

RAPPORT

2026

Folkehelseundersøkelsen i Østfold 2025

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Rapport

Folkehelseundersøkelsen i Østfold 2025

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Gunnhild Johnsen Hjetland

Erlend Sunde

Truc Trung Nguyen

Marit Knapstad

Thomas Sevenius Nilsen

Ragnhild Bang Nes

Øystein Vedaa

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for folkehelse og forebygging
Avdeling for helsefremmende arbeid
Juni 2026

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Østfold 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfatter(e):

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

Andre bidragsytere i FHI:

Hege Holde Andersson (leder for intern arbeidsgruppe)
Merete Kallekleiv
Silje Storviken
Ragnhild Martinsen Ånestad

Samarbeidspartner:

Østfold fylkeskommune
- Anni Skipstein
- Anne Lene Kristiansen

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:

978-82-8406-578-6

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/3kx6-e673>

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	9
Key messages (English)	10
Executive summary (English)	11
Introduction	11
Methods	11
Results	11
Discussion	12
Conclusion	13
1 Innledning	14
1.1 Bakgrunn	14
2 Metode	16
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	16
2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Østfold fylkeskommune	18
2.2.1 Nettsiden til Østfold fylkeskommune (ofk.no)	19
2.2.2 Kampanje i sosiale media og lokalaviser	19
2.3 Spørreskjemaet	19
2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid	20
2.4.1 Presentasjon av resultater	20
2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater	21
2.4.3 Kategorisering av 0-10-skalaer	22
2.4.4 Endringer over tid	22
2.4.5 Bruk av kunstig intelligens	23
2.5 Viktige forbehold	24
3 Resultater	25
3.1 Alder: Kommuner i Østfold	25
3.2 Kjønn: Kommuner i Østfold	26
3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Kommuner i Østfold	27
3.4 Todelt utdanningsnivå: Kommuner i Østfold	28
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	29

3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet	33
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet	37
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet	42
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet	47
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet	52
3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde	57
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	62
3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	67
3.14 God eller svært god helse	71
3.15 God eller svært god tannhelse	75
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	79
3.17 Andel med fedme (KMI 30+)	83
3.18 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)	87
3.19 Søvnproblemer (Insomni)	91
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer	96
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade	101
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager	106
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager	110
3.24 Høy sosial støtte	115
3.25 Ensomhet (UCLA-3)	119
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	124
3.27 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	129
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	134
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær	139
3.30 Daglig inntak av grønnsaker	143
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	148
3.32 Daglig røyking	152
3.33 Daglig snus	157
3.34 Alkoholenheter per gang	161
3.35 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	166
3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk	171
3.37 Tilfredshet med livet (0-10)	175
3.38 Fremtidsoptimisme (0-10)	179
3.39 Opplevelse av mening i livet (0-10)	184
3.40 Negative følelser siste 7 dager (0-10)	189
3.41 Positive følelser siste 7 dager (0-10)	194
3.42 Ensomhet (0-10)	198
3.43 Sosiale relasjoner (0-10)	202

3.44 Tillit til andre (0-10)	206
3.45 Stedstilhørighet (0-10)	210
3.46 Trygg i nærmiljøet (0-10)	214
3.47 Engasjement (0-10)	218
3.48 Økonomiske vansker	222
4 Diskusjon	226
4.1 Forskjeller på tvers av geografiske områder	226
4.2 Kjønnsforskjeller	227
4.3 Aldersforskjeller	228
4.4 Betydningen av utdanningsnivå	230
4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien	231
4.6 Endringer over tid	232
4.7 Sammenlignet med andre fylker	234
5 Konklusjon	236
5.1 Begrensninger ved datagrunnlaget	237
5.1.1 Representativitet og skjevheter	237
5.1.2 Måleinstrument	238
Referanser	240
Vedlegg 1: Spørreskjema	242
Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene	243
Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål	256
Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling	257

Hovedbudskap

- I Østfold oppgir to av tre at de har god helse og omtrent like mange at de trives godt i nærmiljøet sitt. De fleste vurderer også tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder som god. Samtidig viser resultatene at flere psykososiale indikatorer peker i en mindre gunstig retning, særlig psykiske plager, søvnproblemer, ensomhet og negative følelser.
- De største forskjellene mellom kommunene gjelder ikke først og fremst helseutfall, men lokale rammer for hverdagslivet. Opplevd tilgjengelighet til offentlig transport, kulturtilbud, idrettstilbud, servicetilbud og gang- og sykkelveier varierer betydelig mellom kommunene. For de fleste helse-, levestil- og livskvalitetsmålene er kommuneforskjellene mindre.
- De mest gjennomgående forskjellene følger sosiale skillelinjer. Utdanning og særlig opplevd husholdningsøkonomi henger tett sammen med helse, tannhelse, levevaner, psykisk helse, sosial støtte og livskvalitet. Personer som opplever økonomien som vanskelig, rapporterer gjennomgående flere belastninger og lavere livskvalitet enn personer som opplever økonomien som lett.
- Unge voksne skiller seg ut med mer psykiske plager, ensomhet, negative følelser og økonomiske vansker enn eldre. De rapporterer også lavere trivsel, trygghet og tilhørighet i nærmiljøet. Eldre rapporterer oftere høyere livstilfredshet, sterkere stedstilhørighet, mer trygghet og mer gunstige kostholdsvaner, men de eldste oppgir lavere fremtidsoptimisme og lavere fysisk aktivitetsnivå.
- Kjønnsforskjellene er tydelige på enkelte områder. Menn rapporterer oftere snusbruk, høyere alkoholinntak, mer sukkerholdig drikke og høyere trygghet i nærmiljøet. Kvinner rapporterer oftere daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker, men også mer søvnproblemer, psykiske plager, negative følelser og nakke- og korsryggsmerter.
- Fra 2021 til 2025 har andelen som opplever økonomiske vansker økt tydelig. I samme periode har også psykiske plager, ensomhet, negative følelser og søvnproblemer økt, mens livstilfredshet, fremtidsoptimisme, tillit, stedstilhørighet, trygghet og trivsel i nærmiljøet har gått ned. Endringene peker samlet mot økt psykososial belastning i befolkningen.
- Utviklingen i levevaner er sammensatt. Daglig røyking, hyppig alkoholbruk og episodisk høyt alkoholforbruk har gått ned, mens daglig snusbruk har økt. Fysisk aktivitet er stabil på totalnivå, mens daglig grønnsaksinntak og hyppig fiskepising har gått ned. Egenvurdert helse og fedme er i hovedsak stabile over tid, men flere oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad.

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 viktig supplement til registerdata og nasjonale undersøkelser. I Østfold ble undersøkelsen gjennomført i 2025 i samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Østfold 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 Østfold i alderen 18 år og oppover. Et tilfeldig utvalg ble trukket fra Folkeregisteret, og 120 001 personer ble invitert. Datainnsamlingen ble gjennomført digitalt i perioden 10. november til 1. desember 2025, med invitasjon via e-post og tekstmelding og flere påminnelser. Totalt samtykket 45 794 personer, som gir samlet svarprosent på 38,2 prosent, men med variasjon mellom kommunene (høyest i Hvaler og lavest i Sarpsborg). Resultatene presenteres for alle 12 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

Resultatene viser at mange voksne i Østfold vurderer egen helse, tannhelse og livskvalitet positivt. Om lag to av tre rapporterer god eller svært god helse, og over sju av ti rapporterer god eller svært god tannhelse. En svært høy andel av befolkningen opplever tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder som god. Samtidig viser undersøkelsen tydelige forskjeller mellom grupper, og flere indikatorer peker på belastninger knyttet til psykisk helse, søvn, ensomhet, økonomi og nærmiljø.

Kommuneforskjellene er størst for nærmiljø og lokal infrastruktur. Opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud, idrettstilbud, servicetilbud, offentlig transport og gang- og sykkelveier varierer betydelig mellom kommunene. For flere helse- og levevaneindikatorer er forskjellene mellom kommunene mer moderate. Dette gjelder blant annet egenvurdert helse, tannhelse, fedme, psykiske plager, søvnproblemer, ensomhet, røyking, snusbruk og kosthold. Resultatene tyder derfor på at bosted i særlig grad har betydning for hvordan innbyggerne vurderer lokale tilbud, transportmuligheter og fysiske omgivelser, mens mange helseutfall varierer mindre geografisk.

De sosiale forskjellene er mer gjennomgående enn kommuneforskjellene. Personer med kortere utdanning rapporterer oftere økonomiske vansker, dårligere egenvurdert helse og tannhelse, flere helseplager, mer psykiske plager, mer ensomhet, lavere sosial støtte og mindre gunstige levevaner. Personer med lengre utdanning rapporterer oftere god helse, høyere livstilfredshet, mer tillit, mer sosial støtte, mer fysisk aktivitet og mer gunstige kostholdsvaner. Utdanningsforskjellene er særlig tydelige for egenvurdert helse, tannhelse, økonomiske vansker, daglig røyking, grønnsaksinntak, psykiske plager, tillit og opplevelse av mening.

Opplevd husholdningsøkonomi framstår som en av de tydeligste skillelinjene i materialet. Personer som opplever økonomien som vanskelig, rapporterer langt oftere dårligere helse, dårligere tannhelse, søvnproblemer, psykiske plager, ensomhet, negative følelser, helseproblemer som påvirker hverdagen og lavere sosial støtte. De rapporterer også oftere røyking, snusbruk, fedme og hyppig inntak av sukkerholdig drikke, og sjeldnere daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker. Forskjellene etter økonomi er ofte større enn forskjellene etter kjønn.

Alder gir tydelige utslag på flere områder. Unge voksne rapporterer mer psykiske plager, negative følelser, ensomhet og økonomiske vansker enn eldre. De rapporterer også lavere trivsel, trygghet og tilhørighet i nærmiljøet. Samtidig er enkelte levevaner, som snusbruk, sukkerholdig drikke og episodisk høyt alkoholforbruk, mest utbredt blant yngre. Eldre rapporterer oftere høyere livstilfredshet, mer positive følelser, sterkere stedstilhørighet, mer trygghet og hyppigere inntak av fisk, frukt og bær. For fysisk helse er aldersmønstrene mer sammensatte: egenvurdert helse varierer relativt lite med alder, mens enkelte plager og funksjonsbelastninger varierer mer.

Kjønnsforskjellene er tydelige på noen områder. Menn rapporterer oftere daglig snusbruk, høyere alkoholinntak, episodisk høyt alkoholforbruk og hyppig inntak av sukkerholdig drikke. Kvinner rapporterer oftere daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker, høyere sosial støtte og noe sterkere sosiale relasjoner. Samtidig rapporterer kvinner oftere søvnproblemer, psykiske plager, negative følelser, nakke- og korsryggsmerter og helseproblemer som påvirker hverdagen. Menn rapporterer høyere trygghet i nærmiljøet enn kvinner.

Utviklingen fra 2021 til 2025 viser et sammensatt bilde. Andelen som opplever økonomiske vansker har økt tydelig, fra 21,6 prosent til 29,8 prosent. Psykiske plager, søvnproblemer, negative følelser og ensomhet har også økt. Samtidig har flere livskvalitets- og nærmiljøsmål gått ned, blant annet livstilfredshet, fremtidsoptimisme, tillit, stedstilhørighet, trygghet og trivsel i nærmiljøet. Opplevd tilgjengelighet til flere lokale tilbud er også lavere i 2025 enn i 2021 – særlig i enkelte grupper. Tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, samt vurderingen av gang- og sykkelveier er derimot i hovedsak stabile på totalnivå.

Levevanene viser både gunstige og mindre gunstige endringer. Daglig røyking, hyppig alkoholbruk og episodisk høyt alkoholforbruk har gått ned, mens daglig snusbruk har økt. Nivået av fysisk aktivitet er stabil på totalnivå, men kostholdsindikatorerne peker i en mindre gunstig retning for enkelte mål, særlig ved at daglig grønnsaksinntak og hyppig fiskepising har gått ned. Egenvurdert helse, tannhelse, fedme, nakkeplager og korsryggsmerter er i hovedsak stabile samlet sett, mens andelen som oppgir søvnproblemer og at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, har økt.

Diskusjon

Resultatene tegner et bilde av et fylke der mange innbyggere rapporterer god helse, relativt høy livskvalitet og gode natur- og friluftsmuligheter, men der flere sentrale indikatorer samtidig viser tydelige belastninger. Det mest gjennomgående mønsteret er at forskjellene mellom befolkningsgrupper er større og mer systematiske enn forskjellene mellom kommuner. Kommuneforskjellene er særlig tydelige for nærmiljø, transport og tilgang til lokale tilbud, mens helse, levevaner og livskvalitet i større grad følger sosiale og demografiske skillelinjer.

Opplevd husholdningsøkonomi framstår som den mest konsistente skillelinjen. Personer som opplever økonomien som vanskelig, rapporterer dårligere helse, flere psykiske og fysiske

plager, mer ensomhet, lavere livskvalitet, svakere sosial støtte og mindre gunstige levevaner. Utdanningsnivå viser også tydelige forskjeller, særlig for helse, tannhelse, levevaner, psykisk helse, tillit og sosial deltakelse. Disse funnene viser at gjennomsnittstall for fylket skjuler betydelige forskjeller mellom grupper i befolkningen.

Alder er en annen viktig dimensjon. Unge voksne kommer dårligere ut på flere indikatorer for psykisk helse, ensomhet, økonomiske vansker og nærmiljøopplevelser. Eldre rapporterer oftere høyere livstilfredshet, trygghet, tilhørighet og mer gunstige kostholdsvaner, men har også egne utfordringer knyttet til lavere fremtidsoptimisme, lavere fysisk aktivitetsnivå blant de eldste og lavere sosial støtte i de eldste aldersgruppene. Kjønnsforskjellene er særlig tydelige for levevaner, kosthold, søvn, muskel- og skjelettplager og trygghet, men er ofte mindre enn forskjellene etter økonomi, utdanning og alder.

Endringene fra 2021 til 2025 peker samlet mot økt psykososial belastning. Den betydelige økningen i andelen som opplever økonomiske vansker sammenfaller med økning i psykiske plager, ensomhet, negative følelser og søvnproblemer, samt nedgang i tillit, trygghet, trivsel og flere livskvalitetsmål. Resultatene gir ikke grunnlag for å fastslå årsakssammenhenger, men viser at flere indikatorer beveger seg i en mindre gunstig retning i samme periode. Samtidig er utviklingen ikke entydig negativ. Røyking og flere alkoholindikatorer går ned, sosial deltakelse øker på enkelte områder, og flere mål på fysisk helse er stabile samlet sett.

Konklusjon

Folkehelseundersøkelsen i Østfold viser at mange innbyggere rapporterer god helse, god tannhelse, høy livskvalitet og god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder. Samtidig peker resultatene på tydelige folkehelseutfordringer knyttet til psykisk helse, søvn, ensomhet, økonomiske vansker, levevaner og nærmiljøopplevelser. De største kommuneforskjellene gjelder særlig lokal infrastruktur, mens de mest gjennomgående forskjellene i helse og livskvalitet følger sosiale og demografiske skillelinjer.

Opplevd husholdningsøkonomi, utdanningsnivå og alder framstår som særlig viktige dimensjoner. Personer med økonomiske vansker og kortere utdanning rapporterer gjennomgående flere belastninger, mens unge voksne skiller seg ut med høyere nivå av psykiske plager, ensomhet og økonomisk press. Utviklingen fra 2021 til 2025 viser økte økonomiske vansker og flere tegn til psykososial belastning, samtidig som enkelte levevaner har utviklet seg i gunstig retning. Samlet peker resultatene mot behov for et bredt folkehelsearbeid som både ivaretar befolkningen som helhet og retter oppmerksomhet mot grupper med særlig belastning og mot lokale rammer som påvirker hverdagslivet.

Key messages (English)

- In Østfold, around two in three residents rate their health as good or very good, and a similar share report thriving in their local neighbourhood. Most people also report good access to nature and outdoor recreational areas. At the same time, several psychosocial indicators point in a less favourable direction, particularly mental distress, sleep problems, loneliness, and negative emotions.
- Differences between municipalities are generally modest for health, lifestyle, and quality of life, but more pronounced for conditions shaping everyday life. Perceived access to public transport, cultural activities, sports and leisure facilities, local services, and walking and cycling infrastructure varies considerably across municipalities.
- The most consistent differences follow social gradients. Education, and especially how people perceive their household financial situation, is closely linked to health, oral health, lifestyle behaviours, mental wellbeing, social support, and quality of life. People experiencing financial strain consistently report greater burdens and lower quality of life than those with a more manageable financial situation.
- Young adults stand out with more mental distress, loneliness, negative emotions, and financial difficulties compared with older age groups. They also report lower wellbeing, lower perceived safety, and a weaker sense of belonging in their neighbourhoods. Older adults more often report higher life satisfaction, stronger place attachment, greater feelings of safety, and healthier dietary habits, although the oldest age groups report lower optimism about the future and lower levels of physical activity.
- Clear gender differences are also observed in several areas. Men more often report snus use, higher alcohol consumption, greater intake of sugar-sweetened beverages, and higher perceived safety in their local environment. Women more often report daily consumption of fruit, berries, and vegetables, but also higher levels of sleep problems, mental distress, negative emotions, and neck and lower back pain.
- From 2021 to 2025, financial strain increased markedly in Østfold. During the same period, several indicators developed in an unfavourable direction, including mental distress, loneliness, negative emotions, and sleep problems, while life satisfaction, future optimism, trust, place attachment, perceived safety, and neighbourhood wellbeing declined. Taken together, these developments point towards increasing psychosocial strain in the population.
- Health behaviours show mixed trends over time. Daily smoking, frequent alcohol use, and episodic heavy drinking have declined, while daily use of snus (oral tobacco) has increased. Overall physical activity levels remain stable, while daily vegetable intake and frequent fish consumption have decreased. Self-rated health and obesity levels are largely stable over time, although more people report that health problems have a substantial impact on daily life.

Executive summary (English)

Introduction

The county public health surveys provide updated knowledge on adult health, wellbeing, health behaviours, and experiences of the local environment. This knowledge can support municipal and county-level public health work, alongside register-based data and national surveys. In Østfold, the survey was carried out in 2025 in collaboration between the Norwegian Institute of Public Health and Østfold County Municipality, using a common core questionnaire that enables monitoring over time and across counties. The report describes the situation in 2025 and also examines developments since the previous survey in 2021.

Methods

The target population included all residents of Østfold aged 18 years and older. A random sample was drawn from the National Population Register, and 120,001 individuals were invited to participate. Data collection was conducted digitally between 10 November and 1 December 2025, with invitations distributed via email and text message, followed by several reminders. In total, 45,794 individuals consented to participate, corresponding to an overall response rate of 38.2%, although response rates varied between municipalities (highest in Hvaler to the lowest in Sarpsborg). Results are presented for all 12 municipalities in the county, and analyses were weighted to account for sampling design and non-response. Comparisons between municipalities were primarily adjusted for gender, age, and education, while comparisons over time (2021–2025) used a harmonised approach to ensure comparability.

Results

The findings show that many adults in Østfold report good health, good oral health, and high quality of life. Around two in three residents rate their health as good or very good, while more than seven in ten report good or very good oral health. A very large share of the population also reports good access to nature and outdoor recreational areas. At the same time, the survey identifies clear differences between groups, and several indicators point towards challenges related to mental health, sleep problems, loneliness, financial strain, and neighbourhood conditions.

Differences between municipalities are most pronounced for neighbourhood conditions and local infrastructure. Perceived access to cultural activities, sports and leisure facilities, services, public transport, and walking and cycling infrastructure varies considerably across municipalities. For many health and lifestyle indicators, however, municipal differences are more moderate. This applies to self-rated health, oral health, obesity, mental distress, sleep problems, loneliness, smoking, snus use, and dietary habits. The findings therefore suggest that place of residence is particularly important for how residents evaluate local services, transport opportunities, and the physical environment, while many health outcomes vary less geographically.

Social differences are more systematic and consistent than municipal differences. Individuals with lower educational attainment more often report financial difficulties, poorer self-rated health and oral health, more health complaints, greater mental distress, more loneliness, lower social support, and less favourable lifestyle behaviours. Those with higher educational attainment more often report good health, higher life satisfaction, greater trust, stronger

social support, more physical activity, and healthier dietary habits. Educational differences are especially pronounced for self-rated health, oral health, financial strain, daily smoking, vegetable consumption, mental distress, trust, and sense of meaning.

Perceived household financial situation emerges as one of the clearest dividing lines in the material. Individuals who experience financial strain much more frequently report poorer health and oral health, sleep problems, mental distress, loneliness, negative emotions, health problems affecting daily life, and lower social support. They also more often report smoking, snus (oral tobacco) use, obesity, and frequent consumption of sugar-sweetened beverages, while less often reporting daily intake of fruit, berries, and vegetables. Differences related to financial situation are often larger than gender differences.

Age differences are evident across several domains. Young adults report more mental distress, negative emotions, loneliness, and financial difficulties than older age groups. They also report lower wellbeing, lower perceived safety, and a weaker sense of belonging in their neighbourhoods. Some lifestyle behaviours, including snus use, consumption of sugar-sweetened beverages, and episodic heavy drinking, are also most common among younger groups. Older adults more often report higher life satisfaction, more positive emotions, stronger place attachment, greater safety, and more frequent consumption of fish, fruit, and berries. Patterns for physical health are more mixed: self-rated health varies relatively little with age, while some health complaints and functional limitations vary more clearly.

Gender differences are evident in several areas. Men more often report daily snus use, higher alcohol consumption, episodic heavy drinking, and frequent intake of sugar-sweetened beverages. Women more often report daily consumption of fruit, berries, and vegetables, higher social support, and somewhat stronger social relationships. At the same time, women more often report sleep problems, mental distress, negative emotions, neck and lower back pain, and health problems affecting daily life. Men report higher levels of perceived safety in their local neighbourhoods than women.

Developments from 2021 to 2025 present a mixed picture. The proportion experiencing financial difficulties increased markedly, from 21.6% to 29.8%. Mental distress, sleep problems, negative emotions, and loneliness also increased. At the same time, several indicators of quality of life and neighbourhood wellbeing declined, including life satisfaction, optimism about the future, trust, place attachment, perceived safety, and neighbourhood satisfaction. Perceived access to several local services was also lower in 2025 than in 2021, particularly among some groups. Access to nature and outdoor recreational areas, as well as assessments of walking and cycling infrastructure, remained largely stable overall.

Lifestyle behaviours show both favourable and unfavourable developments. Daily smoking, frequent alcohol consumption, and episodic heavy drinking declined, while daily snus use increased. Overall levels of physical activity remained stable, although dietary indicators point in a less favourable direction for some measures, particularly due to lower daily vegetable intake and less frequent fish consumption. Self-rated health, oral health, obesity, neck pain, and lower back pain remained largely stable overall, whereas the proportion reporting sleep problems and health problems substantially affecting daily life increased.

Discussion

The findings portray a county in which many residents report good health, relatively high quality of life, and strong access to nature and outdoor recreation, while several key indicators

simultaneously point towards important challenges. The most consistent pattern is that differences between population groups are larger and more systematic than differences between municipalities. Municipal differences are particularly evident for neighbourhood conditions, transport, and access to local services, whereas health, lifestyle behaviours, and quality of life are more strongly shaped by social and demographic factors.

Perceived household financial situation emerges as the most consistent dividing line. Individuals experiencing financial strain report poorer health, more physical and mental health complaints, greater loneliness, lower quality of life, weaker social support, and less favourable lifestyle behaviours. Educational attainment also shows clear differences, particularly for health, oral health, lifestyle behaviours, mental health, trust, and social participation. These findings demonstrate that county-level averages conceal substantial inequalities between groups within the population.

Age represents another important dimension. Young adults perform less favourably on several indicators related to mental health, loneliness, financial difficulties, and neighbourhood experiences. Older adults more often report higher life satisfaction, safety, belonging, and healthier dietary habits, but also face challenges related to lower future optimism, lower physical activity among the oldest age groups, and lower social support among the oldest residents. Gender differences are particularly evident for lifestyle behaviours, diet, sleep, musculoskeletal complaints, and perceived safety, although these differences are often smaller than those associated with financial situation, education, and age.

Taken together, developments from 2021 to 2025 point towards increasing psychosocial strain. The marked rise in financial difficulties coincides with increases in mental distress, loneliness, negative emotions, and sleep problems, as well as declines in trust, safety, neighbourhood wellbeing, and several measures of quality of life. Although the findings do not establish causal relationships, they show that multiple indicators moved in a less favourable direction during the same period. At the same time, developments are not uniformly negative. Smoking and several alcohol-related indicators declined, social participation increased in some areas, and several measures of physical health remained stable overall.

Conclusion

The public health survey in Østfold shows that many residents report good health, good oral health, high quality of life, and good access to nature and outdoor recreational areas. At the same time, the findings point towards clear public health challenges related to mental health, sleep, loneliness, financial difficulties, lifestyle behaviours, and neighbourhood experiences. The largest municipal differences relate mainly to local infrastructure, while the most systematic differences in health and quality of life follow social and demographic gradients. Perceived household financial situation, educational attainment, and age emerge as particularly important dimensions. Individuals experiencing financial difficulties and those with lower educational attainment consistently report greater burdens, while young adults stand out with higher levels of mental distress, loneliness, and financial pressure. Developments from 2021 to 2025 show increasing financial strain and several signs of growing psychosocial burden, although some lifestyle behaviours have developed in a more favourable direction. Overall, the findings point towards the need for broad public health strategies that both support the population as a whole and direct particular attention towards groups facing greater burdens and towards local conditions shaping everyday life.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7 (Fylkeshelseundersøkelser), jf. folkehelseloven § 25 om statlige opplysninger og fylkeskommunens oversiktsplikt etter § 21. Forskriften bruker begrepet *fylkeshelseundersøkelser*. 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/iIALHYpjwxxCYECV9iAnanUAYXxFBhFZdQW1M7T5EeA>

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 Østfold anledning til å inkludere et sett av egne spørsmål i tillegg til grunnmodulen. Folkehelseundersøkelsen i Østfold 2025 ble utvidet med noen temaer som var spesielt relevante for lokale plan- og folkehelsebehov. Det ble lagt til et oppfølgingsspørsmål om årsaker til å ikke ha vært hos tannlegen på over 5 år og søvndelen ble også utvidet med et spørsmål om søvnlengde. Tobakksdelen ble utvidet til også å omfatte snus og e-sigarett/vape (nåværende bruk og tidligere bruk), slik at nikotinbruk kan beskrives bredere enn røyking alene. Det ble også inkludert spørsmål om sosial bærekraft, inkludert tilfredshet med nærmiljøet, samlingspunkter og engasjement i nærmiljøet og tillit til institusjoner. I tillegg ble det tatt inn spørsmål om hyppighet av bruken av ulike transportmidler de siste 12 måneder. Til slutt ble det inkludert en spørsmålsbolk om utfordringer i hverdagen, der respondentene ble bedt om å vurdere ulike barrierer og praktiske utfordringer de kan møte i dagliglivet. Dette kan dreie seg om forhold knyttet til fysisk tilgjengelighet, transport, tjenester eller andre forhold som gjør hverdagen mer eller mindre enkel å mestre. Samlet gir disse tilleggsspørsmålene et bedre grunnlag for mer målrettede analyser og tiltak knyttet til blant annet sosial bærekraft, nikotinbruk og utfordringer i hverdagen.

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

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

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

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Østfold ble planlagt og gjennomført i tett samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Østfold 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 fylkeskommune inkluderte.

Undersøkelsens målgruppe er personer i aldersgruppen 18 år og eldre, bosatt i Østfold fylkeskommune. Målgruppen har ingen øvre aldersgrense. Målgruppen var personer med fast bostedsadresse i Østfold, trukket fra Folkeregisteret. Bruttoutvalget omfattet 120 001 inviterte. Uttrekket ble gjort på kommunenivå, der trekk sannsynligheten (prob) ble beregnet innen kommune og designvekten definert som $1/\text{prob}$. Utvalget ble trukket med en systematisk overrepresentasjon av respondenter fra mindre kommuner og tilsvarende underrepresentasjon fra de større kommunene. Datainnsamlingen ble gjennomført digitalt i perioden 10. november til 1. desember 2025, med invitasjon på e-post og SMS (to dager etter invitasjon på e-post) og fire påminnelser (to på e-post og to på SMS) til dem som ikke hadde svart eller kun startet. Undersøkelsen var tilrettelagt for mobil og PC, tilgjengelig på bokmål, nynorsk og engelsk. Gjennomsnittlig registrert besvarelsestid var 20 minutter, og median besvarelsestid var 18 minutter.

Plan for utsendelser (kontaktpunkter) i feltperioden var:

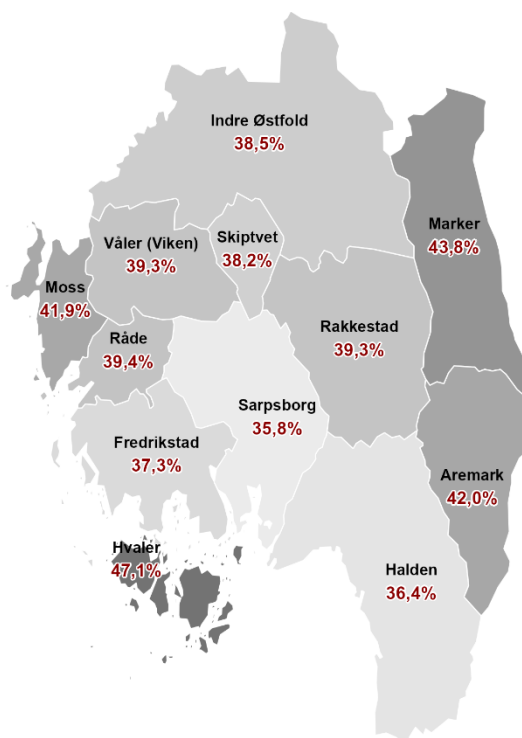
- Invitasjon – e-post: 10.november 2025
- Invitasjon/påminnelse 1 – SMS: 12.november 2025
- Påminnelse 2 – e-post: 17.november 2025
- Påminnelse 3 – SMS: 20. november 2025
- Påminnelse 4 – SMS: 25. november 2025
- Påminnelse 5 – e-post: 28. november 2025
- Avslutning feltarbeid: 01. desember 2025

Østfold består av 12 kommuner med stor variasjon i størrelse, bosettingsmønster 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: Aremark, Fredrikstad, Halden, Hvaler, Indre Østfold, Marker, Moss, Rakkestad, Råde, Sarpsborg, Skiptvet og Våler. Ved forrige gjennomføring i 2021 ble resultatene i hovedrapporten presentert innenfor en annen administrativ inndeling, da Østfold inngikk som en del av Viken fylke. I tillegg ble enkelte resultater presentert for større geografiske områder eller regioner fremfor enkeltkommuner. Direkte sammenlikninger 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 Østfold



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.

Figuren viser svarprosenten per kommune, og den varierer tydelig mellom kommunene. Samlet svarprosent for fylket er 38,2 %. Av de 120 001 inviterte var 59 541 kvinner og 60 460 menn (Tabell 2.2). Blant kvinnene samtykket 25 097, som tilsvarer en svarprosent på 42,2 %, mens 20 697 menn samtykket (34,2 %). Dette innebærer en forskjell på om lag 8 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 (51,3 %) og 70–79 år blant menn (52,0 %), før den faller i gruppen 80+ (kvinner 30,4 %, menn 37,1 %). Den laveste svarprosenten finner vi blant de yngste mennene (18–29 år: 18,2 %). Dette svarmønsteret over alder og kjønn ligner tidligere Folkehelseundersøkelser i fylkene, inkludert undersøkelsen gjennomført i fylket i 2021.

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

Alder	Kvinner			Menn		
	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent
18-29	9777	2870	29,4	10998	2000	18,2
30-39	9872	3716	37,6	10027	2539	25,3

40-49	9787	4121	42,1	9663	3042	31,5
50-59	11044	5387	48,8	11194	4390	39,2
60-69	9425	4839	51,3	9369	4321	46,1
70-79	6848	3317	48,4	6659	3460	52,0
80+	2788	847	30,4	2550	945	37,1
Total	59 541	25 097	42,2	60 460	20 697	34,2

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 ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon på de utfallsmålene i disse undersøkelsene (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 Østfold 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 Østfold fylkeskommune

Det interne arbeidet med folkehelseundersøkelsen i Østfold fylkeskommune ble gjennomført av en prosjektgruppe med representanter fra seksjon for folkehelse og inkludering i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen i Østfold fylkeskommune.

Hovedbudskapet i kommunikasjonen var:

1. For å skape gode lokalsamfunn er det nødvendig å vite hvordan innbyggerne har det.
2. God helse og livskvalitet er en forutsetning for en bærekraftig utvikling i vår region.
3. Gjennom denne undersøkelsen vil man få ny, unik og lokal kunnskap om hvordan folk opplever egen livssituasjon.

Det ble særlig lagt vekt på at det er en lokal undersøkelse og at det er kunnskap som kommunene i Østfold trenger i sitt arbeid for å bedre folks helse, trivsel og livskvalitet. Fylkeskommunen initierte et tett samarbeid med folkehelsekoordinatorerne i de 12 kommunene i Østfold og det ble arrangert flere møter for folkehelsekoordinatorerne og kommunikasjonsmedarbeidere i kommunene. Det ble også opprettet en felles Teams-gruppe for kommunikasjonsarbeid.

2.2.1 Nettsiden til Østfold fylkeskommune (ofk.no)

Fylkeskommunen hadde en egen landingsside for undersøkelsen på ofk.no som fortløpende ble oppdatert med informasjon om undersøkelsen. Nettsiden hadde stor trafikk i perioden da undersøkelsen pågikk. Det ble også lagt inn et fokusfelt på forsiden til fylkeskommunens nettside under hele perioden, slik at det skulle være lett å finne frem og delta i undersøkelsen fra disse nettsidene. Det ble opprettet en egen e-postadresse for undersøkelsen der publikum kunne sende spørsmål. Videre ble det opprettet et meny punkt med Q&A, der de mest aktuelle spørsmålene ble listet opp og besvart. Listen ble oppdatert fortløpende etter hvert som spørsmålene kom inn.

Fylkeskommunen opprettet også en egen telefontjeneste der publikum kunne ringe inn. Hovedsakelig dreide henvendelsene seg om hvorvidt undersøkelsen var reell og ikke svindel.

2.2.2 Kampanje i sosiale media og lokalaviser

Fylkeskommunen inngikk et nært samarbeid med kommunene i Østfold for å mobilisere innbyggerne til deltakelse. Fylkeskommunen produserte en markedsføringspakke til kommunene, med tekster til nett, utkast til pressemelding, bilder og en filmkampanje ment for bruk i sosiale medier. Kommunene tilrettela innhold i egne kanaler og gikk sammen om å initiere kontakt med lokale medier i eget nedslagsfelt. Det ble også sendt ut nyhetstips til medier og aviser fra fylkeskommunen. Noen kommuner lagde også egne filmer til bruk i sosiale medier. Informasjonsplakater ble hengt opp i alle bussene i Østfold, samt på byfergene i Fredrikstad. Filmkampanjen i sosiale medier ble både spredt organisk og betalt. Siden det var ekstra viktig for å øke kjennskapet til undersøkelsen ble det også annonsert digitalt gjennom Amedia. Blant de som deltok i undersøkelsen ble det trukket ut 5 tilfeldige personer som fikk hvert sitt gavekort på 5000 kroner.

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 fra denne undersøkelsen. Spørsmålene i tilleggsmodulen analyseres eventuelt av fylkeskommunen eller fylkeskommunens samarbeidspartnere, som har ansvar for 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 Østfold 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 tilleggs spørsmålene 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.

Ettersom utvalgsstørrelsen varierer mellom geografiske områder i fylket, og siden det i noen folkehelseundersøkelser blir benyttet målrettet oversampling av yngre deltakere, har det vært nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vektingen tar hensyn til trekkedesignet ved at det beregnes en designvekt basert på trekksannsynligheten (prob) innen hvert stratum i utvalgsdesignet (designvekt = $1/\text{prob}$). For analyser som gjelder data fra 2025 alene, benyttes i tillegg en frafallsjustering beregnet under en MAR-tilnærming («Missing At Random»), der frafall antas å følge trekkedesignet (kommuner). Den kombinerte vekten (design \times frafall) bidrar til at det vektete utvalget i større grad speiler populasjonen utvalget er trukket fra, men kan ikke eliminere usikkerhet dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på andre, ukjente måter. Vektene er også konstruert slik at totalsummen av vektene (det «vektede antallet») er omtrent lik antallet observasjoner i utvalget før vekting. I analyser som sammenligner 2025 med 2021 brukes kun designvekt (Figur E serien), for å sikre mest mulig sammenlignbare estimater over tid.

2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte 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

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

standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger (30). Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens d) (31). Når en regner ut Cohens d , benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene. For variabler som er dikotomisert 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 Østfold i 2025, og resultatene sammenstilles med tilsvarende estimer fra forrige gjennomføring i 2021. For å gjøre estimatene sammenlignbare er analysene gjennomført separat for hvert av de to årene, 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 estimer, slik at tallene i figuren kan leses direkte som justerte prosentandeler eller justerte gjennomsnitt med 95 % KI.

Figur E er strukturert slik at hvert utfall vises mot kjønn, alder, utdanning og vurdering av økonomisk situasjon, i samme forest plot. Alle delestimater er justert for kjønn og alder, med følgende spesifisering: For kjønnsforskjeller estimeres nivåene for kvinner og menn justert for alder (kontinuerlig). For aldersgrupper estimeres nivåer per alderskategori justert for kjønn. For utdanning estimeres nivåer per utdanningsgruppe justert for kjønn og alder, men analysen avgrenses til en underpopulasjon der personer 25 år eller yngre og studenter ekskluderes

(alder > 25 og student ≠ 1), fordi utdanningsnivå ikke er meningsfullt å tolke for personer som fortsatt er under utdanning. For økonomiske vansker estimeres nivåer for en todelt indikator (vanskelig vs. lett å få økonomien til å strekke til) justert for kjønn og alder. Den samlede totalen som vises i figuren er et justert estimat (vist som stiplet referanselinje). I resten av rapporten (der det kun rapporteres nivåer for 2025) benyttes en kombinert frafalls- og designvekt, men i analysene som inngår i forest plottet brukes kun designvekt for både 2025 og 2021 for å sikre best mulig sammenlignbarhet over tid. Siden analysene er gjort separat for hvert år og deretter sammenstilt grafisk, er det ikke inkludert en tidsvariabel i modellene (dvs. ikke "justert for tid").

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

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 prosentvis i ulike geografiske områder og subgrupper, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting. I tillegg til dette kan dataene vektet slik at en tar hensyn til hvordan gruppene fordeler seg i befolkningen (populasjonsvekting). I denne rapporten har vi brukt både designvekting og populasjonsvekting i analyser som kun gjelder 2025 (figur A–D), mens analysene i figur E er basert på designvekting alene.

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

2.4.5 Bruk av kunstig intelligens

I denne rapporten har kunstig intelligens (KI) vært brukt som støtte i skrivearbeidet, integrert i en standardisert arbeidsflyt for analyser, figurproduksjon og utkast til figurtekster. Data ble analysert ved hjelp av et forhåndsdefinert og versjonsstyrt analyseskript i R (RStudio 4.5.2), der hele prosessen er systematisert fra rådata til ferdige resultater. Skriptet gjennomfører nødvendig databehandling (blant annet 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.

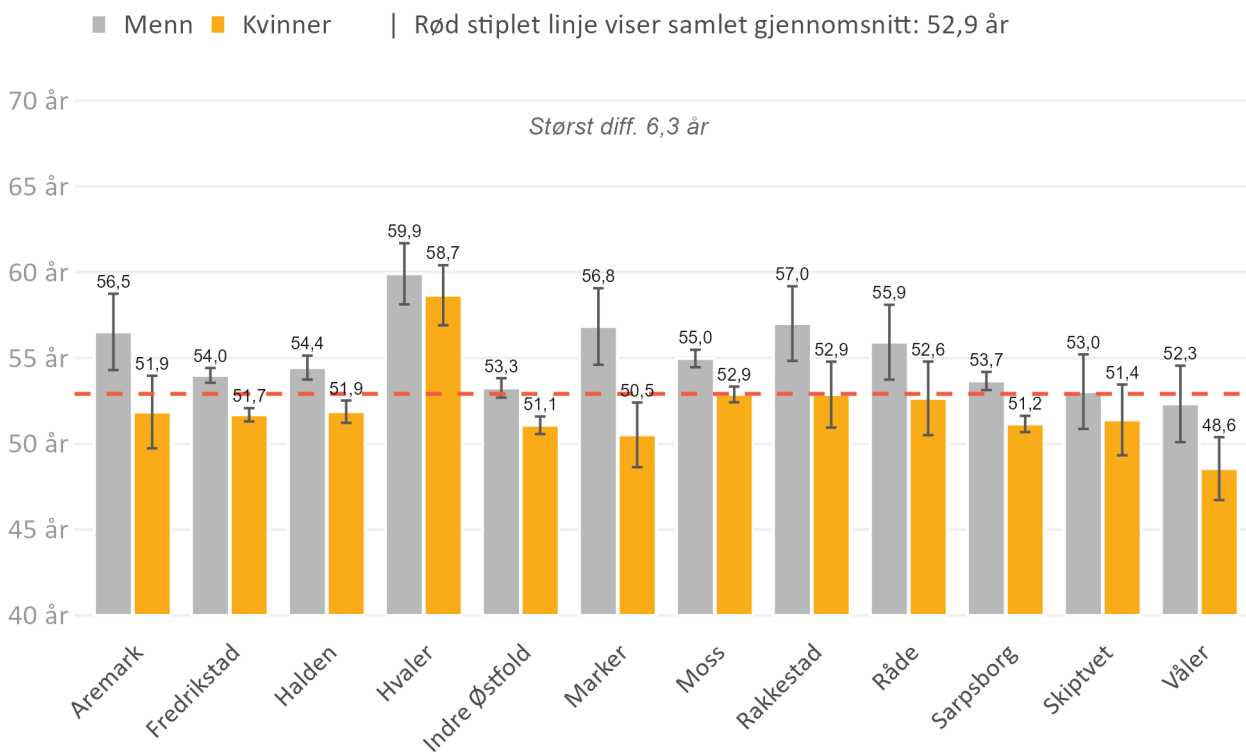
Svarprosenten varierer mellom fylker og datainnsamlinger, og det vil derfor alltid være en viss usikkerhet knyttet til hvor godt en spørreundersøkelse gjenspeiler befolkningen som helhet. Dette kan gi skjevheter dersom enkelte grupper er underrepresentert blant deltakerne. Derfor er det tryggest å legge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

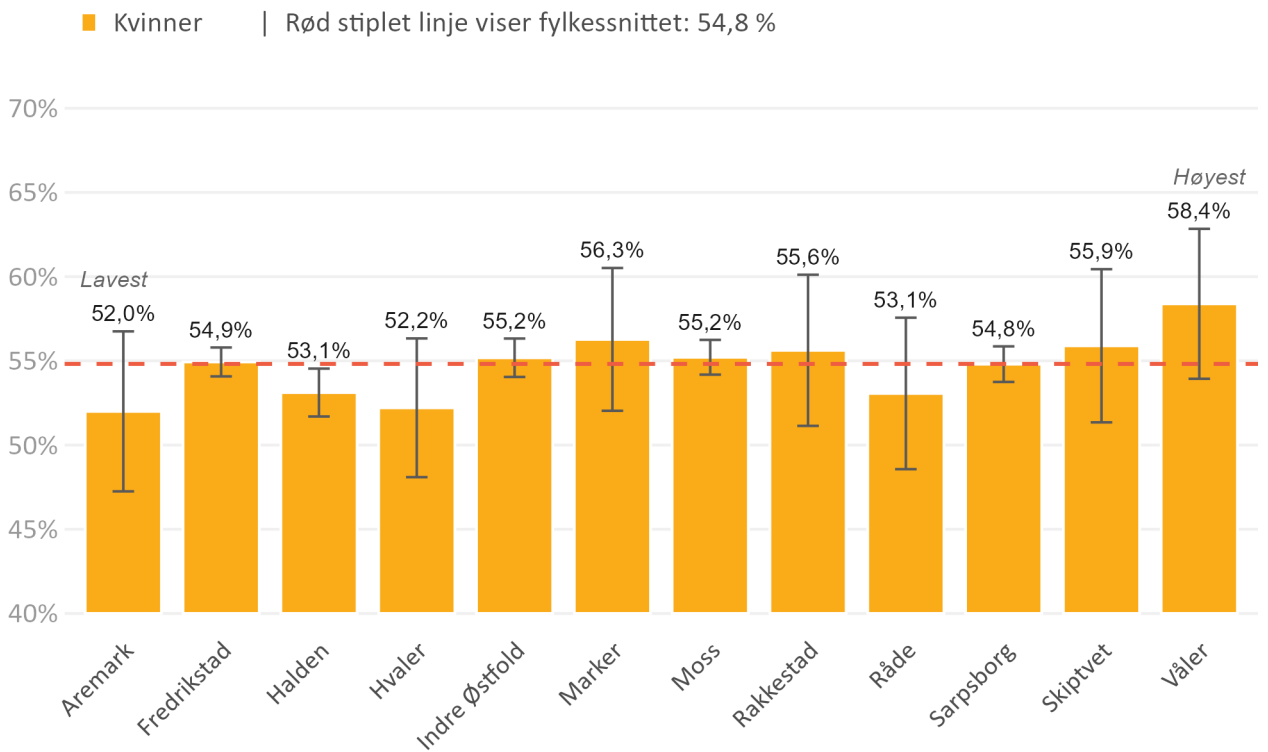
Figur 1: Alder etter kommuner i Østfold



Figur 3.1 viser estimert gjennomsnittsalder basert på deltakerne i undersøkelsen på tvers av kommunene i fylket. Estimert gjennomsnittsalder i fylket er 52,9 år, og menn har gjennomgående høyere gjennomsnittsalder enn kvinner. Det er samtidig variasjon mellom kommunene, der enkelte kommuner ligger tydelig høyere i gjennomsnittsalder enn andre. Alderssammensetningen kan dermed variere noe mellom kommuner, noe som kan påvirke tolkningen av kommuneforskjeller i andre resultater. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.2 Kjønn: Kommuner i Østfold

Figur 2: Andel kvinner etter kommuner i Østfold

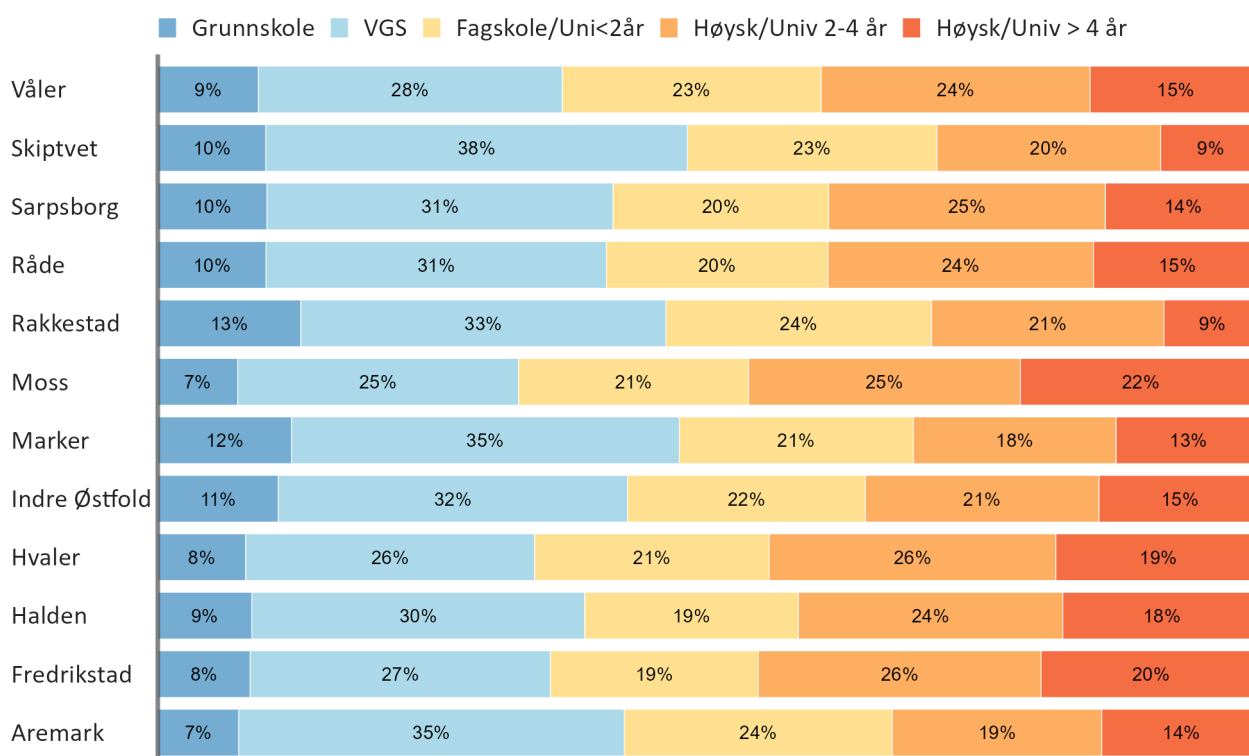


Figur 3.2 viser estimert andelen kvinner i Østfold, og hvordan andelen kvinner varierer på tvers av kommunene i fylket. Fylkessnittet ligger på 54,8 prosent kvinner. På kommunenivå framstår andelen kvinner som relativt lik, med moderate variasjoner mellom kommunene.

Kvinneandelen er høyest i Våler og lavest i Aremark. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Kommuner i Østfold

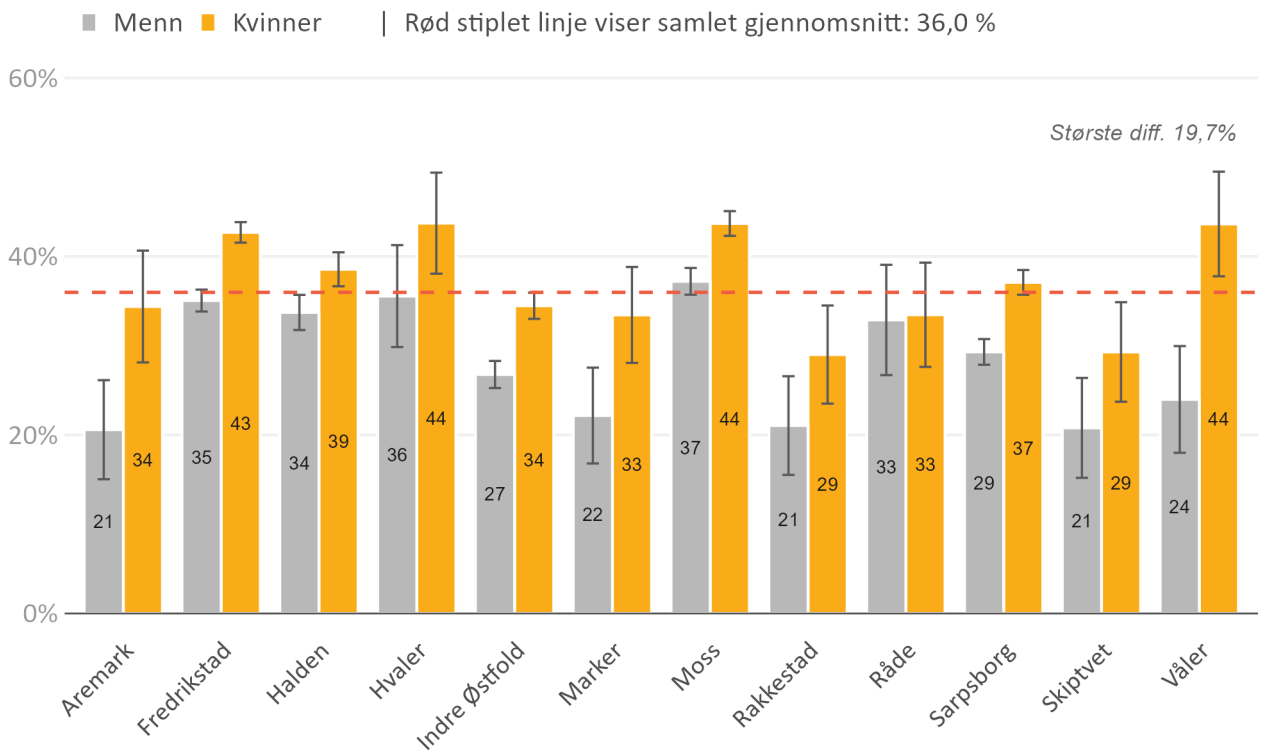
Figur 3: Femdelt utdanningsnivå etter kommuner i Østfold



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. Andelen med høyere utdanning varierer noe mellom kommunene, der særlig Moss og Fredrikstad skiller seg ut med en høyere andel med lang høyere utdanning enn flere av de øvrige kommunene. Samtidig har enkelte kommuner en tydelig større andel med videregående og kortere utdanning sammenlignet med kommuner med mer høyere utdanning. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.4 Todelt utdanningsnivå: Kommuner i Østfold

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter kommuner i Østfold



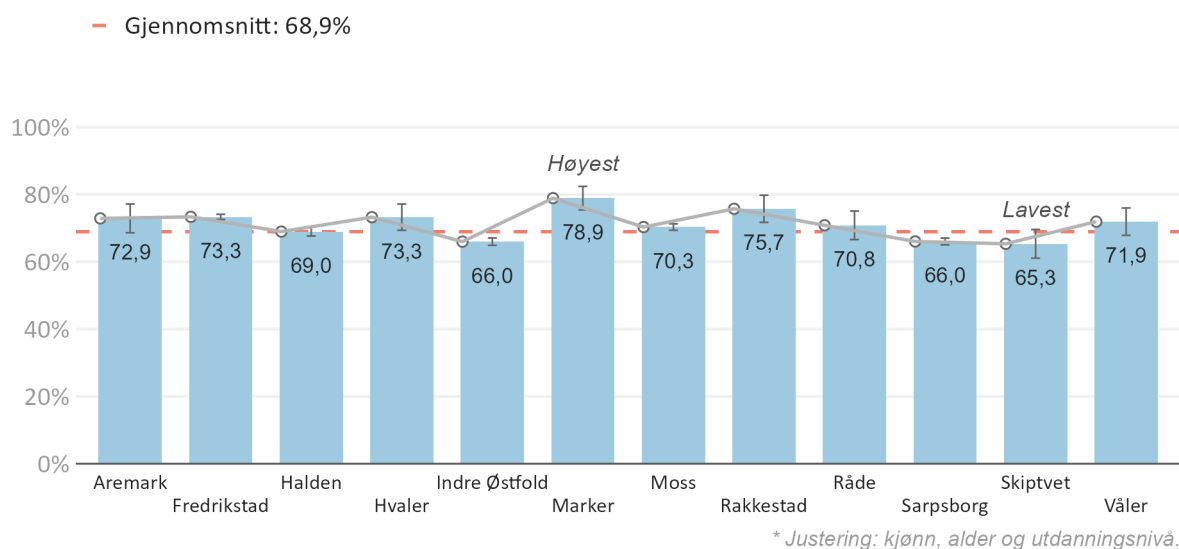
Figur 3.4 viser estimert andel kvinner og menn med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år), samlet og fordelt på kommune. På fylkesnivå ligger andelen med høyere utdanning på 36 prosent. På tvers av kommunene er andelen gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn, men størrelsen på kjønnsforskjellen varierer. Kommunene viser samtidig et visst spenn i andelen med høyere utdanning for begge kjønn, med noen kommuner som ligger tydelig høyere og andre lavere enn fylkessnittet. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom kommuner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

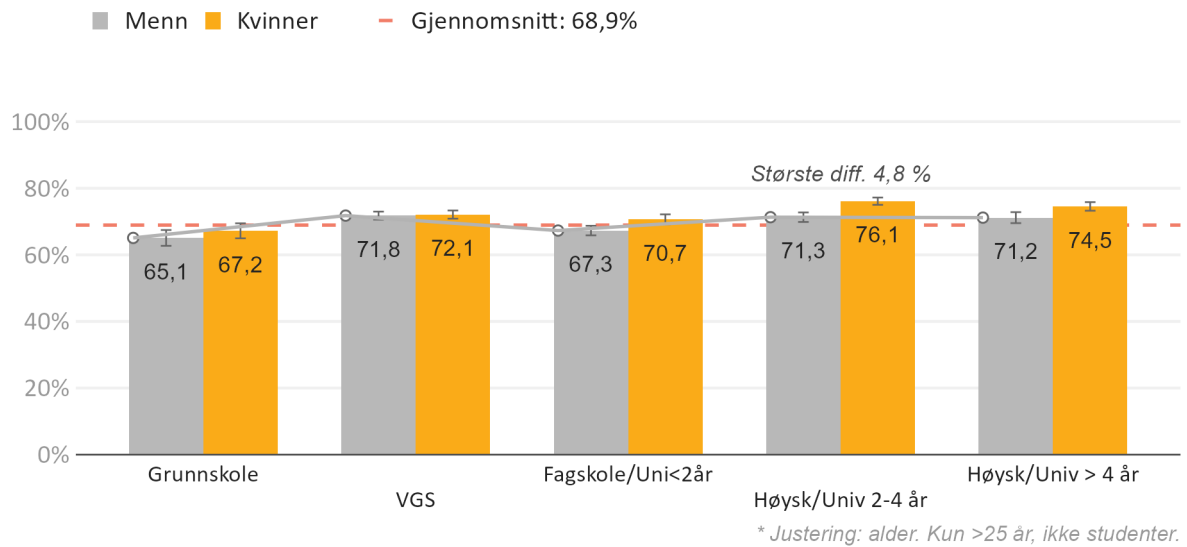
Svarandel: Totalt 45 394 deltakere av 45 794 (99,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	45 394	68,9 %	68,5 – 69,4
Kvinner	24 883	70,0 %	69,4 – 70,6
Menn	20 511	67,7 %	67,0 – 68,3

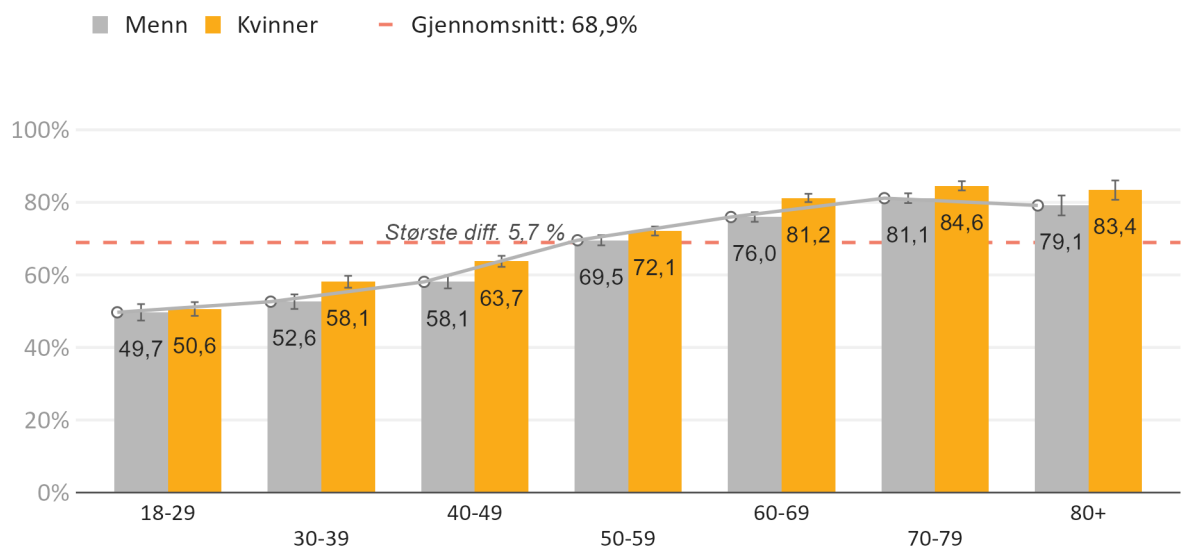
Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 65,3 prosent i Skiptvet til 78,9 prosent i Marker. Forskjellen mellom ytterpunktene er 13,6 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,30$, som tilsier en middels forskjell i nivået av høy trivsel mellom kommunene. Flere kommuner ligger i et høyere sjikt, med Rakkestad på 75,7 prosent og både Fredrikstad og Hvaler på 73,3 prosent. Aremark ligger også relativt høyt med 72,9 prosent, og Våler har 71,9 prosent. I midtsjiktet finner vi Råde med 70,8 prosent og Moss med 70,3 prosent, mens Halden ligger lavere med 69,0 prosent. De laveste nivåene, utover Skiptvet, er i Indre Østfold og Sarpsborg, som begge har 66,0 prosent. Samlet viser figuren tydelige kommuneforskjeller, med særlig høyt nivå i Marker og lavere nivå i Skiptvet.

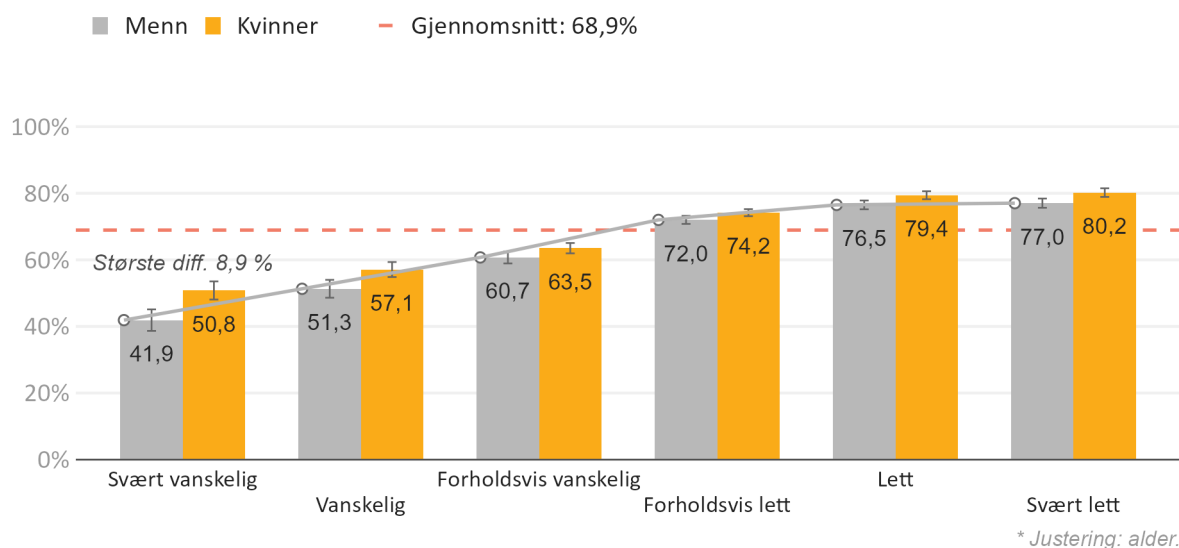
Figur 6: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 og universitet i 2–4 år, med 76,1 prosent, mens kvinner med grunnskole ligger lavest med 67,2 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 8,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er andelen høyest blant dem med videregående skole, med 71,8 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 65,1 prosent. Også her er forskjellen tydelig, på 6,7 prosentpoeng, med Cohen's h 0,14, som indikerer en liten forskjell. Ser vi på kjønn innen hvert utdanningsnivå, rapporterer kvinner gjennomgående høyere trivsel enn menn. Forskjellene er tydelige for fagskole og universitet under 2 år, der kvinner ligger 3,4 prosentpoeng høyere enn menn, og for høyskole og universitet i 2–4 år, der forskjellen er 4,8 prosentpoeng. For videregående skole er nivåene svært like, med 72,1 prosent blant kvinner og 71,8 prosent blant menn.

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

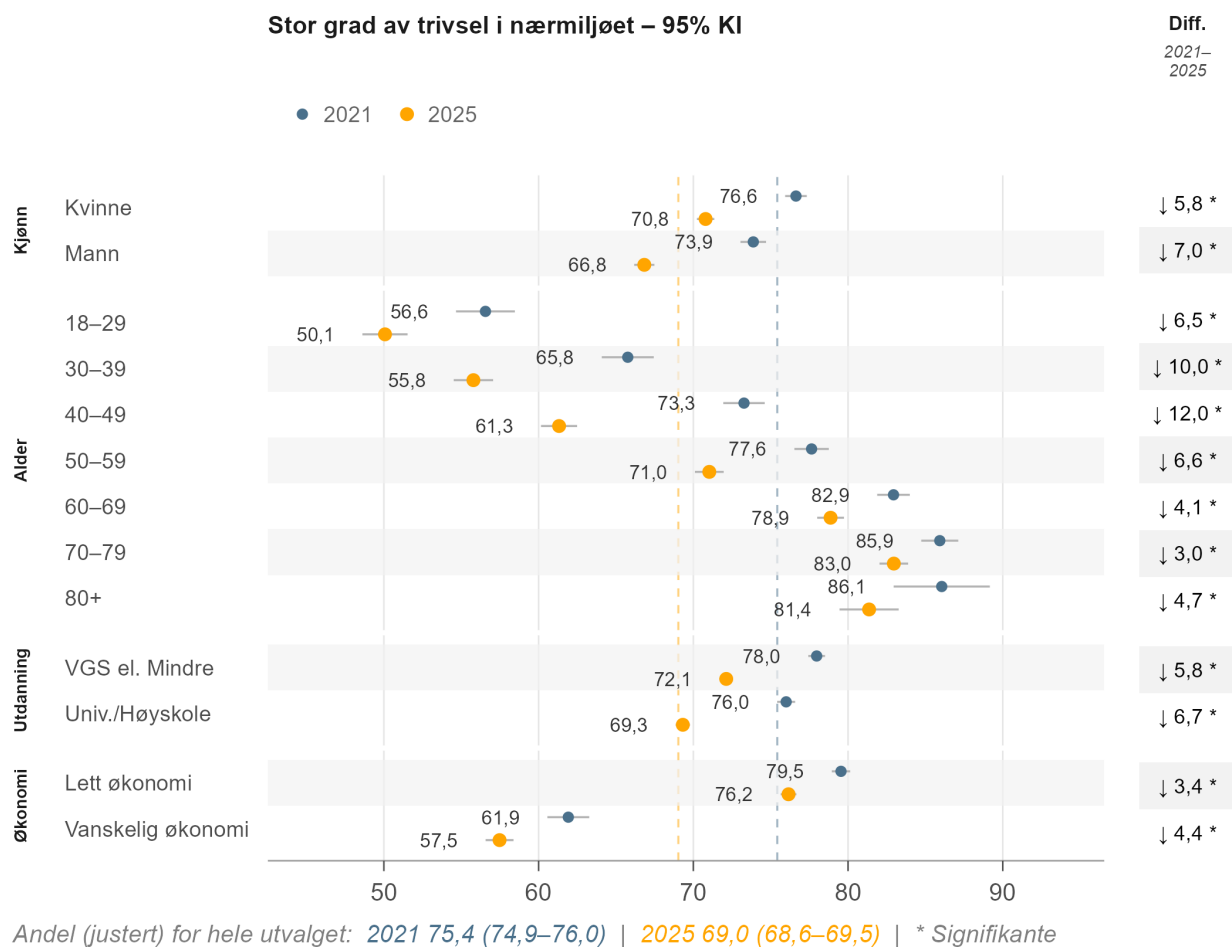
Figur C viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og alder. For kvinner øker andelen tydelig med alderen, fra 50,6 prosent i aldersgruppen 18–29 til 84,6 prosent i 70–79, før den ligger på 83,4 prosent i 80+. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe blant kvinner er 34,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,75, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret klart aldersgradert, med 49,7 prosent i 18–29 og 81,1 prosent i 70–79, og deretter 79,1 prosent i 80+. Her er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 31,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,68, som også tilsier en stor forskjell. Samlet sett er det altså en markant økning i rapportert trivsel i nærmiljøet fra yngre til eldre aldersgrupper for begge kjønn. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner, og forskjellene er statistisk sikre i 30–39, 40–49, 60–69 og 70–79, med henholdsvis 5,5, 5,7, 5,3 og 3,4 prosentpoeng. I 18–29, 50–59 og 80+ er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

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



Figur D viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner er andelen høyest blant dem som oppgir at økonomien er svært lett, med 80,2 prosent, og lavest blant dem som oppgir svært vanskelig økonomi, med 50,8 prosent. Dette utgjør en tydelig forskjell på 29,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,63, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er mønsteret det samme, med høyest andel ved svært lett økonomi, 77,0 prosent, og lavest ved svært vanskelig økonomi, 41,9 prosent. Differansen er 35,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,73, som også indikerer en stor forskjell. På tvers av nivåene ligger andelene gjennomgående høyere når husholdningsøkonomien vurderes som lettere, både for kvinner og menn. Sammenlignet mellom kjønn er forskjellene små i flere grupper, men i gruppene lett, svært lett, vanskelig og svært vanskelig er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner ligger høyere enn menn. Den største kjønnsforskjellen finnes ved svært vanskelig økonomi, med 8,9 prosentpoeng.

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



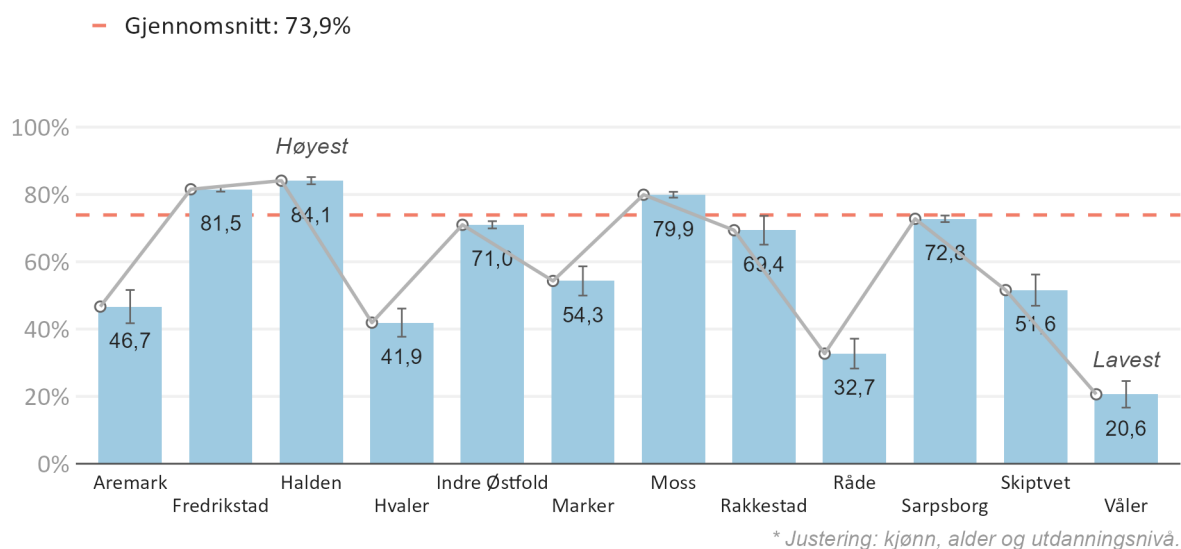
Figur E viser andelen som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen går igjen i alle aldersgrupper, og for hver aldersgruppe er endringen statistisk sikker, med størst fall i midtlivsgruppene (for eksempel 40–49 år fra 73,3 til 61,3 prosent). Kjønnforskjellen ser i hovedsak stabil ut, samtidig som både kvinner og menn har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Mønsteret etter alder er også i hovedsak uendret, der de eldste fortsatt oftere oppgir stor grad av trivsel enn de yngste i begge år. 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 avstanden mellom gruppene. For opplevd økonomi er nivået lavere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år, og begge grupper har en statistisk sikker nedgang. Samlet tyder dette på en bred nedgang fra 2021 til 2025, mens forskjellene mellom gruppene i stor grad består.

3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

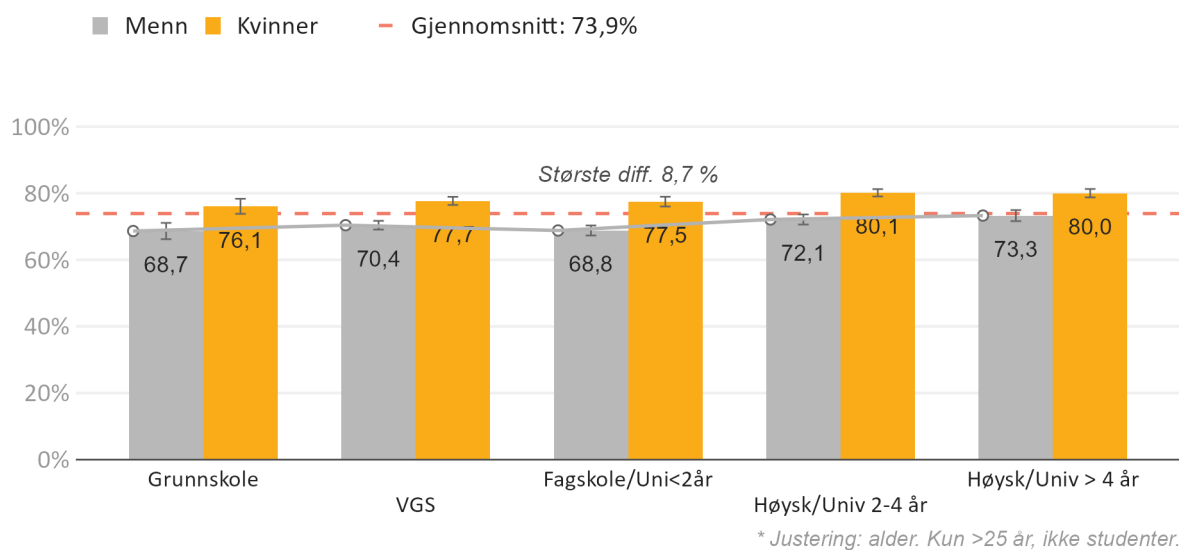
Svarandel: Totalt 43 866 deltakere av 45 794 (95,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 866	73,9 %	73,5 – 74,3
Kvinner	24 111	77,3 %	76,7 – 77,8
Menn	19 755	69,8 %	69,1 – 70,5

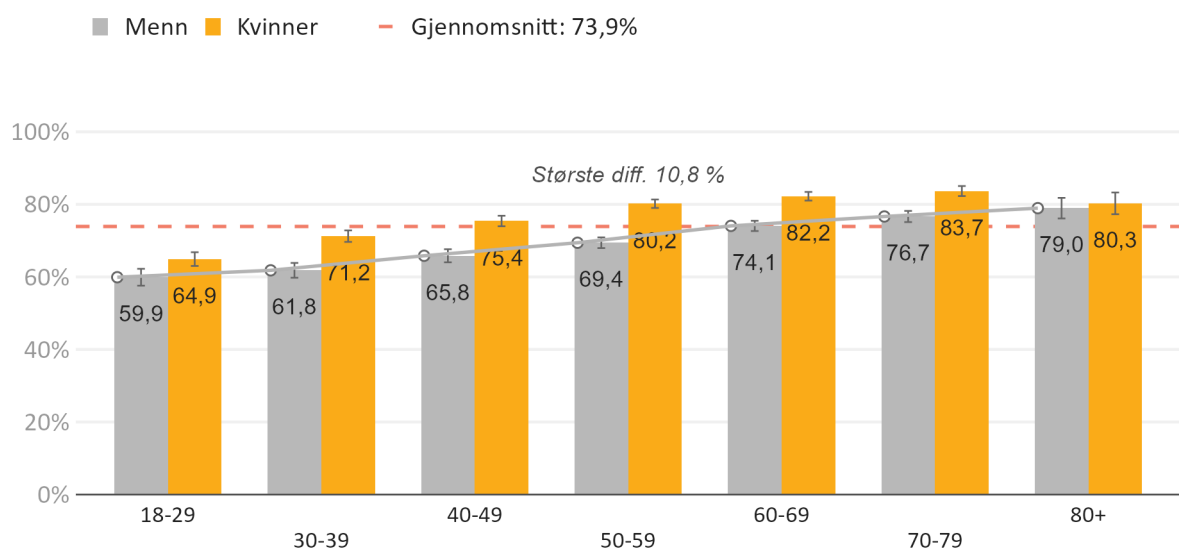
Figur 10: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Halden har høyest andel med 84,1 prosent, mens Våler har lavest med 20,6 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 63,5 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Effekstørrelsen er stor, med Cohen's h på 1,38, som tilsier en stor forskjell i opplevd tilgjengelighet mellom kommunene. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Fredrikstad med 81,5 prosent og Moss med 79,9 prosent. Også Sarpsborg og Indre Østfold har relativt høye andeler, med henholdsvis 72,8 prosent og 71,0 prosent, mens Rakkestad ligger på 69,4 prosent. Midt på skalaen finner vi Marker med 54,3 prosent og Skiptvet med 51,6 prosent, mens Aremark ligger på 46,7 prosent og Hvaler på 41,9 prosent. Råde skiller seg ut med en lav andel på 32,7 prosent, og sammen med Våler peker dette mot tydelige geografiske forskjeller i hvor mange som opplever god tilgjengelighet til kulturtilbud.

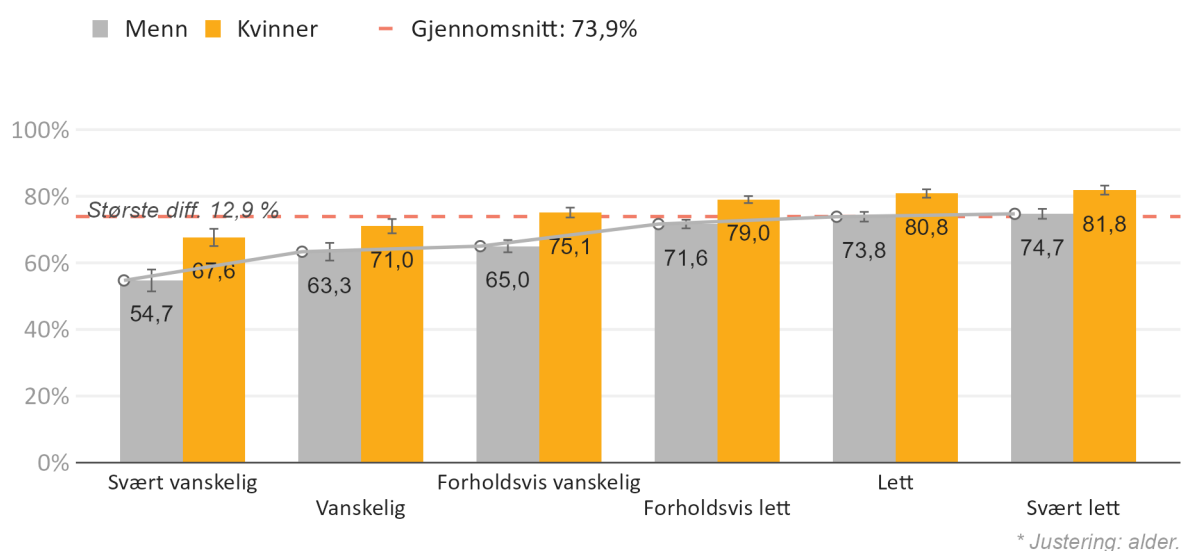
Figur 11: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole og universitetsutdanning i 2–4 år, med 80,1 prosent, og lavest for dem med grunnskole, med 76,1 prosent. Dette gir en forskjell på 4,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som tilsier en liten forskjell, selv om forskjellen framstår statistisk sikker. Blant menn er andelen høyest for dem med høyskole og universitetsutdanning over 4 år, med 73,3 prosent, og lavest for dem med grunnskole, med 68,7 prosent. Her er forskjellen 4,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som også tilsier en liten forskjell, samtidig som forskjellen er statistisk sikker. På hvert utdanningsnivå rapporterer kvinner høyere andel enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og ligger mellom 6,7 og 8,7 prosentpoeng, med størst forskjell i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, der 77,5 prosent av kvinnene og 68,8 prosent av mennene rapporterer god eller svært god tilgjengelighet.

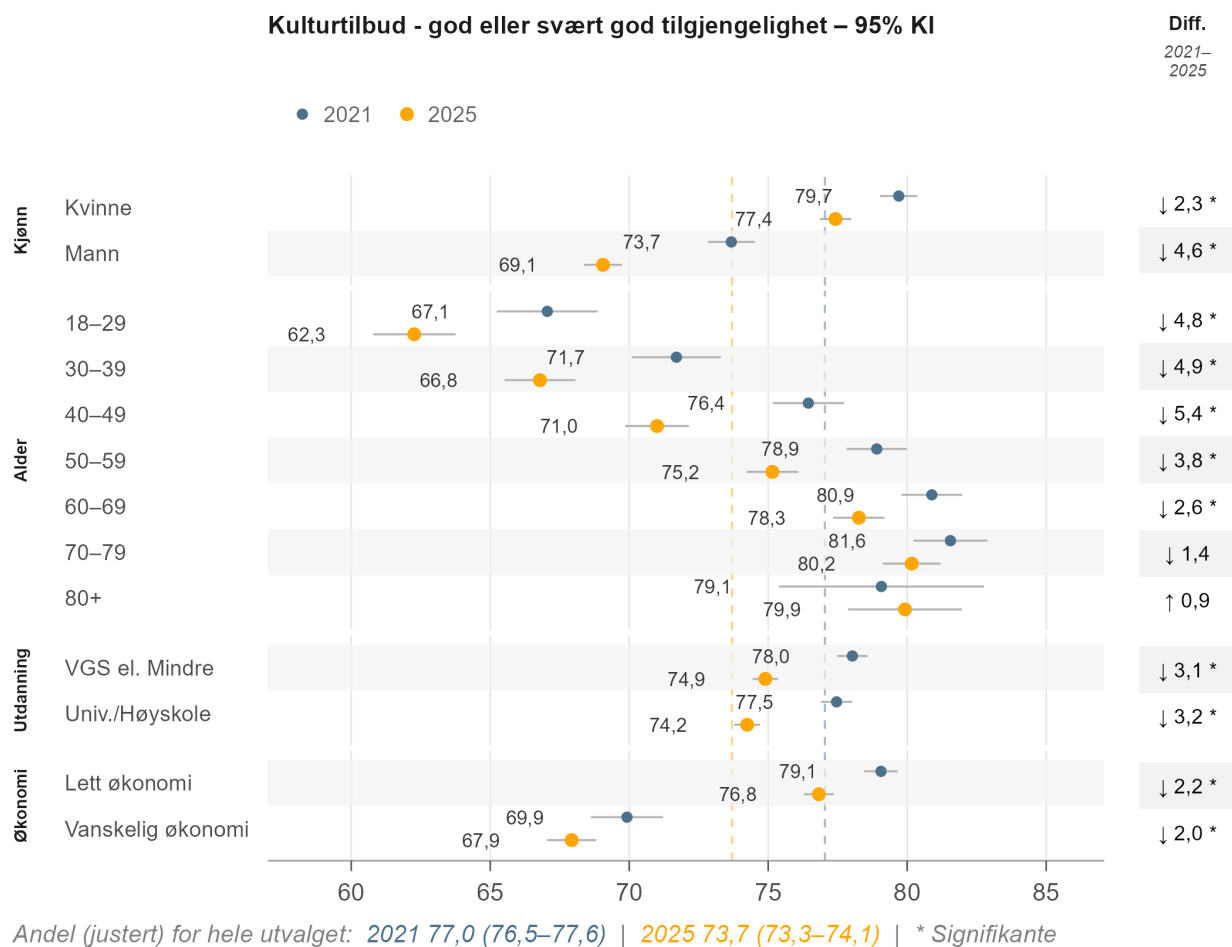
Figur 12: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 64,9 prosent i alderen 18–29 til en topp på 83,7 prosent i 70–79, før den går noe ned til 80,3 prosent i 80+. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 18,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen lavest i 18–29 med 59,9 prosent og høyest i 80+ med 79,0 prosent. Også her er spennet tydelig, med en differanse på 19,0 prosentpoeng og en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,42. Sammenliknet med menn rapporterer kvinner høyere andeler i alle aldersgrupper fra 18–29 til 70–79, og forskjellene er statistisk sikre. Kjønnforskjellen er størst i 50–59, der kvinner ligger 10,8 prosentpoeng høyere enn menn.

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. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 81,8 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 67,6 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 14,2 prosentpoeng, og effektstørrelsen tilsvarer en middels forskjell (Cohen's h = 0,33). Blant menn er mønsteret det samme, med høyest andel i gruppen svært lett på 74,7 prosent og lavest i gruppen svært vanskelig på 54,7 prosent. Her er forskjellen 20,0 prosentpoeng, også en middels forskjell (Cohen's h = 0,42). På alle nivåer av husholdningsøkonomi rapporterer kvinner høyere andel enn menn, og kjønnforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er 7,4 prosentpoeng i gruppen forholdsvis lett, 10,1 prosentpoeng i forholdsvis vanskelig og 7,0 prosentpoeng i lett. I ytterpunktene er forskjellen 7,1 prosentpoeng i svært lett og 12,9 prosentpoeng i svært vanskelig, mens den er 7,7 prosentpoeng i vanskelig. Samlet sett henger bedre vurdert husholdningsøkonomi sammen med høyere opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud for begge kjønn.

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

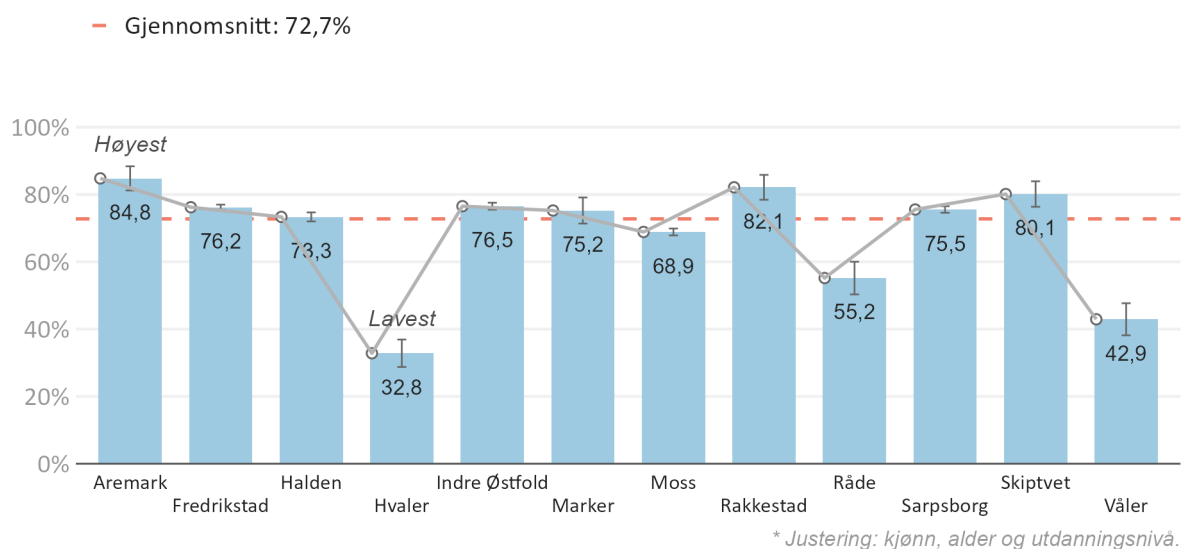
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker (fra 77,0 til 73,7 prosent). For kjønn er det en statistisk sikker nedgang for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser noe større ut i 2025 enn i 2021 fordi nedgangen er større blant menn. Etter alder er det en tydelig statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025 i gruppene fra 18 til 69 år, mens endringen ikke er statistisk sikker blant dem som er 70 til 79 år og 80 år eller eldre. Rangeringen mellom aldersgruppene er likevel i hovedsak den samme, med lavere andeler blant de yngste og høyere blant de eldste. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem framstår små i begge år. For opplevd økonomi er det statistisk sikker nedgang både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene er omtrent uendret fra 2021 til 2025. Samlet peker mønsteret mot en bred nedgang over tid, uten store endringer i hvordan forskjellene mellom gruppene fordeler seg.

3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

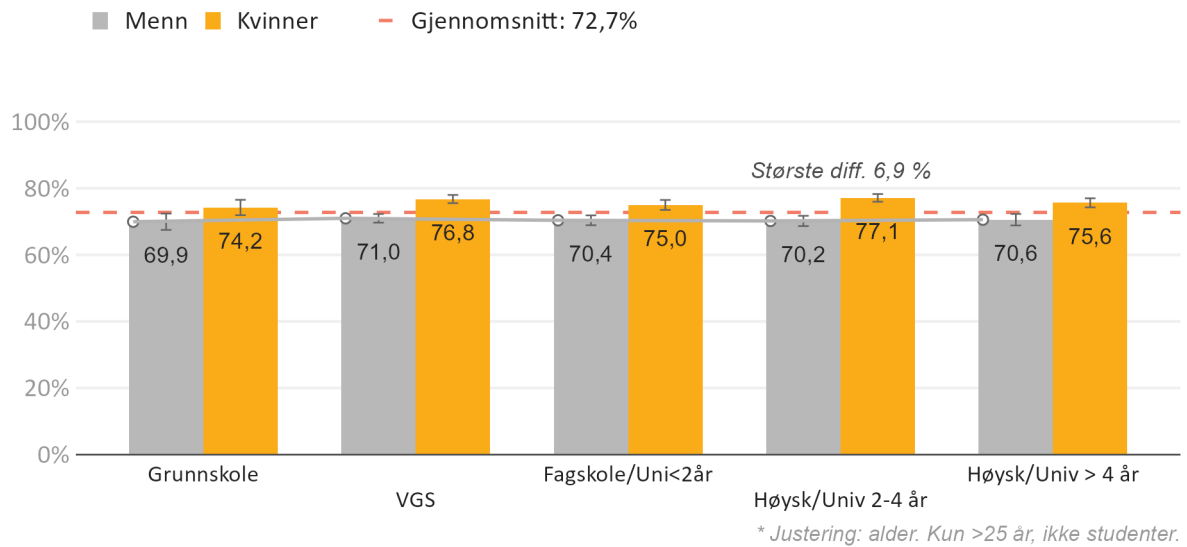
Svarandel: Totalt 42 430 deltakere av 45 794 (92,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 430	72,7 %	72,3 – 73,2
Kvinner	23 262	75,0 %	74,4 – 75,6
Menn	19 168	70,0 %	69,3 – 70,7

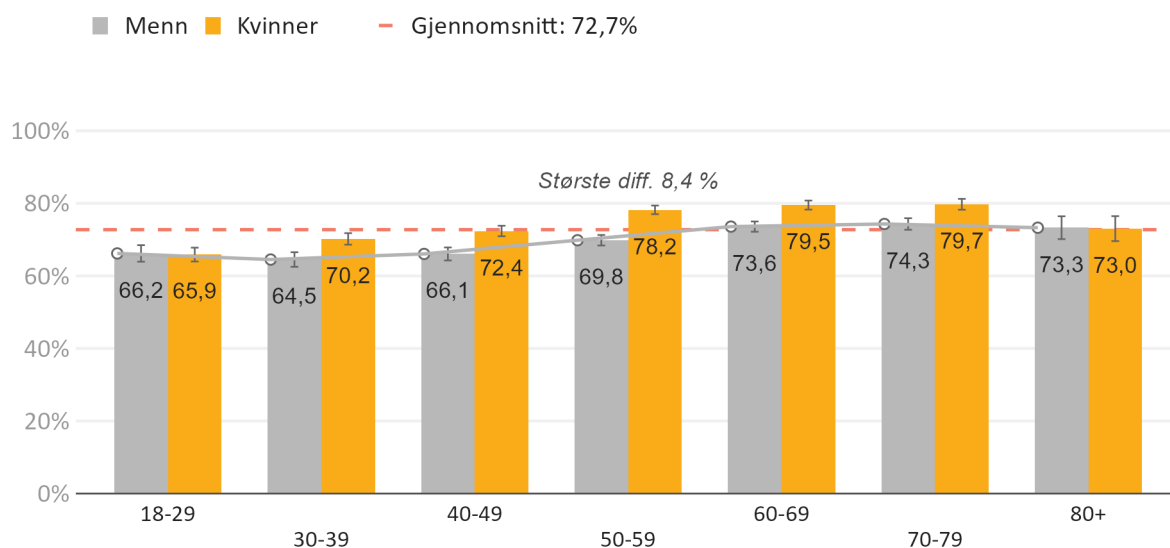
Figur 15: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



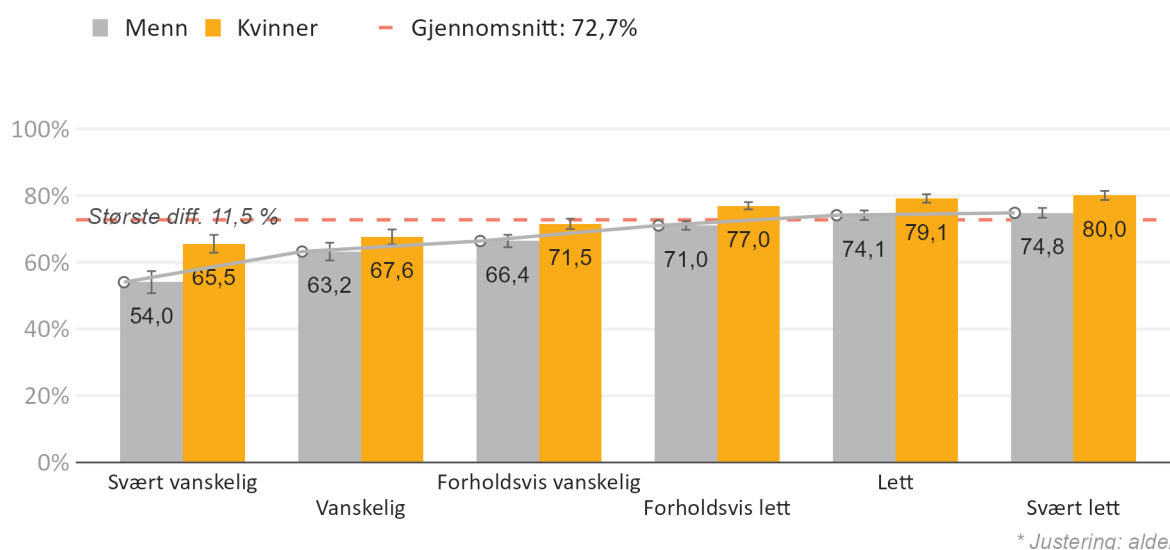
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mye mellom kommunene. Aremark har høyest andel med 84,8 prosent, mens Hvaler har lavest med 32,8 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 52,0 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Dette tilsvarer en Cohen's h på 1,12, som indikerer en stor forskjell i opplevd tilgjengelighet til idrettstilbud mellom kommunene. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Rakkestad med 82,1 prosent og Skiptvet med 80,1 prosent. Også Fredrikstad og Indre Østfold ligger på et høyt nivå, med henholdsvis 76,2 prosent og 76,5 prosent, mens Sarpsborg og Marker ligger tett på med 75,5 prosent og 75,2 prosent. Halden har 73,3 prosent, og Moss ligger noe lavere med 68,9 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Råde med 55,2 prosent og Våler med 42,9 prosent, før Hvaler skiller seg tydelig ut med den laveste andelen. Samlet sett viser figuren et markert spenn i hvor mange som opplever god tilgjengelighet til idrettstilbud.

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 ligger andelen høyt i alle utdanningsgrupper, med høyest nivå blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år, der 77,1 prosent rapporterer god eller svært god tilgjengelighet. Lavest andel blant kvinner finner vi i gruppen med grunnskole, med 74,2 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste kvinnegruppe er 2,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,07, som tilsvarer en ubetydelig forskjell, og forskjellen framstår heller ikke som statistisk sikker. For menn er nivåene også relativt like på tvers av utdanning. Høyest andel finner vi blant dem med videregående skole, med 71,0 prosent, mens lavest andel er blant dem med grunnskole, med 69,9 prosent. Dette gir en differanse på 1,0 prosentpoeng, uten statistisk sikker forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hvert utdanningsnivå, rapporterer kvinner gjennomgående høyere andeler enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for fagskole eller universitet under 2 år, høyskole eller universitetsutdanning på 2–4 år, høyskole eller universitetsutdanning over 4 år og videregående skole, og varierer fra 4,6 til 6,9 prosentpoeng.

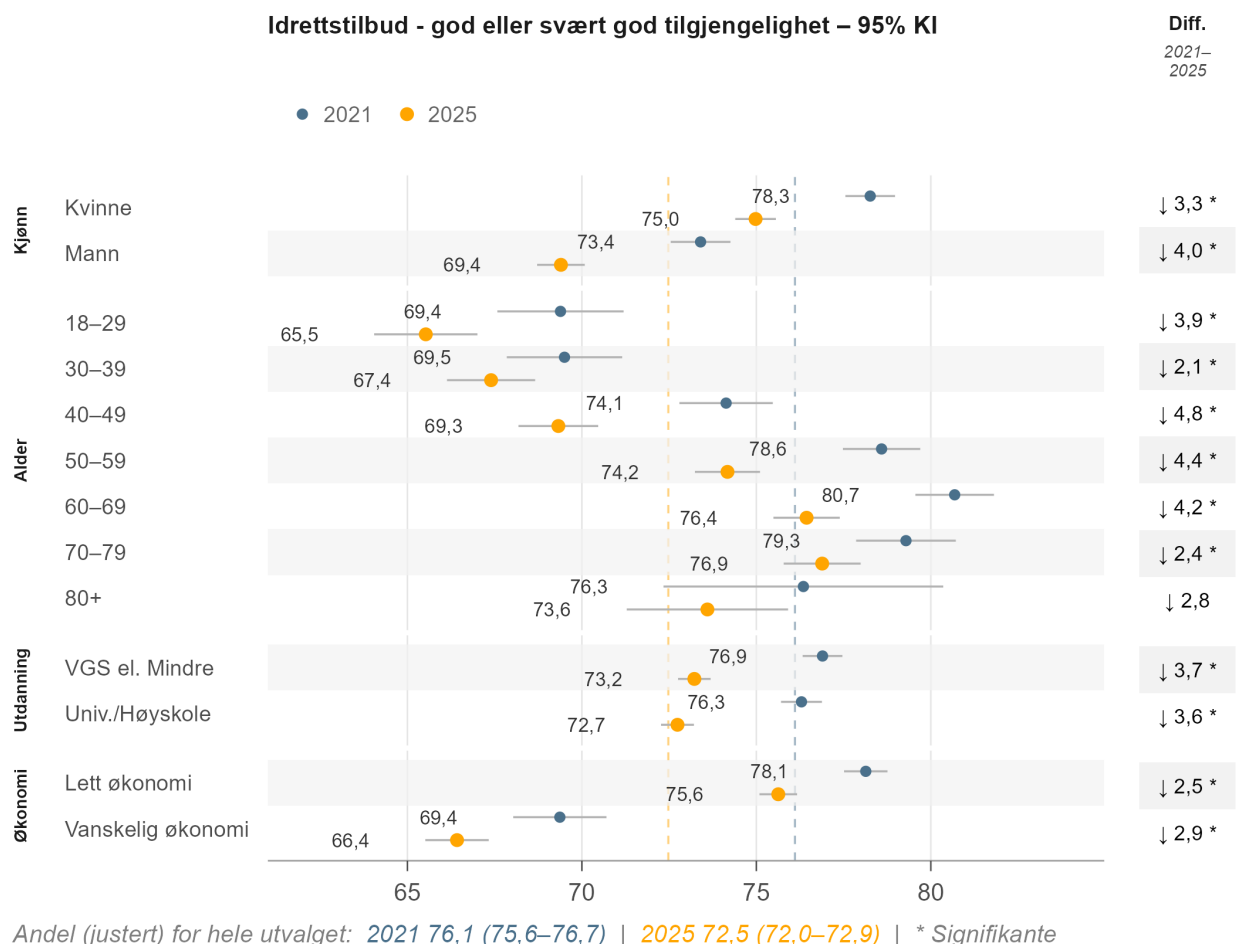
Figur 17: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen lavest i alderen 18–29 med 65,9 prosent, før den øker gjennom de påfølgende aldersgruppene og når et toppunkt i 70–79 prosent. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 13,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,31, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen lavest i 30–39 med 64,5 prosent og høyest i 70–79 med 74,3 prosent. Her er differansen 9,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,21, som indikerer en liten forskjell. Når kjønn sammenlignes innen samme alder, er nivåene omtrent like i 18–29, der kvinner har 65,9 prosent og menn 66,2 prosent, og i 80+, der kvinner har 73,0 prosent og menn 73,3 prosent. I aldersgruppene 30–39 til 70–79 er det derimot tydelige kjønnsforskjeller, med høyere andeler blant kvinner enn blant menn, fra 5,4 til 8,4 prosentpoeng.

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

Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner er andelen høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, med 80,0 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 65,5 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 14,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen også høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 74,8 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 54,0 prosent. Her er forskjellen 20,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som også indikerer en middels forskjell. Samtidig ligger menn lavere enn kvinner i alle økonomigrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett, svært lett og svært vanskelig, og varierer fra 5,0 til 11,5 prosentpoeng. Den største forskjellen finnes i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig, der menn ligger 11,5 prosentpoeng lavere enn kvinner. For gruppen som opplever økonomien som vanskelig, er forskjellen 4,4 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

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 går andelen ned fra 76,1 prosent i 2021 til 72,5 prosent i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. Nedgangen er også statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er det en statistisk sikker nedgang i alle grupper

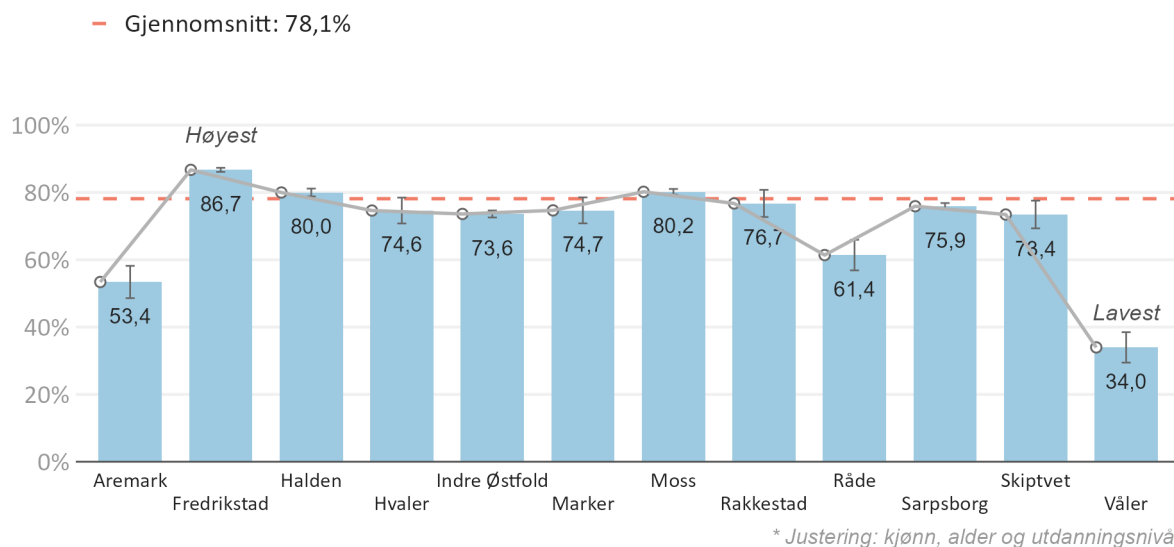
fra 18 til 79 år, mens endringen for de som er 80 år eller eldre ikke er statistisk sikker. Mønsteret mellom aldersgruppene er ellers relativt likt i 2021 og 2025, med høyere andeler i de eldre aldersgruppene enn blant de yngste. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang både blant de med videregående skole eller mindre og blant de med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. Også etter opplevde økonomiske vansker er det en statistisk sikker nedgang i begge grupper. Samtidig ligger de med lett økonomi høyere enn de med vanskelig økonomi i begge år, uten tydelige tegn til at gapet har endret seg vesentlig.

3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

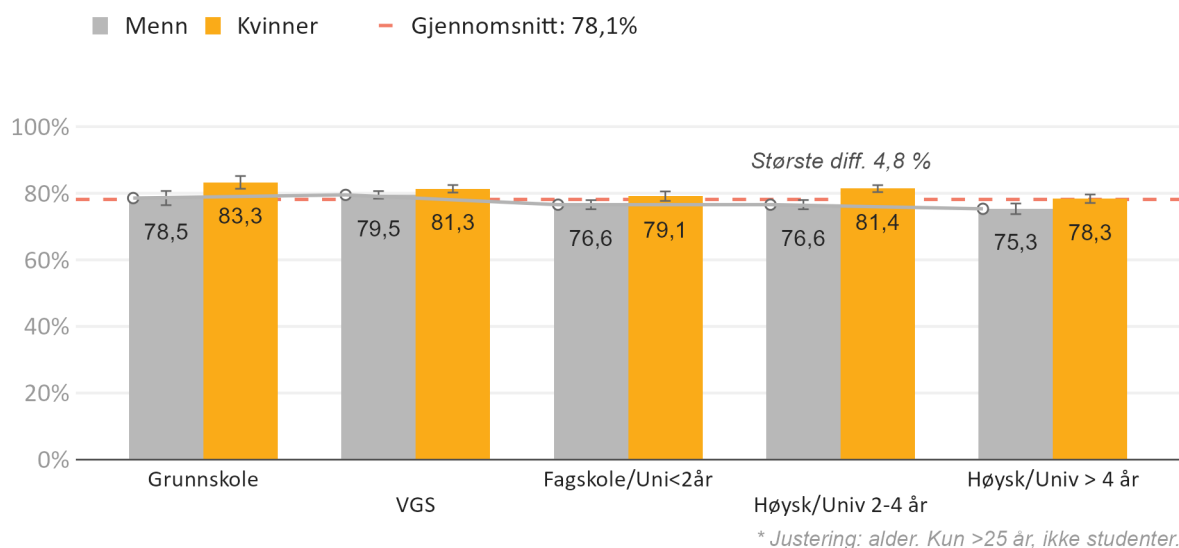
Svarandel: Totalt 44 567 deltakere av 45 794 (97,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 567	78,1 %	77,7 – 78,5
Kvinner	24 434	79,3 %	78,8 – 79,9
Menn	20 133	76,7 %	76,1 – 77,3

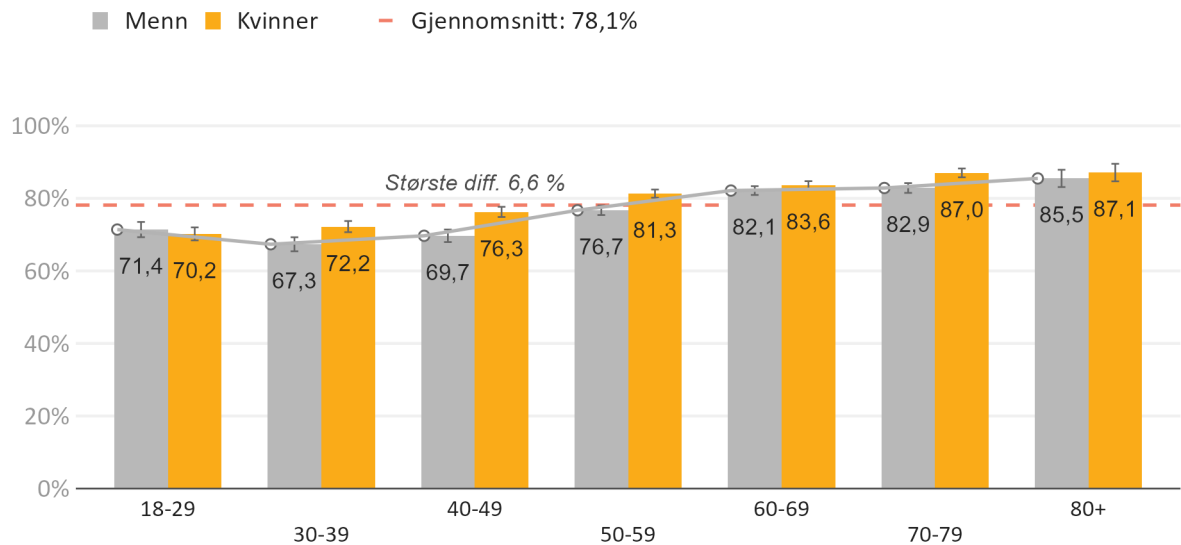
Figur 20: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kommuner i fylket (A)



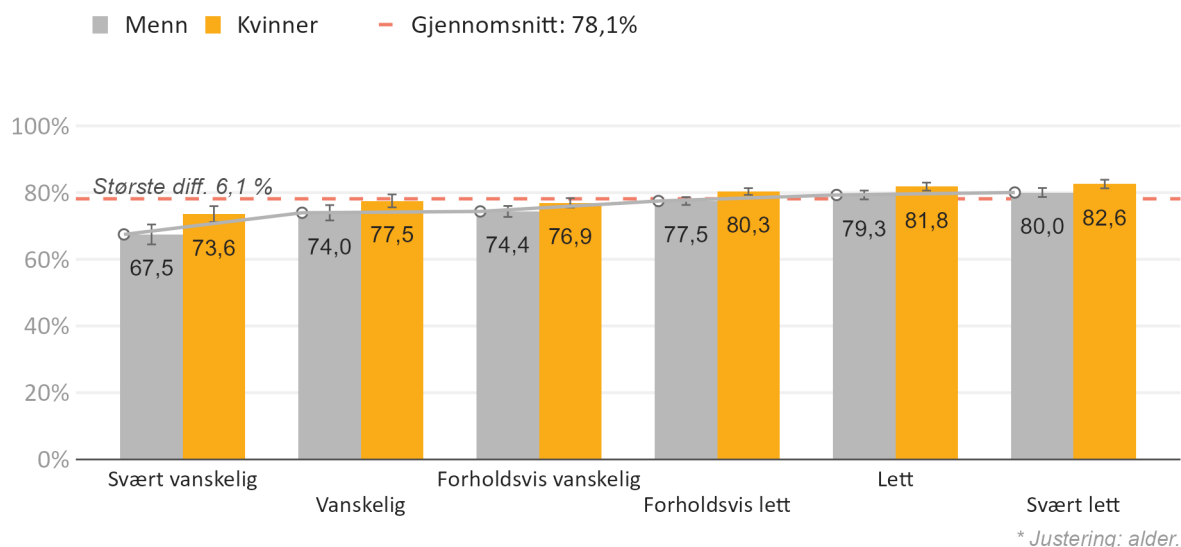
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Fredrikstad har høyest andel med 86,7 prosent, mens Våler har lavest med 34,0 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 52,7 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 1,15$, som tilsvarer en stor forskjell i opplevd tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud mellom kommunene. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Moss med 80,2 prosent og Halden med 80,0 prosent. Også Rakkestad (76,7 prosent), Sarpsborg (75,9 prosent), Marker (74,7 prosent) og Hvaler (74,6 prosent) rapporterer gjennomgående høy tilgjengelighet. Indre Østfold (73,6 prosent) og Skiptvet (73,4 prosent) ligger på omtrent samme nivå. Aremark har en lavere andel på 53,4 prosent, mens Råde ligger på 61,4 prosent. Samlet viser figuren et tydelig spenn, der de fleste kommunene samler seg i et høyt nivå, samtidig som enkelte kommuner skiller seg ut med klart lavere andeler.

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 grunnskole, der 83,3 prosent oppgir god eller svært god tilgjengelighet. Lavest andel finner vi blant kvinner med høyskole og universitet i mer enn fire år, med 78,3 prosent. Dette gir en forskjell på 4,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,12, som tilsier en liten forskjell, selv om forskjellen framstår statistisk sikker. Blant menn er andelen høyest for dem med videregående skole, med 79,5 prosent, mens den er lavest blant menn med høyskole og universitet i mer enn fire år, med 75,3 prosent. Differansen er 4,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som også tilsier en liten forskjell, og forskjellen framstår statistisk sikker. Når vi sammenligner kjønn innen hvert utdanningsnivå, ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for grunnskole, der forskjellen er 4,7 prosentpoeng, for høyskole og universitet i 2–4 år, der forskjellen er 4,8 prosentpoeng, og for høyskole og universitet i mer enn fire år, der forskjellen er 3,0 prosentpoeng. For fagskole og universitet under to år og for videregående skole er kjønnforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

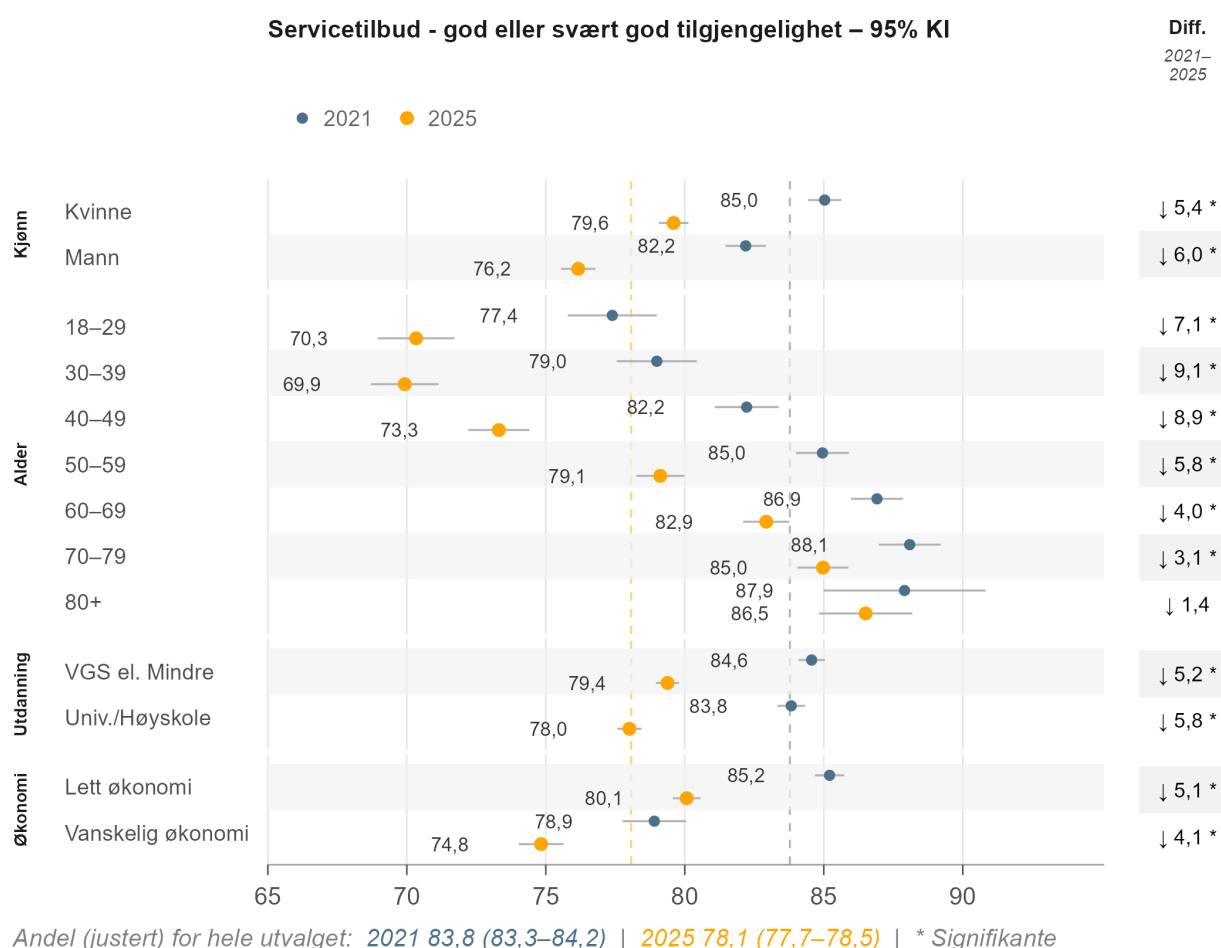
Figur 22: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år med 70,2 prosent, og høyest i aldersgruppen 80+ med 87,1 prosent. Dette gir en forskjell på 16,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,42, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen lavest i aldersgruppen 30–39 år med 67,3 prosent, og høyest i aldersgruppen 80+ med 85,5 prosent. Forskjellen er 18,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som også tilsier en middels forskjell. Sammenlignet mellom kjønn er forskjellene små i flere aldersgrupper, men det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i noen grupper der kvinner rapporterer høyere andeler. Dette gjelder 30–39 år, der kvinner ligger 4,9 prosentpoeng over menn, 40–49 år med en forskjell på 6,6 prosentpoeng, 50–59 år med 4,6 prosentpoeng og 70–79 år med 4,2 prosentpoeng. I aldersgruppene 18–29 år, 60–69 år og 80+ 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 når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 82,6 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 73,6 prosent. Dette gir en statistisk sikker differanse på 9,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,22, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen som oppgir svært lett, med 80,0 prosent, og lavest i gruppen svært vanskelig, med 67,5 prosent. Her er differansen 12,6 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,29, som tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett ligger andelene gjennomgående høyere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett eller svært lett enn blant dem som opplever den som svært vanskelig. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme økonomivurdering, er forskjellene som oftest små. Det er likevel statistisk sikre kjønnsforskjeller i gruppene forholdsvis lett og svært vanskelig, der kvinner ligger høyere enn menn med henholdsvis 2,9 og 6,1 prosentpoeng.

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 (fra 83,8 til 78,1 prosent), og nedgangen er statistisk sikker. For både kvinner og menn er det en statistisk sikker reduksjon fra 2021 til 2025, og kjønnsforskjellen framstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er det en statistisk sikker nedgang i

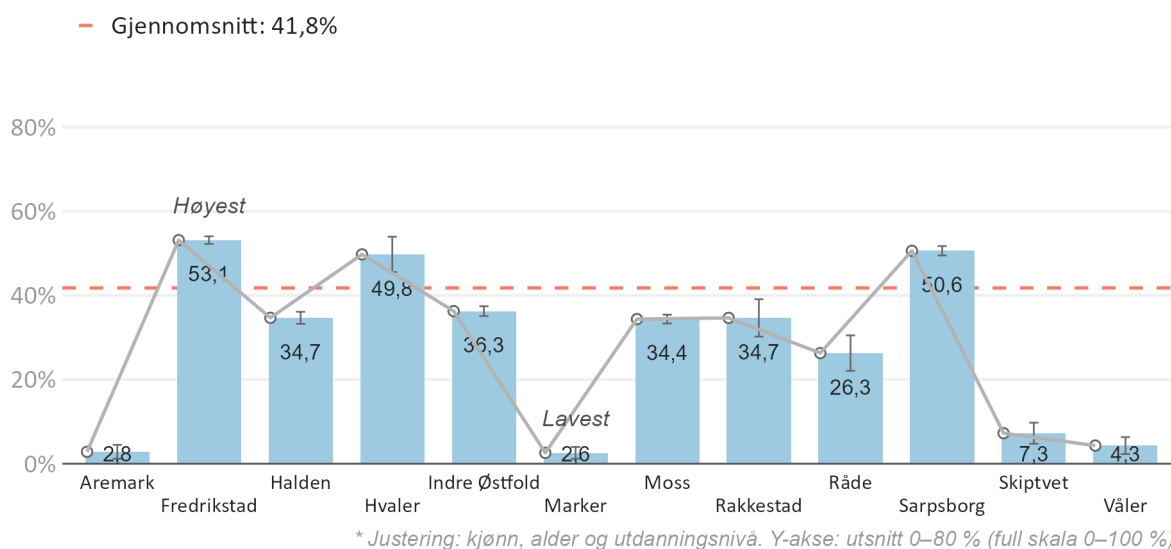
alle grupper fra 18 til 79 år, mens endringen for de eldste (80 år eller eldre) ikke er statistisk sikker. Mønsteret med høyere andeler i de eldre aldersgruppene enn i de yngre er likevel tydelig i begge år. For utdanning er det statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten tydelig endring i forskjellen mellom gruppene. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og de som oppgir vanskelig økonomi ligger lavere enn de som oppgir lett økonomi i både 2021 og 2025. Samlet peker resultatene mot en bred nedgang over tid, samtidig som hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad er de samme i 2025 som i 2021.

3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 42 342 deltakere av 45 794 (92,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

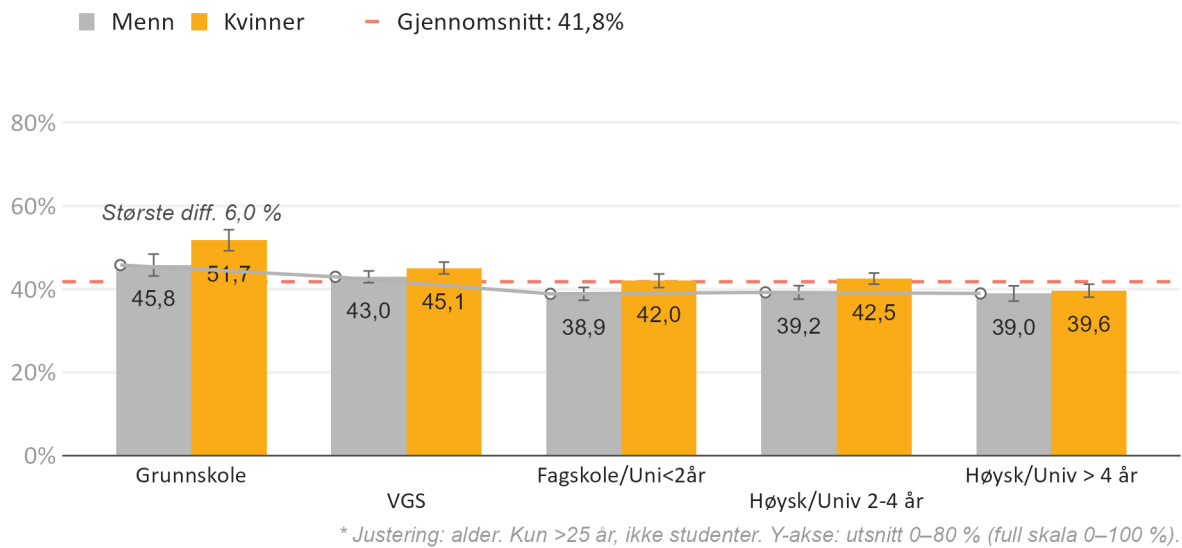
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 342	41,8 %	41,3 – 42,3
Kvinner	23 187	42,6 %	42,0 – 43,3
Menn	19 155	40,8 %	40,0 – 41,5

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

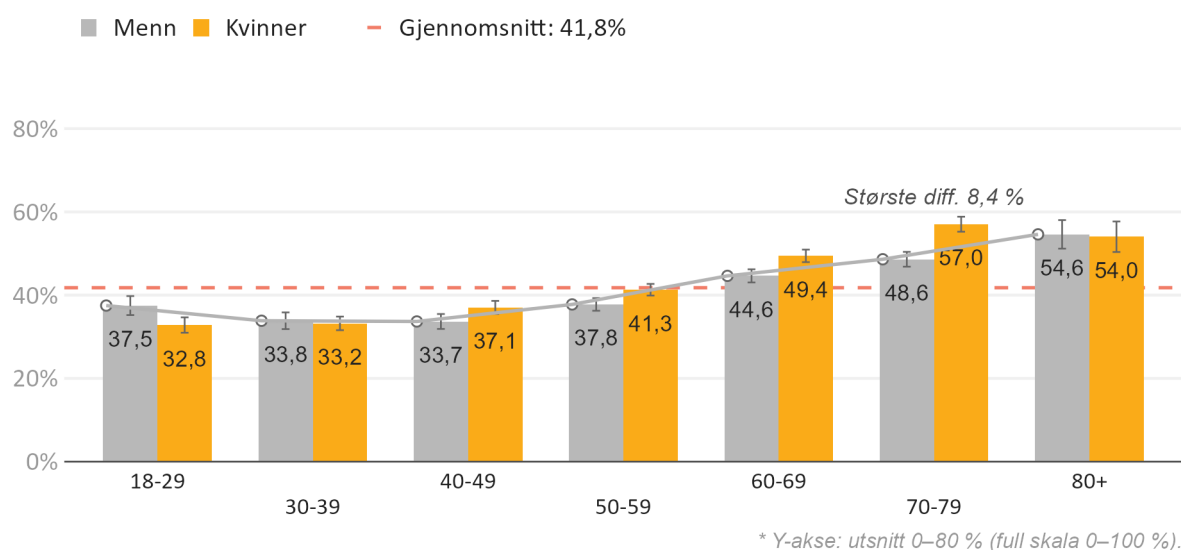


Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Fredrikstad på 53,1 prosent og lavest nivå i Marker på 2,6 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 50,6 prosentpoeng, og forskjellen mellom disse to kommunene er statistisk sikker. Cohen's h er 1,31, som tilsier en stor forskjell. Flere kommuner ligger høyt, blant annet Sarpsborg med 50,6 prosent og Hvaler med 49,8 prosent, som indikerer at om lag halvparten rapporterer god eller svært god tilgjengelighet. Halden og Rakkestad ligger begge på 34,7 prosent, mens Moss ligger på 34,4 prosent og Indre Østfold på 36,3 prosent. Råde ligger lavere med 26,3 prosent. I den andre enden av skalaen rapporterer også Aremark 2,8 prosent, Våler 4,3 prosent og Skiptvet 7,3 prosent. Samlet viser dette store geografiske forskjeller i opplevd tilgjengelighet til offentlig transport mellom kommunene.

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

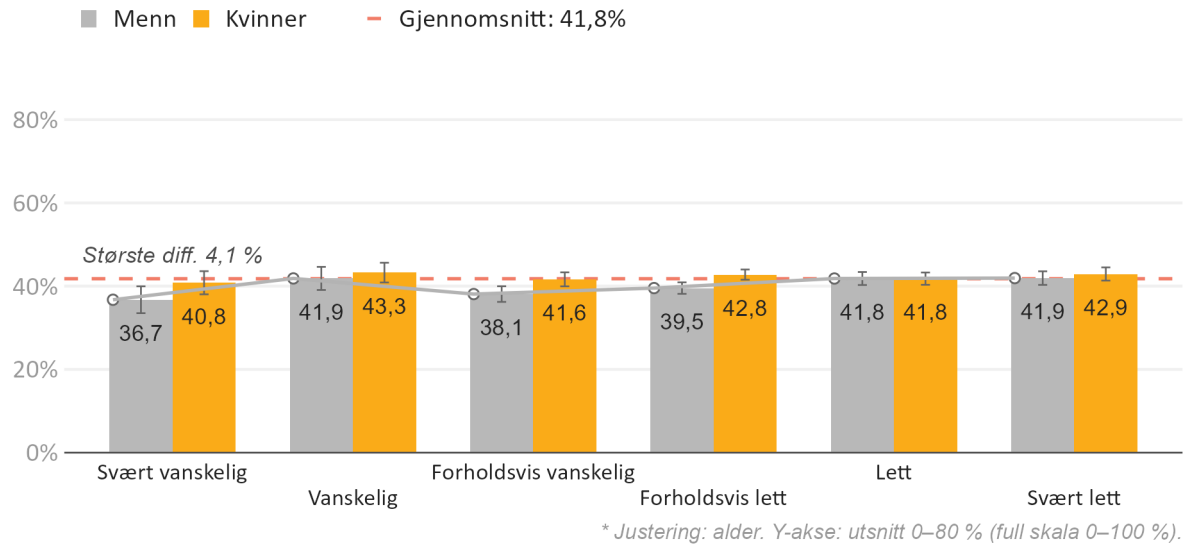


Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole, der 51,7 prosent oppgir god eller svært god tilgjengelighet. Lavest andel blant kvinner finnes hos dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år, med 39,6 prosent. Dette gir en tydelig differanse på 12,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,24, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest for dem med grunnskole, med 45,8 prosent. Lavest andel blant menn er i gruppen med fagskole eller universitet under to år, med 38,9 prosent. Differansen er 6,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som også tilsvarer en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små. Det er likevel en statistisk sikker kjønnsforskjell for grunnskole, der menn ligger 6,0 prosentpoeng lavere enn kvinner, og for høyskole eller universitet i to til fire år, der menn ligger 3,3 prosentpoeng lavere. For de øvrige utdanningsnivåene framstår kjønnsforskjellene ikke som statistisk sikre.

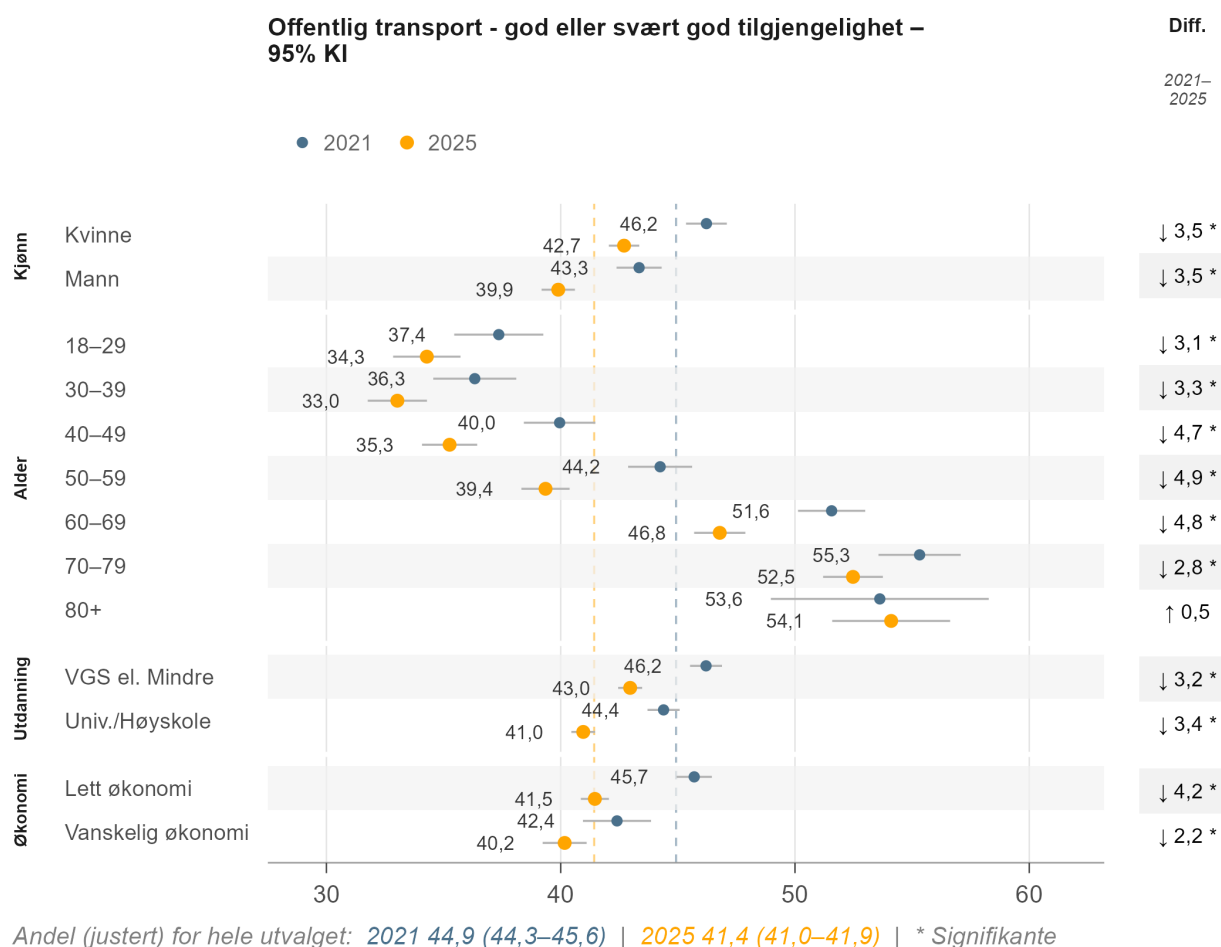
Figur 27: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

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, med 32,8 prosent, og høyest i alderen 70-79, med 57,0 prosent. Dette gir en forskjell på 24,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen lavest i alderen 40-49, med 33,7 prosent, og høyest i alderen 80+, med 54,6 prosent. Forskjellen er 20,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,42, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger nivåene generelt høyere i de eldre gruppene enn i de yngre, særlig fra 60-69 og oppover. Det er også flere tydelige kjønnsforskjeller i enkeltgrupper. I alderen 18-29 rapporterer menn høyere andel enn kvinner, med en forskjell på 4,7 prosentpoeng. I aldersgruppene 40-49 til 70-79 rapporterer kvinner høyere andeler enn menn, og forskjellen er størst i 70-79 med 8,4 prosentpoeng. I 30-39 og 80+ er 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 ligger andelen tett på tvers av økonomivurderingene, fra 40,8 prosent i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig til 43,3 prosent i gruppen som opplever den som vanskelig. Dette gir en differanse på 2,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,05, som tilsier en ubetydelig forskjell. For menn er variasjonen større og framstår som statistisk sikker: andelen er lavest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 36,7 prosent, og høyest blant dem som opplever den som svært lett, med 41,9 prosent. Differansen er 5,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,11, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver økonomigruppe, er nivåene stort sett like, men i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som forholdsvis lett er andelen 42,8 prosent blant kvinner og 39,5 prosent blant menn, en statistisk sikker kjønnsforskjell på 3,2 prosentpoeng. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene små.

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

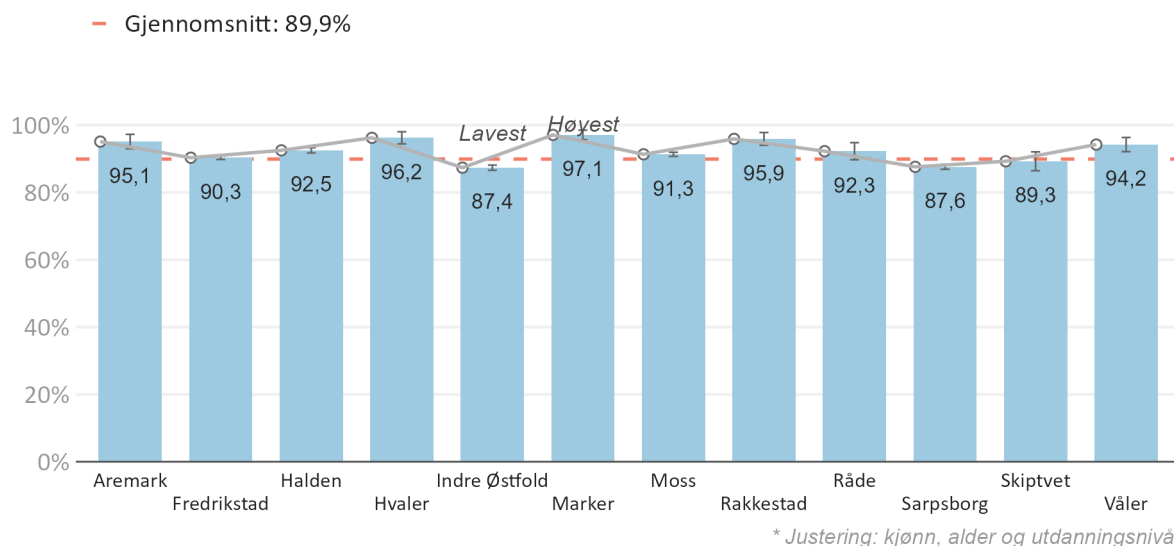
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (44,9 prosent mot 41,4 prosent), og nedgangen framstår som statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker nedgang for både kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. På tvers av alder er det en statistisk sikker nedgang i alle grupper fra 18 til 79 år, mens gruppen 80 år eller eldre ikke har en statistisk sikker endring. Rangeringen mellom aldersgruppene er ellers nokså lik i 2021 og 2025, med høyere andeler blant de eldste enn blant de yngste. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten tydelig endring i avstanden mellom gruppene. For opplevde økonomiske vansker er det en statistisk sikker nedgang både ved lett og ved vanskelig økonomi, og forskjellen mellom disse gruppene virker omtrent uendret fra 2021 til 2025. Samlet peker mønsteret mot en bred nedgang over tid, samtidig som forskjellene mellom gruppene i stor grad består.

3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 44 360 deltakere av 45 794 (96,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

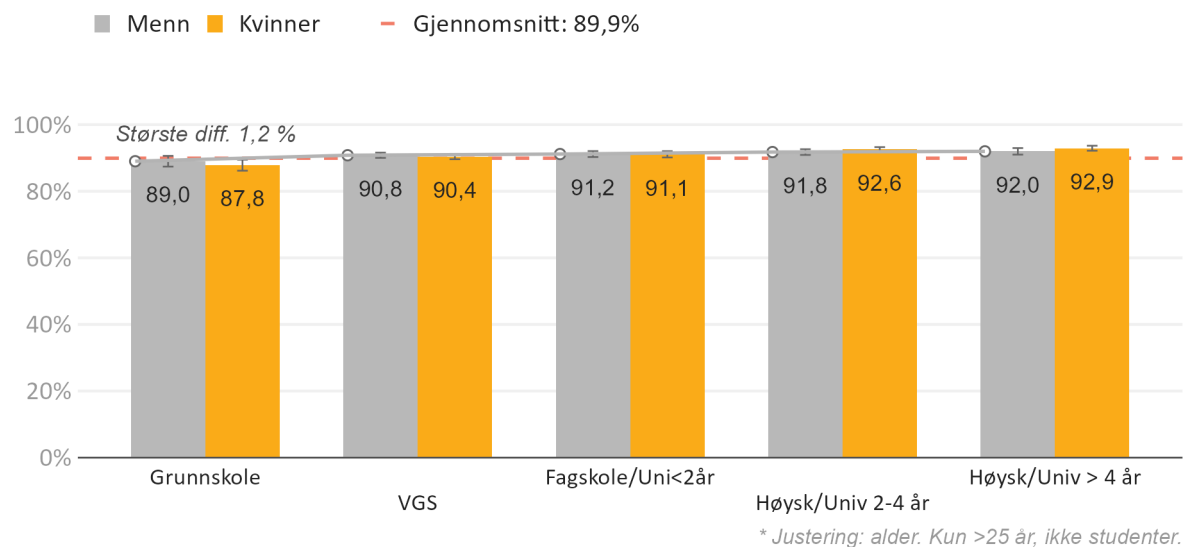
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 360	89,9 %	89,6 – 90,2
Kvinner	24 308	89,9 %	89,5 – 90,3
Menn	20 052	90,0 %	89,5 – 90,4

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



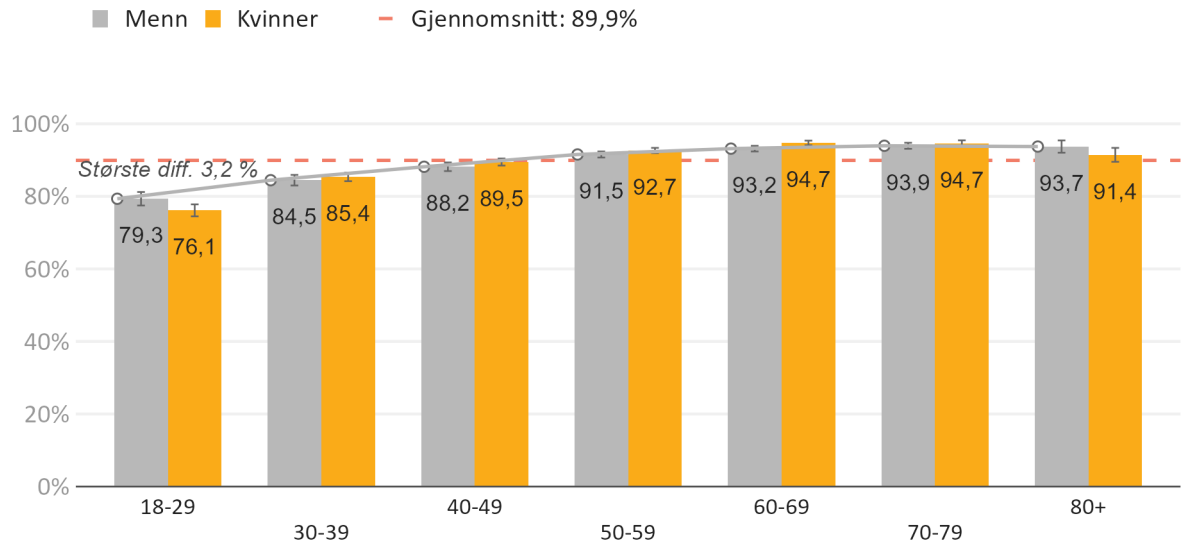
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen er gjennomgående høye, men det er likevel tydelige forskjeller mellom kommunene. Marker har høyest andel med 97,1 prosent, mens Indre Østfold har lavest andel med 87,4 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 9,7 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,38, som tilsier en middels forskjell i nivå mellom kommunene. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Hvaler med 96,2 prosent, Rakkestad med 95,9 prosent og Aremark med 95,1 prosent. Våler ligger også høyt med 94,2 prosent. I den nedre delen finner vi, i tillegg til Indre Østfold, Sarpsborg med 87,6 prosent og Skiptvet med 89,3 prosent, mens Fredrikstad ligger på 90,3 prosent. Halden, Råde og Moss ligger nær hverandre, med henholdsvis 92,5 prosent, 92,3 prosent og 91,3 prosent. Samlet sett viser figuren at opplevd tilgjengelighet er høy i alle kommuner, men at nivået varierer i en grad som tilsvarer en middels forskjell.

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



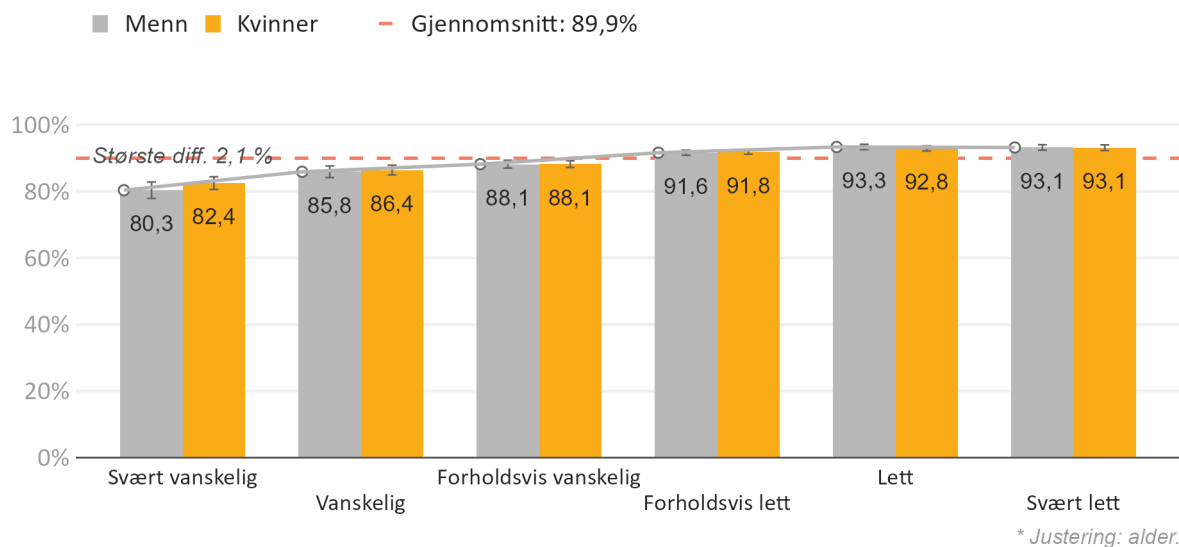
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med høyskole og universitet mer enn fire år, der 92,9 prosent rapporterer god eller svært god tilgjengelighet. Lavest andel blant kvinner finnes i gruppen med grunnskole, med 87,8 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 5,1 prosentpoeng mellom høyeste og laveste utdanningsnivå, og Cohen's h er 0,17, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med høyskole og universitet mer enn fire år, med 92,0 prosent, mens lavest andel er blant dem med grunnskole, med 89,0 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 3,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som også indikerer en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger andelene gjennomgående høyt for begge kjønn, og kjønnsforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små. For eksempel er forskjellen 0,1 prosentpoeng i fagskole og universitet under to år og 0,9 prosentpoeng i høyskole og universitet mer enn fire år, uten statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn.

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



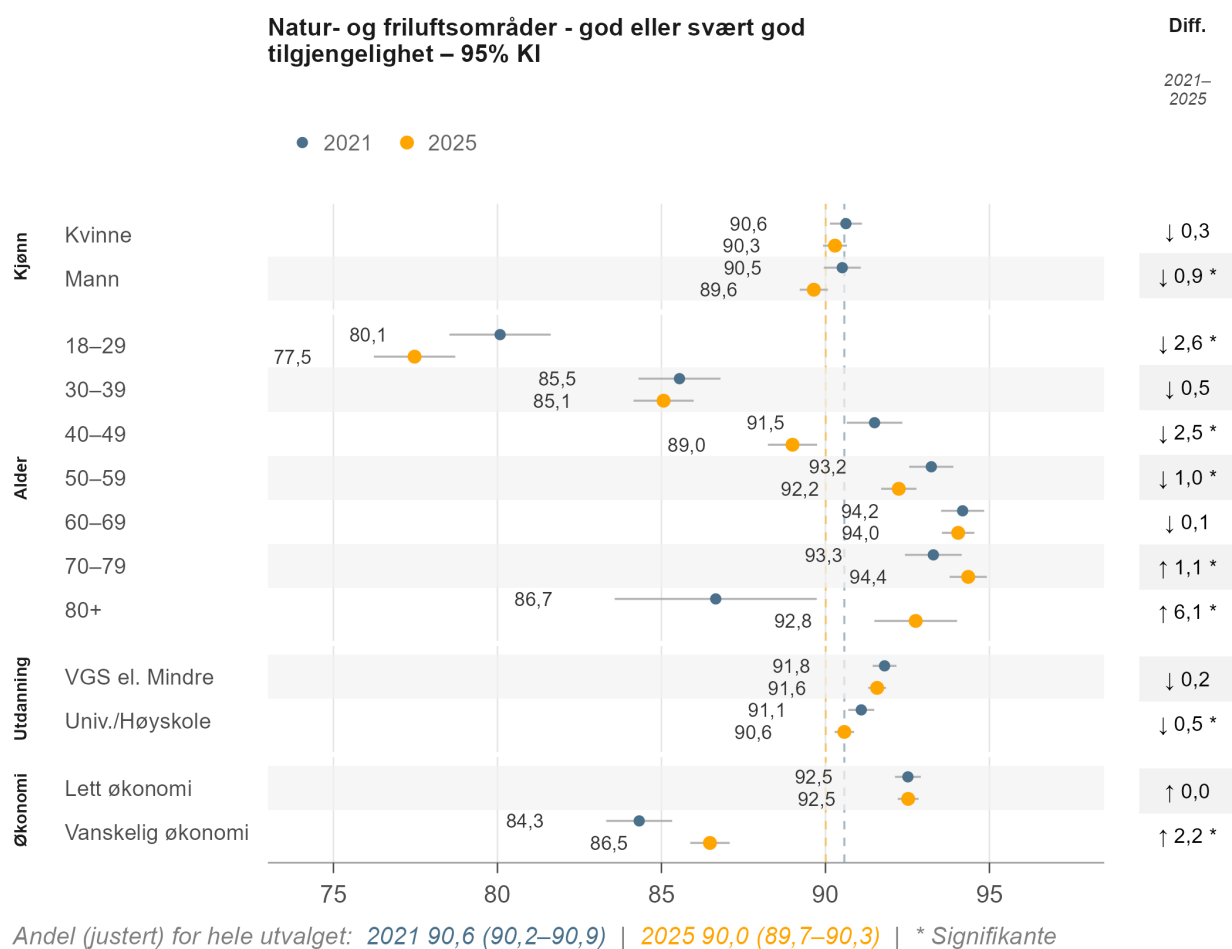
Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 76,1 prosent, og høyest i 60–69 år, med 94,7 prosent. Dette gir en tydelig økning på 18,6 prosentpoeng fra laveste til høyeste aldersgruppe, og forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h 0,56, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er andelen også lavest i 18–29 år, med 79,3 prosent, mens den er høyest i 70–79 år, med 93,9 prosent. Differansen er 14,6 prosentpoeng, og den er statistisk sikker. Cohen's h er 0,45, som tilsvarer en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger nivåene generelt høyt for begge kjønn, med de høyeste andelenene fra 50–59 år og oppover. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er gjennomgående små, og det er bare i alderen 60–69 år at forskjellen mellom kvinner og menn er statistisk sikker, der kvinner ligger 1,6 prosentpoeng høyere enn menn.

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 varierer andelen fra 93,1 prosent når husholdningsøkonomien oppleves som svært lett til 82,4 prosent når den oppleves som svært vanskelig. Dette utgjør en forskjell på 10,6 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,33, som tilsier en middels forskjell mellom ytterpunktene. For de øvrige gruppene ligger andelen blant kvinner på 92,8 prosent ved lett økonomi, 91,8 prosent ved forholdsvis lett, 88,1 prosent ved forholdsvis vanskelig og 86,4 prosent ved vanskelig. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som lett, med 93,3 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 80,3 prosent. Differansen er 13,0 prosentpoeng og er statistisk sikker, med Cohen's h på 0,40, som også indikerer en middels forskjell. Ellers ligger andelen på 93,1 prosent ved svært lett, 91,6 prosent ved forholdsvis lett, 88,1 prosent ved forholdsvis vanskelig og 85,8 prosent ved vanskelig. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små og framstår ikke som statistisk sikre.

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



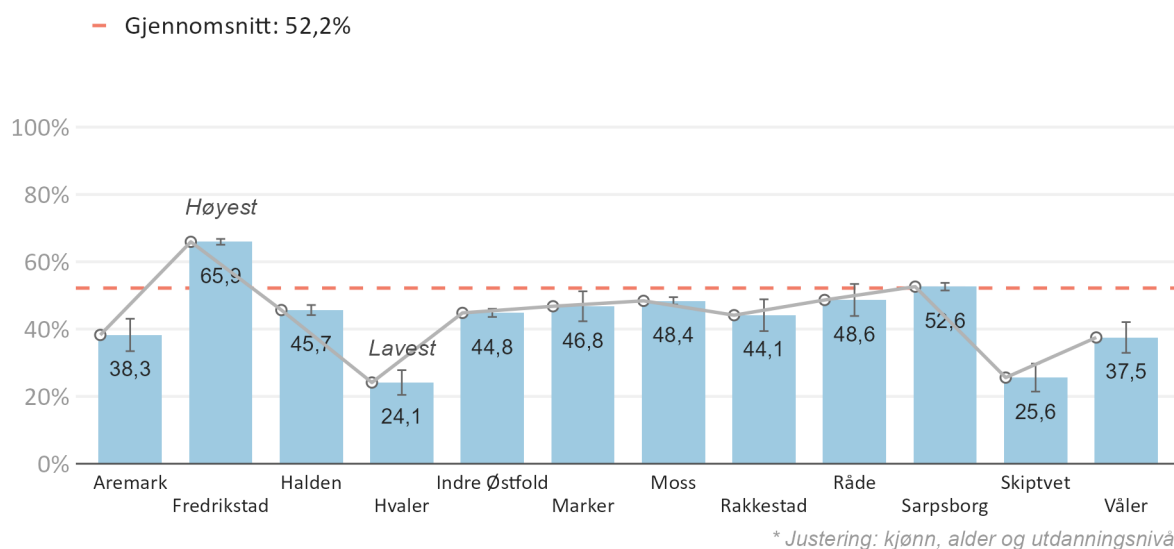
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, men menn har en liten nedgang som er statistisk sikker, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt, men det er flere statistisk sikre endringer innen enkelte aldersgrupper. De yngste (18–29 år) og gruppen 40–49 år har en statistisk sikker nedgang, mens 70–79 år og særlig 80 år eller eldre har en statistisk sikker økning (for 80 år eller eldre fra 86,7 til 92,8 prosent). Etter utdanning er nivåene like, med en ikke statistisk sikker endring for videregående skole eller mindre, men en statistisk sikker nedgang for universitets- eller høyskoleutdanning. For opplevd økonomi er forskjellen mellom gruppene tydelig i begge år, og utviklingen går i retning av noe mindre gap ved at gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning, mens gruppen med lett økonomi er stabil uten statistisk sikker endring. Samlet sett tyder dette på stabile totalnivåer, men med enkelte forskyvninger over tid i bestemte aldersgrupper og etter opplevd økonomiske vansker.

3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Svarandel: Totalt 43 478 deltakere av 45 794 (94,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

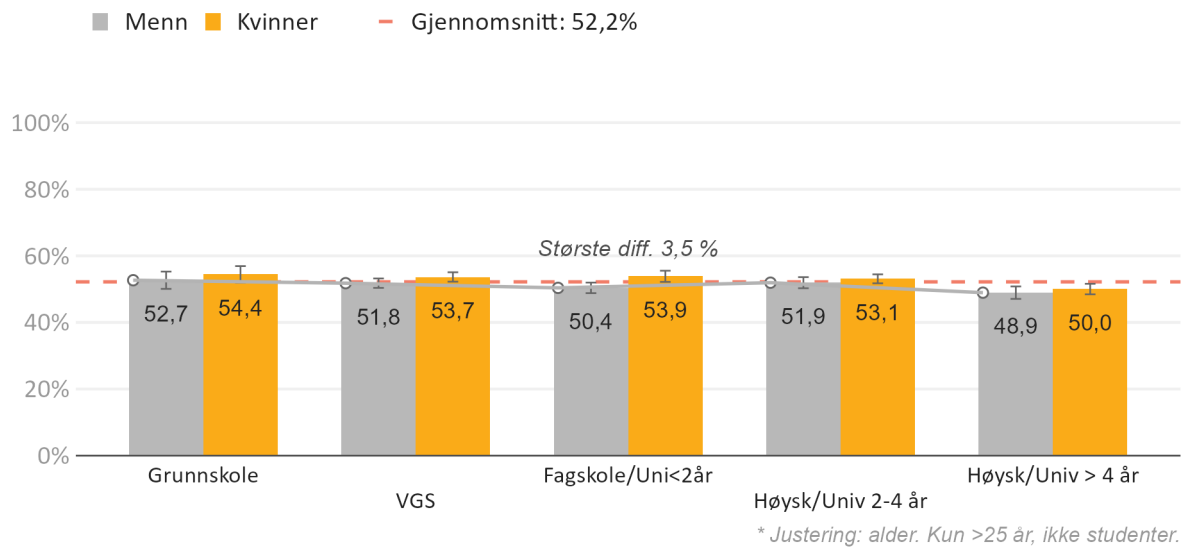
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 478	52,2 %	51,7 – 52,7
Kvinner	23 791	52,8 %	52,1 – 53,4
Menn	19 687	51,5 %	50,8 – 52,2

Figur 35: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kommuner i fylket (A)

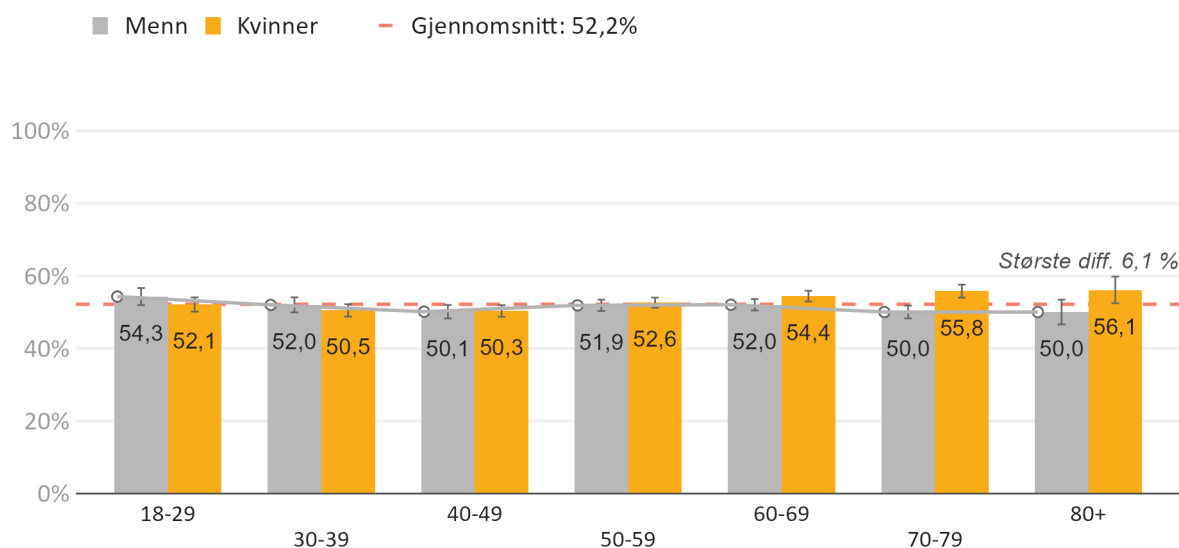


Figur A viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Det er tydelige forskjeller mellom kommunene. Høyest andel finner vi i Fredrikstad med 65,9 prosent, mens Hvaler har lavest andel med 24,1 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 41,8 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,87, som tilsvarer en stor forskjell. Flere kommuner ligger i et mellomnivå. Sarpsborg har 52,6 prosent, mens Råde og Moss ligger på henholdsvis 48,6 prosent og 48,4 prosent. Marker og Halden følger med 46,8 prosent og 45,7 prosent, og Indre Østfold og Rakkestad ligger på 44,8 prosent og 44,1 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Aremark med 38,3 prosent og Våler med 37,5 prosent, mens Skiptvet skiller seg ut med en lav andel på 25,6 prosent. Samlet sett viser figuren store kommuneforskjeller i hvor mange som opplever gang- og sykkelveier som godt utbygde i nærområdet.

Figur 36: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og utdanningsnivå (B)

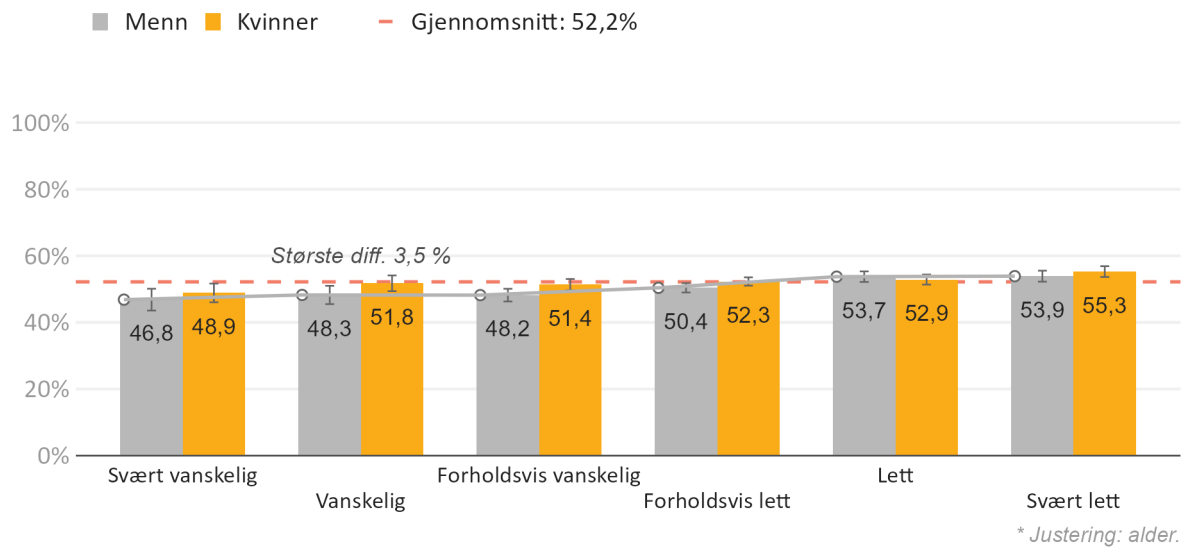


Figur B viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 54,4 prosent svarer godt eller svært godt. Lavest andel blant kvinner finner vi i gruppen med høyskole og universitet over fire år, med 50,0 prosent. Dette gir en forskjell på 4,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,09, som tilsier en ubetydelig forskjell, selv om variasjonen mellom ytterpunktene framstår statistisk sikker. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med grunnskole, med 52,7 prosent, og lavest i gruppen med høyskole og universitet over fire år, med 48,9 prosent. Differansen er 3,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,07, som også tilsier en ubetydelig forskjell. Her framstår ikke forskjellen mellom høyeste og laveste som statistisk sikker. Når vi sammenligner kjønn innen hvert utdanningsnivå, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner. Den tydeligste kjønnsforskjellen er i gruppen med fagskole eller universitet under to år, der kvinner ligger på 53,9 prosent og menn på 50,4 prosent, en statistisk sikker forskjell på 3,5 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 37: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og alder (C)

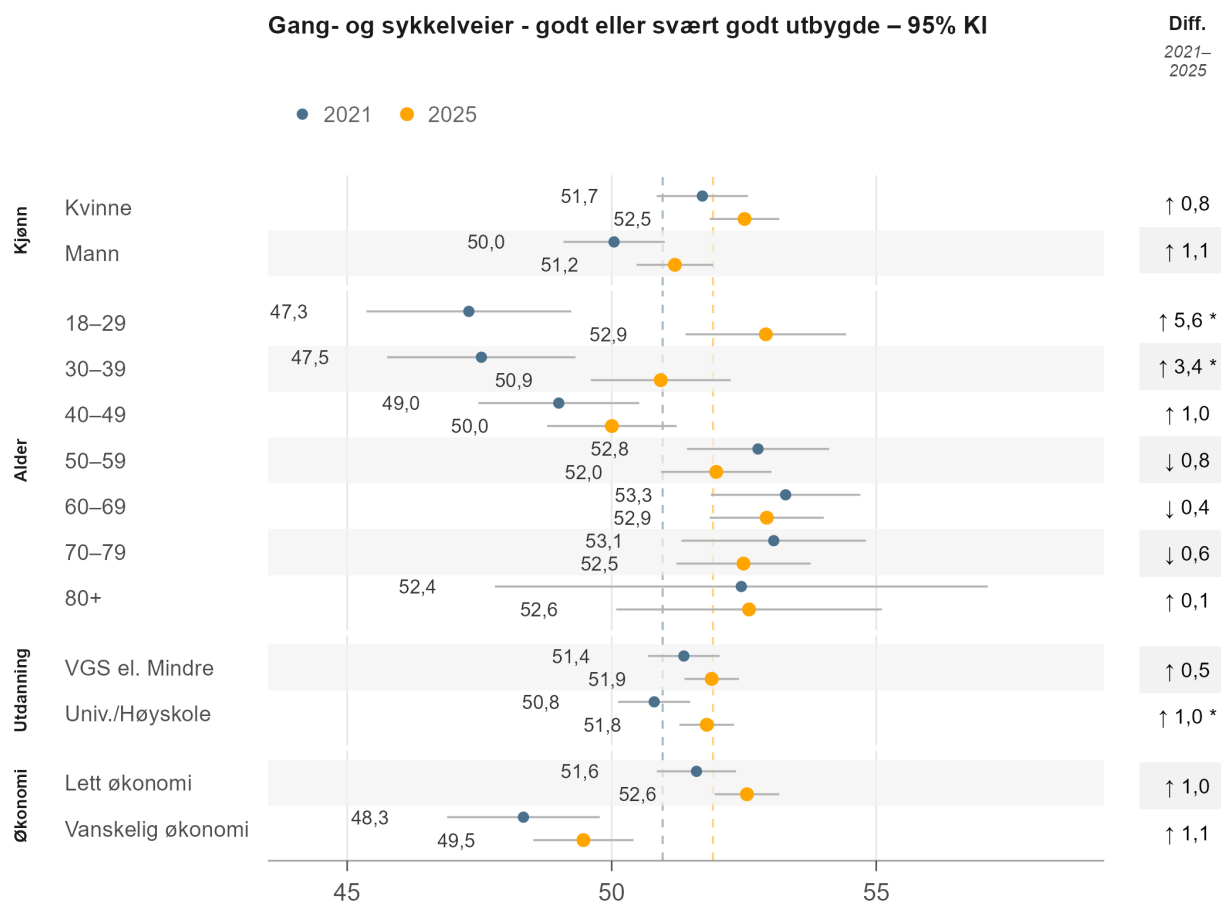
Figur C viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen mellom 50,3 prosent og 56,1 prosent på tvers av aldersgruppene. Høyest andel finnes i 80+, med 56,1 prosent, mens lavest andel er i 40–49, med 50,3 prosent. Differansen er 5,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,12, som tilsvarer en liten forskjell. For menn varierer andelen fra 50,0 prosent til 54,3 prosent. Høyest andel er i 18–29, med 54,3 prosent, og lavest andel er i 80+, med 50,0 prosent, en differanse på 4,3 prosentpoeng. Her er Cohen's h 0,09, som tilsvarer en ubetydelig forskjell, og variasjonen mellom aldersgruppene framstår ikke som statistisk sikker. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er forskjellene gjennomgående små. Den tydeligste kjønnsforskjellen er i 70–79, der kvinner ligger på 55,8 prosent og menn på 50,0 prosent, en statistisk sikker forskjell på 5,7 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 38: 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 55,3 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 48,9 prosent. Dette gir en forskjell på 6,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 53,9 prosent, og lavest i gruppen som vurderer den som svært vanskelig, med 46,8 prosent. Forskjellen er 7,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,14, som også tilsier en liten forskjell. I de øvrige gruppene ligger andelen for kvinner mellom 51,4 og 52,9 prosent, mens de for menn ligger mellom 48,2 og 53,7 prosent. Samlet sett varierer andelen noe med vurderingen av husholdningsøkonomien innen hvert kjønn, men forskjellene er små i effektstørrelse. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er gjennomgående små og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 39: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 51,0 (50,3–51,6) | 2025 51,9 (51,4–52,4) | * Signifikante

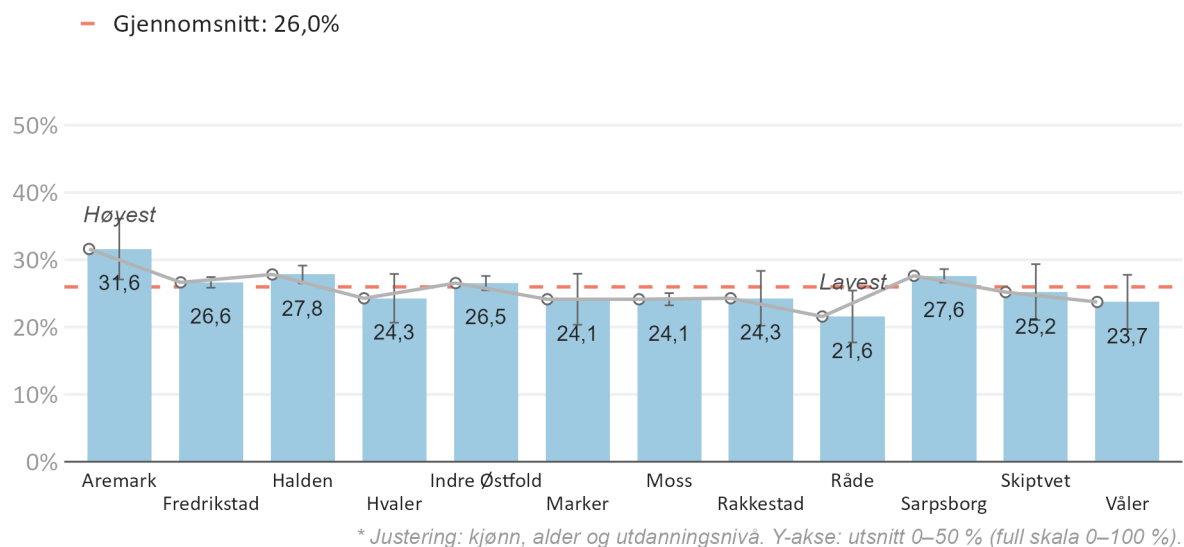
Figur E viser andelen som oppgir godt eller svært godt utbygde til gang- og sykkelveier på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. For kjønn er nivåene like i begge år, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre for verken kvinner eller menn. Etter alder er det en tydeligere økning blant de yngste: 18–29 år og 30–39 år har en statistisk sikker økning, mens de øvrige aldersgruppene ikke har statistisk sikre endringer. Dette innebærer at forskjellene mellom yngre og eldre blir noe mindre i 2025 enn i 2021. For utdanning er endringen ikke statistisk sikker blant dem med videregående skole eller mindre, mens den er statistisk sikker blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. For opplevd økonomi er endringene ikke statistisk sikre i noen av gruppene, og mønsteret med noe lavere andel blant dem med vanskelig økonomi består i 2025. Samlet sett peker resultatene mot små endringer over tid, med de mest konsistente forbedringene konsentrert i de yngste aldersgruppene.

3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Svarandel: Totalt 44 209 deltakere av 45 794 (96,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

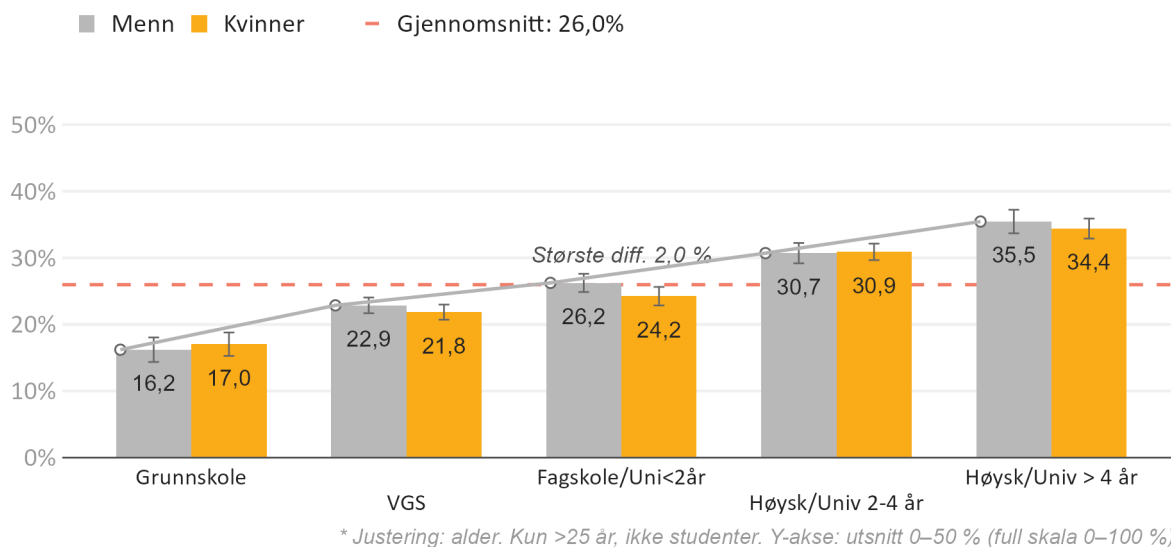
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 209	26,0 %	25,5 – 26,4
Kvinner	24 193	25,6 %	25,1 – 26,2
Menn	20 016	26,4 %	25,8 – 27,0

Figur 40: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kommuner i fylket (A)

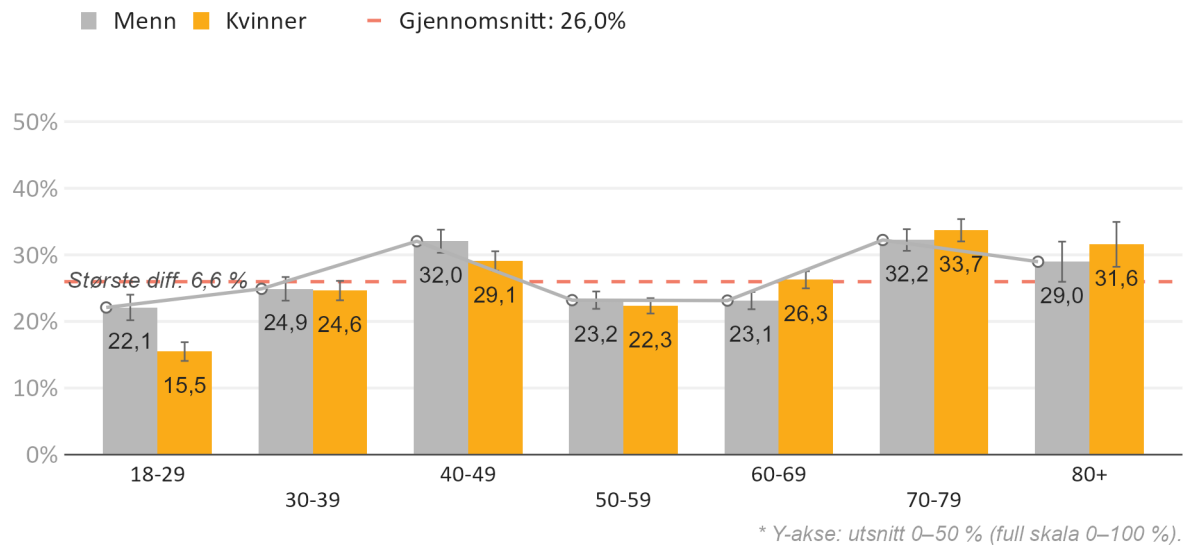


Figur A viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 31,6 prosent i Aremark til 21,6 prosent i Råde, en forskjell på 10,0 prosentpoeng, og forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,23, som indikerer en liten forskjell. Flere kommuner ligger i midtsjiktet. Halden og Sarpsborg har relativt høye nivåer med henholdsvis 27,8 prosent og 27,6 prosent, mens Fredrikstad og Indre Østfold ligger tett etter med 26,6 prosent og 26,5 prosent. Skiptvet har 25,2 prosent. Hvaler og Rakkestad ligger på 24,3 prosent, mens Marker og Moss begge har 24,1 prosent. Våler ligger noe lavere med 23,7 prosent. Råde skiller seg ut med den laveste andelen, mens Aremark har den høyeste andelen ukentlig deltakelse. Samlet sett viser resultatene målbare, men gjennomgående små geografiske forskjeller i jevnlig deltakelse.

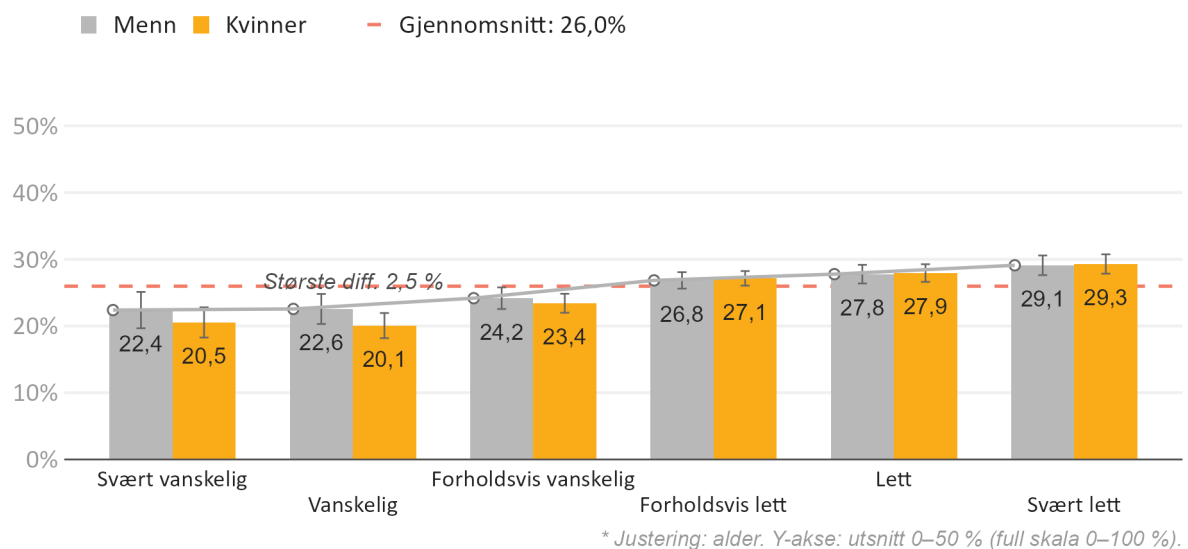
Figur 41: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som deltar ukentlig med høyere utdanning. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, der 17,0 prosent deltar ukentlig, og høyest blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, der 34,4 prosent deltar. Dette gir en forskjell på 17,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest ved grunnskole, med 16,2 prosent, og høyest ved høyskole eller universitetsutdanning over 4 år, med 35,5 prosent. Her er forskjellen 19,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, som også tilsvarer en middels forskjell. De øvrige utdanningsgruppene ligger mellom disse ytterpunktene, med 24,2 prosent blant kvinner og 26,2 prosent blant menn i fagskole eller universitet under 2 år, 21,8 prosent blant kvinner og 22,9 prosent blant menn i videregående skole, og 30,9 prosent blant kvinner og 30,7 prosent blant menn i høyskole eller universitetsutdanning 2–4 år. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og framstår ikke som statistisk sikre.

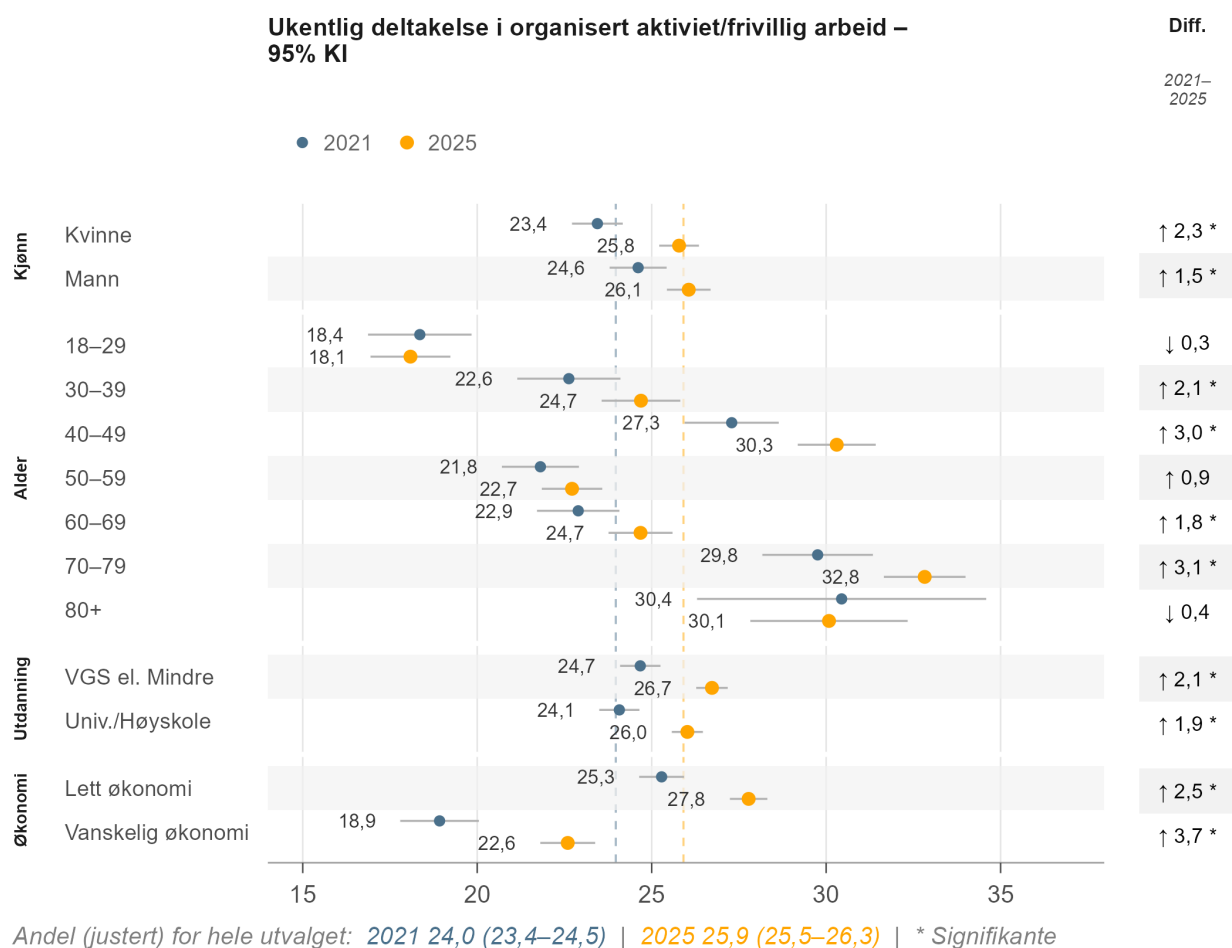
Figur 42: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er deltakelsen lavest i alderen 18-29, der 15,5 prosent deltar ukentlig, og høyest i 70-79, der 33,7 prosent deltar. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 18,2 prosentpoeng mellom laveste og høyeste aldersgruppe, og Cohen's h er 0,43, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er deltakelsen også lavest i 18-29 med 22,1 prosent og høyest i 70-79 med 32,2 prosent. Differansen er 10,1 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. Ser man på kjønnsforskjeller innen enkeltaldre, deltar menn oftere enn kvinner i alderen 18-29, med en statistisk sikker forskjell på 6,6 prosentpoeng. I 60-69 er bildet motsatt, der kvinner deltar oftere enn menn, med en statistisk sikker forskjell på 3,1 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn små og ikke statistisk sikre.

Figur 43: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er deltakelsen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 29,3 prosent, og lavest når økonomien vurderes som vanskelig, med 20,1 prosent. Dette gir en forskjell på 9,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,21, som tilsvarer en liten forskjell, selv om variasjonen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. For menn er andelen også høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 29,1 prosent, mens den er lavest blant dem som vurderer økonomien som svært vanskelig, med 22,4 prosent. Forskjellen er 6,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,15, som også indikerer en liten forskjell, samtidig som forskjellen mellom høyest og lavest nivå er statistisk sikker. På tvers av vurderingene ligger andelene ellers relativt samlet, og kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og ikke statistisk sikre, for eksempel 27,1 prosent for kvinner og 26,8 prosent for menn ved forholdsvis lett, og 20,1 prosent for kvinner og 22,6 prosent for menn ved vanskelig.

Figur 44: 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 24,0 prosent i 2021 til 25,9 prosent i 2025, og endringen er statistisk sikker. Økningen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellene framstår som små og relativt stabile over tid. Etter alder er utviklingen mer

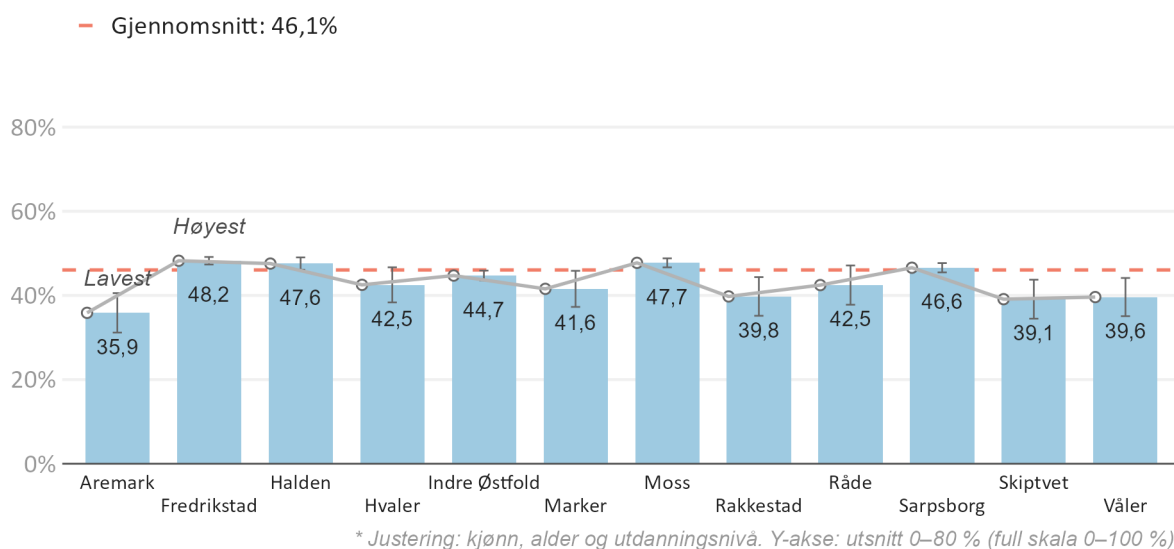
sammensatt: det er statistisk sikker økning i aldersgruppene 30–39, 40–49, 60–69 og 70–79 år, mens endringene ikke er statistisk sikre blant 18–29, 50–59 og 80 år eller eldre. Dette innebærer at de eldste aldersgruppene fortsatt ligger høyt, samtidig som flere av gruppene i midten av aldersfordelingen har økt fra 2021 til 2025. For utdanning øker andelen statistisk sikkert både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og nivåforskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er det statistisk sikker økning både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, men gruppen med vanskelig økonomi ligger fortsatt lavere i 2025. Samlet peker mønsteret mot en moderat oppgang over tid, uten store endringer i hvordan forskjellene mellom kjønn og utdanning fordeler seg, mens aldersmønsteret viser tydeligere variasjon i hvilke grupper som har økt.

3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

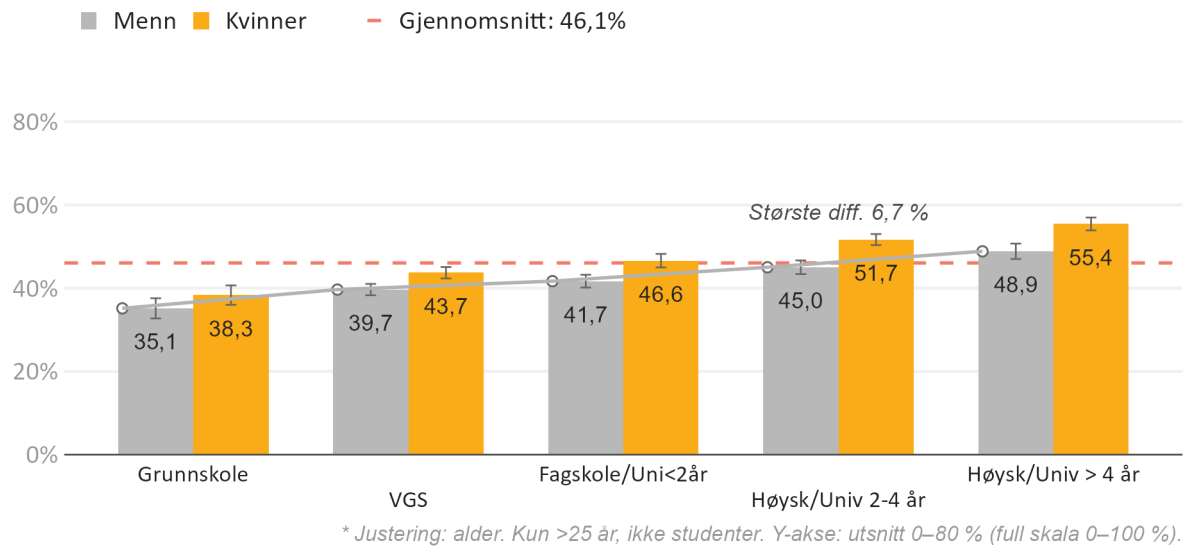
Svarandel: Totalt 44 341 deltakere av 45 794 (96,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 341	46,1 %	45,6 – 46,5
Kvinner	24 272	48,3 %	47,7 – 49,0
Menn	20 069	43,3 %	42,6 – 44,0

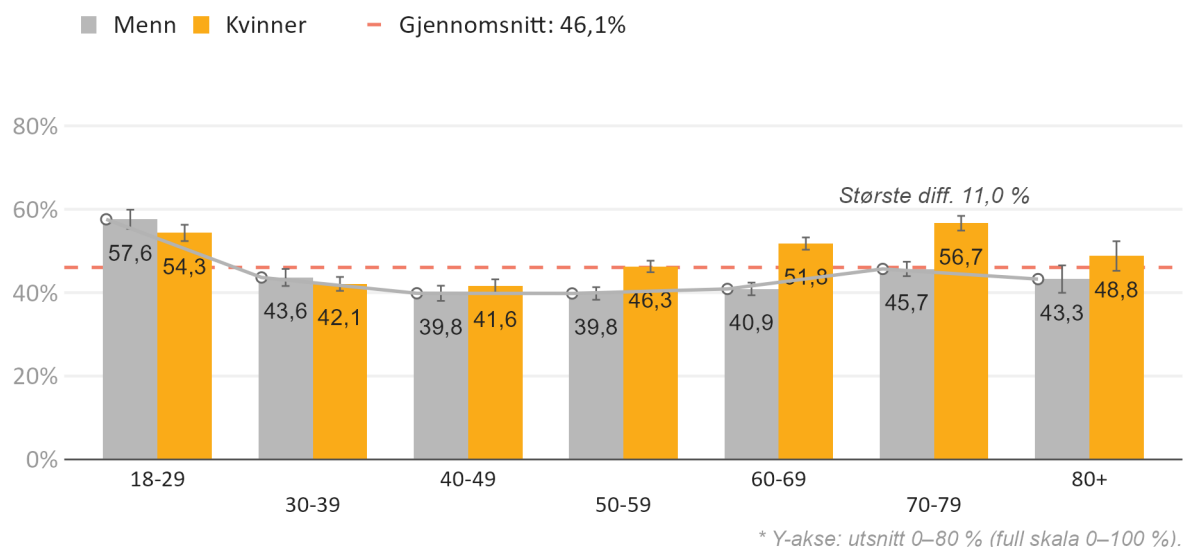
Figur 45: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 35,9 prosent i Aremark til 48,2 prosent i Fredrikstad, en forskjell på 12,4 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, og effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,25$, som tilsvarer en middels forskjell. Flere kommuner ligger høyt, med Fredrikstad på 48,2 prosent, Moss på 47,7 prosent og Halden på 47,6 prosent. Sarpsborg følger like bak med 46,6 prosent, mens Indre Østfold ligger på 44,7 prosent. Midt i fordelingen finner vi Hvaler og Råde, som begge har 42,5 prosent, og Marker med 41,6 prosent. I den nedre delen av fordelingen ligger Rakkestad på 39,8 prosent, Våler på 39,6 prosent og Skiptvet på 39,1 prosent, før Aremark med 35,9 prosent. Samlet viser figuren tydelige kommuneforskjeller i hvor stor andel som deltar ukentlig i slike aktiviteter.

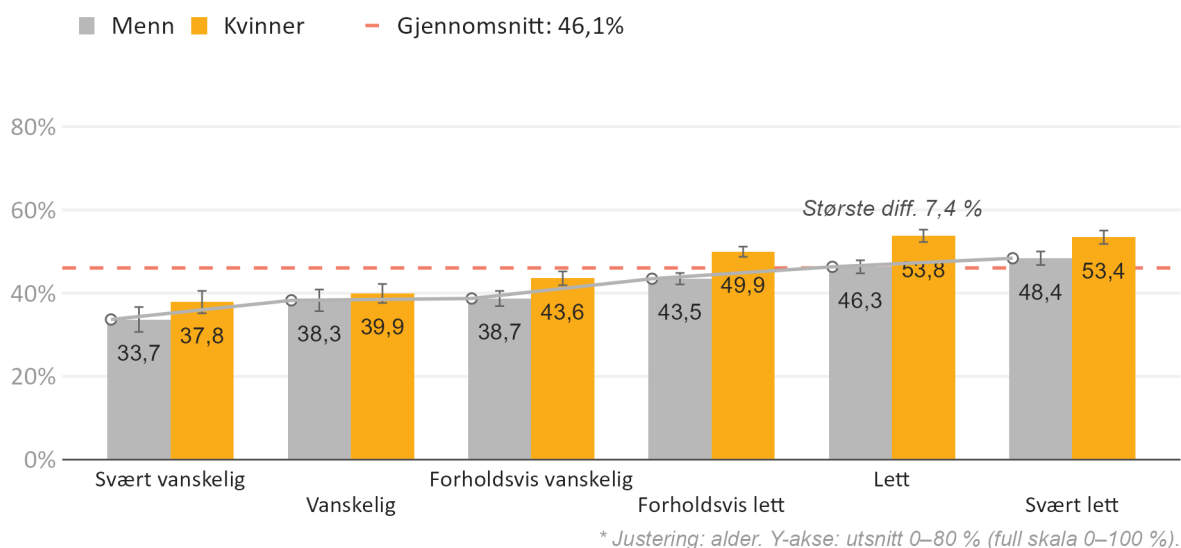
Figur 46: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole og universitet over 4 år, med 55,4 prosent, og lavest for dem med grunnskole, med 38,3 prosent. Dette gir en forskjell på 17,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med høyskole og universitet over 4 år, med 48,9 prosent, og lavest i gruppen med grunnskole, med 35,1 prosent. Forskjellen er 13,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,28, som også tilsvarer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, ligger kvinner gjennomgående høyere. Kjønnforskjellen er statistisk sikker for fagskole og universitet under 2 år, høyskole og universitet 2–4 år, høyskole og universitet over 4 år og videregående skole, og varierer fra 4,0 til 6,7 prosentpoeng.

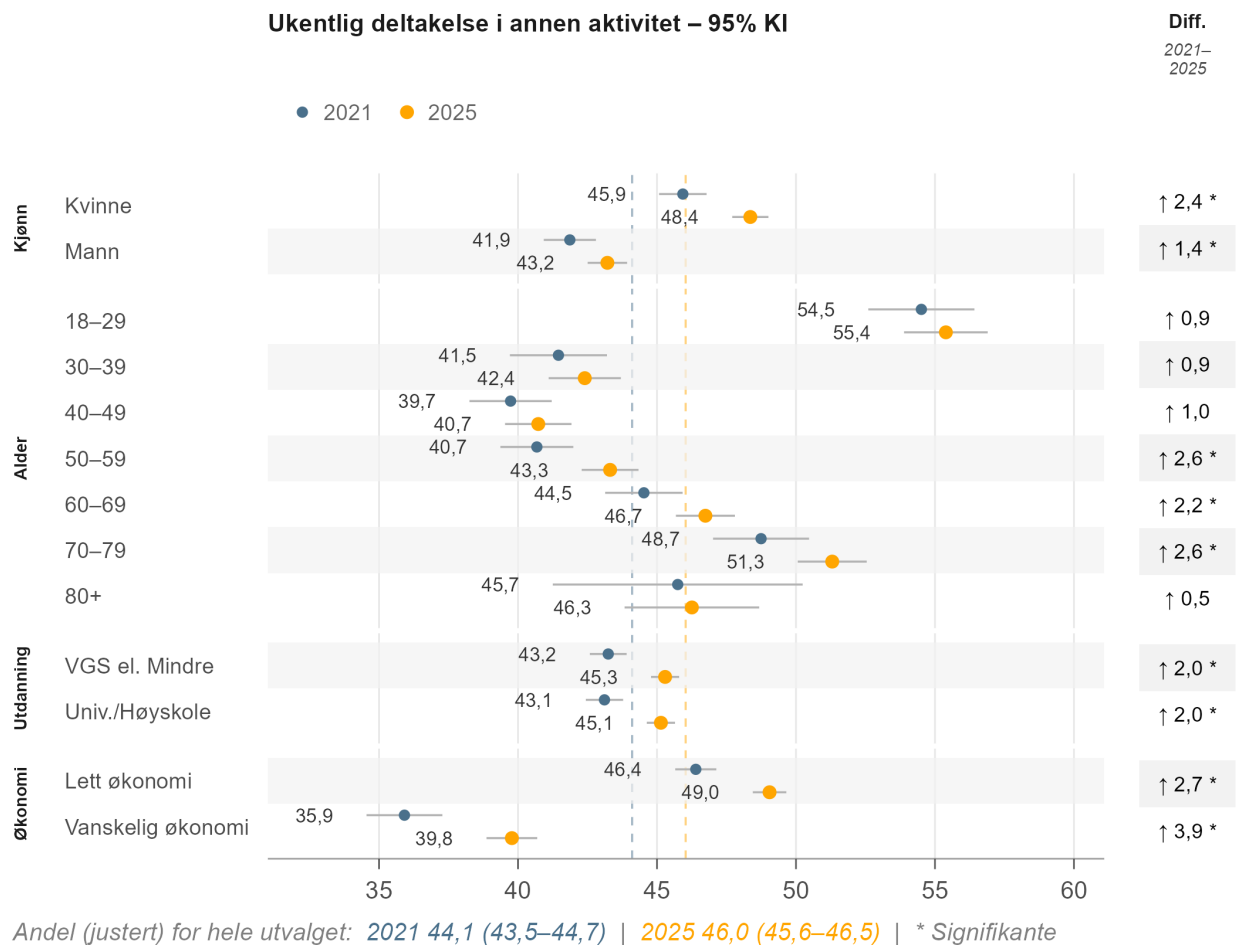
Figur 47: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen fra 41,6 prosent i alderen 40–49 år til 56,7 prosent i alderen 70–79 år, en forskjell på 15,0 prosentpoeng som er statistisk sikker. Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell mellom ytterpunktene. For menn er andelen høyest i alderen 18–29 år med 57,6 prosent og lavest i alderen 50–59 år med 39,8 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 17,8 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,36 peker også mot en middels forskjell. Ser vi på kjønn innen hver aldersgruppe, er forskjellene små i de yngste og den eldste gruppen og ikke statistisk sikre. I alderen 50–59 år, 60–69 år og 70–79 år er det derimot statistisk sikre kjønnsforskjeller, der kvinner ligger høyere enn menn med henholdsvis 6,5, 10,9 og 11,0 prosentpoeng.

Figur 48: 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. Blant kvinner varierer andelen fra 37,8 prosent når økonomien oppleves som svært vanskelig til 53,8 prosent når den oppleves som lett, en forskjell på 15,9 prosentpoeng. Denne forskjellen er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,32, som indikerer en middels forskjell. Også blant menn er det en statistisk sikker variasjon mellom ytterpunktene, fra 33,7 prosent i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig til 48,4 prosent i gruppen som vurderer den som svært lett. Differansen er 14,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som også regnes som en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme økonomivurdering, ligger kvinner gjennomgående høyere. Forskjellene er statistisk sikre i flere grupper, blant annet ved lett, der 53,8 prosent av kvinnene deltar ukentlig mot 46,3 prosent av mennene, en forskjell på 7,4 prosentpoeng, og ved forholdsvis lett, der forskjellen er 6,5 prosentpoeng. I gruppene vanskelig og svært vanskelig er kjønnsforskjellene mindre, og de framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 49: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet (E)

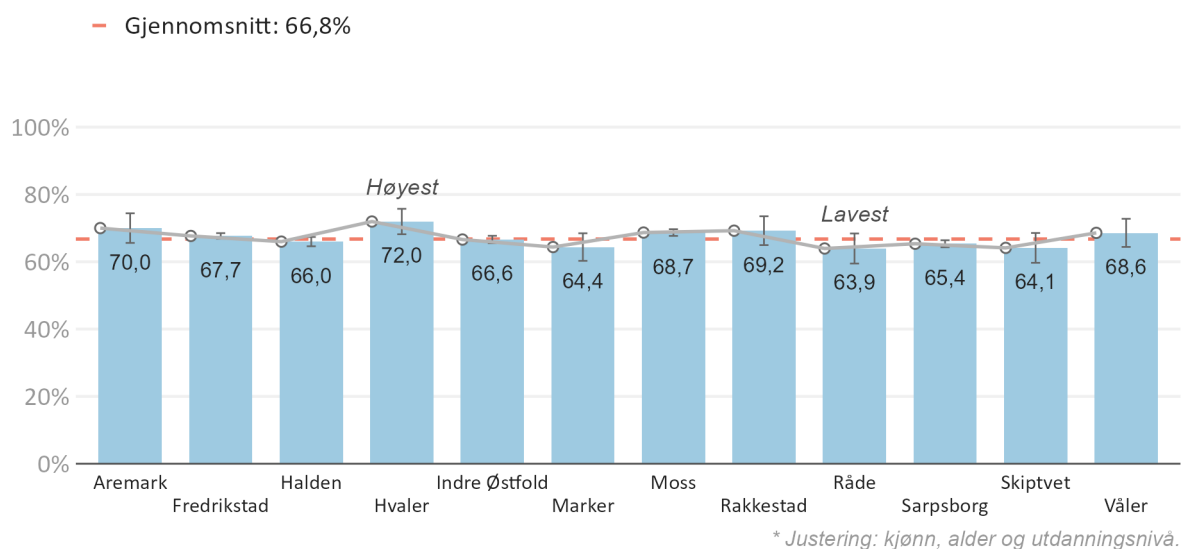
Figur E viser andelen som oppgir ukentlig deltakelse i annen aktivitet på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker andelen fra 44,1 prosent i 2021 til 46,0 prosent i 2025, og denne endringen er statistisk sikker. For kjønn øker andelen både blant kvinner og menn, og økningen er statistisk sikker i begge grupper, slik at kjønnsforskjellen i hovedsak består. Etter alder er det et stabilt mønster med høyere deltakelse blant de yngste enn blant flere av middelaldrende gruppene, samtidig som det er statistisk sikker økning i aldersgruppene 50–59, 60–69 og 70–79 år, men ikke i de øvrige aldersgruppene. For utdanning øker andelen statistisk sikkert både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi øker andelen statistisk sikkert 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, selv om begge har økt fra 2021. Samlet peker utviklingen mot en moderat oppgang over tid, uten tydelige skifter i hvilke grupper som ligger høyest og lavest.

3.14 God eller svært god helse

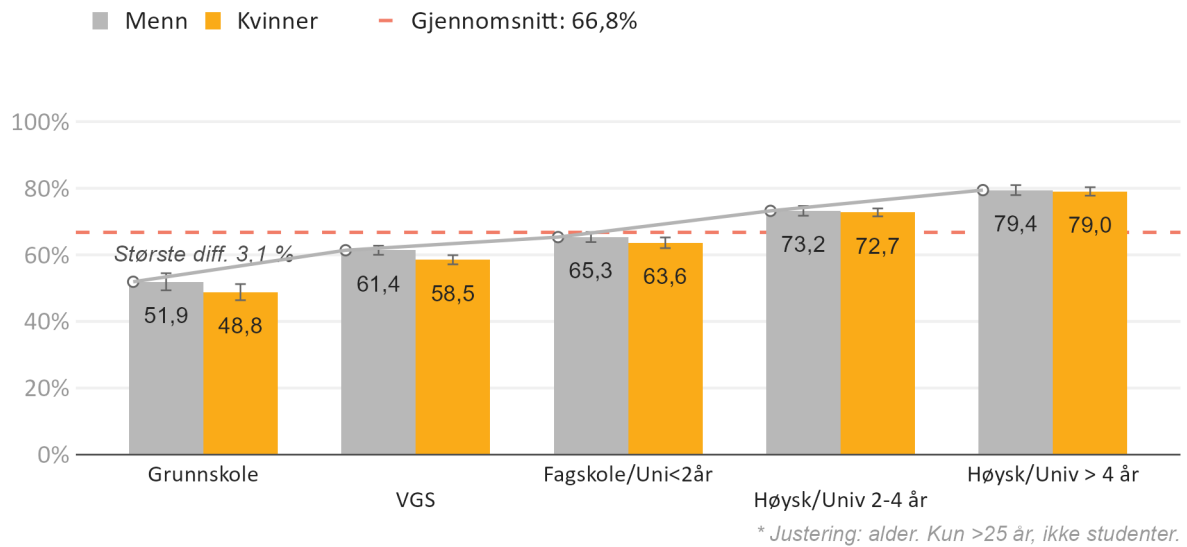
Svarandel: Totalt 44 155 deltakere av 45 794 (96,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 155	66,8 %	66,3 – 67,2
Kvinner	24 171	66,6 %	66,0 – 67,2
Menn	19 984	66,9 %	66,3 – 67,6

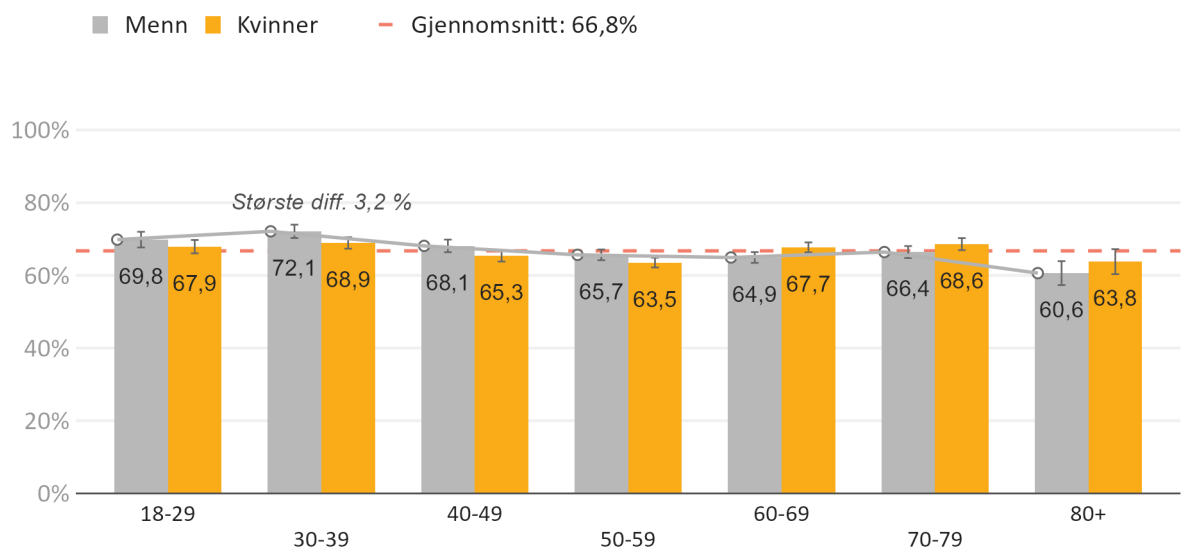
Figur 50: God eller svært god helse etter kommuner i fylket (A)



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 63,9 prosent i Råde til 72,0 prosent i Hvaler, en forskjell på 8,0 prosentpoeng. Denne forskjellen framstår likevel ikke som statistisk sikker. Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger rundt to tredeler til litt over to tredeler som rapporterer god eller svært god helse. Moss har 68,7 prosent og Våler 68,6 prosent, mens Fredrikstad ligger på 67,7 prosent og Indre Østfold på 66,6 prosent. Halden har 66,0 prosent og Sarpsborg 65,4 prosent. I den nedre delen av fordelingen ligger Marker med 64,4 prosent og Skiptvet med 64,1 prosent, i tillegg til Råde med 63,9 prosent. Aremark og Rakkestad ligger høyere, med henholdsvis 70,0 prosent og 69,2 prosent. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner mellom kommunene, uten at ytterpunktene skiller seg klart fra hverandre.

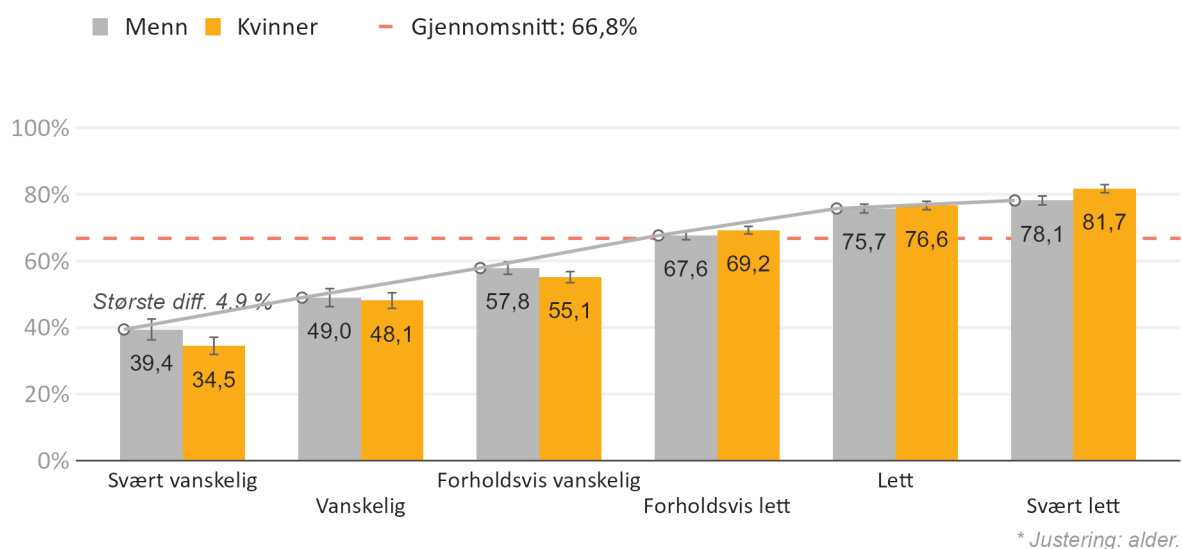
Figur 51: God eller svært god helse etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som rapporterer god eller svært god helse med høyere utdanning. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, der 48,8 prosent vurderer helsen som god eller svært god, og høyest blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 79,0 prosent. Dette gir en forskjell på 30,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,64, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest ved grunnskole, med 51,9 prosent, og høyest ved høyskole og universitet over 4 år, med 79,4 prosent. Forskjellen er 27,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,59, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de fleste utdanningsnivåene er små og ikke statistisk sikre, men ved videregående skole rapporterer menn oftere god eller svært god helse enn kvinner, med 61,4 prosent mot 58,5 prosent, en forskjell på 2,9 prosentpoeng som er statistisk sikker.

Figur 52: God eller svært god helse etter kjønn og alder (C)

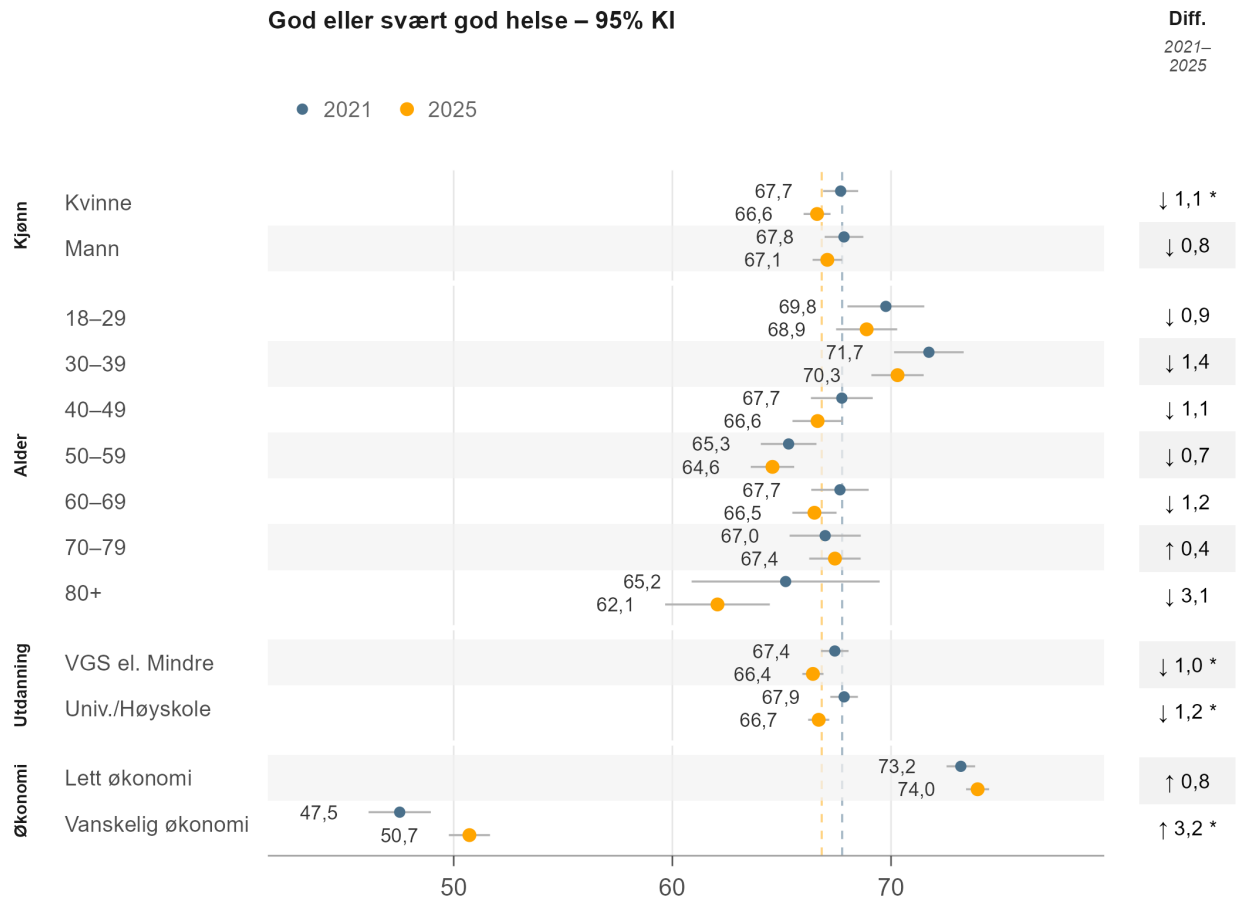
Figur C viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen mellom 63,5 prosent og 68,9 prosent på tvers av aldersgruppene. Høyest andel finner vi i 30–39 år med 68,9 prosent, mens lavest andel er i 50–59 år med 63,5 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 5,4 prosentpoeng, men effektstørrelsen er liten med Cohen's h på 0,11. I de øvrige aldersgruppene ligger kvinner på 67,9 prosent i 18–29 år, 65,3 prosent i 40–49 år, 67,7 prosent i 60–69 år, 68,6 prosent i 70–79 år og 63,8 prosent i 80+. Blant menn varierer andelen mer, fra 60,6 prosent til 72,1 prosent. Høyest andel er i 30–39 år med 72,1 prosent, og lavest i 80+ med 60,6 prosent. Forskjellen på 11,5 prosentpoeng er tydelig, samtidig som Cohen's h på 0,24 tilsier en liten forskjell. Kjønnsforskjellene innen hver aldersgruppe er gjennomgående små og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 53: God eller svært god helse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er det en tydelig sammenheng mellom hvordan husholdningsøkonomien oppleves og andelen som rapporterer god helse. Blant kvinner er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 81,7 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 34,5 prosent. Dette gir en differanse på 47,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 1,00, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 78,1 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 39,4 prosent. Differansen er 38,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,81, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen de fleste økonomigrupper er små, men i gruppen som opplever økonomien som svært lett er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med en statistisk sikker forskjell på 3,5 prosentpoeng.

Figur 54: God eller svært god helse (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 67,8 (67,2–68,4) | 2025 66,8 (66,4–67,3) | * Signifikante

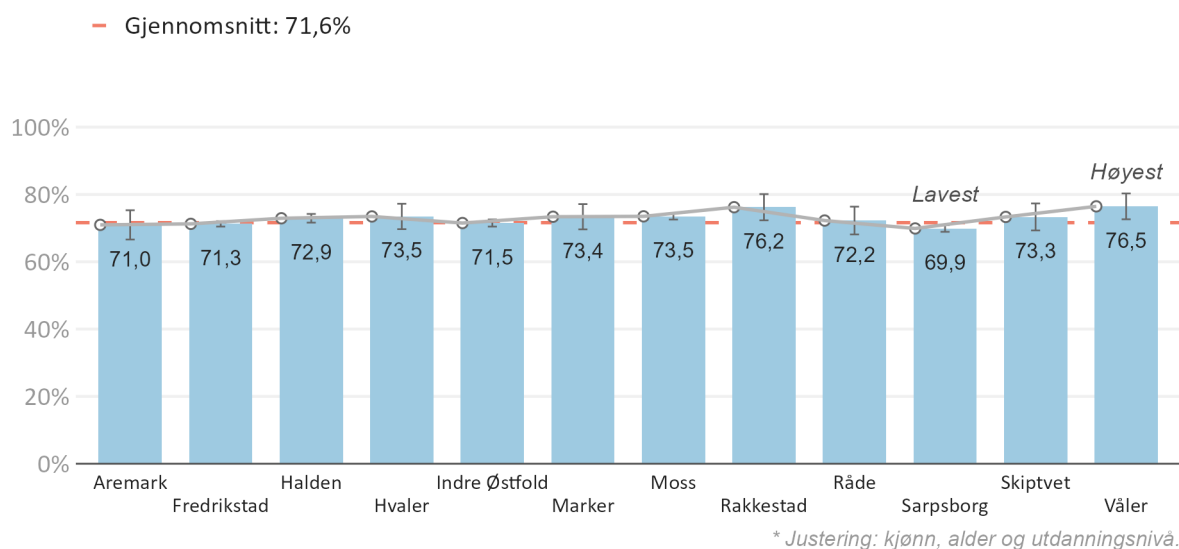
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god helse på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen omtrent stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellene er små i begge år, men blant kvinner er det en statistisk sikker nedgang (fra 67,7 til 66,6 prosent), mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. På tvers av aldersgrupper er mønsteret i hovedsak uendret, og ingen av aldersgruppene har statistisk sikker endring over tid. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår derfor som relativt stabile. Når det gjelder opplevde økonomiske vansker, er nivåforskjellen stor i begge år. Gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning (fra 47,5 til 50,7 prosent), mens endringen i gruppen med lett økonomi ikke er statistisk sikker, noe som peker mot en noe redusert, men fortsatt tydelig, forskjell mellom økonomigruppene i 2025.

3.15 God eller svært god tannhelse

Svarandel: Totalt 44 191 deltakere av 45 794 (96,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

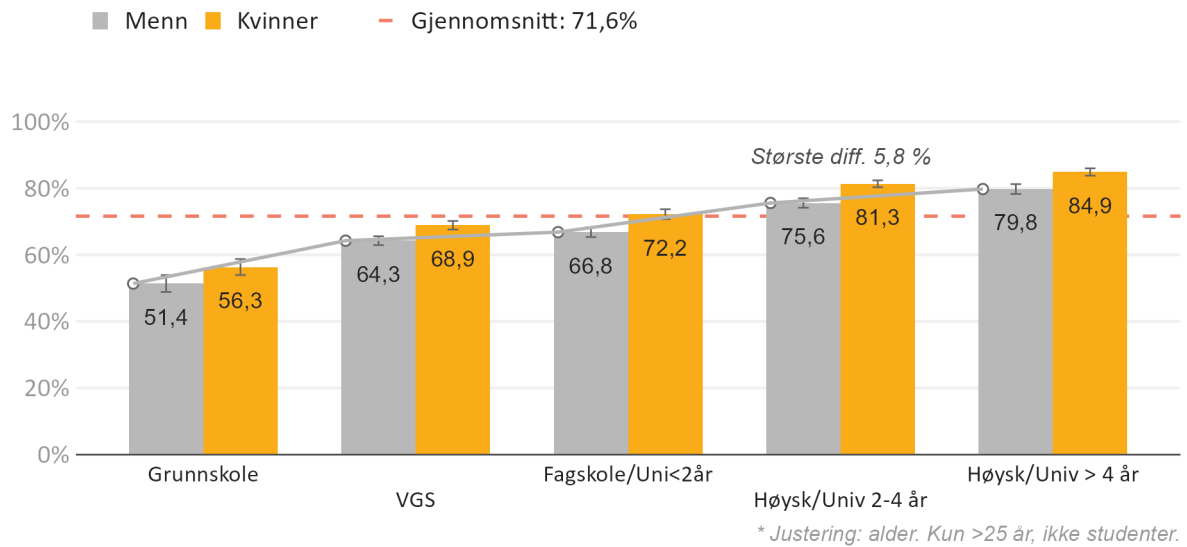
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 191	71,6 %	71,2 – 72,1
Kvinner	24 189	74,7 %	74,1 – 75,2
Menn	20 002	68,0 %	67,3 – 68,6

Figur 55: God eller svært god tannhelse etter kommuner i fylket (A)

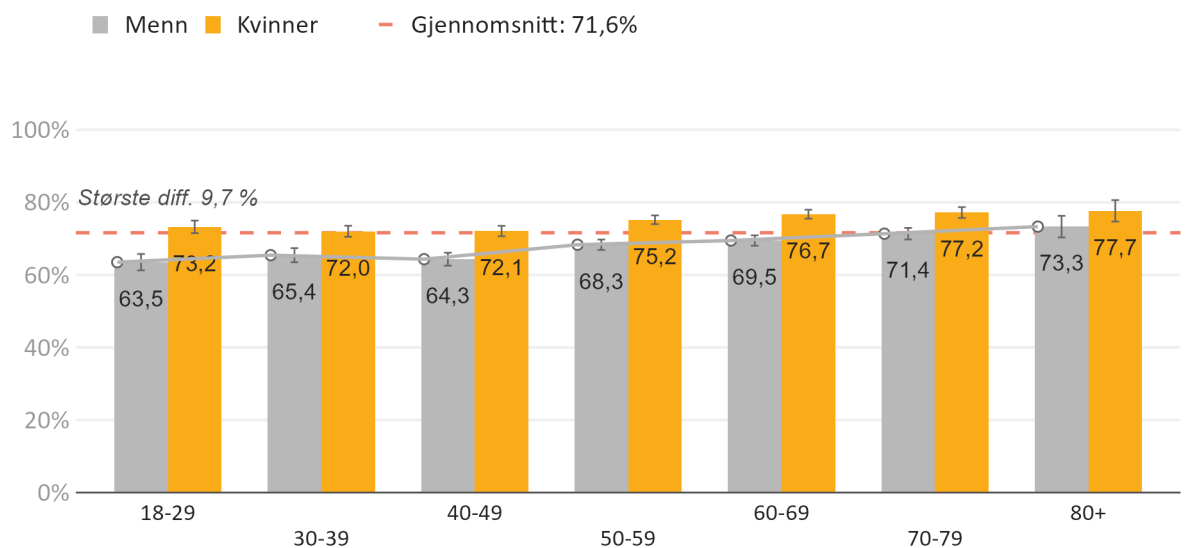


Figur A viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 69,9 prosent i Sarpsborg til 76,5 prosent i Våler, en forskjell på 6,6 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, men effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,15$, som tilsvarer en liten forskjell.

Rakkestad ligger også høyt med 76,2 prosent, mens flere kommuner samler seg i et midtsjikt rundt 71 til 74 prosent. Dette gjelder blant annet Fredrikstad med 71,3 prosent, Indre Østfold med 71,5 prosent, Halden med 72,9 prosent og Råde med 72,2 prosent. Hvaler og Moss har begge 73,5 prosent, Marker har 73,4 prosent og Skiptvet 73,3 prosent, mens Aremark ligger noe lavere med 71,0 prosent. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner mellom kommunene, der Sarpsborg skiller seg ut med lavest andel og Våler med høyest andel.

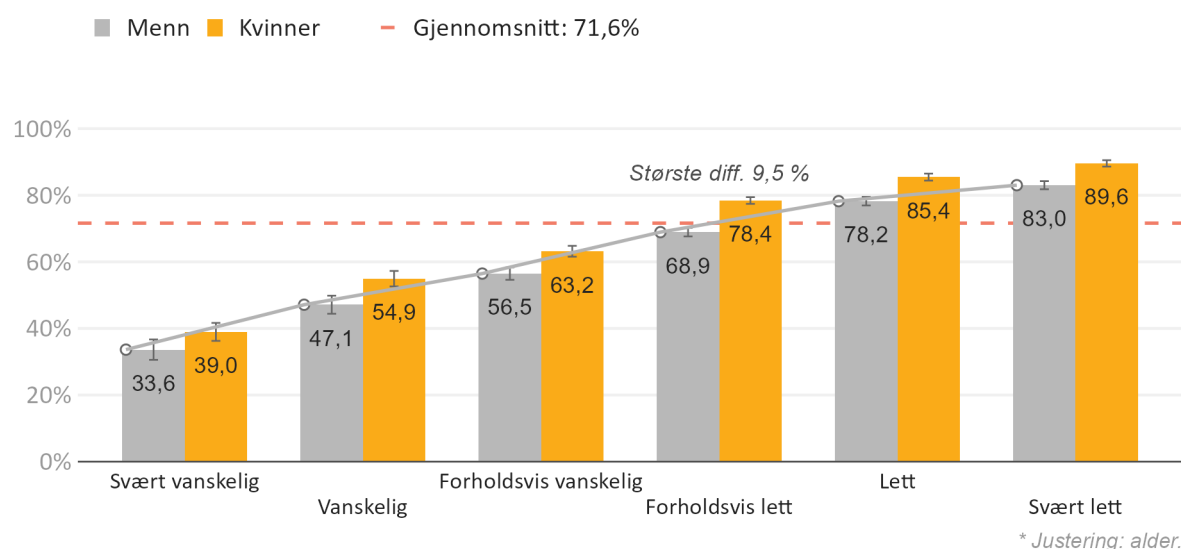
Figur 56: God eller svært god tannhelse etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen tydelig med høyere utdanning. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, der 56,3 prosent vurderer tannhelsen som god eller svært god, og høyest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 84,9 prosent. Dette gir en forskjell på 28,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,64, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest ved grunnskole, med 51,4 prosent, og høyest ved høyskole eller universitet i mer enn 4 år, med 79,8 prosent. Forskjellen er 28,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,61, også en stor forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn på alle utdanningsnivåer, og disse kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellene ligger mellom 4,6 og 5,8 prosentpoeng, for eksempel 68,9 prosent blant kvinner mot 64,3 prosent blant menn ved videregående, og 81,3 prosent mot 75,6 prosent ved høyskole eller universitet i 2–4 år.

Figur 57: God eller svært god tannhelse etter kjønn og alder (C)

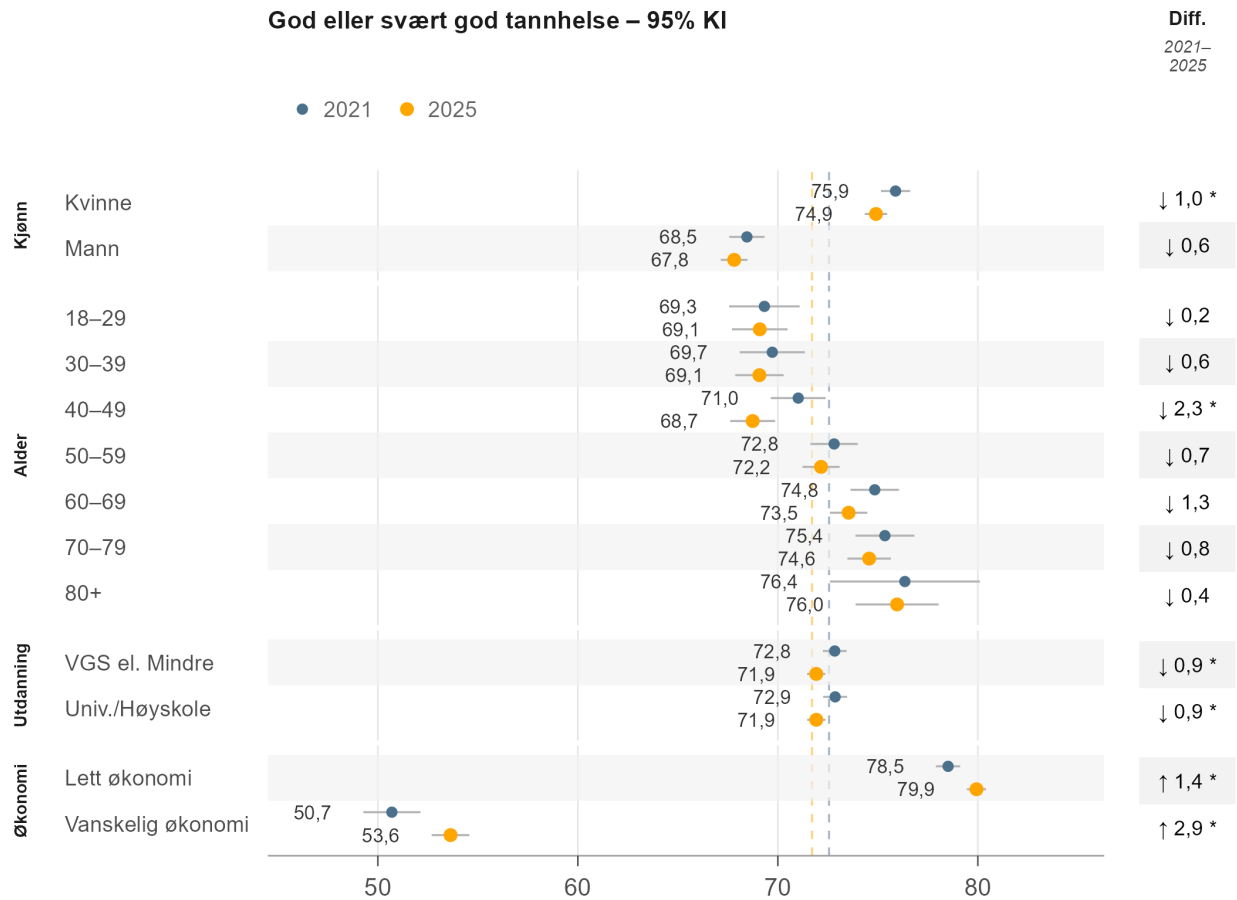
Figur C viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen relativt stabilt gjennom aldersgruppene, fra 72,0 prosent i 30–39 til 77,7 prosent i 80+. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 5,6 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell, men effektstørrelsen er liten med Cohen's h 0,13. For menn er variasjonen noe større: andelen er lavest i 18–29 med 63,5 prosent og høyest i 80+ med 73,3 prosent. Dette gir en forskjell på 9,8 prosentpoeng, som også er statistisk sikker, og Cohen's h 0,21 tilsier en liten forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel med god eller svært god tannhelse enn menn i aldersgruppene 18–29 til 70–79. Kjønnforskjellene i disse gruppene varierer fra 5,8 til 9,7 prosentpoeng, og framstår som statistisk sikre. I den eldste aldersgruppen er forskjellen mindre, med 77,7 prosent blant kvinner og 73,3 prosent blant menn, og her er kjønnforskjellen ikke statistisk sikker.

Figur 58: 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 når husholdningsøkonomien oppleves som lettere. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 89,6 prosent, og lavest blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, med 39,0 prosent. Dette utgjør en forskjell på 50,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 1,14, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved svært lett økonomi, med 83,0 prosent, og lavest ved svært vanskelig økonomi, med 33,6 prosent. Forskjellen er 49,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 1,05, som også tilsier en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme økonomikategori, ligger kvinner gjennomgående høyere. Forskjellene er statistisk sikre i alle gruppene unntatt ved svært vanskelig økonomi, der kjønnforskjellen er 5,3 prosentpoeng. I de øvrige kategoriene varierer kjønnforskjellen fra 6,5 til 9,5 prosentpoeng, med høyest andel blant kvinner, for eksempel 78,4 prosent mot 68,9 prosent ved forholdsvis lett økonomi.

Figur 59: God eller svært god tannhelse (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 72,6 (72,0–73,1) | 2025 71,7 (71,3–72,1) | * Signifikante

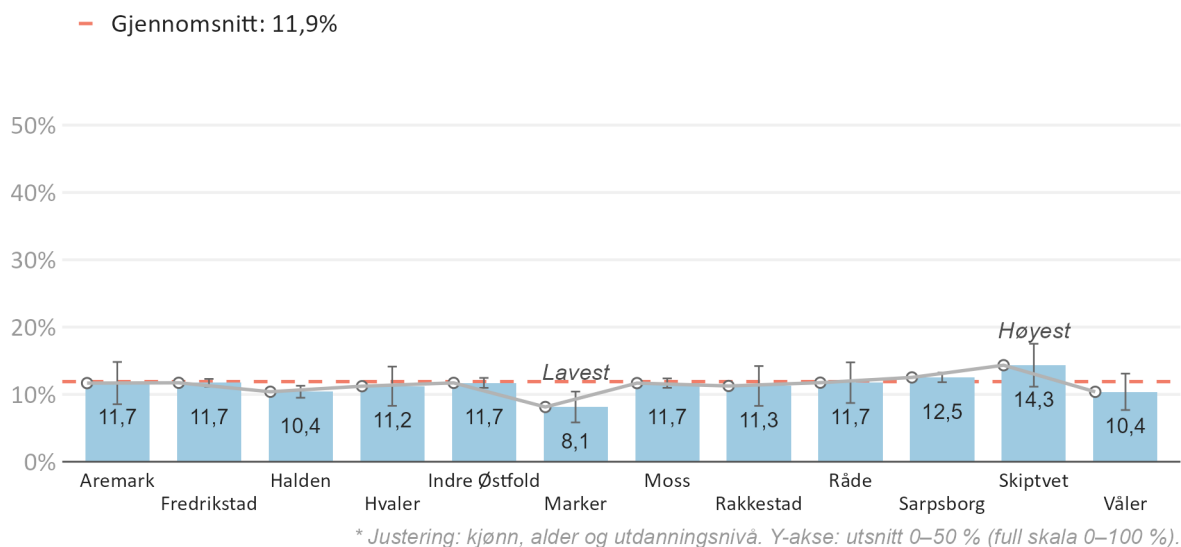
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tannhelse på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnsforskjellen består, med høyere andel blant kvinner enn blant menn i begge år, og blant kvinner er det en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt over tid, men aldersgruppen 40–49 år skiller seg ut med en statistisk sikker nedgang (fra 71,0 til 68,7 prosent). For de øvrige aldersgruppene er endringene små og ikke statistisk sikre. Etter utdanning er nivåene svært like i 2021 og 2025, men begge utdanningsgrupper har en statistisk sikker nedgang på om lag ett prosentpoeng. For opplevd økonomi øker andelen i begge grupper, og økningen er statistisk sikker både for dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi. Samtidig er forskjellen mellom økonomigruppene fortsatt stor i 2025, selv om begge beveger seg i positiv retning.

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

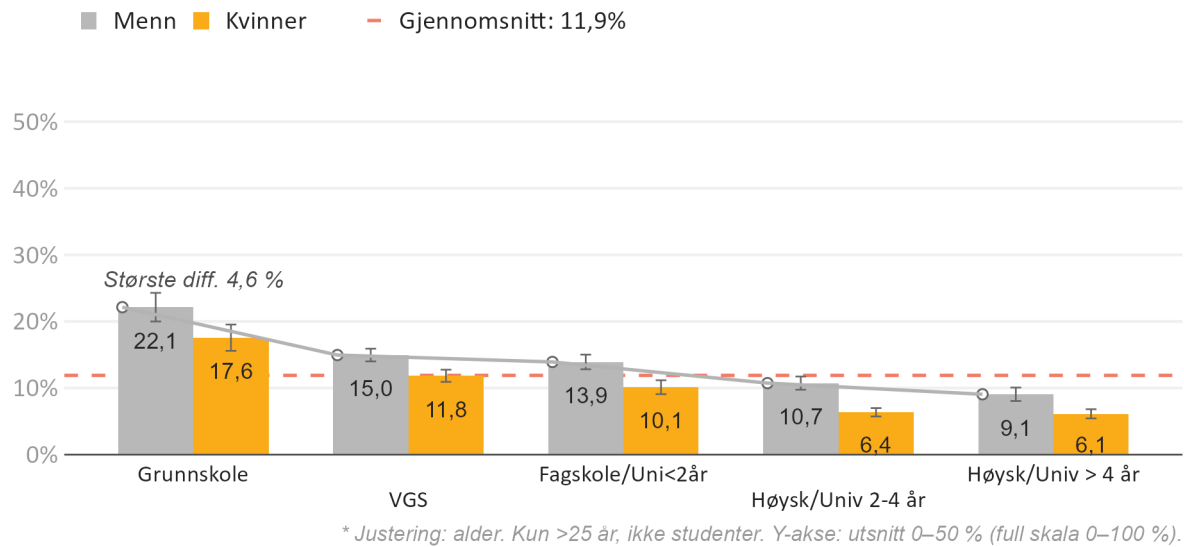
Svarandel: Totalt 44 020 deltakere av 45 794 (96,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	44 020	11,9 %	11,6 – 12,2
Kvinner	24 119	9,9 %	9,5 – 10,3
Menn	19 901	14,3 %	13,8 – 14,8

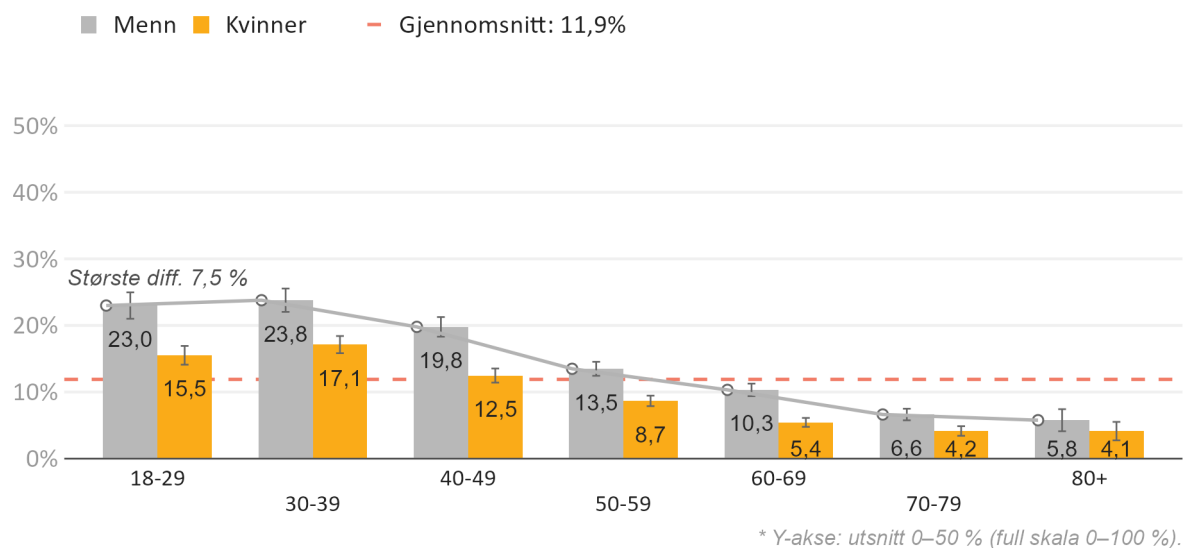
Figur 60: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kommuner i fylket (A)



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 8,1 prosent i Marker til 14,3 prosent i Skiptvet, en forskjell på 6,2 prosentpoeng, og forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,20, som indikerer en liten forskjell mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger tett rundt 11,7 prosent, blant annet Aremark, Fredrikstad, Indre Østfold, Moss og Råde. Sarpsborg ligger noe høyere med 12,5 prosent, mens Rakkestad og Hvaler ligger på henholdsvis 11,3 prosent og 11,2 prosent. Halden og Våler har begge 10,4 prosent. Helhetsbildet er dermed at de fleste kommunene har relativt like nivåer, samtidig som Skiptvet skiller seg ut med den høyeste andelen og Marker med den laveste.

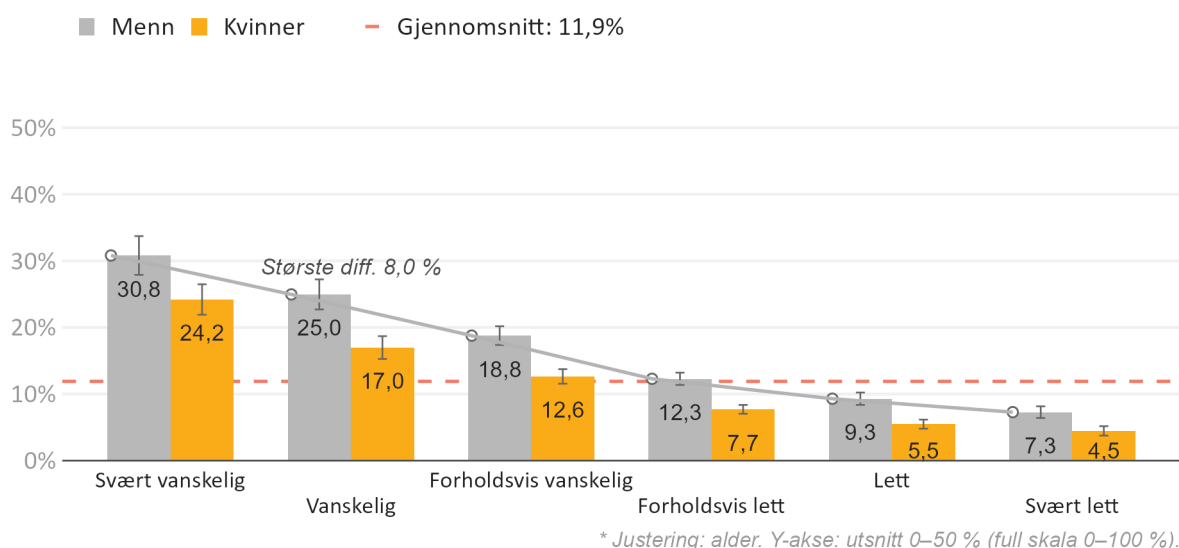
Figur 61: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 17,6 prosent oppgir at det er mer enn 2 år siden siste besøk, og lavest blant dem med høyskole og universitet i mer enn 4 år, med 6,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 11,4 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,36, som tilsier en middels forskjell. For menn er mønsteret det samme, med høyest andel i grunnskolegruppen på 22,1 prosent og lavest andel blant dem med høyskole og universitet i mer enn 4 år på 9,1 prosent. Dette gir en forskjell på 13,1 prosentpoeng, som også er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,37, som tilsier en middels forskjell. På alle utdanningsnivåer rapporterer menn oftere enn kvinner at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier, med kjønnsforskjeller fra 2,9 til 4,6 prosentpoeng, og disse forskjellene framstår som statistisk sikre.

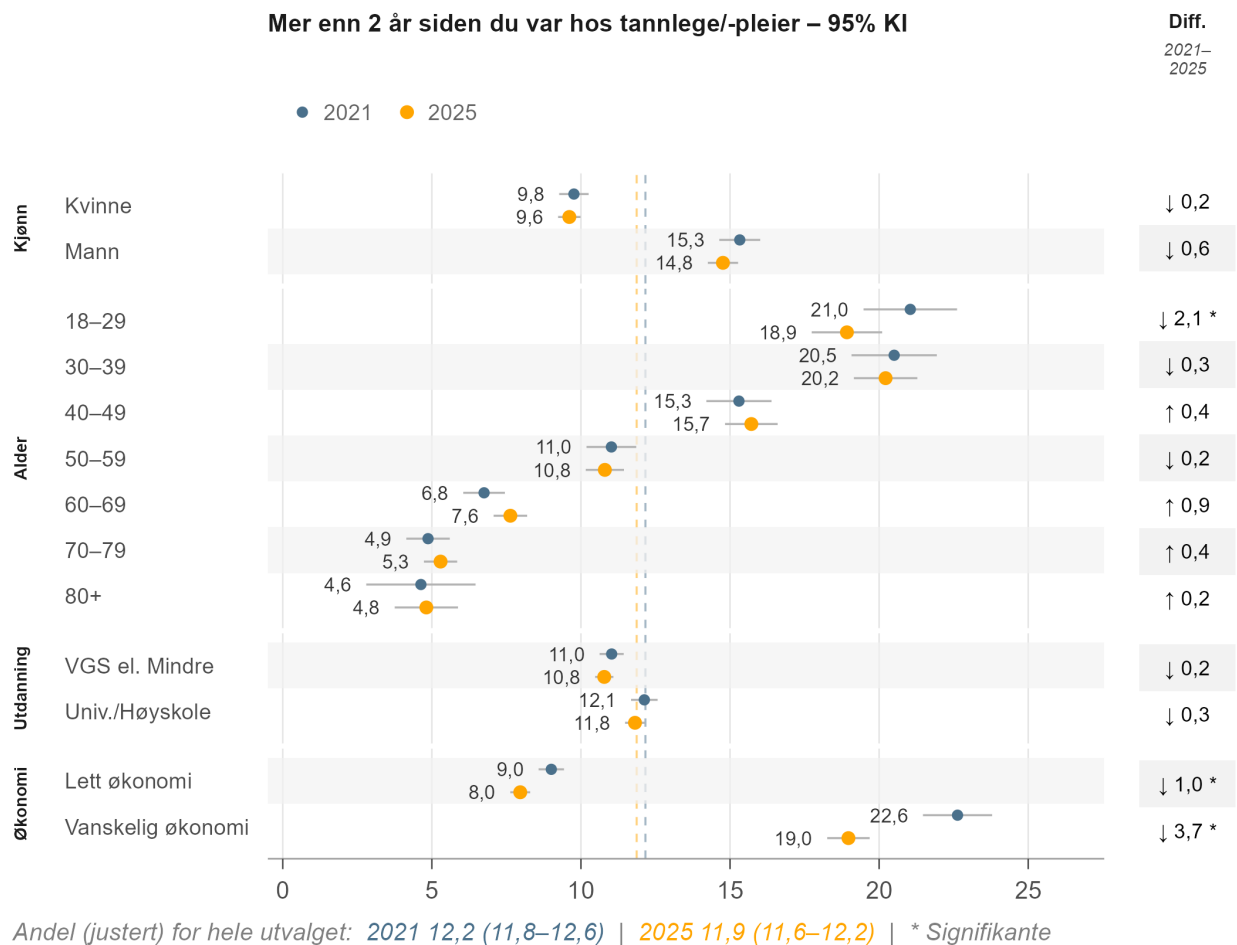
Figur 62: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og alder (C)

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, der 17,1 prosent oppgir at det er mer enn 2 år siden siste besøk. Deretter synker andelen med økende alder, og den er lavest blant kvinner 80+ med 4,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 13,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i alderen 30–39 år, med 23,8 prosent, og lavest i alderen 80+ med 5,8 prosent. Dette gir en forskjell på 18,0 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,53, som tilsier en stor forskjell. I aldersgruppene 18–29 til 70–79 år er det tydelige kjønnsforskjeller, der menn i alle gruppene har høyere andel enn kvinner. Forskjellene varierer fra 2,5 prosentpoeng i alderen 70–79 år til 7,5 prosentpoeng i alderen 18–29 år. I alderen 80+ er forskjellen 1,7 prosentpoeng, og her framstår kjønnsforskjellen ikke som statistisk sikker.

Figur 63: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere. Blant kvinner er andelen lavest når økonomien oppleves som svært lett, med 4,5 prosent, og høyest når den oppleves som svært vanskelig, med 24,2 prosent. Dette tilsvarer en forskjell på 19,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,60, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen lavest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 7,3 prosent, og høyest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 30,8 prosent. Her er forskjellen 23,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,63, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle økonomigrupper, og menn rapporterer gjennomgående høyere andeler enn kvinner. Forskjellen mellom menn og kvinner er 2,8 prosentpoeng når økonomien oppleves som svært lett, 3,8 prosentpoeng ved lett og 4,6 prosentpoeng ved forholdsvis lett, mens den er større ved vanskeligere økonomi, for eksempel 8,0 prosentpoeng i gruppen som opplever økonomien som vanskelig.

Figur 64: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier (E)

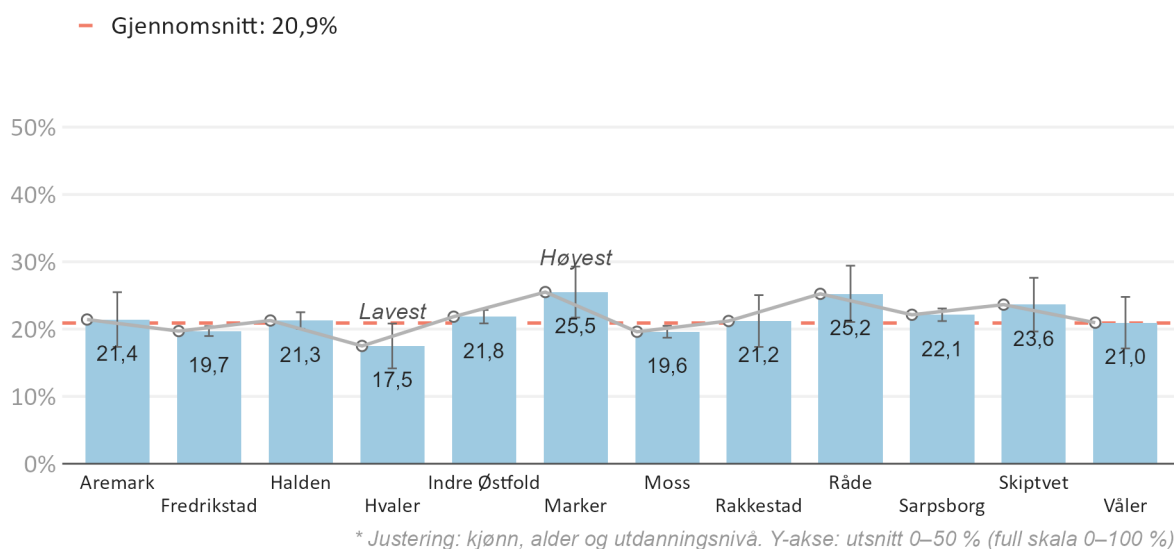
Figur E viser andelen som oppgir mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med høyere andel blant menn enn blant kvinner i begge år, og uten statistisk sikker endring innen noen av kjønnene. Aldersmønsteret er også i stor grad stabilt, der de yngste aldersgruppene ligger høyere enn de eldste i begge år. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker endring er 18–29 år, som går ned fra 21,0 til 18,9 prosent. For utdanning er nivåene like mellom gruppene i begge år, og endringene er ikke statistisk sikre. For opplevde økonomiske vansker er forskjellene tydelige i begge år, men begge gruppene har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Nedgangen er størst blant dem med vanskelig økonomi, fra 22,6 til 19,0 prosent, mens den går fra 9,0 til 8,0 prosent blant dem med lett økonomi.

3.17 Andel med fedme (KMI 30+)

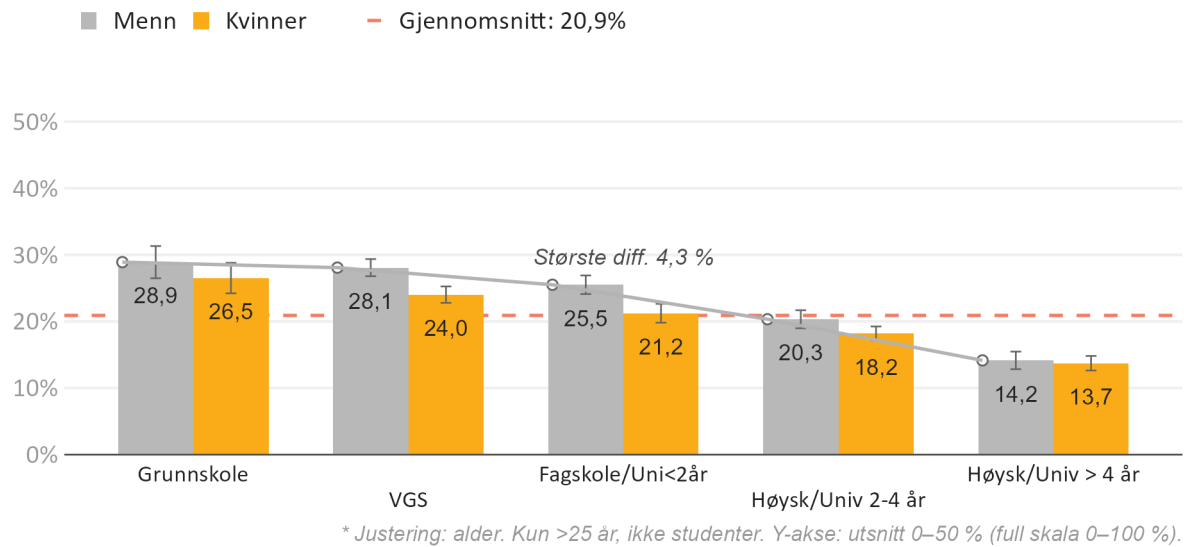
Svarandel: Totalt 41 686 deltakere av 45 794 (91,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	41 686	20,9 %	20,5 – 21,3
Kvinner	22 728	19,2 %	18,7 – 19,8
Menn	18 958	22,9 %	22,3 – 23,5

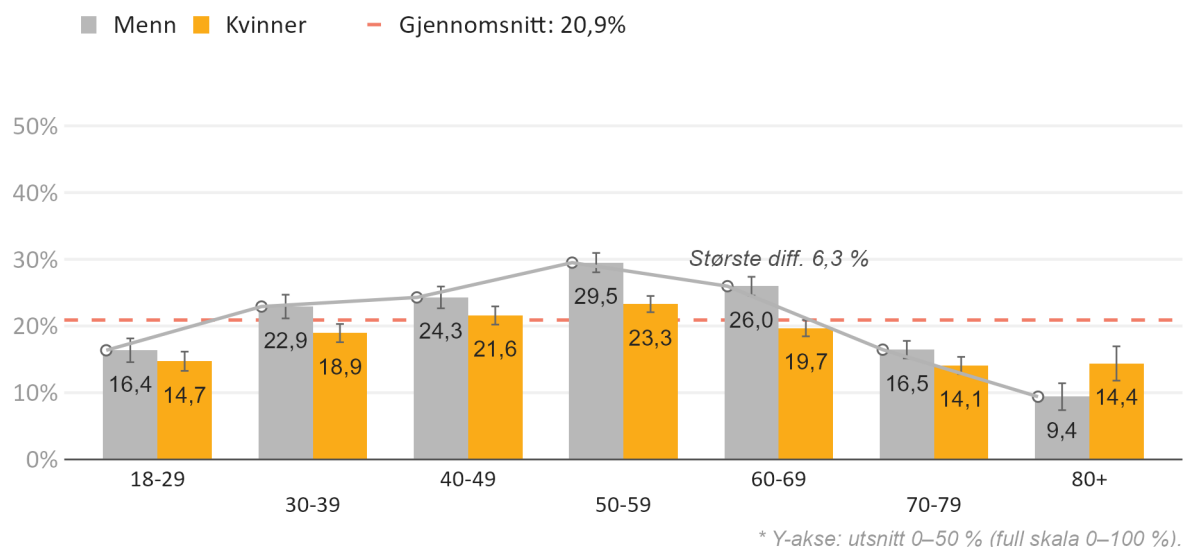
Figur 65: Andel med fedme (KMI 30+) etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. KMI ble regnet ut basert på selvrappertert høyde og vekt. Andelen varierer fra 17,5 prosent i Hvaler til 25,5 prosent i Marker. Forskjellen mellom ytterpunktene er 8,0 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,20, som tilsvarer en liten forskjell mellom kommunene. Blant kommunene med høyest andel ligger Marker med 25,5 prosent og Råde med 25,2 prosent, mens Skiptvet også ligger relativt høyt med 23,6 prosent. Sarpsborg har 22,1 prosent, og Indre Østfold 21,8 prosent. Flere kommuner samler seg rundt litt over 21,0 prosent, blant annet Aremark med 21,4 prosent, Halden med 21,3 prosent, Rakkestad med 21,2 prosent og Våler med 21,0 prosent. I den lavere enden ligger Moss med 19,6 prosent og Fredrikstad med 19,7 prosent, i tillegg til Hvaler med 17,5 prosent. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner i andelen med fedme mellom kommunene.

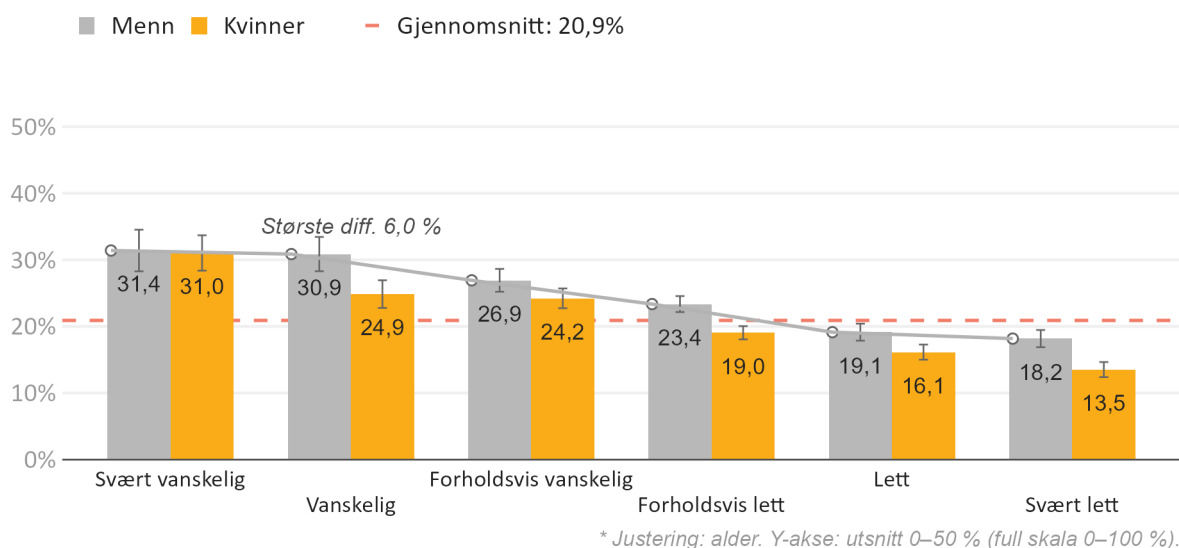
Figur 66: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole, med 26,5 prosent, og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år, med 13,7 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 12,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,32, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret det samme, med høyest andel ved grunnskole på 28,9 prosent og lavest ved høyskole eller universitet over fire år på 14,2 prosent. Differansen er 14,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,36, også en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger andelen generelt lavere ved lengre utdanning for begge kjønn. Når kvinner og menn sammenlignes innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små i flere grupper, men menn har en tydelig høyere andel enn kvinner i fagskole eller universitet under to år, med 4,3 prosentpoeng, og i videregående skole, med 4,1 prosentpoeng.

Figur 67: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og alder (C)

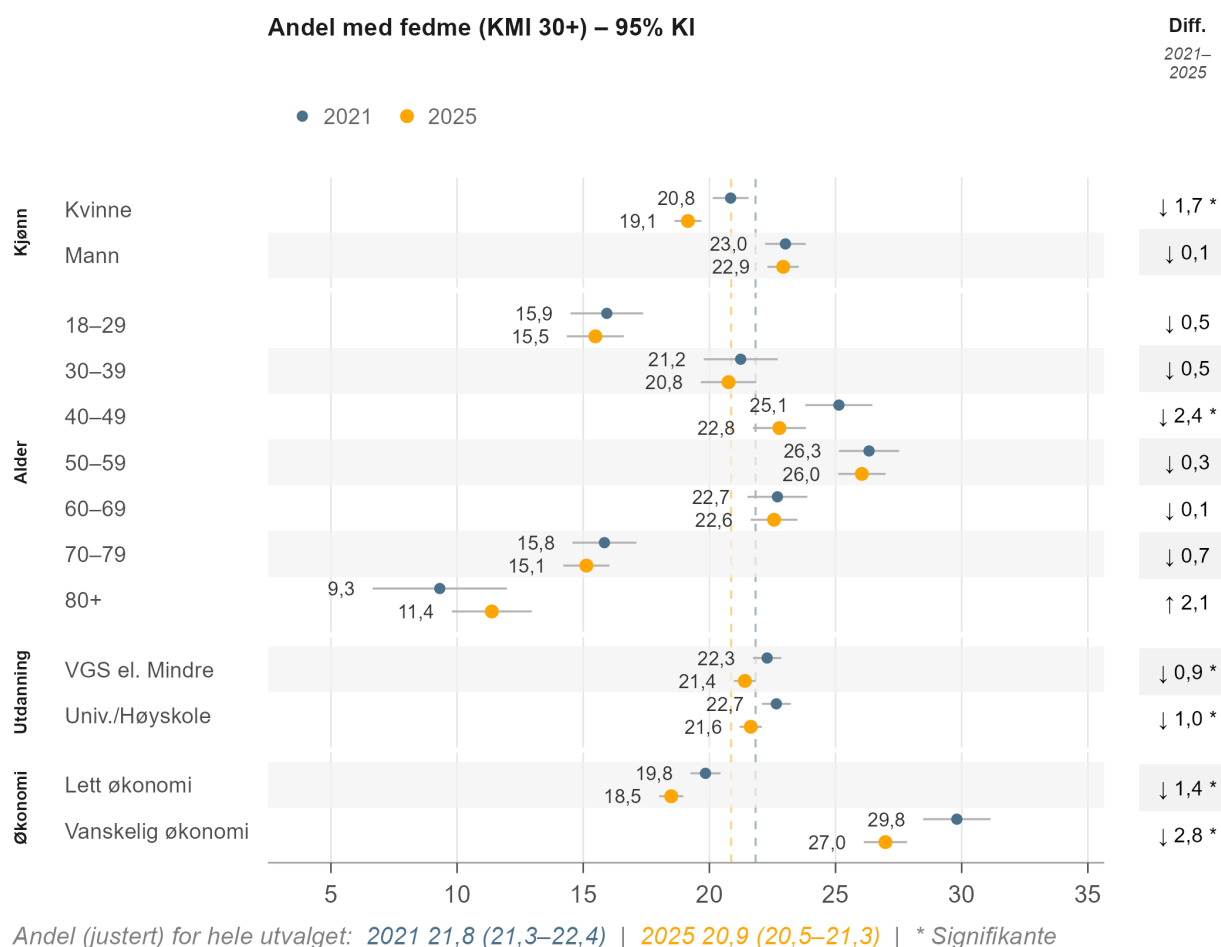
Figur C viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 14,7 prosent i alderen 18–29 til en topp på 23,3 prosent i 50–59, før den faller til 19,7 prosent i 60–69 og videre ned til 14,1 prosent i 70–79. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 9,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,24, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er andelen 16,4 prosent i 18–29, stiger til 29,5 prosent i 50–59 og ligger fortsatt høyt i 60–69 med 26,0 prosent, før den synker til 16,5 prosent i 70–79 og 9,4 prosent i 80+. Her er forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe 20,1 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,52, som tilsvarer en stor forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er menn høyere i 30–39 med 4,0 prosentpoeng, i 50–59 med 6,2 prosentpoeng og i 60–69 med 6,3 prosentpoeng, og disse forskjellene er statistisk sikre. I 80+ er kvinner høyere enn menn med 5,0 prosentpoeng, også en statistisk sikker forskjell.

Figur 68: 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 vurderer økonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som svært lett. Blant kvinner er andelen 31,0 prosent i gruppen svært vanskelig og 13,5 prosent i gruppen svært lett, en statistisk sikker forskjell på 17,5 prosentpoeng. Dette tilsvarer Cohen's h 0,43, som regnes som en middels forskjell. Blant menn er andelen 31,4 prosent ved svært vanskelig og 18,2 prosent ved svært lett, en statistisk sikker forskjell på 13,2 prosentpoeng, med Cohen's h 0,31, også en middels forskjell. Ser man på nivåene mellom ytterpunktene, ligger andelen blant kvinner på 16,1 prosent ved lett, 19,0 prosent ved forholdsvis lett, 24,2 prosent ved forholdsvis vanskelig og 24,9 prosent ved vanskelig. For menn er de tilsvarende andelen 19,1 prosent, 23,4 prosent, 26,9 prosent og 30,9 prosent. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i flere grupper, blant annet ved svært lett der menn ligger 4,7 prosentpoeng høyere enn kvinner, mens forskjellen er liten ved svært vanskelig med 0,4 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

Figur 69: Andel med fedme (KMI 30+) (E)



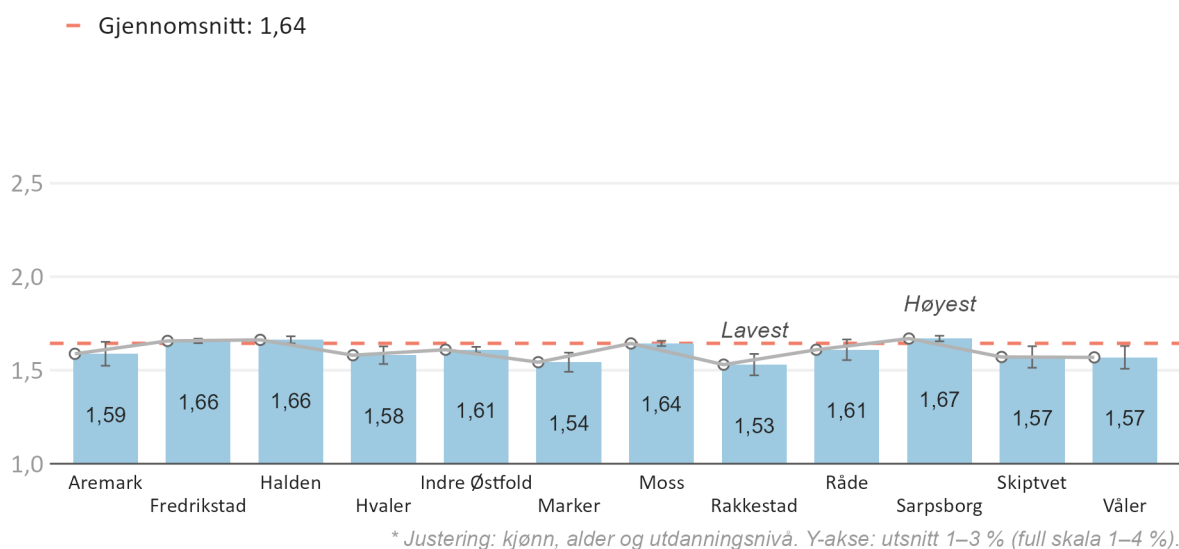
Figur E viser andelen som oppgir andel med fedme (KMI 30+) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen litt lavere i 2025 enn i 2021 (21,8 mot 20,9 prosent), men endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, men blant kvinner er det en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. På tvers av alder er mønsteret ellers stabilt, med en statistisk sikker nedgang bare i aldersgruppen 40–49 år, mens de øvrige aldersgruppene ikke har statistisk sikre endringer. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellen mellom dem fremstår derfor som lite endret over tid. For opplevd økonomi er det en statistisk sikker nedgang både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi. Samtidig ligger andelen fortsatt klart høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem som oppgir lett økonomi i begge år, slik at hovedmønsteret mellom disse gruppene består.

3.18 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)

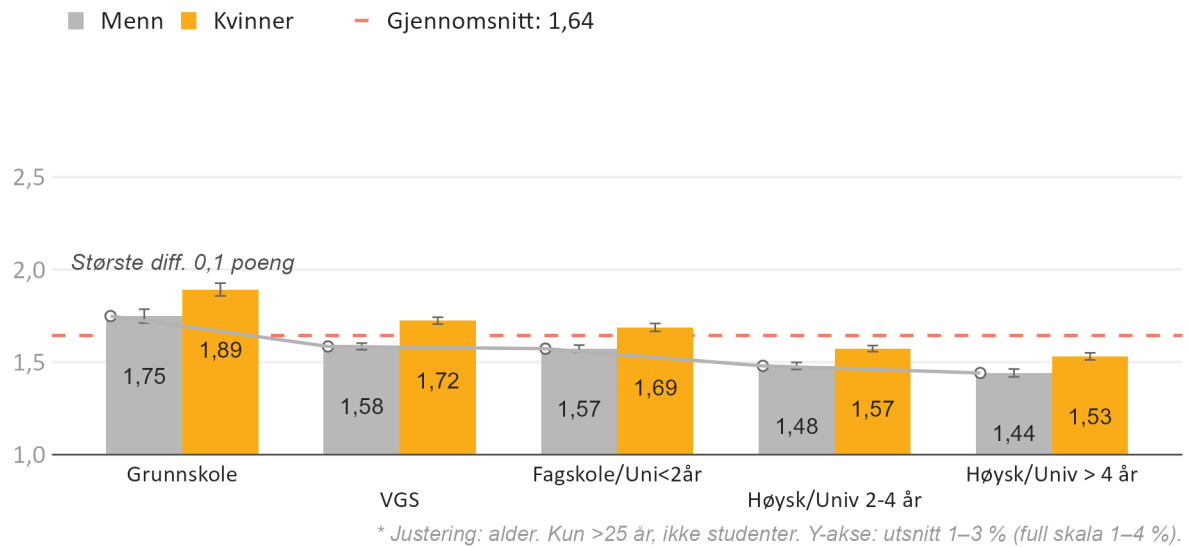
Svarandel: Totalt 43 738 deltakere av 45 794 (95,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 738	1,64	1,64 – 1,65
Kvinner	23 908	1,70	1,69 – 1,71
Menn	19 830	1,58	1,57 – 1,59

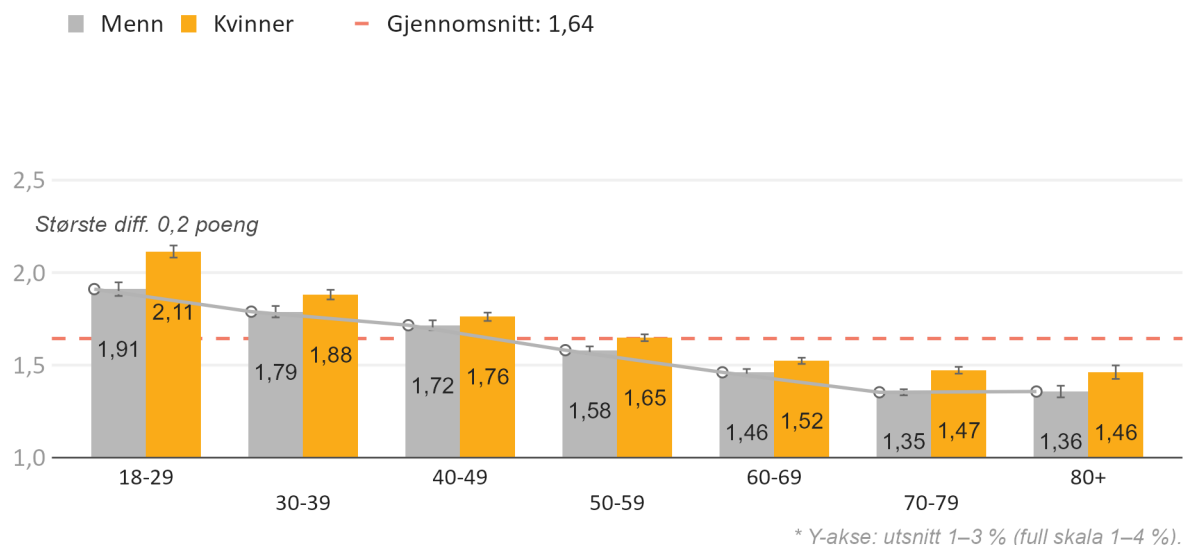
Figur 70: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Sarpsborg har høyest skår med 1,7, mens Rakkestad har lavest med 1,5. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,1 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for forskjellen er Cohen's $d = 0,20$, som tilsvarer en liten forskjell, noe som tyder på at variasjonen mellom kommunene er begrenset. Flere kommuner ligger tett opp mot hverandre. Fredrikstad og Halden har begge 1,7, og Moss ligger på 1,6. Indre Østfold og Råde har 1,6, mens Aremark har 1,6 og Hvaler 1,6. Skiptvet og Våler ligger på 1,6. I den nedre delen av fordelingen ligger Marker med 1,5, sammen med Rakkestad på 1,5. Samlet sett varierer nivået av psykiske plager lite mellom kommunene, selv om det er en tydelig, men liten, forskjell mellom de høyeste og laveste verdiene.

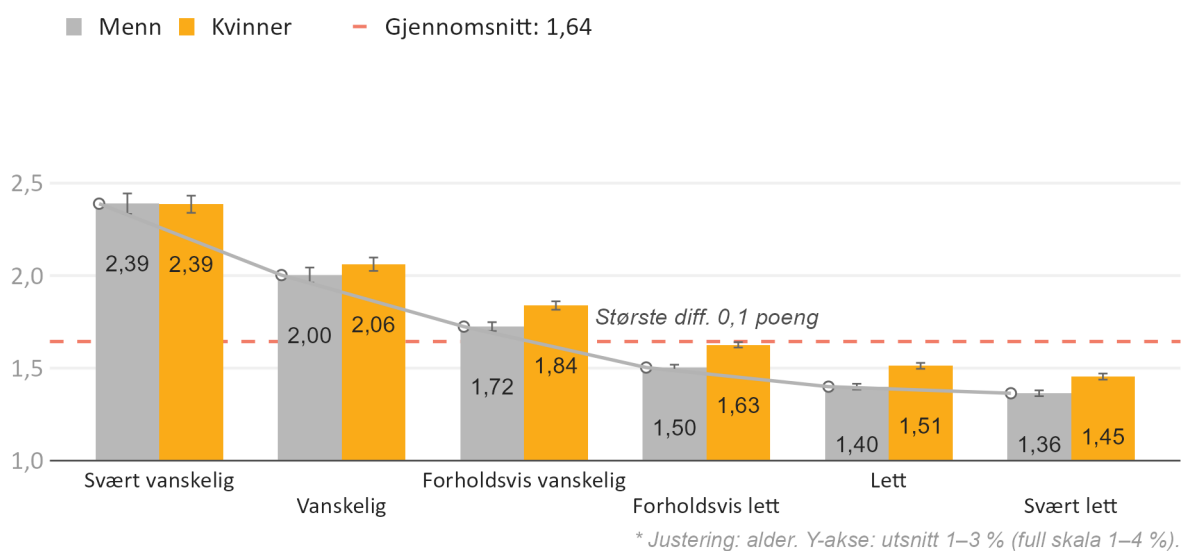
Figur 71: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 1,9, og lavest blant dem med høyskole og universitet over fire år, med 1,5. Differansen er 0,4 poeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,55, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen med grunnskole, med 1,8, og lavest i gruppen med høyskole og universitet over fire år, med 1,4. Her er differansen 0,3 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,47, som tilsier en middels forskjell. I de øvrige utdanningsgruppene ligger kvinner på 1,7 i fagskole og universitet under to år, 1,7 i videregående skole og 1,6 i høyskole og universitet i to til fire år, mens menn ligger på 1,6, 1,6 og 1,5. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle utdanningsgrupper, der menn skårer 0,1 poeng lavere enn kvinner.

Figur 72: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og alder (C)

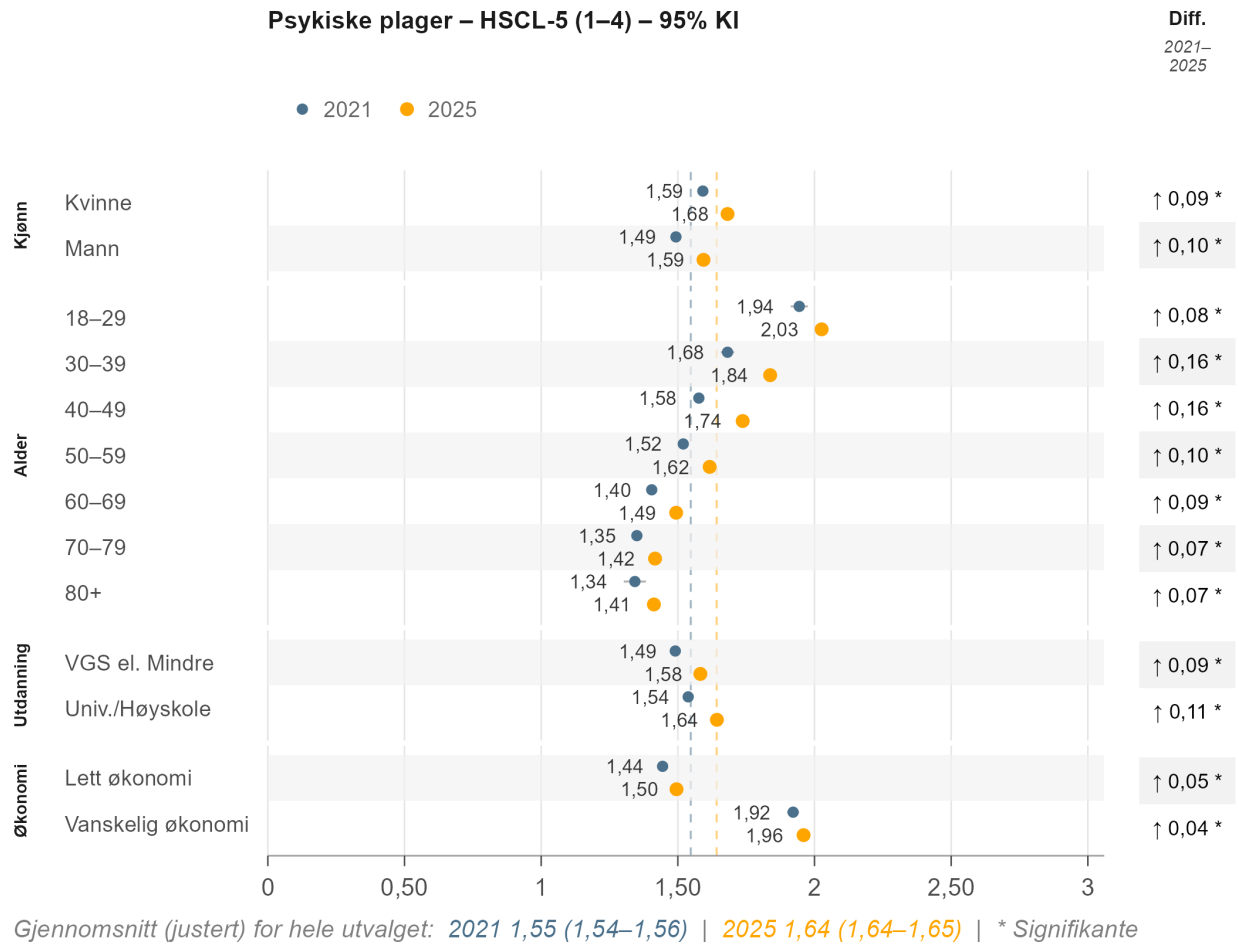
Figur C viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i alderen 18-29 med 2,1 og lavest i 80+ med 1,5. Dette utgjør en tydelig nedgang på 0,7 poeng fra yngste til eldste gruppe, og forskjellen tilsvarer Cohen's d på 0,95, som indikerer en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i 18-29 med 1,9, mens laveste nivå er i 70-79 med 1,4. Differansen er 0,6 poeng, og Cohen's d er 0,82, som også tilsier en stor forskjell. Samlet sett faller skåren med økende alder for begge kjønn, med særlig høye nivåer i den yngste aldersgruppen. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men i flere aldersgrupper er de statistisk sikre. I 18-29 ligger menn 0,2 poeng lavere enn kvinner, og i 30-39, 50-59, 60-69 og 70-79 er forskjellen 0,1 poeng i menns favør. I alderen 40-49 er nivåene like, med 1,8 blant kvinner og 1,7 blant menn, uten statistisk sikker forskjell. I 80+ er menn 0,1 poeng lavere enn kvinner.

Figur 73: 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 når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig, og lavest når den vurderes som svært lett. Blant kvinner er nivået 2,4 poeng i gruppen svært vanskelig og 1,5 poeng i gruppen svært lett, en differanse på 0,9 poeng. Denne forskjellen er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d 1,36, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er nivået 2,4 poeng ved svært vanskelig og 1,4 poeng ved svært lett, en differanse på 1,0 poeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's d 1,50, som tilsvarer en stor forskjell. Samlet viser figuren et tydelig mønster der bedre opplevd husholdningsøkonomi henger sammen med lavere nivå av psykiske plager for begge kjønn. Kjønnforskjellene innen de fleste økonomigrupper er små, men statistisk sikre, med 0,1 poeng lavere skår blant menn enn blant kvinner ved svært lett, lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig. Ved svært vanskelig er nivået likt for kvinner og menn, og ved vanskelig er kjønnforskjellen på 0,1 poeng ikke statistisk sikker.

Figur 74: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) (E)



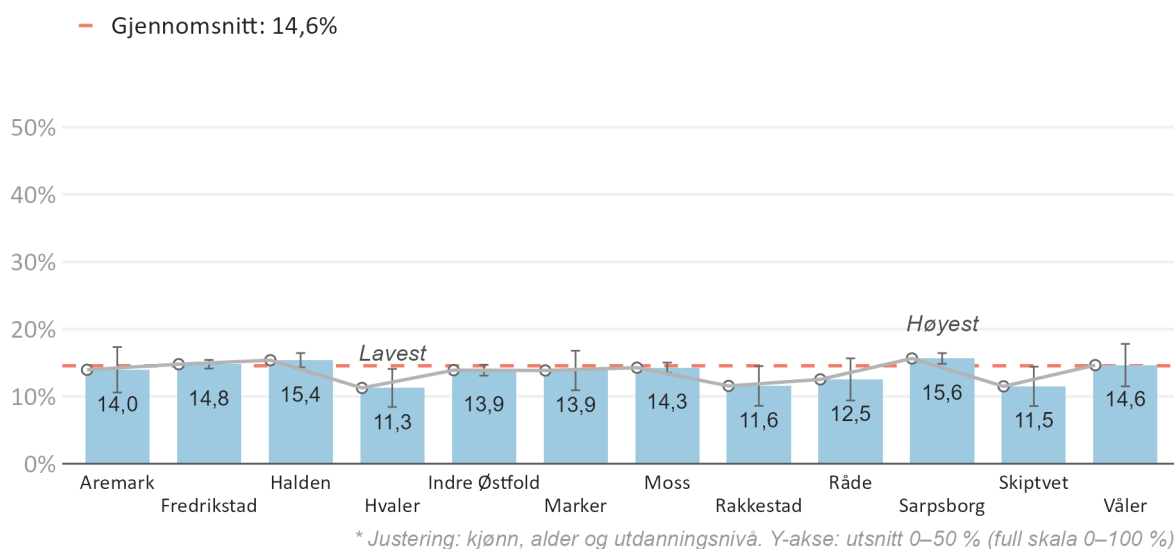
Figur E viser gjennomsnittsskåren for psykiske plager – HSCL-5 (1–4) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt økte gjennomsnittsskåren fra 1,5 i 2021 til 1,6 i 2025, og økningen er statistisk sikker. Begge kjønn hadde en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025, og forskjellen mellom kvinner og menn fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder var nivået høyest blant de yngste og lavere i eldre aldersgrupper i begge år. Alle aldersgrupper hadde en statistisk sikker økning, og rangeringen mellom aldersgruppene ser i liten grad ut til å ha endret seg. For utdanning økte skåren statistisk sikkert i begge utdanningsgrupper, uten tydelige tegn til at avstanden mellom gruppene endret seg. For opplevd økonomi var skåren klart høyere blant dem med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i både 2021 og 2025. Begge økonomigruppene hadde en statistisk sikker økning, og forskjellen mellom dem fremstår som vedvarende.

3.19 Søvnproblemer (Insomni)

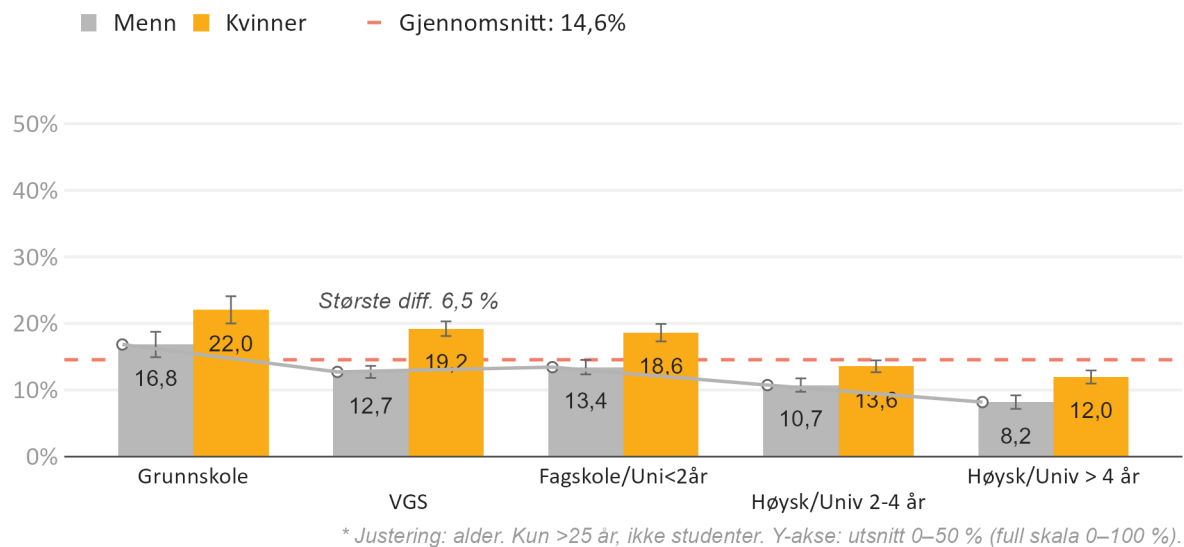
Svarandel: Totalt 43 633 deltakere av 45 794 (95,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 633	14,6 %	14,2 – 14,9
Kvinner	23 841	16,5 %	16,1 – 17,0
Menn	19 792	12,1 %	11,7 – 12,6

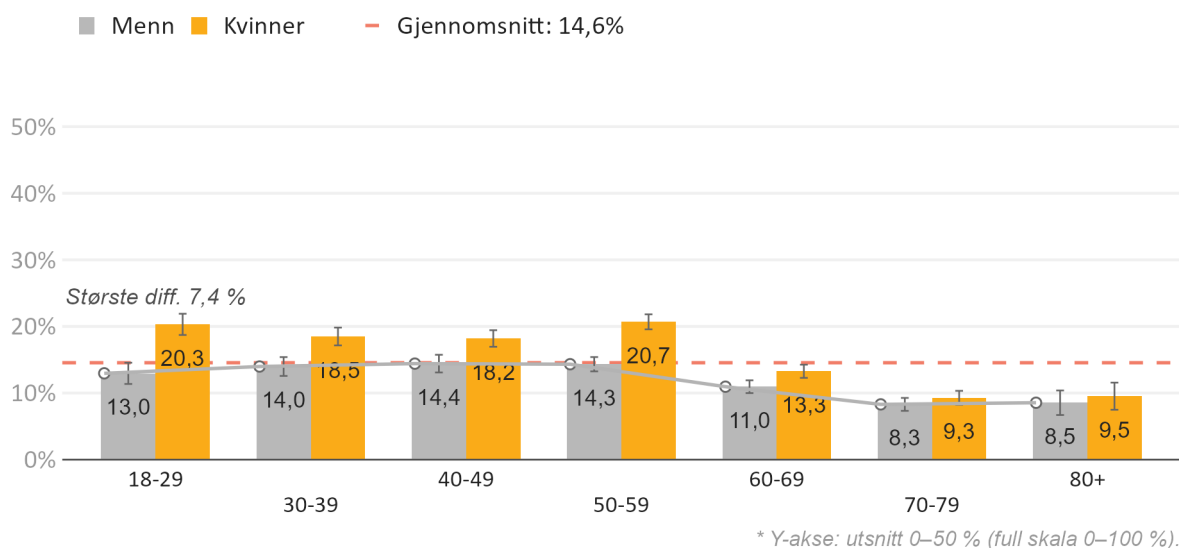
Figur 75: Søvnproblemer (Insomni) etter kommuner i fylket (A)



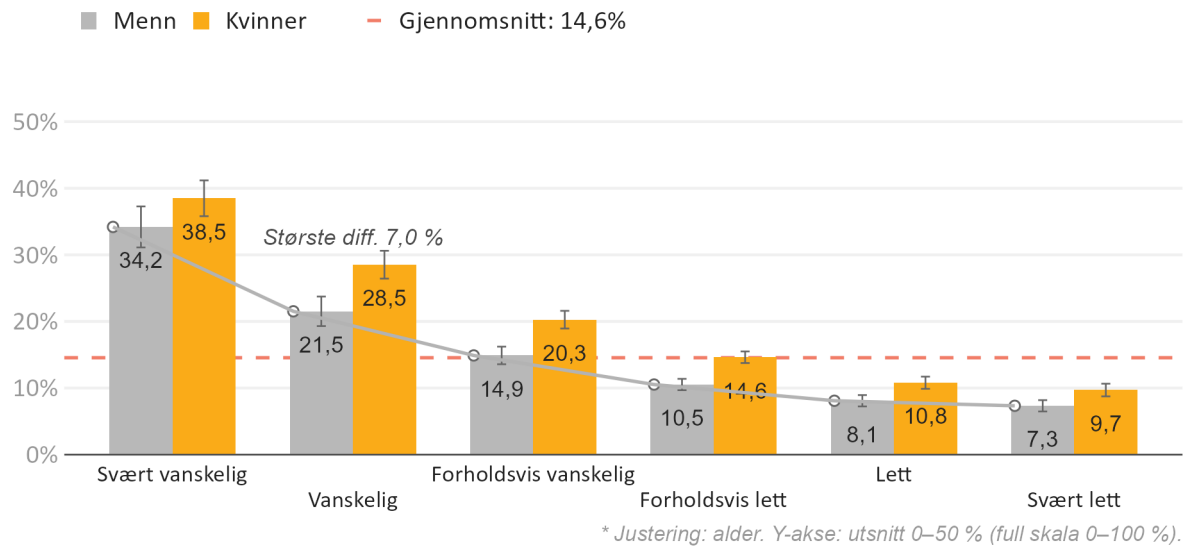
Figur A viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 11,3 prosent i Hvaler til 15,6 prosent i Sarpsborg. Differansen mellom ytterpunktene er 4,4 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,13, som tilsvarer en liten forskjell, noe som tyder på at variasjonen mellom kommunene er til stede, men ikke stor. Flere kommuner ligger i det øvre sjiktet, blant annet Sarpsborg med 15,6 prosent og Halden med 15,4 prosent, mens Fredrikstad og Våler også har relativt høye andeler med henholdsvis 14,8 prosent og 14,6 prosent. I den andre enden ligger Hvaler med 11,3 prosent, sammen med Skiptvet på 11,5 prosent og Rakkestad på 11,6 prosent. Midt i fordelingen finner vi blant annet Råde med 12,5 prosent, samt Indre Østfold og Marker med 13,9 prosent og Moss med 14,3 prosent. Samlet sett viser figuren moderate forskjeller i andelen som opplever insomni mellom kommunene.

Figur 76: 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 22,0 prosent oppfyller kriteriene, og lavest blant dem med høyskole og universitet over fire år, med 12,0 prosent. Dette gir en forskjell på 10,1 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,27, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende, med høyest andel i grunnskole på 16,8 prosent og lavest i høyskole og universitet over fire år på 8,2 prosent. Forskjellen er 8,7 prosentpoeng og er også statistisk sikker, med Cohen's h 0,27, som indikerer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåer rapporterer kvinner gjennomgående høyere andel søvnproblemer enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen mellom menn og kvinner er 5,2 prosentpoeng både i fagskole og universitet under to år og i grunnskole, 2,8 prosentpoeng i høyskole og universitet to til fire år, 3,8 prosentpoeng i høyskole og universitet over fire år, og 6,5 prosentpoeng i videregående skole.

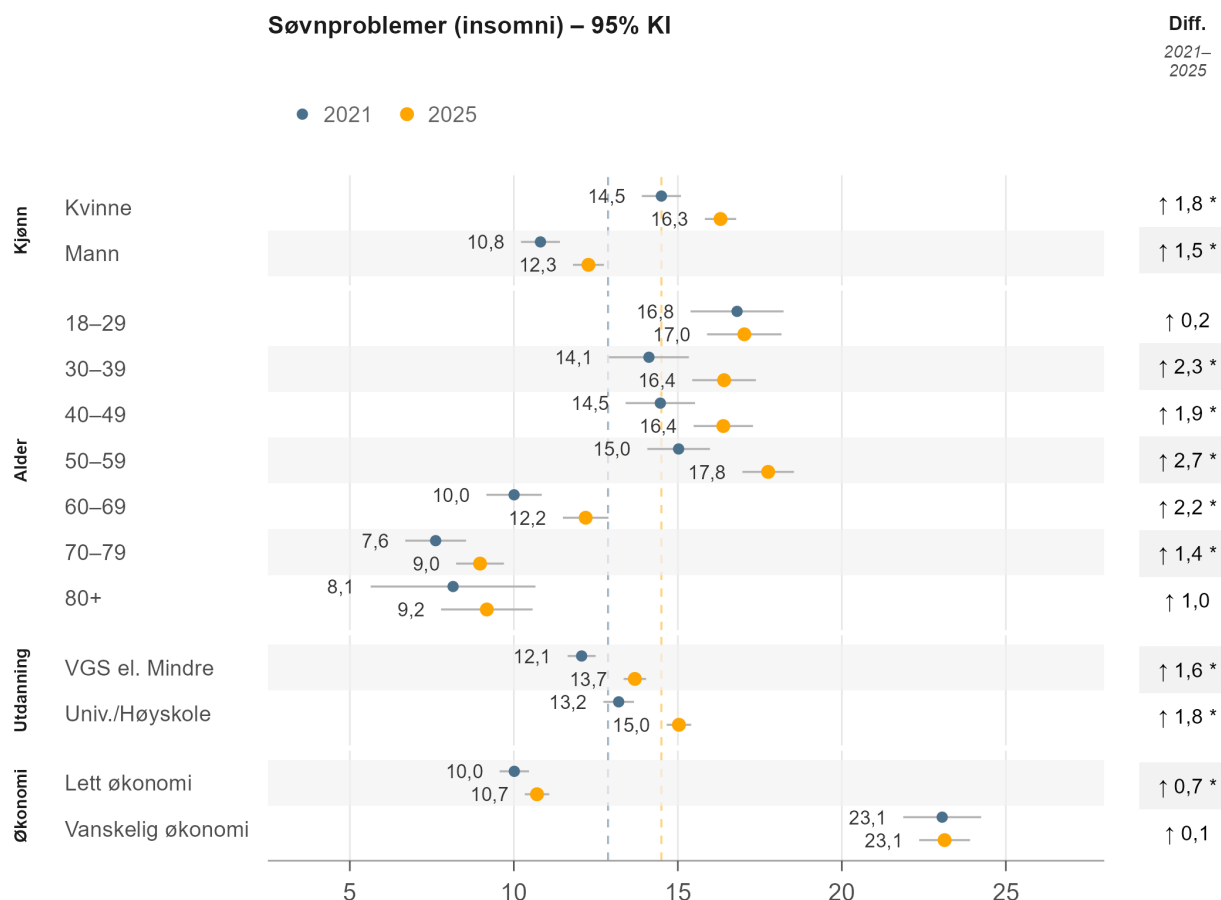
Figur 77: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen mellom 9,3 prosent og 20,7 prosent på tvers av aldersgruppene. Høyest andel finnes i alderen 50-59 år med 20,7 prosent, mens lavest andel er i 70-79 år med 9,3 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 11,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. For menn ligger andelen lavere og varierer fra 8,3 prosent til 14,4 prosent. Høyest andel er i 40-49 år med 14,4 prosent, og lavest andel er i 70-79 år med 8,3 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og er 6,1 prosentpoeng, med Cohen's h 0,19, som tilsvarer en liten forskjell. Sammenlignet mellom kjønn er andelen høyere blant kvinner enn blant menn i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre fra 18-29 år til 60-69 år, og spenner fra 2,3 til 7,4 prosentpoeng. De største forskjellene ses i 18-29 år, der 20,3 prosent av kvinnene og 13,0 prosent av mennene rapporterer insomni, og i 50-59 år med 20,7 prosent blant kvinner og 14,3 prosent blant menn. I 70-79 år og 80+ er kjønnforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 78: 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 øker andelen tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som mer vanskelig. Blant kvinner er andelen lavest når økonomien oppleves som svært lett, med 9,7 prosent, og høyest når den oppleves som svært vanskelig, med 38,5 prosent. Dette gir en forskjell på 28,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,71, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest ved svært lett økonomi, 7,3 prosent, og høyest ved svært vanskelig økonomi, 34,2 prosent. Forskjellen er 26,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,70, som også regnes som en stor forskjell. Når en sammenligner kjønn innen hver økonomigruppe, har kvinner gjennomgående høyere andeler enn menn. Forskjellene er statistisk sikre i gruppene lett, forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig og vanskelig, der kjønnsforskjellen varierer fra 2,4 til 7,0 prosentpoeng. I gruppen med svært vanskelig økonomi er kjønnsforskjellen 4,3 prosentpoeng, men den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 79: Søvnproblemer (Insomni) (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 12,9 (12,4–13,3) | 2025 14,5 (14,2–14,8) | * Signifikante

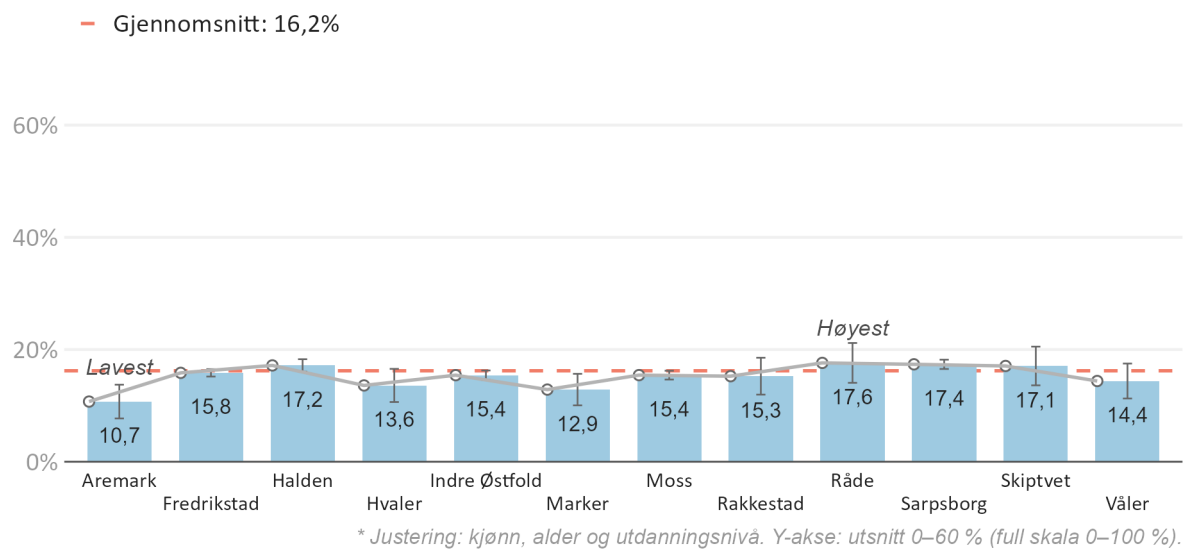
Figur E viser andelen som oppgir søvnproblemer (insomni) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen svakt fra 12,9 prosent i 2021 til 14,5 prosent i 2025, og økningen er statistisk sikker. Økningen ses i begge kjønn og er statistisk sikker både blant kvinner og menn, uten at kjønnsforskjellen endrer seg tydelig. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme i 2021 og 2025, men flere aldersgrupper har en statistisk sikker økning, særlig fra 30 til 79 år. For 18 til 29 år og 80 år eller eldre er endringen ikke statistisk sikker. Etter utdanning er det en statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene fremstår omtrent uendret. For opplevd økonomi er nivået fortsatt klart høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi. Over tid er endringen statistisk sikker for gruppen med lett økonomi, mens den ikke er statistisk sikker for gruppen med vanskelig økonomi.

3.20 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Svarandel: Totalt 43 345 deltakere av 45 794 (94,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

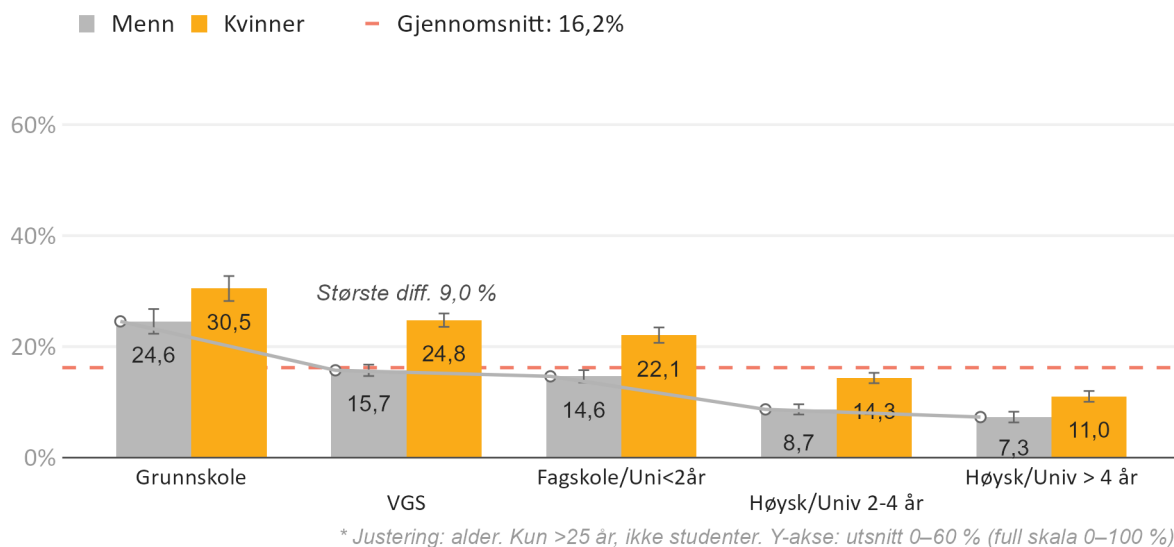
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 345	16,2 %	15,9 – 16,6
Kvinner	23 669	18,7 %	18,2 – 19,2
Menn	19 676	13,2 %	12,7 – 13,7

Figur 80: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kommuner i fylket (A)

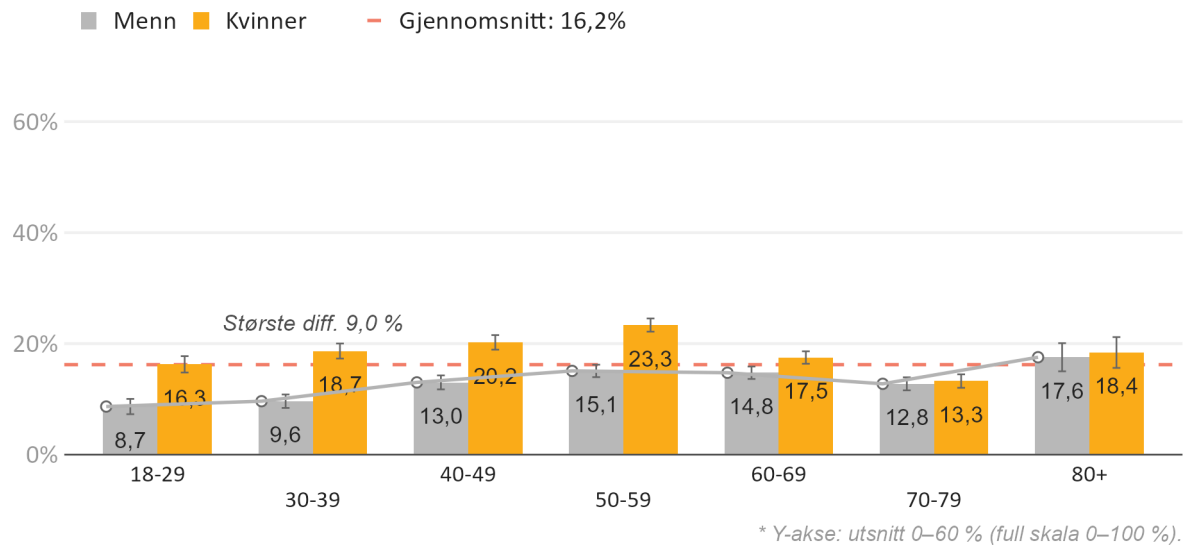


Figur A viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 10,7 prosent i Aremark til 17,6 prosent i Råde, en forskjell på 6,9 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, og effektstørrelsen målt med Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, med Sarpsborg på 17,4 prosent, Halden på 17,2 prosent og Skiptvet på 17,1 prosent. Fredrikstad har 15,8 prosent, mens Indre Østfold og Moss begge ligger på 15,4 prosent, og Rakkestad på 15,3 prosent. I den nedre delen finner vi Marker med 12,9 prosent og Hvaler med 13,6 prosent, mens Våler ligger på 14,4 prosent. Samlet sett viser resultatene at det er målbare forskjeller mellom kommunene i hvor stor andel som opplever at langvarige helseproblemer i stor grad påvirker hverdagen, men at forskjellene i nivå er relativt små.

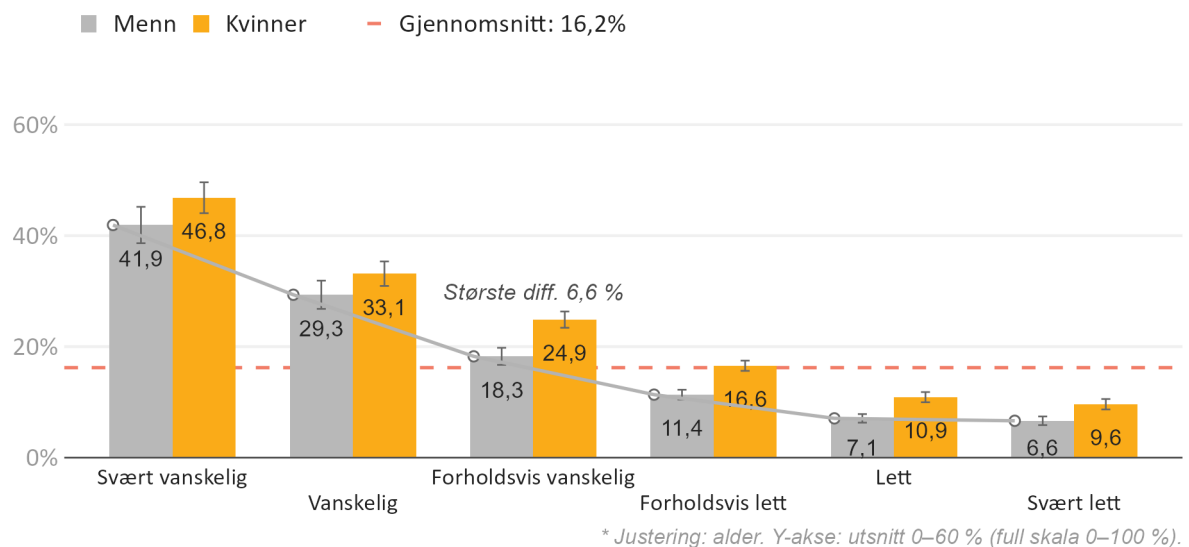
Figur 81: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 30,5 prosent oppgir stor påvirkning, og lavest blant dem med høyskole og universitet over fire år, med 11,0 prosent. Dette gir en forskjell på 19,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole, med 24,6 prosent, og lavest ved høyskole og universitet over fire år, med 7,3 prosent. Differansen er 17,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som også indikerer en middels forskjell. Kjønnforskjellene er tydelige på alle utdanningsnivåer, med høyere andel blant kvinner enn menn. Den største forskjellen finnes blant dem med videregående skole, der kvinner ligger 9,0 prosentpoeng høyere enn menn, mens forskjellen er minst blant dem med høyskole og universitet over fire år, med 3,7 prosentpoeng. Samlet sett varierer andelen klart med utdanningsnivå for begge kjønn, og nivået er gjennomgående høyere blant kvinner.

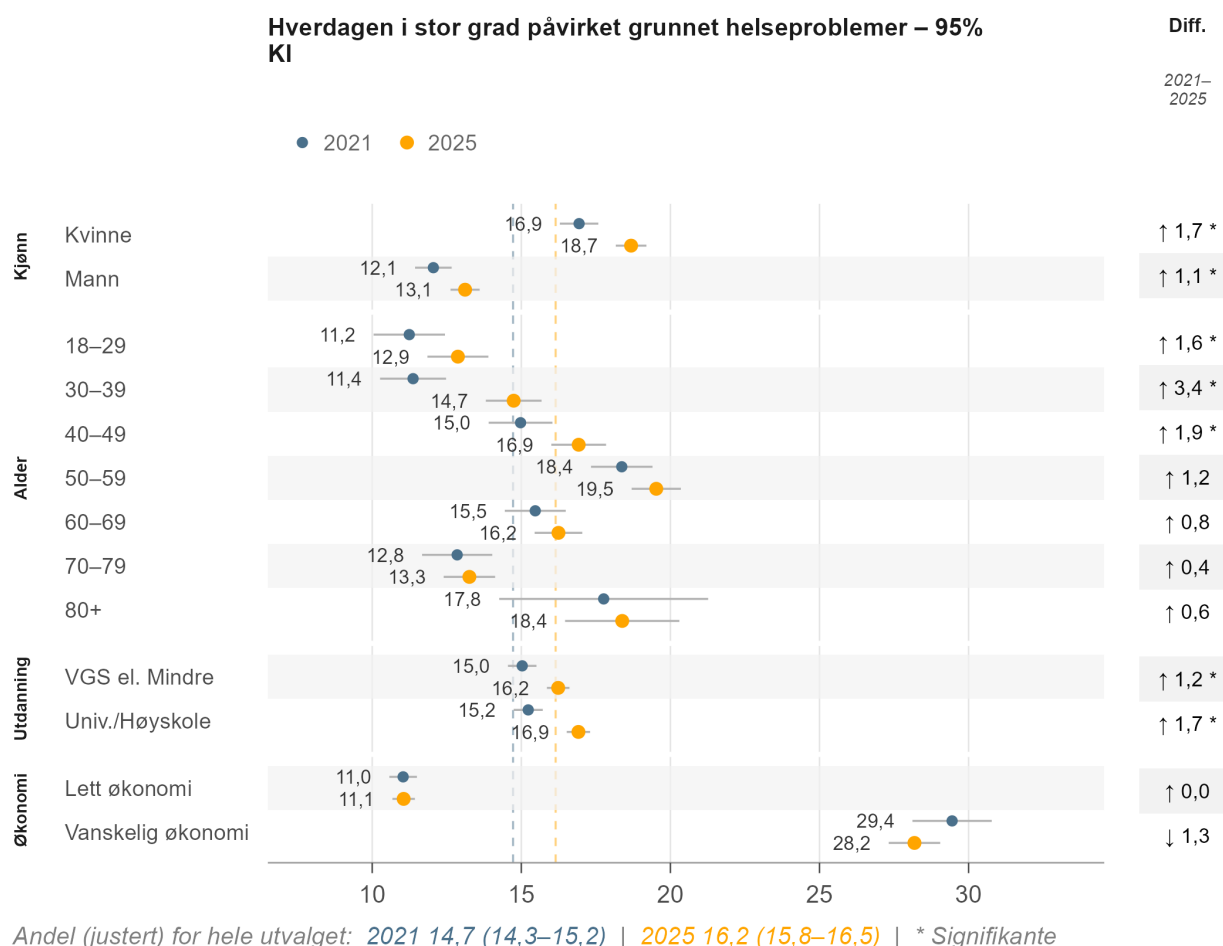
Figur 82: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 50-59 år med 23,3 prosent, og lavest i 70-79 år med 13,3 prosent. Dette gir en forskjell på 10,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Kvinner ligger ellers på 16,3 prosent i 18-29 år, øker til 18,7 prosent i 30-39 år og 20,2 prosent i 40-49 år, før andelen faller til 17,5 prosent i 60-69 år og deretter øker til 18,4 prosent i 80+. Blant menn er andelen lavest i 18-29 år med 8,7 prosent og høyest i 80+ med 17,6 prosent. Forskjellen er 8,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,27, som også tilsier en middels forskjell. I de fleste aldersgrupper er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre fra 18-29 til 60-69 år, med størst forskjell i 30-39 år på 9,0 prosentpoeng. I 70-79 år og 80+ er forskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 83: 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 øker andelen tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som mer vanskelig. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som oppgir at økonomien er svært vanskelig, med 46,8 prosent, og lavest blant dem som oppgir at økonomien er svært lett, med 9,6 prosent. Dette gir en differanse på 37,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,88, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved svært vanskelig økonomi, 41,9 prosent, og lavest ved svært lett økonomi, 6,6 prosent. Differansen er 35,3 prosentpoeng, med Cohen's h 0,89, som også tilsier en stor forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme økonomigruppe, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner. Forskjellene er statistisk sikre for lett, svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, der kjønnsforskjellen varierer fra 3,0 til 6,6 prosentpoeng. For vanskelig og svært vanskelig er kjønnsforskjellene på 3,8 og 4,9 prosentpoeng, men uten statistisk sikker forskjell.

Figur 84: 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 14,7 prosent i 2021 til 16,2 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 kjønnsforskjellen i hovedsak består. Etter alder er det statistisk sikker

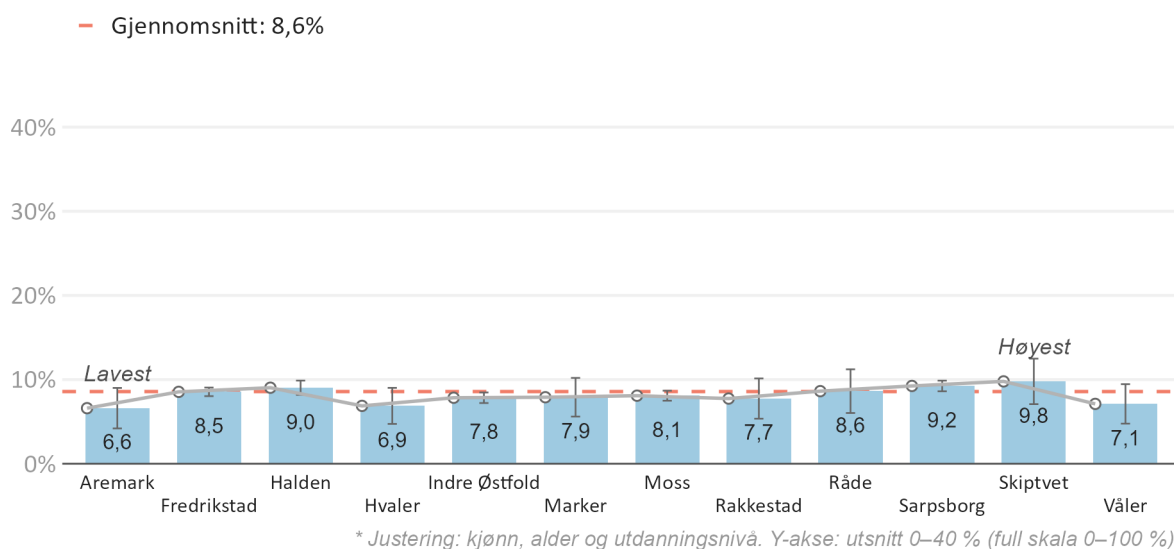
økning i de tre yngste aldersgruppene (18–29, 30–39 og 40–49), mens endringene fra 50 år og oppover ikke er statistisk sikre. Dette innebærer at økningen over tid i større grad er konsentrert i yngre og middelaldrende grupper enn blant de eldste. For utdanning er det statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og mønsteret mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er endringene ikke statistisk sikre verken for dem med lett økonomi eller dem med vanskelig økonomi, og forskjellen mellom disse gruppene fremstår derfor som stabil fra 2021 til 2025. Samlet peker utviklingen mot en moderat oppgang i andelen totalt, uten tydelige tegn til at gapene mellom gruppene har endret seg vesentlig.

3.21 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade

Svarandel: Totalt 43 473 deltakere av 45 794 (94,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

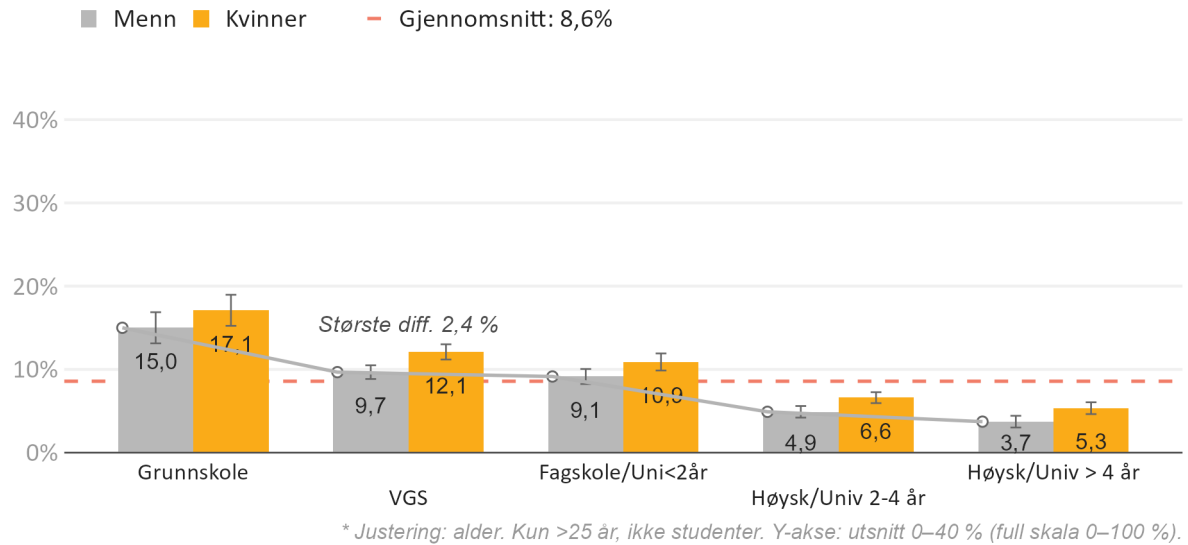
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 473	8,6 %	8,3 – 8,8
Kvinner	23 765	9,0 %	8,7 – 9,4
Menn	19 708	8,0 %	7,6 – 8,4

Figur 85: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kommuner i fylket (A)

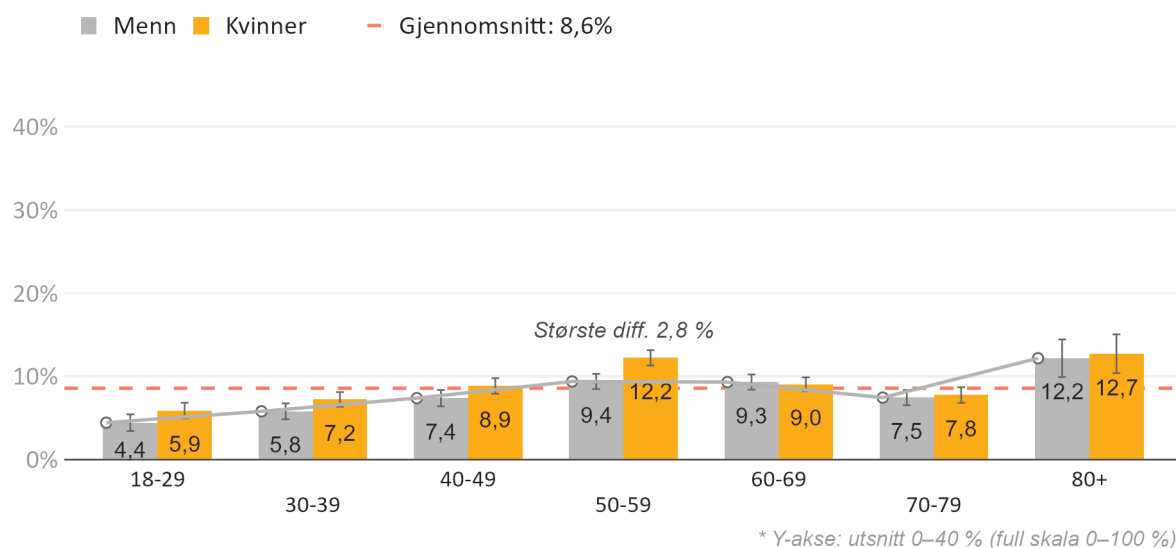


Figur A viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 6,6 prosent i Aremark til 9,8 prosent i Skiptvet, en forskjell på 3,2 prosentpoeng. Selv om Skiptvet ligger høyest og Aremark lavest, er forskjellen mellom ytterpunktene ikke statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,12, som tilsier en liten forskjell mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger i det øvre sjiktet, blant annet Sarpsborg med 9,2 prosent og Halden med 9,0 prosent, mens Råde ligger på 8,6 prosent og Fredrikstad på 8,5 prosent. Moss har 8,1 prosent, Marker 7,9 prosent og Indre Østfold 7,8 prosent, mens Rakkestad ligger på 7,7 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Våler med 7,1 prosent og Hvaler med 6,9 prosent, i tillegg til Aremark. Samlet sett viser figuren moderate nivåforskjeller mellom kommunene, uten klare tegn til store geografiske variasjoner.

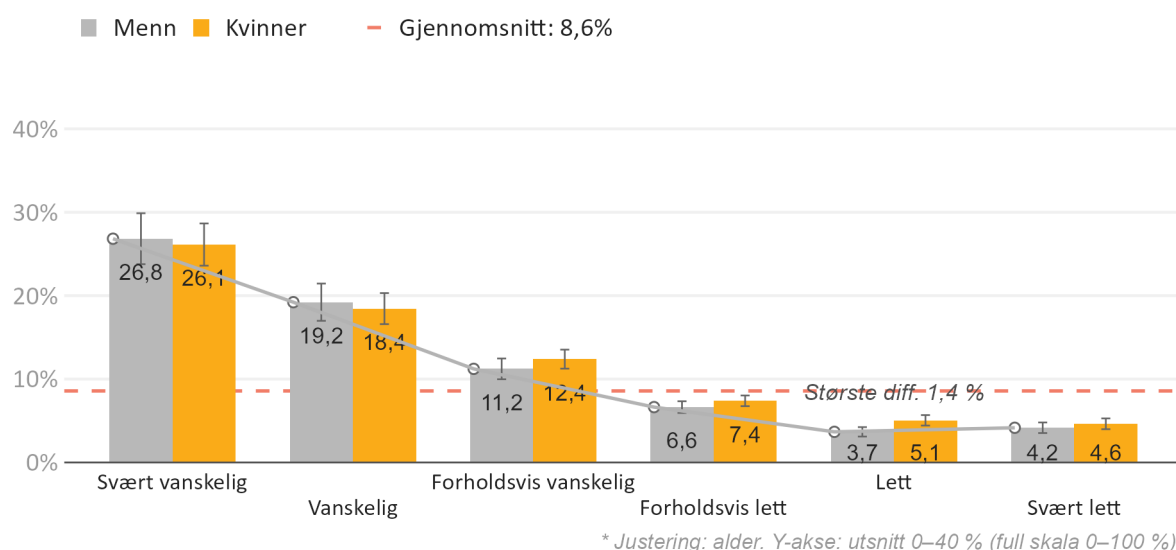
Figur 86: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og utdanningsnivå (B)



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, med 17,1 prosent, og lavest blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 5,3 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 11,8 prosentpoeng mellom høyeste og laveste utdanningsnivå, og Cohen's h er 0,39, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: høyest andel finnes i grunnskole med 15,0 prosent, mens lavest andel er blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 3,7 prosent. Differansen er 11,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,41, også en middels forskjell. Ser vi på kjønn innen hvert utdanningsnivå, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner. Forskjellene er 1,7 prosentpoeng i fagskole og universitet under 2 år og 2,1 prosentpoeng i grunnskole, uten tydelige kjønnsforskjeller. I videregående skole er forskjellen 2,4 prosentpoeng, og i høyskole og universitet er forskjellen 1,7 prosentpoeng for 2 til 4 år og 1,6 prosentpoeng for over 4 år, der kjønnsforskjellene framstår tydelige.

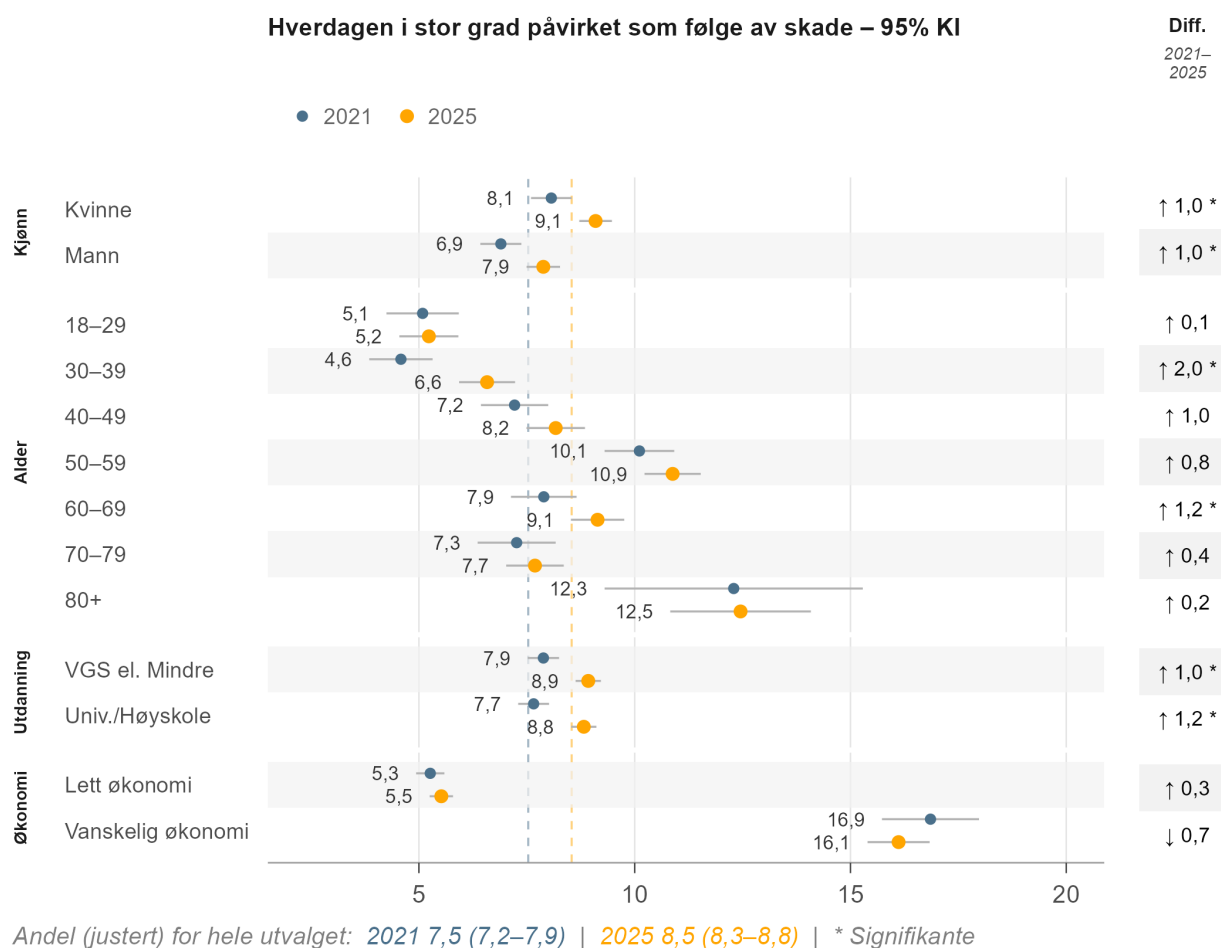
Figur 87: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18-29, med 5,9 prosent, og høyest i 80+, med 12,7 prosent. Dette gir en tydelig økning fra yngste til eldste aldersgruppe, med en forskjell på 6,8 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,24, som tilsvarer en liten forskjell. For menn er andelen lavest i 18-29, med 4,4 prosent, og høyest i 80+, med 12,2 prosent. Også her er forskjellen mellom ytterpunktene tydelig, på 7,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,29, som indikerer en middels forskjell. Ser vi på kjønn innen hver aldersgruppe, er nivåene stort sett like, men i alderen 50-59 er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med 12,2 prosent mot 9,4 prosent. Denne kjønnsforskjellen er 2,8 prosentpoeng og framstår som statistisk sikker, men den er likevel relativt liten i størrelse. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og uten statistisk sikre utslag.

Figur 88: 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 varierer andelen tydelig med opplevd økonomi. De som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig har høyest andel, med 26,1 prosent, mens de som oppgir svært lett har lavest andel, med 4,6 prosent. Dette gir en forskjell på 21,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,64, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært vanskelig, med 26,8 prosent. Lavest andel blant menn finnes i gruppen som oppgir lett, med 3,7 prosent. Differansen er 23,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,70, som også tilsier en stor forskjell. Samlet viser dette et klart mønster der en vanskeligere opplevd husholdningsøkonomi henger sammen med en høyere andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket. Kjønnforskjellene innen de fleste økonomigrupper er små, men i gruppen som oppgir lett er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med en forskjell på 1,4 prosentpoeng.

Figur 89: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade (E)



Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen fra 7,5 prosent i 2021 til 8,5 prosent i 2025, og endringen er statistisk sikker. Økningen ses i begge kjønn, og for både kvinner og menn er endringen statistisk sikker, slik at kjønnforskjellen i hovedsak består. På tvers av alder er mønsteret ellers relativt stabilt, men

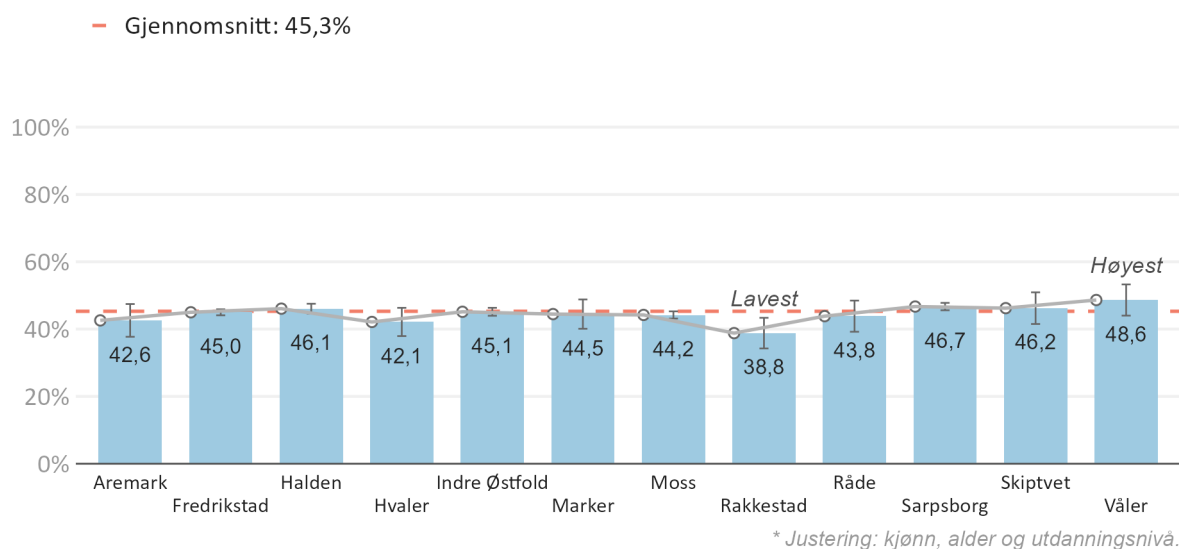
det er en statistisk sikker økning blant 30–39-åringene og 60–69-åringene, mens øvrige aldersgrupper ikke har statistisk sikker endring. For utdanning øker andelen statistisk sikkert i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevde økonomiske vansker er nivåforskjellen stor både i 2021 og 2025, men endringene innen gruppene er ikke statistisk sikre. Samlet peker dette mot en moderat, men tydelig økning i andelen som er sterkt påvirket av skade fra 2021 til 2025, uten at hovedmønstrene mellom gruppene endrer seg vesentlig.

3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager

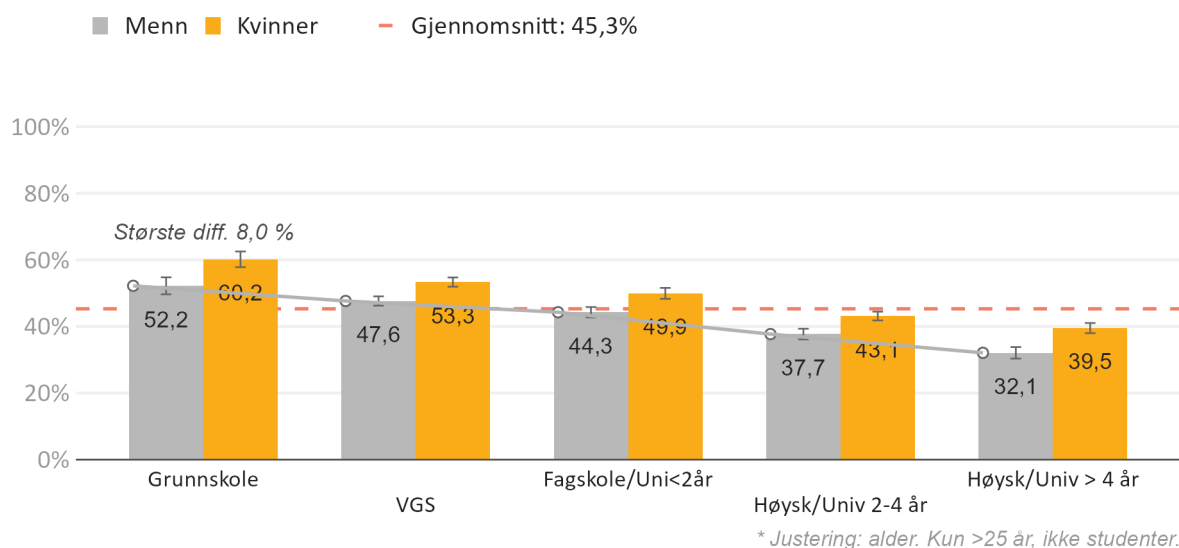
Svarandel: Totalt 43 390 deltakere av 45 794 (94,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 390	45,3 %	44,8 – 45,8
Kvinner	23 692	47,9 %	47,2 – 48,5
Menn	19 698	42,2 %	41,5 – 42,9

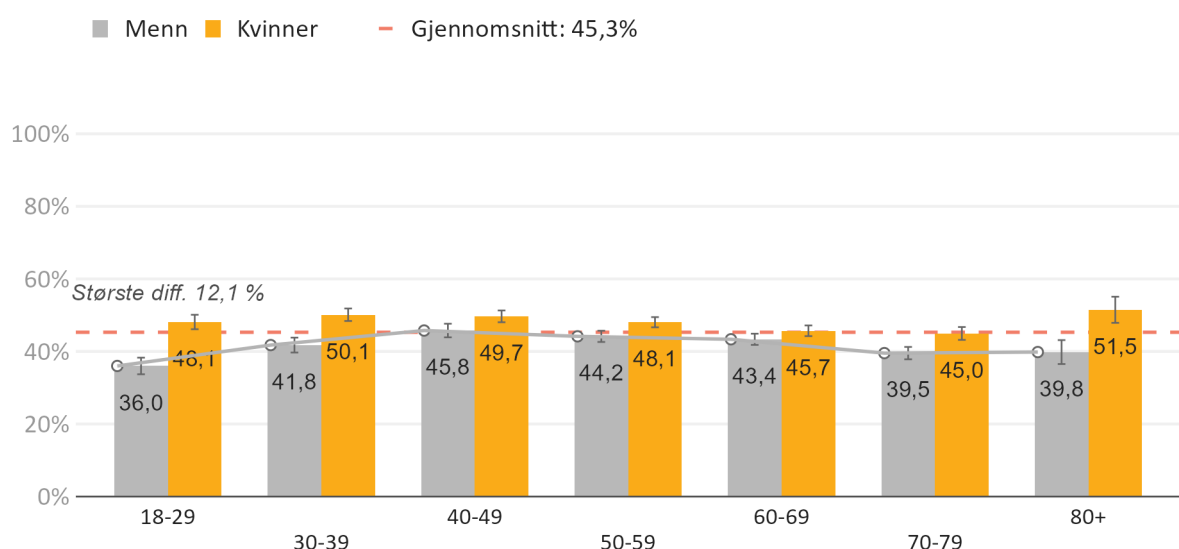
Figur 90: Korsryggsmerter siste 28 dager etter kommuner i fylket (A)



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 Våler på 48,6 prosent og lavest nivå i Rakkestad på 38,8 prosent. Dette gir en forskjell på 9,8 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,20$, som tilsvarer en liten forskjell, noe som betyr at variasjonen mellom kommunene er tydelig, men ikke stor. Flere kommuner ligger i det øvre sjiktet, blant annet Sarpsborg med 46,7 prosent, Skiptvet med 46,2 prosent og Halden med 46,1 prosent, mens Fredrikstad og Indre Østfold ligger på henholdsvis 45,0 prosent og 45,1 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Aremark med 42,6 prosent og Hvaler med 42,1 prosent, mens Råde og Moss ligger på 43,8 prosent og 44,2 prosent. Samlet viser figuren at korsryggsmerter er vanlig i alle kommunene, samtidig som det er målbare forskjeller i nivå mellom dem.

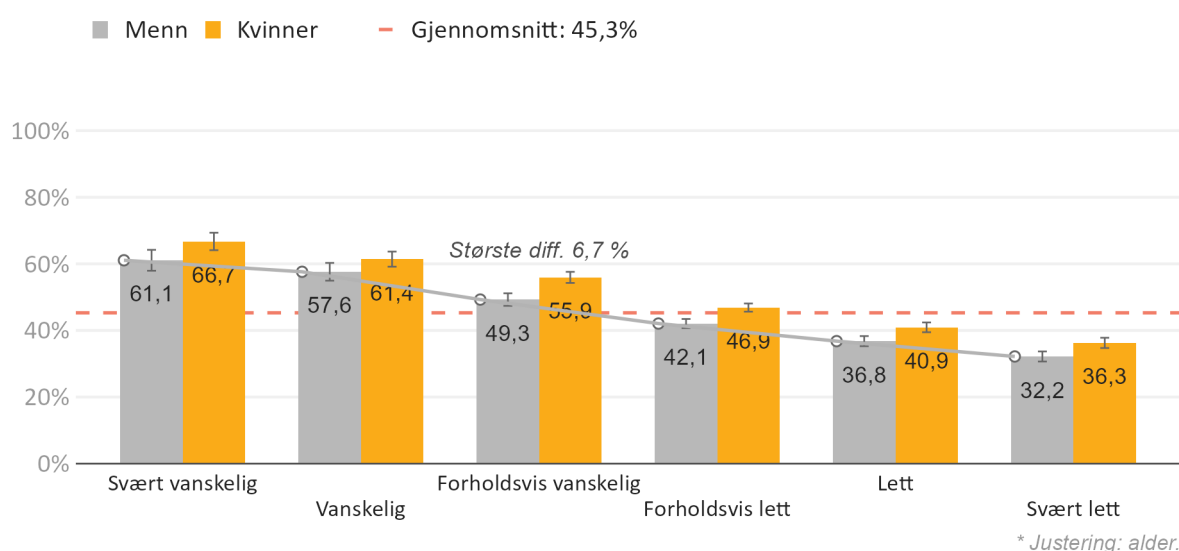
Figur 91: Korsryggmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning over fire år. Blant kvinner rapporterer 60,2 prosent med grunnskole korsryggmerter, mot 39,5 prosent i gruppen med høyskole og universitet over fire år. Dette gir en forskjell på 20,7 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,42, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er nivået 52,2 prosent i gruppen med grunnskole og 32,1 prosent i gruppen med høyskole og universitet over fire år, en forskjell på 20,1 prosentpoeng som også er statistisk sikker. Cohen's h er 0,41, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåer ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 5,4 til 8,0 prosentpoeng, med størst avstand i gruppen med grunnskole.

Figur 92: Korsryggmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)

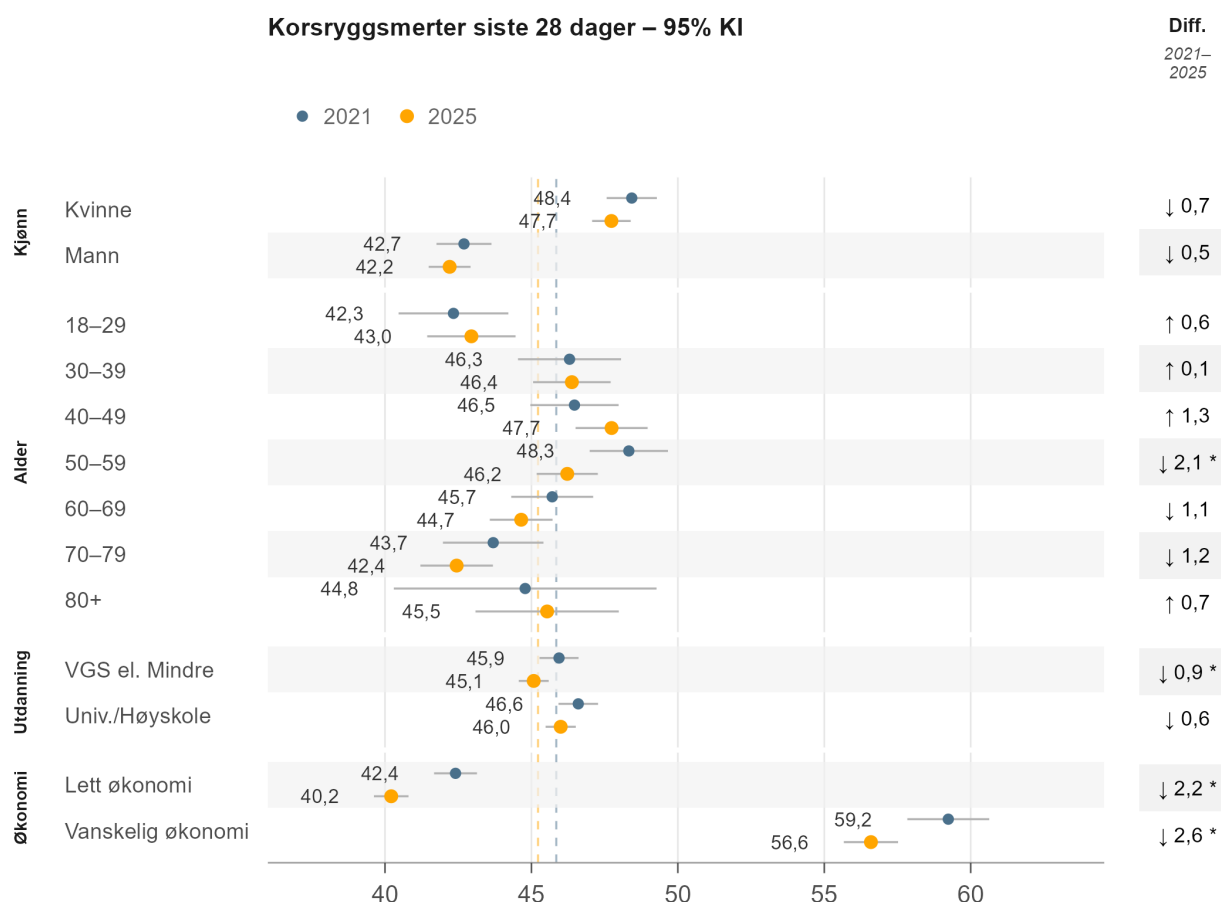
Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen mellom 45,0 prosent og 51,5 prosent på tvers av aldersgruppene. Den er lavest i 70-79 med 45,0 prosent og høyest i 80+ med 51,5 prosent, en forskjell på 6,5 prosentpoeng som framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,13, som tilsier en liten forskjell mellom aldersgruppene blant kvinner. Blant menn varierer andelen mer, fra 36,0 prosent i 18-29 til 45,8 prosent i 40-49. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 9,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, som også tilsier en liten forskjell mellom aldersgruppene blant menn. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel korsryggsmerter enn menn i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 70-79 og 80+, og størst i 18-29 der kvinner ligger 12,1 prosentpoeng høyere enn menn. I 60-69 er forskjellen 2,3 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

Figur 93: 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. Blant kvinner er andelen høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig, med 66,7 prosent, og lavest når den vurderes som svært lett, med 36,3 prosent. Differansen er 30,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som oppgir svært vanskelig økonomi, med 61,1 prosent, og lavest i gruppen som oppgir svært lett økonomi, med 32,2 prosent. Dette gir en differanse på 28,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,59, som også tilsier en stor forskjell. Samlet viser tallene et tydelig mønster der andelen med korsryggsmerter øker når husholdningsøkonomien oppleves som mer krevende, og dette gjelder for begge kjønn. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andeler enn menn i alle økonomigrupper. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for lett, svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, med forskjeller fra 4,1 til 6,7 prosentpoeng, mens forskjellene ikke er statistisk sikre i gruppene vanskelig og svært vanskelig.

Figur 94: Korsryggsmerter siste 28 dager (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 45,8 (45,2–46,5) | 2025 45,2 (44,7–45,7) | * Signifikante

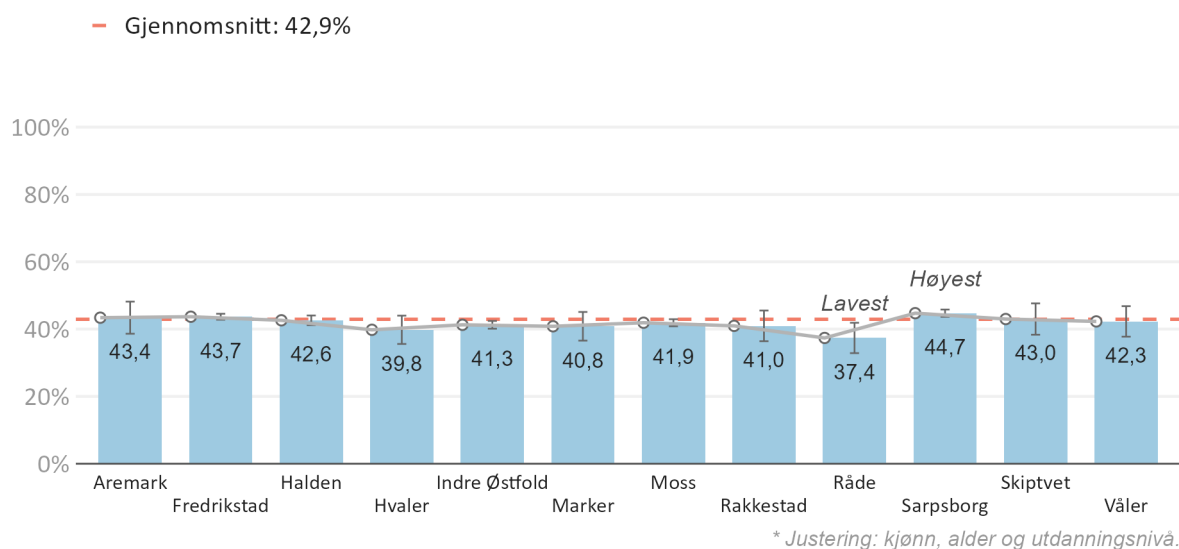
Figur E viser andelen som oppgir korsryggsmerter siste 28 dager på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak uendret, med ikke statistisk sikre endringer for både kvinner og menn. På tvers av aldersgrupper er nivåene gjennomgående like over tid, men aldersgruppen 50–59 år skiller seg ut med en statistisk sikker nedgang fra 48,3 til 46,2 prosent. For de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre. Etter utdanning er det en statistisk sikker nedgang blant dem med videregående skole eller mindre, mens endringen blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning ikke er statistisk sikker, og forskjellene mellom utdanningsgruppene fremstår dermed omtrent uendret. For opplevd økonomi er mønsteret tydelig og stabilt: andelen er høyere ved vanskelig økonomi enn ved lett økonomi i begge år. Samtidig er det en statistisk sikker nedgang i begge økonomigruppene, fra 42,4 til 40,2 prosent ved lett økonomi og fra 59,2 til 56,6 prosent ved vanskelig økonomi.

3.23 Nakkesmerter siste 28 dager

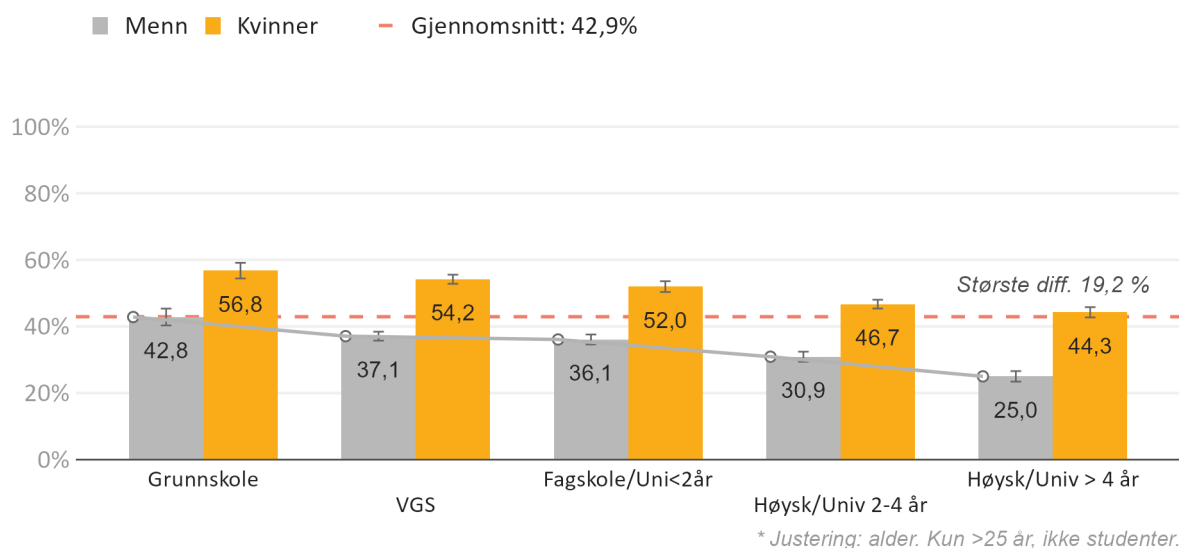
Svarandel: Totalt 43 214 deltakere av 45 794 (94,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 214	42,9 %	42,4 – 43,4
Kvinner	23 605	50,2 %	49,5 – 50,8
Menn	19 609	34,2 %	33,5 – 34,9

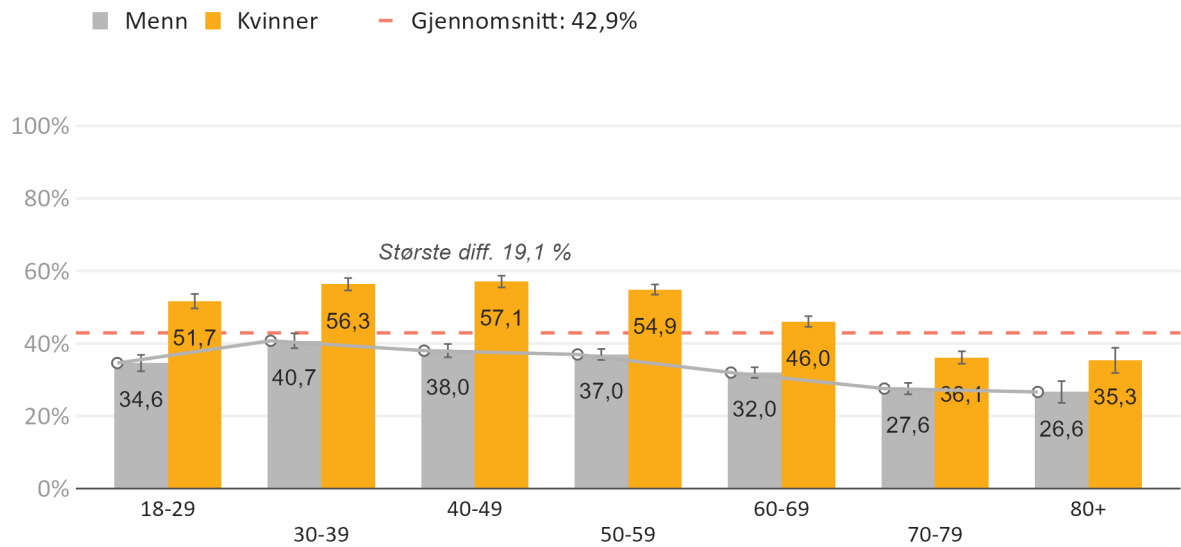
Figur 95: Nakkesmerter siste 28 dager etter kommuner i fylket (A)



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 37,4 prosent i Råde til 44,7 prosent i Sarpsborg, en forskjell på 7,4 prosentpoeng. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,15, som tilsvarer en liten forskjell mellom kommunene. Flere kommuner ligger tett opp mot de høyeste nivåene, med 43,7 prosent i Fredrikstad, 43,4 prosent i Aremark og 43,0 prosent i Skiptvet. Halden og Våler ligger også relativt høyt, med henholdsvis 42,6 prosent og 42,3 prosent. I den midtre delen av fordelingen finner vi Moss med 41,9 prosent, Indre Østfold med 41,3 prosent, Rakkestad med 41,0 prosent og Marker med 40,8 prosent. Hvaler ligger lavere enn mange av de øvrige kommunene med 39,8 prosent, mens Råde skiller seg ut med den laveste andelen. Samlet sett viser figuren en moderat spredning i rapporterte nakkesmerter på tvers av kommunene.

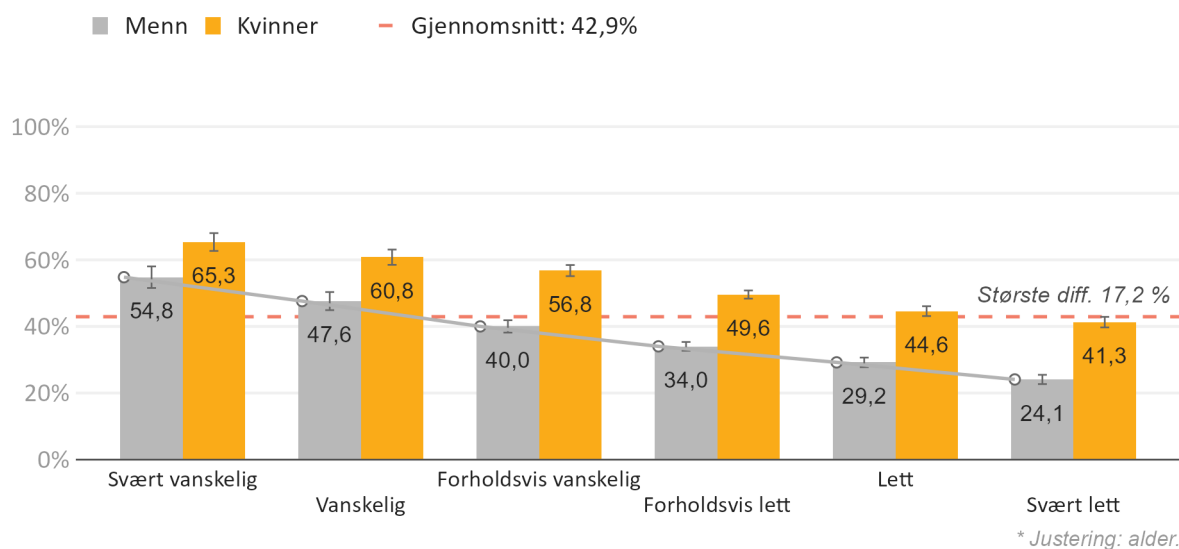
Figur 96: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 56,8 prosent oppgir nakkesmerter, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 44,3 prosent. Forskjellen på 12,5 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h 0,25, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er mønsteret det samme, med høyest andel i gruppen med grunnskole på 42,8 prosent og lavest andel blant dem med høyskole eller universitet over fire år på 25,0 prosent. Her er differansen 17,8 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h 0,38, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av alle utdanningsnivåer rapporterer kvinner en høyere andel nakkesmerter enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen er 15,9 prosentpoeng i fagskole eller universitet under to år, 13,9 prosentpoeng i grunnskole, 15,8 prosentpoeng i høyskole eller universitet to til fire år, 19,2 prosentpoeng i høyskole eller universitet over fire år og 17,1 prosentpoeng i videregående skole.

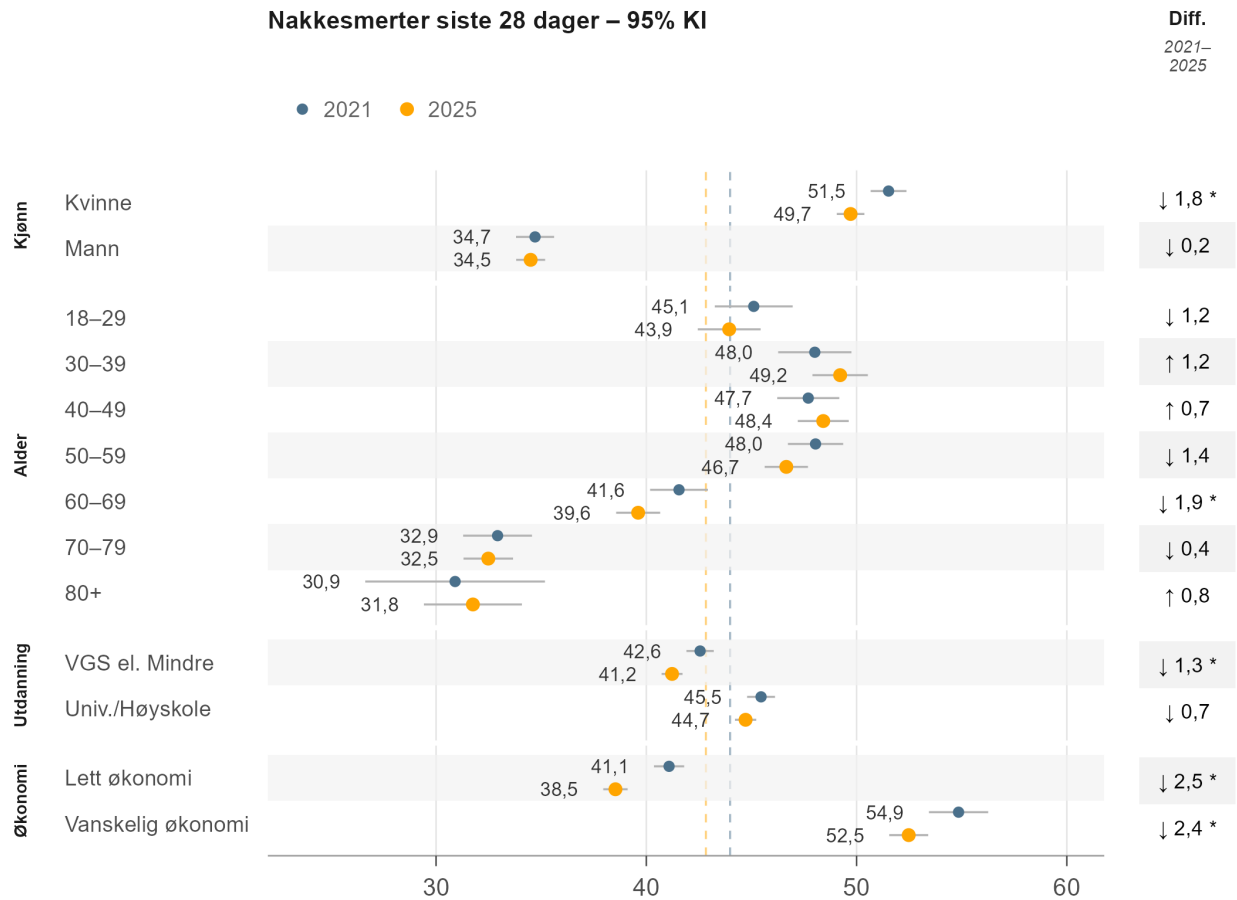
Figur 97: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)

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 40–49 år, med 57,1 prosent, og lavest i 80+ med 35,3 prosent. Dette gir en forskjell på 21,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen høyest i 30–39 år, med 40,7 prosent, og lavest i 80+ med 26,6 prosent. Forskjellen er 14,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av aldersgrupper ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle aldersgruppene som er vist. De største forskjellene mellom kjønnene finnes i 40–49 år, der kvinner ligger 19,1 prosentpoeng høyere enn menn, og i 50–59 år, der forskjellen er 17,9 prosentpoeng. Også blant de eldste er forskjellen tydelig, med 35,3 prosent blant kvinner og 26,6 prosent menn i 80+. Samlet sett er forekomsten høyest i de yngre og middelaldrende gruppene og lavere i de eldste aldersgruppene for begge kjønn.

Figur 98: 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. I begge kjønn er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. Blant kvinner rapporterer 65,3 prosent nakkesmerter i gruppen med svært vanskelig økonomi, mot 41,3 prosent i gruppen med svært lett økonomi, en tydelig forskjell på 24,1 prosentpoeng. Cohen's h er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 54,8 prosent ved svært vanskelig økonomi og 24,1 prosent ved svært lett økonomi, en tydelig forskjell på 30,7 prosentpoeng. Her er Cohen's h 0,64, som tilsvarer en stor forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel nakkesmerter enn menn i alle økonomigrupper, og disse kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellen er størst i gruppen som oppgir svært lett økonomi, der kvinner ligger 17,2 prosentpoeng høyere enn menn, og minst i gruppen med svært vanskelig økonomi, der kvinner ligger 10,6 prosentpoeng høyere enn menn. Samlet viser figuren en klar sammenheng mellom mer krevende husholdningsøkonomi og høyere forekomst av nakkesmerter for både kvinner og menn.

Figur 99: Nakkesmerter siste 28 dager (E)

Andel (justert) for hele utvalget: 2021 44,0 (43,4–44,6) | 2025 42,8 (42,4–43,3) | * Signifikante

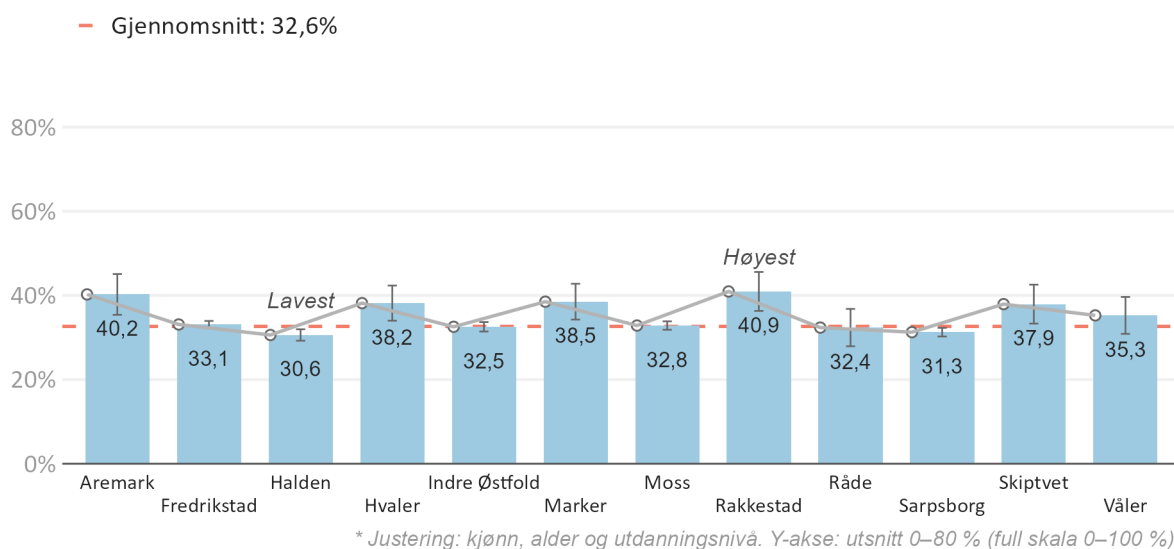
Figur E viser andelen som oppgir nakkesmerter siste 28 dager på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen omtrent stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen består, men blant kvinner er det en statistisk sikker nedgang (fra 51,5 til 49,7 prosent), mens menn ligger stabilt uten statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak uendret, med høyere nivåer i flere av gruppene fra 30 til 59 år og lavere nivåer blant de eldste. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker endring er 60–69 år, som går ned fra 41,6 til 39,6 prosent. For utdanning er forskjellene små, men gruppen med videregående skole eller mindre har en statistisk sikker nedgang, mens universitets eller høyskoleutdanning ikke viser statistisk sikker endring. Personer som oppgir økonomiske vansker har høyere andel enn dem med lett økonomi både i 2021 og 2025, og begge gruppene har en statistisk sikker nedgang (omtrent 2,4 til 2,5 prosentpoeng). Samlet tyder dette på at forskjellene mellom gruppene i stor grad er stabile, samtidig som nedgangen er tydeligst i enkelte undergrupper.

3.24 Høy sosial støtte

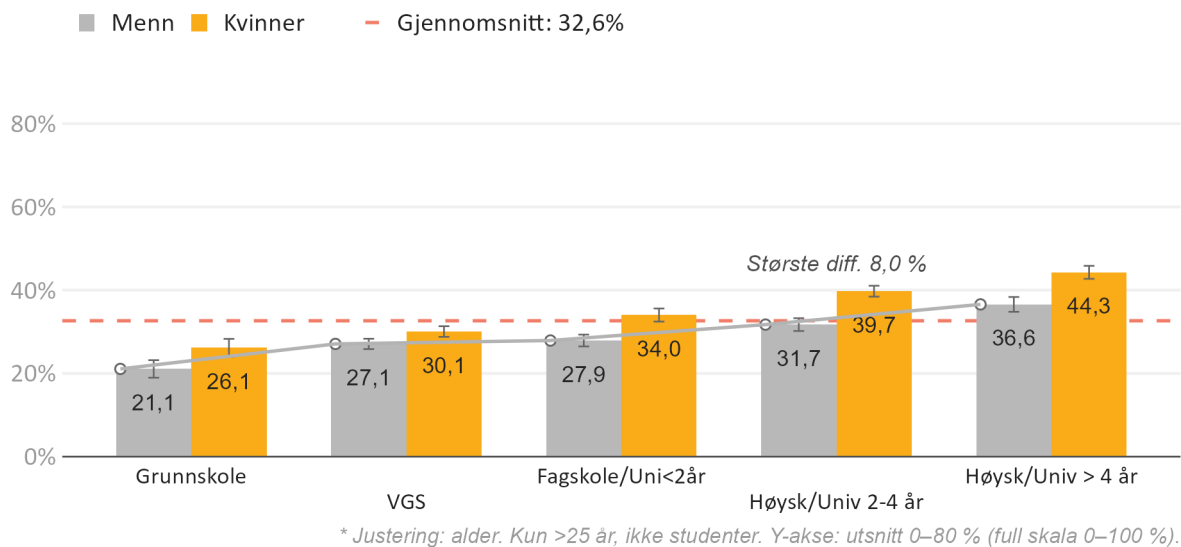
Svarandel: Totalt 43 033 deltakere av 45 794 (94,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	43 033	32,6 %	32,2 – 33,1
Kvinner	23 503	35,5 %	34,9 – 36,2
Menn	19 530	29,2 %	28,5 – 29,8

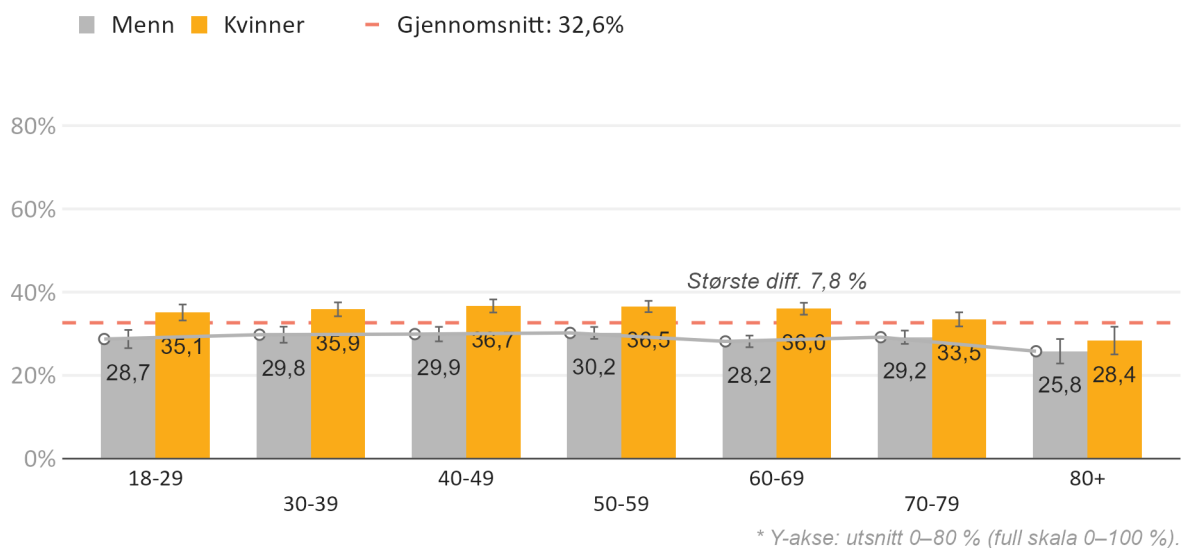
Figur 100: Høy sosial støtte etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Rakkestad på 40,9 prosent og lavest nivå i Halden på 30,6 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 10,3 prosentpoeng, og den framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,22, som tilsvarer en liten forskjell, noe som tyder på at variasjonene mellom kommunene samlet sett er moderate. Flere kommuner ligger i øvre del av fordelingen, blant annet Aremark med 40,2 prosent, Marker med 38,5 prosent og Hvaler med 38,2 prosent, mens Skiptvet også har et relativt høyt nivå med 37,9 prosent. Våler ligger midt i fordelingen med 35,3 prosent. I nedre del finner vi Sarpsborg med 31,3 prosent, samt Råde med 32,4 prosent, Indre Østfold med 32,5 prosent og Moss med 32,8 prosent. Fredrikstad ligger også relativt lavt med 33,1 prosent. Samlet viser figuren at nivået av høy sosial støtte varierer merkbart mellom kommunene, særlig mellom Halden og kommunene med de høyeste andelen.

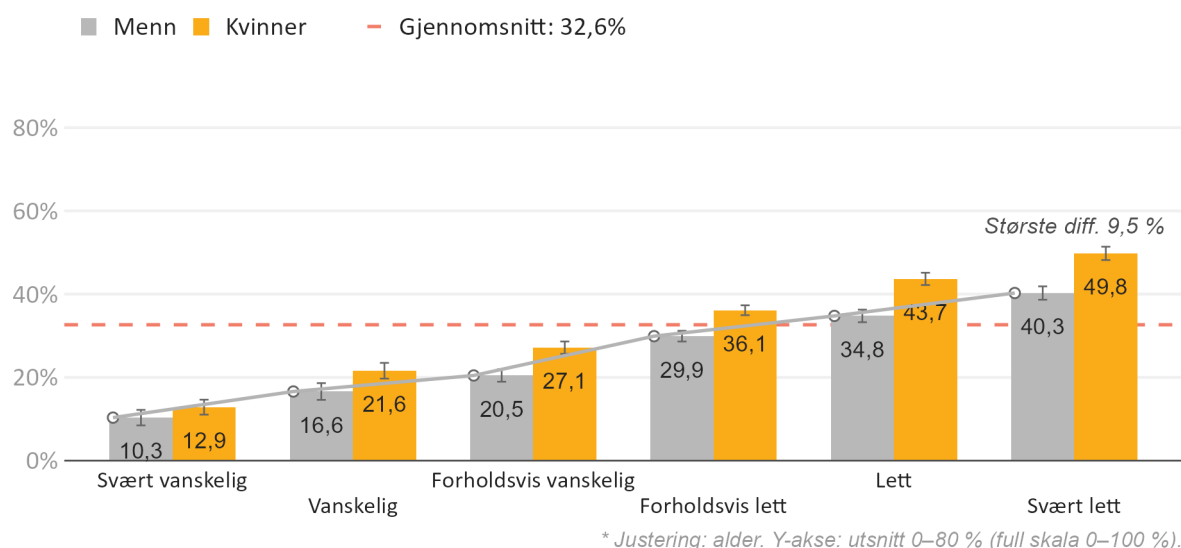
Figur 101: Høy sosial støtte etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med høyskole og universitet i mer enn fire år, der 44,3 prosent oppgir høy sosial støtte, og lavest blant dem med grunnskole, der andelen er 26,1 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 18,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,38, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med høyskole og universitet i mer enn fire år, med 36,6 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 21,1 prosent. Forskjellen er 15,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,35, som også indikerer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger kvinner høyere enn menn i alle gruppene, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner er 6,1 prosentpoeng i fagskole og universitet under to år, 5,1 prosentpoeng i grunnskole, 8,0 prosentpoeng i høyskole og universitet i to til fire år, 7,7 prosentpoeng i høyskole og universitet i mer enn fire år, og 3,0 prosentpoeng i videregående skole.

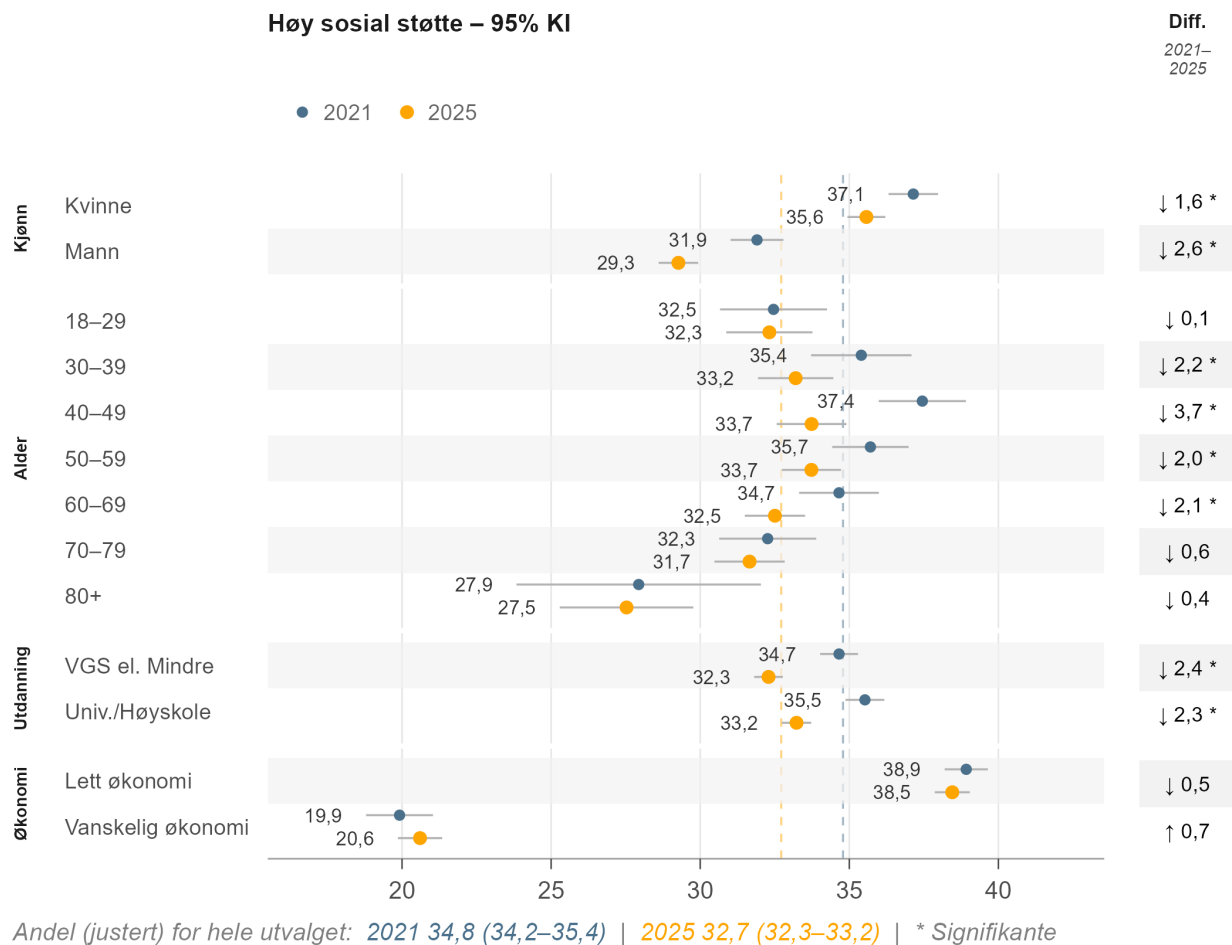
Figur 102: Høy sosial støtte etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen med høy sosial støtte på et relativt stabilt nivå fra 18–29 til 60–69 år, med 35,1 prosent i 18–29, 35,9 prosent i 30–39, 36,7 prosent i 40–49, 36,5 prosent i 50–59 og 36,0 prosent i 60–69. Deretter faller andelen til 33,5 prosent i 70–79 og videre til 28,4 prosent i 80+. Høyeste nivå blant kvinner finnes i 40–49 år, og laveste i 80+, en forskjell på 8,3 prosentpoeng som framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,18, som tilsier en liten forskjell. Blant menn varierer andelen mindre på tvers av alder, fra 28,7 prosent i 18–29 til 30,2 prosent i 50–59, før den går ned til 25,8 prosent i 80+. Forskjellen mellom høyeste nivå i 50–59 og laveste i 80+ er 4,4 prosentpoeng, og den er statistisk sikker. Cohen's h er 0,10, som tilsier en liten forskjell. I aldersgruppene 18–29 til 70–79 er andelen gjennomgående lavere blant menn enn blant kvinner, med statistisk sikre kjønnsforskjeller fra 4,3 til 7,8 prosentpoeng. I 80+ er forskjellen 2,6 prosentpoeng og ikke statistisk sikker.

Figur 103: Høy sosial støtte etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo 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 vurderes som lettere. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som oppgir at økonomien er svært lett, med 49,8 prosent, og lavest blant dem som oppgir svært vanskelig, med 12,8 prosent. Dette gir en forskjell på 36,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,83, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved svært lett, med 40,3 prosent, og lavest ved svært vanskelig, med 10,3 prosent. Forskjellen er 29,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,72, som også indikerer en stor forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel med høy sosial støtte enn menn i de fleste økonomigruppene, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i gruppen som vurderer økonomien som svært lett, der kvinner ligger 9,5 prosentpoeng høyere enn menn. I gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig er kjønnsforskjellen derimot liten, 2,5 prosentpoeng, og den framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 104: Høy sosial støtte (E)

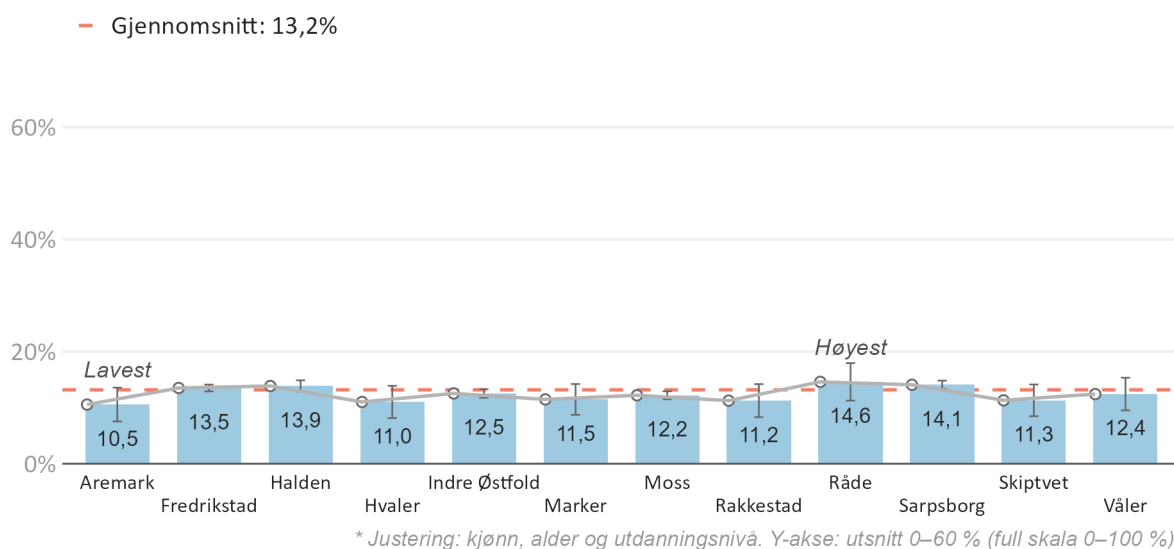
Figur E viser andelen som oppgir høy sosial støtte på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021 (34,8 mot 32,7 prosent), og nedgangen er statistisk sikker. For kjønn ser vi en statistisk sikker nedgang både blant kvinner og menn, og kvinner ligger høyere enn menn i begge år; kjønnsforskjellen framstår omtrent like stor over tid. For alder er det en statistisk sikker nedgang i flere av gruppene fra 30 til 69 år, mens endringene ikke er statistisk sikre blant de yngste (18–29 år) og de eldste (70–79 år og 80 år eller eldre). Dette innebærer at aldersmønsteret i hovedsak er gjenkjennelig, men med en tydeligere svekkelse i midtre aldersgrupper. For utdanning er det en statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og nivåforskjellene mellom utdanningsgruppene er små i begge år. For opplevde økonomiske vansker er endringene ikke statistisk sikre i noen av gruppene, men forskjellen mellom lett og vanskelig økonomi er stor og vedvarer fra 2021 til 2025. Samlet peker utviklingen mot en moderat, men tydelig nedgang i høy sosial støtte i befolkningen, uten at hovedmønstrene mellom gruppene ser ut til å ha endret seg mye.

3.25 Ensomhet (UCLA-3)

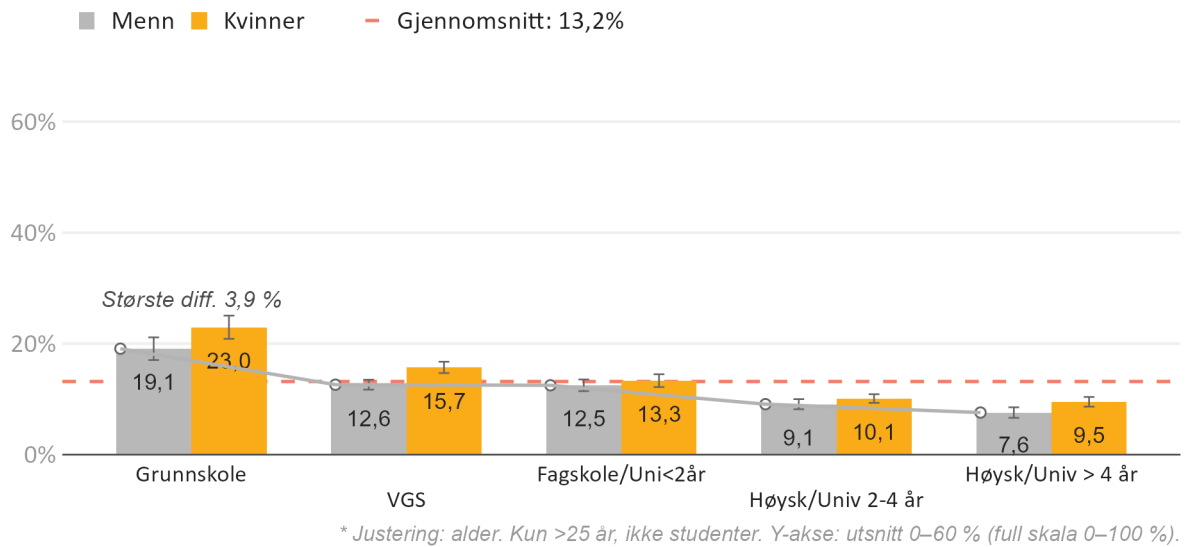
Svarandel: Totalt 42 952 deltakere av 45 794 (93,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 952	13,2 %	12,8 – 13,5
Kvinner	23 467	13,9 %	13,5 – 14,4
Menn	19 485	12,3 %	11,8 – 12,8

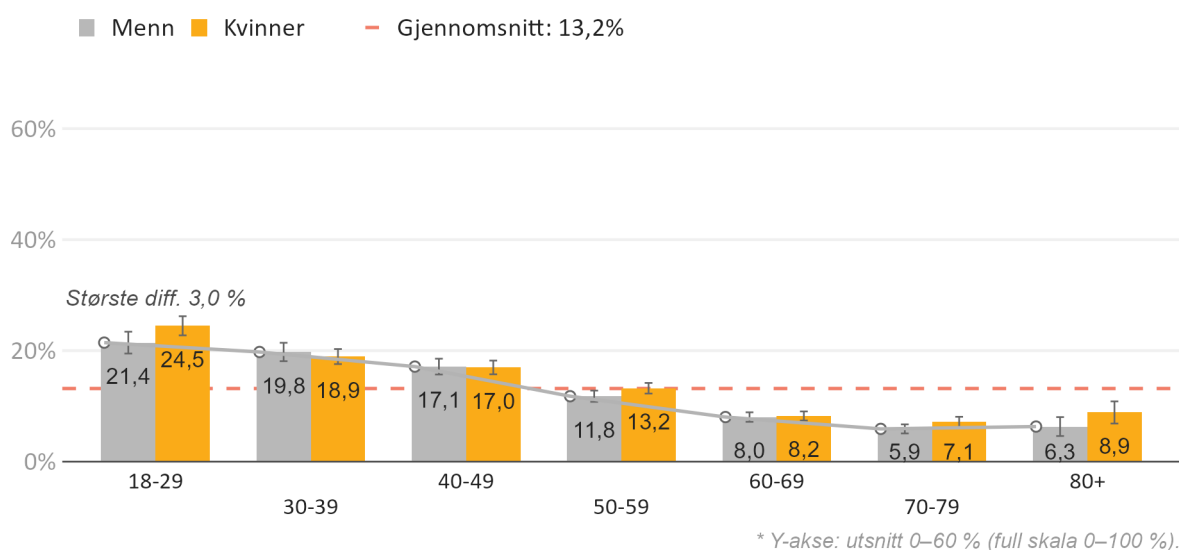
Figur 105: Ensomhet (UCLA-3) etter kommuner i fylket (A)



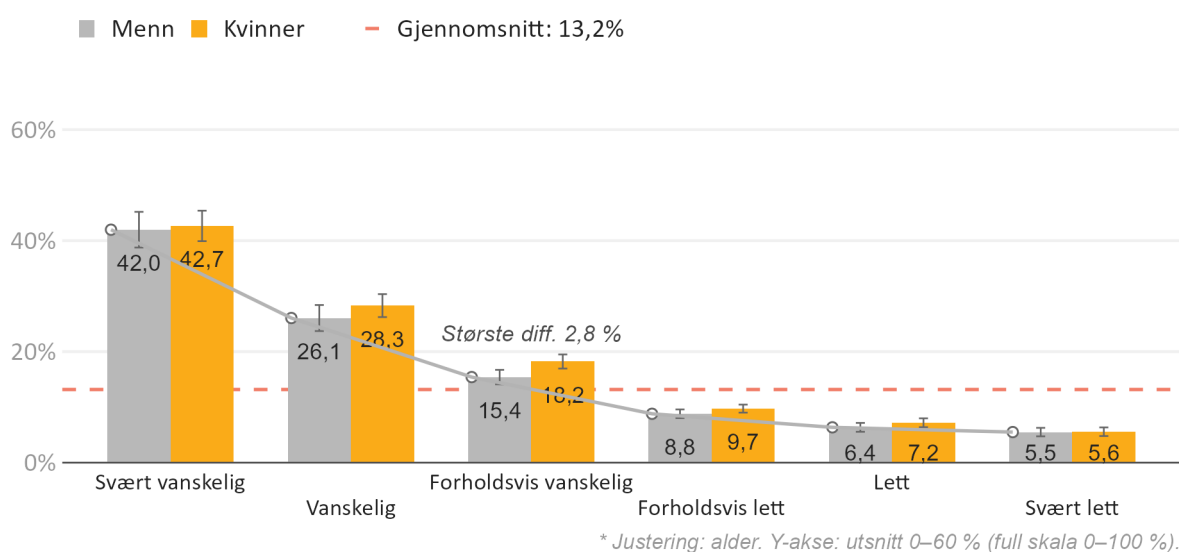
Figur A viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelene varierer fra 10,5 prosent i Aremark til 14,6 prosent i Råde, en forskjell på 4,0 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,12, som indikerer en liten forskjell mellom ytterpunktene. Samtidig er forskjellen mellom Råde og Aremark ikke statistisk sikker, og nivåene framstår derfor samlet sett som relativt like mellom kommunene. Blant kommunene med høyere andeler ligger også Sarpsborg på 14,1 prosent, Halden på 13,9 prosent og Fredrikstad på 13,5 prosent. Flere kommuner ligger midt i fordelingen, som Indre Østfold med 12,5 prosent, Våler med 12,4 prosent og Moss med 12,2 prosent. I den lavere delen av fordelingen finner vi Hvaler med 11,0 prosent, Rakkestad med 11,2 prosent, Skiptvet med 11,3 prosent og Marker med 11,5 prosent. Totalt sett viser figuren moderate variasjoner i andelen med høy grad av ensomhet på tvers av kommunene.

Figur 106: 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 23,0 prosent rapporterer høy ensomhet, og lavest for dem med høyskole- og universitetsutdanning på mer enn fire år, med 9,5 prosent. Dette gir en forskjell på 13,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er mønsteret det samme, med høyest andel ved grunnskole på 19,1 prosent og lavest ved høyskole- og universitetsutdanning på mer enn fire år på 7,6 prosent. Forskjellen er 11,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,35, som også tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett er høy ensomhet vanligere ved lavere utdanningsnivå og mindre vanlig ved høyere utdanningsnivå, både for kvinner og menn. Når en sammenligner kjønn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene som regel små. Det er likevel en statistisk sikker kjønnsforskjell for videregående skole, der kvinner ligger 3,1 prosentpoeng høyere enn menn, og for høyskole- og universitetsutdanning på mer enn fire år, der kvinner ligger 1,9 prosentpoeng høyere enn menn.

Figur 107: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og alder (C)

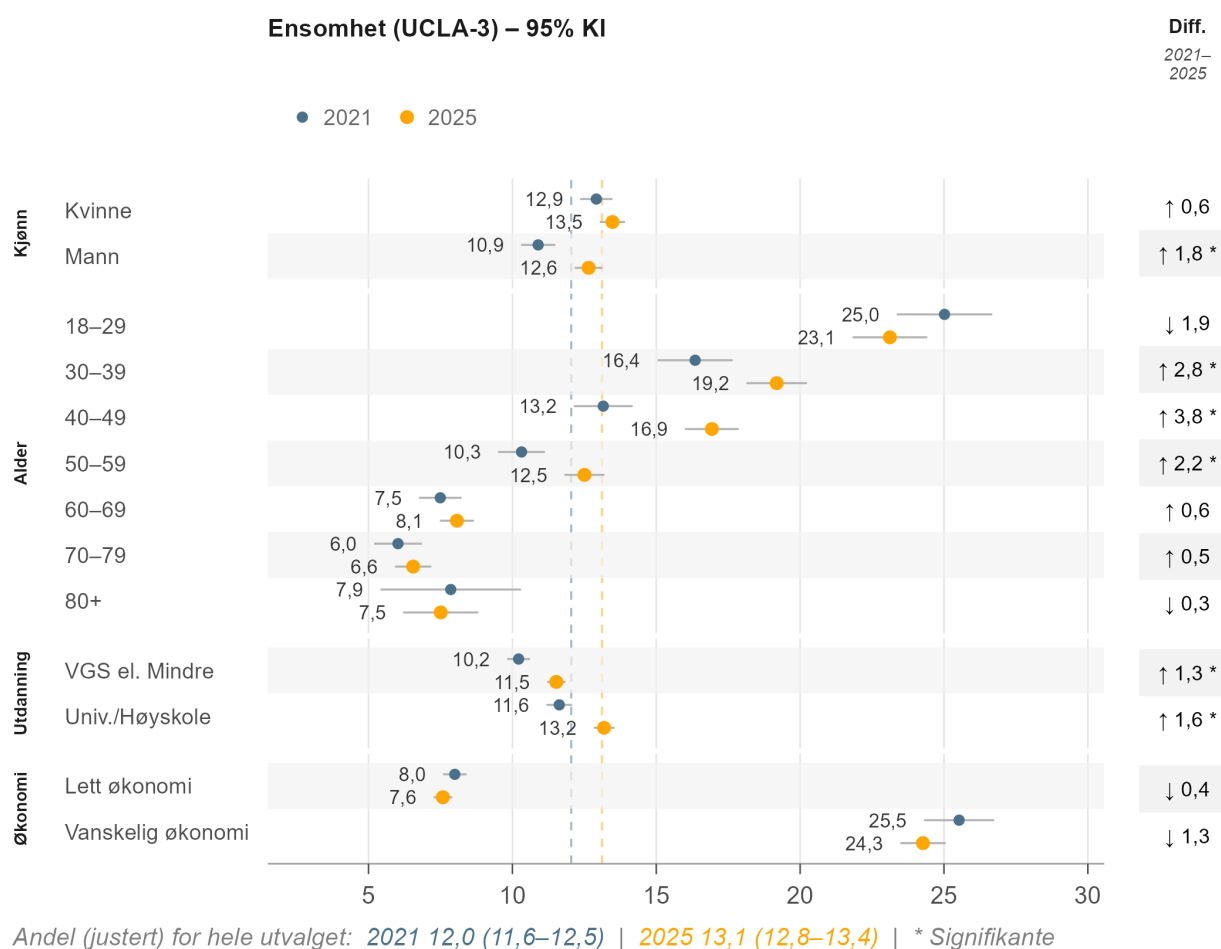
Figur C viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29, med 24,5 prosent, og lavest i 70-79, med 7,1 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 17,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i 18-29, med 21,4 prosent, og lavest i 70-79, med 5,9 prosent. Differansen er 15,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,47, som også indikerer en middels forskjell. I begge kjønn synker andelen med høy ensomhet fra de yngste aldersgruppene og ned mot 70-79, før den øker noe igjen i 80+, der andelen er 8,9 prosent blant kvinner og 6,3 prosent blant menn. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 108: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen med høy ensomhet tydelig

når husholdningsøkonomien vurderes som mer krevende. Blant kvinner er andelen lavest når økonomien oppleves som Svært lett, med 5,6 prosent, og høyest når den oppleves som Svært vanskelig, med 42,7 prosent. Dette gir en forskjell på 37,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,95, som tilsvarer en stor forskjell. Menn viser samme mønster, med 5,5 prosent i gruppen Svært lett og 42,0 prosent i gruppen Svært vanskelig. Differansen er 36,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,94, også en stor forskjell. I de mellomliggende økonomigruppene ligger andelen høy ensomhet på 7,2 prosent for kvinner og 6,4 prosent for menn ved Lett, 9,7 prosent og 8,8 prosent ved Forholdsvis lett, 28,3 prosent og 26,1 prosent ved Vanskelig, og 18,2 prosent og 15,4 prosent ved Forholdsvis vanskelig. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små, men ved Forholdsvis vanskelig er andelen statistisk sikkert høyere blant kvinner, med 2,8 prosentpoeng.

Figur 109: Ensomhet (UCLA-3) (E)



Figur E viser andelen som oppgir ensomhet (UCLA-3) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen noe høyere i 2025 enn i 2021, og denne økningen er statistisk sikker. Kjønnsforskjellen ser ut til å ha blitt noe mindre, fordi økningen er statistisk sikker blant menn, men ikke statistisk sikker blant kvinner. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme, med høyest andel blant de yngste voksne, men det er statistisk sikre økninger i flere midtlivsgrupper. Særlig øker andelen i alderen 30–39 år og 40–49 år, mens endringen ikke er statistisk sikker blant 18–29 år og blant de eldste aldersgruppene. For utdanning er det statistisk sikre økninger både blant dem med

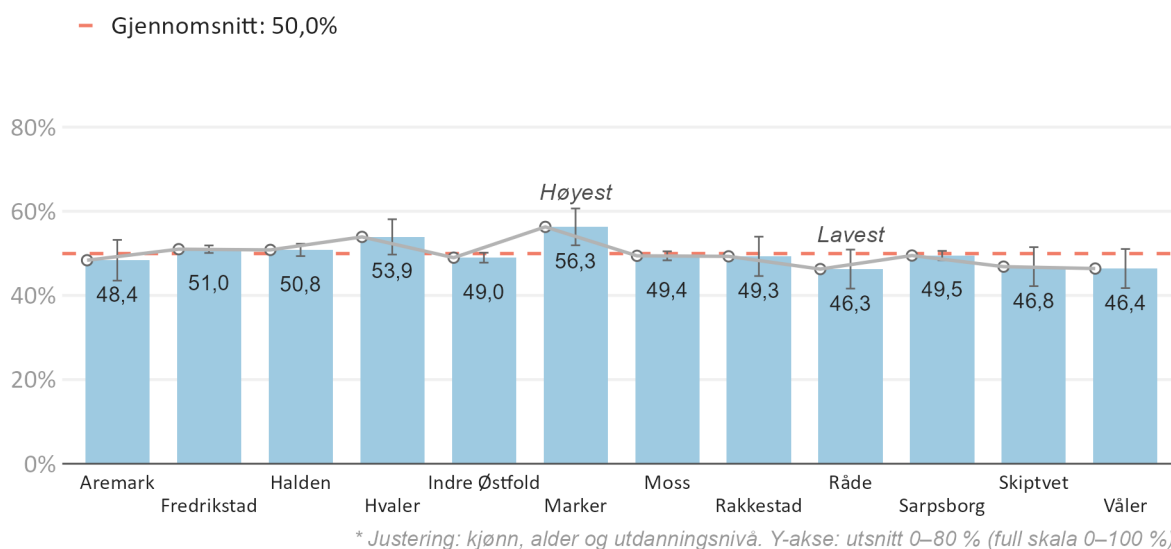
videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, slik at forskjellene mellom utdanningsgruppene i liten grad endrer seg. For opplevde økonomiske vansker er nivåforskjellene store i begge år, men endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre verken for dem med lett økonomi eller for dem med vanskelig økonomi. Samlet peker dette mot en moderat, men tydelig økning i ensomhet i befolkningen, samtidig som de mest markerte og stabile forskjellene fortsatt er knyttet til økonomisk situasjon.

3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

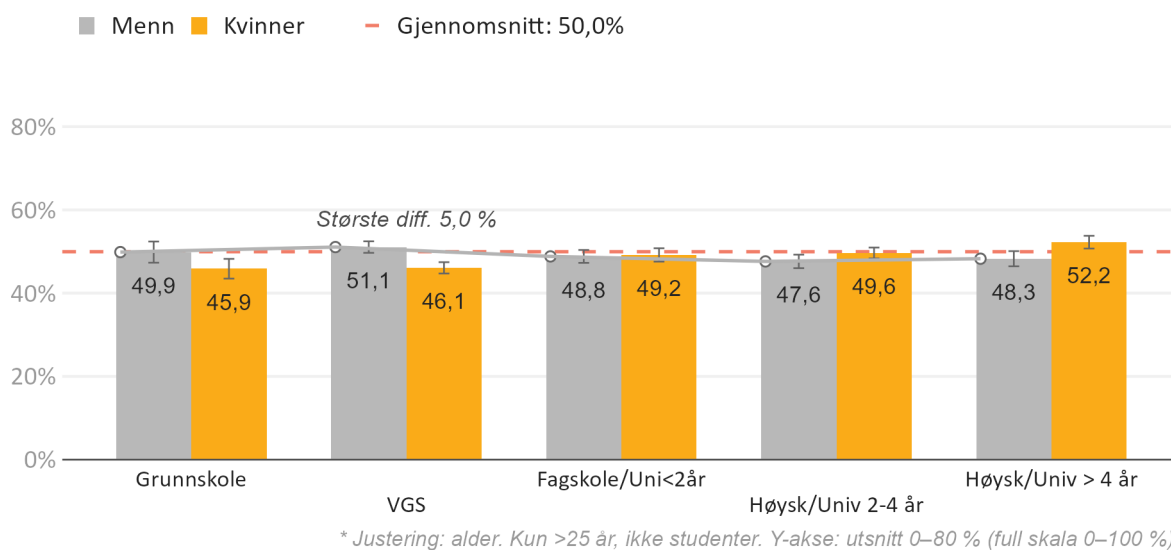
Svarandel: Totalt 42 214 deltakere av 45 794 (92,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 214	50,0 %	49,5 – 50,4
Kvinner	23 026	49,6 %	48,9 – 50,3
Menn	19 188	50,4 %	49,7 – 51,1

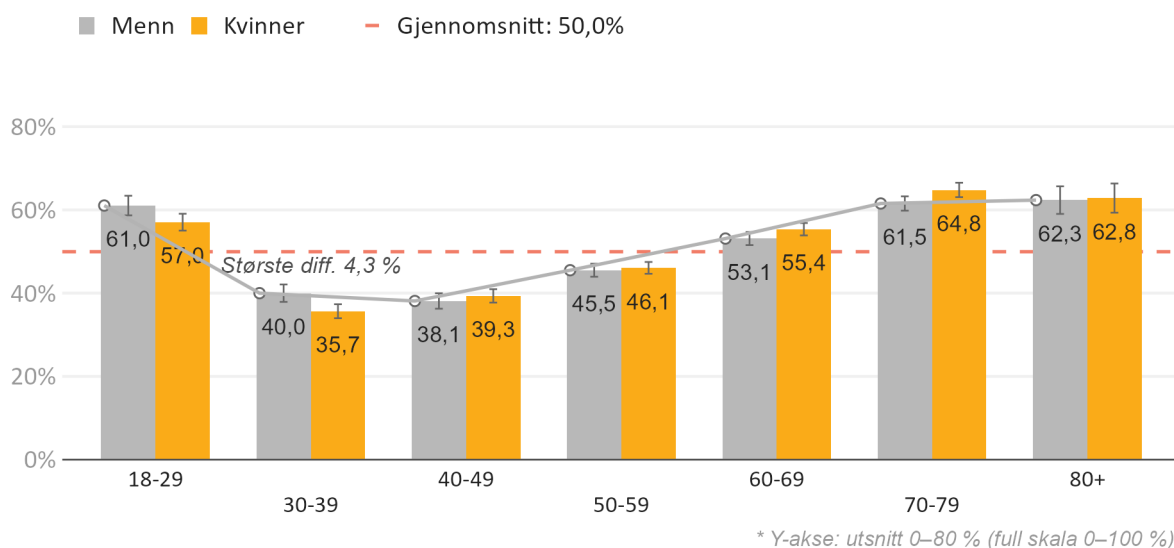
Figur 110: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kommuner i fylket (A)



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 varierer fra 46,3 prosent i Råde til 56,3 prosent i Marker. Dette gir en forskjell på 10,0 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,20$, som tilsier en liten forskjell i nivået mellom kommunene. Flere kommuner ligger rundt femti prosent. Fredrikstad har 51,0 prosent og Halden 50,8 prosent, mens Sarpsborg ligger på 49,5 prosent. Moss, Rakkestad og Indre Østfold ligger også nær dette nivået, med henholdsvis 49,4 prosent, 49,3 prosent og 49,0 prosent. Aremark har 48,4 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Våler med 46,4 prosent og Skiptvet med 46,8 prosent, i tillegg til Råde. Hvaler skiller seg ut med en relativt høy andel på 53,9 prosent, men fortsatt lavere enn Marker. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner, med en tydelig, men liten, forskjell mellom høyeste og laveste kommune.

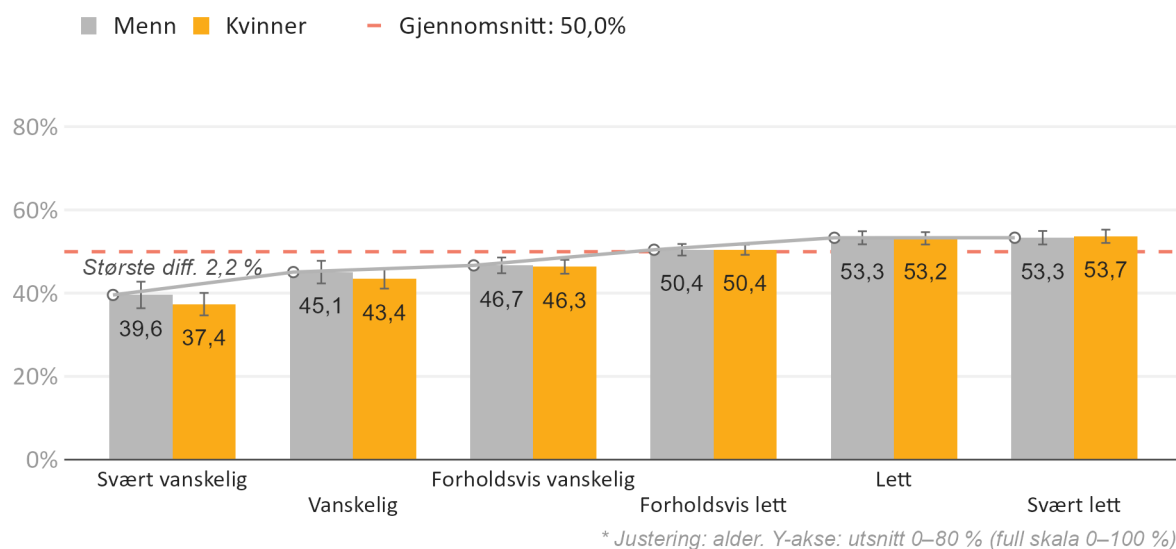
Figur 111: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 45,9 prosent blant dem med grunnskole til 52,2 prosent blant dem med høyskole og universitet på mer enn fire år. Dette gir en differanse på 6,4 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,13, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene. For menn er andelen høyest blant dem med videregående skole, med 51,1 prosent, og lavest blant dem med høyskole og universitet i 2–4 år, med 47,6 prosent. Differansen er 3,4 prosentpoeng og er statistisk sikker, men Cohen's h på 0,07 tilsier en ubetydelig forskjell i praksis. Når kjønn sammenliknes innen samme utdanningsnivå, er det statistisk sikre kjønnsforskjeller i to grupper. Blant dem med høyskole og universitet på mer enn fire år er andelen høyere blant kvinner enn menn, 52,2 mot 48,3 prosent, en forskjell på 4,0 prosentpoeng. Blant dem med videregående skole er andelen høyere blant menn enn kvinner, 51,1 mot 46,1 prosent, en forskjell på 5,0 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

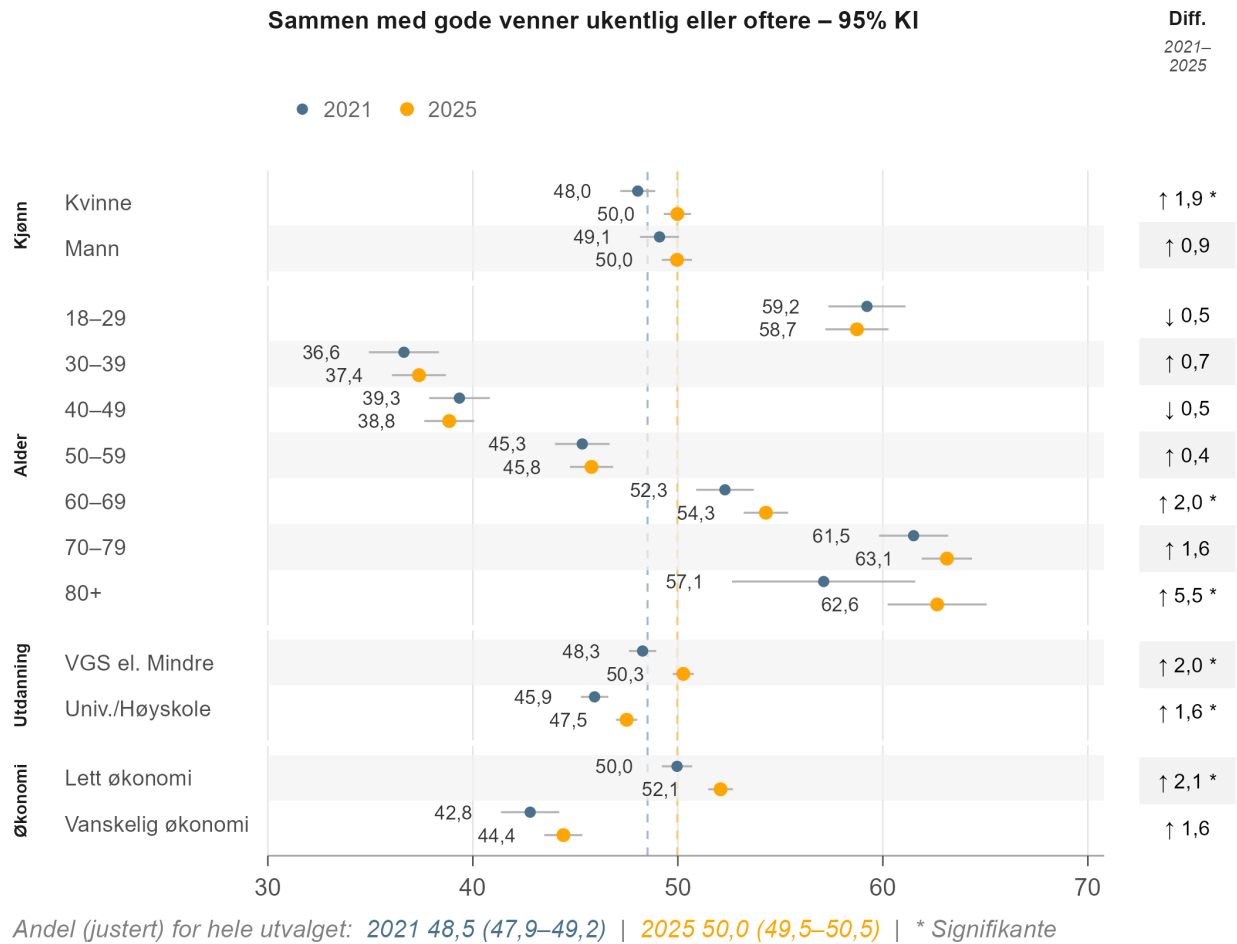
Figur 112: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen tydelig mellom aldersgruppene. Den er lavest i 30–39 år med 35,7 prosent og høyest i 70–79 år med 64,8 prosent, en forskjell på 29,1 prosentpoeng. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,59, som indikerer en stor forskjell. For kvinner ligger nivået relativt høyt i 18–29 år med 57,0 prosent, faller i 30–39 år, og øker deretter gradvis fra 40–49 år med 39,3 prosent til 70–79 år, før det er noe lavere i 80 år og eldre med 62,8 prosent. Blant menn er andelen lavest i 40–49 år med 38,1 prosent og høyest i 80 år og eldre med 62,3 prosent. Differansen er 24,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. Også for menn ses et fall fra 18–29 år med 61,0 prosent til midtlivsgruppene, før andelen øker igjen fra 50–59 år med 45,5 prosent til 70–79 år med 61,5 prosent. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men i 30–39 år er andelen høyere blant menn enn kvinner med 4,3 prosentpoeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker.

Figur 113: 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 kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 53,7 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 37,4 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 16,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som vurderer økonomien som svært lett, med 53,3 prosent, og lavest i gruppen som vurderer den som svært vanskelig, med 39,6 prosent. Her er forskjellen 13,8 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,28, som også indikerer en middels forskjell. Mellomnivåene ligger mellom ytterpunktene, med 43,4 til 53,2 prosent blant kvinner og 45,1 til 53,3 prosent blant menn, noe som samlet sett viser høyere andeler ved lettere opplevd økonomi. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, fra minus 0,3 til 2,2 prosentpoeng, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 114: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere (E)

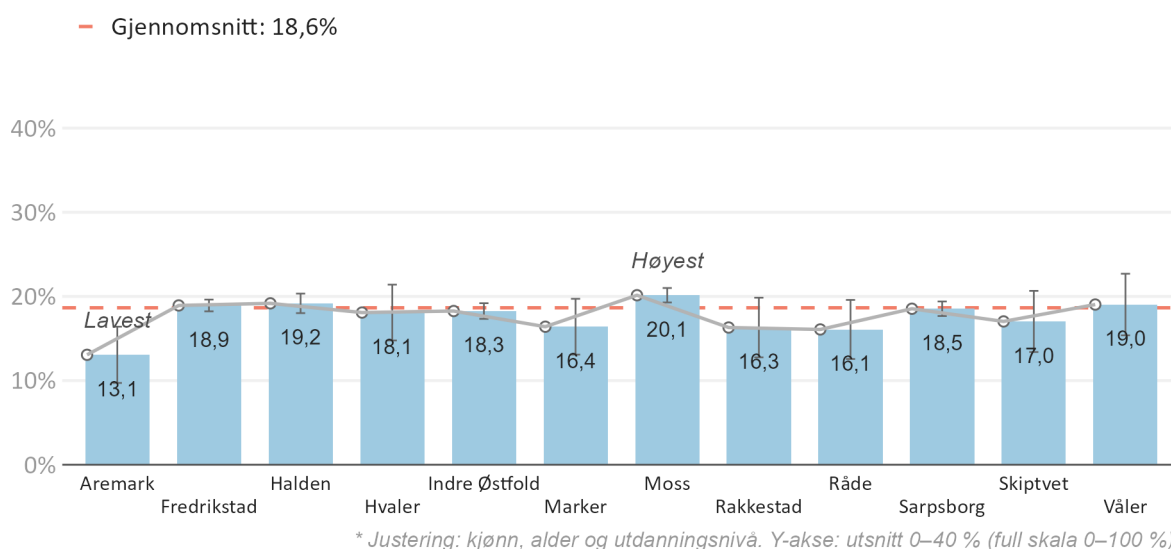
Figur E viser andelen som oppgir sammen med gode venner ukentlig eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, uten en statistisk sikker endring. Etter kjønn øker andelen blant kvinner på en statistisk sikker måte, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker, slik at kjønnsforskjellene framstår omtrent uendret. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme i 2021 og 2025, men det er en statistisk sikker økning blant personer 60–69 år og blant personer 80 år eller eldre. For de øvrige aldersgruppene er endringene små og ikke statistisk sikre. Etter utdanning er det en statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten at avstanden mellom utdanningsgruppene ser ut til å endre seg mye. Etter opplevd økonomi er det en statistisk sikker økning blant dem som oppgir lett økonomi, mens endringen blant dem som oppgir vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker, og forskjellen mellom gruppene består.

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

Svarandel: Totalt 42 906 deltakere av 45 794 (93,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

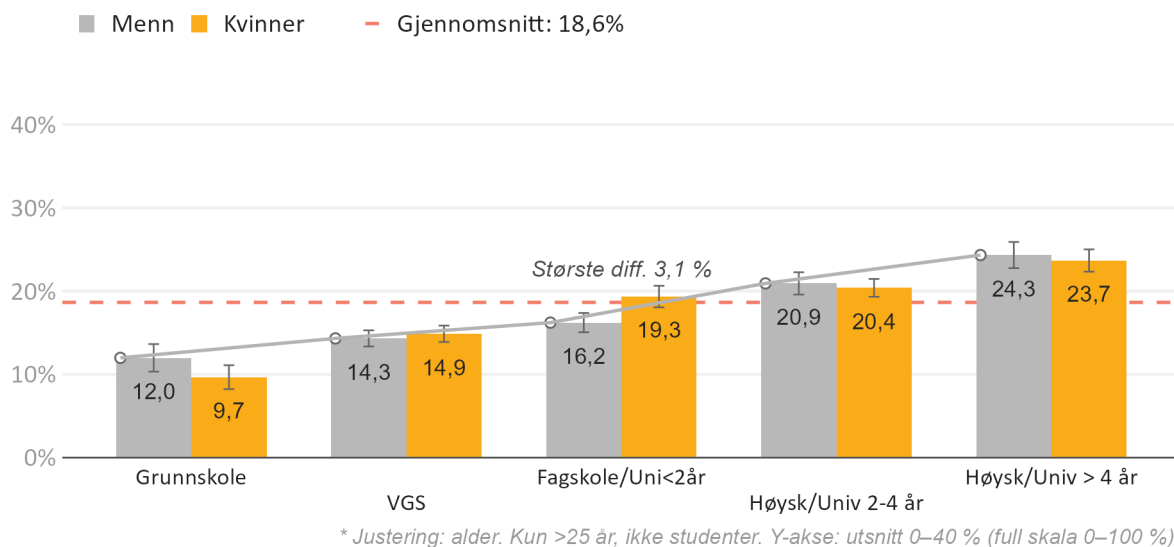
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 906	18,6 %	18,3 – 19,0
Kvinner	23 447	18,7 %	18,2 – 19,3
Menn	19 459	18,5 %	18,0 – 19,1

Figur 115: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kommuner i fylket (A)

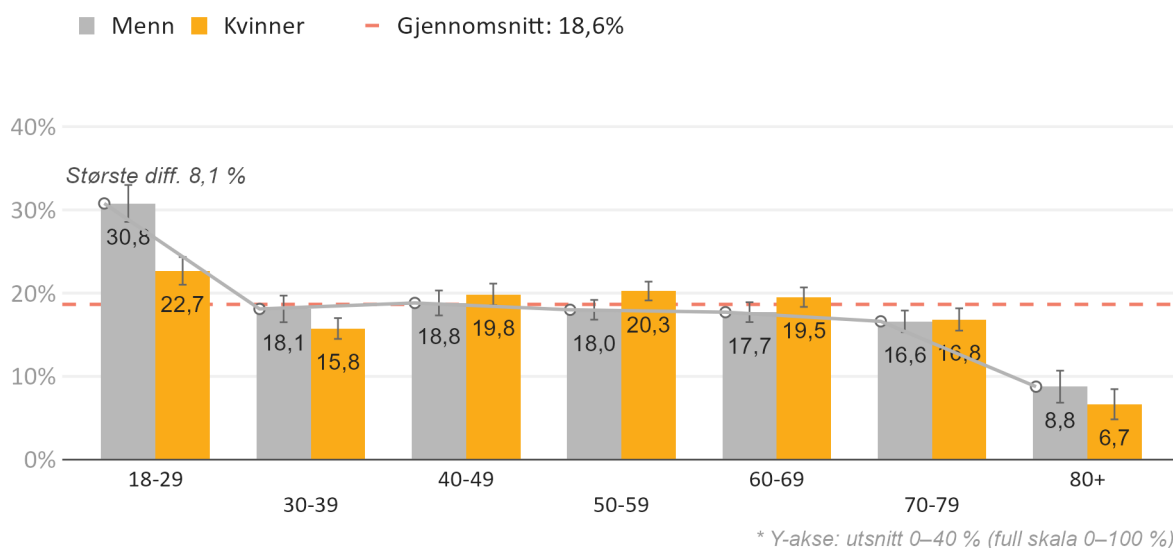


Figur A viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 13,1 prosent i Aremark til 20,1 prosent i Moss, en differanse på 7,1 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker, og effektstørrelsen (Cohen's $h = 0,19$) tilsvarer en liten forskjell. Flere kommuner ligger samlet i øvre del av fordelingen, med Halden på 19,2 prosent, Våler på 19,0 prosent og Fredrikstad på 18,9 prosent. Sarpsborg og Indre Østfold ligger også relativt høyt, med henholdsvis 18,5 prosent og 18,3 prosent, mens Hvaler har 18,1 prosent. Skiptvet ligger midt i bildet med 17,0 prosent. I den nedre delen finner vi Råde med 16,1 prosent, Rakkestad med 16,3 prosent og Marker med 16,4 prosent, før Aremark skiller seg ut med lavest andel. Samlet sett viser figuren moderate nivåforskjeller mellom kommunene, med en tydelig, men liten avstand mellom høyeste og laveste kommune.

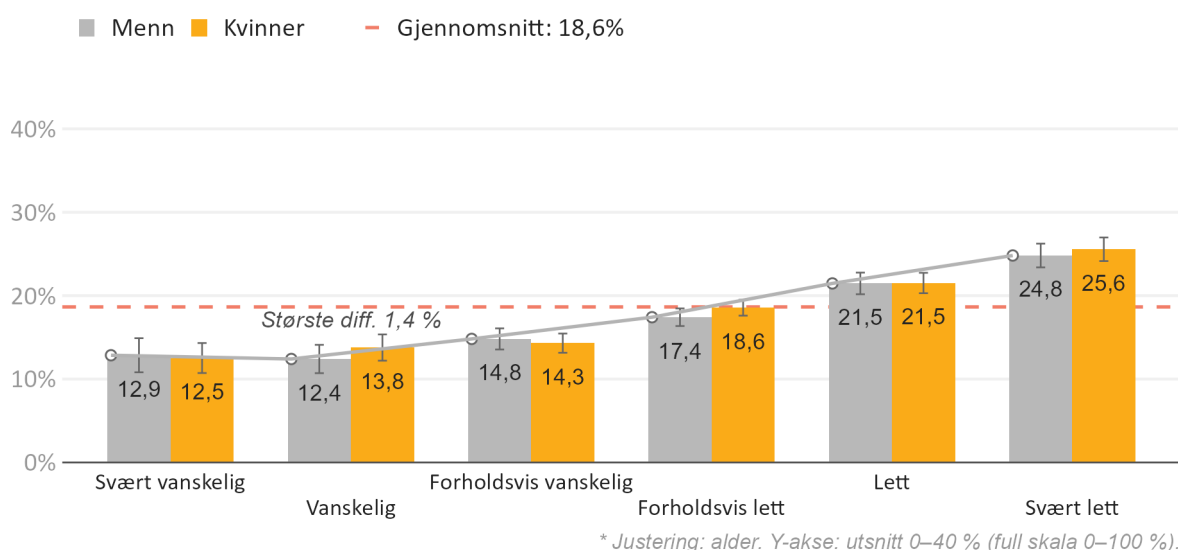
Figur 116: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner varierer andelen fra 9,7 prosent blant dem med grunnskole til 23,7 prosent blant dem med høyskole eller universitet over 4 år. Differansen er 14,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,38, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 12,0 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 24,3 prosent. Her er forskjellen 12,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,32, som også tilsvarer en middels forskjell. Dette tyder på en tydelig sammenheng mellom høyere utdanningsnivå og høyere andel som oppfyller aktivitetskriteriet, for begge kjønn. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er forskjellene stort sett små. Unntaket er fagskole eller universitet under 2 år, der kvinner ligger høyere enn menn, med 19,3 prosent mot 16,2 prosent, en statistisk sikker forskjell på 3,1 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene framstår kjønnsforskjellene ikke som statistisk sikre.

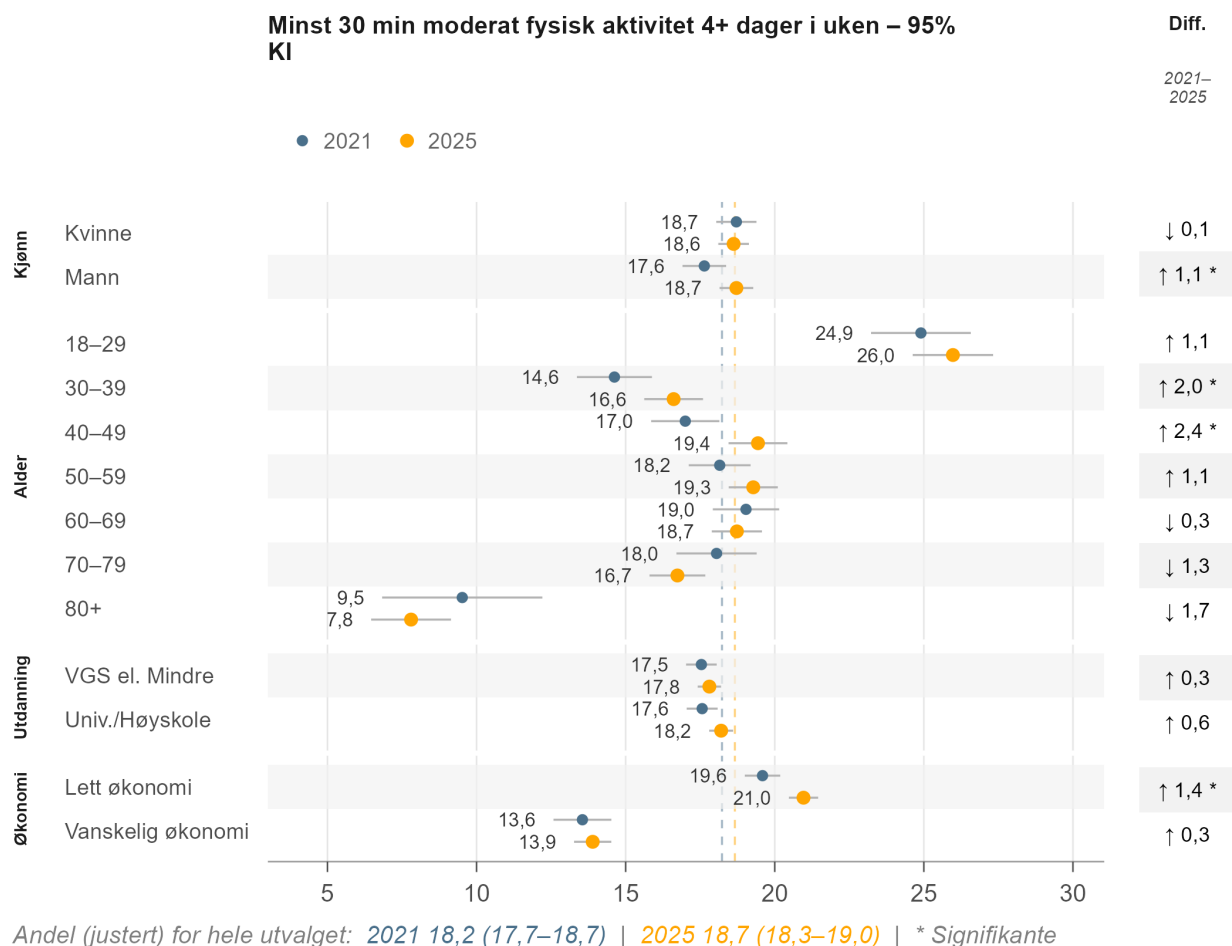
Figur 117: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 22,7 prosent, og lavest i 80+, med 6,7 prosent. Dette gir en forskjell på 16,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,47, som tilsvarer en middels forskjell. I aldersgruppene 30–79 år ligger andelen for kvinner mellom 15,8 og 20,3 prosent, før den faller tydelig i den eldste gruppen. Blant menn er andelen også høyest i 18–29 år, med 30,8 prosent, og lavest i 80+, med 8,8 prosent. Forskjellen er 22,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,58, som tilsvarer en stor forskjell. For menn ligger andelen i alderen 30–79 år mellom 16,6 og 18,8 prosent, med et markert fall i 80+. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, er det en statistisk sikker kjønnsforskjell i 18–29 år, der menn ligger 8,1 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige aldersgruppene framstår kjønnsforskjellene som små og ikke statistisk sikre.

Figur 118: 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 25,6 prosent, og lavest når den oppleves som Svært vanskelig, med 12,5 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 13,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som tilsier en middels forskjell. For menn er andelen også høyest i gruppen Svært lett, med 24,8 prosent, mens lavest andel finnes i gruppen Vanskelig, med 12,4 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og er 12,4 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,32, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av økonomigrupper ligger nivåene ellers mellom 14,3 og 21,5 prosent for kvinner og mellom 12,4 og 21,5 prosent for menn, med en tendens til høyere andeler i grupper som vurderer økonomien som lettere. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, fra minus 1,4 til 0,5 prosentpoeng, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 119: 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 (18,2 prosent i 2021 og 18,7 prosent i 2025). Kjønnforskjellene er små i begge år, men menn har en statistisk sikker økning (fra 17,6 til 18,7 prosent), mens kvinner ikke har en statistisk sikker endring. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak likt over tid, med høyest andel blant de yngste voksne og lavest

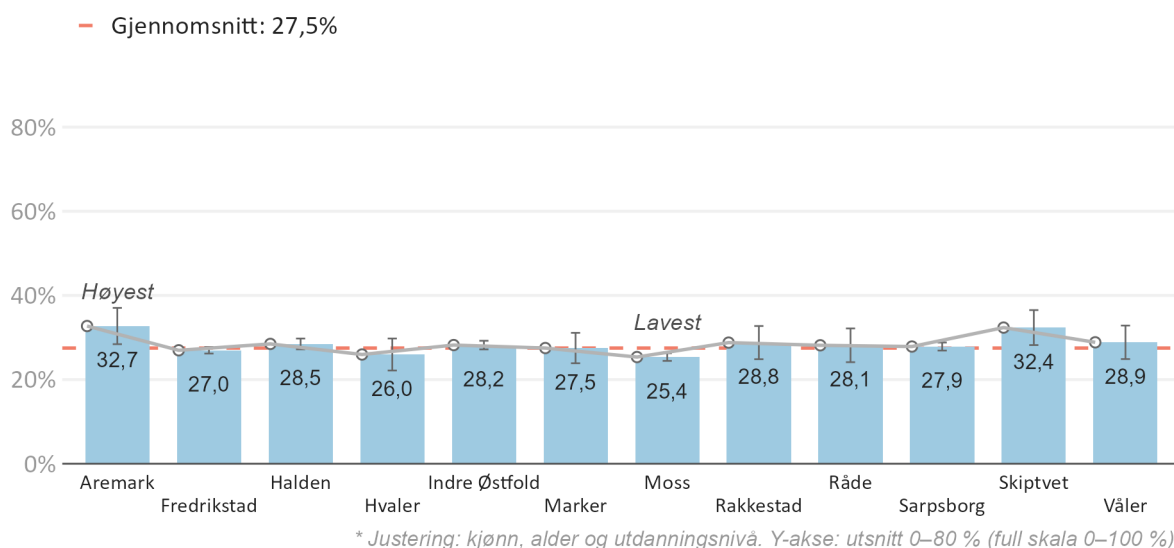
blant de eldste. Samtidig er det statistisk sikre økninger i aldersgruppene 30–39 år (fra 14,6 til 16,6 prosent) og 40–49 år (fra 17,0 til 19,4 prosent), mens øvrige aldersgrupper ikke viser statistisk sikre endringer. For utdanning er nivåene svært like i 2021 og 2025, og ingen av utdanningsgruppene har statistisk sikker endring. For opplevde økonomiske vansker består forskjellen mellom gruppene, og det er en statistisk sikker økning blant dem med lett økonomi (fra 19,6 til 21,0 prosent), mens gruppen med vanskelig økonomi ikke har statistisk sikker endring. Samlet tyder dette på at hovedforskjellene mellom grupper i stor grad er stabile fra 2021 til 2025, med enkelte økninger i utvalgte undergrupper.

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

Svarandel: Totalt 42 858 deltakere av 45 794 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

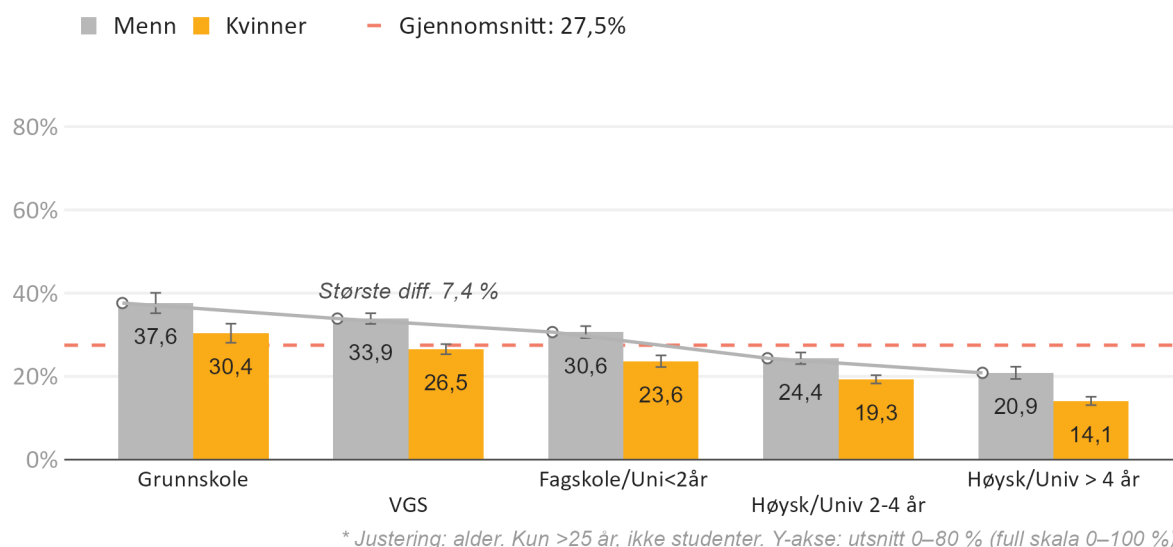
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 858	27,5 %	27,1 – 27,9
Kvinner	23 423	24,2 %	23,6 – 24,8
Menn	19 435	31,5 %	30,8 – 32,2

Figur 120: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



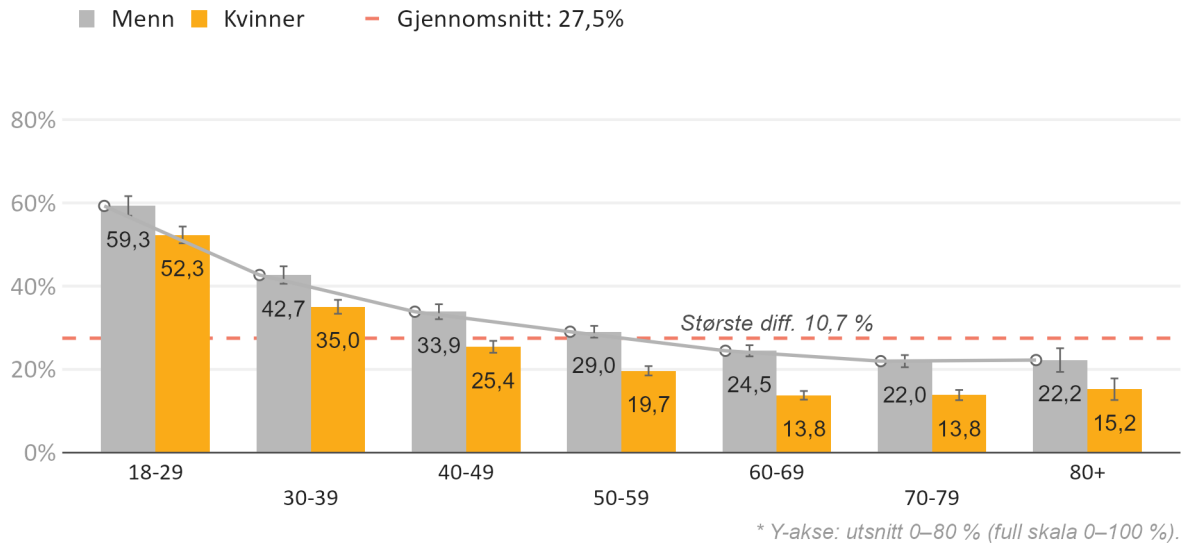
Figur A viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 25,4 prosent i Moss til 32,7 prosent i Aremark, en forskjell på 7,4 prosentpoeng, og forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. Skiptvet ligger også høyt med 32,4 prosent, mens flere kommuner ligger i et mellomnivå rundt 27 til 29 prosent, blant annet Fredrikstad med 27,0 prosent, Marker med 27,5 prosent og Sarpsborg med 27,9 prosent. Halden har 28,5 prosent, Indre Østfold 28,2 prosent og Råde 28,1 prosent, mens Rakkestad og Våler ligger noe høyere med henholdsvis 28,8 prosent og 28,9 prosent. Hvaler har 26,0 prosent og ligger dermed nær den laveste andelen. Effektstørrelsen for forskjellen mellom kommunene er Cohen's h på 0,16, som tilsvarer en liten forskjell. Samlet sett tyder dette på at hyppig inntak av sukkerholdig drikke forekommer i alle kommunene, men med moderate variasjoner i nivå.

Figur 121: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



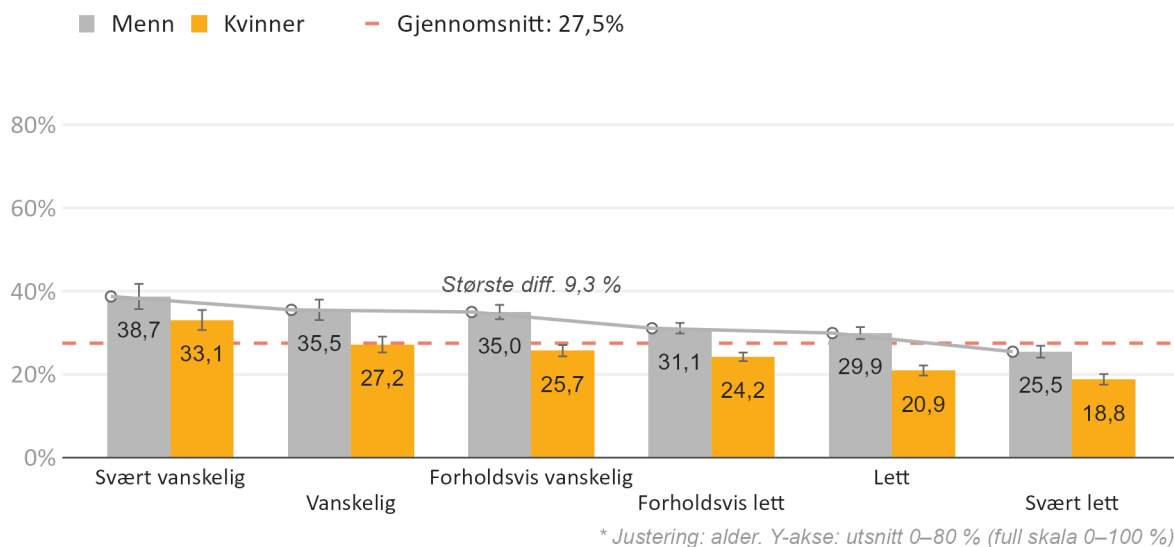
Figur B viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 30,4 prosent oppgir et slikt inntak, og lavest blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 14,1 prosent. Dette gir en forskjell på 16,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved grunnskole, med 37,6 prosent, og lavest ved høyskole og universitet over 4 år, med 20,9 prosent. Forskjellen er 16,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner i alle gruppene, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner er 7,0 prosentpoeng ved fagskole og universitet under 2 år, 7,3 prosentpoeng ved grunnskole, 5,1 prosentpoeng ved høyskole og universitet 2-4 år, 6,7 prosentpoeng ved høyskole og universitet over 4 år og 7,4 prosentpoeng ved videregående skole. Samlet viser figuren et tydelig mønster der hyppig inntak er vanligere ved lavere utdanning, og der menn gjennomgående rapporterer høyere andeler enn kvinner.

Figur 122: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

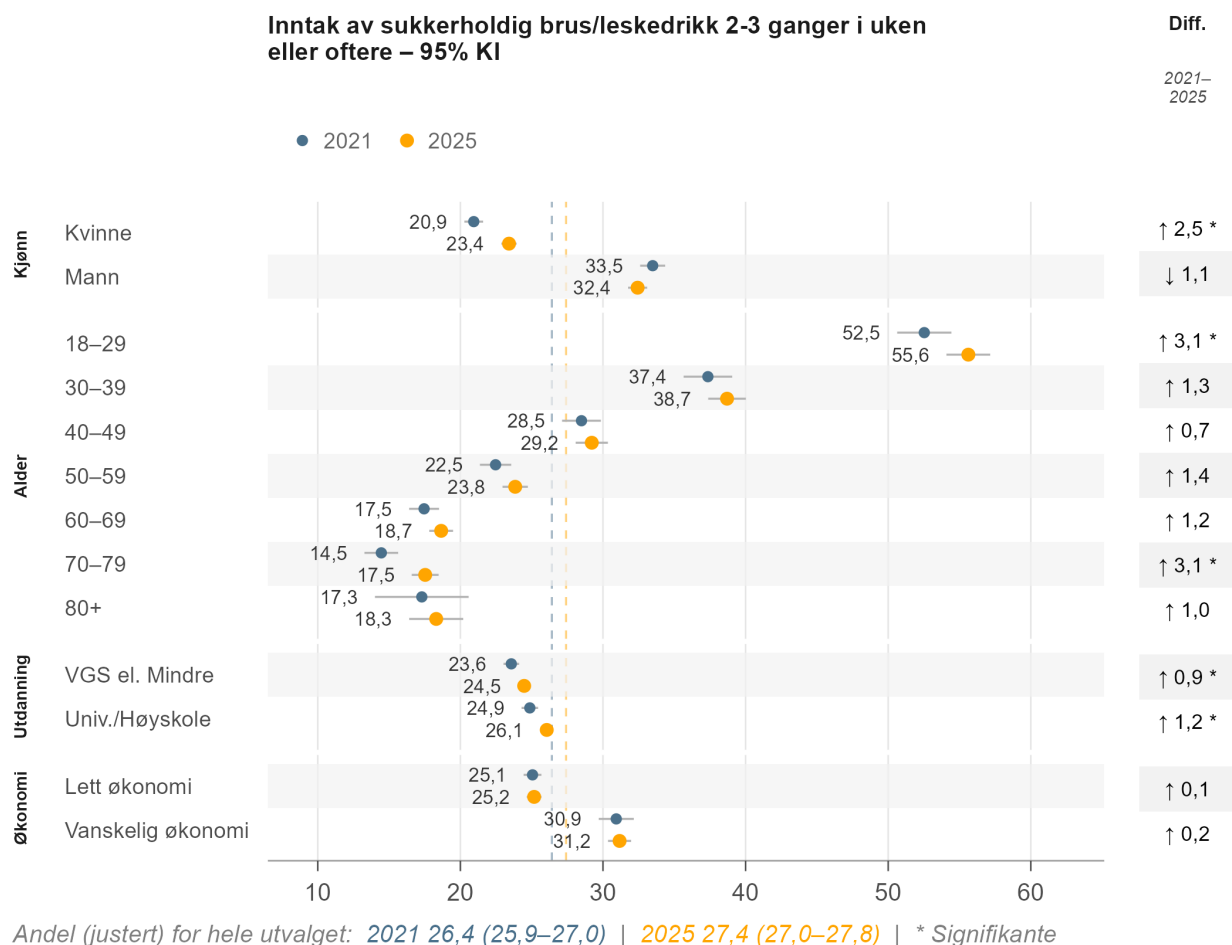


Figur C viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, der 52,3 prosent rapporterer et slikt inntak. Deretter faller andelen med økende alder til 35,0 prosent i 30-39 år, 25,4 prosent i 40-49 år og 19,7 prosent i 50-59 år, før den er lavest i 60-69 år med 13,8 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 38,5 prosentpoeng, og dette tilsvarer en stor forskjell målt med Cohen's h på 0,86. I de eldste aldersgruppene ligger kvinner på 13,8 prosent i 70-79 år og 15,2 prosent i 80+. Blant menn er andelen også høyest i 18-29 år med 59,3 prosent, og den avtar videre til 42,7 prosent i 30-39 år og 33,9 prosent i 40-49 år. Den er lavest i 70-79 år med 22,0 prosent, en differanse på 37,3 prosentpoeng, som også er en stor forskjell med Cohen's h på 0,78. Menn har gjennomgående høyere andeler enn kvinner i alle aldersgrupper, med statistisk sikre kjønnsforskjeller fra 7,0 til 10,7 prosentpoeng.

Figur 123: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, 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 33,1 prosent ved svært vanskelig og 18,8 prosent ved svært lett, en forskjell på 14,3 prosentpoeng som framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 38,7 prosent ved svært vanskelig og 25,5 prosent ved svært lett, en forskjell på 13,3 prosentpoeng som også framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,29, som tilsvarer en middels forskjell. Ser man på nivåene i de øvrige økonomigruppene, ligger kvinner mellom 20,9 prosent og 27,2 prosent, mens menn ligger mellom 29,9 prosent og 35,5 prosent. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle gruppene, og menn rapporterer gjennomgående høyere andel enn kvinner. Kjønnsforskjellen varierer fra 5,7 prosentpoeng ved svært vanskelig til 9,3 prosentpoeng ved forholdsvis vanskelig.

Figur 124: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (E)

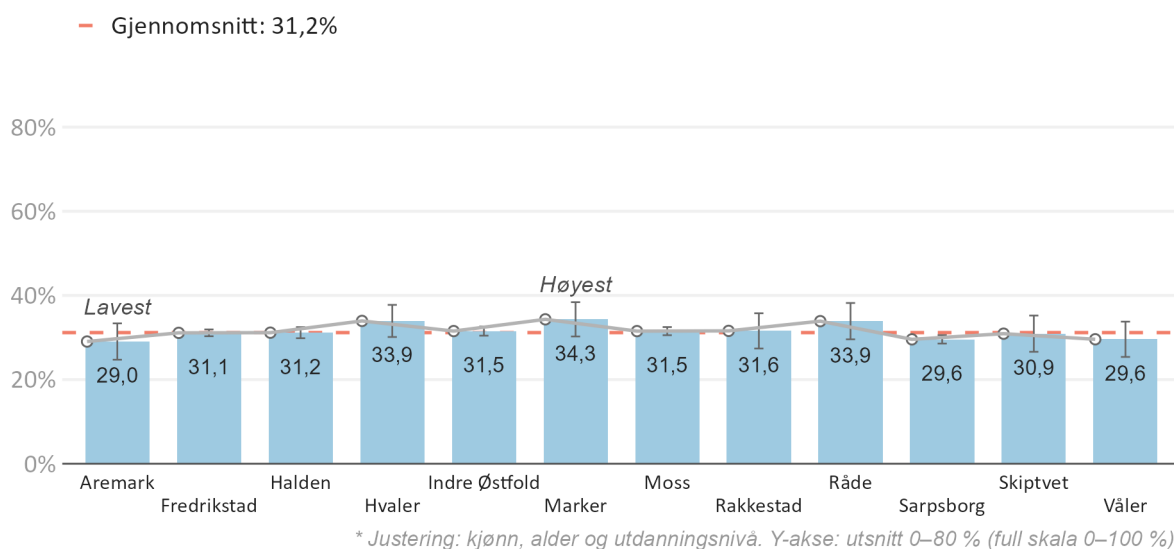
Figur E viser andelen som oppgir inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen omtrent stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen består, men mønsteret endrer seg noe ved at kvinner har en statistisk sikker økning (fra 20,9 til 23,4 prosent), mens menn har en liten, ikke statistisk sikker nedgang (fra 33,5 til 32,4 prosent). På tvers av alder er nivået fortsatt klart høyest blant de yngste og lavere i eldre grupper, og dette hovedmønsteret er i stor grad uendret. Samtidig er det en statistisk sikker økning i aldersgruppen 18–29 år (fra 52,5 til 55,6 prosent) og i aldersgruppen 70–79 år (fra 14,5 til 17,5 prosent), mens øvrige aldersgrupper ikke har statistisk sikre endringer. For utdanning øker andelen statistisk sikkert i begge utdanningsgrupper, men forskjellene mellom gruppene fremstår små både i 2021 og 2025. For opplevde økonomiske vansker ligger andelen fortsatt høyere blant dem med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre i noen av gruppene. Samlet sett tyder resultatene på stabile totalnivåer, med enkelte tydelige økninger i utvalgte undergrupper og ellers relativt like mønstre mellom gruppene over tid.

3.29 Daglig inntak av frukt eller bær

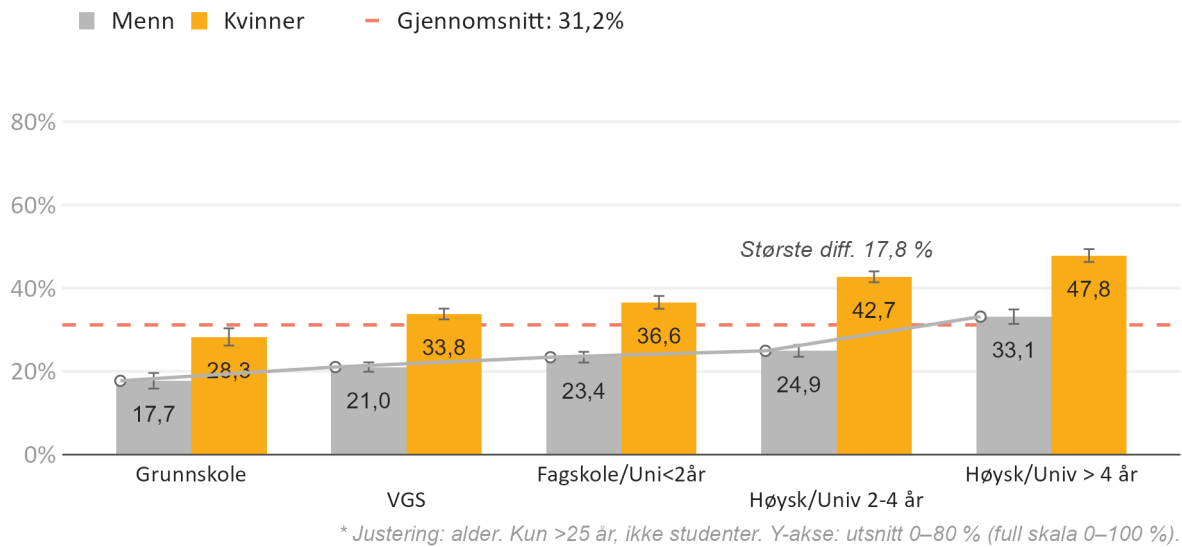
Svarandel: Totalt 42 847 deltakere av 45 794 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 847	31,2 %	30,7 – 31,6
Kvinner	23 422	37,6 %	36,9 – 38,2
Menn	19 425	23,4 %	22,8 – 24,0

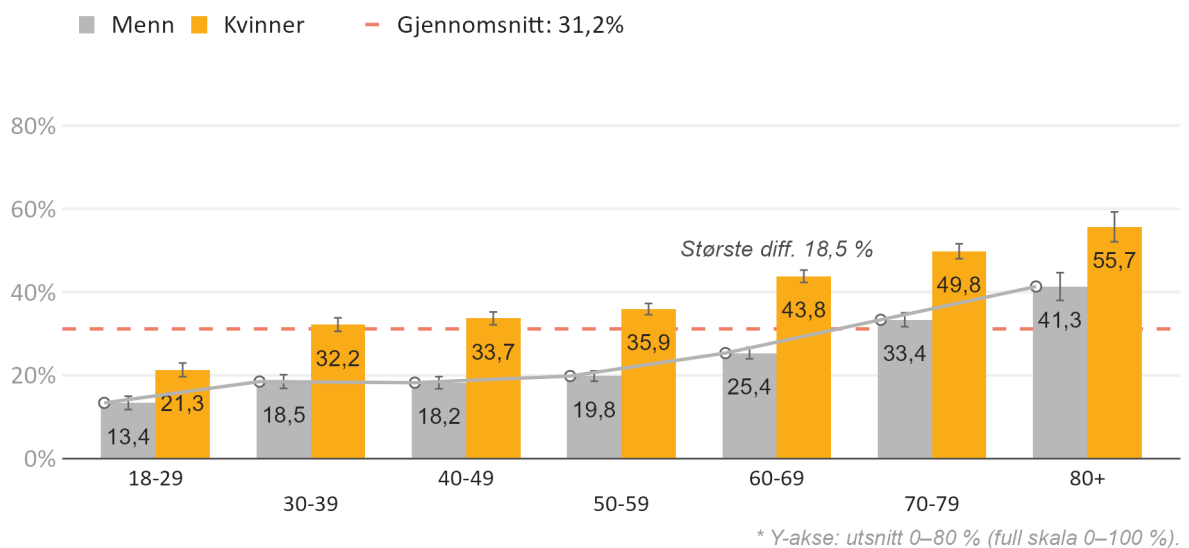
Figur 125: Daglig inntak av frukt eller bær etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 29,0 prosent i Aremark til 34,3 prosent i Marker, en forskjell på 5,3 prosentpoeng. Hvaler og Råde ligger også høyt, begge med 33,9 prosent. Flere kommuner samler seg rundt litt over 31 prosent, blant annet Indre Østfold og Moss med 31,5 prosent, Rakkestad med 31,6 prosent og både Fredrikstad og Halden med 31,1 prosent. I den nedre delen av fordelingen ligger Sarpsborg og Våler med 29,6 prosent, samt Skiptvet med 30,9 prosent. Selv om ytterpunktene skiller seg noe i nivå, er forskjellen mellom Marker og Aremark ikke statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $h = 0,11$, som tilsvarer en liten forskjell. Samlet sett framstår variasjonen mellom kommunene som relativt beskjeden.

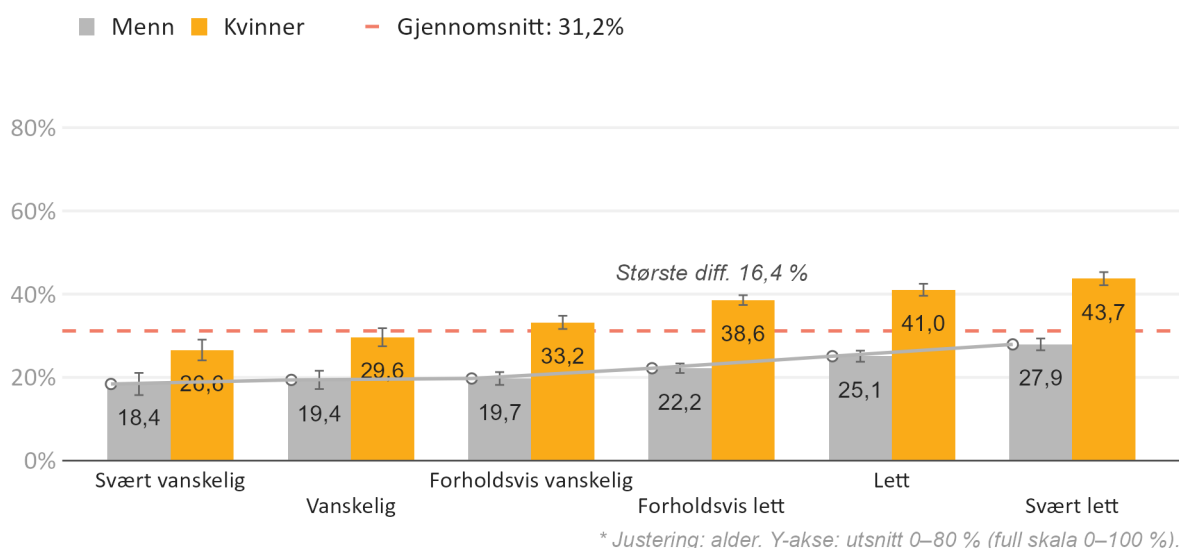
Figur 126: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 universitet over 4 år, der 47,8 prosent oppgir daglig inntak, og lavest blant dem med grunnskole, der andelen er 28,3 prosent. Dette gir en forskjell på 19,5 prosentpoeng, som er en statistisk sikker forskjell og tilsvarer Cohen's h 0,41, altså en middels forskjell. For menn er mønsteret likt, med høyest andel i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år med 33,1 prosent og lavest i grunnskole med 17,7 prosent. Forskjellen er 15,4 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h 0,36, som indikerer en middels forskjell. På tvers av alle utdanningsnivåene ligger kvinner høyere enn menn. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i hver utdanningsgruppe og varierer fra 10,5 prosentpoeng i grunnskole til 17,8 prosentpoeng i høyskole eller universitet 2-4 år. Dette betyr at kvinner oftere enn menn rapporterer daglig inntak, uavhengig av utdanningsnivå.

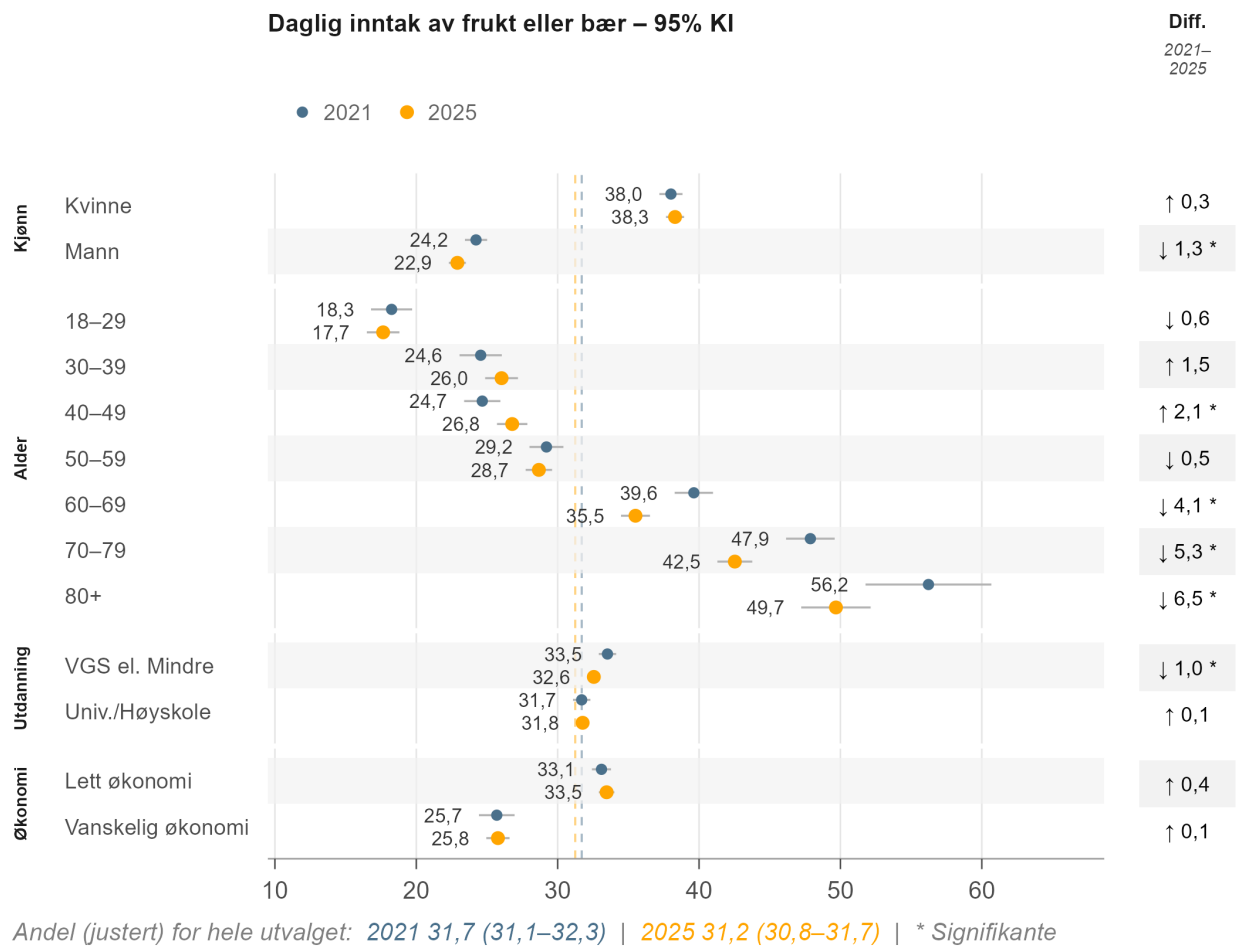
Figur 127: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn øker andelen tydelig med alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29, med 21,3 prosent, og høyest i 80+, med 55,7 prosent. Dette gir en forskjell på 34,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,72, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen også lavest i 18-29, med 13,4 prosent, og høyest i 80+, med 41,3 prosent. Forskjellen er 28,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,65, som også tilsvarer en stor forskjell. 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 mellom menn og kvinner er 7,9 prosentpoeng i 18-29 og øker til 18,5 prosentpoeng i 60-69. Deretter er forskjellen fortsatt tydelig, med 16,5 prosentpoeng i 70-79 og 14,4 prosentpoeng i 80+. Dette viser både en klar aldersgradient og gjennomgående høyere daglig inntak blant kvinner.

Figur 128: 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, med 43,7 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 26,6 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 17,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som vurderer økonomien som svært lett, med 27,9 prosent, og lavest i gruppen som vurderer den som svært vanskelig, med 18,4 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og er 9,5 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. På tvers av økonomikategoriene ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst i kategorien forholdsvis lett, der 38,6 prosent av kvinnene og 22,2 prosent av mennene spiser frukt eller bær daglig, en forskjell på 16,4 prosentpoeng. Den minste kjønnsforskjellen finnes i kategorien svært vanskelig, med 26,6 prosent blant kvinner og 18,4 prosent blant menn, en forskjell på 8,2 prosentpoeng.

Figur 129: Daglig inntak av frukt eller bær (E)

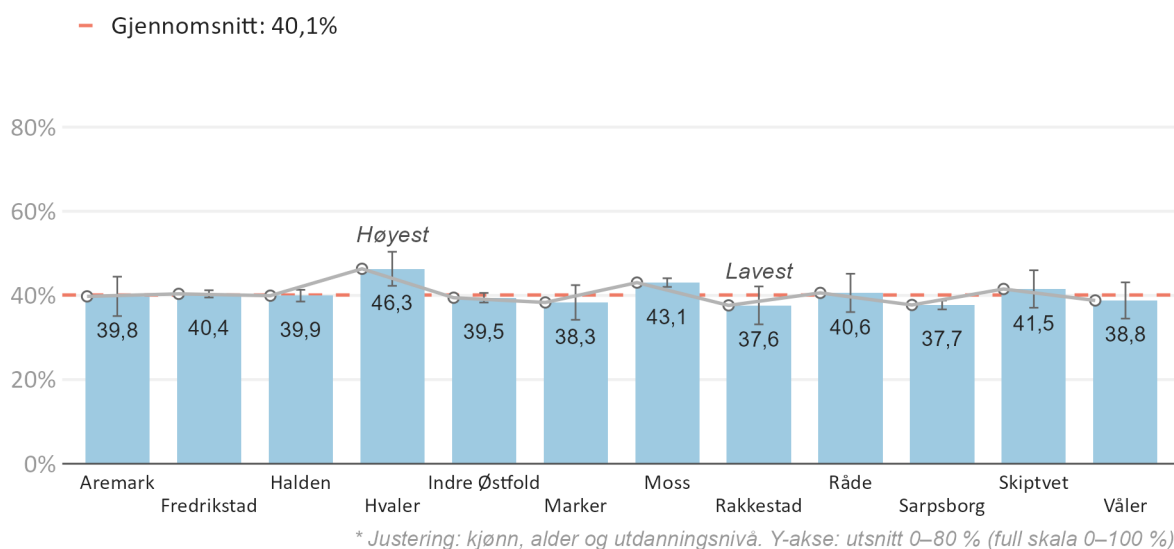
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av frukt eller bær på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen stabil fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (31,7 prosent mot 31,2 prosent). Kjønnforskjellen består, men utviklingen går i litt ulik retning: blant kvinner er det ingen statistisk sikker endring, mens blant menn er det en statistisk sikker nedgang (24,2 prosent til 22,9 prosent). Aldersmønsteret med høyere andeler i eldre grupper er fortsatt tydelig, men flere av de eldste gruppene har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. Dette gjelder særlig 60–69 år, 70–79 år og 80 år eller eldre, mens 40–49 år har en statistisk sikker økning. For utdanning er endringen liten, men gruppen med videregående skole eller mindre har en statistisk sikker nedgang, mens universitets- eller høyskoleutdannede ikke har en statistisk sikker endring. For opplevd økonomi er nivåforskjellen mellom lett og vanskelig økonomi i hovedsak uendret, og ingen av gruppene har statistisk sikker endring over tid. Samlet peker dette mot stabile totalnivåer, men med tydelige og delvis ulike endringer innen enkelte undergrupper, særlig etter alder og kjønn.

3.30 Daglig inntak av grønnsaker

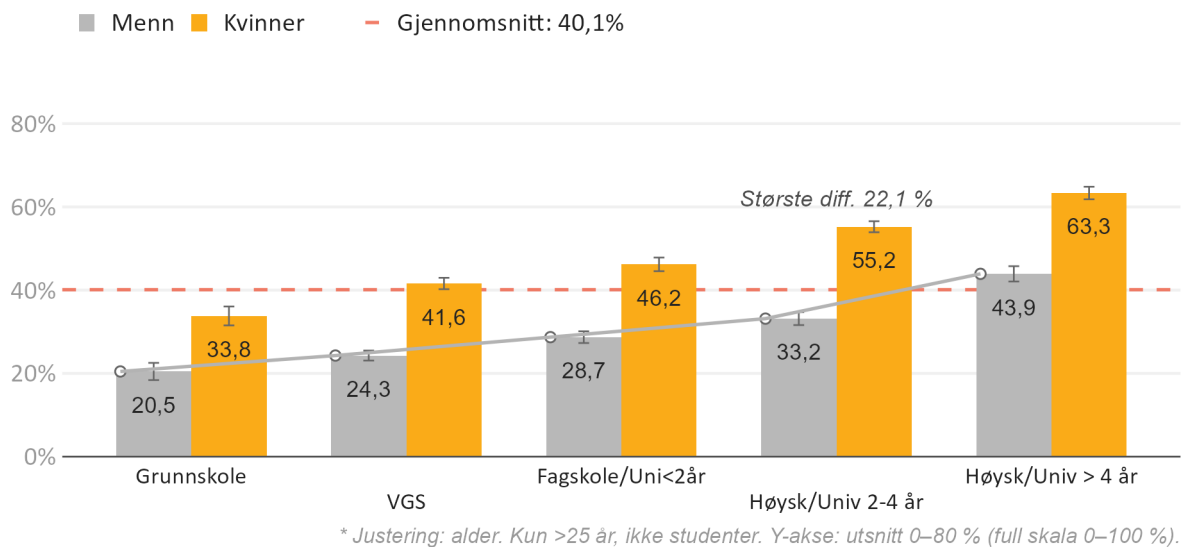
Svarandel: Totalt 42 834 deltakere av 45 794 (93,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 834	40,1 %	39,6 – 40,6
Kvinner	23 417	48,6 %	48,0 – 49,3
Menn	19 417	29,8 %	29,1 – 30,5

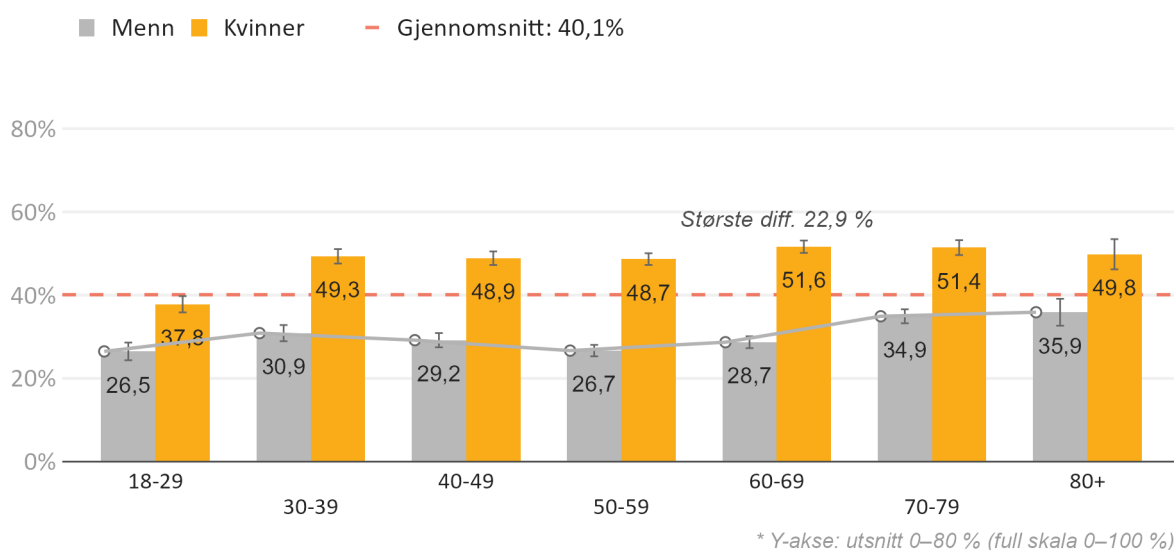
Figur 130: Daglig inntak av grønnsaker etter kommuner i fylket (A)



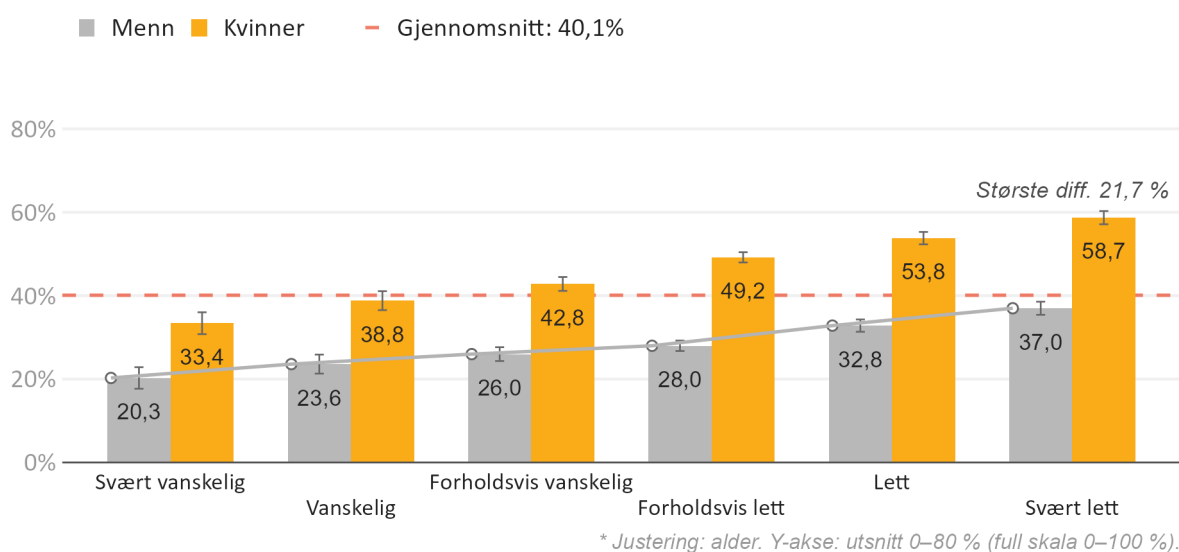
Figur A viser andelen som spiser grønnsaker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer mellom kommunene, med høyest nivå i Hvaler på 46,3 prosent og lavest nivå i Rakkestad på 37,6 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 8,7 prosentpoeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,18, som tilsvarer en liten forskjell. Blant de øvrige kommunene ligger Moss relativt høyt med 43,1 prosent, og Skiptvet følger med 41,5 prosent. Fredrikstad og Råde ligger rundt fire av ti, med henholdsvis 40,4 prosent og 40,6 prosent, mens Halden har 39,9 prosent og Aremark 39,8 prosent. Indre Østfold ligger på 39,5 prosent. I den nedre delen av fordelingen finner vi Våler med 38,8 prosent og Marker med 38,3 prosent, samt Sarpsborg med 37,7 prosent, like over Rakkestad. Samlet sett viser figuren moderate nivåforskjeller mellom kommunene, med en tydelig, men liten avstand mellom høyeste og laveste kommune.

Figur 131: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole- og universitetsutdanning på over fire år, der 63,3 prosent oppgir daglig inntak, og lavest blant dem med grunnskole, med 33,8 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 29,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,60, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved høyskole- og universitetsutdanning på over fire år, med 43,9 prosent, og lavest ved grunnskole, med 20,5 prosent. Differansen er 23,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som også indikerer en stor forskjell. På tvers av alle utdanningsnivåer er det flere kvinner enn menn som spiser grønnsaker daglig, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom kvinner og menn er 13,3 prosentpoeng ved grunnskole, 17,3 prosentpoeng ved videregående skole og 22,1 prosentpoeng ved høyskole- og universitetsutdanning på 2–4 år, mens den er 19,4 prosentpoeng ved utdanning over fire år og 17,5 prosentpoeng ved fagskole og universitet under 2 år.

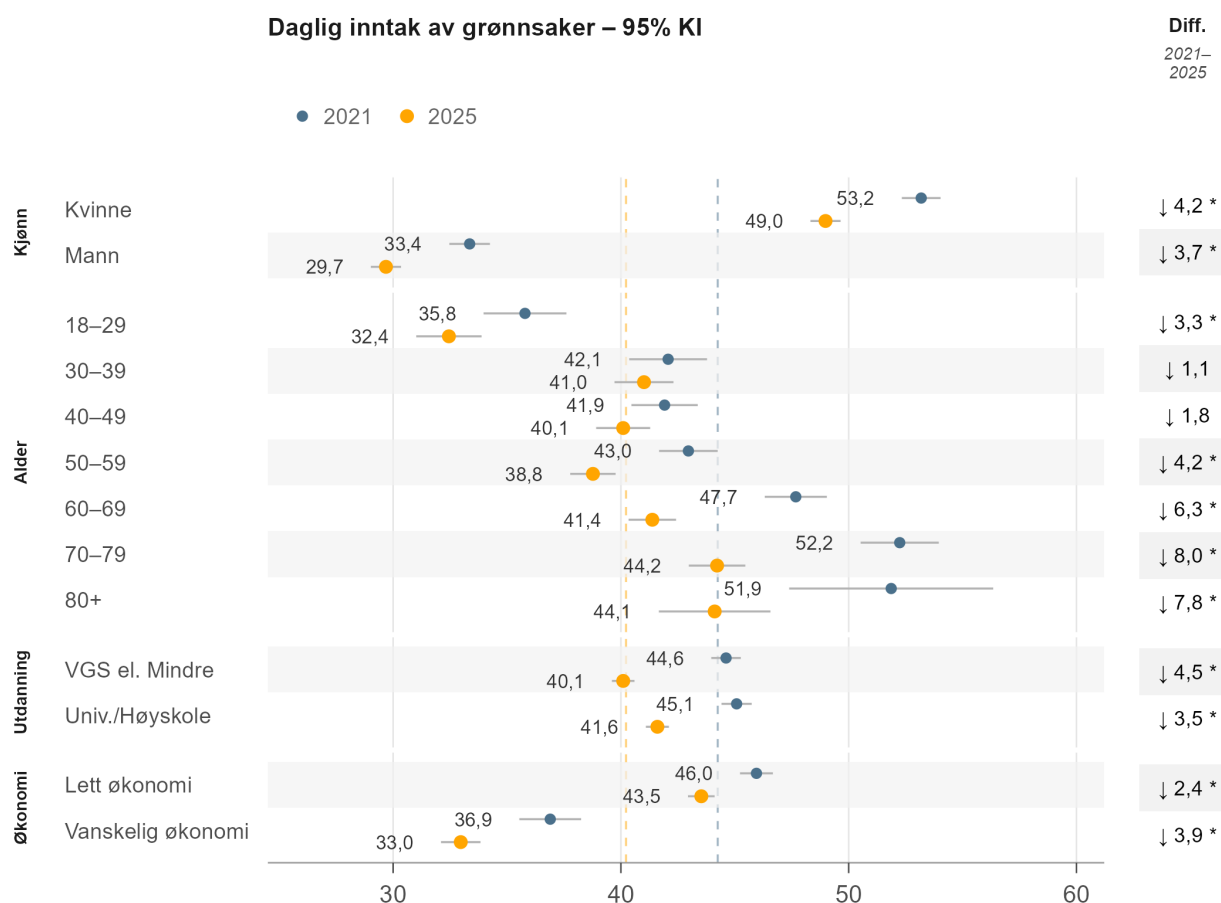
Figur 132: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29, med 37,8 prosent, og høyest i 60-69, med 51,6 prosent. Dette gir en tydelig forskjell på 13,8 prosentpoeng mellom laveste og høyeste nivå, og Cohen's h er 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. I de øvrige aldersgruppene ligger andelen blant kvinner relativt stabilt rundt 48,7 til 51,4 prosent, før den er 49,8 prosent i 80+. Blant menn er andelen lavest i 18-29, med 26,5 prosent, og høyest i 80+, med 35,9 prosent. Forskjellen er 9,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, som tilsvarer en liten forskjell. Menn ligger ellers mellom 26,7 og 34,9 prosent på tvers av aldersgruppene. Kjønnforskjellene er tydelige i alle aldersgrupper, der menn har lavere andel enn kvinner. Forskjellen varierer fra 11,3 prosentpoeng i 18-29 til 22,9 prosentpoeng i 60-69, og disse forskjellene framstår som statistisk sikre.

Figur 133: 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 58,7 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 33,4 prosent. Dette gir en forskjell på 25,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som oppgir svært lett husholdningsøkonomi, med 37,0 prosent, og lavest i gruppen som oppgir svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 20,3 prosent. Forskjellen er 16,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som tilsier en middels forskjell. Samlet viser tallene et tydelig mønster der andelen med daglig grønnsaksinntak er høyere jo lettere husholdningsøkonomien oppleves, for begge kjønn. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn i alle økonomigrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst når økonomien beskrives som svært lett, med 21,7 prosentpoeng, og minst når den beskrives som svært vanskelig, med 13,1 prosentpoeng.

Figur 134: Daglig inntak av grønnsaker (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 44,3 (43,6–44,9) | 2025 40,2 (39,8–40,7) | * Signifikante

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 er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker. For kjønn er det en statistisk sikker nedgang både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene framstår i hovedsak som stabil over tid. Etter alder er det en tydelig tendens til nedgang i flere grupper, særlig fra 50 år og oppover, der endringen er statistisk sikker. Blant 30–39-åringene og 40–49-åringene er endringen derimot ikke statistisk sikker, noe som tyder på mer stabile nivåer i disse aldersgruppene. For

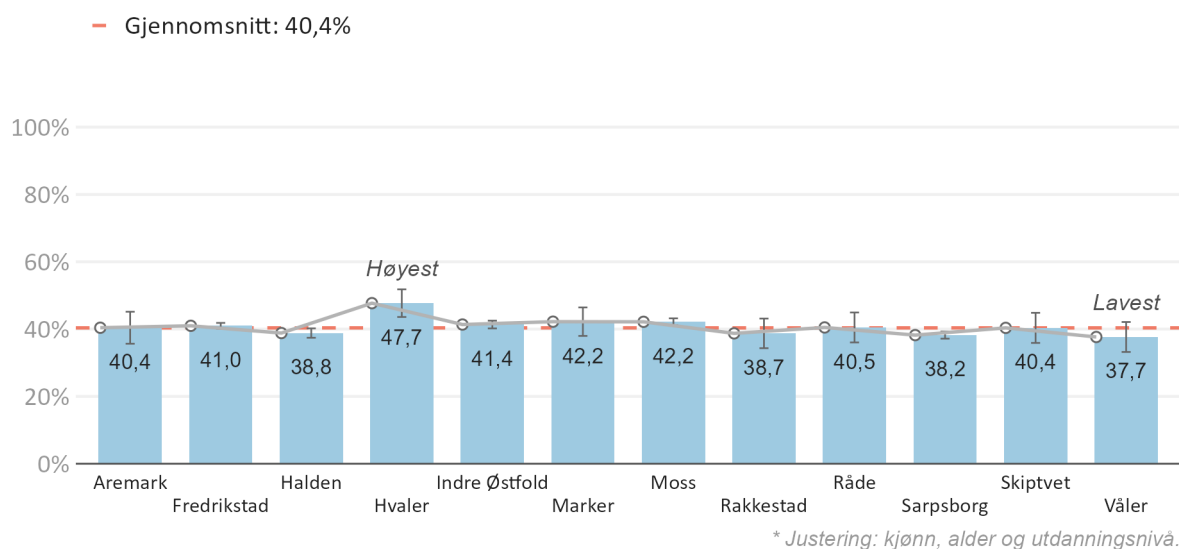
utdanning er det statistisk sikker nedgang både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten at mønsteret mellom utdanningsgruppene endrer seg mye. For opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang både ved lett og vanskelig økonomi, og gapet mellom gruppene ser i hovedsak ut til å bestå. Samlet peker resultatene mot en bred nedgang fra 2021 til 2025, med mest markerte endringer i de eldre aldersgruppene.

3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

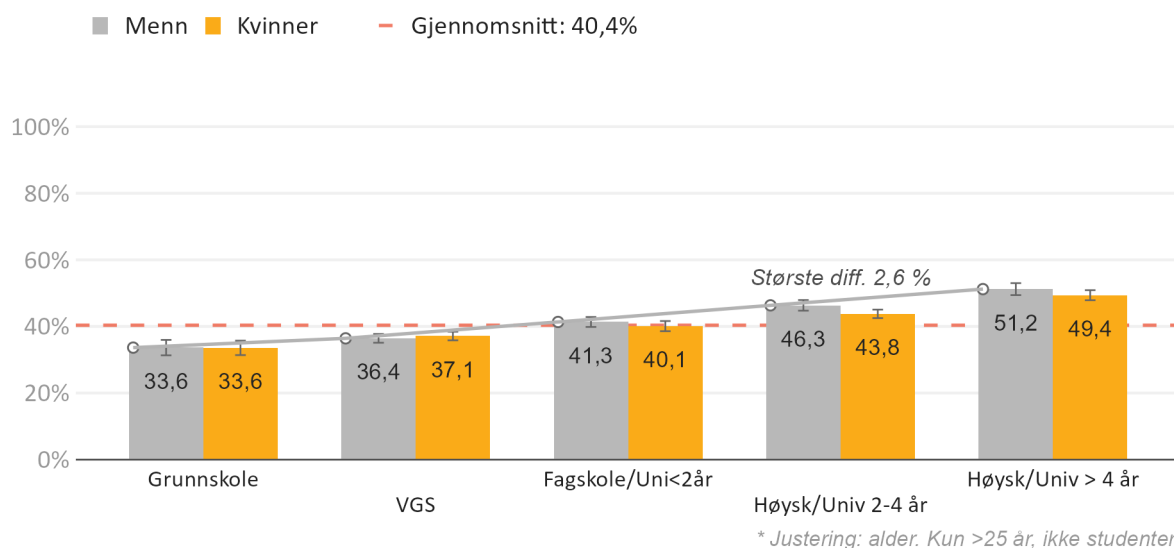
Svarandel: Totalt 42 862 deltakere av 45 794 (93,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 862	40,4 %	39,9 – 40,8
Kvinner	23 432	40,1 %	39,4 – 40,7
Menn	19 430	40,7 %	40,0 – 41,4

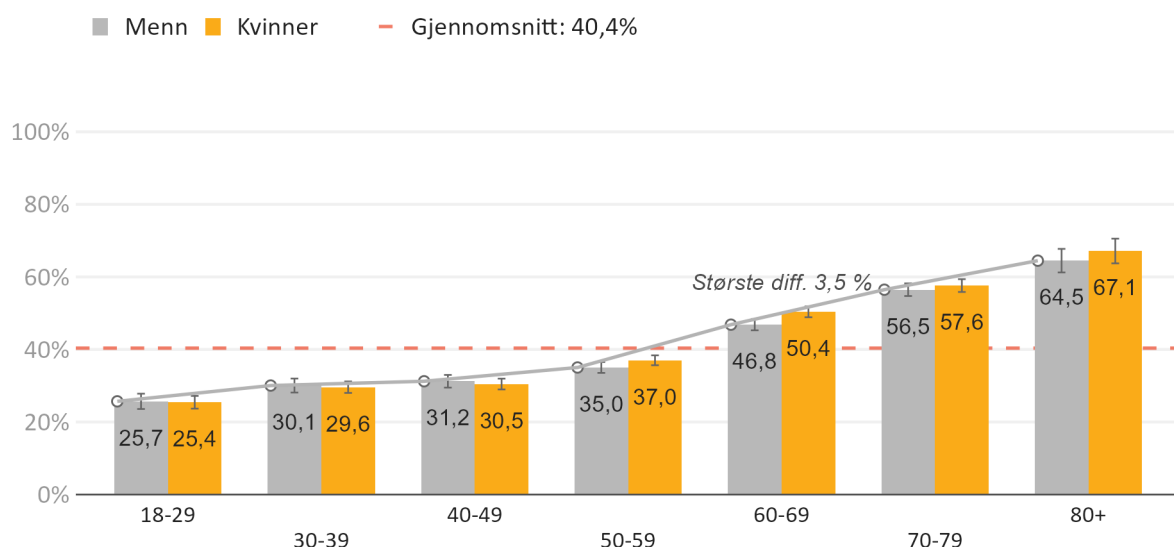
Figur 135: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andelen som spiser fisk som pålegg, lunsj eller middag minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 37,7 prosent i Våler til 47,7 prosent i Hvaler. Dette gir en forskjell på 10,1 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell i nivå mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger rundt lavt 40-tall. Indre Østfold har 41,4 prosent, Fredrikstad 41,0 prosent, Marker 42,2 prosent og Moss 42,2 prosent. Aremark og Skiptvet ligger begge på 40,4 prosent, mens Råde har 40,5 prosent. I den lavere enden finner vi Sarpsborg med 38,2 prosent, Rakkestad med 38,7 prosent og Halden med 38,8 prosent, i tillegg til Våler som har lavest andel. Hvaler skiller seg ut med den høyeste andelen, mens de øvrige kommunene i større grad samler seg i et relativt smalt intervall rundt 42,0 til 42,0 prosent.

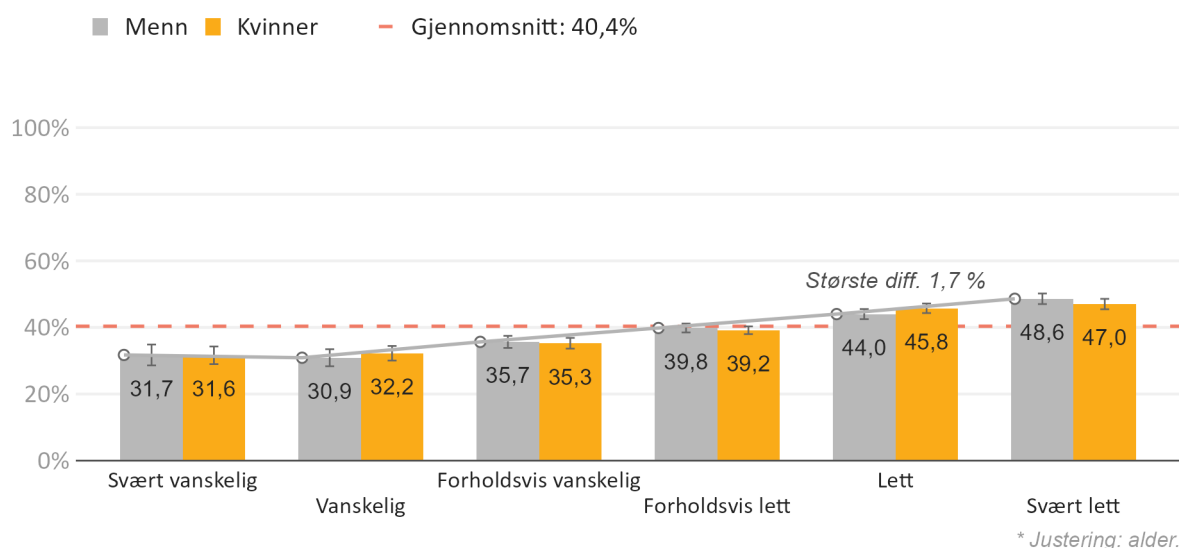
Figur 136: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 33,6 prosent i gruppen med grunnskole til 49,4 prosent i gruppen med høyskole og universitet over 4 år. Differansen mellom høyest og lavest utdanning er 15,8 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker og middels forskjell, med Cohen's h på 0,32. Også blant menn er andelen høyest for høyskole og universitet over 4 år, med 51,2 prosent, og lavest for grunnskole, med 33,6 prosent. Her er differansen 17,6 prosentpoeng, som også er en statistisk sikker og middels forskjell, med Cohen's h på 0,36. For de øvrige utdanningsgruppene ligger nivåene mellom ytterpunktene, med 40,1 prosent blant kvinner og 41,3 prosent blant menn for fagskole eller universitet under 2 år, 43,8 prosent blant kvinner og 46,3 prosent blant menn for høyskole og universitet 2-4 år, og 37,1 prosent blant kvinner og 36,4 prosent blant menn for videregående skole. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små og framstår ikke som statistisk sikre.

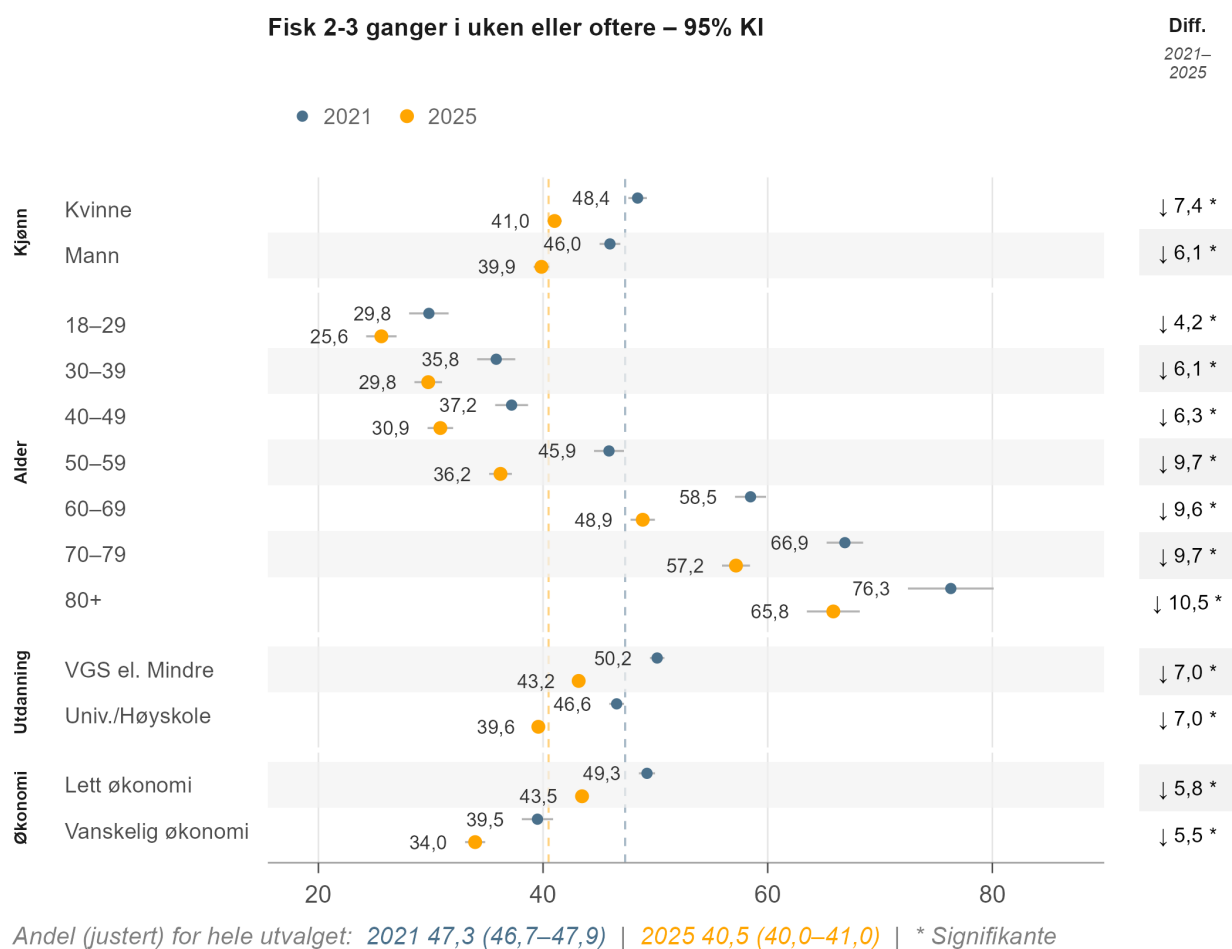
Figur 137: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

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 25,4 prosent i alderen 18-29 år til 67,1 prosent i 80+ år. Differansen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 41,7 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,86, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn øker andelen med alder, fra 25,7 prosent i 18-29 år til 64,5 prosent i 80+ år. Her er differansen 38,8 prosentpoeng, som også er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,80, som tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de fleste aldersgruppene er små. I alderen 60-69 år er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med 50,4 prosent mot 46,8 prosent, en statistisk sikker forskjell på -3,5 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre, inkludert i 80+ der kvinner ligger på 67,1 prosent og menn på 64,5 prosent.

Figur 138: 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 31,6 prosent i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig til 47,0 prosent i gruppen som opplever den som svært lett, en forskjell på 15,4 prosentpoeng. Denne forskjellen framstår som statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,32, som indikerer en middels forskjell. For menn er andelen høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 48,6 prosent, og lavest i gruppen som vurderer økonomien som vanskelig, med 30,9 prosent. Differansen er 17,7 prosentpoeng, også statistisk sikker, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. På tvers av de øvrige økonomikategoriene ligger nivåene mellom 35,3 og 45,8 prosent for kvinner og mellom 35,7 og 44,0 prosent for menn, med en tendens til høyere andeler i grupper som opplever økonomien som lett eller svært lett. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, fra minus 1,7 til 1,6 prosentpoeng, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 139: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (E)

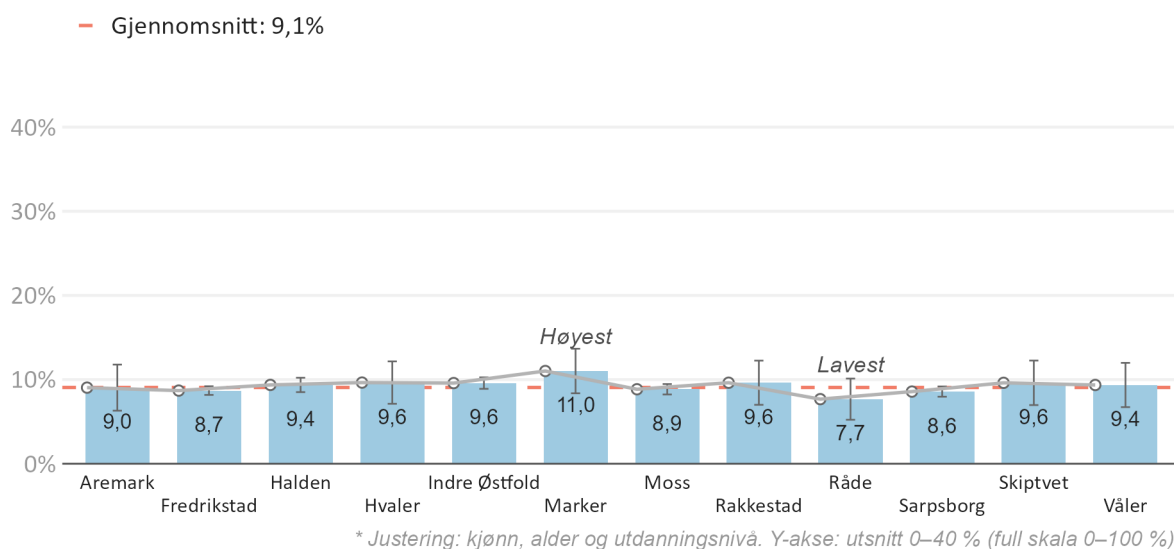
Figur E viser andelen som oppgir fisk 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker (fra 47,3 prosent til 40,5 prosent). For både kvinner og menn er det en statistisk sikker nedgang over tid, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil. På tvers av alder er mønsteret det samme i begge år, med høyere andeler i eldre grupper enn i yngre. Samtidig er det en statistisk sikker nedgang i alle aldersgrupper, og reduksjonen er størst blant de eldste (for eksempel 80 år eller eldre). Etter utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite fra 2021 til 2025. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og nivåforskjellen mellom lett og vanskelig økonomi ser i hovedsak ut til å bestå. Samlet peker resultatene mot en bred nedgang fra 2021 til 2025 uten tydelige endringer i hvordan gruppene ligger relativt til hverandre.

3.32 Daglig røyking

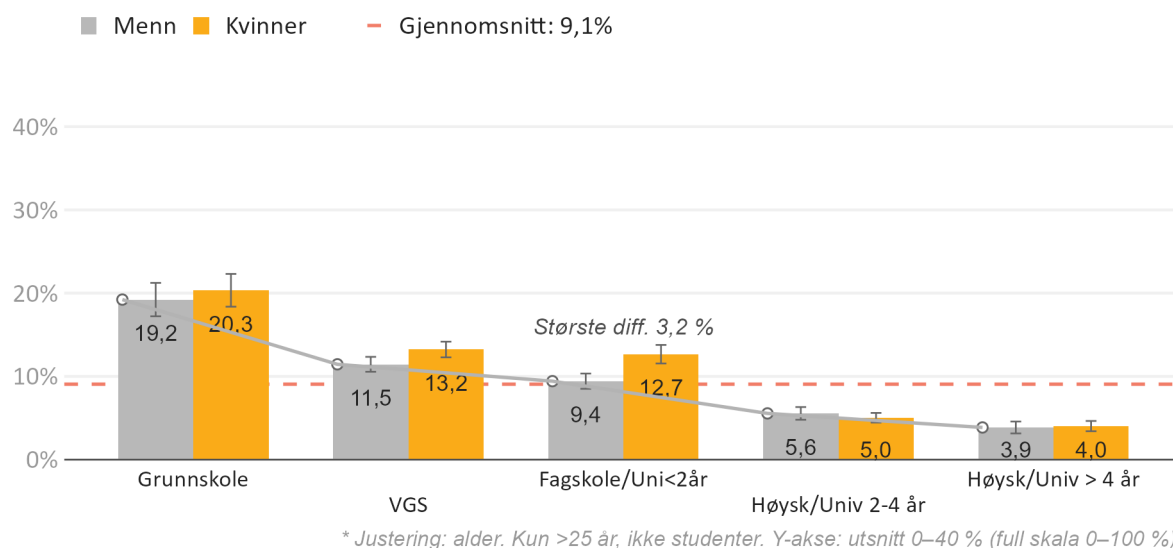
Svarandel: Totalt 42 777 deltakere av 45 794 (93,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 777	9,1 %	8,8 – 9,3
Kvinner	23 373	9,2 %	8,8 – 9,5
Menn	19 404	8,9 %	8,5 – 9,4

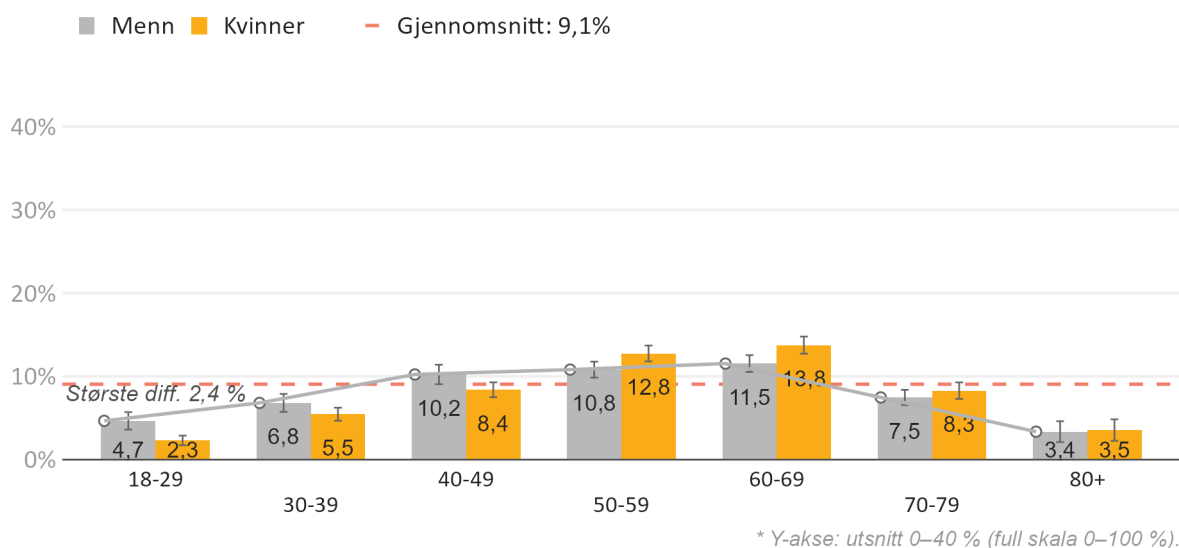
Figur 140: Daglig røyking etter kommuner i fylket (A)



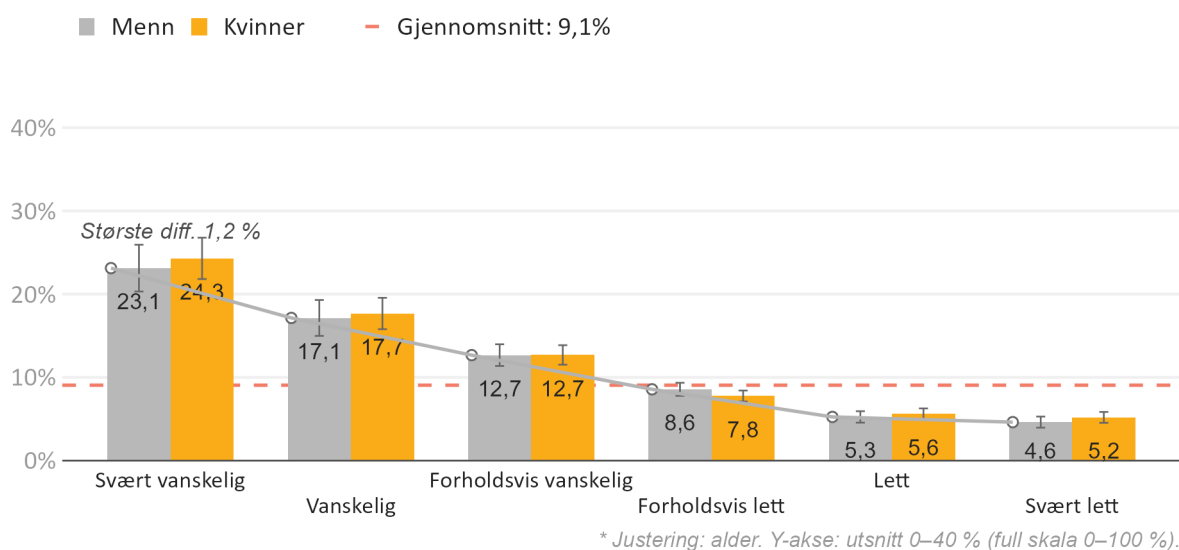
Figur A viser andelen som røyker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 7,7 prosent i Råde til 11,0 prosent i Marker, som gir en forskjell på 3,3 prosentpoeng mellom ytterpunktene. Denne forskjellen er likevel ikke statistisk sikker, og nivåene bør derfor tolkes som relativt like på tvers av kommunene. Cohen's h er 0,12, som tilsvarer en liten forskjell i andel daglig røykere mellom kommunene samlet sett. Flere kommuner ligger tett rundt ni til ti prosent. Aremark har 9,0 prosent, Halden og Våler 9,4 prosent, og Hvaler, Indre Østfold, Rakkestad og Skiptvet 9,6 prosent. Blant de større kommunene ligger Fredrikstad på 8,7 prosent, Moss på 8,8 prosent og Sarpsborg på 8,6 prosent. Helhetsbildet er dermed moderate variasjoner, der Marker ligger høyest og Råde lavest, men uten en klar, statistisk sikker avstand mellom dem.

Figur 141: 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 og universitet over fire år. Blant kvinner røyker 20,3 prosent daglig i gruppen med grunnskole, mot 4,0 prosent blant dem med høyskole og universitet over fire år. Dette utgjør en tydelig forskjell på 16,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,53, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest ved grunnskole, med 19,2 prosent, og lavest ved høyskole og universitet over fire år, med 3,9 prosent. Differansen er 15,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som også tilsvarer en stor forskjell. Mellomnivåene ligger lavere enn grunnskole for begge kjønn, blant annet 13,2 prosent for kvinner og 11,5 prosent for menn i videregående skole, og 5,0 prosent for kvinner og 5,6 prosent for menn ved høyskole og universitet i 2–4 år. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men ved fagskole og universitet under 2 år røyker kvinner oftere daglig enn menn, med 12,7 prosent mot 9,4 prosent, en statistisk sikker forskjell på 3,2 prosentpoeng.

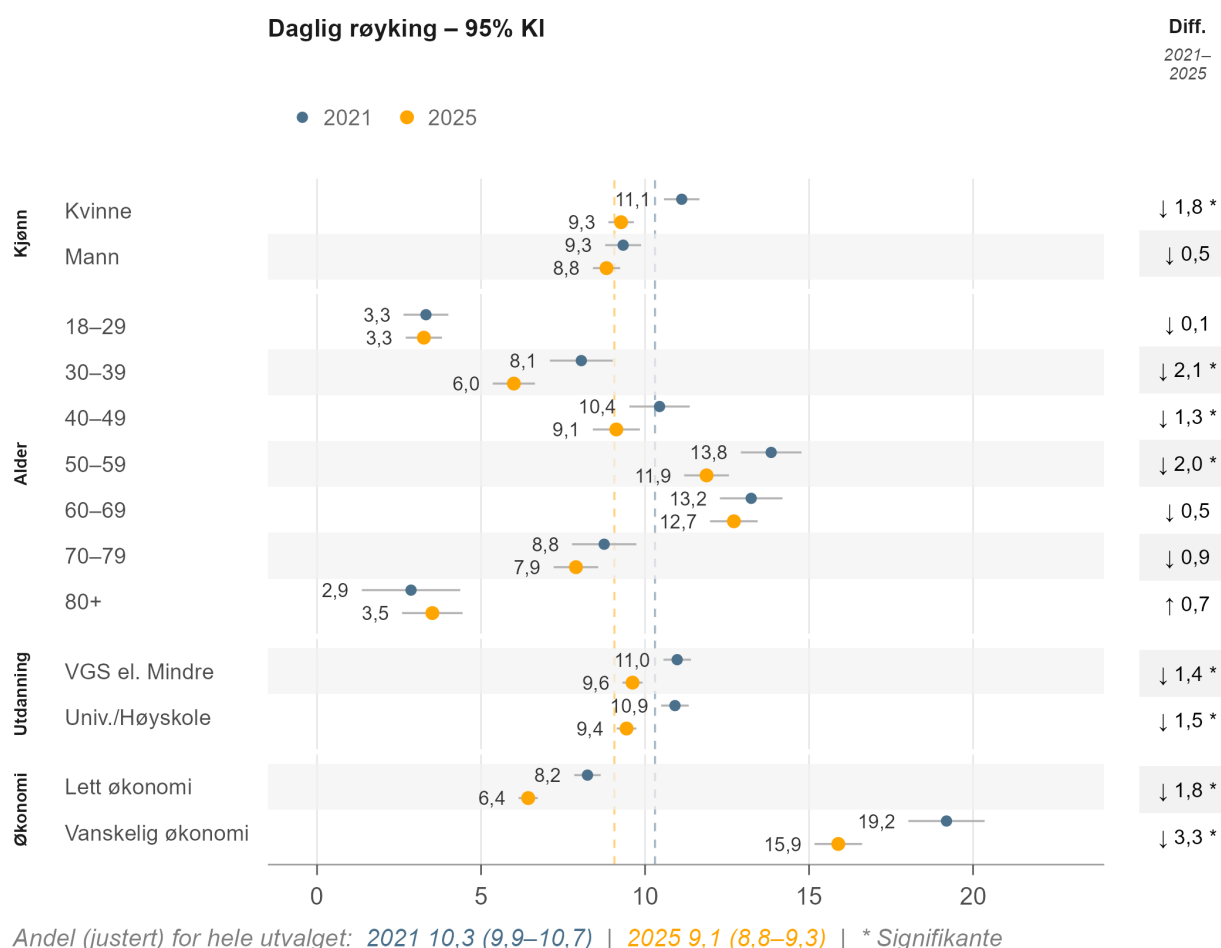
Figur 142: Daglig røyking etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 2,3 prosent i aldersgruppen 18–29 år til et toppunkt på 13,8 prosent i 60–69 år, før den faller til 8,3 prosent i 70–79 år og 3,5 prosent i 80+ år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 11,4 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,46, som tilsier en middels forskjell mellom ytterpunktene. Blant menn er andelen 4,7 prosent i 18–29 år og øker videre til 11,5 prosent i 60–69 år, før den går ned til 7,5 prosent i 70–79 år og 3,4 prosent i 80+ år. Her er differansen mellom høyeste og laveste nivå 8,2 prosentpoeng, også en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,32, som tilsier en middels forskjell. Når kjønnene sammenlignes innen aldersgrupper, er andelen høyere blant menn i 18–29 år, med en statistisk sikker forskjell på 2,4 prosentpoeng. I 50–59 år og 60–69 år er andelen høyere blant kvinner, med statistisk sikre forskjeller på henholdsvis 1,9 og 2,2 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 143: Daglig røyking etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, og lavest blant dem som oppgir at den er svært lett. Blant kvinner er andelen 24,3 prosent i gruppen Svært vanskelig og 5,2 prosent i gruppen Svært lett, en forskjell på 19,1 prosentpoeng. Dette er en statistisk sikker forskjell, og Cohen's h er 0,57, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen 23,1 prosent i Svært vanskelig og 4,6 prosent i Svært lett, en forskjell på 18,5 prosentpoeng. Også dette er en statistisk sikker forskjell, med Cohen's h på 0,57, som tilsvarer en stor forskjell. Mellomnivåene følger samme hovedmønster, med høyere andeler i gruppene Vanskelig og Forholdsvis vanskelig enn i Lett og Forholdsvis lett for både kvinner og menn. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

Figur 144: Daglig røyking (E)



Figur E viser andelen som oppgir daglig røyking på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går andelen ned fra 10,3 prosent i 2021 til 9,1 prosent i 2025, og denne nedgangen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen blir mindre, fordi kvinner har en statistisk sikker nedgang mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. På tvers av alder er mønsteret i hovedsak det samme, men nedgangen er tydeligst og statistisk sikker i aldersgruppene 30–39, 40–49 og 50–59 år, mens endringene i de yngste og eldste gruppene ikke er statistisk sikre. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge

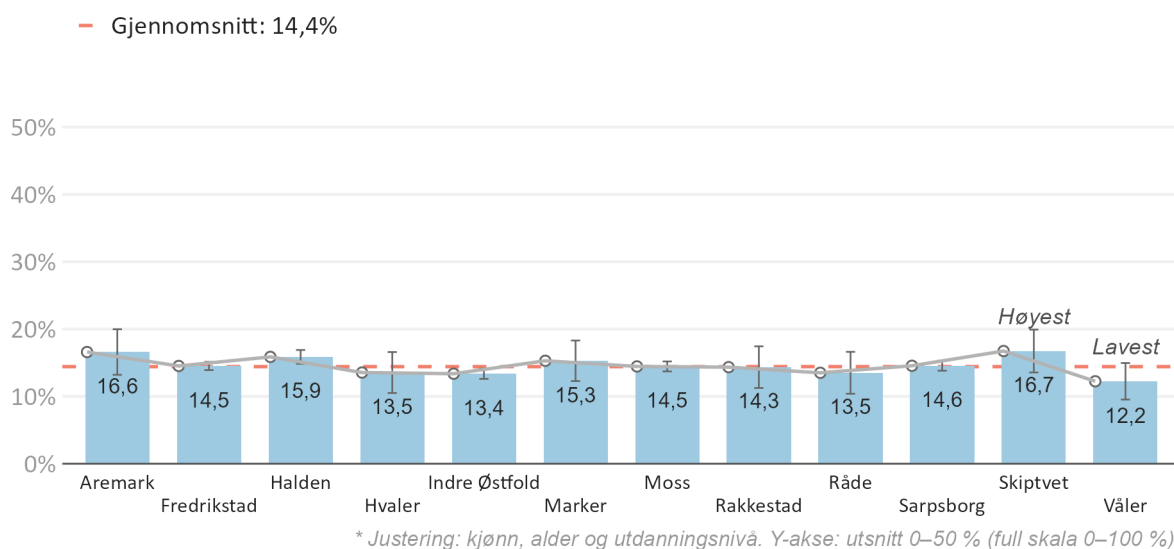
utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem fremstår derfor som relativt stabile over tid. For opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi. Samtidig ligger andelen fortsatt klart høyere blant dem som oppgir vanskelig økonomi enn blant dem som oppgir lett økonomi, slik at dette skillet vedvarer fra 2021 til 2025.

3.33 Daglig snus

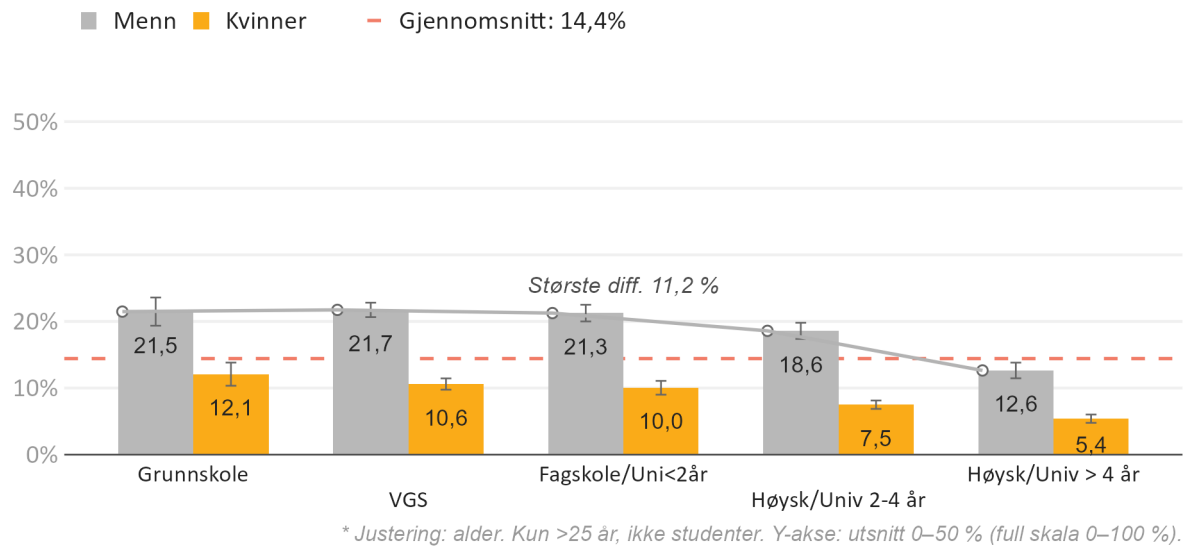
Svarandel: Totalt 42 789 deltakere av 45 794 (93,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 789	14,4 %	14,1 – 14,8
Kvinner	23 399	9,7 %	9,3 – 10,0
Menn	19 390	20,2 %	19,6 – 20,8

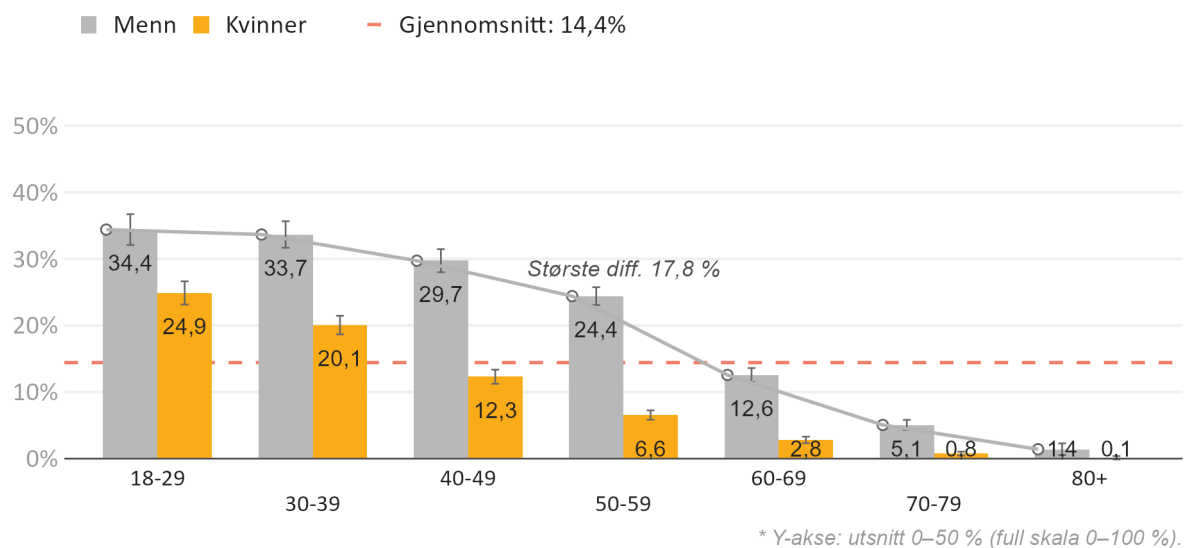
Figur 145: Daglig snus etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser andelen som bruker snus daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer fra 12,2 prosent i Våler til 16,7 prosent i Skiptvet, en forskjell på 4,5 prosentpoeng. Denne forskjellen framstår likevel ikke som statistisk sikker, og effektstørrelsen er liten med Cohen's h på 0,13, som tilsier en liten forskjell mellom ytterpunktene. Flere kommuner ligger tett rundt midten av fordelingen, blant annet Fredrikstad og Moss med 14,5 prosent og Sarpsborg med 14,6 prosent. Rakkestad ligger på 14,3 prosent, mens Hvaler og Råde begge har 13,5 prosent, og Indre Østfold har 13,4 prosent. I den øvre delen av skalaen finner vi Aremark med 16,6 prosent og Halden med 15,9 prosent, samt Marker med 15,3 prosent. Samlet sett viser figuren moderate variasjoner mellom kommunene, med høyest nivå i Skiptvet og lavest i Våler, men uten en klar statistisk sikker forskjell mellom disse ytterpunktene.

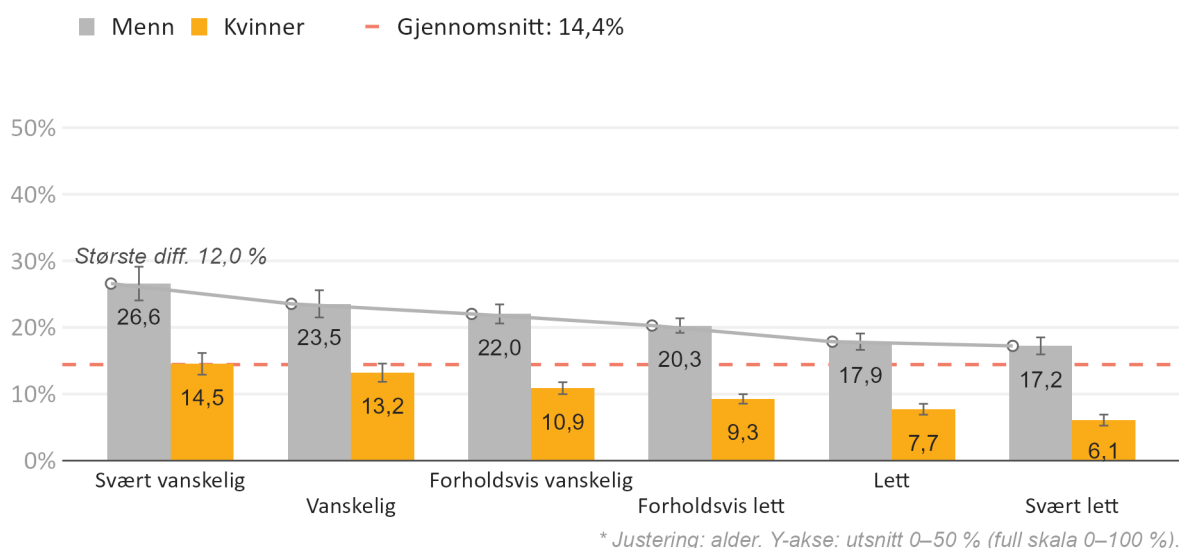
Figur 146: Daglig snus etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 12,1 prosent i gruppen med grunnskole til 5,4 prosent blant dem med høyskole og universitet over 4 år. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 6,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,24, som tilsvarer en liten forskjell. For kvinner ligger nivået ellers på 10,6 prosent ved videregående skole, 10,0 prosent ved fagskole og universitet under 2 år og 7,5 prosent ved høyskole og universitet 2–4 år. Blant menn er andelen høyest ved videregående skole med 21,7 prosent og lavest ved høyskole og universitet over 4 år med 12,6 prosent. Differansen er 9,1 prosentpoeng og er statistisk sikker, mens Cohen's h er 0,24, som også her tilsvarer en liten forskjell. Menn ligger ellers på 21,5 prosent ved grunnskole, 21,3 prosent ved fagskole og universitet under 2 år og 18,6 prosent ved høyskole og universitet 2–4 år. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller på alle utdanningsnivåer, der menn ligger høyere enn kvinner med 7,2 til 11,2 prosentpoeng.

Figur 147: Daglig snus etter kjønn og alder (C)

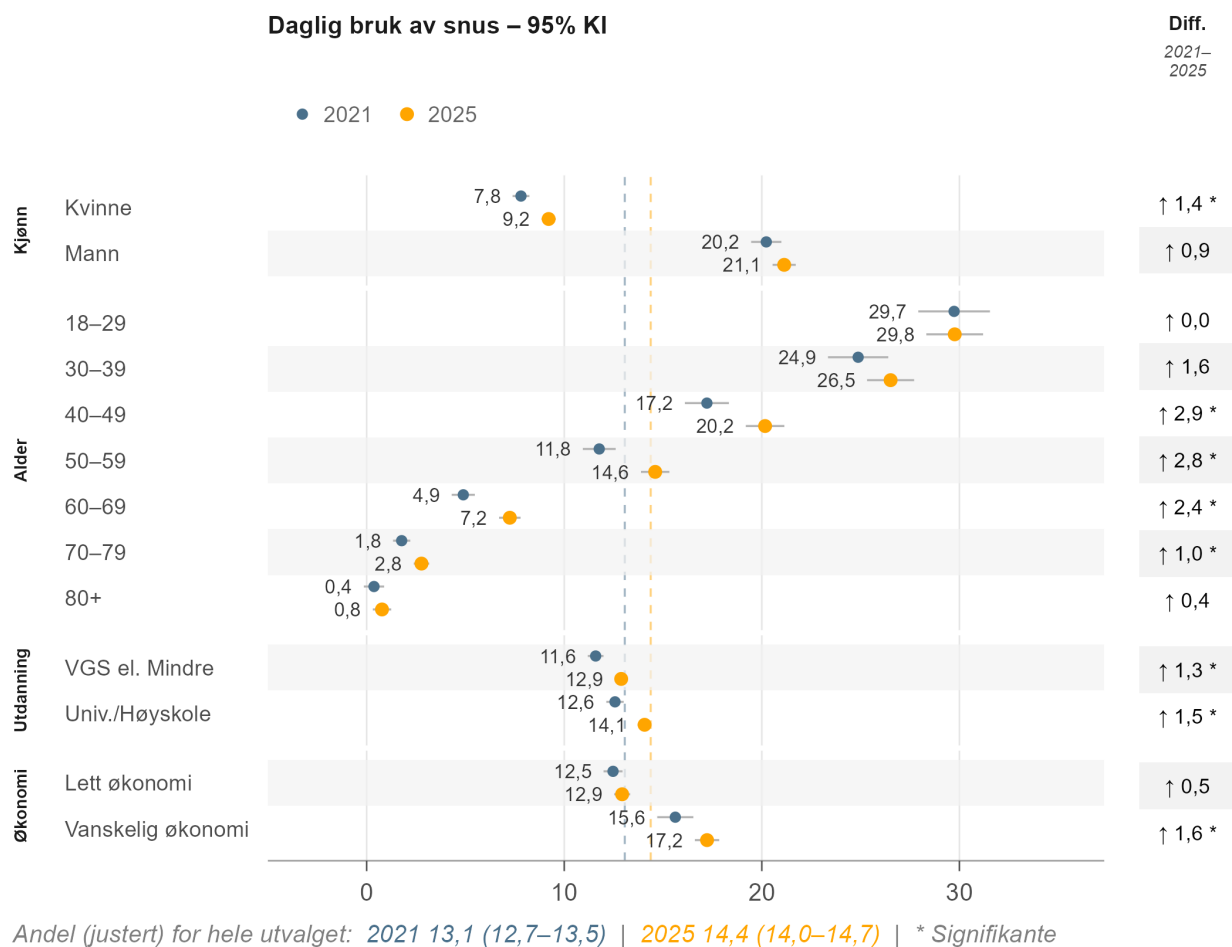
Figur C viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og alder. For kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 24,9 prosent, og deretter faller den jevnt med økende alder. I 30–39 år er andelen 20,1 prosent, før den går ned til 12,3 prosent i 40–49 år og 6,6 prosent i 50–59 år. Blant kvinner i 60–69 år er andelen 2,8 prosent, i 70–79 år 0,8 prosent, og i 80 år og eldre 0,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe er 24,8 prosentpoeng, og dette framstår som en statistisk sikker og stor forskjell, med Cohen's h 0,97. For menn er andelen også høyest i 18–29 år, med 34,4 prosent, og lavest i 80 år og eldre, med 1,4 prosent. Nedgangen med alder er tydelig gjennom alle gruppene, fra 33,7 prosent i 30–39 år til 29,7 prosent i 40–49 år og 24,4 prosent i 50–59 år, videre til 12,6 prosent i 60–69 år og 5,1 prosent i 70–79 år. Spennet er 33,0 prosentpoeng, også en statistisk sikker og stor forskjell, med Cohen's h 1,02. I alle aldersgrupper ligger menn høyere enn kvinner, med statistisk sikre kjønnsforskjeller fra 4,3 til 17,8 prosentpoeng.

Figur 148: Daglig 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 varierer daglig snusbruk tydelig med hvordan husholdningsøkonomien oppleves. Andelen er høyest når økonomien vurderes som svært vanskelig, med 14,5 prosent, og lavest når den vurderes som svært lett, med 6,1 prosent. Dette gir en forskjell på 8,5 prosentpoeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved svært vanskelig økonomi, med 26,6 prosent, og lavest ved svært lett økonomi, med 17,2 prosent. Differansen er 9,4 prosentpoeng, og den er statistisk sikker. Her er Cohen's h 0,23, som tilsvarer en liten 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 mellom menn og kvinner ligger mellom 10,1 og 12,0 prosentpoeng, med størst avstand i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig.

Figur 149: Daglig snus (E)



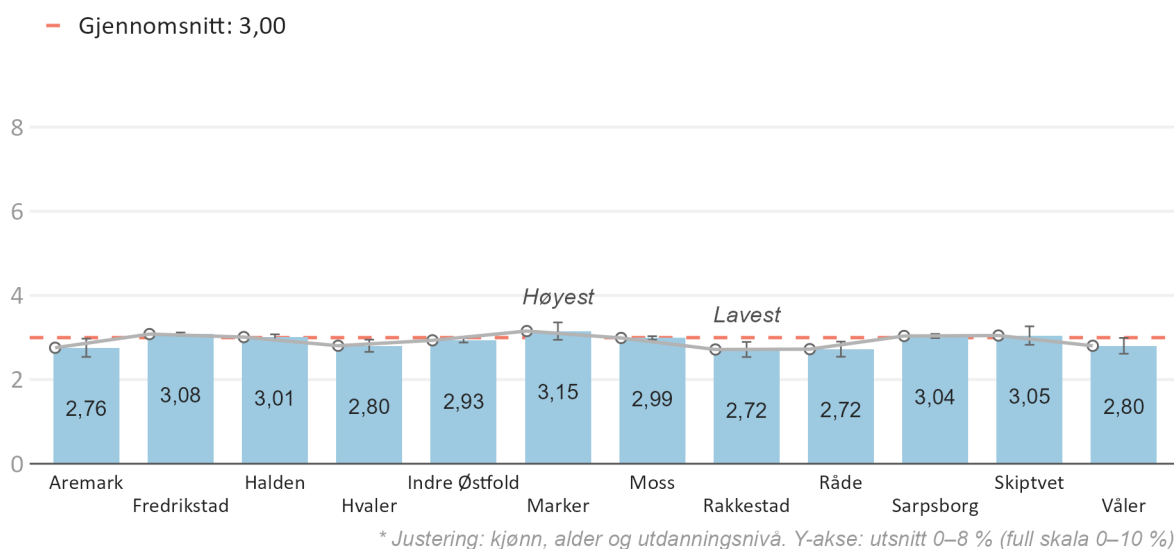
Figur E viser andelen som oppgir daglig bruk av snus på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt økte andelen fra 13,1 prosent i 2021 til 14,4 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen var tydelig i begge år, og økningen var statistisk sikker blant kvinner (fra 7,8 til 9,2 prosent), mens endringen blant menn ikke var statistisk sikker (fra 20,2 til 21,1 prosent). På tvers av alder var nivået fortsatt høyest blant de yngste voksne, men det var særlig i middelaldrende og eldre grupper at det var statistisk sikre økninger. For eksempel økte andelen statistisk sikkert blant 40–49-åringene (fra 17,2 til 20,2 prosent) og 60–69-åringene (fra 4,9 til 7,2 prosent), mens 18–29-åringene var stabile (29,7 til 29,8 prosent, ikke statistisk sikker endring). Begge utdanningsgrupper hadde en statistisk sikker økning, og forskjellene mellom dem fremstår derfor i hovedsak som stabile over tid. For opplevd økonomi var det en statistisk sikker økning blant dem som oppgir vanskelig økonomi (fra 15,6 til 17,2 prosent), mens endringen blant dem med lett økonomi ikke var statistisk sikker (fra 12,5 til 12,9 prosent). Samlet peker dette mot en moderat økning i daglig snusbruk fra 2021 til 2025, uten store endringer i hovedmønstrene mellom gruppene.

3.34 Alkoholenheter per gang

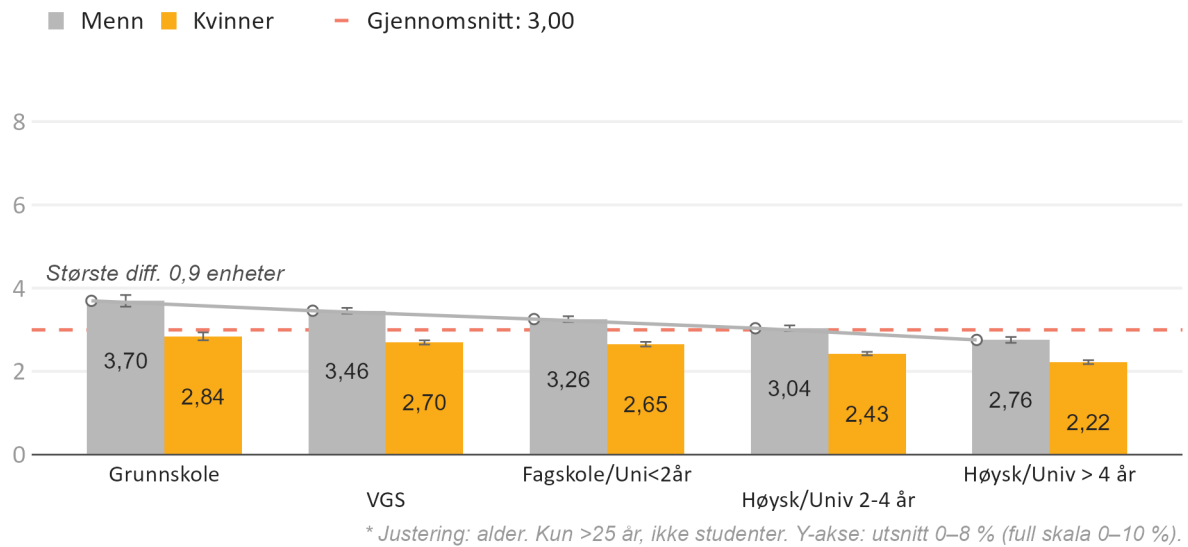
Svarandel: Totalt 36 297 deltakere av 45 794 (79,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Enheter	Konfidensintervall
Begge kjønn	36 297	3,00	2,98 – 3,02
Kvinner	19 312	2,67	2,64 – 2,69
Menn	16 985	3,37	3,34 – 3,41

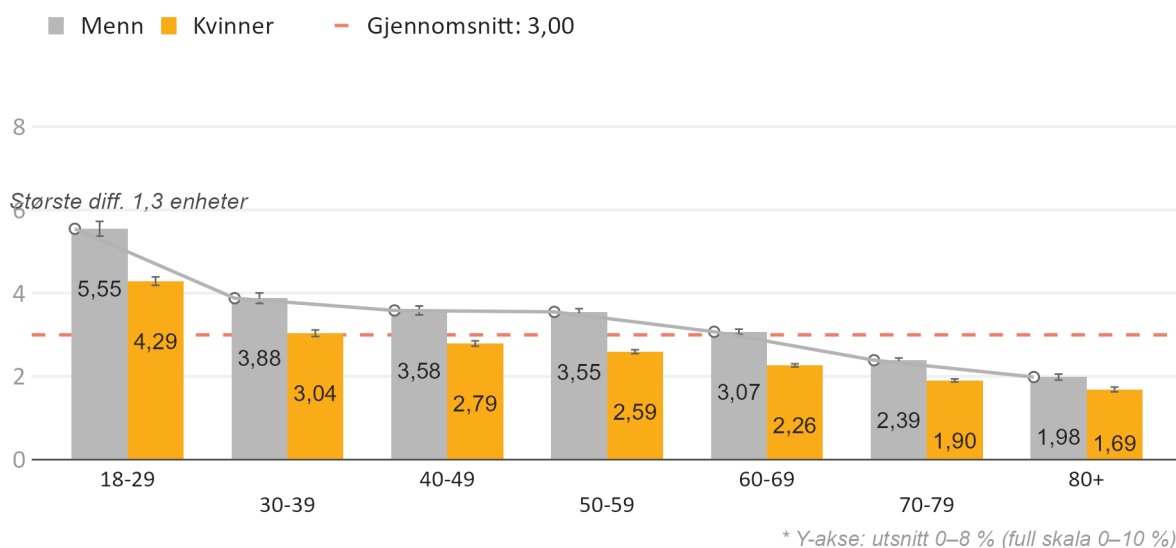
Figur 150: Alkoholenheter per gang etter kommuner i fylket (A)



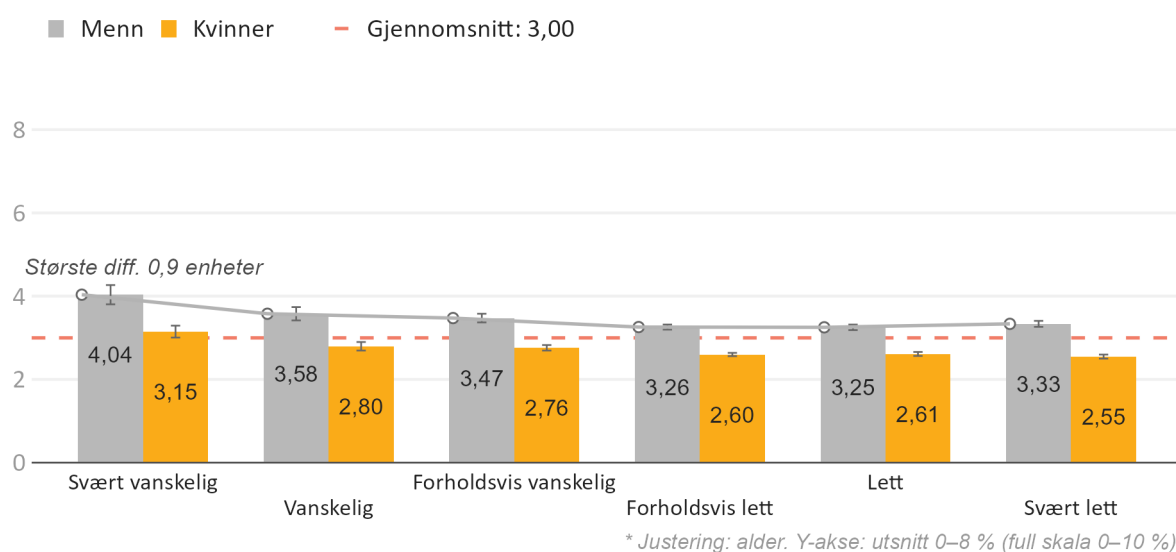
Figur A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikke dag, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Marker har høyest gjennomsnitt med 3,2 alkoholenheter, mens Rakkestad har lavest med 2,7 alkoholenheter. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,4 alkoholenheter, og den framstår som statistisk sikker. Dette tilsvarer en Cohen's d på 0,21, som innebærer en liten forskjell i nivå mellom kommunene med høyest og lavest gjennomsnitt. Flere kommuner ligger nær 3,0 alkoholenheter per drikke dag. Fredrikstad har 3,1, Sarpsborg 3,0 og Halden 3,0, mens Moss og Indre Østfold ligger på 3,0 og 2,9. I den nedre delen av fordelingen ligger Råde med 2,7 og Aremark med 2,8, mens Hvaler og Våler begge har 2,8. Skiptvet ligger noe høyere med 3,1. Samlet sett varierer gjennomsnittet moderat på tvers av kommunene, med et spenn på 0,4 alkoholenheter mellom laveste og høyeste nivå.

Figur 151: 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 grunnskole med 2,8 alkoholenheter, mens høyskole og universitet over fire år er lavest med 2,2 alkoholenheter. Dette gir en tydelig forskjell på 0,6 alkoholenheter, og Cohen's d på 0,32 tilsier en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende, med høyest nivå i grunnskole på 3,7 alkoholenheter og lavest i høyskole og universitet over fire år på 2,8 alkoholenheter. Differansen er 0,9 alkoholenheter, og Cohen's d på 0,48 tyder også på en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger menn høyere enn kvinner i alle gruppene, og kjønnsforskjellene framstår tydelige. Forskjellen mellom menn og kvinner er 0,6 alkoholenheter i fagskole eller universitet under to år og 0,6 alkoholenheter i høyskole og universitet to til fire år. Den er størst i grunnskole med 0,9 alkoholenheter og i videregående skole med 0,8 alkoholenheter, og minst i høyskole og universitet over fire år med 0,5 alkoholenheter.

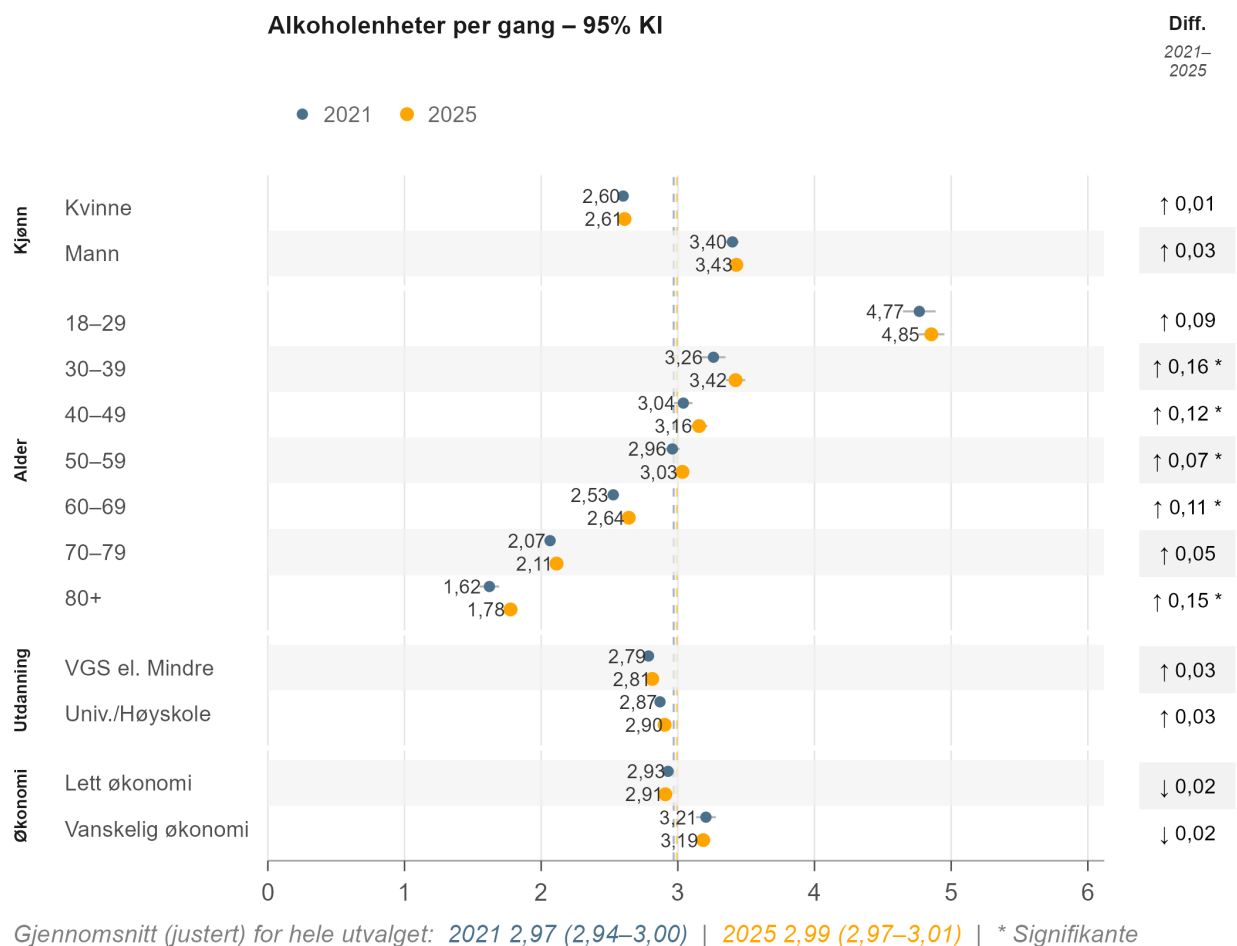
Figur 152: Alkoholenheter per gang etter kjønn og alder (C)

Figur C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er nivået høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest blant 80+. Kvinner i alderen 18–29 år drikker i gjennomsnitt 4,3 alkoholenheter per drikkedag, mens kvinner 80+ ligger på 1,7 alkoholenheter. Dette gir en forskjell på 2,6 alkoholenheter, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 1,24, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er gjennomsnittet 5,6 alkoholenheter i alderen 18–29 år og 2,0 alkoholenheter blant 80+, en forskjell på 3,6 alkoholenheter som også er statistisk sikker. Her er Cohen's d 1,69, som også indikerer en stor forskjell. På tvers av aldersgruppene ser vi en tydelig nedgang i antall alkoholenheter per drikkedag med økende alder for begge kjønn. Menn drikker gjennomgående mer enn kvinner i alle aldersgrupper, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i 18–29 år med 1,3 alkoholenheter, og blir gradvis mindre i eldre aldersgrupper, ned til 0,5 alkoholenheter i 70–79 år.

Figur 153: 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 3,2 alkoholenheter per drikkedag, og lavest når den vurderes som svært lett, med 2,6 alkoholenheter. Dette gir en statistisk sikker differanse på 0,6 alkoholenheter, og Cohen's d er 0,29, som tilsier en middels forskjell. For menn er nivået også høyest i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig, med 4,0 alkoholenheter, mens lavest nivå finnes i gruppen som vurderer økonomien som lett, med 3,3 alkoholenheter. Differansen er statistisk sikker og utgjør 0,8 alkoholenheter, med Cohen's d på 0,37, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av alle vurderinger av husholdningsøkonomien ligger menn høyere enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre i hver gruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner varierer fra 0,6 alkoholenheter i gruppen lett til 0,9 alkoholenheter i gruppen svært vanskelig, noe som viser et gjennomgående høyere typisk inntak per drikkedag blant menn.

Figur 154: 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. Kjønnsforskjellen er i hovedsak uendret, med høyere gjennomsnitt blant menn enn blant kvinner i begge år, og ingen av kjønnene har en statistisk sikker endring over tid. Mønsteret etter alder er også i hovedtrekk det samme, med

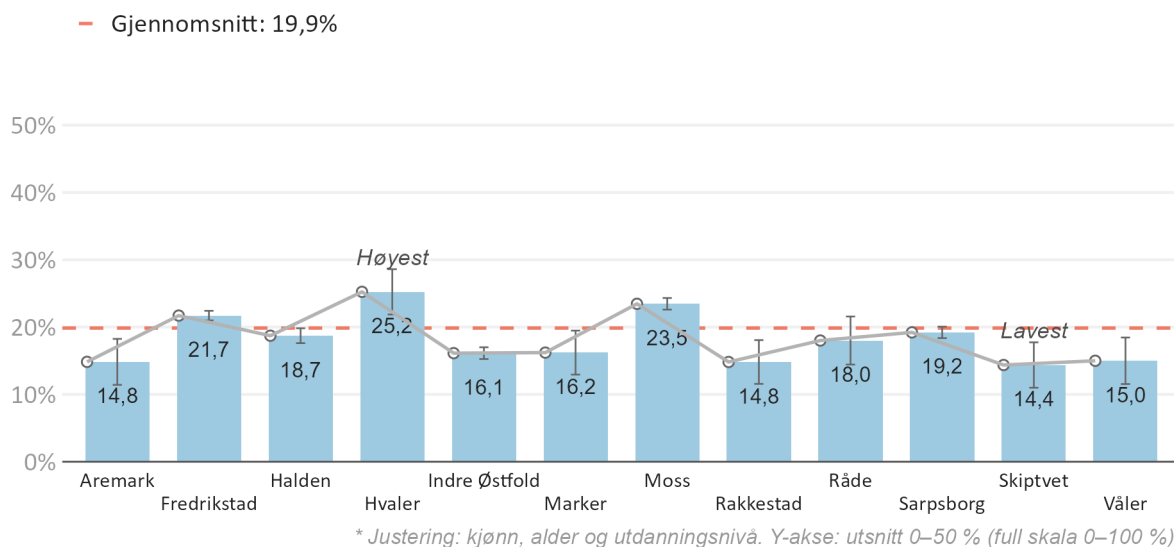
høyest gjennomsnitt i de yngste aldersgruppene og lavere nivåer med økende alder. Samtidig er det statistisk sikre økninger i flere aldersgrupper fra 30–39 år og opp til 60–69 år, samt i gruppen 80 år eller eldre, mens endringen ikke er statistisk sikker for 18–29 år og 70–79 år. Utdanningsgruppene ligger relativt nær hverandre i begge år, og endringene fra 2021 til 2025 er ikke statistisk sikre i noen av dem. For opplevd økonomiske vansker er nivået noe høyere i gruppen med vanskelig økonomi enn i gruppen med lett økonomi i begge år, men endringene over tid er ikke statistisk sikre for noen av gruppene. Samlet tyder dette på stabile forskjeller mellom kjønn, utdanning og økonomi, mens det innen alder er flere grupper som viser en liten, men statistisk sikker økning fra 2021 til 2025.

3.35 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

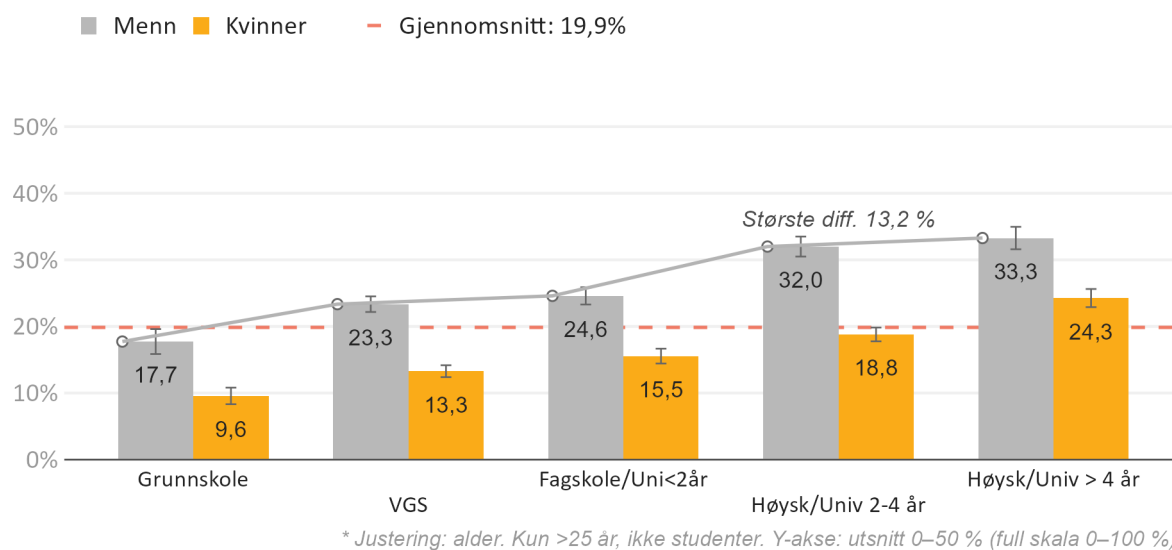
Svarandel: Totalt 42 805 deltakere av 45 794 (93,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 805	19,9 %	19,5 – 20,2
Kvinner	23 398	15,4 %	14,9 – 15,9
Menn	19 407	25,2 %	24,6 – 25,9

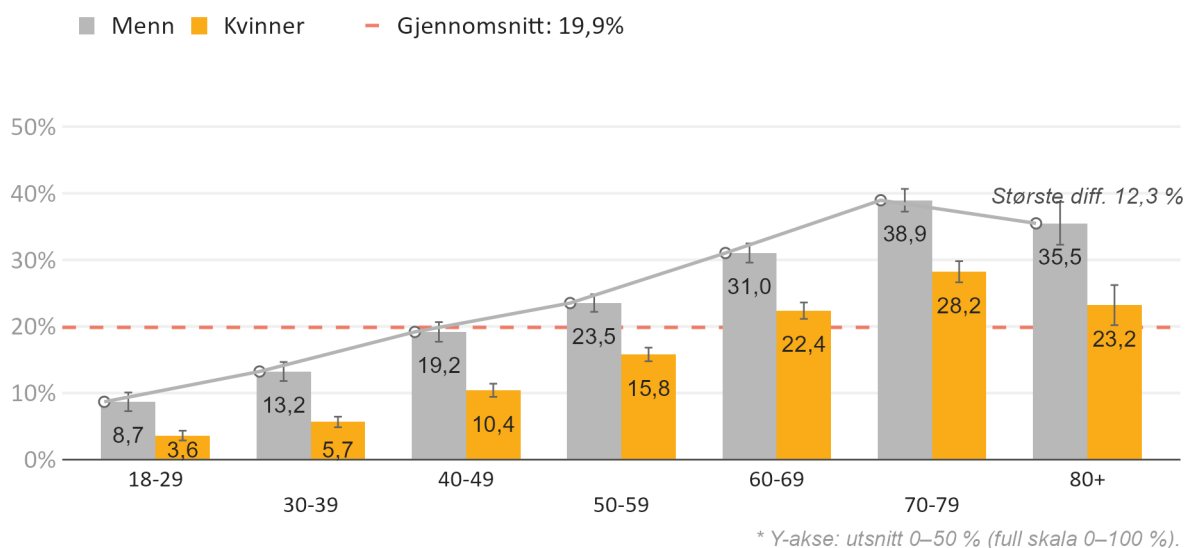
Figur 155: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kommuner i fylket (A)



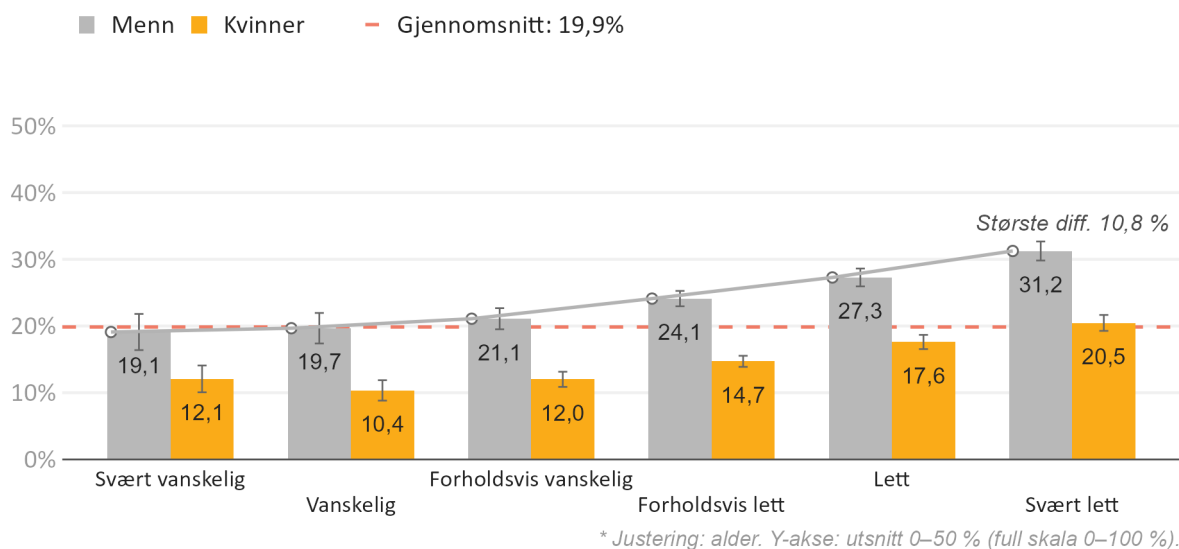
Figur A viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Andelen varierer tydelig mellom kommunene, med høyest nivå i Hvaler på 25,2 prosent og lavest nivå i Skiptvet på 14,4 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 10,9 prosentpoeng, og dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's h er 0,28, som tilsier en middels forskjell i andel mellom kommunene med høyest og lavest nivå. Flere kommuner ligger relativt høyt, særlig Moss med 23,5 prosent og Fredrikstad med 21,7 prosent. Sarpsborg ligger på 19,2 prosent, mens Halden og Råde har 18,7 prosent og 18,0 prosent. I den lavere enden finner vi Aremark og Rakkestad med 14,8 prosent, Våler med 15,0 prosent, samt Indre Østfold og Marker med 16,1 prosent og 16,2 prosent. Samlet viser figuren et spenn der noen kommuner skiller seg ut med klart høyere andel som rapporterer hyppig alkoholbruk, mens flere andre ligger samlet på et lavere nivå.

Figur 156: 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. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 9,6 prosent, og høyest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning over 4 år, med 24,3 prosent. Dette gir en forskjell på 14,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 17,7 prosent, og høyest i gruppen med høyskole- og universitetsutdanning over 4 år, med 33,3 prosent. Forskjellen er 15,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,36, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåer ligger menn høyere enn kvinner i alle gruppene, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner er 8,2 prosentpoeng i gruppen med grunnskole og 9,0 prosentpoeng i gruppene med fagskole og universitet under 2 år og høyskole- og universitetsutdanning over 4 år. Den største kjønnsforskjellen er i gruppen med høyskole- og universitetsutdanning 2-4 år, der menn ligger 13,2 prosentpoeng høyere enn kvinner.

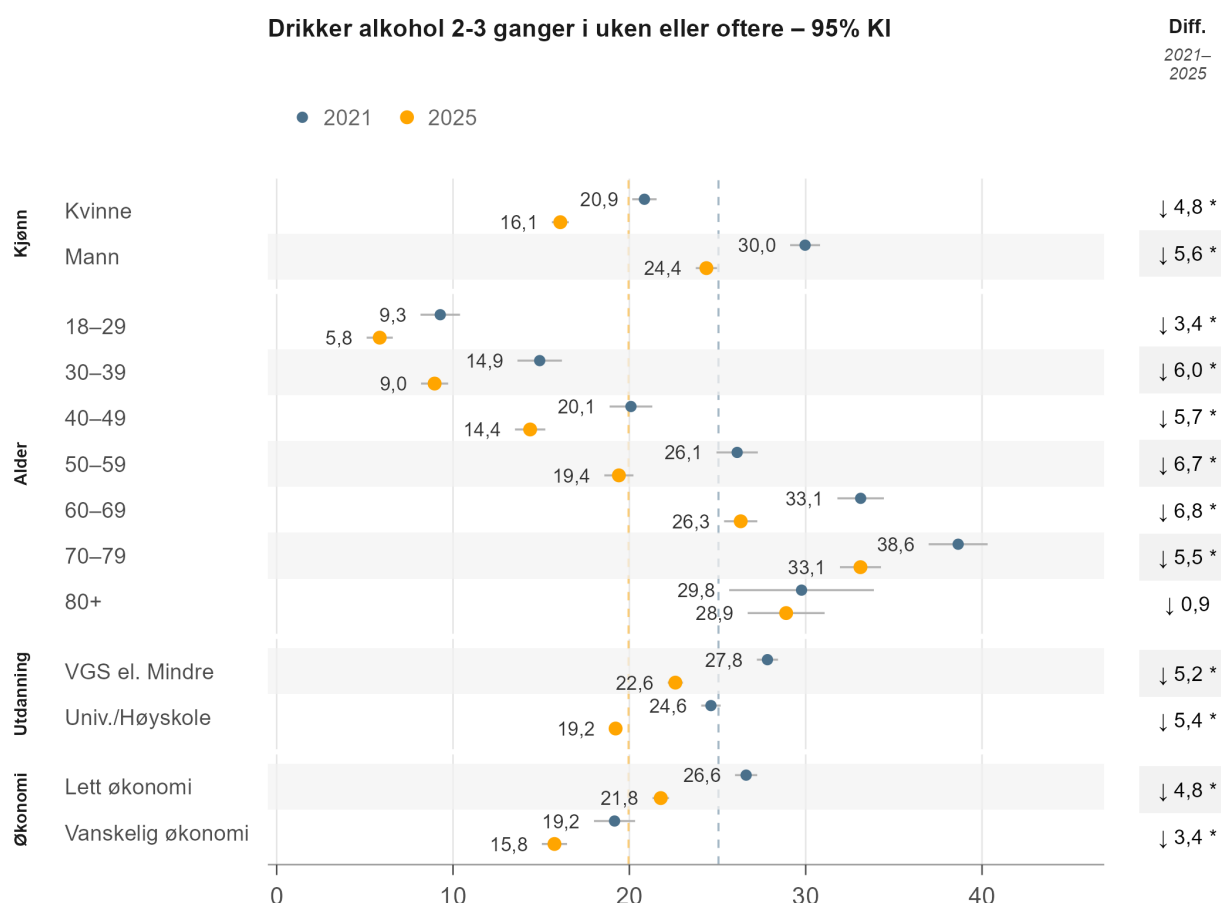
Figur 157: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen tydelig med alderen fra 3,6 prosent i 18-29 til 28,2 prosent i 70-79, før den går noe ned til 23,2 prosent i 80+. Differansen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 24,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,74, som tilsier en stor forskjell. For menn følger andelen samme hovedmønster, med 8,7 prosent i 18-29 og en topp på 38,9 prosent i 70-79, før den synker til 35,5 prosent i 80+. Her er forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe 30,3 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,75, som også tilsier en stor forskjell. I alle aldersgrupper er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner øker med alder fra 5,1 prosentpoeng i 18-29 til 10,7 prosentpoeng i 70-79. Dette peker samlet sett mot at hyppig alkoholdriking er vanligere i de eldre aldersgruppene, særlig blant menn.

Figur 158: 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 varierer andelen tydelig mellom økonomigruppene, fra 10,3 prosent i gruppen som oppgir at økonomien er vanskelig til 20,5 prosent i gruppen som opplever økonomien som svært lett. Dette utgjør en forskjell på 10,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er det en tydelig variasjon etter økonomivurdering, med høyest andel i gruppen som opplever økonomien som svært lett, 31,2 prosent, og lavest i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig, 19,1 prosent. Differansen er 12,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,28, som også tilsvarer en middels forskjell. I alle økonomigrupper rapporterer menn høyere andel hyppig alkoholinntak enn kvinner, og kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Forskjellen er størst i gruppen som opplever økonomien som svært lett, der menn ligger 10,8 prosentpoeng over kvinner, og minst i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig, med 7,0 prosentpoeng. Samlet sett henger bedre opplevd husholdningsøkonomi sammen med en høyere andel som drikker alkohol hyppig, for både kvinner og menn.

Figur 159: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2021 25,1 (24,5–25,6) | 2025 20,0 (19,6–20,3) | * Signifikante

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 25,1 prosent i 2021 til 20,0 prosent i 2025, og endringen er statistisk sikker. Nedgangen er også statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å

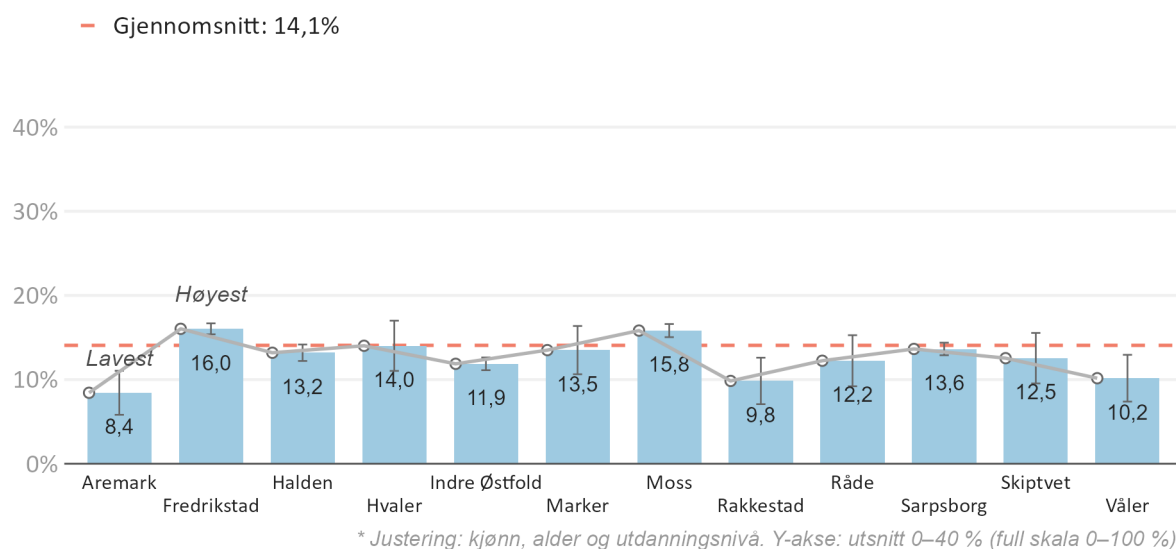
være stabil ved at menn ligger høyere enn kvinner i begge år. På tvers av alder er mønsteret ellers likt i 2021 og 2025, med høyere andeler i de eldre aldersgruppene, samtidig som det er statistisk sikker nedgang i alle aldersgrupper fra 18 til 79 år. For personer 80 år eller eldre er endringen derimot ikke statistisk sikker, og nivået fremstår derfor som mer stabilt i perioden. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite over tid. Også etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker nedgang i begge grupper, og mønsteret med høyere andel blant dem med lett økonomi enn blant dem med vanskelig økonomi består i 2025. Samlet peker resultatene mot en bred nedgang fra 2021 til 2025, uten tydelige tegn til at rangeringen mellom gruppene har endret seg vesentlig.

3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk

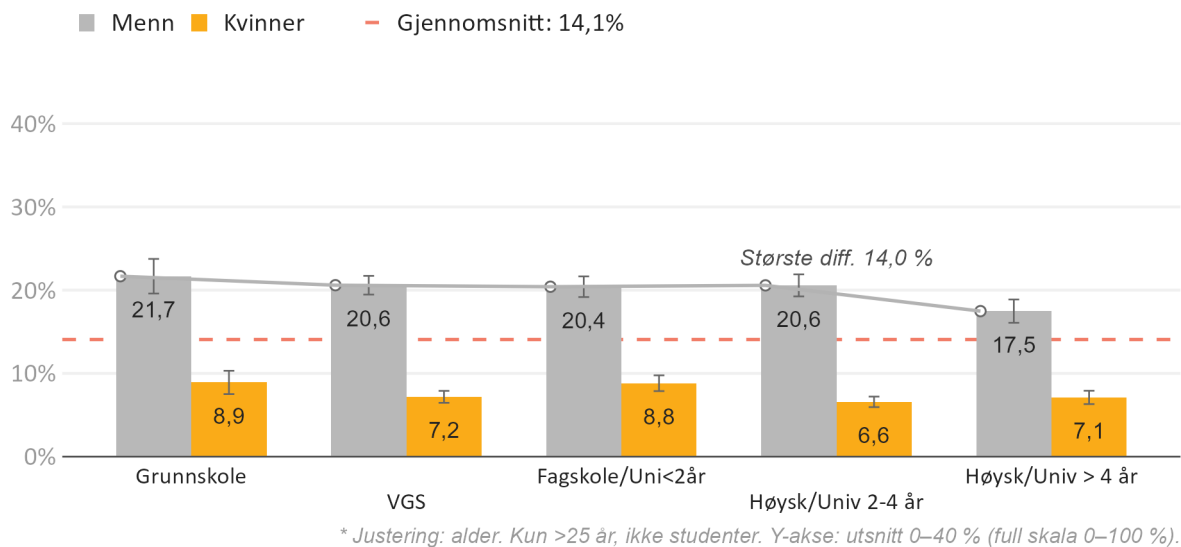
Svarandel: Totalt 42 759 deltakere av 45 794 (93,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 759	14,1 %	13,7 – 14,4
Kvinner	23 373	8,4 %	8,1 – 8,8
Menn	19 386	20,9 %	20,3 – 21,4

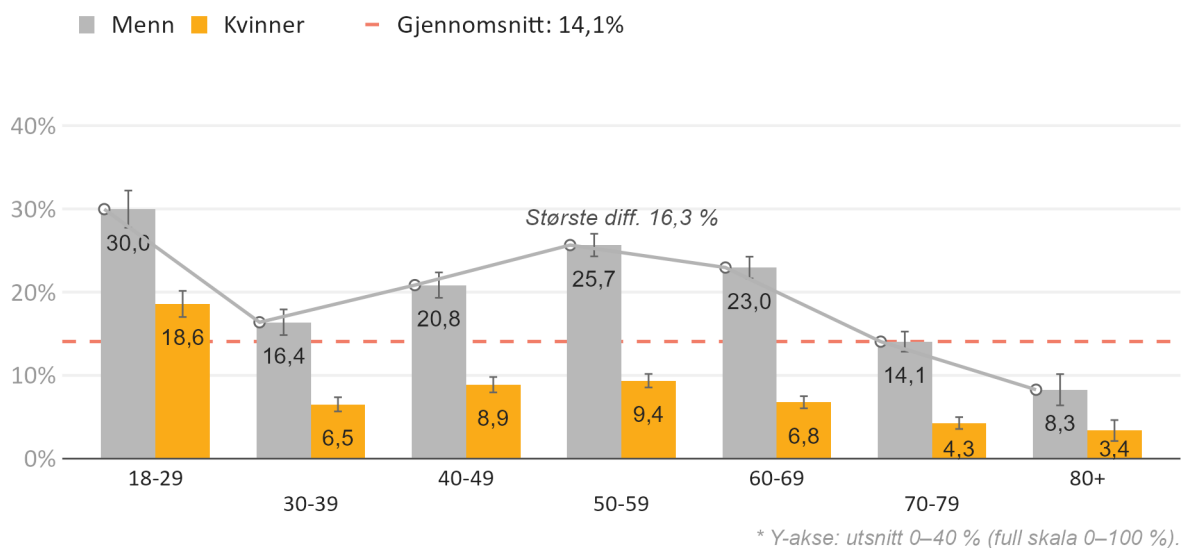
Figur 160: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kommuner i fylket (A)



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 8,4 prosent i Aremark til 16,0 prosent i Fredrikstad. Dette gir en forskjell på 7,6 prosentpoeng, og forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker. Effektstørrelsen for denne variasjonen er Cohen's h på 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. Blant kommunene med høyest andel ligger Fredrikstad på 16,0 prosent og Moss på 15,8 prosent, mens Hvaler har 14,0 prosent. Flere kommuner ligger i et mellomnivå, som Sarpsborg med 13,6 prosent, Marker med 13,5 prosent og Halden med 13,2 prosent. Råde og Skiptvet ligger noe lavere, med henholdsvis 12,2 prosent og 12,5 prosent, mens Indre Østfold har 11,9 prosent. De laveste nivåene, utover Aremark, finnes i Rakkestad med 9,8 prosent og Våler med 10,2 prosent. Samlet sett viser figuren moderate nivåforskjeller mellom kommunene, med en tydelig høyere andel i Fredrikstad enn i Aremark.

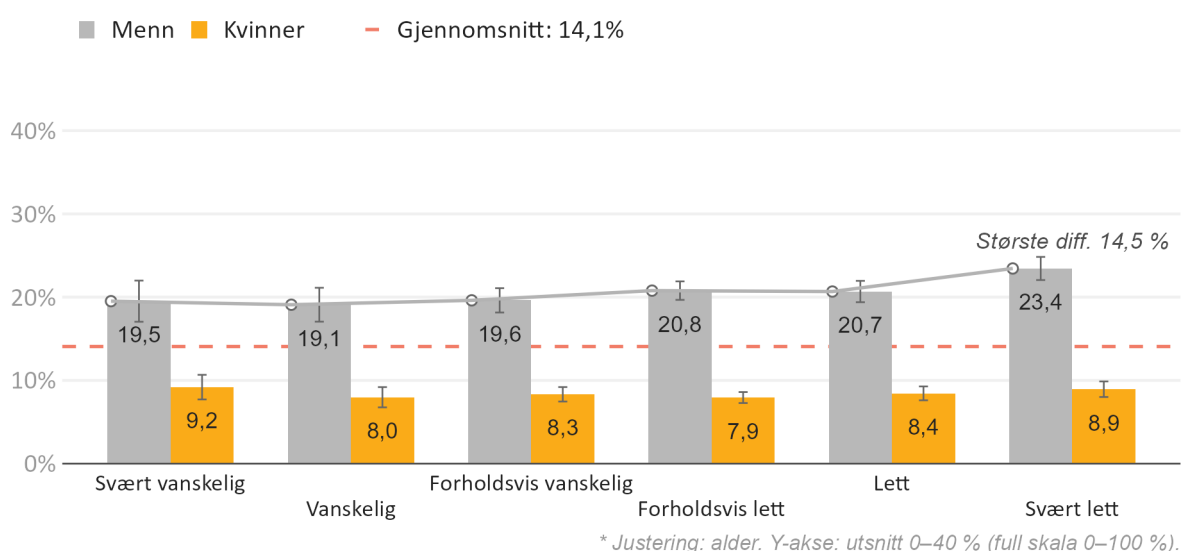
Figur 161: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole, med 8,9 prosent, og lavest for dem med høyskole og universitet i 2–4 år, med 6,6 prosent. Dette gir en statistisk sikker forskjell på 2,3 prosentpoeng, men Cohen's h er 0,09, som tilsier en ubetydelig forskjell i praksis. For menn er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 21,7 prosent, og lavest blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 17,5 prosent. Differansen er 4,2 prosentpoeng og statistisk sikker, og Cohen's h er 0,11, som tilsier en liten forskjell mellom utdanningsgruppene. Kjønnforskjellene er derimot tydelige i alle utdanningsnivåer. Menn ligger høyere enn kvinner i fagskole og universitet under 2 år med 11,6 prosentpoeng, i grunnskole med 12,8 prosentpoeng, i høyskole og universitet i 2–4 år med 14,0 prosentpoeng, i høyskole og universitet over 4 år med 10,4 prosentpoeng og i videregående skole med 13,4 prosentpoeng, og alle disse forskjellene er statistisk sikre.

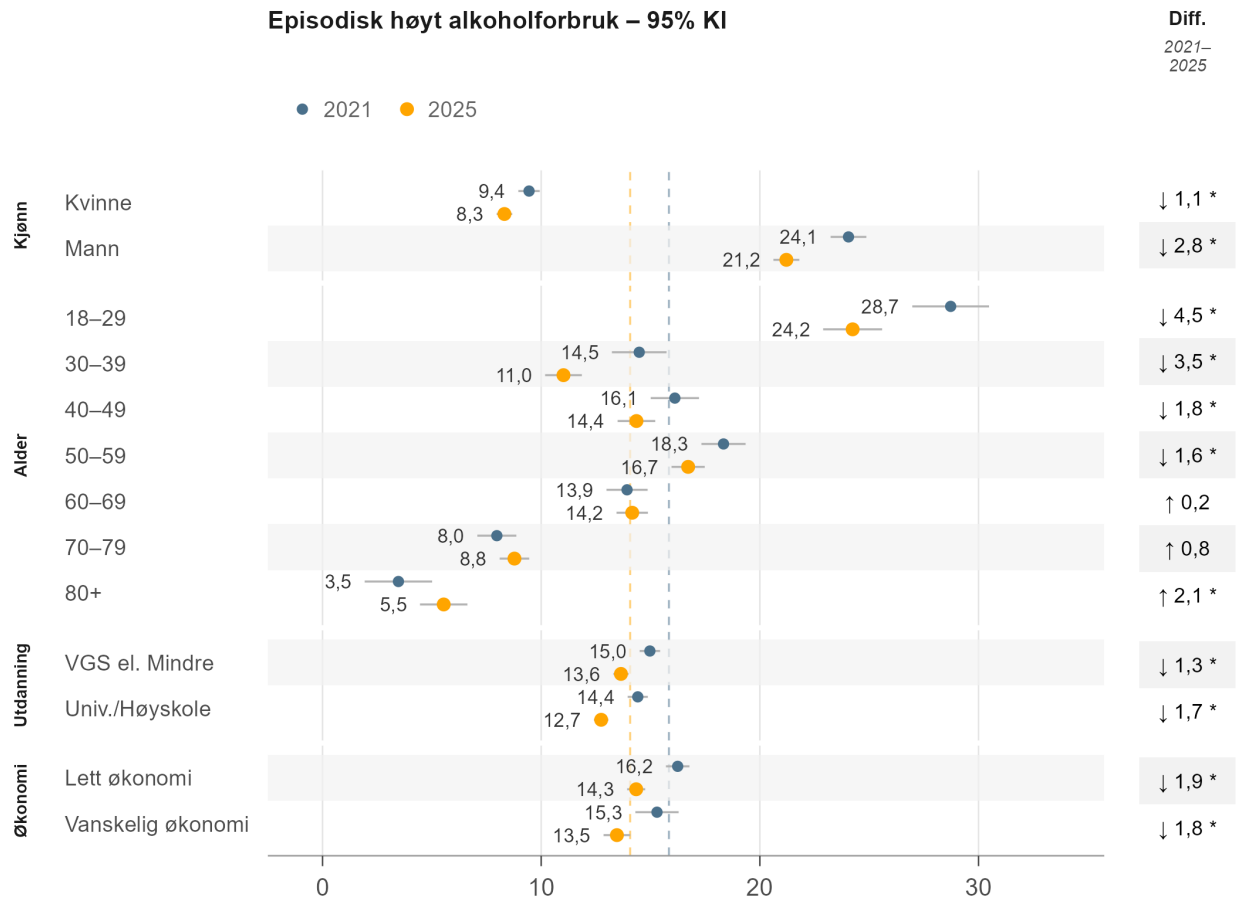
Figur 162: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år med 18,6 prosent, og deretter lavere i alle eldre aldersgrupper. Lavest andel finner vi i 80+ med 3,4 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 15,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,52, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen også høyest i 18-29 år med 30,0 prosent, mens den er lavest i 80+ med 8,3 prosent. Dette gir en differanse på 21,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,58, som også tilsvarer en stor forskjell. Det er gjennomgående tydelige kjønnsforskjeller i alle aldersgrupper, der menn ligger høyere enn kvinner. Forskjellen er 11,4 prosentpoeng i 18-29 år og 9,9 prosentpoeng i 30-39 år, og den øker til 16,3 prosentpoeng i 50-59 år og 16,2 prosentpoeng i 60-69 år. Også i de eldste gruppene er menn høyere, blant annet med 9,8 prosentpoeng i 70-79 år og 4,9 prosentpoeng i 80+.

Figur 163: 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 ligger andelen tett samlet på tvers av økonomivurderingene, fra 7,9 prosent i Forholdsvis lett til 9,2 prosent i Svært vanskelig. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 1,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,04, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Dette tyder på at vurderingen av husholdningsøkonomien har liten sammenheng med hvor mange kvinner som rapporterer slik drikking månedlig eller oftere. Blant menn varierer andelen mer. Den er lavest i Vanskelig med 19,1 prosent og høyest i Svært lett med 23,4 prosent. Differansen er 4,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,11, som tilsvarer en liten forskjell. Her framstår forskjellene mellom økonomigruppene som tydelige. I alle økonomigruppene er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst i Svært lett med 14,5 prosentpoeng og minst i Svært vanskelig med 10,3 prosentpoeng.

Figur 164: Episodisk høyt alkoholforbruk (E)

Andel (justert) for hele utvalget: 2021 15,8 (15,4–16,3) | 2025 14,1 (13,7–14,4) | * Signifikante

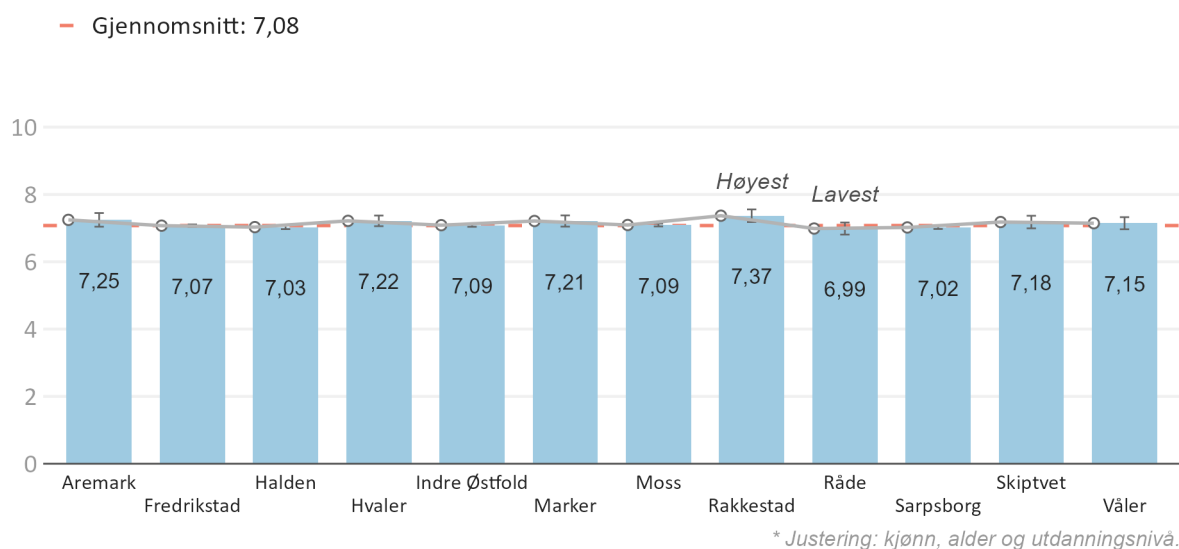
Figur E viser andelen som oppgir episodisk høyt alkoholforbruk på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er andelen lavere i 2025 enn i 2021, og nedgangen er statistisk sikker. Nedgangen ses også innen begge kjønn, med statistisk sikker reduksjon både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen fremstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er mønsteret i 2025 i stor grad likt 2021, men med statistisk sikre reduksjoner i flere grupper, særlig blant 18–29 år (fra 28,7 til 24,2 prosent) og 30–39 år (fra 14,5 til 11,0 prosent). For 60–69 år og 70–79 år er endringen ikke statistisk sikker, mens 80 år eller eldre skiller seg ut med en statistisk sikker økning (fra 3,5 til 5,5 prosent). Etter utdanning er det statistisk sikre reduksjoner i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene endrer seg lite. Tilsvarende er det statistisk sikre reduksjoner både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, uten tydelig endring i gapet mellom disse gruppene. Samlet peker dette mot en generell nedgang fra 2021 til 2025, samtidig som hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad består.

3.37 Tilfredshet med livet (0-10)

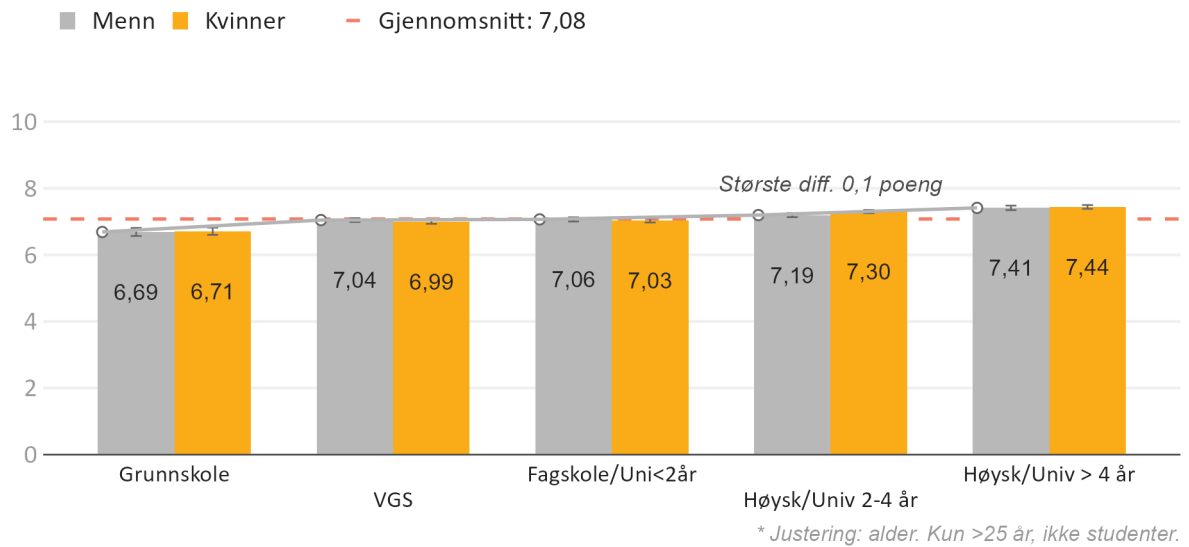
Svarandel: Totalt 42 621 deltakere av 45 794 (93,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 621	7,08	7,06 – 7,10
Kvinner	23 283	7,09	7,06 – 7,11
Menn	19 338	7,07	7,04 – 7,10

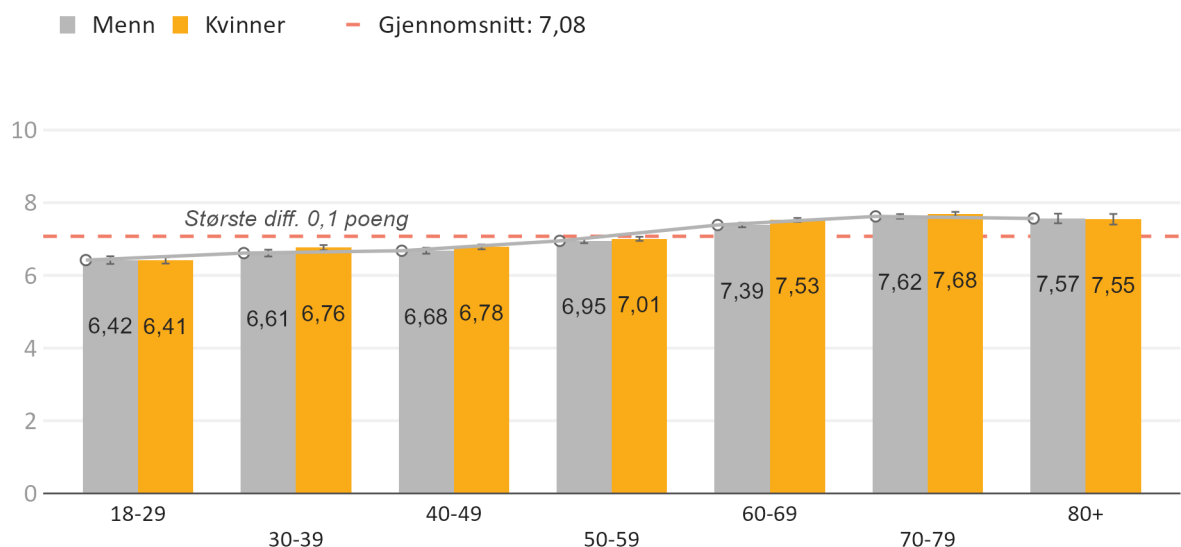
Figur 165: Tilfredshet med livet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



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 gjennomgående rundt 7,0 poeng, med en tydelig, men liten variasjon mellom kommunene. Rakkestad har høyest livstilfredshet med 7,4 poeng, mens Råde har lavest med 7,0 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,4 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for forskjellen mellom høyeste og laveste kommune er Cohen's $d = 0,19$, som tilsvarer en liten forskjell i praktisk betydning. Generelt er det altså små forskjeller mellom kommunene i gjennomsnittlig tilfredshet, selv om ytterpunktene skiller seg noe fra hverandre.

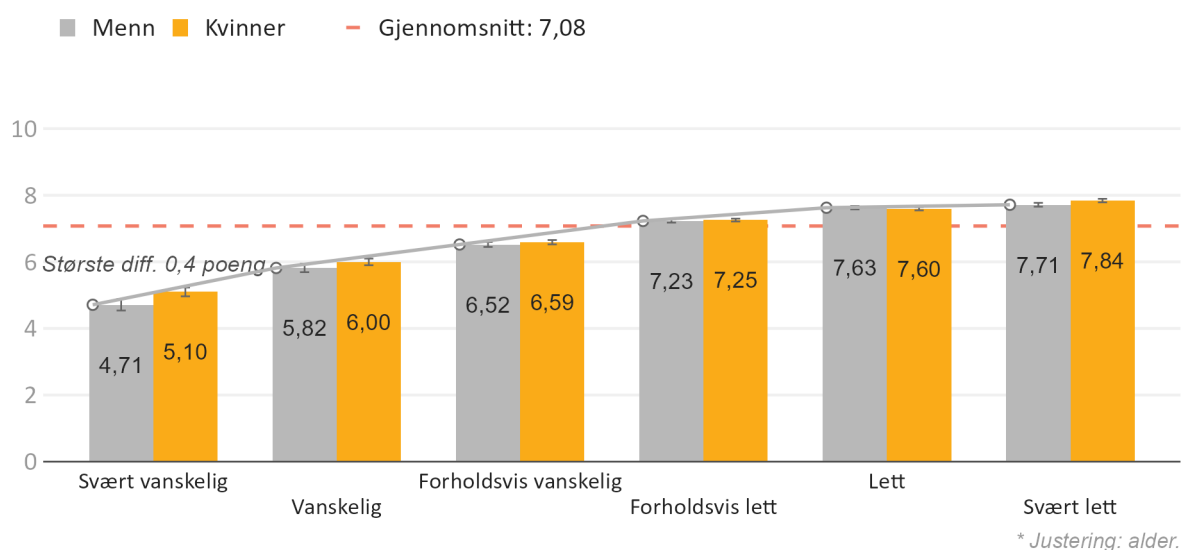
Figur 166: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren lavest for dem med grunnskole, med 6,7 poeng, og høyest for dem med høyskole og universitet over 4 år, med 7,4 poeng. Dette gir en tydelig forskjell på 0,7 poeng, og Cohen's d er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Kvinner med høyskole og universitet 2-4 år ligger også høyt, med 7,3 poeng, mens kvinner med videregående skole og fagskole eller universitet under 2 år ligger lavere, med henholdsvis 7,0 og 7,0 poeng. For menn er mønsteret tilsvarende. Menn med grunnskole har lavest livstilfredshet, med 6,7 poeng, mens menn med høyskole og universitet over 4 år har høyest, med 7,4 poeng. Også her er forskjellen 0,7 poeng, og Cohen's d er 0,36, som indikerer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre.

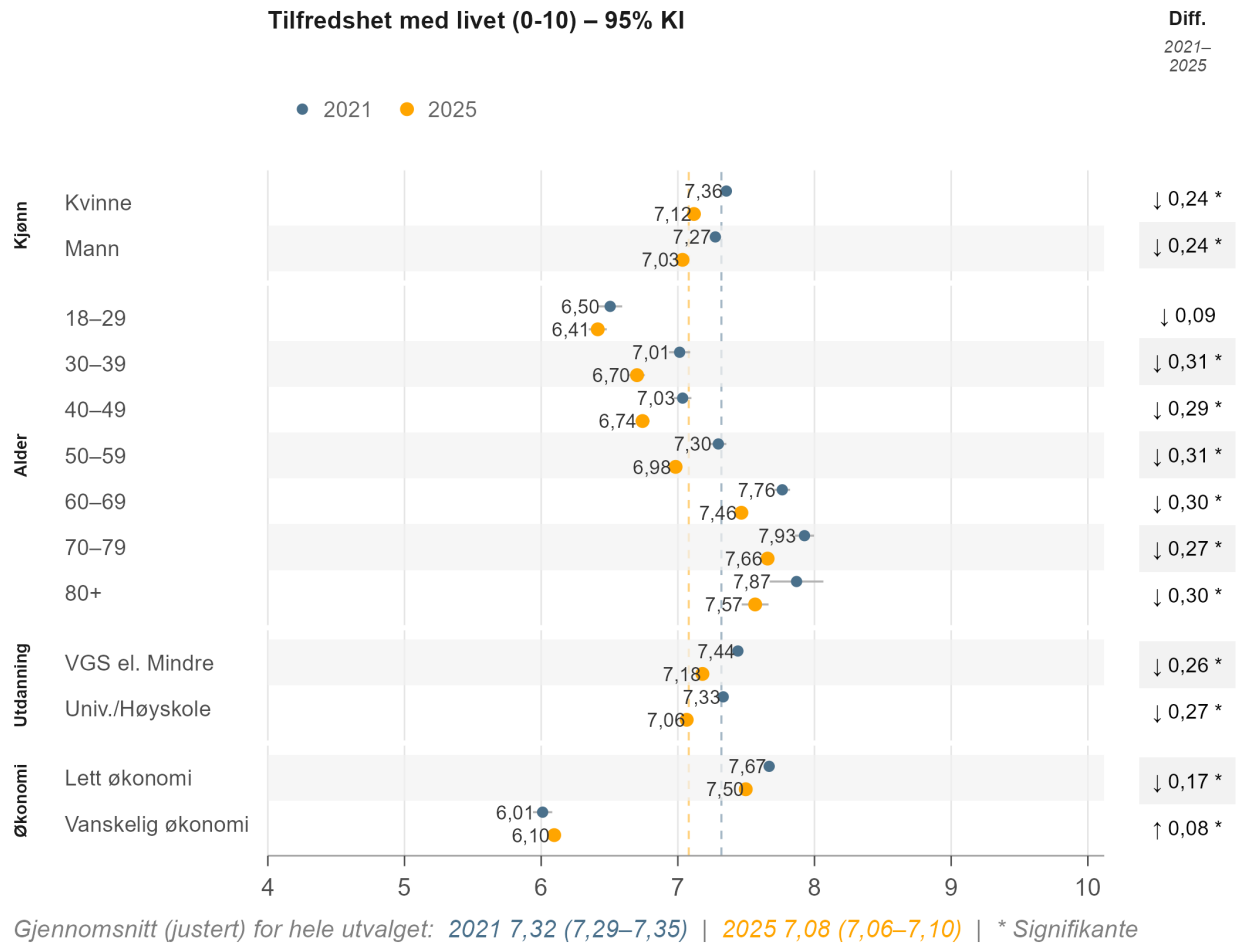
Figur 167: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og alder (C)

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 6,4 poeng, og øker jevnt gjennom voksenlivet til et toppnivå i 70-79 år på 7,7 poeng. Differansen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 1,3 poeng, og Cohen's d er 0,62, som tilsier en stor forskjell. Etter 70-79 år ligger nivået noe lavere i 80+ med 7,6 poeng. For menn følger mønsteret i hovedsak samme utvikling. Menn i 18-29 år har lavest skår med 6,4 poeng, mens 70-79 år har høyest skår med 7,6 poeng. Differansen er 1,2 poeng, og Cohen's d er 0,59, som også tilsier en stor forskjell. I 80+ er skåren 7,6 poeng. Kjønnforskjellene innen de fleste aldersgruppene er små. I alderen 60-69 år er menn lavere enn kvinner med 0,1 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker, men størrelsen på forskjellen er likevel liten.

Figur 168: 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 øker livstilfredsheten tydelig når husholdningsøkonomien oppleves lettere å få til å strekke til. Blant kvinner er skåren høyest når økonomien vurderes som Svært lett, med 7,8 poeng, og lavest når den vurderes som Svært vanskelig, med 5,1 poeng. Dette gir en differanse på 2,7 poeng, og Cohen's d er 1,34, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen Svært lett, med 7,7 poeng, og lavest i Svært vanskelig, med 4,7 poeng. Differansen er 3,0 poeng, og Cohen's d er 1,47, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men i Svært lett og Svært vanskelig er menn noe lavere enn kvinner, med henholdsvis 0,1 og 0,4 poeng.

Figur 169: Tilfredshet med livet (0-10) (E)

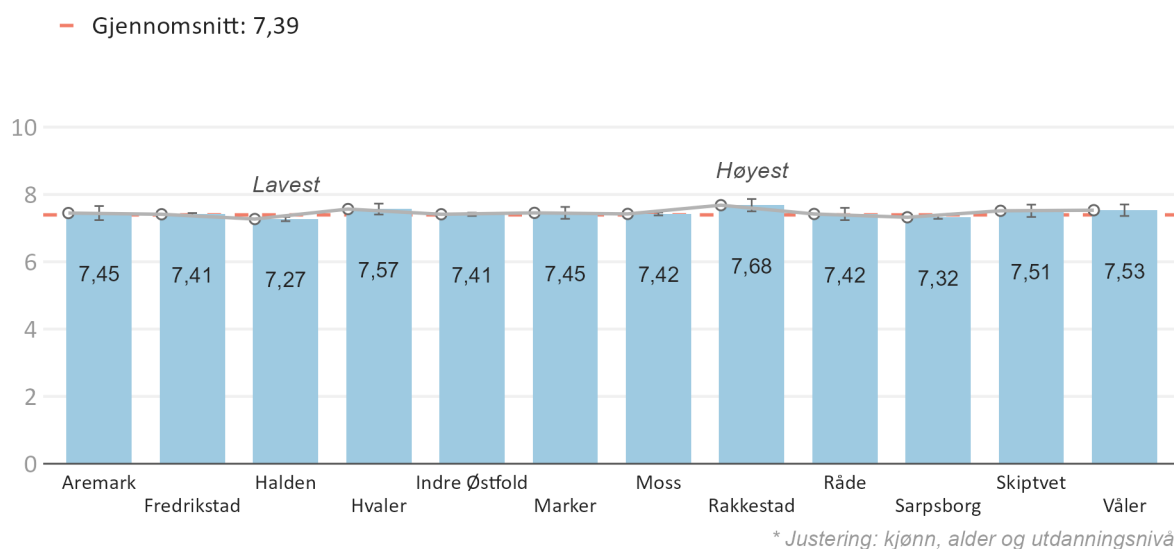
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tilfredshet med livet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett gikk gjennomsnittet ned fra 7,3 i 2021 til 7,1 i 2025, og endringen er statistisk sikker. Nedgangen var statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen framstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder var det også en gjennomgående nedgang, der alle grupper fra 30 år og oppover hadde statistisk sikker reduksjon, mens endringen for 18–29 år ikke var statistisk sikker. Dette betyr at aldersmønsteret i stor grad er det samme i 2025 som i 2021, med høyere skårer blant eldre enn blant yngre. For utdanning var det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, uten tydelige tegn til at forskjellene mellom dem endret seg. For opplevd økonomi var utviklingen mer delt: gruppen med lett økonomi hadde en statistisk sikker nedgang, mens gruppen med vanskelig økonomi hadde en statistisk sikker økning. Dermed ble gapet mellom disse to økonomigruppene mindre i 2025 enn i 2021, selv om nivåforskjellen fortsatt er tydelig.

3.38 Fremtidsoptimisme (0-10)

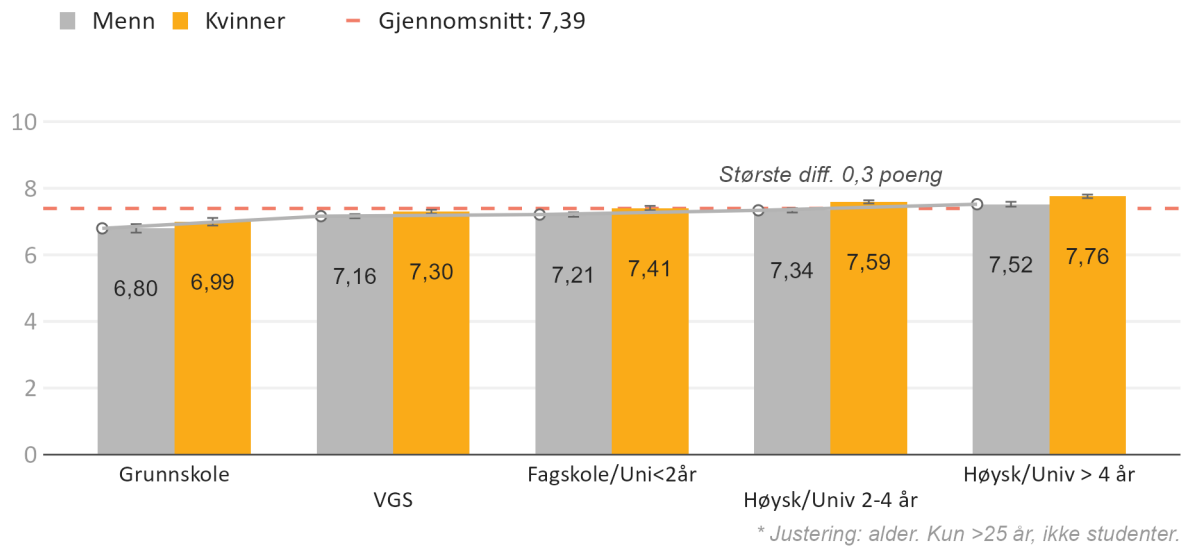
Svarandel: Totalt 42 424 deltakere av 45 794 (92,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 424	7,39	7,37 – 7,41
Kvinner	23 156	7,50	7,47 – 7,52
Menn	19 268	7,27	7,24 – 7,30

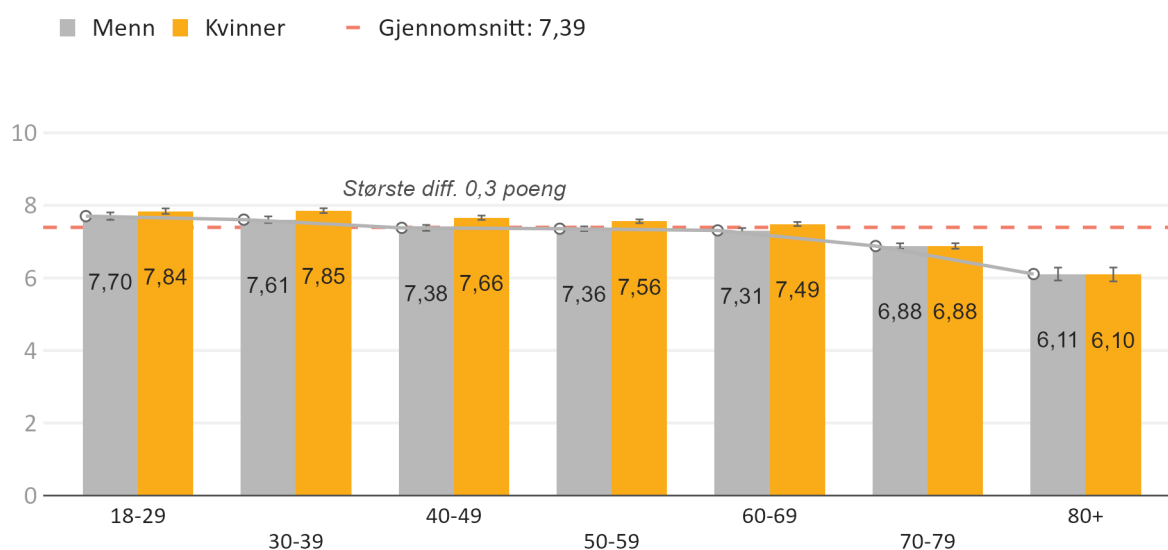
Figur 170: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kommuner i fylket (A)



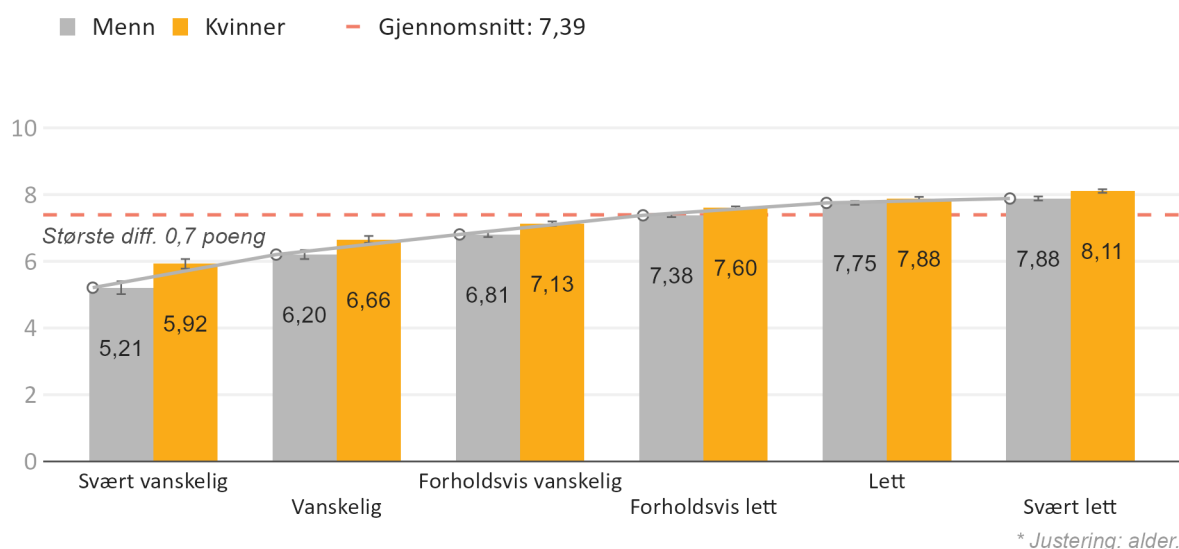
Figur A viser hvor fornøyd en person tror de vil være med livet sitt om 5 år (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt, med små variasjoner mellom kommunene. Rakkestad har høyest forventet livstilfredshet med 7,7 poeng, mens Halden ligger lavest med 7,3 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 0,4 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,20$, som tilsvarer en liten forskjell, noe som betyr at nivåene i stor grad ligner på tvers av kommunene selv om ytterpunktene skiller seg noe fra hverandre. Flere kommuner ligger tett rundt midten av fordelingen, som Fredrikstad og Indre Østfold med 7,4 poeng, samt Moss og Råde med 7,4 poeng. Hvaler ligger relativt høyt med 7,6 poeng, og også Våler og Skiptvet ligger over 7,5 poeng. Sarpsborg ligger lavt med 7,3 poeng, nær nivået i Halden. Samlet sett viser figuren et jevnt mønster med begrensede, men målbare forskjeller mellom kommunene.

Figur 171: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser hvor fornøyd en person tror de vil være med livet sitt om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med høyskole og universitet over 4 år, med 7,8 poeng, og lavest for dem med grunnskole, med 7,0 poeng. Differansen er 0,8 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: høyest skår finner vi også blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 7,5 poeng, mens lavest skår er blant dem med grunnskole, med 6,8 poeng. Her er differansen 0,7 poeng, som også framstår som en statistisk sikker forskjell, og Cohen's d er 0,35, som tilsvarer en middels forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, ligger menn gjennomgående litt lavere. Forskjellene er statistisk sikre for fagskole og universitet under 2 år, høyskole og universitet 2–4 år, høyskole og universitet over 4 år og videregående skole, med kjønnsforskjeller fra 0,1 til 0,3 poeng, mens forskjellen ved grunnskole ikke framstår som statistisk sikker.

Figur 172: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og alder (C)

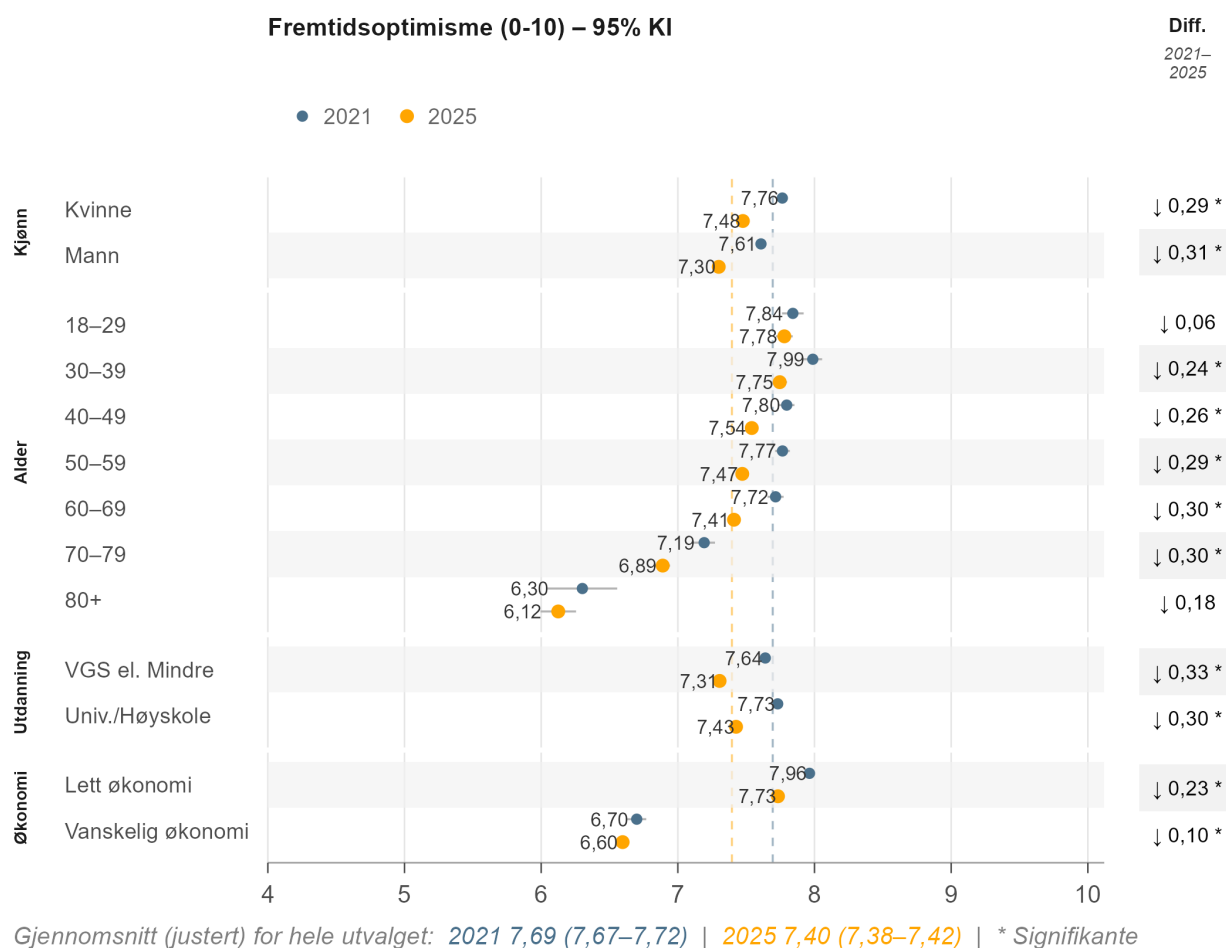
Figur C viser hvor fornøyd en person tror de vil være med livet sitt om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger forventet livstilfredshet høyest i aldersgruppen 30-39 med 7,9 poeng, mens den er lavest i 80+ med 6,1 poeng. Dette gir en forskjell på 1,8 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,85, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er nivået høyest i 18-29 med 7,7 poeng og lavest i 80+ med 6,1 poeng, en statistisk sikker forskjell på 1,6 poeng. Også her er effektstørrelsen stor, med Cohen's d på 0,78. På tvers av aldersgrupper ligger skårene relativt høyt i yngre og midtre aldersgrupper, før de faller tydelig i de eldste gruppene, særlig fra 70-79 til 80+. Kjønnforskjellene innen aldersgruppene er gjennomgående små. I 30-39, 40-49, 50-59 og 60-69 er kvinner noe høyere enn menn, med forskjeller fra 0,2 til 0,3 poeng, og disse forskjellene er statistisk sikre. I 18-29 og 70-79 er nivået omtrent likt mellom kjønnene, og i 80+ er forskjellen også minimal.

Figur 173: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

* Justering: alder.

Figur D viser hvor fornøyd en person tror de vil være med livet sitt om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn henger en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien tydelig sammen med høyere forventet livstilfredshet. Kvinner ligger høyest når økonomien oppleves som svært lett, med 8,1 poeng, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 5,9 poeng. Dette gir en forskjell på 2,2 poeng, og Cohen's d er 1,06, som tilsvarer en stor forskjell. Menn viser samme mønster, med 7,9 poeng i gruppen svært lett og 5,2 poeng i gruppen svært vanskelig. Her er forskjellen 2,7 poeng, og Cohen's d er 1,30, også en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er gjennomgående små, men statistisk sikre, og går i retning av at kvinner skårer litt høyere enn menn. Forskjellen er minst når økonomien oppleves som lett, med 0,1 poeng, og størst når den oppleves som svært vanskelig, med 0,7 poeng. Samlet sett er det opplevd husholdningsøkonomi som skiller mest i forventet livstilfredshet, mens kjønnforskjellene er mer beskjedne.

Figur 174: 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 går gjennomsnittet ned fra 7,7 i 2021 til 7,4 i 2025, og dette framstår som en statistisk sikker nedgang. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. På tvers av alder er det også en gjennomgående nedgang, men den er ikke

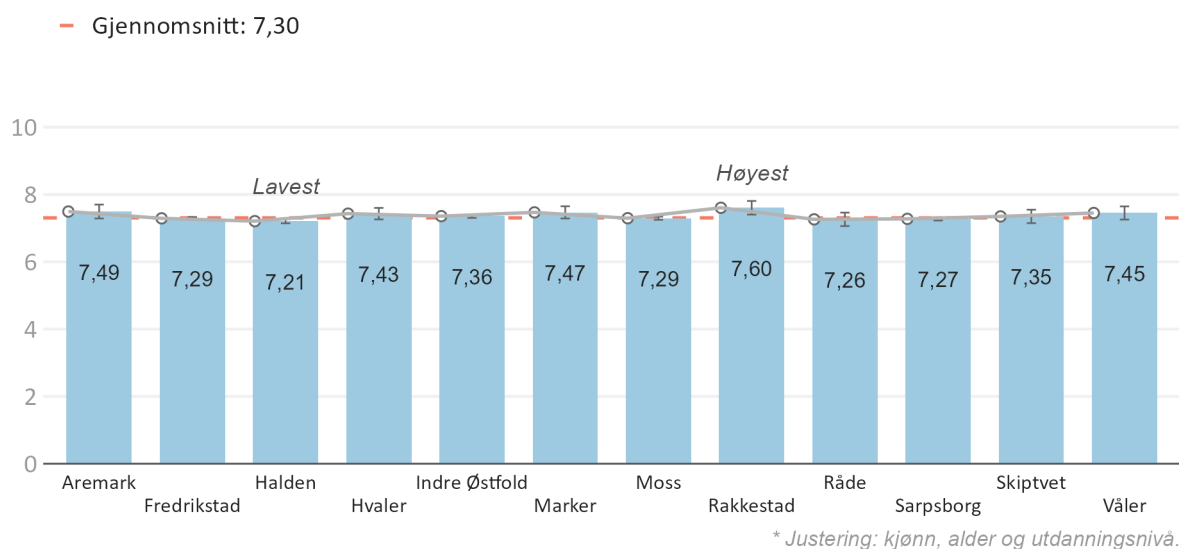
statistisk sikker blant de yngste (18–29 år) og de eldste (80 år eller eldre), mens den er statistisk sikker i de fleste aldersgruppene fra 30 til 79 år. Mønsteret med lavere skår i høyere alder består i 2025. For utdanning er nedgangen statistisk sikker både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. For opplevd økonomi er nedgangen statistisk sikker både ved lett og ved vanskelig økonomi. Samtidig er avstanden mellom disse gruppene tydelig i begge år, med lavere fremtidsoptimisme blant dem som oppgir vanskelig økonomi.

3.39 Opplevelse av mening i livet (0-10)

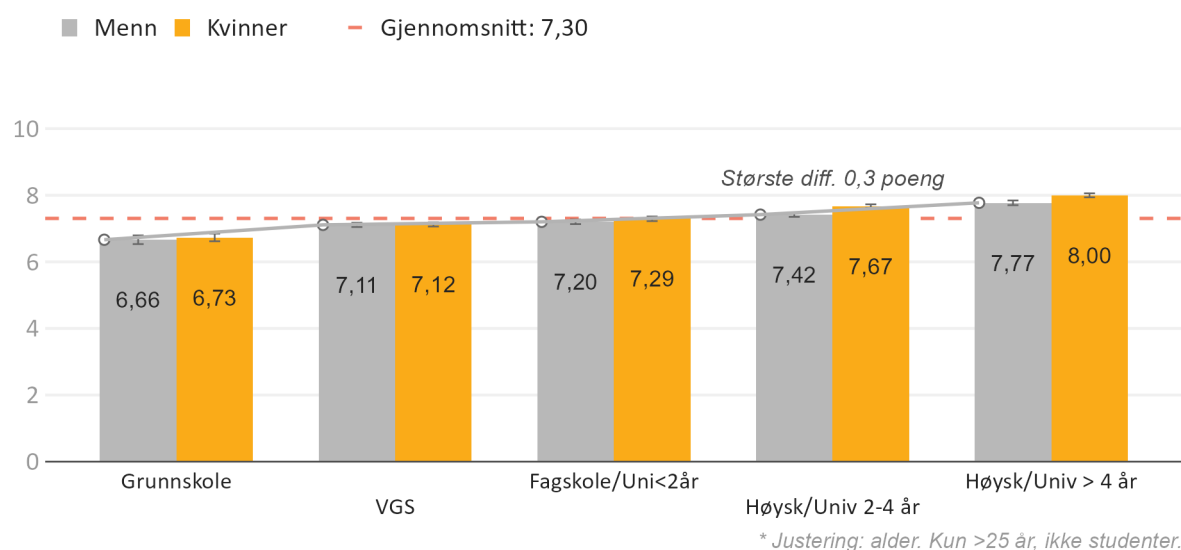
Svarandel: Totalt 42 546 deltakere av 45 794 (92,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 546	7,30	7,28 – 7,33
Kvinner	23 244	7,38	7,35 – 7,41
Menn	19 302	7,21	7,18 – 7,24

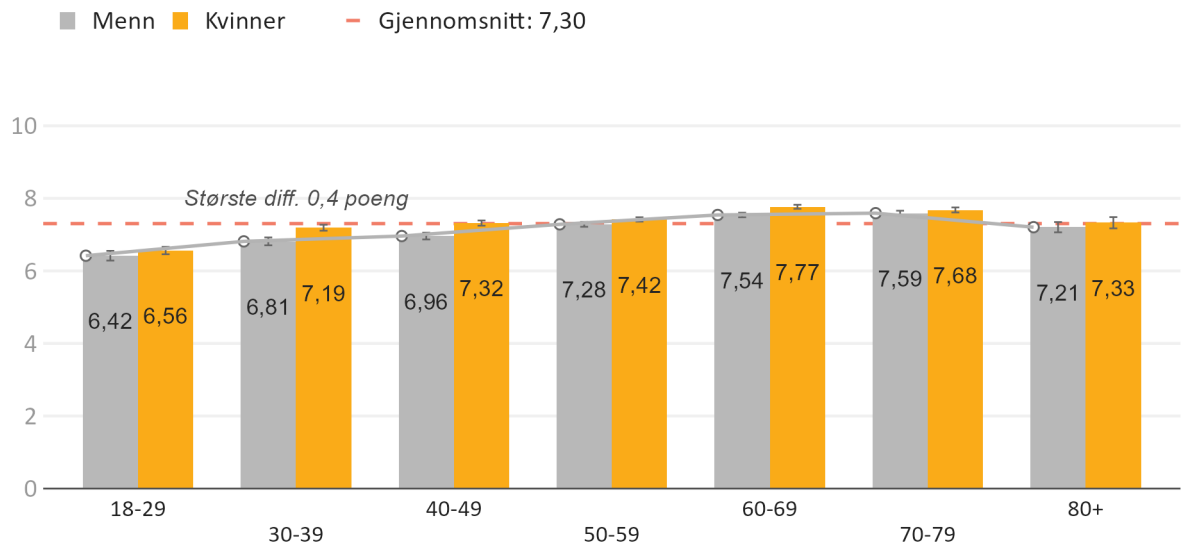
Figur 175: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



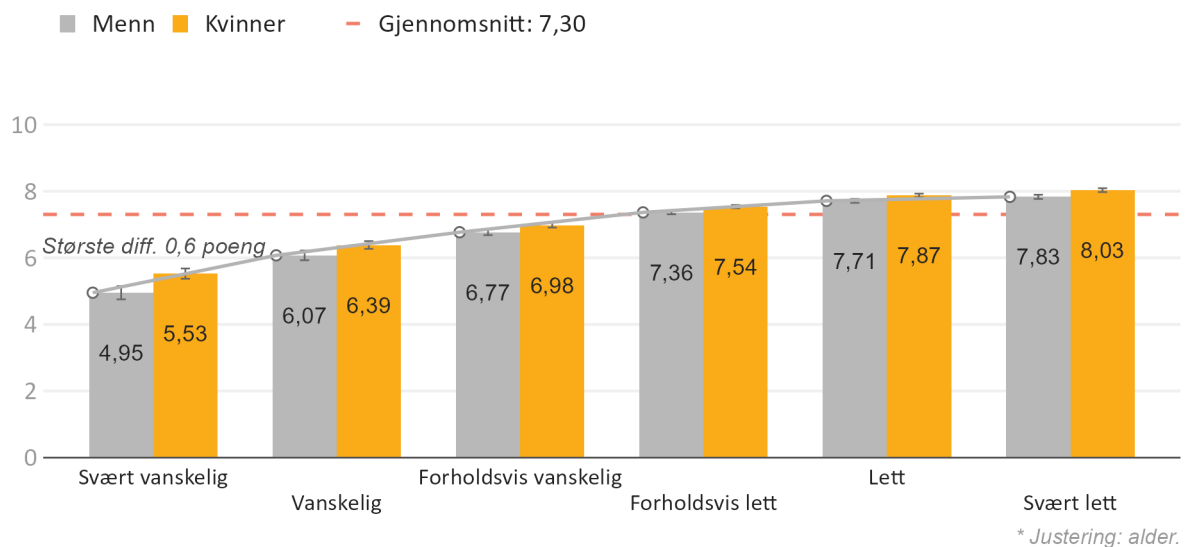
Figur A viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående høyt, og variasjonen mellom kommunene er liten. Rakkestad har høyest nivå med 7,6 poeng, mens Halden ligger lavest med 7,2 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,4 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,18$, som tilsier en liten forskjell i praktisk betydning. Flere kommuner ligger tett rundt midten av fordelingen. Marker har 7,5 poeng, Aremark 7,5 poeng og Våler 7,5 poeng, mens Hvaler ligger på 7,4 poeng og Indre Østfold på 7,4 poeng. Skiptvet har 7,4 poeng. I den nedre delen av skalaen ligger Råde med 7,3 poeng, Sarpsborg med 7,3 poeng, samt Fredrikstad og Moss med 7,3 poeng. Samlet sett viser figuren små, men målbare forskjeller i opplevd mening i hverdagen mellom kommunene.

Figur 176: 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 lavest for dem med grunnskole, med 6,7 poeng, og høyest for dem med høyskole og universitet over 4 år, med 8,0 poeng. Dette gir en differanse på 1,3 poeng, og forskjellen framstår tydelig. Cohen's d er 0,58, som tilsier en stor forskjell. Kvinner med videregående skole ligger på 7,1 poeng, mens kvinner med fagskole eller universitet under 2 år ligger på 7,3 poeng, og kvinner med høyskole og universitet 2-4 år ligger på 7,7 poeng. Blant menn er skåren også lavest for dem med grunnskole, med 6,7 poeng, og høyest for dem med høyskole og universitet over 4 år, med 7,8 poeng. Differansen er 1,1 poeng, og den framstår tydelig. Cohen's d er 0,51, som tilsier en stor forskjell. Menn med videregående skole ligger på 7,1 poeng, menn med fagskole eller universitet under 2 år på 7,2 poeng, og menn med høyskole og universitet 2-4 år på 7,4 poeng. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, men ved høyskole og universitet 2-4 år og over 4 år ligger kvinner noe høyere enn menn.

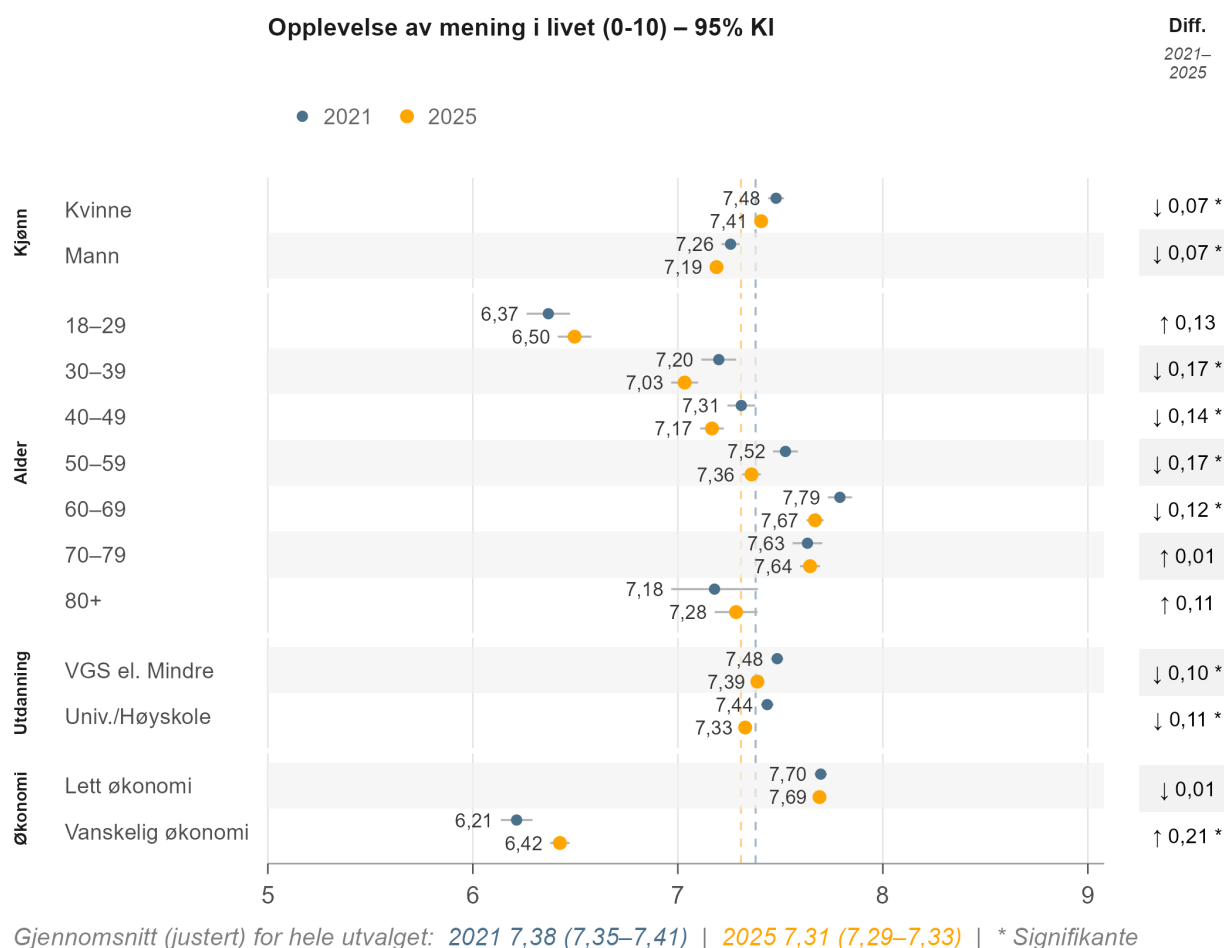
Figur 177: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren fra 6,6 poeng i alderen 18-29 til et toppnivå på 7,8 poeng i 60-69, før den synker noe til 7,7 poeng i 70-79 og 7,3 poeng i 80+. Forskjellen mellom laveste og høyeste aldersgruppe er 1,2 poeng, og Cohen's d er 0,54, som tilsier en stor forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: skåren er lavest i 18-29 med 6,4 poeng og høyest i 70-79 med 7,6 poeng, før den går ned til 7,2 poeng i 80+. Også her er differansen mellom laveste og høyeste nivå 1,2 poeng, med Cohen's d på 0,53, som indikerer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen aldersgruppene er gjennomgående små. I flere aldersgrupper er forskjellen statistisk sikker, men den ligger likevel bare mellom 0,1 og 0,4 poeng, med kvinner høyere enn menn, for eksempel 7,2 mot 6,8 i 30-39 og 7,8 mot 7,5 i 60-69.

Figur 178: 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 øker skåren tydelig jo lettere husholdningsøkonomien oppleves. Blant kvinner er skåren høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 8,0 poeng, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 5,5 poeng. Dette gir en differanse på 2,5 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 1,13, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er mønsteret det samme, med høyest skår ved svært lett på 7,8 poeng og lavest ved svært vanskelig på 5,0 poeng. Differansen er 2,9 poeng og statistisk sikker, med Cohen's d 1,30, som også tilsvarer en stor forskjell. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn innen alle nivåer av husholdningsøkonomi, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Samtidig er nivåforskjellene små i de fleste gruppene, på 0,2 til 0,3 poeng, mens forskjellen er større når økonomien oppleves som svært vanskelig, der kvinner ligger 0,6 poeng høyere enn menn.

Figur 179: 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 svakt lavere i 2025 enn i 2021 (7,3 mot 7,4), og denne endringen er statistisk sikker. For kjønn er det en liten, statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025 både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom kjønnene framstår i hovedsak som stabil. For alder er bildet mer sammensatt: flere midtre aldersgrupper (30–69 år) har en statistisk sikker nedgang, mens de yngste og eldste

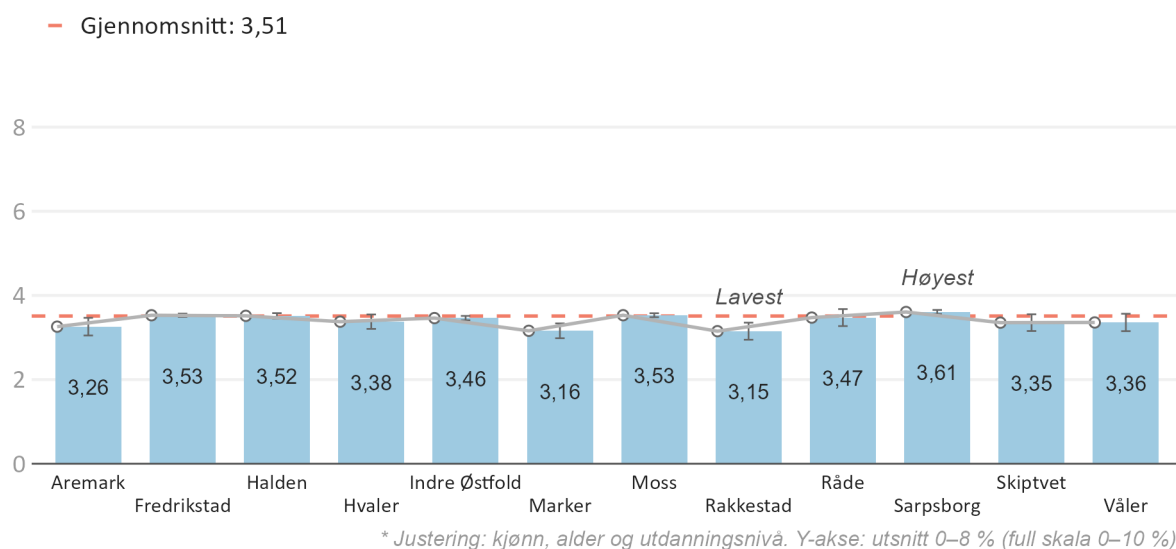
gruppene ikke har statistisk sikre endringer. Utdanningsgruppene viser en statistisk sikker nedgang i begge grupper, uten tydelige tegn til at avstanden mellom dem endrer seg. For opplevde økonomiske vansker er utviklingen delt: gruppen med lett økonomi er stabil uten statistisk sikker endring, mens gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning (fra 6,2 til 6,4). Dette innebærer at forskjellen mellom økonomigruppene ser ut til å være noe mindre i 2025 enn i 2021.

3.40 Negative følelser siste 7 dager (0-10)

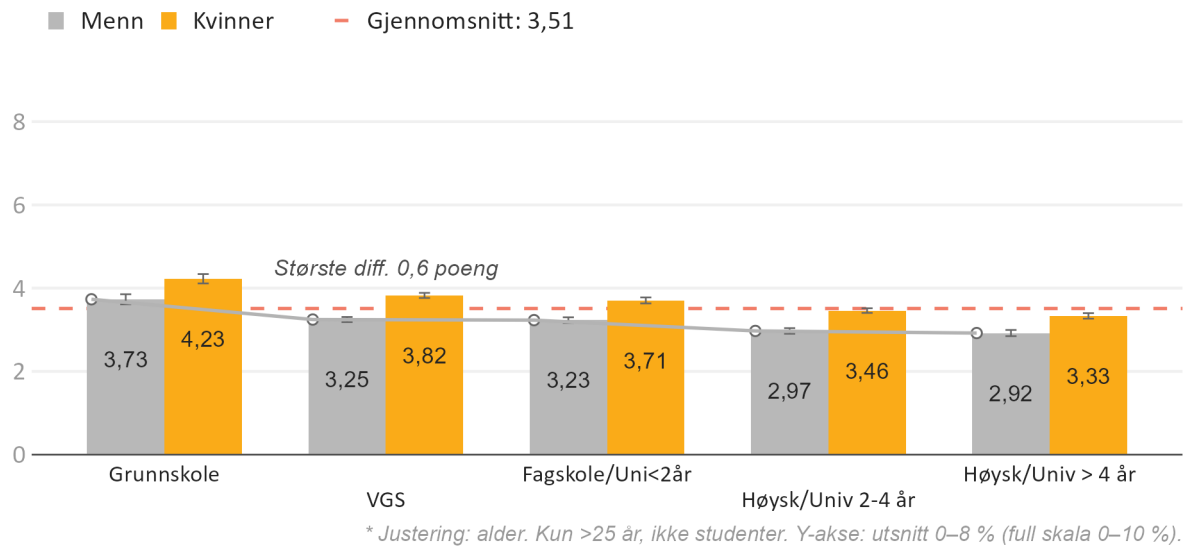
Svarandel: Totalt 42 299 deltakere av 45 794 (92,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 299	3,51	3,49 – 3,53
Kvinner	23 093	3,74	3,71 – 3,77
Menn	19 206	3,24	3,20 – 3,27

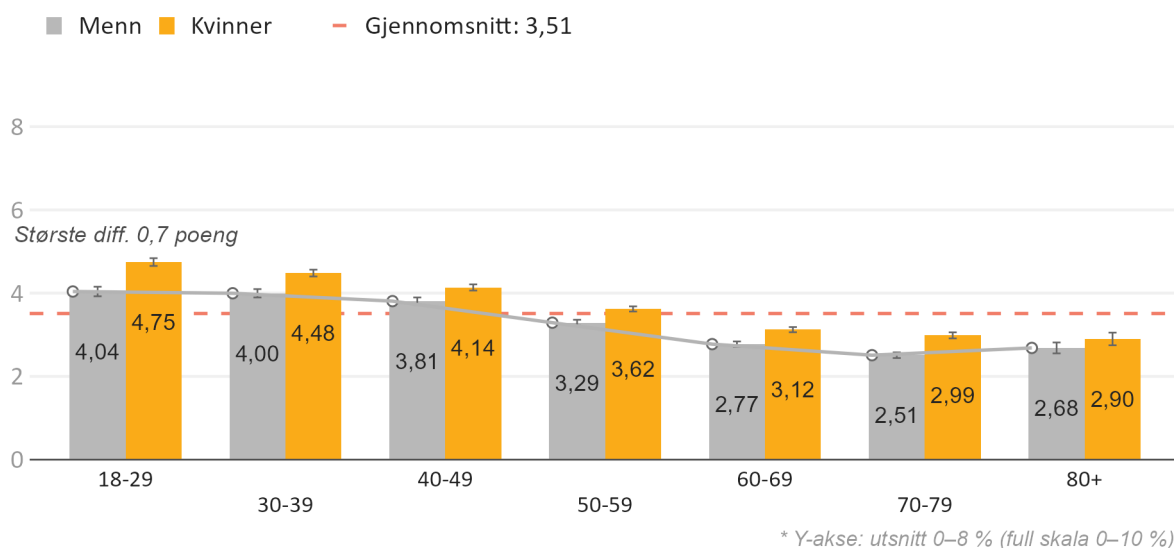
Figur 180: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kommuner i fylket (A)



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 ligger samlet sett på et moderat nivå, med verdier fra 3,2 til 3,6 poeng. Sarpsborg har høyest skår med 3,6 poeng, mens Rakkestad har lavest med 3,2 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,5 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for avstanden mellom høyeste og laveste nivå er Cohen's $d = 0,20$, som tilsvarende en liten forskjell, noe som betyr at variasjonen mellom kommunene er begrenset selv om ytterpunktene skiller seg tydelig fra hverandre. Flere kommuner ligger nær toppnivået, blant annet Fredrikstad og Moss med 3,5 poeng og Halden med 3,5 poeng, mens Marker ligger lavt med 3,2 poeng. Indre Østfold og Råde ligger midt i fordelingen med henholdsvis 3,5 og 3,5 poeng, og Aremark, Skiptvet, Våler og Hvaler ligger mellom 3,3 og 3,4 poeng. Samlet sett framstår nivåforskjellene som små i praktisk betydning.

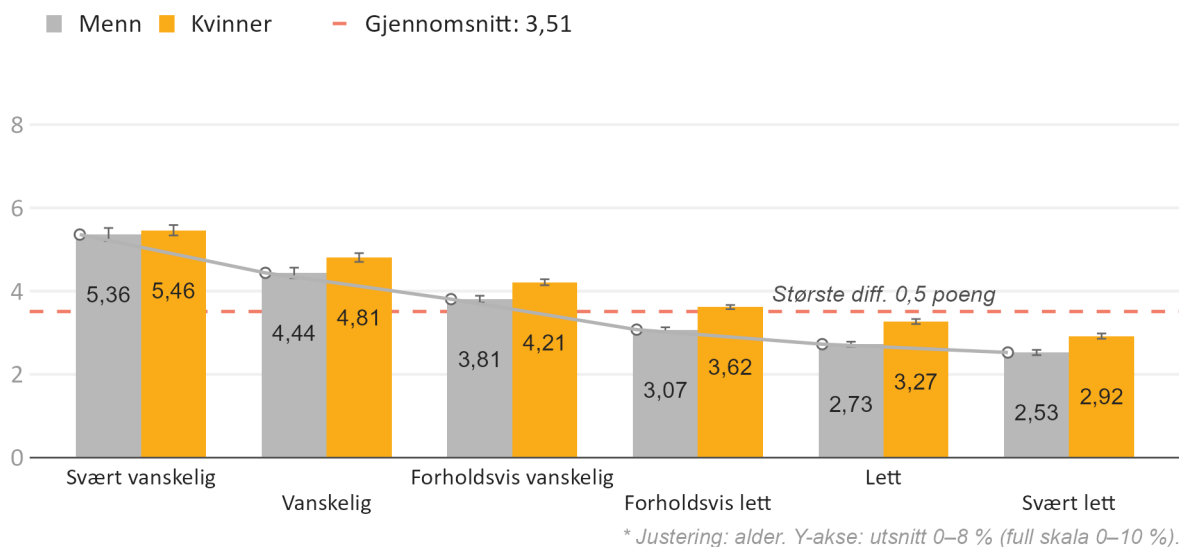
Figur 181: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 grunnskole med 4,2 poeng og lavest for høyskole og universitet over fire år med 3,3 poeng. Dette gir en tydelig differanse på 0,9 poeng, og Cohen's d er 0,40, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest for grunnskole med 3,7 poeng og lavest for høyskole og universitet over fire år med 2,9 poeng. Differansen er 0,8 poeng, og Cohen's d er 0,36, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene framstår tydelige i alle gruppene. Forskjellen er 0,5 poeng for fagskole eller universitet under to år, 0,5 poeng for grunnskole, 0,5 poeng for høyskole og universitet to til fire år og 0,4 poeng for høyskole og universitet over fire år, mens den er størst for videregående skole med 0,6 poeng. Samlet sett er nivået av negative følelser lavere ved lengre utdanning for begge kjønn, samtidig som kvinner skårer høyere enn menn på hvert utdanningsnivå.

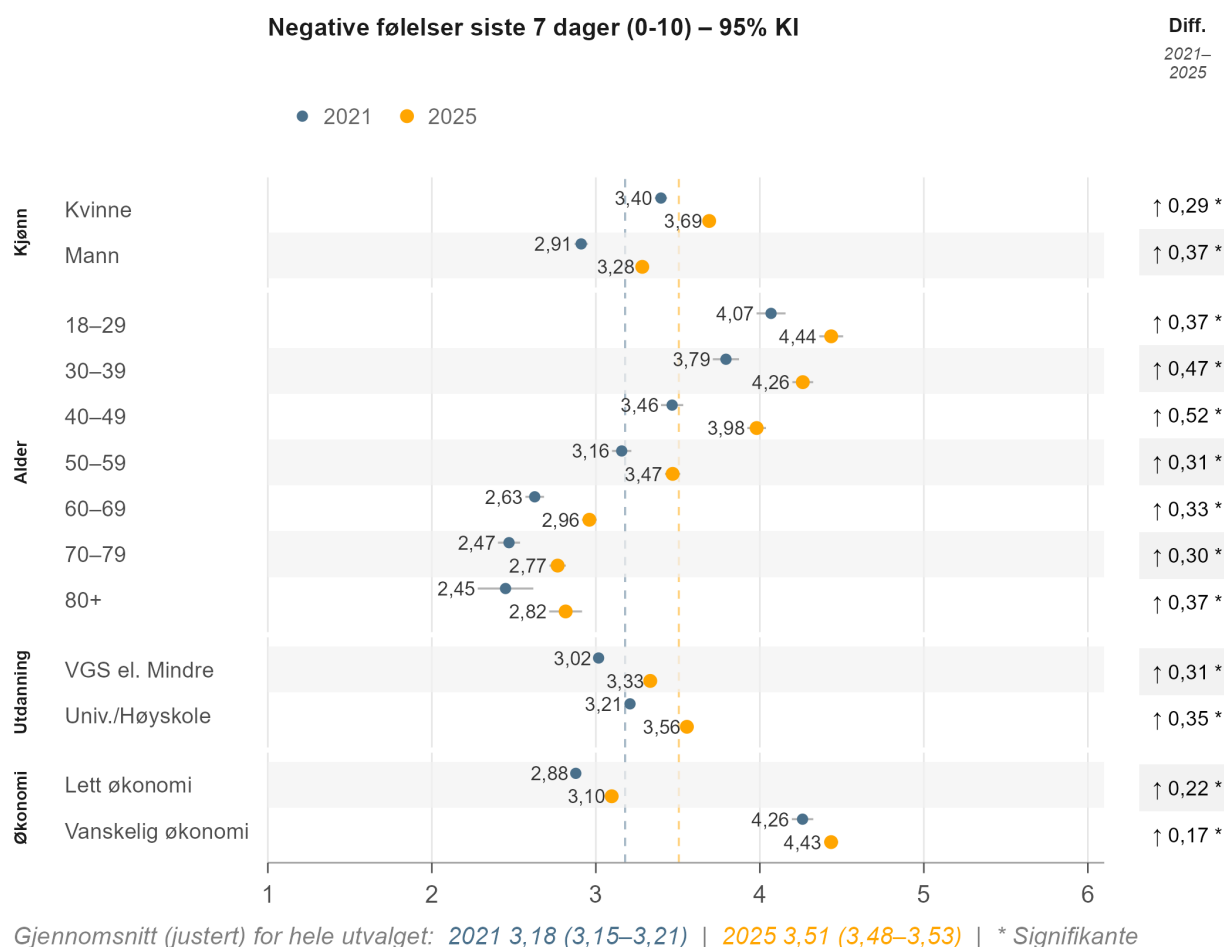
Figur 182: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Skåren er høyest blant de yngste og lavere i eldre aldersgrupper for både kvinner og menn. Blant kvinner ligger aldersgruppen 18-29 høyest med 4,8 poeng, mens 80+ ligger lavest med 2,9 poeng. Dette gir en forskjell på 1,8 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,81, som tilsier en stor forskjell mellom de to aldersgruppene. Blant menn er skåren også høyest i 18-29 med 4,0 poeng, mens 70-79 ligger lavest med 2,5 poeng. Differansen er 1,5 poeng, og også her er forskjellen statistisk sikker. Cohen's d er 0,67, som tilsier en stor forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme alder, rapporterer kvinner gjennomgående høyere skår enn menn fra 18-29 til 70-79, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst i 18-29, der menn ligger 0,7 poeng lavere enn kvinner. I 80+ er nivåene mer like, med 2,9 poeng blant kvinner og 2,7 poeng blant menn, og her er kjønnsforskjellen ikke statistisk sikker.

Figur 183: 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 når husholdningsøkonomien vurderes som svært vanskelig, og lavest når den vurderes som svært lett. Blant kvinner ligger nivået på 5,5 poeng i gruppen «Svært vanskelig» og 2,9 poeng i «Svært lett», en differanse på 2,5 poeng som tilsvarer en stor forskjell (Cohen's d 1,12). Hos menn er nivået 5,4 poeng i «Svært vanskelig» og 2,5 poeng i «Svært lett», en differanse på 2,8 poeng, også en stor forskjell (Cohen's d 1,25). Dette viser en tydelig sammenheng mellom opplevd økonomisk belastning og mer negative følelser siste uke for begge kjønn. Kjønnforskjellene går i retning av høyere skår blant kvinner i de fleste økonomigrupper, og disse forskjellene er statistisk sikre. For eksempel er forskjellen 0,5 poeng i «Lett» og 0,5 poeng i «Forholdsvis lett». I gruppen «Svært vanskelig» er kjønnforskjellen derimot liten, 0,1 poeng, og ikke statistisk sikker.

Figur 184: Negative følelser siste 7 dager (0-10) (E)

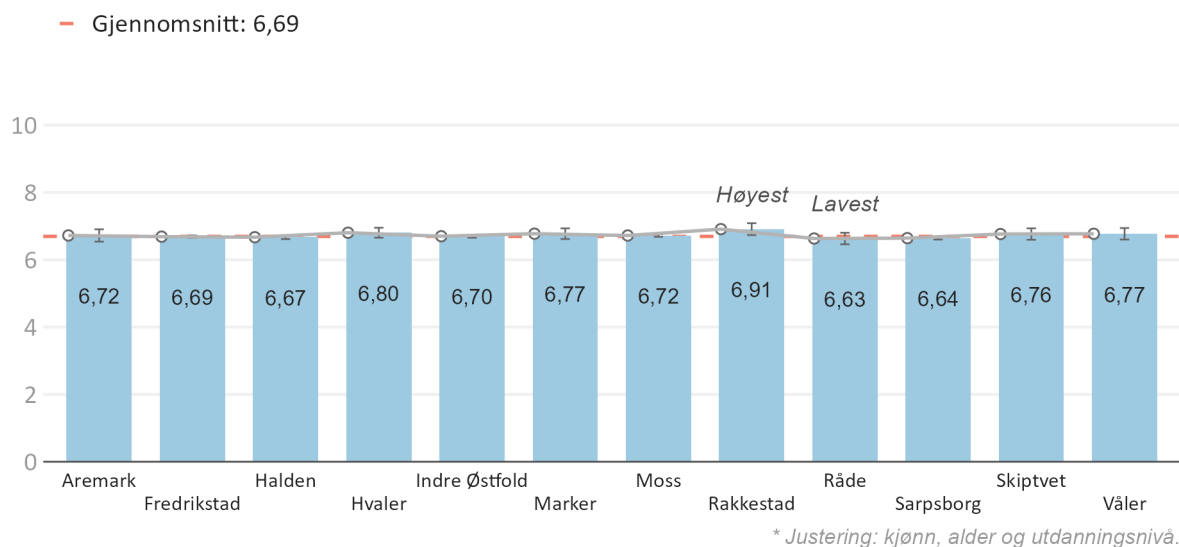
Figur E viser gjennomsnittsskåren for negative følelser siste 7 dager (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalnivået økte fra 3,2 i 2021 til 3,5 i 2025, og endringen er statistisk sikker. Økningen var statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. På tvers av alder var det en statistisk sikker økning i alle aldersgrupper, og mønsteret med høyere skår blant yngre og lavere skår blant eldre er i hovedsak uendret. For utdanning var det statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten tydelig endring i avstanden mellom gruppene. For opplevd økonomi var det statistisk sikker økning både blant dem som oppgir lett økonomi og dem som oppgir vanskelig økonomi. Samtidig er nivåforskjellen mellom disse to økonomigruppene fortsatt tydelig i 2025, og mønsteret fremstår stabilt fra 2021.

3.41 Positive følelser siste 7 dager (0-10)

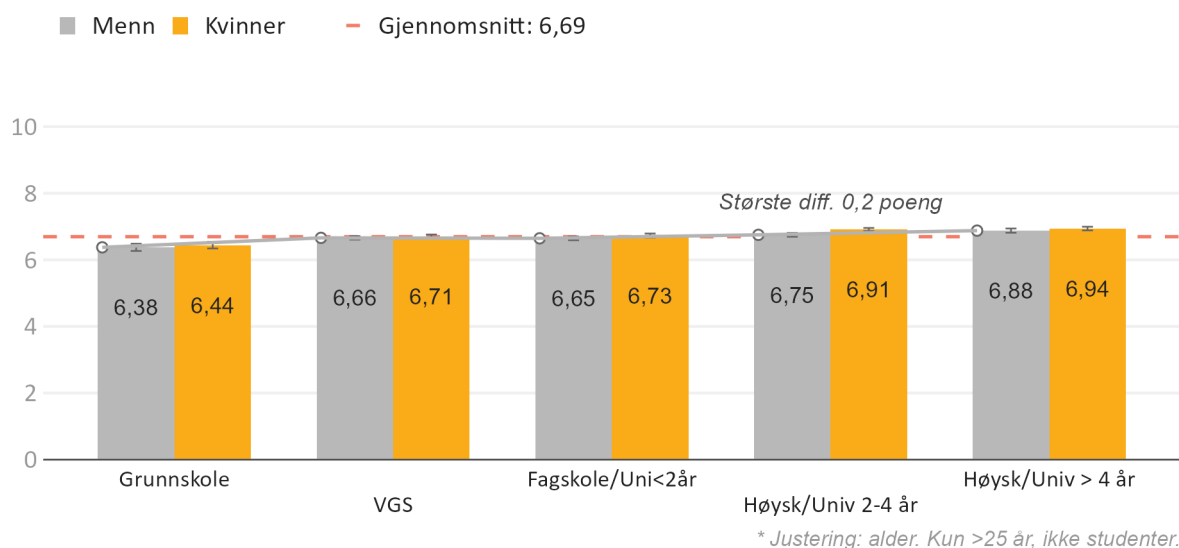
Svarandel: Totalt 42 281 deltakere av 45 794 (92,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 281	6,69	6,68 – 6,71
Kvinner	23 086	6,73	6,71 – 6,76
Menn	19 195	6,65	6,62 – 6,68

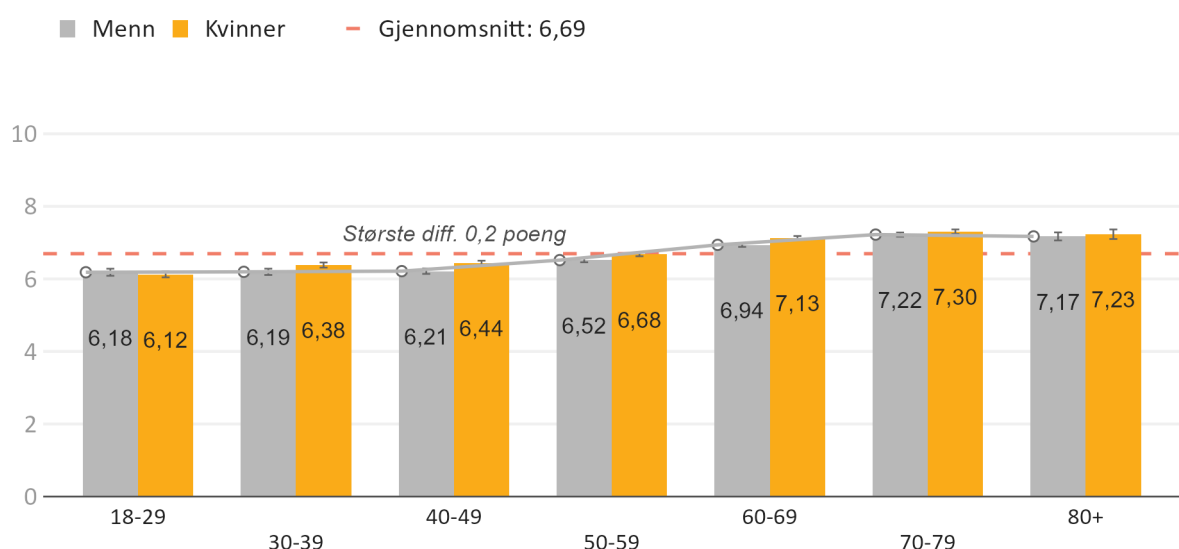
Figur 185: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger samlet sett tett, med små variasjoner mellom kommunene. Rakkestad har høyest nivå med 6,9 poeng, mens Råde ligger lavest med 6,6 poeng, som gir en forskjell på 0,3 poeng. Denne forskjellen er ikke statistisk sikker, og Cohen's d er 0,15, som tilsvarer en liten forskjell. Flere kommuner ligger nær hverandre rundt 6,7 poeng, blant annet Aremark med 6,7 poeng, Moss med 6,7 poeng og Indre Østfold med 6,7 poeng. Hvaler ligger noe høyere med 6,8 poeng, mens Marker og Våler begge har 6,8 poeng, og Skiptvet har 6,8 poeng. I den nedre delen av fordelingen ligger Sarpsborg med 6,6 poeng, Halden med 6,7 poeng og Fredrikstad med 6,7 poeng. Samlet sett tyder resultatene på at opplevelsen av positive følelser siste syv dager er nokså lik på tvers av kommunene.

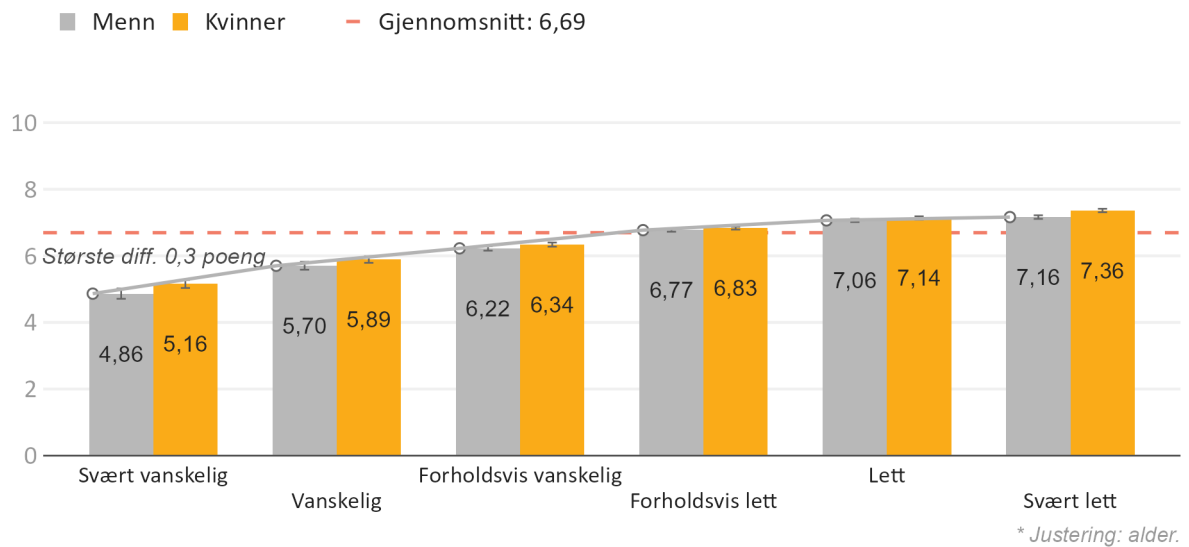
Figur 186: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for høyskole og universitet over 4 år med 6,9 poeng, og lavest for grunnskole med 6,4 poeng. Dette gir en differanse på 0,5 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,26, som tilsier en middels forskjell. For menn er mønsteret tilsvarende: høyest skår finnes ved høyskole og universitet over 4 år med 6,9 poeng, mens grunnskole ligger lavest med 6,4 poeng. Også her er differansen 0,5 poeng, og den er statistisk sikker. Cohen's d er 0,27, som også tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små. Den eneste gruppen med en statistisk sikker kjønnsforskjell er høyskole og universitet 2-4 år, der kvinner skårer 6,9 poeng og menn 6,8 poeng, en forskjell på 0,2 poeng. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene på 0,1 poeng eller 0,0 poeng og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 187: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)

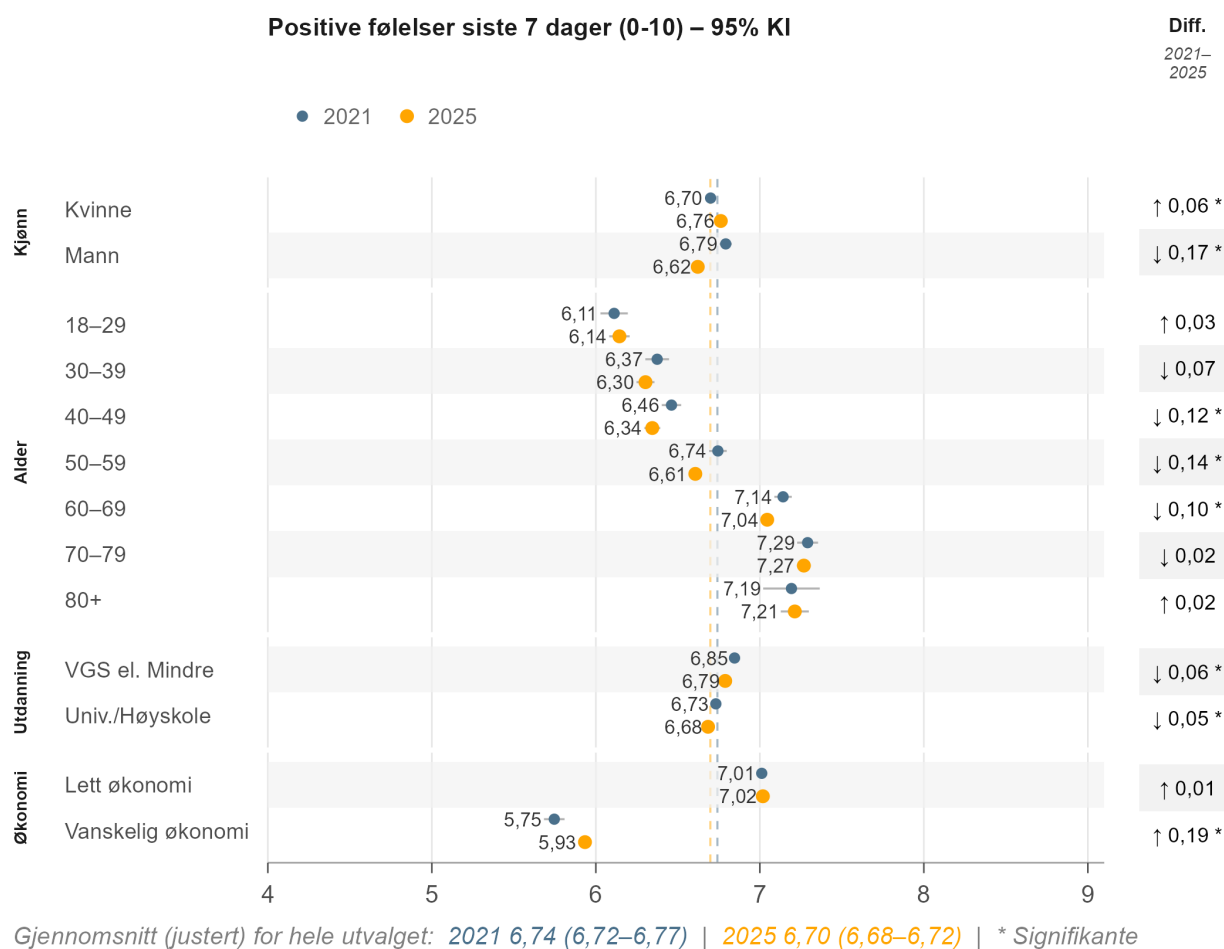
Figur C viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Skåren øker med alderen for begge kjønn, fra de yngste gruppene og opp mot 70–79 år, før den flater ut noe i 80 år og eldre. Blant kvinner er nivået lavest i 18–29 år med 6,1 poeng og høyest i 70–79 år med 7,3 poeng. Dette utgjør en forskjell på 1,2 poeng, og Cohen's d er 0,62, som tilsier en stor forskjell. For menn er skåren også lavest i 18–29 år med 6,2 poeng og høyest i 70–79 år med 7,2 poeng, en differanse på 1,0 poeng. Cohen's d er 0,55, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen aldersgruppene er gjennomgående små. I 30–39, 40–49, 50–59 og 60–69 år ligger kvinner høyere enn menn med 0,2 poeng, og disse forskjellene framstår som statistisk sikre. I 18–29, 70–79 og 80 år og eldre er forskjellene mellom kjønnene ikke statistisk sikre, og nivåene er svært like.

Figur 188: 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 nivå når økonomien oppleves som svært lett, med 7,4 poeng, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 5,2 poeng. Dette gir en forskjell på 2,2 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 1,16, som tilsvarer en stor forskjell. Menn viser samme mønster, med 7,2 poeng i gruppen svært lett og 4,9 poeng i gruppen svært vanskelig. Differansen er 2,3 poeng, også statistisk sikker, og Cohen's d er 1,21, som også er en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de fleste økonomigruppene er små. I gruppene svært lett og svært vanskelig skårer kvinner noe høyere enn menn, med henholdsvis 0,2 og 0,3 poeng, og disse forskjellene er statistisk sikre. I de øvrige gruppene er forskjellene på 0,1 til 0,2 poeng og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 189: Positive følelser siste 7 dager (0-10) (E)



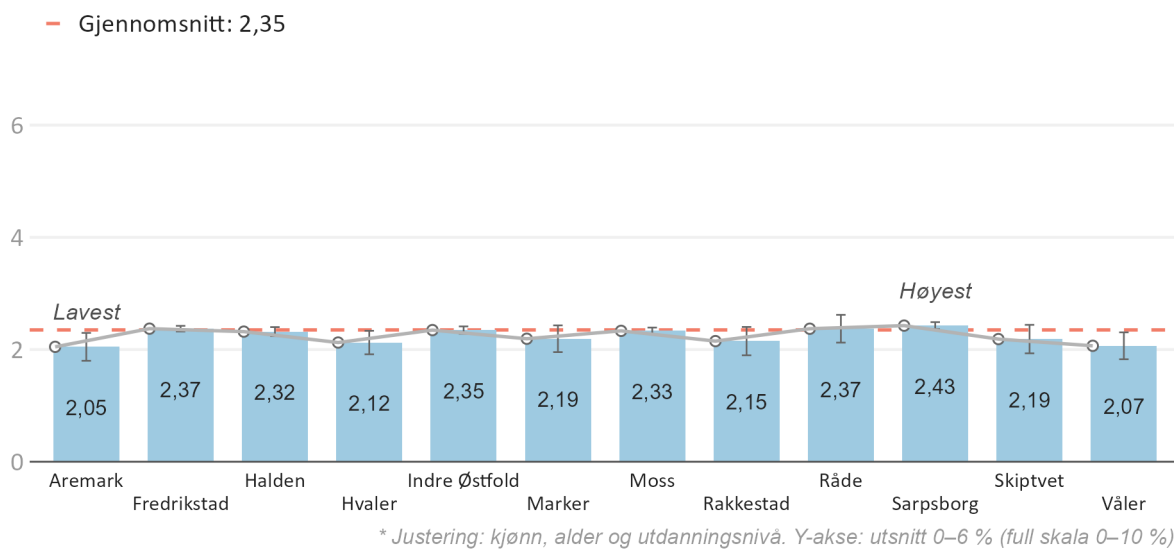
Figur E viser gjennomsnittsskåren for positive følelser siste 7 dager (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett er nivået stabilt fra 2021 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker (6,7 i begge år). Kjønnforskjellene endrer seg tydelig: Kvinner har en statistisk sikker økning (fra 6,7 til 6,8), mens menn har en statistisk sikker nedgang (fra 6,8 til 6,6), slik at kvinner ligger høyere enn menn i 2025. For alder er mønsteret i hovedsak det samme i begge år, med høyere skår i de eldre aldersgruppene, men det er statistisk sikre nedganger i gruppene 40–49, 50–59 og 60–69 år. I de yngste og eldste aldersgruppene er endringene små og ikke statistisk sikre. Etter utdanning er det statistisk sikre, men små nedganger både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, uten at forskjellene mellom utdanningsgruppene endrer seg mye. For opplevde økonomiske vansker er forskjellen mellom gruppene fortsatt stor i 2025. Gruppen med lett økonomi er stabil uten statistisk sikker endring, mens gruppen med vanskelig økonomi har en statistisk sikker økning (fra 5,7 til 5,9), som innebærer en viss reduksjon i gapet, men ikke en utjevning. Det er viktig å merke seg at samleskåren for positive følelser var basert på to spørsmålsledd i 2021 og fire spørsmålsledd i 2025, og dermed ikke er direkte sammenlignbare.

3.42 Ensomhet (0-10)

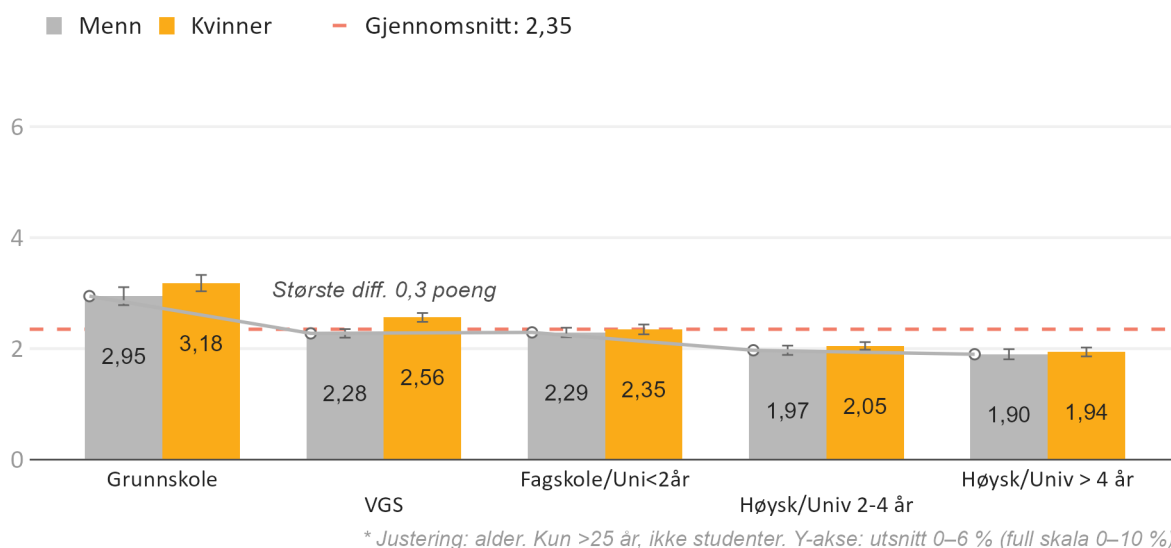
Svarandel: Totalt 42 194 deltakere av 45 794 (92,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 194	2,35	2,32 – 2,38
Kvinner	23 038	2,40	2,37 – 2,44
Menn	19 156	2,29	2,25 – 2,33

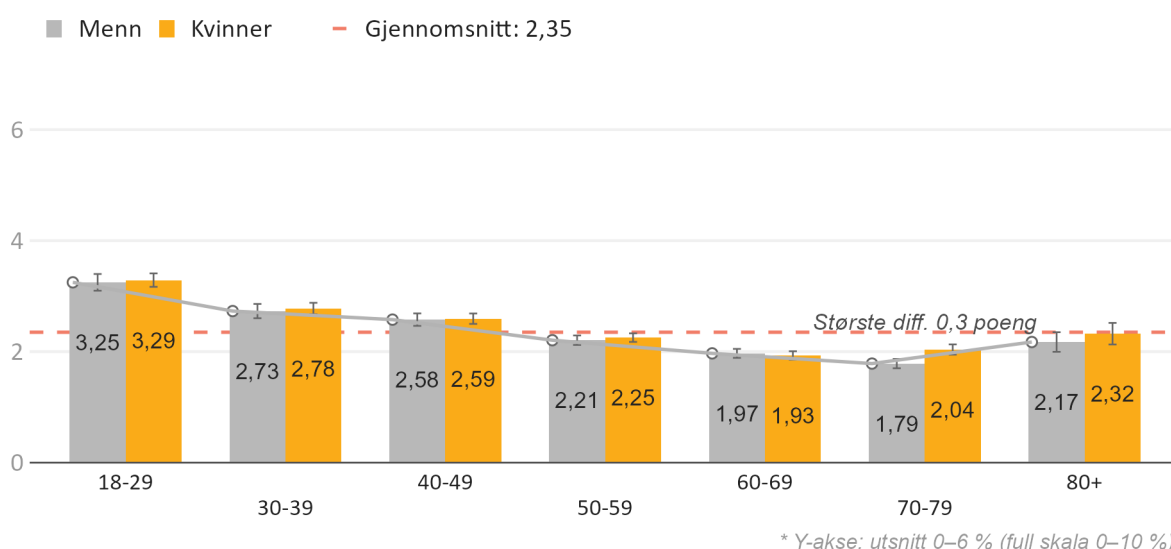
Figur 190: Ensomhet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



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 nivåer fra 2,1 til 2,4 poeng. Sarpsborg har høyest skår med 2,4 poeng, mens Are mark har lavest med 2,1 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,4 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,14$, som tilsvarer en liten forskjell, noe som understreker at variasjonen mellom kommunene er begrenset i praktisk betydning selv om ytterpunktene skiller seg tydelig fra hverandre. Flere kommuner ligger nær toppen av fordelingen, blant annet Fredrikstad og Råde med 2,4 poeng, samt Indre Østfold med 2,4 poeng. I den nedre delen ligger Våler med 2,1 poeng og Hvaler med 2,1 poeng, mens Rakkestad ligger noe høyere med 2,2 poeng. Halden, Moss, Marker og Skiptvet ligger samlet rundt 2,2 til 2,3 poeng. Samlet sett framstår ensomhetsskåren som relativt lik mellom kommunene.

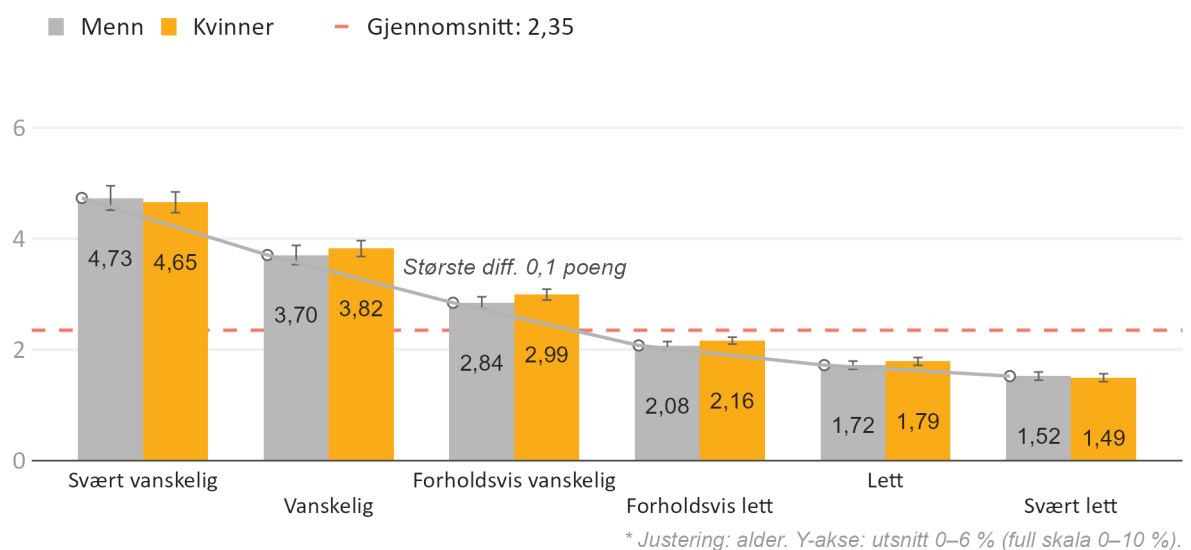
Figur 191: Ensomhet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 3,2 poeng, og lavest for dem med høyskole eller universitet over fire år, med 1,9 poeng. Differansen er 1,2 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,45, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er mønsteret likt: høyest skår finner vi også her blant dem med grunnskole, med 3,0 poeng, mens lavest skår er blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 1,9 poeng. Forskjellen er 1,0 poeng og statistisk sikker, med Cohen's d på 0,38, som også tilsvarer en middels forskjell. De øvrige utdanningsgruppene ligger mellom disse ytterpunktene, for eksempel 2,6 poeng blant kvinner med videregående skole og 2,1 poeng blant kvinner med høyskole eller universitet i 2-4 år. Kjønnsforskjellene innen de fleste utdanningsnivåene er små, men for videregående skole skårer menn lavere enn kvinner, med en statistisk sikker forskjell på 0,3 poeng.

Figur 192: Ensomhet (0-10) etter kjønn og alder (C)

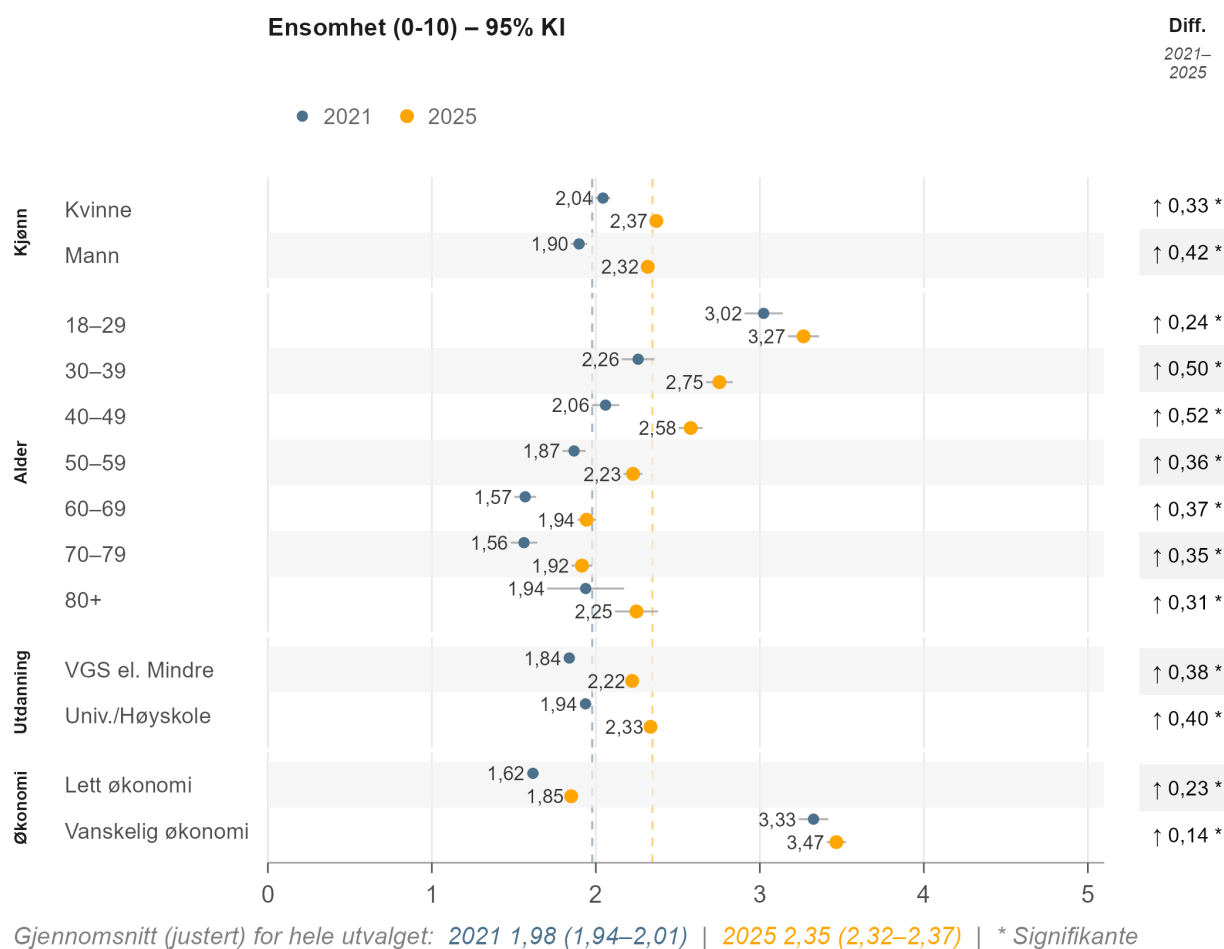
Figur C viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er ensomhetsskåren høyest i alderen 18-29 år med 3,3 poeng, og den synker gradvis til et lavpunkt i alderen 60-69 år med 1,9 poeng. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 1,4 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. I de eldste aldersgruppene øker skåren noe igjen, til 2,0 poeng i 70-79 år og 2,3 poeng i 80+. For menn er skåren også høyest i 18-29 år med 3,3 poeng, og lavest i 70-79 år med 1,8 poeng. Differansen er 1,5 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,53, som tilsvarer en stor forskjell. I 80+ ligger menn på 2,2 poeng. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker kjønnsforskjell er 70-79 år, der menn ligger 0,3 poeng lavere enn kvinner.

Figur 193: Ensomhet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man følte seg ensom siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er ensomhetsskåren tydelig høyere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavere blant dem som opplever den som svært lett. Blant kvinner er skåren 4,7 poeng ved svært vanskelig økonomi og 1,5 poeng ved svært lett økonomi, en forskjell på 3,2 poeng som framstår som statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's d på 1,14, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er skåren 4,7 poeng ved svært vanskelig økonomi og 1,5 poeng ved svært lett økonomi, også en forskjell på 3,2 poeng som er statistisk sikker. Her er Cohen's d 1,16, som også indikerer en stor forskjell. De øvrige gruppene ligger mellom ytterpunktene, med 1,8 til 3,8 poeng blant kvinner og 1,7 til 3,7 poeng blant menn, der skårene gjennomgående øker når økonomien vurderes som mer krevende. Kjønnsforskjellene innen hver økonomigruppe er små og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 194: Ensomhet (0-10) (E)



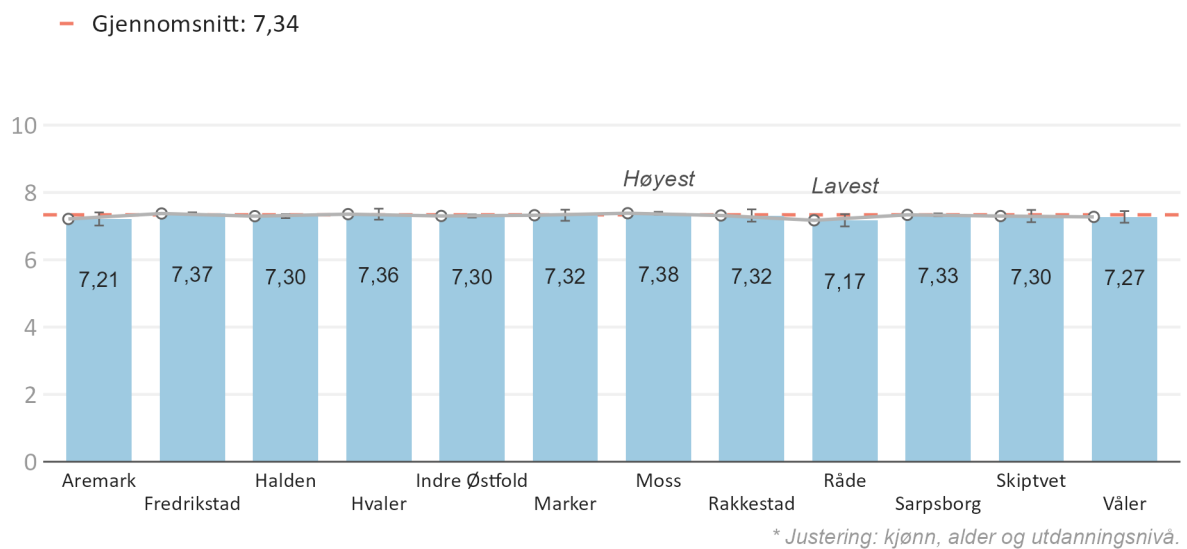
Figur E viser gjennomsnittsskåren for ensomhet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker ensomhet fra 2021 til 2025, og endringen er statistisk sikker. Økningen er også statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen framstår som liten og uten tydelig endring i mønsteret mellom 2021 og 2025. På tvers av alder er det en statistisk sikker økning i alle aldersgrupper, samtidig som de yngste voksne fortsatt ligger høyest og gruppene fra 60 til 79 år ligger lavest i begge år. Økningen er særlig tydelig i flere av gruppene fra 30 til 59 år, men uten at rangeringen mellom aldersgruppene endrer seg markant. For utdanning er det statistisk sikker økning både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellene mellom utdanningsgruppene er små i begge år. Etter opplevde økonomiske vansker er det statistisk sikker økning både ved lett økonomi og ved vanskelig økonomi. Samtidig er nivået klart høyere ved vanskelig økonomi enn ved lett økonomi i både 2021 og 2025, og dette gapet ser i hovedsak ut til å bestå over tid.

3.43 Sosiale relasjoner (0-10)

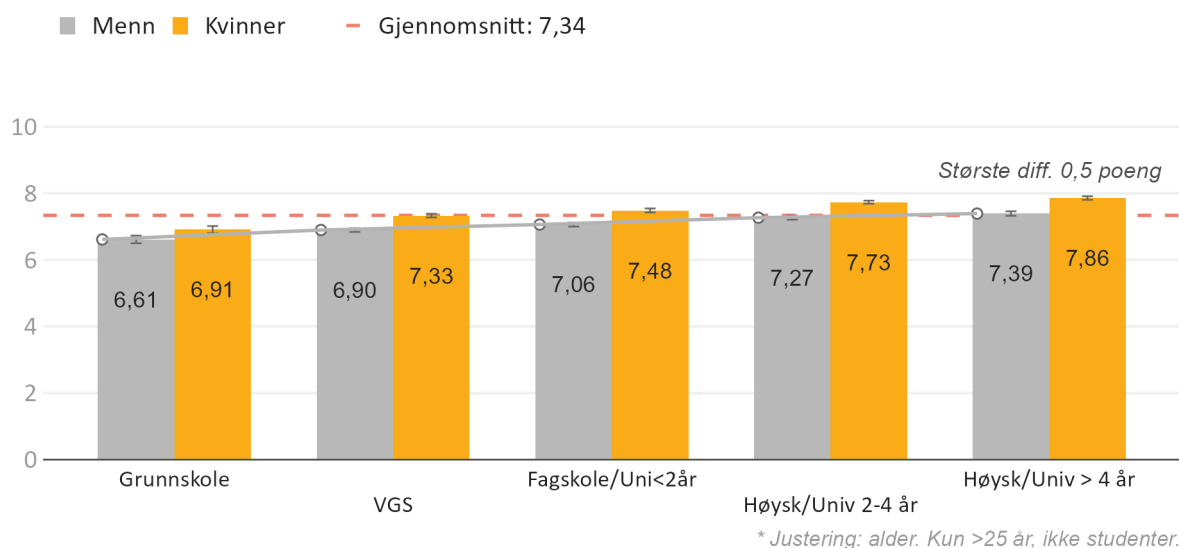
Svarandel: Totalt 41 692 deltakere av 45 794 (91,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	41 692	7,34	7,32 – 7,35
Kvinner	22 740	7,54	7,52 – 7,57
Menn	18 952	7,09	7,06 – 7,12

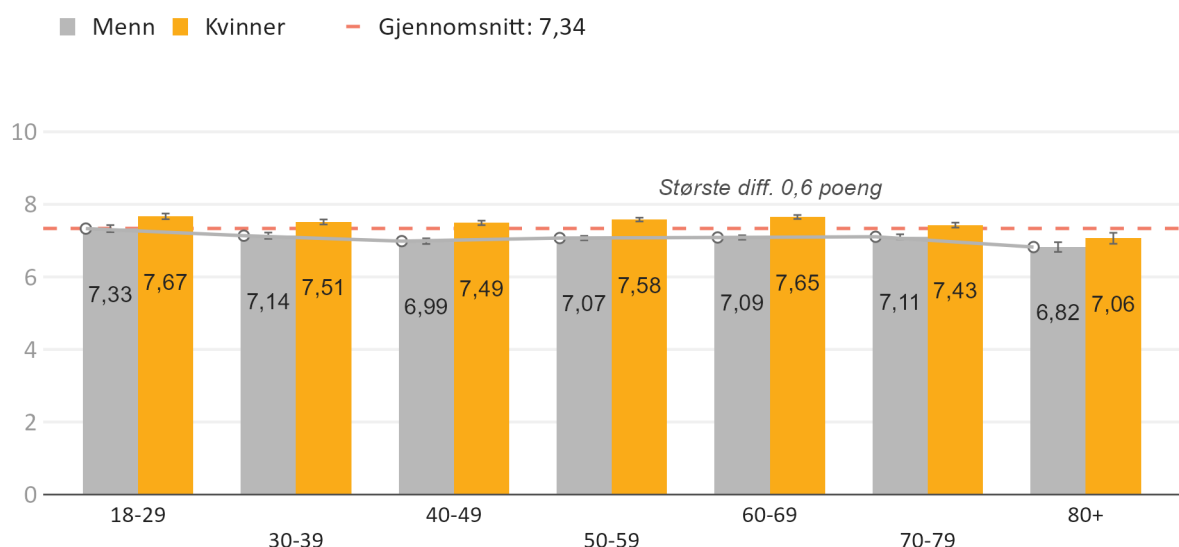
Figur 195: Sosiale relasjoner (0-10) etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner og at man bidrar til andres livskvalitet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger gjennomgående tett mellom kommunene, med nivåer fra 7,2 til 7,4 poeng. Moss har høyest skår med 7,4 poeng, mens Råde ligger lavest med 7,2 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 0,2 poeng, og dette framstår ikke som en statistisk sikker forskjell. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,11$, som tilsvarer en liten forskjell, og understøtter inntrykket av at variasjonen mellom kommunene er begrenset. Flere kommuner ligger nær toppnivået, blant annet Fredrikstad med 7,4 poeng og Hvaler med 7,4 poeng, mens Sarpsborg og Marker ligger på 7,3 poeng. Halden, Indre Østfold og Skiptvet har alle 7,3 poeng, og Rakkestad ligger også på 7,3 poeng. Aremark har 7,2 poeng og Våler 7,3 poeng. Samlet sett tyder resultatene på at opplevelsen av støttende og givende sosiale relasjoner er ganske lik på tvers av kommunene.

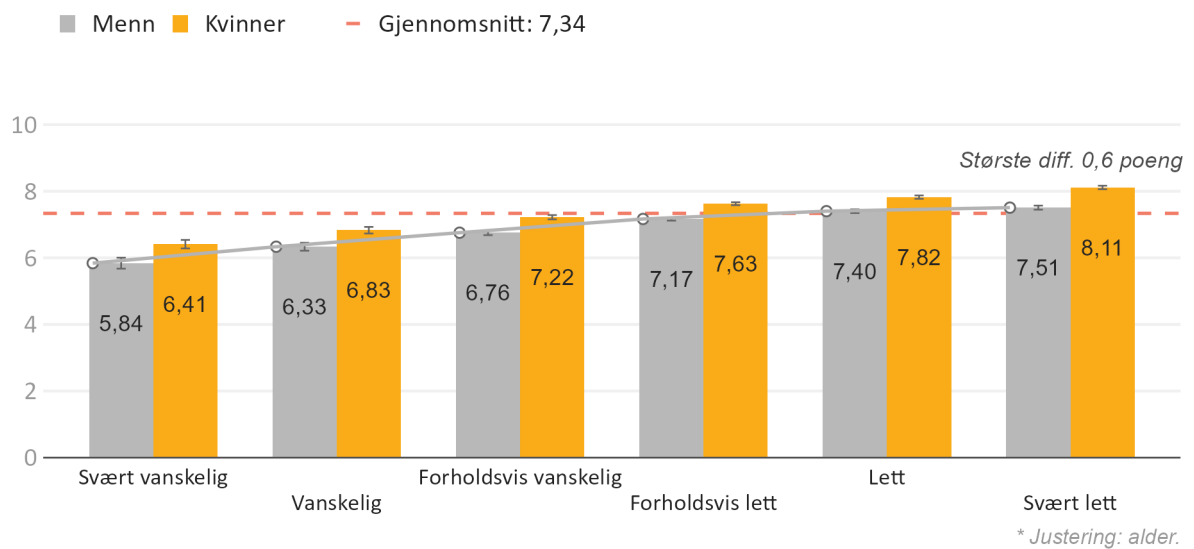
Figur 196: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner og at man bidrar til andres livskvalitet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren lavest ved grunnskole, med 6,9 poeng, og høyest ved høyskole og universitet over fire år, med 7,9 poeng. Dette gir en tydelig differanse på 0,9 poeng, og Cohen's d er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er skåren lavest ved grunnskole, med 6,6 poeng, og høyest ved høyskole og universitet over fire år, med 7,4 poeng. Differansen er 0,8 poeng, og Cohen's d er 0,40, som også tilsvarer en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivå ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn, og kjønnsforskjellene framstår statistisk sikre i alle gruppene. Forskjellen er 0,3 poeng ved grunnskole, 0,4 poeng ved videregående skole og ved fagskole eller universitet under to år, og 0,5 poeng ved høyskole og universitet to til fire år samt over fire år. Samlet sett henger høyere utdanning sammen med høyere skår for begge kjønn, samtidig som kvinner skårer noe høyere enn menn på alle utdanningsnivå.

Figur 197: Sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og alder (C)

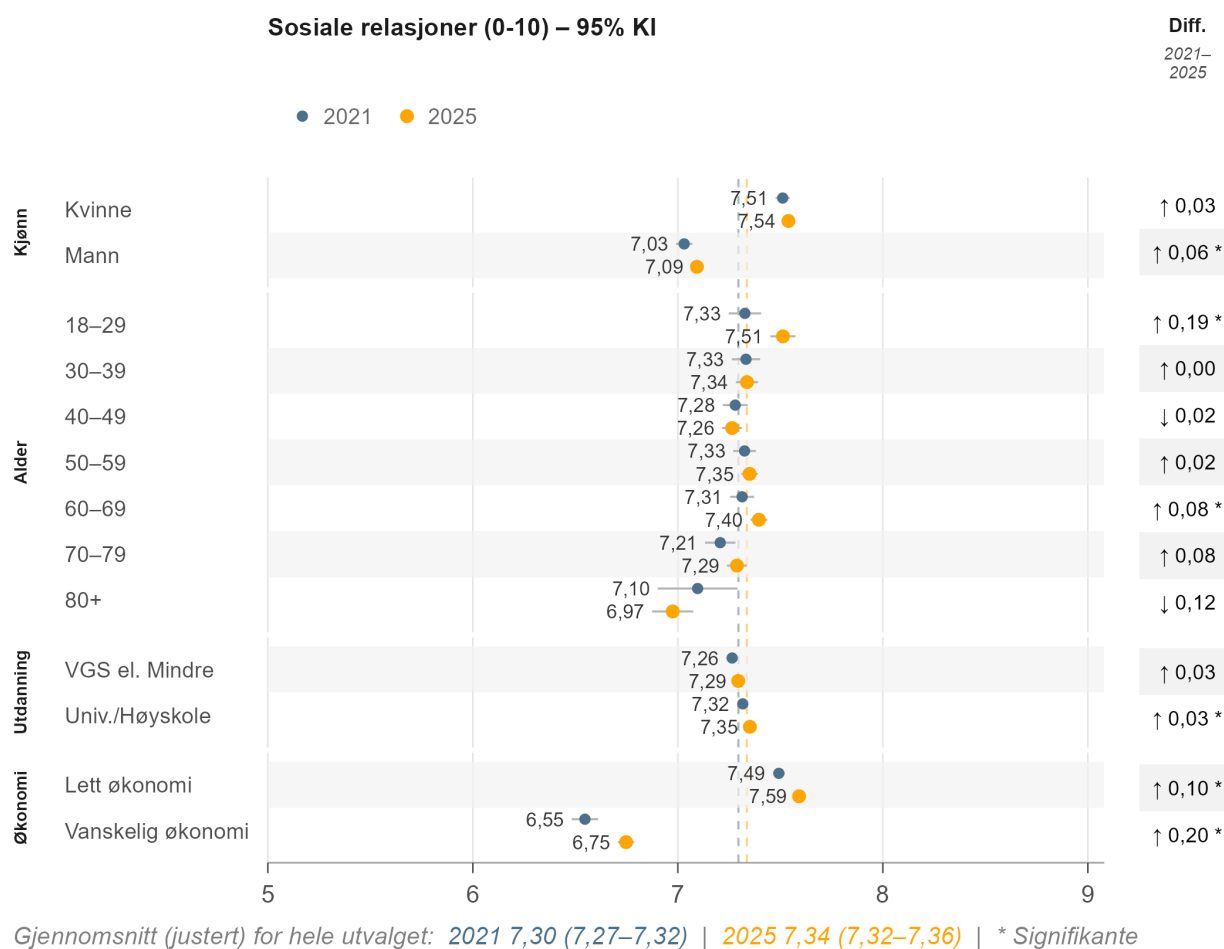
Figur C viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner og at man bidrar til andres livskvalitet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i alderen 18–29, med 7,7 poeng, og lavest i 80+, med 7,1 poeng. Differansen er 0,6 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,31, som tilsier en middels forskjell. For menn er skåren også høyest i 18–29, med 7,3 poeng, og lavest i 80+, med 6,8 poeng. Her er differansen 0,5 poeng, og også dette er en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Når vi sammenlikner kvinner og menn innen hver aldersgruppe, ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn fra 18–29 til 70–79. Forskjellene er statistisk sikre i disse aldersgruppene og varierer fra 0,3 til 0,6 poeng, med størst avstand i 60–69, der kvinner har 7,7 poeng og menn 7,1 poeng. I 80+ er nivået 7,1 poeng blant kvinner og 6,8 poeng blant menn, og her framstår kjønnsforskjellen ikke som statistisk sikker.

Figur 198: 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 og at man bidrar til andres livskvalitet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren når husholdningsøkonomien oppleves som lettere. Blant kvinner er skåren høyest når økonomien vurderes som svært lett, med 8,1 poeng, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 6,4 poeng. Dette gir en differanse på 1,7 poeng, og forskjellen er statistisk sikker. Cohen's d er 0,88, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er mønsteret det samme, med 7,5 poeng ved svært lett og 5,8 poeng ved svært vanskelig, også en differanse på 1,7 poeng som er statistisk sikker. Cohen's d er 0,87, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner skårer gjennomgående høyere enn menn innen alle nivåer av vurdert husholdningsøkonomi, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er 0,6 poeng både ved svært lett og svært vanskelig, 0,5 poeng ved forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig og vanskelig, og 0,4 poeng ved lett.

Figur 199: Sosiale relasjoner (0-10) (E)



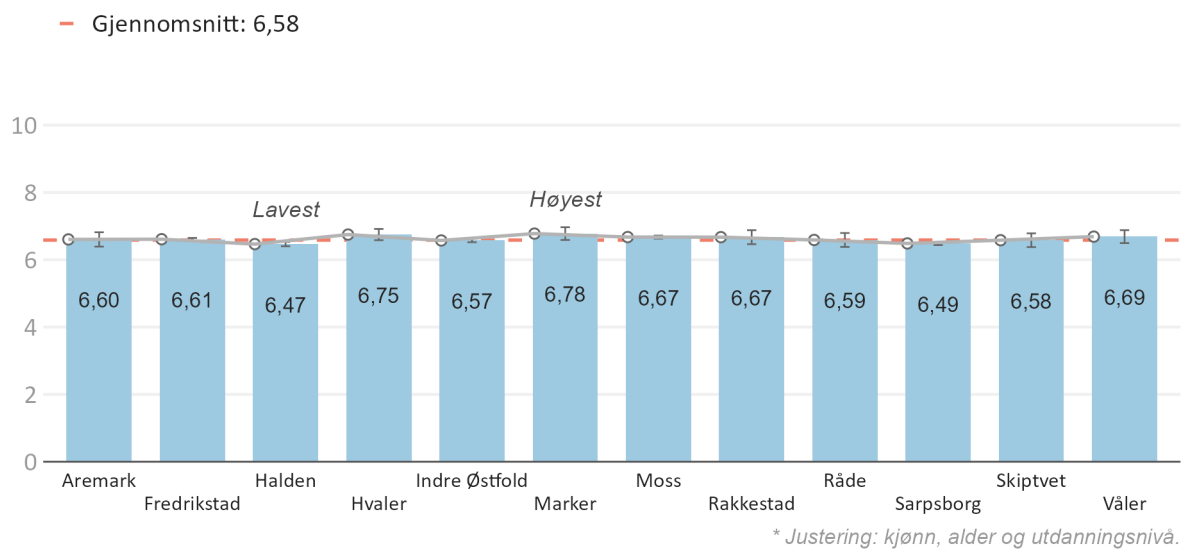
Figur E viser gjennomsnittsskåren for sosiale relasjoner (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker skåren svakt fra 7,30 i 2021 til 7,34 i 2025, og endringen er statistisk sikker. Kjønnforskjellen er i hovedsak stabil, men menn har en statistisk sikker økning, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. På tvers av alder er det få tydelige endringer, men 18–29 år og 60–69 år har statistisk sikre økninger, mens øvrige aldersgrupper ikke har statistisk sikre endringer. Dette innebærer at aldersmønsteret samlet sett ligner mellom 2021 og 2025, med noen få grupper som trekker svakt opp. For 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 øker skåren statistisk sikkert både blant dem som oppgir lett økonomi og dem som oppgir vanskelig økonomi. Selv om begge økonomigruppene går opp, ligger gruppen med vanskelig økonomi fortsatt lavere enn gruppen med lett økonomi i 2025.

3.44 Tillit til andre (0-10)

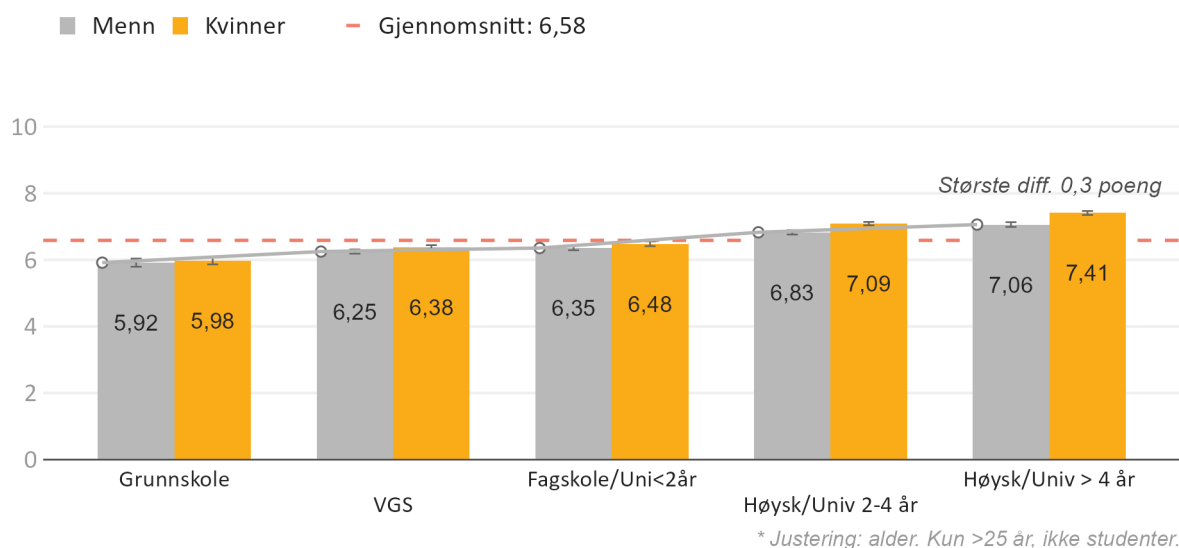
Svarandel: Totalt 41 707 deltakere av 45 794 (91,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	41 707	6,58	6,56 – 6,61
Kvinner	22 741	6,69	6,66 – 6,72
Menn	18 966	6,46	6,43 – 6,49

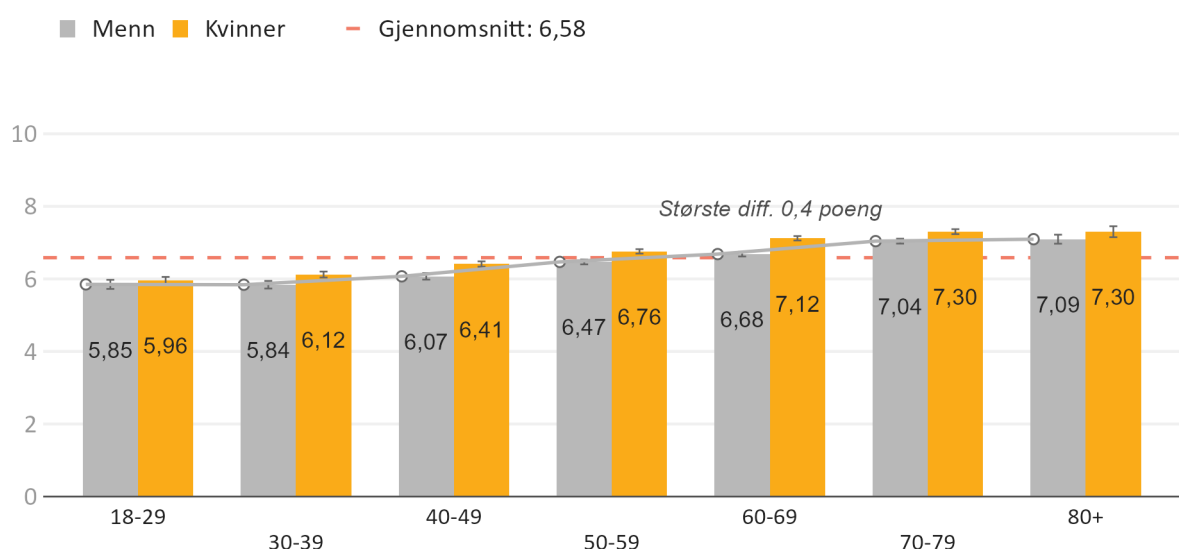
Figur 200: Tillit til andre (0-10) etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger samlet sett tett, med verdier fra 6,5 til 6,8 poeng. Marker har høyest nivå av generell tillit med 6,8 poeng, mens Halden ligger lavest med 6,5 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 0,3 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Samtidig tilsvarer avstanden en Cohen's d på 0,14, som indikerer en liten forskjell i praksis. Flere kommuner ligger nær toppnivået, blant annet Hvaler med 6,8 poeng og Våler med 6,7 poeng, mens Moss og Rakkestad også ligger på 6,7 poeng. I den nedre delen av fordelingen ligger Sarpsborg med 6,5 poeng, mens Indre Østfold og Skiptvet ligger rundt midten med henholdsvis 6,6 og 6,6 poeng. Fredrikstad og Aremark ligger også tett på midten med 6,6 poeng, og Råde har 6,6 poeng. Helhetsbildet er dermed små, men målbare variasjoner i generell tillit mellom kommunene.

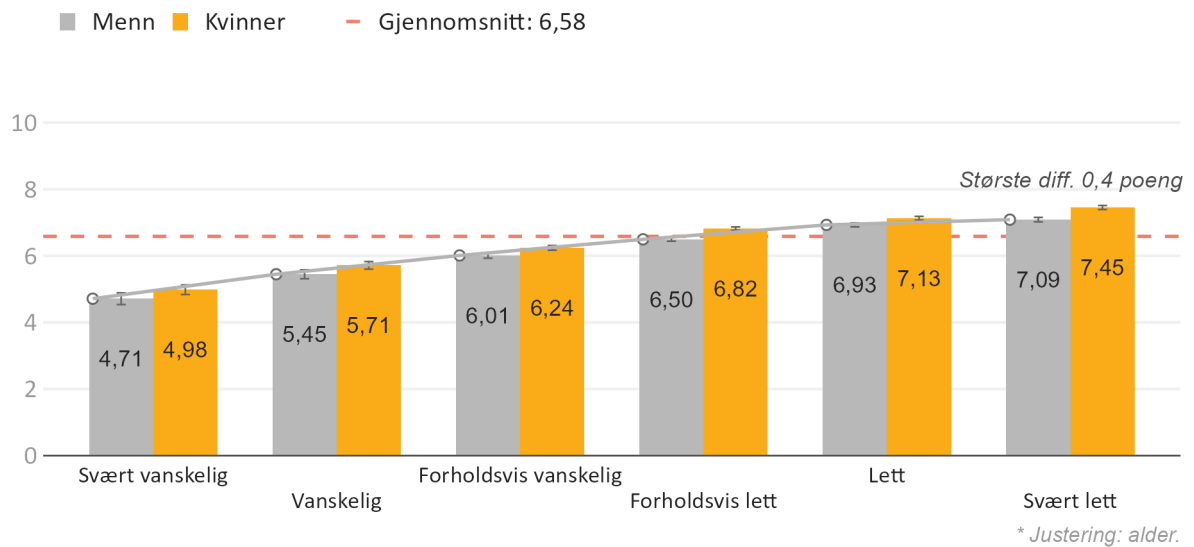
Figur 201: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 høyest hos dem med høyskole og universitet i mer enn fire år, med en gjennomsnittsskår på 7,4 poeng, og lavest hos dem med grunnskole, med 6,0 poeng. Dette gir en tydelig og statistisk sikker forskjell på 1,4 poeng, og Cohen's d er 0,66, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er tilliten høyest i gruppen med høyskole og universitet i mer enn fire år, med 7,1 poeng, og lavest blant dem med grunnskole, med 5,9 poeng. Differansen er 1,1 poeng og er statistisk sikker, og Cohen's d er 0,53, som også tilsvarer en stor forskjell. På tvers av utdanningsnivåer ligger kvinner gjennomgående litt høyere enn menn. Kjønnforskjellen er likevel liten, og den er ikke statistisk sikker for fagskole og universitet under to år og for grunnskole, mens den er statistisk sikker for videregående skole og for de to høyeste utdanningsnivåene, der menn ligger 0,3 poeng lavere enn kvinner.

Figur 202: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og alder (C)

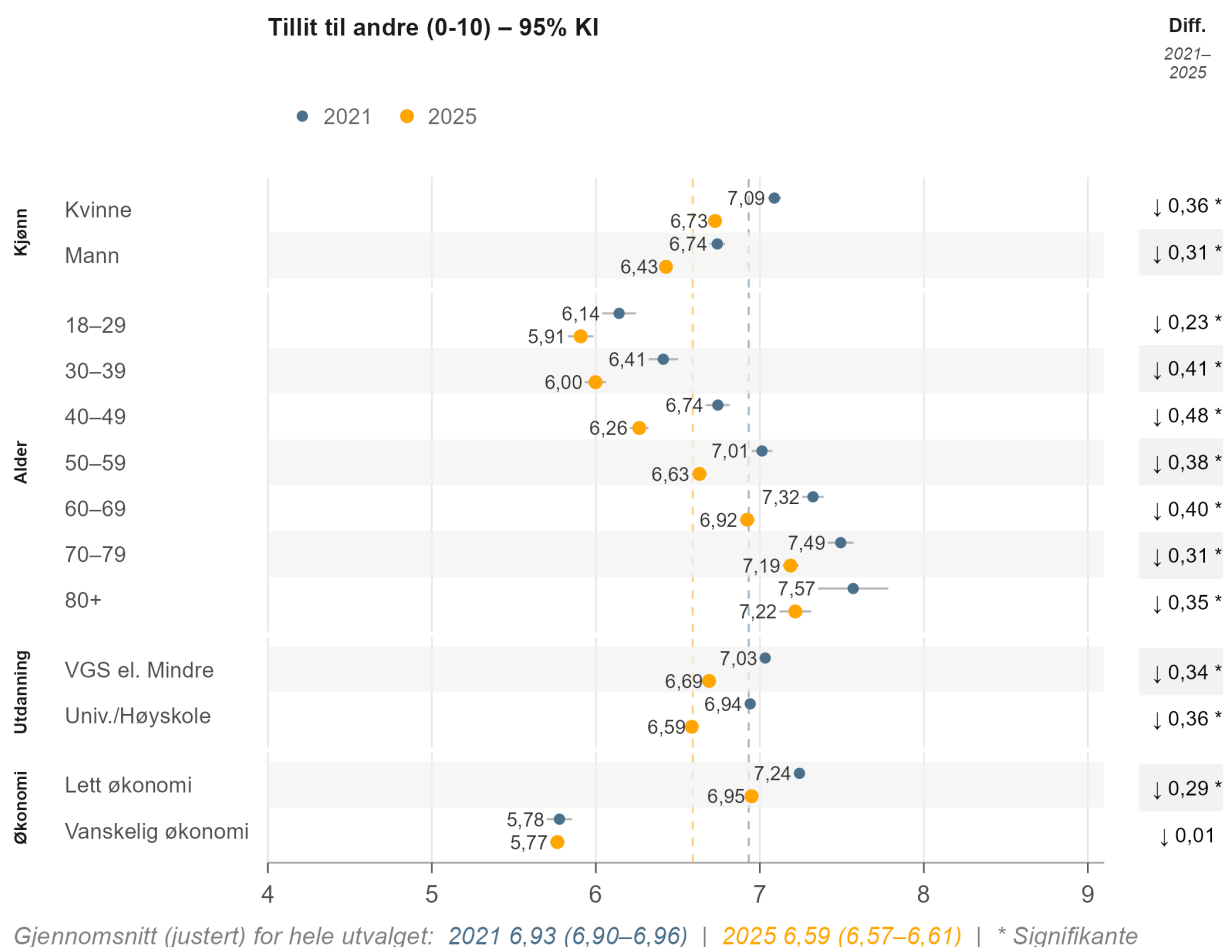
Figur C viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er tilliten lavest i aldersgruppen 18-29 med 6,0 poeng, og høyest i 70-79 med 7,3 poeng. Dette gir en forskjell på 1,3 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 0,61, som tilsier en stor forskjell mellom de to aldersgruppene. For menn er tilliten lavest i 30-39 med 5,8 poeng, mens den er høyest i 80+ med 7,1 poeng. Også her er differansen 1,3 poeng, og den er statistisk sikker. Cohen's d er 0,57, som også indikerer en stor forskjell. Ser man på kjønn innen samme alder, ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner fra 30-39 til 70-79, med forskjeller fra 0,3 til 0,4 poeng, og disse forskjellene er statistisk sikre. I de øvrige gruppene er forskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 203: 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 øker tilliten tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som lettere. Blant kvinner er tilliten høyest når økonomien oppleves som svært lett, med 7,5 poeng, og lavest når den oppleves som svært vanskelig, med 5,0 poeng. Dette gir en forskjell på 2,5 poeng, og Cohen's d er 1,12, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 7,1 poeng, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, med 4,7 poeng. Forskjellen er 2,4 poeng, og Cohen's d er 1,08, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner ligger gjennomgående noe høyere enn menn i de fleste økonomigruppene, med statistisk sikre forskjeller i gruppene forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett, svært lett og vanskelig. Samtidig er avstanden mellom kjønnene liten, fra 0,2 til 0,4 poeng.

Figur 204: Tillit til andre (0-10) (E)



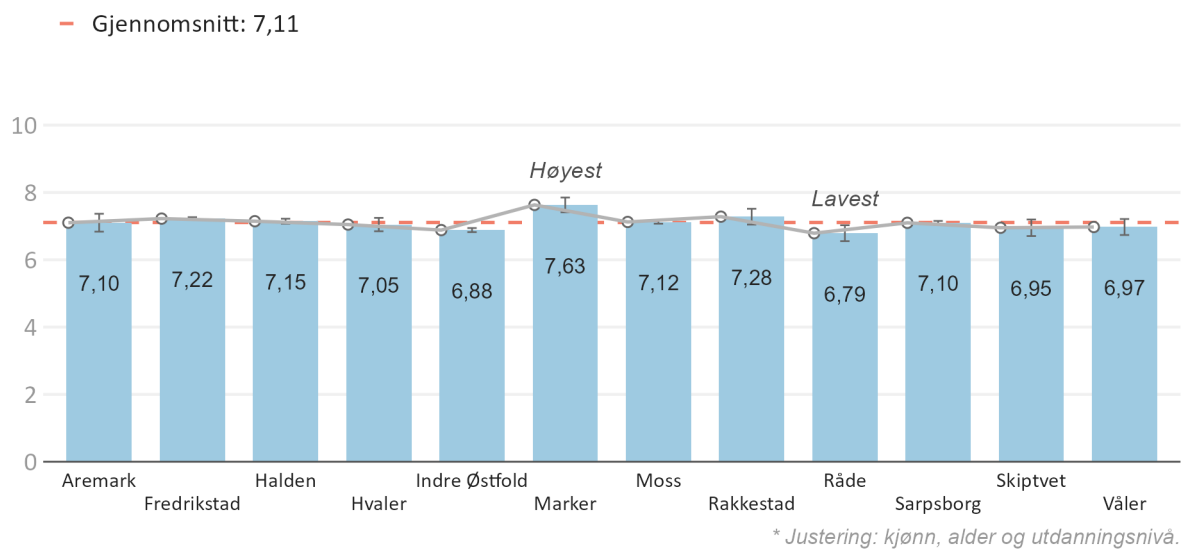
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tillit til andre (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går gjennomsnittet ned fra 6,9 i 2021 til 6,6 i 2025, og dette framstår som en statistisk sikker endring. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være stabil over tid. På tvers av alder er det en statistisk sikker nedgang i alle aldersgrupper, samtidig som mønsteret med høyere tillit blant eldre enn blant yngre består i 2025. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom gruppene 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. Dette bidrar til at gapet mellom økonomigruppene framstår som noe større i 2025 enn i 2021, fordi nivået faller i gruppen med lett økonomi mens det er mer stabilt i gruppen med vanskelig økonomi. Samlet peker utviklingen mot lavere tillit i 2025 enn i 2021, uten tydelige endringer i rangeringen mellom kjønn, alder og utdanning.

3.45 Stedstilhørighet (0-10)

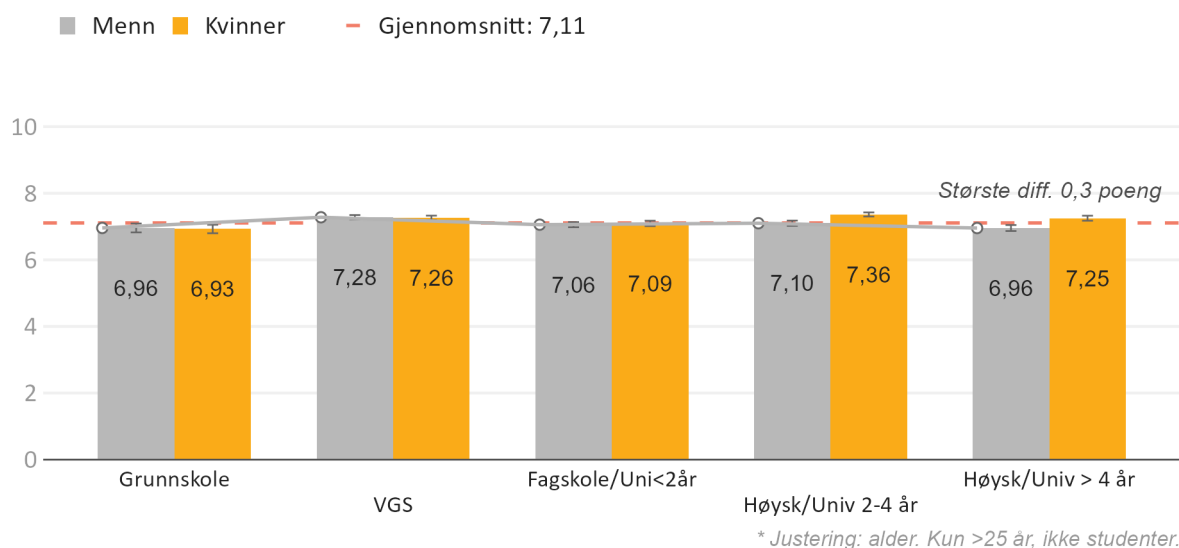
Svarandel: Totalt 41 800 deltakere av 45 794 (91,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	41 800	7,11	7,08 – 7,13
Kvinner	22 795	7,14	7,10 – 7,17
Menn	19 005	7,07	7,03 – 7,11

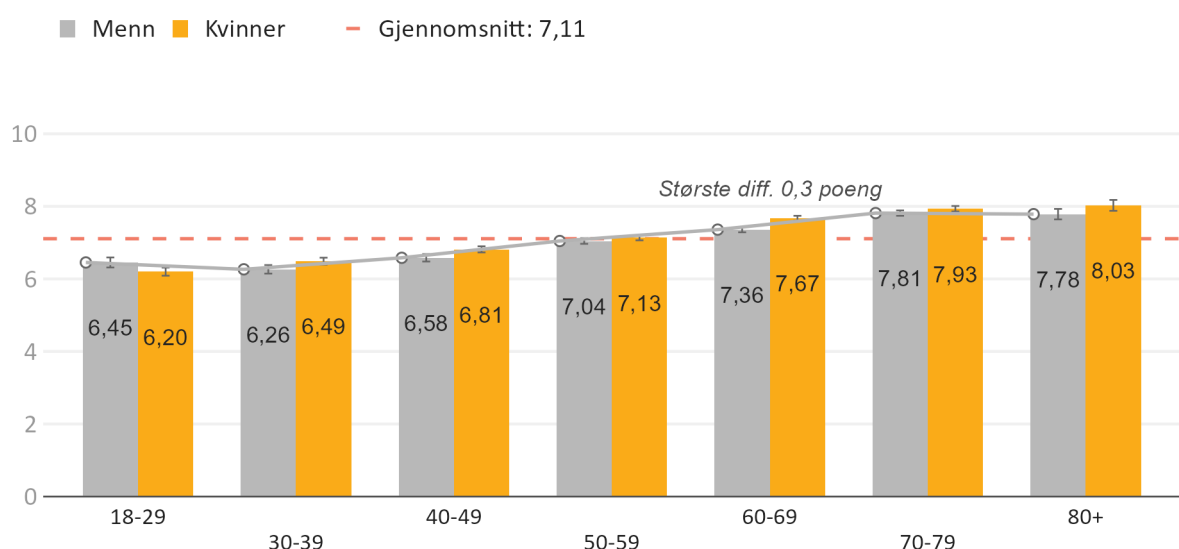
Figur 205: Stedstilhørighet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



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, med verdier fra 6,8 til 7,6 poeng. Marker har høyest nivå med 7,6 poeng, mens Råde ligger lavest med 6,8 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,8 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. Effektstørrelsen for avstanden mellom høyeste og laveste kommune er Cohen's $d = 0,34$, som tilsvarer en middels forskjell. Blant kommunene med relativt høye skårer finner vi også Rakkestad med 7,3 poeng og Fredrikstad med 7,2 poeng, mens Halden ligger på 7,2 poeng. Flere kommuner samler seg rundt omtrent 7,1 poeng, blant annet Aremark og Sarpsborg med 7,1 poeng, samt Moss med 7,1 poeng og Hvaler med 7,1 poeng. I den nedre delen av fordelingen ligger Indre Østfold med 6,9 poeng, Skiptvet med 7,0 poeng og Våler med 7,0 poeng. Samlet sett viser figuren moderate, men tydelige forskjeller i opplevd tilhørighet mellom kommunene.

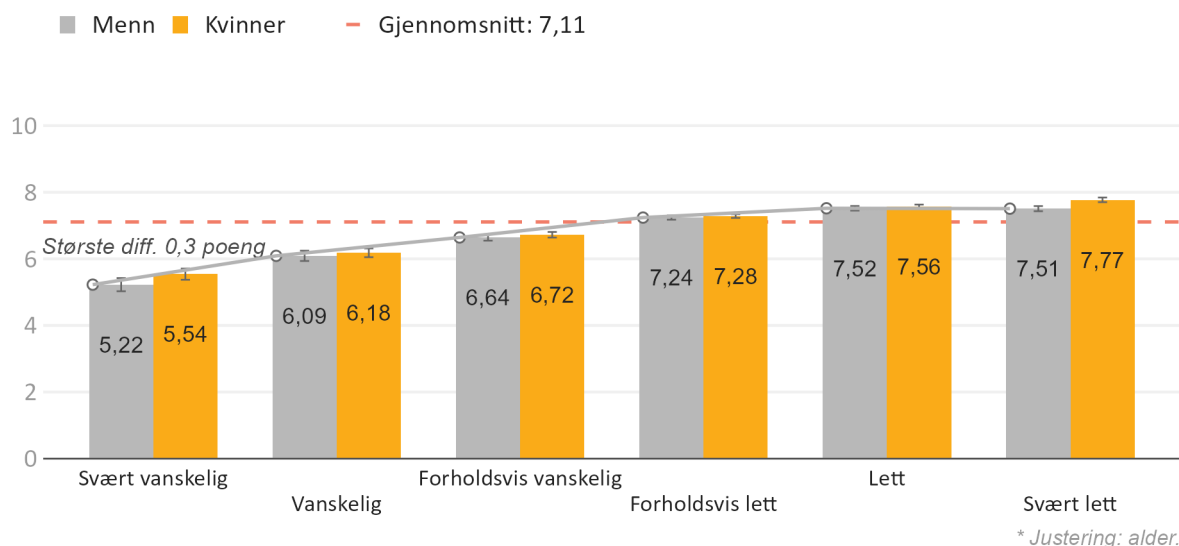
Figur 206: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 høyest nivå for høyskole og universitet 2-4 år på 7,4 poeng og lavest nivå for grunnskole på 6,9 poeng. Dette utgjør en forskjell på 0,4 poeng, og Cohen's d er 0,18, som tilsier en liten forskjell. For menn er skåren høyest i gruppen med videregående skole på 7,3 poeng og lavest for høyskole og universitet over 4 år på 7,0 poeng. Differansen er 0,3 poeng, og Cohen's d er 0,13, som også tilsier en liten forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, er forskjellene som oftest fraværende. I gruppene med fagskole eller universitet under 2 år, grunnskole og videregående skole ligger kvinner og menn på omtrent samme nivå. Derimot er det en statistisk sikker kjønnsforskjell blant dem med høyskole og universitet 2-4 år og blant dem med høyskole og universitet over 4 år, der kvinner skårer 0,3 poeng høyere enn menn i begge gruppene.

Figur 207: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og alder (C)

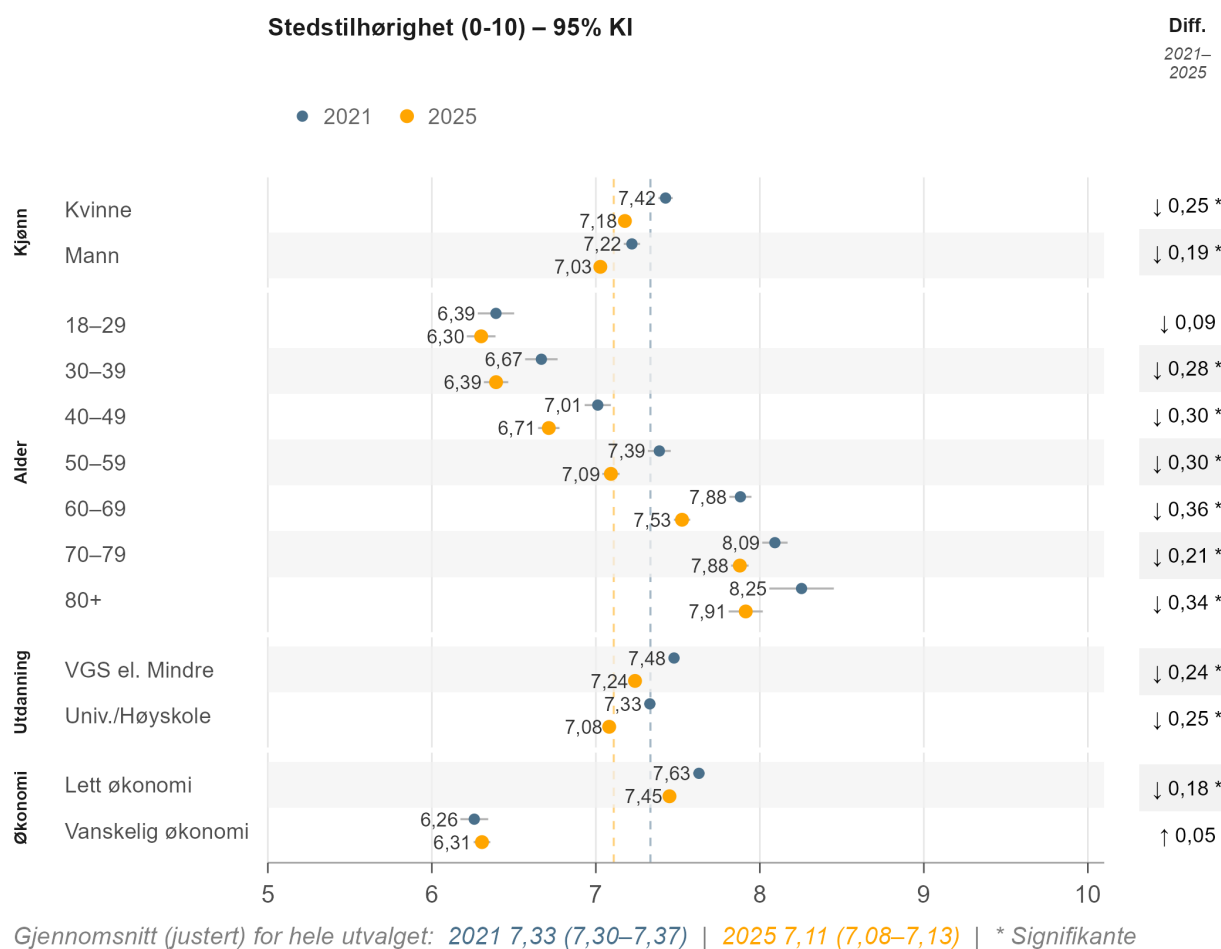
Figur C viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren jevnt med alder, fra 6,2 poeng i 18-29 til 8,0 poeng i 80+, en tydelig forskjell på 1,8 poeng. Cohen's d er 0,73, som tilsier en stor forskjell mellom de yngste og eldste kvinnene. Også blant menn er det en klar aldersgradient, der laveste nivå ligger i 30-39 med 6,3 poeng, mens høyeste nivå er i 70-79 med 7,8 poeng. Dette gir en differanse på 1,6 poeng, og Cohen's d på 0,62, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnforskjellene varierer noe mellom aldersgruppene. I 18-29 ligger menn høyere enn kvinner med 0,3 poeng, og denne forskjellen er statistisk sikker. I 30-39 og 40-49 ligger kvinner høyere enn menn med 0,2 poeng i begge grupper, og dette er også statistisk sikre forskjeller. I 60-69 er kvinner høyere enn menn med 0,3 poeng, igjen med statistisk sikker forskjell. I de øvrige aldersgruppene er kjønnforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 208: 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. Blant kvinner øker skåren i takt med en mer positiv vurdering av økonomien, fra 5,5 poeng når økonomien oppleves som svært vanskelig til 7,8 poeng når den oppleves som svært lett. Dette er en tydelig forskjell på 2,2 poeng, og Cohen's d er 0,89, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig: skåren er lavest ved svært vanskelig økonomi med 5,2 poeng, og høyest når økonomien oppleves som lett med 7,5 poeng. Differansen er 2,3 poeng, og Cohen's d er 0,92, som også tilsvarer en stor forskjell. Samlet sett henger en lettere opplevd husholdningsøkonomi sammen med sterkere tilhørighet til bostedet for begge kjønn. Kjønnforskjellene innen de fleste økonomigruppene er små, men i gruppen som opplever økonomien som svært lett, har kvinner en høyere skår enn menn, med en statistisk sikker forskjell på 0,3 poeng.

Figur 209: Stedstilørighet (0-10) (E)



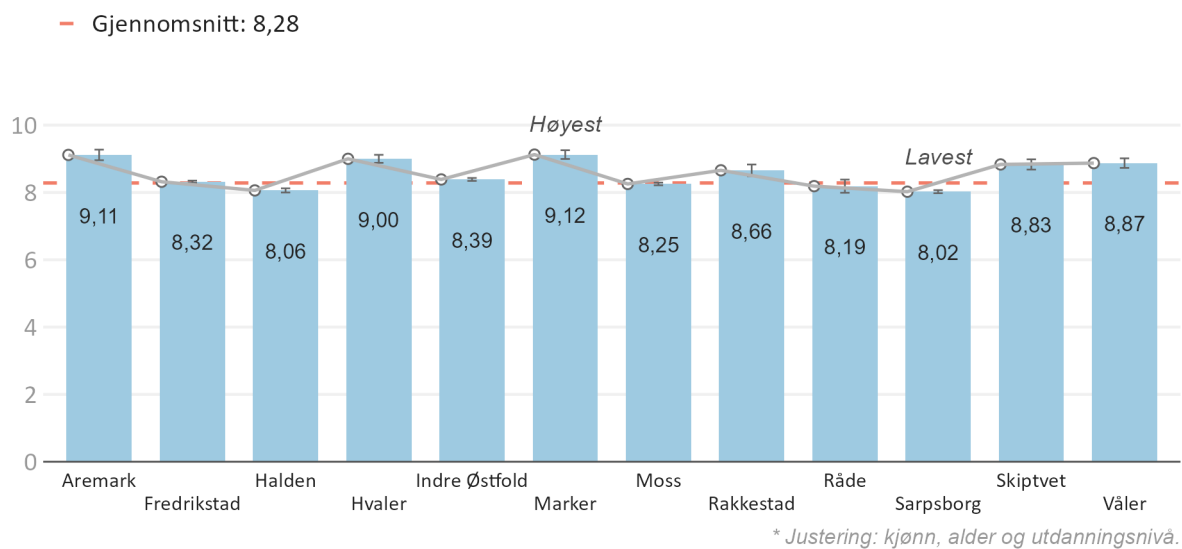
Figur E viser gjennomsnittsskåren for stedstilørighet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går skåren noe ned fra 7,3 i 2021 til 7,1 i 2025, og endringen er statistisk sikker. Nedgangen er statistisk sikker for både kvinner og menn, og kjønnsforskjellen framstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er mønsteret også stabilt, med høyere skårer blant eldre enn blant yngre i begge år. Samtidig er det statistisk sikker nedgang i de fleste aldersgrupper fra 30 år og oppover, mens endringen blant 18–29 år ikke er statistisk sikker. For utdanning er det statistisk sikker nedgang i begge utdanningsgrupper, uten tydelig endring i forskjellen mellom dem. Etter opplevde økonomiske vansker er det fortsatt et klart nivåskille mellom dem med lett og vanskelig økonomi, men bare gruppen med lett økonomi har en statistisk sikker nedgang fra 2021 til 2025. For dem med vanskelig økonomi er endringen liten og ikke statistisk sikker.

3.46 Trygg i nærmiljøet (0-10)

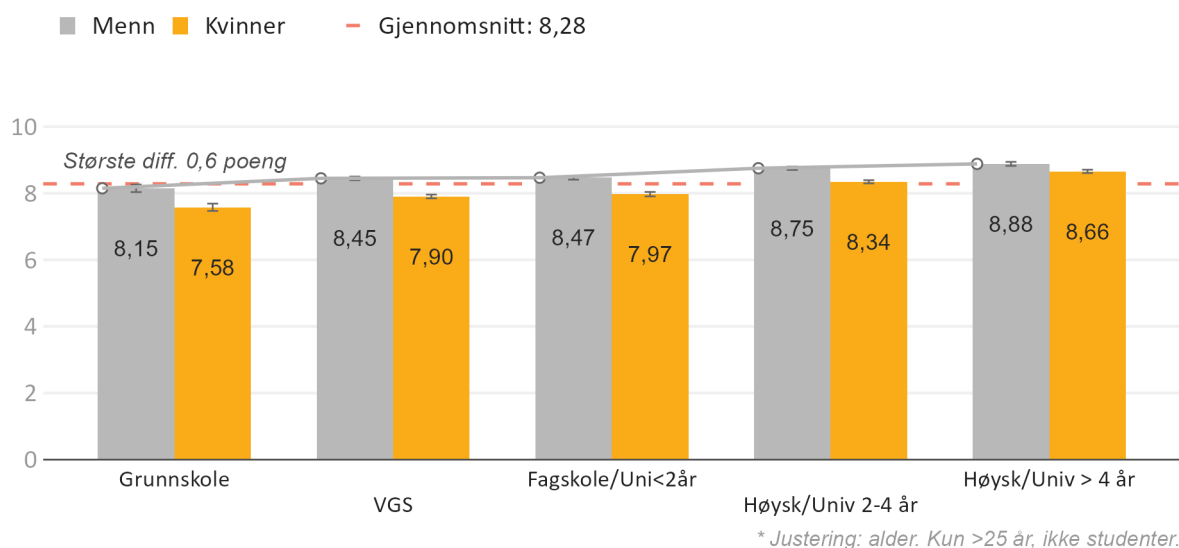
Svarandel: Totalt 41 823 deltakere av 45 794 (91,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	41 823	8,28	8,26 – 8,30
Kvinner	22 807	8,08	8,06 – 8,11
Menn	19 016	8,52	8,49 – 8,55

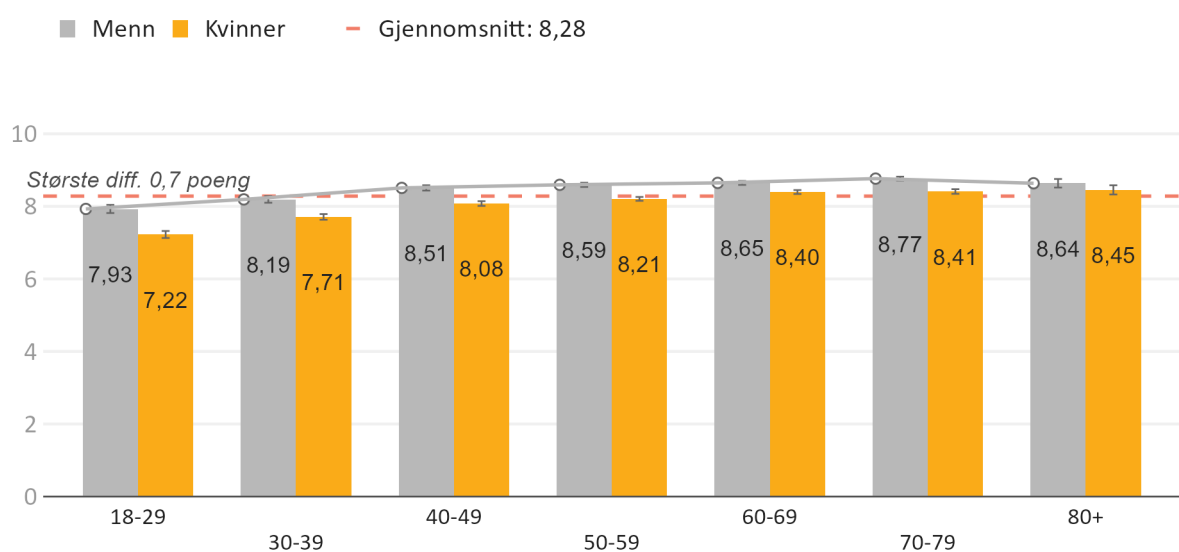
Figur 210: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kommuner i fylket (A)



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 en tydelig variasjon mellom kommunene. Marker har høyest nivå av opplevd trygghet med 9,1 poeng, mens Sarpsborg ligger lavest med 8,0 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er 1,1 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,57$, som tilsvarer en stor forskjell. Flere kommuner ligger nær toppen av fordelingen, blant annet Aremark med 9,1 poeng og Hvaler med 9,0 poeng. Også Våler og Skiptvet ligger høyt, med henholdsvis 8,9 og 8,8 poeng, mens Rakkestad følger etter med 8,7 poeng. I den nedre delen av skalaen finner vi Halden med 8,1 poeng og Råde med 8,2 poeng, sammen med Moss på 8,3 poeng og Fredrikstad på 8,3 poeng. Indre Østfold ligger på 8,4 poeng. Samlet viser figuren at opplevd trygghet varierer merkbart mellom kommunene, selv om nivået stort sett er høyt.

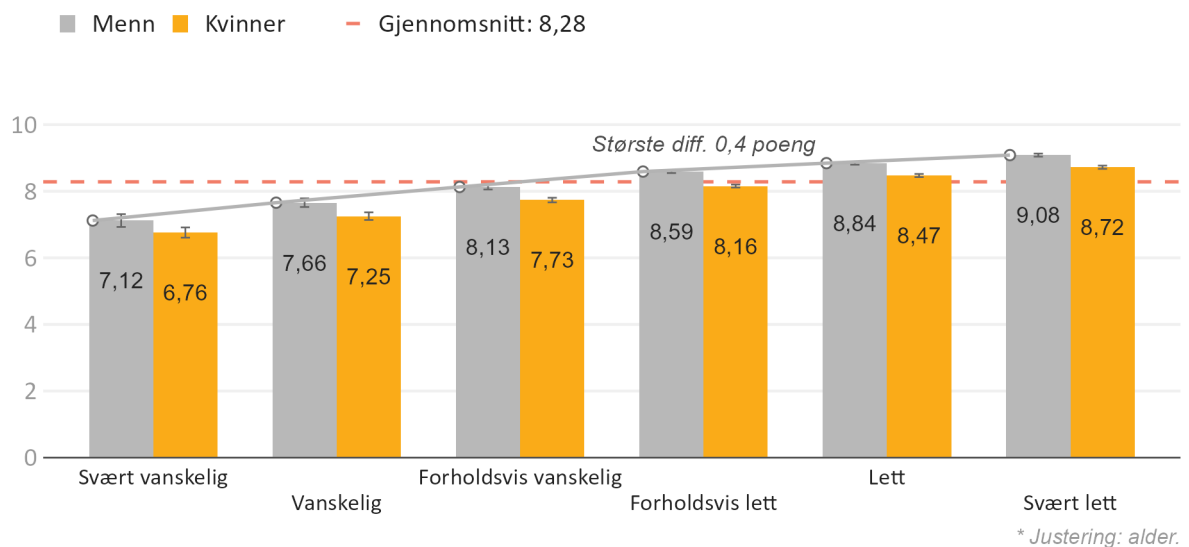
Figur 211: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er trygghetsskåren høyest blant dem med høyskole og universitet over fire år, med 8,7 poeng, mens kvinner med grunnskole ligger lavest med 7,6 poeng. Dette gir en tydelig og statistisk sikker forskjell på 1,1 poeng, og Cohen's d er 0,57, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er skåren høyest i gruppen med høyskole og universitet over fire år, med 8,9 poeng, og lavest blant menn med grunnskole, med 8,2 poeng. Forskjellen er 0,7 poeng og statistisk sikker, og Cohen's d er 0,39, som tilsier en middels forskjell. På alle utdanningsnivåene rapporterer menn høyere trygghet enn kvinner, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst blant dem med grunnskole, der menn ligger 0,6 poeng over kvinner, og minst blant dem med høyskole og universitet over fire år, der forskjellen er 0,2 poeng. Samlet sett ligger skårene høyt i alle grupper, men både utdanningsnivå og kjønn henger tydelig sammen med opplevd trygghet.

Figur 212: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og alder (C)

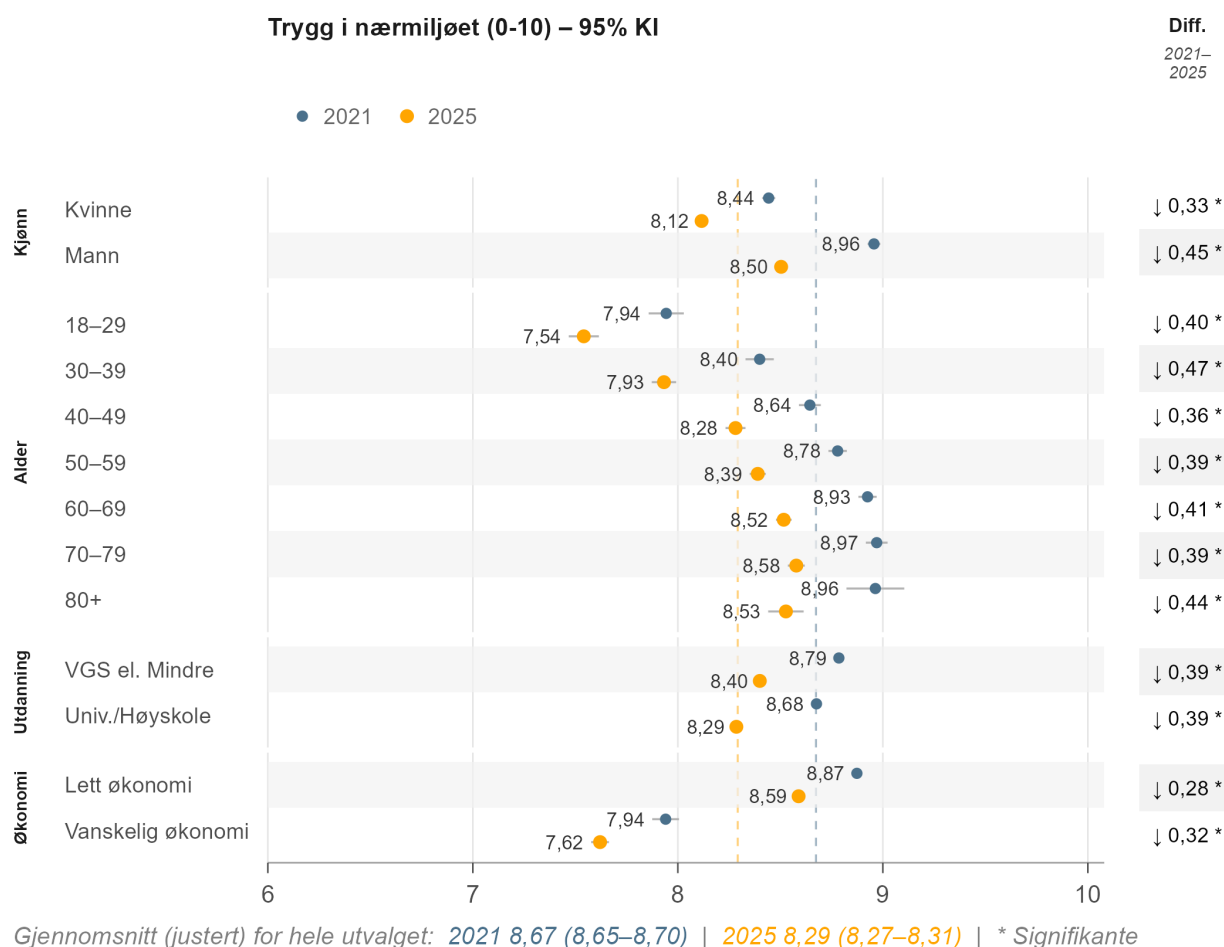
Figur C viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren med alderen, fra 7,2 poeng i alderen 18-29 til 8,5 poeng i 80+, en forskjell på 1,2 poeng. Denne forskjellen er statistisk sikker og Cohen's d er 0,63, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn ligger de yngste lavest, med 7,9 poeng i 18-29, mens høyeste nivå finnes i 70-79 med 8,8 poeng. Forskjellen er 0,8 poeng, statistisk sikker, og Cohen's d er 0,43, som tilsvarer en middels forskjell. I de fleste aldersgrupper skårer menn høyere enn kvinner, og disse kjønnsforskjellene er statistisk sikre fra 18-29 til 70-79. Forskjellen er størst i 18-29, der menn ligger 0,7 poeng over kvinner, og blir gradvis mindre med alderen, ned til 0,3 poeng i 60-69. I 80+ er nivåene mer like, med 8,5 poeng blant kvinner og 8,6 poeng blant menn, uten statistisk sikker kjønnsforskjell.

Figur 213: 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 er trygghetsskåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 8,7 poeng, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 6,8 poeng. Dette gir en differanse på 2,0 poeng, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's d er 1,01, som tilsier en stor forskjell mellom ytterpunktene. Også blant menn er skåren høyest i gruppen svært lett, med 9,1 poeng, og lavest i gruppen svært vanskelig, med 7,1 poeng. Differansen er dermed 2,0 poeng, statistisk sikker, og Cohen's d er 1,01, som også her tilsier en stor forskjell. På tvers av alle nivåer av husholdningsøkonomi skårer menn høyere enn kvinner, med 0,4 poeng i hver gruppe, og disse kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre. Samlet viser figuren et tydelig mønster der bedre opplevd husholdningsøkonomi henger sammen med høyere opplevd trygghet i nærmiljøet for både kvinner og menn.

Figur 214: Trygg i nærmiljøet (0-10) (E)



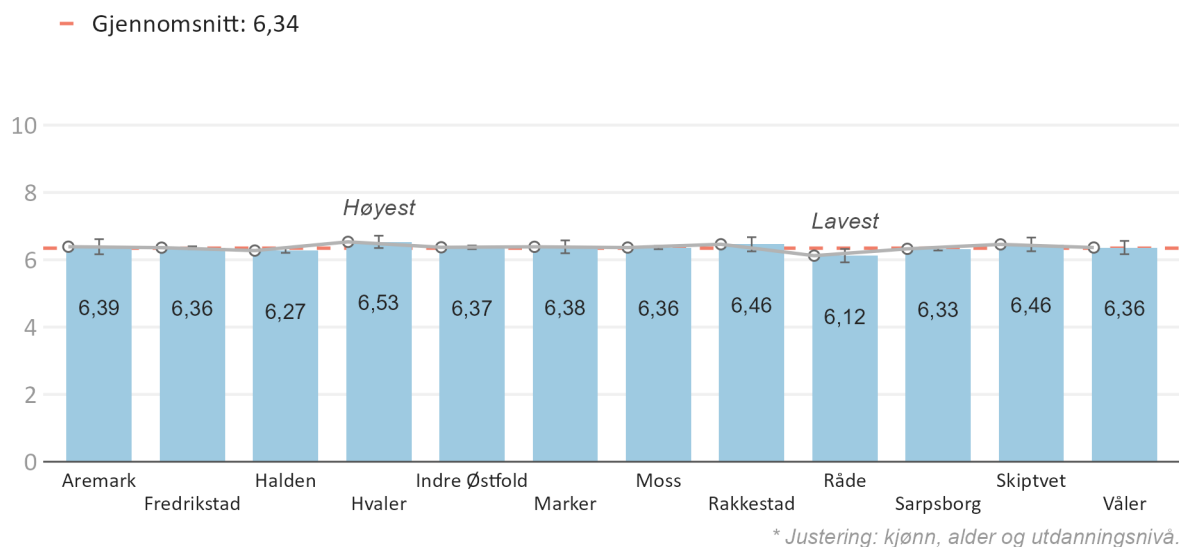
Figur E viser gjennomsnittsskåren for trygg i nærmiljøet (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett går trygghetsskåren ned fra 2021 til 2025, og endringen er statistisk sikker. Nedgangen ses også innen alle undergrupper som er vist, og for hver av dem er endringen statistisk sikker. Kjønnforskjellen består over tid, med høyere skår blant menn enn blant kvinner i begge år, og mønsteret fremstår i hovedsak uendret selv om begge kjønn faller. For alder ligger de yngste gjennomgående lavest og de eldre høyere i både 2021 og 2025, og alle aldersgrupper har en tydelig nedgang. Utdanningsgruppene ligger relativt nær hverandre i begge år, og begge grupper går ned omtrent like mye. Personer med lett økonomi rapporterer høyere trygghet enn personer med vanskelig økonomi i både 2021 og 2025, og forskjellen mellom disse gruppene ser i hovedsak ut til å vedvare. Samlet peker resultatene på en bred nedgang i opplevd trygghet fra 2021 til 2025, uten at rangeringen mellom gruppene endrer seg vesentlig.

3.47 Engasjement (0-10)

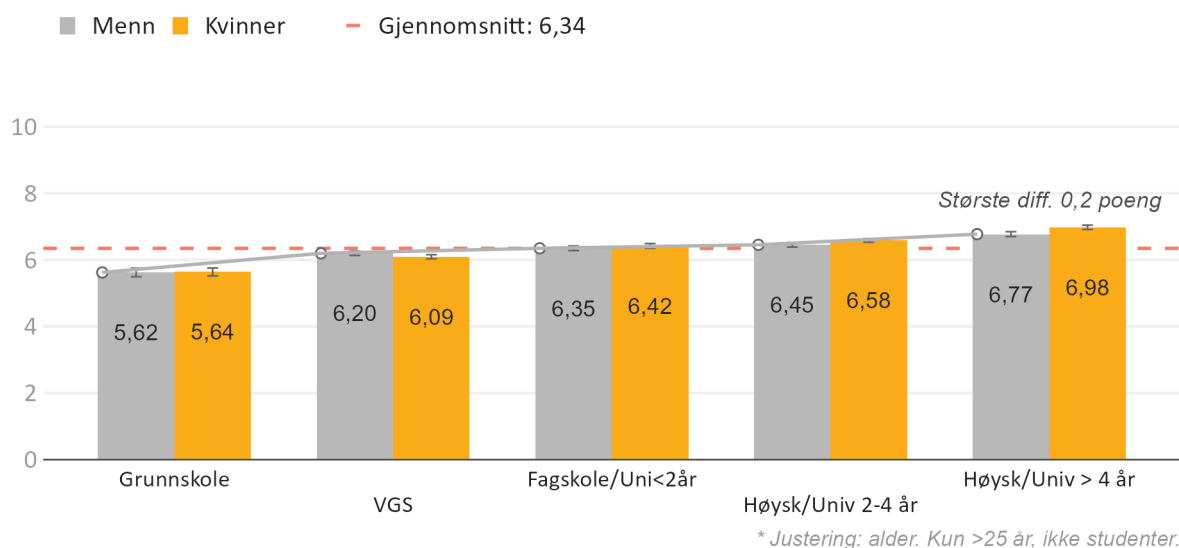
Svarandel: Totalt 42 155 deltakere av 45 794 (92,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	42 155	6,34	6,32 – 6,37
Kvinner	23 008	6,37	6,34 – 6,40
Menn	19 147	6,31	6,28 – 6,34

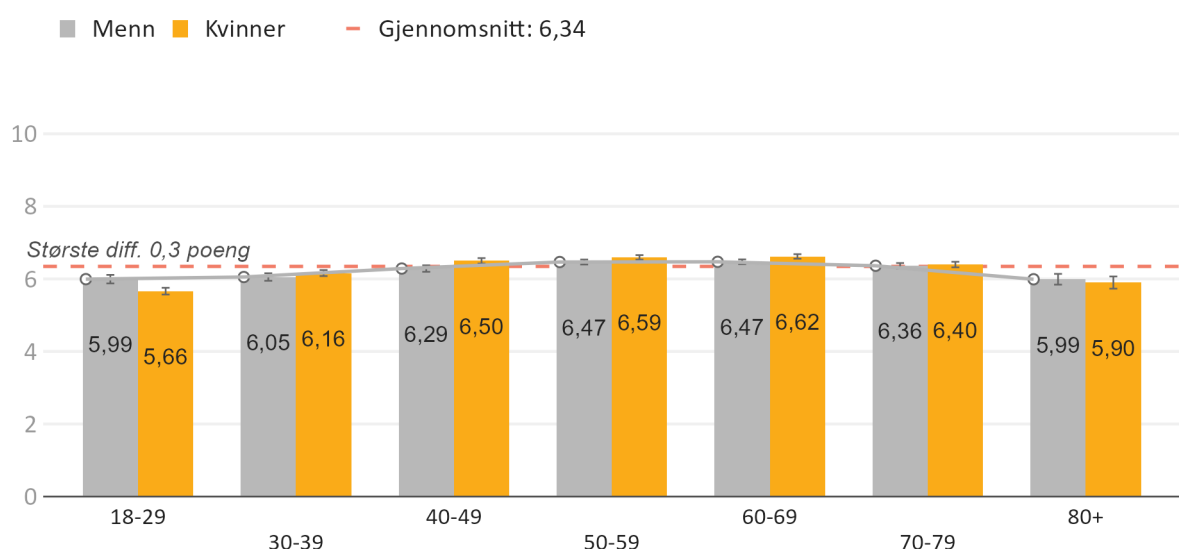
Figur 215: Engasjement (0-10) etter kommuner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på kommuner i fylket. Skårene ligger samlet sett tett, med gjennomsnitt mellom 6,1 og 6,5 poeng på tvers av kommunene. Hvaler har høyest nivå med 6,5 poeng, mens Råde har lavest med 6,1 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,4 poeng, og denne forskjellen framstår som statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's $d = 0,18$, som tilsier en liten forskjell i engasjement mellom kommunene. Flere kommuner ligger nær midten av fordelingen, som Fredrikstad, Moss og Våler med 6,4 poeng, og Indre Østfold og Marker med 6,4 poeng. Sarpsborg ligger på 6,3 poeng, mens Halden ligger noe lavere med 6,3 poeng. Rakkestad og Skiptvet skiller seg ut med relativt høye skårer på 6,5 poeng, men fortsatt innenfor et samlet nivå der variasjonen mellom kommunene er begrenset.

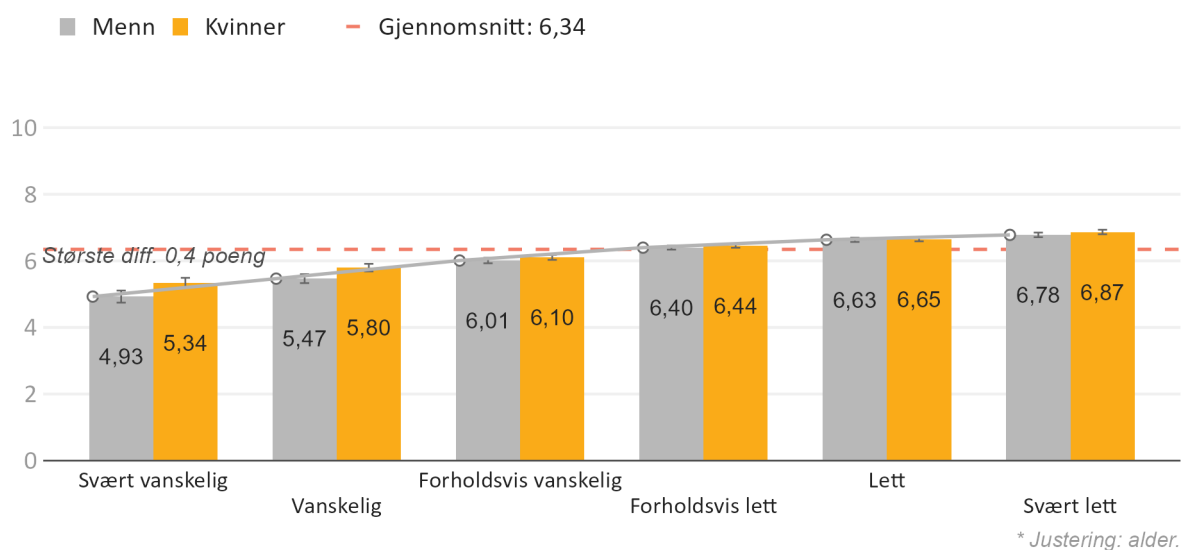
Figur 216: Engasjement (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner øker skåren med utdanningsnivå, fra 5,6 poeng i gruppen med grunnskole til 7,0 poeng blant dem med høyskole og universitet over 4 år. Differansen mellom laveste og høyeste nivå er 1,3 poeng, og Cohen's d er 0,60, som tilsvarer en stor forskjell. Menn viser samme hovedmønster, med lavest skår ved grunnskole på 5,6 poeng og høyest ved høyskole og universitet over 4 år på 6,8 poeng. Her er differansen 1,1 poeng, og Cohen's d er 0,52, også en stor forskjell. Når en sammenligner kvinner og menn innen samme utdanningsnivå, er forskjellene gjennomgående små. I gruppene med høyskole og universitet 2–4 år og høyskole og universitet over 4 år skårer kvinner litt høyere enn menn, med henholdsvis 0,1 og 0,2 poeng, og disse forskjellene framstår som statistisk sikre. For grunnskole, videregående og fagskole og universitet under 2 år er kjønnsforskjellene på 0,0 til 0,1 poeng og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 217: Engasjement (0-10) etter kjønn og alder (C)

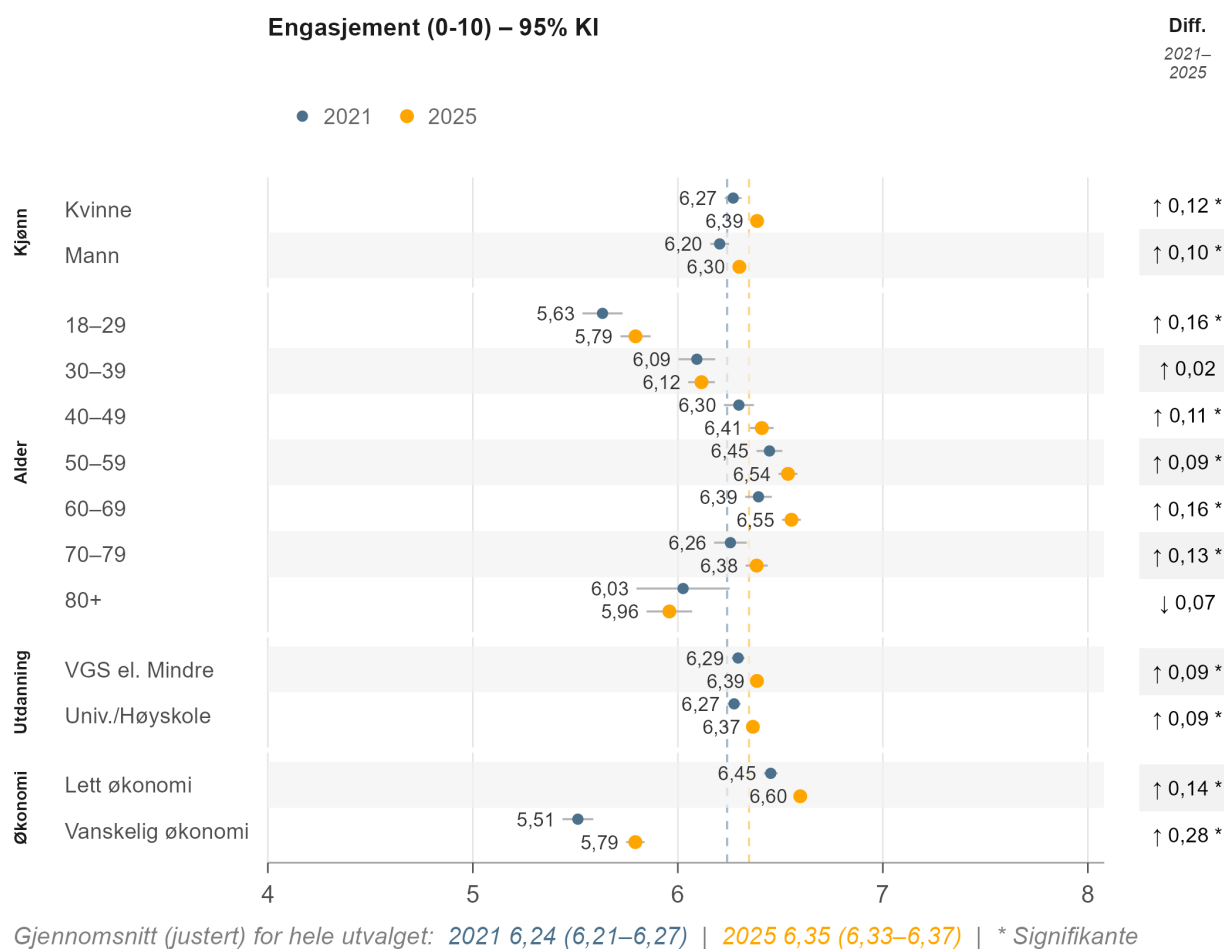
Figur C viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren lavest i alderen 18-29, med 5,7 poeng, og høyest i 60-69, med 6,6 poeng. Differansen er 1,0 poeng, og dette framstår som en statistisk sikker forskjell. Cohen's d er 0,43, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er skåren høyest i 60-69, med 6,5 poeng, og lavest i 80+, med 6,0 poeng. Her er differansen 0,5 poeng, også en statistisk sikker forskjell, men med Cohen's d på 0,21, som tilsvarer en liten forskjell. Ser man på kjønn innen aldersgrupper, er menn høyere enn kvinner i 18-29 (6,0 mot 5,7 poeng), og dette er en statistisk sikker forskjell på 0,3 poeng. I 40-49 og 60-69 ligger kvinner høyere enn menn, med henholdsvis 0,2 og 0,1 poeng, og disse forskjellene er statistisk sikre. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 218: Engasjement (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren på engasjement når husholdningsøkonomien vurderes som lettere å få til å strekke til. Kvinner har høyest engasjement blant dem som oppgir at økonomien er svært lett, med 6,9 poeng, og lavest blant dem som oppgir at den er svært vanskelig, med 5,3 poeng. Dette utgjør en forskjell på 1,5 poeng, og Cohen's d er 0,68, som tilsvarer en stor forskjell. Menn følger samme mønster, med 6,8 poeng i gruppen svært lett og 4,9 poeng i gruppen svært vanskelig. Her er forskjellen 1,9 poeng, og Cohen's d er 0,83, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene er ellers små i de fleste økonomigruppene, men i gruppene vanskelig og svært vanskelig ligger menn lavere enn kvinner. I gruppen svært vanskelig er forskjellen 0,4 poeng, og i gruppen vanskelig er den 0,3 poeng, og disse forskjellene framstår som statistisk sikre.

Figur 219: Engasjement (0-10) (E)



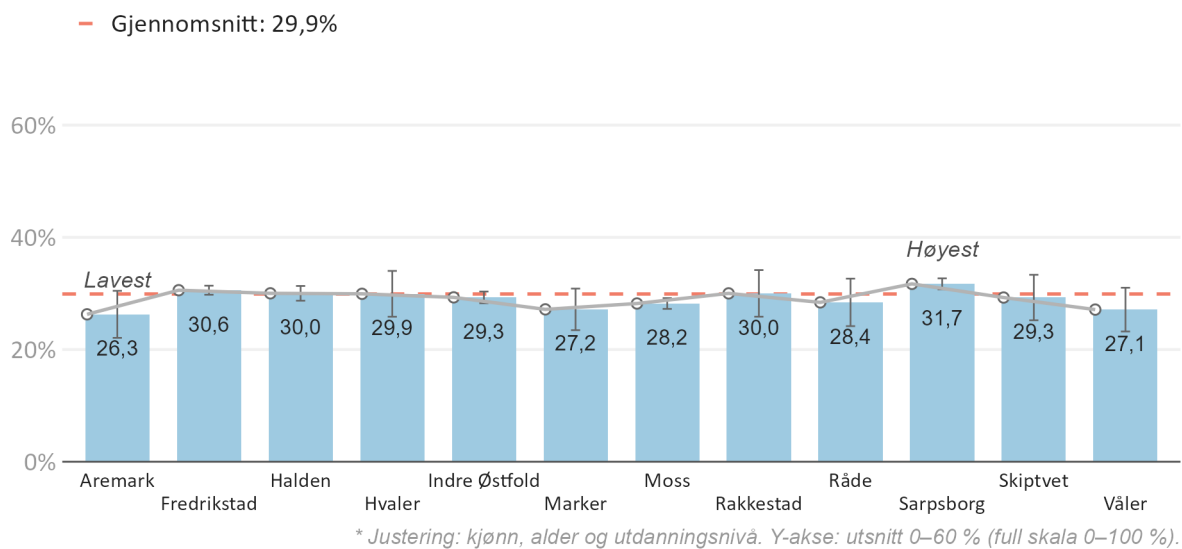
Figur E viser gjennomsnittsskåren for engasjement (0-10) på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt sett øker engasjementet fra 6,2 til 6,3, og denne endringen er statistisk sikker. Både kvinner og menn har en statistisk sikker økning fra 2021 til 2025, og kjønnsforskjellen framstår i hovedsak som stabil over tid. På tvers av alder er det statistisk sikker økning i flere grupper, særlig blant 18–29 år og fra 40 til 79 år, mens 30–39 år og 80 år eller eldre ikke har en statistisk sikker endring. Mønsteret med lavere skår blant de yngste voksne enn blant middelaldrende og eldre ser dermed i hovedtrekk ut til å bestå. For utdanning er det statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og forskjellene mellom dem endrer seg lite. For opplevd økonomi øker engasjementet statistisk sikkert både blant dem med lett økonomi og dem med vanskelig økonomi, og nivåforskjellen mellom gruppene består selv om økningen er størst i gruppen med vanskelig økonomi. Samlet peker resultatene mot en moderat, men gjennomgående oppgang fra 2021 til 2025, uten tydelige endringer i hvordan gruppene ligger relativt til hverandre.

3.48 Økonomiske vansker

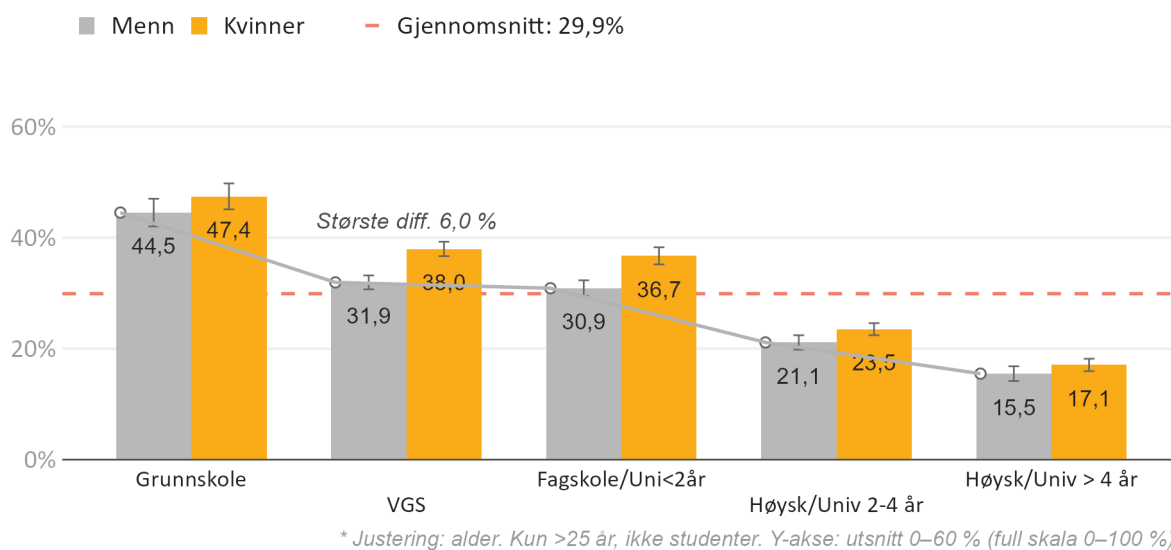
Svarandel: Totalt 41 022 deltakere av 45 794 (89,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	41 022	29,9 %	29,4 – 30,4
Kvinner	22 334	30,9 %	30,3 – 31,6
Menn	18 688	28,7 %	28,0 – 29,3

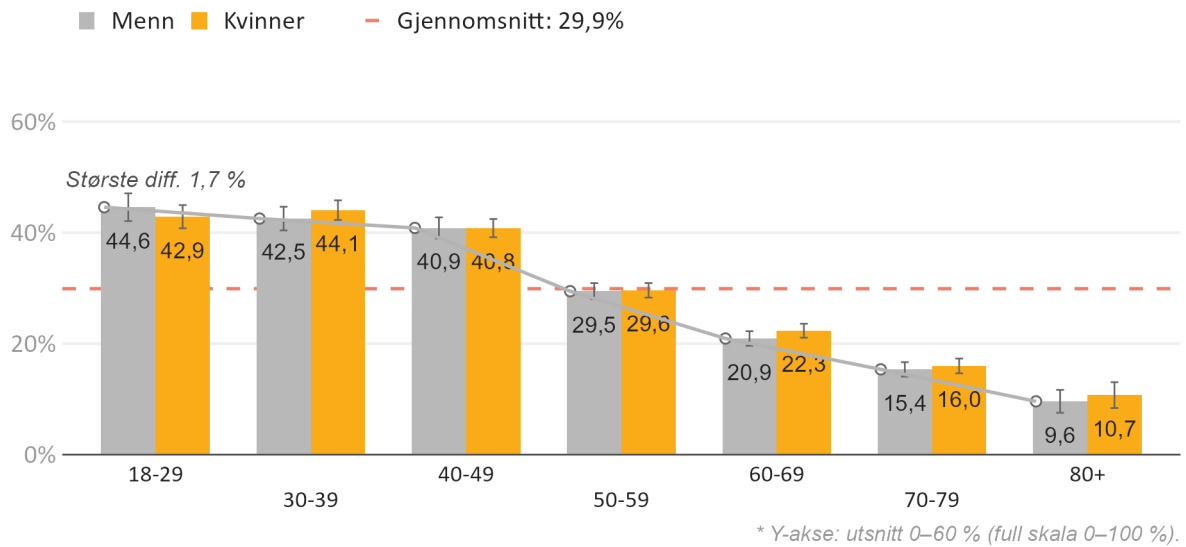
Figur 220: Økonomiske vansker etter kommuner i fylket (A)



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. Andelen varierer fra 26,3 prosent i Aremark til 31,7 prosent i Sarpsborg. Dette gir en forskjell på 5,4 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og forskjellen framstår som statistisk sikker. Cohen's h er 0,12, som tilsvarer en liten forskjell, noe som tyder på at variasjonen mellom kommunene samlet sett er begrenset. Flere kommuner ligger rundt 30,0 prosent, blant annet Halden og Rakkestad med 30,0 prosent, og Fredrikstad med 30,6 prosent. Hvaler ligger også høyt med 29,9 prosent. Midt i fordelingen finner vi Indre Østfold og Skiptvet med 29,3 prosent, mens Moss og Råde ligger noe lavere med henholdsvis 28,2 prosent og 28,4 prosent. De laveste andelene, i tillegg til Aremark, er i Våler med 27,1 prosent og Marker med 27,2 prosent. Samlet viser figuren et mønster der forskjellene mellom kommunene er til stede, men i hovedsak små.

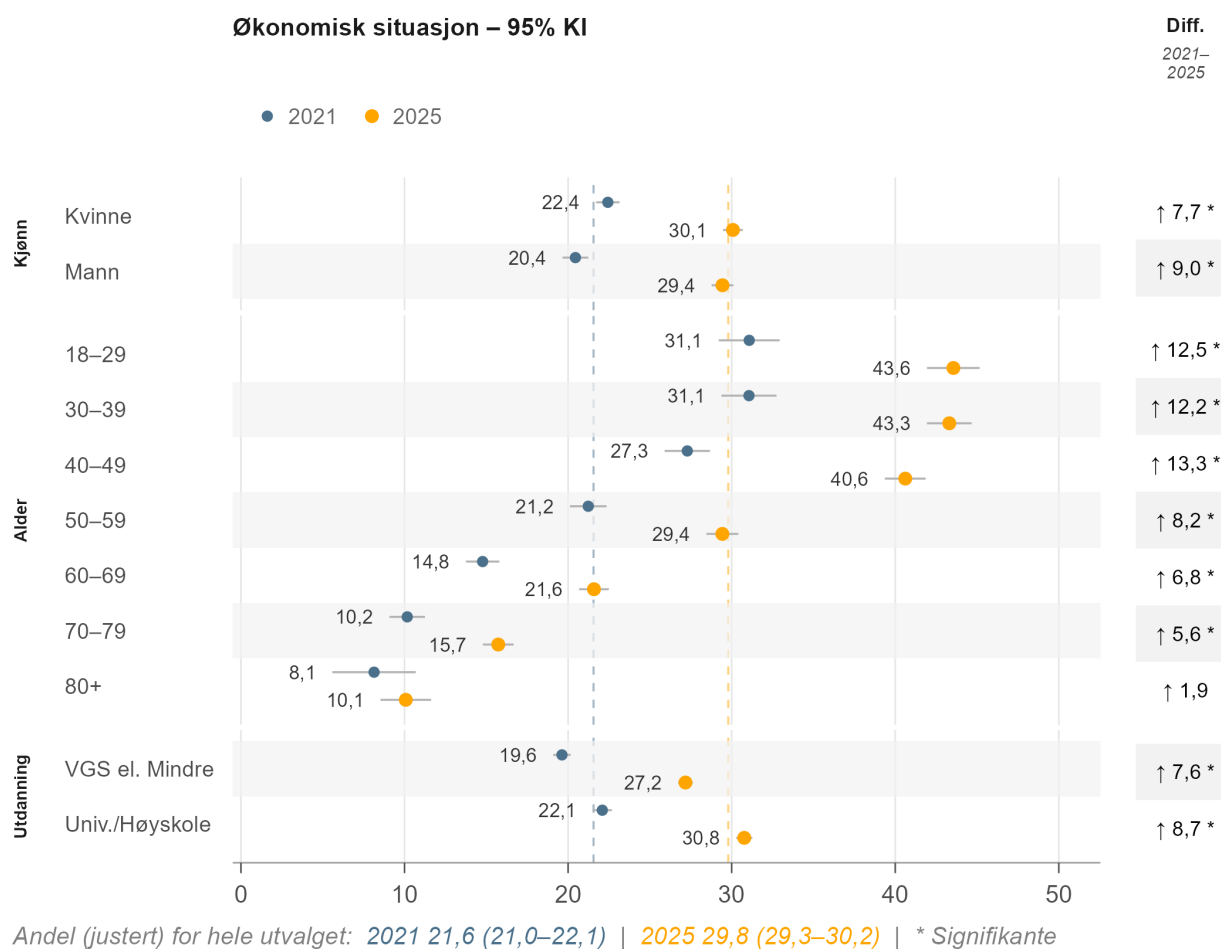
Figur 221: Økonomiske vansker etter kjønn og utdanningsnivå (B)

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 og universitet over fire år. Blant kvinner oppgir 47,4 prosent med grunnskole at økonomien er vanskelig å få til å strekke, mens andelen er 17,1 prosent blant dem med høyskole og universitet over fire år. Dette tilsvarer en forskjell på 30,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,67, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen 44,5 prosent i gruppen med grunnskole og 15,5 prosent i gruppen med høyskole og universitet over fire år, en forskjell på 29,0 prosentpoeng. Også her er forskjellen stor, med Cohen's h på 0,65. På tvers av utdanningsnivåer ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellen er tydelig i gruppene med videregående skole, der 38,0 prosent av kvinnene og 31,9 prosent av mennene rapporterer vansker, og i fagskole og universitet under to år, med 36,7 prosent blant kvinner og 30,9 prosent blant menn. Det er også en tydelig, men mindre, kjønnforskjell ved høyskole og universitet to til fire år.

Figur 222: Økonomiske vansker etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 30-39, der 44,1 prosent oppgir økonomiske vansker, og lavest i 80+, der 10,7 prosent oppgir det samme. Dette gir en tydelig nedgang med økende alder, og forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 33,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,78, som tilsier en stor forskjell mellom aldersgruppene blant kvinner. Blant menn er andelen høyest i 18-29, med 44,6 prosent, og lavest i 80+, med 9,6 prosent. Også her avtar andelen jevnt med alder, og differansen mellom høyeste og laveste nivå er 35,0 prosentpoeng. Cohen's h er 0,83, som også tilsier en stor forskjell. Sammenlignet innen hver aldersgruppe er nivåene svært like for kvinner og menn. Kjønnforskjellene varierer fra 1,7 prosentpoeng i 18-29 til 0,0 prosentpoeng i 40-49, og ingen av disse forskjellene framstår som statistisk sikre.

Figur 224: Økonomiske vansker (E)



Figur E viser andelen som oppgir økonomisk situasjon på tvers av kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomiske vansker i 2021 og 2025. Totalt øker andelen som opplever økonomiske vansker fra 21,6 prosent i 2021 til 29,8 prosent i 2025, og denne økningen er statistisk sikker. Økningen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellene framstår i hovedsak som stabile over tid. På tvers av alder er det en tydelig statistisk sikker økning i de fleste aldersgrupper, og nivåene er fortsatt høyest blant de yngste og lavest blant de eldste. Økningen er særlig stor i aldersgruppene 18–29, 30–39 og 40–49 år, mens den er mindre i de eldste gruppene. For personer 80 år og eldre er endringen fra 2021 til 2025 ikke statistisk sikker. Etter utdanning øker andelen statistisk sikkert både blant dem med videregående skole eller mindre og blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og mønsteret mellom utdanningsgruppene endrer seg lite. Samlet peker utviklingen mot at en større andel rapporterer økonomiske vansker i 2025 enn i 2021, uten at rangeringen mellom gruppene ser ut til å være vesentlig endret.

4 Diskusjon

Folkehelseundersøkelsen i Østfold 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 fylke- og kommunenivå.

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

4.1 Forskjeller på tvers av geografiske områder

Opplevd tilgjengelighet til tilbud og kvaliteter i nærmiljøet er det som i størst grad skiller kommunene fra hverandre, mens forskjellene i de fleste helse- og levevaneindikatorer er mindre. Særlig gjelder dette tilgjengelighet til offentlig transport, kulturtilbud, idrettstilbud, servicetilbud og gang- og sykkelveier. For flere av disse indikatorer er forskjellene mellom kommunene store i praktisk betydning, noe som er å forvente ettersom kommunene i Østfold har ulike geografiske forutsetninger, bosettingsmønstre og avstander.

Mønsteret er samtidig ikke entydig i den forstand at de samme kommunene kommer best eller dårligst ut på alle nærmiljøindikatorer. Noen kommuner har høy opplevd tilgjengelighet til kultur, service eller transport, mens andre skårer høyere på natur- og friluftsområder, idrettstilbud, trygghet eller tilhørighet. Tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder vurderes gjennomgående som god i alle kommuner, men også her er det målbare forskjeller. Dette tyder på at kommuneforskjellene i nærmiljø i større grad handler om ulike profiler enn om en enkel rangering fra gunstige til mindre gunstige kommuner.

For helse, levevaner og livskvalitet er kommuneforskjellene gjennomgående mindre. Mange av forskjellene er statistisk sikre, men effektstørrelsene er oftest relativt små. Dette gjelder blant annet egenvurdert helse, tannhelse, fedme, fysisk aktivitet, kosthold, søvnproblemer, psykiske plager, ensomhet, alkoholbruk og muskel- og skjelettplager. Resultatene viser dermed at det finnes målbare geografiske variasjoner, men at nivåene i mange tilfeller er relativt like på tvers av kommunene. I praktisk forstand fremstår dette som et viktig skille: de kommunale forskjellene er tydeligere for lokale omgivelser og tilgjengelighet enn for de fleste individuelle helseutfallene.

Samtidig peker enkelte helse- og livskvalitetsindikatorer på kommunale mønstre som kan være verdt å merke seg. Opplevd trygghet, trivsel i nærmiljøet og tilhørighet varierer mer enn mange av de øvrige livskvalitetsmålene. Marker skiller seg ut med høye nivåer på flere slike nærmiljørelaterede mål, mens Sarpsborg ligger lavere på trygghet og trivsel og høyere på flere indikatorer for psykiske plager og belastninger. Råde kommer også lavere ut på enkelte indikatorer for livstilfredshet, tilhørighet og sosial kontakt. Slike mønstre bør likevel tolkes nøkternt, fordi variasjonene ikke er like sterke på alle indikatorer, og fordi resultatene ikke gir grunnlag for å si noe sikkert om årsakene til forskjellene.

Rapporterte levevaner viser et mer sammensatt bilde. Hyppig alkoholbruk er høyere i enkelte kommuner, særlig Hvaler, Moss og Fredrikstad, mens episodisk høyt alkoholkonsum særlig ligger høyere i Fredrikstad og Moss. For daglig røyking og daglig snusbruk er kommuneforskjellene mindre og ikke statistisk sikre. Kostholdsindikatorer varierer også

moderat, med noen kommunale utslag for fisk, grønnsaker og sukkerholdig drikke, men uten at dette danner et klart og gjennomgående geografisk mønster. Samlet sett fremstår levevaneområdet derfor som preget av mindre kommunale nivåforskjeller enn nærmiljø- og tilgjengelighetsindikatorene.

Den overordnede tolkningen er at bosted har størst betydning for hvordan innbyggerne vurderer de lokale rammene rundt hverdagslivet, mens mange helse- og livskvalitetsindikatorer varierer mer begrenset mellom kommunene. Dette innebærer ikke at små forskjeller er uviktige, særlig ikke der de gjelder store befolkningsgrupper eller flere beslektede indikatorer samtidig. Men resultatene tyder på at de mest markante kommuneforskjellene i denne undersøkelsen først og fremst handler om nærmiljø, tilgjengelighet og lokal infrastruktur, mens forskjellene i helse, levevaner og subjektiv livskvalitet i hovedsak er mindre og mer nyanserte.

4.2 Kjønnsforskjeller

Kjønnsforskjellene i resultatene fremstår som tydelige på noen områder, men langt mer begrensede på andre. Det mest gjennomgående mønsteret er at menn rapporterer høyere nivå av flere risikorelaterte levevaner, mens kvinner oftere rapporterer helseplager, psykiske belastninger og muskel- og skjelettplager. Samtidig er forskjellene mellom kvinner og menn ofte mindre enn forskjellene etter alder, utdanning og særlig vurdering av husholdningsøkonomi. Kjønn ser derfor ut til å være en relevant, men ikke alltid den mest utslagsgivende dimensjonen i resultatene.

Når det gjelder helseatferd er kjønnsforskjellene særlig tydelige for alkohol, snus og sukkerholdig drikke. Menn drikker flere alkoholenheter per drikkedag enn kvinner, rapporterer oftere episodisk høyt alkoholinntak og har høyere andel som drikker alkohol flere ganger i uken. Dette gjelder på tvers av utdanningsnivå, aldersgrupper og vurdering av husholdningsøkonomi. Menn bruker også snus daglig i større grad enn kvinner, og forskjellen er tydelig i alle aldersgrupper og utdanningsnivåer. For sukkerholdig drikke er mønsteret tilsvarende, med høyere andeler blant menn på tvers av grupper. Røyking skiller seg noe fra dette mønsteret. Her er kjønnsforskjellene mindre og varierer mer etter alder, utdanning og økonomi, mens de sosiale gradientene er tydelige for begge kjønn.

Kvinner rapporterer oftere daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker enn menn. Dette er et av de mest konsistente kjønnsforskjellene i materialet, og gjelder på tvers av både utdanning, alder og økonomisk situasjon. For fisk er kjønnsforskjellene derimot små og stort sett ikke statistisk sikre. Samlet tyder dette på at de tydeligste kjønnsforskjellene i kosthold særlig gjelder daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker, ikke alle kostholdsindikatorer.

Når det gjelder helse og helseplager, rapporterer kvinner gjennomgående mer belastning på flere områder. Dette gjelder særlig søvnproblemer, nakkesmerter, korsryggsmerter, psykiske plager, negative følelser og helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad. For nakkesmerter er kjønnsforskjellene særlig markerte og konsistente, med høyere andeler blant kvinner på tvers av utdanning, alder og økonomivurdering. Også for insomni ligger kvinner høyere enn menn i de fleste grupper, selv om forskjellene blir mindre i de eldste aldersgruppene og blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig. For egenvurdert generell helse er kjønnsforskjellene derimot små. Det betyr at kvinner oftere rapporterer konkrete plager og belastninger, uten at dette nødvendigvis gir tilsvarende store utslag i den samlede vurderingen av egen helse.

For psykisk helse og livskvalitet er bildet sammensatt. Kvinner rapporterer noe høyere nivå av psykiske plager og negative følelser enn menn, mens kjønnsforskjellene i livstilfredshet og positive følelser er små. På flere indikatorer for mening, fremtidstro og sosiale relasjoner skårer kvinner noe høyere enn menn, men forskjellene er som regel moderate sammenlignet med forskjellene etter økonomi, utdanning og alder. Ensomhet viser også et nyansert bilde. På to ulike indikatorer for ensomhet er kjønnsforskjellene små, mens forskjellene over alder, utdanning og økonomi er langt tydeligere. Dette er viktig, fordi det viser at psykososiale forskjeller ikke uten videre kan forstås som rene kjønnsforskjeller.

På sosial støtte og sosial deltakelse kommer kvinner ofte noe bedre ut enn menn. Kvinner skårer høyere på at deres sosiale relasjoner er støttende og givende og at de bidrar til andres livskvalitet, samt har de høyere andel med høy sosial støtte. De deltar også oftere i annen sosial aktivitet i flere grupper, særlig blant middelaldrende og eldre. For frivillig arbeid og organisert aktivitet er kjønnsforskjellene derimot små og mindre konsistente. Menn deltar mer enn kvinner blant de yngste, mens kvinner ligger høyere i enkelte eldre aldersgrupper. Det tyder på at kjønnsforskjellene for sosial deltakelse varierer med alder og type deltakelse.

Et annet tydelig funn gjelder opplevd trygghet. Menn rapporterer høyere trygghet i nærmiljøet enn kvinner på tvers av utdanning, alder og økonomisk situasjon. Forskjellen er størst blant de yngste og blant dem med lavere utdanning, men mønsteret er gjennomgående. Samtidig rapporterer kvinner ofte noe høyere trivsel i nærmiljøet og høyere opplevd tilgjengelighet til enkelte tilbud, som kultur- og idrettstilbud. Disse forskjellene er likevel mer moderate enn kjønnsforskjellen i trygghet.

Samlet sett viser resultatene at kjønn er særlig relevant for alkoholbruk, snusbruk, sukkerholdig drikke, kosthold, søvn, muskel- og skjelettplager, psykiske belastninger og opplevd trygghet. Samtidig viser materialet at kjønnsforskjeller ofte virker sammen med andre bakgrunnsforhold. For mange indikatorer er forskjellene etter økonomi, utdanning og alder større enn forskjellene mellom kvinner og menn. En nøktern tolkning er derfor at kjønn bidrar til viktige forskjeller i levevaner, helseplager og opplevd trygghet, men at kjønnsforskjellene bør forstås som del av et bredere mønster av sosiale og demografiske forskjeller.

4.3 Aldersforskjeller

Resultatene viser tydelige aldersforskjeller på tvers av mange av indikatorene, men mønstrene varierer mellom levevaner, helse, livskvalitet og nærmiljø. Et gjennomgående hovedtrekk er at yngre aldersgrupper oftere rapporterer økonomiske vansker, psykiske plager, negative følelser, ensomhet, høyt inntak av sukkerholdig drikke, snusbruk og høyt alkoholinntak per drikkedag. Eldre aldersgrupper rapporterer derimot oftere høyere livstilfredshet, sterkere tilhørighet til bostedet, høyere trygghet i nærmiljøet, større trivsel i nærmiljøet og hyppigere inntak av fisk, frukt og bær.

For psykisk helse og livskvalitet fremstår aldersforskjellene som særlig tydelige. De yngste rapporterer høyest nivå av psykiske plager, negative følelser og ensomhet, mens nivåene gjennomgående er lavere i eldre aldersgrupper. Samtidig øker livstilfredshet, positive følelser, mening i hverdagen, tillit og tilhørighet med alder, ofte med høyest nivå i aldersgruppene fra 60 år og oppover. Forventet livstilfredshet skiller seg fra dette mønsteret ved at de yngre og midtre aldersgruppene vurderer fremtiden mest positivt, mens forventningene er lavest blant de eldste (kanskje ikke unaturlig gitt det spørres om de neste fem årene). Dette er et annet mål enn nåværende livstilfredshet, og resultatene viser at de to indikatorene følger ulike aldersmønstre.

Aldersforskjellene i levevaner er også markerte, men ikke entydige. Snusbruk og sukkerholdig drikke er klart mest utbredt blant de yngste og avtar med alder. Episodisk høyt alkoholinntak og antall alkoholenheter per drikkedag er også høyest blant de yngste. Samtidig øker andelen som drikker alkohol flere ganger i uken med alder, særlig fram mot 70–79 år. Dette viser at alkoholemønsteret varierer etter hvilken side ved alkoholbruk som måles: de yngste rapporterer mest intensiv drikking når de drikker, mens de eldre oftere rapporterer hyppig alkoholbruk. Røyking har et annet mønster, med høyest andel i de middelaldrende og eldre voksenaldrene, særlig rundt 50–69 år, og lavere nivå blant både de yngste og de eldste.

Kostholdet viser en tydelig aldersgradient i retning av mer gunstige kostholdsvaner med økende alder. Andelen som spiser fisk minst 2–3 ganger i uken øker kraftig fra de yngste til de eldste aldersgruppene. Det samme gjelder daglig inntak av frukt og bær. Grønnsaksinntak øker også med alder, men forskjellene er mindre enn for fisk og frukt. Kjønnsforskjellene er viktige for enkelte kostholdsindikatorer: kvinner rapporterer gjennomgående høyere daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker enn menn i alle aldersgrupper. For fisk er kjønnsforskjellene derimot små.

For helseplager og fysisk helse er bildet mer sammensatt. Egenvurdert helse varierer relativt lite med alder, særlig blant kvinner, mens fedme øker fram mot middelalder og faller i de eldste gruppene. Muskel- og skjelettplager viser heller ikke et enkelt mønster der forekomsten bare øker med alder. Nakkesmerter er høyest i yngre og middelaldrende grupper og lavest blant de eldste, mens korsryggsmerter er vanlige i alle aldersgrupper og varierer mindre. Helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad, og plager grunnet skade, viser ulike aldersprofiler, men med noe høyere belastning i middelalder eller blant de eldste, avhengig av indikator. Kvinner rapporterer gjennomgående mer nakke- og korsryggsmerter enn menn, og de rapporterer også oftere søvnproblemer i de fleste aldersgrupper.

Nærmiljøindikatorene viser et tydelig mønster der eldre innbyggere ofte rapporterer høyere trivsel, trygghet, tilhørighet og bedre tilgjengelighet til flere lokale tilbud. Dette gjelder blant annet servicetilbud, natur- og friluftsområder, kulturtilbud, idrettstilbud og offentlig transport. Forskjellene er særlig markerte for trivsel i nærmiljøet, tilhørighet og trygghet. Gang- og sykkelveier skiller seg ut ved at aldersforskjellene er små. Samlet tyder resultatene på at de eldste i større grad vurderer nærmiljøet positivt, mens de yngste oftere rapporterer lavere trivsel, trygghet og tilhørighet.

Sosial kontakt og deltakelse viser flere ulike aldersmønstre. Sosial omgang med venner er høy blant de yngste, lavere i småbarns- og midtlivsfasene, og øker deretter igjen i eldre aldersgrupper. Frivillig arbeid og organisert aktivitet øker tydelig fram mot 70–79 år, mens annen sosial aktivitet også er høy blant eldre, særlig blant kvinner. Samtidig faller enkelte mål på sosial støtte i de eldste gruppene, særlig andelen med høy sosial støtte. Dette peker mot at sosial deltakelse og sosial støtte ikke nødvendigvis følger samme aldersmønster. De eldste kan ha høy trivsel, tilhørighet og sosial aktivitet, samtidig som andelen med høy sosial støtte er lavere enn i yngre og midtre aldersgrupper.

Samlet sett viser resultatene at alder er en av de mest utslagsgivende dimensjonene i materialet. De yngste kommer dårligere ut på flere indikatorer for psykisk helse, ensomhet, økonomiske vansker, trygghet og nærmiljøtrivsel, samtidig som de har høyere nivå av enkelte risikorelaterte levevaner. De eldre kommer bedre ut på mange livskvalitets- og nærmiljøsmål og har oftere gunstigere kostholdsvaner, men har også egne mønstre knyttet til lavere forventet livstilfredshet, lavere fysisk aktivitetsnivå i den eldste gruppen og lavere sosial støtte.

Kjønnsforskjeller finnes innen flere aldersgrupper, men hovedbildet er at aldersgradientene ofte er sterkere enn forskjellene mellom kvinner og menn.

4.4 Betydningen av utdanningsnivå

Resultatene viser en tydelig og gjennomgående sosial gradient etter utdanningsnivå, særlig for helse, tannhelse, levevaner, psykisk helse, sosial støtte og livskvalitet. På mange områder kommer personer med lengre utdanning bedre ut enn personer med grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanning. Dette mønsteret gjelder både kvinner og menn, og er ofte sterkere enn kjønnsforskjellene innen samme utdanningsnivå.

De tydeligste utdanningsforskjellene finnes i vurderingen av egen helse, tannhelse og økonomisk situasjon. Andelen som vurderer helsen og tannhelsen som god eller svært god øker markant med utdanningsnivå, mens andelen som opplever økonomiske vansker er klart høyest blant dem med kortest utdanning. Forskjellene er store i praktisk betydning, særlig for egenvurdert helse, tannhelse og økonomiske vansker. Det samme mønsteret går igjen for mer konkrete helsebelastninger: søvnproblemer, psykiske plager, helseproblemer som påvirker hverdagen, skaderelaterte plager, nakke- og korsryggsmarter er alle vanligere blant dem med kortere utdanning. Resultatene peker dermed på at utdanningsnivå henger sammen med både subjektiv helse, konkrete plager og opplevd funksjonsbelastning.

Levevanene følger også et tydelig utdanningsmønster, men med noe variasjon på tvers av indikatorer. Daglig røyking, hyppig inntak av sukkerholdig drikke, høyere alkoholinntak per drikkedag og fedme er vanligere blant personer med kortere utdanning. Samtidig er hyppig alkoholbruk, målt som alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, vanligere blant dem med lengre utdanning. Dette skiller seg fra flere av de andre levevaneindikatorene og viser at alkoholbruk varierer forskjellig avhengig av om man måler mengde per drikkedag, episodisk høyt inntak eller drikkefrekvens. For kosthold er mønsteret mer entydig: daglig inntak av grønnsaker, frukt og bær, samt hyppig fiskespising, øker med utdanningsnivå. Kjønnsforskjellene er særlig tydelige for frukt, bær og grønnsaker, der kvinner ligger høyere enn menn på alle utdanningsnivåer.

Utdanningsforskjellene er også klare for psykisk helse, livskvalitet og sosial kapital. Personer med lengre utdanning rapporterer høyere livstilfredshet, mer positive følelser, mer engasjement, sterkere opplevelse av mening, høyere generell tillit og bedre sosiale relasjoner. Motsatt er ensomhet, høy grad av ensomhet, negative følelser og psykiske plager mer utbredt blant dem med kortere utdanning. Dette mønsteret er gjennomgående for begge kjønn. Kjønnsforskjellene innen hvert utdanningsnivå er ofte små, men kvinner rapporterer gjennomgående noe mer psykiske plager og negative følelser, samtidig som de ofte rapporterer sterkere sosiale relasjoner og høyere sosial støtte.

For sosial deltakelse er bildet noe mer nyansert, men hovedmønsteret er fortsatt at deltakelsen øker med utdanningsnivå. Både ukentlig deltakelse i frivillig arbeid eller organisert aktivitet og annen sosial aktivitet er vanligere blant personer med lengre utdanning. Sosial omgang med venner varierer derimot mindre etter utdanning, og forskjellene er små i praktisk betydning. Dette tyder på at utdanningsforskjellene er tydeligere for organisert og strukturert deltakelse enn for uformell vennekontakt.

For nærmiljøindikatorene er utdanningsforskjellene gjennomgående mindre enn for helse, levevaner og livskvalitet. Opplevd tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, idrettstilbud, kulturtilbud, servicetilbud, offentlig transport og gang- og sykkelveier varierer noe med

utdanningsnivå, men forskjellene er ofte små. Et viktig unntak er opplevd trygghet i nærmiljøet, der skåren øker tydelig med utdanningsnivå, særlig blant kvinner. Tilhørighet til bostedet varierer derimot lite etter utdanning. Samlet sett tyder dette på at utdanning i større grad henger sammen med helse, levevaner, økonomi og psykososiale forhold enn med alle sider ved opplevd nærmiljø.

Den overordnede tolkningen er at utdanningsnivå er en sentral skillelinje i materialet. Personer med lengre utdanning kommer oftere gunstig ut på indikatorer for helse, tannhelse, kosthold, fysisk aktivitet, sosial støtte, tillit, livskvalitet og deltakelse, mens personer med kortere utdanning oftere rapporterer økonomiske vansker, helseplager, psykiske belastninger, røyking, fedme og hyppig inntak av sukkerholdig drikke. Samtidig er det viktig å understreke at resultatene beskriver forskjeller mellom utdanningsgrupper, ikke årsakene til forskjellene. Utdanning fremstår likevel som en gjennomgående og praktisk viktig dimensjon for å forstå sosiale forskjeller i helse og livskvalitet i denne undersøkelsen.

4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien

Resultatene viser at vurderingen av husholdningsøkonomien er en av de tydeligste skillelinjene i rapporten. På tvers av mange indikatorer er forskjellene mellom dem som opplever økonomien som svært vanskelig og dem som opplever den som lett eller svært lett, store. Dette gjelder både helse, psykisk helse, tannhelse, livskvalitet, sosial støtte, nærmiljøvurderinger og flere levevaner. Mønsteret er i hovedsak det samme for kvinner og menn, og på mange områder er forskjellene etter økonomivurdering klart større enn kjønnsforskjellene innen samme økonomigruppe.

Særlig tydelig er sammenhengen mellom opplevd økonomi og helsebelastning. De som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig, rapporterer langt sjeldnere god helse og god tannhelse, og langt oftere helseproblemer som påvirker hverdagen, søvnproblemer, psykiske plager, ensomhet og muskel- og skjelettplager. Forskjellene er store for flere av disse indikatorene. Eksempelvis er det et markert spenn i egenvurdert helse og tannhelse mellom ytterpunktene i økonomivurderingen, og det samme gjelder psykiske plager, høy grad av ensomhet og insomni. Dette peker på at opplevd økonomisk belastning henger tett sammen med både fysisk, psykisk og sosial helse.

Livskvalitetsmålene viser et tilsvarende tydelig mønster. Livstilfredshet, positive følelser, engasjement, opplevelse av mening, fremtidstro, tillit, tilhørighet og opplevd trygghet er gjennomgående høyere blant dem som vurderer økonomien som lett eller svært lett. Motsatt øker negative følelser og ensomhet klart når økonomien oppleves som mer krevende. Forskjellene er særlig store for livstilfredshet, psykiske plager, negative følelser, ensomhet, sosial støtte og tillit. Dette viser at økonomivurderingen ikke bare skiller grupper etter materielle levekår, men også følger et bredt mønster av forskjeller i subjektiv livskvalitet og sosial tilknytning.

Levevanene varierer også tydelig med økonomivurderingen, men ikke alle indikatorer følger samme retning. Røyking, snusbruk, sukkerholdig drikke, fedme og høyere alkoholinntak per drikkedag er vanligere blant dem som opplever økonomien som vanskelig. Daglig inntak av frukt, bær og grønnsaker, hyppig fiskespising og høyt fysisk aktivitetsnivå er derimot vanligere blant dem som opplever økonomien som lett eller svært lett. Alkohol skiller seg noe ut ved at hyppig alkoholbruk er vanligere blant dem med lettere økonomi, mens antall alkoholenheter per drikkedag er høyere blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig. Episodisk

høyt alkoholinntak varierer lite etter økonomi blant kvinner og bare svakt blant menn. Dette understreker at alkoholmønstre må tolkes ut fra hvilken side ved alkoholbruken som måles.

Også nærmiljøvurderingene følger i stor grad den samme gradienten. Personer som vurderer husholdningsøkonomien som lettere, rapporterer oftere god tilgjengelighet til service-, kultur-, idretts-, natur- og friluftstilbud, og de rapporterer høyere trivsel, trygghet og tilhørighet i nærmiljøet. Forskjellene er særlig tydelige for trygghet, trivsel, tilhørighet og idretts- og kulturtilbud. For offentlig transport og gang- og sykkelveier er forskjellene mindre, noe som tyder på at ikke alle nærmiljøindikatorer varierer like sterkt med økonomivurderingen. Likevel er hovedbildet at personer med mer krevende husholdningsøkonomi også vurderer flere sider ved nærmiljøet mindre positivt.

Kjønnsforskjellene endrer ikke hovedmønsteret, men nyanserer det. Kvinner rapporterer gjennomgående mer nakke- og korsryggsmerter, mer insomni i flere økonomigrupper, høyere inntak av frukt og grønnsaker, mer sosial støtte og noe høyere skår på flere relasjonelle og livskvalitetsrelaterede mål. Menn rapporterer på sin side mer snusbruk, mer sukkerholdig drikke, høyere alkoholinntak og høyere trygghet i nærmiljøet. Likevel er det gjennomgående slik at forskjellene mellom økonomigruppene er større enn forskjellene mellom kvinner og menn innen samme økonomigruppe. Dette gjelder særlig psykisk helse, ensomhet, livstilfredshet, tannhelse, egnevurdert helse og helseproblemer som påvirker hverdagen.

Samlet sett fremstår vurderingen av husholdningsøkonomien som en bred og praktisk viktig markør for forskjeller i helse, levevaner, livskvalitet og sosial deltakelse. Resultatene gir ikke grunnlag for å fastslå årsaksforhold, men de viser et konsistent mønster der personer som opplever økonomien som vanskelig, også rapporterer flere helse- og livskvalitetsutfordringer og mindre gunstige levevaner. Det mest sentrale funnet er derfor ikke enkeltforskjeller på én indikator, men at den samme gradienten går igjen på tvers av mange ulike områder.

4.6 Endringer over tid

Resultatene viser et noe sammensatt utviklingsbilde fra 2021 til 2025. Enkelte indikatorer viser forholdsvis stabile tall eller beveger seg i svak gunstig retning, mens flere av de sentrale målene på økonomi, psykisk helse, livskvalitet og nærmiljø utvikler seg mindre gunstig. Det tydeligste enkeltfunnet er økningen i andelen som opplever økonomiske vansker, fra 21,6 prosent i 2021 til 29,8 prosent i 2025. Økningen gjelder både kvinner og menn, begge utdanningsgrupper og de fleste aldersgrupper, men er særlig markert blant personer under 50 år. Dette gjør opplevd økonomi til en viktig bakgrunn for å forstå flere av de øvrige endringene, selv om resultatene ikke gir grunnlag for å fastslå årsakssammenhenger.

Flere indikatorer for psykisk helse og livskvalitet har utviklet seg i negativ retning. Psykiske plager, negative følelser og ensomhet har økt noe, og økningen ses bredt på tvers av grupper. Samtidig har livstilfredshet, fremtidsoptimisme, opplevelse av mening, stedstilhørighet og tillit gått noe ned. Nedgangen i tillit er særlig gjennomgående, med statistisk sikker reduksjon i alle aldersgrupper og i begge kjønn. Bildet er likevel ikke entydig negativt: engasjement og vurderingen av sosiale relasjoner øker svakt, og positive følelser er stabile samlet sett. For flere livskvalitetsmål består de sosiale forskjellene i hovedsak, men enkelte økonomiforskjeller ser noe mindre ut enn før, blant annet fordi personer med vanskelig økonomi rapporterer noe høyere livstilfredshet, positive følelser og mening i 2025 enn i 2021. En mulig forklaring er at gruppen som rapporterer økonomiske vansker, har blitt større, og at sammensetningen dermed kan ha endret seg i retning av flere personer med gunstigere livsbetingelser enn dem

som tidligere inngikk i gruppen. Nivåene er likevel fortsatt klart lavere i denne gruppen enn blant dem med lett økonomi.

Nærmiljøindikatorene peker samlet sett mot en klar svekkelse i opplevelsen av lokalmiljøet. Trivsel i nærmiljøet, trygghet, stedstilhørighet og tillit går ned, og nedgangen i trygghet og trivsel er bred på tvers av undergrupper. Også opplevd tilgjengelighet til servicetilbud, idrettstilbud, kulturtilbud, offentlig transport og kystlinje/strand/sjø er lavere i 2025 enn i 2021. Tilgjengelighet til natur- og friluftsområder er derimot stabil samlet sett, med enkelte forbedringer blant de eldste og blant dem som opplever økonomiske vansker. Vurderingen av gang- og sykkelveier er også stabil på totalnivå, men med forbedringer blant de yngste aldersgruppene. Samlet tyder dette på at nedgangen i nærmiljøopplevelser særlig gjelder trygghet, trivsel og tilgjengelighet til flere tjenester og tilbud, mens tilgjengelighet til natur og gang- og sykkelveier ikke følger samme negative hovedmønster.

Levevanene viser både gunstige og mindre gunstige endringer. Daglig røyking, hyppig alkoholbruk og episodisk høyt alkoholforbruk har gått ned. Dette er tydelige positive utviklingstrekk. Samtidig har daglig snusbruk økt, særlig blant kvinner, i flere middelaldrende og eldre aldersgrupper og blant personer som opplever økonomiske vansker. Typisk alkoholinntak per drikkedag er stabilt samlet sett, men øker noe i flere aldersgrupper. Kostholdet viser en mindre gunstig utvikling: daglig grønnsaksinntak og hyppig fiskespising har gått noe ned, mens daglig inntak av frukt og bær er stabilt samlet, men med noe nedgang blant menn og flere eldre aldersgrupper. Rapportert inntak av sukkerholdig brus, saft eller leskedrikk minst 2 ganger ukentlig er stabilt samlet, men øker noe blant kvinner og noe blant de yngste. Andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken er også stabil samlet sett, med noe økning i andel blant menn, i aldersgruppene 30–49 år og blant personer som opplever økonomien som lett.

For fysisk helse er utviklingen mer blandet. Egenvurdert helse er stabil samlet sett, og andelen med fedme er også stabil på totalnivå, selv om det er nedgang i enkelte undergrupper. Tannhelse og tid siden siste tannlege- eller tannpleierbesøk er også relativt stabile samlet sett, samtidig som økonomiforskjellene fortsatt er tydelige. Derimot øker andelen som oppgir at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, og andelen som opplever søvnproblemer øker svakt. Også andelen som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket som følge av skade, går opp. Muskel- og skjelettplager viser ikke samme forverring: korsryggsmerter og nakkesmerter er stabile på totalnivå, med enkelte nedganger i undergrupper.

Et gjennomgående trekk er at de relative forskjellene mellom grupper i stor grad består. Personer som opplever økonomiske vansker, kommer fortsatt dårligere ut på mange helse-, livskvalitets- og nærmiljøindikatorer. De yngste har fortsatt høyere nivå av psykiske plager, ensomhet og økonomiske vansker, mens eldre grupper oftere rapporterer høyere livstilfredshet, trygghet og tilhørighet. Kjønnsforskjellene er også i hovedsak stabile på mange områder, selv om enkelte indikatorer viser endringer, som økt snusbruk blant kvinner og en forskyvning i positive følelser der kvinner ligger høyere enn menn i 2025.

Samlet peker resultatene mot en periode der økonomiske vansker, psykiske plager, ensomhet og flere negative nærmiljøvurderinger har økt, samtidig som noen levevaner har utviklet seg gunstig, særlig røyking og alkoholbruk. Det mest sentrale mønsteret er ikke en generell forverring på alle områder, men en tydelig svekkelse i flere psykososiale og nærmiljørelaterte indikatorer, parallelt med stabile eller mer sammensatte utviklingstrekk for fysisk helse og levevaner. De fleste forskjellene mellom grupper består, noe som betyr at utviklingen i stor

grad handler om brede nivåendringer snarere enn store forskyvninger i hvilke grupper som kommer best eller dårligst ut.

4.7 Sammenlignet med andre fylker

Når Østfold 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 Østfold korrigert både med designvekt og med en egen frafallsvekt som justerer for frafall. Den samme kombinasjonen av vekter 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 Østfold sammenlignes med fylker som ikke benytter samme metode for vekting. Vedlegg 4 viser tallene den følgende diskusjonen er basert på.

Når Østfold sammenlignes med andre fylker, og særlig med de nyere undersøkelsene fra 2023–2025, fremstår bildet som relativt sammensatt, men med flere tydelige utfordringer. Østfold ligger gjennomgående i en mindre gunstig del av fordelingen på flere indikatorer som gjelder helse, helseplager, psykiske plager og levevaner. Dette gjelder blant annet egenvurdert helse, der andelen som rapporterer god eller svært god helse er lavere enn i de fleste nyere fylkesundersøkelsene, og omtrent på nivå med Troms. Samtidig ligger Østfold høyt på andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, og høyest i sammenstillingen på at hverdagen er sterkt påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade. Dette peker samlet i retning av en relativt høy rapportert sykdoms- og plagebyrde i befolkningen.

Også for psykisk helse og subjektiv livskvalitet peker flere indikatorer i samme retning. Østfold ligger høyt på psykiske plager målt med HSCL-5, på negative følelser og på søvnproblemer. For insomni ligger Østfold helt i øvre sjikt, og marginalt over Oslo, Agder og Rogaland i de nyeste målingene. Ensomhet viser et mer nyansert bilde: Østfold ligger høyere enn Telemark, Vestfold og Troms på den enkle ensomhetsskalaen, men ikke blant de høyeste når ensomhet måles med UCLA-3. Livstilfredshet og fremtidsoptimisme ligger heller ikke helt lavest, men er lavere enn i de mest nærliggende sammenligningsfylkene Telemark og Vestfold. Dette kan tyde på at utfordringsbildet ikke først og fremst handler om fravær av positive ressurser, men om en kombinasjon av relativt høy belastning, helseplager og psykiske symptomer.

Levekårsindikatorerne forsterker dette inntrykket. Andelen som rapporterer økonomiske vansker er høyere i Østfold enn i de nyere undersøkelsene i Telemark, Troms, Vestfold, Agder, Innlandet og Rogaland, og bare Oslo ligger tydelig høyere. I lys av at økonomiske vansker ofte henger sammen med både helse, livskvalitet og deltakelse, er dette et viktig funn i sammenligningen. Østfold ligger også lavere på tillit til andre (samme nivå som Oslo) og relativt lavt på trygghet i nærmiljøet sammenlignet med de øvrige fylkene. Trivsel i nærmiljøet er lavere enn i Telemark og Vestfold, men høyere enn i Troms. Samlet peker disse indikatorene mot at sosiale og nærmiljørelaterte forhold kan være viktige å se i sammenheng med de øvrige helseutfordringene.

Når det gjelder levevaner, skiller Østfold seg særlig ut ved lav fysisk aktivitet. Andelen som oppgir minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet fire eller flere dager i uken er lavere enn i alle de nyere undersøkelsene i sammenstillingen. I tillegg ligger Østfold høyt på daglig røyking og daglig snusbruk sammenlignet med de andre fylkene, og andelen med fedme er blant de høyere, om enn ikke klart høyest sammenlignet med for eksempel Troms og Innlandet. Kostholdsindikatorene gir også et noe mindre gunstig bilde, særlig for fisk, der Østfold ligger

lavest blant fylkene med tilgjengelige nyere data. Alkoholindikatorene peker derimot ikke i samme negative retning: Østfold ligger relativt lavt på episodisk høyt alkoholforbruk, og omtrent midt i bildet for hyppig alkoholinntak.

Tilgjengelighet til tilbud og omgivelser viser et mer blandet mønster. Østfold ligger lavt på tilgjengelighet til offentlig transport sammenlignet med blant annet Vestfold, Telemark, Rogaland og Agder, og også lavt på tilgjengelighet til idrettstilbud. Vurderingen av gang- og sykkelveier er svakere enn i Vestfold, Telemark og Rogaland, men bedre enn i Troms. Tilgjengeligheten til kulturtilbud vurderes derimot relativt positivt, og ligger på nivå med eller over flere av de nyere fylkene. Samlet sett tyder sammenligningen på at Østfold har noen klare folkehelseutfordringer knyttet til helseplager, psykisk helse, økonomi og levevaner, mens bildet er mer variert for sosiale relasjoner, deltakelse og tilgjengelighet til nærmiljøtilbud. Siden undersøkelsene er gjennomført på ulike tidspunkt, bør særlig sammenligningen med fylker undersøkt i 2023–2025 vektlegges sterkest.

5 Konklusjon

Samlet sett tegner resultatene et bilde av et fylke der nivåene for helse, levevaner og livskvalitet i mange tilfeller ligger relativt samlet, men der enkelte belastninger og utfordringer likevel er tydelige, særlig knyttet til psykisk helse, økonomi og deler av levevaneområdet. Samtidig fremstår nærmiljøet som en sentral dimensjon i innbyggernes vurderinger av hverdagslivet, der opplevd tilgjengelighet til transport, service, kultur- og fritidstilbud varierer mer enn mange av de individnære helseutfallene. Dette peker mot at de mest praktisk merkbare forskjellene i fylket i stor grad handler om rammebetingelser i hverdagen, heller enn store forskjeller i selve helsetilstanden.

Når materialet ses i sammenheng, er det likevel de sosiale og demografiske forskjellene som framstår som mest gjennomgående. Alder, utdanning og særlig opplevd husholdningsøkonomi henger systematisk sammen med både helse, levevaner og livskvalitet, og peker på tydelige sosiale gradienter i befolkningen. Unge voksne skiller seg ut med høyere nivå av psykiske plager og enkelte risikofaktorer, mens personer med økonomiske utfordringer gjennomgående kommer dårligere ut på en rekke indikatorer. Utviklingen over tid peker mot økte økonomiske vansker og flere tegn til psykososial belastning, samtidig som vurderingene av nærmiljø og tilgjengelighet er svekket på flere områder. Levevanene viser derimot et mer sammensatt bilde, med både gunstige og mindre gunstige utviklingstrekk. Samlet peker dette mot behov for en bred folkehelseinnsats som kombinerer universelle tiltak med målrettede grep mot sosial ulikhet, økonomisk sårbarhet og livsfaseutfordringer, samt lokale tiltak som styrker kvalitet og tilgjengelighet i nærmiljøet.

5.1 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.1.1 Representativitet og skjevheter

I Østfold ble 120 001 personer invitert til å delta. Samlet samtykket 45 794, som gir en svarprosent på 38,2 %. Det betyr at om lag 62 % av de inviterte ikke endte opp i nettoutvalget. Deltakelsen varierer mer mellom kommunene enn i Østfold: høyest svarprosent finner vi i Hvaler (47,1 %), mens lavest svarprosent er i Sarpsborg (35,8 %). 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 Østfold deltok kvinner oftere enn menn: svarprosenten var 42,2 % blant kvinner og 34,2 % blant menn. Svarprosenten øker gjennomgående med alder, og er høyest blant menn i aldersgruppen 70–79 år (52,0 %) og kvinner i aldersgruppen 60–69 år (51,3 %), før den faller i gruppen 80+ (menn 37,1 %, kvinner 30,4 %). 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 gruppesammenlikninger dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på relevante, men uobserverte måter.

Analysene for 2025 dataene er korrigerert for trekkesdesign 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 trekkesdesignet, det vil si at frafallet håndteres innenfor kommuner ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende i den aktuelle kommunen. 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 punkttestimat.

Som nevnt tidligere i rapporten nyanserer funn fra en analyse av Folkehelseundersøkelsen i fylkene med registerkobling (Hordaland 2018) betydningen av helse relatert 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 helse relatert frafall trolig har begrenset betydning for overordnede befolkningsestimater, men at skjevhet kan oppstå i utvalgte undergrupper – særlig blant personer med psykiske helseutfordringer [27]. Kunnskap om slike mønstre er viktig fordi en betydelig andel av befolkningen i yrkesaktiv alder til enhver tid mottar en av disse ytelsene.

Ved analyser der utfallene brytes ned på kjønn, alder, utdanning eller geografisk område, reduseres betydningen av skjev deltakelse fordi disse variablene inngår enten som justeringsfaktorer eller som egne grupperinger. Like fullt kan seleksjon gi et noe for positivt bilde av helsetilstand og levekår – spesielt i undergrupper med lav svarprosent eller der vi vet at deltakelsen er lavere (for eksempel ved psykiske helseproblemer). Resultatene bør derfor ses som beste tilgjengelige estimater, men med et nøkternt blikk på den usikkerheten som følger av moderat deltakelse og differensiert frafall og den helserelaterte seleksjonen som ikke fullt ut kan korrigeres med vektning.

5.1.2 Måleinstrument

Spørreskjemaet som er brukt i Folkehelseundersøkelsen i Østfold 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 Østfold, 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, Jakhelln 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 Østfold 2025 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside:

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

Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene

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

Dette vedlegget viser ikke spesifikt hvilke spørsmål som ble brukt eller utelatt i undersøkelsen i Østfold. Dersom du ønsker å se en detaljert oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i Folkehelseundersøkelsen i Østfold, 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/kolleger

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 innsovningssvanser, 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. Helsereelatert 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 (som pålegg, lunsj eller middag). 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/saft/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.

Tobaksbruk

Tobaksbruk 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 Østfold 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.

Søvn

Søvndelen ble utvidet med ett spørsmål om hvor mange timer en vanligvis sover per natt på hverdager.

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.

Sosial bærekraft

Det ble lagt inn en spørsmålsbolk knyttet til hvordan folk opplever nærmiljøet både som et sted å leve over tid, som en sosial arena i hverdagen, og som en del av et større tillitsbasert samfunn. Deltakerne bes om å angi i hvilken grad de er tilfredse med nærmiljøet som et sted å bo og leve og om de ønsker å bli boende der i fremtiden (0-10). Videre spørres det om i hvilken grad de bruker en rekke ulike arenaer i nærmiljøet (f.eks. nærbutikken eller lekeplassen) som et samlingspunkt for å treffe folk og i hvilken grad de ulike arenaene egnede seg som steder å treffe venner og familie. To spørsmål går inn på sosial samhandling og engasjement blant beboere i nærmiljøet. Til slutt spørres det om grad av tillit til ulike institusjoner (f.eks. politi og NAV).

Tilgjengelighet

Det ble lagt til ett spørsmål om hyppigheten av bruk av en rekke ulike transportalternativer i løpet av de siste 12 månedene. Eksempler på transportmidler er sykkel, tog og taxi, med hyppighet fra «Nesten hver dag, 5-7 ganger i uken» til «sjeldnere enn månedlig» og «aldri».

Utfordringer i hverdagen

Det ble lagt til en rekke spørsmål knyttet til opplevde utfordringer i hverdagen. Først bes respondentene krysse av for eventuelle helseutfordringer som hindrer dem i hverdagen og deretter om de har andre typer utfordringer som hindrer dem i hverdagen. To spørsmål går inn på tilfredshet med ønske om hverdagsreiser og feriereiser. Deretter bes respondentene om å angi de tre mest problematiske stedene å ferdes. Til slutt bes respondentene om å angi de tre transportmidler som de opplever det mest utfordrende å reise med, i hvilken del av reisen de eventuelt opplever utfordringer og hvor store utfordringene er, samt hvilke barrierer som gjør at de i mindre grad velger å bruke offentlig transport (flervalg).

Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling



I tabellene A1 – A4 på de neste sidene presenterer vi nøkkeltall fra årets Folkehelseundersøkelse i Østfold 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 Østfold 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 Østfold 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 kommunenivå, der trekk sannsynligheten (prob) ble beregnet innen kommune, 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 (kommune), ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende i samme levekårszone. 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. Sammenlikninger 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 Østfold 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	Østfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold
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	68.9
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	73.9
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	72.7
Butikker (god/svært god tilgjengelighet)			80.5	82.8	81.5	85.0	79.1	84.9	81.6	81.8	75.7	79.1	80.8		72.4	82.0	75.8	78.1
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	41.8
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	89.9
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	52.2
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	46.1
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	26.0

Tabell A2. Helserelaterte utfall

	2018	2019		2020		2021			2022	2023			2024	2025				
	Hordaland	Sogn og Troms og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Vestfold og Romsdal	Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold
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	66.8
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	71.6
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	11.9
Søvnproblemer (insomni)							11.1	13.0	11.5	11.9	12.1	14.4	14.2	14.5	13.3	12.6	13.2	14.6
Psykiske plager (HSCL-5)	1.5	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.8	1.6	1.6	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	16.2
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	8.6
Korsryggmerter							42.9	43.8	43.0	43.5	47.9	45.2	43.4	45.4	46.8	42.7	45.0	45.3
Nakkesmerter							38.1	41.9	41.8	40.1	44.3	41.9	41.4	44.0	46.3	40.2	40.4	42.9
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	20.9

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	Østfold
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	32.6
Sammen med gode venner ukentlig eller 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	50.0
Ensomhet (UCLA-3)				10.9					11.3	11.4	13.9	13.4	14.2	16.8	14.7	12.1	12.7	13.2
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	18.6
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	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	14.4
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	27.5
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	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	40.1
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	40.4
Alkoholenheter per gang										3.0	2.8	3.3	3.4	3.3	3.1	3.0	3.2	3.0
Drikker alkohol 2-3 gg i uken eller oftere	21.2	13.8	18.8	19.6	20.6	22.2	18.9	25.0	28.1	21.5	20.2	19.3	18.9	26.8	16.1	21.8	17.6	19.9
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	14.1

Tabell A4. Økonomi og livskvalitet

	2018	2019		2020		2021			2022	2023			2024	2025				
	Hordaland	Sogn og Troms og Fjordane	Finnmark Agder	Nordland	Rogaland	Møre og/estfold og Romsdal	Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold	
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	29.9
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	7.08
Fremtidsoptimisme							7.79	7.81	7.75	7.65	7.50	7.46	7.35	7.43	7.28	7.77	7.70	7.39
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	7.30
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	3.51
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	6.69
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	2.35
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	7.34
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	6.58
Stedstilhørighet			7.44	7.43	7.60	7.47	7.55	7.38	7.18	7.34	7.17	7.19	7.04	6.58	6.99	7.26	7.33	7.11
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	8.28
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	6.34

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

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no