



VESTFOLD
fylkeskommune

FOLKEHELSEUNDERSØKELSEN – HELSE OG TRIVSEL 2015

De første resultatene for Vestfold



Innhold

Bakgrunn og innledning	2
Datamaterialet	3
Datainnsamling og koblinger	3
Svarprosent og skjevhet i materialet	5
Foreløpige analyser – forbehold og justeringer.....	6
Utvalgte resultater	6
Trivsel i kommunen.....	6
Fornøydhet med tilværelsen.....	7
Egenvurdert helse og tannhelse	10
Psykisk helse og sosial støtte	12
Psykiske plager:.....	12
Sosial støtte:.....	14
Hverdagsaktivitet og trening.....	16
Kosthold	17
Frukt og bær:.....	18
Grønnsaker:.....	18
Sukkerholdig drikke:.....	19
Fisk:	19
Ulikheter i kosthold i forhold til kjønn, alder og utdanning, oppsummert:.....	20
Tobakksbruk.....	20
Røyk.....	20
Snus:.....	22
Alkoholkonsum	22
Oppsummering	24
Vedlegg	25
1) Spørreskjema	25
2) Informasjonsflyer	25

Bakgrunn og innledning

Mot slutten av 2015 og begynnelsen av 2016 ble 8000 personer i Vestfold invitert til å delta i en spørreundersøkelse, Folkehelseundersøkelsen – Helse og Trivsel 2015. Denne undersøkelsen har vært et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet (FHI), Vest-Agder fylkeskommune, Aust-Agder fylkeskommune og Vestfold fylkeskommune. Samarbeidet og forberedelsene til undersøkelsen startet allerede våren 2014, og før dette hadde FHI arbeidet med utforming av et spørreskjema i samråd med en ekstern referansegruppe. De tre fylkene var pilotfylker for undersøkelsen.

Bakgrunnen for at FHI har jobbet med denne pilotundersøkelsen er Folkehelseloven og tilhørende forskrift om oversikt over folkehelsen fra 2012. I forskriften står det i §7 at «Nasjonalt folkehelseinstitutt skal legge til rette for samordning av fylkeshelseundersøkelser blant annet ved å gjøre tilgjengelig maler for innhold og gjennomføring av slike undersøkelser». Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga FHI høsten 2012 i oppdrag å utarbeide maler for standardisert gjennomføring av fylkesvise folkehelseundersøkelser blant voksne. De ble også bedt om å vurdere behovet for en pilotundersøkelse og fant det nødvendig.

Hvorfor er det et behov for fylkeshelseundersøkelser, også omtalt som folkehelseundersøkelser i fylkene? I henhold til Folkehelseloven skal både kommuner og fylkeskommuner ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for sin befolkning. Dette inkluderer både et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år og et løpende arbeid med oversikt over folkehelsen. I forskriften er det satt opp krav til oversiktens innhold (§3). Det er listet opp seks temaområder som det skal «innsamles opplysninger om og gjøres vurderinger av». Vestfold fylkeskommune publiserte sitt første oversiktsdokument, «Vi i Vestfold», våren 2016. Her ble alle de seks temaområdene dekket, men det ble erfart i arbeidsprosessen med dokumentet at på noen områder var datagrunnlaget svakt. Fra FHI og annet statlig nivå er det også en bevissthet om at det for noen områder er mangler i tilgjengelig statistikk på kommune og fylkesnivå, f.eks. for helserelatert atferd som røyking og kostholdsvaner. Kjennskap til mangler har blitt vektlagt i valg av spørsmål brukt i undersøkelsen, den skal fylle noen «hull» i sentralt tilgjengelig statistikk.

Sentralt for Folkehelseloven er også formålet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette inkluderer da en utjevning av ulikhet i de påvirkningsfaktorene som skaper sosiale helseforskjeller. For å kunne evaluere om dette arbeidet lykkes vil en metode være å se på utviklingen over tid av både helsetilstand og fordeling av ulike påvirkningsfaktorer, både positive og negative, i ulike sosiale grupper. Typisk blir befolkningen delt opp i ulike sosiale grupper etter f.eks. utdanningsnivå og inntekt. Statistikk for ulike mål på helsetilstand og påvirkningsfaktorer delt på utdannings- og inntektsgrupper er ikke tilgjengelig i eksisterende sentrale statistikkbanker. I gjennomføring av denne pilotundersøkelsen er innsamlet materiale koblet opp mot ulike sosioøkonomiske variabler fra andre sentrale registre. Dette har vært komplisert og tidkrevende å oppnå, men har gitt et unikt materiale som gjør det mulig å få tallfestet sosial ulikhet på fylkesnivå. Ved gjentakende undersøkelser kan det videre tidstrender som kan si noe om suksess med å utjevne sosial helseforskjeller lokalt.

Det er også verdt å merke seg at det i Folkehelseloven er åpnet for at «Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til fylkeskommunens oversikt, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.» (§21).

Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel 2015 har gitt spennende nye data om befolkningen i Vestfold, Aust-Agder og Vest-Agder. Tilrettelegging, kvalitetssjekk og de første beskrivende analyser av materialet har FHI arbeidet med siden oktober 2016. Denne første resultatrapporten er basert på uttrekk av noen aktuelle Vestfold-resultater fra en mer omfattende bakgrunnsrapport for alle tre fylker, «Deskriptiv statistikk fra pilot folkehelseundersøkelser i fylkene», ved Rune Johansen, FHI.¹ I denne rapporten for Vestfold har det blitt fokusert på å lage illustrerende figurer, fra tabeller i bakgrunnsrapporten, for å gjøre materialet enkelt forståelig. Det er kun noen av temaene i undersøkelsen som er presentert her. Uttrekket av temaer er delvis basert på hva som vurderes som de første mest interessante funn, men er også et resultat av at det så langt har vært begrenset tid til å arbeide med analyser, tolking og kvalitetssjekk av materialet.

Nedenfor blir det først gitt kortfattet informasjon om hvordan datainnsamlingen har foregått, deretter om svarprosent og seleksjon i materialet, og til slutt om forbehold og statistiske analyser som er viktig for forståelsen av presenterte resultater. Flere detaljer om dette finnes i rapporten med deskriptiv statistikk og en annen FHI dokumentasjonsrapport², som gir grundige detaljer om gjennomføringen av undersøkelsen.

Datamaterialet

Datainnsamling og koblinger

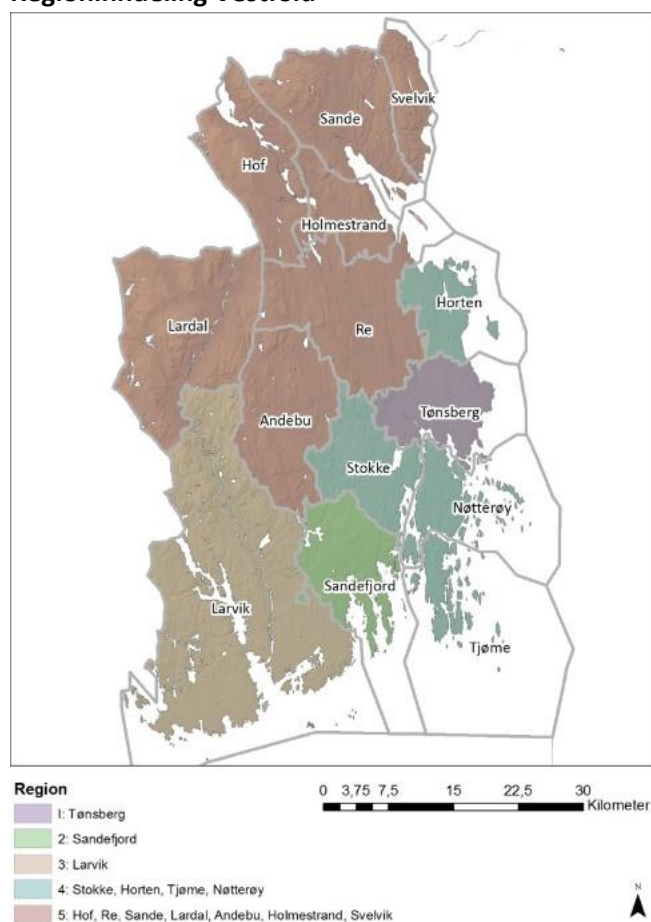
Totalt 22702 personer, 8000 fra Vestfold, 6170 fra Aust-Agder og 8532 fra Vest-Agder ble på en tilfeldig måte trukket fra Folkeregisteret høsten 2015. Kun personer 18 år eller eldre ble inkludert. Datainnsamling ble gjennomført av TNS Gallup (nå Kantar TNS), og for Vestfold sin del startet dette med utsending av et invitasjonsbrev, en informasjonsflyer og papirversjon av spørreskjemaet til utvalgte personer den 16. november 2015. Se vedlegg 1 og 2 for henholdsvis spørreskjema og informasjonsflyer. Det var også mulig å fylle inn spørreskjemaet via en elektronisk lenke. Inviterte deltakere ble deretter fulgt opp en uke senere med en SMS, og en uke deretter igjen forsøkt oppringt på mobil eller fasttelefon for telefonintervju. Til de deltakerne som ikke hadde svart på undersøkelsen innen midten av desember ble det sendt ut et nytt papirskjema og påminnelsesbrev dersom telefonnummer var ukjent. For de med telefonnummer, men som ikke hadde svart, ble et nytt forsøk på telefonkontakt gjort i begynnelsen av januar 2016.

¹ Upublisert rapport per mars 2017, Folkehelseinstituttet.

² Dokumentasjonsrapport er tilgjengelig hos Folkehelseinstituttet fra og med 13. mars 2017.

Vestfold ble delt opp i fem geografiske områder, her kalt regioner, med utvalgsstørrelser store nok for egne analyser (Figur 1). Dette innebar at de største bykommunene, Tønsberg, Sandefjord og Larvik ble egne regioner. Tjøme, Nøtterøy, Stokke og Horten ble slått sammen og kalt Region 4. De resterende kommunene ble slått sammen til Region 5 (Lardal, Andebu, Re, Hof, Holmestrand, Sande og Svelvik). Etter avsluttet datainnsamling viste det seg at både Nøtterøy og Horten kommuner hadde mange nok deltakere for egne analyser (flere enn 300 personer), slik at der hvor geografi er en del av deskriptiv statistikk i denne rapporten, så blir Nøtterøy og Horten presentert med egne tall, i tillegg til å være en del av Region 4.

Regioninndeling Vestfold



Regionene i Vestfold ble bestemt ut fra en kombinasjon av geografi, innbyggerantall i kommunene og likhet i forhold til noen sosiodemografisk faktorer. Da denne regioninndelingen ble bestemt var ny kommunestruktur i Vestfold ikke klart, men ved videre analyser av datamaterialet vil det bli vurdert å lage egne tall for de seks nye kommunene.

Spørreskjemaet som ble brukt består av 36 spørsmål, og dekker mange ulike temaer (se vedlegg 1). Noen spørsmål dreier seg om helsetilstand, egenvurdert helse og tannhelse, samt tegn til psykiske plager, mens andre vurderer kjente helsefremmende faktorer eller faktorer som påvirker helsen

negativt. Det er for eksempel inkludert spørsmål om trivsel, deltakelse og sosial støtte, i tillegg til tobakksbruk, alkoholbruk og stillesitting.

Etter avsluttet datainnsamling inngikk FHI en avtale med Statistisk sentralbyrå om påkobling av sosioøkonomiske variable fra andre sentrale registre. Høsten 2016 ble en fil av innsamlet data påkoblet blant annet utdanningsnivå, inntekt, arbeidstilknytning, landbakgrunn, alder og kjønn overlevert til FHI. Denne inneholdt også de som var plukket ut, men ikke hadde svart på undersøkelsen. En frafallsanalyse ble gjennomført, og inkluderte en vurdering av om både de som ble plukket ut og de som til slutt deltok i undersøkelsen var representative for hele befolkningen.

Svarprosent og skjevhet i materialet

Av de 8000 personene trukket ut for deltakelse i Vestfold svarte 3446 på undersøkelsen og ga dermed en svarprosent på 43,1 %. Agder-fylkene hadde en samlet svarprosent på 42,5%. Responsen fra de fem regionene som Vestfold var inndelt i var som følger:

Tønsberg	45,2%
Sandefjord	42,7%
Larvik	42,8%
Region 4	44,2%
Region 5	40,2%.

Ved å sammenlikne de som deltok med alle de som var trukket ut til undersøkelsen med hensyn til alder, kjønn og utdanningsnivå, er det mulig å si noe om hvor representative svarene er for hele befolkningen. Dette ble gjort på hele datamaterialet (alle tre fylker samlet), men det er ikke grunn til å tro at selektivt frafall for Vestfold alene hadde noe avvik av betydning sammenliknet med det å se alt under ett.

Det ble brukt fem aldersgrupper i analyse av materialet, 18-24 år, 25-44 år, 45-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre. Svarprosenten i disse gruppene var henholdsvis 23,4%, 31,7%, 50,9%, 62,8% og 43,9%. Dette betyr at de to yngste aldersgruppene er underrepresentert, gruppene 45-66 og 67-79 var overrepresentert, mens de 80 år og over var nesten helt representative.

Svarprosenten for kvinner var på 45,2% og for menn 40,2%, altså var kvinner overrepresenterte.

Utdanningsnivå ble delt i tre grupper, lav (grunnskole), middels (videregående skole) og høy (lavere og høyere universitets grad). Svarprosenten for de med lav utdanning var 30,2%, for de med middels utdanning 44,3% og for de med høy utdanning 54,3%. Det betyr at de med lav utdanning er underrepresentert, de med middels utdanning noe overrepresentert, mens de med høy utdanning er forholdsvis sterkt overrepresentert.

Oppsummert var den typiske deltakeren en middelaldrende eller eldre kvinne med høy utdanning. Det hadde vært mer ideelt om det var flere yngre deltakere, flere menn og flere med lavere utdanning. Totalt sett er den største skjevheten i materialet ujevn aldersfordeling.

Det var totalt 9,5% av deltakerne i Vestfold som var innvandrere eller norskfødte med innvandrings bakgrunn. I følge tall fra SSB for 2015 var det samme tallet for hele Vestfold-befolkningen 13,5%. Datamaterialet for Vestfold er derfor også underrepresentert med hensyn til innvandrere.

Foreløpige analyser – forbehold og justeringer

Det har vært jobbet intenst med datamaterialet hos FHI etter at de fikk utlevert datafilen fra SSB, og det er laget mye beskrivende statistikk. Allikevel må det tas noen forbehold fordi tiden har vært knapp for kvalitetssjekk av resultatene. Det kan senere bli mindre justeringer i tallene, spesielt når det gjelder videre vektning av tall for å kompensere for skjevhet i deltakelse (se avsnitt over).

Nedenfor er noen av tallene justert for skjev aldersfordeling. Da er dette i tilfelle fremhevet i figur tittelen og beskrivende tekst. Ved en slik justering blir svarene fra de ulike aldersgruppene multiplisert med en vekt basert på den virkelige aldersfordelingen i befolkningen, og blir dermed mere representative. Der hvor slik justering ikke er gjort bør dette tas med som forbehold ved tolking av tallene.

Siden utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelsearbeidet, er det ved utarbeidelse av figurer til denne rapporten blitt lagt vekt på å få frem gradienter i materialet, altså forskjeller mellom ulike utdanningsgrupper, aldersgrupper og kjønn. Det er ikke inkludert tall for inntektsgradienter her, men disse finnes i bakgrunnsrapporten. Inntektsvariabelen er noe vanskeligere å tolke siden den er knyttet opp mot deltakende person og ikke husholdningens inntekt. Allikevel, svarfordeling basert på inntekt i den deskriptive rapporten (bakgrunnsrapport), følger stort sett det sammen mønsteret med gradienter som observert for utdanningsnivå.

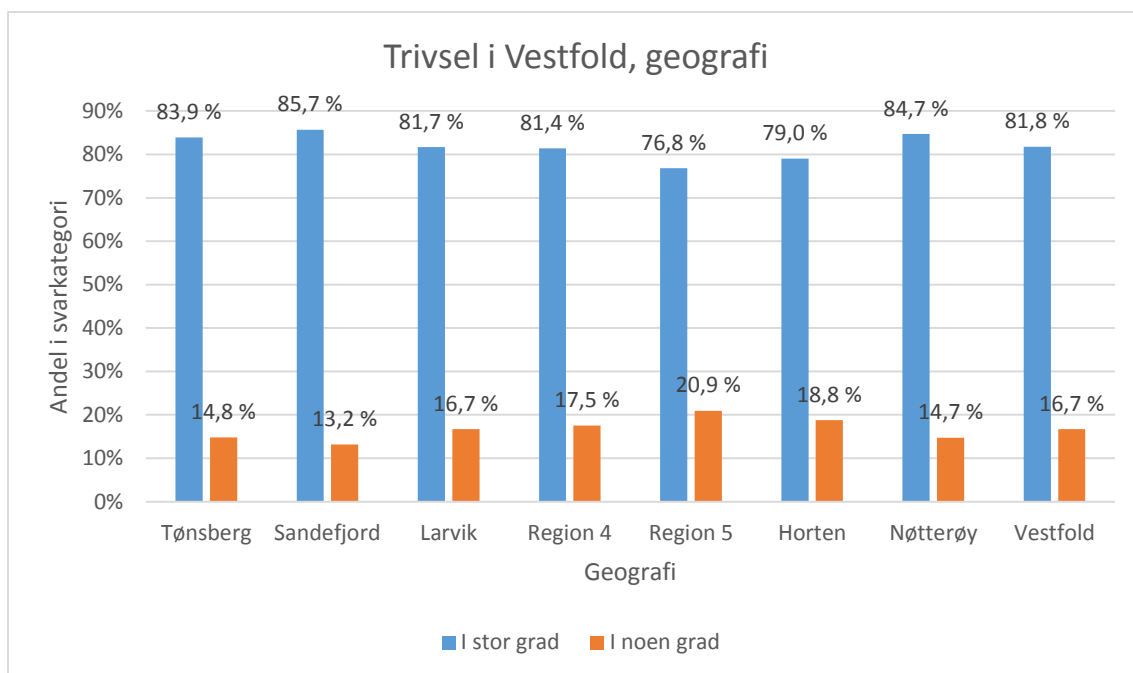
Det er viktig å vurdere om en observert ulikhet kan være av praktisk betydning uavhengig av statistisk ulikhet.

Det vil bli jobbet videre med tall aktuelle for Vestfold, og utover våren er det forventet at fylkeskommunen får utlevert en egen anonymisert datafil fra SSB for videre analyser. Det ligger mange analysemuligheter i dataene fra undersøkelsen, og selv om den foreløpig har gitt mange svar, er det typisk slik at ved noe innsikt kommer det enda flere spørsmål.

Utvalgte resultater

Trivsel i kommunen

Deltakere ble spurt om trivsel i kommunen de bor i og svar alternativene var «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt».



Figur 1

Ved sammenlikning over alle de fire svarkategoriene ble det funnet at for Region 4 var trivsel signifikant bedre enn for Region 5, at Sandefjord hadde grensesignifikant bedre trivsel enn Larvik, og Sandefjord signifikant bedre trivsel enn Region 4. Det ble også funnet signifikant bedre trivsel i Nøtterøy enn i Horten når disse to ble trukket ut av Region 4 og sammenliknet. Det kan diskuteres om dette er ulikhet av noen praktisk betydning.

Trivsel i kommunen totalt for Vestfold delt på kjønn viser ingen ulikhet av praktisk betydning om de to kategoriene «i stor grad» og «i noen grad» ses samlet. Andelen er høye, 98,4% for menn og 98,7% for kvinner. Det kan diskuteres om disse to svaralternativene bør slås sammen. Når svarkategoriene blir vurdert samlet, er det tegn på at kvinner viser bedre trivsel enn menn.

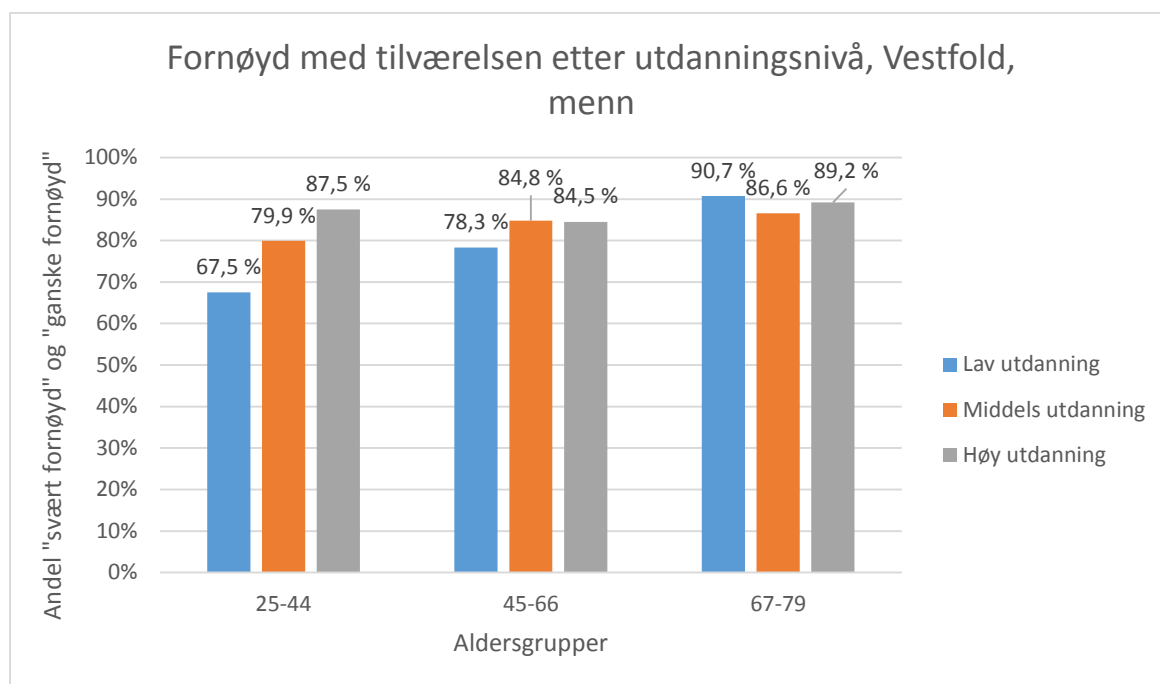
Når trivsel blir vurdert i forhold til alder og utdanning, ser trivsel ut til å øke noe med økende alder og utdanningsnivå.

Fornøydhet med tilværelsen

Deltakere ble spurt om å tenke på hvordan de hadde det for tida og vurdere om de stort sett var fornøyd eller misfornøyd med tilværelsen. Svaralternativene var «svært fornøyd», «ganske

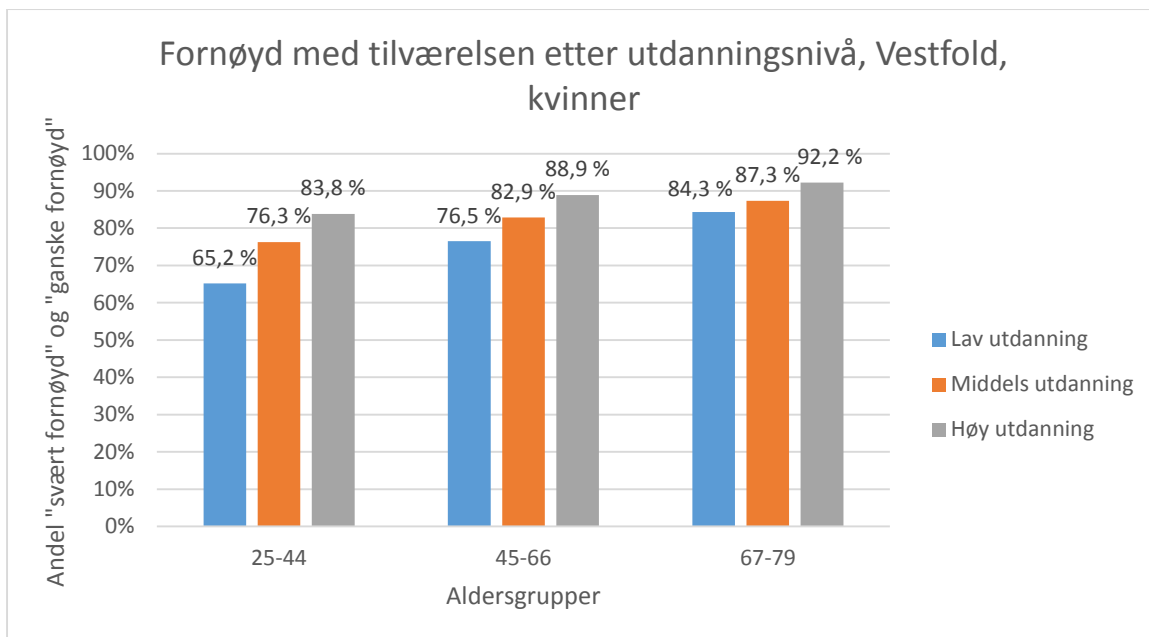
fornøyd», «både/-og», «nokså misfornøyd» og «svært misfornøyd». Totalt for Vestfold var svarfordelingen her henholdsvis 36,3%, 46,9%, 16,6%, 2,2% og 0,9%.

I figurer nedenfor, som er delt opp i kjønn, aldersgrupper og utdanningsgrupper, er andel i de to første svarkategoriene slått sammen. Svar fra grupper hvor det er færre enn 30 individer er ikke inkludert. Det betyr at aldersgruppene 18-24 år og 80 år og over er utelatt. I aldersgruppen 18-24 år er det også sannsynlig at flere personer er midt i et utdanningsløp, og utdanningskategorier blir således et sannsynlig unøyaktig mål på sosioøkonomisk gruppe.



Figur 2

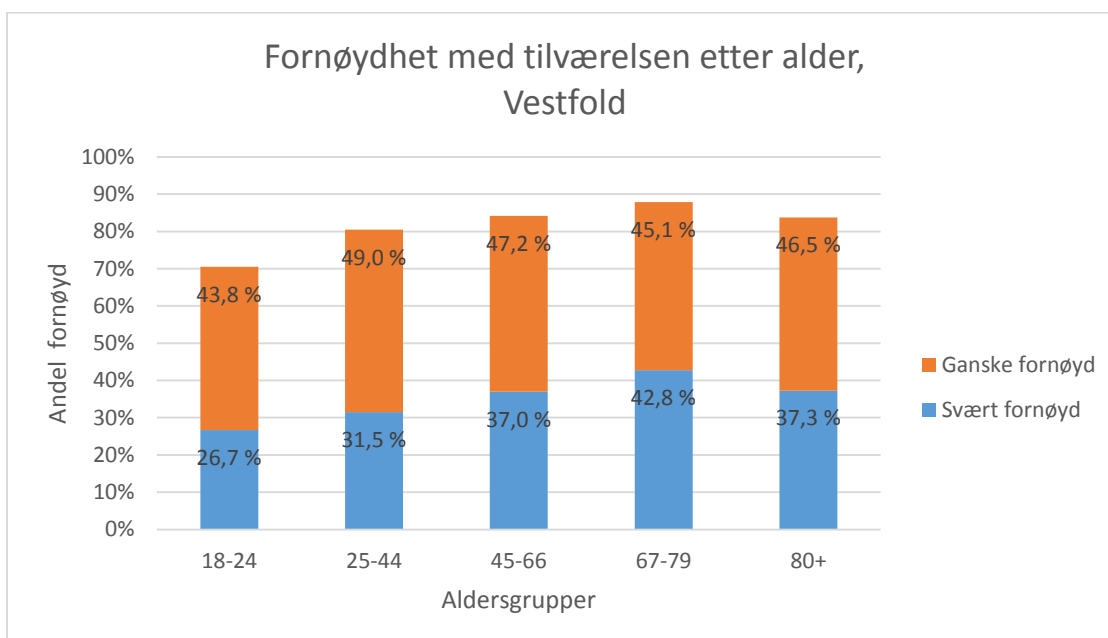
For menn i aldersgruppen 25-44 år er det en tydelig utdanningsgradient der de med høyest utdanning er mest fornøyd med tilværelsen. Dette er mindre markert for menn 45-66 år, de med middels og høy utdanning ligger forholdsvis likt. For menn i gruppen 67-79 år er forskjellen mellom utdanningsgrupper mindre tydelige og de med lav utdanning har høyest andel med «svært og ganske fornøyd».



Figur 3

Utdanningsgradienten for kvinner når det gjelder fornøydhet med tilværelsen er mer tydelig og gjelder for alle de tre aldersgruppene av kvinner som er inkludert her.

Ved vurdering av ulikheter mellom de fem regionene i Vestfold, kjønn samlet, så er disse ubetydelige for fornøydhet.

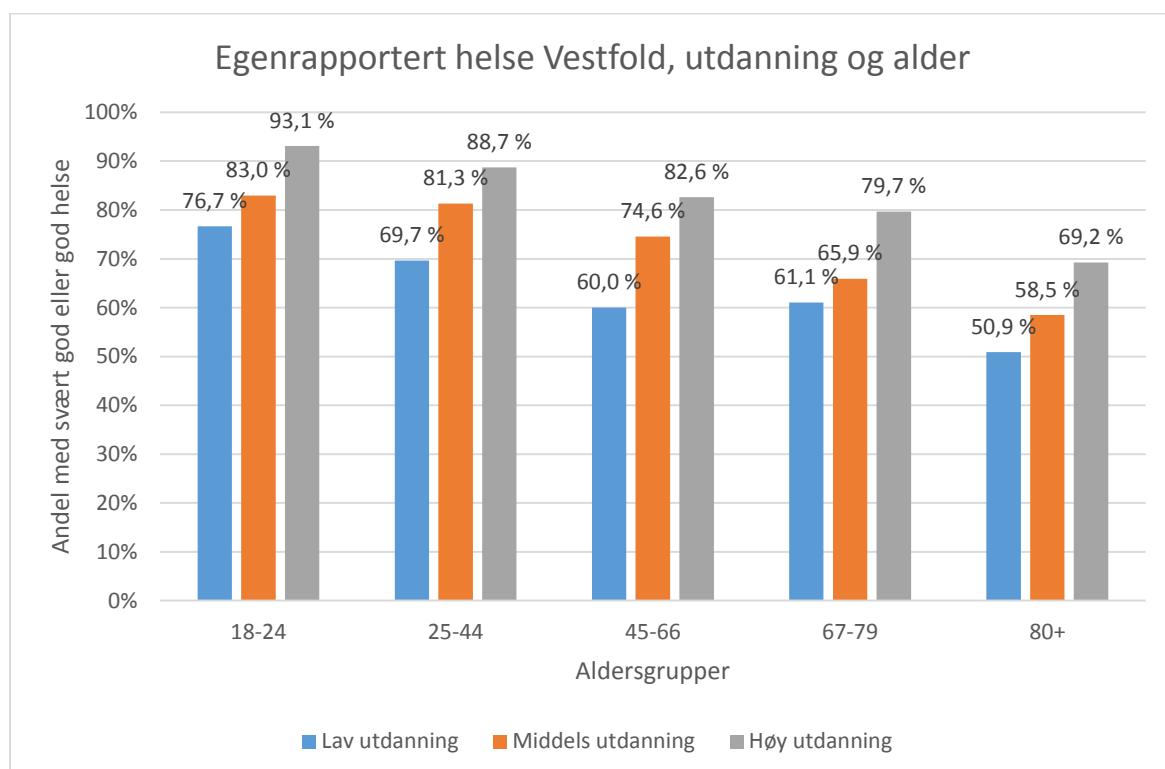


Figur 4

For Vestfold så viser figur 4 at det er en økning i andelen som er ganske eller svært fornøyde med tilværelsen med økende alder opp til 80 år. Det er en forholdsvis høy, 17,4 prosent poeng, økning av andelen fornøyde fra 18-24 åringer opp til 67-79 åringer.

Egenvurdert helse og tannhelse

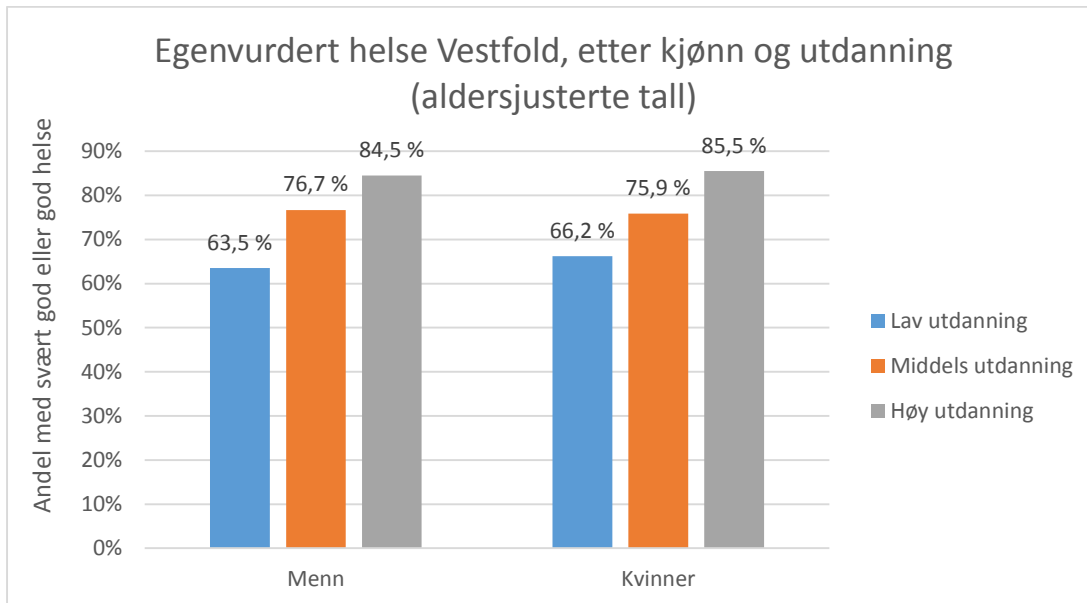
Deltakere ble bedt om å gi en generell vurdering av sin helse, svaralternativene var «svært god», «god», «verken eller», «dårlig» og «svært dårlig». Et liknende spørsmål ble også stilt for vurdering av egen tannhelse.



Figur 5

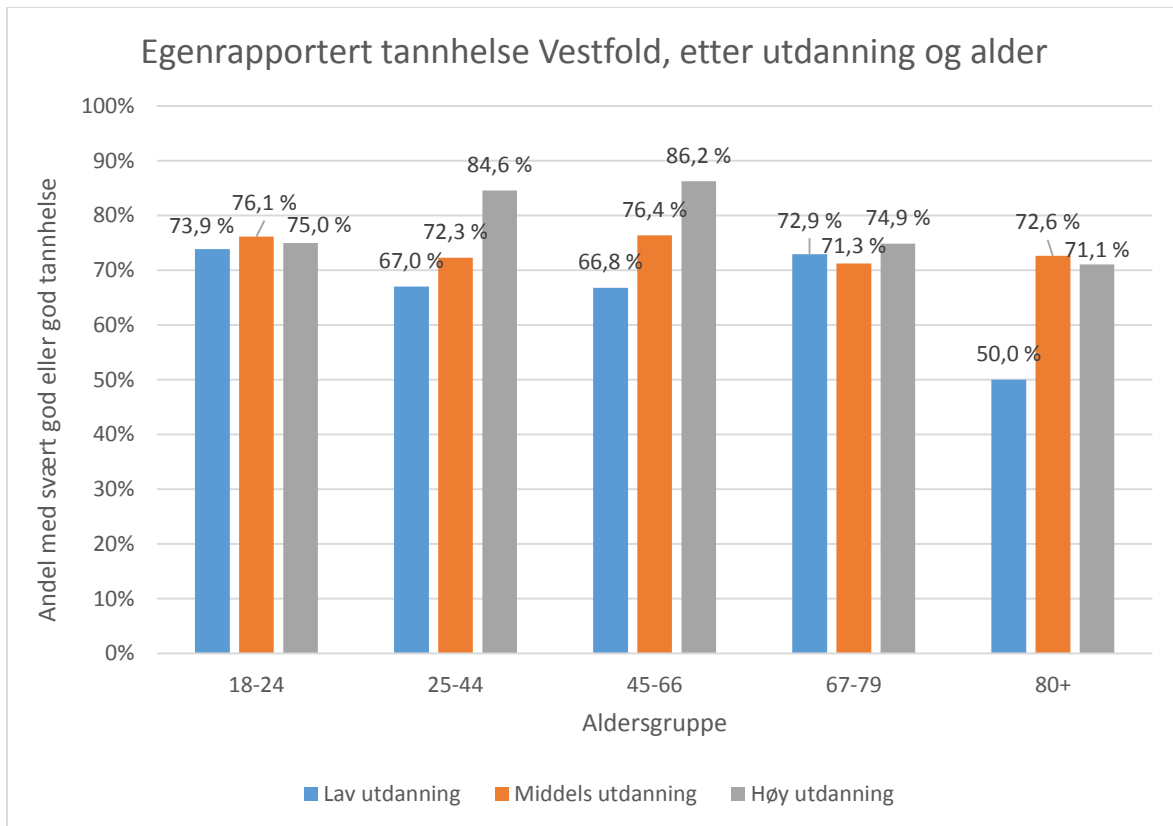
Figur 5 viser hvordan det er en tydelig utdanningsgradient i alle aldersgrupper når det gjelder egenvurdert helse i Vestfold. I den yngste og eldste aldersgruppen er tallene basert på få individer, men minimum er 29 personer i gruppen høy utdanning, 18-24 år. Det kan også diskuteres om denne gruppen bør inkluderes, da det er sannsynlig at en større andel fortsatt er under utdanning. Det er verd å merke at rundt 30-40% lavt utdannede i arbeidsfør alder ikke rapporterer god helse. Når utdanningskategoriene ses samlet er det en tendens til at yngre rapporterer bedre helse enn eldre, dette er som forventet.

Materialet viser også et mønster i at den allmenne helsen i Vestfold blir bedre med økende inntekt.



Figur 6

Utdanningsgradienten i egenvurdert helse for Vestfold er også tydelig når svarene blir fordelt på kjønn (figur 6), og det er en tendens til at kvinner har bedre helse enn menn. Tallene er her aldersjustert i forhold til befolkningens alderssammensetning, slik at skjevhet i respons når det gjelder alder ikke påvirker resultatene.



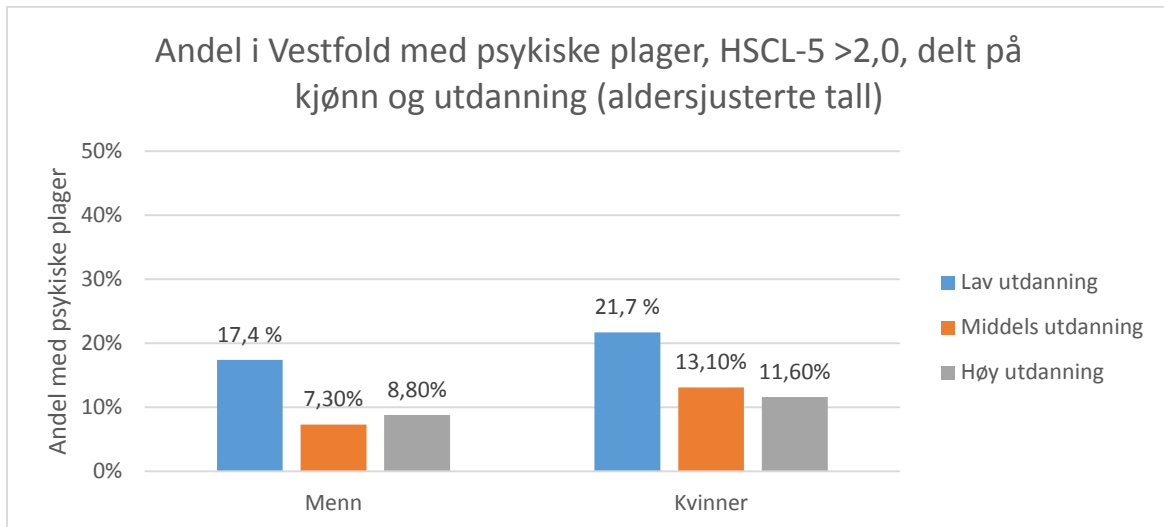
Figur 7

Den egnevurderte tannhelsen viser en utdanningsgradient i aldergruppene 25-44 år og 45-66 år, men for de andre aldersgruppene er ikke det en like tydelig gradient i forhold til utdanning. Som for egnevurdert helse er det få individer i den yngste og eldste aldersgruppen, nedre grense er 28 individer for gruppen 18-24 år høy utdanning, så her bør det tas noen forbehold i tolkning. I aldersgruppen 67- 79 år ligger egnevurdert tannhelse som «god» eller «svært god» forholdsvis likt, litt over 70%, for alle utdanningsgrupper.

Psykisk helse og sosial støtte

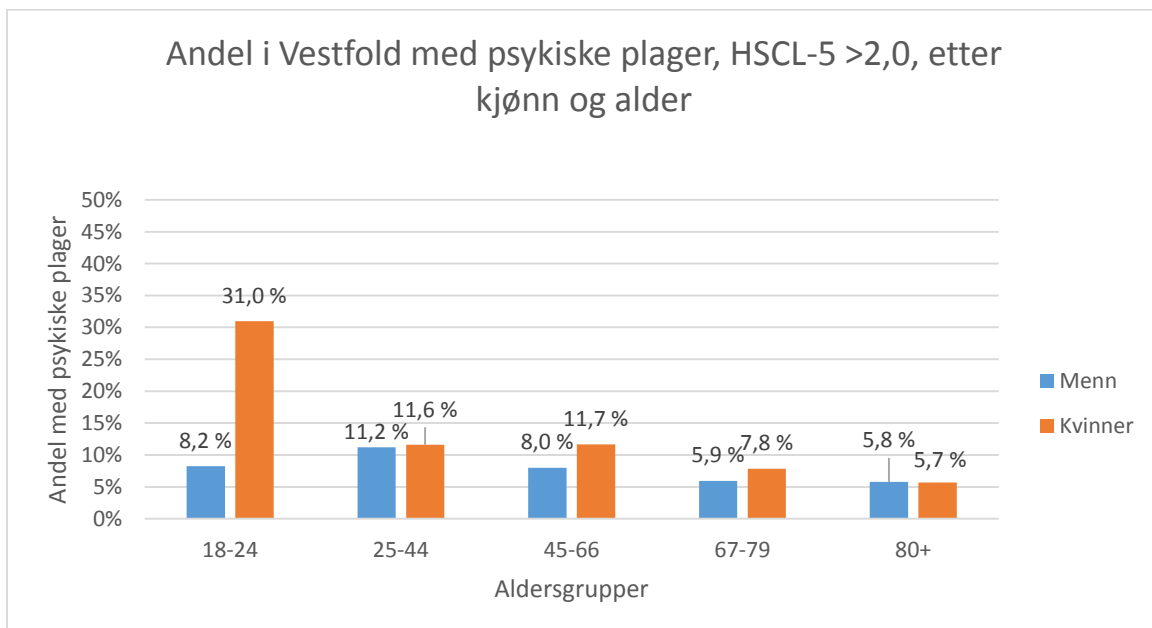
Psykiske plager:

I spørreskjemaet var det inkludert et måleinstrumentet, HSCL-5, for vurdering av forekomst av psykiske plager. HSCL-5 består av fem delspørsmål, som inkluderer symptomer som er vanlige ved psykiske plager som angst og depresjon. HSCL-5 er en kortversjon av måleinstrumentet HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist), og angst og depresjon blir vurdert samlet. Spørsmålene spør om grad av ulike plager den siste uken med fire svaralternativer fra «ikke plaget (skår=1)» til «veldig mye plaget (skår=4)». Deretter blir gjennomsnittskår for en person regnet ut. En gjennomsnittskår over 2,0 defineres som symptomer på angst/depresjon.



Figur 8

For Vestfold ble det funnet at kvinner med laveste utdanningsnivå hadde høyest forekomst av symptomer på angst/depresjon, litt over en av fem kvinner. Menn med lav utdanning hadde også forholdsvis høy forekomst, mens menn med middels og høy utdanning hadde den laveste forekomsten blant både kvinner og menn, færre enn en av 10 menn viste tegn på psykiske plager.



Figur 9

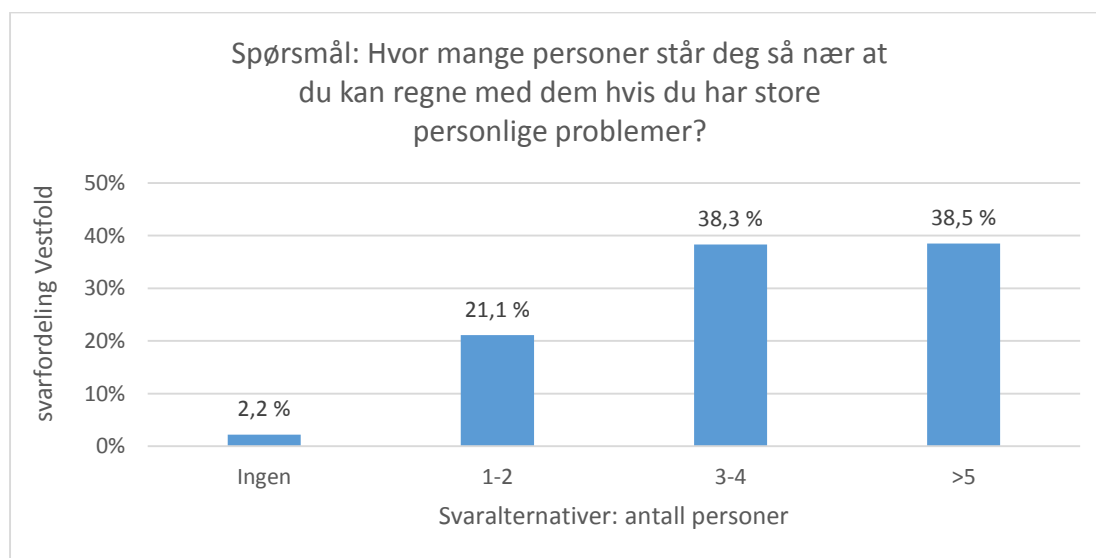
Når forekomsten i Vestfold deles opp på ulike aldersgrupper er den helt klart høyeste forekomsten av psykiske plager blant kvinner i gruppen 18 til 24 år. Rett under en tredjedel viser symptomer på angst/depresjon (figur 9) (svar fra 113 kvinner). I aldersgruppen 25 til 44 år ligger menn og kvinner

forholdsvis likt, men deretter synker forekomsten raskere blant menn. Både menn og kvinner i de to eldste aldersgruppene har den laveste forekomsten av psykiske plager.

Sosial støtte:

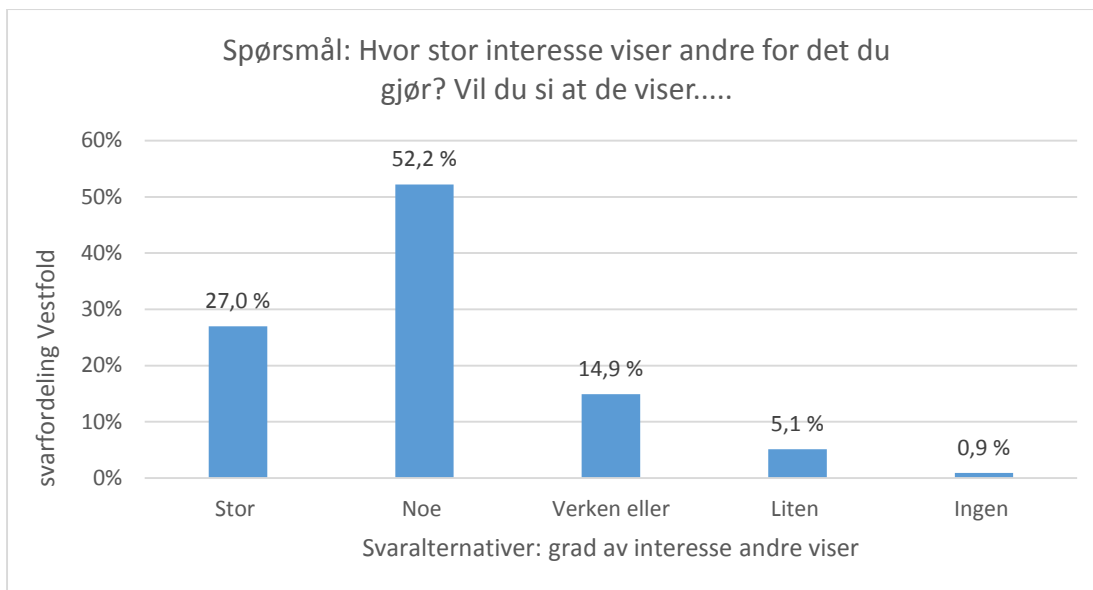
God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet. Vårt sosiale nettverk har betydning for helsa vår, først og fremst ser det ut til at det er sosial støtte som er den helsefremmende faktoren (faktaark FHI: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>).

I spørreskjemaet ble måleinstrumentet som heter «Oslo-3 skalaen» benyttet (Dalgard 1996). Dette består av tre spørsmål som vanligvis summeres til en samlet verdi for vurdering av grad av sosial støtte, men samtidig er det også mulig og interessant å se på enkeltspørsmålene separat. Ved summering varierer totalskåren mellom 3 og 14, der 3-8 vurderes som dårlig sosial støtte, 9-11 moderat støtte, mens 12-14 representere sterk sosial støtte. Nedenfor presenteres først svarfordelingen i Vestfold for hvert enkelt spørsmål, og deretter andelen i ulike geografiske områder av Vestfold for moderat og høy sosial støtte sett samlet.



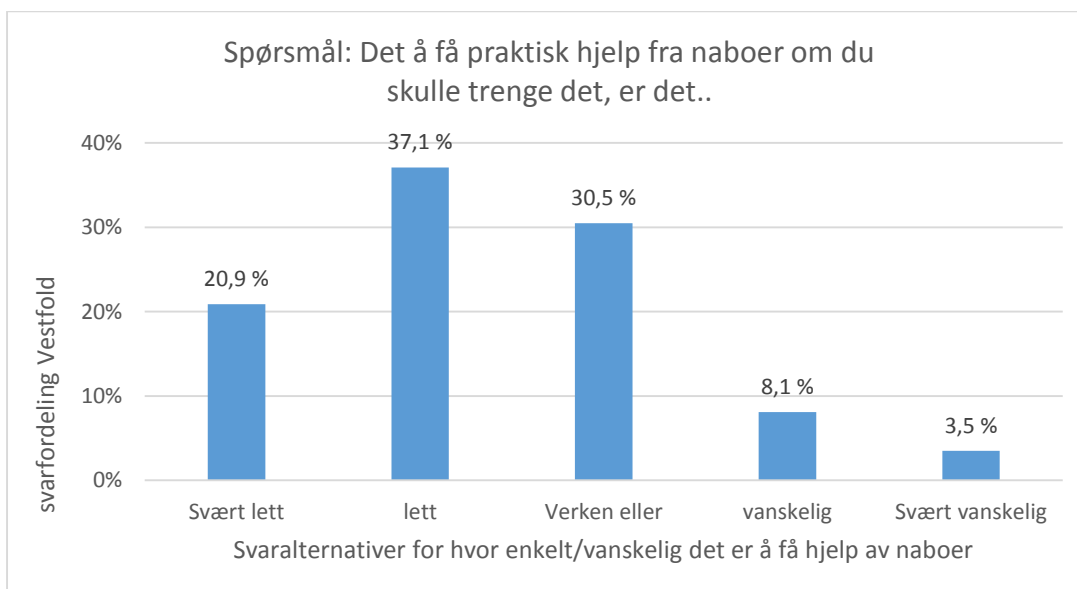
Figur 10

De aller fleste personene som ble spurt i Vestfold har tre personer eller flere som står dem nær, nært opp til 80%. Allikevel, det er en forholdsvis stor andel som kun har en til to personer som står dem nær, en av fem, og dermed er kanskje mere utsatt for å oppleve ensomhet skulle en nær person forsvinne fra deres liv. To av hundre personer i Vestfold har ingen de kan regne med skulle de få store personlige problemer.



Figur 11

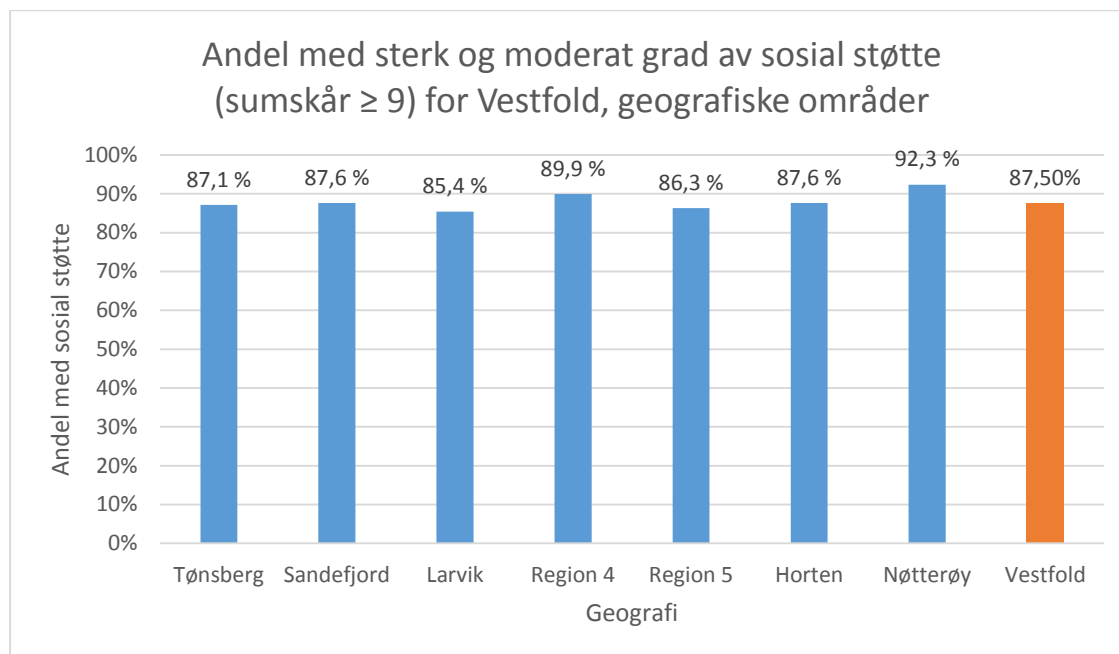
Den bekreftende støtte vi får når noen viser interesse for det vi gjør gir en viktig følelse av å bli verdsatt og sett, en viktig faktor for mennesket som er sosialt av natur (faktaark FHI, se lenke over). I Vestfold var det litt under en tredjedel som kan nyte godt av stor interesse fra andre mennesker, mens ca. halvparten av deltakerne opplever at andre viser noe interesse for det de gjør. Litt over en femtedel opplever at andre viser liten interesse eller de har ikke helt klart å avgjøre hvordan interessen fra andre er («verken eller»).



Figur 12

Det siste spørsmålet i dette måleinstrumentet er det som også blir kalt instrumentell støtte og er en konkret form for sosial støtte i form av praktisk hjelp. Her er praktisk hjelp fra naboer vurdert og sier

da også noe om kontakt mellom naboer. Over halvparten har svart at de lett eller svært lett kan få hjelp av naboer. Et høyt antall, nær en av tre personer, har ikke klart kunnet si om det er lett eller vanskelig å få praktisk hjelp fra naboer.



Figur 13

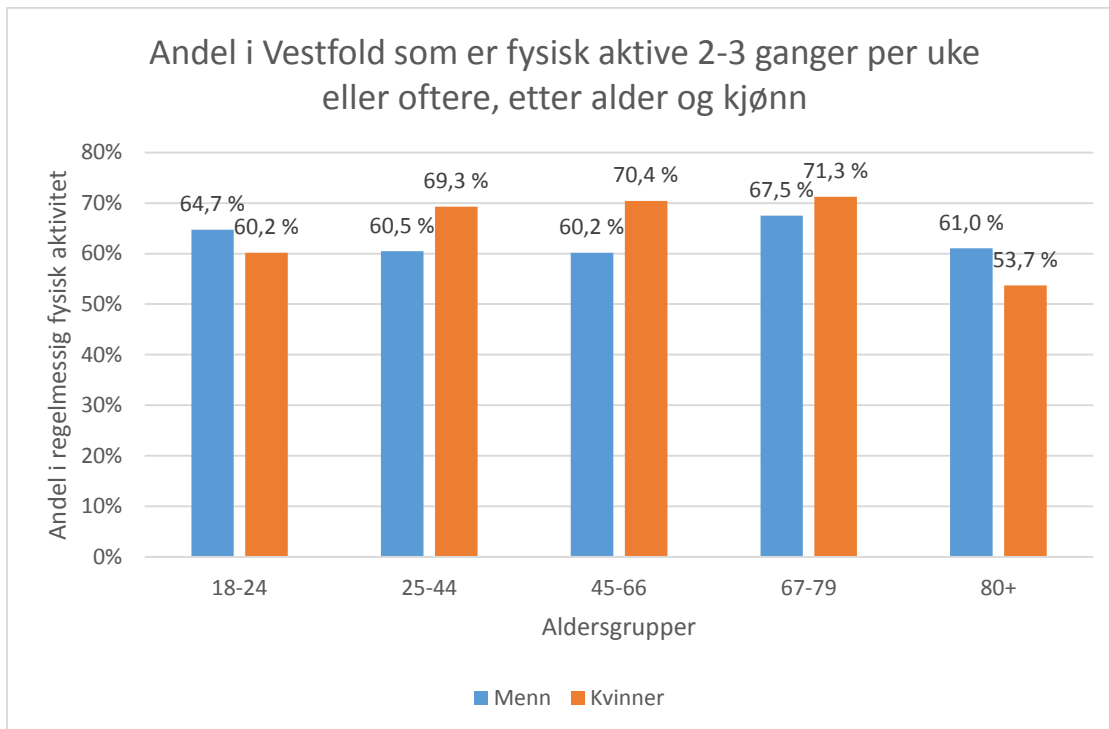
Det er noen små ulikheter mellom regioner i forhold til sosial støtte, her er sterk og moderat sosial støtte sett samlet (figur 13). Region 4 var ved statistisk sammenlikning, signifikant bedre enn Larvik og Region 5 i andelen med høy sosial støtte. Samtidig kan det diskuteres om dette er av noen praktisk betydning når det kun er rundt 4-5 prosentpoeng som skiller regionene. Når Nøtterøy og Horten blir trukket ut av Region 4 kan det se ut som det er en ulikhet mellom disse kommunene, men med færre individer i gruppene, og dermed større usikkerhet, er det ikke en statistisk signifikant forskjell her. Hvis vi skiller ut de to underkategoriene for sosial støtte, Vestfold sett samlet, er det 39% som rapporterer sterk sosial støtte og 49% som rapporterer moderat sosial støtte (tall avrundet).

For sosial støtte ble det funnet en tydelig utdanningsgradient, jo høyere utdanning, jo høyere sosial støtte.

Hverdagsaktivitet og trening

Deltakere ble spurt om omfang av stillesitting, mosjons- og treningshyppighet og varighet når de mosjonerte/trente. Her blir det presentert litt om hyppighet for mosjon og trening. Den fysiske

aktiviteten ble bredt definert og deltakere ble bedt om å inkludere for eksempel gå til jobb eller skole, sykling, turgåing, hagearbeid og trening. På spørsmålet om hvor ofte de trente eller mosjonerte vanligvis på fritiden var svaralternativene «aldri», «sjeldnere enn en gang i uka», «en gang i uka», «to til tre ganger i uka», «fire til fem ganger i uka» eller «omtrent hver dag». Totalt for Vestfold var svarfordelingen på disse henholdsvis 7,7%, 11,9%, 15,1%, 34,8%, 14,7% og 15,8%. Hvis de tre første kategoriene blir sett samlet ser det ut til at en tredjedel (34,7%) av Vestfold-befolkningen er lite fysisk aktive, kun en gang i uka eller sjeldnere.



Figur 14

For Vestfold ser vi hvordan, spesielt for kvinner, det er en økning i andel som er aktive to til tre ganger per uke eller oftere etter som de blir eldre, opp til en topp for gruppen 67-69 år, hvor dette gjelder rett over 7 av 10 kvinner (Figur 14). Menn i denne aldersgruppen er også de mest aktive i forhold til andre aldersgrupper, og de holder seg også på en forholdsvis høy andel for de 80 år og over (med forbehold om usikkerhet på grunn av færre deltakere, 77 menn).

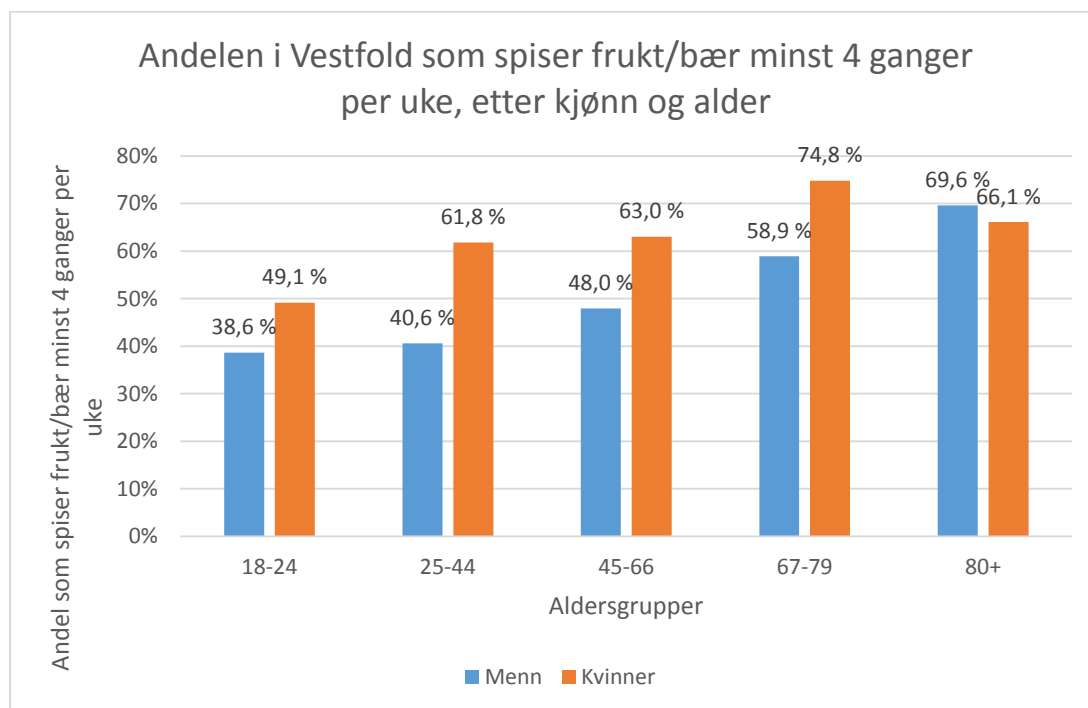
Samlet sett er kvinner oftere aktive enn menn og det er en tydelig aldersgradient, eldre mosjonerer oftere. Det er også en tydelig utdanningsgradient, der hvor de med høy utdanning mosjonerer oftere enn de med lav og middels utdanning, men samtidig viste materialet at de med lav utdanning oftere mosjonerte daglig enn de med middels utdanning.

Kosthold

Deltakere ble spurt om hyppighet av konsum av fire ulike matvaregrupper som påvirker om kostholdet er sunt eller ikke; frukt/bær, grønnsaker, sukkerholdig drikke og fisk. Svaralternativene var aldri, en til tre ganger per måned, en til tre ganger per uke, fire til seks ganger per uke og daglig.

Frukt og bær:

I Vestfold oppga 36,1% at de spiser frukt/bær daglig og 21,3% svarte 4-6 ganger per uke.

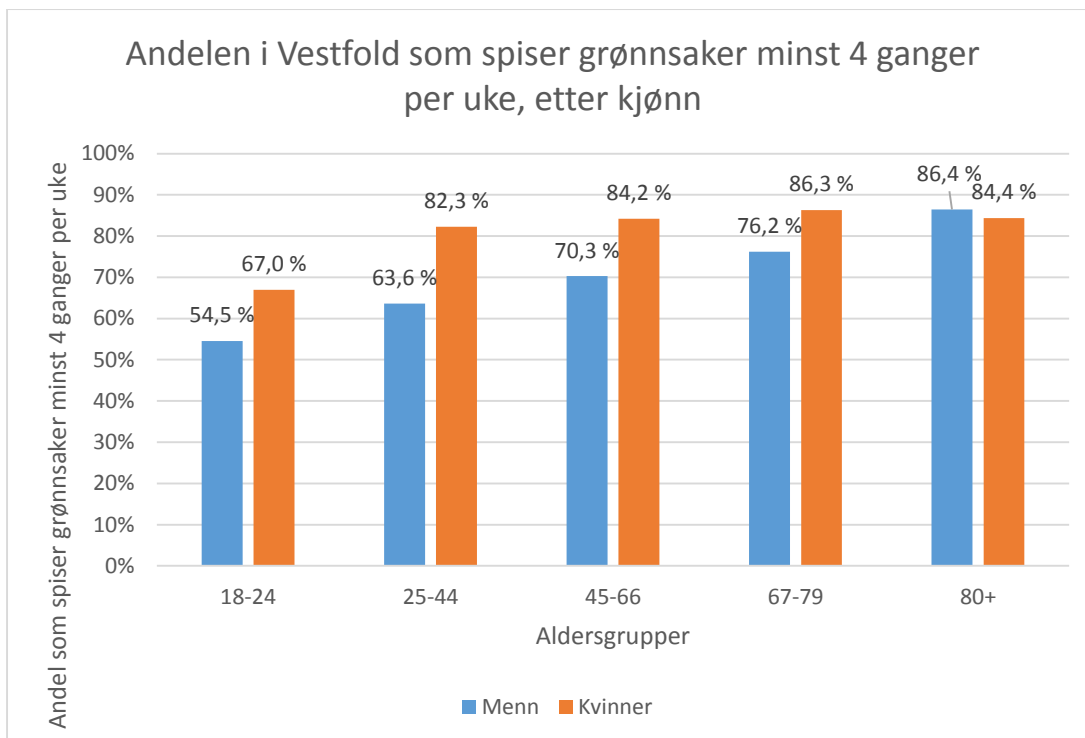


Figur 15

Figur 15 viser at for Vestfold så spiser kvinner mer frukt og bær enn menn i alle aldersgrupper, unntatt for de over 80 år, men i den aldersgruppen er tallene mer usikre på grunn av færre deltakere. Kvinner i aldersgruppen 67 til 79 år ligger helt på topp med 74,8% som spiser frukt og bær fire ganger eller flere per uke.

Grønnsaker:

Litt over halvparten i Vestfold svarte at de spiste grønnsaker daglig (51,6%), mens 25,6% oppga at de spiste grønnsaker 4-6 ganger per uke.



Figur 16

Figur 16 viser at for Vestfold så spiser kvinner mer grønnsaker enn menn i alle aldersgrupper, unntatt for de over 80 år, men i den aldersgruppen er tallene mere usikre på grunn av færre deltakere. Kvinner i aldersgruppen 67 til 79 år, og menn over 80 år, ligger på topp med over 86% som spiser grønnsaker fire ganger eller flere per uke.

Sukkerholdig drikke:

I Vestfold var det 48% som svarte at de aldri drakk sukkerholdig leskedrikk, rundt 20% svarte 1-3 ganger per måned og rundt 20% svarte 1-3 ganger per uke, mens litt flere enn 9 % drakk sukkerholdig leskedrikk fire ganger eller flere per uke. At såpass mange svarte aldri ser bra ut, men her må det tas forbehold om at dette er bedre i undersøkelsen enn i Vestfold-befolkningen generelt, på grunn av skjevheter i utvalg når det gjelder alder, utdanning og kjønn.

Fisk:

I overkant av 18% av deltakerne fra Vestfold spiste fisk, inkludert som pålegg, 4 ganger per uke eller oftere. 64,6% svarte at de spiste fisk 1-3 ganger per uke, mens det var rundt 17% som spiste fisk tre ganger per måned eller sjeldnere. Helsedirektoratet anbefaler å spise fisk til middag to til tre ganger per uke, og gjerne som pålegg. Seks påleggsporsjoner med fisk tilsvarer omtrent en fiskemiddag. Det er en forholdsvis stor andel som svarer at de spiser fisk 1-3 ganger per uke, men det er ikke mulig å si hvor mange av disse personene som faktisk oppfyller kostholdsrådet eller ligger på minimum for svaralternativet, fisk en gang i uken.

Ulikheter i kosthold i forhold til kjønn, alder og utdanning, oppsummert:

For alle matvaregruppene inkludert her ses det tydelige ulikheter mellom ulike grupper. Kvinner spiser mere frukt, bær, grønnsaker og fisk enn menn, og de drikker mindre sukkerholdig leskedrikk.

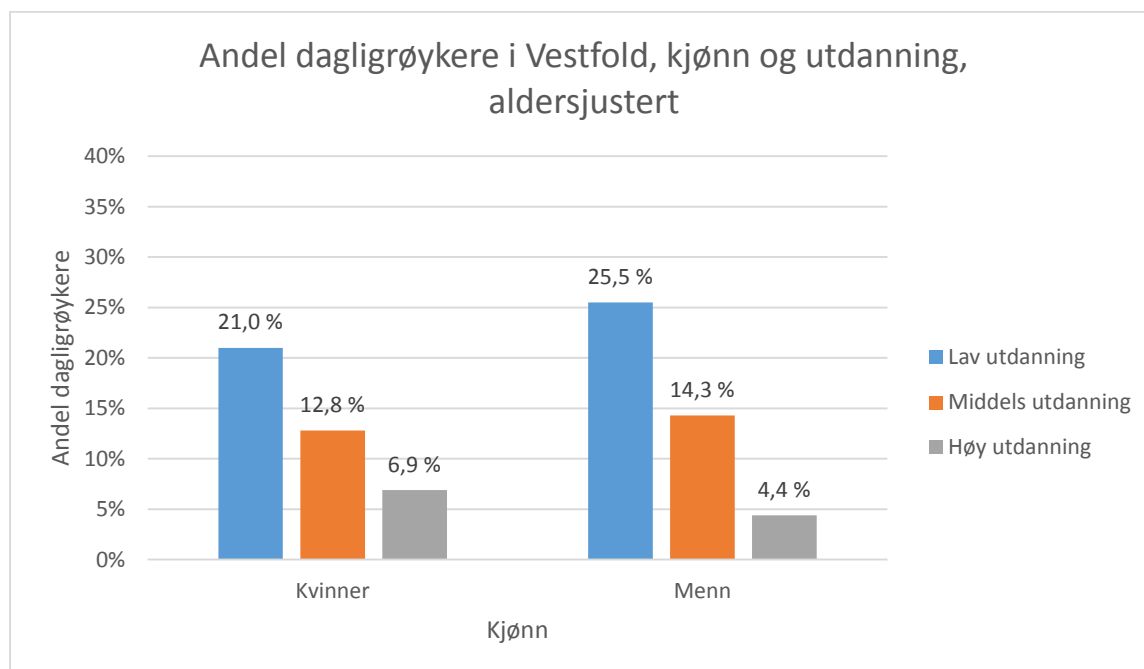
Sett i forhold til alder viste det seg at det er de eldre som oftest spiser frukt, bær, grønnsaker og fisk, og de drikker betydelig mindre sukkerholdig leskedrikk enn de unge.

Det samme ulikhetsmønsteret, og en tydelig gradient, gjentar seg når hyppighet av konsum blir sett i forhold til utdanningsnivå. De med høyest utdanning spiser mere frukt, bær, grønnsaker og fisk. De med høyest utdanning drikker mindre sukkerholdig drikke enn de med medium utdanning, som igjen drikker mindre sukkerholdig drikke enn de med lav utdanning.

Tobakksbruk

Røyk

Deltakere ble spurt om de røykte nå eller hadde røykt tidligere. Svaralternativene var «daglig», «av og til», «ikke nå, men tidligere daglig», «ikke nå, men tidligere av og til» eller «har aldri røykt». Nedenfor er noen resultater for de to første alternativene presentert.

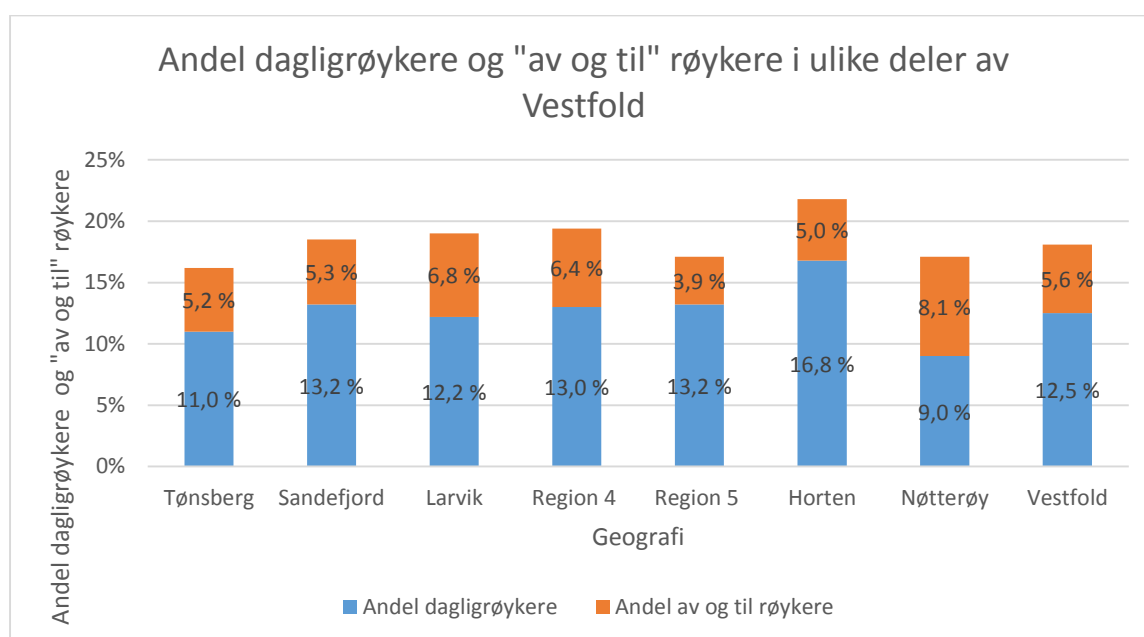


Figur 17

Kvinner røyker noe mindre enn menn (Figur 17). For Vestfold var det 12% (214 av 1776) kvinner, og 13% (209 av 1605) menn som var dagligrøykere (tall ikke aldersjusterte).

Det er en tydelig utdanningsgradient i forekomst av dagligrøyking, både for menn og kvinner (Figur 17). De med høyest utdanning røyker betydelig mindre enn de med middels utdanning, som igjen røyker mindre enn de med lav utdanning.

Tallene i figur 17 er justert for aldersskjevhet blant deltakere i forhold til virkelig aldersfordeling i Vestfold-befolkningen. Ved en vurdering av røyking i ulike aldersgrupper (tall ikke vist her) røyker middelaldrende (45-66) oftere enn de yngre og de gamle.



Figur 18

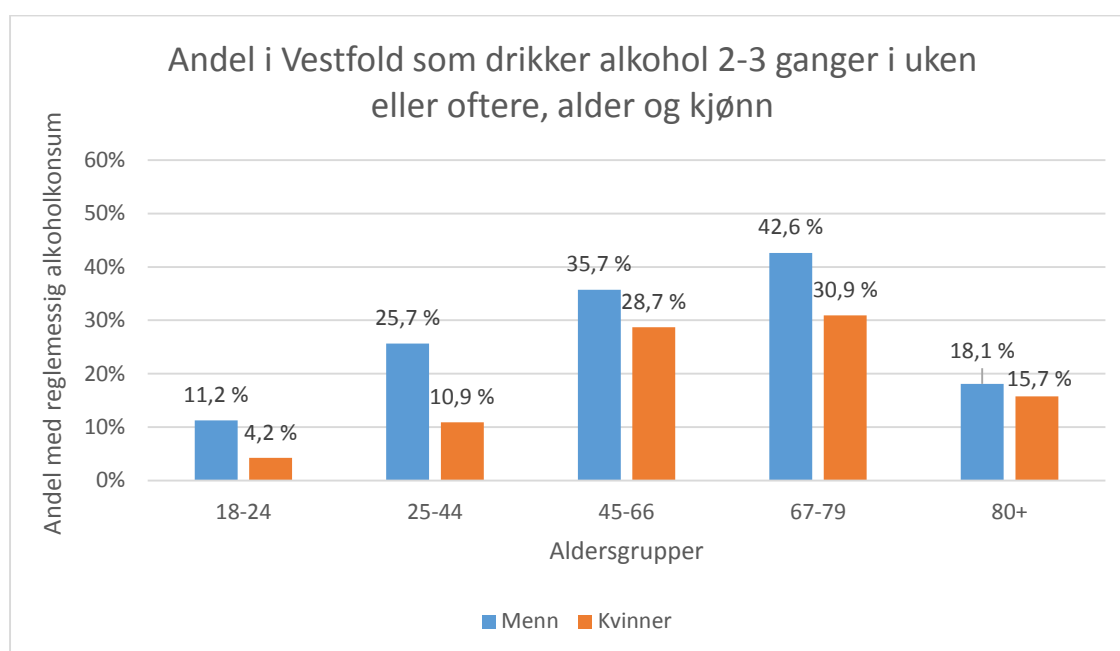
Det er noen geografiske forskjeller i røykevaner innad i Vestfold, men for den originale regioninndelingen brukt for undersøkelsen er det ingen statistisk signifikante forskjeller. Hvis derimot Horten og Nøtterøy trekkes ut av Region 4 er det en statistisk signifikant høyere andel dagligrøykere i Horten enn på Nøtterøy. Nøtterøy har den laveste andelen dagligrøykere blant de folkerike/by -kommunene med 9% og Horten den høyeste med 16,8%. Samtidig har Nøtterøy en høyere andel «av og til røykere» enn Horten, rundt tre prosentpoeng høyere. Fra undersøkelsen er det ikke flere detaljer om hyppighet i bruk til disse «av og til røykerne».

Snus:

Det er flere yngre enn eldre som snuser. Totalt for Vestfold var det 6,4% som brukte snus daglig, men dette tallet vil bli noe høyere ved aldersjustering siden de yngre aldersgruppene var underrepresentert. Blant kvinner var det 3,6% som brukte snus daglig og 2% av og til. Blant menn var det 9,5% som brukte snus daglig og 3,3% som brukte det av og til.

Alkoholkonsum

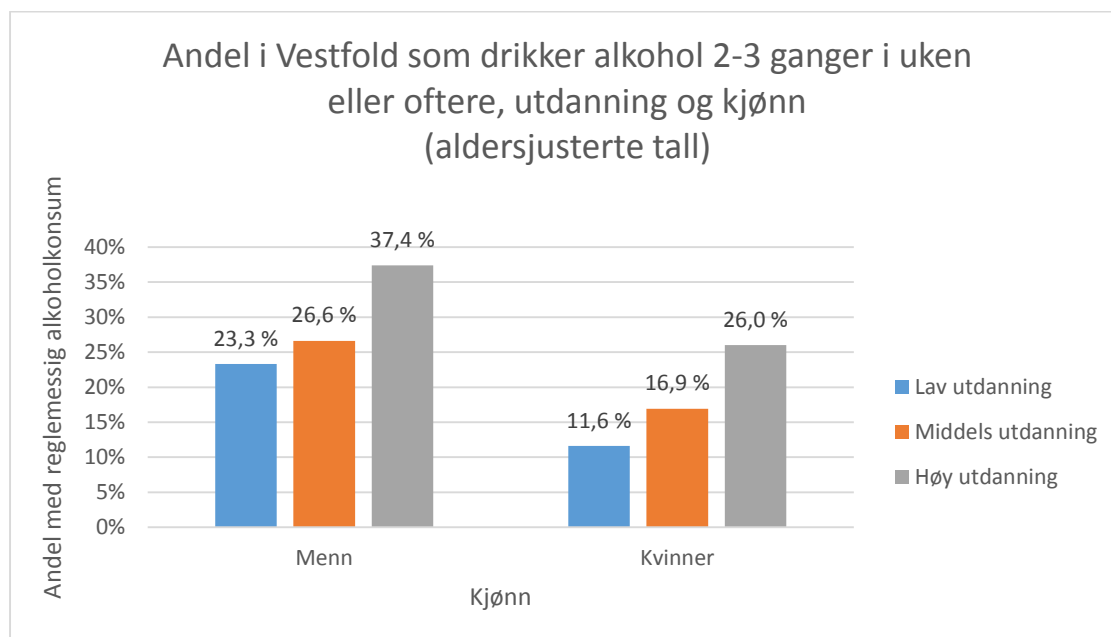
Spørreskjemaet inkluderte tre spørsmål relatert til alkoholkonsum, et på hyppighet av konsum, et om antall enheter på en «typisk» dag ved konsum og et spørsmål på hyppighet av konsum av seks alkoholenheter eller flere (et mål på mulig beruselse). En alkoholenhet ble beskrevet som en liten flaske øl, et glass vin eller en drink. Nedenfor er noen utvalgte resultater for alkoholkonsum i Vestfold-befolkningen.



Figur 19

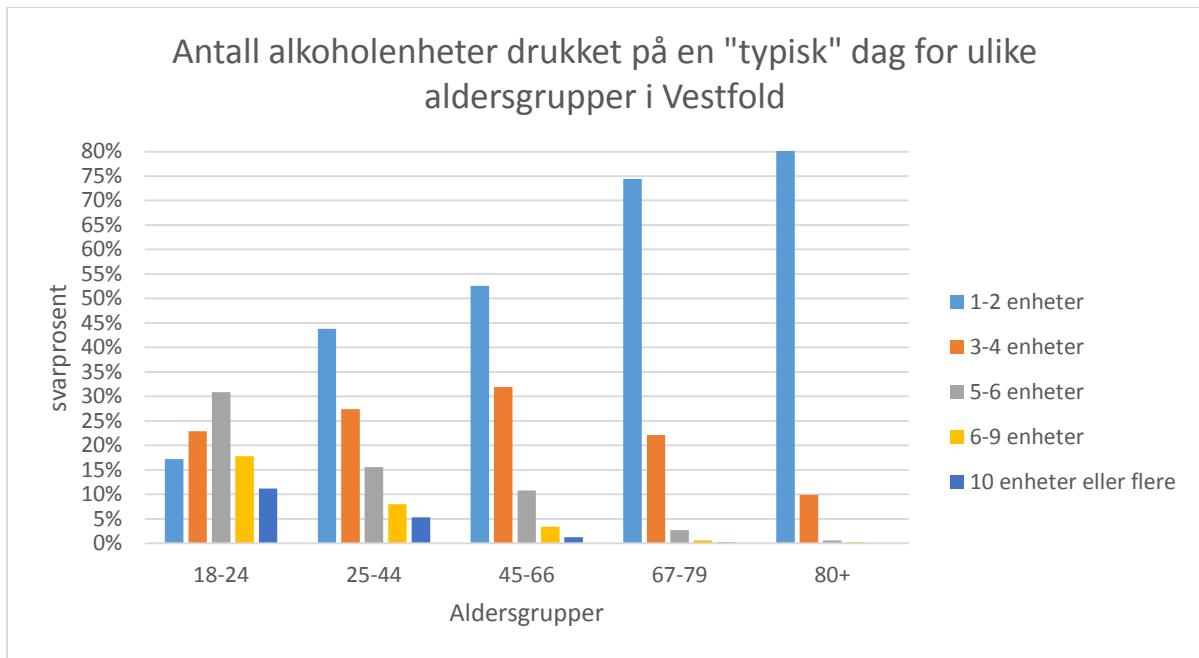
Figur 19 viser at hyppigheten av alkoholinntak øker med alderen opp til 80 år for folk i Vestfold, der rundt fire av 10 menn og rundt tre av 10 kvinner i aldersgruppen 67 til 79 år drikker alkohol to til tre ganger i uken eller oftere. Samlet sett for alle aldersgruppene drikker 32,9% av menn og 22,2% av kvinner alkohol to til tre ganger i uken eller oftere. For alle aldersgrupper opp til 80 år drikker også menn oftere alkohol enn kvinner. Menn drikker alkohol tydelig oftere enn kvinner og eldre oftere enn yngre.

Innad i Vestfold rapporterte deltakere fra Larvik om signifikant sjeldnere alkoholdrikking enn de fra Tønsberg, Sandefjord og Region 4 (tall ikke vist her).



Figur 20

I Vestfold drikker de med høy utdanning oftest alkohol (figur 20). Denne utdanningsgradienten kan beskrives som omvendt, vanligvis er gradientene for negative påvirkningsfaktorer for helse slik at de med lavest utdanning påvirkes sterkest. Denne omvendte utdanningsgradienten er tydelig både for menn og kvinner. Ikke overraskende er det også en omvendt inntektsgradient her. Desto høyere inntekt, desto oftere blir det drukket alkohol.



Figur 22

Ved å spørre deltakere i Vestfold om hvor mye alkohol som vanligvis blir drukket når de først drikker, blir inntrykket av totalt alkoholkonsum i ulike aldersgrupper endret. Mengde som drikkes er størst i de yngste aldersgruppene og avtar med økende alder. Rett under tre av fire i gruppen 67 til 79 år drakk kun 1-2 enheter på en «typisk» dag hvor de drakk alkohol. Det ble også funnet at jo høyere utdanning, jo mer moderat var inntaket når alkohol ble drukket. Samlet sett var det 11,5% kvinner og 19,3% menn som drikker 5 alkoholenheter eller mer på en «typisk» dag.

Oppsummering

I denne rapporten er det presentert noen aktuelle tall for Vestfold-befolkningen om trivsel og fornøydhet med livet, egenvurdert helse og tannhelse, psykisk helse og sosial støtte, fysisk aktivitet, kostholdsvaner, røykevaner og alkoholkonsum.

For de fleste temaene finnes det tydelige gradienter relatert til sosiale helseforskjeller. I tillegg er det også flere interessante aldersgradienter, for eksempel ser vi at de eldre spiser sunnere, er mere aktive og ser ut til å ha bedre psykisk helse enn de unge. Kjønnsforskjeller er også tydelige for flere av temaene, og totalt sett har kvinner noe sunnere levevaner enn menn.

Mellom ulike geografiske områder er det i de fleste tilfeller mindre forskjeller.

Vedlegg

- 1) Spørreskjema
- 2) Informasjonsflyer

Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel 2015



1 I hvilken grad trives du med å bo i kommunen din?

Merk: Sett ett kryss

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

2 I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt...?

Merk: Sett ett kryss

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

3 Hvordan vurderer du helsen din sånn i alminnelighet? Vil du si at den er...

Merk: Sett ett kryss

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

4 Hvordan vurderer du tannhelsen din? Vil du si at den er...

Merk: Sett ett kryss

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

5 Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går. Betingelsen er at den/de har vart, eller forventes å vare i minst seks måneder

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei

6 Har du noen funksjonsnedsettelse eller har du plager som følger av skade? Vi tenker også på plager som kommer og går.

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei

Hvis 5 =Ja og/eller 6 =Ja:

7 Skaper helseproblemene/ funksjonsnedsettelsene begrensninger i å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei → Gå til **10**

8 Har disse begrensningene vart i seks måneder eller mer?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei → Gå til **10**

9 Hvordan påvirker disse helseproblemene/ funksjonsnedsettelsene din hverdag?

Merk: Sett ett kryss

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

T

T

10 Nå kommer det en liste over ulike typer plager. I hvilken grad har du vært plaget av disse den siste uken?

<i>Merk: Sett ett kryss på hver linje</i>	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Tenk på ditt nærmiljø og din kommune...

Merk: Sett ett kryss på hver linje.

Opplever du at det er enkel tilgjengelighet til ...

	Ja	Nei	Vet ikke
offentlige bygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kultur- og idrettstilbud (kino, spisesteder, bibliotek, svømmehall, idrettshall etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
butikker og andre servicetilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offentlig transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at det er enkelt for deg...	Ja	Nei	Vet ikke
å bevege deg i og rundt egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å bevege deg i ditt nærmiljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å komme deg til natur- og friluftsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å finne og lese informasjon om offentlige tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nå kommer noen spørsmål om i hvilken grad man opplever livet som håndterbart og meningsfylt og om sosial støtte

12 Ser du en løsning på problemer og vanskeligheter som andre finner håpløse?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, som oftest
 Ja, i blant
 Nei

13 Føler du at dagliglivet ditt er meningsfullt og givende?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, som oftest
 Ja, i blant
 Nei

14 Opplever du at ting som hender deg i ditt daglige liv er vanskelig å forstå?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, som oftest
 Ja, i blant
 Nei

15 Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

Merk: Sett ett kryss

- Ingen
 1-2
 3-5
 Flere enn 5

16 Hvor stor interesse viser andre for det du gjør? Vil du si at de viser...

Merk: Sett ett kryss

- Stor interesse
 Noe interesse
 Verken stor eller liten interesse
 Liten interesse
 Ingen interesse

17 Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det..

Merk: Sett ett kryss

- Svært lett
 Lett
 Verken lett eller vanskelig
 Vanskelig
 Svært vanskelig

18 Hvor ofte deltar du i ...

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Aldri	1-3 ganger pr mnd	Ukentlig	Daglig
Uorganisert aktivitet som f.eks. klubb, møter venner, trinturer med venner/ kolleger eller andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisert aktivitet/ frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller andre lignende ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

┌

TNS

2

15102429

└



19 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag?

Regn med tiden både på jobb, i skole og på fritiden.

--	--

Timer (ett tall i hver rute)

Nå kommer noen spørsmål om mosjon og fysisk aktivitet. Med dette mener vi f.eks. at du går til jobb/skole, sykler, går på tur, driver med hagearbeid, trening etc. Tenk på de siste 12 måneder.

20 Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden? (Ta et gjennomsnitt)

Merk: Sett ett kryss

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i uka
- En gang i uka
- 2-3 ganger i uka
- 4-5 ganger i uka
- Omtrent hver dag

→ Gå til **22**

21 Hvor lenge holder du på hver gang? (Ta et gjennomsnitt)

Merk: Sett ett kryss

- Mindre enn 15 minutter
- 15-29 minutter
- 30 minutter – 1 time
- Mer enn 1 time

Så går vi over til spørsmål om kosthold.

22 Hvor ofte spiser eller drikker du vanligvis?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Sjelden/aldri	1-3 ganger/måned	1-3 ganger/uke	4-6 ganger/uke	Daglig
Sukkerholdig brus/ Leskedrikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt og bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker (inkludert salat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk (som pålegg eller middag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Så skal vi spørre litt om bruk av tobakk.

23 Røyker du?

Merk: Sett ett kryss

- Daglig
- Av og til
- Ikke nå, men tidligere daglig
- Ikke nå, men tidligere av og til
- Har aldri røykt

24 Bruker du snus?

Merk: Sett ett kryss

- Daglig
- Av og til
- Ikke nå, men tidligere daglig
- Ikke nå, men tidligere av og til
- Har aldri brukt snus

Så går vi over til spørsmål om alkohol. Vi tenker her på alle alkoholholdige drikker, som øl, vin, brennevin, rusbrus m.v.

25 I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte vil du si du har drukket alkohol?

Merk: Sett ett kryss

- Aldri
- Månedlig eller sjeldnere
- 2-4 ganger i måneden
- 2-3 ganger i uken
- 4 ganger i uken eller mer

→ Gå til **28**

26 Hvor mange alkoholenheter tar du på en "typisk" dag når du drikker alkohol? (Én enhet alkohol tilsvarer én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink.)

Merk: Sett ett kryss

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller flere



27 Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning? (En enhet alkohol tilsvarer én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink.)

Merk: Sett ett kryss

- Aldri
- Sjeldnere enn månedlig
- Månedlig
- Ukentlig
- Daglig eller nesten daglig

Det følgende spørsmålet gjelder nye skader i denne perioden, ikke behandling av gamle skader. 'Oppsøkt lege' inkluderer både fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetjenesten.

28 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, en
- Ja, flere
- Nei

→ Gå til **30**

29 Var skaden et resultat av en... (Har du vært utsatt for flere skader, tenk på den alvorligste)

Flere kryss mulig

- Trafikkulykke
- Arbeidsulykke
- Ulykke på skole eller i utdanning
- Hjemmeulykke
- Fritidsulykke (ikke organisert aktivitet).
- Ulykke i forbindelse med organisert sport- og idrett
- Voldshandling
- Annet

30 Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy når du er hjemme?

Sett ett kryss pr kolonne	Støy fra veitrafikk	Støy fra andre kilder
Ikke plaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litt plaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middels plaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye plaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstremt plaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 Hvor høy er du uten sko

Oppgi i cm (ett tall i hver rute)

32 Hvor mye veier du uten klær og sko?
Hvis gravid, vekt før graviditet

Oppgi i kg (ett tall i hver rute)

33 Er du gift/samboer eller enslig?

Merk: Sett ett kryss

- Gift/ samboer
- Enslig

34 Hvor mange personer bor du sammen med?

Regn bare med personer som du har felles husholdning med.

Antall personer (ett tall i hver rute)

35 Har du (husholdningen) mulighet til å klare en uforutsett utgift på 10 000 kr i løpet av en måned, uten å måtte ta opp ekstra lån eller motta hjelp fra andre? Ikke mulighet hvis det forutsetter salg av eiendeler. Mulighet hvis det kan dekkes ved å bruke oppsparte midler.

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei

36 Alt i alt, - når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?

Merk: Sett ett kryss

- Svært fornøyd
- Ganske fornøyd
- Både /- og
- Nokså misfornøyd
- Svært misfornøyd

Takk for hjelpen!

Delta i Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel 2015!

Nå gjennomfører vi en stor folkehelseundersøkelse i Vestfold. Undersøkelsen er en oppfølging av folkehelseoven. Du er en av 8 000 personer som er tilfeldig trukket ut til å være med i undersøkelsen. Vi håper du kan sette av noen få minutter som et bidrag til folkehelsearbeidet.

Undersøkelsen handler om dine levekår, din trivsel og helse. Svarene vil gi fylkeskommunen og din hjemkommune grunnlag for å ta beslutninger som fremmer gode levekår og trivsel.

Howdan delta: Du kan returnere vedlagte spørreskjema eller benytte web-skjemat (se følgebrev). Vi vil oppfordre deg til å svare snarest mulig og helst innen to uker. De som ikke svarer i løpet av denne tiden, vil bli forsøkt kontaktet på telefon.

Denne folkehelseundersøkelsen er den første i sitt slag i Norge, og det er kun personer i Vestfold, Aust-Agder og Vest-Agder som deltar. Informasjonen som blir gitt i undersøkelsen kobles til enkelte registerdata som inntekt, trygd, utdanning og opplysninger om husholdningen. Når svarene knyttes til slike sosioøkonomiske forhold, vil det kunne gi resultater med meget god pålitelighet.

Undersøkelsen er et samarbeid mellom fylkeskommunene, Folkehelseinstituttet og TNS Gallup. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner i statistikk eller forskning fra undersøkelsen.

Ditt svar har betydning for fremtidens levekår og trivsel – takk for at du bidrar!



Rune Hogsnes

Fylkesordfører Rune Hogsnes
Vestfold fylkeskommune





Eksempler på folkehelseiltak:

- ✓ Tilrettelegging av stier og turveier gjør det enklere for alle å være fysisk aktive
- ✓ Flere sosiale møteplasser og god tilgjengelighet legger til rette for et inkluderende samfunn
- ✓ Holdningsskapende arbeid fremmer gode levevaner
- ✓ Tiltak for å forebygge skader og ulykker

Har du spørsmål om folkehelsearbeidet i fylket ditt, kan du kontakte:

Vestfold fylkeskommune v/ Mari Espetvedt
E-post: marikatrine@vfk.no • Telefon: 908 48 929