

**RAPPORT**

2022

Folkehelseundersøkelsen  
– Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

**Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i  
Vestfold og Telemark 2021:**  
Fremgangsmåte og utvalgte resultater



Marit Knapstad  
Jens Christoffer Skogen  
Tony Leino  
Thomas Sevenius Nilsen  
Ragnhild Bang Nes  
Leif Edvard Aarø

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Område for psykisk og fysisk helse  
Avdeling for helsefremmende arbeid  
Januar 2022

**Tittel:**

Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021:  
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

**Forfattere:**

Marit Knapstad  
Jens Christoffer Skogen  
Tony Leino  
Thomas Sevenius Nilsen  
Ragnhild Bang Nes  
Leif Edvard Aarø

**Bidragstere Folkehelseinstituttet:**

Rune Johansen (analyser fødeland og landbakgrunn)  
Øystein Vedaa  
Marianne Abel  
Ole Trygve Stigen  
Avdeling for IT-system Bergen  
Avdeling for helsedatamottak Bergen

**Andre bidragstere:**

Vestfold og Telemark fylkeskommune:  
Ellen Just Hansen  
Tom Marius Lorier Holen  
Rune Kippersund

**Oppdragsgiver:**

Vestfold og Telemark fylkeskommune  
Prosjektleder, Vestfold og Telemark fylkeskommune: Mari Nicholls Espetvedt

**Publikasjonstype:**

Rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf  
på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**Grafisk designmal:**

Per Kristian Svendsen og Grete Sømmer

**Grafisk design omslag:**

Fete Typer

**ISBN elektronisk:** 978-82-8406-269-3

**Emneord (MeSH):**

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

**Sitering:** Knapstad M, Skogen JC, Leino T, Nilsen TS, Nes R, Aarø LE. Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultat. Rapport 2022. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2022.

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
Utvalgte funn	6
Om rapporten og metodisk tilnærming	7
Forskjeller mellom geografiske områder i Vestfold og Telemark	8
Kjønnforskjeller	10
Forskjeller mellom aldersgrupper	10
Forskjeller mellom utdanningsgrupper	11
Vestfold og Telemark sammenlignet med andre fylker	12
Viktige forbehold	13
<b>1 Introduksjon</b>	<b>14</b>
<b>2 Metode</b>	<b>15</b>
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	15
2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen	19
2.3 Spørreskjemaet	22
2.4 Spørsmålsoversikt	23
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning	23
2.4.2 Trivsel	24
2.4.3 Tilgjengelighet av fasiliteter og servicetilbud lokalt	24
2.4.4 Deltakelse i aktiviteter	24
2.4.5 Generell helse og tannhelse	25
2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier	25
2.4.7 Høgde og vekt	25
2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5)	25
2.4.9 Søvnproblem (insomni) og søvnlengde	26
2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse	26
2.4.11 Muskel-skjelettplager	27
2.4.12 Sosial støtte	27
2.4.13 Ensomhet	28
2.4.14 Fysisk aktivitet	28
2.4.15 Kosthold	29
2.4.16 Røyk og snus	30
2.4.17 Alkohol	30
2.4.19 Skader	31
2.4.20 Støy	31
2.4.21 Livskvalitet	31
2.4.22 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon	33
2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Vestfold og Telemark	33
2.5 Statistiske analyser	34
<b>3 Resultat: Vestfold og Telemark</b>	<b>37</b>
3.1 Alder: Geografiske områder i Vestfold og Telemark	38
3.2 Kjønn: Geografiske områder i Vestfold og Telemark	39
3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Geografiske områder i Vestfold og Telemark	40
3.4 Todelt utdanningsnivå: Geografiske områder i Vestfold og Telemark	41
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	42
3.6 Kulturtilbud	44
3.7 Idrettstilbud	46
3.8 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud	48
3.9 Offentlig transport	50

3.10	Natur- og friluftsområder	52
3.11	Kystlinje/strand/sjø	54
3.12	Gang- og sykkelveier	56
3.13	Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet	58
3.14	Ukentlig deltakelse i annen aktivitet (egenorganisert)	60
3.15	God eller svært god helse	62
3.16	God eller svært god tannhelse	64
3.17	Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	66
3.18	Fedme (KMI $\geq 30$ )	68
3.19	Søvnproblemer (Insomni)	70
3.20	Søvn lengde i timer	72
3.21	Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager	74
3.22	Hverdagen i stor grad påvirket av helseproblemer	76
3.23	Stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade	78
3.24	Korsryggsmerter siste 28 dager	80
3.25	Nakkesmerter siste 28 dager	82
3.26	Høy sosial støtte	84
3.27	Ensomhet (UCLA-3)	86
3.28	Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	88
3.29	Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken	90
3.30	Timer stillesitting i hverdagen	92
3.31	Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	94
3.32	Daglig inntak av frukt eller bær	96
3.33	Daglig inntak av grønnsaker	98
3.34	Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	100
3.35	Daglig røyking	102
3.36	Daglig snusing	104
3.37	Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	106
3.38	Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere	108
3.39	Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder	110
3.40	Plaget av støy fra trafikk hjemme	112
3.41	Plaget av annen støy hjemme	114
3.42	Andel med økonomiske vansker	116
3.43	Fornøyd med livet	118
3.44	Fremtidsoptimisme	120
3.45	Det man gjør i livet er meningsfylt	122
3.46	Negative følelser siste 7 dager	124
3.47	Positive følelser siste 7 dager	126
3.48	Ensomhet	128
3.49	Gjensidig positive sosiale relasjoner	130
3.50	Tillit til andre (Folk flest er til å stole på)	132
3.51	Stedstilhørighet	134
3.52	Trygg i nærmiljøet	136
3.53	Engasjert	138
<b>4.</b>	<b>Oppsummering av resultater og diskusjon</b>	<b>140</b>
4.1	Gjennomgang av funn etter tema	140
4.1.1	Den demografiske sammensetningen i materialet	140
4.1.2	Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt	140
4.1.3	Deltakelse i aktiviteter og engasjement	143
4.1.4	Kosthold, fysisk aktivitet og fedme	144

4.1.5	Røyking, snus og bruk av alkohol	146
4.1.6	Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne	147
4.1.7	Psykiske plager og aspekter av livskvalitet	148
4.1.8	Sosial interaksjon og sosial kapital	150
4.1.9	Andre utfallsmål (støy, knapt med penger i husholdningen)	153
4.1.10	Kjønnforskjeller	154
4.1.11	Aldersgrupper	155
4.1.12	Utdanning	157
4.2	Begrensninger ved datagrunnlaget	158
4.2.2	Representativitet og skjevheter	158
4.2.3	Spørreskjema og måleinstrument	159
<b>V.</b>	<b>Referanser</b>	<b>161</b>
<b>Appendiks 1:</b>	<b>Spørreskjema</b>	<b>164</b>
<b>Appendiks 2:</b>	<b>Tabell (tillegg)</b>	<b>165</b>
<b>Appendiks 3:</b>	<b>Tabeller frekvensfordeling (tillegg)</b>	<b>171</b>

## Sammendrag

### *Utvalgte funn*

- 83 prosent av de som besvarte undersøkelsen er fornøyde med livet
- 71 prosent oppgir at helsen er god eller svært god
- 12 prosent opplever ensomhet
- 77 prosent trives godt eller svært godt i nærmiljøet

### ***Kjønnsforskjeller***

- De fleste kjønnsforskjellene som handler om levevaner, går i retning av sunnere levevaner blant kvinner enn menn. Dette gjelder særlig spørsmål om kosthold, snusbruk og alkoholbruk.
- Menn oppgir derimot færre fysiske og psykiske helseplager. Dette gjelder for eksempel nakkesmerter, søvnproblemer og psykiske plager.
- Kvinner og menn er omtrent like fornøyd med livet. Kvinner oppgir imidlertid bedre, gjensidige sosiale relasjoner, mens menn oppgir mindre ensomhet og føler seg mer trygge i nærmiljøet.

### ***Aldersforskjeller***

- Jo høyere alder, desto høyere andeler oppgir å ha et sunt kosthold. Blant kvinner øker andelene så å si lineært med alder, mens økningen er tydeligst fra 50-års alder blant menn.
- Andel som røyker daglig er svært lav blant de yngste. Andelen som rapporterer daglig snusbruk er derimot så høy som 24 prosent blant kvinner og 31 prosent blant menn i den yngste aldersgruppen (18-29 år).
- De fleste aspekter knyttet til psykiske plager og livskvalitet viser en sterk sammenheng med alder; livet oppleves bedre med høyere alder. Det gjelder både for de mer generelle livskvalitetsmålene, som tilfredshet med livet, og for flere av mer spesifikke mål som trivsel og trygghet i nærmiljøet.

### ***Utdanning***

- Jo høyere utdanning, desto høyere andel oppgir et sunt kosthold og er fysisk aktive, og jo lavere andel røyker eller bruker snus.
- For alle mål på helseplager og funksjonstap er det en klar utdanningsgradient i favør av de med høyere utdanning. Eksempler på dette er nakke- og korsryggsmerter, søvnplager og funksjonsnedsettelse på grunn av skade.
- Jo høyere utdanning, desto lavere skår på psykiske plager og ensomhet, og høyere skår på høy sosial støtte og opplevelse av at tilværelsen er meningsfull.

### ***Vestfold og Telemark sammenlignet med andre fylker***

- Andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, er like høy eller høyere enn de andre fylkene vi kunne sammenligne med.
- Det samme gjelder andel som opplever god eller svært god tilgang på kulturtilbud, idrettstilbud, og butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Men det er til dels stor variasjon innad i fylket.
- Samtidig oppgir en litt høyere andel i Vestfold og Telemark å drikke alkohol minst to-tre ganger i uken enn de andre fylkene som har gjennomført undersøkelsen. Også på dette spørsmålet er det en del variasjon innad i fylket.

### *Om rapporten og metodisk tilnærming*

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode, gjennomføring av samt en del utvalgte resultater fra Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021. Datainnsamlingen ble gjennomført av Folkehelseinstituttet på vegne av Vestfold og Telemark fylkeskommune i perioden 27. september til 18. oktober 2021. Temaområdene som blir dekket i denne rapporten inkluderer blant annet tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter, helserelatert atferd, selvrapportert generell helsetilstand, skader, nedsatt funksjonsnivå, ulike aspekter ved sosialt miljø og nærmiljø, og subjektiv livskvalitet. Vi analyserer temaområdene på tvers av kjønn, alder, utdanning og geografiske områder innen fylket. Vi presenterer også resultater for Vestfold og Telemark samlet sett og sammenligner med de fylkene som tidligere har gjennomført Folkehelseundersøkelsen.

Videre diskuteres ulike forbehold knyttet til representativitet og frafall. Disse forbeholdene må man ta høyde for når funnene i rapporten blir vurdert.

Resultatene som presenteres gir bare et første, nokså beskrivende bilde av det som ligger av informasjon i dette datamaterialet. Anonymiserte data vil bli gjort tilgjengelige for Vestfold og Telemark fylkeskommune og for forskning. Vestfold og Telemark fylkeskommune og andre aktuelle forskningsmiljøer kan søke om utvidet tilgang til datamaterialet fra undersøkelsen. Kommunene får en separat rapport med egne tabeller som viser lokale resultater.

Utvalget som ble invitert til å være med var voksne fra 18 år og oppover. Hvor stor prosentandel som ble trukket ut i hver kommune varierte; I kommuner med <3 500 innbyggere i alderen 18 år og eldre, ble 100 % invitert, mens et rent tilfeldig utvalg på 23 % ble invitert fra de øvrige kommunene. Dette ble gjort for å sikre et stort nok antall deltakere til å kunne presentere lokale tall. I denne rapporten har vi vektet ned kommuner der vi har trukket ut høye andeler av befolkningen. Slik sikrer vi at hvert område får en innvirkning på totaltallene som svarer til befolkningsstørrelsen.

Av alle som ble inviterte til å delta i undersøkelsen, var det 37,9 % som svarte på skjemaet. Blant de 34 147 som svarte var 54,3 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 51,8 år. Nær halvparten av utvalget (44,5 %) oppgav at de hadde fullført utdanning fra høyskole eller universitet. Prosentandelen som oppgav at de har fullført utdanning på universitets- eller høyskolenivå er klart høyere blant kvinner enn blant menn i dette utvalget fra Vestfold og Telemark (47,8 % og 40,5 %). Også nasjonalt er andelen med høyere utdanning større blant kvinner enn blant menn. Samtidig er personer med utdanning fra høyskole eller



universitet overrepresenterte blant de som deltok i undersøkelsen, både blant menn og kvinner. Vi har også en underrepresentasjon, særlig av unge menn og eldre kvinner (særlig fra 80 år og eldre).

I analysene av data skiller vi mellom 12 geografiske områder (regioner og kommuner) i Vestfold og Telemark. I analysene der vi sammenligner geografiske områder, justerer vi statistisk<sup>1</sup> for kjønn, alder og utdanning, men vi presenterer både ujusterte og justerte tall. Det gjøres ikke populasjonsvekting. Analysene av sammenhenger mellom alder og svar på ulike spørsmål (utfallsvariabler)<sup>2</sup> blir gjort separat for menn og kvinner. Det samme gjelder sammenhengene mellom utdanningsnivå og svar på ulike spørsmål (utfallsvariabler). Her justeres det for alder, og alle som er 25 år eller yngre samt de som er under utdanning er tatt ut av analysene.

***Regioninndelingen som er brukt i denne rapporten (kart laget av Vestfold og Telemark fylkeskommune):***



*Forskjeller mellom geografiske områder i Vestfold og Telemark*

***Tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter.*** Internt i Vestfold og Telemark fylke er det betydelig variasjon på flere av utfallsmålene om tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter. Det er særlig stor variasjon når det gjelder tilgjengelighet av offentlig transport, utbygde gang- og sykkelveier, kulturtilbud, samt kystlinje/strand eller sjø. Overordnet kommer

<sup>1</sup> Å justere statistisk vil i denne sammenhengen si at vi regner ut tall for ulike regioner/kommuner under forutsetning av at gruppene er like med hensyn til fordelinger på kjønn, aldersgrupper og utdanningsgrupper.

<sup>2</sup> Utfallsvariabler betyr det samme som avhengige variabler. Dette til forskjell fra prediktorer eller uavhengige variabler.

bykommunene her klart bedre ut enn distriktskommunene/regionene. Det er likevel ingen geografiske områder som kommer best eller dårligst ut på alt.

En tydelig og interessant variasjon er opplevelsen av tilgang på kulturtilbud, der tallene for Holmestrand, Drangedal/Kragerø og Vest-Telemark ligger betydelig under de øvrige. I Holmestrand er det rundt halvparten så mange som rapporterer god/svært god tilgang sammenlignet med i Horten, som har høyest andel (43,5 % mot 86,3 %). Lignende mønster sees for andeler som rapporterer god/svært god tilgang på offentlig transport og gang- og sykkelveier, men med noen unntak. Her er det særlig Horten, Tønsberg, Færder, Porsgrunn/Bamble og dels Skien/Siljan som kommer positivt ut, mens Drangedal/Kragerø, Midt-Telemark, Øst-Telemark og Vest-Telemark ligger klart under fylkesgjennomsnittet.

**Deltakelse i aktiviteter.** De fleste geografiske områdene ligger rundt fylkesgjennomsnittet både for ukentlig deltakelse i organisert (25,9 %) og egenorganisert (47,0 %) aktivitet. Holmestrand og Vest-Telemark skilte seg ut med andel noe under fylkesgjennomsnittet for egenorganisert aktivitet.

**Kosthold fedme og fysisk aktivitet.** Forskjellene i kosthold og fedme mellom områder i Vestfold og Telemark er for det meste små. Færder skiller seg derimot positivt ut, mens Øst-Telemark er av de som skiller seg noe negativt ut på flere av disse spørsmålene. Mens det er lite variasjon i andel fysisk aktive mellom geografiske områdene, er det tydelig forskjell i gjennomsnittlig timer stillesitting i hverdagen. Her er det Telemarks-regionene Midt-Telemark, Øst-Telemark og Vest-Telemark som kommer best ut, med en forskjell tilsvarende rundt 50 minutter til området med høyest gjennomsnitt i timer stillesitting (Horten).

**Røyk, snus og alkoholbruk.** Midt-Telemark har høyeste andel og Færder laveste andel som rapporterer daglig røyking. Forskjellen er på rundt fem prosentpoeng. For snusbruk er det enda mindre forskjeller mellom de geografiske områdene, mens de er mer betydelige for alkoholbruk. Her ligger Færder klart over fylkesgjennomsnittet i andel som rapporterer at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (35,8 %), mens Telemarksregionene (særlig Øst-Telemark, Vest-Telemark og Midt-Telemark) ligger under fylkesgjennomsnittet (17,2-18,6 %). For episodisk høyt forbruk er det noe mindre regionale forskjeller.

**Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne.** Det er noe variasjon over de geografiske områdene på utfallene som gjelder god helse, god tannhelse og om hverdagen er påvirket av helseproblemer. På disse utfallene kommer Færder og dels Tønsberg positivt ut og Øst-Telemark noe negativt ut sammenlignet med fylkesgjennomsnittet. For de andre utfallene på selvrapportert helse, helseplager og skader er det mindre forskjeller mellom de geografiske områdene.

**Psykiske plager og ulike sider av livskvalitet.** Det er generelt små variasjoner mellom de geografiske områdene innen fylket på utfall som gjelder psykiske plager og ulike sider av livskvaliteten. Samtidig skiller Vest-Telemark seg positivt ut med lavere gjennomsnittlig skår på psykiske plager, og en høyere gjennomsnittlig skår på livskvalitetsspørsmålene om det man gjør i livet er meningsfylt og om positive følelser.

**Sosial interaksjon og sosial kapital.** Det er noe variasjon mellom de geografiske områdene på utfallene som gjelder sosial interaksjon og sosial kapital. De fleste geografiske områdene ligger rundt fylkesgjennomsnittet, og forskjellene mellom høyeste og laveste andel/gjennomsnitt er stort sett små målt i effektstørrelser. For opplevd trygghet i nærmiljøet er det tydelige forskjeller. Her kommer Vest-Telemark, Midt-

Telemark, Drangedal/Kragerø, Færder og Øst-Telemark best ut, mens Porsgrunn/Bamble og Skien/Siljan ligger under fylkesgjennomsnittet. Vest-Telemark, Midt-Telemark, Drangedal/Kragerø og Øst-Telemark kommer også bra ut på flere av spørsmålene som gjelder høy sosial støtte, å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere og stedstilørighet. Holmestrand skårer litt under fylkesgjennomsnittet på disse spørsmålene.

**Støy.** Både for støy fra veitrafikk og annen støy er det noe variasjon mellom de geografiske områdene i andel som rapporterer å være plaget. For begge spørsmål har Vest-Telemark lavest andel.

**Økonomiske vansker.** De fleste av geografiske områdene ligger rundt fylkesgjennomsnittet i andel som svarer at de synes det er vanskelig å få pengene i husholdet til å strekke til. Andelen i Midt-Telemark ligger imidlertid litt over fylkesgjennomsnittet.

### *Kjønnsforskjeller*

Kjønnsforskjellene faller for det meste inn i mønstre vi kjenner igjen både fra folkehelseundersøkelsene i andre fylker og forskning både i Norge og andre land.

De fleste kjønnsforskjellene som handler om helseatferd, går i retning av at kvinnene oppnår bedre tall. En høyere andel kvinner enn menn spiser frukt eller bær og grønnsaker daglig, og en lavere andel drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk to-tre ganger i uken eller oftere. En klart lavere andel kvinner enn menn oppgir å snuse daglig, drikke alkohol to-tre ganger per uke eller oftere eller å ha et episodisk høyt forbruk av alkohol.

Menn kommer derimot best ut på de fleste utfallsvariabler som gjelder fysiske og psykiske helseplager. En høyere andel kvinner enn menn rapporterer om nakkesmerter og korsryggsmerter siste 28 dager, og en høyere andel har søvnproblemer. Videre skårer kvinner høyere enn menn på psykiske plager og negative følelser.

Når det gjelder livskvalitet, er det ikke særlig kjønnsforskjell i de generelle spørsmålene om hvor fornøyd man er med livet og om det man gjør i livet er meningsfylt. For underdimensjoner av livskvalitet er der derimot klarere kjønnsforskjeller. Kvinner skårer høyere enn menn på gjensidig positive sosiale relasjoner og en større andel kvinner enn menn opplever høy sosial støtte. Menn kommer derimot bedre ut enn kvinner på opplevd ensomhet og trygghet i nærmiljøet.

For andre utfall er det små eller ingen klare kjønnsforskjeller. En litt høyere andel kvinner enn menn oppgir god tilgang på kulturtilbud, idrettstilbud og kystlinje/strand/sjø. For resterende mål på tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter er det ubetydelige eller ingen kjønnsforskjeller.

### *Forskjeller mellom aldersgrupper*

Flere av utfallene viser også forskjeller på tvers av alder i tråd med hva vi kjenner igjen fra forutgående folkehelseundersøkelser i fylkene.

Når det gjelder helserelatert atferd, ser det ut til at et sunt kosthold er positivt korrelert med alder. Jo høyere alder, desto høyere er andelen som spiser frukt eller bær og grønnsaker daglig eller oftere og fisk mist to-tre ganger i uken. Blant kvinner øker andelen så å si lineært med alder, mens økningen er tydeligst fra 50-års alder blant menn. Motsatt synker andelen som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk minst to-tre ganger i uken og som snuser daglig med stigende alder. Andel som røyker daglig er svært

lav blant de yngste, øker så en del, men avtar blant de eldste. Andel som bruker snus daglig, er såpass høy som 24 % blant kvinner og 31 % blant menn i yngste aldersgruppe, men synker deretter med alderen. Mens andelen som drikker alkohol to ganger i uken eller oftere stiger med alderen, synker andelen som har et episodisk høyt alkoholforbruk sterkt fra yngste til nest yngste aldersgruppe, og stiger så noe inntil aldersgruppen 50-59 år for deretter igjen å synke.

De fleste aspekter knyttet til psykiske plager og livskvalitet viser en sterk sammenheng med alder. Skåren på psykiske plager er særlig høy blant kvinner i den yngste aldersgruppen. Det er også sterke sammenhenger for både de generelle livskvalitetsspørsmålene (tilfredshet med livet, mening med livet) og for positiv og negativ affekt, mellommenneskelig tillit, stedstilhørighet og opplevelse av å være trygg i nærmiljøet. For alle disse indikatorene blir livskvaliteten bedre med stigende alder.

Resultater for sosial interaksjon og sosial kapital er litt mer sammensatt. Når det gjelder andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere ser vi en U-formet alderstrend, der andelen er høyest i den yngste og de eldste aldersgruppene. For høy sosial støtte er det derimot motsatt, med høyeste andeler blant dem mellom 30-49 år. For andre utfall er det igjen mer lineære sammenhenger, der det blir bedre med alderen. Trivselen i nærmiljøet og stedstilhørigheten øker med stigende alder, og ensomheten synker.

Opplevelse av god tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter øker noe med alderen, selv om sammenhengene ikke alltid er lineære. Andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene synker med økende alder. Og jo eldre, desto lavere andel er det som rapporterer problemer med å få husholdningsinntekten til å strekke til.

Som nevnt senere i denne rapporten, er det nokså store grupper av eldre, særlig eldre kvinner, vi ikke når gjennom folkehelseundersøkelsene i fylkene. Dette fordi de ikke kan nå elektronisk. Dette kan føre til at vi får et for positivt bilde av særlig den eldste aldersgruppen. Sammenhengene er imidlertid like tydelige over lavere aldersgrupper. Jo høyere alder, desto gunstigere tall. Vi er derfor usikre på hvor mye en slik seleksjon faktisk betyr for resultatene. Også blant unge menn var deltakelsen lav, noe som kan ha gitt et litt for positivt bilde også i denne gruppa.

### *Forskjeller mellom utdanningsgrupper*

At utdanning henger nært sammen med helse og faktorer som påvirker helsen, er noe vi vet fra forskning både i Norge og internasjonalt. Resultatene fra folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark stemmer godt med dette bildet.

Jo høyere utdanning, desto høyere andel oppgir et sunt kosthold og rapporterer å være fysisk aktive (minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken). Andelen med fedme, som røyker daglig, og bruker snus daglig går ned med økende utdanning. For alkoholbruk er bildet mer sammensatt. Andel som drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere øker klart med økende utdanning. Det episodisk høye alkoholforbruket varierer derimot lite med utdanning.

For alle mål på helseplager og funksjonstap er det en klar utdanningsgradient i favør av de med høyere utdanning. Andel med nakkesmerter, med korsryggsmerter og med søvnproblemer synker, likeså andel med funksjonsnedsettelse på grunn av skade, og andelen som opplever at hverdagen er betydelig påvirket av helseproblemer.

Jo høyere utdanning, desto lavere skår på psykiske plager, negative følelser og ensomhet. Utdanningsgradienten er også tydelig for subjektiv livskvalitet. Særlig sterk sammenheng sees for det generelle spørsmålet om opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt, og for engasjement, tillit til andre mennesker og gjensidig positive sosiale relasjoner.

Andre mål på sosial interaksjon og sosial kapital følger stort sett samme mønster, men med noen unntak. Andelen som opplever høy sosial støtte øker sterkt med økende utdanning. Med økende utdanning øker også andelen som er med i organiserte og andre aktiviteter. Mens for stedstilhørighet og det å trives i nærmiljøet sees bare svake sammenhenger med utdanningsnivå.

Opplevd tilgang til tjenester og fasiliteter varierer relativt lite med utdanningsnivå. For kulturtilbud, idrettstilbud og natur- og friluftsområder er det en tendens til høyere andeler som opplever tilgjengeligheten god/svært god med økende utdanningsnivå. For offentlig transport er det antydning til det motsatte, der opplevd tilgjengelighet synker med økende utdanningsnivå.

Med økende utdanning er det videre en synkende andel som rapporterer at det er minst to år siden de var til tannlege. I tillegg synker andelen som opplever støy i hjemmet fra trafikk eller andre kilder. Til sist synker andelen med økonomiske vansker betydelig og forholdsvis lineært med økende utdanningsnivå.

#### *Vestfold og Telemark sammenlignet med andre fylker*

Undersøkelsen i Vestfold og Telemark i 2021 ble gjennomført med en revidert versjon av basismodulen til folkehelseundersøkelsene i fylkene, først brukt i Møre og Romsdal våren 2021. Den reviderte versjonen er basert på, og fortsatt i hovedsak lik, en tidligere versjon av skjemaet, som ble utarbeidet våren 2018 og senere utvidet ved at man la inn spørsmål om livskvalitet. På til sammen 44 resultater kan vi sammenligne med tall fra undersøkelsene som ble gjennomførte i Troms og Finnmark og Agder 2019, Nordland og Rogaland 2020. På 20 av resultatene kan vi sammenligne også med undersøkelser gjennomført i de daværende fylkene Hordaland 2018 og i Sogn og Fjordane 2019.

På de fleste områder er variasjonen over fylker nokså beskjedne, og for mange av resultatene kommer Vestfold og Telemark i en mellomposisjon sammenlignet med de andre fylkene. På noen punkter skiller Vestfold og Telemark seg litt ut fra de andre fylkene.

Vestfold og Telemark har, sammen med Rogaland, høyest andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet (76,6 %). Andelene som rapporterer god eller svært god tilgang på ulike tjenester og fasiliteter i Vestfold og Telemark er omtrent på linje med eller høyere enn andelen i de andre fylkene. Dette gjelder kulturtilbud, idrettstilbud, og butikker, spisesteder og andre servicetilbud. For opplevd tilgang på offentlig transport og gang- og sykkelveier ligger Vestfold og Telemark nest høyest (bak Rogaland).

Når det gjelder helserelatert atferd, er andelen som rapporterer å spise grønnsaker daglig eller oftere er litt høyere i Vestfold og Telemark (48,2 %) enn de øvrige fylkene (36,4-45,1 %). Samtidig oppgir en litt høyere andel å drikke alkohol to-tre ganger i uken eller oftere (25,0 %) enn i de andre fylkene som har gjennomført undersøkelsen (13,8-22,2 %).

Andelen som er sammen med gode venner og som deltar egenorganiserte aktiviteter ukentlig eller oftere er litt lavere i Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal enn i de andre fylkene. Selv om restriksjoner for sosial kontakt under den pågående

koronapandemien nylig hadde opphørt ved datainnsamlingstidspunktet, kan pandemisituasjonen like fullt påvirket svar på disse spørsmålene. Vestfold og Telemark skiller seg likevel ikke ut på deltakelse i organiserte aktiviteter.

Gjennomsnittlig skår på psykiske plager er, sammen med Agder svakt høyere enn de andre fylkene. Andel med høy gjennomsnittsskår (over 2,00 på HSCL-5-skalaen) er 13,9 % mot 9,6 % i tidligere Sogn og Fjordane, som har den laveste gjennomsnittsskåren. Sammenligning mellom fylker er vel og merke vanskelig mellom annet grunnet datainnsamlingstidspunkt før og i ulike perioder med pandemi og smitteverntiltak, som kan ha bidratt til fluktuerende nivåer av psykiske plager. For de fleste utfallsmål som gjelder subjektiv livskvalitet ligger Vestfold gjennomsnittlig sammenlignet med de andre fylkene.

I Vestfold og Telemark er det 10,7 % som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk når de er hjemme. Dette er på samme nivå som Troms og Finnmark, men svakt høyere enn i de andre fylkene som har gjennomført folkehelseundersøkelsen så langt (6,6-9,6 %). Forskjellene mellom fylkene er altså nokså små.

### *Viktige forbehold*

Når vi i dette sammendraget og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å huske 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 hver dag i en bestemt region kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under nasjonale anbefalinger, er det selvsagt for lavt ut fra et folkehelseperspektiv.

Deltakelsen i undersøkelsen var, som allerede nevnt, på 37,9 %. Dette er på nivå med andre undersøkelser av tilsvarende type. At kun litt over 1/3 av alle inviterte deltok, skaper likevel en del usikkerhet omkring resultatene. Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater.

I likhet med folkehelseundersøkelsene i andre fylker, er det også i Vestfold og Telemark noen grupper som faller utenfor. Det gjelder alle som ikke kan nås gjennom en internett-basert datainnsamling. Personer som ikke behersker norsk godt nok til å svare på undersøkelsen er også i liten grad representerte.

Datainnsamlingen til denne undersøkelsen ble gjennomført omtrent ett og et halvt år inne i koronapandemien og like etter en gjenåpning av samfunnet i Norge (den 25. september 2021). Vi vet ikke sikkert hvordan koronapandemien kan ha påvirket psykiske plager, livskvalitet og sosial kontakt. På de fleste av disse spørsmålene skiller ikke tallene i Vestfold og Telemark seg fra fylkene som gjennomførte datainnsamlinger før pandemien. På spørsmål om å møte gode venner mist ukentlig er andelen litt lavere for Vestfold og Telemark enn for fylkene som gjorde datainnsamlinger før pandemien. Andelen var enda litt lavere i Møre og Romsdal, som gjennomførte datainnsamling februar 2021, mens Rogaland (oktober 2020) ikke skilte seg vesentlig ut. Det er mulig at forskjellene reflekterer korona-relaterte restriksjoner og anbefalinger på undersøkelsestidspunktene fremfor mer stabile forskjeller mellom fylkene.

Denne rapporten dekker resultater fra basismodulen i spørreskjemaet. I tillegg inneholdt spørreskjemaet spørsmål utviklet av Universitetet i Sørøst Norge (USN) i samarbeid med Vestfold og Telemark fylkeskommune. Resultater fra spørsmål i tilleggsmodulen vil bli publisert av fylkeskommunen og USN etter at eget analysearbeid er ferdig.

## 1 Introduksjon

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Målet med undersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen, er å fremskaffe informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er subjektivt rapportert helse, livskvalitet, skader, helserelatert atferd og 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 ferskest mulig kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra register, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale.

Dersom man lykkes i å gjennomføre undersøkelsene på en standardisert måte (samme spørreskjema, samme datainnsamlingsmåter) med høy kvalitet på de innsamlede data (representative utvalg, høy svarprosent), vil det være mulig å sammenlikne på tvers av fylker og med tall for hele landet. Over tid vil man dessuten kunne se på trender både innen fylke og på tvers av fylker. Det å kunne sammenligne på tvers og over tid var et viktig premiss da disse undersøkelsene først ble beskrevet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonalt er data fra folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser<sup>3</sup> og vil etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsen<sup>4</sup>, KommuneHelsen<sup>5</sup> og KommuneHelseprofilene<sup>6</sup>. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskningsmiljø for videre analyser og for å sikre en best mulig nytte av dataene. Analyser baserte på data fra folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [1-4], herunder én som benyttet datamateriale fra Vestfoldundersøkelsen i 2016 [5].

Det lages også tabeller med tall for hver enkelt kommune (og noen ganger bydeler eller tidligere kommuneinndelinger). Når kommunene er svært små, slik at det kan oppstå problemer med anonymiteten, blir tall skjult. Dette gjaldt bare for svært få resultater i noen kommuner i Vestfold og Telemark.

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle folkehelseundersøkelsene. Undersøkelsen i Vestfold og Telemark brukte en nylig revidert versjon av dette skjemaet. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider<sup>7</sup>. Hvert fylke som gjennomfører undersøkelsen, har anledning til å føye til et avgrenset antall med egne spørsmål.

Flere av spørsmålene i spørreskjemaet ble også benyttet i en pilotundersøkelse i Vestfold og de tidligere Agder-fylkene i 2015/16 [6]. Det vil dermed være mulig å gjøre egne analyser på endringer i Vestfold-kommunene på en del tema<sup>8</sup>.

<sup>3</sup> <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

<sup>4</sup> <http://www.norgeshelsen.no/norgeshelsen/?language=no>

<sup>5</sup> <http://khs.fhi.no/webview/>

<sup>6</sup> <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

<sup>7</sup> <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkehelseundersokelser/sporreskjema/>

<sup>8</sup> [https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport\\_versjon\\_revidert\\_131017.pdf](https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport_versjon_revidert_131017.pdf)

Etter hvert som nye fylker gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene som blir utarbeidet lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra seks tidligere undersøkelser, Sogn og Fjordane<sup>9</sup>, Troms og Finnmark<sup>10</sup>, Agder<sup>11</sup>, Nordland<sup>12</sup>, Rogaland<sup>13</sup> og Møre og Romsdal<sup>14</sup> er foreløpig lagt ut [7-12]. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021.

## 2 Metode

### 2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Vestfold og Telemark ble planlagt og gjennomført i et nært samarbeid mellom avdelinger ved to forskjellige områder ved Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse og Område for helsedata og digitalisering) og Vestfold og Telemark fylkeskommune.

For å få et stort nok antall deltakere til å få dekket behovet for statistikk med bra presisjon for ulike geografiske enheter i Vestfold og Telemark, var det ønskelig med et brutto-utvalg på rundt 90 000. Utvalget skulle omfatte personer som var bosatt i Vestfold og Telemark, de skulle være født innen 31. august 2003, de skulle ha registerstatus som «vanlig bosatt» og de skulle ha adressekode 0 (ikke pendlerstatus, ikke klient ved institusjon o.l.). De skulle også ha gyldig fødselsnummer (ikke D-nummer, som er midlertidig og ment for opphold i Norge mindre enn 6 måneder).

For å få god nok representasjon i alle kommuner, ble det trukket et rent tilfeldig utvalg på 23 % fra hver kommune med minst 3 500 innbyggere (18 år +). I kommuner med <3 500 innbyggere i alderen 18 år og eldre, ble 100 % invitert. Dette har konsekvenser for de statistiske analysene og medfører at det må brukes vekting. Vekting betyr her at man lar svar fra de som er fra områder der det prosentvis er trukket ekstra store utvalg telle mindre, når det regnes ut fylkestall eller tall for grupper av kommuner. På denne måten sikrer man at prosentene og gjennomsnittene blir mest mulig korrekte.

Det ble trukket et utvalg fra Folkeregisteret på 105 544.

Etter at utvalget var sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret, for å sile bort alle som ikke var registrerte der og alle som hadde reservert seg mot å delta i undersøkelser, ble antallet redusert til 90 270. Deretter fjernet man alle som ikke hadde unik e-post eller unikt mobilnummer, alle som var døde, og alle som ikke hadde registrert adresse i Vestfold og Telemark. Ved selve utsendelsen ble listene sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret på nytt. Samlet hadde totalt ytterligere 59 personer falt ut fra materialet, slik at det endelige utvalget bestod av 90 211 personer. Dette er det antallet som inngår i den såkalte «invitasjonsfilen» og som dermed er utgangspunktet for å regne ut opplutning både totalt og i undergrupper.

---

<sup>9</sup> <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokinga-i-sogn-og-fjordane-2019/>

<sup>10</sup> <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokelsen-troms-finnmark/>

<sup>11</sup> <https://www.fhi.no/publ/2020/folkehelseundersokelsen-agder-2019/>

<sup>12</sup> <https://www.fhi.no/publ/2020/fylkeshelseundersokelsen-nordland/>

<sup>13</sup> <https://www.fhi.no/publ/2020/folkehelseundersokelsen-i-rogaland-2020/>

<sup>14</sup> <https://www.fhi.no/publ/2021/folkehelseundersokinga-i-more-og-romsdal-2021/>



Datainnsamling og datalagring ble gjennomført ved bruk av Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data (TSD), begge utviklet og levert av Universitetet i Oslo. Dataene ble deretter overførte til sikker server ved Folkehelseinstituttet for bearbeiding og analyser. De som måtte ønske det, kan når som helst få slettet sine opplysninger fra datafilene.

Første invitasjon til å delta ble sendt ut 27. september 2021. Det ble sendt ut påminnelser den 1. oktober og den 8. oktober. Datainnsamlingen ble formelt avsluttet 17. oktober 2021, men av praktiske årsaker ble det elektroniske skjemaet stengt først den 18. oktober. Etter første utsendelse oppnådde vi svar fra 18,3 % av de inviterte. Etter første purring økte det til 29,2%. Og innen datainnsamlingen ble avsluttet, kom deltakelsen opp i 37,9 %. Hvordan deltakelsen i undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag, er vist i Figur 1 nedenfor.

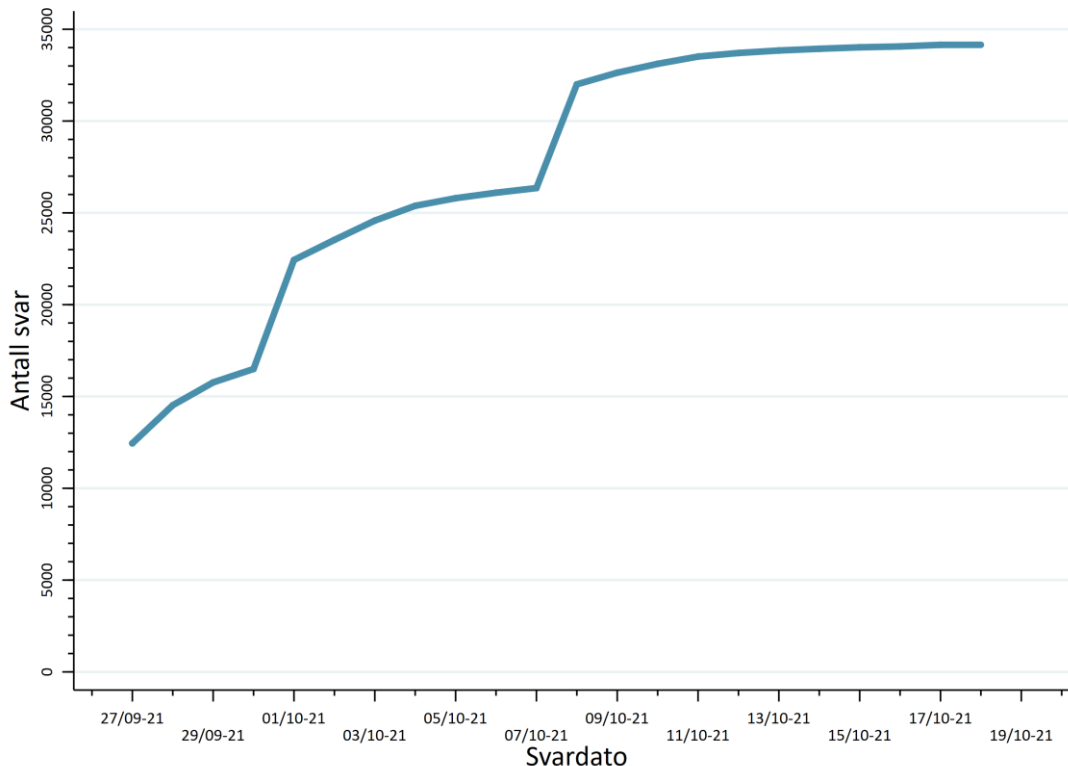


Fig. 1: Utfylte skjema etter dato.

Vestfold og Telemark fylke er inndelt i 12 geografiske områder (kommuner og regioner) i analysene som er presenterte i denne rapporten:

- **Horten**
- **Holmestrand**
- **Tønsberg**
- **Sandefjord**
- **Larvik**
- **Færder**
- **Porsgrunn og Bamble**
- **Skien og Siljan**
- **Kragerø og Drangedal (Vestmar)**

- **Midt-Telemark** (bestående av Nome og Midt-Telemark)
- **Øst-Telemark** (bestående av Tinn, Hjartdal og Notodden)
- **Vest-Telemark** (bestående av Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke og Vinje)

Tabell 1 viser hvor mange som ble inviterte til å være med i undersøkelsen og hvor mange som faktisk deltok etter geografisk område i fylket. Oppslutningen per kommune varierte mellom 30,9 (Hjartdal) og 46,7 % (Fyresdal).

Tabell 1: Fordeling av inviterte og det endelige utvalget etter region/kommune (ikke vektete tall)

	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent
Horten	5 364	2 234	41,6
Holmestrand	4 831	1 835	38,0
Tønsberg	11 118	4 491	40,4
Sandefjord	12 297	4 779	38,9
Larvik	9 004	3 617	40,2
Færder	5 233	2 244	42,9
Porsgrunn og Bamble	9 607	3 261	33,9
Skien og Siljan	11 905	4 085	34,3
Kragerø og Drangedal	4 491	1 486	33,1
Midt-Telemark	3 151	1 136	36,1
Øst-Telemark	4 534	1 608	35,5
Vest-Telemark	8 676	3 371	38,8
Alle	90 211	34 147	37,9

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (41,9 %) enn blant menn (33,9 %). Svarprosenten varierer betydelig over aldersgrupper for begge kjønn, og særlig blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høyest i aldersgruppen 60-69 år (51,7 %) og lavest i den yngste aldersgruppen (18-29 år: 30,9 %). Blant menn i de to eldste aldersgruppene (60-69 år og 70+ år) er det 47,7 % og 48,5 % som har svart. Blant de yngste mennene (18-29 år) var det bare 17,5 % som deltok, med andre ord langt under halvparten så stor prosentdel. Blant menn i alderen 30-39 var det 24,1 % av de inviterte som deltok i undersøkelsen.

En feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar. For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn dem som ikke svarer [13]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten. Jo lavere andel som deltar, desto større er sannsynligvis seleksjonsproblemene. I denne undersøkelsen i Vestfold og Telemark er seleksjonsproblemet sannsynligvis størst blant menn i de to laveste aldersgruppene, med andre ord blant menn i alderen 18-39 år.

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer i en vitenskapelig artikkel basert data på lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), antyder at seleksjonsproblemet kanskje er mindre enn man kan frykte. Resultater fra denne analysen viser at de som svarer etter en eller to purringer ikke skiller seg vesentlig fra de som svarer etter første invitasjon [2]. Dette betyr at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis gir skjevhet på de utfallsvariablene som inngår i folkehelseundersøkelsene.

Ettersom svarene varierer systematisk over undergrupper definert ved kjønn og alder, vil det likevel være en fordel å vekte når man skal regne ut tall som gjelder et helt fylke eller et bestemt geografisk område, eller når man skal sammenligne grupper på andre variabler. Se også kap. 4.2.2 om vurderinger rundt representativitet.

**Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe (ikke utvalgsvektede tall)**

	Kvinner			Menn		
	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent
<b>18-29</b>	7 846	2 426	30,9	8 787	1 541	17,5
<b>30-39</b>	7 601	2 824	37,2	7 658	1 846	24,1
<b>40-49</b>	7 836	3 409	43,5	7 885	2 513	31,9
<b>50-59</b>	8 422	4 043	48,0	8 544	3 405	39,9
<b>60-69</b>	6 976	3 605	51,7	7 095	3 381	47,7
<b>70+</b>	5 525	2 229	40,3	6 032	2 925	48,5
<b>Alle</b>	44 206	18 538	41,9	46 001	15 613	33,9

Tabell 3 viser hvor stor prosentandel av den samlede, voksne befolkningen i Vestfold og Telemark som deltok i undersøkelsen. De laveste andelene finner vi blant menn i den yngste (18-29 år) og nest yngste (30-39 år) aldersgruppen (5,1 % og 7,2 %) og blant kvinner i aldersgruppen 70 år og oppover (6,7 %). Mer findelt i den eldste aldersgruppen, er det særlig lave andeler av den samlede befolkningen som deltok i gruppen 80 år og eldre blant kvinner (2,5 %) og gruppen 85 år og eldre blant menn (3,5 %).

**Tabell 3: Utvalget og befolkningstall<sup>15</sup> etter kjønn og aldersgruppe (ikke vektete tall)**

	Kvinner			Menn		
	Befolkning n	Utvalg n	Utvalget i prosent	Befolkning n	Utvalg n	Utvalget i prosent
<b>18-29</b>	27 418	2 426	8,9	30 513	1 541	5,1
<b>30-39</b>	25 242	2 824	11,2	25 751	1 846	7,2
<b>40-49</b>	27 552	3 409	12,4	27 781	2 513	9,0
<b>50-59</b>	29 536	4 043	13,7	29 834	3 405	11,4
<b>60-69</b>	26 699	3 605	13,5	25 922	3 381	13,0
<b>70+</b>	33 904	2 229	6,7	28 124	2 925	10,4
<b>Alle</b>	170 351	18 538	10,9	167 925	15 613	9,3

<sup>15</sup> Befolkningstallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå og gjelder befolkningssamansetningen per 1. januar 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Tabell 4: Fødeland og landbakgrunn etter kontinent/område blant deltakerne

	Fødeland n (%)	Landbakgrunn n (%)
Norge	31 271 (91,6%)	30 997 (90,5%)
Norden	603 (1,8%)	770 (2,3%)
Vest-Europa	602 (1,8%)	679 (2,0%)
Øst-Europa	682 (2,0%)	748 (2,2%)
Afrika	189 (0,6%)	194 (0,6%)
Asia	570 (1,7%)	609 (1,8%)
Latin-Amerika	113 (0,3%)	112 (0,3%)
USA/Canada	101 (0,3%)	118 (0,3%)
Oseania	16 (0,1%)	20 (0,1%)
Alle	34 147	34 147

Tabell 4 viser fødeland og landbakgrunn etter kontinent/område blant deltakerne, basert på selvrapportert eget og foreldres fødeland. Landbakgrunn er definert så nært som mulig definisjonen Statistisk sentralbyrå benytter; «For personer født i utlandet, er dette (med noen få unntak) eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland som blir valgt<sup>16</sup>. Vi hadde imidlertid ikke informasjon om besteforeldrenes fødeland som Statistisk sentralbyrå har med i sin definisjon. Presenterte tall er dermed ikke helt sammenlignbare med Statistisk sentralbyrås statistikk. Like fullt er det nok en underrepresentasjon av personer med ikke-norsk fødeland og landbakgrunn i datamaterialet. For å beregne mer nøyaktig hvor stor underrepresentasjonen er, må det gjøres egne analyser med kobling mellom vårt datamateriale og registerdata fra Statistisk sentralbyrå. Ifølge Statistisk sentralbyrå var 15,4 % av befolkningen i Vestfold og Telemark i 2021 innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre<sup>17</sup>.

## 2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen

### Kommunikasjonsarbeid

Internt i Vestfold og Telemark fylkeskommune er det brukt betydelig ressurser, særlig personressurser i form av arbeidstid, i forbindelse med gjennomføring av undersøkelsen i fylket, og da særlig knyttet til kommunikasjonsarbeid. Det ble tidlig i januar 2021 nedsatt en intern arbeidsgruppe for å lage en kommunikasjonsstrategi med tilhørende tiltaksplan. Arbeidsgruppen har bestått av prosjektleder i fylkeskommunen, rådgiver fra seksjon Folkehelse og livsmestring, kommunikasjonsrådgiver fra avdeling for Analyse og metodeutvikling og kommunikasjonsrådgiver fra seksjon Kommunikasjon.

Det ble utarbeidet et overordnet mål for promotering av Folkehelseundersøkelsen: «Å skape positiv oppmerksomhet om undersøkelsen og folkehelsearbeidet i fylket». To mer spesifikke undermål fulgte dette,

- 1) «Å informere og mobilisere flest mulige av de som er plukket ut» og

<sup>16</sup> <https://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/1919/nb>

<sup>17</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/09817>

2) «Vise frem betydningen resultatene har for lokalsamfunnet og innbyggerne med hensyn til livskvalitet, trivsel og helse».

For spisset og enkel kommunikasjon ble følgende budskap til befolkningen og andre interessenter vektlagt i ulike kanaler og kommunikasjonsressurser som ble laget:

*«Folkehelseundersøkelsen gir unik lokal kunnskap for å forbedre befolkningens livskvalitet, trivsel og helse.»*

En rekke ulike kommunikasjonstiltak ble planlagt og gjennomført, både interne for forankring og oppslutning blant politikere og ansatte i administrasjonen, og eksternt ut mot alle innbyggere i fylket. God dialog med kommunene for å mobilisere og motivere de til egne lokale tiltak ble også vektlagt. Blant annet arrangerte fylkeskommunen en workshop for kommunikasjonsrådgivere og folkehelserådgivere hvor de ga innspill på behov for materiale og støtte. Workshopen resulterte i at fylkeskommunen utarbeidet en markedsføringspakke. Målet med pakken var å bistå kommunene i promotering av undersøkelsen. Markedsføringspakken fortalte kort om undersøkelsen og hvorfor promotere. Pakken ga forslag og tips til hvordan kommunene kunne promotere undersøkelsen i sin kommune. Den ga innsikt i fylkeskommunens tidsplan til ulike kommunikasjonsaktiviteter. Pakken var dermed også en oppfordring til kommunen om å utforme parallelle aktiviteter. For å lette arbeidet og minimere kostnadene for den enkelte kommune besto markedsføringspakken også av en rekke ferdig promoteringsmateriale. Materialet kunne kommunene fritt benytte i egen promotering. Eksempler på materiale som var tilgjengelig var foto, promoteringsfilmer, digitale plakater i ulike formater, filer til å trykke plakater og roll-ups, pressemelding og kontinuerlig tilgang på utviklingen for svarprosenter, gjennom oppdaterte rapporter fra FHI gjennom hele datainnsamlingsperioden.

Fylkeskommunen har fått tilbakemelding fra litt over halvparten av kommunene om at de har gjennomført egne kommunikasjonsaktiviteter.

Her følger en kort oversikt og beskrivelse av kommunikasjonsmateriale og utvalgte aktiviteter for å promotere til deltakelse i befolkningen:

- Egen side på Vestfold og Telemark fylkeskommune sin nettside: <https://www.vtfk.no/folkehelseundersokelsen2021>. Her var det blant annet informasjon om undersøkelsen, spørsmål og svar side, spørreskjema (til å lese, ikke besvare) og kontaktinformasjon.
- Flere kommuner hadde aktuelt sak om Folkehelseundersøkelsen på egne nettsider.
- Egen fotopakke fritt tilgjengelig for kommunene og brukt til utarbeidelse av kommunikasjonsmateriell. Foto speilte tre ulike målgrupper, yngre voksne, voksne og eldre voksne. Samtidig hadde de et søkelys på mennesker i aktivitet og som del av naturen.
- Det ble laget to korte filmer med influenser Vegard Harm, særlig med tanke på å mobilisere de yngre voksne (<https://youtu.be/UOVn5A-TKPo> og [https://youtu.be/bZf7RBTv\\_N0](https://youtu.be/bZf7RBTv_N0)). Disse filmene ble kun spred ved hjelp av organisk deling (ikke sponset). I periode fra noen uker før datainnsamling og gjennom hele datainnsamlingsperioden viser medieovervåking totalt antall visninger på disse filmene på ca. 22 900.

- Med interne ressurser ble det laget totalt 12 korte promoteringsfilmer, basert på foto og tekst, noen på bokmål og noen på nynorsk. Disse filmene ble brukt særlig til annonsering i sosiale medier.
- Det ble laget digitale plakater og filer for plakater til trykk (brukt i noen kommuner). Digitale plakater ble vist på fylkeskommunens skjermer på bussholdeplasser, busser, tannlegekontor og noen videregående skoler. Flere kommuner viste digitale plakater på kommunale skjermer, f.eks. bibliotek, frivillighetssentral eller kjøpesentre.
- Fylkeskommunen brukte sosiale medier aktivt til både betalt annonsering og poster, særlig Instagram og Facebook. Totalt var det 220 739 eksponeringer på sosiale medier (annonsering Facebook og Instagram, og poster på Facebook, men ikke Instagram). Det ble brukt 9 litt ulike annonser, både på nynorsk og bokmål. Annonsering i sosiale medier ble justert under hele datainnsamlingsperioden for å nå flest mulige i målgruppene som viste lavest svarprosent. Oppsummert førte dette til noe høyere eksponering i Telemark sammenliknet med Vestfold, en overvekt av menn i forhold til kvinner ble eksponert (60 mot 40%) og en klar overvekt av eksponering i aldersgruppene 18-24 år og 25-34 år sammenliknet med eldre personer. Det ble registrert at folk nesten utelukkende så annonser på mobil app (Facebook, Instagram) og ikke på PC eller mobil web.
- Det ble kjøpt digitale annonser i lokalaviser i fylket. Mediaplus ble brukt som formidler av annonser og til programmatisk kjøp av annonser. Totalt fikk denne annonsekampanjen 130 143 visninger og 80 676 unike visninger. Mediaplus vurderte at kampanjen har gjort det veldig bra. Klikkfrekvensen på annonsene var 0,26 prosent. Dette er over dobbelt så høyt som deres referansemåling på 0,1 prosent på lignende kampanjer.
- Fylkeskommunen skrev en pressemelding fritt tilgjengelig for kommunene. Fylkeskommunen kontaktet NRK radio Vestfold og Telemark, og flere kommuner hadde kontakt med lokalaviser. Dette førte til oppslag om undersøkelsen i åtte lokale og mer regionale aviser. Fylkesordfører snakket om undersøkelsen i radio på to ulike datoer. Undersøkelsen fikk en ikke planlagt ekstra oppmerksomhet fra media rundt kostnader knyttet til bruk av influenser Vegard Harm (avisen Varden og NRK radio).
- Før siste purring ble et insentiv på utlodding av 10 stk. AirPods Pro til deltakere inkludert.
- Under hele datainnsamlingsperioden tok Vestfold og Telemark fylkeskommune imot publikumshenvendelser, på eget telefonnummer og egen e-postadresse opprettet for gjennomføring av undersøkelsen. Til sammen ble 122 telefonhenvendelser besvart, ca. 5 timer og 45 minutter telefontid. Rundt 100 personer sendte henvendelse på e-post til fylkeskommunen.

Kommunikasjonstiltakene i Vestfold og Telemark fylkeskommune ble koordinert med FHI. En nyhetssak om at Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Vestfold og Telemark fylkeskommune, skulle sende ut undersøkelsen ble lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider og FHI sin nyhetstjeneste ved oppstart av undersøkelsen. En av filmsnuttene med Vegard Harm ble delt via FHI sin facebook-side underveis i datainnsamlingen.

Som teknisk gjennomfører og administrator av epostadressen for spørreskjemaet, besvarte Folkehelseinstituttet henvendelser fra publikum (100+). Telefoniske henvendelser var få. Ved to anledninger stilte Folkehelseinstituttet til intervju i forbindelse med undersøkelsen (begge NRK).



**Utvalg av bilder brukt i kommunikasjonsarbeidet for Folkehelseundersøkelsen - Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021. Foto: Stina Glømme.**

### 2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble brukt i Vestfold og Telemark er basert på en revidert versjon av basismodulen, som ble endelig ferdigstilt juni 2021. Den reviderte basismodulen ble utviklet av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjoner er gjort etter innspillsrunder høsten 2020 med fylkeskommunene, representanter fra utvalgte enkeltkommuner, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (bl.a. ved SSB og UiB). Basert på erfaringer fra spørreskjemaet som ble brukt i Møre og Romsdal i februar 2021, ble det gjort noen få, mindre justeringer. Livskvalitetsmodulen er revidert av normerende gruppe for livskvalitetsmåling, nedsatt av Helsedirektoratet. Den reviderte versjonen er basert på, og fortsatt i hovedsak lik, en tidligere revidert kjernemodul, utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og som forelå 1. mars 2019 (se kap. 2.4.21 for mer detaljer). En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane er også beholdt. Til sist er de fleste av spørsmålene som ble brukt i undersøkelsene i 2019 og 2020 (Agder, Troms og Finnmark, Nordland og Rogaland) fortsatt med. For enkelte av disse spørsmålene er det vel og merke gjort mindre justeringer i spørsmålsformulering og/eller svaralternativer. I en appendiks til denne rapporten blir det gitt lenker til spørreskjemaet som ble brukt i Vestfold og Telemark.

I tillegg til basismodulen, som blir brukt i alle datainnsamlingene, har hvert fylke anledning til å legge inn tilleggs-spørsmål som er av spesiell interesse for det aktuelle fylket.

Mange av spørsmålene som ble brukt under pilotundersøkelsen i Vestfold og de tidligere Agder-fylkene i 2015/16 er fortsatt med [6]. Det vil dermed være mulig å gjøre egne analyser på endringer i Vestfold-kommunene på en del tema. En slik sammenstilling ble vurdert å være en for omfattende jobb for foreliggende rapport, som er ment å gi en første beskrivelse av utvalgte resultater.

## 2.4 Spørsmålsoversikt

Vi vil her kort beskrive spørsmålene som inngår i basismodulen til spørreskjemaet. Vi beskriver spørsmålene stort sett i samme rekkefølge som de har i spørreskjemaet. Vi har kommentert spesifikt der det er gjort endringer etter siste skjemarevisjon (justerte spørsmålsformuleringer og/eller svarkategorier, spørsmål som er byttet ut eller nye tema er kommet inn).

### 2.4.1 Kjønn, alder og utdanning

Informasjon om kjønn og alder ble hentet fra Det sentrale folkeregisteret (DSF). Alder er i denne rapporten brukt som kontinuerlig variabel når man skulle beskrive gjennomsnittlig alder på tvers av geografiske områder innen fylket. I andre sammenhenger er alder delt inn i aldersgrupper med følgende oppdeling: 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, og 70 år eller eldre.

Informasjon om høyeste fullførte utdanning er basert på selvrapport. Her er kategoriene reviderte f.o.m. 2021 i samråd med SSB, for å få kategorier som er mest mulig sammenlignbare med deres statistikk. Deltagere kunne velge mellom følgende syv kategorier:

- I. Ingen fullført utdanning
- II. Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
- III. Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole, gymnas)
- IV. Fagskole
- V. Høyskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
- VI. Høyskole/universitet, bachelorgrad, cand. mag. eller tilsvarende (2 - 4 år)
- VII. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

I denne rapporten blir utdanning oftest brukt som en variabel med fire nivåer, med inndeling i tråd med SSBs kategorisering: nivå I-II (Grunnskole eller lavere), nivå III-V (VGS), nivå VI (Høyskole/universitet 2-4 år) og nivå VII (Høyskole/universitet >4 år). Noen steder er utdanning brukt som todelt variabel, der vi skiller mellom nivå I-V og nivå VI-VII.

Merk at gruppen med Fagskole og gruppen med Høyskole/universitet mindre enn to år begge blir plasserte i kategorien «VGS». I fylker som har gjennomført folkehelseundersøkelsen i 2020 og tidligere var det ikke egne svaralternativer for disse utdanningene. Det medførte trolig at en del med slik utdanning krysset av for, og ble rapportert å ha, utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Utdanningsnivåene som er rapporterte i folkehelseundersøkelsene i fylkene fra 2020 og tidligere vil dermed ikke være helt sammenlignbare med undersøkelsene i Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal. Derimot vil tallene fra Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal, og de



kommende undersøkelsene, i større grad kunne sammenstilles med antall for hele befolkningen i statistikken fra Statistisk sentralbyrå.

#### 2.4.2 Trivsel

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de trives i nærmiljøet sitt. Det ble gitt fire svaralternativer: «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt». Prosentandel som svarte «I stor grad» er rapportert.

#### 2.4.3 Tilgjengelighet av fasiliteter og servicetilbud lokalt

Deltakerne ble spurte om hvordan de opplever tilgjengeligheten til ulike typer fasiliteter og servicetilbud lokalt. Det ble spurt om tilgjengelighet av

- kulturtilbud (eksempelvis kino, bibliotek, kulturhus, konserter, teater etc.)
- idrettstilbud (eksempelvis idrettshall, svømmehall, treningscenter, ski/lys-løyper etc.)
- butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- offentlig transport
- natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer
- kystlinje/strand eller sjøen

Svarkategoriene var «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke». Spørsmålet om tilgjengelighet til kyst/strand eller sjø hadde også svarkategorien: «Bor ikke i nærheten av sjø eller innsjø».

Et nokså tilsvarende spørsmål handlet om gang- og sykkelveier, om de var godt utbygde i nærområdet. Svaralternativene var de samme som over.

For dette temaet er det gjort følgende skjemarevisjoner f.o.m. 2021: i) Spørsmål om kultur- og idrettstilbud var før revisjonen samlet i ett spørsmål. Disse er nå to separate spørsmål, og det er lagt til noen flere eksempler på typer tilbud. ii) Spørsmålet om natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer var før revisjonen delt i to spørsmål. iii) Spørsmålet om kystlinje/strand eller sjø er nytt.

I denne rapporten oppgir vi prosentandel som har svart «Svært god» eller «God» på hvert av spørsmålene om tilgjengelighet av fasiliteter, servicetilbud, naturområder og gang/sykkelveier. Kategoriene «Vet ikke» og «Bor ikke i nærheten av sjø eller innsjø» er i denne sammenhengen holdt utenfor prosentfordelingen.

#### 2.4.4 Deltakelse i aktiviteter

Deltakerne ble spurt om hvor ofte de deltar i organisert aktivitet/frivillig arbeid som for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende. De ble også spurte om hvor ofte de deltar i annen aktivitet som for eksempel klubb, møte, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre. Videre i rapporten er dette omtalt som egenorganisert aktivitet, og inkluderer da en bredde av sosialt samvær, og mer enn kun fysisk aktivitet. Disse to spørsmålene hadde de samme svaralternativene: «Daglig», «Hver uke», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». Prosentandel som svarte at de deltar hver uke eller oftere er rapportert.

#### 2.4.5 Generell helse og tannhelse

De som var med i undersøkelsen ble spurte om hvordan de alt i alt vurderer sin egen helse. De kunne sette kryss for ett av følgende fem svaralternativer: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig». I analysene benyttet vi en todeling der vi rapporterte prosentandel som svarte at de hadde «God» eller «Svært god» helse.

Det ble stilt et helt tilsvarende spørsmål der de ble bedt om å vurdere egen tannhelse. Som for generell helse rapporteres prosentandel som svarte at de hadde «God» eller «Svært god» tannhelse.

#### 2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier

Deltakerne ble spurte om når de sist var hos tannlege eller tannpleier. Det ble brukt tre svaralternativer: «0-2 år siden», «3-5 år siden» og «mer enn 5 år siden». I denne rapporten presenterer vi prosentandelen som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de sist var hos tannlege eller tannpleier.

De som svarte at det var mer enn fem år siden sist de var til tannlege eller tannpleier, blei spurt om hvorfor. Det ble gitt fire svaralternativer, der det ble presisert at det var tillatt med mer enn ett kryss: «Økonomiske årsaker», «Redsel/frykt», «Problemer med transport/reisevei» og «Andre årsaker».

*Analysen av svarene på spørsmålet om årsak til at det var mer enn fem år siden sist de var til tannlegen, er ikke presenterte i denne rapporten.*

#### 2.4.7 Høgde og vekt

Deltakerne ble spurt om hvor høye de er uten sko, og skulle oppgi svaret i antall centimeter (hele tall, min 25, maks 250). De ble også spurt om hvor mye de veier uten klær og sko. Her skulle de oppgi svaret i kilogram (hele tall, min 25 maks 500). De som var gravide skulle oppgi vekten før de ble gravide. Det ble regnet ut en kroppsmasseindeks (KMI) etter vanlig formel. KMI defineres som kroppsvekten i kilogram dividert med kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m<sup>2</sup>). Oppgitt høyde på 1.20-2.20 m og vekt på 25-220 kg ble inkludert i utregningen. Utrengnet KMI <14 og >80 ble regnet som urealistiske og utelatt fra analysene. Blant svarene i Vestfold og Telemark ble 116 holdt utenfor med disse kriteriene. Prosentandel som hadde en kroppsmasseindeks på 30 eller mer er rapportert. KMI på 30 eller mer omtales ofte som fedme.

#### 2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) ble benyttet som mål på psykiske plager [5]. HSCL-5 omfatter fem spørsmål om følgende:

- nervøsitet eller indre uro
- redsel eller engstelse
- følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- nedtrykthet eller tungsindighet
- bekymring eller uro

Det gis fire svaralternativ: «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng). Det kan beregnes en gjennomsnittsskår på tvers av de fem leddene. Denne vil ha verdier som varierer fra 1 til 4, der høyere

skår indikerer høyere grad av psykiske plager. I denne rapporten har vi laget gjennomsnittsskårer for de som har gyldige svar på > 2 av spørsmålene (99,79 %). I noen sammenhenger presenteres en todeling, der en skår som er høyere enn 2,00 defineres som en høy skår.

Merk at det finnes noen variasjoner i spørsmålsformuleringene i ulike norske oversettelser av HSCL. I versjonen brukt i FHUS-undersøkelsene angis en tidsramme på én uke (grad av plage «den siste uken»). Dette er ulikt fra versjonen brukt av Statistisk sentralbyrå (siste to uker) og resultatene fra disse to versjonene er dermed ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare.

#### 2.4.9 Søvnproblem (insomni) og søvnlengde

Bergen Insomnia Scale (BIS) ble brukt som mål på søvnproblemer. Søvninstrumentet er tatt inn i siste skjemarevisjon f.o.m. 2021 og gir informasjon om omfang av søvnproblemer (insomni) etter DSM-5-kriteriene. Dette søvnmålet er brukt i en rekke andre spørreundersøkelser. Etersom DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 5) endret noe på kriteriene for insomni sammenlignet med tidligere versjoner av DSM, er skjemaet ikke helt identisk med det originale skjemaet (som f.eks. ble brukt i Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag 4 - HUNT4). Spørsmålene, slik de er formulerte i FHUS, inngår også i den Nasjonale Folkehelseundersøkelsen (NHUS), som ble gjennomført av Folkehelseinstituttet for første gang som en pilot høsten 2020.

BIS omfatter 4 spørsmål om henholdsvis vansker med å sovne om kvelden, gjentatte oppvåkninger, hvor ofte man er trøtt eller søvngig og hvor lenge søvnavanskene har vart. For de tre første spørsmålene blir det gitt fire svaralternativer: «Aldri/sjelden», «Av og til», «1-2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke». Spørsmålet om varighet av søvnavansker har fem svaralternativer for varighet; «Mindre enn 1 måned», «1-2 måneder», «3-6 måneder», «7-12 måneder», «Mer enn 1 år», samt svaralternativet «Jeg har ikke søvnavansker». Følgende kriterier gir indikasjon på insomni etter DSM-5: Å oppgi å ha vansker med å sovne eller har gjentatte oppvåkninger minst 3 ganger per uke OG å være søvngig eller trøtt minst 3 ganger per uke OG at søvnproblemene har vart minst 3 måneder. Vi har rapportert prosentandel som med indikasjon på insomni etter disse kriteriene.

Deltakerne ble også spurte om hvor mange timer søvn de vanligvis får per natt på hverdager. Her kunne de velge svarkategorier i timer og minutter med 15 minutters intervall. Gjennomsnittlig søvnlengde per natt i timer er rapportert.

#### 2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

Deltakerne ble spurt om de har hatt noen langvarige sykdommer eller helseproblemer (også sesongbetonte, eller som kommer og går). Sykdommene eller helseproblemene skal ha vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

Videre ble deltakerne i studien spurt om hvordan disse helseproblemene påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt».

Deltakerne ble også spurt om de har noen funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade. Dette inkluderer plager som kommer og går. Svaralternativene var «ja» og «nei».

Og til slutt under denne delen ble de spurt i hvilken grad funksjonsnedsettelsen påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt».

Andel som har svart at de har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker deres hverdag presenteres. Vi presenterer også andel som har svart at de har langvarige funksjonsnedsettelse på grunn av skade og som i stor grad påvirker deres hverdag.

#### 2.4.11 Muskel-skjelettplager

Et utvalg av spørsmål fra «Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions» (BQMC) er brukt for å måle muskel og skjelettplager. BQMC er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med «Center for Global Burden of Disease» i Seattle (USA). Spørreskjemaet er utarbeidet m.a. med mål om å kunne informere sykdomsbyrdeestimerer både regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Deltakerne ble spurt om de hadde hatt smerter i henholdsvis korsryggen eller nakken de siste 28 dagene, med svaralternativene «Ja» og «Nei».

De som svarte «Ja» på ett eller begge disse spørsmålene, fikk oppfølgingsspørsmål om hvor mange av de siste 28 dagene de hadde hatt slike smerter, og hvor mange av dagene smertene hadde gjort at en måtte redusere vanlige aktiviteter eller daglige rutiner.

I denne rapporten presenterer vi andeler som rapporterte å ha hatt henholdsvis nakkesmerter og korsrygg smerter de siste 28 dagene. Samlet i fylket og fordelt på kvinner og menn viser vi også såkalt punktprevalens med smerte og punktprevalens med nedsatt funksjon grunnet disse smertene.

#### 2.4.12 Sosial støtte

Opplevd sosial støtte ble målt med Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3), som består av tre spørsmål:

- Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer. Også personer i nærmeste familie kan regnes med. Svaralternativer «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det en gjør. Svaralternativer: «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det. Svaralternativer: «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 og oppover til 4 eller 5, der 1 står for lavest grad av støtte og høyere tallverdier står for høyere grad av sosial støtte. Det ble laget en uvektet sumskår<sup>18</sup> med verdier fra 3-14. Skår på 1-8 ble regnet som en indikasjon på opplevd lavt, 9-11 middels og 12 -14 høyt nivå av sosial støtte, basert på en inndeling som er brukt i tidligere studier [14].

Andel som opplever *høy* sosial støtte presenteres i diagrammene. Merk at vi i FHUS-rapporter før 2021 har presentert andel som opplever *middels eller høy* sosial støtte.

<sup>18</sup> I dette tilfellet delte vi ikke på tall på ledd. Bare de med svar på alle tre leddene ble tatt med (99,49 %).

Endringen i rapportering er gjort blant annet for å få tydeligere frem variasjoner i sosial støtte over geografi, utdanningsnivå og aldersgrupper. I appendiks er en tabell som viser prosentfordeling for hver av de tre nivåene av sosial støtte.

#### 2.4.13 Ensomhet

Ensomhet ble målt med skalaen «The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS) [15]. T-ILS består av følgende spørsmål:

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

Svaralternativene på alle disse var: «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 til 5, der 1 står for lavest grad av ensomhet og høyere tallverdier står for høyere grad av ensomhet. Det ble laget ei uvektet sumskår med verdier fra 3-15<sup>19</sup>. Ensomhet er noe de fleste opplever i mer eller mindre grad, men man kan kanskje sies å være ensom når man overstiger en viss terskelverdi. Det er ingen etablert terskelverdi på UCLA-3-skalaen og ulike praksiser er benyttet i litteraturen. Se gjerne rapporten «Livskvalitet i Norge 2019», kap. 5, for en utdyping om ulike tilnærminger [16]. Vi har i denne rapporten benyttet en skår på 1-9 som en indikasjon på opplevd lavt nivå, og 10-15 høyt nivå av ensomhet. Dette terskelnivået ble i nevnte rapport funnet å predikere svar i øvre del på direktespørsmål om ensomhet (6 eller mer på skala 0-10, se også kap. 2.4.21 nedenfor). Andel som opplever høyt nivå av ensomhet («ensomme») presenteres i diagrammene.

#### 2.4.14 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med fem spørsmål.

- Omtrent hvor mange timer man siter i ro på en vanlig hverdag. Svaret oppgis i hele timer.
- Hvor ofte man vanligvis trener eller mosjonerer. Svaralternativene var: «Aldri», «Sjeldnere enn en gang i uken», «En gang i uken», «2-3 ganger i uken», «4-5 ganger i uken» og «Omtrent hver dag».
- Hvor hardt man trener eller mosjonerer. Svaralternativene var: «Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett», «Tar det så hardt at jeg blir andpusten og/eller svett», og «Tar meg nesten helt ut».
- Hvor lenge man trener hver gang. Svaralternativene var: «Mindre enn 15 minutter», «15-29 minutter», «30 minutter-1 time» og «Mer enn 1 time».
- Dersom man er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan man vil beskrive arbeidet sitt. Svaralternativene var: «For det meste stillesittende arbeid (for eksempel skrivebordsarbeid, montering)», «Arbeid som krever at du går mye (for eksempel ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)», «Arbeid der du går og løfter mye (for eksempel pleier, bygningsarbeider)» og «Tungt kroppsarbeid».

Det tredje og fjerde av disse spørsmålene ble ikke stilt til de som oppgav at de «aldri» drev med mosjon.

<sup>19</sup> Også her ble bare de med svar på alle tre leddene tatt med (99,58 % av besvarelsene).

Tilsvarende spørsmål er benyttet i mange tidligere norske undersøkelser av fysisk aktivitet. I siste skjemarevisjon er det gjort følgende justeringer i spørsmålene: i) Spørsmål to om treningshyppighet er justert (instruksjonen «i fritiden» slettet, «mosjon/trening til/fra jobb» tatt inn). Spørsmålsformuleringen er nå sammenliknbar med spørsmål som er validert og brukes i HUNT og Tromsø-undersøkelsene, samt andre nasjonale undersøkelser med tidsserier bakover til 70/80-tallet [17, 18]. Formuleringen gir også et bedre mål på total mengde fysisk aktivitet. ii) I spørsmål tre er andre svaralternativ justert (fra «... andpusten og svett» til «... andpusten og/eller svett»). Dette gir lik formulering som i HUNT og er i tråd med faglige vurderinger om «moderat treningsintensitet». iii) Spørsmål om fysisk aktivitet i forbindelse med arbeid er nytt i FHUS fra 2021. Spørsmålet er hentet fra Tromsøundersøkelsen. Den brukes også i den Nasjonale helseundersøkelsen (NHUS). Spørsmålet er lagt sist i reken for ikke å påvirke svar på de andre fysisk aktivitetsspørsmålene, men samtidig å gi mer informasjon om totalmengde fysisk aktivitet.

For å kunne regnes som fysisk aktiv, måtte man ha trent eller mosjonert i minst en halv time minst fire dager i uken og med en intensitet som minst svarer til at man blir andpusten og/eller svett.

#### 2.4.15 Kosthold

Deltakerne fikk fire spørsmål knyttet til kosthold:

- Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus/saft/leskedrikk (inkludert iste, energidrikk, sportsdrikk, nektar)?
- Hvor ofte spiser du vanligvis frukt eller bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?
- Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker (inkludert salat)? Regn ikke med poteter.
- Hvor ofte spiser du vanligvis fisk (som pålegg, til lunsj eller middag)?

De fire kostholdsspørsmålene hadde følgende syv svaralternativer: «Sjelden/aldri», «1-3 ganger per måned», «1 gang per uke», «2-3 ganger per uke», «4-6 ganger per uke», «Daglig» og «Flere ganger per dag». Etter siste skjemarevisjon er spørsmål 1 og 2 justerte i tråd med endringer gjort for den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) (før: «Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus/leskedrikk» og «Hvor ofte spiser du vanligvis frukt og bær ...»). I tillegg er siste svarkategori (Flere ganger per dag) lagt til for alle spørsmålene.

Inndelingene som brukes i denne rapporten er valgt etter vurdering av gjeldende nasjonale kostholdsråd, svarfordelinger (som varierer mye på tvers av de fire kostholdsspørsmålene), samt hvor sammenlignbare de er med tidligere FHUS-undersøkelser og NHUS-undersøkelsen:

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

Alle fire inndelinger samsvarer med de som blir brukte i NHUS, og spørsmål 2 og 3 samsvarer med inndeling brukt i tidligere FHUS-rapporter. Prosentfordeling for alle svarkategoriene er gitt i egne tabeller i appendiks.

#### 2.4.16 Røyk og snus

Deltakerne ble spurt to innledende spørsmål om det hender at de røyker eller bruker snus. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

De som svarte «Ja» på innledningsspørsmålet, fikk et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte de røyker/bruker snus. Svaralternativene var her «Daglig» og «Av og til».

De som svarte «Nei» på innledningsspørsmålet, fikk oppfølgingsspørsmål om de tidligere har røykt/brukt snus. Deltakerne kunne velge mellom svaralternativene «Ja, daglig», «Ja, av og til» og «Nei».

Spørsmålsformuleringene er justerte noe i siste skjemarevisjon, med mål om å harmonisere med formuleringer brukt av SSB. Som i forutgående rapporter skilles det mellom de som rapporterte daglig bruk og de som ikke rapporterte daglig bruk av røyk og snus.

#### 2.4.17 Alkohol

Her ble det først spurt “Har du noen gang drukket alkohol”, med svaralternativene “Ja” og “Nei”. Bare de som svarte ja på dette spørsmålet blir bedt om å svare på de etterfølgende spørsmålene om alkoholbruk.

Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) ble benyttet som mål på alkoholvaner og potensielle alkoholproblem [19]. AUDIT-C er et mye brukt screening-instrument som dekker mengde og frekvensen av personens alkoholbruk ved hjelp av 3 spørsmål som hver skåres fra 0 til 4:

- I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol? Svaralternativene er «aldri» (skåre 0), «månedlig eller sjeldnere» (skåre 1), «2-4 ganger i måneden» (skåre 2), «2-3 ganger i uken» (skåre 3) og «4 ganger i uken eller mer» (skåre 4).
- Hvor mange alkoholenheter tar du på en «typisk» dag når du drikker alkohol? Svaralternativene er «1-2» (skåre 0), «3-4» (skåre 1), «5-6» (skåre 2), «7-9» (skåre 3) og «10 eller flere» (skåre 4). Det blir spesifisert at en enhet alkohol tilsvarer en liten flaske øl, ett glas vin eller en drink.
- Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning? Svaralternativene er «Aldri» (skåre 0), «Sjeldnere enn månedlig» (skåre 1), «Månedlig» (skåre 2), «Ukentlig» (skåre 3) og «Daglig eller nesten daglig» (skåre 4). Det blir spesifisert at en enhet alkohol tilsvarer en liten flaske øl, ett glas vin eller en drink.

Basert på svarene kan det regnes ut en skår mellom 0 (null) og 12 poeng, der høyere skår indikerer større risiko for problematisk alkoholbruk. Det er denne skåren som ble rapportert i noen av de tidligere rapportene fra folkehelseundersøkelsene.

I denne rapporten har vi forenklet ved å rapportere på to utfallsvariabler. Ett sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Et annet sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere (episodisk høyt alkoholforbruk).

#### 2.4.19 Skader

Deltakerne ble spurt: «Har du i løpet av de siste 12 månedene vært utsatt for én eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?». Videre ble det spesifisert at dette gjaldt nye skader i perioden (de siste 12 månedene), og at 'oppsøkt lege' inkluderer fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det ble gitt tre svaralternativer: «Ja, en», «Ja, flere» og «Nei». I denne rapporten har vi skilt mellom dem som hadde blitt utsatt for minst én skade og dem som ikke hadde det.

Det ble også spurt om årsaken til skaden med fem svaralternativer: «Ulykke/uhell», «Vold/overfall», «Skadet deg selv med vilje», «Annen årsak» og «Ønsker ikke svare». Svaralternativene i kursiv over er lagt til ved siste skjemarevisjon, etter erfaringer fra tidligere FHUS-undersøkelser med høye andeler som svarte «Annen årsak». Det ble gitt instruksjon om å tenke på den alvorligste, dersom man hadde hatt mer enn en skade. Det ble også spurt hvor skaden skjedde og hva man holdt på med da skaden inntraff. Her viser vi til spørreskjemaet (spm. 5.1b og 5.1c), der alle svaralternativene på begge disse spørsmålene er oppgitt. *Resultater basert på spørsmålene om årsak til skaden, hvor den skjedde og hva respondenten holdt på med da den skjedde, er ikke tatt med i denne rapporten.*

#### 2.4.20 Støy

Deltakerne ble spurt om hvor mye de var blitt plaget av støy fra veitrafikk hjemme de siste 12 månedene. De ble også spurt om hvor mye de var blitt plaget av støy fra *andre utendørs støykilder enn veitrafikk*. I siste skjemarevisjon ble det andre spørsmålet justert fra «andre støykilder» til spesifiseringen merket i kursiv i forrige setning. Følgende ble også spesifisert: «Med hjemme mener vi både innendørs og på uteareal som tilhører boligen». Svaralternativene på begge disse spørsmålene var: «Ikke plaget», «Litt plaget», «Middels plaget», «Mye plaget» og «Svært mye plaget». I denne rapporten har vi skilt mellom de som ble litt/ikke plaget, og de som var middels/mye/svært mye plaget.

#### 2.4.21 Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet er i sin helhet hentet fra en rapport om måling av livskvalitet som ble utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [20]. Alle spørsmålene fra det som inngår i «Minimumslisten» er tatt med i folkehelseundersøkelsene. Under skjemarevisjonen til folkehelseundersøkelsene i fylkene ble denne «Minimumslisten» noe revidert av normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Det tidligere målet på depressive plager «Patient Health Questionnaire – 2 (PHQ-2) ble tatt ut ettersom skjemaet inneholder HSCL-5 (se 2.4.8) som ble vurdert overlappende og bedre. I tillegg ble spørsmål om hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå (beskrevet under) lagt til.

I tillegg til HSCL-5 er to spørsmål lagt inn i andre deler av spørreskjemaet (Spm. 2.1 – «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse ...»; Spm. 3.1 – «Hvor mange personer står deg så nær ...»). Disse er nærmere beskrevet ovenfor. De andre blir presenterte her.

Aller først i livskvalitetsdelen kommer tre spørsmål om hvordan man opplever livet: Hvor fornøyd man er med livet, hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå, og i hvilken grad man opplever at det man gjør i livet er meningsfylt. Det andre av disse spørsmålene, om forventning til livet fem år fra nå, er nytt etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. Disse blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaer som går fra 0 til 10 og der 0 for eksempel betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 betyr «Svært fornøyd». I analysene i denne rapporten presenterer vi gjennomsnittstall for alle spørsmål der det er brukt 11-



punkts skalaer som responskategorier. Noen steder grupperer vi svarene, slik at vi får andeler som skårer «lavt», «middels» og «høyt». For eksempel kan svar på fornøydhet med livet-spørsmålet grupperes slik: 0 og 5 angir lav tilfredshet, 6-8 middels og mellom 9 og 10 høy tilfredshet.

I livskvalitetsdelen inngår også åtte spørsmål der deltakerne ble bedt om å vurdere hvordan de hadde opplevd de siste syv dagene med hensyn til å være:

- Glad
- Bekymret
- Trist
- Irritert
- Ensom
- Engasjert
- Rolig og avslappet
- Engstelig

Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10).

Etter en del statistiske analyser (blant annet faktoranalyser og reliabilitetsanalyser) og vurdering av det begrepsmessige innholdet i leddene, valgte vi i denne rapporten å kombinere følgende ledd til en sumskår<sup>20</sup> (meanscore) som handler om opplevelsen av negative følelser de siste 7 dagene: «Bekymret», «Trist», «Irritabel» og «Engstelig». Valid skår fikk alle som hadde svart på minst to av leddene. To andre ledd ble kombinert til en sumskår (meanscore) som dreiet seg om opplevelse av positive følelser de siste 7 dagene: «Glad» og «Rolig og avslappet». Valid skår fikk alle som hadde svart på minst ett av leddene. De to leddene «Ensomhet» og «Engasjement» ble analysert som enkeltledd.

To spørsmål, hentet fra Dieners Flourishing Scale, handler om sosiale relasjoner. Det første av disse er et direkte mål på sosial støtte. Det spørres om respondenten oppfatter sine sosiale relasjoner som støttende og givende. Det andre spørsmålet dreier seg om i hvilken grad respondenten opplever å bidra aktivt til andres lykke og livskvalitet. Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). Disse to ble slått sammen til en sumskår (meanscore) som vi kalte «Sosiale relasjoner». En mer presis og dekkende betegnelse ville vært «Gjensidig positive sosiale relasjoner». Valid skår fikk alle som hadde svart på minst ett av leddene.

Under overskriften «Sosialt fellesskap og tillit er det med fire spørsmål. Det spørres først om hvor ofte informantene er sammen med gode venner<sup>21</sup>. Responskategoriene er: «Omtrent daglig», «Omtrent hver uke, men ikke daglig», «Omtrent hver måned, men ikke ukentlig», «Noen ganger i året», «Sjeldnere enn hvert år» og «Har ingen gode venner». Dette spørsmålet inngår ikke i noen sumskår, men analyseres for seg. Vi rapporterer andel som har svart ukentlig eller oftere.

<sup>20</sup> Når vi i denne rapporten 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».

<sup>21</sup> 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».

I likhet med de fleste spørsmålene i livskvalitetsdelen av skjemaet er også det neste spørsmålet benyttet i mange tidligere studier, og det handler om i hvilken grad andre er til å stole på (tillit). Spørsmålet etterpå dreier seg om tilhørighet til stedet en bor på. Igjen benyttes den samme 11-punkts skalaen. Dette spørsmålet analyseres for seg.

Det siste spørsmålet i livskvalitets-delen av skjemaet dreier seg om hvor trygg en føler seg når en er ute og går i nærmiljøet. Også dette spørsmålet besvares ved bruk av 11-punkts skalaen (0-10) og presenteres for seg i denne rapporten.

#### 2.4.22 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Spørsmålet om høyeste fullførte utdanning, som kommer først i denne delen, har vi gjort rede for ovenfor. Deretter kommer det et spørsmål om en opplever at husholdningens samlede inntekt strekker til i det daglige. Svarkategoriene er «Svært vanskelig», «Vanskelig», «Forholdsvis vanskelig», «Forholdsvis lett», «Lett», «Svært lett» og «Vet ikke». Andel som rapporterer at det er «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig» å få pengene til å strekke til i det daglige presenteres. Kategorien «Vet ikke» er i denne sammenhengen holdt utenfor prosentfordelingen.

Deretter kommer et spørsmål om arbeids- eller livssituasjon med til sammen 11 mulige svar, der det er tillatt å sette kryss mer enn ett sted. Det vises til appendiks i denne rapporten der spørsmålet er gjengitt som nr. 7.3.

Videre er det med et spørsmål om sivilstatus, som er hentet fra rapporten om måling av livskvalitet. Svarkategoriene er «Gift/registrert partner», «Samboende», «Har kjæreste (som du ikke bor sammen med)» og «Enslig».

Så er det et spørsmål om antall personer i husstanden. De som svarte mer enn én person fikk spørsmål om hvor mange barn under 18 år man har omsorg for og i tilfelle hvilke aldersgrupper barnet/barna tilhører.

Det ble spurt om man eier eller leier boligen sin, med svaralternativene «Jeg eier min bolig», «Jeg leier min bolig» og «Jeg bor gratis hos familie eller venner».

Til sist i denne delen ble det spurt om eget og foreldres fødeland. De som svarte at de selv, eller minst én av foreldrene, er født i utlandet, ble spurt hvilke land hver av disse er født og hvor lenge man selv har bodd i Norge.

Spørsmålene om personer i husstanden, barn, eieforhold til egen bolig og fødeland er tatt inn i basismodulen etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. *I denne rapporten presenterer vi, av plasshensyn, ikke resultater for grupper definert ved sivil status, husholdstørrelse, arbeids- eller livssituasjon eller landbakgrunn (se tabell 4 kap. 2.1 for oversikt over landbakgrunn blant deltakerne).*

#### 2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Vestfold og Telemark

I folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark er det lagt til ni tilleggsspørsmål om fire tema, utviklet av Universitetet i Sørøst Norge (USN) i samarbeid med Vestfold og Telemark fylkeskommune. Disse omhandler omgivelser, avstand og transport knyttet til fysisk aktivitet, varige helseplager (spørsmål hentet fra Levekårsundersøkelsen), oppsøkt hjelp for psykiske helseplager siste 12 måneder, og et instrument som måler mestring og kontroll i hverdagen (Pearlin and Schoolers Mastery Scale [21], hentet fra den utvidede Livskvalitetsmodulen [20]). *Resultater basert på disse tilleggsspørsmålene blir ikke*

presenterte i denne rapporten. De vil bli publisert av fylkeskommunen og USN etter at eget analysearbeid er ferdig.

## 2.5 Statistiske analyser

Utfallsmål som er kategoriske presenteres i noen få tilfeller med procenter for alle kategoriene. Men som regel kodes de om til dikotome (to-delte) utfall, og sammenhengene med prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning) beskrives ved bruk av procenter og 95-prosent konfidensintervall. Konfidensintervallene 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. Prosentfordelingene for de originale svarkategoriene er lagt til i egne tabeller i appendiks (uvektet).

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

Det aller første diagrammet som presenteres viser gjennomsnittsalder for alle de geografiske områdene i fylket. Deretter vises andel kvinner etter region og utdanningsnivå etter region.

For hver utfallsvariabel kjører vi deretter 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 geografiske områder både uten justering og med justering for kjønn, alder og utdanning (se gul boks andre avsnitt, s 35). Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av de som er under utdanning eller under 26 år. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanning eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. At vi opererer med en ekstrakategori, medfører at vi ikke reduserer tallet på observasjoner som inngår i analysene.

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. I en del av de tidligere rapportene har vi lagt mest vekt på de justerte forskjellene mellom geografiske områder. I denne rapporten legger vi mest vekt på å beskrive de ujusterte tallene og kommentere hver gang vi ser at de justerte verdiene avviker tydelig fra de ujusterte. På denne måten får vi beskrevet begge settene av resultater bedre. Dessuten er vi i utgangspunktet minst like interesserte i ujusterte som justerte verdier.

Deretter presenteres utfallsvariabelen etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på de som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Så presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler. Resultatene blir presentert ved bruk av stolpediagrammer som også viser totalgjennomsnitt og konfidensintervall.

De fleste stolpediagrammene har y-akser (vertikale akser) som starter på den laveste verdien på skalaen, oftest tallet 0 (null). Dette blir vanligvis anbefalt. Hvis en starter y-aksen på verdier som er høyere enn den laveste verdien, for eksempel på 50 % i stedet for

på null prosent, kan forskjellene mellom gruppene virke større enn de faktisk er. Vi har likevel noen ganger valgt å la y-aksen starte på tall større enn skalaens laveste verdi. Dette fordi det da blir lettere å se variasjonen på tvers av enheter, og det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

I denne rapporten presenteres for det meste tall for regioner innen fylke, og samt tall for enkeltkommuner for de største bykommunene. I et sett av tilleggs-tabeller vil det bli gitt tall for den enkelte kommune på alle de utfallsvariablene som er med i denne rapporten.

Det at vi oversamlet i noen kommuner, har gjort det nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vi har vektet ned tallene for alle kommunene der vi har oversamlet. Dette for å gi riktigere tall for regionene og for Vestfold og Telemark sett under ett. Vektingen er gjort slik at antallet observasjoner etter vekting er nokså likt antall observasjoner før vekting.

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosent. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling). Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker<sup>22</sup>.

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 16. Noen supplerende analyser og kontroll av analysene som ble gjort i STATA er utført ved bruk av SPSS versjon 27.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål der det er benyttet skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig ut fra tallene å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene. Vi har derfor valgt å beskrive forskjellene ved hjelp av effektstørrelser (Cohens *d*) [22]. Denne statistiske størrelsen beregner vi ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik. 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 psykoterapi i forbindelse med randomiserte, kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en grei begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom regioner innen fylker. 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 de som er minst 0,25, men mindre enn 0,50 er middels, og at de som er 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 [22].

Ikke alle vil være enige i at Cohens *d* bør brukes slik vi gjør det her. Denne statistiske størrelsen gir mest mening når en har skalaer som virkelig representerer målinger på intervall-nivå (for eksempel høyde eller vekt) og når variablene er normalfordelte. Den 0-10-skalaen vi benytter på mange av utfallsvariablene er strengt tatt ikke en intervall-skala, men kan kanskje best beskrives som en ordinalskala. Dessuten er variablene for det meste nokså skeivfordelte. Dette vanskeliggjør tolkningen. Vi har likevel, i denne rapporten, valgt å bruke Cohens *d* i en del sammenhenger. Ved utregning av effektstørrelser har vi i denne

<sup>22</sup> <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

rapporten, også når vi sammenligner med andre fylker, benyttet standardavvikene som er regnet ut for Vestfold og Telemark.

Et annet problem er å vurdere størrelsen på forskjellen mellom proporsjoner eller prosentener. Er det en liten, middels eller stor forskjell når prosenten som røyker daglig i ett område er 5 % og andelen som røyker daglig i et annet område er for eksempel 9 %. For å vurdere effektstørrelser her har vi benyttet Cohens  $h$  [22]. En viktig egenskap ved denne formelen er at den gir effektstørrelser som er symmetriske om 0,50 (50 %). Forskjellen mellom  $h$ -verdiene når proporsjonene er 0,10 og 0,20 er lik forskjellen mellom  $h$ -verdiene når proporsjonene er 0,80 og 0,90. I begge disse tilfellene blir Cohens  $h$  lik 0,28. Vi benytter her de samme vurderingene som for Cohens  $d$ . Svake sammenhenger er i området 0,10-0,25, middels sterke i området 0,25-0,50. Sammenhengene er sterke hvis de har en effektstørrelse på 0,50 eller høyere. Sammenhenger som er under 0,10 er som regel ikke verdt å legge vekt på.

Vi har først og fremst benyttet effektstørrelser når vi har sammenlignet geografiske områder innen fylket og deres avvik fra gjennomsnittstall for hele fylket. Dette fordi disse forskjellene ofte er små, og fordi det da er viktig å skille mellom de uvesentlige forskjellene og de som betyr litt mer. Når vi ser på sammenhenger mellom utfallsvariabler og demografiske variabler som kjønn, utdanning og alder, er sammenhengene oftest sterkere og lettere å tolke uten å benytte effektstørrelser. Likevel har vi i noen tilfeller også benyttet effektstørrelser i slike sammenhenger.

Effektstørrelser er spesielt nyttige på metriske skalaer som for eksempel dem som er brukt på mange spørsmål i livskvalitetsdelen av spørreskjemaet. Forskjellene mellom gjennomsnittsverdier på disse skalaene gir i seg selv nokså lite mening. Målt i form av effektstørrelser er det lettere å vurdere om sammenhengene er svake, middels eller sterke. Da benytter vi Cohens  $d$ .

Prosentener og prosentforskjeller gir mer intuitiv mening. Men når prosentene er små eller svært høye kan de være vanskeligere å vurdere. De kan også være vanskeligere å vurdere når forskjellene er små. I slike tilfeller har vi en del ganger benyttet Cohens  $h$ .

Figurene eller diagrammene som er presentert i denne rapporten følger et stykke på vei, men langt fra helt, samme rekkefølge som spørsmålene i spørreskjemaet.

### 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, bydeler), trekker vi her ekstra store utvalg (høyere prosent av innbyggerne). Men innen hver geografiske område trekker vi rent tilfeldig. At vi trekker ulike prosentener i ulike geografiske områder, 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 der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder der vi prosentvis har trukket ut en lav andel.

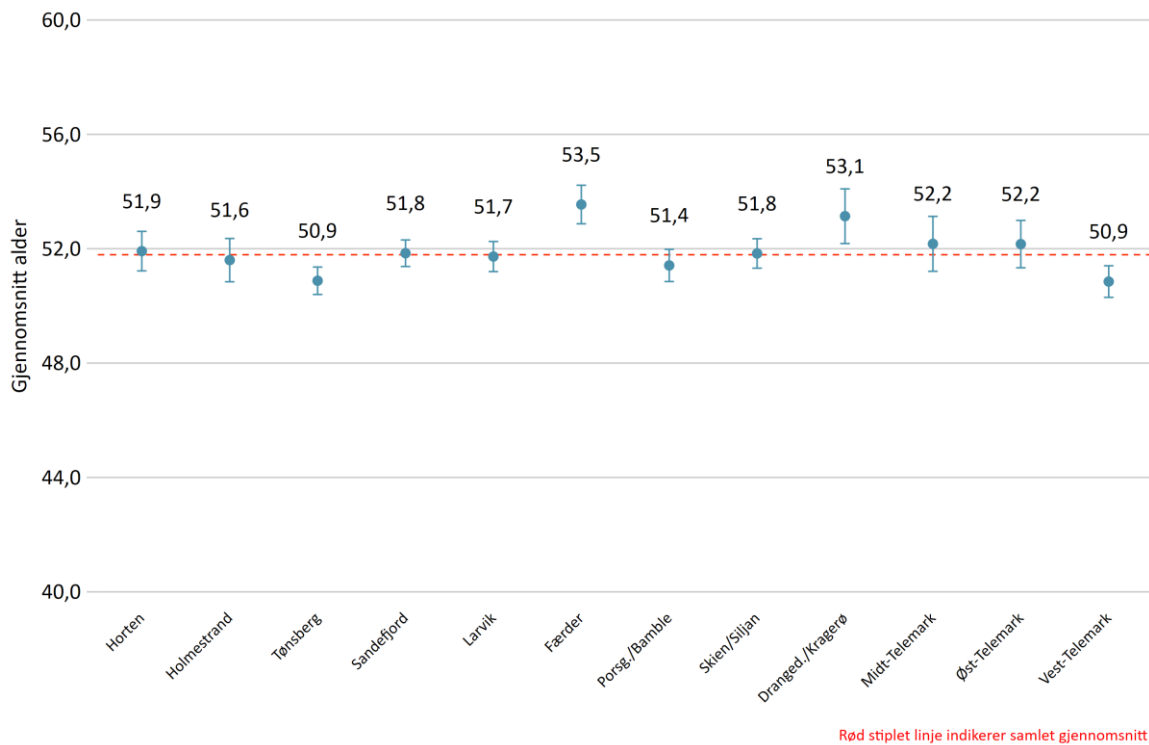
Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne regioner innen fylket, kan vi regne ut tallene ut fra den forutsetning at alle regionene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper.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

### 3 Resultat: Vestfold og Telemark



### 3.1 Alder: Geografiske områder i Vestfold og Telemark

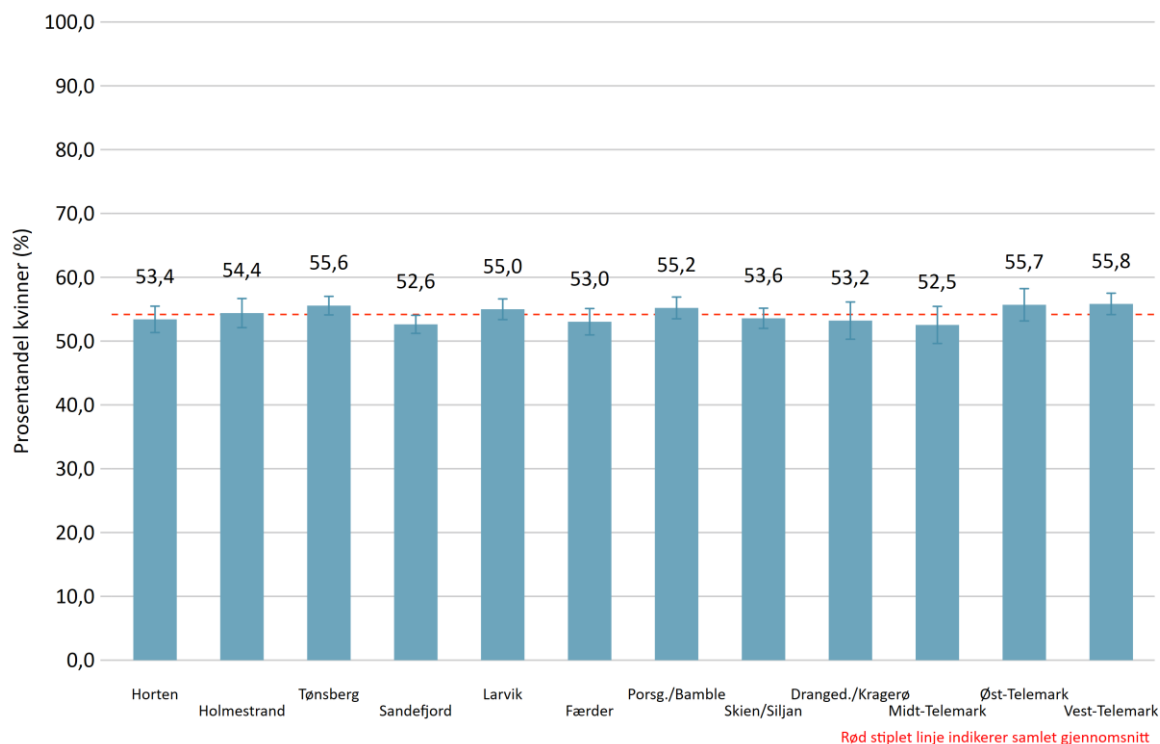
Figur 1: Alder etter geografiske områder i Vestfold og Telemark



Figur 1 viser gjennomsnittsalder for utvalget, samlet (rød, stiplet linje) og for hver region i Vestfold og Telemark. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalget er 51,8 år (Kvinner: 50,1 år; Menn: 53,7 år [vektede tall]). Det er noe variasjon i gjennomsnittsalder på tvers av de geografiske områdene. Gjennomsnittsalderen er lavest i Tønsberg og Vest-Telemark og høyest i Færder.

### 3.2 Kjønn: Geografiske områder i Vestfold og Telemark

Figur 2: Kjønn etter geografiske områder i Vestfold og Telemark

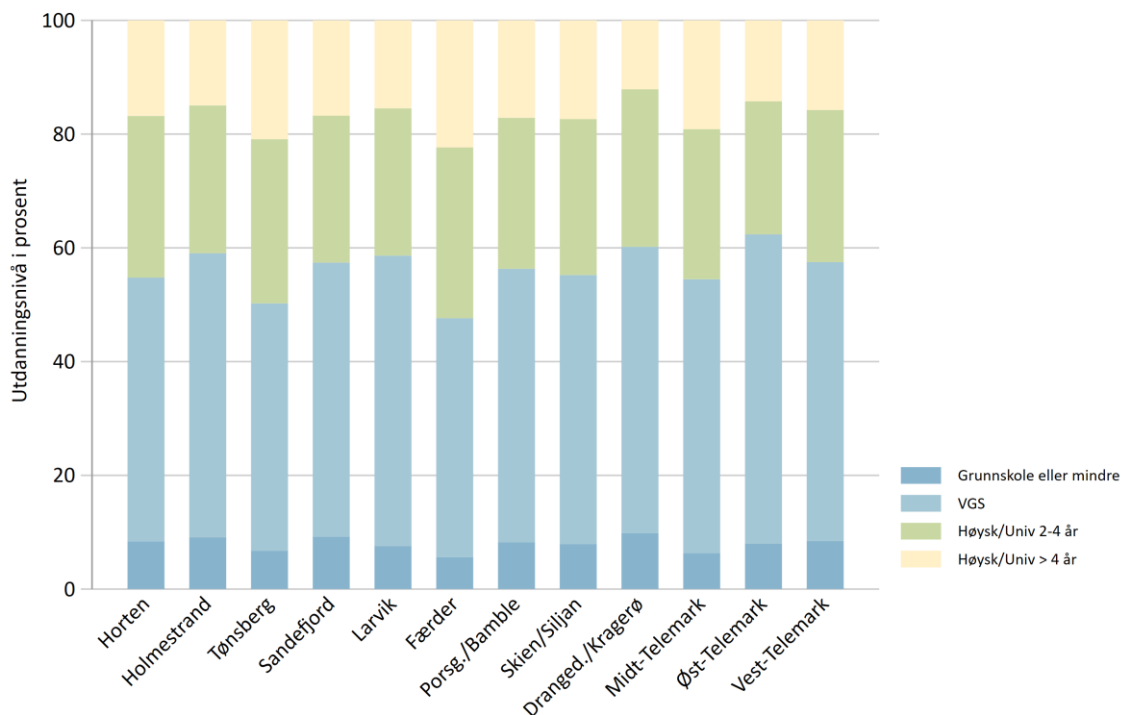


Figur 2 viser andelen kvinner i utvalget, samlet og for hver region i Vestfold og Telemark. Kvinner utgjør 54,3% av utvalget (vektet tall) samlet i Vestfold og Telemark. Det er lite variasjon i andelen kvinner på tvers av geografiske områder. Andelen kvinner er noe lavere i Sandefjord og Midt-Telemark, og noe høyere i Vest-Telemark, Øst-Telemark og Tønsberg.



### 3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Geografiske områder i Vestfold og Telemark

Figur 3: Utdanningsnivå - firedelt etter geografiske områder i Vestfold og Telemark

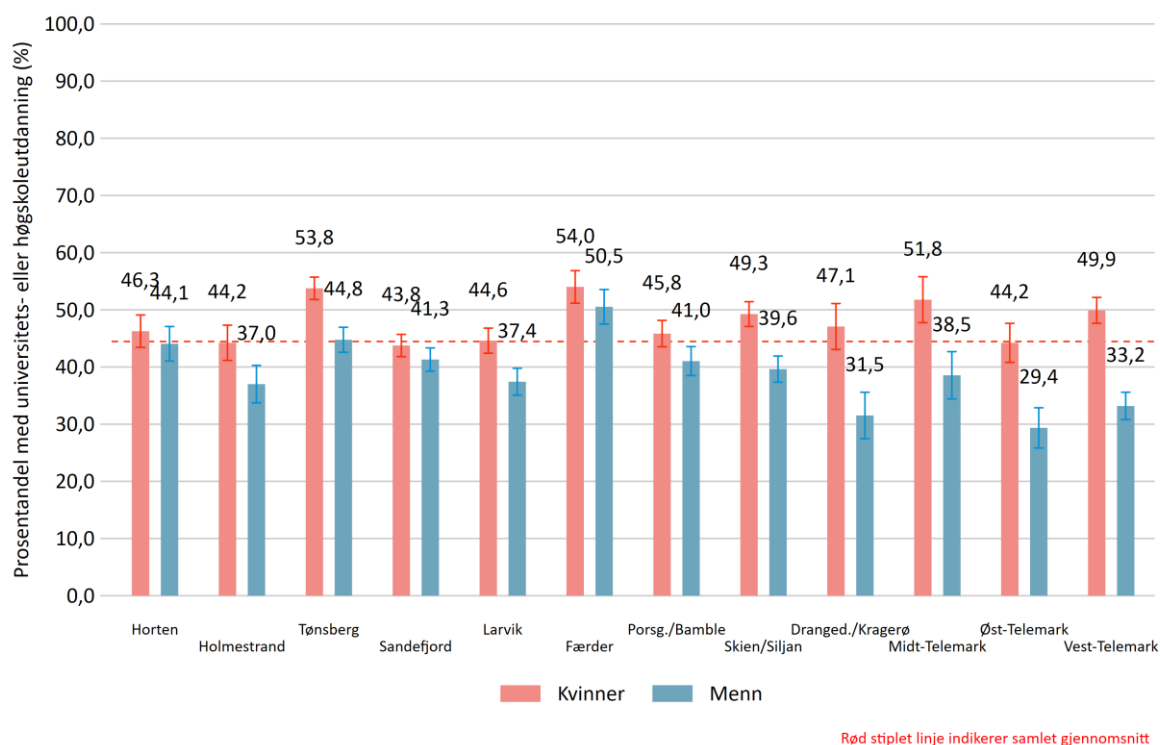


Figur 3 viser høyeste fullførte utdanningsnivå i prosent for hver region. Andel med grunnskole utgjør 7,9 % av utvalget. Andelen med videregående skole eller tilsvarende utgjør 47,6 %. De med høgskole eller universitetsutdanning med varighet på to til fire år utgjør 27,0 % og de med universitets- eller høgskoleutdanning på over 4 år utgjør 17,4 % (vektede tall).

Færder har høyest andel med universitets- eller høgskoleutdanning mens Øst-Telemark og Drangedal/Kragerø har lavest andel.

### 3.4 Todelt utdanningsnivå: Geografiske områder i Vestfold og Telemark

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter geografiske områder i Vestfold og Telemark

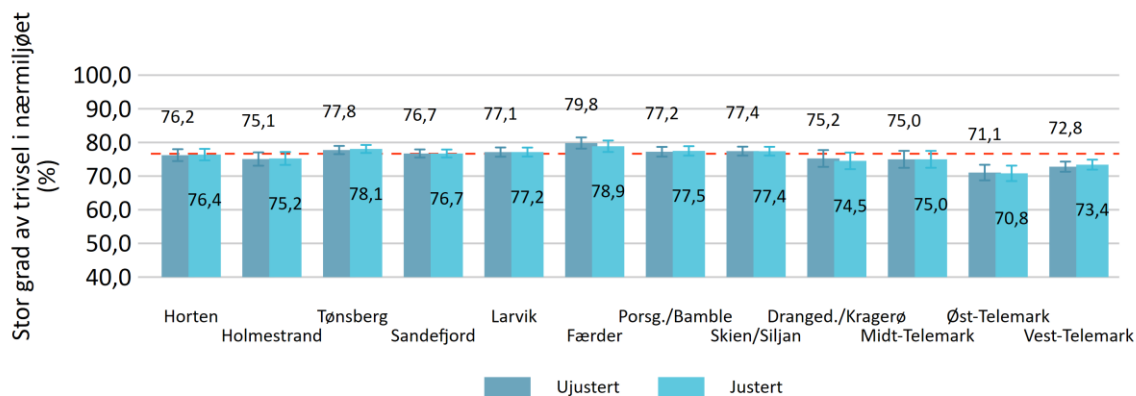


Figur 4 viser andelen med universitets- eller høgskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning separat for kvinner og menn for hver region i Vestfold og Telemark. Andel med universitets- og høgskoleutdanning utgjør totalt 44,5 %. Andelen kvinner med universitets- og høgskoleutdanning utgjør 47,8 % mens andelen menn med universitets- og høgskoleutdanning utgjør 40,5 % (vektet tall). Både blant kvinner og menn er andelen med universitets- og høgskoleutdanning høyest i Færder, og nest høyest i Tønsberg. Det er en betydelig høyere andel kvinner enn menn med universitets- eller høgskoleutdanning i de fleste geografiske områder.

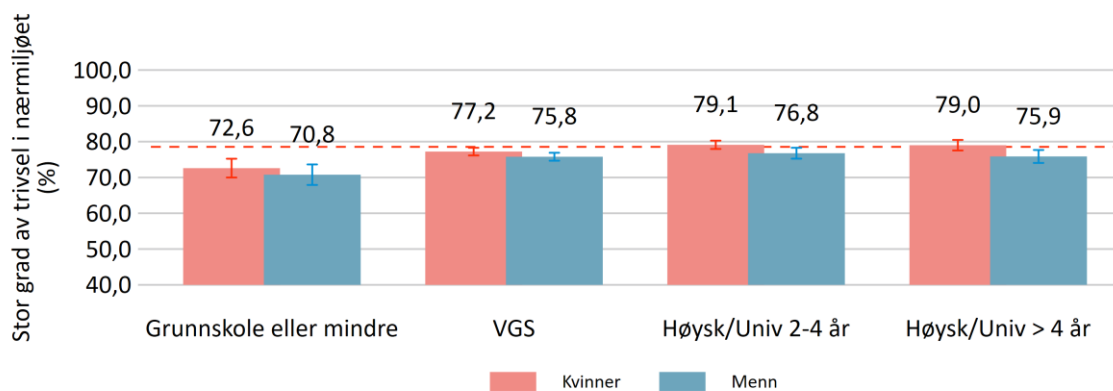
### 3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 34052 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var 76,6 % (KI95%: 76,2-77,1). Andelen for kvinner var 76,7 % (n=18492; KI95% 76,1-77,3) og andelen for menn var 76,6 % (n=15560; KI95% 75,9-77,3).

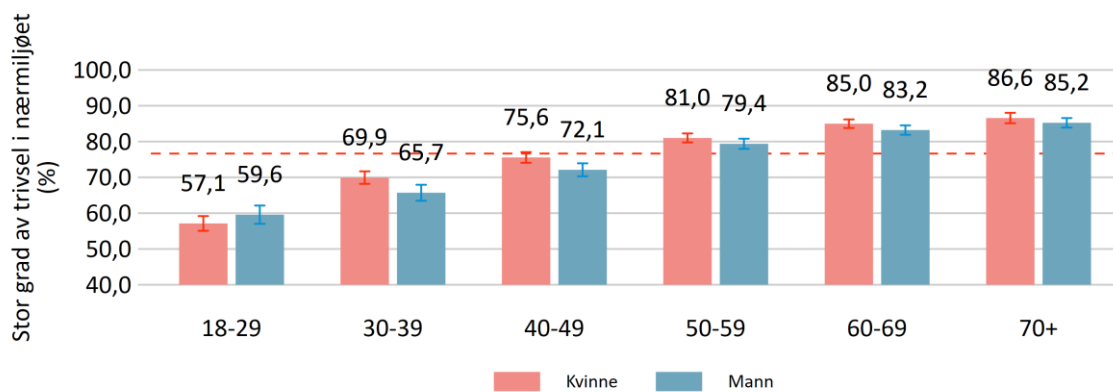
Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 5A viser andelen som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet, både samlet i fylket og på tvers av geografiske områder i Vestfold og Telemark. Det er noe variasjon på tvers av de geografiske områdene, med en forskjell på 9 % mellom regionen med høyest (Færder) og lavest (Øst-Telemark) andel (ujusterte tall). Både Øst- og Vest-Telemark ligger signifikant under fylkesgjennomsnittet, mens Færder ligger signifikant over fylkesgjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale.

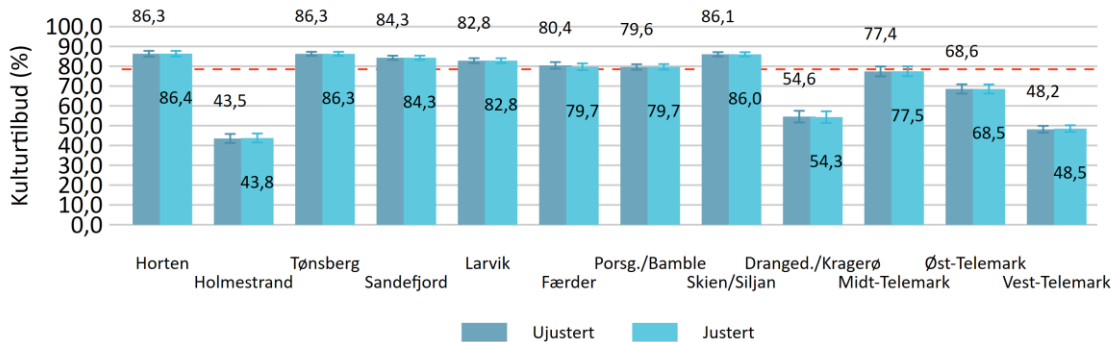
Figur 5B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet. For både kvinner og menn er andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet signifikant lavere i gruppen med grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med de andre gruppene. En noe høyere andel kvinner enn menn rapporterer stor grad av trivsel innen hver utdanningsgruppe, selv om kjønnsforskjellen er statistisk usikker for gruppen med grunnskoleutdanning.

Figur 5C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen som rapporterer stor grad av trivsel øker jevnt med økende alder for både menn og kvinner. Stigningen flater noe ut for de tre eldste gruppene for både menn og kvinner. Forskjellen mellom de yngste og de eldste er over 30 prosentpoeng for kvinner og over 26 prosentpoeng for menn. I aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der en større andel kvinner enn menn rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet.

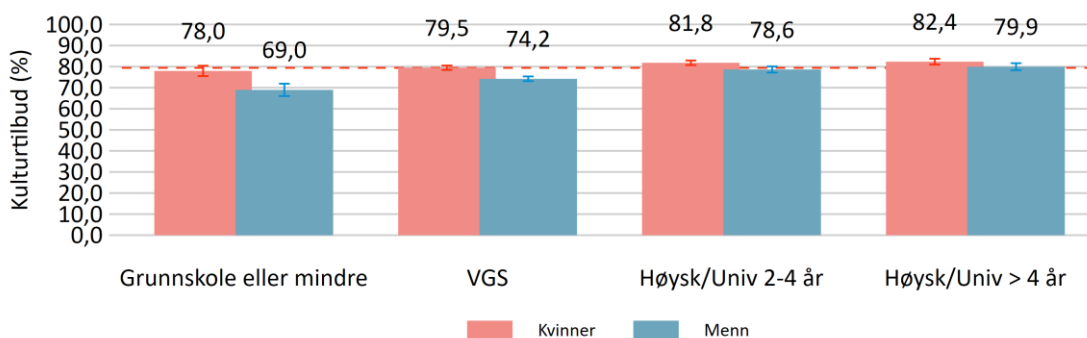
### 3.6 Kulturtilbud

Totalt 33673 deltakere av 34147 (98,6 %) hadde gyldig svar på Kulturtilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **78,5 %** (KI95%: 78,0-78,9). Andelen for kvinner var 80,3 % (n=18327; KI95% 79,7-80,9) og andelen for menn var 76,3 % (n=15346; KI95% 75,7-77,0).

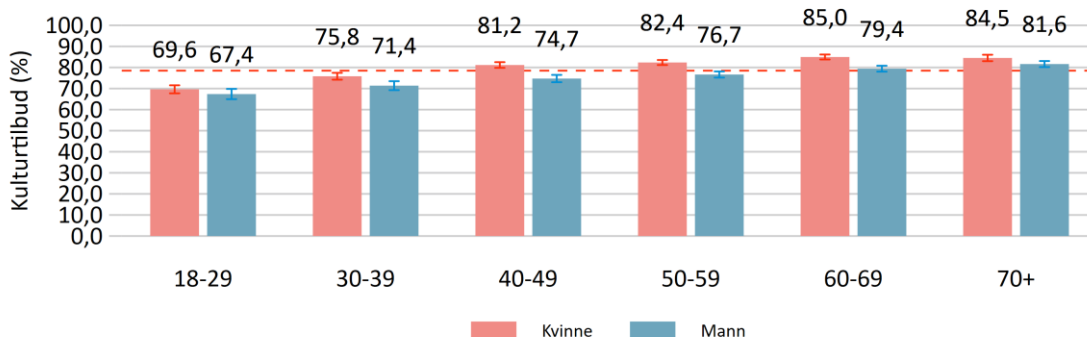
**Figur 6: Andelen som oppgir god eller svært god tilgang på kulturtilbud etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 6A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som oppgir god/svært god tilgang på kulturtilbud. Andelen som oppgir god/svært god tilgang varierer mye mellom de geografiske områdene. Det er omtrent 43 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste og laveste andel (ujusterte tall). Horten, Tønsberg og Skien/Siljan har høyest andel som oppgir god tilgang til kulturtilbud, mens Holmestrand har lavest andel som oppgir god tilgang. Drangedal/Kragerø, Vest-Telemark, og dels Øst-Telemark, ligger også langt under fylkesgjennomsnittet. Sandefjord, Larvik og Færder ligger noe over gjennomsnittet. Det er kun små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

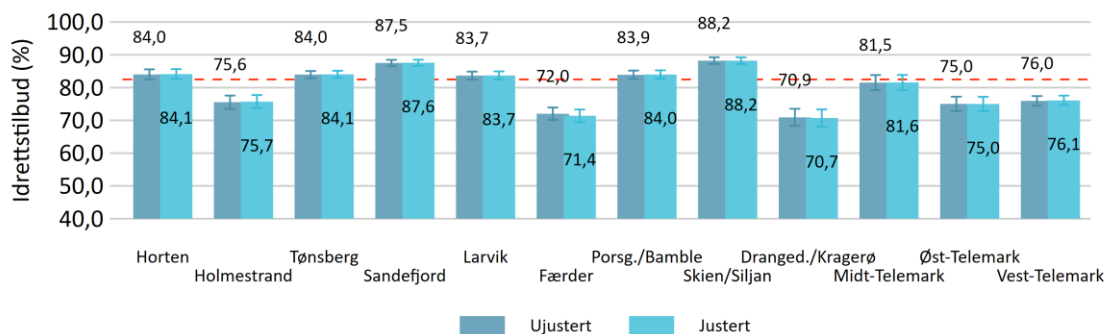
Figur 6B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som oppgir god/svært god tilgang på kulturtilbud. For både menn og kvinner er det mulig å se at andelen som oppgir god tilgang på kulturtilbud øker med høyere utdanningsnivå. Blant menn er økningen statistisk sikker for hvert utdanningsnivå frem til høyere utdanning. Utdanningsgradienten er mindre tydelig blant kvinner, men forskjellen mellom gruppen med grunnskole og gruppene som har høgskole/universitet-utdanning er statistisk sikker. Det er en større andel kvinner enn menn som rapporterer at de har god tilgang på kulturtilbud innen hver utdanningsgruppe. Kjønnforskjellene er statistisk sikre, bortsett fra i gruppen med høgskole eller universitet mer enn 4 år.

Figur 6C viser andel, fordelt på alder og kjønn, som oppgir god/svært god tilgang på kulturtilbud. For kvinner øker andelen som oppgir god tilgang på kulturtilbud med økende alder frem til kurven flater ut etter 40-49 års alder. Forskjellene er statistisk sikre for de to yngste gruppene (18-29 år og 30-39 år) sammenlignet med resten av aldersgruppene. For menn øker andelen som oppgir god tilgang på kulturtilbud jevnt med økende alder. Det er en litt høyere andel kvinner enn menn som rapporterer at de har god tilgang på kulturtilbud i aldersgruppene fra 30-69 år. I yngste og eldste gruppe antydes samme kjønnforskjell, men denne er ikke statistisk sikker.

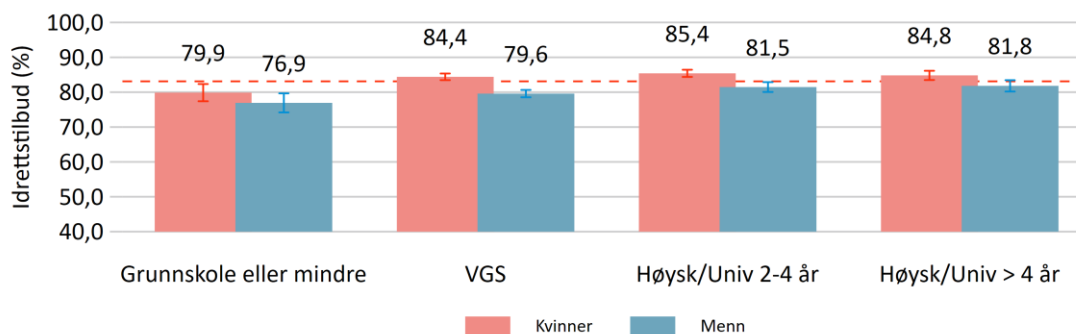
### 3.7 Idrettstilbud

Totalt 33036 deltakere av 34147 (96,7 %) hadde gyldig svar på Idrettstilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **82,5 %** (KI95%: 82,1-82,9). Andelen for kvinner var 84,1 % (n=18025; KI95% 83,5-84,6) og andelen for menn var 80,6 % (n=15011; KI95% 79,9-81,2).

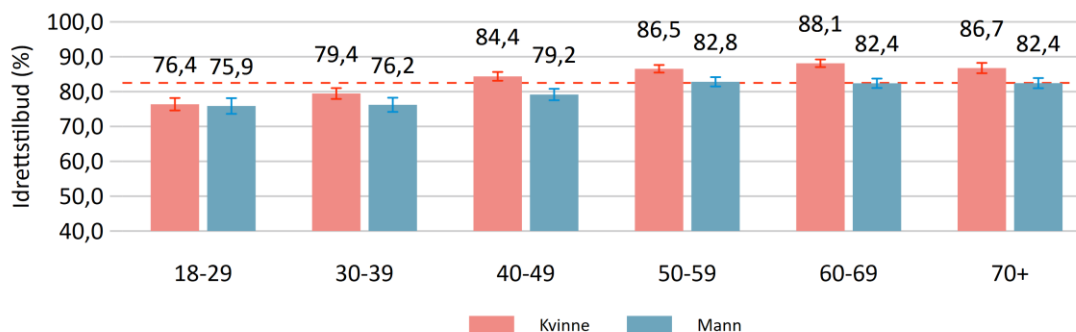
**Figur 7: Andelen som oppgir god eller svært god tilgang på idrettstilbud etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 7A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som oppgir god eller svært god tilgang på idrettstilbud. Andelen varierer en del mellom de områdene. Det er omtrent 16 prosentpoeng forskjell mellom området med høyeste og laveste andel (justerte tall). Skien/Siljan, etterfulgt av Sandefjord, har den høyeste andelen som oppgir god tilgang på idrettstilbud, mens Drangedal/Kragerø og Færder har lavest andel som oppgir god tilgang på idrettstilbud. Øst-Telemark, Holmestrand og Vest-Telemark ligger også under gjennomsnittet. Horten og Tønsberg ligger noe over gjennomsnittet. Det er kun små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 7B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som oppgir god/svært god tilgang på idrettstilbud. For kvinner er andelen lavere blant de med grunnskole eller mindre enn de øvrige utdanningsgruppene. Forskjellen er statistisk sikker. For menn øker andelen som oppgir godt idrettstilbud med høyere utdanningsnivå. Forskjellen er statistisk sikker mellom gruppen med grunnskole og gruppene med høgskole-/universitetsutdanning. Det er en større andel kvinner enn menn som rapporterer at de har god tilgang til idrettstilbud innen alle utdanningsgrupper og forskjellene er statistisk sikre.

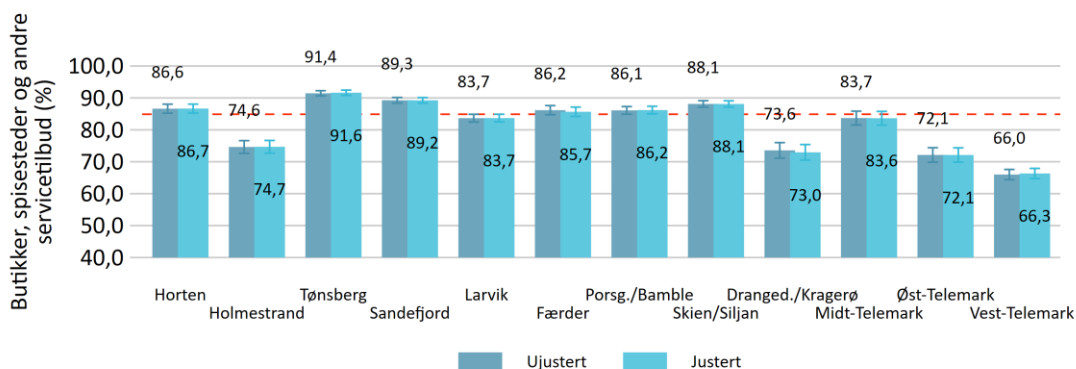
Figur 7C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som oppgir god/svært god tilgang på idrettstilbud. For kvinner øker andelen som oppgir god tilgang på idrettstilbud med alder og kurven flater ut etter 40-49 års gruppen. Forskjellene mellom de to yngste gruppene (18-29 år og 30-39 år) og resten av aldersgruppene er statistisk sikre. For menn øker andelen som oppgir god tilgang på idrettstilbud med økende alder til kurven flater ut etter 50-59 års gruppen. Forskjellene mellom de to yngste gruppene (18-29 år og 30-39 år) og de tre eldste gruppene (50-59 år, 60-69 år og 70 år og eldre) er statistisk sikre. Det er statistisk sikkert høyere andel kvinner enn menn som rapporterer at de har god tilgang til idrettstilbud i alle aldersgrupper, bortsett fra den yngste.



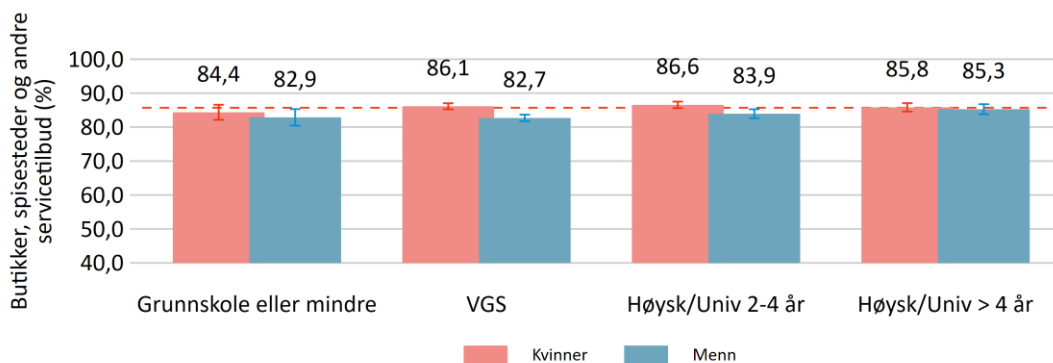
### 3.8 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Totalt 34012 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **84,9 %** (KI95%: 84,5-85,3). Andelen for kvinner var 85,5 % (n=18474; KI95% 85,0-86,0) og andelen for menn var 84,1 % (n=15538; KI95% 83,5-84,7).

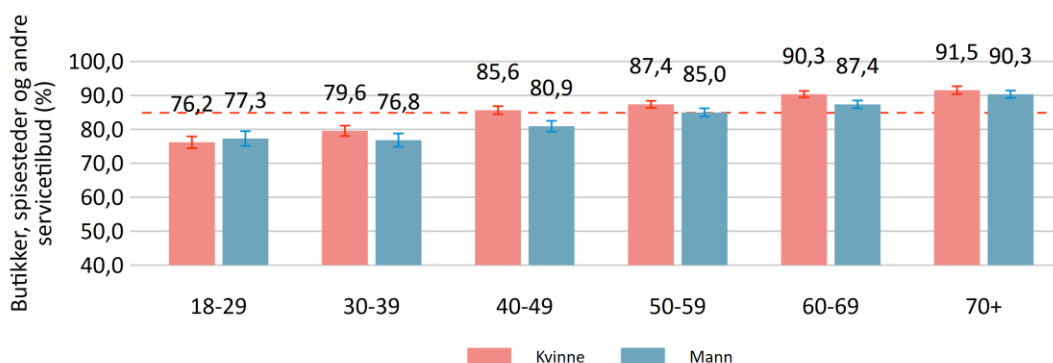
**Figur 8: Andelen som oppgir god eller svært god tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 8A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer god/svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen som oppgir god tilgang varierer klart over geografiske områder. Det er omtrent 25 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og laveste andelen (ujusterte verdier). Tønsberg etterfulgt av Sandefjord, Skien/Siljan og Horten ligger over gjennomsnittet. Vest- og Øst-Telemark, Drangedal/Kragerø og Holmestrand ligger betydelig under gjennomsnittet. Det er kun små forskjeller mellom de ujusterte og justerte verdiene.

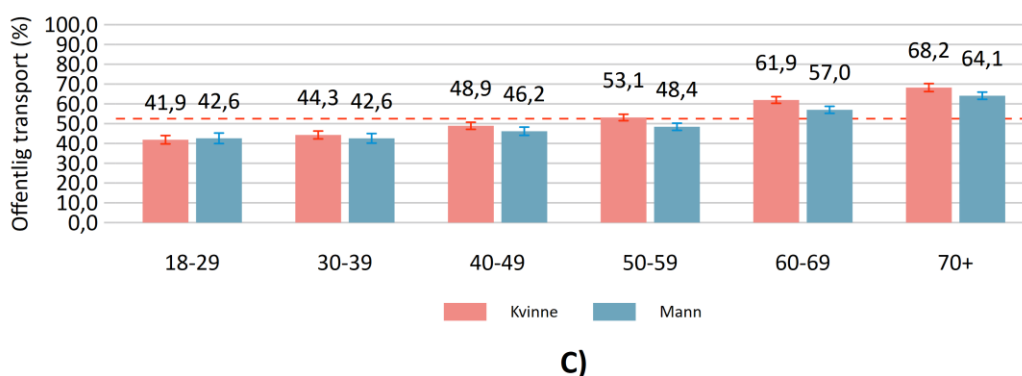
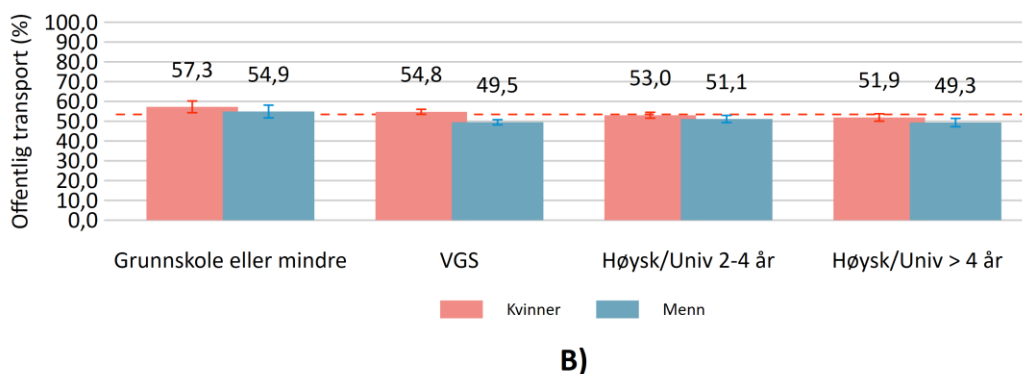
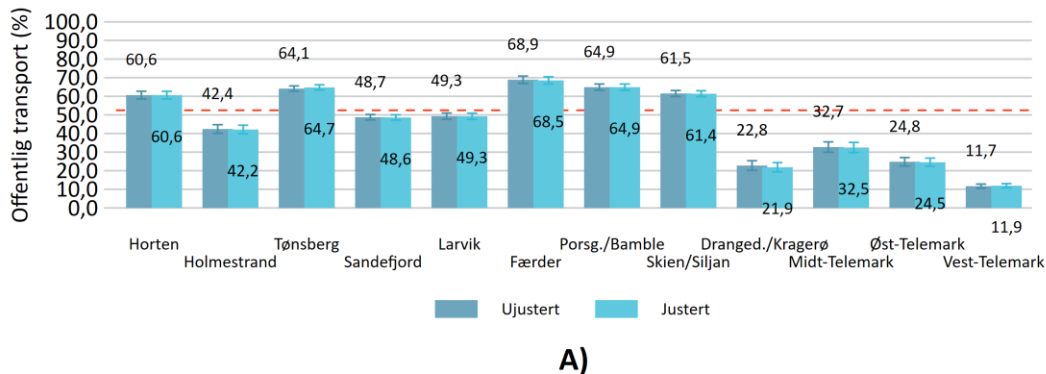
Figur 8B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer om god/svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud. For begge kjønn er andelen som oppgir god tilgang til butikker og servicetilbud nokså stabil på tvers av utdanningsnivå. I gruppen med VGS som høyeste fullførte utdanning er det en litt større andel kvinner enn menn som rapporterer god tilgang til butikker, spisesteder og servicetilbud. I de øvrige gruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

Figur 8C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer om god/svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud. For både kvinner og menn er det en økning i andelen som oppgir god tilgang på butikker og servicetilbud, der kurven flater noe ut mellom de to øverste aldersgruppene. For menn avtar først andelen som oppgir god tilgang mellom de to yngste aldersgruppene, for deretter å øke jevnt etter aldersgruppen på 30-39 år. I aldersgruppene 40-49 og 60-69 er det en statistisk sikker kjønnsforskjell, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer god tilgang på butikker og servicetilbud. I de øvrige aldersgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

### 3.9 Offentlig transport

Totalt 32241 deltakere av 34147 (94,4 %) hadde gyldig svar på Offentlig transport. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var 52,5 % (KI95%: 51,9-53,1). Andelen for kvinner var 53,2 % (n=17523; KI95% 52,4-53,9) og andelen for menn var 51,7 % (n=14718; KI95% 50,9-52,5).

**Figur 9: Andelen som oppgir god eller svært god tilgang til offentlig transport etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 9A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer god/svært god tilgang på offentlig transport. Andelen som oppgir god tilgang på offentlig transport varierer betydelig mellom de geografiske områdene. Det er omtrent 57 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Færder) og laveste (Vest-Telemark) andelen (ujusterte verdier). Færder, etterfulgt av Porsgrunn/Bamble, Tønsberg, Skien/Siljan og Horten ligger over gjennomsnittet. Sandefjord og Larvik ligger noe under gjennomsnittet, mens Holmestrand, etterfulgt av Midt-Telemark, Øst-Telemark, Drangedal/Kragerø og Vest-Telemark, ligger betydelig under gjennomsnittet. Det er kun små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

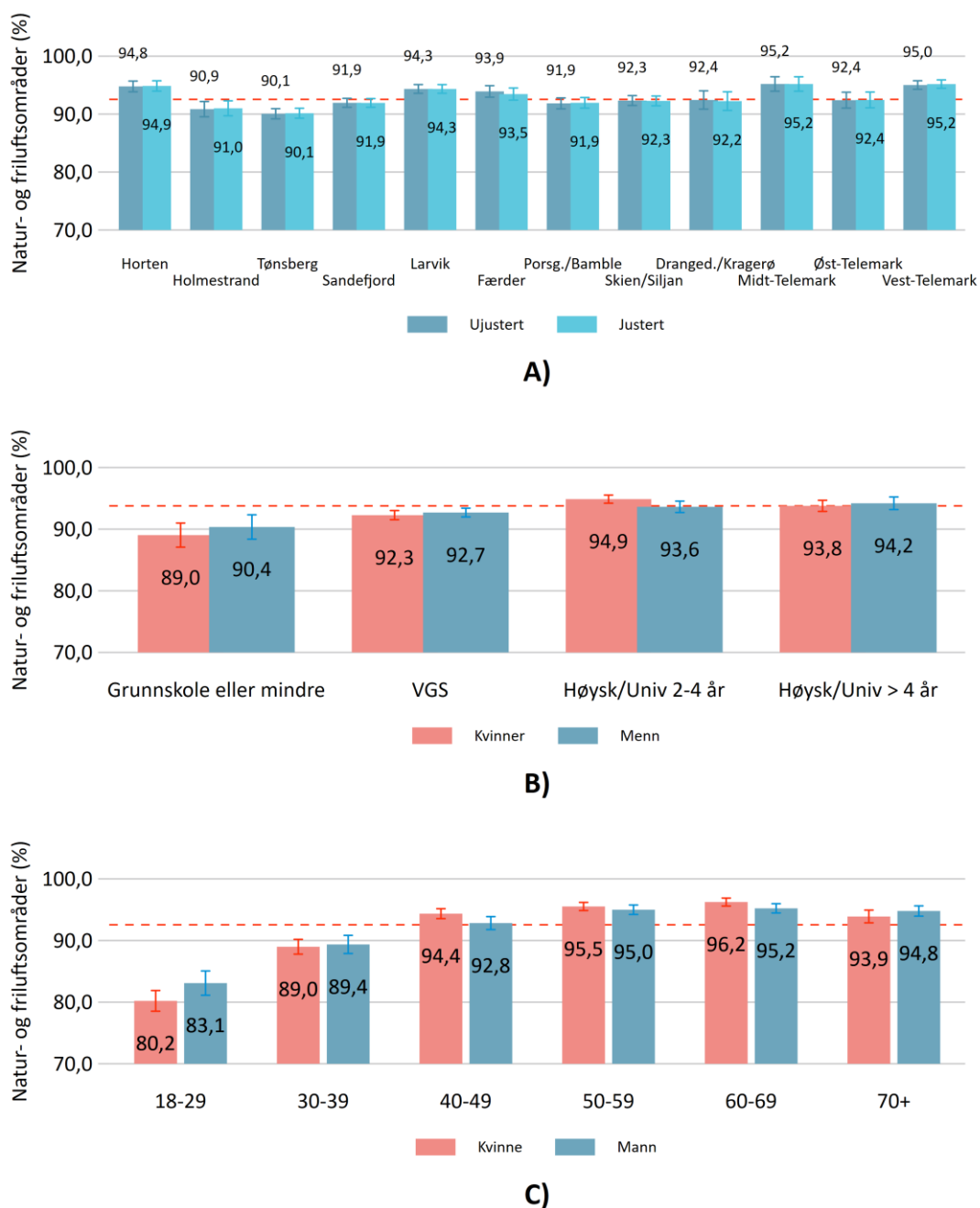
Figur 9B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer god/svært god tilgang på offentlig transport. Blant begge kjønn reduseres andelen som rapporterer god tilgang på offentlig transport noe med økende utdanningsnivå. Blant kvinner er det statistisk sikker forskjell mellom øverste utdanningsgruppe og gruppene med grunnskole og VGS som høyeste fullførte utdanning. Blant menn er forskjellen statistisk sikker mellom de med grunnskole sammenlignet med de andre utdanningsgruppene. I gruppen med VGS som høyest fullførte utdanning er det en statistisk sikker kjønnsforskjell, med høyere andel kvinner enn menn som rapporterer god tilgang på offentlig transport.

Figur 9C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer god/svært god tilgang på offentlig transport. For både kvinner og menn øker andelen som oppgir god tilgang på offentlig transport med økende alder, selv om forskjellen mellom de to yngste gruppene ikke er statistisk sikker. I de tre øverste aldersgruppene er det en statistisk sikker forskjell mellom kvinner og menn, der en høyere andel kvinner enn menn rapporterer god tilgang på offentlig transport.

### 3.10 Natur- og friluftsområder

Totalt 33949 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på Natur- og friluftsområder. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **92,5 %** (KI95%: 92,3-92,8). Andelen for kvinner var 92,3 % (n=18440; KI95% 91,9-92,7) og andelen for menn var 92,8 % (n=15509; KI95% 92,4-93,3).

**Figur 10: Andelen som oppgir god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 10A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer god/svært god tilgang til natur- og friluftsområder. Det er omtrent fem prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste (Midt-Telemark) og laveste (Tønsberg) andel (ujusterte tall). Tønsberg og Holmestrand ligger under fylkesgjennomsnittet. Andelen som oppgir god tilgang til natur- og friluftsområder er høyest i Midt-Telemark, etterfulgt av Vest-Telemark, Horten og Larvik, som alle ligger over fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

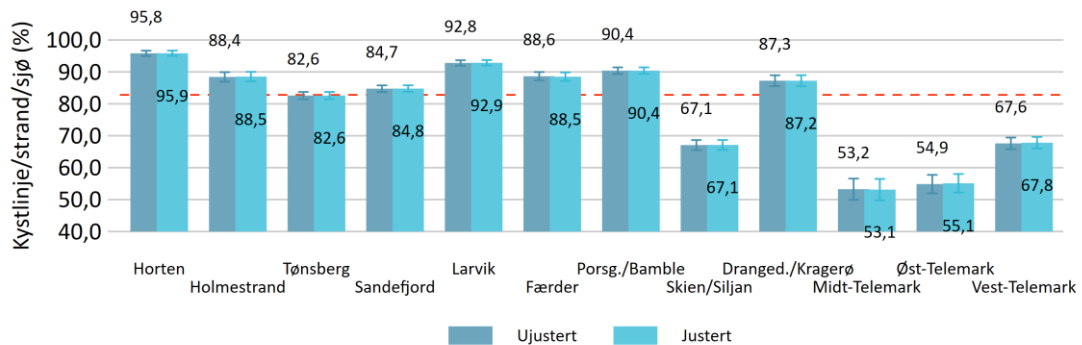
Figur 10B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer god/svært god tilgang til natur- og friluftsområder. For begge kjønn øker andelen som rapporterer god tilgang noe med utdanningsnivå frem til høyere utdanning, der andelen flater ut for menn og går svakt ned for kvinner mellom de to høyeste utdanningsnivåene. Blant kvinner er det statistisk sikre forskjeller mellom de med grunnskole som høyeste fullførte utdanning og de øvrige utdanningsgruppene. Blant menn er det statistisk sikre forskjeller mellom de med grunnskole og de med høyskole og universitetsutdanning. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innenfor samme utdanningsnivå.

Figur 10C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer god/svært god tilgang til natur- og friluftsområder. Blant kvinner er det en økning fra den yngste aldersgruppen til aldersgruppen 40-49 år, hvor økningen flater ut og avtar noe mellom de to eldste aldersgruppene. Blant menn er det en økning fra den yngste aldersgruppen til aldersgruppen på 50-59 år, der økningen flater ut og avtar noe mellom de to eldste aldersgruppene. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innenfor aldersgruppene.

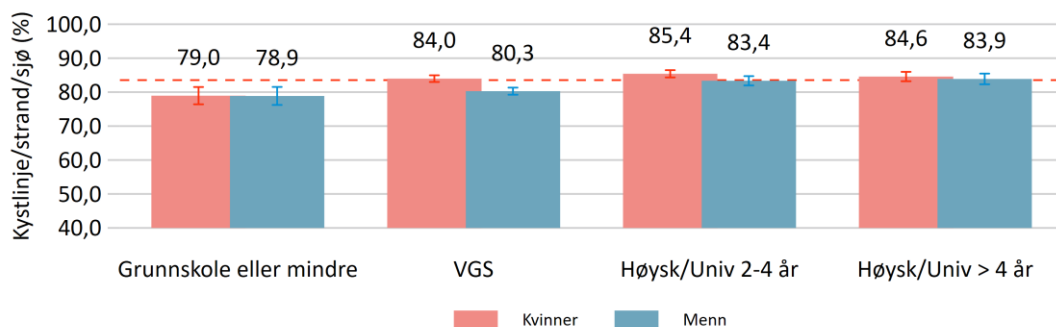
### 3.11 Kystlinje/strand/sjø

Totalt 31368 deltakere av 34147 (91,9 %) hadde gyldig svar på Kystlinje/strand/sjø. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **82,8 %** (KI95%: 82,4-83,2). Andelen for kvinner var 83,9 % (n=16866; KI95% 83,3-84,4) og andelen for menn var 81,5 % (n=14502; KI95% 80,9-82,2).

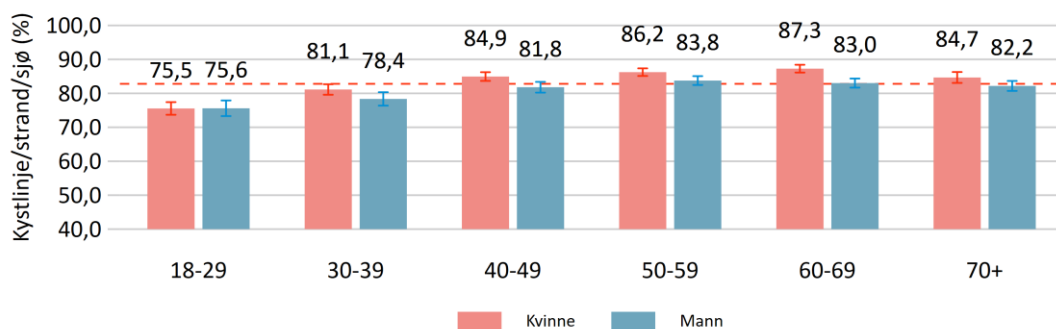
**Figur 11: Andelen som oppgir god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 11A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer god/svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø. Det er stor variasjon over geografiske områder, med omtrent 43 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Horten) og laveste (Midt-Telemark) andelen (ujusterte tall). Merk at de som har svart at de ikke bor i nærheten av sjø/innsjø blir holdt utenfor prosentfordelingen her ( $n=2,618$  [7,7 %] av respondentene oppgav dette svaret). Variasjonen over geografiske områder gjenspeiler like fullt geografisk nærhet til kystlinjen. Horten, etterfulgt av Larvik, Porsgrunn/Bamble, Færder, Holmestrand og Drangedal/Kragerø ligger godt over fylkesgjennomsnittet, mens Sandefjord ligger noe over fylkesgjennomsnittet. Skien/Siljan etterfulgt av Vest-Telemark, Øst-Telemark og Midt-Telemark ligger godt under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller i de ujusterte og justerte estimater.

Figur 11B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer god/svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø. Andelen som rapporterer god tilgang, varierer i noen grad mellom utdanningsnivåene. Blant kvinner er det statistisk sikre forskjeller mellom gruppen med grunnskole som høyest fullførte utdanning og de andre utdanningsnivåene, hvor en litt lavere andel i førstnevnte gruppe rapporterer god tilgang til kystlinje/strand/sjø. Blant menn er det litt lavere andeler som rapporterer god tilgang i gruppene med lav utdanning (grunnskole og VGS) sammenlignet med gruppene med høyere utdanning (høyskole/universitet).

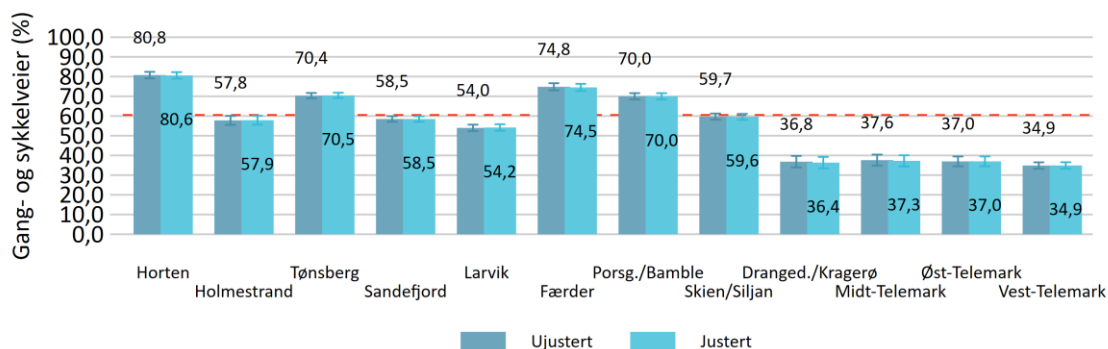
Figur 11C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer god/svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø. Blant kvinner er det en økning fra den yngste aldersgruppen frem til 40-49 år, der kurven flater ut og avtar noe mellom de to eldste aldersgruppene. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de to yngste aldersgruppene sammenlignet med de fire eldste aldersgruppene. Blant menn er det økning fra den yngste aldersgruppen til 50-59 år, hvor kurven avtar noe frem til den eldste aldersgruppen. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de to yngste aldersgruppene og de fire eldste aldersgruppene. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller fra aldersgruppene 40-49 til 60-69 år, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer god tilgang til kystlinje/strand/sjø.



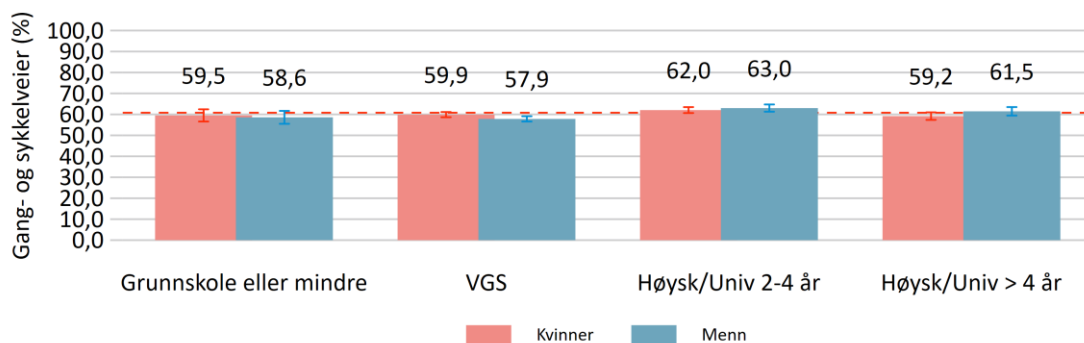
### 3.12 Gang- og sykkelveier

Totalt 33606 deltakere av 34147 (98,4 %) hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveier. Andelen som oppgav at disse var godt eller svært godt utbygde for hele utvalget var **60,5 %** (KI95%: 60,0-61,1). Andelen for kvinner var 60,3 % (n=18254; KI95% 59,6-61,0) og andelen for menn var 60,8 % (n=15352; KI95% 60,1-61,6).

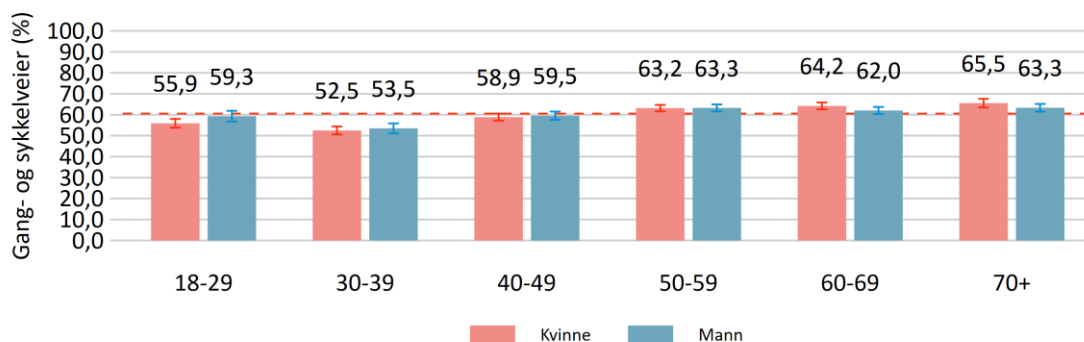
**Figur 12: Andel som rapporterer godt eller svært godt utbygde gang- og sykkelveier etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 12A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt/svært godt utbygde. Det er stor variasjon over geografiske områder, med omtrent 46 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Horten) og laveste (Vest-Telemark) andelen (ujusterte tall). Horten, etterfulgt av Færder, Tønsberg og Porsgrunn/Bamble ligger godt over fylkesgjennomsnittet. Larvik, etterfulgt av Midt-Telemark, Drangedal/Kragerø, Øst-Telemark og Vest-Telemark ligger godt under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

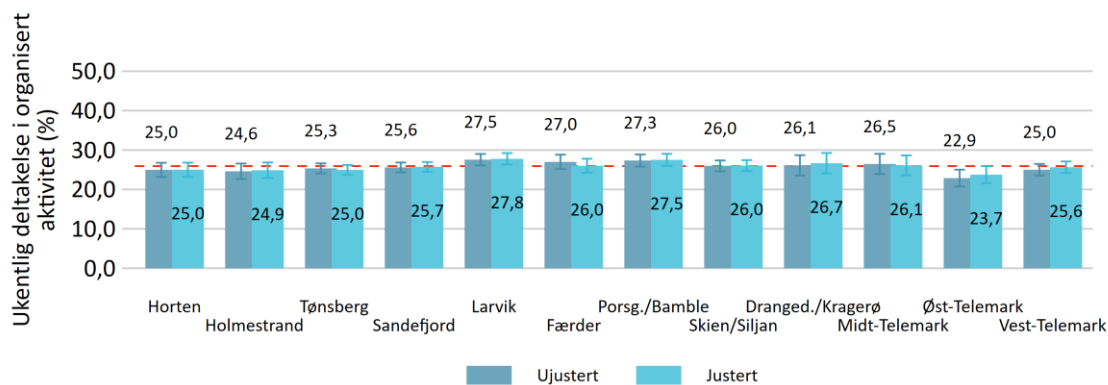
Figur 12B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt/svært godt utbygde. For både kvinner og menn er det liten variasjon mellom utdanningsgruppene i andelen som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier. Unntaket er en statistisk sikker forskjell mellom menn med VGS sammenlignet med menn med høyskole/universitetsutdanning, der en noe lavere andel i gruppen med VGS rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier. Det er ingen betydelige kjønnsforskjeller innenfor utdanningsnivåene.

Figur 12C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt/svært godt utbygde. For begge kjønn rapporterer en lavere andel i aldersgruppen på 30-39 år godt utbygde gang- og sykkelveier, sammenlignet med de andre aldersgruppene. Forskjellene er statistisk sikre. Blant kvinner, og med unntak fra aldersgruppen 30-39 år, er det en liten økning med alder i andelen som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de tre yngste og de tre eldste aldersgruppene for begge kjønn. Det er små eller ingen kjønnsforskjeller innen aldersgruppene i andel som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier.

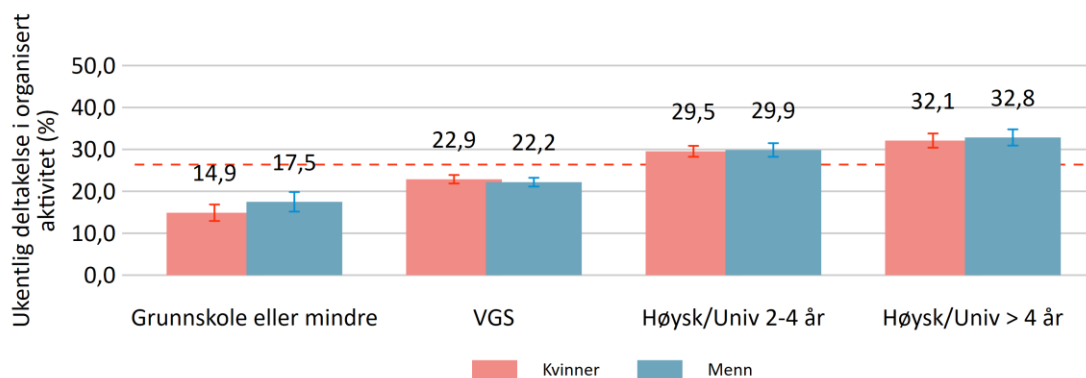
### 3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Totalt 34040 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **25,9 %** (KI95%: 25,4-26,4). Andelen for kvinner var 26,1 % (n=18487; KI95% 25,4-26,7) og andelen for menn var 25,8 % (n=15553; KI95% 25,1-26,5).

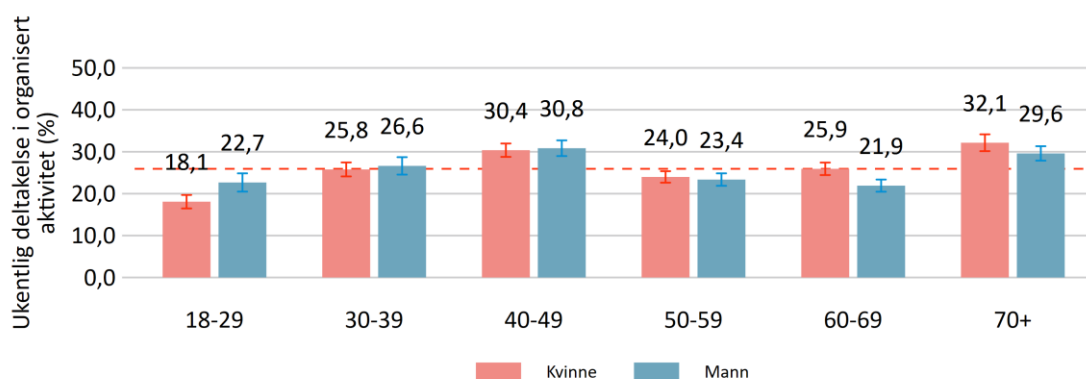
**Figur 13: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 13A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. Det er generelt lite variasjon i andel på tvers av de geografiske områdene, med omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste (Larvik) og den laveste (Øst-Telemark) andelen (ujusterte tall). Larvik og Porsgrunn/Bamble ligger grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet, Øst-Telemark ligger noe under fylkesgjennomsnittet, mens de andre områdene ligger omtrent på fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

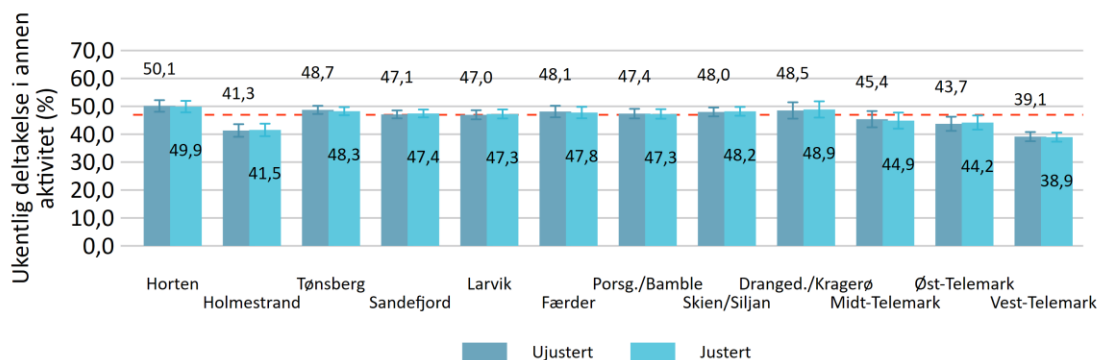
Figur 13B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. For begge kjønn øker andelen som rapporterer ukentlig deltagelse i organisert aktivitet med utdanningsnivå, men forskjellene mellom de to høyeste utdanningsnivåene er ikke statistisk sikker. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innenfor hvert av utdanningsnivåene.

Figur 13C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. Andelen varierer en del mellom aldersgruppene. For begge kjønn er andelen lavest i den yngste aldersgruppen og de som er mellom 50-69 år, og høyest blant de som er 40-49 år og 70+ år. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom den yngste aldersgruppen sammenlignet med de andre aldersgruppene, samt mellom gruppene på 40-49 år og 70 år og eldre sammenlignet med de andre aldersgruppene, respektivt. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom gruppen på 60-69 år og aldersgruppene 30-49 og 70 år og eldre. I aldersgruppen 18-29 år er det en høyere andel menn enn kvinner som rapporterer ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. Motsatt er andelen høyere blant kvinner enn menn i aldersgruppen 60-69 år, med tendens til det samme i aldersgruppen 70 år og eldre.

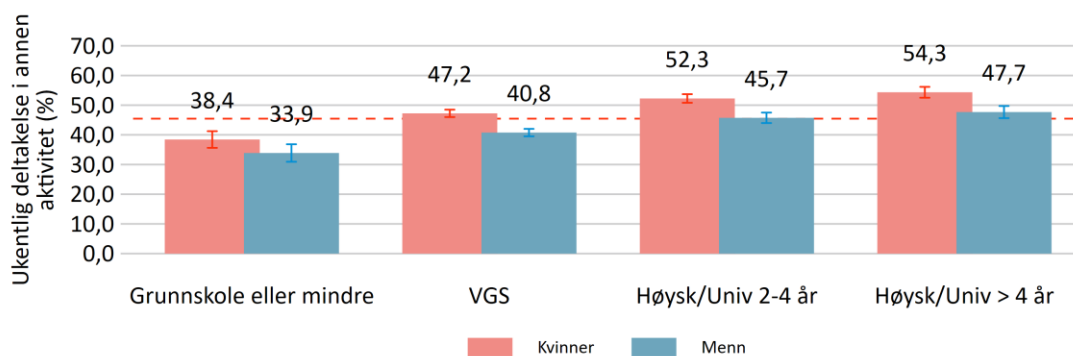
### 3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet (egenorganisert)

Totalt 34059 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i annen, egenorganisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **47,0 %** (KI95%: 46,4-47,5). Andelen for kvinner var 50,0 % (n=18498; KI95% 49,3-50,8) og andelen for menn var 43,3 % (n=15561; KI95% 42,5-44,1).

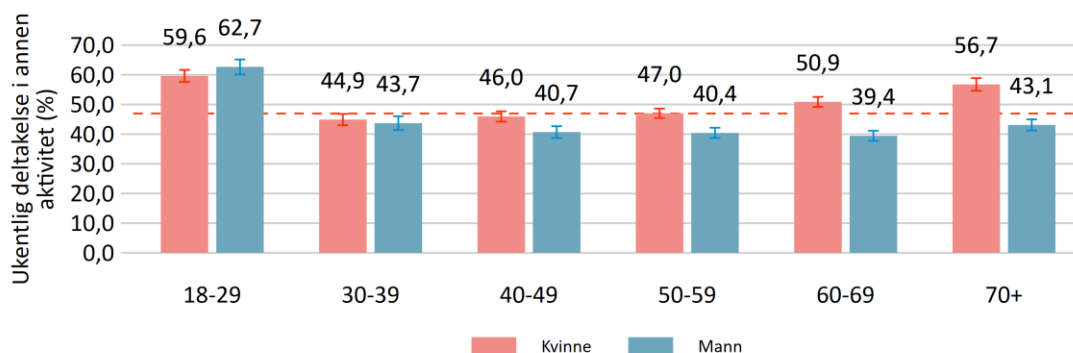
**Figur 14: Ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 14A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer ukentlig deltagelse i annen, egenorganisert aktivitet. Det er noe variasjon i andel på tvers av geografiske områder, med en forskjell på omtrent 11 prosent poeng fra områdene med den høyeste (Horten) til den laveste (Vest-Telemark) andelen (ujusterte tall). Horten, etterfulgt av Tønsberg ligger like over fylkesgjennomsnittet, Øst-Telemark like under fylkesgjennomsnittet, mens Holmestrand etterfulgt av Vest-Telemark ligger klart under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

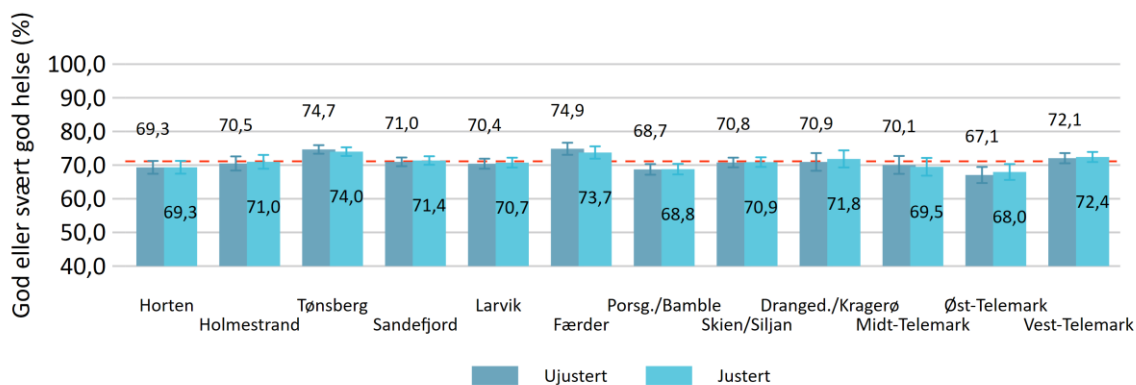
Figur 14B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet. For begge kjønn øker andelen som rapporterer ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet med økende utdanning. Det er statistisk sikre forskjeller mellom alle utdanningsgrupper bortsett fra de to øverste gruppene. Det er signifikant sikre kjønnsforskjeller i utdanningsgruppene VGS og høyskole/universitet, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet.

Figur 14C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet. For både kvinner og menn er andelen høyest i den yngste aldersgruppen. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 30-39 år for deretter å øke jevnt med økende alder. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 60-69 år med en økning til aldersgruppen 70 år og eldre. Fra aldersgruppen 40-49 og oppover er det en klart høyere andel kvinner enn menn som rapporterer ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet.

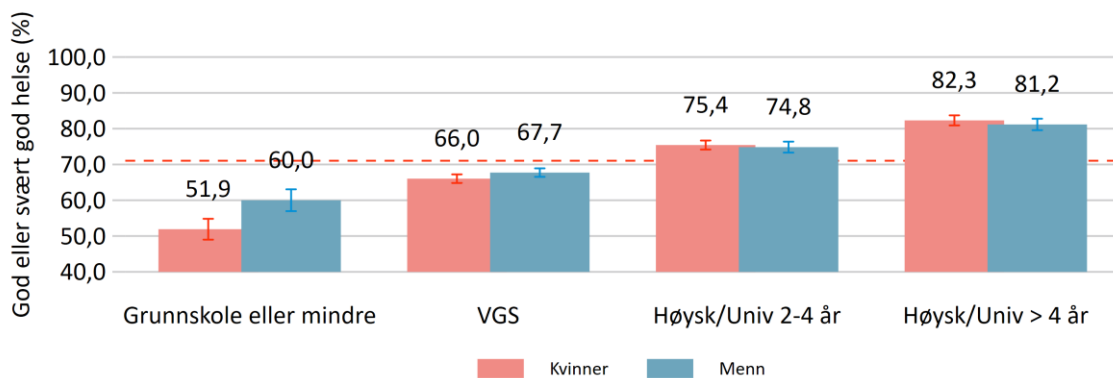
### 3.15 God eller svært god helse

Totalt 34069 deltakere av 34147 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **71,1 %** (KI95%: 70,6-71,6). Andelen for kvinner var 71,0 % (n=18501; KI95% 70,3-71,7) og andelen for menn var 71,3 % (n=15568; KI95% 70,5-72,0).

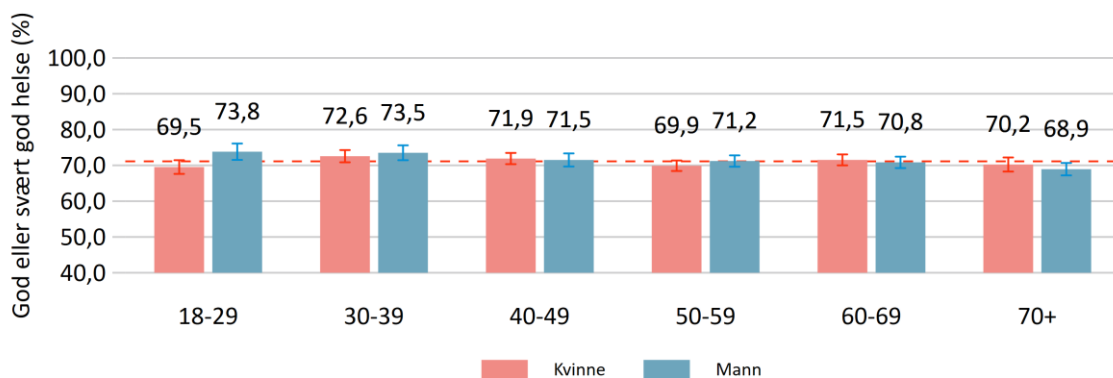
**Figur 15: God eller svært god helse etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 15A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer god/svært god helse. Det er noe variasjon på tvers av områdene, med omtrent 8 prosentpoeng forskjell mellom området med den høyeste (Færder) og den laveste (Øst-Telemark) andelen (ujusterte tall). Færder, etterfulgt av Tønsberg ligger noe høyere enn fylkesgjennomsnittet, mens Øst-Telemark og Porsgrunn/Bamble ligger like under. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 15B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer god/svært god helse. Blant kvinner og menn øker andelen med god helse med økende utdanning, hvor forskjellene mellom hvert av de respektive utdanningsgruppene er statistisk sikre. Forskjellen mellom de med lengst og de med kortest utdanning er på 21 prosentpoeng blant menn og hele 30 prosentpoeng blant kvinner. Det er ingen betydelige kjønnsforskjeller i andel med god helse bortsett fra gruppen med grunnskole som høyest fullførte utdanning, der andelen er høyere blant menn enn kvinner (statistisk sikker).

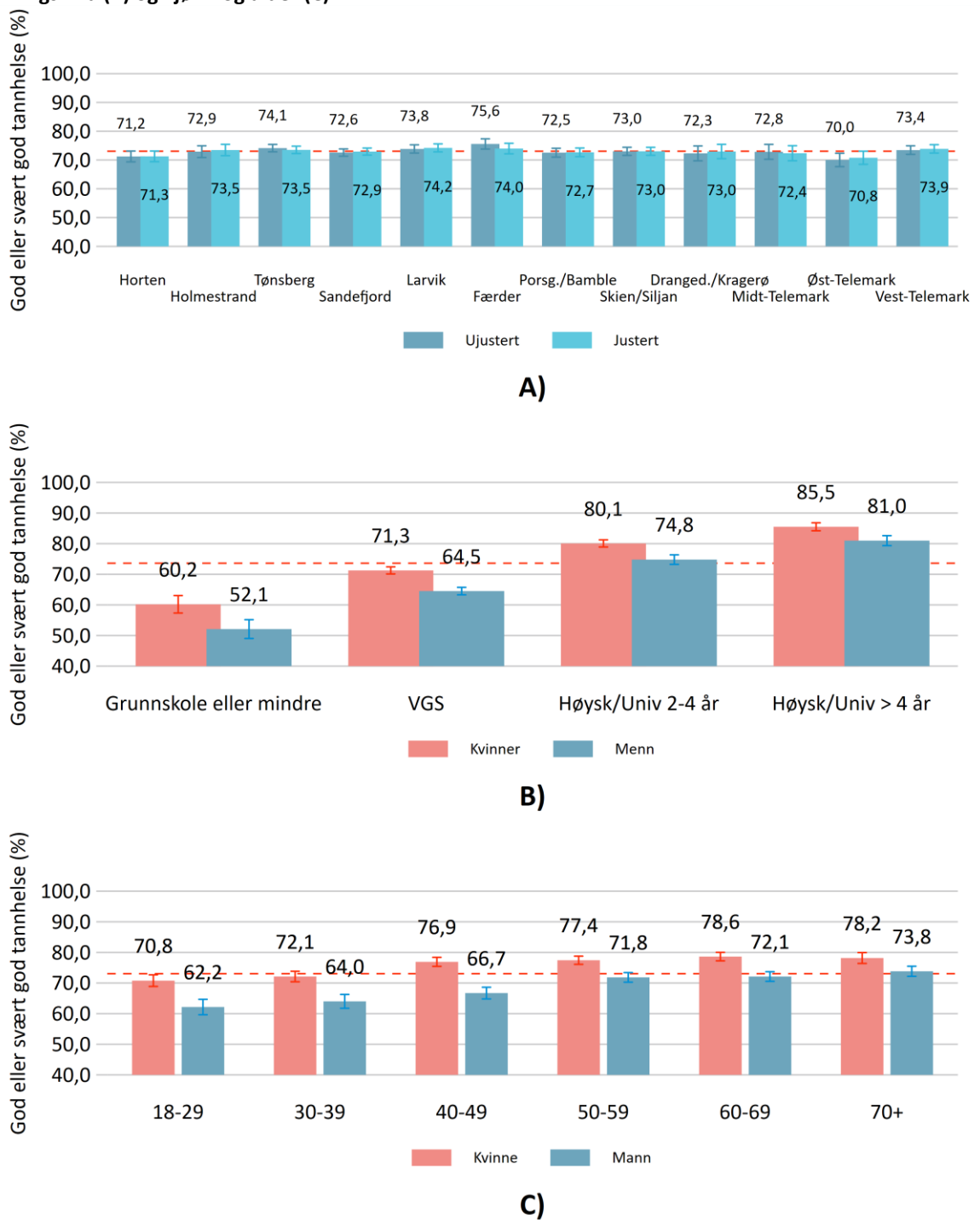
Figur 15C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer god/svært god helse. Blant kvinner er det lite variasjon i andel som rapporterer god helse på tvers av aldersgrupper. Likevel er forskjellen mellom den yngste aldersgruppen og aldersgruppe 30-39 år statistisk sikker, hvor den yngste aldersgruppen har noe lavere andel som rapporterer god helse. Blant menn er det mulig å se en svak nedgang i andelen som oppgir god helse med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom den yngste og den eldste aldersgruppen, hvor en høyere andel rapporterer god helse i den yngste aldersgruppen enn den eldste. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller kun i den yngste aldersgruppen, der en høyere andelen menn enn kvinner rapporterer god helse.



### 3.16 God eller svært god tannhelse

Totalt 34072 deltakere av 34147 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for hele utvalget var **73,1 %** (KI95%: 72,6-73,5). Andelen for kvinner var 76,0 % (n=18509; KI95% 75,4-76,6) og andelen for menn var 69,6 % (n=15563; KI95% 68,8-70,3).

**Figur 16: God eller svært god tannhelse etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Figur 16A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer god eller svært god tannhelse. Det er en liten variasjon på tvers av områdene, med omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste (Færder) og den laveste (Øst-Telemark) (ujusterte tall). Færder ligger grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet, mens Horten, etterfulgt av Øst-Telemark ligger grensesignifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte tall). For de fleste gruppene er det ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall. Unntaket er i Færder, der andelen ligger rundt fylkesgjennomsnittet etter å ha tatt høyde for (justert for) alder-, kjønn- og utdanningssammensetningen i kommunen.

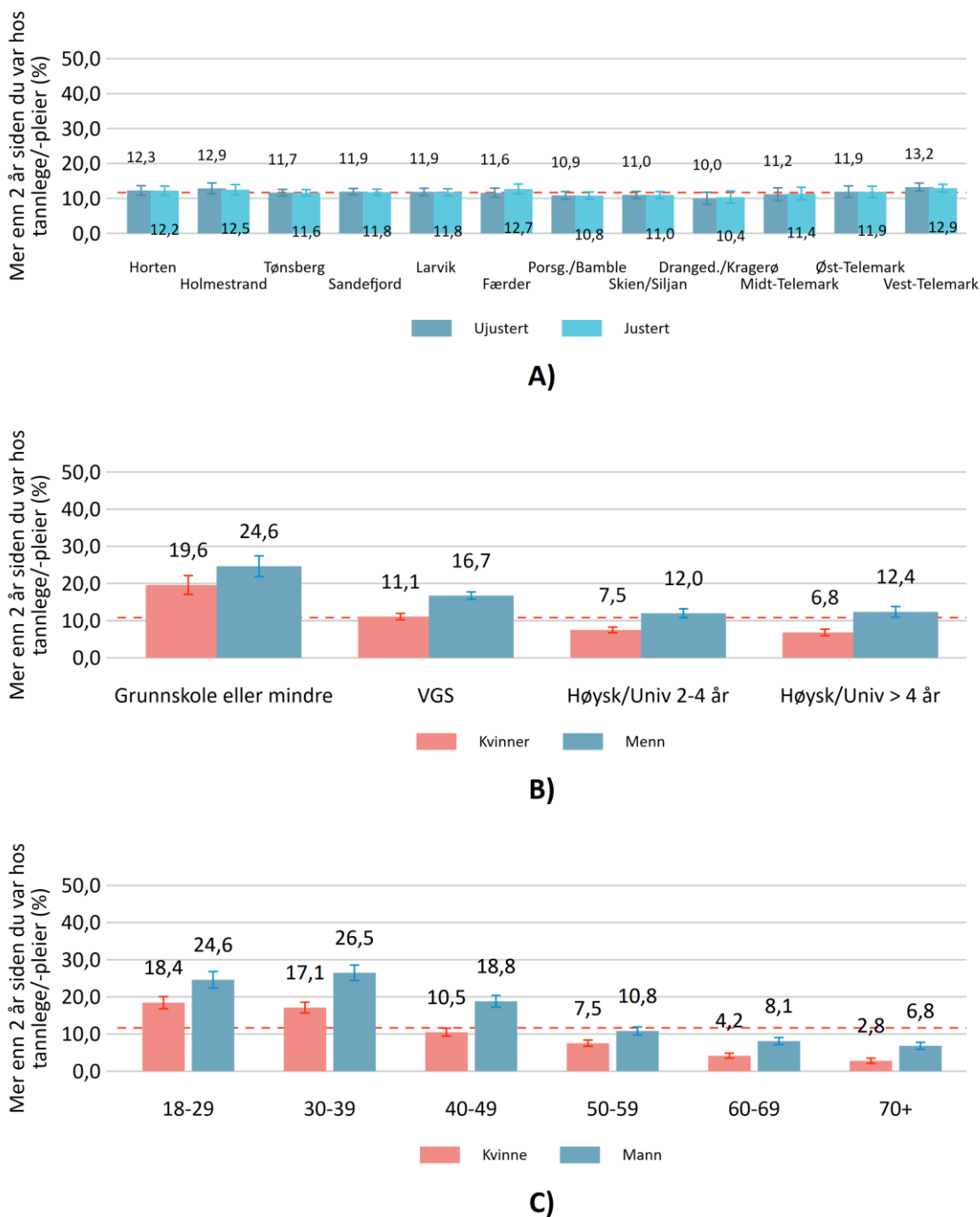
Figur 16B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer god/svært god tannhelse. For begge kjønn øker andelen som rapporterer god tannhelse betydelig med økende utdanningsnivå. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er omtrent 25 prosentpoeng for kvinner og 29 prosentpoeng for menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom kvinner og menn på tvers av alle utdanningsnivå, hvor en høyere andel kvinner rapporterer god tannhelse enn menn.

Figur 16C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer god/svært god tannhelse. Blant kvinner øker andelen som rapporterer god tannhelse noe fra den yngste aldersgruppen til aldersgruppen 40-49 år, for så å flate ut og med tendens til å reduseres noe mellom aldersgruppene 60-69 år og 70 år og eldre. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de to yngste sammenlignet med de fire eldste aldersgruppene. Blant menn øker andelen med god tannhelse med alder. Det er statistisk sikre forskjeller i god tannhelse mellom de tre yngste aldersgruppene og de tre eldste aldersgruppene. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller på tvers av alle aldersgrupper, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer god tannhelse.

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

Totalt 34061 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen for hele utvalget var **11,7 %** (KI95%: 11,3-12,0). Andelen for kvinner var 9,7 % (n=18493; KI95% 9,3-10,2) og andelen for menn var 14,0 % (n=15568; KI95% 13,4-14,6).

**Figur 17: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 17A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer ikke å ha vært hos tannlege/-pleier de siste to årene. Det er lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 3 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Vest-Telemark) og laveste (Drangedal/Kragerø) andelen (ujusterte tall). Vest-Telemark ligger like over fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

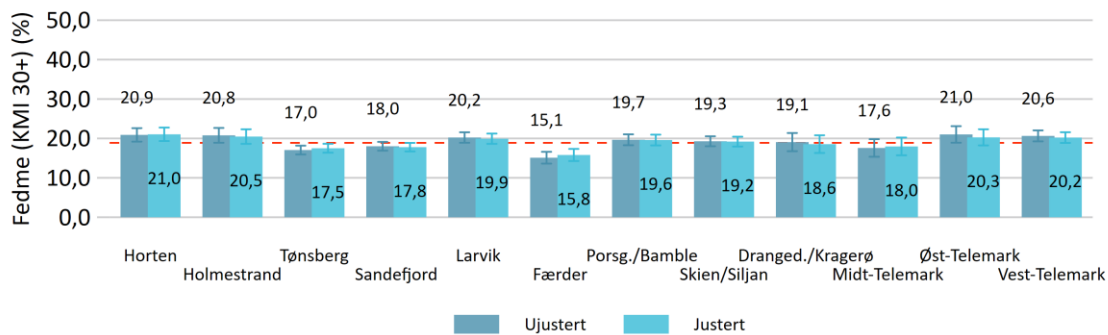
Figur 17B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Blant kvinner og menn synker andel som rapporterer mer enn 2 år siden de besøkt tannlege/-pleier med økende utdanningsnivå, for så å flate ut mellom de to øverste utdanningsnivåene. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning er på omtrent 12 prosentpoeng for både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en høyere andel menn enn kvinner rapporterer mer enn 2 år siden de besøkte tannlege/-pleier.

Figur 17C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Blant kvinner og menn er andelen nokså lik mellom de to yngste aldersgruppene, for siden å synke med økende alder fra 30-39 år. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt de to yngste. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell på tvers av aldersgrupper, hvor en høyere andel menn enn kvinner rapporterer mer enn 2 år siden de besøkte tannlege/-pleier.

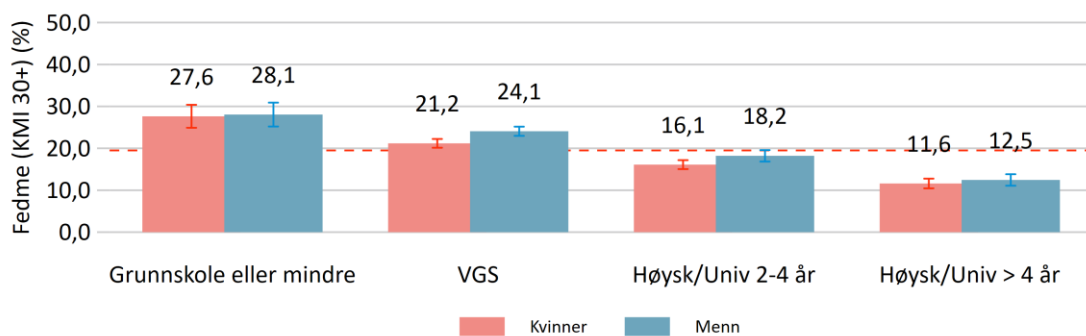
### 3.18 Fedme (KMI $\geq 30$ )

Totalt 33168 deltakere av 34147 (97,1 %) hadde gyldig svar på Fedme (KMI  $\geq 30$ ). Andelen for hele utvalget var **18,9 %** (KI95%: 18,4-19,3). Andelen for kvinner var 17,8 % (n=17785; KI95% 17,2-18,4) og andelen for menn var 20,1 % (n=15383; KI95% 19,5-20,8).

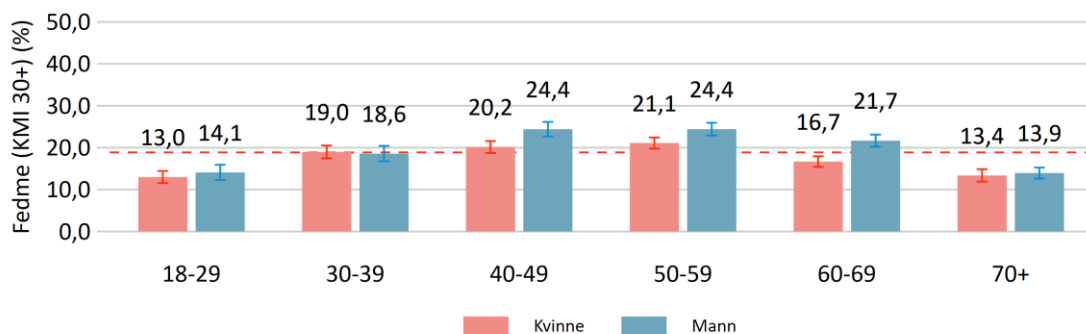
**Figur 18: Fedme (KMI  $\geq 30$ ) etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 18A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som har fedme (KMI  $\geq 30$ ). Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Øst-Telemark) og den laveste (Færder) andelen (ujusterte tall). Andelen i Øst-Telemark, etterfulgt av Horten, Holmestrand, Vest-Telemark og Larvik ligger grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet, mens andelen i Tønsberg, etterfulgt av Færder, ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

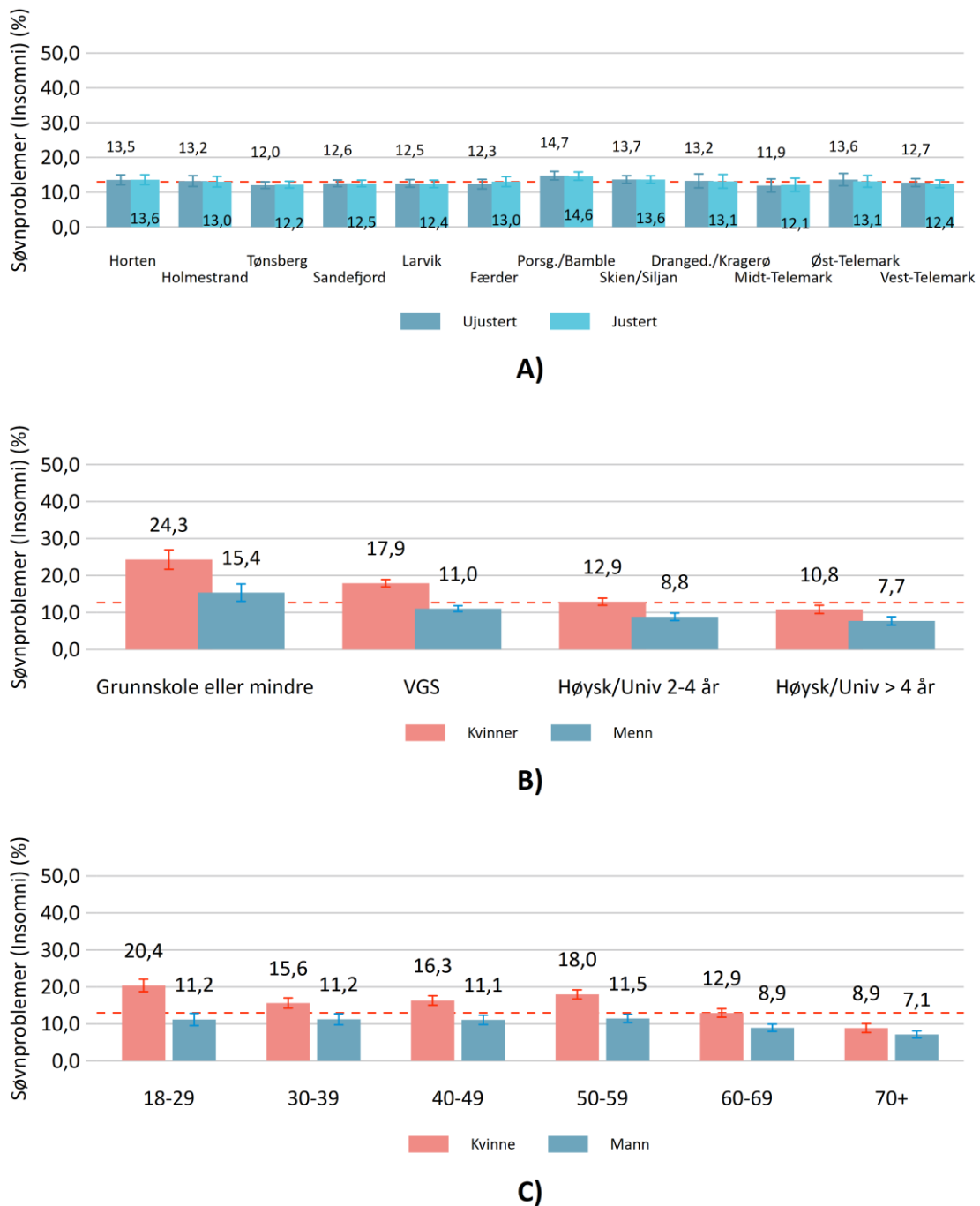
Figur 18B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som har fedme (KMI  $\geq 30$ ). For både kvinner og menn synker andelen med fedme med økende utdanningsnivå. Nedgangen i andelen med fedme er statistisk sikker mellom hver utdanningsgruppe for begge kjønn. I gruppene med VGS og høyskole og universitet mellom 2-4 år er det høyere andel menn enn kvinner med fedme. I de andre utdanningsgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller.

Figur 18C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, om har fedme (KMI  $\geq 30$ ). Man kan se en omvendt u-formet sammenheng mellom andel med fedme og alder for begge kjønn. Blant kvinner øker andelen med fedme jevnt frem til aldersgruppen 50-59 år og synker deretter med økende alder. Blant menn øker andelen med fedme jevnt til aldersgruppen på 40-49 år og synker med økende alder fra aldersgruppen 50-59 år. Kjønnsforskjellen i andelen med fedme er statistisk sikker i aldersgruppene mellom 40-69 år, respektivt, hvor en høyere andel menn enn kvinner har fedme.

### 3.19 Søvnproblemer (Insomni)

Totalt 34042 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på spørsmål om søvnproblemer (Insomni). Andelen for hele utvalget var **13,0 %** (KI95%: 12,6-13,4). Andelen for kvinner var 15,5 % (n=18476; KI95% 15,0-16,1) og andelen for menn var 10,0 % (n=15566; KI95% 9,5-10,5).

Figur 19: Søvnproblemer (Insomni) etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 19A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer søvnproblemer (insomni). Det er lite variasjon på tvers av områdene. Det er omtrent 3 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Porsgrunn og Bamble) og laveste (Midt-Telemark) andelen (ujusterte tall). Porsgrunn/Bamble ligger litt over fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 19B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer søvnproblemer (insomni). For både kvinner og menn synker andelen som rapporterer søvnproblemer klart med økende utdanningsnivå. Denne trenden er tydeligst blant kvinner, med 13 prosentpoengs forskjell i andel med søvnproblemer mellom de med høyest og de med lavest utdanning. Nedgangen er statistisk sikker mellom hvert utdanningsnivå. Blant menn er det rundt 5 prosentpoengs forskjell mellom de med høyest og de med lavest utdanning. Nedgangen er også her statistisk sikker mellom hver utdanningsgruppe, med unntak av de to gruppene med høyskole/universitet-utdanning. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer søvnproblemer.

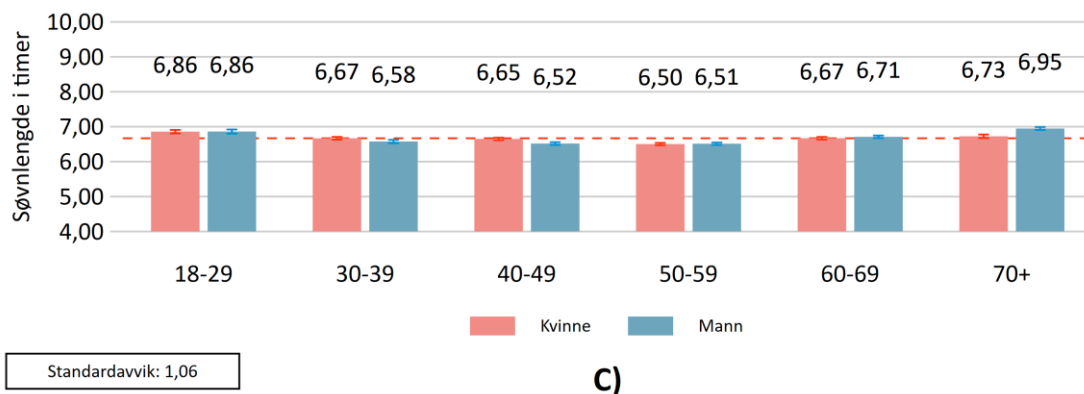
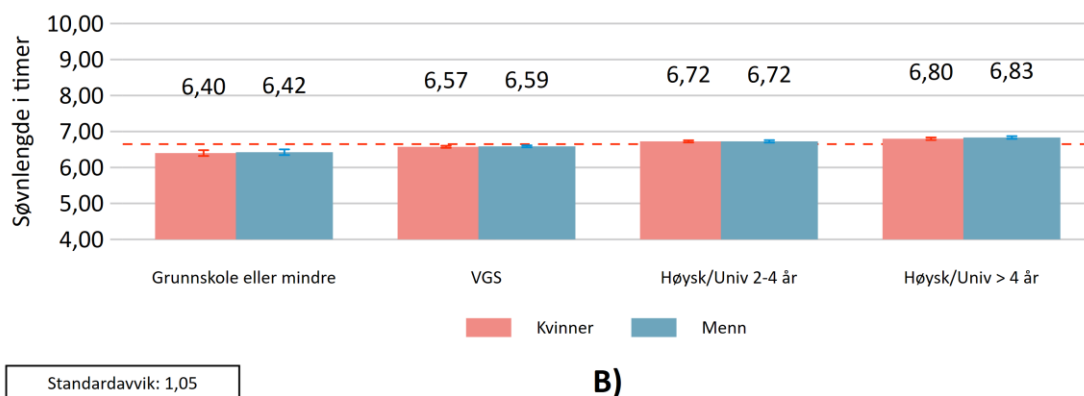
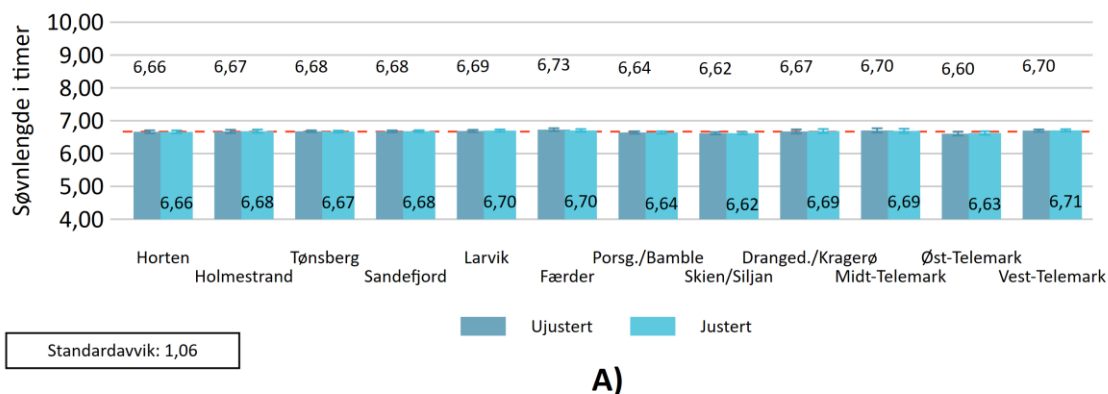
Figur 19C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer søvnproblemer (insomni). Andelen som rapporterer om søvnproblemer varierer ulikt over alder for kvinner og menn. Blant kvinner er andelen som rapporterer søvnproblem høyest i den yngste aldersgruppen og synker noe uregelmessige med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom den yngste aldersgruppen og de andre aldersgruppene. Blant menn er andelen som rapporterer søvnproblemer stabil frem til 50-59 år for å deretter synke med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de to eldste aldersgruppene sammenlignet med de to yngste aldersgruppene. Andelen som rapporterer om søvnproblemer er høyere blant kvinner enn menn i alle aldersgruppene.



### 3.20 Søvn lengde i timer

Totalt 33294 deltakere av 34147 (97,5 %) hadde gyldig svar på Søvn lengde i timer. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,67** (KI95%: 6,66-6,68). Gjennomsnittet for kvinner var 6,66 (n=18086; KI95% 6,64-6,68) og gjennomsnittet for menn var 6,68 (n=15208; KI95% 6,66-6,70).

Figur 20: Søvn lengde i timer etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 20A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på søvnlengde i hverdagen oppgitt i timer. Det er ingen klar variasjon mellom områdene (ujustert). Alle de geografiske områdene ligger rundt fylkesgjennomsnittet på 6,67 timer, som tilsvarer 6 timer og 40 minutter. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

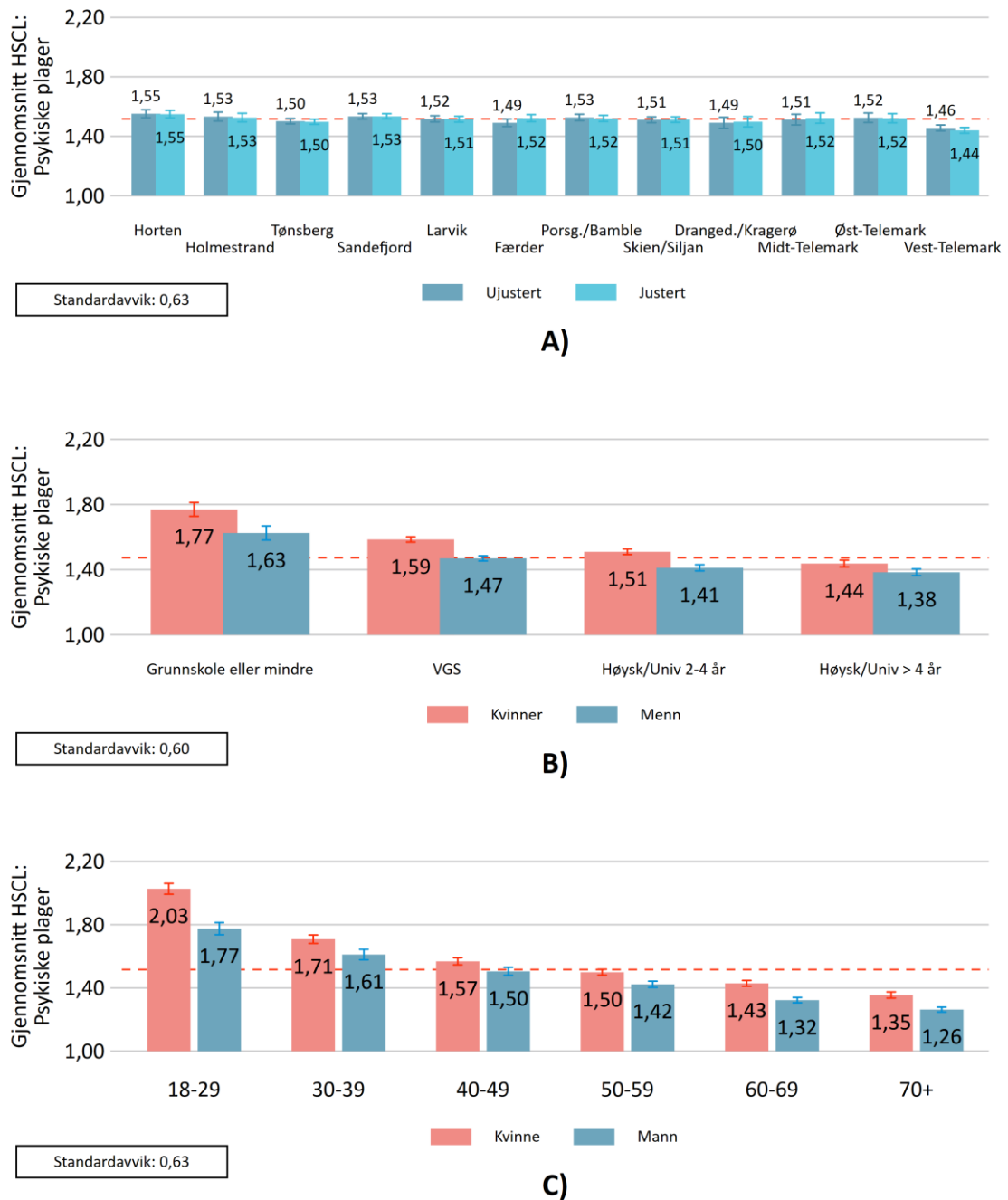
Figur 20B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på søvnlengde i hverdagen. Søvn lengden øker svakt med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn, med statistisk sikre forskjeller mellom de respektive utdanningsnivåene. Det er ingen statistisk sikker kjønnsforskjell i gjennomsnittlig søvnlengde innenfor utdanningsnivåene.

Figur 20C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på søvnlengde i hverdagen. For begge kjønn sees en u-kurve-sammenheng mellom søvntid og alder, der gjennomsnittlig søvnlengde er lengst blant de yngste og eldste. Blant kvinner er gjennomsnittlig søvnlengde kortest i aldersgruppen 50-59 år og blant menn i gruppene 40-49 år og 50-59 år. Forskjellen mellom yngste aldersgruppe og 50-59 år tilsvarer 24 minutter. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i aldersgruppen 40-49, hvor kvinner i gjennomsnitt sover lengre enn menn (8 minutter), og i aldersgruppen 70 år og eldre, hvor menn i gjennomsnitt sover lenger enn kvinner (13 minutter).

### 3.21 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager

Totalt 34076 deltakere av 34147 (99,8 %) hadde gyldig svar på HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,52** (KI95%: 1,51-1,52). Gjennomsnittet for kvinner var 1,58 (n=18501; KI95% 1,57-1,59) og gjennomsnittet for menn var 1,44 (n=15575; KI95% 1,43-1,45).

**Figur 21: Gjennomsnittsskårer på HSCL: Psykiske plager etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på psykiske plager (HSCL-5). Gjennomsnittlig skår på psykiske plager varierer nokså lite over geografiske områder, men tallene for Vest-Telemark ligger signifikant lavere enn gjennomsnittet for fylket, og Horten grensesignifikant over. Forskjellen mellom høyeste (Horten) og laveste (Vest-Telemark) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens  $d$  på 0,14. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Andel som har en skår som er større enn 2,00 er i dette materialet 13,9 %. Andelen blant kvinner er 16,1 % og blant menn 11,3 % (Cohens  $h=0,14$ ). Andelen er høyest i Horten (15,5 %) og lavest i Vest-Telemark (11,5 %).

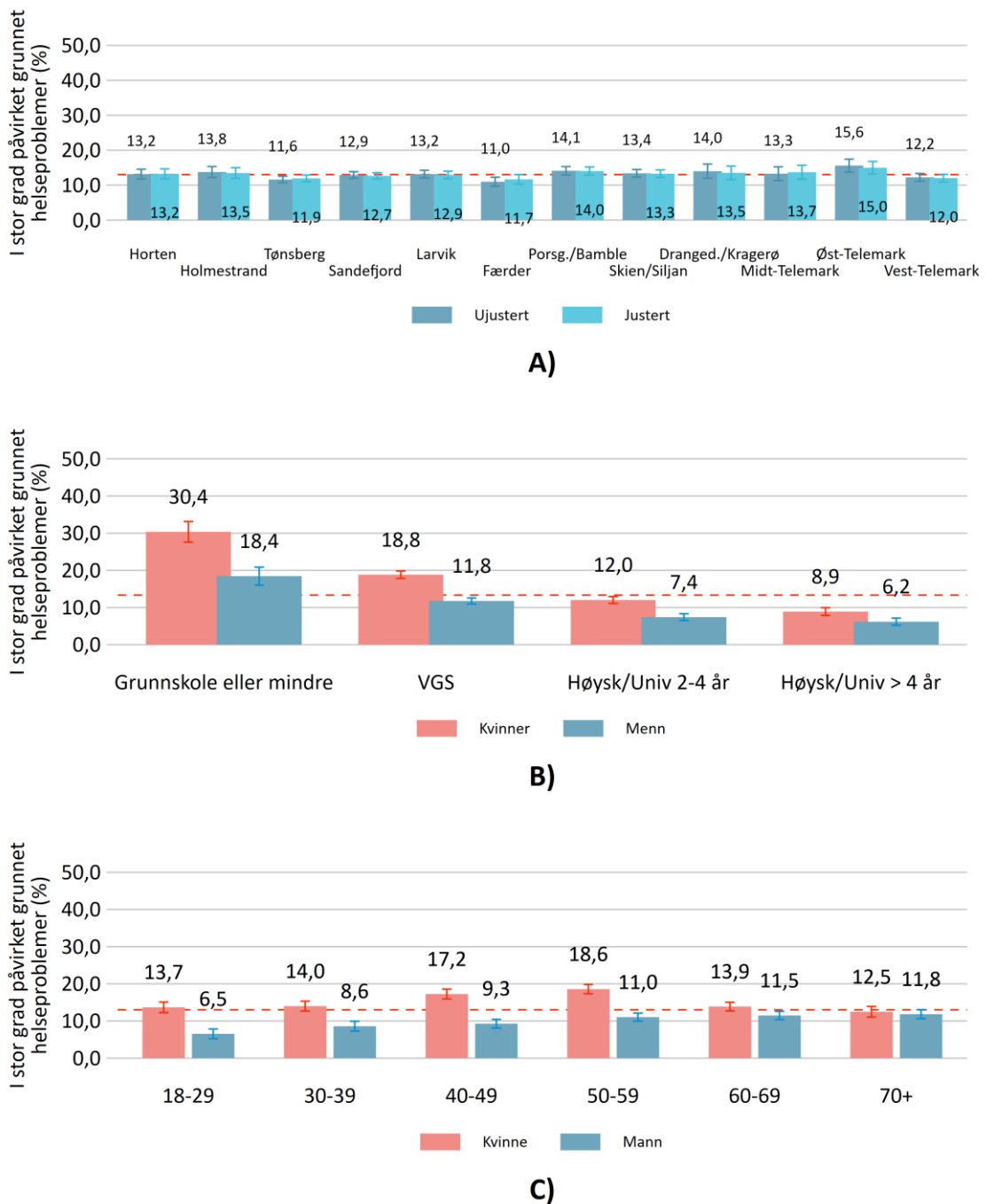
Figur 21B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på psykiske plager (HSCL-5). Gjennomsnittsskåren synker klart med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom respektive utdanningsnivå. Slik er det også blant menn, unntatt mellom de to høyskole/universitetsnivåene. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,55 for kvinnene og 0,42 for mennene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innen hver utdanningsgruppe, der kvinner har høyere gjennomsnittsskår på psykiske plager enn menn.

Figur 21C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på psykiske plager (HSCL-5). Gjennomsnittsskåren synker med økende alder blant både menn og kvinner. Det er statistisk sikre forskjeller mellom påfølgende aldersgrupper for begge kjønn. For kvinner er skåren særlig høy blant de yngste (18-29 år) og nedgangen flater noe ut med økende alder. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste aldersgruppe) er 1,00 for kvinnene og 0,83 for mennene. Kvinner skårer gjennomsnittlig høyere på psykiske plager enn menn innen hver aldersgruppe.

### 3.22 Hverdagen i stor grad påvirket av helseproblemer

Totalt 33941 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på Hverdagen i stor grad påvirket av helseproblemer. Andelen for hele utvalget var **13,0 %** (KI95%: 12,6-13,4). Andelen for kvinner var 15,3 % (n=18419; KI95% 14,8-15,9) og andelen for menn var 10,3 % (n=15522; KI95% 9,8-10,8).

**Figur 22: I stor grad påvirket av helseproblemer etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 22A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket av helseproblemer. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Øst-Telemark) og laveste (Færder) andelen (ujustert). Øst-Telemark ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Færder ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Tønsberg og Vest-Telemark ligger også grensesignifikant under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

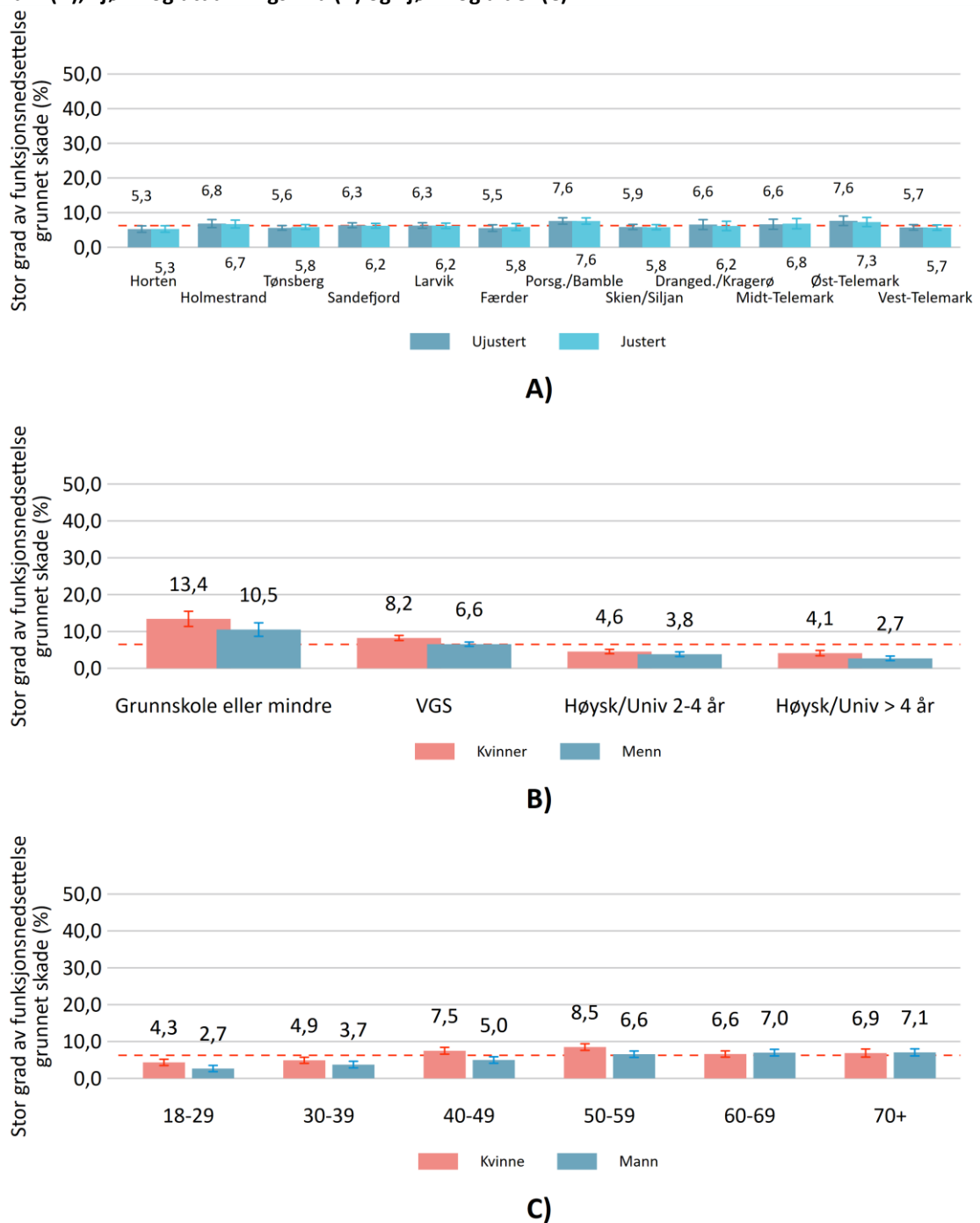
Figur 22B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket av helseproblemer. Andelen synker jevnt med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Kvinner i gruppen med lavest utdanning utmerker seg med særlig høy andel som rapporterer at de i stor grad er påvirket av helseproblemer. Andel i denne gruppen er over tre ganger høyere enn andelen i gruppen med lengst utdanning. Forskjellen i andel er statistisk sikker mellom hvert påfølgende utdanningsnivå. Også blant menn er forskjellen i andel statistisk sikker mellom hvert påfølgende utdanningsnivå, unntatt mellom de to gruppene med universitet/høyskole. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer at hverdagen i stor grad er påvirket av helseproblemer.

Figur 22C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket av helseproblemer. Det sees en jevn øking i andel frem til aldersgruppen 50-59 år, blant både kvinner og menn. Etter dette synker andelen for kvinner og flater ut for menn. For kvinner er andelen høyest i aldersgruppene 40-49 og 50-59 år. Blant menn er andelen høyest i de to eldste aldersgruppene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver av aldersgruppene, unntatt for de to eldste, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket av helseproblemer.

### 3.23 Stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade

Totalt 33991 deltakere av 34147 (99,5 %) hadde gyldig svar på Stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade. Andelen for hele utvalget var **6,3 %** (KI95%: 6,0-6,5). Andelen for kvinner var 6,7 % (n=18449; KI95% 6,3- 7,0) og andelen for menn var 5,8 % (n=15542; KI95% 5,4- 6,2).

**Figur 23: Stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Figur 23A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade. Det er lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 2 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Porsgrunn/Bamble og Øst-Telemark) og den laveste (Horten) andelen (ujustert). Porsgrunn/Bamble og Øst Telemark ligger like over fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 23B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade. Andelen synker med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende utdanningsnivå, unntatt mellom de to respektive høyskole/universitetsnivåene. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende utdanningsnivå. Det er ingen statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor utdanningsnivåene i andel som rapporterer stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade.

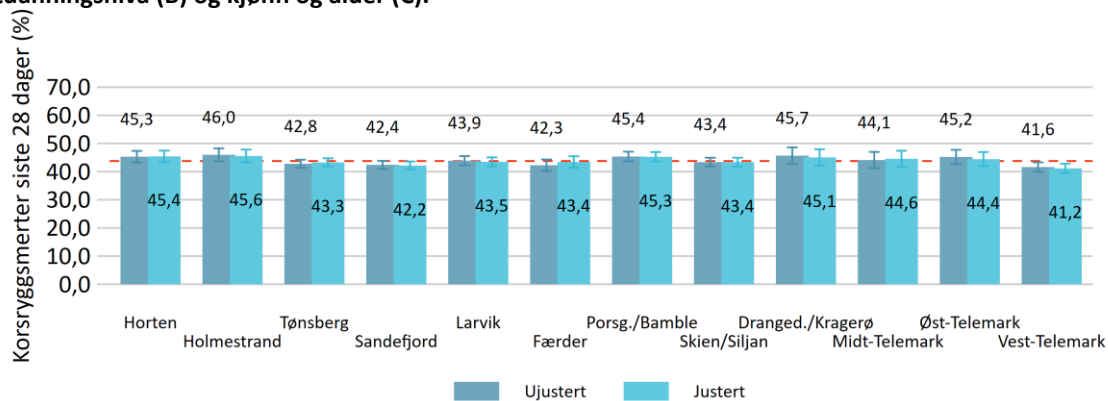
Figur 23C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade. Man ser en liten, jevn stigning i andel med økende alder frem til aldersgruppen 50-59 år blant både kvinner og menn. Etter dette flater andelen ut for menn, mens den først synker for så å flate ut for kvinner. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i de respektive aldersgruppene mellom 18-59 år, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade.



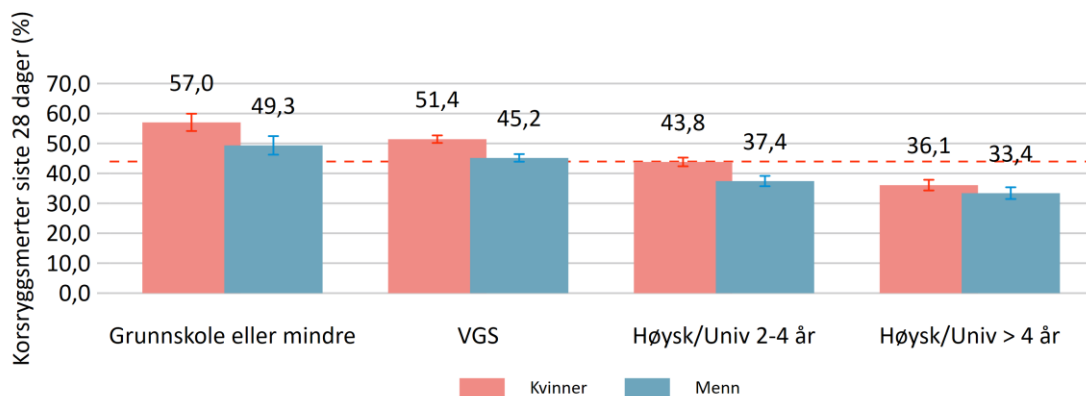
### 3.24 Korsryggsmerter siste 28 dager

Totalt 34013 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på Korsryggsmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **43,8 %** (KI95%: 43,2-44,3). Andelen for kvinner var 46,2 % (n=18465; KI95% 45,4-46,9) og andelen for menn var 40,9 % (n=15548; KI95% 40,1-41,7).

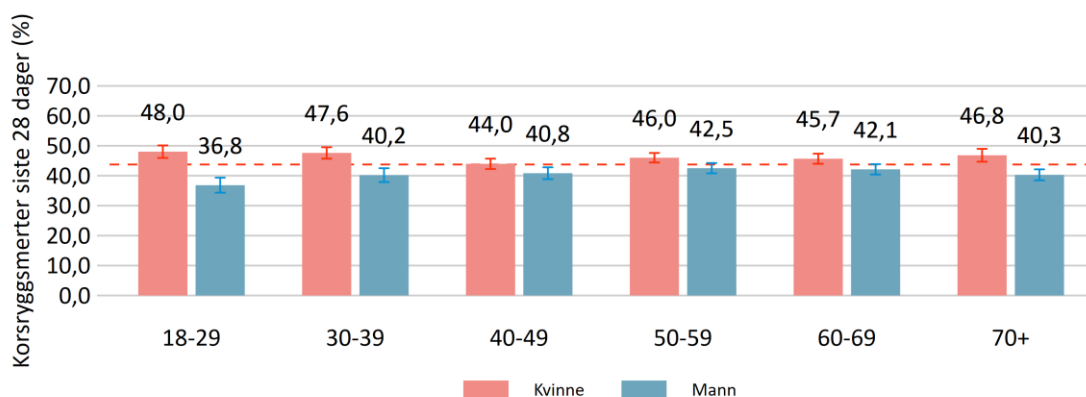
Figur 24: Korsryggsmerter siste 28 dager etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 24A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer korsryggsmerter siste 28 dager. Det er lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Holmestrand) og den laveste (Vest-Telemark) andelen. Holmestrand ligger like over fylkesgjennomsnittet, mens Vest-Telemark ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har korsryggsmerter, er 20,4 % (KI95% 20,0- 20,8) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at 1 av 5 til enhver tid har korsryggsmerter blant utvalget i Vestfold og Telemark. Andelen er litt høyere for kvinner (22, 3 % [KI95% 21,8 – 22,8]) enn for menn (18, 1 % [KI95% 17,6- 18,6]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet korsryggsmerter er omtrent halvparten så høy; omtrent 1 av 10 (9,7 % [KI95% 9,5 – 10,0 %]) samlet i fylket har til enhver tid korsryggsmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter eller endre dine daglige rutiner. Andelen er 10,7 % (KI95% 10,3-11,1) for kvinner og 8,6 % (KI95% 8,2-8,9) for menn.

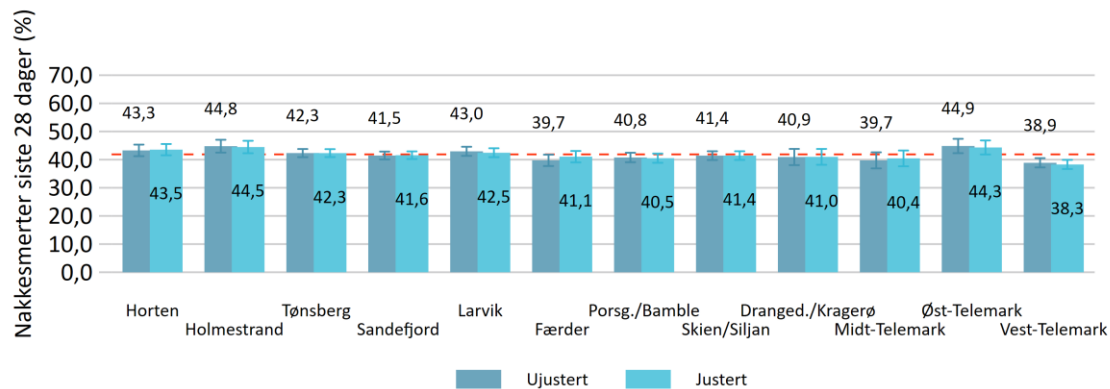
Figur 24B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer korsryggsmerter siste 28 dager. Andelen som rapporterer korsryggsmerter synker med økende alder blant både kvinner og menn. Forskjellene er statistisk sikre mellom de respektive utdanningsnivåene. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller mellom de med VGS og høyskole/universitet (2-4 år) som høyeste fullførte utdanning, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer korsryggsmerter siste 28 dager.

Figur 24C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer korsryggsmerter siste 28 dager. Blant kvinner er andelen som rapporterer korsryggsmerter nokså stabil på tvers av alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom den yngste aldersgruppen og 40-49 år, hvor en høyere andel i den yngste aldersgruppen rapporterer korsryggsmerter. Blant menn øker andelen som rapporterer korsryggsmerter svakt frem til 50-59 år, for så å synke svakt med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom den yngste aldersgruppen og de respektive aldersgruppene mellom 50-69 år. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller, unntatt i aldersgruppen 40-49 år, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer korsryggsmerter siste 28 dager.

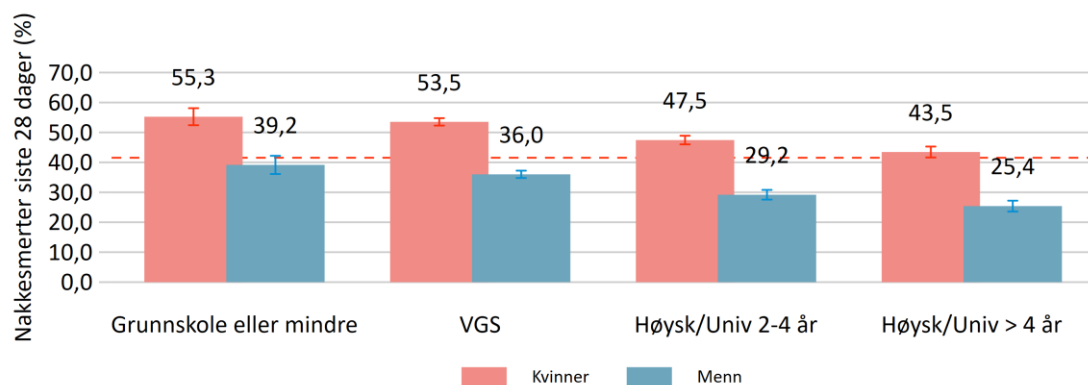
### 3.25 Nakkesmerter siste 28 dager

Totalt 34012 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **41,9 %** (KI95%: 41,3-42,4). Andelen for kvinner var 50,2 % (n=18463; KI95% 49,4-50,9) og andelen for menn var 32,1 % (n=15549; KI95% 31,3-32,9).

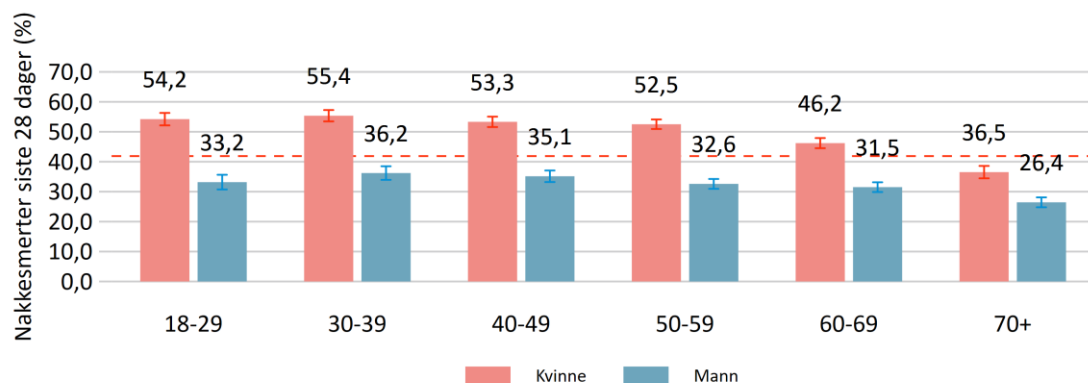
Figur 25: Nakkesmerter siste 28 dager etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 25A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Holmestrand og Øst-Telemark) og laveste (Vest-Telemark) andelen (ujustert). Holmestrand og Øst-Telemark ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Vest-Telemark ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har nakkesmerter, er 20,1 % (KI95% 19,8- 20,5) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at 1 av 5 til enhver tid har nakkesmerter blant utvalget i Vestfold og Telemark. Andelen er klart høyere for kvinner (25,2 % [KI95% 24,6- 25,7]) enn for menn (14,1 % [KI95% 13,7-14,6]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet nakkesmerter er omtrent halvparten så høy; 7,7 % (KI95% 7,5-8,0) i utvalget har nakkesmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter eller endre dine daglige rutiner. Andelen er 9,8 % (9,4-10,1 %) for kvinner og 5,3 % (KI95% 5,0-5,6) for menn.

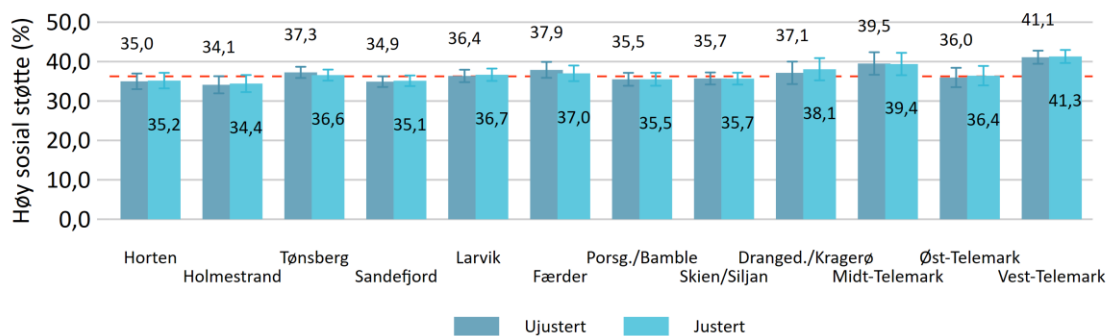
Figur 25B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager. Blant kvinner er andelen stabil mellom de to laveste utdanningsnivåene, for deretter å synke med økende utdanningsnivå. Det er statistisk sikker forskjell i andeler mellom hvert utdanningsnivå, unntatt mellom de to laveste utdanningsnivåene. Blant menn synker andelen som rapporterer nakkesmerter med økende utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom andelene med økende utdanningsnivå. Det er også en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert av utdanningsnivåene, hvor en betydelig høyere andel kvinner enn menn rapporterer nakkesmerter siste 28 dager.

Figur 25C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager. Blant kvinner er andelen nokså stabil frem til aldersgruppen 50-59 år, hvor over halvparten rapporterer nakkesmerter. Deretter synker andelen med økende alder. Blant menn varierer andelen mindre med alder, men er også her nokså stabil til 50-59 år, hvor rundt 1 av 3 rapporterer nakkesmerter. Andelen synker deretter med økende alder. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver aldersgruppe, hvor en betydelig høyere andel kvinner enn menn rapporterer nakkesmerter siste 28 dager.

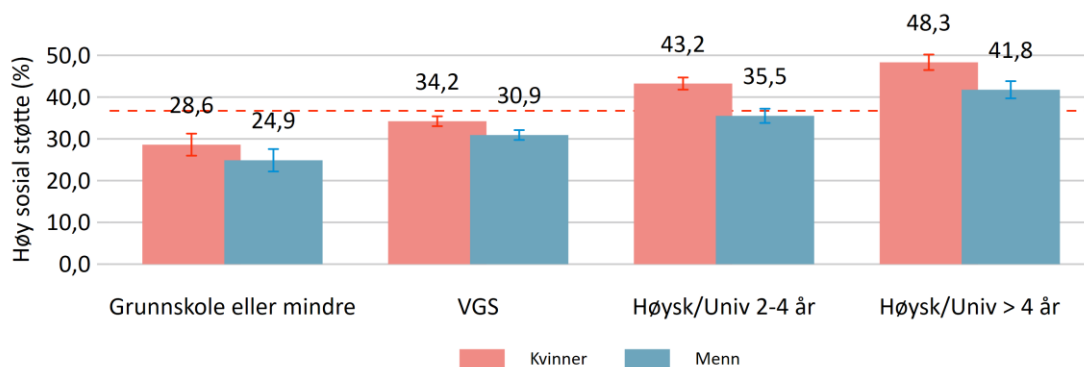
### 3.26 Høy sosial støtte

Totalt 33851 deltakere av 34147 (99,1 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen for hele utvalget var **36,3 %** (KI95%: 35,7-36,8). Andelen for kvinner var 39,1 % (n=18366; KI95% 38,4-39,9) og andelen for menn var 32,9 % (n=15485; KI95% 32,1-33,7).

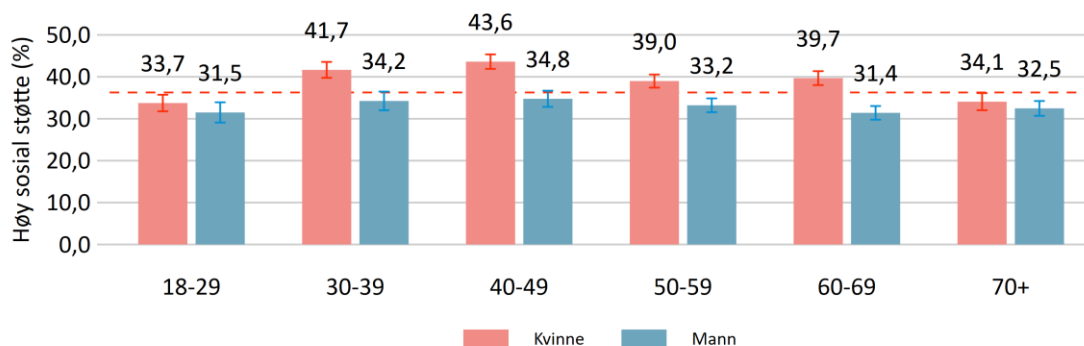
Figur 26: Høy sosial støtte etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 26A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer høy sosial støtte. Det er noe variasjon på tvers av områdene. Det er omtrent 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Vest-Telemark) og den laveste (Holmestand) andelen (ujusterte tall). Vest-Telemark ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Midt-Telemark ligger grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte tall.

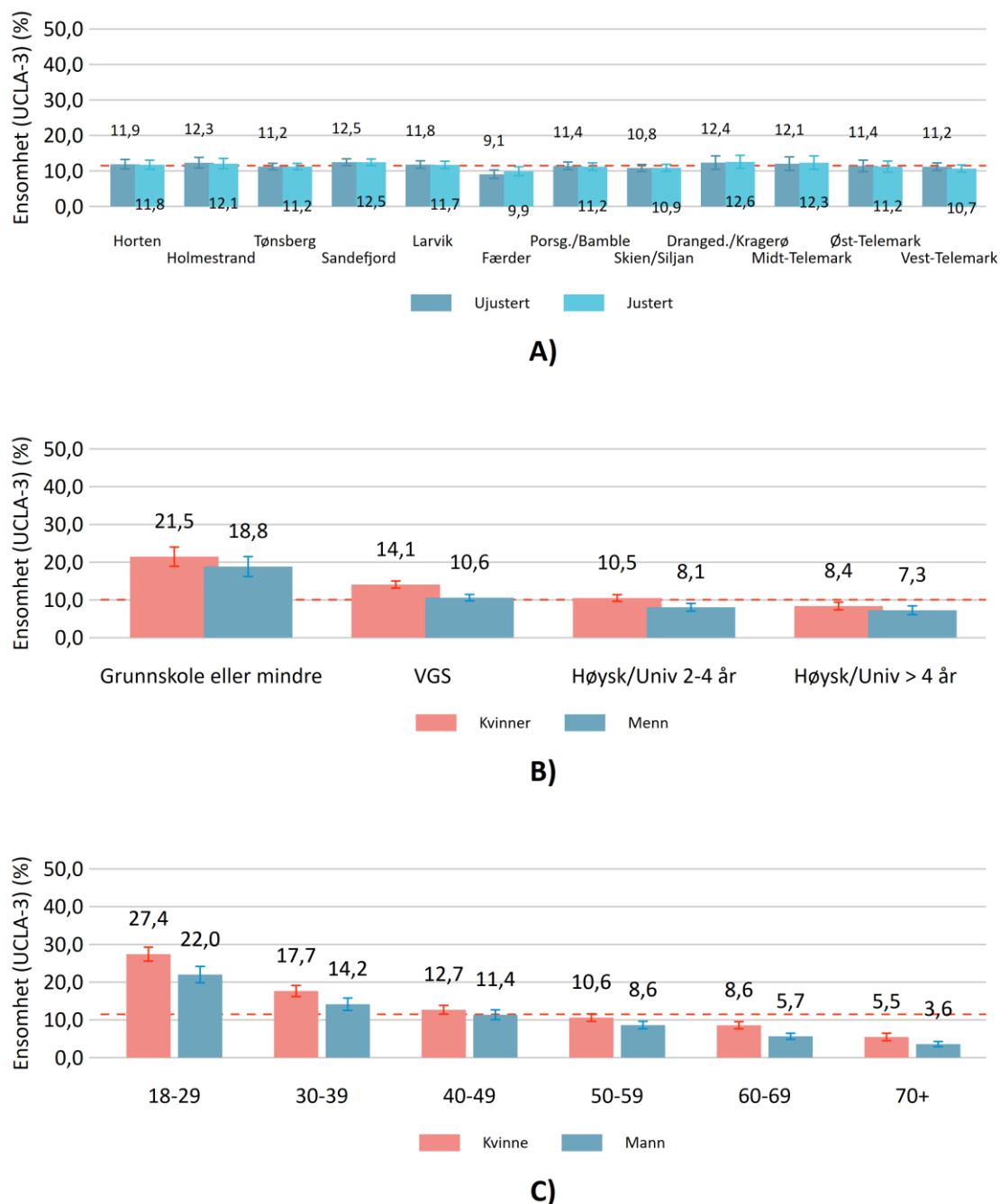
Figur 26B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer høy sosial støtte. Andelene som opplever høy sosial støtte stiger med økende utdanningsnivå både blant kvinner og menn. Det er statistisk sikre forskjeller mellom hvert utdanningsnivå. Andelen som opplever høy sosial støtte er høyere blant kvinner enn menn innenfor hvert utdanningsnivå. Også her er forskjellene statistisk sikre, bortsett fra gruppen med grunnskole som høyest fullførte utdanningsnivå.

Figur 26C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer høy sosial støtte. Blant kvinner øker andelen som rapporterer høy sosial støtte fra den yngste aldersgruppen frem til 40-49 år, for deretter å synke jevnt med økende alder. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er på rundt 10 prosentpoeng for kvinner. Blant menn øker andelen som rapporterer høy sosial støtte fra den yngste aldersgruppen til 40-49 år for å siden synke noe uregelmessig med økende alder. Forskjellene over alder er mindre uttalt for menn enn for kvinner, med kun rundt tre prosentpoengs forskjell mellom aldersgruppene med høyeste og laveste andel. Forskjellen er likevel statistisk sikker mellom aldersgruppen på 60-69 år og de respektive aldersgruppene mellom 30-49 år. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i de respektive aldersgruppene mellom 30-69 år, hvor andel som rapporterer god sosial støtte er høyere blant kvinner enn menn.

### 3.27 Ensomhet (UCLA-3)

Totalt 33950 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen for hele utvalget var **11,5 %** (KI95%: 11,1-11,8). Andelen for kvinner var 13,2 % (n=18430; KI95% 12,7-13,7) og andelen for menn var 9,5 % (n=15520; KI95% 9,0- 9,9).

**Figur 27: Ensomhet (UCLA-3) etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 27A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som er ensomme (basert på UCLA-3-skalaen). Det er nokså lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 3,4 prosentpoengs forskjell mellom regionen med den høyeste (Sandefjord) og den laveste (Færder) andelen (ujustert). Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 27B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer ensomhet (etter UCLA-3). Blant både kvinner og menn synker andelen ensomme klart med økt utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de respektive utdanningsnivåene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant de med VGS og høyskole- eller universitetsutdanning mellom 2-4 år, hvor andelen som rapporterer ensomhet er lavere blant menn enn kvinner.

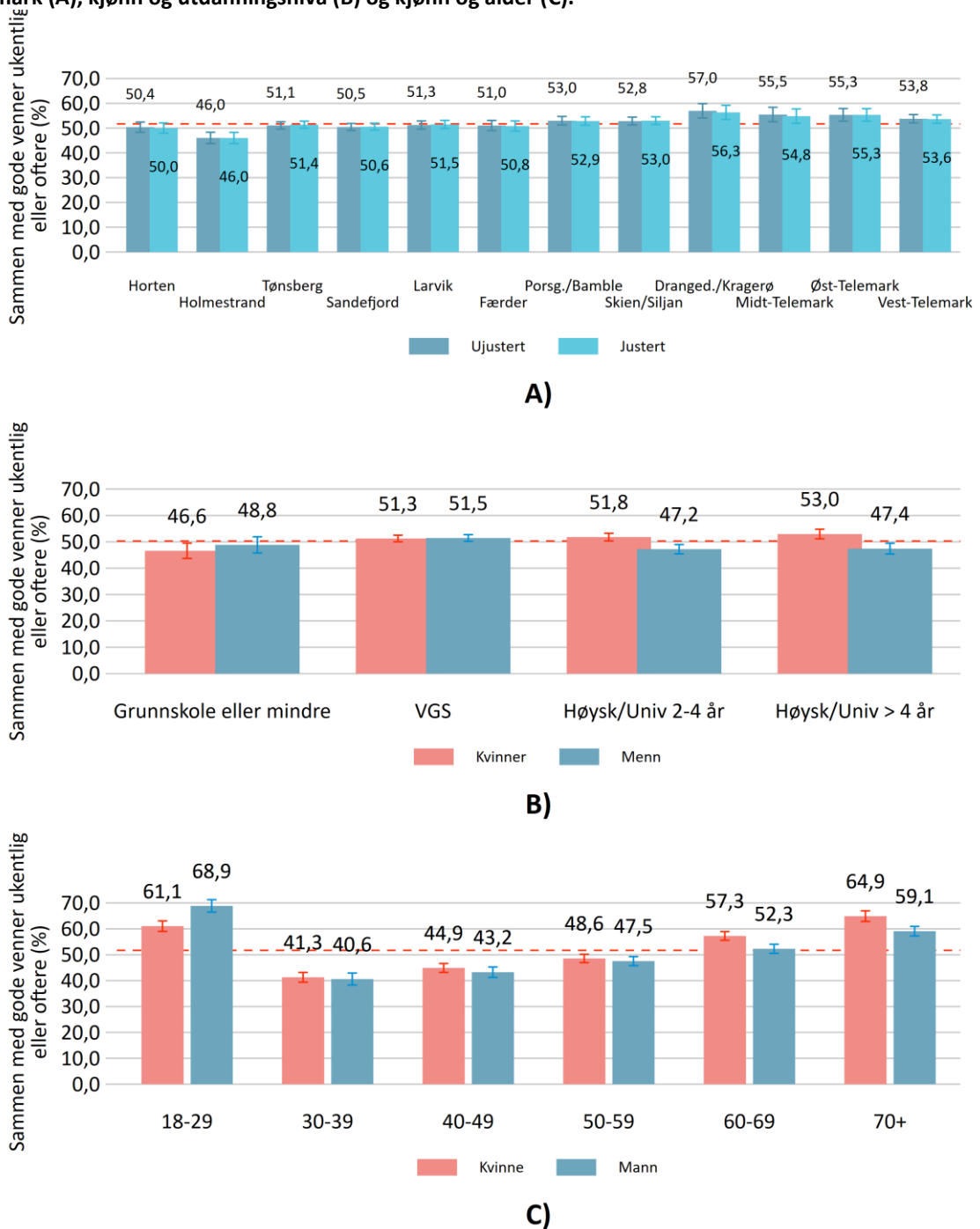
Figur 27C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer ensomhet (etter UCLA-3). Blant kvinner og menn er det en klar alderstrend, hvor andelen ensomme synker med økende alder. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i alle aldersgrupper, unntatt de mellom 40-59 år, hvor andelen som rapporterer ensomhet er lavere blant menn enn kvinner.



### 3.28 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 33943 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om en er sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **51,7 %** (KI95%: 51,2-52,3). Andelen for kvinner var 52,0 % (n=18414; KI95% 51,3-52,8) og andelen for menn var 51,3 % (n=15529; KI95% 50,5-52,1).

**Figur 28: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 28A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Det er en del variasjon mellom områdene. Det er omtrent 11 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Drangedal/Kragerø) og laveste (Holmestrand) andelen (ujusterte tall). Drangedal/Kragerø, etterfulgt av Midt-Telemark, Øst-Telemark og Vest-Telemark ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Holmestrand ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

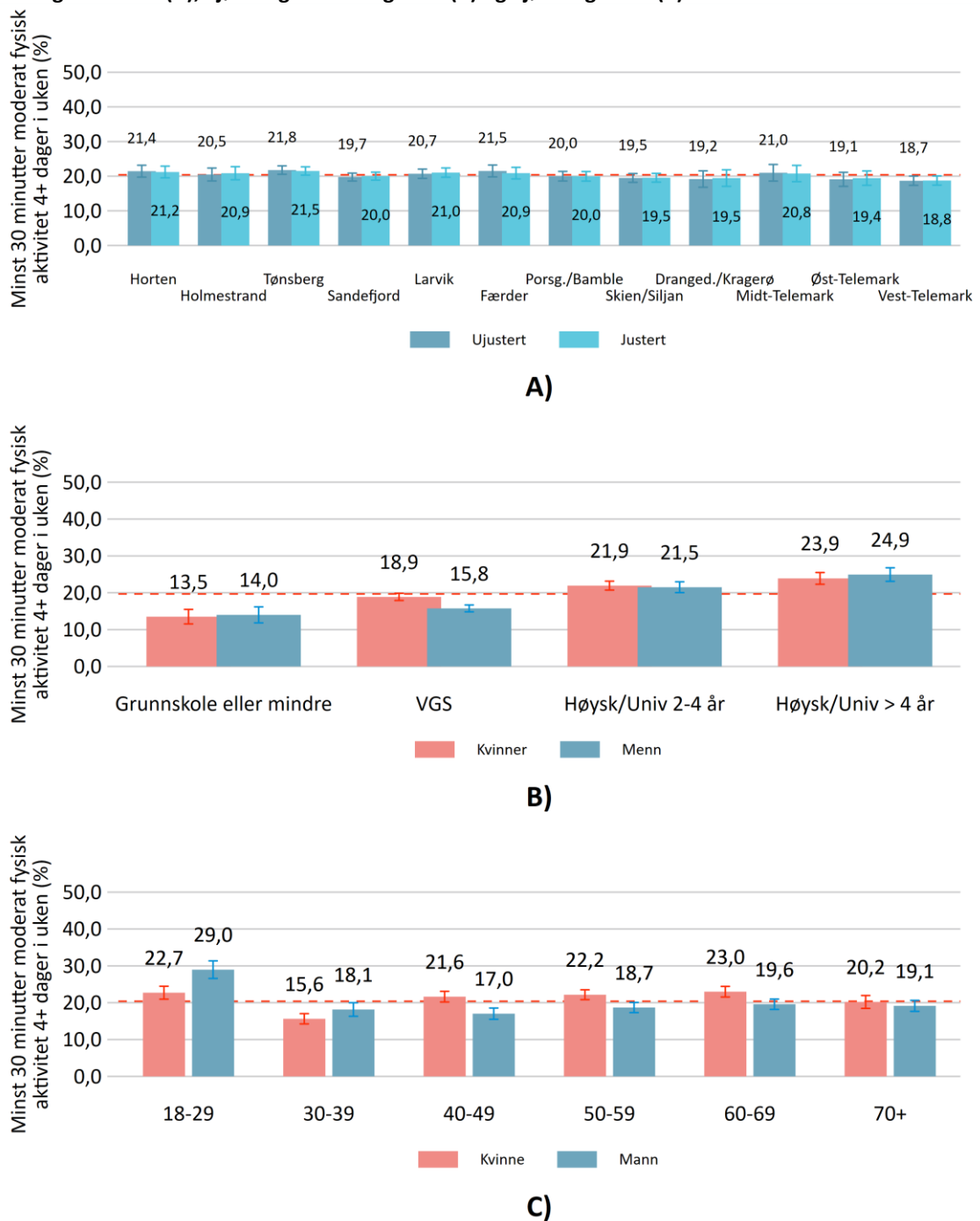
Figur 28B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant kvinner øker andelen svakt med økende utdanningsnivå. Denne økningen er statistisk sikker mellom den laveste utdanningsgruppen og de respektive høyere utdanningsgruppene. Blant menn er andelen høyere blant dem som har VGS enn blant dem med høyskole/universitet. Forskjellen er statistisk sikker. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i de to gruppene med høyskole/universitetsutdanning, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere.

Figur 28C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant både kvinner og menn ser vi en U-formet alderstrend, der andelen er høyest i den yngste og de eldste aldersgruppene og lavest blant 30-39 åringer. Blant kvinner er andelen høyest i den eldste aldersgruppen og blant menn i den yngste. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år for menn. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i den yngste og de to eldste aldersgruppene i andel som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. I den yngste er andelen høyest blant menn og i de to eldste er andelen høyest blant kvinner.

### 3.29 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken

Totalt 33497 deltakere av 34147 (98,1 %) hadde gyldig svar spørsmålene for minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. Andelen for hele utvalget var **20,4 %** (KI95%: 20,0-20,9). Andelen for kvinner var 21,1 % (n=18139; KI95% 20,4-21,7) og andelen for menn var 19,6 % (n=15358; KI95% 19,0-20,3).

**Figur 29: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 29A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. Det er lite variasjon mellom områdene. Der omtrent 3 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Tønsberg) den laveste (Vest-Telemark) andelen (ujusterte verdier). Tønsberg ligger minimalt over fylkesgjennomsnittet, mens Vest-Telemark ligger minimalt under fylkesgjennomsnittet. Det er ikke betydningsfull forskjell mellom ujusterte og justerte tall.

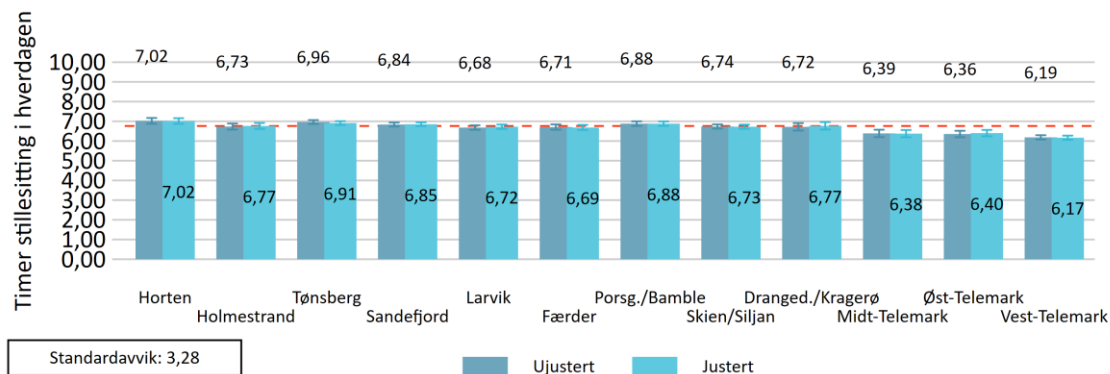
Figur 29B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. For både kvinner og menn øker andelen med økende utdanningsnivå. Blant kvinner er forskjellen i andel fysisk aktive statistisk sikker mellom hver av de respektive utdanningsgruppene. Slik er det også blant menn, bortsett fra mellom de to nederste utdanningsgruppene der forskjellen ikke er statistisk sikker. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i utdanningsgruppen VGS, hvor andelen fysisk aktive er høyere blant kvinner enn menn.

Figur 29C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. Blant kvinner er andelen nokså lik på tvers av aldersgruppene, bortsett fra i aldersgruppen 30-39 år. Andelen fysisk aktive i denne aldersgruppen er 5-7 prosentpoeng lavere (statistisk signifikant) enn i de resterende aldersgruppene. Blant menn er det den yngste aldersgruppen (18-29 år) som merker seg ut, med 10-12 prosentpoeng høyere andel fysisk aktive enn i de resterende aldersgruppene. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle aldersgrupper bortsett fra den eldste aldersgruppen. I de to yngste aldersgruppene (18-39 år) er andelen fysisk aktive høyest blant menn, mens andelen er høyest blant kvinner i aldersgruppene mellom 40-69 år.

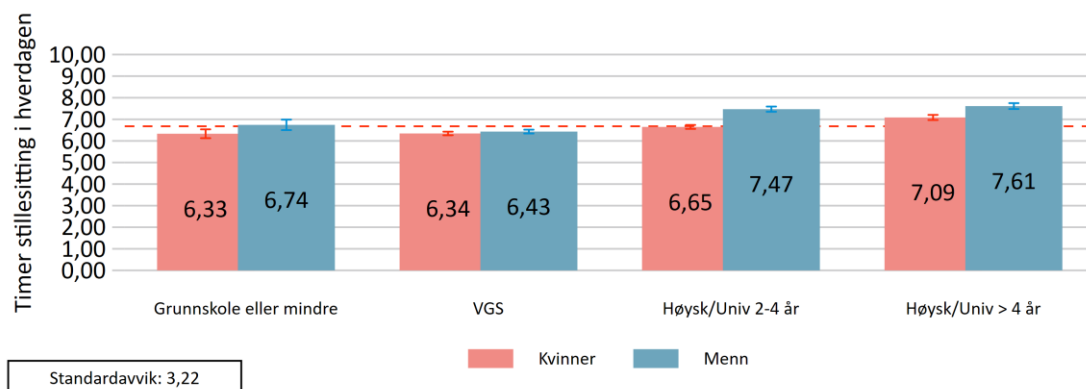
### 3.30 Timer stillesitting i hverdagen

Totalt 32205 deltakere av 34147 (94,3 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om timer stillesitting i hverdagen. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,76** (KI95%: 6,73-6,80). Gjennomsnittet for kvinner var 6,65 (n=17378; KI95% 6,60-6,70) og gjennomsnittet for menn var 6,89 (n=14827; KI95% 6,84-6,95).

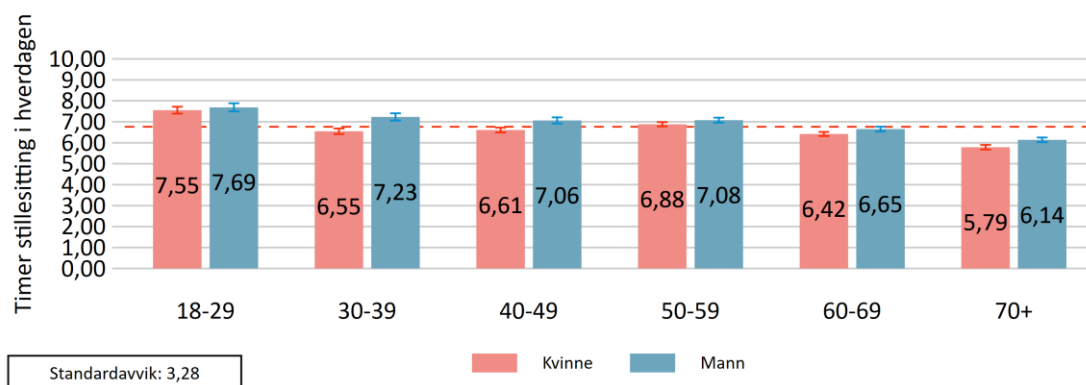
**Figur 30: Timer stillesitting i hverdagen etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 30A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på antall timer stillesitting i hverdagen. Det er stort sett lite variasjon mellom områdene. Samtidig er det omtrent 50 minutter forskjell mellom regionen med det høyeste gjennomsnittet (Horten) og det laveste gjennomsnittet (Vest-Telemark), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,25. Horten og Telemark ligger like over fylkesgjennomsnittet, mens Midt-Telemark etterfulgt av Øst-Telemark og særlig Vest-Telemark ligger noe under. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

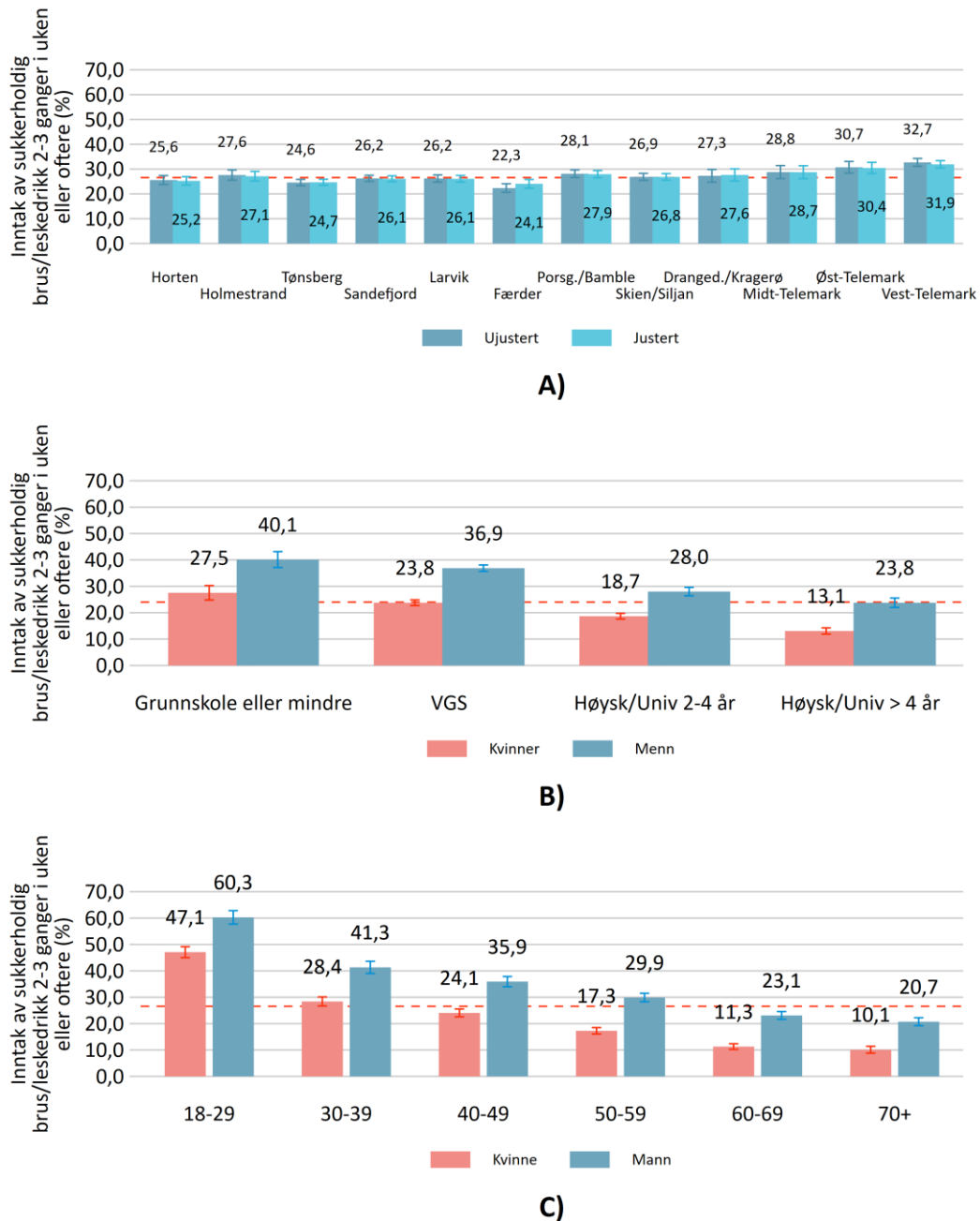
Figur 30B viser, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen. Blant kvinner er gjennomsnittet stabilt mellom grunnskole og VGS, for deretter å øke med stigende utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de med høyskole/universitet mer enn 4 år og de andre utdanningsnivåene. Blant menn rapporterer de to gruppene med høyskole- eller universitetsutdannelse gjennomsnittlig nesten 1 time mer stillesitting i hverdagen sammenlignet med de med grunnskole/VGS-utdanning. Det er statistisk sikker forskjell mellom gruppene med høyere og gruppene med lavere utdanning. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle grupper, med unntak av gruppen med VGS-utdanning, der gjennomsnittlig timer stillesitting er høyere blant menn enn kvinner.

Figur 30C viser, fordelt på alder og kjønn, gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen. Blant både kvinner og menn synker først andelen mellom de to yngste aldersgruppene, er relativt stabil mellom aldersgruppene 30-59 år, for å siden synke fra aldersgruppen 60-69 år med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom den yngste og den eldste aldersgruppen, respektivt, og de andre aldersgruppene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i aldersgruppene 30-49 år og 60-69 år, hvor menn rapporterer mer stillesitting enn kvinner.

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

Totalt 34026 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på spørsmål om inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **26,6 %** (KI95%: 26,1-27,1). Andelen for kvinner var 22,0 % (n=18471; KI95% 21,4-22,6) og andelen for menn var 32,0 % (n=15555; KI95% 31,2-32,8).

Figur 31: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Figur 31A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er en del variasjon mellom områdene. Det er omtrent 10 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Vest-Telemark) og den laveste (Færder) andelen (ujusterte verdier). Vest-Telemark, etterfulgt av Øst-Telemark, Midt-Telemark og Porsgrunn/Bamble ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Færder ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon, men ingen statistisk sikre forskjeller mellom justerte og ujusterte tall.

Figur 31B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er en klar og statistisk sikker nedgang med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innen hvert utdanningsnivå, hvor en lavere andel kvinner enn menn drikker sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere.

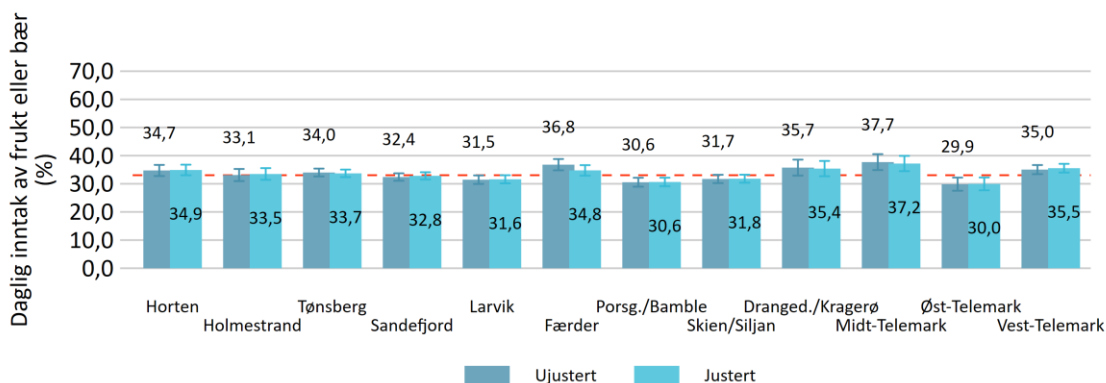
Figur 31C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. For både kvinner og menn ser vi en klar alderstrend, der inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk synker med alderen. Der er også betydelige kjønnsforskjeller innen aldersgruppene, med minst ti prosentpoeng høyere andel menn enn kvinner som oppgir at de drikker sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere.



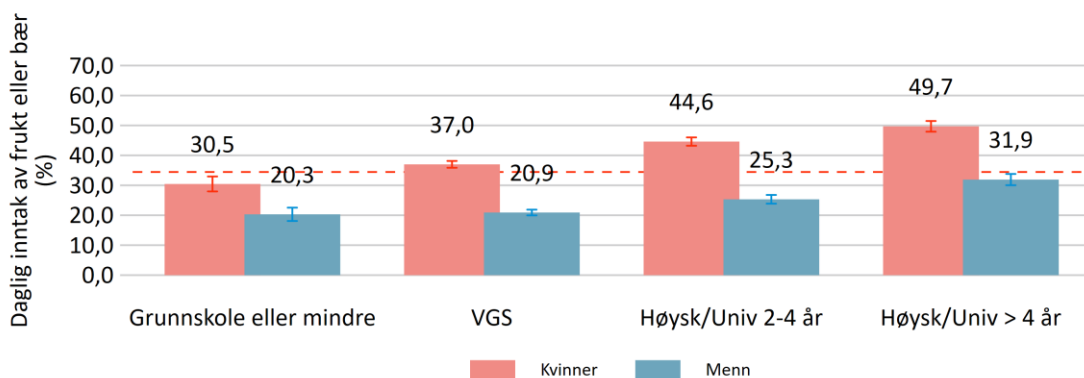
### 3.32 Daglig inntak av frukt eller bær

Totalt 34001 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på spørsmål om daglig inntak av frukt eller bær. Andelen for hele utvalget var **33,0 %** (KI95%: 32,5-33,6). Andelen for kvinner var 39,8 % (n=18461; KI95% 39,0-40,5) og andelen for menn var 25,1 % (n=15540; KI95% 24,4-25,8).

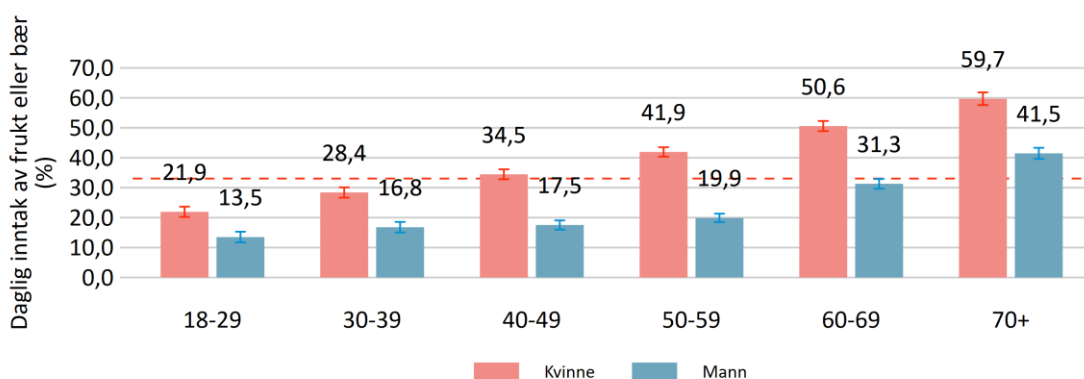
Figur 32: Daglig inntak av frukt eller bær etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 32A viser andelen, samlet i fylket og på tvers av geografiske områder, som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 8 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Midt-Telemark) og den laveste (Øst-Telemark) andelen (ujusterte tall). Midt-Telemark, etterfulgt av Færder og Drangedal/Kragerø ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Porsgrunn/Bamble etterfulgt av Øst-Telemark ligger minimalt under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon, men ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

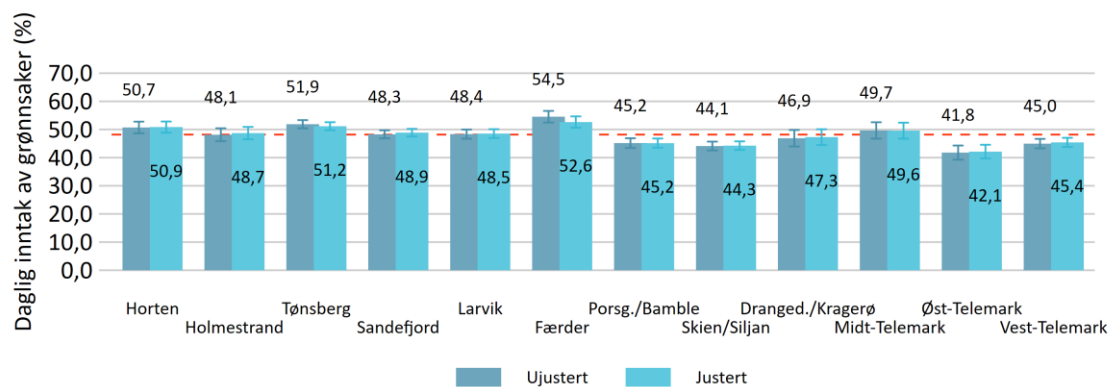
Figur 32B viser andelen, fordelt på kjønn og utdanningsnivå, som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær. Det er en økning i daglig inntak av frukt eller bær med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er forskjellen statistisk sikker mellom hvert av de respektive utdanningsvåene. Slik er det også blant menn, bortsett fra mellom grunnskole og VGS som høyest fullførte utdanning der det ikke er vesentlig forskjell i andel. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av frukt eller bær.

Figur 32 C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær. Blant både kvinner og menn er det en økning i daglig inntak av frukt eller bær med økende alder. Blant kvinner er forskjellen i daglig inntak av frukt eller bær statistisk sikker mellom hvert av de respektive aldersgruppene. Slik er det også blant menn, med unntak mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år der det ikke er vesentlig forskjell i andel. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver aldersgruppe, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av frukt eller bær.

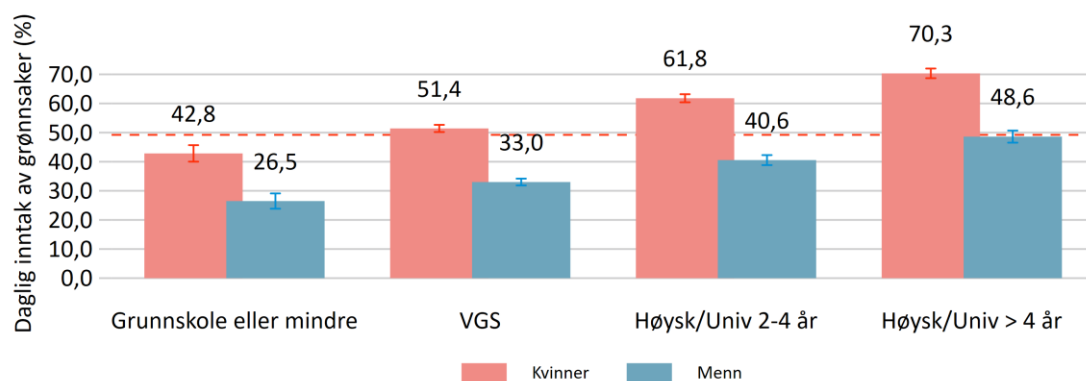
### 3.33 Daglig inntak av grønnsaker

Totalt 34014 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **48,2 %** (KI95%: 47,6-48,7). Andelen for kvinner var 57,0 % (n=18465; KI95% 56,2-57,7) og andelen for menn var 37,8 % (n=15549; KI95% 37,0-38,6).

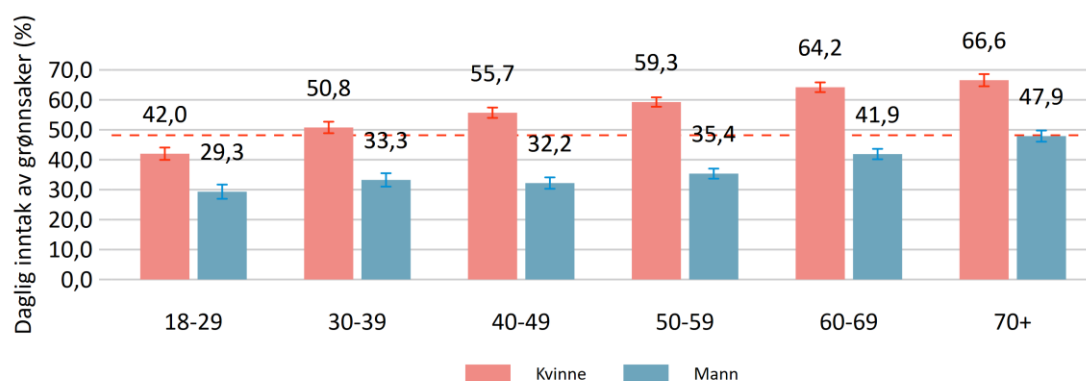
**Figur 33: Daglig inntak av grønnsaker etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 33A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer daglig inntak av grønnsaker. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 13 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Færder) og den laveste (Øst-Telemark) andelen (ujusterte tall). Færder, etterfulgt av Tønsberg og Horten ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Porsgrunn/Bamble etterfulgt av Vest-Telemark, Skien/Siljan og Øst-Telemark ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon, men ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

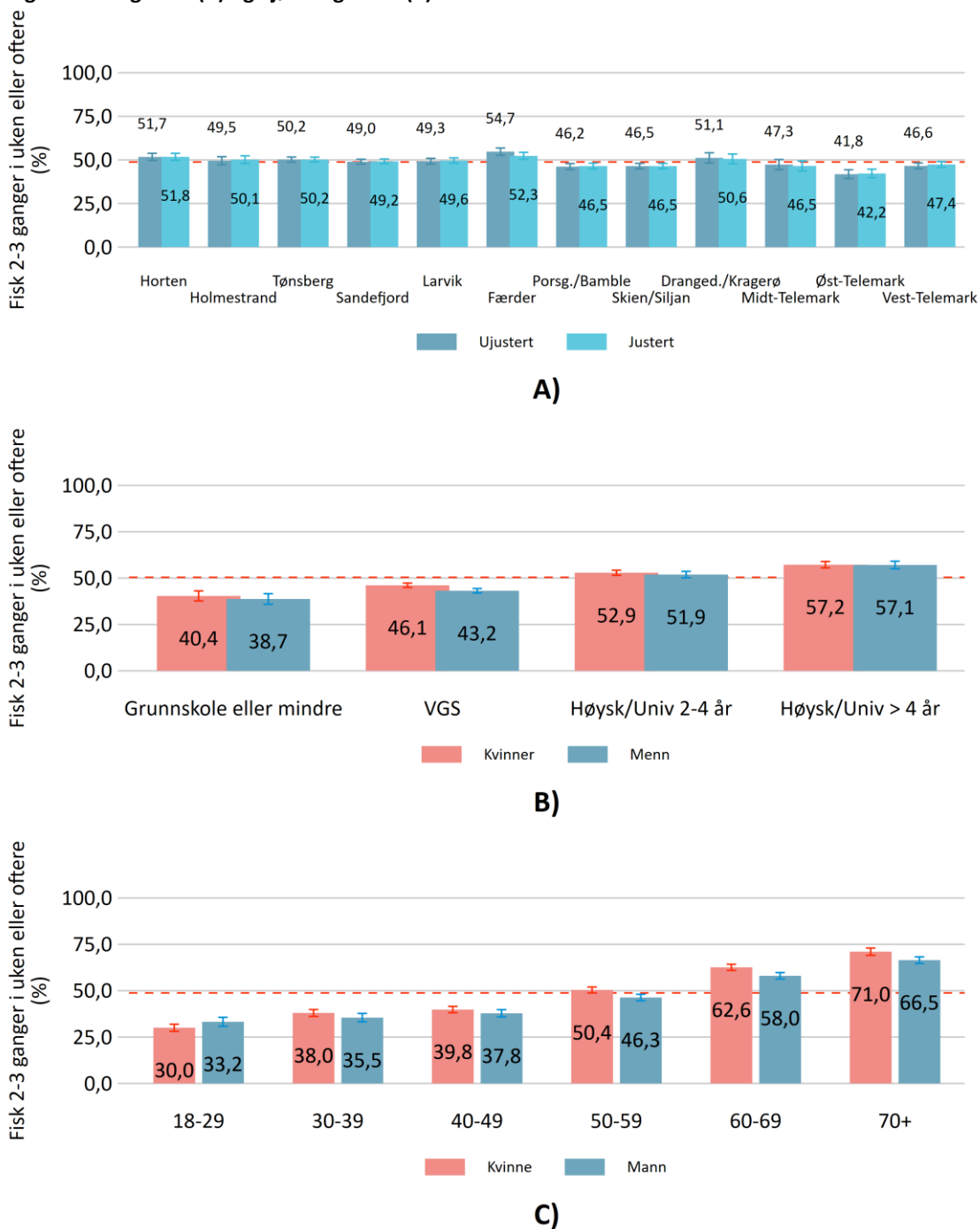
Figur 33B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer daglig inntak av grønnsaker. Blant både kvinner og menn er det en økning i daglig inntak av grønnsaker med økende utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er forskjellen i inntak av grønnsaker statistisk sikker mellom hvert av de respektive utdanningsvåene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av grønnsaker.

Figur 33C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer daglig inntak av grønnsaker. Overordnet sees en alderstrend, blant både menn og kvinner, med økning i daglig inntak av grønnsaker med økende alder. Blant kvinner er det en klar økning frem til 60-69 år, der kurven avtar noe. Økningen er statistisk sikker mellom de respektive aldersgruppene, med unntak av i de to eldste aldersgruppene. Blant menn er økningen i daglig inntak av grønnsaker først tydelig fra aldersgruppen 40-49 år og oppover. Økningen er statistisk sikker mellom de respektive aldersgruppene, med unntak av mellom 30-39 år og 40-49 år og mellom 30-39 år og 50-59 år. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver av aldersgruppene, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av grønnsaker.

### 3.34 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 34020 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på spørsmål om inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **48,8 %** (KI95%: 48,2-49,3). Andelen for kvinner var 48,8 % (n=18463; KI95% 48,1-49,6) og andelen for menn var 48,7 % (n=15557; KI95% 47,9-49,6).

**Figur 34: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 34A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er en del variasjon mellom områdene. Det er omtrent 13 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Færder) og laveste (Øst-Telemark) andelen (ujusterte tall). Færder, etterfulgt av Horten ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Skien/Siljan etterfulgt av Porsgrunn/Bamble og Øst-Telemark ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

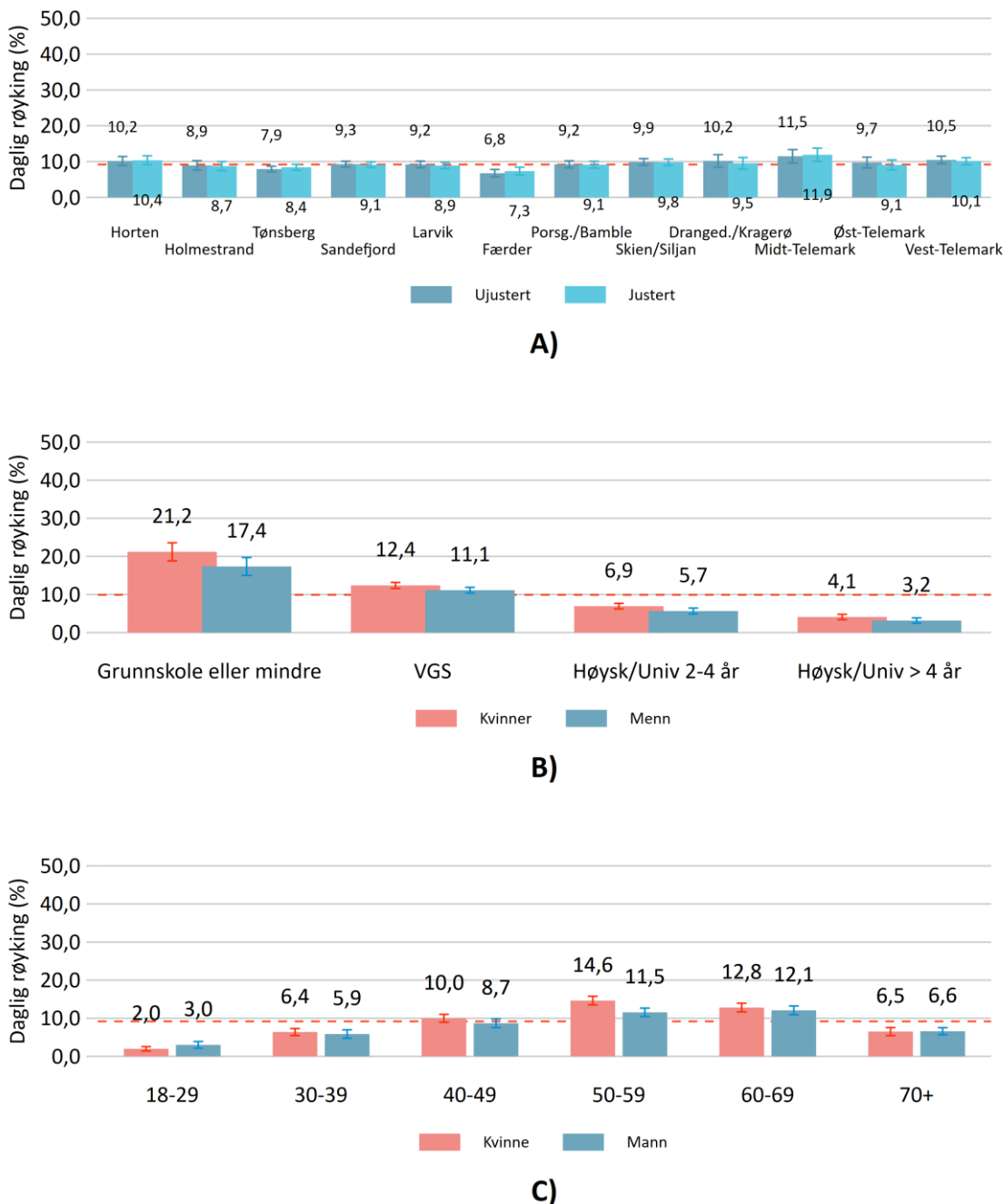
Figur 34B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen stiger med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de respektive utdanningsnivåene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i gruppen med VGS som høyeste utførte utdanningsnivå, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer fisk 2-3 ganger i uken eller oftere.

Figur 34C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen stiger med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de respektive aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom de respektive aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppen 30-39 sammenlignet med aldersgruppen 18-29 år og 40-49 år. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i de tre eldste aldersgruppene, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer fisk 2-3 ganger i uken eller oftere.

### 3.35 Daglig røyking

Totalt 33980 deltakere av 34147 (99,5 %) hadde gyldig svar på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **9,2 %** (KI95%: 8,9- 9,5). Andelen for kvinner var 9,6 % (n=18454; KI95% 9,1-10,0) og andelen for menn var 8,7 % (n=15526; KI95% 8,3- 9,2).

**Figur 35: Daglig røyking etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 35A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer daglig røyking. Det er stort sett lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Midt-Telemark) og laveste (Færder) andelen (ujusterte tall). Midt-Telemark ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Færder ligger under og Tønsberg grensesignifikant under. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 35B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer daglig røyking. Andelen synker betydelig med utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Andelen som røyker daglig er over fem ganger høyere i gruppen med lavest enn i gruppen med høyest utdanningsnivå. Innenfor hvert utdanningsnivå er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i daglig røyking.

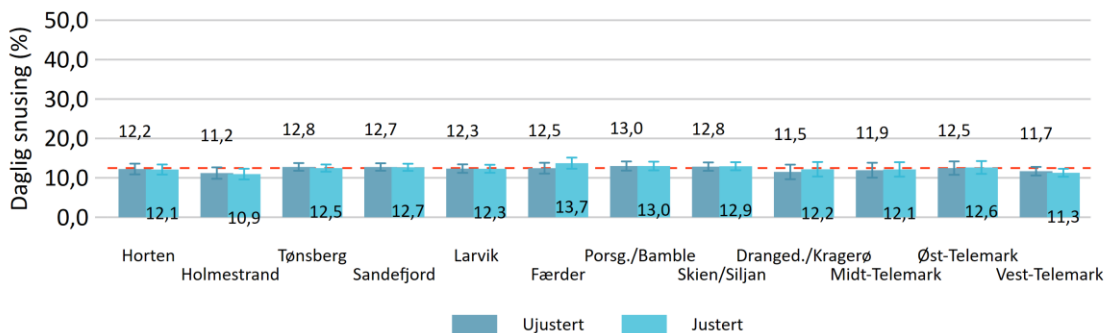
Figur 35C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer daglig røyking. For både menn og kvinner ser vi antydninger til en omvendt U-formet alderstrend. Andelen som rapporterer daglig røyking øker til 50-59 år blant både kvinner og menn. Blant kvinner reduseres deretter andelen med økende alder, mens andelen blant menn holdes stabil frem til en nedgang i eldste aldersgruppe. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i daglig røyking innen aldersgruppene, utenom aldergruppen 50-59 år, der en høyere andel kvinner enn menn rapporterer at de røyker daglig.



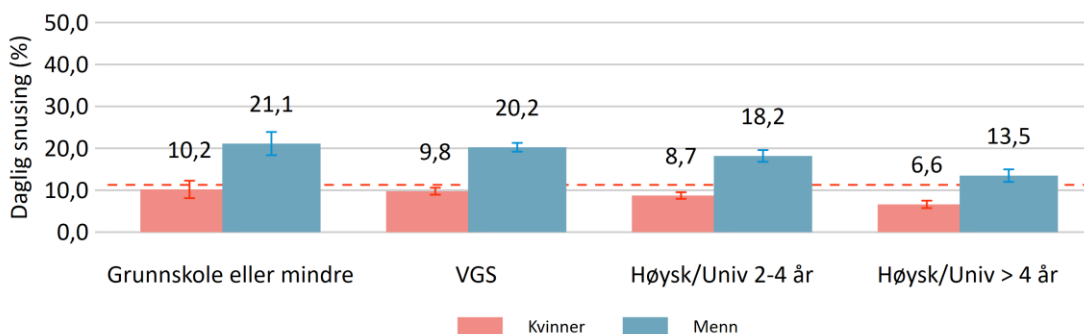
### 3.36 Daglig snusing

Totalt 34011 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **12,5 %** (KI95%: 12,1-12,8). Andelen for kvinner var 9,0 % (n=18477; KI95% 8,6- 9,4) og andelen for menn var 16,6 % (n=15534; KI95% 16,0-17,2).

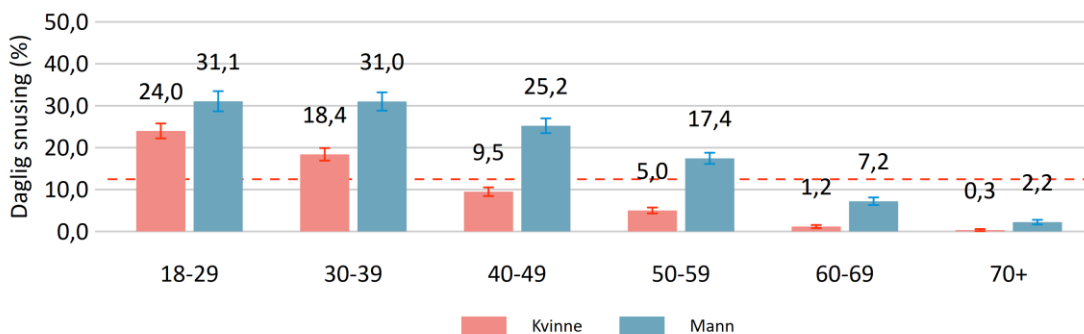
**Figur 36: Daglig snusing etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 36A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer daglig snusbruk. Det er minimal variasjon mellom områdene, med kun omtrent 2 prosentpoeng forskjell mellom regionen den høyeste (Porsgrunn/Bamble) og laveste (Holmestrand) andelen (ujusterte tall). Alle geografiske områder ligger nokså nært fylkesgjennomsnittet. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

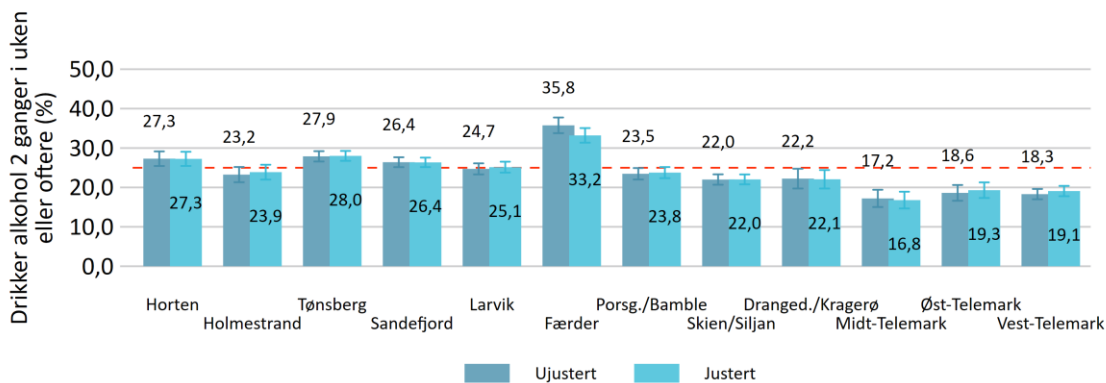
Figur 36B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer daglig snusbruk. Andelen som rapporterer daglig snusbruk synker med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de med høyskole/universitet mer enn 4 år sammenlignet med de andre utdanningsgruppene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver av utdanningsgruppene, hvor en klart lavere andel kvinner enn menn rapporterer daglig snusbruk.

Figur 36C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer daglig snusbruk. Andelen synker med økende alder blant både kvinner og menn andelen. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell i daglig snusing mellom de respektive påfølgende aldersgruppene. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell i daglig snusing mellom de respektive påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 18-29 år og 30-39 år. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innen hver av aldersgruppene, hvor en klart lavere andel kvinner enn menn rapporterer daglig snusbruk.

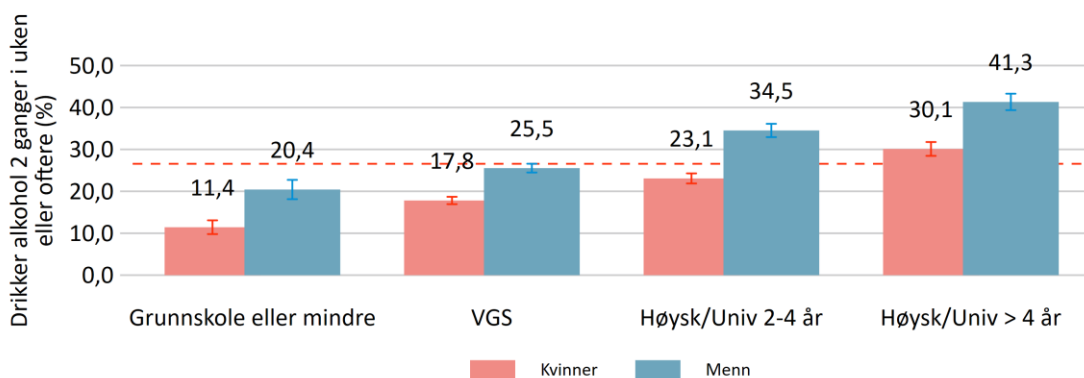
### 3.37 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 33976 deltakere av 34147 (99,5 %) hadde gyldig svar på Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **25,0 %** (KI95%: 24,5-25,5). Andelen for kvinner var 20,0 % (n=18445; KI95% 19,4-20,6) og andelen for menn var 30,9 % (n=15531; KI95% 30,2-31,7).

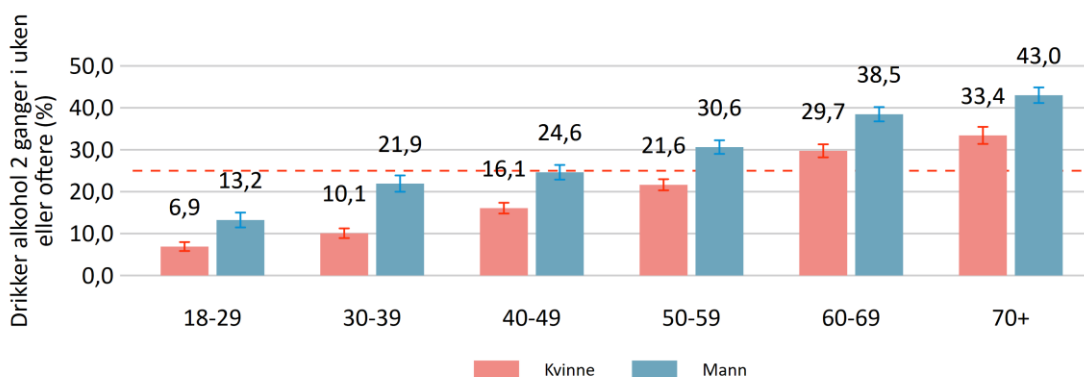
**Figur 37: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 37A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er betydelig variasjon mellom områdene. Det er omtrent 19 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Færder) og laveste (Midt-Telemark) andelen (justerte tall). Færder ligger høyt over fylkesgjennomsnittet, mens Tønsberg og Horten ligger like over fylkesgjennomsnittet. Skien/Siljan, etterfulgt av Øst-Telemark, Vest-Telemark og Midt-Telemark ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

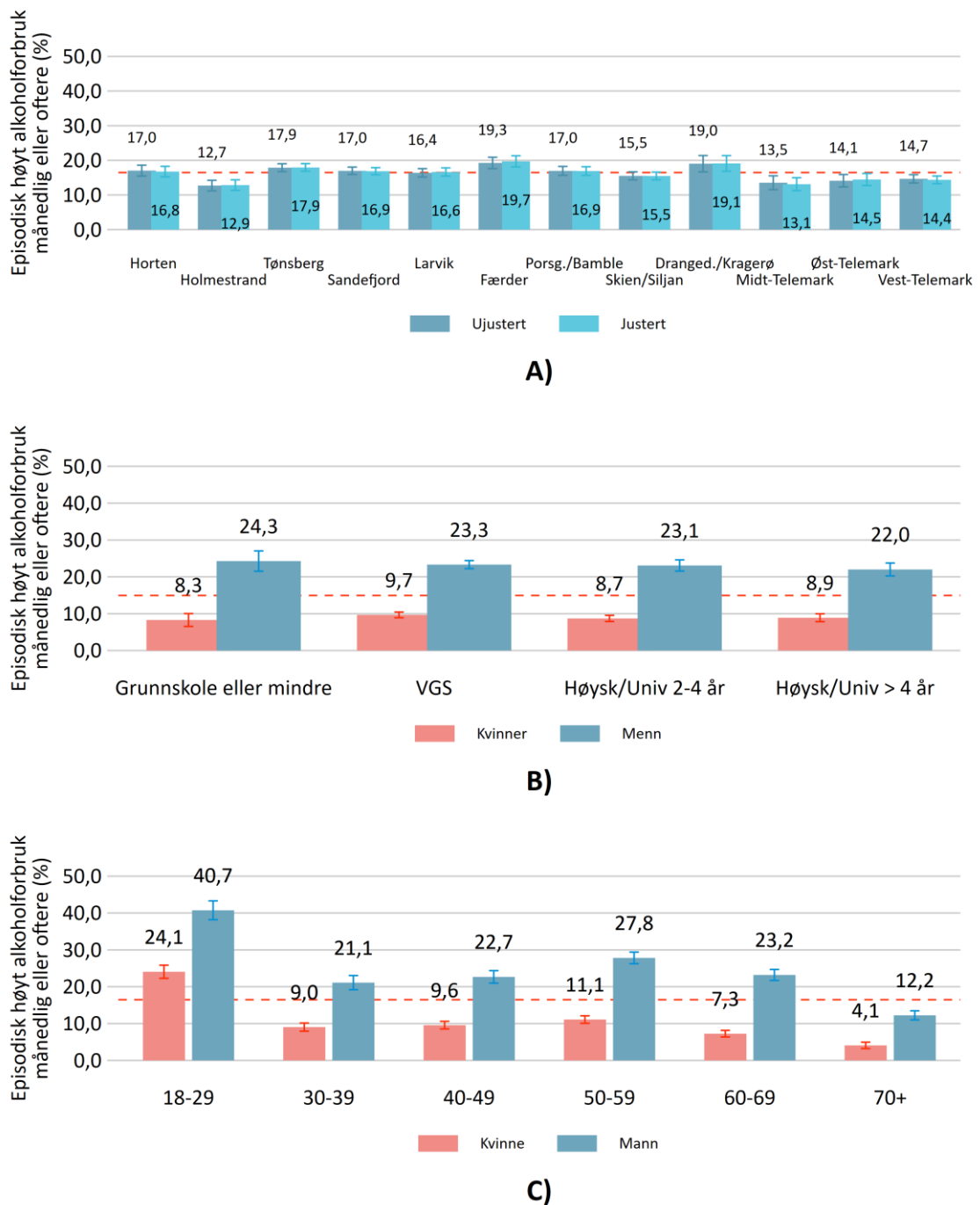
Figur 37B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere øker betydelig med stigende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner og menn er det en statistisk sikker forskjell mellom de respektive utdanningsnivåene. Forskjellen i andel mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er på rundt 20 prosentpoeng blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert av utdanningsnivåene, hvor en lavere andel kvinner enn menn drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

Figur 37C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere stiger med økt alder blant både kvinner og menn. Forskjellen i andel mellom påfølgende aldersgruppe er statistisk sikker. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver av aldersgruppene, hvor en lavere andel kvinner enn menn drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

### 3.38 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Totalt 33905 deltakere av 34147 (99,3 %) hadde gyldig svar på Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **16,5 %** (KI95%: 16,1-16,9). Andelen for kvinner var 10,6 % (n=18405; KI95% 10,1-11,0) og andelen for menn var 23,5 % (n=15500; KI95% 22,8-24,2).

Figur 38: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 38A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Færder) og laveste (Holmestrand) andelen (ujusterte tall). Færder, etterfulgt av Drangedal/Kragerø og Tønsberg ligger noe over fylkesgjennomsnittet. Vest-Telemark, etterfulgt av Øst-Telemark, Midt-Telemark og Holmestrand ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

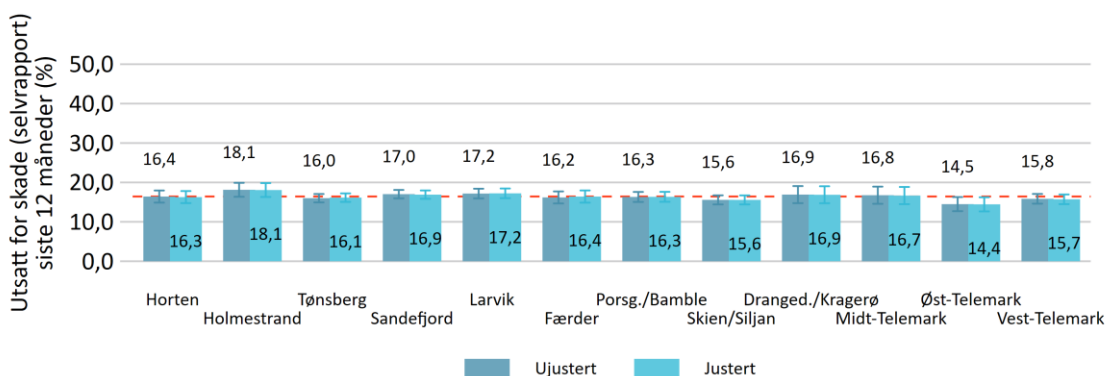
Figur 38B viser andelen som rapporterer episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er nokså stabil på tvers av utdanningsnivåene blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det omtrent 1 prosentpoeng forskjell i andel mellom høyeste (VGS) og laveste (Grunnskole eller mindre) utdanningsnivå. Blant menn er det omtrent 2 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og laveste utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en betydelig lavere andel kvinner enn menn rapporterer et episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere.

Figur 38C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen synker noe uregelmessig med økende alder blant både kvinner og menn. Den yngste aldersgruppen (18-29 år) har den klart høyeste andelen med episodisk høyt alkoholforbruk for begge kjønn. Blant menn øker andelen noe igjen fra aldersgruppen 30-39 til 59-59 år, for deretter å synke med økende alder. Liknende mønster sees blant kvinner, men økningen mellom 30-59 er svakere med kun grensesignifikant forskjell mellom aldersgruppen 30-39 og 50-59 år. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver av aldersgruppene, hvor en klart lavere andel kvinner enn menn rapporterer et episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere.

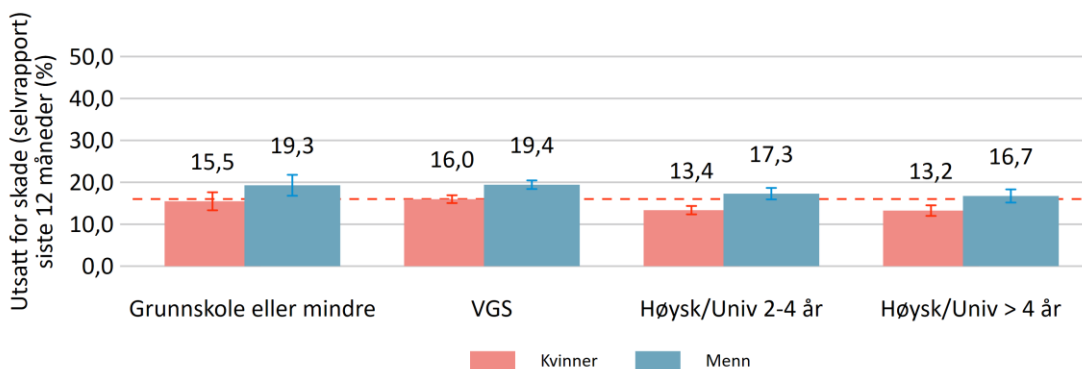
### 3.39 Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder

Totalt 33967 deltakere av 34147 (99,5 %) hadde gyldig svar på Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder. Andelen for hele utvalget var **16,4 %** (KI95%: 16,0-16,8). Andelen for kvinner var 14,9 % (n=18437; KI95% 14,4-15,5) og andelen for menn var 18,2 % (n=15530; KI95% 17,6-18,8).

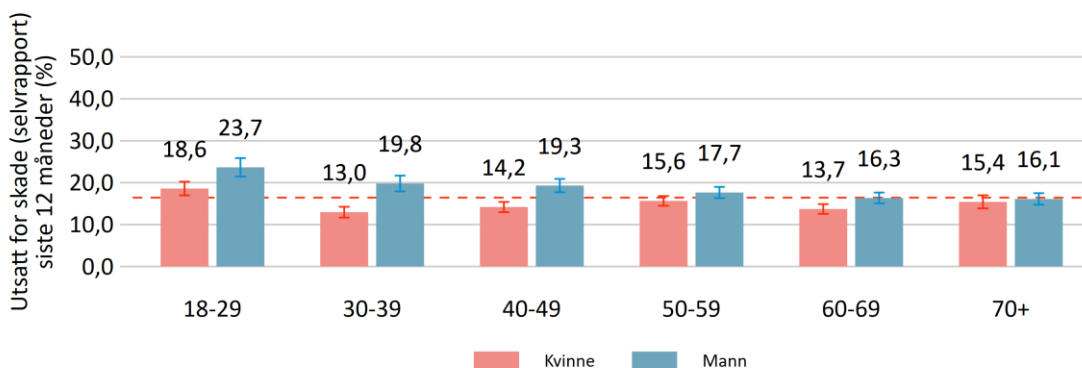
**Figur 39: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 39A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som har blitt utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 månedene. Det er lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Holmestrand) og laveste (Øst-Telemark) andelen (ujusterte tall). Holmestrand ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Øst-Telemark ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 39B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som har blitt utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 måneder. Andelen er høyest blant de med grunnskole og VGS og lavest blant de gruppene med høyskole/ universitet som høyest fullførte utdanning blant både kvinner og menn. Forskjellen mellom de med VGS og de med høyskole/universitet er statistisk sikker. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor en lavere andel kvinner enn menn rapporterer å ha blitt utsatt for skade de siste 12 måneder.

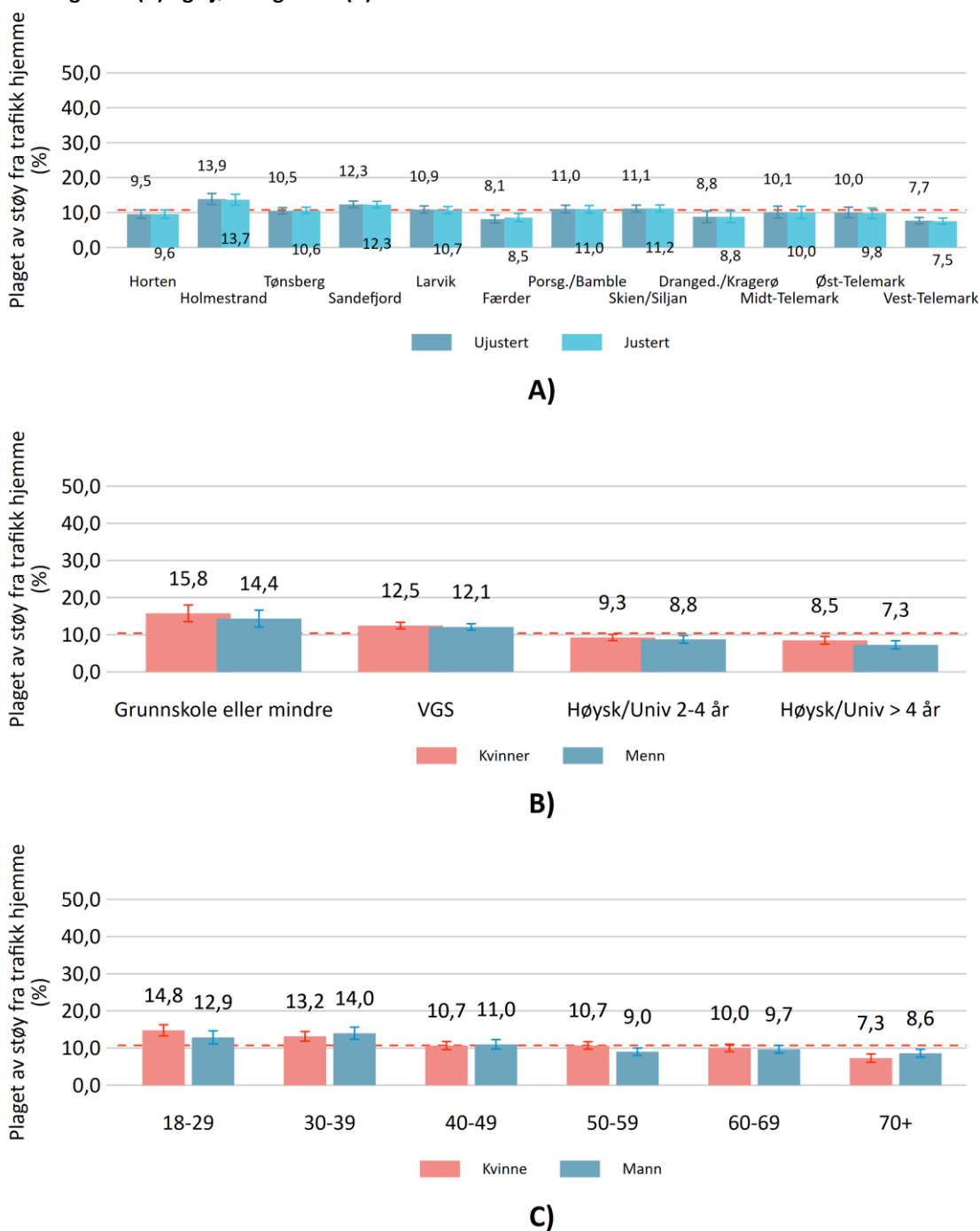
Figur 39C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som har blitt utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 måneder. Blant kvinner er andelen statistisk signifikant høyere i den yngste aldersgruppen sammenlignet med de andre aldersgruppene. Utover dette er det små forskjeller mellom aldersgruppene blant kvinnene. Blant menn synker andelen som rapporterer å ha blitt utsatt for skade siste 12 måneder med alderen, for så å flate ut fra 50-59 års alder. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i de fleste aldersgrupper, unntatt gruppene 50-59 år og 70 år og eldre, hvor en lavere andel kvinner enn menn rapporterer å ha blitt utsatt for skade de siste 12 måneder.



### 3.40 Plaget av støy fra trafikk hjemme

Totalt 34045 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på spørsmål om støyplager fra trafikk hjemme. Andelen for hele utvalget var **10,7 %** (KI95%: 10,4-11,1). Andelen for kvinner var 11,1 % (n=18492; KI95% 10,6-11,5) og andelen for menn var 10,4 % (n=15553; KI95% 9,9-10,9).

**Figur 40: Plaget av støy fra trafikk hjemme etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Figur 40A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer å være plaget av støy fra trafikk hjemme. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Holmestrand) og laveste (Vest-Telemark) andelen (ujusterte tall). Holmestrand og Sandefjord ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens Færder, etterfulgt av Vest-Telemark, ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

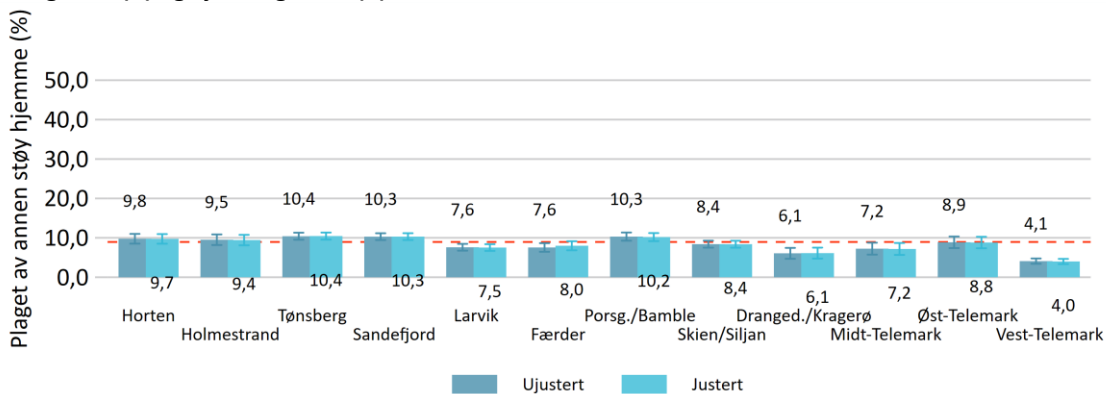
Figur 40B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer å være plaget av støy fra trafikk hjemme. Andelen synker med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellene mellom utdanningsnivå er statistisk sikre mellom de to laveste utdanningsnivåene (grunnskole og VGS) og de to høyeste utdanningsnivåene (høgskole/universitet 2-4 år eller 4 år og mer). Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn på innenfor utdanningsnivåene.

Figur 40C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer å være plaget av støy fra trafikk hjemme. Blant kvinner synker andelen som er plaget av støy fra trafikk nokså jevnt med økt alder. Forskjellene mellom utdanningsnivå er statistisk sikre mellom de to yngste aldersgruppene sammenlignet med de respektive eldre aldersgruppene. Blant menn synker andelen som er plaget av støy fra trafikk med økt alder, med unntak av en svak økning ved aldersgruppen 30-39 år. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de to yngste aldersgruppene sammenlignet med de eldre aldersgruppene. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn innenfor aldersgruppene.

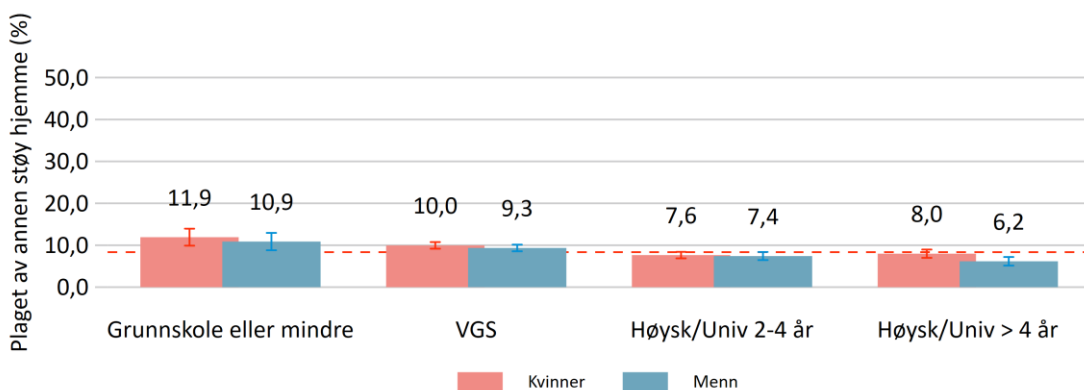
### 3.41 Plaget av annen støy hjemme

Totalt 34040 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Plaget av annen støy hjemme. Andelen for hele utvalget var **9,0 %** (KI95%: 8,6- 9,3). Andelen for kvinner var 9,6 % (n=18479; KI95% 9,1-10,0) og andelen for menn var 8,2 % (n=15561; KI95% 7,8-8,7).

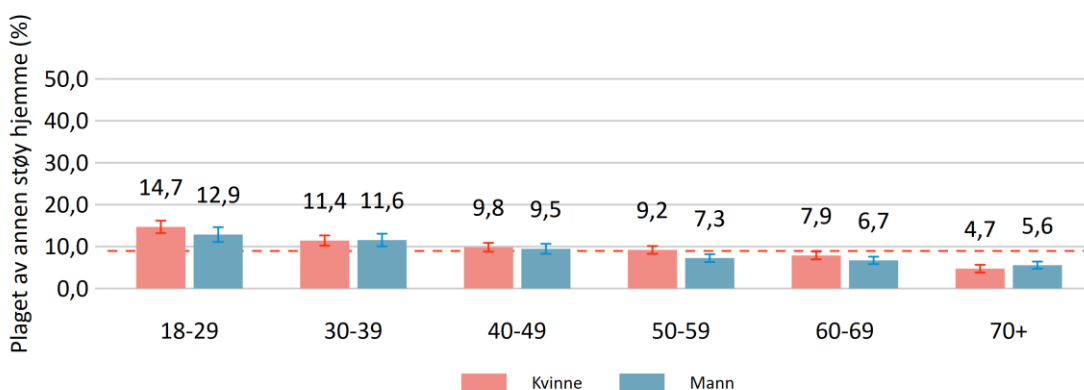
**Figur 41: Plaget av annen støy hjemme etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 41A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som rapporterer å være plaget annen støy hjemme. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Tønsberg) og laveste (Vest-Telemark) andelen (ujusterte tall). Tønsberg, Sandefjord og Porsgrunn/Bamble ligger like over fylkesgjennomsnittet, mens Drangedal/Kragerø, etterfulgt av Vest-Telemark ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

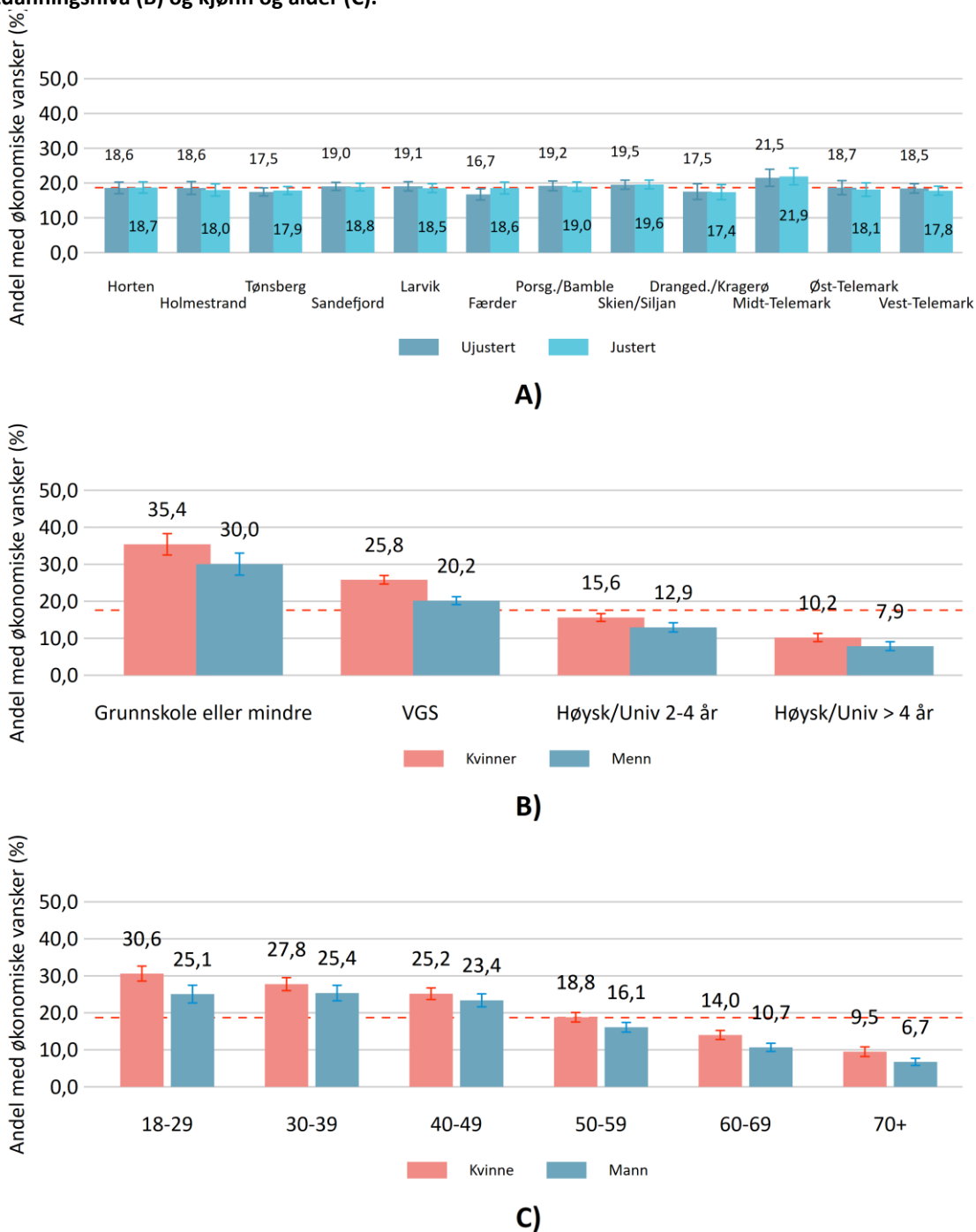
Figur 41B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme. Andelen som rapporterer plaget av annen støy hjemme synker med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellene mellom utdanningsnivå er statistisk sikre mellom de to laveste utdanningsnivåene (grunnskole og VGS) og de to høyeste utdanningsnivåene (høgskole/universitet 2-4 år og 4 år og mer). I gruppen med lengst utdanning er det noe høyere andel kvinner enn menn som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme. Utover dette er det ikke statistisk sikre kjønnsforskjeller innen utdanningsgruppene.

Figur 41C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme. Andelen synker jevnt med økt alder blant både kvinner og menn. Forskjellene mellom utdanningsnivå er statistisk sikre mellom de to yngste aldersgruppene sammenlignet med de eldre aldersgruppene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innen de respektive aldersgruppene 50-69 år, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer å være plaget av annen støy hjemme.

### 3.42 Andel med økonomiske vansker

Totalt 32017 deltakere av 34147 (93,8 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om økonomiske vansker. Andelen for hele utvalget var **18,7 %** (KI95%: 18,2-19,1). Andelen for kvinner var 20,8 % (n=17262; KI95% 20,1-21,4) og andelen for menn var 16,3 % (n=14755; KI95% 15,7-16,9).

**Figur 42: Andel med økonomiske vansker etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 42A viser andelen, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige. Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Midt-Telemark) og regionen med den laveste (Færder) andelen (ujusterte tall). Midt-Telemark ligger noe over fylkesgjennomsnittet, mens de øvrige områdene ligger rundt fylkesgjennomsnittet. Det er få betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall. Unntakene er Færder, og dels Tønsberg, der andelen er grensesignifikant under fylkesgjennomsnittet i ujustert, men ikke justert estimat.

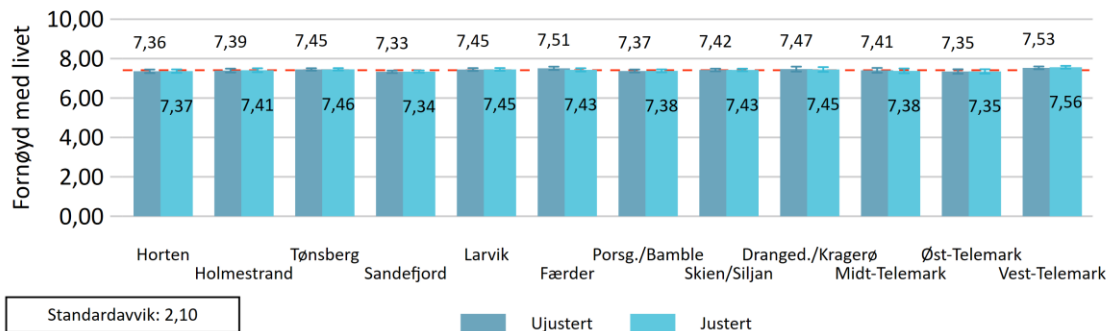
Figur 42B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer økonomiske vansker. Andel med økonomiske vansker synker betydelig, og så å si lineært, med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellene er statistisk sikre mellom utdanningsnivåene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, med unntak av de med grunnskole eller mindre, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer økonomiske vansker. Kjønnsforskjellen er størst i gruppen med VGS som høyeste fullførte utdanning.

Figur 42C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterer økonomiske vansker. Blant kvinner synker andelen med økonomiske vansker nokså jevnt med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de tre yngste og de tre eldste aldersgruppene for kvinner. Blant menn er andelen som oppgir økonomiske vansker nokså stabil frem til 40-49 år, for så å synke med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de tre yngste og de tre eldste aldersgruppene for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i aldersgruppene 18-39 år og aldersgruppene fra 50 år og eldre, hvor en høyere andel kvinner enn menn rapporterer økonomiske vansker.

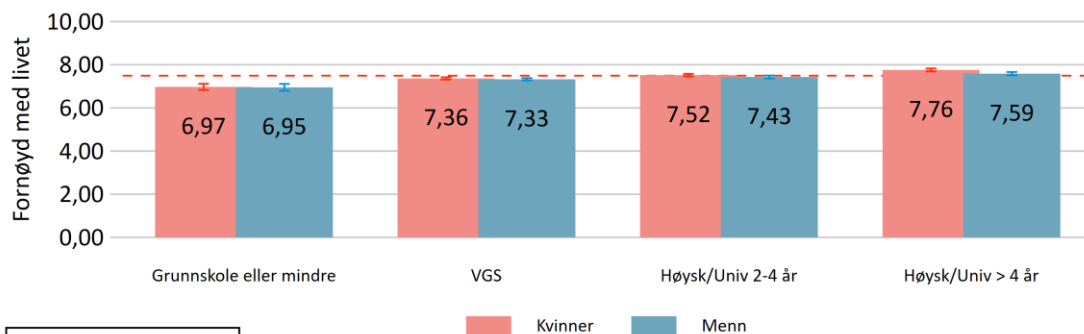
### 3.43 Fornøyd med livet

Totalt 34013 deltakere av 34147 (99,6 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om fornøydhet med livet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,41** (KI95%: 7,39-7,43). Gjennomsnittet for kvinner var 7,40 (n=18459; KI95% 7,37-7,44) og gjennomsnittet for menn var 7,42 (n=15554; KI95% 7,39-7,45).

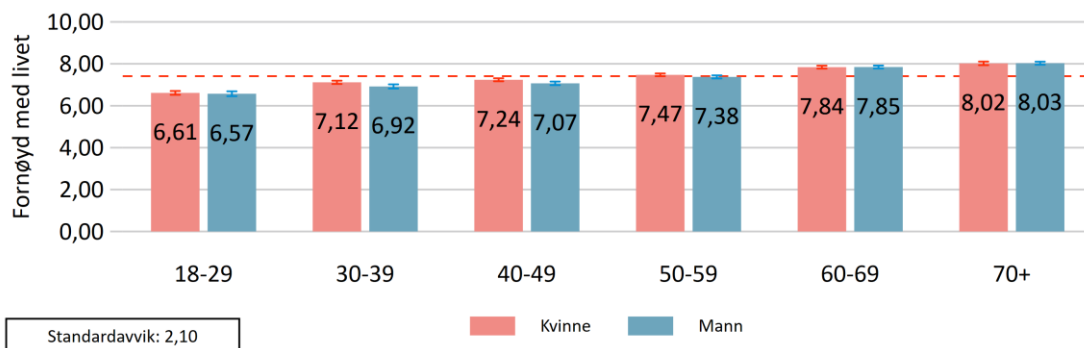
**Figur 43: Fornøyd med livet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 43A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålet om fornøydhet med livet. Spørsmålet går som følger: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» Som beskrevet i metodedelene er svaralternativ for dette og påfølgende livskvalitetsspørsmål oppgitt på en skala fra 0-10, der en høyere skår tilsvarer bedre opplevd livskvalitet. Det er lite variasjon mellom områdene. Forskjellene i gjennomsnittsskår er på omtrent 0,20 mellom høyeste og laveste verdi (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,08. Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte tall.

Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 angir lav tilfredshet, 6-8 middels og mellom 9 og 10 høy tilfredshet. Med denne grupperingen ser vi 16,9 % (95 % KI 16,5-17,4) oppgir lav tilfredshet samlet i fylket. Andelen for kvinner er 17,4 % (95 % KI 16,8-18,0) og andelen for menn er 16,4 % (95 % KI 15,8-17,0). Resterende 83,1 % kan dermed tolkes som fornøyd med livet (skår mellom 6 og 10). Andelen med høy tilfredshet (skår 9-10) er 32,0 % (95 % KI 31,5-32,6) samlet i fylket, 32,3 % blant kvinner og 31,8 % blant menn.

Figur 43B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på fornøydhet med livet. Gjennomsnittsskåren øker med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Blant kvinner er det statistisk sikre forskjeller mellom de respektive utdanningsnivåene. Slik er det også blant menn, foruten mellom VGS og høyskole/universitet 2-4 år hvor det ikke observeres noen statistisk sikker forskjell. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste utdanningsnivå er 0,38 for kvinnene og 0,31 for mennene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant dem som har fullført høyskole/universitet mer enn 4 år, hvor kvinner er mer fornøyd med livet enn menn.

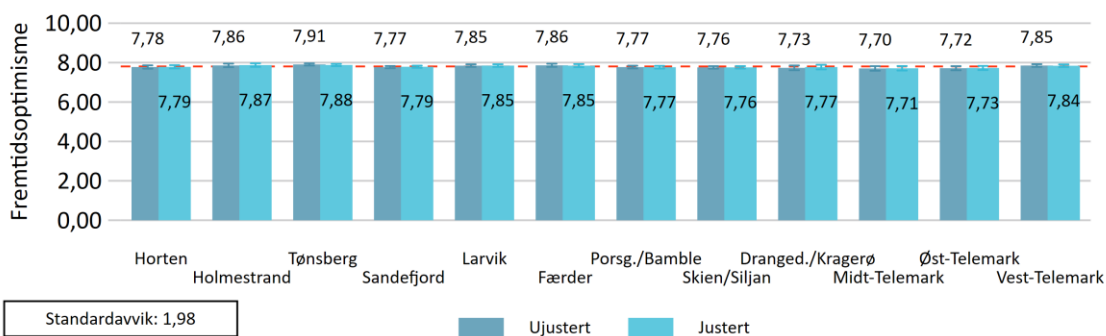
Figuren 43C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, for fornøydhet med livet. Fornøydheten med livet øker nokså jevnt med økende alder blant både kvinner og menn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste aldersgruppe er 0,67 for kvinner og 0,70 for menn. Det er små og stort sett ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innenfor aldersgruppene. For aldersgruppen 30-39 år og 40-49 år er skårene grensesignifikant høyere for kvinner enn for menn.



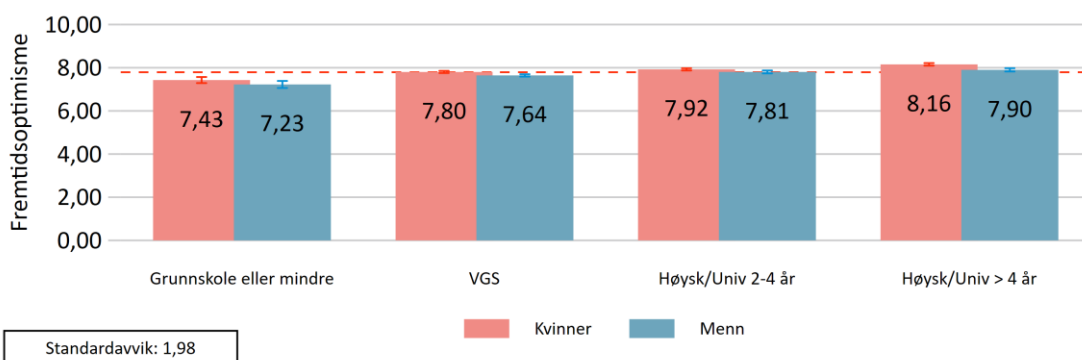
### 3.44 Fremtidsoptimisme

Totalt 33697 deltakere av 34147 (98,7 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om «fremtidsoptimisme» (forventninger om hvor fornøyd man er om fem år). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,81** (KI95%: 7,79-7,83). Gjennomsnittet for kvinner var 7,91 (n=18264; KI95% 7,88-7,94) og gjennomsnittet for menn var 7,68 (n=15433; KI95% 7,65-7,72).

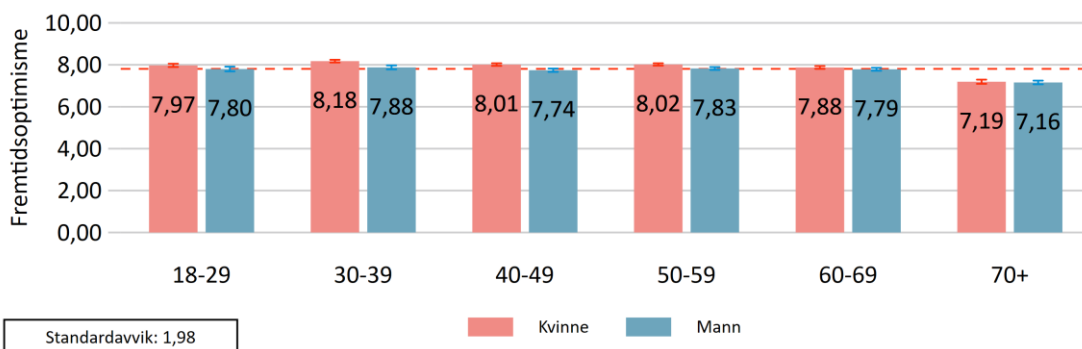
**Figur 44: Fremtidsoptimisme etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 44A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på "fremtidsoptimisme". Det er spurt om hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå (skala 0-10). Det er lite variasjon mellom områdene. Forskjellene i gjennomsnittsskår er 0,14 mellom høyeste og laveste verdi (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens *d*) på kun 0,07. Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte tall.

Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 angir lav optimisme, 6-8 middels og mellom 9 og 10 høy optimisme. Med denne grupperingen ser vi 13,1 % (95 % KI 12,7-13,4) oppgir lav optimisme samlet i fylket. Andelen for kvinner var 11,9 % (95 % KI 11,4-12,3) og andelen for menn var 14,5 % (95 % KI 14,0-15,0). Andelen med høy optimisme (skår 9-10) er 40,1 % (95 % KI 40,3-41,4) samlet i fylket, 42,3 % blant kvinner og 38,8 % blant menn.

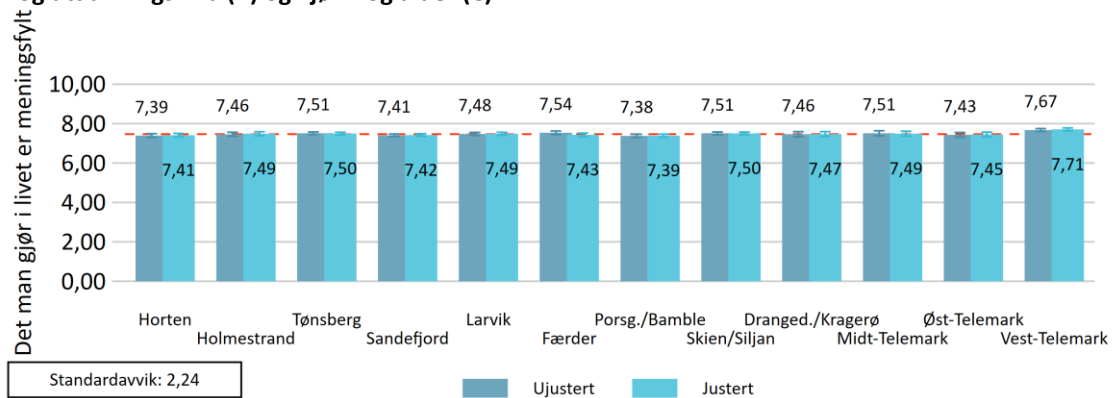
Figur 44B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på "fremtidsoptimisme". Gjennomsnittsskåren i fremtidsoptimisme øker med økt utdanningsnivå for begge kjønn. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,37 for kvinnene og 0,33 for mennene. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom hvert utdanningsnivå, unntatt mellom de med VGS og høyskole/universitet 2-4 år. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom utdanningsnivå, unntatt mellom de to gruppene med høyskole/universitet. Kvinner skårer svakt høyere på fremtidsoptimisme enn menn innenfor alle utdanningsnivåene, men i gruppen med høyskole/universitet 2-4 år er ikke forskjellen statistisk sikker.

Figur 44C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på "fremtidsoptimisme". Fremtidsoptimismen nokså stabil over aldersgrupper, blant både kvinner og menn. Unntaket er den eldste aldersgruppen, der gjennomsnittsskåren er lavere enn i de øvrige grupper. Forskjellen mellom den eldste aldersgruppen og de andre aldersgruppene er statistisk sikker. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor de respektive aldersgruppene mellom 18-59 år, hvor kvinner rapporterer noe høyere fremtidsoptimisme enn menn. Kjønnsforskjellene tilsvarer en effektstørrelse (Cohens *d*) på 0,1-0,15.

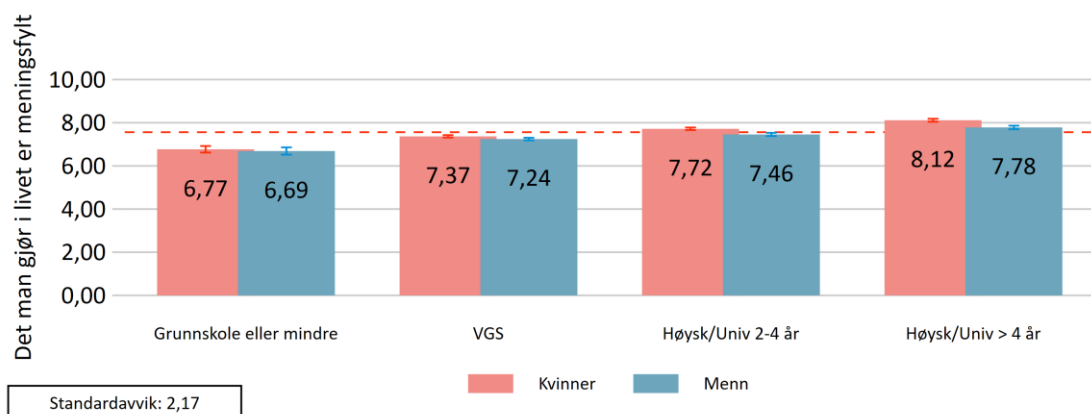
### 3.45 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 33936 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,47** (KI95%: 7,44-7,49). Gjennomsnittet for kvinner var 7,54 (n=18400; KI95% 7,50-7,57) og gjennomsnittet for menn var 7,39 (n=15536; KI95% 7,35-7,42).

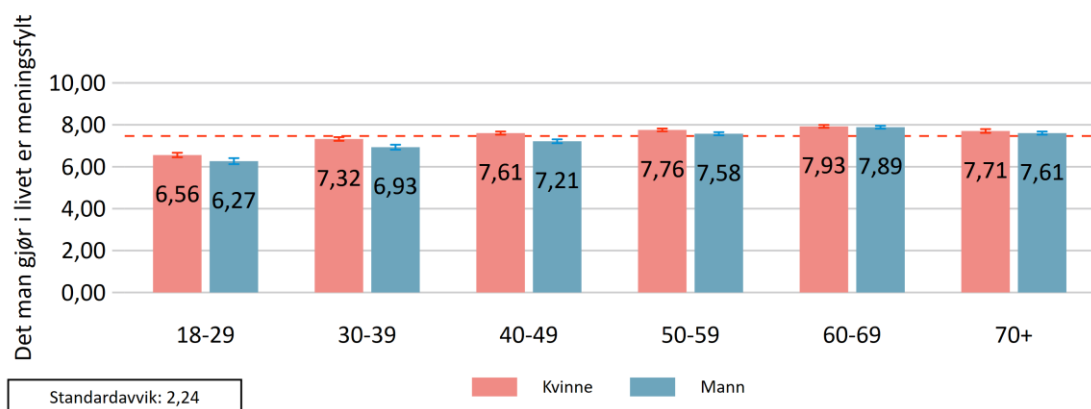
**Figur 45: Det man gjør i livet er meningsfylt etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 45A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt (skala 0-10). Det er lite variasjon mellom områdene, selv om Vest-Telemark merker seg ut med en litt høyere gjennomsnittsskår enn de øvrige. Forskjellene i gjennomsnittsskår er på omtrent 0,13 mellom høyeste og laveste verdi (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,14. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

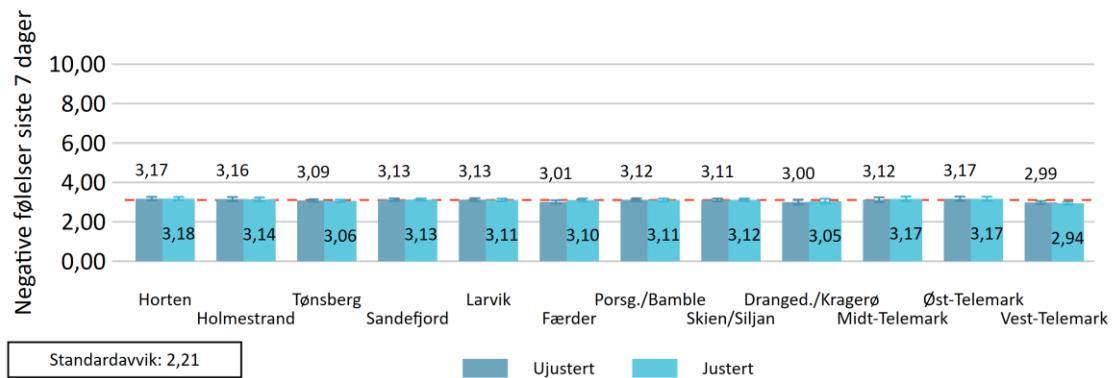
Figur 45B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittsskåren øker klart og jevnt med høyere utdanningsnivå for begge kjønn, og forskjellene mellom de respektive utdanningsnivå er statistisk sikre. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,62 for kvinner og 0,50 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant de med høyskole/universitetsutdanning, hvor kvinner har en høyere gjennomsnittsskår på mening i livet enn menn.

Figur 45C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittsskåren øker frem til 60-69 år for siden å synke litt blant 70 år og eldre både blant kvinner og menn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,61 for kvinnene og 0,60 for mennene. Innen aldersgruppene fra 18-59 år er det en statistisk sikker kjønnsforskjell, hvor kvinner har en høyere gjennomsnittsskår på mening i livet enn menn.

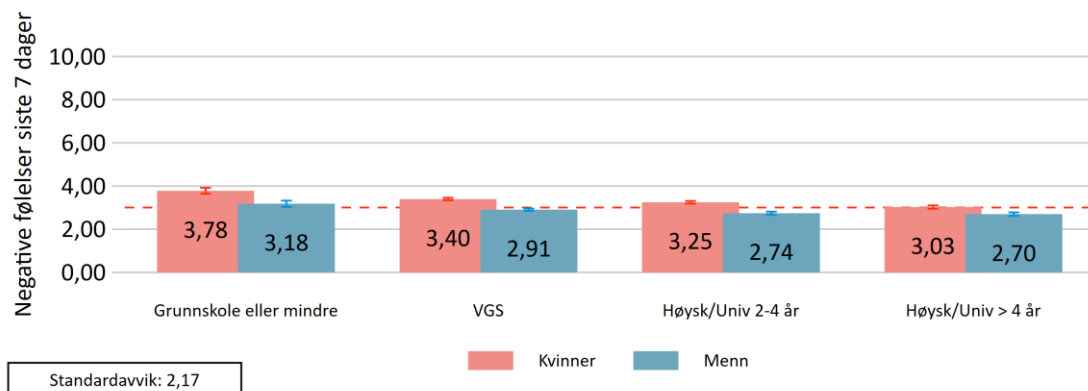
### 3.46 Negative følelser siste 7 dager

Totalt 34054 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Negative følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,11** (KI95%: 3,08-3,13). Gjennomsnittet for kvinner var 3,38 (n=18483; KI95% 3,34-3,41) og gjennomsnittet for menn var 2,79 (n=15571; KI95% 2,76-2,83).

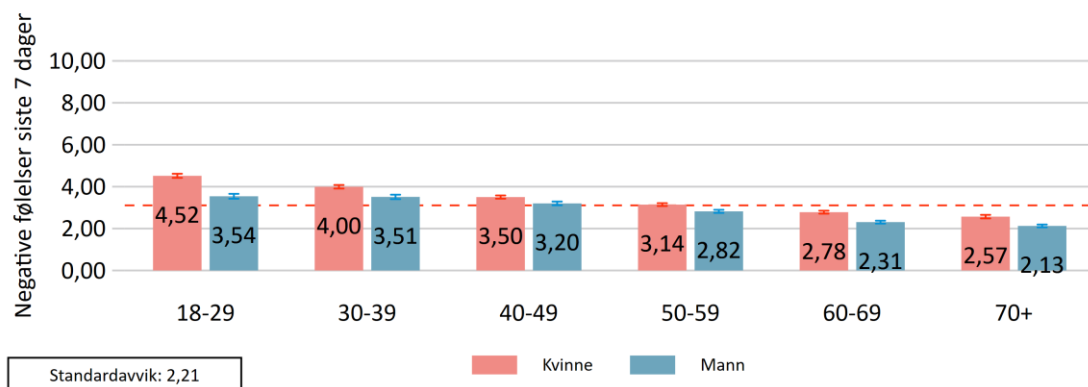
**Figur 46: Negative følelser siste 7 dager etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 46A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålene om å ha hatt negative følelser de siste 7 dagene (skala 0-10). Det er omtrent 0,2 prosentforskjell mellom de høyeste områdene og laveste (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,08. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

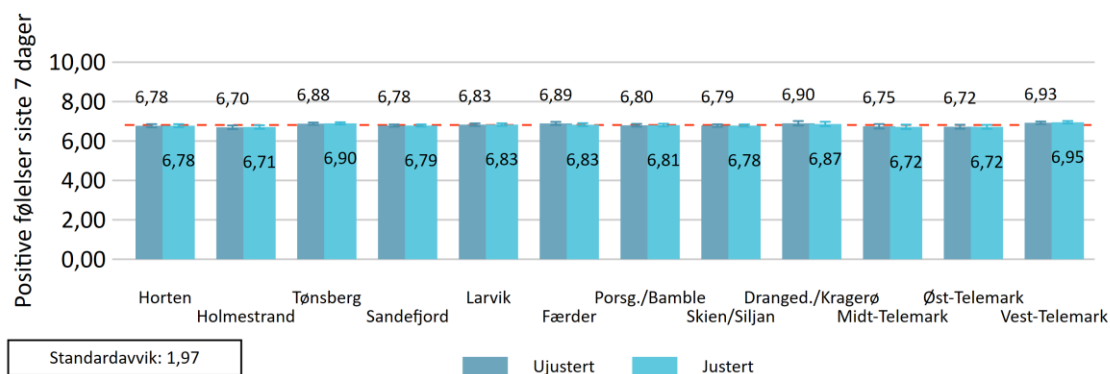
Figur 46B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på det å ha hatt negative følelser siste 7 dager. Gjennomsnittsskåren for negative følelser går ned med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Forskjellene mellom de respektive utdanningsnivåene er statistisk sikre, unntatt mellom gruppene med høyskole/universitetet blant menn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (de med lavest utdanning mot de med høyest utdanning) er 0,35 for kvinner og 0,22 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell på tvers av utdanningsnivå, der kvinner i gjennomsnitt rapporterer mer negative følelser de siste 7 dagene enn menn.

Figur 46C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på det å ha hatt negative følelser siste 7 dager. Det sees en jevn reduksjon i gjennomsnittsskåren med økende alder både blant kvinner og menn. I alle aldersgruppene er det signifikante kjønnsforskjeller, der kvinner i gjennomsnitt rapporterer mer negative følelser de siste 7 dagene enn menn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste gruppe) er 0,88 for kvinnene og 0,63 for mennene.

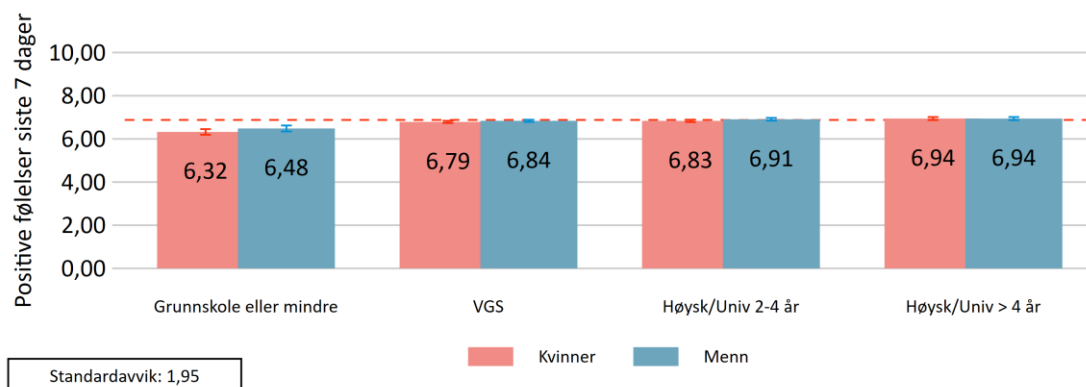
### 3.47 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 34057 deltakere av 34147 (99,7 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,81** (KI95%: 6,79-6,83). Gjennomsnittet for kvinner var 6,74 (n=18486; KI95% 6,71-6,77) og gjennomsnittet for menn var 6,90 (n=15571; KI95% 6,87-6,93).

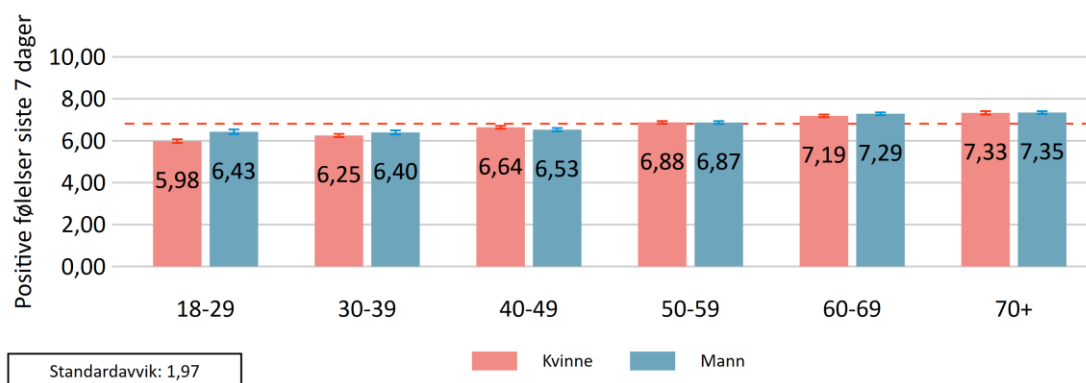
**Figur 47: Positive følelser siste 7 dager etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 47A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på positive følelser de siste 7 dagene (skala 0-10). Det er lite variasjon mellom områdene. Det er likevel mulig å se at Vest-Telemark ligger like over gjennomsnittet for fylket som helhet. Cohens  $d$  for høyeste (Vest-Telemark) mot laveste (Holmestrand) verdi er 0,12. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 47B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på positive følelser de siste 7 dagene. Gjennomsnittlig skår på positive følelser er nokså stabil på tvers av utdanningsnivå, blant både kvinner og menn. Unntaket er at de med grunnskole har en noe lavere gjennomsnittsskår enn de øvrige utdanningsnivåene. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,31 for kvinnene og 0,24 for mennene. Det er ingen statistisk sikker kjønnsforskjell i positive følelser på tvers av utdanningsnivå.

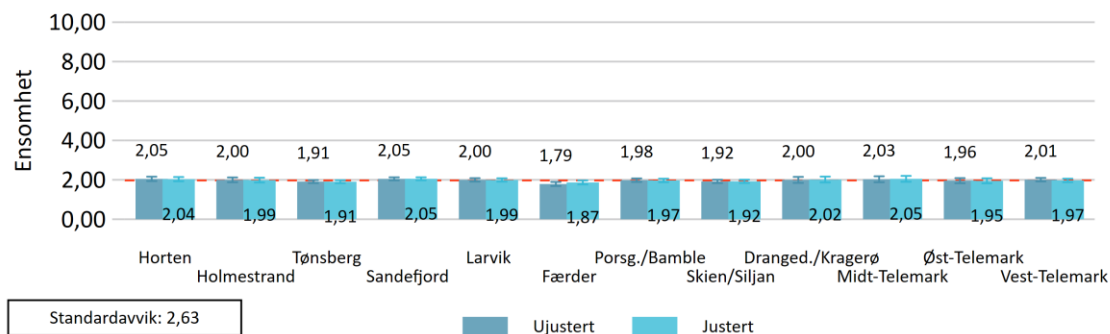
Figur 47C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på positive følelser de siste 7 dagene. Gjennomsnittsskåren stiger med økende alder både blant kvinner og menn. Blant kvinner er økningen jevn fra den yngste aldersgruppe til 60-69 år, hvor kurven jevner seg ut med økende alder. Blant menn er gjennomsnitt for positive følelser nokså stabil mellom de tre yngste aldersgruppene, for deretter å øke og jevne seg ut mellom de to eldste aldersgruppene. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe for kvinner og eldste mot nest yngste for menn) er 0,69 for kvinner og 0,47 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i den yngste aldersgruppen, hvor menn opplever flere positive følelser enn kvinner.



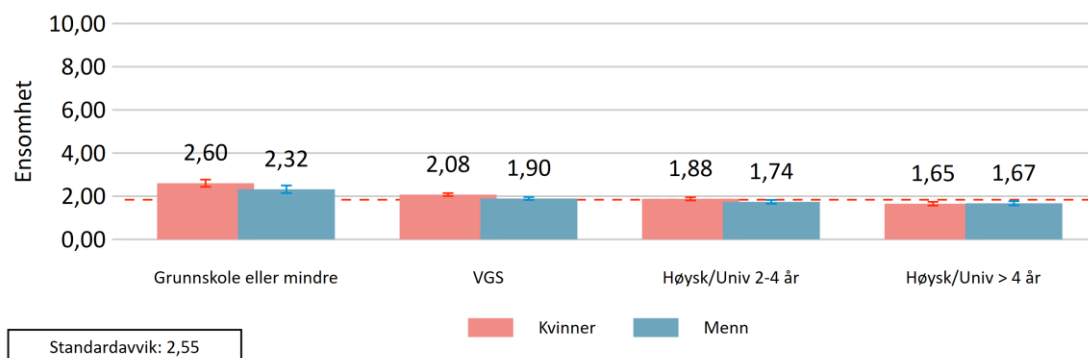
### 3.48 Ensomhet

Totalt 33952 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på ensomhetsskalaen. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,97** (KI95%: 1,94-2,00). Gjennomsnittet for kvinner var 2,07 (n=18425; KI95% 2,03-2,11) og gjennomsnittet for menn var 1,85 (n=15527; KI95% 1,81-1,89).

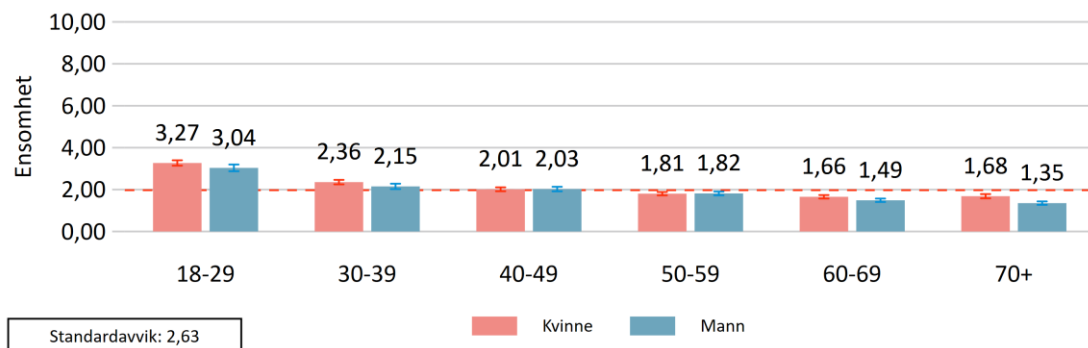
**Figur 48: Ensomhet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 48A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på opplevd ensomhet. Svarene er oppgitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke ensom i det hele tatt og 10 betyr svært ensom. Det er nokså lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 0,3 forskjell mellom regionen med den høyeste (Horten og Sandefjord) og den laveste (Færder) verdien (ujustert), noe som tilsvarer en Cohens  $d$  på 0,10. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

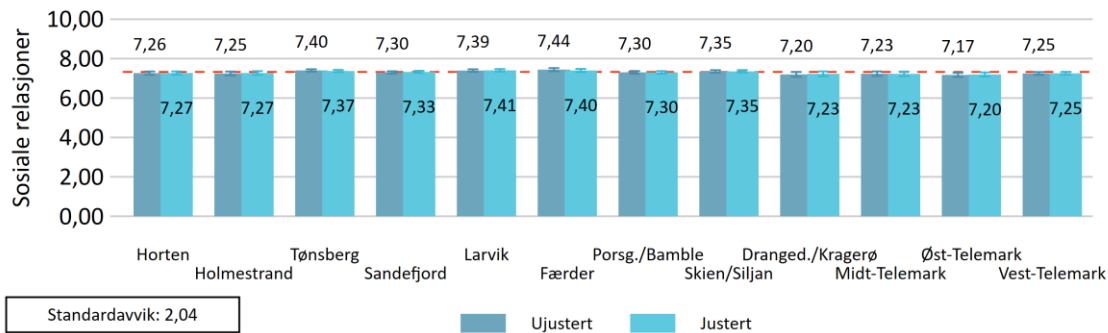
Figur 48B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på opplevd ensomhet. Ensomheten synker med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellene mellom de respektive utdanningsnivåene er statistisk sikre, med unntak av mellom de med høyskole/universitet blant menn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (de med lavest utdanning mot de med høyest utdanning) er 0,37 for kvinner og 0,25 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innen hvert utdanningsnivå, hvor menn opplever noe mindre ensomhet enn kvinner.

Figur 48C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på opplevd ensomhet. Det er en klar alderstrend, hvor opplevelsen av ensomhet synker med økende alder blant både kvinner og menn. Blant kvinner flater nedgangen ut etter 50-59 år. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,61 for kvinner og 0,64 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor den yngste og de to eldste aldersgruppene, hvor menn opplever mindre ensomhet enn kvinner.

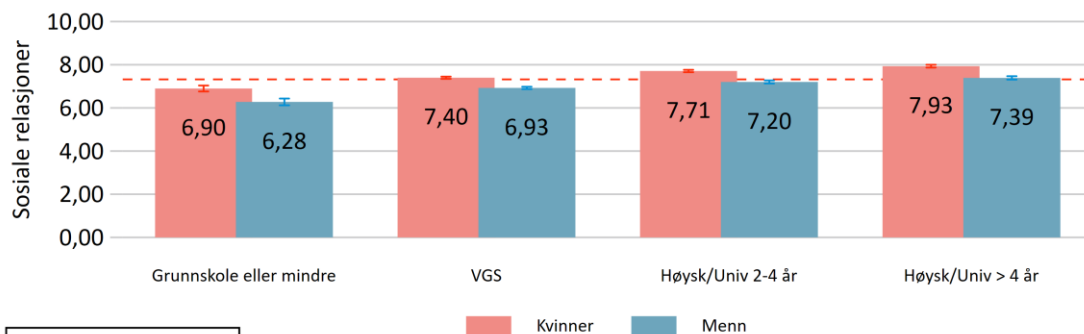
### 3.49 Gjensidig positive sosiale relasjoner

Totalt 33931 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på spørsmålene om gjensidig positive sosiale relasjoner. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,32** (KI95%: 7,30-7,35). Gjennomsnittet for kvinner var 7,56 (n=18414; KI95% 7,53-7,59) og gjennomsnittet for menn var 7,04 (n=15517; KI95% 7,01-7,07).

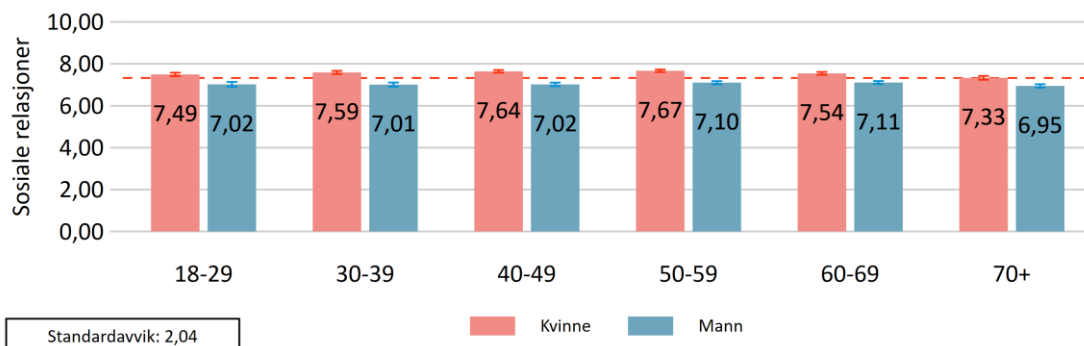
**Figur 49: Gjensidig positive sosiale relasjoner etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 49A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på en sumskår (meanscore) basert på to spørsmål om sosiale relasjoner (om en opplever sine sosiale relasjoner som støttende og givende; i hvilken grad en bidrar til andres lykke og livskvalitet – «gjensidig positive sosiale relasjoner», skala 0-10). Det er lite variasjon mellom områdene. Det er omtrent 0,3 i forskjell mellom de høyeste og laveste verdi, som tilsvarer en Cohens  $d$  på 0,12. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

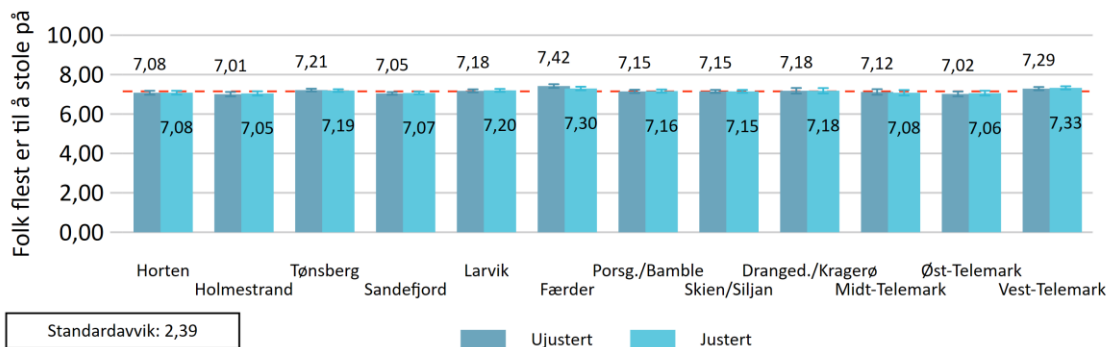
Figur 49B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på gjensidig positive sosiale relasjoner. Det er en økning i hvor støttende og givende en opplever sine sosiale relasjoner med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,50 for kvinner og 0,54 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, hvor kvinner opplever mer gjensidig positive sosiale relasjoner enn menn.

Figuren 49C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på gjensidig positive sosiale relasjoner. Det er kun små forskjeller mellom aldersgruppene. Blant kvinner kan det sees en svak, omvendt u-kurvet alderstrend, der skåren er høyest i aldersgruppene 40-49 og 50-59 år. Blant menn er skåren svakt høyere i aldersgruppene 50-59 og 60-69 år enn de øvrige aldersgruppene. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,17 for kvinner og 0,07 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hver av aldersgruppene, hvor kvinner opplever mer gjensidig positive sosiale relasjoner enn menn.

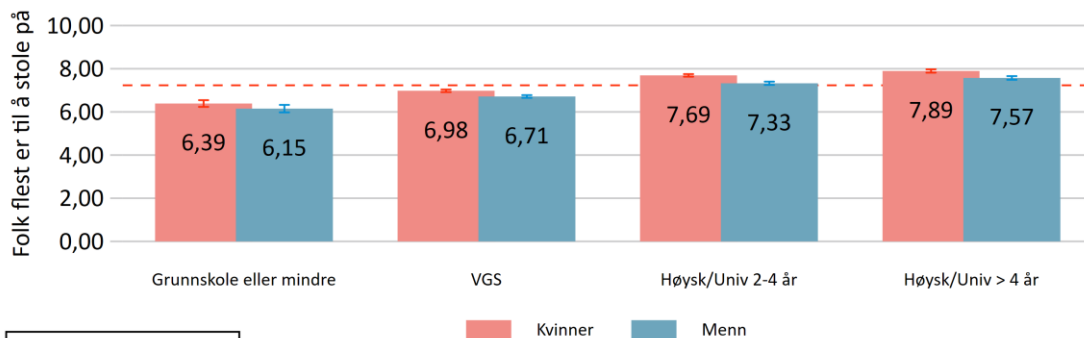
### 3.50 Tillit til andre (Folk flest er til å stole på)

Totalt 33937 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på Folk flest er til å stole på. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,15** (KI95%: 7,12-7,18). Gjennomsnittet for kvinner var 7,27 (n=18422; KI95% 7,23-7,30) og gjennomsnittet for menn var 7,01 (n=15515; KI95% 6,98-7,05).

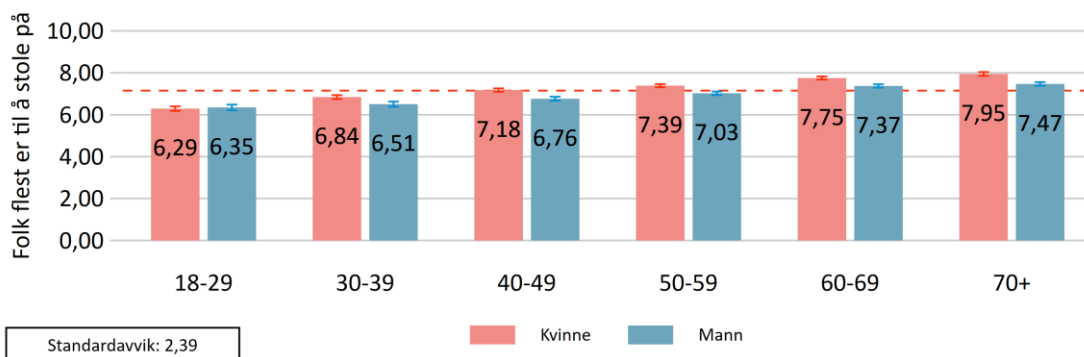
Figur 50: Folk flest er til å stole på etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 50A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålet om folk flest er til å stole på (tillit til andre mennesker, skala 0-10). Det er noe variasjon mellom områdene. Det er omtrent 0,4 forskjell i gjennomsnitt mellom den høyeste (Færder) og de laveste områdene (Holmestrand, Øst-Telemark og Sandefjord). Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,17. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 4 angir lite tillit. Med denne grupperingen er det 12,5 % (95 % KI 12,2-12,9) som oppgir lav tillit samlet i fylket. Andelen for kvinner er 11 % (95 % KI 11,1-12,0) og andelen for menn er 13,7 % (95 % KI 13,1-14,2).

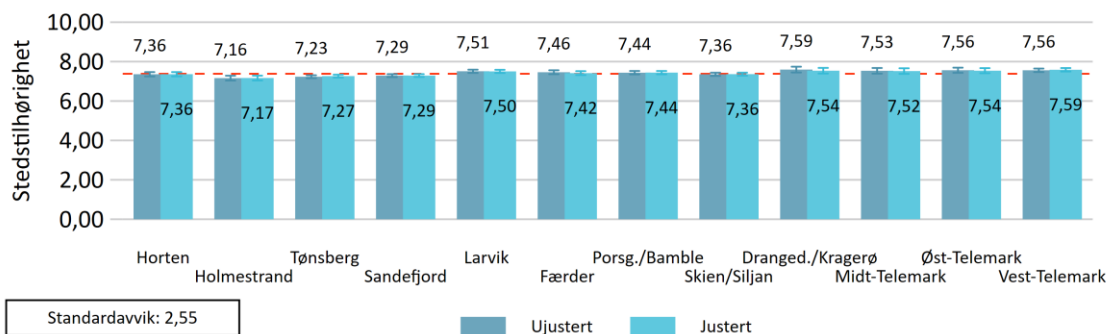
Figur 50B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på om man opplever at folk flest er til å stole på. Gjennomsnittsskåren øker jevnt med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,64 for kvinnene og 0,60 for mennene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i alle utdanningsnivå, unntatt blant de med grunnskole som høyest fullførte utdanning, hvor kvinner rapporterer at de har mer tillit til andre mennesker enn menn.

Figur 50C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på om en opplever at folk flest er til å stole på. Gjennomsnittsskåren på tillit til andre stiger med økende alder for begge kjønn. Det vil si at eldre i større grad enn yngre opplever at folk flest er til å stole på. Stigningen i gjennomsnittsskåre med økende alder er større for kvinner enn for menn. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene bortsett fra den yngste, hvor kvinner rapporterer at de har mer tillit til andre mennesker enn menn.

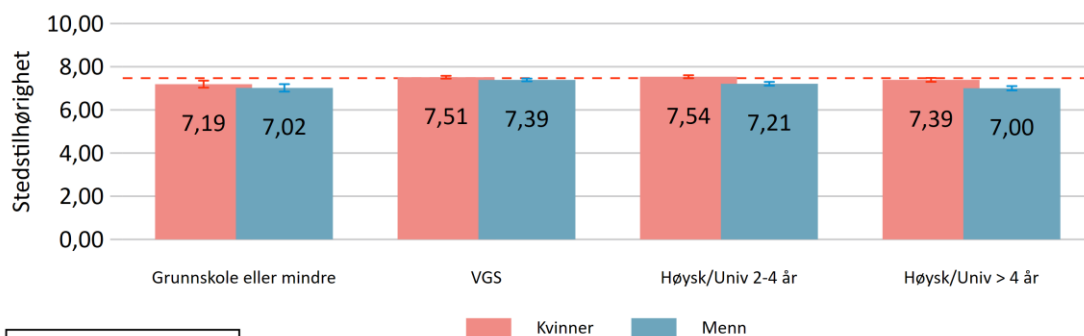
### 3.51 Stedstilhørighet

Totalt 33928 deltakere av 34147 (99,4 %) hadde gyldig svar på Stedstilhørighet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,38** (KI95%: 7,35-7,41). Gjennomsnittet for kvinner var 7,42 (n=18413; KI95% 7,38-7,46) og gjennomsnittet for menn var 7,34 (n=15515; KI95% 7,30-7,38).

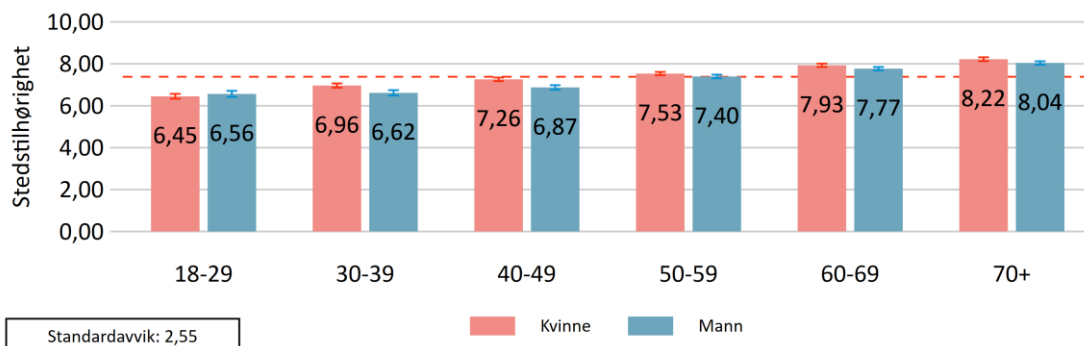
**Figur 51: Stedstilhørighet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 51A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålet om en opplever å høre til på stedet en bor (stedstilhørighet, skala 0-10). Det er omtrent 0,4 i forskjell for gjennomsnittsskår mellom regionen med høyeste (Drangedal/Kragerø) og laveste (Holmestrand) verdi (ujustert). Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,17. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 51B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på stedstilhørighet. Det kan sees en svak omvendt U kurve-sammenheng mellom stedstilhørighet og utdanningsnivå for både kvinner og menn. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de med grunnskole og de andre utdanningsnivåene. Blant menn er gjennomsnittsskåren for stedstilhørighet høyest blant de med VGS. Det er en statistisk sikker forskjell mellom disse og både dem med lavest og dem med høyest utdanningsnivå. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,14 for kvinner og 0,16 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant gruppene med høyskole/universitetsutdanning, hvor kvinner har et høyere gjennomsnitt for stedstilhørighet enn menn.

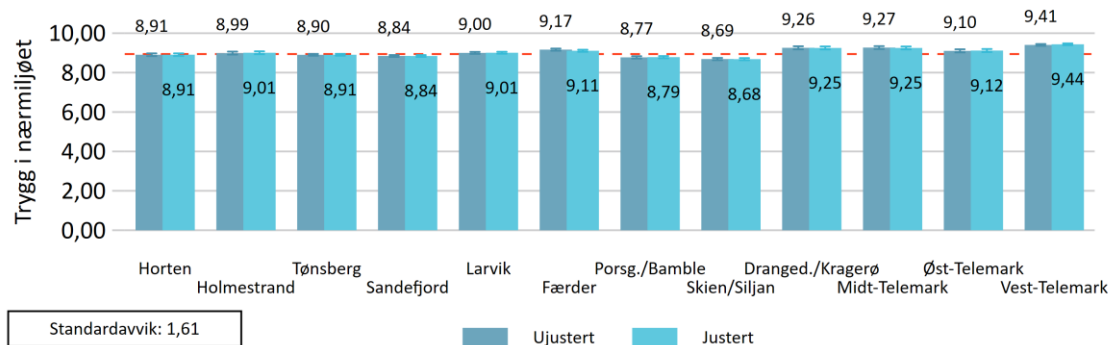
Figur 51C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på stedstilhørighet. Blant både kvinner og menn viser gjennomsnittsskår for stedstilhørighet en alderstrend, hvor gjennomsnittsskåren for stedstilhørighet øker med økende alder. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,70 for kvinner og 0,58 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i de aldersgruppene 30-39 og 40-49, hvor kvinner rapporterer litt høyere stedstilhørighet enn menn.



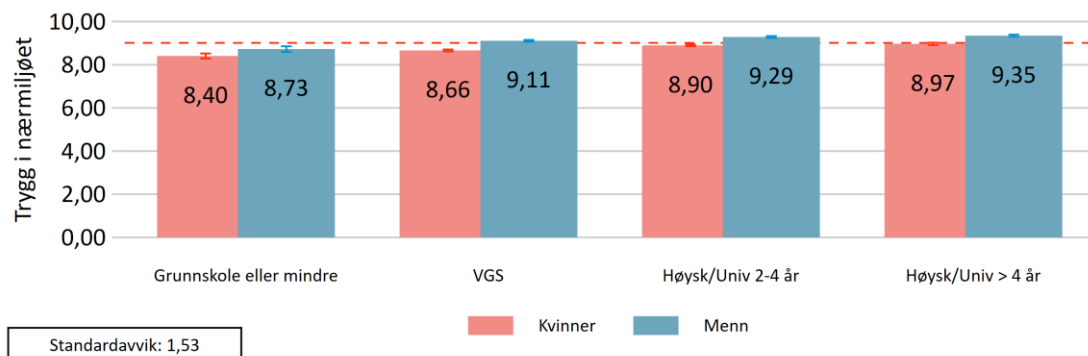
### 3.52 Trygg i nærmiljøet

Totalt 33984 deltakere av 34147 (99,5 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om hvor trygge de føler seg i nærmiljøet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,94** (KI95%: 8,92-8,96). Gjennomsnittet for kvinner var 8,73 (n=18449; KI95% 8,70-8,75) og gjennomsnittet for menn var 9,19 (n=15535; KI95% 9,17-9,22).

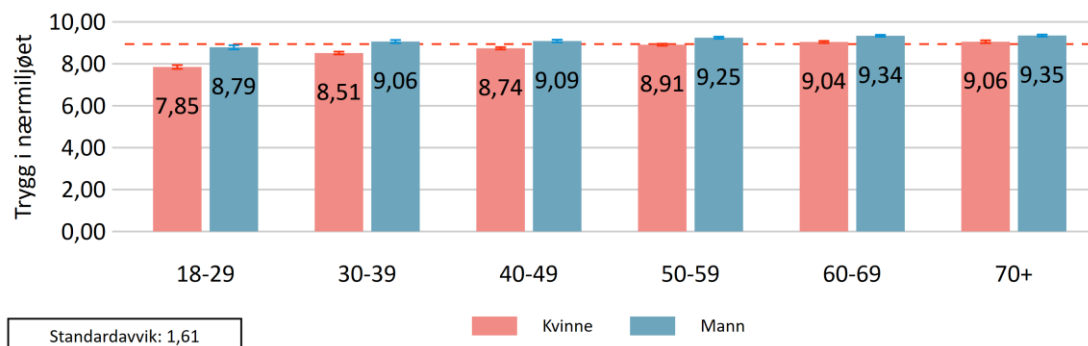
**Figur 52: Trygg i nærmiljøet etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 52A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålet om en føler seg trygg når man er ute og går i nærmiljøet (skala 0-10). Det er en del variasjon mellom områdene. Det er omtrent 0,7 i forskjell for gjennomsnitt mellom regionen med høyeste (Vest-Telemark) og laveste (Skien/Siljan) verdi (ujustert). Vest-Telemark, etterfulgt av Midt-Telemark og Drangedal/Kragerø, Færder og Øst-Telemark ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Porsgrunn/Bamble, etterfulgt av Skien/Siljan ligger under fylkesgjennomsnittet. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (Vest-Telemark og Skien/Siljan) er 0,45. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

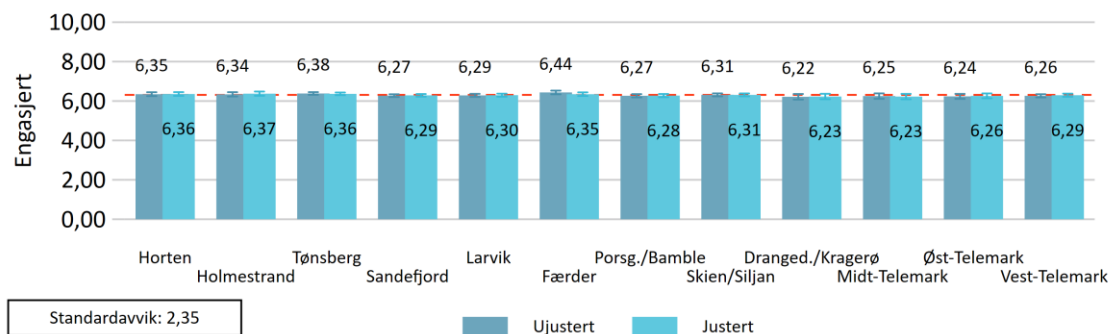
Figur 52B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på trygghet når en er ute og går i nærmiljøet. Det sees en svak økning i opplevd trygghet med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er forskjellene statistisk sikre mellom de to laveste utdanningsnivåene og de to høyeste utdanningsnivåene, og blant menn mellom det laveste og de to høyeste utdanningsnivåene. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,38 for kvinnene og 0,40 for mennene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell innenfor hvert utdanningsnivå, i favør av at menn i større grad enn kvinner rapporterer å føle seg trygge når de er ute og går i nærmiljøet.

Figur 52C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet. Blant kvinner øker trygghet i nærmiljøet med økende alder frem til 50-59 år, for deretter å jevne seg ut med økende alder. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de tre yngste aldersgruppene og de tre eldste aldersgruppene. Blant menn øker skåren på trygghet i nærmiljøet mellom de to yngste aldersgruppene. Skåren stabiliserer seg så med økende alder. Det er statistisk sikre forskjeller mellom den yngste aldersgruppen og de respektive eldre aldersgruppene. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe) er 0,75 for kvinner og 0,35 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell på tvers av alder, hvor menn opplever større trygghet i nærmiljøet enn kvinner.

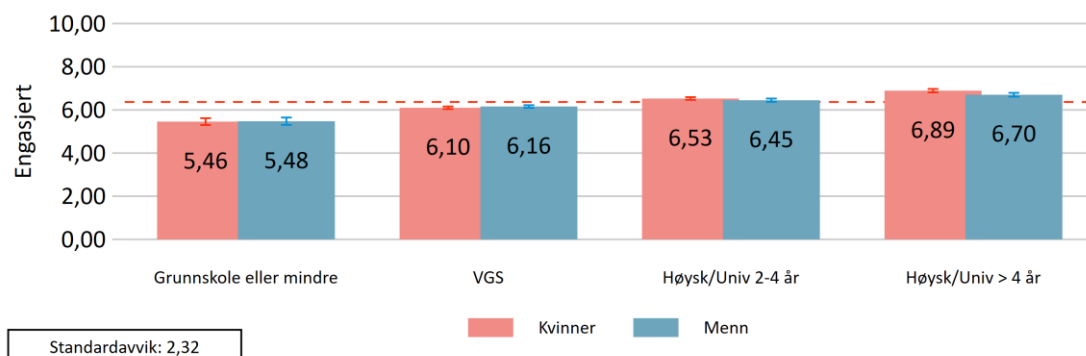
### 3.53 Engasjert

Totalt 33867 deltakere av 34147 (99,2 %) hadde gyldig svar på Engasjert. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,31** (KI95%: 6,29-6,34). Gjennomsnittet for kvinner var 6,32 (n=18374; KI95% 6,29-6,36) og gjennomsnittet for menn var 6,30 (n=15493; KI95% 6,26-6,34).

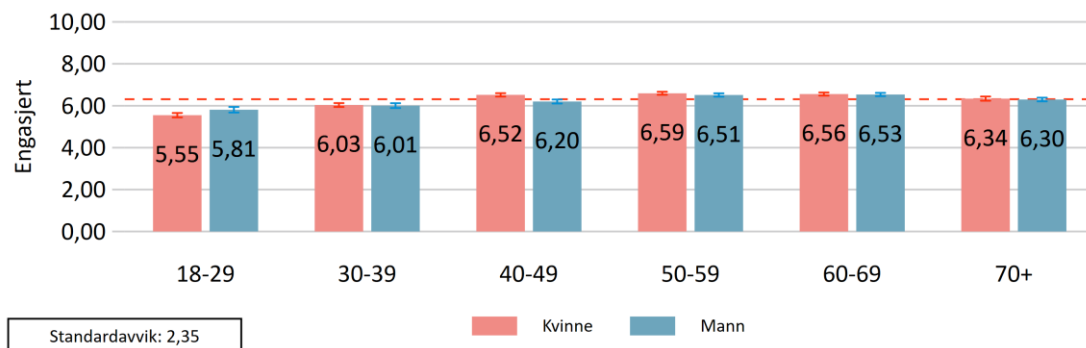
**Figur 53: Engasjert etter geografiske områder i Vestfold og Telemark (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



**A)**



**B)**



**C)**

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 53A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av geografiske områder i fylket, på spørsmålet om å føle seg engasjert (skala 0-10). Det er små forskjeller mellom områdene. Det er omtrent 0,2 forskjell i gjennomsnitt mellom regionen med den høyeste (Færder) og den laveste (Drangedal/Kragerø) verdien (ujustert). Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,06. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 53B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på om en føler seg engasjert. Gjennomsnittsskår på å føle seg engasjert øker klart med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjeller mellom de respektive utdanningsnivåene er statistisk sikre for begge kjønn. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste utdanningsnivå er 0,62 for kvinner og 0,52 for menn. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant de med høyskole/universitet mer enn 4 år, hvor kvinner føler seg litt mer engasjert enn menn.

Figur 53C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på om en føler seg engasjert. Blant kvinner øker gjennomsnittsskår på engasjement frem til 40-49 års alder, for deretter å flate ut og til slutt synke i den eldste aldersgruppen. Det er en statistisk sikker forskjell mellom den yngste og de eldre aldersgruppene. Blant menn øker gjennomsnittsskår for engasjement frem til 50-59 år, for deretter å flate ut og til slutt synke i den eldste aldersgruppen. Det er en statistisk sikker forskjell for aldersgruppene mellom 50-69 år og de øvrige, hvor de i aldersgruppen 50-69 år føler seg mer engasjert enn resterende grupper. Det er også en statistisk sikker forskjell mellom de to yngste aldersgruppene og de fire eldre aldersgruppene. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi er 0,31 for kvinnene og 0,34 for mennene. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i den yngste aldersgruppen og for aldersgruppen 40-49 år. I den yngste aldersgruppen oppgir menn å være mer engasjert enn kvinner, mens i aldersgruppen 40-49 år føler kvinner seg mer engasjert enn menn.

## 4. Oppsummering av resultater og diskusjon

### 4.1 Gjennomgang av funn etter tema

De viktigste funnene blir her oppsummert, tema for tema. Særlig er det satt søkelys på geografisk variasjon mellom ulike geografiske områder og mellom fylker.

#### 4.1.1 Den demografiske sammensetningen i materialet

I datamaterialet var det 44,5 % som rapporterte å ha høyskole eller universitetsutdanning, 47,8 % blant kvinner og 40,5 % blant menn (utvalgsvektede tall). Svarkategoriene på utdanningsnivå ble justerte i siste skjemarevisjon, for å få kategorier som er mest mulig sammenlignbare med Statistisk sentralbyrå sin statistikk. Andelen med høyskole- eller universitetsutdanning i vårt materiale er høyere enn andelen i Statistisk sentralbyrås (SSB) register for hele befolkningen i fylket. Andelen i vårt materiale ligger 14,4 prosentpoeng høyere enn for alle kvinner totalt i Vestfold og Telemark. Forskjellen blant menn er på 13,1 prosentpoeng. SSBs tall for landet og for fylket er regnet ut for alle som er 16 år eller eldre, mens vår undersøkelse i prinsippet omfatter alle som er 18 år eller eldre. Forskjellene er dermed egentlig enda litt større. De som er 16 eller 17 år gamle har ikke rukket å bli så gamle at de kan ha fullført høyskole- eller universitetsutdannelse, og ville derfor, hvis de var med, trekke andelene vi har regnet ut noe ned.

Det er særlig gruppen som har rapportert å ha grunnskoleutdanning eller mindre i vårt materiale som er langt lavere enn andelen med «grunnskoleutdanning» som oppgis hos Statistisk sentralbyrå. Mens denne gruppen utgjorde 7,2 % av kvinnene og 7,0 % av mennene i vårt materiale, utgjør den 25,4 % av alle kvinner og 26,6 % av alle menn i Vestfold og Telemark. Noe av denne forskjellen kan handle om måten Statistisk sentralbyrå grupperer dette utdanningsnivået, som også omfatter de med fullført videregående utdanning på mindre enn 2 år (gjelder skoleårene 1975/75-1994/95) og 3 år (f.o.m. skoleåret 1995/96). Vi kan heller ikke se bort fra en viss overrapportering av utdanningsnivå. Selv om vi tar hensyn til alt dette, er det nok en overrepresentasjon av personer med høyere utdanning i vårt materiale. Men det er vanskelig å beregne hvor stor den er. For å beregne dette, må det gjøres egne analyser med kobling mellom vårt datamateriale og registerdata fra Statistisk sentralbyrå.

Ettersom en stor andel av utfallsvariablene viser sterk sammenheng med utdanning, ser det ut til at vektning for utdanning ville bidra til litt riktigere tall for hele fylket sett under ett. Problemet med en overrepresentasjon av de med høy utdanning har også vært til stede i de andre fylkene der undersøkelsen har vært gjennomført.

*Kort oppsummert kan vi si at vi ville få mer presise totaltall for fylket ved å vekte tallene etter kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå, i tråd med fordelingen av disse gruppene i fylkets befolkning. Når vi presenterer tall i undergrupper definert ved alder og kjønn, fjerner vi mye av problemet. Når vi presenterer tall for ulike utdanningsgrupper, separat for menn og kvinner og justert for alder, bidrar trolig også dette til å korrigere for en del skjevheter.*

#### 4.1.2 Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt

I en rapport fra Transportøkonomisk institutt framgår det blant annet at nær 70 prosent av de eldre mener det er sentralt for deres livskvalitet å vite at de kan få transport eller komme seg ut når man trenger det. En reduksjon i transportmulighetene representerer

det de kaller et «psykologisk alderstillegg». Svært få eldre liker dessuten tanken på å være avhengige av andre for å få transport, og de ønsker ikke å være til byrde for familie og venner. Det er bedre med et godt offentlig tilbud<sup>23</sup>.

Et godt transporttilbud bidrar til økt livskvalitet i hverdagen. Og det samme gjør sannsynligvis et bredt spekter av tjenester og fasiliteter. God tilgang på offentlig transport, natur- og friluftsområder og godt utbygde gang- og sykkelveier stimulerer også til fysisk aktivitet<sup>24</sup>.

Andel som rapporterer om svært god eller god tilgang på tjenester og fasiliteter er høyest på spørsmålene om natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntareal (92,5 %) og kyst/strand eller sjø (82,8 %). Etter disse kommer butikker, spisesteder og andre servicetilbud (84,9 %). En noe høyere andel rapporterer om svært god eller god tilgang på idrettstilbud (82,5 %) enn kulturtilbud (78,5 %). Nederst på listen kommer andel som rapporterer svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier (60,5 %) og offentlig transport (52,5 %). De tjenestene som kommer dårligst ut er kanskje de som krever de største investeringene i offentlige budsjett.

#### 4.1.2.1 Fylker

I en tabell presentert i appendiks til denne rapporten (Tabell A1) har vi presentert totaltall med sammenligninger på 44 utfallsvariabler mellom Vestfold og Telemark, Møre og Romsdal, Rogaland, Nordland, Agder og Troms/Finnmark. For 20 av disse har vi også gitt tall for Hordaland og Sogn og Fjordane. Vi har merket tall fra tidligere undersøkelser i rosa og kommentert der spørsmålsformuleringene ikke er identiske med dem som er benyttet i Vestfold og Telemark. For disse bør man være særlig forsiktig med sammenligning mellom tall fra Vestfold og Telemark og resterende fylker. Selv når spørsmålene er like, er det viktig å være klar over at tallene ikke er populasjonsvektet. Ettersom frafallsprofilen er nokså lik fra fylke til fylke, med en underrepresentasjon av unge menn og eldre kvinner samt en deltakelsesprosent som øker med økende utdanning, kan det tenkes at forskjellene mellom fylkene ikke ville endre seg så mye ved populasjonsvekting. Men helt sikre kan vi ikke være. Det er derfor grunn til bare å legge vekt på forskjeller mellom fylkene som er nokså store.

Andelene som rapporterer god eller svært god tilgang på ulike tjenester og fasiliteter i Vestfold og Telemark er omtrent på linje med eller høyere enn flere av de andre fylkene for samtlige spørsmål. Vestfold og Telemark kommer relativt sett positivt ut på tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud (sammen med Rogaland), offentlig transport og gang- og sykkelveier (litt lavere enn Rogaland, omtrent som Agder, høyere enn øvrige fylker).

Før revisjon av spørreskjemaet (2021) var spørsmålene om tilgang på kultur- og idrettstilbud samlet i ett spørsmål. Spørsmålet om natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntareal var før revisjonen delt i to. Spørsmålet om tilgang på kyst/strand eller sjø var nytt i Møre og Romsdal. Andelen som rapporterer god eller svært god tilgang på kulturtilbud og idrettstilbud er litt høyere enn i Møre og Romsdal (som også hadde to-delt spørsmål). Tallene for tilgang på natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer, i Vestfold og Telemark er omtrent på linje med tallene fra de andre

<sup>23</sup> <https://www.toi.no/forskningsomrader/reisevaner/godt-transporttilbud-viktig-for-eldres-velferd-article30782-213.html>

<sup>24</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-tilrettelegge-for-gaing-sykling-og-vaere-en-padrivert-for-kollektivtransport>

fylkene når det gjelder natur- og friluftsområder, og høyere enn det de tidligere fylkene for parker og andre grøntarealer.



Foto: Stina Glømme

#### 4.1.2.2 Geografiske områder

Internt i Vestfold og Telemark fylke er det betydelig geografisk variasjon på flere av utfallsmålene om tilgang på tjenester og fasiliteter. Det er særlig stor variasjon når det gjelder tilgang på offentlig transport, kulturtilbud, kystlinje/strand eller sjø, samt utbygde gang- og sykkelveier. Overordnet kommer bykommunene klart bedre ut enn distriktskommunene/regionene. Det er samtidig ingen geografiske områder som kommer best ut, eller dårligst ut på alt.

Bykommunene (Horten, Tønsberg, Sandefjord, Larvik og Skien (sammen med Siljan) kommer best ut på spørsmålene om kulturtilbud, idrettstilbud, og butikker, spisesteder og servicetilbud. Færder kommer også positivt ut her, med unntak av for idrettstilbud, der de ligger under fylkesgjennomsnittet. Holmestrand, Drangedal/Kragerø, Øst-Telemark og Vest-Telemark har lavest andeler som rapporterer god/svært god tilgjengelighet på disse spørsmålene. Den mest påfallende variasjonen er kanskje på spørsmålet tilgang på kulturtilbud, der tallene for Holmestrand, Drangedal/Kragerø og Vest-Telemark ligger langt under de øvrige områdene. I Holmestrand er det halvparten så mange som rapporterer god/svært god tilgang på kulturtilbud sammenlignet med Horten (43,5 % vs 86,3 %).

Lignende mønster sees for andeler som rapporterer god/svært god tilgang på offentlig transport og gang- og sykkelveier, men med noen unntak. Her er det særlig Horten, Tønsberg, Færder og Porsgrunn/Bamble som kommer positivt ut, mens de fire distriktsregionene Drangedal/Kragerø, Midt-Telemark, Øst-Telemark og Vest-Telemark ligger klart under fylkesgjennomsnittet.

For tilgang på natur- og friluftsområder er det lite variasjon mellom de geografiske områdene. Andelen som rapporterer god/svært god tilgang ligger mellom 90-95 % på tvers av Geografiske områder. Opplevd tilgang til kystlinje/strand eller sjø gjenspeiler geografisk nærhet til kystlinjen, der tallene for bykommunene nær kysten alle ligger høyt (82,6 % - 95,8 %) og tallene for de indre regionene er klart lavere (54,9 %-67,6 %. De som svarte «bor ikke i nærheten av sjø/innsjø» er holdt utenfor prosentberegningen). Like fullt er det interessant at Sandefjord (84,7 %) skårer vesentlig lavere enn for eksempel Horten (95,8 %).

#### 4.1.3 Deltakelse i aktiviteter og engasjement

Det å ta del i organiserte og egenorganiserte aktiviteter er en kilde til sosial kontakt og vennskap, til mening og utvikling, og til å skape et godt lokalmiljø og å være med å påvirke samfunnet rundt seg. Dette å bli i stand til å påvirke samfunnet rundt seg blir ofte kalt myndiggjøring (empowerment) og er en sentral komponent i det helsefremmende arbeidet slik det blant annet beskrives i Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid [23].

Ett av spørsmålene i livskvalitetsdelen av spørreskjemaet handler om engasjement. Det er naturlig å se svarene på dette spørsmålet i sammenheng med deltakelse i organiserte og andre aktiviteter. Det viser seg da også at det å oppleve seg selv som engasjert henger sterkt sammen med deltakelse i aktiviteter. Blant dem som oppgir at de daglig deltar i organiserte aktiviteter, er gjennomsnittlig skår på spørsmålet om engasjement 7,65 (skala fra 0 til 10). Blant dem som oppgir at de aldri deltar i organiserte aktiviteter er gjennomsnittlig skår 5,63. Forskjellen tilsvarer en stor effektstørrelse (0,86). Tilsvarende effektstørrelse for egenorganiserte aktiviteter er også stor (0,90). Jo hyppigere en deltar i organiserte og andre aktiviteter, desto høyere skåres det gjennomsnittlig på «engasjement». Sammenhengene er altså sterke.



Foto: Stina Glømme



#### 4.1.3.1 Fylker

Når det gjelder deltakelse i egenorganiserte aktiviteter, ligger Vestfold og Telemark (47,0 %) sammen med Møre og Romsdal (45,5 %) litt lavere enn de andre fylkene (53,9 - 57,5 %). Selv om restriksjoner for sosial kontakt under den pågående koronapandemien hadde opphørt ved datainnsamlingstidspunktet, kan pandemisituasjonen like fullt ha hatt innvirkninger på svar på disse spørsmålene (gjelder også Møre og Romsdal).

Vestfold og Telemark skiller seg derimot ikke så mye fra de de andre fylkene på organiserte aktiviteter og utfallsmålet «engasjert». Andelen som rapporterer at de deltar i organiserte aktiviteter ukentlig eller oftere i Vestfold og Telemark (25,9 %) ligger omtrent på nivå med Troms/Finnmark (24,8 %), litt høyere enn Møre og Romsdal (22,5 %) og litt lavere enn Nordland (26,9 %), Rogaland (27,6 %) og særlig Agder (32,8 %). For «engasjement» er det igjen Agder som har høyest gjennomsnittlig skår, men målt i effektstørrelser er forskjellene likevel små.

#### 4.1.3.2 Geografiske områder

Det er større forskjell mellom de geografiske områdene på spørsmål om ukentlig deltakelse i egenorganisert (11 prosentpoeng mellom største og minste andel) enn organisert (5 prosentpoeng mellom største og minste andel) aktivitet. For egenorganisert aktivitet ligger Horten høyest (50 %), mens andelen Holmestrand (41 %) og Vest-Telemark (39 %) er et stykke under fylkesgjennomsnittet (47 %). For ukentlig deltakelse i organisert aktivitet kommer Larvik og Porsgrunn/Bamble best ut, mens andel i Øst-Telemark ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen klare forskjeller mellom de geografiske områdene innen fylket når det gjelder utfallsvariabelen «Engasjert».

#### 4.1.4 Kosthold, fysisk aktivitet og fedme

Av alle tapte leveår og helsetap (disability adjusted life years; DALYs) (Norge) som kan forebygges, skyldes 39 prosent atferd, 22 prosent skyldes en kombinasjon av atferd og metabolske faktorer og 4 prosent en kombinasjon av atferd og miljømessige faktorer<sup>25</sup>. Endring av helserelaterte atferdsmønstre er derfor en helt sentral oppgave innen folkehelsearbeidet. Dette kalles nære påvirkningsfaktorer, da de påvirker helsen nokså direkte. For å utjevne sosiale helseforskjeller er det viktig å knytte disse til bakenforliggende påvirkningsfaktorer, som oppvekst, utdanning, inntekt og samfunnsforhold<sup>26</sup>. Kosthold og fysisk aktivitet henger nært sammen med fedme. Det er derfor naturlig å se disse i sammenheng.

#### 4.1.4.1 Fylker

Spørsmålsformuleringene og svaralternativer for spørsmål som går på kosthold og fysisk aktivitet er endret litt i siste skjemarevisjon, brukt i Møre og Romsdal og Vestfold og Telemark. Vi vurderte spørsmålene såpass like at vi har sammenlignet resultater med de øvrige fylkene i tabellen i appendiks.

Generelt ser ikke Vestfold og Telemark til å skille seg særlig ut fra de andre fylkene som har deltatt i FHUS når det gjelder inntak av frukt, grønnsaker, fisk eller sukkerholdig brus

<sup>25</sup> Global Burden of Disease database 18.03.2020. <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

<sup>26</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

og leskedrikker. Vel og merke er andelen som spiser grønnsaker daglig eller oftere litt høyere i Vestfold og Telemark (48,2 %) enn de øvrige fylkene (36,4-45,1 %).

Som for de andre fylkene er det er det klart at man godt kunne økt andelene som spiser frukt eller bær daglig eller oftere (33,0 %), grønnsaker daglig eller oftere (48,2 %) og fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (48,8 %), og redusert andelen som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (26,6 %). I de nasjonale kostrådene anbefales mellom annet minst fem porsjoner grønnsaker, frukt eller bær hver dag, og fisk til middag to til tre ganger i uken<sup>27</sup>. Siden vi spør om hyppighet og ikke antall porsjoner, kan ikke alle tallene settes direkte opp mot anbefalingene. Den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) gjennomført høsten 2020 inneholdt en bred kartlegging av nordmenns kostholdsvaner. Resultatene på hyppighet stemte godt overens med tallene fra folkehelseundersøkelsene i fylkene, og gjennomsnittlig inntak av porsjoner frukt, bær og grønnsaker var på kun to porsjoner per dag. Det ble også der konkludert med at mange i Norge har et forbedringspotensial i kostholdet [24]. Flere tall om kostholdsvanene i Vestfold og Telemark kan leses om i Kostholds-rapporten fra NHUS 2020 [24].

Andelen som rapporterer at de er fysisk aktive i minst en halv time minst fire dager i uken er i Vestfold og Telemark 20,4 %. Dette er litt lavere enn i Møre og Romsdal (25,0 %), som brukte identiske spørsmålsformuleringer. Definisjon av å være fysisk aktiv brukt i denne rapporten stemmer ikke helt med helsemyndighetenes anbefalinger, så det er vanskelig å sammenligne med disse<sup>28</sup>. Når bare én av fem er fysisk aktive etter kriteriene som er benyttet, er det like fullt sannsynlig at det er betydelig rom for bedring. Uten kriteriet om hvor lenge man trener om gangen tas bort, øker andel «fysisk aktive» kun med vel én prosent, til 21,8 %. De nye spørsmålsformuleringene etter spørreskjemarevisjonen er sammenlignbare med spørsmål som er validert og brukes i HUNT og Tromsø-undersøkelsene, med tidsserier bakover til 70/80-tallet [17]. Basert på tall fra disse undersøkelsene har man sett en økning i andel fysisk aktive, men også en økning i stillesitting blant kvinner [18, 25]. Spørsmålene brukes også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) og vil bli brukt i kommende FHUS-undersøkelser slik at det etter hvert kan bli sammenlignet på tvers av undersøkelser og over tid både i Vestfold og Telemark, i andre fylker og nasjonalt.

Spørsmålene om antall timer stillesitting i hverdagen samt høyde og vekt, som brukes for å regne ut kroppsmasseindeks (KMI), er like i alle fylkene som har gjennomført folkehelseundersøkelsen. Andelen med fedme (KMI  $\geq 30$ ) er svakt lavere i Vestfold og Telemark (18,9 %) enn i de øvrige fylkene (19,5-21,5 %), med unntak av Rogaland (16,2 %). I nevnte nasjonale folkehelseundersøkelse lå andelen med fedme (KMI  $\geq 30$ ) i Vestfold og Telemark på landsgjennomsnittet [24]. Også for gjennomsnittlig antall timer stillesitting på en vanlig hverdag (6,76) er Vestfold og Telemark i en mellomposisjon, omtrent på nivå med tall fra Nordland og Møre og Romsdal, litt under Rogaland og litt over Agder, Troms og Finnmark. Det er utfordrende å selvrappportere timer stillesitting. Studier med bruk av aktivitetsmålere viser at vi har en tendens til å underrapportere hvor mye vi sitter i ro [25].

#### 4.1.4.2 Geografiske områder

Forskjellene i kosthold og fedme over geografiske områder i Vestfold og Telemark er jevnt over svært små. Færder skiller seg imidlertid positivt ut og Øst-Telemark noe negativt ut

<sup>27</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/>

<sup>28</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/>

på flere av disse utfallsmålene. Variasjonen mellom de geografiske områdene er på 8-13 prosentpoengs forskjell for kostholdsspørsmålene og seks prosentpoeng for andel med KMI  $\geq 30$ . Variasjonen mellom de øvrige områdene ligger mellom disse ytterpunktene.

Mens det er lite variasjon i andel fysisk aktive mellom områdene, er det tydelig forskjell i gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen. Her kommer Telemarks-regionene Midt-Telemark, Øst-Telemark og Vest-Telemark best ut, med en forskjell tilsvarende rundt 50 minutter ved sammenligning med regionen med det høyeste gjennomsnittet (Horten). Denne forskjellen tilsvarer en effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,25, som i denne sammenhengen kan tolkes som middels sterk.



Foto: Stina Glømme

#### 4.1.5 Røyking, snus og bruk av alkohol

Selv om tobakksrøykingen har gått kraftig tilbake i Norge de siste 20 årene, er røyking fremdeles et stort problem i store deler av verden. Verdens helseorganisasjon pekte allerede i 2011 på at det globalt den gangen var fem millioner mennesker som døde av røyking årlig, og at de ventet at tallet ville stige til mer enn åtte millioner<sup>29</sup>. I Norge har bruken av snus økt sterkt de senere årene. Stadig flere av de som bruker snus gjør det uten først å ha vært røykere. I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2019 blir det hevdet at snus trolig ikke er et risikofritt alternativ og at bruken av snus sannsynligvis har en rekke helsemessig negative konsekvenser<sup>30</sup>. Helserisikoen ved bruk av e-sigaretter vet vi foreløpig mindre om<sup>31</sup>. Spørsmål om bruk av e-sigaretter ble pilotert i det reviderte spørreskjemaet brukt i Møre og Romsdal. Siden andelen som rapporterte å bruke e-sigaretter daglig var på rundt 1 % i utvalget der, ble det vurdert uhensiktsmessig å ha med

<sup>29</sup>

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434\\_eng.pdf;jsessionid=28FD13777F021D3B243E249EABEF8A81?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf;jsessionid=28FD13777F021D3B243E249EABEF8A81?sequence=1)

<sup>30</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2019/helserisiko-ved-snus/>

<sup>31</sup> <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/helserisiko-ved-bruk-av-e-sigaretter-pdf.pdf>

spørsmålet i basismodulen til FHUS. Spørsmål om e-sigaretter inngår heller i den nasjonale helseundersøkelsen (NHUS), der man kan følge med på nasjonale trender over tid. I det skjemaet som er brukt i Vestfold og Telemark, dekkes røyking og bruk av snus.

#### 4.1.5.1 Fylker

Spørsmålene om røyking og bruk av snus er noe justert i siste skjemarevisjon for å harmonisere med formuleringer brukt av SSB. Oppsett og spørsmål er såpass like at vi har valgt å sammenligne tall med andre fylker som har gjennomført FHUS-undersøkelsen i appendiks. For daglig røyking ligger andelen i dataene fra Vestfold og Telemark (9,2 %) i øvre sjikt og daglig snusing (12,5 %) i midtsjiktet sammenlignet med de andre fylkene (7,9-10,0 % daglig røyking og 10,3-15,5 % daglig snusing).

Andel som drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere (25 %) ligger noe høyere enn i de andre fylkene (13,8-22,2 %), mens andel som månedlig drikker minst seks enheter alkohol ved én og samme anledning (16,5 %) er i mellomsjiktet sammenlignet med de andre fylkene (13,1-19,6 %).

#### 4.1.5.2 Geografiske områder

Midt-Telemark har høyeste andel og Færder laveste andel som rapporterer daglig røyking. Forskjellen er på rundt fem prosentpoeng. Denne svarer til en Cohens  $h$  på 0,13, som kan tolkes som en liten, men ikke ubetydelig effektstørrelse. Forskjellen mellom de andre geografiske områdene er mindre enn dette. For daglig snusing er det kun 2 prosentpoeng mellom den høyeste og laveste andelen.

For alkoholbruk er det mer betydelige forskjeller. Det er omtrent 19 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Færder) og laveste (Midt-Telemark) andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Dette tilsvarer en middels sterk effektstørrelse (Cohens  $h = 0,43$ ). Færder ligger høyt over fylkesgjennomsnittet, mens Telemarksregionene (særlig Øst-Telemark, Vest-Telemark og Midt-Telemark) ligger under fylkesgjennomsnittet. Dette stemmer med resultater fra tidligere folkehelseundersøkelser i fylkene, der en også har funnet at høyest andel som drakk alkohol minst to ganger i uken i byene og bynære områder. Kanskje har dette noe med tilgjengelighet å gjøre. Men det kan også dreie seg om en litt annen drikkekultur i byene enn i mindre tettbygde områder. For det episodisk høye forbruket, som er nært knyttet til negative helsemessige og sosiale konsekvenser, er det noe mindre regionale forskjeller (7 prosentpoeng mellom høyeste og laveste andelen). Igjen har Færder, sammen med Drangedal/Kragerø høyest andel, mens Midt-, Øst-, og Vest-Telemark igjen har de laveste andelen. Som for snusbruk, er det Holmestrand som har lavest andel med episodisk høyt alkoholbruk.

#### 4.1.6 Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne

Når deltakerne i en undersøkelse som denne blir bedt om å svare på overordnede spørsmål om sin egen helse, kan en innvende at slike selv-rapporter kan være unøyaktige og at noen grupper i befolkningen kanskje har en tendens til å være mer positive eller negative i sin rapportering enn andre. Dette ble undersøkt i en studie basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. De fant at ingen av gruppene var systematisk mer negative enn andre. Forfatterne konkluderte med at deres studie øker troverdigheten av funn i studier der man benytter selvrapporterte surveyundersøkelser til å undersøke forskjeller mellom grupper [26].

Skader representerer en belastning for dem som skades, men ofte også for deres nærmeste, helsevesenet og samfunnet for øvrig. Skader kan vanligvis forebygges. Mange av tiltakene koster lite og gir effekter som kommer raskt<sup>32</sup>.

#### 4.1.6.1 Fylker

Andelen som rapporterer at de har god eller svært god helse i materialet fra Vestfold og Telemark (71,1 %) er omtrent den samme som i Møre og Romsdal og Agder, litt lavere enn Rogaland og Vestland (Hordaland og Sogn og Fjordane), og svakt høyere enn Nordland, Troms og Finnmark. Vestfold og Telemark kommer også i en mellomposisjon på andel som rapporterer god/svært god tannhelse (73,1 % mot 67,4 til 76,5 i dataene fra de andre fylkene).

Andelen som rapporterer at de har vært utsatt for minst én skade, som var såpass alvorlig at de måtte oppsøke lege eller tannlege i løpet av siste 12 måneder (16,4 %), er (sammen med Rogaland og Møre og Romsdal) svakt lavere enn i dataene fra de øvrige fylkene (fra 17,2 til 18,8 %). Andelen som rapporterer at de har stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade (6,3 %) og at hverdagen i stor grad er påvirket på grunn av helseproblemer (13,0 %) er derimot svakt høyere enn i dataene fra de andre fylkene (fra 5,8 til 6,1 % for funksjonsnedsettelse på grunn av skade og 9,2 % til 12,0 % for funksjonsnedsettelse på grunn av helseproblemer).

#### 4.1.6.2 Geografiske områder

Det er noe variasjon over de geografiske områdene i Vestfold og Telemark på utfallene som gjelder selvrapportert helse, tannhelse, skade og funksjonsevne. På flere av disse kommer Færder og dels Tønsberg relativt sett bedre ut og Øst-Telemark dårligere ut enn fylkesgjennomsnittet.

Den største forskjellen mellom Geografiske områder er for utfallene opplevd god helse (Færder og Tønsberg høyest, Øst-Telemark lavest), god tannhelse (Færder høyest, Øst-Telemark lavest), og hverdag påvirket av helseproblemer (Øst-Telemark høyest, Færder lavest). Forskjellene ligger her på 5-8 prosentpoeng mellom høyeste og laveste andel, og tilsvarer en Cohens *h* varierende fra 0,12 (tannhelse) til 0,17 (generell helse). Dette er altså små, men gjerne ikke ubetydelige forskjeller med tanke på at det er hele befolkningsgrupper som sammenlignes. For resterende resultater på helse, helseplager og funksjon er det bare små forskjeller (kun opp mot 2-4 prosentpoeng) mellom de geografiske områdene.

#### 4.1.7 Psykiske plager og aspekter av livskvalitet

Helse henger nært sammen med livskvalitet<sup>33</sup>. Høy livskvalitet kan sees som en viktig beskyttelsesfaktor mot – heller enn motpolen til – psykisk lidelse. Høy livskvalitet og trivsel synes også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden, kanskje på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, forekomst av ulykker og generell mestring, men også på grunn av de positive virkningene høy livskvalitet har både på immunforsvaret og på hjerte- og karsystemet.

<sup>32</sup> <https://www.skafor.org/forebygging/forebygging---hvordan/>

<sup>33</sup> <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Begrepet livskvalitet ble definert bredt i rapporten fra Nes og medarbeidere som ble publisert i 2018 [20]. I denne rapporten er aspekter av befolkningens livskvalitet beskrevet under flere av overskriftene.

#### 4.1.7.1 Fylker

Vestfold og Telemark ligger, sammen med Agder, svakt høyere enn de andre fylkene på psykiske plager. Andel med høy gjennomsnittsskår (større enn 2,00 på HSCL-5-skalaen) er 13,9 % mot 9,6 % i tidligere Sogn og Fjordane. Denne forskjellen tilsvarer en Cohens  $h$  på 0,13 (Cohens  $d=0,16$  når man sammenligner gjennomsnitt). Det betyr at forskjellen er temmelig liten, men ikke ubetydelig når det er populasjonsutvalg fra fylker som sammenlignes. Sammenligning mellom fylker er vel og merke vanskelig mellom annet grunnet ulike datainnsamlingsstidspunkt, før og i ulike perioder med pandemi og smitteverntiltak som kan ha bidratt til fluktuerende nivåer av psykiske plager<sup>34</sup>.

For de fleste utfallsmål som gjelder livskvalitet er det små forskjeller mellom fylkene, og Vestfold og Telemark skårer midt på treet. Dette gjelder utfallene fornøydhet med livet, mening i det daglige og negative følelser de siste syv dager. Skåren på fornøydhet med livet i dette datamaterialet for Vestfold og Telemark er på samme nivå som ble funnet for fylket i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen i oktober 2020<sup>35</sup>. Disse fornøydhetsskårene i Vestfold og Telemark er noe høyere enn det som er funnet underveis i koronapandemien i områder og perioder med strenge og langvarige smitteverntiltak. Generelt ser det ut til at mengde tiltak har direkte effekt på livskvaliteten i befolkningen, at effekten varierer med tiltakenes intensitet eller varighet og at livskvaliteten returnerer til et mer «normalt» nivå når trykket avtar (se her for en oversikt<sup>36</sup>).

Vestfold og Telemark er det andre fylket ut med mål på søvnlengde og et nytt mål på søvnproblemer. Gjennomsnittlig søvnlengde i hverdagen i utvalget er på 6 timer og 40 minutter, så og si identisk med resultatet i Møre og Romsdal. Selv om det kan være noe individuelt hvor mye søvn man trenger, er dette gjennomsnittstallet noe under anbefalt søvnlengde for voksne (26-64 år) på 7-9 timer [27]. Det er også noe under gjennomsnittlig søvnlengde i Helseundersøkelsen i Hordaland (1997-1999; 6 t 52 min for kvinner og 7 t 11 min for menn) [28]. Internasjonale tall indikerer at søvnlengden til voksne ikke har blitt kortere [29]. Men dersom så er tilfelle, er det bekymringsfullt da kort søvnlengde er assosiert med en rekke negative helseutfall. Det nye målet på søvnproblemer gir indikasjon på insomni etter diagnostiske kriterier. Totalt 13 % i utvalget rapporterer søvnproblemer etter disse kriteriene. Dette er svakt høyere enn andelen i Møre og Romsdal (11 %). Til sammenligning er det på landsbasis indikasjoner på en økning i slike problemer blant den voksne befolkningen, med en økning fra 11,9 % til 15,5 % fra 2000 til 2010 (DSM-IV-kriteriene) [30]. Det er funnet at over halvparten av pasienter i primærhelsetjenesten har slike søvnevansker [31] og at søvnevansker er en sterk risikofaktor for både langtidssykefravær og uførepensjon [32, 33]. Søvnevansker er med andre ord et betydelig folkehelseproblem, som det finnes effektiv hjelp for.

<sup>34</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgih0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

<sup>35</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgih0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

<sup>36</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgih0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

#### 4.1.7.2 Geografiske områder

De geografiske områdene innad i fylket er ikke særlig forskjellige når det gjelder gjennomsnittlig skår på psykiske plager. Samtidig merker Vest-Telemark seg ut med signifikant lavere skår på psykiske plager enn gjennomsnittet for fylket, mens Horten ligger grensesignifikant over. Forskjellen mellom høyeste gjennomsnitt tilsvarer en liten effektstørrelse (Cohens  $d$  på 0,14).

Det er også lite variasjon mellom de geografiske områdene i andel med søvnproblemer og gjennomsnittlig timer søvn, samt livskvalitetsutfallene fornøydhet med livet, fremtidsoptimisme og negative følelser siste 7 dager.

Vest-Telemark merker seg positivt ut med svakt høyere gjennomsnittsskår enn de andre geografiske områdene på spørsmålene om opplevd mening (det man gjør i livet er meningsfylt) og positive følelser siste 7 dager. Forskjellene mellom høyeste og laveste skår på disse utfallene tilsvarer en Cohens  $d$  på henholdsvis 0,14 og 0,12, som begge kan tolkes som små effektstørrelser.

Framtidsoptimismen, hvor fornøyd man tror man vil være med livet sitt fem år fra nå, er også temmelig lik på tvers av Geografiske områder i fylket (Cohens  $d$  kun 0,07 mellom høyeste og laveste gjennomsnitt). Gjennomsnittsskåren for fylket på dette spørsmålet (7,81) er høyere enn for spørsmålet om hvor fornøyd man er med livet sitt nå for tiden (7,41). Sett sammen kan tallene antyde på en viss optimisme i fylket med tanke på framtiden.

#### 4.1.8 Sosial interaksjon og sosial kapital

De amerikanske sosialpsykologene Roy Baumeister og Marc Leary skrev i 1995 en artikkel der de hevdet at behovet for tilhørighet (the need for belongingness) er et fundamentalt menneskelig behov, kanskje det aller mest fundamentale av de psykososiale behovene [34]. Slik de beskriver behovet for tilhørighet, handler det først og fremst om tilhørighet til andre mennesker. Men kanskje handler stedstilhørighet om noe av det samme. Tilhørighet til et sted handler kanskje først og fremst om tilhørighet til de menneskene som bor der, til familie, naboer og venner. I denne delen av diskusjonen inngår tilhørighet som ett av mange utfallsmål.



Foto: Stina Glømme

Litteraturen omkring sosiale faktorerers betydning for helse er etter hvert blitt omfattende. En del av kunnskapen på feltet er oppsummert i en norsk bok fra 2009 [35]. I dag vet vi for eksempel mye om virkningene av sosial støtte. God sosial støtte er ikke bare viktig for befolkningens psykiske helse, men sannsynligvis også for noe så håndfast som sykelighet og dødelighet<sup>37</sup>.

Her i landet har ensomhet fått stor politisk oppmerksomhet de siste årene. Ensomhet inngår også blant utfallsvariablene vi undersøker i folkehelseundersøkelsene i fylkene. En oppsummering av til sammen 40 litteraturoppsummeringer fra 2017 konkluderte med at ensomhet henger sammen med totaldødelighet [36]. Både en forhøyet risiko for hjertekarsykdom og for psykisk lidelse kan bidra til å forklare dette. Forfatterne av denne studien påpekte imidlertid at de ikke kan si noe sikkert om årsaksretning. Ingen av oppsummeringene de fant var av høy kvalitet [36]. Uansett må ensomhet betraktes som et viktig aspekt ved folks livskvalitet. Bekjempelse av ensomhet er dermed en viktig del av folkehelsearbeidet.

#### 4.1.8.1 Fylker

Vi har i syv fylker brukt skalaen «Oslo Social Support Scale» for å måle sosial støtte. I innværende rapport (og i Møre og Romsdal) har vi rapportert andel som opplever *høy grad* av sosial støtte basert på denne skalaen, mens vi i tidligere rapporter har vist andel som opplever *middels eller høy grad* av sosial støtte. For å kunne sammenligne med det som tidligere er rapportert, har vi derfor i appendiks vist andel i Vestfold og Telemark som opplever *middels eller høy grad* av sosial støtte. Denne andelen er på 85,6 %, mens de andre fylkene varierer fra 86,8 til 89,6 %. Forskjellene mellom fylkene er altså små. Det kan se ut til at Norge er et land der en svært høy andel av befolkningen rapporterer om sosial støtte, i alle fall når sosial støtte måles med Oslo Social Support Scale. Norge pleier å

<sup>37</sup> <https://www.scientificamerican.com/article/relationships-boost-survival/>



komme positivt ut når vårt land blir sammenlignet med andre land på sosiale indikatorer [37, 38].

De andre utfallsmålene på sosial interaksjon og sosial kapital kan sammenlignes med fem fylker; Agder, Nordland, Troms og Finnmark, Rogaland og Møre og Romsdal. Grad av stedstilhørighet, trygghet i nærmiljøet, tillit til andre og gjensidig positive sosiale relasjoner er i alle disse fylkene målt langs en skala fra 0 til 10. For opplevd stedstilhørighet er gjennomsnittlig skår Vestfold og Telemark (7,38) svakt lavere enn i de andre fylkene (7,43-7,60), og trygghet i nærmiljøet (8,84) omtrent likt med Agder og Rogaland og noe lavere enn Nordland, Troms og Finnmark og Møre og Romsdal (9,16-9,18). Forskjellene mellom Vestfold og Telemark og fylkene som har høyest skår tilsvarer en Cohens  $d$  på hhv. 0,09 (stedstilhørighet) og 0,21 (trygghet på nærmiljøet). Altså kun små forskjeller, men ikke ubetydelig for trygghet i nærmiljøet. De som bor i Vestfold og Telemark føler seg kanskje litt mindre trygge i nærmiljøet enn det som er tilfelle i de nordligste fylkene og Møre og Romsdal.

Andel som rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere (51,7 %) er sammen med Møre og Romsdal (50,2 %) litt lavere enn de andre fylkene (57,5-65,0 %). Forskjellen mellom høyeste andel og andel for Vestfold og Telemark tilsvarer en Cohens  $h$  på 0,27, altså en middels sterk effektstørrelse. Både Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal gjennomførte sine undersøkelser under den pågående koronapandemien. Selv om Vestfold og Telemark sin datainnsamling fant sted like etter en gjenåpning av samfunnet 25. september, kan resultatene tenkes å speile den lange perioden med smittvernsregler og anbefalinger om å redusere sosial kontakt.

Med tanke på den pågående koronapandemien og de langvarige tiltakene, er det kanskje uventet at vi ikke finner noen klar forskjell i gjennomsnittlig skår på ensomhet mellom fylkene som har gjennomført datainnsamling under pandemien og de andre fylkene. Snarere er skåren i Vestfold og Telemark (1,97) og Rogaland (1,93) litt lavere enn i de øvrige fylkene (2,20-2,23). Funnet stemmer overens med resultatene fra en oppfølgingsundersøkelse i juni 2020 blant FHUS-deltakerne fra Agder og Nordland [3]. Den samlede ensomhetsskåren viste der å ha holdt seg stabil og faktisk å ha gått litt ned sammenlignet med før koronapandemien. Vel og merke hadde skåren økt noe for enkelte grupper, som blant enslige og blant eldre kvinner. Ensomhetsskåren for Vestfold og Telemark er også lavere enn det som ble funnet i en ny oppfølgingsundersøkelse november-desember 2020 av FHUS-deltakerne fra Agder og Nordland. I denne undersøkelsen var også innbyggere i Oslo og Vestland inviterte. Også disse hadde noe høyere gjennomsnittsskårer på ensomhet enn vi finner i Vestfold og Telemark<sup>38</sup>.

For spørsmålene om tillit til andre mennesker (om folk flest er til å stole på) og gjensidig positive sosiale relasjoner skiller Vestfold og Telemark seg derimot ikke ut sammenlignet med de andre fylkene. Spørsmålet om folk er til å stole på har lange tradisjoner og er blitt benyttet i undersøkelser blant høgskolestudenter i USA helt tilbake til 1960-tallet. Spørsmålet benyttes også som en indikator på «sosial kapital»<sup>39</sup>. Undersøkelser har vist at nordmenn, i likhet med befolkningen i de andre nordiske landene, skårer svært høyt på tillit til andre mennesker. Dette framkommer når det sammenlignes med tall fra andre land i Europa<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

<sup>39</sup> <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.8.1187>

<sup>40</sup> [https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/fieldwork/norway/ESS5\\_brochure\\_NO.pdf](https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/fieldwork/norway/ESS5_brochure_NO.pdf)

#### 4.1.8.2 Geografiske områder

Det er noe variasjon mellom de geografiske områdene på utfallene som gjelder sosial interaksjon og sosial kapital. De fleste områdene ligger vel og merke på fylkesgjennomsnittet, og forskjellene mellom høyeste og laveste andel/gjennomsnitt er stort sett små målt i effektstørrelser.

For opplevd trygghet i nærmiljøet er det derimot tydeligere forskjeller. Her kommer Vest-Telemark, Midt-Telemark, Drangedal/Kragerø, Færder og Øst-Telemark best ut, mens Porsgrunn/Bamble og Skien/Siljan ligger under fylkesgjennomsnittet. Cohens  $d$  for høyeste mot laveste verdi (Vest-Telemark og Siljan/Skien) er 0,40, som kan tolkes som en middels sterke forskjeller.

Særlig Vest-Telemark kommer positivt ut på flere av utfallene. På andel som rapporterer høy sosial støtte ligger Vest-Telemark over fylkesgjennomsnittet. Midt-Telemark skårer også bra her. Disse regionene, sammen med Øst-Telemark og Drangedal/Kragerø, merker seg også positivt ut på andel som rapporterer å være er sammen med gode venner ukentlig eller oftere og skåre på stedstilhørighet. På disse spørsmålene merker Holmestrand seg ut med lavere skårer enn fylkesgjennomsnittet. Forskjellen fra høyeste til laveste skårer er små målt i effektstørrelser (Cohens  $h$  0,22 for sammen med venner/ Cohens  $d = 0,17$  for stedstilhørighet), men er kanskje ikke ubetydelige i denne sammenheng.

Det er lite variasjon på tvers av de geografiske områdene innen fylket på spørsmålene om gjensidig positive sosiale relasjoner og ensomhet– både når vi har målt med skalaen UCLA-3 og med enkeltspørsmål om følelse av ensomhet siste syv dager. For alle disse målene kommer Færder best ut, men forskjellene er altså små.

#### 4.1.9 Andre utfallsmål (støy, knapt med penger i husholdningen)

##### 4.1.9.1 Fylker

I Vestfold og Telemark var det 10,7 % som rapporterte at de er plaget (middels, mye eller svært mye) av støy fra trafikk når de er hjemme. Dette er på samme nivå som Troms og Finnmark, litt høyere enn de andre fylkene som har gjennomført folkehelseundersøkelsen (6,6-9,6 %). Forskjellene mellom fylkene er vel og merke nokså små (forskjellen mellom Vestfold og Telemark og laveste andel (tidligere Sogn og Fjordane) tilsvarer en Cohens  $h$  effektstørrelse på 0,15). På spørsmål om å være plaget av støy fra andre kilder enn veitrafikk når man er hjemme ligger tallene fra Vestfold og Telemark mer i mellomsjiktet sammenlignet med de andre fylkene. Sammenligning bør her gjøres med forsiktighet, da det siste spørsmålet ble reformulert fra å spørre om «andre støykilder» til «andre utendørs støykilder enn veitrafikk» i siste skjemarevisjon tatt i bruk i f.o.m. 2021. Det ble også lagt til en klargjøring om hva som menes med «hjemme».

Andel som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få pengene i husholdningen til å strekke til er i Vestfold og Telemark 18,7 %. Denne andelen er i mellomsjiktet sammenlignet med de andre fylkene (mellom 16,7 % og 21,4 %). Alle disse andelen er noe høyere enn Statistisk sentralbyrås beregninger av andel personer i befolkningen som tilhører en husholdning med lavinntekt (11, 2 % i 2017 [39], men tilsvarer andelen som bor i en husholdning som ikke har mulighet til å klare en uforutsett utgift (19 % i levekårsundersøkelsen 2020)<sup>41</sup>.

<sup>41</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/fattigdomsproblemer-levokarsundersokelsen>

#### 4.1.9.2 Geografiske områder

Både for støy fra veitrafikk og annen støy er det omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andel som rapporterer å være plaget (Cohens  $h=0,21$  for veitrafikkstøy og 0,25 for annen støy, som er små til middels sterke effektstørrelser). For begge utfall har Vest-Telemark lavest andel plaget mens Sandefjord er blant de med høyest andel. For støy fra veitrafikk er det Holmestrand som har høyest andel som rapporterer å være plaget, mens for annen støy er det Tønsberg og Porsgrunn/Bamble som sammen med Sandefjord har høyest andel.

De fleste av områdene ligger rundt fylkesgjennomsnittet i andel som svarte at de synes det er vanskelig å få pengene i husholdet til å strekke til. Midt-Telemark bemerket seg med en noe høyere andel (21,5 %). Forskjellen mellom denne og regionen med lavest andel (Færder, 16,7 %) tilsvarer en Cohens  $h$  på 0,12, som kan tolkes som en liten, men ikke helt ubetydelig forskjell.

#### 4.1.10 Kjønnforskjeller

Kjønnforskjellene faller for det meste inn i mønstre vi kjenner igjen både fra folkehelseundersøkelsene i andre fylker og forskning både internasjonalt og i Norge.

De fleste kjønnforskjellene som handler om levevaner, går i retning av at kvinnene oppnår bedre tall. Når det gjelder kosthold, finner vi at en høyere andel kvinner enn menn spiser frukt eller bær daglig eller oftere og grønnsaker daglig eller oftere. Og motsatt er det en høyere andel menn enn kvinner som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Alle disse forskjellene mellom menn og kvinner er middels sterke til sterke. Unntaket her er for inntak av fisk, der det ikke er klare kjønnforskjeller. Videre, når det gjelder helserelaterte levevaner, er det klart lavere andeler kvinner enn menn som snuser daglig, drikker alkohol to-tre ganger eller oftere per uke eller som har et episodisk høyt forbruk av alkohol. Blant kvinnene er det noe færre som oppgir at det er mer enn to år siden de var hos tannlege eller tannpleier. Kjønnforskjellene for fysisk aktivitet følger et noe mer sammensatt mønster, som varierer over alder; I de to yngste aldersgruppene (18-39 år) er andelen fysisk aktive høyest blant menn, mens andelen er høyest blant kvinner i aldersgruppene mellom 30-69 år.

Menn kommer derimot best ut på de fleste utfallsvariabler som gjelder fysiske og psykiske helseplager. Vel og merke er det ikke kjønnforskjeller på spørsmålet om opplevd helse generelt. Men høyere andel kvinner enn menn rapporterer om nakkesmerter (50,2 % mot 32,1 %) og korsryggsmerter (46,2 % mot 40,9 %) siste 28 dager, og en høyere andel har søvnproblemer (15,5 % mot 10,0 %). Videre skårer kvinner høyere enn menn på psykiske plager og negative følelser (liten til middels sterk effektstørrelse med Cohens  $d$  på hhv 0,22 og 0,27).

Når det gjelder livskvalitet, er det ingen kjønnforskjell av betydning på de overordnede spørsmålene om hvor fornøyd man er med livet og om det man gjør i livet er meningsfylt. Kvinner skårer imidlertid litt høyere enn menn på spørsmålet om hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå (Cohens  $d=0,12$ ). For underdimensjoner av livskvalitet er der derimot klarere kjønnforskjeller. Kvinner skårer høyere enn menn på opplevd gjensidig positive sosiale relasjoner (Cohens  $d = 0,25$ ) og en høyere andel kvinner enn menn opplever høy sosial støtte (39,1 % mot 23,9 %). Samtidig kommer menn bedre ut enn kvinner for opplevd ensomhet (både målt med UCLA3-skalen og et

enkeltspørsmål). Menn føler seg også tryggere i nærmiljøet enn det kvinnene gjør. Kjønnsforskjellen i trygghet i nærmiljøet er særlig tydelig i den yngste aldersgruppen.

Når det gjelder opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter oppgir en litt høyere andel blant kvinner enn menn at tilgangen på kulturtilbud, idrettstilbud og kystlinje/strand/sjø er svært god eller god. Forskjellen ligger på bare på rundt 4 prosentpoeng for disse spørsmålene. På resterende utfallsmål er det ubetydelige eller ingen kjønnsforskjeller.

Innen forskningen om psykisk helse er det kjent at en høyere andel kvinner enn menn utvikler det som ofte kalles vanlige psykiske lidelser (Common Mental Disorders) og som blant annet omfatter angst og depresjon [40, 41]. En høyere andel menn enn kvinner utvikler atferdsproblemer, blant annet et høyt forbruk av alkohol og alkoholisme [40]. Kanskje er det litt av dette mønsteret vi også ser i de resultatene vi her har presentert fra folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark.

#### 4.1.11 Aldersgrupper

Det kanskje mest overraskende med folkehelseundersøkelsene i fylkene er den sterke sammenhengen vi finner mellom alder og mange av utfallsvariablene. De fleste av disse sammenhengene er dessuten nokså like for menn og kvinner. Resultatene fra Vestfold og Telemark bekrefter en god del av det vi har sett i de fylkene som tidligere har gjennomført folkehelseundersøkelsen.

Vi kan tegne følgende bilde når det gjelder helsereelatert atferd. Et sunt kosthold ser ut til å være positivt korrelert med alder. Jo høyere alder, desto høyere er andelen som spiser frukt eller bær daglig eller oftere, grønnsaker daglig eller oftere og fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant kvinner øker andelen så å si lineært med alder, mens økningen er tydeligst fra 50-års alder blant menn. Og motsatt synker andelen som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere klart med økende alder. Andelen som snuser daglig synker med stigende alder. Andelen som har et episodisk høyt alkoholforbruk synker også, men vel og merke først og fremst fra yngste til nest yngste aldersgruppe. Deretter stiger andelen inntil aldersgruppen 50-59 år for deretter igjen å synke. Andelen som drikker alkohol to ganger i uken eller oftere stiger derimot med alderen. Andelen overvektige, som først øker med alderen, avtar mot de enda eldre gruppene.

Prosentdelen som rapporterer daglig snusbruk er, som nevnt tidligere i rapporten, klart høyere blant menn enn kvinner. Dette gjelder alle aldersgruppene. Også dette er vist i tidligere studier, selv om snusbruken vel og merke har økt blant unge kvinner siste årene [42]. Mens røykingen er klart mest utbredt hos de middelaldrende, er bruken av snus klart mest vanlig blant de yngste. Dette gjelder begge kjønn, og indikerer at snusbruk i stor grad har erstattet sigarettøyking.

De fleste aspekter knyttet til psykiske plager og livskvalitet viser en sterk sammenheng med alder. Skåren på psykiske plager er særlig høy blant kvinner i den yngste aldersgruppen, og forskjellen mellom høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste aldersgruppe) tilsvarer Cohens  $d$  på hele 1,00 for kvinnene og 0,83 for mennene. Det er også sterke sammenhenger (Cohens  $d$  over 0,50 for yngste mot eldste aldersgruppe) for både for de overordnede livkvalitetsspørsmålene (tilfredshet med livet, mening med livet) og for delaspektene positive og negative følelser, tillit til andre, stedstilhørighet og opplevelse av å være trygg i nærmiljøet. Det meste blir bedre med økende alder.

Sammenhengene er imidlertid ikke alltid lineære, og tryggheten i nærmiljøet øker sterkere med alderen for kvinner enn for menn.

Resultater for sosial interaksjon og sosial kapital gir litt mer sammensatt bilde. Når det gjelder andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere sees en U-formet alderstrend, der andelene er høyest i den yngste og de eldste aldersgruppene. Det samme mønsteret kan sees for deltakelse i egenorganisert aktivitet. For høy sosial støtte er det derimot motsatt, med høyeste andeler blant de mellom 30-49 år. Dette mønsteret er tydeligst blant kvinner, men kan også sees blant menn. For andre utfall er det igjen mer lineære sammenhenger, der det blir bedre med alderen. Trivselen i nærmiljøet og stedstilhørigheten øker med stigende alder, og ensomheten synker - både målt med UCLA-3-skalaen og spørsmål om ensomhetsfølelse siste syv dager.

På de fleste delspørsmål øker også opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter noe med alderen, selv om sammenhengene her ikke alltid er lineære. Dette gjelder kulturtilbudet, idrettstilbudet, butikker, spisesteder og andre servicetilbud, offentlig transport (først og fremst fra 50-års alder) og natur og friluftsområder (først og fremst opp til 50-års alder). Vi vet ikke sikkert om de unge bor i områder der tilgang på tjenester og fasiliteter faktisk er dårligere enn der de eldre bor, eller om det handler om forskjeller i alderstilpassede tilbud og tjenester. Det kan også tenkes at de yngre stiller noe høyere krav. For spørsmål om utbygde gang- og sykkelstier merker aldersgruppen 30-39 år seg ut med lavere andel tilfredse sammenlignet med de andre aldersgruppene. Siden det er i denne aldersgruppen mange har små barn, kan det spekuleres i om dette dels kan gjenspeile deres opplevde tilgang til gang- og sykkelstier også for barn og unge.

Jo eldre en er, desto mindre støy opplever en hjemme fra trafikk og fra andre kilder. Om dette har med redusert hørsel, bedre boligkvalitet eller bedre boligbeliggenhet å gjøre, vet vi ikke. Andelen som har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene synker. Dette siste kan både ha sammenheng med at økonomien er bedre, både den faktiske og den opplevde, og at behovet for tannlegebesøk kanskje øker med alderen. Andelen som rapporterer problemer med å få husholdningsinntekten til å strekke til synker klart med stigende alder.

Vi må altså lete nøye for å finne noe som ikke blir bedre med alderen. Det eneste av utfallsmålene som viser en tendens til en mer helsemessig negativ utvikling over alder, er det å drikke minst to alkoholenheter per uke. Samtidig er andelen som har et episodisk høyt forbruk av alkohol, som allerede nevnt, klart høyest i den yngste aldersgruppen, og stiger kun svakt igjen blant menn fra aldersgruppen 30-39 til 59-59 år, for deretter å synke med økende alder.

Det kan se ut til at svært mange av de sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltakene i Vestfold og Telemark særlig bør rettes inn mot middelaldrende og yngre grupper.

Som nevnt i metodekapittelet, finnes en feilkilde som kanskje et stykke på vei kan forklare hvorfor vi tegner et så positivt bilde av situasjonen i de eldste aldersgruppene. Når utvalget sjekkes mot Kontakt og reservasjonsregisteret, blir de som ikke kan nås gjennom en rent elektronisk datainnsamling fjernet fra utvalget. Antallet som fjernes er nokså høyt i de eldste aldersgruppene.

Det er likevel to ting som taler for at sammenhengene vi har funnet sannsynligvis viser et riktig bilde, selv om bildet kanskje er blitt noe forsterket. For det første er forskjellene vi finner oftest ganske lineære. Det er med andre ord ikke forskjeller som først opptrer når vi kommer opp i en alder der frafallet på grunn av manglende tilgang på elektroniske medier

er stort. For det andre er sammenhengene sterke. Det er kanskje vanskelig å forestille seg at seleksjon skulle forårsake en så sterk dreining av resultatene av undersøkelsen. Undersøkelsen i Vestfold og de tidligere Agder-fylkene i 2015 inkluderte postalt spørreskjema, og nådde med det noe bedre ut til den eldste aldersgruppen. Nevnte forskjeller over aldersgrupper var langt på vei de samme, kanskje med unntak av noe lavere opplevd tilgang til fasiliteter og servicetilbud i gruppen 80+ år<sup>42</sup>. Gruppen 80+ er ikke presentert spesifikt i foreliggende rapport grunnet frafallsproblemene. I tillegg til seleksjonsproblematikken kan det tenkes at en så bred aldersgruppe som «70 år og eldre», som brukt i denne rapporten, gjør at mengden relativt friske 70-75 åringer «skjuler» situasjonen for noen av de mer skrøpelige eldre, for eksempel når det gjelder opplevd ensomhet.

Et funn som dreier seg om både kjønn og alder samtidig, gjelder opplevelsen av trygghet. Både blant kvinner og blant menn øker andelen som i stor grad føler seg trygge med alderen, men flater ut ved pensjonsalderen. De yngste kvinnene (18-29) merker seg ut med særlig lav gjennomsnittsskår på å føle seg trygg i nærmiljøet. Beslektede aldersforskjeller finner vi også i Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse. Jo eldre, desto lavere andel har vært utsatt for vold eller trusler i løpet av det siste året<sup>43</sup>.

#### 4.1.12 Utdanning

At utdanning henger nært sammen med helse og helsedeterminanter, er noe vi vet fra forskning både internasjonalt og i Norge. Resultatene fra folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Agder stemmer godt med dette bildet.

Jo høyere utdanning, desto høyere andel spiser sunt og rapporterer å være fysisk aktive (minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken). Andelen med fedme (KMI  $\geq 30$ ), som røyker daglig, eller som bruker snuser daglig går ned med økende utdanning. For timer sittende i ro er bildet motsatt; de med høyere utdanning rapporterer gjennomsnittlig mer tid sittende i ro i hverdagen enn de med lavere utdanning. Blant menn rapporterer de med høyskole- eller universitetsutdanning nesten 1 time mer stillesitting i hverdagen sammenlignet med de med grunnskole/VGS-utdanning. Også andel som drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere øker klart med økende utdanning. Det episodisk høye alkoholforbruket varierer derimot lite med utdanning.

For alle mål på helseplager og funksjonstap er det en klar utdanningsgradient i favør av de med høyere utdanning. Andel med nakkesmerter, med korsryggsmerter og med søvnproblemer synker, likeså andel med funksjonsnedsettelse på grunn av skade, og som opplever at hverdagen deres i stor grad er påvirket av helseproblemer. Med økende utdanning er det også en synkende andel som rapporterer at det er minst to år siden de var til tannlege. I tillegg synker andelen som opplever støy i hjemmet fra trafikk eller andre kilder.

Jo høyere utdanning, desto lavere skår på psykiske plager, negative følelser og ensomhet. Den klare sammenhengen mellom psykiske plager og utdanningsnivå er kjent fra andre publikasjoner (se blant annet Kurtze et al. 2013 [43]; Dalgard, 2008 [44]).

Utdanningsgradienten går også igjen i utfallene på subjektiv livskvalitet. Særlig sterk sammenheng (Cohens  $d$  over 0,50 for høyeste mot laveste verdi) sees for det overordnede

<sup>42</sup> [https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport\\_versjon\\_revidert\\_131017.pdf](https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport_versjon_revidert_131017.pdf)

<sup>43</sup> [Trygghet - SSB](#)

spørsmålet om opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt, og for opplevelsen av engasjement, tillit til andre mennesker og gjensidig positive, sosiale relasjoner. Videre, jo høyere utdanning, desto høyere skåre også på å føle seg trygg i nærmiljøet, og på de overordnede spørsmålene om fornøydhets med livet og «fremtidsoptimisme» (Cohens  $d$  0,30-0,40 for høyeste mot laveste verdi, som kan tolkes som middels sterke effektstørrelser).

Andre mål relatert til sosial interaksjon og sosial kapital som ikke allerede er nevnt, følger stort sett samme mønster, men med noen unntak. Andelen som opplever høy sosial støtte øker sterkt med økende utdanning. Med økende utdanning, øker også andelen som er med i organiserte aktiviteter eller i andre aktiviteter. For stedstilhørighet og det å trives i nærmiljøet sees bare svake sammenhenger med utdanningsnivå. Her antydes også en svak omvendt U kurve-sammenheng, særlig for menn, der skåren er høyest for de med videregående som høyeste utdanningsnivå. Andel som minst ukentlig er sammen med gode venner synker også litt blant menn (4,1 prosentpoeng) fra VGS til høyeste utdanningsnivå, mens den øker litt blant kvinner (6,4 prosentpoeng) fra laveste til høyeste utdanningsnivå. Dette er kanskje den eneste gangen i denne rapporten at vi finner motsatte endringer over utdanningsnivå for menn og kvinner.

Det skal nevnes at det for opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter er nokså svake sammenhenger med utdanningsnivå. For kulturtilbud, idrettstilbud og natur- og friluftsområder er det en tendens til høyere andeler som gir svært god eller god tilgjengelighet med økende utdanningsnivå. Forskjellene er her klare mellom de to gruppene frem til høyere utdanning. For offentlig transport er det antydning til en motsatt sammenheng, der andelen som svarer svært god eller god tilgjengelighet er høyere med synkende utdanningsnivå.

Til sist synker andelen med økonomiske vansker betydelig, og så å si lineært, med økende utdanningsnivå.

## 4.2 Begrensninger ved datagrunnlaget

### 4.2.2 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen var på 37,9, en relativt «vanlig» svarprosent for denne typen undersøkelser. Det at nærmere 2/3 av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel en del usikkerhet om hvor gode tall vi egentlig har.

Deltakelsen varierer dessuten over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper. Jo lavere utdanning, desto lavere er sannsynligvis deltakelsen, uten at vi har gode nok data til å beregne nøyaktig hvor sterk denne seleksjonen er. Deltakelsen er dessuten spesielt lav blant menn i den yngste aldersgruppen og kvinner i den eldste. Prosentandelen registrerte i kontakt- og reservasjonsregisteret minker i de eldste aldersgruppene, noe som også gjør representativiteten mer usikker blant de eldre generelt.

Hvis det er fullstendig tilfeldig hvem som bestemmer seg for å svare på skjemaet (i den statistiske litteraturen kalles dette «Missing Completely at Random» - MCAR), behøver ikke lav deltakelse ha så store konsekvenser. Men dersom det er en sterk sammenheng mellom det å delta og det vi spør om, er det straks verre. Vi har derfor lagt mest vekt på sammenhenger som er sterke og som inngår i konsistente mønstre.

Av de som faktisk ble inviterte til å delta, varierer svarprosenten mellom de ulike kommunene en hel del. Det var også klar variasjon i svarprosent mellom de geografiske inndelingene brukt i denne rapporten (fra 33,1 til 42,9 %).

Seleksjon kan, som allerede nevnt ovenfor, resultere i skjeve estimater hvis det at en ikke deltar (ikke-deltakelse) henger sammen med utfallsmål som inngår i undersøkelsen. Dette skal etter hvert undersøkes ved at vi kobler data fra folkehelseundersøkelsene mot data fra registre.

#### 4.2.3 Spørreskjema og måleinstrument

Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen er en nylig revidert versjon av basismodulen for folkehelseundersøkelsene, først brukt i Møre og Romsdal i februar 2021. Store deler av skjemaet er likevel brukt i forrige folkehelseundersøkelse i Vestfold og de tidligere Agder-fylkene [6], samt i tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane [12, 45]. Undersøkelsen har enda flere likheter med basismodulen av spørsmål brukt i Troms/Finnmark, Agder, Nordland og Rogaland i 2019/2020 [7-10]. Utfallsmål som er sammenlignbare mellom funn fra Vestfold og Telemark og andre fylker sine undersøkelser er skissert opp i tabell A1 i appendiks 2. Der man bør være ekstra forsiktig ved sammenligning, grunnet større eller mindre endringer gjort i siste spørreskjema-revisjon, er resultat fra forutgående undersøkelser merket med rosa farge og gitt nærmere forklaring i fotnoter.

En del av skalaene 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 appendiks i denne rapporten):

- Søvnproblemer (Bergen Insomnia Scale (BIS) – 4 ledd, spm. 2.11-14)
- Psykiske plager (Hopkins Symptoms Checklist – 5 ledd, spm. 2.6-2.9)
- Sosial støtte (Oslo Social Support Scale, spm. 3.1-3.3)
- Ensomhet (The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS), spm. 3.4-3.6)
- Alkohol (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption – AUDIT-C, spm. 4.11-4.11c)

De fire spørsmålene om kosthold (spm. 4.4-4.7) blir brukt av Statistisk sentralbyrå (SSB) i Levekårsundersøkelsene, og noen av de inngår også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Av temaer som er nye i den reviderte basismodulen, vil spørsmål om muskel-skjelettplager inngå i regionale, nasjonale og internasjonale sykdomsbyrdeanalyser. Ved å bruke slike skalaer og spørsmål sikrer vi ikke bare at vi får gode data, men vi kan også i større grad sammenligne våre resultater med resultater fra tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et nokså bredt spekter av områder. Selv om vi har basert oss på mange instrumenter som er godt kvalitetssikret tidligere, er det ikke sikkert kvaliteten på instrumentene som er benyttet er like god på alle temaområdene. I det videre arbeidet er det viktig med en videre kvalitetssikret av de ulike spørsmålsgruppene som inngår. Funn fra denne undersøkelsen må uansett vurderes kritisk og sees i sammenheng med hva en finner i andre studier. At mange av funnene når det gjelder kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå stemmer godt med det vi vet fra landsrepresentative undersøkelser, bidrar å styrke vår tiltro til de resultatene som foreligger fra de fylkene som til nå har gjennomført undersøkelsen.



Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021 er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider<sup>44,45</sup>. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i fylkene<sup>46</sup>.

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 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 (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt og arbeids-/livssituasjon), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Som nevnt var flere av spørsmålene også brukte i pilotundersøkelsen i Vestfold og de tidligere Agder-fylkene i 2015/16 [6]. Det vil dermed være mulig å gjøre egne analyser på endringer i Vestfoldkommunene på en del tema. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen i Vestfold og Telemark, andre forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.



Foto: Stina Glømme

---

<sup>44</sup> <http://www.norges-helse.no/norges-helse/?language=no>

<sup>45</sup> <http://khs.fhi.no/webview/>

<sup>46</sup> <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

## V. Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021: p. 1403494821993711.
4. Vederhus, J.-K., C. Timko, and S.H. Haugland, *Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey.* Quality of Life Research, 2021. **30**(6): p. 1769-1778.
5. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
6. Grøtvedt, L., et al., *Fylkehelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring.* Oslo: Folkehelseinstituttet. . 2016, Folkehelseinstituttet.
7. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
8. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
9. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
10. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Fremgangsmåte og utvalgte resultater,* in *Rapport 2020.* 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
11. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal 2021: Framgangsmåte og utvalde resultat.* 2021, Folkehelseinstituttet: Bergen.
12. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat.* 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
13. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study.* American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306-14.
14. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study.* BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.
15. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies.* Research on aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.

16. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
17. Kurtze, N., et al., *Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008. **36**(1): p. 52-61.
18. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. *PLOS ONE*, 2020. **15**(4): p. e0231581.
19. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
20. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
21. Pearlin, L.I. and C. Schooler, *The structure of coping*. *Journal of health and social behavior*, 1978: p. 2-21.
22. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
23. World Health Organization, *The Ottawa Charter on Health Promotion*. 1986, Copenhagen: World Health Organization.
24. Abel, M.H. and T.H. Totland, *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020. [Self-reported dietary habits and body weight in adults in Norway - Results from the National Public Health Survey 2020]*. 2021, Folkehelseinstituttet: Oslo.
25. Hansen, B.H., et al., *Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge*. 2015, Helsedirektoratet: Oslo.
26. Holseter, C., et al., *Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2015. **135**: p. 434-8.
27. Hirshkowitz, M., et al., *National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary*. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 2015. **1**(1): p. 40-43.
28. Ursin, R., B. Bjorvatn, and F. Holsten, *Sleep Duration, Subjective Sleep Need, and Sleep Habits of 40- to 45-Year-Olds in the Hordaland Health Study*. *Sleep*, 2005. **28**(10): p. 1260-1269.
29. Bin, Y.S., N.S. Marshall, and N. Glozier, *Secular trends in adult sleep duration: a systematic review*. *Sleep medicine reviews*, 2012. **16**(3): p. 223-230.
30. Pallesen, S., et al., *A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population*. *Sleep Medicine*, 2014. **15**(2): p. 173-179.
31. Bjorvatn, B., et al., *High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner*. *Fam Pract*, 2017. **34**(1): p. 20-24.
32. Sivertsen, B., et al., *The long-term effect of insomnia on work disability - The HUNT-2 historical cohort study*. *American Journal of Epidemiology*, 2006. **163**(11): p. 1018-1024.

33. Sivertsen, B., et al., *Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. **66**(1): p. 67-74.
34. Baumeister, R.F. and M.R. Leary, *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychological Bulletin, 1995. **117**(3): p. 497-529.
35. Mæland, J.G., et al., *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk.
36. Leigh-Hunt, N., et al., *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. Public health, 2017. **152**: p. 157-171.
37. Helliwell, J.F., et al., *World Happiness Report*. 2021.
38. Eurostat, *Living conditions in Europe. 2018 edition*. 2018, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
39. Omholt, E.L., *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2019*. 2019, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
40. Alonso, J., et al., *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004. **109**: p. 21-27.
41. Baxter, A., et al., *Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression*. Psychological medicine, 2013. **43**(5): p. 897-910.
42. Kvaavik E. (red.). *Tobakk i Norge. FHI-rapport*. [cited 2022 04.01]; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/>.
43. Kurtze, N., T.A. Eikemo, and C.B. Kamphuis, *Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet*. The European Journal of Public Health, 2013. **23**(2): p. 223-229.
44. Dalgard, O.S., *Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors*. International Journal for Equity in Health, 2008. **7**(27).
45. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport til Hordaland fylkeskommune*. 2018, Norwegian Institute of Public Health Bergen.

## Appendiks 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Vestfold og Telemark 2021 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

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

## Appendiks 2: Tabell (tillegg)



**Tabell A1: Utfallsmål etter fylker. Ikke populasjonsvektede tal. Vektet for oversampling i noen kommuner (og bydeler eller valgkretser i noen kommuner i enkelte fylker).**

**Merk:** Spørreskjemaet som ble brukt i Vestfold og Telemark er basert på en revidert versjon av kjernemodulen, først brukt i Møre og Romsdal februar 2021. I følgende sammenstilling med tidligere undersøkelser er det tatt med utfallsmål baserte på spørsmål som enten er helt like, eller såpass like med tidligere undersøkelser, at tallene lar seg sammenlikne. Vi har merket utfall fra tidligere undersøkelser i rosa der er spørsmålsformuleringene ikke er like det som er brukt i Vestfold og Telemark. For disse bør man være varsom med sammenlikning mellom tall fra Vestfold og Telemark/Møre og Romsdal og resterende fylker. Der det er aktuelt, er det lagt inn fotnoter med beskrivelse av forskjeller i spørsmål eller svaralternativer mellom undersøkelsene.

Utfallsmål	Fylke							
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Kultur- og idrettstilbud – god eller svært god tilgang <sup>47</sup>			<b>75,4</b> (74,8-76,0)	<b>78,2</b> (77,7-78,6)	<b>75,6</b> (75,0-76,1)	<b>79,0</b> (78,5-79,5)	<b>Kultur: 67,5</b> (66,9-68,1) <b>Idrett: 76,8</b> (76,2-77,3)	<b>Kultur: 78,5</b> (78,0-78,9) <b>Idrett: 82,5</b> (82,1-82,9)
Butikker, spisesteder og andre servicetilbud			<b>80,5</b> (80,0-81,0)	<b>82,8</b> (82,4-83,3)	<b>81,5</b> (81,0-82,0)	<b>85,0</b> (84,6-85,4)	<b>79,1</b> (78,6-79,6)	<b>84,9</b> (84,5-85,3)
Offentlig transport			<b>39,2</b> (38,6-39,9)	<b>50,2</b> (49,6-50,8)	<b>31,8</b> (31,2-32,4)	<b>57,9</b> (57,3-58,5)	<b>34,2</b> (33,6-34,9)	<b>52,5</b> (51,9-53,1)
Natur- og friluftsområder <sup>48</sup>			<b>95,1</b> (94,8-95,3)	<b>95,1</b> (94,8-95,3)	<b>95,6</b> (95,3-95,8)	<b>92,4</b> (92,1-92,8)	<b>93,3</b> (93,0-93,6)	<b>92,5</b> (92,3-92,8)
Parker og andre grøntareal			<b>68,8</b> (68,2-69,4)	<b>78,8</b> (78,3-79,2)	<b>71,4</b> (70,8-72,0)	<b>84,0</b> (83,5-84,4)		
Kystlinje/strand eller sjø							<b>91,1</b> (90,7-91,5)	<b>82,8</b> (82,4-83,2)
Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygd			<b>43,2</b> (42,5-43,8)	<b>60,5</b> (59,9-61,1)	<b>46,7</b> (46,0-47,3)	<b>67,9</b> (67,3-68,5)	<b>43,7</b> (43,0-44,3)	<b>60,5</b> (60,0-61,1)

<sup>47</sup> I Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal ble dette tema delt i to spørsmål, ett for tilgangen på kulturtilbud og ett for tilgangen på idrettstilbud. Vi viser her prosentandeler for begge spørsmålene for Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal

<sup>48</sup> I Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal ble spørsmålene om natur- og friluftsområder og parker og grøntareal slått sammen til ett spørsmål. Vi viser her prosentandeler for dette samla spørsmålet for Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal

Utfallsmål	Fylke							
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Deltakelse i organiserte aktiviteter ukentlig <sup>49</sup>	<b>25,5</b> (24,8-26,1)	<b>27,7</b> (26,7-28,6)	<b>24,8</b> (24,2-25,3)	<b>32,8</b> (32,2-33,3)	<b>26,9</b> (26,3-27,5)	<b>27,6</b> (27,1-28,2)	<b>22,5</b> (22,0-23,0)	<b>25,9</b> (25,4-26,4)
Deltakelse i andre aktiviteter ukentlig	<b>41,6</b> (40,9-42,4)	<b>41,8</b> (40,8-42,8)	<b>53,0</b> (52,3-53,7)	<b>57,5</b> (57,0-58,1)	<b>52,0</b> (51,4-52,6)	<b>53,9</b> (53,3-54,5)	<b>45,5</b> (44,8-46,1)	<b>47,0</b> (46,4-47,5)
Plaget av støy fra trafikk hjemme	<b>7,9</b> (7,4-8,3)	<b>6,6</b> (6,1-7,2)	<b>10,8</b> (10,4-11,2)	<b>9,5</b> (9,1-9,8)	<b>7,5</b> (7,1-7,8)	<b>9,6</b> (9,3-10,0)	<b>7,9</b> (7,5-8,2)	<b>10,7</b> (10,4-11,1)
Plaget av annen støy hjemme	<b>9,4</b> (8,9-9,9)	<b>6,4</b> (5,9-6,9)	<b>9,7</b> (9,3-10,1)	<b>8,8</b> (8,4-9,1)	<b>7,6</b> (7,3-8,0)	<b>10,6</b> (10,2-10,9)	<b>5,9</b> (5,6-6,2)	<b>9,0</b> (8,6-9,3)
Opplever middels eller høy grad av sosial støtte <sup>50</sup>	<b>88,5</b> (88,0-89,0)	<b>89,6</b> (89,0-90,3)	<b>87,7</b> (87,3-88,1)	<b>89,2</b> (88,8-89,5)	<b>88,3</b> (87,9-88,7)	<b>89,7</b> (89,3-90,1)	<b>86,8</b> (86,3-87,2)	<b>85,6</b> (85,2-85,9)
Sukkerholdig brus eller leskedrikk – sjelden eller aldri <sup>51 52</sup>	<b>47,2</b> (46,4-47,9)	<b>42,1</b> (41,1-43,1)	<b>40,8</b> (40,1-41,4)	<b>40,2</b> (39,6-40,8)	<b>44,3</b> (43,7-44,9)	<b>42,0</b> (41,4-42,6)	<b>35,6</b> (34,9-36,2)	<b>42,1</b> (41,5-42,6)
Frukt eller bær daglig eller oftere <sup>53</sup>	<b>33,8</b> (33,1-34,6)	<b>32,3</b> (31,3-33,3)	<b>25,2</b> (24,7-25,8)	<b>29,3</b> (28,7-29,8)	<b>25,0</b> (24,4-25,5)	<b>29,4</b> (28,9-30,0)	<b>35,4</b> (34,8-36,0)	<b>33,0</b> (32,5-33,6)
Grønnsaker daglig eller oftere	<b>45,1</b> (44,4-45,9)	<b>41,5</b> (40,5-42,5)	<b>32,7</b> (32,1-33,4)	<b>36,8</b> (36,2-37,3)	<b>34,6</b> (34,0-35,3)	<b>40,1</b> (39,5-40,7)	<b>42,8</b> (42,2-43,5)	<b>48,2</b> (47,6-48,7)

<sup>49</sup> I Hordaland og Sogn og Fjordane var svaralternativene på både dette og etterfølgende spørsmål «Aldri», «1-3 ganger per måned», «Ukentlig», «Daglig». I Troms og Finnmark og i Agder kom de i motsatt rekkefølge, og det var lagt til en ekstra kategori: «Daglig», «Ukentlig», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri».

<sup>50</sup> I rapporten for Vestfold og Telemark ellers har vi rapportert prosentandel opplever høy grad av sosial støtte. For sammenstilling med andre fylker, viser vi her resultat basert på inndelingen brukt før skjemarevisjonen; prosentandel som opplever middels eller høy grad av sosial støtte.

<sup>51</sup> I undersøkelsene i Hordaland til og med Rogaland var svaralternativene for kostholdsspørsmålene «Sjelden/aldri», «1-3 ganger per måned», «1 gang per uke», «2-3 ganger per uke», «4-6 ganger per uke», «Daglig». I Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal ble det lagt til en ekstra kategori; «Flere ganger daglig». Se kap.2.4.16 for detaljer

<sup>52</sup> I rapporten for Vestfold og Telemark ellers har vi rapportert prosentandel som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 dager i uken eller oftere. For sammenstilling med andre fylker, viser vi her resultater basert på inndeling brukt før skjemarevisjonen; prosentandel som rapporterer å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk sjelden eller aldri.

<sup>53</sup> I forutgående rapporter var spørsmålsformuleringen inntak av «frukt og bær». I undersøkelsen i Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal var formuleringen «frukt eller bær».



Utfallsmål	Fylke							
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Fisk én gang i uken eller oftere <sup>54</sup>	<b>74,6</b> (73,9-75,2)	<b>77,9</b> (77,0-78,7)	<b>81,3</b> (80,7-81,8)	<b>76,0</b> (75,5-76,5)	<b>84,9</b> (84,4-85,3)	<b>79,4</b> (78,9-79,9)	<b>84,4</b> (84,0-84,9)	<b>79,9</b> (79,4-80,0)
Røyking daglig <sup>55</sup>	<b>8,7</b> (7,3-9,2)	<b>8,4</b> (7,8-8,9)	<b>10,0</b> (9,6-10,4)	<b>9,2</b> (8,8-9,5)	<b>9,0</b> (8,6-9,4)	<b>7,9</b> (7,6-8,2)	<b>8,5</b> (8,3-8,9)	<b>9,2</b> (8,9-9,5)
Snusing daglig	<b>11,5</b> (10,8-12,2)	<b>10,3</b> (9,7-11,0)	<b>14,8</b> (14,3-15,2)	<b>11,0</b> (10,6-11,4)	<b>15,5</b> (15,0-16,0)	<b>11,3</b> (11,0-11,7)	<b>12,8</b> (12,3-13,2)	<b>12,5</b> (12,1-12,8)
Drikker alkohol 2 gg i uken eller oftere	<b>21,8</b> (21,3-22,3)	<b>13,8</b> (13,1-14,5)	<b>18,8</b> (18,3-19,3)	<b>19,6</b> (19,1-20,1)	<b>20,6</b> (20,1-21,1)	<b>22,2</b> (21,7-22,8)	<b>18,9</b> (18,4-19,4)	<b>25,0</b> (24,5-25,5)
Månedlig 6 enheter alkohol eller mer ved en og samme anledning	<b>16,3</b> (15,8-16,7)	<b>13,1</b> (12,4-13,7)	<b>17,6</b> (17,1-18,1)	<b>19,6</b> (19,1-20,1)	<b>15,8</b> (15,4-16,3)	<b>19,2</b> (18,7-19,7)	<b>13,2</b> (12,8-13,7)	<b>16,5</b> (16,1-16,9)
Har fedme (KMI 30+)			<b>20,7</b> (20,2-21,3)	<b>19,5</b> (19,1-20,0)	<b>21,5</b> (21,0-22,0)	<b>16,2</b> (15,8-16,7)	<b>19,4</b> (18,9-19,9)	<b>18,9</b> (18,4-19,3)
Fysisk aktiv – andpusten eller svett – minst 4 gg per veke minst ½ time <sup>56</sup>			<b>20,6</b> (20,0-21,1)	<b>18,2</b> (17,7-18,6)	<b>20,0</b> (19,5-20,5)	<b>22,4</b> (21,9-22,9)	<b>25,0</b> (24,4-25,6)	<b>20,4</b> (20,0-20,8)
Timer stillesitting per dag i hverdagen			<b>6,61</b> (6,56-6,65) gjennomsnitt	<b>6,47</b> (6,43-6,51) gjennomsnitt	<b>6,79</b> (6,75-6,83) gjennomsnitt	<b>6,87</b> (6,83-6,91) gjennomsnitt	<b>6,81</b> (6,77-6,85) gjennomsnitt	<b>6,76</b> (6,72-6,80) gjennomsnitt
Vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til			<b>21,4</b> (20,8-22,0)	<b>20,8</b> (20,3-21,3)	<b>19,4</b> (18,9-20,0)	<b>16,7</b> (16,2-17,2)	<b>16,8</b> (16,4-17,4)	<b>18,7</b> (18,2-19,1)
Mer enn to år siden hos tannlege eller tannpleier	<b>10,4</b> (10,0-10,9)	<b>11,4</b> (10,8-12,1)	<b>15,9</b> (15,4-16,4)	<b>10,8</b> (10,4-11,2)	<b>14,3</b> (13,8-14,7)	<b>9,4</b> (9,0-9,8)	<b>12,3</b> (11,8-12,7)	<b>11,7</b> (11,3-12,0)
Svært god eller god tannhelse			<b>67,4</b> (66,8-68,0)	<b>74,7</b> (74,2-75,2)	<b>69,5</b> (68,9-70,1)	<b>76,5</b> (76,0-77,0)	<b>72,6</b> (72,0-73,2)	<b>73,1</b> (72,6-73,5)

<sup>54</sup> I rapportene for Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal har vi rapportert prosentandel som spiser fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. For sammenstilling med andre fylker, viser vi her resultater basert på inndelingen brukt i de forutgående undersøkelsene; prosentandel som spiser fisk én gang i uken eller oftere.

<sup>55</sup> Spørsmålsoppsett for røyk og snus er justerte noe i siste skjemarevisjon fra og med Møre og Romsdal, med mål om å harmonisere med formuleringer brukt av SSB. Se kap.2.4.17 for detaljer

<sup>56</sup> Spørsmålsformuleringene for fysisk aktivitet er justerte noe i siste skjemarevisjon fra og med Møre og Romsdal. Se kap.2.4.15 for detaljer

Utfallsmål	Fylke							
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Stor grad av trivsel i nærmiljøet	<b>73,2</b> (72,5-73,9)	<b>70,5</b> (69,5-71,4)	<b>72,1</b> (71,5-72,7)	<b>75,5</b> (75,0-76,0)	<b>70,9</b> (70,4-71,5)	<b>76,6</b> (76,1-77,1)	<b>73,7</b> (73,1-74,2)	<b>76,6</b> (76,2-77,1)
Utsatt for skade som medførte bruk av lege eller tannlege i løpet av siste 12 måneder	<b>18,3</b> (17,7-18,9)	<b>18,8</b> (18,0-19,6)	<b>17,2</b> (16,7-17,8)	<b>17,6</b> (17,2-18,1)	<b>17,9</b> (17,4-18,4)	<b>15,9</b> (15,4-16,4)	<b>16,5</b> (16,1-17,0)	<b>16,4</b> (16,0-16,8)
Svært god eller god helse	<b>75,9</b> (75,2-76,6)	<b>76,1</b> (75,3-77,0)	<b>69,8</b> (69,2-70,4)	<b>72,4</b> (71,9-73,0)	<b>70,1</b> (69,5-70,7)	<b>75,7</b> (75,2-76,3)	<b>71,8</b> (71,2-72,4)	<b>71,1</b> (70,6-71,6)
Hverdagen i stor grad påvirket av helseproblemer			<b>11,7</b> (11,3-12,1)	<b>11,4</b> (11,0-11,8)	<b>12,0</b> (11,6-12,4)	<b>9,2</b> (8,9-9,6)	<b>11,1</b> (10,7-11,5)	<b>13,0</b> (12,6-13,4)
Stor grad funksjonsnedsettelse på grunn av skade			<b>6,1</b> (5,7-6,4)	<b>6,1</b> (5,8-6,4)	<b>5,8</b> (5,5-6,1)	<b>4,6</b> (4,3-4,8)	<b>5,2</b> (4,8-5,5)	<b>6,3</b> (6,0-6,5)
Høy skår på psykiske plager (HSCL-5 > 2,00)	<b>12,5</b> (12,1-12,9)	<b>9,6</b> (9,0-10,2)	<b>13,1</b> (12,6-13,5)	<b>13,6</b> (13,2-14,1)	<b>12,7</b> (12,3-13,2)	<b>12,3</b> (11,9-12,7)	<b>13,0</b> (12,5-13,4)	<b>13,9</b> (13,6-14,2)
Sammen med gode venner hver uke eller oftere			<b>64,2</b> (63,5-64,8)	<b>65,0</b> (64,4-65,6)	<b>61,6</b> (61,0-62,3)	<b>57,5</b> (56,9-58,1)	<b>50,2</b> (49,5-50,8)	<b>51,7</b> (51,2-52,3)
Psykiske plager (HSCL-5)	<b>1,46</b> (1,45-1,47) gjennomsnitt	<b>1,42</b> (1,41-1,43) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,49-1,51) gjennomsnitt	<b>1,52</b> (1,51-1,53) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,49-1,50) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,50-1,51) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,50-1,51) gjennomsnitt	<b>1,52</b> (1,51-1,52) gjennomsnitt
Fornøyd med livet			<b>7,53</b> (7,50-7,55)	<b>7,59</b> (7,57-7,62)	<b>7,48</b> (7,46-7,51)	<b>7,54</b> (7,52-7,56)	<b>7,30</b> (7,27-7,32)	<b>7,41</b> (7,39-7,43)
Fremtidsoptimisme							<b>7,79</b> (7,77-7,82)	<b>7,81</b> (7,78-7,83)
Livet meningsfylt			<b>7,52</b> (7,49-7,55)	<b>7,56</b> (7,53-7,58)	<b>7,50</b> (7,47-7,53)	<b>7,49</b> (7,46-7,52)	<b>7,45</b> (7,42-7,47)	<b>7,47</b> (7,44-7,49)
Negative følelser siste 7 dager (meanscore)			<b>3,13</b> (3,10-3,16)	<b>3,17</b> (3,14-3,20)	<b>3,14</b> (3,12-3,17)	<b>3,02</b> (2,99-3,05)	<b>3,14</b> (3,12-3,17)	<b>3,11</b> (3,08-3,13)
Positive følelser siste 7 dager (meanscore)			<b>7,00</b> (6,97-7,02)	<b>6,98</b> (6,96-7,01)	<b>7,00</b> (6,97-7,02)	<b>6,96</b> (6,94-6,99)	<b>6,86</b> (6,84-6,89)	<b>6,81</b> (6,79-6,83)

Utfallsmål	Fylke							
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark
	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )
Ensomhet (meanscore)			<b>2,23</b> (2,19-2,26)	<b>2,20</b> (2,17-2,23)	<b>2,21</b> (2,17-2,24)	<b>1,93</b> (1,90-1,97)	<b>2,22</b> (2,18-2,25)	<b>1,97</b> (1,94-2,00)
Støttende og givende sosiale relasjoner (meanscore)			<b>7,30</b> (7,27-7,32)	<b>7,43</b> (7,40-7,45)	<b>7,28</b> (7,25-7,31)	<b>7,45</b> (7,43-7,48)	<b>7,22</b> (7,19-7,24)	<b>7,32</b> (7,30-7,35)
Folk flest er til å stole på			<b>7,01</b> (6,98-7,04)	<b>7,23</b> (7,21-7,26)	<b>7,09</b> (7,06-7,12)	<b>7,24</b> (7,21-7,27)	<b>7,03</b> (7,00-7,06)	<b>7,15</b> (7,12-7,18)
Høre til på stedet			<b>7,44</b> (7,40-7,47)	<b>7,43</b> (7,40-7,46)	<b>7,60</b> (7,57-7,64)	<b>7,47</b> (7,44-7,50)	<b>7,55</b> (7,52-7,58)	<b>7,38</b> (7,35-7,41)
Trygg på stedet			<b>9,16</b> (9,14-9,17)	<b>8,96</b> (8,94-8,98)	<b>9,16</b> (9,14-9,18)	<b>8,93</b> (8,91-8,95)	<b>9,18</b> (9,17-9,20)	<b>8,94</b> (8,92-8,96)
Engasjert			<b>6,42</b> (6,39-6,45)	<b>6,48</b> (6,45-6,51)	<b>6,36</b> (6,33-6,39)	<b>6,34</b> (6,32-6,37)	<b>6,05</b> (6,02-6,08)	<b>6,31</b> (6,29-6,34)
Søvnproblemer							<b>11,1</b> (10,6-11,5)	<b>13,0</b> (12,6-13,4)
Søvnlengde hverdagen i timer (gjennomsnitt)							<b>6,69</b> (6,67-6,70)	<b>6,67</b> (6,66-6,68)
Nakkesmerter siste 28 dager							<b>38,1</b> (37,5-38,8)	<b>41,9</b> (41,3-42,4)
Korsryggsmerter siste 28 dager							<b>42,9</b> (42,3-43,6)	<b>43,8</b> (43,2-44,3)

## Appendiks 3: Tabeller frekvensfordeling (tillegg)

**Merk:** Prosentfordelingene er her uvektede tall.

Tabell 1: Høyeste fullførte utdanningsnivå

Høyeste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Grunnskole	2454	7,22	7,22
Videregående skole	9483	27,92	35,14
Fagskole	3964	11,67	46,81
Høyskole/Universitet <2 år	2836	8,35	55,16
Høyskole/Universitet 2-4 år	9130	26,88	82,04
Høyskole/Universitet >4 år	5826	17,15	99,19
Ingen fullført utdanning	274	0,81	100,00
<b>Total:</b>	<b>33967</b>	<b>100</b>	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
I STOR GRAD	25966	76,25	76,25
I NOEN GRAD	7115	20,89	97,15
I LIEN GRAD	855	2,51	99,66
IKKE I DET HELE TATT	116	0,34	100,00
<b>Total:</b>	<b>34052</b>	<b>100</b>	

Tabell 3: Tilgang kulturtilbud

Tilgang kulturtilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	10247	30,09	30,09
GOD	15155	44,50	74,58
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	5063	14,87	89,45
DÅRLIG	2308	6,78	96,23
SVÆRT DÅRLIG	900	2,64	98,87
VET IKKE	385	1,13	100,00
<b>Total:</b>	<b>34058</b>	<b>100</b>	

Tabell 4: Tilgang idrettstilbud

Tilgang idrettstilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	11326	33,26	33,26
GOD	15544	45,65	78,91
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	4285	12,58	91,49

DÅRLIG	1444	4,24	95,73
SVÆRT DÅRLIG	437	1,28	97,02
VET IKKE	1016	2,98	100,00
<b>Total:</b>	<b>34052</b>	<b>100</b>	

Tabell 5: Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	13099	38,46	38,46
GOD	15046	44,17	82,63
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	3928	11,53	94,17
DÅRLIG	1535	4,51	98,67
SVÆRT DÅRLIG	404	1,19	99,86
VET IKKE	48	0,14	100,00
<b>Total:</b>	<b>34060</b>	<b>100</b>	

Tabell 6: Tilgang offentlig transport

Tilgang offentlig transport	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	5582	16,38	16,38
GOD	10136	29,75	46,13
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	6076	17,83	63,96
DÅRLIG	5612	16,47	80,43
SVÆRT DÅRLIG	4835	14,19	94,62
VET IKKE	1833	5,38	100,00
<b>Total:</b>	<b>34074</b>	<b>100</b>	

Tabell 7: Tilgang natur- og friluftområder

Tilgang natur- og friluftområder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	20759	60,94	60,94
GOD	10741	31,53	92,46
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	1769	5,19	97,66
DÅRLIG	522	1,53	99,19
SVÆRT DÅRLIG	158	0,46	99,65
VET IKKE	118	0,35	100,00
<b>Total:</b>	<b>34067</b>	<b>100</b>	

Tabell 8: Tilgang kystlinje/strand/sjø

Tilgang kystlinje/strand/sjø	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	15011	44,08	44,08

GOD	10515	30,88	74,96
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	3386	9,94	84,90
DÅRLIG	1686	4,95	89,85
SVÆRT DÅRLIG	770	2,26	92,12
VET IKKE	68	0,20	92,31
JEG BOR IKKE I NÆRHETEN AV SJØ ELLER INNSJØ	2617	7,69	100,00
<b>Total:</b>	<b>34053</b>	<b>100</b>	

Tabell 9: Utbygde gang- og sykkelveier

Utbygde gang- og sykkelveier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	5954	17,48	17,48
GODT	13495	39,62	57,11
VERKEN GODT ELLER DÅRLIG	6118	17,96	75,07
DÅRLIG	4650	13,65	88,72
SVÆRT DÅRLIG	3389	9,95	98,67
VET IKKE	452	1,33	100,00
<b>Total:</b>	<b>34058</b>	<b>100</b>	

Tabell 10: Deltagelse i organisert aktivitet

Deltagelse i organisert aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLIG	775	2,28	2,28
UKENTLIG	7997	23,49	25,77
1-3 GANGER PER MÅNED	4428	13,01	38,78
SJELDNERE	10714	31,47	70,25
ALDRI	10126	29,75	100,00
<b>Total:</b>	<b>34040</b>	<b>100</b>	

Tabell 11: Deltagelse i annen aktivitet

Deltagelse i annen aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLIG	1691	4,96	4,96
UKENTLIG	13999	41,10	46,07
1-3 GANGER PER MÅNED	10248	30,09	76,16
SJELDNERE	6312	18,53	94,69
ALDRI	1809	5,31	100,00
<b>Total:</b>	<b>34059</b>	<b>100</b>	

Tabell 12: Hvordan vurderer du din egen helse

Hvordan vurderer du din egen helse	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	6474	19,00	19,00
GOD	17727	52,03	71,04
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	6935	20,36	91,39
DÅRLIG	2635	7,73	99,13
SVÆRT DÅRLIG	298	0,87	100,00
<b>Total:</b>	<b>34069</b>	<b>100</b>	

Tabell 13: Hvordan vurderer du tannhelsen din

Hvordan vurderer du tannhelsen din	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	7338	21,54	21,54
GOD	17520	51,42	72,96
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	6101	17,91	90,86
DÅRLIG	2469	7,25	98,11
SVÆRT DÅRLIG	644	1,89	100,00
<b>Total:</b>	<b>34072</b>	<b>100</b>	

Tabell 14: Når var du sist hos tannlege/-pleier

Når var du sist hos tannlege/-pleier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0-2 ÅR SIDEN	30052	88,23	88,23
3-5 ÅR SIDEN	2426	7,12	95,35
MER ENN 5 ÅR SIDEN	1583	4,65	100,00
<b>Total:</b>	<b>34061</b>	<b>100</b>	

Tabell 15: Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
LAV	4887	14,44	14,44
MIDDELS	16558	48,91	63,35
HØY	12406	36,65	100,00
<b>Total:</b>	<b>33851</b>	<b>100</b>	

Tabell 16: Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?

Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	10270	30,16	30,16
SJELDEN	11348	33,33	63,49
AV OG TIL	8900	26,14	89,62
OFTE	2392	7,02	96,65
SVÆRT OFTE	1142	3,35	100,00
<b>Total:</b>	<b>34052</b>	<b>100</b>	

Tabell 17: Hvor ofte føler du deg utenfor?

Hvor ofte føler du deg utenfor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	8853	26,02	26,02
SJELDEN	13966	41,04	67,06
AV OG TIL	8089	23,77	90,83
OFTE	2204	6,48	97,31
SVÆRT OFTE	917	2,69	100,00
<b>Total:</b>	<b>34029</b>	<b>100</b>	

Tabell 18: Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	14828	43,57	43,57
SJELDEN	11042	32,45	76,02
AV OG TIL	5618	16,51	92,53
OFTE	1763	5,18	97,71
SVÆRT OFTE	779	2,29	100,00
<b>Total:</b>	<b>34030</b>	<b>100</b>	

Tabell 19: Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	1593	4,76	4,76
SJELDNERE ENN EN GANG I UKEN	3976	11,87	16,63
EN GANG I UKEN	4923	14,70	31,32
2-3 GANGER I UKEN	11934	35,63	66,95
4-5 GANGER I UKEN	5384	16,07	83,02



OMTRENT HVER DAG	5687	16,98	100,00
<b>Total:</b>	<b>33497</b>	<b>100</b>	

Tabell 20: Hvor hardt trener eller mosjonerer du?\*

Hvor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
TAR DET ROLIG UTEN Å BLI ANDPUSTEN ELLER SVETT	12242	38,66	38,66
TAR DET SÅ HARDT AT JEG BLIR ANDPUSTEN ELLER SVETT	17897	56,52	95,18
TAR MEG NESTEN HELT UT	1525	4,82	100,00
<b>Total:</b>	<b>31664</b>	<b>100</b>	

\*Blant de som trener minst «sjeldnere enn en gang i uken (se tabell 20)

Tabell 21: Hvor lenge holder du på hver gang?\*

Hvor lenge holder du på hver gang?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
MINDRE ENN 15 MINUTTER	1262	3,98	3,98
15 MINUTTER-29 MINUTTER	4891	15,43	19,41
30 MINUTTER-1 TIME	16761	52,87	72,28
MER ENN 1 TIME	8786	27,72	100,00
<b>Total:</b>	<b>31700</b>	<b>100</b>	

\*Blant de som trener minst «sjeldnere enn en gang i uken (se tabell 20)

Tabell 22: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	14006	41,16	41,16
1-3 GANGER PER MÅNED	6116	17,97	59,14
1 GANG PER UKE	4649	13,66	72,80
2-3 GANGER PER UKE	4693	13,79	86,59
4-6 GANGER PER UKE	1643	4,83	91,42
1 GANG PER DAG	1578	4,64	96,06
FLERE GANGER PER DAG	1341	3,94	100,00
<b>Total:</b>	<b>34026</b>	<b>100</b>	

Tabell 23: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	1314	3,86	3,86
1-3 GANGER PER MÅNED	3343	9,83	13,70
1 GANG PER UKE	4247	12,49	26,19

2-3 GANGER PER UKE	8430	24,79	50,98
4-6 GANGER PER UKE	5404	15,89	66,87
1 GANG PER DAG	6509	19,14	86,02
FLERE GANGER PER DAG	4754	13,98	100,00
<b>Total:</b>	<b>34001</b>	<b>100</b>	

Tabell 24: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	263	0,77	0,77
1-3 GANGER PER MÅNED	657	1,93	2,70
1 GANG PER UKE	1294	3,80	6,51
2-3 GANGER PER UKE	6510	19,14	25,65
4-6 GANGER PER UKE	9066	26,65	52,30
1 GANG PER DAG	11456	33,68	85,98
FLERE GANGER PER DAG	4768	14,02	100,00
<b>Total:</b>	<b>34014</b>	<b>100</b>	

Tabell 25: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	2180	6,41	6,41
1-3 GANGER PER MÅNED	4736	13,92	20,33
1 GANG PER UKE	10619	31,21	51,54
2-3 GANGER PER UKE	12880	37,86	89,40
4-6 GANGER PER UKE	2537	7,46	96,86
1 GANG PER DAG	871	2,56	99,42
FLERE GANGER PER DAG	197	0,58	100,00
<b>Total:</b>	<b>34020</b>	<b>100</b>	

Tabell 26: Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)\*

Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	2507	7,63	7,63
MÅNEDLIG ELLER SJELDNERE	10194	31,03	38,67
2-4 GANGER I MÅNEDEN	11901	36,23	74,90
2-3 GANGER I UKEN	6611	20,13	95,03
4 GANGER I UKEN ELLER MER	1634	4,97	100,00
<b>Total:</b>	<b>32847</b>	<b>100</b>	

\*3,3 % (1129) av respondentene oppgav aldri å ha drukket alkohol. De fikk dermed ikke dette spørsmålet.

Tabell 27: Frekvens av episodisk høyt alkoholforbruk (dersom noen gang drukket)\*

Frekvens av episodisk høyt alkoholforbruk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	10324	34,11	34,11
SJELDNERE ENN MÅNEDLIG	14438	47,70	81,81
MÅNEDLIG	4157	13,73	95,54
UKENTLIG	1288	4,26	99,80
DAGLIG ELLER NESTEN DAGLIG	62	0,20	100,00
<b>Total:</b>	<b>30269</b>	<b>100</b>	

\*3,3 % (1129) av respondentene oppgav aldri å ha drukket alkohol. De fikk dermed ikke dette spørsmålet.

Tabell 28: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder

Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA, EN	4395	12,94	12,94
JA, FLERE	1194	3,52	16,45
NEI	28378	83,55	100,00
<b>Total:</b>	<b>33967</b>	<b>100</b>	

Tabell 29: Plaget av støy fra trafikk hjemme

Plaget av støy fra trafikk hjemme	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
IKKE PLAGET	24597	72,25	72,25
LITT PLAGET	5887	17,29	89,54
MIDDELS PLAGET	2015	5,92	95,46
MYE PLAGET	950	2,79	98,25
SVÆRT MYE PLAGET	596	1,75	100,00
<b>Total:</b>	<b>34045</b>	<b>100</b>	

Tabell 30: Plaget av annen støy hjemme

Plaget av annen støy hjemme	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
IKKE PLAGET	24193	71,07	71,07
LITT PLAGET	6940	20,39	91,46
MIDDELS PLAGET	1788	5,25	96,71
MYE PLAGET	766	2,25	98,96
SVÆRT MYE PLAGET	353	1,04	100,00
<b>Total:</b>	<b>34040</b>	<b>100</b>	

Tabell 31: Hvor ofte sammen med gode venner

Hvor ofte sammen med gode venner	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
OMTRENT DAGLIG	2980	8,78	8,78
OMTRENT HVER UKE, MEN IKKE DAGLIG	14605	43,03	51,81
OMTRENT HVER MÅNED, MEN IKKE UKENTLIG	10599	31,23	83,03
NOEN GANGER I ÅRET	4586	13,51	96,54
SJELDNERE ENN HVERT ÅR	461	1,36	97,90
HAR INGEN GODE VENNER	712	2,10	100,00
<b>Total:</b>	<b>33943</b>	<b>100</b>	

Tabell 32: Hvor lett/vanskelig er det å få husholdningspengene til å strekke til

Hvor lett/vanskelig er det å få husholdningspengene til å strekke til	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT VANSKELIG	1007	3,09	3,09
VANSKELIG	1447	4,44	7,53
FORHOLDSVIS VANSKELIG	3544	10,88	18,41
FORHOLDSVIS LETT	9267	28,45	46,86
LETT	8193	25,15	72,01
SVÆRT LETT	8559	26,27	98,29
VET IKKE	558	1,71	100,00
<b>Total:</b>	<b>32575</b>	<b>100</b>	

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Januar 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)