FHI
Folkehelseinstituttet

RAPPORT

2023

Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

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

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
August 2023

Tittel:
Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere:
Tony Leino
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Jens Christoffer Skogen
Ragnhild Bang Nes
Victor Daniel Lode
Marit Knapstad

Andre bidragsytere:
Innlandet fylkeskommune
Kantar Public har ledet datainnsamlingen

Oppdragsgiver:
Innlandet fylkeskommune
Prosjektleder i Innlandet fylkeskommune: Ingeborg Lunde
Prosjektleder i Kantar Public: Kamila Angelika Hynek

Publikasjonstype:
Rapport

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

Grafisk designmal:
Per Kristian Svendsen og Grete Søimer

Grafisk design omslag:
Fete Typer

ISBN elektronisk: 978-82-8406-398-0

Emneord (MeSH):
Befolkningsstudier, fylker, helse, helserelatert atferd, levekår, livskvalitet, nærmiljø, psykisk helse, sosial ulikhet, utvalgsundersøkelse.

Sitering: Leino T, Nilsen TS, Aarø LE, Skogen, JC, Nes, RB, Lode VD, Knapstad M. Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultat. Rapport 2023. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2023.

Innhold

Sammendrag 6
Oppsummering av funn 6
Om rapporten og metodisk tilnærming 7
Viktige forbehold 7
1 Introduksjon 9
2 Metode 11
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall 11
2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen 15
2.3 Spørreskjemaet 17
2.4 Statistiske analyser 18
2.5 Endringer over tid i helse, fornøydhet med livet og sosiale forhold 20
3 Resultater: Innlandet 22
3.1 Alder: Regioner i Innlandet 23
3.2 Kjønn: Regioner i Innlandet 24
3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Regioner i Innlandet 25
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Innlandet 26
3.5 Trivsel i nærmiljøet 27
3.6 Kulturtilbud 29
3.7 Idrettstilbud 31
3.8 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud 33
3.9 Offentlig transport 35
3.10 Natur- og friluftsområder 37
3.11 Gang- og sykkelveier 39
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet 41
3.13 Ukentlig deltakelse i annen (egenorganisert) aktivitet 43
3.14 God eller svært god helse 45
3.15 God eller svært god tannhelse 47
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier 49
3.17 Fedme (KMI 30+) 51
3.18 Søvnproblemer (Insomni) 53
3.19 Gjennomsnitt psykiske plager (HSCL-5) 55
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige helseproblemer 57
3.21 Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade 59
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager 61
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager 63
3.24 Høy grad av sosial støtte 65
3.25 Ensomhet (UCLA-3) 67
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere 69
3.27 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken 71
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere 73
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær 75
3.30 Daglig inntak av grønnsaker 77
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere 79
3.32 Daglig røyking 81
3.33 Daglig snusing 83
3.34 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere 85
3.35 Alkoholenheter per gang 87
3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere 89
3.37 Utsatt for skade siste 12 måneder 91

3.38 Plaget av støy fra trafikk hjemme 93
3.39 Plaget av annen støy hjemme 95
3.40 Andel med økonomiske vansker 97
3.41 Fornøyd med livet 99
3.42 Fremtidsoptimisme 101
3.43 Det man gjør i livet er meningsfylt 103
3.44 Negative følelser siste 7 dager 105
3.45 Positive følelser siste 7 dager 107
3.46 Ensomhet 109
3.47 Støttende og givende sosiale relasjoner 111
3.48 Tillit til andre 113
3.49 Stedstilhørighet 115
3.50 Trygg i nærmiljøet 117
3.51 Engasjement 119
4 Resultater: Endring mellom Hedmark 2019 og gamle Hedmark 2023 på utvalgte variabler 121
4.1 God eller svært god helse 121
4.2 Fornøyd med livet 123
4.3 Gode og støttende sosiale relasjoner 125
4.4 Tillit til andre 127
4.5 Ensomhet 129
5 Oppsummering av resultater og diskusjon 131
5.1 Gjennomgang av funn på tvers av geografi og demografi 131
5.1.1 Den demografiske sammensetningen i materialet 131
5.1.2 Trivsel, tilbud og tilgjengelighet i lokalmiljøet 132
5.1.3 Helse, insomni og psykisk helse 133
5.1.4 Sosial støtte, sosiale relasjoner og ensomhet 134
5.1.5 Helserelatert atferd 136
5.1.6 Utfall knyttet til livskvalitetsmål 137
5.1.7 Andre utfallsmål (Skader, støy og økonomiske vansker) 138
5.1.8 En sammenligning mellom aldersgruppene 70-79 år og 80 år og eldre. 139
5.1.9 Endring over tid 139
5.2 Begrensninger ved datagrunnlaget 140
5.2.1 Representativitet og skjevheter 140
5.2.2 Måleinstrument 141
6 Referanser 143
Vedlegg 1: Spørreskjema 145
Vedlegg 2: Spørsmålsoversikt 146
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning 146
2.4.2 Trivsel 147
2.4.3 Tilgjengelighet av fasiliteter og servicetilbud lokalt 147
2.4.4 Deltakelse i aktiviteter 147
2.4.5 Generell helse og tannhelse 148
2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier 148
2.4.7 Høyde og vekt 148
2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5) 148
2.4.9 Søvnproblemer (insomni) 149
2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelser 149
2.4.11 Muskel-skjelettplager 150
2.4.12 Sosial støtte 150
2.4.13 Ensomhet 151

2.4.14 Fysisk aktivitet 151
2.4.15 Kosthold 152
2.4.16 Røyk og snus 153
2.4.17 Alkohol 153
2.4.18 Skader 154
2.4.19 Støy 154
2.4.20 Livskvalitet 154
2.4.21 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon 156
2.4.22 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Innlandet 156
Vedlegg 3: Tabell fylkessammenstilling 158
Vedlegg 4: Tabeller frekvensfordeling 164

Sammendrag

Oppsummering av funn

- De fleste av deltakerne i FHUS Innlandet 2023 rapporterer god helse og trivsel:
    - 72 % rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet
    - 68 % oppgir at helsen er god eller svært god
    - Gjennomsnittsskåren på tilfredshet med livet er 7,2 på en skala fra 0-10
- For de fleste av temaene som er undersøkt, er det relativt lite variasjon mellom regionene i Innlandet. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom regionene i andelen som oppgir god tilgang til tjenester og fasiliteter i nærmiljøet. Det er også noe variasjon i andelen som deltar i organiserte/egenorganiserte aktiviteter. Lillehammer-regionen og Nord-Østerdal kommer gunstig ut på flere av utfallene knyttet til helse, helserelatert atferd, sosiale relasjoner, mens Kongsvinger-regionen kommer noe mindre positivt ut.
- Kvinner kommer mer gunstig ut enn menn på flere av utfallene knyttet til helse, helserelatert atferd, livskvalitet og sosiale relasjoner. Unntakene er psykiske plager, søvnproblemer og helseplager i hverdagen, der menn kommer mer gunstig ut enn kvinner.
- Lavere utdanningsnivå er ofte knyttet til dårligere rapportert tilgang til tilbud og tjenester, helse, helserelatert atferd, sosiale relasjoner og livskvalitet sammenlignet med høyere utdanningsnivå.
- Sammenhengene mellom alder og utfallsmål varierer på tvers av tema. Det er en klar sammenheng mellom stigende alder og mindre psykiske plager, mindre ensomhet og mindre alkoholinntak. Det er også en sammenheng mellom stigende alder og sunnere kostholdsvaner samt mer gunstige utfall på livskvalitetsmål.
- Sammenlignet med tidligere FHUS undersøkelser kommer Innlandet relativt sett mindre positivt ut enn gjennomsnittet av de øvrige fylkene på noen av utfallsmålene. Det gjelder blant annet (i) andel som rapporterer at de har problemer med å få pengene i husholdningen til å strekke til, (ii) tilgjengeligheten til offentlig transport, (iii) tilgjengeligheten til butikker og spisesteder, og (iv) tillit til andre mennesker. På ett av utfallsmålene kommer Innlandet positivt ut, det gjelder andel som rapporterer at de månedlig har et episodisk høyt alkoholforbruk. Andelen er relativt lav i Innlandet. Men forskjellene mellom grupper internt i fylket er langt større og dermed viktigere enn forskjellene mellom Innlandet og andre fylker.
- Dette er den første FHUS-rapporten som skiller mellom aldersgruppene 70-79 og 80 år og eldre. Sammenlignet med aldersgruppen på 70-79 år kommer den eldste aldersgruppen dårligere ut på noen helseutfall, livskvalitetsmål og ensomhet.

Sammenligning mellom resultater fra Folkehelseundersøkelsene i Hedmarkskommunene i 2019 og de tidligere Hedmarkskommunene i 2023 viser at

- Andel som rapporterer god eller svært god helse, er litt lavere i 2023 enn i 2019.
- Gjennomsnittsskår på ensomhet er litt lavere i 2023 enn i 2019.

- Skår på livstilfredshet, sosiale relasjoner og tillit til andre er uendret.

Om rapporten og metodisk tilnærming

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode, gjennomføring og en del utvalgte resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023. Datainnsamlingen ble gjennomført av Kantar Public på vegne av Folkehelseinstituttet og Innlandet fylkeskommune. Den ble gjennomført med både en elektronisk og en postal utsendelse. Det elektroniske utvalget som ble invitert til å være med var voksne fra 18 år og oppover. Det postale utvalget som ble invitert til å være med var personer i alderen 75 år og eldre som ikke kunne kontaktes elektronisk (hadde ikke telefon og/eller epost). Datainnsamlingen for det elektroniske utvalget ble gjennomført i perioden 10. mai – 5. juni 2023 mens datainnsamlingen for det postale utvalget foregikk i perioden 15. mai – 23. juni. Temaområdene som blir dekket i denne rapporten inkluderer tilgjengelighet av tjenester og fasiliteter lokalt, helserelatert atferd, selvrapportert helsetilstand, skader, nedsatt funksjonsnivå, ulike aspekter ved sosialt miljø og nærmiljø, samt subjektiv livskvalitet. Vi analyserer temaområdene på tvers av kjønn, alder, utdanning og regioner innen fylket. Vi presenterer også resultater for Innlandet 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 vurderes.

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. Denne rapporten dekker resultater fra grunnmodulen i spørreskjemaet. I tillegg inneholdt spørreskjemaet ytterligere spørsmål valgt ut av Innlandet fylkeskommune og FHI.

Den elektroniske undersøkelsen ble sendt ut til 72 800 respondenter, hvor 34,3 % besvarte skjemaet. Den postale undersøkelsen ble sendt ut til 1 835 respondenter, hvorav 16,0 % besvarte skjemaet. Den samlede deltakelsen var 33,8 %. Blant de 24 958 som svarte elektronisk, var 56,4 % kvinner. Blant de 294 som svarte postalt var 55,8 % kvinner. Gjennomsnittsalderen i hele materialet var 51,2 år (designvektet). Andelen som oppgav at de hadde fullført utdanning fra høyskole eller universitet var 41,5 % (designvektet).

Viktige forbehold

Når vi i oppsummeringen og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å merke seg 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 daglig 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 33,8 %. 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 Innlandet noen grupper som er underrepresenterte. Selv om vi ikke har undersøkt dette spesifikt i undersøkelsen i Innlandet, regner vi med at personer som ikke behersker norsk godt nok til å svare på

undersøkelsen er blant disse. Det gjelder også de som ikke kan nås gjennom en internett-basert datainnsamling. Nytt for denne undersøkelsen var det postale skjemaet, som ble sendt til personer 75 år eller eldre som manglet digital kontaktinformasjon (e-post og/eller mobil). Like fullt er det en betydelig lavere svarprosent i den eldste aldersgruppen sammenlignet med andre aldersgrupper. Det er en lavere andel kvinner enn menn i den eldste aldersgruppen som har besvart skjemaet. Vi finner også en underrepresentasjon blant de med lavere utdannelse og blant menn i den yngste aldersgruppen.

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 selv-rapportert helse, livskvalitet, skader, helse-relatert atferd og lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsa. 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 dagsaktuelt kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, 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 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 og på tvers av fylker. Det å kunne sammenligne på tvers og over tid var en 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 sykdomsbyrdeanalyser[1] og vil etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsa[2], Kommunehelsa[3] og Kommunehelseprofilene[4]. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskningsmiljø for videre analyser og for å sikre best mulig nytte av dataene. Analyser basert på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [1-6].

Det lages også tabeller med tall for hver enkelt kommune. Når kommunene er svært små, slik at det kan oppstå problemer med anonymiteten, blir tallene ikke oppgitt.

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Undersøkelsen i Innlandet brukte en nylig revidert versjon av dette skjemaet. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider[5]. Hvert fylke som gjennomfører undersøkelsen, har anledning til å føye til et begrenset antall med egne spørsmål. I denne undersøkelsen ble det blant annet lagt til spørsmål om kjønnsidentitet, seksuell orientering og diskriminering. Spørsmålene skal brukes til analyser og publikasjoner fra forskere som inngår i et forskningssamarbeid mellom Innlandet fylkeskommune, Høgskolen i Innlandet, Likestillingssenteret, KORUS Øst, Foreningen Fri og Folkehelseinstituttet om helse- og livskvalitet blant skeive i Innlandet. Det ble også lagt til spørsmål om arbeidsliv og selvvurdert arbeidsevne til bruk i et forskningsprosjekt om funksjons- og arbeidsevne blant eldre arbeidstakere. Prosjektet gjennomføres av forskere ved Folkehelseinstituttet.

[1] https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/
[2] http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no
[3] http://khs.fhi.no/webview/
[4] https://www.fhi.no/hn/folkehelse/
[5] https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på fylkeshelseundersøkelsenes hjemmeside[6]. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023.

[6] https://www.fhi.no/hs/fylkeshelseundersokelser/

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Innlandet ble planlagt og gjennomført i et nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse) og Innlandet fylkeskommune. Kantar Public hadde ansvar for innsamling av data. Se også Kantar Publics sluttrapport om datainnsamlingen. En detaljert spørsmålsoversikt presenteres i Vedlegg 2.

Målgruppen for undersøkelsen var den voksne befolkningen i Innlandet fylke. Det ble trukket et tilfeldig utvalg på 89 951 personer. Utvalgsstørrelsen i hver kommune var disproporsjonal; i de fleste kommuner ble det trukket 1 739 personer med følgende unntak. I kommuner med under 1 739 personer ble alle kommunens voksne innbyggere (18 år eller eldre) invitert. For kommunene Kongsvinger, Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Ringsaker, Stange og Elverum ble det trukket 3 780 etter ønske fra fylkeskommunen om å ha større utvalg i disse kommunene. Utvalget ble deretter sjekket mot Kontakt- og reservasjonsregisteret (KRR) for å fjerne alle de som hadde reservert seg mot å delta i undersøkelser og som hadde status som «ikke registrert» . Videre, dersom to personer delte telefon og/eller epost med en annen, ble en av personene fjernet tilfeldig. Etter at utvalget var sjekket med KRR, ble antallet redusert til 74 635 personer, hvorav 72 800 ble invitert til å delta i den elektroniske undersøkelsen og 1 835 ble invitert til å delta i den postale.

Deltakerne ble kontaktet enten elektronisk eller postalt. Målgruppen for den elektroniske undersøkelsen var alle personer i Innlandet fylkeskommune som var 18 år eller eldre og som kunne kontaktes både på telefon og epost. Målgruppen for den postale undersøkelsen var i utgangspunktet personer i Innlandet fylke som var 75 år eller eldre og som ikke var registrerte i Kontakt- og reservasjonsregisteret. Den postale henvendelsen ble imidlertid utvidet til å omfatte personer som manglet enten telefon eller e-post siden bare omtrent 900 personer manglet både telefon og e-post. Begge utvalgene, både de som ble kontaktet digitalt og de som ble kontaktet postalt, omfattet personer som var bosatt i Innlandet, født 31. mars 2005 eller tidligere, med registerstatus som «vanlig bosatt» og 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).

Etter datainnsamling og datalagring ble dataene kryptert av Kantar Public og overført til en sikker server ved Folkehelseinstituttet for videre bearbeiding og analyser. De som måtte ønske det, kan når som helst få slettet sine opplysninger fra datafilene.

I den elektroniske undersøkelsen ble den første invitasjonen til å delta sendt ut 10. mai 2023. Det ble sendt ut påminnelser 19. (SMS), 24. (e-post) og den 31. mai (e-post). I tillegg ble det sendt ut en påminnelse den 26. mai (SMS) til alle personer under 45 år. Den elektroniske datainnsamlingen ble formelt avsluttet 5. juni 2023.

I den postale undersøkelsen ble den første invitasjonen sendt ut 15. mai. Det ble ikke sendt ut påminnelser, og undersøkelsen ble avsluttet den 23. juni 2023.

Figur 1 viser hvordan deltakelsen i den elektroniske undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag.

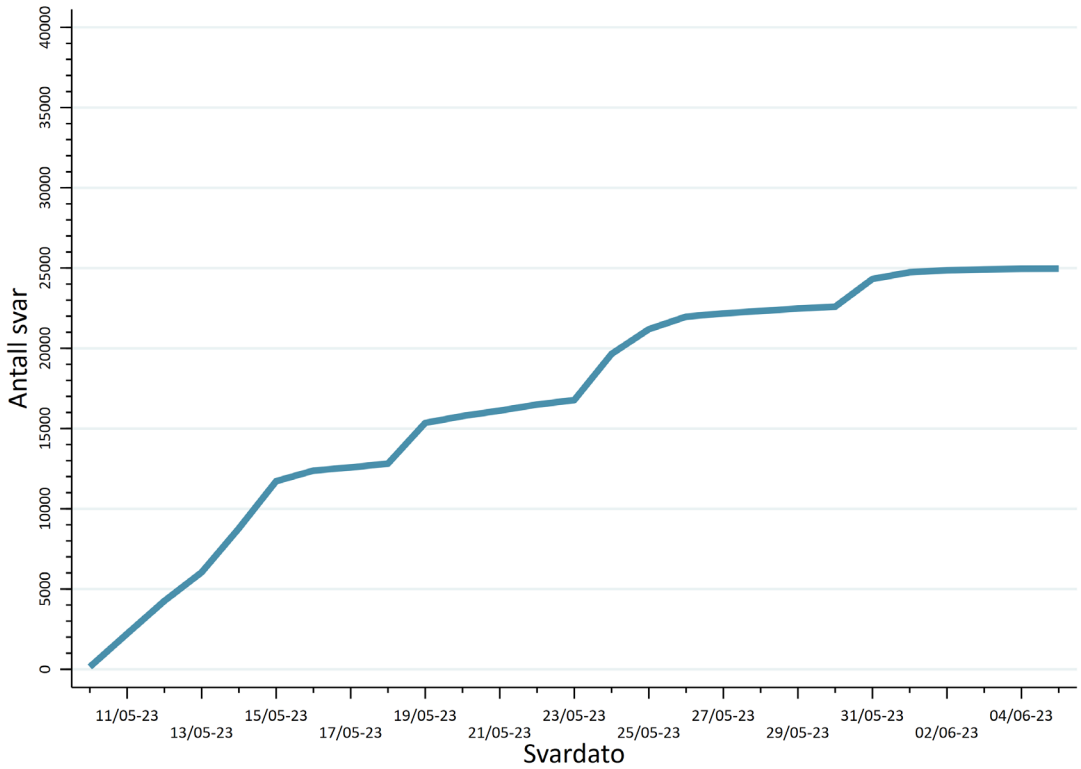
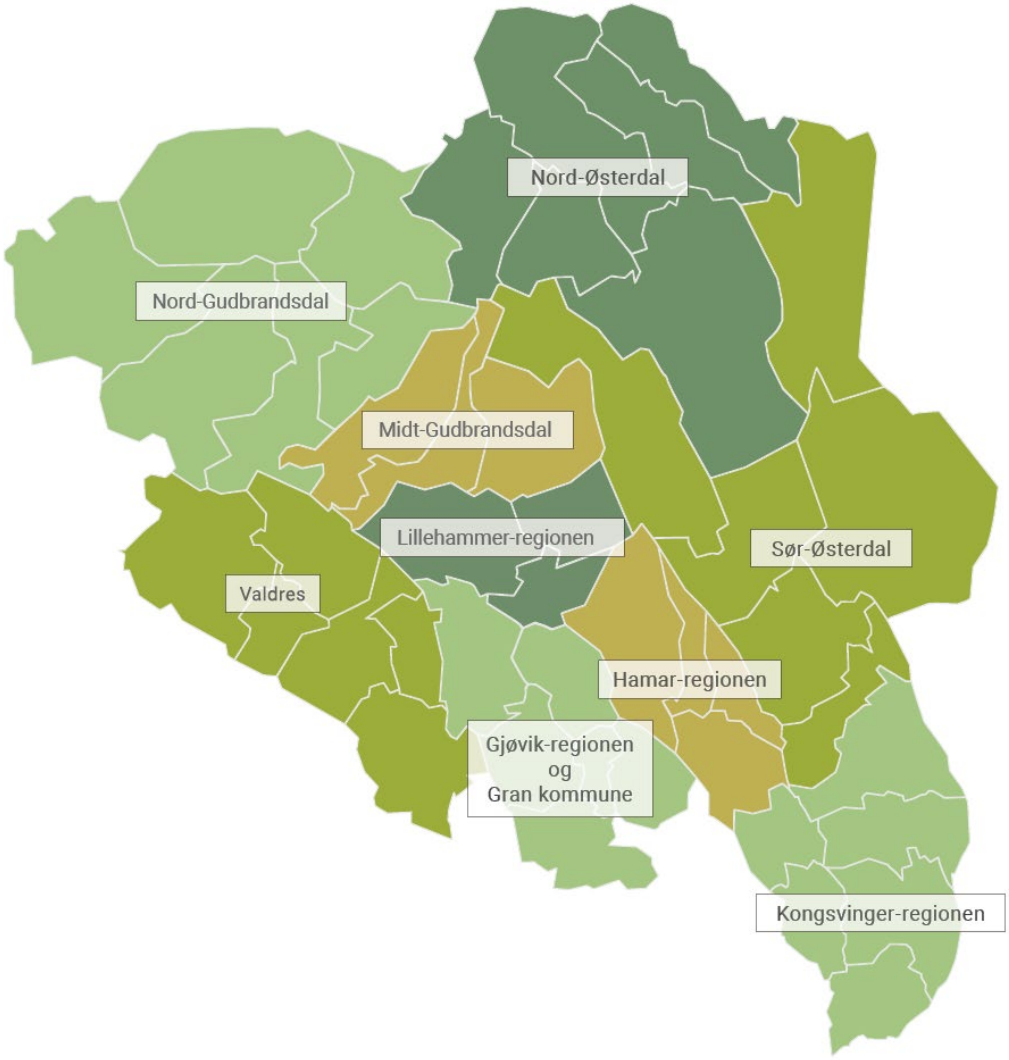


Fig. 1: Utfylte skjema etter dato.

Regioninndelingen som er brukt i denne rapporten.

Kart laget av Innland fylkeskommune.



Kommunene i Innlandet fylke er inndelt i 9 delregioner i analysene som er presenterte i denne rapporten:

- **Gjøvik-regionen og Gran kommune i Hadeland** (Gjøvik, Nordre land, Søndre land, Vestre Toten, Østre Toten og Gran i Hadeland)
- **Hamar-regionen** (Hamar, Løten, Ringsaker og Stange)
- **Kongsvinger-regionen** (Eidskog, Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal og Åsnes)
- **Lillehammer-regionen** (Gausdal, Lillehammer og Øyer)
- **Midt-Gudbrandsdal** (Nord-Fron, Ringebu og Sør-Fron)
- **Nord-Gudbrandsdal** (Dovre, Lesja, Lom, Sel, Skjåk og Vågå)
- **Nord-Østerdal** (Alvdal, Folldal, Os, Rendalen, Tolga og Tynset)
- **Sør-Østerdal** (Elverum, Engerdal, Stor-Elvdal, Trysil, Våler og Åmot)
- **Valdres** (Etnedal, Nord-Aurdal, Sør-Aurdal, Vang, Vestre Slide, Øystre Slidre)

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 fra 30,6 til 37,9 %. Oppslutning per elektronisk og postal innsamling kan leses i Kantar Public sin sluttrapport om datainnsamlingen (se fotnote på side 9).

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

	Inviterte *n*	Svarte *n*	Deltakelse i prosent
Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland	10 271	3 299	32,1 %
Hamar-regionen	11 019	3 992	36,2 %
Kongsvinger-regionen	10 056	3 075	30,6 %
Lillehammer-regionen	6 076	2 300	37,9 %
Midt-Gudbrandsdal	4 201	1 381	32,9 %
Nord-Gudbrandsdal	8 358	2 908	34,8 %
Nord-Østerdal	7 423	2 622	35,3 %
Sør-Østerdal	9 691	3 190	32,9 %
Valdres	7 540	2 485	33,0 %
Alle	**74 635**	**25 252**	**33,8 %**

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Tabellen omfatter både de som svarte elektronisk og de som svarte på papirskjema. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (38,8 %) enn blant menn (29,0 %). Svarprosenten varierer betydelig over aldergrupper for begge kjønn, og særlig blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høyest i aldersgruppen 50-59 år (47,2 %) og lavest i den eldste aldersgruppen (20,0 %). Blant menn er svarprosenten høyest i aldersgruppen 60-69 år (40,9 %) og lavest i den yngste aldersgruppen, der bare 15,1 % besvarte skjemaet.

En feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar (hvis de hadde deltatt). For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn de som ikke svarer [7]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten. På grunn av de lave svarprosentene, antar vi at seleksjonsproblemet i den foreliggende undersøkelsen i Innlandet er størst blant menn i de to laveste aldersgruppene (18-29 og 30-39 år) og blant kvinner i eldste aldersgruppe (80+).

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som svarer etter én eller to purringer på de utfallsmålene som er med i disse undersøkelsene ikke skiller seg vesentlig fra de 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 31-46 prosentene som deltar i Folkehelseundersøkelsene i fylkene ville endret resultatene, vet vi imidlertid ikke.

Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe.

	Kvinner			Menn		
	Inviterte *n*	**Svarte** *n*	**Deltakelse i prosent**	**Inviterte** *n*	**Svarte** *n*	**Deltakelse i prosent**
18-29	6 300	1 863	29,6	6 848	1 036	15,1
30-39	5 349	1 914	35,8	5 786	1 241	21,4
40-49	5 699	2 420	42,5	5 695	1 583	27,8
50-59	6 977	3 291	47,2	7 137	2 373	33,2
60-69	6 127	2 831	46,2	6 311	2 583	40,9
70-79	4 310	1 532	35,5	4 558	1 749	38,4
80+	1 948	390	20,0	1 590	446	28,1
Alle	**36 710**	**14 241**	**38,8**	**37 925**	**11 011**	**29,0**

Tabell 3: Utvalget og befolkningstall etter kjønn og aldersgruppe.

	Kvinner			Menn		
	Befolkning *n*	**Utvalg** *n*	**Utvalget i prosent av alle voksne innbyggere**	**Befolkning** *n*	**Utvalg** *n*	**Utvalget i prosent av alle voksne innbyggere**
18-29	24 477	1 863	7,6	26 576	1 036	3,9
30-39	21 210	1 914	9,0	22 360	1 241	5,6
40-49	22 241	2 420	10,9	22 311	1 583	7,1
50-59	26 866	3 291	12,2	27 411	2 373	8,7
60-69	24 636	2 831	11,5	24 408	2 583	10,6
70-79	21 418	1 532	7,2	20 282	1 749	8,6
80+	12 758	390	3,1	8 923	446	5,0
Alle	**153 606**	**14 241**	**9,3**	**152 271**	**11 011**	**7,2**

Tabell 3 viser hvor stor prosentandel av den samlede, voksne befolkningen i Innlandet som deltok i undersøkelsen. Blant menn finner vi de tre laveste andelene henholdsvis i den yngste, den eldste, og nest yngste aldersgruppen, der andelen i den yngste aldersgruppen er 3,9 %, den eldste 5,0 % og 5,6 % i den nest yngste. Tilsvarende finner vi de tre laveste andelene blant kvinner i den eldste, den nest eldste, og den yngste aldersgruppen, der andelen besvarte skjema henholdsvis er 3,1 %, 7,2 % og 7,6 %.

2.2 Om deltakelsen i denne undersøkelsen

Kommunikasjonsarbeidet i Innlandet

Internt i Innlandet fylkeskommune hadde Samfunnsutviklingsavdelingen med seksjon Regional plan og analyse ansvar for folkehelseundersøkelsen, med folkehelseteamet som ansvarlige. Det ble også etablert en utvidet arbeidsgruppe bestående av representanter fra folkehelseteamet og statistikk- og analyseteamet for å jobbe med løsninger for fremstilling og tilgjengeliggjøring av resultatene. Prosjektgruppen samarbeidet tett med Kommunikasjonsavdelingen i Fylkeskommunen.

Det ble utarbeidet en egen kommunikasjonsplan for prosjektet, og kommunikasjonsarbeidet startet høsten 2022. Det ble opprettet en arbeidsgruppe for kommunikasjonsarbeidet med prosjektleder, seniorrådgivere og kommunikasjonsrådgivere i Innlandet fylkeskommune.

Hovedbudskapet i folkehelseundersøkelsen i Innlandet var at undersøkelsen ville gi ny og lokal kunnskap om hvordan innbyggerne selv opplever egen livskvalitet, trivsel og helse, og at dette er informasjon som fylkeskommunen og kommunene kan bruke for å gjøre innbyggernes hverdag bedre.

Målet med kommunikasjonsarbeidet var i hovedsak å gjøre undersøkelsen kjent, understreke at det var trygt å svare og sikre en høyest mulig svarprosent. Målet var 40 prosent deltakelse. Kommunikasjonsmaterialet som ble utformet og distribuert hadde særlig målgruppene yngre menn og eldre av begge kjønn.

Innlandet fylkeskommune initierte et samarbeid med alle de 46 kommunene i Innlandet og brukte kommunene aktivt for å mobilisere innbyggerne til deltakelse. Det var også i kommunenes interesse å oppnå god oppslutning blant egne innbyggere for å få gode data på kommunalt nivå. Fylkeskommunen gjennomførte møter med kommunene i Innlandet, med kommunekontakter og med interkommunale politiske råd. Det ble orientert om folkehelseundersøkelsen i de interkommunale politiske rådene fra mars til juni 2023. Den 15. november 2022 var det første digitale møtet med kommunekontaktene. Det ble også orientert om folkehelseundersøkelsen til kommunekontakter på folkehelse på andre samlinger og digitale møter. Det siste orienteringsmøtet med kommunekontakter i forkant av folkehelseundersøkelsen ble gjennomført 4. mai 2023. 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. Et annet område som ble drøftet var utfordringen med mange medieoppslag om svindel gjennom lenker i SMS 'er og e-poster rundt tidspunktet for gjennomføring av undersøkelsen.

Nettside på Innlandetfylke.no

Fylkeskommunen hadde en egen side for undersøkelsen på innlandetfylke.no. Det ble også lagt inn et fokusfelt på forsiden til innlandetfylke.no under hele perioden, slik at det skulle være lett å finne informasjon om undersøkelsen på fylkeskommunens nettsider. Fylkeskommunen hadde en egen e-postadresse for folkehelse som publikum kunne sende spørsmål til under undersøkelsen. Det kom totalt 25 henvendelser på e-post.

Fylkeskommunen opprettet også en egen telefontjeneste der publikum kunne ringe inn. Telefonen var bemannet fra mandag til fredag fra klokken 10 til 18. I løpet av perioden mottok fylkeskommunen 42 telefoner. Disse henvendelsene dreide seg hovedsakelig om hvorvidt undersøkelsen var reell, og utfordringer knyttet til spørreskjemaet og inviterte som ikke kunne svare.

Kampanje i sosiale media og aviser

Innlandet fylkeskommune brukte sin egen kommunikasjonsavdeling for å lage annonser og filmer for å løfte budskapet med folkehelseundersøkelsen på Facebook og Snapchat. På Facebook nådde annonsen 56 399 personer, 78 % menn, i hovedsak yngre menn i alderen 18-34 år. På Snapchat ble annonsen vist 118 845 ganger.

Pressemelding ble sendt ut den dagen invitasjonene til å delta gikk ut. Det ble gjort flere intervjuer av prosjektleder i lokale radiostasjoner.

Blant de som deltok i undersøkelsen, ble det trukket ut 10 tilfeldige personer som fikk hvert sitt gavekort på 2 500 kroner.

Annonse

Bilde fra animasjonsfilm

2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaene til Folkehelseundersøkelsene i fylkene består av en grunnmodul, som er felles for alle fylker, og en tilleggsmodul, der hvert fylke har anledning til å legge inn spørsmål som er av spesiell interesse for det aktuelle fylket. I inneværende rapport presenteres resultater fra spørsmålene i grunnmodulen.

Grunnmodulen holdes mest mulig lik over tid. Dette for å bevare mulighet for sammenligninger over tid og mellom fylker. Samtidig har det vært behov for enkelte revisjonsrunder for å gjøre kvalitetsutbedringer. Det har blitt gjennomført revisjonsrunder i 2019, 2020/21 og 2022/23.

Spørreskjemaet som ble brukt i inneværende undersøkelse i Innlandet inneholder noen av de samme spørsmålene som ble brukt i undersøkelsen i Hedmark i 2019, blant annet spørsmålene om livskvalitet. Se kap. 2.4.1 for sammenligninger på noen av disse spørsmålene mellom 2019 og 2023 i Hedmark.

Målet med den mindre revisjonsrunden gjennomført vinteren 2022/23 var å forkorte grunnmodulen, både for å redusere totallengden på skjemaet for deltakerne og for å gi mer fleksibilitet til hvert enkelt fylke om skjemainnhold. I 2020 ble det gjort en større revisjon av grunnmodulen, gjennomført av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjonene ble da 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 rådgivende 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 vedlegg 2 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 Vedlegg 1 til denne rapporten blir det gitt en lenke til det postale spørreskjemaet som ble brukt i Innlandet. En detaljert spørsmålsoversikt og redegjørelse for skåringsprosedyrer og operasjonalisering av ulike variablene presenteres i Vedlegg 2.

Folkehelseundersøkelsen i Hedmark 2019 ble gjennomført av Kantar Public for Hedmark fylkeskommune. Flere av spørsmålene som ble brukt der er også med i inneværende undersøkelse (blant annet hele livskvalitetsbatteriet). Se kapitel 4 for sammenligning av resultater fra 2019 og 2023 i Hedmark.

2.4 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 komplette svarkategoriene er lagt til i egne tabeller i Vedlegg 4 (uvektet).

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler er alder og sumskår for psykiske plager (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. 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 24). Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av de som er under utdanning eller er under 26 år. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanningen eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. Ved å benytte en ekstrakategori, beholder vi et størst mulig antall observasjoner i analysene.

Siden den demografiske sammensetningen (etter kjønn, alder og utdanning) kan variere på tvers av regioner, har vi valgt å justere for demografi når vi sammenligner regioner. 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 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.

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 tall for regioner innen fylket. 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 andelen som er trukket ut til å delta i undersøkelsen varierer fra kommune til kommune, har gjort det nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vektingen er gjort slik at det totale antallet observasjoner etter vekting er likt antall observasjoner før vekting.

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosenter. Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker[7]. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling).

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 17. Noen supplerende analyser og kontroll av analysene er også gjort ved bruk av STATA.

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 [8]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi i tillegg valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens *d*) [9]. Når en regner ut Cohen's *d* benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes på tvers av alle gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene.

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 blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for

[7] https://www.stata.com/manuals/u.pdf

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 effektstørrelser mellom 0,25 og 0,50 er middels, og at effektstørrelser på 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 [9]. En mer utfyllende diskusjon om våre betraktinger rundt bruken av Cohens *d* kan leses i FHUS Vestland[8]

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, alder og utdanning, er sammenhengene oftest sterkere og lettere å tolke uten å benytte effektstørrelser. Likevel har vi i noen tilfeller også benyttet effektstørrelser i slike sammenhenger.

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 tilfeldige utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, bydeler), trekker vi her prosentvis ekstra store utvalg. Men innen hvert geografisk område trekker vi i de fleste datainnsamlingene rent tilfeldig. Men i noen datainnsamlinger har vi trukket ekstra mange fra bestemte subgrupper, for eksempel yngre personer. At vi trekker ulike prosenter i ulike geografiske områder og subgrupper, 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 eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting.

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 multippel regresjonsanalyse.

2.5 Endringer over tid i helse, fornøydhet med livet og sosiale forhold

Noen av spørsmålene i inneværende undersøkelse ble også stilt til deltakerne i Folkehelseundersøkelsen i Hedmark i 2019. Dette gjorde det mulig å gjøre enkle undersøkelser av endring over tid i selvrapportert helse, fornøydhet med livet og sosiale variabler mellom 2019 og 2023 i Hedmark [10]. Disse analysene er avgrenset til personer som deltok i Hedmarksundersøkelsen i 2019[9] og til deltakerne i 2023-undersøkelsen som

[8] https://www.fhi.no/publ/2022/folkehelseundersokinga-i-vestland-2022--framgangsmate-og-utvalde-resultat/

[9] Hedmark fylkeskommune besto av følgende regioner (kommuner i parentes): Glåmdalsregionen (Kongsvinger, Eidsskog, Grue, Våler, Nord-Odal, Sør-Odal og Åsnes), Hamar-regionen (Hamar, Ringsaker, Stange og Løten), Fjellregionen (Os, Tolga, Tynset, Folldal, Alvdal og Rendalen) og Sør-Østerdal (Elverum, Engerdal, Trysil, Stor-Elvdal, og Åmot).

er registrert i gamle Hedmarkskommuner. En detaljert spørsmålsoversikt kan leses i Vedlegg 2. Følgende variabler ble sammenlignet:

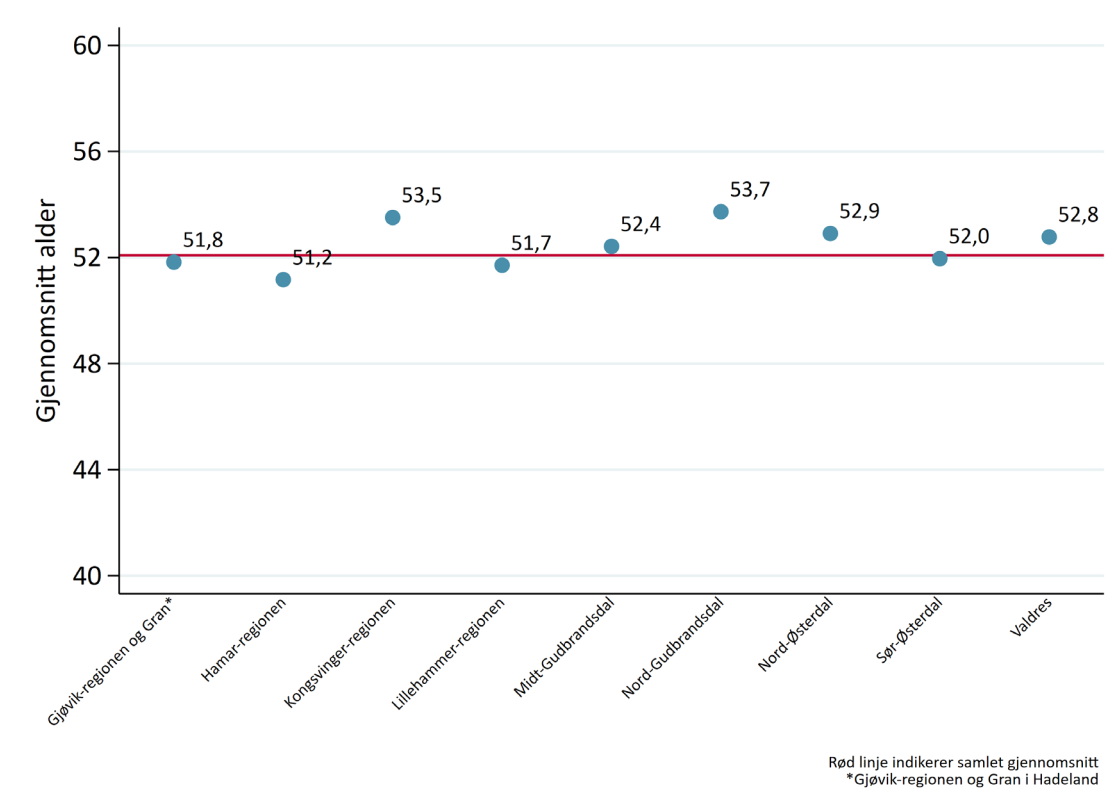
- Andelene som rapportere god eller svært god helse
- Andelene som rapporterte høy grad av ensomhet (femte ledd i livstilfredshetsbatteriet, se 2.4.20 Vedlegg 2)
- Gjennomsnittskår på fornøydhet med livet (skala 0-10)
- Gjennomsnittsskår på sosiale relasjoner (skala 0-10)
- Gjennomsnittsskår på tillit til andre (skala 0-10)

Utfallsvariablene ble brutt ned på kjønn, utdanning (kort: videregående eller kortere, lang: universitets- eller høyskoleutdanning) og aldersgruppe (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-66, og 67 år eller eldre). Hver utfallsvariabel vises i et såkalt *Forest plot*. Her vises prediktor-variablene på y-aksen (kjønn, utdanning og aldersgruppe), mens x-aksen viser skalaen på utfallsmålet. Sammenhengen mellom todelte utfall og prediktorer (kjønn, utdanning og alder) presenteres ved bruk av prosenter og 95-prosent konfidensintervaller. Metriske variabler presenteres ved bruk av gjennomsnitt og 95-prosents konfidensintervaller.

3 Resultater: Innlandet

3.1 Alder: Regioner i Innlandet

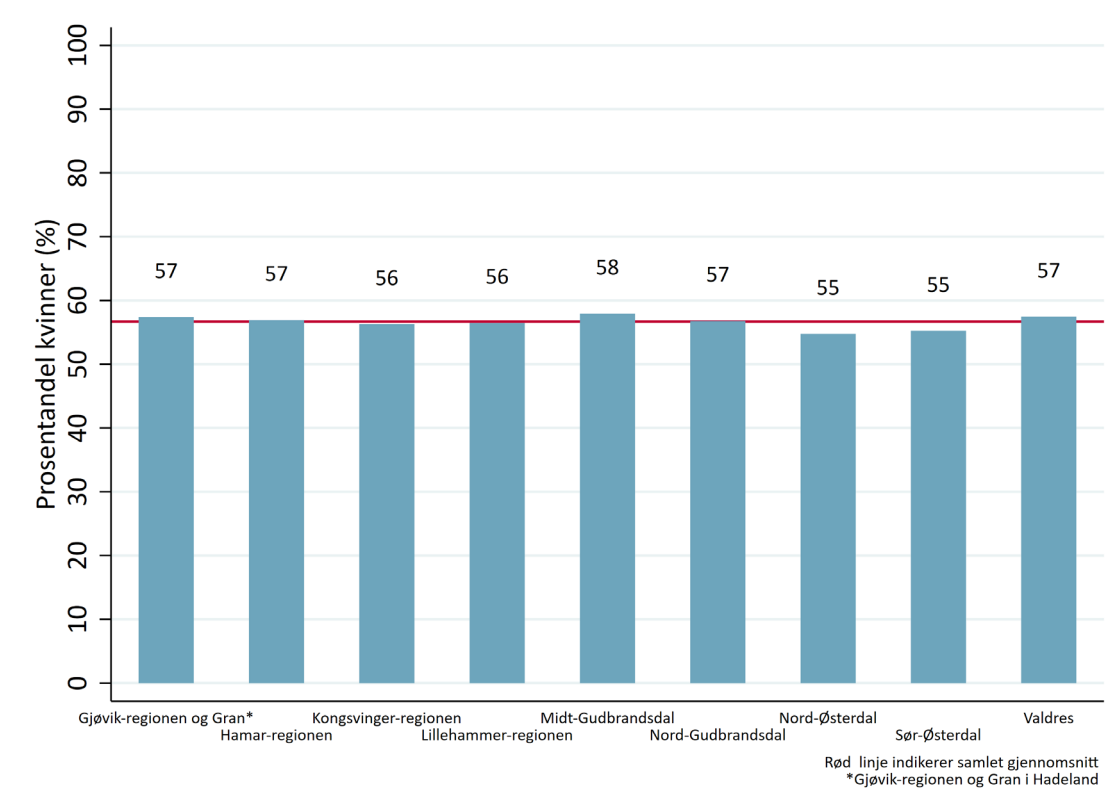
Figur 1: Alder etter regioner i Innlandet



Figur 1 viser gjennomsnittsalder for utvalget, samlet (rød, linje) og for hver region i Innlandet. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalget er 52,1 år (Kvinner: 50,6 år; Menn: 54,0 år (vektede tall). Det er noe variasjon i gjennomsnittsalder på tvers av de geografiske områdene. Gjennomsnittsalderen er høyest i Nord-Gudbrandsdal og Kongsvinger-regionen og lavest i Hamar-regionen.

3.2 Kjønn: Regioner i Innlandet

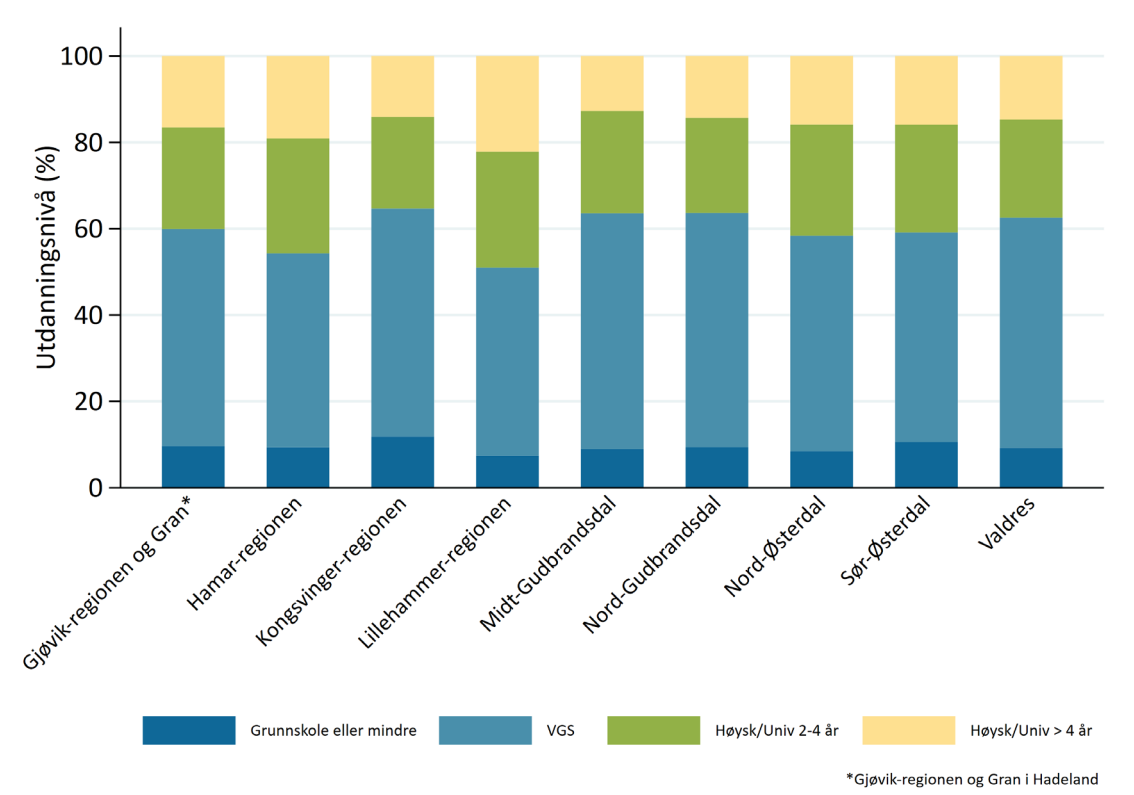
Figur 2: Kjønn etter regioner i Innlandet



Figur 2 viser andelen kvinner i utvalget, samlet og for hver region i Innlandet (vektede tall). Kvinner utgjør 56,7% av utvalget. Det er generelt lite variasjon i andelen kvinner på tvers av geografiske områder, men andelen kvinner i Sør- og Nord-Østerdal er noe lavere enn i de øvrige regionene.

3.3 Utdanningsnivå - firedelt: Regioner i Innlandet

Figur 3: Utdanningsnivå - firedelt etter regioner i Innlandet

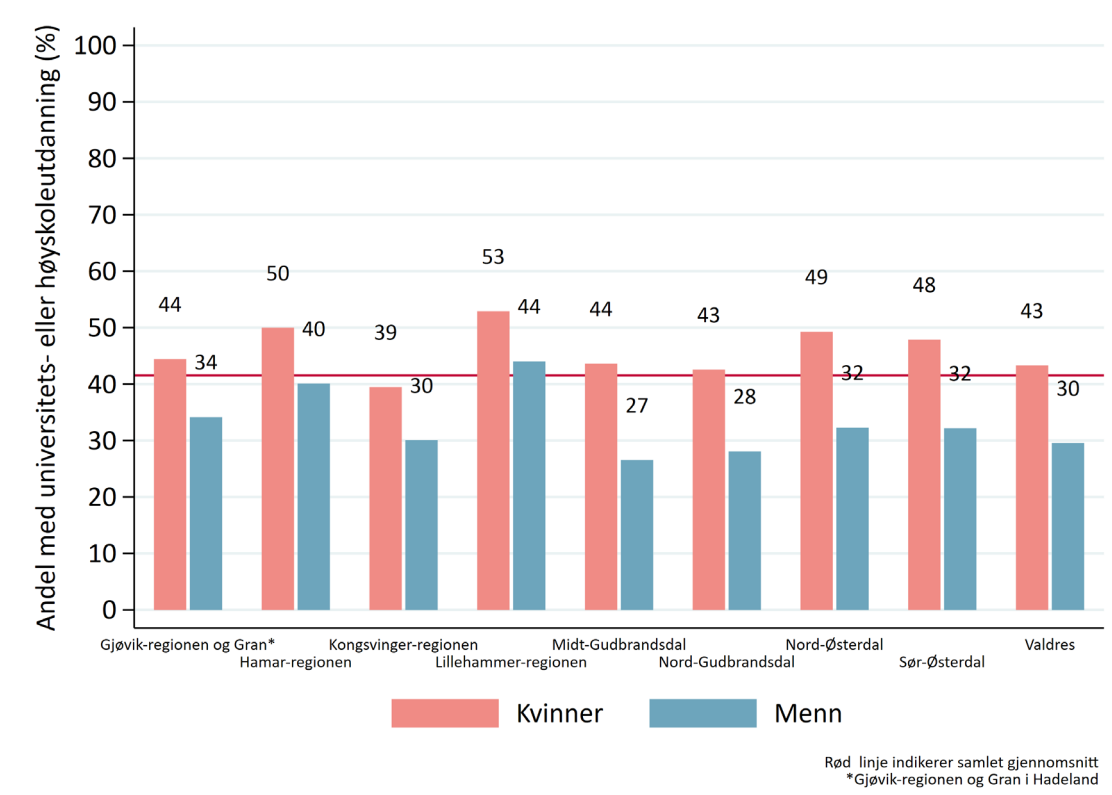


Figur 3 viser høyeste fullførte utdanningsnivå i prosenter for hver region. Andel med grunnskole eller mindre utgjør 9,6 % av utvalget. Andelen med videregående skole eller tilsvarende utgjør 48,8 %. De med høyskole eller universitetsutdanning med varighet på to til fire år utgjør 24,5 % og de med høyskole- eller universitetsutdanning på over 4 år utgjør 17,1 % (vektede tall).

Lillehammer-regionen har den høyeste andelen med universitets- eller høyskoleutdannede mens Midt-Gudbrandsdal har den laveste andelen.

3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Innlandet

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regioner i Innlandet

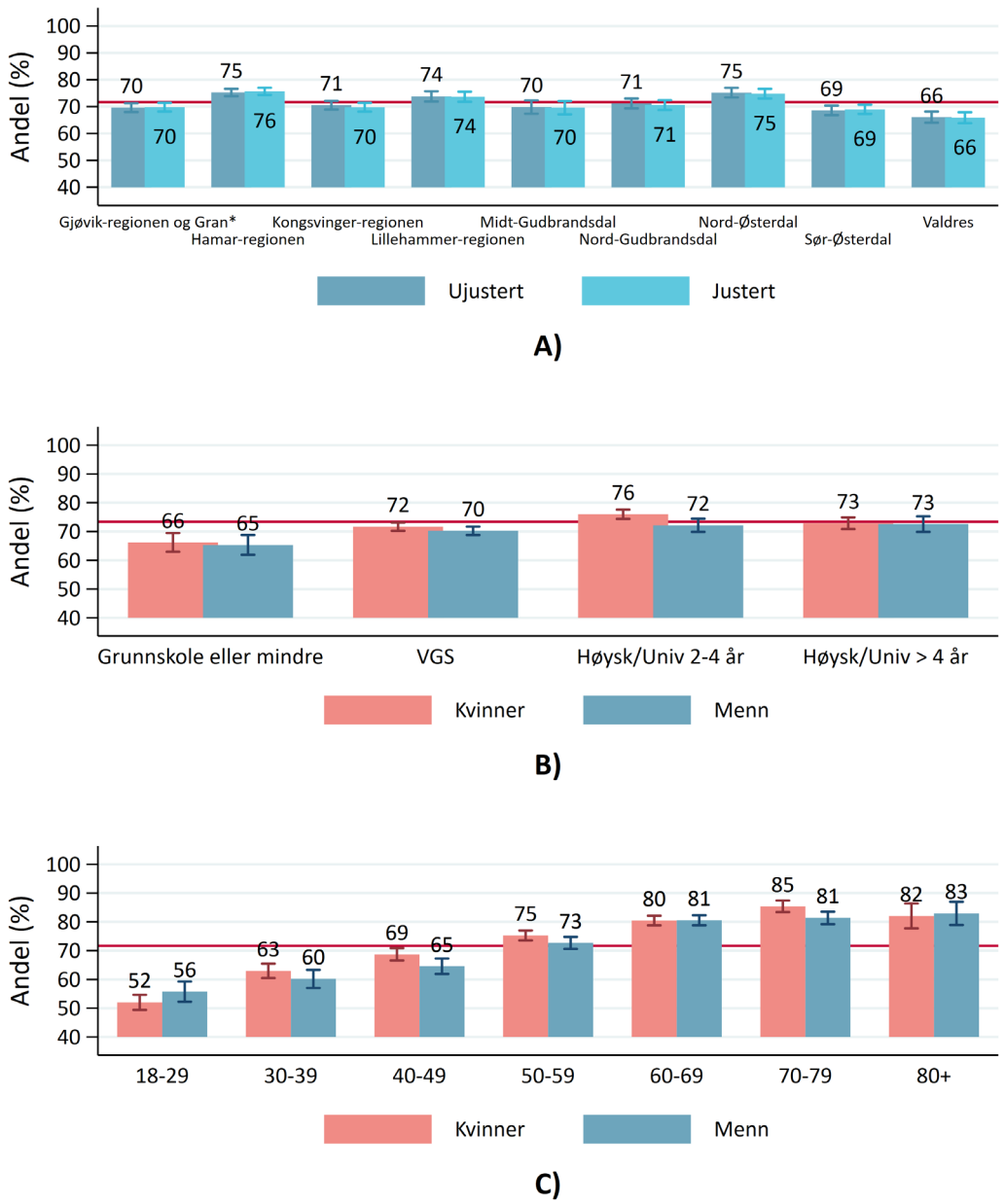


Figur 4 viser andelen med universitets- eller høyskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning, separat for kvinner og menn for hver region i Innlandet. Andelen med universitets- og høyskoleutdanning utgjør totalt 41,5 %. Andelen kvinner med universitets- og høyskoleutdanning utgjør 46,5 % mens andelen er 35,1 % blant menn (vektede tall). Både blant kvinner og menn er andelen med universitets- og høyskoleutdanning høyest i Lillehammer-regionen, og nest høyest i Hamar-regionen. En betydelig høyere andel kvinner enn menn har universitets- eller høyskoleutdanning i alle geografiske områder.

3.5 Trivsel i nærmiljøet

Totalt 25 115 av 25 252 (99,5 %) deltakere hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen som rapporterte stor grad av trivsel i hele utvalget var **71,7 %** (KI95%: 71,0-72,3). Andelen for kvinner var 71,5 % (*n*=14 171; KI95%: 70,7-72,4) og andelen for menn var 71,8 % (*n*=10 944; KI95%: 70,8-72,8).

Figur 5: Andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 5A viser andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Andelen varierer mellom noen av regionene. Det er 9 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest andel (Valdres) (ujusterte tall).

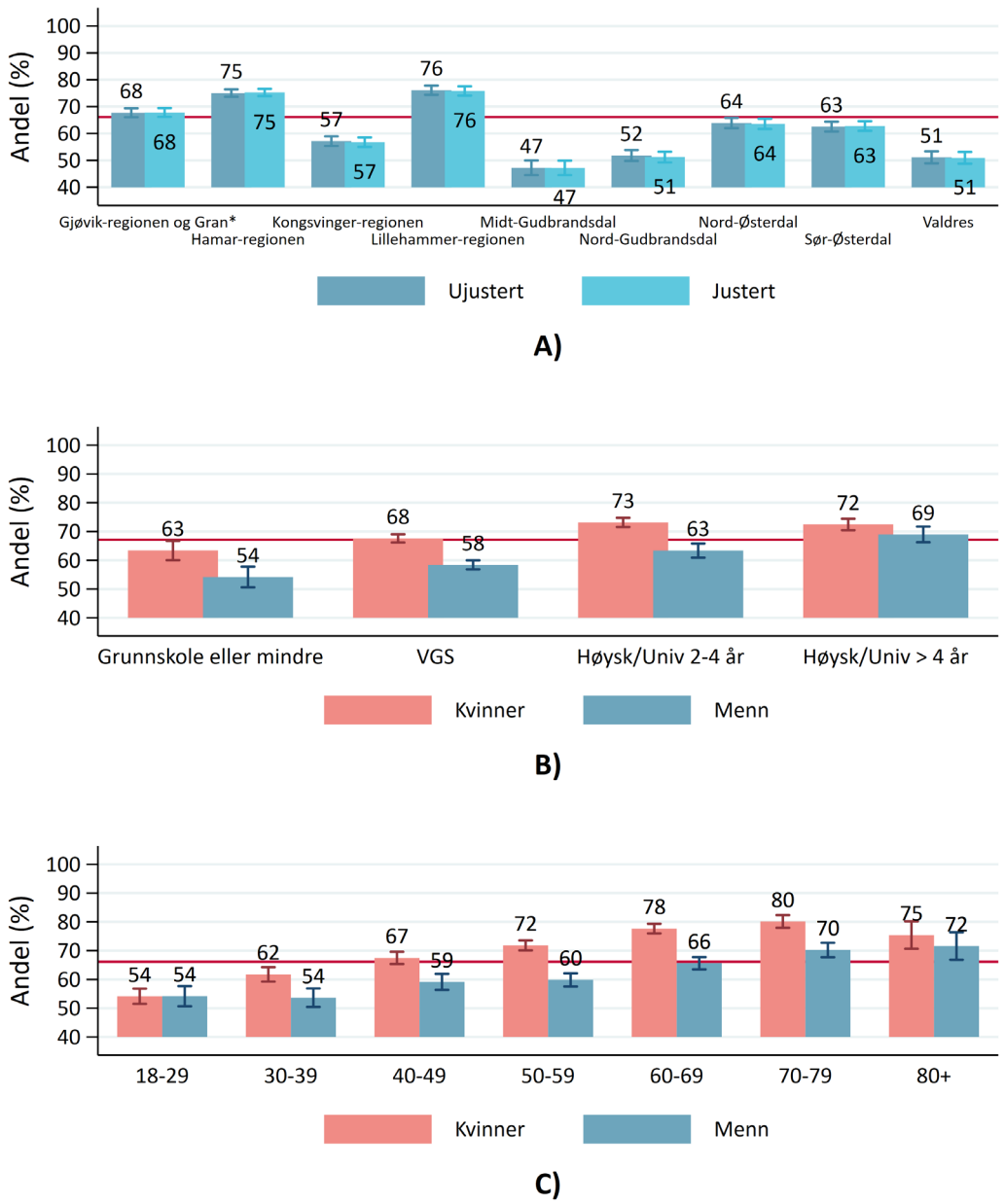
Figur 5B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. Blant kvinner øker andelen som rapporterte stor grad av trivsel med stigende utdanningsnivå frem til 2-4 år på høyskole/universitet, for deretter å bli litt lavere i den høyeste utdanningsgruppen. Blant menn var andelen lavere blant de med grunnskole sammenlignet med de andre utdanningsgruppene. En noe høyere andel kvinner enn menn med 2-4 år med høyskole/universitet rapportere stor grad av trivsel i nærmiljøet.

Figur 5C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet. Blant kvinner stiger andelen med stigende alder frem til 70-79 års alder for deretter å flate ut. Blant menn øker andelen frem til 60-69 år for så å flate ut med stigende alder. I de fleste aldersgrupper mellom 30-39 år og 70-79 år rapporterte en noe høyere andel kvinner enn menn stor grad av trivsel i nærmiljøet.

3.6 Kulturtilbud

Totalt 24 748 av 25 252 (98,0 %) deltakere hadde gyldig svar på Kulturtilbud. Andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet i hele utvalget var **66,1 %** (KI95%: 65,4-66,8). Andelen for kvinner var 69,4 % (*n*=14 0 003; KI95%: 68,6-70,3) og andelen for menn var 61,7 % (*n*=10 745; KI95%: 60,7-62,8).

Figur 6: Andelen som rapportere god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 6A viser andelen som rapporterte godt eller svært godt tilgjengelig kulturtilbud, for Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er svært stor variasjon mellom regionene. Det er 29 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Lillehammer-regionen) og lavest (Midt-Gudbrandsdal) andel som oppgir godt/svært godt tilgjengelig kulturtilbud (ujusterte tall). I Lillehammer-regionen og Hamar-regionen ligger andelen klart over fylkesgjennomsnittet, mens andelen ligger klart under fylkesgjennomsnittet i Kongsvinger-regionen, Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Midt-Gudbrandsdal.

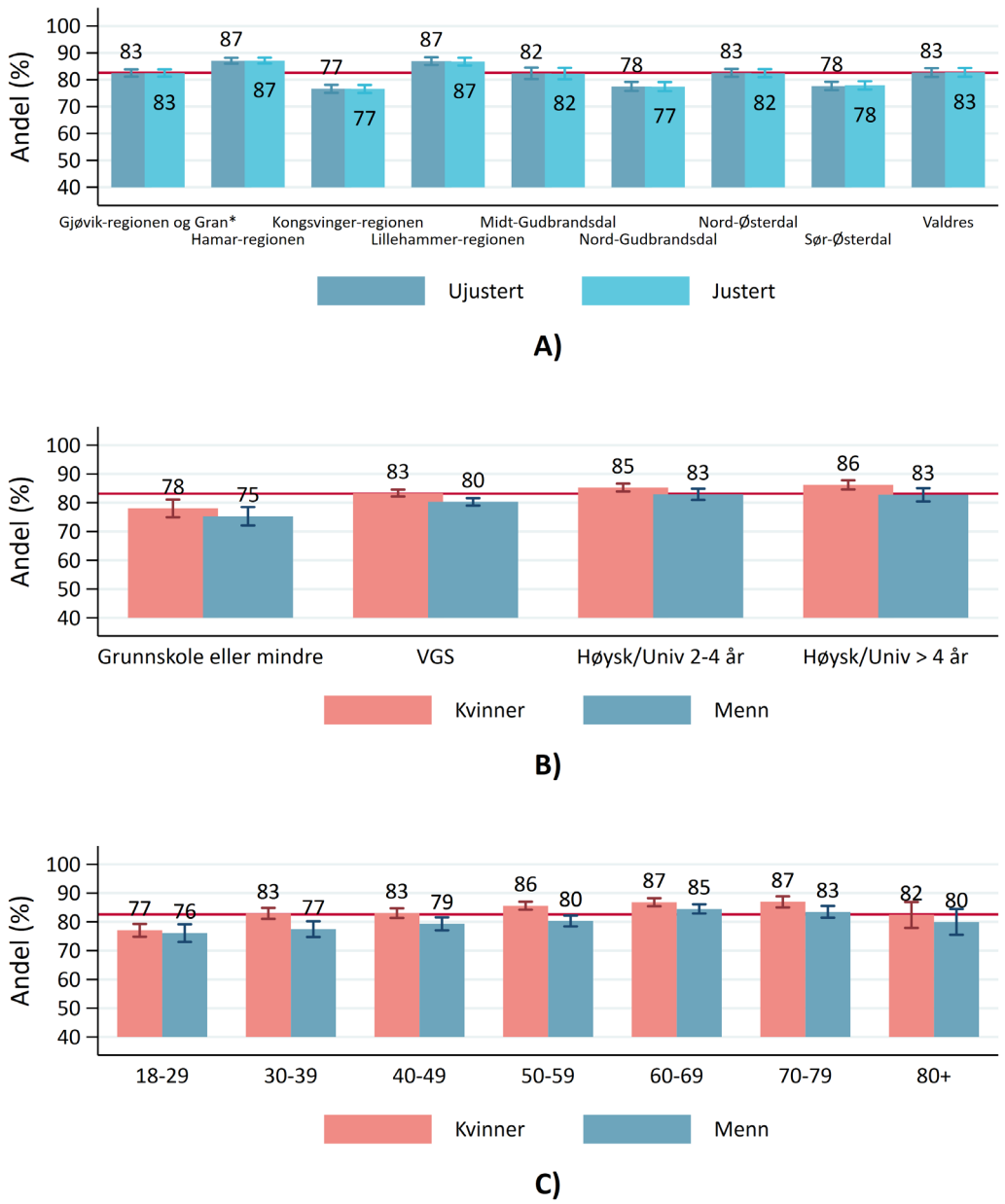
Figur 6B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjengelig kulturtilbud. For kvinner øker andelen med stigende utdanningsnivå frem til 2-4 år med høyskole/universitet for deretter å flate ut. Blant menn er andelen lik i de to laveste utdanningsnivåene for deretter å stige med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte godt eller svært godt tilgjengelig kulturtilbud i alle utdanningsgrupper, men forskjellen var ikke statistisk sikker i gruppen med høyest utdanningsnivå.

Figur 6C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjengelig kulturtilbud. Blant kvinner øker andelen med alder frem til 60-69 år, for så å flate ut og deretter synke noe i den eldste aldersgruppen. Blant menn er andelen lik i de to yngste aldergruppene, for så å øke frem til 70-79 år og deretter jevne seg ut. En høyere andel kvinner enn menn oppgav at tilgjengeligheten til kulturtilbudet var god eller svært god i alle grupper, med unntak av den yngste. I den eldste grupper er forskjellen mellom menn og kvinner ikke statistisk sikker.

3.7 Idrettstilbud

Totalt 24 250 av 25 252 (96,0 %) deltakere hadde gyldig svar på Idrettstilbud. Andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet i hele utvalget var **82,6 %** (KI95%: 82,1-83,2). Andelen for kvinner var 84,0 % (*n*=13 724; KI95%: 83,3-84,7) og andelen for menn var 80,8 % (*n*=10 526; KI95%: 80,0-81,7).

Figur 7: Andel som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 7A viser andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, for Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er en moderat variasjon over regioner. Det er 10 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest (Kongsvinger-regionen) andel (ujusterte tall). I tillegg til Kongsvinger-regionen er andelene i Nord-Gudbrandsdal og Sør-Østerdal lavere enn fylkesgjennomsnittet.

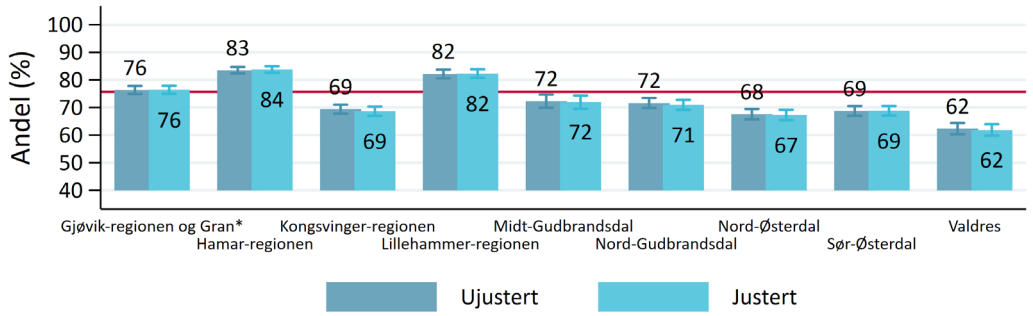
Figur 7B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud. For kvinner var det en lavere andel blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå sammenlignet med de andre utdanningsgruppene. Blant menn økte andelen frem til de med 2-4 år på høyskole/universitet for deretter å jevne seg ut. I alle utdanningsgrupper er det en tendens til at en større andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud. Denne kjønnsforskjellen var imidlertid bare statistisk signifikant blant de med VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 7C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte godt eller svært godt tilgjengelig idrettstilbud. For kvinner øker andelen trinnvis med stigende alder (andelen øker mellom den yngste og nest yngste, mellom 40-49 år og 50-59 år) for deretter å synke noe i den eldste aldersgruppen. Blant menn er andelen nokså jevn frem til 60-69 år for deretter å jevne seg ut og synke noe i den eldste aldersgruppen. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte godt eller svært godt tilgjengelig idrettstilbud i alle aldersgrupper, unntatt den yngste og eldste.

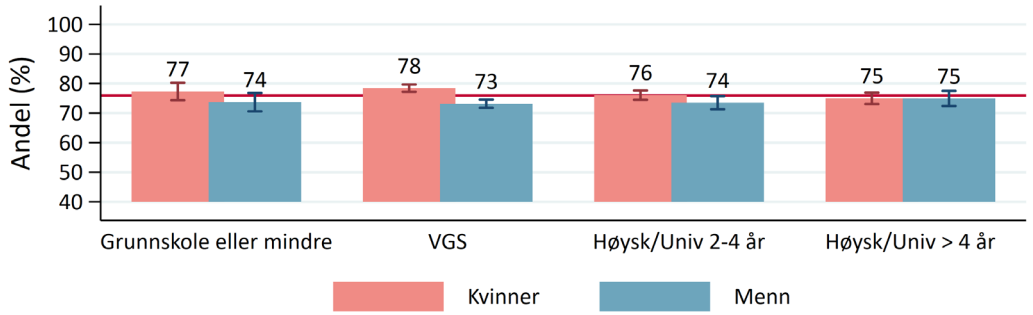
3.8 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Totalt 24 973 av 25 252 (98,9 %) deltakere hadde gyldig svar på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet i hele utvalget var **75,7 %** (KI95%: 75,1-76,3). Andelen for kvinner var 76,7 % (*n*=14 0 071; KI95%: 75,9-77,5) og andelen for menn var 74,4 % (*n*=10 902; KI95%: 73,4-75,3).

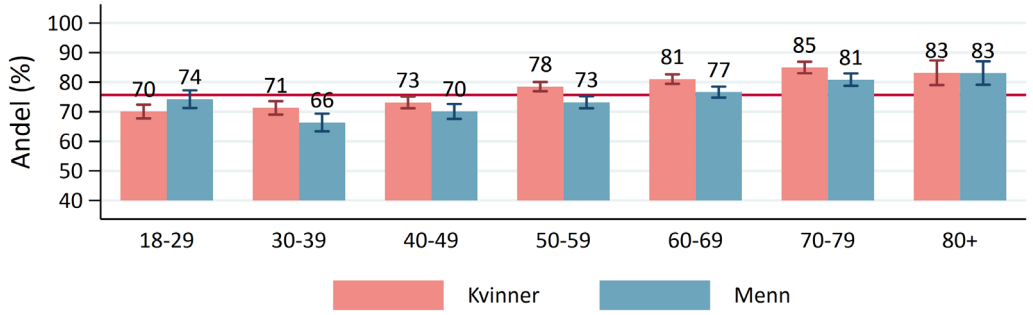
Figur 8: Andel som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 8A viser andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud (heretter kalt servicetilbud), i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er stor variasjon mellom regionene. Det er 21 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Hamar-regionen) og lavest andel (Valdres) (ujusterte tall). Hamar-regionen og Lillehammer-regionen ligger klart over fylkesgjennomsnittet, mens Kongsvinger-regionen, Sør-Østerdal, Nord-Østerdal og Valdres ligger klart under.

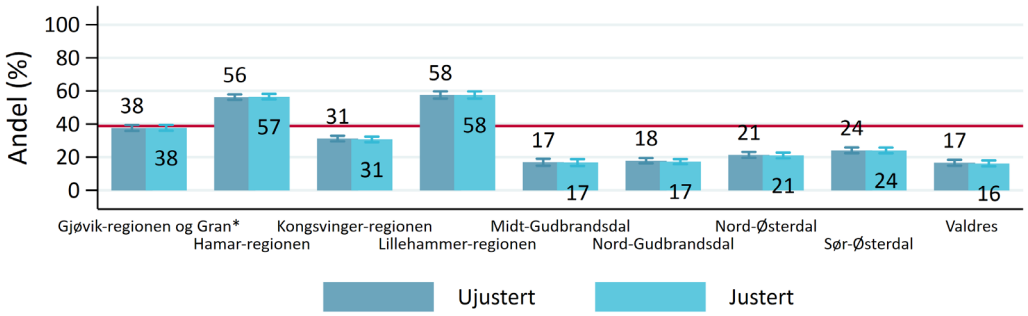
Figur 8B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud. Der er praktisk talt ingen forskjeller på tvers av utdanningsnivå. En større andel kvinner enn menn rapporterte om god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud blant de med VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 8C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud. Blant kvinner er andelen nokså lik for de tre yngste aldersgruppene, for deretter å øke frem til 70-79 år for så å jevne seg ut. Blant menn synker andelen mellom den yngste og den nest yngste aldersgruppen for deretter å øke frem til 70-79 år og så jevne seg ut. En noe høyere andel kvinner enn menn rapporterte om godt eller svært godt tilgjengelige servicetilbud i aldersgruppene mellom 30 og 79 år, mens en høyere andel menn enn kvinner rapporterte om godt eller svært godt tilgjengelige servicetilbud i den yngste aldersgruppen.

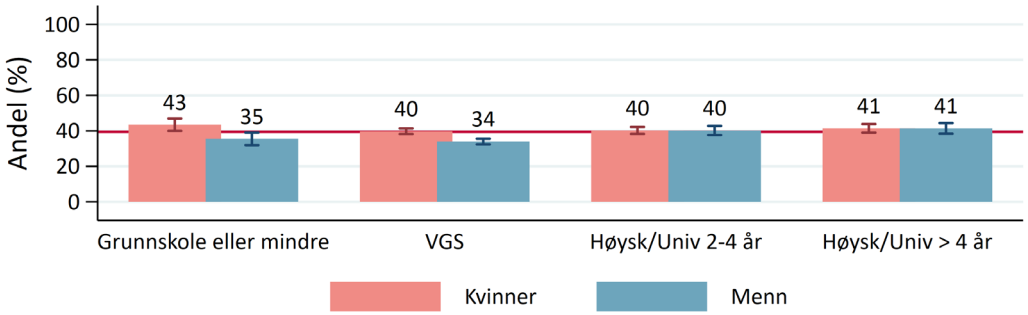
3.9 Offentlig transport

Totalt 24 126 av 25 252 (95,5 %) deltakere hadde gyldig svar på Offentlig transport. Andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet i hele utvalget var **38,9 %** (KI95%: 38,1-39,6). Andelen for kvinner var 40,0 % (*n*=13 627; KI95%: 39,0-41,0) og andelen for menn var 37,4 % (*n*=10 499; KI95%: 36,3-38,5).

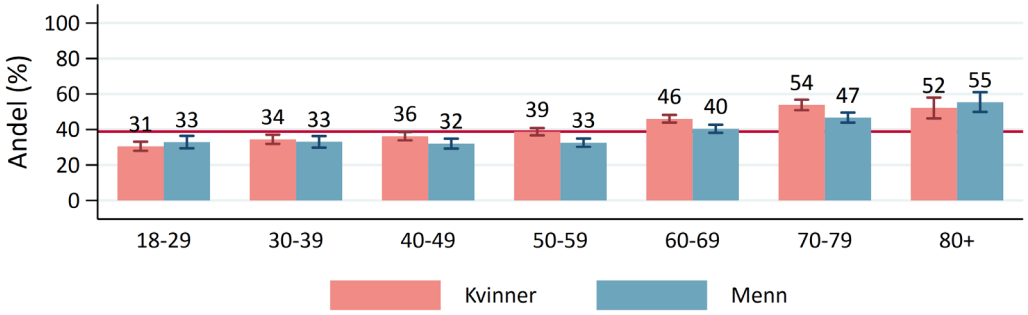
Figur 9: Andel som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 9A viser andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er svært stor variasjon mellom noen av regionene. Det er 41 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Lillehammer-regionen) og regionene med lavest andel (ujusterte tall). Lillehammer-regionen og Hamar-regionen ligger klart over fylkesgjennomsnittet, mens de andre regionene, bortsett fra Gjøvik-regionen og Gran ligger klart under.

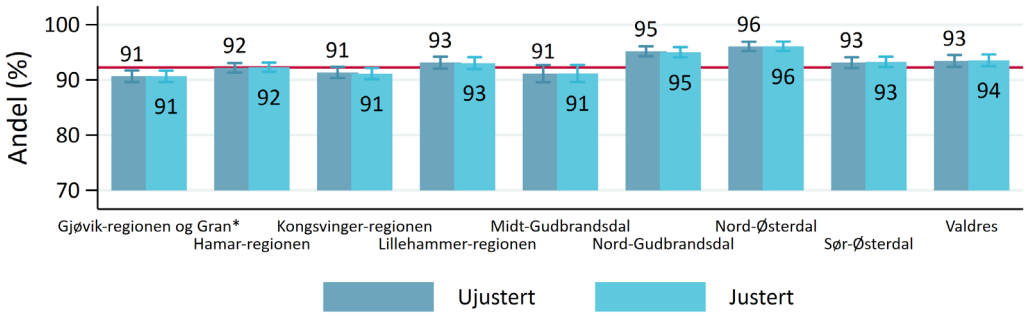
Figur 9B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport. Overordnet er det relativt små forskjeller i andeler mellom utdanningsnivåene. Blant kvinner er andelen litt høyere blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå enn de andre utdanningsgruppene. Blant menn er andelen litt lavere i de to laveste utdanningsgruppene enn i det to høyeste. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport i de to laveste utdanningsgruppene.

Figur 9C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport. Blant kvinner øker andelen svakt med stigende alder fra den yngste aldersgruppen til 50-59 år, for deretter å siden øke sterkere med stigende alder og jevne seg ut mellom de to eldste aldersgruppene. Blant menn er andelen jevn fra den yngste aldersgruppen frem til 60-69 år, for deretter å stige med stigende alder. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport i aldersgruppene mellom 40-49 og 70-79 år.

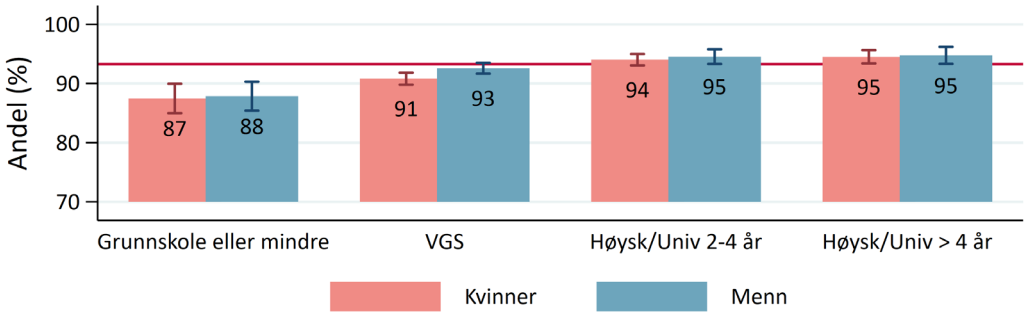
3.10 Natur- og friluftsområder

Totalt 24 951 av 25 252 (98,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Natur- og friluftsområder. Andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet i hele utvalget var **92,3 %** (KI95%: 91,9-92,6). Andelen for kvinner var 91,9 % (*n*=14 0 063; KI95%: 91,4-92,5) og andelen for menn var 92,7 % (*n*=10 888; KI95%: 92,1-93,2).

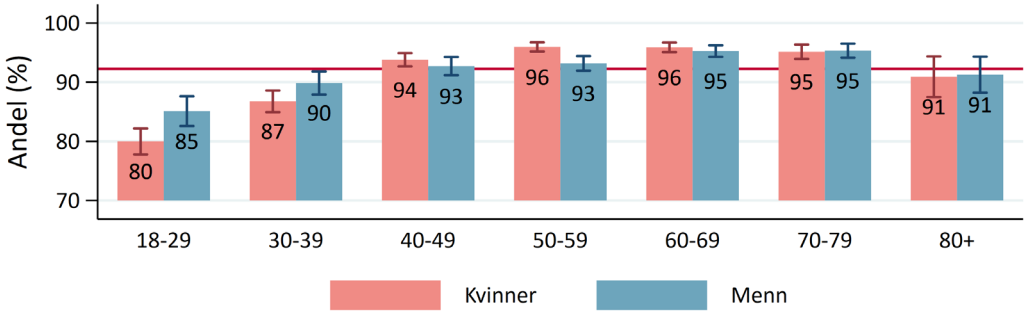
Figur 10: Andel som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 10A viser andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder (heretter kalt friluftsområder), i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er noe variasjon mellom noen av regionene. Det er 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Nord-Østerdal) og regionene med lavest andel (ujusterte tall). Nord- og Nord-Gudbrandsdal ligger klart over fylkesgjennomsnittet, samtidig som andelen er høy (over 90 %) på tvers av regioner.

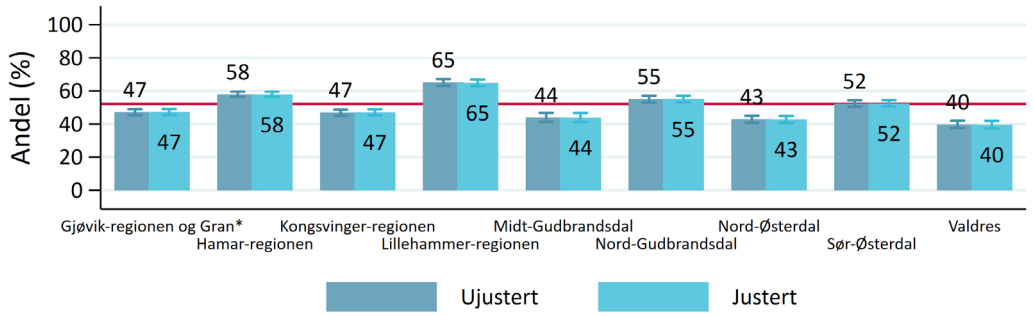
Figur 10B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til friluftsområder. Blant både kvinner og menn øker andelen med stigende utdanningsnivå frem til 2-4 år med høyskole/universitet for deretter å jevne seg ut.

Figur 10C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til friluftsområder. Blant både kvinner og menn øker andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder med stigende alder frem til 40-49 år for å siden jevne seg ut frem til 70-79 år og synke i den eldste aldersgruppen. En noe høyere andel menn enn kvinner rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til friluftsområder i den yngste aldersgruppen.

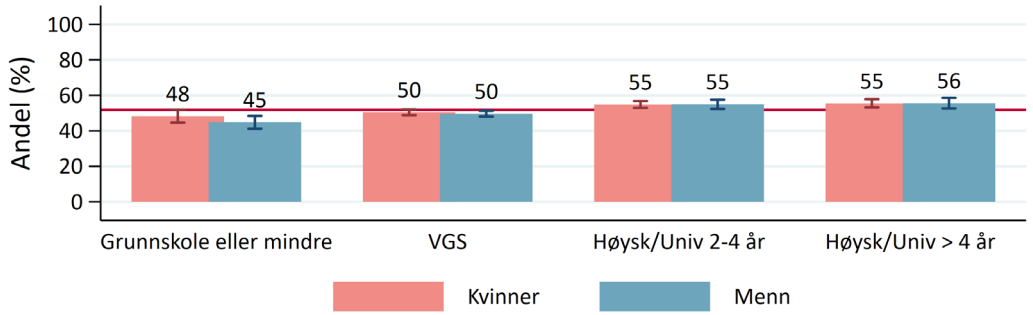
3.11 Gang- og sykkelveier

Totalt 24 705 av 25 252 (97,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveier. Andelen som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde i hele utvalget var **52,2 %** (KI95%: 51,4-52,9). Andelen for kvinner var 52,9 % (*n*=13 921; KI95%: 51,9-53,8) og andelen for menn var 51,2 % (*n*=10 784; KI95%: 50,1-52,3).

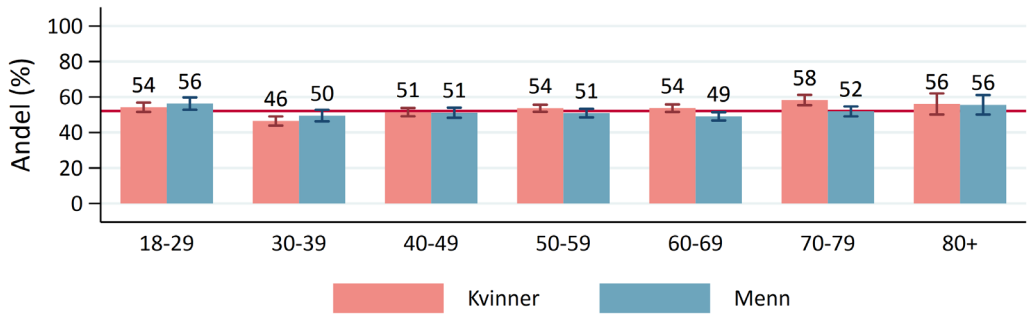
Figur 11: Andel som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 11A viser andelen som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er en del variasjon mellom regionene. Det er 25 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Lillehammer-regionen) og regionen med lavest (Valdres) andel (ujusterte tall). Lillehammer-regionen ligger godt over fylkesgjennomsnittet, mens flere av de andre regionene ligger klart under.

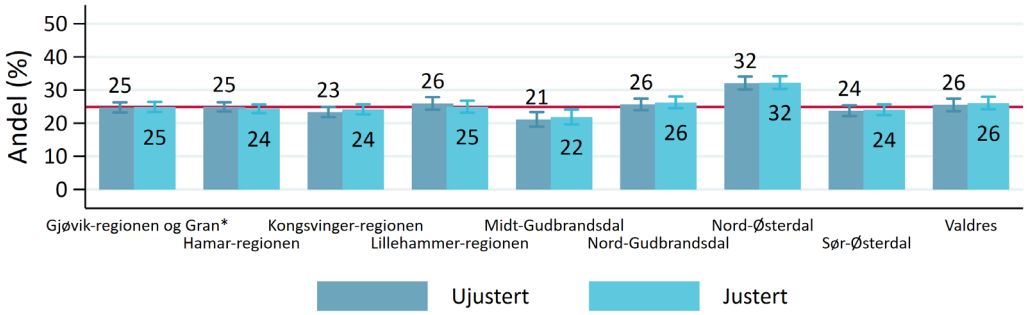
Figur 11B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde. Blant kvinner er andelen litt lavere i de to laveste utdanningsnivåene enn i de to høyeste. Blant menn øker andelen med stigende utdanningsnivå frem til 2-4 år med høyskole/universitetsnivå for deretter å jevne seg ut.

Figur 11C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde. Andelen varierer noe ujevnt med alder. Blant kvinner synker andelen mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen for å siden øke, noe ujevnt, frem til 70-79 år og jevne seg ut med stigende alder. Også blant menn synker andelen mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen. Deretter jevner andelen seg ut og øker noe i den eldste aldersgruppen. En noe høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppene fra 50-59 år til 70-79 år rapporterte at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde.

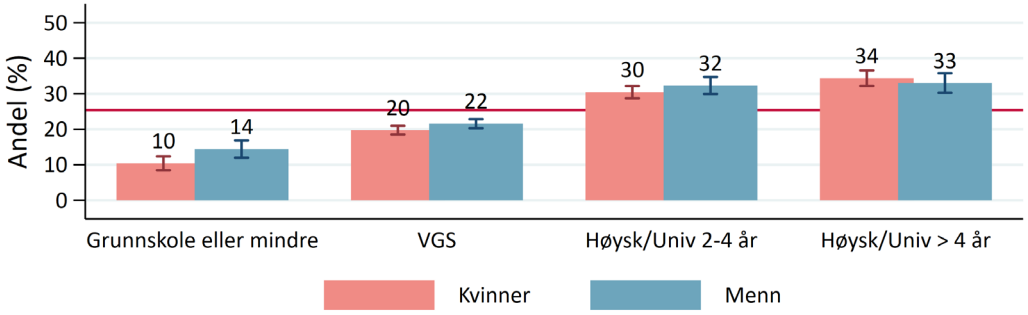
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Totalt 25 125 av 25 252 (99,5 %) deltakere hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i organisert aktivitet i hele utvalget var **24,9 %** (KI95%: 24,3-25,5). Andelen for kvinner var 24,8 % (*n*=14 168; KI95%: 24,0-25,6) og andelen for menn var 25,0 % (*n*=10 957; KI95%: 24,0-25,9).

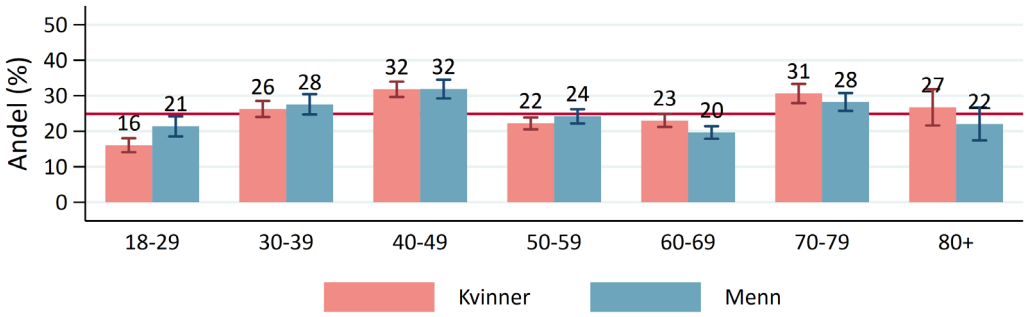
Figur 12: Andel som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i organisert aktivitet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 12A viser andelen som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i organisert aktivitet, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er forskjeller mellom noen av regionene. Det er 11 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Nord-Østerdal) og den med lavest (Midt-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall). Nord-Østerdal ligger klart over fylkesgjennomsnittet.

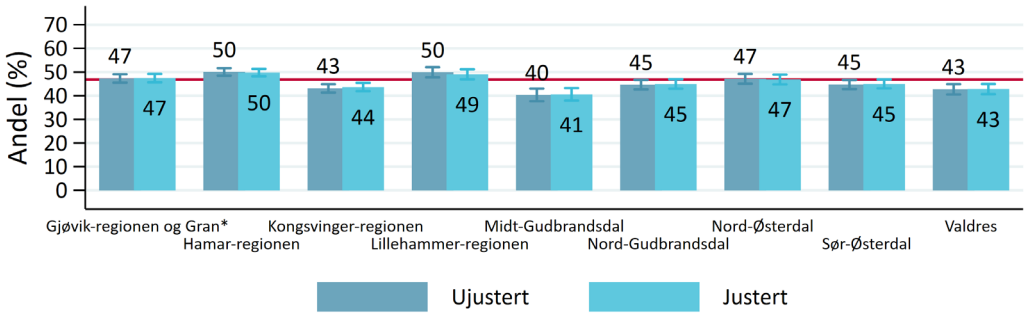
Figur 12B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i organisert aktivitet. Blant kvinner øker andelen betydelig med økende utdanningsnivå. Også blant menn øker andelen betydelig med økende utdanningsnivå, frem til de med 2-4 år med høyskole/universitetsutdanning, for deretter å jevne seg ut.

Figur 12C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i organisert aktivitet. Blant kvinner og menn er det et uregelmessig mønster over aldersgrupper. Først øker andelen fra den yngste aldersgruppen til 40-49 år, for å synke og jevne seg ut i aldersspennet 50-69 år, for å igjen øke blant de som er 70-79 år, og jevne seg ut med stigende alder (synker igjen blant menn). For begge kjønn er deltakelsen høyest blant 40-49-åringer. Blant kvinner er deltakelsen lavest i den yngste aldersgruppen, og blant menn i aldersgruppen 60-69 år. En høyere andel menn enn kvinner deltar i organisert aktivitet ukentlig i den yngste aldersgruppen, mens en høyere andel kvinner enn menn deltar i organisert i aktivitet blant dem som er 60-69 år.

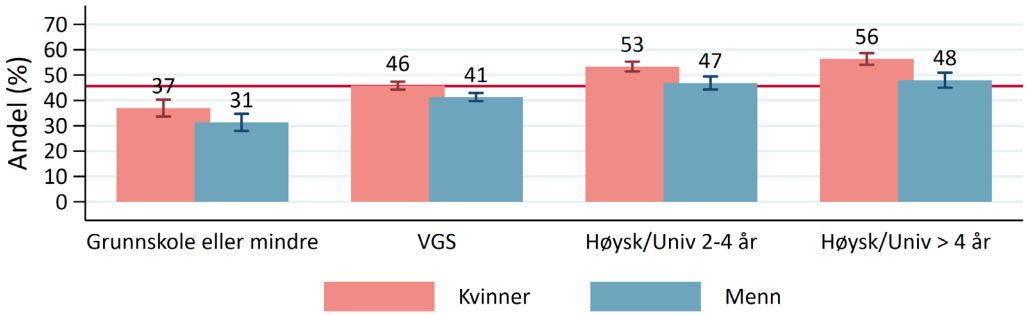
3.13 Ukentlig deltakelse i annen (egenorganisert) aktivitet

Totalt 25 126 av 25 252 (99,5 %) deltakere hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse eller oftere i annen (egenorganisert) aktivitet. Andelen i hele utvalget var **46,8 %** (KI95%: 46,1-47,6). Andelen for kvinner var 50,0 % (*n*=14 176; KI95%: 49,1-51,0) og andelen for menn var 42,7 % (*n*=10 950; KI95%: 41,6-43,8).

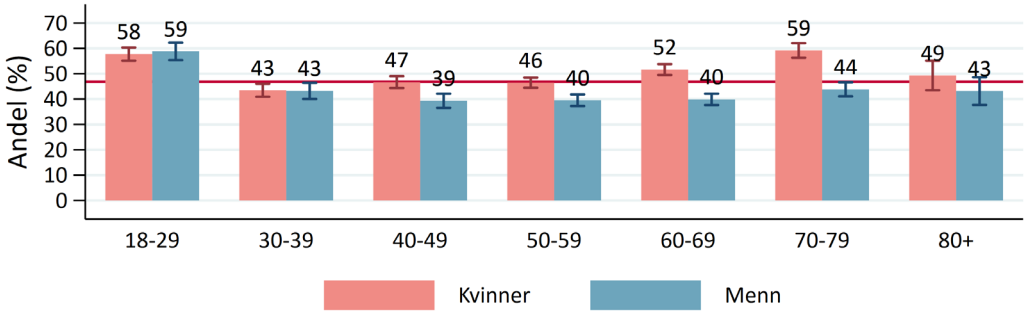
Figur 13: Andel som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i annen (egenorganisert) aktivitet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 13A viser andelen som rapportere ukentlig deltakelse eller oftere i annen aktivitet (for eksempel klubb, møte, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre; videre kalt egenorganisert aktivitet), i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er moderate forskjeller mellom regionene. Det er 10 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest (Midt-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall). Midt-Gudbrandsdal ligger under fylkesgjennomsnittet.

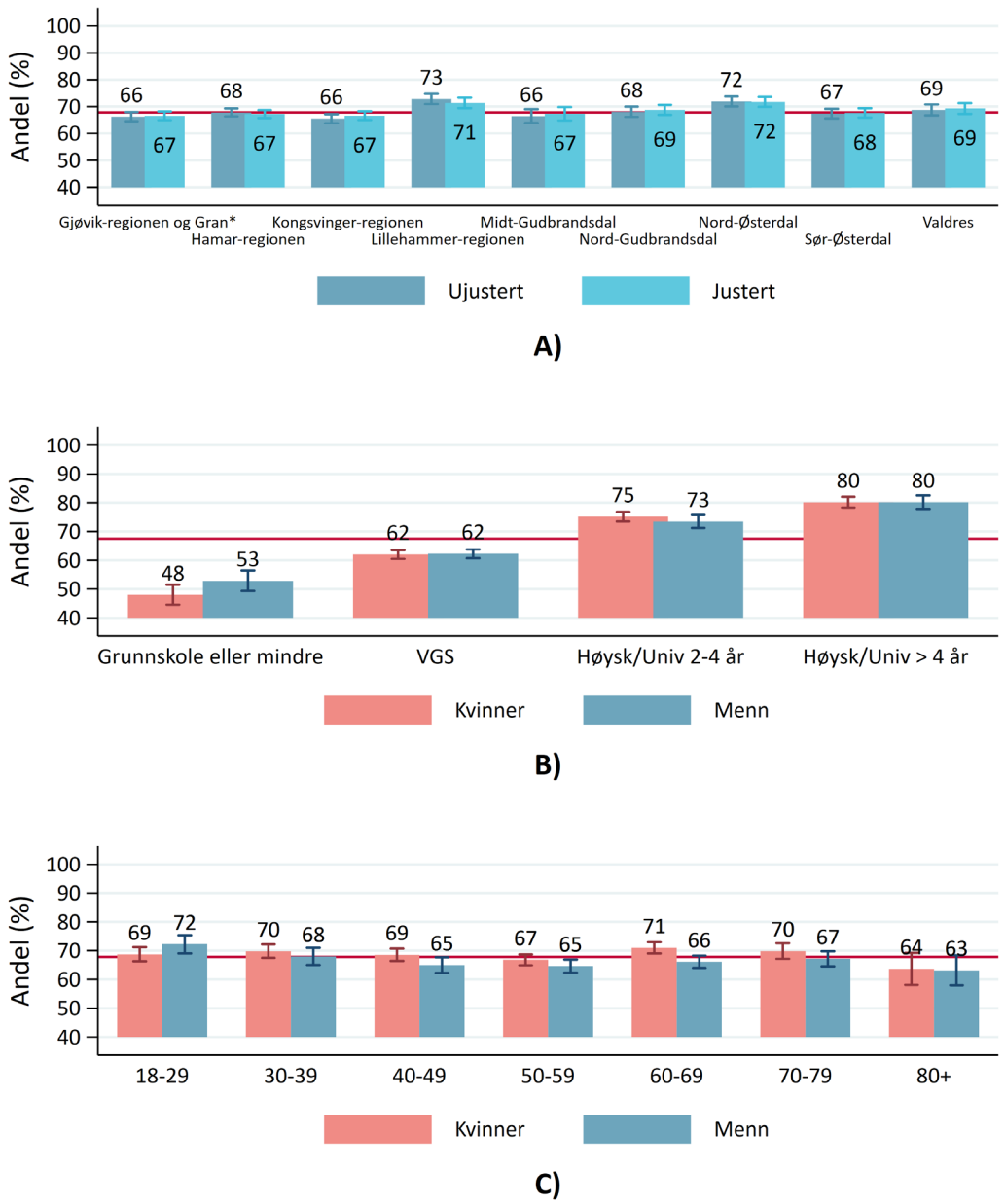
Figur 13B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterer ukentlig deltakelse eller oftere i egenorganisert aktivitet. Blant kvinner øker andelen klart med stigende utdanningsnivå. Blant menn øker andelen frem til gruppen med 2-4 år med høyskole/universitetsutdanning, for deretter å jevne seg ut.

Figur 13C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte ukentlig deltakelse eller oftere i annen egenorganisert aktivitet. Blant kvinner synker andelen mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen, for deretter å øke trinnvis til 70-79 år, og synke igjen i den eldste aldersgruppen. Blant menn kan man observere en svak en U-kurve med stigende alder, der den største reduksjonen i deltakelse skjer mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen. Kurven jevner ut seg mellom de to eldste aldersgruppene. En høyere andel kvinner enn menn deltar ukentlig eller oftere i annen aktivitet i aldersgruppene fra 50 til 79 år.

3.14 God eller svært god helse

Totalt 25 160 av 25 252 (99,6 %) deltakere hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen i hele utvalget var **67,8 %** (KI95%: 67,1-68,5). Andelen for kvinner var 68,8 % (*n*=14 197; KI95%: 67,9-69,7) og andelen for menn var 66,5 % (*n*=10 963; KI95%: 65,5-67,5).

Figur 14: Andelen som rapporterte god eller svært god helse etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 14A viser andelen som rapporterte god eller svært god helse, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er noe variasjon mellom noen av regionene. Det er 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Lillehammer-regionen) og regionene med lavest andel (ujusterte tall).

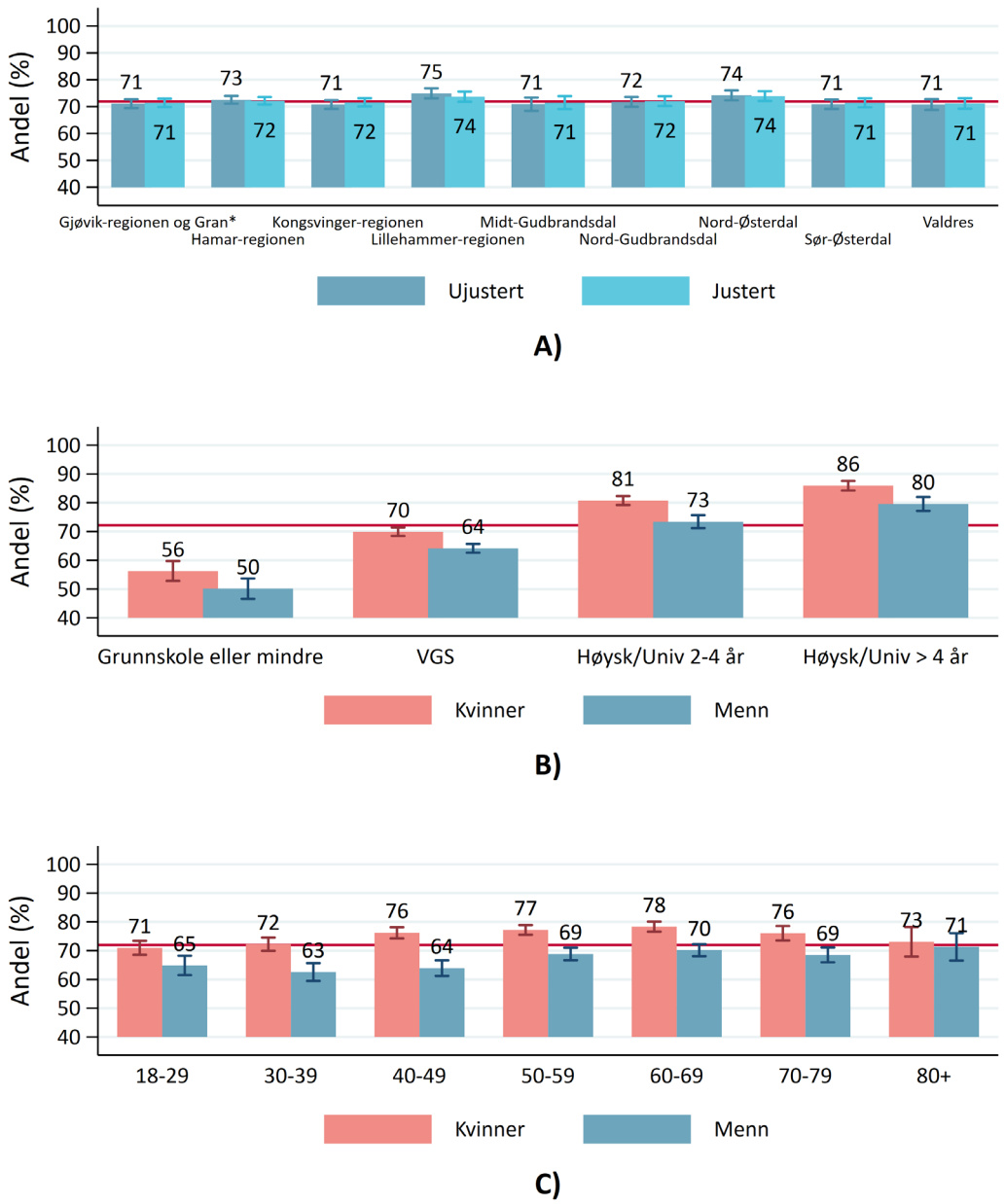
Figur 14B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god helse. Blant både kvinner og menn øker andelen med økende utdanningsnivå, med rundt 30 prosentpoengs forskjell mellom laveste og høyeste utdanningsnivå.

Figur 14C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god helse. Blant kvinner er andelen nokså jevn frem til den eldste aldersgruppen, hvor andelen synker. Blant menn synker andelen frem til 40-49 år. Deretter jevnes den ut frem til den eldste aldersgruppen hvor andelen igjen synker. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god helse i aldersgruppen 60-69 år.

3.15 God eller svært god tannhelse

Totalt 25 121 av 25 252 (99,5 %) deltakere hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen i hele utvalget var **71,9 %** (KI95%: 71,3-72,6). Andelen for kvinner var 75,5 % (*n*=14 163; KI95%: 74,7-76,3) og andelen for menn var 67,3 % (*n*=10 958; KI95%: 66,3-68,3).

Figur 15: Andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 15A viser andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er lite variasjon mellom regionene. Det er 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Lillehammer-regionen) og regionene med lavest andel (ujusterte tall).

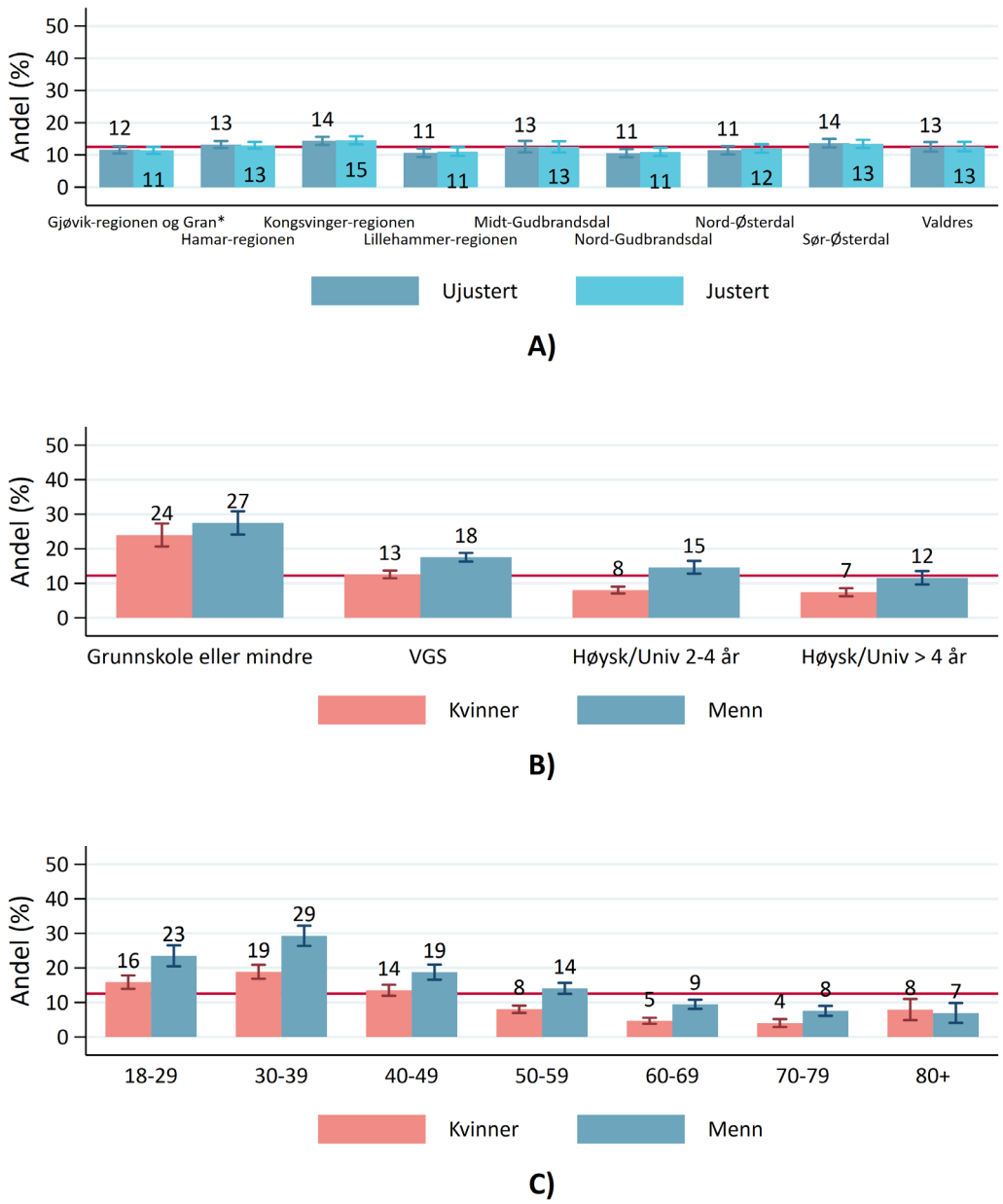
Figur 15B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte god eller svært god tannhelse. For både kvinner og menn øker andelen betydelig med stigende utdanningsnivå. I likhet med generell helse er det 30 prosentpoeng forskjell mellom laveste og høyeste utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tannhelse innen hvert utdanningsnivå.

Figur 15C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte god eller svært god tannhelse. Blant kvinner øker andelen trinnvis til 70-79 år, for deretter å synke noe i den eldste aldersgruppen. Blant menn er andelen jevn frem til 50-59 år, hvor den øker, for deretter å øke og jevne seg ut med stigende alder. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tannhelse i alle aldersgrupper, unntatt den eldste.

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

Totalt 25 091 av 25 252 (99,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen i hele utvalget var **12,5 %** (KI95%: 12,1-13,0). Andelen for kvinner var 10,5 % (*n*=14 158; KI95%: 9,9-11,1) og andelen for menn var 15,2 % (*n*=10 933; KI95%: 14,4-16,0).

Figur 16: Andelen som rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 16A viser andelen som rapportert at det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege/-pleier, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er lite variasjon mellom regionene. Det er 3 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og lavest andel (ujusterte tall).

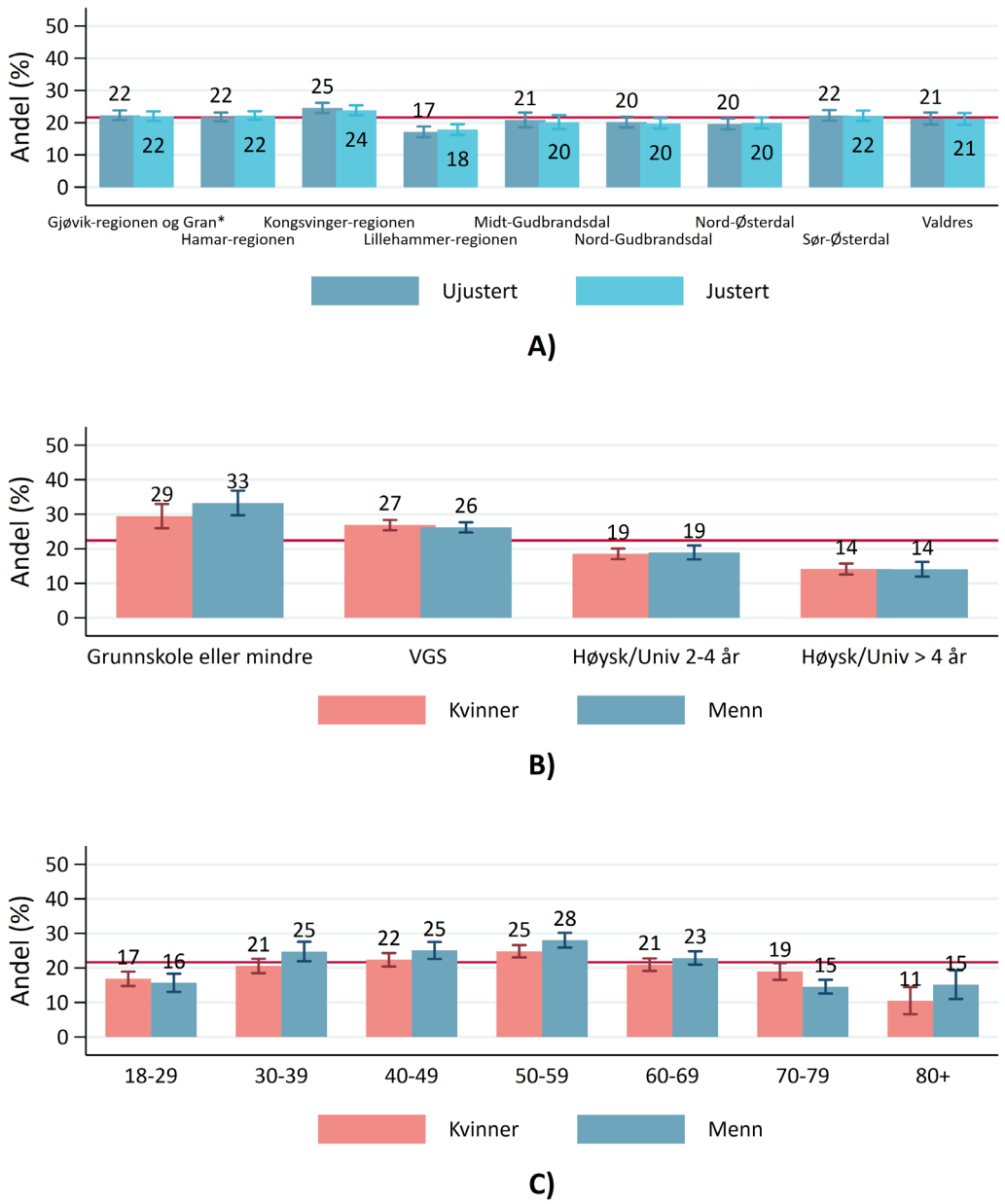
Figur 16B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege/-pleier. Blant kvinner synker andelen klart med stigende utdanningsnivå, frem til 2-4 år med høyskole/universitetsutdanning, for deretter å jevne seg ut. Blant menn synker andelen klart med stigende utdanningsnivå. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte at det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege/-pleier i alle utdanningsgrupper, unntatt grunnskolegruppen.

Figur 16C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege/-pleier. Blant kvinner øker andelen mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen for å siden synke med stigende alder. Andelen øker litt igjen i den eldste aldersgruppen. Et liknende mønster kan ses blant menn, bortsett fra at andelen er jevnere mellom de tre eldste aldersgruppene. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte at det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege/-pleier i alle aldersgrupper, unntatt den eldste.

3.17 Fedme (KMI 30+)

Totalt 23 844 av 25 252 (94,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Fedme (KMI 30+). Andelen i hele utvalget var **21,6 %** (KI95%: 21,0-22,2). Andelen for kvinner var 21,1 % (*n*=13 212; KI95%: 20,3-21,9) og andelen for menn var 22,3 % (*n*=10 632; KI95%: 21,4-23,3).

Figur 17: Andelen som rapporterte fedme (KMI 30+) etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 17A viser andelen som rapporterte fedme (KMI 30+) i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er forskjeller mellom noen av regionene. Det er 8 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Kongsvinger-regionen) og lavest (Lillehammer-regionen) andel (ujusterte tall). Lillehammer-regionen har en lavere andel enn fylkesgjennomsnittet.

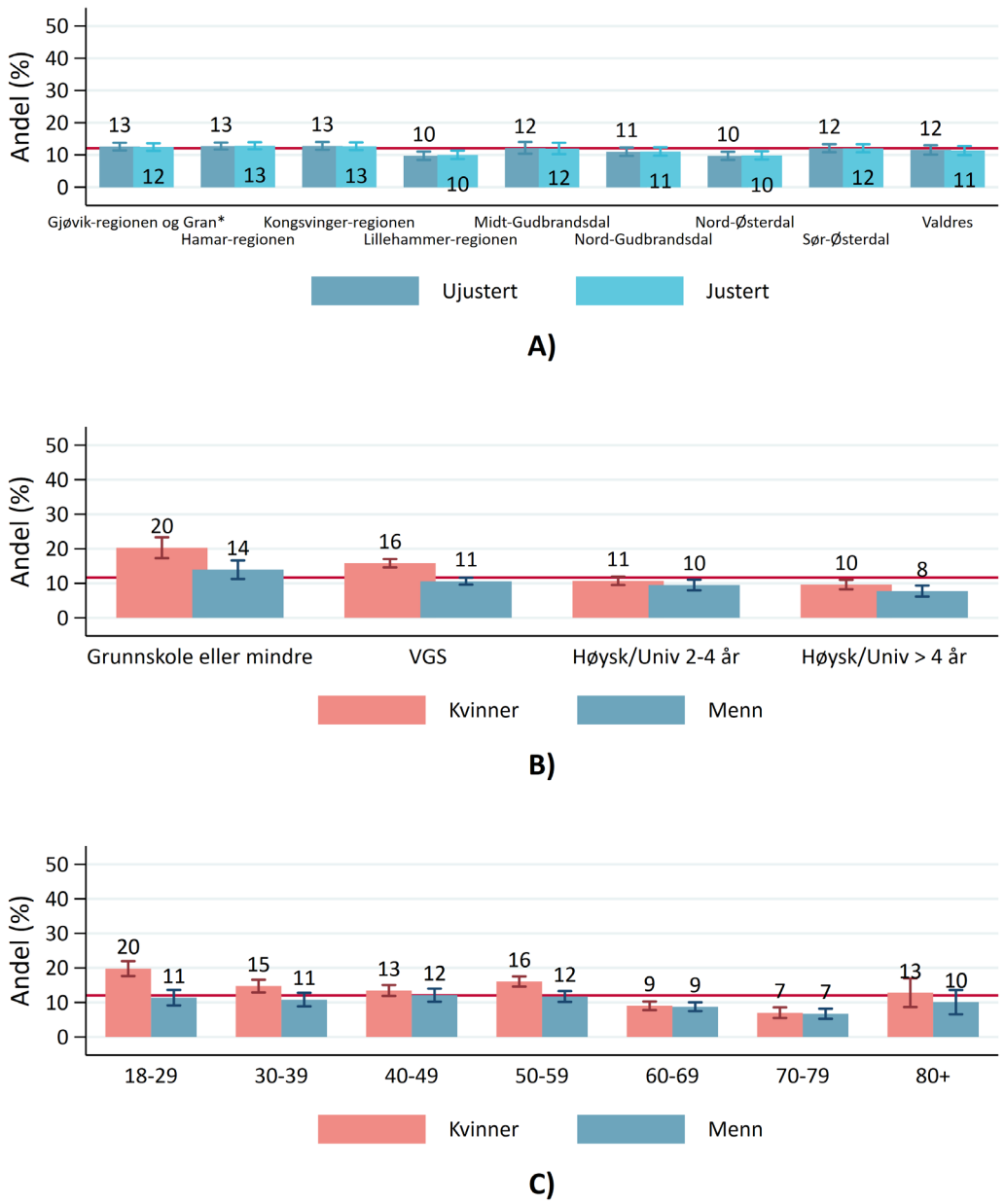
Figur 17B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte fedme (KMI 30+). For både kvinner og menn synker andelen betydelig med økende utdanningsnivå.

Figur 17C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte fedme (KMI 30+). Blant kvinner kan man observere en omvendt U-kurve over aldersgrupper, der andelen øker frem til 50-59 år, for deretter å synke med stigende alder. Et liknende mønster kan observeres blant menn, med unntak av at andelen er den samme i den nest eldste og den eldste aldersgruppen. En litt høyere andel kvinner enn menn rapporterte fedme i aldersgruppen på 70-79 år.

3.18 Søvnproblemer (Insomni)

Totalt 24 850 av 25 252 (98,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Søvnproblemer (Insomni). Andelen i hele utvalget var **12,1 %** (KI95%: 11,6-12,5). Andelen for kvinner var 13,5 % (*n*=13 995; KI95%: 12,9-14,2) og andelen for menn var 10,2 % (*n*=10 855; KI95%: 9,5-10,8).

Figur 18: Andelen som rapporterte søvnproblemer (Insomni) etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 18A viser andelen som rapporterte søvnproblemer (insomni), i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er lite variasjon mellom regionene. Det er 3 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyeste og laveste andel (ujusterte tall).

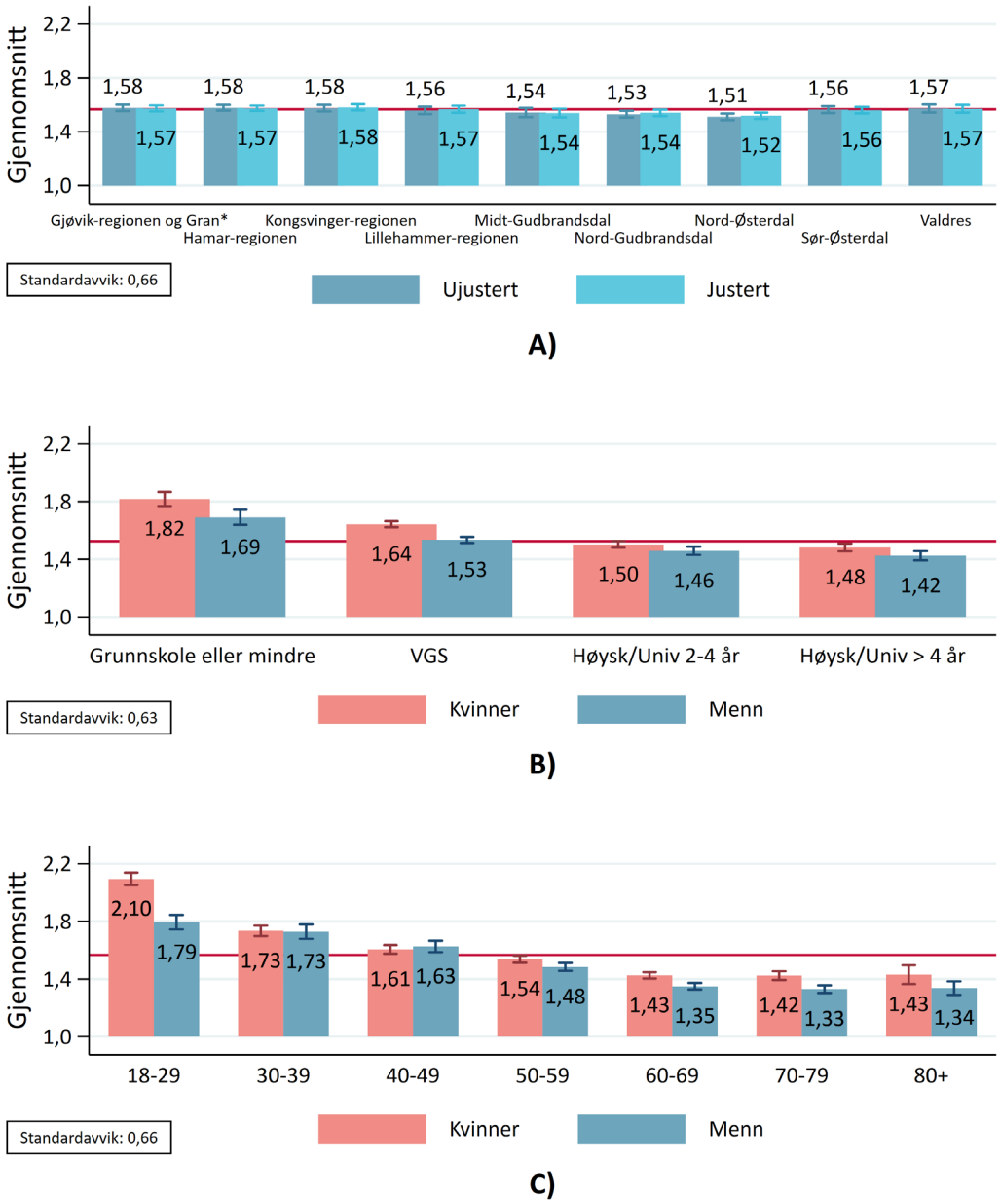
Figur 18B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte søvnproblemer (insomni). Blant både kvinner og menn synker andelen med økende utdanningsnivå, frem til gruppen med 2-4 år på høyskole/universitet. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte om søvnproblemer blant dem med grunnskole og VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 18C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte søvnproblemer (insomni). Blant kvinner varierer andelen noe uregelmessig over alder. Andelen er høyest i den yngste aldersgruppen og lavest i aldersgruppene mellom 60-69 år og 70-79 år. Blant menn er andelen jevn frem til 50-59 år. Deretter synker den litt, før den øker igjen i den eldste aldersgruppen. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte søvnproblemer i aldersgruppene 18-29 år, 30-39 år og 50-59 år.

3.19 Gjennomsnitt psykiske plager (HSCL-5)

Totalt 25 111 av 25 252 (99,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet i hele utvalget var **1,57** (KI95%: 1,56-1,58) (skala 1-4). Gjennomsnittet for kvinner var 1,62 (*n*=14 165; KI95%: 1,60-1,63) og gjennomsnittet for menn var 1,51 (*n*=10 946; KI95%: 1,49-1,52).

Figur 19: Gjennomsnitt psykiske plager (HSCL-5) etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 19A viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (målt med HSCL-5, skala 1-4), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Lavere skår reflekterer mindre psykiske plager. Det er noe variasjon mellom regionene. Differansen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,11, som kan tolkes som en liten effektstørrelse (ujusterte tall).

Andelen som har en skår som er større enn 2,00 er i dette materialet 16 %. Andelen blant kvinner er 17 % og blant menn 14 %. Det er noe variasjon mellom regionene. Det er 5 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste verdi. Prosentandelen er høyest i Gjøvik-regionen og Gran og Valdres (17 %) og lavest i Nord-Gudbrandsdal (13 %) og Nord-Østerdal (12 %) (ujustert). Andelen i de andre regionene varierer mellom 15 og 16 %. Andelen i Nord-Gudbrandsdal og Nord-Østerdal er lavere enn fylkesgjennomsnittet.

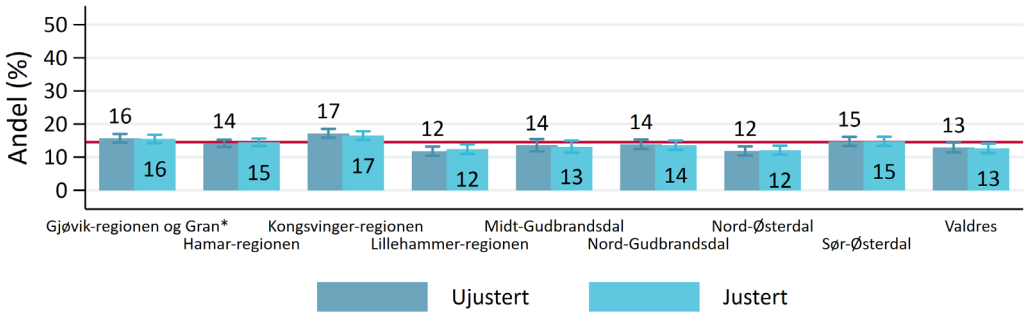
Figur 19B viser gjennomsnittsskår på psykiske plager, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For begge kjønn synker gjennomsnittsskåren med økende utdanningsnivå frem til 2-4 år høyskole/universitet, for deretter å jevne seg ut med økende utdanningsnivå. Differansen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohen *d* på 0,54 for kvinner og 0,43 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og moderat effektstørrelse. Kvinner har høyere gjennomsnittsskår enn menn i de to gruppene med lavere utdanning.

Figur 19C viser gjennomsnittsskår på psykiske plager, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner og menn synker gjennomsnittsskåren med stigende alder frem til 60-69 år, for å deretter å jevne seg ut. Differansen i skår mellom aldersgruppen med høyeste og aldersgruppen med laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 1,03 for kvinner og 0,70 for menn, som i begge tilfeller kan tolkes som store effektstørrelser. Kvinner har i gjennomsnitt høyere skår på psykiske plager enn menn i de fleste aldersgrupper. Kjønnsforskjellen er spesielt stor i den yngste aldersgruppen.

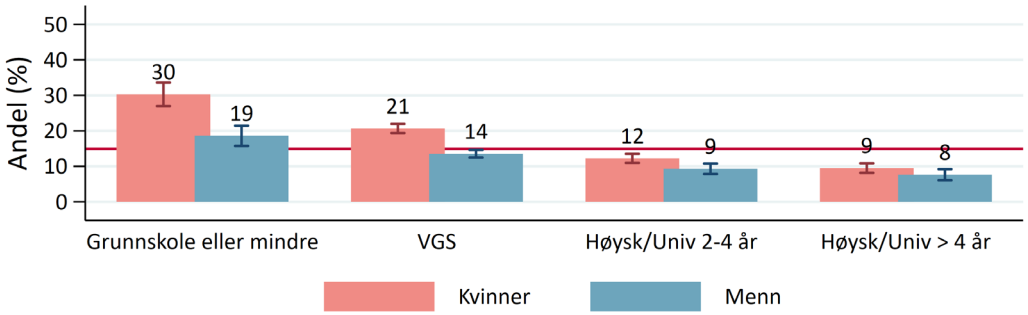
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige helseproblemer

Totalt 25 028 av 25 252 (99,1 %) deltakere hadde gyldig svar på at Hverdagen er i stor grad påvirket av langvarige helseproblemer. Andelen i hele utvalget var **14,6 %** (KI95%: 14,1-15,1). Andelen for kvinner var 16,4 % (*n*=14 115; KI95%: 15,6-17,1) og andelen for menn var 12,2 % (*n*=10 913; KI95%: 11,5-12,9).

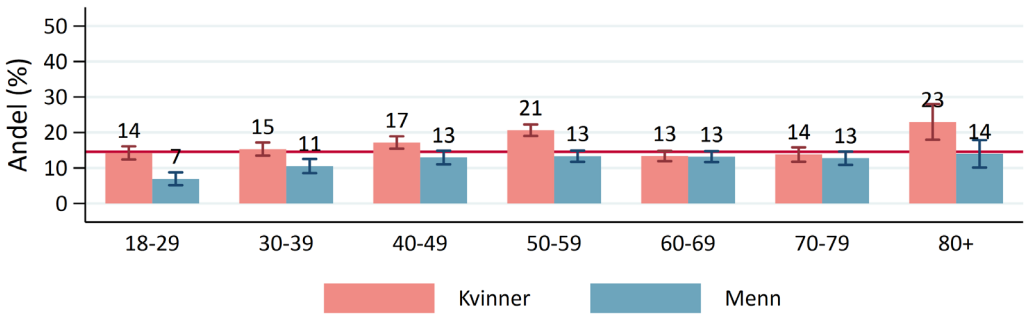
Figur 20: Andelen som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 20A viser andelen som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er noe variasjon mellom regionene. Det er 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Kongsvinger-regionen) og regionene med lavest andel (ujusterte tall).

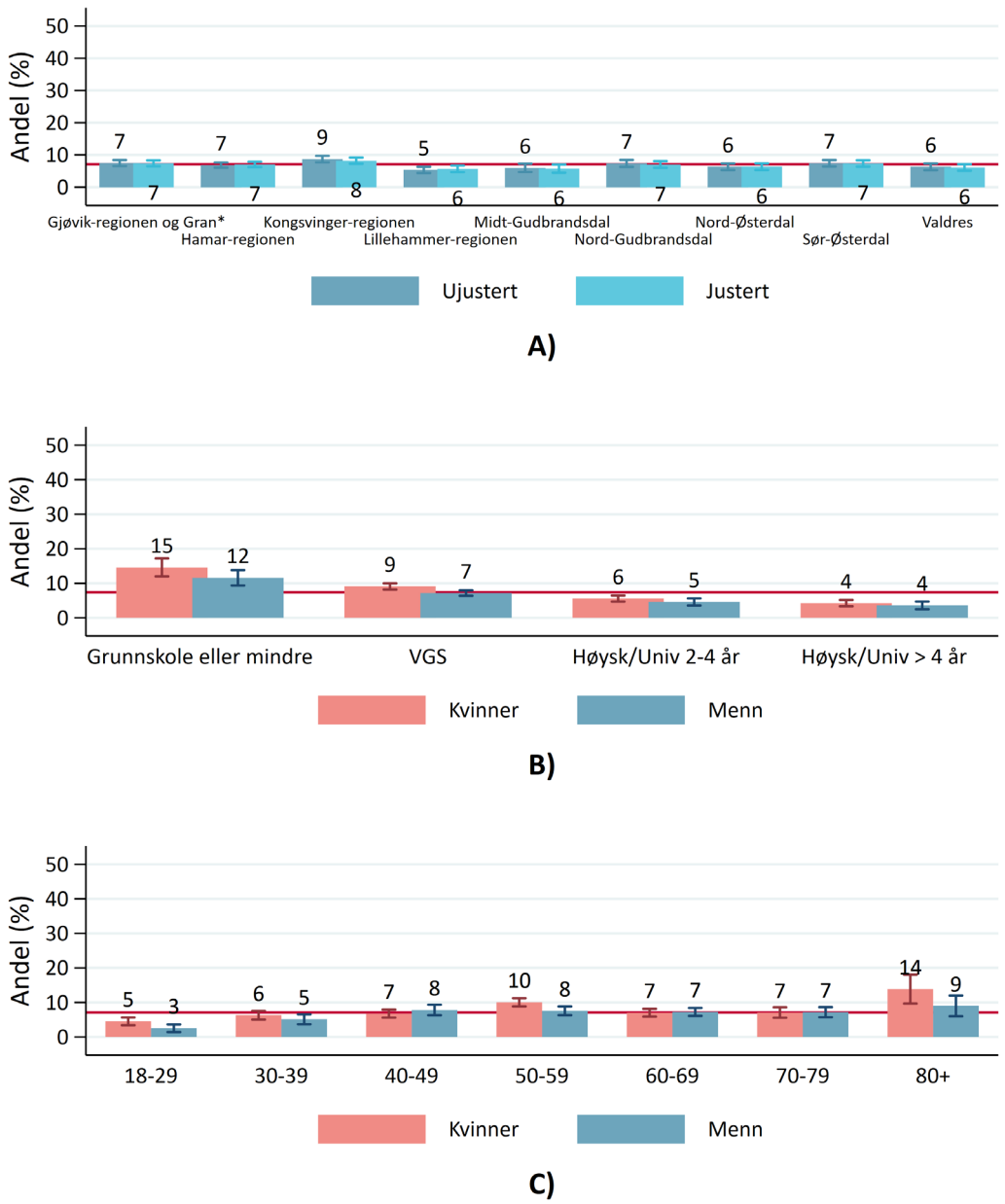
Figur 20B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer. Blant både kvinner og menn synker andelen med økende utdanningsnivå. Blant menn er det ingen forskjell mellom gruppene med høyskole- eller universitetsutdanning. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av helseproblemer i de to gruppene med lavere utdanning.

Figur 20C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer. Blant kvinner er det et noe uregelmessig mønster over alder. Andelen øker fra 30-39 år frem til 50-59 år, for deretter å synke og jevne seg ut. Den øker igjen i den eldste aldersgruppen. Blant menn øker andelen frem til 40-49-års alder, for å siden jevne seg ut med stigende alder. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer. Dette gjelder i de fleste aldersgruppene, unntatt 60-69 år og 70-79 år.

3.21 Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade

Totalt 24 959 av 25 252 (98,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade. Andelen i hele utvalget var **7,1 %** (KI95%: 6,7- 7,5). Andelen for kvinner var 7,4 % (*n*=14 080; KI95%: 6,9- 7,9) og andelen for menn var 6,7 % (*n*=10 879; KI95%: 6,2- 7,3).

Figur 21: Andelen som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse grunnet skade etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 21A viser andelen som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er lite variasjon mellom regionene. Det er 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Kongsvinger) og lavest (Lillehammer-regionen) andel (ujusterte tall). Kongsvinger-regionen ligger svakt høyere enn fylkesgjennomsnittet.

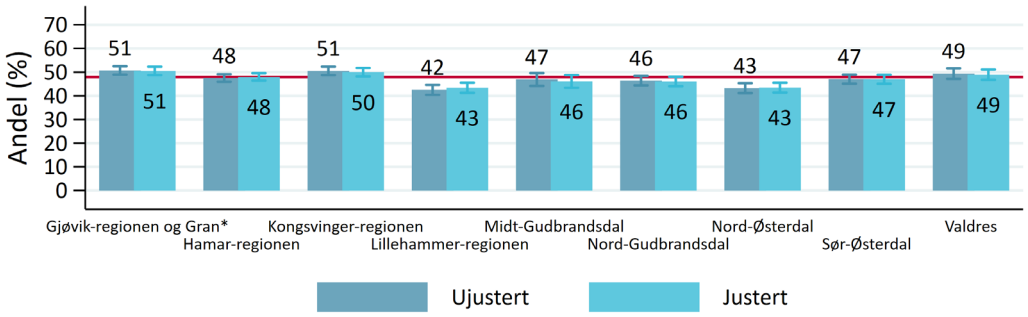
Figur 21B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade. Blant både kvinner og menn synker andelen med økende utdanningsnivå. Det er praktisk talt ingen forskjell mellom dem med kort og dem med lang universitets- eller høyskoleutdanning.

Figur 21C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade. Blant kvinner øker andelen frem til 50-59 år, for siden å synke og flate ut. Andelen øker igjen i den eldste aldersgruppen. Blant menn øker andelen frem til 40-49 år, for å siden å jevne seg ut med stigende alder. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte stor grad av funksjonsnedsettelse på grunn av skade i aldersgruppen 50-59 år.

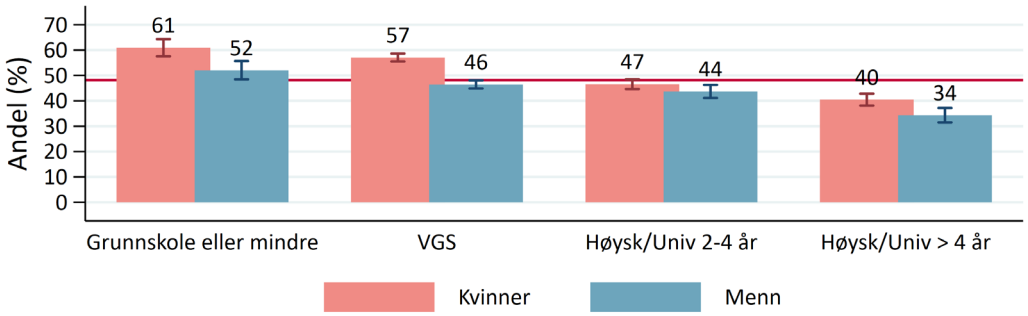
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager

Totalt 24 996 av 25 252 (99,0 %) deltakere hadde gyldig svar på Korsryggsmerter siste 28 dager. Andelen i hele utvalget var **47,9 %** (KI95%: 47,2-48,6). Andelen for kvinner var 50,6 % (*n*=14 115; KI95%: 49,7-51,6) og andelen for menn var 44,3 % (*n*=10 881; KI95%: 43,2-45,4).

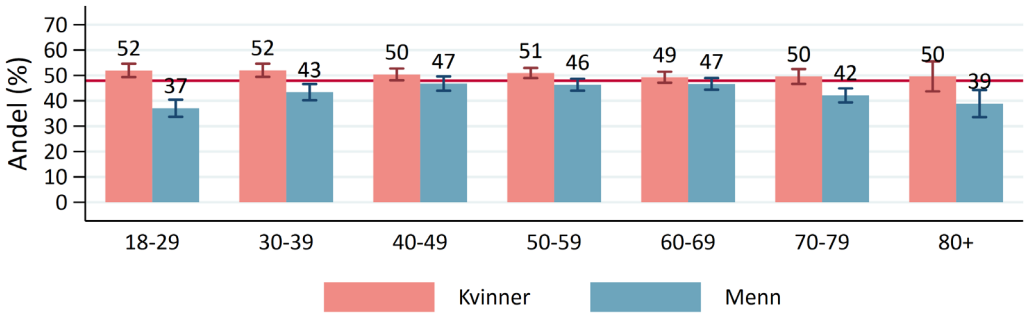
Figur 22: Andelen som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 22A viser andelen som rapporterte korsryggssmerter siste 28 dager, i Innlandet samlet og for hver av regionene. Det er middels variasjon mellom regionene. Det er 9 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest (Lillehammer-regionen) andel (ujusterte tall).

Punktprevalensen, altså andelen som til en enhver tid er plaget korsryggsmerter, var 24,2 % (KI95 %: 23,7-24,7) samlet i fylket. Dette viser at nesten 1 av 4 er plaget med korsryggsmerter til enhver tid i utvalget i Innlandet. Andelen er noe høyere for kvinner (25,9 % [KI95% 25,2-26,6]) enn for menn (22,0 % [KI95%: 21,2–22,7]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse på grunn av korsryggsmerter er 11,3 % (KI95%: 10,9-11,7) samlet i fylket. Andelen er noe høyere for kvinner (12,1 % [KI95% 11,6-12,7]) enn for menn (10,2 % [KI95%: 9,7-10,8]).

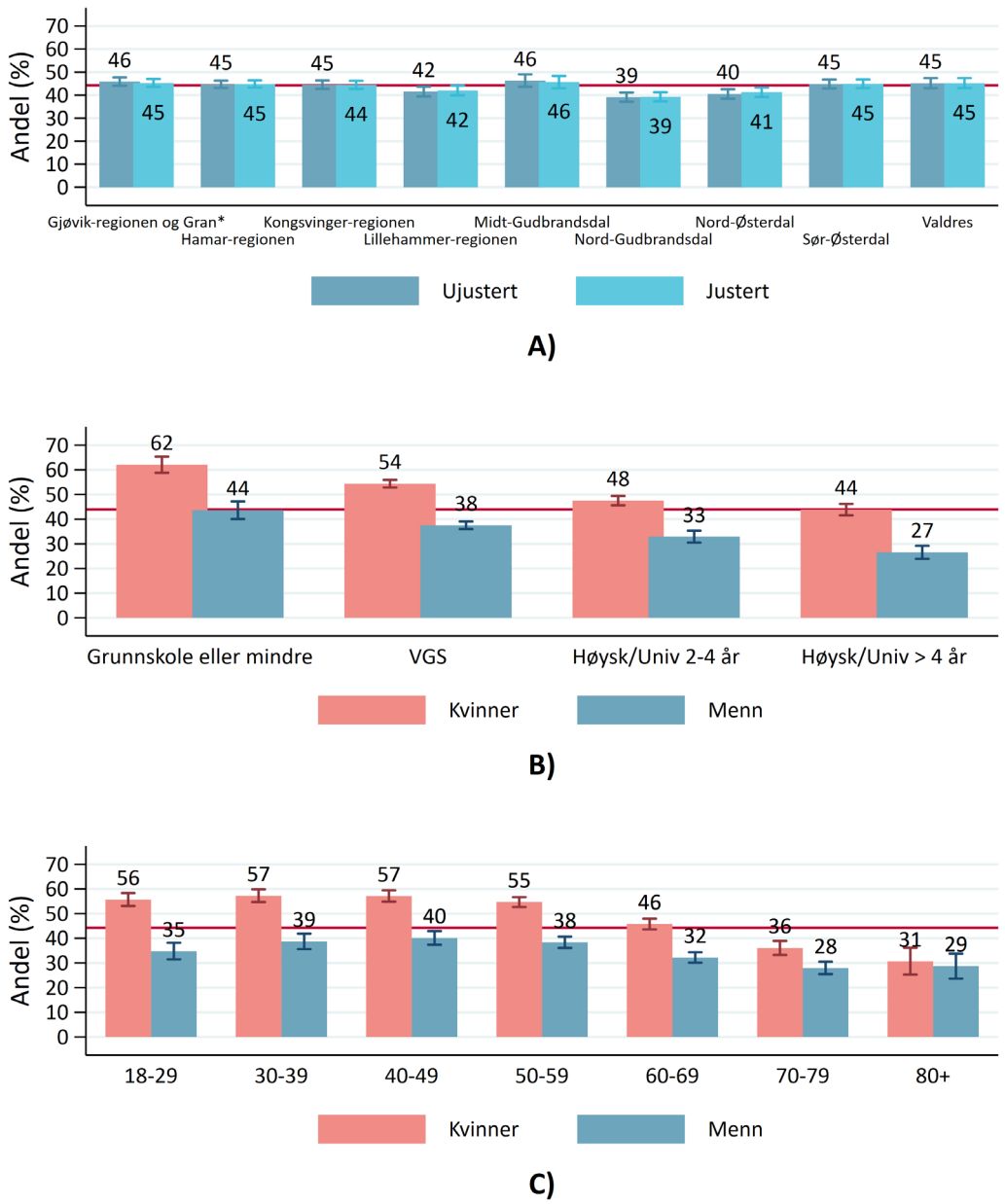
Figur 22B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte korsryggssmerter siste 28 dager. For både kvinner og menn synker andelen med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte korsryggssmerter siste 28 dager innen alle utdanningsgrupper, unntatt i gruppen med høyskole/universitet 2-4 år, der kjønnsforskjellen ikke var statistisk signifikant.

Figur 22C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte korsryggssmerter siste 28 dager. Blant kvinner er andelene nokså jevne på tvers av aldersgrupper. Blant menn kan man se en omvendt U-kurve, der andelen øker frem til 40-49 år, jevner seg ut og synker igjen med stigende alder etter 60-69 år. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte om korsryggsmerter siste 28 dager innen alle aldersgrupper.

3.23 Nakkesmerter siste 28 dager

Totalt 24 945 av 25 252 (98,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dager. Andelen i hele utvalget var **44,3 %** (KI95%: 43,5-45,0). Andelen for kvinner var 51,3 % (*n*=14 084; KI95%: 50,4-52,3) og andelen for menn var 35,0 % (*n*=10 861; KI95%: 34,0-36,0).

Figur 23: Andelen som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 23A viser andelen som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager i Innlandet, samlet og for hver av regionene. Det er litt variasjon over regioner. Det er 7 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest (Nord-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall). Nord-Gudbrandsdalen ligger klart under fylkesgjennomsnittet.

Punktprevalensen, eller andelen som til en enhver tid er plaget nakkesmerter, var 22,6 % (KI95 %: 22,1-23,1) samlet i fylket. Dette viser at over 1 av 5 er plaget med nakkesmerter til enhver tid i utvalget i Innlandet. Andelen er høyere for kvinner (26,7 % [KI95%: 26,0-27,4]) enn for menn (17,1 % [KI95%: 16,5–17,8]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse på grunn av nakkesmerter er 8,4 % (KI95%: 8,1-8,7) i fylket samlet. Andelen er høyere for kvinner (9,8 % [KI95% 9,4-10,3]) enn for menn (6,5 % [KI95%: 6,0-6,9]).

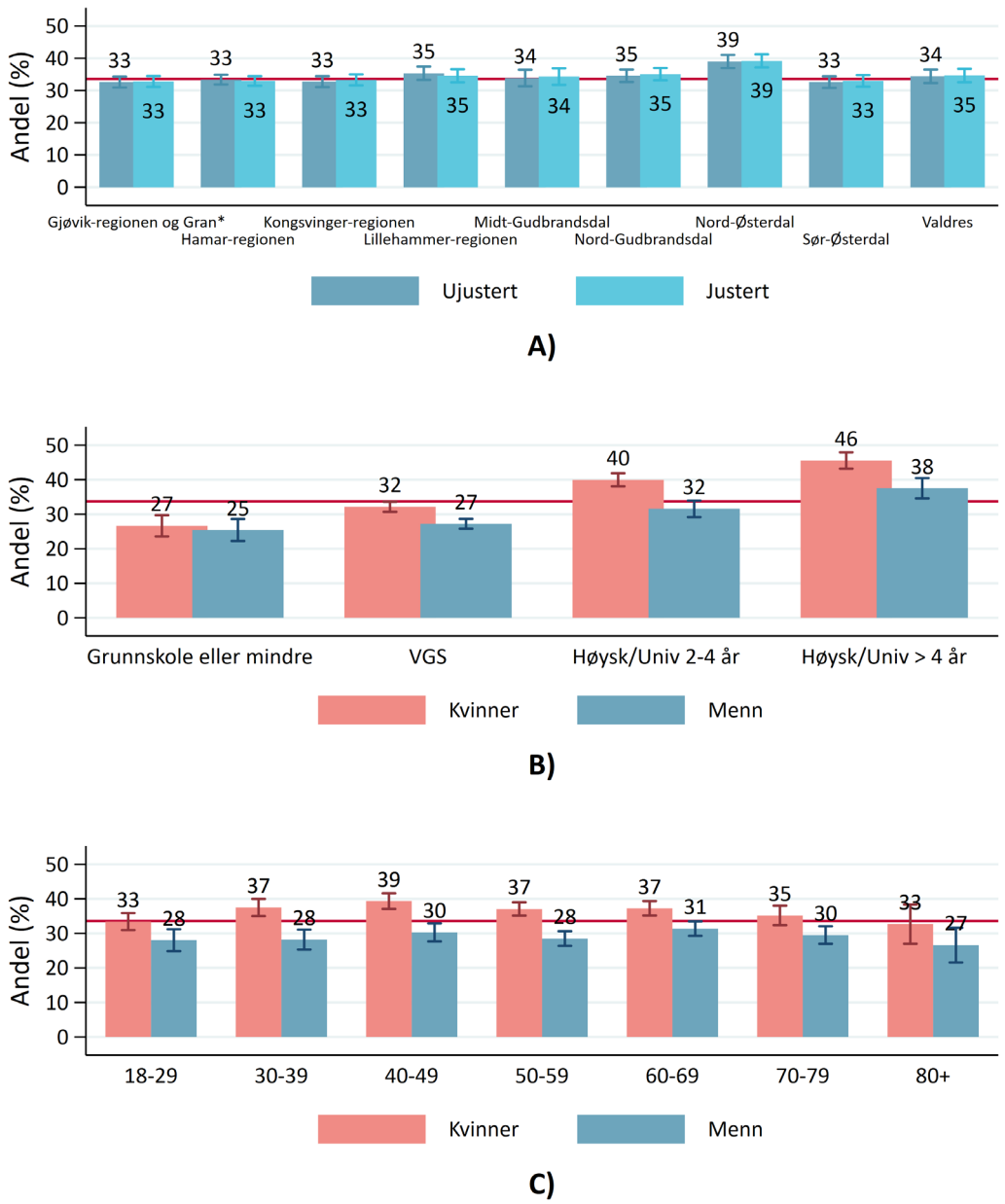
Figur 23B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager. For både kvinner og menn synker andelen med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte korsryggssmerter siste 28 dager innen hvert utdanningsnivå.

Figur 23C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager. Blant kvinner er andelen nokså jevn frem til 50-59 år for deretter å synke med stigende alder. Blant menn stiger andelen svak frem til 40-49 år, for deretter å synke fremt til 70-79 år og jevne seg ut med stigende alder. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte om nakkesmerter siste 28 dager innen alle aldersgrupper, unntatt den eldste.

3.24 Høy grad av sosial støtte

Totalt 24 868 av 25 252 (98,5 %) deltakere hadde gyldig svar på Høy grad av sosial støtte. Andelen i hele utvalget var **33,6 %** (KI95%: 32,9-34,3). Andelen for kvinner var 36,8 % (*n*=14 037; KI95%: 35,8-37,7) og andelen for menn var 29,4 % (*n*=10 831; KI95%: 28,4-30,4).

Figur 24: Andelen som rapporterte høy grad av sosial støtte etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

u

Figur 24A viser andelen som rapporterte høy grad av sosial støtte, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom noen av regionene. Det er 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Nord-Østerdal) og regionene med lavest andel (ujusterte tall). Nord-Østerdal skiller seg ut med en andel som ligger klart over fylkesgjennomsnittet.

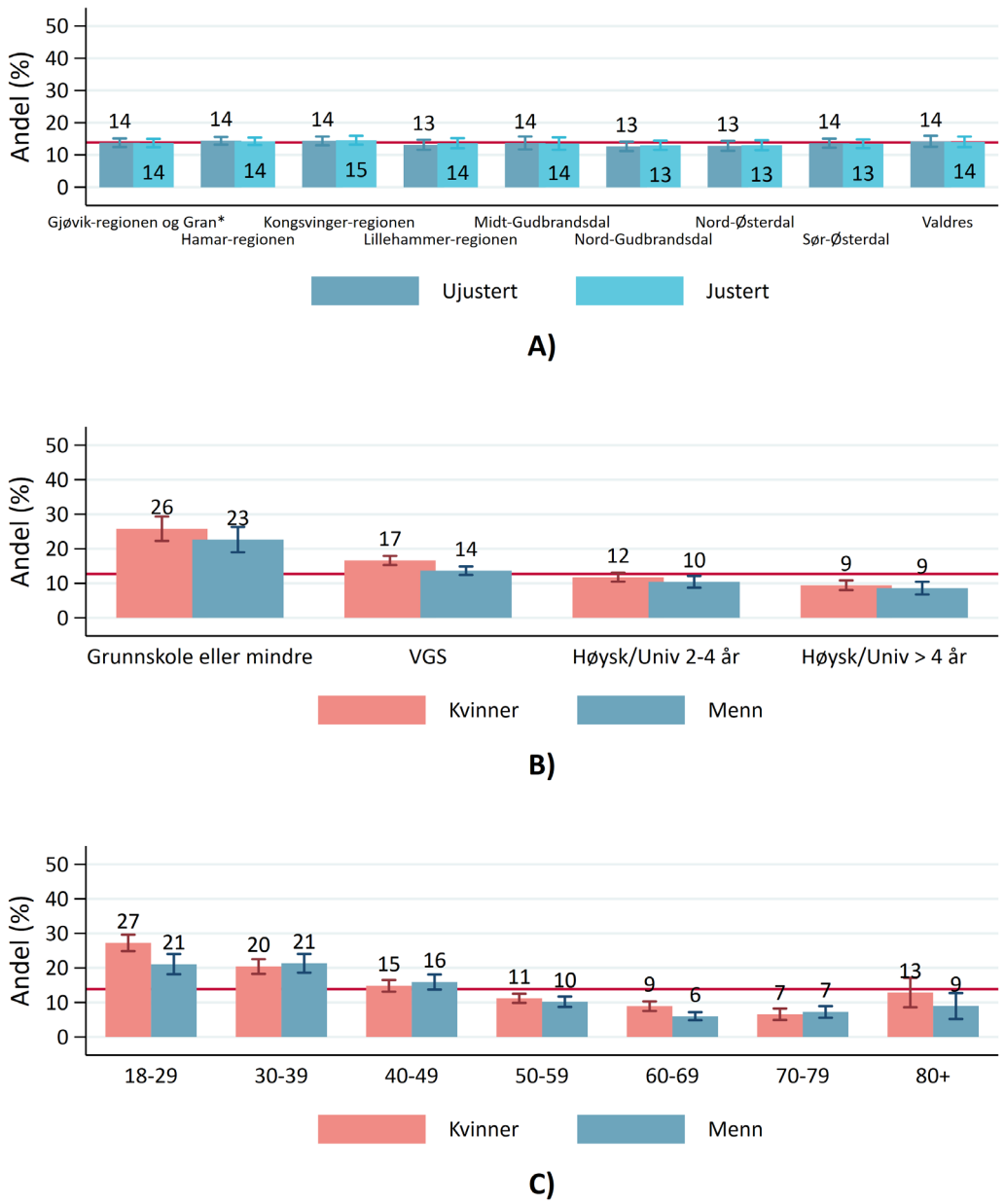
Figur 24B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte høy grad av sosial støtte. For både kvinner og menn stiger andelen klart med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte høy sosial støtte innen alle utdanningsgrupper, unntatt i grunnskole-gruppen.

Figur 24C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte høy grad av sosial støtte. Blant kvinner øker andelen svakt frem til 40-49 år for deretter å synke trinnvis. Blant menn er andelen nokså jevn frem til 70-79 år, for deretter å synke noe i den eldste aldersgruppen. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte høy sosial støtte innen alle aldersgrupper, unntatt den yngste og eldste.

3.25 Ensomhet (UCLA-3)

Totalt 21 645 av 25 252 (85,7 %) deltakere hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen i hele utvalget var **13,9 %** (KI95%: 13,3-14,4). Andelen for kvinner var 14,9 % (*n*=12 238; KI95%: 14,2-15,7) og andelen for menn var 12,5 % (*n*=9 407; KI95%: 11,7-13,3).

Figur 25: Andelen som rapporterte ensomhet (UCLA-3) etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 25A viser andelen som rapporterte ensomhet (målt med UCLA-3), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er ubetydelig variasjon over regioner. Det er 1 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og lavest andel (ujusterte tall).

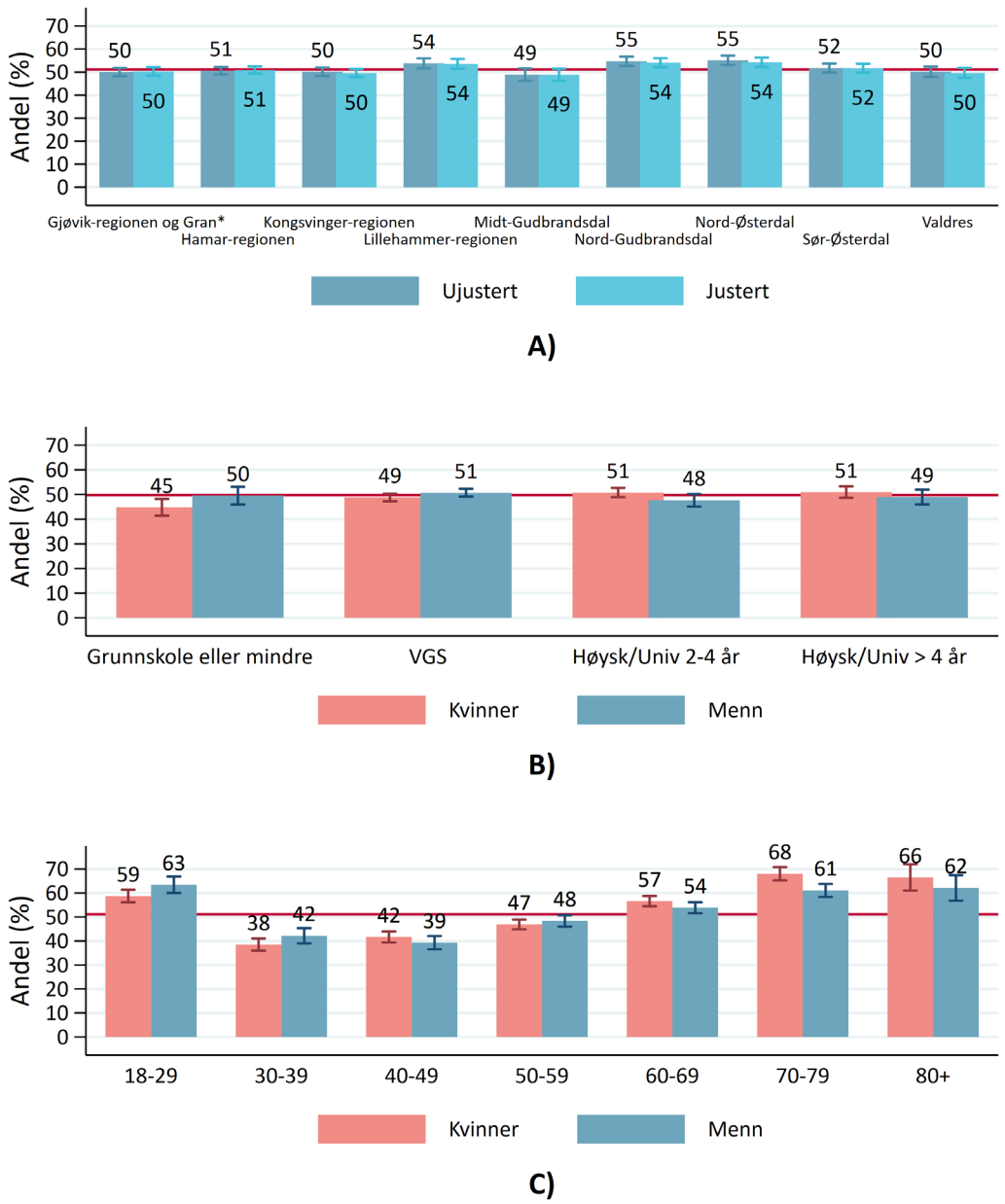
Figur 25B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte ensomhet. Blant kvinner synker andelen klart med økende utdanningsnivå. Blant menn synker andelen frem til 2-4 år på høyskole/universitet for deretter å jevne seg ut. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte ensomhet i gruppen med VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 25C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte ensomhet. Blant kvinner synker andelen med stigende alder frem til aldersgruppen 80 år og eldre, hvor andelen øker. Blant menn synker andelen med stigende alder i aldersgruppene mellom 30-69 år for så å jevne seg ut og deretter øke svakt igjen i den eldste aldersgruppen. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte ensomhet i den yngste aldergruppen og aldersgruppen 60-69 år.

3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 24 932 av 25 252 (98,7 %) deltakere hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen i hele utvalget var **51,2 %** (KI95%: 50,4-51,9). Andelen for kvinner var 51,0 % (*n*=14 067; KI95%: 50,0-51,9) og andelen for menn var 51,4 % (*n*=10 865; KI95%: 50,3-52,5).

Figur 26: Andelen som var sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 26A viser andelen som var sammen med gode venner ukentlig eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom regionene. Det er 6 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest (Midt-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall).

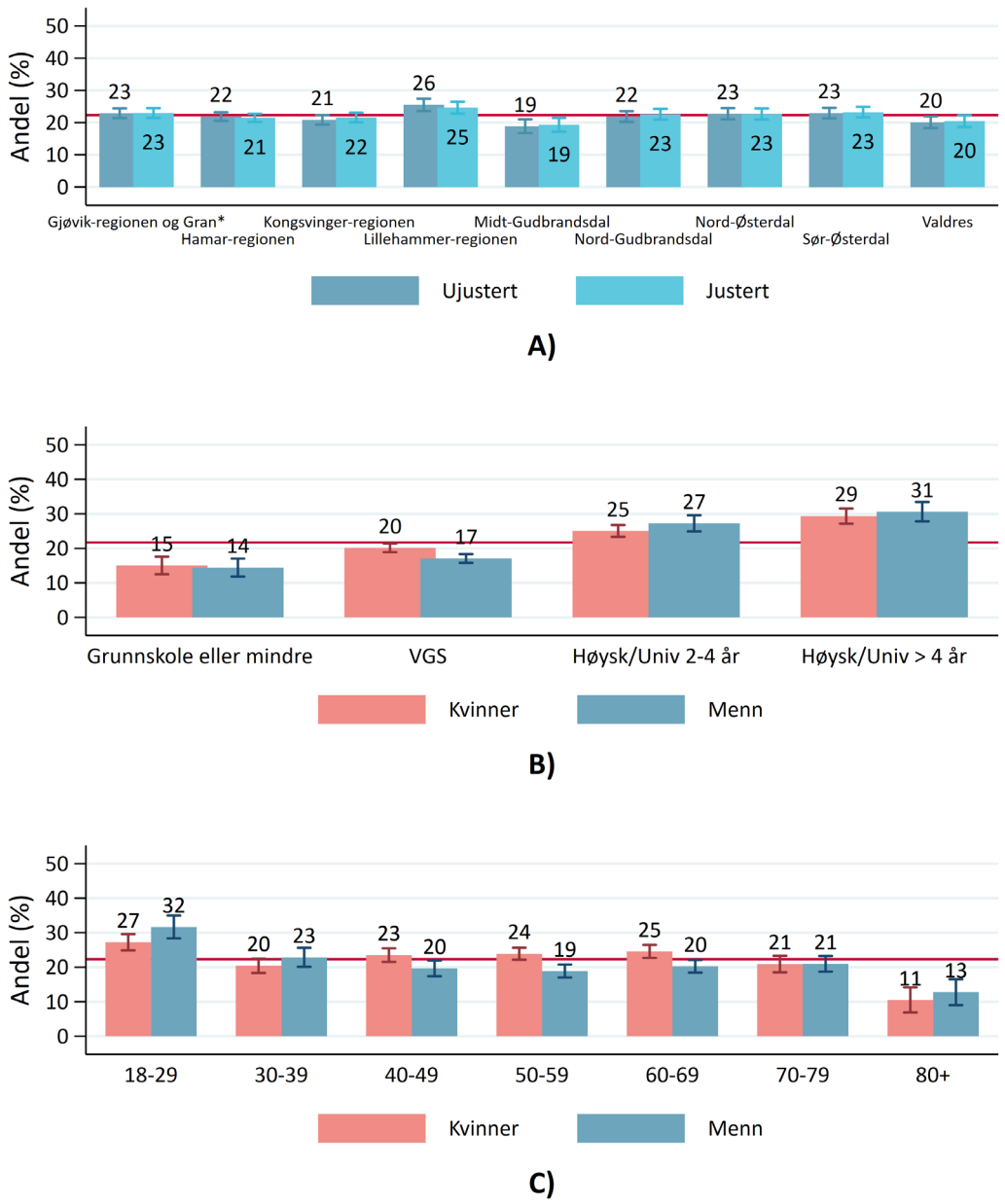
Figur 26B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som var sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant kvinner er andelen lavest blant dem med grunnskole som høyeste utdanning og jevn mellom de andre utdanningsnivåene. Blant menn er andelen jevn på tvers av utdanningsnivå. En noe høyere andel kvinner enn menn rapporterte å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere blant dem med 2-4 år på høyskole/universitet.

Figur 26C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere. For kvinner og menn synker andelen mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen, for deretter å øke med stigende alder til 70-79 år. Andelen er høyere blant kvinner enn menn i aldersgruppen 70-79 år.

3.27 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Totalt 25 101 av 25 252 (99,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken. Andelen i hele utvalget var **22,3 %** (KI95%: 21,7-22,9). Andelen for kvinner var 23,3 % (*n*=14 162; KI95%: 22,4-24,1) og andelen for menn var 21,1 % (*n*=10 939; KI95%: 20,2-22,0).

Figur 27: Andelen som rapporterte minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 27A viser andelen som rapporterte minst 30 minutter fysisk aktivitet 4 dager i uken eller oftere (videre kalt «fysisk aktive»), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom regionene. Det er 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Lillehammer-regionen) og lavest (Midt-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall).

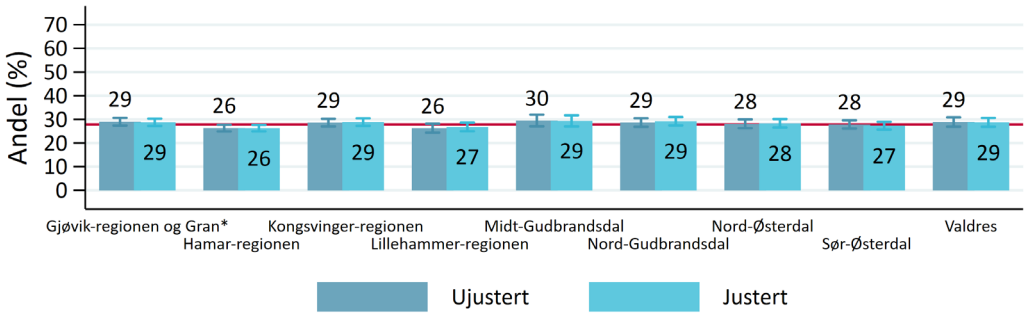
Figur 27B viser andelen fysisk aktive, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. Blant kvinner øker andelen med høyere utdanningsnivå. Blant menn er andelen lik på de to laveste utdanningsnivåene, for deretter å øke med høyere utdanningsnivå. En litt høyere andel kvinner enn menn rapporterte å være fysisk aktive i gruppen med VGS som høyeste utdanning.

Figur 27C viser andelen fysisk aktive, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner er andelen høyest i den yngste aldergruppen, nokså lik mellom 30-39 og 70-79 år og lavest i den eldste aldersgruppen. Blant menn synker andelen med stigende alder frem til 40-49 år. Deretter å jevner det seg ut før det synker kraftig i den eldste aldersgruppen. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte å være fysisk aktive i aldersgruppene mellom 50 og 69 år.

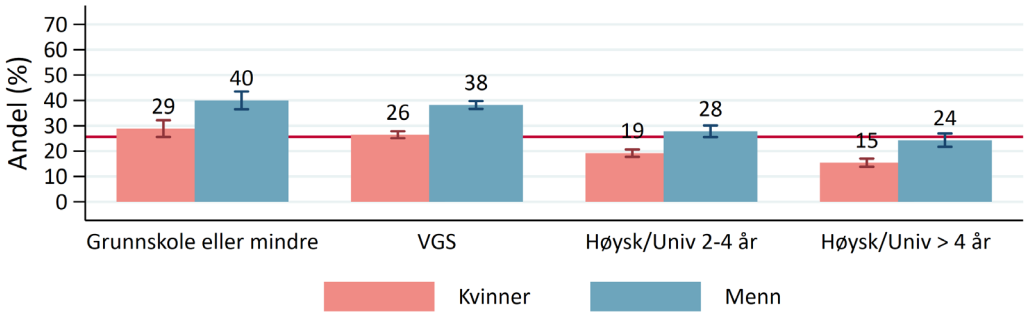
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 25 157 av 25 252 (99,6 %) deltakere hadde gyldig svar på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen i hele utvalget var **27,8 %** (KI95%: 27,2-28,4). Andelen for kvinner var 23,5 % (*n*=14 190; KI95%: 22,7-24,3) og andelen for menn var 33,5 % (*n*=10 967; KI95%: 32,5-34,5).

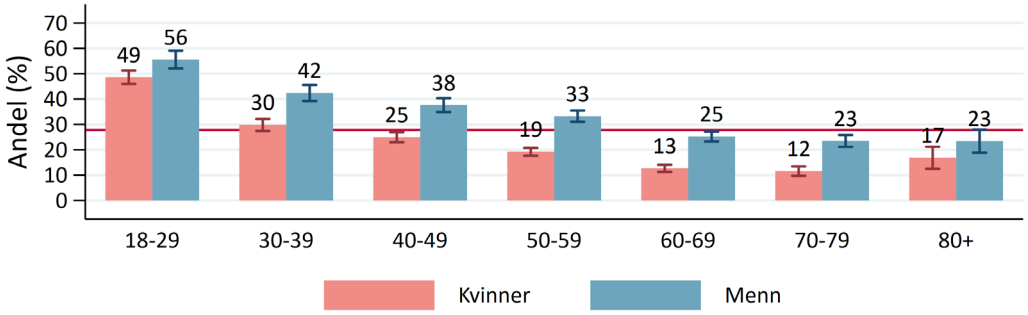
Figur 28: Andelen som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 28A viser andelen som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon mellom regionene, med 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Midt-Gudbrandsdal) og regionene med lavest andel (ujusterte tall).

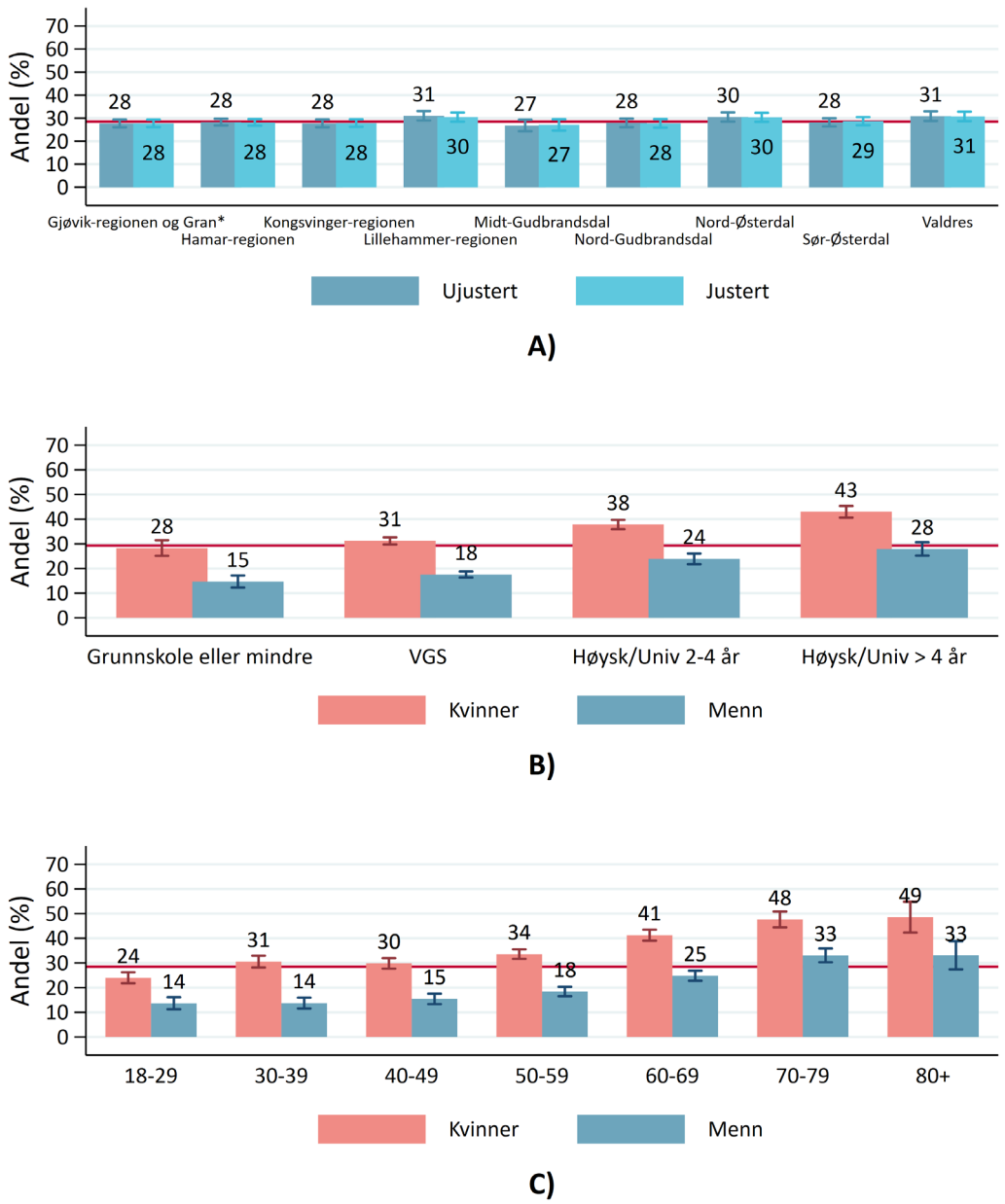
Figur 28B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. For kvinner og menn synker andelen med økende utdanningsnivå fra VGS-nivået og oppover. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere innen hvert utdanningsnivå.

Figur 28C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Blant kvinner synker andelen med stigende alder frem til 60-69. Deretter jevner det seg ut og stiger igjen i den eldste aldergruppen. Et liknende mønster kan observeres blant menn, med unntak av at andelen er jevn med stigende alder fra 60-69 år. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere innen hver aldersgruppe, unntatt i den eldste.

3.29 Daglig inntak av frukt eller bær

Totalt 23 676 av 25 252 (93,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Daglig inntak av frukt eller bær. Andelen i hele utvalget var **28,5 %** (KI95%: 27,8-29,2). Andelen for kvinner var 34,3 % (*n*=13 426; KI95%: 33,3-35,2) og andelen for menn var 20,9 % (*n*=10 250; KI95%: 19,9-21,8).

Figur 29: Andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 29A viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon mellom regionene med 4 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest andel (Midt-Gudbrandsdal) (ujusterte tall).

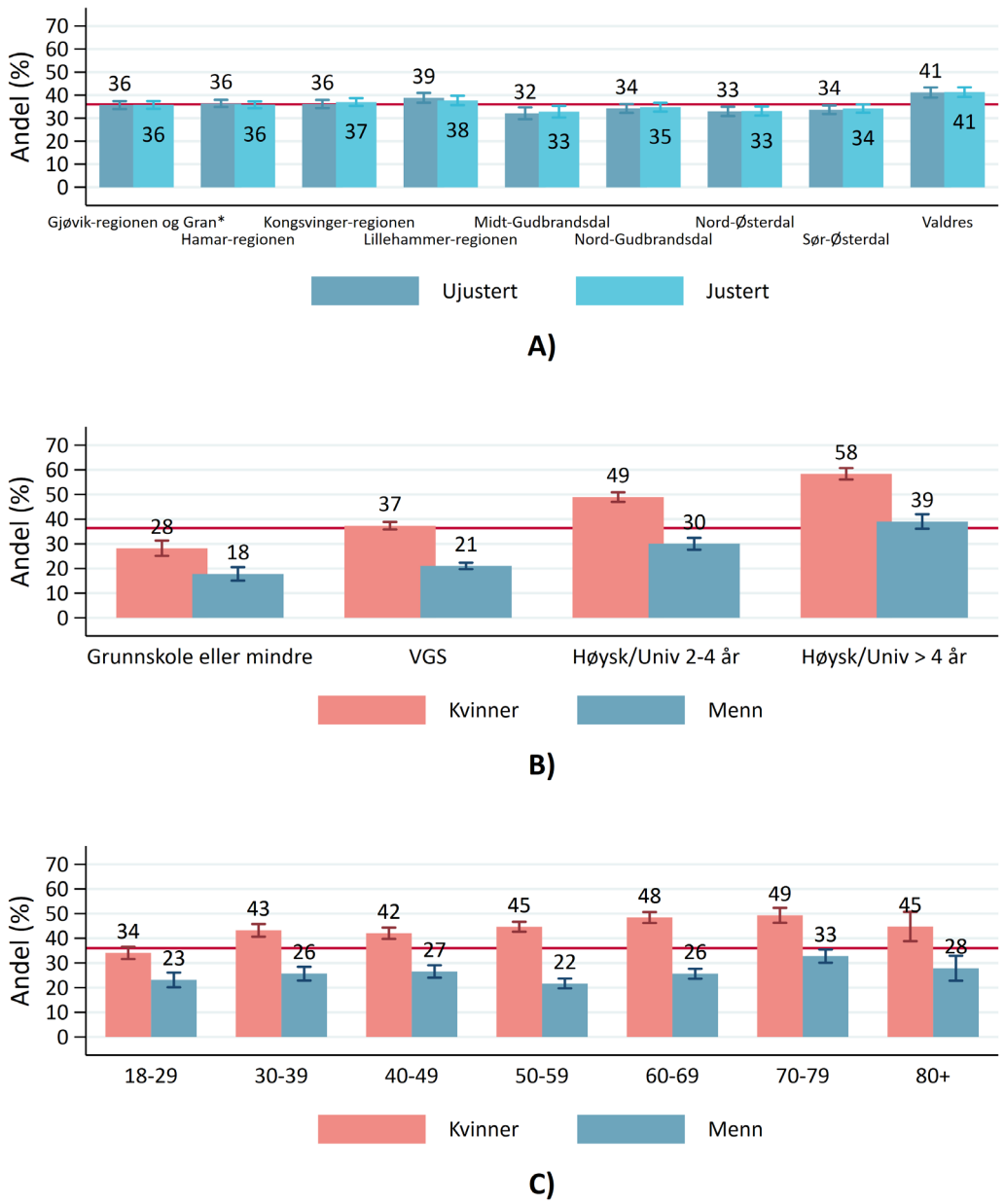
Figur 29B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. For både kvinner og menn øker andelen med stigende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av frukt og bær innen hvert utdanningsnivå.

Figur 29C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. Blant kvinner øker andelen med stigende alder frem til 70-79 år. Blant menn er andelen jevn over aldersgrupper frem til 40-49 år, for deretter å øke frem til 70-79 år. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av frukt og bær innen hver aldersgruppe.

3.30 Daglig inntak av grønnsaker

Totalt 24 493 av 25 252 (97,0 %) deltakere hadde gyldig svar på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen i hele utvalget var **36,0 %** (KI95%: 35,3-36,7). Andelen for kvinner var 43,7 % (*n*=13 828; KI95%: 42,8-44,7) og andelen for menn var 25,8 % (*n*=10 665; KI95%: 24,8-26,8).

Figur 30: Andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 30A viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er variasjon mellom noen av regionene, med 9 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Valdres) og lavest andel (Midt-Gudbrandsdal) (ujusterte tall). Valdres ligger godt over fylkesgjennomsnittet.

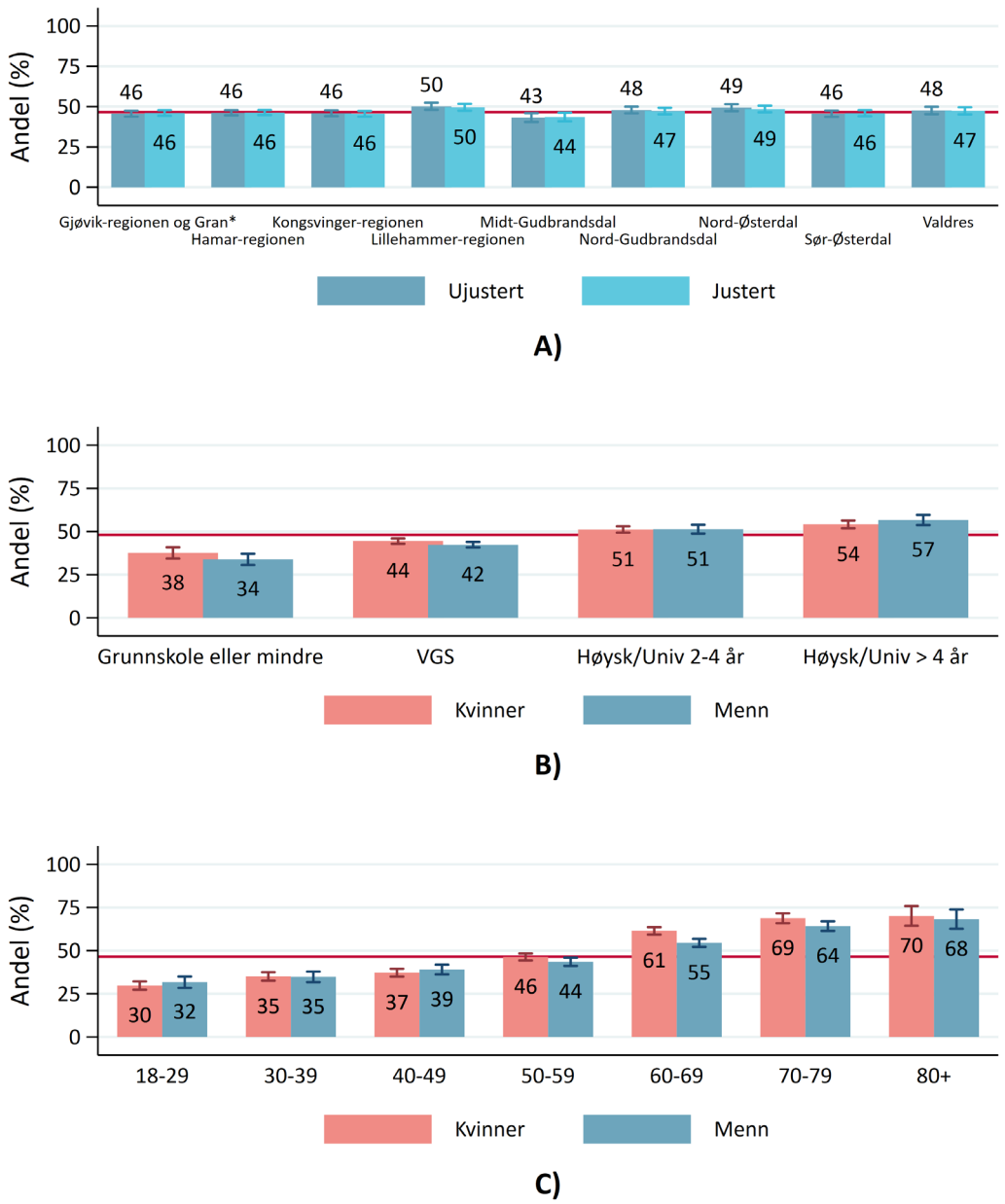
Figur 30B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig inntak av grønnsaker. For både kvinner og menn øker andelen betydelig med stigende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av grønnsaker innen hvert utdanningsnivå.

Figur 30C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig inntak av grønnsaker. Blant kvinner øker andelen trinnvis med stigende alder frem til 70-79 år, for deretter å synke noe. Blant menn er det et noe uregelmessig mønster over aldersgrupper. Menn mellom 50-59 år rapporterte den laveste andelen av daglig inntak av grønnsaker, mens dem mellom 70-79 år rapporterte den høyeste. En klart høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av frukt og bær innen hver aldersgruppe.

3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 24 068 av 25 252 (95,3 %) deltakere hadde gyldig svar på Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen i hele utvalget var **46,5 %** (KI95%: 45,8-47,3). Andelen for kvinner var 46,4 % (*n*=13 605; KI95%: 45,4-47,3) og andelen for menn var 46,8 % (*n*=10 463; KI95%: 45,7-47,9).

Figur 31: Andelen som rapporterte fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 31A viser andelen som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom regionene med 7 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste (Lillehammer-regionen) og laveste (Midt-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall).

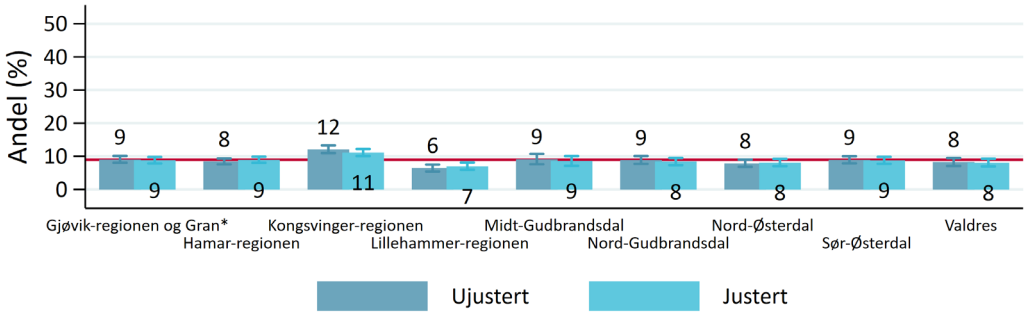
Figur 31B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. For både kvinner og menn økte andelen med stigende utdanningsnivå.

Figur 31C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. For både kvinner og menn øker andelen med stigende alder frem til 70-79 år. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken i aldersgruppene fra 60 til 79 år.

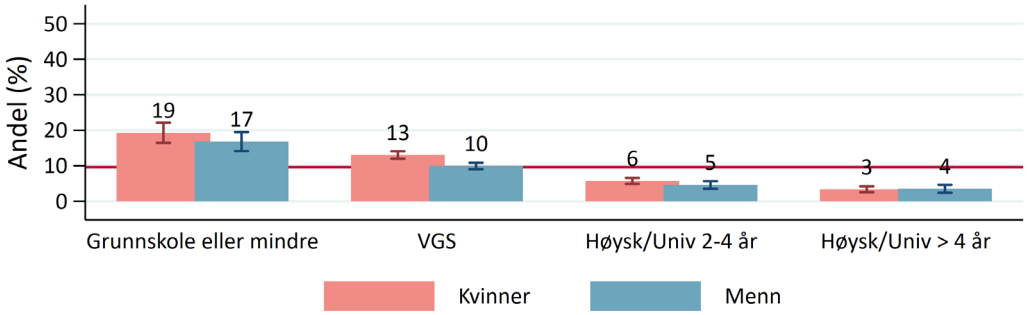
3.32 Daglig røyking

Totalt 24 998 av 25 252 (99,0 %) deltakere hadde gyldig svar på Daglig røyking. Andelen i hele utvalget var **9,0 %** (KI95% 8,5- 9,4). Andelen for kvinner var 9,3 % (*n*=14 103; KI95%: 8,7- 9,8) og andelen for menn var 8,6 % (*n*=10 895; KI95%: 7,9- 9,2).

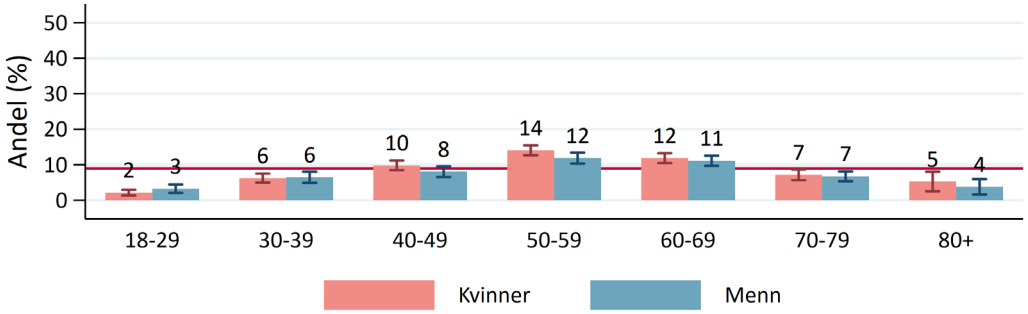
Figur 32: Andelen som rapporterte daglig røyking etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 32A viser andelen som rapporterte daglig røyking, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom regionene med 6 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Kongsvinger-regionen) og regionen med lavest (Lillehammer-regionen) andel (ujusterte tall). Andelen i Kongsvinger-regionen er godt over fylkesgjennomsnittet.

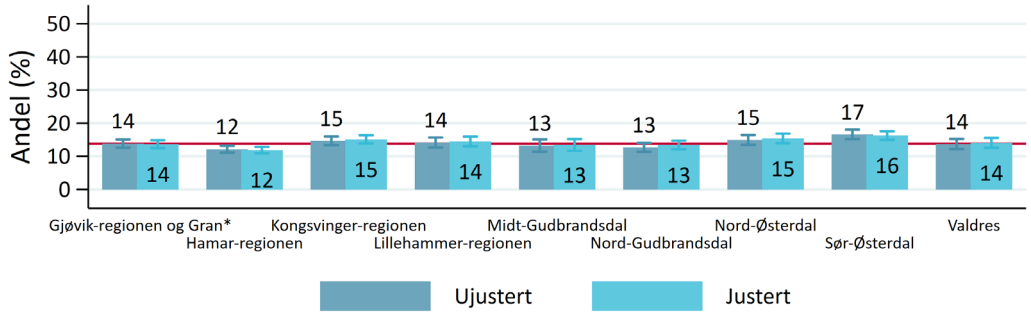
Figur 32B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig røyking. Blant kvinner synker andelen med økende utdanningsnivå. Blant menn synker andelen frem til 2-4 år på høyskole/universitet. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig røyking blant de med VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 32C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig røyking. For både kvinner og menn vises en omvendt U-kurve over aldersgruppene, der andelen som rapporterte daglig røyking var høyest blant de som er 50-59 år.

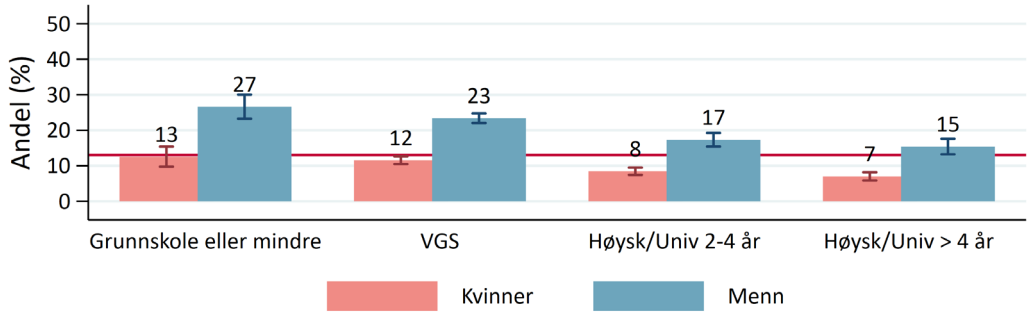
3.33 Daglig snusing

Totalt 25 063 av 25 252 (99,3 %) deltakere hadde gyldig svar på Daglig snusing. Andelen i hele utvalget var **13,8 %** (KI95%: 13,3-14,3). Andelen for kvinner var 9,3 % (*n*=14 141; KI95%: 8,8-9,9) og andelen for menn var 19,7 % (*n*=10 922; KI95%: 18,9-20,6).

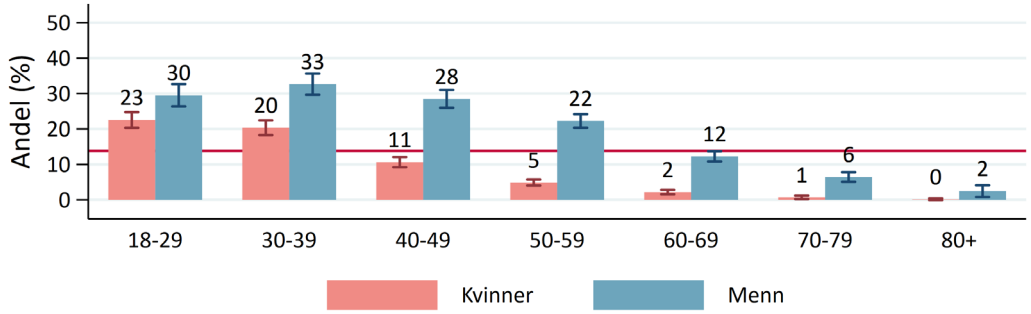
Figur 33: Andelen som rapporterte daglig snusing etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 33A viser andelen som rapporterte daglig snusing, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon mellom regionene med 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Sør-Østerdal) og lavest (Hamar-regionen) andel (ujusterte tall). Andelen i Sør-Østerdal ligger noe over fylkesgjennomsnittet.

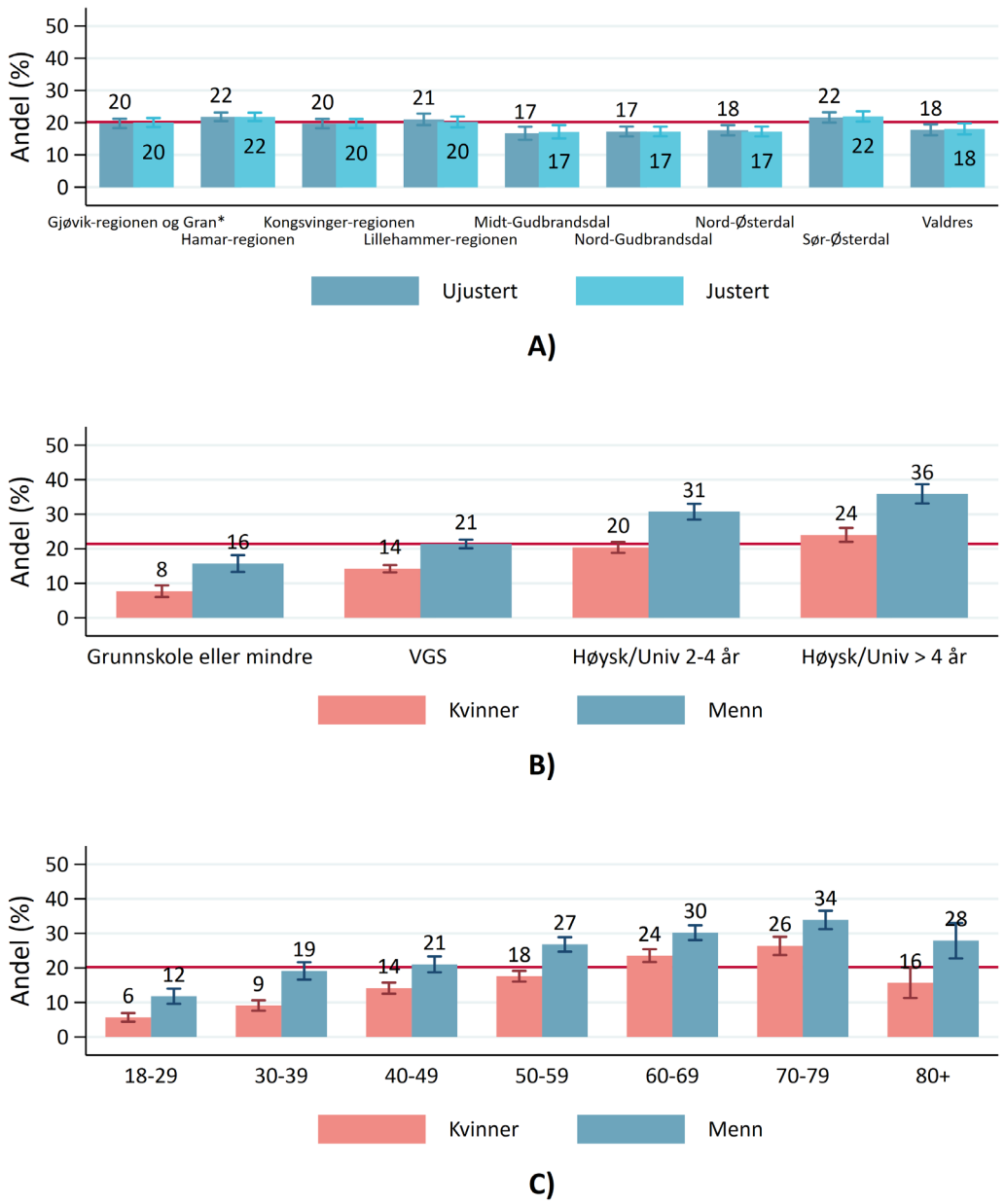
Figur 33B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte daglig snusing. Blant kvinner er andelen noe høyere blant gruppene uten høyskole- eller universitetsutdanning. Blant menn synker andelen med økende utdanningsnivå. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte daglig snusing innen hvert utdanningsnivå.

Figur 33C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte daglig snusing. Blant kvinner synker andelen jevnt med stigende alder. Blant menn synker andelen med stigende alder først fra aldersgruppen 40-49 år. En klart høyere andel menn enn kvinner rapporterte daglig snusing innen alle aldersgrupper, unntatt den eldste.

3.34 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 25 044 av 25 252 (99,2 %) deltakere hadde gyldig svar på Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen i hele utvalget var **20,2 %** (KI95%: 19,6-20,8). Andelen for kvinner var 16,2 % (*n*=14 137; KI95%: 15,5-17,0) og andelen for menn var 25,4 % (*n*=10 907; KI95%: 24,5-26,4).

Figur 34: Andelen som drakk alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 34A viser andelen som rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon mellom regionene med 5 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og lavest andel (ujusterte tall). Midt- og Nord-Gudbrandsdal, Nord-Østerdal og Valdres ligger under fylkesgjennomsnittet.

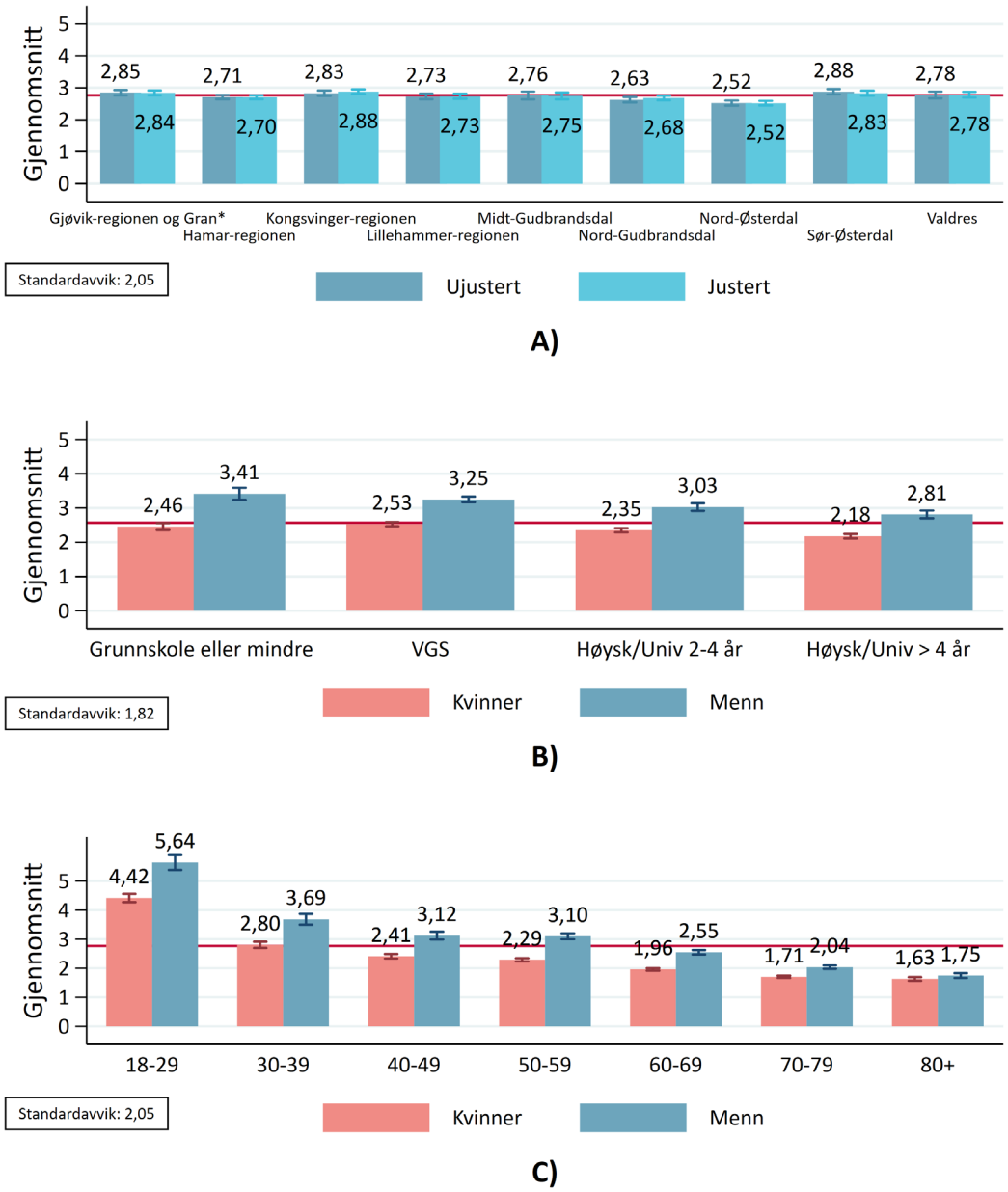
Figur 34B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. For både kvinner og menn øker andelen med stigende utdanningsnivå. En høyere andel menn enn kvinner drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere innen hvert utdanningsnivå.

Figur 34C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. For kvinner og menn øker andelen med stigende alder frem til 70-79 år, for deretter å synke i den eldste aldersgruppen. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere innen hver av aldersgruppene.

3.35 Alkoholenheter per gang

Totalt 22 157 av 25 252 (87,7 %) deltakere hadde gyldig svar på Alkoholenheter per gang. Gjennomsnittet i hele utvalget var **2,77** (KI95%: 2,74-2,80). Gjennomsnittet for kvinner var 2,52 (*n*=12 238; KI95%: 2,49-2,56) og gjennomsnittet for menn var 3,08 (*n*=9 919; KI95%: 3,02-3,13).

Figur 35: Gjennomsnitt alkoholenheter per gang etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 35A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter man drikker per gang, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Differansen mellom høyeste (Sør-Østerdal) og laveste gjennomsnitt (Nord-Østerdal) tilsvarer en Cohens *d* på 0,12, som kan tolkes som en liten effektstørrelse (ujusterte tall).

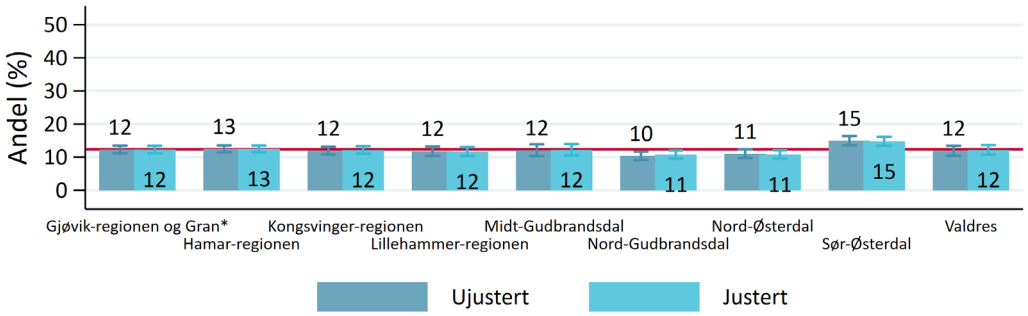
Figur 35B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter man drikker per gang, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. Blant kvinner synker gjennomsnittet med stigende utdanningsnivå fra VGS-nivået. Blant menn synker gjennomsnittet med stigende utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,19 for kvinner og 0,33 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en svak og en moderat effektstørrelse. Menn rapporterte å drikke flere alkoholenheter i gjennomsnitt enn kvinner innen hvert utdanningsnivå.

Figur 35C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter man drikker per gang, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner synker gjennomsnittlig antall alkoholenheter med stigende alder. Blant menn synker gjennomsnittlig antall alkoholenheter trinnvis med stigende alder. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet for kvinner tilsvarer en Cohens *d* på 1,36 og 1,90 for menn som i begge tilfeller kan tolkes som en sterk effektstørrelse. Menn rapporterte å drikke i gjennomsnitt flere alkoholenheter enn kvinner innen hver aldersgruppe.

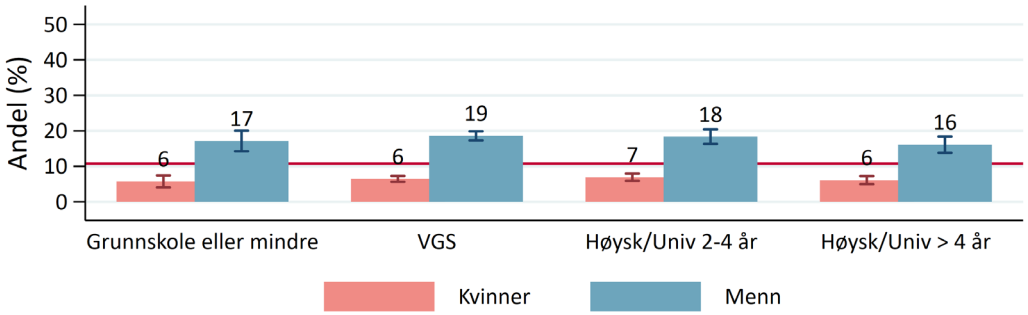
3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Totalt 24 947 av 25 252 (98,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen i hele utvalget var **12,4 %** (KI95%: 11,9-12,9). Andelen for kvinner var 7,9 % (*n*=14 085; KI95%: 7,4- 8,5) og andelen for menn var 18,2 % (*n*=10 862; KI95%: 17,4-19,1).

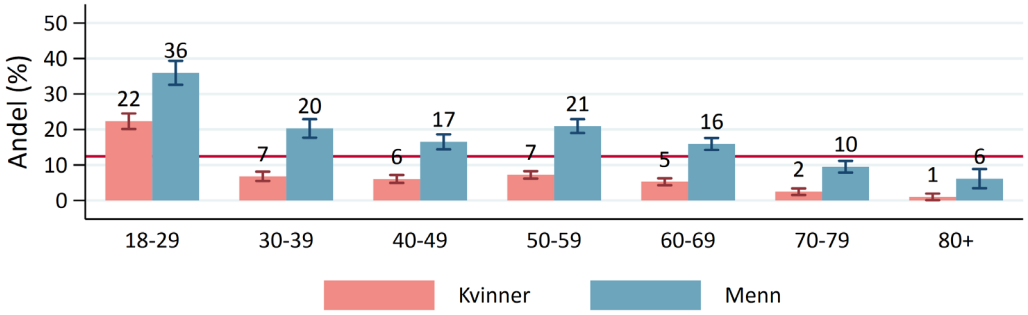
Figur 36: Andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



A)



B)



C)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 36A viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon mellom regionene med 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste (Sør-Østerdal) og lavest (Nord-Gudbrandsdal) andel (ujusterte tall). Samtidig ligger andelen i Sør-Østerdal klart høyere enn fylkesgjennomsnittet.

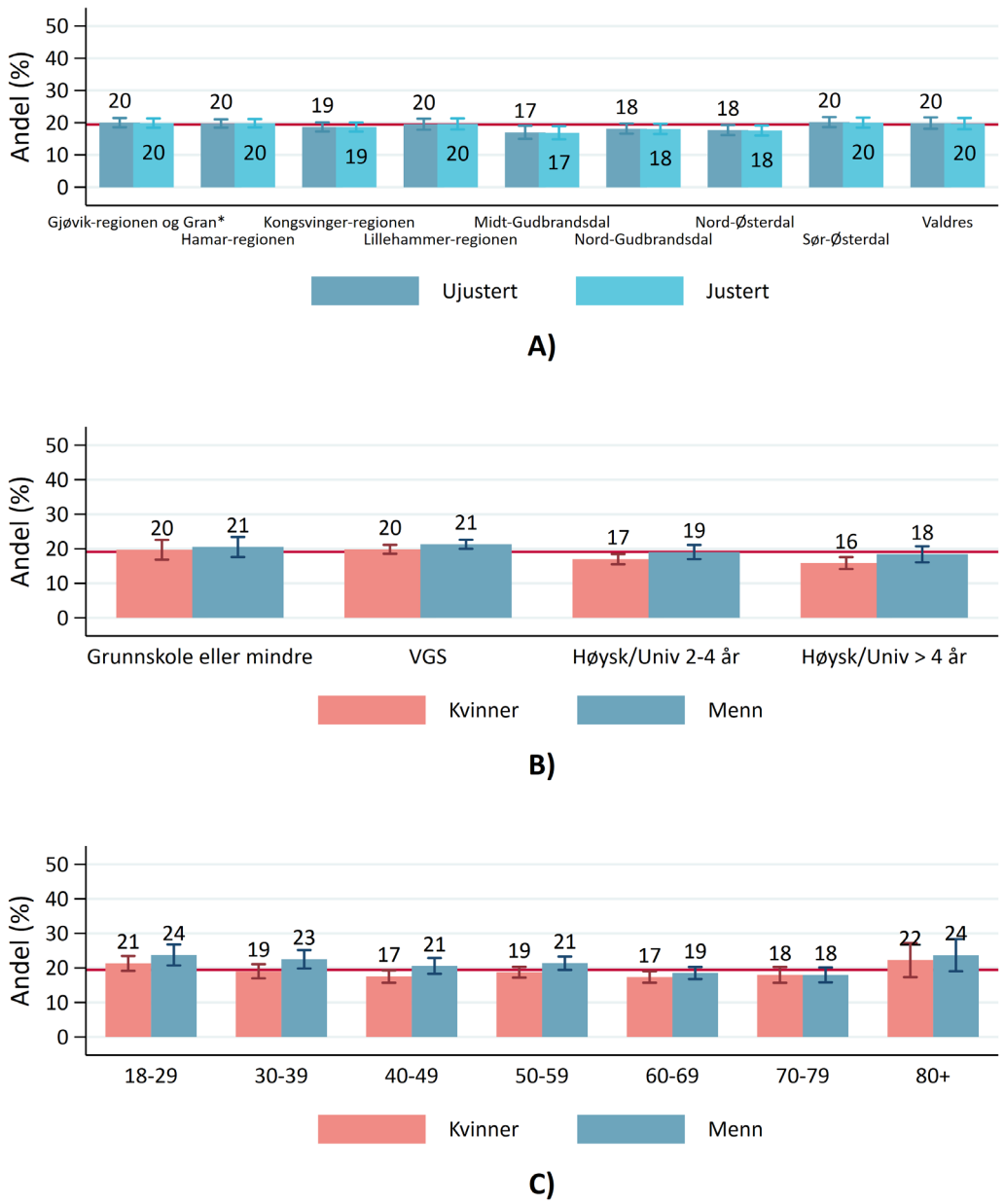
Figur 36B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. For både kvinner og menn er andelen jevn på tvers av utdanningsnivå. En klart høyere andel menn enn kvinner rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere innen hvert utdanningsnivå.

Figur 36C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Blant både kvinner og menn er andelen klart høyest i den yngste aldersgruppen. Deretter synker andelen og er nokså jevn frem til 60-69 år, for så igjen å synke med stigende alder. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere innen hver aldersgruppe.

3.37 Utsatt for skade siste 12 måneder

Totalt 25 061 av 25 252 (99,2 %) deltakere hadde gyldig svar på Utsatt for skade siste 12 måneder. Andelen i hele utvalget var **19,5 %** (KI95%: 18,9-20,0). Andelen for kvinner var 18,6 % (*n*=14 114; KI95%: 17,9-19,4) og andelen for menn var 20,5 % (*n*=10 947; KI95%: 19,6-21,4).

Figur 37: Andelen som var utsatt for skade siste 12 måneder etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 37A viser andelen som rapporterte å være utsatt for skade siste 12 måneder (én eller flere skader som førte til at man oppsøkte lege eller tannlege), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon mellom regionene med 3 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest andel (Midt-Gudbrandsdal) (ujusterte tall). Andelen i Midt-Gudbrandsdal var lavere enn fylkesgjennomsnittet.

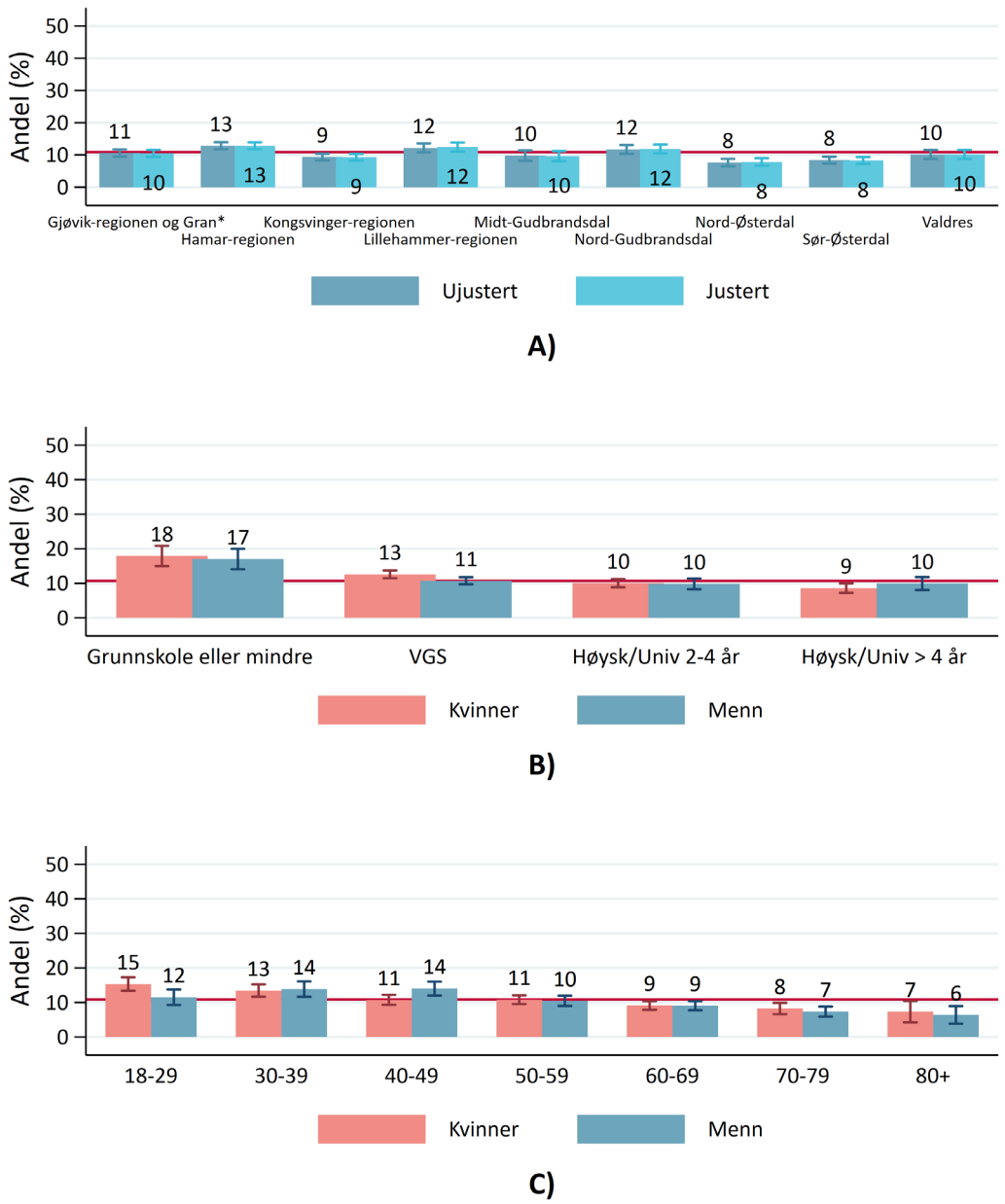
Figur 37B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å være utsatt for skade siste 12 måneder. For kvinner er andelen nokså lik på tvers av utdanningsnivå. Blant menn er andelen litt høyere blant de uten enn blant de med høyskole- eller universitetsnivå.

Figur 37C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å være utsatt for skade siste 12 måneder. Blant kvinner var andelen høyest blant de yngste og eldste aldersgruppene, men ellers nokså lik mellom aldersgruppene fra 30-39 år til 70-79 år. Blant menn synker andelen svakt og trinnvis med stigende alder til 70-79 år, for deretter å stige i den eldste aldersgruppen.

3.38 Plaget av støy fra trafikk hjemme

Totalt 25 096 av 25 252 (99,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Plaget av støy fra trafikk hjemme. Andelen i hele utvalget var **10,9 %** (KI95%: 10,4-11,3). Andelen for kvinner var 11,1 % (*n*=14 156; KI95%: 10,5-11,7) og andelen for menn var 10,6 % (*n*=10 940; KI95%: 9,9-11,2).

Figur 38: Andelen som var plaget av støy fra trafikk hjemme etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 38A viser andelen som rapporterte at de er plaget av støy fra trafikk hjemme (middels/mye/svært mye), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom regionene med 5 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Hamar-regionen) og regionene med lavest andel (ujusterte tall). Nord- og Sør-Østerdal hadde klart lavere andel enn fylkesgjennomsnittet.

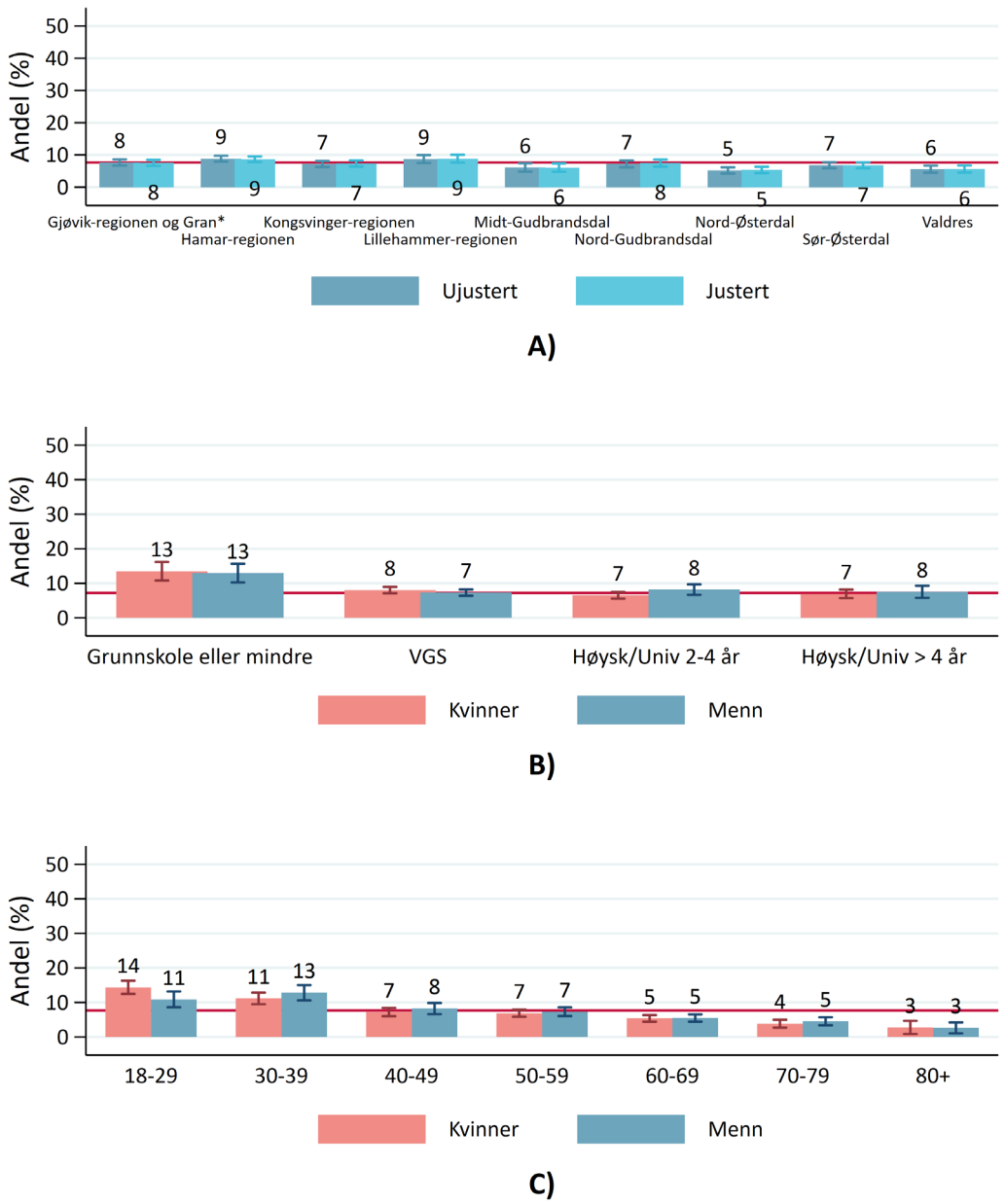
Figur 38B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte at de er plaget av støy fra trafikk hjemme. Blant kvinner synker andelen med stigende utdanningsnivå frem til gruppen med 2-4 år på høyskole/universitet. Blant menn var andelen høyest blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og jevn blant de andre utdanningsgruppene.

Figur 38C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte at de er plaget av støy fra trafikk hjemme. Blant kvinner synker andelen trinnvis med stigende alder. Blant menn øker andelen svakt fra den yngste til nest yngste aldersgruppen, holder seg så jevn frem til 40-49 år for deretter å synke med stigende alder. En litt høyere andel kvinner enn menn i den yngste aldersgruppen rapporterte å være plaget av støy fra trafikk hjemme i den yngste aldersgruppen. I aldersgruppen 40-49 år var andelen, motsatt, litt høyere blant menn enn kvinner.

3.39 Plaget av annen støy hjemme

Totalt 25 060 av 25 252 (99,2 %) deltakere hadde gyldig svar på Plaget av annen støy hjemme. Andelen i hele utvalget var **7,7 %** (KI95%: 7,3- 8,0). Andelen for kvinner var 7,8 % (*n*=14 128; KI95%: 7,3- 8,3) og andelen for menn var 7,4 % (*n*=10 932; KI95%: 6,8- 8,0).

Figur 39: Andelen som var plaget av annen støy hjemme etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 39A viser andelen som rapporterte å være plaget av annen støy hjemme (andre utendørs støykilder enn veitrafikk; middels/mye/svært mye plager), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er lite variasjon over regioner med 4 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og regionen med lavest (Nord-Østerdal) andel (ujusterte tall).

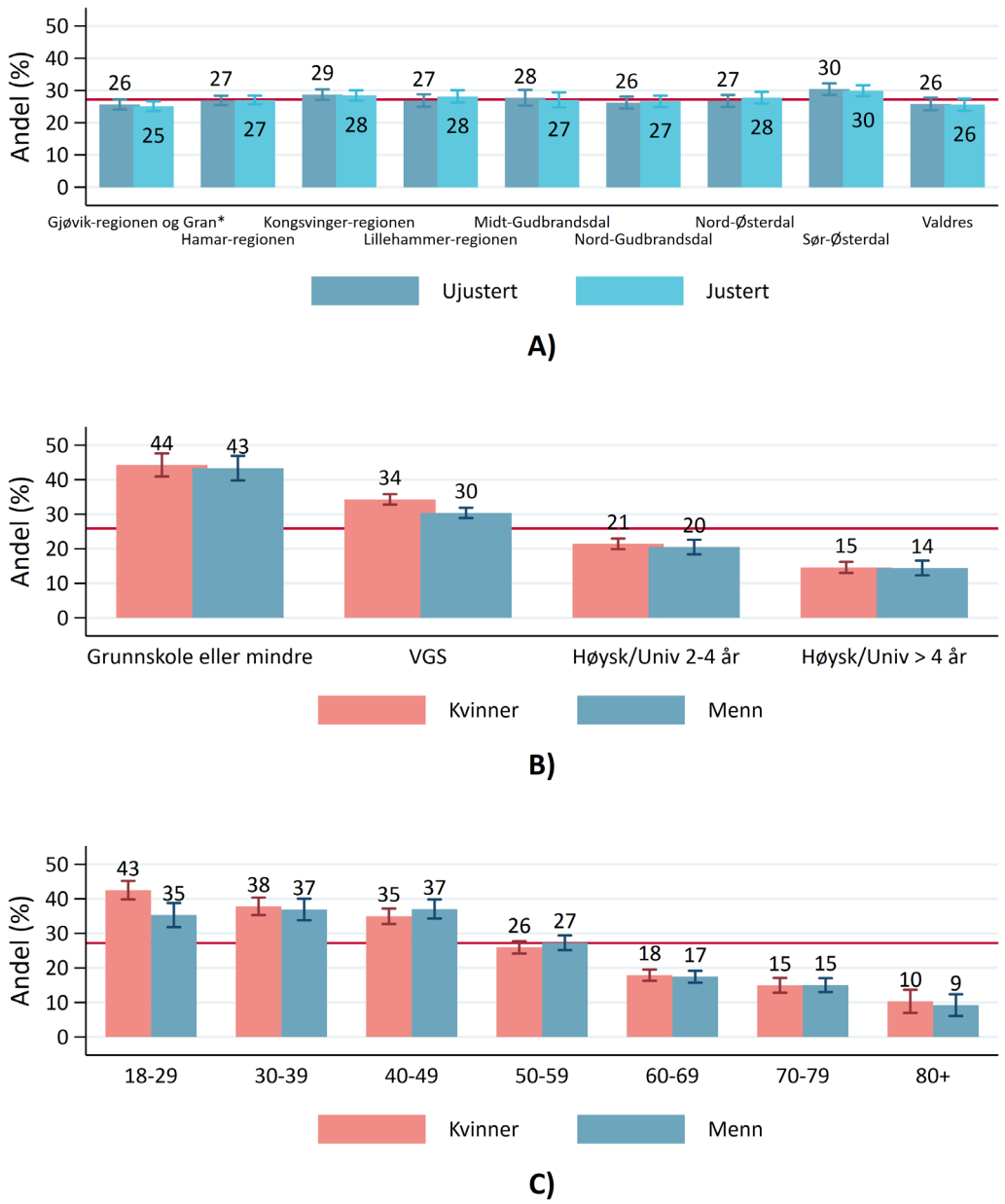
Figur 39B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte å være plaget av annen støy hjemme. For både kvinner og menn er andelen høyest blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, men ellers lik over utdanningsgrupper.

Figur 39C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte å være plaget av annen støy hjemme. Blant både kvinner og menn synker andelen trinnvis med stigende alder. En litt høyere andel kvinner enn menn i den yngste aldersgruppen rapporterte å være plaget av annen støy hjemme.

3.40 Andel med økonomiske vansker

Totalt 24 570 av 25 252 (97,3 %) deltakere hadde gyldig svar på Andel med økonomiske vansker. Andelen i hele utvalget var **27,2 %** (KI95%: 26,5-27,8). Andelen for kvinner var 28,2 % (*n*=13 841; KI95%: 27,3-29,1) og andelen for menn var 25,8 % (*n*=10 729; KI95%: 24,9-26,8).

Figur 40: Andelen som rapporterte økonomiske vansker etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 40A viser andelen som rapporterte økonomiske vansker (svært vanskelig/vanskelig/forholdsvis vanskelig å få husholdningens samlede inntekt til å strekke til i det daglige), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Det er noe variasjon mellom regionene med 4 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyest (Sør-Østerdal) og regionene med lavest andel (ujusterte tall). Andelen i Sør-Østerdal var høyere enn fylkesgjennomsnittet.

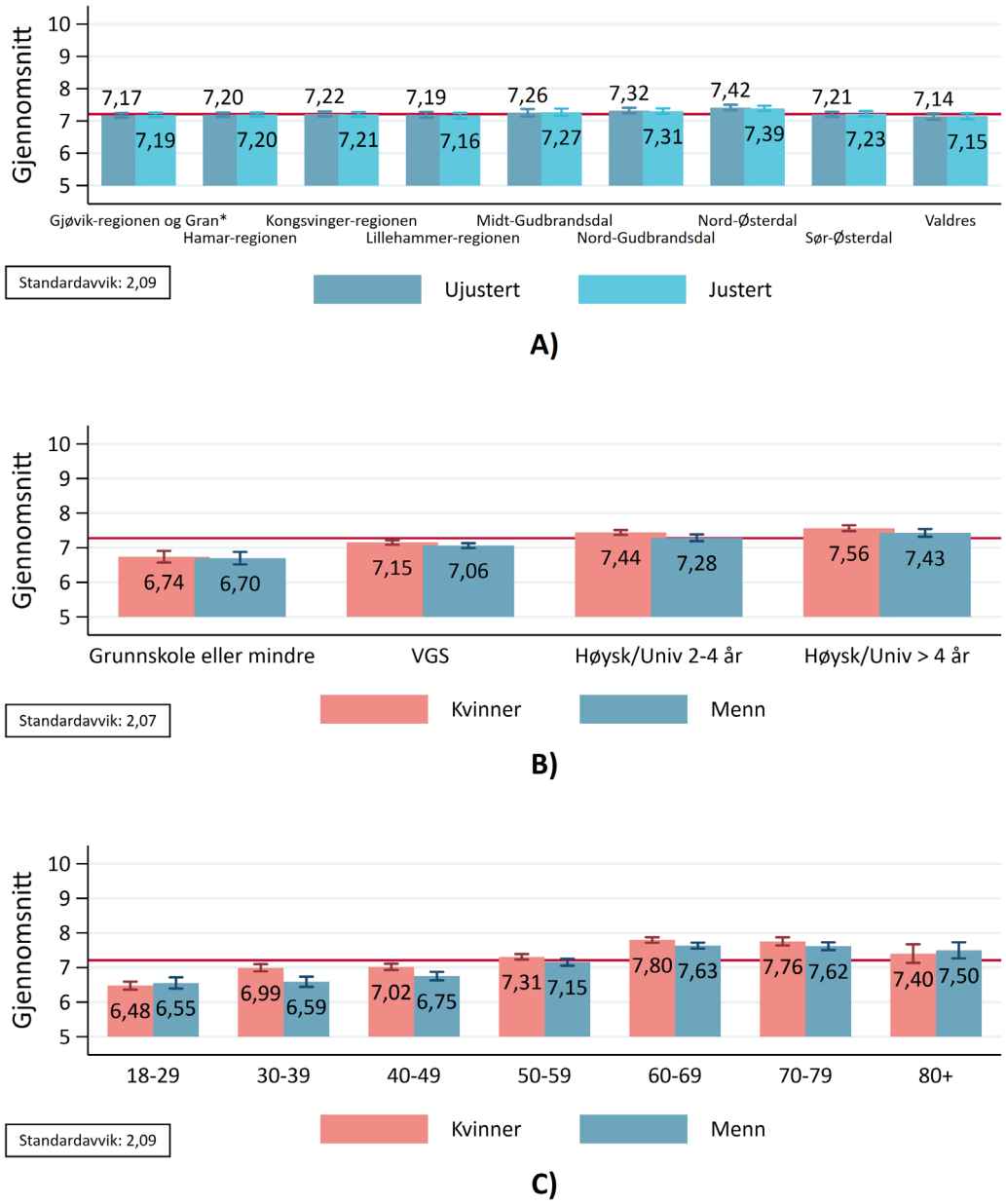
Figur 40B viser andelen, fordelt på utdanningsnivå og kjønn, som rapporterte økonomiske vansker. For både kvinner og menn synker andelen betydelig med stigende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte økonomiske vansker blant de med VGS som høyeste utdanningsnivå.

Figur 40C viser andelen, fordelt på alder og kjønn, som rapporterte økonomiske vansker. Blant kvinner synker andelen trinnvis med stigende alder, og betydelig fra 50-59 år og oppover. Blant menn synker andelen først fra 50-59 år, slik som for kvinner, betydelig og trinnvis med stigende alder. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte økonomiske vansker i den yngste aldersgruppen.

3.41 Fornøyd med livet

Totalt 25 122 av 25 252 (99,5 %) deltakere hadde gyldig svar på Fornøyd med livet. Gjennomsnittet i hele utvalget var **7,21** (KI95%: 7,18-7,24) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 7,25 (*n*=14 176; KI95%: 7,21-7,29) og gjennomsnittet for menn var 7,16 (*n*=10 946; KI95%: 7,11-7,21).

Figur 41: Gjennomsnitt fornøyd med livet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 41A viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Gjennomsnittsskåren varierer nokså lite mellom regionene. Differansen mellom høyeste (Nord-Østerdal) og laveste (Valdres) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,14, som kan tolkes som en liten effektstørrelse (ujusterte tall).

Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 reflekterer lav tilfredshet, og svar mellom 9 og 10 svært høy tilfredshet. Med denne grupperingen ser vi at 18,6 % (95 %:KI 18-19) rapporterte lav tilfredshet i fylket som helhet. Andelen for kvinner var 18,3 % (95 % KI:17,6-19,1) og andelen for menn var 18,8 % (95 % KI: 18,0-19,7). De resterende 81,4 % kan dermed tolkes som fornøyde med livet (skår mellom 6 og 10). Andelen med høy tilfredshet (9-10) var 14,4 % (95 % KI: 13,9-14,9) i fylket som helhet. Andelen for kvinner var 14,9 % (95 % KI: 14,2-15,5) og andelen for menn var 13,9 % (95 % KI: 13,1-14,6).

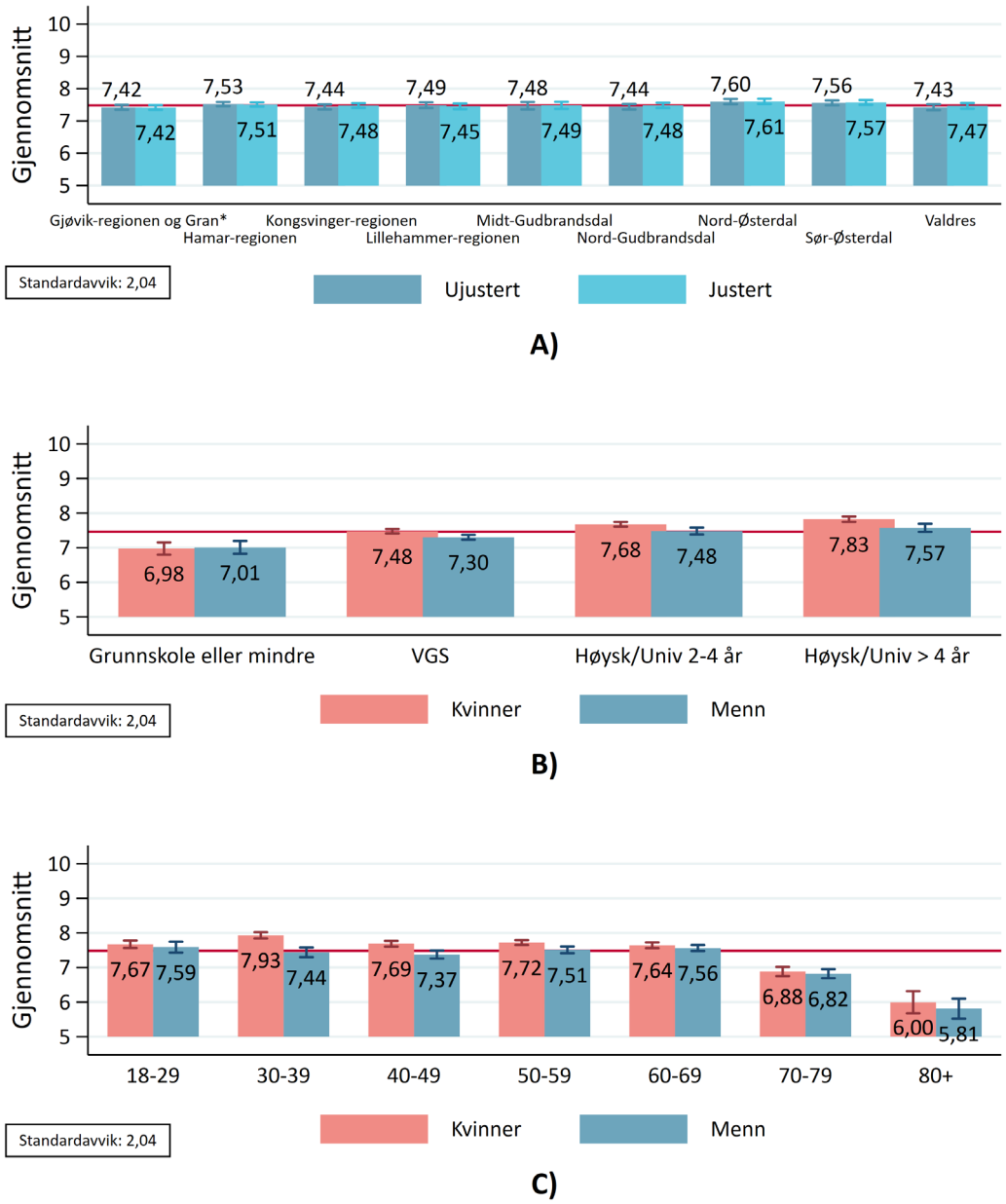
Figur 41B viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren med stigende utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,40 blant kvinner og 0,35 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer en moderat effektstørrelse. Kvinner har høyere gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet enn menn i de to gruppene med høyskole-/universitetsutdanning.

Figur 41C viser gjennomsnittlig skår på fornøydhet med livet, fordelt på alder og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren frem til 60-69 år, jevner seg ut og synker deretter i den eldste aldersgruppen. Differansen mellom aldersgruppen med høyeste og aldersgruppen med laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,63 blant kvinner og 0,52 blant menn som i begge tilfeller reflekterer en sterk effektstørrelse. Kvinner rapporterte høyere fornøydhet med livet enn menn i aldersgruppene mellom 30 og 79 år.

3.42 Fremtidsoptimisme

Totalt 24 902 av 25 252 (98,6 %) deltakere hadde gyldig svar på Fremtidsoptimisme. Gjennomsnittet i hele utvalget var **7,48** (KI95%: 7,45-7,51) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 7,60 (*n*=14 024; KI95%: 7,56-7,63) og gjennomsnittet for menn var 7,34 (*n*=10 878; KI95%: 7,29-7,38).

Figur 42: Gjennomsnitt fremtidsoptimisme etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 42A viser gjennomsnittlig skår på hvor fornøyd man forventer å være med livet om fem år (videre kalt «fremtidsoptimisme», skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Gjennomsnittsskåren varierer lite mellom regionene. Differansen mellom høyeste (Nord-Østerdal) og laveste (Gjøvik-regionen og Gran) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,09, som kan tolkes som en marginal effektstørrelse (ujusterte tall).

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 reflekterer en lav grad av fremtidsoptimisme, og svar fra 9 til 10 en svært høy grad av fremtidsoptimisme. Med denne grupperingen ser vi at 16,1 % (95 % KI: 15,6-16,7) i fylket som helhet rapporterte lav grad av fremtidsoptimisme. Andelen for kvinner var 14,4 % (95 % KI: 13,7-15,0) og andelen for menn var 18,4 % (95 % KI:17,6-19,3). De resterende 83,9 % kan dermed tolkes som mer optimistiske for framtiden (skår mellom 6 og 10). Andelen med høy fremtidsoptimisme (9-10) var 16,8 % (95 % KI: 16,3-17,3) i fylket som helhet, 17,5 % blant kvinner (95 % KI: 16,8-18,2) og 15,9 % blant menn (95 % KI: 15,1-16,7).

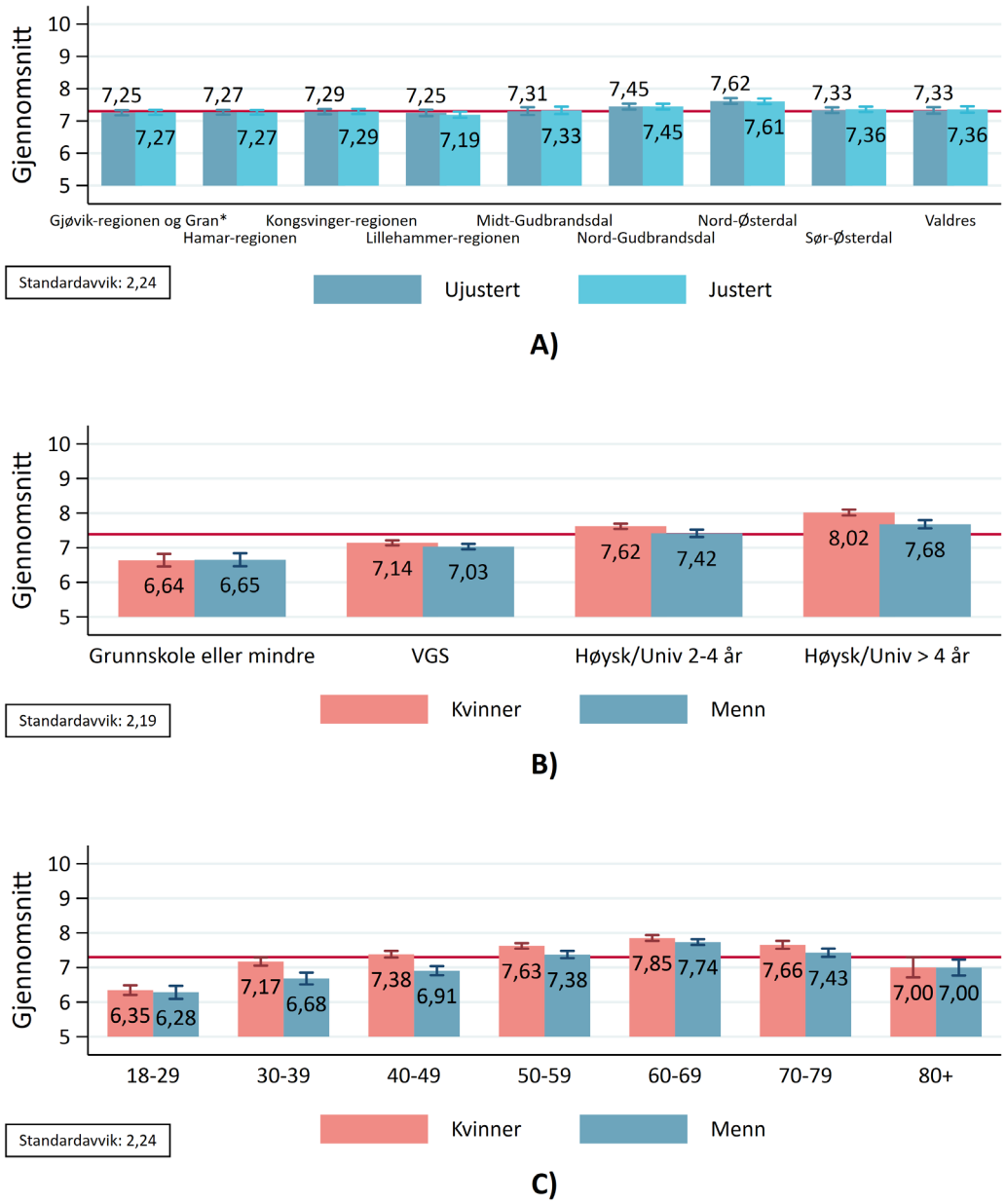
Figur 42B viser gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,42 blant kvinner og 0,27 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer en moderat effektstørrelse. Kvinner rapporterte gjennomsnittlig høyere fremtidsoptimisme enn menn innen alle utdanningsgrupper, unntatt i gruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

Figur 42C viser gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme, fordelt på alder og kjønn. For både kvinner og menn er det et uregelmessig mønster i gjennomsnittsskåren over aldersgruppen frem til 60-69 år. Deretter synker skåren med stigende alder. Blant menn kan man se en svak U-kurve frem til 60-69 år. Fremtidsoptimismen er spesielt lav i de to eldste aldersgruppene. Differansen mellom det høyeste og laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,95 blant kvinner og 0,87 blant menn, som i begge tilfeller kan tolkes som en sterk effektstørrelse. Kvinner rapporterte gjennomsnittlig høyere fremtidsoptimisme enn menn i aldersgruppene fra 30 til 59 år.

3.43 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 25 069 av 25 252 (99,3 %) deltakere hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet i hele utvalget var **7,30** (KI95%: 7,27-7,33) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 7,38 (*n*=14 132; KI95%: 7,34-7,42) og gjennomsnittet for menn var 7,19 (*n*=10 937; KI95%: 7,14-7,24).

Figur 43: Gjennomsnitt meningsfylt liv etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 43A viser gjennomsnittlig skår på om det man gjør livet oppleves meningsfylt (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Gjennomsnittsskåren varierer noe mellom regionene. Differansen i skår mellom regionen med høyeste (Nord-Østerdal) og regionene med lavest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,17, som kan tolkes som en liten effektstørrelse (ujusterte tall). Gjennomsnittsskåren i Nord-Østerdal er klart over fylkesgjennomsnittet.

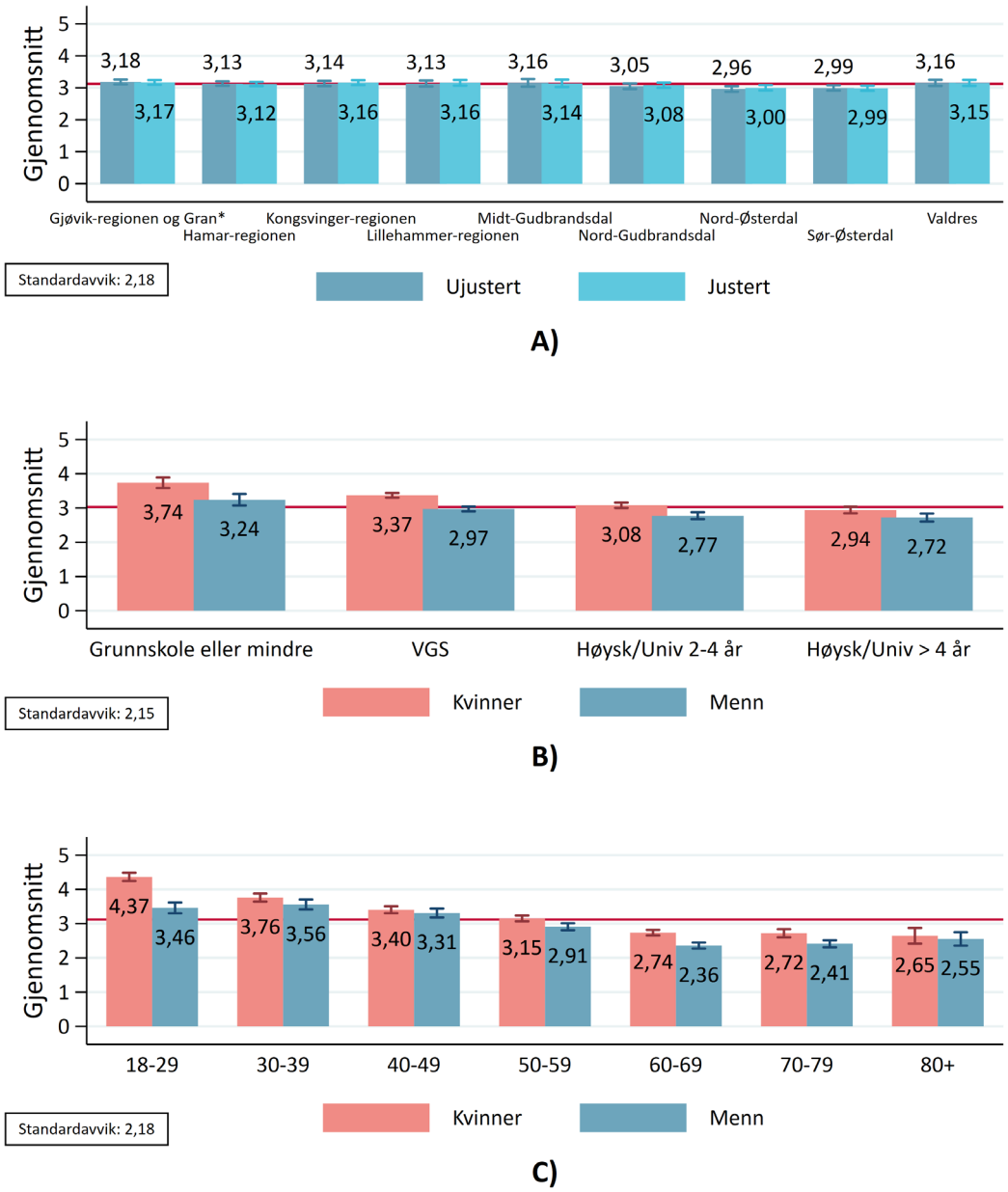
Figur 43B viser gjennomsnittlig skår på om det man gjør i livet oppleves meningsfylt, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,63 blant kvinner og 0,47 blant menn, som henholdsvis reflekterer en sterk og en moderat effektstørrelse. Kvinner rapporterte i gjennomsnitt høyere grad av mening i livet innen alle utdanningsgrupper, unntatt gruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

Figur 43C viser gjennomsnittlig skår på om det man gjør i livet oppleves meningsfylt, fordelt på alder og kjønn. Blant både kvinner og menn formes en omvendt U-kurve med stigende alder, der gjennomsnittsskåren er høyest i aldersgruppen 60-69 år. Differansen mellom det høyeste og laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,67 for kvinner og 0,65 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer en sterk effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittsskår enn menn i alle aldersgrupper, unntatt den yngste og eldste.

3.44 Negative følelser siste 7 dager

Totalt 25 200 av 25 252 (99,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Negative følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet i hele utvalget var **3,12** (KI95%: 3,09-3,15) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 3,30 (*n*=14 211; KI95%: 3,26-3,34) og gjennomsnittet for menn var 2,89 (*n*=10 989; KI95%: 2,84-2,93).

Figur 44: Gjennomsnitt negative følelser siste 7 dager etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 44A viser gjennomsnittlig skår på det å ha hatt negative følelser siste syv dager (videre kalt «negative følelser», skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Utfallsmålet er en sumskår (meanscore) basert på fire spørsmål om opplevelsen av negative følelser de siste 7 dagene: (1) «Bekymret», (2) «Trist», (3) «Irritabel» og (4) «Engstelig» (se 2.4.20 i Vedlegg 2 for nærmere detaljer). Gjennomsnittsskåren varierer svakt mellom regionene. Differansen mellom høyeste (Gjøvik-regionen og Gran) og laveste (Nord-Østerdal) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,10, som reflekterer en liten effektstørrelse (ujusterte tall). Gjennomsnittet i Gjøvik-regionen og Gran er høyere enn fylkesgjennomsnittet, mens gjennomsnittet i Nord-Østerdal er lavere.

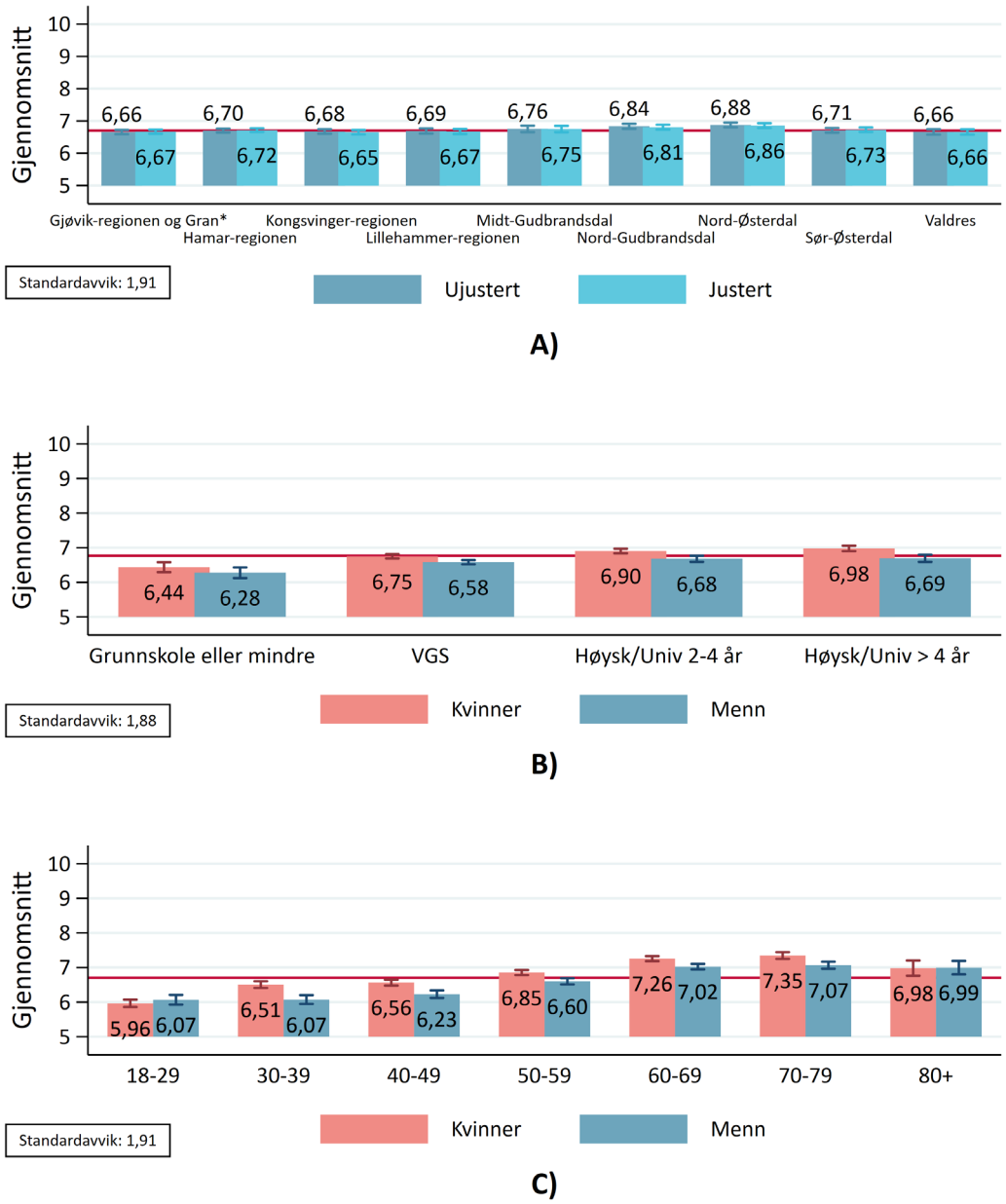
Figur 44B viser gjennomsnittlig skår på negative følelser, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For kvinner og menn synker gjennomsnittsskåren med stigende utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,37 for kvinner og 0,24 for menn, som i begge tilfeller reflekterer en middels effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittsskår på negative følelser enn menn i alle utdanningsgrupper.

Figur 44C viser gjennomsnittlig skår på negative følelser, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner synker gjennomsnittsskåren stigende alder frem til 60-69 år, for deretter å jevnes ut med stigende alder. Gjennomsnittsskåren er spesielt høy i den yngste aldersgruppen. Blant menn synker gjennomsnittsskåren fra 30-39 år frem til 60-69 år, for deretter å øke svakt med stigende alder. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,79 for kvinner og 0,55 for menn, som i begge tilfeller reflekterer en stor effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittsskår på negative følelser i alle aldersgrupper, unntatt aldersgruppene 40-49 år og 80 år og eldre.

3.45 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 25 209 av 25 252 (99,8 %) deltakere hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet i hele utvalget var **6,70** (KI95%: 6,67-6,73) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 6,77 (*n*=14 217; KI95%: 6,73-6,81) og gjennomsnittet for menn var 6,61 (*n*=10 992; KI95%: 6,57-6,66).

Figur 45: Gjennomsnitt positive følelser siste 7 dager etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 45A viser gjennomsnittlig skår på det å ha hatt positive følelser siste syv dager (videre kalt «positive følelser» skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Utfallsmålet er en sumskår (meanscore) basert på fire spørsmål om opplevelsen av positive følelser de siste 7 dagene: (1) «Glad», (2) «Rolig og avslappet», (3) «Takknemlig» og 4 «Lykkelig» (se 2.4.20 i Vedlegg 2 for nærmere detaljer). Differansen i skår mellom regionen med det høyeste (Nord-Østerdal) og regionene med lavest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,12, som tilsvarer en svak effektstørrelse (ujusterte tall). Gjennomsnittsskåren i Nord-Gudbrandsdal og Nord-Østerdal ligger over fylkesgjennomsnittet.

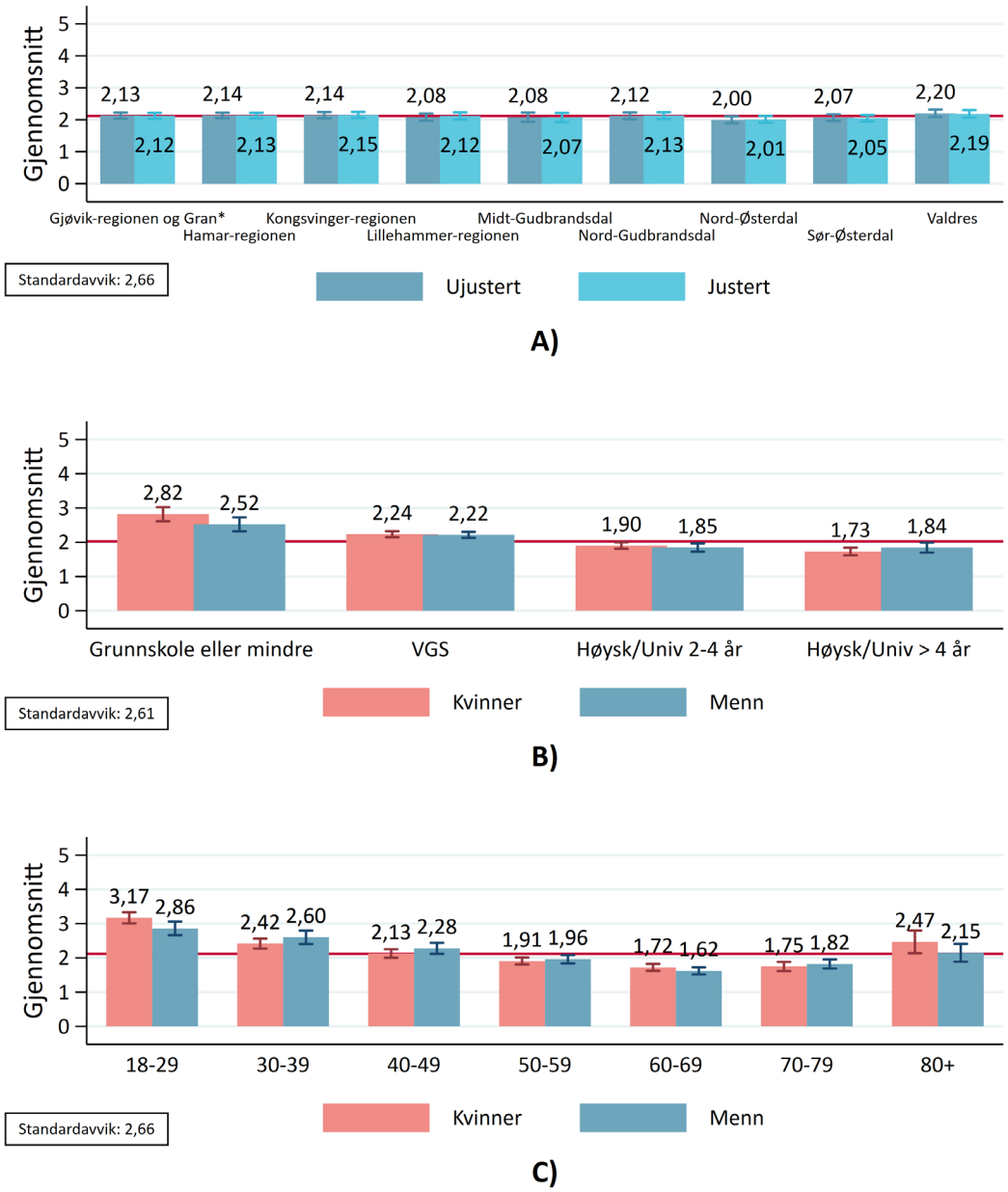
Figur 45B viser gjennomsnittlig skår på positive følelser, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. Blant både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren frem til 2-4 år med høyskole/universitet for deretter å jevne seg ut med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,29 blant kvinner og 0,22 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer en moderat effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittsskår på positive følelser enn menn innen hver av utdanningsgruppene.

Figur 45C viser gjennomsnittlig skår på positive følelser, fordelt på alder og kjønn, positive følelser. Blant kvinner stiger gjennomsnittsskåren på positive følelser med stigende alder frem til 70-79 år, for deretter å synke litt i den eldste aldersgruppen. Blant menn øker gjennomsnittsskåren på positive følelser fra 30-39 år frem til 70-79 år, for deretter å synke litt i den eldste aldersgruppen. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,73 blant kvinner og 0,52 blant menn, som i begge tilfeller kan tolkes som en sterk effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittlig skår på positive følelser enn menn i alle aldersgrupper, unntatt den yngste og den eldste.

3.46 Ensomhet

Totalt 25 071 av 25 252 (99,3 %) deltakere hadde gyldig svar på Ensomhet. Gjennomsnittet i hele utvalget var **2,12** (KI95%: 2,08-2,16) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 2,15 (*n*=14 147; KI95%: 2,09-2,20) og gjennomsnittet for menn var 2,08 (*n*=10 924; KI95%: 2,02-2,14).

Figur 46: Gjennomsnitt ensomhet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 46A viser gjennomsnittlig skår på ensomhet (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Differansen mellom høyeste (Valdres) og laveste (Nord-Østerdal) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,07, som tilsvarer en marginal effektstørrelse (ujusterte tall).

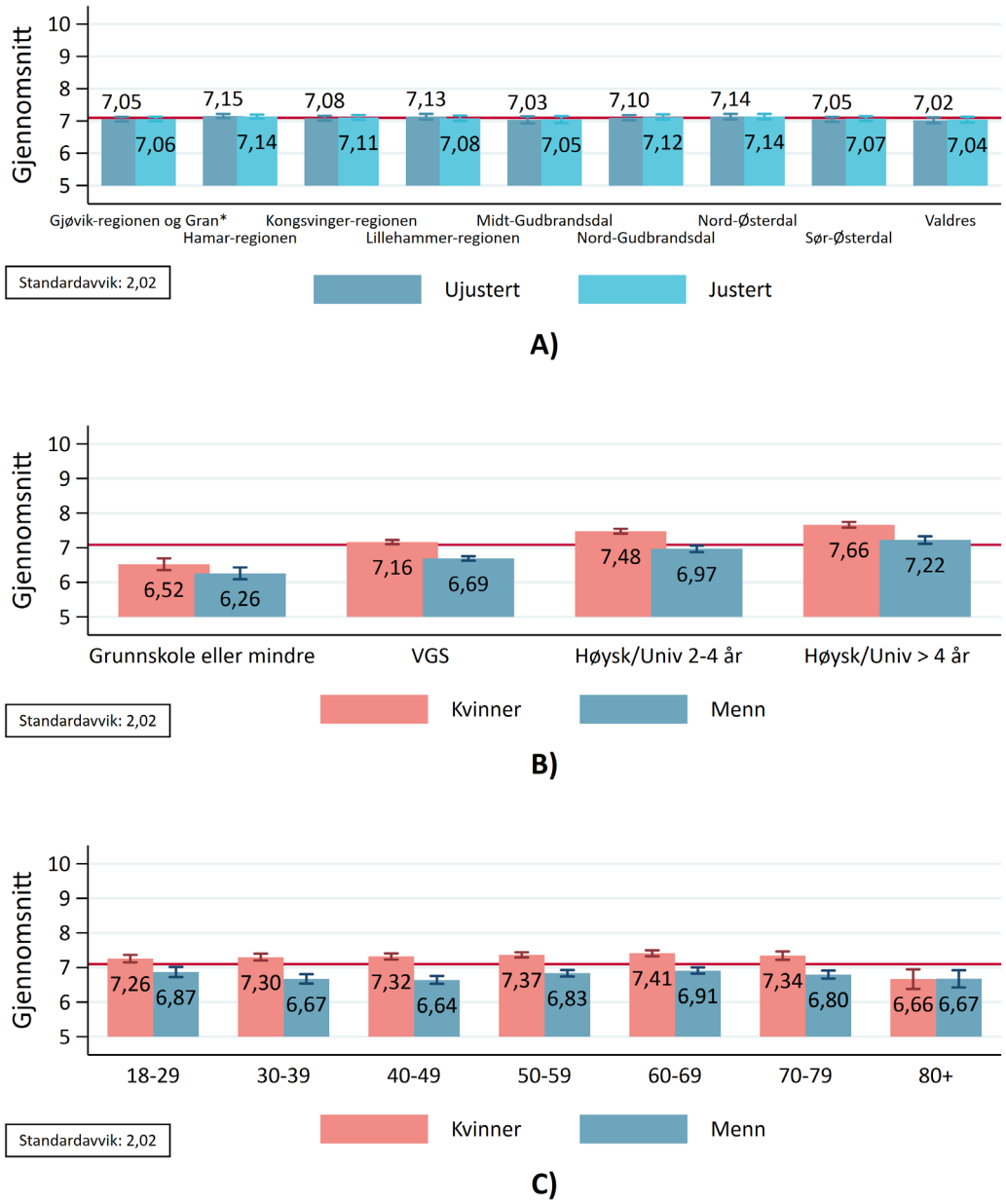
Figur 46B viser gjennomsnittlig skår på ensomhet, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. Blant kvinner synker gjennomsnittsskåren med stigende utdanningsnivå. Blant menn synker gjennomsnittsskåren med stigende utdanningsnivå frem til 2-4 år på høyskole/universitet for deretter å jevne seg ut. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,42 for kvinner og 0,26 for menn, som i begge tilfeller reflekterer en moderat effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittsskår på ensomhet enn menn i gruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

Figur 46C viser gjennomsnittlig skår på ensomhet, fordelt på alder og kjønn. Blant både kvinner og menn synker gjennomsnittsskåren med stigende alder frem til 60-69 år. Deretter jevnes skåren ut og stiger litt i den eldste aldersgruppen. Gjennomsnittsskåren blant unge kvinner var spesielt høy. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,55 blant kvinner og 0,47 blant menn, som henholdsvis reflekterer en sterk og moderat effektstørrelse. Kvinner hadde en høyere gjennomsnittlig skår på ensomhet enn menn i den yngste og den eldste aldersgruppen, mens menn hadde høyere gjennomsnittsskår enn kvinner i aldersgruppen 30-39 år.

3.47 Støttende og givende sosiale relasjoner

Totalt 25 173 av 25 252 (99,7 %) deltakere hadde gyldig svar på Støttende og givende sosiale relasjoner. Gjennomsnittet i hele utvalget var **7,09** (KI95%: 7,07-7,12) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 7,32 (*n*=14 194; KI95%: 7,29-7,36) og gjennomsnittet for menn var 6,79 (*n*=10 979; KI95%: 6,75-6,84).

Figur 47: Gjennomsnitt støttende og givende sosiale relasjoner etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 47A viser gjennomsnittlig skår på det å ha støttende og givende sosiale relasjoner (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Utfallsmålet er en sumskår (meanscore) basert på to spørsmål: (1) om en opplever sine sosiale relasjoner som støttende og givende og (2) i hvilken grad en bidrar til andres lykke og livskvalitet – videre kalt «gjensidig positive sosiale relasjoner», (se 2.4.20 i Vedlegg 2 for nærmere detaljer). Differansen mellom høyeste (Hamar-regionen) og laveste (Valdres) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,13, som tilsier at det er små forskjeller mellom regionene (ujusterte tall). Gjennomsnittet i Hamar-regionen og Nord-Østerdal var høyere enn fylkesgjennomsnittet, mens gjennomsnittet i Valdres var lavere.

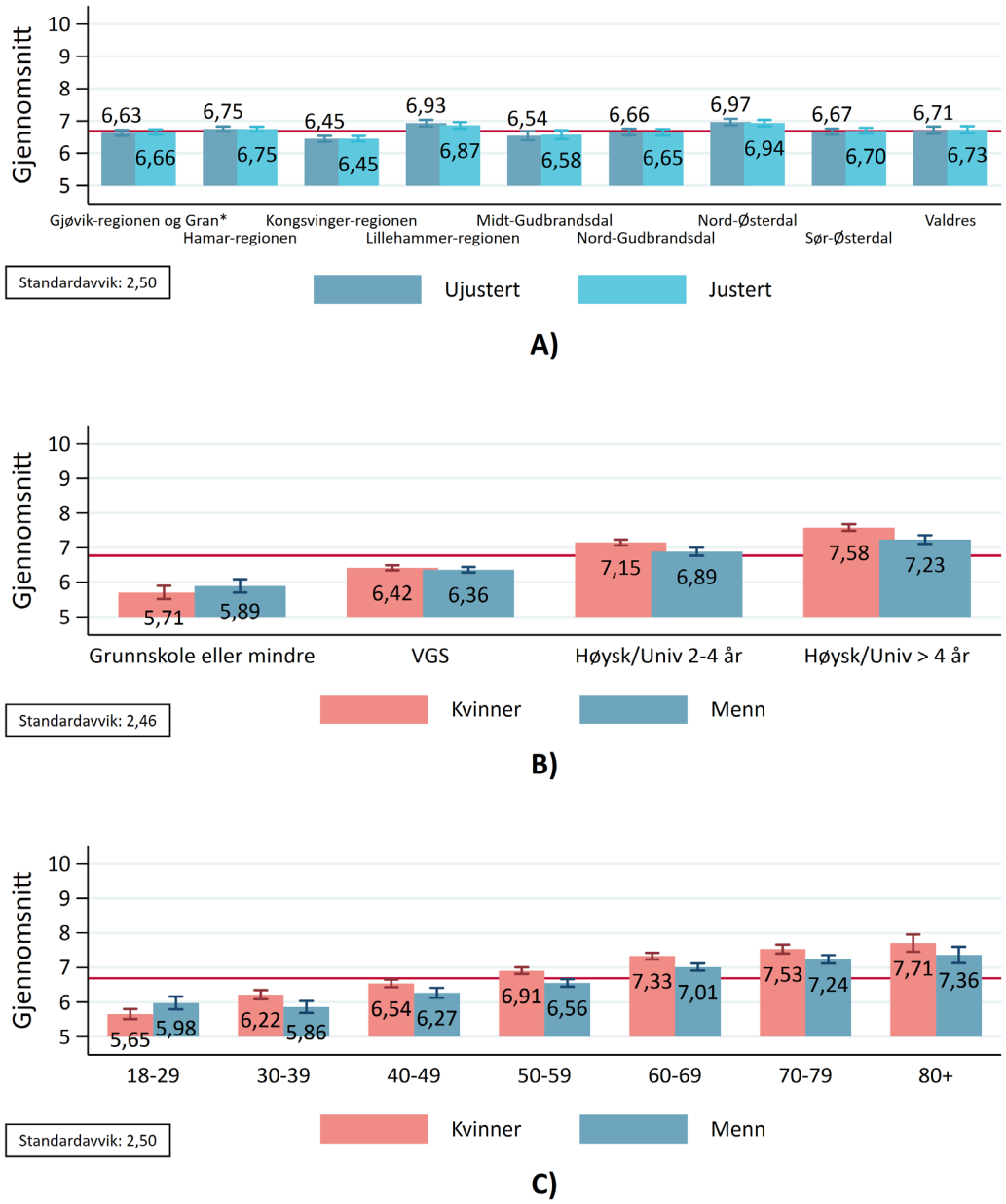
Figur 47B viser gjennomsnittlig skår på gjensidig positive sosiale relasjoner, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,56 for kvinner og 0,48 for menn, som reflekterer henholdsvis en sterk og en moderat effektstørrelse. Kvinner rapporterte i gjennomsnitt høyere skår på gjensidig positive sosiale relasjoner enn menn i alle utdanningsgrupper, unntatt gruppen med grunnskole eller lavere som høyeste utdanningsnivå.

Figur 47C viser gjennomsnittlig skår på gjensidig positive sosiale relasjoner, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner øker gjennomsnittsskåren svakt frem til 60-69 år for deretter å synke med stigende alder. Blant menn er det et nokså jevnt, men uregelmessig mønster over alder frem til 60-69 år. Deretter synker gjennomsnittsskåren med stigende alder. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,37 blant kvinner og 0,12 blant menn, som henholdsvis reflekterer en moderat og en svak effektstørrelse. Kvinner hadde et høyere gjennomsnitt enn menn i alle aldersgrupper, unntatt den eldste.

3.48 Tillit til andre

Totalt 25 102 av 25 252 (99,4 %) deltakere hadde gyldig svar på Tillit til andre. Gjennomsnittet i hele utvalget var **6,69** (KI95%: 6,65-6,73) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 6,75 (*n*=14 158; KI95%: 6,70-6,80) og gjennomsnittet for menn var 6,61 (*n*=10 944; KI95%: 6,56-6,67).

Figur 48: Gjennomsnitt av tillit til andre etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 48A viser gjennomsnittlig skår på spørsmål om tillit til andre (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Differansen mellom høyeste (Nord-Østerdal) og laveste gjennomsnitt (Kongsvinger-regionen) tilsvarer en Cohens *d* på 0,21, som tilsvarer en svak forskjell mellom regionene (ujusterte tall). Nord-Østerdal og Lillehammer-regionen ligger godt over fylkesgjennomsnittet, mens Kongsvinger-regionen klart under.

Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 4 reflekterer lav grad av tillit til andre. Med denne grupperingen var det 17,0 % (95 % KI: 16,5-17,6) som rapporterte lav tillit samlet i hele fylket. Andelen for kvinner var 16,9 % (95 % KI: 16,2-17,6) og andelen for menn var 17,3 % (95 % KI:16,5-18,1).

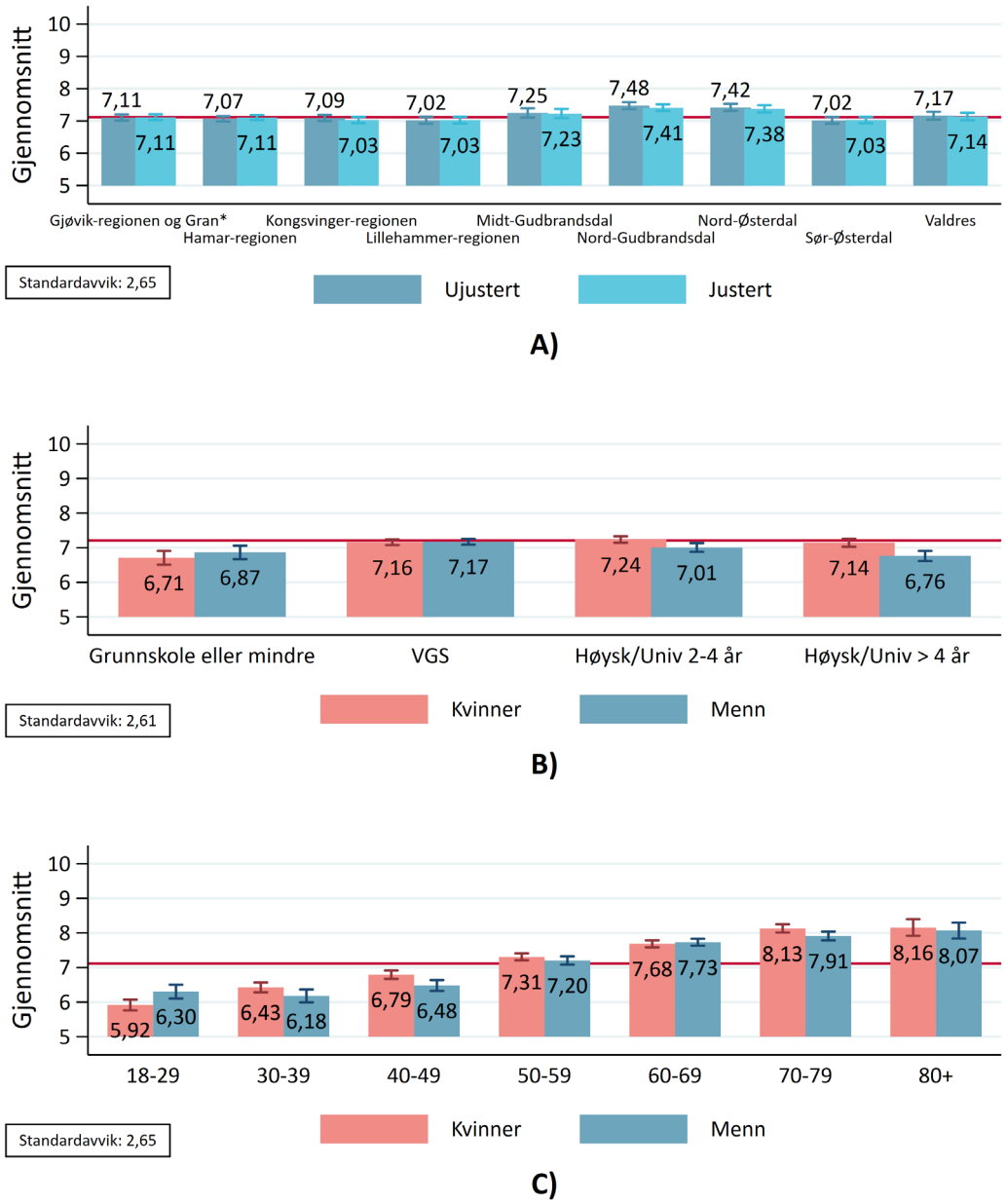
Figur 48B viser gjennomsnittlig skår på tillit til andre, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittet med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,76 blant kvinner og 0,54 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer sterke effektstørrelser. Blant de med høyskole/universitetsutdanning rapporterte kvinner litt høyere skår enn menn på tillit til andre.

Figur 48C viser gjennomsnittlig skår på tillit til andre, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner øker gjennomsnittsskåren på tillit med stigende alder. Blant menn øker gjennomsnittsskåren med stigende alder fra 30-39 år. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,82 blant kvinner og 0,50 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer en sterk effektstørrelse. Kvinner hadde høyere gjennomsnittskår på tillit til andre sammenlignet med menn i alle aldersgrupper, unntatt den yngste hvor menn hadde høyere gjennomsnitt enn kvinner.

3.49 Stedstilhørighet

Totalt 25 063 av 25 252 (99,3 %) deltakere hadde gyldig svar på Stedstilhørighet. Gjennomsnittet i hele utvalget var **7,11** (KI95%: 7,08-7,15) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 7,09 (*n*=14 129; KI95%: 7,04-7,14) og gjennomsnittet for menn var 7,15 (*n*=10 934; KI95%: 7,09-7,20).

Figur 49: Gjennomsnitt stedstilhørighet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 49A viser gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Differansen i skår mellom regionen med høyeste (Nord-Gudbrandsdal) og regionene med lavest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,17, som tilsvarer en svak forskjell mellom regionene (ujusterte tall). Nord-Gudbrandsdal og Nord-Østerdal ligger godt over fylkesgjennomsnittet, mens Sør-Østerdal og Lillehammer-regionen ligger under.

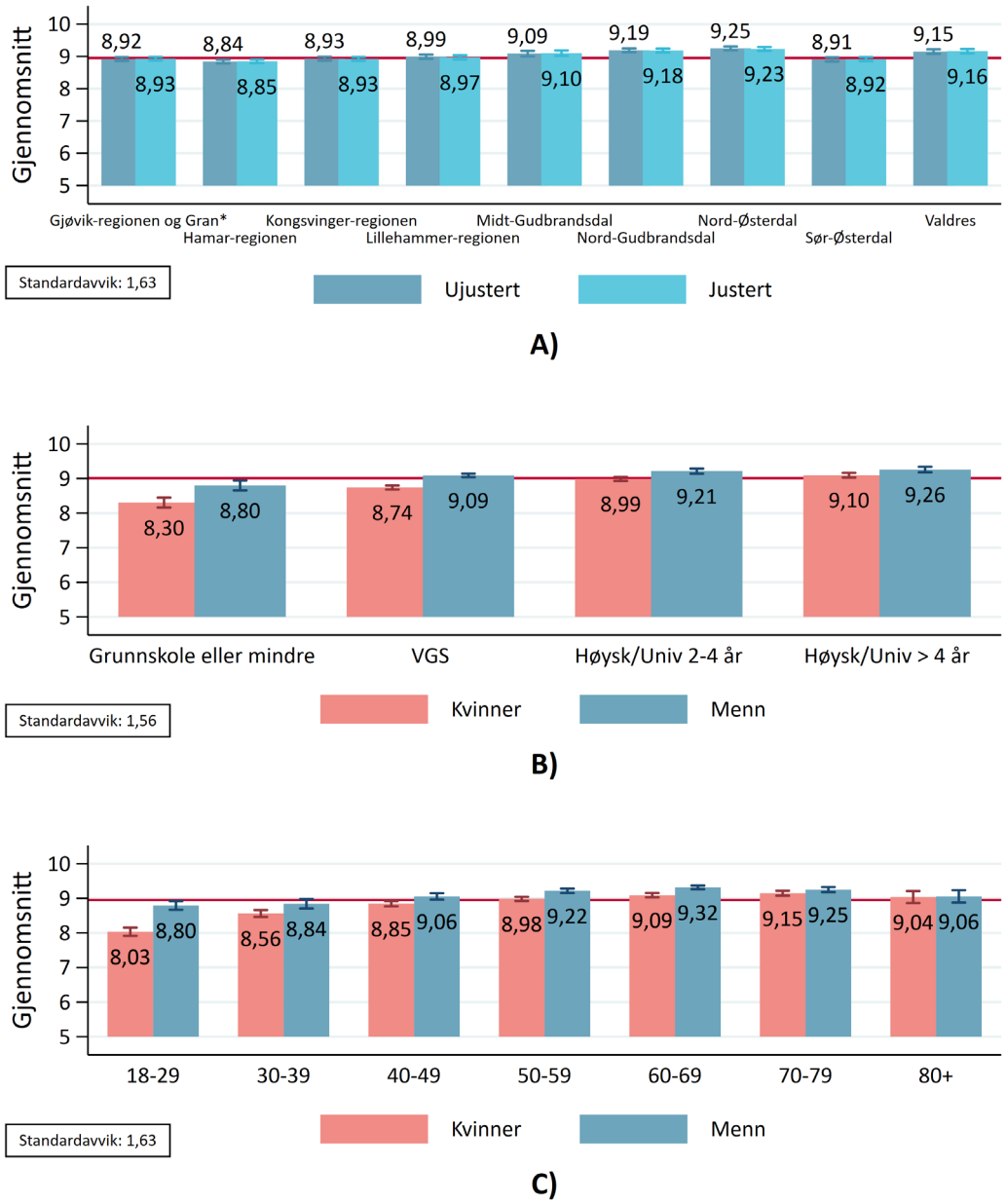
Figur 49B viser gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn antydes en omvendt U-kurve i gjennomsnittsskår med stigende utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,20 blant kvinner 0,16 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer svake effektstørrelser. Menn rapporterte svakt høyere stedstilhørighet enn kvinner i den laveste utdanningsgruppen, mens kvinner rapporterte høyest stedstilhørighet i høyskole/universitetsgruppene.

Figur 49C viser gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner øker gjennomsnittsskåren på stedtilhørighet med stigende alder. Blant menn synker gjennomsnittet noe mellom den yngste og nest yngste aldersgruppen for deretter å stige med stigende alder. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,85 blant kvinner og 0,71 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer sterke effektstørrelser. Menn hadde høyere gjennomsnittsskår enn kvinner i den yngste aldersgruppen, mens kvinner hadde høyere skår enn menn i aldersgruppene 30-39 år, 40-49 år og 70-79 år.

3.50 Trygg i nærmiljøet

Totalt 25 030 av 25 252 (99,1 %) deltakere hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet. Gjennomsnittet i hele utvalget var **8,95** (KI95%: 8,93-8,97) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 8,81 (*n*=14 124; KI95%: 8,78-8,85) og gjennomsnittet for menn var 9,13 (*n*=10 906; KI95%: 9,10-9,16).

Figur 50: Gjennomsnitt trygg i nærmiljøet etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 50A viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om en føler seg trygg når en er ute og går i nærmiljøet (videre kalt trygghet i nærmiljøet, skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Differansen mellom høyeste (Nord-Østerdal) og laveste (Hamar) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens d på 0,25, som tilsvarer en moderat forskjell mellom regionene (ujusterte tall). Nord-Østerdal og Nord-Gudbrandsdal ligger klart over fylkesgjennomsnittet, mens Hamar-regionen ligger klart under.

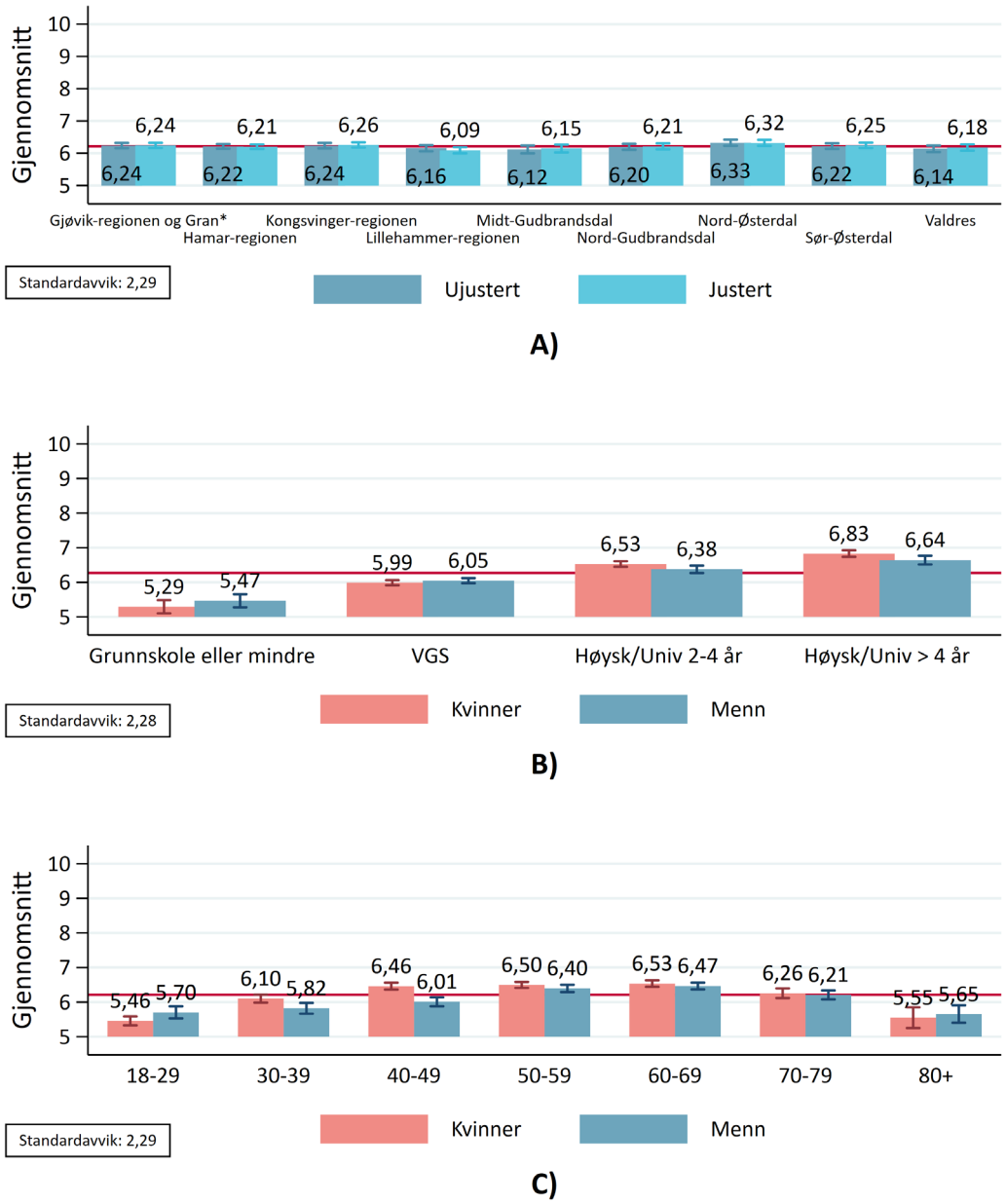
Figur 50B viser gjennomsnittlig skår på trygghet i nærmiljøet, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittet med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,51 blant kvinner og 0,29 blant menn, som henholdsvis reflekterer en sterk og en moderat effektstørrelse. Menn rapporterte i gjennomsnitt en høyere skår enn kvinner innen hvert av utdanningsnivåene.

Figur 50C viser gjennomsnittlig skår på trygghet i nærmiljøet, fordelt på alder og kjønn. Blant kvinner øker gjennomsnittsskåren med stigende alder frem til 70-79 år for deretter å synke noe. Den yngste aldersgruppen merker seg ut med klart lavere skår enn de øvrige gruppene. Blant menn øker gjennomsnittsskåren svakt med stigende alder frem til 60-69 år for deretter å synke. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,69 blant kvinner og 0,28 blant menn, som henholdsvis reflekterer en sterk og en moderat effektstørrelse. Menn har en høyere gjennomsnittsskår enn kvinner i alle aldersgrupper, unntatt den eldste.

3.51 Engasjement

Totalt 25 051 av 25 252 (99,2 %) deltakere hadde gyldig svar på Engasjement. Gjennomsnittet i hele utvalget var **6,21** (KI95%: 6,18-6,25) (skala 0-10). Gjennomsnittet for kvinner var 6,26 (*n*=14 135; KI95%: 6,21-6,30) og gjennomsnittet for menn var 6,16 (*n*=10 916; KI95%: 6,11-6,21).

Figur 51: Gjennomsnitt engasjement etter regioner i Innlandet (A), kjønn og utdanningsnivå (B) og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Gjøvik-regionen og Gran i Hadeland

Figur 51A viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om engasjement (skala 0-10), samlet og på tvers av regioner i Innlandet. Differansen mellom høyeste (Nord-Østerdal) og laveste (Midt-Gudbrandsdal) gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,09, som tilsvarer en marginal forskjell mellom regionene (ujusterte tall). Nord-Østerdal har et høyere gjennomsnitt enn fylkesgjennomsnittet, mens Midt-Gudbrandsdal har et lavere.

Figur 51B viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet om engasjement, fordelt på utdanningsnivå og kjønn. For både kvinner og menn øker gjennomsnittsskåren med høyere utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,68 blant kvinner og 0,53 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer sterke effektstørrelser. Kvinner hadde en høyere gjennomsnittsskår enn menn i gruppene med høyskole/universitetsutdanning.

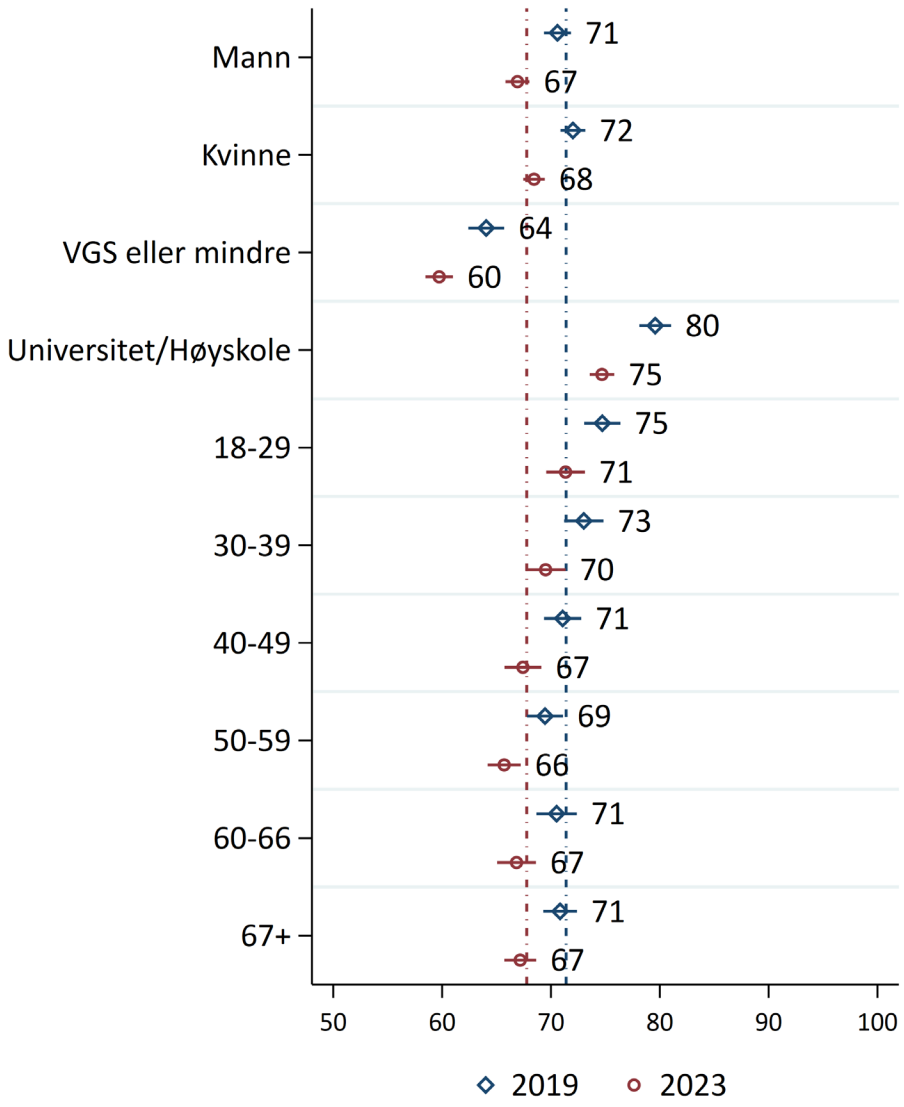
Figur 51C viser gjennomsnittlig skår på spørsmålet omengasjement, fordelt på alder og kjønn. For både kvinner og menn formes en omvendt U-kurve i gjennomsnittsskår med stigende alder. Differansen mellom det høyeste og det laveste gjennomsnittet tilsvarer en Cohens *d* på 0,47 blant kvinner og 0,36 blant menn, som i begge tilfeller reflekterer en moderat effektstørrelse. Menn hadde et høyere gjennomsnitt enn kvinner i den yngste aldersgruppen, mens kvinner hadde et høyere gjennomsnitt enn menn i aldersgruppene mellom 30 og 49 år.

4 Resultater: Endring mellom Hedmark 2019 og gamle Hedmark 2023 på utvalgte variabler[10]

4.1 God eller svært god helse

Andelen som rapporterte god eller svært god helse var **71,4 %** (*n*=7 683; KI95%: 70,4-72,4) i 2019 og **67,8** (*n*=12 830; KI95%: 67,0-68,6) i 2023.

Figur 52: Andel som rapporterte god eller svært god helse i 2019 og 2023 i Hedmark og gamle Hedmark etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Kjønn er justert for alder
Utdanning er justert for alder og kjønn
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

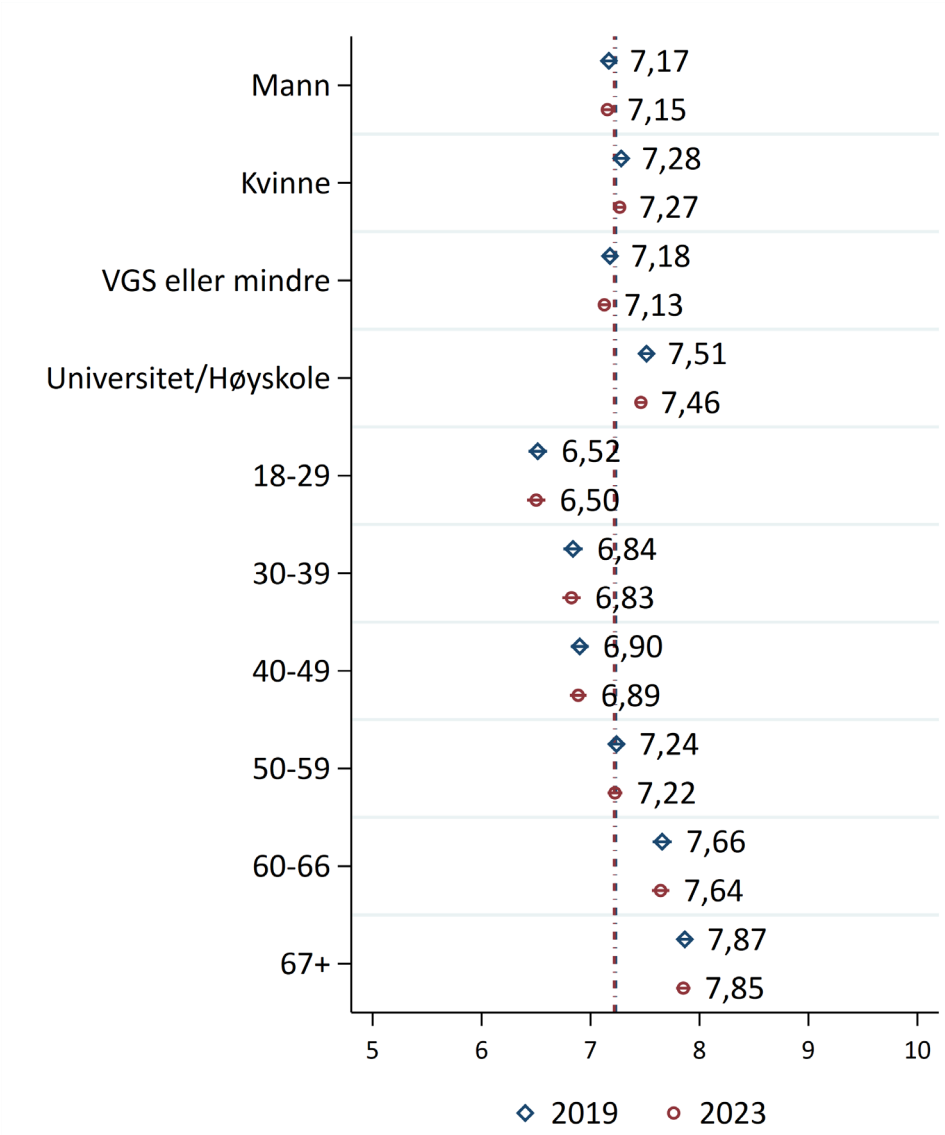
[10] Sammenligningen ble gjort mellom Hedmark fylke i 2019 og gamle Hedmark fylke i 2023. Se avsnitt 2 1 1.

Figur 52 viser den samlede og stratifiserte andelen som rapporterte god eller svært god helse blant deltakerne i undersøkelsen i Hedmark i 2019 og gamle Hedmarkskommuner i den inneværende undersøkelsen i 2023. Figuren viser at den samlede andelen og andelen i alle undergrupper var lavere i 2023 enn 2019. Differansen for hele materialet samlet var på 3,6 prosentpoeng og effektstørrelsen (Cohens *h*) såpass lav som 0,08.

4.2 Fornøyd med livet

Gjennomsnittsskår på Fornøyd med livet er **7,23** (*n*=7 492; KI95%: 7,18-7,28) (skala 0-10) i 2019 og **7,22** (*n*=12 827; KI95%: 7,18-7,25) i 2023.

Figur 53: Gjennomsnittsskår på fornøyd med livet i 2019 og 2023 i Hedmark og gamle Hedmark etter kjønn, utdanning og alder.



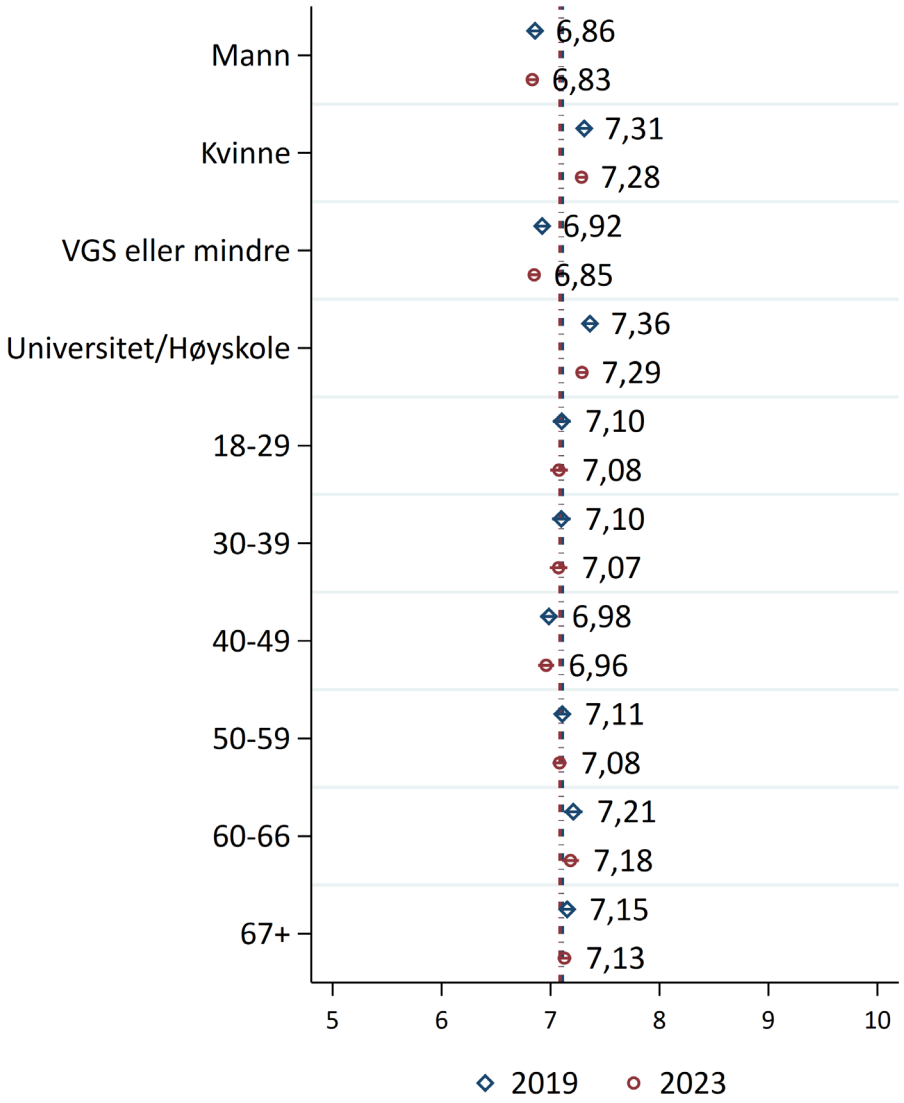
Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Kjønn er justert for alder
Utdanning er justert for alder og kjønn
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

Figur 53 viser den samlede og stratifiserte gjennomsnittsskåren på spørsmålet om Fornøydhet med livet (heretter kalt fornøydhet, skala 0-10) blant deltakerne i undersøkelsen i Hedmark i 2019 og gamle Hedmarkskommuner i den inneværende undersøkelsen i 2023. Figuren viser at det samlede gjennomsnittet praktisk talt var det samme i 2023 som i 2019 (Cohens d=0,01). Heller ikke i undergruppene var der noen endring.

4.3 Gode og støttende sosiale relasjoner

Gjennomsnittet for gode sosiale relasjoner er **7,11** (*n*=7 251; KI95%: 7,06-7,16) (skala 0-10) i 2019 og **7,08** (*n*=12 856; KI95%: 7,05-7,12) i 2023.

Figur 54: Gjennomsnittsskår på gode og støttende sosiale relasjoner i 2019 og 2023 i Hedmark og gamle Hedmark etter kjønn, utdanning og alder.



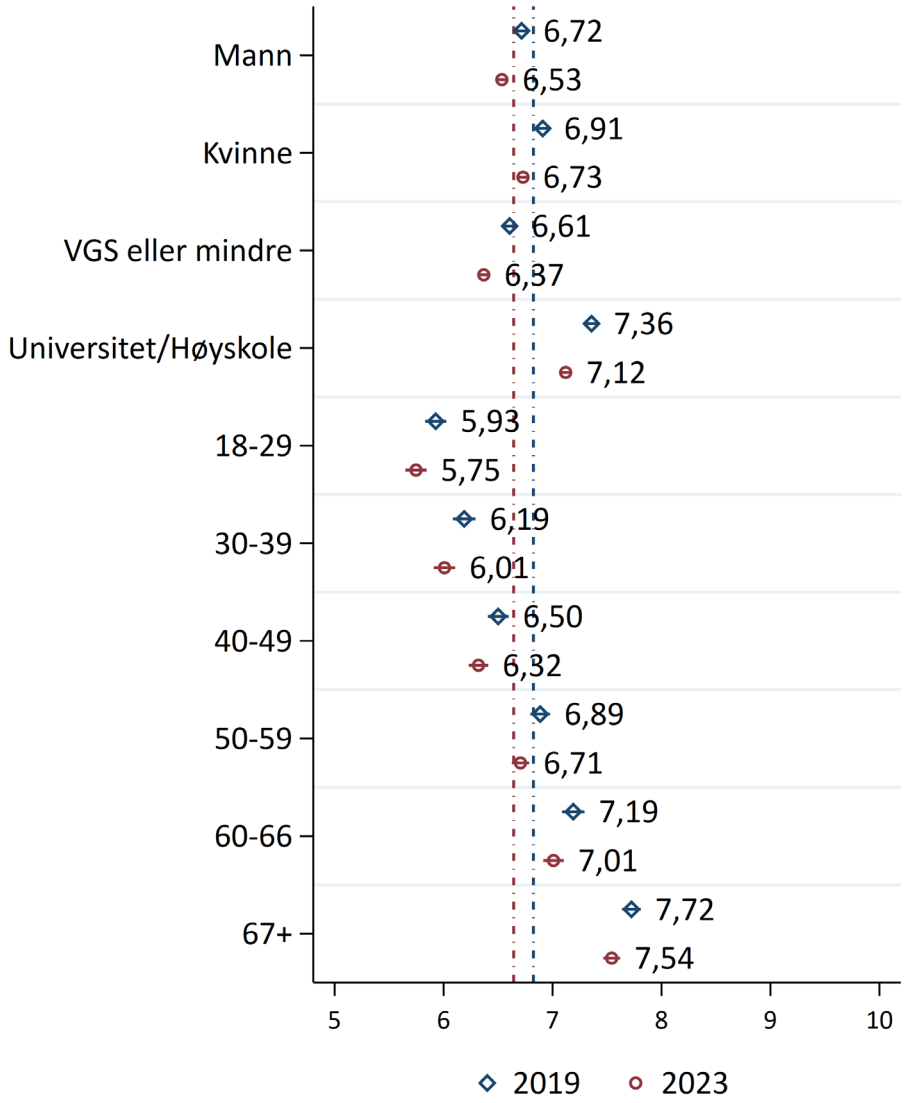
Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Kjønn er justert for alder
Utdanning er justert for alder og kjønn
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

Figur 54 viser det samlede og stratifiserte gjennomsnittet for gode og støttende sosiale relasjoner (skala 0-10) blant deltakerne i undersøkelsen i Hedmark i 2019 og gamle Hedmarkskommuner i den inneværende undersøkelsen i 2023. Differansen i gjennomsnitt mellom 2019 og 2023 tilsvarer en Cohens *d* på 0,01, som betyr at forskjellen mellom tidspunktene er marginal. Figuren viser at det samlede gjennomsnittet var likt mellom 2019 og 2023. Også i undergruppene var endringene små.

4.4 Tillit til andre

Gjennomsnittlig skår på tillit til andre er **6,82** (*n*=7 635; KI95%: 6,77-6,88) (skala 0-10) i 2019 og **6,64** (*n*=12 815; KI95%: 6,60-6,69) i 2023. Høyere skår reflekterer høyere tillit til andre.

Figur 55: Gjennomsnittlig skår på tillit til andre i 2019 og 2023 i Hedmark og gamle Hedmark etter kjønn, utdanning og alder.



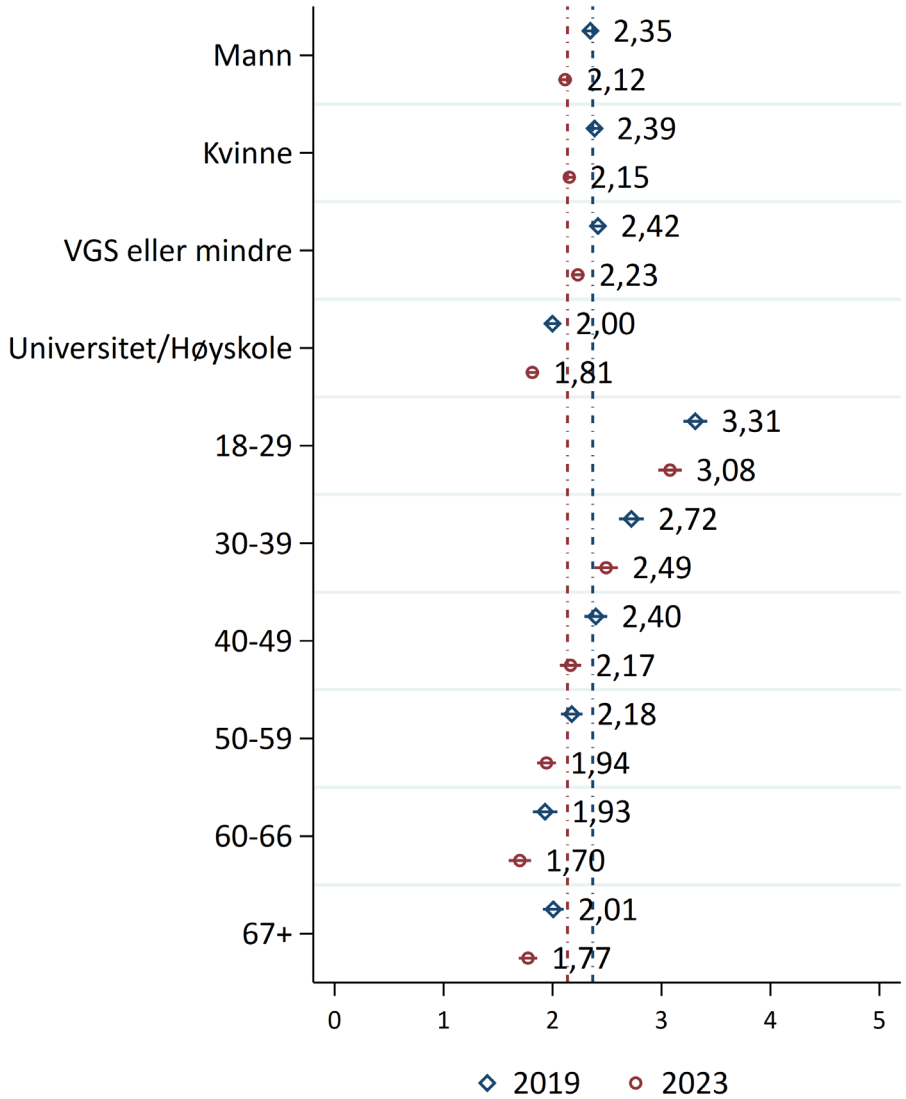
Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Kjønn er justert for alder
Utdanning er justert for alder og kjønn
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

Figur 55 viser det samlede og stratifiserte gjennomsnittet for spørsmålet om tillit til andre (skala 0-10) blant deltakerne i undersøkelsen i Hedmark i 2019 og gamle Hedmarkskommuner i den inneværende undersøkelsen i 2023. Differansen mellom gjennomsnittene i 2019 og 2023 tilsvarer en Cohens *d* på 0,03, som betyr at det er en marginal forskjell mellom tidspunktene. Figuren viser at det samlede gjennomsnittet var lavere i 2023 enn i 2019. Ser man på undergrupper, var gjennomsnittsskåren på tillit til andre litt lavere i 2023 enn i 2019 i alle grupper.

4.5 Ensomhet

Gjennomsnittsskår på ensomhet er **2,37** (*n*=7 311; KI95%: 2,31-2,43) (skala 0-10) i 2019 og **2,14** (*n*=12 800; KI95%: 2,09-2,18) i 2023. Høyere skår reflekterer høyere grad av ensomhet.

Figur 56: Gjennomsnittsskår på ensomhet i 2019 og 2023 i Hedmark og gamle Hedmark etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Kjønn er justert for alder
Utdanning er justert for alder og kjønn
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

Figur 56 viser det samlede og stratifiserte gjennomsnittet for ensomhet (skala 0-10, der høyere skår reflekterer mer ensomhetsfølelse) blant deltakerne i undersøkelsen i Hedmark i 2019 og gamle Hedmarkskommuner i den inneværende undersøkelsen i 2023. Differansen mellom 2019 og 2023 gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,09. Det betyr at forskjellen mellom tidspunktene er liten. Figuren viser at både den samlede gjennomsnittsskåren og skåren i alle undergruppene var litt lavere i 2023 enn 2019.

5 Oppsummering av resultater og diskusjon

I følgende avsnitt oppsummeres de viktigste funnene etter tematisk område (trivsel og tilbud nærmiljøet, helse, sosial støtte og ensomhet, helseatferd, livskvalitet, og andre utfallsmål).

5.1 Gjennomgang av funn på tvers av geografi og demografi

5.1.1 Den demografiske sammensetningen i materialet

I datamaterialet var det 41,5 % som rapporterte å ha høyskole- eller universitetsutdanning, 46,5 % blant kvinner og 35,1 % blant menn (designvektede tall). Andelen med høyskole- eller universitetsutdanning i vårt materiale er høyere enn andelen i SSBs register for hele befolkningen i fylket[11]. Andelen i vårt materiale for kvinner ligger 11,9 prosentpoeng høyere enn for alle kvinner og menn totalt i Innlandet. 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 andelene 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 9,1 % av kvinnene og 10,4 % av mennene i vårt materiale, utgjør den 26,1 % av alle kvinner og 28,8 % av alle menn i Innlandet i 2022[12]. Noe av denne forskjellen kan handle om måten SSB grupperer dette utdanningsnivået på, 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 vekting 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 tidligere FHUS-undersøkelsene.

Om sammenligning mellom fylker i de påfølgende underkapitlene (5.1.2-5.1.7):

I Vedlegg 3 presenterer vi sammenligninger på 46 utfallsmål mellom Innlandet og tidligere FHUS-undersøkelser i andre fylker. Et utfall markeres med enten rødt eller grønt dersom konfidensintervallene (KI95 %) ikke overlapper og forskjellen mellom Innlandet og gjennomsnittet av de andre fylkene tilsvarer en effektstørrelse på minst 0,10. Rød bakgrunn viser utfall der tallene for Innlandet er mindre gunstige enn gjennomsnittet av de andre fylkene. Grønn bakgrunn viser tall som er mer positive for Innlandet enn for gjennomsnittet av de øvrige fylkene. Ingen farge reflekterer utfall som ikke skiller seg vesentlig fra øvrige fylker. Vi har merket tall fra tidligere undersøkelser med rosa bakgrunn og kommentert der spørsmålsformuleringene ikke er identiske med dem som er benyttet i Innlandet. For disse bør man være forsiktig med sammenligning mellom tall fra Innlandet 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

[11] Hentet fra SSB den 31. august 2023fra: https://www.ssb.no/statbank/table/08921/

fylke, med en underrepresentasjon av unge menn og eldre kvinner samt en deltakelsesprosent som øker med økende utdannelse, 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 tydelige.

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 koronapandemien 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.

5.1.2 Trivsel, tilbud og tilgjengelighet i lokalmiljøet

5.1.2.1 Fylker

Andelene som rapporterte god eller svært god tilgang til (i) kulturtilbud, (ii) butikker og andre servicetilbud, samt (iii) offentlig transport, er noe lavere i Innlandet enn gjennomsnittlig for de fylkene der dette er målt tidligere. På de øvrige målene som dreier seg om tilgang til tjenester og fasiliteter er forskjellene ubetydelige. Andelen som rapporterte at de trives godt eller svært godt i nærmiljøet sitt var omtrent på linje med de andre fylkene.

5.1.2.2 Regioner

Internt i Innlandet fylke var det betydelig variasjon mellom regionene på flere av utfallsmålene om tilgang på tjenester og fasiliteter. Mange av disse forskjellene varierer tydelig med hvor tettbygde regionene er. Det var særlig stor variasjon i rapportert tilgjengelighet til kulturtilbud, butikker og andre servicetilbud, offentlig transport og hvorvidt gang- og sykkelveier var godt utbygde. Hamar-regionen og Lillehammer-regionen skiller seg positivt ut når det kommer til andel som rapporterte god tilgang til kulturtilbud, idrettstilbud, butikker og andre servicetilbud, offentlig transport og gang og sykkelveier. Kulturtilbud kommer særlig svakt ut i Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Midt-Gudbrandsdal. Det var mindre regionale forskjeller i vurdert tilgang til idrettstilbud enn kulturtilbud, men her kommer Kongsvinger-regionen, Nord-Gudbrandsdal og Sør-Østerdal noe dårligere ut sammenlignet med fylkesgjennomsnittet. Kongsvinger-regionen, Sør- og Nord-Østerdal og Valdres kommer negativt ut på tilgjengelighet av butikker. Tilgang på offentlig transport var særdeles dårlig i Midt- og Nord-Gudbrandsdal, Sør- og Nord-Østerdal og Valdres. Midt-Gudbrandsdal, Nord-Østerdal og Valdres kom negativt ut på gang- og sykkelveier. På spørsmålet om trivsel i nærmiljøet var andelen som rapporterte stor grad av trivsel noe lavere i Sør-Østerdal og Valdres enn i de andre regionene.

5.1.2.3 Kjønn

En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, idrettstilbud og offentlig transport. Det var derimot ingen kjønnsforskjell i andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet, tilgjengelighet av servicetilbud, friluftsområder og gang- og sykkelveier.

5.1.2.4 Utdanning

Gruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå kom som regel mindre gunstig ut enn de andre utdanningsgruppene, mens de med høyskole/universitetsutdanning mer

gunstig. Resultatene viste blant annet at en lavere andel blant dem med grunnskole rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet, god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, idrettstilbud, friluftsområder og gang- og sykkelveier. En slik utdanningsgradient ble derimot ikke funnet for andel som rapporterte god tilgang til offentlig transport eller butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Det var variasjon mellom kvinner og menn i flere av utdanningsgruppene (se ovenfor). Blant annet kan vi se at en større andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgang til kulturtilbud på tvers av utdanningsnivå, mens en større andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgang til offentlig transport blant de med VGS eller lavere utdanningsnivå.

5.1.2.5 Alder

Det var stort sett relativt små variasjoner over alder på spørsmålene som gjaldt trivsel, tilbud og tilgjengelighet i lokalmiljøet. Andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet, og god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, og til en viss grad idrettstilbud, økte vel og merke klart med stigende alder, men jevnet seg ut, eller sank i den eldste aldersgruppen. Det var variasjon mellom kvinner og menn i flere av aldersgruppene. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kultur-, idrettstilbud og offentlig transport. En større andel menn enn kvinner rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder i de to yngste aldersgruppene.

5.1.3 Helse, insomni og psykisk helse

5.1.3.1 Fylker

Andelene som rapporterte at de hadde god eller svært god helse var noe lavere i Innlandet enn gjennomsnittet av de andre fylkene. Gjennomsnittlig skår på helseplager var noe høyere i Innlandet enn gjennomsnittet for de andre fylkene. Andel som rapporterte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av helseplager var noe høyere i Innlandet (14,6 %) enn gjennomsnittet for de andre fylkene (11,4 %). Forskjellene mellom Innlandet og de øvrige fylkene var svært små på de øvrige utfallsmålene som handlet om helse.

5.1.3.2 Regioner

Internt i Innlandet fylkeskommune var det noe variasjon mellom regionene på flere av utfallsmålene knyttet til helse, men lite variasjon knyttet til insomni og psykiske plager. Lillehammer-regionen og Nord-Østerdal kom ut gunstig på flere av disse utfallsmålene. Blant annet rapporterte en høyere andel fra Lillehammer-regionen og Nord-Østerdal god eller svært god helse og tannhelse mens en lavere andel rapporterte insomni. Lillehammer-regionen hadde en lavere andel med fedme enn fylkesgjennomsnittet, mens Nord-Østerdal hadde en lavere gjennomsnittsskår på psykiske plager. Kongsvinger-regionen kom noe negativt ut på flere utfallsmål sammenlignet med de andre regionene. Blant annet hadde Kongsvinger-regionen den høyeste andelen som rapporterte fedme, helseproblemer i hverdagen, funksjonsnedsettelse, korsryggsmerter (sammen med Gjøvik-regionen og Gran) de siste 28 dagene.

5.1.3.3 Kjønn

En høyere andel kvinner enn menn rapporterte god eller svært god helse og god eller svært god tannhelse, mens en lavere andel rapporterte at det var mer enn 2 år siden siste

besøk hos tannlege/-pleier. Imidlertid rapporterte en høyere andel kvinner enn menn helseproblemer. Blant annet rapporterte en høyere andel kvinner enn menn om insomni, helseproblemer i hverdagen og korsrygg- og nakkesmerter, i tillegg til å ha en høyere gjennomsnittsskår på psykiske plager. Disse kjønnsforskjellene er i tråd med Folkehelseundersøkelsene i andre fylker.

5.1.3.4 Utdanning

Resultatene viste en klar utdanningsgradient på tvers av helseutfall. Lav utdannelse (grunnskole) var knyttet til de mest ugunstige helseutfall og høy utdannelse (høyskole/universitet) til de mest gunstige. For eksempel skilte det hele 30 prosentpoeng mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe i andel som rapporterte god eller svært god helse og tannhelse.

5.1.3.5 Alder

Sammenhengen mellom alder og de ulike helseutfallene var avhengig av utfallsmålet. Den tydeligste aldersgradienten sees for skår på psykiske plager, som sank betydelig med stigende alder frem til 60-årsalder. Deretter flater skåren ut med stigende alder. Særlig kvinner i den yngste aldersgruppen (18-29 år) merker seg ut med høy skår på psykiske plager. Andelen med nakkesmerter var noenlunde stabil frem til 40-50-årsalder, før den ble redusert med stigende alder. Andelen med korsryggsmerter varierte mindre over alder. Blant kvinner sees et lite fall i flere av helseutfallene i aldersgruppen 50-59 år. Dette gjaldt for eksempel insomni og funksjonsnedsettelse på grunn av helseproblemer eller skade. For begge kjønn var det en forverring i de samme utfallene i den eldste aldersgruppen (80 år og eldre).

5.1.4 Sosial støtte, sosiale relasjoner og ensomhet

5.1.4.1 Fylker

Andel som treffer gode venner ukentlig eller oftere var noe lavere i Innlandet (51,2 %) enn for gjennomsnittet av de øvrige fylkene (56,2 %). De fylkene som trekker opp dette tallet var de som gjennomførte datainnsamlingene i 2019 og 2020. Det kan tenkes at COVID-19-pandemien har redusert omgangen med gode venner og at den nedgangen i sosial omgang vi så under pandemien fremdeles henger igjen. I så fall kan vi ikke trekke den konklusjon at de som bor i Innlandet har mindre omgang med gode venner enn de som bor i andre fylker.

Når det gjelder andel ensomme og andel som oppgir høy grad av sosial støtte er forskjellene mellom Innlandet og andre fylker for små til at de kan tillegge særlig vekt. På enkeltspørsmålet om ensomhet som hadde svarskala fra 0 (Ikke ensom) til 10 (Svært ensom) var det ingen forskjell mellom Innlandet og gjennomsnittstallet for de øvrige fylkene.

5.1.4.2 Regioner

Det var noe variasjon mellom regionene på andelen som rapporterte høy sosial støtte og gode sosiale relasjoner. Sammenlignet med de andre regionene skilte Nord-Østerdal seg gunstig ut på alle utfall knyttet til sosial støtte og sosiale relasjoner. Nord-Østerdal hadde også det laveste gjennomsnittet på ensomhet (se Figur 46) samtidig som ensomhet målt med UCLA (Figur 25) viste marginale forskjeller mellom regionene. Resultatene viste også at Nord-Østerdal hadde den høyeste andelen som deltok i organisert aktivitet ukentlig

eller oftere. Andelen som deltok i egenorganisert aktivitet, var høyest i Lillehammer-regionen og Hamar-regionen. Midt-Gudbrandsdal hadde den laveste andelen som deltok i både organisert og egenorganisert aktivitet.

5.1.4.3 Kjønn

Kvinner rapporterte mer gunstige sosiale relasjoner enn menn, mens kjønnsforskjellene knyttet til ensomhet var mindre entydige. Blant annet rapporterte en høyere andel kvinner enn menn høy sosial støtte og høyere skår på det å ha støttende og givende sosiale relasjoner. Andelen som var sammen med gode venner ukentlig eller oftere, samt nivået av tillit til andre var likt mellom kvinner og menn. En høyere andel kvinner enn menn deltok ukentlig eller oftere i egenorganisert aktivitet, mens det ikke var noen kjønnsforskjell i andelene som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet.

Motsatt rapporterte en større andel kvinner enn menn å være ensomme (Figur 25; UCLA-3 batteriet). Til tross for en tendens, var det imidlertid ikke klare kjønnsforskjeller i gjennomsnittsskår på ensomhet siste syv dager (Figur 46). Forskjellene i ensomhet var tydeligst i den yngste aldersgruppen. Liknende resultat finner vi i undersøkelsene fra tidligere FHUS undersøkelser, som viser at kvinner kommer mer gunstig ut på sosiale relasjoner enn menn, mens menn kommer mer gunstig ut på ensomhet enn kvinner (målt på både UCLA-3 batteriet og på gjennomsnittsskår).

5.1.4.4 Utdanning

Resultatene viste en klar utdanningsgradient på de fleste utfallene som gjelder sosial støtte og sosiale relasjoner. En større andel blant de med høy utdannelse rapporterte høy sosial støtte, en mindre andel rapporterte ensomhet, og gjennomsnittsskåren på sosiale relasjoner og tillit til andre var høyere enn blant de med lavere utdannelse. Resultatene viste også at en lavere andel blant de med grunnskole deltok i organisert og egenorganiserte aktiviteter enn blant de andre utdanningsgruppene.

5.1.4.5 Alder

Sammenhengene mellom alder og utfallsmålene som gjelder sosial støtte, sosiale relasjoner og ensomhet varierte med type utfallsmål. Den tydeligste aldersgradienten sees for ensomhet, som sank med stigende alder helt opp til pensjonsalder, for så å stige litt igjen for den eldste aldersgruppen (80 år og eldre). Blant kvinner sees et omvendt mønster om man har støttende og givende sosiale relasjoner (Figur 47), der skåren økte frem til pensjonsalder for deretter sank. Blant menn var det ikke et så tydelig mønster over alder for dette utfallet. Tillit til andre steg derimot klart med stigende alder blant både menn og kvinner. Andelen som var sammen med gode venner ukentlig eller oftere varierte også en del med alder. Her sees en U-formet sammenheng, der andelen er lavest i alderen 30-49. Videre kan man se at andelen som rapporterte ensomhet sank i samme periode. Disse resultatene (lavere andel som treffer gode venner og en reduksjon i ensomhet) kan skyldes at dette er en periode der mange stifter familie og har små barn. Det er mindre forskjeller over alder i sosial støtte. Deltakelse i organisert aktivitet økte, for å siden avta kraftig mellom 50-69 årene og deretter å økte igjen.

5.1.5 Helserelatert atferd

5.1.5.1 Fylker

Innlandet skiller seg fra de andre fylkene på to utfallsmål som gjelder helserelatert atferd. I Innlandet er det en litt lavere andel som oppgir at de spiser grønnsaker daglig (36,0 mot et gjennomsnitt for de andre fylkene på 41,7 %). Hvis vi bare sammenligner med de fylkene som har brukt identiske versjoner av dette spørsmålet, blir forskjellen litt større. For disse var gjennomsnittstallet 46,5 %. Andelen som spiser fisk 2-3 ganger i uken eller oftere er litt lavere i Innlandet (46,5 %) enn det som er gjennomsnittet for de øvrige fylkene (53,1 %).

På ett av målene som har med helseatferd å gjøre skiller Innlandet seg positivt ut. Andel som rapporterer om et månedlig høyt episodisk forbruk av alkohol er lavere i Innlandet (12,4 %) enn gjennomsnittlig i de andre fylkene (16,3 %).

5.1.5.2 Regioner

Resultatene for helserelatert atferd var nokså jevne mellom innlandsregionene. Lillehammer-regionen kom gunstig ut på flere av utfallene, mens Midt-Gudbrandsdal relativt sett kom dårligst ut. Andelen som rapporterte minst 30 minutter med fysisk aktivitet 4 dager eller oftere og inntak av fisk minst 2 ganger i uken var høyere i Lillehammer-regionen sammenlignet med fylkesgjennomsnittet, mens andelen røykere var lavere. Andelen som rapporterte å spise grønnsaker daglig var høyere i Valdres enn fylkesgjennomsnittet. Deltakerne i Nord-Gudbrandsdal rapporterte lavere inntak av alkohol enn deltakerne de andre regionene (lavest andel sammen med Midt-Gudbrandsdal knyttet til inntak av alkohol 2-3 ganger i uken, nest lavest gjennomsnitt av alkoholenheter per gang etter Nord-Østerdal og lavest episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere). Kongsvinger-regionen hadde en noe høyere andel daglige røykere, mens Sør-Østerdal hadde en høyere andel som brukte snus daglig enn fylkesgjennomsnittet.

5.1.5.3 Kjønn

En større andel kvinner enn menn rapporterte gunstig helseatferd. For eksempel rapporterte en større andel kvinner sammenlignet med menn fysisk aktivitet minst 30 minutter 4 dager i uken eller oftere, at de spiste frukt, bær og grønnsaker daglig i tillegg til å drikke mindre brus og sukkerholdig drikk. En større andel menn enn kvinner rapporterte ugunstig helseatferd. Blant annet rapporterte en større andel menn enn kvinner daglig snusing, at de drakk alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, drakk flere alkoholenheter per gang, og en større andel menn enn kvinner rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk.

5.1.5.4 Utdanning

Resultatene viste en klar utdanningsgradient på alle utfall, der høyere utdanningsnivå var knyttet til mer gunstig helseatferd. Et unntak var alkoholbruk, der andel som rapporterte at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere steg med økende utdanningsnivå Videre var episodisk høyt alkoholforbruk nokså stabilt på tvers av utdanningsnivå mens gjennomsnitt alkoholenheter per gang sank med økende utdanningsnivå.

5.1.5.5 Alder

Sammenhengen mellom alder og de ulike utfallene knyttet til helserelatert atferd var avhengig av utfallsmålet. Flere av resultatene viste allikevel en aldersgradient, der inntak

av sukkerholdig drikk, daglig snusing, gjennomsnitt alkoholenheter per gang og episodisk høyt alkoholforbruk (spesielt blant menn) minsket med stigende alder, mens inntak av fisk 2-3 ganger i uken, daglig inntak av frukt og bær økte med alder (spesielt blant kvinner) og inntak av alkohol 2-3 ganger i uken (frem til 70-79 år) øker. Resultatene viste også tydelig at det er flest i den yngste aldersgruppen som var fysisk aktive og færre som røykte daglig enn de eldre aldersgruppene (flest røykere blant de som mellom 50 og 59 år). Den yngste aldersgruppen hadde også lavere andel enn de andre aldersgruppene som rapporterte å drikke alkohol minst to ganger i uken. Samtidig viste den yngste aldergruppen tydelig ugunstige alkoholvaner. Blant annet viste resultatene at den yngste aldersgruppen i gjennomsnitt drakk flere alkoholenheter på en typisk 'drikkedag' enn de eldre aldersgruppene. I tillegg rapporterte flere et episodisk høyt alkoholforbruk sammenlignet med de eldre aldersgruppene.

5.1.6 Utfall knyttet til livskvalitetsmål

5.1.6.1 Fylker

Gjennomsnittlig skår på noen av livskvalitetsmålene var noe mindre gunstige i Innlandet enn gjennomsnittlig for de øvrige fylkene. Det gjaldt (i) tilfredshet med livet, (ii) fremtidsoptimisme, (iii) givende og støttende sosiale relasjoner, (iv) tillit til andre og (v) positive følelser. Størst var forskjellen når det gjaldt tillit til andre. På de øvrige utfallsmålene relatert til livskvalitet var forskjellene for små til at de kan tillegges noen vekt.

5.1.6.2 Regioner

For alle utfallsmål, unntatt trygghet i nærmiljøet, var det marginale eller små forskjeller i utfall knyttet til livskvalitet mellom Innlandsregionene. På trygghet i nærmiljøet var det imidlertid en moderat variasjon mellom Innlandsregionene, der skåren i Nord-Østerdal og Nord-Gudbrandsdal var over fylkesgjennomsnittet og skåren i Hamar -regionen var under. Gjennomsnittsskåren på trygghet i nærmiljøet var vel og merke høy i alle regioner (over 8,9 på en skala fra 0-10).

5.1.6.3 Kjønn

Sammenlignet med menn rapporterte kvinner gunstigere skår på flere av livskvalitetsutfallene. Blant annet rapporterte kvinner i gjennomsnitt å være litt mer fornøyde med livet, å være mer optimistiske til fremtiden og de oppga mer mening og positive følelser, bedre sosiale relasjoner, høyere tillit til andre og mer engasjement enn menn. Menn rapporterte på den andre siden i gjennomsnitt litt mindre negative følelser og større trygghet i nærmiljøet enn det kvinnene gjorde.

5.1.6.4 Utdanning

Resultatene på livskvalitet viste en klar utdanningsgradient, der høyere utdanningsnivå var knyttet til gunstigere skår sammenlignet med lavere utdanningsnivå. Et unntak var på utfallet knyttet til stedstilhørighet, som viste en omvendt U-kurve med høyest gjennomsnittsskår blant dem med VGS og kortere høyskole/universitetsutdanning.

5.1.6.5 Alder

Sammenhengen mellom alder og de ulike livskvalitetsutfallene var avhengig av utfallsmålet. De fleste utfallsmål viste en positiv sammenheng med alder. Blant annet økte

gjennomsnittsskåren for fornøydhet med livet, positive følelser, tillit til andre, stedstilhørighet og trygghet i nærmiljø med stigende alder, mens skåren på negative følelser ble lavere. Meningsfullhet og engasjement viste en omvendt U-kurve med alder. Her understrekes det at gjennomsnittlig skår på meningsfullhet var særlig lav i den yngste aldersgruppen. Dette mønsteret er gjenkjennbart fra undersøkelsen i andre fylker, og kan se ut til å være forsterket i undersøkelsene gjennomført under og etter koronaperioden. Den gjennomsnittlige skåren på gode sosiale relasjoner var nokså lik over aldergrupper frem til den eldste aldersgruppen, der den synker. Skåren for fremtidsoptimisme ble lavere med stigende alder. I inneværende undersøkelse sees en klar nedgang i skår på meningsfullhet, sosiale relasjoner og fremtidsoptimisme i den eldste aldersgruppen (80 år eller eldre). Denne nedgangen har ikke kommet frem i tidligere rapporter som har benyttet 70 år eller eldre som eldste gruppe.

5.1.7 Andre utfallsmål (Skader, støy og økonomiske vansker)

5.1.7.1 Fylker

Den enkeltvariabelen som viser størst forskjell mellom Innlandet og de øvrige fylkene var andel som rapporterer at de har vanskeligheter med å få pengene i husholdningen til å strekke til (*d*=0,20). Tallet for Innlandet var her 27,2 % mot et gjennomsnitt på 19,0 % for de øvrige fylkene. En mulig forklaring er økte kostnader som følge av inflasjon, økte renter, og økte kostnader på strøm og matpriser som har preget samfunnet den siste tiden.

For utfallsmålene «Skadet siste 12 måneder» og støyplager skilte ikke Innlandet seg vesentlig fra det andre fylkene.

5.1.7.2 Regioner

Det var relativt lite variasjon mellom Innlandsregionene på spørsmålene som gjaldt skader, fysisk miljø og økonomiske vansker. En litt lavere andel fra Nord- og Sør-Østerdal rapporterte å være plaget av støy fra trafikk enn de andre regionene. I tillegg rapporterte en litt lavere andel å være plaget av annet støy i Nord-Østerdal enn de andre Innlandsregionene. Andelen som rapporterte om økonomiske vansker, var litt høyere i Sør-Østerdal enn i de andre regionene.

5.1.7.3 Kjønn

En litt høyere andel menn enn kvinner rapporterte å være utsatt for skade siste 12 måneder. Det var ingen kjønnsforskjell i andel som var plaget av støy fra henholdsvis trafikk eller annet støy hjemme. En litt høyere andel kvinner enn menn rapporterte økonomiske vansker.

5.1.7.4 Utdanning

Resultatene viste at en høyere andel blant de med det laveste utdanningsnivået (grunnskole eller mindre) opplever å være plaget av støy fra henholdsvis trafikk og annen støy enn i de andre utdanningsgruppene. Resultatene viste en klar utdanningsgradient i andelen om oppga økonomiske vansker, der andelen som rapporterte vansker synker betydelig med høyere utdanningsnivå.

5.1.7.5 Alder

Andelene som rapporterte å være plaget av støy hjemme synker overordnet noe med stigende alder. Dette mønsteret har gått igjen i tidligere FHUS undersøkelser. Hvorvidt dette handler om beliggenhet på boliger eller at yngre er mer vare for støy enn eldre, vet vi ikke. Andelen som rapporterte å ha vært utsatt for skade siste 12 måneder var høyest blant de yngste og de eldste. Andelen som rapporterte økonomiske vansker, var høyest i aldersgruppene mellom 18-49 år for siden å synke med stigende alder. Resultatene viste også at kvinner i den yngste aldersgruppen hadde den høyeste andelen som rapporterte at de hadde økonomiske vansker.

5.1.8 En sammenligning mellom aldersgruppene 70-79 år og 80 år og eldre.

Dette er den første ordinære FHUS-rapporten som systematisk skiller ut aldersgruppen 80 år og eldre i resultatdiagrammene. I følgende oppsummering sammenlignes resultatene for aldersgruppen 80 år og eldre med gruppen på 70-79 år.

Det var betydelig lavere svarprosent i den eldste aldersgruppen sammenlignet med andre aldersgrupper. I denne aldersgruppen var det dessuten en lavere andel kvinner enn menn som deltok i undersøkelsen. Den lave deltakelsen kan skyldes at skjemaet primært er administrert digitalt. Selv om et utvalg av de som var 75 år og eldre mottok papirskjema (dersom de ikke hadde digital kontaktinformasjon), kan det ikke utelukkes at en del i de eldste aldersgruppene med digital kontaktinformasjon opplevde tekniske barrierer for å delta.

Sammenlignet med aldersgruppen på 70-79 år, kommer den eldste aldersgruppen dårligere ut på de fleste helseutfall, noen ganger betydelig dårligere. Blant annet kan man se at andelen som rapporterte god eller svært god helse synker og at søvnproblemene øker. Det var spesielt kvinners helse som endret seg fra nest eldste til eldste aldersgruppe. Andelen kvinner som rapporterte helseproblemer, funksjonsnedsettelse og ensomhet økte betydelig. Imidlertid gikk andelen som rapporterte fedme ned blant kvinnene. Dette kan imidlertid både skyldes god helse eller en effekt av begynnende skrøpelighet. Når det gjaldt helseatferd, sank andelen med moderat fysisk aktivitet og skadene økte, mens den eldste aldersgruppen hadde en mer gunstig alkoholatferd sammenlignet med de mellom 70-79 år. Utfall knyttet til livskvalitetsmål viste en generell nedgang, der fremtidsoptimismen naturlig nok sank betydelig. Gjennomsnittsskåren på støttende og givende sosiale relasjoner sank betydelig blant kvinner samtidig som andelen som rapporterte om ukentlig kontakt med gode venner var jevn mellom de to eldste aldersgruppene.

Oppsummert tyder resultatene at aldersgruppen på 80 år og eldre har en dårligere helse og mindre positiv livskvalitet enn de på 70-79 år, der kvinnene viser den største endringen.

5.1.9 Endring over tid

For å undersøke endringen over tid i helse, fornøydhet med livet og sosiale variabler ble resultatene fra 2023 sammenlignet med Folkehelseundersøkelsen i Hedmark 2019 [18]. Gamle Hedmarkskommuner i 2023 ble trukket ut for å sammenligne ulike utfall med Hedmarkskommuner i 2019.

Resultatene viste en nedgang fra 71,4 til 67,8 prosent som rapporterte god eller svært god helse mellom 2019 og 2023. Nedgangen er med andre ord på 3,6 prosentpoeng og

tilsvarer en Cohens *h* på 0,08. Disse resultatene er i tråd med resultater fra Folkehelseundersøkelsene gjennomført før, under og etter koronapandemien Vestland [12]. Vestlandsrapporten [11] viste at andelen som mente de hadde god eller svært god helse falt fra rundt 76 prosentpoeng i 2018-2021 til 70 prosentpoeng i 2022. En mulig forklaring på den observerte nedgangen i egenrapportert helse i Innlandet, er at mange fortsatt er plaget av symptomer knyttet til koronasmitte.

Utfallene på livstilfredshet, gode og støttende sosiale relasjoner og tillit til andre endret seg ikke nevneverdig mellom 2019 og 2023.

Gjennomsnittsskåren på ensomhet var noe lavere i 2023 enn i 2019 (Cohens *d*= 0,09), både generelt i fylket og i alle undersøkte undergrupper, noe som tyder på en positiv endring.

Sammenligningene mellom undersøkelsen i Hedmark i 2019 og kommunene som tidligere tilhørte Hedmark i 2023 er noe usikre. Det kan ikke utelukkes at metoderelaterte forskjeller, som ulik seleksjon inn i undersøkelsene, kan bidra til å forklare de observerte forskjellene.

5.2 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.2.1 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen var på 33,8 %. Dette regnes som bra for denne typen undersøkelser. Det at nesten to tredjedeler av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel usikkerhet om hvor gode tall vi egentlig har.

Deltakelsen varierer dessuten over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper. Jo lavere utdannelse, desto lavere er 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 de eldste aldersgruppene, noe som også gjør representativiteten mer usikker blant de eldre. Det postale skjemaet ble benyttet for å undersøke om de eldre (75 år eller eldre) som manglet digital kontaktinformasjon svarer annerledes enn de de eldre som svarer på det digitale skjema. Analyser av forskjeller mellom de som svarte postalt og de som svarte elektronisk er ikke presenterte i denne rapporten. Men på grunnlag av analyser gjort tidligere (ikke publiserte tall) regner vi med at de som svarte postalt har en noe dårligere helse, lavere livskvalitet og en noe høyere andel som rapporterer at de er ensomme enn de som svarte elektronisk.

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), har ikke lav deltakelse konsekvenser for representativiteten. Men dersom det er en sterk sammenheng mellom det å delta og det vi spør om, er det straks verre. Vi har derfor prøvd å legge mest vekt på sammenhenger som er sterke og som inngår i konsistente mønstre.

Av dem som faktisk ble inviterte til å delta, varierer svarprosenten mellom de ulike kommunene noe - fra 30,9 % til 42,9 %. Det var også noe variasjon i svarprosent mellom regionene kommunene er gruppert i for denne rapporten (fra 33,1 til 38,6 %).

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

Under dataanalysen identifiserte vi et problem med høy andel manglende svar på enkelte ledd på noen av skalaene, for eksempel på HSCL-5-skalaen. Problemet dreiet seg om et brukergrensesnitt som var litt krevende for en del av de som skulle svare. Analyser av data der vi har benyttet multippel imputasjon tyder på at problemet ikke i vesentlig grad påvirker resultatene. For å eliminere problemet har vi gjort endringer i det elektroniske skjemaet for kommende datainnsamlinger.

5.2.2 Måleinstrument

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 FHUS Innlandet, Vedlegg 1):

- Søvnproblemer (*Bergen Insomnia Scale* (BIS) – 4 ledd, spm. 21.1 – 21.3 og spm. 22)
- Psykiske plager (*Hopkins Symptoms Checklist – 5* (HSCL-5), spm. 20.1-20.5)
- Sosial støtte (*Oslo Social Support Scale* (OSS-3), spm. 33-35)
- Ensomhet (*The Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS), spm. 36.1-36.3)
- Alkohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C), spm. 49-51)

De fire spørsmålene om kosthold (spm. 4 4-4 7) blir brukt av SSB i Levekårsundersøkelsene, og noen av dem inngår også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Av temaer som er nye i den reviderte grunnmodulen, 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. Funn fra denne undersøkelsen må 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 Innlandet 2023 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[12,13]. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket [14].

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 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

[12] http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no
[13] http://khs.fhi.no/webview/
[14] https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/

«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 stigende alder[15]. Det å undersøke lokale variasjoner og sammenhenger nærmere, 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 Innlandet, andre forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

[15] https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1

6 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. Forster, G.K., et al. *Built Environment Accessibility and Disability as Predictors of Well-Being among Older Adults: A Norwegian Cross-Sectional Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023. **20**, DOI: 10.3390/ijerph20105898.
7. 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.
8. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*, in *Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
9. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
10. Hedmark fylkeskommune og Kantar. *Befolkningskartlegging Nærmiljø og livskvalitet 2019.* 2019 18. augusti, 2020 [cited 2023 25. mai, 2023]; Available from: https://innlandetfylke.no/tjenester/plan-statistikk-og-folkehelse/statistikk-og-analyse/folkehelse/folkehelseundersokelse-om-livskvalitet-og-narmiljo-2019-hedmark/.
11. Strand, B.H., et al. *Helse hos eldre i Norge*. [cited 2023 30. august]; Available from: https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/grupper/eldre/?term=.
12. Leino, T.M., T.S. Nilsen, and M. Knapstad, *Koronaundersøkinga i Vestland 2021: Framgangsmåte og utvalde resultat. Rapport 2023.* Folkehelseinstiuttet: Bergen.
13. 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.
14. 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.

15. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.

16. 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.

17. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update.* PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.

18. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.

19. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.

20. Grøtvedt, L., et al., *Fylkeshelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring. Oslo: Folkehelseinstituttet.* . 2016, Folkehelseinstiuttet.

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

22. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat*. 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

23. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

24. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

25. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.

26. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

Vedlegg 1: Spørreskjema

Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Innlandet 2023 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

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

Vedlegg 2: Spørsmålsoversikt

Vi vil her kort beskrive spørsmålene som inngår i grunnmodulen til spørreskjemaet, som alle fylker bruker. 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 f.o.m. 2021 (justerte spørsmålsformuleringer og/eller svarkategorier, spørsmål som er byttet ut eller nye tema er kommet inn).

Vinteren 2022-23 ble det gjennomført en ny, mindre revisjon av grunnmodulen. Hovedmålet med denne revisjonen var å forkorte grunnmodulen, med mål både om å forkorte totallengden på skjemaet for deltakerne og å gi mer fleksibilitet til hvert enkelt fylke om skjemainnhold. Følgende spørsmål/tema ble tatt ut av grunnmodulen (men det enkelte fylke kan velge å ta det *inn* etter ønske): enkeltspørsmål om tilgang til kystlinje, enkeltspørsmål om søvntid, enkeltspørsmål om inaktivitet, snusbruk, skader, støy og fødeland. Følgende temabolker er beholdt grunnmodulen, men det enkelte fylke kan velge å ta et tema ut): tannhelse, søvn, fysisk aktivitet, kosthold, røyking, alkoholbruk.

I det følgende beskrives spørsmålene som var med i spørreundersøkelsen i Innlandet 2023.

2.4.1 Kjønn, alder og utdanning

Informasjon om kjønn og alder ble hentet fra Det sentrale folkeregisteret. Alder er i denne rapporten brukt som kontinuerlig variabel når man skal 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, 70-79 år og 80 år eller eldre. Merk at kategoriseringen av personer på 80 år og eldre er ny og benyttes for første gang i denne undersøkelsen.

Informasjon om høyeste fullførte utdanning er basert på selvrapport. Her er kategoriene reviderte f.o.m. 2021 i samråd med Statistisk sentralbyrå (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 skjemaene som ble brukt i

folkehelseundersøkelsene i 2020 eller 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 2023. Derimot vil tallene fra sistnevnte og de kommende undersøkelsene i større grad kunne sammenlignes med tall for hele befolkningen i statistikken fra SSB.

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 og teater etc.)
- idrettstilbud (eksempelvis idrettshall, svømmehall, treningssenter, ski/lys-løyper)
- butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- offentlig transport
- natur- og friluftsområder

Svarkategoriene var «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke».

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.

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. Kategorien «Vet ikke» 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, møter, 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», «Ukentlig», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». Prosentandel som svarte at de deltar ukentlig eller oftere er rapportert.

2.4.5 Generell helse og tannhelse

De som var med i undersøkelsen ble spurte 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 spurte 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 hos 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», «Problem med transport/reisevei» og «Andre årsaker».

Analyser av svarene på spørsmålet om årsak til at det var mer enn fem år siden sist de var hos tannlegen, er ikke presenterte 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 50, 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/m2). Oppgitt høyde på 1,20-2,20 m og vekt på 25-220 kg ble inkludert i utregningen. KMI på 30 eller mer omtales ofte som fedme. Utregnet KMI <14 og >80 ble regnet som urealistiske og utelatt fra analysene. Blant svarene i Innlandet ble 10 holdt utenfor med disse kriteriene. Prosentandel som hadde en kroppsmasseindeks på 30 eller mer er rapportert.

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 gjennomsnittsskår for de som har gyldige svar på tre eller flere av spørsmålene (99,33 %). 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 SSB (siste to uker) og resultatene fra disse to versjonene er dermed ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare.

2.4.9 Søvnproblemer (insomni)

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 med indikasjon på insomni etter disse kriteriene.

2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelser

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 sykdommene eller 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 (plagene) 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 funksjonsnedsettelser 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 sykdomsbyrdeestimater både regionalt, nasjonalt og internasjonalt[16].

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 korsryggsmerter de siste 28 dagene (periodeprevalens). Samlet i fylket og fordelt på kvinner og menn viser vi også såkalt punktprevalens med smerte og punkprevalens 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 det er 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 sumskår[17] med verdier fra 3-14. Skår på 3-8 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 [13].

[16] D. G. Hoy et al. 2018. Use of The Global Alliance for Musculoskeletal Health survey module for estimating the population prevalence of musculoskeletal pain: findings from the Solomon Islands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1). https://doi.org/10 1186/s12891-018-2198-0

[17] I dette tilfellet delte vi ikke på tall på ledd. Bare de med svar på alle tre leddene ble tatt med (98,48 %).

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.

2.4.13 Ensomhet

Ensomhet ble målt med skalaen *The Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS) [14]. 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 en uvektet sumskår med verdier fra 3-15[18]. 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 [15]. 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 direktespørsmål om ensomhet (6 eller mer på skala 0-10, se også kap. 2.4.20 nedenfor). Andel som opplever høyt nivå av ensomhet («Ensomme») presenteres i diagrammene.

2.4.14 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med fire spørsmål.

- 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)», «Tungt kroppsarbeid» og «Er ikke i lønnet eller ulønnet arbeid».

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

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

Tilsvarende spørsmål er benyttet i mange tidligere norske undersøkelser av fysisk aktivitet. I siste skjemarevisjon er det gjort følgende justeringer i spørsmålene: i) Spørsmål én om treningshyppighet er justert (instruksjonen «i fritiden» slettet, «mosjon/trening til/fra jobb» tatt inn). Spørsmålsformuleringen er nå mer sammenliknbar med spørsmål som er validert og brukes i HUNT og Tromsø-undersøkelsene, samt andre nasjonale undersøkelser med tidsserier bakover til 70/80-tallet [16, 17]. Formuleringen gir også et bedre mål på total mengde fysisk aktivitet. ii) I spørsmål to 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 rekken for ikke å påvirke svar på de andre fysisk aktivitet-spørsmålene, men samtidig å gi mer informasjon om total mengde 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», «1 gang per dag» 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 dem som blir brukte i NHUS, og spørsmål 2 og 3 samsvarer med inndeling brukt i FHUS-rapporter også før 2021. 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 f.o.m. 2021, 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 ble bedt om å svare på de etterfølgende spørsmålene om alkoholbruk.

Spørsmålene fra *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C) ble benyttet som mål på alkoholvaner og potensielle alkoholproblem [18]. AUDIT-C er et mye brukt screeninginstrument 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 glass 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 glass vin eller en drink.

Det andre og tredje av disse tre spørsmålene ble ikke stilt til de som oppgav «Aldri» på det første av disse tre spørsmålene.

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 (inkl. Hordaland 2018 og Sogn og Fjordane 2019). Etter FHUS Sogn og Fjordane 2019 har vi forenklet ved å rapportere på to utfallsvariabler, og siden FHUS Vestland 2022 på tre 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). Det siste diagramsettet viser antall alkoholenheter en drikker på en typisk

dag (gjennomsnitt). Her er kategoriene omkodet for å gi kvasikontinuerlige verdier (se skår i parentes over for variabel «Hvor mange alkoholenheter drikker du på en «typisk» dag når du drikker alkohol?».

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, én», «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». 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 (spm. 5 1b) og hva man holdt på med (spm. 5 1c) da skaden inntraff. Her viser vi til spørreskjemaet, 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. 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». Prosentandel som svarte at de var middels eller mer plaget av støy fra henholdsvis veitrafikk eller andre utendørs støykilder er rapportert.

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 [19]. 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 («Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse …»; «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: 0-5 angir lav tilfredshet, 6-8 middels, og 9-10 høy tilfredshet.

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

- Glad
- Bekymret
- Nedfor eller trist
- Irritert
- Ensom
- Engasjert
- Rolig og avslappet
- Engstelig
- Takknemlig
- Lykkelig

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 sumskår[19] (meanscore) som handler om opplevelsen av negative følelser de siste 7 dagene: (1) «Bekymret», (2) «Trist», (3) «Irritabel» og (4) «Engstelig». De som svarte på minst to av leddene fikk gyldig skår.

Fire andre ledd ble kombinert til en sumskår (meanscore) som dreiet seg om opplevelse av positive følelser de siste 7 dagene: (1) «Glad», (2) «Rolig og avslappet», (3) «Lykkelig», og (4) «Takknemlig». De som hadde svart på minst to 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 (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.

Videre er det med fire spørsmål som handler om sosialt fellesskap og tillit. Det spørres først om hvor ofte informanten er sammen med gode venner (ikke medregnet medlemmer av egen familie)[20]. Responskategoriene er: «Omtrent daglig», «Omtrent hver uke, men ikke

[19] 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».

[20] 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».

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 man mener at 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.

2.4.21 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.

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)», «Enslig», og «Enke/enkemann».

Så kommer spørsmål om antall personer i husstanden, hvor mange barn under 18 år man har omsorg/ansvar 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».

Spørsmålene om personer i husstanden, barn og eieforhold til eigen bolig er tatt inn i grunnmodulen etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. *I denne rapporten presenterer vi, av plasshensyn, ikke resultater for grupper definert ved sivil status, husholdstørrelse og arbeids- eller livssituasjon.*

2.4.22 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Innlandet

I Folkehelseundersøkelsen i Innlandet er det lagt til ni tilleggsspørsmål. Fem av spørsmålene var utviklet av Innlandet fylkeskommune. Fire av spørsmålene omhandlet kjønnsidentitet og seksuell orientering og ett av spørsmålene omhandlet diskriminering. Deltakerne ble spurt:

- Hvilket kjønn identifiserer du deg som? Svaralternativene er «Mann», Kvinne», «Annen kjønnsidentitet», «Vet ikke» og «Ønsker ikke å svare».

- De som svarte «Annen kjønnsidentitet» fikk følgende oppfølgingsspørsmål «Hva identifiserer du deg som?» Svaralternativene besto av til sammen seks svaralternativ: «Ikke-binær», «Transperson», «Interkjønn», «Søkende», «Usikker», og «Ønsker ikke å svare».
- De øvrige fikk spørsmål om «Regner du deg selv for å være:» «Heterofil», «Homofil», «Lesbisk», «Bifil», «Panfil», «Skeiv», «Usikker/Søkende», «Aseksuell», «Annet», og «Ønsker ikke å svare».
- Hvilket kjønn føler du deg seksuelt tiltrukket av? Svaralternativene besto av totalt åtte forskjellige svaralternativ: «Menn», «Kvinner», «Menn og kvinner», «Kjønn er ikke relevant», «Usikker/Søkende», «Aseksuell», «Føler ikke seksuell tiltrekning lenger», og «Ønsker ikke å svare».

Deltakerne ble spurt om de hadde blitt behandlet dårligere enn andre de siste 12 månedene som følge av «Alder», «Kjønn», «Helseproblemer, sykdom, skade», «Funksjonsnedsettelse», «Etnisk bakgrunn», «Hudfarge», «Religion/livssyn», «Politiske holdninger», «Seksuell identitet» eller «Annen grunn/usikker grunn». Svaralternativene var «Ja», «Nei», «Vet ikke» og «Vil ikke svare». Til sist hadde Folkehelseinstituttet lagt til fire spørsmål om yrkesliv, arbeidsevne, og bruk av digitale tjenester. Deltakere som var, eller har vært i jobb ble spurt:

- Om arbeidsoppgavene hovedsakelig er/var rutinepreget, eller hovedsakelig kreative og problemløsende.
- Om jobben innebærer/innebar mye eller lite sosial interaksjon.
- Hvor mange poeng man ville gi sin nåværende arbeidsevne.

De to første ble besvart ved bruk av en 10-punkts skala (1-10) i tillegg til kategorien «Har aldri vært i jobb». Det tredje spørsmålet ble besvart ved bruk av en 11-punkts skala (0-10) i tillegg til kategorien «Har aldri vært i jobb».

Det siste spørsmålet omhandlet hvor lett eller vanskelig det er å bruke digitale tjenester (f.eks. tjenester som krever innlogging med Bank-ID, betale regninger i nettbanken, kjøpe billetter digitalt). Svaralternativene var «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Litt vanskelig», «Svært vanskelig» og «Bruker ikke digitale tjenester».

Resultater basert på disse tilleggsspørsmålene blir ikke presenterte i denne rapporten.

Vedlegg 3: Tabell fylkessammenstilling

Tabell A1: Utfallsmål etter fylke. Ikke populasjonsvektede tall.

Spørreskjemaet som ble brukt i FHUS Innlandet 2023 er en nylig revidert versjon av grunnmodulen 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 [20], samt i tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane [21, 22]. Undersøkelsen har enda flere likheter med grunnmodulen av spørsmål brukt i Troms/Finnmark, Agder, Nordland og Rogaland i 2019/2020 [23-26].

Merk: I følgende sammenstilling sammenlignes utfallsmål fra FHUS Innlandet med tidligere FHUS undersøkelser på spørsmål som enten er helt like, eller såpass like med tidligere undersøkelser, at tallene lar seg sammenlikne.

Vi har merket utfall fra tidligere FHUS undersøkelser i rosa farge der spørsmålsformuleringene ikke er like med det som er brukt i Innlandet. For disse bør man være varsom med sammenlikning mellom tall fra Innlandet og de resterende fylker. For ytterligere informasjon om disse spørsmålene, henvises leseren til Vedlegg 2 i FHUS Vestland 2022[21].

For hver utfallsvariabel oppgir vi tall for Innlandet, tall for hvert enkelt av de andre fylkene og gjennomsnittstall for de andre fylkene. Et utfall i Innlandet markeres enten rødt eller grønt dersom konfidensintervallene (95% KI) ikke overlapper og effektstørrelsen er 0,10 eller større. Rød bakgrunn viser tall som er mindre positive enn gjennomsnittet for de andre fylkene. Grønn bakgrunn viser tall som er mer positive for Innlandet. Ingen farge markerer tall der forskjellen mellom Innlandet og gjennomsnittet for de andre fylkene er svært liten. Lys farge betyr at effektstørrelsen er svært liten (0,10-0,15). Litt kraftigere farge betyr at forskjellen er litt større, men fremdeles liten (0,16-0,20).

I undersøkelsen i Innland var sumskåren for «Positive følelser» basert på fire ledd. Tidligere har en som regel benyttet en sumskår basert på bare to ledd. For å kunne sammenligne med andre fylker har vi derfor i tabellen nedenfor benyttet sumskåren med bare to ledd også for Innlandet.

[21] https://www.fhi.no/publ/2022/folkehelseundersokinga-i-vestland-2022--framgangsmate-og-utvalde-resultat/

		Trivsel, tilbud og tilgjengelighet på tjenester og fasiliteter								
Fylke	År	Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Butikker (god/svært god tilgjengelighet)	Offentlig transport (god/svært god tilgjengelighet)	Natur og friluftsområder (god/svært god tilgjengelighet)	Gang og sykkelveier (godt eller svært godt utbygde)	Organisert aktivitet (ukentlig)	Egen-organisert Aktivitet (ukentlig)
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hordaland	2018	73,2							25,5	41,6
Sogn og Fjordane	2019	70,5							27,7	41,8
Troms og Finnmark	2019	72,1			80,5	39,2	95,1	43,2	24,8	53
Agder	2019	75,5			82,8	50,2	95,1	60,5	32,8	57,5
Nordland	2020	70,9			81,5	31,8	95,6	46,7	26,9	52
Rogaland	2020	76,6			85	57,9	92,4	67,9	27,6	53,9
Møre og Romsdal	2021	73,7	67,5	76,8	79,1	34,2	93,3	43,7	22,5	45,5
Vestfold og Telemark	2021	76,6	78,5	82,5	84,9	52,5	92,5	60,5	25,9	47
Viken	2021	74,1	74,5	80,0	81,6	60,7	91,1	55,5	23,1	43,8
Vestland	2022	73,4	70,2	78,3	81,8	53,9	92,6	39,1	24,2	47,2
N		10	4	4	8	8	8	8	10	10
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**73,7**	**72,4**	**79,4**	**82,2**	**47,6**	**93,5**	**52,1**	**26,1**	**48,3**
Standardavvik (SD)		2,1	4,8	2,4	2,0	11,0	1,6	10,4	2,9	5,5
Standardfeil (SE)		0,7	2,4	1,2	0,7	3,9	0,6	3,7	0,9	1,7
Lav CI95%		72,3	67,9	77,0	80,7	39,9	92,3	45,0	24,3	44,9
Høy CI95%		75,0	77,4	81,8	83,6	55,2	94,6	59,3	27,9	51,7
Innlandet 2023										
Gjennomsnitt eller prosenter		**71,7**	**66,1**	**82,6**	**75,7**	**38,9**	**92,3**	**52,2**	**24,9**	**46,8**
Lav CI95%		71,0	65,4	82,1	75,1	38,1	91,9	51,4	24,3	46,1
Høy CI95%		72,3	66,8	83,2	76,3	39,6	92,6	52,9	25,5	47,6
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,04	0,14	0,08	0,16	0,18	0,05	0,00	0,03	0,03

		Helserelaterte utfall									
Fylke	År	God eller svært god helse	God eller svært god tannhelse	Siste besøk hos tannlege > 2 år	KMI 30+	Søvnvansker (Insomni)	HSCL-5	Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager	Funksjonsnedsettelser i hverdagen på grunn av skade	Ryggsmerter	Nakkesmerter
		%	%	%	%	%	x̄	%	%	%	%
Hordaland	2018	75,9		10,4			1,46				
Sogn og Fjordane	2019	76,1		11,4			1,42				
Troms og Finnmark	2019	69,8	67,4	15,9	20,7		1,5	11,7	6,1		
Agder	2019	72,4	74,7	10,8	19,5		1,52	11,4	6,1		
Nordland	2020	70,1	69,5	14,3	21,5		1,5	12	5,8		
Rogaland	2020	75,7	76,5	9,4	16,2		1,5	9,2	4,6		
Møre og Romsdal	2021	71,8	72,6	12,3	19,4	11,1	1,5	11,1	5,2	42,9	38,1
Vestfold og Telemark	2021	71,1	73,1	11,7	18,9	13	1,52	13	6,3	43,8	41,9
Viken	2021	72,1	74,7	12	18,4	11,5	1,52	11,9	5,9	43	41,8
Vestland	2022	70	74,6	11,3	17,9	11,9	1,51	11,2	5,4	43,5	40,1
N		10	8	10	8	4	10	8	8	4	4
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**72,5**	**72,9**	**12,0**	**19,1**	**11,9**	**1,50**	**11,4**	**5,7**	**43,3**	**40,5**
Standardavvik (SD)		2,5	3,0	1,9	1,6	0,8	0,032	1,1	0,6	0,4	1,8
Standardfeil (SE)		0,8	1,1	0,6	0,6	0,4	0,010	0,4	0,2	0,2	0,9
Lav CI95%		70,9	70,8	10,8	17,9	11,1	1,48	10,7	5,3	42,9	38,7
Høy CI95%		74,1	75,0	13,1	20,2	12,7	1,51	12,2	6,1	43,7	42,2
Innlandet 2023											
Gjennomsnitt eller prosenter		**67,8**	**71,9**	**12,5**	**21,6**	**12,1**	**1,57**	**14,6**	**7,1**	**47,9**	**44,3**
Lav CI95%		67,1	71,3	12,1	21,0	11,6	1,56	14,1	6,7	47,2	43,5
Høy CI95%		68,5	72,6	13,0	22,2	12,5	1,58	15,1	7,5	48,6	45
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,10	0,02	0,02	0,06	0,01	0,11	0,10	0,06	0,09	0,08

Fylke	År	Sosiale relasjoner, ensomhet, helserelatert atferd											
		Sosial støtte (høy grad)	Treffer gode venner ukentlig eller oftere	Ensom (UCLA)	Fysisk aktiv	Røyker daglig	Bruker snus daglig	Inntak av brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	Daglig inntak av frukt og bær	Daglig inntak av grønnsaker	Spiser fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hordaland	2018					8,7	11,5		33,8	45,1		21,8	16,3
Sogn og Fjordane	2019					8,4	10,3		32,3	41,5		13,8	13,1
Troms og Finnmark	2019		64,2		20,6	10	14,8		25,2	32,7		18,8	17,6
Agder	2019		65		18,2	9,2	11		29,3	36,8		19,6	19,6
Nordland	2020		61,6		20,0	9	15,5		25	34,6		20,6	15,8
Rogaland	2020		57,5		22,4	7,9	11,3		29,4	40,1		22,2	19,2
Møre og Romsdal	2021	36,7	50,2		25	8,5	12,8	30,4	35,4	42,8	58,4	18,9	13,2
Vestfold og Telemark	2021	36,3	51,7		20,4	9,2	12,5	26,6	33	48,2	48,8	25	16,5
Viken	2021	35,9	47	11,3	20,3	8,3	12,3	24,8	33,2	47,3	51	28,1	15,9
Vestland	2022	36,2	52,1	11,4	24,7	7,1	11,8	26,2	37,6	47,7	54,3	21,5	15,7
N		4	8	2	8	10	10	4	10	10	4	10	10
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**36,3**	**56,2**	**11,4**	**21,5**	**8,6**	**12,4**	**27,0**	**31,4**	**41,7**	**53,1**	**21,0**	**16,3**
Standardavvik (SD)		0,3	6,9	0,1	2,4	0,8	1,6	2,4	4,1	5,6	4,2	3,8	2,2
Standardfeil (SE)		0,2	2,4	0,0	0,8	0,3	0,5	1,2	1,3	1,8	2,1	1,2	0,7
Lav CI95%		36,0	51,4	11,3	19,8	8,1	11,4	24,7	28,9	38,2	49,0	18,7	15,0
Høy CI95%		36,6	60,9	11,4	23,1	9,1	13,4	29,3	34,0	45,1	57,2	23,4	17,6
Innlandet 2023													
Gjennomsnitt eller prosenter		**33,6**	**51,2**	**13,9**	**22,3**	**9,0**	**13,8**	**27,8**	**28,5**	**36,0**	**46,5**	**20,2**	**12,4**
Lav CI95%		32,9	50,4	13,3	21,7	8,5	13,3	27,2	27,8	35,3	45,8	19,6	11,9
Høy CI95%		34,3	51,9	14,4	22,9	9,4	14,3	28,4	29,2	36,7	47,3	20,8	12,9
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,06	0,10	0,08	0,02	0,01	0,04	0,02	0,06	0,12	0,13	0,02	0,11

		Skader og støy		
Fylke	År	Skadet siste 12 måneder	Plaget av støy fra trafikk hjemme	Plaget av annen støy hjemme
		%	%	%
Hordaland	2018	18,3	7,9	9,4
Sogn og Fjordane	2019	18,8	6,6	6,4
Troms og Finnmark	2019	17,2	10,8	9,7
Agder	2019	17,6	9,5	8,8
Nordland	2020	17,9	7,5	7,6
Rogaland	2020	15,9	9,6	10,6
Møre og Romsdal	2021	16,5	7,9	5,9
Vestfold og Telemark	2021	16,4	10,7	9
Viken	2021	17	10,5	10,6
Vestland	2022	17,6	8,6	9,4
N		10	10	10
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**17,3**	**9,0**	**8,7**
Standardavvik (SD)		0,9	1,5	1,6
Standardfeil (SE)		0,3	0,5	0,5
Lav CI95%		16,8	8,0	7,7
Høy CI95%		17,9	9,9	9,7
Innlandet 2023				
Gjennomsnitt		**19,5**	**10,2**	**7,1**
Lav CI95%		18,9	9,8	6,8
Høy CI95%		20,0	10,6	7,4
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,06	0,04	0,06

		Økonomi og utfall relatert til livskvalitet											
Fylke	År	Økonomiske vansker	Fornøyd med livet	Fremtids-optimisme	Mening med livet	Negative følelser	Positive Følelser (glad, rolig og avslappet)	Ensomhet	Sosiale Relasjoner (støttende og givende)	Tillit til andre	Steds-tilhørighet	Føler seg trygg i nærmiljøet	Engasjert
		%	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄
Hordaland	2018												
Sogn og Fjordane	2019												
Troms og Finnmark	2019	21,4	7,53		7,52	3,13	7	2,23	7,3	7,01	7,44	9,16	6,42
Agder	2019	20,8	7,59		7,56	3,17	6,98	2,2	7,43	7,23	7,43	8,96	6,48
Nordland	2020	19,4	7,48		7,5	3,14	7	2,21	7,28	7,09	7,6	9,16	6,36
Rogaland	2020	16,7	7,54		7,49	3,02	6,96	1,93	7,45	7,24	7,47	8,93	6,34
Møre og Romsdal	2021	16,8	7,3	7,79	7,45	3,14	6,86	2,22	7,22	7,03	7,55	9,18	6,05
Vestfold og Telemark	2021	18,7	7,41	7,81	7,47	3,11	6,81	1,97	7,32	7,15	7,38	8,94	6,31
Viken	2021	18,7	7,35	7,75	7,42	3,16	6,76	1,96	7,33	7,1	7,18	8,75	6,29
Vestland	2022	19,2	7,32	7,65	7,41	3,35	6,88	2,29	7,27	7,05	7,34	8,92	6,50
N		8	8	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**19,0**	**7,44**	**7,75**	**7,48**	**3,15**	**6,91**	**2,13**	**7,33**	**7,11**	**7,42**	**9,00**	**6,34**
Standardavvik (SD)		1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Standardfeil (SE)		0,6	0,04	0,04	0,02	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Lav CI95%		17,8	7,36	7,68	7,44	3,09	6,84	2,03	7,27	7,05	7,33	8,89	6,25
Høy CI95%		20,1	7,52	7,82	7,51	3,22	6,97	2,23	7,38	7,17	7,51	9,11	6,44
Innlandet 2023													
Gjennomsnitt eller prosenter		**27,2**	**7,21**	**7,48**	**7,30**	**3,12**	**6,62**	**2,12**	**7,09**	**6,69**	**7,11**	**8,95**	**6,21**
Lav CI95%		26,5	7,18	7,45	7,27	3,09	6,59	2,08	7,06	6,65	7,08	8,93	6,18
Høy CI95%		27,8	7,24	7,51	7,33	3,15	6,64	2,16	7,11	6,72	7,15	8,97	6,25
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for pros.*)		0,20	0,11	0,13	0,08	0,01	0,14	0,00	0,12	0,17	0,12	0,03	0,06

Vedlegg 4: Tabeller frekvensfordeling

Merk: Prosentfordelingene er her uvektede tall.

Tabell 1: Høyeste fullførte utdanningsnivå

Høyeste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Grunnskole	2216	8,83	8,83
Videregående skole	7828	31,19	40,02
Fagskole	2901	11,56	51,58
Universitet <2 år	1973	7,86	59,45
Universitet 2-4 år	5993	23,88	83,33
Universitet >4 år	3988	15,89	99,22
Ingen fullført utdanning	196	0,78	100,00
Total:	**25095**	**100**	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
I stor grad	17888	71,22	71,22
I noen grad	6229	24,80	96,03
I liten grad	842	3,35	99,38
Ikke i det hele tatt	156	0,62	100,00
Total:	**25115**	**100**	

Tabell 3: Utbygde gang- og sykkelveier

Utbygde gang- og sykkelveier	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært god	4090	16,53	16,53
God	10733	43,37	59,90
Verken god eller dårlig	5984	24,18	84,08
Dårlig	2913	11,77	95,85
Svært dårlig	1028	4,15	100,00
Total:	**24748**	**100**	

Tabell 4: Tilgang idrettstilbud

Tilgang idrettstilbud	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært god	7941	32,75	32,75
God	11583	47,76	80,51
Verken god eller dårlig	3346	13,80	94,31
Dårlig	1093	4,51	98,82
Svært dårlig	287	1,18	100,00
Total:	**24250**	**100**	

Tabell 5: Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært god	6289	25,18	25,18
God	11348	45,44	70,62
Verken god eller dårlig	4548	18,21	88,84
Dårlig	2262	9,06	97,89
Svært dårlig	526	2,11	100,00
Total:	**24973**	**100**	

Tabell 6: Tilgang offentlig transport

Tilgang offentlig transport	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært god	2044	8,47	8,47
God	5418	22,46	30,93
Verken god eller dårlig	4817	19,97	50,90
Dårlig	6434	26,67	77,56
Svært dårlig	5413	22,44	100,00
Total:	**24126**	**100**	

Tabell 7: Tilgang natur- og friluftsområder

Tilgang natur- og friluftsområder	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært god	15400	61,72	61,72
God	7780	31,18	92,90
Verken god eller dårlig	1346	5,39	98,30
Dårlig	350	1,40	99,70
Svært dårlig	75	0,30	100,00
Total:	**24951**	**100**	

Tabell 8: 1 7. Opplever du at gang- og sykkelveier er godt utbygde i ditt nærområde?

1 7. Opplever du at gang- og sykkelveier er godt utbygde i ditt nærområde?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært godt	3180	12,87	12,87
Godt	8760	35,46	48,33
Verken godt eller dårlig	5573	22,56	70,89
Dårlig	4152	16,81	87,69
Svært dårlig	3040	12,31	100,00
Total:	**24705**	**100**	

Tabell 9: Deltakelse i organisert aktivitet

Deltakelse i organisert aktivitet	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
1	670	2,67	2,67
2	5717	22,75	25,42
3	3989	15,88	41,30
4	8451	33,64	74,93
5	6298	25,07	100,00
Total:	**25125**	**100**	

Tabell 10: Deltakelse i annen (egenorganisert) aktivitet

Deltakelse i annen (egenorganisert) aktivitet	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
1	1216	4,84	4,84
2	10154	40,41	45,25
3	7183	28,59	73,84
4	4951	19,70	93,54
5	1622	6,46	100,00
Total:	**25126**	**100**	

Tabell 11: Hvordan vurderer du din egen helse

Hvordan vurderer du din egen helse	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
SVÆRT GOD	4143	16,47	16,47
GOD	12957	51,50	67,97
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	5659	22,49	90,46
DÅRLIG	2157	8,57	99,03
SVÆRT DÅRLIG	244	0,97	100,00
Total:	**25160**	**100**	

Tabell 12: Hvordan vurderer du tannhelsen din

Hvordan vurderer du tannhelsen din	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
SVÆRT GOD	5309	21,13	21,13
GOD	12747	50,74	71,88
VERKEN GOD ELLER DÅRLIG	4558	18,14	90,02
DÅRLIG	1946	7,75	97,77
SVÆRT DÅRLIG	561	2,23	100,00
Total:	**25121**	**100**	

Tabell 13: Når var du sist hos tannlege/-pleier

Når var du sist hos tannlege/-pleier	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
0-2 år siden	21954	87,50	87,50
3-5 år siden	1712	6,82	94,32
Mer enn 5 år siden	1425	5,68	100,00
Total:	**25091**	**100**	

Tabell 14: Opplevd sosial støtte

Opplevd sosial støtte	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
LÅG	4271	17,17	17,17
MIDDELS	12058	48,49	65,66
HØG	8539	34,34	100,00
Total:	**24868**	**100**	

Tabell 15: 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	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Aldri	7033	27,97	27,97
Sjelden	8023	31,90	59,87
Av og til	7008	27,87	87,73
Ofte	2198	8,74	96,47
Svært ofte	887	3,53	100,00
Total:	**25149**	**100**	

Tabell 16: Hvor ofte føler du deg utenfor?

Hvor ofte føler du deg utenfor?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Aldri	5747	26,07	26,07
Sjelden	8522	38,66	64,74
Av og til	5329	24,18	88,91
Ofte	1732	7,86	96,77
Svært ofte	712	3,23	100,00
Total:	**22042**	**100**	

Tabell 17: Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Aldri	10150	40,95	40,95
Sjelden	8159	32,92	73,86
Av og til	4243	17,12	90,98
Ofte	1571	6,34	97,32
Svært ofte	665	2,68	100,00
Total:	**24788**	**100**	

Tabell 18: Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Aldri	904	3,60	3,60
Sjeldnere enn en gang i uken	3015	12,01	15,61
En gang i uken	3740	14,90	30,51
2-3 ganger i uken	8974	35,75	66,26
4-5 ganger i uken	4051	16,14	82,40
Omtrent hver dag	4417	17,60	100,00
Total:	**25101**	**100**	

Tabell 19: Hvor hardt trener eller mosjonerer du?*

Hvor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett	9125	37,96	37,96
Tar det så hardt at jeg blir andpusten og/eller svett	13991	58,21	96,17
Tar meg nesten helt ut	921	3,83	100,00
Total:	**24037**	**100**	

*Blant de som trener «Sjeldnere enn en gang i uken» (se tabell 18).

Tabell 20: Hvor lenge holder du på hver gang?*

Hvor lenge holder du på hver gang?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Mindre enn 15 minutter	1342	5,59	5,59
15 minutter - 29 minutter	4818	20,09	25,68
30 minutter - 1 time	12404	51,71	77,39
Mer enn 1 time	5423	22,61	100,00
Total:	**23987**	**100**	

*Blant de som trener «Sjeldnere enn en gang i uken» (se tabell 18).

Tabell 21: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Sjelden/aldri	9709	38,59	38,59
1-3 ganger per måned	4757	18,91	57,50
1 gang per uke	3555	14,13	71,63
2-3 ganger per uke	3532	14,04	85,67
4-6 ganger per uke	1306	5,19	90,87
1 gang per dag	1380	5,49	96,35
Flere ganger per dag	918	3,65	100,00
Total:	**25157**	**100**	

Tabell 22: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Sjelden/aldri	1008	4,26	4,26
1-3 ganger per måned	2443	10,32	14,58
1 gang per uke	3296	13,92	28,50
2-3 ganger per uke	6130	25,89	54,39
4-6 ganger per uke	3985	16,83	71,22
1 gang per dag	4320	18,25	89,47
Flere ganger per dag	2494	10,53	100,00
Total:	**23676**	**100**	

Tabell 23: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Sjelden/aldri	292	1,19	1,19
1-3 ganger per måned	674	2,75	3,94
1 gang per uke	1407	5,74	9,69
2-3 ganger per uke	6221	25,40	35,09
4-6 ganger per uke	7169	29,27	64,36
1 gang per dag	6387	26,08	90,43
Flere ganger per dag	2343	9,57	100,00
Total:	**24493**	**100**	

Tabell 24: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Sjelden/aldri	1637	6,80	6,80
1-3 ganger per måned	3353	13,93	20,73
1 gang per uke	7767	32,27	53,00
2-3 ganger per uke	9132	37,94	90,95
4-6 ganger per uke	1477	6,14	97,08
1 gang per dag	559	2,32	99,41
Flere ganger per dag	143	0,59	100,00
Total:	**24068**	**100**	

Tabell 25: Hender det at du røyker?

Hender det at du røyker?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ja	3829	15,30	15,30
Nei	21194	84,70	100,00
Total:	**25023**	**100**	

Tabell 26: Hvor ofte røyker du?*

Hvor ofte røyker du?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Daglig	2262	59,46	59,46
Av og til	1542	40,54	100,00
Total:	**3804**	**100**	

Blant de som svarte at det hender at de røyker (se tabell 25).

Tabell 27: Har du røkt tidlegare?*

Har du røkt tidlegare?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ja, daglig	6592	31,16	31,16
Ja, av og til	2234	10,56	41,72
Nei	12328	58,28	100,00
Total:	**21154**	**100**	

Blant de som svarte at det hender *ikke* hender at de røyker (se tabell 25).

Tabell 28: Hender det at du bruker snuser?

Hender det at du bruker snuser?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ja	4348	17,34	17,34
Nei	20734	82,66	100,00
Total:	**25082**	**100**	

Tabell 29: Hvor ofte bruker du snus?*

Hvor ofte bruker du snus?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Daglig	3546	81,87	81,87
Av og til	785	18,13	100,00
Total:	**4331**	**100**	

Blant de som svarte at det hender at de bruker snus (se tabell 28).

Tabell 30: Har du brukt snus tidlegare?

Har du brukt snus tidlegare?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ja, daglig	1226	5,94	5,94
Ja, av og til	631	3,06	9,00
Nei	18766	91,00	100,00
Total:	**20623**	**100**	

Blant de som svarte at det *ikke* hender at de bruker snus (se tabell 28).

Tabell 31: alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)*

alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)t	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Aldri	1925	7,96	7,96
Månedlig eller sjeldnere	8385	34,68	42,64
2-4 ganger i måneden	9065	37,49	80,13
2-3 ganger i uken	4026	16,65	96,79
4 ganger i uken eller mer	777	3,21	100,00
Total:	**24178**	**100**	

*De respondenter som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (7,6 % [*n*=1 925]) eller ikke svarte på det innledende spørsmålet (4,3 % [*n*=1 074]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 32: Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk*

Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Aldri	9188	41,39	41,39
Sjeldnere enn månedlig	10025	45,16	86,55
Månedlig	2251	10,14	96,69
Ukentlig	682	3,07	99,76
Daglig eller nesten daglig	53	0,24	100,00
Total:	**22199**	**100**	

*De respondenter som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (7,6 % [n=1 925]) eller ikke svarte på det innledende spørsmålet (4,3 % [n=1 074]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 33: Alkoholenheter per gang

Alkoholenheter per gang	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
1-2	13762	62,11	62,11
3-4	5272	23,79	85,90
5-6	1981	8,94	94,84
7-9	775	3,50	98,34
10 eller flere	368	1,66	100,00
Total:	**22158**	**100**	

*De respondenter som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (7,6 % [n=1 925]) eller ikke svarte på det innledende spørsmålet (4,3 % [n=1 074]) fikk ikke dette spørsmålet.

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

Utsatt for skade (selvrapportert) siste 12 måneder	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ja, én	3650	14,56	14,56
Ja, flere	1143	4,56	19,13
Nei	20268	80,87	100,00
Total:	**25061**	**100**	

Tabell 35: Plaget av støy fra trafikk hjemme

Plaget av støy fra trafikk hjemme	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ikke plaget	18218	72,59	72,59
Litt plaget	4328	17,25	89,84
Middels plaget	1431	5,70	95,54
Mye plaget	707	2,82	98,36
Svært mye plaget	412	1,64	100,00
Total:	**25096**	**100**	

Tabell 36: Plaget av annen støy hjemme

Plaget av annen støy hjemme	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Ikke plaget	19067	76,09	76,09
Litt plaget	4229	16,88	92,96
Middels plaget	1128	4,50	97,46
Mye plaget	413	1,65	99,11
Svært mye plaget	223	0,89	100,00
Total:	**25060**	**100**	

Tabell 37: Hvor ofte er du sammen med gode venner?

Hvor ofte er du sammen med gode venner?	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Omtrent daglig	2358	9,46	9,46
Omtrent hver uke, men ikke daglig	10464	41,97	51,43
Omtrent hver måned, men ikke ukentlig	7201	28,88	80,31
Noen ganger i året	3801	15,25	95,56
Sjeldnere enn hvert år	379	1,52	97,08
Har ingen gode venner	729	2,92	100,00
Total:	**24932**	**100**	

Tabell 38: Husholdningspengene til å strekke til

Husholdningspengene til å strekke til	Frekvens	Prosentdel (%)	Kumulativt (%)
Svært vanskelig	1166	4,75	4,75
Vanskelig	1732	7,05	11,79
Forholdsvis vanskelig	3731	15,19	26,98
Forholdsvis lett	8159	33,21	60,19
Lett	5531	22,51	82,70
Svært lett	4251	17,30	100,00
Total:	**24570**	**100**	

Utgitt av Folkehelseinstituttet
August 2023
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no