



Livskvalitet, helse og sosial ulikhet blant eldre i Vestfold



Foto: Stina Glømme

Analyser av registerkoblet
data fra
Folkehelseundersøkelsen
2021

Innhold

1. Innledning	3
1.1. Oppsummering og hovedfunn	3
2. Oppbygging og analysegrunnlag	6
2.1. Hvem er inkludert i analysene.....	6
2.1.1 Alder	8
2.1.2 Kjønn	9
2.1.3 Utdanningsnivå.....	10
2.1.4 Inntektsnivå	11
2.1.5 Landbakgrunn.....	14
3. Livskvalitet, helse og sosial ulikhet i Vestfold	16
3.1. Helse	16
3.1.1 Egenvurdert helse	16
3.1.2 Psykiske plager	20
3.1.3 Langvarige sykdommer og helseproblemer	22
3.1.4 Tannhelse	25
3.2. Subjektiv livskvalitet	29
3.2.1 Fornøyd med livet, livstilfredshet.....	29
3.2.2 Fremtidsoptimisme	32
3.2.3 Trivsel i nærmiljøet.....	35
3.2.4 Stedstilhørighet	38
3.2.5 Mestring	42
3.3. Sosiale relasjoner.....	44
3.3.1 Ensomhet	44
3.3.2 Sosial støtte	46
3.3.3 Gjensidig positive sosiale relasjoner	49
3.3.4 Deltakelse i aktiviteter.....	53
3.4. Tilgjengelighet	56
3.4.1 Butikker, spisesteder og liknende servicetilbud	56
3.4.2 Kulturtilbud	60
3.4.3 Gang- og sykkelvei	65
3.4.4 Kollektivtransport.....	70
4. Kommunetabeller for utvalgte indikatorer	74
4.1. Færder	75
4.2. Holmestrand	76
4.3. Horten.....	77
4.4. Larvik	78
4.5. Sandefjord	79
4.6. Tønsberg	80
5. Eldre i Vestfold og folkehelsearbeid	81
6. Kilder og figurer.....	84
6.1. Anbefalt videre lesing	84
6.2. Kilder.....	84

6.3. Tabeller	86
6.4. Figurer.....	86

1. Innledning

Vestfold har en noe høyere andel eldre enn landet sett under ett. Rundt 1 av 5 er 65 år eller eldre, og denne andelen er forventet å øke til rundt 30 % i 2050 (1) (2). Det er forventet en økt omsorgsbyrde som følge av at det blir flere eldre, men samtidig viser funn at mange av de eldre er friskere lengre, de er og kan være en ressurs som bidrar i frivillig arbeid og på andre måter i samfunnet.

Folkehelsearbeidet vektlegger det helsefremmende og det forebyggende perspektivet, med overordnet mål om å hindre og utjevne sosial ulikhet i helse. Sosial ulikhet i helse handler om at helse og sykdom er ulikt fordelt etter sosioøkonomisk status, det vil si sett opp mot f.eks. inntekt, utdanning eller yrke. Mønsteret er at lavere sosioøkonomisk status gir økt sykdomsbyrde og dårligere livskvalitet¹. Innsats for å utjevne ulikhet og fremme god helse blant eldre er et viktig bidrag for å redusere press på omsorgstjenester og holde forsørgerbyrden lav. I dette arbeidet er det nyttig å ha god innsikt i helsetilstanden for eldre og påvirkningsfaktorer som fremmer eller hemmer god helse og livskvalitet. Kunnskapen er nyttig for forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak, der målet er både å forsterke det som er bra og å rette innsatsen mot det som kan bli bedre. I folkehelseprofilene for fylket og kommunene for 2024 utarbeidet av Folkehelseinstituttet, var eldres helse hovedtema (3). Der blir det pekt på hvordan mange eldre bidrar og kan være en ressurs for samfunnet, men at det samtidig er behov for mer kunnskap om hvordan best tilrettelegge for at eldre kan bidra med sine ressurser på egne premisser. Denne rapporten har til hensikt å gi økt kunnskap om hvordan det står til med eldre i Vestfold, til inspirasjon og nytte i helsefremmende innsats og god samfunnsutvikling for eldre i fylket.

1.1. Oppsummering og hovedfunn

Rapporten bidrar til et utvidet bilde og mer detaljert kunnskap om de eldre i Vestfold enn tidligere resultater publisert fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021. For noen indikatorer er det en forskjell mellom de yngste og de eldste blant eldre, men andre ganger er det lite som skiller.

Sosial ulikhet i helse

Resultatene i denne rapporten viser at sosial ulikhet i helse er gjeldende for de som er 65 år og eldre i Vestfold, og dermed bør få oppmerksomhet i folkehelsearbeidet, og i arbeid for god

¹ Livskvalitet er et sentralt begrep i arbeid for god folkehelse. Livskvalitet er vidt begrep og omfatter både objektive og subjektive sider. Subjektive sider handler om opplevelser som tilfredshet, glede, mestring og mening, samt fravær av psykiske plager og negative følelser. Det objektive handler om det ytre og objektive levekårsforhold, som f.eks. inntekt, sosial deltakelse og boforhold (<https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>).

livskvalitet der eldre er i målgruppen. Samtidig, er det viktig å minne om at arbeid for utjevning av sosial ulikhet bør starte tidlig i livsløpspet. Statistikk viser at forventet levealder blant de med grunnskoleutdanning er rundt 80 år, mens for de med universitet- og høyskoleutdanning ligger på rundt 86,5 år (Vestfold og Telemark samlet)(1). Det betyr en ulikhet på 6-7 år og at en høyere andel med lavere sosioøkonomisk status aldri opplever å komme i gruppen definert som eldre-eldre (80 år og over).

Funn i rapporten viser særlig markert sosial ulikhet for egenvurdering av helsetilstand, inkludert psykisk helse og tannhelse, ulike subjektive livskvalitetsmål som tilfredshet med livet, fremtidsoptimisme, opplevelse av mestring og mål knyttet til deltakelse i organisert og egenorganisert aktivitet, sosial støtte, ensomhet og tilstedeværelse av positive sosiale relasjoner.

Geografi

For de fleste tema i rapporten er det lite geografisk ulikhet på kommunenivå, men for noen er det tydelige forskjeller mellom kommunene. Det gjelder f.eks. vurdering av egen tannhelse, hvor Horten har en tydelig lavere andel som vurderer sin tannhelse som god eller svært god. Eldre i Larvik har en høyere stedstilhørighet enn eldre i Tønsberg. I Holmestrand er det en tydelig lavere andel som vurderer tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god og det samme gjelder for opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud.

Kjønn

For kjønn viser resultatene en tydelig ulikhet. Kvinner opplever at det er bedre tilgjengelighet til offentlig transport enn menn. Det er kvinner 65-70 år som i størst grad opplever høy sosial støtte og har en høyere verdi for mål på positive sosiale relasjoner. Kvinner deltar også i større grad i organiserte og egenorganiserte aktiviteter enn menn. Selv om kvinner i større grad deltar og opplever mer sosial støtte enn menn, er det samtidig en høyere andel kvinner som kjenner på ensomhet.

Alder

Med økt alder er det for mange tema ingen betydelige endringer. For følgende er det endring i negativ retning med økt alder: en reduksjon i andel med god egenvurdert helse, økt andel som opplever langvarige helseplager (særlig kvinner), redusert andel som opplever mestring, reduksjon i opplevd tilgjengelighet til kulturtilbud og redusert andel for tilfredshet med livet (særlig kvinner). Andel med høy trivsel i nærmiljøet og god stedstilhørighet holder seg stabilt høyt gjennom alderdommen for både menn og kvinner.

Subjektiv og objektiv tilgjengelighet

Rapporten har med svar fra fire spørsmål om opplevd tilgjengelighet til ulike fasiliteter: kulturtilbud, butikker og likende service, gang- og sykkelveier og kollektivtransport. Svarene er sett opp mot resultater fra analyser på objektive avstandsmål til tilsvarende fasiliteter. Det viser seg å være lite tydelig sammenheng mellom par av subjektive og objektive mål på kommunenivå. Selv om målene ikke kan sies å være direkte sammenliknbare peker de mot at personers opplevelse av f.eks. tilgang til kulturtilbud, rommer mer og noe annet enn kun avstand fra bosted til der hvor det kan foregå kulturaktiviteter.

Eldrekraften i Vestfold

Det finnes eldre med helseutfordringer som hindrer at de deltar i Folkehelseundersøkelsen, f.eks. demens og kognitiv svikt eller større synsutfordringer. De som bor på institusjon, er ikke inkludert.

Allikevel, det er viktig å fremheve at en høy andel blant de yngre eldre viser høy tilfredshet med livet, deltar regelmessig i ulike sosiale aktiviteter, de trives godt der de bor og har en høy grad av stedstilhørighet. Dette er positivt og støtter opp om betydningen av alt godt arbeid som gjøres for å bygge et helsefremmende og aldersvennlig Vestfold-samfunn, hvor de eldre kan holde seg aktive, bidra og delta på egne premisser.

2. Oppbygging og analysegrunnlag

I denne delen av rapporten blir det gitt innsikt i hvem de som er inkludert i analysene representerer i Vestfold-befolkningen, demografien for de 65 år og eldre som har svart på Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021. Det blir forklart nærmere hvordan og hvorfor ulike grupperinger er valgt, f.eks. for alder og inntekt, samt hvordan det er valgt å justere for skjevheter i representativitet sett opp mot faktisk demografisk profil for alle 65 år og eldre i Vestfold.

Rapportens hoveddel, «Livskvalitet, helse og sosial ulikhet i Vestfold» (kapittel 3), presenterer resultater for analysene som er gjort. Kapitelet er delt inn i fire temaområder med overskriftene helse, subjektiv livskvalitet, sosiale relasjoner og tilgjengelighet. For hvert av temaområdene er det igjen valgt ut indikatorer som det tidligere er gitt innspill på er av særlig interesse, blant annet fra tidligere eldreråd og hovedutvalg da Vestfold og Telemark var ett fylke. Hva som er blitt inkludert har samtidig vært begrenset av hva som har vært tilgjengelig i datamateriale. For hvert tema presentert er det brukt følgende struktur: andeler per kommuner, andeler i ulike aldersgrupper, andeler i ulike aldersgrupper delt på kjønn, andeler sett opp mot utdanningsnivå og inntektsnivå, og til slutt tall som utforsker sosial ulikhet i ulike aldersgrupper basert på utdanningsnivå. Figurene i dette kapittelet inkluderer feilfelt som representerer 95 % konfidensintervaller. Konfidensintervallene viser graden av usikkerhet i tallene. Enkelt sagt kan man si at hvis undersøkelsen ble repetert ville andelen for resultatet ligge innenfor vist intervall 95 av 100 ganger. Desto lengre intervall på feilfeltet desto større usikkerhet er det i andelen som er funnet, og dette gjør seg særlig gjeldene når noe er sjeldent/få individer er involvert.

Kapittel 4 består av kommunetabeller, og er tenkt primært som oppslag for rådgivere i kommunene som arbeider med oversiktsarbeid etter folkehelseloven, eller andre som trenger mer spesifikke kommunetall for ulike grupper av f.eks. kjønn og alder.

Til slutt i rapporten i kapittel 5, er det inkludert en oppsummering fra en kvalitativ innspillsøkt, gjennomført på et møte i Vestfold sitt folkehelsenettverk i mars 2025. Deltakere på møtet representerte frivillige organisasjoner, kommunene og statsforvalteren, samt at personer med ulike roller i fylkeskommunen deltok. På møtet var hvordan tilrettelegge for «eldrekraften» i fylket på agendaen. Oppsummeringen er inkludert som et bidrag til inspirasjon og idéer.

2.1. Hvem er inkludert i analysene

Alle analyser i denne rapporten har brukt data samlet inn gjennom spørreundersøkelsen for voksne i fylket, Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021. Arbeidet er del av et forskningsprosjekt hvor data fra undersøkelsen har blitt koblet mot sosiodemografiske registerdata utlevert fra Statistisk sentralbyrå, samt data om avstander fra deltakernes bosted til flere ulike fasiliteter. Det betyr at det har vært mulig å gjennomføre nye analyser med flere muligheter, økt pålitelighet og bedre innsikt i hvor representativt materialet er for aktuell befolkning.

Totalt var det 19 200 personer fra Vestfold som deltok i Folkehelseundersøkelsen 2021, her omtalt som Folkehelseundersøkelsen i Vestfold. Den inkluderer voksne 18 år og eldre, og kun

hjemmeboende eldre. Resultater fra nye analyser i denne rapporten inkluderer kun de som er 65 år og eldre, til sammen 4821 personer. Tabell 1 viser hvordan disse 4821 deltakerne fordeler seg per kommune i Vestfold.

Tabell 1. Antall eldre deltakere per kommune og andelen av alle deltakere i Vestfold 65 år og eldre.

Kommune	Antall personer 65 år og eldre	Andel av eldre inkludert i analysene
Horten	579	12,0 %
Holmestrand	481	10,0 %
Tønsberg	1023	21,2 %
Sandefjord	1192	24,7 %
Larvik	902	18,7 %
Færder	644	13,4 %
Totalt (Vestfold)	4821	100 %

De gruppene som hadde høyest svarprosent på undersøkelsen totalt var kvinner 60-69 år (52 % av inviterte i gruppen) og menn 60-69 år (48 %) og menn 70 år og eldre (49 %) (5). Blant de som var 80 år og eldre svarte 32 % av de inviterte på undersøkelsen, 38 % blant menn og 27 % blant kvinner. Se tabell 2 for hvordan dette sammenlikner med andre aldersgrupper og kjønn. Tallene er for alle deltakere i Folkehelseundersøkelsen 2021, Vestfold og Telemark samlet.

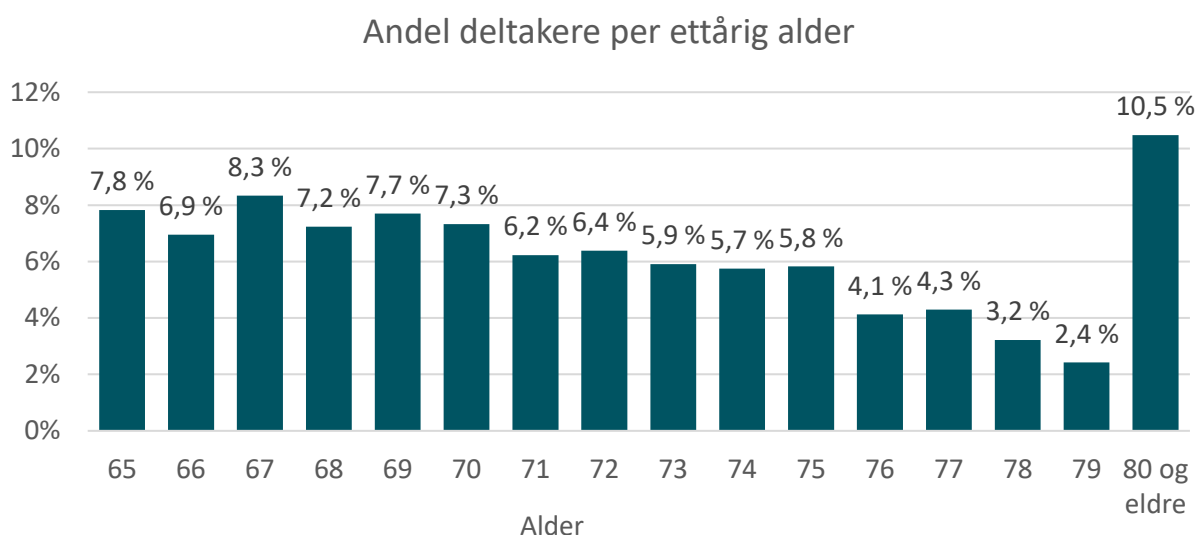
Tabell 2. Svarprosjenter i ulike aldersgrupper for Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Aldersgruppe	Kvinner	Menn	Kjønn samlet
18-29 år	31 %	18 %	24 %
30-39 år	37 %	24 %	31 %
40-49 år	44 %	32 %	38 %
50-59 år	48 %	40 %	44 %
60-69 år	52 %	48 %	50 %
70-79 år	44 %	51 %	48 %
80 år og eldre	27 %	38 %	32 %
Totalt	42 %	34 %	38 %

For mer informasjon om gjennomføring av Folkehelseundersøkelsen i fylket se rapport fra undersøkelsen, [Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021](#) (5) og mer kortfattet informasjon i fylkeskommunens oversiktsdokument, [Folkehelseoversikt2024](#) (1).

2.1.1 Alder

Det er valgt å avgrense fra 65 år og oppover i tråd med en mye brukt definisjon for hva som regnes for eldre i vårt velferdssamfunn (6). Men, som FHI poengterer, er det stor variasjon i folks aldring. Sett i forhold til datamaterialet brukt her, er det også hensiktsmessig å begrense påvirkningen de som er tidlig i 60-årene får, ettersom de er overrepresentert sett opp mot andre aldersgrupper. Det er også vanlig å dele i yngre-eldre og eldre-eldre, henholdsvis fra 65-79 og de 80 år og eldre. I datamaterialet er alle 80 år og eldre gruppert sammen av personvern hensyn, de utgjør 505 personer. Det betyr at det ikke er mulig å dele de eldre-eldre i undergrupper, og det er heller ikke ønskelig ettersom usikkerhet i resultater vil øke. De 4821 personene, 65 år og eldre som er inkludert, utgjør i overkant av 25 % av alle 18 år og eldre som deltok i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold høsten 2021. Figur 1 gir oversikt over fordeling av deltakere inkludert i analysene per ettårig alder, og samlet for de 80 år og eldre.



Figur 1. Fordeling av deltakere 65 år og eldre inkludert i analysene per ettårig alder.

Resultater presentert i denne rapporten på aldersgrupper er tredelt. I tillegg, er det i analyser forsøkt en seksdeling (tre årskull gruppert). Der hvor det er interessante mønstre i en seksdeling blir de kommentert. En todeling, i tråd med inndelingen yngre-eldre og eldre-eldre (se over) er brukt i kommunetabeller inkludert i kapittel 4. Oversikt over fordelingen og antall deltaker i todelte og tredelte aldersgruppering ses i tabell 3 og 4.

Tabell 3. Antall og andel deltakere per aldersgruppe tredelt.

Aldersgruppe	Antall	Andel
65-70 år	2187	45,4 %
71-76 år	1650	34,2 %
77 år og eldre	984	20,4 %

Tabell 4. Antall og andel deltakere per aldersgruppe, todelt i yngre-eldre og eldre-eldre.

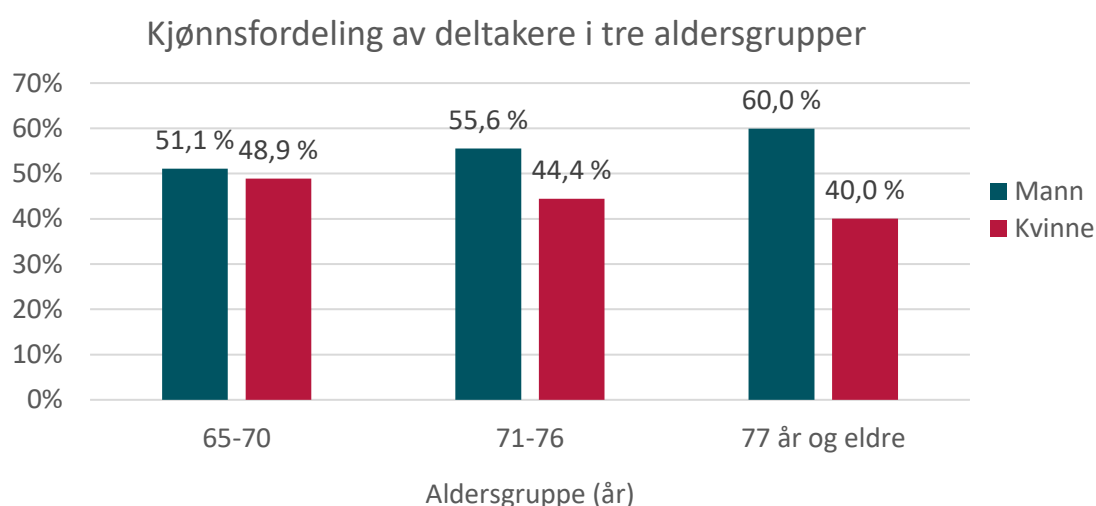
Aldersgruppe	Antall	Andel
65-79 år	4316	89,5 %
80 år og eldre	505	10,5 %

Ved en inndeling i yngre-eldre og eldre-eldre viser antall deltakere tydelig at i tall hvor alder ses samlet vil det være de yngre-eldre som dominerer resultatene med sine 4316 deltakere mot 505 deltakere definert som eldre-eldre (Tabell 4).

En tredeling gir noe jevnere grupper, og samtidig et høyt nok antall per gruppe for ytterligere å kunne dele iblant annet kjønn og utdanningsnivå. Inndelingen speiler også ulike faser; 65-70 år: de første årene som pensjonist/siste årene som arbeidstaker, en overgangsfase, 71-76 år: yngre pensjonister, 77 år og eldre: «etablerte» pensjonister og eldre-eldre.

2.1.2 Kjønn

Blant personene inkludert i analysene var 45,6 % kvinner og 54,4 % menn. Dette er en skjevhet i representasjon av kjønn for de eldste sett i forhold til fordelingen i befolkningen for denne aldersgruppen i Vestfold. Menn er tydelig overrepresentert. Befolkningstall for 2021 for Vestfold alene er ikke tilgjengelige hos SSB, kun for Vestfold og Telemark samlet, men fordelingen er forventet liknende den som var for 2024. I begynnelsen av 2024 var det 53,5 % kvinner og 46,5 % menn i Vestfold blant de 65 år og eldre (7). Blant de 68 år og eldre er det et konsekvent mønster der det er flere menn enn kvinner som har svart på undersøkelsen. Blant de 65-67 år er det nær tilnærmet like mange menn og kvinner som har svart (figur 2).



Figur 2. Andel menn og kvinner i de tre aldersgruppene som er brukt for analyser i rapporten.

Der resultater vises delt på kjønn er ikke en overrepresentasjon av menn av betydning, men når det er samlet tall for fylket eller én kommune er det brukt en vektingsfaktor som er utledet fra kjønnsfordeling i denne aldersgruppen i fylket. Det betyr en justering slik at svar fra kvinner veies opp og de fra menn veies ned. Justeringen betyr at resultatene med økt sannsynlighet representerer faktisk situasjon for befolkningen samlet.

2.1.3 Utdanningsnivå

For å vurdere nærmere hvordan det står til blant eldre for sosial ulikhet i helse, samt ulikhet for faktorer som er helsefremmende eller hemmende, er resultater vist fordelt på utdanningsnivå og på inntekt som to alternative mål på sosioøkonomisk status. I disse analysene er det brukt registerdata fra SSB, og ikke selvrapportering på utdanningsnivå og inntekt. Påliteligheten og korrekthet for disse data, og igjen for mønstre av sosial ulikhet, forventes dermed å være god.

Fra SSB er utdanningsnivå delt i seks grupper. Ettersom det i noen grupper er få individer, er det gruppert opp til en tredeling for å få meningsfulle resultater. Tredelingen tilsvarer en mye brukt inndeling, og tilsvarer tidligere publiserte tall fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold basert på selvrapportering. Det er viktig å huske på at der det er mønstre av sosial ulikhet så representerer dette glidende gradering gjennom befolkningen, trappetrinns fremstillingen er en forenklet fremstilling.

Tabell 5 viser antall og andel personer per utdanningsnivå blant eldre inkludert i analysene. 13 personer mangler registrering om utdanning. I gruppen «grunnskole» er alle de med registrert fullført obligatorisk grunnskole, samt de som var registrert som «uoppgitt/ingen utdanning». I gruppen «videregående og fagskole» inngår de med fullført videregående skole, inkludert fag- og yrkesopplæring. All høyere utdanning er inkludert i den tredje gruppen. Her er det en overvekt av de med kortere universitets- og høgskoleutdanning, litt over tre fjerdedeler.

Tabell 5. Andel og antall eldre i analysene fordelt på utdanningsnivå.

Utdanningsnivå	Antall deltakere	Andel, %
Grunnskole	467	9,7 %
Videregående og fagskole	2432	50,4 %
Universitet/høgskole kort og lang	1909	39,6 %

Det er ikke mulig å sjekke helt nøyaktig for skjevhet sett opp mot aktuell befolkning i Vestfold, grunnet ulik og avgrenset aldersinndeling i tilgjengelige tall fra SSB. Kun andeler i aldersgruppene 60-66 og 67 år og eldre er tilgjengelig, og da for 2019. En sammenlikning av fordelingen i de to SSB-gruppene med de 65 år og eldre i analysert materiale gir allikevel en pekepinn på skjevhet. Dette vises i Tabell 6.

Tabell 6. Andeler i ulike grupper for utdanningsnivå, eldre deltakere i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021 sett opp mot tilgjengelige tall for alle eldre i fylket for sammenliknbare aldersgrupper.

	Grunnskole	Videregående og fagskole	Universitet/høgskole kort og lang
Andeler i Vestfold-befolkningen 60-66 år i 2019 (kilde SSB tabell 08921, (8))	21,4 %	48,4 %	30,2 %
Andeler i Vestfold-befolkningen 67 år og eldre i 2019 (kilde SSB tabell 08921, (8))	23,1 %	53,2 %	23,6 %
Andeler for deltakere i Folkehelseundersøkelsen 2021, Vestfold, 65 år og eldre	9,7 %	50,4 %	39,7 %

Oppsummert viser fordeling på utdanningsnivå i undersøkelsen, sett opp mot faktisk fordeling i befolkning at de med grunnskole er underrepresentert med omtrent 10 prosentpoeng (befolkningen ca. 21-23 %, undersøkelsen 9,7 %), gruppen med videregående og fagskoleutdanning ser representativ ut (befolkningen ca. 48-53 %, undersøkelsen 50,4 %), mens det er en overrepresentasjon for de med universitet og høgskoleutdanning på et sted mellom 10 til 16 prosentpoeng (befolkningen ca. 23-30 %, undersøkelsen 39,7 %).

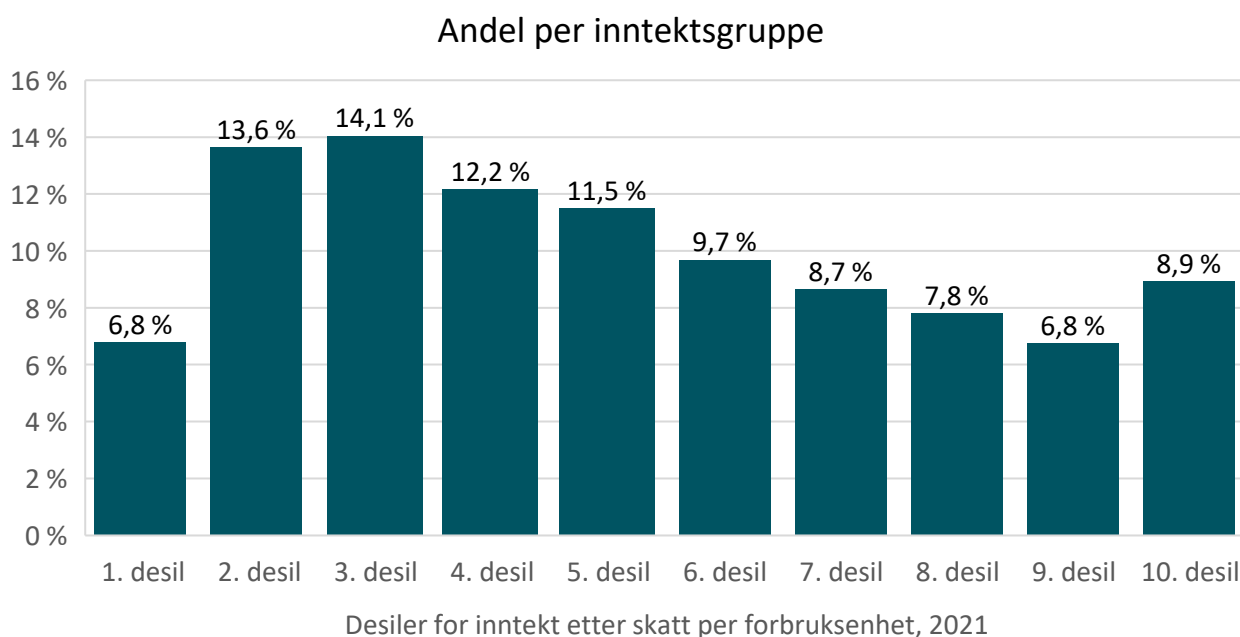
Der hvor resultater vises fordelt på utdanningsnivå er ikke skjevheten av betydning, men det kan påvirke tall hvor alle utdanningsgrupper er representert samlet. Det er dermed justert for dette i analyser ved å vekte opp svar fra de med kun grunnskoleutdanning og vekte ned svar fra de med høyeste utdanningsnivå. Dette er inkludert i vektingsfaktoren brukt for å korrigere for skjevhet i deltakelse for kjønn (se over).

2.1.4 Inntektsnivå

Som for utdanningsnivå er det delt på inntekt for å få bedre innsikt i sosial ulikhet i helse og påvirkningsfaktorer. Ofte gir inntekt et liknende bilde av sosial ulikhet som når utdanningsnivå blir brukt, men ikke alltid, og det kan gi andre refleksjoner rundt mekanismene bak sosial ulikhet. I selve undersøkelsen ble deltakere spurt om hvordan det er å få pengene til å strekke til i det daglige, et subjektivt mål på egen økonomi. Det er en liten andel blant de 65 år og eldre som har svart at det er vanskelig eller svært vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige, 123 av 4821 personer (2,6 %). 277 personer (5,8 %) sier at det er forholdsvis vanskelig, men det store flertallet vurderer dette ikke som en utfordring. Det er sett nærmere på hvordan denne subjektive vurderinger samsvarer med inntektsvariabel fra sentralt register. Inntektsmålet brukt fra registerdata er det som kalles «inntekt etter skatt per forbruksenhet, EU ekvivalensskala». Denne tar høyde for antall personer i husholdningen og husholdningens samlede inntekt. Selve inntekten i kroner er ikke tilgjengelig, men en gruppering etter desiler (10 grupper) fra lav til høy inntektsgruppe. Eventuell formue i husholdningen er ikke hensyntatt. Der hvor resultater vises på tre inntektsgrupper er det denne husholdningsinntekten fra SSB som er brukt, og ikke den subjektive vurderingen fra svar på spørreskjema. Det vurderes mer pålitelig. En samsvarsanalyse (korrelasjonsanalyse) mellom det objektive målet fra SSB og det subjektive egnerapporterte målet viser noe samsvar, men overlappen er svak. Selv om den subjektive opplevelsen av egen økonomi ikke er brukt, kan det være nyttig å se opp mot ulike utfall. Uansett økonomisk situasjon, en

opplevelse av tilfredshet og at egen økonomi er håndterbar er i seg selv et bidrag til bedre livskvalitet.

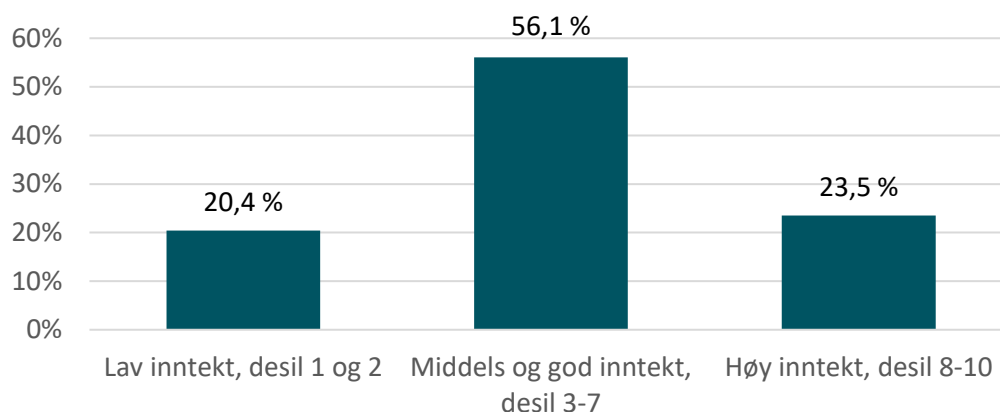
Figur 3 viser desilfordelingen blant personer 65 år og eldre som har deltatt i Folkehelseundersøkelsen 2021. Sammenliknet med deltakere yngre enn 65 år, er det generelt noe mindre andeler i de lavere desilgruppene og større andeler i de høyere desilgruppene for de eldre (fordeling for de under 65 år er ikke vist).



Figur 3. Desilfordelt husholdningsinntekt for deltakere som er inkludert i analysene, personer 65 år og eldre i Vestfold.

Desilene er gruppert til tre inntektsgrupper, beskrevet som lav, middels og høy. Ulike alternativer er forsøkt i en slik tredeling. Endelig inndeling er vurdert å være mest intuitiv i forhold til en forståelse av hva som inngår i lav, middels og høy i Vestfold-samfunnet. Av ulike alternativer speiler også inndelingen best egenvurdering av økonomi etter en samsvarsanalyse (korrelasjon), og kan få frem mønstre av ulikhet. I inndelingen inngår 1. og 2. desil i lav, 3. til og med 7. desil i middels og 8., 9. og 10. desil i høy inntekt. Figur 4 viser fordeling og hvilke desiler som inngår i hver gruppe i en tredelt inntektsvariabel.

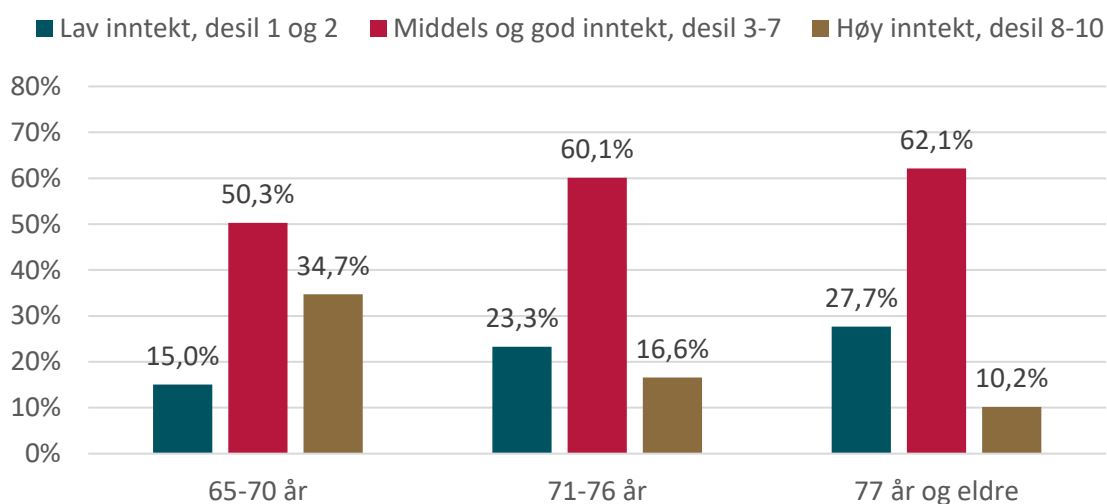
Tre inntektsgrupper og andel av deltakere



Figur 4. Fordeling av deltakere inkludert i analysene per inntektsgruppe tredelt.

Andelen som faller i gruppen med høy inntekt ser ut til å minke ettersom alderen øker (Figur 5). Det er naturlig å tenke at redusert inntekt skyldes en gradvis dreining bort fra arbeidsinntekt til kun pensjonsutbetalinger med økt alder.

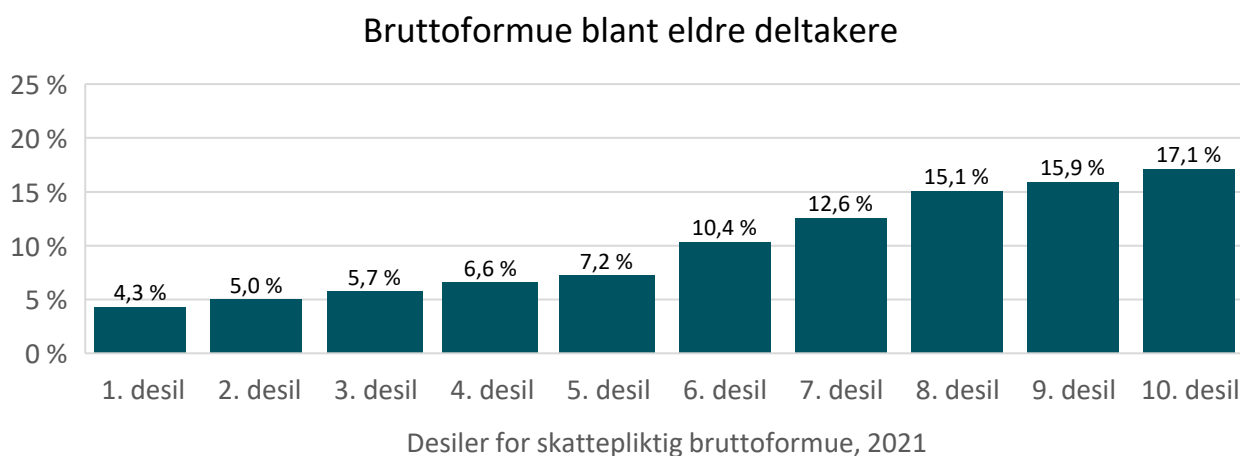
Inntektsulikhet i tre ulike aldersgrupper av eldre



Figur 5. Andel per inntektsgruppe for personer 65 år og eldre som deltok i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021, inndelt i tre aldersgrupper. Inntektsgruppe er basert på gruppering av desilfordelt inntekt etter skatt per forbruksenhet i husholdningen (justert husholdningsinntekt).

Husholdningsinntekten alene gir ikke et fullstendig bilde av økonomisk situasjon. Skattepliktig bruttoformue er et annet mål som sier noe om velstand. Analyser i denne rapporten er ikke brutt ned på formue, men Figur 6 gir et innblikk i tilstand for formue for de eldre som har svart på

undersøkelsen. Blant de eldre er det en tydelig overvekt av personer med høy formue. Blant de yngre enn 65 år er det en mye jevnere fordeling på alle desilene for bruttoformue, og litt over 20 % faller i første og andre desil, de laveste inntektsgruppene (figur er ikke inkludert).



Figur 6. Andel per desil av bruttoformue for deltakere 65 år og eldre i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021.

2.1.5 Landbakgrunn

Det er koblet på informasjon fra SSB om landbakgrunn for deltakerne i undersøkelsen. Denne variabelen inkluderer også de som er født i Norge, men har én eller begge foreldre født i et annet land. De aller fleste har Norge som sin landbakgrunn, 91,4 %. Blant de som har en annen landbakgrunn dominerer andre land i Norden (Danmark og Sverige) og land i Vest-Europa (Storbritannia og Tyskland). Tabell 7 viser gruppert landbakgrunn. Antallet i de ulike gruppene utenom Norge er så få at det ikke er hensiktsmessig å skille ut i egne analyser. I tillegg har en stor overvekt av gruppen med landbakgrunn utenfor Norge (fra 50-90 % avhengig av land) hatt lang botid i Norge (≥ 30 år) eller er født her av foreldre med innvandrerbakgrunn.

Tabell 7. Antall og andel med landbakgrunn Norge og andre landgrupper for personer 65 år og eldre som deltok i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021.

	Antall svar	Andel av svar (prosent)
Norge	4406	91,4 %
Norden utenom Norge	165	3,4 %
Vest-Europa	126	2,6 %
Øst-Europa inkl. Russland	36	0,7 %
Afrika og Midtøsten	11	0,2 %
Asia	8	0,2 %
Amerika og Australia	69	1,4 %

I denne rapporten er kun indikator for egenvurdert helse og psykiske plager delt på landbakgrunn, og da kun på fylkesnivå og todelt, Norge (4406 personer) og «alle andre land» (415 personer).

I 2024 var rundt 7 % av befolkningen i Vestfold 67 år og eldre registrert med en annen landbakgrunn enn Norge (9) (10). Andelen blant deltakere i Folkehelseundersøkelsen, for de 65 år og eldre var 8,6%, og kan dermed vurderes som godt representativ.

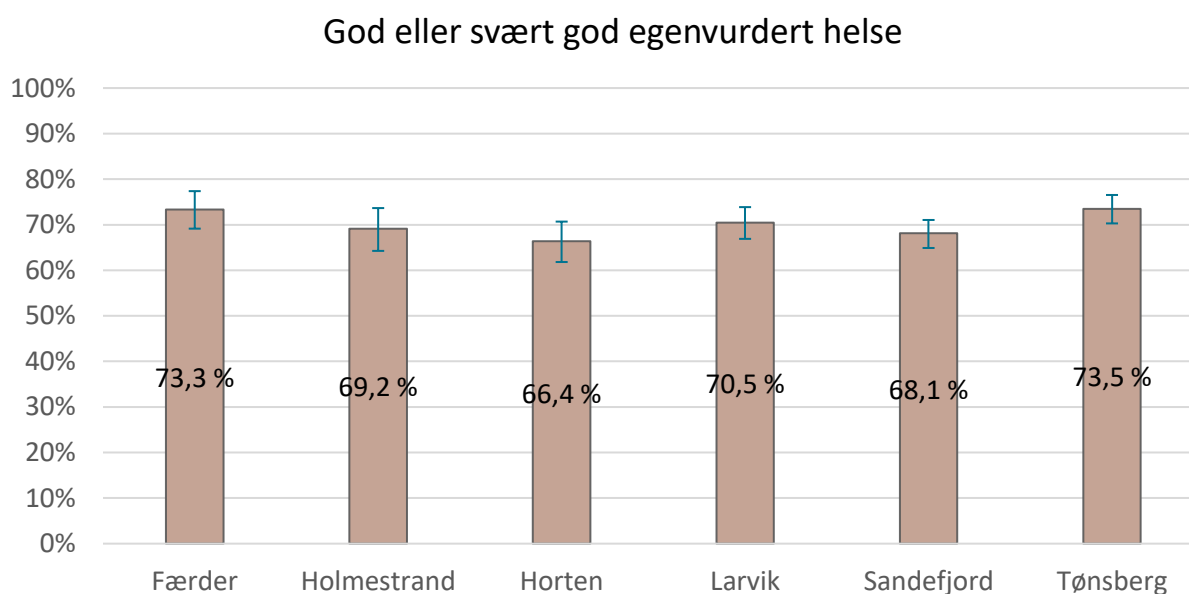
3. Livskvalitet, helse og sosial ulikhet i Vestfold

3.1. Helse

I denne delen er resultater for noen utvalgte nøkkelindikatorer som gir et bilde av helsetilstand for de eldre i Vestfold presentert. De er en egenvurdering av total helsetilstand, et mål som sier noe om nivå for psykiske plager, særlig angst og depresjonsplager, selvrapportering på plager fra langvarig sykdom eller helseproblemer, og egenvurdert status for tannhelse.

3.1.1 Egenvurdert helse

70 % av de 65 år og eldre har svart at egen helse er god eller svært god (kjønn- og utdanningsjustert, ujustert 72 %). Litt under 1 av 3 svarer dermed at egen helse verken er god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig. Figur 7 viser hvordan det er litt variasjon mellom kommunene i Vestfold for andel som vurderer sin egen helse som god eller svært god.

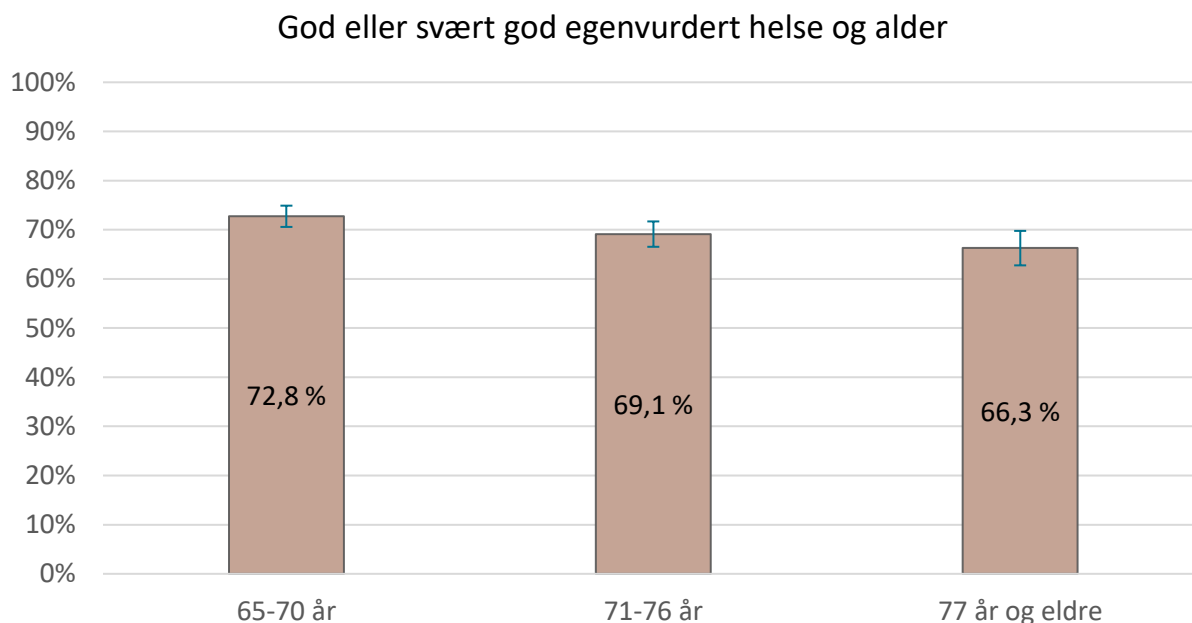


Figur 7. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Basert på tolking av 95 % konfidensintervaller (feilfelt) er ingen kommuner sikkert statistisk ulike, men Tønsberg og Horten er mest ulike med kun en liten overlap for feilfelt.

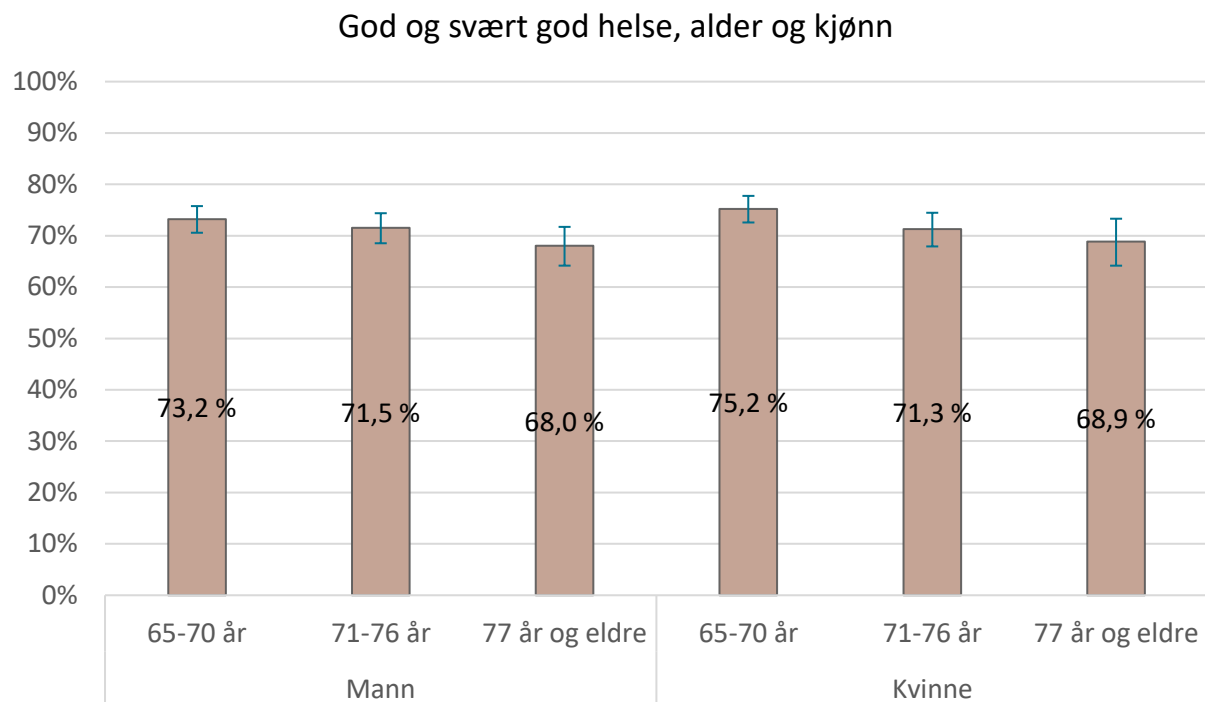
Som forventet er det en reduksjon i andelen som vurderer sin helse som god eller svært god med økt alder (Figur 8). På grunn av færre deltakere blant de eldste er det også større usikkerhet i

denne andelen (vist med et videre konfidensintervall/lengre feilfelt). En inndeling i seks aldersgrupper bekrefter også trinnvis reduksjon med alderen. De 80 år og eldre, men med noe forbehold siden det er få deltakere i gruppen, har en andel på rett under 65 % som rapporterer god og svært god helse.



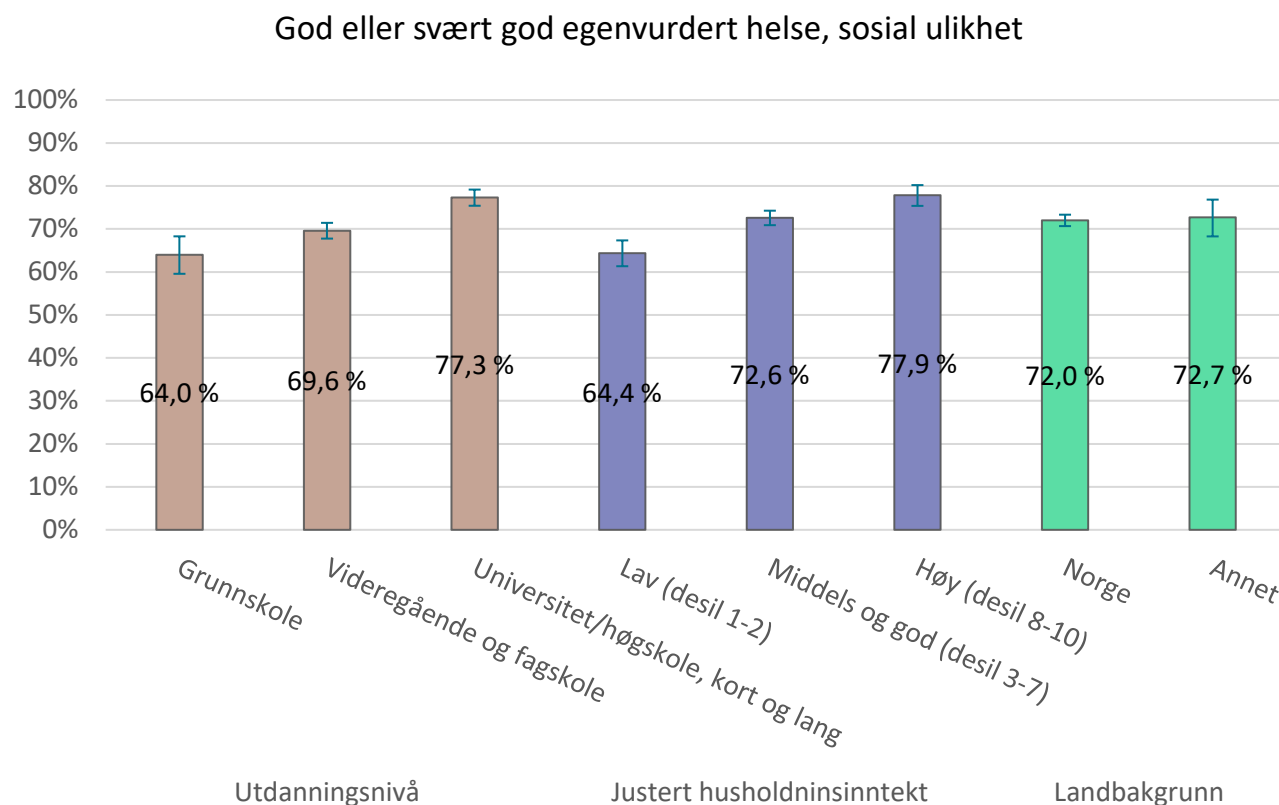
Figur 8. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Når det gjelder kjønn er det et forholdsvis likt mønster for de 65 år og eldre, men med en svak tendens til at kvinner 65-70 år vurderer sin helse bedre enn menn i samme aldersgruppe (Figur 9).



Figur 9. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

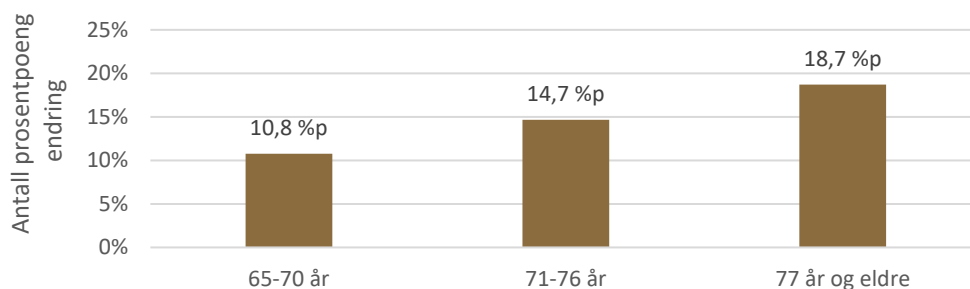
Profilene som er laget for å undersøke sosial ulikhet viser at det er en tydelig statistisk sikker forskjell mellom de med høyeste utdanningsnivå sett opp mot både de med laveste og de med middels utdanningsnivå i andel med god eller svært god helse (Figur 10). Det er også en tydelig ulikhet basert på inntektsnivå. Alle de tre inntektsgruppene er statistisk sikkert ulike, og viser en tydelig sosial gradient. I dette materialet er det ingen sikker forskjell i selvrapportert helse basert på landbakgrunn.



Figur 10. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god, delt på utdanningsnivå, inntektsnivå og landbakgrunn.

Sosial ulikhet i helse kommer som endemål til uttrykk i forskjell i gjennomsnittlig levealder mellom ulike sosiale lag (1). Det er over vist en tydelig sosial ulikhet for egenvurdert helse både i forhold til utdanningsnivå og inntektsnivå (Figur 10). Det kan videre være interessant å undersøke om denne ulikheten er like sterk blant de eldste og de yngste av de eldre. Figur 11 viser inndeling i tre aldersgrupper og hvor stor ulikhet det er i andel som rapporterer god egenvurdert helse innad i disse aldersgruppene. En sammenlikning av ulikhet i disse aldersgruppene avslører at for de 77 år og eldre så er gapet mellom de med kun grunnskole og de med universitet- eller høgskoleutdanning størst. For disse utregningene er det nødvendig å poengtere at det er mye usikkerhet i tallene, og særlig for de aller eldste. Dette på grunn av få deltakere når materialet brytes ned etter både alder og utdanningsnivå. Tallene er mer sårbare for tilfeldige variasjoner.

Størrelse på ulikhet i egenvurdert helse i tre aldersgrupper



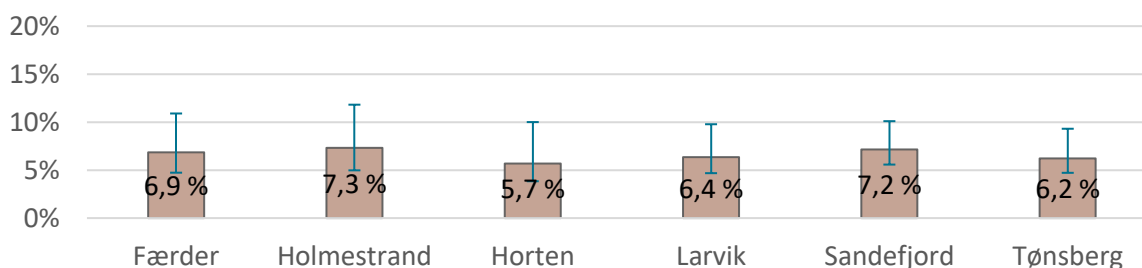
Figur 11. Prosentpoeng forskjell i andel med god eller svært god egenvurdert helse fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

3.1.2 Psykiske plager

Status for psykisk helse blant de 65 år og over er målt med måleinstrumentet Hopkins symptom checklist (HSCL) (11). Det består av 5 spørsmål som kombineres, og de måler i hovedsak symptomer på angst og depresjon. Det er ikke mulig å skille mellom de som ville fått en klinisk diagnose (psykisk sykdom) og andelen som kun beskrives som at har psykiske plager. Med stor sannsynlighet representerer de fleste gruppen med psykiske plager, og det er slik gruppen blir omtalt. I Vestfold er det totalt 6,6 % blant de eldre som er i gruppen med symptomer på psykiske plager. Dette er en tydelig lavere andel enn blant de yngre aldersgruppene som har deltatt i Folkehelseundersøkelsen (5).

Figur 12 viser status for psykiske plager for kommunene i Vestfold. Det er noe variasjon i andelen fra kommune til kommune, men som feilfeltet viser er det overlapp og stor usikkerhet i tallene. Noe som skyldes at forekomsten av psykiske plager er relativt sjelden blant de eldre deltakerne, og for sikrere tall trengs da et enda større antall deltakere enn det som finnes her. Sjanse for tilfeldige variasjoner øker, og forskjeller må tolkes med varsomhet.

Andel med symptomer på psykiske plager (HSCL ≥ 2)

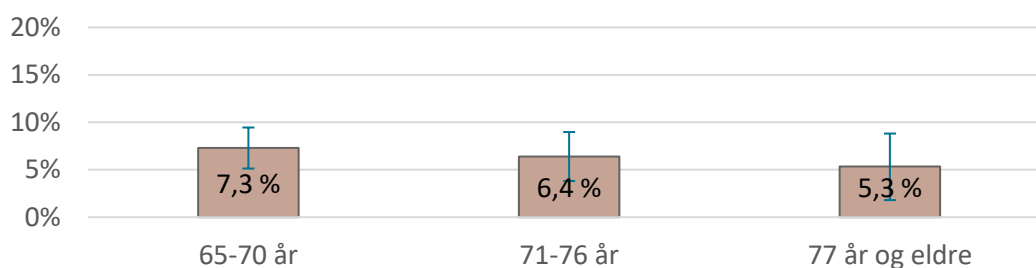


Figur 12. Andel eldre med symptomer på psykiske plager per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Inndelt i tre aldersgrupper kan det se ut til at andel med symptomer med psykiske plager synker desto eldre (Figur 13), men dette er ikke statistisk sikkert. Selv om tallene her er justert for

skjevhet i svar for kjønn og utdanningsnivå, kan en forklaring på redusert andel også være at det at de «friskeste» har svart på undersøkelsen er mer dominerende blant de aller eldste, sammenlignet med yngre aldersgrupper.

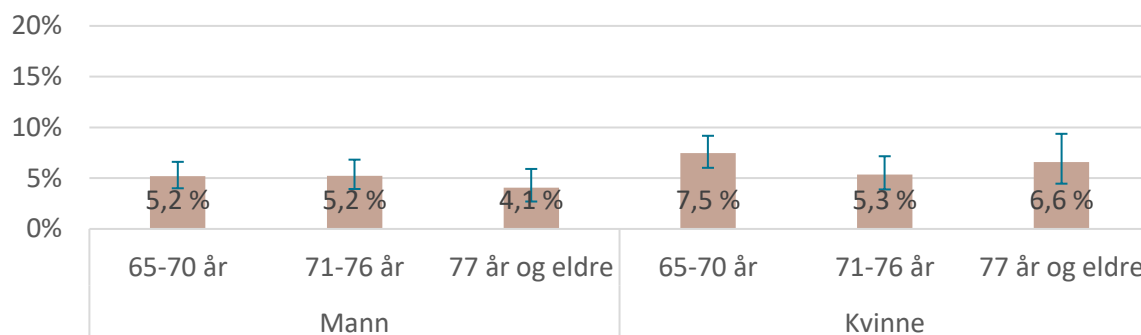
Symptomer på psykiske plager



Figur 13. Andel eldre med symptomer på psykiske plager for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Med den samme tredelingen i aldersgrupper, men kjønn hver for seg kan det se ut som menn og kvinner følger et litt ulikt mønster (Figur 14). Blant de eldste kvinnene kan det se ut til at psykiske plager igjen øker etter en nedgang midt i 70-årene, men menn følger det samme mønsteret som når kjønn ble sett samlet. Samtidig er det usikkerhet i tallene og det er kun mellom de eldste mennene og de yngste kvinnene at det er en statistisk sikker ulikhet.

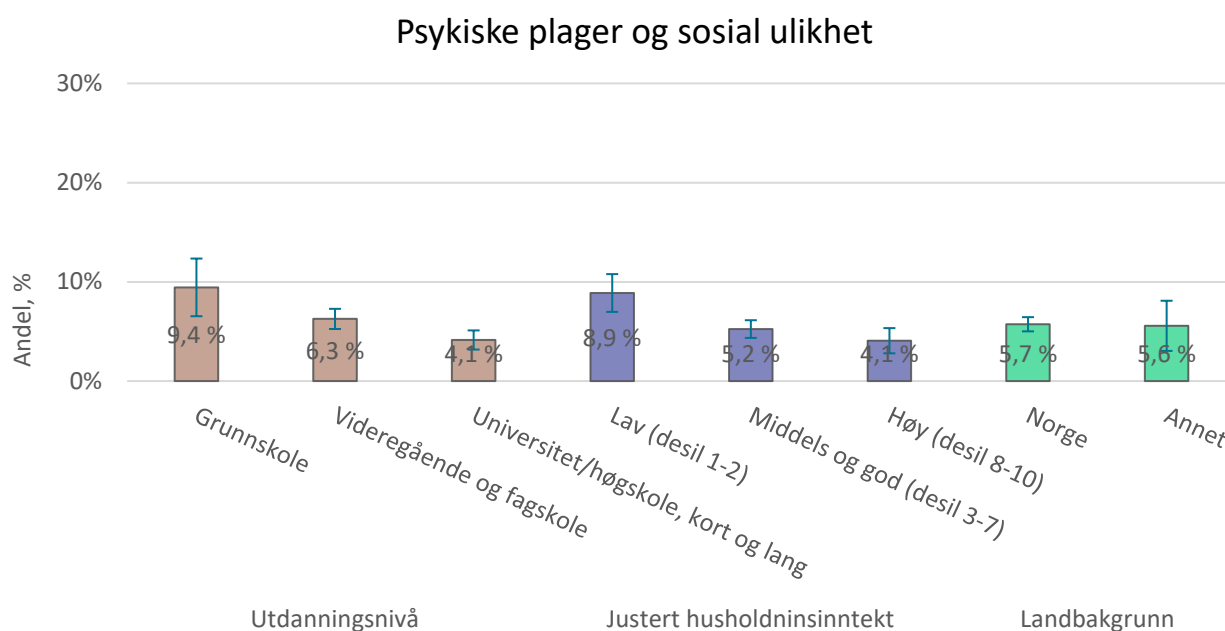
Symptomer på psykiske plager



Figur 14. Andel eldre med symptomer på psykiske plager, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Ulikhetsprofilene som er laget for psykiske plager (Figur 15) viser som for generell helse at det er en sosial ulikhet i andelen som viser symptomer på psykiske plager blant de eldre. Ulikheten er ikke like stor som for egenvurdert helse, men er statistisk signifikant ulikt mellom de med laveste og middels utdanningsnivå (grunnskole og videregående opplæring) sett opp mot de som har høyeste utdanningsnivå (universitet og høyskole). Det er et liknende mønster når vurdert opp mot inntektsnivå, men med tegn på at ulikheten mellom middels og høy inntekt ikke er like

tydelig som mellom de med middels og høyt utdanningsnivå. Det er ingen ulikhet i andel med psykiske plager etter landbakgrunn for de eldre som har svart på Folkehelseundersøkelsen.



Figur 15. Andel eldre med symptomer på psykiske plager, delt på utdanningsnivå, inntektsnivå og landbakgrunn.

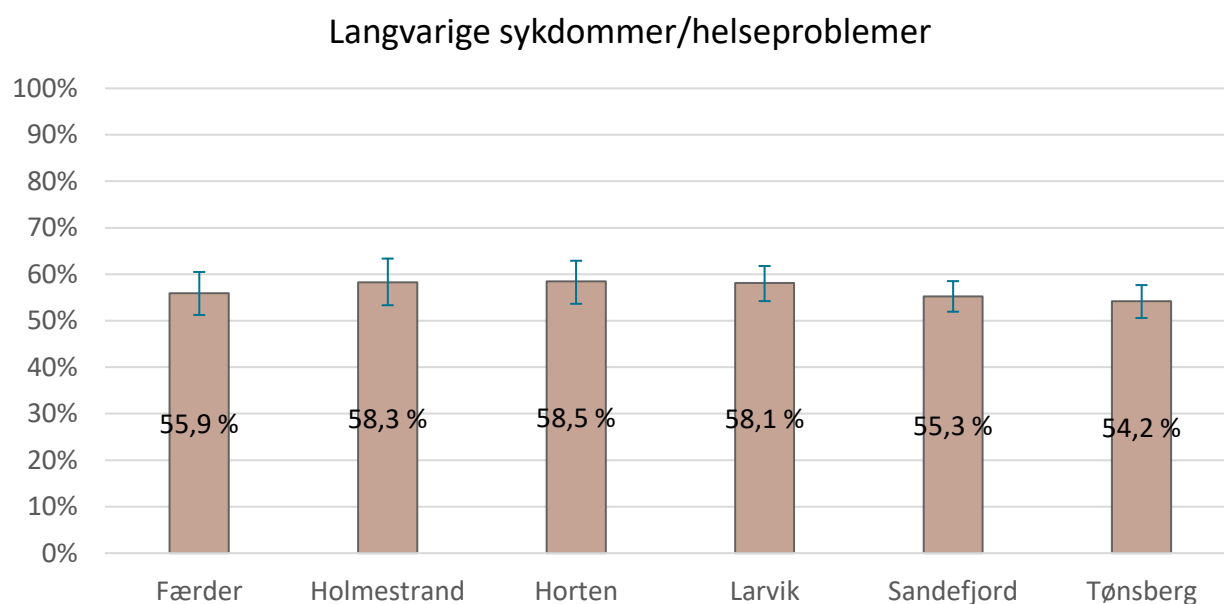
Figur som vurderer sosial ulikhet etter utdanningsnivå, og om dette endrer seg med økt alder, er ikke inkludert her grunnet få individer i noen grupper. Mønsteret for sosial ulikhet i psykiske plager ser ut til å være noe annerledes enn for egenvurdert helse. For de 65-70 år og de 71-76 år er det en sosial ulikhet, men ikke så markert som for egenvurdert helse. For de eldste, 77 år og eldre, finnes ikke et tydelig mønster av sosial ulikhet.

3.1.3 Langvarige sykdommer og helseproblemer

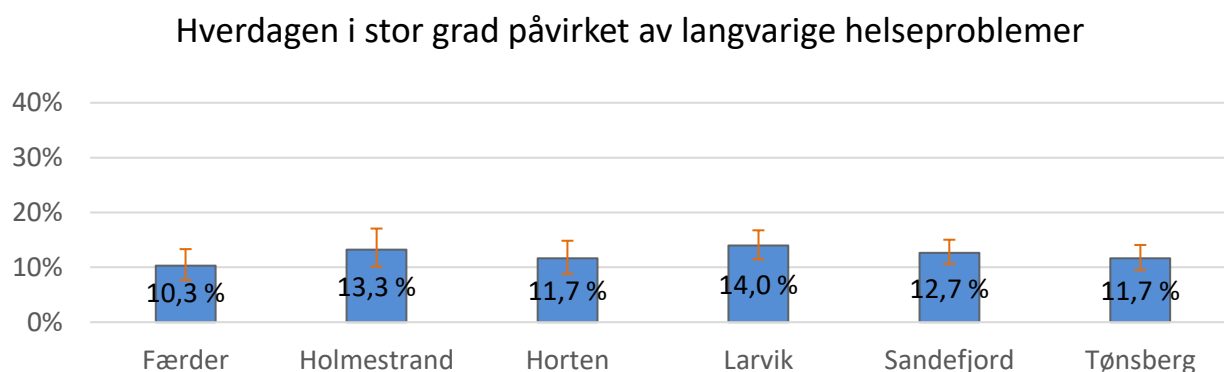
Det er rett i overkant av 56 % av de 65 år og over som svarer at de har langvarige sykdommer eller helseproblemer (vektet andel). I spørsmålet er det instruks om at også sykdommer/problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går skal inkluderes. Sykdom/problemer skal ha vart, eller forventes å vare i minst seks måneder. Dette er en forholdsvis høy andel, men kan inkludere både mindre og større plager, og er ikke uventet i denne aldersgruppen. De som svarte ja på dette spørsmålet, fikk videre spørsmål om i hvilken grad de langvarige helseproblemene påvirker hverdagen. Det gir dermed noe mer informasjon om alvorlighetsgrad av plage og hvor stor byrde det utgjør blant de eldre. Sett i forhold til alle som har deltatt er det litt over 12 % som har langvarige problemer som påvirker hverdagen i stor grad, litt over 27 % er påvirket i noen grad og rundt 60 % i liten grad eller ikke i det hele tatt. Sagt på en annen måte er det altså litt over én av 10 personer, 65 år og eldre i Vestfold, som har et langvarig helseproblem som påvirker hverdagen i stor grad.

Figur 16 viser andelene per kommune som oppgir å ha langvarig sykdom eller helseproblem, og Figur 17 viser andelene per kommune med de som har langvarig sykdom/helseproblem hvor

dette også påvirker hverdagen i stor grad. Tallene viser noe ulikhet mellom kommunene, men samtidig viser feilfelt at det ikke er statistisk sikre forskjeller.

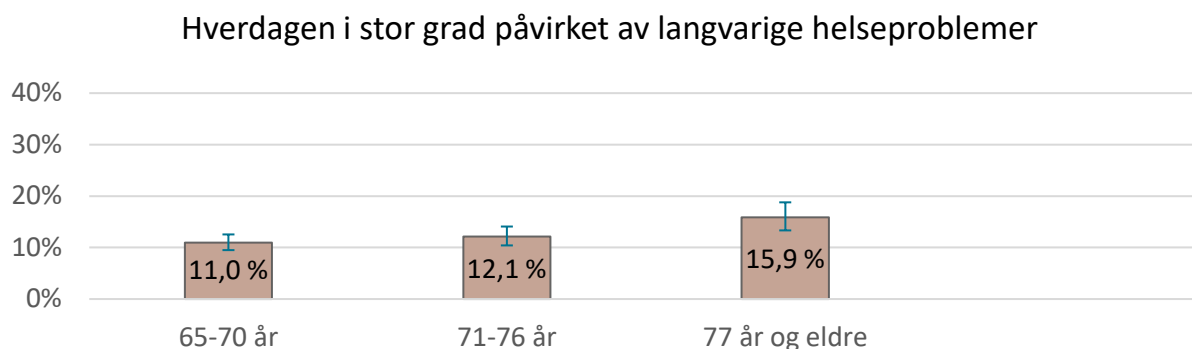


Figur 16. Andel eldre som rapporterer om langvarige sykdommer eller helseproblemer per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.



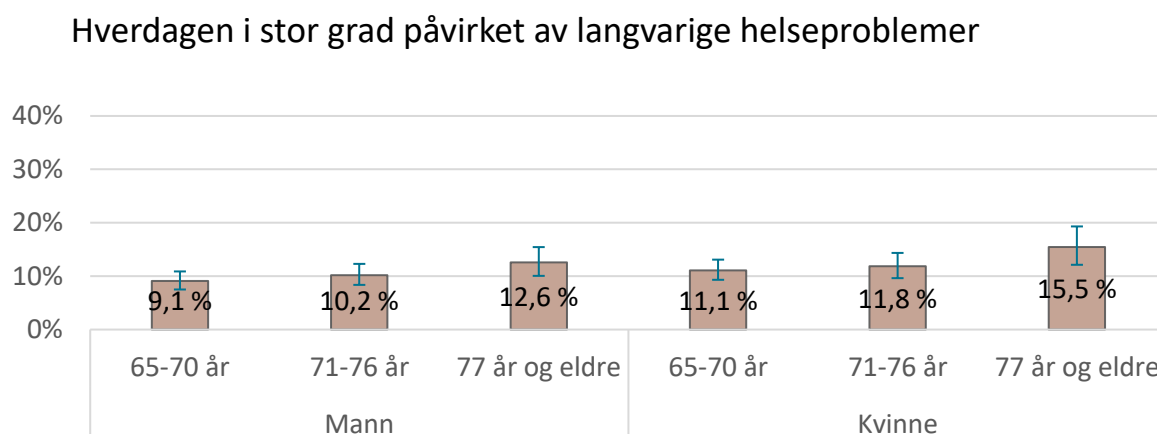
Figur 17. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Som forventet øker andelen for de som har et langvarig helseproblem som i stor grad påvirker hverdagen med økt alder (Figur 18). Økningen er samtidig moderat og ikke statistisk sikker ved en tredeling av alder. Ved å se på det samme for en seksdeling i aldersgrupper, dvs. grupper som inkluderer 3 fødselsår opp til 80 år og eldre, kommer det et noe tydeligere mønster frem. Da er det en tydelig og statistisk sikker ulikhet mellom de som er 80 år og eldre sammenliknet med de som er 68-70 år og 71-73 år (figur ikke inkludert).



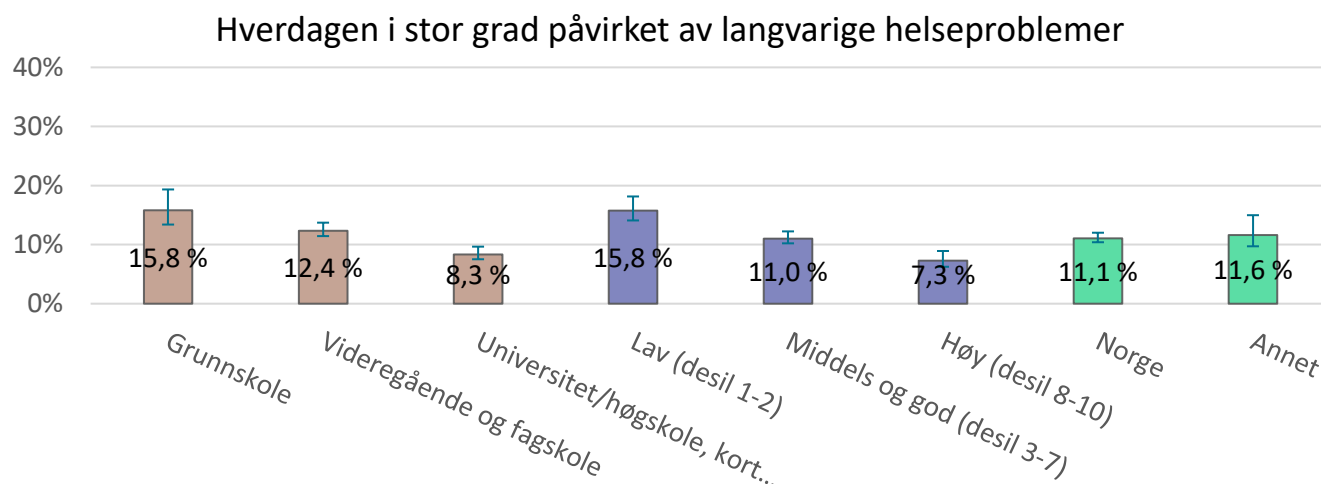
Figur 18. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 19 viser at det er en økning i andel for både menn og kvinner med økt alder som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen, men mønsteret er mest markert for kvinner og med størst endring fra gruppen 71-76 år opp til de som er 77 år og eldre.



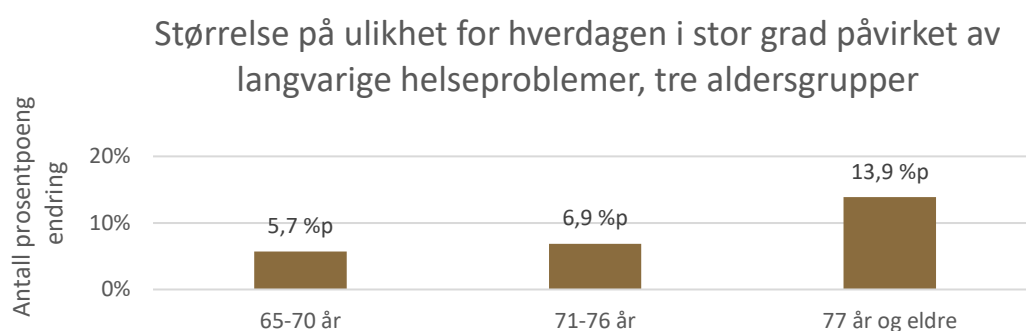
Figur 19. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Målt i forhold til både utdanningsnivå og husholdningsinntekt er det tydelig mønster av sosial ulikhet. Det er flere blant de med laveste utdanning eller inntekt som opplever helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen enn blant de med lengst utdanning og høyest inntekt (Figur 20). For utdanningsnivå er det sikker ulikhet mellom de med universitets- og høyskole utdanning sammenliknet med de to lavere utdanningsnivåene. For inntekt er det en sikker ulikhet mellom alle inntektsgruppene, fra lav til middels, fra middels til høy, og da omtrent en halvering av andelen fra lav til høy inntekt. For de to gruppene av landbakgrunn er andelen tilnærmet like, men med større usikkerhet for andre land enn Norge grunnet relativt få personer.



Figur 20. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen, delt på utdanningsnivå, inntektsnivå og landbakgrunn.

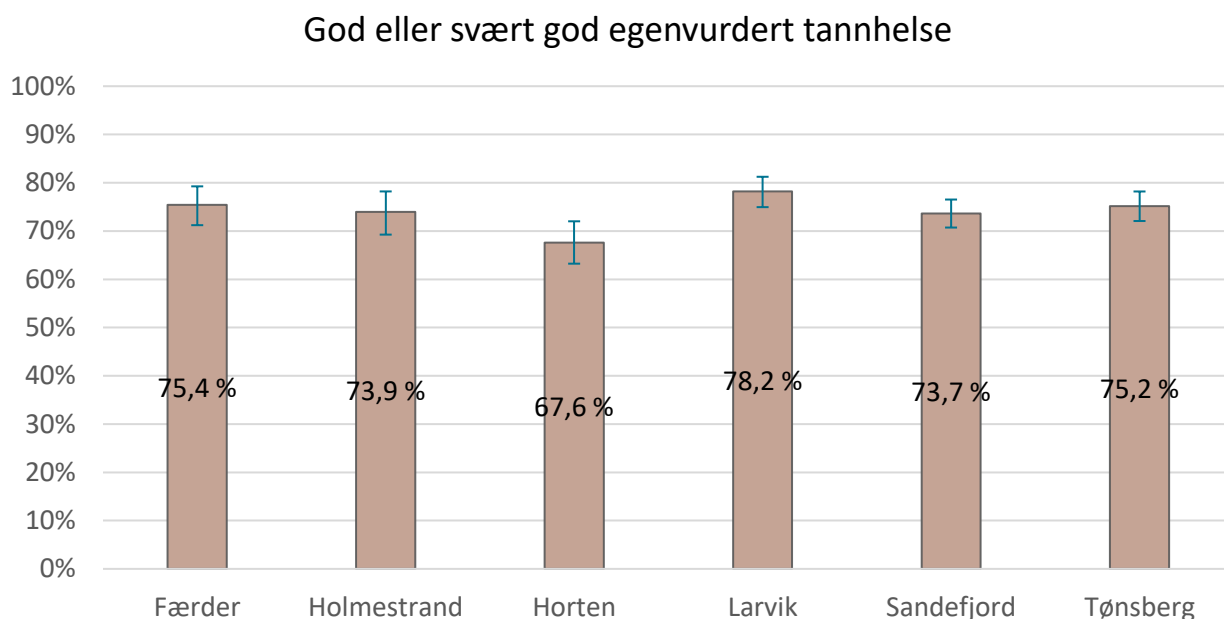
Figur 21 viser at den sosiale ulikheten kan være mer markert blant de 77 år og eldre, enn blant de yngre eldre. Sagt på en annen måte, det kan forventes at blant de eldste eldre så er det en større andel av de med kortere utdanning enn blant de med lang utdanning som opplever at varige helseplager i stor grad påvirker hverdagen, sammenliknet med yngre eldre.



Figur 21. Prosentpoeng forskjell i andel med langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

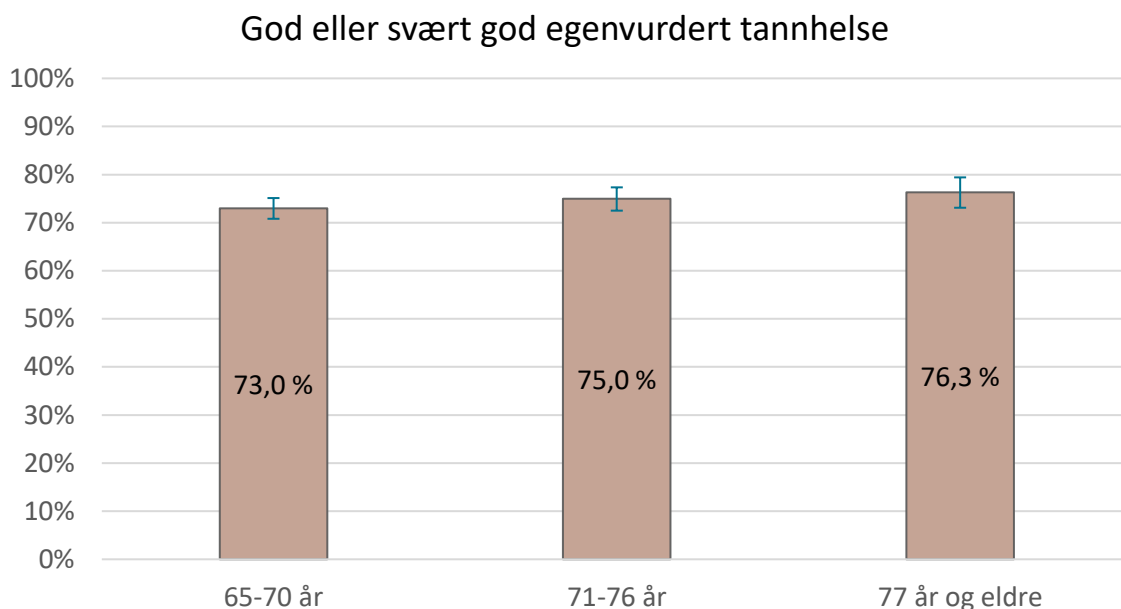
3.1.4 Tannhelse

Rett over 74 % av de eldre i Vestfold vurderer sin tannhelse som god eller svært god. Færder, Holmestrand, Sandefjord og Tønsberg ligger tett opp til denne andelen, men Horten og Larvik skiller seg ut blant kommunene (Figur 22). Det er noe overlapp i feilfelt som viser til usikkerhet i andelene, men andelen i Horten er statistisk sikkert lavere enn i Larvik, og også akkurat statistisk sikkert lavere enn for Tønsberg. Larvik har en forholdsvis høy andel blant de eldre som rapporterer om god eller svært god egenvurdert tannhelse med over 78 %.



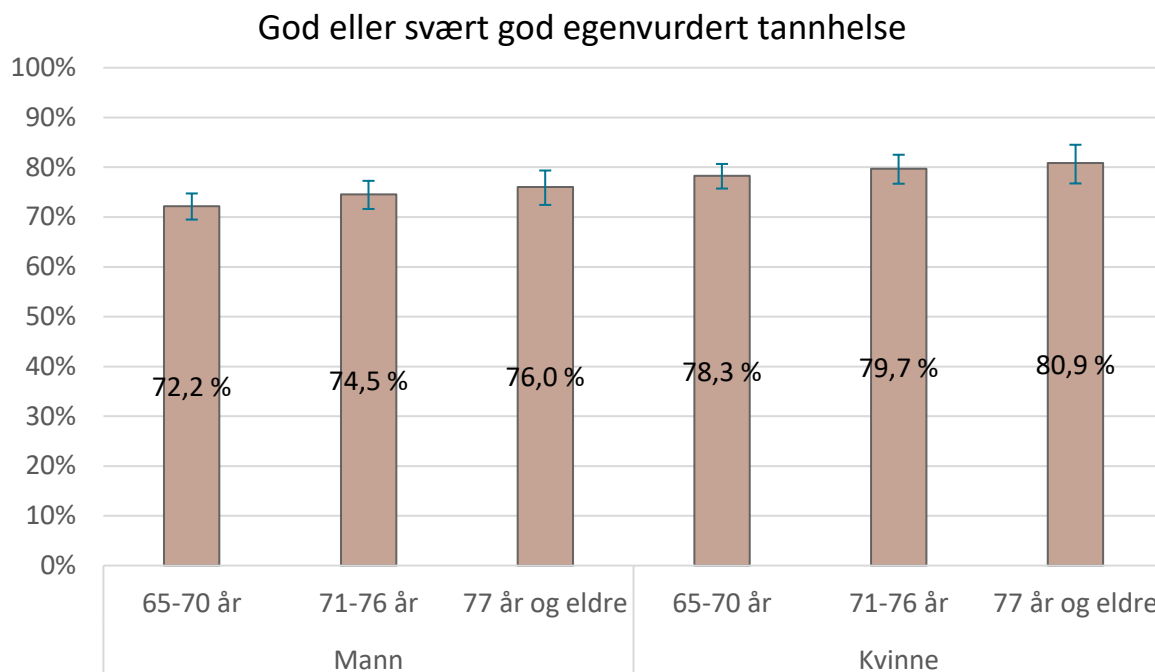
Figur 22. Andel eldre som vurder sin tannhelse som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 23 viser muligens et litt overraskende mønster. Andel som vurderer sin tannhelse som god eller svært god viser en tendens til å øke med alderen, men her er det små forskjeller og alle feilfelt overlapper så det er ikke mulig å konkludere sikkert med dette. Ved en inndeling i seks aldersgrupper holder dette mønsteret seg, og for de 80 år og over er andelen fortsatt 76,3 %.



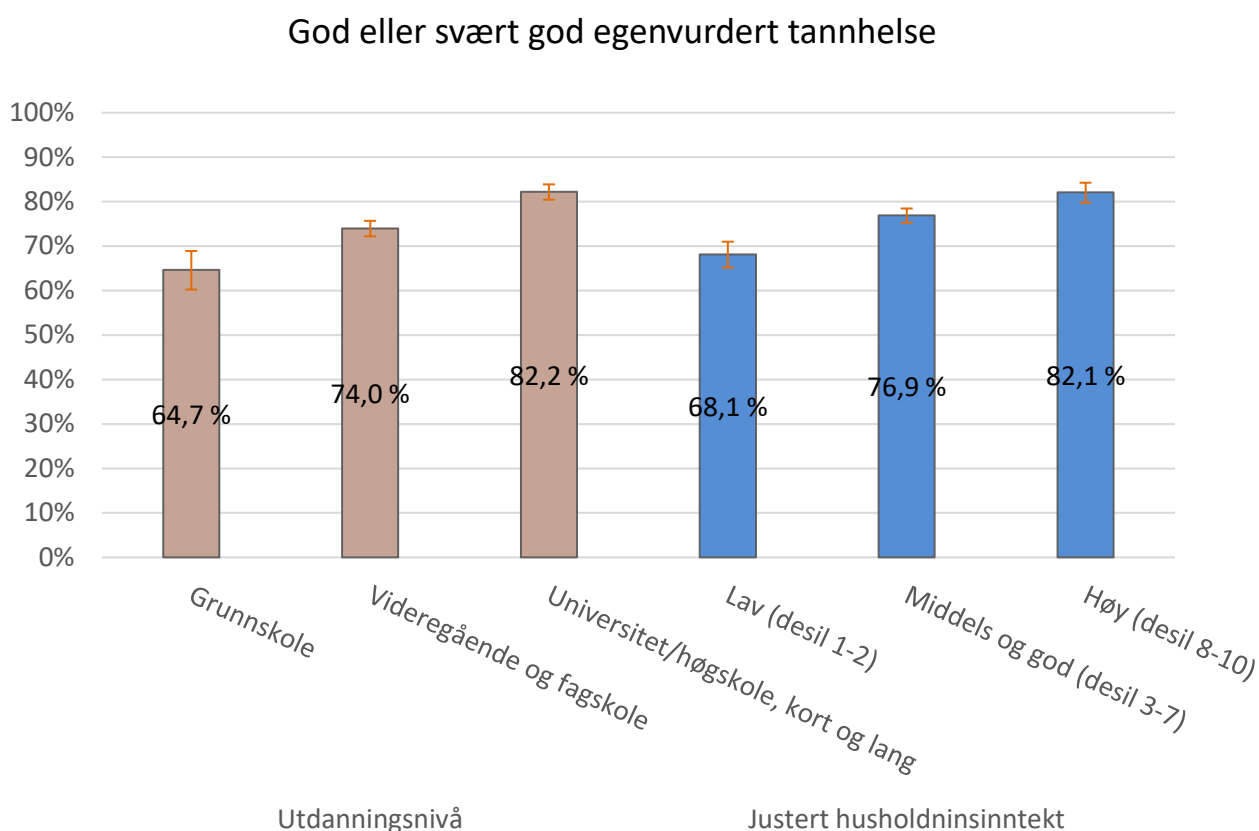
Figur 23. Andel eldre som vurder sin tannhelse som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Ved å skille menn og kvinner i de tre aldersgruppene kan det se ut som det hovedsakelig er mennene som bidrar til en tilsynelatende positiv utvikling for tannhelse med alderen (Figur 24), men sett samlet er det kvinnene som oppgir å ha best tannhelse. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de yngste mennene og alle grupper av eldre kvinner.



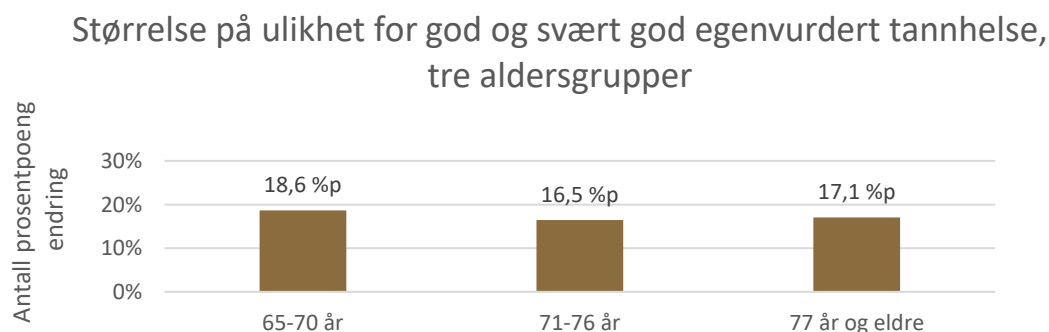
Figur 24. Andel eldre som vurder sin tannhelse som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

For tannhelse er det en tydelig og statistisk sikker gjennomgående sosial ulikhet uansett om det blir sett opp mot utdanningsnivå eller husholdningsinntekt (Figur 25). Den sosiale ulikheten kan også beskrives som forholdsvis stor, og over 17 prosentpoeng skiller de med lengst utdanning fra de med kortest utdanning.



Figur 25. Andel eldre som vurderer sin tannhelse som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 26 viser at den sosiale ulikheten er gjennomgående for alle de tre aldersgruppene. Det er lite som skiller dem, men med en muligens tendens til litt høyere sosial ulikhet blant de yngste eldre, 65-70 år.



Figur 26. Prosentpoeng forskjell i andel med god eller svært god egenvurdert tannhelse fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

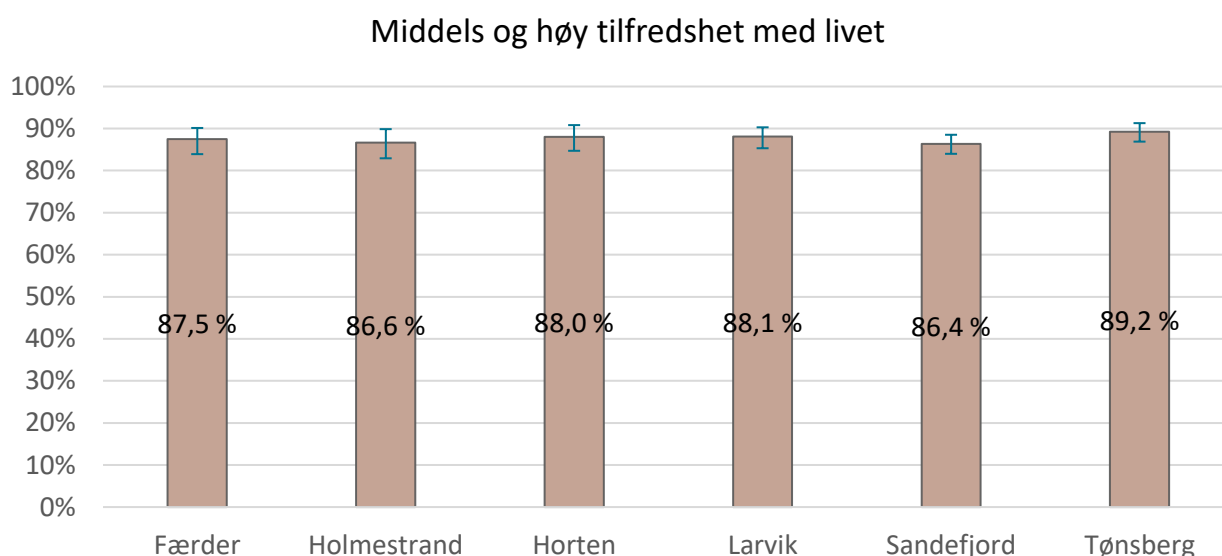
3.2. Subjektiv livskvalitet

«Subjektiv livskvalitet handler om hvordan livet oppleves for den enkelte, kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av belastninger som helseplager og økonomiske vansker» (11). I denne delen presenteres resultater for livstilfredshet, fremtidsoptimisme, stedstilhørighet, trivsel i nærmiljøet og mestring i hverdagen. Livstilfredshet blir gjerne beskrevet som et overordnet eller globalt mål på subjektiv livskvalitet, og rommer dermed en bred vurdering av egen livskvalitet.

3.2.1 Fornøyd med livet, livstilfredshet

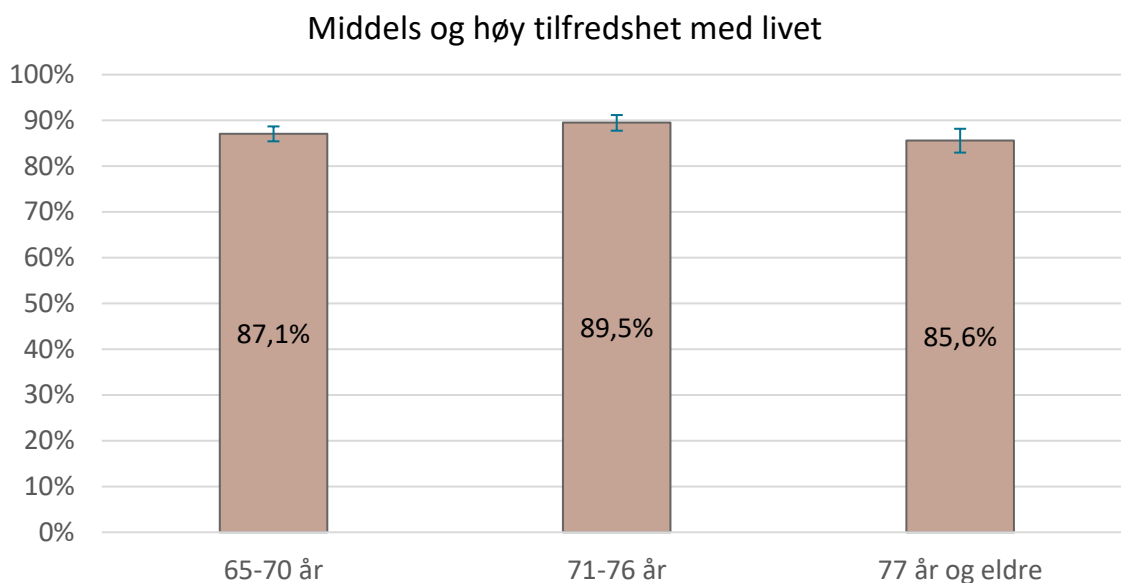
Totalt kommer 88 % av de eldre i gruppen med middels og høy tilfredshet med livet. Dette er en høy andel og representerer toppen av en stigende trend fra 18 år og oppover (1). I forskning og litteratur omtales det at eldre viser høy tilfredshet med livet som et tilfredshetsparadoks. Tilfredsheten står i kontrast til svekkelser og tap som kommer med aldring. Forklaringene er flere og sammensatte (12).

Alle kommunene i Vestfold har en andel for livstilfredshet nær opp til den samlet for fylket og viser ingen sikker ulikhet (Figur 27).



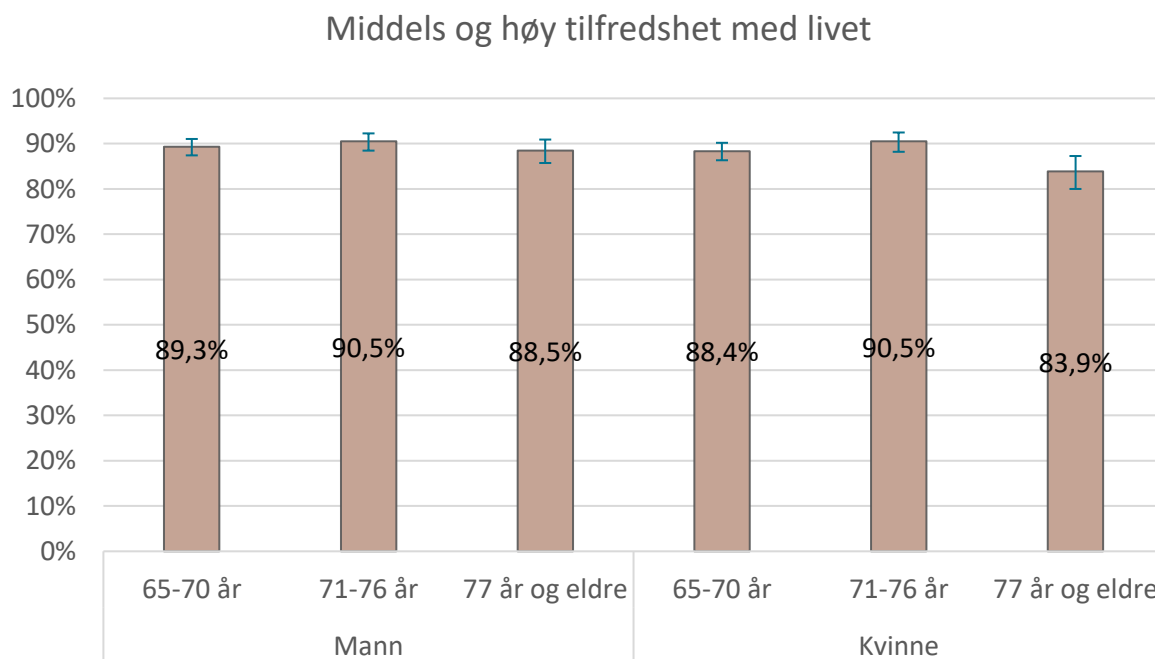
Figur 27. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Delt i tre aldersgrupper er det ingen sikker forskjell i hvor tilfredse de eldre er med livet, men Figur 28 viser et svakt mønster der de 71-76 år er mest tilfredse og lavest blant de 77 år og eldre. Ved en seksdeling i alder kommer det frem at de 80 år og eldre har lavest andel med middels og høy tilfredshet på 82 %. Denne andelen er statistisk sikkert lavere enn alle de andre aldersgruppene (alle har rundt 89 %), bortsett fra de 65-67 år som også har en noe lavere andel (85 %).



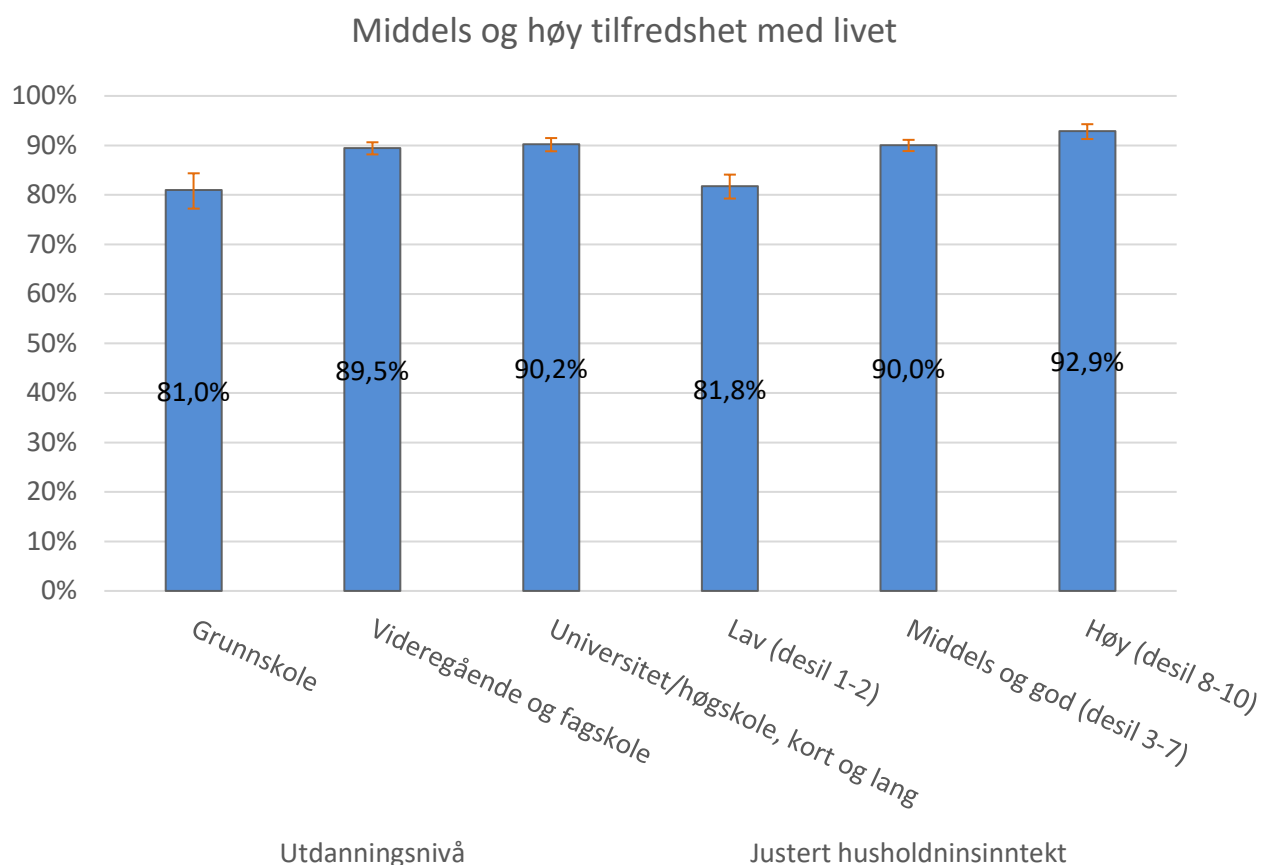
Figur 28. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Når aldersgruppene deles videre på kjønn er det særlig de eldste kvinnene som peker seg ut (Figur 29). Her har andelen som rapporterer middels og høy tilfredshet sunket til rett under 84 %, og er tydelig lavere enn for kvinner i alderen 71-76 år.



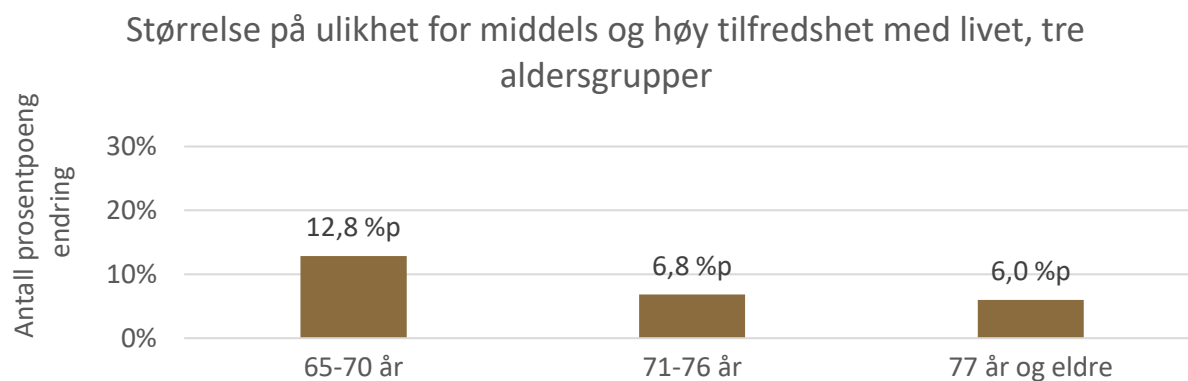
Figur 29. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Tilfredshet med livet viser en tydelig sosial ulikhet, men ikke som et jevnt trappetrinns mønster (Figur 30). De med middels og høy utdanning og de med middels og høy husholdningsinntekt viser en forholdsvis lik andel på rundt 90 %. Det er kun en liten økning fra de med middels til høy inntekt. Men, det er tydelig lavere andeler for de med laveste utdanningsnivå og de i laveste inntektsgruppe, 81-82 %.



Figur 30. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

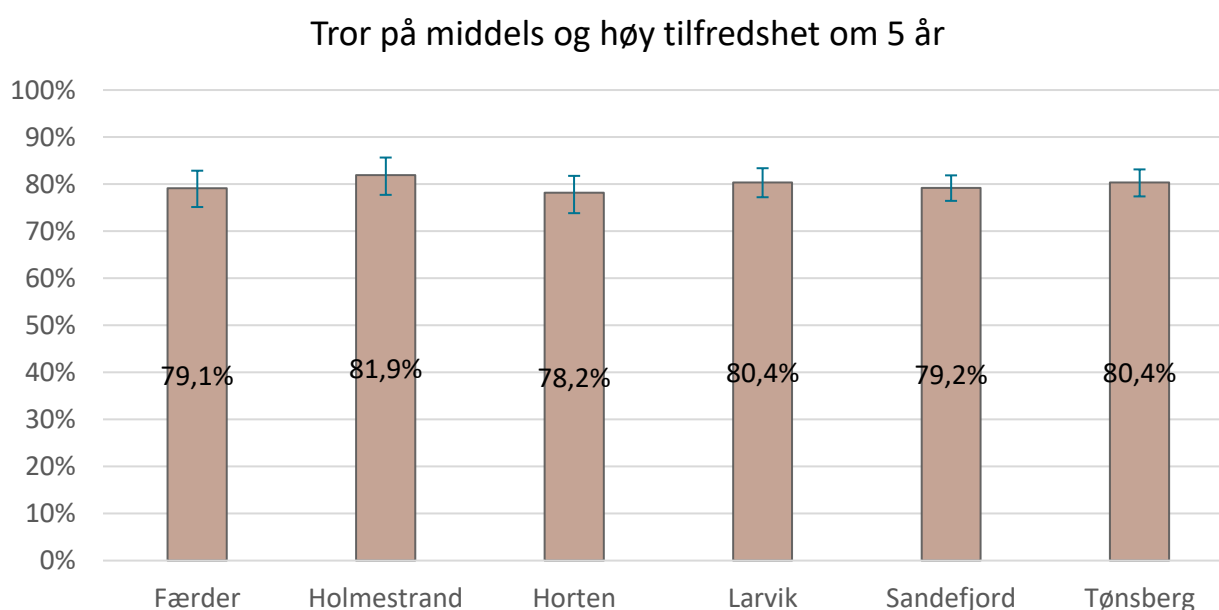
Figur 31 viser en større sosial ulikhet blant de yngste eldre for tilfredshet med livet, omtrent det dobbelte i prosentpoeng sammenliknet med de to andre aldersgruppene. I tråd med det som er vist over, handler ulikheten primært om en lavere andel for de med laveste utdanningsnivå sammenliknet med de to andre utdanningsgruppene. I aldersgruppen 65-70 år vil en betydelig andel fortsatt være sysselsatte i inntektsgivende arbeid (anslagsvis rundt 1 av 3 (13)), og muligens er denne andelen høyere for de med lengre utdanning. Det å være i arbeid er i mange tilfeller helsefremmende, det bidrar til mening i livet, mulighet til å bruke sine evner, bidra positivt og et sosialt nettverk. Kan hende er det noe av denne effekten som gir utslag i høyere tilfredshet med livet blant de yngste eldre med lengre utdanning.



Figur 31. Prosentpoeng forskjell i andel med middels og høy tilfredshet med livet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

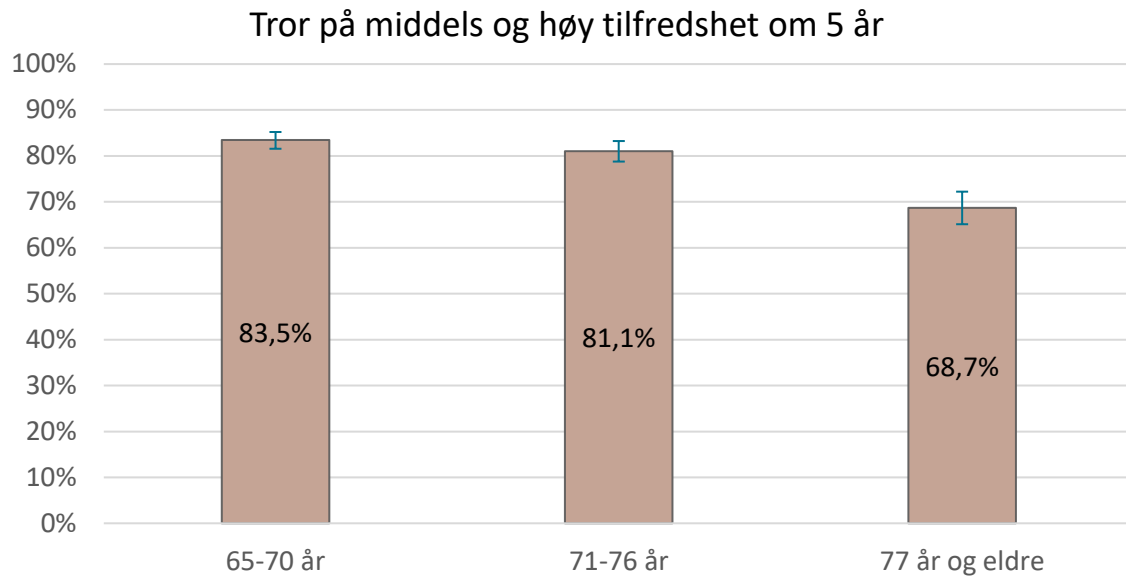
3.2.2 Fremtidsoptimisme

Totalt har rett under 80 % svart at de tror de vil ha høy og middels tilfredshet med livet om fem år. For denne indikatoren på fremtidsoptimisme er det lite variasjon i andelen mellom kommunene (Figur 32)



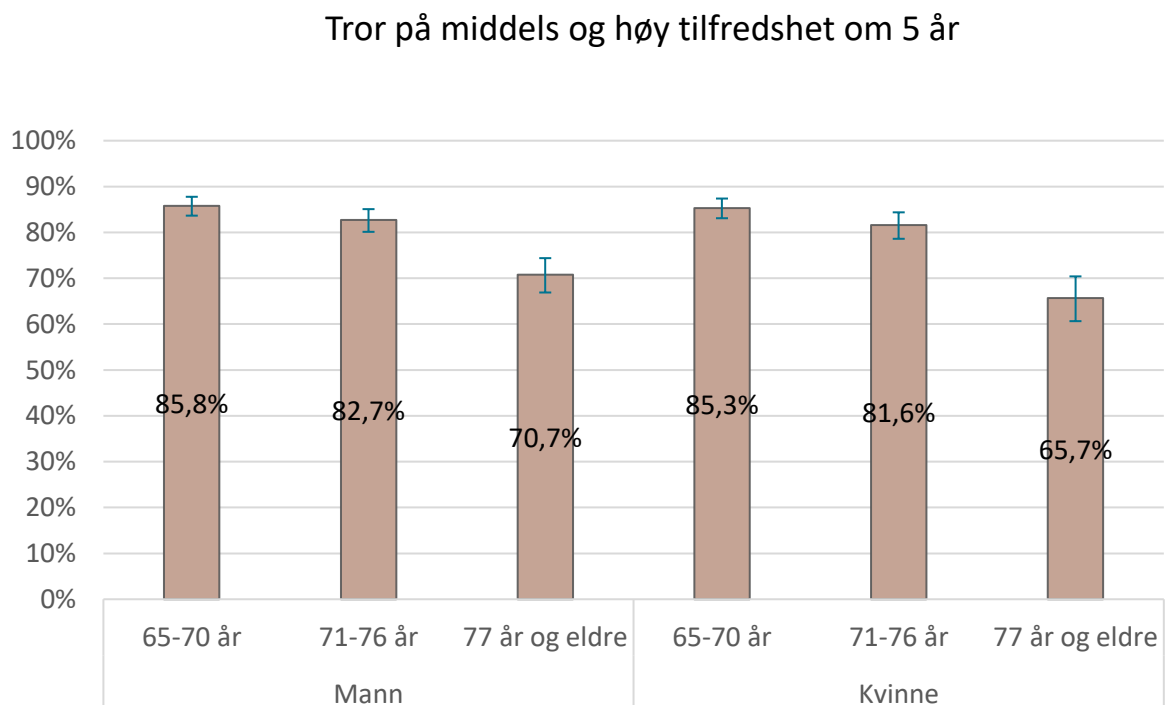
Figur 32. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Fremtidsoptimismen synker betydelig med alderen (Figur 33). Dette er gjerne en forventet endring ettersom omfang av helseplager øker, og et perspektiv på fem år frem i tid nok oppfattes annerledes enn tidligere i livet. Samtidig, det å holde tak i optimismen og drømmene kan i seg selv bidra til å opprettholde helse og utsette sykdom også blant eldre (14).



Figur 33. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

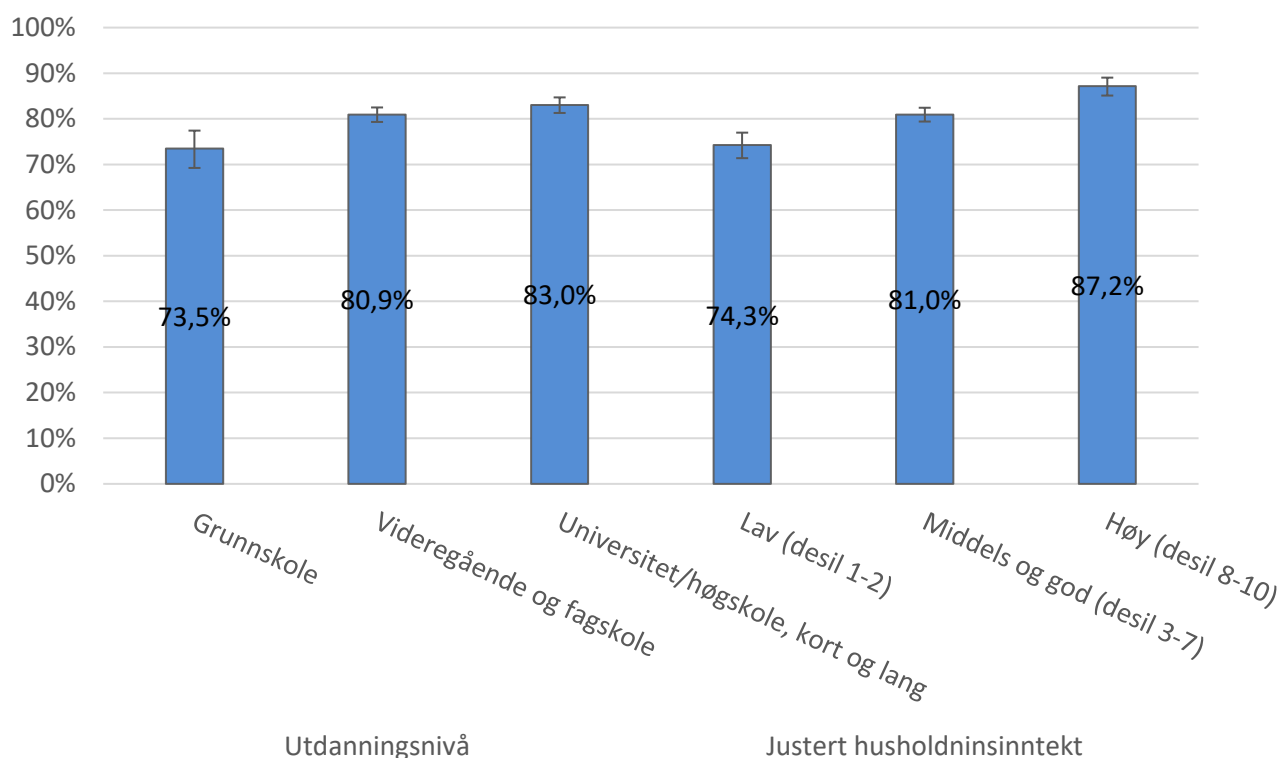
Mønsteret med nedadgående tro på fremtiden gjelder for både kvinner og menn (Figur 34), og er i tillegg litt mer markert for kvinner enn for menn.



Figur 34. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

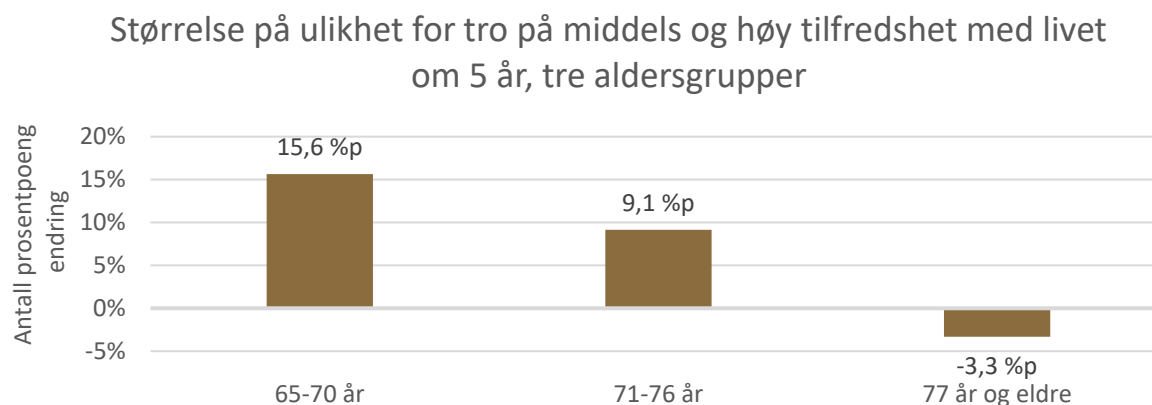
Sammenliknet med livstilfredshet her og nå er det tydeligere sosial ulikhet for troen på tilfredshet om fem år, særlig sett i forhold til husholdningsinntekt (Figur 35). Det er statistisk sikker ulikhet fra lav inntekt til middels inntekt, og videre opp fra middels inntekt til høy inntekt. Fra utdanning grunnskole til mellomnivået, videregående og fagskole, er det også en betydelig forskjell.

Tror på middels og høy tilfredshet om 5 år



Figur 35. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

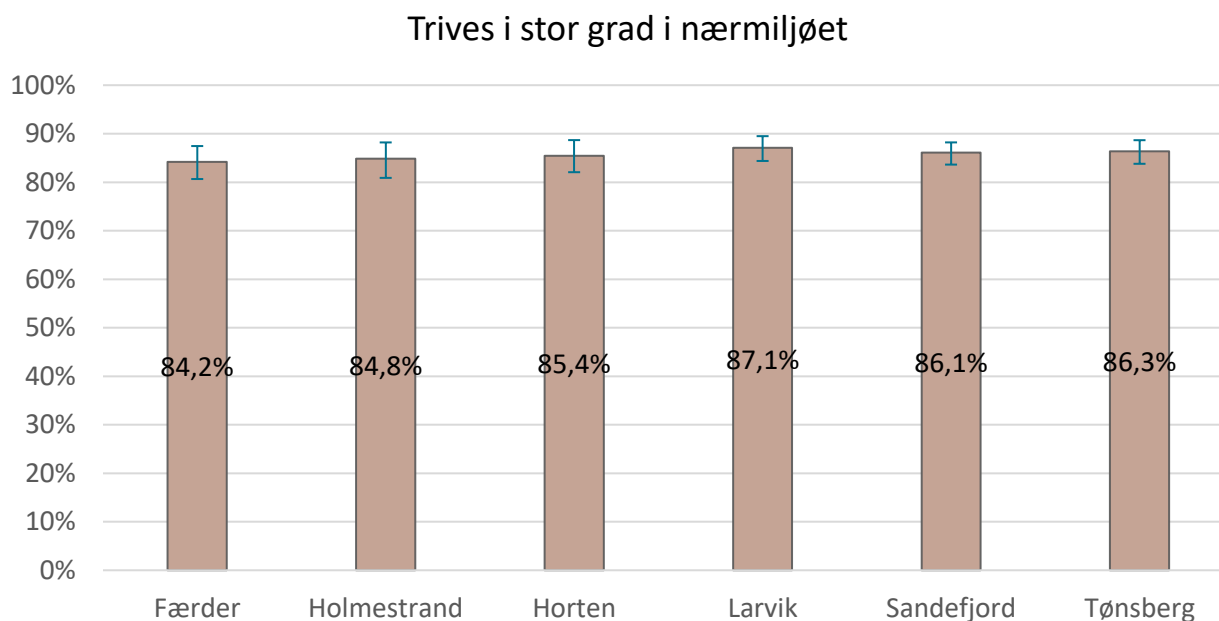
Når det gjelder ulikhet i de tre aldersgruppene ser det ut til å skje noe interessant for fremtidsoptimismen etter som alder stiger (Figur 36). Ulikheten er tydelig størst for de 65-70 år, deretter er det en tydelig reduksjon, men fortsatt en ulikhet for de 71-76 år. Men, for aldersgruppen 77 år og eldre er det liten ulikhet og det som er har snudd til en omvendt ulikhet. De som kun har grunnskoleutdanning har en andel med tro på middels og høy tilfredshet med livet om 5 år som ligger 3,3 prosentpoeng høyere enn de med høgskole eller universitetsutdanning. Det er usikkerhet i tallene, og de må tolkes med varsomhet, men det gir støtte til at de eldste eldre, og også de som kan delta i en slik undersøkelsen, er en selektert og ressurssterk gruppe, og da mer uavhengig av sosioøkonomisk status. Det at populasjonen er selektert grunnet at de «lykkeligste» lever lengst er omtalt i litteraturen (15) (13).



Figur 36. Prosentpoeng forskjell i andel med middels og høy fremtidsoptimisme fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

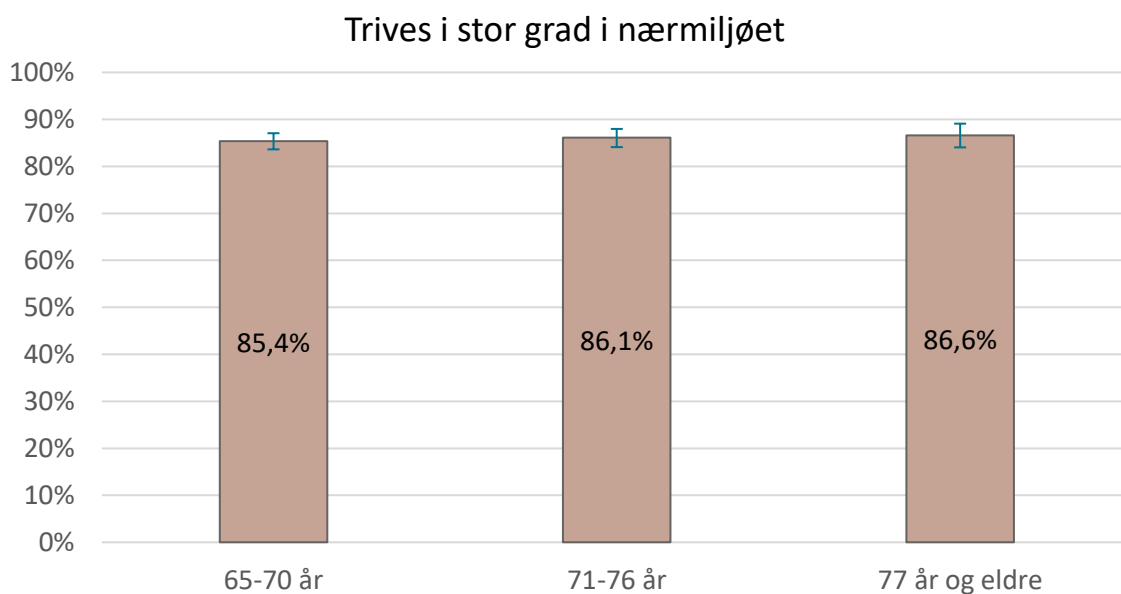
3.2.3 Trivsel i nærmiljøet

Nær 86 % av de eldre trives i stor grad i sitt nærmiljø. Samtidig er det verd å notere at mer enn 1 av 10 trives i noen, i liten eller ikke i det hele tatt i sitt nærmiljø. Der de aller fleste er i kategorien «i noen grad». Andelen av høy trivsel for Larvik, Sandefjord og Tønsberg ligger en anelse høyere enn de andre kommunene, men feilfeltene viser at det statistisk sett ikke er noe sikker forskjell (Figur 37).



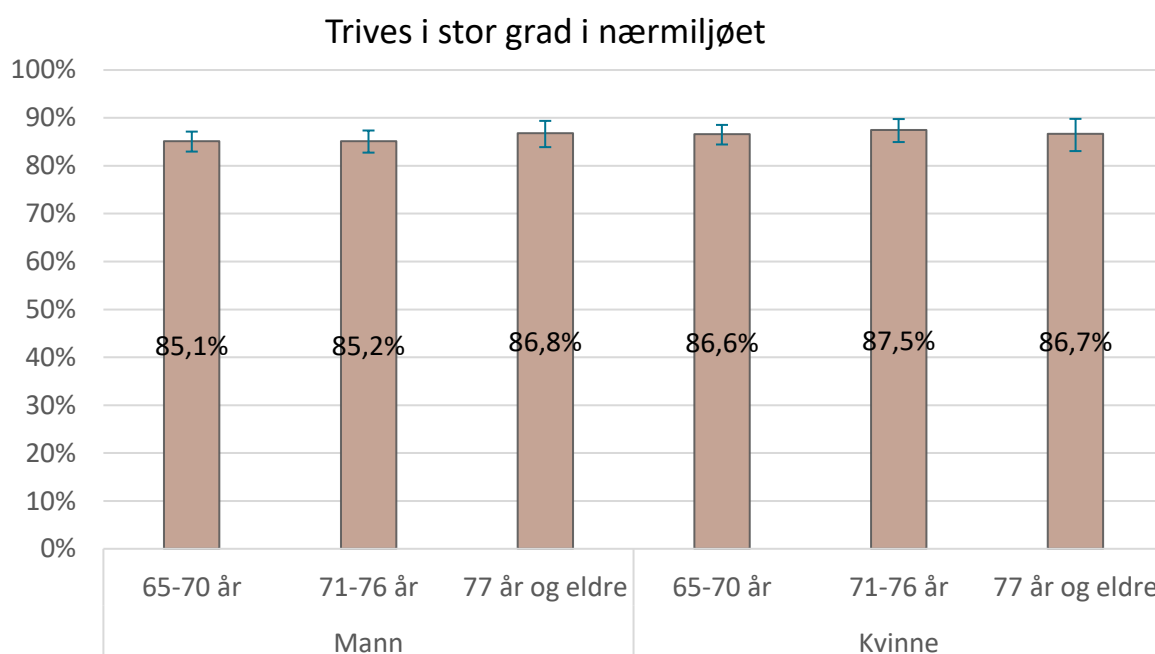
Figur 37. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Andelen for stor grad av trivsel i eget nærmiljø viser liten endring med økt alder, og hvis noe er det en økt trivsel som er trenden (Figur 38).



Figur 38. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

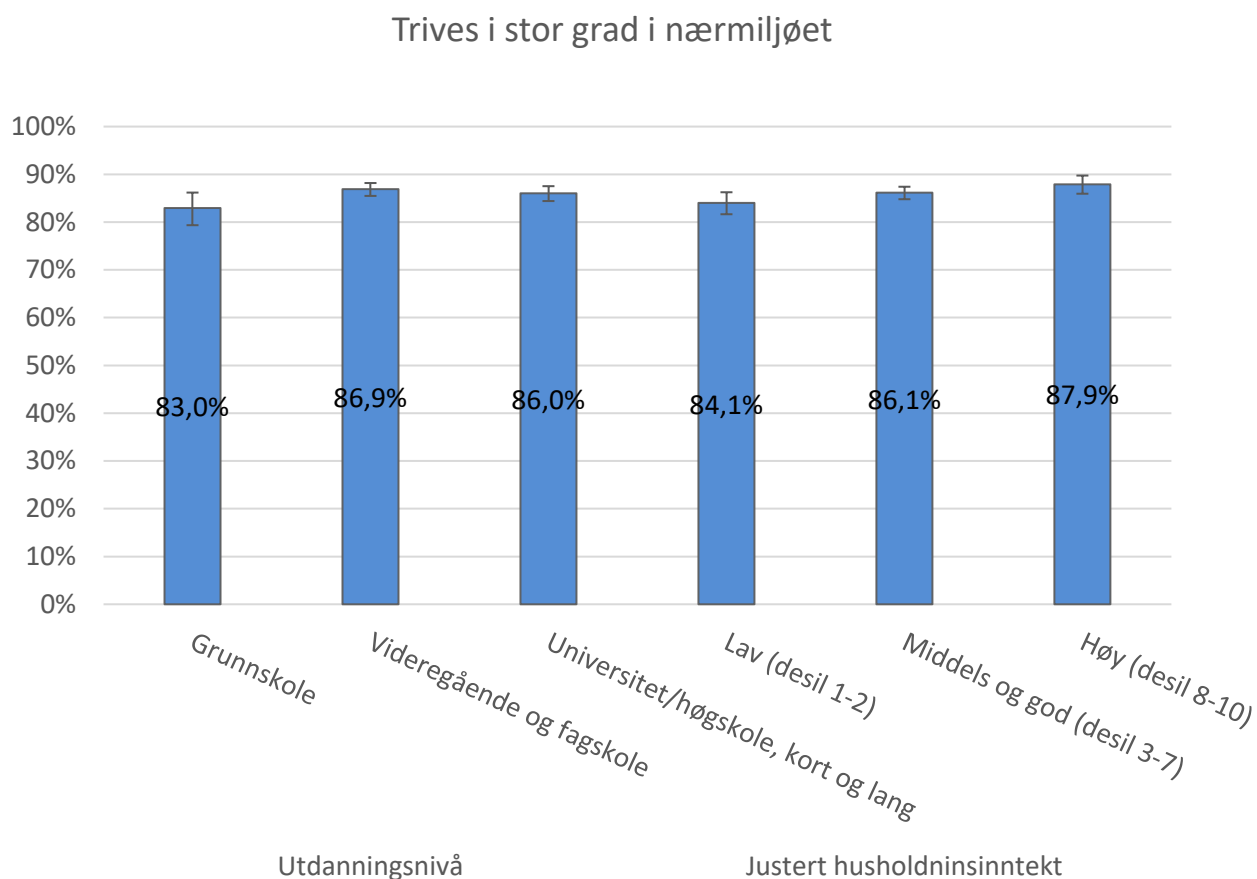
Figur 39 viser at det heller ikke er noen betydelig forskjell mellom menn og kvinner i hvor stor grad de trives i sitt nærmiljø.



Figur 39. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

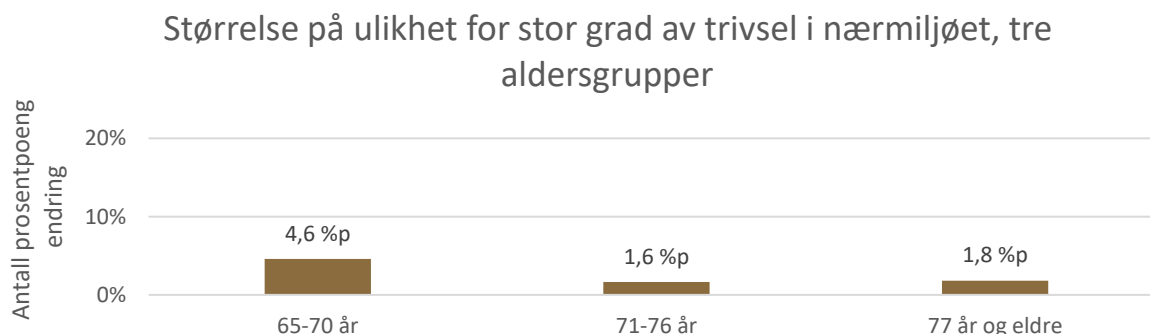
Figur 40 viser noen svake tendenser til sosial ulikhet og da mest sett i forhold til husholdningsinntekt, men tallene er ikke statistisk sikkert ulike. De med høyest inntekt har den

høyeste andelen som trives i stor grad i sitt nærmiljø, rett under 88 %. Med usikkerhet i tallene bør forskjeller tolkes med stor varsomhet, men det kan være nærliggende å peke på at med bedre økonomi er det og har vært litt større mulighet for å bosette seg der man ønsker.



Figur 40. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

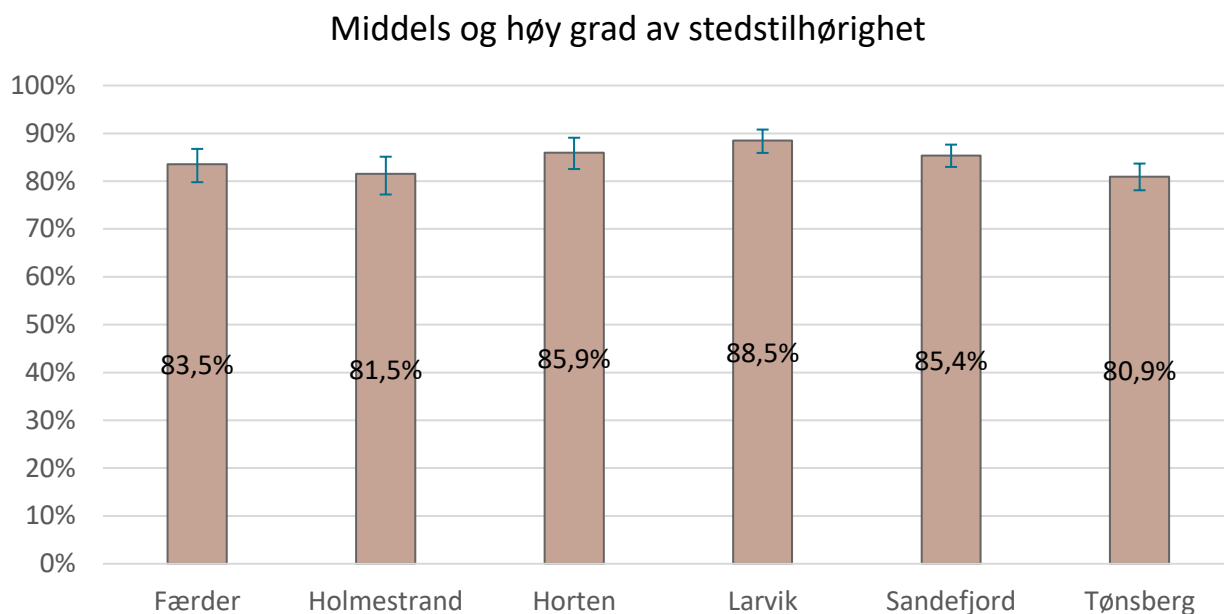
Delt i aldersgrupper er ulikheten synlig for de 65-70 år, men liten og ubetydelig for de 71-76 år og for de 77 år og eldre (Figur 41)



Figur 41. Prosentpoeng forskjell i andel med stor grad av trivsel i nærmiljøet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

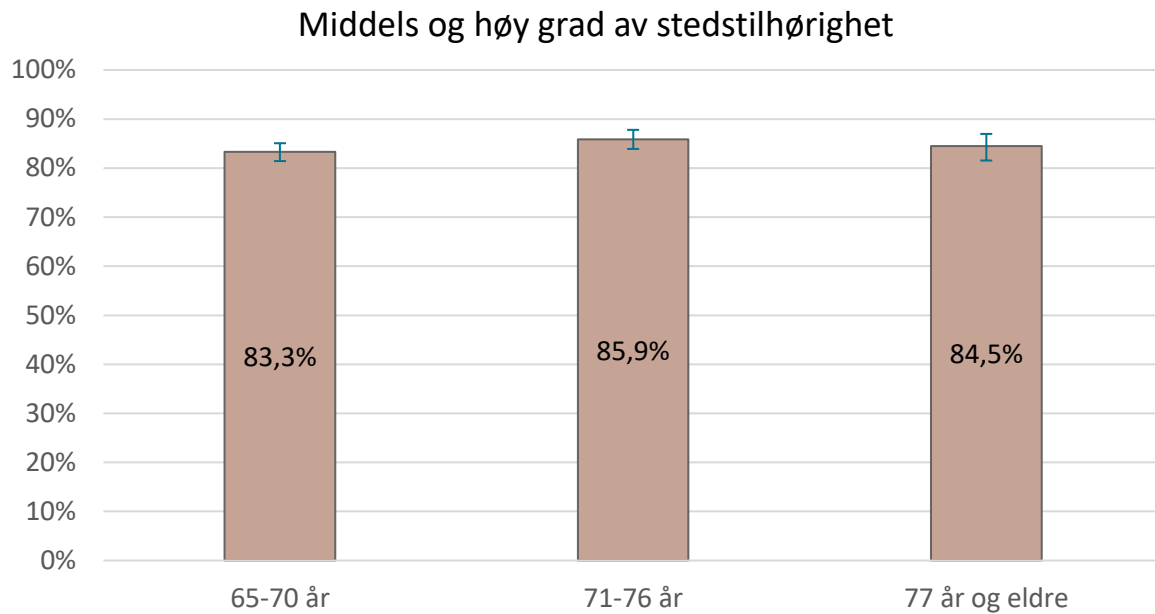
3.2.4 Stedstilhørighet

Totalt er det 84,4 % som opplever å ha middels og stor tilhørighet til stedet hvor de bor. Her er det noe variasjon mellom kommunene (Figur 42), der det er en sikker forskjell mellom Larvik og Tønsberg og Holmestrand. Personer fra Larvik har den største andelen med middels og høy grad av stedstilhørighet, og Tønsberg som ligger over 7 prosentpoeng under Larvik den laveste andelen. Det er et positivt at over 80 prosent av de eldre i alle kommunene opplever god stedstilhørighet, men også rom for å styrke stedstilhørigheten når rundt 2 av 10, slik som i Tønsberg, ikke opplever middels eller stor grad av tilhørighet.



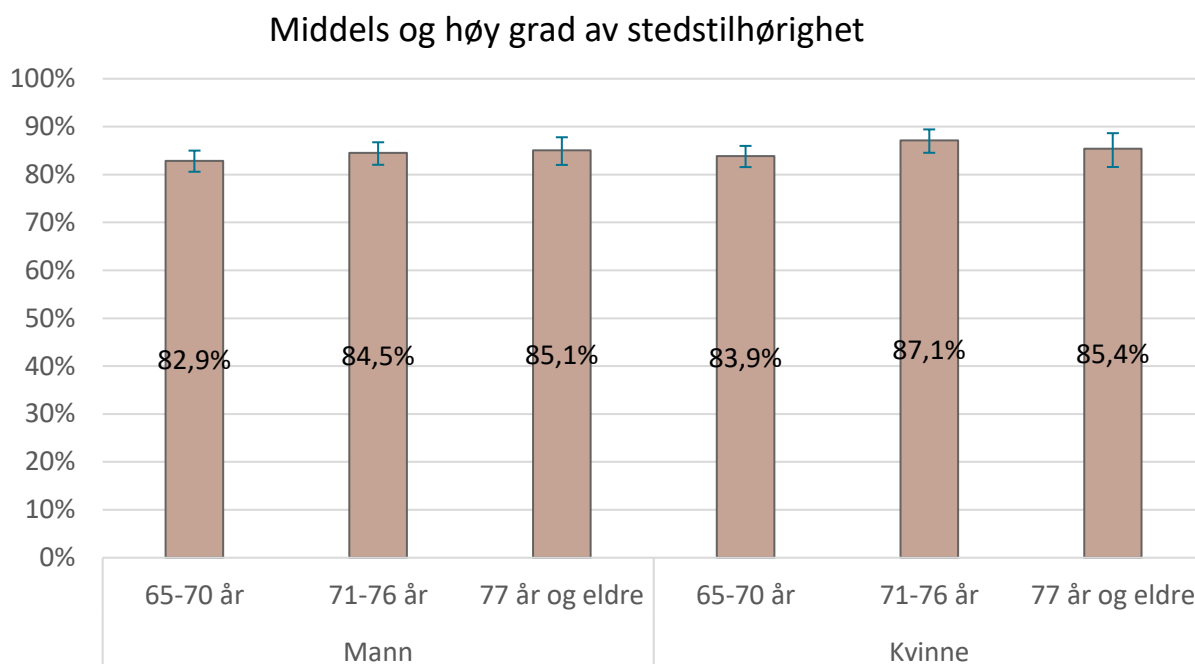
Figur 42. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Opplevelsen av stedstilhørighet ser ikke ut til å være tilnærmet like sterk i alle de tre aldersgruppene av eldre (Figur 43).



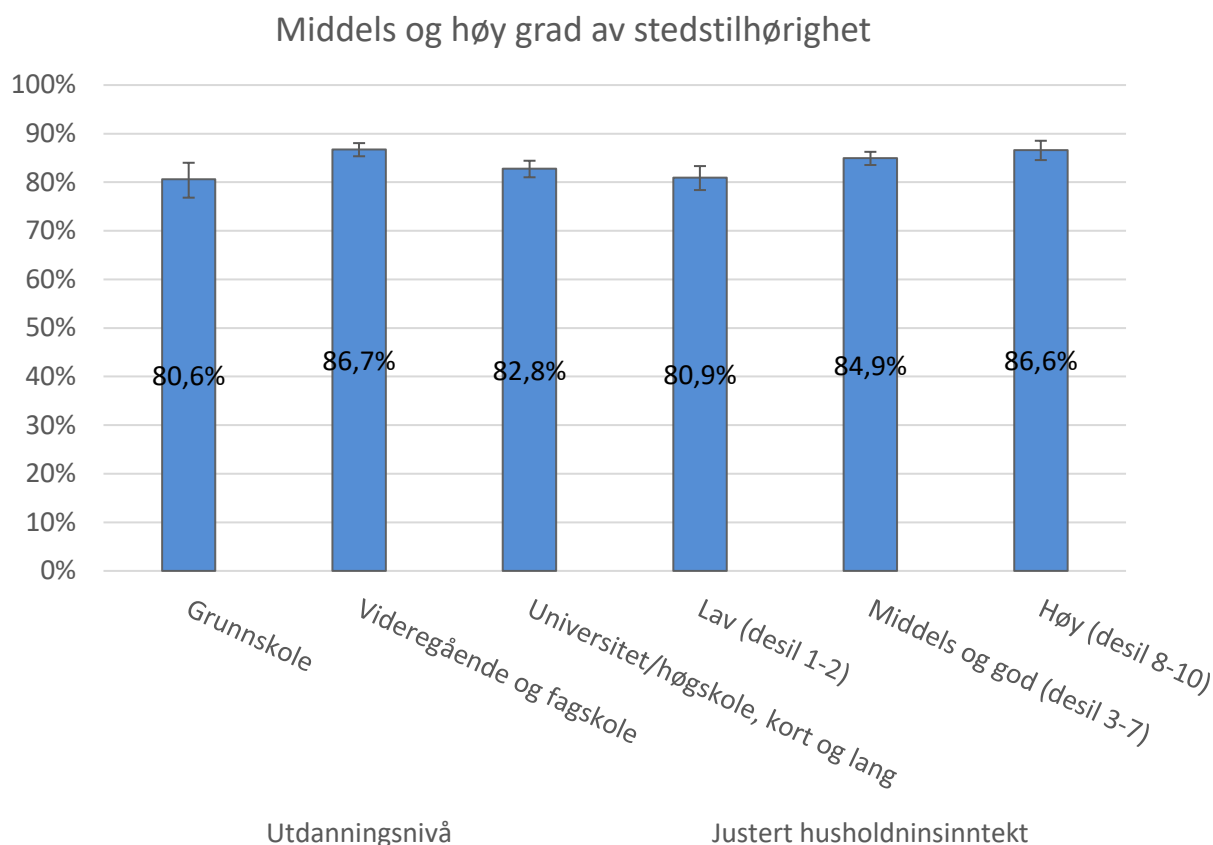
Figur 43. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Det er heller ingen statistisk sikker ulikhet å spore mellom ulike aldersgrupper når menn og kvinner er sett separat (Figur 44), men det kan allikevel se ut til å være noe forskjell mellom kvinner 71-76 år., som opplever sterkest stedstilhørighet (87,1 %), og menn 65-70 år, som har den laveste andelen (82,9 %). Det er nærliggende å se for seg at grad av stedstilhørighet vil påvirkes av nettverk på bostedet og deltakelse i det som skjer der. Kan hende er det et bidrag til høyere stedstilhørighet hvis mulighet for økt aktiv bruk og deltakelse når yrkesaktiv alder er forbi.



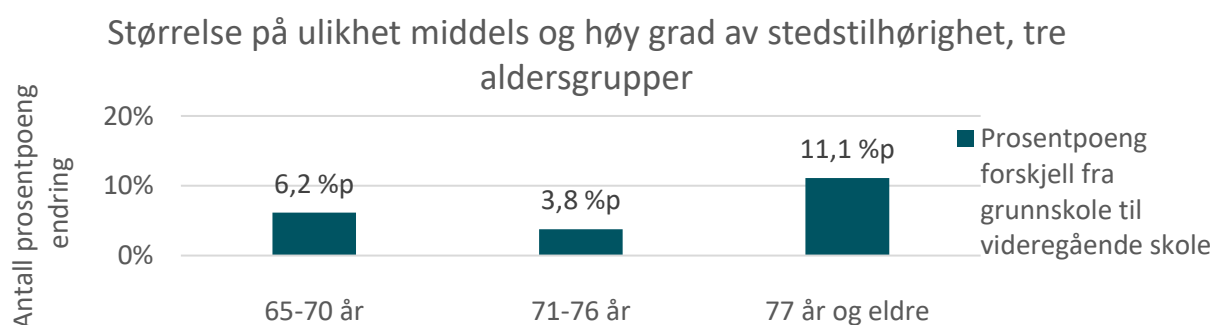
Figur 44. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Det er noe sosial ulikhet av betydning å finne i andelene for middels og høy grad av stedstilhørighet (Figur 45). Målt i forhold til utdanningsnivå er det her de med videregående og skole eller fagskole som har høyest andel, og feilfelt viser at dette er statistisk sikkert ulikt fra de med kun grunnskole og fra de som har utdanning på universitet – og høgskolenivå. Det er også et mønster av ulikhet basert på husholdningsinntekt, men her er mønsteret en stigning for hver inntektsgruppe. Trappetrinns mønsteret er ikke veldig markert, men allikevel, det er ingen overlapp mellom feilfelt og det kan tolkes som en statistisk sikker ulikhet fra gruppe til gruppe.



Figur 45. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

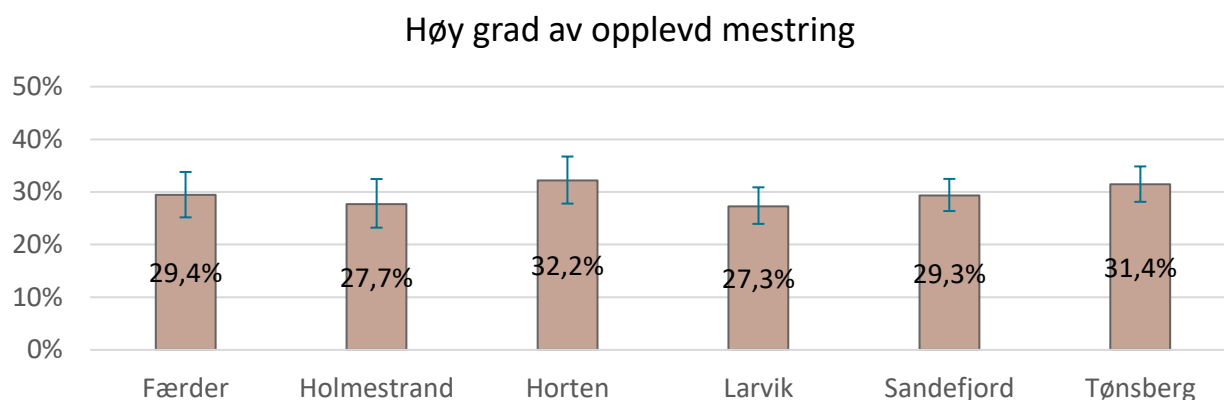
Siden det her er de i middels gruppe for utdanningsnivå som har størst grad av stedstilhørighet er det her sett på prosentpoeng endring fra grunnskole til videregående skole/fagskole for de tre aldersgruppene (Figur 46). Graden av ulikhet ser ut til å være forholdsvis liten blant de 65-70 år, ubetydelig for de 71-76 år og størst for de 77 år og eldre med 11 prosentpoeng i økning fra de med kun grunnskole til de med videregående skole/fagskole.



Figur 46. Prosentpoeng forskjell i andel med middels og høy opplevd grad av stedstilhørighet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå videregående skole, for tre aldersgrupper av eldre.

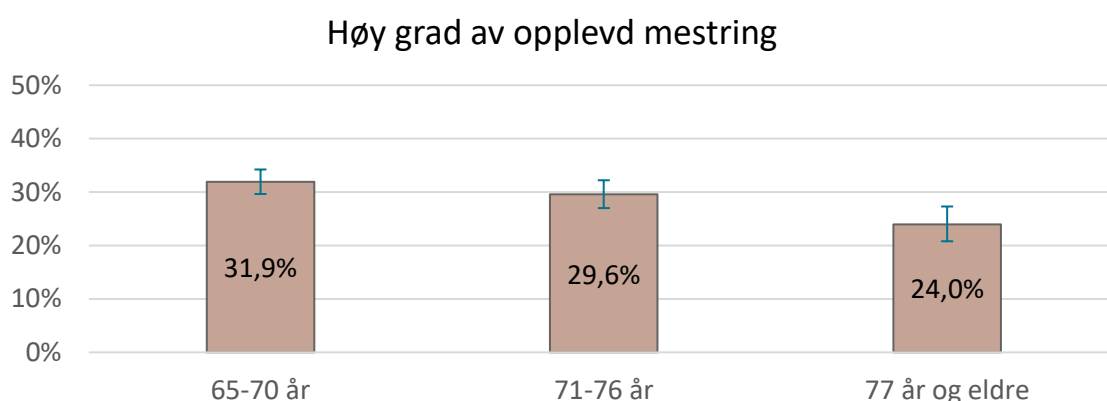
3.2.5 Mestring

Mestring er målt med et sett av fem ulike spørsmål som til sammen gir en verdi som kan kategoriseres i ulikt nivå av mestring (Pearlin Mastery Scale). Rett under 30 % (29,6 %) får et skår som tilsvarer høy grad av opplevd mestring. Her er det en del variasjon innad i kommunene, slik at selv om Figur 47 viser noen tendenser til høyere mestring i kommunene Horten og Tønsberg, er det lange feilfelt som overlapper mellom kommunene og andelene er ikke statistisk sikkert ulike.



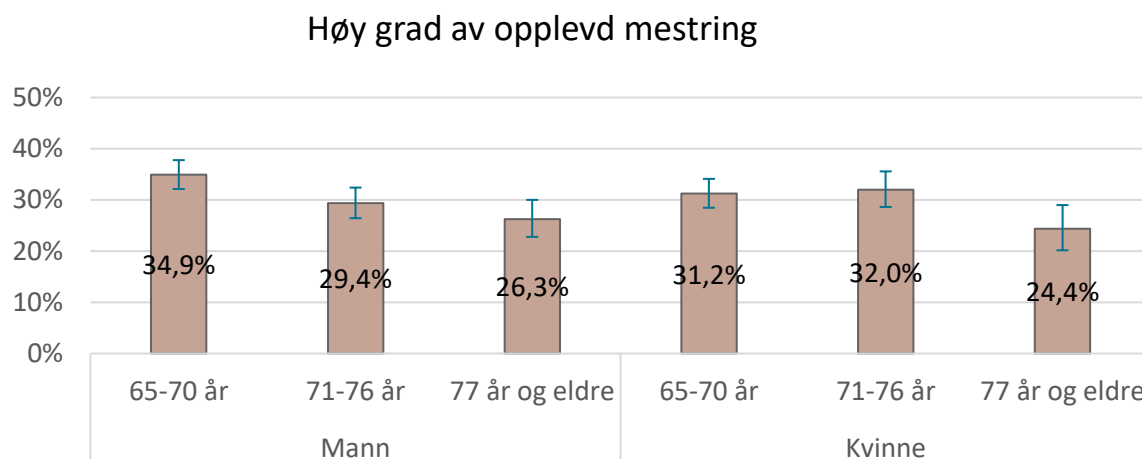
Figur 47. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Opplevelsen av mestring synker betydelig med økt alder, og det er en sikker endring fra 71-76 år til gruppen 77 år og eldre (Figur 48). Ved en inndeling i seks aldersgrupper kommer dette enda tydeligere frem og for gruppen 80 år og eldre er andelen for høy grad av mestring sunket til 20 %.



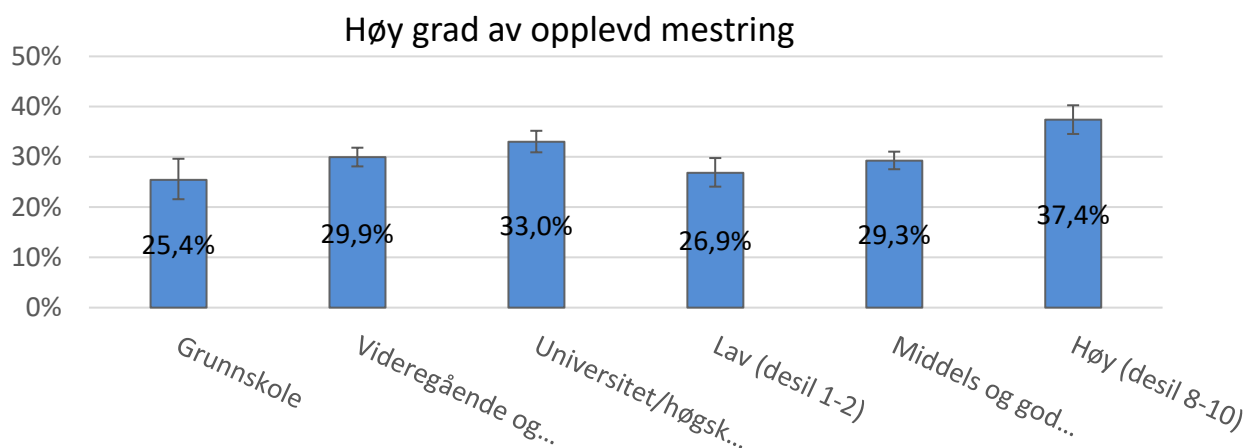
Figur 48. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Mønsteret med synkende mestring med økt alder holder seg hvis det også deles på kjønn (Figur 49), men noe tydeligere for menn enn for kvinner da de har en forholdsvis stor andel som opplever høy grad av mestring i gruppen 65-70 år. Kvinner har forholdsvis lik andel med høy grad av mestring for de yngre eldre, men synker til tydelig for de eldste eldre. Det er allikevel verd å merke at feilfeltene er ganske vide og dermed en del statistisk usikkerhet i tallene.



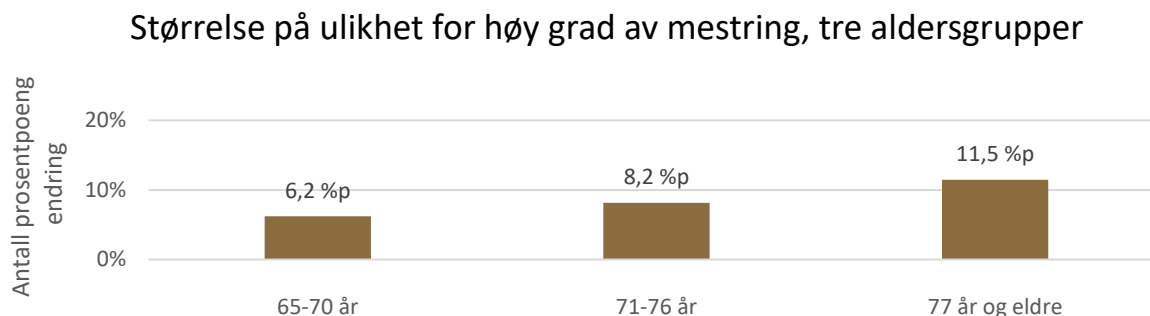
Figur 49. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Ikke helt overraskende er det mønstre av sosial ulikhet for grad av opplevd mestring (Figur 50), men med noe usikkerhet i tallene (overlapp mellom feilfelt). Den gruppen som helt klart skiller seg ut, og som også er statistisk sikker ulik, er gruppen med høyest husholdningsinntekt med en andel på 37,4 %. Det vil være flere ulike grunner til at økonomi spiller inn på en mestringsfølelse, men blant annet kan det handle om økonomisk frihet og tilgang til flere muligheter og måter å løse utfordringer på.



Figur 50. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 51 viser at det for mestring kan se ut til å være litt forskjell i størrelsen på ulikhet i de tre aldersgrupper, og da størst ulikhet blant de eldste. 11,5 prosentpoeng skiller de med kun grunnskoleutdanning og de med universitet- eller høgskoleutdanning. Det er allikevel viktig å huske på at det er usikkerhet i tallene, grunnet færre deltakere med oppdeling i flere grupper og samtidig mye variasjon i svarene for mestringsspørsmålene.



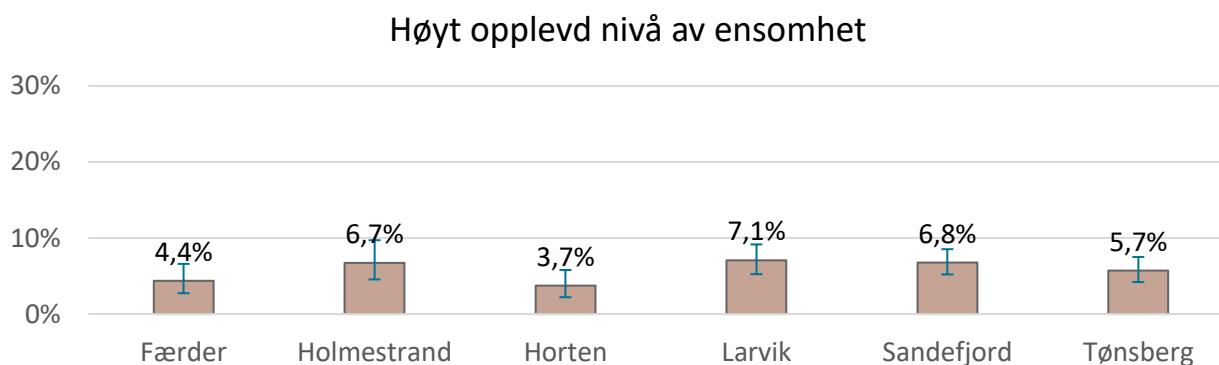
Figur 51. Prosentpoeng forskjell i andel med høy grad av opplevd mestring fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

3.3. Sosiale relasjoner

Sosiale relasjoner er viktig for eldre, og kan ha stor innvirkning på deres helse og livskvalitet. Gode sosiale nettverk gir emosjonell støtte, følelse av tilhørighet og kan bidra til å redusere ensomhet og sosial isolasjon (16). Nedenfor er resultater for nivå av ensomhet, omfang av sosial støtte, positive sosiale relasjoner og deltakelse i sosiale aktiviteter presentert.

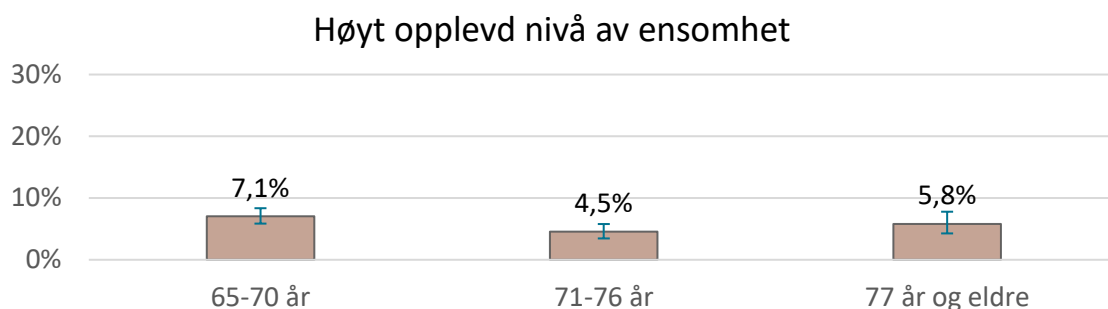
3.3.1 Ensomhet

Ensomhet er målt med tre spørsmål som blir kombinert til en indikator hvor svarene grupperes i lavt eller høyt opplevd nivå av ensomhet (UCLA 3-Item Loneliness Scale). Rett under 6 % (5,9 %) har svart slik at de kommer i kategorien høyt opplevd nivå av ensomhet blant de 65 år og eldre. Det er en lav andel sammenliknet med forekomst for alle deltakere i Folkehelseundersøkelsen sett samlet (12 %, se hovedrapport (5)). At det er få som havner i kategorien ensom bidrar til større usikkerhet i tallene, og variasjonen som ses mellom kommunene i Figur 52 er ikke statistisk sikker, men kan allikevel være interessant å reflektere rundt. Er det f.eks. noe som skulle tilsi at eldre i Horten er ensomme i mindre grad en eldre i Larvik?



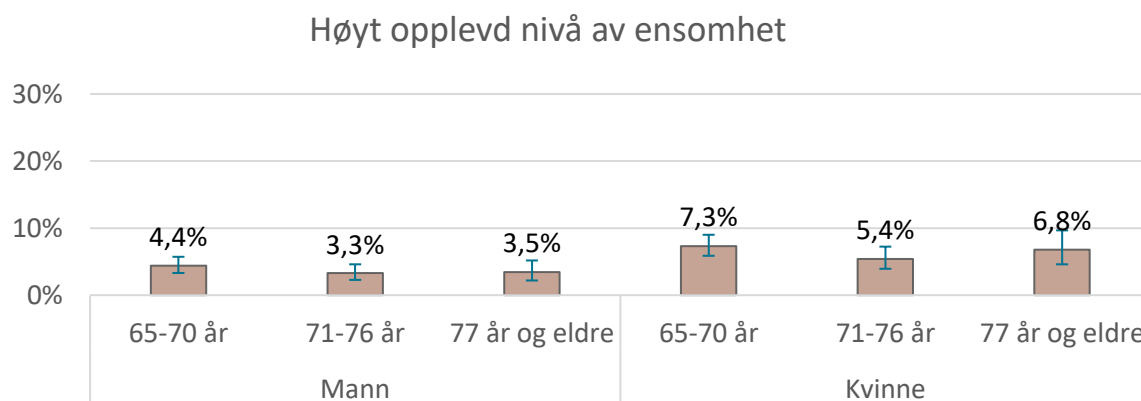
Figur 52. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Delt i tre aldersgrupper er det ikke mulig å si sikkert at det er betydelig endring med økt alder i andel som opplever høyt nivå av ensomhet (Figur 53). Hvis noe, er det heller en tendens til at de tidlig i 70-årene opplever minst ensomhet. Bekymringen for ensomhet blant eldre gjelder kanskje først og fremst for eldre-eldre. Blant de 80 år og eldre som deltok i undersøkelsen var det 6,6 % som endte i kategorien høyt nivå av ensomhet, men det er ikke mulig å utelukke at en høyere andel av de som er mest ensomme ikke har svart på undersøkelsen.



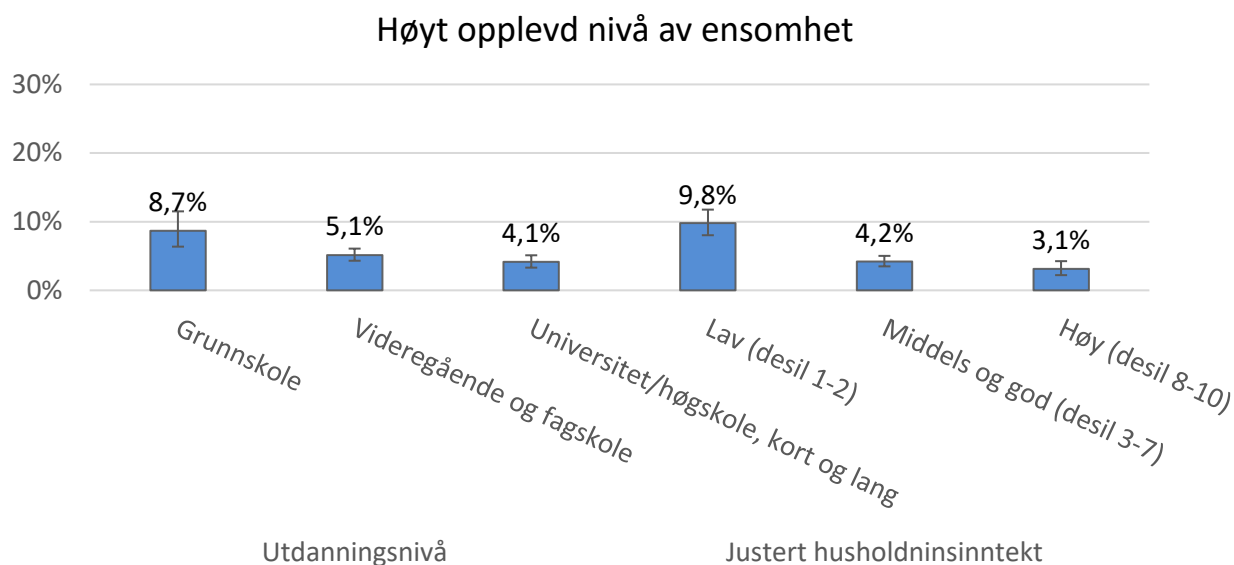
Figur 53. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Som for de yngre enn 65 år er det kvinner som i størst grad opplever ensomhet (Figur 54). Kvinner 65-70 år har en statistisk sikker høyere forekomst av ensomhet sammenliknet med alle tre grupper av eldre menn.



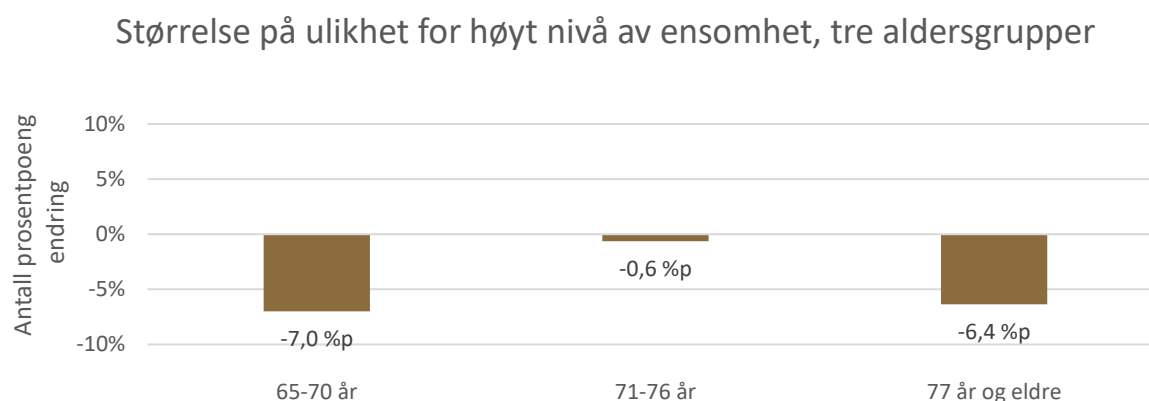
Figur 54. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Andel som opplever ensomhet, synker med høyere utdanningsnivå og med høyere inntekt (Figur 1). Mest markert er ulikheten målt etter husholdningsinntekt, og det er statistisk sikker ulikhet mellom laveste inntektsgruppe og de to andre gruppene.



Figur 55. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

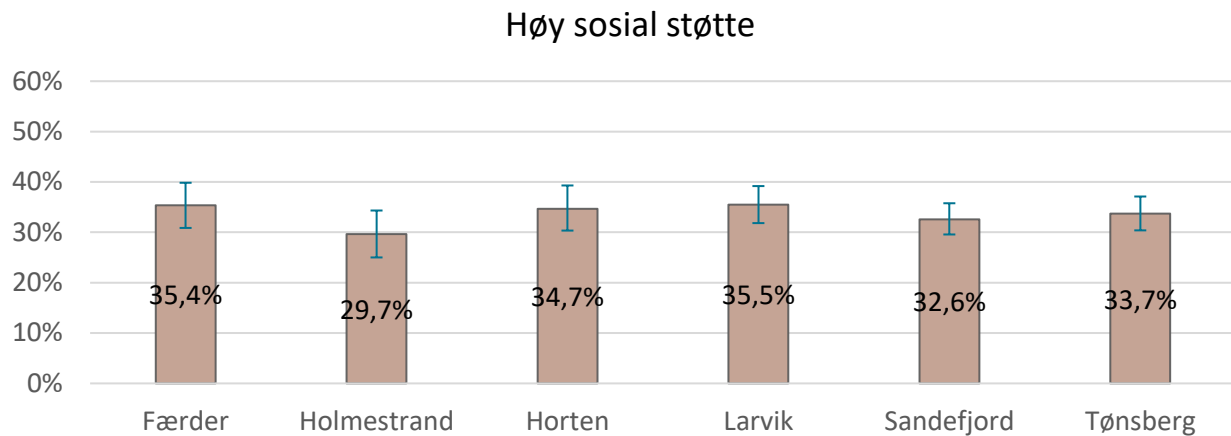
Vurdering av hvor stor ulikheten er i de tre ulike aldersgruppene viser større reduksjon i forekomst med høyere utdanning blant de 65-70 år og for de 77 år og eldre. For de 71-76 år er det en ubetydelig ulikhet (Figur 56)



Figur 56. Prosentpoeng forskjell i andel med høyt opplevd nivå av ensomhet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

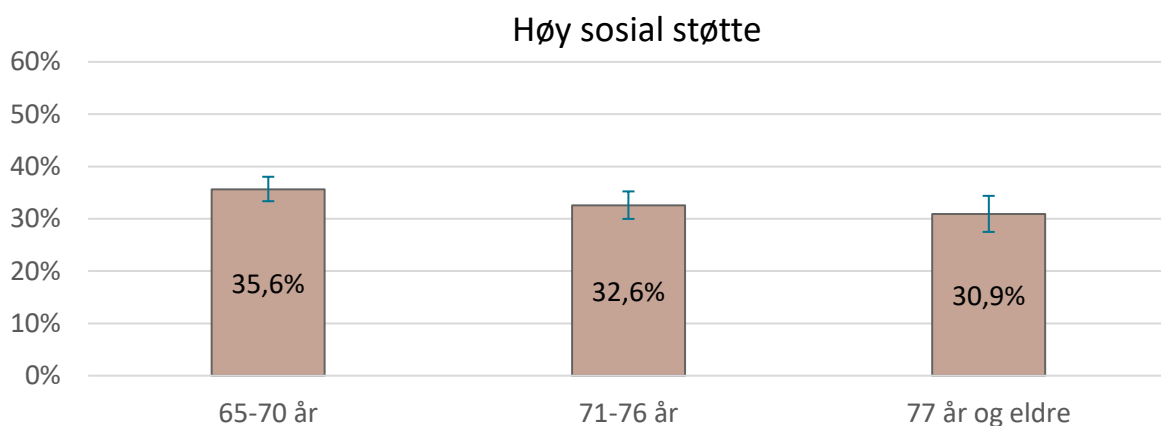
3.3.2 Sosial støtte

Tre spørsmål som er del av måleinstrumentet Oslo social support scale ble brukt for å måle sosial støtte. De gir en summert skår per deltaker som igjen blir klassifisert i lav, moderat og høy sosial støtte (17) (18). Fordelingen blant alle eldre 65 år og eldre er 12,9 % med lav, 53,4 % med moderat og 33,7 % med høy sosial støtte. Figurer under viser kun ulike fordelinger for de med høy sosial støtte. Kommunene viser noe variasjon i andelen med høy sosial støtte (Figur 57), men feilfeltene viser overlapp og ulike andeler er ikke statistisk helt sikre.



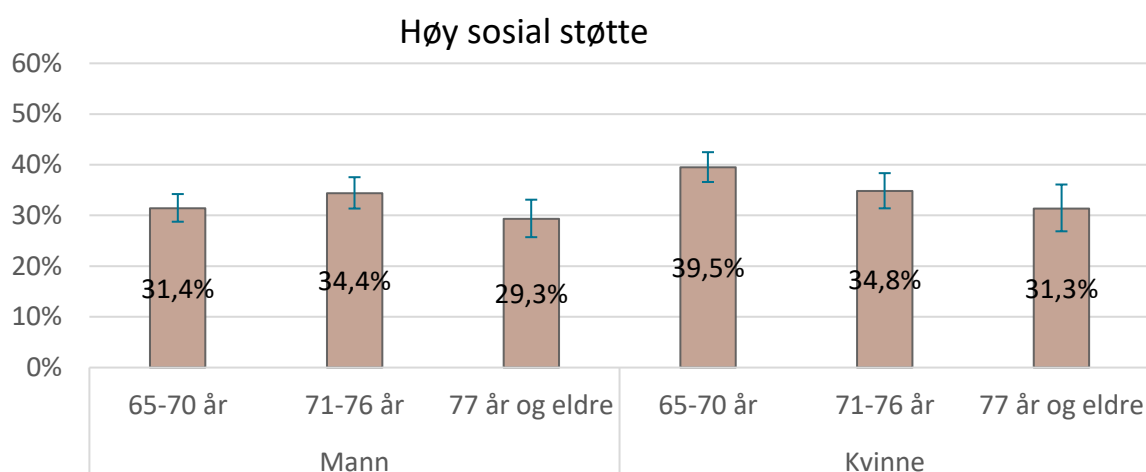
Figur 57. Andel eldre som har høy sosial støtte per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Andel som opplever høy sosial støtte viser en svak tendens til å synke med økt alder, men med forbehold om usikkerhet i tallene og overlapp av feilfelt (Figur 58)



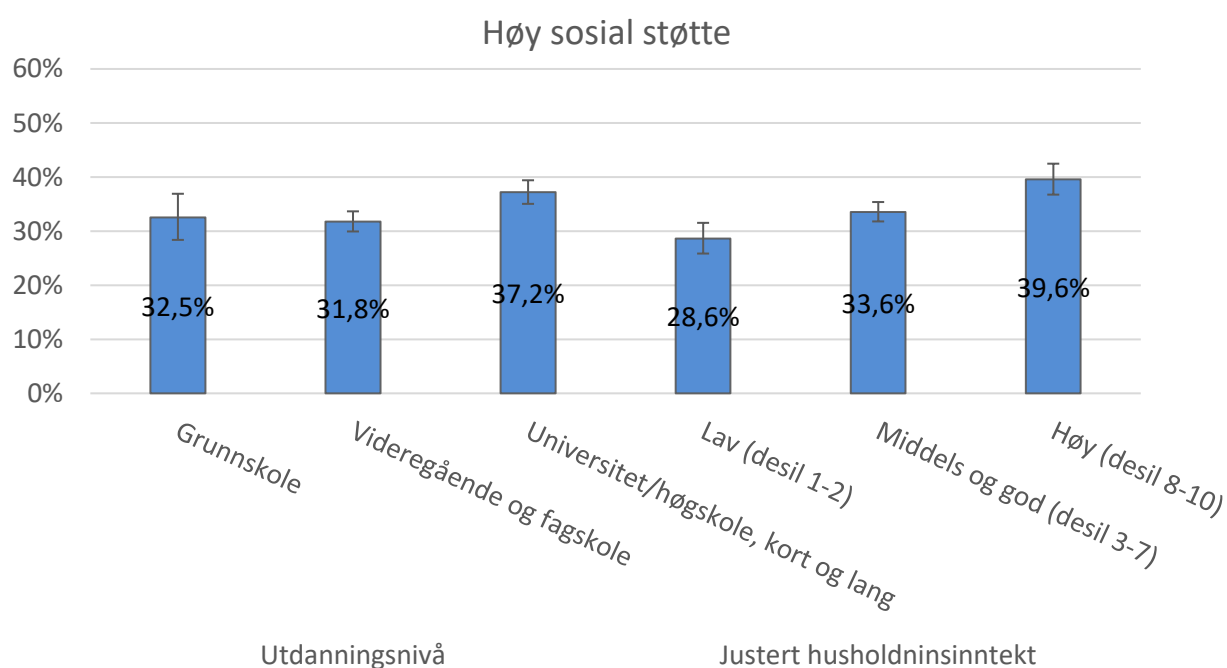
Figur 58. Andel eldre som har høy sosial støtte for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Kvinner opplever generelt høyere sosial støtte enn menn, men her ser det ut til at kun kvinner i alderen 65-70 år viser en tydelig forskjell mot de yngste og eldste mennene, samt de eldste kvinnene (Figur 59).



Figur 59. Andel eldre som har høy sosial støtte, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

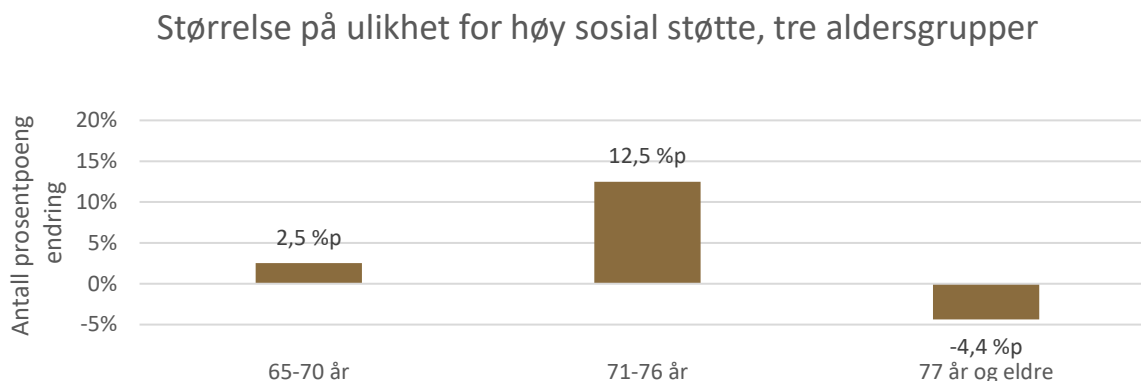
Sett i forhold til husholdningsinntekt er det en tydelig sosial ulikhet for høy grad av sosial støtte på mellom alle inntektsgrupper (Figur 60). For utdanningsnivå er det kun de med universitet eller høgskoleutdanning som skiller seg positivt ut fra de med grunnskole/fagskole.



Figur 60. Andel eldre som har høy sosial støtte, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Sosial støtte ser ikke ut til å vise like stor sosial ulikhet i hver av de tre aldersgruppene de eldre er inndelt i (Figur 61). Ulikheten er tydelig for de 71-76 år, men svak for de yngste eldre og noe

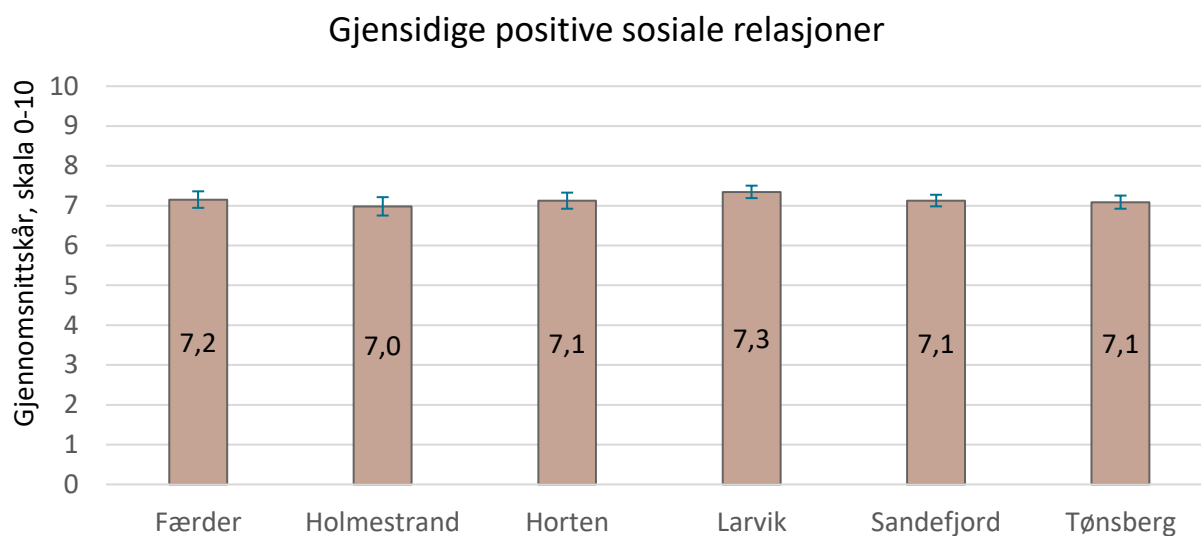
omvendt for de eldste eldre (høyest andel med sosial støtte blant de med kun grunnskoleutdanning).



Figur 61. Prosentpoeng forskjell i andel med høy sosial støtte fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

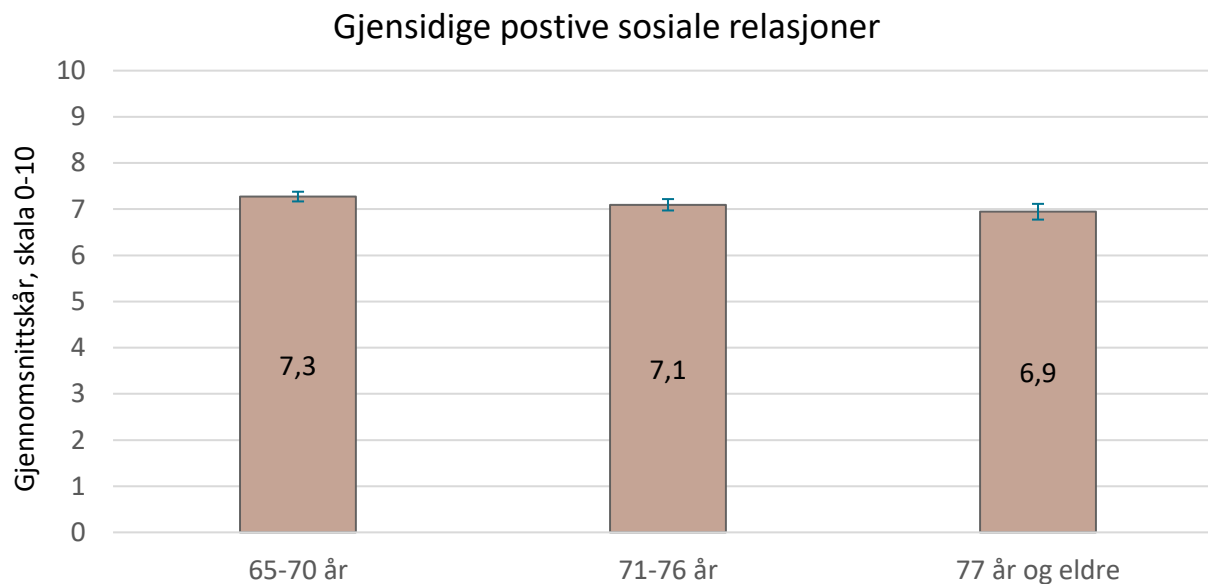
3.3.3 Gjensidig positive sosiale relasjoner

Spørsmålene som er satt sammen til sosial støtte indikatorene presentert i forrige avsnitt søker å et mer objektivt mål på omfang av sosial støtte. Sosial støtte og sosiale relasjoner som helse- og livskvalitetsfremmende faktorer kan også måles mer subjektivt. I Folkehelseundersøkelsen ble det gjort med to spørsmål fra måleinstrumentet «The Flourishing Scale», av Ed Diener (19). Det første spørsmålet spør om respondentens opplever at de sosiale relasjonene de har er støttende og givende, mens det andre spørsmålet spør om en vurdering av til hvilken grad personen selv mener at de bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet. Spørsmålene har en svarskala som går fra 0 til 10. Et gjennomsnitt av disse to spørsmålene gir et mål på status for sosiale relasjoner, hvor sterkt dette er i befolkningen på en skala fra 0 til 10. Gjennomsnittsskår for de eldre sett samlet er 7,1. Figur 62 viser gjennomsnittsskår per kommune i Vestfold. Her er de to ytterpunktene Larvik med verdien 7,3 mot Holmestrand som har 7,0. Dette representerer allikevel ikke en statistisk sikker forskjell.



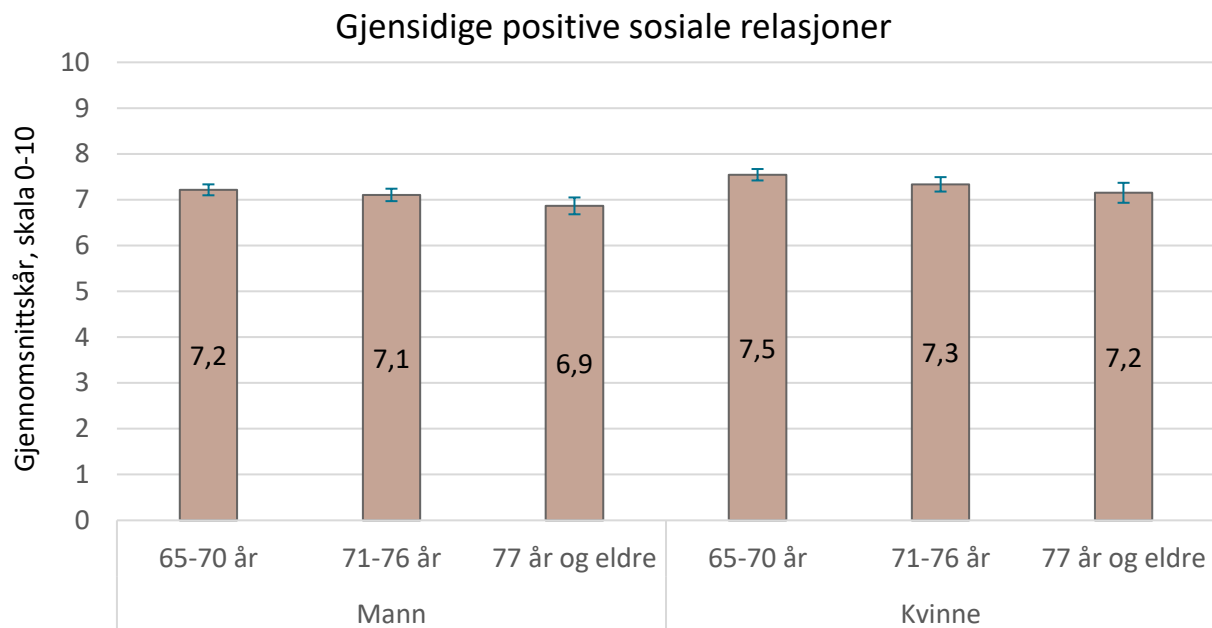
Figur 62. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0 til 10 for mål på opplevelse av gjensidige positive sosiale relasjoner per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

For alder er det en svak tendens til synkende omfang av gjensidige positive sosiale relasjoner, men det er kun en statistisk sikker forskjell mellom de 65-70 år og de 77 år og eldre (Figur 63).



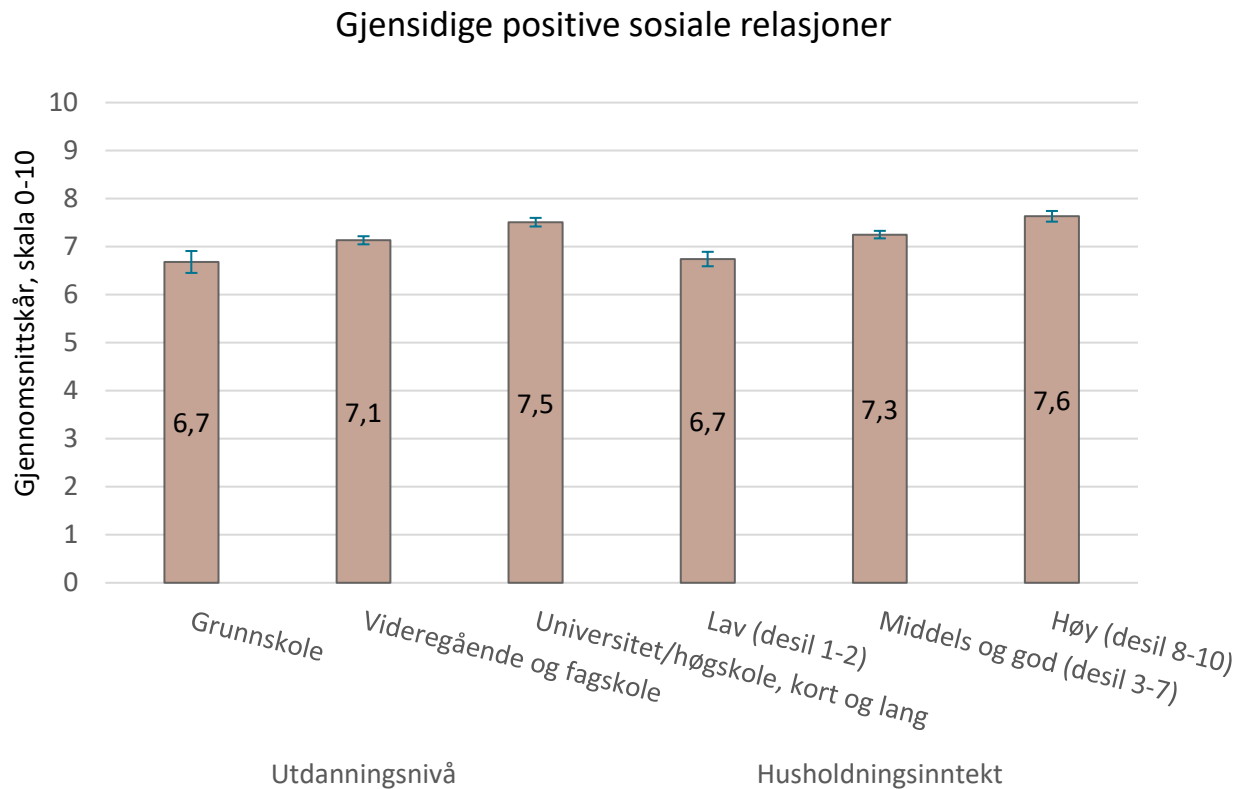
Figur 63. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0 til 10 for mål på opplevelse av gjensidige positive sosiale relasjoner for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Mønsteret med en svak reduksjon i gjensidige positive sosiale relasjoner med økt alder er nær likt for menn som for kjønn samlet. Men, for kvinner er alle skår høyere (Figur 64), og det er noe mer variasjon og ikke statistisk sett sikre forskjeller mellom aldersgruppene.



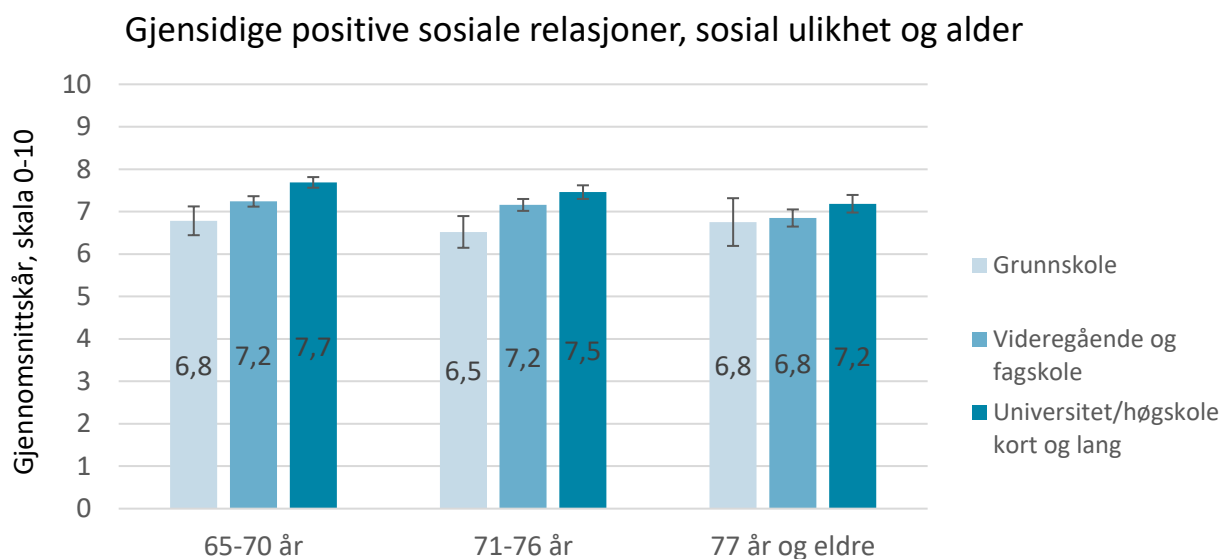
Figur 64. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for mål på gjensidige positive sosiale relasjoner, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 65 viser tydelige sosial ulikhet for positive sosiale relasjoner både etter utdanningsnivå og etter inntektsnivå, og en anelse mer markert målt opp mot inntekt. For hvert trinn oppover i hierarkiene av gjennomsnittsskår er det en statistisk sikker ulikhet mellom trinnene.



Figur 65. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for mål på gjensidige positive sosiale relasjoner, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

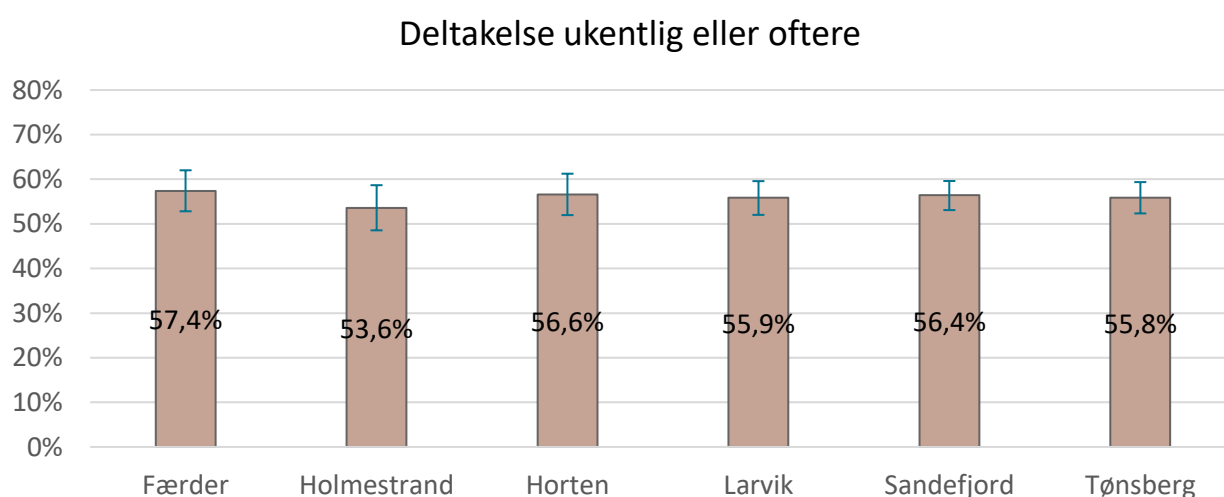
Figur 66 viser at den sosiale ulikheten for gjensidige positive sosiale relasjoner ser ut til å være mindre tydelig for de eldste, mens det er en tydelig ulikhet, særlig mellom laveste og høyeste utdanningsnivå, for de 65-70 år og de 71-76 år. Men, som feilfeltene viser er det en del usikkerhet i tallene, særlig for de eldste, så det må konkluderes med forbehold.



Figur 66. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for mål på gjensidige positive sosiale relasjoner, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper.

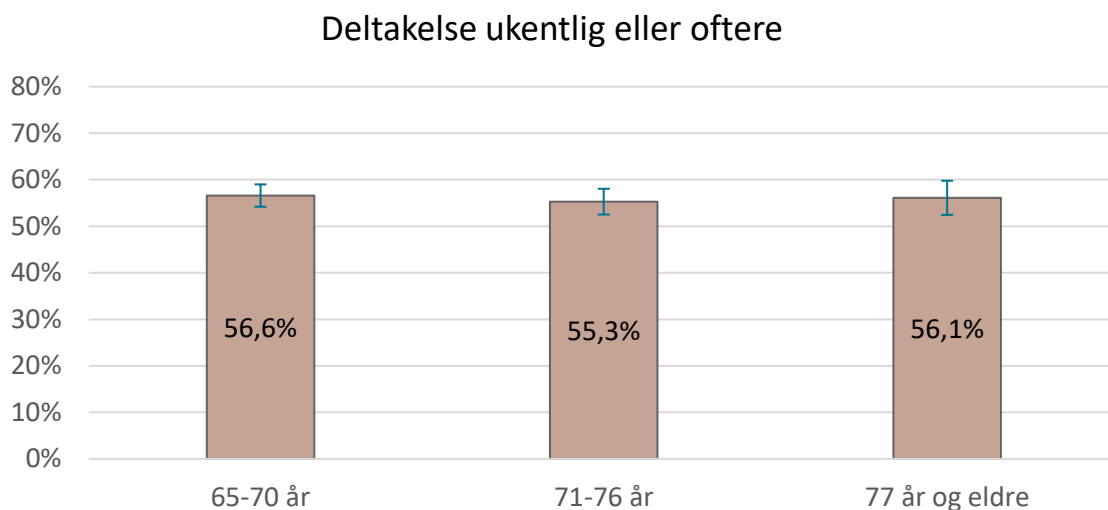
3.3.4 Deltakelse i aktiviteter

56 % av de eldre deltar i en eller annen form for organisert aktivitet/frivillig arbeid eller annen sosial aktivitet ukentlig eller oftere. Spørsmålene er her formulert slik at de som svarer bør ha inkludert det meste av aktiviteter som har et sosialt element, uansett om definert som organisert eller egenorganisert. Eksempler som er listet opp er aktivitet/arbeid i et idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor, klubb, møter, treffe venner, trimturer med venner/kolleger og annet. Det er ingen helt sikker ulikhet mellom kommunene her, men Færder har den høyeste andelen med 57,4 % og Holmestrand lavest med 53,6 % (Figur 67).



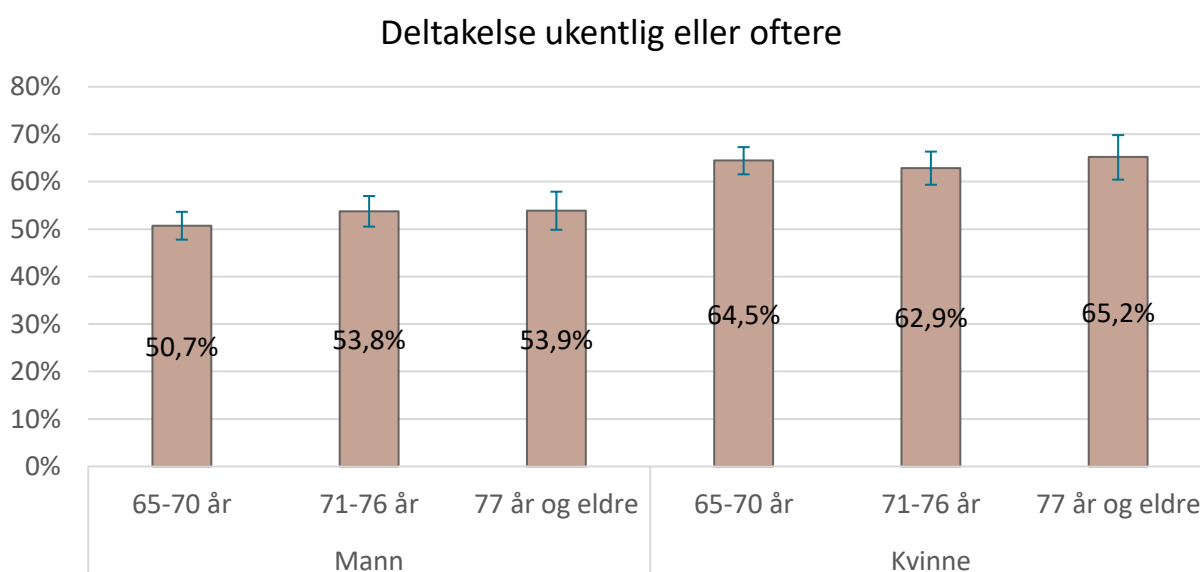
Figur 67. Andel eldre som deltar ukentlig i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

For andel som deltar i noe regelmessig ser det ut til å være minimalt med forskjell mellom de tre ulike aldersgruppene (Figur 68). Ved en seksdeling i aldersgrupper er det et mønster med at toppårene for deltakelse er 65-67 år, 74-76 år og 77-79 år, men vide feilfelt for tallene gjør at dette ikke kan konkluderes helt sikkert.



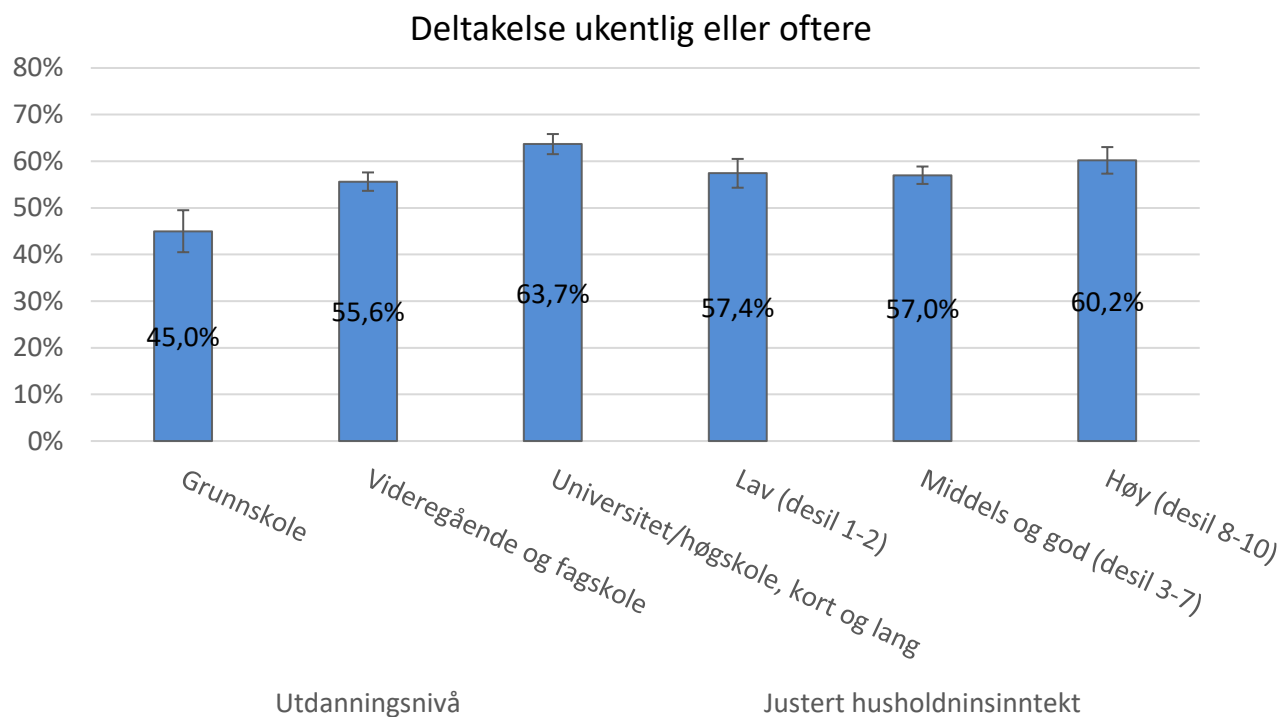
Figur 68. Andel eldre som ukentlig eller oftere deltar i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Ved inndeling i kjønn og alder kommer det frem en tydelig forskjell mellom menn og kvinner for regelmessig deltakelse (Figur 69). For aldersgrupper innenfor kjønn er det lite variasjon, men jevnt over ligger kvinner fra rundt 10 til 14 prosentpoeng høyere innenfor hver aldersgruppe.



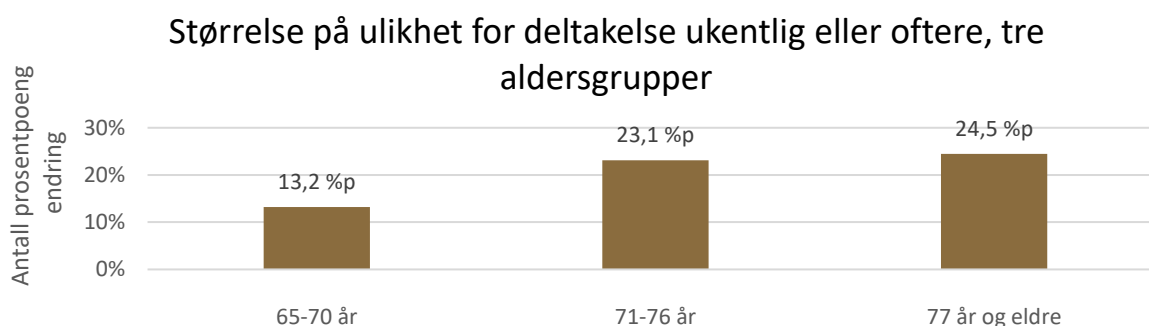
Figur 69. Andel eldre som deltar ukentlig eller oftere i organisert eller egenorganisert aktivitet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Sosial ulikhet er svært tydelig og statistisk sikker for deltakelse når det blir målt etter utdanningsnivå (Figur 70). Blant de med lengst utdanning deltar mer enn seks av 10 personer i noe aktivitet ukentlig eller oftere, mens blant de med kortest utdanning gjelder dette for mellom 4 og 5 av 10 personer.



Figur 70. Andel eldre som deltar ukentlig eller oftere i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 71 viser at ulikheten etter utdanningsnivå på hyppighet i deltakelse i sosial aktivitet øker med alderen. For de 77 år og eldre er det over 24 prosentpoeng som skiller de med kun grunnskoleutdanning og de med utdanning på universitet-/høgskolenivå. En stor del av denne økningen tas i trinnet fra grunnskole til videregående skole (17,6 prosentpoeng) (figur ikke vist).



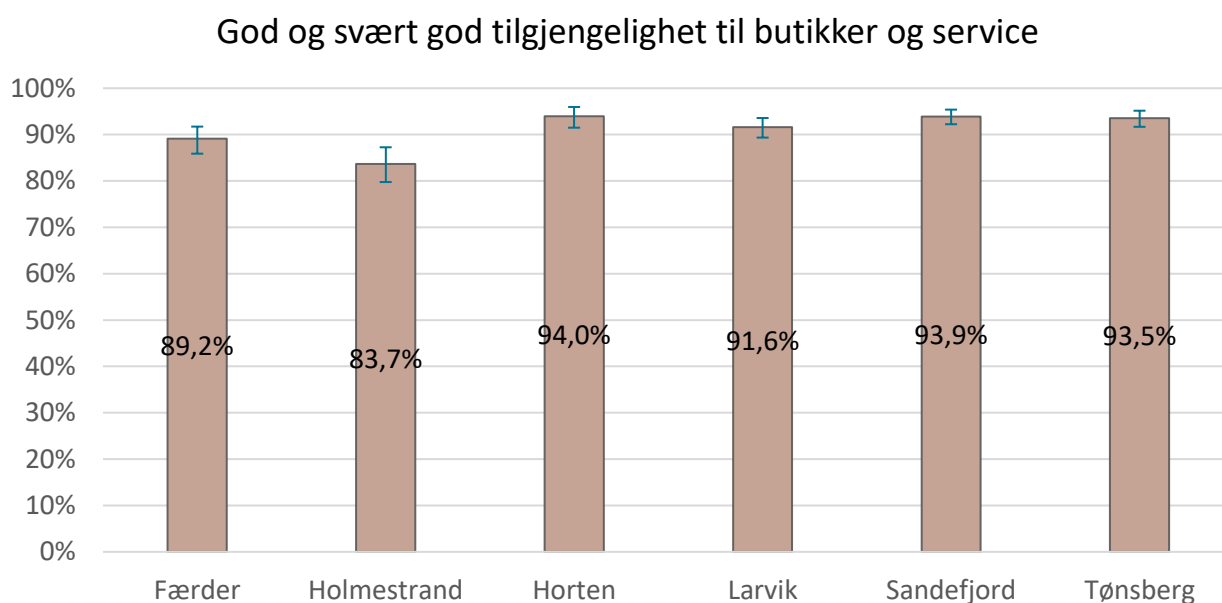
Figur 71. Prosentpoeng forskjell i andel som deltar ukentlig eller oftere i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

3.4. Tilgjengelighet

Deltakerne i undersøkelsene svarte på sin opplevelse av tilgjengelighet til ulike fasiliteter. I denne delen er det hentet ut resultater for opplevelse av tilgjengelighet for butikker, spisesteder og liknende servicetilbud, tilgjengelighet til kulturtilbud, tilgjengelighet til gang- og sykkelvei og tilgjengelighet til kollektivtransport. For hver av disse indikatorene er det også sett opp mot et objektivt mål for avstand fra bosted til disse fasilitetene. Figurene med tall for de objektive målene ikke alltid inkludert, men hvordan det sammenlikner med subjektive mål er beskrevet i teksten.

3.4.1 Butikker, spisesteder og liknende servicetilbud

En høy andel opplever at de har god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud, i underkant av 92 % av de 65 år og eldre. Det er litt variasjon mellom kommunene i denne opplevelsen av tilgjengelighet (Figur 72). Holmestrand har en tydelig lavere andel enn Horten, Larvik, Sandefjord og Tønsberg, men er ikke statistisk sikkert lavere en Færder.



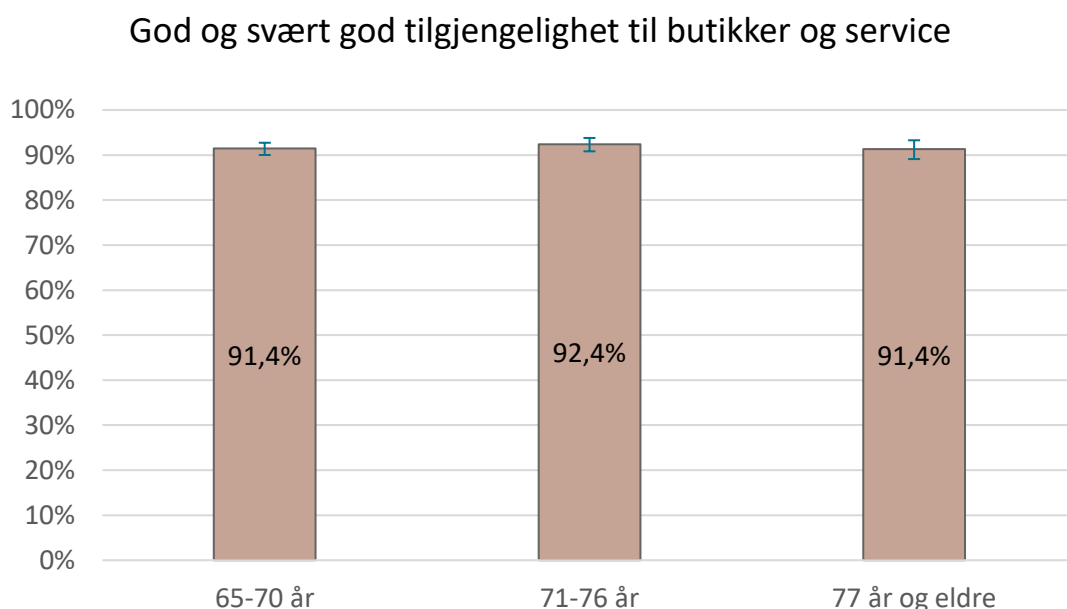
Figur 72. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Det objektive målet brukt her er andel for de som har minst én matbutikk innenfor en radius på 800 meter fra sitt bosted, målt i luftlinje. Det som er definert som matbutikker er hentet ut av Brønnøysundregistrene med en kode som har definisjonen «butikkhandel med bredt vareutvalg med hovedvekt på nærings- og nytelsesmidler», altså dekker dette typisk dagligvarebutikker og supermarkeder. Andre type butikker og serveringssteder er ikke inkludert.

Blant de eldre er det litt over 56 % som har en matbutikk i denne avstanden. Her er det forventet at den objektive tilgjengeligheten er lavere. Dette fordi definisjonen er relativt streng og baserer seg på hva som kan være tilgjengelig i gåavstand. Det er også forventet at den subjektive vurderingen blant annet inkluderer en høy andel som kjører bil til matbutikker og andre

servicetilbud, og dermed ser for seg denne situasjonen når de svarer på spørsmål om tilgjengelighet. Den subjektive vurderingen inkluderer også sannsynlig en indirekte vurdering av fornøydhets med servicetilbud de bruker regelmessig. Samtidig, er det verd å vie oppmerksomhet til den objektive tilgjengeligheten. Med økt alder vil andelen som ikke kjører bil øke, og gangavstand til matbutikk og andre servicetilbud blir da en viktigere faktor i en selvstendig hverdag. Det er litt variasjon mellom kommunene på det objektive målet fra 51,3 % i Færder til 58,6 % i Sandefjord, men det er ingen statistisk sikker ulikhet mellom andelen.

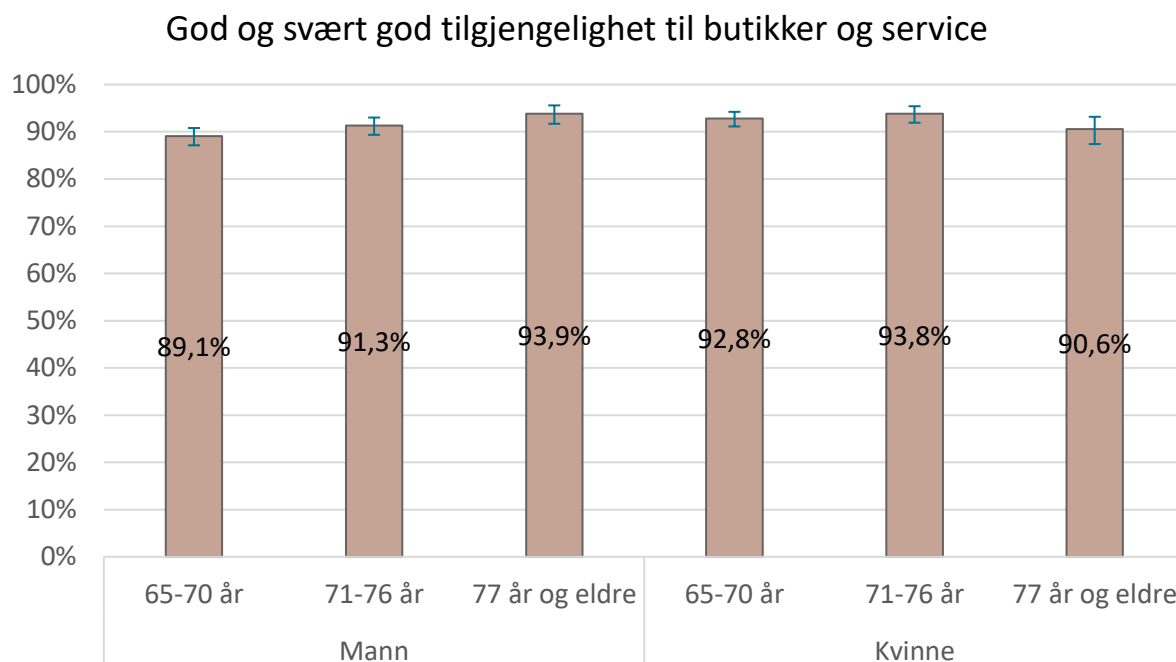
Opplevelsen av tilgjengelighet til butikker og andre servicesteder er like god i alle aldersgrupper (Figur 73). Dette gjelder også om gruppen 80 år og eldre blir skilt ut i en seksdeling for aldersgrupper. Andelen er en anelse lavere enn de 68-76 år, med 90,4 %, men samtidig er andelen 90,6 % for de i alderen 65-67 år.



Figur 73. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

En aldersfordeling på andelen som bor innenfor en radius på 800 meter fra en matbutikk viser ingen statistisk sikker forskjell med økt alder, men det er allikevel tegn til en svak tendens med økt andel som har matbutikk innenfor den definerte radiusen. Kan hende hintet denne tendensen om at en viss andel har flyttet nærmere matbutikk og andre fasiliteter med økt alder.

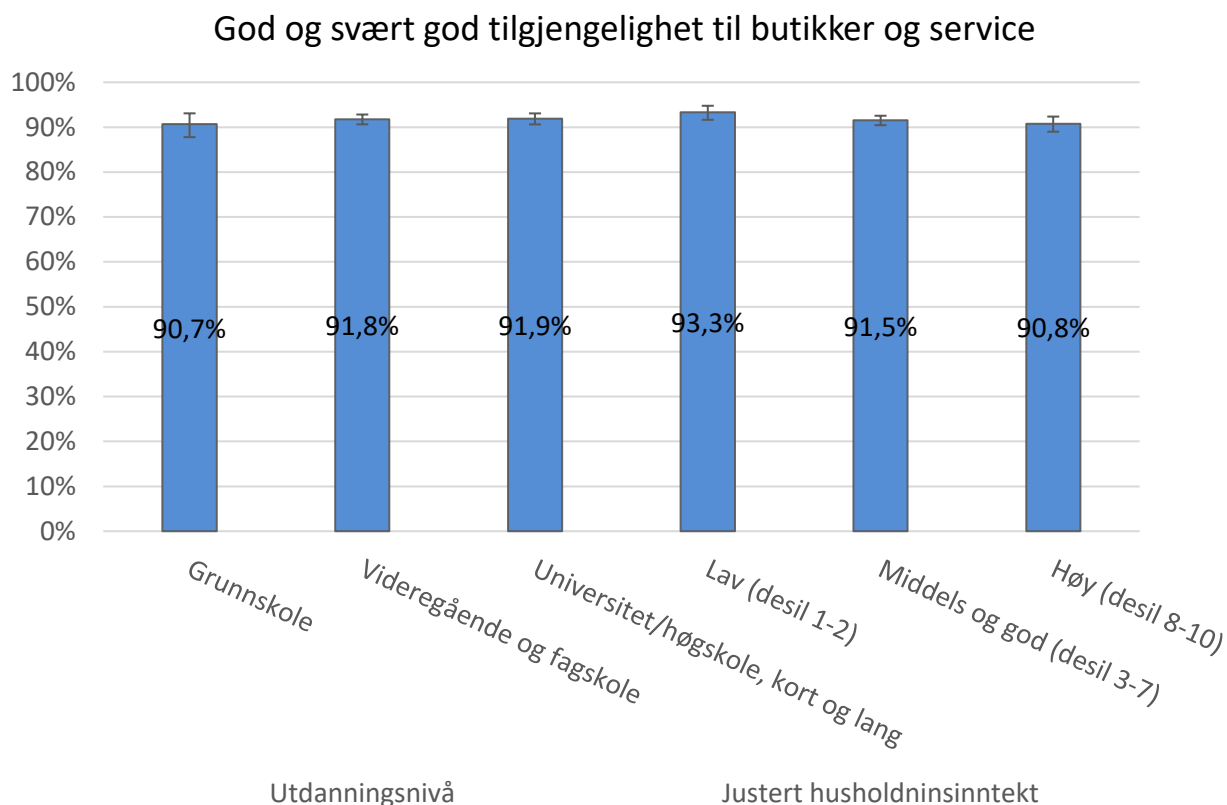
Det er små endringer med økende alder for både menn og kvinner (Figur 74), men en tendens til et motsatt mønster mellom menn og kvinner kommer til syne. Menn rapporterer om litt bedre tilgjengelighet med økende alder, mens for kvinner er det en liten nedgang fra de 71-76 år til gruppen 77 år og eldre. Det er en statistisk sikker ulikhet mellom menn 65-70 år og de 77 år og eldre.



Figur 74. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

For det objektive målet er det en tendens til et motsatt mønster, særlig for kvinner der andelen med matbutikk innenfor 800 meter ser ut til å øke litt med økt alder, fra 54,8 % (65-70 år) til 59,4 % (70 år og eldre). Samtidig, er det en del underliggende variasjon i tallene og de er ikke statistisk sikre.

For subjektiv opplevelse av tilgjengelighet til butikker, serveringssteder og liknende fasiliteter er det ingen sosial ulikhet av betydning å finne (Figur 75). Hvis noe er det heller tegn til en omvendt gradient målt i forhold til inntektsnivå, der lavere inntekt betyr bedre opplevd tilgjengelighet. Samtidig, dette er ikke et statistisk sett et sikkert resultat.



Figur 75. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

For det objektive målet er det heller ingen forskjell, uansett utdanningsnivå ligger andelen på litt over 56 % (figur ikke inkludert). For husholdningsinntekt er det igjen en liten tendens til en motsatt gradient, men som for det subjektive målet er det ingen sikker statistisk ulikhet.

Figur 76 utforsker om det er ulikhet i opplevd i tilgjengelighet til butikker og liknende servicesteder i de tre aldersgruppene. Ut fra dette kan det se ut som det er noe forskjell. Blant de yngste eldre er det en svak negativ forskjell mellom de med kortest utdanning og de med lengst, dvs. marginalt bedre opplevd tilgjengelighet for de med kortest utdanning. I den eldste aldersgruppen ser dette ut til å ha snudd, der det er en økning på nær syv prosentpoeng i subjektiv opplevelse av tilgjengelighet fra de med kun grunnskole til de med høgskole og universitetsutdanning.

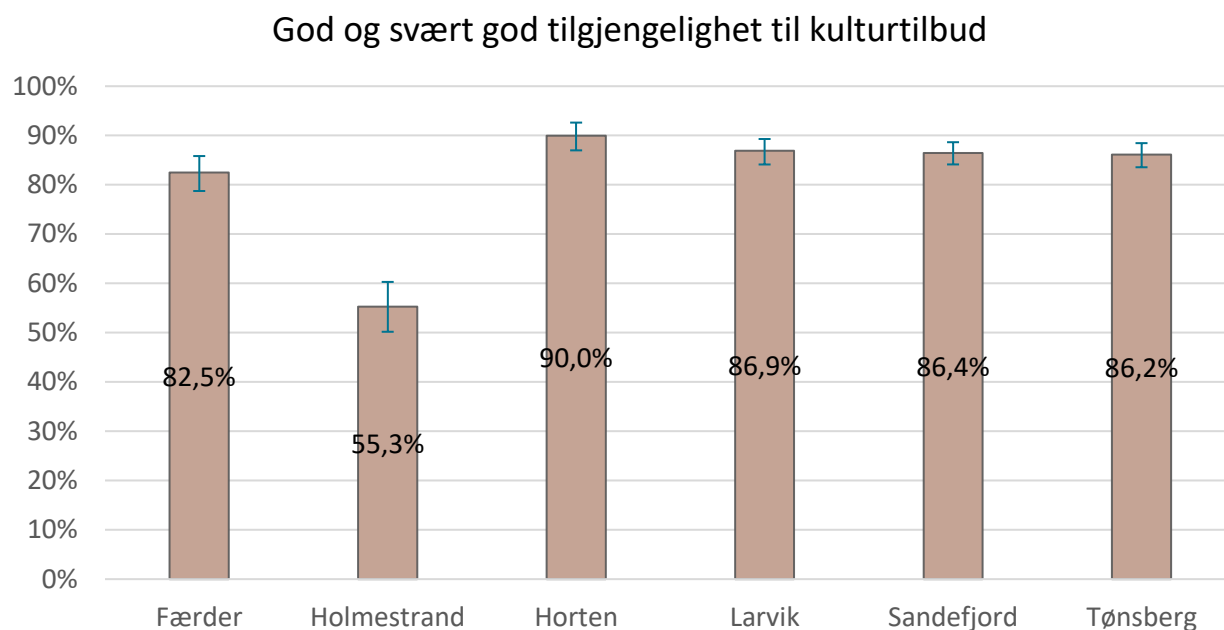


Figur 76. Prosentpoeng forskjell i andel som vurderer tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

For det objektive målet, om har minst én matbutikk innenfor en radius på 800 meter fra bosted vises et annet mønster enn for subjektiv opplevelse. Forskjell fra grunnskole til universitet/høgskole er 1 prosentpoeng for de 65-70 år, 2,8 prosentpoeng for de 71-76 år og minus 10,4 prosentpoeng for de 77 år og eldre. Det er ikke tydelig hva denne forskjellen mellom det subjektive og det objektive målet er et resultat av, særlig for de eldste, men kanskje handler det om at blant de eldste med lengre utdanning er det bedre helse og tilhørende god mobilitet, sammenliknet med de med kortest utdanning. Dette resulterer så i at opplevelsen av tilgjengelighet er god for de med lengst utdanning uansett hvordan boligen er plassert i forhold til servicefasiliteter. Samtidig, har kanskje en større andel av de med kortere utdanning flyttet nærmere butikker og annen service.

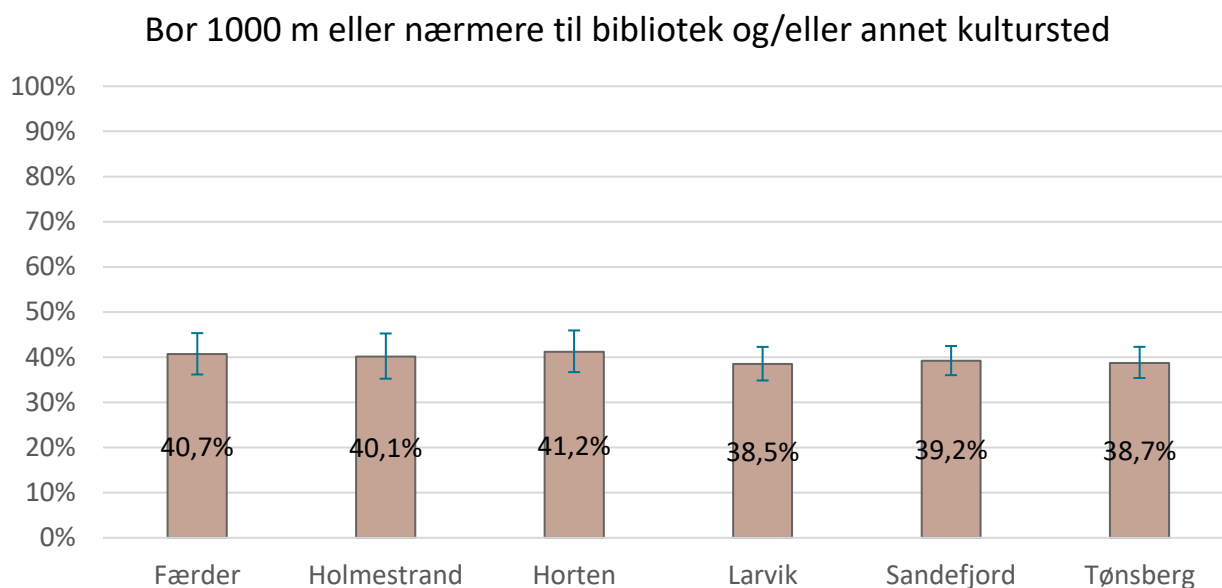
3.4.2 Kulturtilbud

Litt over 82 % opplever at tilgjengelighet til kulturtilbud som kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater er god eller svært god. Her skiller Holmestrand seg tydelig fra de andre kommunene (Figur 77). Horten har den høyeste andelen som opplever denne tilgjengeligheten som god eller svært god, og i tillegg til Holmestrand ligger andelen også statistisk sikkert høyere enn for Færder.



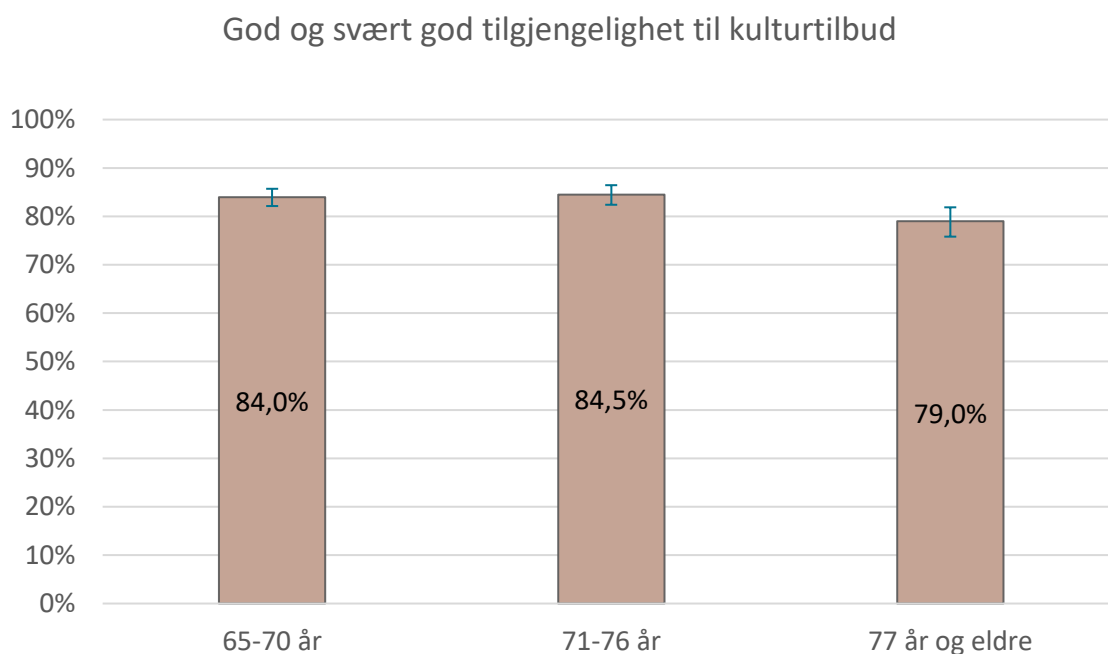
Figur 77. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Objektivt er tilsvarende tilgjengelighet målt som andel som bor 1000 meter eller nærmere til det som er definert som et kulturobjekt (kinobygning, teaterbygning, opera/konserthus, samfunnshus/grendehus, diskotek eller annet multifunksjonshus for kultur (ungdomsklubb, idrett)) eller bibliotek. Avstanden er målt som såkalt nettverksanalyse, dvs. tilgjengelighet via vei/gangvei i motsetning til et luftlinjemål. Totalt er det litt over 39 % (39,5 %) som bor i innenfor denne avstanden til et kulturobjekt. Materialet viser samlet ingen sammenheng mellom opplevelsen av tilgjengelighet og dette objektive målet (ingen korrelasjon i samsvarsanalyse). Denne manglende sammenhengen kommer også frem i kommune spesifikke andeler (Figur 78). Her ser det ut som innbyggerne i Holmestrand har minst like god tilgang som i de andre kommunene, og det er ingen statistisk betydelig ulikhet mellom kommunene. Målene som er presentert her sier ingen ting om kvalitet og hyppighet av ulike tilbud. I en kommune som Holmestrand er det gjerne verd å utforske videre hva det er som gjør at en stor andel ikke er fornøyd med sitt kulturtilbud. Er det f.eks. knyttet til kvalitet, hyppighet og variasjon av ulike tilbud? En mismatch mellom befolkningens ønsker og tilbudet? Er det mangel på innsikt i hva som faktisk finnes, lite erfaring med bruk eller andre sider ved tilbudet?



Figur 78. Andel eldre som deltok i undersøkelsen som bor 1000 meter eller nærmere et kultursted/bibliotek per kommune. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

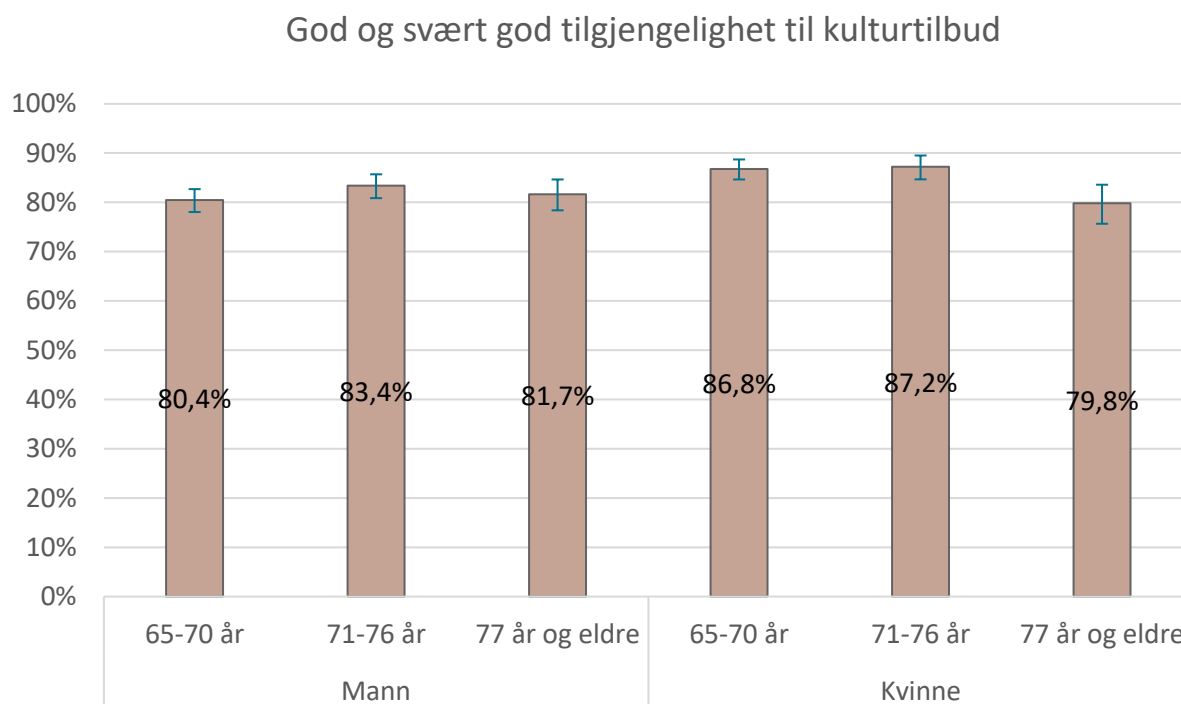
Opplevelsen av tilgjengelighet til kulturtilbud holder seg forholdsvis høy for begge aldersgruppene av yngre eldre, men synker for gruppen 77 år og eldre (Figur 79). Tallene kan ikke forklare hvorfor, men en forklaring kan være at dette er mer knyttet opp til redusert mobilitet i forhold til avstand, enn endret tilbud eller endret type tilbud som er ønskelig.



Figur 79. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

For det objektivet målet, andelen som bor 1000 meter eller nærmere bibliotek og/eller annet kultursted, er det en svak tendens til økt andel med økt alder (fra 39 % til 41,6 %), men det er ikke statistisk sikre forskjeller.

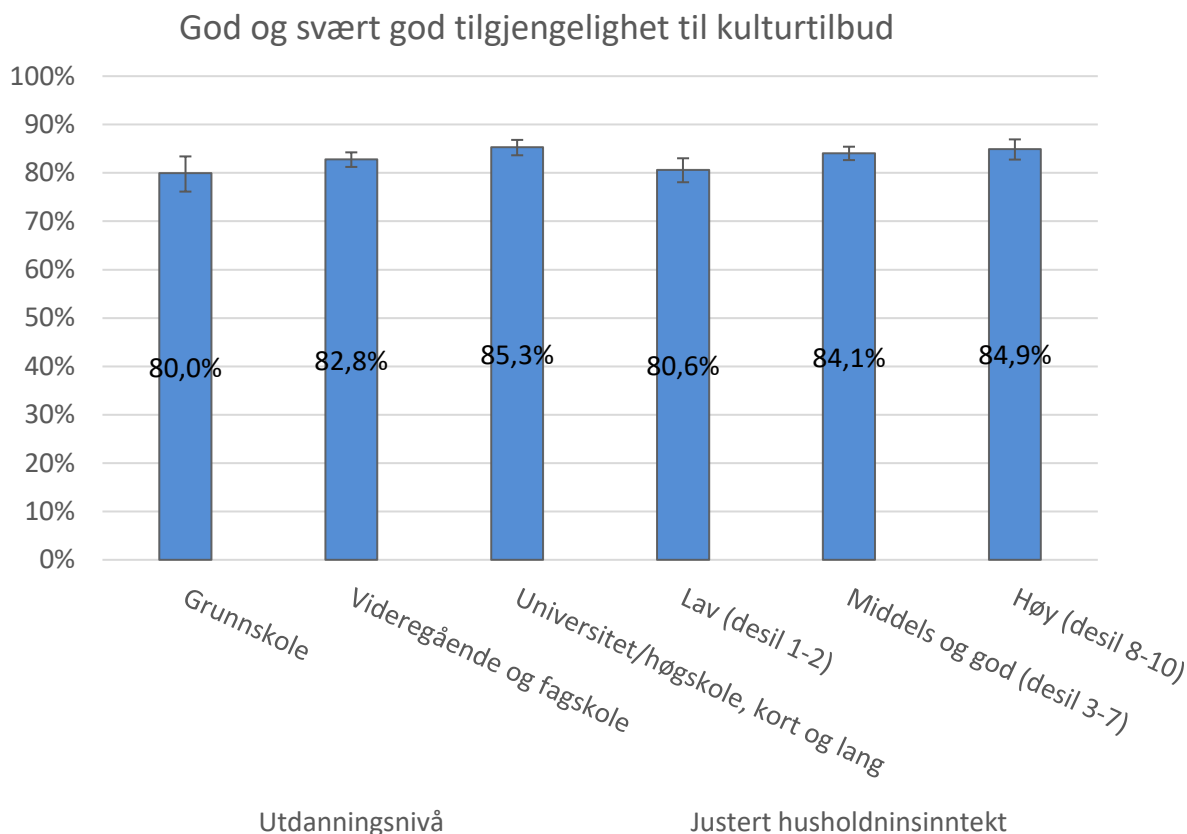
Figur 80 viser et litt ulikt mønster for menn og kvinner med økt alder for andel som opplever god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud. For menn holder opplevelsen av tilgjengelighet seg på et forholdsvis likt nivå, med tendens til en topp i aldersgruppen 71-76 år, mens for kvinner er det høye andeler blant de yngre eldre, men så er det en tydelig og statistisk sikker nedgang i aldersgruppen 77 år og eldre til en andel rett under 80 %.



Figur 80. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Det objektivet målet viser ingen statistisk sikker forskjell mellom de ulike aldersgruppene for menn og kvinner. Det kan likevel være interessant å bemerke at kvinner 77 år og eldre har den høyeste andelen med 44 %, som bor 1000 meter eller nærmere bibliotek og/eller annet kultursted. Det er den samme gruppen som har lavest andel som opplever at tilgjengelighet til kultur er god eller svært god. Den laveste andelen for faktisk avstand har menn 77 år og eldre, med rett under 38 %.

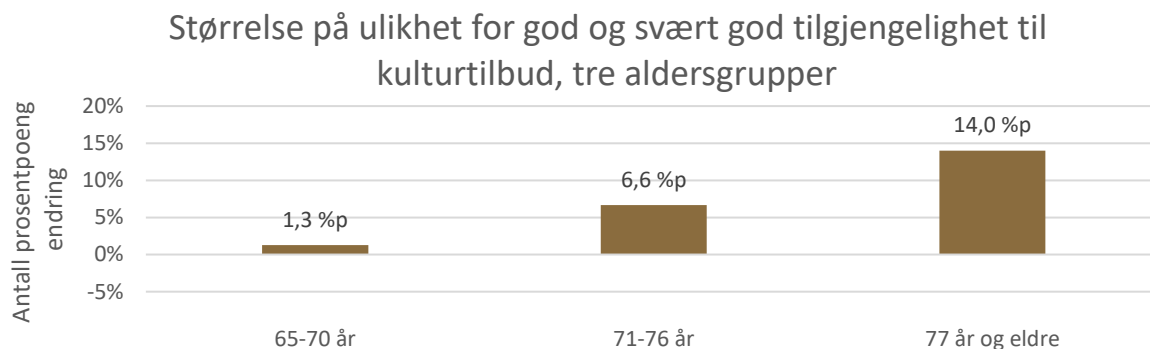
Figur 81 viser at det kun er svake mønstre av sosial ulikhet for opplevelsen av tilgjengelighet til kulturtilbud blant de eldre, men det er en statistisk sikker ulikhet mellom de med kun grunnskoleutdanning og de med utdanning på universitet- eller høgskolenivå.



Figur 81. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Det objektive målet, at bor 1000 meter eller nærmere til bibliotek og/eller annet kultursted viser ingen ulikhet av betydning, verken for utdanningsnivå eller husholdningsinntekt.

Delt opp i ulike aldersgrupper ser det imidlertid ut som det er en sosial ulikhet for den subjektive opplevelsen av tilgjengelighet til kulturtilbud, men dette blir ikke tydelig synlig før blant de 77 år og eldre. Der er det 14 prosentpoeng som skiller de med kun grunnskoleutdanning og de med høgskole-/universitetsutdanning (Figur 82). En stor del av økningen skjer i trinnet fra kun grunnskole til de med videregående skole/fagskole, omtrent 10 prosentpoeng (figur ikke inkludert).

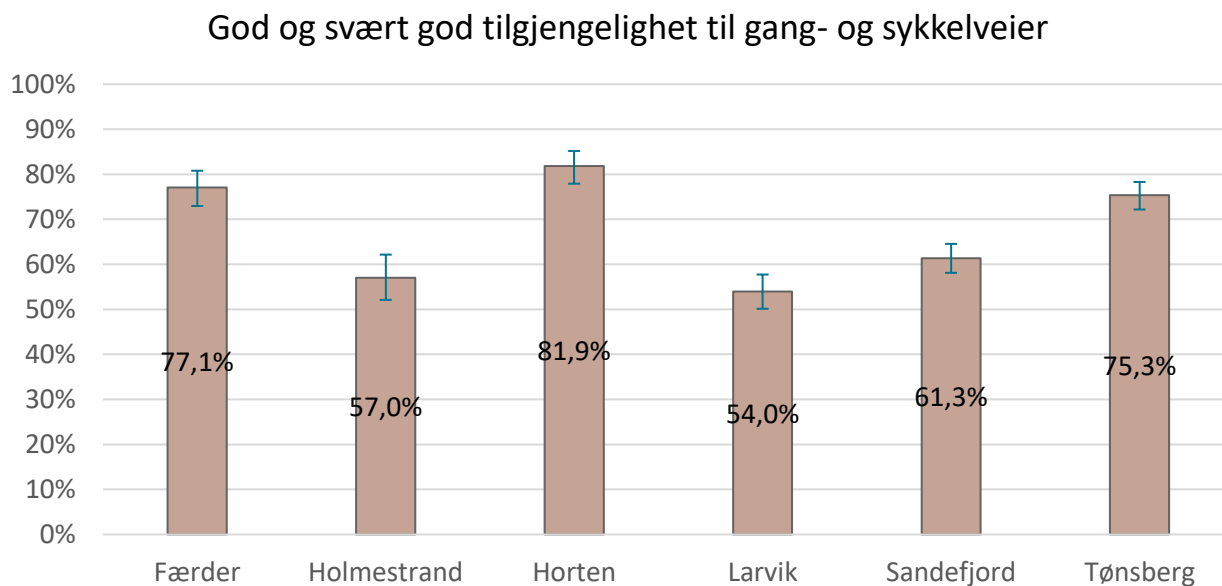


Figur 82. Prosentpoeng forskjell i andel som vurderer tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Ulikheten for det objektive målet for avstand er lavt for aldersgruppen 65-70 år slik som for subjektiv vurdering. Det er ubetydelig for de 71-76 år. For gruppen 77 år og eldre viser den et motsatt mønster av subjektiv vurdering, men ikke like markert. Her har de med lavest utdanningsnivå en andel som er 6,4 prosentpoeng høyere enn de med middels utdanningsnivå og 6,1 prosentpoeng høyere enn de med lengst utdanning. Det er liten ulikhet mellom de med lengst og middels utdanning.

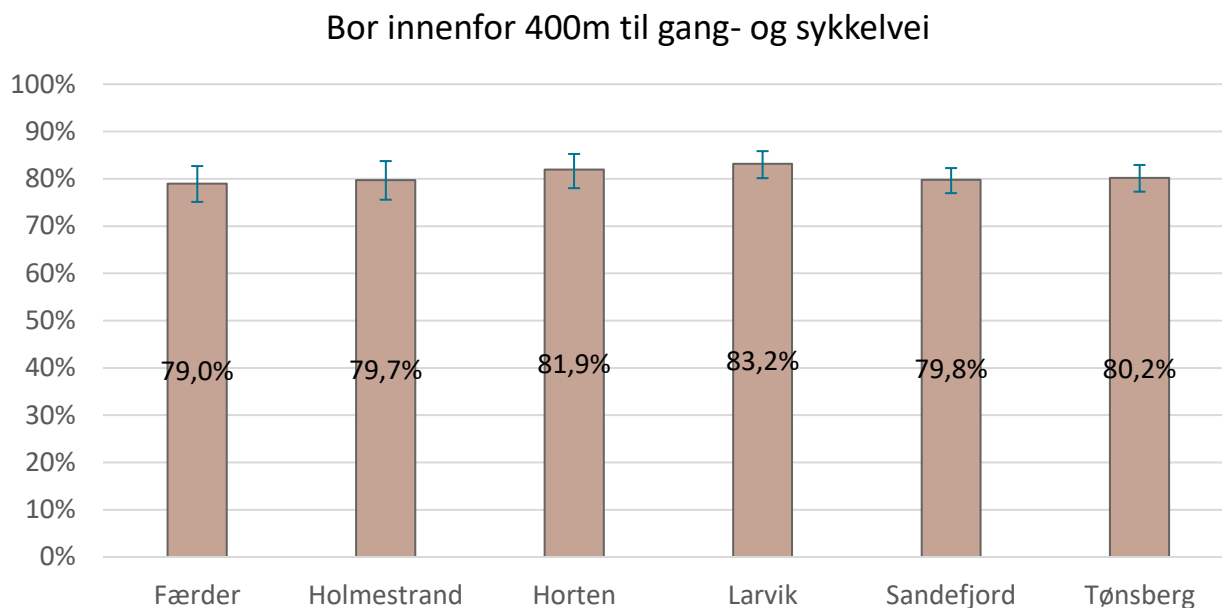
3.4.3 Gang- og sykkelvei

67 % Opplever at tilgjengelighet til gang- og sykkelveier er god eller svært god. Figur 83 viser en stor variasjon i hvordan de eldre innbyggerne opplever tilgjengelighet til gang- og sykkelveier per kommune. Mønsteret kan ses på som en todeling av kommunene der Holmestrand, Larvik og Sandefjord har betydelig lavere andel som er tilfredse med tilgjengeligheten sammenliknet med Færder, Horten og Tønsberg.



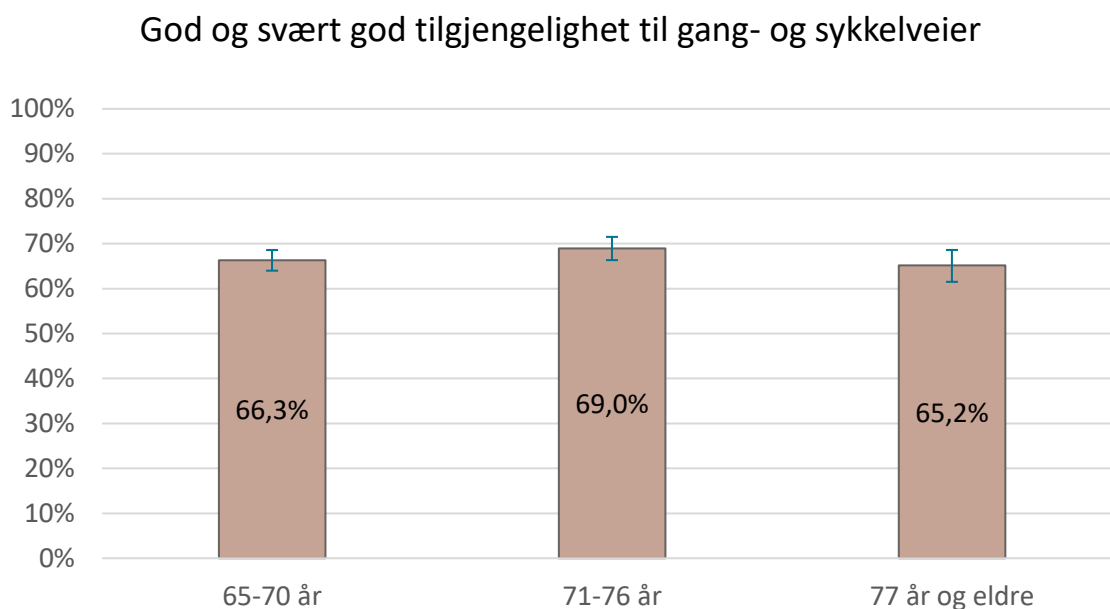
Figur 83. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til gang- og sykkelvei som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Som et objektivt mål på tilgang til gang- og sykkelvei er definisjonen andel som bor innenfor en radius i luftlinje på 400 meter brukt. Dette gir en forholdsvis høy andel, litt over 80 % blant eldre i Vestfold, som objektivt sett bor i nærheten av en gang- og sykkelvei. Dette målet sier ikke noe om hvor enkelt tilgjengelig denne gang- og sykkelveien er utover avstand, og heller ikke noe om egenskapene til selve veien. Det objektive målet gir et helt annet bilde i variasjon mellom kommunene (Figur 84). Holmestrand, Larvik og Sandefjord har med det en mye høyere andel som tilsynelatende har god tilgjengelighet, fra rundt 80 til 83 %. Kommunene i Vestfold viser heller ikke lenger noen betydelig variasjon.



Figur 84. Andel eldre som deltok i undersøkelsen som har tilgang til gang- og sykkelvei innenfor en radius i luftlinje på 400 meter fra der de bor. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

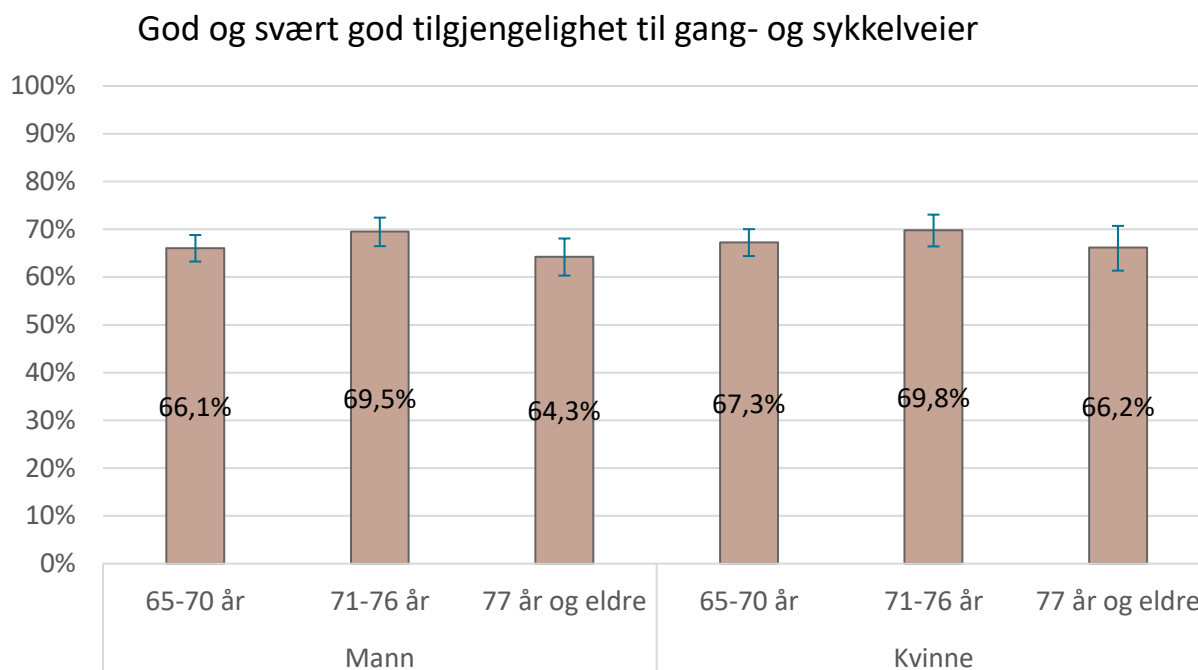
Opplevelsen av tilgjengelighet til gang- og sykkelveier kan se ut til å være litt bedre blant de som er 71-76 år sammenliknet med de to andre aldersgruppene av eldre, men det er overlapp i feilfelt og ikke en sikker forskjell her (Figur 85).



Figur 85. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Objektivt målt er det ingen tydelig forskjell i avstand til gang- og sykkelvei. Andelene for de som har en gang- og sykkelvei innenfor en 400 meter radius ligger fra 79,4 % (71-76 år) til 82 % (77 år og eldre). Ved en seksdeling i aldersgrupper er det en liten økning fra 71-73 år opp til 79 år, men deretter en reduksjon for de 80 år og eldre, men samtidig er det ikke en statistisk sikker ulikhet mellom aldersgruppene.

Delt på kjønn i de tre aldersgruppene er det heller ingen betydelig forskjell å se i subjektiv opplevelse mellom de ulike gruppene selv om det er noen mindre tegn til variasjon (Figur 86).

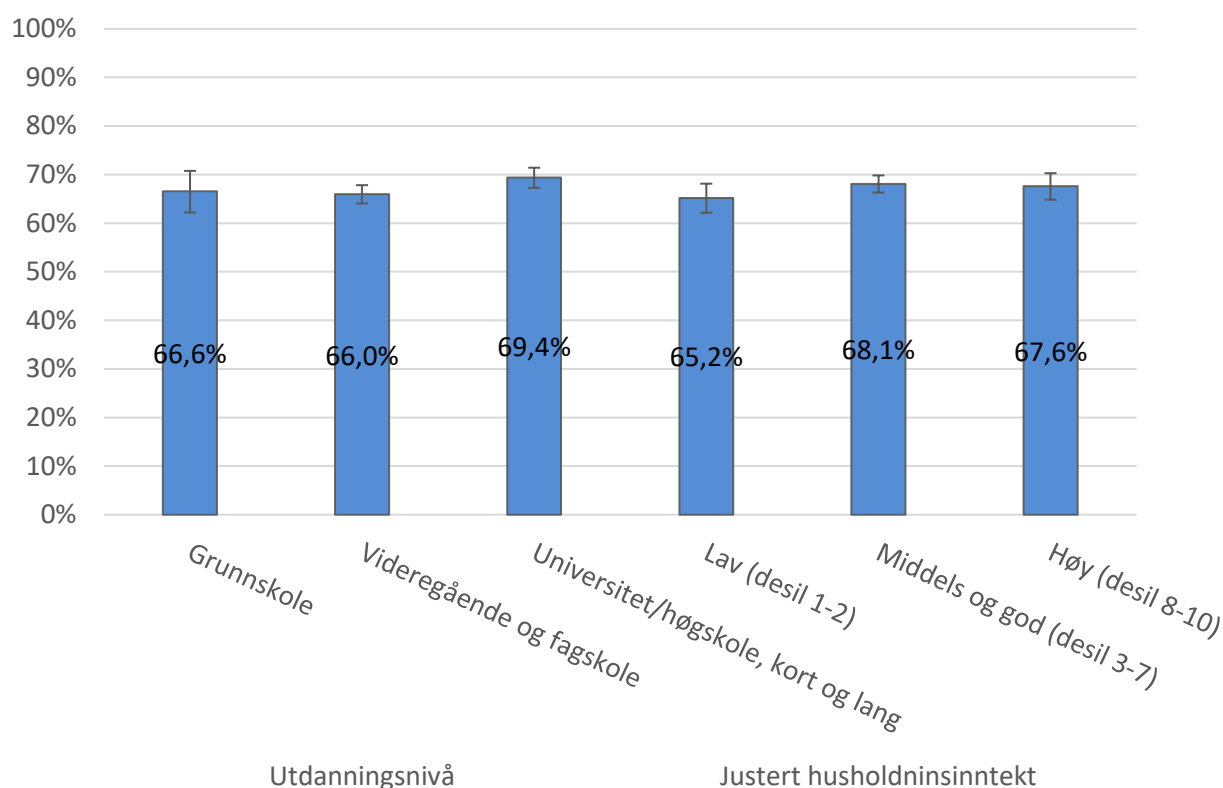


Figur 86. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Det samme gjelder for det objektive målet for avstand til gang- og sykkelvei, det er ingen tydelig forskjell mellom gruppene, alle andeler ligger rundt 80 % (fra 78,8% for kvinner 71-76 år til 82,7 % blant kvinner 77 år og eldre).

Det er noen svake tendenser til sosial ulikhet for opplevd tilgjengelighet til gang- og sykkelvei målt i forhold til utdanningsnivå og inntektsnivå, men overlapp i feilfelt viser at det ikke er noen helt tydelige og sikre forskjeller i andeler med god opplevelse av tilgang til gang- og sykkelveier (Figur 87).

God og svært god tilgjengelighet til gang- og sykkelveier

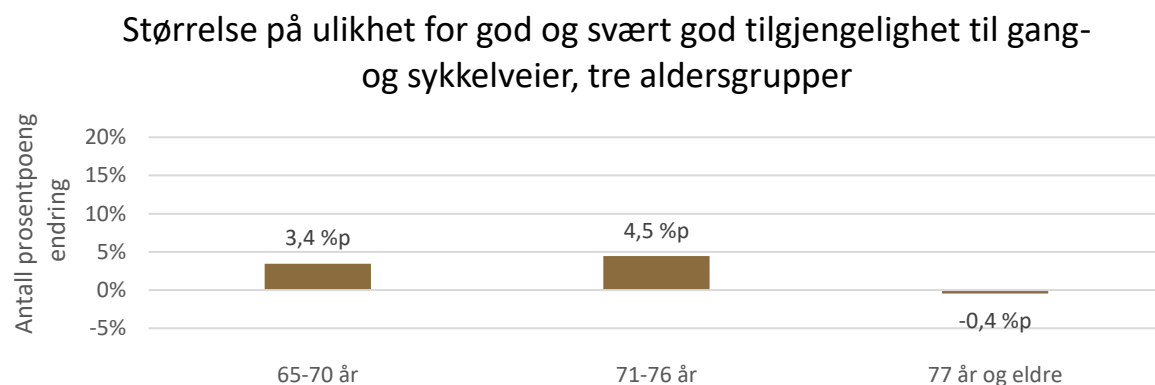


Figur 87. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Det samme gjelder for objektivt mål knyttet til avstand fra bosted, det er ingen sosial gradient, verken for utdanningsnivå eller husholdningsinntekt. Alle andelenene ligger et sted mellom 79 og 82 %, og ingen er statistisk sikkert ulike.

Inndelt i tre aldersgrupper og sett i forhold til utdanningsnivå innenfor hver aldersgruppe er det heller ikke stor sosial ulikhet å spore, men noe for aldersgruppen 71-76 år (Figur 88), og her er det størst ulikhet mellom de med videregående skole/fagskole og de med universitet eller høgskole utdanning (tallet kommer ikke frem i inkludert figur, men er på ca. 7,5 prosentpoeng økning fra mellom til lang utdanning).

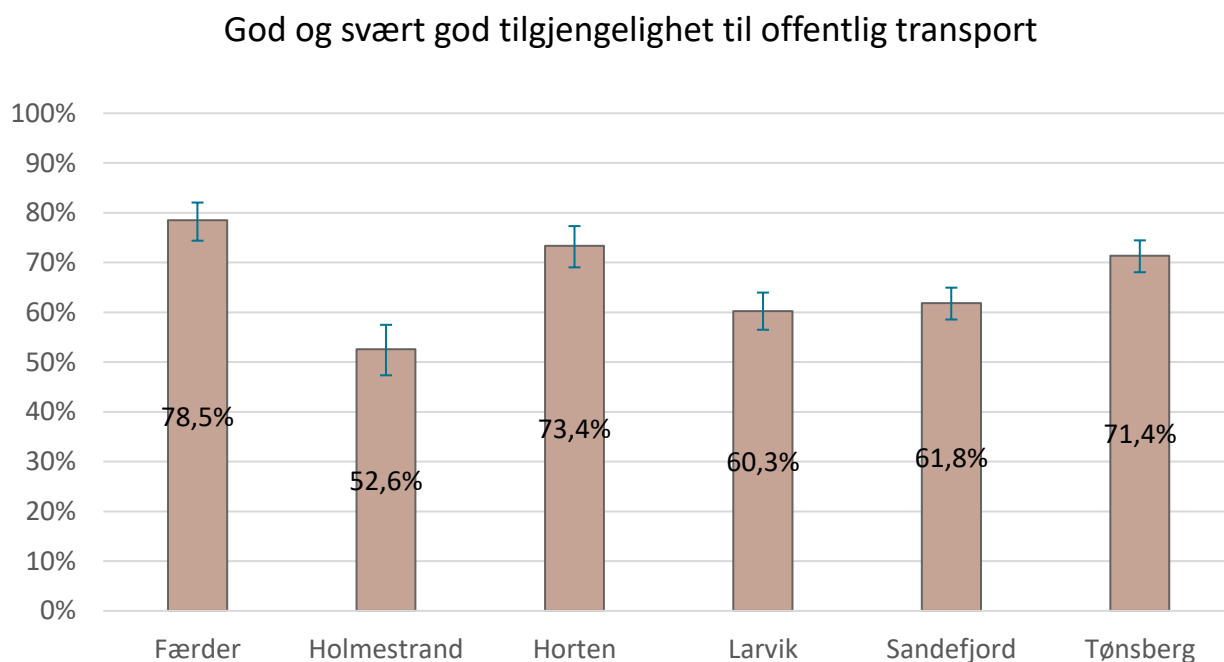
For det objektive målet knyttet til avstand er det ingen betydelig ulikhet innenfor noen av de tre aldersgruppene.



Figur 88. Prosentpoeng forskjell i andel som vurderer tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

3.4.4 Kollektivtransport

66 % svarer at de har god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport. Det er variasjon mellom kommunene i opplevelsen av tilgang til offentlig transport (Figur 89). Færder, Horten og Tønsberg har betydelig høyere andeler enn for Holmestrand, Larvik og Sandefjord som er tilfredse med tilgang til offentlig transport.



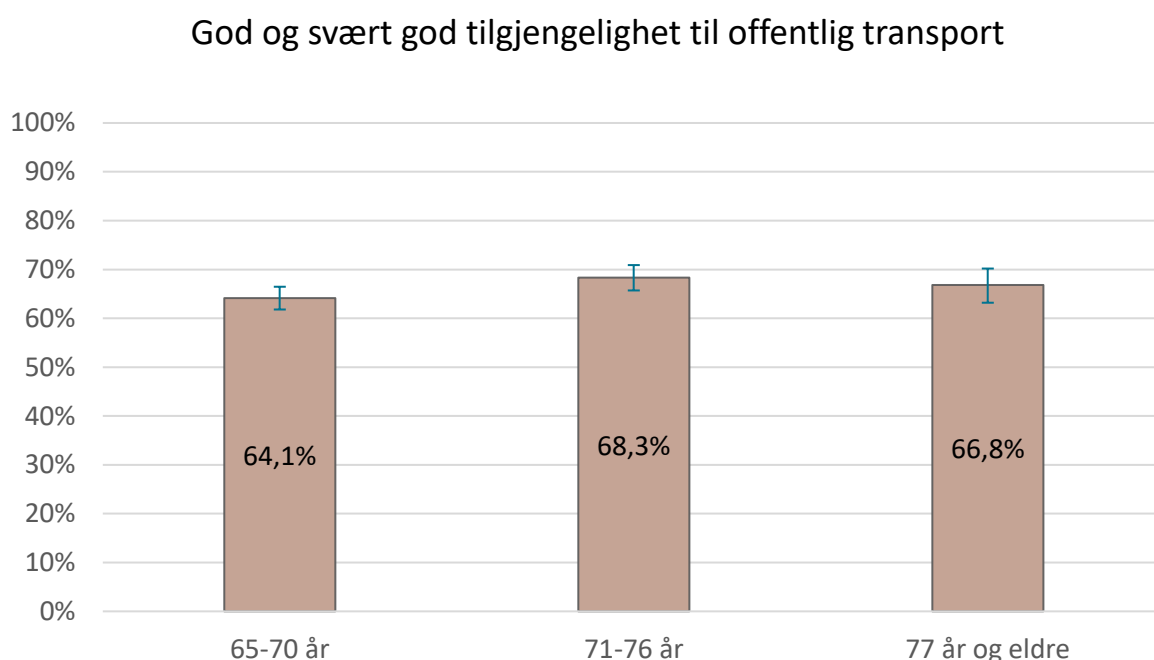
Figur 89. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Totalt er det 7 % (vektet) av de eldre deltakerne i Folkehelseundersøkelsen 2015 som bor 1 km eller nærmere en jernbanestasjon (uvektet 7,3 %). I det objektive målet er det kun sett nærmere

på antall bussholdeplasser innenfor en radius på 800 meter fra bosted, og ikke kombinert med jernbanestasjon siden dette kun gjelder en lav andel uansett og ofte er det snakk om litt lengre reiser med tog.

Antall bussholdeplasser innenfor 800 meter radius er gruppert i to; fire eller færre og fem eller flere. 62,2 % har fem eller flere bussholdeplasser innenfor en radius på 800 meter fra der de bor. Dette objektive målet er mer likt mellom kommunene enn for den subjektive opplevelsen av tilgjengelighet. Det er allikevel en viss variasjon fra laveste andel i Færder med 58,7 % til høyeste i Sandefjord med 64,6 %. Det objektive målet viser da ikke et godt samsvar med det subjektive, og det er ingen statistisk sikker forskjell mellom kommunene i andel som har fem eller flere bussholdeplasser innenfor en radius på 800 meter fra bosted.

Delt i tre aldersgrupper er det en tendens der de 71-76 år opplever tilgjengeligheten til kollektivtransport noe bedre enn de andre to aldersgruppene, men statistisk er det ingen betydelig forskjell mellom aldersgruppene (Figur 90)

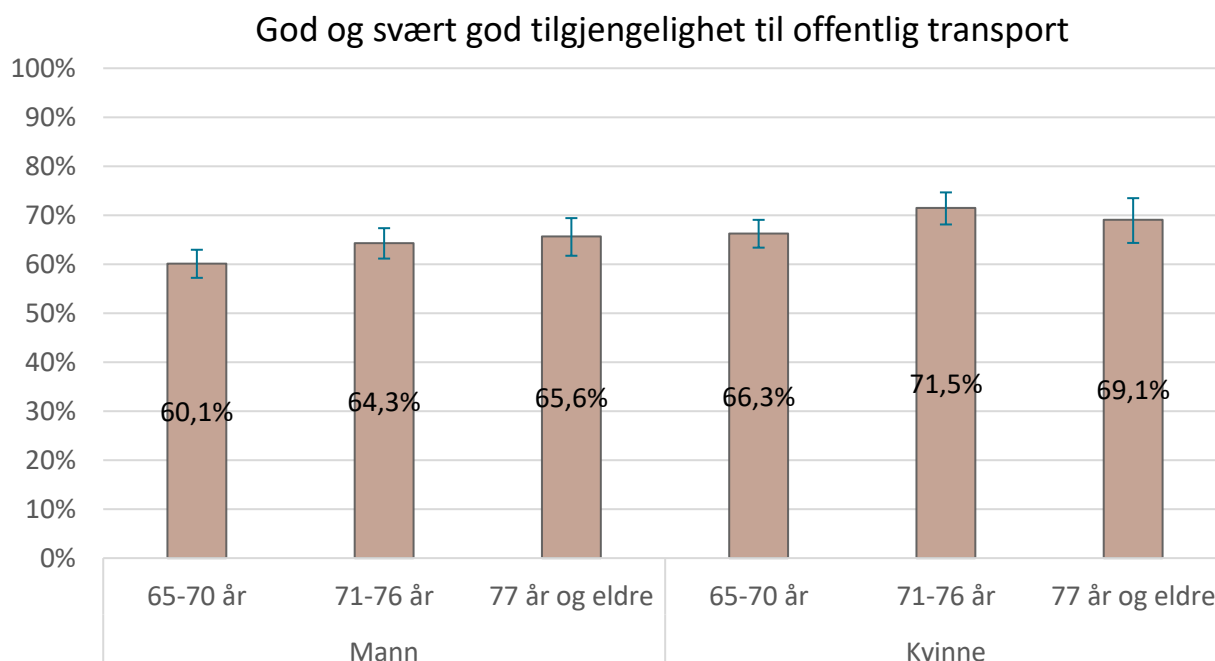


Figur 90. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

For det objektive målet for antall bussholdeplasser innenfor en radius på 800 meter er det heller ingen forskjell av betydning for alder, alle andeler av de med fem eller flere bussholdeplasser ligger mellom 62-63 %.

Det er noe forskjell i opplevelsen av tilgang til offentlig transport mellom menn og kvinner (Figur 91). Generelt har kvinner høyere andeler som opplever tilgjengeligheten som god eller svært god. Det er statistisk sikkert at kvinner i alle aldersgrupper har høyere andel enn for menn 65-70 år, og i tillegg har kvinner 71-76 år høyere andel enn for menn 71-76 år. Andelen som opplever god eller

svært god tilgjengelighet øker noe med alderen for menn, og delvis for kvinner, noe som kanskje kan være knyttet til økt bruk av kollektivtransport med økt alder.

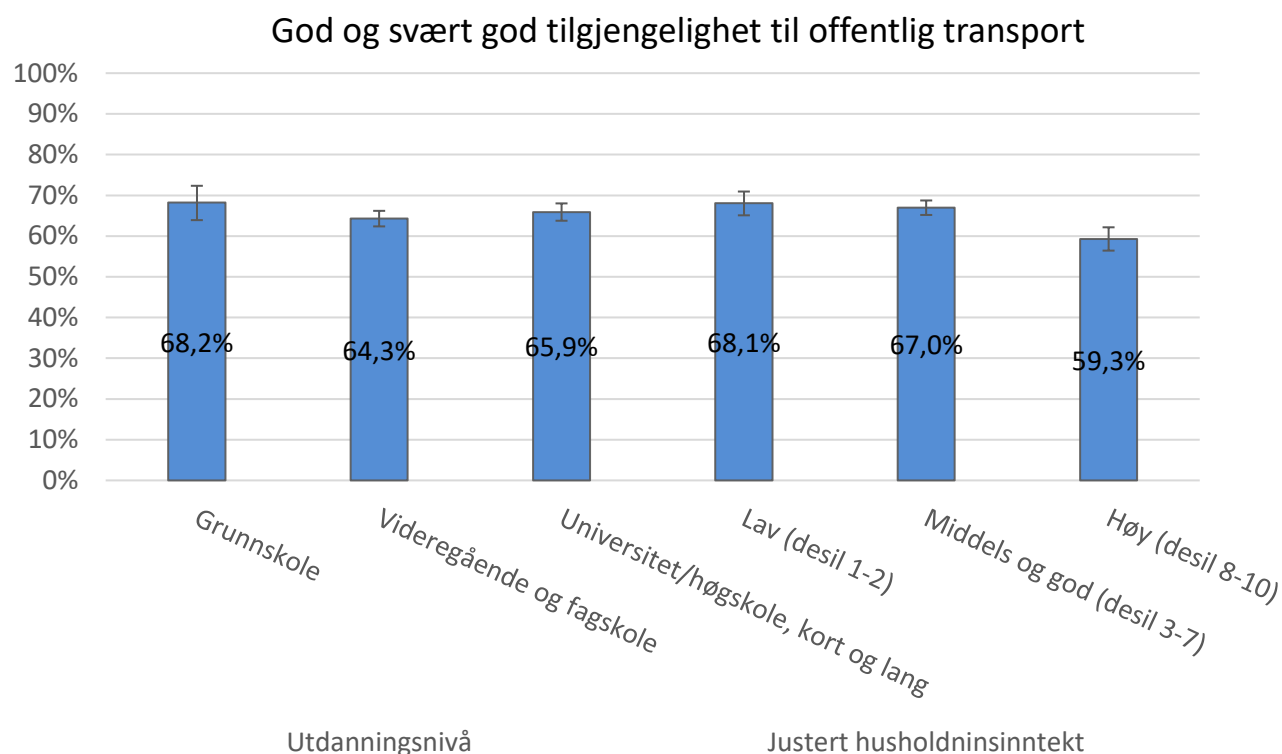


Figur 91. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Det objektive målet for antall innenfor en radius på 800 meter viser ingen ulikhet mellom kjønn og alder, og varierer fra 61 % (mann 77 år og eldre) til 63,3 % (mann 65-70 år).

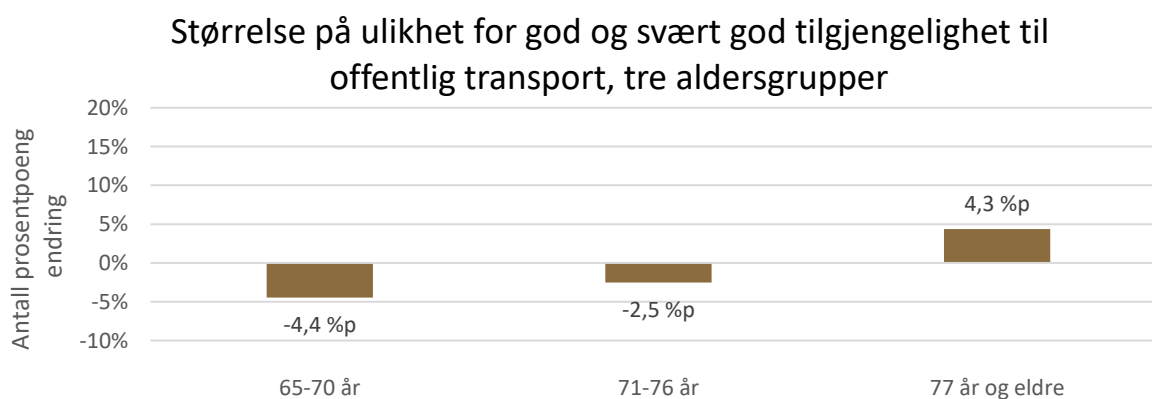
Figuren som undersøker sosial ulikhet for opplevelse av tilgang til offentlig transport viser en omvendt gradient (Figur 92), desto kortere utdanning eller desto lavere husholdningsinntekt desto høyere andel som opplever tilgjengeligheten som god eller svært god. Dette er særlig markert sett opp mot inntektsnivå. Det er nærliggende å spekulere i at dette skyldes svakere kjennskap og bruk med høyere inntekt mer enn faktisk tilgjengelighet.

Det objektive målet for antall bussholdeplasser innenfor en radius på 800 meter fra bosted viser ingen sosial ulikhet.



Figur 92. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Den sosiale ulikheten var som vist over mest knyttet til inntekt, og inndelt i aldersgrupper sett opp mot utdanningsnivå er det kun svak ulikhet i de ulike aldersgruppene (Figur 93).



Figur 93. Prosentpoeng forskjell i andel som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

For det objektive målet er det litt mer tendens til ulikhet, og da hovedsakelig for de 77 år og eldre hvor 5,3 prosentpoeng skiller de med kortest til de med lengst utdanning, og det er da de med kortest utdanning som har best tilgjengelighet. Endringen skyldes i hovedsak redusert andel fra de med kun grunnskole til de med videregående skole/fagskole (figur ikke inkludert).

4. Kommunetabeller for utvalgte indikatorer

Nedenfor er seks tabeller, en for hver av kommunen i Vestfold, med kommunetall for sentrale indikatorer for helse og livskvalitet. Tallene er ikke vektet for skjev deltakelse, men er brutt ned på kjønn, to aldersgrupper (yngre-eldre og eldre-eldre), utdanningsnivå og inntektsnivå. Siden tallene for samlet andel ikke er vektet, kan de avvike noe fra kommunetall inkludert i kapittel over. Sammenlikning av vektet (kapittel 3) og uvektet total andel (andre kolonne) kan gi en idé om hvor mye, og retning, resultater ville ha blitt endret hvis mindre skjevhet i deltakelse. For de fleste indikatorer utgjør det kun endringer på desimalnivå eller noen få prosentpoeng.

4.1. Færder

Resultater for Færder	Andel	Antall	Andel for menn	Andel for kvinner	Andel for de 65-79 år	Andel for de 80 år og eldre	Andel for de med grunnskole	Andel for de med videregående og fagskole	Andel for de med universitet/høgskole kort og lang	Andel for de med lav inntekt	Andel for de med middels og god inntekt	Andel for de med høy inntekt
God eller svært god egenvurdert helse	74,5%	479	70,9%	78,8%	75,7%	65,3%	68,3%	70,2%	79,4%	71,6%	71,3%	82,0%
Høy og middels tilfredshet med livet	89,6%	575	89,7%	89,4%	90,2%	84,7%	75,6%	88,5%	92,3%	81,4%	90,0%	93,1%
Deltar ukentlig eller oftere i aktivitet/frivillig arbeid	58,2%	375	53,3%	64,2%	58,0%	59,7%	47,6%	56,1%	61,9%	60,2%	57,3%	59,8%
Høy sosial støtte	33,0%	207	31,8%	34,4%	33,2%	30,9%	47,6%	33,3%	29,9%	31,4%	30,5%	37,8%
Trives i stor grad i nærmiljøet	84,4%	539	85,6%	82,9%	84,2%	85,7%	88,1%	82,9%	85,1%	80,6%	83,2%	88,3%
Kjenner stor og middels grad av tilhørighet der bor	83,3%	528	81,8%	85,0%	82,9%	85,9%	81,0%	84,3%	82,5%	76,5%	82,8%	88,2%

4.2. Holmestrand

Resultater for Holmestrand	Andel	Antall	Andel for menn	Andel for kvinner	Andel for de 65-79 år	Andel for de 80 år og eldre	Andel for de med grunnskole	Andel for de med videregående og fagskole	Andel for de med universitet/høgskole kort og lang	Andel for de med lav inntekt	Andel for de med middels og god inntekt	Andel for de med høy inntekt
God eller svært god egenvurdert helse	70,5%	337	67,9%	73,5%	71,8%	59,6%	61,8%	68,5%	76,0%	65,1%	71,5%	72,0%
Høy og middels tilfredshet med livet	88,5%	423	89,3%	87,6%	90,0%	76,0%	77,8%	89,4%	90,5%	78,6%	91,3%	88,8%
Deltar ukentlig eller oftere i aktivitet/frivillig arbeid	55,3%	266	49,0%	62,4%	55,2%	55,8%	41,8%	55,1%	59,5%	59,5%	55,0%	52,8%
Høy sosial støtte	30,6%	145	27,8%	33,8%	31,4%	23,5%	29,1%	27,1%	36,7%	24,7%	28,0%	42,1%
Trives i stor grad i nærmiljøet	84,5%	404	82,3%	87,1%	85,2%	78,4%	78,2%	88,6%	80,2%	86,6%	84,7%	82,4%
Kjenner stor og middels grad av tilhørighet der bor	80,7%	388	78,8%	82,7%	82,3%	67,3%	76,4%	86,7%	73,2%	78,6%	81,0%	81,5%

4.3. Horten

Resultater for Horten	Andel	Antall	Andel for menn	Andel for kvinner	Andel for de 65-79 år	Andel for de 80 år og eldre	Andel for de med grunnskole	Andel for de med videregående og fagskole	Andel for de med universitet/høgskole kort og lang	Andel for de med lav inntekt	Andel for de med middels og god inntekt	Andel for de med høy inntekt
God eller svært god egenvurdert helse	69,2%	399	71,0%	66,9%	69,8%	64,1%	57,4%	67,0%	75,3%	56,3%	69,2%	82,3%
Høy og middels tilfredshet med livet	88,9%	513	90,8%	86,6%	89,1%	87,7%	85,2%	89,6%	89,0%	83,8%	88,1%	97,3%
Deltar ukentlig eller oftere i aktivitet/frivillig arbeid	58,5%	339	53,9%	64,1%	59,7%	49,2%	45,9%	56,5%	64,8%	53,6%	57,8%	66,4%
Høy sosial støtte	35,1%	202	36,1%	34,0%	36,6%	23,4%	33,3%	34,6%	36,4%	26,4%	34,5%	45,1%
Trives i stor grad i nærmiljøet	85,4%	491	82,6%	88,8%	85,4%	85,7%	81,7%	86,9%	84,4%	83,5%	84,7%	89,4%
Kjenner stor og middels grad av tilhørighet der bor	85,9%	492	85,8%	86,0%	86,0%	84,6%	85,0%	87,2%	84,3%	81,3%	86,8%	87,5%

4.4. Larvik

Resultater for Larvik	Andel	Antall	Andel for menn	Andel for kvinner	Andel for de 65-79 år	Andel for de 80 år og eldre	Andel for de med grunnskole	Andel for de med videregående og fagskole	Andel for de med universitet/høgskole kort og lang	Andel for de med lav inntekt	Andel for de med middels og god inntekt	Andel for de med høy inntekt
God eller svært god egenvurdert helse	73,0%	655	73,1%	72,9%	72,9%	74,3%	60,3%	70,5%	79,5%	66,2%	73,6%	79,4%
Høy og middels tilfredshet med livet	88,6%	795	88,5%	88,8%	89,3%	81,1%	83,3%	89,7%	88,3%	86,0%	88,4%	91,8%
Deltar ukentlig eller oftere i aktivitet/frivillig arbeid	57,8%	521	51,2%	65,4%	58,0%	54,7%	46,8%	52,8%	67,4%	55,1%	58,1%	59,5%
Høy sosial støtte	36,7%	327	33,0%	41,2%	37,5%	28,4%	30,3%	32,6%	43,8%	26,1%	38,2%	43,2%
Trives i stor grad i nærmiljøet	88,0%	792	86,8%	89,4%	87,8%	90,5%	80,8%	87,8%	89,8%	85,4%	88,7%	88,7%
Kjenner stor og middels grad av tilhørighet der bor	88,9%	794	90,1%	87,5%	88,6%	91,9%	87,2%	89,6%	88,3%	89,2%	88,2%	90,2%

4.5. Sandefjord

Resultater for Sandefjord	Andel	Antall	Andel for menn	Andel for kvinner	Andel for de 65-79 år	Andel for de 80 år og eldre	Andel for de med grunnskole	Andel for de med videregående og fagskole	Andel for de med universitet/høgskole kort og lang	Andel for de med lav inntekt	Andel for de med middels og god inntekt	Andel for de med høy inntekt
God eller svært god egenvurdert helse	69,3%	822	68,5%	70,4%	70,1%	63,0%	63,5%	67,6%	73,4%	62,7%	71,6%	72,1%
Høy og middels tilfredshet med livet	87,6%	1038	88,8%	86,0%	88,1%	83,7%	80,0%	88,2%	88,7%	77,6%	90,9%	91,8%
Deltar ukentlig eller oftere i aktivitet/frivillig arbeid	58,3%	695	54,5%	63,3%	58,6%	55,7%	46,6%	55,6%	65,7%	57,6%	56,6%	64,3%
Høy sosial støtte	32,7%	385	30,1%	36,0%	32,8%	31,5%	33,0%	29,9%	36,7%	29,8%	33,6%	33,6%
Trives i stor grad i nærmiljøet	86,3%	1023	86,1%	86,6%	86,0%	89,1%	83,5%	87,5%	85,5%	83,2%	87,3%	87,3%
Kjenner stor og middels grad av tilhørighet der bor	84,8%	1001	84,3%	85,5%	84,6%	86,5%	86,2%	86,0%	83,1%	79,9%	86,5%	86,4%

4.6. Tønsberg

Resultater for Tønsberg	Andel	Antall	Andel for menn	Andel for kvinner	Andel for de 65-79 år	Andel for de 80 år og eldre	Andel for de med grunnskole	Andel for de med videregående og fagskole	Andel for de med universitet/høgskole kort og lang	Andel for de med lav inntekt	Andel for de med middels og god inntekt	Andel for de med høy inntekt
God eller svært god egenvurdert helse	75,3%	770	76,2%	74,2%	75,8%	70,9%	70,2%	73,2%	79,5%	65,7%	76,3%	79,4%
Høy og middels tilfredshet med livet	90,8%	923	90,8%	90,7%	91,1%	88,0%	81,6%	91,5%	92,3%	84,4%	91,2%	94,3%
Deltar ukentlig eller oftere i aktivitet/frivillig arbeid	57,6%	589	51,3%	64,4%	57,3%	60,0%	42,1%	58,0%	61,1%	59,7%	56,8%	57,8%
Høy sosial støtte	34,9%	354	33,2%	36,9%	35,5%	30,3%	29,2%	33,3%	38,1%	31,1%	33,6%	40,2%
Trives i stor grad i nærmiljøet	86,7%	883	86,8%	86,4%	86,4%	89,1%	85,1%	86,5%	87,3%	85,0%	86,0%	89,3%
Kjenner stor og middels grad av tilhørighet der bor	82,1%	833	80,6%	83,9%	82,4%	79,8%	69,9%	86,1%	81,2%	76,7%	82,4%	85,0%

5. Eldre i Vestfold og folkehelsearbeid

Oppsummering av kvalitative innspill fra møtet for folkehelsenettverket i Vestfold mars 2025. Nåværende og fremtidig folkehelsearbeid for eldre var på dagsorden.

20. mars 2025 ble det holdt et heldags nettverksmøte for Folkehelsenettverk Vestfold. Eldre og fremtidige utfordringer var temaet som ble tatt opp med foredrag og innspillsøker. Det kom frem mange fine innspill og refleksjoner i fasiliterte gruppeprosesser. Herunder følger en oppsummering av arbeidet.

Deltakere på nettverksmøtet besto av representanter fra frivillige organisasjoner, Statsforvalteren, personer med ulike roller i kommunene, blant annet kommuneoverlege, folkehelsekoordinator, rådgivere fra plan, helse og omsorg, og idrett og kultur. I tillegg var det også deltakere fra fylkeskommunen, inkludert tannhelse.

Det ble arbeidet med følgende spørsmål:

«Hvordan ser folkehelsearbeidet for eldre ut, nå og i fremtiden?

Hvilken rolle kan proporsjonale universelle tilnærminger ha?»

Overordnet innspill:

Innsats for god folkehelse blant eldre og for andre aldersgrupper nå, er en investering i framtidens folkehelse. Det handler ikke kun om helsegevinst i befolkningen på kort og lang sikt, men også om å bygge strukturer og kompetanse som vi drar nytte av i fremtidig folkehelsearbeid. Samtidig, og i takt med endringer, bør folkehelsearbeidet tilpasse seg nye og endrede behov. Sosial ulikhet i helse forsterkes gjennom livsløpet. Proporsjonale universelle tiltak må prioriteres for å tette ulikhetsgapet.

Folkehelsearbeidet for eldre nå:

Demokratiske møteplasser bygger ressurser: Kommunen kan være en tilrettelegger for aktivitet og engasjement. Samtidig er dette å ta et ansvar i arbeid med å forhindre polarisering. Gode møteplasser hvor folk får medvirke bidrar til at folk blir kjent og finner løsninger i sammen.

Forebygging: Innsats for og investeringer i forebyggende og helsefremmende tiltak bør være høye. Noe av dette kan handle om enkle fysiske tiltak i miljøet som gjør det enklere å delta og ferdes rundt, f.eks. gode løsninger som hjelper eldre over gata.

Frivillighet: Kommunene bør ha en tydelig strategi på hvordan fremme frivillighet og rekruttere inn til frivilligheten. Frivilligheten er både positiv for de som bidrar, deltar og får hjelp. Høy aktivitet i frivilligheten er en styrke for kommunen som også kan bidra til å løse mange

utfordringer.

Sosial inkludering og møteplasser: Mange eldre har gode helse- og levekår, men utfordringen ligger i å nå dem som faller utenfor fellesskapet. Møteplasser som inkluderer, er verdifullt. Her bør det også finnes løsninger som åpner for generasjonsmøter og dialog på tvers. Eldre bør få en tydeligere posisjon i Vestfold-samfunnet. Uformelle møteplasser i det bygde miljøet er også et viktig element i aldersvennlig stedsutvikling. Møteplasser kan også være utformet slik at folk samles rundt dagligdagse praktiske gjøremål.

Folkehelsearbeidet for eldre i fremtid:

Teknologi: Det er forventet fremtiden vil bringe videre teknologisk utvikling, og noe av dette vil være god støtte for eldre og arbeid for eldre, både helsefremmende, forebyggende og mer behandlingsrettet arbeid.

Generasjonsmøter: Samfunnet er forholdsvis aldersinndelt, og det kan bli en utfordring at unge ikke har nok og regelmessig kontakt med eldre. Det bør være en bevissthet rundt dette og søkes etter gode løsninger for at generasjonsmøter er en dagligdags hendelse i samfunnet. Kontinuerlig satsing på universell utforming, som ett eksempel, vil tilrettelegge for god og økt aktivitet, bidra til generasjonsmøter og bygge fellesskap.

En dreining bort fra det individualistiske samfunnet: Kulturen har endret seg – vi lever mer individuelt, og tradisjonelle storfamilier er sjeldne. Tidligere var det naturlig å passe på naboen, men dette er i ferd med å forsvinne. For fremtiden bør vi gjenoppbygge en form for "landsbymentalitet", der lokalsamfunnet tar et større ansvar for sine eldre. - Kommunen har et formelt ansvar, men praktisk sett må vi selv bidra til å skape nabolag der mennesker hjelper hverandre, uavhengig av familieforhold.

Aktiv aldring: Eldre må forberede seg på å være aktive og ta medansvar, men samtidig er det et ansvar for kommunen å legge til rette for dette.

Kulturell tilpasning: Demografien i befolkningen med tanke på kulturell bakgrunn og tradisjoner er i endring. I takt med endringene bør også folkehelsearbeidet tilpasses seg nye og endrede behov.

Livsløpsorientert: Folkehelsearbeid for eldre handler samtidig om å tenke mer helhetlig og livsløpsorientert. Det bør være et mål å styrke helsen gjennom hele livsløpet både nå og i fremtiden.

Om hvilken rolle proporsjonale universelle tilnærminger kan ha

Proporsjonale universelle tilnærminger har en rolle i folkehelsearbeid rettet spesifikt mot eldre. Det er og kan forventes fortsatt å være sosial ulikhet i gruppen. Eldre er også en sammensatt gruppe, hvor aldring og aldringsutfordringer skjer i ulikt tempo. I tillegg til å ha tiltak som treffer best for de med lavere sosioøkonomisk status, er det en ide å bruke proporsjonale universelle tilnærminger blant eldre som treffer målgruppen de eldste eldre best, samtidig som alle eldre drar nytte av tiltaket i større eller mindre grad. En aldersvinkling på de proporsjonale universelle tilnærmingene.

Identifiserte utfordringer og muligheter

Dugnadsånd: Det kan bli en utfordring at det er lavere dugnadsånd i yngre generasjoner i dag. Det er behov for å dreie tanken til hva man selv kan bidra med for fellesskapet, enn kun at det handler om «hva får jeg ut av det».

Nabolagsidentitet: Tiltak som bidrar til å skape nabolagsidentitet er viktig for inkludering, trivsel og trygghet i nærmiljøet. Gode felles løsninger og gjensidig støtte i nabolaget og lokalsamfunnet bidrar til den sosiale bærekraften lokalt.

Frivillighet: Det bør arbeides for å finne ut hvordan best rekruttere inn i frivillige organisasjoner og aktiviteter. Det forventes også mange friske eldre i fremtiden, eldre som kan og bør bidra i større grad som frivillige.

Koordinering og beredskap: I fremtiden bør folkehelsearbeidet bli enda mer koordinert og innlemmet i alle tjenestoområder i kommunen. Det er også god beredskap å bygge ressurser og sosialt fellesskap i befolkningen, både blant yngre, voksne og eldre. I kriser er det en stor styrke om mange har en beredskapsvenn og også om mange er en beredskapsvenn.

Oppsummering

Folkehelsearbeidet for eldre er et komplekst felt som krever innsats fra både kommuner, frivillige organisasjoner og lokalsamfunn. Det er viktig å sette søkelys på forebyggende og helsefremmende tiltak, skape møteplasser, bygge aldersvennlige lokalsamfunn og fremme frivillighet. Proporsjonale universelle tilnærminger kan bidra til å sikre lik tilgang til ulike tjenester, utjevne forskjeller og redusere helseulikheter.

Stikkord:

- Demokratiske møteplasser
- Forebyggende tiltak
- Frivillighet
- Sosial inkludering
- Digitalt folkehelsearbeid
- Universell utforming
- Aktiv aldring
- Kulturell tilpasning
- Livsløpsorientert tilnærming
- Reduksjon av helseulikheter
- Robuste lokalsamfunn
- Øke dugnadsånd
- Nabolagsidentitet
- Bedre koordinering
- Beredskap
- Gjensidig støtte i lokalsamfunnet

6. Kilder og figurer

6.1. Anbefalt videre lesing

Bergen kommune i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2024 en undersøkelse blant eldre i Bergen som har gitt mye ny kunnskap. Svar ble samlet inn både digitalt og postalt. En del av informasjonen i denne rapport publisert fra undersøkelsen er sammenliknbar med det som er presentert i denne rapporten, og kan bidra til økt forståelse av noen av mønstrene det er pekt på for de eldre-eldre her. I oppsummering fra FHI der blir det blant annet pekt på at med økende alder etter 80 år vurderes den fysiske helsen som dårligere, noe som gjør at livet oppleves mindre meningsfylt og fremtidsoptimismen synker. Rapporten peker også på at kvinner over 90 år særlig peker seg ut. De skårer dårligere på tilfredshet med livet, har mer psykiske plager, høyere andel ensomme og mindre sosial kontakt, og lave andeler som bruker datamaskin eller internett (20).

Rapporten er tilgjengelig her: <https://www.fhi.no/publ/2025/livskvalitet-subjektiv-helse-sosiale--relasjoner-og-funksjonsniva--blant-eldre-i-bergen-2024/>

6.2. Kilder

1. **Vestfold fylkeskommune.** *Folkehelseoversikt Vestfold 2024. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.* Tønsberg : Vestfold fylkeskommune, 2024.
2. **Statistisk sentralbyrå.** Statistikkbanken. *14288: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn og alder, i 9 alternativer (K) 2024 - 2050.* [Internett] SSB, 2024.
<https://www.ssb.no/statbank/table/14288>.
3. **Folkehelseinstituttet.** Folkehelseprofil 2024 Vestfold. [Internett] 2024.
https://folkehelseprofileksport.helsedirektoratet.no/Folkehelseprofiler/Fylke/2024/Bokmaal/39_2024_Bokmaal.pdf.
4. **Knapstad, Marit, et al.** *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultat.* Avdeling for helsefremmende arbeid. Bergen : Folkehelseinstituttet, 2022. ISBN elektronisk: 978-82-8406-269-3.
5. **Strand, B H, et al.** *Helse hos eldre -I Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge.* FHI. Oslo : s.n., 2018.
6. **Statistisk sentralbyrå.** Statistikkbanken. *07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2025.* [Internett] SSB, 2025.
<https://www.ssb.no/statbank/table/07459>.

7. **Statistisk Sentralbyrå.** Statistikkbanken. 08921: *Utdanningsnivå, etter fylke, alder og kjønn (F) 1980 - 2024.* [Internett] SSB, 2025. <https://www.ssb.no/statbank/table/08921>.
8. **Statistisk sentralbyrå.** Statistikkbanken. 07111: *Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre, etter alder, statistikkvariabel, år og region.* [Internett] SSB, 2025. <https://www.ssb.no/statbank/table/07111>.
9. **Statistisk sentralbyrå.** Statistikkbanken. 07459: *Befolkning, etter alder, statistikkvariabel, år og region.* [Internett] SSB, 2025. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>.
10. **Strand, B H, et al.** Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry.* 57, 2003, Vol. 2003, 2, ss. 113-118.
11. **Nes, Ragnhild Bang, et al.** *Livskvalitet i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. Oslo : FHI, 2021.
12. **Hansen, Thomas og Slagsvold, Britt.** Samfunnsspeilet. *Eldre er tilfreds med livet - eller er det bare noe de tror?* [Internett] Statistisk sentralbyrå, 09 03 2009. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/eldre-er-tilfreds-med-livet-eller-er-det-bare-noe-de-tror>.
13. **Pettersen, Malin og Sandvik, Ole.** Seniorer i Norge 2024. *Én av tre seniorer er i jobb.* [Internett] Statistisk sentralbyrå, 10 2024. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/en-av-tre-seniorer-er-i-jobb>.
14. **Jacobs, Jeremy M, Maaravi, Yoram og Stessman, Jochanan.** Optimism and Longevity Beyond Age 85. *The Journals of Gerontology: Series A.* 76, 2021, 10, ss. 1806-1813.
15. **Næss, S.** *Alder og livskvalitet. Aldring og eldre.* 2. 1992. ss. 8-10.
16. **Aartsen, Marja, et al.** The unique and synergistic effects of social isolation and loneliness on 20-years mortality risks in older men and women. *Frontiers in Public Health.* 12, Vol. 2024.
17. **Dalgard, O S, Bjørk, S og Tambs, K.** Social Support, Negative Life Events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry.* 166, 1995, 1, ss. 29-34.
18. **Kocalevent, R D, et al.** Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC psychology.* 6, 2018, 1, s. 31.
19. **Diener, E, et al.** New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research.* 97, 2010, ss. 143-156.
20. **Knapstad, Marit, et al.** *Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024.* Område for folkehelse og forebygging, Avdeling for helsefremmende arbeid, FHI. Bergen : Folkehelseinstituttet, 2025.

6.3. Tabeller

Tabell 1. Antall eldre deltakere per kommune og andelen av alle deltakere i Vestfold 65 år og eldre.

Tabell 2. Svarprosjenter i ulike aldersgrupper for Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark 2021.

Tabell 3. Antall og andel deltakere per aldersgruppe tredelt.

Tabell 4. Antall og andel deltakere per aldersgruppe, todelt i yngre-eldre og eldre-eldre.

Tabell 5. Andel og antall eldre i analysene fordelt på utdanningsnivå.

Tabell 6. Andeler i ulike grupper for utdanningsnivå, eldre deltakere i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021 sett opp mot tilgjengelige tall for alle eldre i fylket for sammenliknbare aldersgrupper.

Tabell 7. Antall og andel med landbakgrunn Norge og andre landgrupper for personer 65 år og eldre som deltok i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021.

6.4. Figurer

Figur 1. Fordeling av deltakere 65 år og eldre inkludert i analysene per ettårig alder.

Figur 2. Andel menn og kvinner i de tre aldersgruppene som er brukt for analyser i rapporten.

Figur 3. Desilfordelt husholdningsinntekt for deltakere som er inkludert i analysene, personer 65 år og eldre i Vestfold.

Figur 4. Fordeling av deltakere inkludert i analysene per inntektsgruppe tredelt.

Figur 5. Andel per inntektsgruppe for personer 65 år og eldre som deltok i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021, inndelt i tre aldersgrupper. Inntektsgruppe er basert på gruppering av desilfordelt inntekt etter skatt per forbruksenhet i husholdningen (justert husholdningsinntekt).

Figur 6. Andel per desil av bruttoformue for deltakere 65 år og eldre i Folkehelseundersøkelsen i Vestfold 2021.

Figur 7. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 8. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 9. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 10. Andel eldre som vurderer sin helse som god eller svært god, delt på utdanningsnivå, inntektsnivå og landbakgrunn.

Figur 11. Prosentpoeng forskjell i andel med god eller svært god egenvurdert helse fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 12. Andel eldre med symptomer på psykiske plager per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 13. Andel eldre med symptomer på psykiske plager for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 14. Andel eldre med symptomer på psykiske plager, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 15. Andel eldre med symptomer på psykiske plager, delt på utdanningsnivå, inntektsnivå og landbakgrunn.

Figur 16. Andel eldre som rapporterer om langvarige sykdommer eller helseproblemer per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 17. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 18. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 19. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som påvirker hverdagen i stor grad, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 20. Andel eldre som har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen, delt på utdanningsnivå, inntektsnivå og landbakgrunn.

Figur 21. Prosentpoeng forskjell i andel med langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker hverdagen fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 22. Andel eldre som vurderer sin tannhelse som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 23. Andel eldre som vurderer sin tannhelse som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 24. Andel eldre som vurderer sin tannhelse som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 25. Andel eldre som vurderer sin tannhelse som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 26. Prosentpoeng forskjell i andel med god eller svært god egenvurdert tannhelse fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 27. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 28. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 29. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 30. Andel eldre som har middels og høy tilfredshet med livet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 31. Prosentpoeng forskjell i andel med middels og høy tilfredshet med livet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 32. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 33. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 34. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 35. Andel eldre med middels og høy fremtidsoptimisme, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 36. Prosentpoeng forskjell i andel med middels og høy fremtidsoptimisme fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 37. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 38. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 39. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 40. Andel eldre som i stor grad trives i sitt nærmiljø, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 41. Prosentpoeng forskjell i andel med stor grad av trivsel i nærmiljøet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 42. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 43. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 44. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 45. Andel eldre som opplever middels og høy grad av stedstilhørighet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 46. Prosentpoeng forskjell i andel med middels og høy opplevd grad av stedstilhørighet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå videregående skole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 47. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 48. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 49. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 50. Andel eldre som har høy grad av opplevd mestring, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 51. Prosentpoeng forskjell i andel med høy grad av opplevd mestring fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 52. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 53. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 54. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 55. Andel eldre med høyt opplevd nivå av ensomhet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 56. Prosentpoeng forskjell i andel med høyt opplevd nivå av ensomhet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 57. Andel eldre som har høy sosial støtte per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 58. Andel eldre som har høy sosial støtte for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 59. Andel eldre som har høy sosial støtte, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 60. Andel eldre som har høy sosial støtte, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 61. Prosentpoeng forskjell i andel med høy sosial støtte fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 62. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0 til 10 for mål på opplevelse av gjensidige positive sosiale relasjoner per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 63. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0 til 10 for mål på opplevelse av gjensidige positive sosiale relasjoner for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 64. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for mål på gjensidige positive sosiale relasjoner, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 65. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for mål på gjensidige positive sosiale relasjoner, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 66. Gjennomsnittsskår på en skala fra 0-10 for mål på gjensidige positive sosiale relasjoner, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper.

Figur 67. Andel eldre som deltar ukentlig i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 68. Andel eldre som ukentlig eller oftere deltar i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 69. Andel eldre som deltar ukentlig eller oftere i organisert eller egenorganisert aktivitet, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 70. Andel eldre som deltar ukentlig eller oftere i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 71. Prosentpoeng forskjell i andel som deltar ukentlig eller oftere i organisert eller egenorganisert sosial aktivitet fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 72. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 73. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 74. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 75. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 76. Prosentpoeng forskjell i andel som vurder tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 77. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 78. Andel eldre som deltok i undersøkelsen som bor 1000 meter eller nærmere et kultursted/bibliotek per kommune. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 79. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 80. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 81. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 82. Prosentpoeng forskjell i andel som vurder tilgjengelighet til kulturtilbud som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 83. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til gang- og sykkelvei som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 84. Andel eldre som deltok i undersøkelsen som har tilgang til gang- og sykkelvei innenfor en radius i luftlinje på 400 meter fra der de bor. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 85. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 86. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 87. Andel eldre som vurder tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 88. Prosentpoeng forskjell i andel som vurder tilgjengelighet til gang- og sykkelveier som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.

Figur 89. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god per kommune i Vestfold 2021. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 90. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god for tre ulike aldersgrupper. Tallene er justert for skjev deltakelse etter kjønn og utdanningsnivå.

Figur 91. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god, delt på kjønn og tre ulike aldersgrupper (ikke justert for skjevhet i utdanningsnivå).

Figur 92. Andel eldre som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god, delt på utdanningsnivå og inntektsnivå.

Figur 93. Prosentpoeng forskjell i andel som vurderer tilgjengelighet til offentlig transport som god eller svært god fra utdanningsnivå grunnskole til utdanningsnivå universitet/høgskole, for tre aldersgrupper av eldre.



Vestfold
FYLKESKOMMUNE

vestfoldfylke.no

Kontakt for spørsmål om rapporten og analyser:

Mari N. Espetvedt
Rådgiver folkehelse, seksjon Samfunn og plan
mari.espetvedt@vestfoldfylke.no

Postadresse:

Postboks 1213 Trudvang
3105 Tønsberg

Besøksadresse:

Svend Foyns gate 9
3126 Tønsberg

Tlf. 33 34 40 00
post@vestfoldfylke.no

