning: både helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad, søvnproblemer og rapporterte muskel- og skjelettplager (som nakke- og korsryggsmerter) er vanligere jo vanskeligere økonomien vurderes. Tannhelse skiller seg også tydelig ut, både ved at egenvurdert tannhelse er klart bedre blant dem som opplever økonomien som lett, og ved at en større andel i de mest økonomisk pressede gruppene rapporterer at det er mer enn to år siden siste tannlege-/tannpleierbesøk.

Det samme hovedmønsteret kommer fram for psykiske plager og livskvalitet. Nivået av psykiske plager (HSCL-5), negative følelser og ensomhet er høyest i gruppene som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig, mens positive følelser, opplevelse av mening, engasjement og tilfredshet – både med livet nå og forventninger til framtiden – ligger høyest i gruppene som opplever økonomien som lett.

Også sosiale og relasjonelle ressurser varierer systematisk med hvordan en vurderer økonomien sin. Resultatene tyder på at høy sosial støtte og opplevelsen av støttende og givende relasjoner er vanligere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett, mens nivåene er lavere blant dem som opplever den som vanskelig. Tilsvarende ser man forskjeller i mer hverdagsnære mål som sosial omgang med venner og deltakelse i organiserte og uorganiserte aktiviteter, der mønsteret i hovedsak peker i retning av høyere deltakelse og mer sosial kontakt når økonomien oppleves som lettere. I tillegg varierer opplevelsen av tilhørighet til bosted, tillit til andre mennesker og trygghet i nærmiljøet tydelig med økonomivurderingen, og for flere av disse indikatorene framstår forskjellene som store.

For levevaner peker resultatene i stor grad i samme retning: sunnere kostholdsvaner (som daglig inntak av frukt/bær og grønnsaker) og høyere nivå av fysisk aktivitet er vanligere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett, mens forbruk av sukkerholdig brus og bruk av tobakk er mer utbredt blant dem som opplever økonomien som vanskelig. Særlig daglig røyking viser et tydelig og stort skille mellom økonomigruppene. Når det gjelder alkohol er bildet mer sammensatt: hyppig alkoholbruk forekommer oftere i grupper som opplever økonomien som lett, mens gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag er høyere blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, og forskjellene i månedlig "binge"-drikking er gjennomgående små.

Når det gjelder nærmiljø og tilgjengelighet, rapporterer personer som opplever økonomien som lett oftere god tilgjengelighet til flere typer tilbud og ressurser i lokalmiljøet (som idretts- og kulturtilbud, servicetilbud og natur-/friluftsområder), mens de som opplever økonomien som vanskelig oftere rapporterer lavere tilgang. Samtidig er det nærmiljøindikatorer der forskjellene er mindre, for eksempel opplevelsen av godt utbygde gang- og sykkelveier, og tilgjengelighet til offentlig transport der forskjellene er små blant kvinner og mer tydelige (små til middels) blant menn, selv om retningen ofte er den samme.

Samlet sett framstår vurderingen av husholdningsøkonomien som en gjennomgående skillelinje i materialet, der forskjellene ofte er store for sentrale helse- og livskvalitetsmål, og mer middels for flere levevaner og tilgjengelighetsmål. Mønstrene er i hovedsak parallelle for kvinner og menn, og i mange tilfeller er forskjellene mellom økonomigruppene større og mer konsistente enn kjønnsforskjellene innen samme økonominivå.

4.6 Endringer over tid

Resultatene viser et sammensatt bilde fra 2021 til 2025. For en del indikatorer framstår nivåene som stabile, men det er også flere tydelige endringer som er verdt å merke seg. Særlig peker analysene mot at flere opplever økonomiske vansker i 2025, samtidig som flere mål på psykisk belastning og ensomhet ligger høyere enn tidligere. Parallelt ser vi at enkelte levevaner utvikler seg i gunstig retning (blant annet lavere andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, lavere andel med episodisk høyt alkoholforbruk og noe indikasjon på lavere daglig røyking), mens andre utviklingstrekk går i mindre gunstig retning (for eksempel høyere andel med hyppig inntak av sukkerholdig drikke og lavere andeler som rapporterer hyppig inntak av fisk og daglig grønnsaksinntak).

Den mest markante endringen er knyttet til økonomi. Andelen som oppgir at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til øker tydelig fra 2021 til 2025 (19,3 % til 25,7 %), og økningen er statistisk sikker både for kvinner og menn og på tvers av aldersgrupper. Aldersgradienten består samtidig, med høyere nivå blant yngre enn blant eldre i begge målinger, og forskjellene etter utdanning framstår som relativt stabile over tid.

På psykisk helse og livskvalitet er bildet mer todelt, men med klare hovedlinjer. Psykiske plager (HSCL-5) øker noe fra 2021 til 2025, og det samme gjør negative følelser. I tillegg øker ensomhet på flere mål, både som gjennomsnittsskår og som andel med høy grad av ensomhet (UCLA-3), og økningene framstår samlet sett som statistisk sikre på totalnivå. Totalskåren på positive følelser går noe opp fra 2021 til 2025, og det samme gjør skåren på engasjement. Samtidig framstår mål som opplevelse av mening og fremtidsoptimisme som stabile på totalnivå. Livstilfredshet framstår også som stabil på totalnivå, selv om enkelte aldersgrupper har små, statistisk sikre nedganger. Et gjennomgående trekk er at forskjellene etter opplevd økonomi fortsatt er store i 2025, også der enkelte mål bare viser små forskyvninger over tid.

For levevaner er det særlig alkoholindikatorene som peker i gunstig retning, men ikke på alle mål. Andelen som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere går ned fra 2021 til 2025, og det samme gjør andelen med episodisk høyt alkoholforbruk, med statistisk sikre endringer på totalnivå. Derimot er gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag stabilt på totalnivå, og endringene over tid er i større grad konsentrert i enkelte undergrupper (blant annet statistisk sikre økninger i flere midtre aldersgrupper). Når det gjelder tobakk og nikotin, går andelen dagligrøykere noe ned totalt sett, samtidig som det er en statistisk sikker økning blant de yngste voksne. Bruk av snus viser derimot antydning til en moderat økning på totalnivå (selv om det er usikkert om den er statistisk sikker), med et vedvarende nivåskille mellom kjønn, og med økninger som særlig framtrer i flere av de midtre og eldre aldersgruppene. Fysisk aktivitet målt som minst 30 minutter moderat aktivitet 4+ dager i uken framstår i hovedsak som stabil totalt sett, men med en statistisk sikker økning i aldersgruppen 30–39 år. Kostholdsindikatorene peker samlet sett i mindre gunstig retning: andelen som rapporterer hyppig fiskinntak og andelen som spiser grønnsaker daglig går ned, mens daglig fruktinntak er relativt stabilt på totalnivå. I tillegg øker andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk 2–3 ganger i uken eller oftere.

På fysisk helse og funksjon er flere mål stabile, men noen endringer er verdt å merke seg. Andelen som vurderer helsen som god eller svært god går ned fra 2021 til 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Andelen med fedme (KMI 30+) er derimot stabil totalt sett, og det samme gjelder forekomst av nakke- og korsryggsmerter. Søvnproblemer (insomni) framstår også som stabile på totalnivå, selv om enkelte alders- og økonomigrupper skiller seg ut med statistisk sikre endringer. Mål på helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad og

plager som påvirker hverdagen som følge av skade er i hovedsak stabile på totalnivå, men med enkelte avvik i spesifikke aldersgrupper og et mer sammensatt bilde etter opplevd økonomi. For tannhelse er totalnivået relativt stabilt, men det finnes gruppespesifikke endringer, blant annet i noen midtlivsgrupper og ved at personer med vanskelig økonomi viser en statistisk sikker bedring på tannhelseindikatoren, samtidig som nivået fortsatt er klart lavere enn blant dem med lett økonomi.

Når vi ser på sosial deltakelse, sosial støtte og nærmiljø, framtrer et tydelig blandingsbilde. Andelen med høy sosial støtte går ned fra 2021 til 2025, og både tillit til andre, stedstilhørighet og opplevd trygghet i nærmiljøet går ned, med statistisk sikre endringer på totalnivå. Samtidig øker andelen som deltar ukentlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid, mens ukentlig deltakelse i «annen aktivitet» går ned. Sosial omgang med venner er stabilt totalt sett, men flere aldersgrupper under 50 år viser statistisk sikre nedganger. Når det gjelder nærmiljø og tilgjengelighet, går andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud ned, mens vurderingen av gang- og sykkelveier og offentlig transport går opp. Tilgjengelighet til natur- og friluftsområder er gjennomgående høy og i liten grad endret. Samlet sett kan dette leses som en periode der flere opplever lavere trivsel, trygghet og sosial støtte, samtidig som enkelte former for deltakelse og opplevd infrastruktur utvikler seg i positiv retning.

4.7 Sammenlignet med andre fylker

Når Telemark 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 Telemark 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 Telemark sammenlignes med fylker som ikke benytter samme metode for vekting. Vedlegg 4 viser tallene den følgende diskusjonen er basert på.

Sammenligningen med andre fylker kan gi et nyttig bakteppe for å forstå Telemarks resultater i en bredere nasjonal kontekst, men må samtidig tolkes i lys av at datainnsamlingene er gjort til ulike tider. De mest relevante sammenligningsgrunnlagene ligger derfor nærmest i tid: Vestland (2022), Agder, Innlandet og Rogaland (2023), Oslo (2024) samt Troms og Vestfold (2025), sett opp mot Telemark (2025). Når hovedvekten legges på disse fylkene, framstår Telemark som et fylke med flere tydelige styrker knyttet til livskvalitet, framtidsoptimisme og opplevelse av mening, men også med noen konsistente utfordringer på levevaneområdet og i indikatorer som peker mot belastning i helse og funksjon.

På levevaneområdet skiller Telemark seg særlig ut ved et relativt lavt alkoholnivå målt på hyppighet og beruselsesdrikking. Telemark ligger blant de laveste på andelen som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere (bare Troms ligger lavere), og Telemark ligger også i nedre del på episodisk høyt alkoholforbruk (6+ enheter minst månedlig), sammen med Troms og med klart lavere nivå enn Oslo og Rogaland. Når det gjelder antall alkoholenheter per drikkedag, ligger Telemark derimot mer i et mellomstykke: lavere enn Rogaland, Oslo og Agder, men høyere enn Vestland, Vestfold og Innlandet – og det er Innlandet som har lavest nivå i sammenligningen. Tobakksbildet går i motsatt retning: Telemark har den høyeste andelen dagligrøykere blant fylkene med nyere tall, høyere enn Oslo, Troms, Rogaland, Vestland og Vestfold, og også noe høyere enn Innlandet. Snusbruk ligger mer i et mellomstykke og er på nivå med Vestfold og lavere enn Oslo, men høyere enn Agder og Vestland (for Troms mangler

sammenlignbare tall på denne indikatoren). Når det gjelder fysisk aktivitet, framstår Telemark som et tydelig forbedringsområde: andelen som oppgir minst 30 minutter moderat aktivitet fire dager i uken eller mer, er lavest i sammenligningen. Telemark ligger også lavest på egenorganisert aktivitet ukentlig, mens deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig ligger relativt høyt og omtrent på nivå med Rogaland og Vestfold (men lavere enn Agder). Når det gjelder kosthold framstår Telemark mer blandet: frukt/bær og grønnsaker daglig ligger rundt midten sammenlignet med de øvrige fylkene, men Telemark skiller seg negativt ut ved å ha lavest andel som spiser fisk 2–3 ganger i uken eller oftere, og høyest andel som drikker sukkerholdig brus 2–3 ganger i uken eller oftere. Samlet peker levevaneprofilen mot at Telemark har et gunstig alkoholmønster på hyppighet og beruselsesdrikking, men at røyking, lavt aktivitetsnivå og enkelte kostholdskomponenter (særlig fisk og sukkerholdig drikke) framstår som de mest tydelige satsingsområdene.

Når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, framstår Telemark som et fylke med gjennomgående sterke ressurser, men også noen tydelige nyanser. Telemark ligger helt i øvre del av sammenligningen på livstilfredshet, framtidsoptimisme og opplevelse av at livet er meningsfylt – bare Vestfold ligger marginalt høyere på disse. Telemark ligger også høyt på positive følelser, og psykiske plager (HSCL-5) ligger i den nedre delen av sammenligningen, tydelig lavere enn Oslo og også lavere enn Rogaland, Troms og Agder (og marginalt lavere enn Innlandet og Vestfold). Søvnproblemer ligger mer midt i feltet: Telemark ligger lavere enn Oslo, Agder og Rogaland, men høyere enn Vestland og noe høyere enn Vestfold og Innlandet. Et viktig nyansepunkt er at Telemark samtidig ligger relativt høyt på negative følelser (bare Oslo ligger høyere), og Telemark ligger også høyt på ensomhet målt som gjennomsnittsskåre (også her er det i praksis bare Oslo som ligger høyere). Samtidig er andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3) ikke blant de høyeste; Telemark ligger nærmere Vestfold og Vestland enn fylker som Troms, Rogaland, Agder og Innlandet. Dette kan peke mot at Telemark i større grad har et bredere innslag av mildere ensomhetsopplevelser, heller enn en spesielt høy forekomst av uttalt ensomhet, og at emosjonell belastning (negative følelser) kan være mer framtrædende i Telemark selv om livskvalitetsressursene samlet sett er sterke.

På somatisk helse og funksjon framstår Telemark mer belastet enn flere av sammenligningsfylkene. Telemark ligger blant de laveste på andelen som vurderer egen helse som god eller svært god (bare Troms ligger lavere), og Telemark ligger relativt høyt på andelen som oppgir at helseplager påvirker hverdagen i stor grad – på nivå med Innlandet og bare litt lavere enn Agder og Troms, og tydelig høyere enn Vestland, Oslo og Rogaland. Fedme (KMI 30+) ligger i et mellomstilt, høyere enn Vestfold, Vestland og Rogaland, men lavere enn Innlandet og Troms og klart høyere enn Oslo. Et interessant trekk er at Telemark samtidig ligger relativt lavt på muskel- og skjelettplager målt som nakkesmerter, der Telemark ligger blant de laveste sammen med Vestfold og Vestland. Likevel ligger Telemark høyt på at hverdagen i stor grad påvirkes av plager knyttet til skade, høyere enn Vestland, Rogaland og Troms. Kombinasjonen av lavere nakkesmerter, men høyere rapportert funksjonspåvirkning knyttet til skade, kan tyde på at belastningen i Telemark i større grad er knyttet til andre forhold enn de klassiske nakkeplagene, og at skade- og funksjonsproblematikk kan være et viktig spor å følge videre.

Telemark framstår også med et blandet bilde på nærmiljø og samfunnsressurser. For flere nærmiljøindikatorer mangler sammenlignbare tall fra Oslo, slik at Telemark særlig må vurderes opp mot fylkene fra 2022–2025 som har disse målene. Telemark ligger høyt på opplevd tilgjengelighet til idrettstilbud (i toppsjiktet, bare marginalt under Innlandet), og tilgjengelighet til natur- og friluftsområder er gjennomgående god og på nivå med de fleste fylker – klart

bedre enn Troms og Rogaland. Samtidig rapporterer Telemark lavere tilgjengelighet til butikker og servicetilbud enn de fleste andre fylker, og ligger i nedre del sammen med Innlandet (mens Troms ligger lavest). Telemark ligger også i nedre del på «trivsel i nærmiljøet», lavere enn Agder, Vestland, Vestfold og Innlandet (men høyere enn Rogaland og klart høyere enn Troms). Offentlig transport og gang-/sykkelveier ligger mer midt i feltet: Telemark ligger lavere enn Vestfold, Vestland og Rogaland på offentlig transport, men høyere enn Agder, Troms og Innlandet, mens gang-/sykkelveier ligger klart over Vestland og Troms og over Innlandet, men under Vestfold og Rogaland (og noe under Agder). Opplevd trygghet ligger moderat; Telemark ligger klart over Oslo, men under fylker som Vestland, Troms og Innlandet, og nær Vestfold og Rogaland. På sosial kapital framstår Telemark som relativt sterkt på flere mål: støttende og givende sosiale relasjoner ligger høyt, steds-tilhørighet er blant de høyeste (bare Vestland ligger marginalt høyere), og generell tillit ligger rundt midten, men over Oslo, Troms og Innlandet. Telemark har også relativt høy sosial omgang med venner og høy deltakelse i organisert aktivitet, noe som kan bidra til å forklare de sterke livskvalitetsindikatorne, selv om det samtidig ikke ser ut til å omsettes i høyere samlet aktivitetsnivå.

Til slutt er det grunn til å løfte fram økonomi og tannhelse som tverrgående tema. Telemark ligger relativt høyt på andelen som opplever økonomiske vansker, omtrent på nivå med Rogaland, Agder og Vestfold og bare litt lavere enn Innlandet, men betydelig lavere enn Oslo og tydelig høyere enn Vestland. På tannhelseområdet ligger Telemark i nedre del av sammenligningen på andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god (lavere enn Vestland, Agder, Vestfold og Rogaland), men høyere enn Troms og Oslo, og andelen som ikke har vært hos tannlege/-pleier de siste to årene ligger omtrent midt i feltet. Samlet sett peker sammenligningen mot et Telemark med sterke livskvalitetsressurser (høy tilfredshet, optimisme og mening) og relativt lave psykiske plager, men der de tydeligste forbedringsområdene handler om røyking, lavt aktivitetsnivå og ugunstige kostholdskomponenter (særlig lavt fiskinntak og høyt inntak av sukkerholdig brus), samt en belastning på somatisk helse og funksjon og et betydelig innslag av økonomisk press som kan forsterke sosiale helseforskjeller.

5 Konklusjon

Telemark framstår i 2025 som et fylke med sterke livskvalitetsressurser, særlig knyttet til høy livstilfredshet, framtidsoptimisme og opplevelse av mening. Samtidig tyder analysene på at de mest praktisk relevante interne forskjellene i fylket først og fremst handler om nærmiljø og tilgjengelighet, der kommunene skiller seg tydeligere fra hverandre på transport, service- og fritidstilbud og infrastruktur enn på mange av de mer individnære målene for helse og subjektiv livskvalitet.

Når en ser materialet samlet, er det likevel de sosiale skillelinjene som framstår som mest konsekvente: alder, utdanning og særlig opplevd husholdningsøkonomi henger systematisk sammen med helse, livskvalitet og sosiale ressurser, og unge voksne peker seg ut som en særlig sårbar gruppe. Utviklingen fra 2021 til 2025 gir samtidig grunn til å følge flere signaler tett, spesielt økt økonomisk press og økning i psykisk belastning og ensomhet, kombinert med et blandet bilde i levevaner der alkohol går i noen grad i gunstig retning, mens flere kostholdsmål utvikler seg mer ugunstig. Samlet peker dette mot et behov for å kombinere brede, forebyggende tiltak med tydelig prioritering av økonomisk sårbarhet og livsfaseutfordringer, og med lokalt tilpasset innsats der tilgjengelighet og hverdagsinfrastruktur framstår svakere.

5.1 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.1.1 Representativitet og skjevheter

I Telemark ble 57 471 personer invitert til å delta. Samlet samtykket 24 509, som gir en svarprosent på 42,6 %. Det betyr at om lag 57 % av de inviterte ikke endte opp i nettutvalget. Deltakelsen varierer mer mellom kommunene enn i Vestfold: høyest svarprosent finner vi i Fyresdal (54,3 %), mens lavest svarprosent er i Siljan (39,9 %). Bruttoutvalget ble trukket med systematisk overrepresentasjon av mindre kommuner og tilsvarende underrepresentasjon av større kommuner for å sikre tilstrekkelig datagrunnlag i hele fylket; dette tas det høyde for i analysene gjennom vekting.

Også i Telemark deltok kvinner oftere enn menn: svarprosenten var 47,9 % blant kvinner og 37,4 % blant menn. Svarprosenten øker gjennomgående med alder, og er høyest blant kvinner i aldersgruppen 60–69 år (56,0 %) og blant menn i 70–79 år (55,8 %), før den faller i gruppen 80+ (kvinner 36,2 %, menn 46,0 %). Når deltakelsen varierer såpass tydelig etter kjønn, alder og kommune, er det viktig å tolke resultater med bevissthet om at seleksjon kan påvirke nivåer og gruppesammenligninger dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på relevante, men uobserverte måter.

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.

Som nevnt tidligere i rapporten nyanserer funn fra en analyse av Folkehelseundersøkelsen i fylkene med registerkobling (Hordaland 2018) betydningen av helserelatert frafall. Disse resultatene er også 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 estimer, 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 Telemark 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 Telemark, 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 livet»

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>

fra tidligere folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet 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 JC, Knapstad M, Smith ORF, Tell GS, Lie RT, Nilsen TS, et al. Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres? Tidsskr Nor Legeforen 2019;139(15).
2. Clarsen B, Skogen JC, Nilsen TS, Aarø LE. 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, Espetvedt MN, Lyshol H, Clench-Aas J, Myklestad I. Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support. BMC Public Health. 2021;21(1):2152.
4. Forster GK, Aarø LE, Alme MN, Hansen T, Nilsen TS, Vedaa Ø. 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 [Internet]. 2023; 20(10).
5. Aarø L, Leino T, Vedaa Ø, Knapstad M, Skogen J, Nilsen T, 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):16-28.
6. Nilsen TS, Gulseth HL, Daae A, Indseth T. Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen. 2022;142(10).
7. Nes RB, Yu B, Hansen T, Vedaa Ø, Røysamb E, Nilsen TS. Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19. Quality of Life Research. 2022;31(8):2295-305.
8. Nilsen TS, Knapstad M, Aarø LE, Skogen JC, Hope MA, Johansen R, et al. Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update Norsk Epidemiologi. 2021;29:12.
9. Knapstad M, Sæther SMM, Aarø LE, Vedaa Ø, Nilsen TS, Knudsen AK, 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;29:14.
10. Hansen T, Nilsen TS, Yu B, Knapstad M, Skogen JC, Vedaa Ø, 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):766-73.
11. Hansen T, Sevenius Nilsen T, Knapstad M, Skirbekk V, Skogen J, Vedaa Ø, 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):463-73.
12. Lyshol H, Grøtvedt L, Fagerhaug TN, Feuerherm AJ, Jakhell G, Sen A. A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway. Scientific Reports. 2022;12(1):13721.
13. Aarø LE, Skogen JC, Ohm E, Nilsen TS, Knapstad M, Vedaa Ø, 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 LE, Ohm E, Skogen JC, Nilsen T, Knapstad M, Vedaa Ø, 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):120.
15. Friesinger JG, Haugland SH, Vederhus J-K. 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):135.
16. Stea TH, Alvsvåg L, Kleppang AL. 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 JK, Timko C, Haugland SH. 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):1769-78.
18. Juul V, Nordbø ECA. 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):259.
19. Kalseth J, Ådnanes M, Ose SO, Lassemo E, Kaspersen SL, das Nair R. 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):1771-84.
20. Haugland SH, Carvalho B, Stea TH, Strandheim A, Vederhus JK. 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):47.
21. Haugland SH, Dovran A, Albaek AU, Sivertsen B. Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population. *Frontiers in Public Health.* 2021;9.
22. Haugland SH, Elgán TH. 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, Hansen BH, Bjørkkjær T. 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):541.
24. Stea TH, Shatri H, Haugland SH, Kleppang 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 TH, Solaas SA, Kleppang AL. 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):384.
26. Vederhus JK, Haugland SH, Timko C. A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2022;31(1):e1904.
27. Nilsen TS, Knapstad M, Skogen JC, Aarø LE, Vedaa Ø. Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2025;14034948251360674.
28. Aarø LE, Nilsen T, Knapstad M, Skogen J, Nes R, Vedaa Ø, et al. The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS). *European Journal of Public Health.* 2024;34(Supplement_3):ckae144. 2118.
29. Knudsen AK, Hotopf M, Skogen JC, Øverland S, Mykletun A. The health status of nonparticipants in a population-based health study. *American journal of epidemiology.* 2010;172(11):1306-14.
30. Støren KS, Rønning E. *Livskvalitet i Norge 2021.* Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2021.
31. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition).* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.

Vedlegg 1: Spørreskjema



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

<https://www.fhi.no/hs/folkehelseundersokelsene-i-fylkene/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 Telemark.

Dette vedlegget viser ikke spesifikt hvilke spørsmål som ble brukt eller utelatt i undersøkelsen i Telemark. Dersom du ønsker å se en detaljert oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i Folkehelseundersøkelsen i Telemark, 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 tilgjengelighet 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 (OSS-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.

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 Telemark i bruk den felles grunnmodulen, men fylkeskommunen benyttet også muligheten til å legge inn egne tema der lokalt kunnskapsbehov vurderes som særlig stort. Ingen av spørsmålene fra tilleggsmodulen 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.

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. 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/nabolag, 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 en 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»). 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 Telemark 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 Telemark 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 Telemark 2025 er resultatene vektet for å korrigere for ulik inklusjonssannsynlighet og for frafall på en måte som er konsistent med trekkdesignet. Utvalget ble trukket på levekårssonenivå, der trekkssannsynligheten (prob) ble beregnet innen levekårssone, og designvekten ble definert som $1/\text{prob}$. I analyser som gjelder 2025 alene benyttes i tillegg en frafallsvekt beregnet under MAR, der frafall antas å følge trekkdesignet (leveskårssone), ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende i samme levekårssone. Bruttoutvalget ble trukket med en systematisk overrepresentasjon av mindre kommuner og tilsvarende underrepresentasjon av større kommuner, noe som understreker behovet for vektbruk når resultater oppsummeres på fylkesnivå. Vekting kan redusere, men ikke eliminere, usikkerhet som skyldes seleksjon dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på måter som ikke fanges av trekkdesignet. Sammenligninger med tidligere folkehelseundersøkelser bør derfor gjøres med bevissthet om at utvalg og vekting kan ha vært gjennomført på andre måter i tidligere undersøkelser, og at slike metodiske forskjeller kan påvirke nivåforskjeller i totalsnitt.

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 Telemark 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	Telemark
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	70.8
Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)							67.5	78.5	74.5	70.2	66.1	73.3	73.3		65.6	77.9	72.7
Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)							76.8	82.5	80.0	78.3	82.6	79.0	78.1		72.8	81.7	82.0
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	75.8
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	50.8
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	92.1
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	57.7
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	43.7
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	29.1

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	Telemark
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	67.2
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	71.0
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	11.5
Søvnproblemer (insomni)							11.1	13.0	11.5	11.9	12.1	14.4	14.2	14.5	13.3	12.6	13.2
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	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	14.7
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	7.2
Korsryggsmarter							42.9	43.8	43.0	43.5	47.9	45.2	43.4	45.4	46.8	42.7	45.0
Nakkesmerter							38.1	41.9	41.8	40.1	44.3	41.9	41.4	44.0	46.3	40.2	40.4
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	19.8

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	Telemark
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	32.9
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	53.3
Ensomhet (UCLA-3)				10.9					11.3	11.4	13.9	13.4	14.2	16.8	14.7	12.1	12.7
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	19.2
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	9.1
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	13.2
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	30.7
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	31.2
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	41.3
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	40.7
Alkoholenheter per gang										3.0	2.8	3.3	3.4	3.3	3.1	3.0	3.2
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	17.6
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	14.3

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	Telemark
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	25.8
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	7.34
Fremtidsoptimisme							7.8	7.8	7.8	7.6	7.5	7.5	7.3	7.4	7.3	7.8	7.7
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	7.53
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	3.41
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	6.87
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	2.33
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	7.33
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	6.89
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	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	8.62
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	6.36

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mars 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no