

RAPPORT

2021

FOLKEHELSEUNDERSØKINGA I MØRE OG ROMSDAL 2021:

Framgangsmåte og utvalde resultat

**Folkehelseundersøkinga i
Møre og Romsdal 2021:
Framgangsmåte og utvalde resultat**



Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Adrian Schönning
Ragnhild Bang Nes
Jens Christoffer Skogen

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmande arbeid
August 2021

Tittel:

Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal:
Framgangsmåte og utvalde resultat

Forfattarar

Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Adrian Schønning
Ragnhild Bang Nes
Jens Christoffer Skogen

Bidragstatarar Folkehelseinstituttet:

Øystein Vedaa
Marianne Abel
Rune Johansen
Ole Trygve Stigen
Avdeling for IT-system Bergen
Avdeling for helsedatamottak Bergen
Andre bidragstatarar:
Møre og Romsdal fylkeskommune

Oppdragsgivarar:

Møre og Romsdal fylkeskommune
Prosjektlei, Møre og Romsdal fylkeskommune: Sigri Spjelkavik

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastast ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen

Grafisk design omslag:

Feite Typar

ISBN elektronisk utgåve: 978-82-8406-235-8

Emneord (MeSH):

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

Sitering: Knapstad M, Nilsen TS, Aarø LE., Schønning A, Nes R, Skogen JC. Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal: Framgangsmåte og utvalde resultat. Rapport 2021. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2021.

Korrigert utgåve, august 2021: Dette er ein korrigerert versjon av rapporten. Førre versjon, datert 23. april 2021, inneholdt ein beklageleg i feil prosentdelar for høvesvis «Korsryggsmerter siste 28 dagar» og «Nakkesmerter siste 28 dagar». Rapporterte tal for nakkesmerter viste tal for korsryggsmerter og motsett. Rettingar er gjort i kap. 3.52 og 3.53, med tilhøyrande omtale av tal i samandrag og gjennomgang av funn (kap. 4.1.10).

Innhald

Samandrag	6
Om rapporten og metodisk tilnærming	6
Møre og Romsdal samanlikna med andre fylke	7
Forskjellar mellom regionane i Møre og Romsdal	8
Kjønnsforskjellar	9
Alder	9
Utdanning	10
Viktige atterhald	11
1 Introduksjon	13
2 Metode	14
2.1 Utval, datainnsamling og fråfall	14
2.2 Om deltakinga i denne undersøkinga	17
2.3 Spørjeskjemaet	20
2.4 Spørsmålsoversikt	21
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning	21
2.4.2 Trivsel	22
2.4.4 Tilgjenge til fasilitetar og servicetilbod lokalt	22
2.4.5 Deltaking i aktivitetar	22
2.4.6 Generell helse og tannhelse	22
2.4.7 Besøk hos tannlege eller tannpleiar	23
2.4.9 Høgde og vekt	23
2.4.10 Psykiske plager (HSCL-5)	23
2.4.11 Søvnpblem (insomni) og søvnlengde	24
2.4.12 Langvarige helseproblem og funksjonsnedsettingar	24
2.4.13 Sosial støtte	24
2.4.14 Einsemd	25
2.4.15 Fysisk aktivitet	25
2.4.16 Kosthald	26
2.4.17 Røyk, snus og e-sigarettar	27
2.4.18 Alkohol	27
2.4.19 Skadar	28
2.4.20 Støy	28
2.4.21 Livskvalitet	28
2.4.22 Demografiske opplysningar og opplevd økonomisk situasjon	30
2.4.23 Ulønt omsorgsarbeid	31
2.4.24 Muskel-skjelettplager	31
2.4.25 Koronavaksine	31
2.4.26 Tilleggsspørsmål i undersøkinga i Møre og Romsdal	32
2.5 Statistiske analysar	32
3 Resultat: Møre og Romsdal	36
3.1 Alder: Regionar i Møre og Romsdal	36
3.2 Kjønn: Regionar i Møre og Romsdal	37
3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Regionar i Møre og Romsdal	38
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regionar i Møre og Romsdal	39
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	40
3.6 Kulturtilbod	42

3.7 Idrettstilbud	44
3.8 Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbud	46
3.9 Offentleg transport	48
3.10 Natur- og friluftområde	50
3.11 Kystlinje/strand eller sjø	52
3.12 Gang- og sykkelveggar	54
3.13 Deltaking i organisert aktivitet kvar veke	56
3.14 Deltaking i annan aktivitet kvar veke	58
3.15 God eller svært god helse	60
3.16 God eller svært god tannhelse	62
3.17 Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleier	64
3.18 Fedme (KMI 30+)	66
3.19 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager	68
3.20 Søvnproblem (Insomni)	70
3.21 Søvn lengde i timar	72
3.22 I stor grad påverka grunna helseproblem	74
3.23 Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade	76
3.24 Høg sosial støtte	78
3.25 Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka	80
3.26 Timar stillesitting i kvardagen	82
3.27 Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare	84
3.28 Dagleg inntak av frukt eller bær	86
3.29 Dagleg inntak av grønnsaker	88
3.30 Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare	90
3.31 Dagleg røyking	92
3.32 Dagleg snusing	94
3.33 Drikk alkohol 2 gonger i veka eller oftare	96
3.34 Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare	98
3.35 Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 månader	100
3.36 Plaga av støy frå trafikk heime	102
3.37 Plaga av annan støy heime	104
3.38 Fornøgd med livet	106
3.39 Framtidsoptimisme	108
3.40 Det ein gjer i livet er meningsfylt	110
3.41 Negative følelsar siste 7 dagar	112
3.42 Positive følelsar siste 7 dagar	114
3.43 Engasjert	116
3.44 Einsemd	118
3.45 Sosiale relasjonar	120
3.46 Saman med gode vener kvar veke eller oftare	122
3.47 Folk flest er til å stole på	124
3.48 Stadstilhøyrsløse	126
3.49 Trygg i nærmiljøet	128
3.50 Prosentdel med økonomiske vanskar	130
3.51 Regelmessig ulønt omsorgsarbeid	132
3.52 Nakkesmerter siste 28 dagar	134
3.53 Korsryggsmerter siste 28 dagar	136
4 Oppsummering av resultat og diskusjon	138
4.1 Gjennomgang av funn etter tema	138
4.1.1 Den demografiske samansettinga i materialet	138

4.1.2	Tilgjenge til tenester og fasilitetar	138
4.1.3	Deltaking i aktivitetar og engasjement	141
4.1.4	Kosthald, fysisk aktivitet og fedme	143
4.1.5	Røyking, snus og bruk av alkohol	145
4.1.6	Sjølvrapportert helse, skadar og funksjonsevne	147
4.1.7	Psykiske plager og aspekt av livskvalitet	150
4.1.8	Sosial interaksjon og sosial kapital	153
4.1.9	Andre utfallsmål (støy, knapt med pengar i hushaldet)	158
4.1.10	Nye utfallsmål (ulønt omsorgsarbeid, nakke- og korsryggsmerter)	160
4.2	Atterhald ved datagrunnlaget	162
4.2.1	Representativitet og skeivheiter	162
4.2.2	Spørjeskjema og måleinstrument	162
4.2.3	Korona-pandemien	164
V.	Referansar	166
Appendiks 1:	Spørjeskjema	168
Appendiks 2:	Tabell utfallsmål etter fylke (tillegg)	169
Appendiks 3:	Tabellar frekvensfordeling (tillegg)	174

Samandrag

Om rapporten og metodisk tilnærming

I denne rapporten presenterast bakgrunn, metode og gjennomføring av Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal 2021 og ein del utvalde resultat.

Områda som blir dekkja i denne rapporten inkluderer blant anna tilgjenge til tenester og fasilitetar, helsereelatert åtferd, sjølvrapportert helsetilstand, ulukker, nedsett funksjonsnivå, ulike aspekt ved sosialt miljø og nærmiljø, psykiske plager og aspekt av livskvalitet og ulønt omsorgsarbeid. Vi analyserer slike forhold på tvers av kjønn, alder, utdanning og regionar innan fylket. Vi presenterer også resultat for Møre og Romsdal samla sett og samanliknar med dei fylka som tidlegare har gjennomført undersøkinga. Spørjeskjemaet som blei brukt i Møre og Romsdal er basert på ein revidert versjon av kjernemodulen, som låg klar 4. januar 2021. Datainnsamlinga blei gjennomført av Folkehelseinstituttet på vegne av Møre og Romsdal fylkeskommune i perioden 1. til 14. februar 2021.

Vi diskuterer også ulike atterhald knytt til representativitet og fråfall. Desse atterhalda må ein ta høgde for når ein skal vurdere funna som blir presenterte i rapporten.

Dei presenterte resultatata gir berre eit første, nokså beskrivande bilete av det som ligg av informasjon i dette datamaterialet. Anonymiserte data vil bli gjort tilgjengelege for Møre og Romsdal fylkeskommune og andre, mens aktuelle forskingsmiljø kan søke om utvida tilgjenge til datamaterialet frå undersøkinga. Kommunane får ein separat rapport med eigne tabellar som viser lokale resultat.

Utvalet som blei invitert til å vere med var vaksne frå 18 år og oppover. Kor stor prosentdel av den vaksne befolkninga som blei trekt ut i kvar kommune varierte. Dette for å sikre eit større tal på deltakarar der folketalet var lågt. Det blei gitt påminningar to gonger. Av alle som blei inviterte til å delta i undersøkinga, var det 45,8 % som svarte på skjemaet.

Blant dei 24 967 som svarte var 52,7 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 50,3 år. Fire av ti (40,2 %) oppgav at dei hadde fullført utdanning frå høgskule eller universitet (vekta tal). Personar med utdanning frå høgskule eller universitet er sannsynlegvis overrepresenterte blant dei som deltok i undersøkinga. Vi har også ein underrepresentasjon særleg av unge menn og eldre kvinner.

I denne rapporten har vi vekta ned kommunar der vi har trekt ut høge andelar av befolkninga og vekta opp der vi har trekt ut låge andelar. Dette er gjort for å sikre at kvart område får innverknad på totaltala som svarar til befolkningsstørrelsen (18 år og eldre).

I analysane av data skil vi mellom fire regionar i Møre og Romsdal: Nordmøre, Romsdal, Nordre Sunnmøre og Søre Sunnmøre. I analysane der vi samanliknar regionar, justerer vi statistisk¹ for kjønn, alder og utdanning, men vi presenterer både ujusterte og justerte tal. Analysane av samanhengar mellom alder og utfallsvariablar² blir gjort separat for menn og kvinner. Det same gjeld samanhengane mellom utdanningsnivå og utfallsvariablar. Men her

¹ Å justere statistisk vil i denne samanhengen seie at vi reknar ut tal for ulike regionar under føresetnad av at gruppene er like med omsyn til fordelingar på kjønn, aldersgrupper og utdanningsgrupper.

² Utfallsvariablar betyr det same som avhengige variablar eller kriteriumvariablar. Dette til forskjell frå prediktorar eller uavhengige variablar.

justerast det for alder, og alle som er 25 år eller yngre samt dei som er under utdanning er her teke ut av analysane.

Prosentdelen som oppgir at dei har fullført utdanning på universitets- eller høgskulenivå er klart høgare blant kvinner enn blant menn i dette utvalet frå Møre og Romsdal (45,8 % og 34,0 %) (vekta tal). Ein tilsvarende kjønnsforskjell, nokre gonger litt større, andre gonger litt mindre, finn vi i alle regionane i fylket. Også nasjonalt er andelen med utdanning på universitets- eller høgskulenivå høgare blant kvinner enn blant menn.

Møre og Romsdal samanlikna med andre fylke

Undersøkinga i Møre og Romsdal i 2021 blei gjennomført med ein revidert versjon av kjernemodulen. Den reviderte versjonen er basert på, og framleis i hovudsak lik, ein tidlegare versjon av skjemaet, som vart utarbeida våren 2018 og seinare utvida ved at ein la inn spørsmål om livskvalitet. På til saman 44 utfallsvariablar samanliknar vi med tal frå undersøkingane som blei gjennomførte i Troms og Finnmark våren 2019, i Agder hausten 2019, i Nordland våren 2020 og i Rogaland hausten 2020. På 20 av utfallsvariablane kan vi samanlikne også med undersøkingar gjennomført i Hordaland våren 2018 og i Sogn og Fjordane våren 2019.

Variasjonen over fylke har tidlegare vist seg å vere nokså beskjeden. På nokre punkt skil Møre og Romsdal seg likevel litt ut frå dei andre fylka. Forhold knytte til den pågåande koronapandemien kan tenkast å ha hatt betydning for ein del av utfallsvariablane på til dømes sosial kontakt, psykiske plager og livskvalitet. I kva grad veit vi ikkje sikkert.

Servicetilbod og fasilitetar: Andel som rapporterte Godt eller svært godt tilgjenge til offentleg transport og som synes gang og sykkelveggar er Godt eller svært godt utbygde klart lågare i datamaterialet frå Møre og Romsdal enn i Agder og Rogaland. Begge ligg omtrent likt med Nordland, Troms og Finnmark. Møre og Romsdal har lågast andel som rapporterte godt tilgjenge til Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod. Men her er forskjellane små.

Helserelatert åtferd og fedme: Generelt ser ikkje Møre og Romsdal ut til å skilje seg særleg frå dei andre fylka det gjeld kosthald. Forskjellane vi ser kan dels ha med nyanseforskjellar mellom spørjeskjema som er brukte. På ein del av utfalla (timar stillesitting i kvardagen, fedme, dagleg røyking, dagleg snusing og alkohol to gonger i veka eller oftare) ligg andelane i datamaterialet i Møre og Romsdal i midtsjiktet samanlikna med andre fylke som har gjennomført FHUS-undersøkinga. Men Møre og Romsdal har, saman med Sogn og Fjordane, den lågaste andelen med episodisk høgt alkoholbruk.

Sjølvrapportert helse, tannhelse, skadar og funksjonsevne: Møre og Romsdal plasserer seg også i mellomsjiktet samanlikna med dei andre fylka på nesten alle utfallsmål som dreier seg om sjølvrapportert helse (svært god eller god helse, svært god eller god tannhelse) og funksjonsevne (i stor grad nedsett; kvardagen i stor grad påverka).

Psykiske plager og aspekt ved livskvalitet. Møre og Romsdal fylke skil seg lite frå dei andre fylka på psykiske plager og einsemd. Men på nokre av livskvalitetsutfalla er gjennomsnittsskårane litt lågare enn dei andre fylka vi har mål for (kor fornøgd ein er med livet, om livet er meningsfylt, positive følelsar siste sju dagar og om ein har gjensidig støttande sosiale relasjonar).

Deltaking, sosial interaksjon og sosial kapital. Ein klart lågare andel i Møre og Romsdal enn i dei andre fylka rapporterte at dei er saman med gode vener kvar veke. Også andelen som

rapporterte at dei deltek i organiserte og ikkje-organiserte aktivitetar kvar veke var litt lågare enn dei andre fylka. Møre og Romsdal peikar seg positivt ut på tryggleik i nærmiljøet (saman med dei nordlegaste fylka). Utover dette er forskjellane mellom fylka små på spørsmål som omhandlar sosial interaksjon og sosial kapital.

Økonomiske vanskar: Andel som synes det er vanskeleg å få pengane i hushaldet til å strekke til (16,7 %) var, saman med Rogaland, litt lågare enn i dei andre tre fylka der dette spørsmålet er stilt (19,4-21,4 %).

Forskjellar mellom regionane i Møre og Romsdal

Regioninndelinga som er brukt i denne rapporten:

- **Nordmøre:** Kristiansund, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Smøla, Aure
- **Romsdal:** Molde, Vestnes, Rauma, Aukra, Hustadvika
- **Nordre Sunnmøre:** Ålesund, Stranda, Sykkylven, Sula, Giske, Fjord
- **Søre Sunnmøre:** Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Ørsta, Volda

Dei fleste i Møre og Romsdal rapporterer å ha det bra:

- 74 % trivast i stor grad i nærmiljøet
- 72 % opplev å ha god eller svært god helse
- 87 % opplev å ha middels eller høg sosial støtte
- 93 % opplev godt eller svært godt tilgjenge til natur- og friluftsområde

Innan Møre og Romsdal fylke finn vi generelt nokså lite variasjon over regionar på dei fleste av utfallsvariablane. Dei største forskjellane var å finne på tilgjenge til servicetilbod og fasilitetar.

Servicetilbod og fasilitetar. Internt i Møre og Romsdal var det stor variasjon når det gjeld rapportert tilgjenge til offentleg transport og gang- og sykkelvegar. Romsdal kom best ut på begge. Søre Sunnmøre kom dårlegast på offentleg transport og Nordre Sunnmøre på gang- og sykkelvegar. Det var også noko variasjon i tilgjenge til Butikkar, serveringsstader (der Søre Sunnmøre har lågare tal enn dei tre andre) og Idrettstilbod (der Nordmøre har høgast og Nordre Sunnmøre og Søre Sunnmøre har lågast tal). For Natur- og friluftsområde og Kystline/strand eller sjø var tala høge med svært lite variasjon mellom regionane. Ingen regionar kjem best ut på alt eller dårlegast ut på alt.

For restande utfallsmål er det lite variasjon eller berre små forskjellar mellom regionane i fylket. Nokre forskjellar kan likevel trekkast fram. Særleg Søre Sunnmøre kjem positivt ut samanlikna med dei andre regionane på ei rekke av utfallsmåla: Deltaking i organisert aktivitet (høgast andel), Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gongar i veka eller oftare (lågast andel), Timar stillesitting i kvardagen (lågast gjennomsnitt), Fysisk aktivitet (høgast andel), Dagleg røyking (saman med Nordre Sunnmøre lågast andel) og Dagleg snusbruk (også saman med Nordre Sunnmøre lågast andel), Drikk alkohol 2 gongar i veka eller oftare og (lågast andel), Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare (saman med Romsdal lågast andel), Meir enn to år sidan ein var hos tannlege eller tannpleiar (lågast andel), og Høg sosial støtte (høgast andel). Men det er på Søre Sunnmøre andelane med korsyggsmerter og nakkesmerter siste 28 dagar er høgst. Nordmøre merkar seg

positivt ut på Stadstillhøyrsløse (høgast andel) og saman med Romsdal på Trivsel i nærmiljøet (høgast andel).

Kjønnsforskjellar

Serviceutbod og fasilitetar. Det er høgare prosentdel kvinner (70,2 %) enn menn (64,5 %) som rapporterte at dei har godt tilgjenge til kulturtilbod. Utover dette var det små eller ingen kjønnsforskjellar i andel som rapporterte godt tilgjenge i fylket samla sett.

Kosthald, fysisk aktivitet og fedme: Kvinner kjem betre ut enn menn på nesten alle utfallsmål som handlar om kosthald, fysisk aktivitet og fedme. Det einaste unntaket var for andel som et fisk 2-3 gongar i veka eller oftare, der det ikkje var nokon klar kjønnsforskjell.

Røyking, snus og alkohol: Medan det ikkje var kjønnsforskjell i dagleg røyking, var snusbruken og alkoholbruken klart høgare blant menn enn kvinner.

Sjølvrapportert helse, tannhelse, skadar og funksjonsevne: Andelen kvinner som rapporterte om god eller svært god tannhelse var høgare hos kvinner enn menn, og det ser også ut til at kvinnene oftare oppsøker tannlege eller tannpleier. Men fleire kvinner enn menn rapporterte om at kvardagen i stor grad er påverka av helseproblem. Andelen med nakkesmerter og korsryggsmerter siste 28 dagar er også langt høgare blant kvinner enn menn. Kjønnsforskjellen er særleg uttalt for nakkesmerter.

Psykiske plager og aspekt ved livskvalitet: På dei variablane som ligg nær opp til psykisk helse (psykiske plager, negative følelsar, positive følelsar, søvnproblem), kom kvinnene noko mindre gunstig ut enn mennene. Mens for skår på «Fornøgd med livet» og «Livet er meiningsfylt» var det praktisk tala ingen kjønnsforskjell.

Sosial interaksjon og sosial kapital. Kvinnene hadde lågare gjennomsnittleg skår enn mennene på «Tryggleik i nærmiljøet», og høgare på «Einsemd», «Gjensidig positive sosiale relasjonar» og «Høg sosial støtte».

Alder

Serviceutbod og fasilitetar. På dei fleste område aukar tilfredsheita med tilgjenget til serviceutbod og fasilitetar noko med alderen, sjølv om samanhengane ikkje alltid er lineære.

Kosthald, fysisk aktivitet og fedme: Di høgare alder, dess betre rapportert kosthald. Dette gjeld inntak av sukkerhaldig brus eller leskedrikk, frukt eller bær, grønnsaker (ikkje helt lineær samanheng for menn) og fisk. Gjennomsnittleg timar stillesitting per dag er høgast i yngste aldersgruppe (18-29) og lågast blant dei eldste (70+).

Men vi finn nokre unntak frå regelen om at di høgare alder, dess gunstigare helserelatert åtferd. Andel som er fysisk aktive (så mykje at dei blir andpustne eller svette minst 4 gonger per veka i minst ½ time kvar gong) er høgast blant dei yngste. Andel som har fedme er lågast blant dei yngste og dei eldste.

Røyking, snus og alkohol: Blant dei yngste vaksne er dagleg røyking nesten heilt ute, mens den daglege bruken av snus har stor utbreiing.

Sjølvrapportert helse, tannhelse, skadar og funksjonsevne: Variasjonen i sjølvrapportert helse over aldersgrupper var på ingen måte eintydig. Andel som rapporterte at dei hadde god eller svært god helse er høgast blant dei yngste og relativt stabil med aukande alder deretter, med nokre unntak. Andelen som rapporterte at det var meir enn to år sidan dei

var hos tannlegen minkar nokså sterkt med aukande alder frå nest yngste til nest høgaste aldersgruppe. Særleg mennene i dei to yngste aldersgruppene stikk negativ ut på utfalla om tannhelse, samanlikna både med kvinner i same alder og med dei eldre aldersgruppene.

Nakke- og korsryggsmerter. Det er ingen tydeleg samanheng mellom alder og andel som rapporterer korsryggsmerter siste 28 dagar. For nakkesmerter siste 28 dagar held andelen seg høg for kvinner fram til 50-59 års alder, for deretter å minke med aukande alder. For menn held andelen med nakkesmerter stabil fram til ein liten nedgang for eldste aldersgruppe (70+ år), og er heile tida på eit klart lågare nivå enn blant kvinner.

Psykiske plager og aspekt ved livskvalitet. Dei psykiske plagene minkar med stigande alder. Særleg kvinner i den yngste aldersgruppa skårar høgt på psykiske plager. Dei yngste har også dei høgaste andelane med søvnproblem. Negativ affekt minkar og det å vere fornøgd med livet stig nokså sterkt med alderen. Også det å oppfatte livet som meningsfullt stig med alderen, men her ser vi ein liten nedgang att blant dei eldste. Framtidsoptimismen er derimot relativt stabil med alder, med unntak av ein nedgang i skår for den eldste aldersgruppa.

Sosial interaksjon og sosial kapital. På dei fleste utfallsmål som sorterer under overskrifta Sosial interaksjon og sosial kapital blir tala mykje gunstigare med stigande alder. Dette gjeld særleg trivsel i nærmiljøet, tillit til andre, stadstilhøyrslø, trygghet i nærmiljøet.

Einsemda går ned med alderen, men flatar ut frå nest eldste (60-69) til eldste (70+) aldersgruppe. Det er blant dei yngste kvinnene (18-29) vi finn den lågaste andelen som føler seg trygge i nærmiljøet. Det å vere saman med gode vener kvar veke er vanlegast blant dei yngste, fell deretter sterkt og aukar så med stigande alder.

Støy: For begge kjønn er det ein svak, men jamn nedgang med stigande alder i andel som opplev å vere plaga av støy frå trafikk og støy frå andre utandørs støykjelder når dei er heime.

Økonomiske vanskar: Andelen som svarte at det er vanskeleg å få pengane i haldet til å strekke til minkar kraftig med alderen, frå 24,8 til 10,5 % blant kvinner og frå 20,9 til 7,6 % blant menn.

Ulønt omsorgsarbeid. Andelen som rapporterte regelmessig ulønt omsorgsarbeid for ein eller fleire sjuke, eldre eller med funksjonshemming (samla 19,3 %) var klart høgast i aldersgruppa 50-59 år (32,7 % blant kvinner og 26,6 % blant menn), etterfølgt av aldersgruppa 60-69 år (25,5 % blant kvinner og 23,1 % blant menn).

Når ein skal vurdere samanhengane mellom alder og utfallsmål, er det viktig å ta i betraktning at vi har eit stort fråfall av eldre som ikkje er registrerte med digital kontaktinformasjon i Kontakt- og reservasjonsregisteret. Dersom desse eldre skil seg frå dei som deltek i undersøkinga ved til dømes å ha dårlegare helse eller meir helseskadeleg helserelatert åtferd, vil vi sannsynlegvis ha teikna eit litt for positivt bilete av situasjonen i dei eldste gruppene. Også blant unge menn var deltakinga låg, noko som kan ha gitt eit litt for positivt bilete også i denne gruppa.

Utdanning

Servicetilbod og fasilitetar: Forskjellane over utdanningsgrupper på andel som oppgav Svært godt eller Godt tilgjenge på tenester og fasilitetar er jamt over små.

Deltaking og engasjement: Di høgare utdanningsnivå, dess høgare skår på «Engasjement» og dess høgare andel deltek kvar veke i organiserte og til ei viss grad også andre aktivitetar.

Kosthald, fysisk aktivitet og fedme: Di lenger utdanning, dess høgare andelar rapporterte å ha eit helsesamt kosthald og å vere (minst) moderat fysisk aktive, og dess mindre andel rapporterte å ha fedme. Samtidig var gjennomsnittleg antal timar stillesitting høgast blant dei med høgskule- eller universitetsutdanning.

Røyking, snus og alkohol: Bruken av tobakk og det episodisk høge forbruket av alkohol minkar med aukande utdanning. Samtidig aukar andelen som rapporterer inntak av alkohol 2 gonger i veka eller oftare med aukande fullført utdanningsnivå.

Sjølvrapportert helse, tannhelse, skadar og funksjonsevne: Når det gjeld helseutfall og utdanningsnivå er bildet nokså eintydig og dei fleste samanhengane sterke. Med aukande utdanning blir alt betre. Resultata for dei nye utfallsmåla på nakkesmerter og korsryggsmerter føyer seg inn i same mønster. For begge er det ein tydeleg utdanningsgradient, der andelane som rapporterer slike smerter går ned med aukande utdanningsnivå.

Psykiske plager og aspekt ved livskvalitet. Med stigande utdanning, og særleg fram til høgare utdanning (kortare eller lengre), blir så å seie alt betre: Psykiske plager og søvnproblem minkar. Det er samtidig ei auke i gjennomsnittsskår på positiv affekt, kor fornøgd ein er med livet no og i kva grad ein finn livet meiningsfylt. Med stigande utdanning stig også gjennomsnittsskåren for kor fornøgd ein forventar å vere med livet om fem år.

Sosial interaksjon og sosial kapital. Samanhengane med utdanning er her jamt over noko svakare enn for tilsvarende samanhengar med alder. Men alt som varierer systematisk går i favør av dei med høg utdanning: Sosial støtte, Gjensidig positive sosiale relasjonar, Tillit, Trygghet i nærmiljøet og Trivsel i nærmiljøet stig alle med utdanningsnivå. Opplevinga av einsemd går ned, særleg for kvinner.

Støy: For menn er det ein noko lågare andel blant høgaste samanlikna med lågaste fullførte utdanningsnivå. Utover det var det ingen klar samanheng mellom utdanningsnivå og oppleving av å vere plaga av støy heime.

Økonomiske vanskar: For økonomiske vanskar var det ein stor og klar utdanningsgradient.

Alt i alt bekreftar dei funna vi har gjort i undersøkinga i Møre og Romsdal det vi veit frå tidlegare om forholdet mellom helse og utdanning. Di høgare utdanning, dess betre er situasjonen både med omsyn til helse, helsedeterminantar og livskvalitet.

Viktige atterhald

Når vi både i dette samandraget og i teksten elles har karakterisert tala for undergrupper som «høge» eller «låge» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å hugse på at desse vurderingane er relative, ikkje normative. Det dreier seg heile tida om samanlikningar med gjennomsnitta på tvers av grupper. Tala for prosentdel som et frukt eller bær minst kvar dag i ein bestemt region kan tid dømes karakteriserast som høge. Men så lenge tala ligg langt under 100 prosent, er det sjølv sagt for lågt.

Deltakinga i undersøkinga var, som allereie nemnt, på 45,8 %. Dette er et godt resultat samanlikna med andre undersøkingar av tilsvarende type. At under halvparten av alle

inviterte deltok, skapar likevel ein del usikkerheit omkring resultatane. Det kan til dømes tenkast at dei som deltek har ei helsemessig gunstigare åtferd enn dei som ikkje deltek. Analysar av forskjellar mellom dei som svarte med ein gong og dei som svarte etter purringar i data frå Hordaland, viser likevel ingen systematiske forskjellar mellom desse gruppene. Dette styrker eit stykke på veg tilliten til resultatane. Likevel er det sikrast å berre legge vekt på resultat som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønster av resultat.

Slik det også er tilfelle med folkehelseundersøkingane i andre fylke, er det også i Møre og Romsdal nokre grupper som fell utanfor. Dei under 18 år er ikkje inviterte til å delta. Vidare gjeld dette også alle som ikkje kan nåast gjennom ei internett-basert datainnsamling, blant anna bustadlause. Til sist er dei som ikkje beherskar norsk godt nok til å svare på undersøkinga ikkje eller i liten grad representerte.

Datainnsamlinga til denne undersøkinga blei gjennomført nesten eit år ute i koronapandemien. Vi veit ikkje sikkert korleis all informasjonen og alle tiltaka og forholdsreglane rundt den kan ha påverka psykiske plager, livskvalitet og sosial kontakt. På utfallsvariabelen psykiske plager skil ikkje Møre og Romsdal seg vesentleg frå andre fylke, der datainnsamlingane var gjennomførte før pandemien hadde brote ut. Slik var det også for Rogaland, som også gjennomførte datainnsamling etter at pandemien var i gang (september-oktober 2020). Men på fleire av utfallsmåla som omhandlar sosial kontakt og livskvalitet er tala frå Møre og Romsdal derimot litt lågare enn det som var funne både i Rogaland og i fylka som gjorde datainnsamlingar før pandemien. Det er mogeleg at forskjellar mellom Møre og Romsdal og Rogaland på desse spørsmåla er eit resultat av kor strenge korona-relaterte restriksjonar og anbefalingar var rundt undersøkingstidspunkta, og ikkje reelle forskjellar mellom fylka.

Denne rapporten dekkjer resultat frå hovudmodulen i spørjeskjemaet. I tillegg inneheldt spørjeskjemaet spørsmål utvikla av Møre og Romsdal fylkeskommune. For ei oppsummering av resultatane i tilleggsmodulen, sjå lenke på nettsidene til folkehelsegruppa i Møre og Romsdal fylkeskommune (www.mrfk.no).

1 Introduksjon

Folkehelseundersøkingane i fylka (FHUS-ane) er heimla i forskrift om oversikt over folkehelsa § 7. Målet med undersøkingane, som skal omfatte den vaksne befolkninga, er å skaffe fram informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylke og kommunar. Viktige tema som inngår er subjektivt rapportert helse, psykiske plager, livskvalitet, skadar, helsereelatert åtferd og lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsa. Ei viktig side ved folkehelseundersøkingane er mellom anna at dei skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baserast på eit ferskast mogeleg evidensgrunnlag. Folkehelseundersøkingane skal dessutan supplere det vi har av informasjon frå andre kjelder, til dømes frå register, frå nasjonale undersøkingar og frå undersøkingar som er meir medisinske og som til dømes omfattar måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale.

Dersom ein lykkast i å gjennomføre undersøkingane på ein standardisert måte (same spørjeskjema, same datainnsamlingsmåtar) med høg kvalitet på dei innsamla dataa (representative utval, høg svarprosent), vil det vere mogeleg å samanlikne på tvers av fylke og med tal for heile landet. Over tid vil ein dessutan kunne sjå på trendar både innan fylke og på tvers av fylke. Det å kunne samanlikne på tvers og over tid var eit viktig premiss då desse undersøkingane først blei beskrive av Helse- og omsorgsdepartementet.

Data frå folkehelseundersøkingane er allereie i bruk som noko av grunnlaget for fylkesvise sjukdomsbyrdeanalysar³ og vil etter kvart også bli presenterte gjennom Norgeshelsa⁴, Kommunehelsa⁵ og Kommunehelseprofilane⁶. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunane samt regionale og lokale forskingsmiljø for vidare analysar og for å sikre ei best mogeleg nytte av dataa. Analysar baserte på data frå folkehelseundersøkingane i fylka blir dessutan publiserte i vitskapelege artikkelar [1-3].

Det lagast også tabellar med tal for kvar enkelt kommune (og nokre gonger bydelar eller, som i Møre og Romsdal, tidlegare kommuneinndelingar). Når kommunane er svært små, slik at det kan oppstå problem med anonymiteten, kan det nokre stader vere at tal ikkje kan bli oppgitte. Dette gjaldt berre for svært få utfallsmål i nokre få av kommunane i Møre og Romsdal.

I samarbeid med fylkeskommunane er det utvikla eit spørjeskjema som blir brukt i alle folkehelseundersøkingane. Undersøkinga i Møre og Romsdal er den første som brukar ein noko revidert versjon av dette skjemaet. Skjema som er brukt så langt er tilgjengelege på Folkehelseinstituttet sine heimesider⁷. Kvart fylke som gjennomfører undersøkinga, har høve til å føye til eit avgrensa tal med eigne spørsmål.

Etter kvart som nye fylke gjennomfører undersøkinga, blir hovudrapportane som blir utarbeidd lagt ut på Folkehelseinstituttet sine heimesider. Rapporter frå fem tidlegare undersøkingar, Sogn og Fjordane⁸, Troms og Finnmark⁹, Agder¹⁰, Nordland¹¹ og

³ <https://www.fhi.no/div/forskningsentre/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrdeanalyser--bakgrunn-og-formal/>

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

⁵ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶ <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

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

⁸ <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokinga-i-sogn-og-fjordane-2019/>

⁹ <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokelsen-troms-finnmark/>

¹⁰ <https://www.fhi.no/publ/2020/folkehelseundersokelsen-agder-2019/>

¹¹ <https://www.fhi.no/publ/2020/fylkeshelseundersokelsen-nordland/>

Rogaland¹² er foreløpig lagt ut [4-8]. I denne rapporten presenterer vi resultat frå Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal 2021.

2 Metode

2.1 Utval, datainnsamling og fråfall

Undersøkinga i Møre og Romsdal blei planlagt og gjennomført i eit nært samarbeid mellom avdelingar ved to forskjellige områder ved Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse og Område for helsedata og digitalisering) og Møre og Romsdal fylkeskommune. Tilleggsspørsmåla som blei lagt inn frå Møre og Romsdal handla om mobilitet, årsaker til at fasilitetar kan vere dårleg tilgjengelege, tilpassing av bustad og helsehjelp.

I tillegg valde Folkehelseinstituttet å legge inn tre spørsmål om haldningar til vaksiner som eit ledd i handteringa av COVID-19 pandemien.

For å få eit stort nok tal på deltakarar til å få dekkja behovet for statistikk med bra presisjon for ulike geografiske einingar i Møre og Romsdal, var det ønskeleg med eit brutto-utval på nærare 56 000. Utvalet skulle omfatte personar som var busette i Møre og Romsdal, dei skulle vere fødte 2002 eller tidlegare, dei skulle ha registerstatus som «vanleg busett» og dei skulle ha adressekode 0 (ikkje pendlarstatus, ikkje klient ved institusjon o.l.). Dei skulle også ha gyldig fødselsnummer (ikkje D-nummer, som er midlertidig og meint for opphald i Norge mindre enn 6 månadar).

Tilfeldige utval blei trekt for kvar kommune, samt dei tidlegare kommunane som no er ein del av Molde (Nesset og Midsund) og Ålesund (Haram, Ørskog, Skodje, Sandøy). For å få god nok representasjon i alle kommunar, blei det trekt mellom 23 og 74 % frå den vaksne befolkninga frå kvar kommune. Dette har konsekvensar for dei statistiske analysane og medfører at det må brukast vekting. Vekting betyr her at ein let svar frå dei som er frå område der det prosentvis er trekt ekstra store utval telle mindre. I område der prosentdelane som er trekt ut er lågare, let ein observasjonane telle meir. På denne måten sikrar ein at prosentane og gjennomsnitta blir mest mogeleg korrekte.

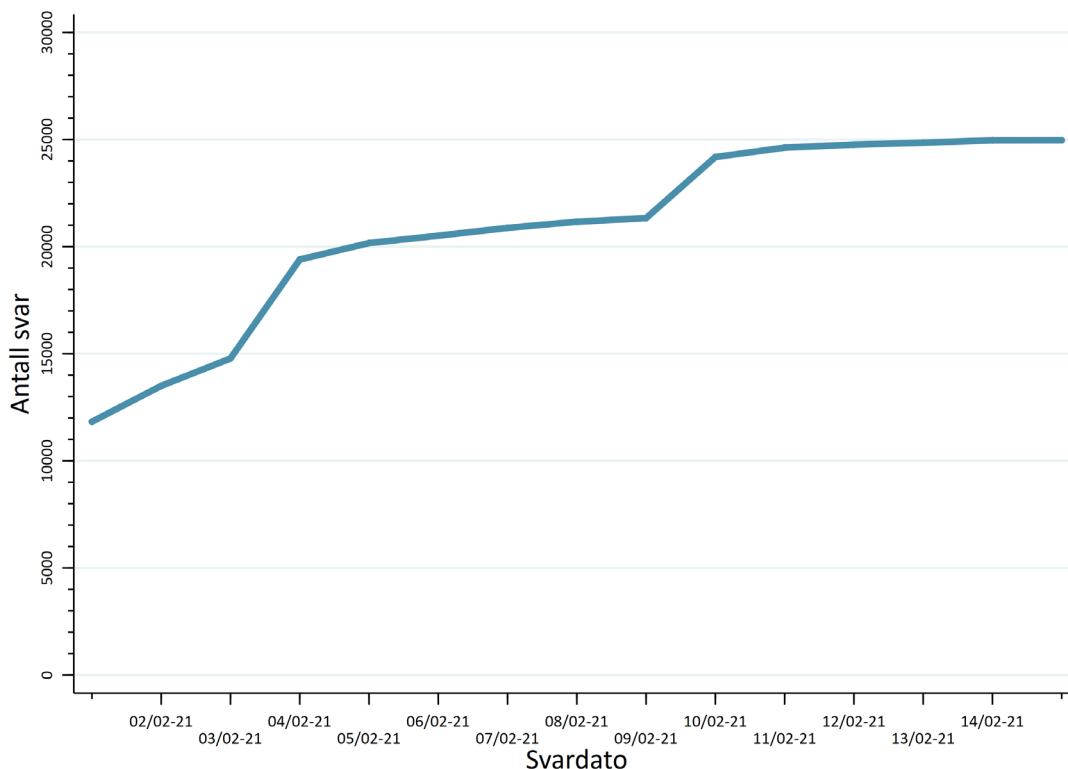
Det blei trekt et utval frå Folkeregisteret på 64 644.

Etter at utvalet var sjekka mot Kontakt- og reservasjonsregisteret, for å sile bort alle som ikkje var registrerte der og alle som hadde reservert seg mot å delta i undersøkingar, blei talet redusert til 57 830. Deretter fjerna ein alle som ikkje hadde unik e-post eller unikt mobilnummer, alle som var døde, og alle som ikkje hadde registrert adresse i Møre og Romsdal. Det endelege utvalet før utsending var dermed redusert til 54 487. Ingen av dei som fall ut i steg to var pga. flytting ut av fylket, dvs. at alle i det opphavlege utvalet framleis var registrert busett i Møre og Romsdal ved dei ulike sjekkpunkta. Ved sjølve utsendinga blei listene sjekka mot Kontakt- og reservasjonsregisteret på nytt. Då falt det i tillegg 5 personar ut, slik at talet kom ned i 54 482. Undervegs blei ytterlegare 17 personar av ulike grunnar ekskluderte frå materialet, slik at det endelege utvalet bestod av 54 465 personar. Dette er det talet som inngår i den såkalla «invitasjonsfila» og som dermed er utgangspunktet for å rekne ut oppslutning både totalt og i subgrupper.

¹² <https://www.fhi.no/publ/2020/folkehelseundersokelsen-i-rogaland-2020/>

Datainnsamling og datalagring blei gjennomført ved bruk av Nettskjema og Tjenester for Sensitive Data (TSD), begge utvikla og levert av Universitetet i Oslo. Dataa blei deretter overførte til sikker server ved Folkehelseinstituttet for bearbeiding og analyser. Dei som måtte ønske det, kan når som helst få sletta sine opplysningar frå datafilene.

Første invitasjon til å delta blei sendt ut 1.februar 2021. Det blei sendt ut påminningar den 4. februar og den 10. februar. Datainnsamlinga blei formelt avslutta 14. februar 2021, men av praktiske årsaker blei det elektroniske skjemaet stengt først den 15. februar. Etter første utsending oppnådde vi svar frå 24,8 % av dei inviterte. Etter første purring kom ein opp i 39,2 %. Og innan datainnsamlinga blei avslutta, kom deltakinga opp i 45,8 %. Korleis deltakinga i undersøkinga utvikla seg frå dag til dag, er vist i Fig. 1 nedanfor.



Figur 1: Utfylte skjema etter dato.

Møre og Romsdal fylke er delte inn i fem regionar i analysane som er presenterte i denne rapporten:

- **Nordmøre:** Kristiansund, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Smøla, Aure
- **Romsdal:** Molde, Vestnes, Rauma, Aukra, Hustadvika
- **Nordre Sunnmøre:** Ålesund, Stranda, Sykkylven, Sula, Giske, Fjord
- **Søre Sunnmøre:** Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Ørsta, Volda

Tabell 1 viser kor mange som blei inviterte til å vere med i undersøkinga og kor mange som faktisk deltok etter region i fylket. Oppslutninga var god i alle regionane og varierte mellom 44,1 og 47,7 %.

Tabell 1: Fordeling av inviterte og endeleg utval etter region (ikkje vekta tal)

	Inviterte N	Svarte n	Deltaking i prosent
Nordmøre	12 858	6 131	47,7
Romsdal	12 623	5 952	47,2
Nordre Sunnmøre	18 798	8 392	44,6
Søre Sunnmøre	10 186	4 492	44,1
Alle	54 465	24 967	45,8

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høgare blant kvinner (50,6 %) enn blant menn (41,5 %). Blant kvinnene varierer svarprosenten noko over aldersgrupper. Høgast er den i aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år (begge 59,0 %) og lågast i dei to yngste aldersgruppene, 18-29 år (41,4 %) og 30-39 år (45,5 %).

Blant menn er forskjellane over aldersgrupper endå større. Blant menn i dei to eldste aldersgruppene (60-69 år og 70+ år) er det heile 56,5 % og 54,0 % som har svart. Blant dei yngste mennene (18-29 år) var det berre 24,6 % som deltok, med andre ord under halvparten så stor prosentdel.

Ei alvorleg feilkjelde i undersøkingar som denne er seleksjon. Seleksjon handlar om at dei som deltek svarar forskjellig frå dei som ikkje deltek. Jo lågare andel som deltek, dess større er sannsynlegvis seleksjonsproblema. I den føreliggande undersøkinga er seleksjonsproblemet sannsynlegvis størst blant menn i dei to lågaste aldersgruppene, med andre ord blant menn i alderen 18-39 år.

Ei analyse gjort på data frå folkehelseundersøkinga i Hordaland tyder på at seleksjonsproblemet kanskje er mindre enn ein kan frykte. Resultat frå denne analysen viser at dei som svarar etter ei eller to purringar ikkje skil seg vesentleg frå dei som svarar ved første invitasjon [3]. Dette betyr at ein noko lågare svarprosent ikkje nødvendigvis gir skeivheiter på dei utfallsvariablane som inngår i folkehelseundersøkingane. Sidan svara varierer systematisk over undergrupper definert ved kjønn og alder, vil det likevel vere ein fordel å vekte når ein skal rekne ut tal som gjeld eit heilt fylke eller eit bestemt geografisk område, eller når ein skal samanlikne grupper på andre variablar.

Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe (ikkje vekta tall)

	Kvinner			Menn		
	Inviterte n	Svarte n	Deltaking i prosent	Inviterte n	Svarte n	Deltaking i prosent
18-29	4 785	1 980	41,4	5 404	1 330	24,6
30-39	4 613	2 097	45,5	4 888	1 582	32,4
40-49	4 664	2 408	51,6	4 988	1 954	39,2
50-59	4 799	2 832	59,0	5 191	2 510	48,4
60-69	4 147	2 482	59,0	4 416	2 496	56,5
70+	3 000	1 368	45,6	3 570	1 928	54,0
Alle	26 008	13 167	50,6	28 457	11 800	41,5

Tabell 3 viser kor stor prosentdel av den samla befolkninga i Møre og Romsdal som deltok i undersøkinga. Klart lågast prosentdel finner vi blant kvinner som er 70 år eller eldre

(14,7 %) etterfølgt av menn som er 70 år eller eldre (20,3 %), mens prosentdelen er mellom 26,2 og 29,0 for resterande grupper.

Tabell 3: Utvalet og befolkningstal¹³ etter kjønn og aldersgruppe (ikkje vekta tal)

	Kvinner			Menn		
	Befolkning n	Utval n	Utvalet i prosent	Befolkning n	Utval n	Utvalet i prosent
18-29	18 179	4 785	26,3	20 332	5 404	26,6
30-39	15 881	4 613	29,0	17 316	4 888	28,2
40-49	16 137	4 664	28,9	17 552	4 988	28,4
50-59	16 753	4 799	28,6	18 180	5 191	28,6
60-69	15 836	4 147	26,2	16 376	4 416	27,0
70+	20 468	3 000	14,7	17 556	3 570	20,3
Alle	103 254	26 008	25,2	107 312	28 457	26,5

2.2 Om deltakinga i denne undersøkinga

Organisering i Møre og Romsdal og tiltak for å auke oppslutninga om undersøkinga¹⁴

Arbeidet med undersøkinga i Møre og Romsdal blei gjennomført av ei prosjektgruppe som styrte prosjektet og sørge for framdrift. I denne gruppa satt representantar frå Folkehelseinstituttet og Seksjon for folkehelse, idrett og friluftsliv i Kulturavdelinga, samt Stab for strategi og styring i Møre og Romsdal fylkeskommune.

Arbeidet er forankra og utført i samarbeid med:

- Kultur-, næring og folkehelseutvalet som handsama den politiske saka og løyvde midlar til undersøkinga og har blitt haldt orientert om undersøkinga.

- Eldrerådet og Rådet for likestilling av personar med nedsett funksjonsevne som har handsama saka og fått høve til å diskutere undersøkinga.

- Leiargruppa til fylkeskommunedirektøren og leiargruppa i Kulturavdelinga.

- Plangruppa, som består av representantar frå alle fagområde, og stabseiningar i fylkeskommunen har hatt høve til å kome med innspel til tilleggsmodulen, og er sentrale i høve vidare oppfølging og formidling av resultatata frå undersøkinga.

- Arbeidsgruppe for oversikt over folkehelsa, som består av representantar frå NAV, Helseføretaket, to kommunar, Høgskulen i Volda, Statsforvaltaren og fylkeskommunen, har hatt høve til å kome med innspel til tilleggsmodulen og kjem til å bidra i det vidare arbeidet med oppfølging av undersøkinga.

- Samarbeidsorganet for Program for folkehelsearbeid i kommunane (folkehelseprogrammet) fekk orientering om undersøkinga og moglegheit til å kome med

¹³ Befolkningstala er henta frå Statistisk sentralbyrå og gjeld befolkningssamansettinga per 1. januar 2021.

<https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

¹⁴ Skildringa av arbeidet som blei gjort lokalt bygger på ein tekst som var utarbeidd av Sigrí Spjelkavik i Møre og Romsdal fylkeskommune. Ho var kontaktperson i fylkeskommunane under heile arbeidet med denne undersøkinga. Telefon: 71 28 03 04. E-post: Sigrí.Spjelkavik@mrfylke.no

innspel. I samarbeidsorganet sit representantar frå NAV, Helseføretaket, Statsforvaltaren, forskings- og utdanningsmiljøa, KoRus, Ungdomspanelet, og administrativ og politisk leiing i kommunane og fylkeskommunen.

Møre og Romsdal fylkeskommune var ansvarleg for den regionale oppfølginga i samsvar med ein samarbeidsavtale som blei inngått med Folkehelseinstituttet. Den regionale oppfølginga omfattar mellom anna:

- Finansiære undersøkinga
- Drive kommunikasjonsarbeid og promotere undersøkinga i fylket
- Svare på tilbakemeldingar frå publikum (e-postar og telefonar) i samband med undersøkinga
- Formidle resultatata frå undersøkinga til befolkninga
- Stimulere til vidare bruk av data

Det blei utarbeidd ei eiga plan for korleis undersøkinga skulle kommuniserast til befolkninga i Møre og Romsdal og korleis innbyggerane skulle bli motivert til å delta.

Gjennomføringa føregjekk slik:

2020

26.08	Arbeidsgruppe for oversikt over folkehelsa blei informert i eige møte
02.09	Det blei sendt e-post til folkehelsekoordinatorane i kommunane om det politiske vedtaket om å gjennomføre undersøkinga
04.09	Møte med Høgskulen i Volda
22.10	Møte med Høgskolen i Molde
22.10	Webinar for kommunane med innlegg om folkehelseundersøkinga
02.12	Nettside oppretta om undersøkinga
15.12	Webinar for kommunane med innlegg om folkehelseundersøkinga
Haust	Produksjon av film og animasjon om undersøkinga

2021

12.01	Det blei sendt e-post til folkehelsekoordinator/folkehelserådgivar/kontaktperson for folkehelsearbeidet og kommunedirektørane med meir informasjon om undersøkinga, og med forslag til pressemelding
27.01	Pressemelding sendt ut frå fylkeskommune
27.01	Oppstart kommunikasjonskampanje i sosiale media og i aviser
28.01	Pressemelding sendt ut frå fleire kommunar
28.01	Intervju med fylkesordførar Tove-Lise Torve i Radio 1 Fm
Jan	Fleire kommunar omtalar undersøkinga på eigne nettsider
01.02	Intervju med fylkeskulturdirektør Heidi-Iren Wedlog Olsen i NRK Møre og Romsdal
01.02	Undersøkinga starta
03.02	Intervju med fylkesordførar Tove-Lise Torve i Radio Ålesund
04.02	Første runde med påminningar
09.02	Pressemelding med førebels resultat og oppmoding om at fleire menn svarar
10.02	Andre runde med påminningar Kommunane fekk tilsendt rapport om status undervegs

Tre av deltakarane blei trekt ut tilfeldig og fekk eit gåvekort i sportsbutikk (1 x kr. 5 000 og 2 x kr. 2 500).

Kommunikasjonstiltaka i Møre og Romsdal fylkeskommune blei koordinert med Folkehelseinstituttet. Møre og Romsdal fylkeskommunen hadde utarbeidd ei eiga kommunikasjonsplan for undersøkinga. Denne blei oversendt til Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet laga sjølv ei pressemelding/nyhendesak, som blei lagt ut på deira nettsider, saman med sjølv spørjeskjemaet, same dag som undersøkinga starta. Pressemeldinga blei oversendt til Fylkeskommunen i forkant for samordne kommunikasjon om undersøkinga.

Det blei oppretta eige telefonnummer og eiga e-post adresse i Møre og Romsdal fylkeskommune. Folkehelseinstituttet har ei eiga e-postadresse for fylkeshelseundersøkingane, som også er avsendar for e-postinvitasjon til deltakarane. Det kom flest e-postar og telefonar ved oppstart og i samband med dei to påminningane. Det blei svart på alle.

Nettside på mrfylke.no

Det blei oppretta ei eiga nettside for folkehelseundersøkinga på nettsidene til Møre og Romsdal fylkeskommune med kort-url-en:

<https://www.mrfylke.no/folkehelseundersokinga>

Som eit tilleggsva blei det oppretta ei side med «spørsmål og svar». Det var også mogleg å svare på undersøkinga ved å følgje ei lenkje for dei som ikkje var direkte invitert. Nettsida fekk totalt 8 559 sidevisningar, med 7 509 unike besøkande i perioden undersøkinga var aktiv.

Kampanje i sosiale media og aviser:

Det blei produsert to filmar i samband med undersøkinga. Ein animasjonsfilm på 28 sekund og ein film på 60 sekund. Ein kortare variant av filmene blei brukt i sosiale media. Filmene var meint å nå ut til eit bredt publikum med både kvinner og menn i alle aldersgrupper. I den lengste filmen var det også døme på spørsmål/tema i undersøkinga.

Det er registrert artiklar i 12 aviser i Møre og Romsdal om undersøkinga, her to av dei tre større regionsavisene.

Animasjon:

- 34 895 personar nådd
- 113 989 eksponeringar
- 1 854 lenkeklikk
- 1 610 unike lenkeklikk

Film:

- 57 665 rekkevidde
- 149 694 eksponeringar
- 2 260 lenkeklikk
- 2 058 unike lenkeklikk

Facebook-poster/Instagram (organisk):

27. januar: 6.436 personar nådd, 246 engasjement

1. februar: 6.257 personar nådd, 727 engasjement

11.februar: 1.303 personar nådd, 68 engasjement (Lenke til nyhendesak med oppmoding om at fleire menn svarar).

YouTube:

Animasjon: 302 avspelingar

Film: 390 avspelingar

Fylkeskommunen har ikkje distribuert lenka til YouTube, så dei fleste klikk her er frå eiga nettside. Avspelingar viser både dei som har trykket på avspeling på vår nettside og på YouTube.

Lenke til filmene på YouTube:

Animasjon: https://www.youtube.com/watch?v=bUxWBavG5_k

Film: <https://www.youtube.com/watch?v=qBm2e4zGICo>



Bilete henta frå filmene som blei produsert i samband med undersøkinga. Sykkelbiletet er frå Midsund.

2.3 Spørjeskjemaet

Spørjeskjemaet som blei brukt i Møre og Romsdal er basert på ein revidert versjon av kjernemodulen, som låg klar 4. januar 2021. Den reviderte kjernemodulen blei utvikla av ei arbeidsgruppe med representantar frå Folkehelseinstituttet og ei av fylkeskommunane. Revisjonar er gjort etter innspelsrundar hausten 2020 med fylkeskommunane, representantar frå utvalde enkeltkommunar, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (m.a. ved SSB og UiB). Livskvalitetsmodulen er revidert av normerende gruppe for livskvalitetsmåling, nedsett av Helsedirektoratet. Den reviderte versjonen er basert på, og framleis i hovudsak lik, ein tidlegare revidert kjernemodul, utvikla av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunane, og som låg føre 1. mars 2019. Mange av spørsmåla som var med i skjemaet som blei brukt under pilotundersøkinga i Agder-fylka og Vestfold i 2015 er framleis med [9]. Ein del av dei endringane som blei gjort før undersøkingane i Hordaland og i Sogn og Fjordane er også beholdne. Til sist er dei fleste av spørsmåla som vart brukte i undersøkingane i 2019 og 2020 (Agder, Troms og Finnmark, Nordland og Rogaland) framleis med. For enkelte av desse spørsmåla er det vel og merke gjort mindre justeringar i spørsmålsformulering og/eller svaralternativ. I ein appendiks til denne rapporten blir det gitt lenker til

spørjeskjemaet som blei brukt i Møre og Romsdal, inkludert ein nynorskversjon og ein bokmålsversjon.

I tillegg til hovudmodulen, som i blir brukt i alle datainnsamlingane, har kvart fylke høve til å legge inn tilleggs-spørsmål som er av spesiell interesse for det aktuelle fylket.

2.4 Spørsmålsoversikt

Vi vil her kort beskrive dei spørsmåla som inngår i hovudmodulen til spørjeskjemaet. Vi beskriv spørsmåla stort sett i same rekkefølge som dei har i spørjeskjemaet. Vi har kommentert spesifikt der det er gjort endringar etter siste skjemarevisjon (justerte spørsmålsformuleringar og/eller svarkategoriar, spørsmål som er bytta ut eller nye tema er komne inn).

2.4.1 Kjønn, alder og utdanning

Informasjon om kjønn og alder blei henta frå Det sentrale folkeregisteret (DSF). Alder er i denne rapporten brukt som kontinuerleg variabel når ein skulle beskrive gjennomsnittleg alder på tvers av regionar innan fylket. I andre samanhengar er alder delt inn i aldersgrupper med følgande oppdeling: 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, og 70 år eller eldre.

Informasjon om høgaste fullførte utdanning er basert på sjølvrapport. Her er kategoriane reviderte f.o.m. 2021 i samråd med SSB, for å få kategoriar som er mest mogleg samanliknbare med deira statistikk. Deltakarane kunne velje mellom følgande sju kategoriar:

- I. Inga fullført utdanning
- II. Grunnskule eller tilsvarande (f.eks. framhaldsskule, folkehøgskule)
- III. Vidaregåande skule eller tilsvarande (f.eks. yrkesskule, gymnas)
- IV. Fagskule
- V. Høgskule/universitet, årsstudium eller tilsvarande (mindre enn 2 år)
- VI. Høgskule/universitet, bachelorgrad, cand. mag. eller tilsvarande (2 – 4 år)
- VII. Høgskule/universitet, mastergrad, hovudfag eller tilsvarande (meir enn 4 år)

I denne rapporten blir utdanning oftast brukt som ein variabel med fire nivå, med inndeling i tråd med SSB si kategorisering: nivå I-II (Grunnskule eller lågare), nivå III-V (VGS), nivå VI (Høgskule/universitet 2-4 år) og nivå VII (Høgskule/universitet >4 år). Nokre stader er utdanning brukt som todelt variabel, der vi skil mellom nivå I-V og nivå VI-VII.

Merk at gruppa med Fagskule og gruppa med Høgskule/universitet mindre enn to år begge blir plasserte i kategorien «VGS». I tidlegare fylke som har gjennomført folkehelseundersøkinga var det ikkje eigne svaralternativ desse utdanningane. Det medførte truleg at ein del med slik utdanning kryssa av for, og vart rapportert å ha, utdanning på høgskule- eller universitetsnivå. Utdanningsnivåa som er rapporterte i tidlegare folkehelseundersøkingane i fylka vil dermed ikkje vere heilt samanliknbare med undersøkinga for Møre og Romsdal. Derimot vil tala frå Møre og Romsdal, og dei kommande undersøkingane, i større grad kunne samanstillast med tal for heile befolkninga i statistikken frå Statistisk sentralbyrå.

2.4.2 Trivsel

Deltakarane blei spurde om i kva grad dei trivast i nærmiljøet sitt. Det blei gitt fire svaralternativ: «I stor grad», «I nokon grad», «I liten grad» og «Ikkje i det heile tatt». I denne rapporten har vi rapportert prosentdel som svarte «I stor grad».

2.4.4 Tilgjenge til fasilitetar og servicetilbod lokalt

Deltakarane blei spurde om korleis dei opplever tilgjenget til ulike typar fasilitetar og servicetilbod lokalt. Det blei spurt om tilgjenget til

- kulturtilbod (kino, bibliotek, kulturhus, konsertar, teater etc.)
- idrettstilbod (idrettshall, symjehall, treningsstader, dansekurs, ski/lys-løyper etc.)
- butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod
- offentleg transport
- natur- og friluftsområde, inkludert parkar og andre grøntareal
- kystline/strand eller sjøen

Svarkategoriane var «Svært godt», «Godt», «Verken godt eller dårleg», «Dårleg», «Svært dårleg» og «Veit ikkje». Spørsmålet om tilgjenge til kyst/strand eller sjø hadde også svarkategorien: «Bur ikkje i nærleiken av sjø eller innsjø».

Eit nokså tilsvarande spørsmål handla om gang- og sykkelveggar, om dei var godt utbygde i nærområdet. Svaralternativa var dei same som over.

For dette temaet er det gjort følgjande skjemarevisjonar f.o.m. 2021: i) Spørsmål om kultur- og idrettstilbod var før revisjonen samla i eitt spørsmål. Desse er no to separate spørsmål, og det er lagt til nokre fleire døme på typar tilbod. ii) Spørsmålet om natur- og friluftsområde, inkludert parkar og andre grøntareal var før revisjonen delt i to spørsmål. iii) Spørsmålet om kystline/strand eller sjø er nytt.

I denne rapporten oppgir vi prosentdel som har svart «Svært godt» eller «Godt» på kvar av spørsmåla om tilgjenge til fasilitetar, servicetilbod og sykkelstiar. Kategoriane «Veit ikkje» og «Bur ikkje i nærleiken av sjø eller innsjø» er i denne samanhengen haldne utanfor prosentfordelinga.

2.4.5 Deltaking i aktivitetar

Deltakarane blei spurde om kor ofte dei deltek i organisert aktivitet/frivillig arbeid som til dømes idrettslag, politiske lag, trussamfunn, kor eller liknande. Dei blei også spurde om kor ofte dei deltek i annan aktivitet som til dømes klubb, møte, treffe vener, trimturar med vener/kolleagaer eller andre. Desse to spørsmåla hadde dei same svaralternativa: «Dagleg», «Kvar veke», «1-3 gonger per månad», «Sjeldnare» og «Aldri». I denne rapporten har vi rapportert prosentdel som har svart at dei deltek kvar veke eller oftare.

2.4.6 Generell helse og tannhelse

Dei som var med i undersøkinga blei spurde om korleis dei alt i alt vurderer si eiga helse. Dei kunne sette kryss for eitt av følgjande fem svaralternativ: «Svært god», «God», «Verken god eller dårleg», «Dårleg» og «Svært dårleg». I analysane nytta vi ei todeling der vi rapporterte prosentdel som svarte at dei hadde «God» eller «Svært god» helse.

Det blei stilt eit heilt tilsvarende spørsmål der dei blei bedt om å vurdere eiga tannhelse. Som for generell helse har vi rapportert prosentdel som svarte at dei hadde «God» eller «Svært god» tannhelse.

2.4.7 Besøk hos tannlege eller tannpleiar

Deltakarane blei spurde om når dei sist var hos tannlege eller tannpleiar. Det blei brukt tre svaralternativ: «0-2 år sidan», «3-5 år sidan» og «meir enn 5 år sidan». I denne rapporten presenterer vi prosentdelen som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei sist var hos tannlege eller tannpleiar.

Dei som svarte at det var meir enn fem år sidan sist dei var til tannlege eller tannpleiar, blei spurde kvifor. Det blei gitt fire svaralternativ, der det blei presisert at det var tillate med meir enn eitt kryss: «Økonomiske årsaker», «Redsel/frykt», «Problem med transport/reiseveg» og «Andre årsaker».

Analysar av svara på spørsmålet om årsak til at det var meir enn fem år sidan sist dei var til tannlegen, er ikkje presenterte i den føreliggande rapporten.

2.4.9 Høgde og vekt

Deltakarane blei spurde om kor høge dei er utan sko, og skulle gi svaret i tal på centimeter (heile tal, min 25, maks 250). Dei blei også spurde om kor mykje dei veg utan klede og sko. Her skulle dei oppgi svaret i kilogram (heile tal, min 25 maks 500). Dei som var gravide skulle oppgi vekta før dei blei gravide. Det blei rekna ut ein kroppsmasseindeks (KMI) etter vanleg formel. KMI definerast som kroppsvakta i kilogram dividert med kvadratet av høgda oppgitt i meter (kg/m^2). Oppgitt høgde på 1.20-2.20 m og vekt på 25-220 kg vart teke med i utrekninga. Utrekna KMI <14 og >80 vart rekna som urealistiske og utelete frå analysane. Blant svara i Møre og Romsdal vart $n=77$ halde utanfor med desse kriteria. Vi har rapportert prosentdel som hadde ein kroppsmasseindeks på 30 eller meir. KMI på 30 eller meir omtalast ofte som fedme.

2.4.10 Psykiske plager (HSCL-5)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) blei nytta som mål på psykiske plager [5]. HSCL-5 omfattar 5 spørsmål om følgande:

- nervøsitit eller indre uro
- redsle eller kjent deg engsteleg
- kjensle av håpløyse med tanke på framtida
- nedtrykt eller tungsindig
- bekymring eller uro

Det blei spurt om kva grad ein hadde vore plaga av kvart av desse symptomta den siste veka, og gitt fire svaralternativ: «Ikkje plaga» (1 poeng), «Litt plaga» (2 poeng), «Ganske mykje plaga» (3 poeng) og «Veldig mykje plaga» (4 poeng). Det kan reknast ut ein gjennomsnittsskår på tvers av dei fem ledda. Denne vil ha verdiar som varierer frå 1 til 4, der høgare skår indikerer høgare grad av psykiske plager. I denne rapporten har vi laga gjennomsnittsskår for dei som har gyldige svar på > 2 av spørsmåla (99,87%). I nokre samanhengar omkodast denne variabelen til ein todelt variabel der ein skår som er høgare enn 2,00 blir definert som ein høg skår.

2.4.11 Søvnpøblem (insomni) og søvnlengde

Bergen Insomnia Scale (BIS) blei brukt som mål på søvnpøblem. Søvninstrumentet er teke inn i siste skjemarevisjon f.o.m. 2021 og gir informasjon om omfang av søvnpøblem (insomni) etter DSM-5-kriteria. Dette søvnmålet er brukt i ei rekke andre spørjeundersøkingar. Sidan DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 5) endra noko på kriteria for insomni samanlikna med tidlegare versjonar av DSM, er vel og merke skjemaet ikkje heilt identisk med det originale skjemaet (som t.d. vart nytta i Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag 4 - HUNT4). Spørsmåla, slik dei er formulerte i FHUS, inngår også i den Nasjonale Folkehelseundersøkinga (NHUS), som vart gjennomført av Folkehelseinstituttet for første gong hausten 2020.

BIS omfattar 4 spørsmål om høvesvis vanskar med å sovne om kvelden, gjentekne oppvakningar, kor ofte ein er trøytt eller søvniq og kor lenge søvnevanskane har vart. For dei tre første spørsmåla blir gitt fire svaralternativ: «Aldri/sjeldan», «Av og til», «1-2 gonger per veke» og «Minst 3 gonger per veke». Spørsmålet om varigheit av søvnevanskar har fem svaralternativ for varigheit; «Mindre enn 1 månad», «1-2 månadar», «3-6 månadar», «7-12 månadar», «Meir enn 1 år», samt svaralternativet «Eg har ikkje søvnevanskar». Følgande kriterium gir indikasjon på insomni etter DSM-5: Å oppgi å ha vanskar med å sovne eller har gjentekne oppvakningar minst 3 gonger per veke OG å vere søvniq eller trøytt minst 3 gonger per veke OG at søvnpøblema har vart minst 3 månader. Vi har rapportert prosentdel som med indikasjon på insomni etter desse kriteria.

Deltakarane blei også spurde om kor mange timar søvn dei vanlegvis får per natt på kvardagar. Her kunne dei velje svarkategoriar i timar og minutt med 15 minutts intervall. Vi har rapportert gjennomsnittleg søvnlengde per natt i timar.

2.4.12 Langvarige helsepøblem og funksjonsnedsettingar

Deltakarane blei spurde om dei har hatt nokon langvarige sjukdommar eller helsepøblem (også sesongbetonte, eller som kjem og går). Sjukdommane eller helsepøblema skal ha vart, eller forventast å vare, i minst seks månader. Svaralternativa var «Ja» og «Nei».

Videre blei deltakarane i studien spurde om korleis desse helsepøblema påverkar kvardagen deira. Svaralternativa var «I stor grad», «I nokon grad», «I liten grad» og «Ikkje i det heile tatt».

Deltakarane blei også spurde om dei har noka funksjonsnedsetting eller plager som følge av skade. Dette inkluderer plager som kjem og går. Svaralternativa var «Ja» og «Nei».

Og til slutt under denne delen blei dei spurde i kva grad funksjonsnedsettinga påverkar kvardagen deira. Svaralternativa var «I stor grad», «I nokon grad», «I liten grad» og «Ikkje i det heile tatt».

I denne rapporten presenterer vi prosentdel som har svart at dei har langvarige helsepøblem som i stor grad påverkar kvardagen deira. Vi presenterer også prosentdel som har svart at dei har langvarige funksjonsnedsettingar på grunn av skade og som i stor grad påverkar kvardagen deira.

2.4.13 Sosial støtte

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

- Tal på nære personar som ein kan rekne med dersom ein har store personlege problem. Også personar i næraste familie kan reknast med. Svaralternativ: «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller fleire».
- Kor stor interesse andre viser for det ein gjer. Svaralternativ: «Stor interesse», «Noko interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Lita interesse» og «Inga interesse».
- Kor lett er det å få praktisk hjelp frå naboar om ein skulle trenge det. Svaralternativ: «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskeleg», «Vanskeleg» og «Svært vanskeleg».

Kvart sett av svarkategoriar blei gitt talverdiar frå 1 og oppover til 4 eller 5, der 1 står for lågast grad av støtte og høgare talverdiar står for høgare grad av sosial støtte. Det blei laga ein uvekta sumskår¹⁵ med verdiar frå 3-14. Skår på 1-8 blei rekna som indikasjon på opplevd lågt, 9-11 middels og 12 -14 høgt nivå av sosial støtte, basert på ei inndeling som er nytta i tidlegare studiar [10].

I diagramma viser vi prosentdel som opplever *høg* sosial støtte. Merk at vi i føregående FHUS-rapportar har presentert prosentdel som opplever *middels eller høg* sosial støtte. Endringa i rapportering er gjort mellom anna for å få tydelegare fram variasjonar i sosial støtte over geografi, utdanningsnivå og aldersgrupper. I appendiks ligg ein tabell som viser prosentfordeling for kvar av dei tre nivå av sosial støtte.

2.4.14 Einsemd

Einsemd blei målt med skalaen «The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS) [11]. T-ILS består av følgande spørsmål:

- Kor ofte føler du at du saknar nokon å vere saman med?
- Kor ofte føler du deg utanfor?
- Kor ofte føler du deg isolert frå andre?

Svaralternativa på alle desse var: «Aldri», «Sjeldan», «Av og til», «Ofte» og «Svært ofte».

I denne rapporten presenterer vi ikkje resultat basert på denne skalaen. Derimot tek vi med resultat basert på eit enkeltspørsmål om einsemd som inngår i livskvalitets-delen av skjemaet.

2.4.15 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blei målt med fem spørsmål.

- Omtrent kor mange timar ein sit i ro på ein vanleg kvardag. Svaret kunne gjevast i heile timar.
- Kor ofte ein vanlegvis trenar eller mosjonerer. Svaralternativa var: «Aldri», «Sjeldnare enn ein gong i veka», «Ein gong i veka», «2-3 gonger i veka», «4-5 gonger i veka» og «Omtrent kvar dag».
- Kor hardt ein trenar eller mosjonerer. Svaralternativa var: «Tar det roleg utan å bli andpusten eller sveitt», «Tar det så hardt at eg blir andpusten eller sveitt», og «Tar meg nesten heilt ut».

¹⁵ I dette tilfellet delte vi ikkje på tal på ledd. Berre dei med svar på alle tre ledda var tekne med (99,49 %).

- Kor lenge ein trenar kvar gong. Svaralternativa var: «Mindre enn 15 minutt», «15-29 minutt», «30 minutt-1 time» og «Meir enn 1 time».
- Dersom ein er i løna eller ulønt arbeid, korleis ein vil beskrive arbeidet sitt. Svaralternativa var: «For det meste stillesittande arbeid (til dømes skrivebordsarbeid, montering)», «Arbeid som krev at du går mykje (til dømes ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)», «Arbeid der du går og løftar mykje (til dømes pleiar, bygningsarbeidar)» og «Tungt kroppsarbeid».

Det tredje og fjerde av desse spørsmåla blei berre stilt til dei som hadde oppgitt at dei dreiv mosjon minst så ofte som «Sjeldnare enn ein gong i veka».

Tilsvarande spørsmål er nytta i mange tidlegare norske undersøkingar av fysisk aktivitet. I siste skjemarevisjon er det gjort følgjande justeringar i spørsmåla: i) Spørsmål to om treningshyppigheit er justert (instruksjonen «i fritida» sletta, «mosjon/trening til/frå jobb» teke inn). Spørsmålsformuleringa er no samanliknbar med spørsmål som er validert og brukast i HUNT og Tromsø-undersøkingane, samt andre nasjonale undersøkingar med tidsseriar bakover til 70/80-tallet [12, 13]. Formuleringa gir også eit betre mål på total mengde fysisk aktivitet. ii) I spørsmål tre er andre svaralternativ justert (frå «...andpusten og sveitt» til «...andpusten eller sveitt»). Dette gir lik formulering som i HUNT og er i tråd med faglege vurderingar om «moderat treningsintensitet». iii) Spørsmål om fysisk aktivitet i forbindelse med arbeid er nytt. Spørsmålet er henta frå Tromsøundersøkinga. Den brukast også i den Nasjonale helseundersøkinga (NHUS). Spørsmålet er lagt sist i rekka for ikkje å påverke svar på dei andre fysisk aktivitet-spørsmåla, men samtidig å gi meir informasjon om totalmengde fysisk aktivitet.

For å kunne reknast som fysisk aktiv, måtte ein ha trent eller mosjonert i minst ein halv time i minst fire dagar i veka og med ein intensitet som minst svarar til at ein blir andpusten eller sveitt.

2.4.16 Kosthald

Deltakarane fekk fire spørsmål knytt til kosthald:

- Kor ofte drikk du vanlegvis sukkerhaldig brus/saft/leskedrikk (inkludert iste, energidrikk, sportsdrikk, nektar)?
- Kor ofte et du vanlegvis frukt eller bær (rekn ikkje med juice eller fruktsaft)?
- Kor ofte et du vanlegvis grønsaker (inkludert salat)? Rekn ikkje med poteter.
- Kor ofte et du vanlegvis fisk (som pålegg, til lunsj eller middag)?

Dei fire kosthaldsspørsmåla hadde følgjande sju svaralternativ: «Sjeldan/aldri», «1-3 gonger per måned», «1 gong per veke», «2-3 gonger per veke», «4-6 gonger per veke», «Dagleg» og «Fleire gonger per dag». Etter siste skjemarevisjon er spørsmål 1 og 2 justerte i tråd med endringar gjort for den Nasjonale folkehelseundersøkinga (NHUS) (før: «Kor ofte drikk du vanlegvis sukkerhaldig brus/leskedrikk» og «Kor ofte et du vanlegvis frukt og bær...»). I tillegg er siste svarkategori (Fleire gonger per dag) lagt til for alle spørsmåla.

Inndelingane som er brukte i denne rapporten er valde etter vurdering av gjeldande nasjonale kosthaldsråd, svarfordelingar (som varierer mykje på tvers av dei fire kosthaldsspørsmåla), samt kor samanliknbare dei er med tidlegare FHUS-undersøkingar og NHUS-undersøkinga:

- Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger per veke eller oftare
- Dagleg inntak av frukt eller bær
- Dagleg inntak av grønsaker
- Inntak av fisk 2-3 gonger per veke eller oftare

Alle fire inndelingar samsvarar med dei som blir brukte i NHUS, og spørsmål 2 og 3 samsvarar med inndeling brukt i tidlegare FHUS-rapportar. Prosentfordeling for alle svarkategoriene er gitt i eigne tabellar i appendiks.

2.4.17 Røyk, snus og e-sigarettar

Deltakarane blei spurde tre innleiande spørsmål om det hender at dei røykjer, brukar snus eller brukar e-sigarettar. Svaralternativa var «Ja» og «Nei».

Dei som svarte «Ja» på innleiingsspørsmålet, fekk eit oppfølgingsspørsmål om kor ofte dei røyker/brukar snus/brukar e-sigarettar. Svaralternativa var her «Dagleg» og «Av og til». For e-sigarettar blei det også spurt om typen ein vanlegvis brukar inneheld nikotin, med svaralternativa «Ja» og «Nei».

Dei som svarte «Nei» på innleiingsspørsmålet, fekk oppfølgingsspørsmål om dei tidlegare har røykt/brukt snus/brukt e-sigarettar. Deltakarane kunne velje mellom svaralternativa «Ja, dagleg», «Ja, av og til» og «Nei».

Spørsmålsformuleringane er justerte noko i siste skjemarevisjon, med mål om å harmonisere med formuleringar brukt av SSB. Som i føregående rapportar har vi også i denne rapporten valt å skilje mellom dei som rapporterte dagleg bruk og dei som ikkje rapporterte dagleg bruk av røyk og snus. *Vi presenterer ikkje bruk av e-sigarettar, då andelen som rapporterte å bruke e-sigarettar dagleg i Møre og Romsdal var så låg som 1,1 % (vekta tal).*

2.4.18 Alkohol

Her blei det først spurt “Har du nokon gong drukke alkohol”, med svaralternativa “Ja” og “Nei”. Berre dei som svarte ja på dette spørsmålet blei bedne om å svare på dei etterfølgjande spørsmåla om alkoholbruk.

Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) vart nytta som mål på alkoholbruk og potensielle alkoholproblem [14]. AUDIT-C er eit mykje brukt screening-instrument som dekkjer mengde og frekvens av personen sitt alkoholbruk ved hjelp av 3 spørsmål som kvar skårast frå 0 til 4:

- I løpet av dei siste 12 månadene, kor ofte har du drukke alkohol? Svaralternativa er «Aldri» (skåre 0), «Månadleg eller sjeldnare» (skåre 1), «2-4 gonger i månaden» (skåre 2), «2-3 gonger i veka» (skåre 3) og «4 gonger i veka eller meir» (skåre 4).
- Kor mange alkoholeiningar tek du på ein «typisk» dag når du drikk alkohol? Svaralternativa er «1-2» (skåre 0), «3-4» (skåre 1), «5-6» (skåre 2), «7-9» (skåre 3) og «10 eller fleire» (skåre 4). Det blir spesifisert at eining alkohol svarar til ei lita flaske øl, eitt glas vin eller ein drink.
- Kor ofte drikk du seks alkoholeiningar eller meir ved eitt og same høve? Svaralternativa er «Aldri» (skåre 0), «Sjeldnare enn månadleg» (skåre 1), «Månadleg» (skåre 2), «Kvar veke» (skåre 3) og «Dagleg eller nesten dagleg»

(skåre 4). Det blir spesifisert at eining alkohol svarar til ei lita flaske øl, eitt glas vin eller ein drink.

Basert på svara kan det reknast ut ein sumskår mellom 0 (null) og 12 poeng, der høgare skår indikerer større risiko for potensielt problematisk alkoholbruk. Det er denne skåren som blei presentert i nokre av dei tidlegare rapportane frå folkehelseundersøkingane.

I den føreliggande rapporten har vi forenkla ved å presentere to utfallsvariablar. Eitt sett av diagram viser prosentdel som oppgir at dei drikk alkohol 2 gonger i veka eller oftare. Eit anna sett av diagram viser prosentdel som oppgir at dei drikk minst seks einingar alkohol ved eitt og same høve månadleg eller oftare (episodisk høgt alkoholforbruk).

2.4.19 Skadar

Deltakarane blei spurde: «Har du i løpet av dei siste 12 månadane vore utsett for éin eller fleire skadar som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?». Vidare blei det spesifisert at dette gjaldt nye skadar i perioden (dei 12 månadane), og at «*oppsøkt lege*» inkluderer fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetenesta. Det blei gitt tre svaralternativ: «Ja, ein», «Ja, fleire» og «Nei». I denne rapporten har vi skilt mellom dei som hadde blitt utsett for minst ein skade og dei som ikkje hadde det.

Det blei også spurt om årsaka til skaden med tre svaralternativ: «Ulykke/*uhell*», «Vold/overfall», «*Skada deg sjølv med vilje*», «Anna årsak» og «*Ønsker ikkje svare*». Det blei gitt instruksjon om å tenke på den alvorlegaste, dersom ein hadde hatt meir enn ein skade. Det blei også spurt kor skaden skjedde og kva ein haldt på med då skaden skjedde. Her viser vi til spørreskjemaet (spm. 5.1b og 5.1c), der alle svaralternativa på begge desse spørsmåla er oppgjevne. Svaralternativa i kursiv over er lagt til ved siste skjemarevisjon, etter erfaringar frå tidlegare FHUS-undersøkingar med høge prosentdelar som svarte «Anna årsak». Det vart også lagt til nokre fleire svaralternativ og spesifiseringar for skadestad.

Resultat basert på spørsmåla om årsak til skaden, kvar den skjedde og kva respondenten heldt på med då den skjedde, er ikkje tekne med i denne rapporten.

2.4.20 Støy

Deltakarane blei spurde om kor mykje dei var blitt plaga av støy frå vegtrafikk heime dei siste 12 månadane. Dei vart også spurde om kor mykje dei var blitt plaga av støy frå *andre utandørs støykjelder enn vegtrafikk*. I siste skjemarevisjon blei det andre spørsmålet justert frå «andre støykjelder» til spesifiseringa merka i kursiv i førre setning. Følgjande var også spesifisert: «Med heime meiner vi både innandørs og på uteareal som tilhøyrrer bustaden». Svaralternativa på begge desse spørsmåla var: «Ikkje plaga», «Litt plaga», «Middels plaga», «Mykje plaga» og «Svært mykje plaga». I denne rapporten har vi skilt mellom dei som blei ikkje eller litt plaga, og dei som var middels/mykje/svært mykje plaga.

2.4.21 Livskvalitet

Alle spørsmåla om livskvalitet er henta frå ein rapport om måling av livskvalitet som blei utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [15]. Alle spørsmåla frå det som i rapporten blir kalla «Minimumslista» er tekne inn blant spørsmåla som inngår i folkehelseundersøkingane. Under skjemarevisjonen til Fylkeshelseundersøkingane blei denne «Minimumslista» noko revidert av normerande gruppe for livskvalitetsmåling. Det tidlegare målet på depressive plager «Patient Health Questionnaire – 2 (PHQ-2)» blei teke

ut sidan skjemaet HSCL-5 (sjå 4.2.10) vart vurdert overlappande og betre. I tillegg blei spørsmål om kor fornøgd ein forventar å vere med livet fem år frå no (beskrive under) lagt til.

I tillegg til HSCL-5 er to spørsmål lagt inn i andre delar av spørjeskjemaet (Spm. 2.1 – «Korleis vurderer du alt i alt di eiga helse ...»; Spm. 3.1 – «Kor mange personar står deg så nær ...»). Desse er nærare beskrivne ovanfor. Dei andre blir presenterte her.

Aller først i livskvalitetsdelen kjem tre spørsmål om korleis ein opplever livet: Kor fornøgd ein er med livet, kor fornøgd ein forventar å vere med livet fem år frå no, og i kva grad ein opplever at det ein gjer i livet er meiningsfylt. Desse blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaar som går frå 0 til 10 og der 0 til dømes betyr «Ikkje fornøgd i det heile tatt» og 10 betyr «Svært fornøgd». I analysane i denne rapporten presenterer vi gjennomsnittstal for alle spørsmål der det brukt 11-punkts skalaer som responskategoriar. Det andre av desse spørsmåla, om forventning til livet fem år frå no, er nytt etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021.

I livskvalitetsdelen inngår også åtte spørsmål der deltakarane blei bedt om å vurdere korleis dei hadde opplevd dei siste sju dagane med tanke til å vere:

- Glad
- Bekymra
- Trist
- Irritert
- Einsam
- Engasjert
- Roleg og avslappa
- Engsteleg

Også desse blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaar (0-10).

Etter ein del statistiske analysar (mellom anna faktoranalysar og reliabilitetsanalysar) og vurdering av det omgrepsmessige innhaldet i ledda, valde vi i denne rapporten å kombinere følgande ledd til ein sumskår¹⁶ (meanscore) som handlar om opplevinga av negative følelsar dei siste 7 dagane: «Bekymra», «Trist», «Irritabel» og «Engsteleg». To andre ledd blei kombinert til ein sumskår (meanscore) som dreia seg om oppleving av positive følelsar dei siste 7 dagane: «Glad» og «Roleg og avslappa». Dei to ledda «Einsemd» og «Engasjement» blei analysert som enkeltledd.

To spørsmål, henta frå Dieners Flourishing Scale [16], handlar om sosiale relasjonar. Det første av desse er eit direkte mål på sosial støtte. Det blir spurt om respondenten oppfattar sine sosiale relasjonar som støttande og givande. Det andre spørsmålet dreier seg om i kva grad respondenten opplever å bidra aktivt til andre si lukke og livskvalitet. Også desse blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). Desse to blei slått saman til ei sumskår (meanscore) som vi kalla «Sosiale relasjonar». Ei meir presis og dekkande nemning ville

¹⁶ Når vi i denne rapporten omtalar sumskårar, handlar det nesten alltid om at vi har laga ein sumskår som er delt med talet på ledd som inngår. Dette heiter på engelsk ein «mean score». Kallar vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det heile tida bli forveksla med gjennomsnitt som reknast ut på tvers av individ innan grupper. For å unngå dette problemet, kallar vi desse skårane konsekvent «sumskårar».

vore «Gjensidig positive sosiale relasjonar». Valid skår fekk alle som hadde svart på minst eitt av ledda.

Under overskrifta «Sosialt fellesskap og tillit er det med fire spørsmål. Det blir først spurt om kor ofte informanten er saman med gode vener¹⁷. Responskategoriane er: «Omtrent dagleg», «Omtrent kvar veke, men ikkje dagleg», «Omtrent kvar månad, men ikkje kvar veke», «Nokre gongar i året», «Sjeldnare enn kvart år» og «Har ingen gode vener». Dette spørsmålet inngår ikkje i nokon sumskår, men blir analyserte kvar for seg. Vi rapporterer prosentdel som har svart kvar veke eller oftare.

I likskap med dei fleste spørsmåla i livskvalitetsdelen av skjemaet er også det neste spørsmålet bruk i mange tidlegare studiar, og det handlar om i kva grad andre er til å stole på (tillit). Spørsmålet etterpå dreier seg om tilhøyrse til staden ein bur på. Igjen blir den same 11-punkts skalaen brukt. Dette spørsmålet blir analysert for seg.

Det siste spørsmålet i livskvalitets-delen av skjemaet dreier seg om kor trygg ein føler seg når ein er ute og går i nærmiljøet. Også dette spørsmålet blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaen (0-10) og blir presentert for seg i denne rapporten.

2.4.22 Demografiske opplysningar og opplevd økonomisk situasjon

Spørsmålet om høgaste fullførte utdanning, som kjem først i denne delen, har vi gjort greie for ovanfor. Deretter kjem det eit spørsmål om ein opplever at den samla inntekta i hushaldet strekk til i det daglege. Svarkategoriane er «Svært vanskeleg», «Vanskeleg», «Forholdsvis vanskeleg», «Forholdsvis lett», «Lett», «Svært lett» og «Veit ikkje». I denne rapporten ser vi på prosentdel som rapporterte at det er «Svært vanskeleg», «Vanskeleg» eller «Forholdsvis vanskeleg» å få pengane til å strekke til i det daglege. Kategorien «Veit ikkje» er i denne samanhengen halde utanfor prosentfordelinga.

Deretter kjem eit spørsmål om arbeids- eller livssituasjon med til saman 11 mogelege svar, der det er opna for å sette kryss meir enn ein stad. Vi viser til appendiks i denne rapporten der spørsmålet er gjengjeve som nr. 7.3.

Vidare er det med eit spørsmål om sivilstatus, som er henta frå rapporten om måling av livskvalitet. Svarkategoriane er «Gift/registrert partner», «Sambuande», «Har kjærast (som du ikkje bur saman med)» og «Einsleg».

Så er det eit spørsmål om personar i hustanden. Dei som svarte meir enn 1 person fekk spørsmål om kor mange barn under 18 år ein har omsorg for og i tilfelle kva aldersgrupper barnet/barna tilhøyrer.

Det blei spurt om ein eig eller leiger bustaden sin, med svaralternativa «Eg eig min bustad», «Eg leiger min bustad» og «Eg bur gratis hos familie eller vener».

Til sist i denne delen blei det spurt om eige og foreldre sitt fødeland. Dei som svarte at ein sjølv, eller minst éin av foreldra, er fødde i utlandet, blei spurde kva land kvar av desse er fødde og kor lenge ein sjølv har budd i Noreg.

Spørsmåla om personar i husstand, barn, eigeforhold til eigen bustad og fødeland er tekne inn i kjernemodulen etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. *I denne rapporten presenterer*

¹⁷ Dette spørsmålet har eit ufullstendig sett av svarkategoriar. Mellom dei to svara «Nokre gonger i året» og «Sjeldnare enn kvart år», burde det settast inn eit ekstra svar «Omtrent ein gang i året». I praksis fungerer svarkategoriseringa bra likevel.

vi, av plassomsyn, ikkje resultat for grupper definert ved sivil status, hushaldstørrelse, arbeids- eller livssituasjon eller landbakgrunn.

2.4.23 Ulønt omsorgsarbeid

Dette temaet er nytt i kjernemodulen f.o.m. 2021. Spørsmåla som er tekne inn er baserte på «European Health Interview Survey», brukt i Statistisk sentralbyrå si levekårsundersøking. Deltakarane blei først spurde om dei gir regelmessig ulønt praktisk hjelp eller tilsyn til sjuke, funksjonshemma eller eldre. Svaralternativa er «Ja, éin person», «Ja, to eller fleire personar» og «Nei».

Dei som svarte bekreftande på innleiingsspørsmålet, fekk oppfølgingsspørsmål om følgande:

- Om personen (personane) bur i hushaldet
- Kva forhold ein har til denne personen (desse personane)
- Kva hjelp ein har gitt dei siste fire vekene
- Kva problem personen (personane) har
- Timar per veke ein gir hjelp eller tilsyn til denne personen (desse personane)

For kvart av spørsmåla er det opna for å setje eitt eller fleire kryss. Vi viser til spørjeskjemaet for detaljar om svaralternativ for desse spørsmåla (spm. 8.1a, 8.1b, 8.1c og 8.1d).

I denne rapporten presenterer vi prosentdelen som rapporterte å gi regelmessig hjelp eller tilsyn til ein eller fleire personar.

2.4.24 Muskel-skjelettplager

Eit utval av spørsmål frå «Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions» (BQMC) er brukt for å måle muskel-skjelettplager. BQMC er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med «Center for Global Burden of Disease» i Seattle (USA). Spørjeskjemaet er utarbeidd m.a. med mål om å kunne informere sjukdomsbyrdeestimat både regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Deltakarane blei spurde om dei hadde hatt smerter i høvesvis korsryggen eller nakken dei siste 28 dagane, med svaralternativa «Ja» og «Nei».

Dei som svarte «Ja» på eitt eller begge desse spørsmåla, fekk oppfølgingsspørsmål om kor mange av dei siste 28 dagane dei hadde hatt slike smerter, og kor mange av dagane smertene hadde gjort at ein måtte redusere vanlege aktivitetar eller daglege rutinar.

I denne rapporten presenterer vi prosentdel som rapporterte å ha hatt høvesvis nakkesmerter og korsryggsmerter dei siste 28 dagane.

2.4.25 Koronavaksine

Til sist i den delen av spørjeskjemaet som Folkehelseinstituttet har ansvar for, vart det lagt til tre spørsmål om koronavaksinering. Spørsmåla handlar om kor villig respondenten er til å vaksinere seg med koronavaksine, grunnar til å ta/ikkje ta koronavaksine og om ein elles følgjer anbefalingar om vaksinering. Desse spørsmåla inngjekk også i undersøkinga i Rogaland og i den Nasjonale folkehelseundersøkinga hausten 2020. *Resultat basert på*

desse spørsmåla blir ikkje presenterte i denne rapporten, men blir brukt som eit ledd i handteringa av COVID-19 pandemien og inngår allereie i ein rapport om mellom anna haldningar til vaksine blant innvandrara i forbindelse med pandemien [17].

2.4.26 Tilleggsspørsmål i undersøkinga i Møre og Romsdal

I folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal er det lagt til fem spørsmål. Dette handlar om mobilitet, pendlaravstand, hindringar for å ha tilgjenge til butikkar, serveringsstader eller offentlege tenester og møteplassar, tilpassing av bustad og kva grad ein er trygg på å få god helsehjelp ved behov. *Resultat basert på desse tilleggsspørsmåla blir ikkje presenterte i denne rapporten.*

2.5 Statistiske analysar

Utfallsmål som er kategoriske blir i nokre få tilfelle presenterte med prosentar for alle kategoriane. Men som regel kodast dei om til dikotome (to-delte) utfall, og samanhengane med prediktorar blir beskrivne ved bruk av prosentar og 95-prosent konfidensintervall. Konfidensintervalla er eit uttrykk for presisjon eller manglande presisjon når vi skal bruke tala som er rekna ut på grunnlag av utvalsdata for å seie noko om populasjonen. Konfidensintervalla fangar berre opp graden av presisjon som skuldast størrelsen på utvalet. Dei fangar ikkje opp nokon av dei systematiske feila som gjerne oppstår på grunn av fråfall. Prosentfordelingane for dei originale svarkategoriane er lagt til i egne tabellar i appendiks (uvekta).

Nokre variablar er metriske eller kan betraktast som metriske. Døme er alder og sumskår for psykiske plager (gjennomsnittet av skårar på enkeltledd). Også dei variablane som blir svart på med ein skala frå 0-10 betraktast her som metriske. For alle desse reknar vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet som presenterast viser gjennomsnittsalder for alle regionane i dei to fylka. Deretter visast prosentdel kvinner etter region og utdanningsnivå etter region.

For kvar utfallsvariabel køyrer vi deretter eit bestemt sett av analysar. Først gis talet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for heile materialet. Deretter gis tala separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall).

Så visast utfallsvariabelen broten ned på regionar både utan justering for andre variablar og med justering for kjønn, alder og utdanning. Utdanningsvariabelen er her utstyrt med ein ekstra kategori som består av dei som er under utdanning eller under 26 år. Variabelen «høgaste fullførte utdanning» gir berre meining dersom ein er ferdig med utdanninga eller har nådd ein alder der ein normalt skal ha fullført utdanninga ein tek. At vi opererer med ein ekstrakategori, medfører at vi ikkje reduserer talet på observasjonar som inngår i analysane.

At vi justerer for kjønn, alder og utdanning betyr i denne samanhengen at vi reknar ut tal for kvar enkelt region under den føresetnad at regionane har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. I tidlegare rapportar har vi lagt mest vekt på dei justerte forskjellane mellom regionar. I denne rapporten legg vi mest vekt på å beskrive dei ujusterte tala og kommentere kvar gong vi ser at dei justerte verdiane avviker tydeleg frå dei ujusterte. På denne måten får vi beskrive begge setta av resultat betre. Dessutan er vi i utgangspunktet minst like interesserte i ujusterte som justerte verdiar.

Deretter presenterast utfallsvariabelen etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysane blir berre gjort på dei som er 26 år eller eldre og som ikkje er under utdanning. Så presenterast utfallsvariabelen etter alder og kjønn utan justering for nokon andre variablar. Resultata blir presenterte ved bruk av stolpediagram som også viser totalgjennomsnitt og konfidensintervall.

Dei fleste stolpediagramma har y-aksar (vertikale aksar) som startar på den lågaste verdien på skalaen, oftast talet 0 (null). Dette blir vanlegvis anbefalt. Dersom ein startar y-aksen på verdiar som er høgare enn den lågaste verdien, til dømes på 50 % i staden for på null prosent, kan forskjellane mellom gruppene verke større enn dei faktisk er. Vi har likevel nokre gonger valt å la y-aksen starte på tal større enn den lågaste verdien på skalaen. Dette fordi det då blir lettare å sjå variasjonen på tvers av einingar, og det blir lettare å lese av størrelsen på konfidensintervalla.

I denne rapporten presenterer vi ikkje tal for enkeltkommunar, berre for regionar innan fylka. I eit sett av tilleggs-tabellar vil det bli gitt tal for den enkelte kommune på alle dei utfallsvariablane som er med i denne rapporten.

Det at vi oversampla i nokre kommunar, har gjort det nødvendig å bruke vekting i dei fleste statistiske analysane. Vi har vekta ned tala for alle kommunane der vi har oversampla. Di større oversampling, dess lågare vekter. Dette for å gi rettare tal for regionane og for Møre og Romsdal sett under eitt. Vektinga er gjort slik at talet på observasjonar etter vekting er nokså likt talet på observasjonar før vekting.

Når utfallsvariablane er dikotome, brukar vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosent. Når utfallsvariablane er metriske (til dømes 0-10-skalaane), brukar vi GLM (General Linear Modelling). Postestimeringane tek omsyn til at det er ulike tal på respondentar på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlege statistiske påverknaden av justeringsvariablane for kvar deltakar¹⁸.

Dei fleste statistiske analysane er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 16. Kontroll av analysane som blei gjort i STATA er utførte ved bruk av SPSS versjon 27.

Når vi skildrar forskjellar mellom grupper på utfallsmål der det er brukt skalaer med tal frå 0-10, er det vanskeleg ut frå tala å seie noko meningsfylt om størrelsen på desse forskjellane. Vi har derfor valt å skildre forskjellane ved hjelp av effektstørrelsar (Cohens *d*) [18]. Denne statistiske størrelsen reknar vi ut ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelen sitt standardavvik. Cohen har gitt retningsliner for korleis ein skal karakterisere effektstørrelsar. Ein effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels. Når den er 0,80, er effekten stor. Når ein til dømes brukar effektstørrelsar til å skildre effektane av psykoterapi i forbindelse med randomiserte, kontrollerte forsøk, er dette sannsynlegvis ei grei omgrepsbruk. I vår samanheng er det annleis. Vi brukar effektstørrelsar til å skildre forskjellar mellom store grupper i samfunnet, til dømes mellom regionar innan fylke. I denne samanhengen verkar Cohens omgrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valt å seie at effektstørrelsar som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at dei som er minst 0,25, men mindre enn 0,50 er middels, og at dei som er 0,50 eller meir, er store. Cohen har sjølv anbefalt at ein ikkje følgjer hans vurdering av effektstørrelsar slavisk, men vurderer bruken i kvar enkelt kontekst [18].

¹⁸ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

Ikkje alle vil vere einige i at Cohens d bør brukast slik vi gjer her. Denne statistiske størrelsen gir mest mening når ein har skalaer som verkeleg representerer målingar på intervall-nivå (til dømes høgde eller vekt) og når variablane er normalfordelte. Den 0-10-skalaen vi brukar på mange av utfallsvariablane er strengt tatt ikkje ein intervall-skala, men kan kanskje best skildrast som ein ordinalskala. Dessutan er variablane for det meste nokså skeivfordelte. Dette gjer tolkinga vanskelegare. Vi har likevel, i denne rapporten, valt å bruke Cohen's d i ein del samanhengar. Vi har foreløpig ikkje funne noko betre alternativ. Ved utrekning av effektstørrelsar har vi i denne rapporten, også når vi samanliknar med andre fylke, brukt standardavvika som er rekna ut for Møre og Romsdal.

Prosentar og prosentforskjellar gir meir intuitiv mening. Men når prosentane er små eller svært høge, kan dei vere vanskelegare å vurdere. Dei kan også vere vanskelege å vurdere når forskjellane er små. I slike tilfelle har vi ein del gonger brukt Cohens h . Er det ein liten, middels eller stor forskjell når prosenten som røyker dagleg i eitt område er 5 % og prosentdelen som røyker dagleg i eit anna område for eksempel er 9 %. For vurdere effektstørrelsar her har vi brukt Cohens h [18]. For å rekne ut h brukar ein denne formelen:

$$h = \varphi_1 - \varphi_2$$

når

$$\varphi_1 = 2 \arcsin \sqrt{p_1}$$

og

$$\varphi_2 = 2 \arcsin \sqrt{p_2}$$

p_1 og p_2 er dei to proporsjonane (uttrykt ved verdier mellom 0,00 og 1,00) som skal vurderast mot kvarandre. Ein viktig eigenskap ved denne formelen er at den gir effektstørrelsar som er symmetriske om 0,50 (50 %). Forskjellen mellom h -verdiane når proporsjonane er 0,10 og 0,20 er lik forskjellen mellom h -verdiane når proporsjonane er 0,80 og 0,90. I begge disse tilfella blir Cohens h lik 0,28. I dømet med dagleg-røykarane over blir Cohens h lik 0,16.

Vi brukar her dei same vurderingane som for Cohens d . Svake samanhengar er i området 0,10-0,25, middels sterke i området 0,25-0,50. Sterke er samanhengane dersom dei har ein effektstørrelse på 0,50 eller høgare. Samanhengar som er under 0,10 er som regel ikkje verdt å legge vekt på.

Vi har først og fremst brukt effektstørrelsar når vi har samanlikna regionar innan fylket og regionane sine avvik frå gjennomsnittstal for heile fylket. Dette fordi desse forskjellane ofte er små, og fordi det då er viktig å skilje mellom dei uvesentlege forskjellane og dei som betyr litt meir. Når vi ser på samanhengar mellom utfallsvariablar og demografiske variablar som kjønn, utdanning og alder, er samanhengane oftast sterkare og lettare å tolke utan å bruke effektstørrelsar. Likevel har vi i nokre tilfelle også brukt effektstørrelsar i slike samanhengar.

Effektstørrelsar er spesielt nyttige på metriske skalaer som til dømes skalaene som går frå 0-10 og som er brukt på mange spørsmål i livskvalitetsdelen av spørjeskjemaet. Forskjellane mellom gjennomsnittsverdiar på desse skalaane gir i seg sjølv nokså lite mening. Målt i form av effektstørrelsar er det lettare å vurdere om samanhengane er svake, middels eller sterke. Då brukar vi Cohens d .

Figurane eller diagramma som er presenterte i denne rapporten følger stort sett same, men ikkje heilt, rekkefølga som spørsmåla i spørjeskjemaet.

Om trekking av utval, vekting og justeringar

Utvala i Folkehelseundersøkingane i fylka er trekt på ein slik måte at dei er representative. Dette er ikkje det same som reint tilfeldige utval. For å få eit større tal observasjonar i dei minste geografiske einingane (kommunar, bydelar), trekker vi her ekstra store utval (høgare prosent av innbyggjarane). Men innan kvart geografiske område trekkjer vi reint tilfeldig. At vi trekkjer ulike prosentlar i ulike geografiske område, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjerast ved å vekte data. Det betyr at svar frå dei personane som kjem frå område der vi har trekt ein høg prosentdel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la kvart svar telje meir) i område der vi prosentvis har trekt ut ein låg prosentdel.

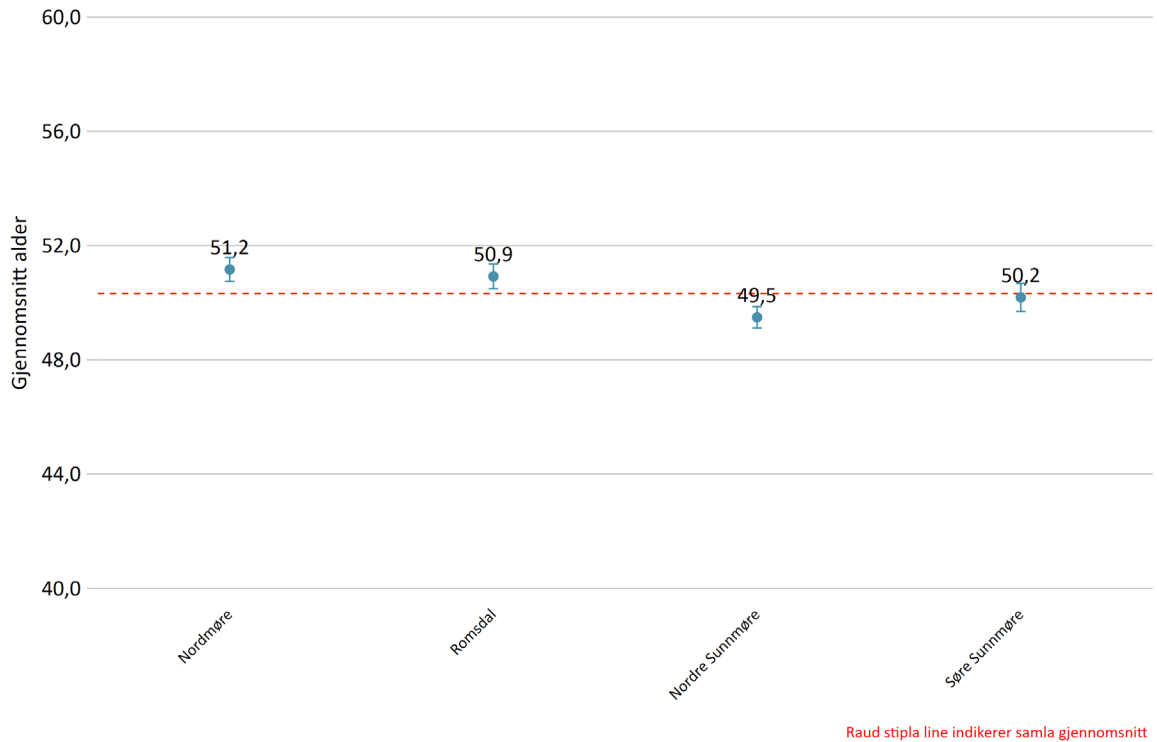
Dette må ikkje forvekslast med det å justere ein forskjell mellom grupper for andre variablar. Dersom vi til dømes vil samanlikne regionar innan fylket, kan vi rekne ut tala ut frå den forutsetning at alle regionane har same kjønnsfordeling, same aldersfordeling og same fordeling på utdanningsgrupper. Dette får vi til ved å bruke ulike variantar av multippel regresjonsanalyse.

3 Resultat: Møre og Romsdal



3.1 Alder: Regionar i Møre og Romsdal

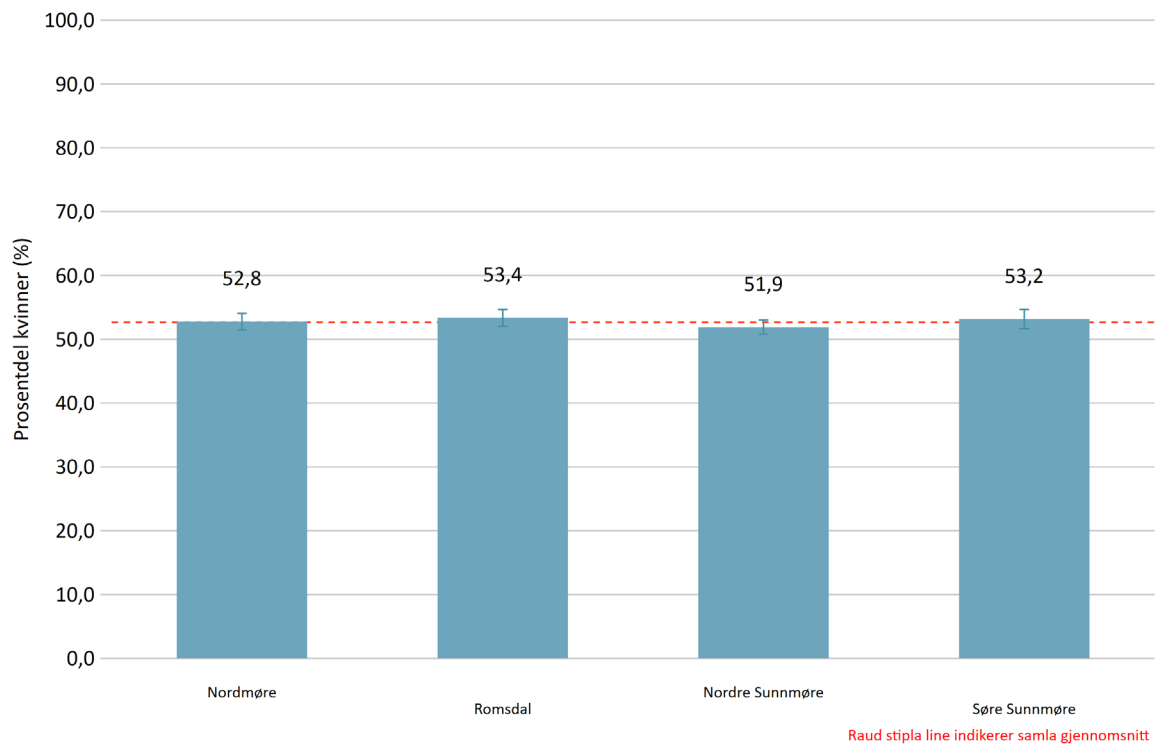
Figur 1: Alder etter regionar i Møre og Romsdal



Figuren viser gjennomsnittsalder for utvalet, samla (raud, stipla linje), og for kvar region i Møre og Romsdal. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalet er 50,3 år (Kvinner: 48,7 år; Menn: 52,1 år) (vekta tall). Det er lite variasjon i gjennomsnittsalder på tvers av regionar i Møre og Romsdal. Gjennomsnittsalderen er lågast på Nordre Sunnmøre og høgast på Nordmøre.

3.2 Kjønn: Regionar i Møre og Romsdal

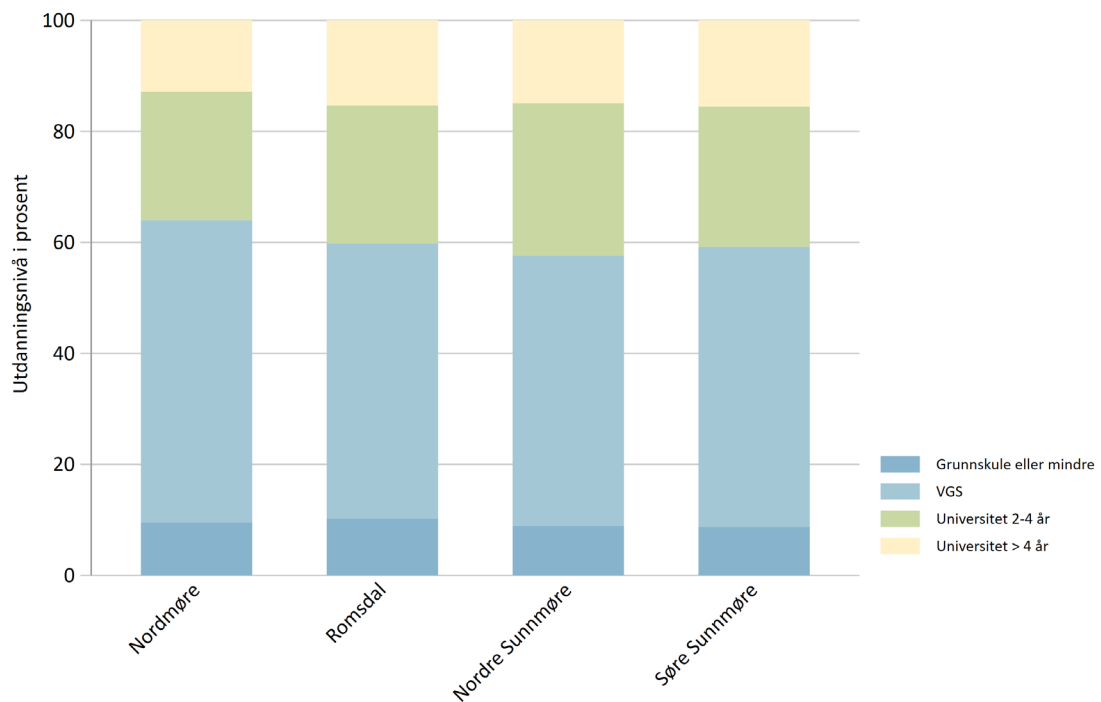
Figur 2: Kjønn etter regionar i Møre og Romsdal



Figuren viser prosentdel kvinner i utvalet, samla og per region i Møre og Romsdal. Kvinner utgjør 52,7 % av utvalet (vekta tal) på tvers av regionar i Møre og Romsdal.

3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Regionar i Møre og Romsdal

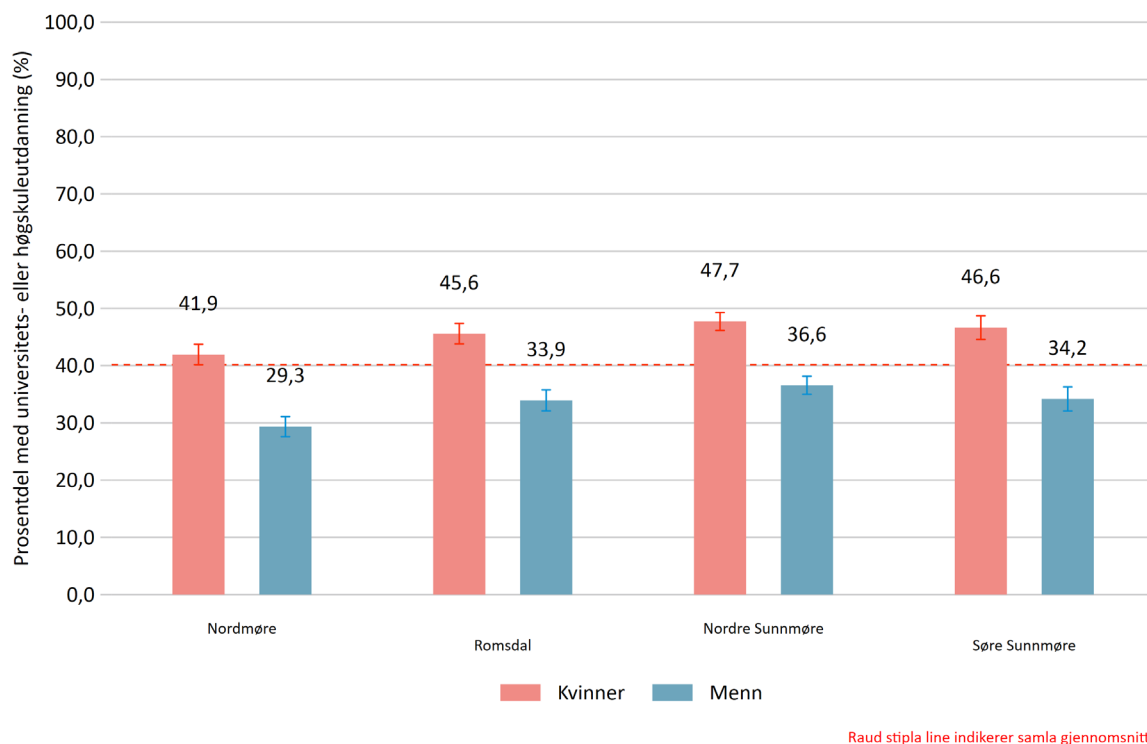
Figur 3: Utdanningsnivå - firedelt etter regionar i Møre og Romsdal



Figuren viser utdanningsnivå i prosent for kvar region. Dei med grunnskule eller mindre utgjer 9,3 % av utvalet. Dei med vidaregåande eller tilsvarende utgjer 50,5 %. Dei med universitets- eller høgskuleutdanning med varigheit på to til fire år utgjer 25,5 % og dei med universitets- eller høgskuleutdanning på meir enn fire år utgjer 14,7 % (vekta tal).

3.4 Todelt utdanningsnivå: Regionar i Møre og Romsdal

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regionar i Møre og Romsdal

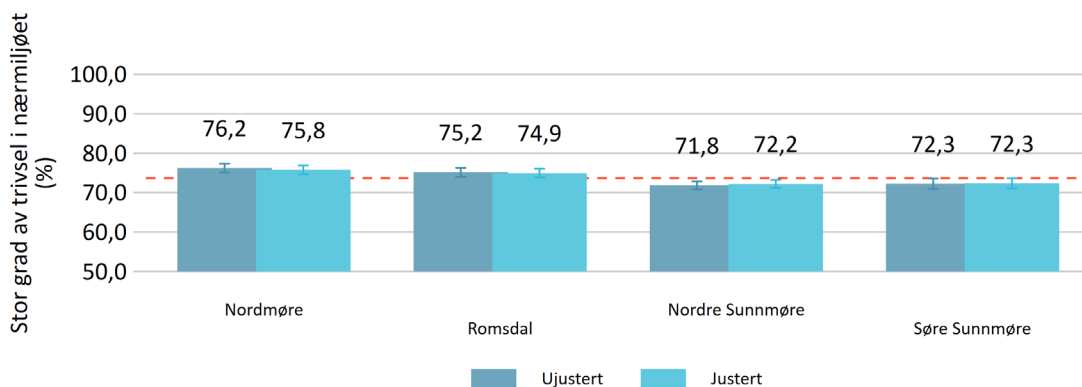


Figuren viser prosentdel med universitets- eller høgskuleutdanning separat for kvinner og menn for kvar av regionane i fylket. Dei med universitets- eller høgskuleutdanning utgjer totalt 40,2 %, 45,8 % blant kvinner og 34,0 % blant menn (vekta tal). Innan kvar region har ein høgare andel blant kvinner enn blant menn universitets- eller høgskuleutdanning. Skilnaden mellom menn og kvinner er statistisk sikker i alle regionane. Både blant menn og blant kvinner er andel med universitets- eller høgskuleutdanning høgast på Nordre Sunnmøre og lågast på Nordmøre. Skilnaden i andel med universitets- eller høgskuleutdanning for kvinner og menn mellom Nordmøre og dei tre andre regionane er statistisk sikker.

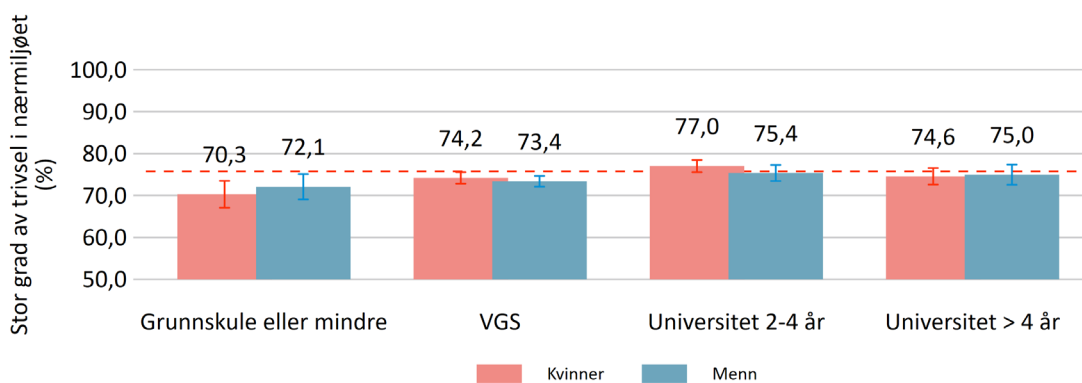
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 24 897 deltakere av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for heile utvalet var **73,7 %** (KI95%: 73,1-74,2). Andelen for kvinner var 73,2 % (n=13 137; KI95% 72,4-74,0) og andelen var 74,2 % (n=11 760; KI95% 73,4-75,1) for menn.

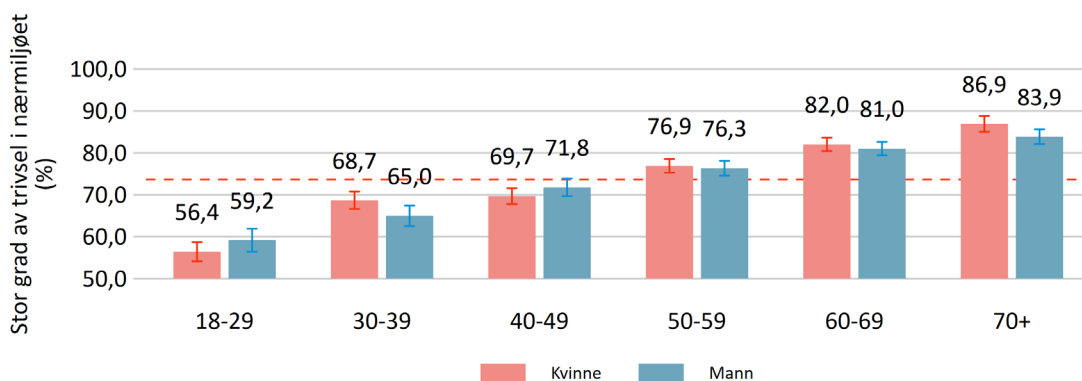
Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er litt variasjon på tvers av regionane, med ein forskjell på 3,9 prosentpoeng (ujusterte tal) mellom regionen med høgast (Nordmøre) og lågast (Nordre Sunnmøre) andel. Nordre Sunnmøre ligg statistisk signifikant under fylkesgjennomsnittet medan Nordmøre og Romsdal ligg signifikant over.

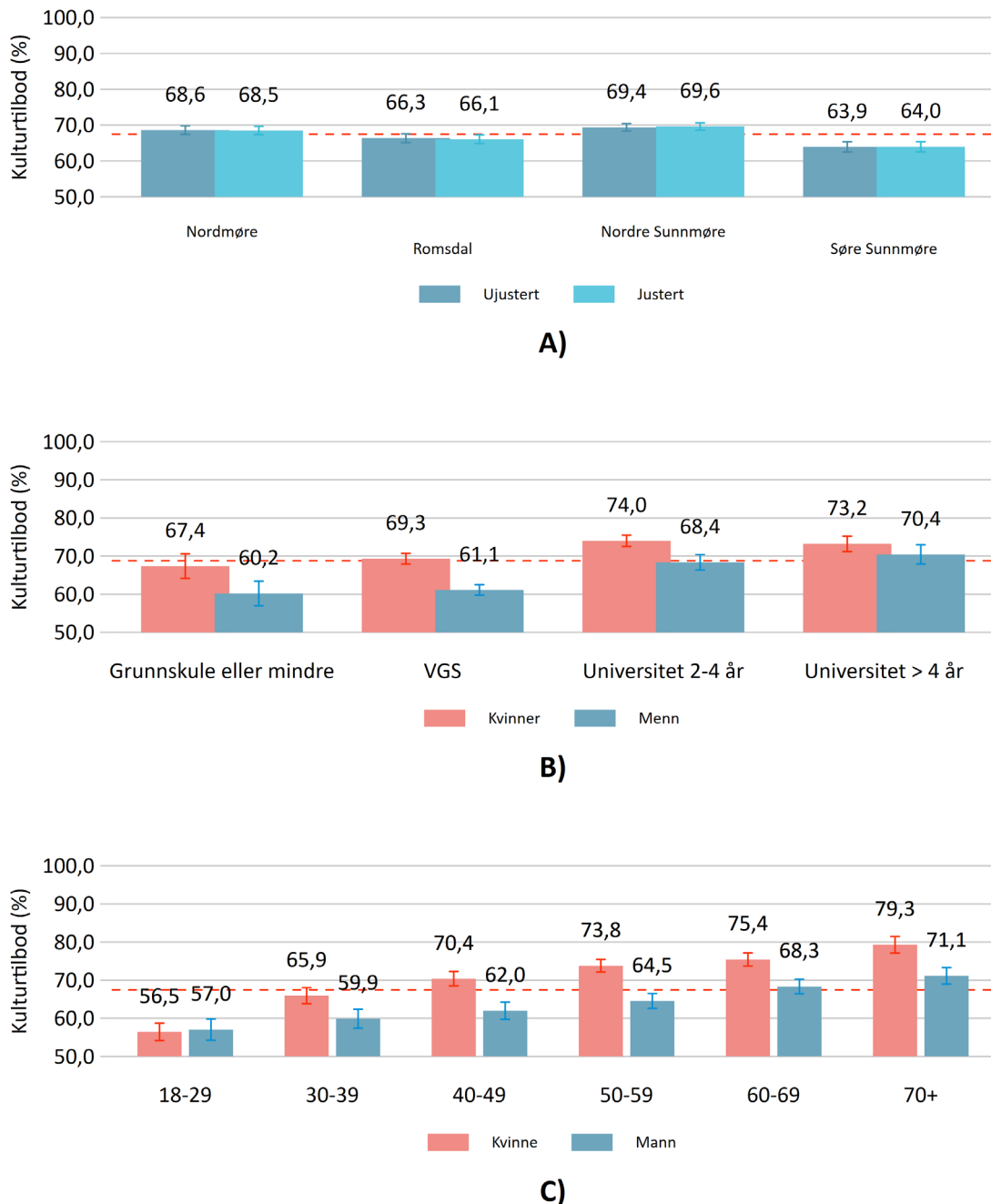
For både kvinner og menn er det tendens til ein auke med utdanningsnivå i prosentdelen som rapporterte stor grad av trivsel, opp til 2-4 års universitets- eller høgskuleutdanning. Men det er berre for kvinner i den lågaste utdanningsgruppa, samanlikna med dei andre utdanningsgruppene, at forskjellen er statistisk sikker. Kjønnsforskjellane innan utdanningsgruppene er små og ikkje statistisk sikre.

Andel som rapporterte stor grad av trivsel aukar jamt med aukande alder blant både kvinner og menn. Forskjellen mellom eldste og yngste aldersgruppe i prosentpoeng er 30,5 for kvinner og 24,7. Innan aldersgruppene er der ingen statistisk sikre forskjellar mellom kvinner og menn.

3.6 Kulturtilbod

Totalt 24 641 deltakarar av 24 967 (98,7 %) hadde gyldig svar på Kulturtilbod. Andelen for heile utvalet var **67,5 %** (KI95%: 66,9-68,1). Andelen for kvinner var 70,2 % (n=13 048; KI95% 69,4-71,0) og andelen var 64,5 % (n=11 593; KI95% 63,6-65,4) for menn.

Figur 6: Kulturtilbod etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som har rapportert godt (godt eller svært godt) tilgjenge til kulturtilbod etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Prosentdelen som rapporterte godt tilgjenge varierer litt mellom regionane. Nordre Sunnmøre har høgast del som rapporterte godt tilgjenge til kulturtilbod, mens Søre Sunnmøre har lågast del (5,5 prosentpoeng forskjell, ujusterte tal).

For både kvinner og menn er det ein tendens til at andelen som rapporterte godt tilgjenge til kulturtilbod stig med aukande utdanningsnivå. Forskjellane er statistisk sikre mellom dei to gruppene med lågast utdanning og dei to gruppene med høgast utdanning for begge kjønn.

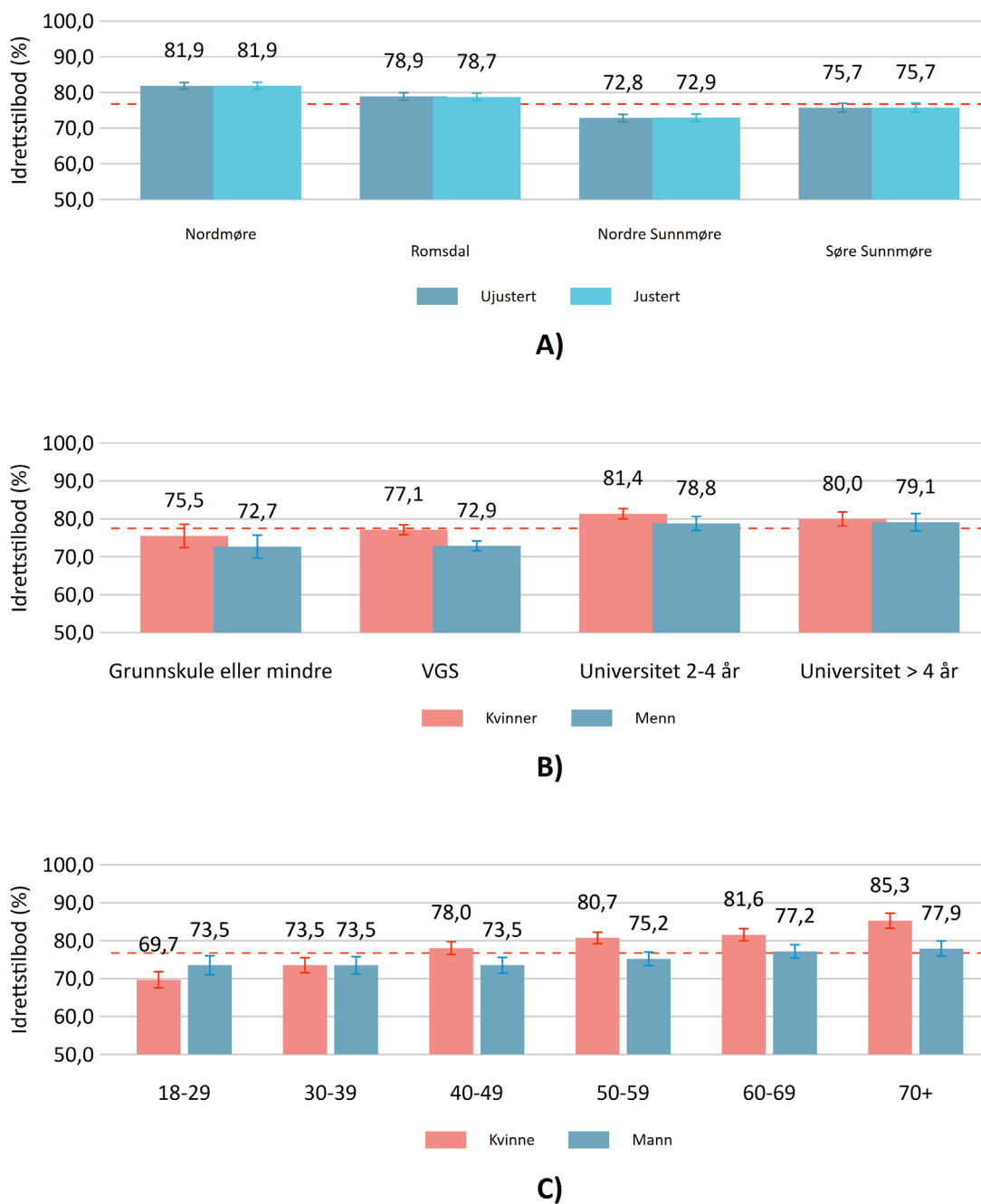
For både kvinner og menn aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge til kulturtilbod klart med aukande alder (22,7 prosentpoeng og 14,1 prosentpoengs forskjell mellom eldste og yngste aldersgruppe for høvesvis kvinner og menn).

Det er ein høgare prosentdel blant kvinner enn blant menn som rapporterte at dei har godt tilgjenge til kulturtilbod. Dette gjeld både totalt og i alle undergruppene, med unntak av den yngste aldersgruppa og den øvste utdanningsgruppa.

3.7 Idrettstilbud

Totalt 24 390 deltakarar av 24 967 (97,7 %) hadde gyldig svar på Idrettstilbud. Andelen for heile utvalet var **76,8 %** (KI95%: 76,2-77,3). Andelen for kvinner var 78,0 % (n=12 925; KI95% 77,3-78,8) og andelen var 75,3 % (n=11 465; KI95% 74,5-76,2) for menn.

Figur 7: Idrettstilbud etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Figuren viser prosentdel som har rapportert godt (godt eller svært godt) tilgjenge til idrettstilbod etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Andelen som rapporterte godt tilgjenge varierer noko mellom regionane. Nordmøre har høgast del som rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod, mens Nordre Sunnmøre har lågast del (9 prosentpoeng forskjell). Forskjellane mellom kvar av regionane er statistisk sikker.

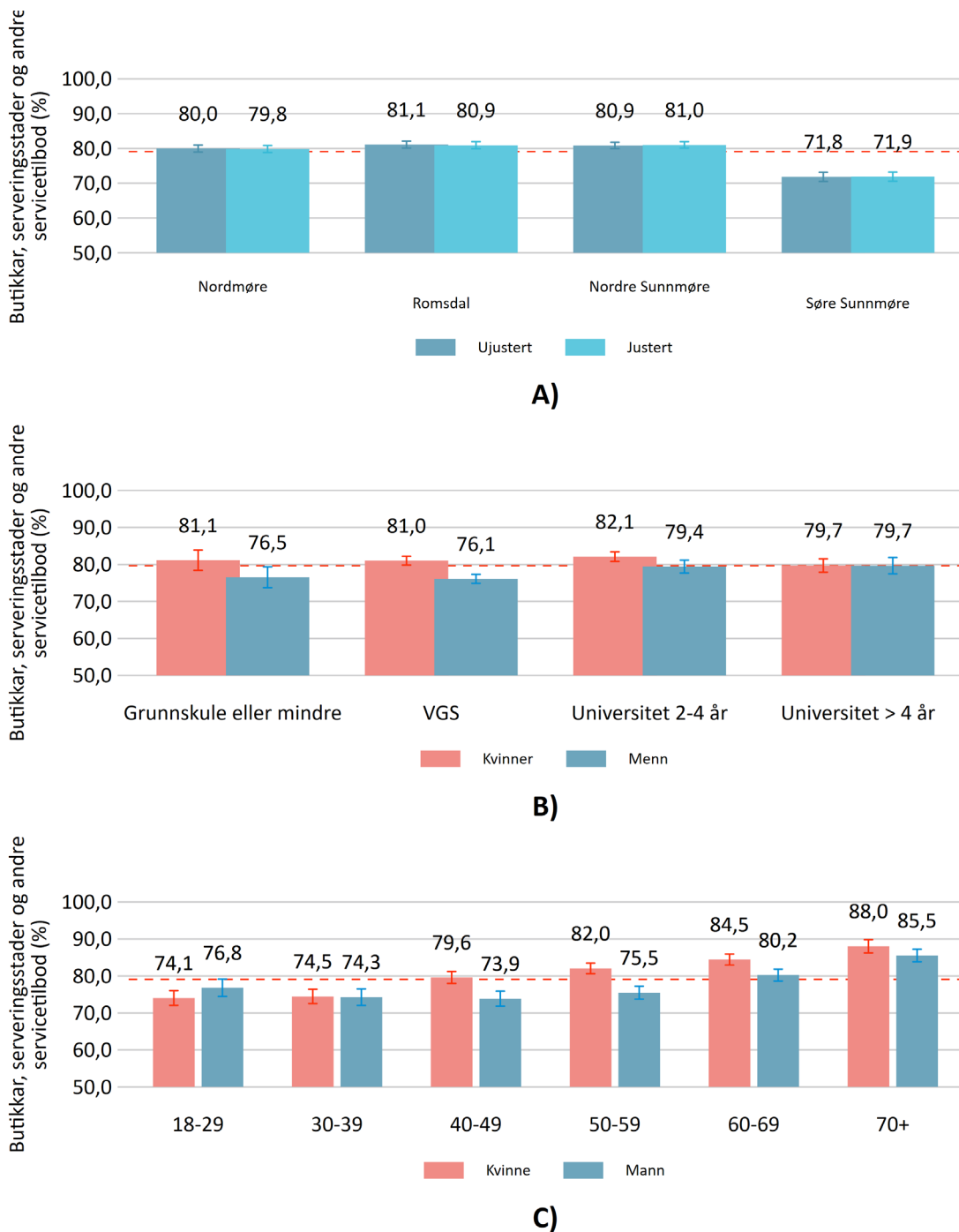
Det er ein svak tendens til høgare andel med aukande utdanning. Forskjellane er statistisk sikre mellom dei to gruppene med lågast utdanning og dei to gruppene med høgast utdanning for begge kjønn. Den einaste statistisk sikre kjønnskilnaden er innan gruppa med vidaregåande skule som høgaste utdanning, der ein høgare del kvinner enn menn rapporterte godt tilgjenge.

Ein større andel kvinner enn menn rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod innan aldersgruppene frå 40-49 år og oppover. For kvinner aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod med aukande alder. For menn aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod med aukande alder frå 40-49 år, mens det er ingen auke mellom 18-29 og 40-49 år.

3.8 Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod

Totalt 24 872 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod. Andelen for heile utvalet var **79,1 %** (KI95%: 78,6-79,6). Andelen for kvinner var 80,2 % (n=13 128; KI95% 79,5-80,9) og andelen var 77,8 % (n=11 744; KI95% 77,1-78,6) for menn.

Figur 8: Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Figuren viser prosentdel som har rapportert godt (godt eller svært godt) tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Søre Sunnmøre ligg klart under fylkesgjennomsnittet, 9,1 prosentpoeng lågare enn på Nordre Sunnmøre, der flest rapporterte godt tilgjenge (ujusterte tal). Det er ingen statistisk sikre forskjellar mellom Nordmøre, Romsdal og Nordre Sunnmøre.

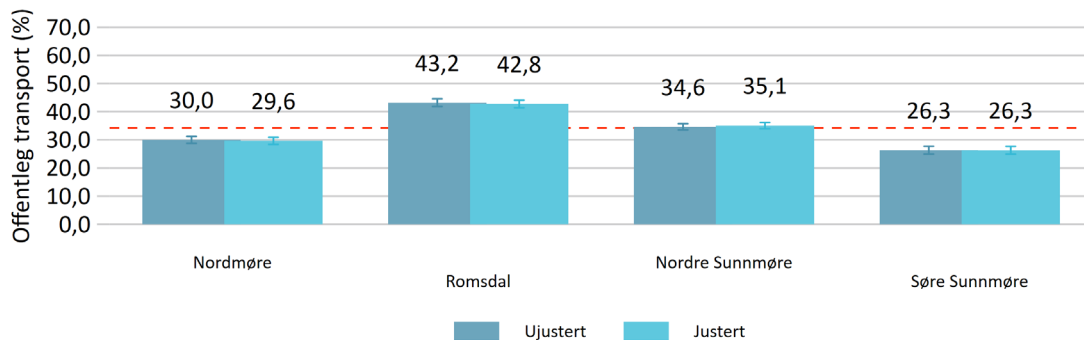
For både kvinner og menn er prosentdelen som rapporterte godt tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod rimeleg stabil på tvers av utdanningsnivå. Innan gruppa med vidaregåande som høgaste utdanning er det ein statistisk sikker høgare andel blant kvinner enn blant menn som rapporterte godt tilgjenge (4,9 prosentpoeng).

For kvinner aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge med aukande alder frå nest yngste gruppe (30-39 år) og oppover. For menn aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge frå tredje eldste gruppe (50-59 år) med aukande alder. Det er ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte at dei har god tilgang i aldersgruppene 40-49, 50-59 og 60-69.

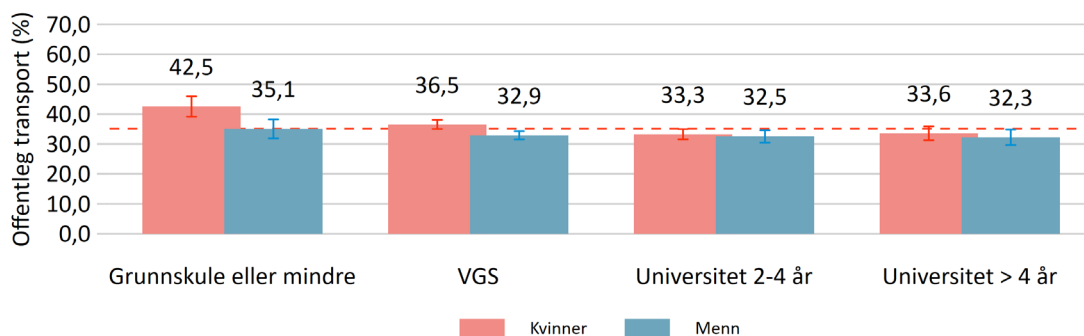
3.9 Offentleg transport

Totalt 23 478 deltakarar av 24 967 (94,0 %) hadde gyldig svar på Offentleg transport. Andelen for heile utvalet var **34,2 %** (KI95%: 33,6-34,9). Andelen for kvinner var 34,4 % (n=12 372; KI95% 33,6-35,3) og andelen var 34,0 % (n=11 106; KI95% 33,0-34,9) for menn.

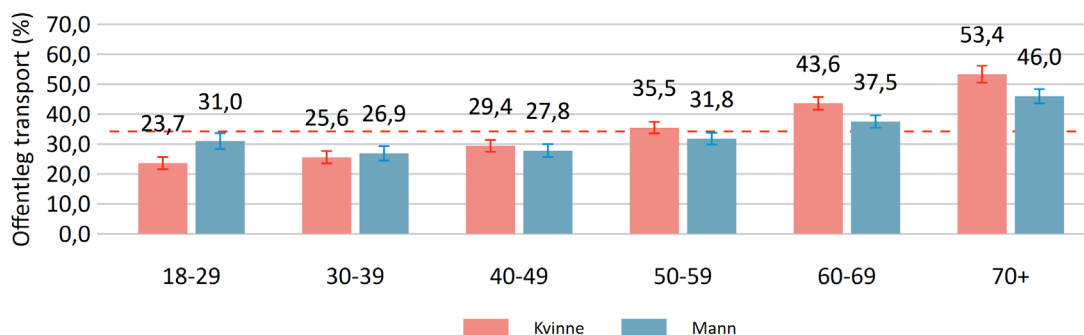
Figur 9: Offentleg transport etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdelen som rapporterte godt (godt eller svært godt) tilgjenge til offentlig transport. Prosentdelen som rapporterte godt tilgjenge varierer betydeleg mellom regionar. Det er omtrent 17 prosentpoeng forskjell mellom høgaste og lågaste verdi, der Søre Sunnmøre ligg klart under fylkesgjennomsnittet, Nordmøre ligg også under snittet, medan Nordre Sunnmøre ligg på snittet og Romsdal betydeleg over snittet.

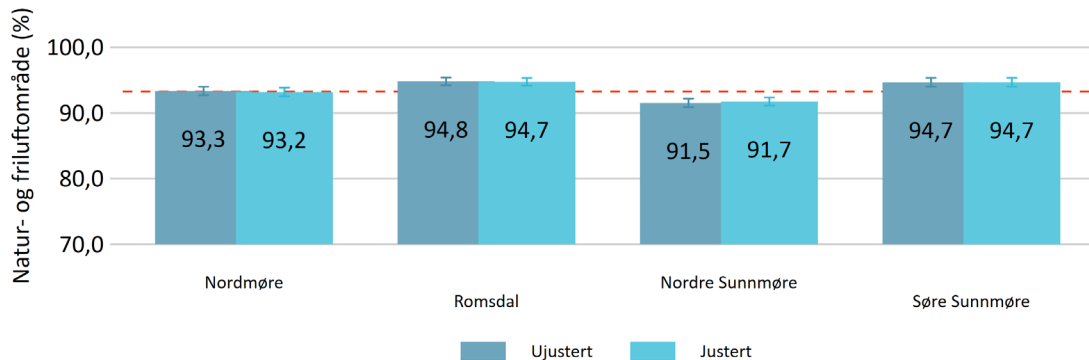
Blant kvinner er det ein nedgang i andel som rapporterte godt tilgjenge til offentlig transport med aukande fullførte utdanningsnivå fram til høgskule-/universitetsutdanning. Blant menn er det ingen statistisk sikker variasjon i rapportert tilgjenge til offentlig transport over utdanningsnivå.

For kvinner aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge til offentlig transport nokså jamt med aukande alder. Forskjellen mellom eldste mot yngste aldersgruppe er på 30,7 prosentpoeng. For menn stig andelen som rapporterte godt tilgjenge med aukande alder frå 50-50 år. Mellom dei yngre aldersgruppene er det for menn ingen klare forskjellar, men dei ligg signifikant under dei eldre. I yngste aldersgruppe rapporterte ein signifikant høgare del menn enn kvinner godt tilgjenge til offentlig transport. I dei to eldste aldersgruppene er kjønnsforskjellen motsett, med høgare andel kvinner enn menn som rapporterte godt tilgjenge.

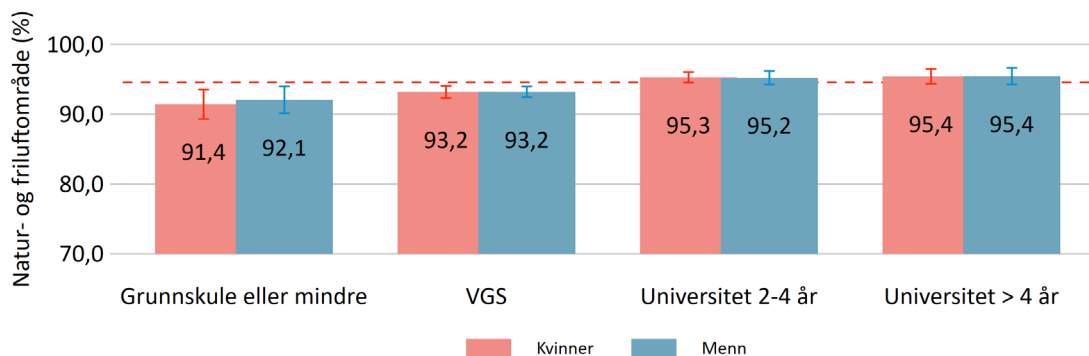
3.10 Natur- og friluftområde

Totalt 24 827 deltakere av 24 967 (99,4 %) hadde gyldig svar på Natur- og friluftområde. Andelen for heile utvalet var **93,3 %** (KI95%: 93,0-93,6). Andelen for kvinner var 93,1 % (n=13 102; KI95% 92,6-93,5) og andelen var 93,5 % (n=11 725; KI95% 93,0-94,0) for menn.

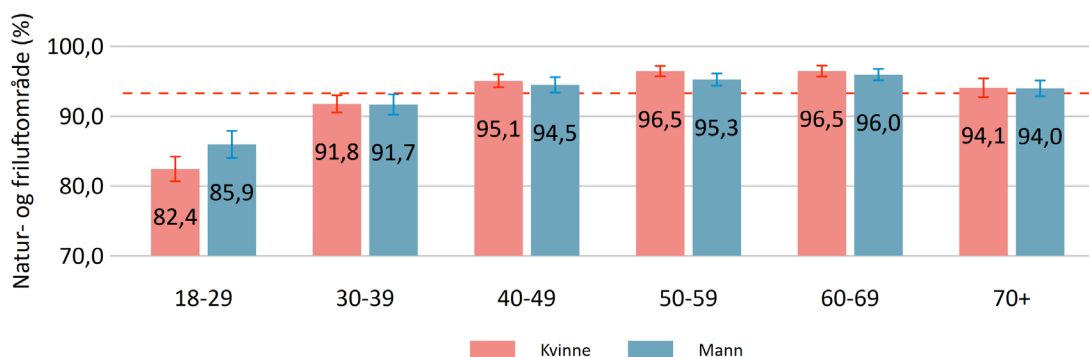
Figur 10: Natur- og friluftområde etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte godt (godt eller svært godt) tilgjenge til natur- og friluftsområde etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Prosentdelen som rapporterte godt tilgjenge er høg på tvers av grupperingar, og det er små forskjellar mellom regionane. Andelen på Nordre Sunnmøre er likevel signifikant lågare enn det samla gjennomsnittet for fylket for godt tilgjenge til natur- og friområde.

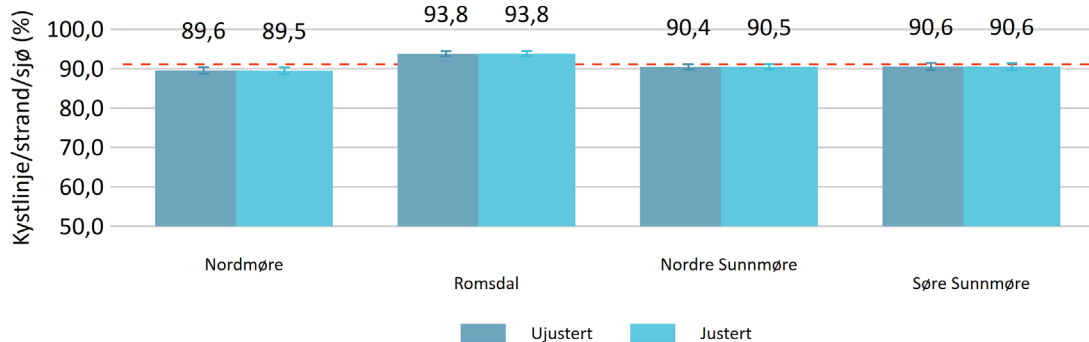
Prosentdelen som rapporterte godt tilgjenge til natur- og friluftsområde stig svakt med aukande utdanning, men flatar ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. For begge kjønn er det statistisk sikre forskjellar mellom gruppene med lågast fullførte utdanning (Grunnskule eller mindre og Vidaregåande) og dei to gruppene med høgast fullførte utdanning (Universitet 2-4 år og Universitet > 4 år). Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar innan utdanningsgruppene.

For både kvinner og menn aukar andelen som rapporterte godt tilgjenge til natur- og friluftsområde frå den yngste aldersgruppa fram til 40-49 år, for deretter å flate ut. Begge kjønn viser også ein liten nedgang frå aldersgruppa 60-69 til 70+. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar i nokon av aldersgruppene.

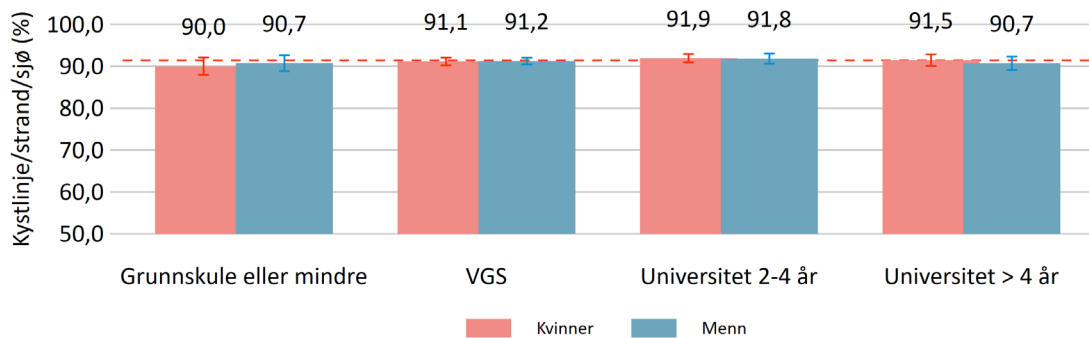
3.11 Kystlinje/strand eller sjø

Totalt 24 688 deltakarar av 24 967 (98,9 %) hadde gyldig svar på Kystlinje/strand eller sjø. Andelen for heile utvalet var **91,1 %** (KI95%: 90,7-91,5). Andelen for kvinner var 91,3 % (n=13 019; KI95% 90,8-91,8) og andelen var 90,9 % (n=11 669; KI95% 90,3-91,4) for menn.

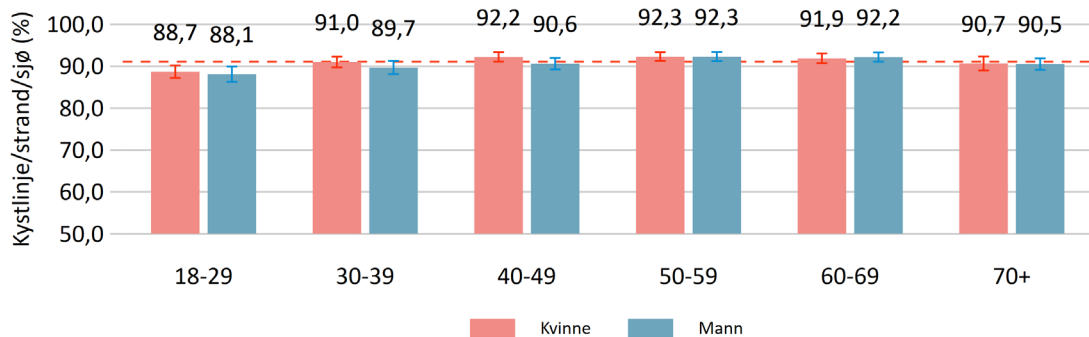
Figur 11: Kystlinje/strand/sjø etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte godt (godt eller svært godt) tilgjenge til kystlinje/strand eller sjø etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Prosentdelen som rapporterte godt tilgjenge er høg og varierer lite mellom regionane. Nordmøre har lågast del som rapporterte godt tilgjenge, men ligg berre 4,3 prosentpoeng under Romsdal som har høgast del som rapporterte godt tilgjenge til kystlinje, strand eller sjø.

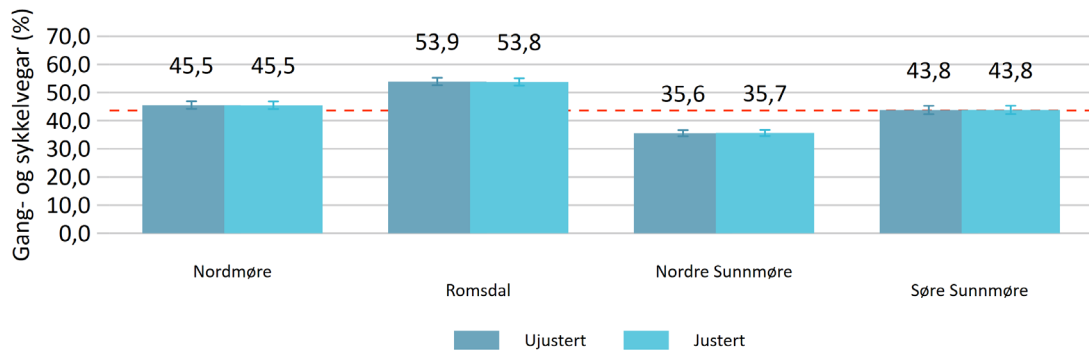
Det er ingen statistisk sikre forskjellar på tvers av utdanningsnivå, og heller ingen kjønnsforskjellar innan nokon av gruppene. Alle gruppene har konfidensintervall innanfor det samla gjennomsnittet.

Det er også relativt små forskjellar på tvers av aldersgruppene. Den yngste aldersgruppa (18-29 år) ligg under det samla gjennomsnittet, elles ligg alle dei andre aldersgruppene rundt gjennomsnittet (50-59 åringane ligg grensesignifikant over gjennomsnittet). Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar innan nokon av aldersgruppene i rapportert godt tilgjenge til kystlinje, strand eller sjø.

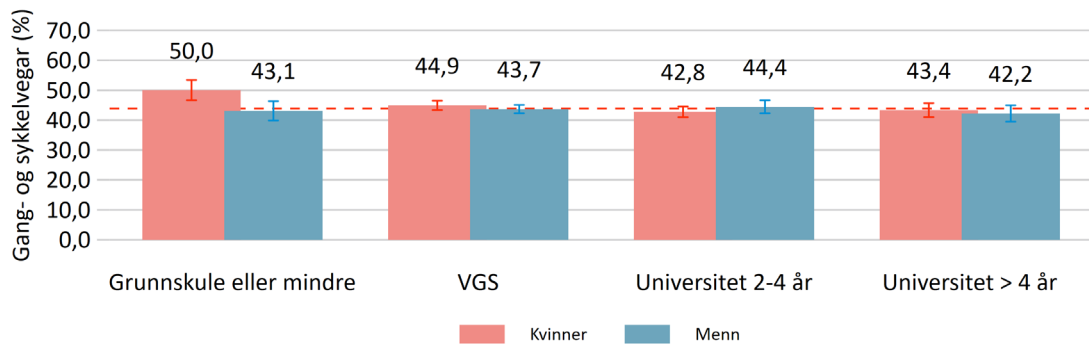
3.12 Gang- og sykkelveggar

Totalt 24 660 deltakarar av 24 967 (98,8 %) hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveggar. Andelen for heile utvalet var **43,7 %** (KI95%: 43,0-44,3). Andelen for kvinner var 43,6 % (n=13 012; KI95% 42,7-44,4) og andelen var 43,8 % (n=11 648; KI95% 42,9-44,8) for menn.

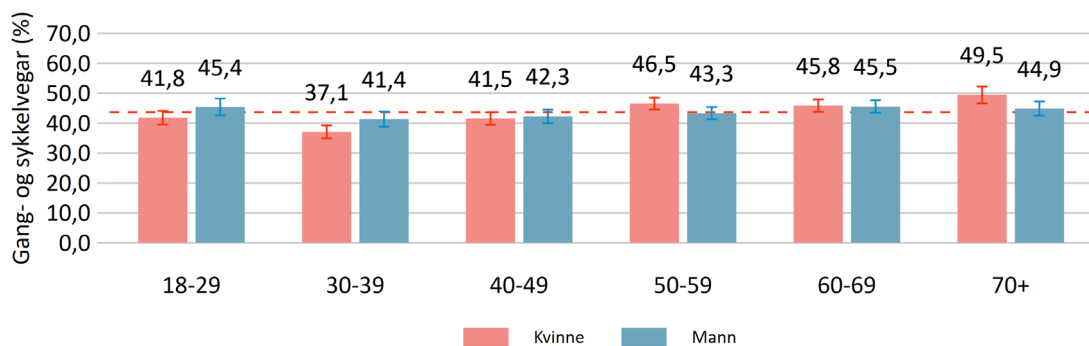
Figur 12: Gang- og sykkelveggar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte godt (godt eller svært godt) tilgjenge til gang- og sykkelveggar etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er ganske stor variasjon mellom regionane, med omtrent 18 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høgaste (Romsdal) og regionen med lågaste (Nordre Sunnmøre) andel med godt tilgjenge. Søre Sunnmøre og Nordmøre ligg begge rundt fylkesgjennomsnittet.

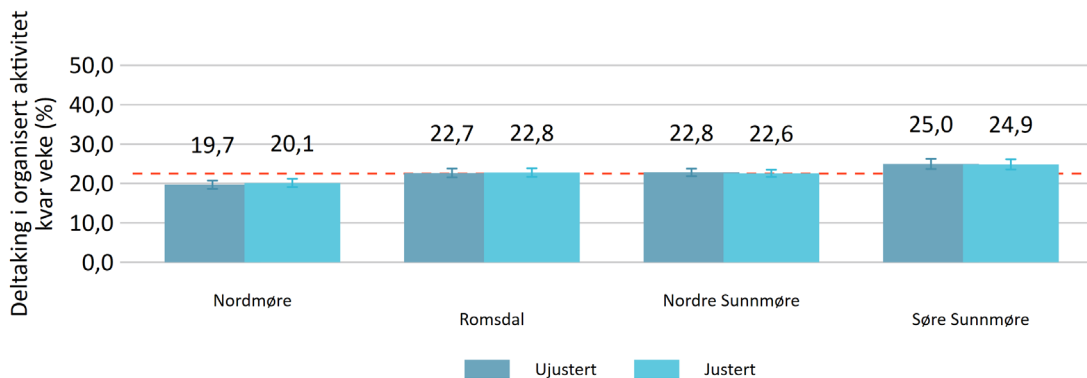
For begge kjønn ligg andel som rapporterte godt tilgjenge rundt gjennomsnittet på tvers av utdanningsnivå, med unntak av kvinner med grunnskule eller mindre som høgaste utdanning. Desse ligg signifikant over det samla gjennomsnittet.

Det er noko større variasjon blant kvinner enn blant menn mellom dei ulike aldersgruppene i andel som rapporterte godt tilgjenge til gang- og sykkelveggar. For begge kjønn er 30-39-åringane aldersgruppa med lågast andel som rapporterte godt tilgjenge. For kvinner er den største forskjellen mellom aldersgrupper på omtrent 12 prosentpoeng (mellom 30-39 år og 70+ år) og for menn på omtrent 4 prosentpoeng (mellom 30-39 år og 60-69 år). Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar innan aldersgruppene.

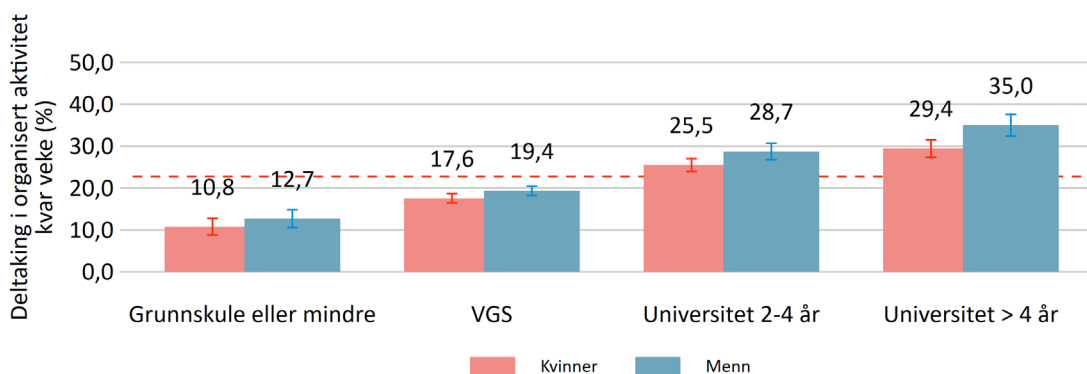
3.13 Deltaking i organisert aktivitet kvar veke

Totalt 24 895 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Deltaking i organisert aktivitet kvar veke. Andelen for heile utvalet var **22,5 %** (KI95%: 21,9-23,0). Andelen for kvinner var 21,8 % (n=13 142; KI95% 21,1-22,5) og andelen var 23,3 % (n=11 753; KI95% 22,5-24,1) for menn.

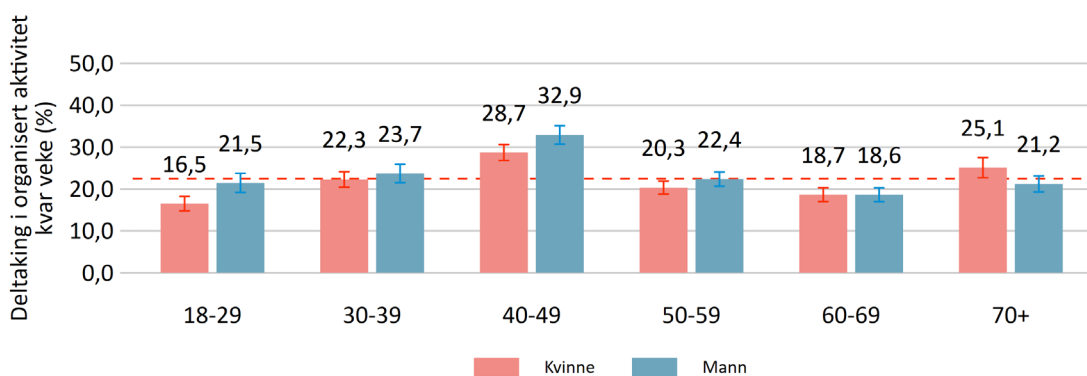
Figur 13: Deltaking i organisert aktivitet kvar veke etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er nokon forskjellar mellom regionane. Søre Sunnmøre har høgast del som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke mens Nordmøre har lågast. Det er omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom Søre Sunnmøre og Nordmøre, og forskjellen mellom justerte og ujusterte tal er ubetydelege.

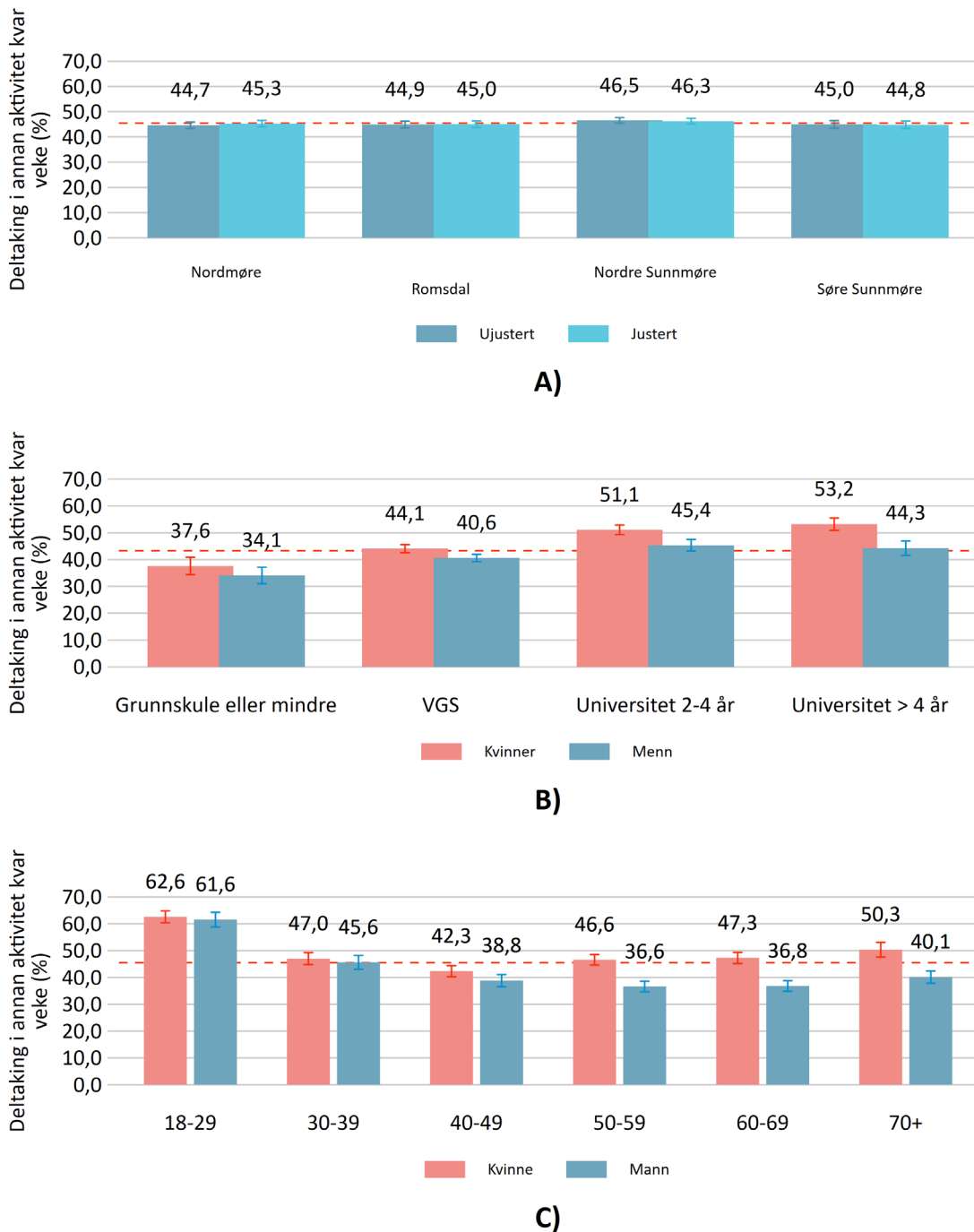
Prosentdelen som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke aukar i takt med aukande utdanning. Forskjellen mellom høgaste (Universitet > 4 år) og lågaste (Grunnskule eller mindre) verdi er omtrent 19 prosentpoeng for kvinner og 22 for menn. Det er ein svak tendens til at ein høgare andel menn enn kvinner rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke, men denne forskjellen er berre statistisk sikker i gruppa med høgast fullførte utdanning.

Det er ein del forskjellar mellom aldersgruppene i andel som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke. Høgaste andelar menn og kvinner rapporterte deltaking i aldersgruppa 40-49 år, mens færrest rapporterte deltaking i aldersgruppa 18-29 år for kvinner og 60-69 år for menn. I prosentpoeng er denne forskjellen omtrent 12 for kvinner og 14 for menn. I aldersgruppa 18-29 år er det ein statistisk sikker, og i gruppa 40-49 år ein grensesignifikant høgare andel menn enn kvinner, som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke.

3.14 Deltaking i annan aktivitet kvar veke

Totalt 24 904 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Deltaking i annan aktivitet kvar veke. Andelen for heile utvalet var **45,5 %** (KI95%: 44,8-46,1). Andelen for kvinner var 48,8 % (n=13 145; KI95% 47,9-49,7) og andelen var 41,7 % (n=11 759; KI95% 40,8-42,6) for menn.

Figur 14: Deltaking i annan aktivitet kvar veke etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte deltaking i annan aktivitet kvar veke etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er ingen klare forskjellar mellom regionane i andel som rapporterte deltaking i annan aktivitet kvar veke.

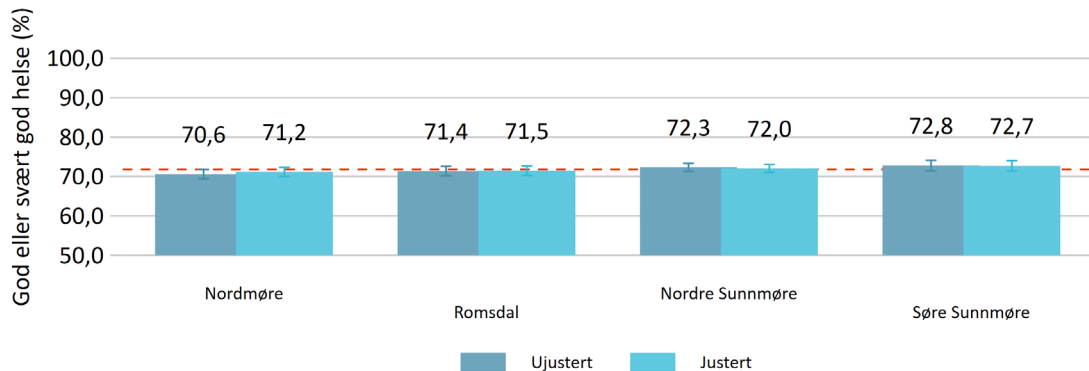
For både kvinner og menn er det ein tendens til at prosentdelen som rapporterte deltaking i annan aktivitet kvar veke aukar med aukande utdanning. For kvinner er denne tendensen aukande gjennom alle utdanningsgruppene, mens for menn flater den ut etter gruppa med nest høgast fullførte utdanningsnivå (Universitet 2-4 år). Kvinner har ein høgare andel som deltek i annan aktivitet kvar veke i alle utdanningsgruppene. Denne forskjellen er statistisk sikker i alle grupper med unntak av gruppa med lågast fullførte utdanning (Grunnskule eller mindre).

For begge kjønn er deltaking i annan aktivitet kvar veke klart høgast i den yngste aldersgruppa (18-29 år). Menn i den yngste aldersgruppa ligg 15 prosentpoeng over det samla gjennomsnittet og kvinner 16 prosentpoeng over. Ein større andel kvinner enn menn rapporterte deltaking i annan aktivitet kvar veke, og denne tendensen er statistisk sikker i dei tre eldste aldersgruppene: 50-59, 60-69 og 70+.

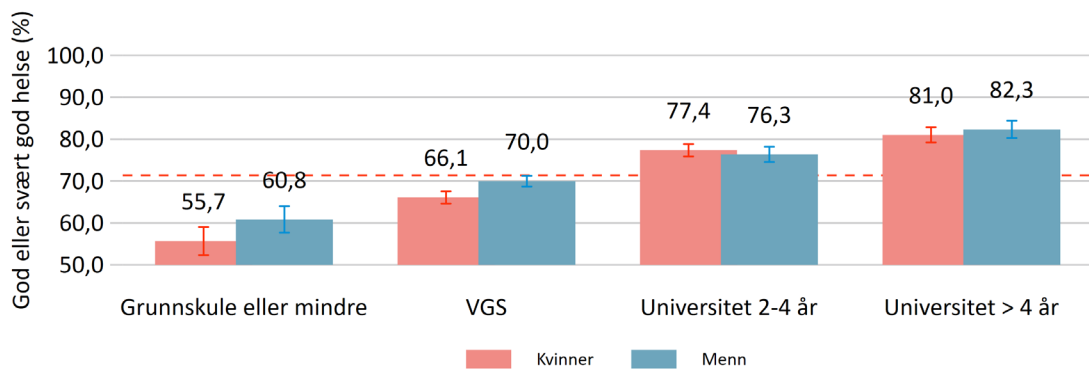
3.15 God eller svært god helse

Totalt 24 914 deltakere av 24 967 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for heile utvalet var **71,8 %** (KI95%: 71,2-72,4). Andelen for kvinner var 71,5 % (n=13 148; KI95% 70,7-72,4) og andelen var 72,1 % (n=11 766; KI95% 71,2-72,9) for menn.

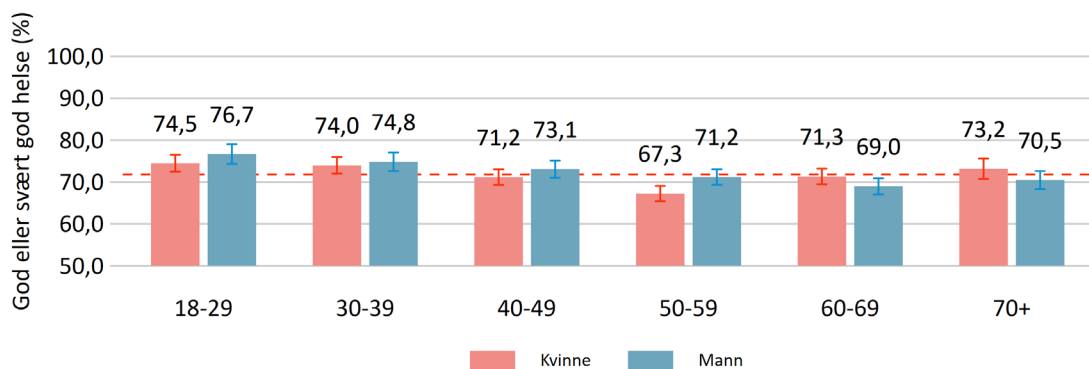
Figur 15: God eller svært god helse etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte god eller svært god helse etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Prosentdelen som rapporterte god eller svært god helse er ganske lik på tvers av regionar, utan statistisk sikre forskjellar.

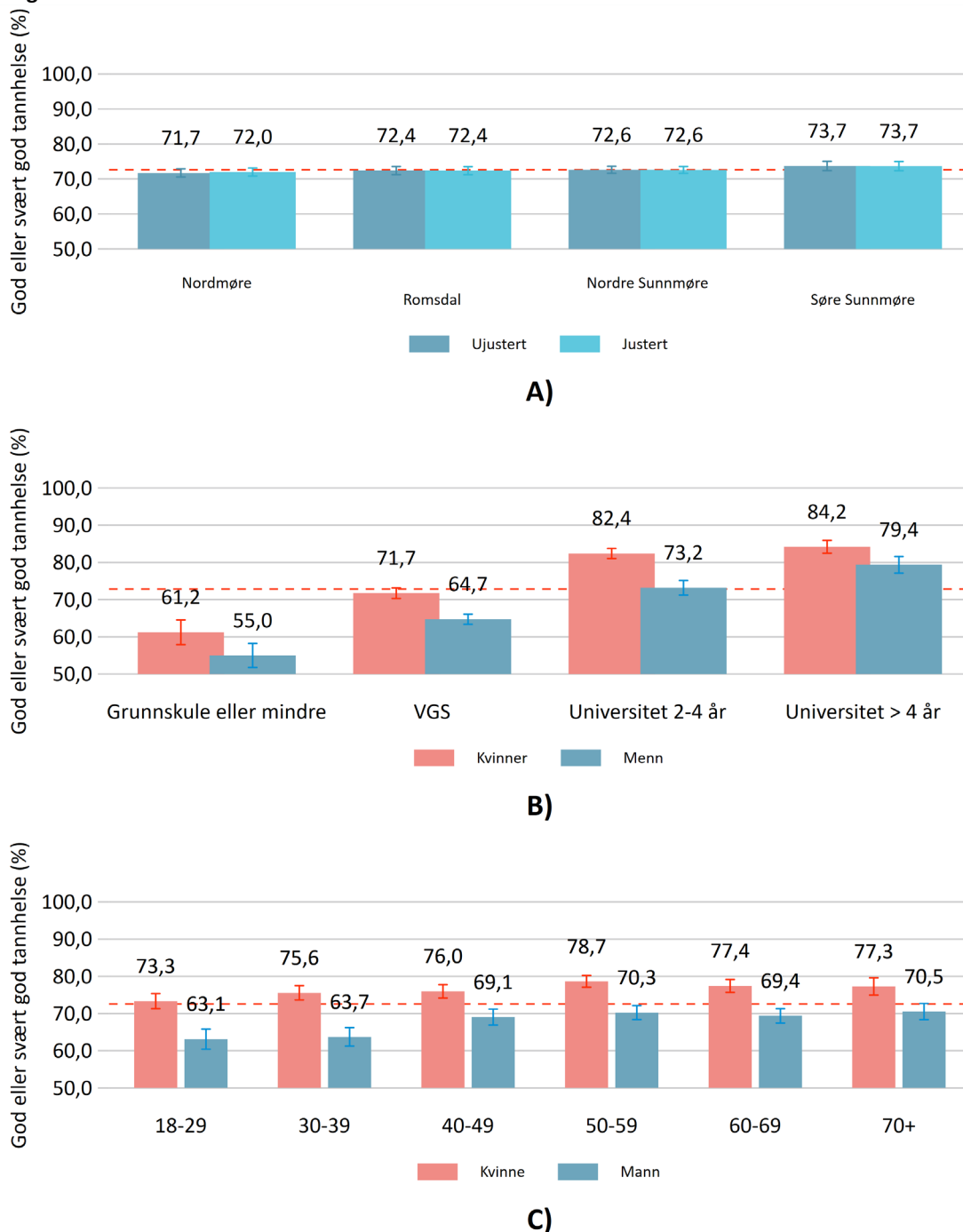
Prosentdelen som rapporterte god helse stig med aukande utdanningsnivå for både kvinner og menn. Auken i andel er statistisk sikker mellom kvar utdanningsgruppe. Forskjellen mellom høgaste og lågaste fullførte utdanningsnivå er på 25 prosentpoeng for kvinner og 22 for menn. Menn i gruppa med vidaregåande som høgaste utdanning har noko høgare andel med god helse enn kvinner i same gruppe (omtrent 4 prosentpoeng), elles er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i utdanningsgruppene.

Det er noko variasjon på tvers av aldersgruppene. For menn er det ein svak tendens til at andel som rapporterte god helse går ned med alder fram til nest eldste aldersgruppe (60-69), der andelen flater ut. For kvinner er det ein svak nedgang frå aldersgruppa 30-39 år til 50-59 år før andelen aukar fram til eldste aldersgruppe (70+). Den største forskjellen i prosentdel mellom aldersgrupper for både kvinner og menn er omtrent 7 prosentpoeng (18-29 mot 50-59 år for kvinner og 18-29 år mot 60-69 år for menn). Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar innan aldersgruppene.

3.16 God eller svært god tannhelse

Totalt 24 907 deltakarar av 24 967 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for heile utvalet var **72,6 %** (KI95%: 72,0-73,2). Andelen for kvinner var 76,5 % (n=13 147; KI95% 75,7-77,3) og andelen var 68,2 % (n=11 760; KI95% 67,3-69,1) for menn.

Figur 16: God eller svært god tannhelse etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte god eller svært god tannhelse etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein høgare del kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tannhelse. Denne kjønnsforskjellen er statistisk sikker i alle alders- og utdanningsgrupper, med unntak av gruppa med lågast utdanningsnivå (grunnskule eller mindre) der forskjellen er grensesignifikant. Prosentdelen som rapporterte god eller svært god tannhelse er lik på tvers av regionar, utan statistisk sikre forskjellar.

Tannhelsa betrast tydeleg med aukande fullførte utdanningsnivå. Utdanningsgradienten er sterk for begge kjønn, og forskjellen mellom høgaste og lågaste utdanningsnivå er omtrent 23 prosentpoeng for kvinner og 24 for menn.

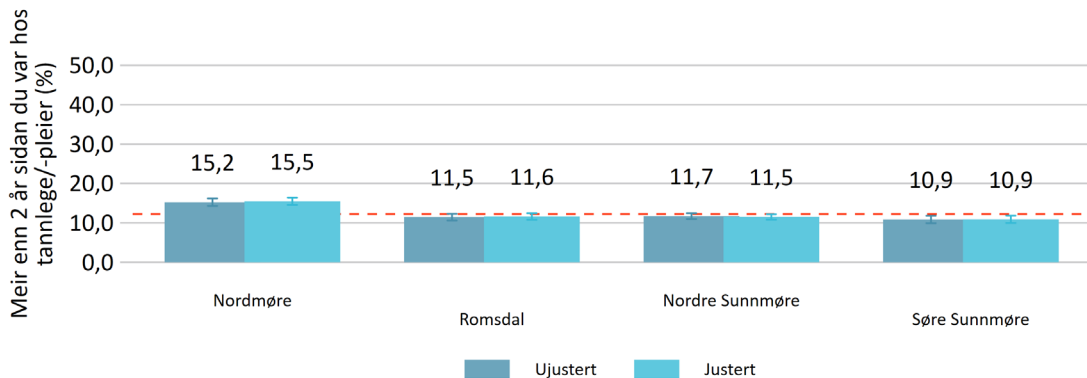
For menn er andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse litt lågare i dei to yngste aldersgruppene (18-29 og 30-39 år) enn i dei eldre. For kvinner er det ein svak, liknande tendens, men forskjellane er berre statistisk sikker mellom gruppene 18-29 år og 50-59 år.

3.17 Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleier

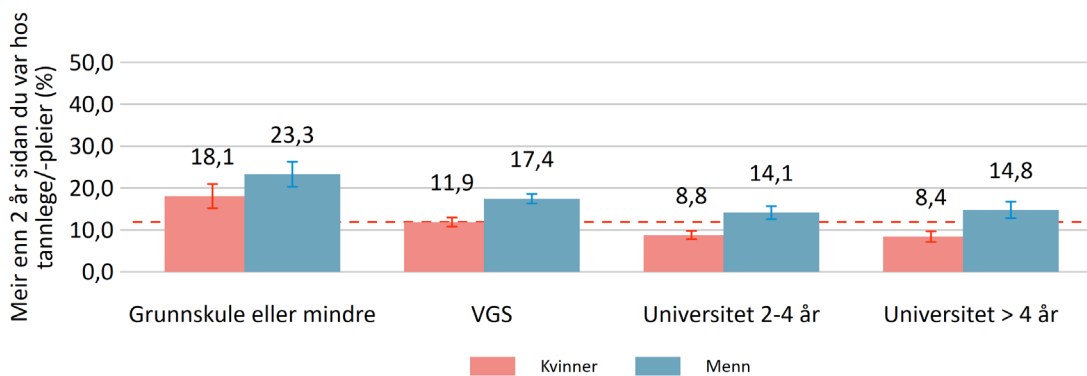
Totalt 24 896 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleier. Andelen for heile utvalet var **12,3 %** (KI95%: 11,8-12,7).

Andelen for kvinner var 10,1 % (n=13 141; KI95% 9,6-10,6) og andelen var 14,6 % (n=11 755; KI95% 14,0-15,3) for menn.

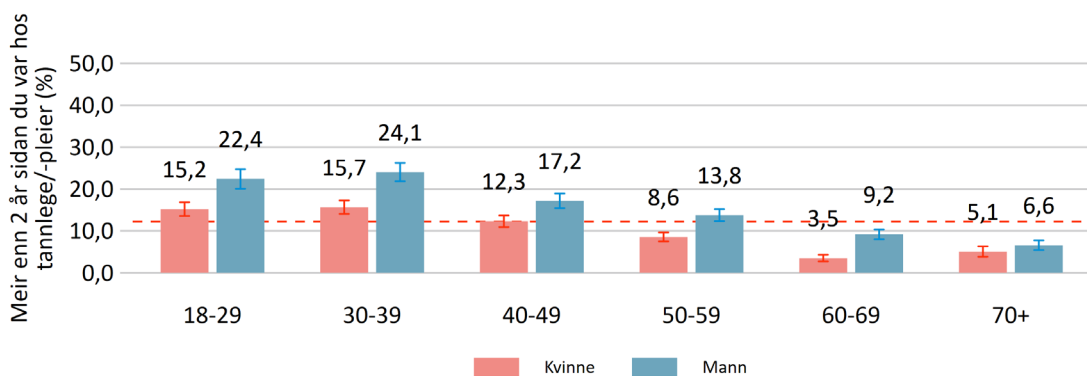
Figur 17: Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleier etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte at dei ikkje har vore til tannlege eller tannpleiar i løpet av dei siste to åra etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er lite variasjon mellom regionane innan fylket, men Nordmøre ligg signifikant over fylkesgjennomsnittet og Søre Sunnmøre signifikant under (omtrent 5 prosentpoengs forskjell).

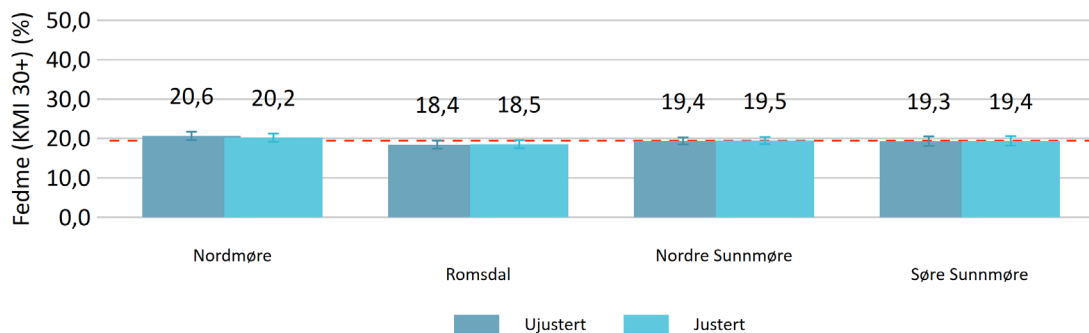
Det er ein tendens til at andelen går ned med aukande utdanning for begge kjønn, men gradienten flatar ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Menn ligg 5-6 prosentpoeng høgare enn kvinner i alle utdanningsgruppene, med unntak av gruppa med lågast utdanning der det ikkje er sikker kjønnsforskjell.

For både kvinner og menn er det ein nokså tydeleg nedgang med aukande alder i prosentdel som ikkje har vore til tannlege eller tannpleiar i løpet av dei siste to åra. Det er ingen signifikant endring i andel mellom dei to yngste og mellom dei to eldste aldersgruppene, elles er det statistisk sikre nedgangar mellom kvar av gruppene med aukande alder. Andelen blant menn ligg høgare enn blant kvinner i alle aldersgrupper, med unntak av i den eldste gruppa.

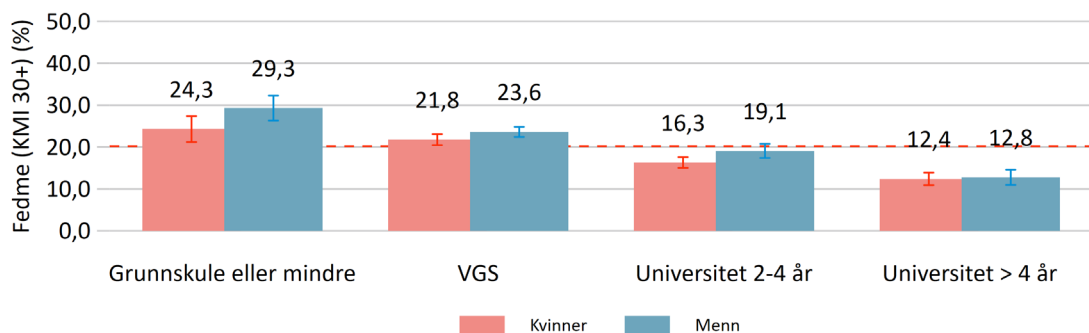
3.18 Fedme (KMI 30+)

Totalt 24 469 deltakarar av 24 967 (98,0 %) hadde gyldig svar på Fedme (KMI 30+). Andelen for heile utvalet var **19,4 %** (KI95%: 18,9-19,9). Andelen for kvinner var 17,9 % (n=12 825; KI95% 17,2-18,5) og andelen var 21,1 % (n=11 644; KI95% 20,4-21,9) for menn.

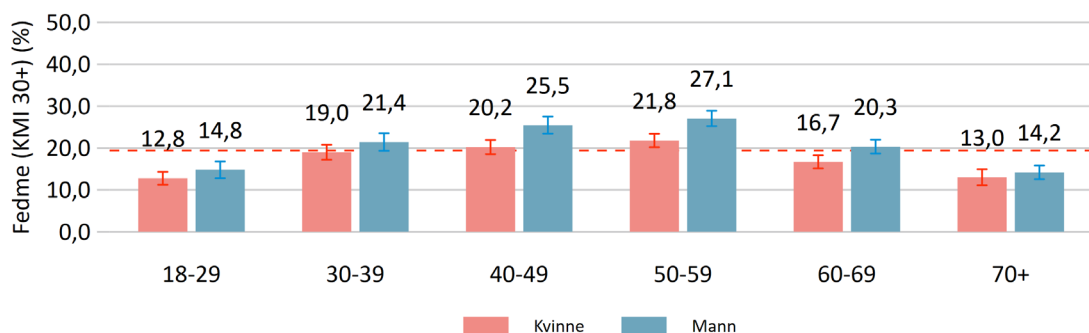
Figur 18: Fedme (KMI 30+) etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel med fedme (KMI 30+) etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Omtrent 1 av 5 personar har fedme på tvers av regionane. Det er ein noko høgare andel menn enn kvinner med fedme, både totalt og i fleire av undergruppene. Prosentdelen på Nordmøre ligg grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet og Romsdal grensesignifikant under, men forskjellen mellom dei to regionane er på berre 2,2 prosentpoeng (ujusterte tal).

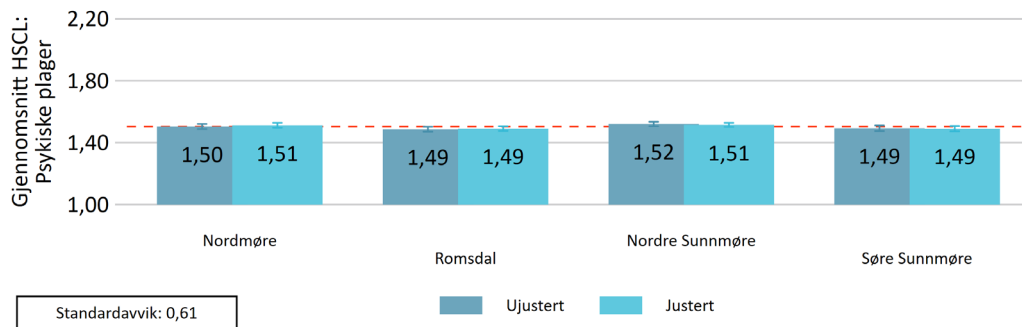
Prosentdel med fedme går klart ned med aukande utdanningsnivå. For menn er det ein statistisk sikker nedgang mellom kvar av utdanningsgruppene, og forskjellen mellom høgaste (grunnskule eller mindre) og lågaste (universitet > 4 år) verdi er omtrent 17 prosentpoeng. For kvinner er mønsteret det same, men her er ikkje forskjellen mellom dei to gruppene med lågast utdanning statistisk sikker. Forskjellen mellom lågaste og høgaste utdanningsnivå for kvinner er omtrent 12 prosentpoeng.

For både kvinner og menn kan ein sjå ein omvendt U-forma samanheng mellom aldersgruppe og andel med fedme. Andelen aukar fram til 50-59 år før den minkar med aukande alder. I aldersgruppene 40-49, 50-59 år og 60-69 år er andelen som har fedme signifikant høgare blant menn enn blant kvinner. I dei resterande aldersgruppene er det ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar.

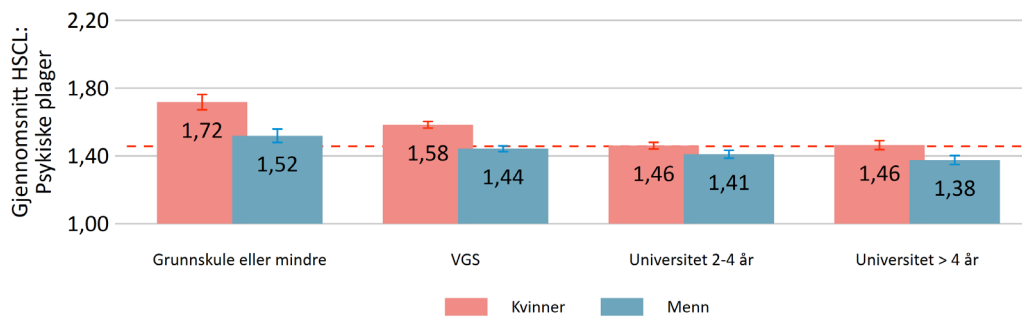
3.19 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager

Totalt 24 934 deltakarar av 24 967 (99,9 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for heile utvalet var **1,50** (KI95%: 1,50-1,51). Gjennomsnittet for kvinner var 1,57 (n=13 153; KI95% 1,56-1,59) og gjennomsnittet var 1,42 (n=11 781; KI95% 1,41-1,44) for menn.

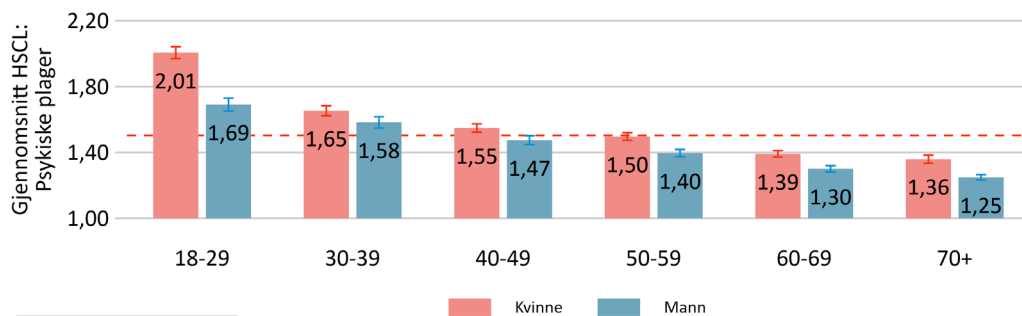
Figur 19: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på HSCL-5 etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Gjennomsnittleg skår på HSCL-5 varierer lite over regionar. Tala frå Nordre Sunnmøre ligg grensesignifikant høgare enn gjennomsnittet for fylket og tala frå Romsdal og Søre Sunnmøre grensesignifikant lågare. Forskjellen mellom høgste og lågaste gjennomsnitt svarar til ein Cohens d på berre 0,05. Forskjellane mellom ujusterte og justerte verdiar er svært små.

Prosentdel som har ein skår som er større enn 2,00 er i dette materialet 13,0 %. Prosentdelen blant kvinner er 15,7 % og blant menn 9,3 % (Cohens $h=0,20$). Prosentdelen er høgast på Nordre Sunnmøre (13,6 %) og lågast i Søre Sunnmøre (12,2 %). Forskjellen mellom disse to regionane uttrykt ved Cohens h er på 0,04.

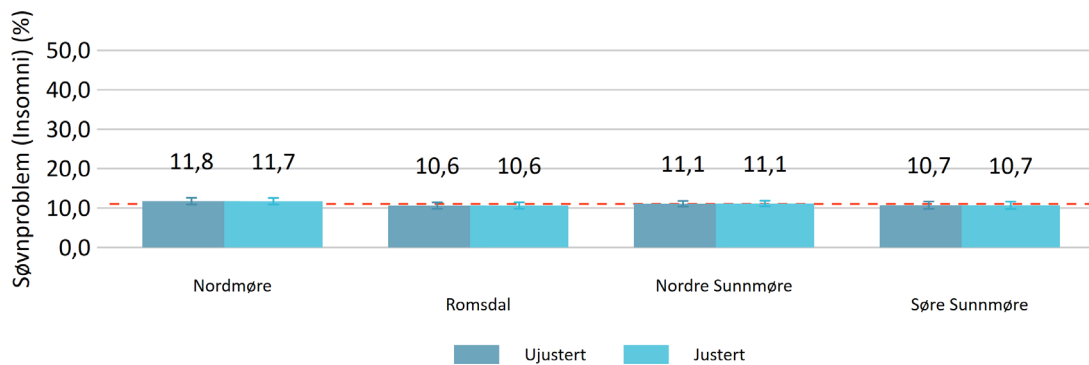
For begge kjønn går gjennomsnittsskåren ned med stigande utdanningsnivå. Blant kvinner flatar nedgangen ut etter vidaregåande utdanning. Kvinner i gruppa med lågast utdanning stikk seg ut med ein spesielt høg skår. I kvar utdanningskategori er det statistisk sikre kjønnsforskjellar, der kvinner skårar høgare enn menn.

For begge kjønn går gjennomsnittsskåren ned med stigande alder. For kvinner flatar nedgangen noko ut med aukande alder. Kvinner i den yngste gruppa stikk seg ut med ein spesielt høg skåre. Kvinner skårar også gjennomsnittleg høgare enn menn innan kvar av aldersgruppene.

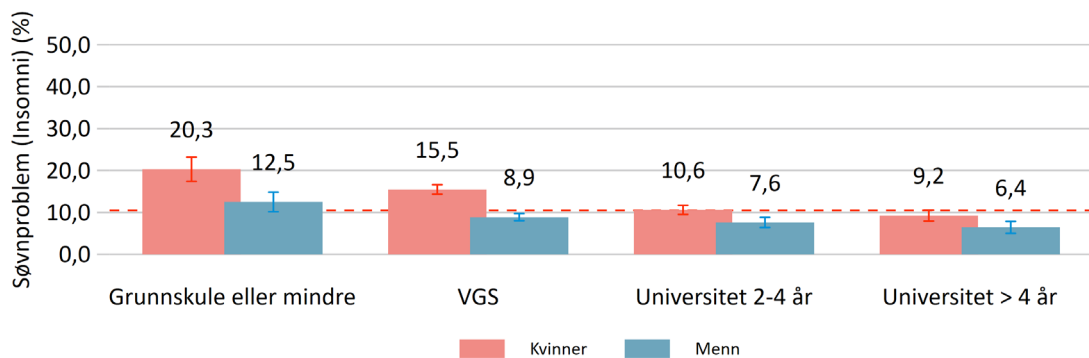
3.20 Søvnproblem (Insomni)

Totalt 24 917 deltakarar av 24 967 (99,8 %) hadde gyldig svar på Søvnproblem (Insomni). Andelen for heile utvalet var **11,1 %** (KI95%: 10,6-11,5). Andelen for kvinner var 13,6 % (n=13 148; KI95% 12,9-14,2) og andelen var 8,3 % (n=11 769; KI95% 7,7- 8,8) for menn.

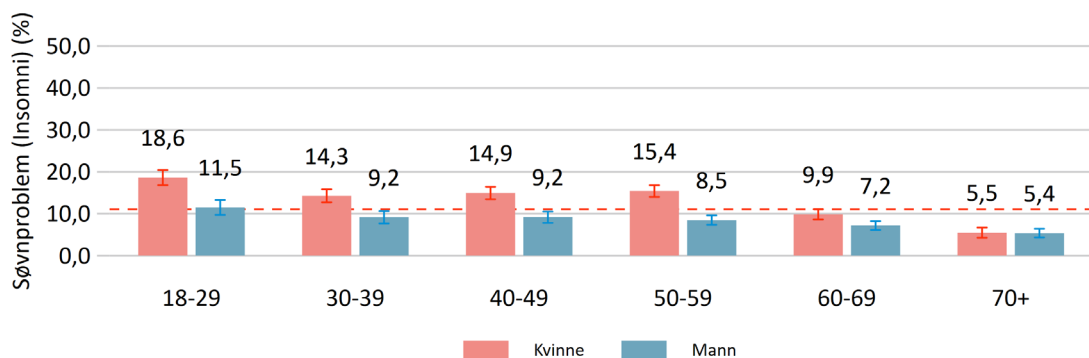
Figur 20: Søvnproblem (Insomni) etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel med søvnproblem (tilsvarende indikasjon på insomni etter DSM-5-kriteria) etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Omlag 11% av utvalet rapporterte søvnproblem. Andelen er høgare for kvinner enn menn både totalt og på tvers av dei fleste undergruppene. Det er ingen statistisk sikre forskjellar mellom regionane i fylket.

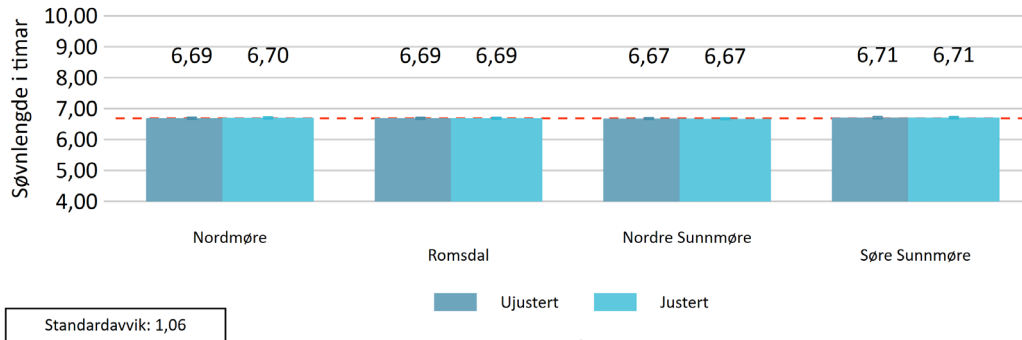
Prosentdelen med søvnproblem går ned med aukande utdanning og er om lag dobbelt så stor i gruppa med grunnskule eller mindre utdanning samanlikna med gruppa med universitets-/høgskuleutdanning >4 år. Ein statistisk sikker høgare andel kvinner enn menn har søvnproblem i alle utdanningsgruppene, med unntak av gruppa med høgast utdanning.

Den yngste aldersgruppa (18-29 år) har høgast prosentdel med søvnproblem for begge kjønn. Deretter går andelen ned i neste aldersgruppe (30-39 år), der den flater ut fram til den på nytt går ned med aukande alder frå 60-69 år. Ein høgare andel blant kvinner enn blant menn rapporterte søvnproblem i alle aldersgrupper, med unntak av den eldste (70+ år) der forskjellen ikkje er statistisk sikker.

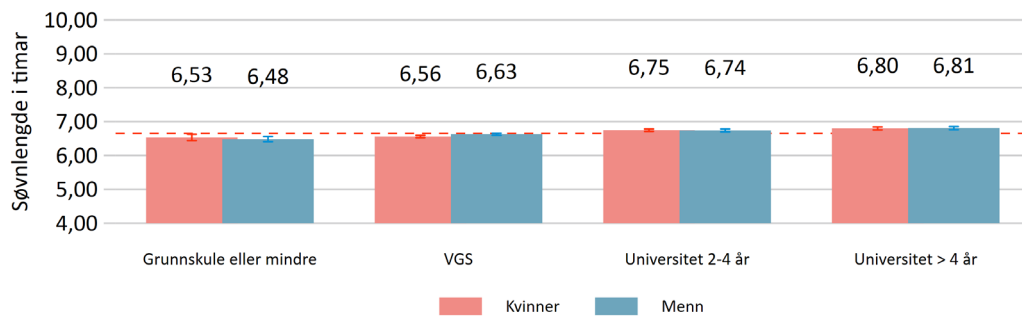
3.21 Søvn lengde i timar

Totalt 24 666 deltakarar av 24 967 (98,8 %) hadde gyldig svar på Søvn lengde i kvardagen i timar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,69** (KI95%: 6,67-6,70). Gjennomsnittet for kvinner var 6,68 (n=13 036; KI95% 6,66-6,70) og gjennomsnittet var 6,69 (n=11 630; KI95% 6,68-6,71) for menn.

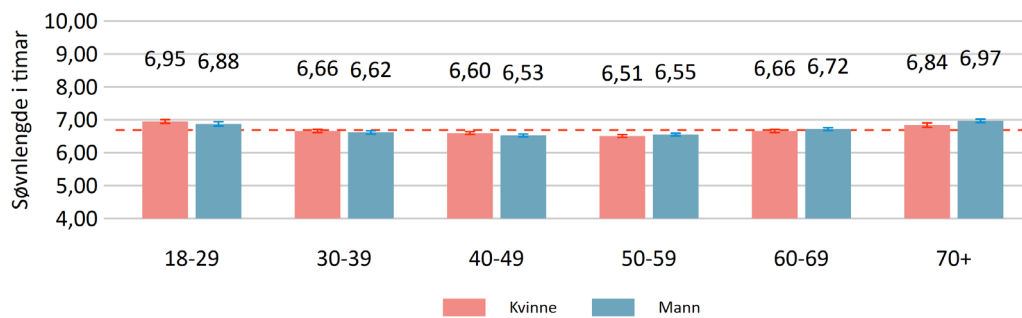
Figur 21: Søvn lengde i kvardagen i timar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg sjølvrapportert søvnlengde i kvardagen i timar etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Fylkesgjennomsnittet er på 6,69 timar, tilsvarande 6 timar og 41 minutt. Det er svært lite variasjon i gjennomsnittleg søvnlengde over regionar.

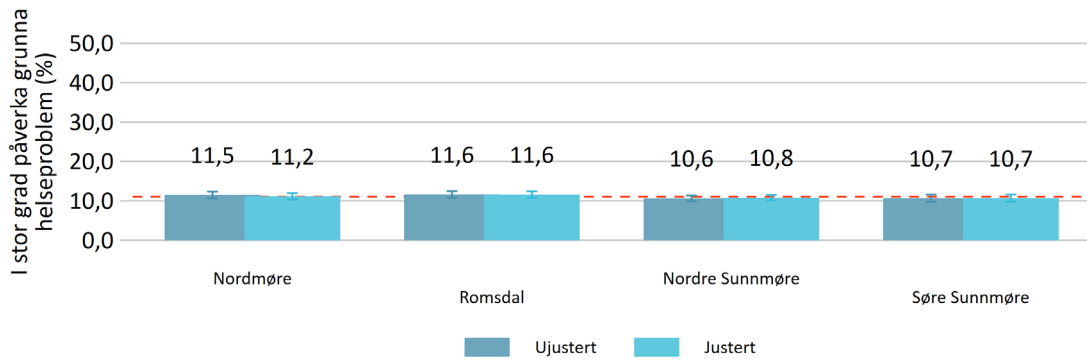
Gjennomsnittleg søvnlengde stig noko med aukande utdanningsnivå. For kvinner er forskjellane statistisk sikre mellom dei to gruppene med lågast utdanning og dei to gruppene med høgast utdanning. For menn er det auken i gjennomsnittleg søvnlengde statistisk sikker mellom etterfølgjande utdanningssteg, med unntak av mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Forskjellen mellom høgaste (universitet > 4 år) og lågaste (grunnskule eller mindre) verdi utgjer 15 minutt (Cohens $d=0,24$) for kvinner og 19 minutt (Cohens $d=0,29$) for menn. Kvinner rapporterte gjennomsnittleg signifikant kortare søvntid enn menn i gruppa med vidaregåande som høgaste utdanning.

For begge kjønn viser samanhengen mellom gjennomsnittleg søvnlengde og alder ei U-form. Den yngste og eldste gruppa rapporterte lengst søvnlengde, mens søvnlengda er kortast for menn i gruppa 40-49 år og for kvinner i gruppa 50-59 år. Forskjellen mellom høgaste og lågaste verdi i gjennomsnittleg søvnlengde svarar til 26 minutt for både kvinner (18-29 år mot 50-59 år) og menn (70+ år mot 40-49 år). Kvinner rapporterte gjennomsnittleg signifikant kortare søvntid enn menn i den eldste aldersgruppa.

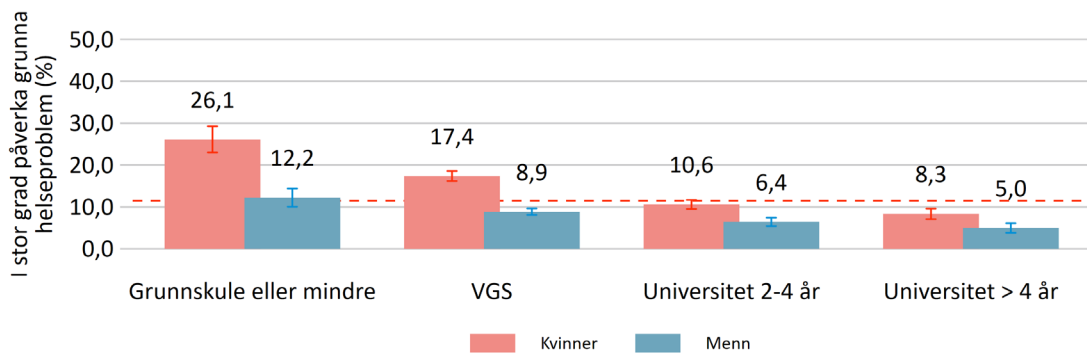
3.22 I stor grad påverka grunna helseproblem

Totalt 24 836 deltakarar av 24 967 (99,5 %) hadde gyldig svar på I stor grad påverka grunna helseproblem. Andelen for heile utvalet var **11,1 %** (KI95%: 10,7-11,5). Andelen for kvinner var 13,7 % (n=13 103; KI95% 13,0-14,3) og andelen var 8,2 % (n=11 733; KI95% 7,7- 8,7) for menn.

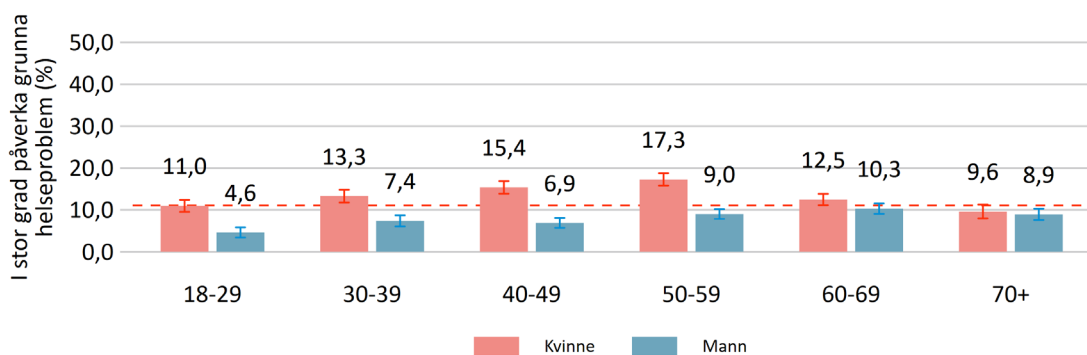
Figur 22: I stor grad påverka grunna helseproblem etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte at kvardagen deira i stor grad er påverka grunna helseproblem etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Generelt rapporterte kvinner ein høgare andel enn menn eit slikt funksjonstap grunna helseproblem. Ingen av regionane avvikar signifikant frå fylkesgjennomsnittet.

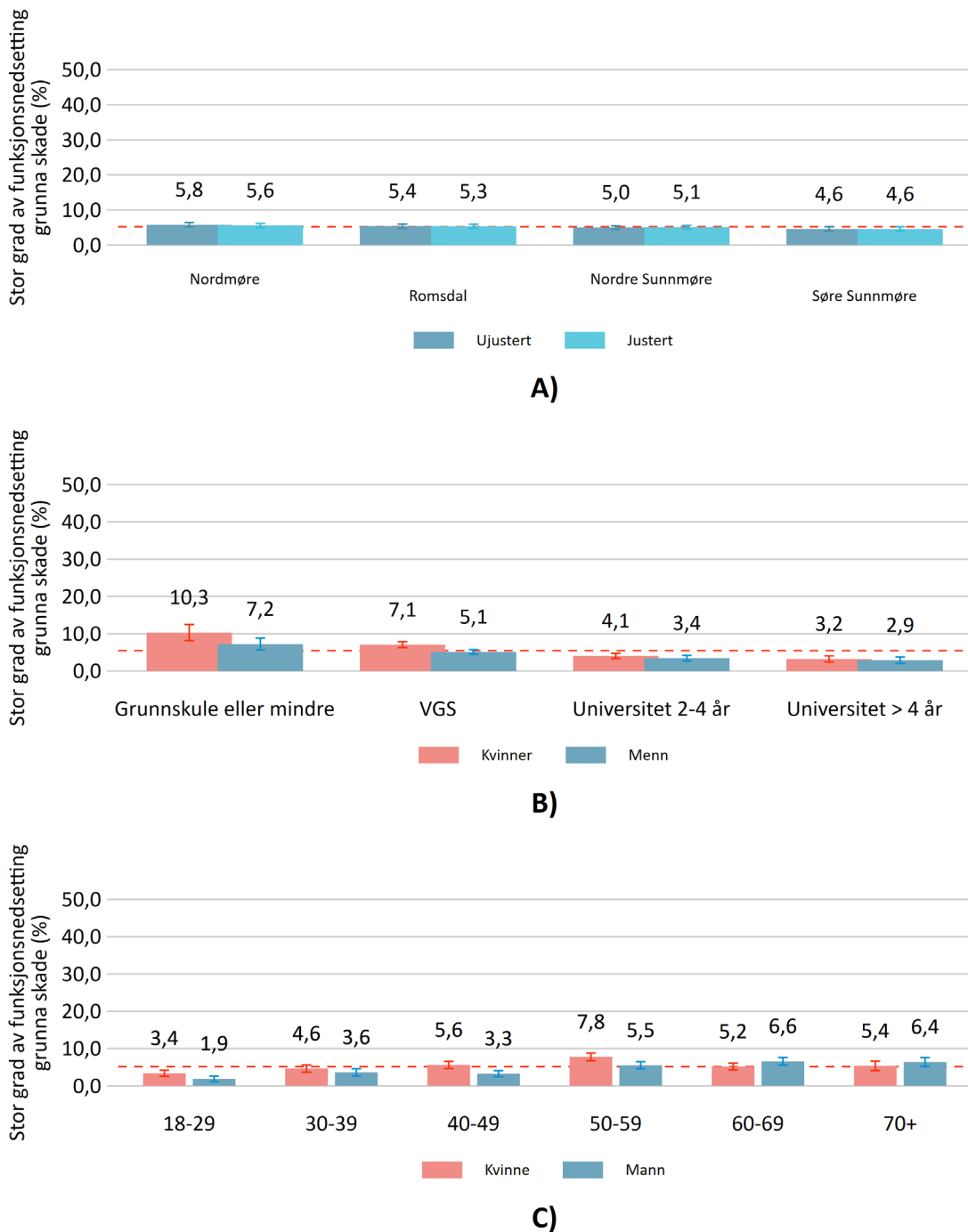
Prosentdel som rapporterte i stor grad å vere påverka grunna helseproblem går tydeleg ned med aukande utdanning for begge kjønn. Andelen er også klart høgare blant kvinner enn blant menn i alle utdanningsgrupper. Denne kjønnsforskjellen er særleg sterk i gruppa med lågast fullførte utdanningsnivå, og er på 14 prosentpoeng.

For kvinner er det ein tendens til ei omvendt U-form, der andelen som rapporterte i stor grad å vere påverka grunna helseproblem er lågast i yngste og eldste gruppe, og høgast i aldersgruppa 50-59 år. For menn er det ein litt ujamn auke i andel med aukande alder fram mot 60-69 år. Det er ein statistisk sikker kjønnsforskjell i alle aldersgrupper, med unntak av dei to eldste. I dei yngre aldersgruppene rapporterte ein større andel blant kvinner enn blant menn at kvardagen deira i stor grad er påverka grunna helseproblem.

3.23 Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade

Totalt 24 878 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade. Andelen for heile utvalet var **5,2 %** (KI95%: 4,9- 5,5). Andelen for kvinner var 5,5 % (n=13 134; KI95% 5,1- 5,9) og andelen var 4,8 % (n=11 744; KI95% 4,4- 5,2) for menn.

Figur 23: Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Figuren viser prosentdel som rapporterte at dei i stor grad opplever funksjonsnedsetting grunna skade etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ingen av regionane avvik signifikant frå fylkesgjennomsnittet på 5,2%.

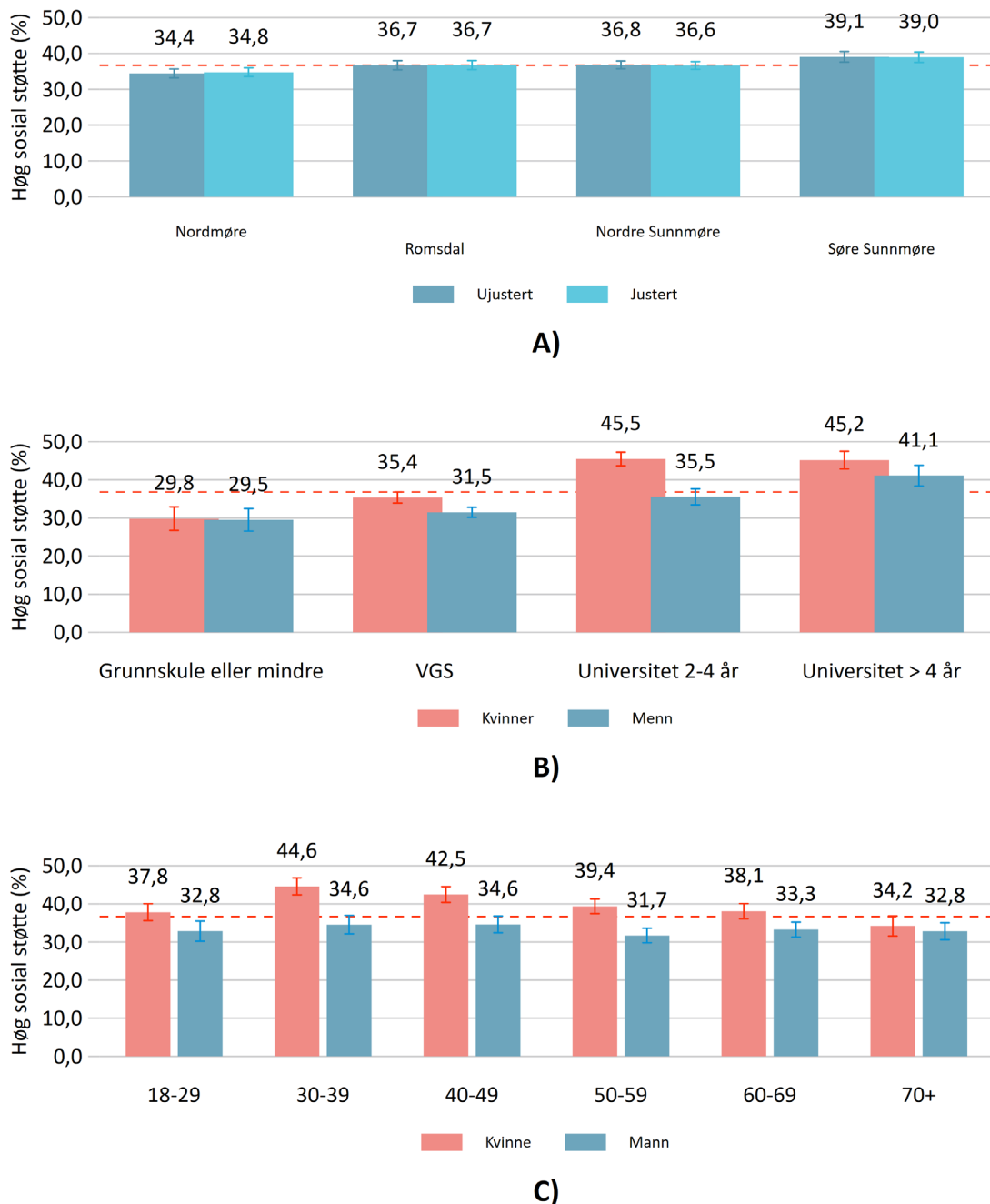
For begge kjønn sjåast ein nedgang i prosentdel som rapporterte at dei i stor grad opplever funksjonsnedsetting grunna skade med aukande utdanning. For kvinner er forskjellen mellom gruppa med lågast og høgast fullførte utdanning 7 prosentpoeng, og for menn er forskjellen omtrent 4 prosentpoeng. Kvinner ligg signifikant høgare enn menn i gruppa med vidaregåande som høgaste utdanning – elles er det ingen kjønnsforskjellar.

For kvinner er det ein svak omvendt U samanheng mellom andel og alder; andelen aukar noko fram til aldersgruppa 50-59 år, før den går ned i aldersgruppa 60-69 år og flatar ut. For menn er det ein signifikant auke frå 40-49 år til 50-59 år, elles er det ingen statistisk sikre endringar med alder. Andelen er signifikant høgare for kvinner enn menn i 2 av 6 aldersgrupper: 40-49 år og 50-59 år.

3.24 Høg sosial støtte

Totalt 24 839 deltakarar av 24 967 (99,5 %) hadde gyldig svar på Høg sosial støtte. Andelen for heile utvalet var **36,7 %** (KI95%: 36,0-37,3). Andelen for kvinner var 39,8 % (n=13 103; KI95% 38,9-40,6) og andelen var 33,2 % (n=11 736; KI95% 32,3-34,1) for menn.

Figur 24: Høg sosial støtte etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte å oppleve høg sosial støtte etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte å oppleve høg sosial støtte, både samla sett og i dei fleste av undergruppene (med unntak av lågaste utdanningsgruppe og høgste aldersgruppe). Det er lite variasjon på tvers av regionar, men forskjellen mellom Nordmøre med lågast andel (34,4) og Søre Sunnmøre med høgast (39,1) er statistisk sikker (ujusterte tal). Forskjellane mellom justerte og ujusterte tal er ubetydelege.

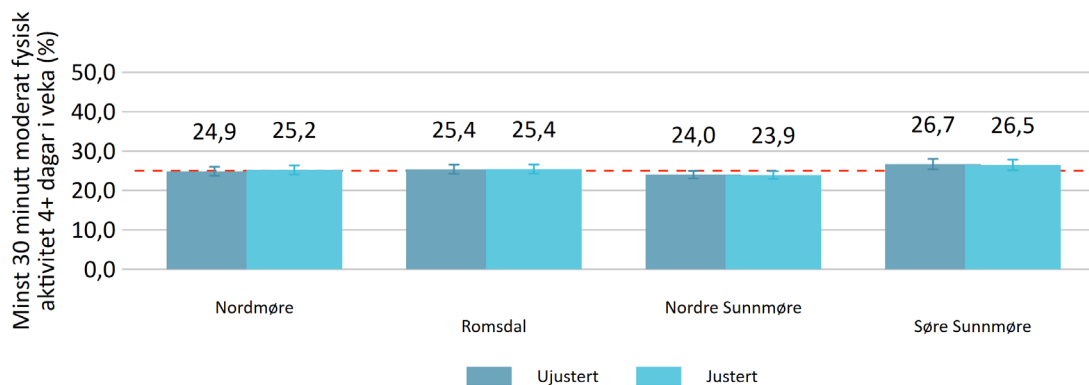
Opplevd høg sosial støtte stig med aukande utdanning. For kvinner flatar stigninga ut mellom dei to gruppene med høgast utdanningsnivå. For menn er det motsett. Der er forskjellen i andel med opplevd høg sosial støtte ikkje statistisk sikker mellom dei to lågaste utdanningsgruppene, men stig deretter signifikant med kvart utdanningsnivå. Forskjellen mellom høgaste og lågaste utdanningsnivå i andel med opplevd høg sosial støtte er omtrent 16 prosentpoeng for kvinner og 12 prosentpoeng for menn.

For menn er det ingen variasjon i prosentdel med opplevd høg sosial støtte etter aldersgrupper. For kvinner er det ein statistisk sikker auke frå yngste til nest yngste aldersgruppe og deretter går andelen som rapporterte høg sosial støtte nokså jamt ned til den eldste aldersgruppa (70+ år). Forskjellen mellom høgaste (30-39 år) og lågaste (70+ år) andel for kvinner er omtrent 10 prosentpoeng. På tvers av aldersgruppene, med unntak av den eldste (70+ år), rapporterte ein større andel blant kvinner enn blant menn å oppleve høg sosial støtte.

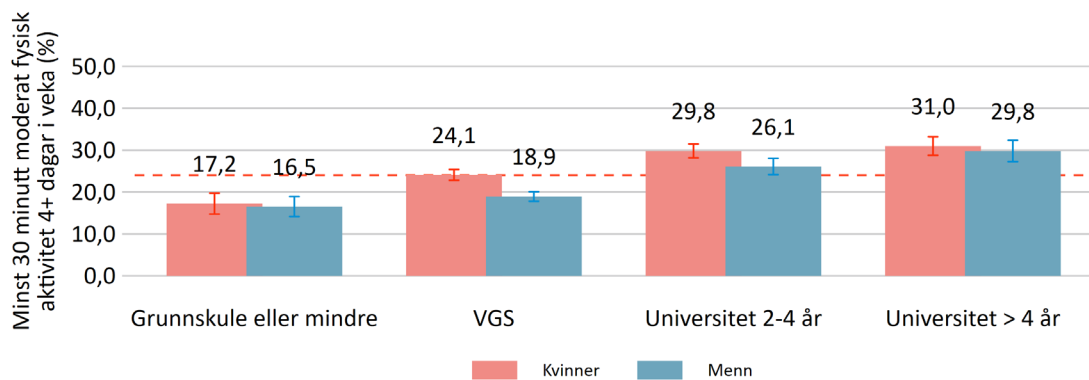
3.25 Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka

Totalt 24 530 deltakarar av 24 967 (98,2 %) hadde gyldig svar på Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka. Andelen for heile utvalet var **25,0 %** (KI95%: 24,4-25,6). Andelen for kvinner var 27,3 % (n=12 894; KI95% 26,5-28,1) og andelen var 22,5 % (n=11 636; KI95% 21,7-23,3) for menn.

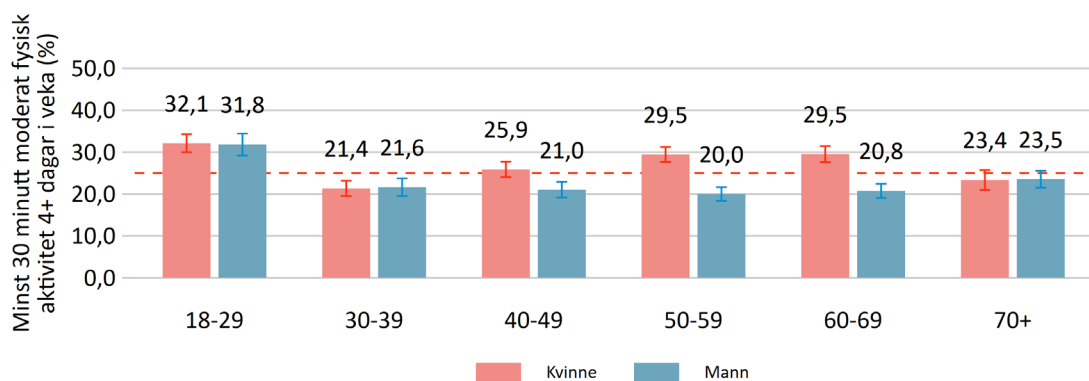
Figur 25: Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som er moderat fysisk aktive i minst ein halv time minst 4 dagar i veka ("fysisk aktiv") etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein av fire er fysisk aktive etter nemne kriterium. Prosentdelen fysisk aktive er noko høgare for kvinner enn menn. Dette gjeld både samla og for om lag halvparten av undergruppene etter utdanning og alder. Det er lite variasjon på tvers av regionane i prosentdel fysisk aktive, men forskjellen mellom Nordre Sunnmøre (lågast del) og Søre Sunnmøre (høgast del) er statistisk sikker.

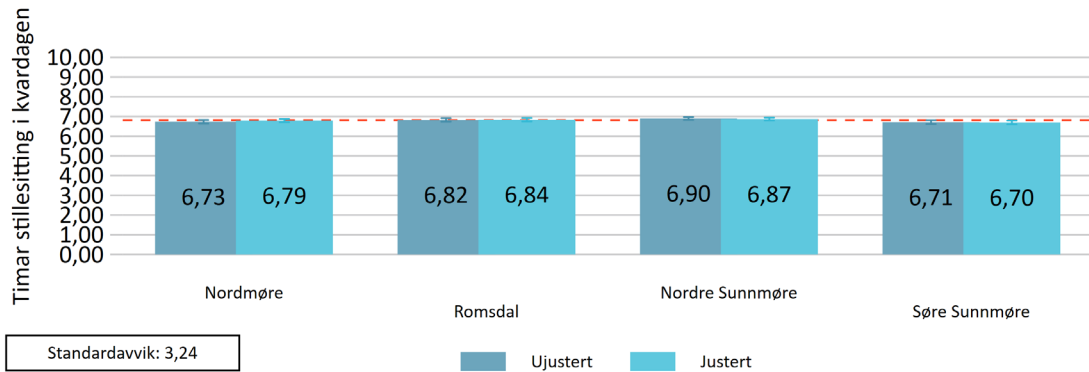
Prosentdel fysisk aktive stig med aukande utdanning. For kvinner er forskjellen mellom gruppene med høgast og lågast utdanningsnivå omtrent 14 prosentpoeng, mens det for menn er omtrent 13 prosentpoeng. I gruppene med vidaregåande og universitet 2-4 år som høgaste fullførte utdanning er det statistisk sikre kjønnsforskjellar, der ein høgare andel blant kvinner enn blant menn er moderat fysisk aktive i minst ein halv time minst 4 dagar i veka.

Den yngste aldersgruppa har høgast prosentdel fysisk aktive, med andelar om lag 7 prosentpoeng over det samla gjennomsnittet for begge kjønn. I aldersgruppa 30-39 år er andelen for begge kjønn under gjennomsnittet. For kvinner aukar prosentdelen fysisk aktive fram til aldersgruppa 50-59 år, før den flatar ut og går noko ned att i den eldste aldersgruppa (70+ år). For menn er det ingen endring i prosentdel som fysisk aktive frå aldersgruppa 30-39 til 70+.

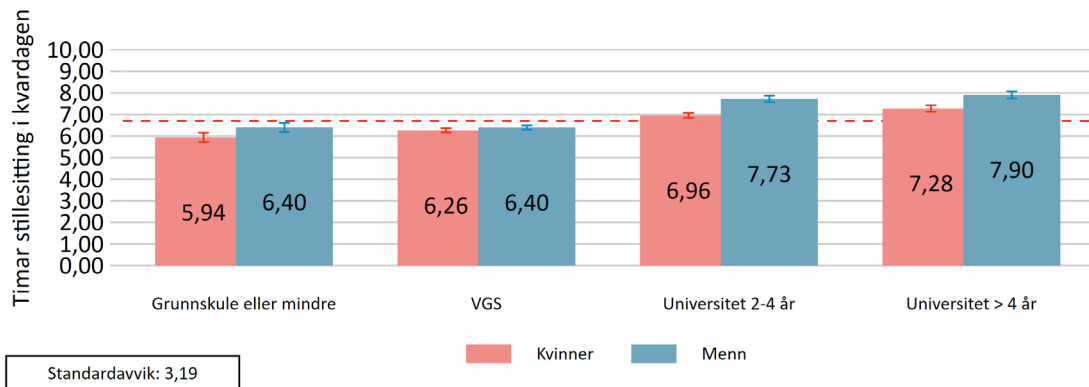
3.26 Timar stillesitting i kvardagen

Totalt 23 990 deltakarar av 24 967 (96,1 %) hadde gyldig svar på Timar stillesitting i kvardagen. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,81** (KI95%: 6,77-6,85). Gjennomsnittet for kvinner var 6,73 (n=12 618; KI95% 6,67-6,79) og gjennomsnittet var 6,90 (n=11 372; KI95% 6,84-6,97) for menn.

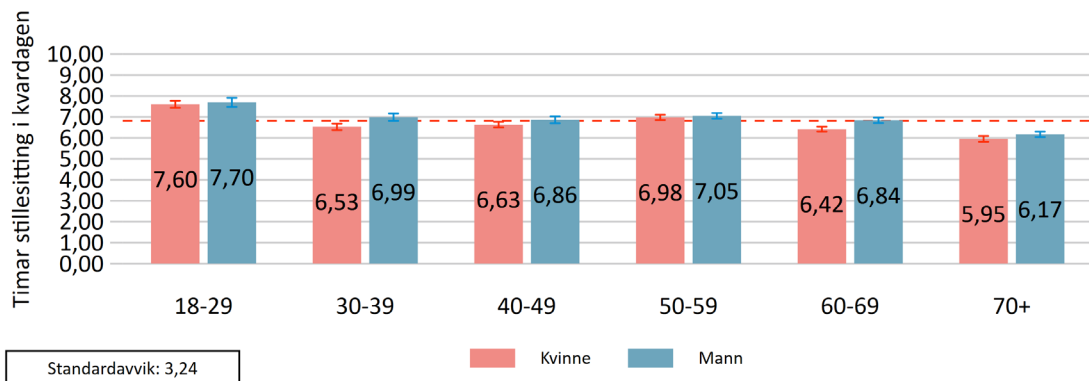
Figur 26: Timar stillesitting i kvardagen etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg timar stillesitting i kvardagen etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er grensesignifikante forskjellar mellom regionane med høgaste (Nordre Sunnmøre) og lågaste (Søre Sunnmøre) verdi, elles er det ingen statistisk sikre variasjonar på tvers av regionane innan fylket.

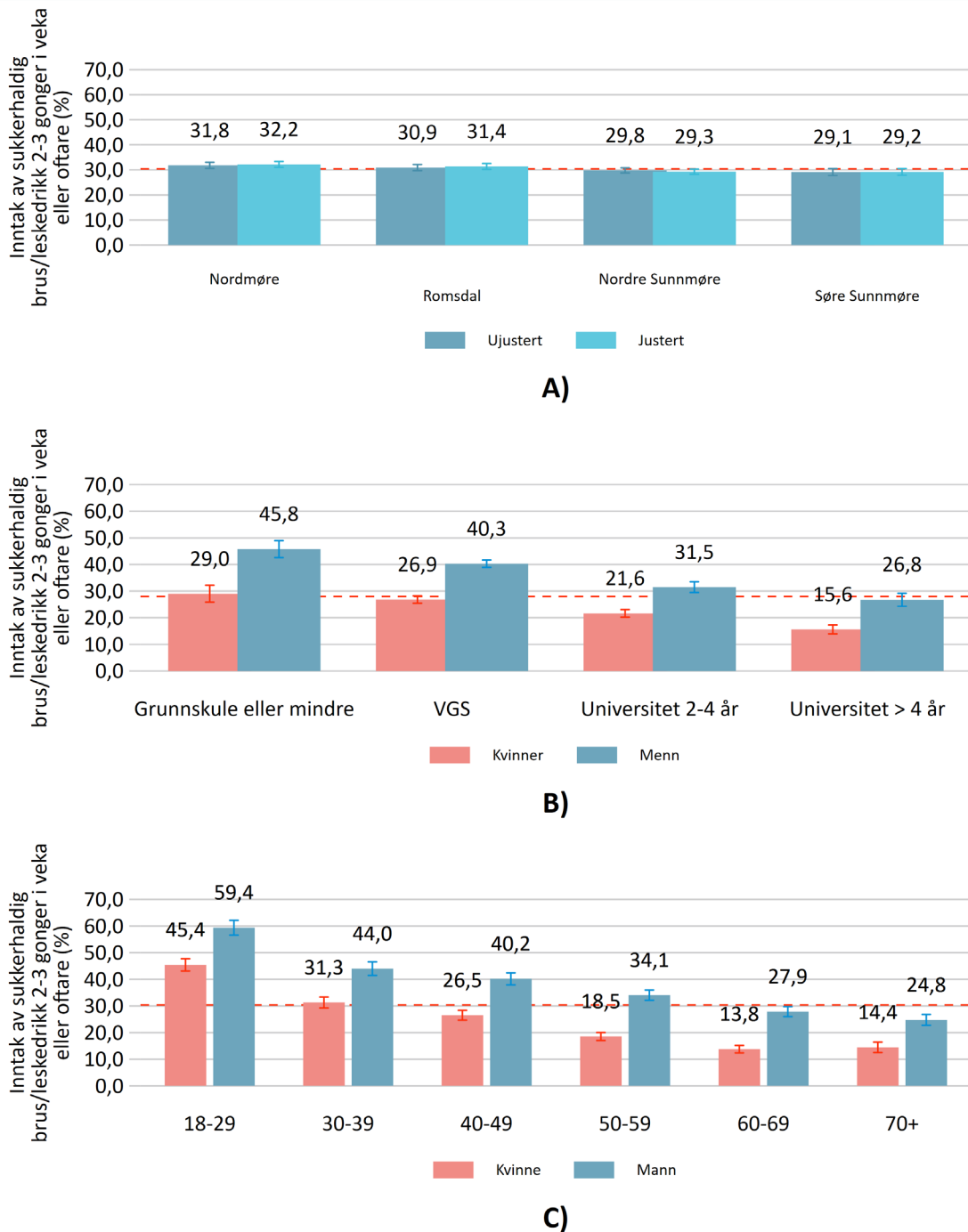
For kvinner aukar timar stillesitting jamt med aukande utdanning. For menn skjer det eit stort hopp frå gruppa med vidaregåande som høgaste utdanning til dei med universitetsutdanning på 2-4 år, elles er det ingen signifikante endringar. Cohens d for høgaste (universitet > 4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) verdi er 0,41 for kvinner (1t 20min forskjell) og 0,46 for menn (1t 30min forskjell). Menn rapporterte signifikant høgare gjennomsnittleg timar stillesitting enn kvinner i alle utdanningsgrupper, med unntak av dei med vidaregåande som høgaste utdanning.

For begge kjønn rapporterte den yngste gruppa flest timar stillesitting, og den eldste gruppa færrest timar stillesitting. For menn er det ein statistisk sikker forskjell mellom desse aldersgruppene. For kvinner skjer det eit hopp i timar stillesitting i aldersgruppa 50-59 år, før gjennomsnittet går jamt nedover. Cohens d for høgaste (18-29 år) mot lågaste (70+ år) verdi er 0,51 for kvinner (1t39min) og 0,47 for menn (1t30min). Menn ligg gjennomsnittleg signifikant høgare enn kvinner i aldersgruppene 30-39 og 60-69 år.

3.27 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i veka eller oftare

Totalt 24 902 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i veka eller oftare. Andelen for heile utvalet var **30,4 %** (KI95%: 29,8-31,0). Andelen for kvinner var 24,8 % (n=13 143; KI95% 24,0-25,6) og andelen var 36,6 % (n=11 759; KI95% 35,7-37,5) for menn.

Figur 27: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i veka eller oftare etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Figuren viser prosentdel som rapporterte inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger veka eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein betydeleg høgare andel menn enn kvinner drikk sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare (36,6 % mot 24,8%). Det er små forskjellar på tvers av regionane. Forskjellen mellom regionane med høgast (Nordmøre) og lågast (Søre Sunnmøre) andel er statistisk signifikant, men på berre 2,7 prosentpoeng (ujusterte tal).

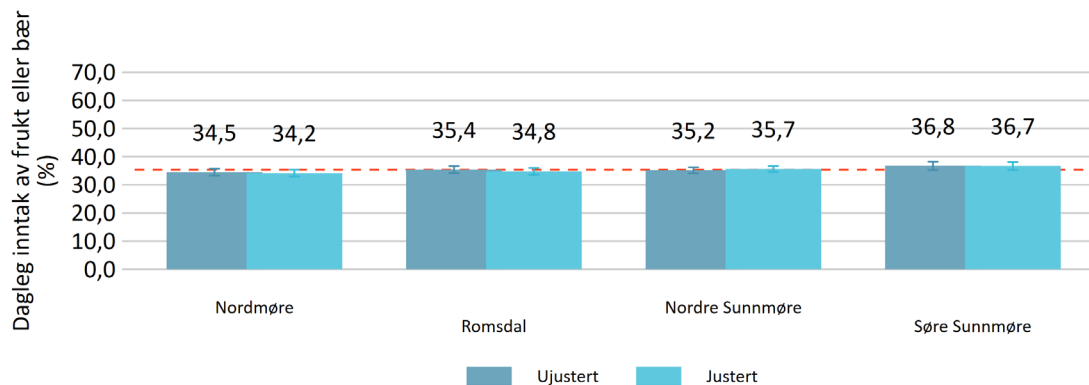
Prosentdelen går ned med aukande utdanning, og forskjellen mellom høgaste (grunnskule eller mindre) og lågaste (universitet > 4 år) utdanningsnivå er omtrent 19 prosentpoeng for menn og omtrent 13 for kvinner. Det er store forskjellar mellom kjønna innan alle utdanningsgruppene, der langt høgare del menn enn kvinner rapporterte inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger veka eller oftare.

Prosentdelen som drikk sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger veka eller oftare går også ned med stigande alder for begge kjønn. For kvinner flatar aldersgradienten ut for dei to eldste aldersgruppene. Andelen er klart høgast i den yngste aldersgruppa for begge kjønn (kvinner omtrent 15 prosentpoeng over det samla gjennomsnittet og menn omtrent 30). Det er også store kjønnsforskjellar, med høgast andel for menn, i alle aldersgruppene. Den største kjønnsforskjellen er på omtrent 16 prosentpoeng (i gruppa 50-59 år) og den minste på omtrent 10 prosentpoeng (i gruppa 70+ år).

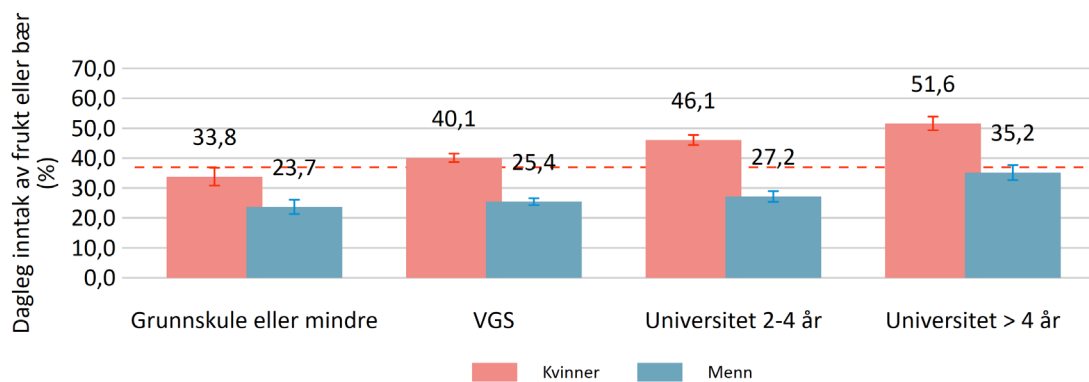
3.28 Dagleg inntak av frukt eller bær

Totalt 24 898 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Dagleg inntak av frukt eller bær. Andelen for heile utvalet var **35,4 %** (KI95%: 34,8-36,0). Andelen for kvinner var 41,6 % (n=13 137; KI95% 40,7-42,4) og andelen var 28,5 % (n=11 761; KI95% 27,6-29,3) for menn.

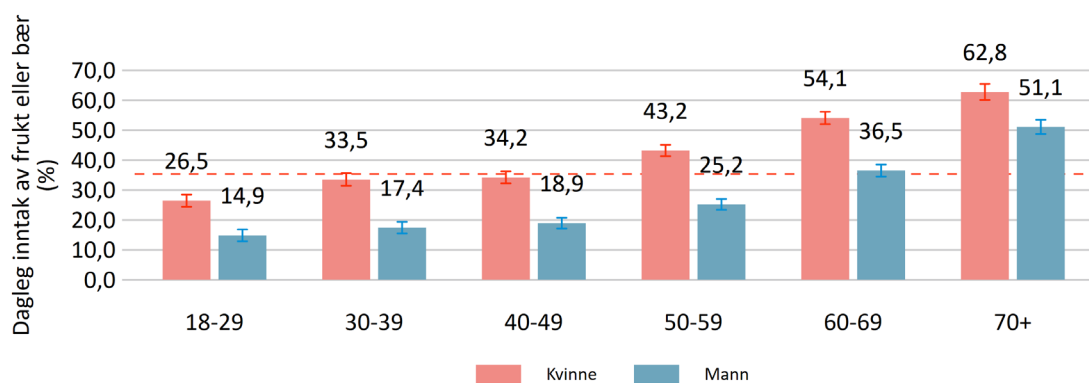
Figur 28: Dagleg inntak av frukt eller bær etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte inntak av frukt eller bær dagleg eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein betydeleg høgare andel kvinner rapporterte inntak av frukt eller bær dagleg samanlikna med menn i alle utdannings- og aldersgruppene. Det er ingen statistisk sikker variasjon på tvers av regionane i fylket.

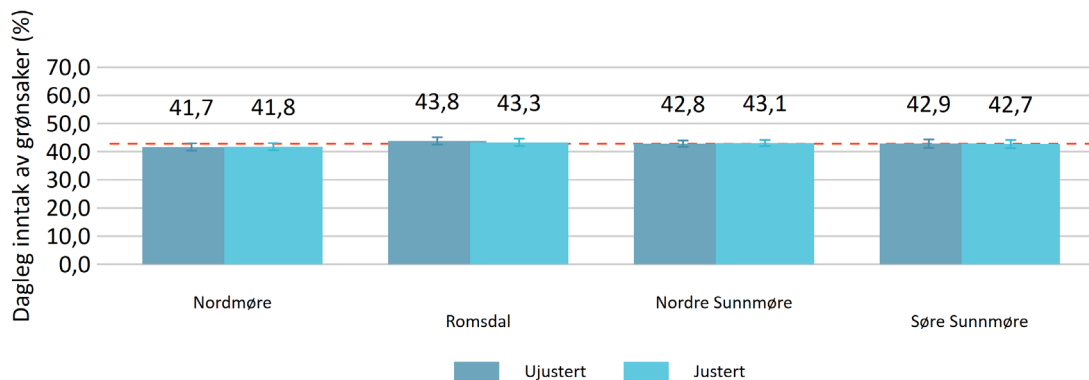
Dagleg inntak av frukt eller bær stig med aukande utdanning for begge kjønn, med ein noko tydelegare trend blant kvinner enn blant menn. For kvinner er det ei statistisk sikker stigning mellom kvar av utdanningsgruppene. For menn er andelen i gruppa med minst 4 år med høgskule- eller universitetsutdanning signifikant høgare enn dei andre tre gruppene. Forskjellen mellom lågaste og høgaste andel for kvinner er omtrent 18 prosentpoeng, og for menn omtrent 12 prosentpoeng.

For begge kjønn stig prosentdelen som rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær tydeleg med aukande alder, med sterkast stigning frå 50-59 år og oppover. Blant både kvinner og menn er forskjellen mellom eldste og yngste aldersgruppe omtrent 36 prosentpoeng. Det er også sterke kjønnsforskjellar, der andelen er 12 prosentpoeng eller høgare for kvinner enn menn på tvers av aldersgruppene.

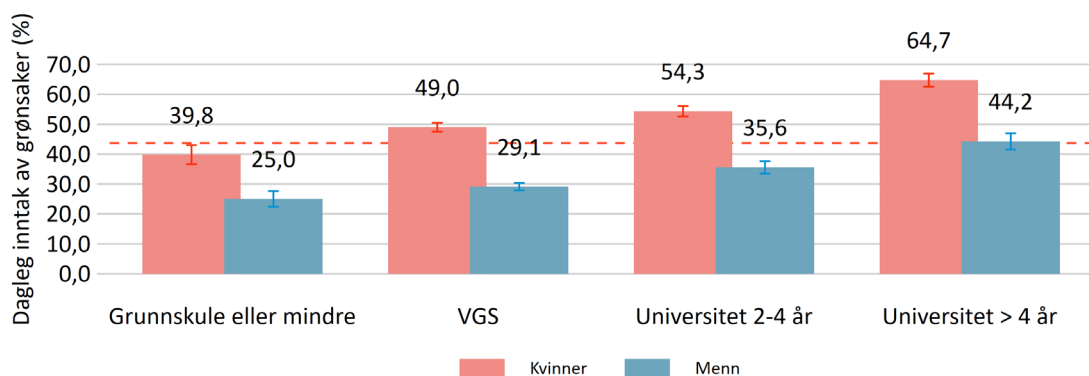
3.29 Dagleg inntak av grønnsaker

Totalt 24 894 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Dagleg inntak av grønnsaker. Andelen for heile utvalet var **42,8 %** (KI95%: 42,2-43,5). Andelen for kvinner var 51,6 % (n=13 135; KI95% 50,7-52,5) og andelen var 33,1 % (n=11 759; KI95% 32,2-34,0) for menn.

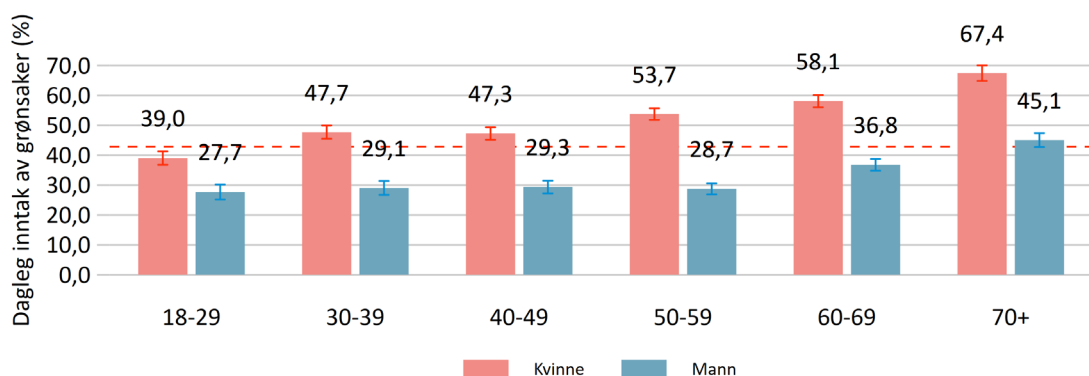
Figur 29: Dagleg inntak av grønnsaker etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte inntak av grønnsaker dagleg eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein betydeleg høgare andel kvinner enn menn rapporterte inntak av grønnsaker dagleg eller oftare, både totalt og innan alle utdannings- og aldersgruppene. Det er ingen statistisk sikker variasjon på tvers av regionane i fylket.

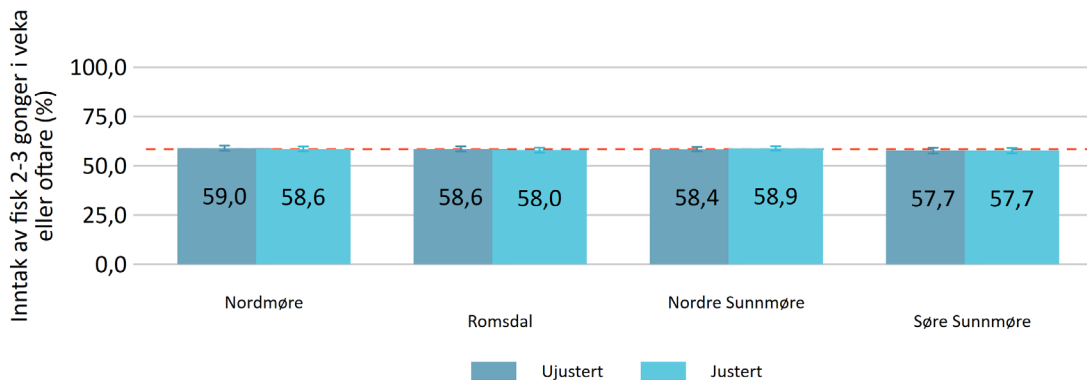
Inntak av grønnsaker dagleg eller oftare stig med aukande utdanning for begge kjønn, med statistisk sikre prosentdels auke mellom kvar av utdanningsgruppene. Forskjellen mellom høgaste og lågaste utdanningsnivå er for kvinner er omtrent 25 prosentpoeng, og for menn omtrent 19 prosentpoeng. Sterke kjønnsforskjeller er til stades i alle utdanningsgruppene, og kvinner ligg 15 prosentpoeng eller høgare enn menn.

For kvinner aukar andelen som rapporterte inntak av grønnsaker dagleg eller oftare tydeleg med aukande alder. Tendensen er den same for menn, men her er det ingen variasjon over alder før etter 50-59 år. Deretter stig andelen betydeleg med alder. For kvinner er forskjellen mellom eldste og yngste aldersgruppe omtrent 28 prosentpoeng, og for menn 17,4 prosentpoeng. Det er også sterke kjønnsforskjellar, med 11 prosentpoeng eller høgare andelar blant kvinner enn blant menn på tvers av aldersgruppene.

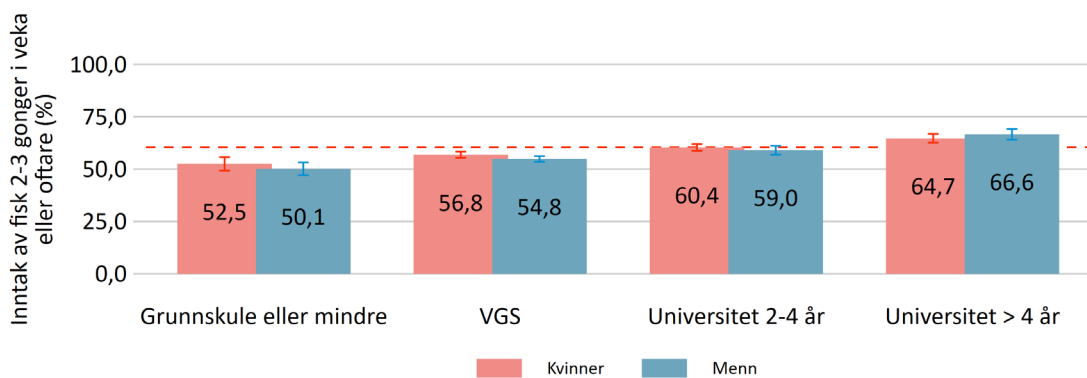
3.30 Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare

Totalt 24 908 deltakarar av 24 967 (99,8 %) hadde gyldig svar på Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen for heile utvalet var **58,4 %** (KI95%: 57,8-59,1). Andelen for kvinner var 57,7 % (n=13 141; KI95% 56,9-58,6) og andelen var 59,2 % (n=11 767; KI95% 58,3-60,1) for menn.

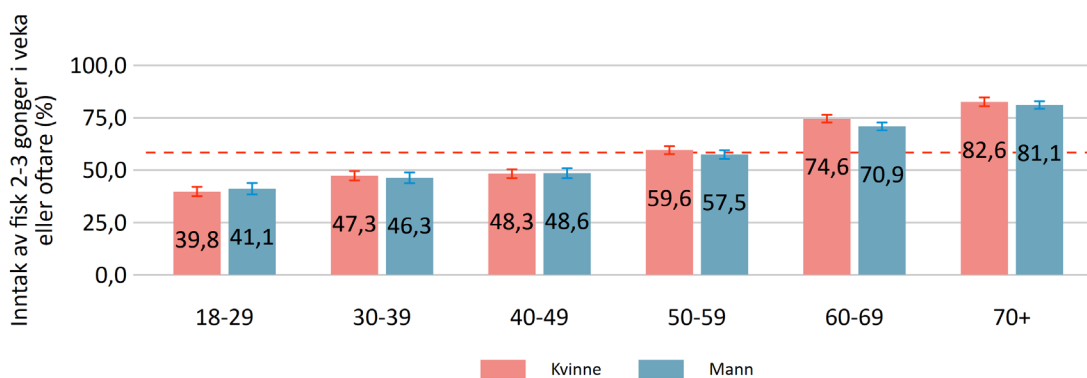
Figur 30: Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

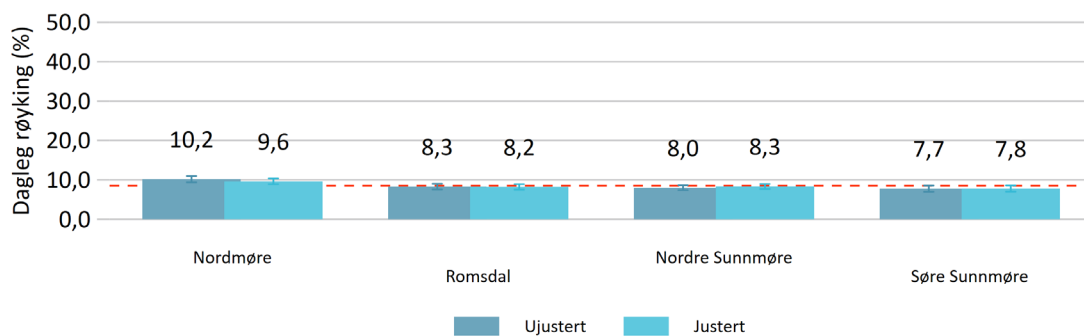
Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. I underkant av 60% rapporterte inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar. Det er heller ingen statistisk sikre forskjellar på tvers av regionane innan fylket. Prosentdelen aukar derimot klart med både aukande utdanning og aukande alder for begge kjønn. Skilnaden mellom eldste og yngste aldersgruppe er på heile 42,8 prosentpoeng blant kvinner og 40,0 prosentpoeng blant menn.

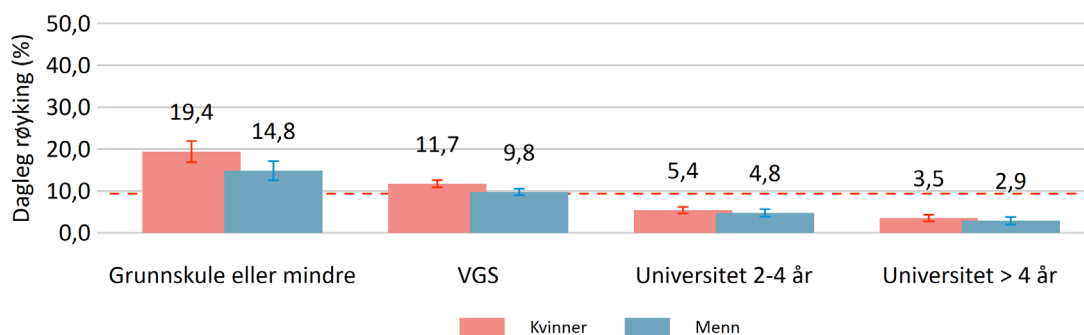
3.31 Dagleg røyking

Totalt 24 872 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Dagleg røyking. Andelen for heile utvalet var **8,5 %** (KI95%: 8,1- 8,9). Andelen for kvinner var 8,8 % (n=13 135; KI95% 8,3- 9,3) og andelen var 8,2 % (n=11 737; KI95% 7,7- 8,7) for menn.

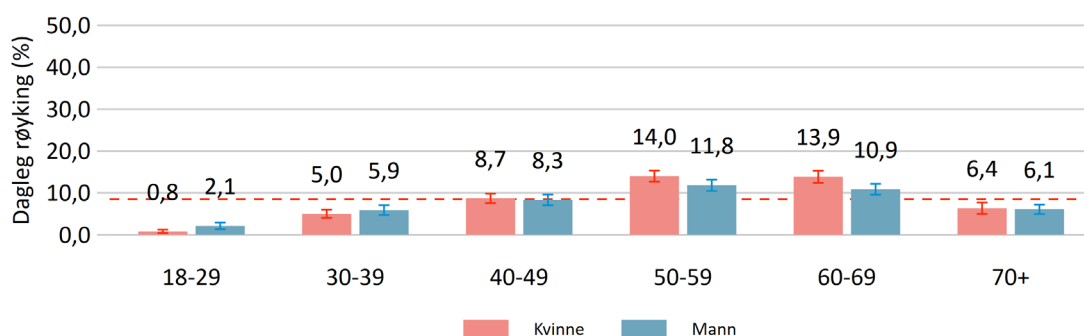
Figur 31: Dagleg røyking etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte dagleg røyking etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er svært få som rapporterte dagleg røyking, omtrent 8 % av utvalet. Det er lite variasjon på tvers av regionane innan fylket, sjølv om Nordmøre ligg rett over fylkesgjennomsnittet og Nordre Sunnmøre og Søre Sunnmøre litt grensesignifikant under (ujusterte tal). Etter justering ligg Nordre Sunnmøre på fylkesgjennomsnittet.

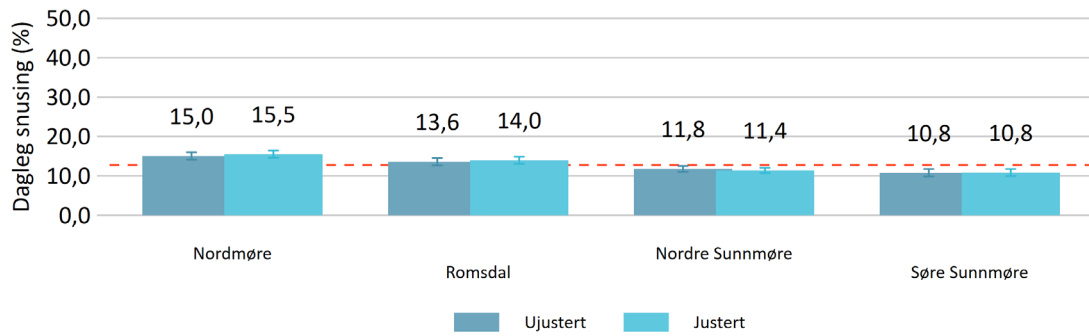
For både kvinner og menn går prosentdelen som røyker dagleg ned med aukande utdanningsnivå. Forskjellen mellom dei med grunnskule eller mindre som høgaste utdanning og dei med minst 4 år høgskule- eller universitetsutdanning er omtrent 16 prosentpoeng for kvinner og 12 prosentpoeng for menn.

For begge kjønn aukar andel som røyker dagleg med aukande alder opp til 50-59 år, før den flatar ut og går ned i den eldste aldersgruppa. Dei største forskjellane er mellom aldersgruppene 50-59 år og 18-29 år for begge kjønn, med 13 prosentpoeng forskjell for kvinner og 10 prosentpoeng for menn.

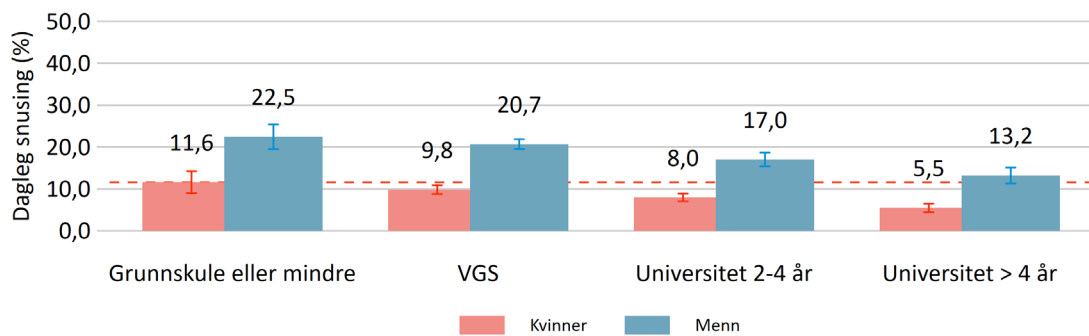
3.32 Dagleg snusing

Totalt 24 858 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Dagleg snusing. Andelen for heile utvalet var **12,7 %** (KI95%: 12,3-13,2). Andelen for kvinner var 8,5 % (n=13 116; KI95% 8,0- 9,0) og andelen var 17,4 % (n=11 742; KI95% 16,7-18,2) for menn.

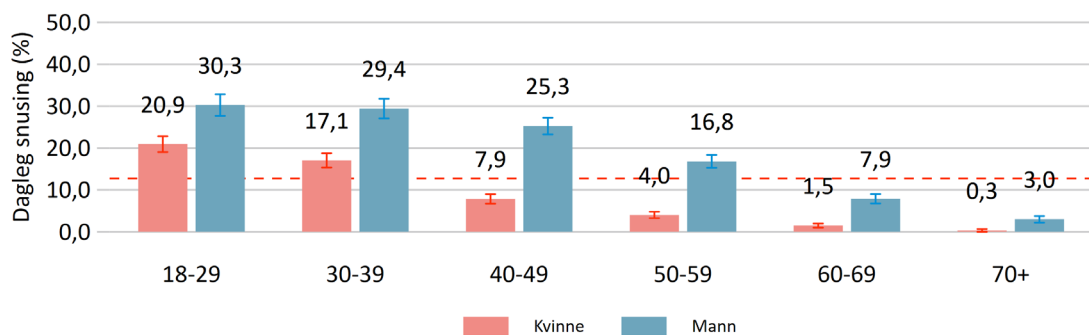
Figur 32: Dagleg snusing etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte dagleg snusing etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Klart høgare andelar blant menn enn blant kvinner rapporterte dagleg snusing, både totalt og innan kvar av undergruppene. Det er noko variasjon i andel som rapporterte dagleg snusing på tvers av regionane. Forskjellen mellom høgaste (Nordmøre) og lågaste (Søre Sunnmøre) er vel 4 prosentpoeng (ujusterte tal).

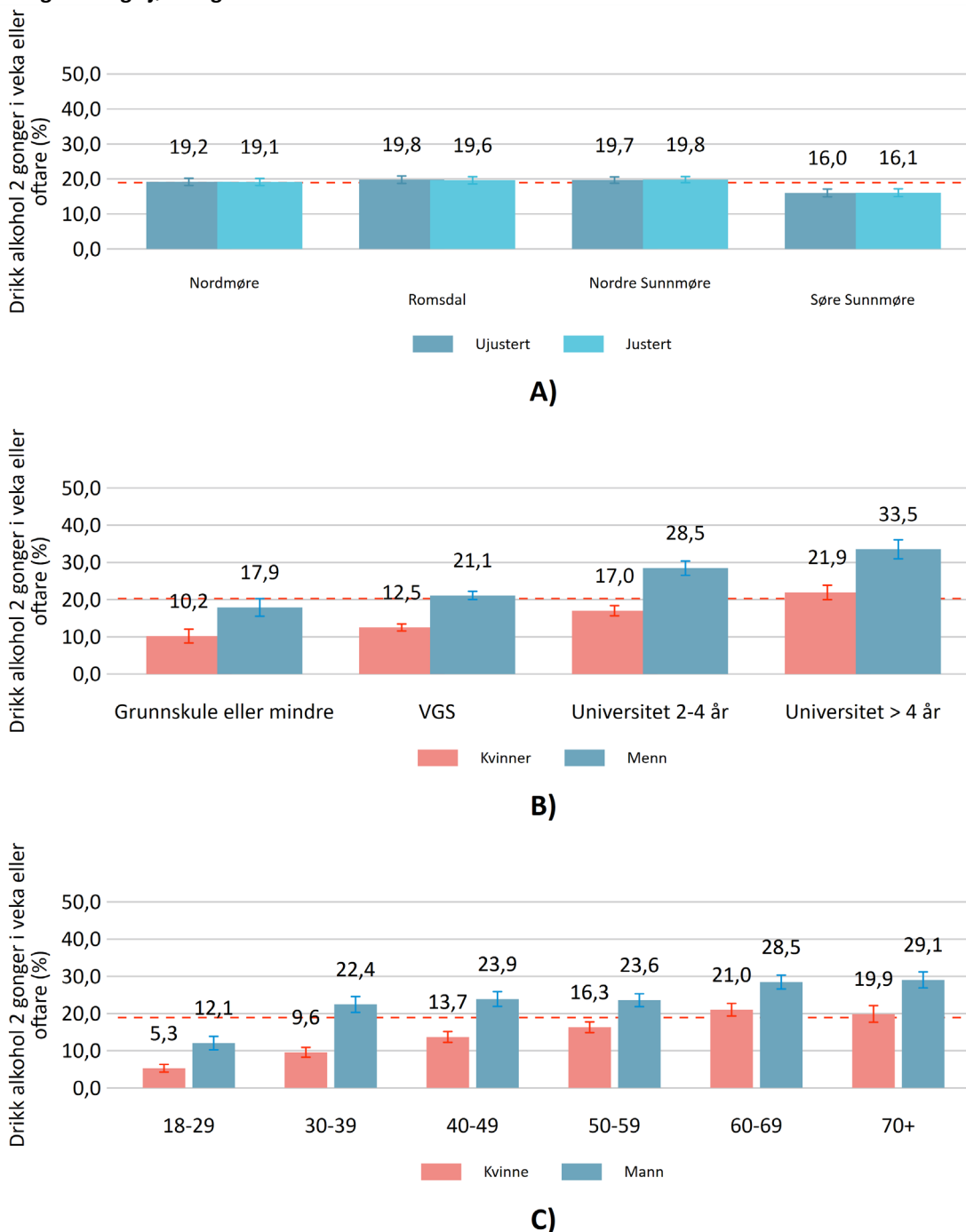
Prosentdel som rapporterte dagleg snusing går klart ned med aukande utdanning. Forskjellen mellom dei med lågast og høgast fullførte utdanningsnivå i dagleg snusbruk er omtrent 6 prosentpoeng for kvinner og omtrent 9 prosentpoeng for menn. Kjønnsforskjellen er 8 prosentpoeng eller høgare og statistisk sikker i alle utdanningsgruppene.

Det er også ein sterk og lik aldersgradient for begge kjønn, der færre snusar dagleg med aukande alder. Forskjellen mellom høgaste og lågaste verdi er stor for kvinner (20 prosentpoeng) og menn (27 prosentpoeng). Det er også ein mykje høgare andel menn enn kvinner som snusar dagleg, der forskjellen er størst i aldersgruppa 50-59 år med omtrent 17 prosentpoeng.

3.33 Drikk alkohol 2 gonger i veka eller oftare

Totalt 24 887 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Drikk alkohol 2 gonger i veka eller oftare. Andelen for heile utvalet var **18,9 %** (KI95%: 18,4-19,4). Andelen for kvinner var 14,3 % (n=13 129; KI95% 13,7-15,0) og andelen var 24,1 % (n=11 758; KI95% 23,2-24,9) for menn.

Figur 33: Drikk alkohol 2 gonger i veka eller oftare etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Figuren viser prosentdel som rapporterte å drikke alkohol 2 gonger i veka eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Prosentdelen er høgare for menn enn kvinner i alle utdannings- og aldersgruppene. Det er lite variasjon på tvers av regionane innan fylket. Søre Sunnmøre skil seg likevel ut ved å ligge meir enn 3,0 prosentpoeng under dei tre andre regionane (ujusterte tal). Forskjellen mellom ujusterte og justerte tal er ubetydeleg.

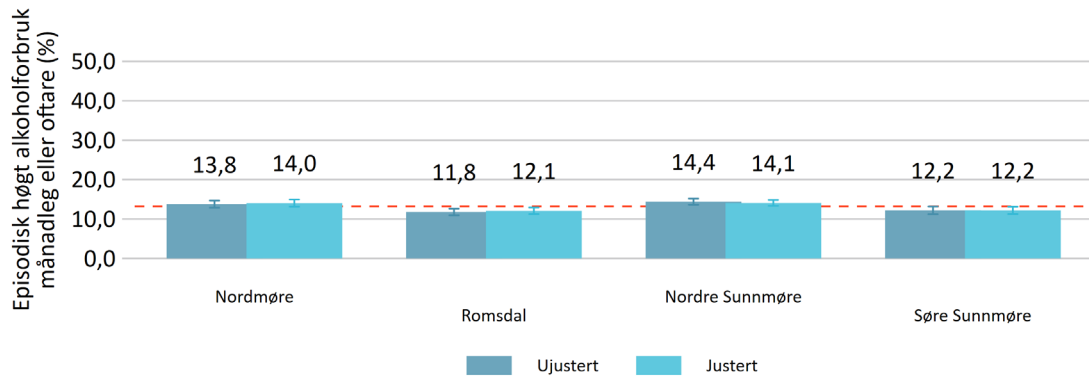
For begge kjønn er det ein sterk samanheng mellom prosentdel som drikk 2 gonger i veka eller oftare og utdanning, der andelen er høgst blant dei med høgare utdanning. For kvinner er forskjellen mellom gruppa med høgast og lågast utdanning omtrent 12 prosentpoeng, og for menn er forskjellen omtrent 16 prosentpoeng. Kjønnforskjellane er betydelege (7 prosentpoeng eller meir) og statistisk sikre i alle utdanningsgruppene.

Det er også ein alderstrend til stades, der andel som drikk 2 gonger i veka eller oftare stig med høgare alder. Trenden er jamnast for kvinner, med statistisk sikre forskjellar mellom alle aldersgrupper, med unntak av mellom 40-49 og 50-59 år og mellom 60-69 og 70+ år. For menn aukar andelen frå yngste til nest yngste gruppe, før den flatar ut frå 30-39 år til og med 50-59 år, og aukar på nytt og flatar ut frå 60-69 år. For alle aldersgrupper er det ein betydeleg høgare andel menn enn kvinner som drikk 2 gongar i veka eller meir.

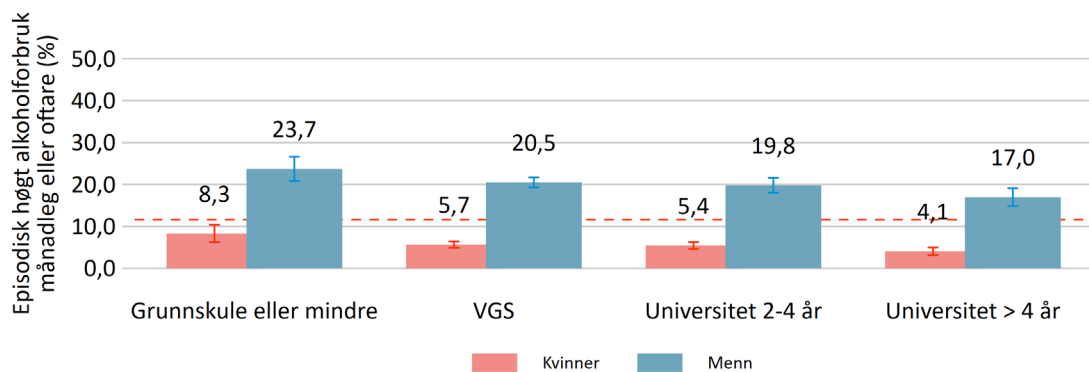
3.34 Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare

Totalt 24 855 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare. Andelen for heile utvalet var **13,2 %** (KI95%: 12,8-13,7). Andelen for kvinner var 7,1 % (n=13 111; KI95% 6,6- 7,6) og andelen var 20,0 % (n=11 744; KI95% 19,3-20,8) for menn.

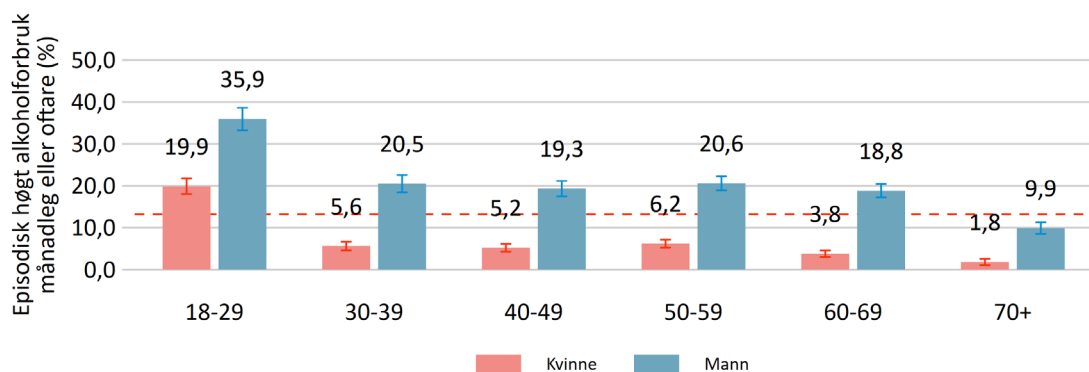
Figur 34: Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Generelt er denne andelen langt høgare blant menn enn kvinner, både totalt (20% mot 7%) og innan kvar undergruppe. Det er lite variasjon på tvers av regionane innan fylket. Forskjellen mellom høgaste (Nordre Sunnmøre) og lågaste (Romsdal) region er 2 prosentpoeng.

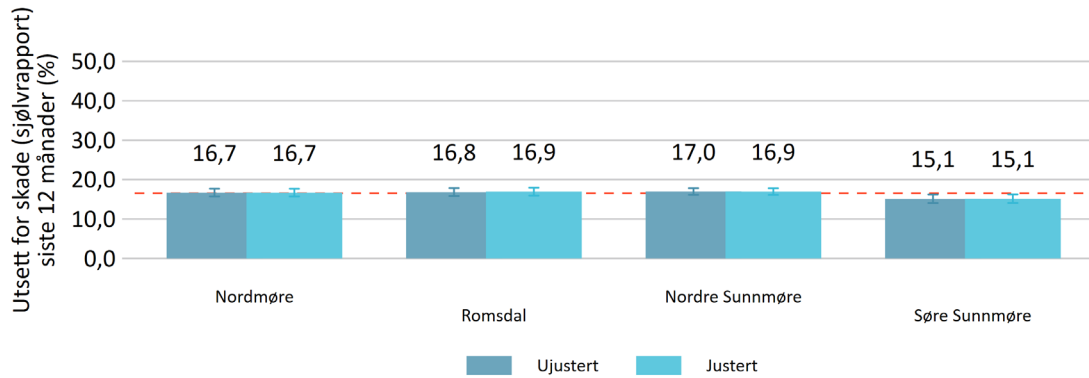
For begge kjønn er det ein tendens til at episodisk høgt alkoholforbruk går ned med aukande utdanning. Denne tendensen er berre statistisk sikker mellom gruppa med lågast og høgast fullførte utdanningsnivå, med ein forskjell på omtrent 4 prosentpoeng for kvinner og 7 prosentpoeng for menn. Det er sterke kjønnsforskjellar på alle utdanningsnivå der høgare andelar blant menn enn blant kvinner rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk.

For begge kjønn kan ein sjå ein noko ujamn alderstrend, der prosentdel med episodisk høgt alkoholbruk går ned med stigande alder. Andelen går kraftig ned frå yngste til nest yngste aldersgruppe før den flatar ut. Deretter går andelen klart nedover att for menn mellom aldersgruppa 60-69 år og 70+ år, mens den for kvinner går stabilt ned frå aldersgruppa 50-59 år til den eldste aldersgruppa. Også her er det klare kjønnsforskjeller i alle aldersgrupper, der prosentdelen som rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk er vesentleg høgare blant menn enn blant kvinner (8-16 prosentpoengs forskjell).

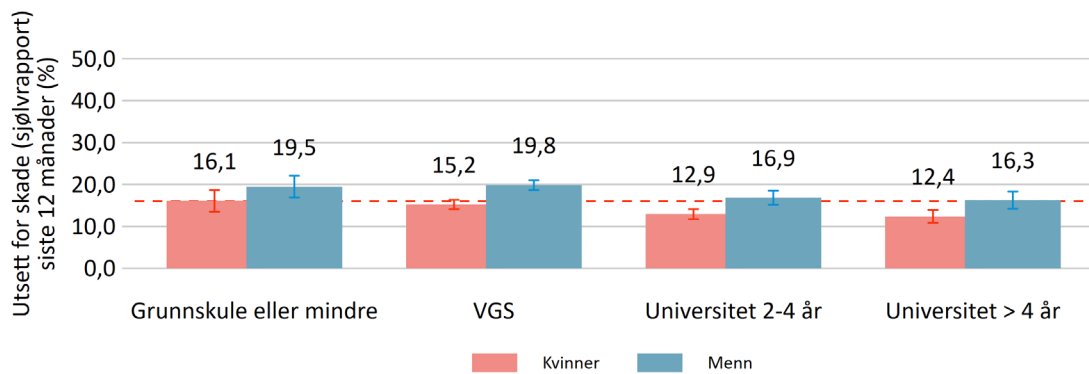
3.35 Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder

Totalt 24 838 deltakarar av 24 967 (99,5 %) hadde gyldig svar på Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder. Andelen for heile utvalet var **16,5 %** (KI95%: 16,1-17,0). Andelen for kvinner var 14,8 % (n=13 097; KI95% 14,2-15,5) og andelen var 18,4 % (n=11 741; KI95% 17,7-19,2) for menn.

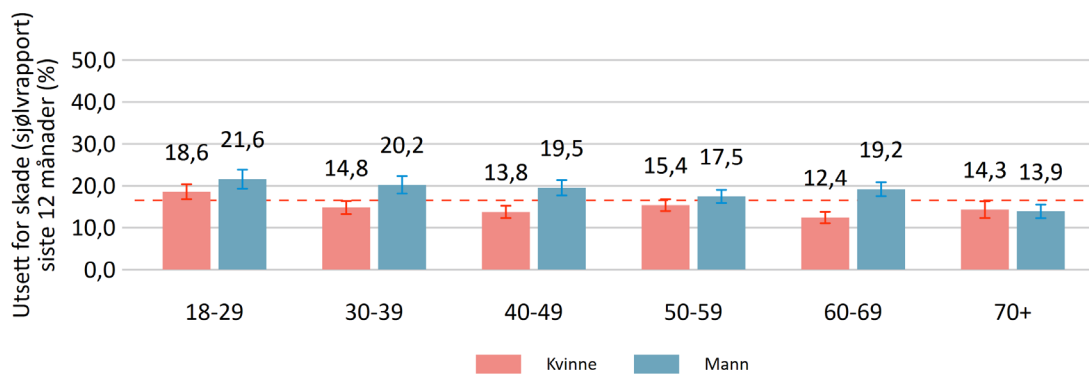
Figur 35: Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte å ha vore utsette for ein eller fleire skadar som førte til at ein måtte oppsøke lege eller tannlege i løpet av dei siste 12 månadane etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein noko større andel menn enn kvinner rapporterte å ha vore utsette for skade siste 12 månader, både totalt og i fleire av utdannings- og aldersgruppene. Det er små forskjellar på tvers av regionane innan fylket, men andelen på Søre Sunnmøre ligg statistisk signifikant under fylkesgjennomsnittet (ujusterte og justerte tal).

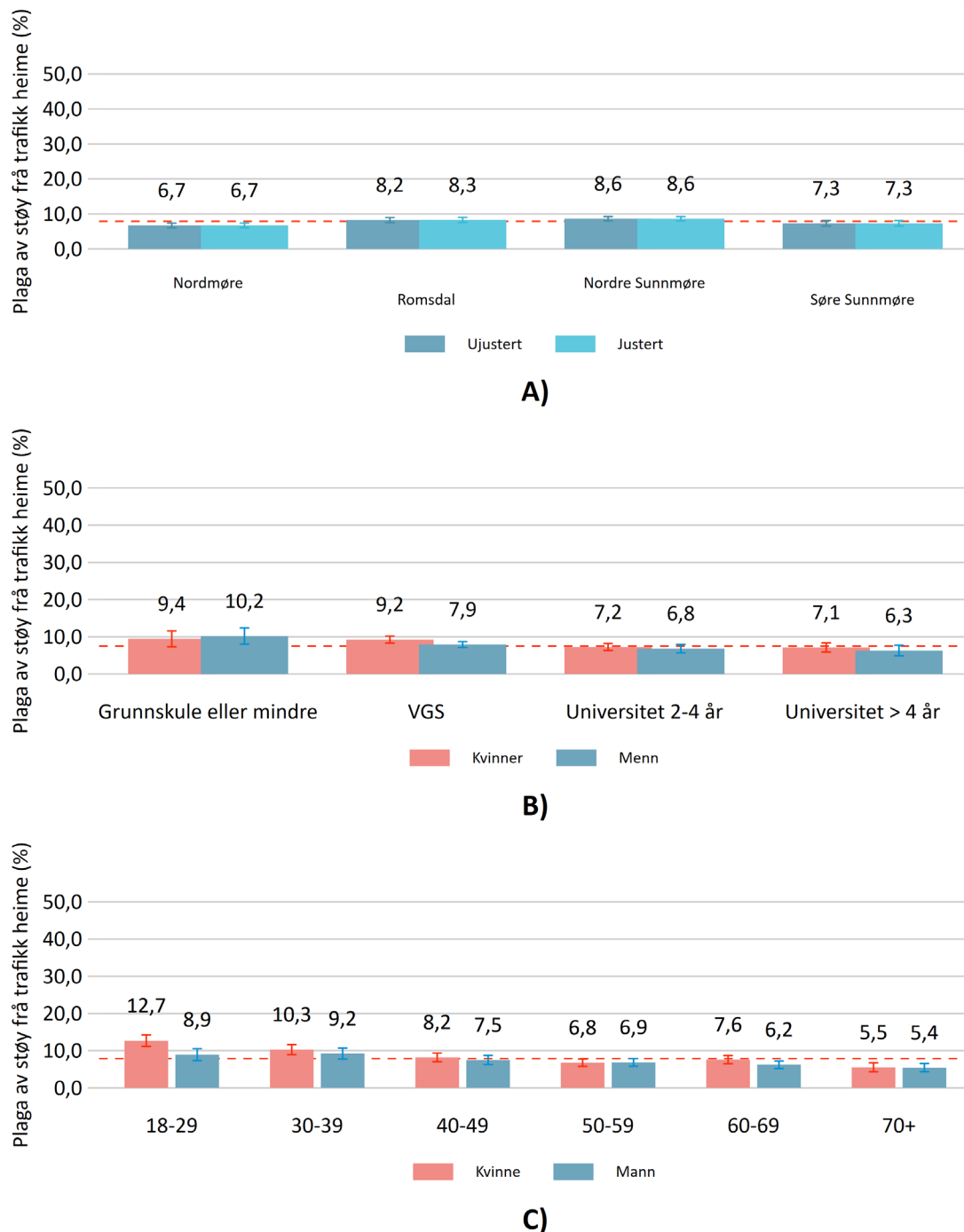
Samanhengen mellom prosentdel som rapporterte skade siste 12 månadane og utdanningsnivå er ikkje statistisk sikker. Ein noko høgare andel blant menn enn blant kvinner rapporterte minst ein skade i løpet av siste 12 månadane, ein forskjell som er statistisk signifikant i alle utdanningsgruppene utanom den lågaste.

For begge kjønn er det ein svak og ujamn tendens til at skadar går ned med aukande alder. For kvinner er det ein nedgang frå yngste til nest yngste aldersgruppe, før tendensen flatar ut, med ein ny svak nedgang frå aldersgruppa 50-59 år til 60-69 år. For menn er det ein nedgang i andel som rapporterte skade frå den yngste aldersgruppa til aldersgruppa 50-59 år, samt ein nedgang frå aldersgruppa 60-69 år til 70+ år. I halvparten av aldersgruppene (30-39, 40-49 og 60-69 år) rapporterte ein noko høgare andel menn enn kvinner om skade.

3.36 Plaga av støy frå trafikk heime

Totalt 24 916 deltakarar av 24 967 (99,8 %) hadde gyldig svar på Plaga av støy frå trafikk heime. Andelen for heile utvalet var **7,9 %** (KI95%: 7,5- 8,2). Andelen for kvinner var 8,5 % (n=13 149; KI95% 8,0- 9,0) og andelen var 7,2 % (n=11 767; KI95% 6,7- 7,7) for menn.

Figur 36: Plaga av støy frå trafikk heime etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte å ha vore plaga av støy frå vegtrafikk heime etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Generelt er få plaga av støy frå trafikk heime (7,9 %). Det er liten variasjon på tvers av regionane innan fylket, med ein forskjell på omtrent 2 prosentpoeng mellom regionen med høgaste (Nordre Sunnmøre) og regionen med lågaste (Nordmøre) prosentdel.

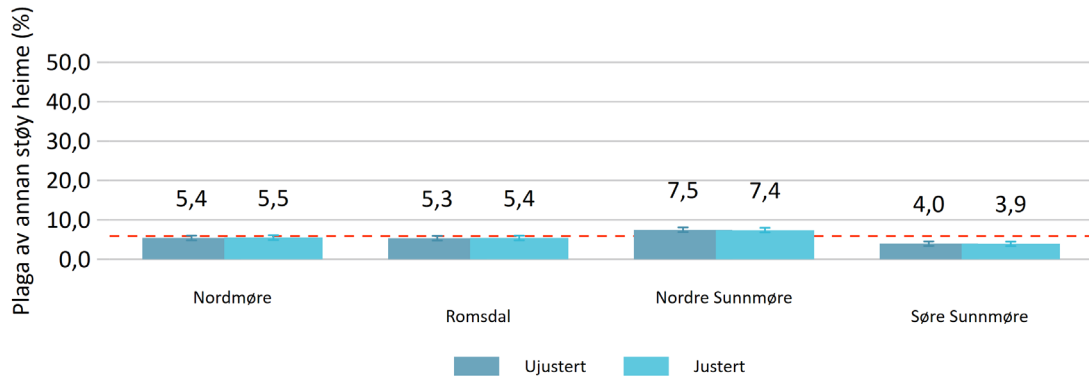
For kvinner er det ingen statistisk sikker samanheng mellom utdanningsnivå og det å ha vore plaga av støy frå vegtrafikk. For menn er det ein noko lågare andel blant dei med over 4 års høgskule- eller universitetsutdanning samanlikna med dei med grunnskule eller mindre som høgaste utdanning. Forskjellen er omtrent 4 prosentpoeng.

For begge kjønn er det ein svak tendens til at det å vere plaga av støy går ned med høgare alder. Forskjellen mellom yngste og eldste aldersgruppe er omtrent 7 prosentpoeng for kvinner og omtrent 4 prosentpoeng for menn. Den einaste statistisk sikre kjønnsforskjellen er i den yngste aldersgruppa, der kvinner ligg omtrent 4 prosentpoeng høgare enn menn.

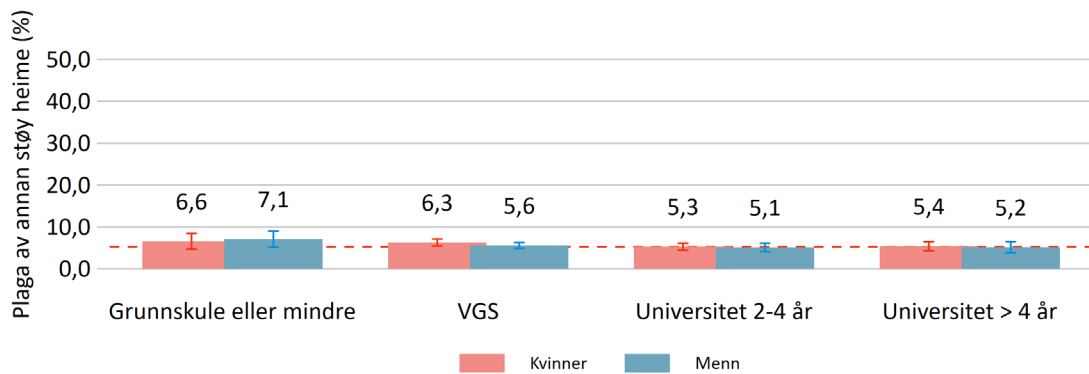
3.37 Plaga av annan støy heime

Totalt 24 913 deltakarar av 24 967 (99,8 %) hadde gyldig svar på Plaga av annan støy heime. Andelen for heile utvalet var **5,9 %** (KI95%: 5,6- 6,2). Andelen for kvinner var 6,4 % (n=13 143; KI95% 6,0- 6,8) og andelen var 5,3 % (n=11 770; KI95% 4,9- 5,7) for menn.

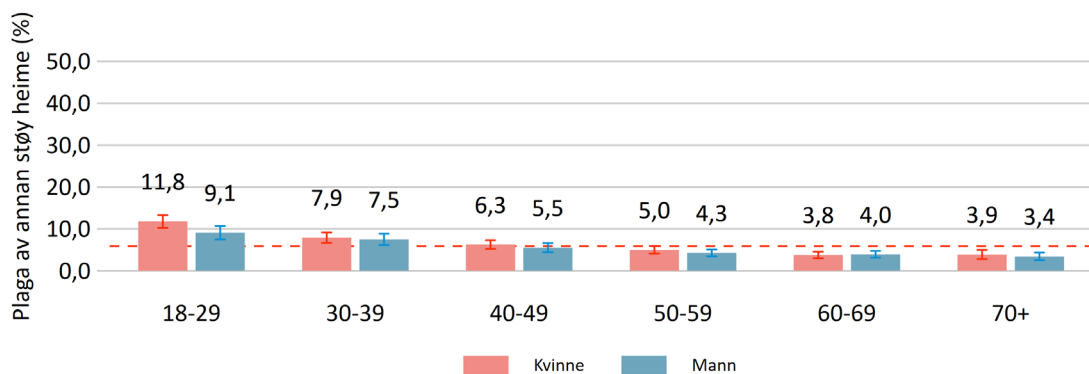
Figur 37: Plaga av annan støy heime etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som rapporterte å ha vore plaga av andre utandørs støykjelder enn vegtrafikk (annan støy) heime etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er lite variasjon mellom regionane i fylket. Forskjellen mellom regionen med høgaste (Nordre Sunnmøre) og lågaste (Søre Sunnmøre) andel er 3,5 prosentpoeng (ujusterte tal) og statistisk sikker.

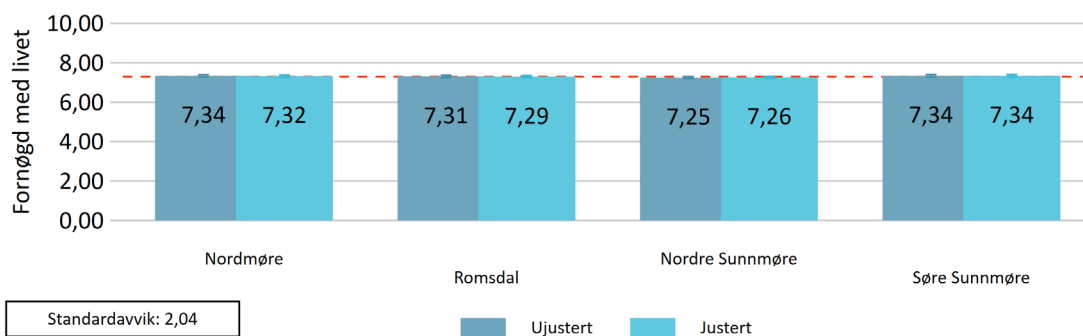
Der er ingen statistisk sikre forskjellar mellom utdanningsgruppene i opplevd annan støy heime. Det er heller ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar innan utdanningsgruppene.

Det er ein svak tendens til at det å ha vore plaga av annan støy heime går ned med aukande alder. Dei to yngste aldersgruppene ligg noko over det samla gjennomsnittet og dei to eldste noko under. Forskjellen mellom yngste og eldste aldersgruppe for kvinner er omtrent 8 prosentpoeng, og for menn er forskjellen omtrent 6 prosentpoeng. Det er ingen statistisk sikre forskjellar mellom kvinner og menn i nokon av aldersgruppene.

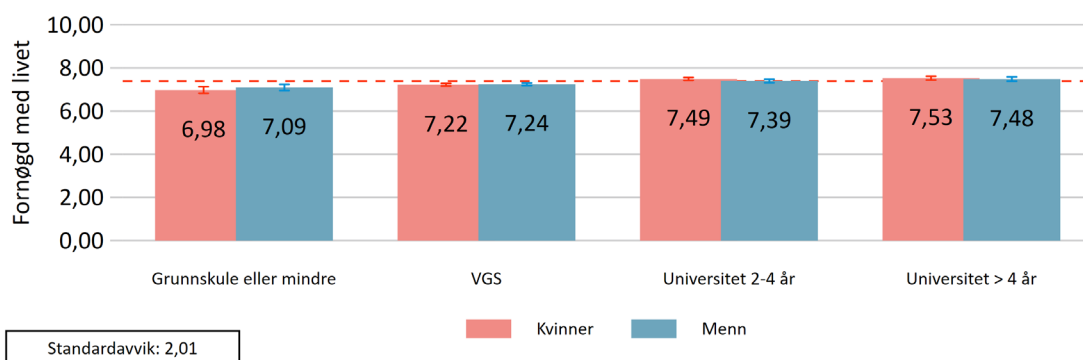
3.38 Fornøgd med livet

Totalt 24 902 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Fornøgd med livet. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,30** (KI95%: 7,27-7,32). Gjennomsnittet for kvinner var 7,27 (n=13 140; KI95% 7,23-7,30) og gjennomsnittet var 7,34 (n=11 762; KI95% 7,30-7,37) for menn.

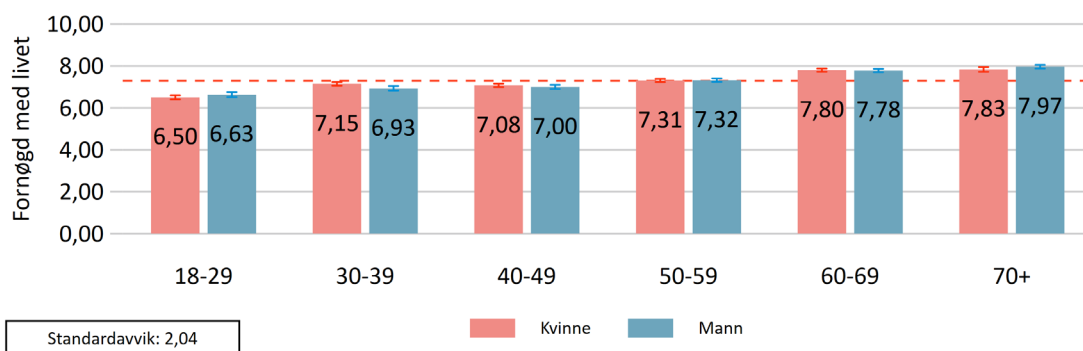
Figur 38: Fornøgd med livet etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om kor fornøgd ein er med livet for tida etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara er gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr ikkje fornøgd i det heile tatt og 10 betyr svært fornøgd. Det er ingen klare forskjellar mellom regionane i fylket i gjennomsnittleg skår på kor fornøgd ein er med livet.

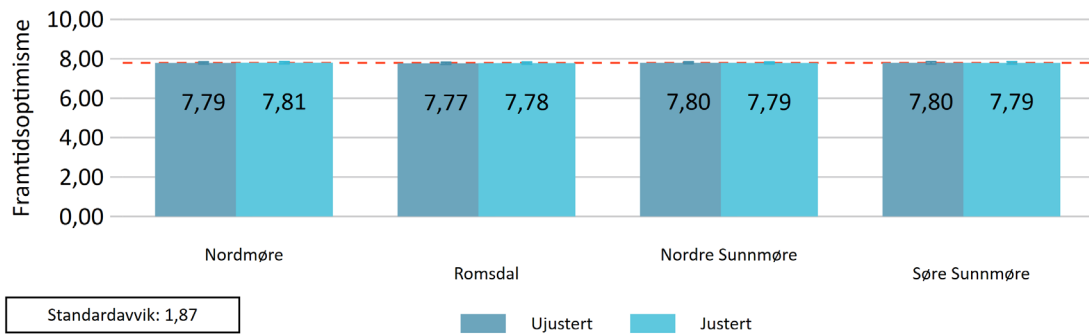
Det er ein tendens til at gjennomsnittsskåren på kor fornøgd ein er med livet aukar med aukande utdanning for begge kjønn. Forskjellen mellom høgaste og lågaste skår for kvinner utgjer ein Cohens d på 0,27, og for menn ein Cohens d på 0,19. Det er ingen signifikante forskjellar mellom kjønna.

Gjennomsnittsskåren på fornøgd med livet aukar relativt jamt med aukande alder. For kvinner er forskjellen mellom høgaste og lågaste skår Cohens $d = 0,65$, og for menn er forskjellen Cohens $d = 0,66$, som begge kan tolkast som store effektstørrelsar. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar.

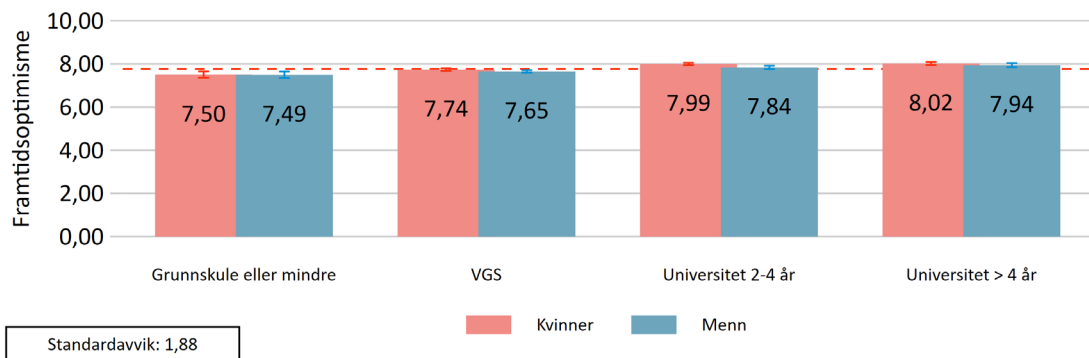
3.39 Framtidsoptimisme

Totalt 24 762 deltakarar av 24 967 (99,2 %) hadde gyldig svar på Framtidsoptimisme. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,79** (KI95%: 7,77-7,82). Gjennomsnittet for kvinner var 7,88 (n=13 067; KI95% 7,85-7,91) og gjennomsnittet var 7,70 (n=11 695; KI95% 7,66-7,73) for menn.

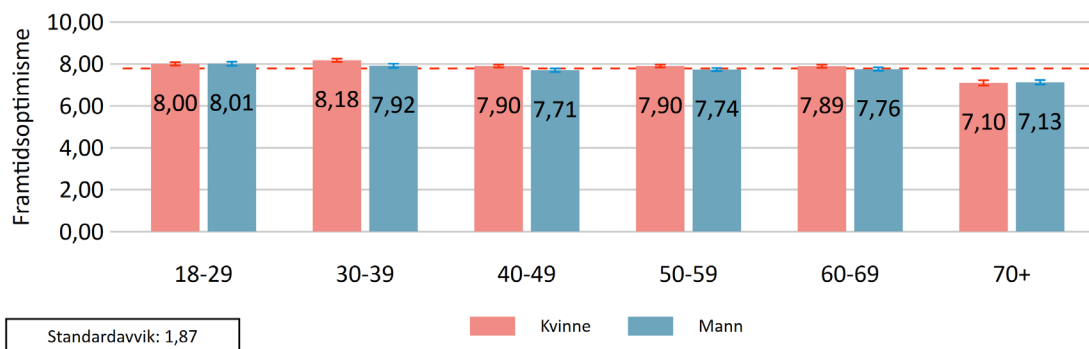
Figur 39: Framtidsoptimisme etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om kor fornøgd ein trur ein vil vere med livet sitt fem år frå no (her kalla "Framtidsoptimisme") etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svåra blei gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr ikkje fornøgd i det heile tatt og 10 betyr i svært fornøgd. Gjennomsnittsskåren i framtidsoptimisme for fylket er på 7,8 og denne skåren er svært lik på tvers av regionane innan fylket.

Ein svak utdanningsgradient er til stades der gjennomsnittleg framtidsoptimisme aukar med aukande utdanning. Gradienten flatar ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Cohens d for høgaste (universitet > 4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) gjennomsnittsverdi er 0,28 for kvinner og 0,24 for menn. Einaste utdanningsgruppa med statistisk sikre kjønnsforskjellar er den med høgskule-/universitetsutdanning mellom 2 og 4 år, der kvinner gjennomsnittleg rapporterte litt høgare framtidsoptimisme enn det mennene gjer.

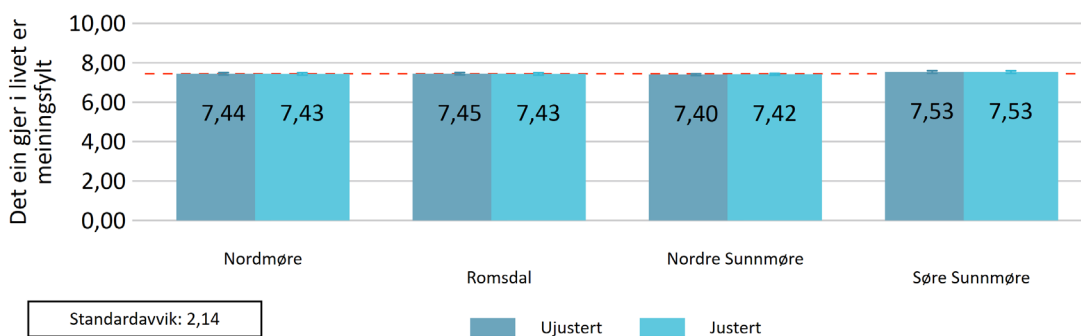
For begge kjønn er det relativt lite variasjon i gjennomsnittleg framtidsoptimisme over alder mellom 18-29 år og 60-69 år. Eit unntak er kvinner 30-39 år, som gjennomsnittleg skårar signifikant høgare enn dei andre gruppene. Gjennomsnittleg framtidsoptimisme er derimot betydeleg lågare for den eldste aldersgruppa, og det er denne aldersgruppa som stikk seg mest ut. Cohens d for høgaste mot lågaste verdi er 0,58 for kvinner (30-39 år mot 70 år+) og 0,47 for menn (18-29 år mot 70 år+). Det er ein signifikant kjønnsforskjell i aldersgruppene frå 30-59 år, der kvinner rapporterte litt høgare framtidsoptimisme enn det mennene gjer.

3.40 Det ein gjer i livet er meiningsfylt

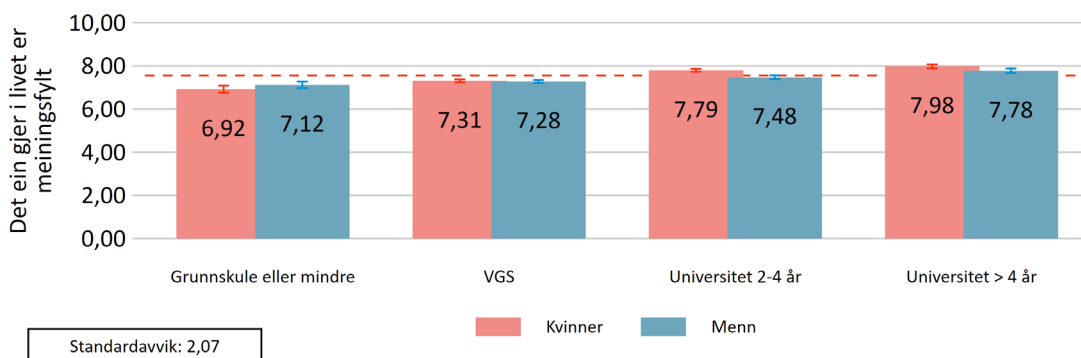
Totalt 24 866 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Det ein gjer i livet er meiningsfylt. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,45** (KI95%: 7,42-7,47).

Gjennomsnittet for kvinner var 7,48 (n=13 125; KI95% 7,45-7,52) og gjennomsnittet var 7,40 (n=11 741; KI95% 7,36-7,44) for menn.

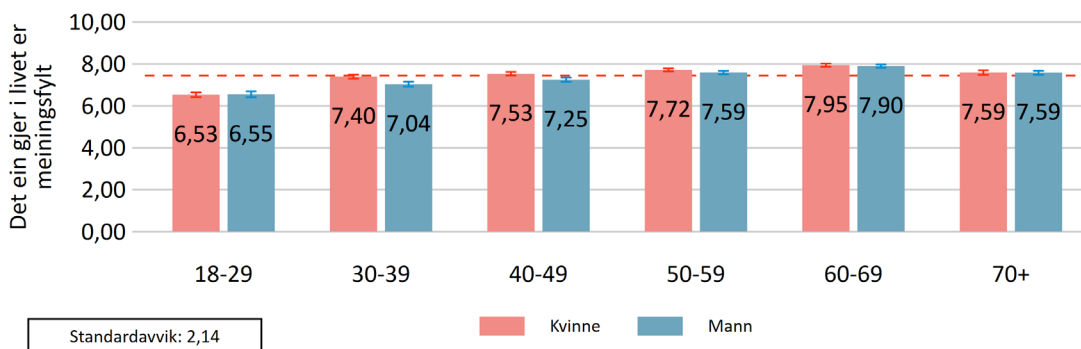
Figur 40: Det ein gjer i livet er meiningsfylt etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om det ein gjer i livet er meningsfylt etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara er gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr ikkje meningsfylt i det heile tatt og 10 betyr svært meningsfylt. Det er i lita grad forskjellar mellom regionane i fylket, men skåren i Søre Sunnmøre ligg signifikant over fylkesgjennomsnittet.

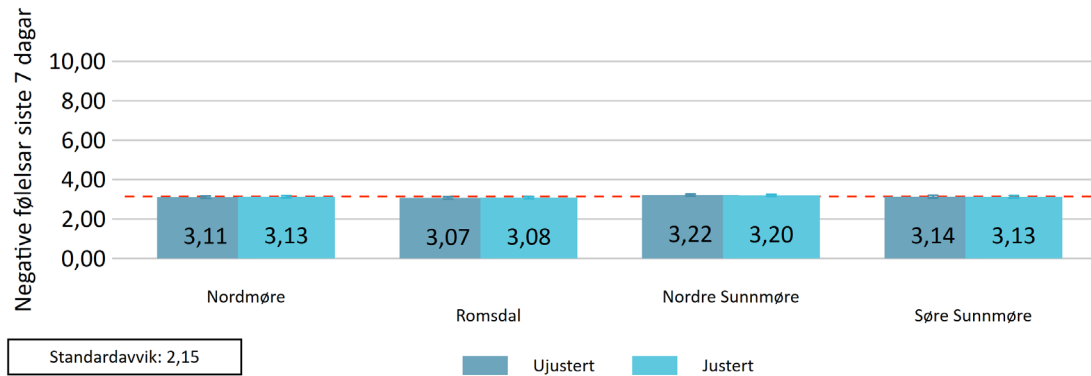
Gjennomsnittsskåren aukar jamt med høgare utdanning. Cohens d for høgaste mot lågaste skår (dei med høgast og lågast utdanning) er 0,50 for kvinner og 0,31 for menn. Kvinner skårar signifikant høgare enn menn i dei to gruppene med høgast utdanning.

For både kvinner og menn aukar gjennomsnittsskåren med aukande alder frem til aldersgruppa 60-69 år, før den går noko ned i den eldste aldersgruppa. For kvinner gir forskjellen mellom høgaste skår (60-69 år) og lågaste skår (18-29 år) ein Cohens d på 0,50, og for menn gir forskjellen (mellom 60-69 år og 18-29) ein Cohens d på 0,49. Kvinner skårar signifikant høgare enn menn i aldersgruppene 30-39 og 40-49 år, og grensesignifikant høgare i aldersgruppa 50-59 år.

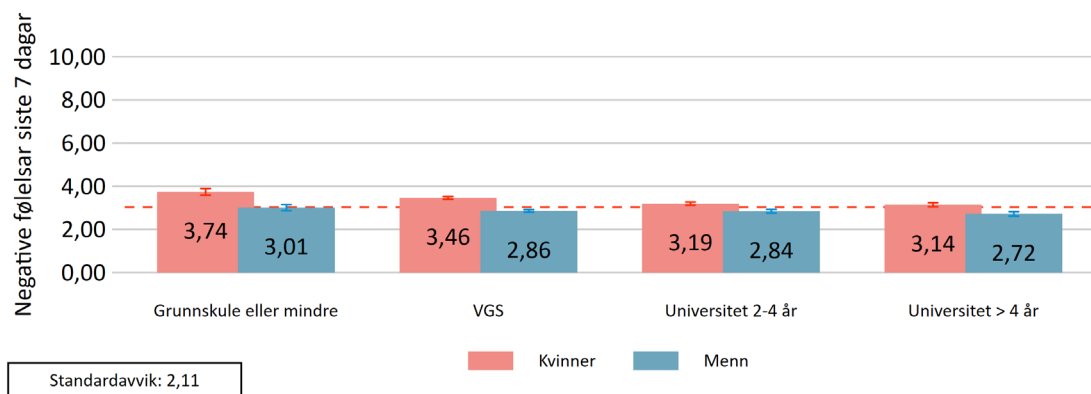
3.41 Negative følelsar siste 7 dagar

Totalt 24 932 deltakarar av 24 967 (99,9 %) hadde gyldig svar på Negative følelsar siste 7 dagar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **3,14** (KI95%: 3,12-3,17). Gjennomsnittet for kvinner var 3,44 (n=13 151; KI95% 3,40-3,48) og gjennomsnittet var 2,81 (n=11 781; KI95% 2,77-2,85) for menn.

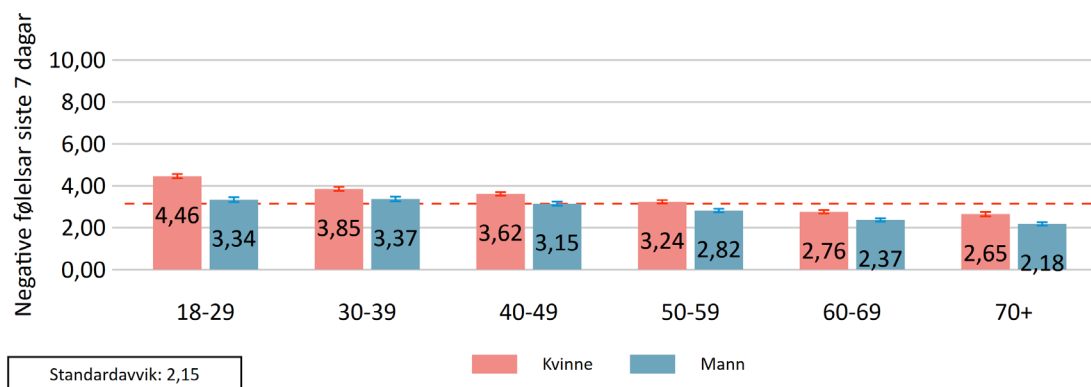
Figur 41: Negative følelsar siste 7 dagar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om å ha hatt negative følelsar dei siste 7 dagane etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara blei gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr at dei ikkje opplevde følelsen i det heile tatt og 10 betyr at dei opplevde følelsen i svært stor grad. Kvinner skårar gjennomsnittleg betydeleg høgare enn menn, både totalt (Cohens d på 0,29 i forskjell) og innan kvar undergruppe. Det er svært lite variasjon mellom regionane i fylket. Nordre Sunnmøre ligg grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet, og Romsdal ligg grensesignifikant under (justerte tal).

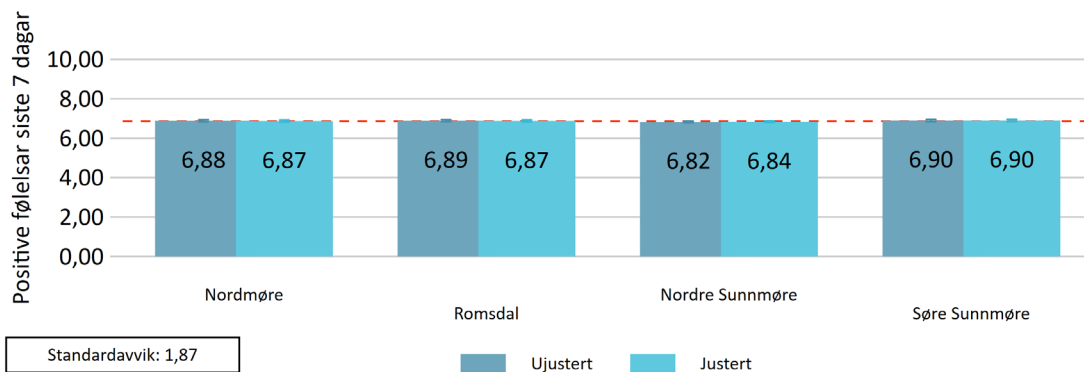
Det er ein jamn utdanningsgradient, der gjennomsnittsskåren går ned med aukande utdanning. Gradienten er noko sterkare for kvinner enn for menn. Cohens d for høgaste (universitet > 4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) verdi er 0,28 for kvinner og 0,13 for menn.

Rapportering av negative følelsar går tydeleg ned med aukande alder for begge kjønn. Kvinner i gruppa 18-29 år stikk seg ut med ei spesielt høg gjennomsnittsskår. Forskjellen mellom høgaste og lågaste skår svarar til ein Cohens d på 0,84 for kvinner (18-29 år mot 70+ år), og 0,54 for menn (30-39 år mot 70+ år).

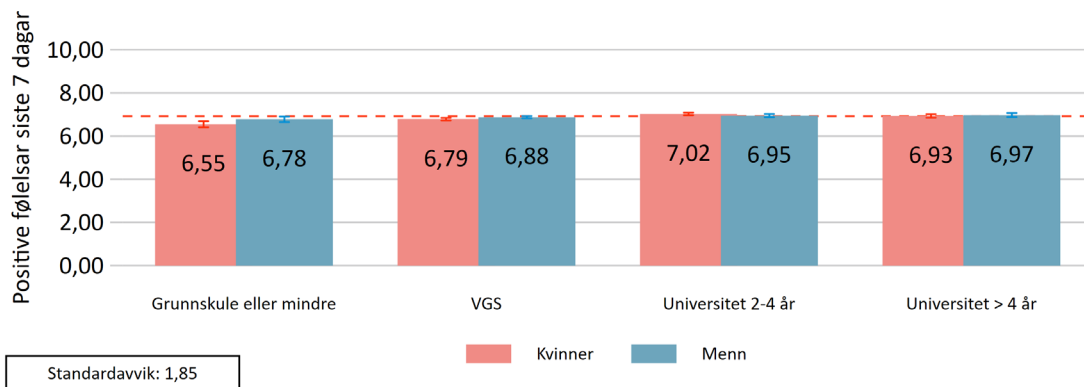
3.42 Positive følelsar siste 7 dagar

Totalt 24 933 deltakarar av 24 967 (99,9 %) hadde gyldig svar på Positive følelsar siste 7 dagar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,86** (KI95%: 6,84-6,89). Gjennomsnittet for kvinner var 6,80 (n=13 152; KI95% 6,77-6,84) og gjennomsnittet var 6,93 (n=11 781; KI95% 6,90-6,97) for menn.

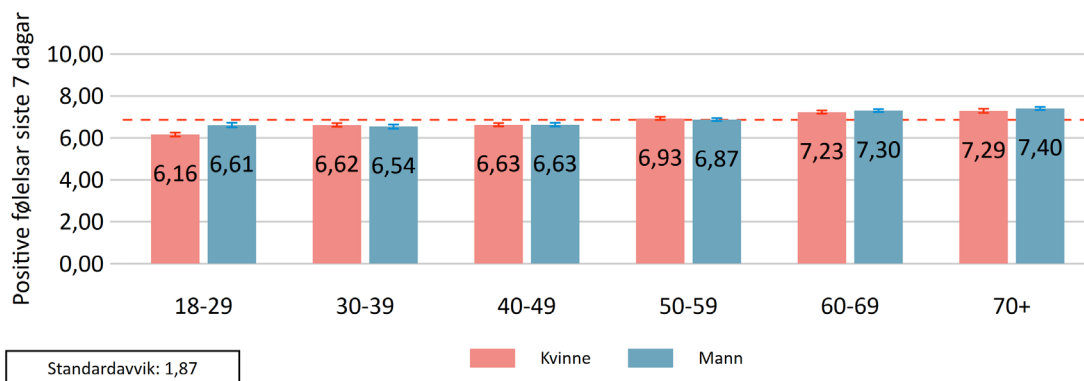
Figur 42: Positive følelsar siste 7 dagar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på positive følelsar dei siste 7 dagane etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara blei gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr at dei ikkje opplevde følelsen i det heile tatt og 10 betyr at dei opplevde følelsen i svært stor grad. Det er ingen statistisk sikre variasjonar på tvers av regionar innan fylket.

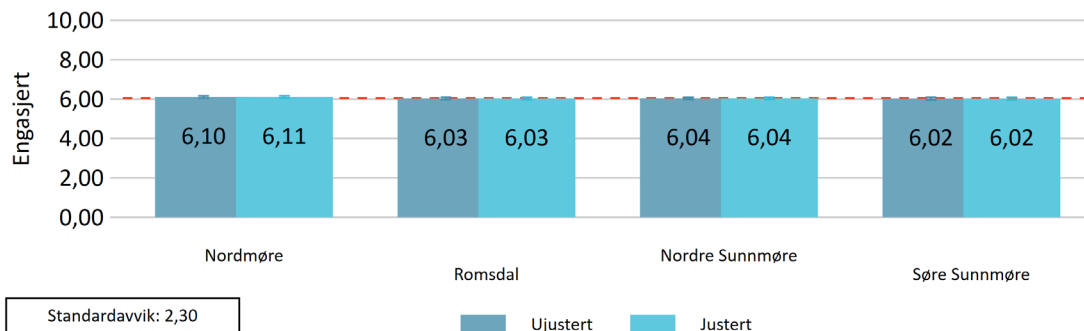
Det er relativt lite variasjon i skår mellom utdanningsgruppene, men ein svak tendens til høgare skår på positive følelsar med aukande utdanning er til stades. Denne tendensen flatar ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Cohens d for høgaste (universitet 2-4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) gjennomsnittlege skår for kvinner er 0,25, og 0,10 for høgaste skår (Universitet > 4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) gjennomsnittlege skår for menn. Det er ingen signifikante kjønnsforskjellar.

Gjennomsnittleg skår aukar nokså jamt med aukande alder. For kvinner aukar gjennomsnittsskåren relativt jamt, men flatar ut mellom 30-39 år og 40-49 år, og mellom dei to eldste gruppene. For menn er gjennomsnittleg skår stabil til og med 40-49 år, før den aukar jamt til 60-69 år, der gjennomsnittsskåren flatar ut. Forskjellen mellom høgaste og lågaste gjennomsnittsskår for kvinner gir ein Cohens d på 0,60, og for menn svarar forskjellen mellom høgaste (70+ år) og lågaste gjennomsnittlege skår (30-39 år) til ein Cohens d på 0,42. Den einaste signifikante kjønnsforskjellen er i den yngste aldersgruppa, der menn gjennomsnittleg skårar høgare enn kvinner på positive følelsar.

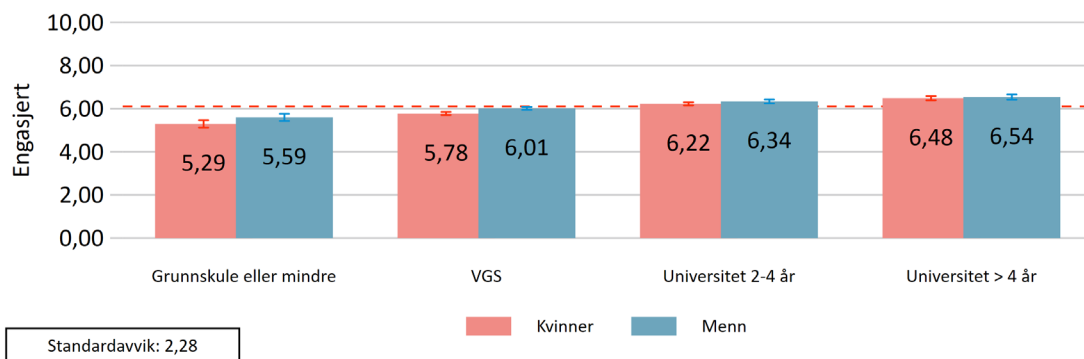
3.43 Engasjert

Totalt 24 818 deltakarar av 24 967 (99,4 %) hadde gyldig svar på Engasjert. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,05** (KI95%: 6,02-6,08). Gjennomsnittet for kvinner var 5,98 (n=13 093; KI95% 5,94-6,02) og gjennomsnittet var 6,12 (n=11 725; KI95% 6,07-6,16) for menn.

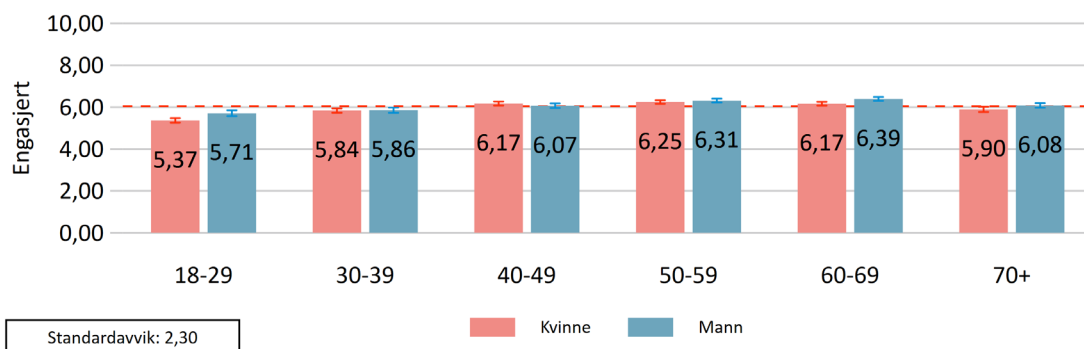
Figur 43: Engasjert etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om ein føler seg engasjert etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara blei gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr at dei ikkje er engasjerte i det heile tatt og 10 betyr i svært engasjert. Det er ingen sikre variasjonar på tvers av regionane innan fylket på dette spørsmålet.

For begge kjønn er det ein jamn utdanningsgradient, der gjennomsnittsskåren på engasjement aukar med aukande utdanningsnivå. Cohens d for høgaste (universitet > 4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) verdi er 0,51 for kvinner og 0,41 for menn. Menn skårar gjennomsnittleg litt høgare enn kvinner, men denne forskjellen er berre signifikant i gruppa med vidaregåande som høgaste utdanning.

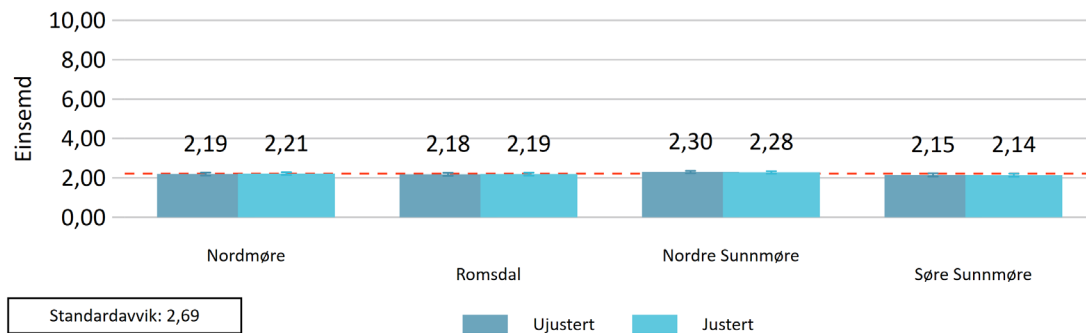
For begge kjønn er det ein tendens til ein omvendt U-samanheng mellom gjennomsnittleg skår og alder. For begge kjønn er dei lågaste verdiane i aldersgruppa 18-29 år. Deretter aukar verdiane jamt til dei når sitt høgaste i aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år, før den går noko tilbake i den eldste aldersgruppa. Cohens d for høgaste (50-59 år) mot lågaste (18-29 år) gjennomsnittlege verdi er 0,38 for kvinner og 0,30 for menn (aldersgruppa 60-69 år har høgast verdi for menn). Menn rapporterte signifikant høgare skår enn kvinner i aldersgruppene 18-29 år og 60-69 år.

3.44 Einsemd

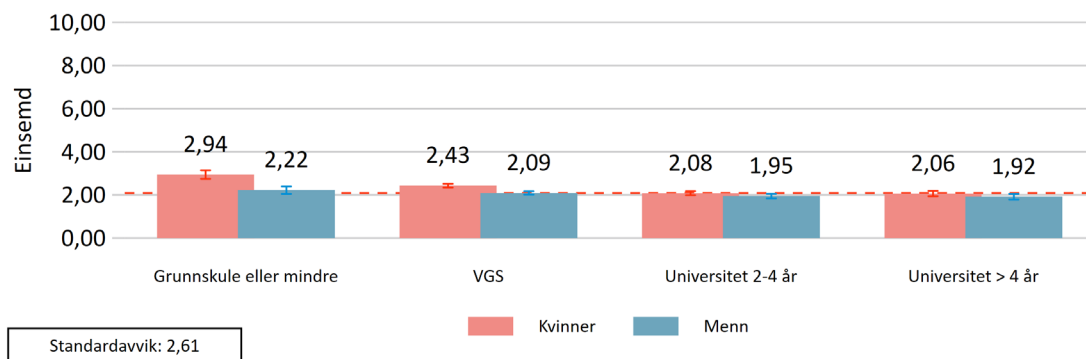
Totalt 24 859 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Einsemd.

Gjennomsnittet for heile utvalet var **2,22** (KI95%: 2,18-2,25). Gjennomsnittet for kvinner var 2,38 (n=13 117; KI95% 2,34-2,43) og gjennomsnittet var 2,04 (n=11 742; KI95% 1,99-2,08) for menn.

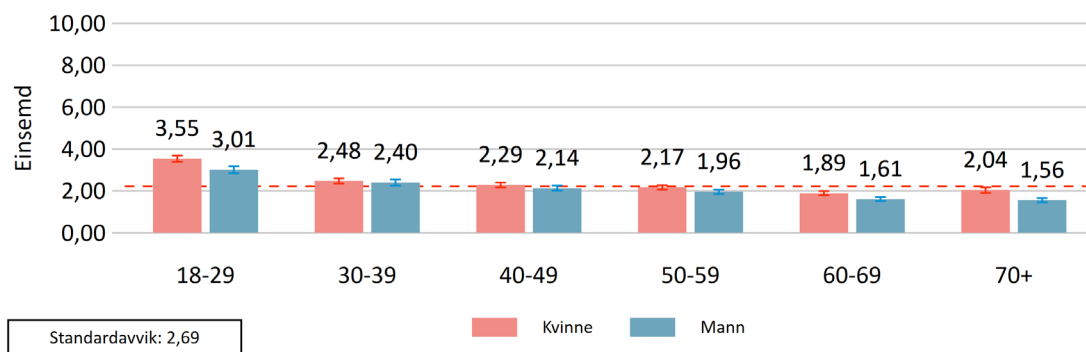
Figur 44: Einsemd etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på einsemd etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara blei gitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr at dei ikkje einsam i det heile tatt og 10 betyr i svært einsam. Det er ingen statistisk sikre variasjonar på tvers av regionar innan fylket, men Nordre Sunnmøre skårar grensesignifikant høgare enn Søre Sunnmøre (Cohens $d = 0,06$).

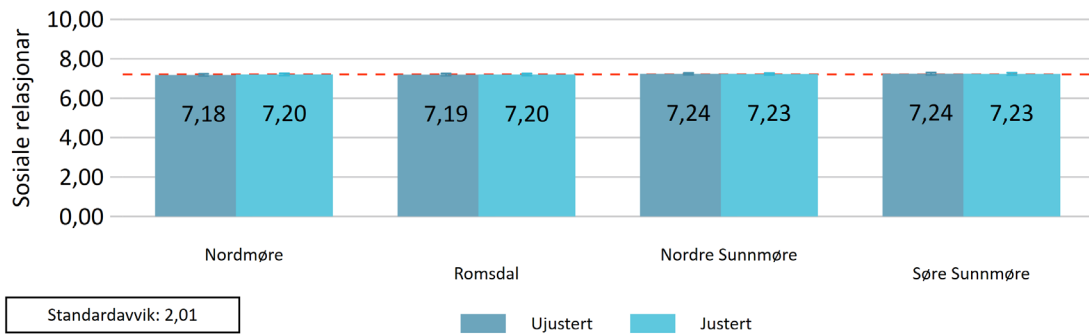
Gjennomsnittleg skår ser ut til å gå noko ned med aukande utdanning for begge kjønn, men flatar ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Kvinner med grunnskule eller mindre som høgaste utdanning stikk seg ut med ein spesielt høg gjennomsnittleg skår. Forskjellen mellom høgaste (grunnskule eller mindre) og lågaste (universitet > 4 år) gjennomsnittsskår svarar til ein Cohens d på 0,33 for kvinner og 0,11 for menn. Kvinner skårar gjennomsnittleg noko høgare enn menn, men denne forskjellen er berre signifikant i dei to gruppene med lågast utdanning.

Vi ser ein relativt jamn aldersgradient, der gjennomsnittsskåren går ned med aukande alder. Nedgangen flatar ut mellom dei to eldste aldersgruppene. Den yngste aldersgruppa stikk seg ut med ein høg skår, spesielt blant kvinnene. Forskjellen mellom høgaste (18-29 år) og lågaste gjennomsnittsskår (60-69 år) for kvinner svarar til ein Cohens d på 0,61, og for menn svarar forskjellen mellom høgaste (18-29 år) og lågaste (70+ år) gjennomsnittsskår til ein Cohens d på 0,54. Kvinner skårar gjennomsnittleg signifikant høgare enn menn i den yngste og i dei to eldste aldersgruppene.

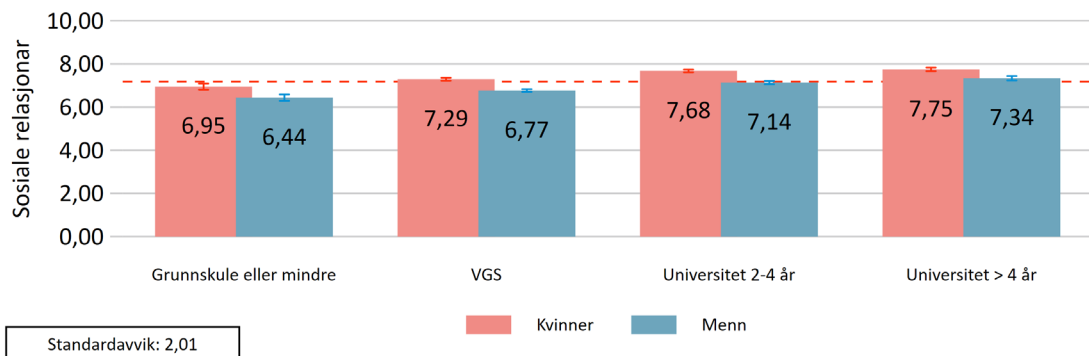
3.45 Sosiale relasjonar

Totalt 24 877 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Sosiale relasjonar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,22** (KI95%: 7,19-7,24). Gjennomsnittet for kvinner var 7,49 (n=13 116; KI95% 7,45-7,52) og gjennomsnittet var 6,91 (n=11 761; KI95% 6,87-6,95) for menn.

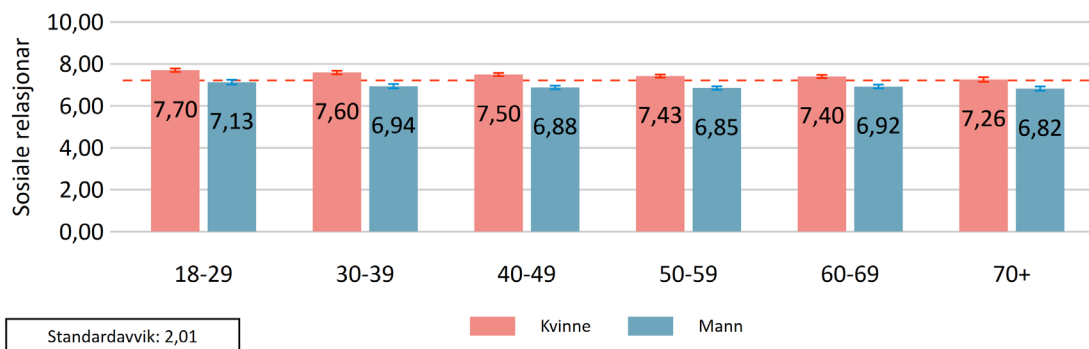
Figur 45: Sosiale relasjonar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på gjensidig positive sosiale relasjonar etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Skåren er gjennomsnittet på ein sumskår (meanscore) basert på to spørsmål om sosiale relasjonar (om ein opplever sine sosiale relasjonar som støttande og givande; i kva grad ein bidreg til andre si lukke og livskvalitet – «gjensidig positive sosiale relasjonar»). Kvinner skårar gjennomsnittleg jamt høgare enn menn. Det er ingen statistisk sikre forskjellar mellom regionar innan fylket.

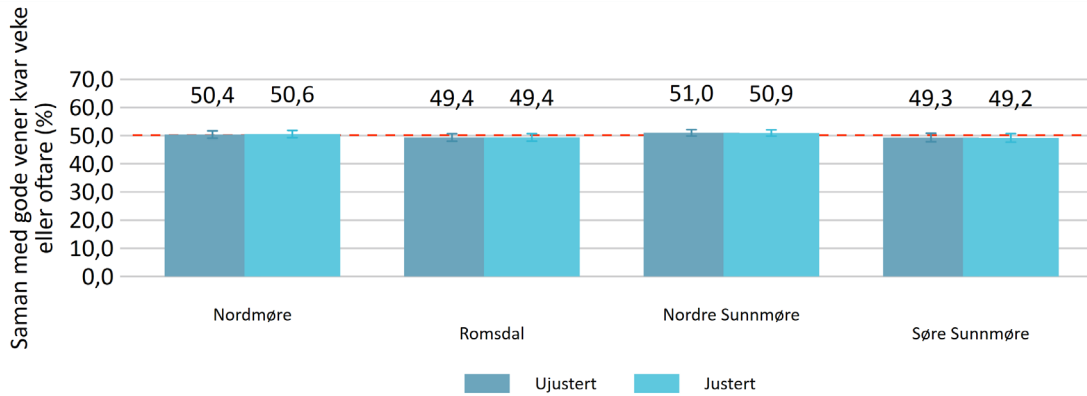
Det er ein tydeleg utdanningsgradient der gjennomsnittsskåren stig med aukande utdanning. For kvinner, men ikkje for menn, flatar auken ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Forskjellen mellom høgaste (universitet > 4 år) og lågaste gjennomsnittsskår (grunnskule eller mindre) svarar til ein Cohens d på 0,40 for kvinner, og 0,45 for menn. Kvinner rapporterte betydeleg meir støttande og givande sosiale relasjonar enn menn i alle utdanningsgruppene.

For kvinner er det ein svak tendens til at gjennomsnittsskåren går ned med stigande alder. For menn er det jamnare på tvers av aldersgrupper – den yngste aldersgruppa skårar gjennomsnittleg høgast, deretter er det ingen signifikante forskjellar mellom gruppene. Forskjellen mellom høgaste (18-29 år) og lågaste gjennomsnittsskår (70+ år) svarar til ein Cohens d på 0,22 for kvinner og 0,15 for menn. Kvinner skårar gjennomsnittleg høgare enn menn i alle aldersgruppene.

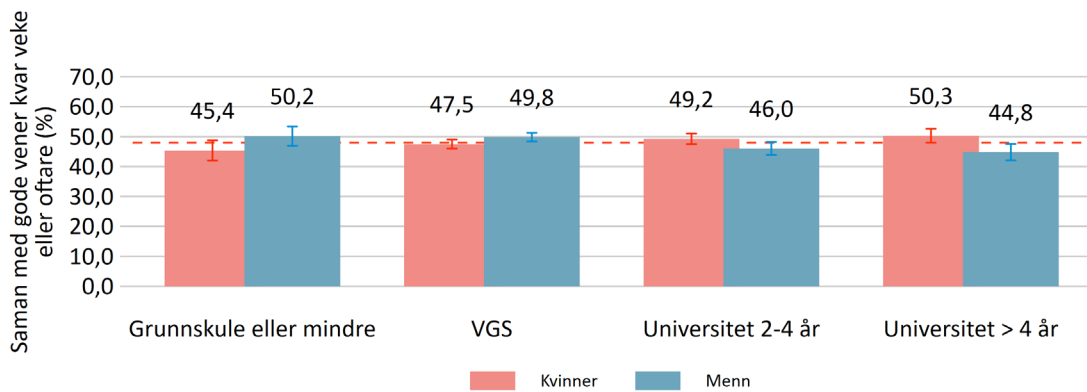
3.46 Saman med gode vener kvar veke eller oftare

Totalt 24 870 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Saman med gode vener kvar veke eller oftare. Andelen for heile utvalet var **50,2 %** (KI95%: 49,5-50,8). Andelen for kvinner var 50,1 % (n=13 121; KI95% 49,2-51,0) og andelen var 50,2 % (n=11 749; KI95% 49,3-51,2) for menn.

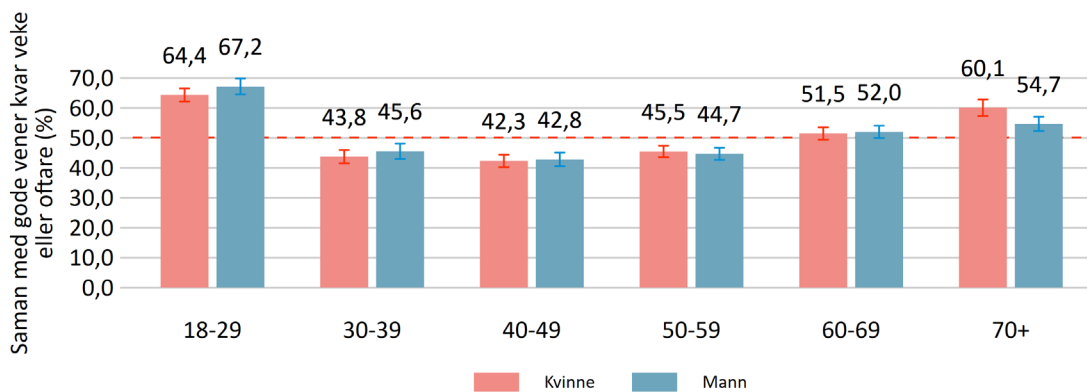
Figur 46: Saman med gode vener kvar veke eller oftare etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdelen som rapporterte å ha vore saman med gode vener kvar veke eller oftare etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Halvparten av utvalet, både totalt og for begge kjønn, rapporterte å ha vore saman med gode vener kvar veke eller oftare. Ingen av regionane avveik signifikant frå fylkesgjennomsnittet.

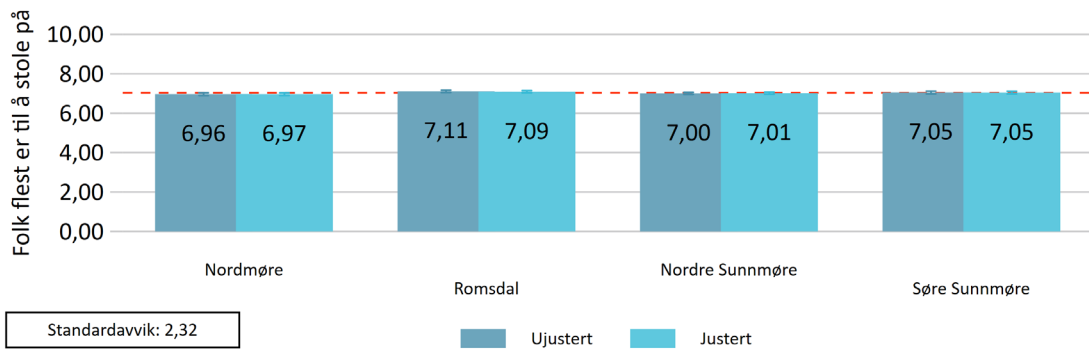
Det er svært lite variasjon mellom utdanningsgruppene for begge kjønn. For menn er det ein liten, statistisk sikker forskjell på omtrent 5 prosentpoeng mellom dei med vidaregåande som høgaste fullførte utdanning, og dei to gruppene med høgast utdanning. For kvinner er det ingen statistisk sikker variasjon over utdanningsgruppene.

For både kvinner og menn ser vi ein ei U-forma samanheng mellom aldersgruppe og andel saman med gode vener kvar veke eller oftare. Andelen er høgast for begge kjønn i den yngste gruppa, før den går kraftig ned til aldersgruppa 30-39 år. Her flatar trenden ut, før den stig att frå aldersgruppa 60-69 år og vidare til 70+ år. Forskjellen er størst mellom aldersgruppa 18-29 år og 40-49 år for begge kjønn. Denne forskjellen er omtrent 22 prosentpoeng for kvinner og 24 prosentpoeng for menn. Andelen blant kvinner ligg grensesignifikant høgare enn blant i den eldste aldersgruppa. Elles er det ingen signifikante kjønnsforskjellar.

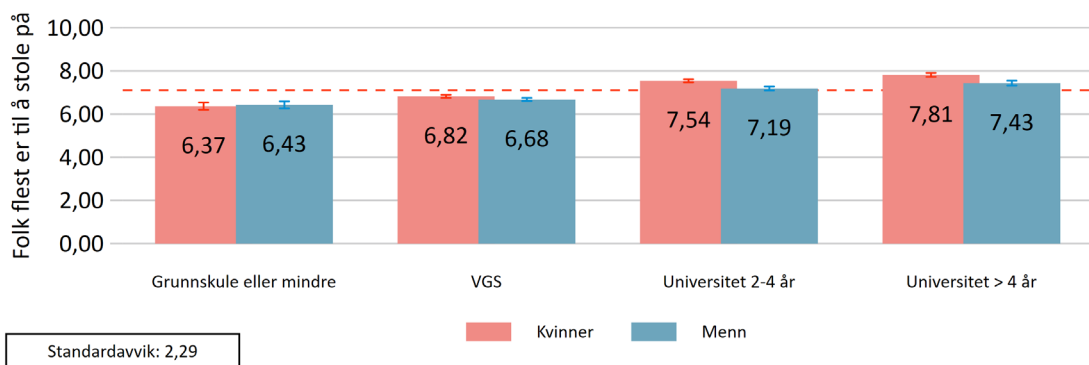
3.47 Folk flest er til å stole på

Totalt 24 874 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Folk flest er til å stole på. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,03** (KI95%: 7,00-7,06). Gjennomsnittet for kvinner var 7,12 (n=13 120; KI95% 7,08-7,17) og gjennomsnittet var 6,92 (n=11 754; KI95% 6,88-6,97) for menn.

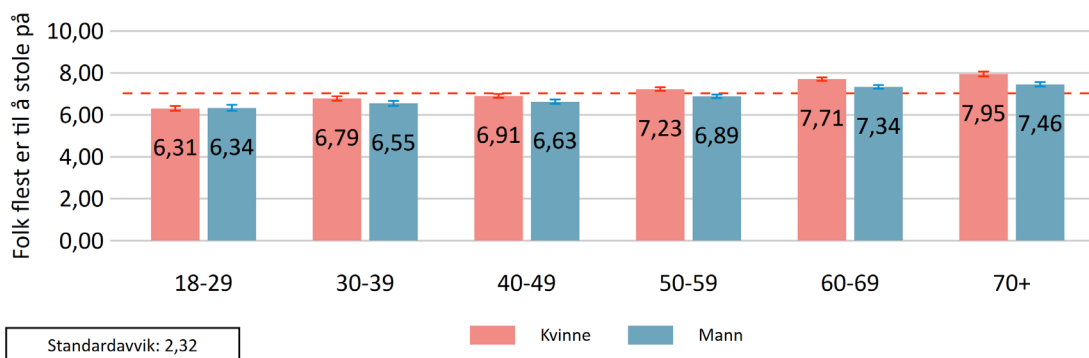
Figur 47: Folk flest er til å stole på etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om folk flest er til å stole på etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara blei gitt på ein skala frå 0 til 10, der 0 betyr at ein ikkje kan vere for forsiktig, og 10 betyr at folk flest er til å stole på. Kvinner skårar gjennomsnittleg høgare enn menn totalt og i dei fleste underkategoriane. Det er ingen statistisk signifikante variasjonar over regionane i fylket. Romsdal skårar gjennomsnittleg grensesignifikant høgare enn Nordmøre.

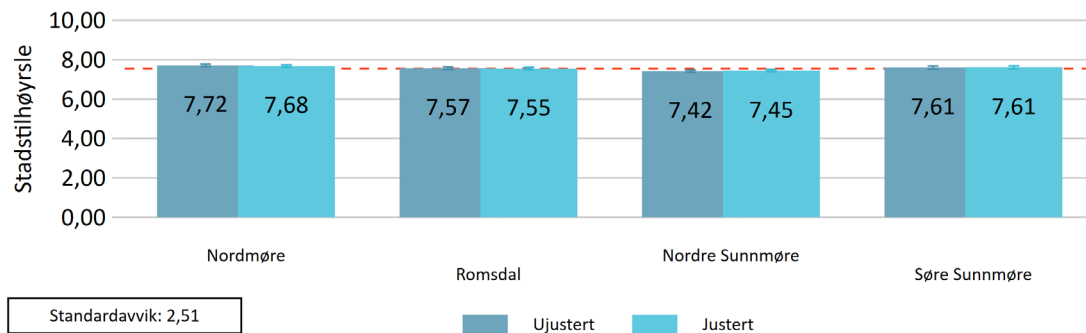
Gjennomsnittsskåren på om ein opplev at folk flest er til å stole på, aukar jamt med aukande utdanning. Sagt på ein anna måte rapporterte dei med lang utdanning at dei har meir tillit til andre menneske enn dei med kort utdanning har. Cohens d for høgaste (universitet > 4 år) mot lågaste (grunnskule eller mindre) gjennomsnittsverdi er 0,62 for kvinner og 0,43 for menn. Det er klare kjønnsforskjellar innan dei to gruppene med høgast utdanning, der kvinner i større grad enn menn rapporterte at folk flest er til å stole på.

For begge kjønn aukar gjennomsnittsskåren jamt med aukande alder. Cohens d for høgaste mot lågaste verdi (eldste mot yngste gruppe) er 0,71 for kvinner og 0,48 for menn. Kvinner skårar signifikant høgare enn menn i alle aldersgruppene, med unntak av den yngste.

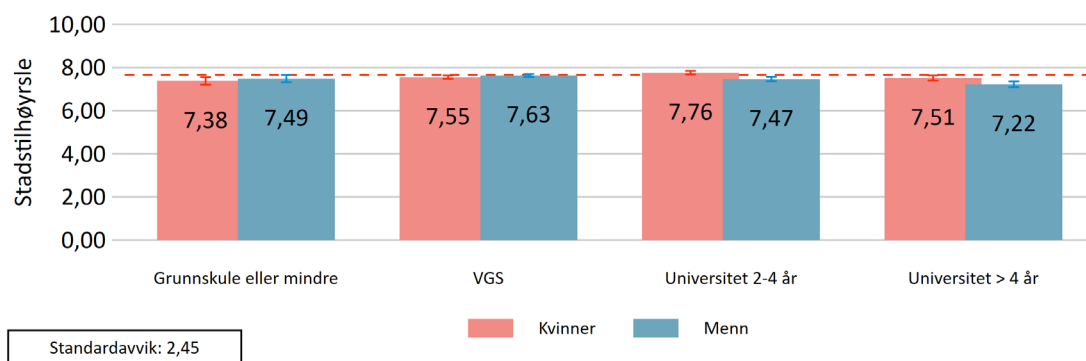
3.48 Stadstilhørsle

Totalt 24 874 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Stadstilhørsle. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,55** (KI95%: 7,52-7,58). Gjennomsnittet for kvinner var 7,52 (n=13 125; KI95% 7,48-7,57) og gjennomsnittet var 7,58 (n=11 749; KI95% 7,54-7,63) for menn.

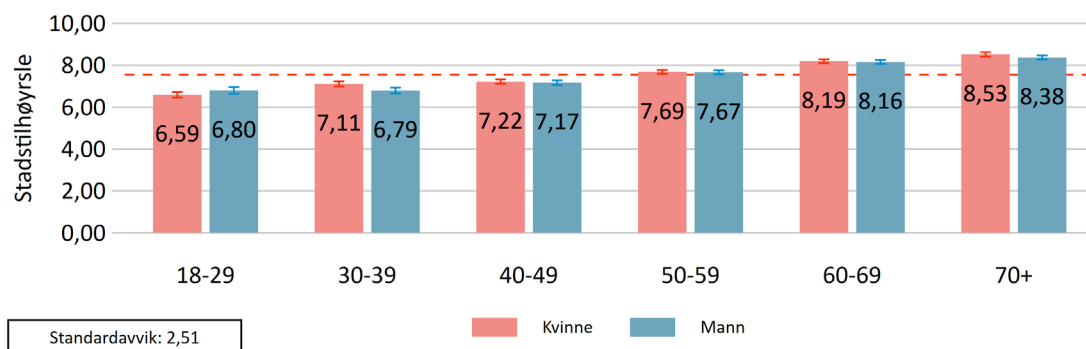
Figur 48: Stadstilhørsle etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om ein opplever å høyre til på staden ein bur etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Svara blei gitt på ein skala frå 0 til 10, der 0 betyr at dei ikkje føler tilhøyrslø det heile tatt, og 10 betyr sterk grad av tilhøyrslø. Det er lite variasjon på tvers av regionane innan fylket på dette spørsmålet. Cohens d for høgaste (Nordmøre) mot lågaste (Nordre Sunnmøre) verdi er 0,09.

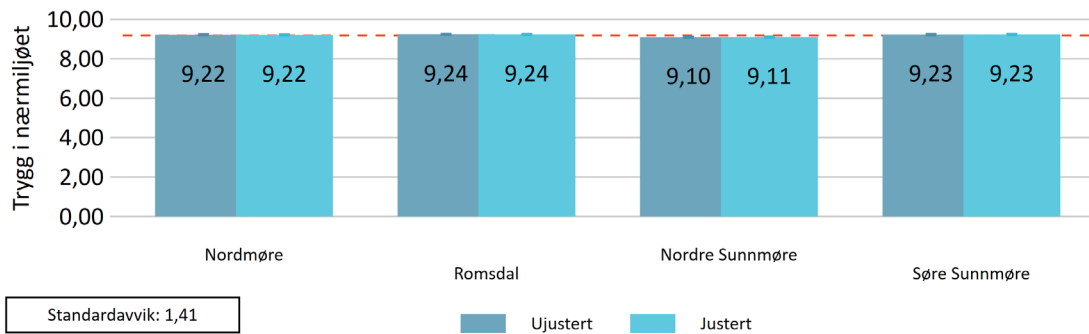
For begge kjønn det små forskjellar i gjennomsnittleg oppleving av å høyre til mellom utdanningsnivå, men ein kan sjå ein tendens til ein omvendt U-samanheng. For kvinner aukar den gjennomsnittlege skåren frå gruppa med lågast utdanning til gruppa med nest høgast utdanning, før den går ned i gruppa med høgast utdanning. For menn er det ingen signifikant auke mellom dei to lågaste utdanningsnivåa, men deretter går gjennomsnittsskåren nedover med aukande utdanning. Cohens d for høgaste mot lågaste verdi er 0,15 for kvinner (universitet 2-4 år mot grunnskule eller mindre) og 0,16 for menn (vidaregåande mot universitet > 4 år). Kvinner rapporterte signifikant sterkare stadstilhøyrslø enn menn i dei to gruppene med høgast utdanning.

For begge kjønn er det ein jamn aldersgradient der stadstilhøyrslø aukar med aukande alder. Cohens d for høgaste mot lågaste verdi er 0,77 for kvinner (70+ år mot 18-29 år) og 0,63 for menn (hos mennene er det aldersgruppa 30-39 år som har lågast skåre). Kvinner rapporterte signifikant høgare stadstilhøyrslø enn menn i berre ei av seks aldersgrupper – aldersgruppa 30-39 år.

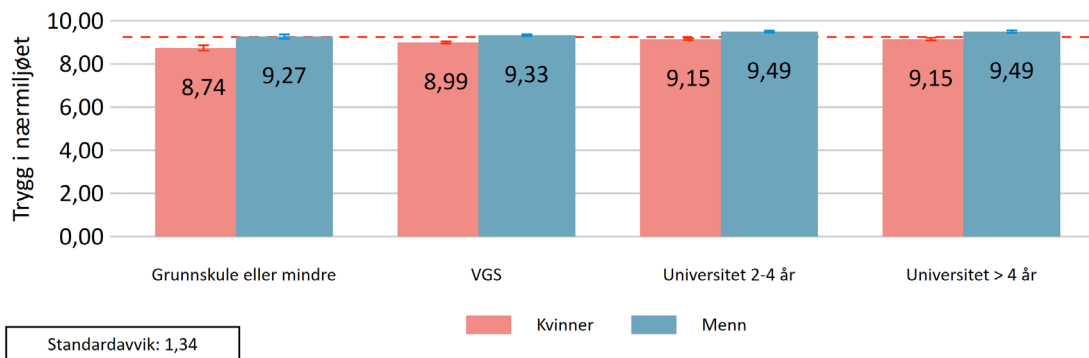
3.49 Trygg i nærmiljøet

Totalt 24 883 deltakarar av 24 967 (99,7 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet. Gjennomsnittet for heile utvalet var **9,18** (KI95%: 9,17-9,20). Gjennomsnittet for kvinner var 9,01 (n=13 122; KI95% 8,98-9,03) og gjennomsnittet var 9,38 (n=11 761; KI95% 9,36-9,40) for menn.

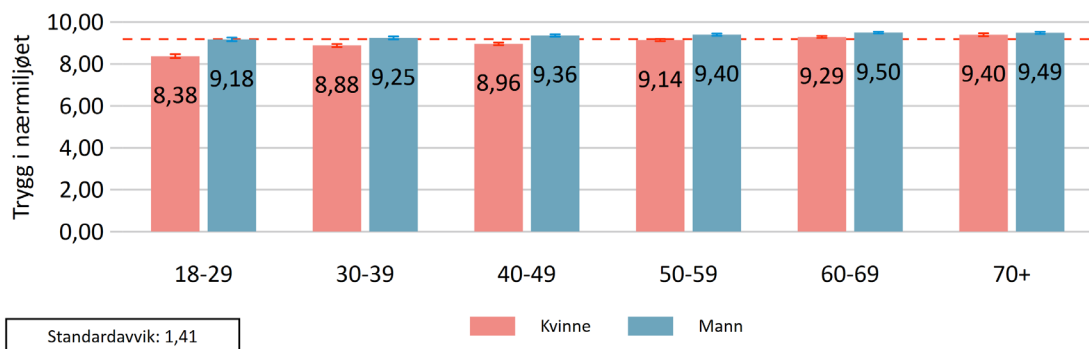
Figur 49: Trygg i nærmiljøet etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om ein føler seg trygg når ein er ute og går i nærmiljøet etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Dette spørsmålet var formulert slik: «Alt i alt, kor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?» Deltakarane svarte på ein skala frå 0 til 10, der 0 vil seie at dei ikkje er trygge i det heile tatt og 10 at dei er svært trygge. Det er svært lite variasjon i gjennomsnittsskårar på dette spørsmålet mellom regionane. Gjennomsnittsskåren for Nordre Sunnmøre ligg grensignifikant lågare enn for dei tre andre regionane, men Cohens d for høgaste mot lågaste verdi er berre 0,09.

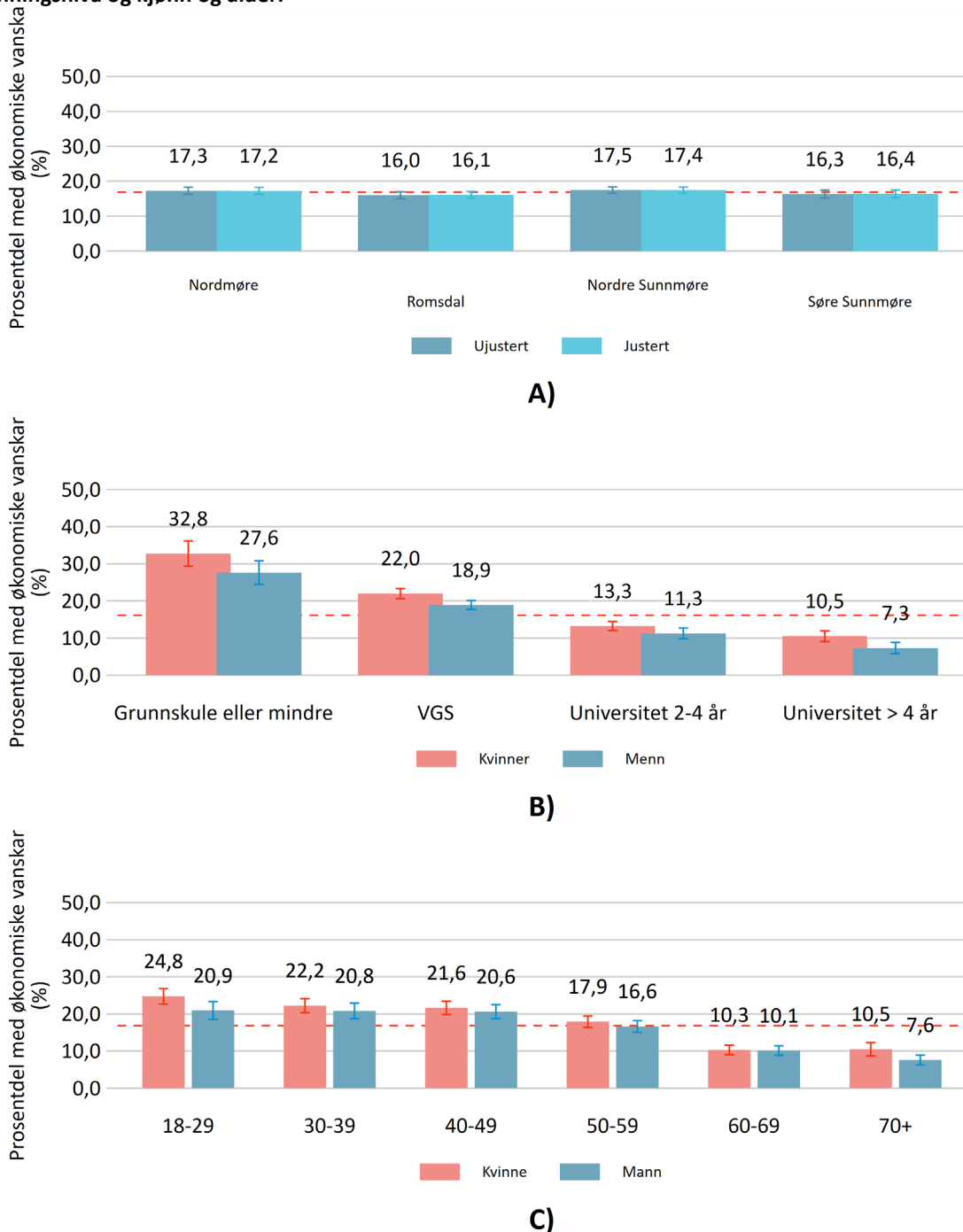
For både kvinner og menn er kan ein sjå ei svak auke i opplevd tryggleik med aukande utdanningsnivå. Det er signifikante kjønnsforskjellar på alle utdanningsnivå, i favør av at menn i større grad enn kvinner rapporterte å føle seg trygge når dei er ute og går i nærmiljøet. Cohens d for høgast mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot de med lågast utdanning) er 0,29 for kvinnene og 0,16 for mennene.

For kvinner er det ei nokså jamn auke i opplevinga av tryggleik i nærmiljøet med aukande alder. Blant menn ser ein eit liknande, men mindre uttalt mønster, og som flatar ut frå 60-69 år. I alle aldersgrupper rapporterer menn i større grad enn kvinner at dei føler seg trygge i nærmiljøet, med statistisk sikre forskjellar i alle gruppene unntatt den eldste (70+ år). Cohens d for høgaste mot lågaste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe) er 0,72 for kvinnene og 0,22 for mennene.

3.50 Prosentdel med økonomiske vanskar

Totalt 23 595 deltakarar av 24 967 (94,5 %) hadde gyldig svar på Prosentdel med økonomiske vanskar. Andelen for heile utvalet var **16,9 %** (KI95%: 16,4-17,4). Andelen for kvinner var 18,1 % (n=12 329; KI95% 17,4-18,8) og andelen var 15,5 % (n=11 266; KI95% 14,8-16,2) for menn.

Figur 50: Prosentdel med økonomiske vanskar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figuren viser prosentdel som synest det er vanskeleg («svært vanskeleg», «vanskeleg» eller «forholdsvis vanskeleg») å få hushaldsinntekta til å strekke til i det daglege etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. For heile utvalet samla rapporterte 16,9 % slike økonomiske vanskar, og andelen er litt høgare for kvinner enn menn (2,5 prosentpoengs forskjell). Ingen av regionane avvik signifikant frå fylkesgjennomsnittet.

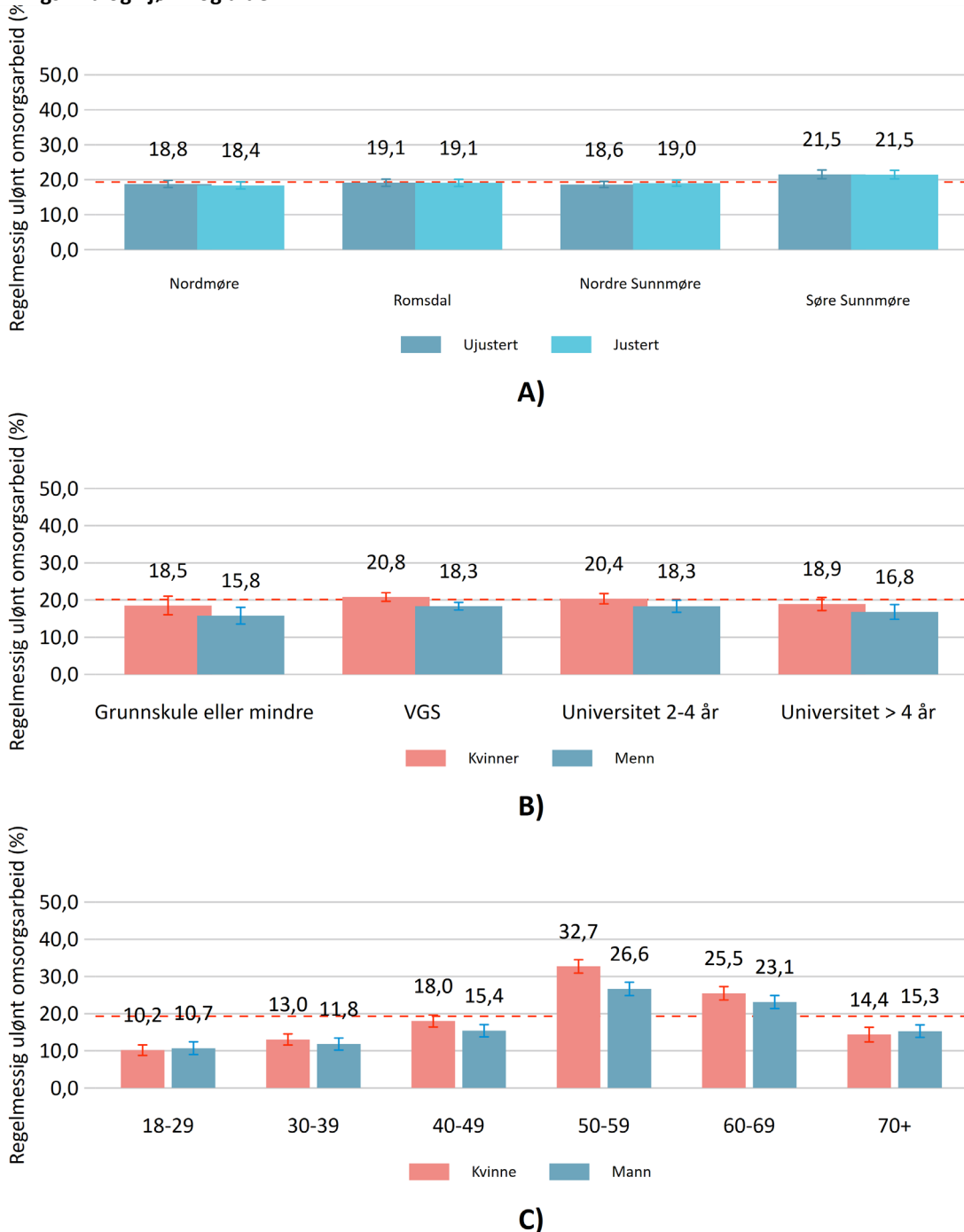
Det er ein sterk utdanningsgradient for både kvinner og menn, der prosentdelen med økonomiske vanskar går ned med aukande utdanningsnivå. Det er klart flest med økonomiske vanskar i gruppa med lågast utdanning, og forskjellen mellom denne og gruppa med høgast utdanning er omtrent 22 prosentpoeng for kvinner og 20 prosentpoeng for menn. Dette svarar til Cohens h på 0,56 for begge kjønn, som er store effektstørrelsar. Det er små, signifikante kjønnsforskjellar i to av fire utdanningsgrupper (vidaregåande og universitet > 4 år) der kvinner ligg litt høgare enn menn.

For begge kjønn er det ein trend, der andel med økonomiske vanskar går ned med aukande alder for begge kjønn. Forskjellane er signifikante mellom fleire av aldersgruppene, men ikkje alle. Forskjellen i andel med økonomiske vanskar mellom yngste og eldste gruppe svarar til Cohens h på 0,38 blant kvinner og 0,39 blant menn. Dette er middels store effektar. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjellar innan aldersgruppene i andel med økonomiske vanskar.

3.51 Regelmessig ulønt omsorgsarbeid

Totalt 24 849 deltakarar av 24 967 (99,5 %) hadde gyldig svar på Regelmessig, ulønt omsorgsarbeid. Andelen for heile utvalet var **19,3 %** (KI95%: 18,8-19,8). Andelen for kvinner var 20,2 % (n=13 105; KI95% 19,5-20,9) og andelen var 18,3 % (n=11 744; KI95% 17,6-19,1) for menn.

Figur 51: Regelmessig, ulønt omsorgsarbeid etter regional i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Figuren viser prosentdel som rapporterte regelmessig, ulønt omsorgsarbeid etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Det er relativt lite variasjon på tvers av regionane innan fylket. Søre Sunnmøre skil seg samtidig litt ut, med ein andel som ligg 2,5-3,0 prosentpoeng over dei tre andre regionane.

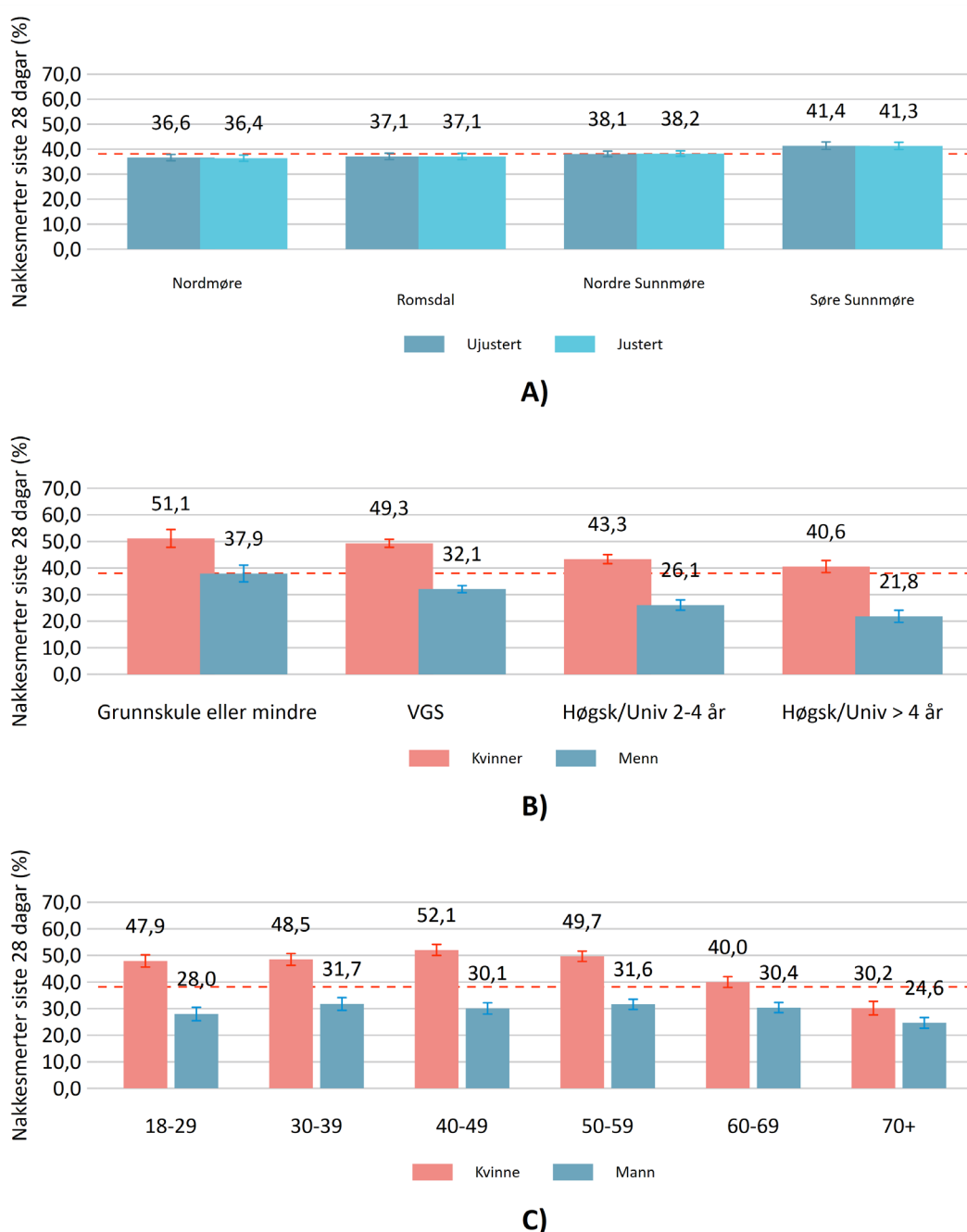
Det er ingen signifikante samanhengar mellom utdanningsgruppene og prosentdel som rapporterte regelmessig, ulønt omsorgsarbeid for nokon av kjønna. Ein noko høgare andel kvinner enn menn rapporterte regelmessig ulønt omsorgsarbeid, men forskjellen er statistisk sikker berre i ei av utdanningsgruppene (vidaregåande).

For begge kjønn er det ein tendens til omvendt U-samheng mellom alder og prosentdel som rapporterte ulønt omsorgsarbeid. For begge kjønn er andelen lågast i den yngste gruppa og aukar noko fram til 40-49 år. Deretter sjåast ei sterk stigning i andel til aldersgruppa 50-59 år, før ein gradvis nedgang til den eldste aldersgruppa. Forskjellen i andel med ulønt omsorgsarbeid mellom 50-59-åringane og den yngste aldersgruppa svarar til ein Cohens h på 0,57 blant kvinner og 0,42 blant menn. Den einaste statistisk sikre kjønnsforskjellen er i aldersgruppa 50-59 år, der kvinner ligg omtrent 6 prosentpoeng høgare enn menn (Cohens $h = 0,13$).

3.52 Nakkesmerter siste 28 dagar¹⁹

Totalt 24 838 deltakarar av 24 967 (99,5 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dagar. Andelen for heile utvalet var **38,1 %** (KI95%: 37,5-38,8). Andelen for kvinner var 45,9 % (n=13 096; KI95% 45,0-46,7) og andelen var 29,6 % (n=11 742; KI95% 28,7-30,4) for menn.

Figur 52: Nakkesmerter siste 28 dagar etter regionar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

¹⁹ Kap. 3.52 og 3.53 er korrigerede frå tidlegare versjon av rapporten. Førre versjon, datert 23.april 2021, viste beklagelegvis feil prosentdelar for høvesvis «Korsryggsmerter siste 28 dagar» og «Nakkesmerter siste 28 dagar» (rapporterte tal for nakkesmerter viste tal for korsryggsmerter og motsett).

Figuren viser prosentdel som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Prosentdelen er betydeleg høgare for kvinner enn menn, både totalt (16,3 prosentpoeng forskjell) og på tvers av alle undergrupper (frå 5,6 til 22,0 prosentpoengs forskjell). Kalkulert som såkalla punktprevalens, kan ein seie at det til ei kvar tid er 17,8 % med nakkesmerter blant deltakarane i Møre og Romsdal (uvekta tal).

Det er lite variasjon mellom regionane, men Søre Sunnmøre ligg signifikant over og Nordmøre grensesignifikant under fylkesgjennomsnittet. Forskjellen mellom Søre Sunnmøre og Nordmøre er vel 4 prosentpoeng (ujusterte tal).

Andelen med nakkesmerter siste 28 dagar går ned med aukande utdanning for begge kjønn, men denne samanhengen er noko sterkare for menn enn for kvinner. Forskjellen mellom lågaste og høgaste fullførte utdanningsnivå for kvinner er omtrent 11 prosentpoeng og for menn omtrent 16 prosentpoeng.

For kvinner er det ingen endring i andel med alder fram til 50-59 år, men deretter går andelen med nakkesmerter gradvis ned med aukande alder. For menn er det ein lågare andel i den eldste enn i dei andre aldersgruppene. Elles er det ingen statistisk sikker variasjon i andel over aldersgrupper.

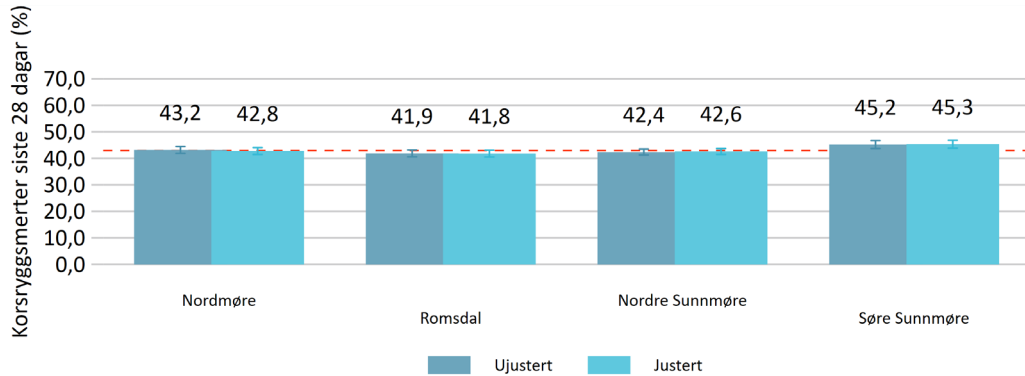
Blant kvinnene som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar, oppgav dei i gjennomsnitt å ha hatt nakkesmertene i 13,9 (95 % KI 13,7-14,2) av desse dagane. Vidare oppgav 34,6 % (95 %KI 33,3-35,8) at nakkesmertene hadde gjort at dei har måtta redusere sine vanlege aktivitetar eller endra dei daglege rutinane minst ein dag i veka i snitt denne perioden (minst fire dagar).

Blant mennene som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar, oppgav dei i gjennomsnitt å ha hatt nakkesmertene i 12,0 (95 % KI 11,6-12,3) av desse dagane. Vidare oppgav 25,8 % (95% KI 24,3-27,7 %) at nakkesmertene hadde gjort at dei har måtta redusere sine vanlege aktivitetar eller endra dei daglege rutinane minst ein dag i veka i snitt denne perioden (minst fire dagar).

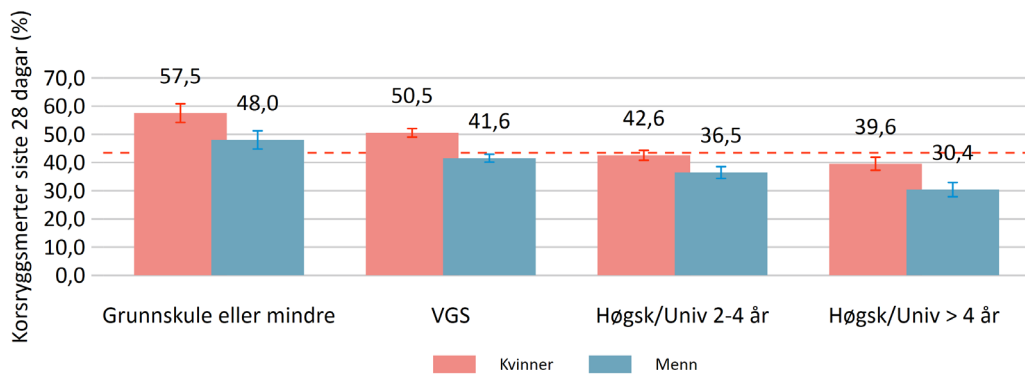
3.53 Korsryggsmerter siste 28 dagar²⁰

Totalt 24 856 deltakarar av 24 967 (99,6 %) hadde gyldig svar på Korsryggsmerter siste 28 dagar. Andelen for heile utvalet var **42,9 %** (KI95%: 42,3-43,6). Andelen for kvinner var 46,3 % (n=13 115; KI95% 45,4-47,2) og andelen var 39,2 % (n=11 741; KI95% 38,2-40,1) for menn.

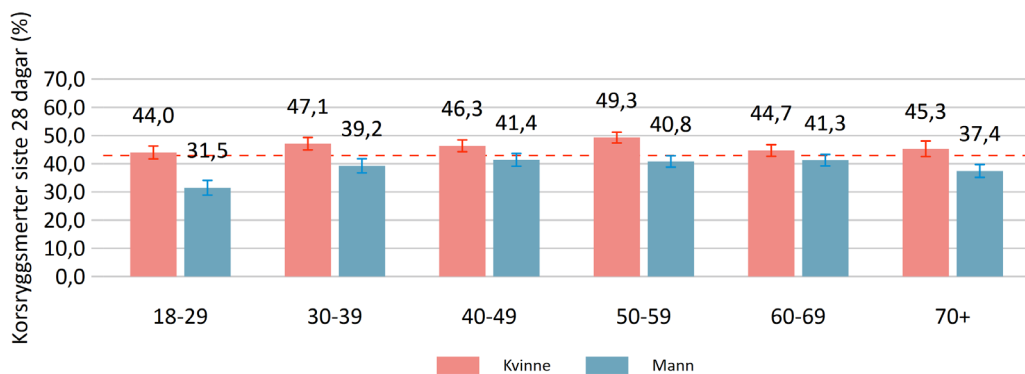
Figur 53: Korsryggsmerter siste 28 dagar etter regionalar i Møre og Romsdal, kjønn og utdanningsnivå og kjønn og alder.



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

²⁰ Kap. 3.52 og 3.53 er korrigerede frå tidlegare versjon av rapporten. Førre versjon, datert 23.april 2021, viste beklagelegvis feil prosentdelar for høvesvis «Korsryggsmerter siste 28 dagar» og «Nakkesmerter siste 28 dagar» (rapporterte tal for nakkesmerter viste tal for korsryggsmerter og motsett).

Figuren viser prosentdel som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dagar etter a) regionar innan fylket, b) kjønn og utdanningsnivå og c) kjønn og aldersgruppe. Ein stor del av utvalet (nesten halvparten), og ein høgare andel kvinner enn menn (7 prosentpoengs forskjell), rapporterte at dei har hatt korsryggsmerter dei siste 28 dagane. Kalkulert som såkalla punktprevalens, kan ein seie at det til ei kvar tid er 19,5 % med korsryggsmerter blant deltakarane i Møre og Romsdal (uvekta tal).

Det er lite variasjon i andelar på tvers av regionane innan fylket, men Søre Sunnmøre ligg signifikant over og Romsdal grensesignifikant under fylkesgjennomsnittet (omtrent 3 prosentpoeng forskjell på korsryggsmerter siste 28 dagar).

Det er ein tydeleg utdanningsgradient for både kvinner og menn, der andelen som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dagar går ned med aukande fullført utdanningsnivå. Forskjellen mellom gruppene med lågaste og høgaste fullførte utdanningsnivå er omtrent 18 prosentpoeng for begge kjønn. Andelen blant kvinner ligg høgare enn blant menn i alle utdanningsgruppene, og kjønnsforskjellen varierer mellom 6 og 10 prosentpoeng.

Det er ingen tydeleg samanheng mellom alder og andel som rapporterte korsryggsmerter. Blant menn er andelen i den yngste aldersgruppa er signifikant lågare enn dei andre aldersgruppene, elles er det ingen statistisk sikre forskjellar over aldersgrupper. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte korsryggsmerter i alle aldersgruppene, med unntak av gruppa 60-69 år, der forskjellen ikkje er signifikant.

Blant kvinnene som rapporterte smerter i korsryggen siste 28 dagar, oppgav dei i gjennomsnitt å ha hatt korsryggsmerter i 13,6 (95 % KI 13,4-13,9) av desse dagane. Vidare oppgav 37,3 % (95 % KI 36,0-38,6) at korsryggsmerterne hadde gjort at dei har måtta redusere sine vanlege aktivitetar eller endra dei daglege rutinane ein dag i veka i snitt denne perioden (minst fire dagar).

Blant mennene som rapporterte smerter i korsryggen siste 28 dagar, oppgav dei i gjennomsnitt å ha hatt korsryggsmerter i 11,9 (95 % KI 11,6-12,1) av desse dagane. Vidare oppgav 29,7 % (95 % KI 28,3-31,0) at korsryggsmerterne hadde gjort at dei har måtta redusere sine vanlege aktivitetar eller endra dei daglege rutinane i ein dag i veka i snitt denne perioden (minst fire dagar).

4 Oppsummering av resultat og diskusjon

4.1 Gjennomgang av funn etter tema

4.1.1 Den demografiske samansettinga i materialet

I vårt materiale var det 40,2 % som rapporterte å ha fullført minst to år med høgskule eller universitetsutdanning, 45,8 % blant kvinner og 34,0 % blant menn (vekta tal).

Svarkategoriane på utdanningsnivå var justerte i siste skjemarevisjon, for å få kategoriar som er mest mogleg samanliknbare med Statistisk sentralbyrå sin statistikk. Tala for høgskule- eller universitetsutdanning frå vårt materiale er høgare enn tala frå Statistisk sentralbyrå for heile befolkninga i Møre og Romsdal. Andelen i vårt materiale ligg blant kvinnene 11,6 prosentpoeng høgare enn for alle kvinner i Møre og Romsdal. Forskjellen blant menn er på 10,6 prosentpoeng. Sidan tala for landet og for fylket er rekna ut for alle som er 16 år eller eldre, mens vår undersøking i prinsippet omfatta alle som var 18 år eller eldre, er kontrastane eigentleg endå litt større. Dei som er 16 eller 17 år gamle har ikkje rukke å bli så gamle at dei kan ha fullført nokon høgskule- eller universitetsutdanning, og ville derfor, dersom dei var med, trekke dei populasjonstala vi har rekna ut noko ned.

Det er særleg gruppa som har rapportert å ha grunnskuleutdanning eller mindre i vårt materiale som er langt lågare enn tala på andel med «grunnskuleutdanning» frå Statistisk sentralbyrå. Medan denne gruppa utgjorde 8,9 % av kvinnene og 9,9 % av mennene i vårt materiale, utgjør den 25,7 % av alle kvinner og 26,9 % av alle menn i Møre og Romsdal. Noko av denne diskrepansen handlar nok om måten Statistisk sentralbyrå grupperer dette utdanningsnivået, som hos dei også omfatta dei med fullførte vidaregåande utdanningar på mindre enn 2 år (gjeld skuleåra 1975/75-1994/95) og 3 år (f.o.m. skuleåret 1995/96). Denne diskrepansen og graden av underrepresentasjonen i dei ulike utdanningsgruppene trengs undersøkast nærare i eigne analyser med kopling mellom vårt datamateriale og registerdata frå Statistisk sentralbyrå.

Sidan ein stor andel av utfallsvariablane viser sterk samanheng med utdanning, ser det ut til at vektning for utdanning ville bidrege til litt rettare tal for heile fylket sett under eitt. Problemet med ein overrepresentasjon av dei med høg utdanning har også vore til stades også i dei andre fylka der undersøkinga har vore gjennomført.

Kort summert opp kan vi seie at vi ville få meir presise totaltal for fylket ved å vekte tala etter kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Når vi presenterer tal i subgrupper definert ved alder og kjønn, fjernar vi mykje av problemet. Når vi presenterer tal for ulike utdanningsgrupper, separat for menn og kvinner og justert for alder, bidreg også dette til å korrigere for ein del skeivheiter.

4.1.2 Tilgjenge til tenester og fasilitetar

I ein rapport frå Transportøkonomisk institutt går det blant anna fram at nær 70 prosent av dei eldre meiner det er sentralt for deira livskvalitet å vite at dei kan få transport eller komme seg ut når ein treng det. Ein reduksjon i transportmogelegheitene representerer det dei kallar eit «psykologisk alderstillegg». Svært få eldre likar dessutan tanken på å vere

avhengige av andre for å få transport, og dei ønsker ikkje å vere til byrde for familie og vener. Det er betre med eit godt offentleg tilbod²¹.

Eit godt transporttilbod bidreg sjølvsagt til alle sin livskvalitet i kvardagen. Og det same gjer sannsynlegvis eit breitt spekter av tenester og fasilitetar.

Andel som rapporterte om Svært godt eller Godt tilgjenge på tenester og fasilitetar er høgast på spørsmåla om Natur- og friluftsområde, inkludert parkar og andre grøntareal (93,3 %) og Kyst/strand eller sjø (91,1 %). Etter desse kjem Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod (79,1 %). Ein noko høgare andel rapporterte om Svært godt eller Godt tilgjenge til Idrett- (76,8 %) enn Kultur-fasilitetar (67,5 %). Nedst på lista kjem andel som rapporterte Svært godt eller Godt utbygde Gang- og sykkelveggar (43,7 %) og til slutt Offentleg transport (34,2 %). Dei tenestene som kjem dårlegast ut er kanskje dei som krev dei største investeringane i offentlege budsjett.

4.1.2.1 Fylke

I en tabell presentert i Appendiks til denne rapporten (Tabell A1) har vi presentert totaltal med samanlikningar på 44 utfallsvariablar mellom Møre og Romsdal, Rogaland, Nordland, Agder og Troms/Finnmark. For 20 av desse har vi også gitt tal for Hordaland og Sogn og Fjordane. Vi har merka tal frå tidlegare undersøkingar i rosa og kommentert der spørsmålsformuleringane ikkje er like dei som er brukte i Møre og Romsdal. For desse bør ein vere særleg varsam med samanlikning mellom tal frå Møre og Romsdal og resterande fylke.

Når det gjeld tilgjenge på tenester og fasilitetar, var spørsmål om kultur- og idrettstilbod før revisjonen samla i eitt spørsmål. Spørsmålet om natur- og friluftsområde, inkludert parkar og andre grøntareal var før revisjonen delt i to. Spørsmålet om Kyst/strand eller sjø er nytt for Møre og Romsdal.

Andelen som rapporterte Godt eller Svært godt tilgjenge til Idrettstilbod i Møre og Romsdal liknar andelane i dei andre fylka på samlespørsmålet om kultur- og idrettstilbod. Talet for tilgjenge til Kulturtilbod i Møre og Romsdal ligg noko lågare.

Tala for Natur- og friluftsområde, inkludert parkar og andre grøntareal i Møre og Romsdal er om lag på line med tala frå dei andre fylka kva gjeld Natur- og friluftsområde, og er høgare enn tala frå dei andre fylka på parkar og andre grøntareal.

Møre og Romsdal har litt lågare tal enn dei andre på tilgjenge til Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod og Gang- og sykkelveggar (begge omtrent likt med Troms og Finnmark). Tala frå Møre og Romsdal på Offentleg transport ligg mellom Nordland og Troms og Finnmark, og klart lågare enn Agder og Rogaland.

4.1.2.2 Regionar

Internt i Møre og Romsdal fylke er det særleg stor variasjon når det gjeld tilgjenge til Offentleg transport og utbygde Gang- og sykkelveggar. Romsdal kjem best ut på begge desse utfallsmåla med høvesvis 43,2 % og 53,9 % som rapporterte Svært godt eller Godt tilgjenge. Dei som kom dårlegast ut på tilgjenge til Offentleg transport er Søre Sunnmøre med 26,3 % og Nordre Sunnmøre på Gang- og sykkelveggar med 35,6 % (ujusterte tal). At Romsdal kjem best ut kan gjerne forklarast med at denne regionen har større delar av

²¹ <https://www.toi.no/forskningsomrader/reisevaner/godt-transporttilbud-viktig-for-eldres-velferd-article30782-213.html>

befolkninga som bur i med by- og større tettstadsområder. Kollektivtransporten er sjølvstøtt betre utbygd i by- og tettstadsområde enn i spreidd-bygde område.

For Natur- og friluftsområde og Kyst/strand eller sjø var det svært lite variasjon mellom regionane (opptil 3-4 prosentpoengs forskjellar), medan det var litt større variasjon for Butikkar, serveringsstader og Idrettstilbod (opptil 9 prosentpoengs forskjellar).

Nordmøre kjem best ut av regionane på tilgjenge til Idrettstilbod (81,9 % rapporterte Svært godt eller godt tilgjenge). For Kulturtilbod, Butikkar, serveringstader og andre servicetilbod er tala for Nordmøre om lag på line med Romsdal og Nordre Sunnmøre. På Natur- og friluftsområde er tala på line med Søre Sunnmøre og Romsdal, og Kystlinje/strand med Søre Sunnmøre og Nordre Sunnmøre.

Romsdal kjem i tillegg til dei ovannevnte utfalla ekstra positivt ut på Kystlinje/strand eller sjø (93,8 %). Her er prosentdelane som rapporterte å ha Svært godt eller godt tilgjenge vel og merke rundt 90 % også for dei andre regionane.

Nordre Sunnmøre har dei lågaste prosentane som svarte at dei har Svært godt eller godt tilgjenge til Idrettstilbod (72,8 %). Denne prosentdelen ligg ni prosentpoeng under Nordmøre, som har høgast del som rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod. Prosentdelen for Natur- og friluftsområde ligg også statistisk signifikant under fylkesgjennomsnittet, men er likevel så høgt som 91,5 %.

Søre Sunnmøre har dei lågaste prosentane som svarte at dei har Svært godt eller godt tilgjenge til Kulturtilbod (63,9 %), Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod (71,8 %) og har nesten like låge prosentar som Nordre Sunnmøre på Idrettstilbod (75,7 %). Men Søre Sunnmøre kjem godt ut når det gjeld tilgjenge til Natur- og friluftsområde (94,7 %) og Kystlinje/strand eller sjø (90,6 %).

4.1.2.3 Kjønn

Ein litt høgare andel blant kvinner enn blant menn meinte at tilgjenge til Kulturtilbod, Idrettstilbod og Butikkar, serveringstader og andre servicetilbod var Svært godt eller Godt tilgjengelege. Forskjellane var størst for Kulturtilbod og var på 5,7 prosentpoeng. For resterande utfallsmål fann vi ikkje kjønnsforskjellar.

4.1.2.4 Utdanning

Samanhengane med utdanningsnivå var svake. For Kulturtilbod, Idrettstilbod og Natur- og friluftsområde var det ein tendens til høgare andelar som svarte Svært godt eller Godt tilgjenge med aukande utdanningsnivå. Forskjellane var her klarast mellom dei to gruppene med lågast og dei to gruppene med høgast fullførte utdanningsnivå. For Offentleg transport og Gang- og sykkelvegar skilde kvinner med grunnskule eller lågare utdanning seg litt ut, med litt høgare andelar som rapporterte Svært godt eller Godt tilgjenge enn for resterande utdanningsgrupper.

4.1.2.5 Alder

På dei fleste område aukar tilfredsheita noko med alderen, sjølv om samanhengane ikkje alltid er lineære. Dette gjeld Kulturtilbod, Idrettstilbod, Butikkar, serveringstader og andre servicetilbod, Offentleg transport og dels også Natur- og friluftsområde. Vi veit ikkje sikkert om dei unge bur i område der tilgjenge til tenester og fasilitetar faktisk er dårlegare enn der dei eldre bur, eller om det handlar om forskjellar i alderstilpassa tilbod og tenester. Det kan alternativt tenkast at dei yngre stiller noko større krav.

Kort summert opp:

Andel som oppgav Svært godt eller Godt tilgjenge på tenester og fasilitetar i Møre og Romsdal ligg litt under dei andre fylka på to område (Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod og Gang- og sykkelveggar; begge om lag som i Troms og Finnmark). Tala frå Møre og Romsdal på Offentleg transport liknar Nordland og Troms og Finnmark, og er klart lågare enn Agder og Rogaland. For resterande utfall er ikkje tala heilt ikkje tala direkte samanliknbare med andre fylke grunna justeringar i spørsmålsoppsett, men ser likevel ut til å ligge om lag på line med dei andre fylka.

Internt i Møre og Romsdal er der stor variasjon når det gjeld tilgjenge til offentleg transport og gang- og sykkelveggar. Romsdal kom best ut på begge. Søre Sunnmøre kom dårlegast på offentleg transport og Nordre Sunnmøre på gang- og sykkelveggar. Det var også noko variasjon for tilgjenge til Butikkar, serveringsstader (der Søre Sunnmøre har lågare tal enn dei tre andre) og Idrettstilbod (der Nordmøre har høgast og Nordre Sunnmøre og Søre Sunnmøre har lågast tal). For Natur- og friluftsområde og Kyst/strand eller sjø var tala høge med svært lite variasjon mellom regionane. Ingen regionar er best på alt eller dårlegast på alt.

Forskjellane mellom menn og kvinner og over utdanningsgrupper på andel som rapporterte Svært godt eller Godt tilgjenge til tenester og fasilitetar er jamt over små. Men tilfredsheita med mange tilbod aukar noko med alderen, sjølv om samanhengane ikkje alltid er lineære. Særleg på Gang- og sykkelveggar og Kystlinje/strand/sjø aukar tilfredsheita ganske stabilt med aukande alder.

4.1.3 Deltaking i aktivitetar og engasjement

Det å ta del i organiserte og ikkje-organiserte aktivitetar er ei kjelde til å halde ved like eit godt lokalmiljø, velfungerande sosiale nettverk, til å utvikle venskap og til å vere med å påverke samfunnet rundt seg. Dette å bli i stand til å påverke samfunnet rundt seg blir ofte kalla myndiggjering (empowerment) og er ein sentral komponent i det helsefremjande arbeidet slik det blant anna blir beskrive i Ottawa-charteret om helsefremjande arbeid [19].

Eitt av spørsmåla i livskvalitetsdelen av spørjeskjemaet handlar om engasjement. Det er naturleg å sjå svara på dette spørsmålet i samheng med deltaking i organiserte og andre aktivitetar. Det viser seg då også at det å oppleve seg sjølv som engasjert heng sterkt saman med deltaking i aktivitetar. Blant dei som rapporterte at dei dagleg deltar i organiserte aktivitetar, er gjennomsnittleg skår på «Engasjement» 7,52 (skala frå 0 til 10). Blant dei som rapporterte at dei aldri deltek i organiserte aktivitetar er gjennomsnittleg skår 5,25. Forskjellen svarar til ein effektstørrelse som er såpass høg som 1,0. Tilsvarande effektstørrelse for «Andre aktivitetar» er 0,9. Di hyppigare ein deltek i organiserte og andre aktivitetar, dess høgare skårast det gjennomsnittleg på «Engasjement». Samanhengane er sterke.

4.1.3.1 Fylke

Andelen som rapporterte at dei deltek i organiserte aktivitetar kvar veke eller oftare i Møre og Romsdal (22,5 %) ligg lågare enn deis andre fylka som har gjennomført folkehelseundersøkinga (frå 24,8 i Troms og Finnmark til 32,8 % i Agder). Dette gjaldt også deltaking i andre aktivitetar (45,5 % i Møre og Romsdal mot 53,9 - 57,5 % i dei andre fylka). Sidan spørsmåla blei stilt på ein litt annan måte og svarkategoriane er endra, kan vi

ikkje samanlikne direkte med Hordaland og Sogn og Fjordane. Reglar og anbefalingar knytte til å ha redusert sosial kontakt under den pågåande koronapandemien kan ha hatt innverknadar på svar på desse spørsmåla i Møre og Romsdal. Nokre deltakarar tok kontakt med fylkeskommunen for å avklare om dei skulle svare situasjonsspesifikt «no for tida» eller korleis dei vanlegvis hadde det før koronapandemien desse spørsmåla. Dette var ikkje spesifisert i spørjeskjemaet, og deltakarane kan dermed ha tolka dette aspektet for desse spørsmåla ulikt.

Møre og Romsdal ligg også noko under dei andre fylka på utfallsmålet «Engasjert». Gjennomsnittskåren i Møre og Romsdal er på 6,05 i Møre og Romsdal, mot 6,34-6,48 i dei andre fylka. Dette svarar til ein liten effektstørrelse når ein samanliknar talet i Møre og Romsdal med høgaste verdi (Cohens $h = 0,19$).

4.1.3.2 Regionar

Andelen som oppgav at dei deltok i organiserte aktivitetar kvar veke var høgast på Søre Sunnmøre (25,0 %) og lågast på Nordmøre (19,7 %). Det var ingen klare forskjellar mellom regionane innan fylket når det gjaldt deltaking i annan aktivitet og utfallsvariabelen «Engasjert».

4.1.3.3 Kjønn

Andelen som svarte at dei deltok i organiserte aktivitetar kvar veke var omtrent den same for menn og kvinner i Møre og Romsdal. Forskjellen var større på «Andre aktivitetar», der kvinnene låg 7,1 prosentpoeng høgare enn mennene. Vi fann heller ikkje nokon nemneverdig forskjell mellom menn og kvinner på utfallsmålet «Engasjert».

4.1.3.4 Alder

Alder viser ein litt meir kompleks samanheng med aktivitets- og engasjementsvariablane. Andelen som deltek i organiserte aktivitetar stig med aukande alderen fram mot ein topp blant dei mellom 40 og 49 før andelen går ned att med stigande alder. For kvinner tar andelen seg opp att i 70-års alderen. Andelen som deltek i andre aktivitetar er klart høgast blant dei yngste (18-29). For kvinner er andelen lågast for dei mellom 49 og 49 og tek seg noko opp att frå 50-års alderen. For menn er det ein liten oppgang att rundt 70. Skåren på «Engasjert» aukar svakt og litt uregelmessig over aldersgrupper, men går litt ned att rundt 70. Når andelen som deltek i organiserte aktivitetar går opp med alderen fram mot 40-49 år, mens følgjer motsett mønster for deltaking i andre aktivitetar, kan det ha fleire forklaringar. Ei mogeleg forklaring kan vere at mange i denne perioden dannar familie og at fritidsaktivitetane i den perioden blir dreia i retning av oppfølging av borna sine organiserte aktivitetar.

4.1.3.5 Utdanning

Andelen som oppgav at dei deltok i organiserte aktivitetar kvar veke auka sterkt med utdanningsnivået. Blant mennene observerte vi nesten i tredobling i prosentpoeng frå dei med berre grunnskule (12,7 %) til dei med over fire års universitetsutdanning (35,0 %). Forskjellen mellom utdanningsgruppene var nesten like stor for kvinnene sin del. Andelen oppgav at dei deltok i annan aktivitet kvar veke auka også med utdanningsnivået, men ikkje fullt så sterkt. Forskjellen mellom dei med høgast og dei med lågast utdanning i «Engasjement» målt i effektstørrelse var på 0,41 blant mennene og 0,52 blant kvinnene, med andre ord middels til store forskjellar.

Kort summert opp kan ein seie at det først og fremst er utdanningsnivået som heng saman med deltaking og engasjement. Jo høgare utdanningsnivå, dess høgare skår på «Engasjement» og jo høgare andel deltek kvar veke i organiserte og til ei viss grad også ikkje-organiserte aktivitetar. Ein litt høgare andel blant kvinnene rapporterte at dei deltok kvar veke i «Andre aktivitetar». Deltaking i organiserte og ikkje-organiserte aktivitetar følgjer motsett mønster fram mot 40-49 årsalder, med oppgang i organiserte og nedgang i ikkje-organiserte aktivitetar.

4.1.4 Kosthald, fysisk aktivitet og fedme

Av alle tapte leveår utan helsetap (DALYs) (Noreg) som kan førebyggast, skuldast 39 prosent åtferd, 22 prosent skuldast en kombinasjon av åtferd og metabolske faktorar (som overvekt og høgt blodtrykk) og 4 prosent ein kombinasjon av åtferd og miljømessige faktorar²². Endring av helserelaterte åtferdsmønster er derfor ei heilt sentral oppgåve innan folkehelsearbeidet. Kosthald og fysisk aktivitet heng nært saman med fedme. Det er derfor naturleg å sjå desse i samanheng.

4.1.4.1 Fylke

Spørsmålsformuleringane og svaralternativ for spørsmål som går på kosthald og fysisk aktivitet er litt annleis i spørjeskjemaet brukt i Møre og Romsdal enn i dei andre fylka som har delteke i FHUS. Vi vurderte spørsmåla såpass like at vi har samanstillt resultat mellom Møre og Romsdal og dei andre fylka i tabellen i appendiks, men desse bør tolkast varsamt.

Generelt ser ikkje Møre og Romsdal til å skilje seg særleg ut frå dei andre fylka som har delteke i FHUS når det gjelder kosthald. Forskjellane vi ser kan dels ha med nyanseforskjellar mellom spørjeskjema som er brukte. Som for dei andre fylka er det er det openbart at ein kunne redusere andelane som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk 2-3 gongar i veka eller oftare (30,4 %), og auka andelane som et frukt eller bær dagleg eller oftare (35,4 %), eller et grønsaker dagleg eller oftare (42,8 %) og et fisk 2-3 gongar i veka eller oftare (58,4 %).

Også spørsmåla som ligg til grunn for dagleg fysisk aktivitet er reviderte noko, slik at andelen fysisk aktive ikkje kan samanliknast direkte med dei andre fylka som har gjennomført FHUS. Den viktigaste endringa er gjort i spørsmål om treningshyppigheit, der spesifisering om at treninga gjaldt «i fritida» er teke bort og mosjon/trening til/frå jobb er teke inn. Spørsmålsformuleringa som er brukt i Møre og Romsdal er samanliknbar med spørsmål som er validert og brukast i HUNT og Tromsø-undersøkingane, samt andre nasjonale undersøkingar med tidsseriar bakover til 70/80-tallet [12]. Basert på tal frå desse undersøkingane har ein sett ei auke i andel fysisk aktive, men også i stillesitting [13]. Spørsmåla brukast også i den Nasjonale folkehelseundersøkinga (NHUS) og vil bli brukt i kommande FHUS-undersøkingar, slik at ein også her etter kvart kan følgje tidstrendar både i Møre og Romdal, andre fylke og nasjonalt.

Spørsmåla som tal på timar stillesitting i kvardagen samt høgde og vekt som ein brukar for å rekne ut kroppsmasseindeks er derimot like i Møre og Romsdal som dei andre fylka. Her ligg Møre og Romsdal i ein mellomposisjon. Timar stillesitting (6,81) ligg omlag på nivå med Nordland, litt under Rogaland og litt over Agder, Troms og Finnmark. Andelen med kroppsmasseindeks over 30 er lik som i Agder, noko over Rogaland og litt under Nordland, Troms og Finnmark.

²² Global Burden of Disease database 18.03.2020. <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

Sjølv når spørsmåla er like, er det viktig å vere klar over at tala ikkje er populasjonsvekta når vi skal fortolke forskjellar vi finn mellom fylka. Sidan fråfallsprofilen er nokså lik frå fylke til fylke, med ein underrepresentasjon av unge menn og eldre kvinner samt ein deltakingsprosent som aukar med aukande utdanning, kan det tenkast at forskjellane mellom fylka ikkje ville endre seg så mykje ved populasjonsvekting. Men heilt sikre kan vi ikkje vere. Det er derfor grunn til berre å legge vekt på dei forskjellane mellom fylka som er nokså store.

4.1.4.2 Regionar

Forskjellane i kosthald, fysisk aktivitet og fedme over regionar i Møre og Romsdal er jamt over svært små. Det er ingen statistisk signifikante variasjonar over regionane på utfalla Inntak av frukt eller bær dagleg eller oftare, Inntak av grønnsaker dagleg eller oftare, og Inntak av fisk 2-3 gongar i veka eller oftare.

Søre Sunnmøre skil seg positivt ut på tre utfallsmål: Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gongar i veka eller oftare, Timar stillesitting i kvardagen og Fysisk aktivitet. For KMI over 30 ligg andelen i Romsdal har grensesignifikant under og Nordmøre grensesignifikant over fylkesgjennomsnittet. Men for alle desse utfalla er det snakk om berre små forskjellar (2,2-2,7 prosentpoengs forskjell i andelar).

4.1.4.3 Kjønn

Kvinner kjem betre ut enn menn på nokså mange utfallsmål som handlar om kosthald, fysisk aktivitet og fedme. Andelen som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk 2-3 gongar i veka eller meir er 24,8 % blant kvinner og 36,6 % blant menn. En større andel kvinner enn menn et frukt eller bær dagleg eller oftare (41,6 % mot 28,5 %) og grønnsaker dagleg eller oftare (51,6 % mot 33,1 %). Det var derimot ingen klar kjønnsforskjell i andel som et fisk 2-3 gongar i veka eller oftare.

Vidare var andel som var moderat fysisk aktive fire eller fleire dagar i veka høgare blant kvinner (27,3) enn blant menn (22,5). Andel med fedme var litt lågare blant kvinner (17,9 %) som blant menn (21,1%). Til sist rapporterte mennene om 10 minutt meir stillesitting per dag enn det kvinnene gjorde. I lys av at dette er ein variabel som sannsynlegvis har låg reliabilitet, noko som gjerne svekker samanhengar og forskjellar, skal vi ikkje sjå bort frå at denne forskjellen er viktig.

4.1.4.4 Alder

Di høgare alder, dess betre rapportert kosthald. Dette gjeld andelane som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare, som et frukt eller bær minst dagleg, et grønnsaker minst dagleg og et fisk 2-3 gongar kvar veke eller oftare. Samanhengane er vel og merke ikkje er heilt lineære, og særleg for menn er betringa i kosthald tydelegast med alder frå 50-60 års-alderen (gjeld spørsmåla om grønnsaker, frukt eller bær og fisk). Gjennomsnittleg timar stillesitting per dag er høgast i yngste aldersgruppe (18-29) og lågast blant dei eldste (70+).

Men vi finn nokre unntak frå regelen om at jo høgare alder, dess gunstigare helsereelatert åtferd. Andel som er fysisk aktive er høgast i yngste aldersgruppe (18-29 år), for deretter å gå klart ned. For kvinner aukar prosentdelen fysisk aktive igjen fram til aldersgruppa 50-59 år, før den flatar ut og går noko ned att i den eldste aldersgruppa (70+ år). For menn er det ingen slik auke etter i andel fysisk aktive etter 30-årsalder. Andel som har fedme er

høgast blant dei som tilhøyrrer aldersgruppa 50-59 år og lågast blant dei yngste og dei eldste.

4.1.4.5 Utdanning

Som for aukande alder, ser ein ei betring i rapportert helsesamt kosthald med aukande utdanningsnivå. Dette gjeld alle dei fire kosthaldsvariablane. Det same mønsteret ser ein for andel som er (minst) moderat fysisk aktive og andel med fedme. Samanhengane er frå middels sterke til sterke (Cohens h 0,25-0,50), og som regel lineære eller nesten lineære (noko sterkare og jamnare samanhengar for kvinner enn menn på kosthaldsspørsmåla). For antal timar stillesitting per dag samanhengen motsett, med høgast andel blant dei med utdanning på høgskule- eller universitetsnivå.

Kort summert opp:

Generelt ser ikkje Møre og Romsdal til å skilje seg særleg ut frå dei andre fylka som har delteke i FHUS når det gjeld kosthald. Forskjellane vi ser kan dels ha med nyanseforskjellar mellom spørjeskjema som er brukte. Som for dei andre fylka er det openbart at ein kunne redusere andelane som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk 2-3 gongar i veka eller oftare (30,4 %), og auka andelane som et frukt eller bær dagleg eller oftare (35,4 %), et grønsaker dagleg eller oftare (42,8 %) og et fisk 2-3 gongar i veka eller oftare (58,4 %).

Spørsmåla om tal på timar stillesitting i kvardagen samt høgde og vekt som ein brukar for å rekne ut kroppsmasseindeks er derimot like i Møre og Romsdal som dei andre fylka. Her ligg Møre og Romsdal i ein mellomposisjon samanlikna med dei andre fylka.

Forskjellane i kosthald, fysisk aktivitet og fedme over regionar i Møre og Romsdal er jamt over svært små. Søre Sunnmøre skil seg positivt ut på tre utfallsmål: Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gongar i veka eller oftare, Timar stillesitting i kvardagen og Fysisk aktivitet. Men for alle desse utfalla er det snakk om berre små forskjellar (2,2-2,7 prosentpoengs forskjell).

Di høgare alder, dess betre rapportert kosthald. Dette gjeld inntak av sukkerhaldig brus eller leskedrikk, frukt eller bær, grønsaker (ikkje helt lineær samanheng) og fisk. Gjennomsnittleg timar stillesitting per dag er høgast i yngste aldersgruppe (18-29) og lågast blant dei eldste (70+).

Men vi finn nokre unntak frå regelen om at di høgare alder, dess gunstigare helserelatert åtferd. Andel som er fysisk aktive (så mykje at dei blir andpustne eller sveitte minst 4 gonger per veke i minst ½ time kvar gong) er høgast blant dei yngste. Andel som har fedme er lågast blant dei yngste og dei eldste.

Di lenger utdanning, dess høgare andelar rapporterte å ha eit helsesamt kosthald og å vere (minst) moderat fysisk aktive, og dess lågare andel hadde fedme. Samtidig var gjennomsnittleg antal timar stillesitting høgast blant dei med høgskule- eller universitetsutdanning.

4.1.5 Røyking, snus og bruk av alkohol

Sjølv om tobakksrøykinga har gått kraftig tilbake i Noreg dei to siste ti-åra, er røyking framleis eit stort problem i store delar av verda. Verdens helseorganisasjon peika allereie i 2011 på at det globalt den gongen årleg var fem millionar menneske som døydde av

røyking, og at dei venta at talet ville stige til meir enn åtte millionar²³. I Noreg har bruken av snus auka sterkt dei seinare åra. Stadig fleire av dei som brukar snus gjer det utan først å ha vore røykarar. I ein rapport frå Folkehelseinstituttet frå 2019 blir det hevda at snus truleg langt frå er eit risikofritt alternativ og at bruken av snus sannsynlegvis har ei rekkje helsemessig negative konsekvensar²⁴. Helserisikoen ved bruk av e-sigarettar veit vi foreløpig mindre om²⁵. Spørsmål om bruk av e-sigarettar er teke inn i det reviderte spørjeskjemaet brukt i Møre og Romsdal. Andelen som rapporterte å bruke E-sigarettar dagleg i Møre og Romsdal var berre på 1,1 % (vekta tal). Dette var ein så liten andel at vi valde å konsentrere oss om røyking og bruk av snus i denne rapporten.

4.1.5.1 Fylke

Spørsmålsformuleringane for røyk- og snus-bruk er justerte noko i siste skjemarevisjon, med mål om å harmonisere med formuleringar brukt av SSB. Oppsett og spørsmål er såpass like at vi har valt å samanlikne tal med andre fylke som har gjennomført FHUS-undersøkinga i appendiks, men tolkinga bør gjerast varsamt. For både dagleg røyking (8,5 %) og dagleg snusing (12,8 %) ligg andelen i dataa frå Møre og Romsdal i midtsjiktet samanlikna med dei andre fylka (7,9-10,0 % dagleg røyking og 10,3-15,5 % dagleg røyking).

Andel som drikk alkohol to gonger i veka eller oftare (18,9 %) er om lag på same nivå som i Troms og Finnmark og Agder, er høgare enn i Sogn og Fjordane, men lågare enn Rogaland, Vestland og Nordland. Møre og Romsdal har saman med Sogn og Fjordane den lågaste andelen som månadleg drikk minst seks einingar alkohol ved eitt og same høve (13,2 %).

4.1.5.2 Regionar

Nordmøre har høgaste andel og Søre Sunnmøre og Nordre Sunnmøre lågaste andelane som rapporterte dagleg røyking og dagleg snusbruk. Forskjellane i dagleg snusing er på vel fire prosentpoeng. Denne svarar til ein Cohens h på 0,13, som kan tolkast som ein liten, men ikkje ubetydeleg effektstørrelse.

Søre Sunnmøre skil seg ut med ein lågare andel som drikk alkohol 2 gongar i veka eller oftare enn dei andre regionane. Saman med Romsdal har dei også den lågaste andelen som har eit episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare. Forskjellane er vel og merke på berre 2-3 prosentpoeng.

4.1.5.3 Kjønn

Andelen som røyker dagleg var ganske lik for menn og kvinner. Andelen som snuste dagleg var derimot dobbelt så høg blant menn (17,4 %) som blant kvinner (8,5 %). Ein klart høgare andel menn enn kvinner drakk alkohol 2 gonger i veka eller oftare (24,1 % mot 14,3 %). Det episodisk høge inntaket av alkohol var også langt meir utbreidd blant menn (20,1 %) enn blant kvinner (7,1 %).

4.1.5.4 Alder

Andel som røyker dagleg er lågast blant dei yngste og dei eldste (omvendt u-kurve). Andel som bruker snus dagleg fell svært sterkt med alderen. Andel som drikk alkohol minst to

²³

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

²⁴ <https://www.fhi.no/nyheter/2019/helserisiko-ved-snus/>

²⁵ <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/helserisiko-ved-bruk-av-e-sigarettar-pdf.pdf>

gonger per veke aukar nesten like sterkt med alderen. Tobakksbruken blant dei yngste av dei vaksne er interessant. Når andelen røykarar er svært låg blant dei unge, er det fordi røykinga er på veg ut, og at vi kanskje har nådd siste fase i den prosessen. Når andelen som brukar snus dagleg er høg blant dei unge, er det fordi snusen ei stund har vore på veg inn.

Det episodisk høge forbruket av alkohol er klart mest utbreidd i yngste aldersgruppe. Dette er nok først og fremst ei alderseffekt og ikkje ei kohort-effekt. Andelen med eit episodisk høgt forbruk minkar naturleg nok med alderen når mange stiftar familie, får barn og må prioritere jobb og familie framfor vener og uteliv på kveldstid.

4.1.5.5 Utdanning

Tidlegare undersøkingar har vist at di høgare utdanning, dess helsemessig gunstigare helserelatert åtferd. Slik er det på dei fleste områder, men ikkje på alle. I materialet frå Møre og Romsdal, som i mange av dei føregåande FHUS-undersøkingane, finn vi at di høgare utdanning, dess lågare er andelen som røyker eller brukar snus dagleg. Andel dagleg-røykarar er meir enn fem gonger høgare (både blant menn og blant kvinner) frå dei med høgast til dei med lågast utdanning. Forskjellen er langt mindre når det gjeld bruk av snus, men går i same retning.

Samanhengen går i motsett retning når det gjeld andelen som drikk alkohol to gonger i veka eller oftare. Her er det om lag ei dobling i andel frå lågaste til høgaste fullførte utdanningsnivå. Men for det episodisk høge forbruket, det vi kanskje kan seie er det farlegaste forbruket, går svakt i motsett retning. Her er minkar tala med utdanningsnivået.

Kort summert opp: Spørsmålsformuleringane for røyk- og snus-bruk er justerte noko i siste skjemarevisjon. For både dagleg røyking, dagleg snusing og alkohol to gonger i veka eller oftare) ligg andelane i datamaterialet i Møre og Romsdal i midtsjiktet samanlikna med andre fylke som har gjennomført FHUS-undersøkinga. Men Møre og Romsdal har, saman med Sogn og Fjordane, den lågaste andelen med episodisk høgt alkoholbruk. Nordmøre har høgaste andel og Søre Sunnmøre og Nordre Sunnmøre lågaste andelane som rapporterte dagleg røyking og dagleg snusbruk. Søre Sunnmøre skil seg ut også med lågaste andel som drikk alkohol 2 gongar i veka eller oftare og (saman med Romsdal) den lågaste andelen som har eit episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare. Forskjellane er vel og merke små. Bruken av tobakk og det episodisk høge forbruket av alkohol minkar med aukande utdanning. Blant dei yngste vaksne er dagleg-røykinga nesten heilt ute, mens den daglege bruken av snus har stor utbreiing.

4.1.6 Sjølvrapportert helse, skadar og funksjonsevne

Når deltakarane i ei undersøking som denne blir bedt om å svare på globale spørsmål om si eiga helse, kan ein innvende at slike sjølv-rapportar kan vere unøyaktige og at nokre grupper i befolkninga kanskje har ein tendens til å vere meir positive eller negative i si rapportering enn andre. Dette blei undersøkt i ein studie basert på data frå Helseundersøkinga i Nord Trøndelag (HUNT). Dei fann at ingen av gruppene var systematisk meir negative enn andre. Forfatarane konkluderte med at deira studie aukar tilliten til funn i studiar der ein har brukt sjølvrapporterte surveyundersøkingar til å undersøke forskjellar mellom grupper [20].

Skadar representerer ei belastning både på dei som skadast, ofte også deira næraste, og på helsevesenet. Skadar kan førebyggast. Mange av tiltaka kostar lite og gir effektar som kjem raskt²⁶.

4.1.6.1 Fylke

Andelen som rapporterte at dei har god eller svært god helse i materialet frå Møre og Romsdal (71,8 %) er om lag den same som i Agder, litt lågare enn Rogaland og Vestland (Hordaland og Sogn og Fjordane), og svakt høgare enn Nordland, Troms og Finnmark. Møre og Romsdal kjem også i ein «mellom posisjon» på «Svært god» eller «God» tannhelse (72,6 % mot 67,4 til 76,5 i dataa frå dei andre fylka). Dette gjeld også for andelen som svarte at det er meir enn to år sidan dei var hos tannlege eller tannpleiar (12,3 % mot 9,4 til 14,3 % i dei andre fylka).

Andelen som rapporterte at dei hadde vore utsett for minst éi skade, som var såpass alvorleg at dei måtte oppsøke lege eller tannlege i løpet av siste 12 månadar (16,5 %), er (saman med Rogaland) litt lågare enn i dataa frå dei andre fylka (frå 17,2 til 18,8 %). Men for andelen som rapporterte at dei har stor grad av funksjonsnedsetting på grunn av skade er tala frå Møre og Romsdal (5,2 %) igjen i mellomsjiktet samanlikna med dei andre (4,6 % til 6,1 %). Det same gjeld andel som svarte at kvardagen deira i stor grad er påverka av helseproblem (11,1 % mot 9,2 % til 12,0 %).

4.1.6.2 Regionar

Det var jamt over svært lite variasjon over regionane i Møre og Romsdal på utfalla som gjaldt sjølvrapportert helse, skade og funksjonsevne. Den største forskjellen mellom regionar var for utfallet Meir enn to år sidan dei var hos tannlege eller tannpleiar. Her var andelen om lag fem prosentpoeng høgare for Nordmøre (15,2%) enn for Søre Sunnmøre (10,9 %). Dette svarar til ein Cohens h på 12,8, som er ein liten, men ikkje heilt ubetydeleg effektstørrelse. Tala for dei andre regionane låg mellom desse. Søre Sunnmøre kom også positivt ut, samanlikna med dei andre regionane ut, på andel som var utsett for skade siste 12 månader. Men kontrastane til her var av mindre avgjerande størrelse (opp mot Cohens $h = 0,05$).

4.1.6.3 Kjønn

Andelen som meinte dei hadde svært god eller god helse var temmeleg lik for kvinner og menn (71,5 og 72,1 %). Det var likevel ein litt høgare andel blant kvinner enn blant menn som rapporterte om helseproblem som i stor grad påverka kvardagen (Cohens $h = 0,17$).

Kvinner kom betre ut enn menn på utfall relatert til tannhelse og skade. Ein høgare andel kvinner (76,5 %) enn menn (68,2%) meinte at dei hadde god eller svært god tannhelse. Forskjellen svarar til Cohens h på 0,18. Kjønnforskjellen på andel som rapporterte at det var meir enn to år sidan sist tannlegebesøk svara til ein Cohens h på 0,14 (14,6 % mot 10,1 %). Tilsvarande kjønnforskjellar har vi funne i andre fylke som har gjennomført folkehelseundersøkingar. Det kan vere ein kombinasjon av ein helserelatert motivasjon og eit ønske om å sjå bra ut som skapar disse konsistente kjønnforskjellane. Dette forutsett at desse formene for motivasjon er sterkare hos kvinner enn hos menn.

Ein litt høgare andel menn enn kvinner rapporterte at dei hadde blitt utsett for skade, 18,5 % mot 14,8 % (Cohens $h=0,10$). Andelen med stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade var likevel svakt høgare blant kvinner enn menn. Og andelen med stor grad av

²⁶ <https://www.skafor.org/forebygging/forebygging---hvordan/>

funksjonsnedsetting grunna helseproblem var også høgast blant kvinner (13,7 % mot 8,2 %, Cohens $h = 0,18$).

4.1.6.4 Alder

Andel som rapporterte at dei hadde god eller svært god helse varierer nokså lite med alderen. Blant kvinnene er andelen lågast i aldersgruppa 50-59 år (67,3 %) og blant mennene i dei to eldste aldersgruppene (69,0-70,5 %). For kvinnene følger andelen som i stor grad har kvardagen påverka grunna helseproblem ei omvendt U-kurva samanheng med aukande alder, igjen høgast i aldersgruppa 50-59 år. Blant mennene stig denne andelen svakt, men nokså jamt inntil dei to eldste aldersgruppene. Her kan vi ikkje sjå bort frå at vi grunna elektronisk datainnsamling får for positive (låge) tal, særleg blant dei eldste kvinnene. Dersom dei som er tilgjengelege via elektroniske medium har betre helse enn dei som ikkje er tilgjengelege via elektroniske medium, kan det forklare kvifor dei eldste kvinnene kjem så godt ut. Men dette veit vi for lite om til å seie noko sikkert.

Andel som rapporterte at dei har god eller svært god tannhelse er temmeleg låg blant mennene i dei yngste aldersgruppene (18-39 år) (63-64 %), og i desse aldersgruppene er kjønnsforskjellen nokså stor (73-76 % blant kvinner) (Cohens $h=0,26$ og $h=0,62$). Desse to aldersgruppene blant menn stikk seg også ut med å ha høgaste andelar rapporterte at det var meir enn to år sidan dei var hos tannlegen er (22-24 % blant menn og 15-16 % blant kvinner, Cohens $h =$ høvesvis 0,19 og 0,21). For begge kjønn minkar andelen deretter med alderen, men aukar kanskje litt att for kvinner ved 70 år. At det blir kortare mellom tannlegebesøka med alderen kan både skuldast at tenna treng hyppigare ettersyn og at økonomien blir betre.

Andelen som rapporterte at dei hadde vore utsett for skade som har medført at dei har oppsøkt lege eller tannlege siste 12 månadane minkar svakt, og noko ujamt med alderen for begge kjønn. Kjønnsforskjellen (høgast andel skadde blant menn) er størst i aldersgruppene 30-39, 40-49 og 60-69 år (Cohens $h =$ høvesvis 0,14, 0,15 og 0,19). Andel som svarte at dei har stor grad av funksjonsnedsetting på grunn av skade følger om lag same mønster som for andel med kvardagen i stor grad påverka grunna helseproblem: For kvinner er det tendens til ei omvendt U-kurva samanheng med alder, med ein topp for aldersgruppa 50-59 år (Cohens $h = 0,20$ når ein samanliknar med yngste aldersgruppe (7,8 % mot 3,4 %). Blant mennene stig denne andelen svakt, men nokså jamt inntil dei to eldste aldersgruppene (frå 1,9 % til 6,6 %, Cohens $h =0,24$).

4.1.6.5 Utdanning

Det meste blir betre med aukande utdanningsnivå. Dette gjeld andel som rapporterte at dei hadde god eller svært god helse (stig sterkt), andel som rapporterte at dei har helseproblem som i stor grad påverkar kvardagen (minkar sterkt), andel med god eller svært god tannhelse (stig sterkt) og andel som rapporterte at det er meir enn to år sidan dei var hos tannlegen (minkar nokså sterkt inntil nest høgaste utdanningsnivå). Andelen som svarte at dei har stor grad av funksjonsnedsetting på grunn av skade minkar også jamt med aukande utdanning for kvinner og fram til nest høgaste utdanningsnivå for menn.

Kort summert opp: På nesten alle utfallsmål som dreier seg om sjølvrapportert helse (svært god eller god helse, svært god eller god tannhelse) og funksjonsevne (i stor grad nedsett; kvardagen i stor grad påverka) var tala baserte på datamaterialet frå Møre og Romsdal i mellomstjiktet samanlikna med dei andre fylka. Møre og Romsdal merka seg litt positivt ut,

saman med Rogaland, på sjølvrapporterte skadar (minst éin skade siste 12 månader, og så alvorleg at ein måtte oppsøke lege eller tannlege).

Forskjellane mellom regionane var små på alle dei utfallsmåla som dreier seg om sjølvrapportert helse, sjølvrapporterte skader og funksjonsevne i kvardagen. For utfallsmålet Meir enn to år sidan dei var hos tannlege eller tannpleiar var andelen litt høgare for Nordmøre (15,2 %) enn for Søre Sunnmøre (10,9 %).

Andelen kvinner som rapporterer om god eller svært god tannhelse var høgare hos kvinner enn menn, og det ser også ut til at kvinnene oftare oppsøker tannlege eller tannpleier. Fleire kvinner enn menn rapporterte om funksjonsnedsettingar (i stor grad nedsett; kvardagen i stor grad påverka av helseproblem)

Variasjonen i sjølvrapportert helse over aldersgrupper var på ingen måte eintydig. Andel som rapporterte at de hadde god eller svært god helse minkar forbausande svakt med alderen både blant kvinner og menn. Andelen som rapporterte at det var meir enn to år sidan dei var hos tannlegen minkar nokså sterkt med aukande alder frå nest yngste til nest høgaste aldersgruppe. Særleg mennene i dei to yngste aldersgruppene stikk negativ ut på utfalla om tannhelse, samanlikna både med kvinner i same alder og med dei eldre aldersgruppene.

Når det gjeld utdanningsnivå er bildet nokså eintydig og dei fleste samanhengane sterke. Med aukande utdanning blir alt betre.

4.1.7 Psykiske plager og aspekt av livskvalitet

Helse heng nært saman med livskvalitet²⁷. Høg livskvalitet kan sjåast som ein viktig beskyttelsesfaktor mot – snarare enn motpolen til – psykisk sjukdom. Livskvalitet og trivsel synast også å ha positive konsekvensar for den fysiske helsetilstanden, kanskje på grunn av positive effektar på sosiale relasjonar, livsstil og helseåtferd, stress, førekomst av ulykker og generell meistring, men også på grunn av dei positive verknadane høg livskvalitet har både på immunforsvaret og på hjarte- og karsystemet.

4.1.7.1 Fylke

Begrepet livskvalitet blei definert breitt i rapporten frå Nes og medarbeidarar som blei publisert i 2018 [15]. I den føreliggande rapporten er aspekt av befolkninga sin livskvalitet beskrive under fleire av overskriftene. I dette avsnittet dekkast nokre av desse aspekta.

Møre og Romsdal ligg nokså likt med andre fylke på psykiske plager (Hordaland og Sogn og Fjordane har litt lågare gjennomsnittsskår) og «Negative følelsar siste 7 dagar» (Rogaland hadde litt lågare gjennomsnittsskår). Tala frå Møre og Romsdal skil seg derimot litt ut, i negativ retning, på andre utfallsmål som gjeld livskvalitet. Gjennomsnittsskårene for «Fornøgd med livet», «Livet er meningsfylt», og «Positive følelsar siste sju dagar» er alle litt lågare enn gjennomsnittsskårene i fylka som tidlegare har gjennomført Folkehelseundersøkinga. Desse forskjellane er vel og merke små. Forhold knytte til den pågåande koronapandemien kan tenkast å ha hatt betydning for ein del av utfallsvariablane på til dømes sosial kontakt, psykiske plager og livskvalitet. I kva grad veit vi ikkje sikkert. Dette blir drøfta meir inngåande under kapittel 4.2.4.

Møre og Romsdal er første fylke ut med mål på søvnlengd og ei nytt mål på søvnproblem. Gjennomsnittleg søvnlengde i kvardagen i utvalet var på 6 timar og 41 minutt. Dette er noko under anbefalt søvnlengde for vaksne (26-64 år), som bør sove 7-9 timar [21]. Det er

²⁷ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

også noko under til dømes gjennomsnittleg søvnlengd i Helseundersøkinga i Hordaland (1997-1999, 6 t 52 min for kvinner og 7 t 11 min for menn) [22]. Internasjonale tal indikerer at søvnlengda til vaksne ikkje har blitt kortare [23]. Men dersom så er tilfelle, er det bekymringsfullt, då kort søvnlengd er assosiert med ei rekke negative helseutfall, meir ulykker og tidleg død. Det nye målet på søvnproblem gir indikasjon på insomni etter diagnostiske kriteria (Bergen Insomnia Scale, DSM-5-kriteria). Totalt 11% i utvalet rapporterte søvnproblem etter desse kriteria. Til samanlikning er det på landsbasis indikasjonar på ei auke i slike problem blant den vaksne befolkninga, med ei auke frå 11,9 % til 15,5 % frå 2000 til 2010 (DSM-IV-kriteria) [24]. Det er funne at over halvparten av pasientar i primærhelsetenesta har slike søvnevanskar [25] og at søvnevanskar er ein sterk risikofaktor for både langtidssjukefråvær og uførepensjon [26, 27]. Søvnevanskar er med andre ord eit folkehelseproblem, som det finnes effektiv hjelp for.

4.1.7.2 Regionar

Heller ikkje regionane innan fylket er særleg forskjellige når det gjeld gjennomsnittleg skår på psykiske plager. Tala frå Nordre Sunnmøre ligg grensesignifikant høgare enn gjennomsnittet for fylket og tala frå Romsdal og Søre Sunnmøre grensesignifikant lågare. Men forskjellen mellom høgste og lågaste gjennomsnitt svarar til ein Cohens d på berre 0,05.

Det var også minimal variasjon mellom regionane i andel med søvnproblem og gjennomsnittleg timar søvn, samt livskvalitetsutfalla «Fornøgd med livet», «Negative følelsar siste 7 dagar», «Positive følelsar siste 7 dagar».

Skåren på «Det ein gjer i livet er meningsfylt» ligg svakt høgare på Søre Sunnmøre (7,53) enn dei andre regionane (7,40-7,45). Forskjellane mellom høgaste og lågaste skår svarar til ein Cohens d på berre 0,06.

Til sist er «Framtidsoptimismen», målt som gjennomsnittsskår på spørsmålet om kor fornøgd ein trur ein vil vere med livet sitt fem år frå no (0-10), også jamn på tvers av regionar i fylket. Gjennomsnittsskåren for fylket på dette spørsmålet (7,88) er høgare enn for spørsmålet om kor fornøgd ein er med livet sitt no for tida (7,27). Samla kan tala tyde på optimisme i fylket med tanke på framtida.

4.1.7.3 Kjønn

Kvinner kjem ut med mindre gunstige tal enn menn på dei variablane som har mest med psykisk helse å gjere. Dei skårar noko høgare på psykiske plager (Cohens $d=0,25$) og andelen som har høg skår på HSCL-5 er 15,7 % blant kvinner og 9,3 % blant menn (Cohens $h=0,20$). Kvinnene skårar høgare enn menn på negative følelsar (Cohens $d=0,29$). Kvinner skårar gjennomsnittleg litt lågare enn menn på positive følelsar, men her svarte forskjellen berre til ein Cohens d på 0,07. På dei to spørsmåla om «Fornøgd med livet» og «Livet er meningsfylt» var der praktisk tala ingen kjønnsforskjell. På spørsmålet om «Framtidsoptimisme» skårar kvinnene svakt høgare enn menn (Cohens $d=0,1$). Søvnproblem er meir utbreitt blant kvinner (13,6 %) enn blant menn (8,3 %) (Cohens $h=0,17$), medan det ikkje var kjønnsforskjell i gjennomsnittleg søvnlengde i timar.

4.1.7.4 Alder

Det kanskje mest forbausande funnet i folkehelseundersøkingane er samanhengen mellom psykiske plager og alder. Jo høgare aldersgruppe, dess lågare skår. Forskjellen mellom høgaste og lågaste aldersgruppe svarar i Møre og Romsdal til Cohens d -verdiar på heile 1,07

blant kvinnene og 0,72 blant mennene. Det er med andre ord snakk om klare og store forskjellar. Andel med høg skår (>2,00) viser også en sterk samanheng. Blant dei yngste kvinnene er andelen 37,1 % og blant dei eldste 5,5 %. Tilsvarende tall for menn er 21,9 % og 2,8 %²⁸. Som vi har vore inne på fleire gonger tidlegare i denne rapporten, kan dei ekstra positive tala i eldste aldersgruppe vere noko misvisande på grunn av fråfall ved «vasking» av det originale utvalet mot Kontakt- og reservasjonsregisteret. Men samanhengen viser seg ikkje berre i den eldste aldersgruppa, men over heile aldersspennet. Det er vanskeleg å bortforklare ein samanheng som går på tvers av alle gruppene og dessutan er såpass sterk.

Det er verdt å legge merke til at det er ei gruppe som merker seg særleg ut. Det er kvinner i yngste aldersgruppe, der både gjennomsnittsskåren på skalaen og prosenten med høg skår er mykje høgare enn i nokon annan gruppe definert ved alder og kjønn.

Også gjennomsnittsskåren på «Negative følelsar» fell med alderen. Effektstørrelsane (Cohens *d*) når vi samanliknar yngste og eldste aldersgruppe er 0,84 for kvinnene og 0,54 for mennene. Positive følelsar stig med alderen og svarar til effektstørrelser på 0,60 (kvinner) og 0,42 (menn).

«Fornøgd med livet» stig relativt jamt med alder frå yngste (18-29) til eldste gruppe (70+ år) og svarar til ein Cohens *d* på 0,65 for kvinner og 0,66 for menn. «Meiningsfylt» stig frå lågaste til nest eldste aldersgruppe svarande til Cohens *d*-verdiar på 0,50 blant kvinner og 0,49 for menn, for deretter å gå litt ned ved overgangen til den eldste gruppa (70+).

Gjennomsnittsskåren på «Framtidsoptimisme» følger eit litt anna mønster. For begge kjønn er det relativt lite variasjon i gjennomsnittleg framtidsoptimisme over alder mellom 18-29 år og 60-69 år. Eit unntak er kvinner 30-39 år, som gjennomsnittleg skårar signifikant høgare enn dei andre gruppene. Gjennomsnittleg framtidsoptimisme er derimot betydeleg lågare for den eldste aldersgruppa, og det er denne aldersgruppa som stikk seg mest ut. Cohens *d* for høgaste mot lågaste verdi er 0,58 for kvinner (30-39 år mot 70 år+) og 0,47 for menn (18-29 år mot 70 år+).

Også for utfallsmålet Søvnproblem, følger samanhengen alder eit litt anna mønster. Den yngste aldersgruppa (18-29 år) har høgast andel med søvnproblem, både for kvinner (18,6 %) og menn (11,5 %). Deretter går andelen ned i neste aldersgruppe (30-39 år), der den flater ut fram til den på nytt går ned med aukande alder frå 60-69 år. Samanhengen mellom Gjennomsnittleg søvnlengde i timar og alder følger derimot ei U-form, der den yngste og eldste gruppa rapporterte lengst søvnlengde. Forskjellen mellom høgaste og lågaste verdi i gjennomsnittleg søvnlengde svarar til 26 minutt for både kvinner og menn.

Dei psykiske plagene og dei aspekta ved subjektiv livskvalitet vi har fokusert på her, endrar seg altså i positiv retning med alderen for alle utfallsmål med unntak av «Framtidsoptimisme». Vel og merke er det ei utflating ved pensjonsalderen i det å oppleve livet som meiningsfylt og i aldersgruppene mellom 30 og 59 år i søvnproblem og gjennomsnittleg søvnlengd. Framtidsoptimismen er derimot relativt stabil på tvers av aldersgruppene, men gjennomsnittsskåren går klart ned for den eldste aldersgruppa (70+ år).

4.1.7.5 Utdanning

Dei psykiske plagene går ned med stigande utdanning tilsvarende Cohens *d*-verdiar, der vi samanliknar dei med grunnskule eller mindre og dei med høgskule- eller

²⁸ Tala for andel med høg skår som presenterast i dette avsnittet er ikkje med i resultatdelen.

universitetsutdanning over fire års varigheit, på 0,43 for kvinnene og 0,23 for mennene. Blant kvinner er det vel og merke ikkje forskjell i skår mellom dei med kort og dei med lang høgskule- eller universitetsutdanning. Andel med høg skår på psykiske plager (verdiar høgare enn 2,00) reduserast frå 24,3 til 11,9 % blant kvinner og frå 11,6 til 6,6 % blant menn når vi samanliknar dei med lågaste og dei med høgaste utdanning²⁹. Negative følelsar går ned ved tilsvarande samanlikning over utdanningsgrupper med Cohens *d*-verdiar på 0,28 (kvinner) og 0,13 (menn). Positive følelsar stig med verdiar på 0,25 (kvinner) og 0,10 (menn). For sistnemnte flatar skåren vel og merke ut mellom dei to øvste utdanningsgruppene blant både kvinner og menn, med høgast punktiskår for gruppa med 2-4 års høgare utdanning blant kvinnene. «Fornøgd med livet» stig også over utdanningsgrupper tilsvarande forskjellar i *d*-verdiar på 0,27 (kvinner) og 0,19 (menn). Tilsvarande kontrastar på utfallsmålet «Meiningsfylt» er på 0,50 (kvinner) og 0,31 (menn). Til sist kan ein sjå liknande trend for «Framtidsoptimisme», *d*-verdiar på 0,28 (kvinner) og 0,24 (menn), men her for dette utfallsmålet er det ei utflating i skår mellom dei to øvste utdanningsnivåa.

Andel med søvnproblem halverast frå dei med grunnskule eller mindre til dei som har lang universitetsutdanning. Gjennomsnittleg søvnlengd i timar stig også noko med aukande utdanningsnivå.

Sjølv om forskjellane mellom ekstremgruppene uttrykt ved effektmål jamt over er noko mindre for utdanning enn for alder, er fleire av samanhengane middels sterke, og biletet er fullstendig konsistent. Di lengre utdanning, dess gunstigare er tala.

Kort summert opp kan vi seie at Møre og Romsdal fylke skil seg lite frå andre fylke på psykiske plager. Nokre av gjennomsnittsskårene på livskvalitet er litt lågare enn andre fylke. Det er mogeleg at dette er eit resultat av koronapandemien og ikkje handlar om reelle forskjellar mellom Møre og Romsdal og andre fylke. Variasjonen over regionar var ikkje stor. På dei variablane som ligg nær opp til psykisk helse (psykiske plager, negative følelsar, positive følelsar, søvnproblem), kom kvinnene noko mindre gunstig ut enn mennene, men gjennomsnittleg er kvinnene litt meir optimistiske enn mennene om kor fornøgde dei forventar å vere med livet om fem år.

Dei psykiske plagene går ned med stigande alder. Særleg kvinner i den yngste aldersgruppa skårar høgt på psykiske plager. Negativ affekt minkar og det å vere fornøgd med livet stig nokså sterkt med alderen. Også det å oppfatte livet som meningsfullt stig med alderen, men her ser vi ein liten nedgang att blant dei eldste. Dei yngste har dei høgaste andelane med søvnproblem. Framtidsoptimismen er derimot relativ stabil med alder, med unntak av ein nedgang i skår for den eldste aldersgruppa. Med stigande utdanning, og særleg fram til kortare eller lengre høgare utdanning, blir så å seie alt betre: Psykiske plager (minkar), positiv affekt (aukar), negativ affekt (minkar), fornøgd med livet (aukar), det å finne livet meningsfylt (aukar), framtidsoptimisme (aukar) og søvnproblem (minkar).

4.1.8 Sosial interaksjon og sosial kapital

Dei amerikanske sosialpsykologane Roy Baumeister og Marc Leary skreiv i 1995 ein artikkel der dei hevda at behovet for tilhøyrslø (the need for belongingness) er eit fundamentalt menneskeleg behov, kanskje det aller mest fundamentale av dei psykososiale behova [28]. Slik dei skildrar behovet for tilhøyrslø, handlar det først og fremst om tilhøyrslø til andre menneske. Men kanskje handlar stadstilhøyrslø om noko av

²⁹ Tala for andel med høg skår som presenterast i dette avsnittet er ikkje med i resultatdelen.

det same. Tilhøyrslø til eit stad handlar kanskje først og fremst om tilhøyrslø til dei menneska som bur der, til familie, naboar og vener. I denne delen av diskusjonen inngår tilhøyrslø som eitt av mange utfallsmål.

Litteraturen omkring sosiale faktorar si betydning for helse er etter kvart blitt omfattande. Ein del av kunnskapen på feltet er samanfatta i ein norsk bok frå 2009 [29]. I dag veit vi til dømes mykje om verknadane av sosial støtte. God sosial støtte er ikkje berre viktig for befolkninga si psykiske helse, men sannsynlegvis også for noko så handfast som sjukelegheit og dødelegheit³⁰.

Her i landet har einsemd fått stor politisk merksemd dei siste åra. Einsemd inngår også blant utfallsvariablane vi undersøker i folkehelseundersøkingane i fylka. Ei oppsummering av til saman 40 litteraturoppsummeringar frå 2017 konkluderte med at einsemd heng saman med totaldødelegheit [30]. Både ein høgare risiko for hjarte- karsjukdom og for psykisk lidning kan bidra til å forklare dette. Forfattarane av denne studien påpeikte samtidig at dei ikkje kan seie noko sikkert om kausalitet. Ingen av oppsummeringane dei fann var av høg kvalitet [30]. Uansett må einsemd sjåast som eit viktig aspekt ved folk sin livskvalitet. Tiltak mot av einsemd og sosial integrering er dermed er ein viktig del av folkehelsearbeidet.

4.1.8.1 Fylke

Vi har i seks fylke brukt skalaen «Oslo Social Support Scale» for å måle sosial støtte. I inneverande rapport har vi rapportert andel som opplev *høg grad* av sosial støtte basert på denne skalaen, medan vi i tidlegare rapportar har vist andel som opplev *middels eller høg grad* av sosial støtte. For å kunne samanlikne med det som tidlegare er rapportert, har vi difor i appendiks vist andel i Møre og Romsdal som opplever *middels eller høg grad* av sosial støtte. Denne andelen er på 86,8 %, medan dei andre fylka varierer frå 87,7 til 89,6. Forskjellane mellom fylka er altså små. Det kan sjå ut til at Noreg er eit land der ein svært høg andel av befolkninga rapporterer om sosial støtte, i alle fall når sosial støtte målast med Oslo Social Support Scale. Noreg pleier å komme positivt ut når vårt land blir samanlikna med andre land på sosiale indikatorar [31, 32].

Dei andre utfallsmåla på sosial interaksjon og sosial kapital kan berre samanliknast med fire fylke, Agder, Nordland, Troms og Finnmark og Rogaland. Tryggleik i nærmiljøet er i alle desse fylka målt langs ein skala frå 0-10. På denne skalaen kjem Møre og Romsdal ut med ein gjennomsnittleg skår på 9,18. Dette er noko høgare enn Agder og Rogaland og omtrent likt med Nordland og Troms og Finnmark. Forskjellen mellom Møre og Romsdal og dei to fylka som har lågast skår svarar til ein Cohens *d* på 0,15. Ein liten, men ikkje helt ubetydeleg forskjell. Dei som bur i Møre og Romsdal, samt dei to nordlegaste fylka, føler seg kanskje litt tryggare i nærmiljøet enn det som er tilfelle i Rogaland og Agder. Også på spørsmålet om stadstilhøyrslø er gjennomsnittskåren i Møre og Romsdal (7,55), saman med Nordland, litt høgare enn i Agder, Rogaland og Troms og Finnmark. Forskjellen mellom Møre og Romsdal og dei tre som har lågast skår svarar her til ein Cohens *d* på berre 0,05.

Andel som rapporterte at dei er saman med gode vener kvar veke eller oftare var lågare i Møre og Romsdal (50,2 %) enn dei andre fylka. I Rogaland var denne prosenten 57,5, mens den varierte mellom 61,6 og 65,0 % dei to andre fylka. Forskjellen mellom høgaste tal og talet for Møre og Romsdal svarar til ein Cohens *h* på 0,30, altså ein middels sterk effekt. Både Møre og Romsdal og Rogaland gjennomførte sine undersøkingar under den pågåande

³⁰ <https://www.scientificamerican.com/article/relationships-boost-survival/>

koronapandemien, med relaterte reglar og anbefalingar om å redusere sosial kontakt. Dette kan naturleg nok ha hatt innverknad på svara frå Møre og Romsdal og Rogaland. Med tanke på dei pågåande koronatiltaka, er det kanskje uventa at vi ikkje finn nokon klar forskjell mellom Møre og Romsdal og dei andre fylka på gjennomsnittleg skår for einsemd. Funnet stemmer overeins det vi fann ei oppfølgingsundersøking i juni 2020 blant FHUS-deltakarane frå Agder og Nordland [33]. Den samla einsemdskåren viste der å ha halde seg stabilt og faktisk gått litt ned. Vel og merke hadde skåren auka noko for enkelte grupper, som blant einslege og blant eldre kvinner. Men den samla einsemdskåren for Møre og Romsdal i februar er også lågare enn det som vart funne i ei ny oppfølgingsundersøking i det same utvalet i november-desember 2020. Her var også Oslo og Vestland inviterte, begge med noko høgare gjennomsnittskårar på einsemd enn vi finn i Møre og Romsdal³¹. Desse forskjellane blir drøfta nærare under kapittel 4.2.4 «Korona-pandemien».

Saman med Troms og Finnmark og Nordland ligg Møre og Romsdal litt lågare enn Agder og Rogaland på gjensidig positive sosiale relasjonar og på at folk er til å stole på. Forskjellen mellom høgaste (Rogaland) og lågaste (Møre og Romsdal) verdi på «gjensidig positive sosiale relasjonar» svarar til ein effektstørrelse på 0,11. På «folk er til å stole på» er effektstørrelsen på 0,09 for forskjellen mellom høgaste (Rogaland) og lågaste (Troms og Finnmark, saman med Møre og Romsdal) verdi. I oppfølgingsundersøkinga blant FHUS-deltakarane frå Agder og Nordland, var det ein liten nedgang frå før til under pandemien på desse spørsmåla, som kan tyde på at folk er litt meir forsiktige med andre. Forhold knytte til koronapandemien kan tenkast å ha hatt innverknad på tala om mellommenneskeleg tillit også i Møre og Romsdal. I kva grad veit vi ikkje sikkert.

Spørsmålet om folk er til å stole på har lange tradisjonar og er blitt nytta i undersøkingar blant høgskulestudentar i USA heilt tilbake til 1960-tallet. Spørsmålet nyttast også som ein indikator på «sosial kapital»³². Undersøkingar har vist at nordmenn, i likskap med befolkninga i dei andre nordiske landa, skårar svært høgt på tillit til andre menneske. Dette framkjem når det blir samanlikna med tal frå andre land i Europa³³.

4.1.8.2 Regionar

Det er minimal variasjonar over regionane i Møre og Romsdal i prosentdelen som rapporterte å vere er saman med gode vener kvar veke eller oftare, og gjennomsnittlege skårar på gjensidig positive sosiale relasjonar, om folk flest er til å stole på og einsemd.

Det også svært lite variasjon på tvers av regionane innan fylket på spørsmåla om stadstilhøyrsløse og om ein føler seg trygg når ein er ute og går i nærmiljøet. For stadstilhøyrsløse er Cohens d for høgaste mot lågaste gjennomsnittskår er 0,12. (Nordmøre 7,72 og Nordre Sunnmøre: 7,42). For Tryggleik i nærmiljøet er effektstørrelsen 0,10 (Nordre Sunnmøre 9,10, dei andre regionane 9,22-9,24).

Vidare er det berre ein 3,9 % forskjell (Cohens $h=0,10$) mellom regionane i andel som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. Nordre Sunnmøre (71,8 %) og Søre Sunnmøre (72,3 %) ligg statistisk signifikant under fylkesgjennomsnittet, medan Nordmøre (76,2 %) og Romsdal (75,2 %) ligg signifikant over.

³¹ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

³² <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.8.1187>

³³ https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/fieldwork/norway/ESS5_brochure_NO.pdf

Prosentdel som opplever høg sosial støtte er litt høgare på Søre Sunnmøre (39,1 %) og litt lågare på Nordmøre (34,4 %) enn dei to andre regionane (36,7-36,8 %). Forskjellen mellom høgaste og lågaste andel svarar til ein Cohens h på 0,10.

4.1.8.3 Kjønn

Tidlegare undersøkingar har gjerne vist at kvinner oftare enn menn rapporterer om god sosial støtte [17]. Dette var også tilfelle i Møre og Romsdal (kvinner: 39,8 %; menn: 33,2 %). Også gjennomsnittleg skår på gjensidig positive sosiale relasjonar (Støttande og givande sosiale relasjonar, bidrar til andre si lukke og livskvalitet) var høgare blant kvinner enn blant menn (Cohens $d=0,29$).

Gjennomsnittsskåren på einsemd var derimot litt høgare for kvinner enn menn. Målt på ein skala frå 0-10 hadde kvinner gjennomsnittsskår på 2,4 og menn 2,0. Dette svarar til ein Cohens d på 0,13.

Det var også klare kjønnsforskjellar i tryggleik i nærmiljøet, målt på same 0-10 skala, i favør av at menn i større grad enn kvinner rapporterte å føle seg trygge når dei er ute og går i nærmiljøet. Kvinnene fekk ein gjennomsnittsskår på 9,0 mens gjennomsnittsskår til mennene var 9,4. Forskjellen svarar til ein Cohens d på 0,26.

Det var svært liten forskjell mellom menn og kvinner på resterande utfallsmål som gjaldt sosial interaksjon og sosial kapital, her under andelar som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet, at dei er saman med venner kvar veke, og i gjennomsnittsskår på «Folk flest er til å stole på» og «Stadstilhøyrslø».

4.1.8.4 Alder

For menn er det ingen variasjon i prosentdel med opplevd høg sosial støtte over aldersgrupper. For kvinner er det ein statistisk sikker auke frå yngste til nest yngste aldersgruppe og deretter går andelen som rapporterte høg sosial støtte nokså jamt ned til den eldste aldersgruppa (70+ år). Forskjellen mellom høgaste (30-39 år) og lågaste (70+ år) andel for kvinner er omtrent 10 prosentpoeng (Cohens $h=0,21$). For kvinner er det ein svak tendens til at gjennomsnittsskåren på gjensidig sosiale relasjonar går ned med stigande alder. For menn er det jamnare på tvers av aldersgrupper – den yngste aldersgruppa skårar gjennomsnittleg høgast, deretter er det ingen signifikante forskjellar mellom gruppene. Forskjellen i skårar mellom yngste og eldste aldersgruppe svarar til ein Cohens d på 0,22 for kvinner og 0,15 for menn.

Andel som rapporterte at dei er saman med gode vener kvar veke eller oftare er høg blant dei yngste (18-29 år) (64,4 % blant kvinner og 67,2 % blant menn), minkar deretter kraftig og flatar ut mellom 30 og 59 år (mellom 42,3 og 45,6 % blant både kvinner og menn) før den stig att inn til eldste aldersgruppe (70+) (60,1 % blant kvinner og 54,7 % blant menn). Dette er eit mønster vi kjenner igjen frå fleire av dei tidlegare folkehelseundersøkingane i fylka.

Denne samanhengen med alder har vi ikkje observert på særleg mange andre variablar. Eit liknande mønster kan sjåast for deltaking i ikkje-organiserte aktivitetar. Det sterke fallet frå yngste til nest yngste aldersgruppe kan gjerne forklarast med at mange kjem i jobb og samtidig får barn. Dermed blir det lite tid til overs til samvær med vener. Etter som barna veks til, blir tida til slikt kanskje betre. Når ein kjem opp mot pensjonsalderen og går ut av yrkeslivet, blir det meir tid til å vere saman med vener, og blant dei som opplever at ektefellen fell frå blir behovet for å vere saman med vener kanskje større enn tidlegare.

Til tross for at andelen som er saman med vener kvar veke er høg i den yngste aldersgruppa (18-29), er det her vi finn høgast gjennomsnittleg skår på «Einsemd». Einsemda blir mindre over aldersgruppene inntil dei nest eldste (60-69) for deretter å flate ut. Effektstørrelsane er 0,61 blant kvinner når vi samanliknar dei yngste med dei nest eldste og 0,54 blant menn når vi samanliknar dei yngste med dei eldste. Einsemdskåren ser generelt ut til å ha sterkare samanheng med mål på negativ affekt enn dei «sosiale» indikatorane.

Men med aukande alder stig andelen som rapporterte stor grad av trivsel jamt. Forskjellen mellom eldste og yngste aldersgruppe i prosentpoeng er 30,5 (Cohens $h=0,70$) for kvinner og 24,7 (Cohens $h=0,56$). Begge forskjellane må karakteriserast som store. Det er også stigning i gjennomsnittsskår med aukande alder på «Folk flest er til å stole på». Cohens d -verdien, når vi samanliknar yngste med eldste gruppe, er 0,71 for kvinner og 0,48 for menn. Med aukande alder blir gjennomsnittsskåren på stadstilhøyrsla også høgare. Her får vi Cohens d -verdiar på 0,77 for kvinner og 0,63 for menn. Igjen er det snakk om store forskjellar. For kvinner er det ei nokså jamn auke i opplevinga av tryggleik i nærmiljøet med aukande alder. Blant menn ser ein eit liknande, men mindre uttalt mønster, og som flatar ut frå 60-69 år. Cohens d -verdien, igjen når ei samanliknar yngste med eldste gruppe, er sterk for kvinnene (0,72), mens den er nokså svak for mennene (0,22).

4.1.8.5 Utdanning

Opplevd høg sosial støtte stig med aukande utdanning, frå 29,8 % til 45,2 % (2-4 års høgare utdanning) for kvinner og frå 29,5 % til 41,1 % (>4 års høgare utdanning) for menn. Gjennomsnittleg skår på gjensidig positive sosiale relasjonar stiger med utdanningsnivå som svarar til Cohens d -verdiar på 0,40 for kvinner og 0,45 blant menn. Gjennomsnittsskåren på om ein opplev at folk flest er til å stole på, aukar også jamt med aukande utdanning (d -verdiar på 0,62 for kvinner og 0,43 for menn). Det er også ein auke i opplevd tryggleik i nærmiljøet med aukande utdanningsnivå (d -verdiar på 0,29 for kvinner og 0,16 for menn).

Gjennomsnittleg skår på einsemd går noko ned med aukande utdanning, men flatar ut mellom dei to gruppene med høgast utdanning. Kvinner med grunnskule eller mindre som høgaste utdanning stikk seg ut med ein spesielt høg gjennomsnittleg skår. Forskjellen mellom høgaste (grunnskule eller mindre) og lågaste (universitet > 4 år) gjennomsnittsskår svarar til ein Cohens d på 0,33 for kvinner og 0,11 for menn.

Andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet aukar berre litt med utdanning, og berre opp til 2-4 års universitets- eller høgskuleutdanning (7 prosentpoeng opp for kvinner (Cohens $h=0,16$) og 3 poeng opp for menn (Cohens $h=0,08$)).

For begge kjønn det små forskjellar i gjennomsnittleg stadstilhøyrsla mellom utdanningsnivåa, men ein kan sjå ein tendens til ein omvendt U-samanheng (altså lågast blant dei med lågast og dei med høgast utdanning). Cohens d for høgaste mot lågaste verdi er 0,15 for kvinner (universitet 2-4 år mot grunnskule eller mindre) og 0,16 for menn (vidaregåande mot universitet > 4 år).

Det er svært lite variasjon mellom utdanningsgruppene for begge kjønn andel som kvar veke er saman med gode vener.

Kort summert opp: Ein klart lågare andel i Møre og Romsdal enn i dei andre fylka rapporterte at dei er saman med gode vener kvar veke. Denne forskjellen er nok eit utslag av korona-relaterte tiltak. Effektstørrelsen er på 0,30 for forskjellen mellom høgaste andel og

andelen i Møre og Romsdal. Utover dette er forskjellen mellom fylka små. På fleire utfallsmål ligg tala for Møre og Romsdal nært Nordland og Troms og Finnmark, og er litt forskjellige frå Rogaland og Agder. Nærmiljøa opplevast litt trygga og stadstilhøyrsla er litt høgare, men samtidig er skåren på positive sosiale relasjonar og tilliten til andre er litt lågare.

Det er små variasjonar mellom regionane i fylke på utfallsmåla som kan sjåast som indikatorar på sosial støtte og sosial kapital. Nordmøre kjem positivt ut på Trivsel i nærmiljøet (saman med Romsdal) og Stadstilhøyrsla, og Søre Sunnmøre på Høg sosial støtte.

Kvinnene hadde lågare gjennomsnittleg skår enn mennene på «Tryggleik i nærmiljøet» og «Einsemd», men høgare skår på «Gjensidig positive sosiale relasjonar» og «Høg sosial støtte».

På dei fleste utfallsmål som sorterer under overskrifta Sosial interaksjon og sosial kapital blir tala mykje gunstigare med stigande alder. Dette gjeld særleg trivsel i nærmiljøet, tillit til andre, stadstilhøyrsla, trygghet i nærmiljøet.

Einsemda går også ned med alderen, men flatar ut frå nest eldste (60-69) til eldste (70+) aldersgruppe. Det er blant dei yngste kvinnene (18-29) vi finn den lågaste andelen som føler seg trygge i nærmiljøet. Det å vere saman med gode vener var veke er vanlegast blant dei yngste, fell deretter sterkt og aukar så blant dei eldste aldersgruppene.

Samanhengane med utdanning er jamt over noko svakare enn samanhengane med alder. Men alt som varierer systematisk går i favør av dei med høg utdanning: Sosial støtte, Gjensidig positive sosiale relasjonar, Tillit, Trygghet i nærmiljøet og Trivsel i nærmiljøet stig alle med utdanningsnivå. Opplevinga av einsemd går ned. Kvinner med lågaste utdanningsnivå stikk seg ut med ein spesielt høg gjennomsnittleg skår på einsemd.

4.1.9 Andre utfallsmål (støy, knapt med pengar i hushaldet)

4.1.9.1 Fylke

I Møre og Romsdal var det 7,9 % som rapporterte at dei er plaga (middels, mykje eller svært mykje) av støy frå trafikk når dei er heime. Dette er på same nivå som Hordaland, og Nordland, litt meir enn Sogn og Fjordane, og mindre enn i Troms og Finnmark, Agder og Rogaland. Når det gjeld støy frå andre kjelder enn trafikk når dei er heime, kom Møre og Romsdal ut med lågare tal (5,9 %) enn nokon av dei andre fylka (frå 6,4 til 10,6 %). Denne forskjellen bør tolkast med forsiktighet, då det siste spørsmålet vart reformulert frå å spørje om «andre støykjelder» til «andre utandørs støykjelder enn vegtrafikk» i siste skjemarevisjon teke i bruk i Møre og Romsdal. Det vart også lagt til ei klargjering om kva som meinast med «heime».

Andel som synes det er vanskeleg («Svært vanskeleg», «Vanskeleg» eller «Forholdsvise vanskeleg») å få pengane i hushaldet til å strekke til var i Møre og Romsdal 16,7 %. Dette er på nivå med Rogaland og lågare enn i dei andre tre fylka der dette spørsmålet er stilt, Troms/Finnmark (21,4 %), Nordland (19,4 %) og Agder (20,8 %).

4.1.9.2 Regionar

Andel som rapporterte at dei plagast av støy frå trafikk når dei er heime var litt lågare på Nordmøre og Søre Sunnmøre enn på Nordre Sunnmøre og i Romsdal, men forskjellane mellom høgaste og lågaste er på berre to prosentpoeng.

Nordre Sunnmøre har høgast andel (7,5 %) og Søre Sunnmøre lågast andel (4,0 %) som rapporterte å vere laga av andre utandørs støykjelder enn vegtrafikk (ujusterte tall) (Cohens $h=0,15$). Dei andre regionane ligg plassert midt imellom.

Det er ingen av regionane som avviker klart frå tala for heile fylket når det gjeld andelen som svarte at dei synes det er vanskeleg å få pengane i hushaldet til å strekke til.

4.1.9.3 Kjønn

Det er ingen betydelege kjønnsforskjellar på utfalla om å vere plaga av støy heime (Cohens $h = 0,05$) og å ha vanskar med å få pengane i hushaldet til å strekke til (statistisk signifikant høgare blant kvinner (18,1 %) enn menn (15,5 %), men Cohens h på berre 0,07).

4.1.9.4 Alder

For begge kjønn er det ein svak, men jamn nedgang med aukande alder i andel som opplev å vere plaga av støy frå trafikk og støy frå andre utandørs støykjelder når dei er heime.

Andelen som svarte at det er vanskeleg å få pengane i hushaldet til å strekke til minkar kraftig med alderen, frå 24,8 til 10,5 % blant kvinner og frå 20,9 til 7,6 % blant menn.

4.1.9.5 Utdanning

Når det gjeld å vere plaga av støy frå vegtrafikk heime, er det blant menn ein noko høgare andel som opplev dette blant dei med lågast samanlikna med dei med høgast utdanningsnivå (Cohens $h = 0,14$). Utover det var det ingen klar samanheng mellom utdanningsnivå og oppleving av å vere plaga av støy heime.

For økonomiske vanskar var det derimot ein stor og klar utdanningsgradient. Andel som rapporterte at det er vanskeleg å få pengane i hushaldet til å strekke til blir redusert til mindre enn ein tredjedel frå gruppa med berre grunnskuleutdanning til gruppa med utdanning på minst fire år frå høgskule eller universitet, frå 32,8 til 10,5 % blant kvinner og frå 27,6 til 7,3 % blant menn.

Kort summert opp: I materialet i Møre og Romsdal er andelen som rapporterte at dei er plaga av støy frå andre kjelder enn trafikk når dei er heime lågare enn i andre fylker der vi har der vi har gjennomført folkehelseundersøkingar. Endringar i spørsmålsformuleringane gjer det vanskeleg å samanlikne direkte.

Nordre Sunnmøre har høgast andel (7,5 %) og Søre Sunnmøre lågast andel (4,0 %) som rapporterte å vere plaga av andre utandørs støykjelder enn vegtrafikk (ujusterte tall) (Cohens $h=0,15$). For begge kjønn er det ein svak, men jamn nedgang med aukande alder i andel som opplev å vere plaga av støy frå trafikk og støy frå andre utandørs støykjelder når dei er heime. For menn er det ein noko lågare andel blant høgaste samanlikna med lågaste fullførte utdanningsnivå (Cohens $h = 0,14$). Utover det var det ingen klar samanheng mellom utdanningsnivå og oppleving av å vere plaga av støy heime.

Andel som synes det er vanskeleg («Svært vanskeleg», «Vanskeleg» eller «Forholdsvis vanskeleg») å få pengane i hushaldet til å strekke til var i Møre og Romsdal 16,7 %. Dette er på nivå med Rogaland og lågare enn i dei andre tre fylka der dette spørsmålet er stilt, Troms/Finnmark (21,4 %), Nordland (19,4 %) og Agder (20,8 %).

Det er ingen av regionane avviker klart frå tala for heile fylket når det gjeld andelen som svarte at dei synes det er vanskeleg å få pengane i hushaldet til å strekke til. Andelen som svarte at det er vanskeleg å få pengane i haldet til å strekke til minskar kraftig med alderen, frå 24,8 til 10,5 % blant kvinner og frå 20,9 til 7,6 % blant menn. For økonomiske vanskar er det ein stor og klar utdanningsgradient.

4.1.10 Nye utfallsmål (ulønt omsorgsarbeid, nakke- og korsryggsmerter)

Etter innspelsrunder med Fylkeskommunane og fagmiljø ved Folkehelseinstituttet hausten 2020 blei det bestemt å ta inn spørsmål om ulønt omsorgsarbeid og muskel-skjelettplager i basismodulen til folkehelseundersøkingane i fylka.

4.1.10.1 Ulønt omsorgsarbeid

Spørsmåla på ulønt omsorgsarbeid er baserte på «European Health Interview Survey», brukt i Statistisk sentralbyrå si levekårsundersøking frå 2015. I deira statistikk var det på landsbasis 16 % (16 % menn og 17 % kvinner) som hadde ulønt omsorgsarbeid for sjuke, eldre eller funksjonshemma i 2019³⁴. I datamaterialet vårt frå Møre og Romsdal var det 19,3 % som rapporterte regelmessig, ulønt omsorgsarbeid for ein eller fleire sjuke, eldre eller med funksjonshemming (20,2 % kvinner og 18,3 % menn). Statistisk sentralbyrå si undersøking er gjennomført med telefonintervju og spørsmåla er stilte med litt anna oppsett enn i FHUS. Det er usikkert i kva grad ulikt datainnsamlingsformat og moglege ulik seleksjon av deltakarar har bidrege til dei observerte forskjellane.

Søre Sunnmøre hadde ein statistisk signifikant høgare andel (21,5 %) enn dei andre regionane (18,6-19,1 %) som rapporterte å ha regelmessig, ulønt omsorgsarbeid. Forskjellen mellom høgaste og lågaste andel svara likevel berre til ein Cohens h på 0,07.

Noko overraskande var det ingen klar variasjon over utdanningsgrupper i andel som rapporterte ulønt omsorgsarbeid. Dette bildet stemmer likevel godt overeins med tal frå Statistisk sentralbyrå. Det var heller ingen klar kjønnsforskjell, med unntak av i aldersgruppa 50-59 år, der kvinner ligg omtrent 6 prosentpoeng høgare enn menn. Variasjonen over alder er derimot stor og viser ein omvendt U-samanheng. Andelen som rapporterte ulønt omsorgsarbeid var klart høgast i aldersgruppa 50-59 år (32,7 % blant kvinner og 26,6 % blant menn), etterfølgt av aldersgruppa 60-69 år. Forskjellen i andel med ulønt omsorgsarbeid mellom 50-59-åringane og den yngste aldersgruppa svarar til ein Cohens h på 0,57 blant kvinner og 0,42 blant menn. Når andelen som har omsorgsbyrder i aldersgruppa 50-59 årer så høg, kjem nok av at det er desse som har foreldre som er så langt oppe i åra at dei har bruk for hjelp. Nedgangen i andel i den høgaste aldersgruppa bør tolkast varsamt, særleg for kvinner, grunna fråfallet av eldre som ikkje er registrerte med digital kontaktinformasjon i Kontakt- og reservasjonsregisteret.

4.1.10.2 Nakke- og korsryggsmerter

Dei fleste vil i løpet av livet ha plager eller sjukdommar knytt til muskel- og skjelettsystemet [34]. Sjølv om slike plager er vanlege, er dei for mange forbunde med smerte og ofte nedsett funksjon. I Noreg er diagnosegruppa muskel- og skjelettsjukdommar den vanlegaste årsaka til sjukefråvær, og nest etter psykiske lidingar er den vanlegaste årsaka til uførheit (NAV). Nakke- og korsryggsmerter er av dei leiande

³⁴ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/omsarb>

årsakene til ikkje-dødeleg helsetap (DALYs), både i Norge og på verdsbasis³⁵. «Ikkje-dødeleg helsetap» er eit mål på redusert helse som tek omsyn både til førekomst og konsekvensar.

Spørsmåla om nakke- og korsryggsmerter brukt i FHUS Møre og Romsdal er del av eit større spørjeskjema om muskel- og skjelettplager, som er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med Global Burden of Disease Centre i Seattle (USA). Over tid er målet å få tidstrendar og samanliknbare tal på sjukdomsbyrde grunna muskel- og skjelettplager på fylkes-, nasjonalt og internasjonalt nivå. I Noreg er det av ukjente årsaker nokså store fylkesvise forskjellar i bruk av helsetenester for tilstandar knytte til muskel- og skjelettsystemet³⁶. Data FHUS undersøkingane kan på sikt vere rikhaldige kjelder til å undersøke dette nærare.

Rundt 4 av 10 i utvalet i Møre og Romsdal rapporterte å ha hatt smerter i nakken (38,1 %) og korsryggen (42,9 %) siste 28 dagar. Desse tala liknar det som er funne i andre større befolkningsutval i Noreg [35]. Mellom anna var det i eit representativt utval av yrkesaktive i Norge i 2003 funne at 47 % hadde hatt ryggplager og 37 % nakkeplager siste månad [36]. Tal frå levekårsundersøkingane om arbeidsmiljø viser at førekomsten av nakke- og skuldersmerter siste månad har ligge nokolunde stabilt, rundt 40 %, i perioden 2003 til 2016³⁷. Her er det viktig å merke seg at tala gjeld yrkesaktive, som generelt er ei friskare gruppe enn ikkje-yrkesaktive. Kalkulert som såkalla punktprevalens, er det til ei kvar tid 19,5 % med korsryggsmerter og 17,8 % med nakkesmerter blant utvalet i Møre og Romsdal (uvekta tal). Nakke- og ryggmerter er med andre ord svært vanlege. Sjølv om mange rapporterte slike smerter, bør det merkast berre rundt 1 av 3 av dei med nakkesmerter (31,3 %) og av dei med korsryggsmerter (34,0 %) svarte at smertene hadde medført redusert funksjon (måtta redusere sine vanlege aktivitetar eller endra dei daglege rutinane) i snitt minst ein dag i veka i denne perioden.

Av regionane i fylket hadde Søre Sunnmøre høgast andelar både på Nakkesmerter (41,4 %) Korsryggsmerter (45,2 %) siste 28 dagar. Men forskjellane til regionane med lågast andel er små (Cohens $h = 0,10$ på Nakkesmerter, samanlikna med Nordmøre (36,6 %), og $h = 0,06$ på Korsryggsmerter, samanlikna med Romsdal (41,9 %)).

Ein langt høgare andel kvinner (45,9 %) enn menn (29,6 %) rapporterte om nakkesmerter siste 28 dagar (Cohens $h = 0,33$). Andelen med nakkesmerter held seg høg for kvinner fram til 50-59 års alder, for deretter å minke med aukande alder. For menn held andelen med nakkesmerter seg også stabil fram til ein liten nedgang for eldste aldersgruppe (70+ år), og er heile tida på eit klart lågare nivå enn blant kvinner.

Kjønnsforskjellen på Korsryggsmerter er langt mindre uttalt (46,3 % blant kvinner og 39,2 % blant menn, siste 28 dagar). På Korsryggsmerter er det heller ingen klar variasjon over alder, utover at andelen er lågare blant menn i den yngste aldersgruppa enn resterande aldersgrupper.

For begge utfall er det ein klar og tydeleg utdanningsgradient, der andelane som rapporterte nakkesmerter eller korsrygg-smerter siste 28 dagar går ned med aukande fullførte utdanningsnivå. På Korsryggsmerter svarar forskjellen mellom dei med lågast og dei med høgast utdanning til ein Cohens $h = 0,36$ både for kvinner og for menn, og for Nakkesmerter er Cohens $h = 0,21$ for kvinner og $0,35$ for menn.

³⁵ <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>

³⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/#hyppigst-hos-kvinner-og-eldre>

³⁷ <https://noa.stami.no/tema/helseutfallarbeidsskader/helseplager/nakkesmerter/>

Kort summert opp: Det var lite variasjon over regionane i fylket i andel som rapporterte å ha regelmessig ulønt omsorgsarbeid for sjuke, eldre eller funksjonshemma. Variasjonen var også låg over utdanningsgrupper. Variasjonen over alder er derimot stor, med ein omvendt U-samanheng der andelen som rapporterte ulønt omsorgsarbeid er klart høgast i aldersgruppa 50-59 år. I denne gruppa ligg andelen 6 prosentpoeng høgare for kvinner enn for menn. Utover dette var det berre små kjønnsforskjellar i andel som rapporterte ulønt omsorgsarbeid.

Om lag 4 av 10 i utvalet i Møre og Romsdal rapporterte å ha hatt smerter i nakken og smerter i korsryggen siste 28 dagar. For begge utfall er andelen høgast blant kvinner, og kjønnsforskjellen er særleg uttalt for nakkesmerter. Halvparten av kvinnene i utvalet fram til 60 års alder rapporterte å ha hatt nakkesmerter siste 28 dagar. For begge utfall er det ein tydeleg utdanningsgradient, der andelane som rapporterte nakkesmerter og korsrygg-smerter siste 28 dagar går ned med aukande fullført utdanningsnivå.

4.2 Atterhald ved datagrunnlaget

4.2.1 Representativitet og skeivheiter

Svarprosenten blant dei som blei inviterte til å vere med i undersøkinga var på 45,8. Dette er eit ganske høgt tal for denne typen undersøkingar. Det at fleire enn halvparten av dei inviterte ikkje deltok i undersøkinga, skapar likevel ein del usikkerheit om kor gode tal vi eigentleg har.

Dersom det er fullstendig tilfeldig kven som bestemmer seg for å svare på skjemaet (i den statistiske litteraturen kallast dette «Missing Completely at Random» - MCAR, behøver ikkje låg deltaking ha så store konsekvensar. Men dersom det er ein sterk samanheng mellom det å delta og det vi spør om, er det straks verre. Vi har derfor lagt mest vekt på samanhengar som er sterke og som inngår i konsistente mønstre.

Av dei som faktisk blei inviterte til å delta, varierer svarprosenten mellom dei ulike kommunane med ein heil del. Variasjonen er mindre mellom regionane. Som nemnt varierer deltakinga også over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper.

Seleksjon kan, som allereie nemnt ovanfor, resultere i skeive estimat viss det at ein ikkje deltek (ikkje-deltaking) heng saman med utfallsmål som inngår i undersøkinga. Dette skal etter kvart undersøkast ved at vi koplar data frå folkehelseundersøkingane mot data frå register.

4.2.2 Spørjeskjema og måleinstrument

Spørjeskjemaet som blei brukt i denne undersøkinga er ein ny-revidert versjon av den versjonen av basismodulen for folkehelseundersøkingane som låg føre i mars 2019. Store deler av skjemaet likevel brukt undersøkingar heilt før den førre revisjonen, altså i Vestfold og i Agder-fylka [2, 3, 4] samt i Hordaland og Sogn og Fjordane [4, 37].

Undersøkinga har endå fleire likskapar med hovudmodulen av spørsmål er gjennomført i Troms/Finnmark, Agder, Nordland og Rogaland [5-8]. Utfallsmål som er samanliknbare mellom funn frå Møre og Romsdal og andre fylke sine undersøkingar er skissert opp i tabell A1 i appendiks 2. Der ein bør vere ekstra varsam ved samanlikning, grunna større eller mindre endringar gjort i siste spørjeskjema-revisjon, er resultat frå føregåande undersøkingar merka med rosa farge og gitt nærare forklaring i fotnotar.

Ein del av skalaene er brukte i tidlegare norske undersøkingar og i undersøkingar i andre land, og blir rekna som instrument med gode kvalitetar. Dette gjeld blant anna skalaar på desse områda (sjå link til spørjeskjemaet i appendiks i denne rapporten):

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

Dei fire spørsmåla om kosthald (spm. 4.4-4.7) blir brukt av Statistisk sentralbyrå (SSB) i Levekårsundersøkingane samt den Nasjonale folkehelseundersøkinga (NHUS). Av tema som er nye i den reviderte basismodulen, inngår spørsmåla om ulønt omsorgsarbeid (spm. 8.1-8.1e) også i Levekårsundersøkinga til SSB. Spørsmåla om muskel-skjelettplager er tenkt å inngå i regionale, nasjonale og internasjonale sjukdomsbyrdeanalyser. Ved å bruke slike skalaer sikrar vi ikkje berre at vi får gode data, men vi kan også i større grad samanlikne våre resultat med resultat frå tidlegare undersøkingar.

Spørjeskjemaet dekkjer eit nokså breitt spekter av område. Sjølv om vi har basert oss på mange instrument som er godt kvalitetstesta tidlegare, er det ikkje sikkert kvaliteten på instrumenta som er nytta er like gode på alle temaområda. I det vidare arbeidet er det viktig med ei vidare kvalitetstesting av dei ulike spørsmålsgruppene som inngår. Funn frå denne undersøkinga må uansett vurderast kritisk og sjåast i samanheng med kva ein finn i andre studiar. At mange av funna når det gjeld kjønnsforskjellar og forskjellar på tvers av utdanningsnivå stemmer godt med det vi veit frå landsrepresentative undersøkingar, bidreg å styrke vår tiltru til dei resultatane som ligg føre frå dei fylka som til no har gjennomført undersøkinga.

Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal 2021 er meint å supplere den statistikken som allereie eksisterer for dette fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengeleg på instituttet sine heimesider^{38,39}. Her finn ein også eigne folkehelseprofilar som kan vere eit nyttig verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i fylka⁴⁰. Møre og Romsdal fylkeskommune gir kvart ut fylkesstatistikk⁴¹ og har eigne kommunestatistikk-sider⁴².

Dei data som er sama inn under Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal kan gje grunnlag for langt meir statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysane kan utvidast ved at ein ser på eit langt breiare spekter av demografiske forhold (til dømes vurdering av hushaldet si inntekt, arbeids-/livssituasjon eller landbakgrunn), og ved at ein analyserer svara på ulike utfallsvariablar mot kvarandre. Slike vidare analyser vil kunne gjerast både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen i Møre og Romsdal, lokale forskingsinstitusjonar og andre aktørar. Di meir god statistikk og forskning som kan komme ut av folkehelseundersøkingane i fylka, dess betre.

³⁸ <http://www.norgesghelsa.no/norgesghelsa/?language=no>

³⁹ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁴⁰ <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

⁴¹ <https://mrfylke.no/naering-og-samfunn/statistikk-analyse-og-kart/fylkesstatistikk>

⁴² <https://mrfylke.no/naering-og-samfunn/statistikk-analyse-og-kart/kommunestatistikk>

4.2.3 Korona-pandemien

Datainnsamlinga i Møre og Romsdal blei gjennomført dei første to vekene i februar 2021, om lag eit år etter at koronapandemien hadde brote ut i Noreg. I det føregåande året hadde myndigheitene gjennomført det som kan karakteriserast som det største helseinformasjonstiltaket i Norge nokon gong. Leiarar frå Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, helseministeren og til og med statsministeren har stadig halde pressekonferansar der dei har gjort greie for reglar og anbefalingar. Reglar og anbefalingar har dreia seg både om kva den enkelte kan gjere og kva retningsliner arbeidslivet og organisasjonane skal følge, og handla både om hygiene, distanse frå andre, sosial isolasjon og karantenereglar. I tillegg har mediedekninga av utviklinga i pandemien heile tida vore intense og omfattande. Sjølv om styresmaktene sine anbefalingar, forskrifter og tiltak har variert noko over tid og i periodar mellom geografiske område, har dei vore omfattande, også medan vi gjennomførte datainnsamlinga.

Alt dette kan tenkast å ha hatt betydning for ein del av utfallsvariablane som blir undersøkte i Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal, til dømes kva gjeld psykiske plager, livskvalitet og sosial kontakt. Samtidig skil gjennomsnittsskåren på psykiske plager i data frå Møre og Romsdal skil seg ikkje vesentleg frå fylke som gjennomførte undersøkinga før korona-pandemien braut ut. Det same såg ein i helseundersøkinga i Rogaland, som vart gjennomført september-oktober 2020. Også gjennomsnittskårane på «Einsemd» og «Negative følelsar siste 7 dagar» er nokså like i Møre og Romsdal som i fylka som gjennomførte datainnsamling før korona-pandemien. I Rogalandsundersøkinga var gjennomsnittskårane for desse to måla litt lågare.

Men på utfallsmål som går på sosial kontakt skil Møre og Romsdal seg tydelegare ut. Andelane som rapporterte å vere saman med gode vener kvar veke eller oftare, og å delta i organisert aktivitet kvar veke var vesentleg lågare i Møre og Romsdal enn både i Rogaland og fylka som gjennomførte folkehelseundersøkinga før korona-pandemien braut ut. Korona-relaterte reglar og anbefalingar om sosial distanse kan naturleg nok ha hatt innverknad desse utfallsmåla i Møre og Romsdal. Kvifor dei samla andelane på desse spørsmåla er lågare i Møre og Romsdal enn Rogaland veit vi ikkje sikkert. Det er mogeleg at forskjellar mellom Møre og Romsdal og Rogaland på desse spørsmåla er eit resultat av kor strenge korona-relaterte restriksjonar og anbefalingar var rundt undersøkingstidspunkta, og ikkje reelle forskjellar mellom fylka.

Tala frå Møre og Romsdal skil seg også litt ut, i negativ retning, på nokre av dei andre utfallsmåla som gjeld livskvalitet og sosiale relasjonar. Gjennomsnittskårane for kor fornøgd ein er med livet, om livet er meningsfylt, positive følelsar siste sju dagar, engasjement siste sju dagar, og som ein har gjensidig støttande sosiale relasjonar er alle litt lågare enn i fylka som tidlegare har gjennomført Folkehelseundersøkinga. Også desse skilnadene kan ha samanheng med koronapandemien.

Under koronapandemien har Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Nordland og Agder fylkeskommune, invitert dei som deltok i den ordinære folkehelseundersøkinga i desse fylka til to oppfølgingsundersøkingar (juni og november-desember 2020). På denne måten har vi kunne følge endringar i livskvalitet og psykisk helse for dei same personane frå før pandemien til under pandemien. I den siste spørjeundersøkinga inviterte vi også eit nytt utval frå Oslo og Vestland. Tal frå desse undersøkingane viser at gjennomsnittsskåren på «Fornøgd med livet» var stabil og faktisk auka noko i juni samanlikna med før pandemien, men viste ein nedgang i november-desember. I siste undersøkinga, der også Oslo og Vestland deltok (samla vel 26 000 deltakarar), ser vi ein nokså stor geografisk variasjon på

dette spørsmålet⁴³. Gjennomsnittet på tvers av fylka i undersøkinga var 6,8, med lågast skår i Oslo (6,5)⁴⁴. Skåren på Fornøgd med livet i datamaterialet i Møre og Romsdal om lag på nivå med det som blei rapportert på tilsvarende spørsmål for Norge i Word Happiness Report frå april 2020 (7,3) [31] og i ei landsrepresentativ undersøking av Statistisk sentralbyrå i mars 2020 (7,1) [38]. Til samanlikning har gjennomsnittstalet i Noreg vore forholdsvis stabilt over fleire år, med små geografiske forskjellar, og ligge rundt 7,5 i perioden 2012-2019 [39].

Sjølv om det er nokre forskjellar i livskvalitetsutfall mellom Møre og Romsdal og andre fylke som tenkast å ha samanheng med korona-pandemien, bør det understrekast at forskjellane er små. Dei absolutte skårane for livskvalitet er framleis høge, særleg sett ei ein internasjonal samanheng [31]. Dersom pandemien hadde hatt ein sterk negativ effekt på psykososiale forhold, er det ikkje slike resultat vi kunne forvente å få. Det er sannsynleg at pandemien har hatt negative konsekvensar for nokre, til dømes dei som har mista jobben, dei som har fått redusert inntekt og dei som sjølv er blitt ramma av viruset. Samla viser resultat frå våre undersøkingar til no ein tendens til at psykisk helse, livskvalitet og mellommenneskelege relasjonar har holde seg forholdsvis stabile i befolkninga samla sett, men kan sjå ut til å varierer i nokon grad med smitteverntiltak. Som nemnt er det fleire faktorar som kan spele inn og bidra til å forklare forskjellar mellom Møre og Romsdal og dei andre fylka. I tillegg til konsekvensar av den pågåande pandemien og relaterte tiltak og regler, kan ulik seleksjon inn til undersøkingane og forskjellar i demografi mellom fylka og deltakarane også bidra til dei observerte forskjellane. Variasjonane over tid og mellom geografiske områder tyder samtidig på at livskvalitetsutfalla generelt peikar seg ut i negativ retning der smittetrykk og restriksjonar er høgast.

Møre og Romsdal har som første fylke med spørsmål om kor fornøgd ein forventar å vere med livet fem år frå no. Gjennomsnittsskåren er her høg (7,8 på skala frå 0-10) og høgare enn spørsmålet om kor fornøgd ein er med livet no for tida (7,3 på same skala). Spørsmåla vart også stilte i den nemnde «koronaundersøkinga» i november-desember 2020 og i Statistisk sentralbyrå si undersøking i mars 2020 [38], med liknande resultat. Samla kan dette tyde på at framtidsoptimismen er mindre situasjonsbestemt enn spørsmål om livskvalitet her og no.

⁴³ Ulikheiter i måten utvala var trekte i Oslo og Vestland vs. Nordland og Ander og ulik seleksjon av deltakarar mellom fylka i kan, i tillegg til andre forskjellar mellom fylka (t.d. i demografi), ha bidrege dei observerte forskjellane i utfall. Tala er med andre ord derfor ikkje direkte samanliknbare mellom fylka og bør tolkast varsamt.

⁴⁴ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>.

V. Referansar

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Johnsen, G.H., et al., *Ulykker og skader i Norge: Resultater fra folkehelseundersøkelser i fire fylker 2018-2020*. In prep., 2020.
3. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance theory in the digital age: A comparison of early and delayed respondents to the Norwegian Counties Public Health Survey*. BMC Public Health, 2020. **Under revision**.
4. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat*. 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen.
5. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Framgangsmåte og utvalgte resultater*. . 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
6. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Framgangsmåte og utvalgte resultater*. . 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
7. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Framgangsmåte og utvalgte resultater*. 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
8. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Framgangsmåte og utvalgte resultater*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
9. Grøtvedt, L., et al., *Fylkeshelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring*. Oslo: Folkehelseinstituttet. . 2016, Folkehelseinstituttet.
10. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study*. BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.
11. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies*. Research on aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.
12. Kurtze, N., et al., *Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1*. Scandinavian Journal of Public Health, 2008. **36**(1): p. 52-61.
13. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.
14. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
15. Bang Nes, R., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
16. Diener, E., et al., *New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings*. Social Indicators Research, 2009. **39**: p. 247-266.
17. Nilsen, T.S., et al., *Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien*, in *FHI-rapport, 2021*. 2021, Folkehelseinstituttet: Oslo.
18. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
19. World Health Organization, *The Ottawa Charter on Health Promotion*. 1986, Copenhagen: World Health Organization.

20. Holseter, C., et al., *Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2015. **135**: p. 434-8.
21. Hirshkowitz, M., et al., *National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary*. Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation, 2015. **1**(1): p. 40-43.
22. Ursin, R., B. Bjorvatn, and F. Holsten, *Sleep Duration, Subjective Sleep Need, and Sleep Habits of 40- to 45-Year-Olds in the Hordaland Health Study*. Sleep, 2005. **28**(10): p. 1260-1269.
23. Bin, Y.S., N.S. Marshall, and N. Glozier, *Secular trends in adult sleep duration: a systematic review*. Sleep medicine reviews, 2012. **16**(3): p. 223-230.
24. Pallesen, S., et al., *A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population*. Sleep Medicine, 2014. **15**(2): p. 173-179.
25. Bjorvatn, B., et al., *High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner*. Fam Pract, 2017. **34**(1): p. 20-24.
26. Sivertsen, B., et al., *The long-term effect of insomnia on work disability - The HUNT-2 historical cohort study*. American Journal of Epidemiology, 2006. **163**(11): p. 1018-1024.
27. Sivertsen, B., et al., *Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. **66**(1): p. 67-74.
28. Baumeister, R.F. and M.R. Leary, *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychological Bulletin, 1995. **117**(3): p. 497-529.
29. Mæland, J.G., et al., *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk.
30. Leigh-Hunt, N., et al., *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. Public health, 2017. **152**: p. 157-171.
31. Helliwell, J.F., et al., *World Happiness Report*. 2021.
32. Eurostat, *Living conditions in Europe. 2018 edition*. 2018, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
33. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway*. Scandinavian Journal of Public Health, 2021: p. 1403494821993711.
34. Kinge, J.M., et al., *Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services*. BMC musculoskeletal disorders, 2015. **16**(1): p. 1-9.
35. Ihlebæk, C., et al., *Forekomst av muskel-og skjelettlidelser i Norge* 2365-8.
36. Ihlebaek, C., S. Brage, and H.R. Eriksen, *Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003*. Occupational medicine, 2007. **57**(1): p. 43-49.
37. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2018, Folkehelseinstituttet: Bergen.
38. Støren, K.S., E. Rønning, and K.H. Gram, *Livskvalitet i Norge 2020*, in *Rapporter 2020*, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
39. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2010. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.

Appendiks 1: Spørjeskjema



Spørjeskjemaet som blei brukt ved datainnsamlinga i Møre og Romsdal 2021 er tilgjengeleg på Folkehelseinstituttet si heimeside.

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

Appendiks 2: Tabell utfallsmål etter fylke (tillegg)



Tabell 1. Utfallsmål etter fylke. Ikkje populasjonsvekta tal. Vekta for oversampling i nokre kommunar, bydelar og valkretsar.

Merk: Spørjeskjemaet som blei brukt i Møre og Romsdal er basert på ein revidert versjon av kjernemodulen, som låg klar 4. januar 2021. I følgjande samanstilling med tidlegare undersøkingar er det teke med utfallsmål basert på spørsmål som anten er heilt like, eller såpass like med tidlegare undersøkingar, at tala let seg samanlikne. Vi har merka utfall frå tidlegare undersøkingar i rosa der er spørsmålsformuleringane ikkje er like det som er brukt i Møre og Romsdal. For desse bør ein vere varsam med samanlikning mellom tal frå Møre og Romsdal og resterande fylke. Der det er aktuelt, er det lagt inn fotnotar med beskriving av forskjellar i spørsmål eller svaralternativ mellom undersøkingane.

Utfallsmål	Fylke						
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Kultur- og idrettstilbud – godt eller svært godt tilgjenge ⁴⁵			75,4 (74,8-76,0)	78,2 (77,7-78,6)	75,6 (75,0-76,1)	79,0 (78,5-79,5)	Kultur: 67,5 (66,9-68,1) Idrett: 76,8 (76,2-77,3)
Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod			80,5 (80,0-81,0)	82,8 (82,4-83,3)	81,5 (81,0-82,0)	85,0 (84,6-85,4)	79,1 (78,6-79,6)
Offentleg transport			39,2 (38,6-39,9)	50,2 (49,6-50,8)	31,8 (31,2-32,4)	57,9 (57,3-58,5)	34,2 (33,6-34,9)
Natur- og friluftsområde ⁴⁶			95,1 (94,8-95,3)	95,1 (94,8-95,3)	95,6 (95,3-95,8)	92,4 (92,1-92,8)	93,3 (93,0-93,6)
Parkar og andre grøntareal			68,8 (68,2-69,4)	78,8 (78,3-79,2)	71,4 (70,8-72,0)	84,0 (83,5-84,4)	
Gang- og sykkelveggar - godt eller svært godt utbygde			43,2 (42,5-43,8)	60,5 (59,9-61,1)	46,7 (46,0-47,3)	67,9 (67,3-68,5)	43,7 (43,0-44,3)
Deltaking i organiserte aktivitetar kvar veke ⁴⁷	25,5 (24,8-26,1)	27,7 (26,7-28,6)	24,8 (24,2-25,3)	32,8 (32,2-33,3)	26,9 (26,3-27,5)	27,6 (27,1-28,2)	22,5 (22,0-23,0)
Deltaking i andre aktivitetar kvar veke	41,6 (40,9-42,4)	41,8 (40,8-42,8)	53,0 (52,3-53,7)	57,5 (57,0-58,1)	52,0 (51,4-52,6)	53,9 (53,3-54,5)	45,5 (44,8-46,1)

⁴⁵ I Møre og Romsdal vart dette tema delt i to spørsmål, eitt for tilgjenge til kulturtilbod og eitt for tilgjenge til idrettstilbod. Vi viser her prosentdelar for begge spørsmåla for Møre og Romsdal

⁴⁶ I Møre og Romsdal vart spørsmåla om natur- og friluftsområde og parkar og grøntareal slått saman til eitt spørsmål. Vi viser her prosentdelar for dette samla spørsmålet for Møre og Romsdal

⁴⁷ I Hordaland og Sogn og Fjordane var svaralternativa på både dette og etterfølgjande spørsmål «Aldri», «1-3 gonger per månad», «Kvar veke», «Dagleg». I Troms og Finnmark og i Agder kom dei i motsett rekkefølge, og det var lagt til ein ekstra kategori: «Dagleg», «Kvar veke», «1-3 gonger per månad», «Sieldnare» og «Aldri».

Utfallsmål	Fylke						
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Plaga av støy fra trafikk heime	7,9 (7,4- 8,3)	6,6 (6,1-7,2)	10,8 (10,4-11,2)	9,5 (9,1-9,8)	7,5 (7,1-7,8)	9,6 (9,3-10,0)	7,9 (7,5-8,2)
Plaga av anna støy heime	9,4 (8,9-9,9)	6,4 (5,9-6,9)	9,7 (9,3-10,1)	8,8 (8,4-9,1)	7,6 (7,3-8,0)	10,6 (10,2-10,9)	5,9 (5,6-6,2)
Opplev middels eller høg grad av sosial støtte ⁴⁸	88,5 (88,0-89,0)	89,6 (89,0-90,3)	87,7 (87,3-88,1)	89,2 (88,8-89,5)	88,3 (87,9-88,7)	89,7 (89,3-90,1)	86,8 (86,3-87,2)
Sukkerhaldig brus eller leskedrikk – sjeldan eller aldri ^{49 50}	47,2 (46,4-47,9)	42,1 (41,1-43,1)	40,8 (40,1-41,4)	40,2 (39,6-40,8)	44,3 (43,7-44,9)	42,0 (41,4-42,6)	35,6 (34,9-36,2)
Frukt eller bær dagleg eller oftare ⁵¹	33,8 (33,1-34,6)	32,3 (31,3-33,3)	25,2 (24,7-25,8)	29,3 (28,7-29,8)	25,0 (24,4-25,5)	29,4 (28,9-30,0)	35,4 (34,8-36,0)
Grønnsaker dagleg eller oftare	45,1 (44,4-45,9)	41,5 (40,5-42,5)	32,7 (32,1-33,4)	36,8 (36,2-37,3)	34,6 (34,0-35,3)	40,1 (39,5-40,7)	42,8 (42,2-43,5)
Fisk éin gong i veka eller oftare ⁵²	74,6 (73,9-75,2)	77,9 (77,0-78,7)	81,3 (80,7-81,8)	76,0 (75,5-76,5)	84,9 (84,4-85,3)	79,4 (78,9-79,9)	84,4 (84,0-84,9)
Røyking dagleg ⁵³	8,7 (7,3-9,2)	8,4 (7,8-8,9)	10,0 (9,6-10,4)	9,2 (8,8-9,5)	9,0 (8,6-9,4)	7,9 (7,6-8,2)	8,5 (8,3-8,9)
Snusing dagleg	11,5 (10,8-12,2)	10,3 (9,7-11,0)	14,8 (14,3-15,2)	11,0 (10,6-11,4)	15,5 (15,0-16,0)	11,3 (11,0-11,7)	12,8 (12,3-13,2)

⁴⁸ I rapporten for Møre og Romsdalsundersøkinga elles har vi rapportert prosentdel opplev høg grad av sosial støtte. For samanstilling med andre fylke, viser vi her resultat basert på inndelinga brukt i dei føregåande undersøkingane; prosentdel som prosentdel opplev middels eller høg grad av sosial støtte.

⁴⁹ I undersøkingane i Hordaland til og med Rogaland var svaralternativa for kosthaldsspørsmåla «Sjeldan/aldri», «1-3 gonger per måned», «1 gong per veke», «2-3 gonger per veke», «4-6 gonger per veke», «Dagleg». I Møre og Romsdal vart det lagt til ein ekstra kategori; «Fleire gongar dagleg». Sjå kap.2.4.16 for detaljar

⁵⁰ I rapporten for Møre og Romsdalsundersøkinga elles har vi rapportert prosentdel som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk 2-3 dagar i veka eller oftare. For samanstilling med andre fylke, viser vi her resultat basert på inndelinga brukt i dei føregåande undersøkingane; prosentdel som rapporterer å drikke sukkerhaldig brus eller leskedrikk sjeldan eller aldri.

⁵¹ I føregåande rapportar var spørsmålsformuleringa inntak av «frukt og bær». I undersøkinga i Møre og Romsdal var formuleringa «frukt eller bær».

⁵² I rapporten for Møre og Romsdalsundersøkinga elles har vi rapportert prosentdel som et fisk 2-3 gongar i veka eller oftare. For samanstilling med andre fylke, viser vi her resultat basert på inndelinga brukt i dei føregåande undersøkingane; prosentdel som rapporterer inntak av fiks éin gong i veka eller oftare.

⁵³ Spørsmålsoppsett for røyk og snus er justerte noko i siste skjemarevisjon frå og med Møre og Romsdal, med mål om å harmonisere med formuleringar brukt av SSB. Sjå kap.2.4.17 for detaljar

Utfallsmål	Fylke						
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Drikk alkohol 2 gg i veka eller oftare	21,8 (21,3-22,3)	13,8 (13,1-14,5)	18,8 (18,3-19,3)	19,6 (19,1-20,1)	20,6 (20,1-21,1)	22,2 (21,7-22,8)	18,9 (18,4-19,4)
Månedleg 6 einingar alkohol eller meir ved eitt og same høve	16,3 (15,8-16,7)	13,1 (12,4-13,7)	17,6 (17,1-18,1)	19,6 (19,1-20,1)	15,8 (15,4-16,3)	19,2 (18,7-19,7)	13,2 (12,8-13,7)
Har fedme (KMI 30+)			20,7 (20,2-21,3)	19,5 (19,1-20,0)	21,5 (21,0-22,0)	16,2 (15,8-16,7)	19,4 (18,9-19,9)
Fysisk aktiv – andpusten eller svett – minst 4 gg per veke minst ½ time ⁵⁴			20,6 (20,0-21,1)	18,2 (17,7-18,6)	20,0 (19,5-20,5)	22,4 (21,9-22,9)	25,0 (24,4-25,6)
Timar stillesitting per dag i kvardagen			6,61 (6,56-6,65) gjennomsnitt	6,47 (6,43-6,51) gjennomsnitt	6,79 (6,75-6,83) gjennomsnitt	6,87 (6,83-6,91) gjennomsnitt	6,81 (6,77-6,85) gjennomsnitt
Vanskeleg å få hushaldsinnteka til å strekke til			21,4 (20,8-22,0)	20,8 (20,3-21,3)	19,4 (18,9-20,0)	16,7 (16,2-17,2)	16,8 (16,4-17,4)
Meir enn to år sidan hos tannlege eller tannpleiar	10,4 (10,0-10,9)	11,4 (10,8-12,1)	15,9 (15,4-16,4)	10,8 (10,4-11,2)	14,3 (13,8-14,7)	9,4 (9,0-9,8)	12,3 (11,8-12,7)
Svært god eller god tannhelse			67,4 (66,8-68,0)	74,7 (74,2-75,2)	69,5 (68,9-70,1)	76,5 (76,0-77,0)	72,6 (72,0-73,2)
Stor grad av trivsel i nærmiljøet	73,2 (72,5-73,9)	70,5 (69,5-71,4)	72,1 (71,5-72,7)	75,5 (75,0-76,0)	70,9 (70,4-71,5)	76,6 (76,1-77,1)	73,7 (73,1-74,2)
Utsett for skade som medførte bruk av lege eller tannlege i løpet av siste 12 månadar	18,3 (17,7-18,9)	18,8 (18,0-19,6)	17,2 (16,7-17,8)	17,6 (17,2-18,1)	17,9 (17,4-18,4)	15,9 (15,4-16,4)	16,5 (16,1-17,0)
Svært god eller god helse	75,9 (75,2-76,6)	76,1 (75,3-77,0)	69,8 (69,2-70,4)	72,4 (71,9-73,0)	70,1 (69,5-70,7)	75,7 (75,2-76,3)	71,8 (71,2-72,4)

⁵⁴ Spørsmålsformuleringane for fysisk aktivitet er justerte noko i siste skjemarevisjon frå og med Møre og Romsdal. Sjå kap.2.4.15 for detaljar

Utfallsmål	Fylke						
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal
	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10	Gjennomsnitt Skalaer 0-10
Kvardagen i stor grad påverka gr helseproblem			11,7 (11,3-12,1)	11,4 (11,0-11,8)	12,0 (11,6-12,4)	9,2 (8,9-9,6)	11,1 (10,7-11,5)
Stor grad funksj.nedsetting grunna skade			6,1 (5,7-6,4)	6,1 (5,8-6,4)	5,8 (5,5-6,1)	4,6 (4,3-4,8)	5,2 (4,8-5,5)
Høg skår på psykiske plager (HSCL-5 > 2,00)	12,5 (12,1-12,9)	9,6 (9,0-10,2)	13,1 (12,6-13,5)	13,6 (13,2-14,1)	12,7 (12,3-13,2)	12,3 (11,9-12,7)	13,0 (12,5-13,4)
Saman med gode vener kvar veke eller oftare			64,2 (63,5-64,8)	65,0 (64,4-65,6)	61,6 (61,0-62,3)	57,5 (56,9-58,1)	50,2 (49,5-50,8)
Psykiske plager (HSCL-5)	1,46 (1,45-1,47)	1,42 (1,41-1,43)	1,50 (1,49-1,51)	1,52 (1,51-1,53)	1,50 (1,49-1,50)	1,50 (1,50-1,51)	1,50 (1,50-1,51)
Fornøgd med livet			7,53 (7,50-7,55)	7,59 (7,57-7,62)	7,48 (7,46-7,51)	7,54 (7,52-7,56)	7,30 (7,27-7,32)
Livet meiningsfylt			7,52 (7,49-7,55)	7,56 (7,53-7,58)	7,50 (7,47-7,53)	7,49 (7,46-7,52)	7,45 (7,42-7,47)
Negative følelsar siste 7 dagar (meanscore)			3,13 (3,10-3,16)	3,17 (3,14-3,20)	3,14 (3,12-3,17)	3,02 (2,99-3,05)	3,14 (3,12-3,17)
Positive følelsar siste 7 dagar (meanscore)			7,00 (6,97-7,02)	6,98 (6,96-7,01)	7,00 (6,97-7,02)	6,96 (6,94-6,99)	6,86 (6,84-6,89)
Einsam			2,23 (2,19-2,26)	2,20 (2,17-2,23)	2,21 (2,17-2,24)	1,93 (1,90-1,97)	2,22 (2,18-2,25)
Støttande og givande sosiale relasjonar (meanscore)			7,30 (7,27-7,32)	7,43 (7,40-7,45)	7,28 (7,25-7,31)	7,45 (7,43-7,48)	7,22 (7,19-7,24)
Folk flest er til å stole på			7,01 (6,98-7,04)	7,23 (7,21-7,26)	7,09 (7,06-7,12)	7,24 (7,21-7,27)	7,03 (7,00-7,06)
Stadstilhørslse			7,44 (7,40-7,47)	7,43 (7,40-7,46)	7,60 (7,57-7,64)	7,47 (7,44-7,50)	7,55 (7,52-7,58)
Trygg på staden			9,16 (9,14-9,17)	8,96 (8,94-8,98)	9,16 (9,14-9,18)	8,93 (8,91-8,95)	9,18 (9,17-9,20)
Engasjert			6,42 (6,39-6,45)	6,48 (6,45-6,51)	6,36 (6,33-6,39)	6,34 (6,32-6,37)	6,05 (6,02-6,08)

Appendiks 3: Tabellar frekvensfordeling (tillegg)

Merk: Prosentfordelingane er her viser uvekta tal.

Tabell 1: Høgaste fullførte utdanningsnivå

Høgaste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
GRUNNSKULE ELLER TILSVARANDE	2147	8,64	8,64
VGS ELLER TILSVARANDE	8147	32,79	41,43
FAGSKULE	2905	11,69	53,12
HØGSKULE/UNIVERSITET <2 år	1733	6,97	60,09
HØGSKULE/UNIVERSITET 2-4 år	6202	24,96	85,05
HØGSKULE/UNIVERSITET >4 år	3525	14,19	99,24
INGEN FULLFØRT UTDANNING	190	0,76	100,00
Totalt:	24849	100	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
I STOR GRAD	18301	73,51	73,51
I NOKON GRAD	5751	23,10	96,61
I LITEN GRAD	741	2,98	99,58
IKKJE I DET HEILE TATT	104	0,42	100,00
Totalt:	24897	100	

Tabell 3: Tilgjenge kulturtilbod

Tilgjenge kulturtilbod	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	5016	20,13	20,13
GODT	10655	42,77	62,91
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	5251	21,08	83,98
DÅRLEG	2618	10,51	94,49
SVÆRT DÅRLEG	1101	4,42	98,91
VEIT IKKJE	271	1,09	100,00
Totalt:	24912	100	

Tabell 4: Tilgjenge idrettstilbud

Tilgjenge idrettstilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	6791	27,26	27,26
GODT	11522	46,25	73,50
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	3914	15,71	89,21
DÅRLEG	1608	6,45	95,67
SVÆRT DÅRLEG	555	2,23	97,90
VEIT IKKJE	524	2,10	100,00
Totalt:	24914	100	

Tabell 5: Tilgjenge butikkar, serveringsstader og andre servicetilbud

Tilgjenge butikkar, serveringsstader og andre servicetilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	7316	29,37	29,37
GODT	11836	47,51	76,88
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	3757	15,08	91,96
DÅRLEG	1592	6,39	98,35
SVÆRT DÅRLEG	371	1,49	99,84
VEIT IKKJE	41	0,16	100,00
Totalt:	24913	100	

Tabell 6: Tilgjenge offentlig transport

Tilgjenge offentlig transport	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	1783	7,16	7,16
GODT	5803	23,29	30,45
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	5601	22,48	52,93
DÅRLEG	6024	24,18	77,11
SVÆRT DÅRLEG	4267	17,13	94,24
VEIT IKKJE	1436	5,76	100,00
Totalt:	24914	100	

Tabell 7: Tilgjenge natur- og friluftområde

Tilgjenge natur- og friluftområde	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	15706	63,05	63,05
GODT	7473	30,00	93,05
VERKEN GODT ELLER DÅRLEG	1177	4,73	97,78
DÅRLEG	339	1,36	99,14
SVÆRT DÅRLEG	132	0,53	99,67
VEIT IKKJE	82	0,33	100,00
Totalt:	24909	100	

Tabell 8: Tilgjenge kystlinje/strand/sjø

Tilgjenge kystlinje/strand/sjø	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	15283	61,39	61,39
GODT	7303	29,33	90,72
VERKEN GODT ELLER DÅRLEG	1408	5,66	96,38
DÅRLEG	536	2,15	98,53
SVÆRT DÅRLEG	158	0,63	99,16
VEIT IKKJE	33	0,13	99,30
EG BUR IKKJE I NÆRLEIKEN AV SJØ ELLER INNSJØ	175	0,70	100,00
Totalt:	24896	100	

Tabell 9: Utbygde gang- og sykkelveggar

Utbygde gang- og sykkelveggar	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GODT	2851	11,46	11,46
GODT	7542	30,30	41,76
VERKEN GODT ELLER DÅRLEG	5224	20,99	62,75
DÅRLEG	4883	19,62	82,37
SVÆRT DÅRLEG	4160	16,72	99,09
VEIT IKKJE	227	0,91	100,00
Totalt:	24887	100	

Tabell 10: Deltaking i organisert aktivitet

Deltaking i organisert aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
DAGLEG	511	2,05	2,05
KVAR VEKE	5038	20,24	22,29
1-3 GONGER PER MÅNAD	3763	15,12	37,41
SJELDNARE	9660	38,80	76,21
ALDRI	5923	23,79	100,00
Totalt:	24895	100	

Tabell 11: Deltaking i annan aktivitet

Deltaking i annan aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
DAGLEG	1455	5,84	5,84
KVAR VEKE	9684	38,89	44,73
1-3 GONGER PER MÅNAD	7361	29,56	74,29
SJELDNARE	5318	21,35	95,64
ALDRI	1086	4,36	100,00
Totalt:	24904	100	

Tabell 12: Korleis vurderer du di eiga helse

Korleis vurderer du di eiga helse	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GOD	4377	17,57	17,57
GOD	13433	53,92	71,49
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	5204	20,89	92,37
DÅRLEG	1743	7,00	99,37
SVÆRT DÅRLEG	157	0,63	100,00
Totalt:	24914	100	

Tabell 13: Korleis vurderer du tannhelsa di

Korleis vurderer du tannhelsa di	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT GOD	4596	18,45	18,45
GOD	13463	54,05	72,51
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	4687	18,82	91,32
DÅRLEG	1737	6,97	98,30
SVÆRT DÅRLEG	424	1,70	100,00
Totalt:	24907	100	

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

Når var du sist hos tannlege/-pleier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
0-2 ÅR SIDAN	21823	87,66	87,66
3-5 ÅR SIDAN	1901	7,64	95,29
MEIR ENN 5 ÅR SIDAN	1172	4,71	100,00
Totalt:	24896	100	

Tabell 15: Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
LÅG	3259	13,12	13,12
MIDDELS	12424	50,02	63,14
HØG	9156	36,86	100,00
Totalt:	24839	100	

Tabell 16: Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SJELDAN/ALDRI	8798	35,33	35,33
1-3 GONGER PER MÅNAD	4649	18,67	54,00
1 GONG PER VEKE	3828	15,37	69,37
2-3 GONGER PER VEKE	3971	15,95	85,32
4-6 GONGER PER VEKE	1368	5,49	90,81
1 GONG PER DAG	1394	5,60	96,41
FLEIRE GONGER PER DAG	894	3,59	100,00
Totalt:	24902	100	

Tabell 17: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SJELDAN/ALDRI	828	3,33	3,33
1-3 GONGER PER MÅNAD	2072	8,32	11,65
1 GONG PER VEKE	2788	11,20	22,85
2-3 GONGER PER VEKE	6069	24,38	47,22
4-6 GONGER PER VEKE	4305	17,29	64,51
1 GONG PER DAG	5253	21,10	85,61
FLEIRE GONGER PER DAG	3583	14,39	100,00
Totalt:	24898	100	

Tabell 18: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SJELDAN/ALDRI	222	0,89	0,89
1-3 GONGER PER MÅNAD	556	2,23	3,13
1 GONG PER VEKE	1117	4,49	7,61
2-3 GONGER PER VEKE	5516	22,16	29,77
4-6 GONGER PER VEKE	6764	27,17	56,94
1 GONG PER DAG	8248	33,13	90,07
FLEIRE GONGER PER DAG	2471	9,93	100,00
Totalt:	24894	100	

Tabell 19: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SJELDAN/ALDRI	1055	4,24	4,24
1-3 GONGER PER MÅNAD	2737	10,99	15,22
1 GONG PER VEKE	6448	25,89	41,11
2-3 GONGER PER VEKE	11400	45,77	86,88
4-6 GONGER PER VEKE	2503	10,05	96,93
1 GONG PER DAG	623	2,50	99,43
FLEIRE GONGER PER DAG	142	0,57	100,00
Totalt:	24908	100	

Tabell 20: Hender det at du røyker?

Hender det at du røyker?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
NEI	11841	47,71	47,71
FØR, AV OG TIL	2490	10,03	57,74
FØR, DAGLEG	6990	28,16	85,90
NO, AV OG TIL	1340	5,40	91,30
NO, DAGLEG	2159	8,70	100,00
Total:	24820	100	

Tabell 21: Hender det at du brukar snus?

Hender det at du brukar snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
NEI	18973	76,62	76,62
FØR, AV OG TIL	794	3,21	79,82
FØR, DAGLEG	1153	4,66	84,48
NO, AV OG TIL	714	2,88	87,36
NO, DAGLEG	3129	12,64	100,00
Total:	24763	100	

Tabell 20: Inntak alkohol siste 12 månader

Inntak alkohol siste 12 månader	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
ALDRI	1933	8,07	8,07
MÅNADLEG ELLER SJELD NARE	8203	34,25	42,32
2-4 GONGER I MÅNADEN	9184	38,34	80,66
2-3 GONGER I VEKA	3955	16,51	97,18
4 GONGER I VEKA ELLER MEIR	676	2,82	100,00
Totalt:	23951	100	

Tabell 22: Kor ofte episodisk høgt alkoholforbruk (6 einingar eller meir ved same høve)

Kor ofte episodisk høgt alkoholforbruk (6 einingar eller meir ved same høve)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
ALDRI	8069	36,70	36,70
SJELD NARE ENN MÅNADLEG	10663	48,50	85,20
MÅNADLEG	2469	11,23	96,43
KVAR VEKE	756	3,44	99,87
DAGLEG ELLER NESTEN DAGLEG	29	0,13	100,00
Totalt:	21986	100	

Tabell 23: Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder

Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
JA, EIN	3215	12,94	12,94
JA, FLEIRE	890	3,58	16,53
NEI	20733	83,47	100,00
Totalt:	24838	100	

Tabell 24: Plaga av støy frå trafikk heime

Plaga av støy frå trafikk heime	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
IKKJE PLAGA	19208	77,09	77,09
LITT PLAGA	3809	15,29	92,38
MIDDELS PLAGA	1150	4,62	96,99
MYKJE PLAGA	513	2,06	99,05
SVÆRT MYKJE PLAGA	236	0,95	100,00
Totalt:	24916	100	

Tabell 25: Plaga av annan støy heime

Plaga av annan støy heime	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
IKKJE PLAGA	19545	78,45	78,45
LITT PLAGA	3976	15,96	94,41
MIDDELS PLAGA	922	3,70	98,11
MYKJE PLAGA	341	1,37	99,48
SVÆRT MYKJE PLAGA	129	0,52	100,00
Totalt:	24913	100	

Tabell 26: Kor ofte saman med gode vener

Kor ofte saman med gode vener	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
OMTRENT DAGLEG	2232	8,97	8,97
OMTRENT KVAR VEKE, MEN IKKJE DAGLEG	10244	41,19	50,16
OMTRENT KVAR MÅNAD, MEN IKKJE KVAR VEKE	7892	31,73	81,90
NOKRE GONGER I ÅRET	3682	14,80	96,70
SJELDNARE ENN KVART ÅR	310	1,25	97,95
HAR INGEN GODE VENER	510	2,05	100,00
Totalt:	24870	100	

Tabell 27: Kor lett/vanskeleg er det å få hushaldspengane til å strekke til

Kor lett/vanskeleg er det å få hushaldspengane til å strekke til	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
SVÆRT VANSKELEG	560	2,32	2,32
VANSKELEG	942	3,91	6,23
FORHOLDSVIS VANSKELEG	2453	10,18	16,41
FORHOLDSVIS LETT	7065	29,32	45,73
LETT	6509	27,01	72,74
SVÆRT LETT	6066	25,17	97,91
VEIT IKKJE	504	2,09	100,00
Totalt:	24099	100	

Tabell 28: Gir regelmessig ulønt praktisk hjelp eller tilsyn

Gir regelmessig ulønt praktisk hjelp eller tilsyn	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. prosent (%)
JA, ÉIN PERSON	3330	13,40	13,40
JA, TO ELLER FLEIRE PERSONAR	1519	6,11	19,51
NEI	20000	80,49	100,00
Totalt:	24849	100	

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2021 (oppdatert august 2021)
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no