

RAPPORT

2022

Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater



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

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

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere:

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

Bidragstere Folkehelseinstituttet:

Rune Johansen
Øystein Vedaa
Marianne Abel
Avdeling for IT-system Bergen
Avdeling for helsedatamottak Bergen

Andre bidragstere:

Viken fylkeskommune:

Oppdragsgiver:

Viken fylkeskommune
Prosjektleder, Viken fylkeskommune: Anni Skipstein

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som PDF
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk: 978-82-8406-286-0

Emneord (MeSH):

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

Sitering: Knapstad M, Skogen JC, Leino T, Nilsen TS, Nes R, Aarø LE. Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultat. Rapport 2022. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2022.

Innhold

Sammendrag	6
Utvalgte funn	6
Om rapporten og metodisk tilnærming	6
Forskjeller mellom regioner i Viken	8
Kjønnsforskjeller	9
Forskjeller mellom aldersgrupper	10
Forskjeller mellom utdanningsgrupper	11
Viken sammenlignet med andre fylker	12
Viktige forbehold	12
1 Introduksjon	14
2 Metode	15
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	15
2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen	19
2.3 Spørreskjemaet	22
2.4 Spørsmålsoversikt	22
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning	22
2.4.2 Trivsel	23
2.4.3 Tilgjengelighet av fasiliteter og servicetilbud lokalt	23
2.4.4 Deltakelse i aktiviteter	24
2.4.5 Generell helse og tannhelse	24
2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier	24
2.4.7 Høyde og vekt	24
2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5)	25
2.4.9 Søvnproblem (insomni) og søvnlengthe	25
2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse	26
2.4.11 Muskel-skjelettplager	26
2.4.12 Sosial støtte	26
2.4.13 Ensomhet	27
2.4.14 Fysisk aktivitet	27
2.4.15 Kosthold	28
2.4.16 Røyk og snus	29
2.4.17 Alkohol	29
2.4.18 Skader	30
2.4.19 Støy	30
2.4.20 Livskvalitet	30
2.4.22 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon	32
2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Viken	33
2.5 Statistiske analyser	33
3 Resultater: Viken	37
3.1 Alder i utvalget: Regioner i Viken	38
3.2 Kjønn i utvalget: Regioner i Viken	39
3.3 Utdanningsnivå i utvalget - firedelt: Regioner i Viken	40
3.4 Todelt utdanningsnivå i utvalget: Regioner i Viken	41
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	42
3.6 Kulturtilbud	44
3.7 Idrettstilbud	46
3.8 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud	48
3.9 Offentlig transport	50

3.10	Natur- og friluftsområder	52
3.11	Kystlinje/strand/sjø	54
3.12	Gang- og sykkelveier	56
3.13	Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet	58
3.14	Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	60
3.15	God eller svært god helse	62
3.16	God eller svært god tannhelse	64
3.17	Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	66
3.18	Fedme (KMI 30+)	68
3.19	Søvnproblemer (Insomni)	70
3.20	Søvnlengde i timer	72
3.21	Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager	74
3.22	Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige helseproblemer	76
3.23	Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade	78
3.24	Korsryggsmarter siste 28 dager	80
3.25	Nakkesmerter siste 28 dager	82
3.26	Høy sosial støtte	84
3.27	Ensomhet (UCLA-3)	86
3.28	Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	88
3.29	Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken	90
3.30	Timer stillesitting i hverdagen	92
3.31	Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	94
3.32	Daglig inntak av frukt eller bær	96
3.33	Daglig inntak av grønnsaker	98
3.34	Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	100
3.35	Daglig røyking	102
3.36	Daglig snusing	104
3.37	Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	106
3.38	Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere	108
3.39	Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder	110
3.40	Plaget av støy fra trafikk hjemme	112
3.41	Plaget av annen støy hjemme	114
3.42	Andel med økonomiske vansker	116
3.43	Fornøyd med livet	118
3.44	Fremtidsoptimisme	120
3.45	Det man gjør i livet er meningsfylt	122
3.46	Negative følelser siste 7 dager	124
3.47	Positive følelser siste 7 dager	126
3.48	Ensomhet	128
3.49	Gjensidig positive sosiale relasjoner	130
3.50	Folk flest er til å stole på	132
3.51	Stedstilhørighet	134
3.52	Trygg i nærmiljøet	136
3.53	Engasjert	138
4.	Oppsummering av resultater og diskusjon	140
4.1	Gjennomgang av funn etter tema	140
4.1.1	Den demografiske sammensetningen i materialet	140
4.1.2	Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt	141
4.1.3	Deltakelse i aktiviteter og engasjement	142
4.1.4	Kosthold, fysisk aktivitet og fedme	143

4.1.5	Røyking, snus og bruk av alkohol	144
4.1.6	Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne	145
4.1.7	Psykiske plager og aspekter av livskvalitet	147
4.1.8	Sosial interaksjon og sosial kapital	148
4.1.9	Andre utfallsmål (støy, knapt med penger i husholdningen)	150
4.1.10	Kjønnsforskjeller	151
4.1.11	Aldersgrupper	152
4.1.12	Utdanning	154
4.2	Begrensninger ved datagrunnlaget	155
4.2.2	Representativitet og skjevheter	155
4.2.3	Spørreskjema og måleinstrument	156
V.	Referanser	158
Appendiks 1:	Spørreskjema	162
Appendiks 2:	Tabell fylkessammenstilling	163
Appendiks 3:	Tabeller frekvensfordeling	169

Sammendrag

Utvalgte funn

- 82 prosent av dem som deltok er fornøyde med livet
- 72 prosent oppgir at helsen er god eller svært god
- 11 prosent opplever ensomhet
- 74 prosent trives godt eller svært godt i nærmiljøet

Om rapporten og metodisk tilnærming

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode, gjennomføring og en del utvalgte resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021. Datainnsamlingen ble gjennomført av Folkehelseinstituttet på vegne av Viken fylkeskommune i perioden 8.-28. november 2021. Temaområdene som blir dekket i denne rapporten inkluderer blant annet tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter lokalt, helserelatert atferd, selvrapportert helsetilstand, skader, nedsatt funksjonsnivå, ulike aspekter ved sosialt miljø og nærmiljø og subjektiv livskvalitet. Vi analyserer temaområdene på tvers av kjønn, alder, utdanning og regioner innen fylket. Vi presenterer også resultater for Viken samlet sett og sammenligner med de fylkene som tidligere har gjennomført Folkehelseundersøkelsen. Videre diskuteres ulike forbehold knyttet til representativitet og frafall. Disse forbeholdene må man ta høyde for når funnene i rapporten blir vurdert.

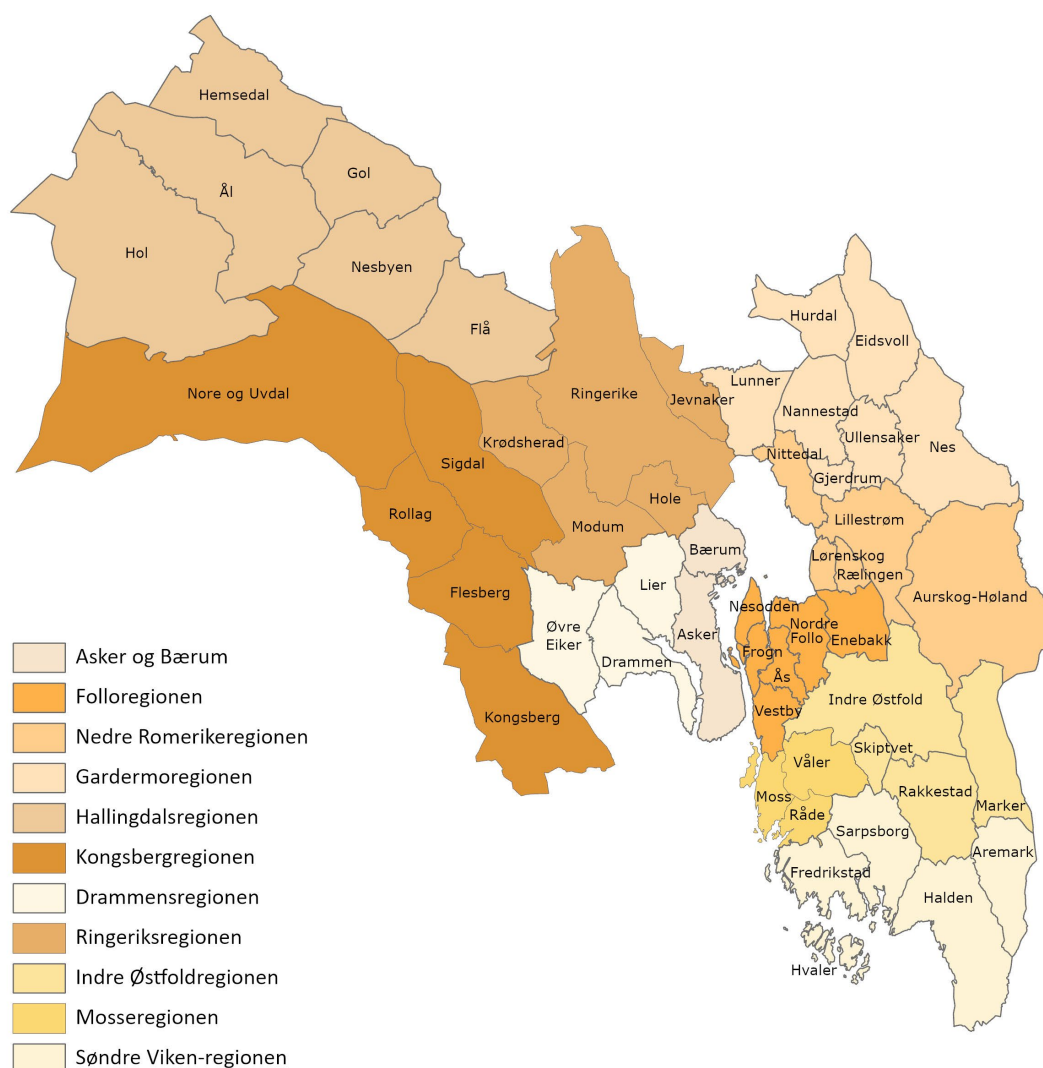
Resultatene som presenteres gir et første, beskrivende bilde av det som ligger av informasjon i datamaterialet. Kommunene får i tillegg en separat rapport med egne tabeller som viser lokale resultater. Anonymiserte data vil bli gjort tilgjengelige for Viken fylkeskommune. Forskningsmiljøer kan søke både om tilgang til anonymiserte data og om utvidet tilgang til datamaterialet fra undersøkelsen.

Utvalget som ble invitert til å være med var voksne fra 18 år og oppover. Hvor stor prosentandel som ble trukket ut i hver kommune varierte; i kommunene med mindre enn 1 500 innbyggere i alderen 18 år og eldre, inviterte vi alle (100 %) vi kunne nå elektronisk. I øvrige kommuner ble rent tilfeldige utvalg inviterte; i kommunene med 1 500-2 000 voksne innbyggere ble det trukket utvalg på 75 %, i kommunene med 2 001-3 000 voksne innbyggere ble 50 % trukket ut til å delta og i kommunene med over 3 000 voksne innbyggere ble 25 % trukket ut. Dette ble gjort for å sikre et stort nok antall deltakere til å kunne presentere lokale tall. I denne rapporten har vi vektet ned kommuner der vi har trukket ut høyere andeler av befolkningen (såkalt «designvekting»). Slik sikrer vi at hvert område får en innvirkning på totaltallene som svarer til befolkningsstørrelsen.

Av alle som ble inviterte til å delta i undersøkelsen, var det 40,9 % som svarte på skjemaet. Blant de 108 738 som svarte var 55,1 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 51,8 år. Nær halvparten av utvalget (46,7 %) oppgav at de hadde fullført utdanning fra høyskole eller universitet (designvektede tall). Prosentandelen som oppgav at de har fullført utdanning på universitets- eller høyskolenivå er høyere blant kvinner enn blant menn i dette utvalget fra Viken (49,2 % og 43,8 %, designvektede tall). Også nasjonalt er andelen med høyere utdanning større blant kvinner enn blant menn. Samtidig er personer med utdanning fra høyskole eller universitet overrepresenterte blant dem som deltok i undersøkelsen, både blant menn og kvinner. Vi har også en underrepresentasjon av unge menn og eldre kvinner (særlig fra 85 år og eldre).

Kommunene er delt inn i delregioner for bruk i rapporten. Vi skiller mellom 11 slike delregioner i Viken (se figur under). I analysene der vi sammenligner regioner, justerer vi statistisk¹ for kjønn, alder og utdanning, men vi presenterer både ujusterte og justerte tall. Det gjøres ikke populasjonsvekting. Analysene av sammenhenger mellom alder og svar på ulike spørsmål (utfallsvariabler)² blir gjort separat for menn og kvinner. Det samme gjelder sammenhengene mellom utdanningsnivå og utfallsvariabler. Her justeres det for alder, og alle som er 25 år eller yngre samt de som er under utdanning er tatt ut av analysene.

Regioninndelingen som er brukt i denne rapporten (kart laget av Viken fylkeskommune.)



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

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

Forskjeller mellom regioner i Viken

Mellom regionene i fylket er variasjonen størst på spørsmål om opplevd tilgang på ulike fasiliteter og tjenester lokalt. Det er også en del variasjon mellom noen av regionene på noen spørsmål knyttet til helse og levevaner, mens det stort sett er små forskjeller mellom regionene på utfall som gjelder ulike sider av subjektiv livskvalitet. Det er ingen region som kommer best eller dårligst ut på alt. Samtidig merker Asker og Bærum og Follo-regionen seg positivt ut på tvers av de fleste temaer. Gardermoregionen, Indre Østfoldregionen og dels Søndre Viken-regionen er blant regionene som kommer noe negativt ut sammenlignet med fylkesgjennomsnittet på flere av utfallene. Det er interessant å merke seg at resultatene for disse regionene ofte nærmer seg fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alders-, kjønns- og utdanningssammensetningen i regionene. Videre analyser viser at disse forskjellene mellom ujusterte og justerte tall hovedsakelig er drevet av utdanningssammensetningen i regionene (og i noen tilfeller dels alderssammensetningen).

Tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter. Internt i Viken fylke er det betydelig variasjon på flere av utfallsmålene om opplevd tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter lokalt. Det er særlig stor variasjon når det gjelder tilgang på offentlig transport og tilgang til kystlinje/strand eller sjø, samt utbygde gang- og sykkelveier. På først- og sistnevnte skiller Asker og Bærum, Folloregionen og Nedre Romerikeregionen seg positivt ut. Opplevd tilgang til kystlinje/strand eller sjø varierer i stor grad med den geografiske nærheten til kystlinjen, selv når de som har svart at de ikke bor i nærheten av sjø/innsjø er holdt utenfor beregningen.

Deltakelse i aktiviteter. De fleste regionene ligger rundt fylkesgjennomsnittet både for ukentlig deltakelse i organisert (23,1 %) og egenorganisert (43,8 %) aktivitet. Det er noe større forskjell mellom regionene på deltakelse i egenorganisert aktivitet (9 prosentpoengs forskjell mellom høyeste og laveste andel) enn organisert (5 prosentpoeng mellom høyeste og laveste andel).

Kosthold, fedme og fysisk aktivitet. Det er noe variasjon mellom regionene på spørsmålene om kosthold, fedme, fysisk aktivitet og inaktivitet. Variasjonen mellom regionene er på 8-15 prosentpoeng for kostholdsspørsmålene og syv prosentpoeng for fysisk aktivitet. Særlig Asker og Bærum og Folloregionen skiller seg positivt ut på de fleste av disse spørsmålene. Unntaket er stillesitting, der disse to regionene har høyest gjennomsnittlig rapportert tid stillesitting i hverdagen. Forskjellen til Hallingsdalsregionen med lavest gjennomsnitt, er på nesten en hel time (58 minutter).

Røyk, snus og alkoholbruk. Forskjellene mellom regionene på spørsmål om røyking, snusbruk og alkoholbruk følger mye det samme mønsteret som de andre spørsmålene om helserelaterte levevaner. Det er noe større regionale forskjeller i andel som oppgav å røyke daglig enn å bruke snus daglig, og større regionale forskjeller i andel som rapporterte at de drikker alkohol minst 2-3 ganger i uken enn i andel som har et episodisk høyt alkoholinntak.

Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne. Det er noe variasjon mellom regionene på spørsmålene om selvrapportert helse, skader og funksjon. Det skiller hele 13 prosentpoeng mellom regionen med høyeste (78,6 %) og laveste (65,6 %) andel som rapporterte god eller svært god helse. Igjen merker Asker og Bærum seg positivt ut på alle, og Folloregionen på mange av utfallene, mens Gardermoregionen, Søndre Viken-regionen,

Indre Østfoldregionen og Mossregionen kommer noe negativt ut sammenlignet med fylkesgjennomsnittet på flere av utfallene.

Psykiske plager og ulike sider av livskvalitet. Det er generelt små forskjeller mellom regionene innen fylket på utfall som gjelder psykiske plager og ulike sider av livskvalitet. Samtidig skiller Asker og Bærum seg positivt ut og Gardemoreregionen (og dels Søndre Viken-regionen på psykiske plager) kommer noe negativt ut sammenlignet med fylkesgjennomsnittet på skår på psykiske plager og de overordnede livskvalitetsspørsmålene som tilfredshet med livet og opplevd mening i det daglige.

Sosial interaksjon og sosial kapital. Mellom regionene er det stort sett små forskjeller i spørsmålene knyttet til sosiale relasjoner og sosial kapital, som opplevd ensomhet og sosial støtte. Forskjellene er størst for spørsmålene om det å føle seg trygg i nærmiljøet og grad av tillit til andre. Hallingsdalsregionen er regionen med høyest skår på trygghet i nærmiljøet og Asker og Bærum og Folloregionen skårer over fylkesgjennomsnittet på begge disse utfallene.

Støy. Det er lite forskjell mellom regionene i andel som er rapporterte å være plaget av støy, både når det gjelder veitrafikk og støy fra andre utendørs støykilder. Andelen i Nedre Romerike og Gardemoreregionen er litt over fylkesgjennomsnittet for begge spørsmål, mens Drammensregionen har høyeste andelen for førstnevnte støykilde.

Økonomiske vansker. Det er ni prosentpoengs forskjell mellom regionen med høyeste (23,6 %) og laveste (14,3 %) andel som rapporterte økonomiske vansker (vanskelig å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige). Andelen er over fylkesgjennomsnittet i Indre Østfoldregionen og Gardemoreregionen, og under i Kongsbergregionen, Folloregionen og Asker og Bærum. Som sett for flere andre resultater fra undersøkelsen, nærmer andelen for disse regionene seg fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Kjønnsforskjeller

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

Kvinner rapporterte sunnere levevaner enn menn på de fleste av indikatorene som handler om helseatferd. Disse kjønnsforskjellene er ofte tydelige på tvers av utdanningsnivå og aldersgrupper. En høyere andel kvinner enn menn oppgav å spise frukt eller bær og grønnsaker daglig, og en lavere andel å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk to-tre ganger i uken eller oftere. En klart lavere andel kvinner enn menn oppgav å snuse daglig, drikke alkohol to-tre ganger per uke eller oftere eller å ha et episodisk høyt forbruk av alkohol.

Menn kommer derimot best ut på de fleste utfallsvariabler som gjelder fysiske og psykiske helseplager. Vel og merke er det ingen kjønnsforskjell i selvopplevd helse generelt. Men en høyere andel kvinner enn menn rapporterte om nakkesmerter (50,0 % mot 31,7 %) og korsryggsmerter (45,7 % mot 39,6 %) den siste måneden og en høyere andel oppgav søvnproblemer (13,5 % mot 9,1%). Videre skårer kvinner noe høyere enn menn på nivå av psykiske plager.

Når det gjelder livskvalitet, er det ingen eller forholdsvis små forskjeller mellom menn og kvinner på de overordnede spørsmålene om hvor fornøyd man er med livet, om det man gjør i livet er meningsfylt, og grad av fremtidsoptimisme. For noen underaspekter knyttet

til livskvalitet er der derimot klarere kjønnsforskjeller. Kvinner skårer høyere enn menn på opplevd gjensidig positive sosiale relasjoner og en høyere andel kvinner enn menn opplever høy sosial støtte. Menn kommer noe bedre ut enn kvinner for opplevd ensomhet og trygghet i nærmiljøet. Kjønnsforskjellen i trygghet i nærmiljøet er særlig tydelig i den yngste aldersgruppen.

Når det gjelder opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter, oppgav en litt høyere andel blant kvinner enn menn at tilgangen på kulturtilbud og idrettstilbud er svært god eller god. Forskjellene er vel og merke nokså små og varierer litt mellom utdanningsnivå og aldersgrupper. På resterende utfallsmål er det ubetydelige eller ingen kjønnsforskjeller.

Forskjeller mellom aldersgrupper

Også funnene relatert til forskjeller på tvers av aldersgrupper er i tråd med hva vi kjenner igjen fra tidligere Folkehelseundersøkelser i fylkene.

For det første ser et sunt kosthold ut til å være positivt korrelert med alder. Jo høyere alder, desto høyere er andelen som oppgav å spise frukt eller bær daglig eller oftere, grønnsaker daglig eller oftere og fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant kvinner øker andelen ofte så å si lineært med alder, mens økningen er tydeligst fra 50-60-årsalderen blant menn. Og motsatt synker andelen som oppgav å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere klart med økende alder. Andelen med fedme, som først øker med alderen, avtar mot de enda eldre gruppene.

Mens røykingen er mest utbredt i aldersgruppene fra 50 til 69 år, er bruken av snus klart mest vanlig blant de yngre aldersgruppene. Dette gjelder begge kjønn, og indikerer at snusbruk i stor grad har erstattet sigarett røyking. Andelen som har et episodisk høyt alkoholforbruk, synker klart fra yngste til nest yngste aldersgruppe, og stiger så noe inntil aldersgruppen 50-59 år for igjen å synke. Andelen som oppgav å drikke alkohol to ganger i uken eller oftere stiger derimot klart med alderen.

De fleste aspekter knyttet til psykiske plager og livskvalitet viser en sterk sammenheng med alder; det meste blir bedre med høyere alder opp til 70 års alder. Skåren på psykiske plager er særlig høy blant kvinner i den yngste aldersgruppen. Det er også sterke sammenhenger for både for de overordnede livskvalitetsspørsmålene (tilfredshet med livet, mening i det daglige) og for delaspektene positive og negative følelser, tillit til andre, stedstilhørighet og opplevelse av å være trygg i nærmiljøet. Sammenhengene er imidlertid ikke alltid lineære. Særlig tryggheten i nærmiljøet øker sterkere med alderen for kvinner enn for menn.

Resultater for spørsmålene knyttet til sosial interaksjon og sosial kapital gir et litt mer sammensatt bilde. Når det gjelder andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere og ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet, sees en U-formet alderstrend, der andelen er høyest i den yngste og de eldste aldersgruppene. For opplevd høy sosial støtte er det derimot motsatt. For andre utfall er det igjen mer lineære sammenhenger, der det blir bedre med alderen. Trivselen i nærmiljøet og stedstilhørigheten øker med stigende alder, og ensomheten synker klart.

På de fleste delspørsmål øker også opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter noe med alderen, selv om sammenhengene her ikke alltid er lineære. Det sees ofte en liten utflating i stigningen eller liten nedgang mellom de yngste (18-29 år) og de nest yngste (30-39 år), samt mellom de nest-eldste (60-69 år) og de eldste (70 år og eldre).

Til sist: Jo eldre en er, desto mindre støy opplever en hjemme fra trafikk og fra andre utendørs støykilder. Andelen som har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene synker. Og andelen som rapporterte problemer med å få husholdningsinntekten til å strekke til synker klart med stigende alder.

Som nevnt senere i denne rapporten, er det nokså store grupper av eldre, særlig kvinner, som vi ikke når elektronisk gjennom Folkehelseundersøkelsene i fylkene. Også blant unge menn var deltakelsen lav. Dette gir mer usikkerhet om resultatene for disse gruppene.

Forskjeller mellom utdanningsgrupper

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

Jo høyere utdanning, desto høyere andel oppgav å spise sunt og lavere andel å røyke daglig, bruke snus daglig og ha fedme (KMI ≥ 30). Andelen som rapporterte å være fysisk aktiv (minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken) øker. For timer sittende i ro er bildet vel og merke motsatt; De med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år rapporterte omtrent 1 time mer stillesitting i hverdagen sammenlignet med de med grunnskole-utdanning. Også andel som oppgav å drikke alkohol to-tre ganger i uken eller oftere øker klart med økende utdanning, mens det episodisk høye alkoholforbruket varierer mindre med utdanning.

For alle mål på helseplager og funksjonstap er det en klar utdanningsgradient i favør av de med høyere utdanning. Forskjell mellom de med høyest og lavest utdanning i andel som rapporterte god helse er på hele 25 prosentpoeng blant kvinner og 23 prosentpoeng blant menn. Andel med nakkesmerter, med korsryggsmerter og med søvnproblemer synker, likeså andel med funksjonsnedsettelse på grunn av skade, og andelen som opplever at hverdagen er betydelig påvirket av helseproblemer.

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

Andre mål på sosial interaksjon og sosial kapital følger stort sett samme mønster, men med noen unntak. Andelen som opplever høy sosial støtte øker og opplevd ensomhet synker klart med økende utdanning. Med økende utdanning øker også andelen som er med i organiserte aktiviteter eller i andre aktiviteter, og trivselen i nærmiljøet øker noe. For stedstilhørighet antydes en svak omvendt U kurve-sammenheng, særlig for menn, der skåren er høyest for de med videregående som høyeste utdanningsnivå.

For opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter er sammenhengene med utdanningsnivå nokså svake. Men særlig for tilgang til natur- og friluftsområder og i noen grad kulturtilbud og idrettstilbud og er det noe høyere andeler som oppgir god tilgang med økende utdanningsnivå. Til sist er det en synkende andel som rapporterer at det er minst to år siden de var til tannlege med økende utdanning. Andelen som opplever å være plaget av støy i hjemmet fra trafikk eller andre utendørs støykilder øker med utdanning. Og andelen som rapporterte at de har problemer med å få pengene til å strekke til synker betydelig, og så å si lineært, med økende utdanningsnivå.

Viken sammenlignet med andre fylker

På de fleste områder er variasjonen over fylker nokså beskjeden og for mange av resultatene kommer Viken i en mellomposisjon sammenlignet med de andre fylkene som har gjennomført Folkehelseundersøkelsen tidligere. Dette gjelder for eksempel de fleste spørsmål knyttet til tilgang på ulike tjenester og fasiliteter, mange spørsmål om levevaner, som andel som røyker daglig, bruker snus daglig, har et høyt episodisk alkoholforbruk, helseutfall, som selvrapportert helse, skader og funksjon, økonomiske vansker og gjennomsnittlig skår på tillit til andre mennesker og gjensidig positive sosiale relasjoner. På mange av disse spørsmålene er det mer variasjon mellom regionene innad i fylket enn mellom Viken og andre fylker.

Viken kommer relativt sett best ut på opplevd tilgang til offentlig transport (60,7 % mot 31,8 %-57,9 % i de andre fylkene). Andel som drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere er sammen med Vestfold og Telemark noe høyere enn i de andre fylkene. På begge disse utfallene er det samtidig stor variasjon mellom regionene innad i fylket.

For opplevd stedstilhørighet (skala 0-10) er gjennomsnittlig skår i Viken (7,18) noe lavere enn i de andre fylkene (7,38-7,60). Også her er det noe variasjon mellom regionene innad i fylket.

Gjennomsnittsskåren på psykiske plager (HSCL-5-skalaen) i Viken samlet tilsvarende skåren som ble funnet i undersøkelsene i Vestfold og Telemark og Agder, og svakt høyere enn de resterende fylkene som har gjennomført undersøkelsen. For de fleste utfallsmål som gjelder livskvalitet er det små forskjeller mellom fylkene. På noen av spørsmålene er gjennomsnittsskårene i Viken samtidig litt dårligere enn i fylkene som gjennomførte datainnsamling før koronapandemien. Dette gjelder både de overordnede spørsmålene om fornøydhet med livet og opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt, og noen av delaspektene som positive følelser de siste syv dager. Sammenligning mellom fylker er vel og merke vanskelig blant annet på grunn av variasjon i smitteverntiltak og andre forhold gjennom pandemien som kan ha bidratt til fluktuerende nivåer av psykiske plager og livskvalitet.

Viktige forbehold

Når vi i dette sammendraget og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å huske at disse vurderingene er relative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær hver dag i en bestemt region kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under nasjonale anbefalinger, er det lavt ut fra et folkehelseperspektiv.

Deltakelsen i undersøkelsen var på 40,9 %. Dette er på nivå med andre undersøkelser av tilsvarende type. Det er som regel usikkerhet med hensyn til om slike undersøkelser er helt representative for befolkningen. Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater.

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

Datainnsamlingen til denne undersøkelsen ble gjennomført ett og trekvart år inne i koronapandemien, i en periode med få restriksjoner i samfunnet. Vi vet ikke sikkert hvordan koronapandemien kan ha påvirket psykiske plager, livskvalitet og sosial kontakt. På de fleste av disse spørsmålene skiller ikke tallene i Viken seg fra fylkene som gjennomførte datainnsamlinger før pandemien. På spørsmål om hvor ofte man treffer venner og deltakelse i egenorganiserte aktiviteter er tallene noe lavere i fylkene som gjennomførte datainnsamling i løpet av 2021, inkludert Viken, enn i de andre fylkene. Det er mulig at forskjellene reflekterer pandemisituasjonen fremfor mer stabile forskjeller mellom fylkene. Med tanke på koronapandemien og tiltakene som ble gjennomført under pandemien, er det kanskje uventet at vi ikke finner større forskjeller, for eksempel i ensomhet, mellom fylkene som har gjennomført datainnsamlinger under pandemien og de andre fylkene.

Denne rapporten dekker resultater fra basismodulen i spørreskjemaet. I tillegg inneholdt spørreskjemaet spørsmål valgt ut av Viken fylkeskommune i samarbeid med Norges Miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Resultater fra spørsmål i tilleggsmodulen vil bli publisert av fylkeskommunen og NMBU.

1 Introduksjon

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Målet med undersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen, er å fremskaffe informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er subjektivt rapportert helse, livskvalitet, skader, helserelatert atferd og lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et ferskest mulig kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra register, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale.

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

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser³ og vil etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsen⁴, KommuneHelsen⁵ og KommuneHelseprofilene⁶. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskingsmiljø for videre analyser og for å sikre en best mulig nytte av dataene. Analyser baserte på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [1-5].

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

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Undersøkelsen i Viken brukte en nylig revidert versjon av dette skjemaet. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁷. Hvert fylke som gjennomfører undersøkelsen, har anledning til å føye til et avgrenset antall med egne spørsmål.

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra syv tidligere undersøkelser, Sogn og

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

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

⁵ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁶ <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

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

Fjordane⁸, Troms og Finnmark⁹, Agder¹⁰, Nordland¹¹, Rogaland¹², Møre og Romsdal¹³ og Vestfold og Telemark¹⁴ er foreløpig lagt ut [6-12]. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021.

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

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

For å få et stort nok antall deltakere til å få dekket behovet for statistikk med god presisjon for ulike geografiske enheter i Viken, var det ønskelig med et brutto-utvalg på rundt 250 000. Utvalget omfattet personer som var bosatt i Viken, født innen 31. august 2003, de skulle ha registerstatus som «vanlig bosatt» og med adressekode 0 (ikke pendlerstatus, ikke klient ved institusjon o.l.). De skulle også ha gyldig norsk fødselsnummer (ikke D-nummer, som er midlertidig og ment for opphold i Norge mindre enn 6 måneder).

For å få god nok representasjon i alle kommuner varierte prosentandel som ble trukket ut i hver kommune etter innbyggertall i kommunene. I kommunene med mindre enn 1 500 innbyggere i alderen 18 år og eldre, ble alle innbyggere vi kunne nå elektronisk invitert (dvs. 100 %). I øvrige kommuner ble rent tilfeldige utvalg inviterte; i kommunene med 1 500-2 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre ble det trukket et utvalg på 75 %, i kommunene med 2 001-3 000 voksne innbyggere ble 50 % trukket ut til å delta og i kommunene med over 3 000 voksne innbyggere ble 25 % trukket ut. Dette har konsekvenser for de statistiske analysene og medfører at det må brukes vekting. Vekting betyr her at man lar svar fra de som er fra områder der det prosentvis er trukket ekstra store utvalg telle mindre, når det regnes ut fylkestall eller tall for grupper av kommuner. På denne måten sikrer man at prosentene og gjennomsnittene blir mest mulig korrekte.

Det ble trukket et utvalg fra Folkeregisteret på 300 607.

Etter at utvalget var sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret, for å sile bort alle som ikke var registrerte der og alle som hadde reservert seg mot å delta i undersøkelser, ble antallet redusert til 265 761. Deretter fjernet man alle som ikke hadde unik e-post eller unikt mobilnummer, alle som var døde, og alle som ikke hadde registrert adresse i Viken. Ved selve utsendelsen ble listene sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret på nytt. Samlet hadde totalt ytterligere 77 personer falt ut fra materialet, slik at det endelige utvalget bestod av 265 684 personer. Dette er det antallet som inngår i den såkalte «invitasjonsfilen» og som dermed er utgangspunktet for å regne ut oppslutning både totalt og i undergrupper.

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

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

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

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

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

¹³ <https://www.fhi.no/publ/2021/folkehelseundersokinga-i-more-og-romsdal-2021/>

¹⁴ <https://www.fhi.no/publ/2022/folkehelseundersokelsen--helse-og-trivsel-i-vestfold-og-telemark-2021-fremg/>

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

Første invitasjon til å delta ble sendt ut 8. november 2021. Det ble sendt ut påminnelser den 11. november og den 17. november. Datainnsamlingen ble formelt avsluttet 28. november 2021, men av praktiske årsaker ble det elektroniske skjemaet stengt først den 29. november. Etter første utsendelse oppnådde vi svar fra 21,2 % av de inviterte. Etter første purring økte det til 33,8 %. Og innen datainnsamlingen ble avsluttet, kom deltakelsen opp i 40,9 %. Hvordan deltakelsen i undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag, er vist i Figur 1 nedenfor.

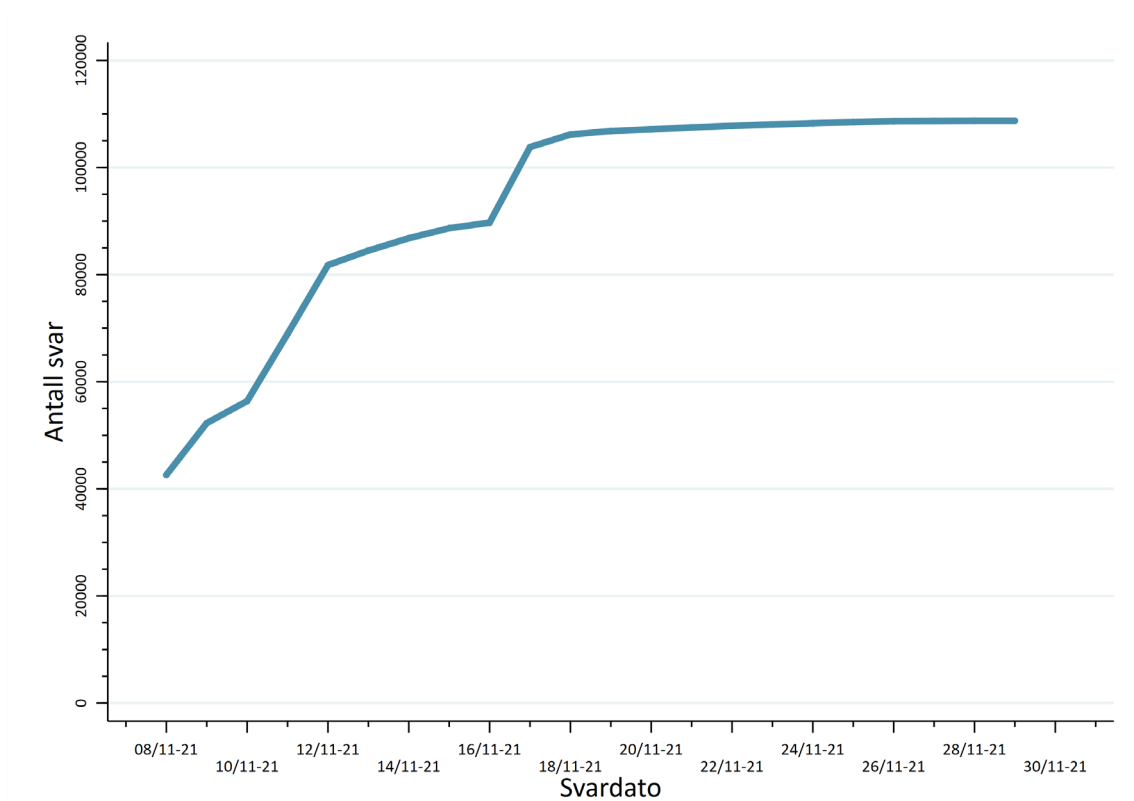


Fig. 1: Utfylte skjema etter dato.

Kommunene i Viken fylke er inndelt i 11 delregioner i analysene som er presenterte i denne rapporten:

- **Asker og Bærum** (Asker og Bærum)
- **Folloregionen** (Nesodden, Frogn, Vestby, Ås, Enebakk og Nordre Follo)
- **Gardermoreregionen** (Eidsvoll, Gjerdrum, Hurdal, Nannestad, Ullensaker, Lunner og Nes)
- **Hallingdalsregionen** (Hol, Gol, Ål, Hemsedal, Nesbyen og Flå)
- **Indre Østfoldregionen** (Rakkestad, Marker, Skiptvedt og Indre Østfoldregionen)
- **Kongsbergregionen** (Nore og Uvdal, Rollag, Flesberg, Kongsberg og Sigdal i Viken)

- **Mosseregionen** (Moss, Råde og Våler)
- **Ringeriksregionen** (Hole, Jevnaker, Krødsherad, Modum og Ringerike)
- **Nedre Romerikeregionen** (Nittedal, Lillestrøm, Rælingen, Aurskog-Høland og Lørenskog)
- **Søndre Viken-regionen** (Aremark, Halden, Hvaler, Fredrikstad og Sarpsborg)
- **Drammensregionen** (Øvre Eiker, Drammen og Lier)

Tabell 1 viser hvor mange som ble inviterte til å være med i undersøkelsen og hvor mange som faktisk deltok etter geografisk område i fylket. Oppslutningen per region varierte mellom 37,6 og 44,9 %, og per kommune mellom 34,7 % og 49,6 %.

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

	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltakelse i prosent
Asker og Bærum	45 873	20 593	44,9
Folloregionen	29 984	13 373	44,6
Gardermoregionen	25 580	10 580	41,4
Hallingsdalsregionen	7 515	3 206	42,7
Indre Østfoldregionen	13 574	5 098	37,6
Kongsbergregionen	11 100	4 710	42,4
Mosseregionen	12 854	5 229	40,7
Ringeriksregionen	13 103	5 256	40,1
Nedre Romerike	39 081	15 323	39,2
Søndre Viken-regionen	36 722	13 981	38,1
Drammensregionen	30 298	11 389	37,6
Alle	265 684	108 738	40,9

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (45,8 %) enn blant menn (36,2 %). Svarprosenten varierer betydelig over aldersgrupper for begge kjønn, og særlig blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høyest i aldersgruppen 60-69 år (58,6 %) og lavest i den yngste aldersgruppen (18-29 år: 30,6 %). Blant menn i de to eldste aldersgruppene (60-69 år og 70+ år) er det 53,3 % og 54,9 % som har svart. Blant de yngste mennene (18-29 år) var det bare 17,7 % som deltok, med andre ord bare en-tredel så stor prosentdel. Blant menn i alderen 30-39 var det 24,7 % av de inviterte som deltok i undersøkelsen.

En feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar. For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn dem som ikke svarer [13]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten. På grunn av den lave svarprosenten, antar vi at seleksjonsproblemet er størst blant menn i de to laveste aldersgruppene (18-39 år) i denne undersøkelsen i Viken.

Sammenligninger mellom dem som svarte med en gang og dem som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som svarer etter én eller to purringer ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon [2]. Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår. I hvilken grad en høyere deltakelse enn de

40-45 prosentene som deltar i Folkehelseundersøkelsene i fylkene ville endret resultatene, vet vi imidlertid ikke.

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

	Kvinner			Menn		
	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltakelse i prosent	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltakelse i prosent
18-29	23 050	7 059	30,6	25 149	4 449	17,7
30-39	23 601	9 164	38,8	23 987	5 928	24,7
40-49	25 005	11 632	46,5	25 732	8 709	33,8
50-59	24 872	13 525	54,4	25 544	11 150	43,7
60-69	18 579	10 890	58,6	18 869	10 062	53,3
70+	15 684	7 595	48,4	15 606	8 575	54,9
Alle	130 791	59 865	45,8	134 887	48 873	36,2

Tabell 3 viser hvor stor prosentandel av den samlede, voksne befolkningen i Viken som deltok i undersøkelsen. De laveste andelenene finner vi blant menn i den yngste (18-29 år) og nest yngste (30-39 år) aldersgruppen (5,1 % og 7,3 %) og blant kvinner i den yngste (18-29 år, 8,7 %) og eldste (70 år og oppover, 8,6 %) aldersgruppen. Mer findelt i den eldste aldersgruppen, er det særlig lave andeler av den samlede befolkningen som deltok blant kvinner; andelen i gruppen 80 år og eldre er 3,4 % blant kvinner og 6,9 % blant menn. I gruppen 85 år og eldre er andelen kun 1,6 % blant kvinner og 4,4 % blant menn.

Tabell 3: Utvalget og befolkningstall¹⁵ etter kjønn og aldersgruppe (ikke vektete tall)

	Kvinner			Menn		
	Befolkning <i>n</i>	Utvalg <i>n</i>	Utvalget i prosent av alle voksne innbyggere	Befolkning <i>n</i>	Utvalg <i>n</i>	Utvalget i prosent av alle voksne innbyggere
18-29	80 924	7 059	8,7	87 991	4 449	5,1
30-39	80 376	9 164	11,4	81 662	5 928	7,3
40-49	87 827	11 632	13,4	90 934	8 709	9,6
50-59	86 299	13 525	15,7	89 931	11 150	12,4
60-69	68 444	10 890	15,9	68 225	10 062	14,7
70+	88 026	7 595	8,6	72 381	8 575	11,8
Alle	491 866	59 865	12,2	491 124	48 873	10,0

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

Tabell 4: Fødeland etter landgrupper blant deltakerne

Landgrupper fødeland	n (%)
Norge med norske foreldre	90 235 (83,0)
Norge med en eller to utenlandsfødte foreldre	5 121 (4,71)
Norden u/Norge	2 827 (2,6)
EU/EØS u/Norden	3 813 (3,5)
Europa u/EU/EØS	1 141 (1,1)
Afrika/Asia/Latin-Amerika	4 555 (4,2)
USA/Canada/Australia/New Zealand/Storbritannia	1 015 (0,9)
Annet	31
Alle	108 738 (100)

Tabell 4 viser fødeland etter landgrupper blant deltakerne, basert på selvrappportert eget og foreldres fødeland. For de med Norge som eget fødeland har vi skilt mellom dem med norske og dem med én eller to utenlandsfødte foreldre. Inndelingen i landgrupper er basert på SSB EuSilc 2018¹⁶. Foreløpige analyser tyder på en under-representasjon av personer fra ikke-vestlige land. Ifølge Statistisk sentralbyrå var 16,8 % av befolkningen i Viken i 2021 innvandrere og 4,8 % norskfødte med innvandrerforeldre (samlet 21,5 %) ¹⁷.

2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen

Kommunikasjonsarbeidet i Viken

Det interne arbeidet med Folkehelseundersøkelsen i Viken fylkeskommune ble gjennomført av en prosjektgruppe med representanter fra folkehelseavdelingen i Viken fylkeskommune. Det ble også etablert en utvidet prosjektgruppe bestående av representanter fra folkehelseavdelingen og avdeling for statistikk, analyse og kart for å jobbe med løsninger for fremstilling av resultatene og sikre god etterbruk av resultatene. Prosjektgruppen rapporterte til ledergruppen for rådsområdet plan, klima og miljø i Viken fylkeskommune og samarbeidet tett med kommunikasjonsavdelingen.

Det ble utarbeidet en egen kommunikasjonsplan for prosjektet, der hovedmålet var at flest mulig skulle svare på undersøkelsen. Målet var 40 prosent deltakelse. Hovedbudskapet i kommunikasjonen var:

1. For å skape gode lokalsamfunn er det nødvendig å vite hvordan innbyggerne har det.
2. God helse og livskvalitet er en forutsetning for en bærekraftig utvikling i vår region.
3. Gjennom denne undersøkelsen vil man få helt ny, unik og lokal kunnskap om hvordan folk opplever egen livssituasjon.

I tillegg vektla fylkeskommunen at dette er kunnskap som kommunene i Viken trenger i sitt arbeid for å bedre folks helse, trivsel og livskvalitet. En av

¹⁶ https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/380980?_ts=1697b0fc950

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

kommunikasjonsutfordringene det ble jobbet mye med var at en mulig reversering av Viken var høyt oppe i det offentlige ordskiftet. Derfor ble den lokale forankringen i kommunikasjonsarbeidet særlig vektlagt. Fylkeskommunen initierte et tett samarbeid med alle 51 kommuner i Viken og brukte kommunene aktivt for å nå ut og mobilisere innbyggerne til deltakelse. Dette var også i kommunenes interesse fordi de var avhengige av en god oppslutning blant egne innbyggere for å få gode data på kommunalt nivå.

Folkehelsekoordinatorene i alle kommunene i Viken ble informert om undersøkelsen på koordinatormøte i mai 2021, i tillegg ble det sendt ut informasjon i nyhetsbrevet til alle folkehelsekoordinatorene i etterkant av møtet (mai/juni). Det ble også avholdt et orienteringsmøte i august, hvor alle de 51 kommunene i Viken ble invitert til å delta med folkehelsekoordinator og eventuelle kommunikasjonsmedarbeidere. På møtet ble det blant annet gitt en orientering om undersøkelsen fra forskere ved FHI, med særlig vekt på innholdet i skjemaet og utvalget og avklaringer på spørsmål som kommunene hadde.

En annen utfordring som det ble jobbet aktivt med var at det var mange medieoppslag om svindel gjennom lenker i SMS'er og e-poster rundt tidspunktet for gjennomføring av undersøkelsen. BankID var også helt konkret rammet av svindelforsøk.

Folkehelseundersøkelsen er digital og sendes ut via lenke i SMS og i e-post. BankID brukes for å bekrefte identiteten til respondenten. FHI jobber med alternative løsninger for dette på sikt, men disse var ikke klare da Viken skulle gjennomføre. Fylkeskommunen måtte derfor jobbe aktivt med å øke kjennskapen til undersøkelsen og trygge folk til deltakelse. Det ble også etablert alternative innloggingsmuligheter på nettsidene til FHI og Viken FK, slik at man kunne velge å logge seg inn via nettsidene istedenfor via lenker de mottok på SMS og e-post. Mange av de inviterte som henvendte seg til Viken FK og FHI med mistanke om at invitasjonen de hadde mottatt var svindel, benyttet seg av denne muligheten.

Blant de som deltok i undersøkelsen ble det trukket ut 5 tilfeldige personer som fikk hvert sitt gavekort på 5000 kroner. I noen kommuner valgte de å gjøre en ekstra innsats for å rekruttere innbyggerne til å svare. I Nordre Follo ble det trukket ut noen ekstra vinnere som fikk ulike gavekort. I Numedalskommunene ble det også gjort en ekstra innsats for å rekruttere særlig yngre menn, da dette er en gruppe man vet er vanskelig å nå i slike undersøkelser. I Numedal valgte man å trekke ut noen tilfeldige som fikk fylle opp tanken på bilen på bensinstasjonen. Utover denne ekstrainsatsen ble det for eksempel oppslag om undersøkelsen i lokale medier i de fleste kommunene i Viken.

Nettside på Viken.no

Fylkeskommunen hadde en egen landingsside for undersøkelsen på viken.no som fortløpende ble oppdatert med informasjon om undersøkelsen. Nettsiden hadde stor trafikk i perioden da undersøkelsen pågikk. Det ble også lagt inn et fokusfelt på forsiden til Viken.no under hele perioden, slik at det skulle være lett å finne frem og delta i undersøkelsen fra fylkeskommunens nettsider. Det ble også opprettet en egen e-postadresse for undersøkelsen der publikum kunne sende spørsmål. Videre ble det opprettet et meny punkt med QnA, der de mest aktuelle spørsmålene ble listet opp og besvart. Listen ble oppdatert fortløpende etter hvert som spørsmålene kom inn.

Fylkeskommunen opprettet også en egen telefontjeneste der publikum kunne ringe inn. Telefonen var bemannet både på dagtid, kveld og i helger.

Hovedsakelig dreide henvendelsene seg om:

- Hvorvidt undersøkelsen var reell og ikke svindel.

- Vanskeligheter med å logge seg på spørreskjemaet.

Fylkeskommunen erfarte at innloggingsproblemene hovedsakelig skyldtes to ting:

- De første dagene viste det seg at det tekniske systemet ikke var helt dimensjonert for volumet av respondenter i Viken. Undersøkelsen gikk ut til 260 000 innbyggere og mange slet med pålogging på de tidspunktene undersøkelsen gikk ut, eller da det gikk ut påminnelser til publikum om å svare. Dette løste FHI med å dele opp utsendelsene til publikum.
- Respondenter med eldre teknisk utstyr, f.eks. eldre iPad/iPhone, hadde utfordringer med å logge på undersøkelsen via BankID. Rådet til de som hadde eldre utstyr var derfor å forsøke å logge på med en annen enhet dersom dette var mulig.

Kampanje i sosiale media og aviser

Fylkeskommunen inngikk et nært samarbeid med kommunene i Viken for å mobilisere innbyggerne til deltakelse. Fylkeskommunen produserte en markedsføringspakke til kommunene, med tekster til nett og en filmkampanje ment for bruk i sosiale medier. Kampanjen var særlig rettet mot unge menn for å øke deres oppslutning om undersøkelsen. Kommunene tilrettela innhold i egne kanaler og gikk sammen om å initiere kontakt med lokale medier i eget nedslagsfelt. Det ble også sendt ut nyhetstips til medier og aviser fra fylkeskommunen.

Filmkampanjen i sosiale medier ble både spredt organisk og betalt. Takket være en koordinert deling via kommunenes sosiale kanaler ble omtrent de samme resultatene oppnådd gjennom den organiske og den betalte spredningen.

Siden det var ekstra viktig for å øke kjennskapen til undersøkelsen ble det også annonsert digitalt gjennom a-media-systemet, via native annonsering.

Det var helt avgjørende for fylkeskommunen å få drahjelp fra kommunene i kommunikasjonsarbeidet. Fylkeskommunen jobbet også tett med FHI og dro veksel på deres erfaringer, samt at innsatsen ble koordinert. Det gjorde at fylkeskommunen nådde målet og endte opp med en deltakelse på nærmere 41 prosent.



*Bilde brukt av Viken fylkeskommune i forbindelse med promotering av Folkehelseundersøkelsen.
Foto: Siri Guldteig Larssen.*

2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble brukt i Viken er basert på en nylig revidert versjon av basismodulen, som ble endelig ferdigstilt juni 2021. Den reviderte basismodulen ble utviklet av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjoner er gjort etter innspillsrunder høsten 2020 med fylkeskommunene, representanter fra utvalgte enkeltkommuner, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (bl.a. ved SSB). Basert på erfaringer fra spørreskjemaet som ble brukt i Møre og Romsdal i februar 2021, ble det gjort noen få, mindre justeringer. Livskvalitetsmodulen er revidert av normerende gruppe for livskvalitetsmåling, nedsatt av Helsedirektoratet. Den reviderte versjonen er basert på, og fortsatt i hovedsak lik, en tidligere revidert kjernemodul, utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og som forelå 1. mars 2019 (se kap. 2.4.20 for mer detaljer). En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane er også beholdt. Til sist er de fleste av spørsmålene som ble brukt i undersøkelsene i 2019 og 2020 (Agder, Troms og Finnmark, Nordland og Rogaland) fortsatt med. For enkelte av disse spørsmålene er det vel og merke gjort mindre justeringer i spørsmålsformulering og/eller svaralternativer. I appendiks 1 til denne rapporten blir det gitt lenker til spørreskjemaet som ble brukt i Viken.

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

2.4 Spørsmålsoversikt

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

2.4.1 Kjønn, alder og utdanning

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

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

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

VII. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

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

Merk at gruppen med Fagskole og gruppen med Høyskole/universitet mindre enn to år begge blir plasserte i kategorien «VGS». I fylker som har gjennomført Folkehelseundersøkelsen i 2020 og tidligere var det ikke egne svaralternativer for disse utdanningene. Det medførte trolig at en del med slik utdanning krysset av for, og ble rapportert å ha, utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Utdanningsnivåene som er rapporterte i Folkehelseundersøkelsene i fylkene fra 2020 og tidligere vil dermed ikke være helt sammenlignbare med undersøkelsene i 2021. Derimot vil tallene fra sistnevnte og de kommende undersøkelsene i større grad kunne sammenstilles med antall for hele befolkningen i statistikken fra Statistisk sentralbyrå.

2.4.2 Trivsel

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

2.4.3 Tilgjengelighet av fasiliteter og servicetilbud lokalt

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

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

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

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

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

I denne rapporten oppgir vi prosentandel som har svart «Svært god» eller «God» på hvert av spørsmålene om tilgjengelighet av fasiliteter, servicetilbud, naturområder og

gang/sykkelveier. Kategoriene «Vet ikke» og «Bor ikke i nærheten av sjø eller innsjø» er i denne sammenhengen holdt utenfor prosentfordelingen.

2.4.4 Deltakelse i aktiviteter

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

2.4.5 Generell helse og tannhelse

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

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

2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier

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

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

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

2.4.7 Høyde og vekt

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

2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5)

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

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

Det gis fire svaralternativ: «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng). Det kan beregnes en gjennomsnittsskår på tvers av de fem leddene. Denne vil ha verdier som varierer fra 1 til 4, der høyere skår indikerer høyere grad av psykiske plager. I denne rapporten har vi laget gjennomsnittsskåre for de som har gyldige svar på flere enn to 2 av spørsmålene (99,79 %). I noen sammenhenger presenteres en todeling, der en skår som er høyere enn 2,00 defineres som en høy skår.

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

2.4.9 Søvnproblem (insomni) og søvnlengde

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

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

Deltakerne ble også spurte om hvor mange timer søvn de vanligvis får per natt på hverdager. Her kunne de velge svarkategorier i timer og minutter med 15 minutters intervall (med endepunktkategoriene «under 4 timer» og «over 13 timer»). Gjennomsnittlig søvnlengde per natt i timer er rapportert.

2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

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

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

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

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

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

2.4.11 Muskel-skjelettplager

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

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

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

I denne rapporten presenterer vi andeler som rapporterte å ha hatt henholdsvis nakkesmerter og korsryggssmerter de siste 28 dagene (periodeprevalens). Samlet i fylket og fordelt på kvinner og menn viser vi også såkalt punktprevalens med smerte og punktprevalens med nedsatt funksjon grunnet disse smertene. Punktprevalensen regnes ut ved å dele summen av antall oppgitte dager med f.eks. nakkesmerte på totalutvalget*28 ((sum nakkesmertedager/n*28)) og angir andel personer som enhver tid opplever slike smerter,

2.4.12 Sosial støtte

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

- Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer. Også personer i nærmeste familie kan regnes med. Svaralternativer «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».

- Hvor stor interesse andre viser for det en gjør. Svaralternativer: «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det. Svaralternativer: «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 og oppover til 4 eller 5, der 1 står for lavest grad av støtte og høyere tallverdier står for høyere grad av sosial støtte. Det ble laget en uvektet sumskår¹⁸ med verdier fra 3-14. Skår på 1-8 ble regnet som en indikasjon på opplevd lavt, 9-11 middels og 12 -14 høyt nivå av sosial støtte, lik inndelinger brukt i tidligere studier [14].

Andel som opplever *høy* sosial støtte presenteres i diagrammene. Merk at vi i FHUS-rapporter før 2021 har presentert andel som opplever *middels eller høy* sosial støtte. Endringen i rapportering er gjort blant annet for å få tydeligere frem variasjoner i sosial støtte over geografi, utdanningsnivå og aldersgrupper. I appendiks 3 er en tabell som viser prosentfordeling for hver av de tre nivåene av sosial støtte.

2.4.13 Ensomhet

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

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

Svaralternativene på alle disse var: «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 til 5, der 1 står for lavest grad av ensomhet og høyere tallverdier står for høyere grad av ensomhet. Det ble laget ei uvektet sumskår med verdier fra 3-15¹⁹. Det er ingen etablert terskelverdi på UCLA-3-skalaen og ulike praksiser er benyttet i litteraturen. Se gjerne rapporten «Livskvalitet i Norge 2019», kap. 5, for en utdyping om ulike tilnærminger [16]. Vi har i denne rapporten benyttet en skår på 1-9 som en indikasjon på opplevd lavt nivå, og 10-15 høyt nivå av ensomhet. Dette terskelnivået ble i nevnte rapport funnet å predikere svar i øvre del på direkte spørsmål om ensomhet (6 eller mer på skala 0-10, se også kap. 2.4.21 nedenfor). Andel som opplever høyt nivå av ensomhet («ensomme») presenteres i diagrammene.

2.4.14 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med fem spørsmål.

- Omtrent hvor mange timer man siter i ro på en vanlig hverdag. Svaret oppgis i hele timer.

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

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

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

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

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

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

2.4.15 Kosthold

Deltakerne fikk fire spørsmål knyttet til kosthold:

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

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

frukt og bær ...»). I tillegg er siste svarkategori (Flere ganger per dag) lagt til for alle spørsmålene.

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

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

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

2.4.16 Røyk og snus

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

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

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

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

2.4.17 Alkohol

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

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

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

- Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning? Svaralternativene er «Aldri» (skåre 0), «Sjeldnere enn månedlig» (skåre 1), «Månedlig» (skåre 2), «Ukentlig» (skåre 3) og «Daglig eller nesten daglig» (skåre 4). Det blir spesifisert at en enhet alkohol tilsvarer en liten flaske øl, ett glas vin eller en drink.

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

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

2.4.18 Skader

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

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

2.4.19 Støy

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

2.4.20 Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet er i sin helhet hentet fra en rapport om måling av livskvalitet som ble utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [20]. Alle spørsmålene fra det som inngår i «Minimumslisten» er tatt med i Folkehelseundersøkelsene. Under skjemarevisjonen til folkehelseundersøkelsene i fylkene ble denne «Minimumslisten» noe

revidert av normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Det tidligere målet på depressive plager «Patient Health Questionnaire – 2 (PHQ-2) ble tatt ut ettersom skjemaet inneholder HSCL-5 (se 2.4.8) som ble vurdert overlappende og bedre. I tillegg ble spørsmål om hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå (beskrevet under) lagt til.

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

Aller først i livskvalitetsdelen kommer tre spørsmål om hvordan man opplever livet: 1) Hvor fornøyd man er med livet, 2) hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå, og 3) i hvilken grad man opplever at det man gjør i livet er meningsfylt. Disse blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaer som går fra 0 til 10 og der 0 for eksempel betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 betyr «Svært fornøyd». I analysene i denne rapporten presenterer vi gjennomsnittstall for alle spørsmål der det er brukt 11-punkts skalaer som responskategorier. Noen steder grupperer vi svarene, slik at vi får andeler som skårer «lavt», «middels» og «høyt». For eksempel kan svar på fornøydhet med livet-spørsmålet grupperes slik: 0 og 5 angir lav tilfredshet, 6-8 middels og mellom 9 og 10 høy tilfredshet.

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

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

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

Etter en del statistiske analyser (blant annet faktoranalyser og reliabilitetsanalyser) og vurdering av det begrepsmessige innholdet i leddene, valgte vi i denne rapporten å kombinere følgende ledd til en sumskår²⁰ (meanscore) som handler om opplevelsen av negative følelser de siste 7 dagene: «Bekymret», «Trist», «Irritabel» og «Engstelig». De som svarte på minst to av leddene fikk gyldig skår. To andre ledd ble kombinert til en sumskår (meanscore) som dreiet seg om opplevelse av positive følelser de siste 7 dagene: «Glad» og «Rolig og avslappet». De som hadde svart på minst ett av leddene fikk gyldig skår. De to leddene «Ensomhet» og «Engasjement» ble analysert som enkeltledd.

To spørsmål, hentet fra Dieners Flourishing Scale, handler om sosiale relasjoner. Det første av disse er et direkte mål på sosial støtte. Det spørres om respondenten oppfatter sine sosiale relasjoner som støttende og givende. Det andre spørsmålet dreier seg om i hvilken grad respondenten opplever å bidra aktivt til andres lykke og livskvalitet. Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). Disse to ble slått sammen til en sumskår

²⁰ Når vi i denne rapporten omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

(meanscore) som vi kalte «Sosiale relasjoner». En mer presis og dekkende betegnelse ville vært «Gjensidig positive sosiale relasjoner». Alle som hadde svart på minst ett av leddene fikk gyldig skår.

Under overskriften «Sosialt fellesskap og tillit» er det med fire spørsmål. Det spørres først om hvor ofte informanten er sammen med gode venner²¹. Responskategoriene er: «Omtrent daglig», «Omtrent hver uke, men ikke daglig», «Omtrent hver måned, men ikke ukentlig», «Noen ganger i året», «Sjeldnere enn hvert år» og «Har ingen gode venner». Dette spørsmålet inngår ikke i noen sumskår, men analyseres for seg. Vi rapporterer andel som har svart ukentlig eller oftere.

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

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

2.4.22 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

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

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

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

Så er det et spørsmål om antall personer i husstanden. De som svarte mer enn én person fikk spørsmål om hvor mange barn under 18 år man har omsorg for og i tilfelle hvilke aldersgrupper barnet/barna tilhører. Svaralternativene er «Før barnehagealder», «Barnehagealder», «Barneskolealder (1.-4.trinn)», «Barneskolealder (5.-7.trinn)», «Ungdomsskolealder (8.-10.trinn)» og «Videregående skolealder».

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

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

²¹ Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent en gang i året».

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

2.4.23 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Viken

I Folkehelseundersøkelsen i Viken er det lagt til åtte tilleggsspørsmål, utviklet av Norges miljø- og biovitenskaplige universitet (NMBU) i samarbeid med Viken fylkeskommune. Fire av spørsmålene omhandler bruk av kjøpesenter og er basert på spørsmål som benyttes av Arslan et al. (2010) [21] og Gilboa et al. (2016) [22]. Fire spørsmål er relaterte til sosial bærekraft og er hovedsakelig basert på spørsmål fra den årlige «Medborgarundersøkningen» som gjennomføres i regi av statistikkmyndigheten (SCB) i Sverige²². Det var også langt til et spørsmål (og fem oppfølgingsspørsmål) om ulønnet omsorgsarbeid, basert på spørsmål fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelsen og pilotert i Folkehelseundersøkelsen i Møre og Romsdal [10].

Til sist hadde Folkehelseinstituttet lagt til spørsmål om koronavaksinering til bruk i håndtering av den pågående COVID-19-pandemien. Spørsmålene omhandlet om man hadde tatt vaksine, eventuelt hvor (Norge eller utlandet) og om vaksineringen var innmeldt til norsk helsevesen dersom tatt i utlandet, samt ev. grunner til å ikke å ha tatt vaksine.

Resultater basert på disse tilleggsspørsmålene blir ikke presenterte i denne rapporten. Resultater fra spørsmålene fylkeskommunen har lagt til vil bli publisert av fylkeskommunen og NMBU etter at eget analysearbeid er ferdig. Spørsmålene om vaksinering brukes som ledd i den pågående håndteringen av COVID-19-pandemien og publiseres i egne rapporter.

2.5 Statistiske analyser

Utfallsmål som er kategoriske presenteres i noen få tilfeller med prosenter for alle kategoriene. Men som regel kodes de om til dikotome (to-delte) utfall, og sammenhengene med prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning) beskrives ved bruk av prosenter og 95-prosent konfidensintervall. Konfidensintervallene (KI) er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall. Prosentfordelingene for de originale svarkategoriene er lagt til i egne tabeller i appendiks (uvektet).

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

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

²² : <https://www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/insamling-och-undersokning/scbs-medborgarundersokning/>

For hver utfallsvariabel kjører vi deretter et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall).

Så vises utfallsvariabelen brutt ned på geografiske områder både uten justering og med justering for kjønn, alder og utdanning (se gul boks andre avsnitt, s 35).

Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av de som er under utdanning eller under 26 år. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanning eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. Med å benytte en ekstrakategori, beholder vi antall observasjoner som inngår i analysene.

At vi justerer betyr i denne sammenhengen at vi beregner tall for hver enkelt region under den forutsetning at regionene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. I en del av de tidligere rapportene har vi lagt mest vekt på de justerte forskjellene mellom geografiske områder. I denne rapporten legger vi mest vekt på å beskrive de ujusterte tallene og kommentere hver gang vi ser at de justerte verdiene avviker tydelig fra de ujusterte. På denne måten får vi beskrevet begge settene av resultater bedre. Dessuten er vi i utgangspunktet minst like interesserte i ujusterte som justerte verdier.

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

De fleste stolpediagrammene har y-akser (vertikale akser) som starter på den laveste verdien på skalaen, oftest tallet 0 (null). Dette blir vanligvis anbefalt. Hvis en starter y-aksen på verdier som er høyere enn den laveste verdien, for eksempel på 50 % i stedet for på null prosent, kan forskjellene mellom gruppene virke større enn de faktisk er. Vi har likevel noen ganger valgt å la y-aksen starte på tall større enn skalaens laveste verdi. Dette fordi det da blir lettere å se variasjonen på tvers av enheter, og det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

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

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

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosenter. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling). Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregere den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker²³.

²³ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

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

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål der det er benyttet skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig ut fra tallene å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene. For noen av utfallene bruker vi derfor i tillegg inndeling i lav/middels/høy skår etter standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger [23]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi i tillegg valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (Cohens d) [24]. Denne statistiske størrelsen beregner vi ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik. Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels og når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykoterapi i forbindelse med randomiserte, kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en grei begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom regioner innen fylker. I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at de som er minst 0,25, men mindre enn 0,50 er middels, og at de som er 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [24].

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

Et annet problem er å vurdere størrelsen på forskjellen mellom proporsjoner eller prosenter. Er det en liten, middels eller stor forskjell når prosenten som røyker daglig i ett område er 5 % og andelen som røyker daglig i et annet område er for eksempel 9 %. For å vurdere effektstørrelser her har vi benyttet Cohens h [24]. En viktig egenskap ved denne formelen er at den gir effektstørrelser som er symmetriske om 0,50 (50 %). Forskjellen mellom h -verdiene når proporsjonene er 0,10 og 0,20 er lik forskjellen mellom h -verdiene når proporsjonene er 0,80 og 0,90. I begge disse tilfellene blir Cohens h lik 0,28. Vi benytter her de samme vurderingene som for Cohens d . Svake sammenhenger er i området 0,10-0,25, middels sterke i området 0,25-0,50. Sammenhengene er sterke hvis de har en effektstørrelse på 0,50 eller høyere. Sammenhenger som er under 0,10 er som regel ikke verdt å legge vekt på.

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

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

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

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

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldig utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, bydeler), trekker vi her ekstra store utvalg (høyere prosent av innbyggerne). Men innen hvert geografisk område trekker vi rent tilfeldig. At vi trekker ulike prosent i ulike geografiske områder, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder der vi prosentvis har trukket ut en lav andel.

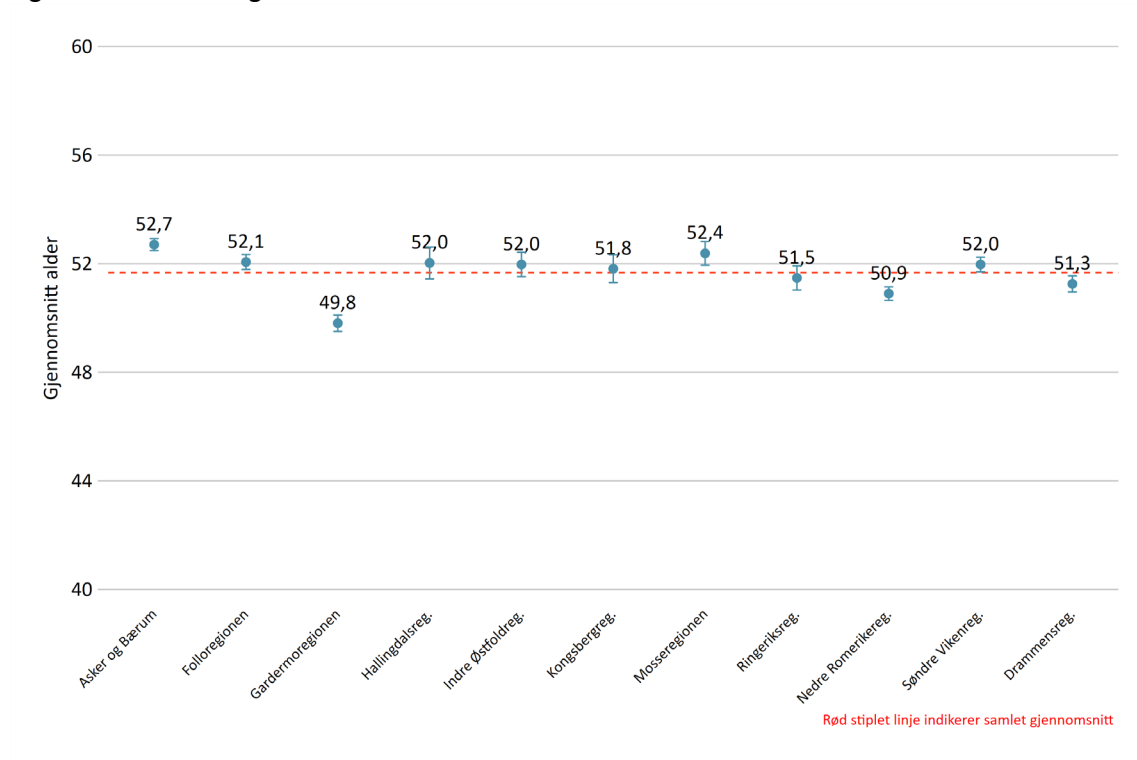
Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne regioner innen fylket, kan vi regne ut tallene ut fra den forutsetning at alle regionene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper.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

3 Resultater: Viken



3.1 Alder i utvalget: Regioner i Viken

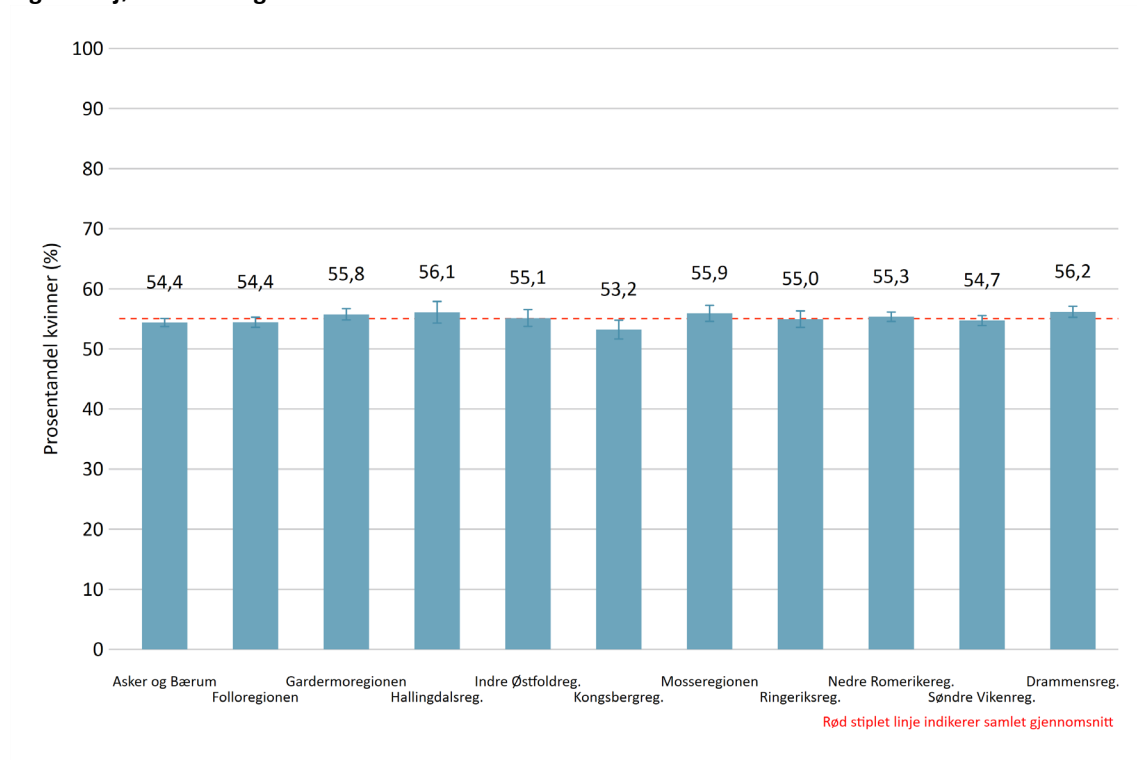
Figur 1: Alder etter regioner i Viken



Figur 1 viser gjennomsnittsalder for utvalget, samlet (rød, stiplet linje) og for hver region i Viken. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalget er 51,8 år (kvinner: 50,3 år; menn: 53,3 år) (designvektede tall). Det er noe variasjon i gjennomsnittsalder mellom regionene. Gjennomsnittsalderen er høyest i Asker og Bærum og lavest i Gardermoregionen.

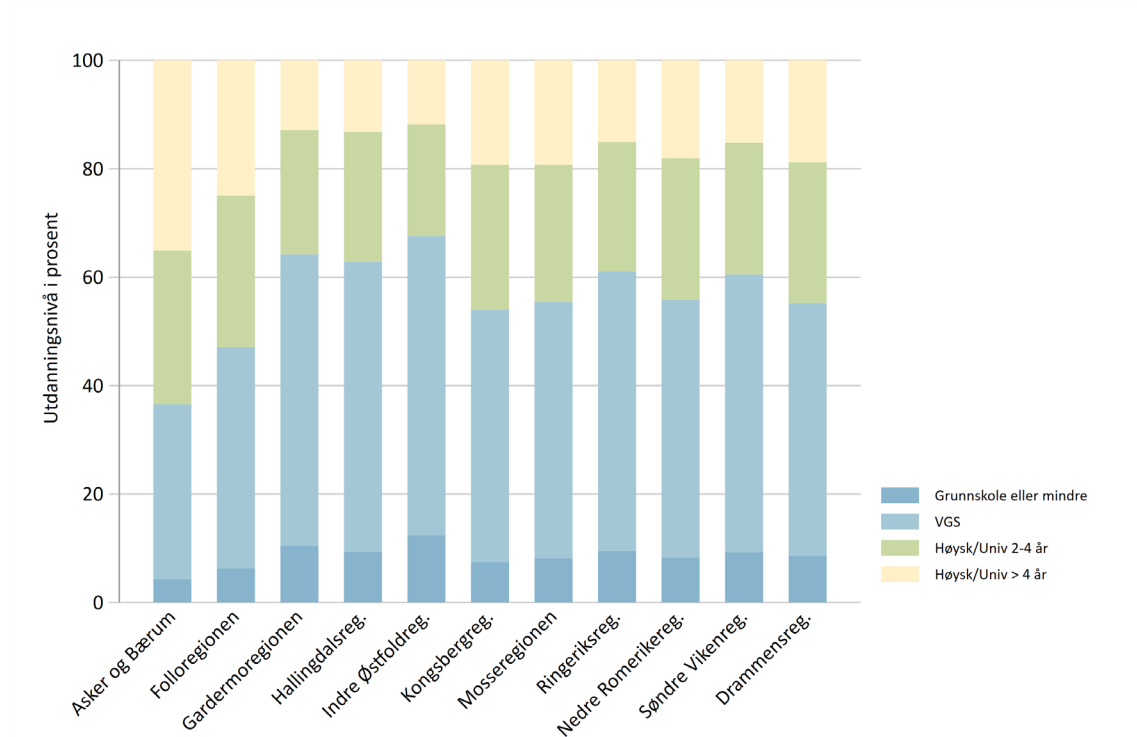
3.2 Kjønn i utvalget: Regioner i Viken

Figur 2: Kjønn etter regioner i Viken



Figur 2 viser andelen kvinner i utvalget, samlet og for hver region i Viken. Kvinner utgjør 55,1 % av utvalget. Det er lite variasjon i andel kvinner på tvers av regioner. Andelen er svakt lavere i Kongsbergregionen enn andelen for fylket samlet.

3.3 Utdanningsnivå i utvalget - firedelt: Regioner i Viken

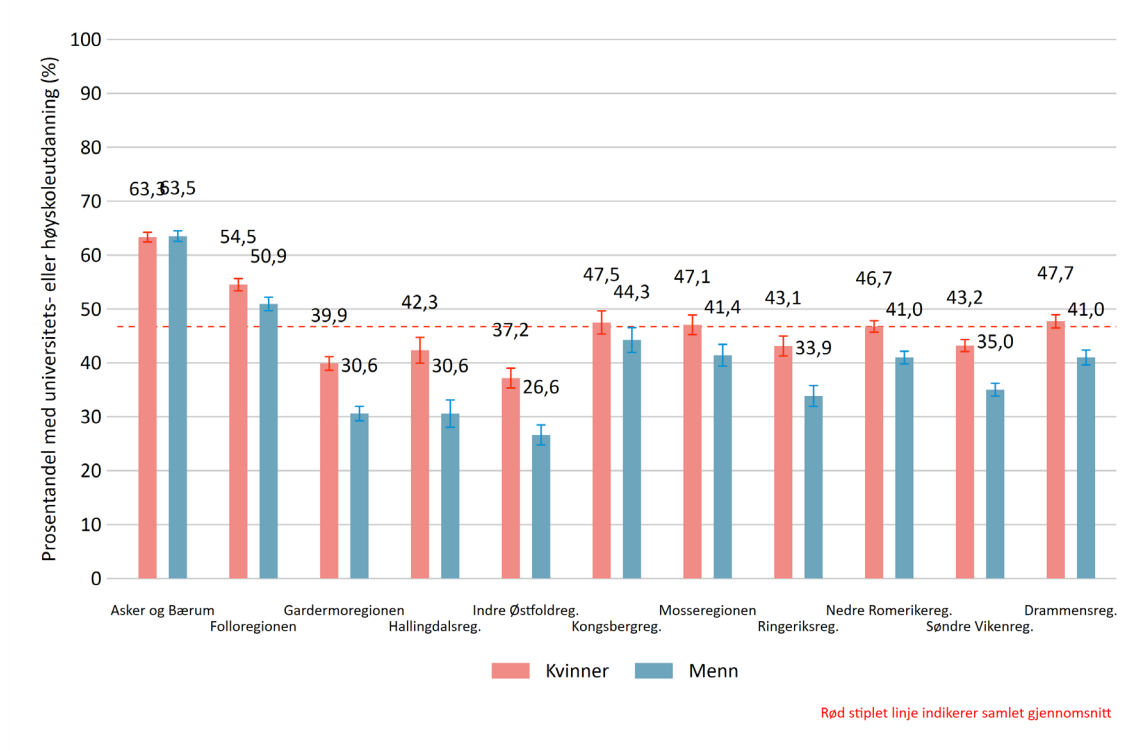


Figur 3 viser høyeste fullførte utdanningsnivå i prosenter for hver region. Andel med grunnskole utgjør 7,9 %. Andelen med videregående skole eller tilsvarende utgjør 45,4 %. De med høyskole eller universitetsutdanning med varighet på to til fire år utgjør 25,8 %, og de med høyskole eller universitetsutdanning på over fire år utgjør 20,9 % (vektede tall).

Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen, har høyest andel med høyskole- og universitetsutdanning, mens Indre Østfoldregionen, Gardermoregionen og Hallingdalsregionen har lavest andel.

3.4 Todelt utdanningsnivå i utvalget: Regioner i Viken

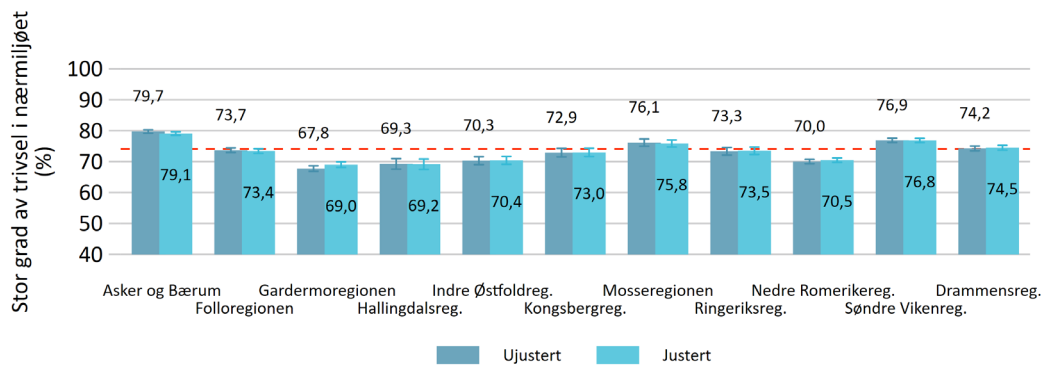
Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regioner i Viken



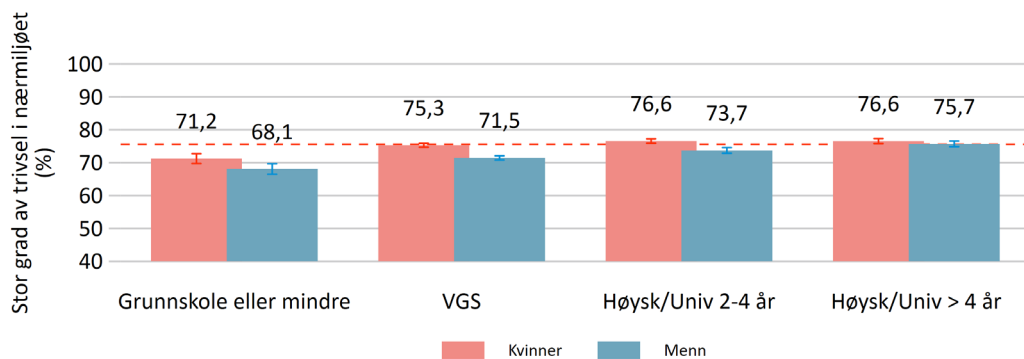
Figur 4 viser andelen med universitets- eller høyskoleutdanning som høyest fullførte utdanning, separat for kvinner og menn, for hver region i Viken. Andel med universitets- eller høyskoleutdanning utgjør totalt 46,7 %. Andelen kvinner med universitets- eller høyskoleutdanning utgjør 49,2 %, mens andelen blant menn er 43,8 % (vektede tall). Både blant kvinner og menn er andelen med universitets- eller høyskoleutdanning klart høyest i Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen. Det er en høyere andel kvinner med universitets- eller høyskoleutdanning sammenlignet med menn innen regionene, med unntak av Asker og Bærum der det ikke er kjønnsforskjell i andel med høyere utdanning.

3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

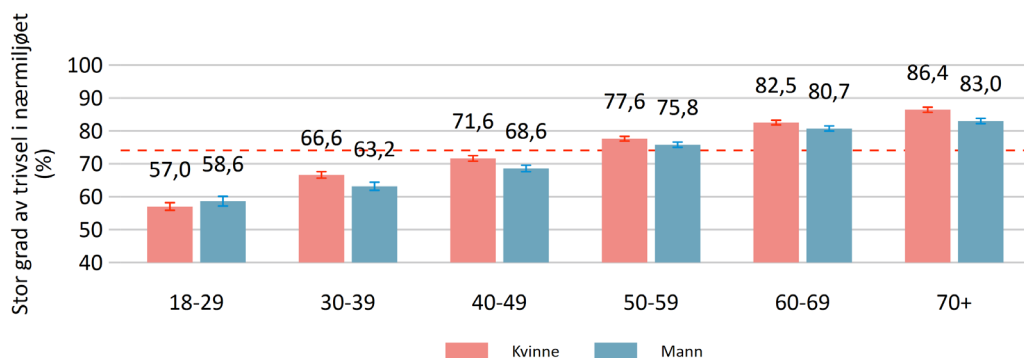
Totalt 108 508 deltakere av 108 738 (99,8 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var **74,1 %** (KI95%: 73,8-74,3). Andelen for kvinner var 74,4 % (n=59 749; KI95% 74,0-74,7) og andelen for menn var 73,7 % (n=48 759; KI95% 73,3-74,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

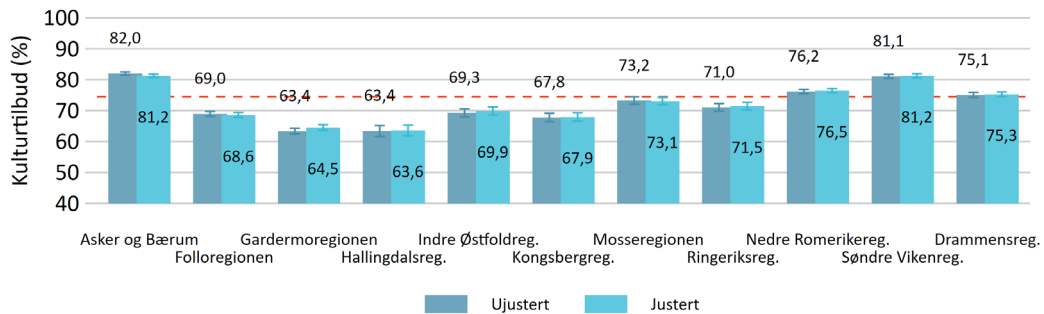
Figur 5A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i fylket, som oppgav stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen varierer en del mellom regionene, med omtrent 12 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest og lavest andel (ujusterte tall). Asker og Bærum ligger klart over fylkesgjennomsnittet. Søndre Viken-regionen og Mossregionen ligger like over fylkesgjennomsnittet. Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Nedre Romerike, Hallingsdalsregionen og Gardermoreregionen ligger under fylkesgjennomsnittet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale i alle regioner bortsett fra Gardermoreregionen, som nærmer seg fylkesgjennomsnittet noe etter justering.

Figur 5B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som oppgav stor grad av trivsel i nærmiljøet. For kvinner øker andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet fra grunnskole eller mindre til høyskole- og universitetsutdanning mellom 2-4 år, for deretter å flate ut. For menn øker andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljø med høyere fullført utdanning. En noe høyere andel kvinner enn menn rapporterte stor grad av trivsel innen hvert utdanningsnivå, selv om kjønnsforskjellen er statistisk usikker i gruppen med lavest og gruppen med høyest utdanning.

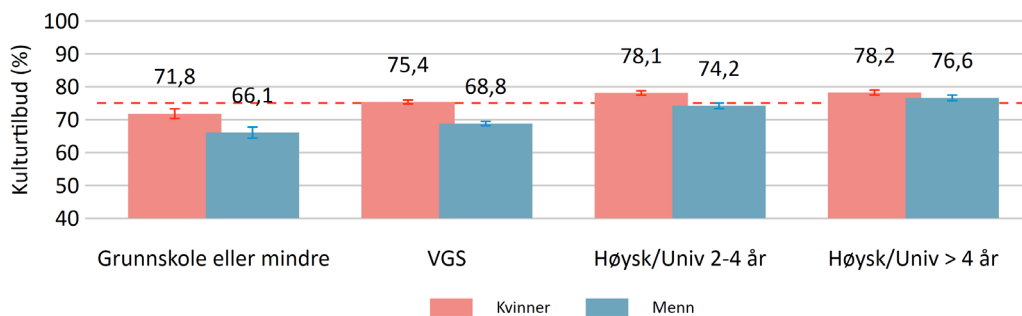
Figur 5C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som oppgav stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen øker klart med stigende alder blant både kvinner og menn. Forskjellen mellom yngste og eldste aldersgruppe er over 29 prosentpoeng for kvinner og over 24 prosentpoeng for menn. I aldersgruppene mellom 30-39 år og 70 år og eldre er det statistisk sikre kjønnsforskjeller, der en større andel kvinner enn menn rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. I yngste aldersgruppe er det tendens til motsatt kjønnsforskjell, men denne er ikke statistisk signifikant.

3.6 Kulturtilbud

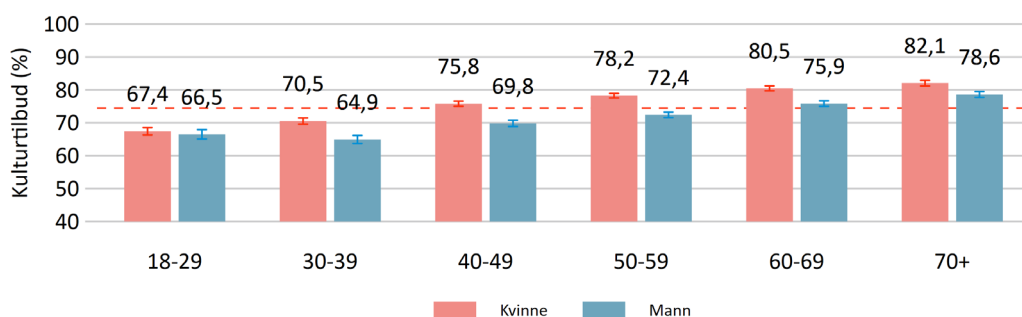
Totalt 107 216 deltakere av 108 738 (98,6 %) hadde gyldig svar på Kulturtilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **74,5 %** (KI95%: 74,2-74,7). Andelen for kvinner var 76,2 % (n=59 191; KI95% 75,9-76,6) og andelen for menn var 72,3 % (n=48 025; KI95% 71,9-72,7).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

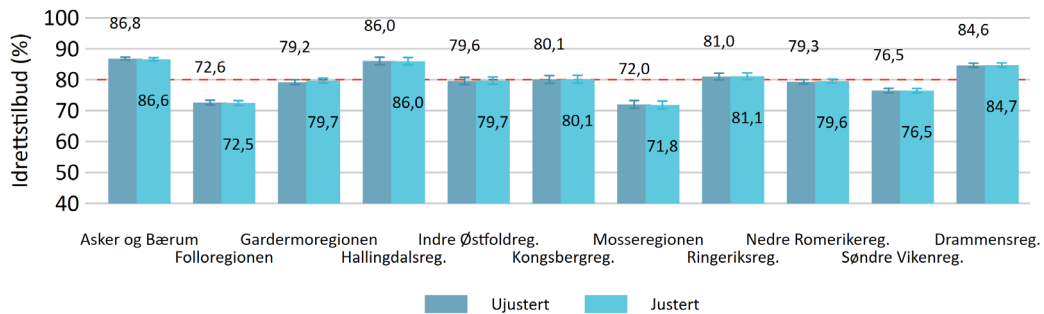
Figur 6A viser andel, samlet og på tvers av regioner i Viken, som oppgav god eller svært god tilgang på kulturtilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang varierer en del mellom regionene. Det er omtrent 19 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste og laveste andel (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Søndre Viken-regionen, ligger klart over fylkesgjennomsnittet. Andelene i Gardermoregionen og Hallingsdalsregionen ligger lengst under fylkesgjennomsnittet. Det er små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimer.

Figur 6B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som oppgav god eller svært god tilgang på kulturtilbud. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tilgang på kulturtilbud fra grunnskole eller mindre til høyskole- og universitetsutdanning mellom 2-4 år, for siden å flate ut. Blant menn øker andelen som oppgav god tilgang på kulturtilbud med økt utdanningsnivå. Det er en større andel kvinner enn menn som rapporterte god tilgang på kulturtilbud innen hvert utdanningsnivå, unntatt i gruppen med fullført høyskole- eller universitetsutdanning mer enn 4 år.

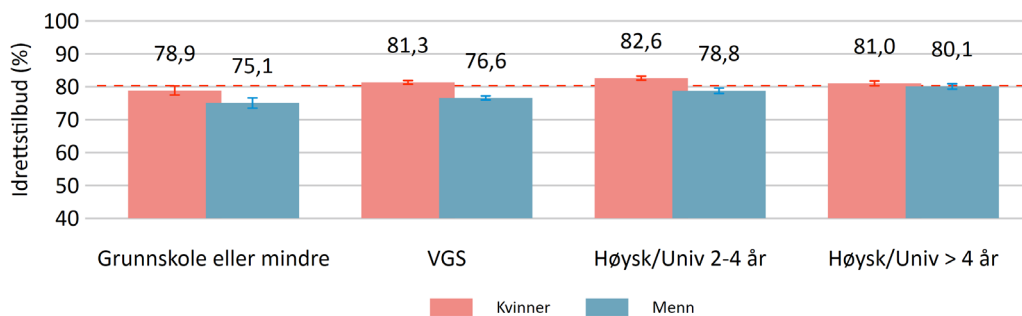
Figur 6C viser andel, fordelt på alder og kjønn, som oppgav god eller svært god tilgang på kulturtilbud. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tilgang på kulturtilbud jevnt med økende alder. Blant menn synker andelen som oppgav god tilgang på kulturtilbud svakt fra 18-29 år til 30-39 år, for deretter å øke jevnt med økende alder. Det er en høyere andel kvinner enn menn som oppgav god tilgang på kulturtilbud i alle aldersgrupper, unntatt den yngste.

3.7 Idrettstilbud

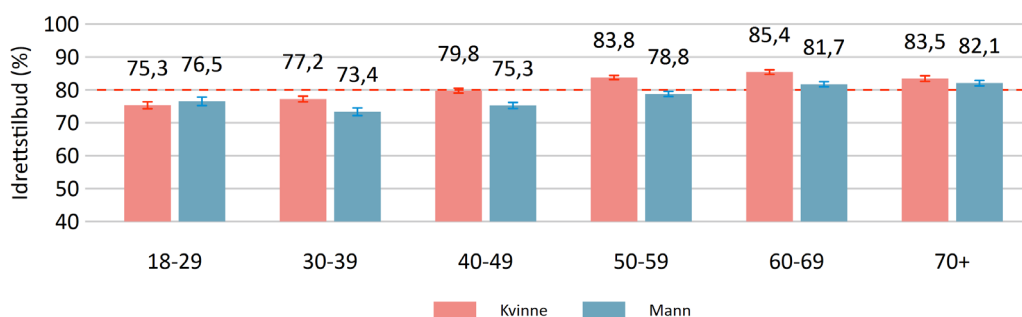
Totalt 105 250 deltakere av 108 738 (96,8 %) hadde gyldig svar på Idrettstilbud. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **80,0 %** (KI95%: 79,8-80,2). Andelen for kvinner var 81,3 % (n=58 068; KI95% 80,9-81,6) og andelen for menn var 78,4 % (n=47 182; KI95% 78,1-78,8).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

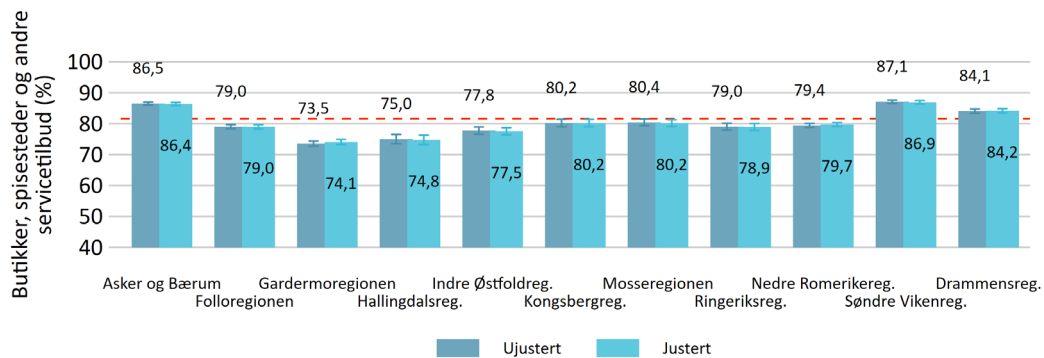
Figur 7A viser andel, samlet og på tvers av regioner i fylket, som oppgav god eller svært god tilgang på idrettstilbud. Andelen varierer en del mellom regionene. Det er omtrent 15 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste og laveste andel (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Hallingsdalsregionen og Drammensregionen ligger klart over fylkesgjennomsnittet, mens Søndre Viken-regionen, Folloregionen og Mossregionen ligger klart under. Det er små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 7B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som oppgav god eller svært god tilgang på idrettstilbud. Blant kvinner øker andelen som oppgav godt idrettstilbud svakt med økt utdanningsnivå frem til høyskole-/universitetsutdanning på 2-4 år, for deretter å synke svakt til gruppen med høyest utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom det laveste utdanningsnivået og de andre utdanningsnivåene, samt mellom de med høyskole- og universitetsutdanning på 2-4 år og de andre utdanningsnivåene. Blant menn øker andelen som oppgav godt idrettstilbud med høyere utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de to laveste utdanningsnivåene og de to høyeste. Det er en større andel kvinner enn menn som oppgav god tilgang på idrettstilbud innen hvert utdanningsnivå, unntatt i gruppen med høyest fullført utdanning.

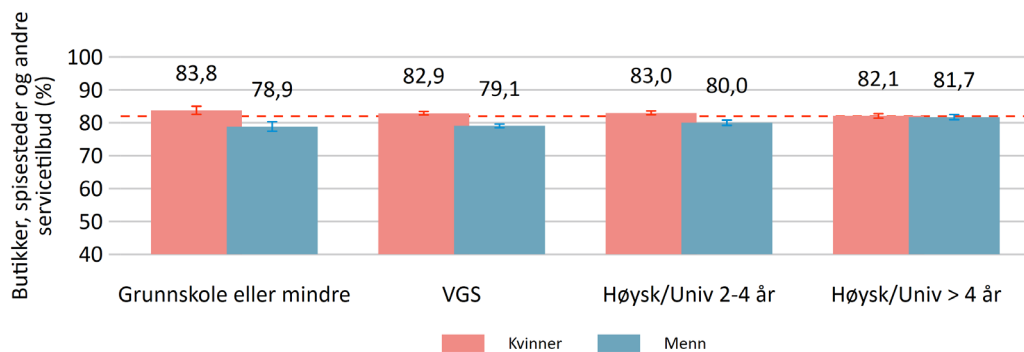
Figur 7C viser andel, fordelt på alder og kjønn, som oppgav god eller svært god tilgang på idrettstilbud. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tilgang på idrettstilbud med alder frem til 60-69 år og synker deretter noe til den eldste aldergruppen. Blant menn synker andelen som oppgav god tilgang på idrettstilbud noe fra 18-29 år til 30-39 år, for deretter å øke jevnt frem til 60-69 år. Det er en statistisk sikker forskjell mellom aldergruppen 30-39 år og de andre aldergruppene, hvor en lavere andel blant dem som er 30-39 år oppgav godt idrettstilbud. Det er også en statistisk sikker forskjell mellom de to eldste aldersgruppene og de andre aldersgruppene, hvor en høyere andel oppgav godt idrettstilbud blant de to eldste aldersgruppene. En høyere andel kvinner enn menn oppgav god tilgang på idrettstilbud i alle aldersgrupper, unntatt den yngste.

3.8 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud

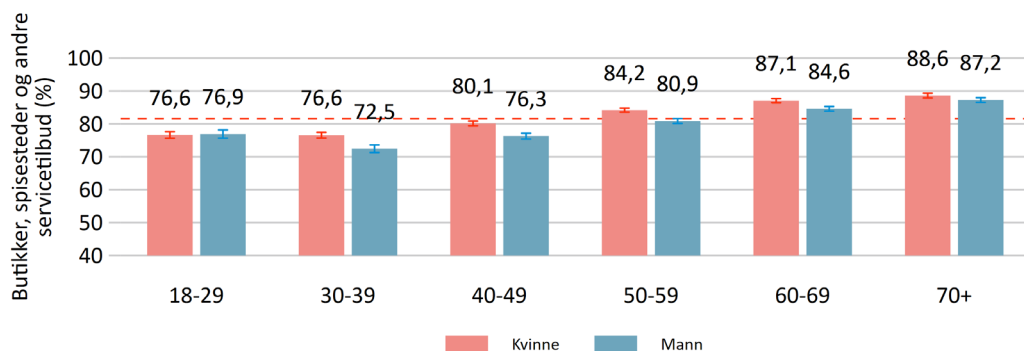
Totalt 108 408 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen for hele utvalget var **81,6 %** (KI95%: 81,4-81,8). Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for kvinner var 82,4 % (n=59 694; KI95% 82,1-82,7) og andelen for menn var 80,6 % (n=48 714; KI95% 80,2-80,9).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 8A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i fylket, som rapporterte god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen som oppgav god tilgang varierer over regioner, med omtrent 14 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og laveste andelen (ujusterte verdier). Søndre Viken-regionen etterfulgt av Asker og Bærum og Drammensregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Hallingsdalsregionen og Gardermoreregionen ligger klarest under fylkesgjennomsnittet. Det er små forskjeller mellom de ujusterte og justerte verdiene.

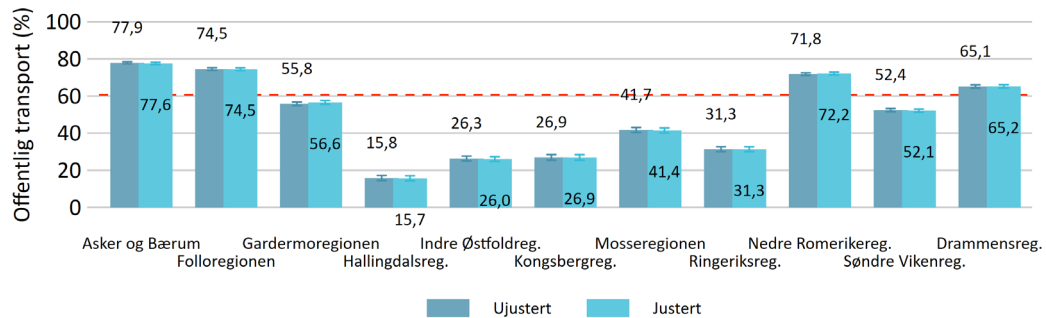
Figur 8B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Det er små forskjeller mellom utdanningsnivåene. Blant kvinner synker andelen svakt med økt utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom gruppen med lavest utdanningsnivå og de andre utdanningsnivåene, samt mellom gruppen med høyest utdanningsnivå og de andre utdanningsnivåene. Blant menn øker derimot andelen som oppgav god tilgang på butikker og servicetilbud svakt med økt utdanningsnivå. Det er en statistisk sikker forskjell mellom gruppen med høyest utdanningsnivå og de andre utdanningsnivåene. Det er en høyere andel kvinner enn menn som oppgav god tilgang på butikker og andre servicetilbud innen hvert utdanningsnivå, unntatt i gruppen med over 4-årig høyskole-/universitetsutdanning.

Figur 8C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Blant kvinner øker andelen fra 30-39 års alder jevnt med økende alder til aldersgruppen 60-69 år, der kurven flater noe ut. Blant menn synker andelen som oppgav god tilgang på butikker og andre servicetilbud fra 18-29 til 30-39 år, for deretter å øke jevnt med økende alder. En høyere andel kvinner enn menn oppgav god tilgang på butikker og servicetilbud innen aldersgruppene, unntatt den yngste hvor det ikke er statistisk sikker forskjell mellom kjønnene.

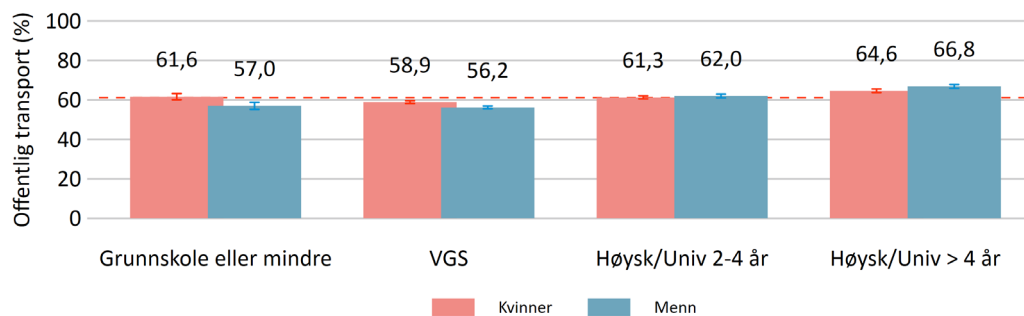
3.9 Offentlig transport

Totalt 105 365 deltakere av 108 738 (96,9 %) hadde gyldig svar på Offentlig transport. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **60,7 %** (KI95%: 60,4-60,9).

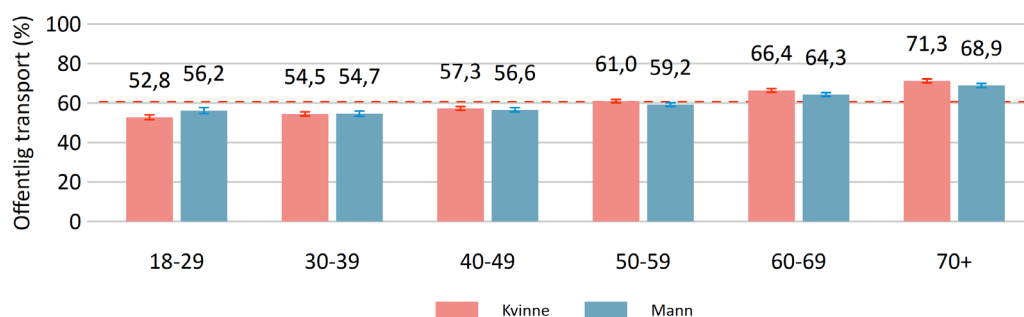
Andelen for kvinner var 60,6 % (n=58 063; KI95% 60,2-61,0) og andelen for menn var 60,7 % (n=47 302; KI95% 60,2-61,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

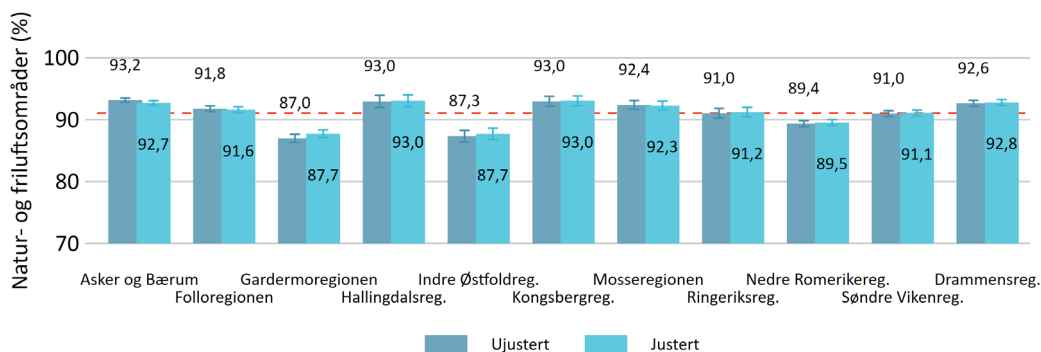
Figur 9A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte god eller svært god tilgang på offentlig transport. Andelen som oppgav god tilgang varierer betydelig mellom regionene. Det er omtrent 62 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte verdier). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen og Nedre Romerike ligger betydelig over fylkesgjennomsnittet, mens Mosseregionen, Ringeriksregionen, Kongsbergregionen, Indre Østfoldregionen og Hallingsdalsregionen ligger betydelig under fylkesgjennomsnittet. Det er små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 9B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på offentlig transport. Det kan antydes en svak U-kurve sammenheng mellom andel som rapporterte god tilgang og utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen statistisk sikkert lavere i gruppen med VGS-utdanning enn de andre utdanningsnivåene, og statistisk sikkert høyere i gruppen med høyskole-/universitetsutdanning over 4 år enn de andre utdanningsnivåene. Blant menn øker andelen som oppgav god tilgang på offentlig transport med økt fullført utdanning fra VGS. En høyere andel kvinner enn menn oppgav god tilgang på offentlig transport i de to laveste utdanningsnivåene, mens en svakt høyere andel menn enn kvinner oppgav god tilgang i gruppen med høyest utdanningsnivå.

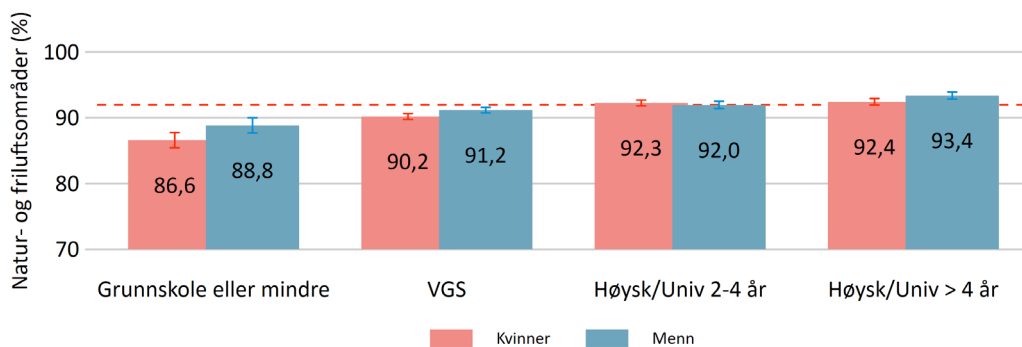
Figur 9C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på offentlig transport. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tilgang på offentlig transport nokså jevnt med økende alder. Blant menn synker andelen som oppgav god tilgang på offentlig transport svakt mellom fra 18-29 til 30-39 år, for siden å øke med økende alder. En litt høyere andel menn enn kvinner oppgav god tilgang på offentlig transport i den yngste aldersgruppen. Motsatt oppgav en litt høyere andel kvinner enn menn god tilgang i de to eldste aldersgruppene.

3.10 Natur- og friluftsområder

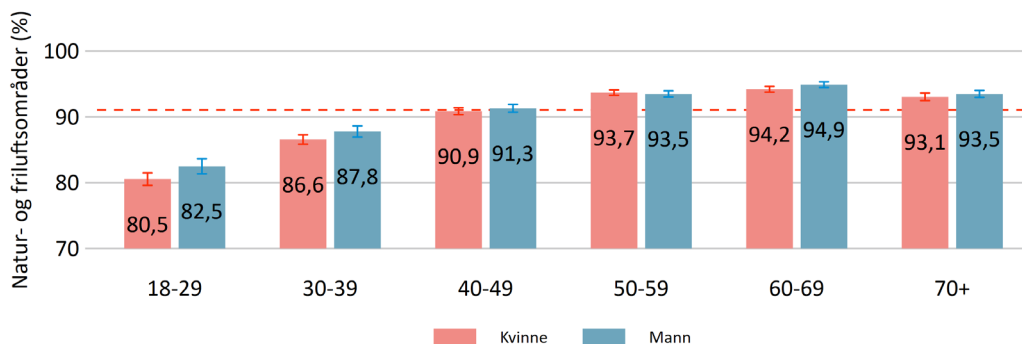
Totalt 108 038 deltakere av 108 738 (99,4 %) hadde gyldig svar på Natur- og friluftsområder. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **91,1 %** (KI95%: 90,9-91,2). Andelen for kvinner var 90,5 % (n=59 508; KI95% 90,3-90,8) og andelen for menn var 91,7 % (n=48 530; KI95% 91,5-92,0).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 10A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte god eller svært god tilgang på natur- og friluftsområder, inkludert parker og grøntareal. Andelen er høy i alle regioner, med omtrent seks prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste og laveste andel (ujusterte tall). Asker og Bærum, Hallingsdalsregionen, Kongsbergregionen, Drammensregionen og Mossregionen ligger litt over fylkesgjennomsnittet. Indre Østfoldregionen og Gardermoreregionen ligger tydeligst under fylkesgjennomsnittet. Det er noen, ikke signifikante, forskjeller mellom ujusterte og justerte estimer.

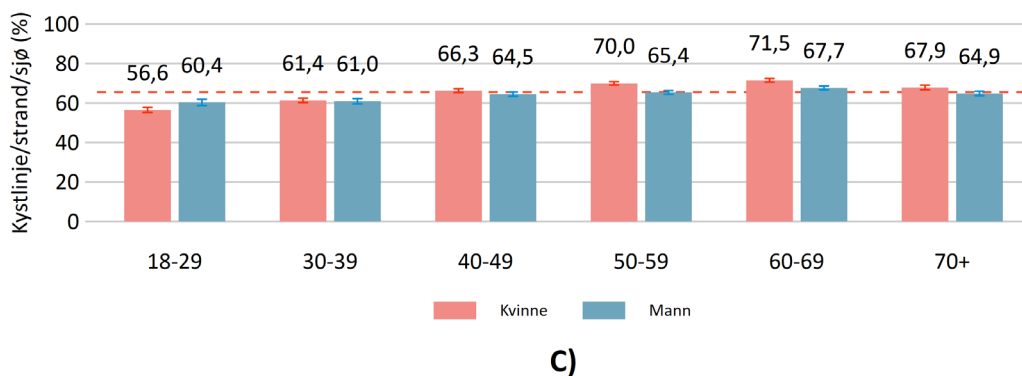
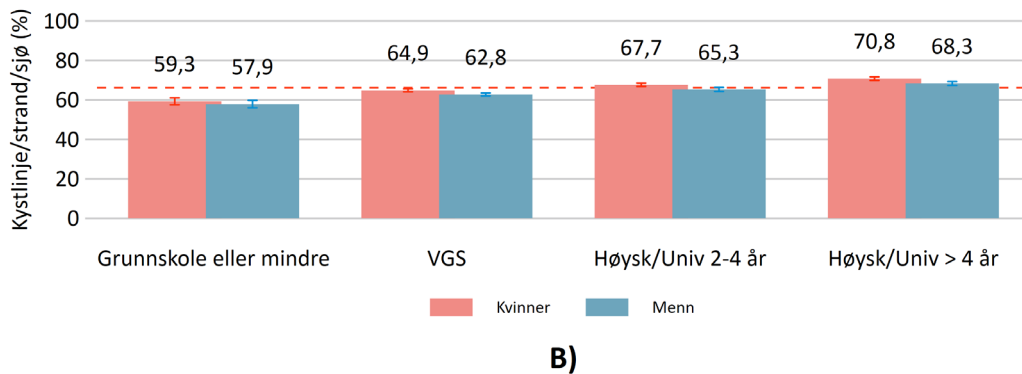
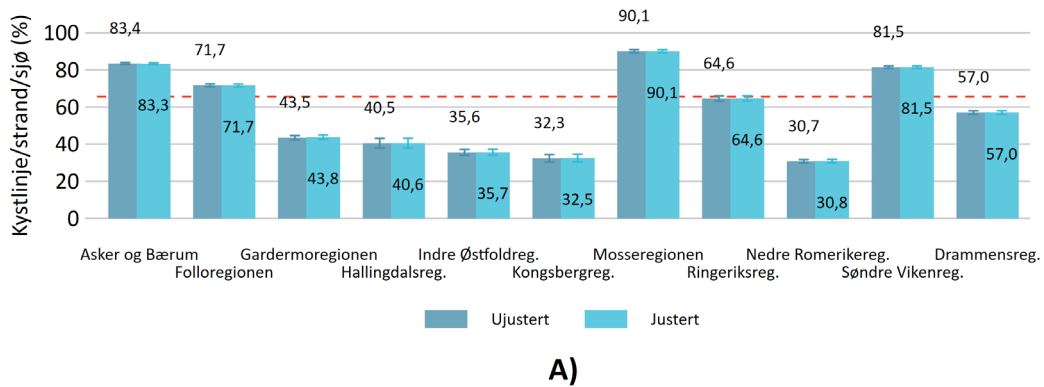
Figur 10B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på natur- og friluftsområder. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tilgang på natur- og friluftsområder med økende utdanning, men flater ut mellom de to øverste utdanningsnivåene. Blant menn øker andelen som oppgav god tilgang på natur- og friluftsområder med hvert økte utdanningsnivå. Det er en litt høyere andel menn enn kvinner som oppgav god tilgang på natur- og friluftsområder innen alle utdanningsnivåer, unntatt blant de med høyskole-/universitetsutdanning på 2-4 år.

Figur 10C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på natur- og friluftsområder. Blant både kvinner og menn øker andelen som oppgav god tilgang på natur- og friluftsområder med økende alder frem til 50-59 år, hvor økningen flater ut og synker noe mellom de to eldste aldersgruppene. En litt høyere andel menn enn kvinner oppgav god tilgang på natur- og friluftsområder i de to yngste aldersgruppene. Innad i øvrige aldersgrupper er det ingen kjønnsforskjell i andel som oppgav god tilgang.

3.11 Kystlinje/strand/sjø

Totalt 90 308 deltakere av 108 738 (83,1 %) hadde gyldig svar på Kystlinje/strand/sjø. Andelen som oppgav god eller svært god tilgang for hele utvalget var **65,6 %** (KI95%: 65,3-65,9). Andelen for kvinner var 66,4 % (n=49 144; KI95% 65,9-66,8) og andelen for menn var 64,6 % (n=41 164; KI95% 64,1-65,1).

Figur 11: Andelen som oppgav god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø etter regioner i Viken (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

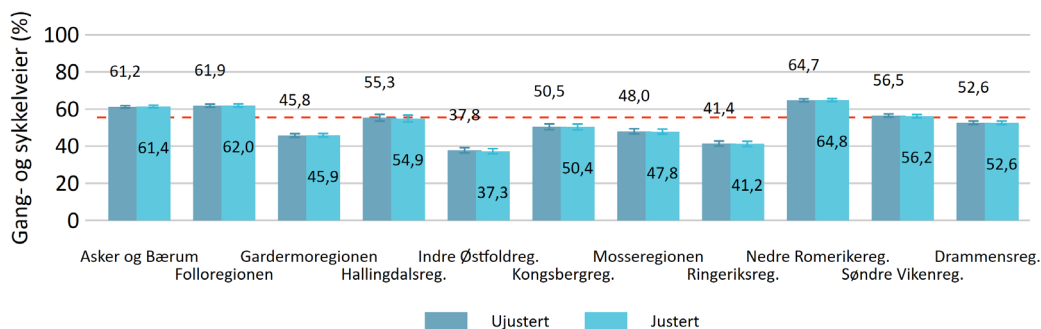
Figur 11A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø. Det er en stor variasjon over regioner, med omtrent 59 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Merk at de som har svart at de ikke bor i nærheten av sjø/innsjø blir holdt utenfor prosentfordelingen her ($n=17\,698$ (16,3 %) av respondentene oppgav dette svaret). Variasjonen over regioner gjenspeiler like fullt geografisk nærhet til kystlinjen. Mosseregionen, Asker og Bærum og Søndre Viken-regionen ligger betydelig over fylkesgjennomsnittet. Gardermoregionen, Hallingsdalsregionen, Indre Østfoldregionen, Kongsbergregionen og Nedre Romerike ligger betydelig under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller i de ujusterte og justerte estimater.

Figur 11B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang til kystlinje/strand/sjø. Blant både kvinner og menn øker andelen som rapporterte god tilgang til kystlinje/strand og sjø med høyere utdanningsnivå. En litt høyere andel kvinner enn menn oppgav god tilgang på kystlinje/strand/sjø innen utdanningsgruppene, unntatt blant de med grunnskole som høyest fullførte utdanningsnivå.

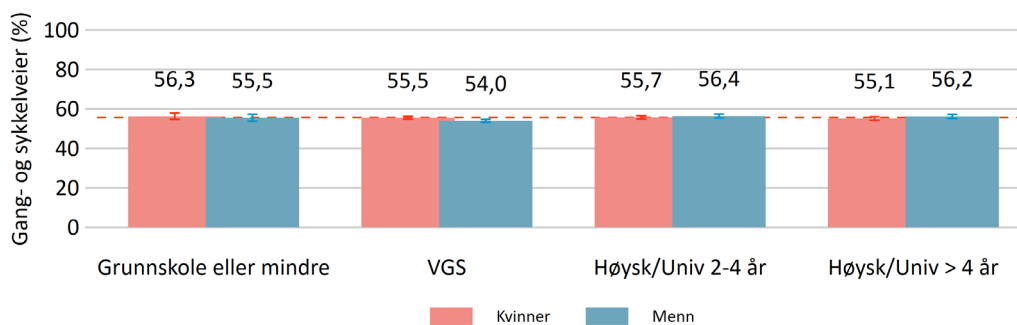
Figur 11C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgang på kystlinje/strand/sjø. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tilgang frem til 60-69 år, for deretter å synke til den eldste aldersgruppen. Det er statistisk sikre forskjeller i andel mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom gruppene 50-59 år og 60-69 år. Menn har et liknende mønster som kvinner, men med svakere forskjeller mellom aldersgruppene. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom de to yngste aldersgruppene og mellom dem på 40-49 år og 50-59 år. En høyere andel menn enn kvinner oppgav god tilgang til kystlinje/strand/sjø i den yngste aldersgruppen, mens en høyere andel kvinner oppgav god tilgang i aldersgruppene fra 40 år og oppover.

3.12 Gang- og sykkelveier

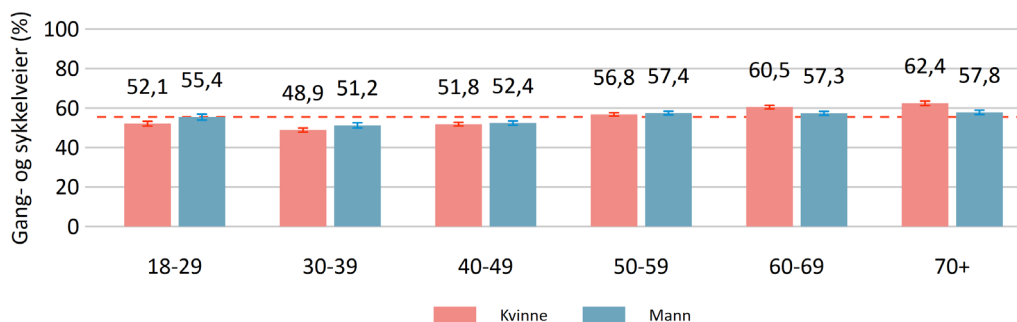
Totalt 106 684 deltakere av 108 738 (98,1 %) hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveier. Andelen som oppgav at disse var godt eller svært godt utbygde for hele utvalget var **55,5 %** (KI95%: 55,2-55,8). Andelen for kvinner var 55,4 % (n=58 697; KI95% 55,0-55,8) og andelen for menn var 55,6 % (n=47 987; KI95% 55,2-56,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

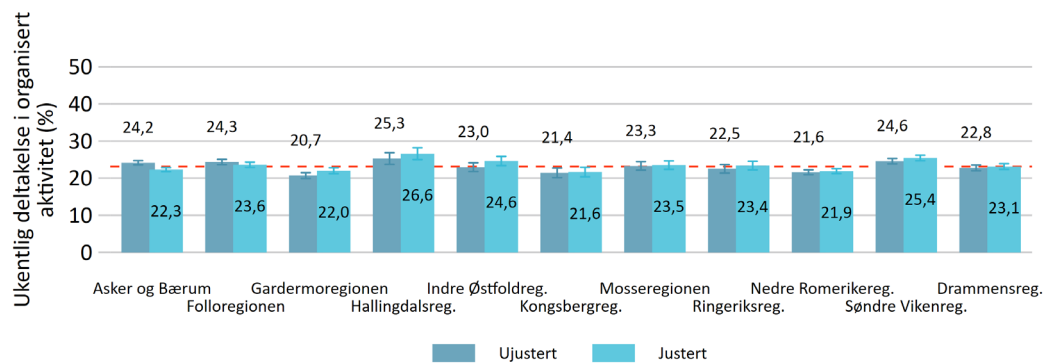
Figur 12A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde. Det er stor variasjon over regioner, med omtrent 27 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Nedre Romerike, Folloregionen og Asker og Bærum ligger over fylkesgjennomsnittet. Gardermoreregionen, Ringeriksregionen og Indre Østfoldregionen ligger godt under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 12B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde. Det er lite variasjon mellom utdanningsnivåene både blant kvinner og menn. Det er heller ingen betydelige kjønnsforskjeller i andelen som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde innenfor utdanningsnivåene.

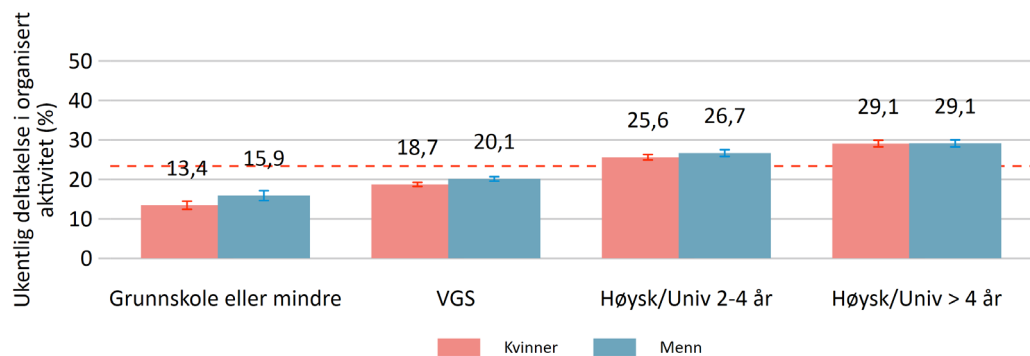
Figur 12C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde. Blant kvinner synker andelen noe mellom 18-29 år og 30-39 år, for å deretter å øke med stigende alder. Det er statistisk sikre forskjeller i andel mellom de påfølgende aldersgruppene. Også blant menn synker andelen mellom 18-29 år og 30-39 år. Deretter øker andelen frem til 50-59 år for så å flate ut frem til den eldste aldersgruppen. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom de tre eldste aldersgruppene. En litt høyere andel menn enn kvinner oppgav at gang- og sykkelveier er godt utbygde i de to yngste aldersgruppene. Motsatt oppgav en litt høyere andel kvinner enn menn i de to eldste aldersgruppene at gang- og sykkelveier er godt utbygde.

3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

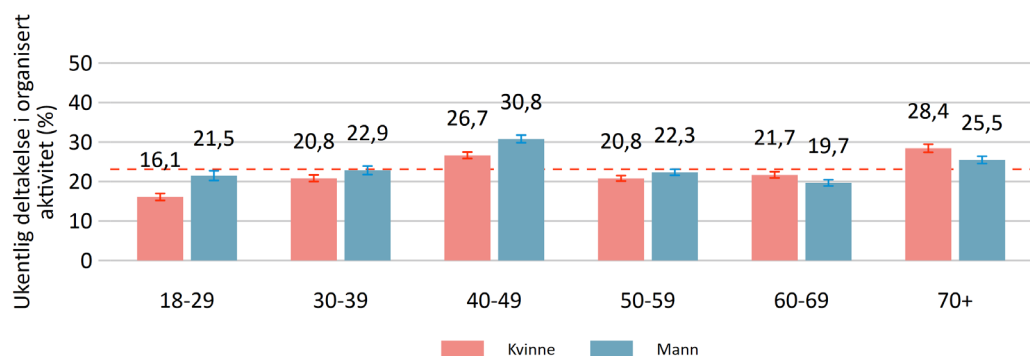
Totalt 108 418 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **23,1 %** (KI95%: 22,9-23,4). Andelen for kvinner var 22,5 % (n=59 695; KI95% 22,2-22,9) og andelen for menn var 23,8 % (n=48 723; KI95% 23,5-24,2).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

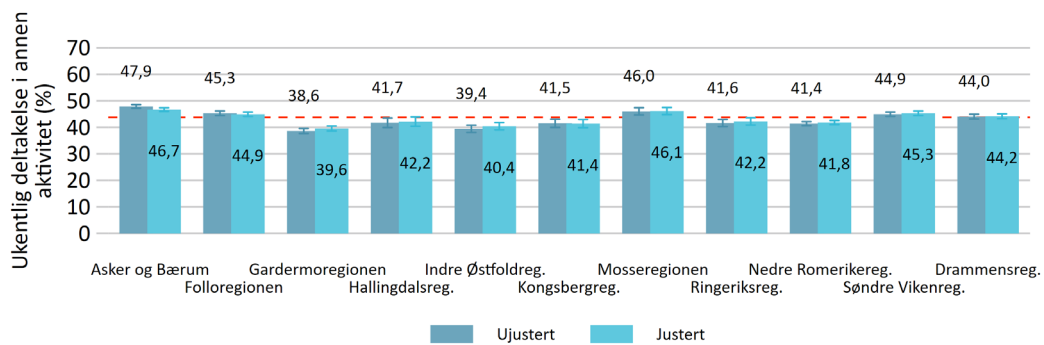
Figur 13A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. Det er noe variasjon i andel på tvers av regionene, med omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og den laveste andelen (ujusterte tall). Hallingsdalsregionen og Søndre Viken-regionen ligger like over fylkesgjennomsnittet i både ujusterte og justerte estimater. Nedre Romerike og Gardermoreregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet i både ujusterte og justerte estimater. Det er noe forskjell mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 13B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. Blant kvinner og menn øker andelen som rapporterte ukentlig deltagelse i organisert aktivitet med økt utdanningsnivå. En høyere andel menn enn kvinner oppgav ukentlig deltagelse i organisert aktivitet blant de med lavest utdanningsnivået. Innad i de øvrige utdanningsnivåene er det ikke sikre forskjeller i andel mellom kjønnene.

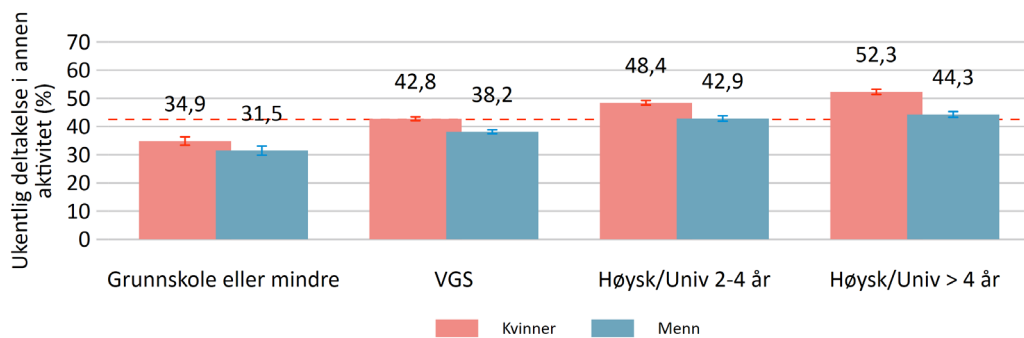
Figur 13C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte ukentlig deltagelse i organisert aktivitet. Andelene varierer uregelmessig over aldersgrupper. Blant både kvinner og menn øker andelen som oppgav ukentlig deltagelse i organisert aktivitet frem til 40-49 år, for så å synke klart til aldersgruppen 50-59. I de to eldste aldersgruppene øker andelen igjen med økende alder blant kvinner, mens den blant menn først synker svakt til 60-69 år før en økning igjen i aldersgruppen 70 år eller mer. Andelen som oppgav ukentlig deltagelse i organisert aktivitet er høyest blant dem som er 40-49 år og 70 år eller mer. En høyere andel menn enn kvinner oppgav ukentlig deltagelse i organisert aktivitet i de fem yngste aldersgruppene, mens andelen er høyere blant kvinner enn menn i de to eldste aldersgruppene.

3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

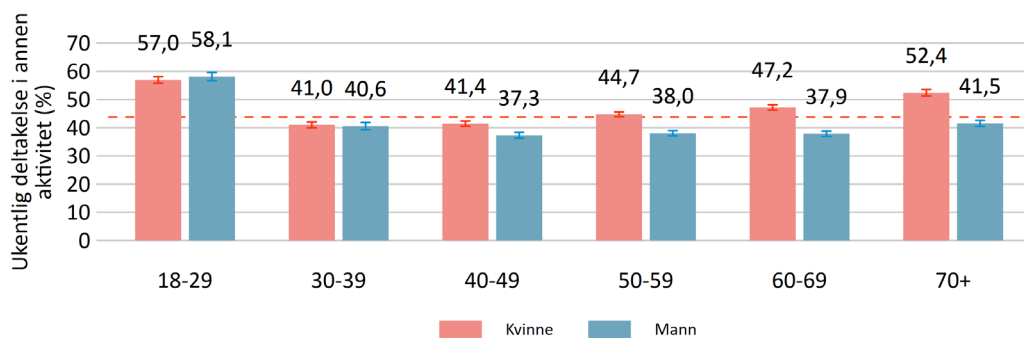
Totalt 108 454 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen for hele utvalget var **43,8 %** (KI95%: 43,5-44,1). Andelen for kvinner var 46,4 % (n=59 723; KI95% 46,0-46,8) og andelen for menn var 40,6 % (n=48 731; KI95% 40,2-41,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

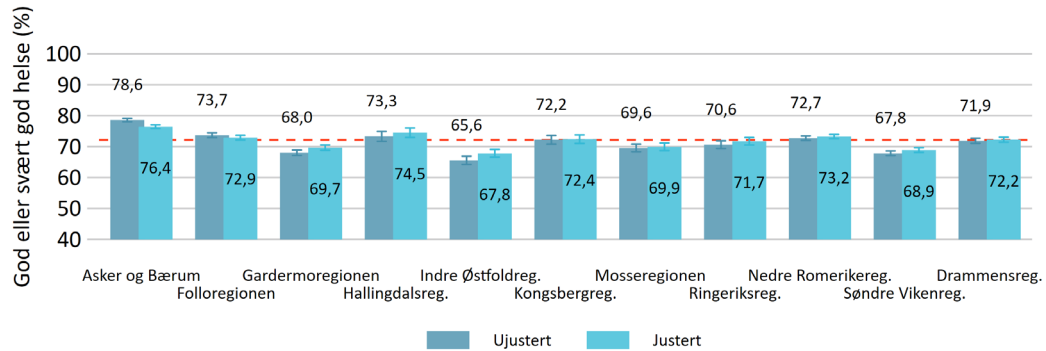
Figur 14A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet. Det er noe variasjon i andel på tvers av regioner, med en forskjell på omtrent 9 prosent poeng fra regionene med den høyeste til den laveste andelen (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Mosseregion, Søndre Viken-regionen og Folloregion ligger like over fylkesgjennomsnittet. Indre Østfoldregionen og Gardermoreregionen ligger tydeligst under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 14B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet. Blant kvinner og menn øker andelen som oppgav ukentlig deltagelse i egenorganisert aktivitet med økende utdanning. Det er statistisk sikre forskjeller mellom alle utdanningsgrupper, unntatt de to øverste utdanningsnivåene blant menn. En høyere andel kvinner enn menn oppgav ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet innen hvert utdanningsnivå.

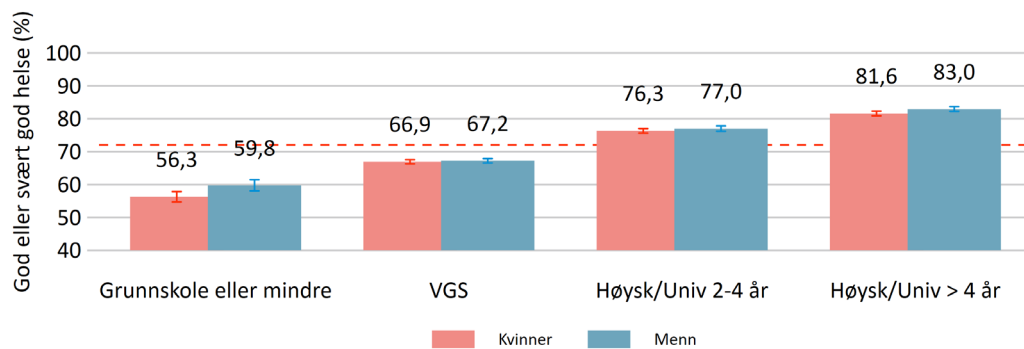
Figur 14C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet. Blant kvinner synker andelen som oppgav ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet mellom 18-29 år og 30-39 år for siden å øke jevnt med alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene. Blant menn synker andelen som oppgav ukentlig deltakelse i annen aktivitet frem til 40-49 år, for deretter å øke noe med økende alder. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år. Det er kjønnsforskjeller innen alle aldersgrupper, unntatt de to yngste, der en høyere andel kvinner enn menn oppgav ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet.

3.15 God eller svært god helse

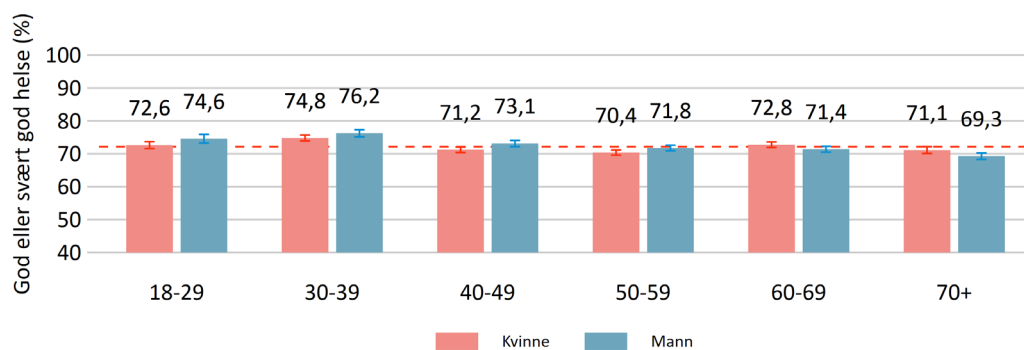
Totalt 108 497 deltakere av 108 738 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **72,1 %** (KI95%: 71,9-72,4). Andelen for kvinner var 72,0 % (n=59 738; KI95% 71,7-72,4) og andelen for menn var 72,3 % (n=48 759; KI95% 71,9-72,7).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

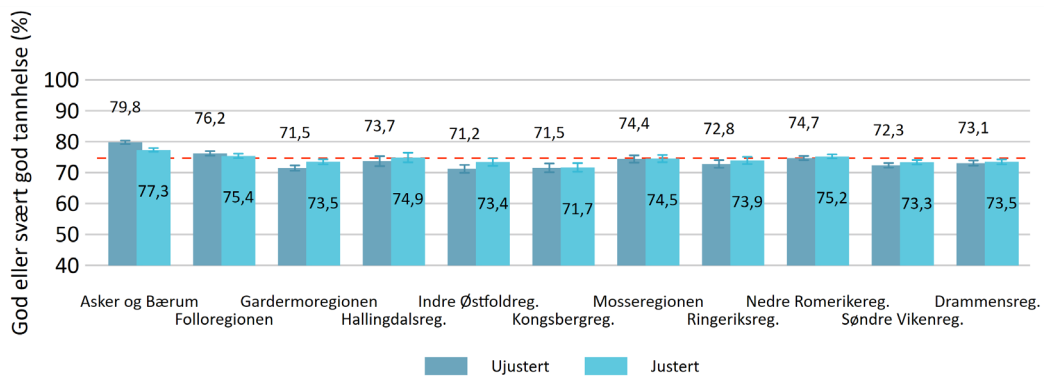
Figur 15A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte god (god eller svært god) helse. Det er noe variasjon på tvers av regionene, med 13 prosentpoeng forskjell mellom regionen den høyeste og den laveste andelen (justerte tall). Asker og Bærum ligger tydeligst over fylkesgjennomsnittet. Gardermoreregionen, Søndre Viken-regionen og Indre Østfoldregionen ligger noe under fylkesgjennomsnittet både for ujusterte og justerte tall. Separat justering for alder, kjønn og utdanning (tall ikke vist) viser at det hovedsakelig er utdannings sammensetningen i regionene forklarer forskjellene mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 15B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god (god eller svært god) helse. Andelen som oppgav god helse øker klart med økende utdanning både blant kvinner og menn. Forskjellen mellom de med høyest og lavest utdanning er på hele 25 prosentpoeng blant kvinner og 23 prosentpoeng blant menn. Andelen som oppgav god helse er grensesignifikant høyere for menn enn kvinner blant de med lavest og de med lavest høyest fullført utdanning, men forskjellene er samtidig små.

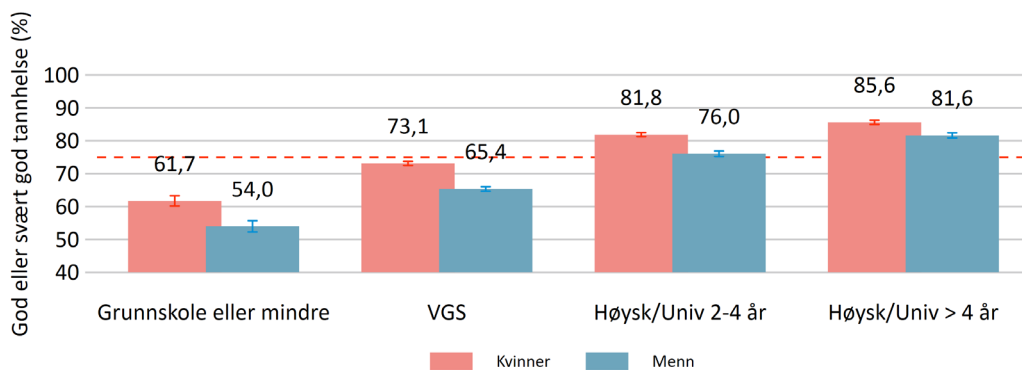
Figur 15C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god (god eller svært god) helse. Blant kvinner er det lite variasjon og noe uregelmessig mønster over aldergrupper i andelen som rapporterte god helse. Andelen som oppgav god helse er høyest i aldersgruppen 30-39 år og lavest blant de som er 50-59 år. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppen 40-49 år og 50-59 år. Blant menn øker andel som oppgav god helse mellom de to yngste aldersgruppene, for deretter å synke svakt frem til den eldste aldersgruppen. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppen 40-49 år og 50-59 år. Det er en svakt høyere andel menn enn kvinner som oppgav god helse fra den yngste aldersgruppen frem til 50-59 år, mens en svakt høyere andel kvinner enn menn oppgav god helse i de to eldste aldersgruppene.

3.16 God eller svært god tannhelse

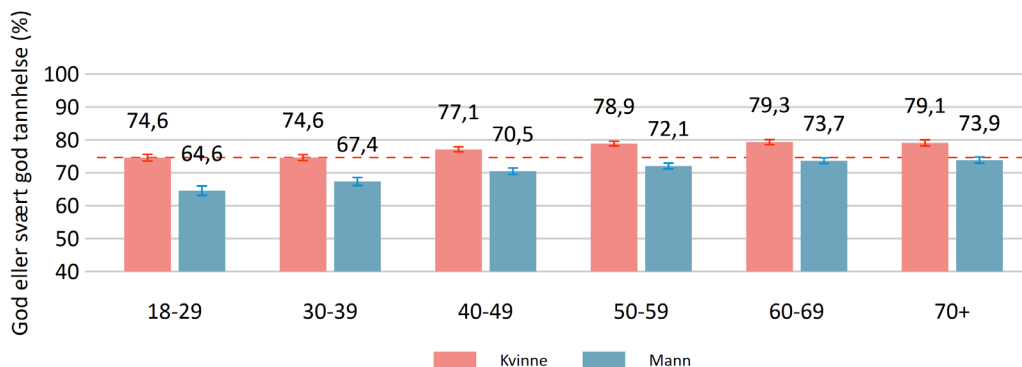
Totalt 108 495 deltakere av 108 738 (99,8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for hele utvalget var **74,7 %** (KI95%: 74,4-74,9). Andelen for kvinner var 77,5 % (n=59 737; KI95% 77,2-77,8) og andelen for menn var 71,2 % (n=48 758; KI95% 70,8-71,6).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 16A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte god (god eller svært god) tannhelse. Det er en noe variasjon på tvers av regionene, med omtrent 9 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og den laveste (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Ringeriksregionen, etterfulgt av Gardermoreregionen, Kongsbergregionen og Indre Østfoldregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardermoreregionen og Indre Østfoldregionen, der andelen nærmer seg fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

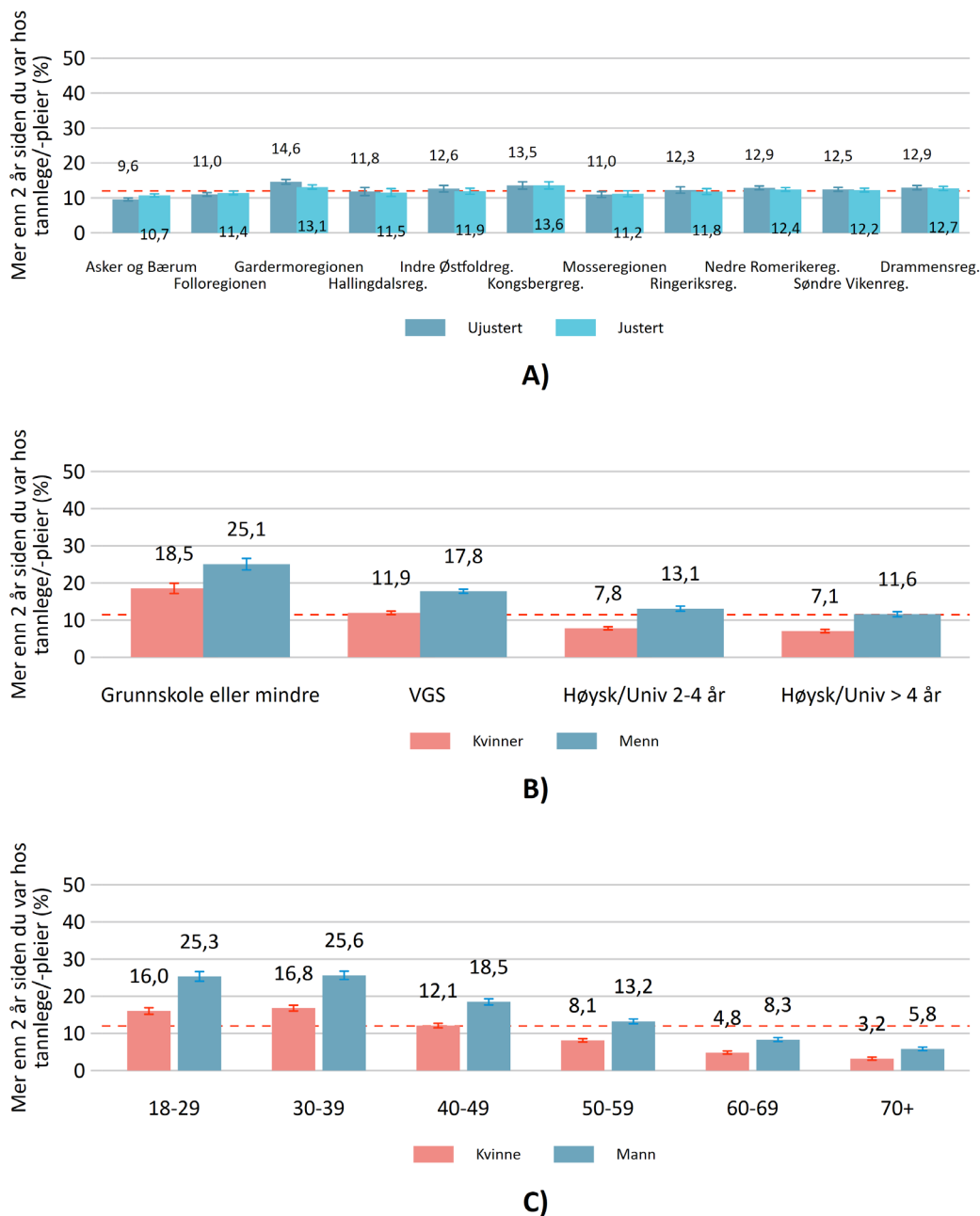
Figur 16B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god (god eller svært god) tannhelse. Blant både kvinner og menn øker andelen som oppgav god tannhelse med økende utdanningsnivå. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er omtrent 24 prosentpoeng for kvinner og 28 prosentpoeng for menn. En høyere andel kvinner enn menn oppgav god tannhelse innen hvert utdanningsnivå.

Figur 16C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god (god eller svært god) tannhelse. Blant kvinner øker andelen som oppgav god tannhelse fra 40-49 år frem til 60-69 år. En lavere andel oppgav god tannhelse i de to yngste aldersgruppene sammenlignet med resterende aldersgrupper, mens en høyere andel oppgav god tannhelse i de tre eldste aldersgruppene sammenlignet med resterende aldersgrupper. Blant menn øker andelen som oppgav god tannhelse med økende alder. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom de to eldste. En høyere andel kvinner enn menn oppgav god tannhelse innen hver aldersgruppe.

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

Totalt 108 470 deltakere av 108 738 (99,8 %) hadde gyldig svar på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen for hele utvalget var **12,0 %** (KI95%: 11,8-12,2). Andelen for kvinner var 9,9 % (n=59 718; KI95% 9,7-10,2) og andelen for menn var 14,5 % (n=48 752; KI95% 14,2-14,8).

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



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

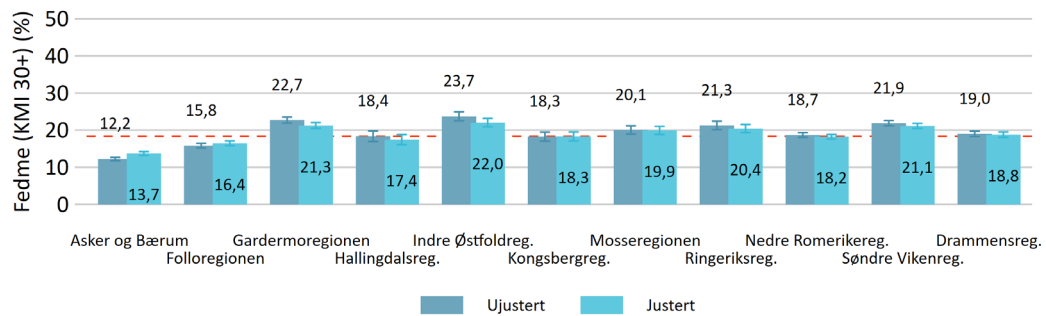
Figur 17A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Det er lite variasjon mellom regionene, med omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Gardemoregionen ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Asker og Bærum ligger under fylkesgjennomsnittet. For begge disse regionene nærmer andelen seg fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. I de øvrige regionene er det ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 17B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Blant både kvinner og menn øker andelen med økende utdanningsnivå, helt til den flater ut mellom de to øverste utdanningsnivåene. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning er på omtrent 14 prosentpoeng for menn og 11 prosentpoeng for kvinner. En høyere andel menn enn kvinner innen hvert utdanningsnivå oppgav at det er mer enn 2 år siden de hadde besøkt tannlege/-pleier.

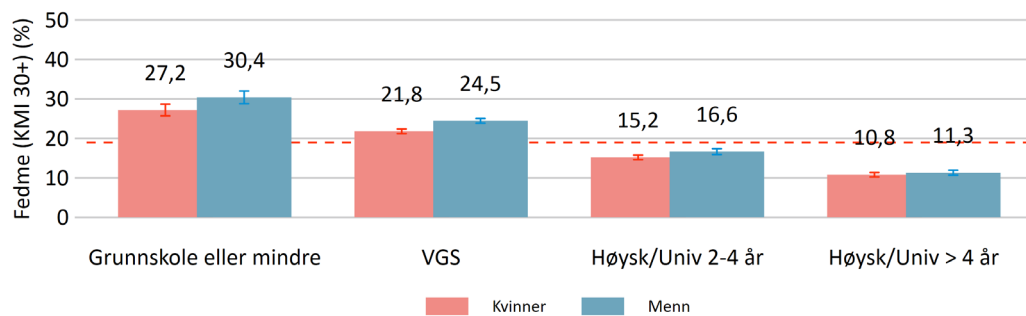
Figur 17C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Blant både kvinner og menn er andelen nokså stabil fra yngste til nest-yngste aldersgruppe, for deretter å synke med økende alder. Blant menn og kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom de to yngste. En høyere andel menn enn kvinner innen hver aldersgruppe oppgav at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier.

3.18 Fedme (KMI 30+)

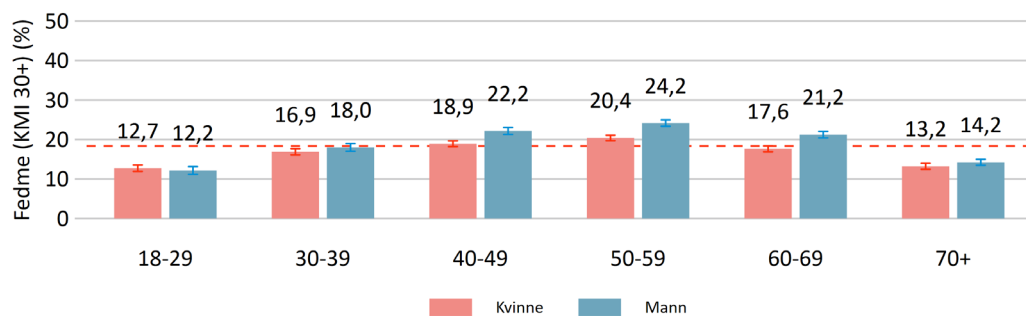
Totalt 105 954 deltakere av 108 738 (97,4 %) hadde gyldig svar på Fedme (KMI 30+). Andelen for hele utvalget var **18,4 %** (KI95%: 18,1-18,6). Andelen for kvinner var 17,3 % (n=57 780; KI95% 17,0-17,6) og andelen for menn var 19,6 % (n=48 174; KI95% 19,3-20,0).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

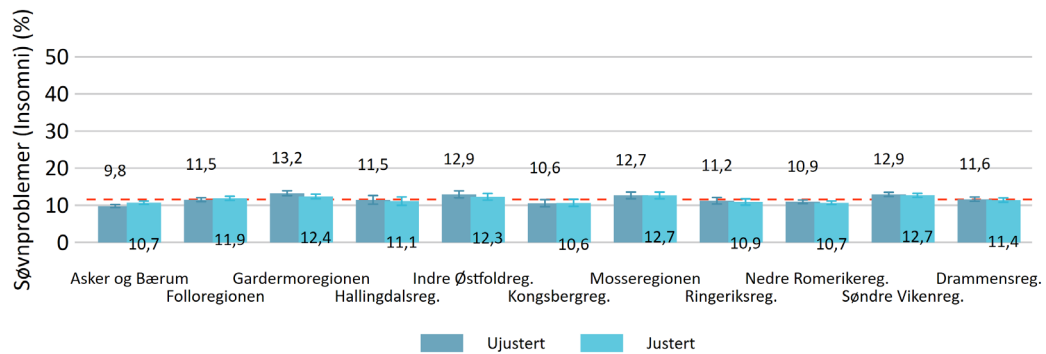
Figur 18A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som har fedme (KMI 30+). Det er variasjon mellom regionene, med omtrent 12 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujusterte tall). Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Gardermoreregionen og Søndre Viken-regionen ligger tydeligst over fylkesgjennomsnittet. Folloregionen, etterfulgt av Asker og Bærum ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er små forskjeller mellom ujusterte og justerte tall, unntatt i Asker og Bærum, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Separat justering for alder, kjønn og utdanning viser at det først og fremst er utdanningssammensetningen som forklarer en del av forskjellene mellom regionene.

Figur 18B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som har fedme (KMI 30+). For både kvinner og menn synker andelen som oppgav fedme med økende utdanningsnivå. Nedgangen i andel med fedme er statistisk sikker mellom hvert utdanningstrinn for begge kjønn. En litt høyere andel menn enn kvinner oppgav fedme innen alle utdanningsnivåer, unntatt blant de som fullført mer enn 4 år med høyskole- og universitetsutdanning.

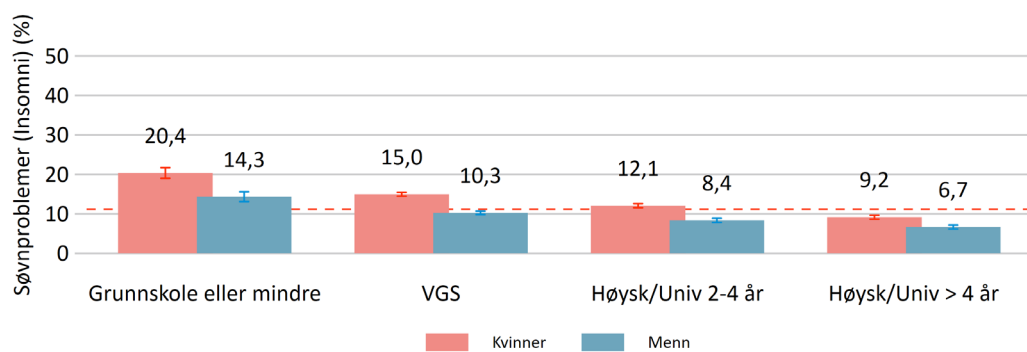
Figur 18C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, om har fedme (KMI 30+). For både kvinner og menn kan man se en omvendt U-formet sammenheng mellom andel med fedme og alder. Blant både kvinner og menn øker andelen med fedme jevnt frem til aldersgruppen 50-59 år og synker deretter med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell i andelen med fedme mellom påfølgende aldersgrupper. En høyere andel menn enn kvinner oppgav fedme i alle aldersgrupper, unntatt i den yngste og den eldste aldersgruppe der det ikke er noen sikker kjønnsforskjell.

3.19 Søvnproblemer (Insomni)

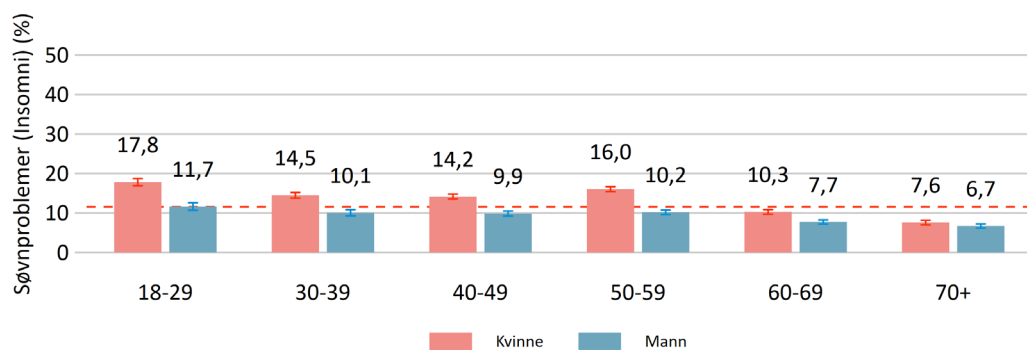
Totalt 108450 deltakere av 108738 (99.7 %) hadde gyldig svar på Søvnproblemer (Insomni). Andelen for hele utvalget var **11,5 %** (KI95%: 11,4-11,7). Andelen for kvinner var 13,5 % (n=59704; KI95% 13,2-13,8) og andelen for menn var 9,1 % (n=48746; KI95% 8,9- 9,4).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

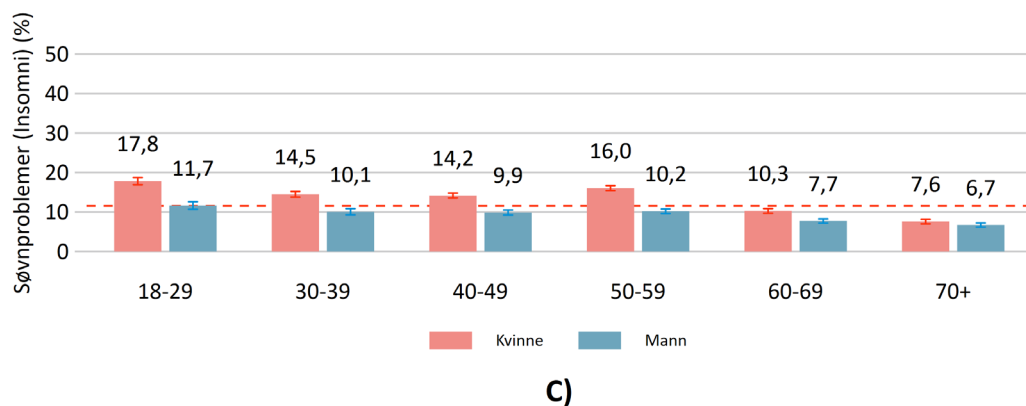
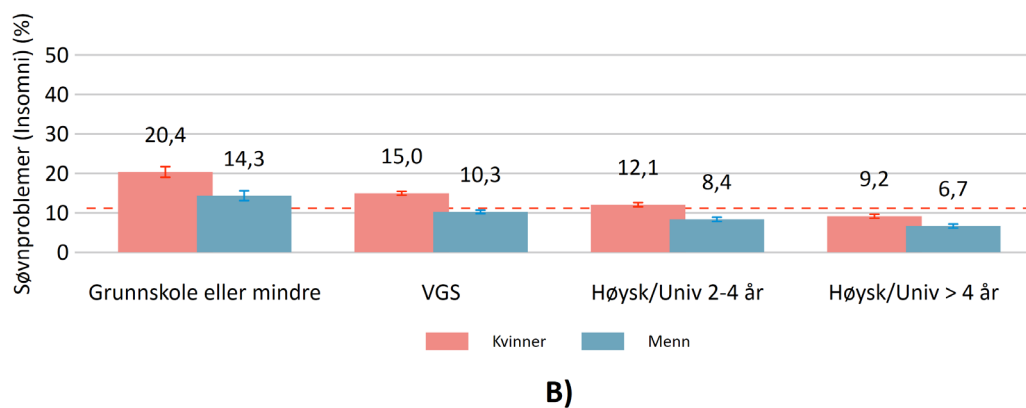
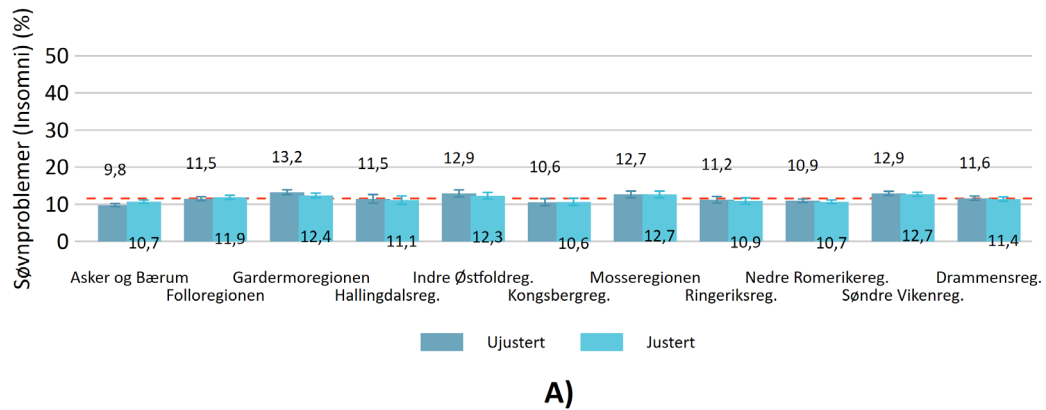
Figur 19A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte søvnproblemer (insomni). Det er lite variasjon på tvers av regionene, med omtrent 3 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Andelen i Gardermoreregionen ligger like over fylkesgjennomsnittet, mens andelen i Asker og Bærum ligger like under. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 19B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte søvnproblemer (insomni). Blant både kvinner og menn synker andelen som rapporterer søvnproblemer med økende utdanningsnivå. Denne trenden er tydeligst blant kvinner, med 11 prosentpoengs forskjell i andel med søvnproblemer mellom dem med lavest og de med høyest utdanning. Blant menn er det omtrent 8 prosentpoengs forskjell i andel mellom dem med lavest og dem med høyest utdanning. En høyere andel kvinner enn menn oppgav søvnproblemer innen hvert utdanningsnivå.

Figur 19C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte søvnproblemer (insomni). Forholdet mellom de som oppgav søvnproblemer og alder er uregelmessig blant både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen som rapporterte søvnproblem høyest i den yngste aldersgruppen og aldersgruppen 50-59 år. Mellom disse aldersgruppene og etter 50-59 år synker andelen med søvnproblemer med økende alder. Disse forskjellene er statistisk sikre mellom påfølgende aldersgruppe, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 og 40-49 år. Blant menn viser andelen som rapporterte søvnproblem mindre variasjon. Andelen som oppgav søvnproblemer synker fra yngste til nest yngste aldersgruppe, for siden å flate ut og reduseres noe igjen fra 60-69 år med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell i andel som oppgav søvnproblemer med påfølgende aldersgruppe, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år til og med 50-59 år. En høyere andel kvinner enn menn oppgav søvnproblem, unntatt i den eldste aldersgruppen der det ikke er noen klar kjønnsforskjell.

3.20 Søvnlengde i timer

Totalt 106433 deltakere av 108738 (97.9 %) hadde gyldig svar på Søvnlengde i timer. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,69** (KI95%: 6,68-6,69). Gjennomsnittet for kvinner var 6,68 (n=58563; KI95% 6,68-6,69) og gjennomsnittet for menn var 6,69 (n=47870; KI95% 6,68-6,70).



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

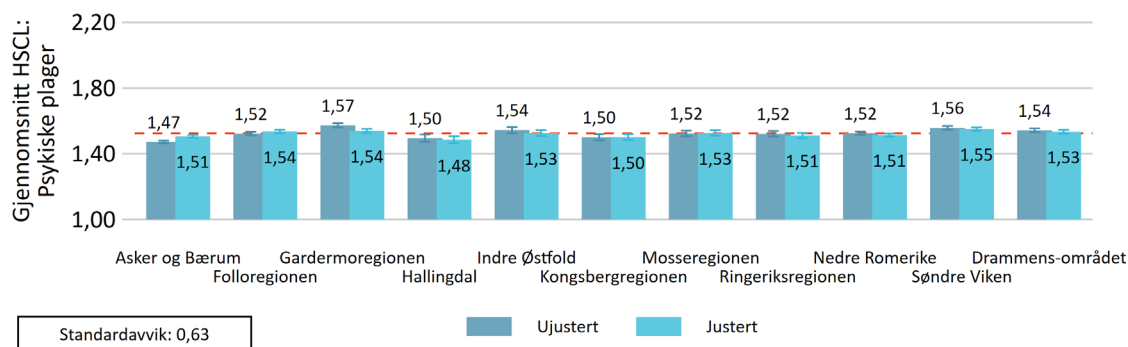
Figur 20A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på søvn lengde i hverdagen i timer. Det er ingen klar variasjon mellom regionene (ujustert). Alle regionene ligger rundt fylkesgjennomsnittet på 6,69 timer, som tilsvarer 6 timer og 41 minutter. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 20B viser gjennomsnittlig søvn lengde i hverdagen i timer fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner og menn øker søvn lengden svakt med økt utdanningsnivå, med statistisk sikre forskjeller mellom de respektive utdanningsnivåene. Forskjellen i søvn lengde mellom høyeste og laveste utdanningsnivå tilsvarer i gjennomsnitt 22-23 minutter for både kvinner og menn. Det er ingen kjønnsforskjeller i gjennomsnittlig søvn lengde på tvers av utdanningsnivå.

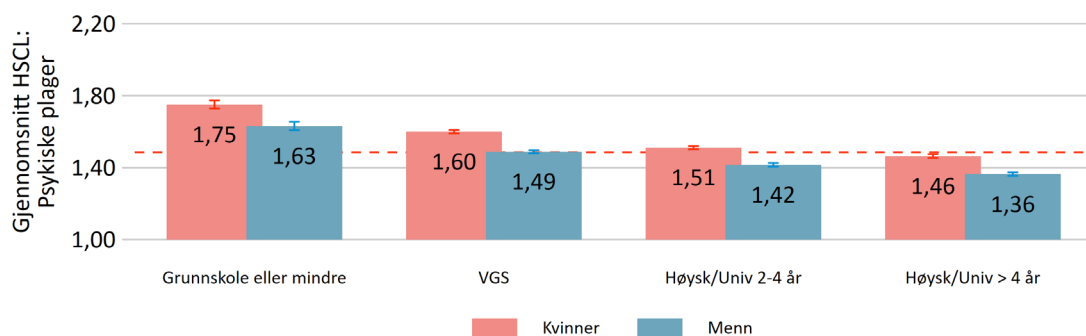
Figur 20C viser gjennomsnittlig søvn lengde i hverdagen i timer fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn kan det sees en omvendt U-kurve sammenheng mellom søvntid og alder. Gjennomsnittlig søvn lengde er lengst blant de yngste og eldste og lavest i aldersgruppen 50-59 år. Mens de yngste kvinnene og de eldste mennene oppgir å sove rundt 7 timer i snitt i hverdagen, oppgir kvinner og menn i 50-59 års-gruppen tilsvarende rundt 6 ½ time i snitt. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom påfølgende aldersgrupper, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år. Kvinner oppgir i gjennomsnitt å sove litt lenger enn menn i aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år (5-8 minutter), mens menn sover litt lenger enn kvinner i de to eldste aldersgruppene (13 minutter forskjell i eldste aldersgruppe).

3.21 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager

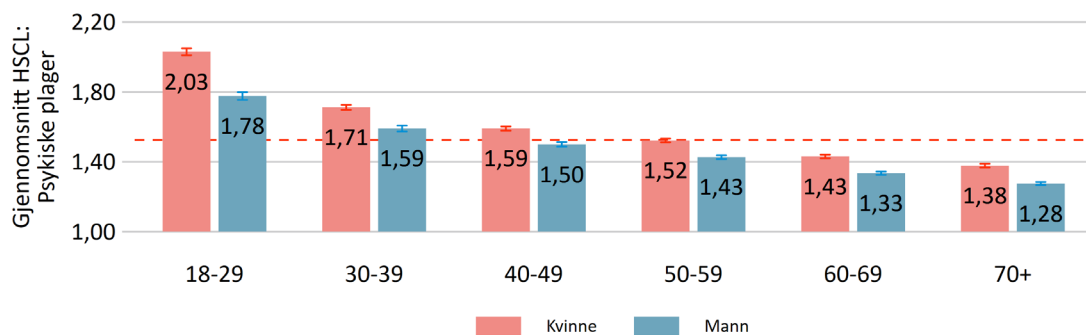
Totalt 108 547 deltakere av 108 738 (99,8 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,52** (KI95%: 1,52-1,53). Gjennomsnittet for kvinner var 1,59 (n=59 763; KI95% 1,58-1,59) og gjennomsnittet for menn var 1,45 (n=48 784; KI95% 1,44-1,45).



A)



B)



C)

Rød stiple linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21A viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5, samlet og på tvers av regioner i Viken. Gjennomsnittlig skår på HSCL-5 varierer noe over regioner. Gardemoregionen, etterfulgt av Søndre Viken-regionen ligger litt over fylkesgjennomsnittet, mens Asker og Bærum ligger litt under fylkesgjennomsnittet. Forskjellen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens d på 0,16, som kan tolkes om en liten effektstørrelse. Det er variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoregionen, der skåren ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

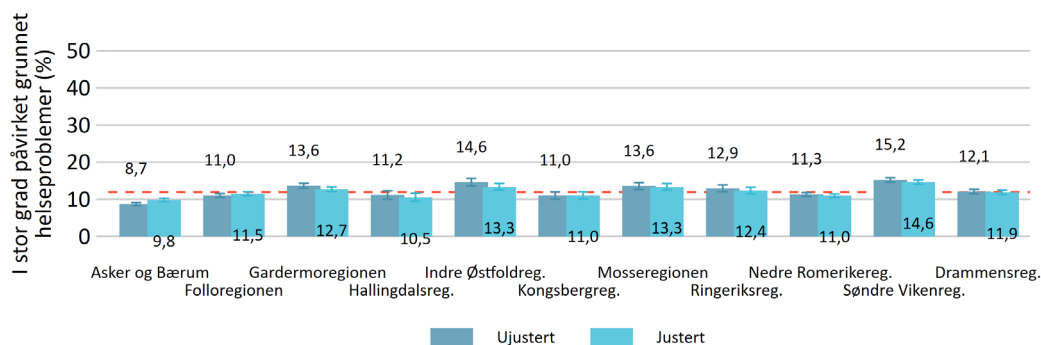
Andel som har en skår som er større enn 2,00 er i dette materialet 14,2 %. Andelen blant kvinner er 16,6 % og blant menn 11,4 % (Cohens $h=0,15$). Andelen er høyest i Søndre Viken-regionen (15,7 %) og lavest i Asker og Bærum (11,9 %). Forskjellen mellom disse to regionene uttrykt ved Cohens h er på 0,11 (liten effektstørrelse).

Figur 21B viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn synker gjennomsnittsskåren klart med økt utdanningsnivå. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de respektive utdanningsnivåene for begge kjønn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (de med høyest utdanning mot de med lavest utdanning) er 0,48 for kvinnene og 0,45 for mennene, som er middels store effektstørrelser. Kvinner har en høyere gjennomsnittlig skåre på HSCL-5 sammenlignet med menn på tvers av utdanningsnivå.

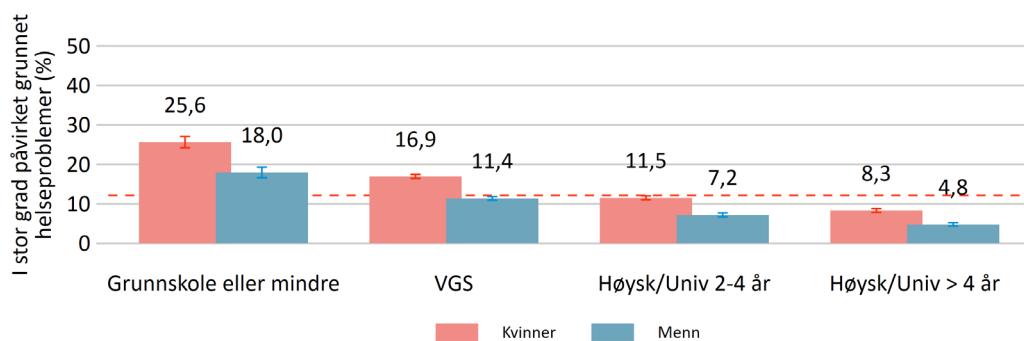
Figur 21C viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 fordelt på kjønn og alder. Gjennomsnittsskåren synker med økende alder blant både kvinner og menn. Det er statistisk sikre forskjeller mellom påfølgende aldersgrupper for begge kjønn. For kvinner er skåren særlig høy blant de yngste (18-29 år) og nedgangen flater noe ut med økende alder. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste aldersgruppe) er 1,03 for kvinnene og 0,79 for mennene, altså store effektstørrelser. Kvinner har en høyere gjennomsnittlig HSCL-5 skåre sammenlignet med menn på tvers av aldersgrupper.

3.22 Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige helseproblemer

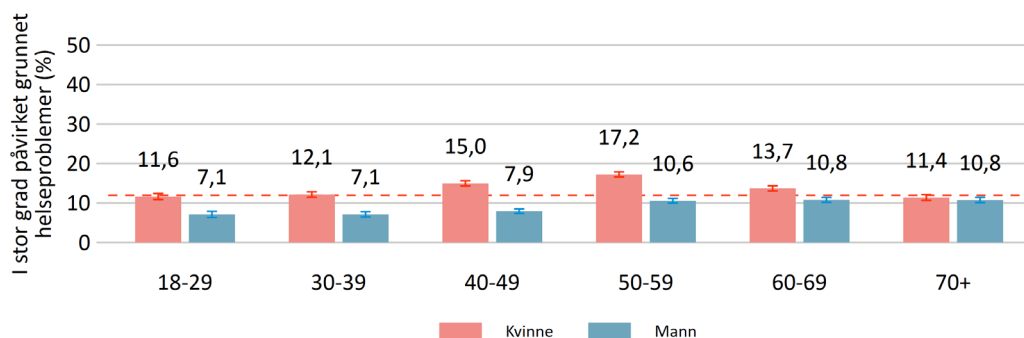
Totalt 108 150 deltakere av 108 738 (99,5 %) hadde gyldig svar på Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige helseproblemer. Andelen for hele utvalget var **11,9 %** (KI95%: 11,8-12,1). Andelen for kvinner var 14,0 % (n=59 552; KI95% 13,7-14,3) og andelen for menn var 9,5 % (n=48 598; KI95% 9,2-9,7).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

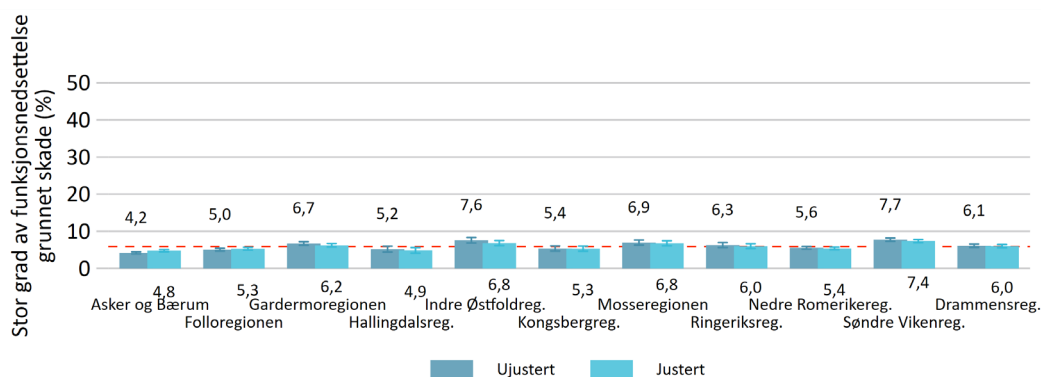
Figur 22A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujustert). Søndre Viken-regionen, etterfulgt av Indre Østfoldregionen, Gardermoreregionen og Mossregionen ligger like over fylkesgjennomsnittet. Folloregionen og Kongsbergsregionen, etterfulgt av Asker og Bærum ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardermoreregionen og Indre Østfoldregionen der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 22B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer. Blant både kvinner og menn synker andelen jevnt med økende utdanningsnivå. Kvinner i gruppen med lavest utdanning utmerker seg med særlig høy andel som oppgav at de i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer. Andel i denne gruppen er over tre ganger høyere enn andelen i gruppen med lengst utdanning. Blant både kvinner og menn er forskjellen mellom hvert påfølgende utdanningsnivå statistisk sikker. Det er kjønnsforskjeller på tvers av alle utdanningsnivå, der større andel kvinner enn menn oppgav i stor grad å ha hverdagen påvirket grunnet helseproblemer.

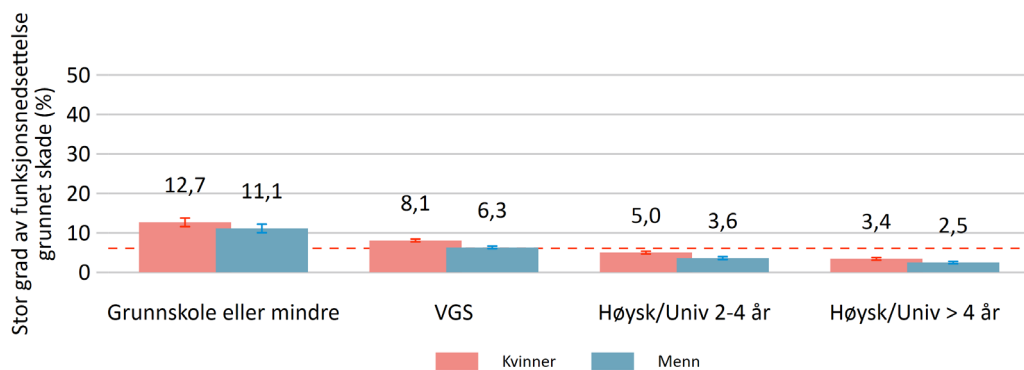
Figur 22C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer. Blant kvinner er det en jevn øking i andel med økende alder frem til aldersgruppen 50-59 år for å deretter synke. Forskjellene er statistisk sikre mellom det påfølgende alderstrinn, unntatt mellom de to yngste aldersgruppene. Blant menn er andelen som oppgav at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer litt lavere i de tre yngste aldersgruppene enn de eldste aldersgruppene. En høyere andel kvinner enn menn innen hver aldersgruppe oppgav at hverdagen i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer.

3.23 Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade

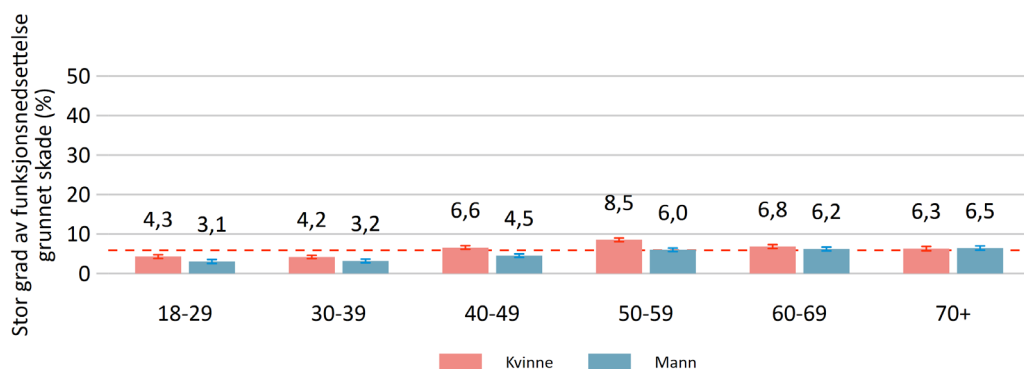
Totalt 108 294 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade. Andelen for hele utvalget var **5,9 %** (KI95%: 5,7- 6,0). Andelen for kvinner var 6,4 % (n=59 605; KI95% 6,2- 6,6) og andelen for menn var 5,2 % (n=48 689; KI95% 5,0- 5,4).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

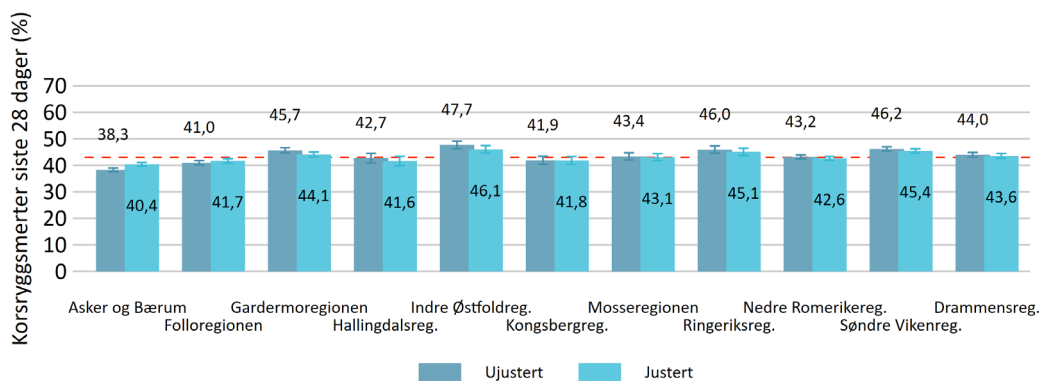
Figur 23A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade. Det er relativt lite variasjon mellom regionene, med omtrent 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujustert). Søndre Viken-regionen, etterfulgt av Indre Østfoldregionen, Mossregionen og Gardermoreregionen ligger like over fylkesgjennomsnittet, mens Asker og Bærum ligger noe under. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 23B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade. Blant både kvinner og menn synker andelen som oppgav stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade med økende utdanningsnivå. Forskjellen mellom de påfølgende utdanningsnivå er statistisk sikker for begge kjønn. En høyere andel kvinner enn menn oppgav stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade i alle utdanningsgrupper, unntatt de med grunnskole som høyest fullførte utdanning. I denne gruppen er det ikke statistisk sikker kjønnsforskjell.

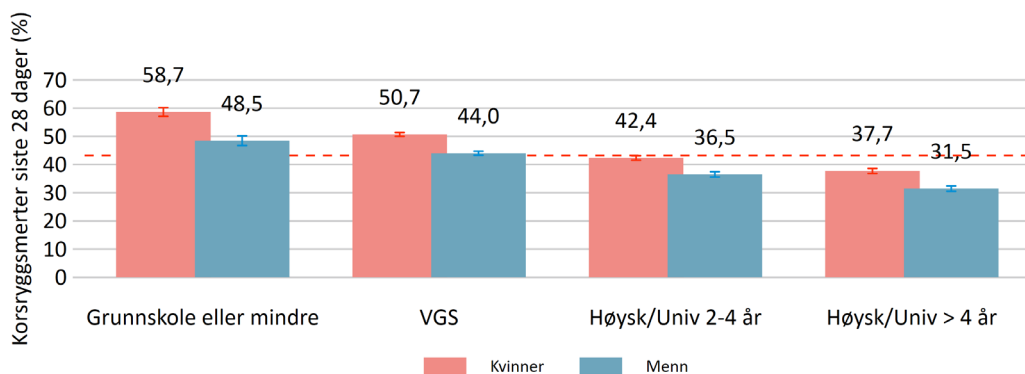
Figur 23C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade. Blant kvinner øker andelen jevnt med økende alder frem til aldersgruppen 50-59 år, for å deretter synke og flate ut med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom de to yngste og mellom de to eldste aldersgruppene. Blant menn er andelen stabil mellom de to yngste aldersgruppene, øker så frem til aldersgruppen 50-59 år, og jevner seg deretter ut. En høyere andel kvinner enn menn oppgav at de i stor grad er påvirket grunnet helseproblemer i alle aldersgrupper, unntatt den eldste. Kjønnsforskjellen er tydeligst i aldersgruppene 40-49 og 50-59 år.

3.24 Korsryggssmerter siste 28 dager

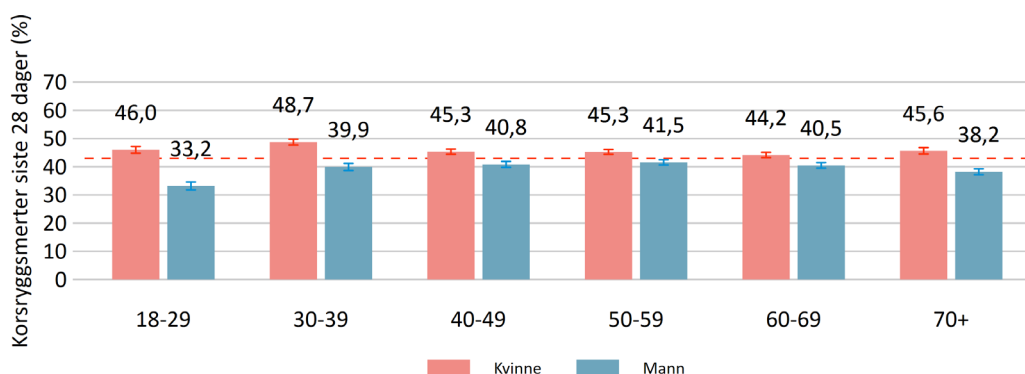
Totalt 108 380 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Korsryggssmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **43,0 %** (KI95%: 42,7-43,3). Andelen for kvinner var 45,7 % (n=59 668; KI95% 45,3-46,1) og andelen for menn var 39,6 % (n=48 712; KI95% 39,2-40,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 24A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 9 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen. Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Søndre Viken-regionen, Ringeriksregionen, Gardermoreregionen og Drammensregionen ligger tydeligst over fylkesgjennomsnittet, mens Folloregionen, etterfulgt av Asker og Bærum ligger noe under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardermoreregionene og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

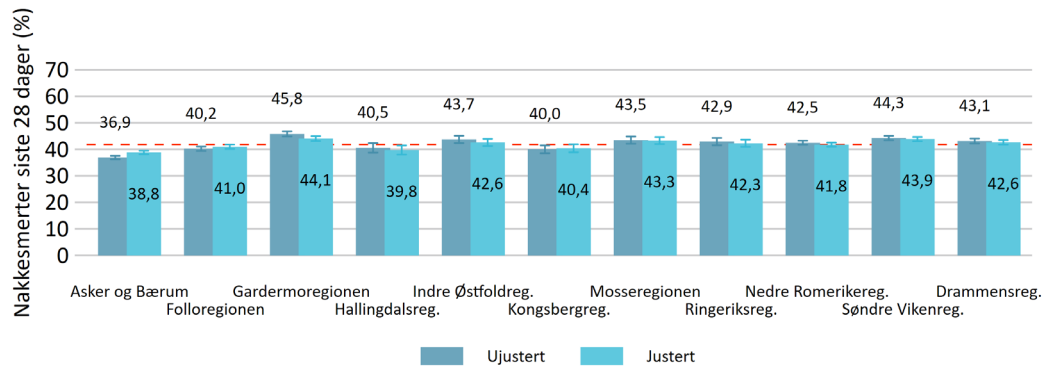
Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har korsryggsmerter, er 19,6 % (KI95% 19,4-19,8) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at 1 av 5 til enhver tid har korsryggsmerter blant utvalget i Viken. Andelen er litt høyere for kvinner (21,3 % [KI95% 21,0 – 21,6]) enn for menn (17,4 % [KI95% 17,2- 17,8]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet korsryggsmerter er omtrent halvparten så høy; nesten 1 av 10 (9,4 % [KI95% 9,3 – 9,5 %]) samlet i fylket har til enhver tid korsryggsmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter daglige rutiner. Andelen er 10,4 % (KI95% 10,2-10,6) for kvinner og 8,2 % (KI95% 8,0-8,4) for menn.

Figur 24B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager. Andelen som rapporterte korsryggsmerter, synker klart med økende utdanning blant både kvinner og menn. Forskjellene er statistisk sikre mellom de respektive utdanningsnivåene. Det er kjønnsforskjeller innen hvert utdanningsnivå, der en høyere andel kvinner enn menn oppgav korsryggsmerter siste 28 dager.

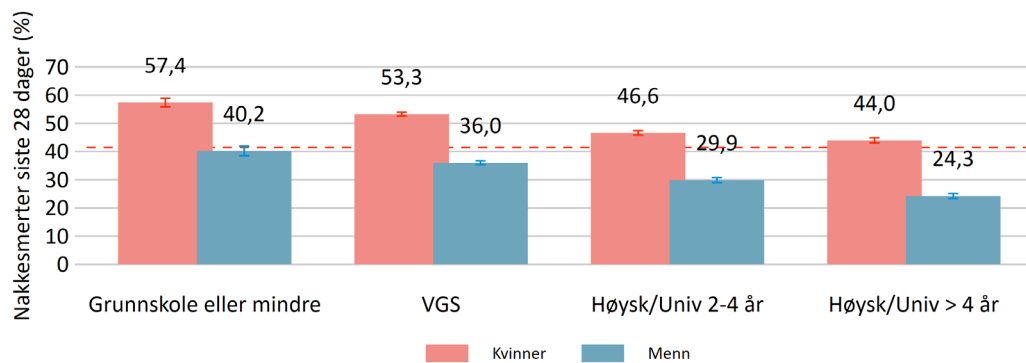
Figur 24C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager. Blant kvinner øker andelen som rapporterte korsryggsmerter svakt mellom de to yngste aldersgruppene, for å deretter synke og flate ut med økende alder. Vel og merke var det i aldergruppen 60-69 år lavest andel oppgav korsryggsmerter. En høyere andel oppgav korsryggsmerter i aldergruppen 30-39 år sammenlignet med de andre aldersgruppene. Blant menn øker andelen som rapporterte korsryggsmerter klart mellom de to yngste aldersgruppene, øker deretter svakt frem til 50-59 år, og synker så svakt med økende alder. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de to yngste aldersgruppene og de to eldste aldersgruppene. En høyere andel kvinner enn menn innen alle aldersgrupper oppgav korsryggsmerter siste 28 dager.

3.25 Nakkesmerter siste 28 dager

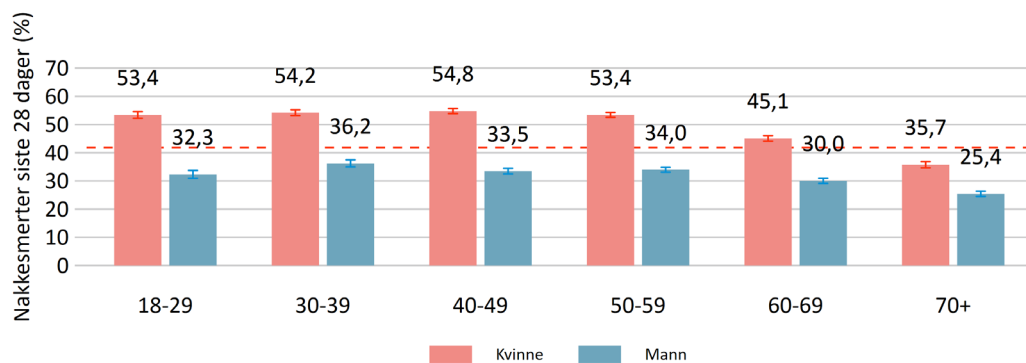
Totalt 108 317 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **41,8 %** (KI95%: 41,5-42,1). Andelen for kvinner var 50,0 % (n=59 616; KI95% 49,6-50,4) og andelen for menn var 31,7 % (n=48 701; KI95% 31,3-32,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 25A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 9 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujustert). Gardermoreregionen, etterfulgt av Søndre Viken-regionen, Indre Østfoldregionen og Mossregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Asker og Bærum ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardermoreregionene, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

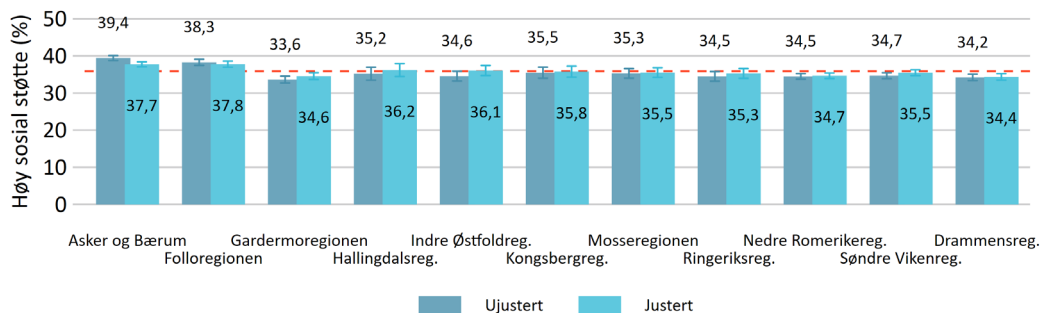
Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har nakkesmerter, er 19,5 % (KI95% 19,3- 19,7) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at 1 av 5 til enhver tid har nakkesmerter blant utvalget i Viken. Andelen er klart høyere for kvinner (24,3 % [KI95% 24,0- 24,6]) enn for menn (13,7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

Figur 25B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager. Andelen som oppgav nakkesmerter siste 28 dager synker betydelig med økende utdanningsnivå både blant kvinner og menn. En betydelig høyere andel kvinner enn menn innen hvert utdanningsnivå oppgav nakkesmerter siste 28 dager.

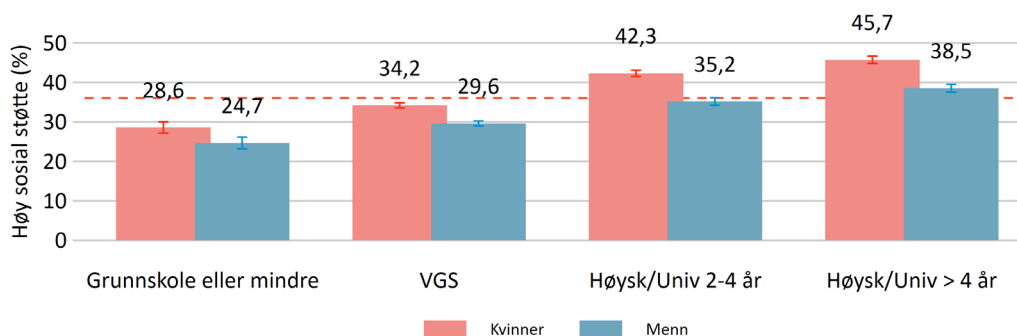
Figur 25C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager. Andelen kvinner som oppgav nakkesmerter siste 28 dager nokså stabil mellom frem til aldersgruppen 50-59 år, for siden å synke med økende alder. Over halvparten av alle kvinner oppgav nakkesmerter siste 28 dager mellom den yngste til aldersgruppen på 50-59 år. Blant menn øker andelen som oppgav nakkesmerter noe fra den yngste aldersgruppe til 30-39 år, for siden å synke med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 40-49 år og 50-59 år. En betydelig høyere andel kvinner enn menn innen hver aldersgruppe oppgav nakkesmerter siste 28 dager.

3.26 Høy sosial støtte

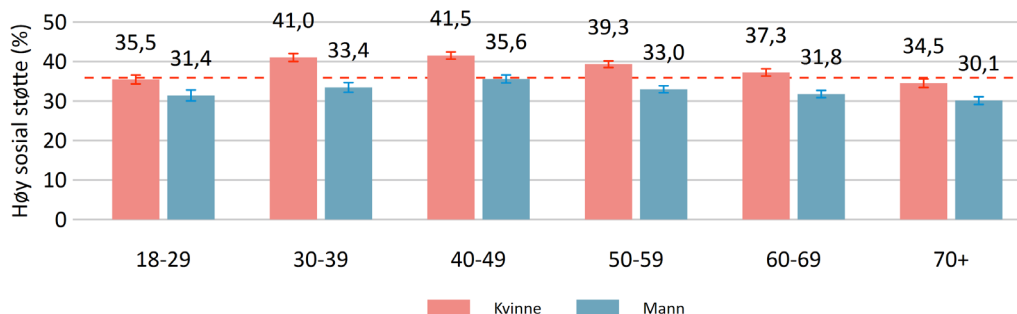
Totalt 107 947 deltakere av 108 738 (99,3 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen for hele utvalget var **35,9 %** (KI95%: 35,6-36,2). Andelen for kvinner var 38,6 % (n=59 408; KI95% 38,2-39,0) og andelen for menn var 32,6 % (n=48 539; KI95% 32,2-33,0).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

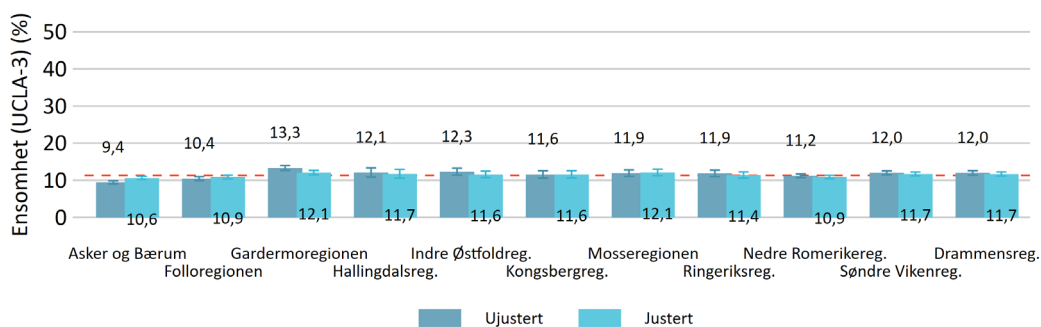
Figur 26A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte å oppleve høy sosial støtte. Det er litt variasjon på tvers av regionene, med omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger litt over fylkesgjennomsnittet, mens Drammensregionen, etterfulgt av Gardermoreregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardermoreregionen, Hallingsdalsregionen og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Separat justering for alder, kjønn og utdanning viser at det først og fremst er utdannings sammensetningen som forklarer en del av forskjellene mellom regionene.

Figur 26B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å oppleve høy sosial støtte. Andelene som opplever høy sosial støtte øker med økende utdanningsnivå både blant kvinner og menn. Det er statistisk sikre forskjeller mellom hvert utdanningsnivå for begge kjønn. Det er en kjønnsforskjell innen hvert utdanningsnivå, der en høyere andel kvinner enn menn oppgav høy sosial støtte.

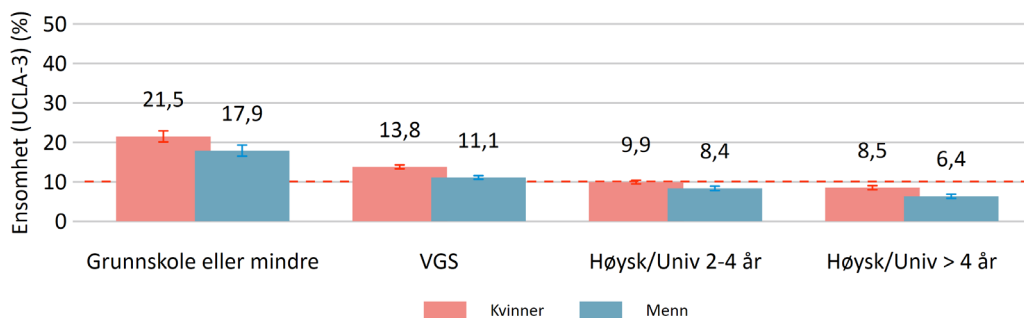
Figur 26C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at de opplever høy sosial støtte. Blant kvinner og menn kan man se en omvendt U-formet sammenheng mellom andel med høy sosial støtte og alder. Andelen høyest i aldersgruppen på 40-49 år og lavest i aldersgruppen 70 år og eldre for begge kjønn. Blant kvinner er det statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgrupper, unntatt mellom 30-39 år og 40-49 år. Blant menn er det statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppen frem til 50-59 år. En høyere andel kvinner enn menn oppgav høy sosial støtte innen alle aldersgruppene.

3.27 Ensomhet (UCLA-3)

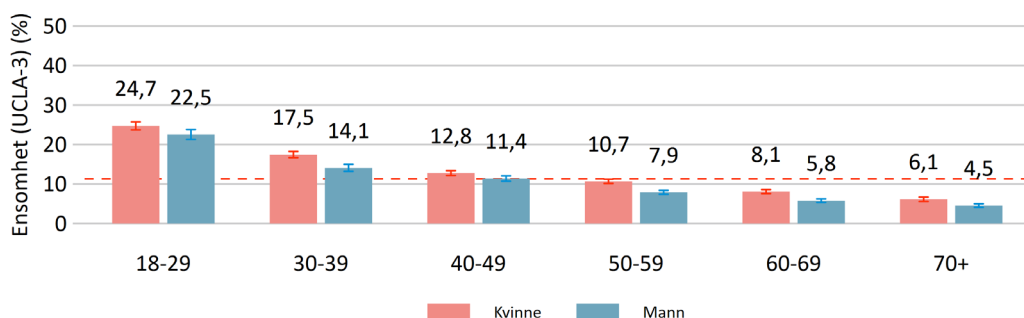
Totalt 108 113 deltakere av 108 738 (99,4 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen for hele utvalget var **11,3 %** (KI95%: 11,1-11,5). Andelen for kvinner var 12,7 % (n=59 530; KI95% 12,5-13,0) og andelen for menn var 9,6 % (n=48 583; KI95% 9,3- 9,9).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

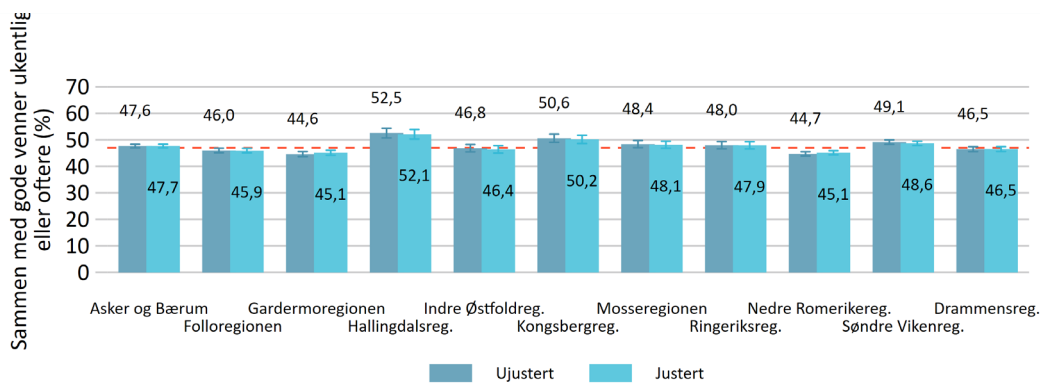
Figur 27A viser andelen ensomme, basert på UCLA-3-skalaen, samlet og på tvers av regionene i Viken. Det er nokså lite variasjon mellom regionene, med omtrent 4 prosentpoengs forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujustert). Gardemoreregionen ligger litt over fylkesgjennomsnittet, mens Asker og Bærum ligger litt under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardemoreregionen, og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 27B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte ensomhet (etter UCLA-3). Andelen ensomme synker klart med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de respektive utdanningsnivåene for begge kjønn. En høyere andel kvinner enn menn innen hver av utdanningsnivåene rapporterte ensomhet.

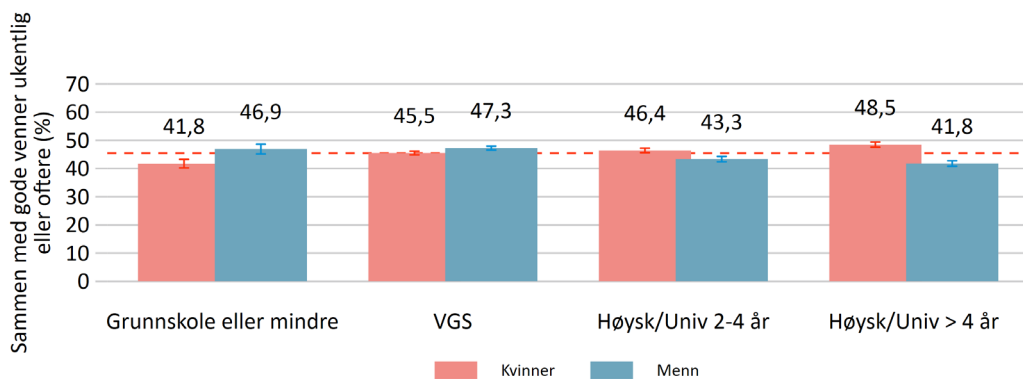
Figur 27C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte ensomhet (etter UCLA-3). Andelen ensomme synker betydelig med økende alder blant både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen 4 ganger så høy i den yngste sammenlignet med den eldste aldergruppe. Blant menn er det tilsvarende 5 ganger så høy andel ensomme i den yngste enn den eldste gruppen. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte ensomhet på innen aldersgruppene.

3.28 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

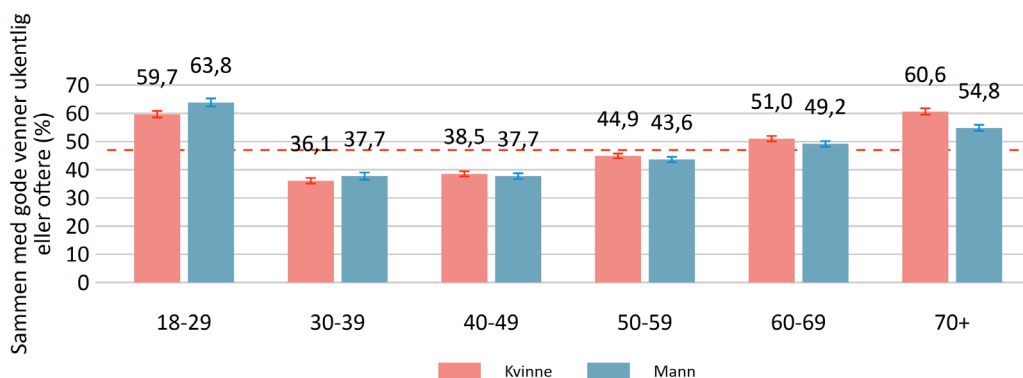
Totalt 108 172 deltakere av 108 738 (99,5 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **47,0 %** (KI95%: 46,7-47,3). Andelen for kvinner var 47,1 % (n=59 546; KI95% 46,7-47,6) og andelen for menn var 46,8 % (n=48 626; KI95% 46,3-47,2).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

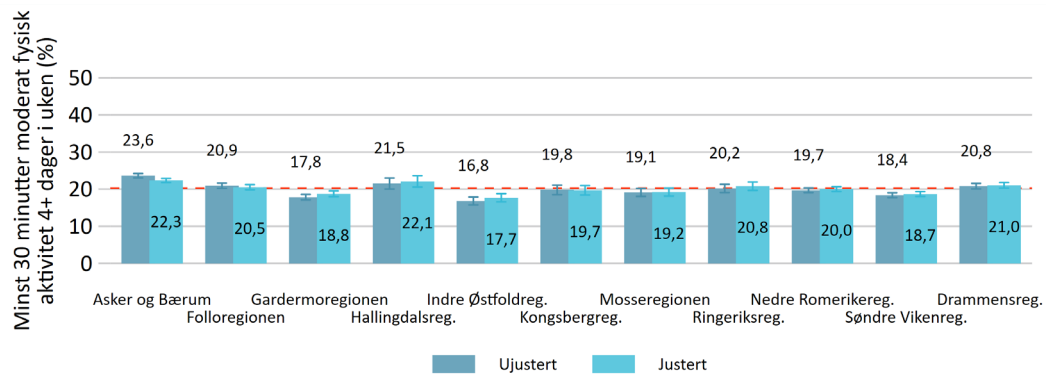
Figur 28A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 8 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Hallingsdalsregionen, etterfulgt av Kongsbergregionen og Søndre Viken-regionen ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Nedre Romerike, etterfulgt av Gardermoreregionen ligger litt under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 28B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant kvinner øker andelen svakt med økende utdanningsnivå. En lavere andel med grunnskole og en høyere andel med høyskole eller universitet mer enn 4 år, sammenlignet med de øvrige utdanningsnivåene, oppgav å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant menn er andelen stabil mellom de to laveste utdanningsnivåene, for deretter å synke med økende utdanningsnivå. Forskjellen i andel som oppgav å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere er statistisk sikker etter VGS og påfølgende utdanningsnivå. En høyere andel menn enn kvinner oppgav å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere innen de to laveste utdanningsnivåene, mens andelen er høyere blant kvinner enn menn innen de to høyeste utdanningsnivåene.

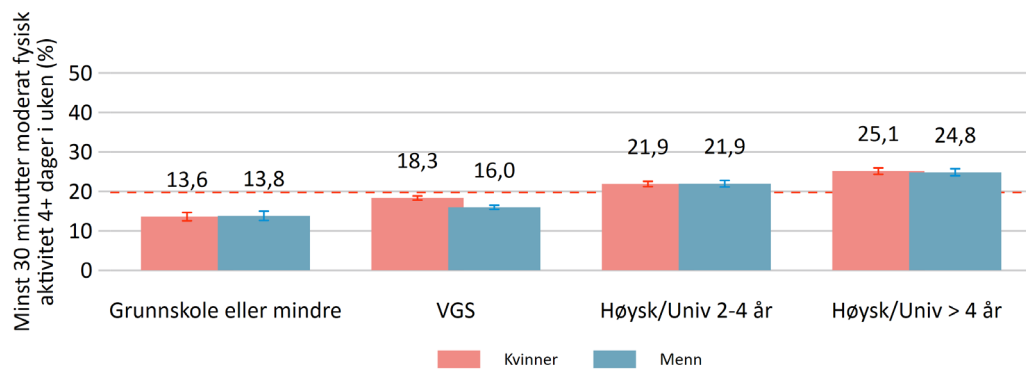
Figur 28C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant både kvinner og menn ser vi en U-formet alderstrend, der andelen er høyest i den yngste og de eldste aldersgruppene og lavest blant 30-39 åringer (30-39 år og 40-49 år blant menn). Blant kvinner er andelen omtrent like høy i den yngste og eldste aldersgruppen, mens blant menn er den høyest i den yngste. Det er statistisk sikre forskjeller mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år blant menn. En høyere andel menn enn kvinner oppgav å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere i de to yngste aldersgruppene, mens andelen er høyere blant kvinner enn menn fra 50-59 år og de påfølgende aldersgruppene.

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

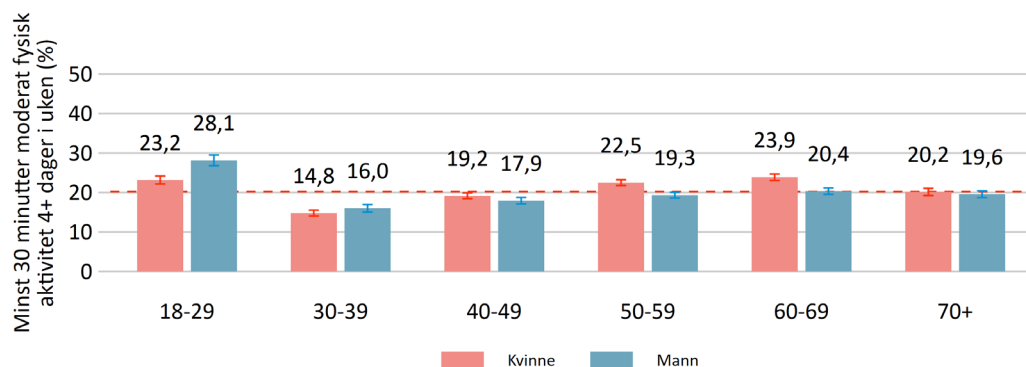
Totalt 107 047 deltakere av 108 738 (98,4 %) hadde gyldig svar på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. Andelen for hele utvalget var **20,3 %** (KI95%: 20,0-20,5). Andelen for kvinner var 20,7 % (n=58 814; KI95% 20,4-21,0) og andelen for menn var 19,7 % (n=48 233; KI95% 19,4-20,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

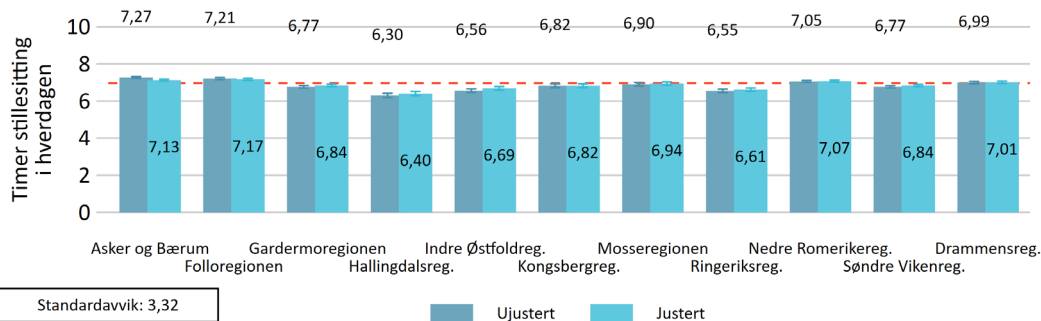
Figur 29A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken («fysisk aktive»). Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste den laveste andelen (ujusterte verdier). Asker og Bærum ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Søndre Viken-regionen, etterfulgt av Gardemoreregionen og Indre Østfoldregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall. I Asker og Bærum, Gardemoreregionen og Indre Østfoldregionen der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 29B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. Blant kvinner og menn øker andelen med økende utdanningsnivå. Forskjellene i andel er statistisk sikre mellom de påfølgende utdanningsnivåene for begge kjønn. Det er en høyere andel kvinner enn menn «fysisk aktive» blant de med VGS som høyeste fullførte utdanning. I de øvrige utdanningsgruppene var det ingen klar kjønnsforskjell.

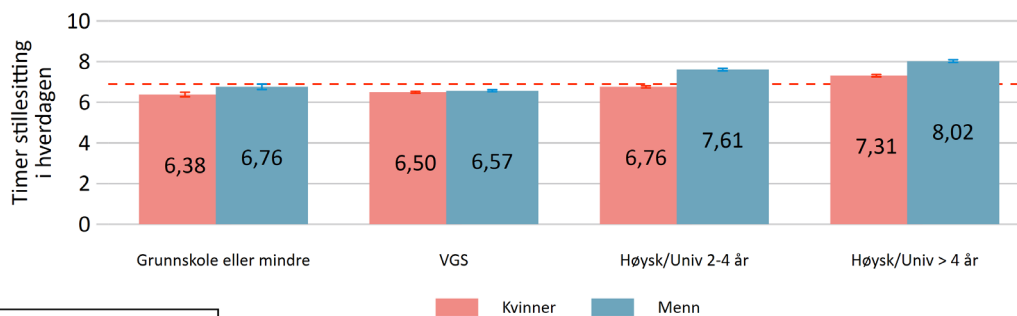
Figur 29C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken. Andelen varierer noe uregelmessig over alder blant for begge kjønn. Blant både kvinner og menn synker andelen mellom den yngste aldersgruppen og 30-39 år, for siden å øke frem til 60-69 år, men er litt lavere igjen i den eldste aldersgruppen. Forskjellene mellom påfølgende aldersgrupper er statistiske sikre, unntatt mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år. En høyere andel menn enn kvinner er «fysisk aktive» i de to yngste aldersgruppene. Motsatt er andelen noe høyere blant kvinner enn menn i aldersgruppene mellom 40 og 69 år.

3.30 Timer stillesitting i hverdagen

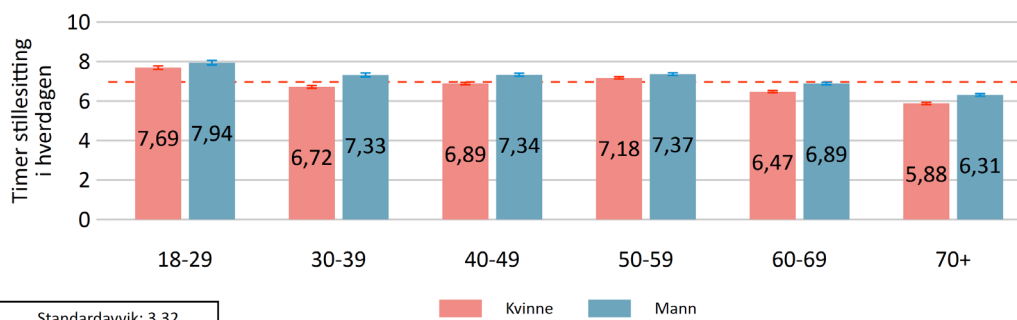
Totalt 103 244 deltakere av 108738 (94,9 %) hadde gyldig svar på Timer stillesitting i hverdagen. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,97** (KI95%: 6,95-6,99). Gjennomsnittet for kvinner var 6,83 (n=56 523; KI95% 6,80-6,86) og gjennomsnittet for menn var 7,13 (n=46 721; KI95% 7,10-7,16).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 30A viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen, samlet og på tvers av regioner i Viken. Det er stort sett lite variasjon mellom de fleste av regionene. Samtidig er det 58 minutter forskjell i rapportert gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen mellom regionen det høyeste og det laveste gjennomsnittet. Denne forskjellen tilsvarer en effektstørrelse (Cohens d) på 0,29 (middels effektstørrelse). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Indre Østfoldregionen etterfulgt av Ringeriksregionen og Hallingsdalsregionen ligger under. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

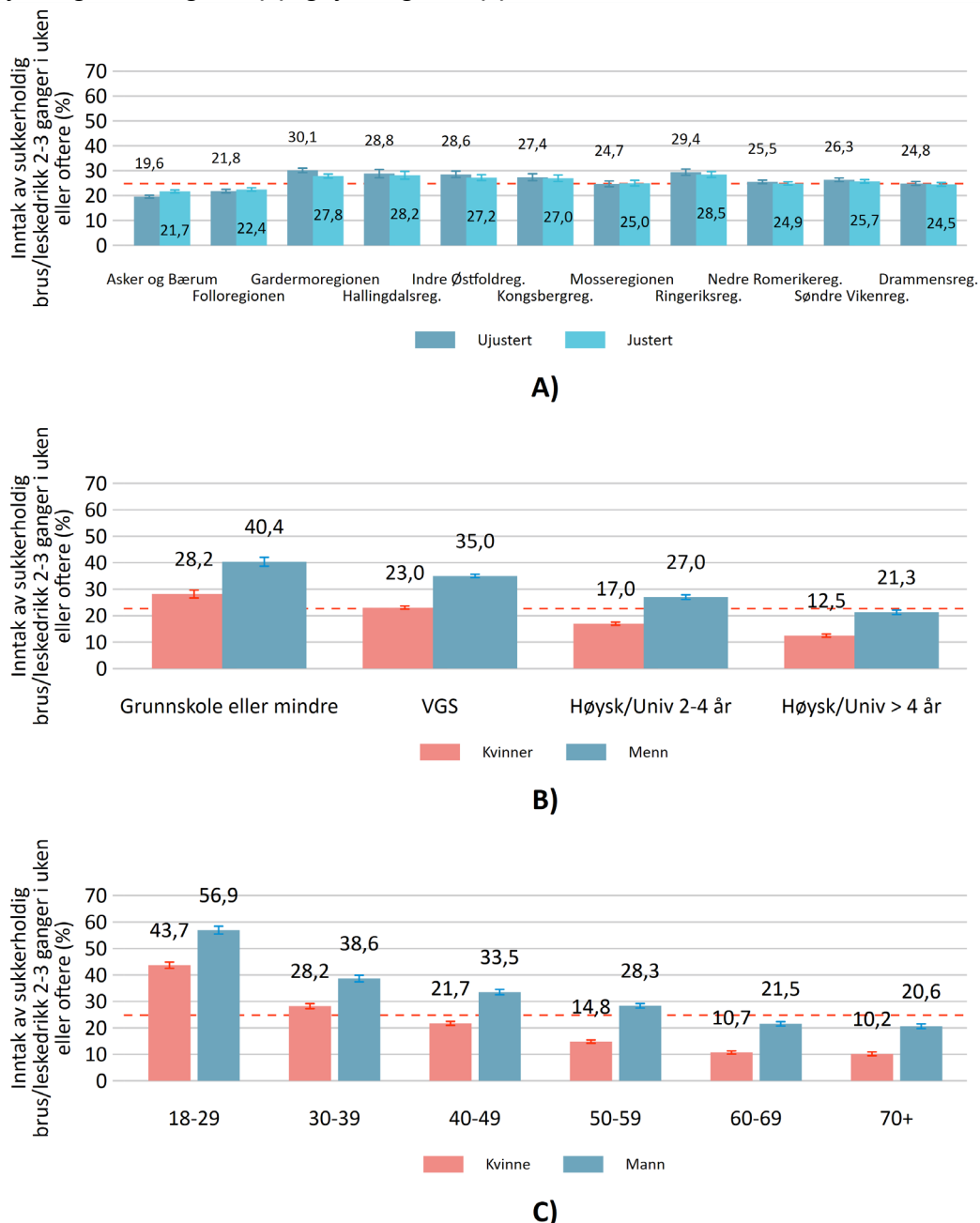
Figur 30B viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er gjennomsnittet stabilt mellom grunnskole og VGS, for deretter å øke med utdanningslengde. Forskjellen i gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen fra VGS og de påfølgende utdanningsnivåene er statistisk sikker. Blant menn synker gjennomsnittlig antall timer stillesitting noe mellom grunnskole og VGS, for deretter å øke med økende utdanningsnivå. Forskjellene mellom de respektive utdanningsnivåene er statistisk sikker. Gjennomsnittlig antall timer stillesitting er høyere blant menn enn kvinner i alle utdanningsgrupper, unntatt blant gruppen med VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 30C viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og alder. Andelen varierer noe uregelmessig med alder blant både kvinner og menn. Blant kvinner synker først andelen mellom de to yngste aldersgruppene, for så å øke frem til 50-59 år, og deretter å synke igjen med økende alder. Forskjellene mellom påfølgende aldersgrupper er statistisk sikker. Blant menn synker først andelen mellom de to yngste aldersgruppene, er relativt stabil mellom aldersgruppene mellom 30 og 59 år, for deretter å synke med økende alder. Forskjellene mellom påfølgende aldersgrupper er statistisk sikker, unntatt mellom de aldersgruppene mellom 30 og 59 år. Gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen er høyere blant menn enn kvinner innen alle aldersgrupper.

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

Totalt 108 389 deltakere av 108738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **24,8 %** (KI95%: 24,5-25,1). Andelen for kvinner var 20,3 % (n=59 676; KI95% 19,9-20,6) og andelen for menn var 30,4 % (n=48 713; KI95% 29,9-30,8).

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



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

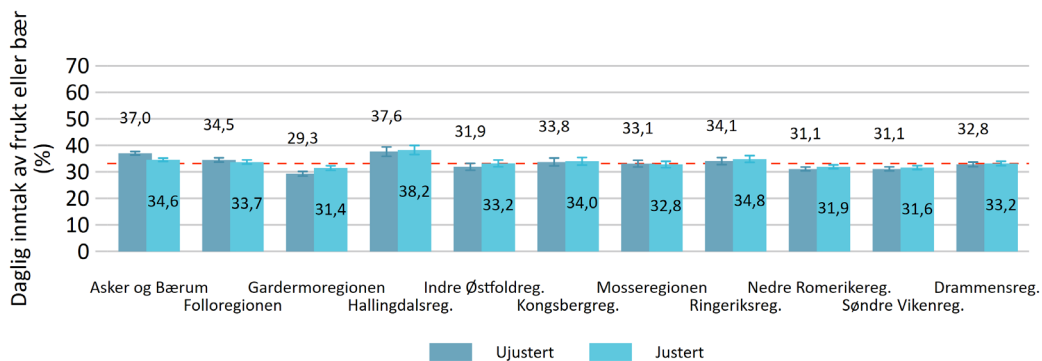
Figur 31A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er variasjon mellom regionene, med omtrent 11 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujusterte verdier). Gardemoreregionen, etterfulgt av Ringeriksregionen, Hallingsdalsregionen, Indre Østfoldregionen og Kongsbergsregionen ligger tydeligst over fylkesgjennomsnittet. Folloregionen, etterfulgt av Asker og Bærum ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i flere regioner, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 31B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant både kvinner og menn er det en klar og statistisk sikker nedgang i inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk med økende utdanningsnivå. En klart høyere andel menn enn kvinner oppgav å drikke sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere innen utdanningsnivåene.

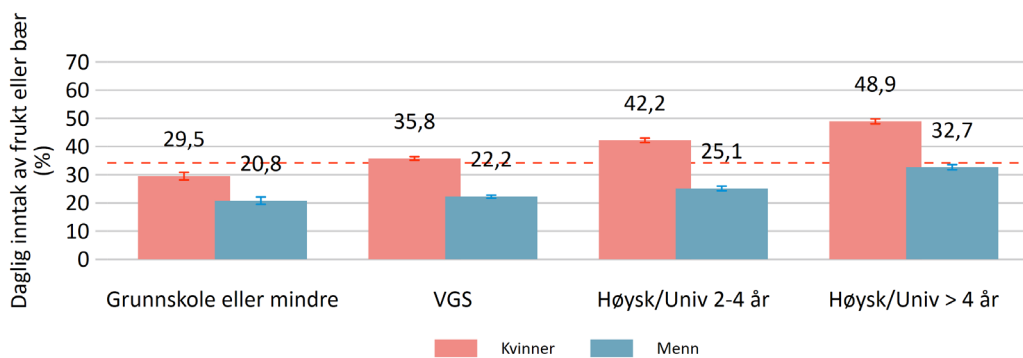
Figur 31C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, om rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant både kvinner og menn sees en klar alderstrend, der inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk synker med alderen. Ett unntak er mellom de to eldste aldersgruppene, der det ikke er noen betydelig forskjell i andel. En klart høyere andel menn enn kvinner oppgav å drikke sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere innen aldersgruppene.

3.32 Daglig inntak av frukt eller bær

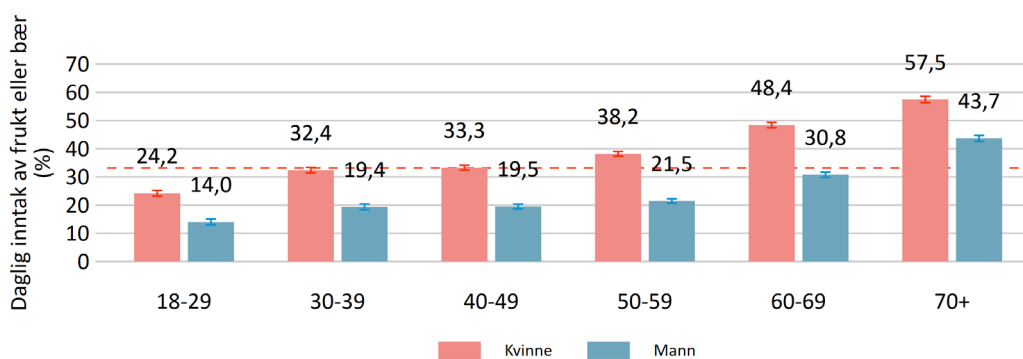
Totalt 108 375 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av frukt eller bær. Andelen for hele utvalget var **33,2 %** (KI95%: 32,9-33,4). Andelen for kvinner var 39,0 % (n=59 661; KI95% 38,6-39,4) og andelen for menn var 26,0 % (n=48 714; KI95% 25,6-26,4).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

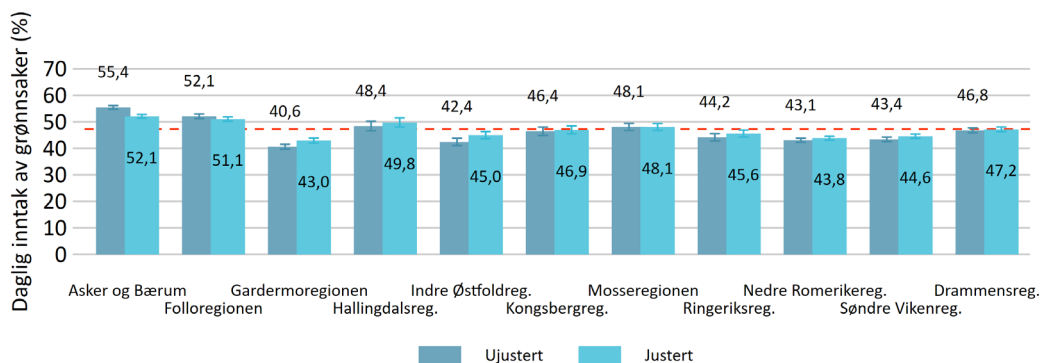
Figur 32A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 8 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujusterte tall). Hallingsdalsregionen, etterfulgt av Asker og Bærum og Folloregionen ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Nedre Romerike og Søndre Viken-regionen etterfulgt av Gardermoreregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er noe variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardermoreregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 32B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. Blant både kvinner og menn er det en økning i daglig inntak av frukt eller bær med økende utdanningsnivå. Blant kvinner er forskjellen statistisk sikker mellom hvert utdanningsnivå. Blant menn er forskjellen statistisk sikker mellom hvert utdanningsnivå, unntatt mellom de med grunnskole og VGS som høyeste fullførte utdanning. En høyere andel kvinner enn menn oppgav daglig inntak av frukt eller bær på innen alle utdanningsnivå.

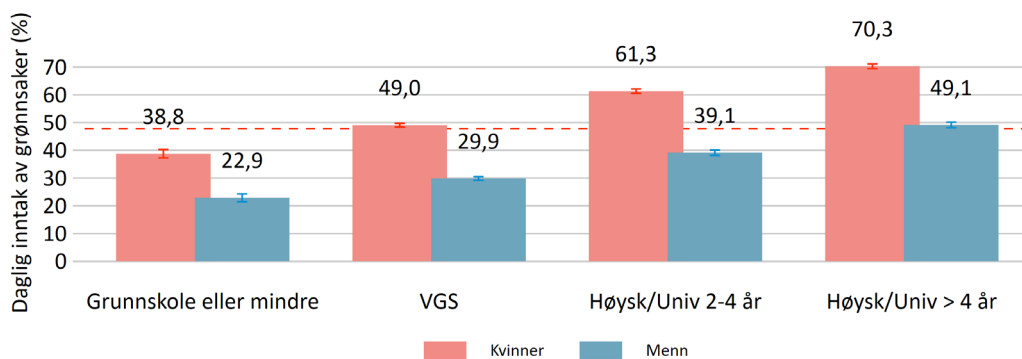
Figur 32 C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. Blant både kvinner og menn er det en økning i daglig inntak av frukt eller bær med økende alder. Blant kvinner er forskjellene i andel statistisk sikre mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 30-39 år og 40-49 år. Blant menn er forskjellene i andel statistisk sikre mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 40-49 år og 50-59 år. En høyere andel kvinner enn menn oppgav daglig inntak av frukt eller bær innen alle aldersgrupper.

3.33 Daglig inntak av grønnsaker

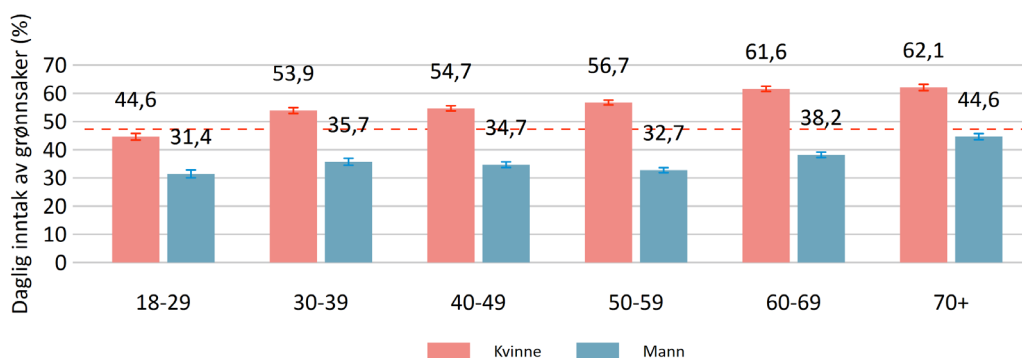
Totalt 108 375 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **47,3 %** (KI95%: 47,0-47,6). Andelen for kvinner var 56,0 % (n=59 671; KI95% 55,6-56,4) og andelen for menn var 36,5 % (n=48 704; KI95% 36,1-37,0).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

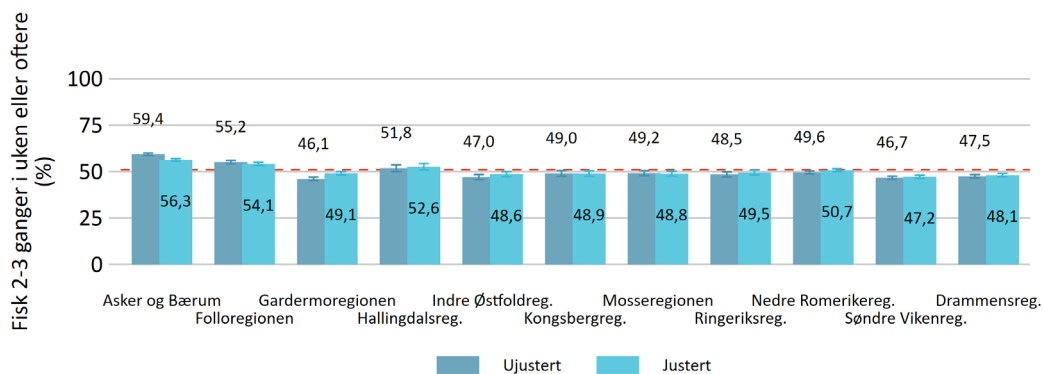
Figur 33A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte daglig inntak av grønnsaker. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 15 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og den laveste andelen (ujusterte tall). Akser og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Ringeriksregionen, etterfulgt av Søndre Viken-regionen, Nedre Romerike, Indre Østfoldregionen og Gardemoreregionen ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardemoreregionen og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. I Hallingsdalsregionen er den justerte andelen lengre fra fylkesgjennomsnittet.

Figur 33B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig inntak av grønnsaker. Blant både kvinner og menn er det en klar økning i daglig inntak av grønnsaker med økende utdanningsnivå. Forskjellene er statistisk sikre mellom hvert av utdanningsnivåene. En klart høyere andel kvinner enn menn oppgav daglig inntak av grønnsaker på tvers av utdanningsnivå.

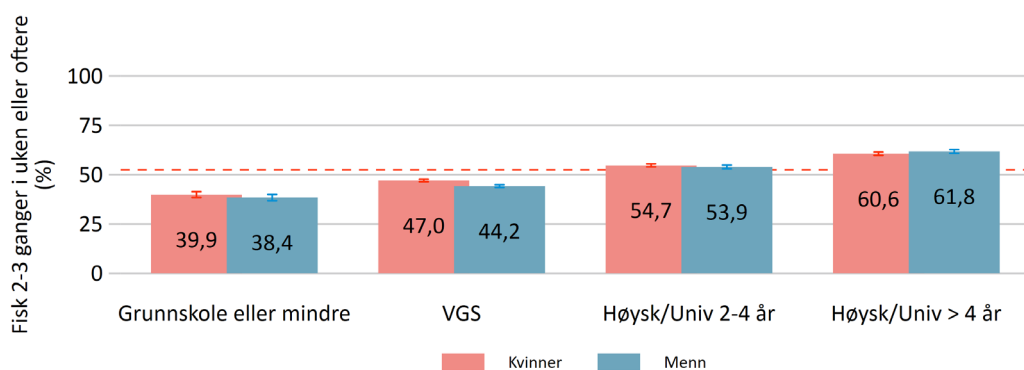
Figur 33C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig inntak av grønnsaker. Blant kvinner det en klar alderstrend, der andel med daglig inntak av grønnsaker øker med økende alder. Forskjellene mellom de påfølgende aldersgruppene er statistisk sikre. Blant menn er det mindre variasjon over aldersgrupper. Først i de to eldste aldersgruppene er det en klar økning i andel som rapporterte daglig inntak av grønnsaker med økende alder. En klart høyere andel kvinner enn menn oppgav daglig inntak av grønnsaker på tvers av aldersgrupper.

3.34 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

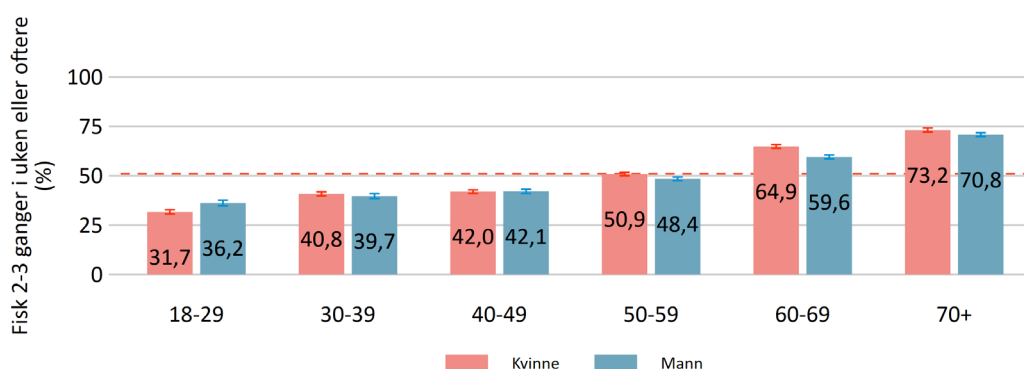
Totalt 108 410 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **51,0 %** (KI95%: 50,7-51,3). Andelen for kvinner var 50,7 % (n=59 682; KI95% 50,3-51,1) og andelen for menn var 51,4 % (n=48 728; KI95% 50,9-51,8).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

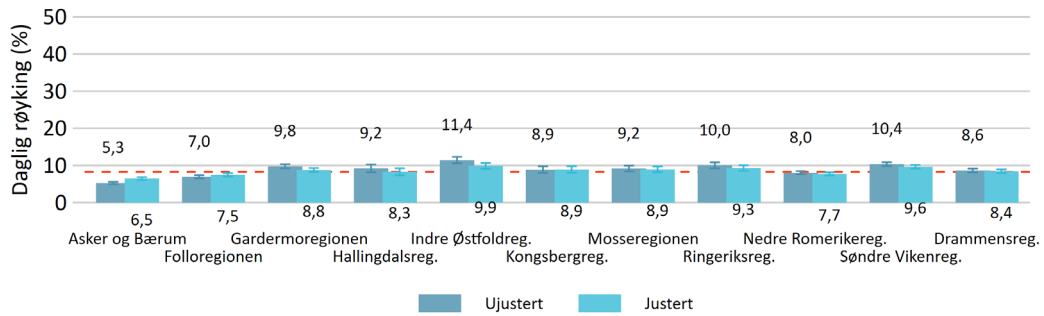
Figur 34A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er en del variasjon mellom regionene, med omtrent 13 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Søndre Viken-regionen, etterfulgt av Gardemoreregionen ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoreregionen der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 34B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen øker med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom utdanningsnivåene. En høyere andel kvinner enn menn oppgav å spise fisk 2-3 i uken eller oftere blant dem med VGS som høyeste utførte utdanningsnivå. Innad i de øvrige utdanningsgruppene var det ingen klar kjønnsforskjell.

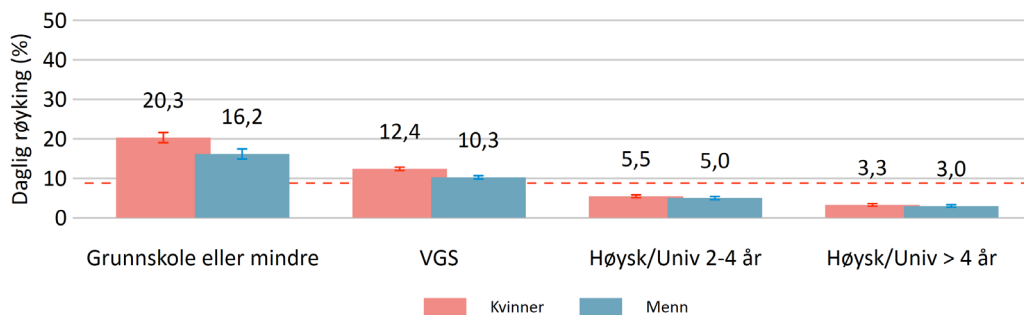
Figur 34C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelene øker med høyere alder blant både kvinner og menn. Blant kvinner er forskjellene i andel statistisk sikre mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år. Blant menn er forskjellene i andel statistisk sikre mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år. I den yngste aldersgruppen oppgav en høyere andel menn enn kvinner å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Motsatt var andelen høyere blant kvinner enn menn i de tre eldste aldersgruppene.

3.35 Daglig røyking

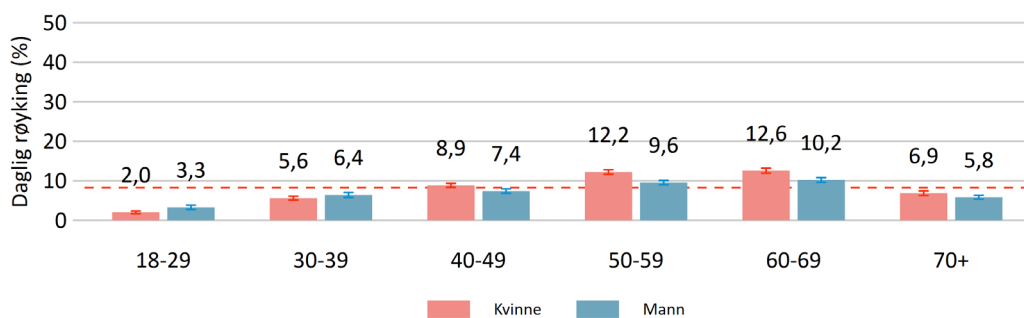
Totalt 108 261 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **8,3 %** (KI95%: 8,1- 8,4). Andelen for kvinner var 8,7 % (n=59 624; KI95% 8,5- 9,0) og andelen for menn var 7,7 % (n=48 637; KI95% 7,5- 7,9).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

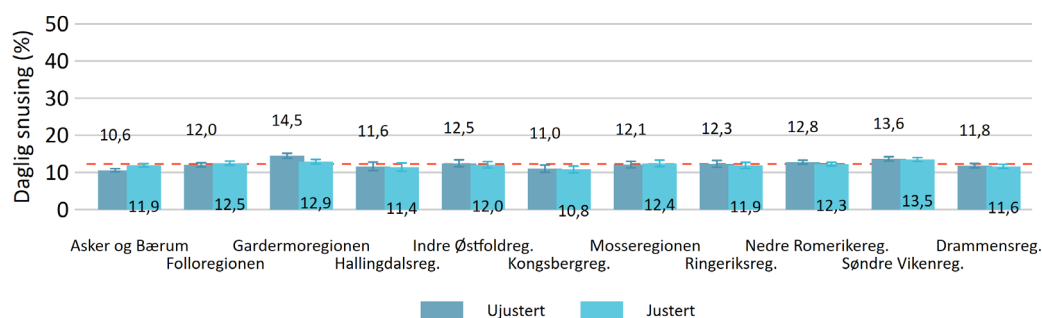
Figur 35A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte daglig røyking. Det er stort sett lite variasjon mellom de fleste regionene. Samtidig er det omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste (Indre Østfoldregionen 11,4 %) og laveste (Asker og Bærum, 5,3 %) andelen (ujusterte tall). Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Søndre Viken-regionen, Ringeriksregionen og Gardemoreregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Folloregionen, etterfulgt av Asker og Bærum ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er variasjon mellom ujusterte og justerte tall i flere regioner, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 35B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig røyking. Andelen som røyker daglig synker betydelig med utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Andelen som oppgav daglig røyking er over seks ganger høyere blant kvinner og over fem ganger høyere blant menn i gruppen med lavest fullførte utdanningsnivå sammenlignet med gruppen med høyeste fullførte utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn oppgav daglig røyking i de to laveste utdanningsnivåene.

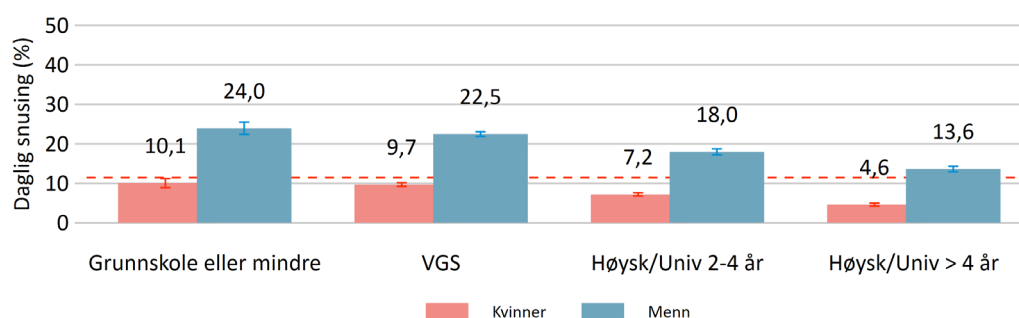
Figur 35C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig røyking. For både menn og kvinner sees en omvendt U-formet alderstrend. Andelen som rapporterte daglig røyking øker frem til 60-69 år, for deretter å synke. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell i andelen som oppgav daglig røyking mellom de påfølgende aldersgruppene. Også blant menn er forskjellene statistisk sikre mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år. En høyere andel menn enn kvinner oppgav daglig røyking i de to yngste aldersgruppene, mens andelen var høyere blant kvinner enn menn i de øvrige aldersgruppene.

3.36 Daglig snusing

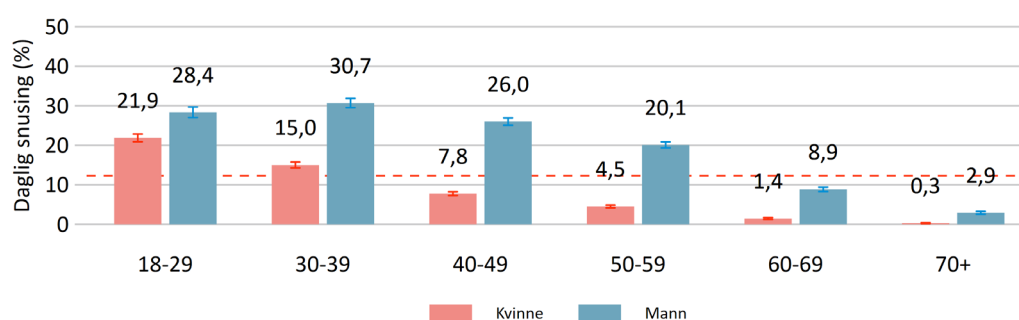
Totalt 108 310 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **12,3 %** (KI95%: 12,1-12,5). Andelen for kvinner var 7,7 % (n=59 604; KI95% 7,5- 7,9) og andelen for menn var 17,9 % (n=48 706; KI95% 17,5-18,2).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

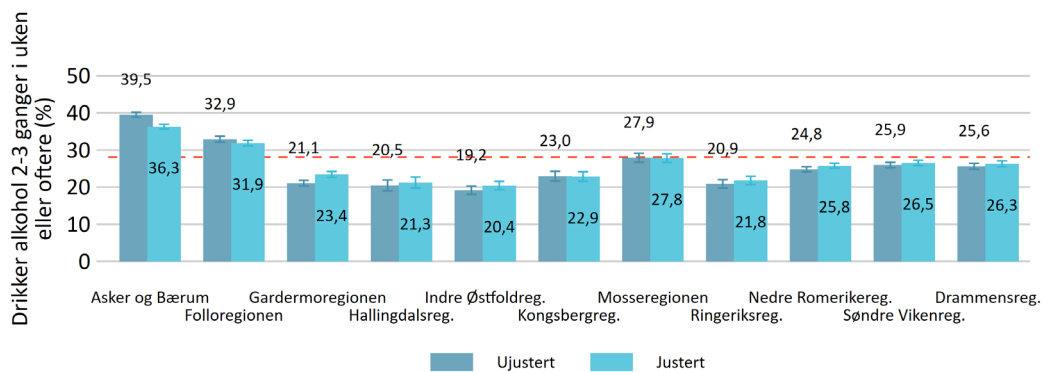
Figur 36A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte daglig snusing. Det er lite variasjon mellom regionene, med kun omtrent 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Gardemoregionen ligger over fylkesgjennomsnittet, mens Asker og Bærum ligger under. Det er variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoregionen der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 36B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig snusing. Blant både kvinner og menn synker andelen som rapporterte daglig snusing med økende utdanningsnivå. Forskjellene i andel er statistisk sikre mellom utdanningsnivåene for begge kjønn, unntatt de med grunnskole og VGS som høyeste fullførte utdanningsnivå. En høyere andel menn enn kvinner innen hvert utdanningsnivå oppgav daglig snusing.

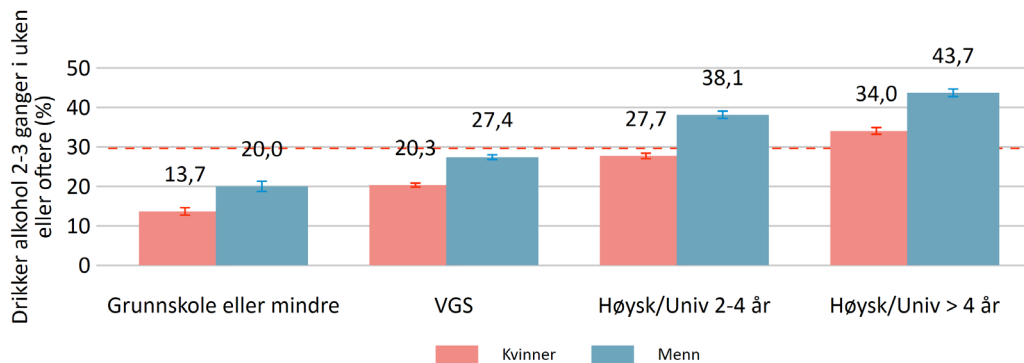
Figur 36C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig snusing. Blant kvinner synker andelen som rapporterte daglig snusing jevnt med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell i daglig snusing mellom de respektive påfølgende aldersgruppene. Blant menn øker daglig snusing mellom 18-29 år og 30-39 år, for deretter å synke med økende alder. Det er det en statistisk sikker forskjell i daglig snusing mellom de påfølgende aldersgruppene. En høyere andel menn enn kvinner oppgav daglig snusing innen alle aldersgrupper. Denne kjønnsforskjellen er særlig uttalt fra aldersgruppene 30-39 år og eldre.

3.37 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

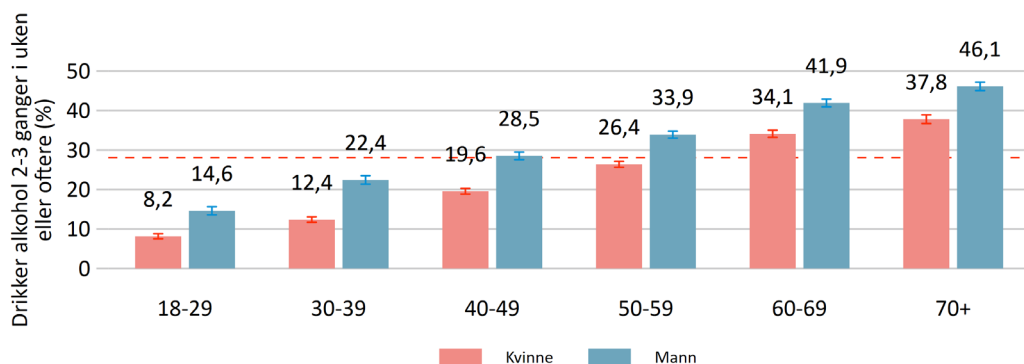
Totalt 108 276 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **28,1 %** (KI95%: 27,8-28,4). Andelen for kvinner var 23,6 % (n=59 632; KI95% 23,3-24,0) og andelen for menn var 33,6 % (n=48 644; KI95% 33,2-34,0).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

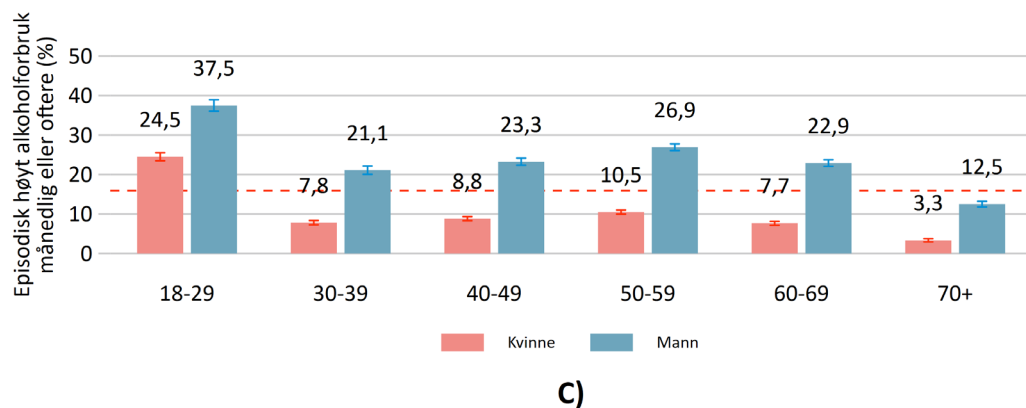
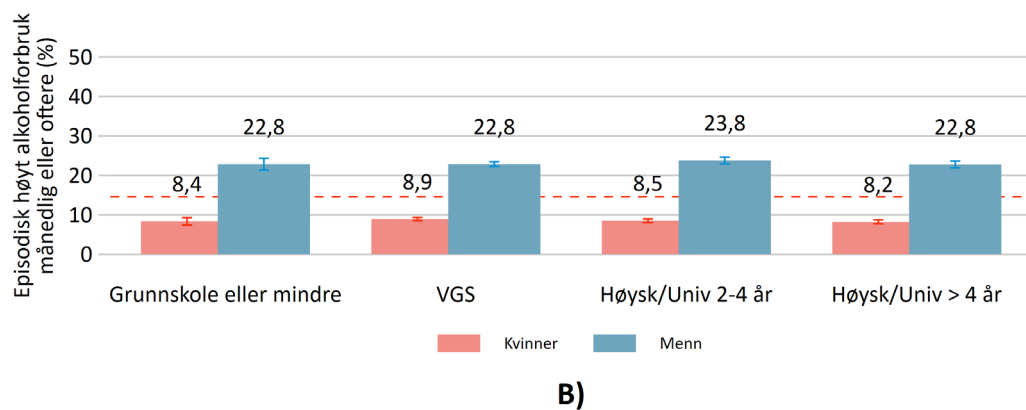
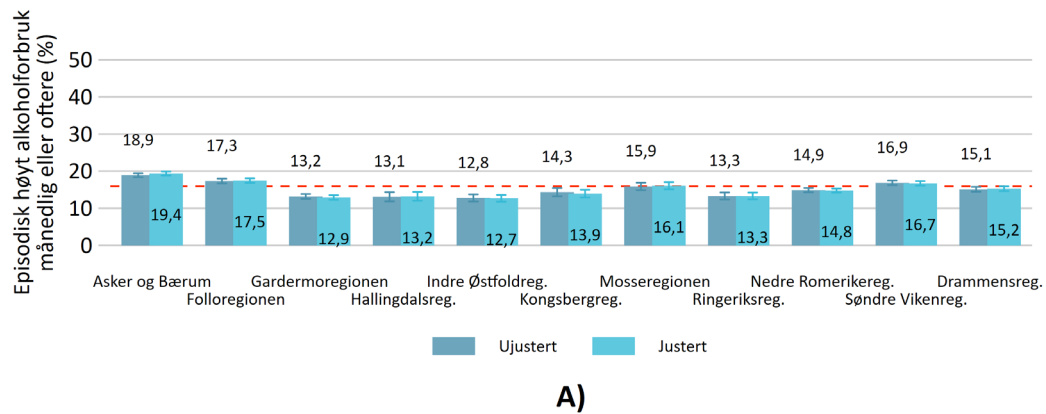
Figur 37A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Det er betydelig variasjon mellom regionene, med omtrent 20 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger betydelig over fylkesgjennomsnittet. Kongsbergregionen, Gardemoreregionen, Ringeriksregionen, Hallingsdalsregionen og Indre Østfoldregionen ligger klart lavere enn fylkesgjennomsnittet. Det er en betydelig variasjon mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoreregionen, og noe variasjon i flere andre regioner i Viken, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Separat justering for alder, kjønn og utdanning viser at det først og fremst er utdanningssammensetningen som forklarer en del av forskjellene mellom regionene. Dessuten viser det seg at aldersfordelingene i Asker og Bærum og i Gardemoreregionen skiller seg en del fra de øvrige regionene og bidrar til å forklare noen forskjeller mellom regioner.

Figur 37B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant både kvinner og menn øker andelen betydelig med økt utdanningsnivå. Forskjellene er statistisk sikre mellom utdanningsnivåene. Forskjellen i andel mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er omtrent 20 prosentpoeng for begge kjønn. En klart høyere andel menn enn kvinner innen hvert utdanningsnivå rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

Figur 37C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen øker med stigende alder. Det er omtrent 30 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og laveste andelen blant både kvinner og menn. Forskjell i andel til påfølgende aldersgruppe er statistisk sikker blant både kvinner og menn. En klart høyere andel kvinner enn menn innen hver aldersgruppe oppgav å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

3.38 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Totalt 108 074 deltakere av 108 738 (99,4 %) hadde gyldig svar på Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **15,9 %** (KI95%: 15,7-16,1). Andelen for kvinner var 10,0 % (n=59 500; KI95% 9,7-10,2) og andelen for menn var 23,2 % (n=48 574; KI95% 22,8-23,6).



Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

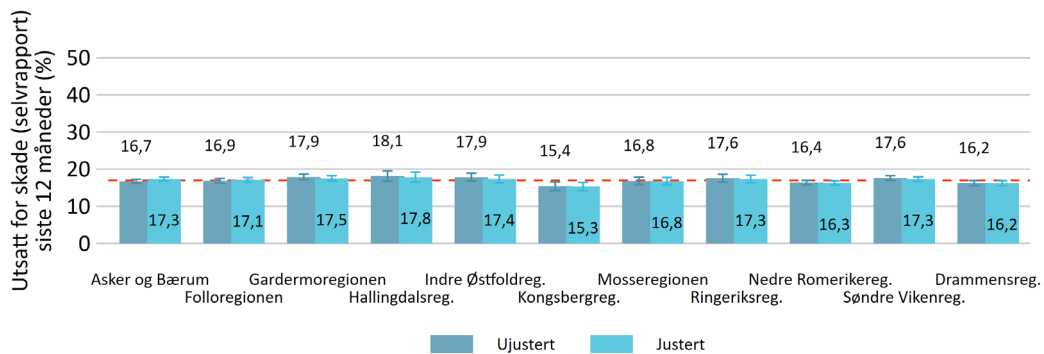
Figur 38A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen og Søndre Viken-regionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Ringeriksregionen, Gardemoregionen, Hallingsdalsregionen og Indre Østfoldregionen ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 38B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen er temmelig stabil på tvers av utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det omtrent 0,7 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste (VGS) og laveste (høyskole/universitet mer enn 4 år) andelen. Blant menn er det omtrent 1 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste (høyskole/universitet mellom 2-4 år) og laveste (de øvrige utdanningsnivåene). En klart høyere andel menn enn kvinner innen hvert utdanningsnivå oppgav episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere.

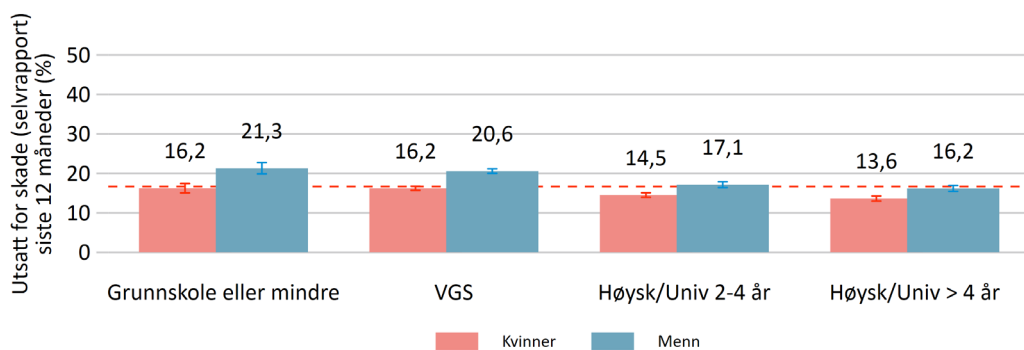
Figur 38C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Blant både kvinner og menn synker andelen noe uregelmessig med økende alder. Andelen med episodisk høyt alkoholforbruk er klart høyest i den yngste aldersgruppen (18-29 år). Andelen øker noe igjen fra aldersgruppen 30-39 til 59-59 år, for siden å synke med økende alder. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene og 25 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og lavest andel. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 30-39 år og 40-49 år, og omtrent 21 prosentpoeng forskjell mellom den høyeste og laveste andel. En høyere andel menn enn kvinner innen hver aldergruppe oppgav episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere.

3.39 Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder

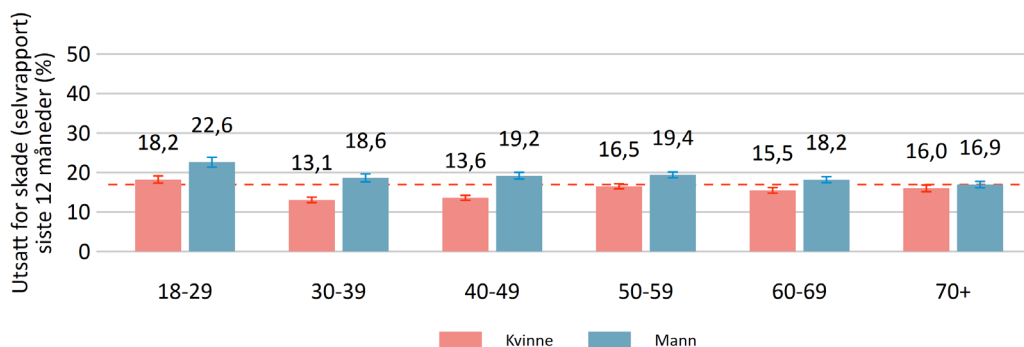
Totalt 108 178 deltakere av 108 738 (99,5 %) hadde gyldig svar på Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder. Andelen for hele utvalget var **17,0 %** (KI95%: 16,7-17,2). Andelen for kvinner var 15,4 % (n=59 529; KI95% 15,1-15,7) og andelen for menn var 18,9 % (n=48 649; KI95% 18,5-19,2).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

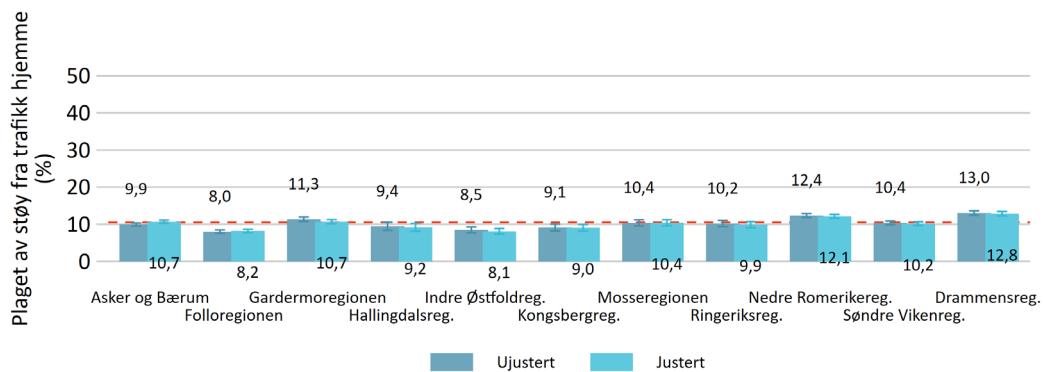
Figur 39A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som blitt utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 måneder. Det er lite variasjon mellom regionene, med omtrent 3 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Regionene ligger enten på eller grensesignifikant rundt fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 39B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som blitt utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 måneder. Andelen er høyest blant de med grunnskole og VGS og lavest blant de gruppene med høyskole/og universitet som høyest fullførte utdanning for begge kjønn. Forskjellene mellom de to laveste utdanningsnivåene og de to høyeste er statistisk sikre. En høyere andel menn enn kvinner innen hvert utdanningsnivå rapporterte å være utsatt for skade siste 12 måneder.

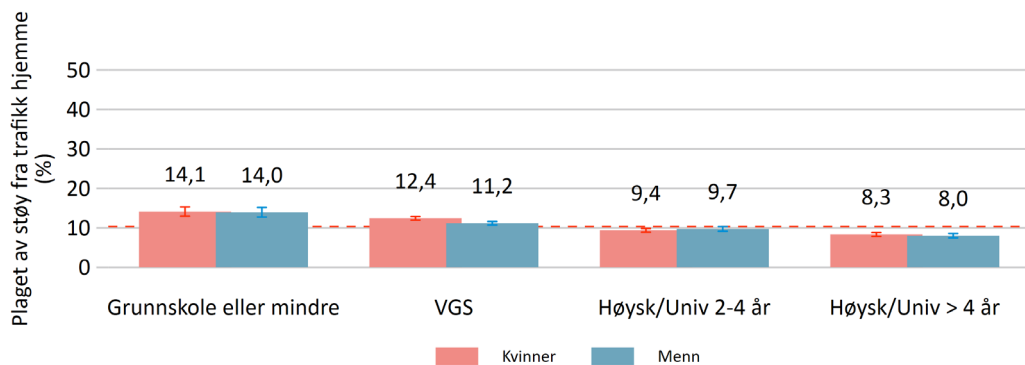
Figur 39C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som er blitt utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 måneder. Blant kvinner er forholdet mellom aldersgruppe og å bli utsatt for skade noe uregelmessig. Andelen synker og flater ut mellom den yngste aldersgruppen til og med aldersgruppen på 40-49 år, for deretter å øke litt i aldersgruppen 50-59 år og flate ut med økende alder. Forskjellen mellom den yngste og de øvrige aldersgruppene, og aldersgruppene 30 til 49 mot de øvrige, er statistiske sikre. Blant menn synker andelen som blitt utsatt for skade svakt og noe uregelmessig med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 30-39 år og 40-49 år og mellom 40-49 og 50-59 år. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte å ha blitt utsatt for skade siste 12 måneder innen aldersgruppene, unntatt den eldste.

3.40 Plaget av støy fra trafikk hjemme

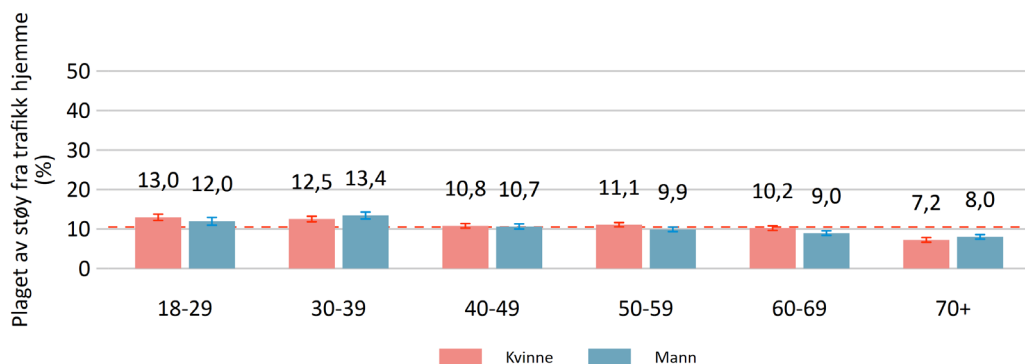
Totalt 108 436 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Plaget av støy fra trafikk hjemme. Andelen for hele utvalget var **10,5 %** (KI95%: 10,3-10,7). Andelen for kvinner var 10,8 % (n=59 704; KI95% 10,6-11,1) og andelen for menn var 10,1 % (n=48 732; KI95% 9,9-10,4).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

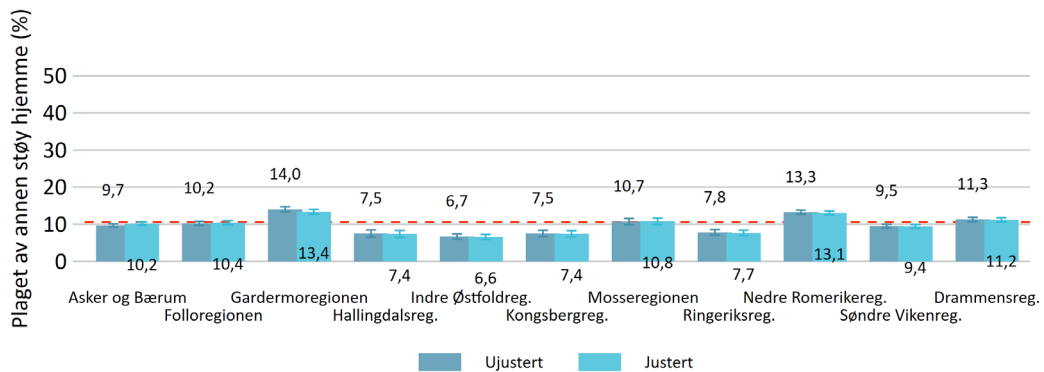
Figur 40A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte at de er plaget av støy fra trafikk hjemme. Det er noe variasjon mellom regionene, med omtrent 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Drammensregionen, etterfulgt av Nedre Romerike og Gardemoreregionen ligger like over fylkesgjennomsnittet. Kongsbergregionen, etterfulgt av Indre Østfoldregionen og Folloregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 40B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at de er plaget av støy fra trafikk hjemme. Andelen som er plaget av støy fra trafikk hjemme synker med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er det en statistisk sikker forskjell mellom utdanningsnivåene. En høyere andel kvinner enn menn oppgav å være plaget av støy fra trafikk hjemme blant dem med VGS som høyeste fullførte utdanningsnivå. Innad i de øvrige utdanningsgruppene er det ikke noen klar kjønnsforskjell.

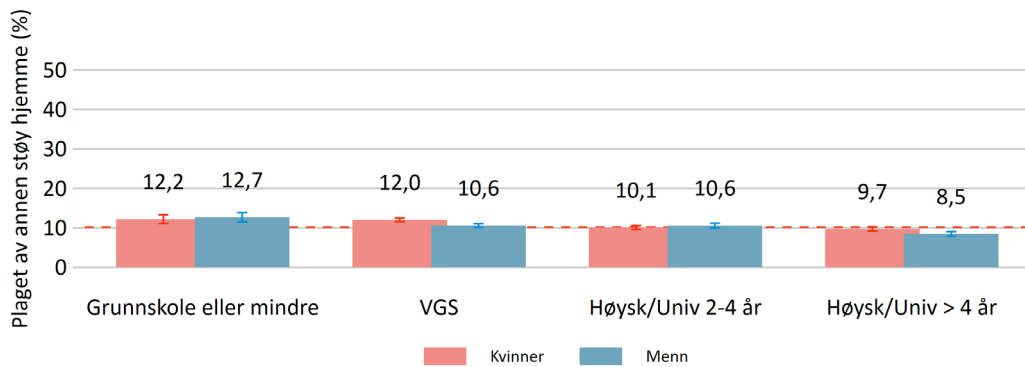
Figur 40C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at de er plaget av støy fra trafikk hjemme. Blant kvinner synker andelen som er plaget av støy fra trafikk jevnt med økt alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de to yngste sammenlignet med de eldre aldersgruppene. Blant menn øker andelen litt mellom de to yngste aldersgruppene, for deretter å synke med økende alder. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene. En svakt høyere andel menn enn kvinner oppgav å være plaget av støy fra trafikk hjemme i aldersgruppene 30-39 år og 70 år og mer. Motsatt er andelen svakt høyere blant kvinner enn menn aldersgruppene 18-29, 50-59 og 60-69 år.

3.41 Plaget av annen støy hjemme

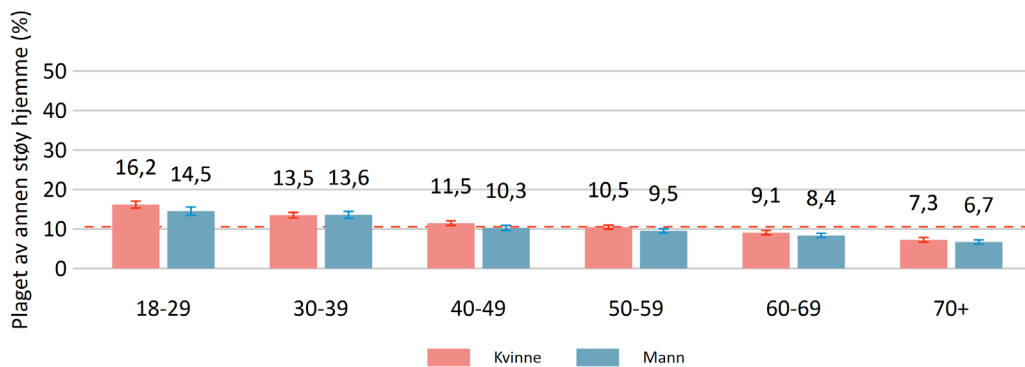
Totalt 108 420 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Plaget av annen støy hjemme. Andelen for hele utvalget var **10,6 %** (KI95%: 10,4-10,8). Andelen for kvinner var 11,1 % (n=59 688; KI95% 10,9-11,4) og andelen for menn var 9,9 % (n=48 732; KI95% 9,6-10,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

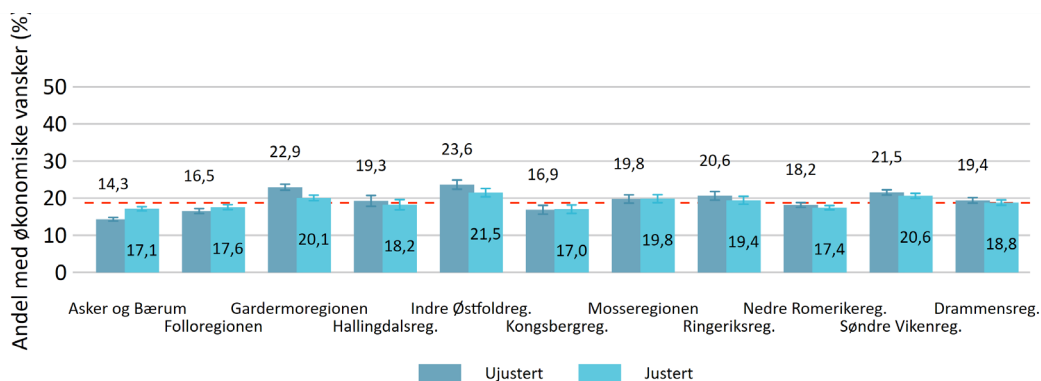
Figur 41A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som rapporterte å være plaget av annen utendørs støy enn veitrafikk hjemme. Det er variasjon mellom regionene, med omtrent 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og laveste andelen (ujusterte tall). Andelene i Gardemoreregionen og Nedre Romerike ligger over fylkesgjennomsnittet. Andelene i Ringeriksregionen, etterfulgt av Hallingsdalsregionen, Kongsbergregionen og Indre Østfoldregionen ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 41B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å være plaget av annen utendørs støy enn veitrafikk hjemme. Andelen synker med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom de to laveste (grunnskole og VGS) og de to høyeste (høyskole/universitet 2-4 år og over 4 år) utdanningsnivåene. Blant menn er det en statistisk sikker forskjell mellom de med det laveste utdanningsnivå og de øvrige utdanningsnivåene, og mellom det høyeste utdanningsnivået og de øvrige utdanningsnivåene. En litt høyere andel kvinner enn menn oppgav å være plaget av annen støy hjemme blant de med VGS og de med høyskole/universitet mer enn 4 år.

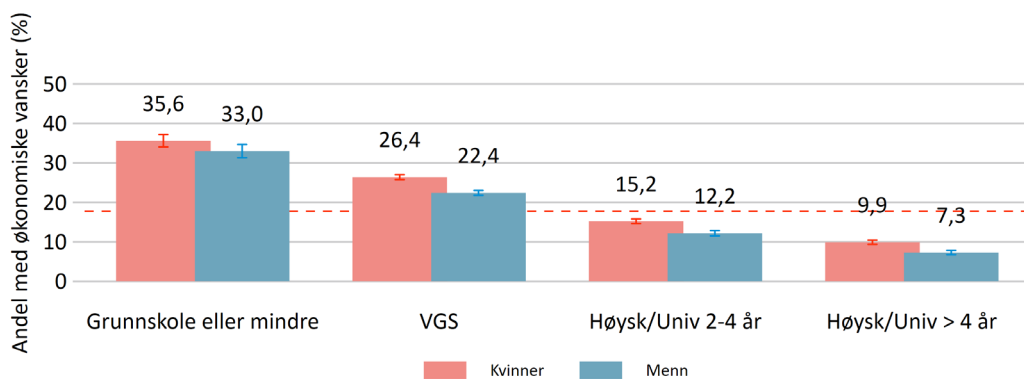
Figur 41C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å være plaget av annen utendørs støy enn veitrafikk hjemme. Andelen synker jevnt med økt alder blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene. En svakt høyere andel kvinner enn menn oppgav å være plaget av annen støy hjemme innen aldersgruppene, unntatt i aldersgruppen 30-39 år.

3.42 Andel med økonomiske vansker

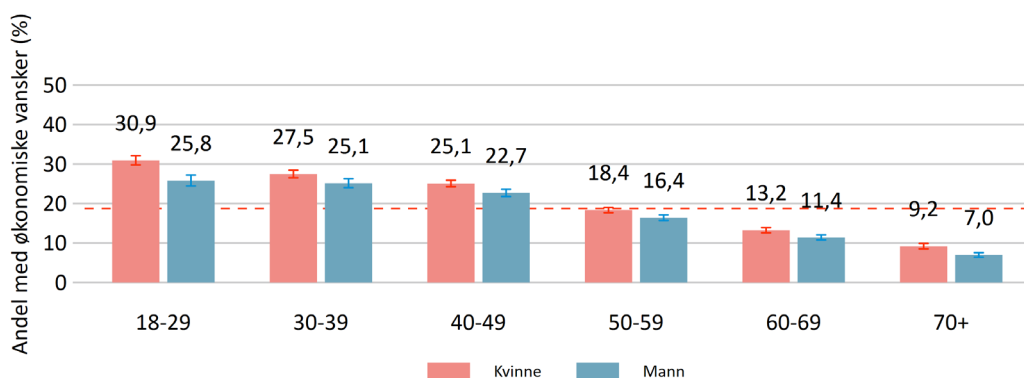
Totalt 101 445 deltakere av 108 738 (93,3 %) hadde gyldig svar på Andel med økonomiske vansker. Andelen for hele utvalget var **18,7 %** (KI95%: 18,5-19,0). Andelen for kvinner var 20,4 % (n=55 576; KI95% 20,0-20,7) og andelen for menn var 16,7 % (n=45 869; KI95% 16,4-17,1).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

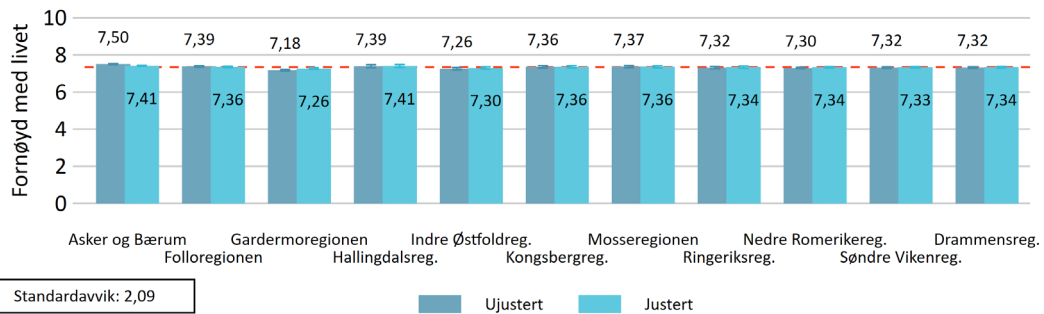
Figur 42A viser andelen, samlet og på tvers av regioner i Viken, som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige. Det er variasjon mellom regionene, med omtrent 9 prosentpoeng forskjell mellom regionen med den høyeste og regionen med den laveste andelen (ujusterte tall). Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Gardemoreregionen ligger tydeligst over fylkesgjennomsnittet. Kongsbergregionen, etterfulgt av Folloregionen og Asker og Bærum ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er forskjeller mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Folloregionen, Gardemoreregionen og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Separat justering viser at det først og fremst er utdanningssammensetningen som forklarer en del av forskjellene mellom regionene. Dessuten viser det seg at aldersfordelingene i Asker og Bærum og i Gardemoreregionen skiller seg en del fra de øvrige regionene og bidrar til å forklare noen forskjeller mellom regionene.

Figur 42B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte økonomiske vansker. Andelen med økonomiske vansker synker betydelig med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellen er statistisk sikker mellom utdanningsnivåene. En høyere andel kvinner enn menn oppgav økonomiske vansker innen utdanningsnivåene, unntatt blant de med grunnskole der kjønnsforskjellen ikke er statistisk sikker.

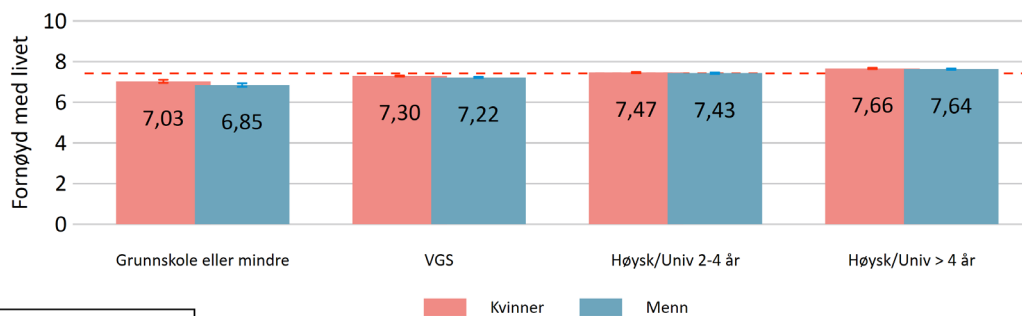
Figur 42C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte økonomiske vansker. Andelen med økonomiske vansker synker nokså jevnt med økende alder blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt blant menn mellom 18-29 og 30-39 år. En høyere andel kvinner enn menn oppgav økonomiske vansker på innen alle aldersgrupper.

3.43 Fornøyd med livet

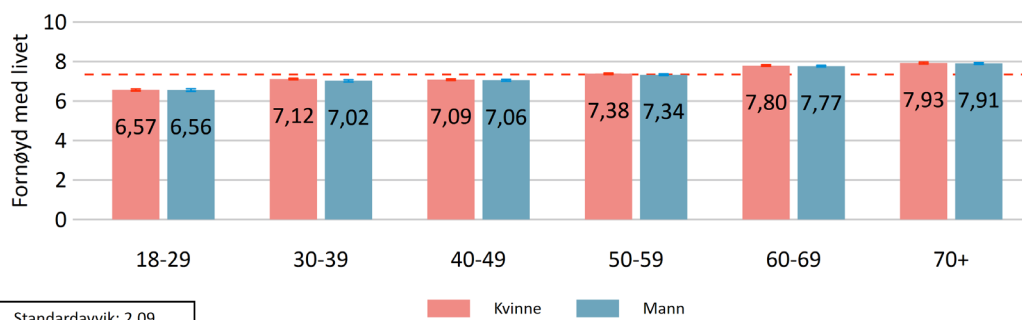
Totalt 108 327 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Fornøyd med livet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,35** (KI95%: 7,34-7,36). Gjennomsnittet for kvinner var 7,33 (n=59 641; KI95% 7,32-7,35) og gjennomsnittet for menn var 7,37 (n=48 686; KI95% 7,35-7,39).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 43A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålet om fornøydhet med livet. Spørsmålet går som følger: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» Som beskrevet i metod delen er dette og påfølgende svaralternativer oppgitt på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke fornøyd i det hele tatt og 10 betyr svært fornøyd. Det er lite variasjon mellom regionene. Forskjellene i gjennomsnittsskår er på 0,32 mellom høyeste og laveste verdi (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens *d*) på 0,15 (liten effektstørrelse). Det er forskjeller mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

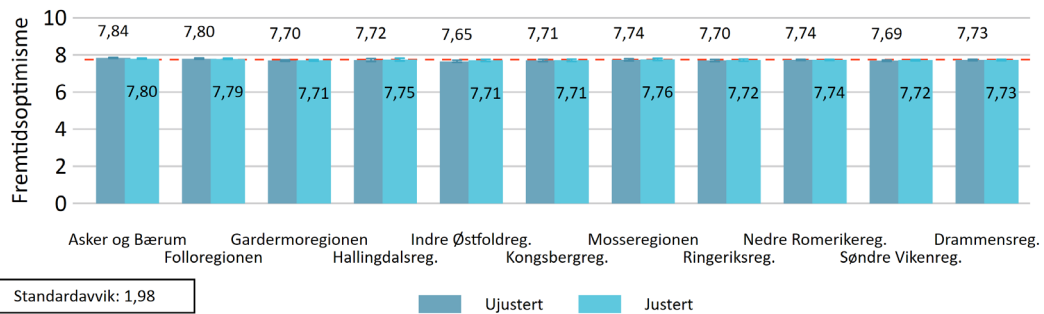
Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 angir lav tilfredshet, og mellom 9 og 10 høy tilfredshet. Med denne grupperingen ser vi at 17,4 % (95 % KI 17,2-17,7 %) oppgav lav tilfredshet i fylket som helhet. Andelen for kvinner var 18,1 % (95 % KI 17,8-18,4) og andelen for menn var 16,7 % (95 % KI 16,3-17,0). Resterende 82,3 % kan dermed tolkes som fornøyd med livet (skår mellom 6 og 10). Andelen med høy tilfredshet (9-10) er 30,3 % (95 % KI 30,0-30,5) i fylket som helhet, 30,3 % blant kvinner og 30,3 % blant menn.

Figur 43B viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Gjennomsnittsskåren øker med stigende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellen mellom utdanningsnivåene statistisk sikre for begge kjønn. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,30 for kvinner og 0,38 for menn (middels effektstørrelse). Kvinner oppgav å være mer fornøyd med livet enn menn blant dem med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå.

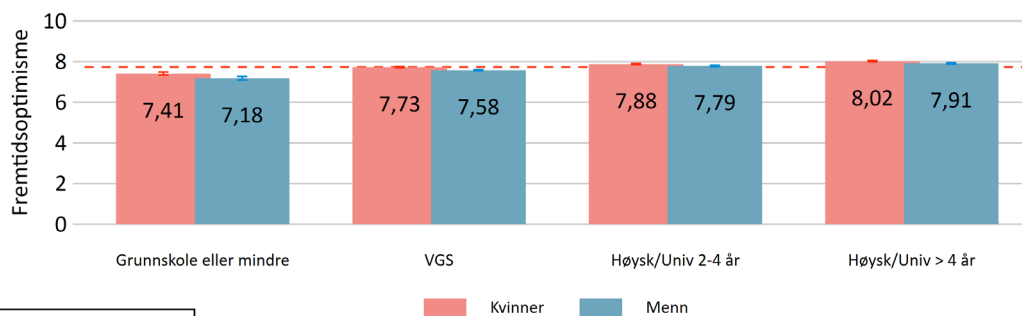
Figuren 43C viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet etter alder og kjønn. Fornøydheten med livet stiger nokså jevnt med økende alder blant både kvinner og menn. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (høyeste mot laveste aldersgruppe) er 0,65 for både kvinner og menn, altså en stor effektstørrelse. Kvinner oppgav i gjennomsnitt å være noe mer fornøyd enn menn i aldersgruppen 30-39 år, der skårene er grensesignifikant høyere for kvinner enn for menn. I de øvrige aldersgruppene er det ingen klar kjønnsforskjell.

3.44 Fremtidsoptimisme

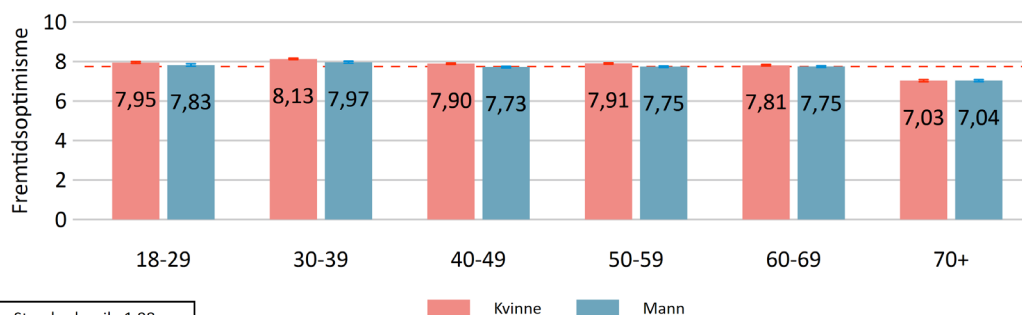
Totalt 107 493 deltakere av 108 738 (98.9 %) hadde gyldig svar på Fremtidsoptimisme. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,75** (KI95%: 7,73-7,76). Gjennomsnittet for kvinner var 7,82 (n=59 095; KI95% 7,81-7,84) og gjennomsnittet for menn var 7,66 (n=48 398; KI95% 7,64-7,67).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 44A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på “fremtidsoptimisme”. Det er spurt om hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå (skala 0-10). Det er lite variasjon mellom regionene. Forskjellene i gjennomsnittsskår er 0,19 mellom de høyeste og laveste verdi (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens *d*) på kun 0,10, som er en liten effektstørrelse. Det er ingen betydelig forskjell mellom ujusterte og justerte tall.

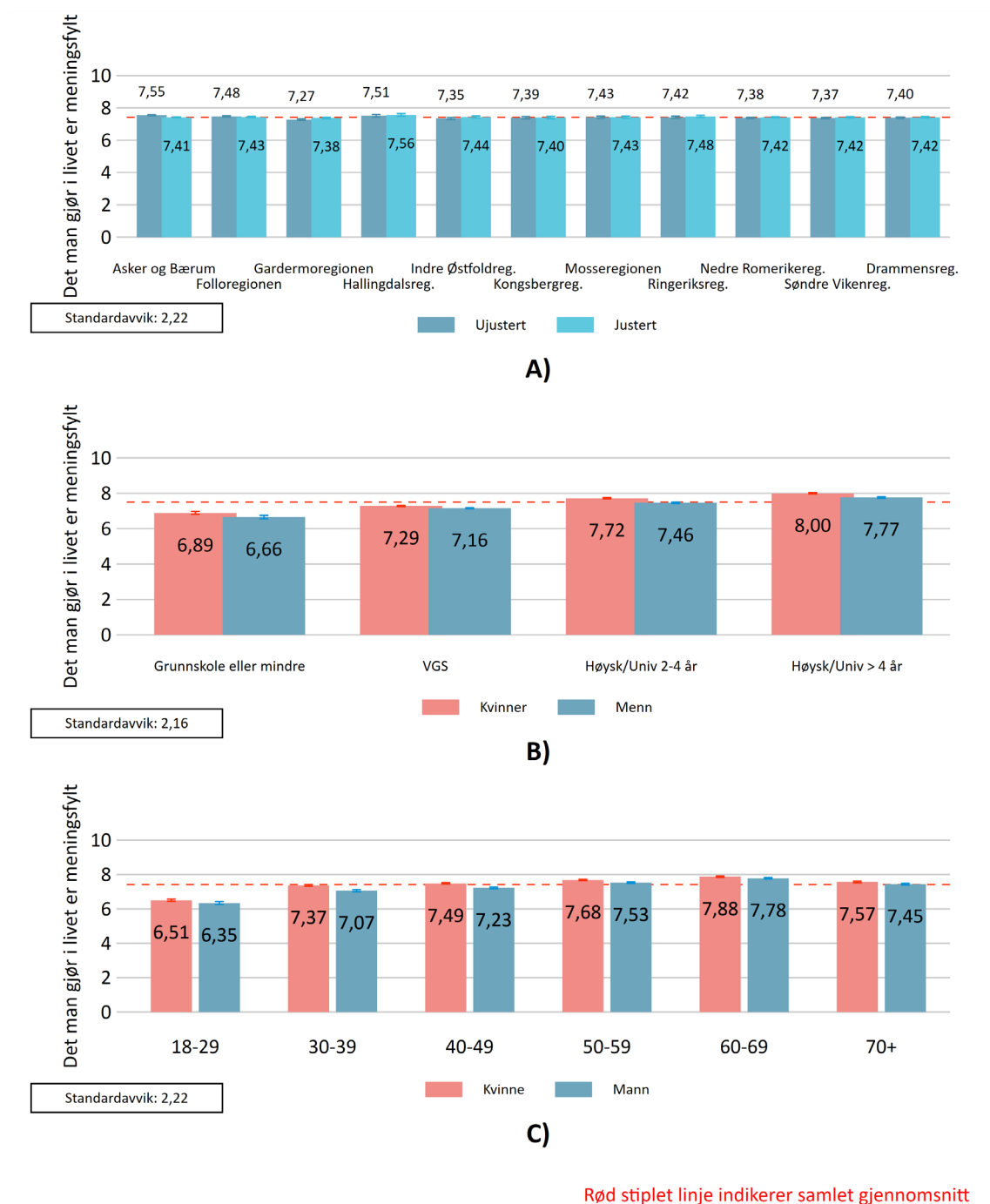
Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 angir lav optimisme, og mellom 9 og 10 høy optimisme. Med denne grupperingen ser vi at 13,7 % (95 % KI 13,5-13,9) oppgav lav optimisme i fylket som helhet. Andelen for kvinner var 12,7 % (95 % KI 12,5-13,0) og andelen for menn var 14,8 % (95 % KI 14,5-15,1). Andelen med høy optimisme (9-10) er 39,1 % (95 % KI 38,8-39,4) i fylket som helhet, 40,2 % blant kvinner og 37,7 % blant menn.

Figur 44B viser gjennomsnittlig skår på “fremtidsoptimisme” fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Gjennomsnittsskåren på fremtidsoptimisme stiger med økt utdanningsnivå for begge kjønn. Cohens *d* for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,31 for kvinner og 0,37 for menn (middels effektstørrelse). Det er en statistisk sikker forskjell mellom de respektive utdanningsnivåene for begge kjønn. Det er kjønnsforskjeller innen alle utdanningsnivå, der kvinner skårer svakt høyere på fremtidsoptimisme enn menn.

Figur 44C gjennomsnittlig skår på “fremtidsoptimisme” fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner og menn er fremtidsoptimismen nokså stabil over aldersgrupper frem til de to eldste aldersgruppene. Skåren i den eldste aldersgruppen er klart lavere enn de øvrige. Blant både kvinner og menn er fremtidsoptimismen høyest blant de som er 30-39 år. Kvinner oppgav en svakt høyere fremtidsoptimisme sammenlignet med menn innen aldersgruppene, unntatt 60-69 og 70 år eldre. Kjønnsforskjellene tilsvarer en effektstørrelse (Cohens *d*) på bare 0,06-0,09.

3.45 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 108 105 deltakere av 108 738 (99,4 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,42** (KI95%: 7,41-7,43). Gjennomsnittet for kvinner var 7,48 (n=59 471; KI95% 7,46-7,50) og gjennomsnittet for menn var 7,35 (n=48 634; KI95% 7,33-7,37).



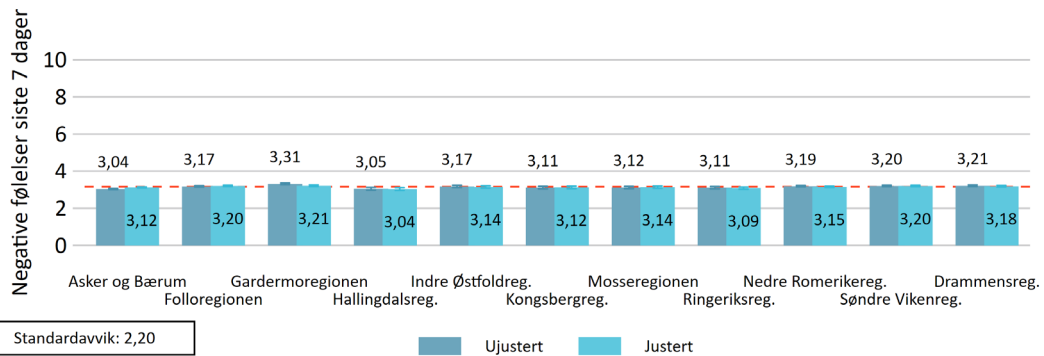
Figur 45A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt (skala 0-10). Det er lite variasjon mellom regionene. Forskjellene i gjennomsnittsskår er på omtrent 0,28 mellom de høyeste og laveste verdi (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens d) på 0,13 (liten effektstørrelse). Det er forskjeller mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardemoregionen og Indre Østfoldregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 45B viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt, fordelt etter utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskåren øker klart og jevnt med høyere utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Forskjellene mellom de påfølgende utdanningsnivåene er statistisk sikre. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,51 for både kvinner og menn, altså en stor effektstørrelse. Kvinner oppgav litt høyere skår enn menn på å ha et meningsfylt liv innen hvert utdanningsnivå.

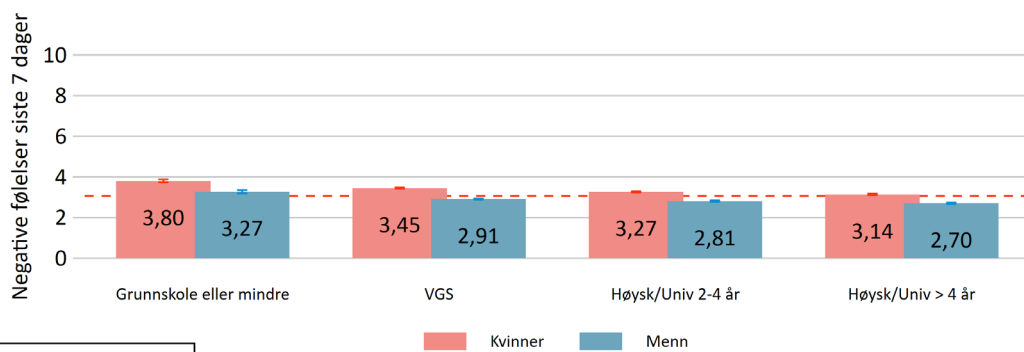
Figur 45C viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om det man gjør i livet er meningsfylt, fordelt etter alder og kjønn. Blant både kvinner og menn stiger gjennomsnittsskåren klart fra yngste til nest yngste aldersgruppe, så svakt frem til 60-69 år, for deretter å synke litt til gruppen 70 år og eldre. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,62 for kvinner og 0,64 for menn (stor effektstørrelse). Kvinner oppgav i gjennomsnitt litt høyere skår enn menn på å ha et meningsfylt liv innen hver aldersgruppe.

3.46 Negative følelser siste 7 dager

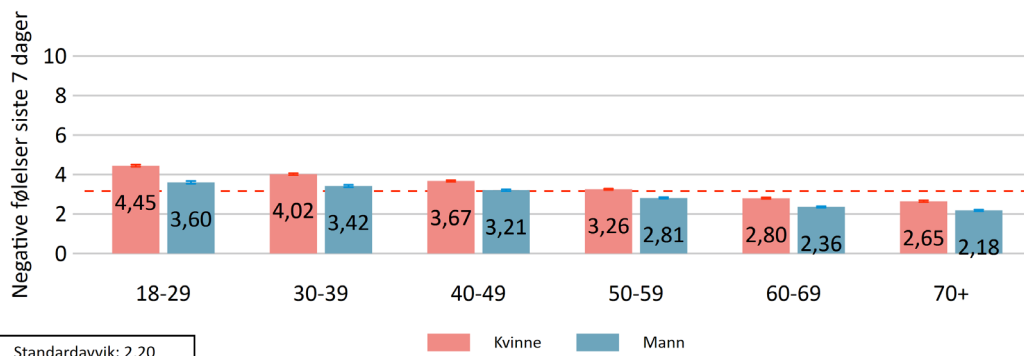
Totalt 108 467 deltakere av 108 738 (99,8 %) hadde gyldig svar på Negative følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,16** (KI95%: 3,15-3,17). Gjennomsnittet for kvinner var 3,43 (n=59 709; KI95% 3,42-3,45) og gjennomsnittet for menn var 2,83 (n=48 758; KI95% 2,81-2,84).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

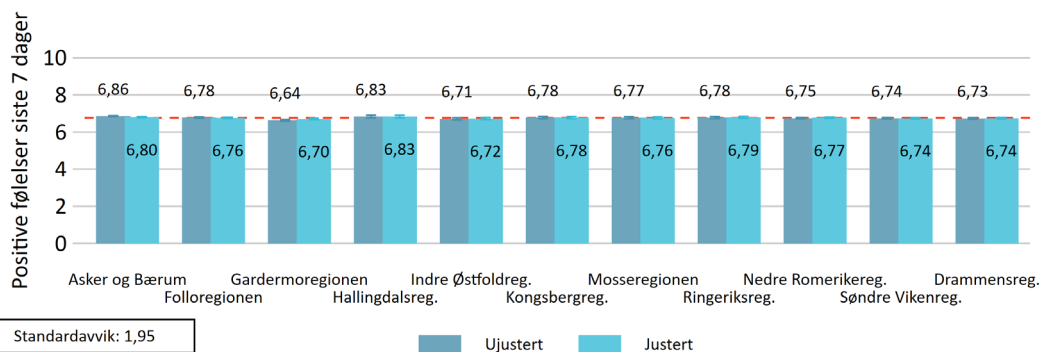
Figur 46A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålene om å ha hatt negative følelser de siste 7 dagene. På dette spørsmålet tilsvarer høyere skår (0-10) mer negative følelser. Det er lite variasjon mellom regionene. Det er omtrent 0,2 prosent forskjell mellom de høyeste regionene og laveste (ujustert), som tilsvarer en effektstørrelse (Cohens d) på kun 0,07, altså en nokså ubetydelig effektstørrelse. Det er noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 46B viser gjennomsnittlig skår på det å ha hatt negative følelser siste 7 dager fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Gjennomsnittsskåren på av negative følelser med økende utdanningsnivå blant kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom utdanningsnivåene for begge kjønn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med lavest utdanning mot dem med høyest utdanning) er 0,30 for kvinner og 0,26 for menn (middels effektstørrelse). Det er kjønnsforskjeller innen hvert utdanningsnivå, der kvinner i gjennomsnitt rapporterte litt mer negative følelser de siste 7 dagene enn menn.

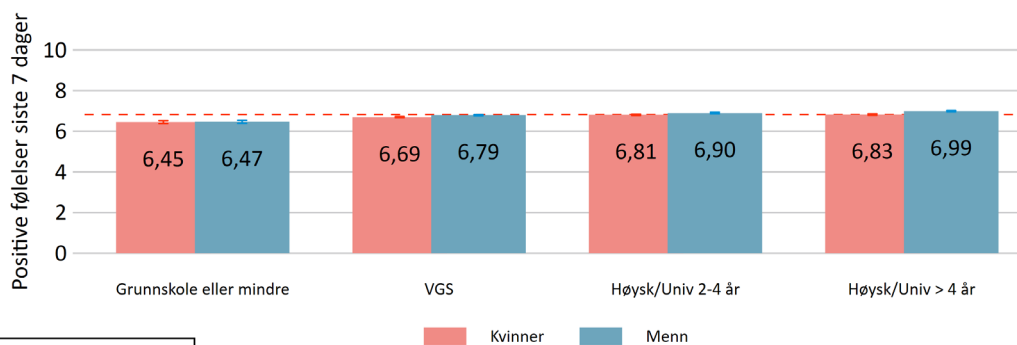
Figur 46C viser gjennomsnittlig skår på det å ha hatt negative følelser siste 7 dager fordelt på kjønn og alder. Det sees en jevn reduksjon i gjennomsnittsskåren med økende alder blant både kvinner og menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste gruppe) er 0,82 for kvinner og 0,65 for menn, altså store effektstørrelser. Kvinner rapporterte i gjennomsnitt litt mer negative følelser de siste 7 dagene enn menn innen hver aldersgruppe.

3.47 Positive følelser siste 7 dager

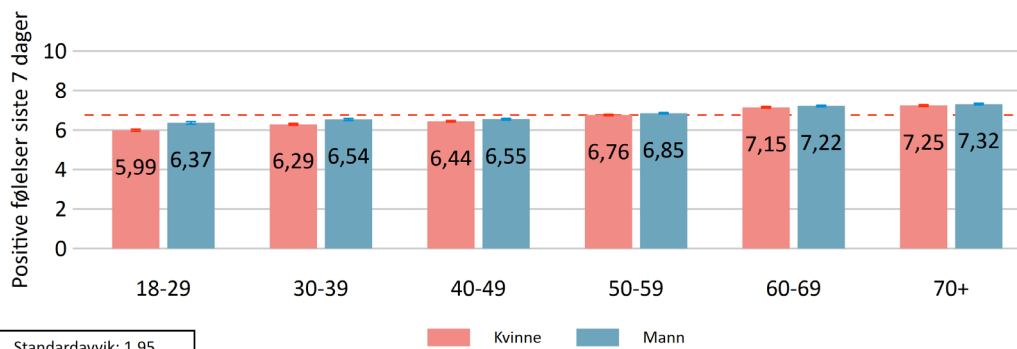
Totalt 108 458 deltakere av 108 738 (99,7 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,76** (KI95%: 6,75-6,77). Gjennomsnittet for kvinner var 6,67 (n=59 704; KI95% 6,65-6,69) og gjennomsnittet for menn var 6,87 (n=48 754; KI95% 6,86-6,89).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

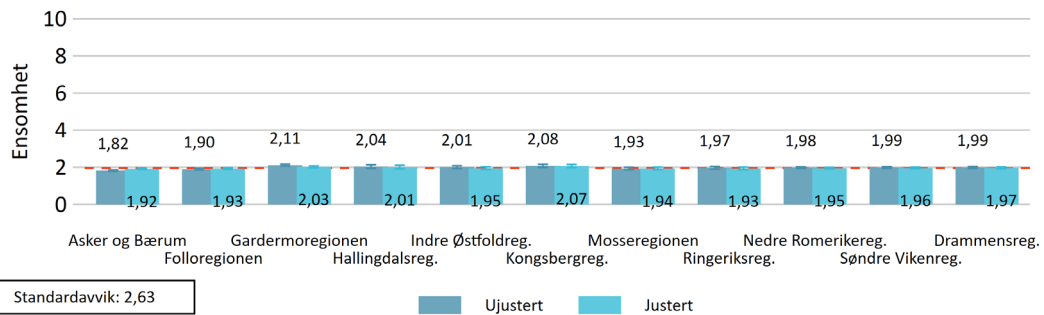
Figur 47A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på positive følelser de siste 7 dagene. Det er lite variasjon mellom regionene. Asker og Bærum, etterfulgt av Hallingsdalsregionen ligger like over gjennomsnittet, mens Gardemoreregionen ligger like under. Cohens d for høyeste (Asker og Bærum) mot laveste (Gardemoreregionen) verdi er 0,11 (liten effektstørrelse). Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 47B viser gjennomsnittlig skår på positive følelser de siste 7 dagene etter utdanning og kjønn. Blant kvinner øker gjennomsnitt positive følelser frem til høyskole/universitet 2-4 år, mens det ikke er forskjell mellom de to gruppene med høyere utdanning. Blant menn øker gjennomsnitt positive følelser med hvert økende utdanningsnivå. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,20 for kvinner og 0,27 for menn (liten-middels effektstørrelse). Menn har et litt høyere gjennomsnitt rapporterte positive følelser enn kvinner innen utdanningsnivåene VGS og høyskole/universitet mer enn 4 år.

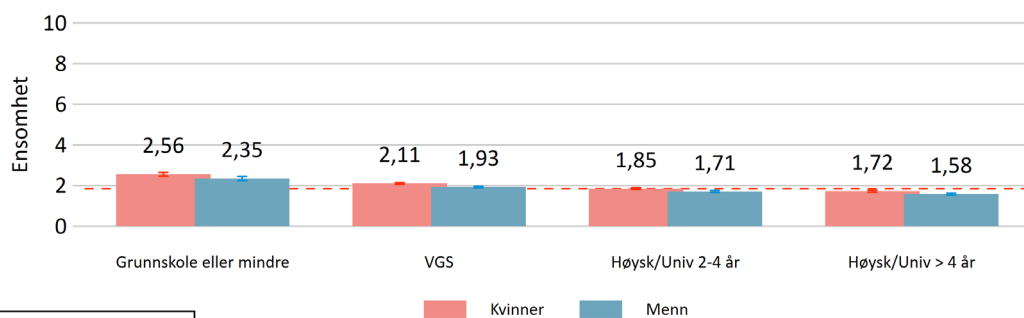
Figur 47C viser gjennomsnittlig skår på positive følelser de siste 7 dagene etter alder og kjønn. Gjennomsnittsskåren stiger med økende alder blant både kvinner og menn, unntatt mellom aldergruppene 30-39 år og 40-49 år blant menn hvor gjennomsnittsskåren er stabil. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppen) er 0,65 for kvinner og 0,49 for menn (middels-stor effektstørrelse). Menn har et litt høyere gjennomsnitt positive følelser enn kvinner i innen aldergruppene, unntatt i de to eldste aldersgruppene.

3.48 Ensomhet

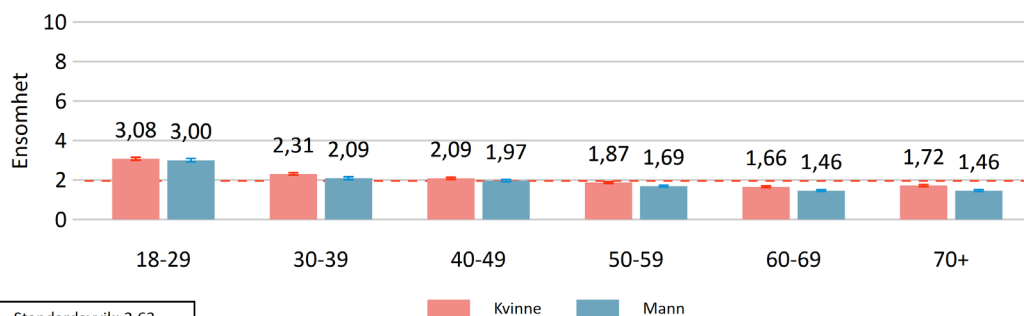
Totalt 108 170 deltakere av 108 738 (99.5 %) hadde gyldig svar på Ensomhet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,96** (KI95%: 1,94-1,97). Gjennomsnittet for kvinner var 2,07 (n=59 540; KI95% 2,04-2,09) og gjennomsnittet for menn var 1,82 (n=48 630; KI95% 1,80-1,85).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

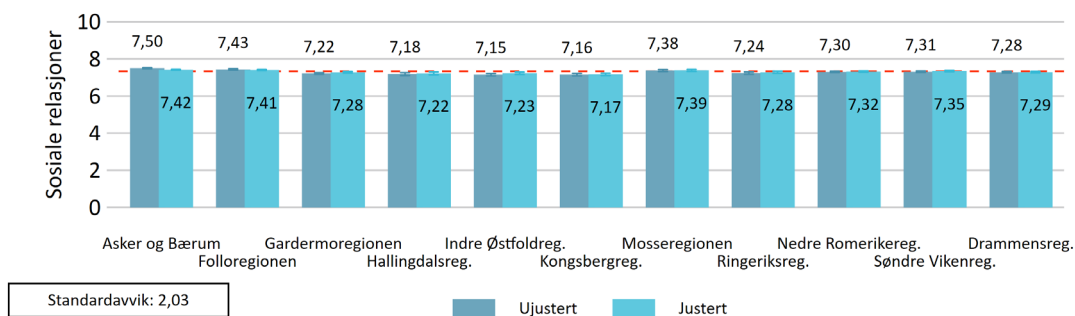
Figur 48A viser gjennomsnittlig skår på opplevd ensomhet siste syv dager, samlet og på tvers av regioner i Viken. På dette spørsmålet tilsvarer høyere skår (0-10) mer ensomhet. Det er nokså lite variasjon mellom regionene. Gardemoregionen, etterfulgt av Kongsbergregionen er litt over fylkesgjennomsnittet, mens Asker og Bærum er like under fylkesgjennomsnittet. Forskjellen mellom den høyeste og laveste verdi (0,30) tilsvarer en Cohens d på 0,11 (liten effektstørrelse). Det er noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Gardemoregionen, der andelen ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 48B viser gjennomsnittlig skår på opplevd ensomhet siste syv dager etter utdanning og kjønn. Ensomhetskåren synker med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende utdanningsnivåene. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med lavest utdanning mot dem med høyest utdanning) er 0,33 for kvinner og 0,30 for menn (middels effektstørrelse). Kvinner har en svakt høyere gjennomsnittsskåre på ensomhet enn menn innen hvert utdanningsnivå.

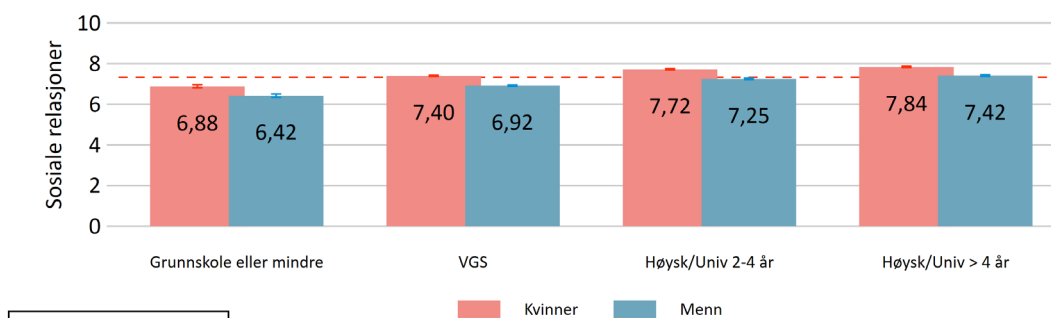
Figur 48C viser gjennomsnittlig skår på opplevd ensomhet siste syv dager etter alder og kjønn. Blant kvinner synker opplevelsen av ensomhet med økende alder frem til 70 år og eldre, hvor opplevelsen av ensomhet stiger svakt. Blant menn synker andelen som opplever ensomhet med økende alder, men flater ut mellom de to eldste aldersgruppene. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,52 for kvinner og 0,59 for menn (stor effektstørrelse). Kvinner har en litt høyere gjennomsnittsskåre på ensomhet enn menn innen hver aldersgruppe.

3.49 Gjensidig positive sosiale relasjoner

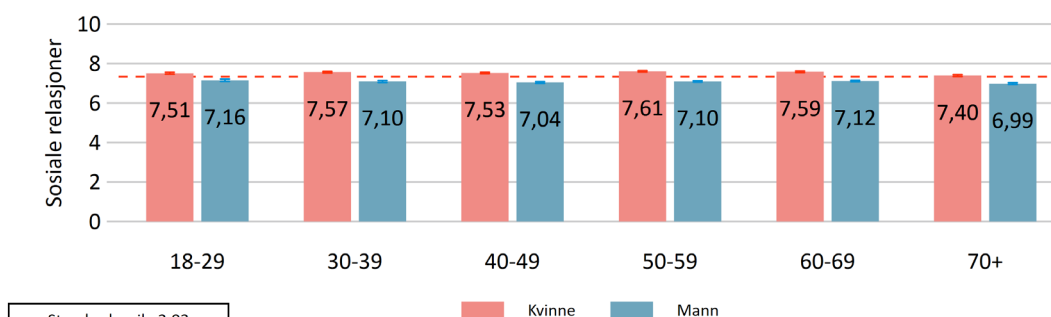
Totalt 108 186 deltakere av 108 738 (99,5 %) hadde gyldig svar på Gjensidig positive sosiale relasjoner. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,33** (KI95%: 7,32-7,35). Gjennomsnittet for kvinner var 7,55 (n=59 559; KI95% 7,53-7,56) og gjennomsnittet for menn var 7,08 (n=48 627; KI95% 7,06-7,10).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

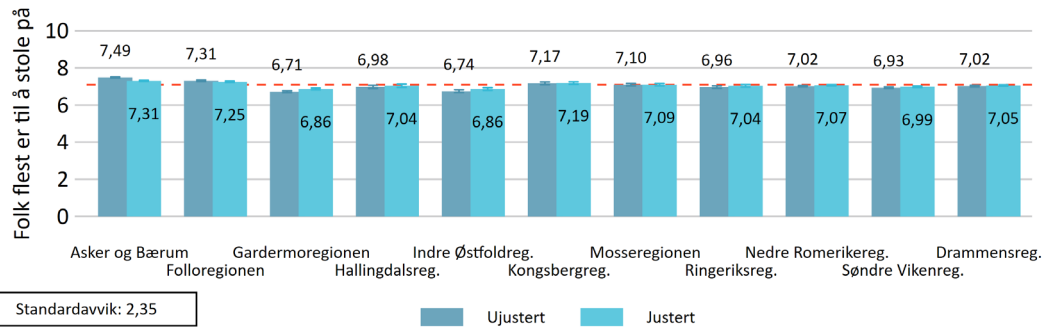
Figur 49A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på en sumskår (meanscore) basert på to spørsmål om sosiale relasjoner (om en opplever sine sosiale relasjoner som støttende og givende; i hvilken grad en bidrar til andres lykke og livskvalitet – «gjensidig positive sosiale relasjoner», skala 0-10). Det er litt variasjon mellom regionene. Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregion ligger litt over fylkesgjennomsnittet, mens Hallingsdalsregionen, Kongsbergregionen og Indre Østfoldregionen ligger like under. Det er omtrent 0,40 i forskjell mellom de høyeste og laveste verdi, som tilsvarer en Cohens d på 0,17 (liten effektstørrelse). Det er noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum og Indre Østfoldregionen, der gjennomsnittet ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 49B viser gjennomsnittlig skår på sumskåren (meanscore) basert på de to spørsmålene om sosiale relasjoner, etter utdanning og kjønn. Det er en økning i hvor støttende og givende en opplever sine sosiale relasjoner med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,47 for kvinner og 0,49 for menn (middels effektstørrelse). Det er kjønnsforskjeller innen alle utdanningsnivåene, der kvinner rapporterte noe mer støttende og givende sosiale relasjoner enn menn.

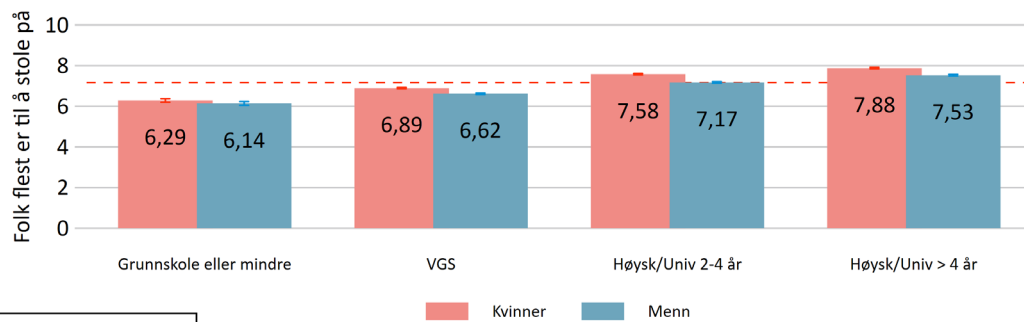
Figuren 49C viser gjennomsnittlig skår på sumskåren (meanscore) basert på de to spørsmålene om sosiale relasjoner etter alder og kjønn. Det er små forskjeller mellom aldersgruppene. Blant kvinner varierer skåren på positive sosiale relasjoner svakt og noe ujevnt mellom aldersgruppene frem til en liten nedgang i den eldste aldersgruppen. Blant menn synker skåren svakt og uregelmessig med høyere alder. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,10 for kvinner og 0,08 for menn (svært liten effektstørrelse). Det er kjønnsforskjeller innen alle aldersgruppene, der kvinner rapporterte noe mer støttende og givende sosiale relasjoner enn menn.

3.50 Folk flest er til å stole på

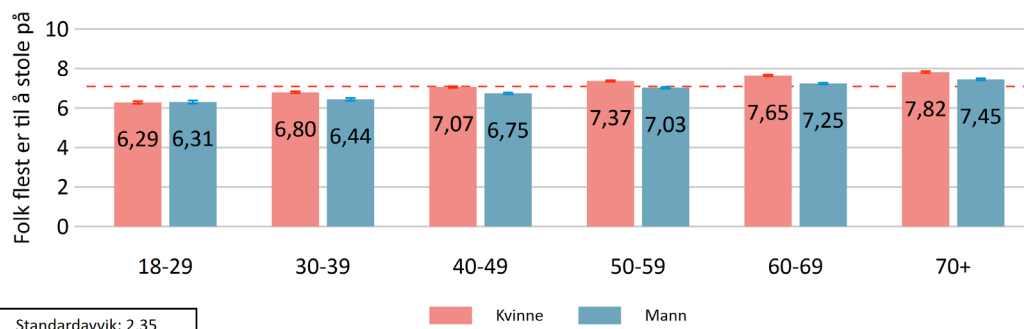
Totalt 108 131 deltakere av 108 738 (99,4 %) hadde gyldig svar på Folk flest er til å stole på (generell tillit til andre). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,10** (KI95%: 7,08-7,11). Gjennomsnittet for kvinner var 7,21 (n=59 519; KI95% 7,19-7,22) og gjennomsnittet for menn var 6,96 (n=48 612; KI95% 6,94-6,98).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 50A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålet om folk flest er til å stole på (generell tillit til andre mennesker, skala 0-10). Det er variasjon mellom regionene, med omtrent 0,8 forskjell i gjennomsnittsskår mellom regionene med den høyeste og den laveste skåren. Denne forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,33, som er en middels effektstørrelse. Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregion er over fylkesgjennomsnittet. Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Gardemoreregionen er under fylkesgjennomsnittet. Det er noe forskjeller mellom ujusterte og justerte tall i noen av regionene.

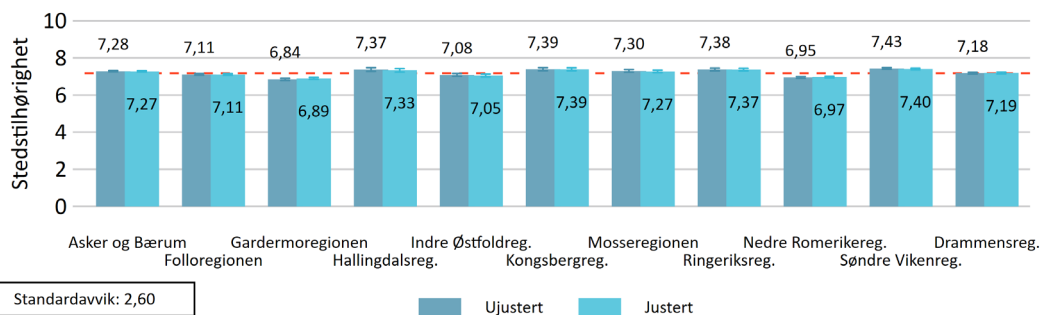
Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 4 angir lite tillit. Med denne grupperingen er det 12,4 % (95 % KI 12,2-12,6) som oppgir lav tillit samlet i fylket. Andelen for kvinner er 11,5 % (95 % KI 11,2-11,7) og andelen for menn er 13,6 % (95 % KI 13,3-13,9).

Figur 50B viser gjennomsnittlig skår på om man opplever at folk flest er til å stole på etter utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskåren øker jevnt med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,69 for kvinnene og 0,60 for mennene (stor effektstørrelse). Kvinner rapporterte mer tillitt til andre mennesker, sammenlignet med menn, innen hvert utdanningsnivå.

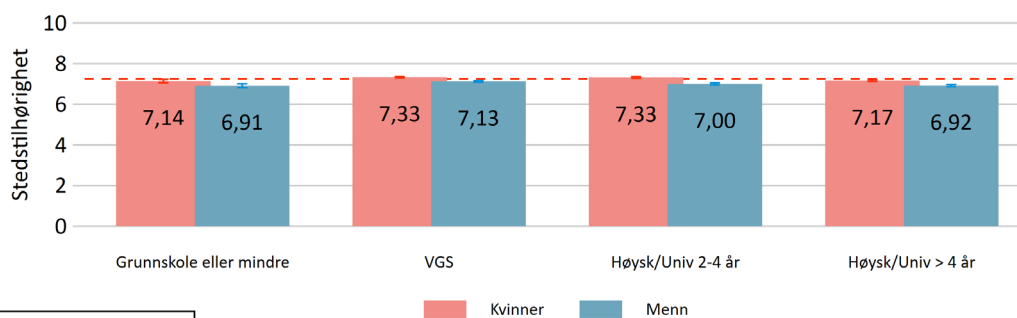
Figur 50C viser gjennomsnittlig skår på om en opplever at folk flest er til å stole på etter alder og kjønn. Blant kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren på opplevelsen av tillit klart med økende alder. Cohens d for den høyeste mot laveste verdi (eldste aldersgruppen mot den yngste aldersgruppen) er 0,65 for kvinner 0,49 for menn, altså en betydelig forskjell. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller innen aldersgruppene bortsett fra den yngste, hvor kvinner rapporterte mer tillit til andre mennesker enn menn.

3.51 Stedstilhørighet

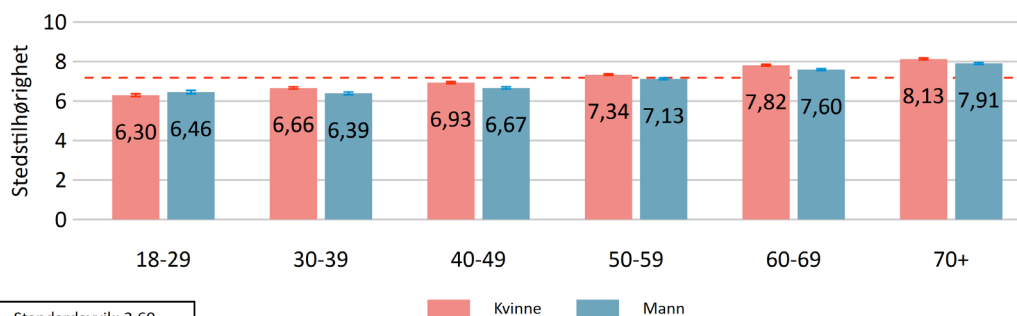
Totalt 108 136 deltakere av 108 738 (99,4 %) hadde gyldig svar på Stedstilhørighet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,18** (KI95%: 7,16-7,20). Gjennomsnittet for kvinner var 7,22 (n=59 524; KI95% 7,20-7,24) og gjennomsnittet for menn var 7,13 (n=48 612; KI95% 7,10-7,15).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

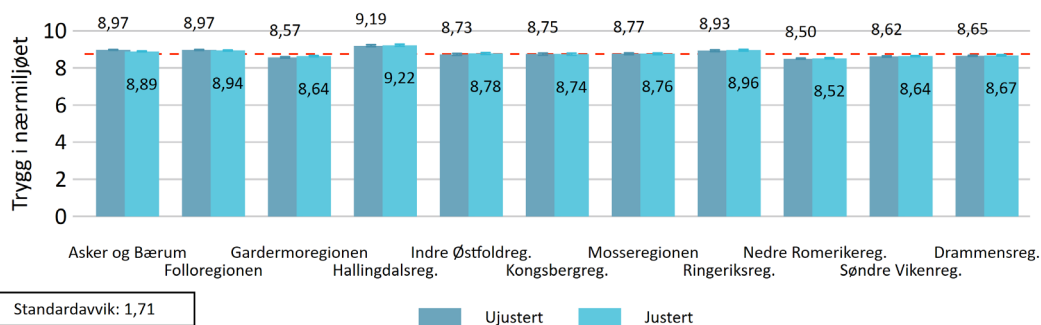
Figur 51A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålet om en opplever å høre til på stedet en bor (stedstilhørighet, skala 0-10). Det er noe variasjon mellom regionene. Det er omtrent 0,60 forskjell i gjennomsnitt mellom regionene med høyeste og laveste verdi (ujustert). Denne forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,23 (nokså liten effektstørrelse). Søndre Viken-regionen, etterfulgt av Kongsbergregionen, Ringeriksregionen, Hallingsdalsregionen, Mossregionen og Asker og Bærum ligger like over fylkesgjennomsnittet. Nedre Romerike, etterfulgt av Gardemoreregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 51B viser gjennomsnittlig skår, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, på stedstilhørighet. Det kan antydes en svak omvendt U kurve-sammenheng mellom stedstilhørighet og utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er kun 0,07 for kvinner og 0,08 for menn, altså svært små effektstørrelser. Blant kvinner er det en statistisk sikker forskjell mellom VGS og høyskole/universitet 2-4 år og de øvrige utdanningsnivåene. Blant menn er gjennomsnittsskåren for stedstilhørighet høyest blant dem med VGS og lavest blant dem med høyskole/universitet over 4 år. Det er en statistisk sikker forskjell mellom alle de påfølgende utdanningsnivåene. Innen hvert utdanningsnivå rapporterte kvinner litt mer stedstilhørighet enn menn.

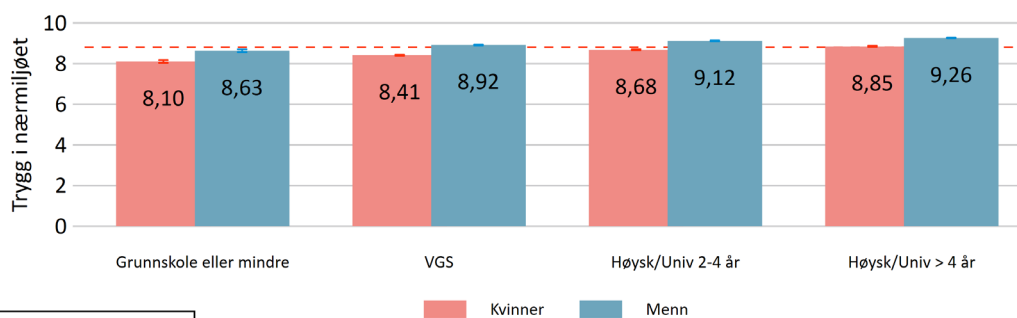
Figur 51C viser gjennomsnittlig skår, fordelt på alder og kjønn, på stedstilhørighet. Blant både kvinner og menn viser gjennomsnittsskår for stedstilhørighet en alderstrend, hvor gjennomsnittsskåren stiger med økende alder, unntatt mellom de yngste aldersgruppene blant menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,70 for kvinner og 0,56 for menn, altså en stor effektstørrelse. Kvinner rapporterer litt høyere stedstilhørighet enn menn innen alle aldersgrupper, med unntak av den yngste.

3.52 Trygg i nærmiljøet

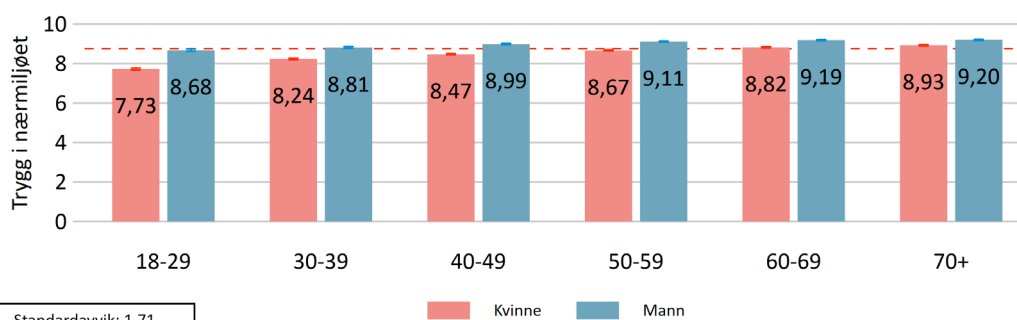
Totalt 108 263 deltakere av 108 738 (99,6 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,75** (KI95%: 8,74-8,76). Gjennomsnittet for kvinner var 8,51 (n=59 582; KI95% 8,50-8,53) og gjennomsnittet for menn var 9,05 (n=48 681; KI95% 9,03-9,06).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 52A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålet om en føler seg trygg når man er ute og går i nærmiljøet (skala 0-10). Skåren er høy på tvers av regioner, samtidig som det er en del variasjon mellom regionene. Det er omtrent 0,7 forskjell i gjennomsnitt mellom regionen med den høyeste og laveste skåren (ujustert). Dette tilsvarer en Cohens d på 0,40, som er en middels effektstørrelse.

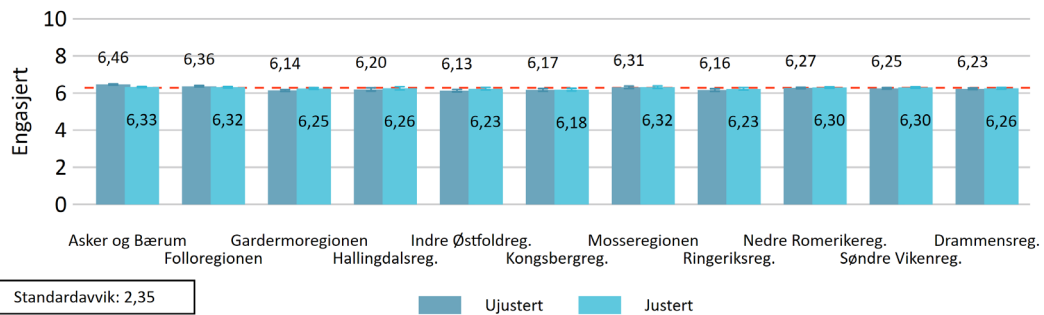
Hallingsdalsregionen, etterfulgt av Asker og Bærum, Folloregionen og Ringeriksregionen ligger over fylkesgjennomsnittet. Gardemoreregionen etterfulgt av Nedre Romerike ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte tall.

Figur 52B viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet, etter utdanning og kjønn. Opplevelsen av trygghet i nærmiljøet stiger med økt utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,45 for kvinner og 0,38 for menn (middels effektstørrelse). Menn opplever seg altså tryggere i nærmiljøet enn kvinner innen hvert utdanningsnivå.

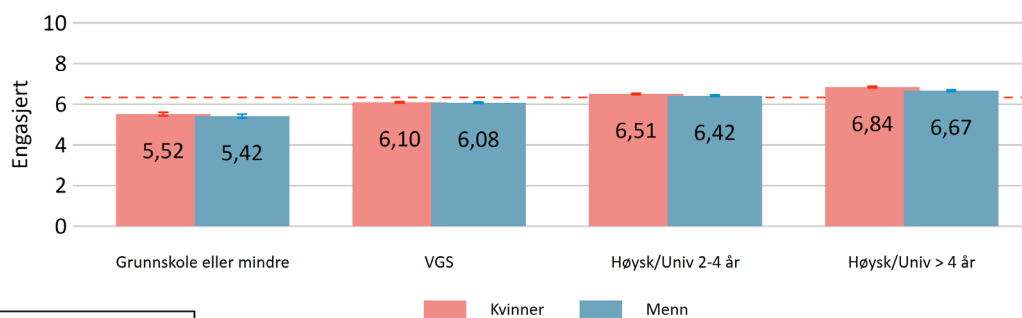
Figur 52C viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet etter alder og kjønn. Opplevelsen av trygghet i nærmiljøet med økende alder både blant kvinner og menn. Denne alderstrenden er sterkest for kvinner, med en Cohens d for høyeste mot laveste verdi (eldste gruppe mot yngste gruppe) på 0,70 for kvinner (stor effektstørrelse) og 0,30 for menn (middels effektstørrelse). Det er statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene for begge kjønn. Menn rapporterte å oppleve seg mer trygge i nærmiljøet enn kvinner innen hver aldersgruppe.

3.53 Engasjert

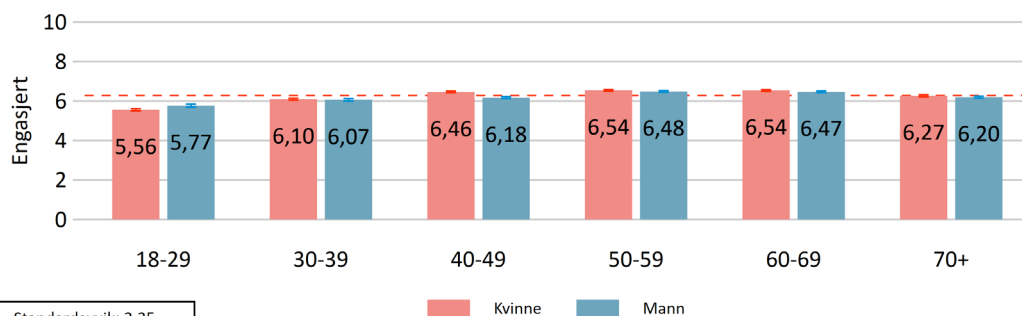
Totalt 107 873 deltakere av 108 738 (99,2 %) hadde gyldig svar på Engasjert. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,29** (KI95%: 6,27-6,30). Gjennomsnittet for kvinner var 6,31 (n=59 357; KI95% 6,29-6,33) og gjennomsnittet for menn var 6,26 (n=48 516; KI95% 6,24-6,28).



A)



B)



C)

Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 53A viser gjennomsnittlig skår, samlet og på tvers av regioner i Viken, på spørsmålet om å føle seg engasjert siste syv dager (skala 0-10). Det er små forskjeller mellom regionene. Det er omtrent 0,30 forskjell i gjennomsnittlig skår på opplevd engasjement mellom regionen med de høyeste og de laveste verdiene (ujustert). Denne forskjellen tilsvarer en Cohens d på 0,14 (liten effektstørrelse). Asker og Bærum, etterfulgt av Folloregionen ligger like over fylkesgjennomsnittet. Kongsbergregionen, Ringeriksregionen, Gardemoreregionen og Indre Østfoldregionen ligger like under fylkesgjennomsnittet. Det er noe forskjell mellom ujusterte og justerte tall i Asker og Bærum, Gardemoreregionen og Indre Østfoldregionen, der gjennomsnittet ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning.

Figur 53B viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg engasjert etter utdanning og kjønn. Gjennomsnittsskår på å føle seg engasjert øker klart med økende utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende utdanningsnivåene for begge kjønn. Cohens d for høyeste mot laveste verdi (dem med høyest utdanning mot dem med lavest utdanning) er 0,57 for kvinnene og 0,54 for mennene (stor effektstørrelse). Kvinner rapporterte å føle seg mer engasjert enn menn på tvers av utdanningsnivå, unntatt blant de med VGS som høyeste fullførte utdanning.

Figur 53C viser gjennomsnittlig skår på om en føler seg engasjert etter alder og kjønn. Blant kvinner stiger gjennomsnittsskår med økende alder frem til 40-49 år, hvor den deretter flater ut og til slutt synker i den eldste aldersgruppen. Det er en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 50-59 og 60-69 år. En lignende sammenheng kan ses blant menn. Også her er det en statistisk sikker forskjell mellom de påfølgende aldersgruppene, unntatt mellom 50-59 og 60-69 år. Cohens d for høyeste mot laveste verdi er 0,42 for kvinner og 0,30 for menn (middels effektstørrelse). I den yngste aldersgruppen skårer menn svakt høyere enn kvinner. I gruppen 40-49 år er det motsatt, der kvinner skårer svakt høyere enn menn.

4. Oppsummering av resultater og diskusjon

4.1 Gjennomgang av funn etter tema

De viktigste funnene blir her oppsummert, tema for tema. Det er først satt søkelys på geografisk variasjon mellom fylker og regionene innen fylket. Deretter oppsummeres forskjeller som er funnet mellom menn og kvinner, over aldersgrupper og utdanningsnivå.

4.1.1 Den demografiske sammensetningen i materialet

I datamaterialet var det 46,7 % som rapporterte å ha høyskole eller universitetsutdanning, 49,2 % blant kvinner og 43,8 % blant menn (designvektede tall). Andelen med høyskole- eller universitetsutdanning i vårt materiale er høyere enn andelen i Statistisk sentralbyrås (SSB) register for hele befolkningen i fylket. Andelen i vårt materiale for kvinner ligger 10,9 prosentpoeng høyere enn for alle kvinner totalt i Viken. Forskjellen blant menn er på 13,1 prosentpoeng. SSBs tall er regnet ut for alle som er 16 år eller eldre, mens vår undersøkelse i prinsippet omfatter alle som er 18 år eller eldre. Forskjellene er dermed egentlig enda litt større. De som er 16 eller 17 år gamle har ikke rukket å bli så gamle at de kan ha fullført høyskole- eller universitetsutdannelse, og ville derfor, hvis de var med, trekke andelen vi har regnet ut noe ned.

Det er særlig gruppen som oppgav å ha grunnskoleutdanning i vårt materiale som er langt lavere enn andelen med grunnskoleutdanning som oppgis hos SSB. Mens denne gruppen utgjorde 8,0 % av kvinnene og 7,8 % av mennene i vårt materiale, utgjør den 25,4 % av alle kvinner og 27,4 % av alle menn i Viken. Noe av denne forskjellen kan handle om måten SSB grupperer dette utdanningsnivået, som også omfatter de med fullført videregående utdanning på mindre enn 2 år (gjelder skoleårene 1975/75-1994/95) og 3 år (f.o.m. skoleåret 1995/96). Vi kan heller ikke se bort fra en viss overrapportering av utdanningsnivå. Selv om vi tar hensyn til alt dette, er det nok en overrepresentasjon av personer med høyere utdannelse i vårt materiale.

Ettersom en stor andel av utfallsvariablene viser sterk sammenheng med utdanning, ser det ut til at vektning for utdanning ville bidra til litt riktigere tall for hele fylket sett under ett. Problemet med en overrepresentasjon av de med høy utdannelse har også vært til stede i de andre fylkene der undersøkelsen har vært gjennomført. Når vi presenterer tall i undergrupper definert ved alder og kjønn, fjerner vi mye av problemet. Når vi presenterer tall for ulike utdanningsgrupper, separat for menn og kvinner og justert for alder, bidrar trolig også dette til å korrigere for en del skjevheter.

Om sammenligning mellom fylker de påfølgende underkapitlene (4.2.1-4.1.9):

I en tabell presentert i appendiks til denne rapporten (Tabell A1) har vi presentert totaltall med sammenligninger på 44 utfallsvariabler mellom Viken, Vestfold og Telemark, Møre og Romsdal, Rogaland, Nordland, Agder og Troms/Finnmark. For 20 av disse har vi også gitt tall for tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane. Vi har merket tall fra tidligere undersøkelser i rosa og kommentert der spørsmålsformuleringene ikke er identiske med dem som er benyttet i Viken. For disse bør man være forsiktig med sammenligning mellom tall fra Viken og resterende fylker. Selv når spørsmålene er like, er det viktig å være klar

over at tallene ikke er populasjonsvektet. Ettersom frafallsprofilen er nokså lik fra fylke til fylke, med en underrepresentasjon av unge menn og eldre kvinner samt en deltakelsesprosent som øker med økende utdanning, kan det tenkes at forskjellene mellom fylkene ikke ville endre seg så mye ved populasjonsvekting. Men helt sikre kan vi ikke være. Det er derfor grunn til bare å legge vekt på forskjeller mellom fylkene som er nokså store.

Ved sammenligning mellom fylkene er det også viktig å være oppmerksom på at ulike datainnsamlingstidspunkt mulig kan bidra til å forklare forskjeller. Særlig kan datainnsamlinger underveis i pandemien med ulike perioder og nivå av smitteverntiltak tenkes å ha bidratt til fluktuerende nivåer for flere av utfallene, men vi vet ikke i hvilken grad.

4.1.2 Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt

I en rapport fra Transportøkonomisk institutt fremgår det at nær 70 prosent av de eldre mener det er sentralt for deres livskvalitet å vite at de kan få transport eller komme seg ut når man trenger det. En reduksjon i transportmulighetene representerer det de kaller et «psykologisk alderstillegg».²⁴ I tillegg til økt livskvalitet i hverdagen, stimulerer både god tilgang på offentlig transport, samt godt utbygde gang- og sykkelveier og god tilgang på natur- og friluftsområder også til fysisk aktivitet²⁵.

I Viken fylke samlet sett er andel som rapporterte om svært god eller god tilgang på tjenester og fasiliteter høyest på spørsmålet om natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntareal (91,1 %). Deretter kommer butikker, spisesteder og andre servicetilbud (81,6 %). En noe høyere andel rapporterte om svært god eller god tilgang på idrettstilbud (80,0 %) enn kulturtilbud (74,5 %). Samlet i fylket oppgav 65,6 % svært god eller god tilgang til kyst/strand eller sjø. Men her er det svært store variasjoner innad i fylket, som gjenspeiler den geografiske nærheten til kystlinjen. Nederst på listen kommer andel som rapporterte svært god eller god tilgang på offentlig transport (60,7 %) og at gang- og sykkelveier er svært godt eller godt utbygde (55,5 %). De to tjenestene som kommer dårligst ut er kanskje de som krever de største investeringene i offentlige budsjett.

4.1.2.1 Fylker

Andelene som rapporterte god eller svært god tilgang på ulike tjenester og fasiliteter i Viken er omtrent på linje med, eller kommer i en mellomposisjon, sammenlignet med andre fylker som har gjennomført Folkehelseundersøkelsen (se appendiks 2 for detaljer). Viken kommer relativt sett best ut på opplevd tilgang til offentlig transport (60,7 % mot 31,8 %-57,9 % i de andre fylkene).

4.1.2.2 Regioner

Internt i Viken fylke er det betydelig variasjon mellom regionene på flere av utfallsmålene om tilgang på tjenester og fasiliteter. Det er særlig stor variasjon når det gjelder tilgang på offentlig transport, samt utbygde gang- og sykkelveier og, som nevnt, tilgang til kystlinje/strand eller sjø. På de to førstnevnte skiller Asker og Bærum, Folloregionen og

²⁴ <https://www.toi.no/forskningsomrader/reisevaner/godt-transporttilbud-viktig-for-eldres-velferd-article30782-213.html>

²⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-tilrettelegge-for-gaing-sykling-og-vaere-en-padraver-for-kollektivtransport>

Nedre Romerike seg positivt ut. Mosseregionen, Ringeriksregionen, Kongsbergregionen, Indre Østfoldregionen og Hallingsdalsregionen ligger klart under fylkesgjennomsnittet når det gjelder tilgang på offentlig transport, og Gardermoregionen, Ringeriksregionen og Indre Østfoldregionen på spørsmålet om utbygde gang- og sykkelveier. Asker og Bærum merker seg ut med å ha den høyeste eller å være blant regionene med de høyeste andelen også på resterende spørsmål om tilgang på fasiliteter og servicetilbud. Det er samtidig ingen geografiske områder som kommer best ut, eller dårligst ut på alt.

4.1.3 Deltakelse i aktiviteter og engasjement

Det å ta del i organiserte og egenorganiserte aktiviteter er en kilde til sosial kontakt og vennskap, til mening og utvikling, og til å skape et godt lokalmiljø og å være med å påvirke samfunnet rundt seg. Dette å bli i stand til å påvirke samfunnet rundt seg blir ofte kalt myndiggjøring (empowerment) og er en sentral komponent i det helsefremmende arbeidet slik det blant annet beskrives i Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid [25].

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

4.1.3.1 Fylker

Når det gjelder deltakelse i egenorganiserte aktiviteter, ligger andelen som rapporterte minst ukentlig deltakelse litt lavere i fylkene som gjennomførte datainnsamling i løpet av 2021 (Viken [43,8 %], Vestfold og Telemark [47,0 %], og Møre og Romsdal [45,5 %]) enn de andre fylkene (53,9 - 57,5 %). Selv om restriksjoner for sosial kontakt under den pågående koronapandemien nylig hadde opphørt ved datainnsamlingstidspunktet i Viken, kan pandemisituasjonen like fullt ha hatt innvirkninger på folks aktivitetsnivå.

Forskjellen mellom fylkene er noe mindre for ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen i utvalget i Viken (23,1 %) er, sammen med Møre og Romsdal (22,5 %), litt lavere enn de øvrige (24,8 % (Troms/Finnmark) - 32,8 % (Agder)). For «engasjement» er også mindre tydelige forskjeller mellom fylkene, og forskjellene er små målt i effektstørrelse.

4.1.3.2 Regioner

Det er større forskjell mellom regionene på spørsmål om ukentlig deltakelse i egenorganisert aktivitet (9 prosentpoeng mellom høyeste og laveste andel) enn organisert (5 prosentpoeng mellom høyeste og laveste andel). Også på spørsmålet om opplevd «engasjement» er det små forskjeller mellom regionene (Cohens $d=0,14$ mellom høyeste og laveste gjennomsnitt). For egenorganisert aktivitet er andelen ukentlig aktive over fylkesgjennomsnittet i Asker og Bærum, etterfulgt av Mosseregion, Søndre Viken-regionen og Folloregion, mens andelen er noe under i Gardermoregionen og Indre Østfoldregionen. Også på spørsmålet om «engasjement» har Asker og Bærum og Folloregionen de høyeste gjennomsnittene og Gardermoregionen og Indre Østfoldregionen de laveste. Det er

interessant å se at de geografiske forskjellene både i engasjement og deltakelse i organiserte aktiviteter blir mindre etter å ha tatt høyde for alder, kjønn og utdanning.

4.1.4 Kosthold, fysisk aktivitet og fedme

Av alle tapte leveår og helsetap (disability adjusted life years; DALYs) (Norge) som kan forebygges, skyldes 39 prosent atferd, 22 prosent skyldes en kombinasjon av atferd og metabolske faktorer og 4 prosent en kombinasjon av atferd og miljømessige faktorer²⁶. Endring av helserelaterte atferdsmønster er derfor en helt sentral oppgave innen folkehelsearbeidet. Dette kalles nære påvirkningsfaktorer, da de påvirker helsen nokså direkte. For å utjevne sosiale helseforskjeller er det viktig å knytte disse til bakenforliggende påvirkningsfaktorer, som oppvekst, utdanning, inntekt og samfunnsforhold²⁷. Kosthold og fysisk aktivitet henger nært sammen med fedme. Det er derfor naturlig å se disse i sammenheng.

4.1.4.1 Fylker

Spørsmålsformuleringene og svaralternativer for spørsmål som går på kosthold og fysisk aktivitet er endret litt i siste skjemarevisjon, brukt i 2021 (Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal). Vi vurderte spørsmålene såpass like at vi har sammenlignet resultater også med de øvrige fylkene i tabellen i appendiks.

Som for de andre fylkene er det klart at man godt kunne økt andelene som spiser frukt eller bær daglig eller oftere (33,2 %), grønnsaker daglig eller oftere (47,3 %) og fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (51,0 %), og redusert andelen som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (24,8 %). I de nasjonale kostrådene anbefales mellom annet minst fem porsjoner grønnsaker, frukt eller bær hver dag, og fisk til middag to til tre ganger i uken²⁸. Siden vi spør om hyppighet og ikke antall porsjoner, kan ikke alle tallene settes direkte opp mot anbefalingene. Den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) gjennomført høsten 2020 inneholdt en bred kartlegging av nordmenns kostholdsvaner. Eksempelvis var andelen som nådde opp i *tre* porsjoner frukt, bær og grønnsaker om dagen 24 % i Viken (tilsvarende landsgjennomsnittet). Flere tall om kostholdsvanene i Viken kan leses om i Kostholds-rapporten fra NHUS 2020 [26].

Andelen som rapporterer at de er fysisk aktive i minst en halv time minst fire dager i uken er 20,3 % i utvalget i Viken. Dette er likt med Vestfold og Telemark og litt lavere enn i Møre og Romsdal (25,0 %), som begge brukte identiske spørsmålsformuleringer. Definisjon av å være fysisk aktiv brukt i denne rapporten stemmer ikke helt med helsemyndighetenes anbefalinger, så det er vanskelig å sammenligne med disse²⁹. Når bare én av fem er fysisk aktive etter kriteriene som er benyttet, er det like fullt sannsynlig at det er betydelig rom for bedring. De nye spørsmålsformuleringene etter spørreskemarevisjonen er sammenlignbare med spørsmål som er validert og brukes i HUNT og Tromsø-undersøkelsene, med tidsserier bakover til 70/80-tallet [17]. Basert på tall fra disse undersøkelsene har man sett en økning i andel fysisk aktive, men også en økning i stillesitting blant kvinner [18, 27]. Spørsmålene brukes også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) og vil bli brukt i kommende FHUS-undersøkelser slik at det

²⁶ Global Burden of Disease database 18.03.2020. <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>

²⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

²⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/>

²⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/>

etter hvert kan bli sammenlignet på tvers av undersøkelser og over tid både i Viken, i andre fylker og nasjonalt.

Spørsmålene om antall timer stillesitting i hverdagen samt høyde og vekt, som brukes for å regne ut kroppsmasseindeks (KMI), er like i alle fylkene som har gjennomført Folkehelseundersøkelsen. For gjennomsnittlig antall timer stillesitting på en vanlig hverdag er gjennomsnittet i Viken (6,97) litt høyere enn i de øvrige fylkene (6,47-6,87). Forskjellen mellom Viken og Agder, som har laveste tall, tilsvarer i gjennomsnitt en halv time. Det er utfordrende å selvrappportere hvor mye man sitter i ro. Studier med bruk av aktivitetsmålere viser at vi har en tendens til å underrapportere dette [27]. Andelen med fedme (KMI ≥ 30) i utvalget i Viken er på linje med utvalget i Vestfold og Telemark (18,4 % og 18,9 %), litt høyere enn i Rogaland (16,2 %) og litt lavere enn i de øvrige fylkene (19,5-21,5 %). I nevnte nasjonale folkehelseundersøkelse i 2020 lå andelen med fedme (KMI ≥ 30) i Viken på landsgjennomsnittet [26].

4.1.4.2 Regioner

Det er noe variasjon mellom regionene på spørsmålene om fysisk aktivitet og inaktivitet, kosthold, og fedme. For andel med fedme tilsvarer forskjellen mellom regionen med høyeste (Indre Østfoldregionen, 23,7 %) og laveste (Asker og Bærum, 12,2 %) andel en Cohens h på 0,30, som kan tolkes som en middels stor effektstørrelse. Variasjonen mellom regionene er på 8-15 prosentpoengs forskjell for kostholdsspørsmålene og syv prosentpoeng for fysisk aktivitet. Variasjonen mellom de øvrige regionene ligger mellom disse ytterpunktene. Særlig Asker og Bærum og Folloregionen skiller seg positivt ut på disse spørsmålene. Unntaket er stillesitting, der disse to regionene har høyest gjennomsnittlig rapportert tid stillesitting i hverdagen. Forskjellen til Hallingsdalsregionen med lavest gjennomsnitt, er på nesten en hel time (58 minutter). For flere av disse utfallene for flere av regionene ligger tallene nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alder, kjønn og utdanning. Dette gjelder særlig for Asker og Bærum, Gardermoreregionen og Indre Østfoldregionen. Tilleggsanalyser viser at det først og fremst er utdanningssammensetningen som forklarer en del av disse forskjellene mellom regionene.

4.1.5 Røyking, snus og bruk av alkohol

Selv om tobakksrøykingen har gått kraftig tilbake i Norge de siste 20 årene, er røyking den største risikofaktoren for helsetapsjusterte leveår blant både menn og kvinner i Norge, inkludert i Viken fylke³⁰. Bruken av snus har økt sterkt de senere årene. Stadig flere av de som bruker snus gjør det uten først å ha vært røykere. I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2019 blir det hevdet at snus trolig ikke er et risikofritt alternativ og at bruken av snus sannsynligvis har en rekke helsemessig negative konsekvenser³¹. Helserisikoen ved bruk av e-sigaretter vet vi foreløpig mindre om³². Spørsmål om bruk av e-sigaretter ble pilotert i det reviderte spørreskjemaet brukt i Møre og Romsdal. Siden andelen som rapporterte å bruke e-sigaretter daglig var på rundt 1 % i utvalget der, ble det vurdert uhensiktsmessig å ha med spørsmålet i basismodulen til Folkehelseundersøkelsen i fylkene. Spørsmål om e-sigaretter inngår heller i den nasjonale helseundersøkelsen (NHUS), der man kan følge med på nasjonale og fylkesviser trender over tid. I det skjemaet som er brukt i Viken, dekkes røyking og bruk av snus.

³⁰ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesviser-resultater-om-sykdomsbyrde/>

³¹ <https://www.fhi.no/publ/2019/helserisiko-ved-snusbruk2/>

³² <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/helserisiko-ved-bruk-av-e-sigaretter-pdf.pdf>

4.1.5.1 Fylker

For daglig røyking (8,3 %) og daglig snusing (12,3 %) ligger andelen i Viken i midtsjiktet sammenlignet med de andre fylkene (7,9-10,0 % for daglig røyking og 10,3-15,5 % for daglig snusing). Andel som drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere (28,1 %) ligger sammen med Vestfold og Telemark (25 %) noe høyere enn i de andre fylkene (13,8-22,2 %), mens andel som månedlig drikker minst seks enheter alkohol ved én og samme anledning (15,9 %) er i mellomsjiktet sammenlignet med de andre fylkene (13,1-19,6 %).

4.1.5.2 Regioner

Forskjellene mellom regionene på spørsmål om røyking, snusbruk og alkoholbruk følger mye det samme mønsteret som de andre spørsmålene om helserelaterte levevaner (4.1.5). Det er noe større geografiske forskjeller i andel som røyker daglig enn som bruker snus daglig. For daglig røyking ligger Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Søndre Viken-regionen, Ringeriksregionen og Gardemoreregionen over fylkesgjennomsnittet, mens Folloregionen og Asker og Bærum ligger under. Andelen for flere regioner ligger nærmere fylkesgjennomsnittet etter å ha justert for alders-, kjønns- og utdanningssammensetningen i regionen.

For alkoholbruk er det mer betydelige forskjeller. Mens Asker og Bærum er den regionen som skårer best på de fleste positive indikatorer i undersøkelsen, er det denne regionen som har det høyeste rapporterte alkoholkonsumet. Det er omtrent 20 prosentpoeng forskjell mellom Asker og Bærum og Indre Østfoldregionen, som er regionen som har den laveste andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Dette tilsvarer en middels sterk effektstørrelse (Cohens $h = 0,45$). Follo-regionen ligger også over fylkesgjennomsnittet. Separat justering for alder, kjønn og utdanning viser at det først og fremst er utdanningssammensetningen som forklarer en del av denne forskjellen mellom regionene. Dessuten viser det seg at alderssammensetningen i Asker og Bærum også bidrar til å forklare noe av forskjellene. Dette mønsteret stemmer godt med andre datakilder på alkoholbruk i Norge, der høyere alder og høyt utdanningsnivå begge er forbundet med høyere drikkefrekvens³³. Bildet stemmer også med resultater fra tidligere Folkehelseundersøkelser i fylkene, der en har funnet høyest andel som drakk alkohol minst to ganger i uken i byene og bynære områder. For det episodisk høye forbruket, som er nært knyttet til negative helsemessige og sosiale konsekvenser, er det noe mindre regionale forskjeller (6 prosentpoeng mellom høyeste og laveste andelen).

4.1.6 Selvrapportert helse, skader og funksjonsevne

Når deltakerne i en undersøkelse som denne blir bedt om å svare på overordnede spørsmål om sin egen helse, kan en innvende at slike selv-rapporter kan være unøyaktige og at noen grupper i befolkningen kanskje har en tendens til å være mer positive eller negative i sin rapportering enn andre. Dette ble undersøkt i en studie basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. De fant at ingen av gruppene var systematisk mer negative enn andre. Forfatterne konkluderte med at deres studie øker troverdigheten av funn i studier der man benytter selvrapporterte surveyundersøkelser til å undersøke forskjeller mellom grupper [28].

³³ <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>

De fleste vil i løpet av livet ha plager eller sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet [29]. Selv om slike plager er vanlige, er de for mange forbundet med smerte og ofte nedsatt funksjon. I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsjukdommer blant de vanligste årsakene både til sykefravær og varig uførhet. Nakke- og korsryggsmerter er videre av de ledende årsakene til samlet sykdomsbyrde (helsetapsjusterte leveår, såkalte «DALYs»), både i Norge og på verdsbasis³⁴. I Viken er korsryggsmerter estimert som viktigste årsak for kvinner og nestviktigste for menn til samlet sykdomsbyrde i 2019³⁵.

Rundt 4 av 10 i utvalget i Viken rapporterte å ha hatt smerter i nakken (41,8 %) og korsryggen (43,0 %) siste 28 dager. Dette ligner funn i andre større befolkningsutvalg i Norge [30], inkludert de to andre fylkene som har hatt med disse spørsmålene i sin folkehelseundersøkelse (Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal). Tall fra levekårsundersøkelsene om arbeidsmiljø viser at forekomsten av nakke- og skuldersmerter siste måned har ligget noenlunde stabilt, rundt 40 %, i perioden 2003 til 2016³⁶. Her er det viktig å merke seg at tallene gjelder yrkesaktive, som generelt er en friskere gruppe enn ikke-yrkesaktive. Kalkulert som såkalt punktprevalens, er det til enhver tid omtrent 1 av 5 med korsryggsmerter og 1 av 5 med nakkesmerter blant utvalget i Viken. Nakke- og ryggsmerter er med andre ord svært vanlige. Mange, men ikke alle oppgav å ha nedsatt funksjon på grunn av disse smertene: litt under 1 av 10, mer bestemt 9,4 % for korsryggsmerter og 7,5 % for nakkesmerter, har til enhver tid redusert funksjon (må endre sine vanlige aktiviteter eller endre dine daglige rutiner) grunnet disse smertene.

Skader representerer en belastning for dem som skades, men ofte også for deres nærmeste, helsevesenet og samfunnet ellers. Skader kan vanligvis forebygges. Mange av tiltakene koster lite og gir effekter som kommer raskt³⁷.

4.1.6.1 Fylker

Resultatene for Viken på spørsmålene om selvrapportert helse, skader og funksjon er på linje med eller i en mellomposisjon sammenlignet med de andre fylkene. Dette gjelder for eksempel andelen som rapporterte at de har god eller svært god helse, som i Viken (72,1 %) er omtrent den samme som i Agder, Møre og Romsdal og Vestfold og Telemark, litt lavere enn Rogaland og Vestland (Hordaland og Sogn og Fjordane), og svakt høyere enn Nordland, Troms og Finnmark.

4.1.6.2 Regioner

Det er noe variasjon mellom regionene på spørsmålene om selvrapportert helse, skader og funksjon. Det skiller hele 13 prosentpoeng mellom regionen med høyeste (78,6 %) og laveste (65,6 %) andel som rapporterte god eller svært god helse. Dette tilsvarer en nær middels sterk effektstørrelse (Cohens $h = 0,29$). For god tannhelse, nakkesmerter, korsryggsmerter og nedsett funksjon er det tilsvarende rundt ni prosentpoengs forskjell, mens det er mindre regionale forskjeller i andel som oppgav skade siste 12 måneder. Igjen merker Asker og Bærum seg positivt ut på alle, og Folloregionen på mange av utfallene. For det overordnende spørsmålet om opplevd helse, ligger andelen som rapporterte god helse i Gardermoregionen, Søndre Viken-regionen og Indre Østfoldregionen noe under

³⁴ <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>

³⁵ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

³⁶ <https://noa.stami.no/tema/helseutfallarbeidsskader/helseplager/nakkesmerter/>

³⁷ <https://www.skafor.org/forebygging/forebygging---hvordan/>

fylkesgjennomsnittet både for ujusterte og justerte tall. Disse regionene, samt Mossregionene kommer noe dårligere ut enn fylkesgjennomsnittet også på flere av de andre spørsmålene om helse og funksjon.

4.1.7 Psykiske plager og aspekter av livskvalitet

Helse henger nært sammen med livskvalitet³⁸. Høy livskvalitet kan sees som en viktig beskyttelsesfaktor mot – heller enn motpolen til – psykisk lidelse. Høy livskvalitet og trivsel synes også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden, kanskje på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, forekomst av ulykker og generell mestring, men også på grunn av de positive virkningene høy livskvalitet har både på immunforsvaret og på hjerte- og karsystemet.

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

4.1.7.1 Fylker

Gjennomsnittsskåren på psykiske plager (HSCL-5-skalaen) i Viken samlet er lik skåren som ble funnet i undersøkelsene i Vestfold og Telemark og Agder, og svakt høyere enn de resterende fylkene som har gjennomført undersøkelsen. Andel med høy gjennomsnittsskår (større enn 2,00 på HSCL-5-skalaen) er 14,2 % mot 9,6 % i tidligere Sogn og Fjordane, som har lavest andel. Denne forskjellen tilsvarer en Cohens h på 0,14 (og Cohens $d=0,16$ når man sammenligner gjennomsnitt). Det betyr at forskjellen er temmelig liten, men ikke ubetydelig når det er populasjonsutvalg fra fylker som sammenlignes. Sammenligning mellom fylker er vel og merke vanskelig mellom annet grunnet ulike datainnsamlingstidspunkt, før og i ulike perioder med pandemi og smitteverntiltak som kan ha bidratt til fluktuerende nivåer av psykiske plager³⁹.

For de fleste utfallsmål som gjelder livskvalitet er det små forskjeller mellom fylkene. På noen av spørsmålene er gjennomsnittsskårene i Viken svakt lavere enn i fylkene som gjennomførte datainnsamling før koronapandemien. Dette gjelder både det overordnede spørsmålet om hvor fornøyd man er med livet og mening i det daglige, og noen av delaspektene som positive følelser de siste syv dager. Skåren på fornøydhet med livet i dette datamaterialet for Viken er omtrent på samme nivå som ble funnet for fylket i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen i oktober 2020⁴⁰. Generelt kan det se ut til at mengde tiltak virker inn på livskvaliteten i befolkningen, at effekten varierer med tiltakenes intensitet eller varighet og at livskvaliteten returnerer til et mer «normalt» nivå når trykket avtar (se her for en oversikt⁴¹).

Viken er det tredje fylket ut med mål på søvnlengde og et nytt mål på søvnproblemer. Gjennomsnittlig søvnlenge i hverdagen i utvalget er på 6 timer og 41 minutter, så og si identisk med resultatet i Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal. Selv om det kan være noe individuelt hvor mye søvn man trenger, er dette gjennomsnittstallet noe under anbefalt søvnlenge for voksne (26-64 år) på 7-9 timer [31]. Det er også noe under

³⁸ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

³⁹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgiH0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

⁴⁰ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgiH0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

⁴¹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR1RcMN2gc-S5BWe9lpPYGgiH0fvMTXtCxM9HpqPICUhu13z0SWzUz08yTc>

gjennomsnittlig søvn lengde i Helseundersøkelsen i Hordaland (1997-1999; 6 t 52 min for kvinner og 7 t 11 min for menn) [32]. Internasjonale tall indikerer at søvn lengden til voksne ikke har blitt kortere [33]. Men dersom så er tilfelle, er det bekymringsfullt da kort søvn lengde er assosiert med en rekke negative helseutfall. Det nye målet på søvnproblemer gir indikasjon på insomni etter diagnostiske kriterier. Totalt 11,5 % i utvalget rapporterer søvnproblemer etter disse kriteriene. Dette er på linje med det som ble funnet i Møre og Romsdal og svakt lavere enn andelen i Vestfold og Telemark. Til sammenligning er det på landsbasis indikasjoner på en økning i søvnproblemer blant den voksne befolkningen, med en økning fra 11,9 % til 15,5 % fra 2000 til 2010 (DSM-IV-kriteriene) [34]. Det er funnet at over halvparten av pasienter i primærhelsetjenesten har slike søvnvansker [35] og at søvnvansker er en sterk risikofaktor for både langtidssykefravær og uførepensjon [36, 37]. Søvnvansker er med andre ord et betydelig folkehelseproblem, som det finnes effektiv hjelp for.

4.1.7.2 Regioner

Det er noe forskjell mellom regionene både utfallene som gjelder psykiske plager (HSCL-5-skalaen) og de overordnede livskvalitetsspørsmålene som tilfredshet med livet og opplevd mening i det daglige (Cohens *d* forskjell rundt 0,13-0,15 mellom høyeste og laveste skår). Asker og Bærum kommer best ut og Gardemoreregionen (samt Søndre Viken-regionen på psykiske plager) kommer dårligst ut på disse utfallene. Vel og merke nærmer resultatene for disse regionene seg fylkesgjennomsnittet etter å ha tatt høyde for (justert for) alders-, kjønns- og utdanningssammensetningen i regionene.

Det er lite forskjeller mellom regionene på livskvalitetsutfallene om fremtidsoptimisme og positive og negative følelser siste syv dager (Cohens *d* forskjell rundt 0,07-0,10 mellom høyeste og laveste skår), samt utfallene som gjelder søvn (søvnproblemer og gjennomsnittlig søvntid).

4.1.8 Sosial interaksjon og sosial kapital

De amerikanske sosialpsykologene Roy Baumeister og Marc Leary skrev i 1995 en artikkel der de hevdet at behovet for tilhørighet (the need for belongingness) er et fundamentalt menneskelig behov, kanskje det aller mest fundamentale av de psykososiale behovene [38]. Slik de beskriver behovet for tilhørighet, handler det først og fremst om tilhørighet til andre mennesker. Men kanskje handler stedstilhørighet om noe av det samme. Tilhørighet til et sted handler kanskje først og fremst om tilhørighet til de menneskene som bor der, til familie, naboer og venner. I denne delen av diskusjonen inngår tilhørighet som ett av mange utfallsmål. Et tilgrenset behov er behovet for å bety noe for andre, både med å føle seg verdsatt og selv å kunne bidra positivt overfor andre [39].

Litteraturen omkring sosiale faktorerers betydning for helse er etter hvert blitt omfattende. En del av kunnskapen på feltet er oppsummert i en norsk bok fra 2009 [40]. I dag vet vi for eksempel mye om virkningene av sosial støtte. God sosial støtte er ikke bare viktig for befolkningens psykiske helse, men sannsynligvis også for noe så håndfast som sykелighet og dødelighet⁴².

Både i Norge og andre land har ensomhet fått stor politisk oppmerksomhet de siste årene. Ensomhet inngår også blant utfallsvariablene vi undersøker i Folkehelseundersøkelsene i fylkene. En oppsummering av til sammen 40 litteraturoppsummeringer fra 2017

⁴² <https://www.scientificamerican.com/article/relationships-boost-survival/>

konkluderte med at ensomhet henger sammen med totaldødelighet [41]. Både en forhøyet risiko for hjerte- karsykdom og for psykisk lidelse kan bidra til å forklare dette. Forfatterne av denne studien påpekte imidlertid at de ikke kan si noe sikkert om årsaksretning. Ingen av oppsummeringene de fant var av høy kvalitet [41]. Uansett må ensomhet betraktes som et viktig aspekt ved folks livskvalitet. Bekjempelse av ensomhet er dermed en viktig del av folkehelsearbeidet.

4.1.8.1 Fylker

Vi har i syv fylker brukt skalaen «Oslo Social Support Scale» for å måle sosial støtte. I innværende rapport har vi rapportert andel som opplever *høy grad* av sosial støtte basert på denne skalaen, mens vi i rapportene før 2021 viste andel som opplever *middels eller høy grad* av sosial støtte. For å kunne sammenligne med tall fra disse rapportene, har vi derfor i appendiks vist andel i Viken som opplever *middels eller høy grad* av sosial støtte. Denne andelen er på 85,2 %, mens de andre fylkene varierer fra 85,6 til 89,6 %. Forskjellene mellom fylkene er altså små. Det kan se ut til at Norge er et land der en svært høy andel av befolkningen rapporterer om god sosial støtte. Norge pleier å komme positivt ut når vårt land blir sammenlignet med andre land på sosiale indikatorer [42, 43].

De andre utfallsmålene på sosial interaksjon og sosial kapital kan sammenlignes med seks fylker; Agder, Nordland, Troms og Finnmark, Rogaland, Møre og Romsdal og Vestfold og Telemark. Grad av stedstilhørighet, trygghet i nærmiljøet, tillit til andre og gjensidig positive sosiale relasjoner er i alle disse fylkene målt langs en skala fra 0 til 10. For opplevd stedstilhørighet er gjennomsnittlig skår Viken (7,18) noe lavere enn i de andre fylkene (7,38-7,60). Forskjellene mellom Viken og fylkene som har høyest skår tilsvarer en Cohens *d* på 0,16. Altså kun små forskjeller, men kanskje ikke helt ubetydelig i et befolkningsperspektiv. På spørsmålet om trygghet i nærmiljøet (8,75) er omtrent på nivå med Telemark, Agder og Rogaland og noe lavere enn Nordland, Troms og Finnmark og Møre og Romsdal (9,16-9,18).

Andel som rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere (47,0 %) er sammen med Vestfold og Telemark (51,7 %) og Møre og Romsdal (50,2 %) litt lavere enn de andre fylkene (57,5-65,0 %). Forskjellen mellom høyeste andel og andel for Viken tilsvarer en Cohens *h* på 0,36, altså en middels sterk effektstørrelse. Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal gjennomførte sine undersøkelser under den pågående koronapandemien. Selv om Viken og Vestfold og Telemark sine datainnsamlinger fant sted like etter en gjenåpning av samfunnet 25. september og før nye restriksjoner, kan resultatene tenkes å speile den lange perioden med smittvernsregler og anbefalinger om å redusere sosial kontakt.

Med tanke på den pågående koronapandemien og de langvarige tiltakene, er det kanskje uventet at vi ikke finner noen klar forskjell i gjennomsnittlig skår på ensomhet mellom fylkene som har gjennomført datainnsamling under pandemien og de andre fylkene. Snarere er skåren i Viken (1,96) sammen med Vestfold og Telemark (1,97) og Rogaland (1,93) litt lavere enn i de øvrige fylkene (2,20-2,23). Funnet stemmer overens med resultatene fra en oppfølgingsundersøkelse i juni 2020 blant FHUS-deltakerne fra Agder og Nordland [3]. Den samlede ensomhetsskåren viste der å ha holdt seg stabil og faktisk å ha gått litt ned sammenlignet med før koronapandemien. Vel og merke hadde skåren økt noe for enkelte grupper, som blant enslige og blant eldre kvinner. Ensomhetsskåren for Viken er også lavere enn det som ble funnet i en ny oppfølgingsundersøkelse november-desember 2020 av FHUS-deltakerne fra Agder og Nordland. I denne undersøkelsen var også innbyggere i Oslo

og Vestland inviterte. Også disse hadde noe høyere gjennomsnittsskårer på ensomhet enn vi finner i Viken⁴³.

For spørsmålene om tillit til andre mennesker (om folk flest er til å stole på) (7,10) og gjensidig positive sosiale relasjoner (7,33) skiller ikke Viken seg ut sammenlignet med de andre fylkene. Spørsmålet om folk er til å stole på har lange tradisjoner og er blitt benyttet i undersøkelser blant høyskolestudenter i USA helt tilbake til 1960-tallet. Spørsmålet benyttes også som en indikator på «sosial kapital»⁴⁴. Undersøkelser har vist at nordmenn, i likhet med befolkningen i de andre nordiske landene, skårer svært høyt på tillit til andre mennesker. Dette framkommer når det sammenlignes med tall fra andre land i Europa⁴⁵.

4.1.8.2 Regioner

Mellom regionene er det stort sett små forskjeller i gjennomsnittlig skår på spørsmålene knyttet til sosiale relasjoner og sosial kapital. Dette gjelder for eksempel utfallene som gjelder ensomhet og sosial støtte. Forskjellene er størst for spørsmålene om det å føle seg trygg i nærmiljøet og grad at tillit til andre, der det er middels store forskjeller mellom høyeste og laveste gjennomsnitt (Cohens *d* hhv. 0,40 og 0,33). Hallingsdalsregionen er regionen med høyest skår på førstnevnte og Asker og Bærum og Folloregionen skårer over fylkesgjennomsnittet på begge disse utfallene. Også på trivsel i nærmiljøet er det noe forskjell, med 12 prosentpoeng mellom regionen med høyeste (Asker og Bærum, 79,7 %) og regionene med de laveste (Indre Østfoldregionen, Nedre Romerike, Hallingsdalsregionen og Gardermoreregionen, 67,8-70,3 %) andelene som rapporterte høy grad av trivsel i nærmiljøet. Vel og merke er de absolutte skårene høye for alle regioner på disse utfallene.

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

4.1.9.1 Fylker

I denne undersøkelsen i Viken var det 10,5 % som rapporterte at de er plaget (middels, mye eller svært mye) av støy fra trafikk når de er hjemme. Like mange rapporterte å være plaget av støy fra andre utendørs støykilder hjemme. Dette er på linje med eller litt høyere enn de andre fylkene som har gjennomført Folkehelseundersøkelsen. Forskjellene mellom fylkene er vel og merke nokså små (forskjellen mellom Viken og laveste andel (tidligere Sogn og Fjordane) tilsvarende en Cohens *h* effektstørrelse på 0,14).

Andel som opplever det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få pengene i husholdningen til å strekke til er i Viken 18,7 %. Denne andelen er i mellomstadiet sammenlignet med de andre fylkene (mellom 16,7 % og 21,4 %). Alle disse andelen er noe høyere enn Statistisk sentralbyrås beregninger av andel personer i befolkningen som tilhører en husholdning med lavinntekt (11,2 %) i 2017 [44], men tilsvarende andelen som bor i en husholdning som ikke har mulighet til å klare en uforutsett utgift (19 % i levekårsundersøkelsen 2020)⁴⁶.

⁴³ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

⁴⁴ <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.8.1187>

⁴⁵ https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/fieldwork/norway/ESS5_brochure_NO.pdf

⁴⁶ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/fattigdomsproblemer-levekarsundersokelsen>

4.1.9.2 Regioner

Det er noe variasjon mellom regionene i resultater både om opplevd støy og økonomiske vansker.

Nedre Romerike og Gardermoregionen ligger over fylkesgjennomsnittet når det gjelder å være plaget av støy både fra veitrafikk og støy fra andre utendørs støykilder, mens Drammensregionen er blant regionene med den høyeste andelen for førstnevnte støykilde.

Det er hele ni prosentpoengs forskjell (tilsvarende Cohens h på 0,24) mellom regionen med høyeste (23,6 %) og laveste (14,3 %) andel som rapporterte økonomiske vansker (vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til i det daglige). Indre Østfoldregionen, etterfulgt av Gardermoregionen ligger tydeligst over fylkesgjennomsnittet, mens Kongsbergregionen, Folloregionen og Asker og Bærum ligger under. Som sett for flere andre resultater fra undersøkelsen, viser separat justering for alder, kjønn og utdanning at det først og fremst er utdanningssammensetningen som forklarer en del av forskjellene mellom regionene. Dessuten viser det seg at aldersfordelingene i Asker og Bærum og i Gardermoregionen skiller seg en del fra de øvrige regionene og bidrar til å forklare noe av forskjellene mellom regionene. For Gardermoregionen, der Gardermoen lufthavn er største arbeidsgiver, kan det også spekuleres i om oppsigelser i løpet av pandemien kan ha bidratt til å forklare noe av resultatet for regionen.

4.1.10 Kjønnsforskjeller

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

De fleste kjønnsforskjellene som handler om helserelaterte levevaner, går i retning av at kvinnene rapporterer sunnere vaner enn menn. Når det gjelder kosthold, finner vi at en høyere andel kvinner enn menn spiser frukt eller bær daglig eller oftere og grønnsaker daglig eller oftere. Og motsatt er det en høyere andel menn enn kvinner som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Alle disse forskjellene mellom menn og kvinner er middels sterke til sterke, og er klare tvers av utdanningsnivå og aldersgrupper. Unntaket her er for inntak av fisk, der det ikke er klar kjønnsforskjell. Videre er det klart lavere andeler kvinner enn menn som snuser daglig, drikker alkohol to-tre ganger eller oftere per uke eller som rapporterer å ha et episodisk høyt forbruk av alkohol. For daglig røyking er det mindre tydelige forskjeller, og her er det faktisk en litt høyere andel kvinner enn menn som oppgir å røyke daglig. Det er flere menn enn kvinner, på tvers av utdanningsnivå og aldersgrupper, som oppgir at det er mer enn to år siden de var hos tannlege eller tannpleier. Kjønnsforskjellene for fysisk aktivitet følger et noe mer sammensatt mønster, som varierer over alder; Overordnet er det ingen klar forskjell mellom menn og kvinner i andel «fysisk aktive» (her: moderat fysisk aktivitet minst 30 min. hver gang, minst fire ganger i uken). I yngste aldersgruppen (18-29 år) er andelen høyest blant menn, mens andelen er høyest blant kvinner i aldersgruppene mellom 50-69 år. Mennene oppgir derimot høyere gjennomsnittlig tid stillesitting i hverdagen enn kvinner. Denne kjønnsforskjellen er tydeligst blant de med høy utdanning, og i aldersgruppene 30-39 år og aldersgruppene fra og med 60 år.

Menn kommer derimot best ut på de fleste utfallsvariabler som gjelder fysiske og psykiske helseplager. Vel og merke er det ikke kjønnsforskjeller på spørsmålet om opplevd helse generelt. Men en høyere andel kvinner enn menn rapporterer om nakkesmerter (50,0 %

mot 31,7 %) og korsryggsmerter (45,7 % mot 39,6 %) den siste måneden og en høyere andel oppgir søvnproblemer (13,5 % mot 9,1%). Videre skårer kvinner høyere enn menn på psykiske plager (Cohens $d = 0,22$). Disse kjønnsforskjellene sees på tvers av utdanningsnivå og aldersgrupper, og er særlig stor for nakkesmerter. Kjønnsforskjellen i psykiske plager er særlig tydelig blant de yngste. Innen forskningen om psykisk helse er det kjent at en høyere andel kvinner enn menn utvikler det som ofte kalles vanlige psykiske lidelser (Common Mental Disorders) og som blant annet omfatter angst og depresjon [45, 46]. En høyere andel menn enn kvinner utvikler atferdsproblemer, blant annet et høyt forbruk av alkohol og alkoholisme [45]. Kanskje er det litt av dette mønsteret vi også ser i de resultatene vi her har presentert fra Folkehelseundersøkelsen i Viken.

Når det gjelder livskvalitet, er det ingen eller lite forskjell mellom menn og kvinner på de overordnede spørsmålene om hvor fornøyd man er med livet, om det man gjør i livet er meningsfylt, og hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå. Det samme gjelder underdimensjoner som positive følelser siste syv dager og stedstilhørighet. For andre aspekter knyttet til livskvalitet er der derimot klarere kjønnsforskjeller. Kvinner skårer høyere enn menn på opplevd gjensidig positive sosiale relasjoner (Cohens $d = 0,23$) og en høyere andel kvinner enn menn opplever høy sosial støtte (38,61 % mot 32,6 %). Samtidig kommer menn noe bedre ut enn kvinner når det gjelder opplevd ensomhet (både målt med UCLA3-skalen og enkeltspørsmålet). Menn føler seg også tryggere i nærmiljøet enn det kvinnene gjør. Kjønnsforskjellen i trygghet i nærmiljøet er særlig tydelig i den yngste aldersgruppen.

Når det gjelder opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter oppgir en litt høyere andel blant kvinner enn menn at tilgangen på kulturtilbud og idrettstilbud er svært god eller god. Forskjellene er vel og merke nokså små og varierer litt mellom utdanningsnivå og aldersgrupper. På resterende utfallsmål er det ubetydelige eller ingen kjønnsforskjeller.

4.1.11 Aldersgrupper

Det kanskje mest overraskende med Folkehelseundersøkelsene i fylkene er den sterke sammenhengen vi finner mellom alder og mange av utfallsvariablene. De fleste av disse sammenhengene er dessuten nokså like for menn og kvinner. Resultatene fra Viken bekrefter mye av det vi har sett i de fylkene som tidligere har gjennomført Folkehelseundersøkelsen.

For det første ser et sunt kosthold ut til å være positivt korrelert med alder. Jo høyere alder, desto høyere er andelen som spiser frukt eller bær daglig eller oftere, grønnsaker daglig eller oftere og fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant kvinner øker andelen så å si lineært med alder, mens økningen er tydeligst fra 50-60-årsalder blant menn. Og motsatt synker andelen som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere klart med økende alder. Andelen overvektige, som først øker med alderen, avtar mot de enda eldre gruppene.

Videre synker andelen som snuser daglig med stigende alder. Andelen som har et episodisk høyt alkoholforbruk synker også, men vel og merke først og fremst fra yngste til nest yngste aldersgruppe. Deretter stiger andelen noe inntil aldersgruppen 50-59 år for igjen å synke. Andelen som drikker alkohol to ganger i uken eller oftere stiger derimot klart med alderen. Forskjellene i drikkemønster over aldersgrupper er noe vi kjenner igjen både fra Folkehelseundersøkelsen i andre fylker og andre datakilder om alkoholbruk i

Norge⁴⁷. Prosentdelen som rapporterer daglig snusbruk er, som nevnt tidligere i rapporten, klart høyere blant menn enn kvinner. Dette gjelder alle aldersgruppene. Også dette er vist i tidligere studier, selv om snusbruken vel og merke har økt blant unge kvinner siste årene [47]. Mens røykingen er mest utbredt i aldersgruppene fra 50 til 69 år, er bruken av snus klart mest vanlig blant de yngre aldersgruppene. Dette gjelder begge kjønn, og indikerer at snusbruk i stor grad har erstattet sigarettøyking.

De fleste aspekter knyttet til psykiske plager og livskvalitet viser en sterk sammenheng med alder, der det meste blir bedre med høyere alder opp til 70 års alder. Skåren på psykiske plager er særlig høy blant kvinner i den yngste aldersgruppen, og forskjellen mellom høyeste mot laveste verdi (yngste mot eldste aldersgruppe) tilsvarer Cohens *d* på hele 1,03 for kvinnene og 0,79 for mennene. Det er også sterke sammenhenger (Cohens *d* over 0,50 for yngste mot eldste aldersgruppe) for både for de overordnede livkvalitetsspørsmålene (tilfredshet med livet, mening i det daglige) og for delaspektene positive og negative følelser, tillit til andre, stedstilørighet og opplevelse av å være trygg i nærmiljøet. Sammenhengene er imidlertid ikke alltid lineære. Særlig tryggheten i nærmiljøet øker sterkere med alderen for kvinner enn for menn. Beslektede aldersforskjeller finner vi også i Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse. Jo eldre, desto lavere andel har vært utsatt for vold eller trusler i løpet av det siste året⁴⁸.

Resultater for spørsmålene knyttet til sosial interaksjon og sosial kapital gir et litt mer sammensatt bilde. Når det gjelder andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere sees en U-formet alderstrend, der andelen er høyest i den yngste og de eldste aldersgruppene. Det samme mønsteret kan sees for deltakelse i egenorganisert aktivitet. For høy sosial støtte er det derimot motsatt. For andre utfall er det igjen mer lineære sammenhenger, der det blir bedre med alderen. Trivselen i nærmiljøet og stedstilørigheten øker med stigende alder. Dette kan kanskje dels reflektere botid i nærmiljøet. Ensomheten synker også klar klart - både målt med UCLA-3-skalaen og spørsmål om ensomhetsfølelse siste syv dager.

På de fleste delspørsmål øker også opplevd god tilgang på tjenester og fasiliteter noe med alderen, selv om sammenhengene her ikke alltid er lineære. Det sees ofte en liten avfatning i stigningen eller liten nedgang mellom de yngste (18-29 år) og de nest yngste (30-39 år), samt mellom de nest-eldste (60-69 år) og de eldste (70 år og eldre). Vi vet ikke sikkert om de unge bor i områder der tilgang på tjenester og fasiliteter faktisk er dårligere enn der de eldre bor, eller om det handler om forskjeller i alderstilpassede tilbud og tjenester. Det kan også tenkes at de yngre stiller noe høyere krav. For spørsmål om utbygde gang- og sykkelstier merker aldersgruppen 30-49 år seg ut med noe lavere andel tilfredse sammenlignet med de andre aldersgruppene. Siden det er i denne aldersgruppen mange har yngre barn, kan det spekuleres i om dette dels kan gjenspeile deres opplevde tilgang til gang- og sykkelstier også tilpasset barn og unges behov.

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

⁴⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>

⁴⁸ [Trygghet - SSB](#)

Oppsummert kan det se ut til at svært mange av de sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltakene i Viken særlig bør rettes inn mot de yngre aldersgruppene.

Som nevnt i metodekapittelet, finnes en feilkilde som kanskje et stykke på vei kan forklare hvorfor vi tegner et så positivt bilde av situasjonen i de eldste aldersgruppene. Når utvalget sjekkes mot Kontakt og reservasjonsregisteret, blir de som ikke kan nås gjennom en rent elektronisk datainnsamling fjernet fra utvalget. Antallet som fjernes er nokså høyt i de eldste aldersgruppene. Det er likevel to ting som taler for at sammenhengene vi har funnet sannsynligvis viser et riktig bilde, selv om bildet kanskje er blitt noe forsterket. For det første er forskjellene vi finner oftest ganske lineære. Det er med andre ord ikke forskjeller som først opptrer når vi kommer opp i en alder der frafallet på grunn av manglende tilgang på elektroniske medier er stort. For det andre er sammenhengene sterke. Det er kanskje vanskelig å forestille seg at seleksjon skulle forårsake en så sterk dreining av resultatene av undersøkelsen.

Undersøkelsen i de tidligere Vestfold- og Agder-fylkene i 2015 inkluderte postalt spørreskjema, og nådde med det noe bedre ut til den eldste aldersgruppen. Nevnte forskjeller over aldersgrupper var langt på vei tilsvarende, selv om resultatene blant de aller eldste (80+) var noe lavere dårligere enn for de øvrige aldersgruppene på noen av utfallene, som opplevd tilgang til fasiliteter og servicetilbud og andel med høy sosial støtte⁴⁹. Gruppen 80+ er ikke presentert spesifikt i foreliggende rapport grunnet frafallsproblemene. I tillegg til seleksjonsproblematikken kan det tenkes at en så bred aldersgruppe som «70 år og eldre», som brukt i denne rapporten, gjør at mengden relativt friske 70-75 åringer tilslører bildet vi har av de eldre samlet sett, for eksempel når det gjelder opplevd ensomhet. I Folkehelseprofilene, der fornøydhet med livet vises over alder fra alle Folkehelseundersøkelsene i fylkene i 2021 samlet, sees en klar utflåting og nedgang fra rundt 70 år⁵⁰. En mer finstilt aldersinndeling enn ti-års spenn, som er brukt i denne rapporten, gi videre et litt mer nyansert bilde også for andre aldersgrupper når alder analyseres mot ulike utfallsmål.

4.1.12 Utdanning

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

Jo høyere utdanning, desto høyere andel spiser sunt og lavere andel røyker daglig, bruker snus daglig og har fedme (KMI ≥ 30). Andelen som rapporterer å være fysisk aktiv (minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst 4 dager i uken) øker. For timer sittende i ro er bildet vel og merke motsatt; De med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år rapporterer omtrent 1 time mer stillesitting i hverdagen sammenlignet med de med grunnskole/VGS-utdanning (1 time og 15 minutter blant menn). Også andel som drikker alkohol to-tre ganger i uken eller oftere øker klart med økende utdanning, mens det episodisk høye alkoholforbruket varierer lite med utdanning. Disse forskjellene i drikkemønster⁵¹ og fysisk aktivitet og stillesitting⁵² mellom utdanningsgrupper er noe vi kjenner igjen både fra Folkehelseundersøkelsen i andre fylker og andre

⁴⁹ https://www.vtfk.no/globalassets/vtfk/dokumenter/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/resultatrapport_versjon_revidert_131017.pdf

⁵⁰ <https://www.fhi.no/nyheter/2022/folkehelseprofilene-for-kommuner-og-bydeler-2022-er-publisert/?fbclid=IwAR3tvH7oMLTP5kkqd5KUI2NrIn-otqLLIHMnQcA6gYpel1RRZjLOIYEmpUI>

⁵¹ <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>

⁵² <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

populasjonsbaserte studier i Norge. For fysisk aktivitet kan funnene henge sammen med at de med kortere utdanning oftere har yrker der de går og står mye, men ellers driver mindre med fysisk aktivitet, mens de med høyere utdanning oftere har en stillesittende jobb, men trener mer på fritiden.

For alle mål på helseplager og funksjonstap er det en klar utdanningsgradient i favør av de med høyere utdanning. Forskjell mellom de med høyest og lavest utdanning i andel som rapporterer god helse er på hele 25 prosentpoeng blant kvinner og 23 prosentpoeng blant menn. Andel med nakkesmerter, med korsryggsmerter og med søvnproblemer synker, likeså andel med funksjonsnedsettelse på grunn av skade, og som opplever at hverdagen deres i stor grad er påvirket av helseproblemer. Jo høyere utdanning, desto lavere skår på psykiske plager, negative følelser og ensomhet. Den klare sammenhengen mellom psykiske plager og utdanningsnivå er kjent fra andre publikasjoner (se blant annet Kurtze et al. 2013 [48]; Dalgard, 2008 [49]).

Utdanningsgradienten går også igjen i utfallene på subjektiv livskvalitet. Særlig sterk sammenheng (Cohens d over 0,50 for høyeste mot laveste verdi) sees for det overordnede spørsmålet om opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt, og for tillit til andre mennesker og opplevelsen av engasjement. Videre, jo høyere utdanning, desto høyere skåre også på gjensidig positive, sosiale relasjoner, å føle seg trygg i nærmiljøet, og på de overordnede spørsmålene om fornøydhet med livet og «fremtidsoptimisme» (Cohens d 0,30-0,49 for høyeste mot laveste verdi, som kan tolkes som middels sterke effektstørrelser).

Andre mål relatert til sosial interaksjon og sosial kapital som ikke allerede er nevnt, følger stort sett samme mønster, men med noen unntak. Andelen som opplever høy sosial støtte øker klart og opplevd ensomhet synker med økende utdanning. Med økende utdanning øker også andelen som er med i organiserte aktiviteter eller i andre aktiviteter, og trivselen i nærmiljøet øker noe. For stedstilhørighet antydes en svak omvendt U kurve-sammenheng, særlig for menn, der skåren er høyest for de med videregående som høyeste utdanningsnivå.

Det skal nevnes at det for opplevd tilgang på tjenester og fasiliteter er nokså svake sammenhenger med utdanningsnivå. Men særlig for tilgang til natur- og friluftsområder og i noen grad kulturtilbud og idrettstilbud og er det høyere andeler som oppgir god tilgjengelighet med økende utdanningsnivå. For tilgang til butikker, serveringssteder og andre servicetilbud er det derimot en svak nedgang med økt utdanningsnivå blant kvinner.

Til sist er det en synkende andel som rapporterer at det er minst to år siden de var til tannlege med økende utdanning. Andelen som opplever å være plaget av støy i hjemmet fra trafikk eller andre utendørs støykilder øker. Og andelen med økonomiske vansker synker betydelig, og så å si lineært, med økende utdanningsnivå.

4.2 Begrensninger ved datagrunnlaget

4.2.2 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen var på 40,9 %. Dette regnes som er bra for denne typen undersøkelser. Det at under halvparten av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel en del usikkerhet om hvor gode tall vi egentlig har.

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

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

Av de som faktisk ble inviterte til å delta, varierer svarprosenten mellom de ulike kommunene en del (fra 34,7 % til 49,6 %). Det var også noe variasjon i svarprosent mellom regionene kommunene er gruppert i for denne rapporten (fra 37,6 til 44,9 %).

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

4.2.3 Spørreskjema og måleinstrument

Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen er en nylig revidert versjon av basismodulen for folkehelseundersøkelsene, først brukt i Møre og Romsdal i februar 2021. Deler av skjemaet er likevel brukt allerede i pilotundersøkelsen i de tidligere Vestfold og Agder-fylkene [50], samt i tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane [11, 51].

Undersøkelsen har enda flere likheter med basismodulen av spørsmål brukt i Troms/Finnmark, Agder, Nordland og Rogaland i 2019/2020 [6-9]. Utfallsmål som er sammenlignbare mellom funn fra Viken og andre fylker sine undersøkelser er skissert opp i tabellen i appendiks 2. Der man bør være ekstra forsiktig ved sammenligning, grunnet større eller mindre endringer gjort i siste spørreskjema-revisjon, er resultat fra forutgående undersøkelser merket med rosa farge og gitt nærmere forklaring i fotnoter.

En del av skalaene er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se lenke til spørreskjemaet i appendiks i denne rapporten):

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

De fire spørsmålene om kosthold (spm. 4.4-4.7) blir brukt av Statistisk sentralbyrå (SSB) i Levekårsundersøkelsene, og noen av dem inngår også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Av temaer som er nye i den reviderte basismodulen, vil spørsmål om muskel-skjelettplager inngå i regionale, nasjonale og internasjonale sykdomsbyrdeanalyser. Ved å bruke slike skalaer og spørsmål sikrer vi ikke bare at vi får

gode data, men vi kan også i større grad sammenligne våre resultater med resultater fra tidligere undersøkelser.

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

Folkehelseundersøkelsen i Viken 2021 er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{53,54}. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket⁵⁵.

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Viken kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt og arbeids-/livssituasjon), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «fornøydhet med livet» fra tidligere Folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med økende alder⁵⁶. Det å undersøke nærmere lokale variasjoner og sammenhenger, for eksempel når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, kan dermed være til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for hvordan best innrette og prioritere innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen i Viken, andre forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

⁵³ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

⁵⁴ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁵⁵ <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

⁵⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>

V. Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021: p. 1403494821993711.
4. Vederhus, J.-K., C. Timko, and S.H. Haugland, *Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey.* Quality of Life Research, 2021. **30**(6): p. 1769-1778.
5. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
6. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
7. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
8. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
9. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Fremgangsmåte og utvalgte resultater,* in *Rapport 2020.* 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
10. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Møre og Romsdal 2021: Framgangsmåte og utvalde resultat.* 2021, Folkehelseinstituttet: Bergen.
11. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat.* 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
12. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater,* in *Rapport 2022.* 2022, Folkehelseinstituttet: Oslo/Bergen.
13. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study.* American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306-14.
14. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study.* BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.
15. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies.* Research on aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.
16. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.,* in *Rapport 2020.* 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.

17. Kurtze, N., et al., *Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1*. Scandinavian Journal of Public Health, 2008. **36**(1): p. 52-61.
18. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.
19. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
20. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
21. Arslan, T.V., F.S. Sezer, and E. Isigicok, *Magnetism of shopping malls on young Turkish consumers*. Young consumers, 2010.
22. Gilboa, S., I. Vilnai-Yavetz, and J.C. Chebat, *Capturing the multiple facets of mall experience: developing and validating a scale*. Journal of Consumer Behaviour, 2016. **15**(1): p. 48-59.
23. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021, in Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
24. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
25. World Health Organization, *The Ottawa Charter on Health Promotion*. 1986, Copenhagen: World Health Organization.
26. 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.
27. Hansen, B.H., et al., *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge*. 2015, Helsedirektoratet: Oslo.
28. Holseter, C., et al., *Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2015. **135**: p. 434-8.
29. 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.
30. Ihlebæk, C., et al., *Forekomst av muskel-og skjelettlidelser i Norge* 2365–8.
31. 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.
32. 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.
33. 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.

34. Pallesen, S., et al., *A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population*. Sleep Medicine, 2014. **15**(2): p. 173-179.
35. 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.
36. 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.
37. Sivertsen, B., et al., *Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. **66**(1): p. 67-74.
38. 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.
39. Prilleltensky, I., *Meaning-making, mattering, and thriving in community psychology: From co-optation to amelioration and transformation*. Intervención Psicosocial, 2014. **23**(2): p. 151.
40. Mæland, J.G., et al., *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk.
41. 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.
42. Helliwell, J.F., et al., *World Happiness Report*. 2021.
43. Eurostat, *Living conditions in Europe. 2018 edition*. 2018, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
44. Omholt, E.L., *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2019*. 2019, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
45. 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.
46. Baxter, A., et al., *Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression*. Psychological medicine, 2013. **43**(5): p. 897-910.
47. Kvaavik E. (red.). *Tobakk i Norge. FHI-rapport*. [cited 2022 04.01]; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/>.
48. 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.
49. Dalgard, O.S., *Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors*. International Journal for Equity in Health, 2008. **7**(27).
50. Grøtvedt, L., et al., *Fylkehelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring*. Oslo: Folkehelseinstituttet. . 2016, Folkehelseinstituttet.

51. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport til Hordaland fylkeskommune*. 2018, Norwegian Institute of Public Health Bergen.

Appendiks 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Viken 2021 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

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

Appendiks 2: Tabell fylkessammenstilling



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

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

Utfallsmål	Fylke								
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Stor grad av trivsel i nærmiljøet	73,2 (72,5-73,9)	70,5 (69,5-71,4)	72,1 (71,5-72,7)	75,5 (75,0-76,0)	70,9 (70,4-71,5)	76,6 (76,1-77,1)	73,7 (73,1-74,2)	76,6 (76,2-77,1)	74,1 (73,8-74,3)
Kultur- og idrettstilbud – god eller svært god tilgang ⁵⁷			75,4 (74,8-76,0)	78,2 (77,7-78,6)	75,6 (75,0-76,1)	79,0 (78,5-79,5)	Kultur: 67,5 (66,9-68,1) Idrett: 76,8 (76,2-77,3)	Kultur: 78,5 (78,0-78,9) Idrett: 82,5 (82,1-82,9)	Kultur: 74,5 (74,2-74,7) Idrett: 80,0 (79,8-80,2)
Butikker, spisesteder og andre servicetilbud			80,5 (80,0-81,0)	82,8 (82,4-83,3)	81,5 (81,0-82,0)	85,0 (84,6-85,4)	79,1 (78,6-79,6)	84,9 (84,5-85,3)	81,6 (81,4-81,8)
Offentlig transport			39,2 (38,6-39,9)	50,2 (49,6-50,8)	31,8 (31,2-32,4)	57,9 (57,3-58,5)	34,2 (33,6-34,9)	52,5 (51,9-53,1)	60,7 (60,4-60,9)
Natur- og friluftsområder ⁵⁸			95,1 (94,8-95,3)	95,1 (94,8-95,3)	95,6 (95,3-95,8)	92,4 (92,1-92,8)	93,3 (93,0-93,6)	92,5 (92,3-92,8)	91,1 (90,9-91,2)
Parker og andre grøntareal			68,8 (68,2-69,4)	78,8 (78,3-79,2)	71,4 (70,8-72,0)	84,0 (83,5-84,4)			

⁵⁷ I Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal ble dette tema delt i to spørsmål, ett for tilgangen på kulturtilbud og ett for tilgangen på idrettstilbud. Vi viser her prosentandeler for begge spørsmålene for Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal

⁵⁸ I Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal ble spørsmålene om natur- og friluftsområder og parker og grøntareal slått sammen til ett spørsmål. Vi viser her prosentandeler for dette samlespørsmålet for Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal

Utfallsmål	Fylke								
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Kystlinje/strand eller sjø							91,1 (90,7-91,5)	82,8 (82,4-83,2)	65,6 (65,3-65,9)
Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygd			43,2 (42,5-43,8)	60,5 (59,9-61,1)	46,7 (46,0-47,3)	67,9 (67,3-68,5)	43,7 (43,0-44,3)	60,5 (60,0-61,1)	55,5 (55,2-55,8)
Deltakelse i organiserte aktiviteter ukentlig ⁵⁹	25,5 (24,8-26,1)	27,7 (26,7-28,6)	24,8 (24,2-25,3)	32,8 (32,2-33,3)	26,9 (26,3-27,5)	27,6 (27,1-28,2)	22,5 (22,0-23,0)	25,9 (25,4-26,4)	23,1 (22,9-23,4)
Deltakelse i andre aktiviteter ukentlig	41,6 (40,9-42,4)	41,8 (40,8-42,8)	53,0 (52,3-53,7)	57,5 (57,0-58,1)	52,0 (51,4-52,6)	53,9 (53,3-54,5)	45,5 (44,8-46,1)	47,0 (46,4-47,5)	43,8 (43,5-44,1)
Svært god eller god helse	75,9 (75,2-76,6)	76,1 (75,3-77,0)	69,8 (69,2-70,4)	72,4 (71,9-73,0)	70,1 (69,5-70,7)	75,7 (75,2-76,3)	71,8 (71,2-72,4)	71,1 (70,6-71,6)	72,1 (71,9-72,4)
Svært god eller god tannhelse			67,4 (66,8-68,0)	74,7 (74,2-75,2)	69,5 (68,9-70,1)	76,5 (76,0-77,0)	72,6 (72,0-73,2)	73,1 (72,6-73,5)	74,7 (74,4-74,9)
Mer enn to år siden hos tannlege eller tannpleier	10,4 (10,0-10,9)	11,4 (10,8-12,1)	15,9 (15,4-16,4)	10,8 (10,4-11,2)	14,3 (13,8-14,7)	9,4 (9,0-9,8)	12,3 (11,8-12,7)	11,7 (11,3-12,0)	12,0 (11,8-12,2)
Har fedme (KMI 30+)			20,7 (20,2-21,3)	19,5 (19,1-20,0)	21,5 (21,0-22,0)	16,2 (15,8-16,7)	19,4 (18,9-19,9)	18,9 (18,4-19,3)	18,4 (18,1-18,6)
Søvnproblemer							11,1 (10,6-11,5)	13,0 (12,6-13,4)	11,5 (11,4-11,7)
Søvn lengde hverdagen i timer (gjennomsnitt)							6,69 (6,67-6,70)	6,67 (6,66-6,68)	6,69 (6,68-6,69)
Psykiske plager (HSCL-5) gjennomsnitt	1,46 (1,45-1,47)	1,42 (1,41-1,43)	1,50 (1,49-1,51)	1,52 (1,51-1,53)	1,50 (1,49-1,50)	1,50 (1,50-1,51)	1,50 (1,50-1,51)	1,52 (1,51-1,52)	1,52 (1,52-1,53)
Høy skår på psykiske plager (HSCL-5 > 2,00)	12,5 (12,1-12,9)	9,6 (9,0-10,2)	13,1 (12,6-13,5)	13,6 (13,2-14,1)	12,7 (12,3-13,2)	12,3 (11,9-12,7)	13,0 (12,5-13,4)	13,9 (13,6-14,2)	14,2 (14,0-14,4)

⁵⁹ I Hordaland og Sogn og Fjordane var svaralternativene på både dette og etterfølgende spørsmål «Aldri», «1-3 ganger per måned», «Ukentlig», «Daglig». I Troms og Finnmark og i Agder kom de i motsatt rekkefølge, og det var lagt til en ekstra kategori: «Daglig», «Ukentlig», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri».

Utfallsmål	Fylke								
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Hverdagen i stor grad påvirket av helseproblemer			11,7 (11,3-12,1)	11,4 (11,0-11,8)	12,0 (11,6-12,4)	9,2 (8,9-9,6)	11,1 (10,7-11,5)	13,0 (12,6-13,4)	11,9 (11,8-12,1)
Stor grad funksjonsnedsettelse på grunn av skade			6,1 (5,7-6,4)	6,1 (5,8-6,4)	5,8 (5,5-6,1)	4,6 (4,3-4,8)	5,2 (4,8-5,5)	6,3 (6,0- 6,5)	5,9 (5,7- 6,0)
Nakkesmerter siste 28 dager							38,1 (37,5-38,8)	41,9 (41,3-42,4)	41,8 (41,5-42,1)
Korsryggsmerter siste 28 dager							42,9 (42,3-43,6)	43,8 (43,2-44,3)	43,0 (42,7-43,3)
Opplever middels eller høy grad av sosial støtte ⁶⁰	88,5 (88,0-89,0)	89,6 (89,0-90,3)	87,7 (87,3-88,1)	89,2 (88,8-89,5)	88,3 (87,9-88,7)	89,7 (89,3-90,1)	86,8 (86,3-87,2)	85,6 (85,2-85,9)	85,2 (85,0-85,4)
Sammen med gode venner hver uke eller oftere			64,2 (63,5-64,8)	65,0 (64,4-65,6)	61,6 (61,0-62,3)	57,5 (56,9-58,1)	50,2 (49,5-50,8)	51,7 (51,2-52,3)	47,0 (46,7-47,3)
Fysisk aktiv – andpusten eller svett – minst 4 gg per uke minst ½ time ⁶¹			20,6 (20,0-21,1)	18,2 (17,7-18,6)	20,0 (19,5-20,5)	22,4 (21,9-22,9)	25,0 (24,4-25,6)	20,4 (20,0-20,8)	20,3 (20,0-20,5)
Timer stillesitting per dag i i hverdagen			6,61 (6,56-6,65) gjennomsnitt	6,47 (6,43-6,51) gjennomsnitt	6,79 (6,75-6,83) gjennomsnitt	6,87 (6,83-6,91) gjennomsnitt	6,81 (6,77-6,85) gjennomsnitt	6,76 (6,72-6,80) gjennomsnitt	6,97 (6,95-6,99) gjennomsnitt
Røyking daglig ⁶²	8,7 (7,3-9,2)	8,4 (7,8-8,9)	10,0 (9,6-10,4)	9,2 (8,8-9,5)	9,0 (8,6-9,4)	7,9 (7,6-8,2)	8,5 (8,3-8,9)	9,2 (8,9- 9,5)	8,3 (8,1- 8,4)
Snusing daglig	11,5 (10,8-12,2)	10,3 (9,7-11,0)	14,8 (14,3-15,2)	11,0 (10,6-11,4)	15,5 (15,0-16,0)	11,3 (11,0-11,7)	12,8 (12,3-13,2)	12,5 (12,1-12,8)	12,3 (12,1-12,5)

⁶⁰ I rapporten for Viken ellers har vi rapportert prosentandel opplever høy grad av sosial støtte. For sammenstilling med andre fylker, viser vi her resultat basert på inndelingen brukt før skjemarevisjonen; prosentandel som opplever middels eller høy grad av sosial støtte.

⁶¹ Spørsmålsformuleringene for fysisk aktivitet er justerte noe i siste skjemarevisjon fra og med Møre og Romsdal. Se kap.2.4.15 for detaljer

⁶² Spørsmålsoppsett for røyk og snus er justerte noe i siste skjemarevisjon fra og med Møre og Romsdal, med mål om å harmonisere med formuleringer brukt av SSB. Se kap.2.4.17 for detaljer

Utfallsmål	Fylke								
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Sukkerholdig brus eller leskedrikk – sjelden eller aldri ^{63 64}	47,2 (46,4-47,9)	42,1 (41,1-43,1)	40,8 (40,1-41,4)	40,2 (39,6-40,8)	44,3 (43,7-44,9)	42,0 (41,4-42,6)	35,6 (34,9-36,2)	42,1 (41,5-42,6)	44,6 (44,3-44,9)
Frukt eller bær daglig eller oftere ⁶⁵	33,8 (33,1-34,6)	32,3 (31,3-33,3)	25,2 (24,7-25,8)	29,3 (28,7-29,8)	25,0 (24,4-25,5)	29,4 (28,9-30,0)	35,4 (34,8-36,0)	33,0 (32,5-33,6)	33,2 (32,9-33,4)
Grønnsaker daglig eller oftere	45,1 (44,4-45,9)	41,5 (40,5-42,5)	32,7 (32,1-33,4)	36,8 (36,2-37,3)	34,6 (34,0-35,3)	40,1 (39,5-40,7)	42,8 (42,2-43,5)	48,2 (47,6-48,7)	47,3 (47,0-47,6)
Drikker alkohol 2 gg i uken eller oftere	21,8 (21,3-22,3)	13,8 (13,1-14,5)	18,8 (18,3-19,3)	19,6 (19,1-20,1)	20,6 (20,1-21,1)	22,2 (21,7-22,8)	18,9 (18,4-19,4)	25,0 (24,5-25,5)	28,1 (27,8-28,4)
Månedlig 6 enheter alkohol eller mer ved en og samme anledning	16,3 (15,8-16,7)	13,1 (12,4-13,7)	17,6 (17,1-18,1)	19,6 (19,1-20,1)	15,8 (15,4-16,3)	19,2 (18,7-19,7)	13,2 (12,8-13,7)	16,5 (16,1-16,9)	15,9 (15,7-16,1)
Utsatt for skade som medførte bruk av lege eller tannlege i løpet av siste 12 måneder	18,3 (17,7-18,9)	18,8 (18,0-19,6)	17,2 (16,7-17,8)	17,6 (17,2-18,1)	17,9 (17,4-18,4)	15,9 (15,4-16,4)	16,5 (16,1-17,0)	16,4 (16,0-16,8)	17,0 (16,7-17,2)
Plaget av støy fra trafikk hjemme	7,9 (7,4-8,3)	6,6 (6,1-7,2)	10,8 (10,4-11,2)	9,5 (9,1-9,8)	7,5 (7,1-7,8)	9,6 (9,3-10,0)	7,9 (7,5-8,2)	10,7 (10,4-11,1)	10,5 (10,3-10,7)
Plaget av annen støy hjemme	9,4 (8,9-9,9)	6,4 (5,9-6,9)	9,7 (9,3-10,1)	8,8 (8,4-9,1)	7,6 (7,3-8,0)	10,6 (10,2-10,9)	5,9 (5,6-6,2)	9,0 (8,6-9,3)	10,6 (10,4-10,8)
Vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til			21,4 (20,8-22,0)	20,8 (20,3-21,3)	19,4 (18,9-20,0)	16,7 (16,2-17,2)	16,8 (16,4-17,4)	18,7 (18,2-19,1)	18,7 (18,5-19,0)

⁶³ I undersøkelsene i Hordaland til og med Rogaland var svaralternativene for kostholdsspørsmålene «Sjelden/aldri», «1-3 ganger per måned», «1 gang per uke», «2-3 ganger per uke», «4-6 ganger per uke», «Daglig». I Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal ble det lagt til en ekstra kategori; «Flere ganger daglig». Se kap.2.4.16 for detaljer

⁶⁴ I rapporten for Viken ellers har vi rapportert prosentandel som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2-3 dager i uken eller oftere. For sammenstilling med andre fylker, viser vi her resultater basert på inndelinga brukt før skjemarevisjonen; prosentandel som rapporterer å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk sjelden eller aldri.

⁶⁵ I forutgående rapporter var spørsmålsformuleringen inntak av «frukt og bær». I undersøkelsen i Viken, Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal var formuleringen «frukt eller bær».

Utfallsmål	Fylke								
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken
	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)	% (CI 95%)
Fornøyd med livet			7,53 (7,50-7,55)	7,59 (7,57-7,62)	7,48 (7,46-7,51)	7,54 (7,52-7,56)	7,30 (7,27-7,32)	7,41 (7,39-7,43)	7,35 (7,34-7,36)
Fremtidsoptimisme							7,79 (7,77-7,82)	7,81 (7,78-7,83)	7,75 (7,73-7,76)
Livet meningsfylt			7,52 (7,49-7,55)	7,56 (7,53-7,58)	7,50 (7,47-7,53)	7,49 (7,46-7,52)	7,45 (7,42-7,47)	7,47 (7,44-7,49)	7,42 (7,41-7,43)
Negative følelser siste 7 dager) (meanscore)			3,13 (3,10-3,16)	3,17 (3,14-3,20)	3,14 (3,12-3,17)	3,02 (2,99-3,05)	3,14 (3,12-3,17)	3,11 (3,08-3,13)	3,16 (3,15-3,17)
Positive følelser siste 7 dager (meanscore)			7,00 (6,97-7,02)	6,98 (6,96-7,01)	7,00 (6,97-7,02)	6,96 (6,94-6,99)	6,86 (6,84-6,89)	6,81 (6,79-6,83)	6,76 (6,75-6,77)
Ensomhet (meanscore)			2,23 (2,19-2,26)	2,20 (2,17-2,23)	2,21 (2,17-2,24)	1,93 (1,90-1,97)	2,22 (2,18-2,25)	1,97 (1,94-2,00)	1,96 (1,94-1,97)
Støttende og givende sosiale relasjoner (meanscore)			7,30 (7,27-7,32)	7,43 (7,40-7,45)	7,28 (7,25-7,31)	7,45 (7,43-7,48)	7,22 (7,19-7,24)	7,32 (7,30-7,35)	7,33 (7,32-7,35)
Folk flest er til å stole på			7,01 (6,98-7,04)	7,23 (7,21-7,26)	7,09 (7,06-7,12)	7,24 (7,21-7,27)	7,03 (7,00-7,06)	7,15 (7,12-7,18)	7,10 (7,08-7,11)
Høre til på stedet			7,44 (7,40-7,47)	7,43 (7,40-7,46)	7,60 (7,57-7,64)	7,47 (7,44-7,50)	7,55 (7,52-7,58)	7,38 (7,35-7,41)	7,18 (7,16-7,20)
Trygg på stedet			9,16 (9,14-9,17)	8,96 (8,94-8,98)	9,16 (9,14-9,18)	8,93 (8,91-8,95)	9,18 (9,17-9,20)	8,94 (8,92-8,96)	8,75 (8,74-8,76)
Engasjert			6,42 (6,39-6,45)	6,48 (6,45-6,51)	6,36 (6,33-6,39)	6,34 (6,32-6,37)	6,05 (6,02-6,08)	6,31 (6,29-6,34)	6,29 (6,27-6,30)

Appendiks 3: Tabeller frekvensfordeling

Merk: Prosentfordelingene er her uvektede tall.

Tabell 1: Høyeste fullførte utdanningsnivå

Høyeste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
GRUNNSKOLE	7859	7,26	7,26
VIDEREGÅENDE SKOLE	28908	26,71	33,98
FAGSKOLE	10942	10,11	44,09
HØYSKOLE/UNIVERSITET <2 ÅR	9505	8,78	52,87
HØYSKOLE/UNIVERSITET 2-4 ÅR	27808	25,70	78,57
HØYSKOLE/UNIVERSITET >4 ÅR	22463	20,76	99,33
INGEN FULLFØRT UTDANNING	725	0,67	100,00
Total:	108210	100	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
I STOR GRAD	80237	73,95	73,95
I NOEN GRAD	24632	22,70	96,65
I LITEN GRAD	3075	2,83	99,48
IKKE I DET HELE TATT	564	0,52	100,00
Total:	108508	100	

Tabell 3: Tilgang kulturtilbud

Tilgang kulturtilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	31250	28,80	28,80
GOD	47502	43,77	72,57
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	17230	15,88	88,45
DÅRLIG	8043	7,41	95,86
SVÆRT DÅRLIG	3191	2,94	98,80
VET IKKE	1304	1,20	100,00
Total:	108520	100	

Tabell 4: Tilgang idrettstilbud

Tilgang idrettstilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	34842	32,13	32,13
GOD	49325	45,48	77,61
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	14221	13,11	90,72
DÅRLIG	5344	4,93	95,65
SVÆRT DÅRLIG	1518	1,40	97,05
VET IKKE	3202	2,95	100,00
Total:	108452	100	

Tabell 5: Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	39679	36,56	36,56
GOD	48305	44,50	81,06
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	13421	12,36	93,42
DÅRLIG	5580	5,14	98,56
SVÆRT DÅRLIG	1423	1,31	99,87
VET IKKE	136	0,13	100,00
Total:	108544	100	

Tabell 6: Tilgang offentlig transport

Tilgang offentlig transport	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	26167	24,11	24,11
GOD	36091	33,25	57,36
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	16455	15,16	72,52
DÅRLIG	14832	13,67	86,19
SVÆRT DÅRLIG	11820	10,89	97,08
VET IKKE	3169	2,92	100,00
Total:	108534	100	

Tabell 7: Tilgang natur- og friluftområder

Tilgang natur- og friluftområder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	62125	57,26	57,26
GOD	36370	33,52	90,78
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	6736	6,21	96,99
DÅRLIG	2168	2,00	98,99
SVÆRT DÅRLIG	639	0,59	99,57
VET IKKE	462	0,43	100,00
Total:	108500	100	

Tabell 8: Tilgang kystlinje/strand/sjø

Tilgang kystlinje/strand/sjø	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	28354	26,14	26,14
GOD	30717	28,32	54,47
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	16263	15,00	69,46
DÅRLIG	10096	9,31	78,77
SVÆRT DÅRLIG	4878	4,50	83,27
VET IKKE	450	0,41	83,68
JEG BOR IKKE I NÆRHETEN AV SJØ ELLER INNSJØ	17698	16,32	100,00
Total:	108456	100	

Tabell 9: Utbygde gang- og sykkelveier

Utbygde gang- og sykkelveier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GODT	15744	14,51	14,51
GODT	43028	39,66	54,17
VERKEN GODT ELLER DÅRLIG	22747	20,97	75,14
DÅRLIG	15658	14,43	89,57
SVÆRT DÅRLIG	9507	8,76	98,33
VET IKKE	1809	1,67	100,00
Total:	108493	100	

Tabell 10: Deltagelse i organisert aktivitet

Deltagelse i organisert aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLIG	2432	2,24	2,24
UKENTLIG	22638	20,88	23,12
1-3 GANGER PER MÅNED	12392	11,43	34,55
SJELDNERE	34082	31,44	65,99
ALDRI	36874	34,01	100,00
Total:	108418	100	

Tabell 11: Deltagelse i annen aktivitet

Deltagelse i annen aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLIG	4706	4,34	4,34
UKENTLIG	42591	39,27	43,61
1-3 GANGER PER MÅNED	33162	30,58	74,19
SJELDNERE	21604	19,92	94,11
ALDRI	6391	5,89	100,00
Total:	108454	100	

Tabell 12: Hvordan vurderer du din egen helse

Hvordan vurderer du din egen helse	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	21289	19,62	19,62
GOD	57014	52,55	72,17
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	21260	19,60	91,77
DÅRLIG	8062	7,43	99,20
SVÆRT DÅRLIG	872	0,80	100,00
Total:	108497	100	

Tabell 13: Hvordan vurderer du tannhelsen din

Hvordan vurderer du tannhelsen din	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT GOD	24943	22,99	22,99

GOD	55991	51,61	74,60
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	18013	16,60	91,20
DÅRLIG	7555	6,96	98,16
SVÆRT DÅRLIG	1993	1,84	100,00
Total:	108495	100	

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

Når var du sist hos tannlege/-pleier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0-2 ÅR SIDEN	95382	87,93	87,93
3-5 ÅR SIDEN	7851	7,24	95,17
MER ENN 5 ÅR SIDEN	5237	4,83	100,00
Total:	108470	100	

Tabell 15: Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
LAV	15910	14,74	14,74
MIDDELS	53185	49,27	64,01
HØY	38852	35,99	100,00
Total:	107947	100	

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

Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	34217	31,55	31,55
SJELDEN	35100	32,36	63,91
AV OG TIL	27848	25,68	89,59
OFTE	7816	7,21	96,79
SVÆRT OFTE	3477	3,21	100,00
Total:	108458	100	

Tabell 17: Hvor ofte føler du deg utenfor?

Hvor ofte føler du deg utenfor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	29935	27,63	27,63
SJELDEN	44047	40,65	68,27
AV OG TIL	24879	22,96	91,23
OFTE	6781	6,26	97,49
SVÆRT OFTE	2719	2,51	100,00
Total:	108361	100	

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

Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	48124	44,41	44,41
SJELDEN	34505	31,84	76,25
AV OG TIL	17666	16,30	92,55
OFTE	5645	5,21	97,76
SVÆRT OFTE	2427	2,24	100,00
Total:	108367	100	

8Tabell 19: Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	4819	4,50	4,50
SJELDNERE ENN EN GANG I UKEN	12640	11,81	16,31
EN GANG I UKEN	15429	14,41	30,72
2-3 GANGER I UKEN	37500	35,03	65,75
4-5 GANGER I UKEN	17610	16,45	82,21
OMTRENT HVER DAG	19049	17,79	100,00
Total:	107047	100	

Tabell 20: Hvor hardt trener eller mosjonerer du?*

Hvor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
TAR DET ROLIG UTEN Å BLI ANDPUSTEN ELLER SVETT	41538	40,89	40,89
TAR DET SÅ HARDT AT JEG BLIR ANDPUSTEN OG/ELLER SVETT	55007	54,15	95,04
TAR MEG NESTEN HELT UT	5040	4,96	100,00
Total:	101585	100	

*Blant dem som trener minst «sjeldnere enn en gang i uken» (se tabell 19)

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

Hvor lenge holder du på hver gang?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
MINDRE ENN 15 MINUTTER	4343	4,27	4,27
15 MINUTTER-29 MINUTTER	16291	16,03	20,30
30 MINUTTER-1 TIME	53804	52,94	73,24
MER ENN 1 TIME	27203	26,76	100,00
Total:	101641	100	

*Blant dem som trener minst «sjeldnere enn en gang i uken» (se tabell 19)

Tabell 22: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	48049	44,33	44,33
1-3 GANGER PER MÅNED	19773	18,24	62,57
1 GANG PER UKE	13509	12,46	75,04
2-3 GANGER PER UKE	13596	12,54	87,58
4-6 GANGER PER UKE	4799	4,43	92,01
1 GANG PER DAG	4938	4,56	96,56
FLERE GANGER PER DAG	3725	3,44	100,00
Total:	108389	100	

Tabell 23: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	4278	3,95	3,95
1-3 GANGER PER MÅNED	10679	9,85	13,80
1 GANG PER UKE	13460	12,42	26,22
2-3 GANGER PER UKE	26747	24,68	50,90
4-6 GANGER PER UKE	17177	15,85	66,75
1 GANG PER DAG	21578	19,91	86,66
FLERE GANGER PER DAG	14456	13,34	100,00
Total:	108375	100	

Tabell 24: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	812	0,75	0,75
1-3 GANGER PER MÅNED	2228	2,06	2,81
1 GANG PER UKE	4159	3,84	6,64
2-3 GANGER PER UKE	20989	19,37	26,01
4-6 GANGER PER UKE	28977	26,74	52,75
1 GANG PER DAG	35786	33,02	85,77
FLERE GANGER PER DAG	15424	14,23	100,00
Total:	108375	100	

Tabell 25: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SJELDEN/ALDRI	6145	5,67	5,67
1-3 GANGER PER MÅNED	13613	12,56	18,23
1 GANG PER UKE	33451	30,86	49,08
2-3 GANGER PER UKE	43753	40,36	89,44
4-6 GANGER PER UKE	8194	7,56	97,00
1 GANG PER DAG	2722	2,51	99,51
FLERE GANGER PER DAG	532	0,49	100,00
Total:	108410	100	

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

Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	7035	6,77	6,77
MÅNEDLIG ELLER SJELDNERE	29478	28,37	35,14
2-4 GANGER I MÅNEDEN	37259	35,85	70,99
2-3 GANGER I UKEN	24234	23,32	94,31
4 GANGER I UKEN ELLER MER	5913	5,69	100,00
Total:	103919	100	

*4,0 % (4357) av respondentene oppgav aldri å ha drukket alkohol og 0,3 % (288) svarte ikke på det innledende spørsmålet om de noen gang hadde drukket alkohol. Disse fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 27: Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk*

Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
ALDRI	35484	36,70	36,70
SJELDNERE ENN MÅNEDLIG	44096	45,61	82,31
MÅNEDLIG	12584	13,02	95,33
UKENTLIG	4299	4,45	99,77
DAGLIG ELLER NESTEN DAGLIG	219	0,23	100,00
Total:	96682	100	

*4,0 % (4357) av respondentene oppgav aldri å ha drukket alkohol og 0,3 % (288) svarte ikke på det innledende spørsmålet om de noen gang hadde drukket alkohol. Disse fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 28: Hender at du røyker?

Hender at du røyker?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA	15570	14,37	14,37
NEI	92775	85,63	100,00
Total:	108345	100	

Tabell 29: Hvor ofte røyker du?*

Hvor ofte røyker du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLIG	9012	58,19	58,19
AV OG TIL	6474	41,81	100,00
Total:	15486	100	

*Blant dem som oppgir at det hender at de røyker (se tabell 28)

Tabell 30: Har du røkt tidligere?*

Har du røkt tidligere?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
------------------------	----------	-------------	-----------

JA, DAGLIG	28700	31,03	31,03
JA, AV OG TIL	11545	12,48	43,51
NEI	52242	56,49	100,00
Total:	92487	100	

*Blant dem som oppgir at det *ikke* hender at de røyker (se tabell 28)

Tabell 31: Hender at du bruker snus?

Hender at du bruker snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA	16436	15,17	15,17
NEI	91892	84,83	100,00
Total:	108328	100	

Tabell 32: Hvor ofte bruker du snus?*

Hvor ofte bruker du snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
DAGLIG	13308	81,06	81,06
AV OG TIL	3110	18,94	100,00
Total:	16418	100	

*Blant dem som oppgir at det hender at de bruker snus (se tabell 31)

Tabell 33: Har du brukt snus tidligere?

Har du brukt snus tidligere?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA, DAGLIG	4548	4,99	4,99
JA, AV OG TIL	3021	3,31	8,30
NEI	83598	91,70	100,00
Total:	91167	100	

*Blant dem som oppgir at det *ikke* hender at de bruker snus (se tabell 31)

Tabell 34: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder

Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
JA, EN	14399	13,31	13,31
JA, FLERE	3965	3,67	16,98
NEI	89814	83,02	100,00
Total:	108178	100	

Tabell 35: Plaget av støy fra trafikk hjemme

Plaget av støy fra trafikk hjemme	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
IKKE PLAGET	78138	72,06	72,06
LITT PLAGET	18990	17,51	89,57
MIDDELS PLAGET	6416	5,92	95,49
MYE PLAGET	3077	2,84	98,33
SVÆRT MYE PLAGET	1815	1,67	100,00
Total:	108436	100	

4 Tabell 36: Plaget av annen støy hjemme

Plaget av annen støy hjemme	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
IKKE PLAGET	73641	67,92	67,92
LITT PLAGET	23483	21,66	89,58
MIDDELS PLAGET	6862	6,33	95,91
MYE PLAGET	2969	2,74	98,65
SVÆRT MYE PLAGET	1465	1,35	100,00
Total:	108420	100	

Tabell 37: Hvor ofte sammen med gode venner

Hvor ofte sammen med gode venner	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
OMTRENT DAGLIG	7629	7,05	7,05
OMTRENT HVER UKE, MEN IKKE DAGLIG	43339	40,06	47,12
OMTRENT HVER MÅNED, MEN IKKE UKENTLIG	36315	33,57	80,69
NOEN GANGER I ÅRET	16921	15,64	96,33
SJELDNERE ENN HVERT ÅR	1551	1,43	97,77
HAR INGEN GODE VENNER	2417	2,23	100,00
Total:	108172	100	

Tabell 38: Husholdningspengene til å strekke til

Husholdningspengene til å strekke til	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
SVÆRT VANSKELIG	3182	3,08	3,08
VANSKELIG	4687	4,53	7,61
FORHOLDSVIS VANSKELIG	11143	10,77	18,38
FORHOLDSVIS LETT	28817	27,86	46,24
LETT	26140	25,27	71,50
SVÆRT LETT	27476	26,56	98,06
VET IKKE	2002	1,94	100,00
Total:	103447	100	

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Mars 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no