

**RAPPORT**

2022

# Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022: Framgangsmåte og utvalde resultat

# Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022: Framgangsmåte og utvalde resultat



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

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

**Tittel:**

Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022:  
Framgangsmåte og utvalde resultat

**Forfattarar:**

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

**Bidragstatarar Folkehelseinstituttet:**

Avdeling for IT-system Bergen  
Avdeling for helsedatamottak Bergen

**Andre bidragstatarar:**

Vestland fylkeskommune

**Oppdragsgivar:**

Vestland fylkeskommune  
Prosjektleder, Vestland fylkeskommune: Stian Skår Ludvigsen og Kamilla Haugsbakk Lyssand  
Kontaktpersonar Vestland fylkeskommune: Jannicke Holmseth Bukve og Turid Skrede

**Publikasjonstype:**

Rapport

**Bestilling:**

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

**Grafisk designmal:**

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

**Grafisk design omslag:**

Fete Typer

**ISBN elektronisk:** 978-82-8406-320-1

**Emneord (MeSH):**

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

**Sitering:** Knapstad M, Skogen JC, Johnsen GH, Nilsen TS, Leino T, Nes R, Aarø LE. Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022: Framgangsmåte og utvalde resultat. Rapport 2022. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2022.

# Innhold

<b>Samandrag</b>	<b>6</b>
Utvalde funn	6
Om rapporten og metodisk tilnærming	6
Psykiske helse, einsemd og livskvalitet før og under koronapandemien i Vestland	7
Forskjellar mellom regionar i Vestland	7
Kjønnsforskjellar	8
Forskjellar mellom aldersgrupper	9
Forskjellar mellom utdanningsgrupper	10
Vestland samanlikna med andre fylke	11
Viktige atterhald	11
<b>1 Introduksjon</b>	<b>13</b>
<b>2 Metode</b>	<b>14</b>
2.1 Utval, datainnsamling og fråfall	14
2.1.1 Refleksjonar rundt svarprosent og seleksjon	18
2.2 Om deltakinga i denne undersøkinga	19
2.3 Spørjeskjemaet	22
2.4 Spørsmålsoversikt	22
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning	22
2.4.2 Trivsel	23
2.4.3 Tilgjenge på fasilitetar og servicetilbod lokalt	23
2.4.4 Deltaking i aktivitetar	24
2.4.5 Generell helse og tannhelse	24
2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier	24
2.4.7 Høgde og vekt	25
2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5)	25
2.4.9 Søvnproblem (insomni) og søvnlengde	25
2.4.10 Langvarige helseproblem og funksjonsnedsettingar	26
2.4.11 Muskel-skjelettplager	26
2.4.12 Sosial støtte	27
2.4.13 Einsemd	27
2.4.14 Fysisk aktivitet	28
2.4.15 Kosthald	29
2.4.16 Røyk og snus	29
2.4.17 Alkohol	30
2.4.18 Skadar	30
2.4.19 Støy	31
2.4.20 Livskvalitet	31
2.4.22 Demografiske opplysingar og opplevd økonomisk situasjon	33
2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkinga i Vestland	34
2.5 Statistiske analysar	35
<b>3 Resultat: Vestland</b>	<b>38</b>
3.1 Alder: Regionar i Vestland	39
3.2 Kjønn: Regionar i Vestland	40
3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Regionar i Vestland	41
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regionar i Vestland	42
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	43
3.6 Kulturtilbod	45
3.7 Idrettstilbod	47

3.8 Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod	49
3.9 Offentleg transport	51
3.10 Natur- og friluftområde	53
3.11 Kystlinje/strand/sjø	55
3.12 Gang- og sykkelveggar	57
3.13 Deltaking i organisert aktivitet kvar veke	59
3.14 Deltaking i annan aktivitet kvar veke	61
3.15 God eller svært god helse	63
3.16 God eller svært god tannhelse	65
3.17 Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleiar	67
3.18 Fedme (KMI 30+)	69
3.19 Søvnproblem (Insomni)	71
3.20 Søvn lengde i timar	73
3.21 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager	75
3.22 I stor grad påverka grunna helseproblem	77
3.23 Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade	79
3.24 Korsryggsmerter siste 28 dagar	81
3.25 Nakkesmerter siste 28 dagar	83
3.26 Høg sosial støtte	85
3.27 Einsemd (UCLA-3)	87
3.28 Saman med gode vener kvar veke eller oftare	89
3.29 Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka	91
3.30 Timar stillesitting i kvardagen	93
3.31 Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare	95
3.32 Dagleg inntak av frukt eller bær	97
3.33 Dagleg inntak av grønnsaker	99
3.34 Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare	101
3.35 Dagleg røyking	103
3.36 Dagleg snusbruk	105
3.37 Drikk alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare	107
3.38 Alkoholeiningar per gong	109
3.39 Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare	111
3.40 Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 månader	113
3.41 Plaga av støy frå trafikk heime	115
3.42 Plaga av annan støy heime	117
3.43 Andel med økonomiske vanskar	119
3.44 Fornøgd med livet	121
3.45 Framtidsoptimisme	123
3.46 Det ein gjer i livet er meningsfylt	125
3.47 Negative kjensler siste 7 dagar	127
3.48 Positive kjensler siste 7 dagar	129
3.49 Einsemd	131
3.50 Sosiale relasjonar	133
3.51 Folk flest er til å stole på	135
3.52 Stadstilhøyrse	137
3.53 Trygg i nærmiljøet	139
3.54 Engasjert	141
<b>4. Oppsummering av resultat og diskusjon</b>	<b>143</b>
4.1 Gjennomgang av funn etter tema	143
4.1.1 Den demografiske samansettinga i materialet	143

4.1.2	Tilgjenge på fasilitetar og servicetilbod lokalt	144
4.1.3	Deltaking i aktivitetar og engasjement	145
4.1.4	Kosthald, fysisk aktivitet og fedme	146
4.1.5	Røyking, snus og bruk av alkohol	147
4.1.6	Sjølvrapportert helse, skadar og funksjonsevne	148
4.1.7	Aspekt knytt til livskvalitet	149
4.1.8	Sosial interaksjon og sosial kapital	150
4.1.9	Andre utfallsmål (støy, knapt med pengar i hushaldet)	152
4.1.10	Kjønnsforskjellar	153
4.1.11	Aldersgrupper	154
4.1.12	Utdanning	156
4.1.13	Psykisk helse og livskvalitet før og under COVID-19 pandemien i Vestland	157
4.2	Om datagrunnlaget	159
4.2.2	Representativitet og skeivheiter	159
4.2.3	Spørjeskjema og måleinstrument	160
<b>V.</b>	<b>Referansar</b>	<b>162</b>
	<b>Appendiks 1: Spørjeskjema</b>	<b>166</b>
	<b>Appendiks 2: Tabell fylkessamanstilling</b>	<b>167</b>
	<b>Appendiks 3: Evaluering av marknadsføringsvideo</b>	<b>174</b>
	<b>Appendiks 4: Resultat positive kjensler siste 7 dagar (revidert indikator)</b>	<b>177</b>
	<b>Appendiks 5: Figurar trendar i psykiske plager, fornøgdheit med livet og einsemd</b>	<b>179</b>
	<b>Appendiks 6: Tabellar frekvensfordeling</b>	<b>184</b>

## Samandrag

### *Utvalde funn*

- 85 prosent av dei som deltok er fornøgde med livet
- 70 prosent oppgir at helsa er god eller svært god
- 11 prosent opplever einsemd
- 73 prosent trivast godt eller svært godt i nærmiljøet

### *Om rapporten og metodisk tilnærming*

I denne rapporten presenterast bakgrunn, metode, gjennomføring og ein del utvalde resultat frå Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022. Datainnsamlinga blei gjennomført av Folkehelseinstituttet på vegne av Vestland fylkeskommune i perioden 20. april-8. mai 2022. Temaområda som blir dekkja i denne rapporten inkluderer blant anna tilgjenge på tenester og fasilitetar lokalt, helsereelatert åtferd, sjølvrapportert helsetilstand, skadar, nedsett funksjonsnivå, ulike aspekt ved sosialt miljø og nærmiljø og subjektiv livskvalitet. Vi analyserer desse temaområda på tvers av kjønn, alder, utdanning og regionar innan fylket. Vi presenterer også resultat for Vestland samla sett og samanliknar med dei fylka som tidlegare har gjennomført undersøkinga. Ettersom dei siste åra har vore prega av koronapandemien, har vi i denne rapporten i tillegg med nokre enkle samanstillingar av tal frå førre Folkehelseundersøking i tidlegare Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019) og Koronaundersøkingane vi gjennomførte i fylket i 2020 og 2021. Vidare diskuterer vi 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 eit første, overordna bilete av det som ligg av informasjon i dette datamaterialet. Kommunane, samt bydelane i Bergen, får i tillegg ein separat rapport med eigne tabellar som viser lokale resultat. Data vil bli gjort tilgjengelege for Vestland fylkeskommune.

Utvalet som blei invitert til å vere med var vaksne frå 18 år og oppover. Trekkinga blei gjort i Folkeregisteret, som så blei samanstilt med Kontakt- og reservasjonsregisteret for å hente ut e-post og mobilnummer. 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. I denne rapporten har vi vekta ned kommunar der vi har trekt ut høgare andelar av befolkninga (såkalla «designvekting»), slik at kvart område får ein innverknad på totaltala som svarar til befolkningsstørrelsen.

Av alle som blei inviterte til å delta i undersøkinga, var det 31,1 % som svarte på skjemaet. Blant dei 53 216 som svarte var 55,5 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 52,0 år. Nær halvparten av utvalet (47,2 %) oppgav at dei hadde fullført utdanning frå høgskule eller universitet. Prosentandelen som oppgav at dei har fullført utdanning på universitets- eller høgskulenivå er høgare blant kvinner enn blant menn i dette utvalet frå Vestland (51,8 % og 42,2 %). Også nasjonalt er andelen med høgare utdanning større blant kvinner enn blant menn. Samtidig er personar med høgare utdanning overrepresenterte blant dei som deltok i undersøkinga, både blant kvinner og menn. Vi har også ein underrepresentasjon av yngre menn og eldre kvinner (særleg frå 80 år og eldre).

Kommunane er delt inn i regionar for bruk i rapporten. Vi skil mellom ni slike regionar i Vestland: Sunnhordland, Hardanger og Voss, Bergen, Midthordland søraust, Midthordland nordvest, Nordhordland, Indre Sogn, Ytre Sogn og Sunnfjord, Nordfjord og Kinn. I analysane der vi samanliknar regionar, justerer vi statistisk<sup>1</sup> for kjønn, alder og utdanning, men vi presenterer både ujusterte og justerte tal. Vi har ikkje brukt populasjonsvektning. Analysane av samanhengar mellom alder og svar på ulike spørsmål (utfallsvariablar)<sup>2</sup> blir gjort separat for menn og kvinner. Det same gjeld samanhengane mellom utdanningsnivå og utfallsvariablar. Men her justerast det for alder, og alle som er 25 år eller yngre samt dei som er under utdanning er her tekne ut av analysane.

### *Psykiske helse, einsemd og livskvalitet før og under koronapandemien i Vestland*

Det har vore mykje bekymring knytt til korleis koronapandemien og dei periodevis omfattande smittevernstiltaka, og følgene av desse på m.a. arbeidssituasjon og økonomi, har verka inn på den psykiske helsa og livskvaliteten i befolkninga. Dette er eit stort spørsmål, som er vanskeleg å finne ut av og som går utanfor ramma for inneverande rapport. Samtidig er det med Folkehelseundersøkingane blitt gjennomført ei rekke datainnsamlingar i fylket på ulike tidspunkt gjennom pandemien, der same mål er brukt på psykiske plager, livskvalitet og einsemd.

Basert på desse målingane kan det samla sett sjå ut til at den psykiske helsa, einsemda og livskvaliteten blant vaksne i Vestland fylke forverra seg under dei første åra med pandemi, særleg ved måling i november/desember 2020 og dels i desember 2021. Tala nærma seg eit meir «normalt» nivå etter at smittevernstiltaka letta, målt april/mai 2022. Nivået av psykiske plager og andelen einsame målt i inneverande undersøking våren 2022, er likefullt framleis litt høgare enn det som var målt i undersøkingane i fylket våren 2018/19. Unge skil seg ut med dårlegast skår på tvers av målingar, ei meir uttalt forverring under pandemien (2020) og mindre betring att til 2022-målinga i nivå av psykiske plager og andel einsame. I kva grad desse endringane skuldast pandemien, er uttrykk for ei meir generell trend, har samheng med andre forhold i samfunnet eller skuldast metodologiske faktorar, veit vi ikkje sikkert. Sett saman med anna litteratur, ser det ut til at nivået av plager har lege høgare under pandemien enn det tidstrenden tilseier, særleg blant dei unge.

### *Forskjellar mellom regionar i Vestland*

Variasjonen mellom regionane i fylket var størst på spørsmål om opplevd tilgjenge på ulike fasilitetar og tenester lokalt. Utover dette var det stort sett små forskjellar mellom regionane. Bergen skil seg litt frå dei andre regionane på ein del utfallsmål. Det er ingen region som kjem best eller dårlegast ut på alt.

**Tilgjenge på tenester og fasilitetar.** Ikkje uventa er Bergen den regionen som har høgast andel som rapporterer godt eller svært godt tilgjenge på dei fleste spørsmåla om fasilitetar og tenester. På fleire av desse spørsmåla er Nordhordland regionen med lågast andel som rapporterer godt tilgjenge (gjeld kulturtilbod, idrettstilbod, butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod, og utbygde gang- og sykkelveggar). I mange regionar er andelane som rapporterer godt tilgjenge til offentleg transport og godt

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Utfallsvariablar betyr det same som avhengige variablar.



utbygde gang og sykkelveggar låge; i Ytre Sogn og Sunnfjord og Nordfjord og Kinn rapporterer under 30 % godt tilgjenge til offentleg transport og i Indre Sogn og Sunnhordland berre vel 20 %. Andelen som rapporterer godt tilgjenge til natur- og friluftsområde er høg på tvers av regionar.

**Deltaking i aktivitetar.** Det er stort sett lite forskjell mellom regionane på spørsmåla om deltaking i organisert aktivitet kvar veke og deltaking i annan (ikkje-organisert) aktivitet kvar veke. Variasjonen er størst for sistnemnde.

**Kosthald, fedme og fysisk aktivitet.** Indre Sogn skil seg positivt ut på mange spørsmål som går på helseåtfærd. Bergen er blant regionane med høgast andel fysisk aktive samtidig som dei skil seg ut med rundt ein time høgare gjennomsnittleg tid stillesitting i kvardagen enn dei fleste av dei andre regionane.

**Røyking, snus og alkoholbruk.** Det er lite variasjon over regionane både når det gjeld dagleg røyking og dagleg snusing. Bergen har høgast andel som drikk alkohol minst to dagar i veka og andel med episodisk høgt alkoholforbruk minst ein gong i månaden. Gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong er derimot nokså likt mellom regionane.

**Sjølvrapportert helse, skadar og funksjon.** Overordna er forskjellane mellom regionane små. Samtidig merkar Midthordland nordvest seg litt negativt ut med å vere regionen med dårlegast eller ved å vere blant regionane med dårlegaste resultat på mange av spørsmåla knytt til helse og funksjon. Bergen og Indre Sogn merkar seg litt positivt ut på fleire av dei same utfalla. Unntaket er psykiske plager, der nivået i Bergen ligg litt over dei andre regionane.

**Livskvalitet.** Det er lite forskjell mellom regionane på utfalla som omhandlar livskvalitet. På tvers av spørsmåla er samtidig Indre Sogn blant regionane med gunstigast skår og Bergen og Midthordland nordvest med svakast skår.

**Sosial interaksjon og sosial kapital:** Også på desse spørsmåla er det små forskjellar mellom regionane. Bergen og Midthordland nordvest skårar litt under fylkesgjennomsnittet på spørsmåla om kor trygg ein føler seg når ein er ute og går i nærmiljøet og stadstilhøyrslø. Bergen har samtidig høgast andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet.

**Økonomiske vanskar.** På spørsmålet om det er vanskeleg å få hushaldsinntekta til å strekke til i det daglege er det er noko variasjon over regionane. Andelen som rapporterer slike økonomiske problem er litt høgare i Midthordland nordvest og Nordhordland og lågare i Indre Sogn enn fylkesgjennomsnittet.

### *Kjønnsforskjellar*

Forskjellane i resultat etter kjønn, aldersgrupper og utdanningsnivå fell for det meste inn i mønster vi kjenner att både frå Folkehelseundersøkingane i Hordaland (2018), Sogn og Fjordane (2019) og andre fylke (2019-2021), samt anna forskning både i Norge og andre land.

Dei fleste kjønnsforskjellane som handlar om helselatert åtfærd, går i retning av at kvinnene rapporterer sunnare vanar enn menn. Kvinner rapporterer sunnare kosthald på tre av fire indikatorar (et meir grønnsaker, frukt og bær og drikk mindre sukkerhaldige drikke, mens det ikkje er forskjellar i inntak av fisk). Videre har kvinner lågare alkoholbruk enn menn og langt færre kvinner enn menn rapporterer dagleg snusbruk. Det er derimot ingen klar kjønnsforskjell i dagleg røyking. Også når det gjeld fysisk aktivitet er

det kjønnsforskjellane mindre klare, men overordna kjem kvinnene litt betre ut enn menn både målt i tid med stillesitting (lågare gjennomsnitt) og dagleg fysisk aktive (høgare andel).

Menn kjem derimot best ut på dei fleste utfallsvariablar som gjeld fysiske og psykiske helseplager. Vel og merke er det ingen klar kjønnsforskjell i andel som rapporterer god helse generelt. Men ein klart lågare andel menn enn kvinner rapporterer om nakkesmerter siste månad (31,3 % mot 47,3 %) og korsryggsmerter siste månad (40,8 % mot 45,7 %) søvnproblem (9,6% mot 13,7 %). Videre skårar menn litt lågare enn kvinner på psykiske plager.

Når det gjeld subjektiv livskvalitet, er det ingen eller lite forskjell mellom menn og kvinner på dei overordna spørsmåla om kor fornøgd ein er med livet, opplevd mening i det daglege og framtidsoptimisme. Det same gjeld delasppekt som stadstilhøyrse og det å kjenne seg engasjert. For nokre aspekt er det derimot klarare kjønnsforskjellar: Kvinner skårar høgare enn menn på relasjonelle indikatorar, som oppleving av gjensidig positive sosiale relasjonar og høg sosial støtte. Samtidig er det ein litt høgare andel kvinner enn menn som opplever einsemd, og menn oppgir i litt større grad enn kvinner å føle seg trygge når dei er ute og går nærmiljøet. Kjønnsforskjellen i tryggleik i nærmiljøet er særleg tydeleg i den yngste aldersgruppa.

Når det gjeld tilgjenge på tenester og fasilitetar oppgir ein litt høgare andel blant kvinner enn menn at tilgjenge på kulturtilbod og idrettstilbod er svært godt eller godt. På resterande utfallsmål er det ubetydelege eller ingen kjønnsforskjellar.

### *Forskjellar mellom aldersgrupper*

Generelt er det ein samanheng mellom stigande alder (heilt opp til pensjonsalder) på den eine sida, og betring på tvers av mange mål på helse, trivsel og helsedeterminantar på den andre.

For det første ser eit sunt kosthald ut til å ha ein positiv samanheng med alder. Di høgare alder, dess lågare inntak av sukkerhaldige drikke og høgare andel rapporterer å ete frukt eller bær dagleg, grønsaker dagleg og fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Blant kvinner endrar desse kosthaldsindikatorane seg så å seie lineært med alder, mens endringane blant menn er tydelegast frå 50-60-årsalder.

Vidare minkar andelen som har eit episodisk høgt alkoholforbruk med stigande alder, vel og merke mest frå yngste til nest yngste aldersgruppe. Andelen som drikk alkohol minst to gonger i veka stig derimot klart med alderen. Desse forskjellane i drikkemønster over aldersgrupper er noko vi kjenner igjen både frå Folkehelseundersøkinga i andre fylke og andre datakjelder om alkoholbruk i Norge. Medan røykinga er mest utbreidd i aldersgruppene frå 50 til 69 år, er bruken av snus klart mest vanleg blant dei yngre aldersgruppene. Dette gjeld begge kjønn, og indikerer at snusbruk i stor grad har erstatta sigarettøyking.

Dei fleste aspekt knytt til psykiske plager og livskvalitet viser ein sterk samanheng med alder, der det meste blir betre med høgare alder opp til 70 års alder. Skåren på psykiske plager er særleg høg blant kvinner i den yngste aldersgruppa. Det er også sterke samanhengar for begge kjønn både for dei overordna livkvalitetsspørsmåla (fornøgd med livet, mening i det daglege) og for delasppekt som tillit til andre. Samanhengane er vel og merke ikkje alltid lineære og for fleire av utfalla er samanhengen sterkare for kvinner enn menn.

Resultata for spørsmåla knytt til sosial interaksjon og sosial kapital gir eit litt meir samansett bilde. For andelen som er saman med gode vener ein gong i veka er det ein U-forma alderstrend, der andelen er lågast i 30-40-åra. Dette kan gjerne handle om at familieliv og jobb pregar kvardagane til mange i denne aldersgruppa. Samtidig ser ein at det er i denne aldersgruppa flest rapporterer høg sosial støtte. For andre utfall er det igjen meir lineære samanhengar: Trivselen i nærmiljøet og stadstilhøyrsla aukar med stigande alder, og opplevd einsemd minkar klart.

På dei fleste spørsmål om ein opplever godt tilgjenge til tenester og fasilitetar varierer svare noko uregelmessig over alder, med nokså små forskjellar mellom aldersgruppene. Di eldre ein er, dess mindre støy opplever ein heime frå trafikk og frå andre utandørs støykjelder. Og til sist minkar andelen som rapporterer problem med å få husstandsinntekta til å strekke til klart med alderen. Her er det interessant å merke seg at andelen med økonomiske vanskar berre minkar svakt frå yngste til nest-yngste aldersgruppe og deretter først minkar med aukande alder frå 50-åra.

Oppsummert kan det sjå ut til at svært mange av dei sjukdomsførebyggjande og helsefremjande tiltaka i Vestland særleg bør rettast inn mot dei yngre aldersgruppene. Merk at det er nokså store grupper av eldre, særleg kvinner, som vi ikkje når elektronisk gjennom Folkehelseundersøkingane i fylka. Spesifikke behov retta mot denne gruppa veit vi dermed for lite om. Også blant unge menn var deltakinga låg. Dette gir større usikkerheit om resultata også for denne gruppa.

### *Forskjellar mellom utdanningsgrupper*

At utdanning heng nært saman med helse og helsedeterminantar, er noko vi veit frå forskning både i Norge og andre land. Resultata frå Folkehelseundersøkinga i Vestland stemmer godt med dette bildet.

Di høgare utdanning, dess høgare andel rapporterer å ha eit sunt kosthald og å vere dagleg fysisk aktive. Ein lågare andel røyker dagleg, brukar snus dagleg, har fedme (KMI  $\geq 30$ ), eit episodisk høgt alkoholforbruk og gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol går ned. Berre to mål på helserelatert åtferd går i motsett retning: Med lenger utdanning, stig tid stillesitting i kvardagen og andel som drikk alkohol minst to gonger i veka. Desse forskjellane i fysisk aktivitet og alkoholinntak mellom utdanningsgrupper kjenner vi att frå andre populasjonsbaserte studiar i Norge.

For alle mål på helseplager og funksjonstap er det ein klar utdanningsgradient i favør av dei med høgare utdanning. Forskjell mellom dei med høgast og lågast utdanning i andel som rapporterer god helse er på heile 25 prosentpoeng blant kvinner og 23 prosentpoeng blant menn. Utdanningsgradienten går også igjen i resultata for subjektiv livskvalitet. Størst forskjell mellom dei med høgast og dei med lågast utdanning sjåast for spørsmålet om tillit til andre, men det er også klare forskjellar i skår på opplevd mening i det daglege, det å ha gjensidig positive, sosiale relasjonar og engasjement. For andre spørsmål var det berre små samanhengar med utdanning, som til dømes kor fornøgd ein er med livet med livet og kor trygg ein føler seg i nærmiljøet.

Andelen som opplever høg sosial støtte og som er med i organiserte aktivitetar kvar veke, aukar klart med stigande utdanningsnivå. Deltaking i andre aktivitetar og trivselen i nærmiljøet aukar også med utdanningsnivå, fram til høgare utdanning. Når det gjeld rapportert tilgjenge på tenester og fasilitetar er det interessant å merke seg at forskjellen mellom utdanningsnivåa er større for tilgjenge til kulturtilbod enn idrettstilbod. Andelen

som opplever å vere plaga av støy i heimen frå trafikk eller andre utandørs støykjelder minkar også litt med aukande utdanningsnivå. Og til sist minkar andelen med økonomiske vanskar klart, frå over 1 av 3 blant dei med grunnskule som høgaste utdanningsnivå til under 1 av 10 blant dei universitets- eller høgskuleutdanning over fire år.

### *Vestland samanlikna med andre fylke*

Undersøkinga i Vestland 2022 nytta basismodulen for Folkehelseundersøkinga, som sist vart ferdig revidert juni 2021. Den reviderte versjonen er basert på, og framleis mykje likt skjemaet som vart utarbeida våren 2018 og seinare utvida ved at ein la inn spørsmål om livskvalitet. På 18 av utfallsvariablane kan vi samanlikne med undersøkingane gjennomført i Hordaland våren 2018 og i Sogn og Fjordane våren 2019.

På dei fleste område er variasjonen over fylke nokså beskjeden, ofte med større forskjellar mellom regionar enn mellom fylke. Nokre utvalde funn kan nemnast, der tala for Vestland 2022 står litt fram:

Når det gjeld rapportert tilgjenge på fasilitetar og tenester lokalt er resultatata for Vestland stort sett i midtsjiktet samanlikna med andre fylke vi kan samanlikne med. Eit unntak er utbygde gang og sykkelveggar, der andelen som synes desse er godt utbygde i Vestland (39,1 %) er ein del lågare enn i fleire av dei andre fylka (43,2-67,9 %).

Andelen som rapporterer dagleg røyking er litt lågare i Vestland i 2022 (7,1 %) enn det som blei funne i dei førre undersøkingane i fylket, medan andel som snusar dagleg (11,8 %) derimot har lege stabilt eller kanskje auka litt. Kanskje reflekterer dette bildet den generelle trenden i tobakksbruk, der røyking er på veg ut, men dels vert erstatta av snusbruk. Samanlikna med dei andre fylka som har gjennomført undersøkinga har Vestland blant dei lågaste andelane både av daglege røykarar og dagleg snusarar.

For dei fleste utfallsmål som gjeld livskvalitet er det små forskjellar mellom fylka. På nokre av spørsmåla er resultatata frå Vestland svakt dårlegare enn i fylka som gjennomførte datainnsamling før koronapandemien. Dette gjeld både dei overordna spørsmåla om kor fornøgd ein er med livet og meining i det daglege, og på delspørsmål som negative kjensler. På fleire av desse spørsmåla liknar skårane på det som blei funne i undersøkingane i Viken og Møre og Romsdal i 2021.

### *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 kontekstuelle og dels relative. 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 nasjonale anbefalingar, er det lågt ut frå eit folkehelseperspektiv.

Deltakinga i undersøkinga var på 31,1 %. Dette er lågare enn dei tidlegare Folkehelseundersøkingane i fylka (stort sett lege mellom 40-46 %), men likt med ei ekstraundersøking vi gjennomførte i Vestland hausten 2021 grunna koronapandemien (også 31 %). Det kan vere fleire årsaker til denne nedgangen i deltakarar. Felles for inneverande undersøking og 2021-undersøkinga var at deltakarane måtte gå via ei såkalla «landingsside» for å delta. Dette var eit grep som vart gjort for å auke dei inviterte sin tillit til at undersøkinga var reell og trygg. Men det kan også utilsikta ha heva terskelen for å

delta. Årsaker til og konsekvensar av den fallande deltakarraten trengs analyserast vidare for å kunne gjere tiltak for å sikre best mogeleg kvalitet på framtidige undersøkingar. I mellomtida er det tryggast å legge vekt på resultat som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønster av resultat.

I likskap med føregåande Folkehelseundersøkingar i fylka er det også i Vestland 2022 nokre grupper som fell utanfor. Det gjeld alle som ikkje nåast gjennom digital datainnsamling. Personar som ikkje beherskar norsk godt nok til å svare på undersøkinga er også i liten grad representerte.

## 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 fylket og kommunane. 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 sjukdomsbyrdeanalysar<sup>3</sup>, er ei sentral datakjelde for måling av livskvalitet i Norge<sup>4</sup>, og vil etter kvart også bli presenterte gjennom Norgeshelsa<sup>5</sup>, Kommunehelsa<sup>6</sup> og Kommunehelseprofilane<sup>7</sup>. 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 artiklar [1-6].

Det lagast også tabellar med tal for kvar enkelt kommune (og nokre gonger bydelar). Når kommunane er svært små, slik at det kan oppstå problem med anonymiteten, blir tall skjult. Dette gjaldt berre nokre få av kommunane i Vestland.

I samarbeid med fylkeskommunane er det utvikla eit spørjeskjema som blir brukt i alle folkehelseundersøkingane. Undersøkinga i Vestland brukte ein versjon av dette skjemaet som vart revidert i 2021. Mange av spørsmåla som vart brukt i førre undersøking i tidlegare Hordaland (2018) og i Sogn og Fjordane (2019) er framleis med. Nokre av spørsmåla vart også brukt i FHUS korona-undersøkingane i Vestland hausten 2020 og hausten 2021. Skjema som er brukt så langt er tilgjengelege på Folkehelseinstituttet sine heimesider<sup>8</sup>. 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. Rapportar frå åtte tidlegare

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

<sup>4</sup>

<sup>5</sup> <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

<sup>6</sup> <http://khs.fhi.no/webview/>

<sup>7</sup> <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

<sup>8</sup> <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

undersøkingar, Sogn og Fjordane<sup>9</sup>, Troms og Finnmark<sup>10</sup>, Agder<sup>11</sup>, Nordland<sup>12</sup>, Rogaland<sup>13</sup>, Møre og Romsdal<sup>14</sup>, Vestfold og Telemark<sup>15</sup> og Viken<sup>16</sup> er foreløpig lagt ut [7-13]. Rapporten for undersøkinga i Hordaland 2018 var ein pilot av det noverande formatet på desse standardrapportane<sup>17</sup>. I denne rapporten presenterer vi resultat frå Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022.

## 2 Metode

### 2.1 Utval, datainnsamling og fråfall

Undersøkinga i Vestland 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 Vestland fylkeskommune.

For å få eit stort nok tal på deltakarar til å få dekkja behovet for statistikk med bra presisjon for ulike geografiske einingar i Vestland, var det ønskeleg med eit brutto-utval på rundt 160 000. Utvalet omfatta personar som var busette i Vestland, fødte innan 31.03.2004, hadde registerstatus som «vanleg busett» og 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).

For å få god nok representasjon i alle kommunar varierte prosentdel som blei trekt ut i kvar kommune etter innbyggjartal i kommunane. I kommunar med over 8 000 innbyggjarar var utvalet på 25 % av befolkninga 18 år eller eldre. I kommunane med 2 000 - 8 000 innbyggjarar i alderen 18 år og eldre var utvala mellom 25 % og 100 % av innbyggjarane, der andelen inviterte auka med lågare folketal. I kommunar med mindre enn 2 000 innbyggjarar i alderen 18 år og eldre, inviterte vi 100 %. Dette har konsekvensar for dei statistiske analysane og medfører at det må brukast vektning. Vekting betyr her at ein let svar frå dei som er frå område der det prosentvis er trekt ekstra store utval telle mindre, når det reknast ut tal for fylket eller grupper av kommunar. Slik sikrar vi at kvart område får ein innverknad på totaltala som svarar til befolkningsstørrelsen.

Det blei trekt et utval frå Folkeregisteret på 187 923.

Etter at utvalet var sjekka mot Kontakt- og reservasjonsregisteret, for å sile bort alle som ikkje var registrerte der, fekk vi et utval bestående av 171 277 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 undergrupper.

Første invitasjon til å delta blei sendt ut 20. april 2022. Det blei sendt ut påminningar den 26. april og den 3. mai. Datainnsamlinga blei formelt avslutta 8. mai 2022, men av

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

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

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

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

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

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

<sup>15</sup> <https://www.fhi.no/publ/2022/folkehelseundersokelsen--helse-og-trivsel-i-vestfold-og-telemark-2021-fremg/>

<sup>16</sup> <https://www.fhi.no/publ/2022/olkehelseundersokelsen-i-viken-2021-fremgangsmate-og-utvalgte-resultater/>

<sup>17</sup> <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/folkehelse/kunnskapsgrunnlaget/folkehelseundersokinga-hordaland-2018-rapport.pdf>

praktiske årsaker blei det elektroniske skjemaet stengt først den 9. mai. Etter første utsending hadde vi fått svar frå 15,6 % av dei inviterte. Etter første puring kom ein opp i 26,3 %. Og innan datainnsamlinga blei avslutta, kom deltakinga opp i 31,1 %. Korleis deltakinga i undersøkinga utvikla seg frå dag til dag, er vist i Fig. 1 nedanfor.

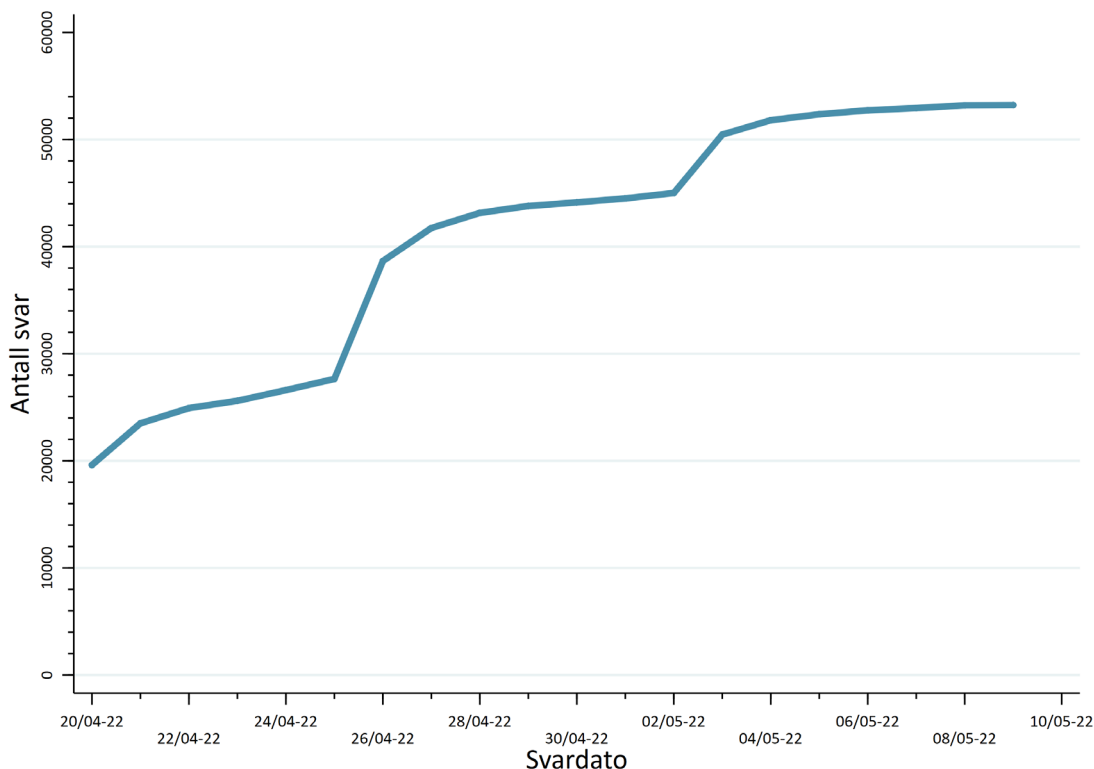


Fig. 1: Utfylte skjema etter dato.

Vestland fylke er delte inn i ni regionar i analysane som er presenterte i denne rapporten:

- **Sunnhordland -utanom Austevoll** (Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Etne, Tysnes og Kvinnherad)
- **Hardanger og Voss** (Ullensvang, Eidfjord, Ulvik, Voss, Kvam og Vaksdal)
- **Bergen**
- **Midthordland sørvest** (Samnanger, Bjørnafjorden og Austevoll)
- **Midthordland nordvest** (Øygarden, Askøy, Osterøy)
- **Nordhordland** (Modalen, Alver, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Gulen)
- **Indre Sogn** (Vik, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster)
- **Sunnfjord og Ytre Sogn** (Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord)
- **Nordfjord og Kinn** (Kinn, Bremanger, Stad, Gloppen, Stryn)

Grunna kommune- og fylkessamanslåingar i etterkant av førre Folkehelseundersøking i Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019) var det ikkje mogleg å bruke identisk



regioninndeling for alle regionane som i dei førre rapportane<sup>1819</sup>. Etter forslag frå fylkeskommunen brukast Statistisk sentralbyrå (SSB) sin standard for økonomiske regionar<sup>20</sup>, med eit par unntak: a) «Stord-regionen» og Sunnhordland aust er slått saman til «Sunnhordaland», b) Indre Hardanger og Voss er slått saman, og c) Midthordland er delt i to («Midthordland nordvest» og «Midthordland sørvest»). Denne inndelinga er nokså lik den som vart brukt sist, sjølv om den ikkje er heilt samanliknbar for alle regionane. Inndelinga gir passeleg store grupper for statistiske analyser, og gjer det mogeleg å kunne sjå resultat frå undersøkinga opp mot anna statistikk der den noverande økonomiske regioninndelinga er brukt.

Tabell 1 viser kor mange som blei inviterte til å vere med i undersøkinga og kor mange som faktisk deltok etter regionar i fylket. Oppslutninga per region var nokså jamn og varierte mellom 29,8 og 34,1 %. Det var større forskjellar mellom kommunane, med oppslutning mellom 25,3 % og 39,0 %.

**Tabell 1: Fordeling av inviterte og det endelege utvalet etter region (ikkje designvekta tal)**

	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltaking i prosent
Sunnhordland	19 004	5 905	31,1
Hardanger og Voss	12 300	4 009	32,6
Bergen	61 250	18 757	30,6
Midthordland sørvest	10 121	3 234	32,0
Midthordland nordvest	17 081	5 158	30,2
Nordhordland	11 409	3 595	31,5
Indre Sogn	12 933	3 856	29,8
Sunnfjord og Ytre Sogn	12 295	4 191	34,1
Nordfjord og Kinn	14 884	4 511	30,3
<b>Alle</b>	<b>171 277</b>	<b>53 216</b>	<b>31,1</b>

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er høgare blant kvinner (35,3 %) enn blant menn (27,1 %). Svarprosenten varierer klart over aldersgrupper for begge kjønn, og særleg blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høgast i aldersgruppa 60-69 år (46,6 %) og lågast i den yngste aldersgruppa (18-29 år: 23,9 %). Blant menn i dei to eldste aldersgruppene (60-69 år og 70+ år) er det 41,5 % og 39,7 % som har svart. Blant dei yngste mennene (18-29 år) var det berre 13,6 % som deltok, med andre ord berre om lag en-tredel så stor prosentdel. Oppslutninga blant menn i alderen 30-39 år var berre litt betre, der 18,4 % av dei inviterte som deltok i undersøkinga.

<sup>18</sup> <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokinga-i-sogn-og-fjordane-2019/>

<sup>19</sup> <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/folkehelse/kunnskapsgrunlaget/folkehelseundersokinga-hordaland-2018-rapport.pdf>

<sup>20</sup> <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/108/korrespondanser/535>

Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe (ikkje designvekta tal)

	Kvinner			Menn		
	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltaking i prosent	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltaking i prosent
<b>18-29</b>	16 146	3 860	23,9	17 263	2 356	13,6
<b>30-39</b>	14 464	4 576	31,6	15 183	2 796	18,4
<b>40-49</b>	13 796	4 957	35,9	14 926	3 518	23,6
<b>50-59</b>	14 192	6 100	43,0	15 251	4 865	31,9
<b>60-69</b>	12 126	5 650	46,6	12 923	5 362	41,5
<b>70+</b>	12 608	4 261	33,8	12 379	4 915	39,7
<b>Alle</b>	<b>83 332</b>	<b>29 404</b>	<b>35,3</b>	<b>87 925</b>	<b>23 812</b>	<b>27,1</b>

Tabell 3 viser kor stor prosentdel av den samla, vaksne befolkninga i Vestland som deltok i undersøkinga. Dei lågaste prosentdelane finn vi i den yngste aldersgruppa (18-29 år) blant både menn (7,1 %) og kvinner (7,7 %) og blant kvinner i den eldste gruppa (70 år og oppover, 9,4 %). Meir findelt i den eldste aldersgruppa, er det særleg låge andelar av den samla befolkninga som deltok blant kvinner; andelane i gruppa 80 år og eldre er 3,4 % blant kvinner og 7,3 % blant menn. I gruppa 85 år og eldre er andelen berre 1,7 % blant kvinner og 4,3 % blant menn.

Tabell 3: Utvalet og befolkningstal<sup>21</sup> etter kjønn og aldersgruppe (ikkje vekta tal)

	Kvinner			Menn		
	Befolkning <i>n</i>	Utval <i>n</i>	Utvalet i prosent av alle vaksne innbyggjarar	Befolkning <i>n</i>	Utval <i>n</i>	Utvalet i prosent av alle vaksne innbyggjarar
<b>18-29</b>	49 976	3 860	7,7	52 745	3 860	7,1
<b>30-39</b>	42 209	4 576	10,8	44 832	4 576	10,2
<b>40-49</b>	39 609	4 957	12,5	42 832	4 957	11,6
<b>50-59</b>	39 735	6 100	15,4	42 241	6 100	14,4
<b>60-69</b>	34 013	5 650	16,6	35 194	5 650	16,1
<b>70+</b>	45 262	4 261	9,4	38 148	4 261	11,2
<b>Alle</b>	<b>250 804</b>	<b>29 404</b>	<b>11,7</b>	<b>255 992</b>	<b>23 812</b>	<b>9,3</b>

Prosentdelane i tabell 3 varierer med fråfall både i Kontakt- og reservasjonsregisteret (mangel på digital kontaktinformasjon) og med svarprosent blant dei faktisk inviterte. Blant dei eldre er svarprosenten blant dei inviterte god, mens andel som manglar digital kontaktinformasjon er høg blant dei eldste. Undersøkinga i dei tidlegare Vestfold- og Agder-fylka i 2015 inkluderte både elektronisk og postalt spørjeskjema<sup>22</sup>. Deltakinga var relativt sett noko betre blant dei eldste i den undersøkinga, men også der fall deltakarraten litt frå 80 år. Sjølv om postal undersøking kunne gjort at vi hadde nådd noko

<sup>21</sup> Befolkningstala er henta frå Statistisk sentralbyrå og gjeld befolkningssamansetninga per 1. januar 2021.

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

<sup>22</sup> [https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport\\_versjon\\_revidert\\_131017.pdf](https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport_versjon_revidert_131017.pdf)

betre ut til dei eldre, krevjast det langt større ressursar enn vi per tid disponerer til desse undersøkingane.

Tabell 4 viser fødeland etter landsgrupper blant deltakarane, basert på sjølvrapportert eige og foreldra sitt fødeland. For dei med Norge som eige fødeland har vi skilt mellom dei med norske og dei med éin eller to utanlands fødde foreldre. Inndelinga i landsgrupper er basert på SSB si levekårsundersøking EuSilc 2018<sup>23</sup>. Samanstilling med befolkningstal tydar på ein under-representasjon av personar frå ikkje-vestlege land. Ifølge Statistisk sentralbyrå var 12,5 % av befolkninga i Vestland i 2022 innvandrarak og 2,5 % norskfødde med innvandrarforeldre (samla 15,0 %)<sup>24</sup>.

**Tabell 4: Fødeland etter landsgrupper blant deltakarane**

Landgrupper fødeland	n (%)
<b>Norge med norskfødde foreldre</b>	46 607 (87,6)
<b>Norge med éin eller to utanlands fødde foreldre</b>	2 509 (4,7)
<b>Norden u/Norge</b>	627 (1,2)
<b>EU/EØS u/Norden</b>	1 522 (2,9)
<b>Europa u/EU/EØS</b>	247 (0,5)
<b>Afrika/Asia/Latin-Amerika</b>	1 251 (2,4)
<b>USA/Canada/Australia/New Zealand/Storbritannia</b>	445 (0,8)
<b>Anna</b>	8
<b>Alle</b>	53 216 (100)

### 2.1.1 Refleksjonar rundt svarprosent og seleksjon

Ei feilkjelde i undersøkingar som denne er seleksjon. Seleksjon handlar om at dei som deltek svarar forskjellig frå dei som ikkje deltek. Til dømes har ein del studiar funne at deltakarar i befolkningsbaserte studiar har betre helse enn dei som ikkje svarar [14]. Er det slik, vil datamaterialet vise eit meir positivt bilete av helsetilstanden i befolkninga enn det som er realiteten. På grunn av den låge svarprosenten, antek vi at seleksjonsproblemet er størst blant menn i de to lågaste aldersgruppene (18-39 år) i denne undersøkinga i Vestland. Som nemnt over, gir fråfallet av dei vi ikkje når digitalt også usikkerheit om seleksjon blant dei eldste, og særleg dei eldste kvinnene.

Svarprosenten i inneverande undersøking (31,1 %) var klart lågare enn i førre folkehelseundersøking i Hordaland 2018 (42,0 %) og Sogn og Fjordane 2019 (45,4 %). Oppslutninga er også ein del lågare enn Folkehelseundersøkingane gjennomførte i andre fylke dei siste åra (38-46 %), men er likt med ekstraundersøkinga vi gjennomførte, knytt til koronapandemien, i Vestland i desember 2021 (31 %).

Det kan vere fleire og samansette årsaker til denne nedgangen i deltakarar, både relatert til ei generell nedgang i oppslutning i slike undersøkingar og forhold knytte spesifikt til inneverande undersøking. Felles for FHUS Vestland 2022 og «Koronaundersøkinga 2021» var at det vart brukt ei såkalla «landingsside» for å delta. Dette var eit grep som vart gjort for å auke dei inviterte sin tillit til at undersøkinga var reell og trygg. Tidlegare har

<sup>23</sup> [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/380980?\\_ts=1697b0fc950](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/380980?_ts=1697b0fc950)

<sup>24</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/09817>

deltakarar fått direkte link til spørjeskjema med bankID-innlogging via SMS og e-post. Den siste tida har det vore stor merksemd rundt nettsvindel og i oktober 2021 blei det gjennomført ein nasjonal sikkerheitsmånad (<https://norsis.no/nasjonal-sikkerhetsmaned/>), der det nettopp blei advart mot førespurnadar som direkte ber om BankID-innlogging. For inneverande undersøking vart det derfor bestemt å ha lenke i SMS og e-post til landingssider laga spesifikt for undersøkinga på høvesvis FHI og Vestland fylkeskommune sine sider. På denne sida fekk dei inviterte informasjon om studien og vidare dirigering til spørjeskjema (med bankID-innlogging). Det er mogeleg at dette «ekstra mellomledet» frå invitasjon til deltaking utilsikta har heva terskelen for å delta.

Utvala i desse undersøkingane er såpass «rause», at vi, sjølv med ein lågare svarprosent, får tilstrekkeleg tal på deltakarar i kvar undergruppene vi presenterer tal for i denne rapporten. Men i den grad ein fallande deltakarrate bidreg til ytterlegare seleksjon, skapar det meir usikkerheit omkring resultatane. Årsaker til og konsekvensar av den fallande deltakarraten trengs derfor å analyserast vidare for å kunne gjere tiltak for å sikre best mogeleg kvalitet på framtidige undersøkingar. I mellomtida er det tryggast å legge vekt på resultat som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønster av resultat.

Sjå også appendiks 3 for ei evaluering av promoteringsvideo brukt for å auke oppslutnad om undersøkinga blant unge menn.

## 2.2 Om deltakinga i denne undersøkinga

### Kommunikasjonsarbeidet i Vestland

Internt i Vestland fylkeskommune hadde Seksjon for statistikk, kart og analyse ansvar for gjennomføring av undersøkinga. Kommunikasjonsarbeidet starta hausten 2021. Det blei oppretta ei arbeidsgruppe internt i seksjonen som bestod av prosjektleiar, seksjonsleiar og tilsette. Arbeidsgruppa hadde tett samarbeid med kommunikasjonsavdelinga, og IKT blei kopla på ved behov. Arbeidsgruppa hadde jamleg dialog og samarbeidsmøte med FHI i forkant av undersøkinga og under gjennomføring.

Målet med kommunikasjonsarbeidet var:

- å auke deltaking generelt, og blant unge menn spesielt
- å skape positiv merksemd rundt undersøkinga
- å få fram budskapet om at undersøkinga er viktig:
  - Korleis står det til med helse, trivsel og livskvalitet blant innbyggjarane i Vestland? Dine svar er viktige!
  - Resultatet frå undersøkinga vil bli viktige verktøy i arbeidet med å betre folkehelsa og skape gode lokalsamfunn og nærmiljø.
  - Å redusere usikkerheit knytt til kor vidt undersøkinga var reell eller svindel, og om det var trygt å trykke på lenka til undersøkinga i invitasjonane som blei sendt ut.

Vestland fylkeskommune hadde ein annonsekampanje for undersøkinga i samarbeid med Leo Ajkic og MediaPlus. Fylkeskommunen ville engasjere ein profilert person med stor appell blant yngre til å fronte undersøkinga, og på sin karakteristiske måte oppmode til å svare på undersøkinga.

Det overordna målet for kampanjen var å «auke svarprosenten blant menn 18-30 år gjennom inspirasjon og opplysning.» Det blei laga videosnuttar og bannerar med Leo Ajkic som i perioden 20. april – 8. mai blei spreidd på Facebook, Instagram og Snapchat og i nettaviser og på nettstader, med mål om å drive trafikk til undersøkinga. Gjennom god visualisering ved bruk av digitale plattformer skulle kampanjen skape interesse for undersøkinga og kva denne bidreg til, og stimulere engasjement til å svare på undersøkinga. Kampanjen var delt opp i dekning og trafikk, der dekning hadde som mål å gjere folk kjend med innhaldet, og trafikk var meir rett på sak med mål om å få folk til å klikke på annonsen. Det blei laga ulike videoar, der nokre var meir forteljande mens nokre var meir direkte oppmoding om å svare på undersøkinga. Når kampanjeperioden var over hadde videoane på Facebook og Instagram til saman oppnådd 336 995 visningar og 3 237 lenkeklikk. På Snapchat hadde videoane 571 060 visningar og 6 648 lenkeklikk. Videoane i nettaviser og på nettstader hadde til saman 560 090 visningar og 1 194 lenkeklikk. (Sjå appendiks 3 for evaluering av delar av kampanjen).

Vestland fylkeskommune oppretta ei eigen landingsside for undersøkinga: [Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022 - Vestland fylkeskommune](#). Landingssida hadde om lag 13 000 visningar i undersøkingsperioden.

På landingssida var det publisert video av Leo Ajkic som oppmodar til å svare på undersøkinga. Det var lenka til innloggingsside for å svare på undersøkinga, det var skriftleg informasjon om undersøkinga, kontaktinformasjon og oversikt over vanlege spørsmål og svar.

Under heile gjennomføringsperioden låg video av Leo Ajkic på framsida til Vestland fylkeskommune, med lenke til landingssida. Vestland fylkeskommune delte også video av Leo Ajkic på fylkeskommunen si Facebook-side og Instagramkonto.

Vestland fylkeskommune gjennomførte to informasjon- og samarbeidsmøte med kommunane i fylket våren 2022 i forkant av undersøkinga. I det første møtet blei kommunane invitert til å delta breitt frå eigen organisasjon. FHI var også representert på det første møtet. I det andre møtet var folkehelsekoordinatorar og folkehelsekontaktar i kommunane invitert. Det blei blant anna orientert om bakgrunn for undersøkinga, praktisk gjennomføring, innhaldet i spørjeskjemaet og kommunikasjonsarbeid. Mål med kommunemøta var å gje god og tydeleg informasjon til kommunane om undersøkinga, framheve korleis undersøkinga gir viktig kunnskap til kommunane og korleis den kan vere eit nyttig verktøy i deira folkehelse- og planarbeid, samt oppmode kommunane til å mobilisere sine innbyggjarar til å delta. Kommunane blei oppmoda til å publisere nyheitssak om undersøkinga på eigne nettsider og i sosiale medium for å skape positiv merksemd rundt undersøkinga og oppnå auka deltaking. Vestland fylkeskommune utarbeidde tekstforslag med bilete som kommunane kunne nytta om ønskjeleg. Over halvparten av kommunane i fylket publiserte nyheitssak på eigne nettsider og/eller Facebook-side.

Pressemelding vart sendt ut frå Vestland fylkeskommune morgonen undersøkinga starta.

Fylkeskommunen kontakta NRK radio, og prosjektleiar for undersøkinga stilte på radiointervju i morgonsendinga til NRK P1 Hordaland dagen for utsending.

Vestland fylkeskommune oppretta eigen e-postadresse og telefonnummer for undersøkinga. Telefonenesta hadde opningstid måndag-fredag kl. 9-15. På utvalde dagar var opningstida utvida til kl. 19-21. Vestland fylkeskommune svarte på til saman 214 telefonar og 77 e-postar. Spørsmåla og tilbakemeldingane som kom inn dreidde seg i

hovudsak om kor vidt undersøkinga var reell eller svindel, at ein ikkje ønska eller hadde høve til å delta i undersøkinga, og problem med innlogging til spørjeskjemaet.

Ved spørsmål om kor vidt undersøkinga var reell og om det var trygd å svare, vart det gitt informasjon om undersøkinga, og det blei vist til informasjon på nettsidene til Vestland fylkeskommune og FHI.

For inviterte som ville trekkje seg frå undersøkinga blei melding gitt vidare til FHI som fjerna personen frå utvalslista.

Ein del av dei som tok kontakt opplevde å få feilmelding etter at dei hadde logga inn med Bank ID. Vestland fylkeskommune erfarte at dette som oftast skuldast enten at det var stor pågang og at ein kunne prøve igjen seinare, eller at ein brukte iPad. Etter det Vestland fylkeskommune erfarte løyste problemet seg når ein prøvde å logge på med anna utstyr enn iPad. Vestland fylkeskommune har ikkje oversikt over kva iPad modellar det var problem med.

Vestland fylkeskommune hadde også chatbot på nettsida for undersøkinga og eit prøveprosjekt med livechat. Totalt kom det inn 299 samtalar på chatbot, som betyr at ein klikka på «Folkehelseundersøkinga» i chat. 42 stykk stilte spørsmål i chat. Sju samtalar gjekk vidare til livechat.

Blant deltakarane blei det trekt ut 12 vinnarar av gåvekort frå Universal Presentkort. To vinnarar fekk gåvekort på kr 2500 og ti vinnarar fekk gåvekort på kr 1000. I invitasjonane blei det informert om at dei som svara på undersøkinga blei med i trekkinga av 12 gåvekort.



Banner brukt av Vestland fylkeskommune for promotering av Folkehelseundersøkinga.

## 2.3 Spørjeskjemaet

Spørjeskjemaet som brukast i Folkehelseundersøkingane i fylka består av ein basismodul som er felles for alle fylka, og ein tilleggsmodul, der kvart fylke høve til å legge inn tillegsspørsmål som er av spesiell interesse for det aktuelle fylket.

Basismodulen som blei brukt i Vestland 2022 er basert på ein revidert versjon, som låg klar juni 2021. Basismodulen reviderast ved behov, samtidig som ein er varsam med å gjere store endringar i skjemaet. Dette for å sikre samanliknbarheit på tvers og over tid, som eit viktig premiss for Folkehelseundersøkingane. Fleire av spørsmåla som vart brukt i førre undersøking i Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019) er framleis med. I appendiks 1 til denne rapporten blir det gitt lenker til spørjeskjemaet som blei brukt i Vestland og appendiks 2 viser samanstillingar av resultat mellom fylke der det er brukt same (eller samanliknbare) spørsmål.

I meir detalj blei FHUS-spørjeskjemaet fastsett første gong i 2014 og brukt i pilotundersøkinga i Agder og Vestfold 2015/16. I høve med Hordalandsundersøkinga i 2018 vart det gjort nokre justeringar. Same skjema blei brukt i Sogn og Fjordane i 2019, etter ønske frå fylkeskommunane for å sikre samanliknbarheit innan det kommande Vestland fylke. Hausten 2018 vart det gjennomført ein formell revisjonsprosess, med vekt på erfaringar frå dei føregåande undersøkingane og behov frå fylkeskommunane. Det blei gjennomført høyringsrunde med fylkeskommunane og invitert til å gi skriftlege innspel. Eit viktig, nytt element som kom inn var anbefalingane om måling av livskvalitet (sjå kap. 2.4.20 for meir detaljar).<sup>25</sup> Det oppdaterte skjemaet var fastsett av FHI i januar 2019, og brukt første gong i Troms og Finnmark. Dette skjemaet blei så brukt i undersøkingane i 2019 og 2020, med berre mindre justeringar (Troms og Finnmark, Agder, Nordland, Rogaland). Hausten 2019 blei det satt i gang ei ny, formell revisjonsprosess, med innspelsrundar med fylkeskommunane, representantar frå utvalde enkeltkommunar, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (m.a. Statistisk sentralbyrå). Basert på erfaringar frå spørjeskjemaet for Møre og Romsdal 2021, blei det gjort nokre få, mindre justeringar til inneverande versjon, også brukt i Vestfold og Telemark og Viken hausten 2021.

## 2.4 Spørsmålsoversikt

Vi vil her skildre kort dei spørsmåla som inngår i basismodulen til spørjeskjemaet. Vi skildrar 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, med mål om å få kategoriar som er mest mogleg

<sup>25</sup> <https://www.fhi.no/publ/2018/livskvalitet.-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/>

samanliknbare med deira statistikk. Deltakarane kunne velgje mellom følgjande 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 fylke som har gjennomført Folkehelseundersøkinga i 2020 og tidlegare 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 Folkehelseundersøkingane i fylka frå 2020 og tidlegare vil dermed ikkje vere heilt samanliknbare med undersøkingane frå og med 2021. Derimot vil tala no 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 rapporten presenterer vi prosentdel som svarte «I stor grad».

#### 2.4.3 Tilgjenge på fasilitetar og servicetilbod lokalt

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

- kulturtilbod (eksempelvis kino, bibliotek, kulturhus, konsertar, teater etc.)
- idrettstilbod( eksempelvis idrettshall, symjehall, treningscenter, 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 følgande 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 av fasilitetar og servicetilbod lokalt. Kategoriane «Veit ikkje» og «Bur ikkje i nærleiken av sjø eller innsjø» er i denne samanhengen haldne utanfor prosentfordelinga. *Sjå også kap. 2.4.23 om oppfølgingsspørsmål om grunnar til opplevd dårleg tilgjenge, lagt til av Vestland fylkeskommune.*

#### 2.4.4 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 visast prosentdel som svarte at dei deltek kvar veke eller oftare. *Sjå også kap. 2.4.23 om oppfølgingsspørsmål om deltaking og ikkje-deltaking lagt til av Vestland fylkeskommune.*

#### 2.4.5 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 rapporterer prosentdel som svarte at dei hadde «God» eller «Svært god» helse. «Eigenvurdert helse er eit mål som er mykje brukt i helseundersøkingar både nasjonalt (t.d. Levekårsundersøkinga) og internasjonalt (t.d. European Health Interview Survey) og vist å vere ein god prediktor på ei rekke helseutfall [15].

Det blei stilt eit heilt tilsvarande spørsmål der deltakarane blei bedt om å vurdere eiga tannhelse. Som for generell helse rapporterer vi prosentdel som svarte at dei hadde «God» eller «Svært god» tannhelse. *Sjå også kap. 2.4.23 om oppfølgingsspørsmål om tannkjøtsjuksdom, lagt til av Vestland fylkeskommune i samarbeid med Høgskulen på Vestlandet.*

#### 2.4.6 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 svarte 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.*

#### 2.4.7 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 vekt 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 ( $\text{kg/m}^2$ ). 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 Vestland vart  $n=189$  halde utanfor med desse kriteria. Vi har rapportert prosentdel som hadde ein KMI på 30 eller meir. KMI på 30 eller meir omtalast ofte som fedme.

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

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) blei nytta som mål på psykiske plager [5]. HSCL-5 omfattar fem 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 symptoma 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 fleire enn to av spørsmåla (99,84 %). I nokre samanhengar presenterer vi ei todeling, der ein skår som er høgare enn 2,00 blir definert som ein høg skår.

Merk at det finnst nokre variasjonar i spørsmålsformuleringane i ulike norske omsettingar av HSCL. I versjonen brukt i FHUS-undersøkingane er det gitt ei tidsramme på éi veke (grad av plage «den siste veka»). Dette er ulikt frå versjonen Statistisk sentralbyrå brukar («siste to veker») og resultatata frå desse to versjonane er dermed ikkje nødvendigvis direkte samanliknbare.

#### 2.4.9 Søvnpblem (insomni) og søvnlengde

Bergen Insomnia Scale (BIS) blei brukt som mål på søvnpblem. Søvninstrumentet er teke inn i siste skjemarevisjon f.o.m. 2021 og gir informasjon om omfang av søvnpblem (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 søvnnvanskane 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 søvnnvanskar 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 søvnnvanskar». 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 søvnpoblema 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 søvniq dei vanlegvis får per natt på kvardagar. Her kunne dei velje svarkategoriar i timar og minutt med 15 minutts intervall (med endepunktkategoriene «under 4 timar» og «over 13 timar»). I analysane har vi valt å kode kategorien «under 4 timar» som 3,75 timar og «over 13 timar» som 13,25 timar. Vi har rapportert gjennomsnittleg søvnlengde per natt på kvardagar i timar.

#### *2.4.10 Langvarige helseproblem og funksjonsnedsettingar*

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

Dei som svarte ja på nemnte spørsmål vart deretter spurde om korleis desse helseproblema 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 var dei som svarte «Ja» spurde om 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 helseproblem som i stor grad påverkar kvardagen deira. Vi presenterer også prosentdel som har svart at dei har langvarige funksjonsnedsettingar på grunn av skade, som i stor grad påverkar kvardagen deira.

#### *2.4.11 Muskel-skjelettplager*

Et utval av spørsmål frå «Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions» (BQMC) er brukt for å måle muskel- og skjelettplager. BQMC er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med «Center for Global Burden of Disease» i Seattle, USA. 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 andel som rapporterte å ha hatt høvesvis nakkesmerter og korsryggsmerter dei siste 28 dagane (periodeprevalens). Samla i fylket og fordelt på kvinner og menn viser vi også såkalla punktprevalens med smerte og punkprevalens med nedsett funksjon grunna desse smertene. Punktprevalensen reknar ein u ved å dele summen av tal på oppgitte dagar med t.d. nakkesmerte på totalutvalet\*28 ((sum nakkesmertedagar/n\*28)) og oppgir andel personar som ei kvar tid opplever slike smerter.

#### 2.4.12 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 sumskår<sup>26</sup> 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 [16].

I diagramma viser vi prosentdel som opplever *høg* sosial støtte. Merk at vi i føregåande FHUS-rapportar (inkl. Hordaland 2018 og Sogn og Fjordane 2019) 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 nivåa av sosial støtte.

#### 2.4.13 Einsemd

Einsemd blei målt med skalaen «The UCLA 3-Item Loneliness Scale» (UCLA-3) [17]. UCLA-3 består av følgjande 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?

<sup>26</sup> I dette tilfellet delte vi ikkje på tal på ledd. Berre dei med svar på alle tre ledda var tekne med (99,49 %).

Svaralternativa på alle desse var: «Aldri», «Sjeldan», «Av og til», «Ofte» og «Svært ofte» (5). Kvart sett av svarkategoriar blei gitt talverdiar frå 1 til 5, der høgare talverdiar står for høgare grad av einsemd. Det blei laga ei uvekta sumskår med verdiar frå 3-15<sup>27</sup>. Det er ingen etablert terskelverdi på UCLA-3-skalaen og ulike praksisar er brukt i litteraturen. Sjå gjerne rapporten «Livskvalitet i Norge 2019», kap. 5, for ei utdjuping om ulike tilnærmingar [18]. Vi har i denne rapporten brukt ei skår på 1-9 som ein indikasjon på opplevd lågt nivå, og 10-15 høgt nivå av einsemd. I nemnte rapport fant ein at dette terskelnivået predikerte svar i øvre del på direkte spørsmål om einsemd (6 eller meir på skala 0-10, sjå også kap. 2.4.21 nedanfor). I inneverande rapport presenterer vi andel som rapporterer høgt nivå av einsemd («einsame»).

#### 2.4.14 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».
- 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 (f.o.m. 2021) 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 samanliknbar med spørsmål som er validert og brukast i HUNT og Tromsø-undersøkingane, samt andre nasjonale undersøkingar med tidsseriar bakover til 70/80-tallet [19, 20]. Den oppdaterte 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 og/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 Tromsø-undersøkinga. 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.

<sup>27</sup> Også her blei berre dei med svar på alle tre leddene teke med (99,58 % av svara).

I denne rapporten har vi operasjonalisert «fysisk aktiv», som å trene eller mosjonere i minst ein halv time i minst fire dagar i veka og med ein intensitet som minst svarar til moderat intensitet (andpusten og/eller sveitt). I appendiks 3 presenterast også frekvensfordeling på svaralternativa for kvart av enkeltspørsmåla. *Sjå også kap. 2.4.23 om oppfølgingsspørsmål om treningsbarrierar, lagt til av Vestland fylkeskommune i samarbeid med Universitetet i Bergen.*

#### 2.4.15 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 (f.o.m. 2021) 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 svarkategoriane er gitt i eigne tabellar i appendiks.

#### 2.4.16 Røyk og snus

Deltakarane blei spurde to innleiande spørsmål om det hender at dei røykjer eller brukar snus. Svaralternativa var «Ja» og «Nei».

Dei som svarte «Ja» på innleiingsspørsmålet, fekk eit oppfølgingsspørsmål om kor ofte dei røyker/brukar snus.. Svaralternativa var her «Dagleg» og «Av og til».

Dei som svarte «Nei» på innleiingsspørsmålet, fekk oppfølgingsspørsmål om dei tidlegare har røykt/brukt snus. 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 føregåande 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.

#### 2.4.17 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 [21]. 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 1,5), «3-4» (skåre 3,4), «5-6» (skåre 5,5), «7-9» (skåre 8) og «10 eller fleire» (skåre 12). 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 (inkl. Hordaland 2018 og Sogn og Fjordane 2019).

I den føreliggande rapporten har vi forenkla ved å presentere tre 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). Det siste diagramsettet viser alkoholeiningar ein drikk på ein typisk dag (gjennomsnitt). Her er kategoriane omkoda for å gi kvasikontinuerlege verdiar (sjå skår i parentes over). Vestland er første fylket ut til å presentere tal på alkoholeiningar per gong. Denne indikatoren er lagt til for å gi eit meir heilskapleg bilde av alkoholbruken i fylket og undergrupper av befolkninga.

#### 2.4.18 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». Svaralternativa merka i kursiv er lagt til ved siste skjemarevisjon, etter erfaringar frå tidlegare FHUS-undersøkingar med høge andelar som svarte «Annan årsak». 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 spørjeskjemaet (spm. 5.1b og 5.1c), der alle svaralternativa på begge desse spørsmåla er oppgjevne. 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.*

#### 2.4.19 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 tilhøyrer 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.

#### 2.4.20 Livskvalitet

Spørsmåla om livskvalitet er i sin heilskap henta frå ein rapport om måling av livskvalitet som blei utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [22]. Alle spørsmåla frå det som inngår i «Minimumslista» er teke med i Folkehelseundersøkingane. Under skjemarevisjonen til Folkehelseundersøkingane i fylka blei denne «Minimumslista» revidert noko av normerande gruppe for livskvalitetsmåling.

Nokre av spørsmåla som også er del av «Minimumslista» ligg i andre delar spørjeskjema og er beskrivne over. Dette gjeld HSCL-5 (sjå 2.4.8), spørsmålet «Korleis vurderer du alt i alt di eiga helse ...» (sjå 2.4.5) og spørsmålet «Kor mange personar står deg så nær ...» (sjå 2.4.12). Dei andre blir presenterte her.

Aller først i livskvalitetsdelen kjem tre spørsmål om korleis ein opplever livet: 1) Kor fornøgd ein er med livet, 2) kor fornøgd ein forventar å vere med livet fem år frå no, og 3) i kva grad ein opplever at det ein gjer i livet er meningsfylt. Det andre av desse spørsmåla er nytt etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. Desse spørsmåla blir alle 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. Nokre gonger grupperer vi svara, slik at vi får prosentdel som skårar «lågt», «middels» og «høgt». Til dømes kan svar på fornøgdheit med livet-spørsmålet grupperast slik: 0 og 5 = låg tilfredsheit, 6-8 = middels og 9 og 10 = høg tilfredsheit. Kategoriseringane er gjort på same måte som dei er brukte i SSB sine årlege livskvalitetsrapportar<sup>28</sup>.

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

<sup>28</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>



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

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, har vi i desse rapportane valt å kombinere følgande ledd til ein sumskår<sup>29</sup> (meanscore) som handlar om opplevinga av negative kjensler dei siste 7 dagane: «Bekymra», «Trist», «Irritabel» og «Engsteleg». To andre ledd blir kombinert til ein sumskår (meanscore) som dreia seg om oppleving av positive kjensler dei siste 7 dagane: «Glad» og «Roleg og avslappa». Ledda «Einsemd» og «Engasjement» blir analysert som enkeltledd.

Dei to sistnemnte ledda (lukkeleg og takknemleg) har til no berre blitt prøvd ut i Folkehelseundersøkinga Korona desember 2021 (Vestland, Oslo, Agder og Nordland). Målet med å prøve ut desse ledda, er å få ein betre balanse mellom mål på positiv og negativ affekt. Foreløpige analyser viser at alpha-verdien stig frå 0.685 til 0.840 når ein legg desse to ledda til «positiv affekt»-indikatoren. Dette er på nivå med «negative kjensler»-indikatoren (0.839). Det skal gjerast nærare analysar på desse nye ledda og korleis desse skal brukast i det vidare. I påvente av dette, valde vi i inneverande rapport å presentere resultat både basert på to ledd (i hovudrapporten) og fire ledd (i appendiks). Slik får vi samanliknbarheit både med tidlegare Folkehelseundersøkingar og med det som kan bli versjon brukt framover.

To spørsmål, henta frå Dieners Flourishing Scale [23], 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 vore «Gjensidig positive sosiale relasjonar». Valid skår fekk alle som hadde svart på minst eitt av ledda.

Under temaet «Sosialt fellesskap og tillit» er det med fire spørsmål. Det blir først spurt om kor ofte informantene er saman med gode vener<sup>30</sup>. Responskategoriane er: «Omtrent

<sup>29</sup> 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».

<sup>30</sup> 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.

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 tilhøyrsløse til staden ein bur på. Igjen blir den same 11-punkts skalaen brukt. Dette spørsmålet blir analysert for seg.

Det siste spørsmålet i livskvalitetsdelen 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 opplysingar 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. Svarkategoriene 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. Svarkategoriene er «Gift/registrert partner», «Sambuande», «Har kjærast (som du ikkje bur saman med)», «Einsleg» og «Enke/enkemann». Fleire svar er tillate, sidan fleire kombinasjonar er mogeleg (ein kan t.d. både vere enke/enkemann og gift på ny). Vi har også informasjon om sivilstatus frå Det sentrale folkeregisteret (DSF).

Så er det eit spørsmål om personar i husholdet. 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. Svaralternativa er «Før barnehagealder», «Barnehagealder», «Barneskulealder (1.-4.trinn)», «Barneskulealder (5.-7.trinn)», «Ungdomsskulealder (8.-10.trinn)» og «Vidaregåande skulealder».

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 fødte i utlandet, blei spurde kva land kvar av desse er fødte 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 basismodulen etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. *I denne rapporten presenterer vi, av plassomsyn, ikkje resultat for grupper definert ved sivil status, hushaldstørrelse, arbeids- eller livssituasjon eller landbakgrunn (sjå tabell 4 kap. 2.1 for oversikt over fødeland blant deltakarane).*

### 2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkinga i Vestland

I Folkehelseundersøkinga i Vestland er det lagt til 22 tilleggsspørsmål, der sju var gitt til alle og 15 var mogelege oppfølgingsspørsmål. Sjå spørjeskjema (link appendiks 1) for oppsett av spørsmål.

I basismodulen vart det lagt til følgande oppfølgingsspørsmål:

- For kvar av spørsmåla om «fasilitetar og servicetilbod lokalt» (sjå 2.4.3), vart det gitt eit oppfølgingsspørsmål til dei som svarte at tilgjenge er «dårleg» eller «svært dårleg». Respondent blei bedt om å oppgi årsak til opplevd dårleg tilgjenge. Det var opna for å velje fleire svaralternativ samt fritekst til utfylling ved «anna årsak».
- Under temaet «deltaking i aktivitetar» (sjå 2.4.4) vart det gitt oppfølgingsspørsmål til dei som svarte at dei «aldri» deltek i organisert/frivillig arbeid eller «aldri» deltek i annan aktivitet. Også her var det opna for å velje fleire svaralternativ samt fritekst til sjølv å oppgi kvifor ein aldri deltek. Dei som svarte at dei deltek i organisert aktivitet/frivillig arbeid (uavhengig av hyppigheit) fekk oppfølgingsspørsmål om dei hadde utført gratis arbeid for ein organisasjon, klubb eller foreining siste 12 månader og dersom ja, kva organisasjon/klubb/foreining.
- Under temaet «tannhelse» (sjå 2.4.5) vart det lagt til eit spørsmål (til alle deltakarar) om tannkjøttssjukdom. Dette spørsmålet er lagt til i samarbeid med Høgskulen på Vestlandet.
- Under temaet «fysisk aktivitet» (sjå 2.4.14) vart det lag til eit spørsmål (til alle deltakarar) om årsaker til ikkje å trene eller mosjonere så ofte som ein ønsker. Dette spørsmålet er lagt til i samarbeid med Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), UiB, og er basert på spørsmål brukt i Kan2-undersøkinga<sup>31</sup>.

I tilleggsmodulen var det lagt til følgande spørsmål:

- Spørsmål om reisevanar baserte på spørsmål bruk i Kan2. Yrkesaktive og studentar vart spurte om dei arbeider/studerer utanfor heimen. Dersom ja, blei dei spurte om avstand og reisevane mellom heimstad og arbeidsplass/studieplass. I tillegg blei alle deltakarar stilt eit spørsmål om reisevanar til ulike aktivitetar.
- Eit spørsmål om trivselsfaktorar i nærmiljøet. Tilsvarende spørsmål var brukt i førre Folkehelseundersøking i Hordaland og Sogn og Fjordane.
- To spørsmål med to tilhøyrande oppfølgingsspørsmål om marknadsføringsvideoane brukt for å auke oppslutninga til undersøkinga. Spørsmåla var utarbeida av FHI i samarbeid med Vestland fylkeskommune og hadde som mål å fange opp a) kva grad videoen var blitt sett av respondentane og b) kva grad respondentane sjølv vurderte om videoen hadde påverka deira interesse for å delta (meir lyst til å delta; verken meir eller mindre lyst til å delta; mindre lyst til å delta). Sjå også kap. 2.1.2 og appendiks 3 om evalueringa av marknadsføringsvideoen.

<sup>31</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/\\_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)

*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 (KI) 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 eigne 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 Vestland. Deretter visast prosentdel kvinner etter region og utdanningsnivå etter region.

For kvar utfallsvariabel køyrer vi deretter eit bestemt sett av analysar. Figurane eller diagramma til desse analysane er stort sett presenterte same rekkefølge som spørsmåla i spørjeskjemaet. 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 (sjå gul boks andre avsnitt, s 37). 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. Med å bruke ein ekstrakategori, beheld vi tal 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 ein del av dei 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 (utanom Bergen), berre for regionar innan fylka. I eit sett av tilleggstabellar vil det bli gitt tal for den enkelte kommune, samt bydelar i Bergen, 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 vekt. Dette for å gi rettare tal for regionane og for Vestland og regionane 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 deltakar<sup>32</sup>.

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. For nokre av utfalla brukar vi derfor i tillegg inndeling i låg/middels/høg skår etter standardar frå SSBs livskvalitetsmålingar [24]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi i tillegg valt å skildre forskjellar mellom grupper ved hjelp av effektstørrelsar (Cohens  $d$ ) [25]. 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 [25].

Ikkje alle vil vere einige i at Cohens  $d$  bør brukast slik vi gjer her. Denne statistiske størrelsen gir mest meining 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

<sup>32</sup> <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

ein del samanhengar. Vi har foreløpig ikkje funne noko betre alternativ. Ved utrekning av effektstørrelser har vi i denne rapporten, også når vi samanliknar med andre fylke, brukt standardavvika som er rekna ut for Vestland. I samanstillinga mellom datainnsamlingane gjort i Vestland, har vi brukt det samla standardavviket («*pooled SD*») på tvers av datasett.

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* [25]. Ein viktig eigenskap ved denne formelen er at den gir effektstørrelser 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 desse tilfella blir Cohens *h* lik 0,28. Vi bruker 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. Samanhengane er sterke 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 effektstørrelser 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 effektstørrelser. Likevel har vi i nokre tilfelle også brukt effektstørrelser i slike samanhengar.

Effektstørrelser 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 effektstørrelser er det lettare å vurdere om samanhengane er svake, middels eller sterke. Då brukar vi Cohens *d*.

### Om trekking av utval, vekting og justeringar

Utvala i Folkehelseundersøkingane i fylka er trekte 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 prosentdel av innbyggjarane). Men innan kvart geografiske område trekkjer vi reint tilfeldig. At vi trekkjer ulike prosentar i ulike geografiske område, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjer vi ved å vekte data. Det betyr at svar frå dei personane som kjem frå område der vi har trekt ein høg prosentdel må telje mindre. Tilsvarande må vi vekte opp (la kvart svar telje meir) i område der vi prosentvis har trekt ut ein låg prosentdel.

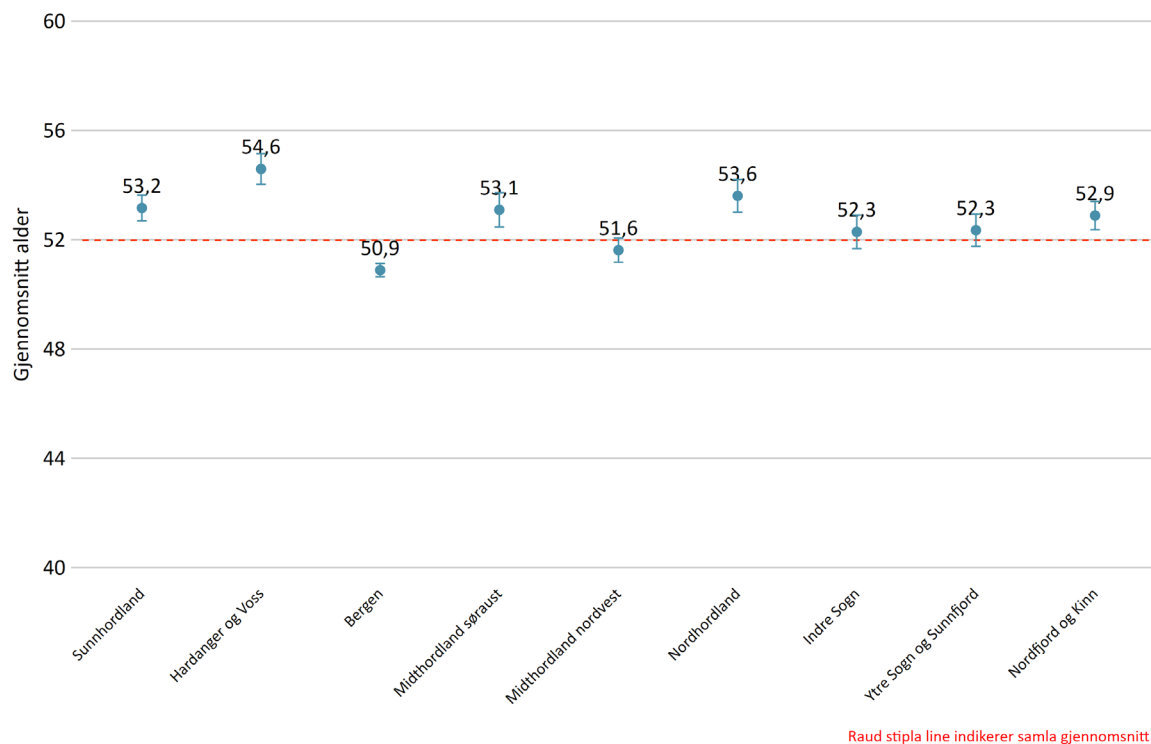
Dette må ikkje forvekslast med det å justere ein forskjell mellom grupper for andre variablar. Dersom vi til dømes vil samanlikne regionar innan fylket, kan vi rekne ut tala ut frå den føresetnad at alle regionane har same kjønnsfordeling, same aldersfordeling og same fordeling på utdanningsgrupper.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

### 3 Resultat: Vestland



### 3.1 Alder: Regionar i Vestland

Figur 1: Alder etter regionar i Vestland

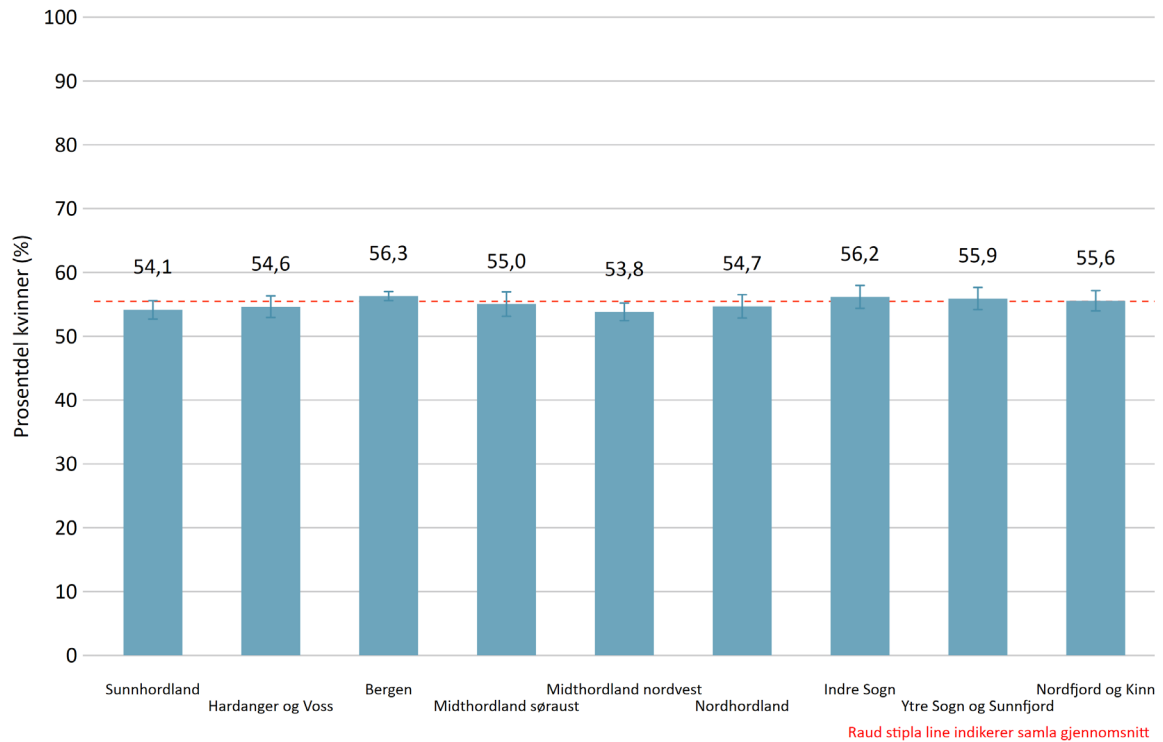


Figur 1 viser gjennomsnittsalder for utvalet, samla (raud, stipla linje), og for kvar region i Vestland. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalet er 52,0 år (Kvinner: 50,4 år; Menn: 54,0 år) (vekta tal). Det er noko variasjon i gjennomsnittsalder mellom regionane. Gjennomsnittsalderen er lågast i Bergen og høgast i Hardanger og Voss.



### 3.2 Kjønn: Regionar i Vestland

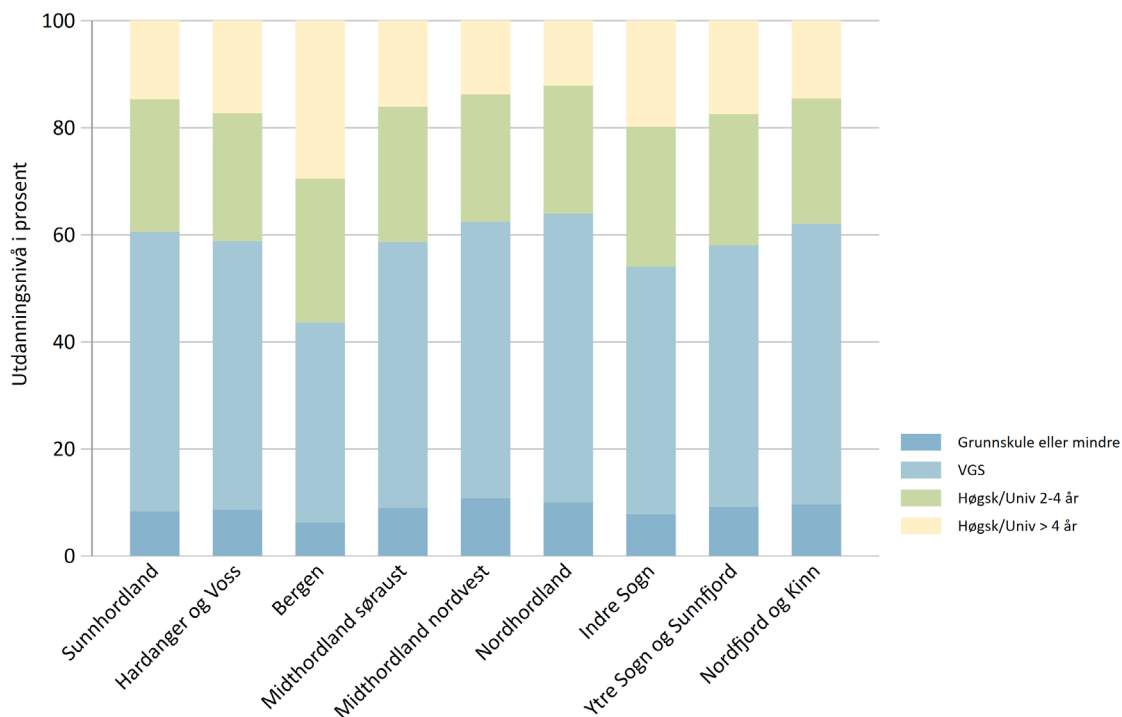
Figur 2: Kjønn etter regionar i Vestland



Figuren viser prosentdel kvinner i utvalet, samla og per region i Vestland. Kvinner utgjer 55,5 % av utvalet (vekta tal) på tvers av regionar i Vestland. Det er lite variasjon i andel kvinner på tvers av regionar. Andelen er svakt lågare i Midthordland nordvest enn andelen for fylket samla.

### 3.3 Utdanningsnivå - firedeelt: Regionar i Vestland

Figur 3: Utdanningsnivå - firedeelt etter regionar i Vestland

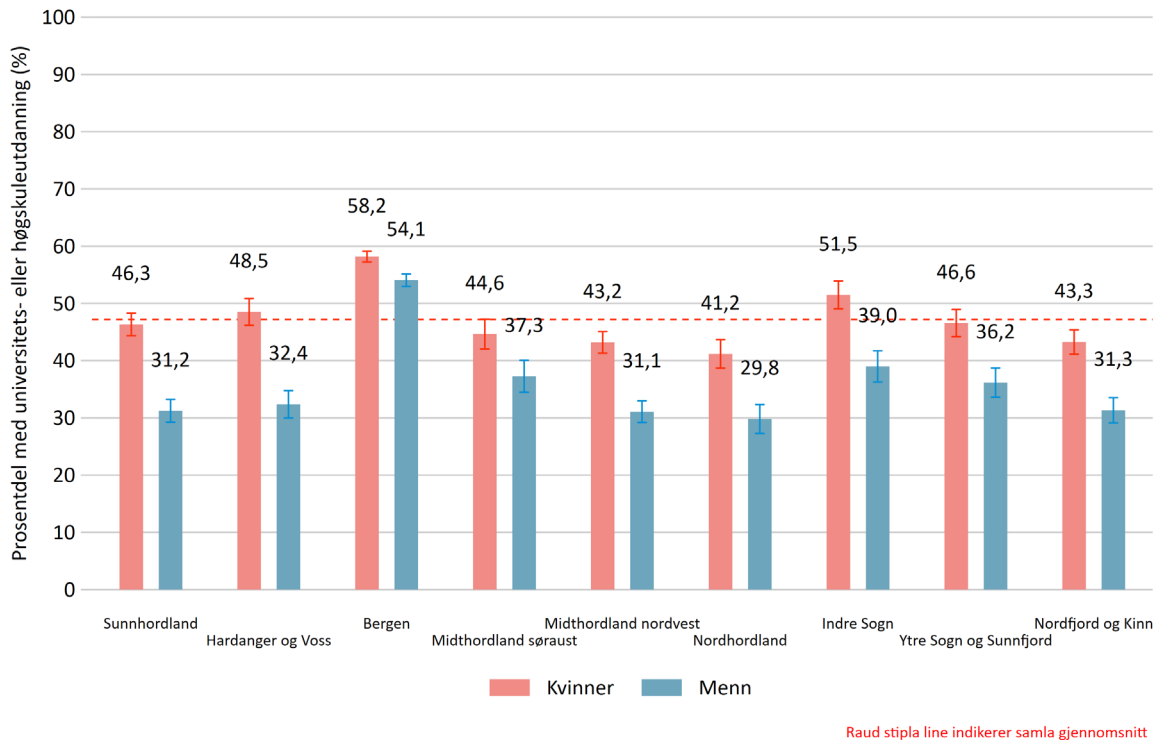


Figuren viser utdanningsnivå i prosent for kvar region. Dei med grunnskule eller mindre utgjer 8,0 % av utvalet. Dei med vidaregåande eller tilsvarende utgjer 44,8 %. Dei med universitets- eller høgskuleutdanning med varigheit på to til fire år utgjer 25,5 % og dei med universitets- eller høgskuleutdanning på meir enn fire år utgjer 21,7 % (vekta tal).

Bergen har høgast andel med høgskule- og universitetsutdanning, etterfølgt av Indre Sogn. Elles er det små forskjellar mellom regionane.

### 3.4 Todelt utdanningsnivå: Regionar i Vestland

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regionar i Vestland

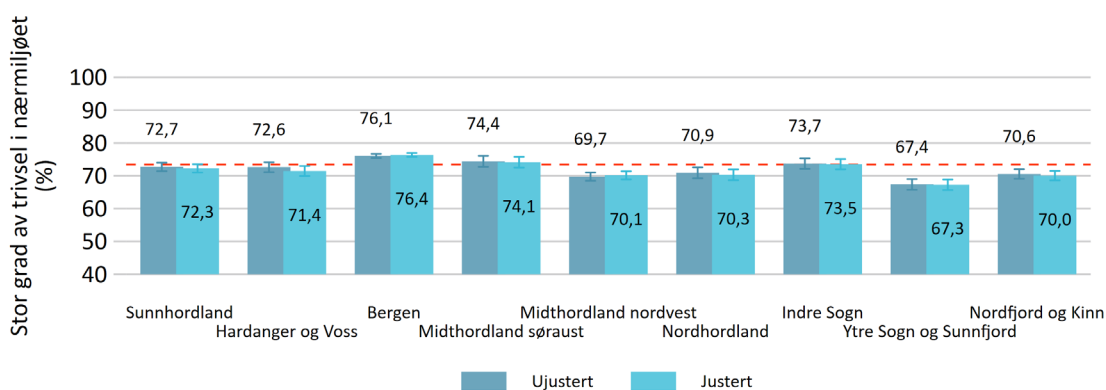


Figur 4 viser andelen med universitets- eller høgskuleutdanning som høgast fullførte utdanning, separat for kvinner og menn, for kvar region i Vestland. Dei med universitets- eller høgskuleutdanning utgjør 47,2 %, 51,8 % blant kvinner og 42,2 % blant menn. Både blant kvinner og menn er andel med universitets- eller høgskuleutdanning klart høgast i Bergen. Skilnaden i andel med universitets- eller høgskuleutdanning mellom Bergen og dei andre regionane er statistisk sikker både for kvinner og menn. Det er høgare andel kvinner med universitets- eller høgskuleutdanning samanlikna med menn innan regionane, med minst forskjell mellom menn og kvinner i Bergen.

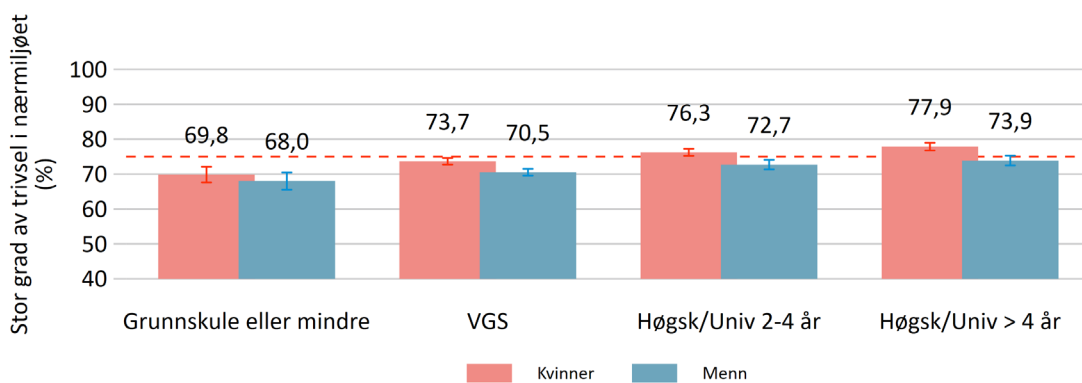
### 3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 53097 deltakere av 53216 (99,8 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for heile utvalet var **73,4 %** (KI95%: 73,0-73,9). Andelen for kvinner var 74,1 % (n=29346; KI95% 73,6-74,7) og andelen for menn var 72,6 % (n=23751; KI95% 72,0-73,2).

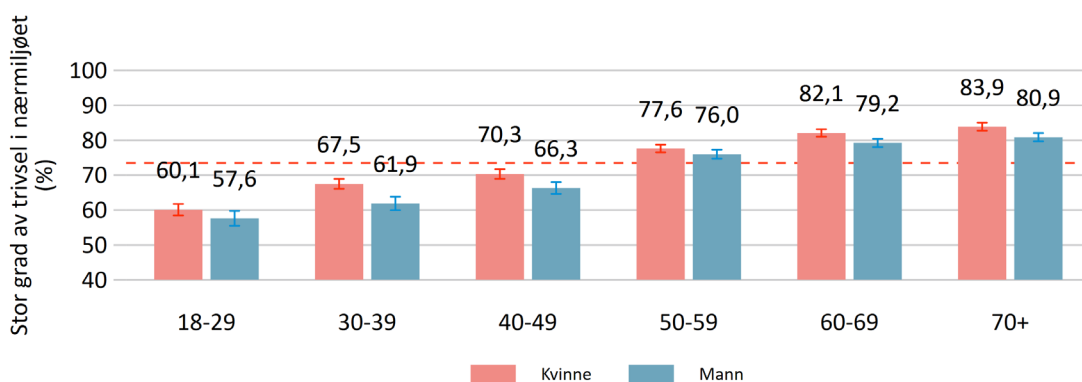
Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 5A viser andelen, samla og på tvers av regionar i fylket, som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen varierer noko mellom regionane, med om lag 9 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høgast (Bergen) og lågast andel (Ytre Sogn og Sunnfjord) (ujusterte tal). Bergen ligg over fylkesgjennomsnittet. Ytre Sogn og Sunnfjord, etterfølgt av Midthordland nordvest, Nordfjord og Kinn og Nordhordland ligg under fylkesgjennomsnittet. Skilnadene mellom ujusterte og justerte tal er minimale i alle regionar.

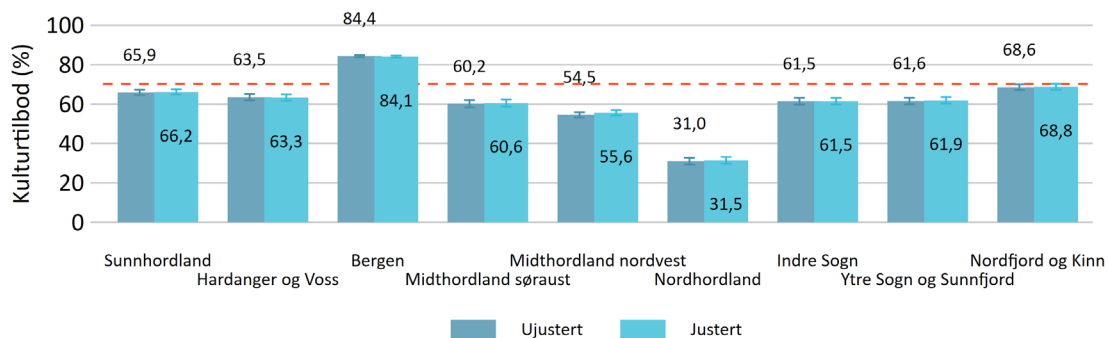
Figur 5B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. For både kvinner og menn stig andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet frå grunnskule eller mindre til høgskule- og universitetsutdanning mellom 2-4 år, for deretter å flate ut. For menn er skilnaden statistisk signifikant for dei med høgskule- og universitetsutdanning samanlikna med dei med grunnskule som høgaste utdanning. En litt høgare andel kvinner enn menn rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet innan kvart utdanningsnivå, men forskjellen er statistisk usikker for gruppa med lågast utdanning.

Figur 5C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen stig klart med aukande alder blant både kvinner og menn, med ei utflating for dei to eldste aldersgruppene. Forskjellen mellom yngste og eldste aldersgruppe er om lag 24 prosentpoeng for kvinner og 23 prosentpoeng for menn.

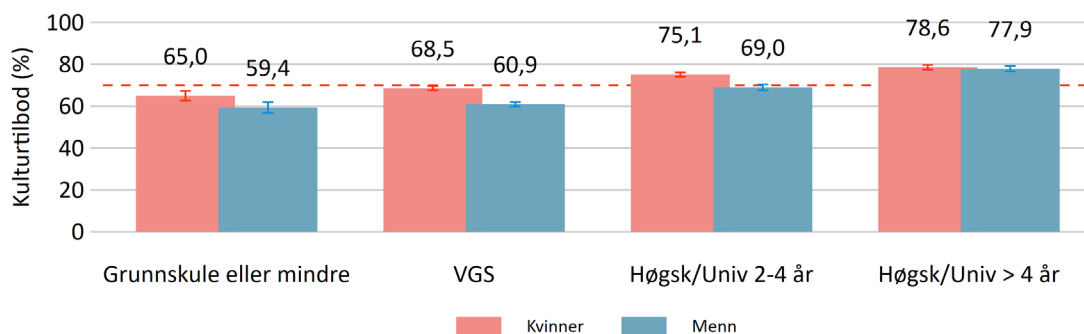
### 3.6 Kulturtilbod

Totalt 52612 deltakarar av 53216 (98,9 %) hadde gyldig svar på Kulturtilbod. Andelen som oppgav godt eller svært godt tilgjenge for heile utvalet var **70,2 %** (KI95%: 69,8-70,6). Andelen for kvinner var 72,8 % (n=29169; KI95% 72,2-73,3) og andelen for menn var 66,9 % (n=23443; KI95% 66,3-67,6).

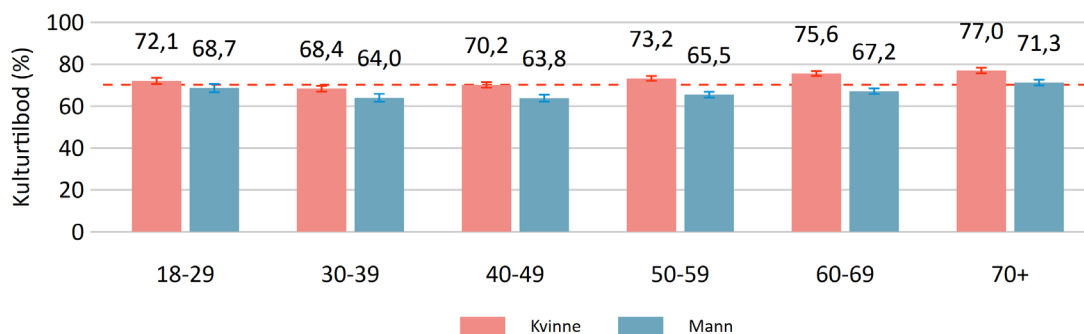
Figur 6: Andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kulturtilbod etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 6A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kulturtilbod. Andelen som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge varierer mykje mellom regionane. Det er om lag 53 prosentpoeng forskjell mellom regionane med høgast og lågast andel (ujusterte tal). Bergen ligg klart over fylkesgjennomsnittet, medan dei andre regionane, med unntak av Nordfjord og Kinn, ligg under fylkesgjennomsnittet. Nordhordland har den klart lågaste andelen som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kulturtilbod. Skilnadene mellom ujusterte og justerte tal er minimale i alle regionar.

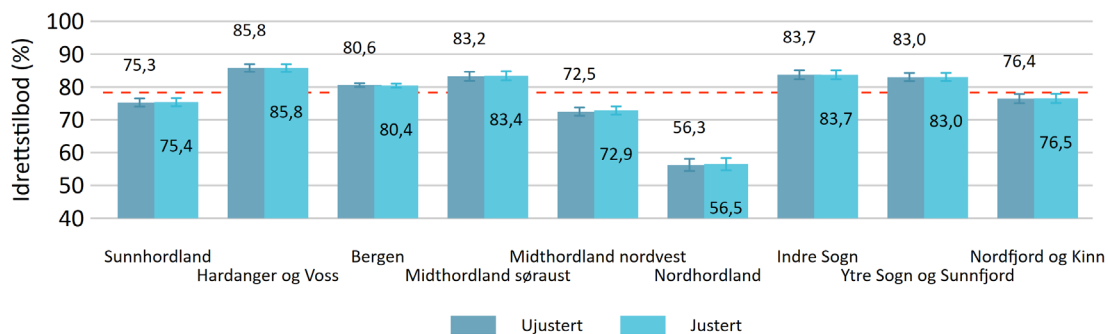
Figur 6B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kulturtilbod. Blant kvinner stig andelen som rapporterte godt tilgjenge til kulturtilbod frå grunnskule eller mindre til høgskule- og universitetsutdanning på 4 år eller meir. Blant menn stig andelen som rapporterte godt tilgjenge til kulturtilbod med auka utdanningsnivå, men forskjellen mellom grunnskule og VGS er statistisk usikker. Det er større andel kvinner enn menn som rapporterte godt tilgjenge på kulturtilbod innan kvart utdanningsnivå, med unntak av gruppa med fullført høgskule- eller universitetsutdanning på meir enn 4 år.

Figur 6C viser andel, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kulturtilbod. For kvinner minkar andelen som rapporterte godt tilgjenge på kulturtilbod svakt frå 18-29 år til 30-39 år, for så å auke jamt med aukande alder. For menn minkar andelen som rapporterte godt tilgjenge på kulturtilbod svakt med aukande alder frå 18-29 år, for så å auke frå 40-49 år og oppover. Det er ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte godt tilgjenge på kulturtilbod i alle aldersgrupper, med unntak av den yngste.

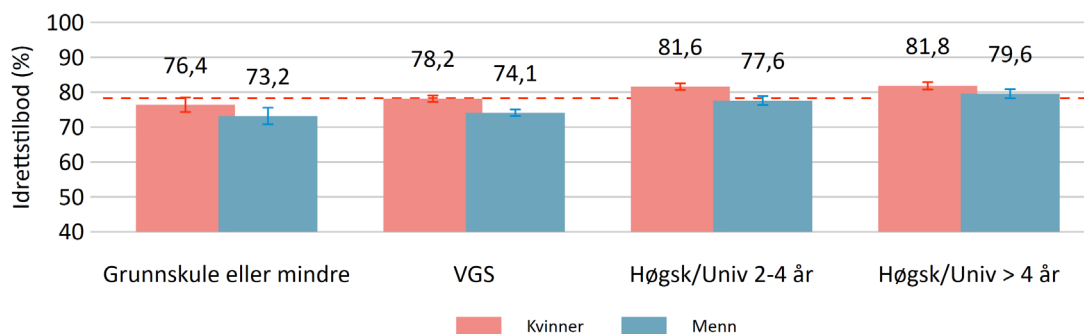
### 3.7 Idrettstilbud

Totalt 51682 deltakarar av 53216 (97,1 %) hadde gyldig svar på Idrettstilbud. Andelen som oppgav godt eller svært godt tilgjenge for heile utvalet var **78,3 %** (KI95%: 77,9-78,6). Andelen for kvinner var 80,0 % (n=28685; KI95% 79,5-80,5) og andelen for menn var 76,1 % (n=22997; KI95% 75,5-76,7).

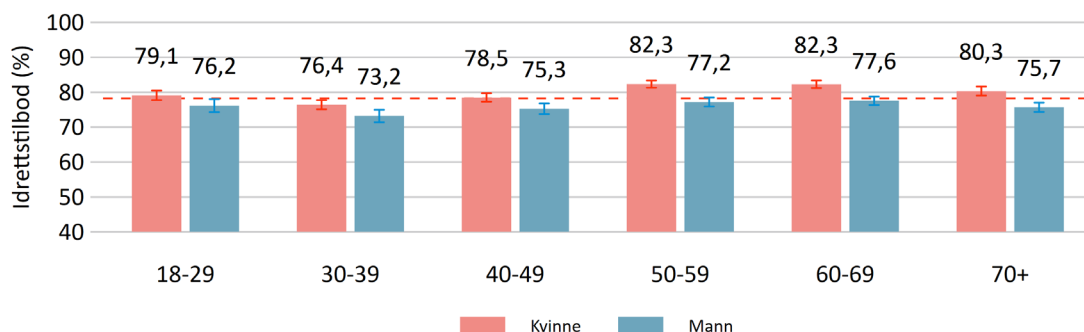
Figur 7: Andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til idrettstilbud etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 7A viser andelen, samla og på tvers av regionar i fylket, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til idrettstilbod. Andelen varierer mykje mellom regionane. Det er om lag 30 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høgaste og lågaste andel (ujusterte tal). Hardanger og Voss, etterfølgt av Indre Sogn, Midthordland søraust og Ytre Sogn og Sunnfjord, ligg klart over fylkesgjennomsnittet. Nordhordland har klart lågast andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge, etterfølgt av Midthordland nordvest og Sunnhordland. Skilnadene mellom ujusterte og justerte tal er minimale i alle regionar.

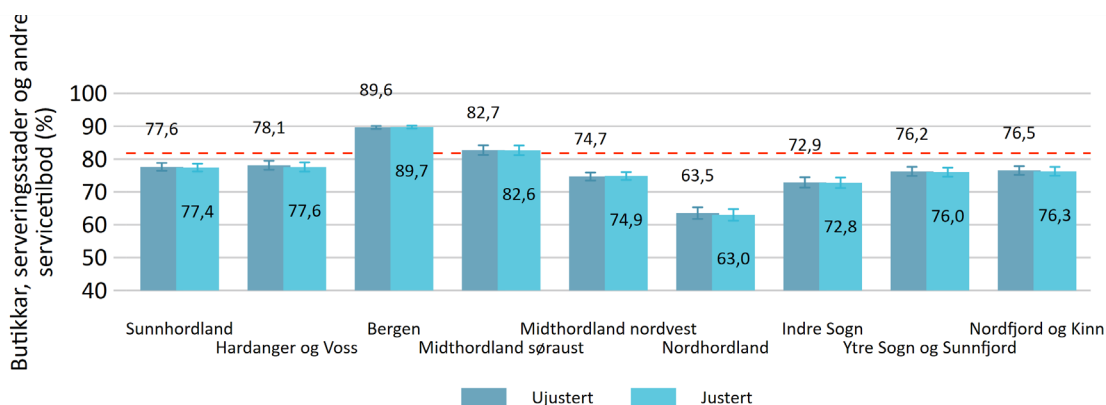
Figur 7B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til idrettstilbod. Blant både kvinner og menn er det ein tendens til at andelen som rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod stig med aukande utdanningsnivå. Forskjellane er statistisk signifikante mellom dei to gruppene med lågast utdanning og dei to gruppene med høgast utdanning for begge kjønn.

Figur 7C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til idrettstilbod. For både kvinner og menn varierer andelen noko uregelmessig over alder. Først minkar andelen som rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod litt frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa, for så å auke litt igjen for aldersgruppa 40-49 år. Frå 40-49 år til 50-59 år stig andelane litt, for så å flate ut og minke svakt i den to eldste aldersgruppene. For kvinner er det ein statistisk signifikant forskjell mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 og dei tre yngste aldersgruppene. For menn er det ein statistisk signifikant forskjell mellom aldersgruppene 50-59 år til 60-69 år og aldersgruppa 30-39 år. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte godt tilgjenge til idrettstilbod i alle aldersgrupper, med unntak av den yngste.

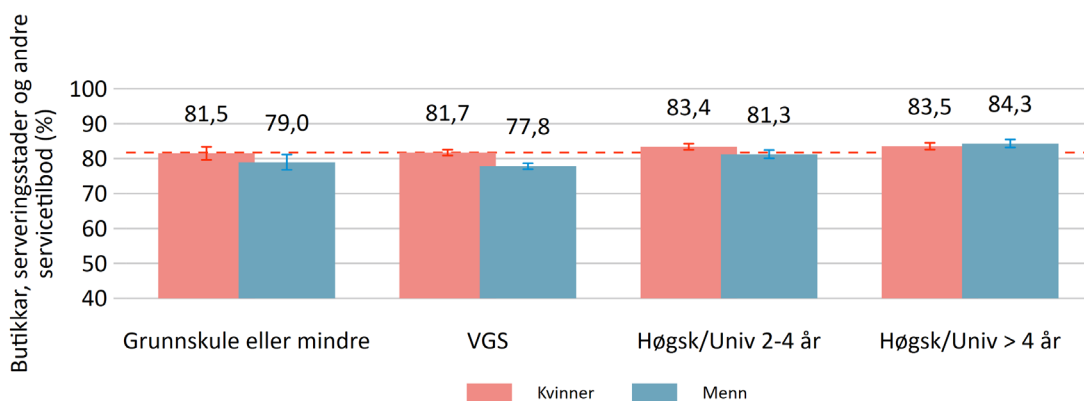
### 3.8 Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod

Totalt 53030 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod. Andelen som oppgav godt eller svært godt tilgjenge for heile utvalet var **81,8 %** (KI95%: 81,4-82,1). Andelen for kvinner var 82,7 % (n=29320; KI95% 82,3-83,2) og andelen for menn var 80,6 % (n=23710; KI95% 80,1-81,1).

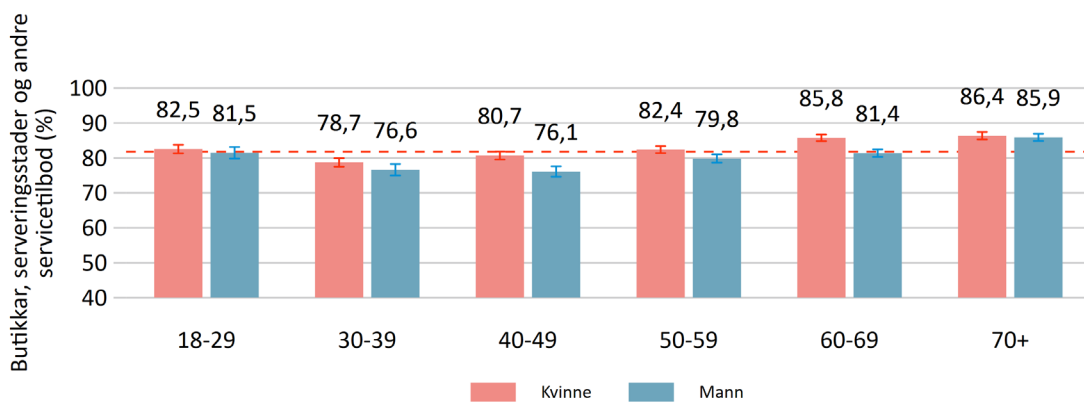
Figur 8: Andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 8A viser andelen, samla og på tvers av regionar i fylket, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod. Andelen som rapporterte godt tilgjenge varierer mykje over regionar, med om lag 26 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg klart over fylkesgjennomsnittet. Dei andre regionane, med unntak av Midthordland søraust, ligg under fylkesgjennomsnittet. Nordhordland har den lågaste andelen som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge, etterfølgt av Indre Sogn. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte verdiar.

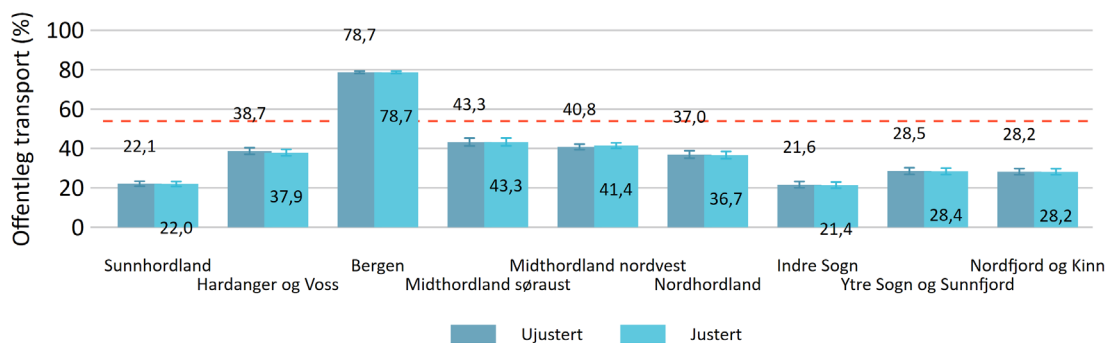
Figur 8B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod. Det er små forskjellar mellom utdanningsnivåa. For kvinner er det ingen statistisk signifikante forskjellar på tvers av utdanningsnivå. For menn er det statistisk signifikante forskjellar mellom gruppene med høgskule- eller universitetsutdanning og dei med VGS som høgaste utdanning, med litt høgare andel som rapporterte godt tilgjenge i gruppene med høgare utdanning. Det er også ein statistisk signifikant forskjell mellom gruppene med høgast og lågast utdanningsnivå, med litt høgare andel som rapporterte godt tilgjenge i gruppa med høgast utdanning.

Figur 8C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod. Blant kvinner minkar andelen svakt frå den yngste til nest yngste aldersgruppa, men stig så med aukande utdanningsnivå til aldersgruppa 60-69, der kurva flatar noko ut. Blant menn søkk andelen noko frå den yngste aldersgruppa til aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år. Frå 40-49 år stig andelen som rapporterte godt tilgjenge med aukande alder. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte godt tilgjenge til butikkar og servicetilbod, med unntak av den yngste og den eldste aldersgruppa der forskjellane ikkje var statistisk signifikante.

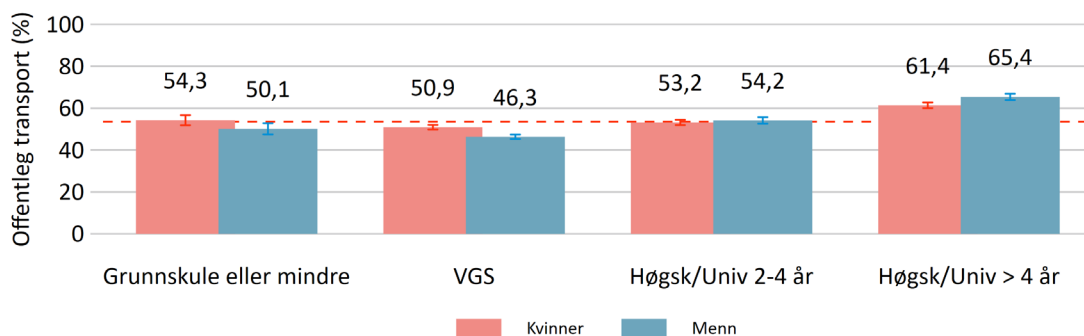
### 3.9 Offentleg transport

Totalt 51658 deltakarar av 53216 (97,1 %) hadde gyldig svar på Offentleg transport. Andelen som oppgav godt eller svært godt tilgjenge for heile utvalet var **53,9 %** (KI95%: 53,4-54,3). Andelen for kvinner var 54,3 % (n=28577; KI95% 53,7-54,9) og andelen for menn var 53,3 % (n=23081; KI95% 52,6-54,0).

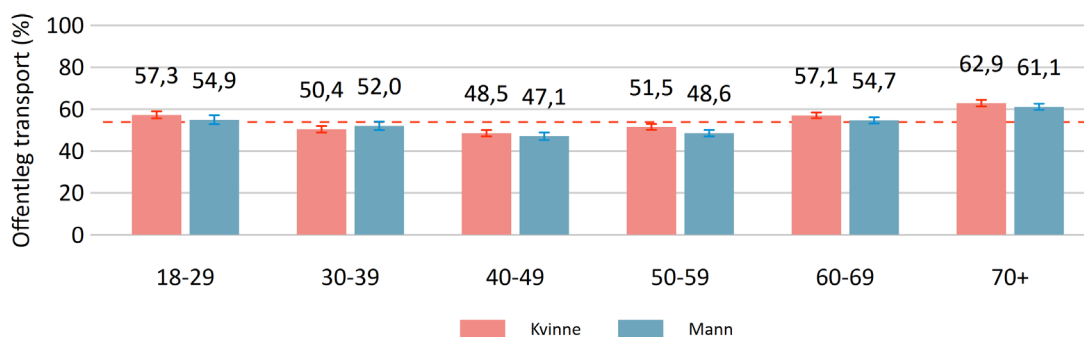
Figur 9: Andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til offentlig transport etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 9A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til offentleg transport. Andelen som rapporterte godt tilgjenge varierer vesentleg mellom regionane, med om lag 58 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg klart over fylkesgjennomsnittet, medan alle dei andre regionane ligg klart under. Sunnhordland og Indre Sogn har dei lågaste andelane. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte verdiar.

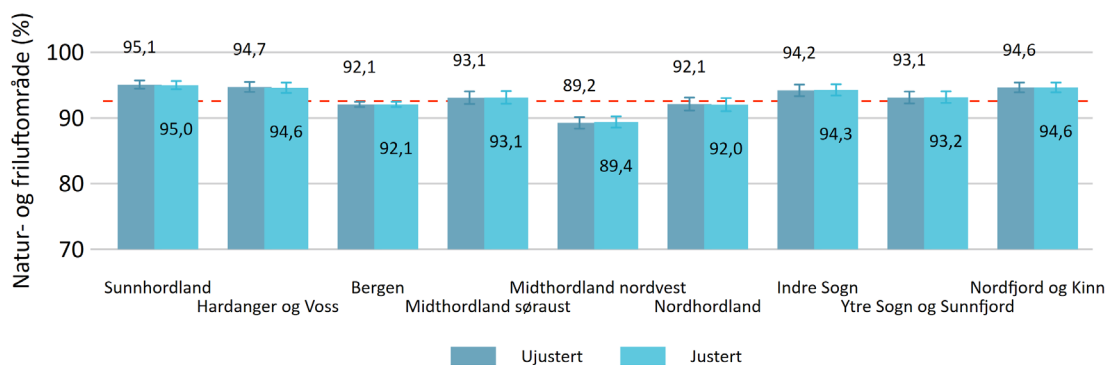
Figur 9B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til offentleg transport. Blant både kvinner og menn er det ein svak U-kurva samanheng mellom andel som rapporterte godt tilgjenge og utdanningsnivå, der andelen tilfredse er høgast i gruppa med lengst utdanning og lågast i gruppa med VGS-utdanning. Blant kvinner er andelen statistisk signifikant høgare i gruppa med høgskule- eller universitetsutdanning på over 4 år enn dei andre utdanningsnivåa. Blant menn er andelen statistisk signifikant lågare i gruppa med VGS-utdanning enn dei andre utdanningsnivåa, og andelane var statistisk signifikant høgare for dei to høgaste utdanningsnivåa samanlikna med dei to lågaste nivåa. Ein høgare andel kvinner ein menn rapporterte godt tilgjenge på offentleg transport for dei med VGS-utdanning. Motsett rapporterte ein høgare andel menn enn kvinner godt tilgjenge i gruppa med høgskule- eller universitetsutdanning over fire år.

Figur 9C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til offentleg transport. Blant både kvinner og menn søkk andelen som rapporterte godt tilgjenge til offentleg transport noko frå aldersgruppa 18-29 til 40-49, for så å stige med aukande alder. I den eldste aldersgruppa er andelen som rapporterte godt tilgjenge statistisk signifikant høgare enn alle dei andre aldersgruppene. Med unntak av aldersgruppa 30-39 år rapporterte ein svakt høgare andel kvinner enn menn godt tilgjenge til offentleg transport, men forskjellane er berre statistisk sikre i aldersgruppa 50-59 år.

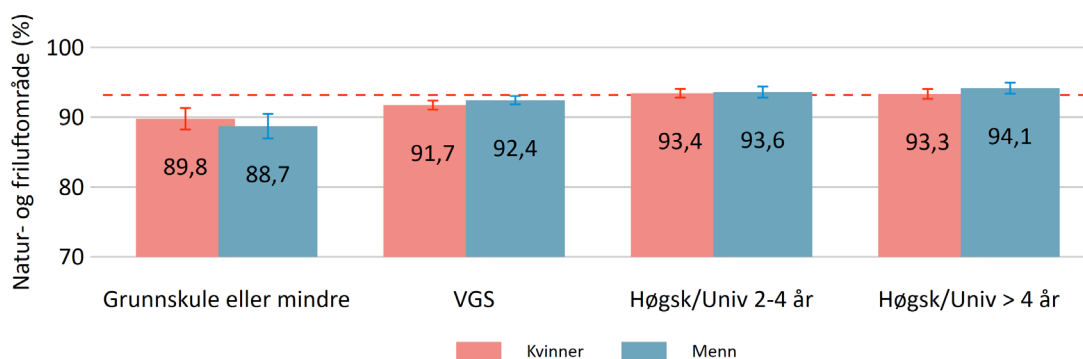
### 3.10 Natur- og friluftområde

Totalt 52907 deltakere av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Natur- og friluftområde. Andelen som oppgav godt eller svært godt tilgjenge for hele utvalet var **92,6 %** (KI95%: 92,3-92,8). Andelen for kvinner var 92,3 % (n=29257; KI95% 91,9-92,6) og andelen for menn var 93,0 % (n=23650; KI95% 92,6-93,3).

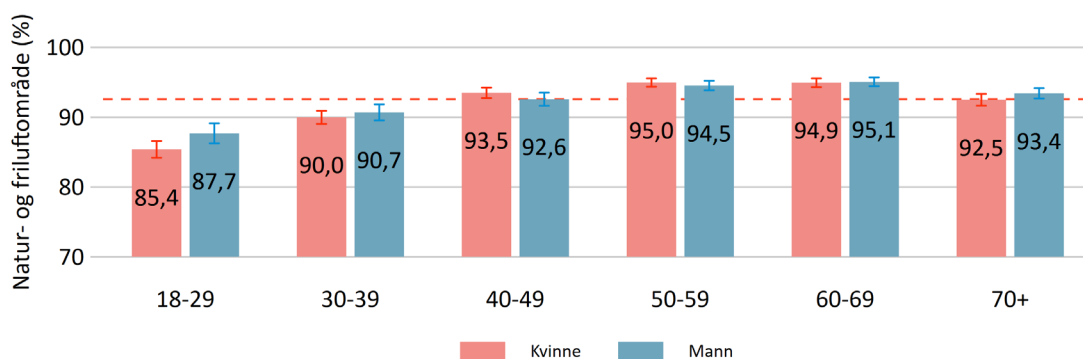
Figur 10: Andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til natur- og friluftområde etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 10A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til natur- og friluftsområde, inkludert parkar og grøntareal. Andelen er høg i alle regionar, med om lag 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høgaste og lågaste andel (ujusterte tal). Sunnhordland, Hardanger og Voss, Nordfjord og Kinn og Indre Sogn ligg litt over fylkesgjennomsnittet. Midthordland nordvest ligg klart under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte verdiar.

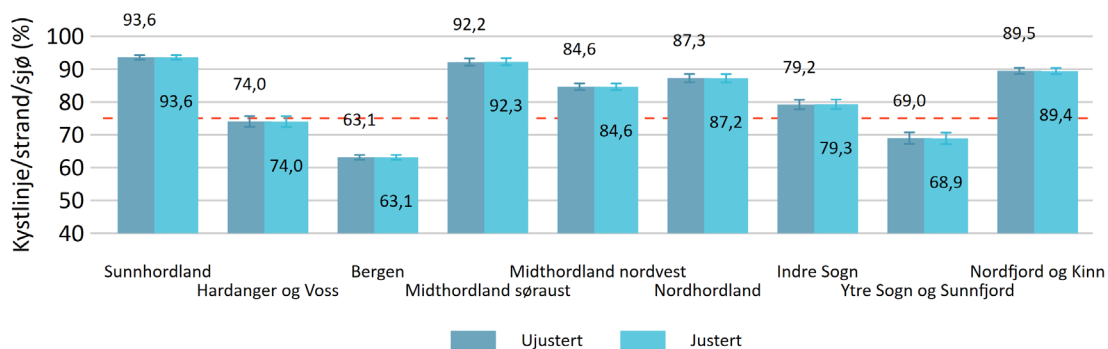
Figur 10B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge på natur- og friluftsområde. For begge kjønn stig andelen som rapporterte godt tilgjenge litt med aukande utdanning, men flatar ut for dei to gruppene med høgast utdanning. Det er ingen klare kjønnsforskjellar innan utdanningsnivåa i rapportert godt tilgjenge til natur- og friluftsområde.

Figur 10C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til natur- og friluftsområde. Blant både kvinner og menn stig andelen som rapporterte godt tilgjenge ein del frå aldersgruppa 18-29 år fram til 50-59 år og søkk svakt frå 60-69 år til den eldste aldersgruppa.

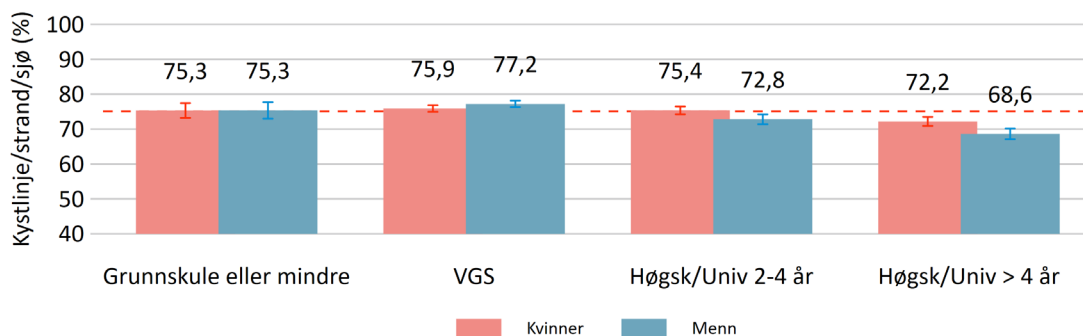
### 3.11 Kystlinje/strand/sjø

Totalt 51189 deltakarar av 53216 (96,2 %) hadde gyldig svar på Kystlinje/strand/sjø. Andelen som oppgav godt eller svært godt tilgjenge for heile utvalet var **75,0 %** (KI95%: 74,6-75,5). Andelen for kvinner var 75,5 % (n=28180; KI95% 74,9-76,0) og andelen for menn var 74,5 % (n=23009; KI95% 73,9-75,1).

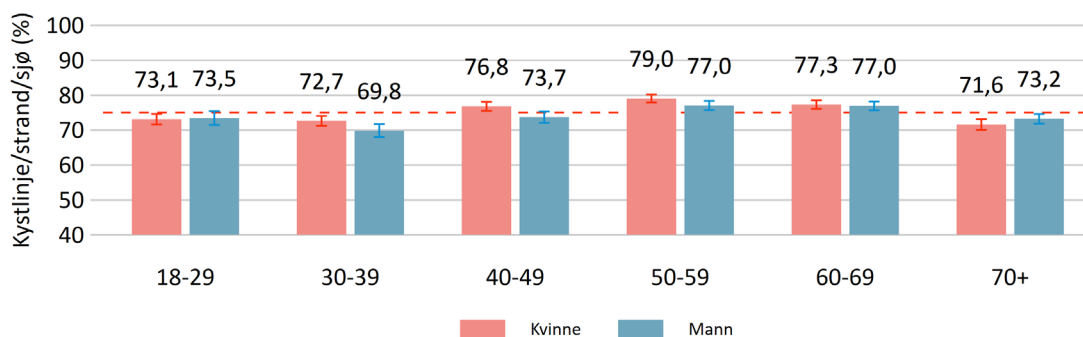
Figur 11: Andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kystlinje/strand/sjø etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 11A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kyst/strand/sjø. Det er stor variasjon over regionar, med om lag 31 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Merk at dei som har svart at dei ikkje bur i nærleiken av sjø/innsjø blir haldt utanfor prosentfordelinga her (3,3 % ( $n=1\ 743$ ) av respondentane gav dette svaret). Variasjonen over regionar synast like fullt i nokon grad å gjenspegle geografisk nærleik til kystlinja. Sunnhordland, Midthordland søraust, Nordfjord og Kinn, Nordhordland og Midthordland vest ligg klart over fylkesgjennomsnittet. Bergen og Ytre Sogn og Sunnfjord ligg tydeleg under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

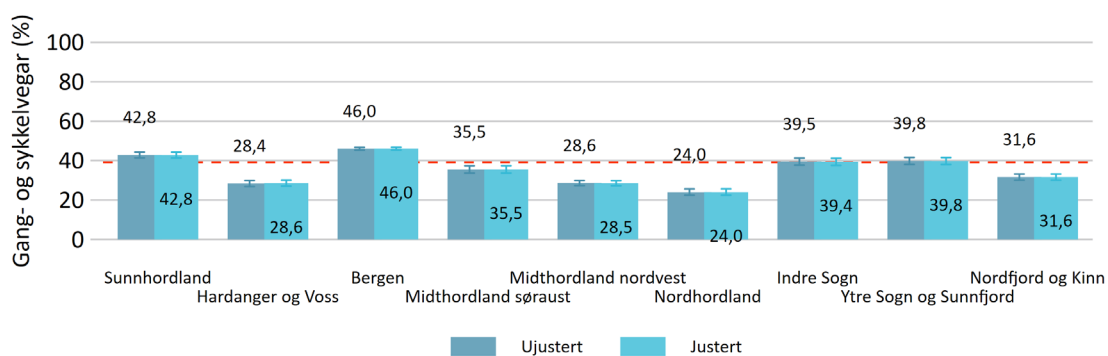
Figur 11B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært god tilgjenge til kystlinje/strand/sjø. Blant kvinner er det ein statistisk signifikant nedgang i andel som rapporterte godt tilgjenge frå gruppa med høgskule- eller universitetsutdanning på 2-4 år til gruppa med høgskule- eller universitetsutdanning på fire år eller meir. Blant menn er det ein jamn nedgang med aukande utdanning frå og med VGS. I dei to høgaste utdanningsgruppene er det litt høgare andel kvinner enn menn som rapporterte godt tilgjenge til kystlinje/strand/sjø.

Figur 11C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge til kystlinje/strand/sjø. Blant kvinner stig andelen som rapporterte godt tilgjenge frå aldersgruppa 30-39 til aldersgruppa 50-59 år, før den flatar ut og søkk i den eldste aldersgruppa. Blant menn er det ein nedgang i andelen som rapporterte godt tilgjenge frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa, før den stig med aukande alder fram til aldersgruppa 50-59 år. Det er så ein nedgang frå den nest eldste til den eldste aldersgruppa. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte godt tilgjenge i aldersgruppa 40-49 år. I dei andre gruppene var forskjellane ikkje statistisk signifikante.

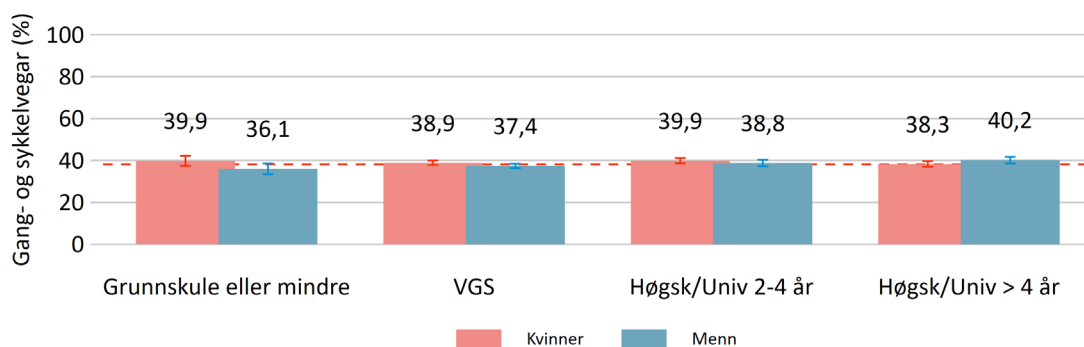
### 3.12 Gang- og sykkelveggar

Totalt 52242 deltakarar av 53216 (98,2 %) hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveggar. Andelen som oppgav at desse er godt eller svært godt utbygde for heile utvalet var **39,1 %** (KI95%: 38,6-39,5). Andelen for kvinner var 39,7 % (n=28883; KI95% 39,1-40,3) og andelen for menn var 38,4 % (n=23359; KI95% 37,7-39,0).

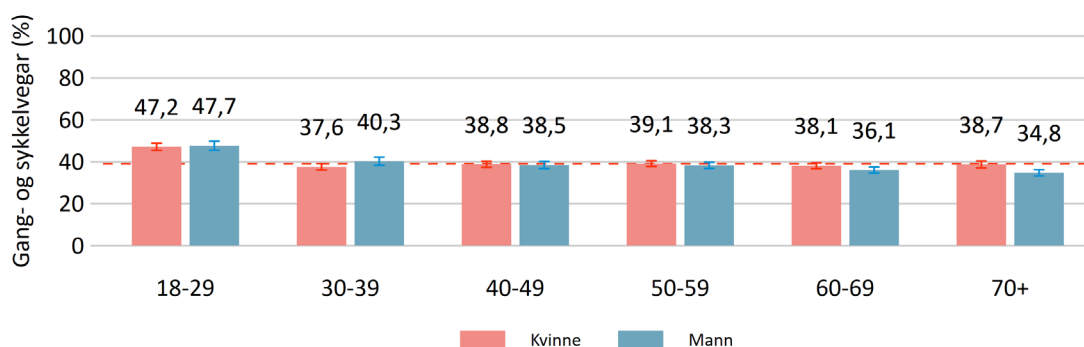
Figur 12: Andel som rapporterte godt eller svært godt utbygde gang- og sykkelveggar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 12A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte at gang- og sykkelveggar er godt eller svært godt bygd ut. Det er stor variasjon over regionar, med 22 prosentpoeng forskjellom mellom regionen med høgaste og lågaste andel (ujusterte tal). Bergen ligg klart over fylkesgjennomsnittet, medan Sunnhordland ligg litt over. Nordhordland, etterfølgt av Hardanger og Voss, Midthordland nordvest og Nordfjord og Kinn ligg klart under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

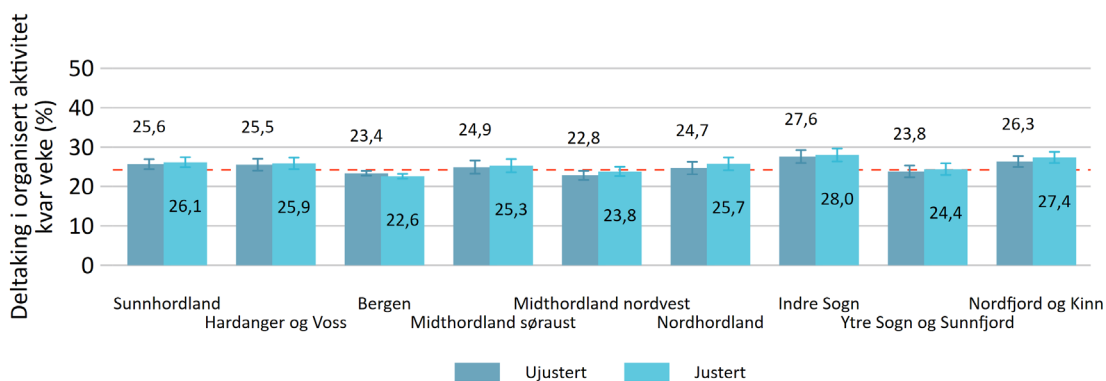
Figur 12B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at gang- og sykkelveggar er godt eller svært godt bygd ut. Det er lite variasjon over utdanningsnivåa både blant kvinner og menn. Det er heller ingen tydelege kjønnsforskjellar i andelen som rapporterte at gang- og sykkelveggar er godt eller svært godt bygd ut innan utdanningsnivåa.

Figur 12C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at gang- og sykkelveggar er godt eller svært godt bygd ut. Blant kvinner minkar andelen frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa, for så å halde seg på same nivå med aukande alder. Blant menn minkar andelen frå den yngste til nest yngste aldersgruppa og held seg på om lag same nivå med aukande alder, før den minkar svakt att etter 50-59 år. Ein litt høgare andel menn enn kvinner rapporterte at gang- og sykkelveggar er godt eller svært godt bygde ut i aldersgruppa 30-39 år, men forskjellen er ikkje statistisk signifikant. Andelen var litt høgare for kvinner enn for menn i den eldste aldersgruppa og forskjellen var her statistisk signifikant.

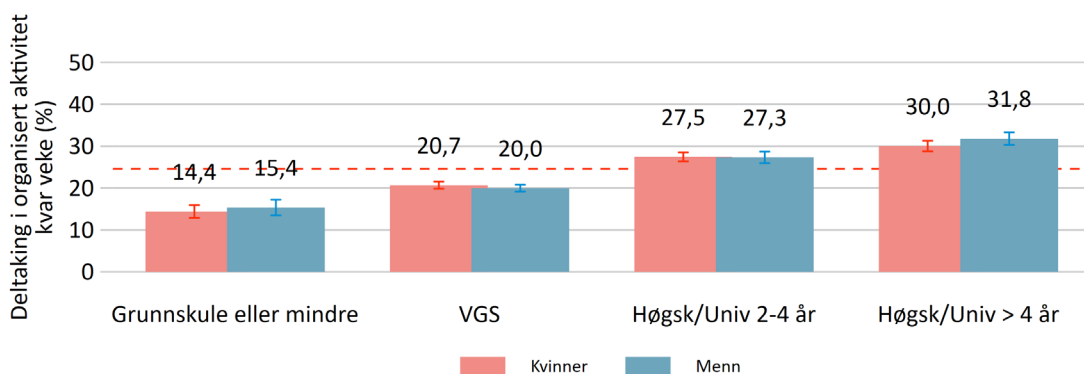
### 3.13 Deltaking i organisert aktivitet kvar veke

Totalt 53059 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Deltaking i organisert aktivitet kvar veke. Andelen for heile utvalet var **24,2 %** (KI95%: 23,8-24,6). Andelen for kvinner var 24,3 % (n=29319; KI95% 23,7-24,8) og andelen for menn var 24,2 % (n=23740; KI95% 23,6-24,8).

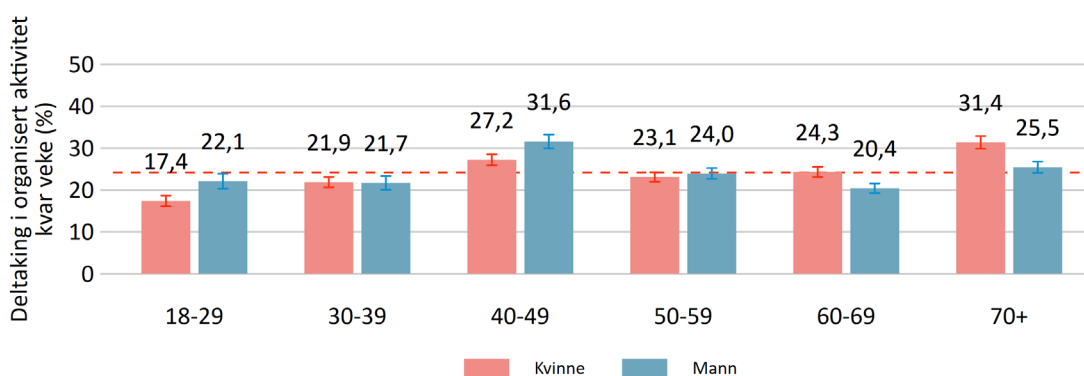
Figur 13: Deltaking i organisert aktivitet kvar veke etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 13A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke. Det er noko variasjon i andel på tvers av regionar, med omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Indre Sogn og Nordfjord og Kinn ligg like over fylkesgjennomsnittet i både ujusterte og justerte estimat. Bergen ligg like under fylkesgjennomsnittet i både ujusterte og justerte estimat, medan Midthordland nordvest ligg like under fylkesgjennomsnittet i ujustert estimat (før justering for alder, kjønn og utdanningssamansetning). Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte estimat for nokre av regionane.

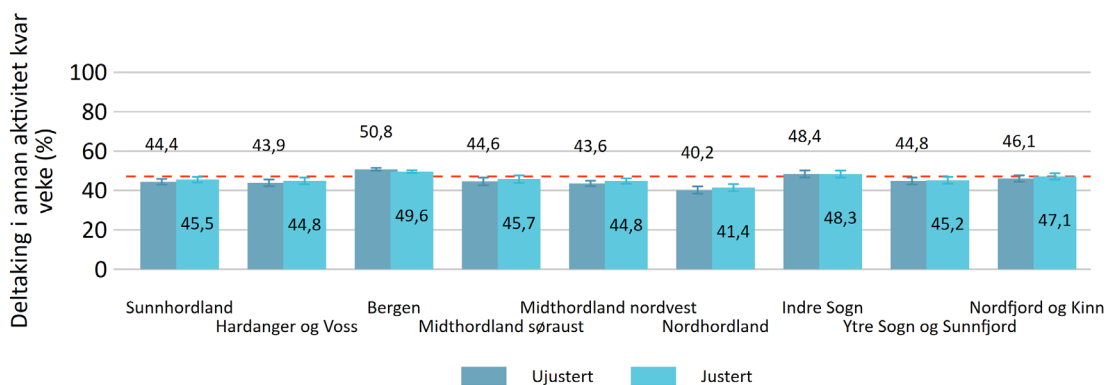
Figur 13B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke. Blant både kvinner og menn stig andelen som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke med aukande utdanningsnivå. Ein litt høgare andel (statistisk sikker) menn enn kvinner rapporterte deltaking i gruppa med høgast utdanning. Elles er ingen klare kjønnsforskjellar i innan utdanningsgruppene.

Figur 13C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke. Andelane varierer noko uregelmessig over aldersgruppene. Blant kvinner er andelen høgast i den eldste aldersgruppa og lågast i den yngste. Frå den yngste aldersgruppa stig andelen fram til aldersgruppa 40-49 år, søkk litt igjen i aldersgruppene 50-59 og 60-69, og stig på ny for aldersgruppa 70 år og eldre. Blant menn stig andelen klart frå aldersgruppa 30-39 år til 40-49 år, og er høgast i aldersgruppa 40-49 år samanlikna med alle dei andre aldersgruppene. Andelen minkar deretter med aukande fram til 60-69 år, for så å stige igjen i den eldste aldersgruppa. Ein høgare andel menn enn kvinner rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke i aldersgruppene 18-29 og 40-49 år. Motsett er andelen høgare for kvinner enn for menn i aldersgruppene 60-69 og 70 år og eldre.

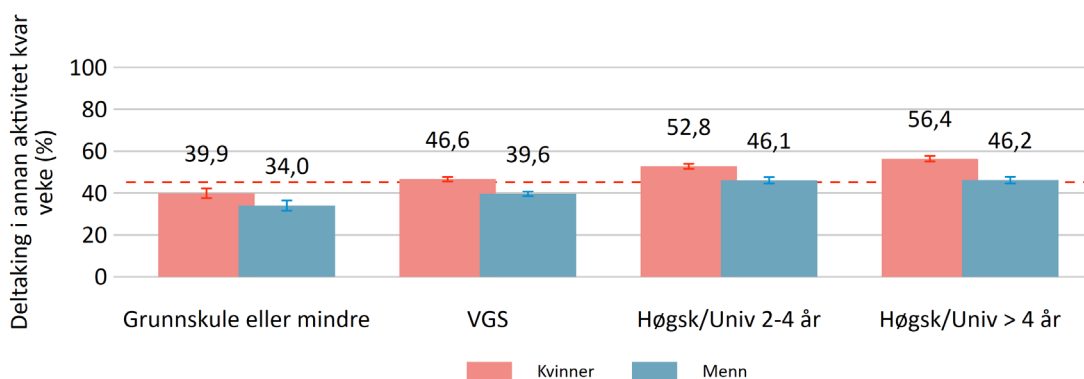
### 3.14 Deltaking i annan aktivitet kvar veke

Totalt 53015 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Deltaking i annan aktivitet kvar veke. Andelen for heile utvalet var **47,2 %** (KI95%: 46,7-47,7). Andelen for kvinner var 51,1 % (n=29296; KI95% 50,5-51,7) og andelen for menn var 42,3 % (n=23719; KI95% 41,7-43,0).

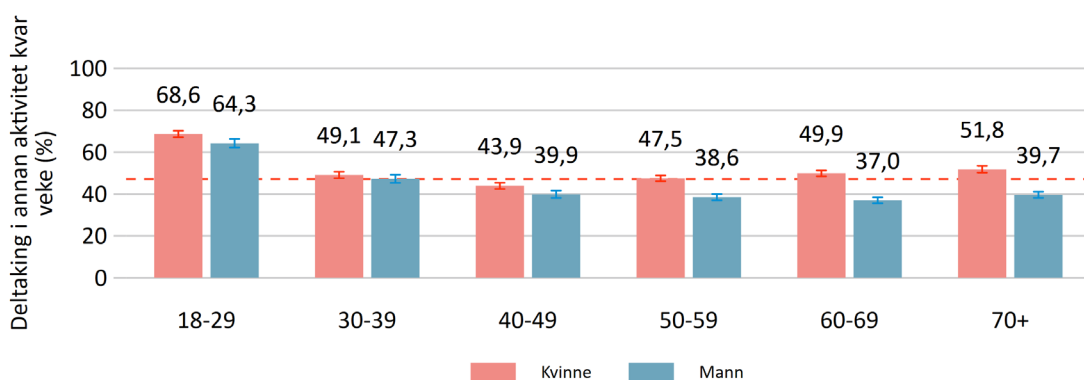
Figur 14: Deltaking i annan aktivitet kvar veke etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 14A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte deltaking i eigenorganisert aktivitet kvar veke. Det er om lag 11 prosentpoeng mellom regionane med den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Utover dette er det stort sett små variasjonar i andel på tvers av regionane. Bergen ligg like over fylkesgjennomsnittet. Nordhordland ligg klart under fylkesgjennomsnittet, medan Hardanger og Voss og Midthordland nordvest ligg like under. Det er små forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

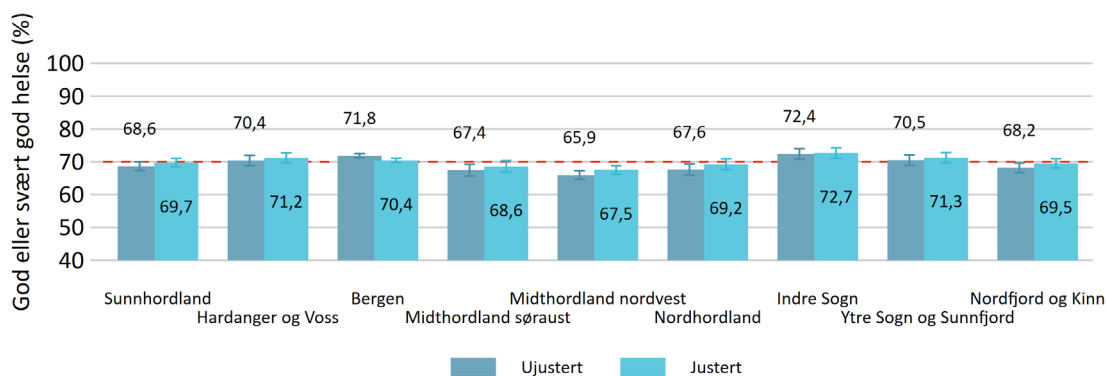
Figur 14B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte deltaking i eigenorganisert aktivitet kvar veke. Blant kvinner stig andelen jamt med aukande utdanning. For menn stig andelen med aukande utdanning, men flatar ut for dei to gruppene med høgast utdanning. I alle utdanningsgruppene var det ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte deltaking i eigenorganisert aktivitet kvar veke.

Figur 14C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte deltaking i eigenorganisert aktivitet kvar veke. Blant både kvinner og menn minkar andelen med aukande alder fram til aldersgruppa 40-49 år. Blant kvinner stig så andelen att svakt med aukande alder, mens den for menn flatar ut og stig først litt igjen i den eldste aldersgruppa. Andelen er statistisk signifikant høgare i den yngste aldersgruppa samanlikna med alle dei andre gruppene, og blant kvinner signifikant lågare i aldersgruppa 40-49 år samanlikna med dei andre gruppene. Det er statistisk signifikante kjønnsforskjellar, med høgare andelar kvinner enn menn som rapporterte deltaking i eigenorganisert aktivitet kvar veke. Dette gjeld alle aldersgrupper sett bort frå aldersgruppa 30-39 år. Kjønnsforskjellane er spesielt tydelege i dei tre eldste aldersgruppene.

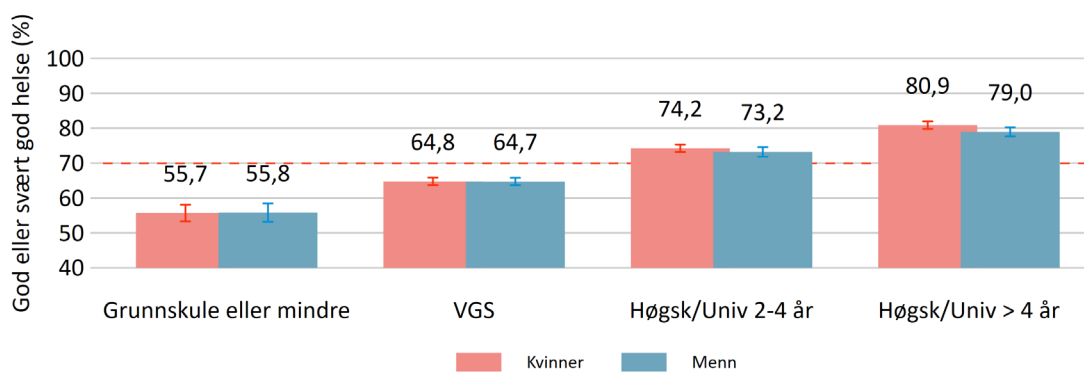
### 3.15 God eller svært god helse

Totalt 53093 deltakarar av 53216 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for heile utvalet var **70,0 %** (KI95%: 69,6-70,4). Andelen for kvinner var 70,8 % (n=29339; KI95% 70,2-71,3) og andelen for menn var 69,1 % (n=23754; KI95% 68,4-69,7).

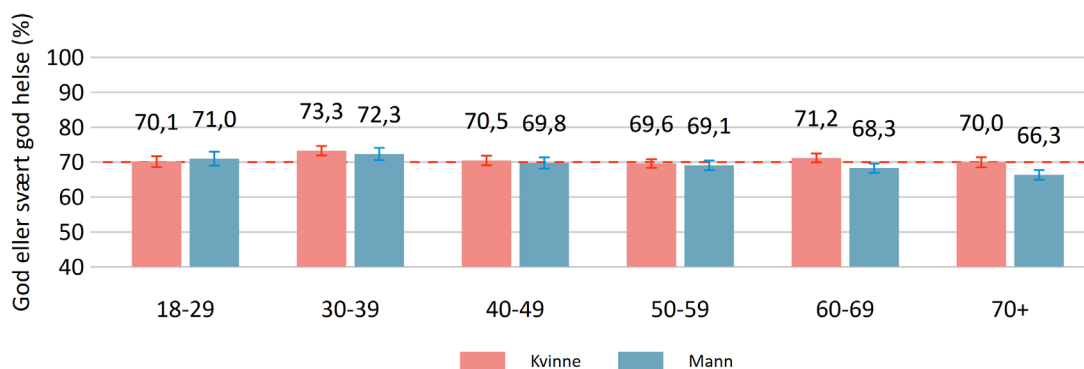
Figur 15: God eller svært god helse etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 15A viser andelen, samla og på vers av regionar i Vestland, som rapporterte god eller svært god helse. Det er noko variasjon på tvers av regionane, med 7 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Indre Sogn ligg litt over fylkesgjennomsnittet med både ujusterte og justerte estimat. Bergen ligg over fylkesgjennomsnittet med ujustert, men ikkje etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Midthordland nordvest ligg under fylkesgjennomsnittet med både ujusterte og justerte estimat. Midthordland søraust, Nordhordland, og Nordfjord og Kinn ligg under fylkesgjennomsnittet med ujusterte, men ikkje justerte estimat. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

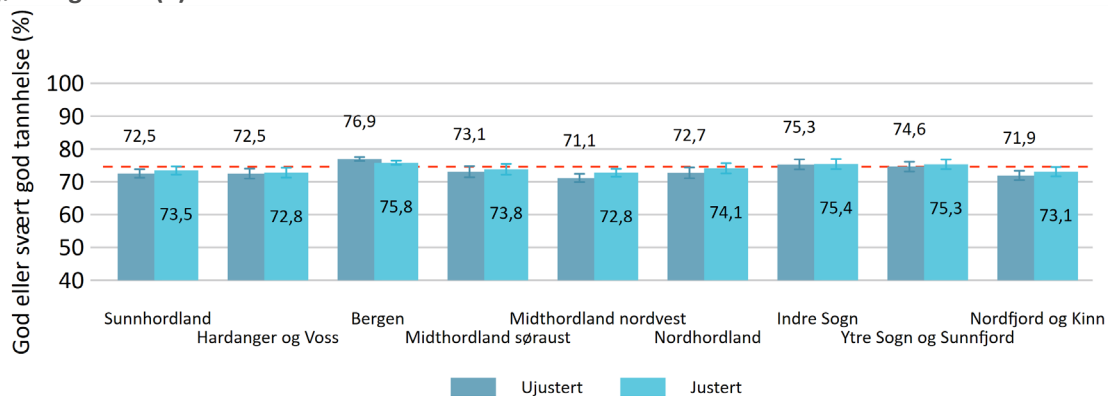
Figur 15B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god helse. Andelen som rapporterte god helse stig klart med aukande utdanning både blant kvinner og menn. Forskjellen mellom dei med høgast og lågast utdanning er på heile 25 prosentpoeng blant kvinner og 23 prosentpoeng blant menn. Det var ingen signifikante forskjellar mellom kjønn i nokon av utdanningsgruppene.

Figur 15C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god helse. Blant kvinner er det lite forskjell i andel som rapporterte god eller svært god helse på tvers av aldersgrupper, men i aldersgruppa 30-39 år var andelen signifikant høgare enn i aldersgruppa 50-59 år. Blant menn er det lite forskjell i andel mellom aldersgruppene frå 18-29 til 50-59 år, men andelane minkar litt med aukande alder etter 59-59 år. Forskjellane er statistisk signifikante når ein samanliknar dei to eldste aldersgruppene med aldersgruppa 30-39 år og når ein samanliknar den eldste med den yngste aldersgruppa. Det er ein statistisk signifikant høgare andel kvinner enn menn som rapporterte god eller svært god helse i dei to eldste aldersgruppene.

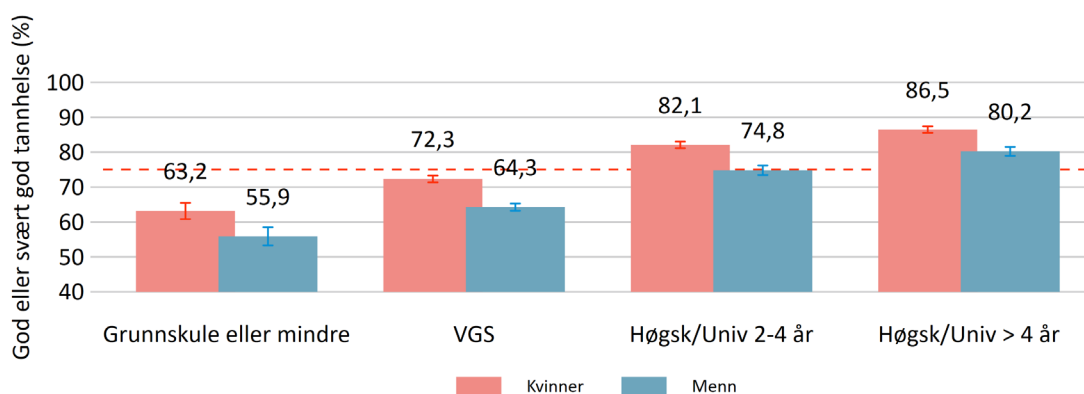
### 3.16 God eller svært god tannhelse

Totalt 53090 deltakarar av 53216 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for heile utvalet var **74,6 %** (KI95%: 74,2-75,0). Andelen for kvinner var 78,1 % (n=29338; KI95% 77,6-78,6) og andelen for menn var 70,3 % (n=23752; KI95% 69,6-70,9).

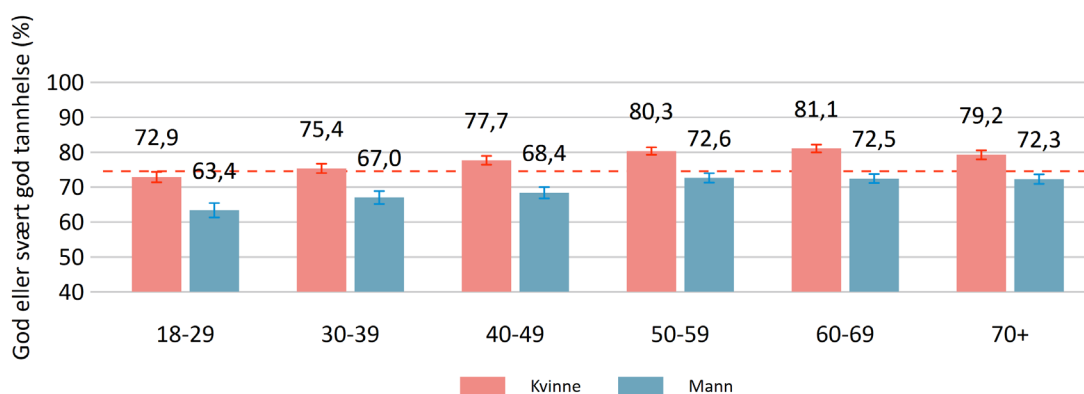
Figur 16: God eller svært god tannhelse etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 16A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte godt eller svært god tannhelse. Det er noko variasjon på tvers av regionar, med omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg over fylkesgjennomsnittet. Midthordland nordvest og Hardanger og Voss ligg like under fylkesgjennomsnittet med både ujusterte og justerte estimat. Sunnhordland og Nordfjord og Kinn ligg under fylkesgjennomsnittet med ujusterte estimat, men ikkje etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

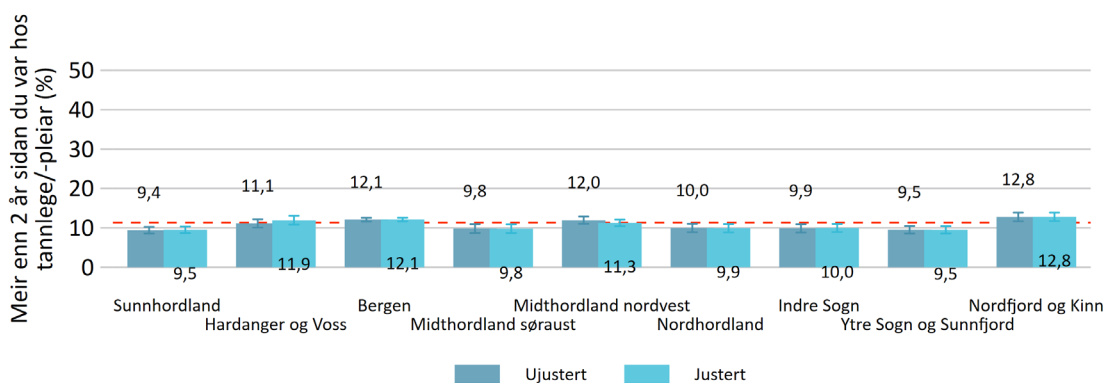
Figur 16B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tannhelse. Blant både kvinner og menn stig andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse med aukande utdanningsnivå. Forskjellen mellom høgaste og lågaste utdanningsnivå er om lag 23 prosentpoeng for kvinner og 24 prosentpoeng for menn. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tannhelse i alle utdanningsnivå.

Figur 16C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tannhelse. Blant både kvinner og menn stig andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse jamt med aukande alder, med ei utflating i dei tre eldste aldersgruppene. Andelane er statistisk signifikant høgare i dei tre eldste samanlikna med dei tre yngste aldersgruppene blant menn og i dei to nest eldste samanlikna med dei tre yngste aldersgruppene blant kvinner. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tannhelse i kvar aldersgruppe.

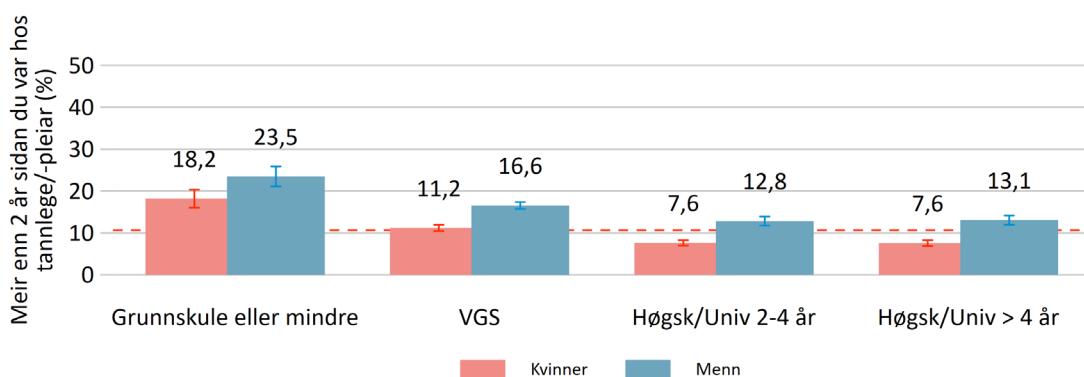
### 3.17 Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleiar

Totalt 53016 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleiar. Andelen for heile utvalet var **11,3 %** (KI95%: 11,0-11,6). Andelen for kvinner var 9,5 % (n=29306; KI95% 9,1- 9,8) og andelen for menn var 13,6 % (n=23710; KI95% 13,1-14,1).

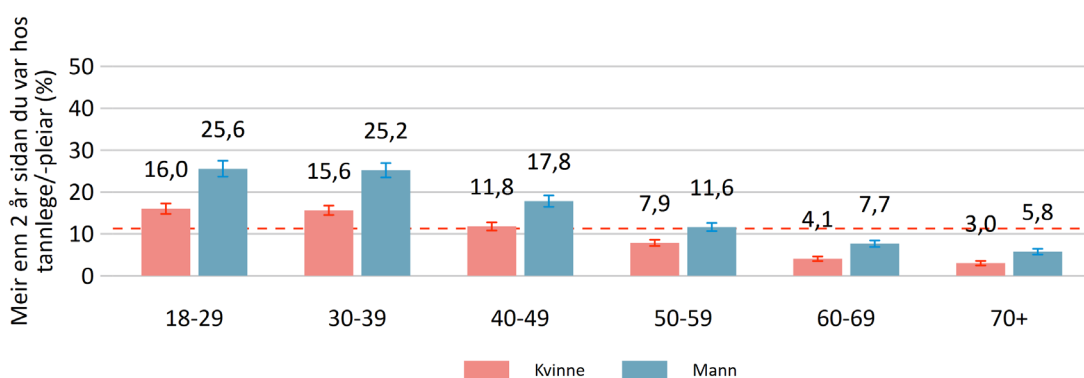
Figur 17: Meir enn 2 år sidan du var hos tannlege/-pleiar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 17A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte at det er meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege/-pleiar. Det er lite variasjon over regionane, med om lag 3 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen og Nordfjord og Kinn ligg like over fylkesgjennomsnittet. Sunnhordland og Ytre Sogn og Sunnfjord ligg like under fylkesgjennomsnittet. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte estimat.

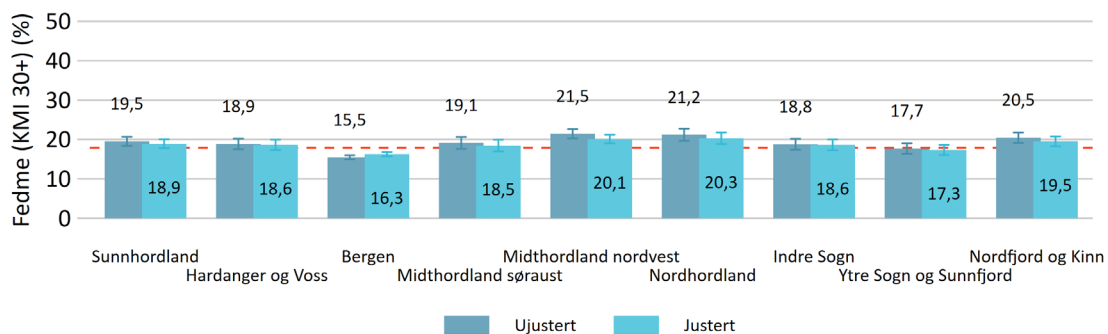
Figur 17B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at det er meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege/-pleiar. Blant både kvinner og menn minkar andelen med aukande utdanning og flatar ut mellom dei to høgaste utdanningsgruppene. Forskjellen mellom dei med høgast og dei med lågast utdanning er på om lag 11 prosentpoeng for kvinner og 10 prosentpoeng for menn. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte at det er meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege/-pleiar i alle utdanningsnivå.

Figur 17C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at det er meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege/-pleiar. Blant både kvinner og menn er andelane like i dei to yngste aldersgruppene, for så å minke med aukande alder frå aldersgruppa 30-39 år og oppover. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande aldersgruppene, sett bort frå dei to yngste. Ein høgare andel menn enn kvinner rapporterte at det er meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege/-pleiar i alle aldersgrupper.

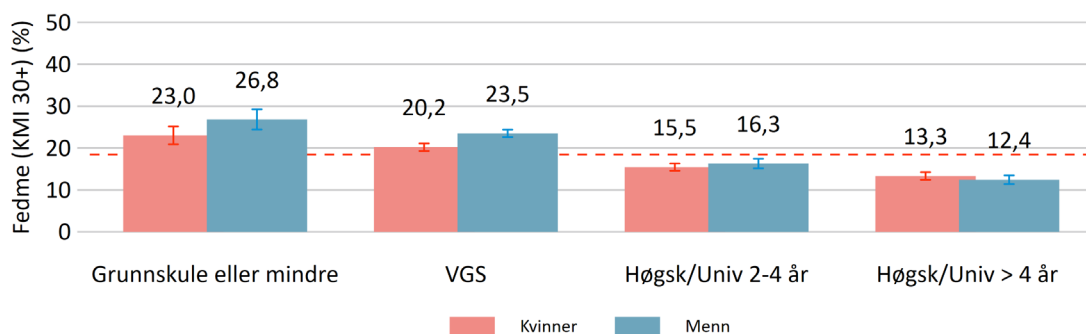
### 3.18 Fedme (KMI 30+)

Totalt 51932 deltakarar av 53216 (97,6 %) hadde gyldig svar på Fedme (KMI 30+). Andelen for heile utvalet var **17,9 %** (KI95%: 17,5-18,2). Andelen for kvinner var 17,0 % (n=28459; KI95% 16,5-17,4) og andelen for menn var 19,0 % (n=23473; KI95% 18,5-19,5).

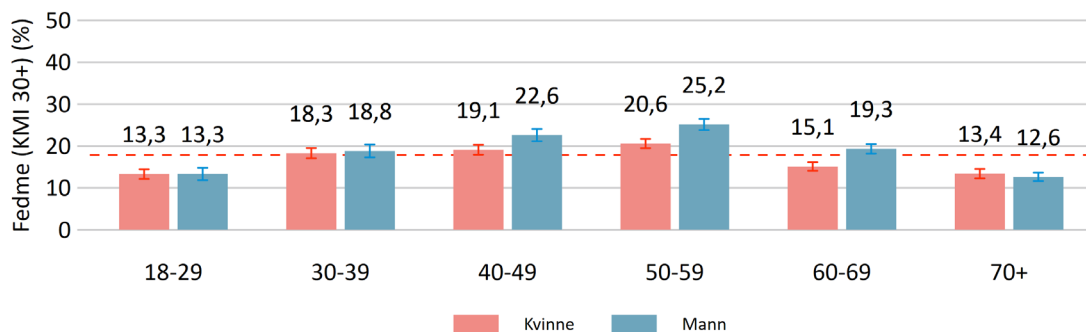
Figur 18: Fedme (KMI 30+) etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 18A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som har fedme (KMI 30+). Det er noko variasjon over regionane, med om lag 6 prosentpoeng forskjell mellom det høgaste og lågaste estimatet (ujusterte tal). Bergen ligg under fylkesgjennomsnittet. Midthordland nordvest, Nordhordland og Nordfjord og Kinn ligg over fylkesgjennomsnittet. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

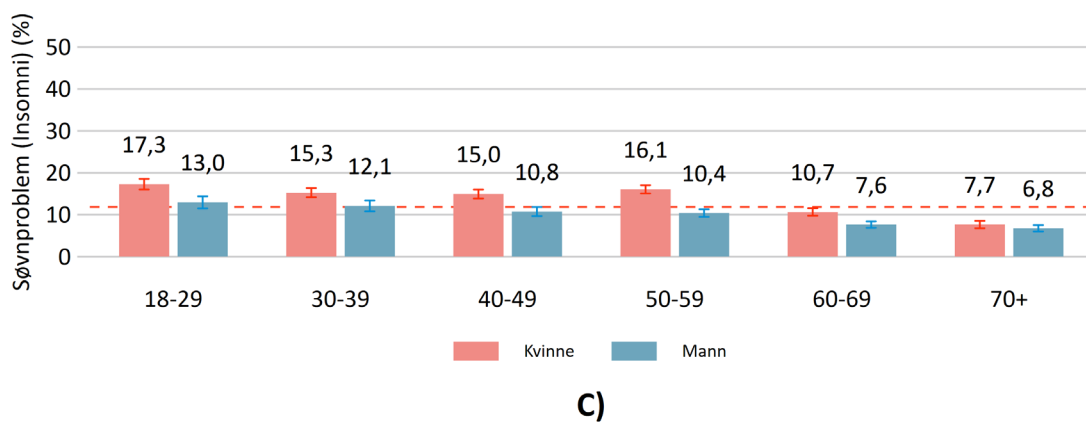
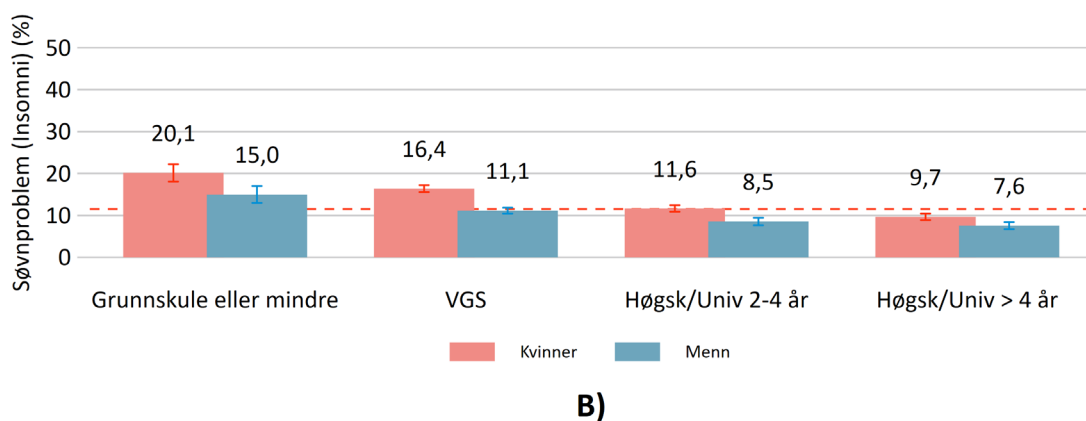
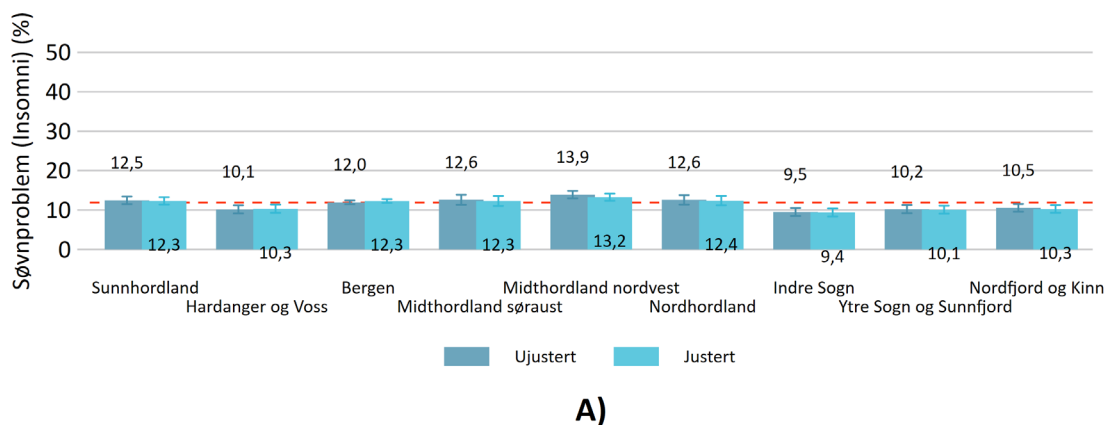
Figur 18B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som har fedme (KMI 30+). Blant både kvinner og menn minkar andelen med fedme med aukande utdanning, men forskjellen er ikkje statistisk signifikant mellom dei to lågaste utdanningsgruppene blant kvinner. Ein litt høgare andel menn enn kvinner rapporterte fedme i alle utdanningsnivå, men kjønnsforskjellane er berre statistisk sikre i gruppa med VGS som høgaste utdanning.

Figur 18C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som har fedme (KMI 30+). For begge kjønn er det ein omvendt u-kurve samanheng mellom andel med fedme og alder, der andane er lågast i yngste og eldste aldersgruppe. Blant kvinner stig andelen med fedme tydeleg frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa. Etter dette stig andelen heilt svakt, og ikkje statistisk signifikant, aukande alder fram til aldersgruppa 50-59 år. Deretter søkk andelen med fedme klart med stigande aldersgruppe. Blant menn stig andelen med fedme jamt med aukande alder fram til aldersgruppa 50-59 år og søkk så med aukande alder. Det er statistisk signifikant forskjell i andel menn med fedme mellom påfølgande aldersgrupper. I aldersgruppene 40-49, 50-59 og 60-69 var det ein høgare andel menn enn kvinner som rapporterte fedme.

### 3.19 Søvnproblem (Insomni)

Totalt 53071 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Søvnproblem (Insomni). Andelen for heile utvalet var **11,9 %** (KI95%: 11,6-12,2). Andelen for kvinner var 13,7 % (n=29314; KI95% 13,3-14,1) og andelen for menn var 9,6 % (n=23757; KI95% 9,2-10,0).

Figur 19: Søvnproblem (Insomni) etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 19A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte søvnproblem (insomni). Det er lite variasjon på tvers av regionane, med om lag 4 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Midthordland nordvest ligg like over fylkesgjennomsnittet. Indre Sogn, Hardanger og Voss, Ytre Sogn og Sunnfjord og Nordfjord og Kinn ligg like under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

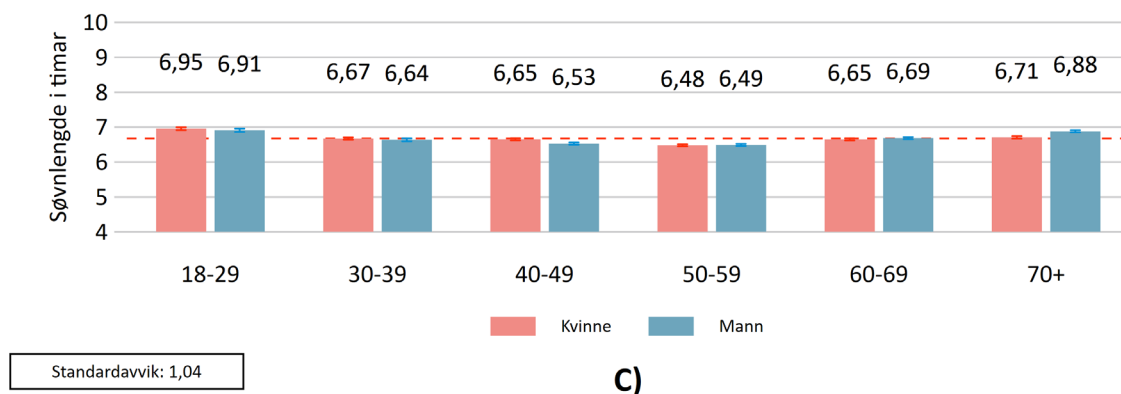
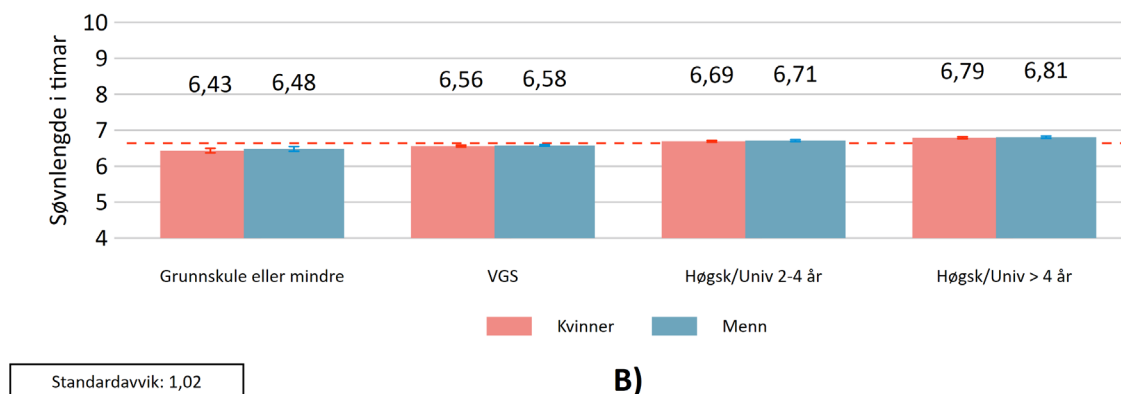
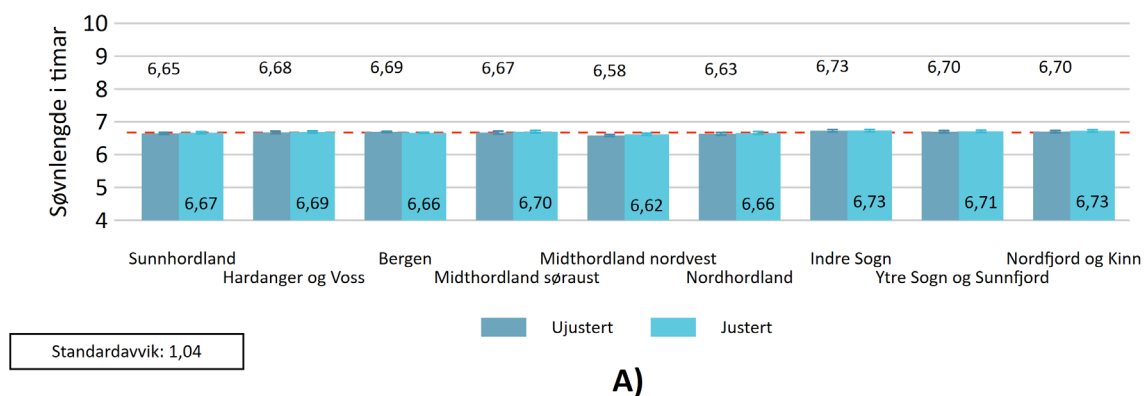
Figur 19B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte søvnproblem (insomni). Blant både kvinner og menn minkar andelen som rapporterte søvnproblem med aukande utdanningsnivå. Blant kvinner er det om lag 10 prosentpoeng forskjell i andel med søvnproblem mellom dei med lågast og dei med høgast utdanning. Blant menn er forskjellen på om lag 7 prosentpoeng. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte søvnproblem i kvart utdanningsnivå.

Figur 19C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte søvnproblem (insomni). Blant kvinner er det ein svak nedgang i andelen som rapporterte søvnproblem frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa, før andelen held seg stabil fram til aldersgruppa 50-59 år. I dei to eldste aldersgruppene minkar andelen med søvnproblem med aukande alder. Blant menn kan ein sjå ein jamn, svak nedgang i andelen med søvnproblem med aukande alder, frå 13,0 % i yngste til 6,8 % i eldste aldersgruppe. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte søvnproblem i alle aldersgrupper, sett bort frå den eldste.

### 3.20 Søvn lengde i timar

Totalt 52567 deltakarar av 53216 (98,8 %) hadde gyldig svar på Søvn lengde i timar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,67** (KI95%: 6,66-6,68). Gjennomsnittet for kvinner var 6,67 (n=29039; KI95% 6,65-6,68) og gjennomsnittet for menn var 6,68 (n=23528; KI95% 6,66-6,69).

Figur 20: Søvn lengde i timar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 20A viser gjennomsnittleg søvnlengde i kvardagen i timar, samla og på tvers av regionar i Vestland. Det er ingen klar variasjon over regionane (ujusterte tal). Det er 0,15 timar forskjell mellom regionane med kortast og lengst søvnlengde, som svarar til 9 minutt forskjell. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

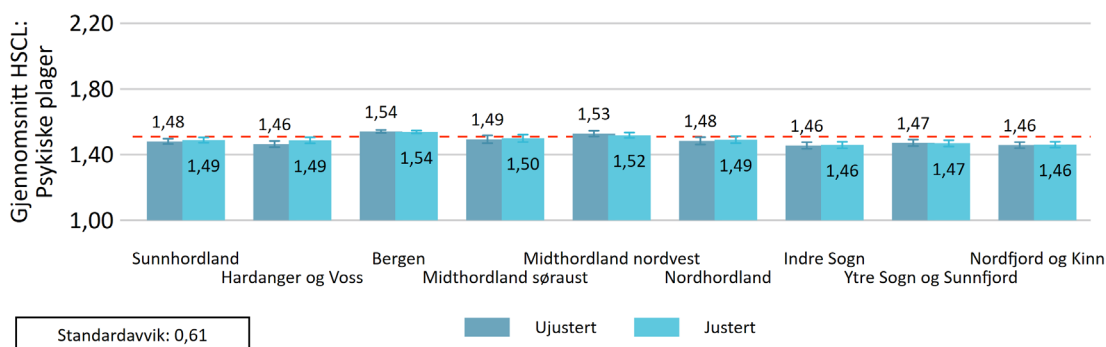
Figur 20B viser gjennomsnittleg søvnlengde i kvardagen i timar, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn stig søvnlengda svakt med aukane utdanningsnivå, der dei to gruppene med høgast utdanning har statistisk signifikant lengre søvnlengde enn dei to gruppene med lågast utdanning. Forskjellen i søvnlengde mellom høgaste og lågaste utdanningsnivå svarar til om lag 22 minutt for kvinner og 20 minutt for menn. Det er ingen kjønnsforskjellar i gjennomsnittleg søvnlengde på tvers av utdanningsnivå.

Figur 20C viser gjennomsnittleg søvnlengde i kvardagen i timar, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn kan det sjåast ein U-kurva samanheng mellom gjennomsnittleg søvnlengde og alder. Søvnlanga er lengst blant dei yngste og eldste og kortast i aldersgruppa 50-59 år. Den gjennomsnittlege søvnlengda held seg vel og merke nesten heilt stabil mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år blant kvinner og mellom 40-49 år og 50-59 år blant menn. I aldersgruppa 40-49 år har kvinner litt høgare gjennomsnittleg søvnlengde enn menn, medan menn har litt høgare søvnlengde enn kvinner i aldersgruppa 70 år og eldre. I dei andre aldersgruppene er det ingen statistisk signifikante kjønnsforskjellar.

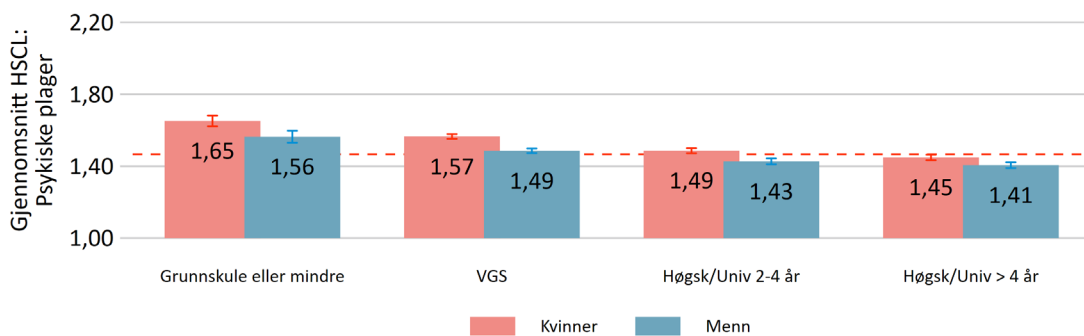
### 3.21 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager

Totalt 53133 deltakere av 53216 (99,8 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for heile utvalet var **1,51** (KI95%: 1,50-1,52). Gjennomsnittet for kvinner var 1,56 (n=29357; KI95% 1,55-1,56) og gjennomsnittet for menn var 1,45 (n=23776; KI95% 1,44-1,46).

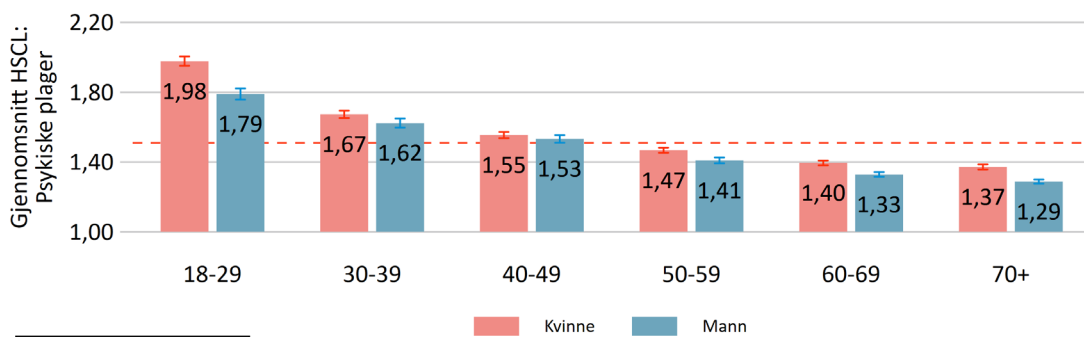
Figur 21: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21 A viser gjennomsnittleg skår på HSCL-5, samla og på tvers av regionar i Vestland. Gjennomsnittleg skår på HSCL-5 varierer noko over regionar. Bergen ligg over fylkesgjennomsnittet. Indre Sogn, Nordfjord og Kinn og Ytre Sogn og Sunnfjord ligg under fylkesgjennomsnittet. Hardanger og Voss ligg under fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat, men ikkje med justert estimat. Det er små forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

Prosentdel som har ein skår som er større enn 2,00 er i dette materialet 12,8 %. Prosentdelen blant kvinner er 14,4 % og blant menn 10,8 % (Cohens  $h=0,11$ ). Prosentdelen er høgast på Bergen (14,4 %) og lågast i Ytre Sogn og Sunnfjord (10,2 %) (ujustert). Forskjellen mellom desse to regionane uttrykt ved Cohens  $h$  er på 0,13, som kan tolkast som ein liten effektstørrelse. Andelane i Indre Sogn, Hardanger og Voss, og Nordfjord og Kinn var om lag som i Ytre Sogn og Sunnfjord (10,3 %).

Figur 21B viser gjennomsnittleg skår på HSCL-5 fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn minkar gjennomsnittsskåren klart med aukande utdanning, med ei utflating i dei to eldste aldersgruppene blant menn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med lågast utdanning mot dei med høgast utdanning) er 0,31 for kvinner og 0,24 for menn, som i denne samanhengen kan tolkast som middels store effektstørrelsar. Kvinner har ein høgare gjennomsnittleg skåre på HSCL-5 samanlikna med menn på tvers av utdanningsnivå.

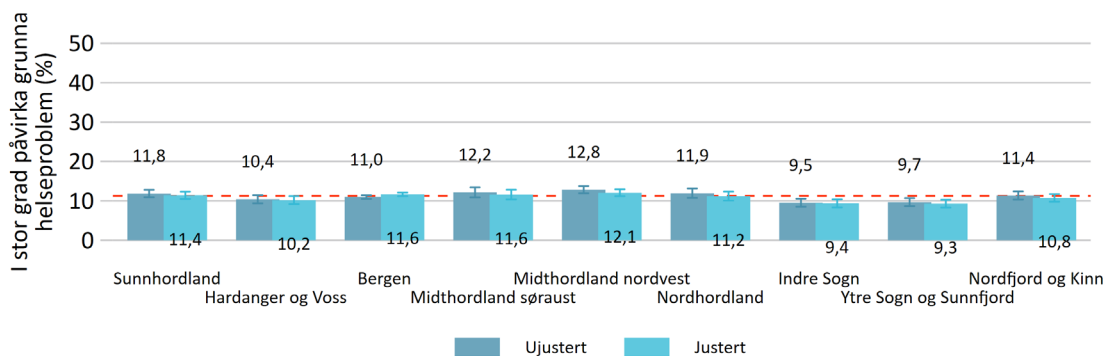
Figur 21C viser gjennomsnittleg skår på HSCL-5 fordelt på kjønn og alder. Gjennomsnittsskåren minkar med aukande alder blant både kvinner og menn. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom påfølgande aldersgrupper for begge kjønn, med unntak av dei to eldste aldersgruppene blant kvinner. Blant kvinner er skåren særleg høg blant dei yngste (18-29 år) og nedgangen flatar noko ut med aukande alder. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (yngste mot eldste aldersgruppe) er 1,00 for kvinner og 0,82 for menn, som begge er store effektstørrelsar. Kvinner har ein høgare gjennomsnittleg HSCL-5 skåre samanlikna med menn i alle unnateke éi aldersgruppe. I aldersgruppa 40-49 år er forskjellen ikkje er statistisk signifikant.

Meir findelt i den eldste aldersgruppa (70-79 år og 80 år og eldre), viser ei antyding til stigning i skår på HSCL-5 frå nest-eldste til eldste gruppe, men med overlappande konfidensintervall: Blant kvinner var skåren 1,37 (95 % KI 1,35-1,38) i aldersgruppa 70-79 år og 1,39 (95 % KI 1,36-1,42) i aldersgruppa 80 år og eldre. Blant menn var skåren 1,39 (95 % KI 1,27-1,30) i aldersgruppa 79-79 år og 1,30 (95 % KI 1,27-1,32) i aldersgruppa 80 år og eldre.

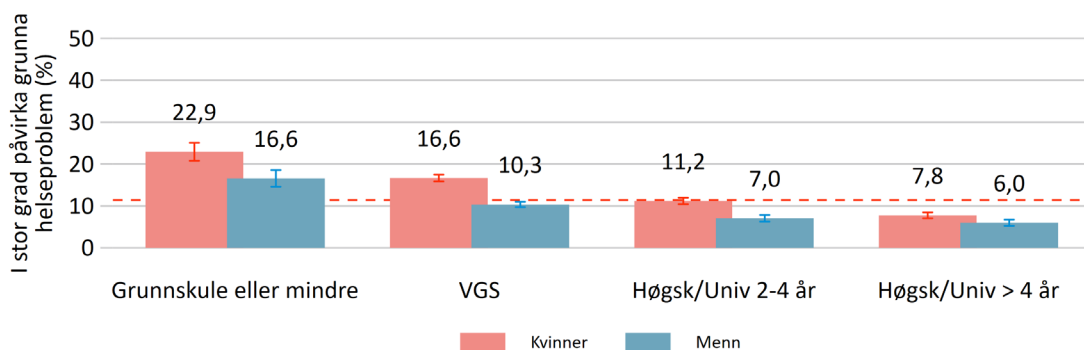
### 3.22 I stor grad påverka grunna helseproblem

Totalt 52907 deltakarar av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på I stor grad påverka grunna helseproblem. Andelen for heile utvalet var **11,2 %** (KI95%: 10,9-11,5). Andelen for kvinner var 13,0 % (n=29220; KI95% 12,6-13,4) og andelen for menn var 9,0 % (n=23687; KI95% 8,6- 9,4).

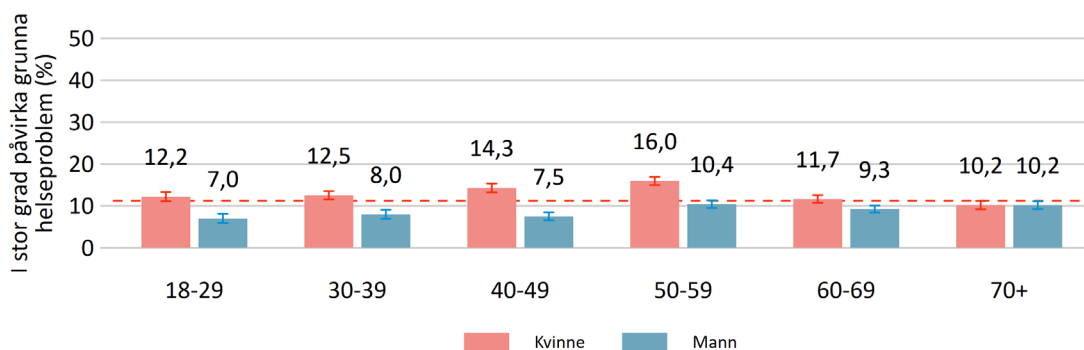
Figur 22: I stor grad påverka grunna helseproblem etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 22A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte at kvardagen deira i stor grad er påverka av langvarige helseproblem. Det er lite variasjon over regionane, med om lag 3 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Midthordland nordvest ligg like over fylkesgjennomsnittet. Indre Sogn og Ytre Sogn og Sunnfjord like under fylkesgjennomsnittet. Det er små forskjellar mellom ujusterte og justerte tall.

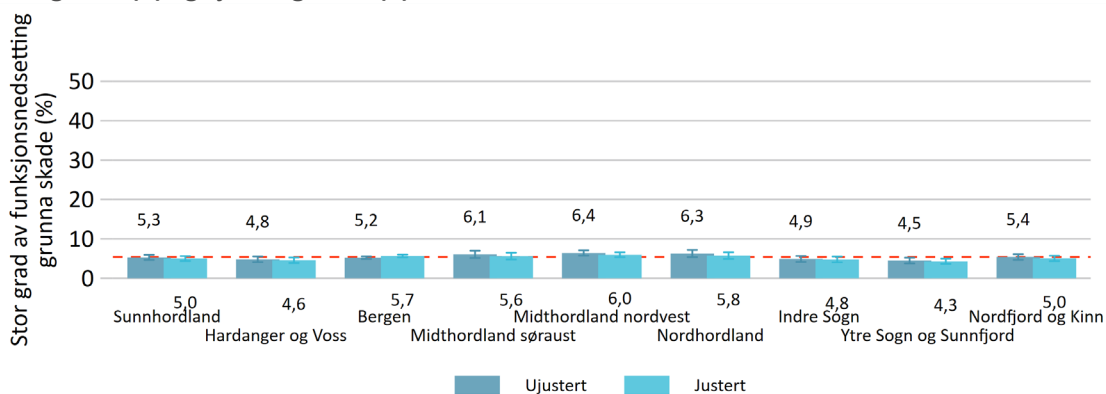
Figur 22B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at kvardagen deira i stor grad er påverka av langvarige helseproblem. Blant både kvinner og menn minkar andelen jamt med aukande utdanningsnivå. Kvinner i gruppa med lågast utdanning utmerker seg med særleg høg andel som rapporterte at dei i stor grad er påverka grunna helseproblem. Andelen i denne gruppa er nesten tre gonger høgare enn andelen i gruppa med lengst utdanning. Blant både kvinner og menn er forskjellen mellom kvart påfølgande utdanningsnivå statistisk signifikant. Ein større andel kvinner enn menn rapporterte at dei i stor grad er påverka grunna helseproblem innan kvart utdanningsnivå.

Figur 22C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at kvardagen deira i stor grad er påverka av langvarige helseproblem. Blant kvinner er det ein svak auke med stigande alder fram til aldersgruppa 50-59 år, der forskjellen er statistisk signifikant mellom aldersgruppa 50-59 år og dei to yngste aldersgruppene. I dei to eldste aldersgruppene minkar andelen igjen og er statistisk signifikant lågare enn i aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år. Blant menn er andelen jamn frå 18-29 år til 40-49 år, før andelen stig litt i dei tre eldste aldersgruppene. I aldersgruppene 50-59 og 70+ er andelen statistisk signifikant høgare enn i dei tre yngste aldersgruppene. Sett bort frå den eldste aldersgruppa er det ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte at kvardagen i stor grad er påverka grunna helseproblem.

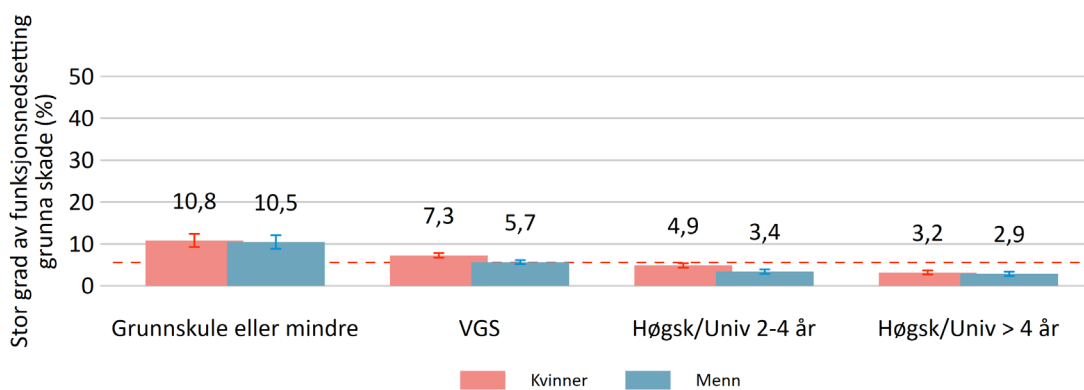
### 3.23 Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade

Totalt 52976 deltakarar av 53216 (99,5 %) hadde gyldig svar på Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade. Andelen for heile utvalet var **5,4 %** (KI95%: 5,2- 5,6). Andelen for kvinner var 5,7 % (n=29268; KI95% 5,4- 6,0) og andelen for menn var 5,0 % (n=23708; KI95% 4,7- 5,3).

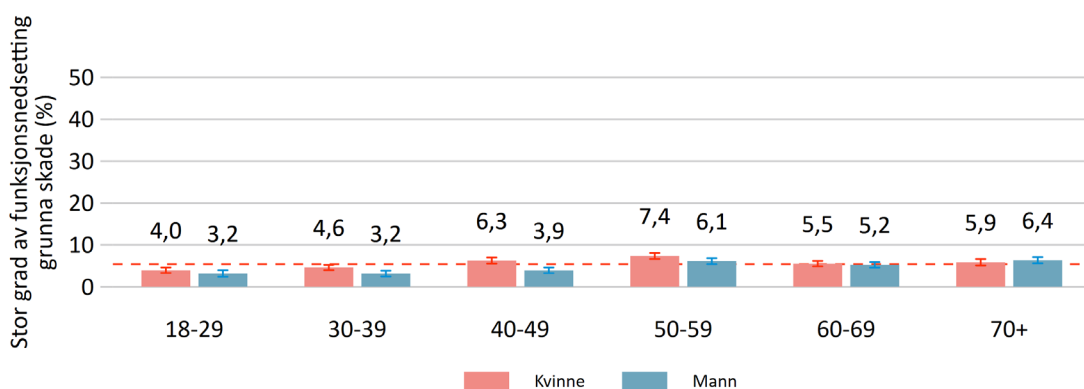
Figur 23: Stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 23A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade. Det er lite variasjon over regionane, med om lag 2 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Midthordland nordvest ligg like over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat, men ligg på fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

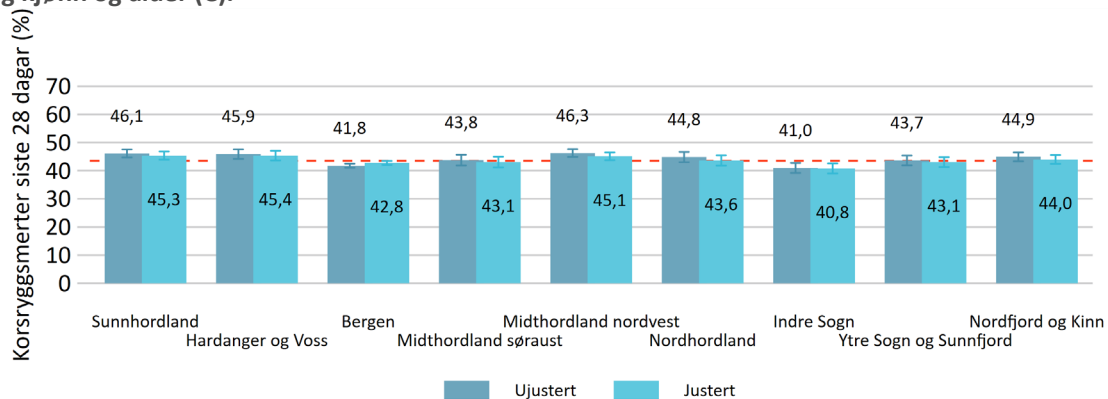
Figur 23B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade. Blant både kvinner og menn minkar andelen som rapporterte stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade med aukande utdanningsnivå. Forskjellen mellom dei påfølgande utdanningsnivåa er statistisk signifikante for begge kjønn, sett bort frå mellom dei to gruppene med høgast utdanning for menn. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte stor grad av funksjonsnedsetting i gruppa med VGS som høgaste utdanning og i gruppa med 2-4 år høgskule- eller universitetsutdanning.

Figur 23C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsetting grunna skade. Blant kvinner stig andelen litt med aukande alder fram til aldersgruppa 50-59 år, for deretter å søkke og flate ut med aukande alder. I aldersgruppene 40-49 og 50-59 er andelane statistisk signifikant høgare enn i dei to yngste aldersgruppene. Og i aldersgruppa 50-59 år er andelen statistisk signifikant høgare enn i dei to eldste aldersgruppene. Blant menn er andelen litt og statistisk signifikant høgare i dei tre eldste aldersgruppene samanlikna med dei tre yngste aldersgruppene. Det er ein tendens til høgare andel blant kvinner enn menn i alle unnateke den eldste aldersgruppa. Me det er berre i aldersgruppa 40-49 år at kjønnsforskjellen er statistisk signifikant.

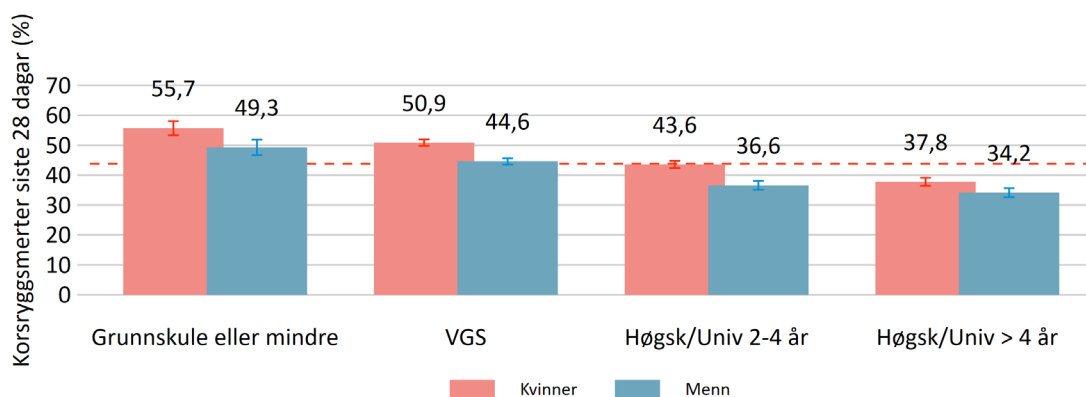
### 3.24 Korsryggsmerter siste 28 dagar

Totalt 53040 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Korsryggsmerter siste 28 dagar. Andelen for heile utvalet var **43,5 %** (KI95%: 43,1-44,0). Andelen for kvinner var 45,7 % (n=29303; KI95% 45,1-46,3) og andelen for menn var 40,8 % (n=23737; KI95% 40,2-41,5).

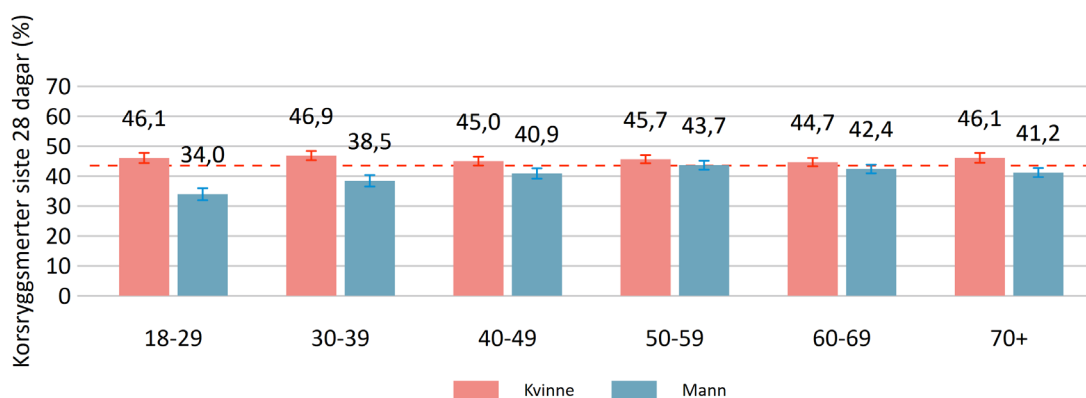
Figur 24: Korsryggsmerter siste 28 dagar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 24A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dagar. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 6 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Midthordland nordvest, Sunnhordland og Hardanger og Voss ligg like over fylkesgjennomsnittet med ujusterte estimat, men ligg på gjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Indre Sogn ligg under fylkesgjennomsnittet med både ujustert og justert estimat og Bergen ligg like under fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

Punktprevalensen, eller andel som til ei kvar tid har korsryggsmerter, er 19,3 % (KI95% 19,0-19,6) samla i fylket. Med andre ord kan man seie at 1 av 5 til ei kvar tid har korsryggsmerter blant utvalet i Vestland. Andelen er litt høgare for kvinner (20,6 % [KI95% 20,2 – 21,0]) enn for menn (17,7 % [KI95% 17,3- 18,1]). Punktprevalensen for funksjonsnedsetting grunna korsryggsmerter er omlag halvparten så høg; nesten 1 av 10 (9,6 % [KI95% 9,4 – 9,8 %]) samla i fylket har til ei kvar tid korsryggsmerter som medfører at dei må redusere sine vanlege aktivitetar eller endre sine daglege rutinar. Andelen er 10,3 % (KI95% 10,0-10,6) for kvinner og 8,7 % (KI95% 8,4-9,0) for menn.

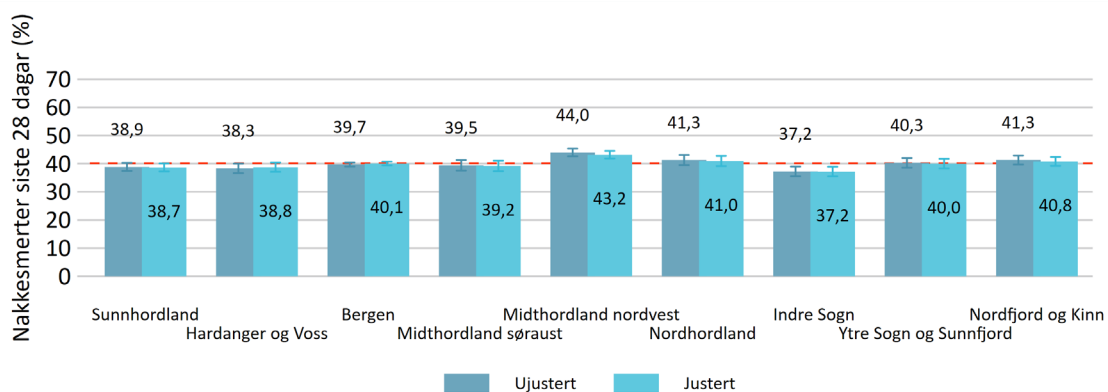
Figur 24B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dagar. Andelen som rapportere korsryggsmerter minkar med aukande utdanning for både menn og kvinner. Forskjellane er statistisk signifikante mellom dei påfølgande utdanningsnivåa, sett bort frå to gruppene med høgast utdanning for menn. Ein større andel kvinner enn menn rapporterte om korsryggsmerter siste 28 dagar innan alle utdanningsgruppene.

Figur 24C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dagar. Blant kvinner held andelen som rapporterte ryggsmerter seg jamn på tvers av alder. Blant menn er det ein auke i andel som rapporterte ryggsmerter med stigande alder fram til aldersgruppa 50-59 år, men ikkje alle forskjellane mellom påfølgande aldersgrupper er statistisk signifikante. Auken er tydelegast frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte om ryggsmerter siste 28 dagar i alle aldersgrupper, der kjønnsforskjellane var statistisk signifikante i dei tre yngste og den eldste aldersgruppa.

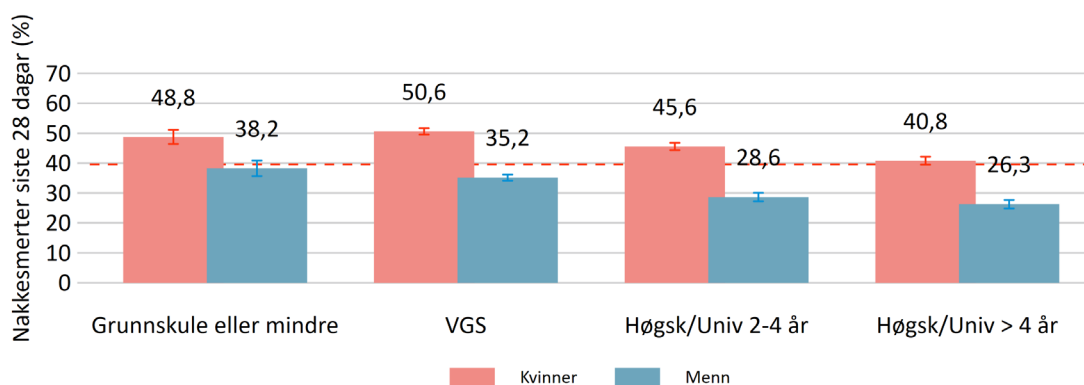
### 3.25 Nakkesmerter siste 28 dagar

Totalt 53027 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dagar. Andelen for heile utvalet var **40,1 %** (KI95%: 39,7-40,6). Andelen for kvinner var 47,3 % (n=29305; KI95% 46,6-47,9) og andelen for menn var 31,3 % (n=23722; KI95% 30,6-31,9).

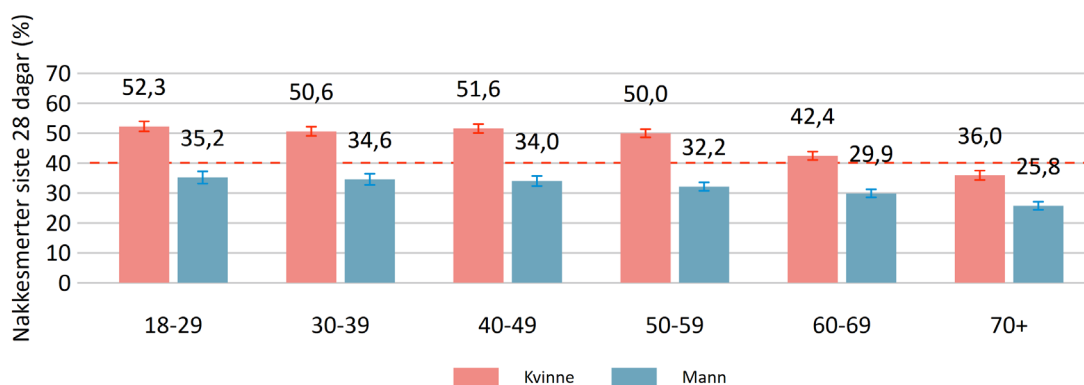
Figur 25: Nakkesmerter siste 28 dagar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 25A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 7 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Midthordland nordvest ligg over fylkesgjennomsnittet, medan Indre Sogn ligg under. Det er små forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

Punktprevalensen er på 17,9 % (KI95% 17,6- 18,1) samla i fylket. Andelen er klart høgare for kvinner (21,7 % [KI95% 21,3- 22,1]) enn for menn (13,0 % [KI95% 12,7-13,4]). Punktprevalensen for funksjonsnedsetting grunna nakkesmerter er under halvparten så høg; 6,9 % (KI95% 6,7-7,2) i utvalet har nakkesmerter som medfører at dei må redusere sine vanlege aktivitetar eller endre sine daglege rutinar. Andelen er 8,4 % (8,1-8,6%) for kvinner og 5,0 % (KI95% 4,7-5,2) for menn.

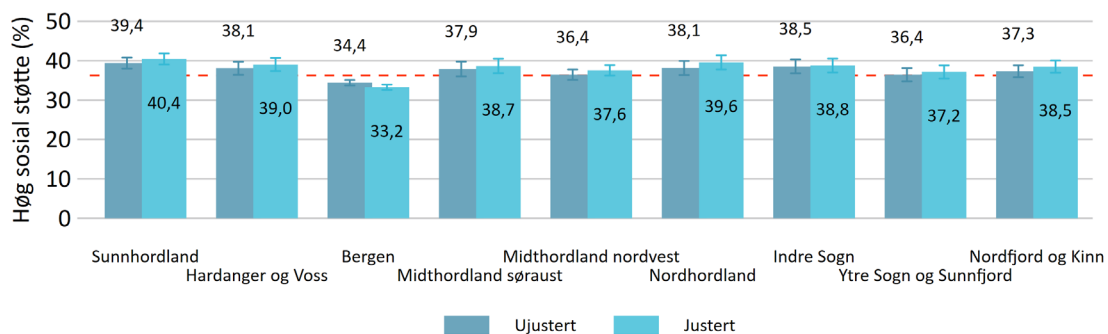
Figur 25B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar. Blant kvinner er andelen som rapporterte nakkesmerter relativt stabil i dei to gruppene med lågast utdanning, for så å minke med aukande utdanning. Blant menn minkar andelen som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar jamt med aukande utdanning. Forskjellane er størst mellom i dei to gruppene med høgast utdanning samanlikna med dei to gruppene med lågast utdanning. Ein større andel kvinner enn menn rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar på tvers av utdanningsgruppene.

Figur 25C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar. Blant både kvinner og menn er andelen som rapporterte nakkesmerter stabil frå aldersgruppa 18-29 til aldersgruppa 50-59, før andelen minkar med aukande alder. Blant kvinner er andelen statistisk signifikant lågare i dei to eldste aldersgruppene samanlikna med alle dei andre gruppene. Blant menn er andelen statistisk signifikant lågare i dei to eldste aldersgruppene samanlikna med dei tre yngste. Ein vesentleg høgare andel kvinner enn menn rapporterte nakkesmerter siste 28 dagar på tvers av aldersgrupper.

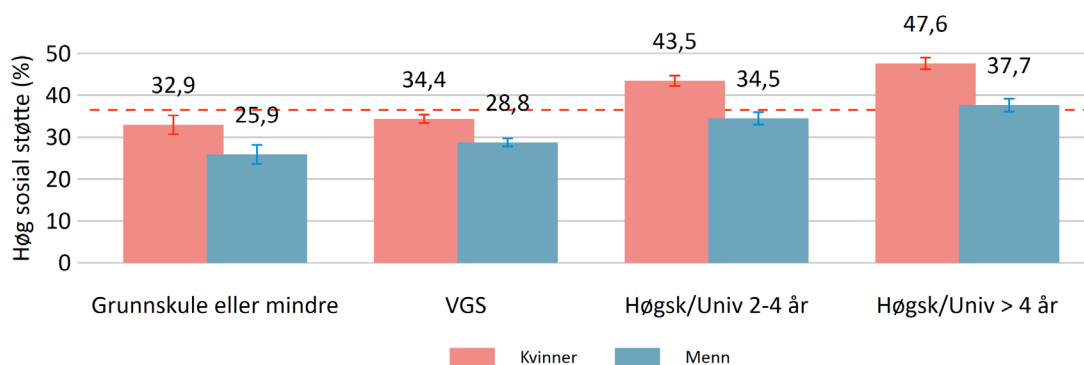
### 3.26 Høg sosial støtte

Totalt 52790 deltakarar av 53216 (99,2 %) hadde gyldig svar på Høg sosial støtte. Andelen for heile utvalet var **36,2 %** (KI95%: 35,8-36,7). Andelen for kvinner var 40,1 % (n=29151; KI95% 39,5-40,7) og andelen for menn var 31,4 % (n=23639; KI95% 30,8-32,1).

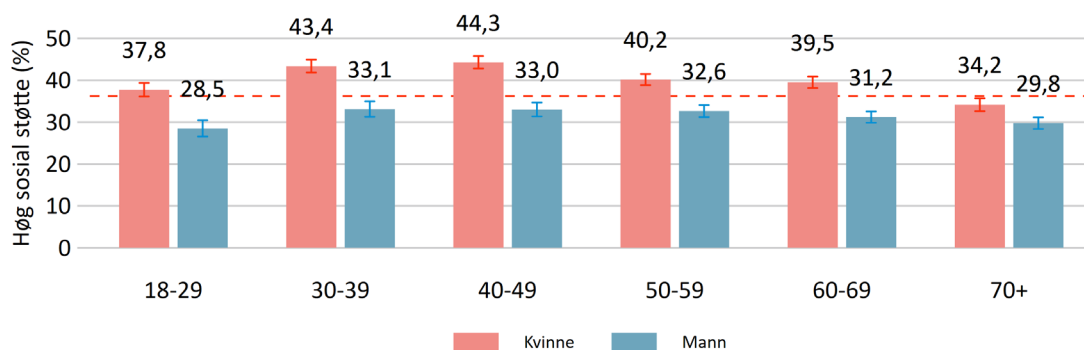
Figur 26: Høg sosial støtte etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 26A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte å oppleve høg sosial støtte. Det er litt variasjon på tvers av regionane, med 5 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg litt under fylkesgjennomsnittet. Sunnhordland og Indre Sogn ligg over fylkesgjennomsnittet med både ujusterte og justerte estimat. Nordhordland, Hardanger og Voss, Midthordland søraust og Nordfjord og Kinn ligg over fylkesgjennomsnittet med justerte estimat (justert for alder, kjønn og utdanning), medan dei ujusterte estimata ligg på gjennomsnittet. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

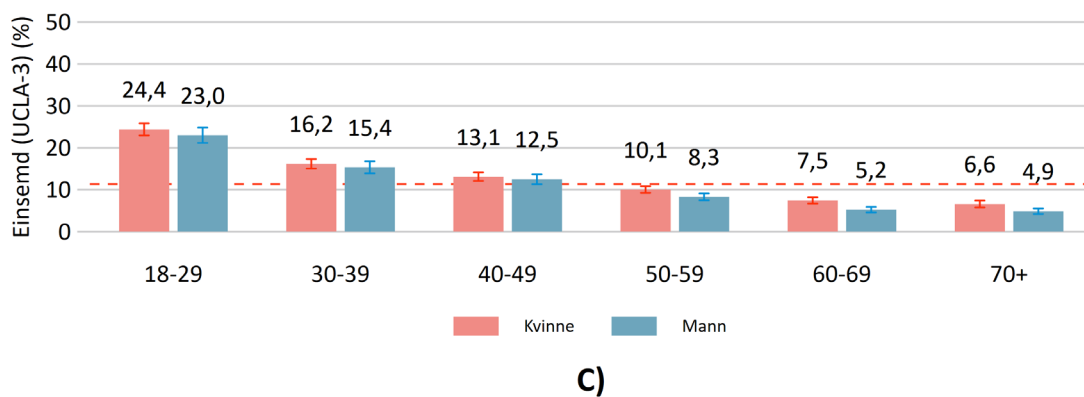
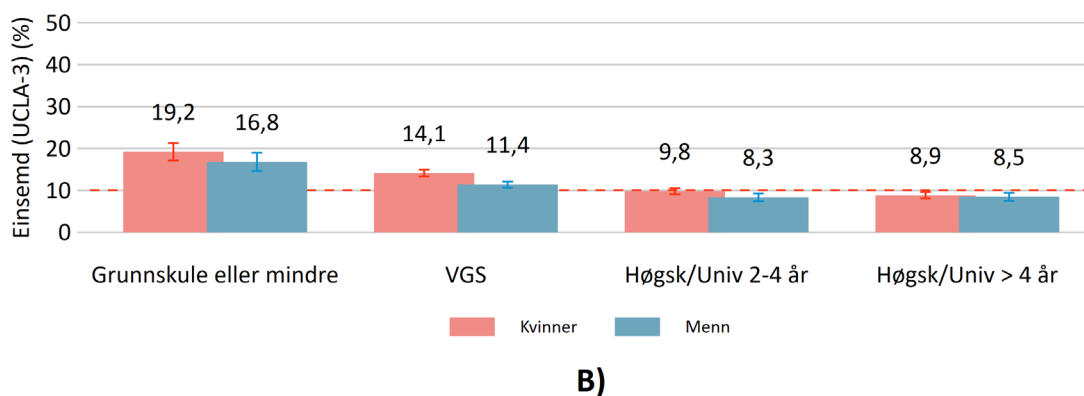
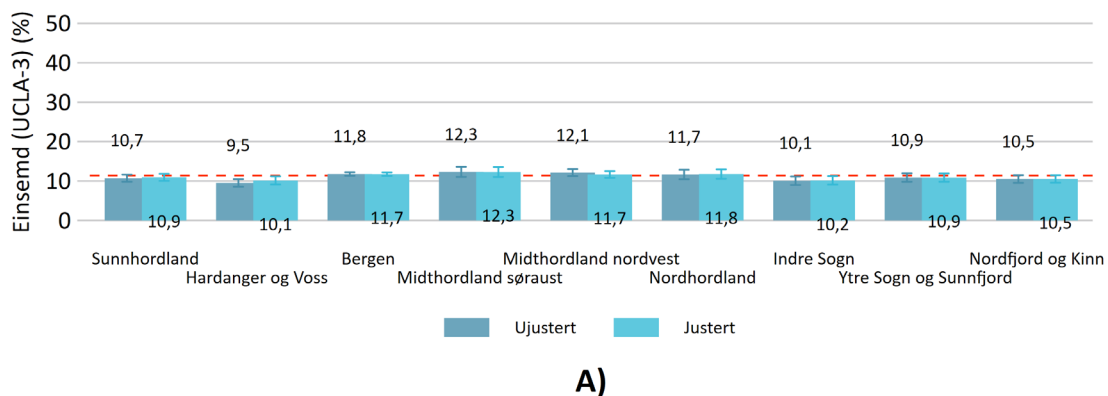
Figur 26B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å oppleve høg sosial støtte. Blant kvinner stig andelen som rapporterte å oppleve høg sosial støtte klart med aukande utdanningsnivå, men forskjellen er ikkje statistisk signifikant mellom dei to gruppene med lågast utdanning. Også blant menn stig andelen som rapporterte høg sosial støtte klart med aukande utdanning. Her er forskjellane er statistisk signifikante når ein samanliknar dei to gruppene med lågast utdanning med dei to gruppene med høgaste utdanning. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte høg sosial støtte i alle utdanningsnivå.

Figur 26C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å oppleve høg sosial støtte. Blant både kvinner og menn kan ein sjå ei antyding til ein omvendt U-forma samanheng mellom andel med høg sosial støtte og alder, men det er ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom alle dei påfølgande aldersgruppene. Blant kvinner er andelen høgast i aldersgruppene 30-39 og 40-49 og andelen er lågast i den eldste aldersgruppa. Blant menn er andelen omtrent like høg frå aldersgruppa 30-39 og fram til aldersgruppa 60-69 og andelen er lågast i den yngste aldersgruppa. Ein høgare andel kvinner enn menn oppgav høg sosial støtte i alle aldersgrupper.

### 3.27 Einsemd (UCLA-3)

Totalt 52892 deltakarar av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Einsemd (UCLA-3). Andelen for heile utvalet var **11,4 %** (KI95%: 11,1-11,7). Andelen for kvinner var 12,5 % (n=29234; KI95% 12,1-12,9) og andelen for menn var 9,9 % (n=23658; KI95% 9,5-10,4).

Figur 27: Einsemd (UCLA-3) etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 27A viser andelen einsame, basert på UCLA-3-skalaen, samla og på tvers av regionane i Vestland. Det er lite variasjon over regionane, med om lag 3 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Hardanger og Voss ligg like under fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat og på gjennomsnittet etter justering for alder, kjønn og utdanningssamansetning. Utover dette er det minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

Figur 27B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte einsemd (etter UCLA-3). Blant både menn og kvinner minkar andelen einsame med aukande utdanning. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom påfølgande utdanningsnivå for begge kjønn, med unntak av dei to gruppene med høgast utdanning. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte einsemd i gruppa med VGS som høgaste utdanning. I dei andre gruppene var ikkje kjønnsforskjellane statistisk signifikante.

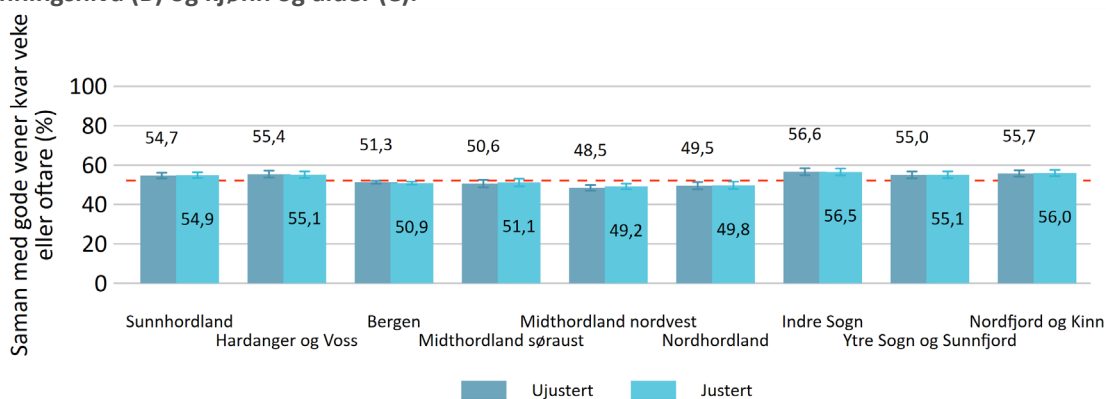
Figur 27C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte einsemd (etter UCLA-3). Andelen einsame minkar vesentleg med aukande alder blant både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen over tre gonger så høg i den yngste samanlikna med den eldste aldersgruppa. Blant menn er andelen over fire gonger så høg i den yngste samanlikna med den eldste aldersgruppa. I dei to eldste aldersgruppene er andelen einsame statistisk signifikant høgare blant kvinner enn blant menn.

Meir findelt i den eldste aldersgruppa (70-79 år og 80 år og eldre), viser at andelen einsame aukar noko i igjen frå nest eldste til eldste aldersgruppe, men med overlappende konfidensintervall: Blant kvinner var andelen einsame 6,1 % (95 % KI 5,3-7,0%) i aldersgruppa 70-79 år og 9,4 % (95 % 6,9-11,9 %) i aldersgruppa 80 år og eldre. Blant menn var andelen 4,5 % (95 % 3,8-5,2) i aldersgruppa 70-79 år og 6,5 % (95 % 4,8-8,3) i aldersgruppa 80 år og eldre. Merk at tala er usikre i den eldste aldersgruppa grunna låg deltakingsprosent.

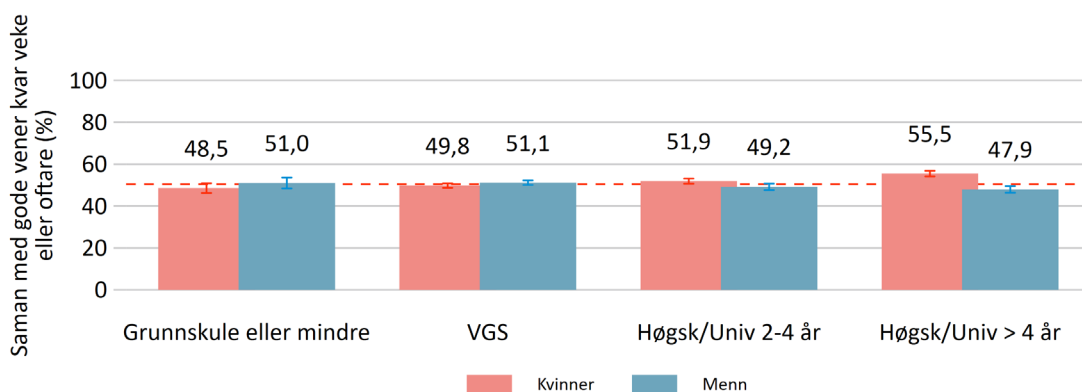
### 3.28 Saman med gode vener kvar veke eller oftare

Totalt 52789 deltakarar av 53216 (99,2 %) hadde gyldig svar på Saman med gode vener kvar veke eller oftare. Andelen for heile utvalet var **52,1 %** (KI95%: 51,7-52,6). Andelen for kvinner var 52,9 % (n=29143; KI95% 52,3-53,5) og andelen for menn var 51,2 % (n=23646; KI95% 50,5-51,9).

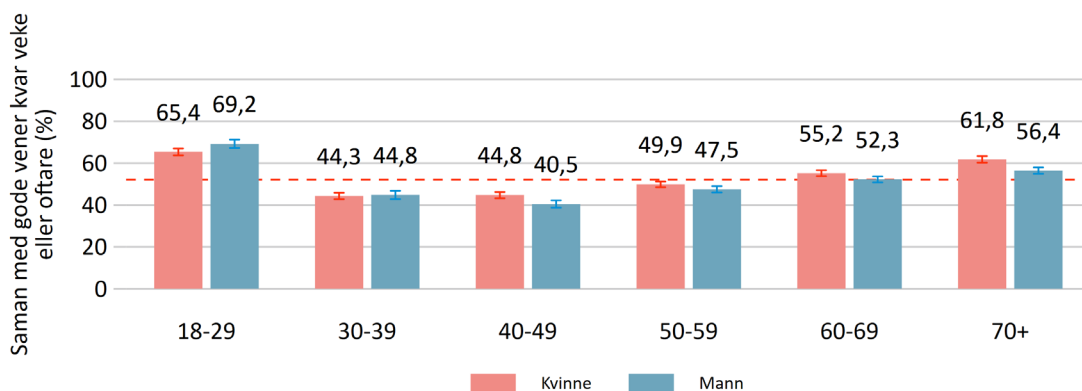
Figur 28: Saman med gode vener kvar veke eller oftare etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 28A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte å være saman med gode vener kvar veke eller oftare. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 8 prosentpoeng forskjell mellom høgaste og lågaste andel (ujusterte tal). Indre Sogn, Nordfjord og Kinn, Hardanger og Voss, Ytre Sogn og Sunnfjord og Sunnhordland ligg litt over fylkesgjennomsnittet. Midthordland nordvest ligg litt under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

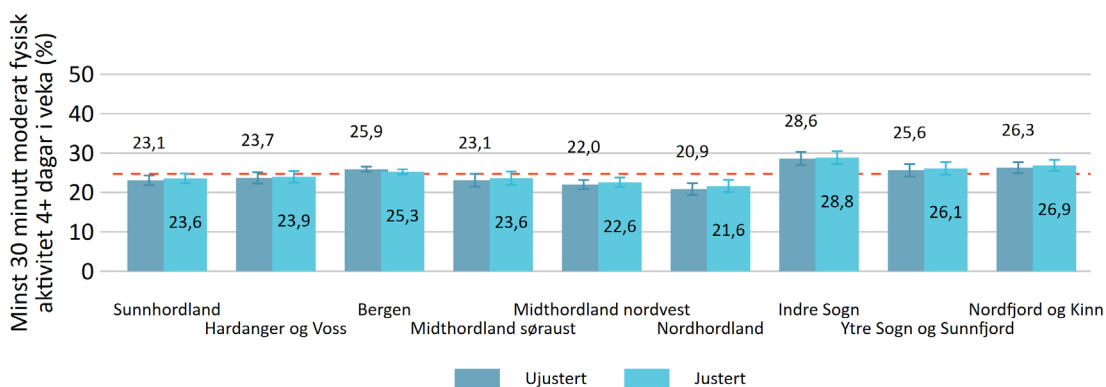
Figur 28B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å være saman med gode vener kvar veke eller oftare. Blant kvinner er det ein tendens til at andelen stig med aukande utdanning. Andelen er statistisk signifikant høgare i gruppa med høgast utdanning samanlikna med dei to gruppene med lågast utdanning. Blant menn er det ein svak trend i motsett retning, men gruppa med høgast utdanning er berre grensesignifikant lågare enn dei to gruppene med lågast utdanning. I gruppa med høgast utdanning er det ein større andel menn enn kvinner som rapporterte å være saman med gode vener kvar veke eller oftare.

Figur 28C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å vere saman med gode vener kvar veke eller oftare. Blant både kvinner og menn er det ein vesentleg nedgang i andelen frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa. For kvinner held andelen seg vidare stabil til aldersgruppa 40-49 år, medan den søkk ytterlegare for menn. Frå aldersgruppa 40-49 år og oppover stig andelen med aukande alder for begge kjønn. I aldersgruppene 40-49 og 70+ er det ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte å vere med gode vener kvar veke eller oftare.

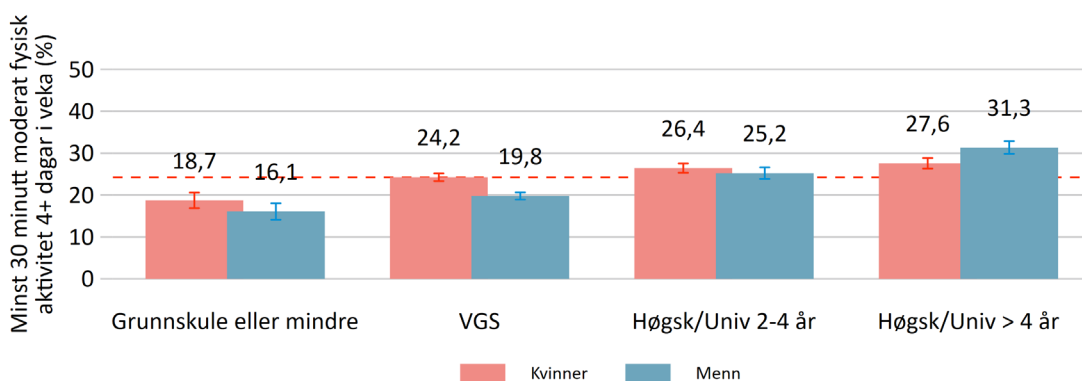
### 3.29 Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka

Totalt 52414 deltakarar av 53216 (98,5 %) hadde gyldig svar på Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka. Andelen for heile utvalet var **24,7 %** (KI95%: 24,3-25,1). Andelen for kvinner var 25,6 % (n=28894; KI95% 25,1-26,1) og andelen for menn var 23,7 % (n=23520; KI95% 23,1-24,3).

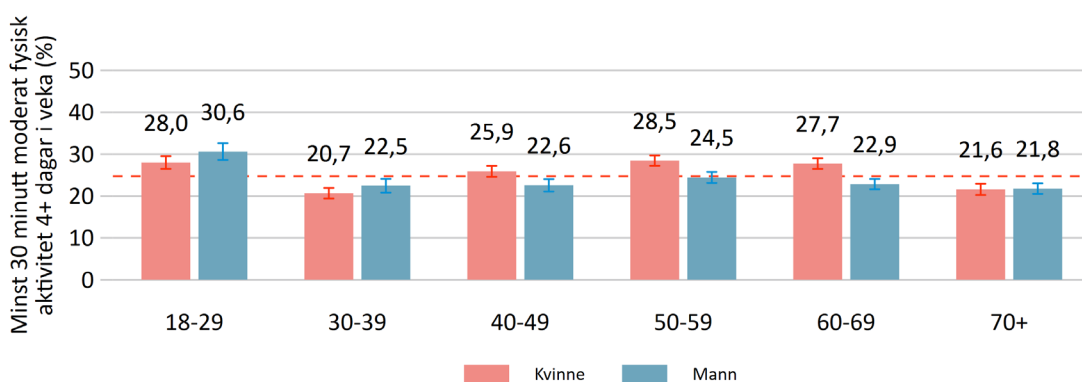
Figur 29: Minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet 4+ dagar i veka etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 29A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet minst 4 dagar i veka («fysisk aktive»). Det er noko variasjon over regionane, med om lag 8 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Indre Sogn ligg over fylkesgjennomsnittet. Bergen ligg like over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat og Nordfjord og Kinn ligg like over gjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Det er små forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

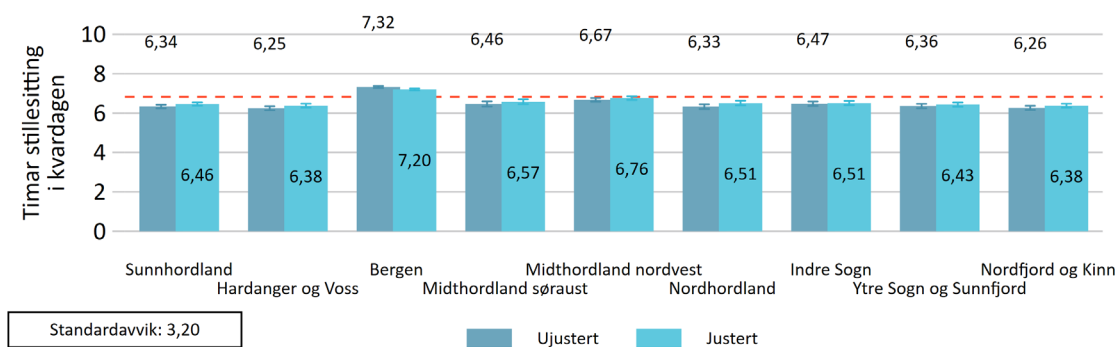
Figur 29B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet minst 4 dagar i veka. Blant både kvinner og menn stig andelen fysisk aktive med aukande utdanning. Blant kvinner er stigninga sterkest frå gruppa med grunnskule til gruppa med VGS, der den flatar ut. Blant menn er det ei jamn stigning med aukande utdanningsnivå og forskjellane mellom dei påfølgande gruppene er statistisk signifikante. Andelen fysisk aktive i gruppa med høgast utdanning er nesten dobbelt så stor som andelen fysisk aktive i gruppa med lågast utdanning. Det er ein høgare andel kvinner enn menn som er fysisk aktive i gruppa med VGS som høgaste utdanning og motsett i gruppa med høgskule- eller universitetsutdanning på over 4 år.

Figur 28C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet minst 4 dagar i veka. Andelen varierer noko uregelmessig med alder for begge kjønn, og det er ingen klar samanheng mellom andelen fysisk aktive og alder. Blant kvinner skil aldersgruppene 30-39 år og 70+ ut med tydeleg lågare andel enn dei andre aldersgruppene. Blant menn skil den yngste aldersgruppa seg ut med tydeleg høgare andel fysisk aktive samanlikna med dei andre aldersgruppene.

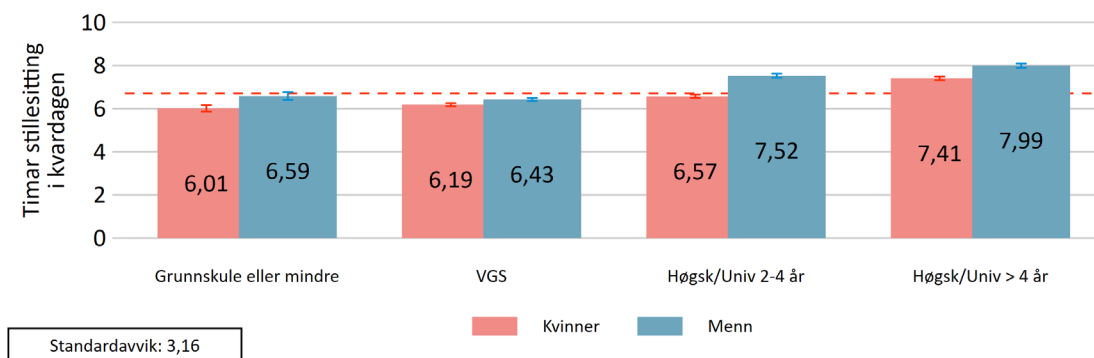
### 3.30 Timar stillesitting i kvardagen

Totalt 50604 deltakarar av 53216 (95,1 %) hadde gyldig svar på Timar stillesitting i kvardagen. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,82** (KI95%: 6,79-6,85). Gjennomsnittet for kvinner var 6,70 (n=27870; KI95% 6,66-6,74) og gjennomsnittet for menn var 6,97 (n=22734; KI95% 6,92-7,02).

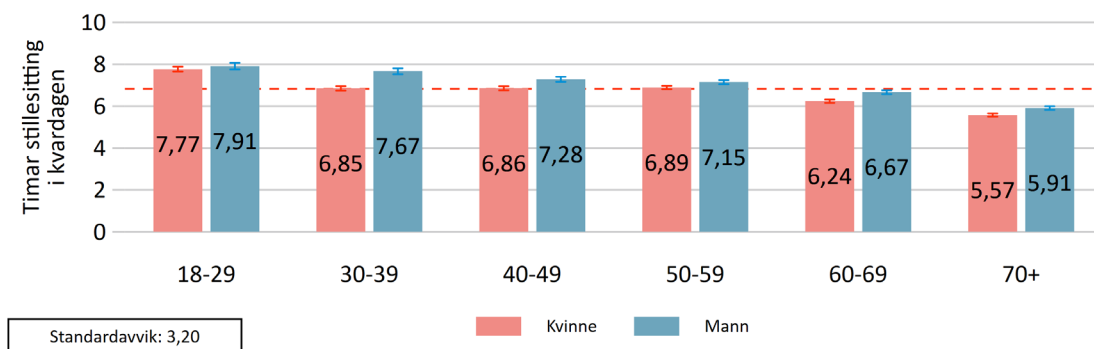
Figur 30: Timar stillesitting i kvardagen etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 30A viser gjennomsnittleg tal timar stillesitting i kvardagen, samla og på tvers av regionar i Vestland. Det er noko variasjon over regionane, der Bergen skil seg ut med høgt tal timar stillesitting. Med unntak av Midthordland nordvest ligg alle dei andre regionane under fylkesgjennomsnittet. Det er 1 time og 4 minutt forskjell mellom høgaste og lågaste gjennomsnitt (ujusterte tal). Denne forskjellen svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,33 (middels stor effektstørrelse). Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

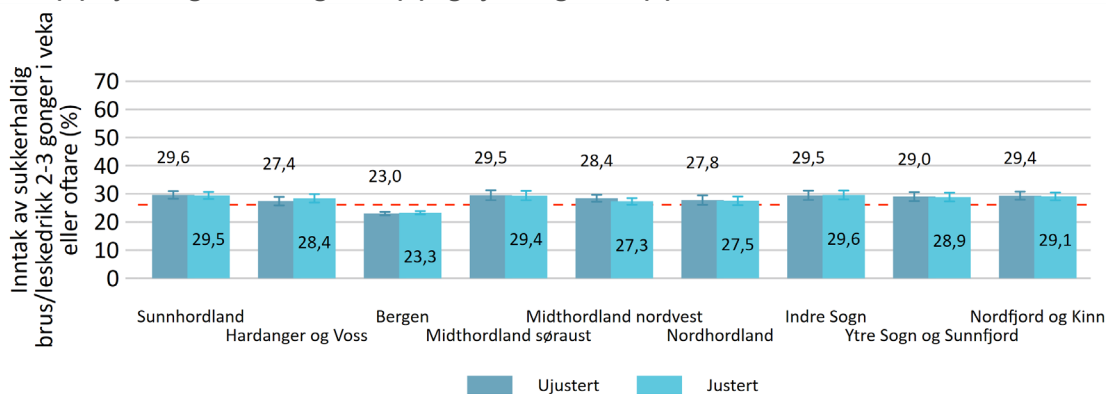
Figur 30B viser gjennomsnittleg tal timar stillesitting i kvardagen fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er gjennomsnittet stabilt mellom grunnskule og VGS, for så å stige med aukande utdanningsnivå. Forskjellen i gjennomsnittleg tal timar stillesitting frå VGS og dei påfølgande utdanningsnivåa er statistisk signifikant. Gjennomsnittleg tal timar stillesitting er høgare blant menn enn kvinner i alle utdanningsgrupper.

Figur 30C viser gjennomsnittleg tal timar stillesitting i kvardagen fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner minkar andelen frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa, held seg deretter stabil fram til aldersgruppa 50-59 år, for så å minke ytterlegare med aukande alder. Blant menn minkar andelen jamt med aukande alder, men ikkje alle forskjellane mellom påfølgande aldersgrupper er statistisk signifikante. Den tydelegaste nedgangen skjer frå den nest eldste til den eldste aldersgruppa. Gjennomsnittleg tal timar stillesitting i kvardagen er høgare blant menn enn blant kvinner i alle aldersgrupper, sett bort frå den yngste.

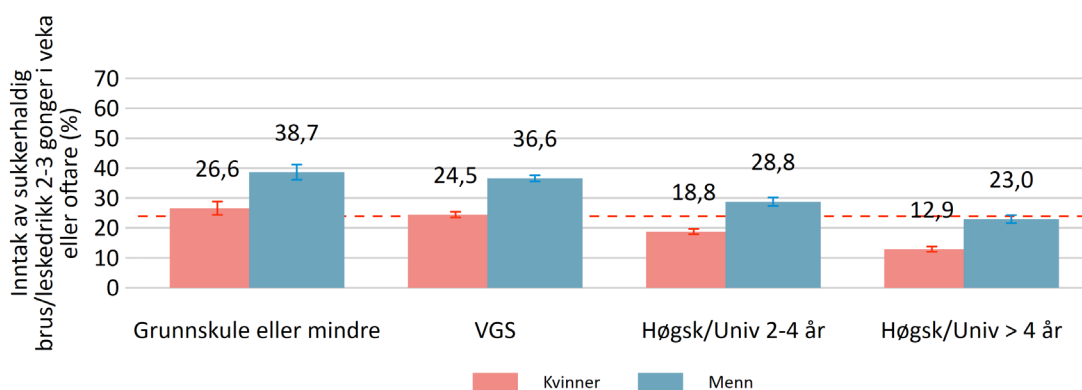
### 3.31 Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare

Totalt 53047 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen for heile utvalet var **26,2 %** (KI95%: 25,8-26,6). Andelen for kvinner var 21,5 % (n=29312; KI95% 21,0-22,0) og andelen for menn var 32,0 % (n=23735; KI95% 31,4-32,6).

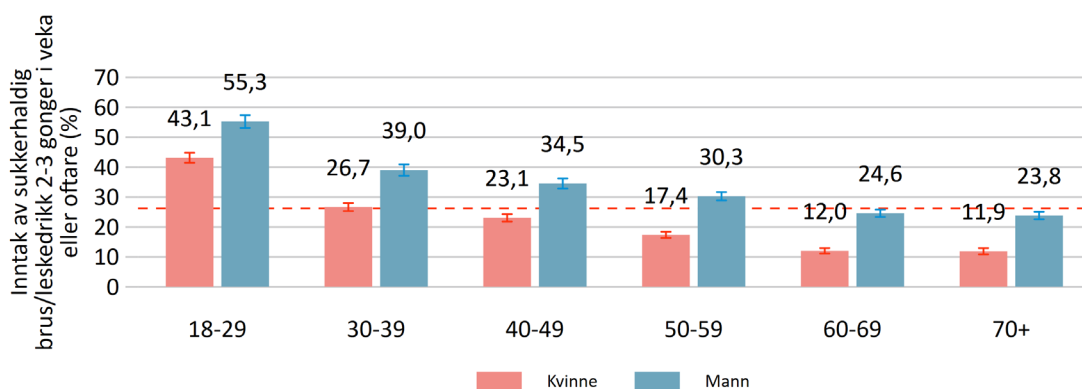
Figur 31: Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 31A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 7 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg under fylkesgjennomsnittet. Sunnhordland, Midthordland søraust, Indre Sogn, Nordhordland og Kinn og Ytre Sogn og Sunnfjord ligg litt over fylkesgjennomsnittet. Midthordland nordvest ligg like over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat og Hardanger og Voss ligg like over fylkesgjennomsnittet med justert estimat. Med unntak av desse to regionane, er det minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

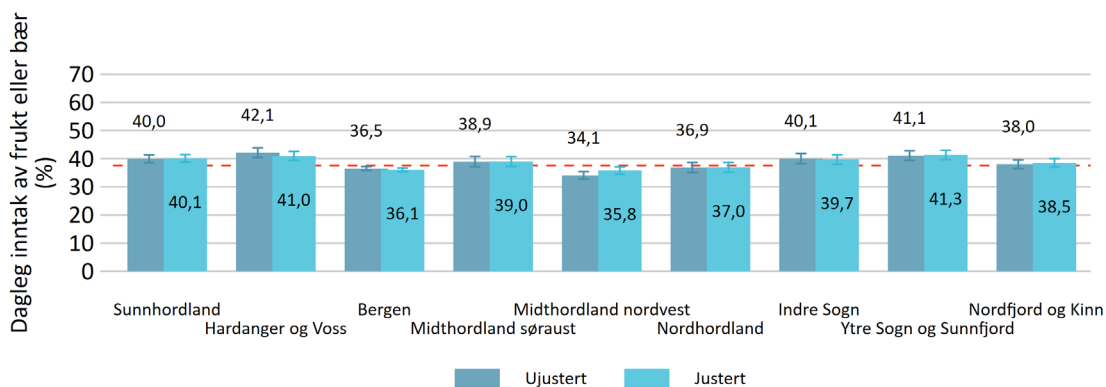
Figur 31B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte inntak av sukkerhaldig bruk/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare. Blant både kvinner og menn held andelen seg relativt stabil i dei to gruppene med lågast utdanning, før den minkar med aukande utdanning. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte å drikke sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger eller meir i veka eller ofte i alle utdanningsnivå.

Figur 31C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare. Blant både kvinner og menn er det ein klar alderstrend, der andelen minkar med aukande alder og flatar ut i den eldste aldersgruppa. Den største nedgangen er frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte å drikke sukkerhaldig brus/leskedrikk 2-3 gonger i veka eller oftare innan kvar av aldersgruppene.

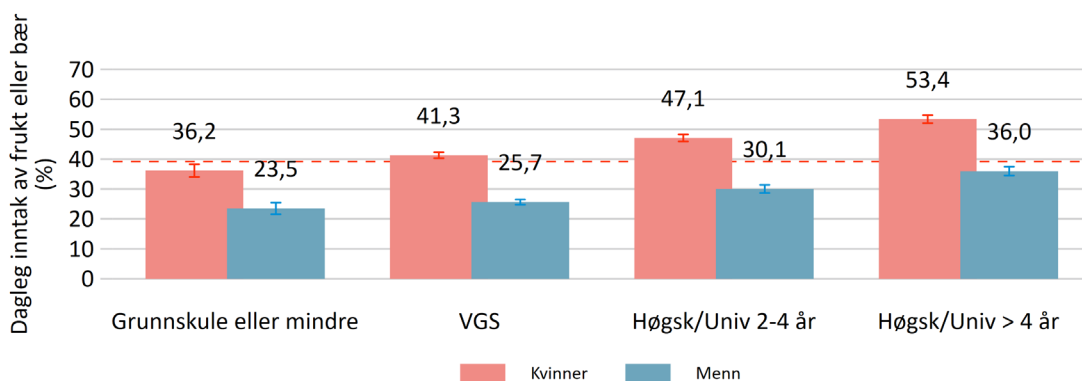
### 3.32 Dagleg inntak av frukt eller bær

Totalt 53027 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Dagleg inntak av frukt eller bær. Andelen for heile utvalet var **37,6 %** (KI95%: 37,2-38,1). Andelen for kvinner var 44,0 % (n=29307; KI95% 43,4-44,6) og andelen for menn var 29,7 % (n=23720; KI95% 29,1-30,3).

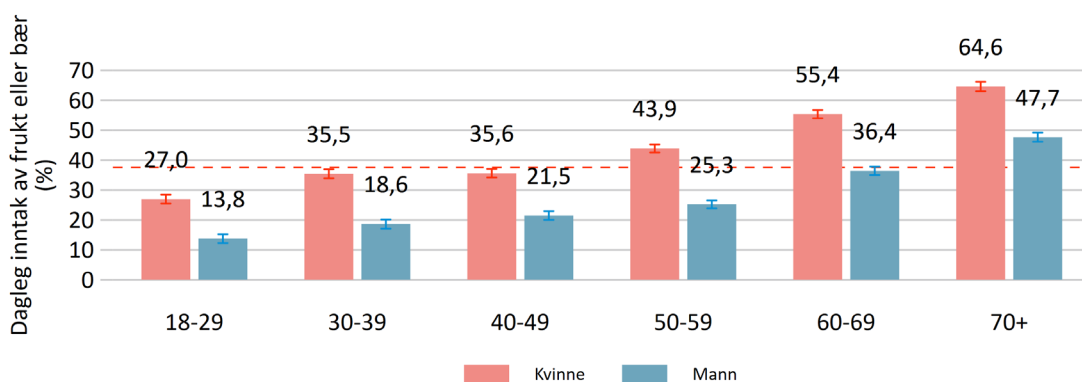
Figur 32: Dagleg inntak av frukt eller bær etter regionalar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 32A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær. Det er noko variasjon over regionane, med 8 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (justerte tal). Hardanger og Voss, Ytre Sogn og Sunnfjord og Sunnhordland ligg litt over fylkesgjennomsnittet med både ujusterte og justerte estimat. Indre Sogn ligg over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat, men ikkje etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Det er litt forskjell på ujusterte og justerte tal i Hardanger og Voss, Midthordland nordvest og Nordhordland. I dei andre regionane er det minimale forskjellar.

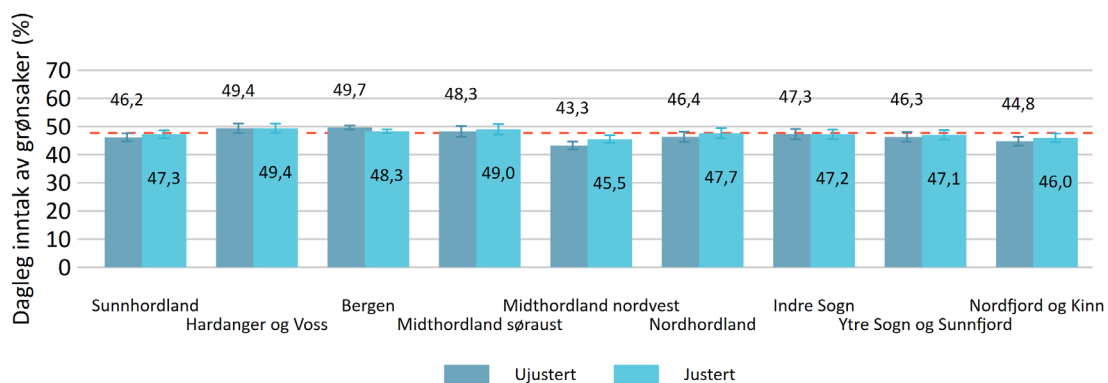
Figur 32B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær. Blant kvinner stig andelen som rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær med aukande utdanningsnivå, med statistisk signifikante forskjellar mellom kvar påfølgande utdanningsgruppe. Blant menn er andelen relativt stabil frå gruppa med grunnskule til gruppa med VGS som høgaste utdanning, før den stig med aukande utdanning. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær innan alle utdanningsnivå.

Figur 32C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær. Blant både kvinner og menn stig andelen med aukande alder. Blant kvinner er forskjellane i andel statistisk signifikante mellom dei påfølgande aldersgruppene, med unntak av mellom 30-39 og 40-49 år. Blant menn er forskjellane i andel statistisk signifikante mellom dei påfølgande aldersgruppene, med unntak av mellom 30-39 og 40-49. Forskjellen mellom den eldste og yngste gruppa er om lag 38 prosentpoeng for kvinner og om lag 34 prosentpoeng for menn. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte dagleg inntak av frukt eller bær i alle aldersgrupper.

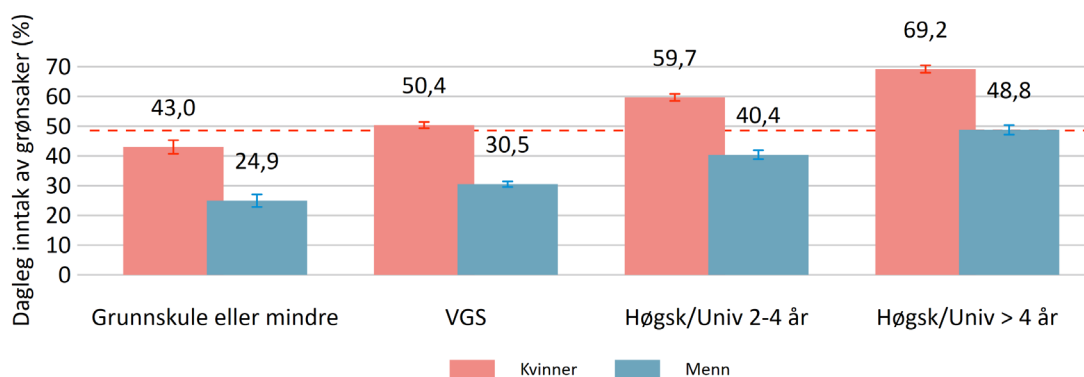
### 3.33 Dagleg inntak av grønnsaker

Totalt 53039 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Dagleg inntak av grønnsaker. Andelen for heile utvalet var **47,7 %** (KI95%: 47,3-48,2). Andelen for kvinner var 56,5 % (n=29305; KI95% 55,9-57,1) og andelen for menn var 36,8 % (n=23734; KI95% 36,2-37,5).

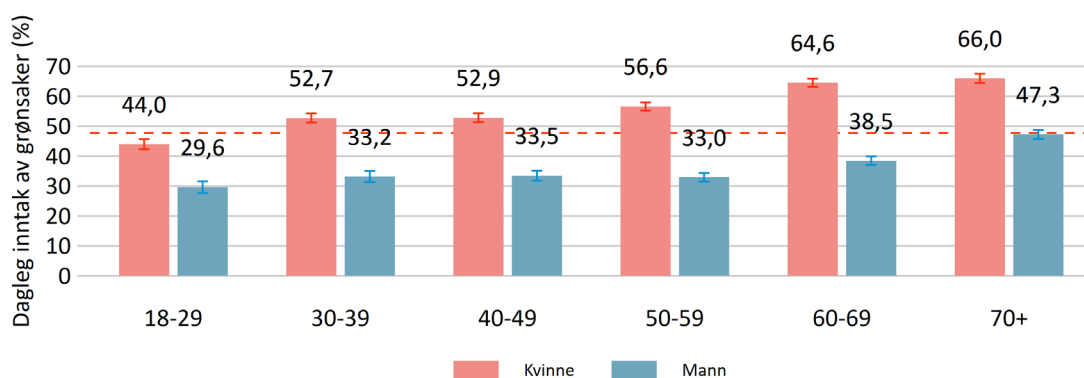
Figur 33: Dagleg inntak av grønnsaker etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 33A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte dagleg inntak av grønnsaker. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 6 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat, men ikkje etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Midthordland ligg under fylkesgjennomsnittet med både ujustert og justert estimat. Nordfjord og Kinn ligg like under fylkesgjennomsnittet med ujustert, men ikkje justert, estimat. Det er litt forskjell på ujusterte og justerte tal.

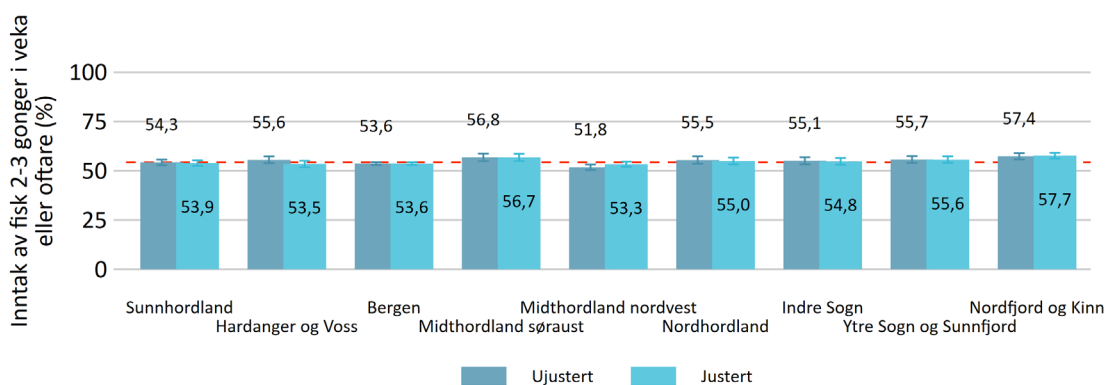
Figur 33B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte dagleg inntak av grønnsaker. Blant både kvinner og menn er det ein klar auke i dagleg inntak av grønnsaker med aukande utdanningsnivå. Forskjellane er statistisk sikre mellom kvart påfølgande utdanningsnivå. Ein klart høgare andel kvinner enn menn rapporterte dagleg inntak av grønnsaker.

Figur 33C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte dagleg inntak av grønnsaker. Blant kvinner er det ein klar alderstrend, der andel med dagleg inntak av grønnsaker stig med aukande alder. Forskjellane mellom dei påfølgande aldersgruppene er statistisk signifikante. Blant menn er det mindre variasjon over aldersgruppene. Det er først i dei to eldste aldersgruppene at andelen som rapporterte dagleg inntak av grønnsaker stig med aukande alder. Ein klart høgare andel kvinner enn menn rapporterte dagleg inntak av grønnsaker på tvers av aldersgrupper.

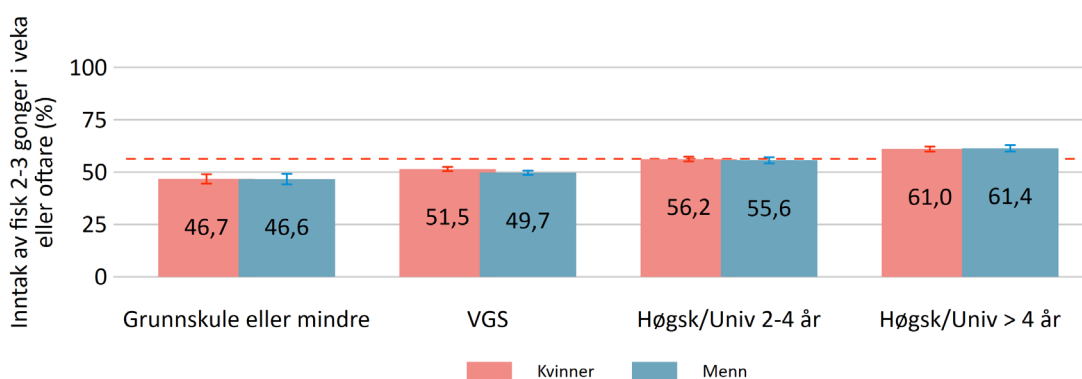
### 3.34 Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare

Totalt 53038 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen for heile utvalet var **54,3 %** (KI95%: 53,9-54,8). Andelen for kvinner var 53,6 % (n=29303; KI95% 53,0-54,2) og andelen for menn var 55,2 % (n=23735; KI95% 54,5-55,9).

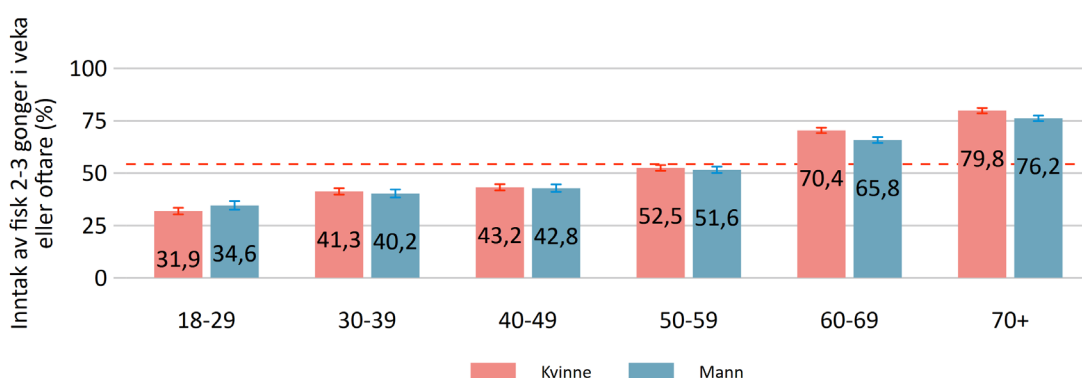
Figur 34: Inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur34A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 6 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen. Midthordland søraust og Nordfjord og Kinn ligg like over fylkesgjennomsnittet. Midthordland nordvest ligg like under fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat, men ikkje etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Med unntak av Midthordland nordvest er det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

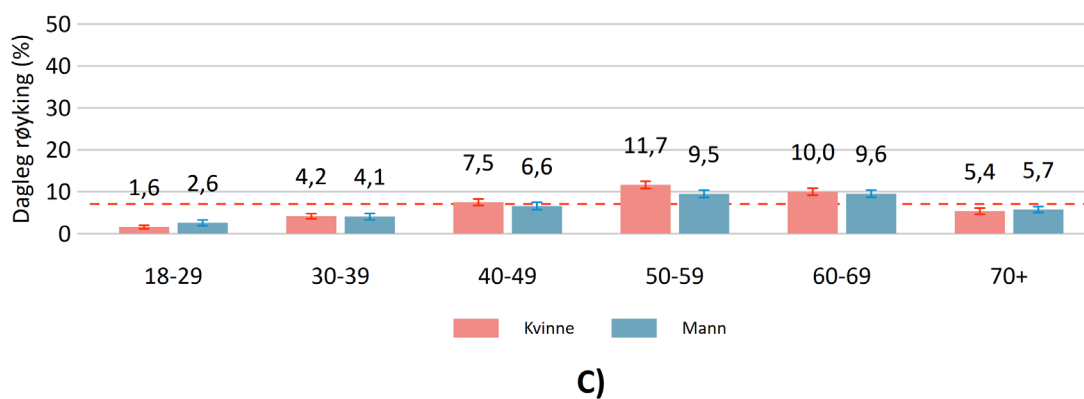
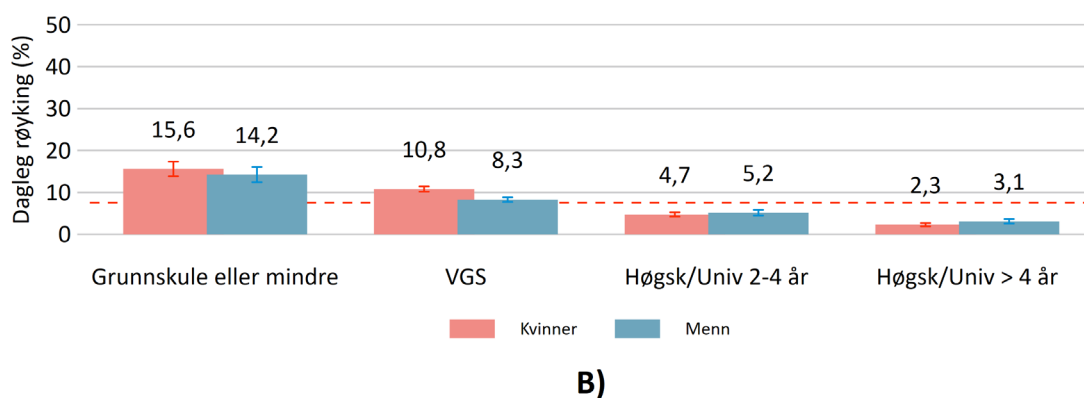
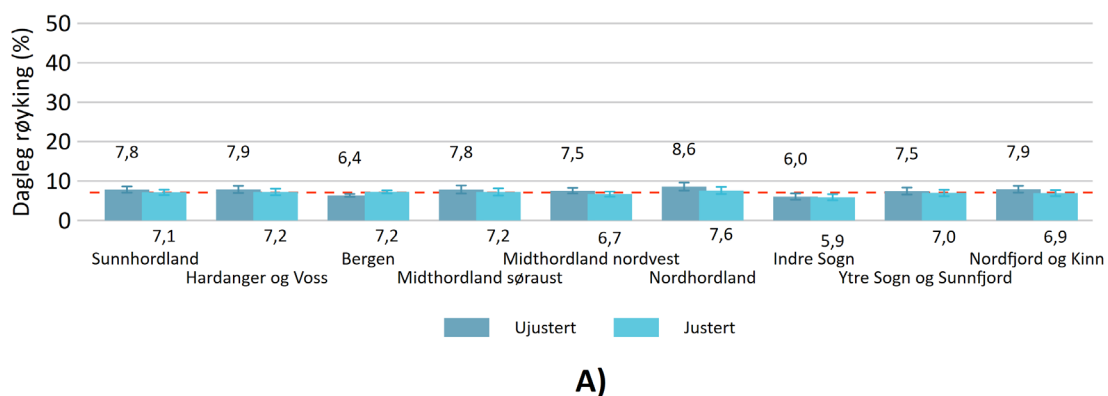
Figur 34B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen stig med aukande utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom kvart utdanningsnivå for begge kjønn, sett bort frå mellom dei to gruppene med kortast utdanning for menn. Det var ingen kjønnsforskjellar i nokre av utdanningsgruppene.

Figur 34C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen stig med aukande alder for begge kjønn, men forskjellen er ikkje statistisk signifikant mellom aldersgruppene 30-39 og 40-49 år. I dei to eldste aldersgruppene var det ein større andel kvinner enn menn som rapporterte inntak av fisk 2-3 gonger i veka eller oftare.

### 3.35 Dagleg røyking

Totalt 53014 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Dagleg røyking. Andelen for heile utvalet var **7,1 %** (KI95%: 6,9- 7,3). Andelen for kvinner var 7,2 % (n=29299; KI95% 6,9- 7,5) og andelen for menn var 7,0 % (n=23715; KI95% 6,6- 7,3).

Figur 35: Dagleg røyking etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 35A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte dagleg røyking. Det er lite variasjon over regionane, med om lag 3 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen. Nordhordland ligg like over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat, men ikkje etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

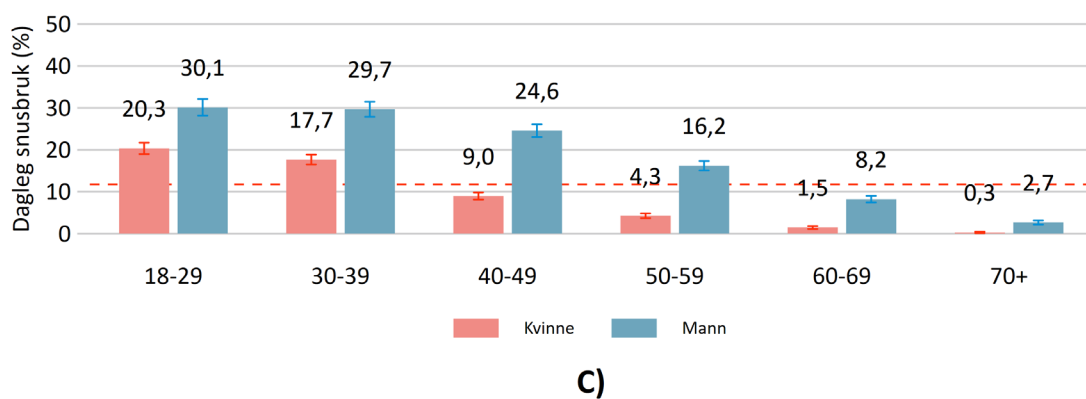
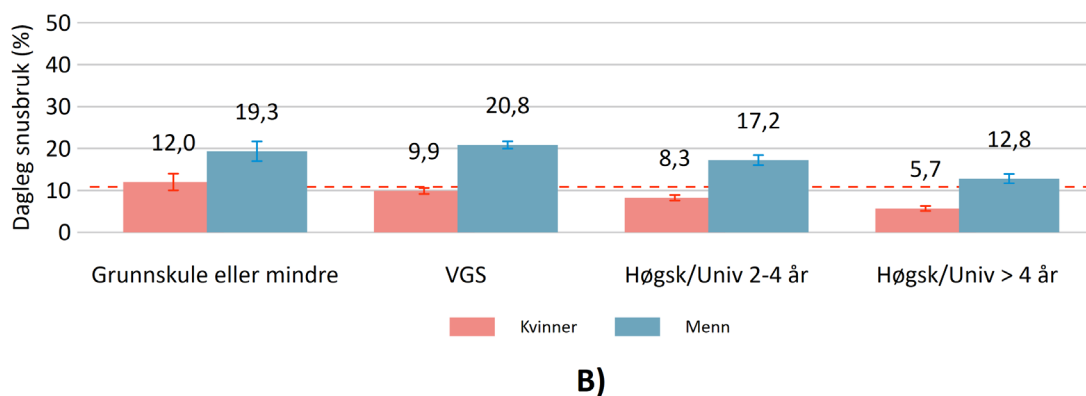
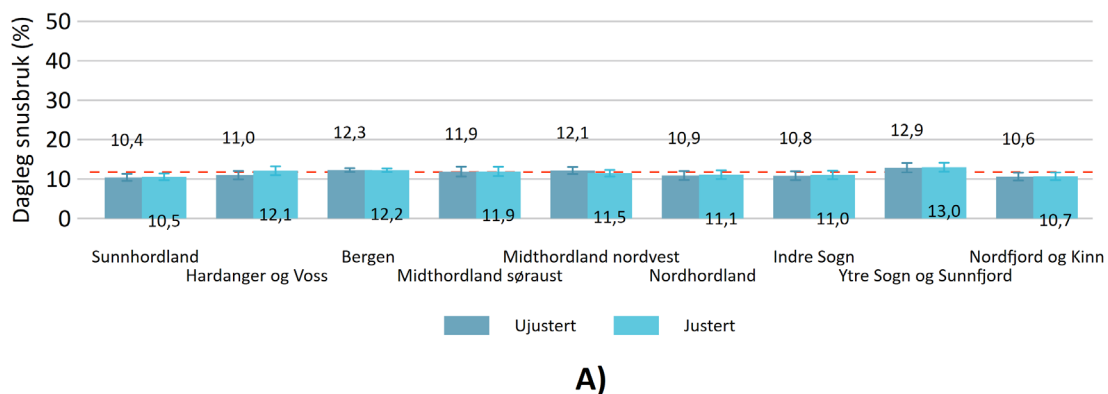
Figur 35B vise andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte dagleg røyking. Andelen som røyker dagleg minkar vesentleg med aukande utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen som rapporterte dagleg røyking er nesten sju gonger høgare i gruppa med lågast samanlikna med høgast utdanning. Blant menn er andelen nesten fem gonger så høg. I gruppa med VGS som høgaste utdanning er det ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte dagleg røyking.

Figur 35C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte dagleg røyking. Blant både menn og kvinner er det ein omvendt U-forma alderstrend. Blant kvinner stig andelen som rapporterte dagleg røyking fram til 50-59 år, for så å halde seg stabil til aldersgruppa 60-69 år og minke til den eldste aldersgruppa. Blant menn stig andelen frå aldersgruppa 30-39 år til aldersgruppa 50-59 år. Andelen held seg stabil i aldersgruppa 60-69 år, før den minkar til den eldste aldersgruppa. Det er ein statistisk signifikant kjønnsforskjell i aldersgruppa 50-59 år, med ein høgare andel kvinner enn menn som rapporterte dagleg røyking.

### 3.36 Dagleg snusbruk

Totalt 53030 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Dagleg snusbruk. Andelen for heile utvalet var **11,8 %** (KI95%: 11,5-12,1). Andelen for kvinner var 8,3 % (n=29317; KI95% 8,0- 8,6) og andelen for menn var 16,1 % (n=23713; KI95% 15,6-16,6).

Figur 36: Dagleg snusbruk etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 36A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte dagleg snusing. Det er lite variasjon over regionane, med berre om lag 3 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Alle regionane ligg nær fylkesgjennomsnittet. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal i Hardanger og Voss og Midthordland nordvest. I dei andre regionane er det minimale forskjellar.

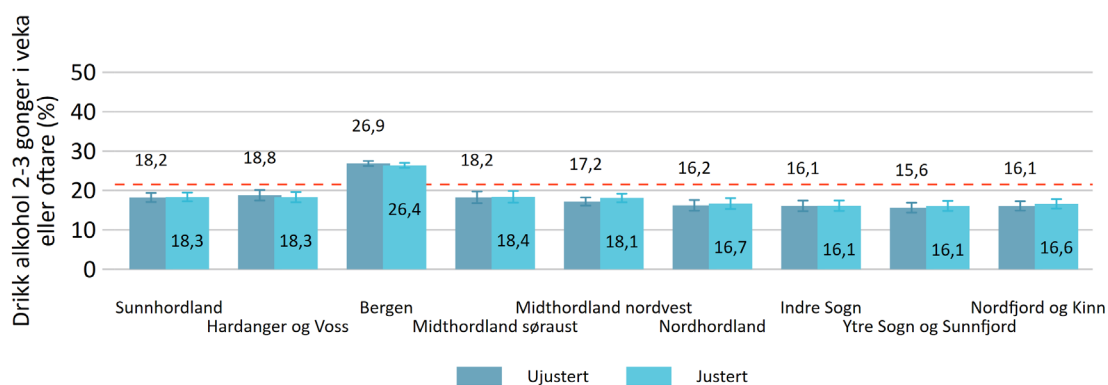
Figur 36B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte dagleg snusing. Blant både kvinner og menn minkar andelen som rapporterte dagleg snusing med aukande utdanningsnivå, men forskjellen mellom dei med grunnskule og VGS som høgaste utdanning er ikkje statistisk signifikant. Ein høgare andel menn enn kvinner rapporterte dagleg snusing innan kvart utdanningsnivå.

Figur 36C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte dagleg snusing. Blant både kvinner og menn minkar andelen som rapporterte dagleg snusing jamt med aukande alder. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande aldersgruppene, sett bort frå mellom den yngste og den nest yngste aldersgruppa. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte dagleg snusing innan alle aldersgrupper.

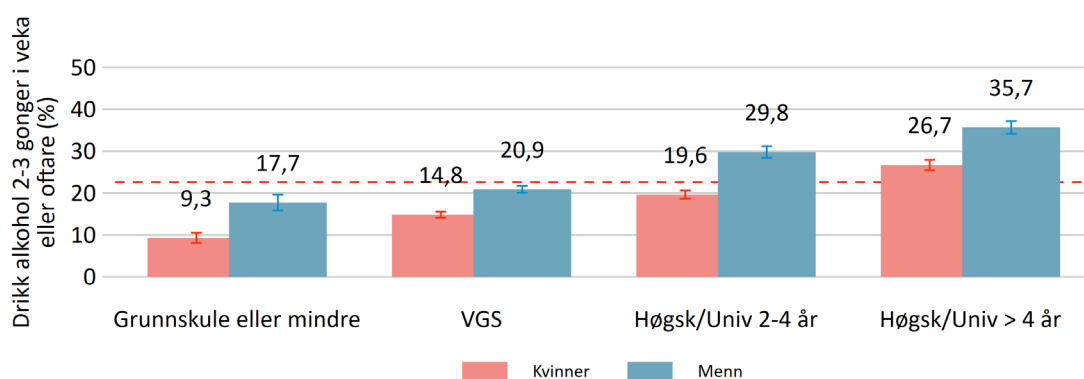
### 3.37 Drikk alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare

Totalt 52990 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Drikk alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen for heile utvalet var **21,5 %** (KI95%: 21,1-21,9). Andelen for kvinner var 17,7 % (n=29277; KI95% 17,2-18,2) og andelen for menn var 26,3 % (n=23713; KI95% 25,7-26,9).

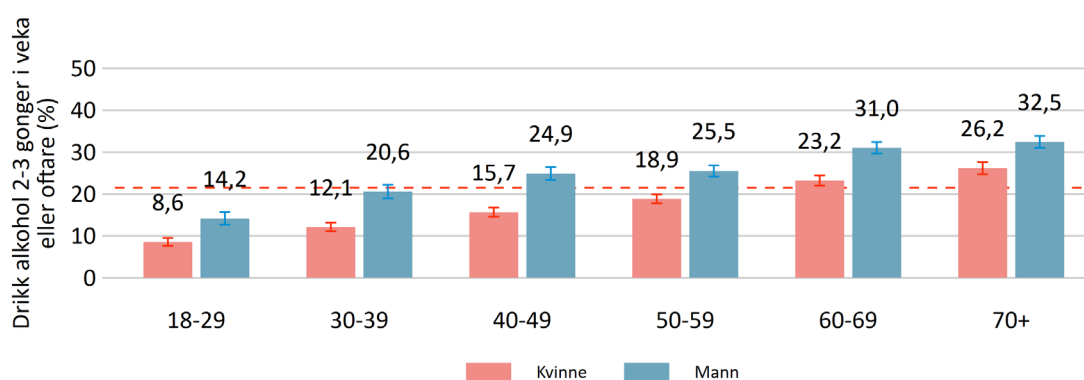
Figur 37: Drikk alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare etter regionalar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 37A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare. Det er ein del variasjon over regionane, med om lag 11 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg tydeleg over fylkesgjennomsnittet. Alle dei andre regionane ligg under fylkesgjennomsnittet. Det er lite forskjell mellom ujusterte og justerte tal.

Figur 37B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare. Blant både kvinner og menn stig andelen med aukande utdanningsnivå. Forskjellane er statistisk signifikante mellom påfølgande utdanningsnivå. Forskjellen i andel mellom høgaste og lågaste utdanningsnivå er om lag 17 prosentpoeng for kvinner og 18 prosentpoeng for menn. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte å drikke alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare innan kvart utdanningsnivå.

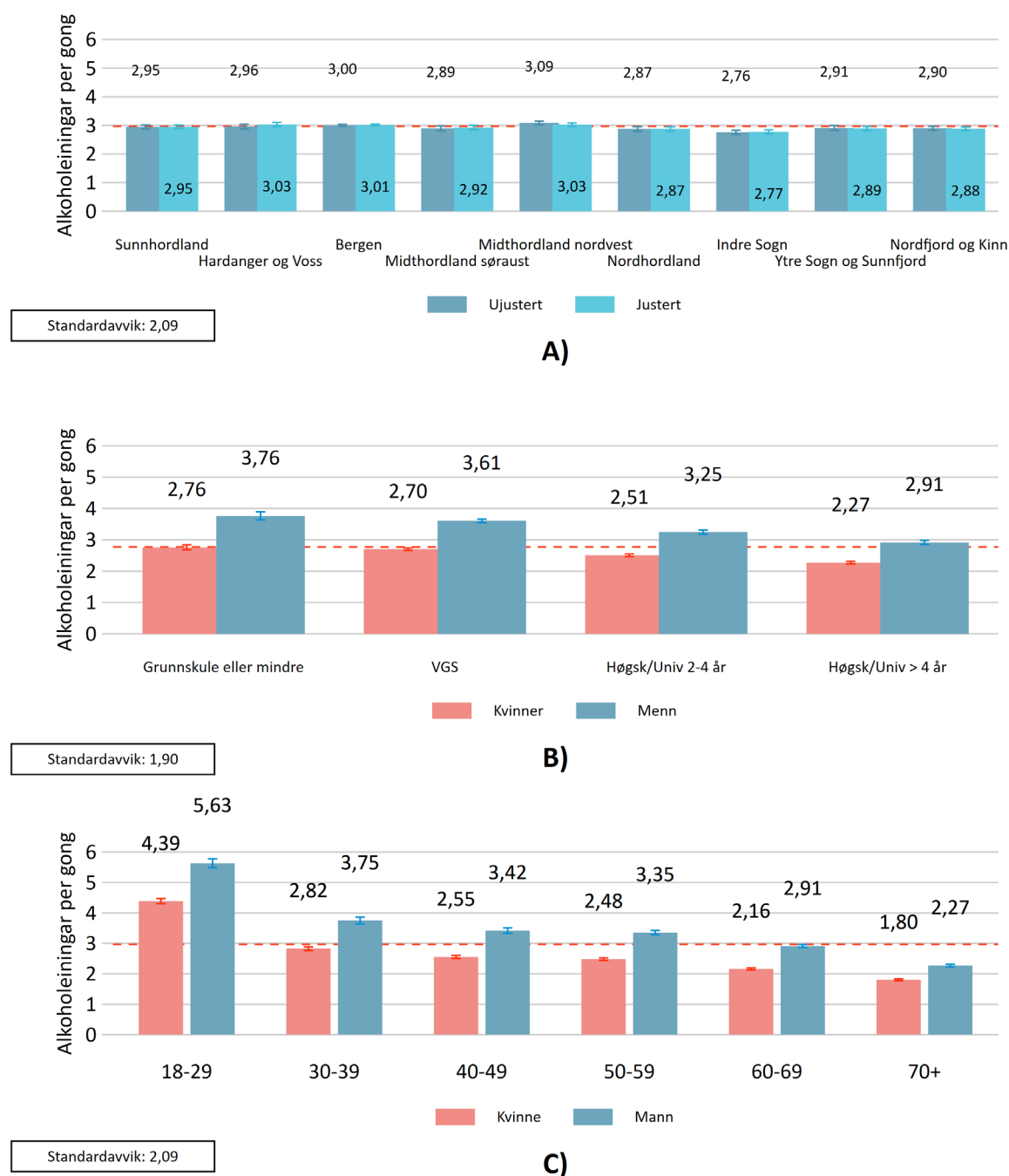
Figur 37C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare. Andelen stig med stigande alder. Forskjellen mellom den eldste og yngste gruppa er på om lag 18 prosentpoeng for både kvinner og menn. Forskjellane er statistisk signifikante mellom dei påfølgande aldersgruppene, sett bort frå dei to eldste gruppene, der stigninga flatar ut. Ein klart høgare andel kvinner enn menn rapporterte å drikke alkohol 2-3 gonger i veka eller oftare innan kvar aldersgruppe.

### 3.38 Alkoholeiningar per gong

Totalt 47010 deltakarar av 53216 (88,3 %) hadde gyldig svar på Alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol. Gjennomsnittet for heile utvalet var **2,97** (KI95%: 2,95-2,99).

Gjennomsnittet for kvinner var 2,66 (n=25471; KI95% 2,64-2,68) og gjennomsnittet for menn var 3,34 (n=21539; KI95% 3,30-3,37).

**Figur 38: Alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol etter regionalar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).**



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 38A viser gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol, samla og på tvers av regionar i Vestland. Det er små forskjellar mellom regionane, med ein forskjell på 0,33 einingar mellom det høgaste og lågaste gjennomsnittet. Denne forskjellen svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,16 (liten effektstørrelse). Midthordland nordvest ligg like over fylkesgjennomsnittet med ujustert estimat og på gjennomsnittet med justert estimat. Indre Sogn ligg like under fylkesgjennomsnittet med både ujustert og justert estimat. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

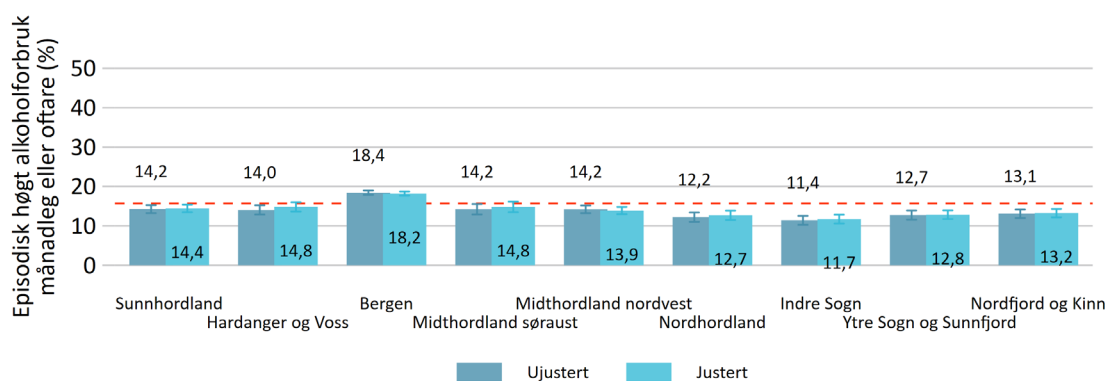
Figur 38B viser gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er gjennomsnittet stabilt mellom grunnskule og VGS, før det minkar med aukande utdanning. Forskjellen i gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong frå VGS og dei påfølgande utdanningsnivåa er statistisk signifikant. Blant menn minkar gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong med aukande utdanning. Med unntak av forskjellen mellom grunnskule og VGS, er det statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande utdanningsnivåa. Gjennomsnittleg tal alkoholeiningar er tydeleg høgare blant menn enn kvinner i alle utdanningsgruppene, men forskjellen minkar noko med aukande utdanning.

Figur 38C viser gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er det ein klar nedgang med aukande alder. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande aldersgruppene, sett bort frå mellom 40-49 og 50-59 for begge kjønn. Gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong er klart høgare blant menn enn blant kvinner innan alle aldersgrupper.

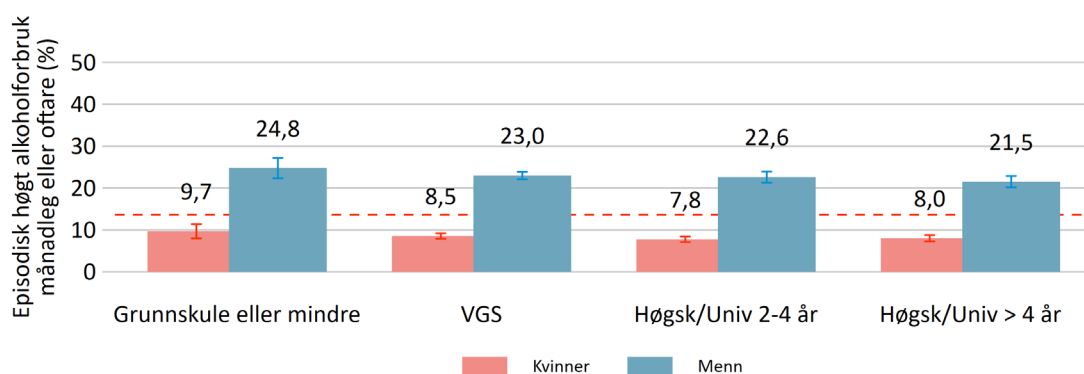
### 3.39 Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare

Totalt 52879 deltakarar av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare. Andelen for heile utvalet var **15,7 %** (KI95%: 15,4-16,0). Andelen for kvinner var 9,9 % (n=29207; KI95% 9,6-10,3) og andelen for menn var 22,8 % (n=23672; KI95% 22,3-23,4).

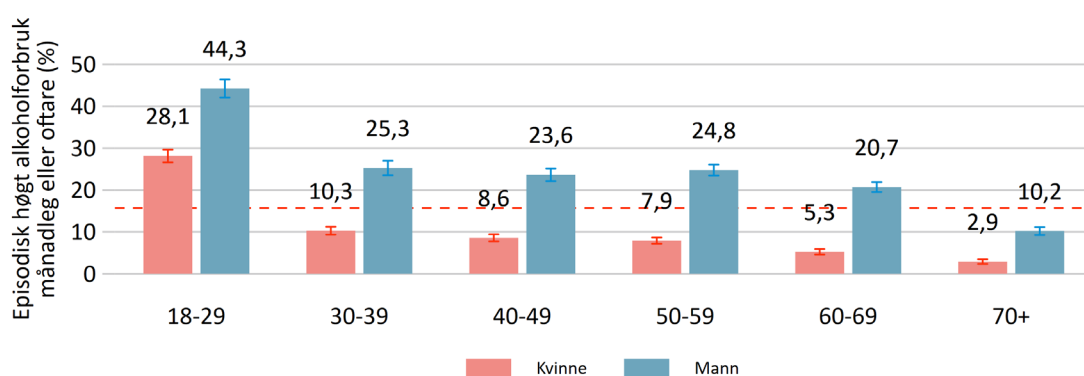
Figur 39: Episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 39A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk kvar månad eller oftare. Det er noko variasjon over regionane, med 7 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Bergen ligg over fylkesgjennomsnittet. Indre Sogn, etterfølgt av Nordhordland, Ytre Sogn og Sunnfjord, Nordfjord og Kinn og Midthordland nordvest, ligg under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

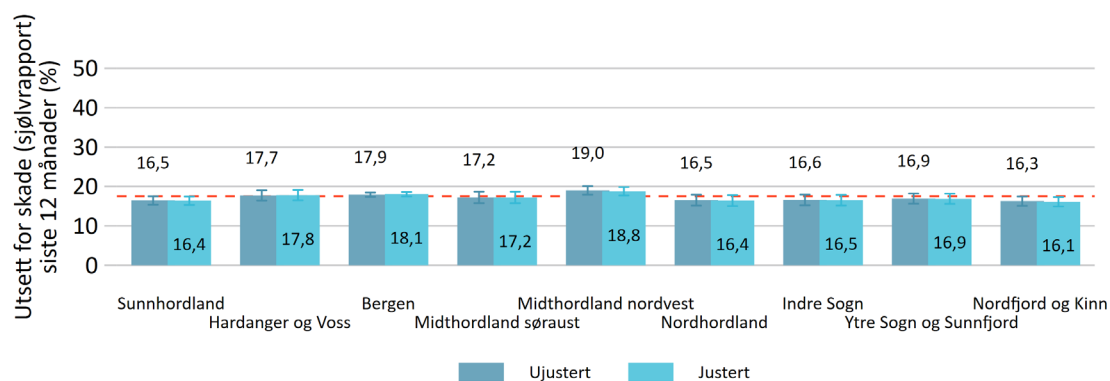
Figur 39B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk kvar månad eller oftare. Blant kvinner er andelen relativt stabil på tvers av utdanningsnivå. Blant menn er andelen stabil fram til gruppa med høgast utdanning, der det er ein liten nedgang i andelen som rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk. Forskjellen mellom gruppa med lågast og gruppa med høgast utdanning er statistisk signifikant. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk kvar månad eller oftare i alle utdanningsgruppene.

Figur 39C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk kvar månad eller oftare. Både blant kvinner og menn er det ein tydeleg alderstrend, der andelen minkar med aukande alder og der den tydelegaste nedgangen skjer frå 18-29 til 30-39 år. Blant kvinner minkar andelen vidare, med statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande gruppene, sett bort frå mellom 40-49 og 50-59 år. Blant menn er andelen stabil frå 30-39 til 50-59 år, før den minkar med aukande alder i dei to eldste aldersgruppene. Ein klart høgare andel menn enn kvinner rapporterte episodisk høgt alkoholforbruk kvar månad eller oftare i kvar aldersgruppe.

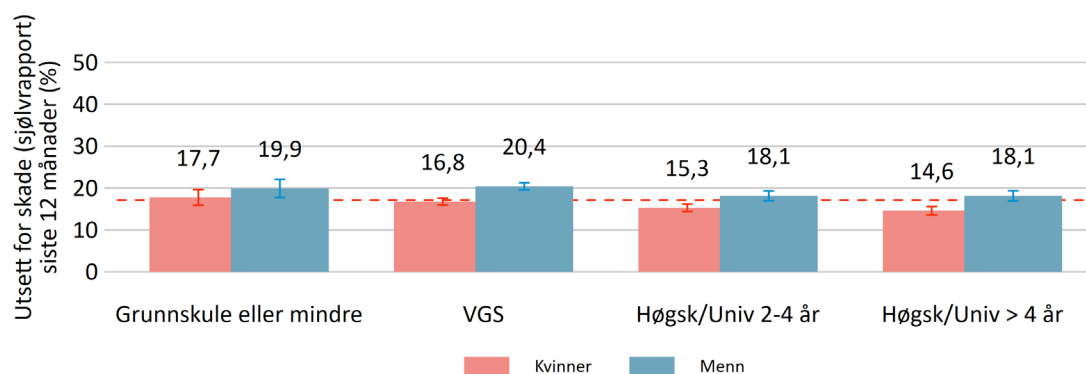
### 3.40 Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder

Totalt 52913 deltakarar av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder. Andelen for heile utvalet var **17,6 %** (KI95%: 17,2-17,9). Andelen for kvinner var 16,0 % (n=29229; KI95% 15,5-16,4) og andelen for menn var 19,5 % (n=23684; KI95% 19,0-20,1).

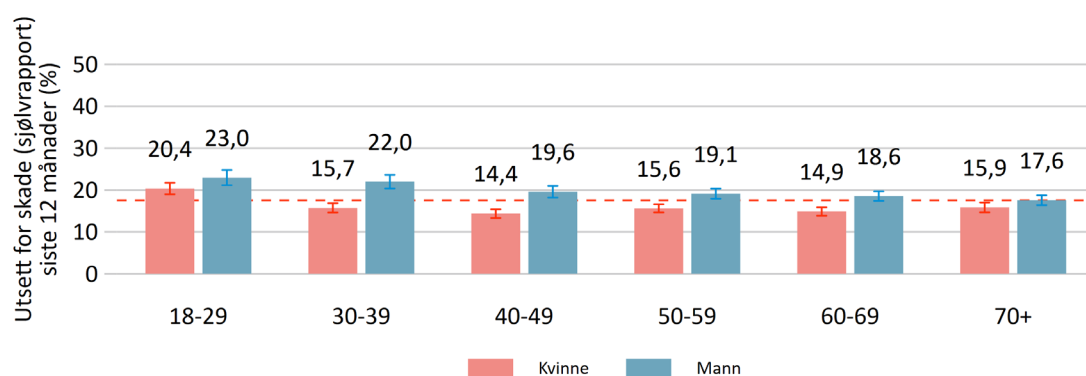
Figur 40: Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 måneder etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 40A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som har blitt utsett for skade (sjølvrapportert) siste 12 månader. Det er lite variasjon over regionane, med om lag 3 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Regionane ligg enten på eller grensesignifikant rundt fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

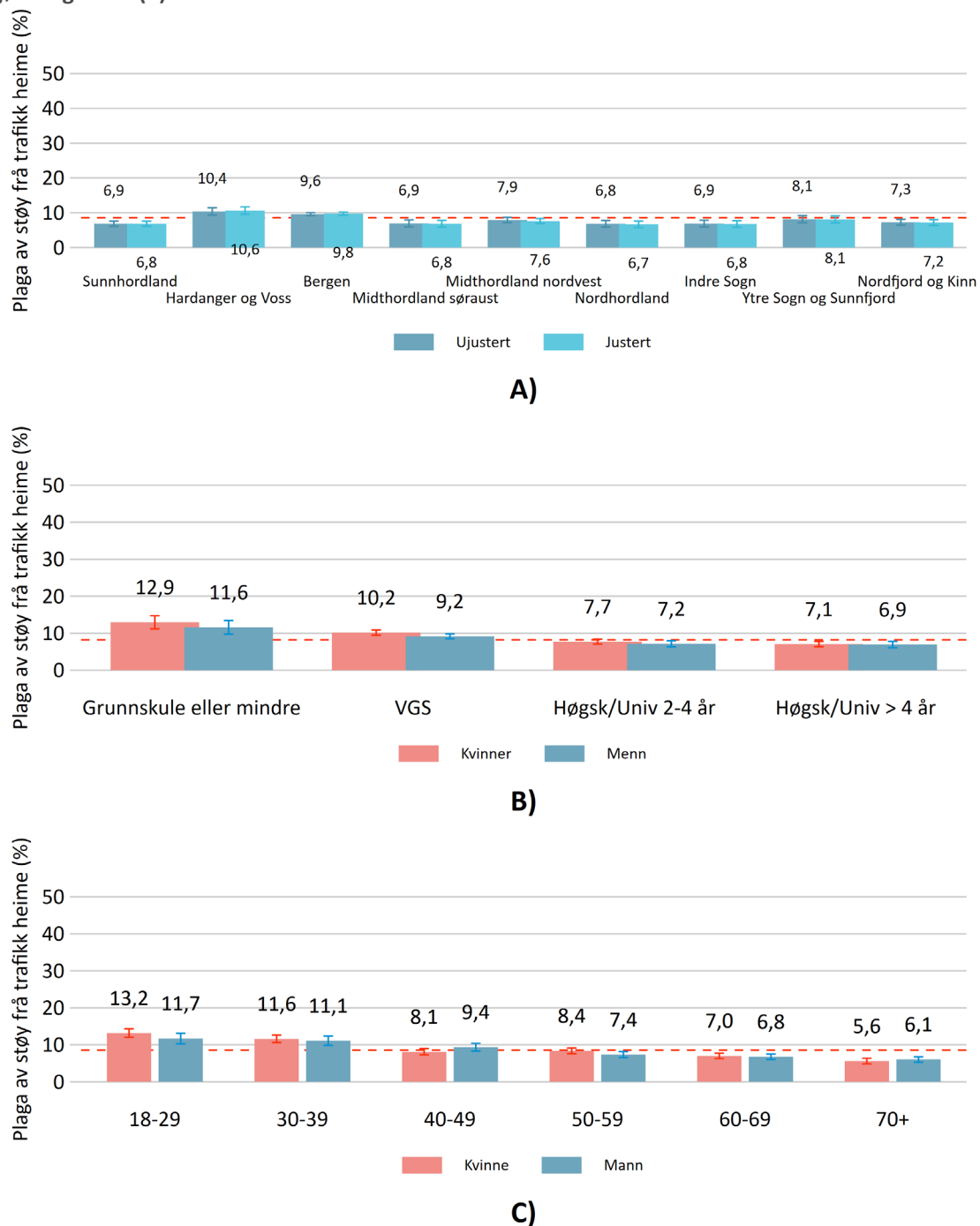
Figur 40B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som har blitt utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 månader. Blant kvinner er det ein tendens til ein nedgang i andelen med aukande utdanning, og der forskjellen er statistisk signifikant mellom dei med grunnskule og dei med høgskule- eller universitetsutdanning på over 4 år som høgaste fullførte utdanning. Blant menn er det ingen statistisk signifikante forskjellar mellom nokre av utdanningsgruppene. Sett bort frå gruppa med grunnskule som høgaste fullførte utdanning er det ein høgare andel menn enn kvinner som rapporterte å ha blitt utsett for skade siste 12 månader.

Figur 40C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som har blitt utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 månader. Blant kvinner er det ein nedgang i andelen frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa, før andelen held seg stabil med aukande alder. Blant menn er det ein svak nedgang i andelen som har blitt utsett for skade siste 12 månader med aukande alder, der andelane er statistisk signifikant lågare i dei tre eldste aldersgruppene samanlikna med dei to yngste. Ein større andel menn enn kvinner rapporterte å ha blitt utsett for skade siste 12 månader, men kjønnsforskjellane var ikkje signifikante i den yngste og eldste gruppa.

### 3.41 Plaga av støy frå trafikk heime

Totalt 53072 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Plaga av støy frå trafikk heime. Andelen for heile utvalet var **8,6 %** (KI95%: 8,3- 8,8). Andelen for kvinner var 8,9 % (n=29326; KI95% 8,5- 9,2) og andelen for menn var 8,2 % (n=23746; KI95% 7,8- 8,6).

Figur 41: Plaga av støy frå trafikk heime etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Figur 41A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte at dei er plaga av støy frå trafikk heime. Det er litt variasjon over regionane, med om lag 4 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Hardanger og Voss, etterfølgt av Bergen, ligg like over fylkesgjennomsnittet. Nordhordland, etterfølgt av Sunnhordland, Midthordland søraust, Indre Sogn og Nordfjord og Kinn ligg like under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

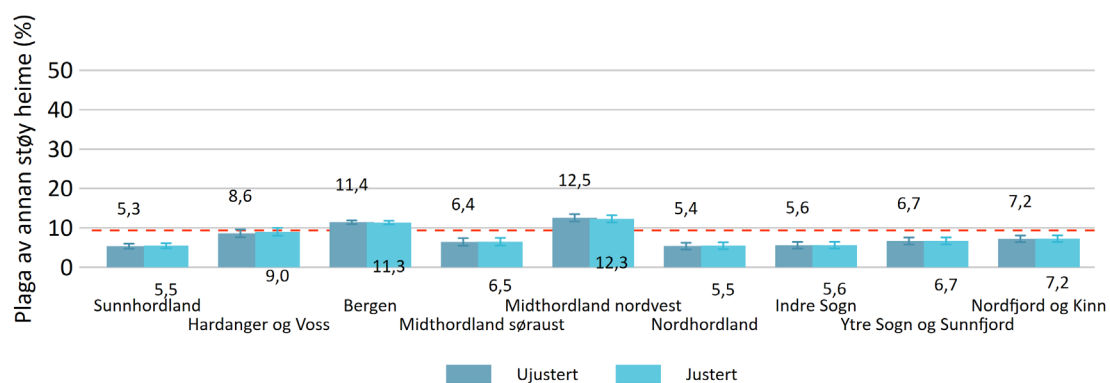
Figur 41B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at dei er plaga av støy frå trafikken heime. Blant både kvinner og menn minkar andelen som er plaga av trafikk heime med aukande utdanningsnivå. Det er statistisk signifikante forskjellar når ein samanliknar dei to gruppene med høgast utdanning med dei to gruppene med lågast utdanning. Det er ingen tydelege kjønnsforskjellar.

Figur 41C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at dei er plaga av støy frå trafikk heime. Blant både kvinner og menn er det ein svak og jamn nedgang i andelen med aukande alder. Blant kvinner er andelen statistisk signifikant lågare i aldersgruppene 40-49 og 50-59 år enn i dei to yngste aldersgruppene, og lågare i den eldste aldersgruppa samanlikna med aldersgruppene 18-29 til 50-59 år. Blant menn er andelen statistisk signifikant lågare i dei tre eldste aldersgruppene samanlikna med dei tre yngste aldersgruppene. Det er ingen klare kjønnsforskjellar i andel som rapporterte støy frå trafikk heime i nokre av aldersgruppene.

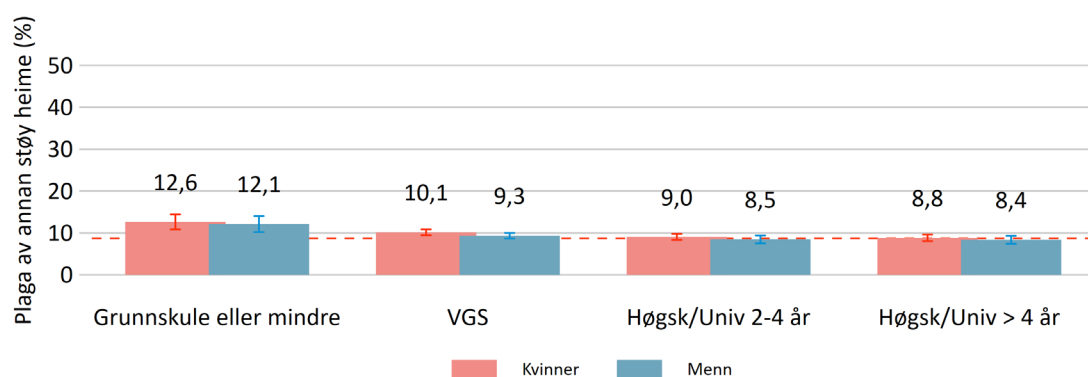
### 3.42 Plaga av annan støy heime

Totalt 53037 deltakarar av 53216 (99,7 %) hadde gyldig svar på Plaga av annan støy heime. Andelen for heile utvalet var **9,4 %** (KI95%: 9,1- 9,7). Andelen for kvinner var 10,0 % (n=29297; KI95% 9,6-10,3) og andelen for menn var 8,7 % (n=23740; KI95% 8,3- 9,0).

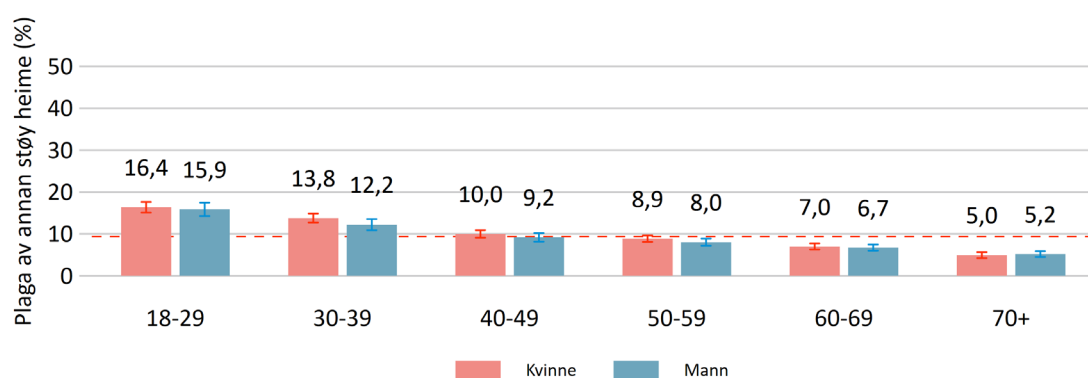
Figur 42: Plaga av annan støy heime etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 42A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som rapporterte å vere plaga av anna utandørs støy enn vegtrafikk heime. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 7 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen (ujusterte tal). Midthordland nordvest, etterfølgt av Bergen, ligg over fylkesgjennomsnittet. Alle dei andre regionane, sett bort frå Hardanger og Voss, ligg under fylkesgjennomsnittet. Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

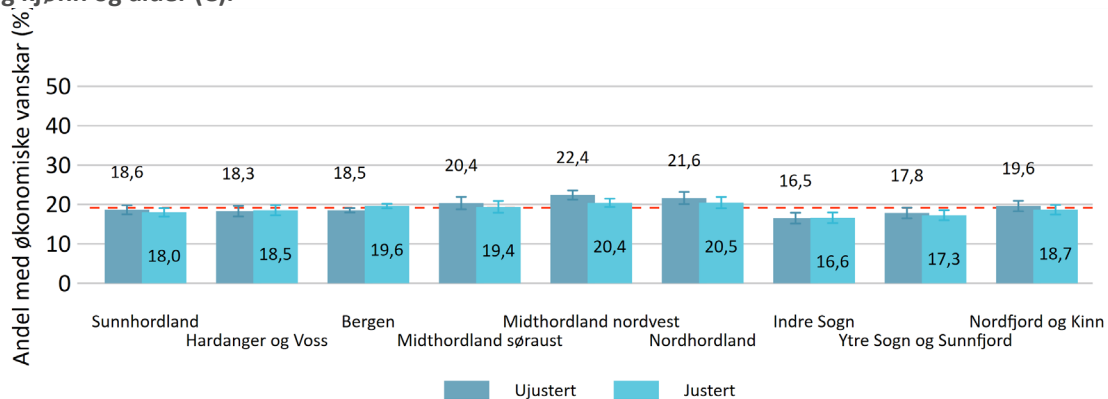
Figur 42B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å vere plaga av anna utandørs støy enn vegtrafikk heime. Blant både kvinner og menn minkar andelen som er plaga av trafikk heime svakt med aukande utdanningsnivå. Blant kvinner er det statistisk signifikante forskjellar når ein samanliknar dei to gruppene med høgast utdanning med gruppa med grunnskule som høgaste utdanning. Blant menn er det statistisk signifikante forskjellar når ein samanliknar dei to gruppene med høgast utdanning med dei to gruppene med lågast utdanning. Det er ingen tydelege kjønnsforskjellar.

Figur 42C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å vere plaga av anna utandørs støy enn vegtrafikk heime. Andelen minkar jamt med aukande alder blant både kvinner og menn. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande gruppene, sett bort frå mellom aldersgruppene 40-49 og 50-59 år. Blant menn er forskjellen heller ikkje statistisk signifikant mellom gruppene 50-59 og 60-69 år. Det er ingen klare kjønnsforskjellar i nokre av aldersgruppene.

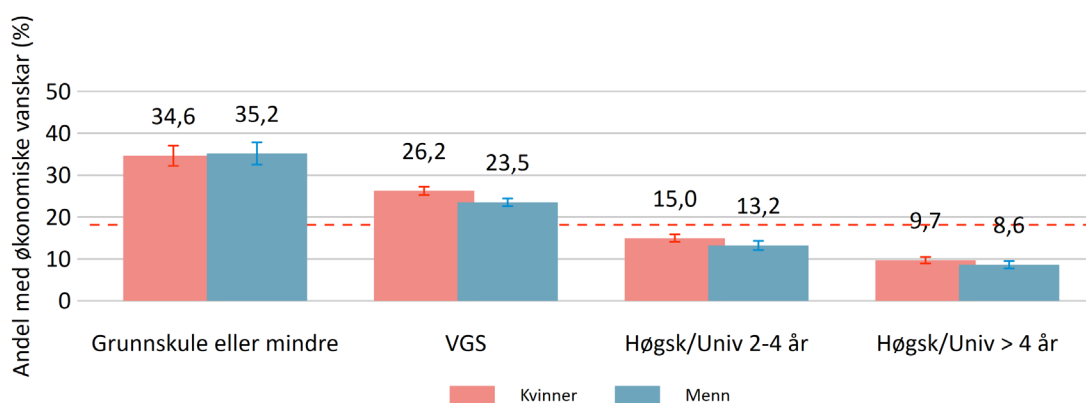
### 3.43 Andel med økonomiske vanskar

Totalt 51 548 deltakarar av 53 216 (96,9 %) hadde gyldig svar på Andel med økonomiske vanskar. Andelen for heile utvalet var **19,2 %** (KI95%: 18,8-19,5). Andelen for kvinner var 19,9 % (n=28429; KI95% 19,4-20,4) og andelen for menn var 18,3 % (n=23119; KI95% 17,7-18,8).

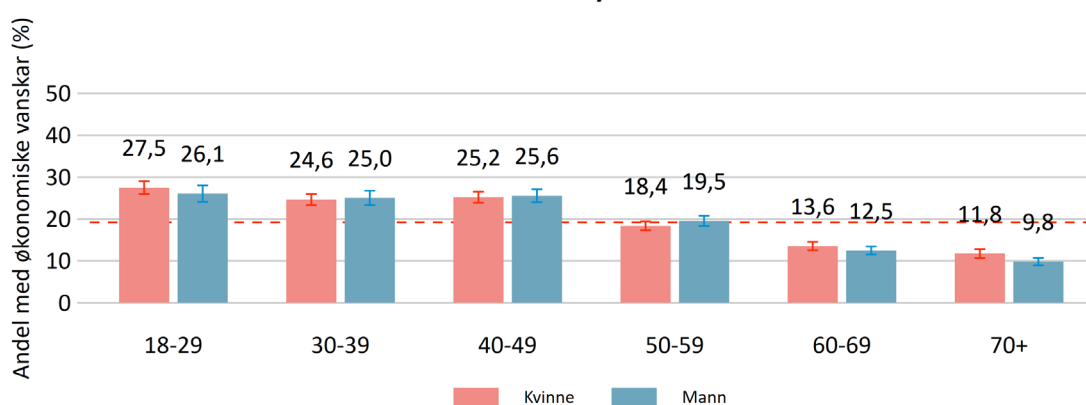
Figur 43: Andel med økonomiske vanskar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 43A viser andelen, samla og på tvers av regionar i Vestland, som synes det er vanskeleg («svært vanskeleg», «vanskeleg» eller «forholdsvis vanskeleg») å få hushaldsinntekta til å strekke til i det daglege. Det er noko variasjon over regionane, med om lag 6 prosentpoeng forskjell mellom den høgaste og lågaste andelen. Midthordland nordvest og Nordhordland ligg litt over fylkesgjennomsnittet med ujusterte estimat. Etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning, ligg desse regionane nær fylkesgjennomsnittet. Indre Sogn ligg under fylkesgjennomsnittet med både ujustert og justert estimat, medan Ytre Sogn og Sunnfjord ligg under fylkesgjennomsnittet med justert estimat. Det er litt forskjell mellom ujusterte og justerte tal, spesielt i Midthordland nordvest og Nordhordland.

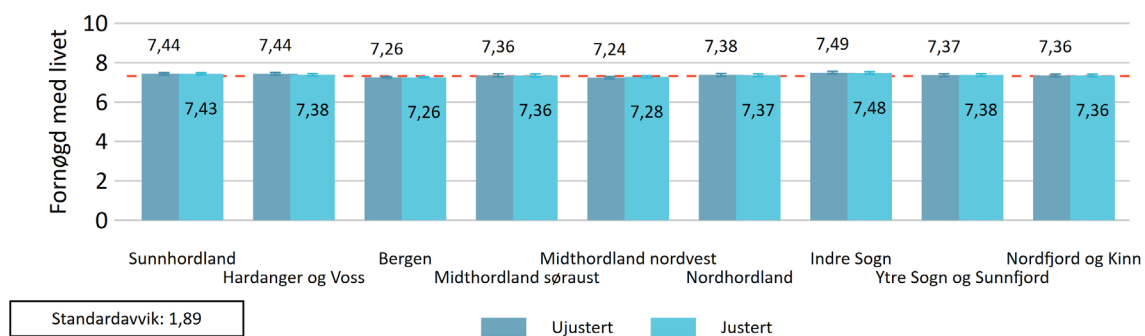
Figur 42B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte økonomiske vanskar. Andelen med økonomiske vanskar minkar klart med aukande utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellen er statistisk sikker mellom utdanningsnivåa. Ein høgare andel kvinner enn menn rapporterte om økonomiske vanskar innan utdanningsnivåa, unnateke i gruppa med grunnskule som høgaste utdanning. Kjønnsforskjellen er tydlegast i gruppa med VGS som høgaste utdanning

Figur 42C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte økonomiske vanskar. Både blant kvinner og menn minkar først andelen med økonomiske vanskar svakt frå yngste til nest-yngste aldersgruppe, held seg stabil mellom 30-39 og 40-49 år, for deretter å minke med aukande alder. Det er ingen klare kjønnsforskjellar i andel som oppgav økonomiske vanskar innan aldersgruppene.

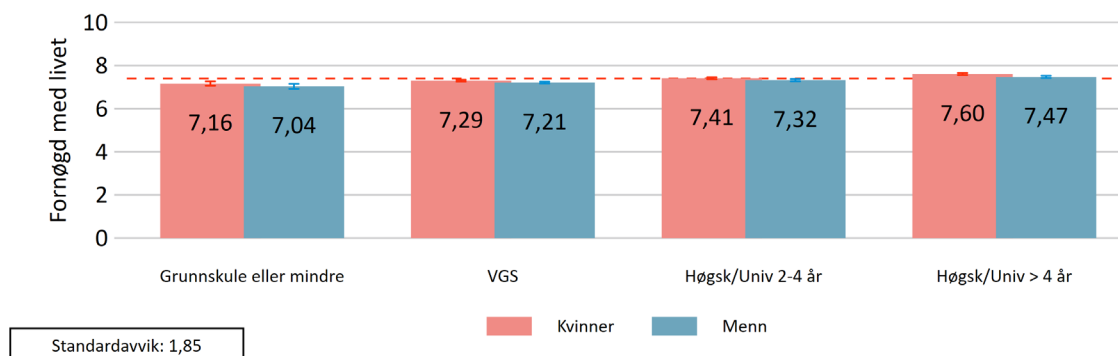
### 3.44 Fornøgd med livet

Totalt 52919 deltakere av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Fornøgd med livet. Gjennomsnittet for hele utvalet var **7,32** (KI95%: 7,30-7,34). Gjennomsnittet for kvinner var 7,33 (n=29219; KI95% 7,30-7,35) og gjennomsnittet for menn var 7,32 (n=23700; KI95% 7,29-7,34).

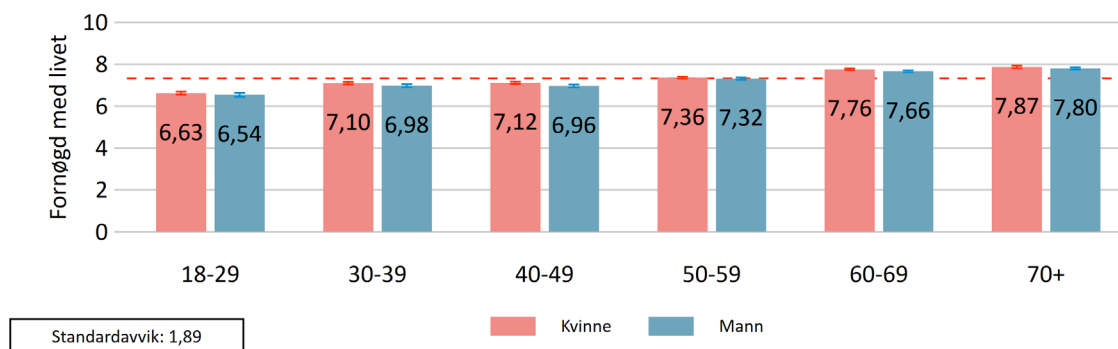
Figur 44: Fornøgd med livet etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 44A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om kor fornøgd ein er med livet for tida. Spørsmålet går som følger: «Alt i alt, kor fornøgd er du med livet ditt for tida?» Som skildra i metodedelene er dette og påfølgande svaralternativ oppgitt på ein skala frå 0-10, der 0 betyr ikkje fornøgd i det heile tatt og 10 betyr svært fornøgd. Det er lite variasjon over regionane, der forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,25 mellom høgaste og lågaste verdi (ujustert). Dette svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,13 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

Svara kan også grupperast, slik at svar mellom 0 og 5 angjev låg tilfredsheit, og mellom 9 og 10 høg tilfredsheit. Med denne grupperinga ser vi at 15,4 % (95 % KI 15,1-15,8) rapporterte låg tilfredsheit i fylket som heilheit. Andelen for kvinner var 15,6 % (95 % KI 15,2-16,0) og andelen for menn var 15,2 % (95 % KI 14,7-15,7). Resterande 84,6 % kan dermed tolkast som fornøgde med livet (skår mellom 6 og 10). Andelen med høg tilfredsheit (9-10) var 26,4 % (95 % KI 26,0-26,8) i fylket som heilheit, og like høg blant kvinner og menn.

Figur 44B viser gjennomsnittleg skår på kor fornøgd ein er med livet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Gjennomsnittsskåren stig med aukande utdanning blant både kvinner og menn. Forskjellane mellom påfølgande utdanningsnivå er statistisk signifikante, utanom mellom dei to lågaste utdanningsnivåa blant kvinner. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,23 blant både kvinner og menn (liten effektstørrelse). Kvinner rapporterte å vere litt meir fornøgd med livet enn menn blant dei med høgskule- eller universitetsutdanning på 4 år eller meir.

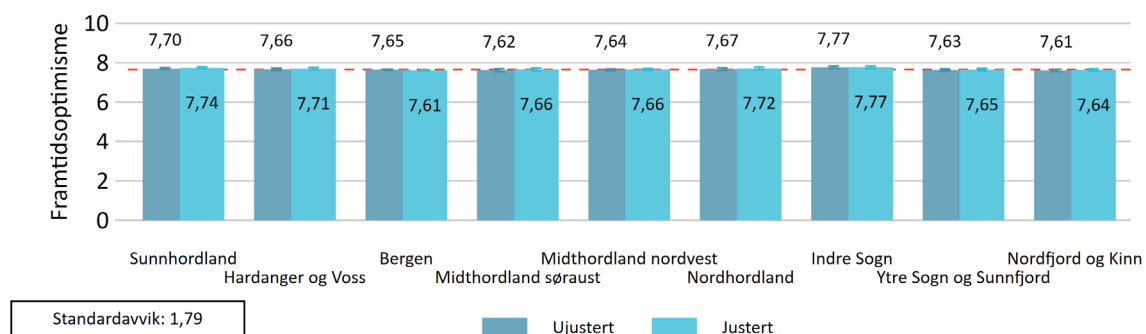
Figur 44C viser gjennomsnittleg skår på kor fornøgd ein er med livet etter alder og kjønn. Blant både kvinner og menn stig gjennomsnittsskåren frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa og held seg stabil frå 30-39 til 40-49 år. Frå 40-49 og fram til 60-69 år stig gjennomsnittsskåren med aukande alder og flatar så ut i dei to eldste aldersgruppene. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (eldste mot yngste aldersgruppe) er 0,66 for kvinner og 0,67 for menn (stor effektstørrelse). Det er ingen klare kjønnsforskjellar i nokre av aldersgruppene.

Meir findelt i den eldste aldersgruppa (70-79 år og 80 år og eldre), viser at skåren på kor fornøgd ein er med livet held seg nokså stabil mellom desse to aldersgruppene: Blant kvinner var gjennomsnittet 7,9 (95 % KI 7,8-7,9) i aldersgruppa 70-79 år og 7,8 (95 % KI 7,6-8,0) i aldersgruppa 80 år og eldre. Blant menn var gjennomsnittet 7,8 (95 % KI 7,8-7,9) i aldersgruppa 70-79 år og 7,8 (95 % KI 7,6-7,9) i aldersgruppa 80 år og eldre. Merk at tala er usikre i den eldste aldersgruppa grunna låg deltakingsprosent.

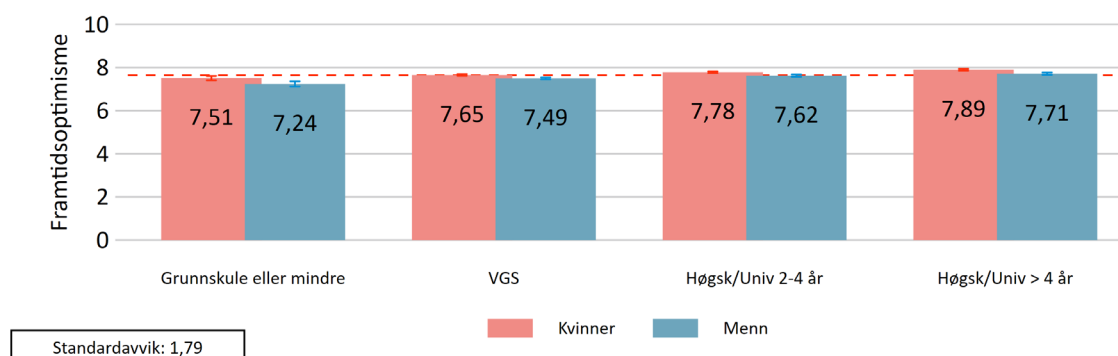
### 3.45 Framtidsoptimisme

Totalt 52402 deltakarar av 53216 (98,5 %) hadde gyldig svar på Framtidsoptimisme. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,65** (KI95%: 7,64-7,67). Gjennomsnittet for kvinner var 7,75 (n=28871; KI95% 7,73-7,77) og gjennomsnittet for menn var 7,53 (n=23531; KI95% 7,51-7,56).

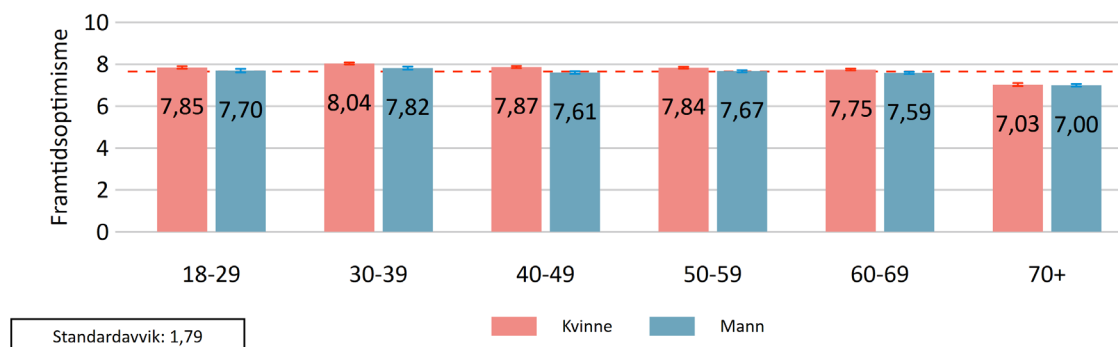
Figur 45: Framtidsoptimisme etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 45A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på «framtidsoptimisme». Deltakarane blei spurt om kor fornøgd dei forventar å vere med livet fem år fram i tid (skala 0-10). Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen er 0,16 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,09 (svært liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

Svara kan også grupperast, slik at svar mellom 0 og 5 angjev låg grad av framtidsoptimisme, og mellom 9 og 10 høg grad av framtidsoptimisme. Med denne grupperinga ser vi at 12,0 % (95 % KI 11,7-12,3) rapporterte låg grad av framtidsoptimisme i fylket som heilheit. Andelen for kvinner var 10,6 % (95 % KI 10,2-10,9) og andelen for menn var 13,9 % (95 % KI 13,4-14,4). Resterande 88,0 % kan dermed tolkast som optimistiske for framtida (skår mellom 6 og 10). Andelen med høg framtidsoptimisme (9-10) var 33,6 % (95 % KI 33,2-34,1) i fylket som heilheit, 34,7 % blant kvinner og 32,4 % blant menn.

Figur 45B viser gjennomsnittleg skår på «framtidsoptimisme» fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Gjennomsnittsskåren på framtidsoptimisme stig litt med aukande utdanningsnivå for begge kjønn. Forskjellane mellom påfølgande utdanningsnivå er statistisk signifikante, utanom mellom dei to høgaste utdanningsnivåa blant menn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,21 for kvinner og 0,26 for menn (liten effektstørrelse). Kvinner rapporterte ein svakt høgare framtidsoptimisme enn menn innan kvar av utdanningsnivåa.

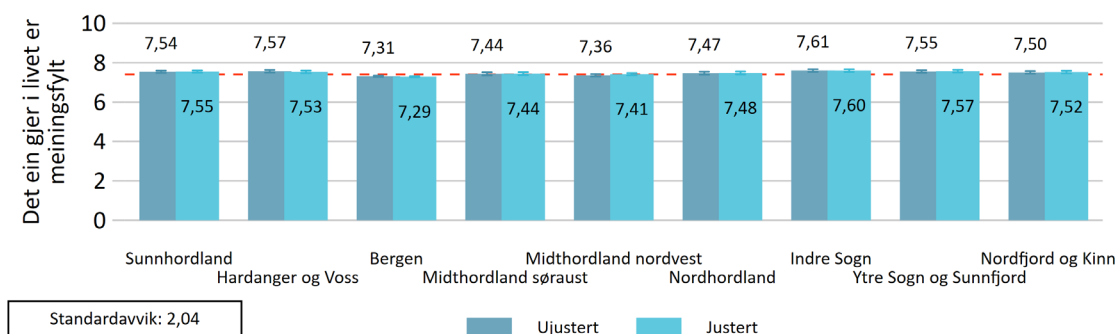
Figur 45C viser gjennomsnittleg skår på «framtidsoptimisme» fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er framtidsoptimismen relativt stabil over aldersgrupper fram til den eldste aldersgruppa, der det er ein nedgang i gjennomsnittsskår. Blant menn er det ein liten nedgang i gjennomsnittsskår frå 30-39 år til 40-49 år, før den held seg stabil fram til aldersgruppa 60-69 år. I den eldste aldersgruppa er det ein nedgang i framtidsoptimisme. Kvinner rapporterte ein svakt høgare framtidsoptimisme samanlikna med menn, sett bort frå i den eldste aldersgruppa. Desse kjønnsforskjellane svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,09-0,15 (liten effektstørrelse).

### 3.46 Det ein gjer i livet er meningsfylt

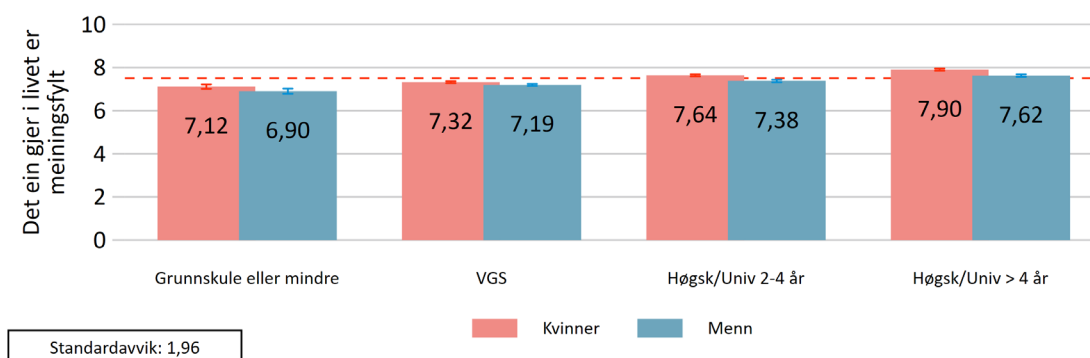
Totalt 52816 deltakarar av 53216 (99,2 %) hadde gyldig svar på Det ein gjer i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,41** (KI95%: 7,39-7,43).

Gjennomsnittet for kvinner var 7,47 (n=29150; KI95% 7,45-7,50) og gjennomsnittet for menn var 7,33 (n=23666; KI95% 7,30-7,36).

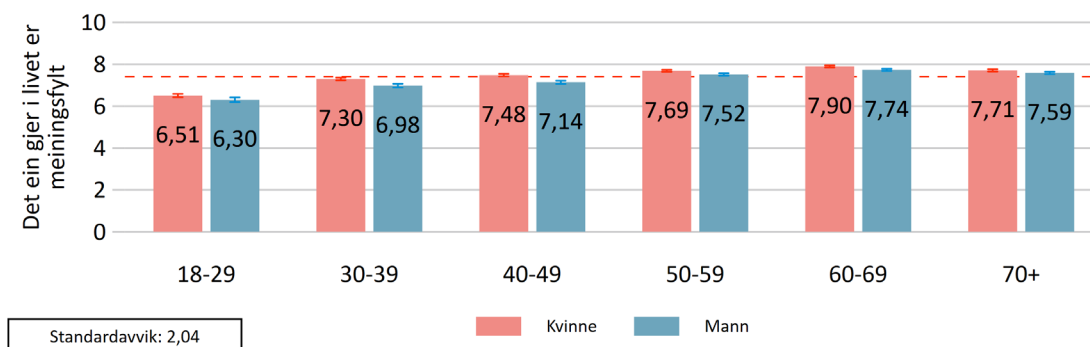
Figur 46: Det ein gjer i livet er meningsfylt etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 46A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om det ein gjer i livet er meiningsfylt (skala 0-10). Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,30 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse på 0,15 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

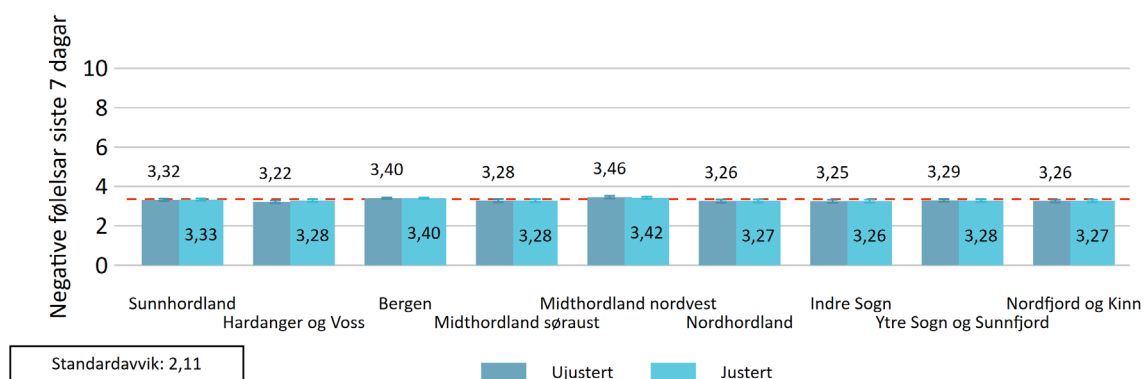
Figur 46B viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om det ein gjer i livet er meiningsfylt, fordelt på utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskåren stig jamt med aukande utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellen mellom dei påfølgande utdanningsnivåa er statistisk signifikante. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,40 for kvinner og 0,35 for menn (middels effektstørrelse). Kvinner rapporterte i gjennomsnitt litt høgare skår på spørsmålet om det ein gjer i livet er meiningsfylt enn menn innan utdanningsnivåa.

Figur 46C viser gjennomsnittleg skår på spørsmålet om det ein gjer i livet er meiningsfylt, fordelt på alder og kjønn. Blant både kvinner og menn stig gjennomsnittsskåren med aukande alder, før den søkk litt i den eldste aldersgruppa. Forskjellane mellom dei påfølgande aldersgruppene er statistisk signifikante, sett bort frå forskjellen mellom aldersgruppene 30-39 og 40-49 blant menn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (nest eldste mot yngste aldersgruppe) er 0,68 for kvinner og 0,71 for menn (stor effektstørrelse). Kvinner rapporterte i gjennomsnitt litt høgare skår enn menn på spørsmålet om det ein gjer i livet er meiningsfylt i kvar aldersgruppe.

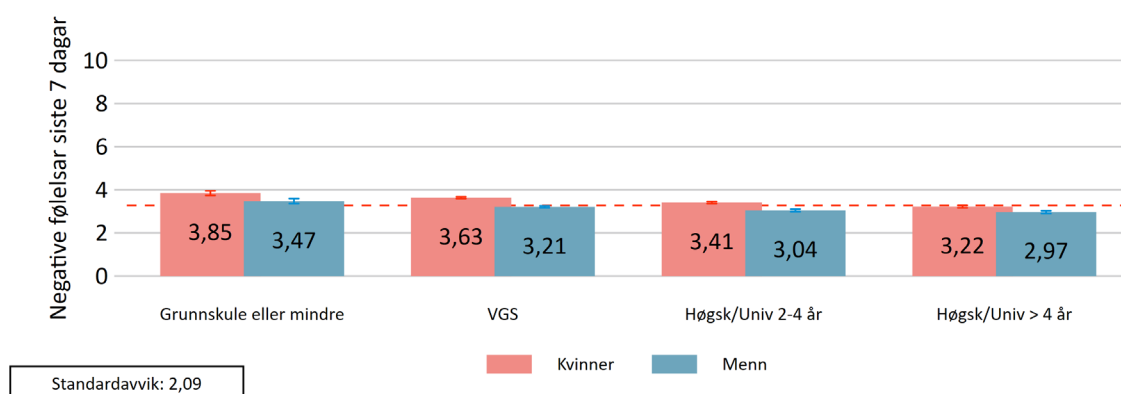
### 3.47 Negative kjensler siste 7 dagar

Totalt 52979 deltakarar av 53216 (99,6 %) hadde gyldig svar på Negative kjensler siste 7 dagar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **3,35** (KI95%: 3,33-3,37). Gjennomsnittet for kvinner var 3,55 (n=29252; KI95% 3,53-3,58) og gjennomsnittet for menn var 3,11 (n=23727; KI95% 3,08-3,13).

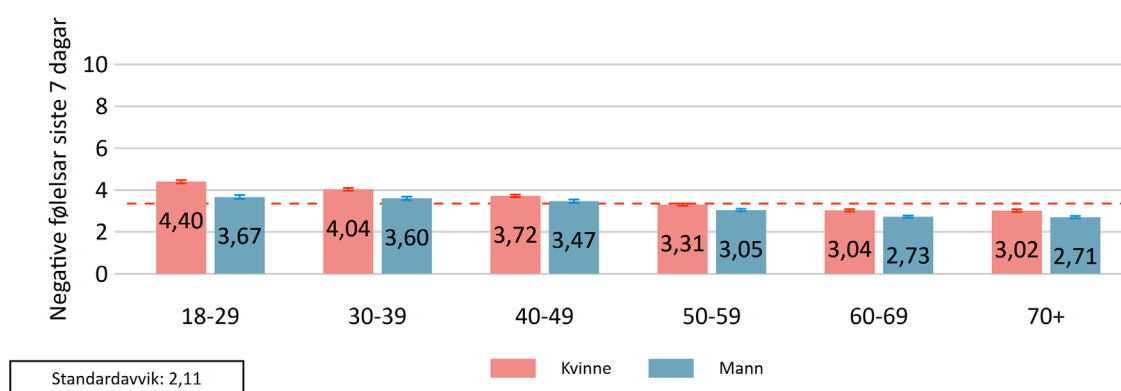
Figur 47: Negative kjensler siste 7 dagar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 47A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om å ha hatt negative kjensler dei siste 7 dagane. På dette spørsmålet svarar ein høgare skår (0-10) til meir negative kjensler. Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,24 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,11 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar på ujusterte og justerte tal.

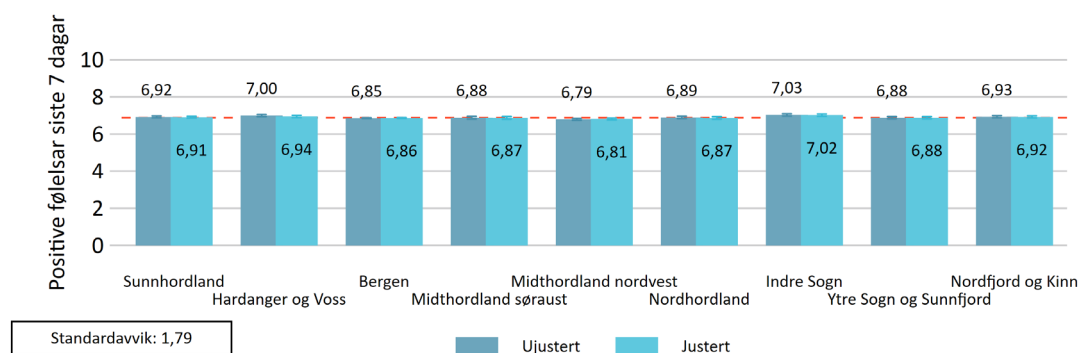
Figur 46B viser gjennomsnittleg skår på det å ha hatt negative kjensler siste 7 dagar fordelt på utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskåren minkar med aukande utdanning blant både kvinner og menn. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande utdanningsgruppene for begge kjønn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med lågast utdanning mot dei med høgast utdanning) er 0,30 for kvinner (middels effektstørrelse) og 0,24 for menn (liten effektstørrelse). Det er kjønnsforskjellar i alle utdanningsgruppene, der kvinner i gjennomsnitt rapporterte litt meir negative kjensler dei siste 7 dagane enn menn.

Figur 46C viser gjennomsnittleg skår på det å ha hatt negative kjensler dei siste 7 dagar fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner er det ein jamn nedgang i gjennomsnittsskåren med aukande alder. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande aldersgruppene, sett bort frå mellom den neste eldste og eldste gruppa. Blant menn er det ein noko slakare nedgang i gjennomsnittsskåren med aukande alder, og det er ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom alle dei påfølgande aldersgruppene. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (yngste mot eldste gruppe) er 0,65 for kvinner og 0,45 for menn, som kan tolkast som ein stor effektstørrelse for kvinner og middels effektstørrelse for menn. Kvinner rapporterte i gjennomsnitt litt meir negative kjensler siste 7 dagar enn menn i kvar aldersgruppe.

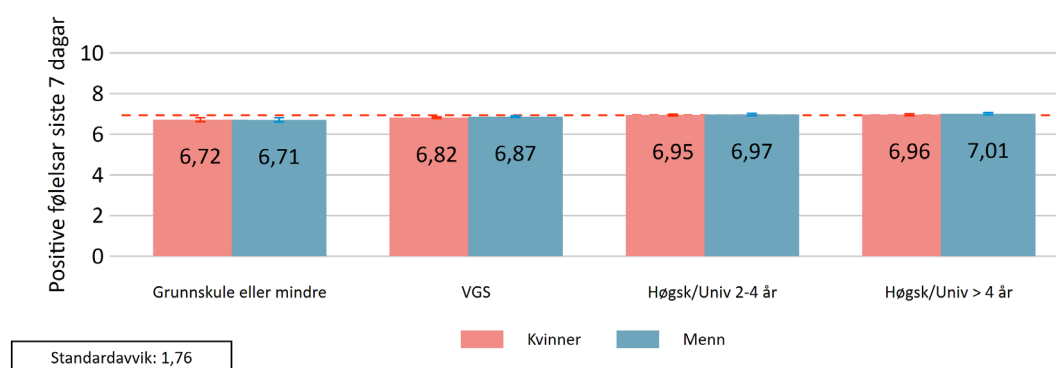
### 3.48 Positive kjensler siste 7 dagar

Totalt 52902 deltakarar av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Positive kjensler siste 7 dagar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,88** (KI95%: 6,86-6,90). Gjennomsnittet for kvinner var 6,83 (n=29208; KI95% 6,81-6,86) og gjennomsnittet for menn var 6,94 (n=23694; KI95% 6,91-6,96).

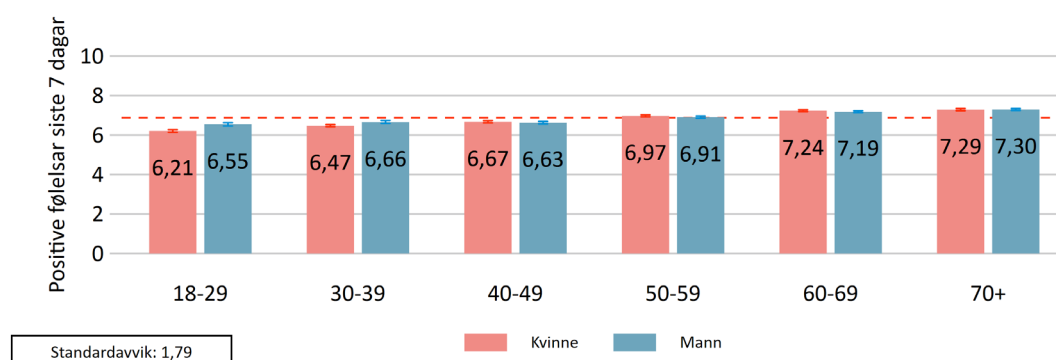
Figur 48: Positive kjensler siste 7 dagar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 48A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om å ha hatt positive kjensler dei siste 7 dagane. På dette spørsmålet svarar ein høgare skår (0-10) til meir positive kjensler. Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,21 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,11 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar på ujusterte og justerte tal.

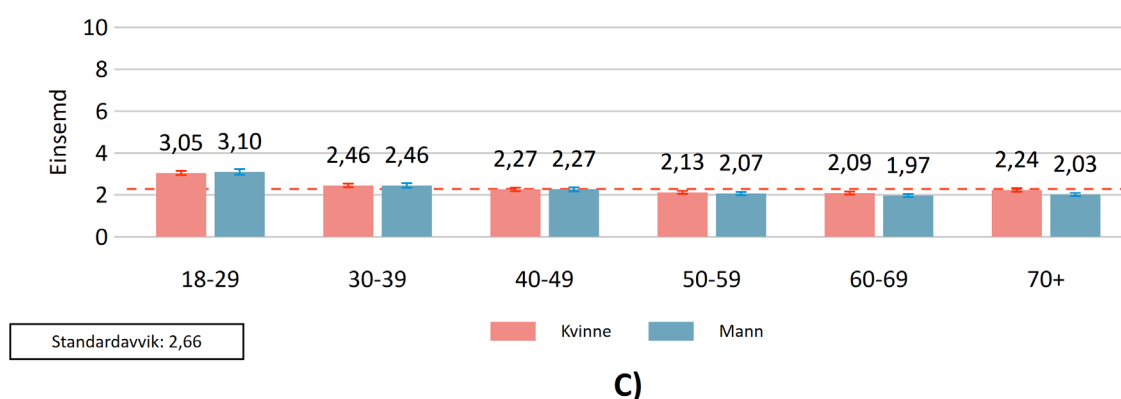
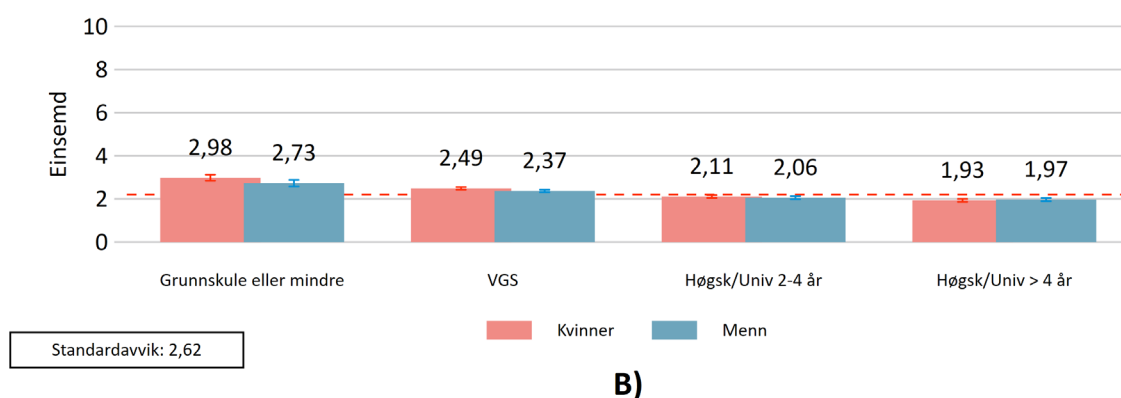
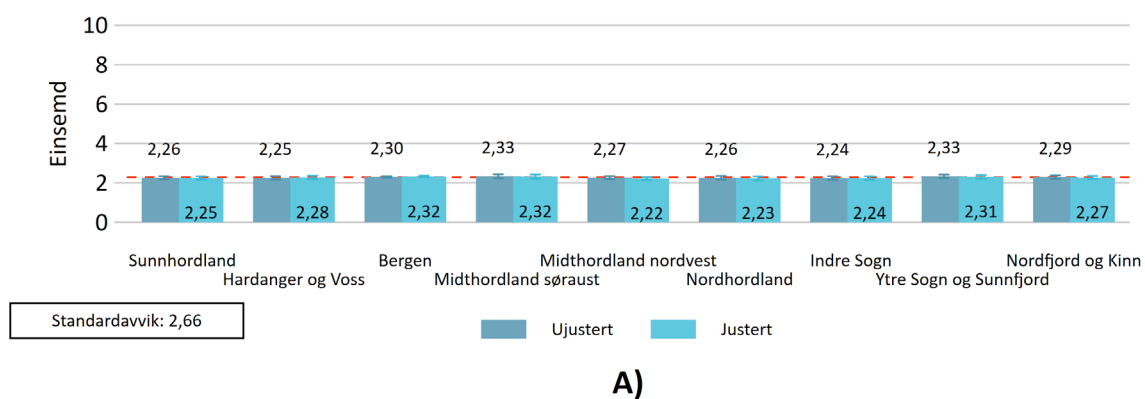
Figur 48B viser gjennomsnittleg skår på positive kjensler dei siste 7 dagane etter utdanning og kjønn. Blant både menn og kvinner stig gjennomsnittet svakt med aukande utdanning, men det er ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom gruppa med grunnskule og gruppa med VGS som høgaste utdanning. For menn er det heller ikkje ein statistisk signifikant forskjell mellom dei to høgaste utdanningsnivåa. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,13 for kvinner og 0,17 for menn (liten effektstørrelse). Det er ingen klare kjønnsforskjellar i positive kjensler i nokon av utdanningsgruppene.

Figur 48C viser gjennomsnittleg skår på positive kjensler dei siste 7 dagane etter alder og kjønn. Blant kvinner stig gjennomsnittet med aukande alder. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom alle dei påfølgande aldersgruppene, utanom dei to eldste gruppene. Blant menn stig gjennomsnittet med aukande alder, men det er ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom aldersgruppene 18-29 og 30-39, mellom 30-39 og 40-49 eller mellom 60-69 og 70 år og eldre. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (eldste mot yngste aldersgruppe) er 0,60 for kvinner og 0,42 for menn, altså stor effektstørrelse for kvinner og middels effektstørrelse for menn. Menn har eit litt høgare gjennomsnittsskår på positive kjensler enn kvinner i dei to yngste aldersgruppene.

### 3.49 Einsemd

Totalt 52771 deltakarar av 53216 (99,2 %) hadde gyldig svar på Einsemd. Gjennomsnittet for heile utvalet var **2,29** (KI95%: 2,26-2,31). Gjennomsnittet for kvinner var 2,34 (n=29139; KI95% 2,31-2,37) og gjennomsnittet for menn var 2,22 (n=23632; KI95% 2,19-2,26).

Figur 49: Einsemd etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 49A viser gjennomsnittleg skåre på opplevd einsemd dei siste 7 dagar, samla og på tvers av regionar i Vestland. På dette spørsmålet svarar ein høgare skåre (0-10) til meir einsemd. Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,09 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,03 (ubetydeleg effektstørrelse). Det er minimale forskjellar på ujusterte og justerte tal.

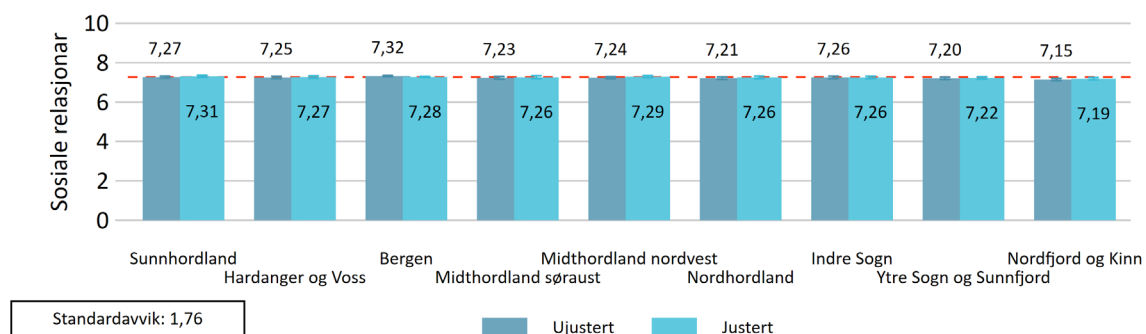
Figur 49B viser gjennomsnittleg skår på opplevd einsemd siste 7 dagar etter utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskåren minkar med aukande utdanning blant både kvinner og menn. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande utdanningsnivåa, sett bort frå mellom dei to høgaste utdanningsnivåa blant menn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med lågast utdanning mot dei med høgast utdanning) er 0,40 for kvinner og 0,29 for menn (middels effektstørrelse). Det er tendens til svakt høgare nivå av einsemd blant kvinner enn menn i dei to lågaste utdanningsgruppene, men forskjellane er ikkje statistisk signifikante.

Figur 49C viser gjennomsnittleg skår på opplevd einsemd siste 7 dagar etter alder og kjønn. Blant kvinner minkar gjennomsnittsskåren med aukande alder fram til aldersgruppa 60-69 år, før den stig litt igjen i den eldste gruppa. Det er ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom aldersgruppene 40-49 og 50-59 år eller mellom aldersgruppene 50-59 og 60-69 år. Blant menn minkar gjennomsnittsskåren for einsemd med aukande alder, før den flatar ut i mellom dei to eldste aldersgruppene. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (yngste mot nest eldste aldersgruppe) er 0,36 for kvinner og 0,42 for menn (middels effektstørrelse). I den eldste aldersgruppa har kvinner ein litt høgare gjennomsnittsskåre på einsemd enn menn. I dei andre aldersgruppene er det ingen klar kjønnsforskjell.

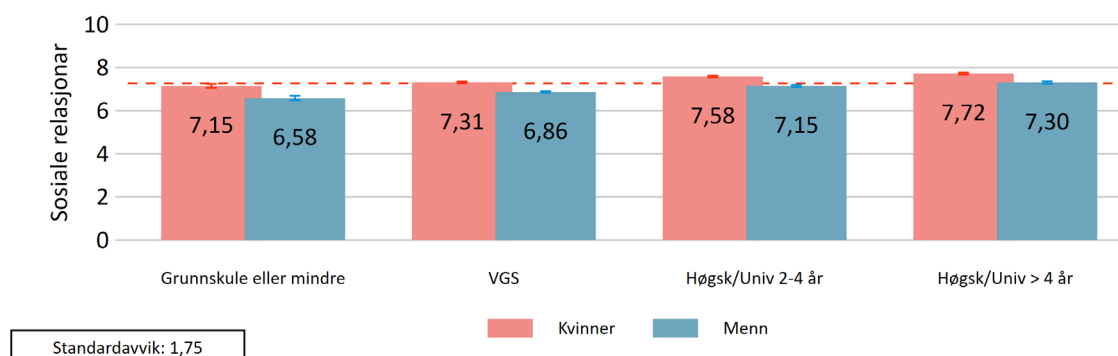
### 3.50 Sosiale relasjonar

Totalt 52808 deltakarar av 53216 (99,2 %) hadde gyldig svar på Sosiale relasjonar. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,27** (KI95%: 7,25-7,29). Gjennomsnittet for kvinner var 7,48 (n=29153; KI95% 7,46-7,50) og gjennomsnittet for menn var 7,01 (n=23655; KI95% 6,99-7,03).

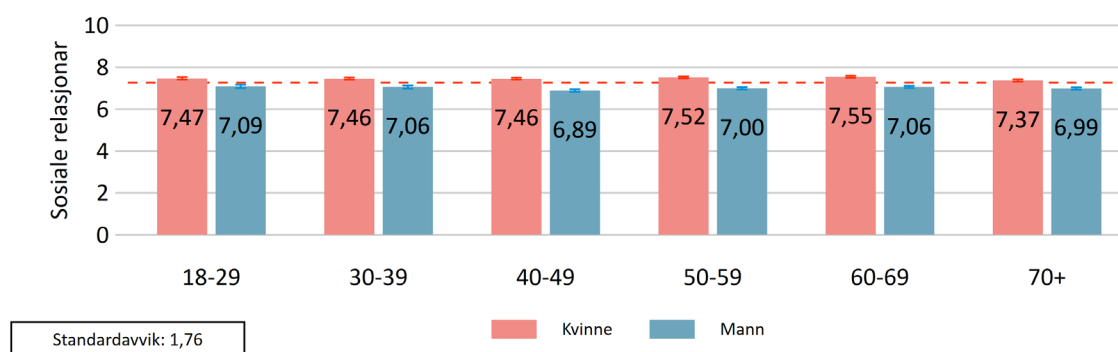
Figur 50: Sosiale relasjonar etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 50A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, 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 lykke og livskvalitet – «gjensidig positive sosiale relasjonar», skala 0-10). Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,17 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse (Cohens *d*) på 0,10 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar på ujusterte og justerte tal.

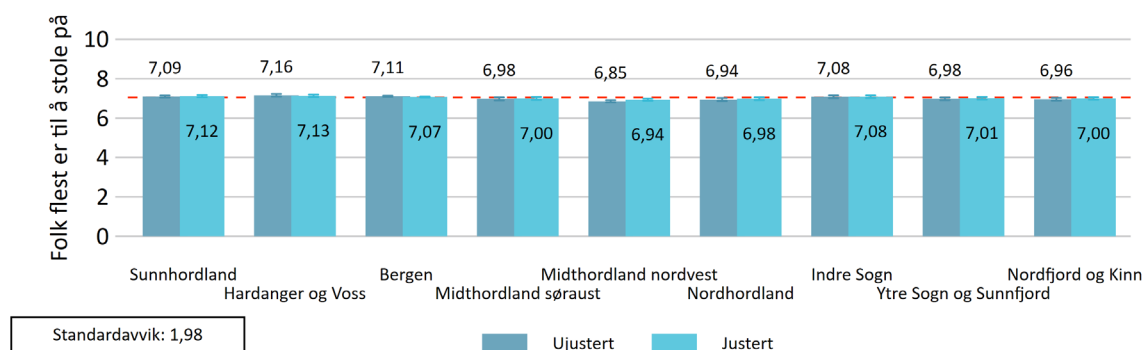
Figur 50B viser gjennomsnittleg skår på sumskåren (meanscore) basert på dei to spørsmåla om sosiale relasjonar, etter utdanning og kjønn. For både menn og kvinner er det ein auke i kor støttande og givande ein opplever sine sosiale relasjonar med aukande utdanningsnivå. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande utdanningsgruppene for begge kjønn. Cohens *d* for høgaste og lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,33 for kvinner og 0,41 for menn (middels effektstørrelse). Kvinner rapporterte noko meir støttande og givande relasjonar enn menn i alle utdanningsgruppene.

Figur 50C viser gjennomsnittleg skår på sumskåren (meanscore) basert på dei to spørsmåla om sosiale relasjonar, etter alder og kjønn. Det er små forskjellar mellom aldersgruppene. Blant kvinner varierer skåren på positive sosiale relasjonar svakt og noko ujamt mellom aldersgruppene, med ein liten nedgang i den eldste aldersgruppa. Blant menn søkk skåren svakt med aukande alder fram til aldersgruppa 40-49, før den stig litt fram til 60-69 og søkk igjen i den eldste aldersgruppa. Cohens *d* for høgaste mot lågaste verdi er 0,10 for kvinner (nest eldste mot eldste aldersgruppe) og 0,11 for menn (18-29 år mot 40-49 år), som er små effektstørrelsar. Det er kjønnsforskjellar i alle aldersgruppene, der kvinner rapporterte noko meir støttande og givande sosiale relasjonar enn menn.

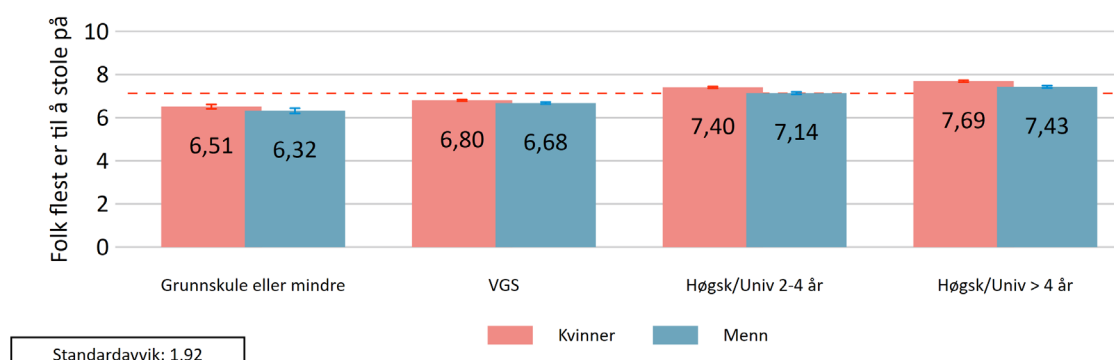
### 3.51 Folk flest er til å stole på

Totalt 52854 deltakarar av 53216 (99,3 %) hadde gyldig svar på Folk flest er til å stole på. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,05** (KI95%: 7,03-7,07). Gjennomsnittet for kvinner var 7,12 (n=29169; KI95% 7,09-7,14) og gjennomsnittet for menn var 6,96 (n=23685; KI95% 6,94-6,99).

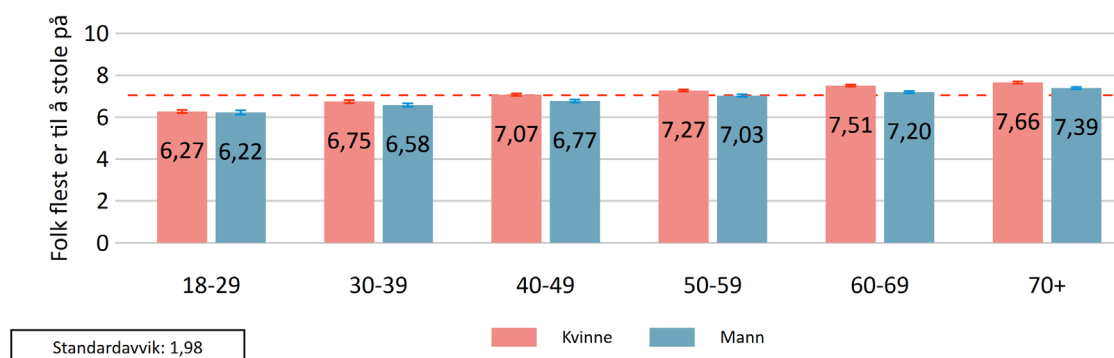
Figur 51: Folk flest er til å stole på etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt



Figur 51A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om folk flest er til å stole på (generell tillit til andre menneske, skala 0-10). Det er lite variasjon over regionane. Forskjellen i gjennomsnittsskår er på 0,31 mellom den høgaste og lågaste gjennomsnittsskåren (ujusterte tal), som svarar til ein effektstørrelse (Cohens  $d$ ) på 0,16 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar på ujusterte og justerte tal.

Svara kan også grupperast, slik at svar mellom 0 og 4 angjev lite tillit. Med denne grupperinga var det 10,0 % (95 % KI 9,7-10,2) som rapporterte lav tillit samla i fylket. Andelen for kvinner var 9,4 % (95 % KI 9,0-9,8) og andelen for menn var 10,6 % (95 % KI 1,2-11,1).

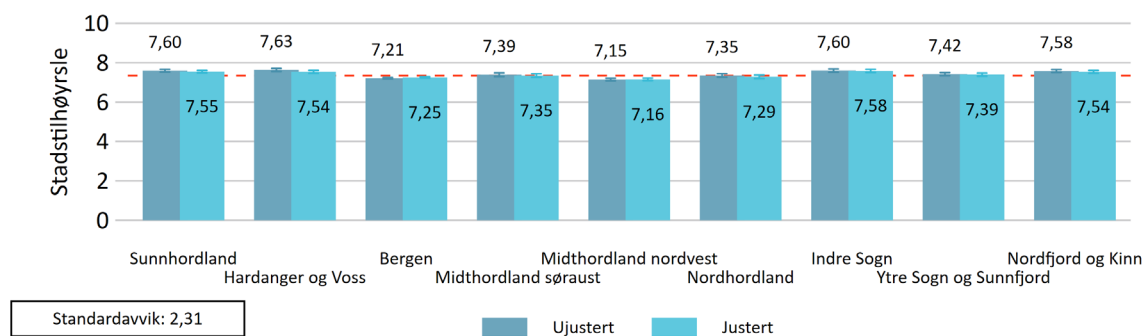
Figur 52B viser gjennomsnittleg skår på om ein opplev at folk flest er til å stole på etter utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskåren stig jamt med aukande alder for begge kjønn, med statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande utdanningsnivåa. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,60 for kvinner og 0,56 for menn (stor effektstørrelse). Kvinner rapporterte meir tillit til andre menneske samanlikna med menn i alle utdanningsgrupper, med unntak av dei med grunnskule som høgaste utdanning.

Figur 52C viser gjennomsnittleg skår på om ein opplev at folk flest er til å stole på etter alder og kjønn. Gjennomsnittsskåren stig jamt med aukande alder for begge kjønn, med statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande aldersgruppene. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (eldste mot yngste aldersgruppe) er 0,70 for kvinner og 0,59 for menn (stor effektstørrelse). Det er statistisk signifikante kjønnsforskjellar i alle aldersgruppene utanom den yngste, kor kvinner rapporterte litt meir tillit til andre menneske enn menn.

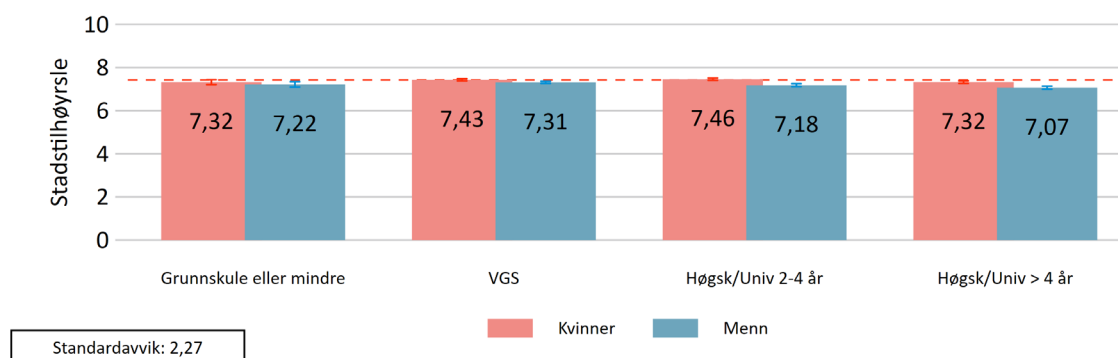
### 3.52 Stadstilhørsle

Totalt 52885 deltakarar av 53216 (99,4 %) hadde gyldig svar på Stadstilhørsle. Gjennomsnittet for heile utvalet var **7,34** (KI95%: 7,32-7,36). Gjennomsnittet for kvinner var 7,36 (n=29202; KI95% 7,33-7,39) og gjennomsnittet for menn var 7,31 (n=23683; KI95% 7,28-7,35).

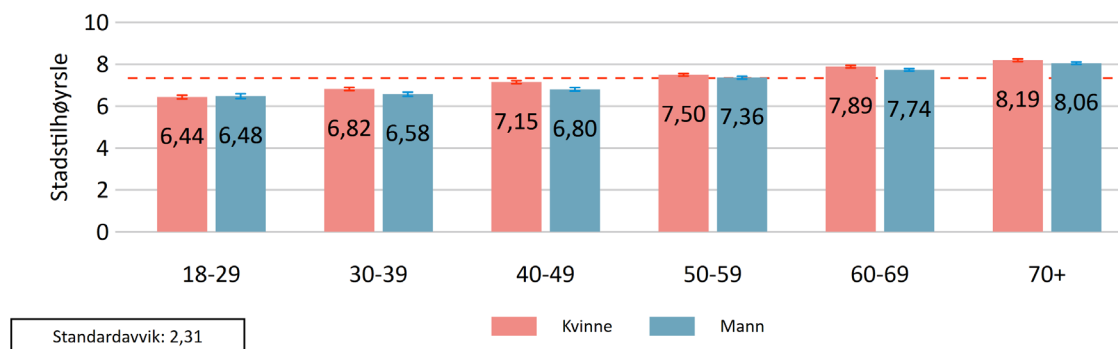
Figur 52: Stadstilhørsle etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 52A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om ein opplev å høyre til på staden ein bur (stadstilhøyrslé, skala 0-10). Det er litt variasjon over regionane. Det er 0,48 forskjell i gjennomsnitt mellom regionane med høgast og lågast verdi (ujustert), som svarar til ein Cohens  $d$  på 0,21 (liten effektstørrelse). Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

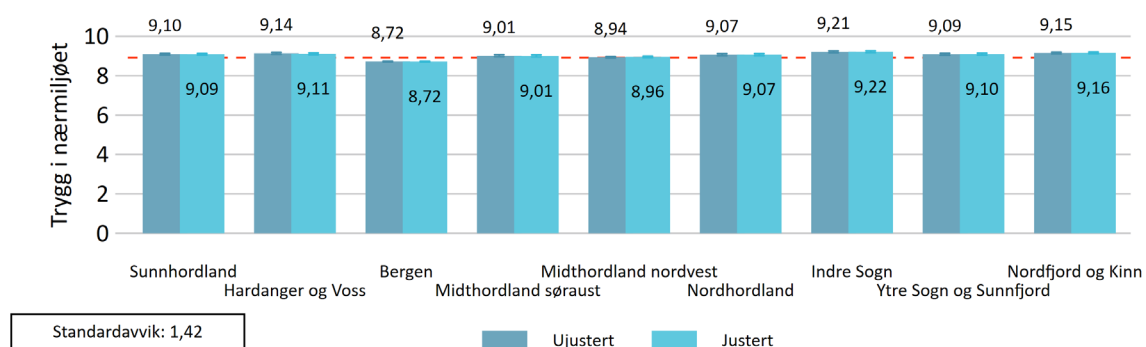
Figur 52B viser gjennomsnittleg skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på stadstilhøyrslé. Blant kvinner er gjennomsnittsskåren relativt jamn på tvers av utdanningsnivå. Blant menn er det ein svak nedgang i gjennomsnittsskåren i gruppa med høgast utdanning, som ligg statistisk signifikant lågare enn gruppa med VGS som høgaste utdanning. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi er 0,06 for kvinner (ubetydeleg effekt) og 0,10 for menn (liten effektstørrelse). I dei to gruppene med høgast utdanning er det statistisk signifikante kjønnsforskjellar, der kvinner har høgare gjennomsnittsskåre på stadstilhøyrslé enn menn.

Figur 52C viser gjennomsnittleg skår, fordelt på alder og kjønn, på stadstilhøyrslé. Blant både kvinner og menn stig gjennomsnittsskåren jamt med aukande alder. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande aldersgruppene, sett bort frå mellom den yngste og nest yngste aldersgruppa for menn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (den eldste mot den yngste aldersgruppa) er 0,76 for kvinner og 0,68 for menn (stor effektstørrelse). Innan aldersgruppene, utanom den yngste, rapporterte kvinner litt høgare stadstilhøyrslé enn menn.

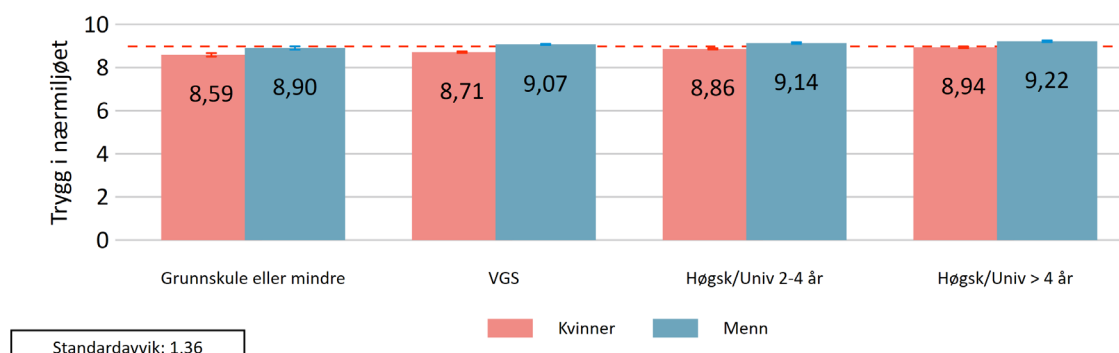
### 3.53 Trygg i nærmiljøet

Totalt 52942 deltakarar av 53216 (99,5 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet. Gjennomsnittet for heile utvalet var **8,92** (KI95%: 8,90-8,93). Gjennomsnittet for kvinner var 8,76 (n=29237; KI95% 8,74-8,78) og gjennomsnittet for menn var 9,11 (n=23705; KI95% 9,09-9,12).

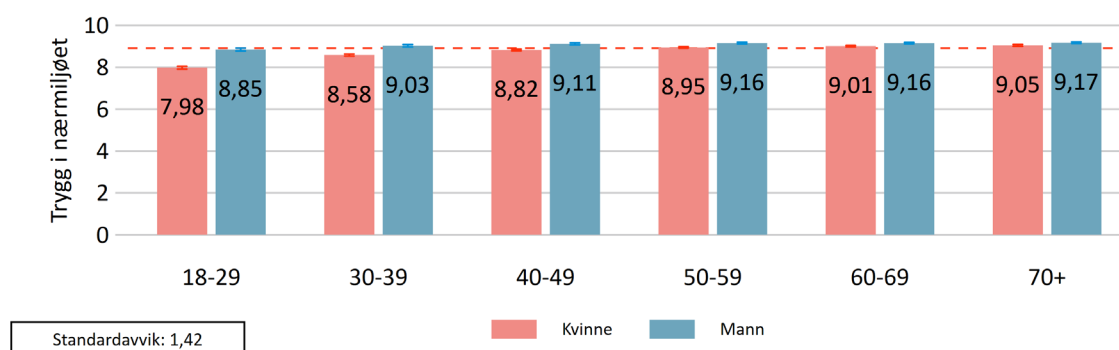
Figur 53: Trygg i nærmiljøet etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 53A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om ein kjenner seg trygg i når ein er ute og går i nærmiljøet (skala 0-10). Skåren er høg på tvers av regionar, samtidig som det er noko variasjon over regionane. Bergen er einaste region som ligg under fylkesgjennomsnittet. Det er 0,49 forskjell i gjennomsnitt mellom regionen med den høgaste og lågaste skåren (ujusterte tal), som svarar til ein Cohens  $d$  på 0,35 (middels effektstørrelse). Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

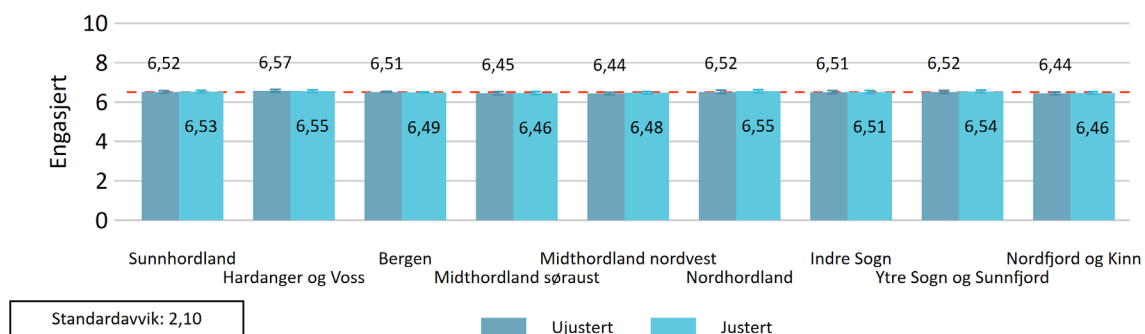
Figur 53B viser gjennomsnittleg skår på om ein kjenner seg trygg når ein er ute og går i nærmiljøet, etter utdanning og kjønn. Opplevd tryggleik i nærmiljøet stig svakt med aukande utdanningsnivå for begge kjønn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,25 for kvinner og 0,23 for menn, som svarar til middels og små effektstørrelsar. Menn kjenner seg tryggare i nærmiljøet enn kvinner i alle utdanningsgrupper.

Figur 53C viser gjennomsnittleg skår på om ein kjenner seg trygg når ein er ute og går i nærmiljøet etter alder og kjønn. Blant kvinner stig opplevd tryggleik i nærmiljøet med aukande alder og flatar ut i dei tre eldste aldersgruppene. Blant menn stig opplevd tryggleik i nærmiljøet frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa og flatar så ut for dei andre aldersgruppene. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (eldste mot yngste aldersgruppe) er 0,75 (stor effektstørrelse) for kvinner og 0,23 for menn (liten effektstørrelse). Menn hadde høgare gjennomsnittsskåre på opplevd tryggleik i nærmiljøet enn kvinner i alle aldersgrupper.

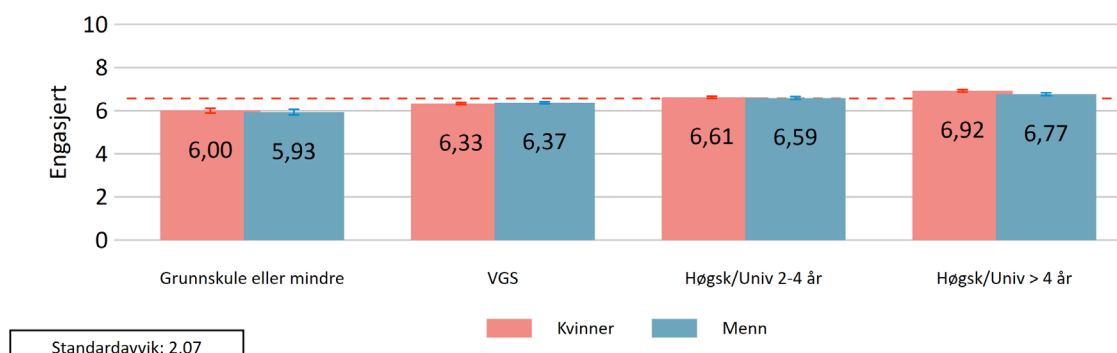
### 3.54 Engasjert

Totalt 52795 deltakarar av 53216 (99,2 %) hadde gyldig svar på Engasjert. Gjennomsnittet for heile utvalet var **6,50** (KI95%: 6,48-6,52). Gjennomsnittet for kvinner var 6,50 (n=29124; KI95% 6,48-6,53) og gjennomsnittet for menn var 6,50 (n=23671; KI95% 6,47-6,53).

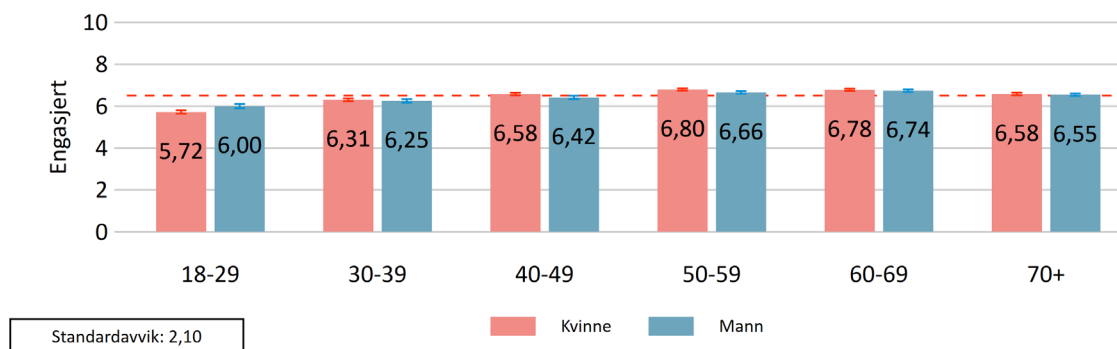
Figur 54: Engasjert etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

Figur 54A viser gjennomsnittleg skår, samla og på tvers av regionar i Vestland, på spørsmålet om å føle seg engasjert siste 7 dagar (skala 1-10). Det er minimale forskjellar mellom regionane. Det er 0,13 forskjell i gjennomsnittleg skår på opplevd engasjement mellom høgaste og lågaste verdi (ujustert), som svarar til ein Cohens  $d$  på 0,06 (ubetydeleg effekt). Det er minimale forskjellar mellom ujusterte og justerte tal.

Figur 54B viser gjennomsnittleg skår på om ein føler seg engasjert etter utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskår på å føle seg engasjert stig med aukande utdanningsnivå for både kvinner og menn. Det er statistisk signifikante forskjellar mellom dei påfølgande utdanningsnivåa for begge kjønn, med unntak av mellom dei to høgaste utdanningsnivåa blant menn. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi (dei med høgast utdanning mot dei med lågast utdanning) er 0,43 for kvinner og 0,40 for menn (middels effektstørrelse). I gruppa med høgast utdanning rapporterte kvinner å føle seg litt meir engasjert enn menn. I dei andre gruppene var det ingen klar kjønnsforskjell.

Figur 54C viser gjennomsnittleg skår på om ein føler seg engasjert etter alder og kjønn. Blant både kvinner og menn stig gjennomsnittsskåren med aukande alder fram til aldersgruppa 50-59 år, for så å halde seg relativt stabil i aldersgruppa 60-69 år og gå litt ned i den eldste gruppa. Blant kvinner er stigninga spesielt markant frå den yngste til den nest yngste aldersgruppa. Cohens  $d$  for høgaste mot lågaste verdi er 0,52 for kvinner (stor effektstørrelse) og 0,31 for menn (middels effektstørrelse). I den yngste aldersgruppa er det tydeleg høgare gjennomsnittsskår for menn enn for kvinner. I aldersgruppene 40-49 og 50-59 år er skåren høgare for kvinner enn for menn.

## 4. Oppsummering av resultat og diskusjon

### 4.1 Gjennomgang av funn etter tema

I det følgjande blir dei viktigaste funna summert opp, tema for tema. Først set vi søkelys på geografisk variasjon over fylke og regionane innan fylket. Deretter oppsummerast forskjellar som er funne mellom menn og kvinner, over aldersgrupper og utdanningsnivå. Ettersom dei siste åra har vore prega av koronapandemien, har vi i denne rapporten i tillegg med nokre enkle samanstillingar av tal frå førre Folkehelseundersøking i tidlegare Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019) og Koronaundersøkingane vi gjennomførte i fylket i 2020 og 2021.

#### 4.1.1 Den demografiske samansettinga i materialet

I vårt materiale var det 47,2 % som rapporterte å ha fullført minst to år med høgskule eller universitetsutdanning, 51,1 % blant kvinner og 42,2 % blant menn (designvekta tal). Andelen med høgskule- eller universitetsutdanning i vårt materiale er høgare enn andelen frå Statistisk sentralbyrå (SSB) sitt register for heile befolkninga i Vestland. Andelen i vårt materiale ligg blant kvinnene 11,1 prosentpoeng høgare enn for alle kvinner i Vestland. Forskjellen blant menn er på 12,6 prosentpoeng. SSB sine tal er rekna ut for alle som er 16 år eller eldre, mens vår undersøking i prinsippet omfattar alle som er 18 år eller eldre. Forskjellane er dermed eigentleg endå litt større. Dei som er 16 eller 17 år gamle har ikkje rukke å bli så gamle at dei kan ha fullført høgskule- eller universitetsutdanning, og ville derfor, dersom dei var med, trekke andelane vi har rekna ut noko ned.

Det er særleg gruppa som har rapportert å ha grunnskuleutdanning i vårt materiale som er langt lågare enn tilsvarende andel oppført hos SSB. Medan denne gruppa utgjorde 7,0 % av kvinnene og 6,8 % av mennene i vårt materiale (avgrensa til aldersgruppa 20 år og oppover), utgjer den 19,0 % av alle kvinner og 19,3 % av alle menn i tilsvarende aldersgruppe i Vestland. Noko av denne forskjellen kan handle om måten SSB definerer dette utdanningsnivået på, som også omfattar 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). Vi kan heller ikkje sjå bort frå ei viss overrapportering av utdanningsnivå. Sjølv om vi tek omsyn til alt dette, har vi ein klar overrepresentasjon av personar med høgare utdanning i vårt materiale.

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 var også til stades i førre undersøking i Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019) samt i dei andre fylka der undersøkinga har vore gjennomført. Når vi presenterer tal i undergrupper definert ved alder og kjønn, fjernar vi mykje av det problemet som skuldast ulik representasjon i undergrupper definert ved desse to variablane. Når vi presenterer tal for ulike utdanningsgrupper, separat for menn og kvinner og justert for alder, bidreg dette til å korrigere for ulik representasjon også på utdanningsvariabelen.

#### **Om samanlikning mellom fylke dei påfølgande underkapitla (4.2.1-4.1.9):**

I en tabell i appendiks 2 til denne rapporten, har vi presentert totaltal for fylket med samanlikningar på 43 utfallsvariablar mellom Vestland, Viken, Vestfold og Telemark, Møre og Romsdal, Rogaland, Nordland, Agder og Troms/Finnmark. For 19 av desse har vi også gitt tal for dei førre undersøkingane i Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019). For



undersøkingane gjennomført frå og med 2021 har vi seks nye utfallsvariablar å samanlikne tal for. Vi har merka tal frå tidlegare undersøking i rosa og kommentert der spørsmålsformuleringane ikkje er identiske med dei som er brukt i Vestland 2022. For desse bør ein vere forsiktig med samanlikning med dei andre fylka. Sjølv når spørsmåla er like, er det viktig å vere klar over at tala ikkje er populasjonsvekta. Ettersom 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 forskjellar mellom fylka som er nokså store.

Ved samanlikning mellom fylka er det også viktig å vere merksam på at ulike datainnsamlingstidspunkt mogeleg kan bidra til å forklare forskjellar. Særleg kan datainnsamlingar undervegs i pandemien med ulike periodar og nivå av smitteverntiltak tenkast å ha bidrege til fluktuerande nivå for fleire av utfalla, men vi veit ikkje i kva grad.

#### 4.1.2 Tilgjenge på fasilitetar og servicetilbod lokalt

God tilgjenge på offentleg transport, godt utbygde gang- og sykkelveggar og god tilgang på natur- og friluftsområde stimulerer til fysisk aktivitet<sup>33</sup>. I tillegg går det fram i ein rapport frå Transportøkonomisk institutt 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».<sup>34</sup>

I Vestland fylke samla sett er andelen som rapporterte om svært godt eller godt tilgjenge på tenester og fasilitetar høgast på spørsmålet om natur- og friluftsområde, inkludert parkar og andre grøntareal (92,6 %). Deretter kom butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod (81,8 %). Ein noko høgare andel rapporterte om svært godt eller godt tilgjenge på idrettstilbod (78,3%) enn kulturtilbod (70,2 %). Samla i fylket oppgav 75,0 % svært god eller god tilgang til kyst/strand eller sjø. Nedst på lista kjem andel som rapporterte svært godt eller godt tilgjenge på offentleg transport (53,9 %) og at gang- og sykkelveggar er svært godt eller godt utbygde (39,1 %). Dei to tenestene som kjem dårlegast ut er kanskje dei som krev dei største investeringane i offentlege budsjettet.

##### 4.1.2.1 Fylke

Overordna er det større variasjon over regionane innan fylket enn mellom Vestland og andre fylke i andelar som rapporterte god eller svært god tilgang på ulike tenester og fasilitetar. Dette kan mellom anna handle om at by/tettstad/distrikt-forskjellar kjem tydlegare fram ved mindre geografiske einingar. Tala for Vestland er stort sett i midtsjiktet samanlikna med andre fylke som har gjennomført Folkehelseundersøkinga (sjå appendiks 2 for detaljer). Eit unntak er gang og sykkelveggar, der Vestland relativt sett kjem dårlegast ut og med andel nøgde eit godt stykke under fleire av dei andre fylka (39,1 % mot 43,2-67,9 % i dei andre fylka). Sjølv om dei fleste i fylket (75,0 %) rapporterte lett tilgjenge til kystlinje/strand eller sjø, ligg andelen kanskje uventa litt lågare enn både Møre og Romsdal (91,1 %) og Vestfold og Telemark (82,8 %).

<sup>33</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-tilrettelegge-for-gaing-sykling-og-vaere-en-padrivere-for-kollektivtransport>

<sup>34</sup> <https://www.toi.no/forskningsomrader/reisevaner/godt-transporttilbud-viktig-for-eldres-velferd-article30782-213.html>

#### 4.1.2.2 Regionar

Ikkje uventa er det Bergen som har høgast andel som rapporterte godt eller svært godt tilgjenge på dei fleste spørsmåla om fasilitetar og tenester. Dette gjeld særleg for kulturtilbod og butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod og offentleg transport. Bergen kjem også best ut når det gjeld idrettstilbod og utbygde gang- og sykkelveggar, men her er forskjellen mindre til nokre av dei andre regionane. Bergen er derimot regionen med lågast andel som rapporterer godt tilgjenge til kystlinje, strand eller sjø. Med tanke på at Bergen er ein kystby er dette verdt å merke seg. Nordhordland er regionen med lågast andel som rapporterer godt eller svært godt tilgjenge både når det gjeld kulturtilbod, idrettstilbod, butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod og utbygde gang- og sykkelveggar.

Andelane som rapporterer godt tilgjenge til offentleg transport og godt utbygde gang og sykkelveggar er låge i mange av regionane; i Ytre Sogn og Sunnfjord og Nordfjord og Kinn rapporterer under 30 % godt tilgjenge til offentleg transport og i Indre Sogn og Sunnhordland berre vel 20 %. Under halvparten på tvers av regionar (frå 24,0 % i Nordhordland til 46,0 % i Bergen) rapporterer at gang- og sykkelveggar er godt utbygde.

Andelen som rapporterer godt tilgjenge til natur- og friluftsområde er derimot høg på tvers av regionar. Midthordland nordvest har samtidig litt lågare andel enn som rapporterer godt tilgjenge (89,2 %) enn dei andre regionane (frå 92,1-95,1 %).

#### 4.1.3 Deltaking i aktivitetar og engasjement

Det å ta del i organiserte og eigenorganiserte aktivitetar er ei kjelde til sosial kontakt og vennskap, til meining og utvikling, og til å skape eit godt lokalmiljø og å vere med å påverke samfunnet rundt seg. Dette å bli i stand til å påverke samfunnet rundt seg blir ofte kalla myndiggjering (eng. *empowerment*) og er ein sentral komponent i det helsefremjande arbeidet slik det blant anna blir skildra i Ottawa-charteret om helsefremjande arbeid [26].

##### 4.1.3.1 Fylke

Sjølv om restriksjonar for sosial kontakt under koronapandemien nyleg hadde opphøyrd ved datainnsamlingstidspunktet, kan pandemisituasjonen framleis ha hatt noko innverknad på folks aktivitetsnivå. På spørsmål om deltaking i organiserte og andre aktivitetar liknar tala for Vestland 2022 tala for dei andre fylka som gjennomførte sine undersøkingar under pandemien, og ligg litt under undersøkingane i 2019 (sjå appendiks 2 for detaljar). Samtidig, om ein samanliknar med førre undersøking i Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019), har andelen som rapporterte deltaking i organisert aktivitet kvar veke berre gått svakt ned (høvesvis 25,5 og 27,7 mot 24,2 prosent), og tilsvarande har deltaking i eigenorganisert aktivitet gått litt opp (41,6 og 41,8 % mot 47,2 %). Og på spørsmålet om opplevd engasjement, er skåren i Vestland av dei høgaste samanlikna med dei andre fylka (6,5 på ein skala frå 0-10 mot 6,05-6,48 i dei andre fylka).

##### 4.1.3.2 Regionar

Det er stort sett små forskjellar mellom regionane på spørsmåla om deltaking i organisert aktivitet kvar veke og deltaking i annan aktivitet kvar veke. Variasjonen er størst på sistnemnte spørsmål, der det skil 11 prosentpoeng mellom regionen med høgast (Bergen, 50,8 %) og regionen med lågast (Nordhordland, 40,2 %) andel som rapporterer deltaking kvar veke.

#### 4.1.4 Kosthald, fysisk aktivitet og fedme

Av alle tapte leveår og helsetap (helsetapsjusterte leveår, eng. *disability adjusted life years; DALYs*) som kan forebyggast, skuldast 39 prosent åtferd, 22 prosent skuldast ein kombinasjon av åtferd og metabolske faktorar og 4 prosent ein kombinasjon av åtferd og miljømessige faktorar<sup>35</sup>. Endring av helserelaterte åtferdsmønster er derfor ei heilt sentral oppgåve innan folkehelsearbeidet. Dette kallast nære påverknadsfaktorar, då dei påverkar helse nokså direkte. For å få til slik endring, og ikkje minst for å utjamne sosiale helseforskjellar, er det heilt sentralt å knytte desse til bakanforliggende påverknadsfaktorar, som oppvekstforhold, utdanning, inntekt og samfunnsforhold<sup>36</sup>. Kosthold og fysisk aktivitet heng nært saman med fedme. Det er derfor naturleg å sjå disse i samanheng.

##### 4.1.4.1 Fylke

Andelen som rapporterer at dei er moderat fysisk aktive i minst ein halv time minst fire dagar i veka er 24,7 %. Målet bruk på fysisk aktivitet er endra sidan Folkehelseundersøkingane i 2018/19 grunna problem med mange manglande svar på desse spørsmåla slik dei var formulerte tidlegare. Samanlikna med fylka som har brukt identiske spørsmål (undersøkingane gjennomført i 2021), er Vestland blant fylka med gunstigaste tal på desse spørsmåla. Også på spørsmåla om kosthald er det gjort små justeringar i svaralternativ og nokre av spørsmålsformuleringane sidan sist. Vestland er blant fylka som kjem gunstigast ut i andel som et frukt eller bær minst dagleg (37,6 % mot 33,0 % - 35,4 %), grønsaker minst dagleg (47,7 % mot 42,8 - 48,8 %) og fisk ein gong i veka eller oftare (82,5 % mot 79,9 % - 84,4 %), og ligg i mellomsjiktet i andel som sjeldan eller aldri drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk (40,7 % mot 35,6 % - 44,6 % i dei andre fylka). Den nasjonale folkehelseundersøkinga (NHUS) gjennomført hausten 2020 inneheldt ei brei kartlegging av nordmenn sine kosthaldsvanar. Andelen i Vestland som der nådde opp i tre porsjonar frukt, bær og grønsaker om dagen var 26 % (i øvre kant av landsgjennomsnittet). Fleire tal om kosthaldsvanane i Vestland kan lesast om i Kosthaldsrapporten frå NHUS 2020 [27].

Sjølv om Vestland kjem relativt bra ut i denne fylkessamanstillinga, skal det nemnast at forskjellane mellom fylka er nokså små. Og viktigare, som for dei andre fylka er det klart at ein godt kunne auka andelane som er fysisk aktive og har eit sunt kosthald og ein kunne få redusert inntaket av sukkerhaldige drikke. Definisjonane vi bruker i denne rapporten på å vere fysisk aktiv og for kosthald er, vel og merke, ikkje heilt samanliknbare med helsemyndigheitene sine anbefalingar<sup>3738</sup>. For fysisk aktivitet har vi mellom anna ikkje mål på styrketrening, og for kosthald spør vi om hyppigheit og ikkje tal på porsjonar av ulike typar matvarer. Når til dømes berre éin av fire er fysisk aktive etter kriteriana vi har brukt, er det like fullt sannsynleg at det er betydeleg rom for betring. I inneverande undersøking tok Vestland fylkeskommunane med eit spørsmål om folk sine opplevde barrierar mot å trene eller mosjonere så ofte som ein ønskjer. Svara på dette spørsmålet kan bidra til at ein kan utvikle målretta tiltak for auka fysisk aktivitet.

<sup>35</sup> Global Burden of Disease database 18.03.2020. <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

<sup>36</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

<sup>37</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/>

<sup>38</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/>

Måla på stillesitting i kvardagen og kroppsmasseindeks (KMI) har vore like i alle fylka som har gjennomført Folkehelseundersøkinga. Vestland ligg i mellomsjiktet samanlikna med dei andre fylka både i gjennomsnittleg timar stillesitting i kvardagen (6,82 timar mot 6,47-6,97 timar i dei andre fylka) og andel med fedme (KMI 30+: 17,9 % mot 16,2-21,5 % i dei andre fylka). Også i nemnde nasjonale folkehelseundersøking i 2020 låg andelen med overvekt eller fedme i Vestland på landsgjennomsnittet [27].

#### 4.1.4.2 Regionar

På regionsnivå kjem Indre Sogn best ut på andel fysisk aktive (28,6 %), med nesten like høge andelar i Bergen, Ytre Sogn og Sunnfjord og Nordfjord og Kinn (25,6 – 26,3 %). Nordhordland har lågast andel, med 20,9 % som rapporterer moderat fysisk aktivitet i minst ein halv time minst fire dagar i veka. Når det gjeld stillesitting i kvardagen skil Bergen seg ut med rundt ein time høgare gjennomsnittleg tid stillesitting i kvardagen (7,3 timar) enn dei fleste av dei andre regionane (Hardanger og Voss, Nordfjord og Kinn, Sunnhordland, Nordhordland har alle snitt på 6,3 timar).

På kosthaldsspørsmåla er det relativt lite variasjon over regionane, med seks-åtte prosentpoengs forskjell i resultat mellom regionane med lågast og høgast tal. Liknande regional variasjon ser ein i andel med fedme. Igjen skil Bergen seg litt ut med lågare andel med fedme enn fylkesgjennomsnittet. Samla sett er det interessant å merke seg at folk i Bergen altså sit meir i ro, men likevel har ein lågare andel med fedme. Noko av dette kan kanskje handle om at dei har fleire som trenar på fritida og i snitt har litt betre kosthald enn mange av dei andre regionane. Noko kan også handle om befolkningsammansetninga i Bergen samanlikna med dei andre.

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

Sjølv om tobakksrøykinga har gått kraftig tilbake i Norge dei siste 20 åra, er røyking den største risikofaktoren for helsetapsjusterte leveår blant både menn og kvinner i Norge, inkludert i Vestland fylke<sup>39</sup>. Bruken av snus har 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 ikkje er eit risikofritt alternativ og at bruken av snus sannsynlegvis har ei rekke helsemessig negative konsekvensar<sup>40</sup>. Kva gjeld alkoholbruk, viser ein stor internasjonale sjukdomsbyrdeanalyse at det heller ikkje her er ei trygg nedre grense for inntak utan auka risiko for helsetap [28].

##### 4.1.5.1 Fylke

Den overordna trenden i tobakksbruk ser ut til å reflekterast i tala frå Folkehelseundersøkingane. Andelen som rapporterer dagleg røyking er litt lågare i Vestland i 2022 (7,1 %) enn det som blei funne i dei førre undersøkingane i fylket (8,7 % i Hordaland 2018 og 8,4 % i Sogn og Fjordane 2019). Andel som snusar dagleg (11,8 %) har derimot lege stabilt eller kanskje auka litt (11,5 % i Hordaland 2018 og 10,3 % i Sogn og Fjordane 2019). Samanlikna med dei andre fylka som har gjennomført undersøkinga har Vestland blant dei lågaste andelane både av dagleg røykarar og dagleg snusarar.

Andel som drikk alkohol minst to gonger i veka (21,5 %) er høgare enn i førre måling i Sogn og Fjordane (13,8 %), om lag som i Hordaland 2018 (21,8 %) og i midsjiktet samanlikna med dei andre fylka. Her trengs det separate tal for dei to tidlegare fylka i

<sup>39</sup> <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

<sup>40</sup> <https://www.fhi.no/publ/2019/helserisiko-ved-snusbruk2/>

2022 for å sjå kor stor oppgangen har vore. Andelen i 2022 i regionane som tilhøyrrer tidlegare Sogn og Fjordane er på rundt 16 % (sjå kap. 3.37). Sjølv om dette er lågast blant regionane i Vestland fylke, er det altså ein liten oppgang frå 2019-målinga.

Tilsvarande mønster ser ein for det å ha eit episodisk høgt alkoholforbruk (sjå appendiks 2 for detaljar).

#### 4.1.5.2 Regionar

Det er små forskjellar mellom regionane både når det gjeld dagleg røyking og dagleg snusing (3 prosentpoeng forskjell mellom høgaste og lågaste andelen). Bergen merkar seg klart ut med høgast andel som drikk alkohol minst to dagar i veka (26,9 % mot 15,6-18,8 % i dei andre regionane). Dette resultatet liknar funn frå Folkehelseundersøkinga i andre fylke, der ein har sett høgast andel som drakk alkohol minst to gonger i veka i byane og bynære område. Samtidig er andelen i Bergen klart lågare enn det som var funne i ein del av regionane på austlandet i Fylkehelseundersøkingane gjennomført i 2021. Bergen har også høgast andel med eit episodisk høgt alkoholforbruk månadleg eller oftare, men her er forskjellane mindre til dei andre regionane. For alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol er det små forskjellar mellom regionane (gjennomsnittleg forskjell på 0,33 einingar, tilsvarande Cohens  $d$  0,16 for høgaste mot lågaste verdi).

#### 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 sjølvrapportar 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. Forfattarane konkluderte med at deira studie aukar tilliten til funn i studiar der ein har brukt sjølvrapporterte spørjeskjemaundersøkingar til å undersøke forskjellar mellom grupper [29]. I inneverande undersøking rapporterte 70,0 % at helsa deira er god eller svært god. Sjølv om dette altså er det store fleirtalet, varierer talet særleg med utdanningsnivå. Andelen som rapporterer god helse er også litt lågare enn det som vart funne i Hordaland 2018 (75,9 %) og Sogn og Fjordane 2019 (76,1 %) og er i nedre sjiktet samanlikna med dei andre fylka som har gjennomført undersøkinga (sjå appendiks 2). I kva grad dette er eit uttrykk for ei reell endring, til dømes knytt til koronapandemien, eller skuldast metodologiske faktorar, som ulik seleksjon inn i undersøkingane, trengst undersøkast nærare. På spørsmåla om tannhelse og tannlegebruk ligg tala for Vestland i 2022 om lag på linje med både førre undersøking og i midtsjiktet (øvre sjiktet for tannhelse) samanlikna med dei andre fylka.

Dei fleste vil i løpet av livet ha plager eller sjukdommar knytt til muskel- og skjelettsystemet [30]. Sjølv om slike plager er vanlege, er dei for mange forbundne med smerter og ofte nedsett funksjon. I Norge er diagnosegruppa muskel- og skjelettsjukdommar blant dei vanlegaste årsakene både til sjukefråvær og varig uføre. Nakke- og korsryggsmerter er vidare av dei leiande årsakene til samla sjukdomsbyrde (helsetapsjusterte leveår, sjå 4.1.4) både i Norge og på verdsbasis<sup>41</sup>. I Vestland fylke er korsryggsmerter estimert til å vere viktigaste årsak for kvinner og nest viktigaste for menn til samla sjukdomsbyrde i 2019<sup>42</sup>. Frå og med 2021 har Folkehelseundersøkingane

<sup>41</sup> <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>

<sup>42</sup> <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

hatt med spørsmål som er spesifikt utvikla for å kunne rekne ut førekomsten (punktprevalensen) av nakke- og korsryggplager. I utvalet i Vestland 2022 er det til ei kvar tid om lag 1 av 5 som har korsryggmerter og om lag 1 av 10 som til ei kvar tid har så plagsame korsryggmerter at dei må redusere sine vanlege aktivitetar eller endre sine daglege rutinar. Tala for nakkesmerter var nesten like høge. Førekomsten av nakke- og korsryggplager ser ut til å være nokså lik på tvers av dei fylka vi til no har brukt dette målet, mens det ser ut til å vere klar variasjon i mindre geografiske einingar, særleg på kommunenivå (punktprevalens korsryggmerter frå 17,8 % til 24,2 %, og punktprevalens nedsett funksjon grunna korsryggmerter frå 8,5 til 15,5 % i kommunane i Vestland).

Det er funne at over halvparten av pasientane i primærhelsetenesta har søvnevanskar [31] og at søvnevanskar er ein sterk risikofaktor for både langtidssjukefråvær og uførepensjon [32, 33]. Søvnevanskar er med andre ord eit betydeleg folkehelseproblem, som det finst effektiv hjelp for. Vestland er det fjerde fylket ut med mål på søvnlengde og eit nytt mål på søvnproblem. Gjennomsnittleg rapportert søvnlengde i kvardagen er på 6 timar og 40 minutt i utvalet i Vestland. Dette er så å seie identisk med dei tre andre fylka som har målt søvntid. Sjølv om det kan vere noko individuelt kor mykje søvn ein treng, er dette noko under anbefalt søvnlengde for vaksne (26-64 år) på 7-9 timar [34]. Det er også litt under gjennomsnittleg søvnlengde funne i Helseundersøkinga i Hordaland i 1997-1999 (6 t 52 min for kvinner og 7 t 11 min for menn) [35]. Internasjonale tal indikerer at søvnlengda til vaksne ikkje har blitt kortare [36]. Men dersom så er tilfelle, er det bekymringsfullt, då kort søvnlengde er assosiert med ei rekkje negative helseutfall. Det nye målet på søvnproblem gir indikasjon på insomni etter diagnostiske kriteria. Totalt 11,9 % i utvalet rapporterte slike søvnproblem. Det er små forskjellar mellom dei fylka vi kan samanlikne med og andelen i Vestland er i midtsjiktet samanlikna med dei andre (11,1-13,0 %).

#### 4.1.6.1 Regionar

Det er nokså lite variasjon over regionane i fylket på utfalla som omhandlar helse, skadar og funksjon. Midthordland nordvest kjem samtidig dårlegast ut eller er blant regionane med dårlegast resultat på dei fleste av desse utfalla (andel med god helse, god tannhelse, fedme (saman med Nordhordland), søvnproblem, kvardagen i stor grad påverka grunna helseproblem, stor grad funksjonsnedsetting grunna skade, korsryggmerter (saman med Sunnhordland og Hardanger og Voss), nakkesmerter, samt skår på psykiske plager (saman med Bergen)). Utanom nivået psykiske plager i Bergen, merka Bergen og Indre Sogn seg litt positivt ut på fleire av helseutfalla (andel med god helse, god tannhelse, fedme (Bergen), søvnproblem (Indre Sogn), korsryggmerter, nakkesmerter (Indre Sogn)).

#### 4.1.7 Aspekt knytt til livskvalitet

Helse heng nært saman med livskvalitet<sup>43</sup>. Høg livskvalitet kan sjåast som ein viktig beskyttelsesfaktor mot – heller enn motpolen til – psykisk lidning. Høg livskvalitet og trivsel synest også å ha positive konsekvensar for den fysiske helsetilstanden, kanskje mest på grunn av positive effektar på sosiale relasjonar, livsstil og helseåtferd og stress, men også på grunn av dei positive verknadane høg livskvalitet kan ha både på immunforsvaret og på hjarte- og karsystemet [37-39].

Internasjonalt har det lenge vore fokus på livskvalitet som eit viktig supplerande mål på samfunnsutviklinga og rundt halvparten av OECD-land har no utvikla rammeverk for livskvalitetsindikatorar. I juli 2021 annonserte regjeringa at ein ny nasjonal strategi for

<sup>43</sup> <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

livskvalitet skal utformast. Den skal mellom anna bidra til eit meir helsefremjande samfunn og bidra til å utjamne sosiale forskjellar. Heilskaplege og regelmessige livskvalitetsmålingar gir svar på korleis ulike sider av livskvaliteten utviklar og fordeler seg i samfunnet. Dette kan utgjere eit viktig styringsverktøy for å prioritere innsats og vurdere endringar over tid, til dømes som følge av pandemiar eller etter tiltak er satt i verk. Folkehelseundersøkingane i fylka er ei heilt sentral kjelde for dette føremålet. Dataa på psykiske helse og livskvalitet, målt både gjennom dei ordinære Folkehelseundersøkingane og «koronaundersøkingane» som Vestland fylke er del av, har gitt oss mykje viktig beredskapsinformasjon under pandemien og vil fortsette å gjere det framover (sjå 4.1.13 og Folkehelse rapporten om livskvalitet<sup>44</sup>).

Livskvalitetsomgrepet brukast på ulike måtar, både om subjektive opplevingar som tilfredsheit, meining, glede og meistring, samt ytre, meir objektive forhold som butilhøve og sosial deltaking. I rapporten «Anbefalingar for eit nytt målesystem» er omgrepet livskvalitet breitt definert, i tråd med slik det definerast av Eurostat [22]. I den føreliggande rapporten er aspekt av befolkninga sin livskvalitet beskrive under fleire av overskriftene. I dette avsnittet dekkast nokre av desse aspekta.

#### 4.1.7.1 Fylke

For dei fleste utfallsmål som gjeld livskvalitet er det små forskjellar mellom fylka. På nokre av spørsmåla er gjennomsnittsskårane i Vestland svakt lågare enn i fylka som gjennomførte datainnsamling før koronapandemien. Dette gjeld både overordna spørsmål om kor fornøgd ein er med livet og meining i det daglege, og delspørsmål som negative kjensler siste sju dagar. Forskjellen i skår fornøgdheit med livet mellom Vestland (7,31) og Agder 2019, som har hatt høgast skår av fylka (7,59), svarar til ein Cohens  $d$  på 0,14, som kan tolkast som ein liten effektstørrelse. På fleire av desse spørsmåla liknar skårane på det som blei funne i undersøkingane i Viken og Møre og Romsdal i 2021, medan skåren på framtidsoptimisme er endå litt lågare og skåren på negative kjensler svakt høgare. Skåren på fornøgdheit med livet i dette datamaterialet for Vestland er om lag på same nivå som blei funne for fylket i den Nasjonale folkehelseundersøkinga i oktober 2020<sup>45</sup>. Sjå også 4.1.13 for samanstilling av psykiske plager og fornøgdheit med livet gjennom fleire måletidspunkt under pandemien i Vestland.

#### 4.1.7.2 Regionar

Det er små forskjellar mellom regionane på utfalla som omhandlar livskvalitet. Forskjellane i skår mellom regionane gir ein Cohens  $d$  mellom 0,09 og 0,15, som kan tolkast som ubetydelege til små effektstørrelsar. På tvers av spørsmåla er samtidig Indre Sogn blant regionane med høgast skår og Bergen og Midthordland nordvest blant regionane med lågast skår.

#### 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 tilhøyrslse (the need for belongingness) er eit fundamentalt menneskeleg behov, kanskje det aller mest fundamentale av dei psykososiale behova [40]. Slik dei skildrar behovet for tilhøyrslse, handlar det først og fremst om tilhøyrslse til andre menneske. Men kanskje handlar stadstilhøyrslse om noko av

<sup>44</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

<sup>45</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgih0fvMTXtCxM9HppqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

det same. Tilhøyrslø til eit stad handlar kanskje først og fremst om tilhøyrslø til dei menneska som bur der, til familie, naboar og vener. Eit tilgrensa behov er behovet for å bety noko for andre, både med å føle seg verdsett og sjølv å kunne bidra positivt overfor andre (eng. «*mattering*») [41].

Litteraturen omkring sosiale faktorar si betydning for helse er etter kvart blitt omfattande. Ein del av kunnskapen på feltet er summert opp i ein norsk bok frå 2009 [42]. 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 dødelegheit<sup>46</sup>.

Vidare har einsemd fått stor politisk merksemd både i Norge og andre land dei siste åra. Ei oppsummering av til saman 40 litteraturoppsummeringar frå 2017 konkluderte med at einsemd heng saman med totaldødelegheit [43]. Både ein høgare risiko for hjartekarsjukdom og for psykisk lidning kan bidra til å forklare dette. Forfatarane av denne studien påpeikte samtidig at dei ikkje kan seie noko sikkert om kausalitet. Ingen av oppsummeringane dei fann var av høg kvalitet [43]. 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.

I denne delen av diskusjonen inngår stadstilhøyrslø, det å få og å gi sosial støtte, samt einsemd som nokre av utfallsmåla.

#### 4.1.8.1 Fylke

Vi har i alle fylke brukt skalaen «Oslo Social Support Scale» for å måle sosial støtte. I inneverande rapport har vi vist andel som rapporterer *høg grad* av sosial støtte basert på denne skalaen, medan vi i ein del tidlegare rapportar har vist andel som rapporterer *middels eller høg grad* av sosial støtte. For å kunne samanlikne med tal frå tidlegare rapportar, har vi difor i appendiks vist andel i Vestland 2022 som rapporterer *middels eller høg grad* av sosial støtte. Denne andelen er på 86,6 %, mens de andre fylka varierer frå 85,2 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. Noreg pleier å komme positivt ut når vårt land blir samanlikna med andre land på sosiale indikatorar [44, 45]. Utan å legge for stor vekt på små forskjellar, er det kanskje verdt å merke seg at andelen som rapporterer middels eller høg sosial støtte har gått svakt ned sidan førre måling (88,5 % i Hordaland 2018 og 89,6 % i Sogn og Fjordane 2019 mot 86,6 % i inneverande undersøking).

Andel som rapporterer at dei er saman med gode vener minst ein gong i veka (52,1 %) er svakt høgare enn i fylka som gjennomførte undersøkinga i 2021 (47,0-51,7 %), men samtidig eit stykke under dei som gjennomførte undersøkinga før pandemien (61,6-65,0 %). I Rogaland, som gjennomførte si undersøking oktober 2020, var andelen 57,5 %. Sjølv om både Vestland, Viken (2021) og Vestfold og Telemark (2021) sine datainnsamlingar fann stad i periodar utan tiltak, kan resultata tenkast å spegle dei lange periodane med smittevernreglar og anbefalingar om å redusere sosial kontakt.

Dei andre utfallsmåla på sosial interaksjon og sosial kapital kan samanliknast med sju andre fylke; Agder, Nordland, Troms og Finnmark, Rogaland, Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark og Viken. Likt med livskvalitetsmåla samanstillt i kap. 4.1.7 er grad av einsemd, stadstilhøyrslø, tryggleik i nærmiljøet, tillit til andre og gjensidig positive sosiale relasjonar

<sup>46</sup> <https://www.scientificamerican.com/article/relationships-boost-survival/>



i alle desse fylka målt langs ein skala frå 0 til 10. På desse spørsmåla ligg skåren for Vestland i mellomsjiktet samanlikna med dei andre. Vel og merke er skåren på tillit til andre blant dei lågaste og skåren på einsemd siste sju dagar blant dei høgaste samanlikna med dei andre fylka. Forskjellen mellom Vestland og fylka med gunstigast skår svarar til ein Cohens  $d$  på 0,10 for spørsmålet om tillit og 0,14 for spørsmålet om einsemd. Altså berre små forskjellar, men kanskje ikkje heilt ubetydelege i eit befolkningsperspektiv.

#### 4.1.8.2 Regionar

Også på desse spørsmåla er det små forskjellar mellom regionane. Spørsmålet med størst regional variasjon er om kor trygg ein føler seg når ein er ute og går i nærmiljøet. Her skårar Bergen litt lågare enn dei andre regionane. Vel og merke er skåren høg også i Bergen (8,72 på skala frå 0-10). Utanom Bergen og Midthordland nordvest er gjennomsnittet over 9 for alle regionane. Midthordland nordvest og dels Bergen skårar også litt under fylkesgjennomsnittet på spørsmåla stadstilhøyrse. Dette speglar kanskje at fleire av innbygarane har kortare butid i lokalmiljøet sitt i desse regionane. Samtidig er det interessant å merke seg at Bergen er regionen med høgast andel og Midthordland nordvest (saman med Ytre Sogn og Sunnfjord) med lågast andel som trivast godt eller svært godt i sitt nærmiljø. Det er små skilnadar mellom regionane på spørsmåla om einsemd.

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

##### 4.1.9.1 Fylke

I denne undersøkinga i Vestland var det 8,6 % som rapporterte at dei er plaga (middels, mykje eller svært mykje) av støy frå trafikk og 9,4 % at dei er plaga av andre utandørs støykjelder når dei er heime. Dette er om lag på linje på det som blei funne i Hordaland i 2018 og litt over resultatet for Sogn og Fjordane 2019. Forskjellane til resultatata i andre fylke er nokså små.

Andel som rapporterer at det er vanskeleg («svært vanskeleg», «vanskeleg» eller «forholdsvis vanskeleg») å få pengane i hushaldet til å strekke til er i Vestland 19,2 %. Denne andelen er i mellomsjiktet samanlikna med dei andre fylka (mellom 16,7 % og 21,4 %). Andelen er på linje med resultatet i Levekårsundersøkinga 2020 der ein har spurt om dei som tilhøyrer eit hushald som *ikkje* vil klare ei uventa utgift (også 19 %) <sup>47</sup>.

##### 4.1.9.2 Regionar

Det er litt større regional variasjon på spørsmålet om å vere plaga av anna utandørs støy enn vegtrafikk heime enn på spørsmålet om å vere plaga av støy frå trafikk heime. Angående førstnemnde er andelen plaga høgare i Midthordland nordvest og Bergen enn fylkesgjennomsnittet. Hardanger og Voss, etterfølgt av Bergen, ligg like over fylkesgjennomsnittet på sistnemnte spørsmål.

På spørsmålet om det er vanskeleg å få hushaldsinntekta til å strekke til i det daglege, er det er noko variasjon over regionane. Andelen som rapporterer slike økonomiske problem er høgare i Midthordland nordvest og Nordhordland og lågare i Indre Sogn enn fylkesgjennomsnittet. Her er det interessant å merke seg at forskjellane til ei viss grad forklarast av forskjellar i alders- og utdanningsmansetning (tala, spesielt for

<sup>47</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/fattigdomsproblemer-levekarsundersokelsen>

Midthordland nordvest og Nordhordland, nærmar seg fylkesgjennomsnittet etter justering).

#### 4.1.10 Kjønnsforskjellar

Kjønnsforskjellane fall for det meste inn i mønster vi kjenner att både frå førre Folkehelseundersøkingane i Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019), tilsvarande undersøkingar i andre fylke og forskning både i Norge og andre land.

Dei fleste kjønnsforskjellane som handlar om helserelatert åtferd, går i retning av at kvinnene rapporterer sunnare vanar enn menn. Dette mønsteret er stort sett likt på tvers av aldersgrupper og utdanningsnivå. Når det gjeld kosthald, finn vi at ein klart høgare andel kvinner enn menn et frukt eller bær dagleg eller oftare og grønsaker dagleg eller oftare, og motsett at ein klart høgare andel menn enn kvinner drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk minst 2-3 gonger i veka. Unntaket her er for inntak av fisk, der det ikkje er nokon klar kjønnsforskjell. Videre har kvinner lågare alkoholbruk enn menn, både målt i frekvens (alkohol minst to gongar i veka), gjennomsnittleg alkoholinntak per gong ein drikk alkohol og det å ha eit episodisk høgt forbruk av alkohol. Andelen som rapporterer dagleg snusbruk er klart høgare blant menn enn kvinner i alle aldersgrupper. Dette er også vist i tidlegare studiar, sjølv om snusbruken vel og merke har auka blant unge kvinner siste åra [46].

Det er derimot ingen klar kjønnsforskjell i dagleg røyking. Også når det gjeld fysisk aktivitet er kjønnsforskjellane mindre klare og varierer noko med alder og utdanningsnivå. Overordna kjem kvinnene litt betre ut enn menn, både målt i timar stillesitting i kvardagen og i andel «fysisk aktive» (her: moderat fysisk aktivitet minst 30 minutt kvar gong, minst fire gonger i veka). Kjønnsforskjellane i stillesitting er tydelegast blant dei med høgare utdanning, og i aldersgruppene 30-39 år og aldersgruppene frå og med 60 år. Det er fleire menn enn kvinner, på tvers av utdanningsnivå og aldersgrupper, som oppgir at det er meir enn to år sidan dei var hos tannlege eller tannpleiar.

Menn kjem derimot best ut på dei fleste utfallsvariablane som gjeld fysiske og psykiske helseplager. Vel og merke er det ingen klar kjønnsforskjell i andel som rapporterer god helse generelt. Men ein klart lågare andel menn enn rapporterer om nakkesmerter den siste månaden (31,3 % mot 47,3 %) og korsryggsmerter den siste månaden (40,8 % mot 45,7 %) og søvnproblem (9,6% mot 13,7 %). Videre skårar menn noko lågare enn kvinner på psykiske plager (Cohens  $d = 0,16$ ). Desse kjønnsforskjellane går igjen på tvers av utdanningsnivå og aldersgrupper, og er særleg stor for nakkesmerter. Kjønnsforskjellen i psykiske plager er særleg tydeleg blant dei yngste. Innan forskning om psykisk helse er det kjent at ein høgare andel kvinner enn menn utviklar det som ofte kallast vanlege psykiske lidingar (eng. *Common Mental Disorders*) og som blant anna omfattar angst og depresjon [47]. Ein høgare andel menn enn kvinner utviklar åtferdsproblem, blant anna eit høgt forbruk av alkohol og alkoholisme [48]. Kanskje er det litt av dette mønsteret vi også ser i resultatata frå Folkehelseundersøkinga i Vestland.

Når det gjeld livskvalitet, er det ingen eller liten forskjell mellom menn og kvinner på dei overordna spørsmåla om kor fornøgd ein er med livet, om det ein gjer i det daglege opplevast meiningsfylt, og kor fornøgd ein forventar å vere med livet fem år frå no. Det same gjeld delasppekt som positive kjensler, det å kjenne seg engasjert og stadstilhøyrslø. For andre aspekt knytt til livskvalitet er det derimot klarare kjønnsforskjellar. Kvinner kjem gunstigare ut enn menn på relasjonelle indikatorar som oppleving av gjensidig positive sosiale relasjonar (Cohens  $d = 0,27$ ) og høg sosial støtte (40,1 % mot 31,4 %).

Samtidig rapporterer kvinner i større grad enn menn å vere einsame (både målt med UCLA3-skalen og enkeltspørsmålet om å kjenne einsemd siste sju dagar) og negative kjensler. Kvinner oppgir også i mindre grad å føle seg trygge i nærmiljøet enn det menn gjer.

Når det gjeld rapportert tilgjenge på tenester og fasilitetar oppgir ein litt høgare andel blant kvinner enn menn at tilgjenge på kulturtilbod og idrettstilbod er svært godt eller godt. På resterande utfallsmål er det ubetydelege eller ingen kjønnsforskjellar.

#### 4.1.11 Aldersgrupper

Eit gjennomgåande funn på tvers av Folkehelseundersøkingane i fylka er ein sterk samanheng mellom alder og mange av utfallsvariablane, der mykje ser ut til å bli betre med stigande alder heilt opp til pensjonsalder. Dei fleste av desse samhengane er nokså like for menn og kvinner. Resultata frå Vestland stemmer godt overeins med dette bildet.

For det første ser eit sunt kosthald ut til å ha ein positiv samanheng med alder. Di høgare alder, dess høgare andel rapporterer å ete frukt eller bær dagleg, grønsaker dagleg og fisk 2-3 gonger i veka eller oftare. Og motsett minkar andelen som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk minst 2 gonger i veka. Blant kvinner endrar desse kosthaldsindikatorane seg så å seie lineært med alder. For menn er endringane tydelegast frå 50-60-årsalderen, særleg når det gjeld inntak av frukt og grønt.

Vidare minkar andelen som har eit episodisk høgt alkoholforbruk med stigande alder, men vel og merke først og fremst frå yngste til nest yngste aldersgruppe. Det same gjeld gjennomsnittleg tal på alkoholeiningar per gong ein drikk alkohol. Men andelen som drikk alkohol minst to-tre gonger i veka stig derimot klart med alderen. Desse forskjellane i drikkemønster over aldersgrupper er noko vi kjenner igjen både frå Folkehelseundersøkinga i andre fylke og andre datakjelder om alkoholbruk i Norge. Medan røykinga er mest utbreidd i aldersgruppene frå 50 til 69 år, er bruken av snus klart mest vanleg blant dei yngre aldersgruppene. Dette gjeld begge kjønn, og indikerer at snusbruk i stor grad har erstatta sigarettøyking.

Dei fleste aspekt knytt til psykiske plager og livskvalitet viser ein sterk samanheng med alder, der det meste blir betre med høgare alder fram til ei utflating frå 70 år. Skåren på psykiske plager er særleg høg blant kvinner i den yngste aldersgruppa, og forskjellen mellom høgaste og lågaste verdi (yngste mot eldste aldersgruppe) svarar til ein Cohens  $d$  på 1,00 for kvinner og 0,82 for menn, som begge er store effektstørrelsar. Det er også sterke samhengar for begge kjønn (Cohens  $d$  over 0,50 for yngste mot eldste aldersgruppe) for både dei overordna livkvalitetsspørsmåla (fornøgd med livet, meining i det daglege) og for delaspekta tillit til andre og stadstilhøyrsl. Samhengane er vel og merke ikkje alltid lineære og for fleire av utfalla er samhengene sterkare for kvinner enn menn. Dette gjeld til dømes skår på positive og negative kjensler, engasjement, og oppleving av å vere trygg i nærmiljøet, der samhengene med alder er sterk (Cohens  $d$  over 0,50) blant kvinner og liten til middels sterk (Cohens  $d$  mellom 0,23 og 0,49) blant menn. For tryggleik i nærmiljøet merkar kvinnene i den yngste aldersgruppa (18-29 år) seg særleg ut med lågare skår.

Resultata for spørsmåla knytt til sosial interaksjon og sosial kapital gir eit litt meir samansett bilde. For andelen som er saman med gode vener ein gong i veka er det ein U-forma alderstrend, der andelen er lågast i 30-40-åra. Også deltaking i eigenorganisert aktivitet går klart ned etter 20-åra. Dette kan gjerne handle om at familieliv og jobb pregar

kvardagane til mange i denne aldersgruppa. Samtidig ser ein at det er nettopp blant 30-40-åringane flest rapporterer høg sosial støtte. Deltaking i organiserte aktivitetar har også ein auke fram mot 40-49 år, som igjen for mange kan tenkast å handle om oppfølging av aktivitetar knytt til barn. Deltaking i organisert aktivitet og det å møte vener kvar veke stig begge igjen mot i dei eldste aldersgruppene, særleg blant kvinner. For andre utfall er det igjen meir lineære samanhengar, der det blir betre med alderen. Som nemnt aukar trivselen i nærmiljøet og stadstilhøyrsla med stigande alder. Dette kan kanskje dels reflektere butid i nærmiljøet. Einsemd minkar også klar klart - både målt med UCLA-3-skalaen og spørsmål om kor einsam ein har kjent seg siste sju dagar. Andel einsame aukar samtidig litt igjen mellom aldersgruppa 70-79 år og 80 år og eldre, men her er tala usikre grunna stort fråfall.

På dei fleste delspørsmåla om opplevd godt tilgjenge til tenester og fasilitetar er det ikkje så klare forskjellar i svar mellom aldersgruppene. Dette er litt ulikt det som er funne i Fylkehelseundersøkinga i ein del andre fylke, der det overordna har vore ein auke i tilfredsheit med tilgjenge med stigande alder. Eit slikt bilde ser ein tydelegast for tilgjenge til natur- og friluftsområde, som stig med alderen fram til 50-59 år og søkk svakt att til den eldste aldersgruppa.

Di eldre ein er, dess mindre støy opplever ein heime frå trafikk og frå andre utandørs støykjelder. Om dette har med at bustadane ligg betre til eller at dei har betre kvalitet å gjere, eller om det handlar om redusert høyrsel, veit vi ikkje. Andelen som ikkje har vore til tannlege eller tannpleiar i løpet av dei siste to åra går ned med stigande alder. Dette siste kan naturleg nok reflektere at behovet for tannlegebesøk aukar med alderen. Men det kan også ha samanheng med at økonomien er betre. Andelen som rapporterer problem med å få husstandsinntekta til å strekke til minkar nemleg klart med alderen. Her er det interessant å merke seg at andelen med økonomiske vanskar berre minkar svakt frå yngste til nest-yngste aldersgruppe og deretter først minkar med aukande alder frå 50-åra.

Oppsummert kan det sjå ut til at svært mange av dei sjukdomsførebyggande og helsefremjande tiltaka i Vestland særleg bør rettast inn mot dei yngre aldersgruppene.

Som nemnt i metodekapittelet, er det ei feilkjelde som kanskje et stykke på veg kan forklare kvifor vi teiknar et så positivt bilde av situasjonen i dei eldste aldersgruppene. Av det utvalet vi trekte frå Folkeregisteret er det ein nokså høg andel av dei eldste aldersgruppene vi ikkje når med ei reint elektronisk datainnsamling. Desse veit vi med andre ord for lite om. I tillegg til seleksjonsproblematikken kan det tenkast at ei så brei aldersgruppe som «70 år og eldre», som brukt i denne rapporten, gjer at mengda relativt friske 70-75 åringar tilslører bildet vi har av dei eldre samla sett. I Folkehelseprofilane, der fornøgdsheit med livet visast over alder frå alle Folkehelseundersøkingane i fylka i 2021, kunne ein sjå ei utflating og nedgang i fornøgdsheit frå rundt 70 år<sup>48</sup>. Ei samanlikning i inneverande datasett mellom aldersgruppa 79-79 år og 80 år og eldre på utfalla «psykiske plager» (kap. 3.21), «einsemd (kap. 3.27) og «fornøgd med livet» (kap. 3.44) viser samtidig at resultata held seg nokså stabile, forutan ein liten auke i andel einsame (frå 6,1 % til 9,6 % blant kvinner og 4,5 % til 6,5 % blant menn).

Samtidig er det to ting som talar for at samanhengane vi finn med alder sannsynlegvis viser eit nokså riktig bilde, sjølv om bildet kanskje er blitt noko forsterka. For det første er forskjellane vi finn oftast ganske lineære. Det er med andre ord ikkje forskjellar som først opptre når vi kjem opp i ein alder der fråfallet som skuldast elektronisk datainnsamling

<sup>48</sup> <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

er stort. For det andre er samanhengane ofte sterke. Det er kanskje vanskeleg å førestille seg at seleksjon skulle forårsake ein så sterk dreining av resultatata frå undersøkinga.

#### 4.1.12 Utdanning

At utdanning heng nært saman med helse og helsedeterminantar, er noko vi veit frå forskning både i Norge og andre land i Norge [49, 50]. Dette ser vi også i Folkehelseundersøkinga i Vestland for mange av utfallsmåla.

Di høgare utdanning, dess høgare andel rapporterer å ete sunt. Ein lågare andel røyker dagleg, brukar snus dagleg og har fedme (KMI  $\geq 30$ ). Andelen som rapporterer å vere fysisk aktiv (minst 30 minutt moderat fysisk aktivitet minst 4 dagar i veka) aukar. For timar sittande i ro er bildet vel og merke motsett; Dei med høgskule- eller universitetsutdanning over fire år rapporterer omlag 1 ½ time meir stillesitting i kvardagen enn med dei med grunnskule/VGS-utdanning. Også andel som drikk alkohol minst to gonger i veka aukar klart med stigande utdanningsnivå. Men både gjennomsnittleg tal alkoholeiningar per gong og episodisk høgt alkoholforbruk søkk noko med utdanningsnivå. Desse forskjellane i drikkemønster<sup>49</sup> og fysisk aktivitet og stillesitting<sup>50</sup> mellom utdanningsgrupper kjenner vi att både frå Folkehelseundersøkingane elles og andre populasjonsbaserte studiar i Norge. For fysisk aktivitet kan funna henge saman med at dei med kortare utdanning oftare har yrker der dei går og står mykje, men elles driv mindre med fysisk aktivitet, medan dei med høgare utdanning oftare har ein stillesittande jobb, men trenar meir på fritida.

For alle mål på helseplager og funksjonstap er det ein klar utdanningsgradient i favør av dei med høgare utdanning. Forskjell mellom dei med høgast og lågast utdanning i andel som rapporterer god helse er på heile 25 prosentpoeng blant kvinner og 23 prosentpoeng blant menn. Tilsvarende sterk utdanningsgradient sjåast for tannhelse. Andel med nakkesmerter, korsryggsmerter og søvnproblem går ned, likeså andel med funksjonsnedsetting grunna skade, og som opplever at kvardagen deira i stor grad er påverka av helseproblem. Di høgare utdanning, dess lågare skår på psykiske plager, negative kjensler og einsemd. Utdanningsgradienten i psykiske plager og einsemd er litt sterkare blant kvinner enn menn. Den klare samanhengen mellom psykiske plager og utdanningsnivå er kjent frå andre publikasjonar (sjå mellom anna Kurtze et al. 2013 [51]; Dalgard, 2008 [52]).

Utdanningsgradienten går også igjen i måla på subjektiv livskvalitet, sosial interaksjon og sosial kapital. Størst forskjell mellom dei med høgast og dei med lågast utdanning sjåast i skår på tillit til andre (Cohens  $d$ : 0,60 for kvinner og 0,56 for menn). Middels sterke forskjellar (Cohens  $d$ : 0,33-0,43 for høgaste mot lågaste skår) sjåast for spørsmåla om meining i det daglege, det å ha gjensidig positive, sosiale relasjonar og oppleving av engasjement. For andre spørsmål er forskjellane små (Cohens  $d$ : 0,14-0,30), nærare bestemt for skår på dei overordna spørsmåla om å vere fornøgd med livet og «framtidsoptimisme», positive og negative kjensler og det å føle seg trygg i nærmiljøet. For stadstilhøyrse er det berre ubetydelege forskjellar mellom utdanningsgruppene.

Andre mål relatert til sosial interaksjon og sosial kapital som ikkje allereie er nemnt, følger stort sett same mønster. Andelen som opplever høg sosial støtte og som er med i organiserte aktivitetar kvar veke, aukar klart med stigande utdanningsnivå. Deltaking i andre aktivitetar og trivselen i nærmiljøet aukar også. Blant kvinner stig deltakinga og

<sup>49</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>

<sup>50</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

trivselen nokså lineært med stigande utdanningsnivå, mens forskjellen tydelegast mellom dei med lågare (grunnskule, vidaregåande skule) og dei med høgare utdanning (universitet eller høgskule) blant menn.

Når det gjeld opplevd tilgjenge på tenester og fasilitetar, er det interessant å merke seg at forskjellen mellom utdanningsnivåa er større for opplevd tilgjenge til kulturtilbod enn idrettstilbod. Om denne forskjellen omhandlar type kulturtilbod ein ønsker, at dei med lågare utdanning i snitt bur lengre unna kulturtilboda, at det er for dyrt, eller andre grunnar veit vi ikkje. Dette kan undersøkast nærare ved hjelp av tilleggsspørsmål Vestland fylkeskommune la inn i undersøkinga om grunnar til at ein opplev tilboda for dårleg tilgjengelege. Vidare er det positivt å sjå at det er lite forskjell mellom utdanningsnivåa i andel som rapporterte at gang- og sykkelveggar er utbygde og at tilgjenge til butikkar, serveringsstader og andre servicetilbod er godt på tvers av utdanningsgrupper. Men sjølv om tilgjenget til natur- og friluftsområde er godt på tvers av utdanningsnivå, er det verdt å merke seg at utdanningsgradienten går igjen også her.

Andelen som opplever å vere plaga av støy i heimen frå trafikk eller andre utandørs støykjelder minkar litt med aukande utdanningsnivå.

Til sist minkar andelen med økonomiske vanskar klart, frå over 1 av 3 blant dei i med grunnskule som høgaste utdanningsnivå til under 1 av 10 blant dei med universitets- eller høgskuleutdanning over fire år.

#### *4.1.13 Psykisk helse og livskvalitet før og under COVID-19 pandemien i Vestland*

Det har vore mykje bekymring knytt til korleis koronapandemien og dei periodevis omfattande smittevernstiltaka, og følgene av desse på m.a. arbeidsplassar og økonomi, har verka inn på den psykiske helsa og livskvaliteten i befolkninga. Dette er eit stort spørsmål som er vanskeleg å finne ut av og som går utanfor ramma for inneverande rapport. Samtidig er det med Folkehelseundersøkingane blitt gjennomført ei rekke datainnsamlingar i fylket gjennom pandemien, der same mål på psykisk helse (HSCL-5-skalen), einsemd (UCLA-3-skalaen) og livskvalitet (mellom anna kor fornøgd ein er med livet for tida, skala 0-10) er brukt på alle eller fleire måletidspunkt. Dette gjer det mogeleg å peike på enkelte endringar over tid. Meir spesifikt har vi følgande målepunkt: FHUS i Hordaland april 2018, FHUS i Sogn og Fjordane april-mai 2019, koronaundersøking som inkluderte Vestland november-desember 2020 og desember 2021, og FHUS i Vestland april 2022. I appendiks 5 er det satt inn figurar som viser resultat på tilgjengelege datainnsamlingstidspunkt for psykiske plager, einsemd og kor fornøgd ein er med livet.

Som vist i figur 56, auka nivået av psykiske plager klart frå før pandemien (snittskår 1,46 i Hordaland 2018 og 1,42 i Sogn og Fjordane 2019) til november-desember 2020-målinga (snittskår 1,58 for Vestland fylke). Nivået var lågare att til desember 2021 (snittskår 1,53) og inneverande undersøking i april/mai 2022 (snittskår 1,51). Liknande endringar sjåast for andel med høg skår på psykiske plager (figur 64). Forskjellen i psykiske plager mellom «topp-målinga» i 2020 og Hordaland 2018 svarar til ein Cohens  $d$  på 0,20, og mellom førstnemnte og Sogn og Fjordane 2019 ein Cohens  $d$  på 0,30. Dette kan tolkast som små til middels store effektstørrelsar når det er populasjonsutval som samanliknast (sjå kap. 2.5 for grunngeving). Nivået av psykiske plager i inneverande undersøking (våren 2022) er framleis litt høgare enn det som var målt i fylket våren 2018/19 (Cohens  $d=0,08$  samanlikna med Hordaland 2018 og  $d=0,18$  samanlikna med Sogn og Fjordane 2019).

Inndeling etter aldersgrupper viser auke i psykiske plager på tvers av grupper (sjå figur 57). Samtidig skil den yngste aldersgruppa (18-29 år) seg ut med både å ha klart høgast symptomtrykk på tvers av målingar, sterkast auke frå før til under pandemien (2018/19 til 2020) og med å ha vedvarande høg skår på psykiske plager i inneverande undersøking (2022). Nivået av psykiske plager i inneverande undersøking (2022) samanlikna med Hordaland 2018, svarar til ein Cohens  $d = 0,26$  i aldersgruppa 18-29 år mot Cohens  $d = 0,10-0,16$  i dei andre aldersgruppene. Vestland fylkeskommune sine eigne analysar basert på koronaundersøkinga i 2020, viste også ein auke i psykiske plager på tvers av grupper. Samtidig var auken meir uttalt blant innbyggjarane i Bergen enn i resten av fylket, meir uttalt blant kvinner enn menn og blant dei høgt utdanna samanlikna med lågare utdanna<sup>51</sup>. Liknande bilde har vi også sett i andre studiar basert på Folkehelseundersøkingane i fylka (sjå her for ei oversikt<sup>52</sup>). Det at dei unge merkar seg ut med ein særleg sterk auke i rapporterte psykiske plager, er også funne i studiar basert på andre datakjelder både gjennom pandemien [53, 54] og i eit lenger tidsperspektiv i Norge og andre vestlege land [55-57]. Også blant barn og blant ungdommar har det vore observert ein auke i psykiske plagar og livskvalitet [53, 58], helsetenesteburk relatert til psykiske plager og diagnosar [59] og av jenter diagnostisert med eteforstyringar [60] etter pandemien i Norge.

Andel einsame auka også klart frå før pandemien (9,6 % i Hordaland 2018 og 9,4 % i Sogn og Fjordane 2019) til november/desember 2020 (16,7 % i Vestland, sjå figur 58). Denne auken svarar til ein Cohens  $h$  på 0,21 og 0,22 for høvesvis Hordaland og Sogn og Fjordane, som motsvarer ein liten til middels stor effektstørrelse. Andelen einsame var noko lågare ved målinga i desember 2021 (13,2 %) og gjekk vidare ned til 2022-målinga (11,4 %). Andelen einsame i inneverande måling er svakt høgare enn det som var målt før pandemien (Cohens  $h = 0.06/0.07$ ). Inndelt etter aldersgrupper, er det igjen dei yngste som merkar seg ut (figur 59). I aldersgruppa 18-29 år stig andelen einsame frå rundt 17 % til heile 33,6 % i november/desember 2020 (Cohens  $h = 0,36$ ). Andelen er litt lågare att ved 2021-målinga, men er framleis så høg som 23,9 % ved inneverande måling (Cohens  $h = 0,15$  samanlikna med Hordaland 2018). Også den eldste aldersgruppa (70 år og eldre) skil seg ut med ikkje å ha nedgang i einsemd frå 2020- (5,7 %) til 2022-målinga (5,7 %). Sjølv om andelen einsame stig litt på tvers av aldersgrupper samanlikna med «pre-korona-målingane», er andelen høgast blant dei yngste på tvers av målingar.

Vi har ikkje pre-korona-mål på fornøgdheit med livet i Vestland. Generelt har gjennomsnittsskåren (skala 0-10) lege rundt 7,5 på målingar i Norge dei siste åra før pandemien<sup>53</sup>. Som vist i figur 60, er skåren eit stykke lågare enn dette på målingane hausten 2020 (6,74) og 2021 (7,10), men stig til 7,32 ved inneverande måling våren 2022. Endringa frå 2020 til 2022-målinga svarar til ein Cohens  $d$  på 0,30, som kan tolkast som ein middels stor effektstørrelse. Det same mønsteret kan ein sjå for andel som rapporterer låg fornøgdheit med livet, som går frå heile 25,9 % i november/desember 2020 til 15,4 % i april/mai 2022 (figur 62). Skåren på fornøgdheit med livet i inneverande måling er om lag på same nivå som blei funne for fylket i den Nasjonale folkehelseundersøkinga (NHUS) i oktober 2020<sup>54</sup>. Inndeling etter aldersgrupper (figur 61 og 63) viser at den rapporterte livskvaliteten betrar seg på tvers av aldersgrupper frå 2020- til 2022-målinga. Effektstørrelsen på forskjellane mellom måletidpunkt viser ei litt større betring frå 2020

<sup>51</sup> <https://www.vestlandfylke.no/statistikk-kart-og-analyse/rapportar/koronaundersokinga-i-vestland/>

<sup>52</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgih0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

<sup>53</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

<sup>54</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgih0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

til 2022 i dei to eldste aldersgruppene (50-69 år:  $d=0,31$ , 70 år og eldre:  $d=0,38$ ) enn dei to yngste aldersgruppene (18-29 år:  $d=0,23$ , 30-49 år:  $d=0,20$ ).

I grad dei observerte endringane over tid i psykiske helse, einsemd og livskvalitet er relaterte til koronapandemien, smittevernstiltaka, er eit uttrykk for ein meir generell trend, har samanheng med andre forhold i samfunnet eller skuldast metodologiske faktorar som ulik seleksjon inn i undersøkingane, veit vi ikkje sikkert. Justering for alder og kjønnsamansetning mellom utvala forklarte lite av dei observerte forskjellane. Det kan likevel ikkje utelukkast at det var andre forskjellar mellom dei som valde å delta i koronaundersøkingane og dei som deltok i dei ordinære FHUS-undersøkingane, som kan ha verka inn på resultatane [61]. Den samla litteraturen tilseier samtidig at nivået av plager har lege høgare under pandemien enn det tidstrenden tilseier, særleg blant dei unge.

*Oppsummert kan det, basert på våre data frå Folkehelseundersøkingane, sjå ut som at psykisk helse, einsemd og livskvalitet blant vaksne Vestland fylke forverra seg frå før til under pandemien, målt november/desember 2020. Ved måling desember 2021 hadde tala betra seg litt og vidare har nærma seg eit meir «normalt» nivå etter att smittevernstiltaka letta, målt i inneverande undersøking i april/mai 2022. Nivået av psykiske plager og andel einsame er likefullt framleis litt høgare enn det som vart målt før pandemien (2018 og 2019). Unge skil seg ut med høgast skår på tvers av målingar, ein meir uttalt auke i plager under pandemien (2020) og mindre nedgang att til 2022-målinga i nivå av psykiske plager og andel einsame. Studiedesignet er ikkje robust nok til å gi sikkert svar på kva grad denne auken er relatert til pandemien, pandemistiltaka, er eit uttrykk for meir generelle endringar eller har samanheng med andre forhold i samfunnet, eller skuldast metodologiske faktorar som ulik seleksjon inn i undersøkingane. Sett saman med anna litteratur, ser det ut til at nivået av plager har lege høgare under pandemien enn det tidstrenden tilseier, særleg blant dei unge.*

## 4.2 Om datagrunnlaget

### 4.2.2 Representativitet og skeivheiter

Svarprosenten blant dei som blei invitert til å vere med i undersøkinga var på 31,0 %. Dette er ein del lågare enn dei fleste Fylkeshelseundersøkingane som er gjennomført (stort sett lege rundt 40-45 %). Det at berre nær ein av tre av de inviterte deltok i undersøkinga, skaper ein del usikkerheit om kor representative tala er for heile den vaksne befolkninga i fylket.

Deltakinga varierer dessutan over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper. Di lågare utdanning, dess lågare er deltakinga, utan at vi har data til å berekne nøyaktig kor sterk denne seleksjonen er. Deltakinga er dessutan spesielt låg blant menn i dei yngste aldersgruppene og kvinner i den eldste. Prosentandelen registrerte i Kontakt- og reservasjonsregisteret minkar i dei eldste aldersgruppene, noko som også gjer representativiteten meir usikker blant dei eldre generelt.

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), har ikkje låg deltaking betydning for resultatane. 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.

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.

#### 4.2.3 Spørjeskjema og måleinstrument

Spørjeskjemaet som vart brukt i denne undersøkinga er ein revidert versjon av basismodulen for Folkehelseundersøkingane, også brukt i undersøkingane i 2021. Delar av skjemaet er likevel brukt i førre undersøking i Hordaland og Sogn og Fjordane [12, 62].

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):

- Søvnproblem (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 UCLA 3-Item Loneliness Scale» (UCLA-3), spm. 3.4-3.6)
- Alkohol (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption – AUDIT-C, spm. 4.11-4.11c)

Minimumsbatteriet på livskvalitet blir også brukt i SSB si livskvalitetsundersøking. Dei fire spørsmåla om kosthald (spm. 4.4-4.7) blir brukt i Levekårsundersøkingane til SSB, og nokre av dei inngår også i den Nasjonale folkehelseundersøkinga. Av tema som er nye i den reviderte basismodulen, vil spørsmål om muskel-skjelettplager inngå i regionale, nasjonale og internasjonale sjukdomsbyrdeanalysar. 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 og framtidige 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 samheng 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 Vestland 2022 er meint å supplere den statistikken som allereie eksisterer for fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette for slik statistikk, som er lett tilgjengeleg på instituttet sine heimesider<sup>55,56</sup>. Her finn ein også eigne folkehelseprofilar som kan vere eit nyttig verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i fylka, kommunane og bydelane<sup>57</sup>.

Dei dataa som er samla inn under Folkehelseundersøkinga i Vestland 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 arbeids-/livssituasjon, landbakgrunn eller hushaldsinntekt), og ved at ein analyserer svara på ulike utfallsvariablar mot kvarandre. Analysane kan også utvidast ved

<sup>55</sup> <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

<sup>56</sup> <http://khs.fhi.no/webview/>

<sup>57</sup> <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

å undersøke regional variasjon i meir detalj, til dømes innan aldersgrupper. Analyser av «fornøgdheit med livet» frå tidlegare Folkehelseundersøkingar at forskjellen i fornøgdheit mellom kommunar var relativt stor blant dei yngste, mens den jamna seg ut med aukande alder<sup>58</sup>. Det å undersøke nærare lokale variasjonar og samanhengar, som når det gjeld livskvalitet mellom aldersgrupper, kan dermed vere til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for korleis ein best kan innrette og prioritere innsatsane i det lokale folkehelsearbeidet. Slike vidare analyser vil kunne gjerast både av Folkehelseinstituttet, Vestland fylkeskommune, lokale forskingsinstitusjonar og andre aktørar. Di meir god statistikk og forskning som kan komme ut av folkehelseundersøkingane i fylka, dess betre.

---

<sup>58</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>

## V. Referansar

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021: p. 1403494821993711.
4. Vederhus, J.-K., C. Timko, and S.H. Haugland, *Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey.* Quality of Life Research, 2021. **30**(6): p. 1769-1778.
5. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
6. Nes, R.B., et al., *Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19.* Quality of Life Research, 2022: p. 1-11.
7. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
8. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
9. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
10. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Fremgangsmåte og utvalgte resultater,* in *Rapport 2020.* 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
11. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal 2021: Framgangsmåte og utvalde resultat.* 2021, Folkehelseinstituttet: Bergen.
12. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat.* 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
13. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater,* in *Rapport 2022.* 2022, Folkehelseinstituttet: Oslo/Bergen.
14. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study.* American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306-14.
15. Bowling, A., *Just one question: If one question works, why ask several?* Journal of Epidemiology and Community Health, 2005. **59**(5): p. 342.
16. 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.

17. 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.
18. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
19. 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.
20. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.
21. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
22. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
23. Diener, E., et al., *New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings*. Social Indicators Research, 2009. **39**: p. 247-266.
24. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021, in Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
25. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
26. World Health Organization, *The Ottawa Charter on Health Promotion*. 1986, Copenhagen: World Health Organization.
27. Abel, M.H. and T.H. Totland, *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020. [Self-reported dietary habits and body weight in adults in Norway - Results from the National Public Health Survey 2020]*. 2021, Folkehelseinstituttet: Oslo.
28. Griswold, M.G., et al., *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990&#x2013;2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. The Lancet, 2018. **392**(10152): p. 1015-1035.
29. Holseter, C., et al., *Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag*. Tidsskrift for Den norske legeförening, 2015. **135**: p. 434-8.
30. 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.
31. Bjorvatn, B., et al., *High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner*. Fam Pract, 2017. **34**(1): p. 20-24.
32. Sivertsen, B., et al., *The long-term effect of insomnia on work disability - The HUNT-2 historical cohort study*. American Journal of Epidemiology, 2006. **163**(11): p. 1018-1024.
33. Sivertsen, B., et al., *Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. **66**(1): p. 67-74.

34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. Steptoe, A., A. Deaton, and A.A. Stone, *Subjective wellbeing, health, and ageing*. Lancet, 2015. **385**(9968): p. 640-648.
38. Chida, Y. and A. Steptoe, *Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies*. Psychosomatic medicine, 2008. **70**(7): p. 741-756.
39. Boehm, J.K. and L.D. Kubzansky, *The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health*. Psychological Bulletin, 2012. **138**(4): p. 655-691.
40. 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.
41. Prilleltensky, I., *Meaning-making, mattering, and thriving in community psychology: From co-optation to amelioration and transformation*. Intervención Psicosocial, 2014. **23**(2): p. 151.
42. Mæland, J.G., et al., *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk.
43. 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.
44. Helliwell, J.F., et al., *World Happiness Report*. 2021.
45. Eurostat, *Living conditions in Europe. 2018 edition*. 2018, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
46. Kvaavik E. (red.). *Tobakk i Norge. FHI-rapport*. [cited 2022 04.01]; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/>.
47. *Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990&#x2013;2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet Psychiatry, 2022. **9**(2): p. 137-150.
48. Alonso, J., et al., *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004. **109**: p. 21-27.
49. Dahl, E., H. Bergsli, and K.A. van der Wel, *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.
50. Arntzen, A., et al., *29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health*. Scandinavian journal of public health, 2019. **47**(6): p. 598-605.

51. Kurtze, N., T.A. Eikemo, and C.B. Kamphuis, *Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet*. The European Journal of Public Health, 2013. **23**(2): p. 223-229.
52. Dalgard, O.S., *Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors*. International Journal for Equity in Health, 2008. **7**(27).
53. Lehmann, S., et al., *Emerging mental health problems during the COVID-19 pandemic among presumably resilient youth -a 9-month follow-up*. BMC Psychiatry, 2022. **22**(1): p. 67.
54. Sivertsen, B., et al., *Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: a national repeated cross-sectional analysis*. BMJ open, 2022. **12**(2): p. e057492.
55. Krokstad, S., et al., *Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway*. BMJ Open, 2022. **12**(5): p. e057654.
56. Knapstad, M., et al., *Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018*. Psychological medicine, 2019: p. 1-9.
57. Thapar, A., et al., *Depression in young people*. The Lancet, 2022. **400**(10352): p. 617-631.
58. von Soest, T., et al., *Adolescents' psychosocial well-being one year after the outbreak of the COVID-19 pandemic in Norway*. Nature Human Behaviour, 2022. **6**(2): p. 217-228.
59. Evensen, M., et al., *Impact of the COVID-19 pandemic on mental healthcare consultations among children and adolescents in Norway: a nationwide registry study*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2022.
60. Surén, P., et al., *Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic*. Primary care, 2019.
61. Goodwin, L., et al., *Are Reports of Psychological Stress Higher in Occupational Studies? A Systematic Review across Occupational and Population Based Studies*. PLOS ONE, 2013. **8**(11): p. e78693.
62. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport til Hordaland fylkeskommune*. 2018, Norwegian Institute of Public Health Bergen.

## Appendiks 1: Spørjeskjema



Spørjeskjemaet som ble brukt ved datainnsamlinga i Vestland 2022 er tilgjengeleg på Folkehelseinstituttet si heimeside.

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

## Appendiks 2: Tabell fylkessamanstilling





**Tabell A2: Utfallsmål etter fylke. Ikkje populasjonsvekta tal. Vekta for oversampling i noker kommunar (og bydelar eller valkretsar i nokre kommunar i enkelte fylke).**

**Merk:** Spørjeskjemaet som blei brukt i Vestland er basert på en revidert versjon av basismodulen, også brukt i Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark og Viken. I følgande samanstilling med tidlegare undersøkingar er det teke med utfallsmål baserte 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 spørsmålsformuleringane ikkje er like det som er brukt i Vestland. For desse bør ein være varsam med samanlikning mellom tal frå Vestland/Viken/Vestfold og Telemark/Møre og Romsdal og resterande fylke. Der det er aktuelt, er det lagt inn fotnotar med skildringar av forskjellar i spørsmål eller svaralternativ mellom undersøkingane.

Utfallsmål	Fylke									
	Hordaland 2018	Sogn og Fjordane 2019	Troms og Finnmark 2019	Agder 2019	Nordland 2020	Rogaland 2020	Møre og Romsdal 2021	Vestfold og Telemark 2021	Viken 2021	Vestland 2022
	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )	% (KI 95% )
Stor grad av trivsel i nærmiljøet	<b>73,2</b> (72,5-73,9)	<b>70,5</b> (69,5-71,4)	<b>72,1</b> (71,5-72,7)	<b>75,5</b> (75,0-76,0)	<b>70,9</b> (70,4-71,5)	<b>76,6</b> (76,1-77,1)	<b>73,7</b> (73,1-74,2)	<b>76,6</b> (76,2-77,1)	<b>74,1</b> (73,8-74,3)	<b>73,4</b> (73,0-73,9)
Kultur- og idrettstilbod – godt eller svært godt tilgjenge <sup>59</sup>			<b>75,4</b> (74,8-76,0)	<b>78,2</b> (77,7-78,6)	<b>75,6</b> (75,0-76,1)	<b>79,0</b> (78,5-79,5)	<b>Kultur: 67,5</b> (66,9-68,1) <b>Idrett: 76,8</b> (76,2-77,3)	<b>Kultur: 78,5</b> (78,0-78,9) <b>Idrett: 82,5</b> (82,1-82,9)	<b>Kultur: 74,5</b> (74,2-74,7) <b>Idrett: 80,0</b> (79,8-80,2)	<b>Kultur: 70,2</b> (69,8-70,6) <b>Idrett: 78,3</b> (77,9-78,6)
Butikkar, serveringstader og andre servicetilbod			<b>80,5</b> (80,0-81,0)	<b>82,8</b> (82,4-83,3)	<b>81,5</b> (81,0-82,0)	<b>85,0</b> (84,6-85,4)	<b>79,1</b> (78,6-79,6)	<b>84,9</b> (84,5-85,3)	<b>81,6</b> (81,4-81,8)	<b>81,8</b> (81,4-82,1)
Offentleg transport			<b>39,2</b> (38,6-39,9)	<b>50,2</b> (49,6-50,8)	<b>31,8</b> (31,2-32,4)	<b>57,9</b> (57,3-58,5)	<b>34,2</b> (33,6-34,9)	<b>52,5</b> (51,9-53,1)	<b>60,7</b> (60,4-60,9)	<b>53,9</b> (53,4-54,3)
Natur- og friluftsområde <sup>60</sup>			<b>95,1</b> (94,8-95,3)	<b>95,1</b> (94,8-95,3)	<b>95,6</b> (95,3-95,8)	<b>92,4</b> (92,1-92,8)	<b>93,3</b> (93,0-93,6)	<b>92,5</b> (92,3-92,8)	<b>91,1</b> (90,9-91,2)	<b>92,6</b> (92,3-92,8)
Parkar og andre grøntareal			<b>68,8</b> (68,2-69,4)	<b>78,8</b> (78,3-79,2)	<b>71,4</b> (70,8-72,0)	<b>84,0</b> (83,5-84,4)				

<sup>59</sup> I Vestland, Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal blei dette tema delt i to spørsmål, eitt for tilgangen på kulturtilbod og eitt for tilgangen på idrettstilbod. Vi viser her prosentandelar for begge spørsmåla for desse fylka.

<sup>60</sup> I Vestland Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal blei spørsmåla om natur- og friluftsområde og parkar og grøntareal slått saman til eitt spørsmål. Vi viser her prosentandelar for dette samlespørsmålet for desse fylka.

Utfallsmål	Fylke									
	Hordaland 2018	Sogn og Fjordane 2019	Troms og Finnmark 2019	Agder 2019	Nordland 2020	Rogaland 2020	Møre og Romsdal 2021	Vestfold og Telemark 2021	Viken 2021	Vestland 2022
	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )
Kystline/strand eller sjø							<b>91,1</b> (90,7-91,5)	<b>82,8</b> (82,4-83,2)	<b>65,6</b> (65,3-65,9)	<b>75,0</b> (74,6-75,5)
Gang- og sykkelveggar - godt eller svært godt utbygd			<b>43,2</b> (42,5-43,8)	<b>60,5</b> (59,9-61,1)	<b>46,7</b> (46,0-47,3)	<b>67,9</b> (67,3-68,5)	<b>43,7</b> (43,0-44,3)	<b>60,5</b> (60,0-61,1)	<b>55,5</b> (55,2-55,8)	<b>39,1</b> (38,6-39,5)
Deltaking i organiserte aktivitetar kvar veke <sup>61</sup>	<b>25,5</b> (24,8-26,1)	<b>27,7</b> (26,7-28,6)	<b>24,8</b> (24,2-25,3)	<b>32,8</b> (32,2-33,3)	<b>26,9</b> (26,3-27,5)	<b>27,6</b> (27,1-28,2)	<b>22,5</b> (22,0-23,0)	<b>25,9</b> (25,4-26,4)	<b>23,1</b> (22,9-23,4)	<b>24,2</b> (23,8-24,6)
Deltaking i andre aktivitetar kvar veke	<b>41,6</b> (40,9-42,4)	<b>41,8</b> (40,8-42,8)	<b>53,0</b> (52,3-53,7)	<b>57,5</b> (57,0-58,1)	<b>52,0</b> (51,4-52,6)	<b>53,9</b> (53,3-54,5)	<b>45,5</b> (44,8-46,1)	<b>47,0</b> (46,4-47,5)	<b>43,8</b> (43,5-44,1)	<b>47,2</b> (46,7-47,7)
Svært god eller god helse	<b>75,9</b> (75,2-76,6)	<b>76,1</b> (75,3-77,0)	<b>69,8</b> (69,2-70,4)	<b>72,4</b> (71,9-73,0)	<b>70,1</b> (69,5-70,7)	<b>75,7</b> (75,2-76,3)	<b>71,8</b> (71,2-72,4)	<b>71,1</b> (70,6-71,6)	<b>72,1</b> (71,9-72,4)	<b>70,0</b> (69,6-70,4)
Svært god eller god tannhelse			<b>67,4</b> (66,8-68,0)	<b>74,7</b> (74,2-75,2)	<b>69,5</b> (68,9-70,1)	<b>76,5</b> (76,0-77,0)	<b>72,6</b> (72,0-73,2)	<b>73,1</b> (72,6-73,5)	<b>74,7</b> (74,4-74,9)	<b>74,6</b> (74,2-75,0)
Meir enn to år sidan hos tannlege eller tannpleiar	<b>10,4</b> (10,0-10,9)	<b>11,4</b> (10,8-12,1)	<b>15,9</b> (15,4-16,4)	<b>10,8</b> (10,4-11,2)	<b>14,3</b> (13,8-14,7)	<b>9,4</b> (9,0-9,8)	<b>12,3</b> (11,8-12,7)	<b>11,7</b> (11,3-12,0)	<b>12,0</b> (11,8-12,2)	<b>11,3</b> (11,0-11,6)
Har fedme (KMI 30+)			<b>20,7</b> (20,2-21,3)	<b>19,5</b> (19,1-20,0)	<b>21,5</b> (21,0-22,0)	<b>16,2</b> (15,8-16,7)	<b>19,4</b> (18,9-19,9)	<b>18,9</b> (18,4-19,3)	<b>18,4</b> (18,1-18,6)	<b>17,9</b> (17,5-18,2)
Søvnproblem							<b>11,1</b> (10,6-11,5)	<b>13,0</b> (12,6-13,4)	<b>11,5</b> (11,4-11,7)	<b>11,9</b> (11,6-12,2)
Søvnlengde kvardagen i timea (gjennomsnitt)							<b>6,69</b> (6,67-6,70)	<b>6,67</b> (6,66-6,68)	<b>6,69</b> (6,68-6,69)	<b>6,67</b> (6,66-6,68)
Psykiske plager (HSCL-5)	<b>1,46</b> (1,45-1,47) gjennomsnitt	<b>1,42</b> (1,41-1,43) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,49-1,51) gjennomsnitt	<b>1,52</b> (1,51-1,53) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,49-1,50) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,50-1,51) gjennomsnitt	<b>1,50</b> (1,50-1,51) gjennomsnitt	<b>1,52</b> (1,51-1,52) gjennomsnitt	<b>1,52</b> (1,52-1,53)	<b>1,51</b> (1,50-1,52)

<sup>61</sup> I Hordaland og Sogn og Fjordane var svaralternativa på både dette og etterfølgande spørsmål «Aldri», «1-3 gonger per måned», «Kvar veke», «Dagleg». I Troms og Finnmark og i Agder kom dei i motsett rekkefølge, og det var lagt til en ekstra kategori: «Dagleg», «Kvar veke», «1-3 gonger per måned», «Sjeldnare» og «Aldri».

Utfallsmål	Fylke									
	Hordaland 2018	Sogn og Fjordane 2019	Troms og Finnmark 2019	Agder 2019	Nordland 2020	Rogaland 2020	Møre og Romsdal 2021	Vestfold og Telemark 2021	Viken 2021	Vestland 2022
	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )
Høg skår på psykiske plager (HSCL-5 > 2,00)	<b>12,5</b> (12,1-12,9)	<b>9,6</b> (9,0-10,2)	<b>13,1</b> (12,6-13,5)	<b>13,6</b> (13,2-14,1)	<b>12,7</b> (12,3-13,2)	<b>12,3</b> (11,9-12,7)	<b>13,0</b> (12,5-13,4)	<b>13,9</b> (13,6-14,2)	<b>14,2</b> (14,0-14,4)	<b>12,8</b> (12,5-13,1)
Kvardagen i stor grad påvirka av helseproblem			<b>11,7</b> (11,3-12,1)	<b>11,4</b> (11,0-11,8)	<b>12,0</b> (11,6-12,4)	<b>9,2</b> (8,9-9,6)	<b>11,1</b> (10,7-11,5)	<b>13,0</b> (12,6-13,4)	<b>11,9</b> (11,8-12,1)	<b>11,2</b> (10,9-11,5)
Stor grad funksjonsnedsetting på grunn av skade			<b>6,1</b> (5,7-6,4)	<b>6,1</b> (5,8-6,4)	<b>5,8</b> (5,5-6,1)	<b>4,6</b> (4,3-4,8)	<b>5,2</b> (4,8-5,5)	<b>6,3</b> (6,0- 6,5)	<b>5,9</b> (5,7- 6,0)	<b>5,4</b> (5,2- 5,6)
Korsryggsmerter siste 28 dagar							<b>42,9</b> (42,3-43,6)	<b>43,8</b> (43,2-44,3)	<b>43,0</b> (42,7-43,3)	<b>43,5</b> (43,1-44,0)
Nakkesmerter siste 28 dagar							<b>38,1</b> (37,5-38,8)	<b>41,9</b> (41,3-42,4)	<b>41,8</b> (41,5-42,1)	<b>40,8</b> (39,7-40,6)
Opplever middels eller høg grad av sosial støtte <sup>62</sup>	<b>88,5</b> (88,0-89,0)	<b>89,6</b> (89,0-90,3)	<b>87,7</b> (87,3-88,1)	<b>89,2</b> (88,8-89,5)	<b>88,3</b> (87,9-88,7)	<b>89,7</b> (89,3-90,1)	<b>86,8</b> (86,3-87,2)	<b>85,6</b> (85,2-85,9)	<b>85,2</b> (85,0-85,4)	<b>86,6</b> (86,3-86,9)
Saman med gode vener kvar veke eller oftare			<b>64,2</b> (63,5-64,8)	<b>65,0</b> (64,4-65,6)	<b>61,6</b> (61,0-62,3)	<b>57,5</b> (56,9-58,1)	<b>50,2</b> (49,5-50,8)	<b>51,7</b> (51,2-52,3)	<b>47,0</b> (46,7-47,3)	<b>52,1</b> (51,7-52,6)
Fysisk aktiv – moderat minst 4 gg per veke minst ½ time <sup>63</sup>			<b>20,6</b> (20,0-21,1)	<b>18,2</b> (17,7-18,6)	<b>20,0</b> (19,5-20,5)	<b>22,4</b> (21,9-22,9)	<b>25,0</b> (24,4-25,6)	<b>20,4</b> (20,0-20,8)	<b>20,3</b> (20,0-20,5)	<b>24,7</b> (24,3-25,1)

<sup>62</sup> I rapporten for Vestland elles har vi rapportert prosentandel opplever høg grad av sosial støtte. For samanstilling med andre fylke, viser vi her resultat basert på inndelinga brukt før skjemarevisjonen; prosentandel som opplever middels eller høg grad av sosial støtte.

<sup>63</sup> 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 2018	Sogn og Fjordane 2019	Troms og Finmark 2019	Agder 2019	Nordland 2020	Rogaland 2020	Møre og Romsdal 2021	Vestfold og Telemark 2021	Viken 2021	Vestland 2022
	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )
Timer stillesitting per dag i i hverdagen			<b>6,61</b> (6,56-6,65) gjennomsnitt	<b>6,47</b> (6,43-6,51) gjennomsnitt	<b>6,79</b> (6,75-6,83) gjennomsnitt	<b>6,87</b> (6,83-6,91) gjennomsnitt	<b>6,81</b> (6,77-6,85) gjennomsnitt	<b>6,76</b> (6,72-6,80) gjennomsnitt	<b>6,97</b> (6,95-6,99) gjennomsnitt	<b>6,82</b> (6,79-6,85) gjennomsnitt
Røyking dagleg <sup>64</sup>	<b>8,7</b> (7,3-9,2)	<b>8,4</b> (7,8-8,9)	<b>10,0</b> (9,6-10,4)	<b>9,2</b> (8,8-9,5)	<b>9,0</b> (8,6-9,4)	<b>7,9</b> (7,6-8,2)	<b>8,5</b> (8,3-8,9)	<b>9,2</b> (8,9- 9,5)	<b>8,3</b> (8,1- 8,4)	<b>7,1</b> (6,9- 7,3)
Snusing dagleg	<b>11,5</b> (10,8-12,2)	<b>10,3</b> (9,7-11,0)	<b>14,8</b> (14,3-15,2)	<b>11,0</b> (10,6-11,4)	<b>15,5</b> (15,0-16,0)	<b>11,3</b> (11,0-11,7)	<b>12,8</b> (12,3-13,2)	<b>12,5</b> (12,1-12,8)	<b>12,3</b> (12,1-12,5)	<b>11,8</b> (11,5-12,1)
Sukkerhaldig brus eller leskedrikk – sjeldan eller aldri <sup>65 66</sup>	<b>47,2</b> (46,4-47,9)	<b>42,1</b> (41,1-43,1)	<b>40,8</b> (40,1-41,4)	<b>40,2</b> (39,6-40,8)	<b>44,3</b> (43,7-44,9)	<b>42,0</b> (41,4-42,6)	<b>35,6</b> (34,9-36,2)	<b>42,1</b> (41,5-42,6)	<b>44,6</b> (44,3-44,9)	<b>40,7</b> (40,2-41,1)
Frukt eller bær dagleg eller oftare <sup>67</sup>	<b>33,8</b> (33,1-34,6)	<b>32,3</b> (31,3-33,3)	<b>25,2</b> (24,7-25,8)	<b>29,3</b> (28,7-29,8)	<b>25,0</b> (24,4-25,5)	<b>29,4</b> (28,9-30,0)	<b>35,4</b> (34,8-36,0)	<b>33,0</b> (32,5-33,6)	<b>33,2</b> (32,9-33,4)	<b>37,6</b> (37,2-38,1)
Grønsaker dagleg eller oftare	<b>45,1</b> (44,4-45,9)	<b>41,5</b> (40,5-42,5)	<b>32,7</b> (32,1-33,4)	<b>36,8</b> (36,2-37,3)	<b>34,6</b> (34,0-35,3)	<b>40,1</b> (39,5-40,7)	<b>42,8</b> (42,2-43,5)	<b>48,2</b> (47,6-48,7)	<b>47,3</b> (47,0-47,6)	<b>47,7</b> (47,3-48,2)
Fisk 1 gong i veka eller oftare	<b>74,6</b> (73,9-75,2)	<b>77,9</b> (77,0-78,7)	<b>81,3</b> (80,7-81,8)	<b>76,0</b> (75,5-76,5)	<b>84,9</b> (84,4-85,3)	<b>79,4</b> (78,9-79,9)	<b>84,4</b> (84,0-84,9)	<b>79,9</b> (79,4-80,0)	<b>81,8</b> (81,6-82,0)	<b>82,5</b> (82,2-82,9)
Drikk alkohol 2 gg i veka eller oftare	<b>21,8</b> (21,3-22,3)	<b>13,8</b> (13,1-14,5)	<b>18,8</b> (18,3-19,3)	<b>19,6</b> (19,1-20,1)	<b>20,6</b> (20,1-21,1)	<b>22,2</b> (21,7-22,8)	<b>18,9</b> (18,4-19,4)	<b>25,0</b> (24,5-25,5)	<b>28,1</b> (27,8-28,4)	<b>21,5</b> (21,1-21,9)

<sup>64</sup> Spørsmålsett 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. Se kap.2.4.17 for detaljar

<sup>65</sup> I undersøkingane i Hordaland til og med Rogaland var svaralternativa for kosthaldsspørsmåla «Sjeldan/aldri», «1-3 gonger per månad», «1 gong per veke», «2-3 gonger per veke», «4-6 gonger per veke», «Dagleg». I Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal blei det lagt til ein ekstra kategori; «Fleire gonger dagleg». Sjå kap.2.4.16 for detaljar

<sup>66</sup> I rapporten for Vestland elles har vi rapportert prosentandel som drikk sukkerhaldig brus eller leskedrikk 2-3 dagar i veka eller oftare. For samanstilling med andre fylke, viser vi her resultat basert på inndelingane brukt før skjemarevisjonen; prosentandel som rapporterer å drikke sukkerhaldig brus eller leskedrikk sjeldan eller aldri.

<sup>67</sup> I føregåande rapportar var spørsmålsformuleringa inntak av «frukt og bær». I undersøkingane i Vestland, Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal var formuleringa «frukt eller bær».

Utfallsmål	Fylke									
	Hordaland 2018	Sogn og Fjordane 2019	Troms og Finnmark 2019	Agder 2019	Nordland 2020	Rogaland 2020	Møre og Romsdal 2021	Vestfold og Telemark 2021	Viken 2021	Vestland 2022
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Månadleg 6 einingar alkohol eller meir ved eit og same høve	<b>16,3</b> (15,8-16,7)	<b>13,1</b> (12,4-13,7)	<b>17,6</b> (17,1-18,1)	<b>19,6</b> (19,1-20,1)	<b>15,8</b> (15,4-16,3)	<b>19,2</b> (18,7-19,7)	<b>13,2</b> (12,8-13,7)	<b>16,5</b> (16,1-16,9)	<b>15,9</b> (15,7-16,1)	<b>15,7</b> (15,4-16,0)
Utsatt for skade som medførte bruk av lege eller tannlege i løpet av siste 12 månader	<b>18,3</b> (17,7-18,9)	<b>18,8</b> (18,0-19,6)	<b>17,2</b> (16,7-17,8)	<b>17,6</b> (17,2-18,1)	<b>17,9</b> (17,4-18,4)	<b>15,9</b> (15,4-16,4)	<b>16,5</b> (16,1-17,0)	<b>16,4</b> (16,0-16,8)	<b>17,0</b> (16,7-17,2)	<b>17,6</b> (17,2-17,9)
Plaga av støy frå trafikk heime	<b>7,9</b> (7,4-8,3)	<b>6,6</b> (6,1-7,2)	<b>10,8</b> (10,4-11,2)	<b>9,5</b> (9,1-9,8)	<b>7,5</b> (7,1-7,8)	<b>9,6</b> (9,3-10,0)	<b>7,9</b> (7,5-8,2)	<b>10,7</b> (10,4-11,1)	<b>10,5</b> (10,3-10,7)	<b>8,6</b> (8,3-8,8)
Plaga av anna støy heime	<b>9,4</b> (8,9-9,9)	<b>6,4</b> (5,9-6,9)	<b>9,7</b> (9,3-10,1)	<b>8,8</b> (8,4-9,1)	<b>7,6</b> (7,3-8,0)	<b>10,6</b> (10,2-10,9)	<b>5,9</b> (5,6-6,2)	<b>9,0</b> (8,6-9,3)	<b>10,6</b> (10,4-10,8)	<b>9,4</b> (9,1-9,7)
Vanskeleg å få hushaldnsinntekta til å strekke til			<b>21,4</b> (20,8-22,0)	<b>20,8</b> (20,3-21,3)	<b>19,4</b> (18,9-20,0)	<b>16,7</b> (16,2-17,2)	<b>16,8</b> (16,4-17,4)	<b>18,7</b> (18,2-19,1)	<b>18,7</b> (18,5-19,0)	<b>19,2</b> (18,8-19,5)
Fornøgd med livet			<b>7,53</b> (7,50-7,55)	<b>7,59</b> (7,57-7,62)	<b>7,48</b> (7,46-7,51)	<b>7,54</b> (7,52-7,56)	<b>7,30</b> (7,27-7,32)	<b>7,41</b> (7,39-7,43)	<b>7,35</b> (7,34-7,36)	<b>7,32</b> (7,30-7,34)
Framtidsoptimisme							<b>7,79</b> (7,77-7,82)	<b>7,81</b> (7,78-7,83)	<b>7,75</b> (7,73-7,76)	<b>7,65</b> (7,64-7,67)
Livet meningsfylt			<b>7,52</b> (7,49-7,55)	<b>7,56</b> (7,53-7,58)	<b>7,50</b> (7,47-7,53)	<b>7,49</b> (7,46-7,52)	<b>7,45</b> (7,42-7,47)	<b>7,47</b> (7,44-7,49)	<b>7,42</b> (7,41-7,43)	<b>7,41</b> (7,39-7,43)
Negative kjensler siste 7 dagar (meanscore)			<b>3,13</b> (3,10-3,16)	<b>3,17</b> (3,14-3,20)	<b>3,14</b> (3,12-3,17)	<b>3,02</b> (2,99-3,05)	<b>3,14</b> (3,12-3,17)	<b>3,11</b> (3,08-3,13)	<b>3,16</b> (3,15-3,17)	<b>3,35</b> (3,33-3,37)

Utfallsmål	Fylke									
	Hordaland 2018	Sogn og Fjordane 2019	Troms og Finnmark 2019	Agder 2019	Nordland 2020	Rogaland 2020	Møre og Romsdal 2021	Vestfold og Telemark 2021	Viken 2021	Vestland 2022
	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )	% (CI 95% )
Positive kjensler siste 7 dager (meanscore)			<b>7,00</b> (6,97-7,02)	<b>6,98</b> (6,96-7,01)	<b>7,00</b> (6,97-7,02)	<b>6,96</b> (6,94-6,99)	<b>6,86</b> (6,84-6,89)	<b>6,81</b> (6,79-6,83)	<b>6,76</b> (6,75-6,77)	<b>6,88</b> (6,86-6,90)
Einsemd (meanscore)			<b>2,23</b> (2,19-2,26)	<b>2,20</b> (2,17-2,23)	<b>2,21</b> (2,17-2,24)	<b>1,93</b> (1,90-1,97)	<b>2,22</b> (2,18-2,25)	<b>1,97</b> (1,94-2,00)	<b>1,96</b> (1,94-1,97)	<b>2,29</b> (2,26-2,31)
Støttende og givande sosiale relasjonar (meanscore)			<b>7,30</b> (7,27-7,32)	<b>7,43</b> (7,40-7,45)	<b>7,28</b> (7,25-7,31)	<b>7,45</b> (7,43-7,48)	<b>7,22</b> (7,19-7,24)	<b>7,32</b> (7,30-7,35)	<b>7,33</b> (7,32-7,35)	<b>7,27</b> (7,25-7,29)
Folk flest er til å stole på			<b>7,01</b> (6,98-7,04)	<b>7,23</b> (7,21-7,26)	<b>7,09</b> (7,06-7,12)	<b>7,24</b> (7,21-7,27)	<b>7,03</b> (7,00-7,06)	<b>7,15</b> (7,12-7,18)	<b>7,10</b> (7,08-7,11)	<b>7,05</b> (7,03-7,07)
Stadstilhørsle			<b>7,44</b> (7,40-7,47)	<b>7,43</b> (7,40-7,46)	<b>7,60</b> (7,57-7,64)	<b>7,47</b> (7,44-7,50)	<b>7,55</b> (7,52-7,58)	<b>7,38</b> (7,35-7,41)	<b>7,18</b> (7,16-7,20)	<b>7,34</b> (7,32-7,36)
Trygg i nærmiljøet			<b>9,16</b> (9,14-9,17)	<b>8,96</b> (8,94-8,98)	<b>9,16</b> (9,14-9,18)	<b>8,93</b> (8,91-8,95)	<b>9,18</b> (9,17-9,20)	<b>8,94</b> (8,92-8,96)	<b>8,75</b> (8,74-8,76)	<b>8,92</b> (8,90-8,93)
Engasjert			<b>6,42</b> (6,39-6,45)	<b>6,48</b> (6,45-6,51)	<b>6,36</b> (6,33-6,39)	<b>6,34</b> (6,32-6,37)	<b>6,05</b> (6,02-6,08)	<b>6,31</b> (6,29-6,34)	<b>6,29</b> (6,27-6,30)	<b>6,50</b> (6,48-6,52)

## Appendiks 3: Evaluering av marknadsføringsvideo

Som beskrive i hovudrapporten er yngre vaksne, og særleg yngre menn, blant gruppene som har hatt lågast svarprosent i Folkehelseundersøkingane i fylka. Fleire fylke har derfor hatt marknadsføringstiltak særleg retta mot å mobilisere denne gruppa. I høve undersøkinga i Vestland, inngjekk Vestland fylkeskommune eit samarbeid med Leo Ajkic om å lage promoteringsvideoar for undersøkinga.

I eit samarbeid med mellom FHI og Vestland fylkeskommune, blei det under datainnsamlinga gjort eit enkelt forsøk på å utforske effekten av denne type marknadsføring på svarprosent. Promoteringsarbeidet frå fylkeskommunen kan lesast om i kap. 2.2 i hovudrapporten. Etter å ha drøfta mogelege design, tekniske løysingar og kapasitet til å gjennomføre ei slik evaluering, vart det landa på følgjande design: Eit randomisert, kontrollert forsøk, der utvalet blei delt i to tilfeldige, like store grupper;

Den eine halvdelan fekk marknadsføringsvideoen i e-post-invitasjonen (eksperimentgruppe) og den andre halvdelan ikkje (kontrollgruppe). Tilfeldig fordeling (randomisering) sikrar at gruppene er mest mogeleg samanliknbare før tiltaket. Eventuell forskjell i svarprosent mellom gruppene kan då tilskrivas forskjellar i eksponering for marknadsføringstiltaket (her: med eller utan video i e-post-invitasjon). Dette designet hadde, vel og merke ein stor svakheit knytt til tiltakseksponering, både med tanke på å maksimere eksponeringa i eksperimentgruppa (video berre gitt i e-post-invitasjon, ikkje SMS-invitasjon) og å minimere eksponeringa i kontrollgruppa (videoen vart delt i sosiale medium og på Vestland fylkeskommune si nettside). Denne svakheita medfører potensielt ei underestimering av den faktiske effekten av tiltaket. Det blei likevel vurdert interessant å undersøke om det ha video i e-post-invitasjonen i seg sjølv hadde effekt på svarprosent. For å undersøke grad av eksponering, både i eksperimentgruppa og kontrollgruppa, la vi inn kontrollspørsmål om dette mot slutten av spørjeskjemaet (sjå 2.4.23 og spørjeskjema for meir detaljar).

Tabell 5 viser deltakingsrate etter eksperimentgruppe, samla og på tvers av aldersgrupper. Samla sett var det 0,5 prosentpoeng *lågare* responsrate i gruppa som hadde fått video i e-post-invitasjonen (30,8 %) enn i gruppa som ikkje fekk video i e-post-invitasjonen (31,1 %). Sjølv om dette er statistisk signifikant ( $p < .025$ ) svarar det til ein Cohens *h* effektstørrelse på berre 0,01, som er å tolke som ein ubetydeleg forskjell.

Tabell 5: Svarprosent etter eksperimentgruppe (med eller utan video i e-postinvitasjon) og per aldersgruppe

Aldersgruppe	Utan video		Med video		Diff.	p-verdi*
	Svarte <i>n</i>	Deltaking i prosent	Svarte <i>n</i>	Deltaking i prosent		
18-25	1 870	17,4	1 914	17,8	0,5	0,440
26-35	3 389	22,7	3 358	22,5	-0,2	0,680
36-45	3 961	27,4	3 951	27,4	0,0	1,000
46-55	5 076	34,3	4 997	33,7	-0,6	0,276
56-65	5 612	41,5	5 529	40,9	-0,6	0,316
66+	6 926	40,2	6 634	38,5	-1,7	<b>0,001</b>
Samla	26 834	31,3	26 383	30,8	-0,5	<b>0,025</b>

\*Two-sample proportion test. P-verdi  $< 0,05$  utheva.

Hovudmålgruppa for marknadsføringa var unge menn. Det er derfor viktig å sjå om videoen har hatt effekt isolert i denne gruppa. Blant mennene i dei to yngste

aldersgruppene (18-29 og 30-39 år) var faktisk oppslutninga høgast i gruppa *med* video. Men i prosentpoeng utgjorde forskjellen berre høvesvis 0,5 og 0,3 prosentpoeng (ikkje statistisk signifikant). På tvers av kjønn i yngste aldersgruppa (tabell 5) ser vi også at oppslutninga er svakt *høgare* (0,5 prosentpoeng) i gruppa med video enn i kontrollgruppa. Men i neste aldersgruppe (26-35 år) er den 0,2 prosentpoeng *lågare*. Berre sistnemnte forskjell er statistisk signifikant og ingen av dei vurderast å vere av praktisk viktig betydning. Det er interessant å merke seg at svarprosenten blant dei eldste (66 år og eldre) statistisk signifikant lågare i gruppa med video enn i gruppa utan video ( $p < .001$ ). Ein forskjell på 1,7 prosentpoeng er likevel relativt liten.

Foreløpige analyser tyder altså på at det å ha slik promoteringsvideo i e-post-invitasjonen ikkje hadde effekt verken på samla svarprosent eller svarprosent blant dei yngre mennene. Den hadde ein ubetydeleg svak negativ effekt på svarprosent i eldste aldersgruppe. Det er viktig å påpeike at denne forskjellen både kan handle om sjølve videoen (til dømes manglande opplevd relevans) eller at videohelsinga i e-posten på andre måtar heva terskelen for å delta for nokre. Videoen gjorde at «delta-linken» låg lenger nede i e-posten, som kan ha gjort den mindre synleg. Vidare kan nokre ha vorte villeia av at videoen dirigerte til YouTube for avspeling, der respondent sjølv måtte trykke på tilbakeknapp for å komme tilbake til e-post-invitasjonen.

Kontrollspørsmåla i spørjeskjemaet til deltakarane viste at berre 46 % av respondentane i «video-gruppa» hadde fått med seg at dei hadde fått video med Leo Ajkic (avbilda i spørjeskjema) i e-post-invitasjonen. Dette kan tyde på at ein stor andel svarte på undersøkinga direkte via SMS-invitasjonen og dermed ikkje hadde blitt eksponerte for tiltaket. Av dei som hadde registrert å ha motteke videoen, var det igjen heile 67 % som svarte at dei ikkje hadde sett videoen. Det at så få i eksperimentgruppa hadde sett videoen kan klart bidra til å forklare nullfunnet på svarprosent. Det er viktig å merke seg at desse tala gjeld dei som deltok i undersøkinga. Irekna dei om ikkje deltok, kan tala reelt sett vere både langt høgare eller lågare.

Det er oppløftande at mange er positive og nesten ingen er negative til videoen blant deltakarane som hadde sett videoen i e-post-invitasjonen; 39,8 % svarte at dei fekk meir lyst til å delta av å sjå videoen, 58,5 % at dei verken fekk meir eller mindre lyst og berre 1,7 % at dei fekk mindre lyst til å delta. Det er vidare interessant og viktig å merke seg at yngre, personar med lågare utdanning og personar med innvandrarakgrunn i noko større grad oppgav både å ha sett videoen og at den hadde gitt dei meir lyst til å delta, samanlikna med eldre, personar med høgare utdanning og etnisk norske. Dette kan tyde på at marknadsføringa har treft ønska målgrupper.

Videosnuttar med Leo Ajkic blei også spreidd i andre kanalar, utover i nemnte eksperiment (sjå kap. 2.2. for detaljar). Berre 11 % av respondentane på tvers av eksperimentgruppe oppgav å ha sett ein eller fleire av desse videoane. Men igjen er sjåarandelen noko høgare blant yngre (18,6 % av 18-29 åringane mot 10-11 % i andre aldersgrupper), menn (11,8, % mot 10,3 % blant kvinner) og lågare utdanna (grunnskule: 12,6 %; VGS: 13,1 %, høgare utdanning 2-4 år: 9,7 %; høgare utdanning over 4 år: 7,1 %). Det var ikkje forskjell i sjåarandel etter landbakgrunn. Vidare svarte yngre i større grad enn eldre at videoen hadde gitt dei *meir* lyst til å delta (34,4 % blant 18-29 år vs 21,7 % blant 70 år +). Ein svært liten andel (2,3 %) oppgav at dei fekk *mindre* lyst til å delta av å ha sett videoen. Personar med innvandrarakgrunn oppgav i litt større grad enn personar med norsk bakgrunn at både at dei fekk meir lyst å delta (31,8 % vs 27,0 %) og fekk mindre lyst til å delta (5,0 % vs 1,7 %) av å ha sett videoen. Det var ingen samanheng mellom utdanningsnivå og eiga vurdering av videoen.



*Oppsummert fann vi ingen klar effekt av det å ha promoteringsvideo i e-postinvitasjon på svarprosent. Kontrollspørsmåla til deltakarane synte at berre eit mindretal faktisk hadde sett videoen. Dette kan bidra til å forklare nullfunnet. Det var også fleire andre svakheiter med designet som gjer resultata frå eksperimentet usikre.*

*Blant deltakarane som hadde sett videoen, anten i e-post-invitasjon eller andre kanalar, var mange positive og nesten ingen negative til at den hadde gitt dei meir lyst til å delta. Blant yngre og personar med lågare utdanning var det særleg mange som var positive. Dette kan tyde på at marknadsføringa har treft ønska målgrupper, sjølv om effekten på deltaking er uklar.*

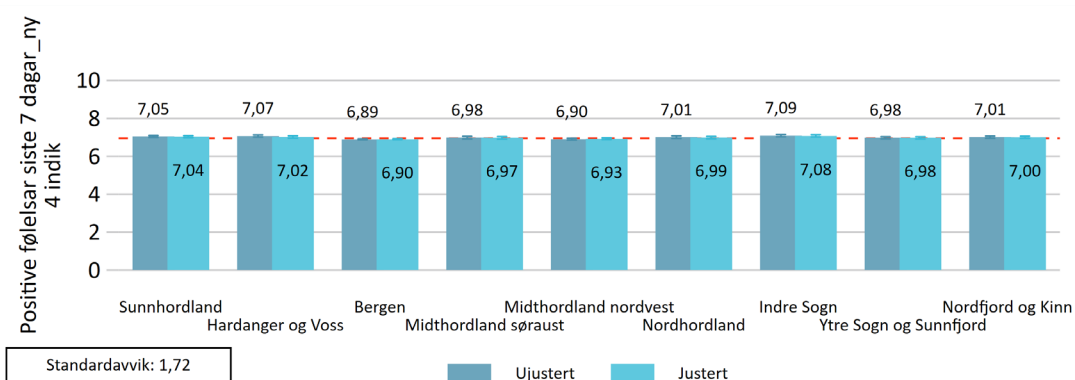
## Appendiks 4: Resultat positive kjensler siste 7 dagar (revidert indikator)

Som skildra i metodedelen (kapittel 2.4.20), har Minimumsbatteriet på livskvalitet, brukt i Folkehelseundersøkingane sidan 2019, innehalde to ledd som dreia seg om oppleving av positive kjensler dei siste 7 dagane: «Glad» og «Roleg og avslappa». Desse to ledda har blitt kombinert til ein sumskår (meanscore). I inneverande spørjeundersøking vart ytterlegare to ledd på positive opplevingar testa ut: «Lukkeleg» og «Takknemleg».

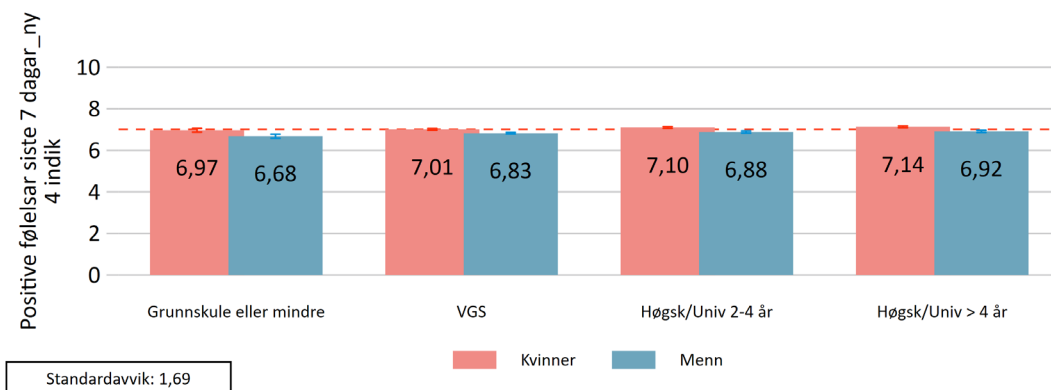
I resultatdel kap. 3.47 viser resultat på «kjensler siste 7 dagar» basert på indikatoren med to ledd. På neste side viser resultat der dei to nye ledda er lagt til; altså sumskår (meanscore) av dei fire ledda «Glad», «Roleg og avslappa», «Lukkeleg» og «Takknemleg».

Sumskårane går overordna litt ned når dei to nye ledda er lagt til, då deltakarane i gjennomsnitt skårar litt lågare på spørsmåla om kor «lukkeleg» og «takknemleg» dei har vore siste sju dagar enn for både kor «glad» og «roleg og avslappa» dei har vore. Vidare er det litt større forskjellar over aldersgrupper når dei to nye ledda lagt til. Utover dette viser variasjonen over regionar, kjønn og utdanning og kjønn og aldersgrupper langt på veg det same mønsteret med to som med fire ledd på positive kjensler siste sju dagar.

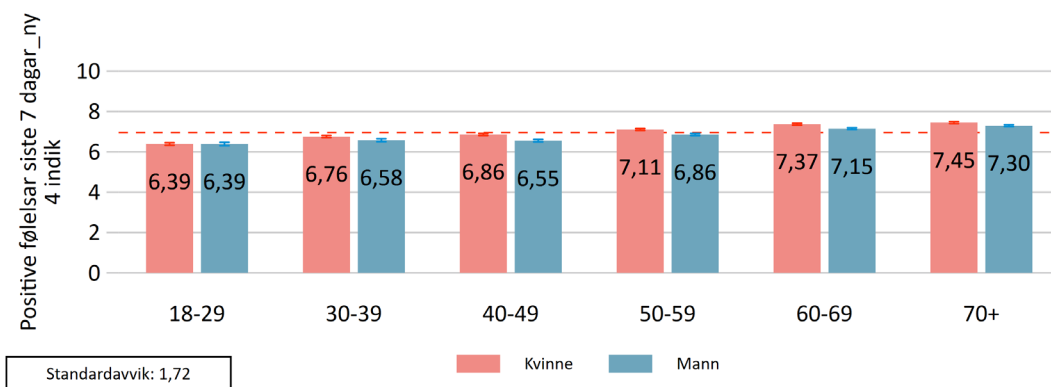
Figur 55: Positive kjensler siste 7 dagar (basert på dei fire ledda «glad», «roleig og avslappa», lukkeleg» og «takknemleg» etter regionar i Vestland (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)

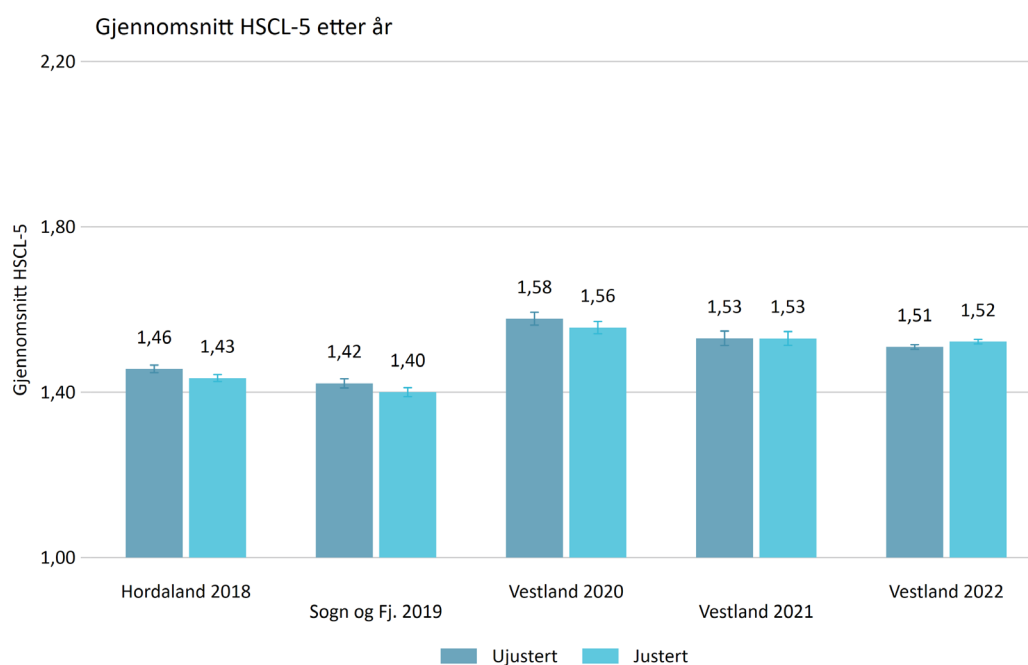


C)

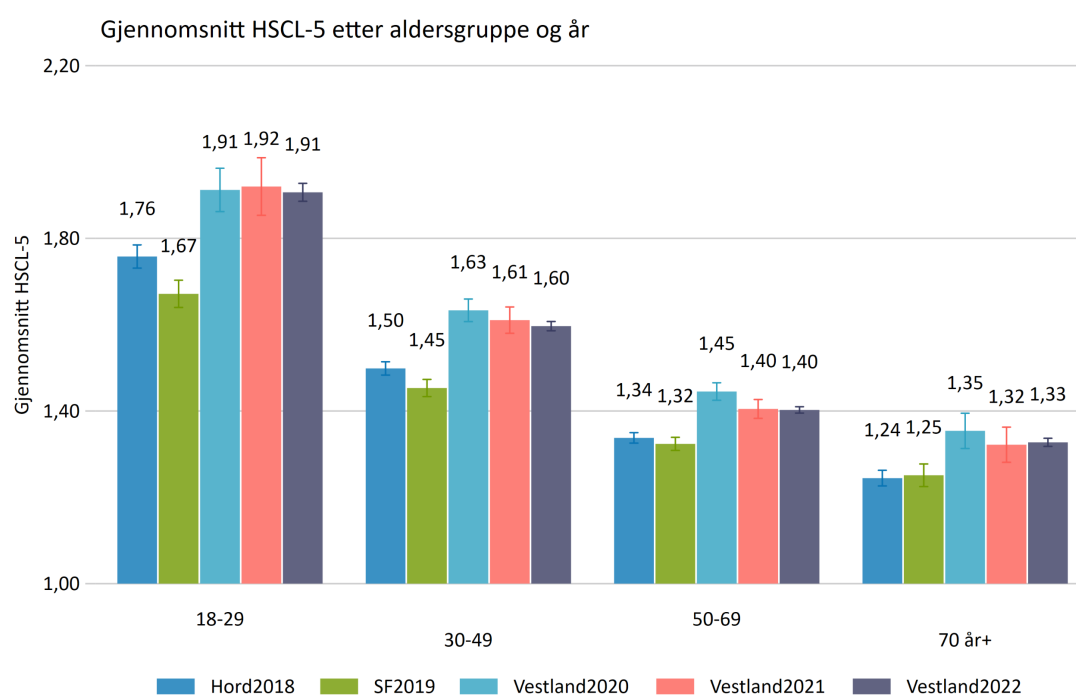
Raud stipla line indikerer samla gjennomsnitt

## Appendiks 5: Figurar trendar i psykiske plager, fornøgheit med livet og einsemd

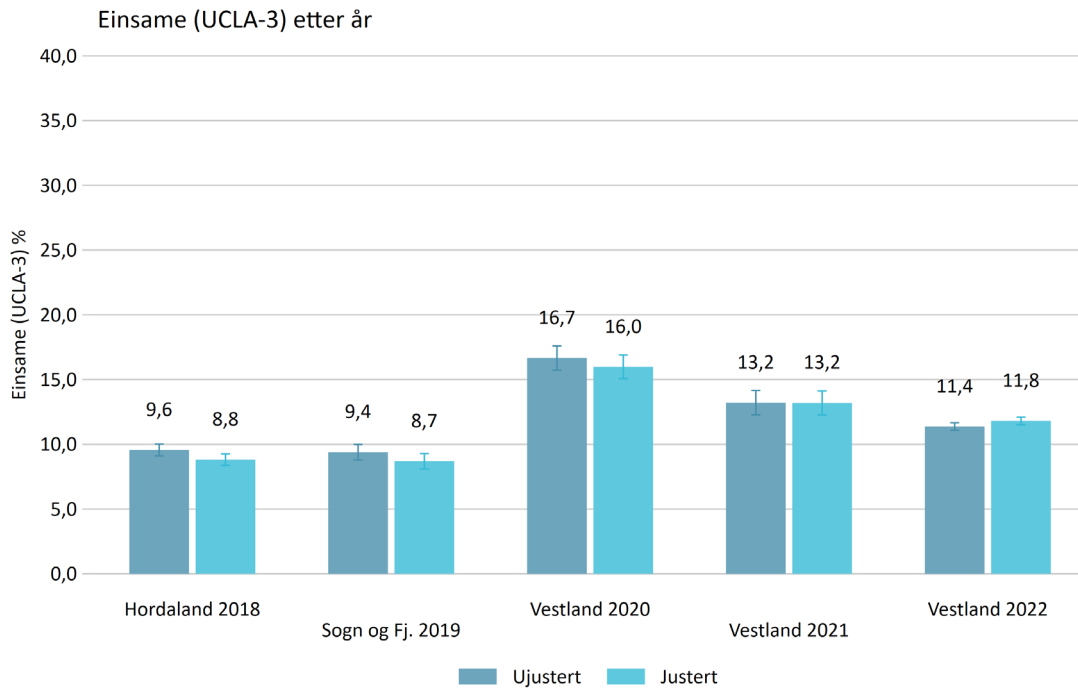
Figur 56: Psykiske plager (gjennomsnitt HSCL-5-skår) målt ved ulike FHUS-datainnsamlingar i Vestland. Ujustert og justert for kjønn og alder.



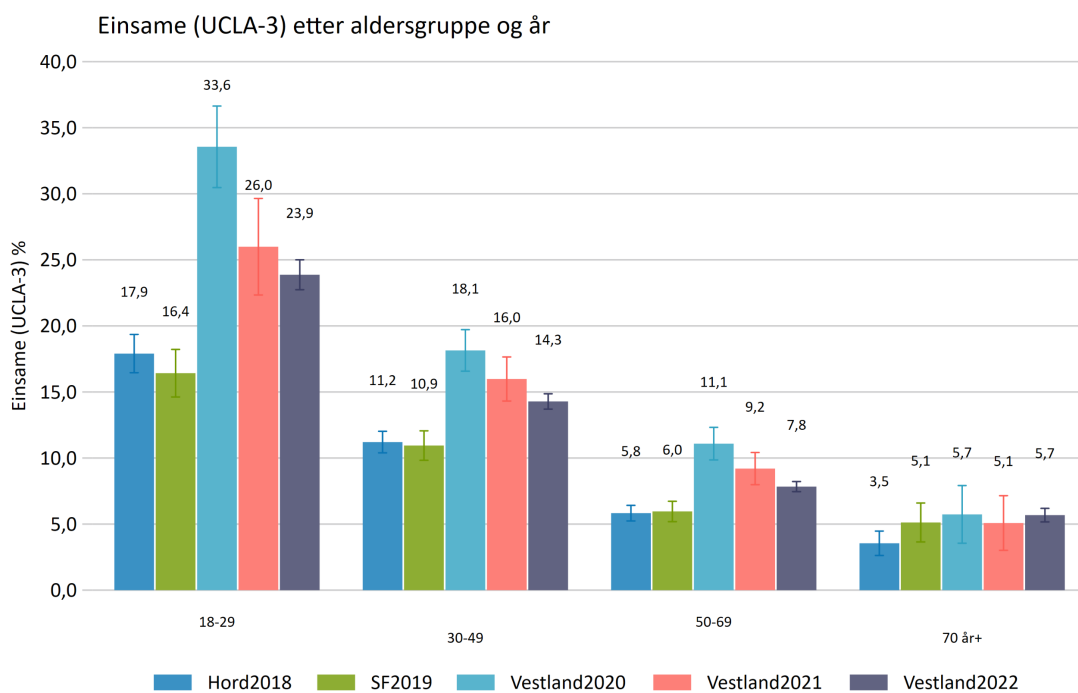
Figur 57: Psykiske plager (gjennomsnitt HSCL-5-skår) etter aldersgrupper, målt ved ulike FHUS-datainnsamlingar i Vestland.



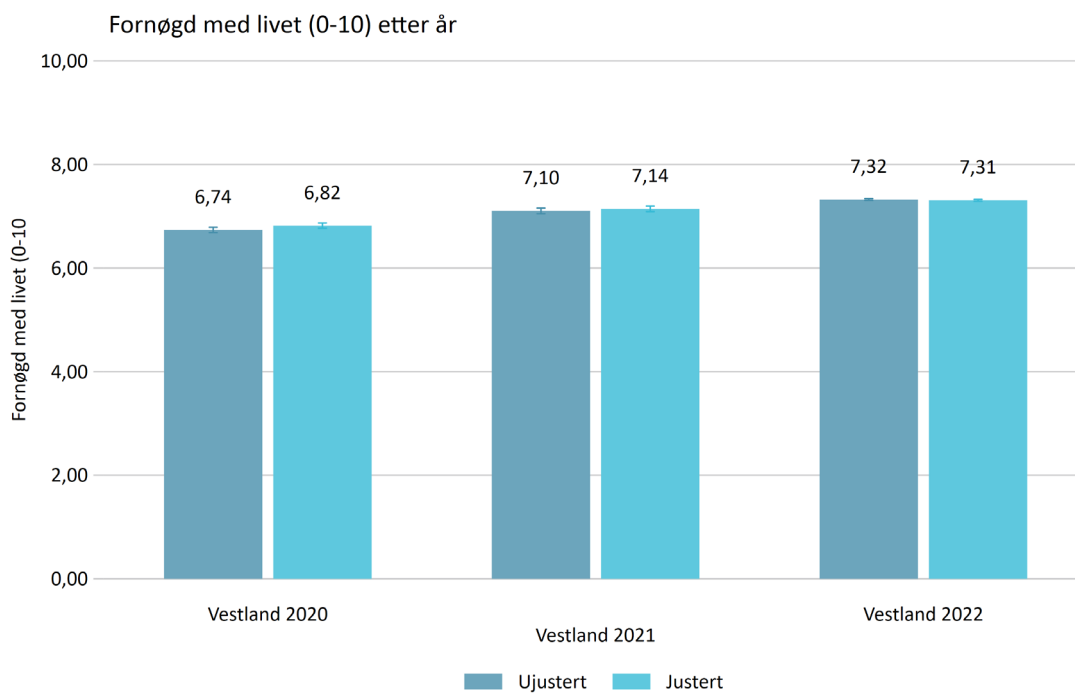
Figur 58: Andel einsame (UCLA-3) målt ved ulike FHUS-datainnsamlingar i Vestland. Ujustert og justert for kjønn og alder.



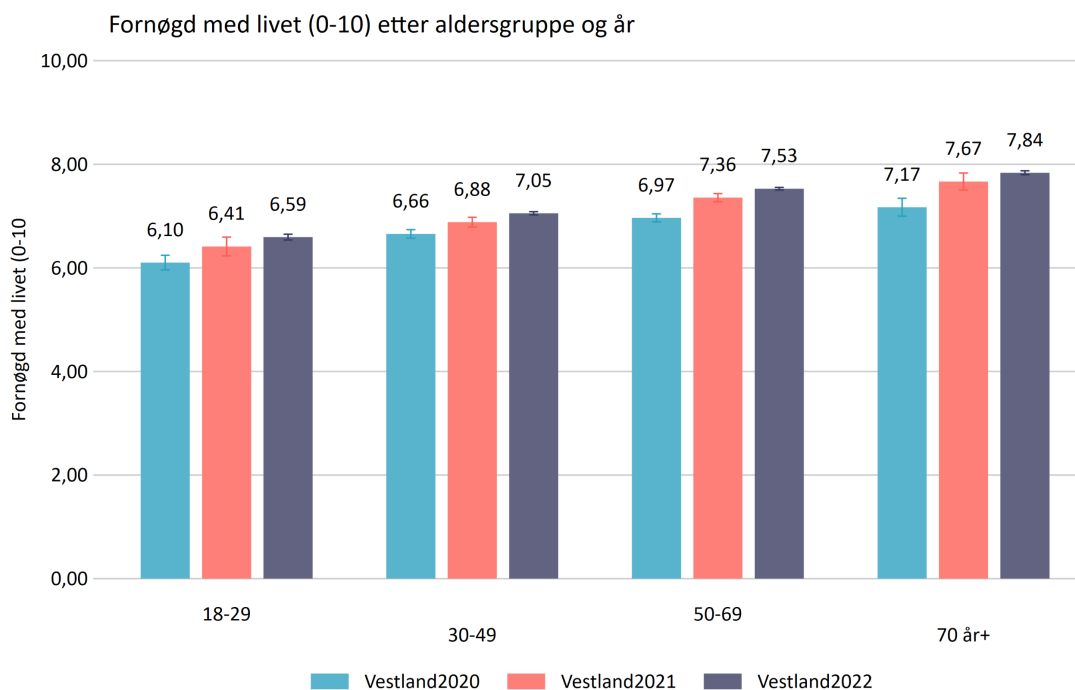
Figur 59: Andel einsame (UCLA-3) etter aldersgrupper, målt ved ulike datainnsamlingar i Vestland.



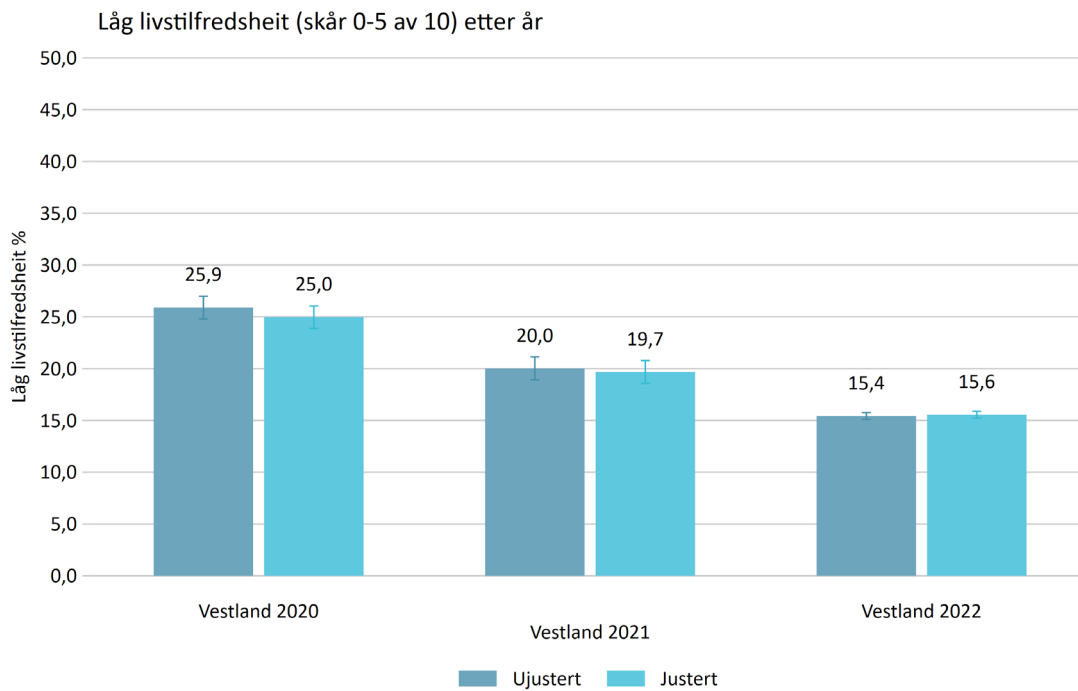
Figur 60: Gjennomsnittskår på kor fornøgd ein er med livet (skala 0-10) målt i ved ulike FHUS-datainnsamlingar i Vestland. Ujustert og justert for kjønn og alder.



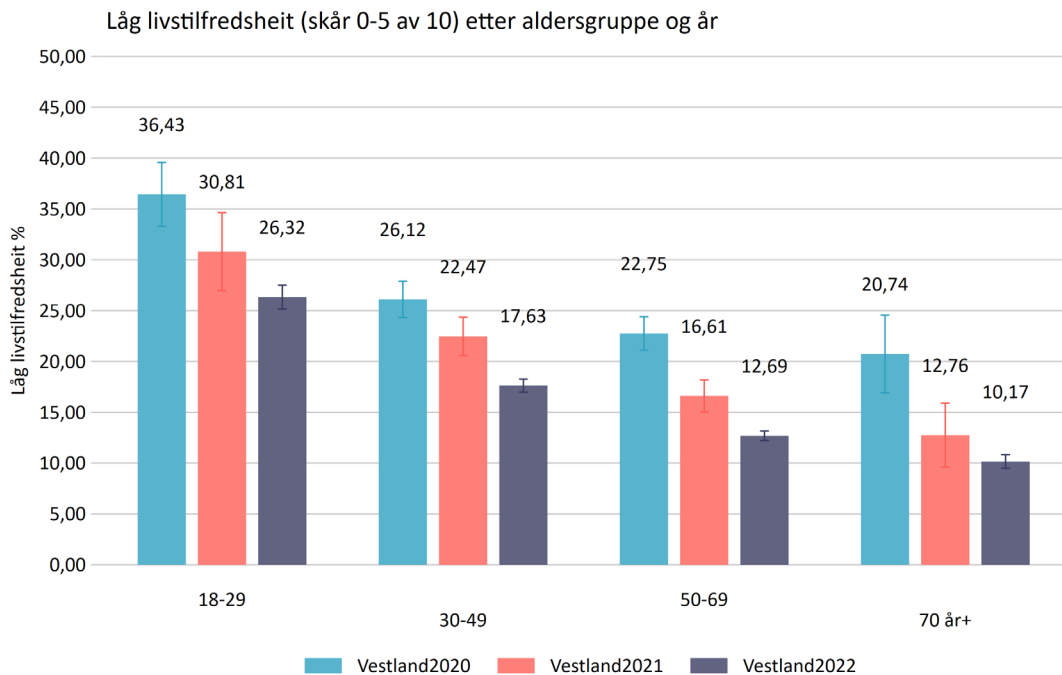
Figur 61: Gjennomsnittskår på kor fornøgd ein er med livet (skala 0-10) etter aldersgrupper, målt ved ulike datainnsamlingar i Vestland.



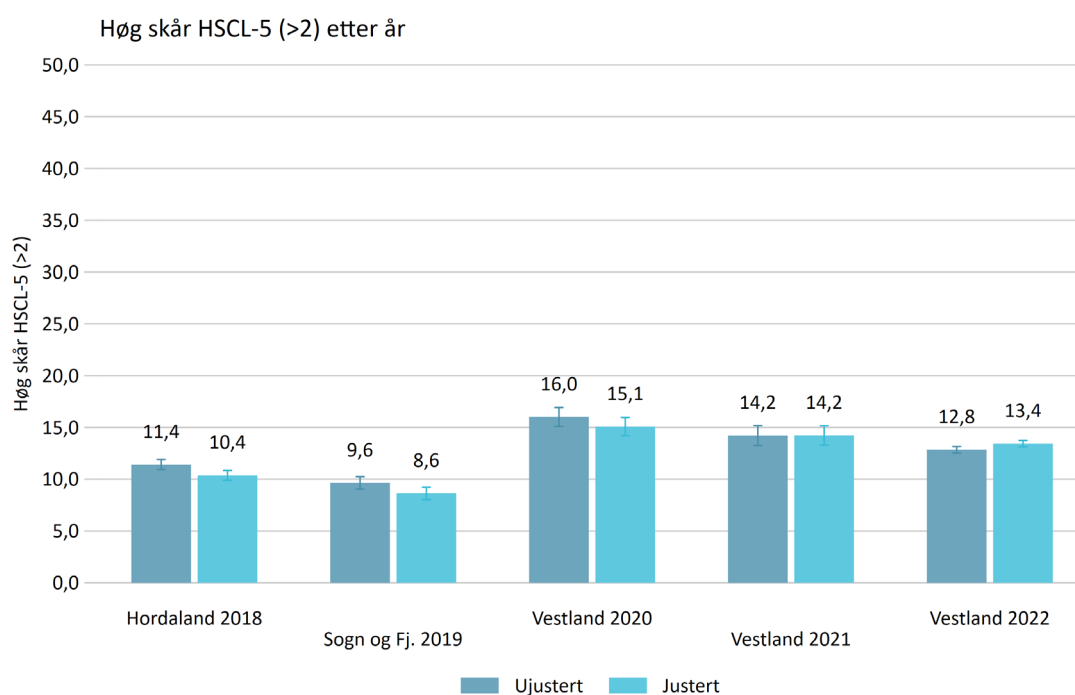
**Figur 62 : Andel med låg skår på tilfredsheit med livet (skår 0-5 på skala 0-10), målt ved ulike FHUS-datainnsamlingar i Vestland. Ujustert og justert for kjønn og alder.**



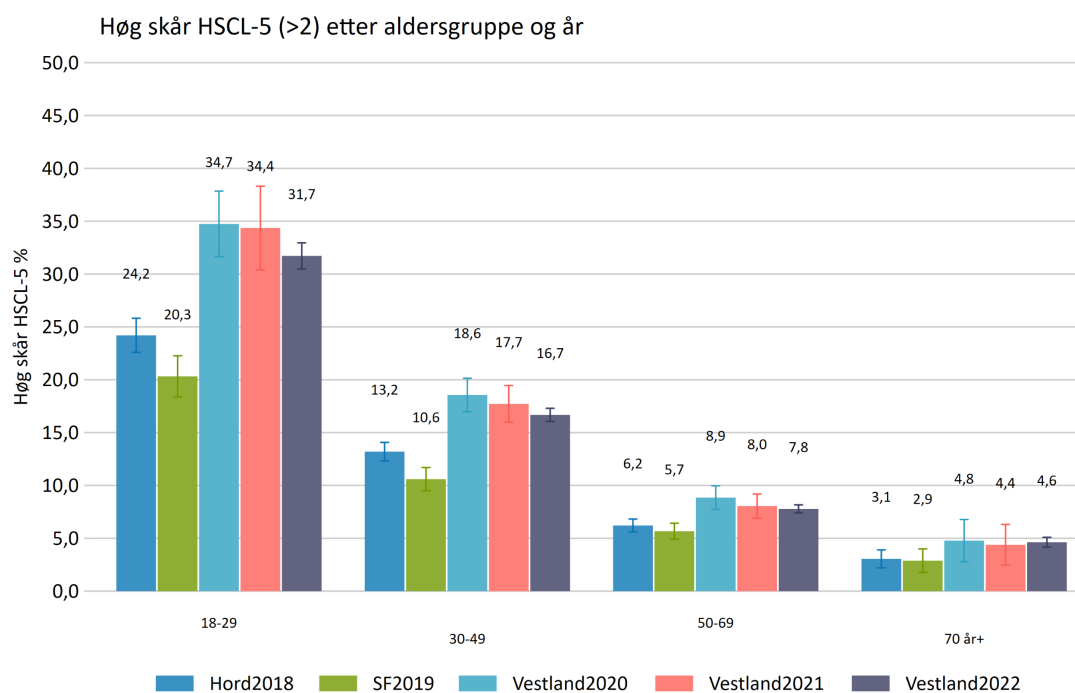
**Figur 63: Andel med låg skår på tilfredsheit med livet (skår 0-5 på skala 0-10) etter aldersgrupper, målt ved ulike datainnsamlingar i Vestland.**



Figur 64 : Andel med høg skår på HSCL-5 (>2), målt ved ulike FHUS-datinnsamlingar i Vestland. Ujustert og justert for kjønn og alder.



Figur 63: Andel med høg skår på HSCL-5 (>2) etter aldersgrupper, målt ved ulike datainnsamlingar i Vestland.





## Appendiks 6: Tabellar frekvensfordeling

Tabell 1: Høgaste fullførte utdanningsnivå

Høgaste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
GRUNNSKULE	4095	7,75	7,75
VIDEREGÅANDE SKULE	15226	28,83	36,58
FAGSKULE	5673	10,74	47,32
HØGSKOLE/UNIVERSITET <2 ÅR	3784	7,16	54,49
HØGSKULE/UNIVERSITET 2-4 ÅR	13178	24,95	79,44
HØGSKULE/UNIVERSITET >4 ÅR	10555	19,98	99,42
INGEN FULLFØRT UTDANNING	307	0,58	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>52818</b>	<b>100</b>	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
I STOR GRAD	38689	72,86	72,86
I NOKON GRAD	12753	24,02	96,88
I LITEN GRAD	1441	2,71	99,60
IKKJE I DET HEILE TATT	214	0,40	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53097</b>	<b>100</b>	

Tabell 3: Tilgjenge kulturtilbod

Tilgjenge kulturtilbod	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	12692	23,91	23,91
GODT	21772	41,01	64,91
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	10765	20,28	85,19
DÅRLEG	5290	9,96	95,15
SVÆRT DÅRLEG	2093	3,94	99,10
VEIT IKKJE	480	0,90	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53092</b>	<b>100</b>	

Tabell 4: Tilgjenge idrettstilbud

Tilgjenge idrettstilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	15312	28,85	28,85
GODT	24456	46,07	74,92
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	8170	15,39	90,31
DÅRLEG	2883	5,43	95,74
SVÆRT DÅRLEG	861	1,62	97,36
VEIT IKKJE	1399	2,64	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53081</b>	<b>100</b>	

Tabell 5: Tilgjenge butikkar, serveringsstader og andre servicetilbud

Tilgjenge butikkar, serveringsstader og andre servicetilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	17562	33,09	33,09
GODT	24390	45,96	79,05
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	7830	14,75	93,81
DÅRLEG	2719	5,12	98,93
SVÆRT DÅRLEG	529	1,00	99,93
VEIT IKKJE	37	0,07	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53067</b>	<b>100</b>	

Tabell 6: Tilgjenge offentlig transport

Tilgjenge offentlig transport	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	9941	18,72	18,72
GODT	14312	26,96	45,68
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	9728	18,32	64,00
DÅRLEG	10783	20,31	84,31
SVÆRT DÅRLEG	6894	12,98	97,30
VEIT IKKJE	1435	2,70	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53093</b>	<b>100</b>	

Tabell 7: Tilgjenge natur- og friluftområde

Tilgjenge natur- og friluftområde	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
-----------------------------------	----------	-------------	-----------

SVÆRT GODT	32690	61,64	61,64
GODT	16444	31,00	92,64
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	2880	5,43	98,07
DÅRLEG	722	1,36	99,43
SVÆRT DÅRLEG	171	0,32	99,75
VEIT IKKJE	130	0,25	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53037</b>	<b>100</b>	

Tabell 8: Tilgjenge kystlinje/strand/sjø

Tilgjenge kystlinje/strand/sjø	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	22990	43,32	43,32
GODT	16858	31,76	75,08
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	7752	14,61	89,69
DÅRLEG	2767	5,21	94,90
SVÆRT DÅRLEG	822	1,55	96,45
VEIT IKKJE	142	0,27	96,72
EG BUR IKKJE I NÆRLEIKEN AV SJØ ELLER INNSJØ	1743	3,28	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53074</b>	<b>100</b>	

Tabell 9: Utbygde gang- og sykkelveggar

Utbygde gang- og sykkelveggar	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	4354	8,21	8,21
GODT	14567	27,47	35,68
VERKEN GODT ELLER DÅRLEG	12253	23,11	58,79
DÅRLEG	11510	21,71	80,50
SVÆRT DÅRLEG	9558	18,03	98,52
VEIT IKKJE	784	1,48	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53026</b>	<b>100</b>	

Tabell 10: Deltaking i organisert aktivitet

Deltaking i organisert aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLEG	1121	2,11	2,11

KVAR VEKE	11914	22,45	24,57
1-3 GONGER PER MÅNAD	8050	15,17	39,74
SJELDNARE	18982	35,78	75,51
ALDRI	12992	24,49	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53059</b>	<b>100</b>	

Tabell 11: Deltaking i annan aktivitet

Deltaking i annan aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLEG	2988	5,64	5,64
KVAR VEKE	21459	40,48	46,11
1-3 GONGER PER MÅNAD	16270	30,69	76,80
SJELDNARE	10336	19,50	96,30
ALDRI	1962	3,70	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53015</b>	<b>100</b>	

Tabell 12: Korleis vurderer du di eiga helse?

Korleis vurderer du di eiga helse?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	9119	17,18	17,18
GOD	27894	52,54	69,71
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	11581	21,81	91,53
DÅRLEG	4091	7,71	99,23
SVÆRT DÅRLEG	408	0,77	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53093</b>	<b>100</b>	

Tabell 13: Korleis vurderer du tannhelsa di?

Korleis vurderer du tannhelsa di?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	10791	20,33	20,33
GOD	28488	53,66	73,99
VERKEN GOD ELLER DÅRLEG	9572	18,03	92,02
DÅRLEG	3401	6,41	98,42
SVÆRT DÅRLEG	838	1,58	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53090</b>	<b>100</b>	

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

Når var du sist hos tannlege/-pleier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0-2 ÅR SIDAN	47004	88,66	88,66
3-5 ÅR SIDAN	3772	7,11	95,77
MEIR ENN 5 ÅR SIDAN	2240	4,23	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53016</b>	<b>100</b>	

Tabell 15: Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
LÅG	7030	13,32	13,32
MIDDELS	26367	49,95	63,26
HØG	19393	36,74	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>52790</b>	<b>100</b>	

Tabell 16: Kor ofte føler du at du saknar nokon å vere saman med?

Kor ofte føler du at du saknar nokon å vere saman med?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	13910	26,21	26,21
SJELDAN	18784	35,40	61,61
AV OG TIL	14880	28,04	89,65
OFTE	3954	7,45	97,10
SVÆRT OFTE	1537	2,90	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53065</b>	<b>100</b>	

Tabell 17: Kor ofte føler du deg utanfor?

Kor ofte føler du deg utanfor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	12313	23,22	23,22
SJELDAN	23122	43,60	66,82
AV OG TIL	13028	24,57	91,39
OFTE	3326	6,27	97,66
SVÆRT OFTE	1241	2,34	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53030</b>	<b>100</b>	

Tabell 18: Kor ofte føler du deg isolert frå andre?

Kor ofte føler du deg isolert frå andre?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	20604	38,84	38,84
SJELDAN	19226	36,24	75,08
AV OG TIL	9343	17,61	92,69
OFTE	2743	5,17	97,86
SVÆRT OFTE	1135	2,14	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53051</b>	<b>100</b>	

Tabell 19: Kor ofte trener eller mosjonerer du vanlegvis?

Kor ofte trener eller mosjonerer du vanlegvis?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	1806	3,45	3,45
SJELDNARE ENN EIN GONG I VEKA	5245	10,01	13,45
EIN GONG I VEKA	6992	13,34	26,79
2-3 GONGER I VEKA	18497	35,29	62,08
4-5 GONGER I VEKA	9548	18,22	80,30
OM LAG KVAR DAG	10326	19,70	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>52414</b>	<b>100</b>	

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

Kor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
TAR DET ROLEG UTAN Å BLI ANDPUSTEN ELLER SVEITT	18422	36,63	36,63
TAR DET SÅ HARDT AT EG BLIR ANDPUSTEN OG/ELLER SVEITT	29775	59,20	95,82
TAR MEG NESTEN HEILT UT	2101	4,18	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>50298</b>	<b>100</b>	

\*Blant dei som trener minst «sjeldnare enn ein gong i veka» (sjå tabell 19)

Tabell 21: Kor lenge held du på kvar gong?\*

Kor lenge held du på kvar gong?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
MINDRE ENN 15 MINUTT	1743	3,46	3,46
15 MINUTT-29 MINUTT	7132	14,16	17,62
30 MINUTT-1 TIME	26276	52,18	69,80
MEIR ENN 1 TIME	15210	30,20	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>50361</b>	<b>100</b>	

\*Blant dei som trener minst «sjeldnare enn ein gong i veka» (sjå tabell 19)

Tabell 22: Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerhaldig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDAN/ALDRI	21040	39,66	39,66
1-3 GONGER PER MÅNAD	10339	19,49	59,15
1 GONG PER VEKE	7355	13,87	73,02
2-3 GONGER PER VEKE	7433	14,01	87,03
4-6 GONGER PER VEKE	2543	4,79	91,82
1 GONG PER DAG	2573	4,85	96,67
FLEIRE GONGER PER DAG	1764	3,33	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53047</b>	<b>100</b>	

Tabell 23: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDAN/ALDRI	1606	3,03	3,03
1-3 GONGER PER MÅNAD	4313	8,13	11,16
1 GONG PER VEKE	5589	10,54	21,70
2-3 GONGER PER VEKE	12554	23,67	45,38
4-6 GONGER PER VEKE	8937	16,85	62,23
1 GONG PER DAG	11569	21,82	84,05

FLEIRE GONGER PER DAG	8459	15,95	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53027</b>	<b>100</b>	

Tabell 24: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDAN/ALDRI	384	0,72	0,72
1-3 GONGER PER MÅNAD	1116	2,10	2,83
1 GONG PER VEKE	2221	4,19	7,02
2-3 GONGER PER VEKE	10472	19,74	26,76
4-6 GONGER PER VEKE	13703	25,84	52,60
1 GONG PER DAG	18189	34,29	86,89
FLEIRE GONGER PER DAG	6954	13,11	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53039</b>	<b>100</b>	

Tabell 25: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDAN/ALDRI	2709	5,11	5,11
1-3 GONGER PER MÅNAD	6351	11,97	17,08
1 GONG PER VEKE	14889	28,07	45,15
2-3 GONGER PER VEKE	22920	43,21	88,37
4-6 GONGER PER VEKE	4526	8,53	96,90
1 GONG PER DAG	1349	2,54	99,45
FLEIRE GONGER PER DAG	294	0,55	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53038</b>	<b>100</b>	

Tabell 26: Inntak alkohol siste 12 måneder\*

Inntak alkohol siste 12 måneder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	3689	7,25	7,25
MÅNADLEG ELLER SJELDNARE	16534	32,49	39,74



2-4 GONGER I MÅNADEN	19832	38,97	78,71
2-3 GONGER I VEKA	9099	17,88	96,58
4 GONGER I VEKA ELLER MER	1738	3,42	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>50892</b>	<b>100</b>	

\*3,9 % (2098) av respondentane svarte at dei aldri hadde drukke alkohol og 0,3 % (133) svarte ikkje på det innleiande spørsmålet om dei nokon gong hadde drukke alkohol. Desse fekk ikkje dette spørsmålet.

Tabell 27: Frekvens, episodisk høgt alkoholforbruk\*

Frekvens, episodisk høgt alkoholforbruk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	17081	36,27	36,27
SJELDNARE ENN MÅNADLEG	21979	46,67	82,94
MÅNADLEG	6070	12,89	95,83
KVAR VEKE	1897	4,03	99,86
DAGLEG ELLER NESTEN DAGLEG	65	0,14	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>47092</b>	<b>100</b>	

\*3,9 % (2098) av respondentane svarte at dei aldri hadde drukke alkohol og 0,3 % (133) svarte ikkje på det innleiande spørsmålet om dei nokon gong hadde drukke alkohol. Desse fekk ikkje dette spørsmålet.

Tabell 28: Hender at du røyker?

Hender at du røyker?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA	7247	13,66	13,66
NEI	45794	86,34	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53041</b>	<b>100</b>	

Tabell 29: Kor ofte røyker du?\*

Kor ofte røyker du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLEG	3914	54,21	54,21
AV OG TIL	3306	45,79	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>7220</b>	<b>100</b>	

\*Blant dei som svarte at det hender at dei røyker (sjå tabell 28)

Tabell 30: Har du røykt tidlegare?\*

Har du røykt tidlegare?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA, DAGLEG	14896	32,64	32,64
JA, AV OG TIL	5717	12,53	45,16
NEI	25028	54,84	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>45641</b>	<b>100</b>	

\*Blant dei som svarte at det *ikkje* hender at dei røyker (sjå tabell 28)

Tabell 31: Hender at du brukar snus?

Hender at du brukar snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA	7577	14,28	14,28
NEI	45466	85,72	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53043</b>	<b>100</b>	

Tabell 32: Kor ofte brukar du snus?\*

Kor ofte brukar du snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLEG	6150	81,31	81,31
AV OG TIL	1414	18,69	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>7564</b>	<b>100</b>	

\*Blant dei som svarte at det hender at dei brukar snus (sjå tabell 31)

Tabell 33: Har du brukt snus tidlegare?

Har du brukt snus tidlegare?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA, DAGLEG	2287	5,07	5,07
JA, AV OG TIL	1574	3,49	8,56
NEI	41244	91,44	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>45105</b>	<b>100</b>	

\*Blant dei som svarte at det *ikkje* hender at dei brukar snus (sjå tabell 31)

Tabell 34: Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 månader

Utsett for skade (sjølvrapport) siste 12 månader	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA, EIN	7202	13,61	13,61

JA, FLEIRE	1939	3,66	17,28
NEI	43772	82,72	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>52913</b>	<b>100</b>	

Tabell 35: Plaga av støy frå trafikk heime

Plaga av støy frå trafikk heime	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
IKKJE PLAGA	39883	75,15	75,15
LITT PLAGA	8929	16,82	91,97
MIDDELS PLAGA	2651	5,00	96,97
MYKJE PLAGA	1046	1,97	98,94
SVÆRT MYKJE PLAGA	563	1,06	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53072</b>	<b>100</b>	

Tabell 36: Plaga av annan støy heime

Plaga av annan støy heime	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
IKKJE PLAGA	37605	70,90	70,90
LITT PLAGA	10863	20,48	91,39
MIDDELS PLAGA	2925	5,52	96,90
MYKJE PLAGA	1153	2,17	99,07
SVÆRT MYKJE PLAGA	491	0,93	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>53037</b>	<b>100</b>	

Tabell 37: Kor ofte saman med gode vener

Kor ofte saman med gode vener	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
OM LAG DAGLEG	5019	9,51	9,51
OM LAG KVAR VEKE MEN IKKJE DAGLEG	22729	43,06	52,56
OM LAG KVAR MÅNAD, MEN IKKJE KVAR VEKE	16158	30,61	83,17
NOKRE GONGER I ÅRET	7060	13,37	96,55
SJELDNARE ENN KVART ÅR	634	1,20	97,75
HAR INGEN GODE VENER	1189	2,25	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>52789</b>	<b>100</b>	

Tabell 38: Hushaldsspengane til å strekke til

Hushaldsspengane til å strekke til	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT VANSKELEG	1454	2,78	2,78
VANSKELEG	2431	4,65	7,44
FORHOLDSVIS VANSKELEG	5980	11,45	18,89
FORHOLDSVIS LETT	15783	30,22	49,10
LETT	13316	25,49	74,60
SVÆRT LETT	12584	24,09	98,69
VEIT IKKJE	686	1,31	100,00
<b>Totalt:</b>	<b>52234</b>	<b>100</b>	

Utgitt av Folkehelseinstituttet

September 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

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