

RAPPORT

2024

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater



Marit Knapstad
Ragnhild Bang Nes
Thomas Sevenius Nilsen
Jens Christoffer Skogen
Victor Daniel Lode
Ingunn Agnete Riise
Leif Edvard Aarø

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
Mars 2024

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere:

Marit Knapstad
Ragnhild Bang Nes
Thomas Sevenius Nilsen
Jens Christoffer Skogen
Victor Daniel Lode
Ingunn Agnete Riise
Leif Edvard Aarø

Andre bidragsytere:

Rogaland fylkeskommune
Kantar Public (nå: Verian) har ledet datainnsamlingen

Oppdragsgiver:

Rogaland fylkeskommune
Prosjektleder i Rogaland fylkeskommune: Rune Thorkildsen Slettebak
Prosjektleder i Kantar Public (nå: Verian): 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 Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk: ISBN: 978-82-8406-438-3

Emneord (MeSH):

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

Sitering: Knapstad M, Nes RB, Nilsen TS, Skogen, JC, Lode VD, Riise IA, Aarø, LE.

Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultat. Rapport 2024. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2024.

Innhold

Sammendrag	6
Oppsummering av funn fra 2020 og 2023	6
Nye funn fra 2023	7
Vurdering av økonomien i husholdningen	7
Endringer fra 2020 til 2023	8
1. Introduksjon	9
2. Metode	11
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	11
2.2 Den lokale innsatsen	16
2.2.1 Organiseringen av arbeidet	16
2.2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Rogaland	16
2.3 Spørreskjemaet	16
2.4 Statistiske analyser	17
2.5 Endringer over tid i helse, fornøydhhet med livet og sosiale forhold	20
2.6 Viktige forbehold	20
3 Resultater: Rogaland 2023	22
3.1 Alder: Regioner i Rogaland	23
3.2 Kjønn: Regioner i Rogaland	24
3.3 Utdanningsnivå - femdelt etter regioner i Rogaland	25
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Rogaland	26
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	27
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet	30
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet	33
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet	36
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet	39
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet	42
3.11 Kystlinje/strand - god eller svært god tilgjengelighet	45
3.12 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygd	48
3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet	51
3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	54
3.15 God eller svært god helse	57
3.16 God eller svært god tannhelse	60
3.17 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	63
3.18 Andel med fedme (KMI 30+)	66
3.19 Søvnproblemer (Insomni)	69
3.20 Psykiske plager (HSCL-5)	72
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer	75
3.22 Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade	78
3.23 Korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene	81
3.24 Nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene	84
3.25 Høy sosial støtte	87
3.26 Ensomhet (UCLA-3)	90
3.27 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	93
3.28 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	96
3.29 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	99
3.30 Daglig inntak av frukt eller bær	102
3.31 Daglig inntak av grønnsaker	105
3.32 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	108

3.33	Daglig røyking	111
3.34	Daglig snusing	114
3.35	Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	117
3.36	Alkoholenheter per gang	120
3.37	Episodisk høyt alkoholforbruk	123
3.38	Tilfredshet med livet	126
3.39	Fremtidsoptimisme	129
3.40	Det man gjør i livet er meningsfylt	132
3.41	Negative følelser siste 7 dager	135
3.42	Positive følelser siste 7 dager	138
3.43	Ensomhet	141
3.44	Støttende og givende sosiale relasjoner	144
3.45	Tillit til andre	147
3.46	Stedstilhørighet	150
3.47	Trygg i nærmiljøet	153
3.48	Engasjement	156
3.49	Økonomien i husholdningen	159
4.	Endring fra 2020 til 2023 på utvalgte variabler	161
4.1	Tilfredshet med livet	161
4.2	Psykiske plager (HSCL-5)	162
4.3	Ensomhet (UCLA-3)	163
4.5	Stor grad av trivsel i nærmiljøet	165
5	Oppsummering og diskusjon	180
5.1	FHUS Rogaland 2020 og 2023	180
5.1.1	Kjønnsforskjeller i 2020 som ble funnet også i 2023	180
5.1.2	Aldersforskjeller i 2020 som ble funnet også i 2023	181
5.1.3	Forskjeller på tvers av utdanningsgrupper i 2020 og 2023	182
5.1.4	Forskjeller mellom regionene i Rogaland	183
5.2	Nye funn fra FHUS Rogaland 2023	188
5.2.1	Kjønnsforskjeller	188
5.2.2	Aldersforskjeller	188
5.2.3	Utdanning	190
5.2.4	Den nye prediktoren: I hvilken grad strekker pengene i husholdningen til?	190
5.3	Endringer i Rogaland fra 2020 til 2023	193
5.4	Begrensninger ved datagrunnlaget	195
5.4.1	Representativitet og skjevheter	195
5.4.2	Måleinstrument	196
6	Referanser	198
Vedlegg 1: Spørreskjema		202
Vedlegg 2: Spørsmålsoversikt		203
2.4.1	Kjønn, alder og utdanning	203
2.4.2	Trivsel	204
2.4.3	Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt	204
2.4.4	Deltakelse i aktiviteter	204
2.4.5	Generell helse og tannhelse	205
2.4.6	Besøk hos tannlege eller tannpleier	205
2.4.7	Høyde og vekt	205
2.4.8	Psykiske plager (HSCL-5)	205
2.4.9	Søvnproblemer (insomni)	206
2.4.10	Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse	206

2.4.11 Muskel-skjelettplager	207
2.4.12 Sosial støtte	207
2.4.13 Ensomhet	208
2.4.14 Fysisk aktivitet	208
2.4.15 Kosthold	209
2.4.16 Røyk og snus	209
2.4.17 Alkohol	210
2.4.18 Livskvalitet	210
2.4.19 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon	212
2.4.20 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Rogaland	213
Vedlegg 3: Tabell fylkessammenstilling	218
Vedlegg 4: Tabeller med enkle frekvensfordelinger	223

Sammendrag

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene) gjennomføres for å fremskaffe data om helsestatus, livsstil og levekår blant den voksne befolkningen i fylket. Undersøkelsene har som mål å gi et bilde av folkehelseutfordringer på regionalt og lokalt nivå og bidra til kunnskap som kan brukes i det tverrsektorielle kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet. Dataene som samles inn gjør det mulig for fylkeskommuner, kommuner, helseforetak og andre aktører å utvikle og iverksette målrettede folkehelse tiltak og politikk.

Den foreliggende rapporten er basert på analyser av data fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland i 2023. Av de 59 915 inviterte var det 17 621 som deltok i undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 29,4. Andelen kvinner var 49,4 %. Gjennomsnittsalderen var 48,1 år. Andelen som hadde fullført universitets- eller høgskoleutdanning var 46,6 % (vektede tall).

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode, gjennomføring og en del utvalgte resultater. Datainnsamlingen (elektronisk) ble gjennomført av Kantar Public (nå: Verian) på vegne av Folkehelseinstituttet og Rogaland fylkeskommune. Utvalget som ble invitert til å være med var voksne fra 18 år og oppover. Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 26. september – 29. oktober 2023.

Oppsummering av funn fra 2020 og 2023

Nokså mange resultater fra 2023 sammenfaller med resultater fra undersøkelsen i Rogaland i 2020. Som i 2020, kom kvinner bedre ut enn menn på mange av utfallsmålene som dreier seg om helsereelatert atferd. Dette gjelder for eksempel kosthold, alkoholbruk og bruk av snus.

Kvinner kom på begge tidspunkt bedre ut på noen av de utfallsmålene som handlet om relasjoner til andre. De skåret for eksempel gjennomsnittlig høyere enn mennene på «støttende og givende sosiale relasjoner» og på tillit til andre. En høyere andel kvinner enn menn oppgav høy grad av sosial støtte.

Den gjennomsnittlige skåren på det å føle seg trygg i nærmiljøet var høy både i 2020 og i 2023. Men kvinnene hadde lavere gjennomsnittlig skår enn mennene begge årene. Lavest skår hadde kvinnene i den yngste aldersgruppen.

Både i 2020 og i 2023 kom menn bedre ut enn kvinner på noen av de spørsmålene som dreier seg om psykisk helse (psykiske plager, negative følelser siste syv dager, søvnplager). Kvinner kom bedre ut enn menn på om livet er meningsfylt, som er ett av livskvalitetsmålene.

På utfallsmål som har med psykisk helse, livskvalitet og relasjoner til andre å gjøre, blir det meste bedre med alderen frem til og med aldersgruppen 70-79 år. Dette gjelder for eksempel tilfredshet med livet, positive følelser siste syv dager, tillit til andre, stedstilhørighet og trygghet i nærmiljøet. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager, negative følelser siste 7 dager og ensomhet går ned med alderen frem til 70-79.

Det jevne inntaket av alkohol (minst 2-3 ganger per uke) blir mer utbredt med alderen, men antall alkoholenheter en inntar når en drikker og det episodisk høye forbruket avtar med alderen.

Det er jevnt over et konsistent mønster av sammenhenger med utdanning. Jo høyere utdanning, desto helsemessig gunstigere tall. Dette gjelder helsereelatert atferd, relasjoner til andre mennesker, livskvalitet og deltagelse i aktiviteter (organiserte og egenorganiserte). Andelen med fedme synker med høyere utdanning. Bare på ett punkt fant vi en sammenheng

som gikk i favør av dem med kortere utdanning. Andel som drikker alkohol minst 2-3 ganger per uke øker med utdanningsnivå. Antall alkoholenheter når en drikker går derimot ned med økende utdanning.

En stor andel (89 %) oppgav god eller svært god tilgang til natur, friluftsområder, parker og grøntområder der de bor. Nesten like mange (85 %) oppgav god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje/strand. Syv av ti syntes at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde. Det var derimot færre som var fornøyde med tilgangen til offentlig transport. Folk som bor i Nord-Jæren, hvor vi finner byer som Stavanger og Sandnes, syntes å være mest fornøyde med både offentlig transport og gang- og sykkelveier.

Nye funn fra 2023

I spørreskjemaet i 2023 var det blant annet tatt inn noen nye spørsmål om (i) tilgjengelighet til kystlinje/strand, (ii) korsryggsmerter, (iii) nakkesmerter og (iv) fremtidsoptimisme. I spørreskjemaet fra 2020 ble det stilt spørsmål om (v) langvarige sykdommer eller helseproblemer og (vi) funksjonsnedsettelse på grunn av skade, men resultatene på disse utfallsvariablene ble ikke presenterte i hovedrapporten fra undersøkelsen.

Andelen som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager var 43 prosent, høyere blant kvinner enn blant menn og synkende med stigende utdanningsnivå. Andelen som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager var 41 prosent, langt høyere blant kvinner enn blant menn og svakt synkende med utdanningsnivå blant kvinner. Gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme var nokså lik for menn og kvinner og noe økende med utdanningsnivå.

Andel som rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, avtar i de eldste aldersgruppene. Samtidig synker naturlig nok framtidsoptimismen en del etter passerte 70 år.

Andelen som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer var 13 prosent, høyere blant kvinner (16 %) enn blant menn (10 %) og synkende med høyere utdanningsnivå. Andelen som svarte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse på grunn av skade var 6 prosent. Her var kjønnsforskjellen mindre, men gikk i retning av høyere andel blant kvinner enn blant menn. Igjen var andelen synkende med økende utdanningsnivå.

Disse nye funnene fra 2023 supplerer det bildet vi har fra før. Kvinnene har mindre gunstige skår enn menn på noen utfallsmål som er relaterte til helseproblemer, funksjonsnedsettelse og smerter. Og på disse utfallsmålene er økende utdanningsnivå assosiert med gunstigere skårer.

I denne rapporten har vi skilt ut de aller eldste (80+) som en egen gruppe. På en del utfallsmål relatert til helse, livskvalitet og sosiale relasjoner kom disse mindre gunstig ut enn dem i alderen 70-79 år. Antallet deltakere i den eldste gruppen er imidlertid nokså lavt, og tallene derfor noe usikre. Ved å kombinere data fra flere fylker kan vi få et høyere antall observasjoner i den eldste gruppen. Det lave antallet deltakere i den eldste aldersgruppen, særlig blant kvinnene, skyldes blant annet at det er færre blant disse som kan nås digitalt.

Vurdering av økonomien i husholdningen

I denne rapporten har vi for første gang i Rogaland lagt inn vurdering av husholdningsøkonomien som en prediktorvariabel på linje med region, kjønn, alder og utdanning. Jo vanskeligere en mener det er å få pengene i husholdningen til å strekke til, desto

mindre gunstig helseatferd (med unntak av det å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere), og desto mer negative utfall på helse, sykdom, sosiale relasjoner og livskvalitet. Sammenhengene er i mange tilfeller svært sterke.

Det målet vi har benyttet er selvsagt forskjellig fra mer objektive mål på økonomisk situasjon som personlig inntekt, husholdningsinntekt eller disponibel inntekt etter at nødvendige utgifter er dekket. Men kanskje er det målet vi har benyttet vel så viktig. Opplevelsen av økonomiske problemer kan ofte være en mer direkte belastende faktor enn mer objektive mål.

Endringer fra 2020 til 2023

På til sammen 13 utfallsmål som dreier seg om selvopplevd økonomisk situasjon, livskvalitet, psykiske plager og relasjoner til andre mennesker finner vi endringer til det verre når vi sammenligner med undersøkelsen fra 2020. Ikke alle endringene er like sterke, men mønsteret er entydig.

Endringer vi finner må tolkes med forsiktighet. Blant annet bidrar en lavere svarprosent i 2023 til å gjøre sammenligningene mer usikre. Vi har i egne analyser av endringer over tid justert for alder og kjønn for å redusere litt av denne usikkerheten.

Det er lite sannsynlig at disse endringene over tid bare har funnet sted i Rogaland. Tall fra andre undersøkelser, blant annet fra FHUS-undersøkelsene i Innlandet og Agder 2023, tyder på at tilsvarende endringer har funnet sted også i andre fylker og kanskje i landet som helhet. Hvis disse endringene gjenspeiler faktiske endringer som har funnet sted i den voksne befolkningen, bør vi følge utviklingen over tid og vurdere hva som kan gjøres. Dersom vi skal foreslå mulige forklaringer på de endringene vi har funnet, er det nærliggende å peke på faktorer som COVID-19-pandemien, økte renter og priser og informasjonsstrømmen rundt konflikter og kriger. Hva som har hatt betydning varierer sannsynligvis med utfallsmål og med demografi.

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, helserelatert atferd og vurderinger av lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et 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 premisse da disse undersøkelsene først ble beskrevet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser¹ og vil etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsen², KommuneHelsen³ og KommuneHelseprofilene⁴. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskningsmiljøer 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 [1-26].

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 Rogaland var basert på en nylig revidert versjon av dette skjemaet. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁵.

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 hvor lenge en har bodd på stedet der en bor nå, trivselsfaktorer i nærmiljøet, seksuell orientering og å ha vært utsatt for vold eller overgrep. Spørsmålene om vold og overgrep vil bli analysert og forsket på av forskere ved Universitetet i Stavanger.

Det ble også stilt tilleggsspørsmål om psykiske plager, opplevd behov for profesjonell hjelp og mottatt hjelp for psykiske plager, grunner til ikke å ha fått hjelp for eventuelle plager, og preferanser med tanke på hvem en vil ha hjelp fra når det gjelder psykiske plager. Disse spørsmålene vil bli forsket på av forskere ved Avdeling for helsefremmende arbeid ved Folkehelseinstituttet.

¹ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

² <http://www.norgeshelsen.no/norgeshelsen/?language=no>

³ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁴ <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

⁵ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkehelseundersokelser/sporreskjema/>

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på fylkehelseundersøkelsenes hjemmeside⁶. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023.

⁶ <https://www.fhi.no/hs/fylkehelseundersokelser/>

2. Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Rogaland ble planlagt og gjennomført i et nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse) og Rogaland fylkeskommune. Kantar Public (nå: Verian) 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 Rogaland fylke, nærmere bestemt alle født 01.09. 2005 eller tidligere. De skulle ha registerstatus som «vanlig bosatt» og adressekode 0 (ikke pendlerstatus, ikke klient ved institusjon e.l.). De skulle også ha gyldig norsk fødselsnummer (ikke D-nummer, som er midlertidig og ment for opphold i Norge mindre enn 6 måneder). Antallet som oppfylte disse kriteriene, var 384 365 personer. Etter å ha fjernet dem som var reservert for digital kommunikasjon, og dem som ikke hadde unike telefonnumre og e-post, satt en igjen med 345 834 personer. Blant disse ble det trukket et representativt utvalg på 58 416 personer. Utvalget ble trukket på en slik måte at de som tilhørte aldergruppen 18-29 ble overrepresenterte med 6 278 menn og 3 234 kvinner.

Etter ønske fra Folkehelseinstituttet og Rogaland fylkeskommune ble det trukket et tilleggsutvalg på 1500 personer i aldersgruppen 80 år eller eldre. Dermed kom det totale antallet som skulle inviteres til å delta i undersøkelsen opp i 59 916. En person tok etter hvert kontakt og bad om å bli slettet fra undersøkelsen. Antallet som kunne inviteres ble derfor 59 915 personer.

Utvalgsstørrelsen i hver kommune var disproporsjonal. De største utvalgene ble trukket i Stavanger (n=6 363), Sandnes (n=4 464), Karmøy (n=3 499) og Haugesund (n=3 418). I 13 kommuner lå utvalgsstørrelsen mellom 2 000 og 3 000. I to kommuner var utvalgene mellom 1 000 og 2 000 personer. I tre kommuner var utvalgene på under 1 000 personer. I alle kommunene med mindre enn 2 500 personer som var tilgjengelige for å delta i undersøkelsen lot en alle inngå i utvalgene.

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 26. september – 29. oktober 2023. Den første invitasjonen ble sendt ut 26. september. Personer som ikke besvarte undersøkelsen innen gitte datoer, ble tilsendt påminnelser via SMS eller e-post. En ekstra påminnelse per SMS ble sendt til personer under 45 år. Datoer for invitasjon og påminnelser er vist i Tabell 2.1.

Etter datainnsamling og datalagring ble dataene kryptert av Kantar Public (Nå: Verian) 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.

Tabell 2.1: Datoer for utsending av invitasjon og påminnelser for web- og postalt utvalg (etter rapport fra Kantar Public (nå: Verian) [27]).

	Dato
Første invitasjon på e-post og SMS (puljevis)	26. september
Påminnelse 1, SMS	03. oktober
Påminnelse 2, e-post	10. oktober
Påminnelse 3, SMS personer under 45 år	16. oktober
Påminnelse 4, e-post	19. oktober
Avslutning feltarbeid	29. oktober

Figur 2.1 viser hvordan deltakelsen i den elektroniske undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag.

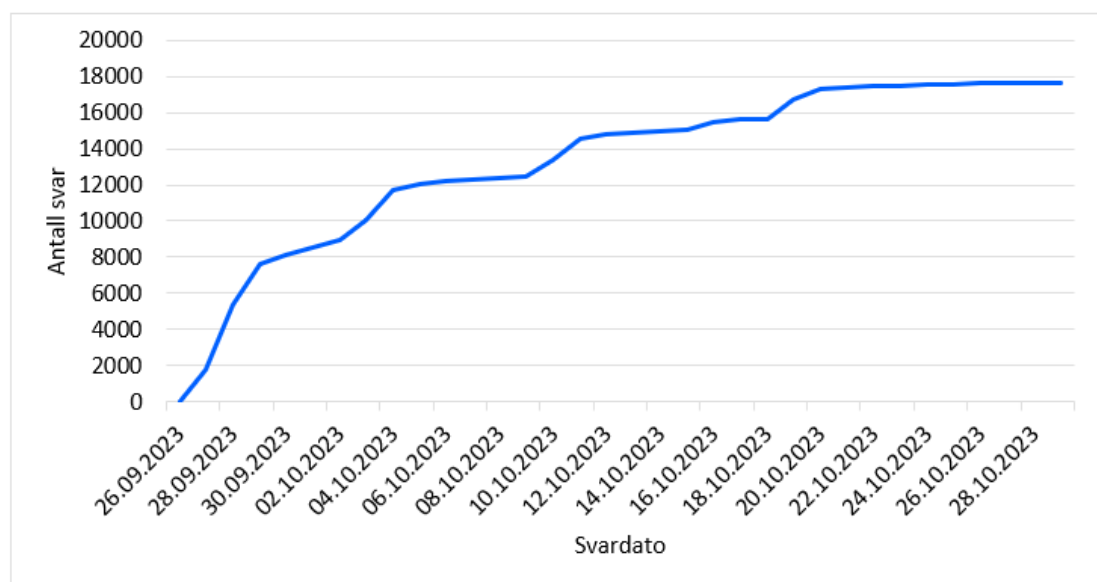


Fig. 2.1: Utfylte skjema etter dato.

Kommunene i Rogaland fylke er, i analysene som er presenterte i denne rapporten, delt inn i fem regioner:

- Dalane: Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim
- Sør-Jæren: Hå, Klepp, Time, Gjesdal
- Nord-Jæren: Stavanger, Sandnes, Sola, Randaberg
- Ryfylke: Strand, Hjelmeland, Suldal, Sauda, Kvitsøy
- Haugalandet: Haugesund, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord

Kommuner og regioner i Rogaland

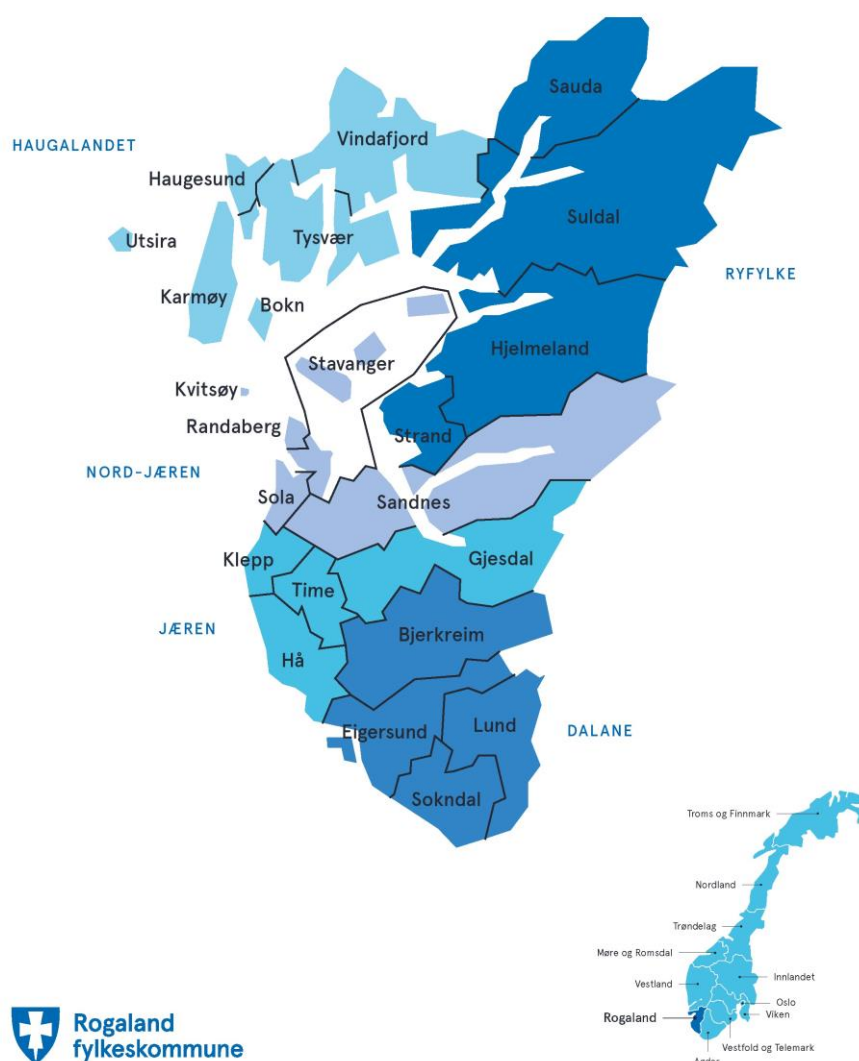


Fig 2.2: Regioninndelingen som er brukt i denne rapporten.
Kart laget av Rogaland fylkeskommune.

Tabell 2.2 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 26,7 til 34,2 %.

Tabell 2.3 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (33,7 %) enn blant menn (25,7 %). Svarprosenten varierer betydelig over aldersgrupper for begge kjønn, og særlig blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høyest i aldersgruppen 60-69 år (44,9 %) og lavest blant de yngste (24,6 %) og de eldste (24,5 %). Blant menn er svarprosenten høyest i aldersgruppen 70-79 år (47,2 %) og lavest i den yngste aldersgruppen, der bare 14,3 % besvarte skjemaet.

Tabell 2.2: Fordeling av inviterte og det endelige utvalget etter region/kommune (ikke-vektede tall).

	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltakelse i prosent
Dalane	8 837	2 694	30,5
Sør-Jæren	11 490	3 375	29,4
Nord-Jæren	16 700	4 463	26,7
Ryfylke	9 885	3 377	34,2
Haugalandet	13 003	3 712	28,5
Alle	59 915	17 621	29,4

Tabell 2.3: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe.

	Kvinner			Menn		
	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltakelse i prosent	Inviterte <i>n</i>	Svarte <i>n</i>	Deltakelse i prosent
18-29	7 614	1 874	24,6	11 098	1 591	14,3
30-39	4 528	1 415	31,3	4 769	930	19,5
40-49	4 426	1 639	37,0	4 815	1 185	24,6
50-59	4 261	1 759	41,3	4 460	1 533	34,4
60-69	3 375	1 516	44,9	3 641	1 595	43,8
70-79	2 039	767	37,6	2 148	1 013	47,2
80+	1 410	346	24,5	1 331	458	34,4
Alle	27 653	9 316	33,7	32 262	8 305	25,7

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 dem som ikke svarer [28]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten.

Under datainnsamlingen i Rogaland ble det oversamlet blant både yngre (18-29 år) og eldre (80 år eller eldre). Dette for å sikre et større antall observasjoner enn vi normalt ville fått i disse gruppene. Slik oversampling løser likevel ikke alle problemene som henger sammen med seleksjon. Siden svarprosenten fortsatt er lavest blant de yngste og eldste, antar vi at seleksjonsproblemet likevel er størst i disse gruppene.

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 dem som svarer etter første invitasjon [2]. Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår.

Vi vet ikke i hvilken grad en høyere deltakelse enn de inntil 46,5 prosentene som på det meste har deltatt i Folkehelseundersøkelsene i fylkene ville endret resultatene. Det blir nå gjennomført sammenligninger mellom de som deltar og de som ikke deltar basert på registerdata. Så om forholdsvis kort tid vet vi mer om dette.

Tabell 2.4: Utvalget og befolkningstall etter kjønn og aldersgruppe.

	Kvinner			Menn		
	Befolkning <i>n</i>	Utvalg <i>n</i>	Utvalget i prosent av alle i aldersgruppen	Befolkning <i>n</i>	Utvalg <i>n</i>	Utvalget i prosent av alle i aldersgruppen
18-29	35 184	1 874	5,3	37 818	1 591	4,2
30-39	34 513	1 415	4,1	35 704	930	2,6
40-49	32 603	1 639	5,0	35 084	1 185	3,4
50-59	30 994	1 759	5,7	32 655	1 533	4,7
60-69	24 946	1 516	6,1	25 485	1 595	6,3
70-79	18 446	767	4,2	17 854	1 013	5,7
80+	11 068	346	3,1	7 643	458	6,0
Alle	187 754	9 316	5,0	192 243	8 305	4,3

Tabell 2.4 viser hvor stor prosentandel av den samlede, voksne befolkningen i Rogaland som deltok i undersøkelsen brutt ned på aldersgrupper og kjønn. Blant menn finner vi de laveste andelen aldersgruppene 30-39 (2,6 %) og 40-49 (3,4 %). Tilsvarende finner vi den laveste andelen blant kvinner i den eldste aldersgruppen, der andelen som deltok i undersøkelsen var 3,1 %.

I Rogaland 2023 ble de i yngste aldersgruppe (18-29) oversamlet og oversamplingen var betydelig større blant menn enn blant kvinner. Dessuten ble de i aldersgruppen 80+ oversamlet. Uten denne oversamplingen ville vi fått færre med i de gruppene som ble oversamlet. Oversamplingen blant de eldste har særlig ført til et nokså høyt antall menn i den eldste aldersgruppen. Total sett har vi oppnådd en noe jevnere representasjon på tvers av kjønn og aldersgrupper enn det som har vært vanlig i Folkehelseundersøkelsene i fylkene.

2.2 Den lokale innsatsen

2.2.1 Organiseringen av arbeidet

Internt i Rogaland fylkeskommune var det Spesialrådgiver Rune Thorkildsen Slettebak i Plan-, miljø- og samfunnsavdelingen som hadde hovedansvaret for koordinering av arbeidet med Folkehelseundersøkelsen. Dette omfattet valg av tilleggsspørsmål og skalaer og diskusjoner med Folkehelseinstituttet om trekking av utvalg. Underveis ble folkehelsegruppen i fylkeskommunen også konsultert.

2.2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Rogaland

Det ble ikke gjennomført noen kampanje for å få folk til å delta i undersøkelsen i 2023. Noe informasjon ble likevel spredd i media. Spesialrådgiver Rune Thorkildsen Slettebak i Rogaland fylkeskommune ble den 25. september 2023 intervjuet på lokalradioen. Den 21. september ble det sendt ut en pressemelding om undersøkelsen. Det gikk også ut informasjon om undersøkelsen til postmottakene i alle kommunene i fylket og til alle kontaktpersonene i Partnerskap for folkehelse. Partnerskap for folkehelse omfatter kommunene i Rogaland, en rekke organisasjoner og flere regionale aktører (bl.a. kompetansesentra, utdanningsinstitusjoner).

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 innværende 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.

Den mindre revisjonen som ble gjennomført vinteren 2022/23 ble gjort for å forkorte grunnmodulen. Dette med tanke på å redusere total lengden på skjemaet og for å gi hvert fylke mer rom for å legge inn egne spørsmål. I 2020 ble det gjort en større revisjon av grunnmodulen. Den ble gjennomført av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjonene ble 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 Rogaland. En detaljert spørsmålsoversikt og redegjørelse for skåringsprosedyrer og operasjonalisering av ulike variablene presenteres i Vedlegg 2.

2.4 Statistiske analyser

En oversikt over den fullstendige fordelingen på de fleste utfallsvariablene som presenteres i rapporten er gitt i Vedlegg 4 i denne rapporten. I diagrammene, som utgjør hoveddelen av resultatpresentasjonen i rapporten, er de kategorielle utfallsvariablene kodet om til dikotomier. De er med andre ord delt inn i to grupper, for eksempel høy grad versus ikke høy grad av sosial støtte. Sammenhengene med prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning, vurdering av husholdningens økonomi) beskrives ved bruk av presenter og 95-prosents 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.

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 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 regioner innen fylket både uten justering og med justering for kjønn, alder og utdanning. Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av de som er skoleelever eller studenter eller er under 26 år gamle. 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 der utdanning inngår som kontrollvariabel.

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.

Hver utfallsvariabel presenteres så etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på data fra dem som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Deretter presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler. Og til slutt presenterer vi utfallsvariabelen etter rapportert husholdningsøkonomi (i hvilken grad pengene strekker til) med justering for alder og kjønn. Resultatene blir presentert ved bruk av stolpediagrammer som også viser presenter eller gjennomsnitt for hele fylket og 95 prosents konfidensintervall.

Det at andelen som er trukket ut til å delta i undersøkelsen varierer fra kommune til kommune, har gjort det nødvendig å benytte vektning i de fleste statistiske analysene. I analysene av data fra Rogaland har vi dessuten tatt hensyn til fordelingen på kjønn og alder i befolkningen. I Kantar kalles dette kombinasjonsvektning. Vektingen er gjort slik at det totale antallet observasjoner etter vektning er likt antall observasjoner før vektning.

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, som nevnt ovenfor, tall for regioner innen fylket. I et sett av tilleggs-tabeller, kommunetabellene, blir det gitt tall for den enkelte kommune på alle de utfallsvariablene som er med i denne rapporten. Tallene presenteres også separat for menn og kvinner. For hvert gjennomsnitt eller hver prosent som presenteres i kommunetabellene oppgis også 95 prosents konfidensintervall.

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 deltaker⁷. 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 gjort ved bruk av Complex-modulen i SPSS.

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 [29]. 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) [30]. Når en regner ut Cohens d , benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene. Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på kategorielle (dikotome) utfallsmål, beregner vi i noen tilfeller Cohens h .

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 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 fra og med 0,25 og til med 0,49 er middels, og at

⁷ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

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 [30].

Vi har blant annet 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.

Vi har også benyttet effektstørrelser for å vurdere endringer over tid, fra FHUS Rogaland 2020 til den foreliggende undersøkelsen.

På en del av utfallsmålene våre er det benyttet skalaer som går fra 0-10, og det er angitt hva ytterpunktene på skalaene betyr. På spørsmålet om «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» betyr tallet 10 «Svært fornøyd» og tallet 0 (null) betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt». Når en regner ut gjennomsnittstall og standardavvik, kan det imidlertid være vanskelig å forstå hva tallene egentlig betyr. Hva betyr det for eksempel at kvinner i aldersgruppen 18-29 år har et gjennomsnitt på 6,46, mens de som er i aldersgruppen 50-59 har et gjennomsnitt på 7,32? Og hva betyr det at gjennomsnittsskåren for kvinner gikk ned fra 7,54 i 2020 til 7,10 i 2023. Hvor stor er egentlig forskjellen mellom gruppene og hvor stor er egentlig endringen fra 2020 til 2023? For å bøyte litt på dette problemet har vi, slik som beskrevet ovenfor, benyttet effektstørrelser der vi opererer med regler for hva som er små, middels og store effekter.

Vi må føye til at i andre sammenhenger gir gjennomsnittstall intuitivt mer mening, for eksempel når en angir gjennomsnittlig høyde eller gjennomsnittlig bruttoinntekt.

For å gjøre resultatene mer forståelige, har vi på en del av 0-10-variablene laget kategorier. På spørsmålet om tilfredshet med livet har vi for eksempel sagt at svar i området 0-5 betyr lav grad av tilfredshet. Svar fra 6-8 sier vi tilsvarende middels tilfredshet. De som har svart 9-10 sier vi har høy grad av tilfredshet. Dermed kan vi rapportere andel med lav og andel med høy grad av tilfredshet både totalt og i undergrupper. Og vi kan rapportere hvor mange prosentpoengs endring vi har sett i disse tallene fra 2020 til 2023. Slike inndelinger i «Lav», «Middels» og «Høy» er det mulig å foreta når det er etablert normer for en slik inndeling. Vi har et stykke på vei basert oss på inndelinger som tidligere er benyttet i rapporter fra Statistisk sentralbyrå [29]. Hvordan vi har satt kategorigrensene er beskrevet under de aktuelle figurene i hoveddelen (del 4) av denne rapporten.

Når en kategoriserer metriske variabler, utnytter man informasjonen i dataene noe dårligere enn når man baserer analysene på hele skalaene. En ser bort fra variasjonen i skårer innen kategorier. Men siden antall observasjoner i FHUS-undersøkelsene er høyt, vil resultater som beskrives ved hjelp av kategorier og prosentager som regel stemme godt overens med de resultatene vi får ved å analysere direkte på skala-variablene.

I den foreliggende rapporten har vi først og fremst benyttet kategoriseringen av skala-variabler når vi har beskrevet endringer fra 2020 til 2023.

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldig utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, bydeler), trekker vi her 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 prosentvis 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. I tillegg til dette kan dataene vektes slik at en tar hensyn til hvordan gruppene fordeler seg i befolkningen (populasjonsvekting). I den foreliggende rapporten har vi benyttet en kombinasjon av designvekting og populasjonsvekting.

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

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

Nokså mange av spørsmålene og skalaene fra skjemaet som ble brukt nå i 2023 ble også benyttet i FHUS-undersøkelsen i Rogaland 2020. Dette gjør det mulig å se på endringer fra 2020 til 2023. Dette har vi gjort ved å gi vektete totaltall for begge tidspunkt for alle utfallsvariablene som var med på begge undersøkelsene.

Vi har dessuten gjort grundigere analyser der vi har justert totaltallene for alder og kjønn. Utfallsvariablene er dessuten brutt ned på kjønn, utdanning (Kort: videregående med eller uten fagskole i tillegg eller kortere, Lang: universitets- eller høyskoleutdanning) og aldersgrupper (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 og 80 år eller eldre). Hver utfallsvariabel vises i et såkalt *Forest plot*. Her vises prediktorvariablene på y-aksen (kjønn, utdanning og aldersgruppe), mens x-aksen viser skalaen på utfallsålet. Analysen for kjønn er justert for alder, analysen for alder er justert for kjønn, og analysen for utdanning er justert for alder og kjønn. For alle analysene presentert i forest plot'ene er det lagt inn interaksjonsledd med tid for alle prediktorvariablene. Sammenhengen mellom todelte utfall og prediktorer (kjønn, utdanning og alder) presenteres ved bruk av prosentvis og 95-prosents konfidensintervaller. Metriske variabler presenteres ved bruk av gjennomsnitt og 95-prosents konfidensintervaller.

2.6 Viktige forbehold

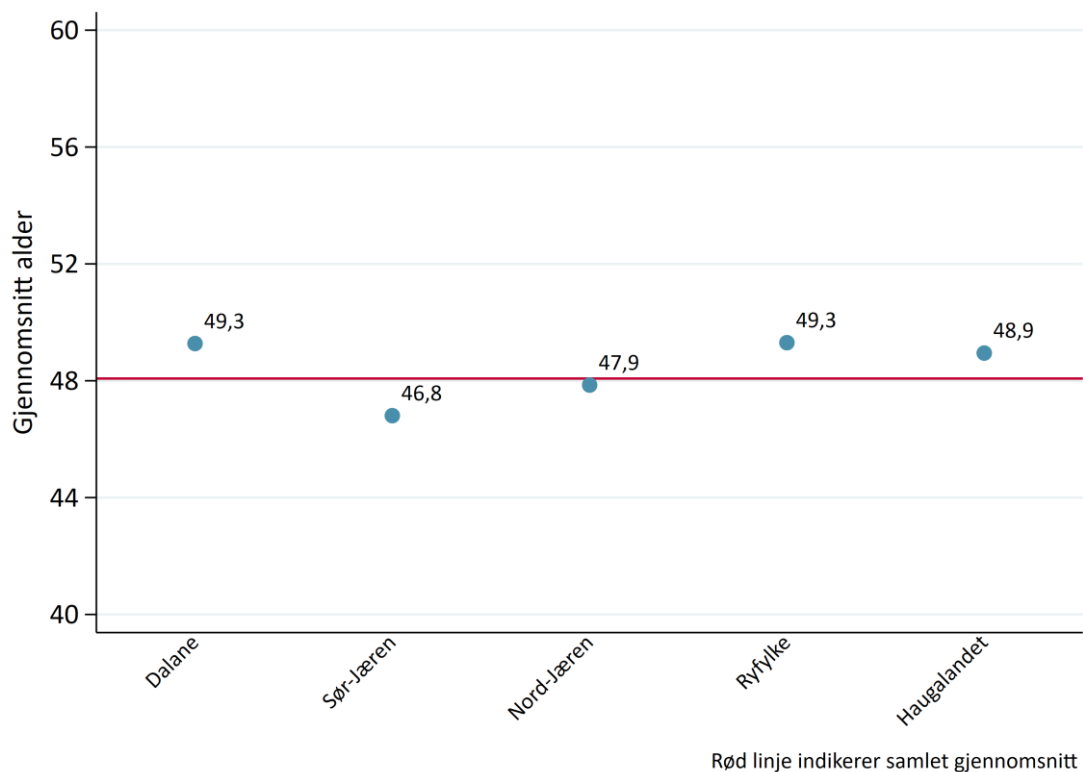
Når vi i oppsummeringen og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å merke seg at disse vurderingene er relative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. 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 i Rogaland var, som allerede nevnt, på 29,4 %. 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. Den litt lavere svarprosenten i Rogaland sammenlignet med tidligere datainnsamlinger i FHUS skyldes blant annet at vi har oversamlet grupper der svarprosenten vanligvis er lav.

3 Resultater: Rogaland 2023

3.1 Alder: Regioner i Rogaland

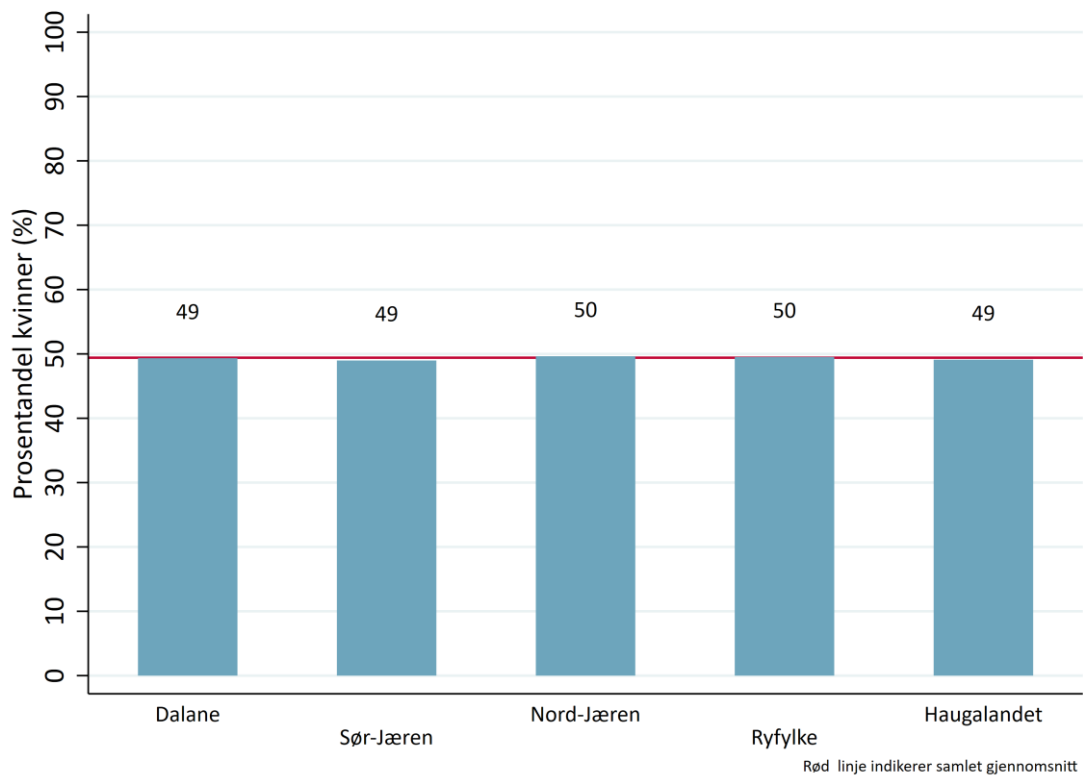
Figur 1: Alder etter regioner i Rogaland



Figur 1 viser gjennomsnittlig alder på respondentene for hver region i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for hele fylket. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalget er 48,1 år (kvinner: 48,3 år; menn 47,9 år – vektete tall). Det er en forskjell på 2,5 år mellom regionene med høyest (Dalane og Ryfylke) og regionen med lavest (Sør-Jæren) gjennomsnittsalder.

3.2 Kjønn: Regioner i Rogaland

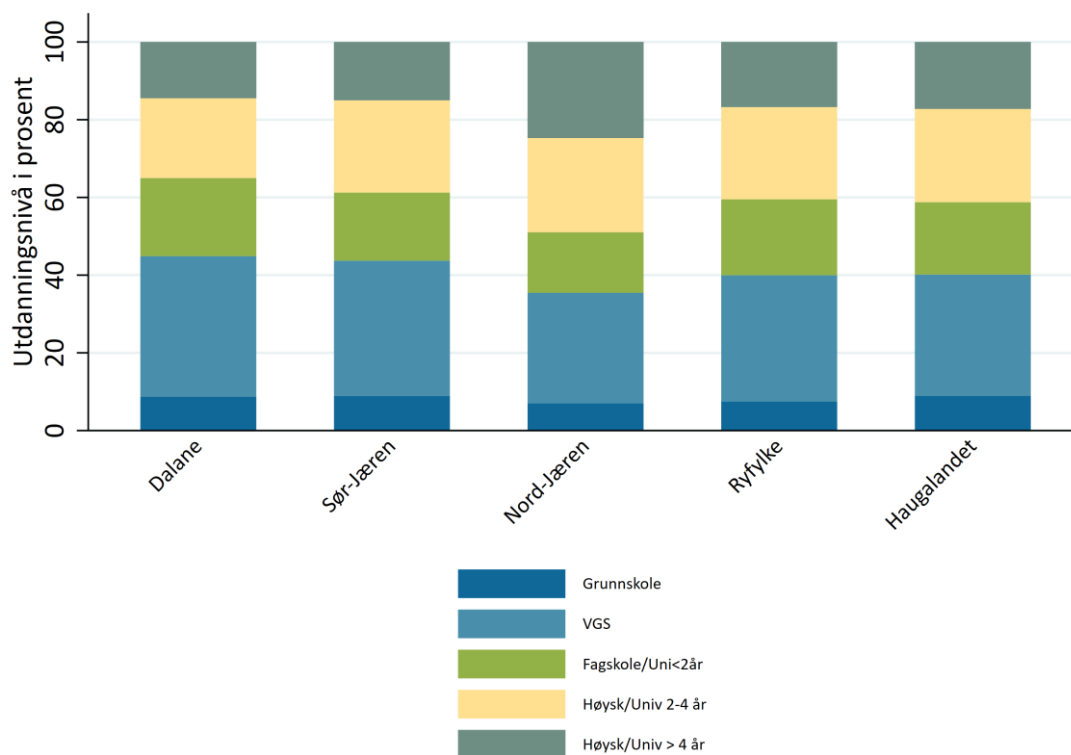
Figur 2: Kjønn etter regioner i Rogaland



Figur 2 viser kjønnsfordelingen for respondenter fra de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen representerer fylket som helhet. Søylene med tall viser hvor stor prosentandel av respondentene som var kvinner. Kvinner utgjør 49,4 % av utvalget (vektet). Alle regionene hadde omtrent like mange menn og kvinner.

3.3 Utdanningsnivå - femdelt etter regioner i Rogaland

Figur 3: Utdanningsnivå - femdelt etter regioner i Rogaland

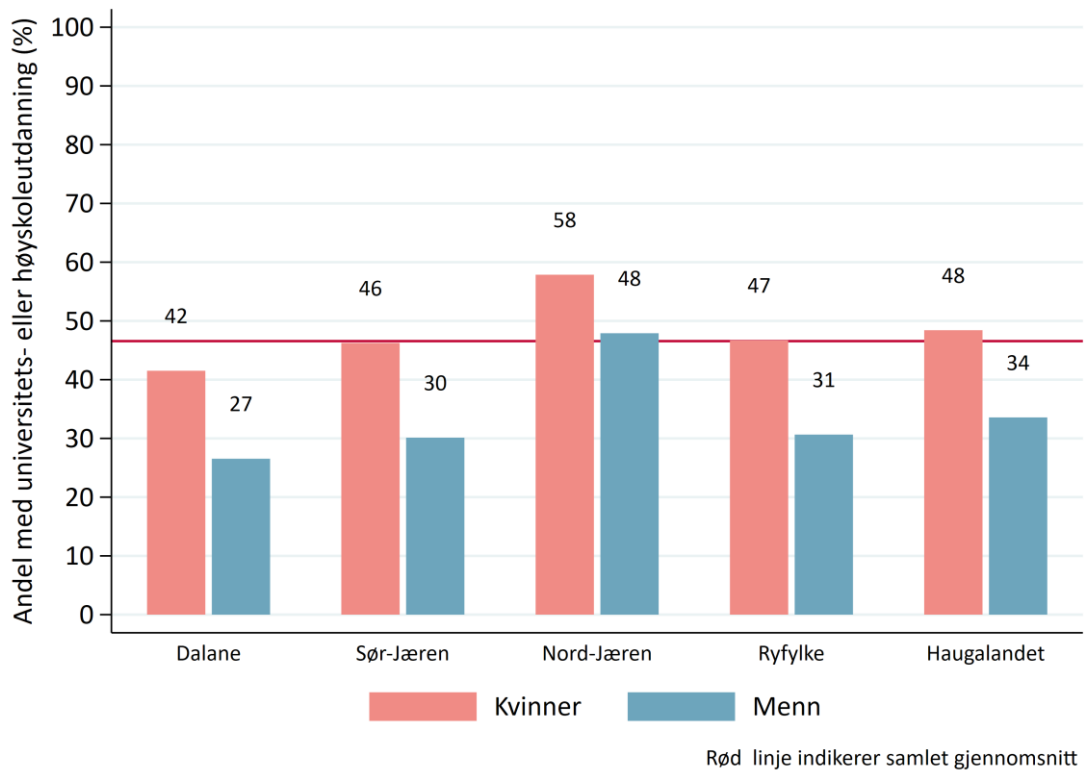


Figur 3 viser fordelingen av utdanningsnivå blant respondentene fra de ulike regionene i Rogaland. Grunnskolenivå (mørkeblå) var den kategorien med færrest respondenter på tvers av regionene (7,2 %). Videregående skole (lyseblå) var den kategorien med flest respondenter i alle regionene (29,1 %). De med fagskole eller universitetsutdanning på mindre enn to år (grønn) utgjorde 17,2 % av respondentene, og fordelte seg jevnt på tvers av regionene. De med høyskole-/universitetsutdanning på to til fire år (gul) utgjorde 24,1 % av alle deltakerne i studien. Også denne gruppen fordelte seg også nokså jevnt på tvers av regionene. Gruppen med Høyskole eller universitetsutdanning av mer enn fire års varighet utgjorde 22,5 % (vektede tall).

Nord-Jæren hadde høyest andel respondenter med høyskole-/universitetsutdanning på mer enn 4 år (grå farge).

3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Rogaland

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regioner i Rogaland

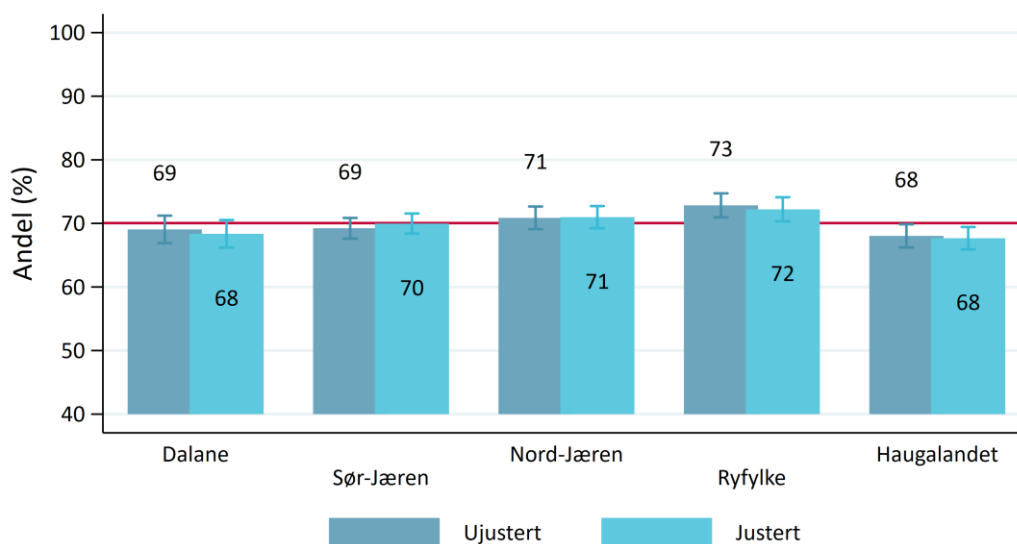


Figur 4 viser andel som har oppgitt å ha universitets- eller høyskoleutdanning på 2 år eller mer i de ulike regionene (heretter kalt høyere utdanning). Den røde linjen viser andel med høyere utdanning for hele Rogaland (46,6 %, vektet). Figuren viser at en større andel kvinner enn menn hadde høyere utdanning i alle regionene. Kjønnfordelingen var jevnest i Nord-Jæren, hvor det var en forskjell i andel med høyere utdanning på 10 prosentpoeng mellom kvinner og menn.

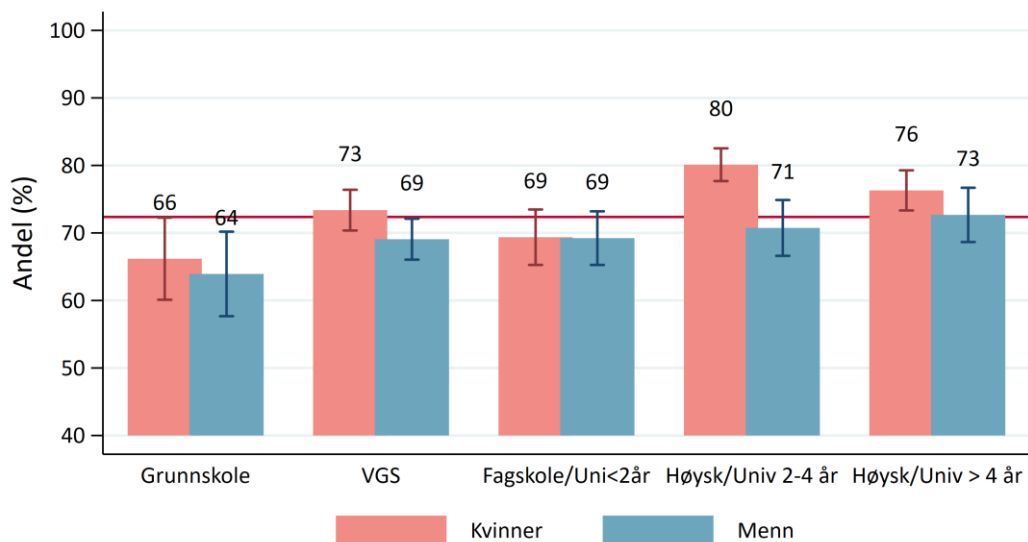
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 17 532 deltakere av 17 621 (99,5 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var **70,1 %** (KI95%: 69,0-71,1). Andelen for kvinner var 72,5 % (n=9 277; KI95%: 71,1-73,9) og andelen for menn var 67,7 % (n=8 255; KI95%: 66,0-69,3).

Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

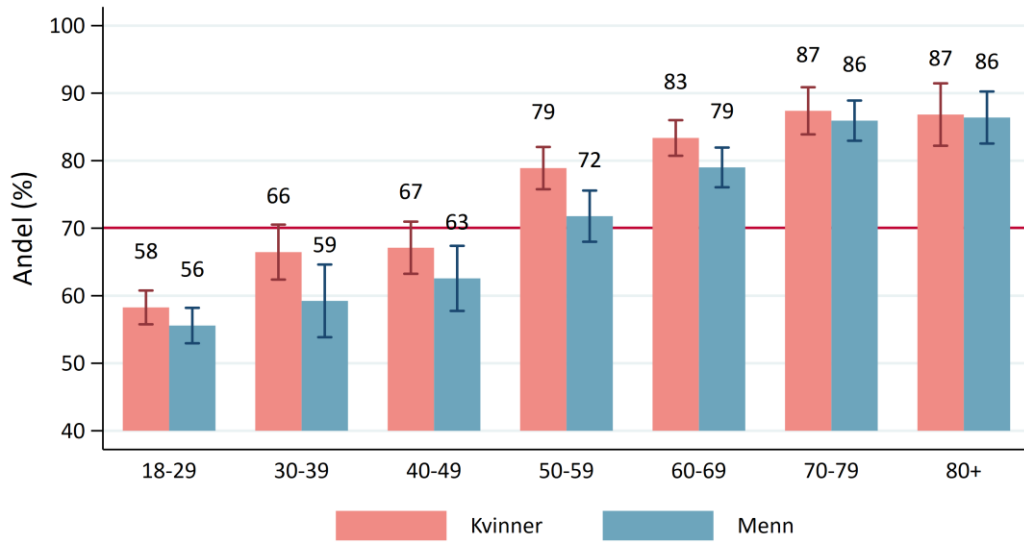


A)

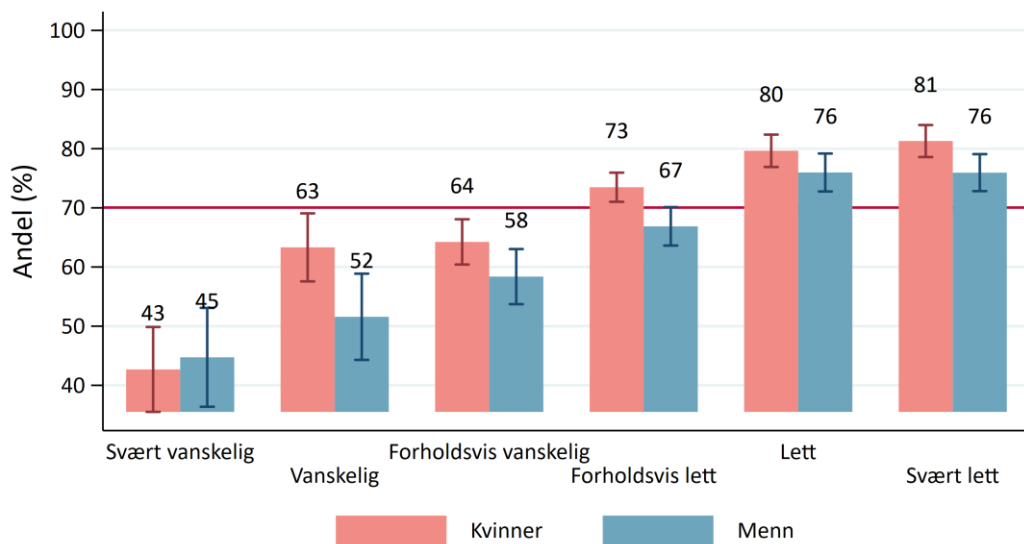


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 5A viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (70,1 %). Forskjellene på tvers av regioner var små med bare fem prosentpoengs forskjell mellom regionen med høyest (Ryfylke) og regionen med lavest andel (Haugalandet) (ujusterte tall).

Figur 5B viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen var lavest blant menn med grunnskoleutdanning (64 %) og høyest blant kvinner på nest høyeste utdanningsnivå (Høyskole eller universitet i 2-4 år) (80 %).

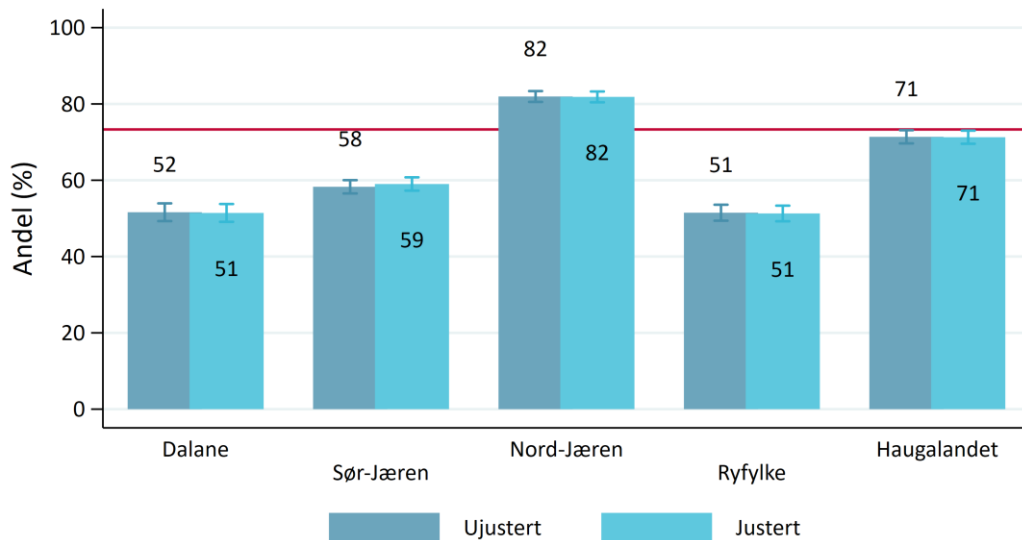
Figur 5C viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder. Figuren viser en trend hvor andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet øker sterkt med alderen. Andelen er lavest i de yngste aldersgruppene (18-49), særlig for menn. Andelen er høyest i de eldste aldersgruppene (60+).

Figur 5D viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen var på 43% (blant kvinner) og 45% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Blant de som svarte at det er svært lett å få pengene til å strekke til, var andelen som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet 81 % (blant kvinner) og 76 % (blant menn).

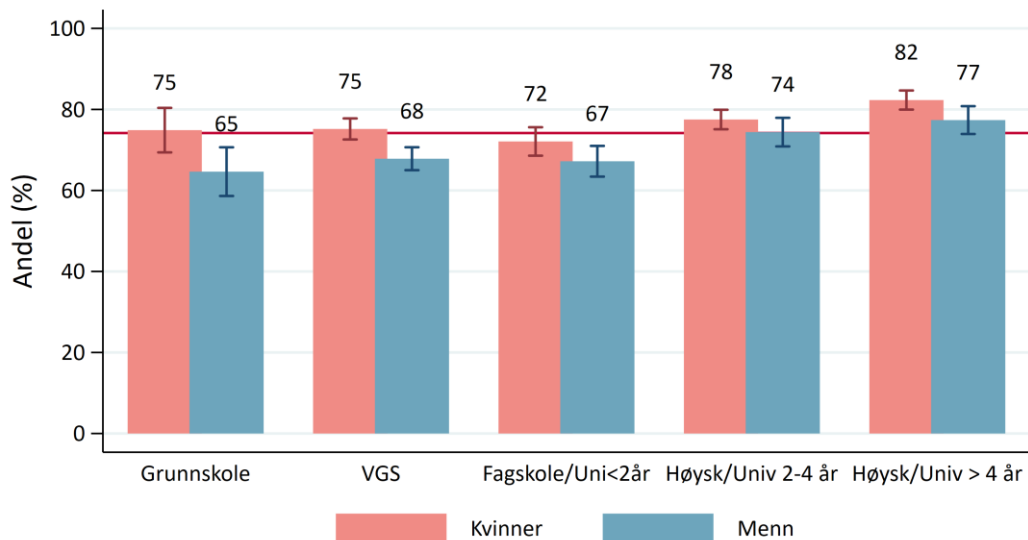
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 17 272 deltakere av 17 621 (98,0 %) hadde gyldig svar på Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **73,3 %** (KI95%: 72,4-74,3). Andelen for kvinner var 76,0 % (n=9 184; KI95%: 74,9-77,2) og andelen for menn var 70,6 % (n=8 088; KI95%: 69,2-72,1).

Figur 6: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

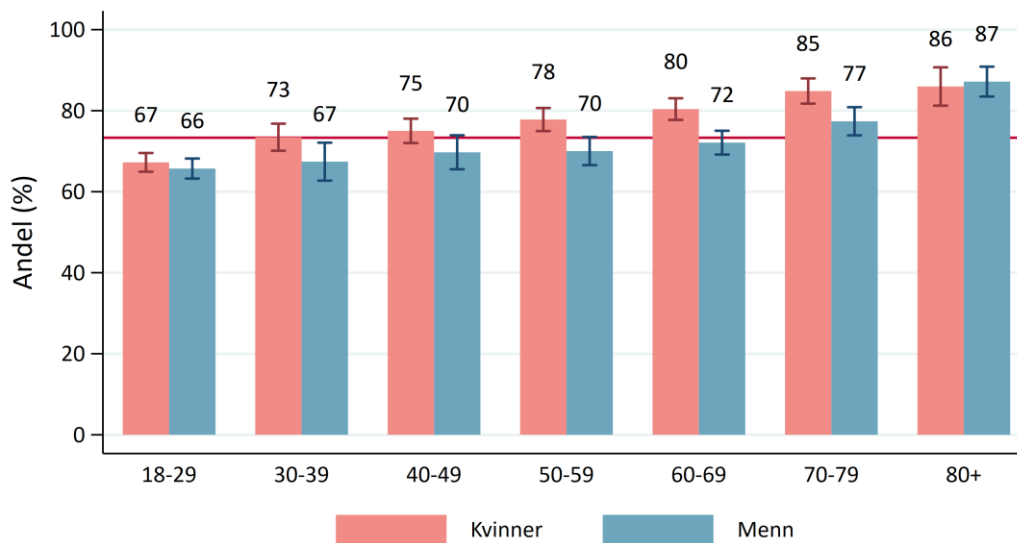


A)

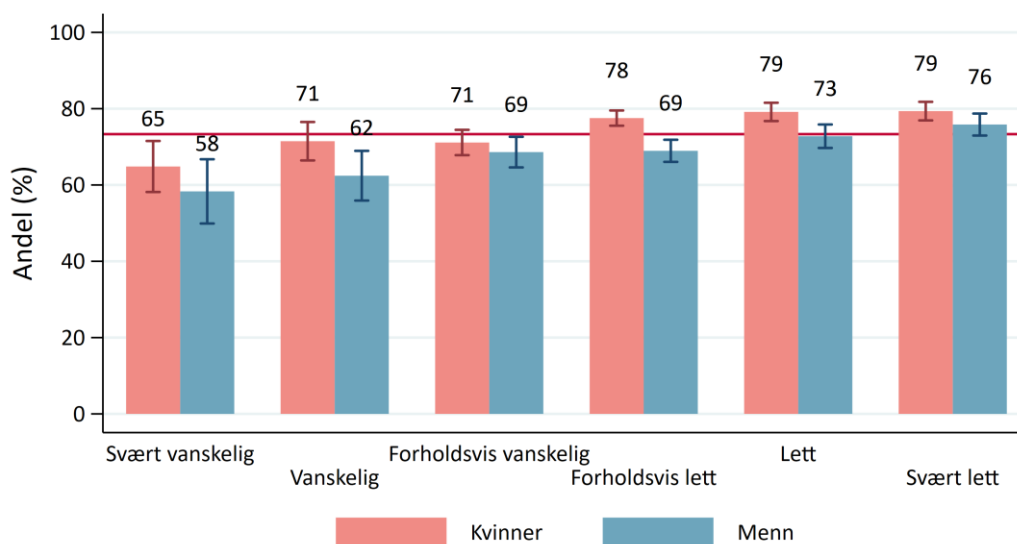


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 6A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (73,3 %). Figuren viser en forskjell på 31 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren) og regionen med lavest andel (Ryfylke).

Figur 6B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen menn som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud økte svakt med stigende utdanningsnivå. Andelen kvinner som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud steg litt med utdanning på universitets- eller høyskolenivå.

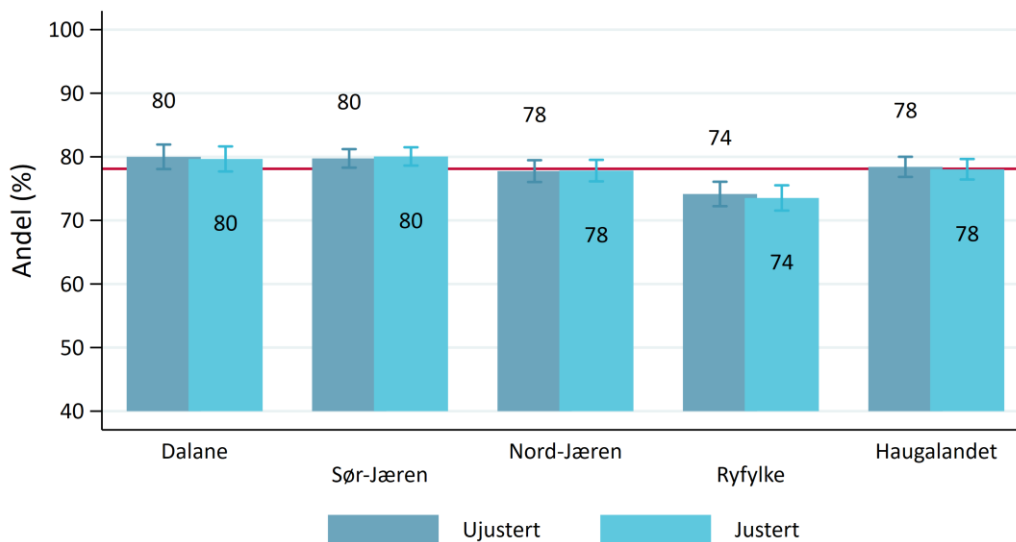
Figur 6C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud etter kjønn og alder. Figuren viser både blant menn og blant kvinner en svak økning i andel som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud over aldersgrupper.

Figur 6D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud. Andelen var på 65% (blant kvinner) og 58% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, mot 79 og 76 % i motsatt ende av skalaen.

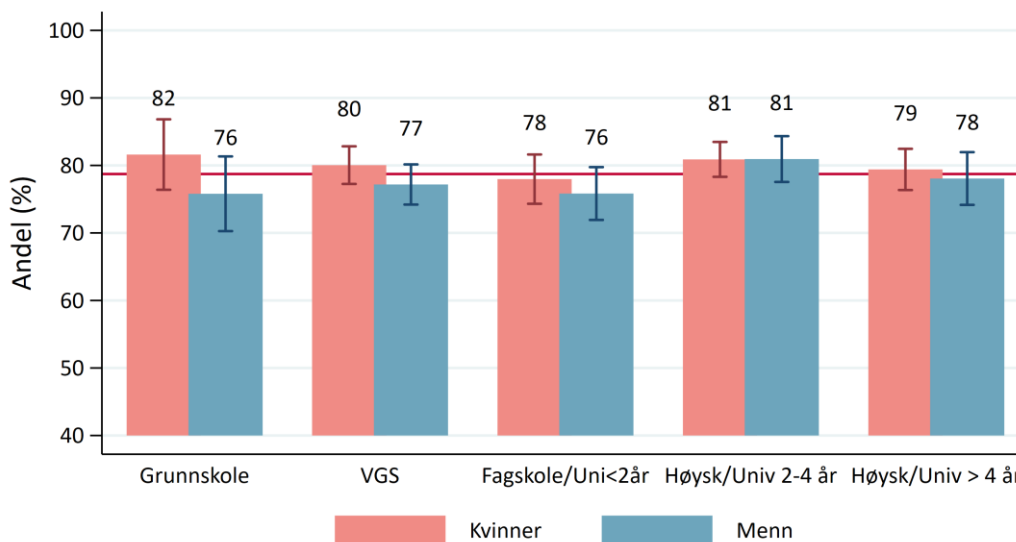
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 16 840 deltakere av 17 621 (95,6 %) hadde gyldig svar på Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **78,1 %** (KI95%: 77,1-79,1). Andelen for kvinner var 78,9 % (n=8 917; KI95%: 77,6-80,3) og andelen for menn var 77,3 % (n=7 923; KI95%: 75,7-78,8).

Figur 7: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

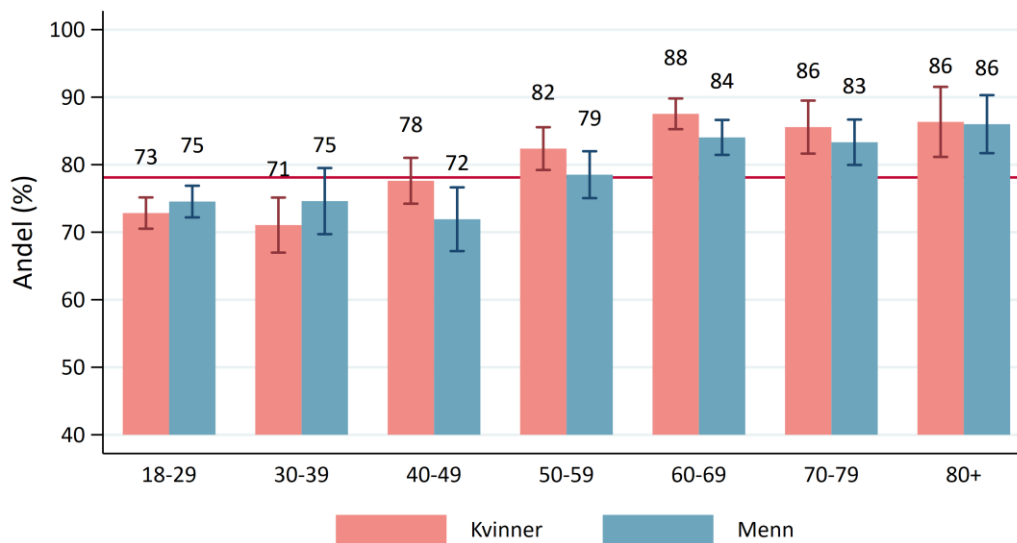


A)

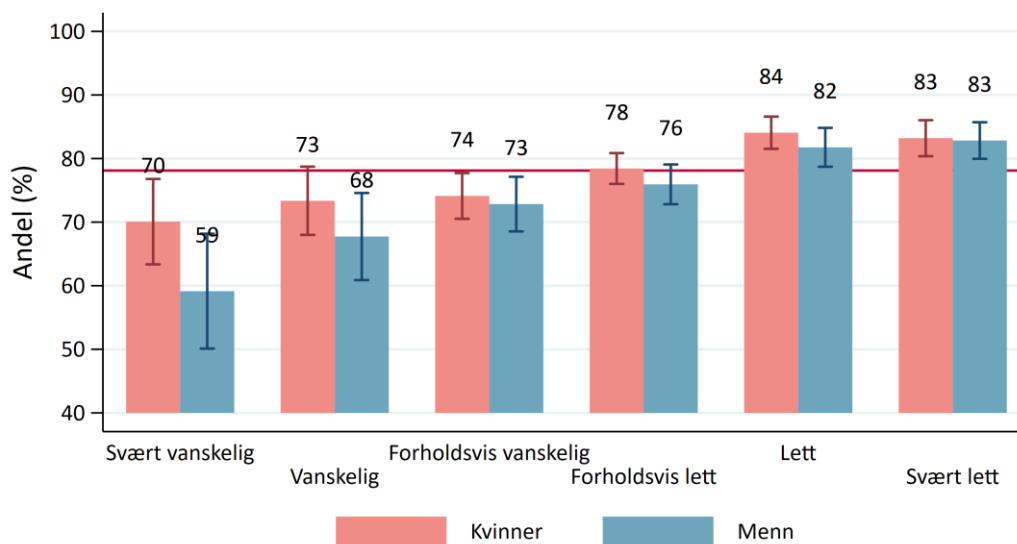


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 7A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (78,1 %). En av regionene, Ryfylke, skiller seg litt ut fra de øvrige med litt lavere andel (74 %) som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud.

Figur 7B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter kjønn og utdanningsnivå. Forskjellene mellom gruppene er små.

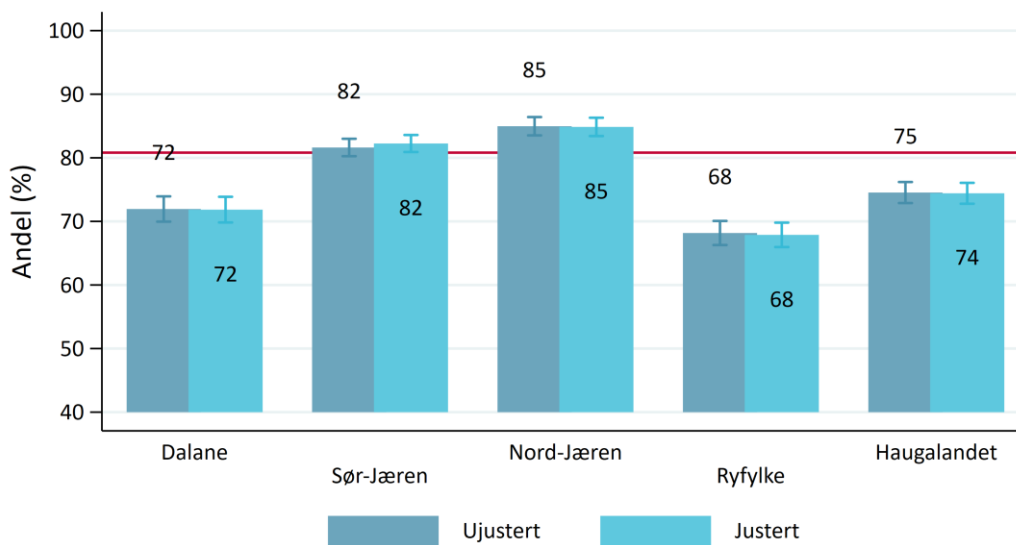
Figur 7C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter kjønn og alder. Figuren viser en økning i andel som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet fra aldersgruppen 40-49 til aldersgruppen 60-69.

Figur 7D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud.

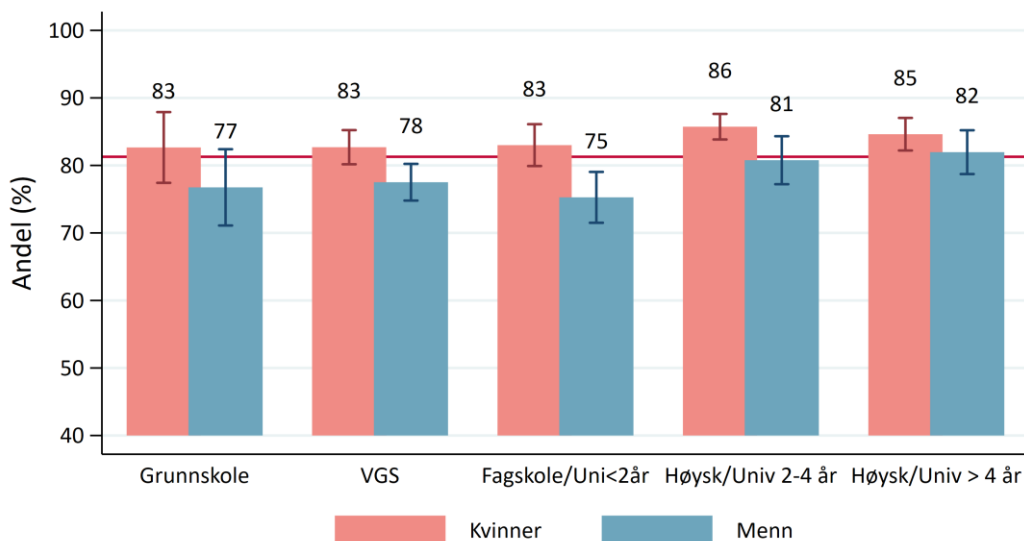
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 17 298 deltakere av 17 621 (98,2 %) hadde gyldig svar på Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **80,8 %** (KI95%: 79,9-81,7). Andelen for kvinner var 83,0 % (n=9 166; KI95%: 82,0-84,1) og andelen for menn var 78,6 % (n=8 132; KI95%: 77,2-80,1).

Figur 8: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

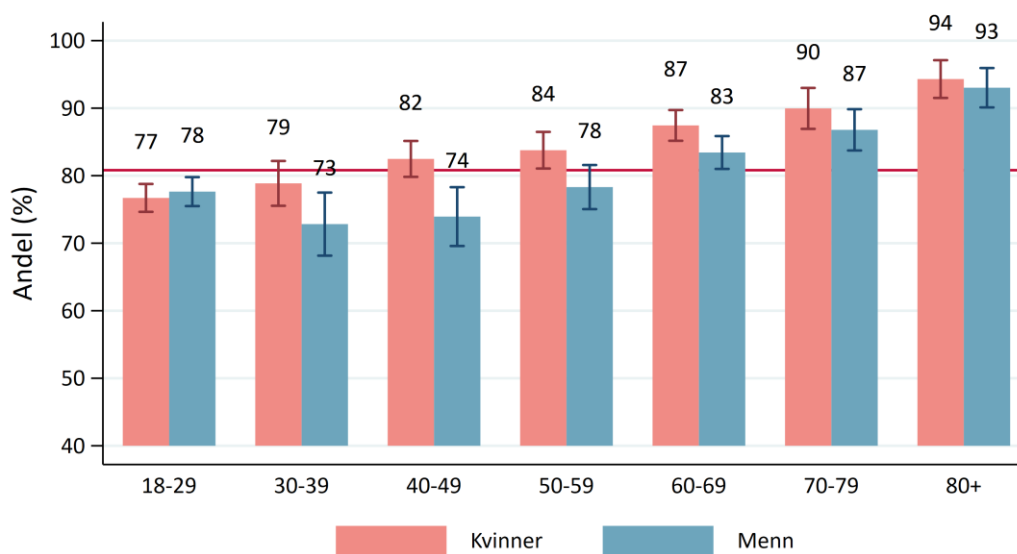


A)

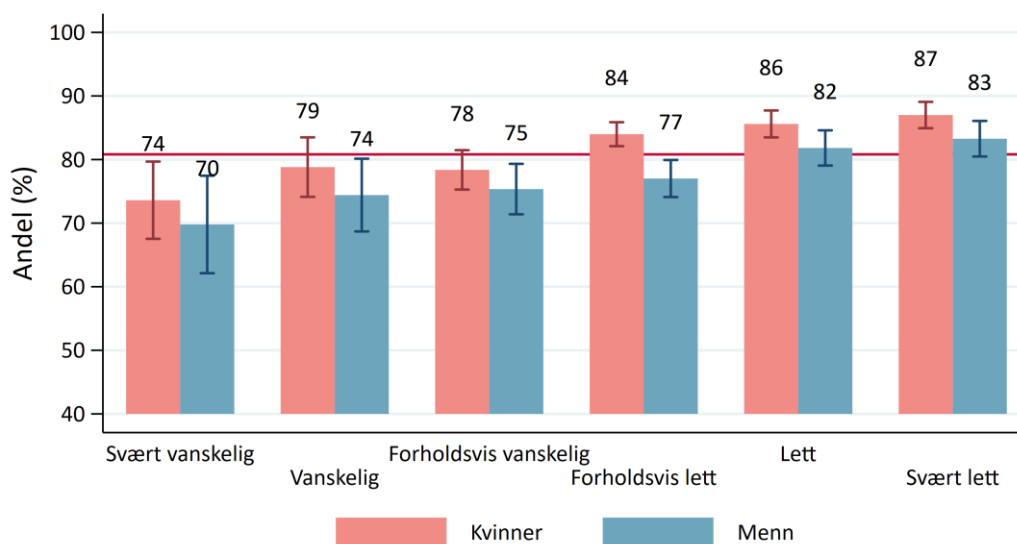


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 8A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud (heretter kalt servicetilbud) i regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (80,8 %). Figuren viser en forskjell på 17 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren) og regionen med lavest andel (Ryfylke). De høyeste andelen som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet finner vi i Sør-Jæren (82 %) og Nord-Jæren (85 %).

Figur 8B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud etter kjønn og utdanningsnivå. Forskjellene mellom utdanningsgruppene er svært små, men i alle utdanningskategoriene er andelen litt høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnforskjellen er bare signifikant blant de som i tillegg til videregående skole også har fagskole eller universitet/høyskole som er av mindre enn to års varighet.

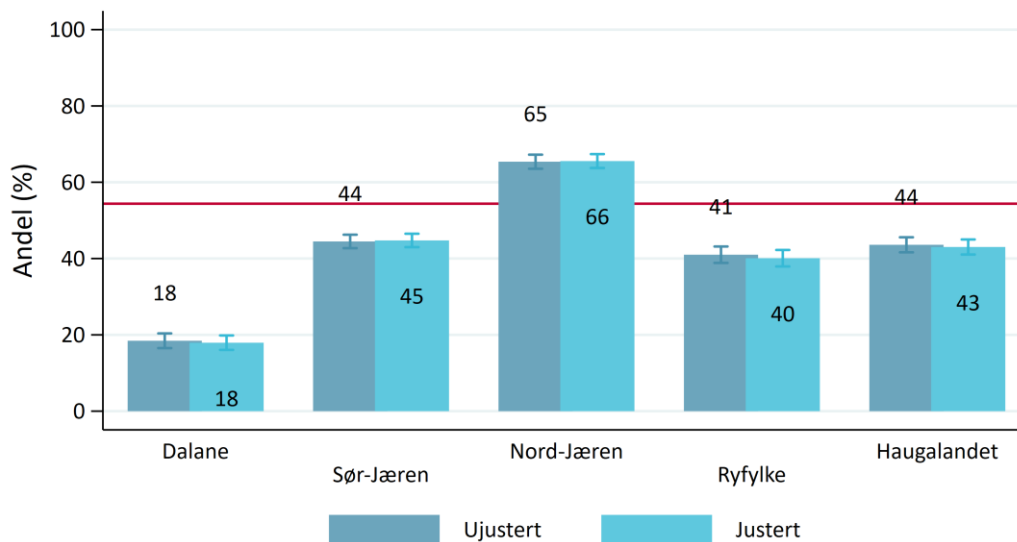
Figur 8C viser andelen av deltakerne som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er (fra og med aldersgruppen 30-39), desto høyere andel rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud.

Figur 8D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser, noe forenklet sagt, at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud. Andelen var på 74% (blant kvinner) og 70% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, mot 87 % (blant kvinner) og 83 % (blant menn) i motsatt ende av skalaen.

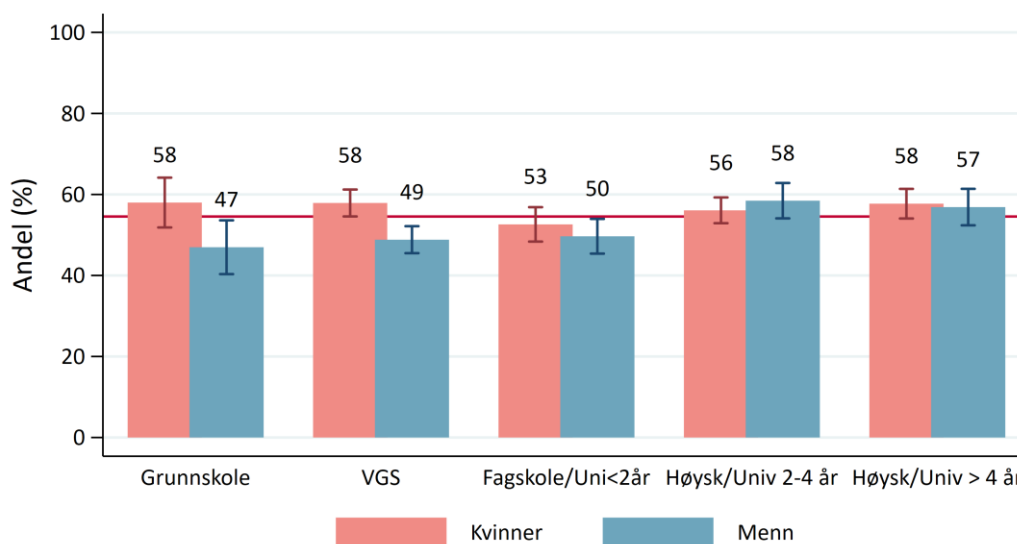
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 16 872 deltakere av 17 621 (95,7 %) hadde gyldig svar på Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **54,4 %** (KI95%: 53,2-55,5). Andelen for kvinner var 55,6 % (n=8 921; KI95%: 54,0-57,2) og andelen for menn var 53,2 % (n=7 951; KI95%: 51,4-54,9).

Figur 9: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

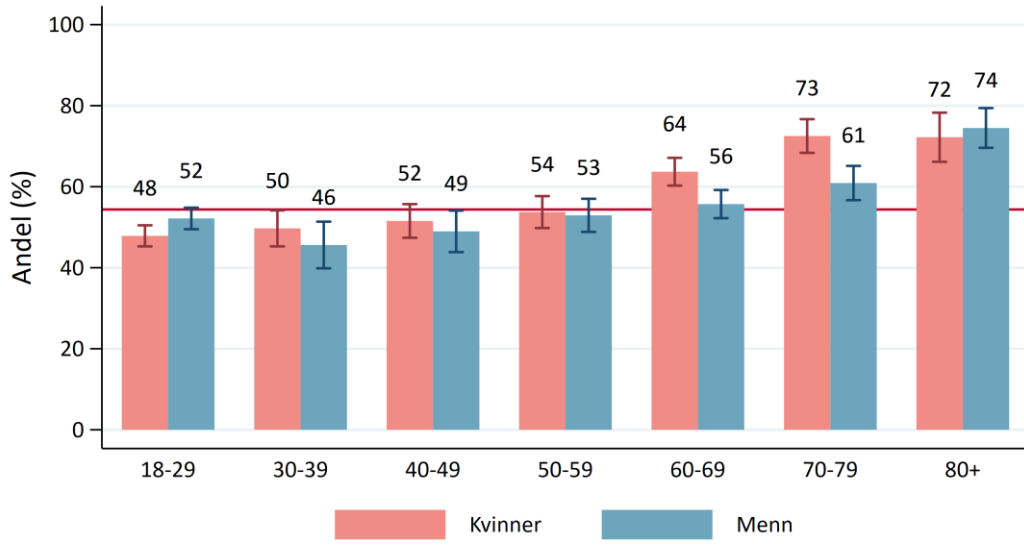


A)

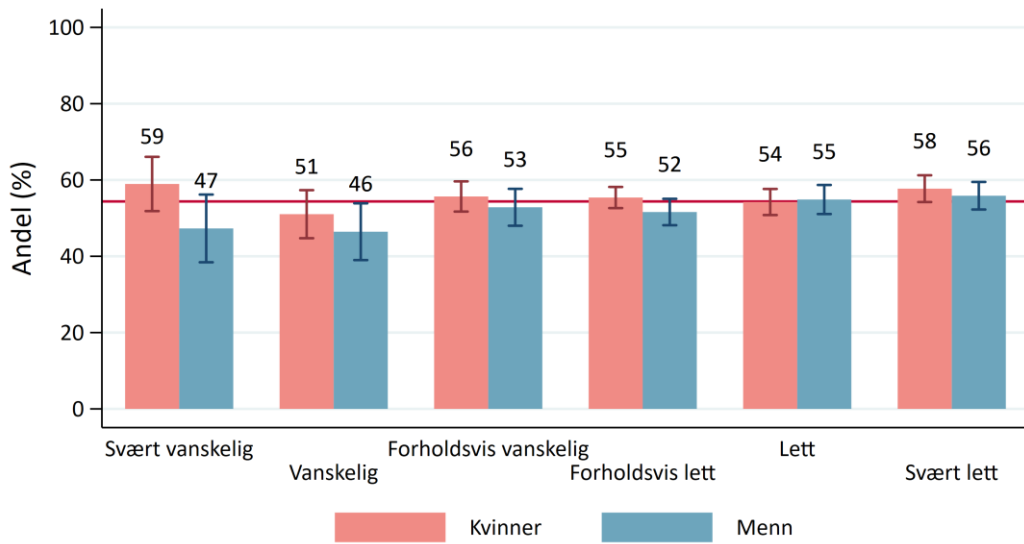


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 9A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (54,4 %). Figuren viser en forskjell på hele 47 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren – 65 %) og regionen med lavest andel (Dalane – 18 %). De øvrige regionene ligger omtrent midt imellom (41 % - 44 %) og skiller seg lite fra hverandre.

Figur 9B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen menn som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet øker svakt med stigende utdanningsnivå.

Figur 9C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter kjønn og alder. Andelen øker med stigende alder fra aldersgruppen 50-59.

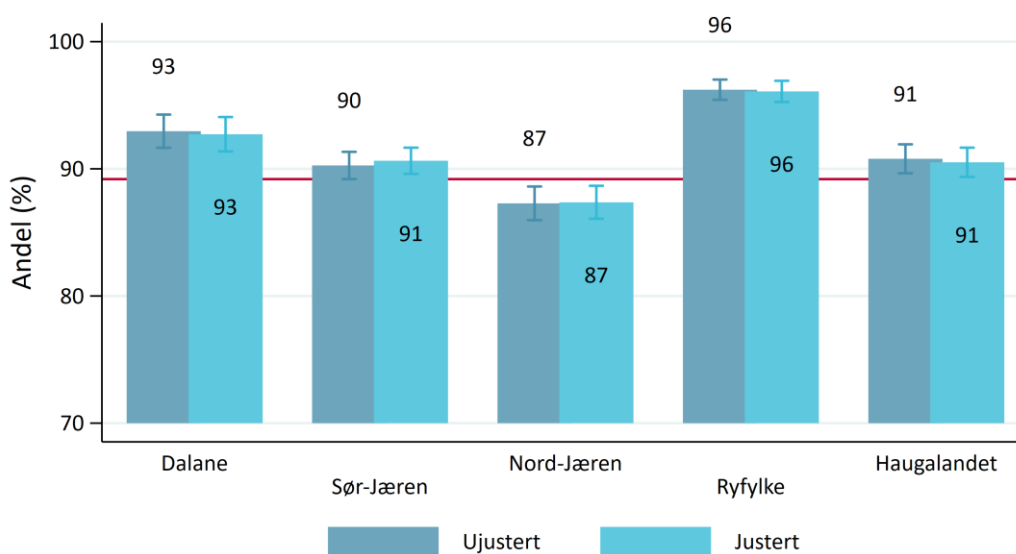
Figur 9D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser nokså små forskjeller mellom gruppene.

3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

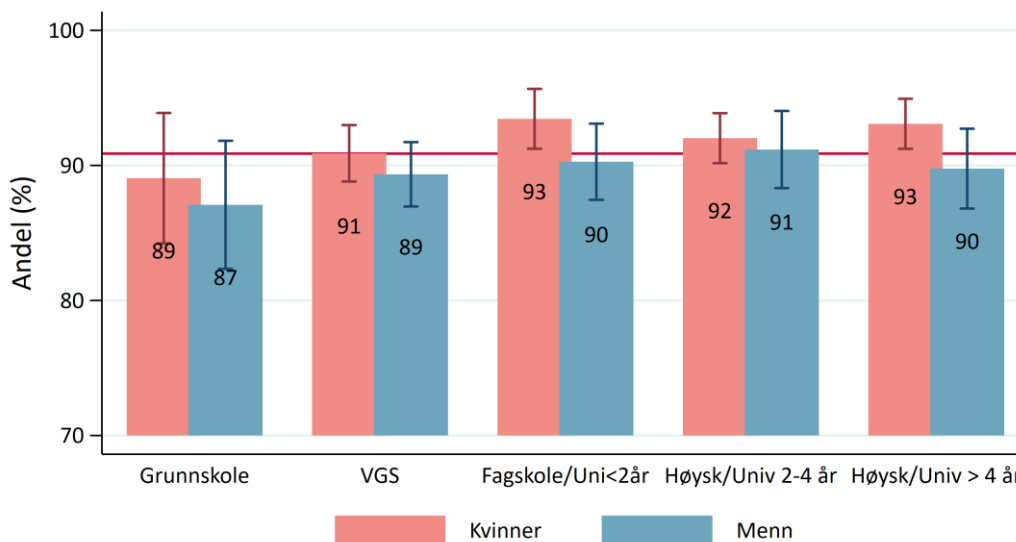
Totalt 17 384 deltakere av 17 621 (98,7 %) hadde gyldig svar på Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **89,2 %** (KI95%: 88,4-90,0).

Andelen for kvinner var 90,0 % (n=9 204; KI95%: 89,1-91,0) og andelen for menn var 88,4 % (n=8 180; KI95%: 87,1-89,6).

Figur 10: Natur- og friluftsområder - god tilgjengelighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

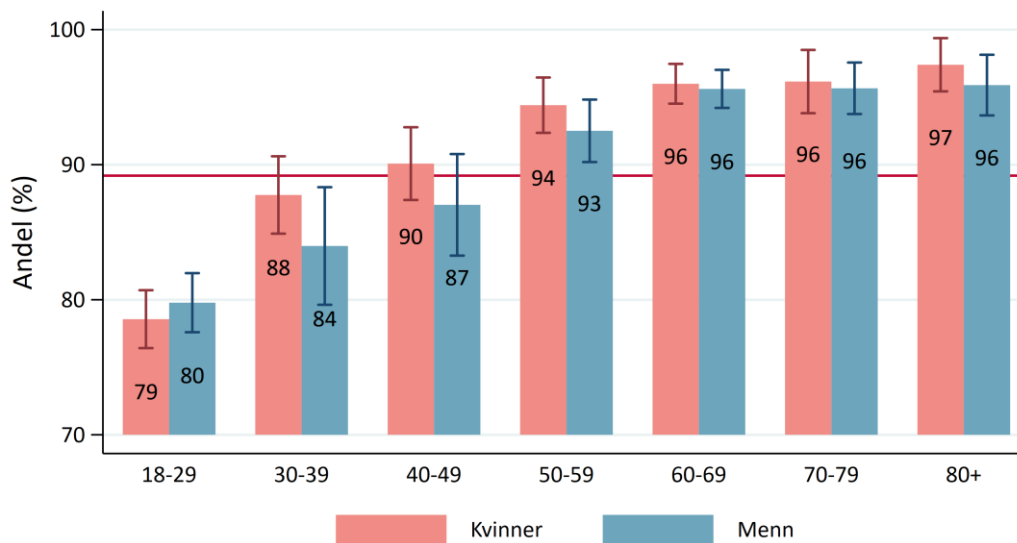


A)

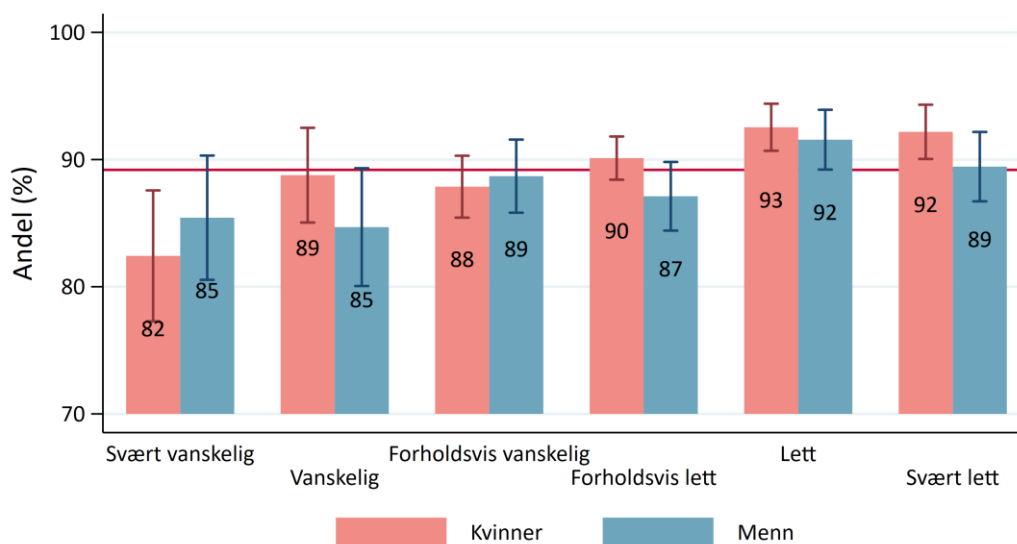


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 10A viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (89,2 %). Figuren viser en forskjell på 9 prosentpoeng (ujusterte tall) mellom regionen med høyest andel (Ryfylke) og regionen med lavest andel (Nord-Jæren).

Figur 10B viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet av natur- og friluftsområder etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser små forskjeller mellom utdanningsnivåene.

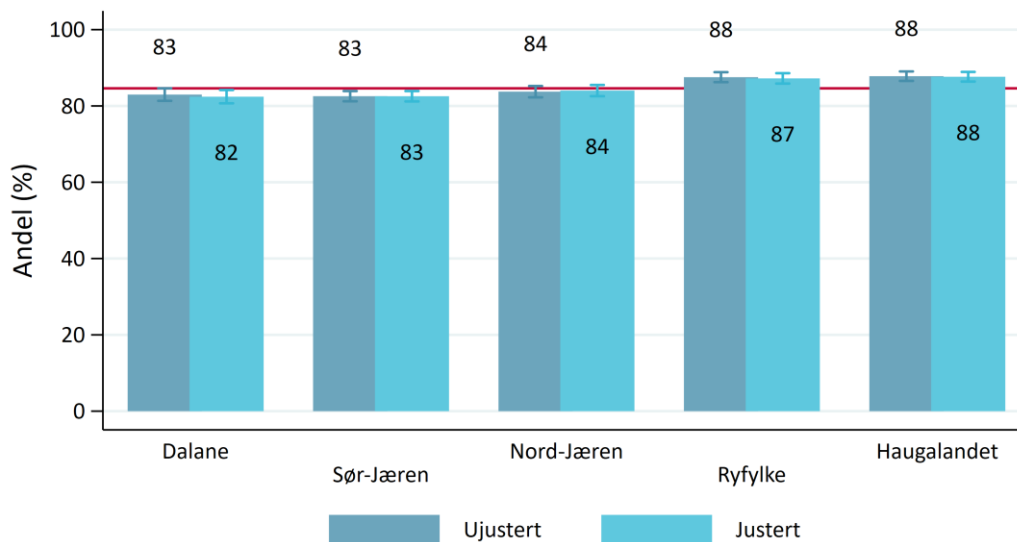
Figur 10C viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder etter kjønn og alder. Andelen som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, økte med stigende alder frem til 60-69 årsalderen. En lavere andel blant de yngste rapporterte svært god eller god tilgjengelighet av natur- og friluftsområder.

Figur 10D viser andel deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til, og kjønn. Figuren viser en svak og noe uregelmessig tendens til at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterer svært god eller god tilgjengelighet av natur- og friluftsområder.

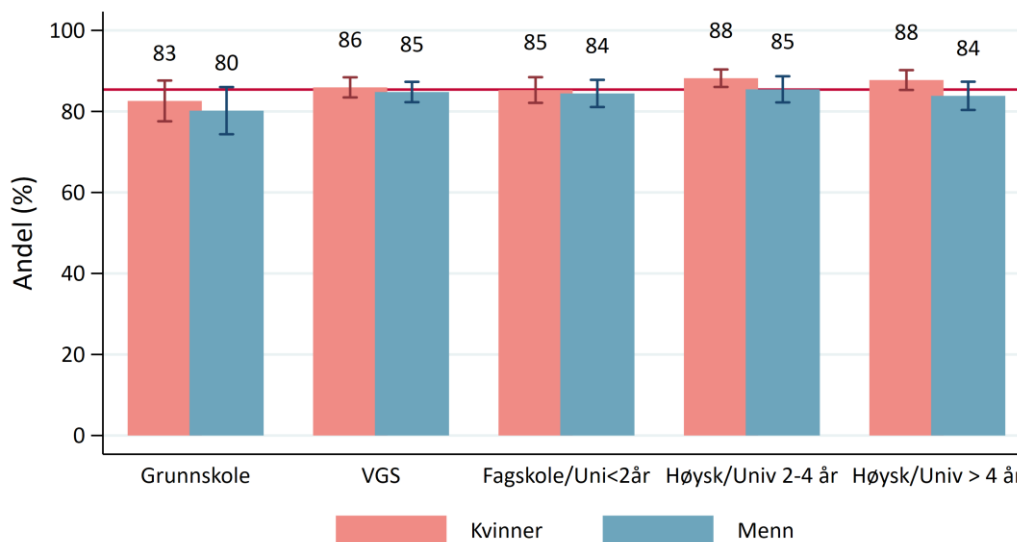
3.11 Kystlinje/strand - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 16 676 deltakere av 17 621 (94,6 %) hadde gyldig svar på Kystlinje/strand - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **84,6 %** (KI95%: 83,7-85,5). Andelen for kvinner var 86,0 % (n=8 780; KI95%: 84,9-87,1) og andelen for menn var 83,3 % (n=7 896; KI95%: 81,9-84,6).

Figur 11: Kystlinje/strand - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

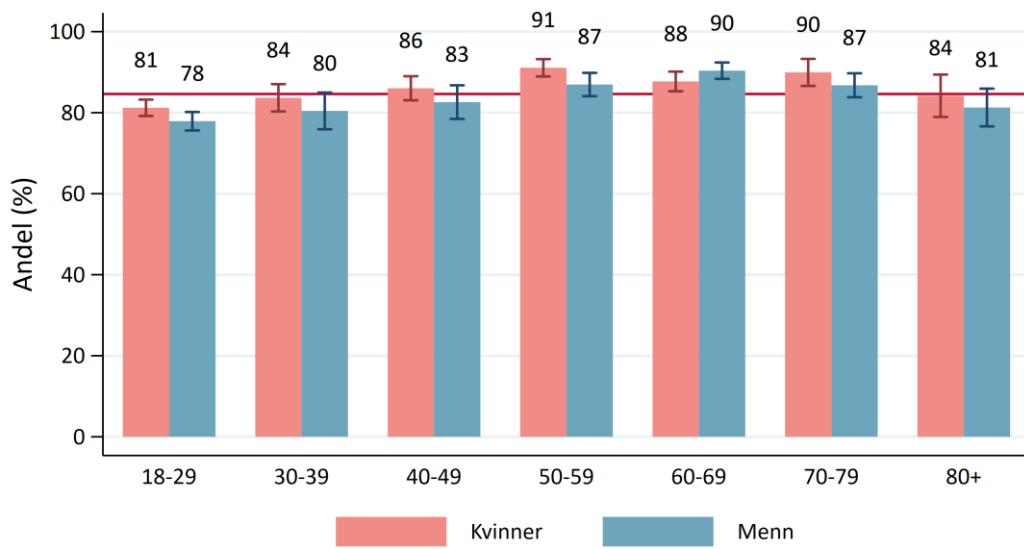


A)

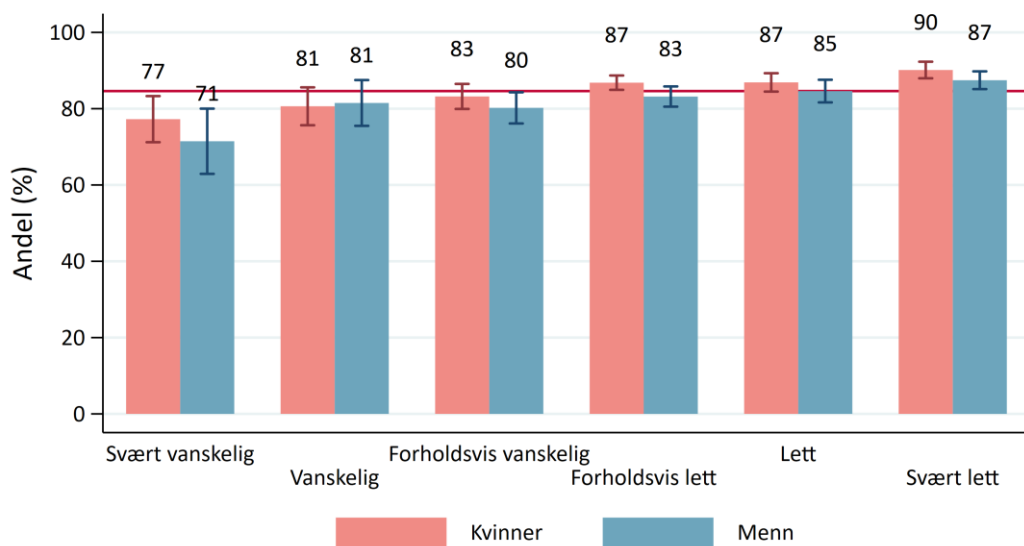


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 11A viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til kystlinje og strandområder i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (84,6 %). Ryfylke og Haugalandet har de høyeste andelen med 88 %. I de tre andre regionene var det 83-84 % som svarte at de hadde god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje og strandområder.

Figur 11B viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til kystlinje og strandområder etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser bare små og ikke-signifikante forskjeller mellom utdanningsnivåene.

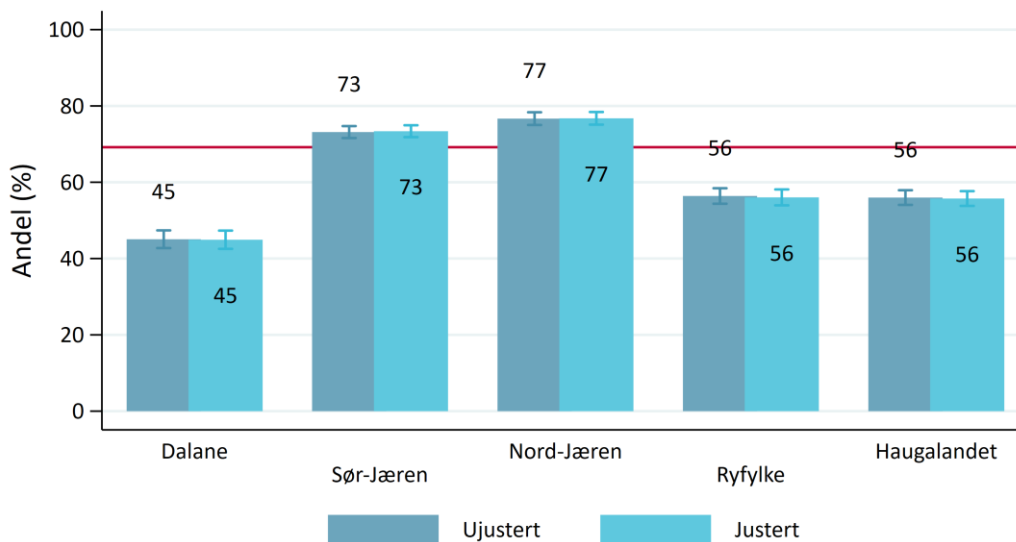
Figur 11C viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til kystlinje og strandområder etter kjønn og alder. Figuren viser en svak økning fra aldersgruppen 18-29 til aldersgruppen 50-59.

Figur 11D viser andel deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til kystlinje og strandområder etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til, og kjønn. Figuren viser en tendens til at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterer svært god eller god tilgjengelighet til kyst- og strandområder, men forskjellene mellom gruppene er små.

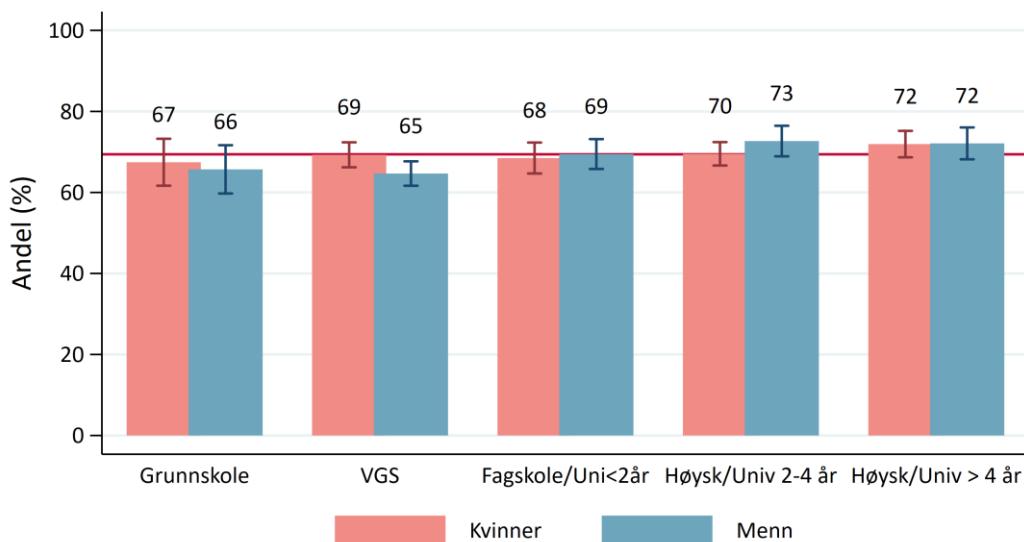
3.12 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Totalt 17 304 deltakere av 17 621 (98,2 %) hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde. Andelen for hele utvalget var **69,2 %** (KI95%: 68,1-70,2). Andelen for kvinner var 69,6 % (n=9 153; KI95%: 68,2-71,0) og andelen for menn var 68,8 % (n=8 151; KI95%: 67,2-70,4).

Figur 12: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

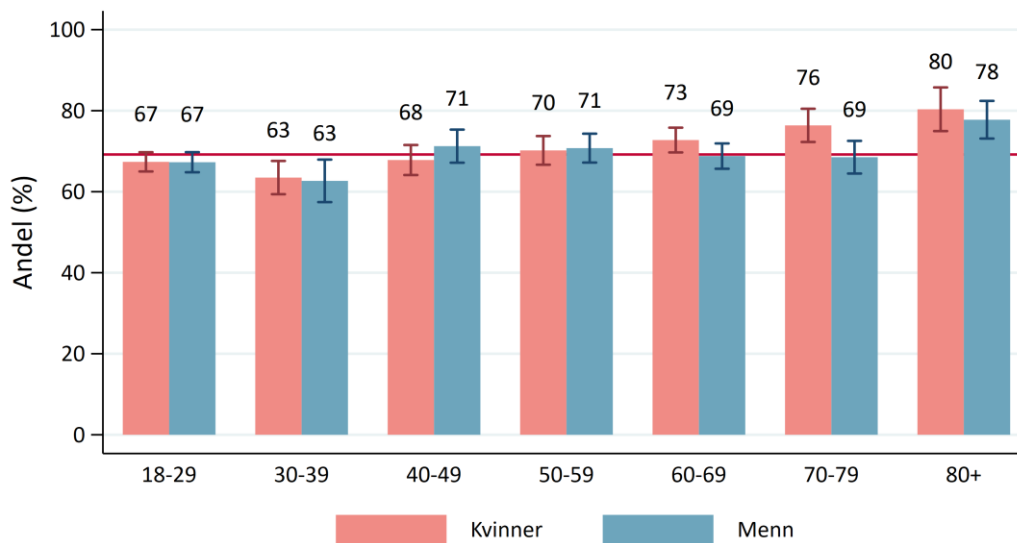


A)

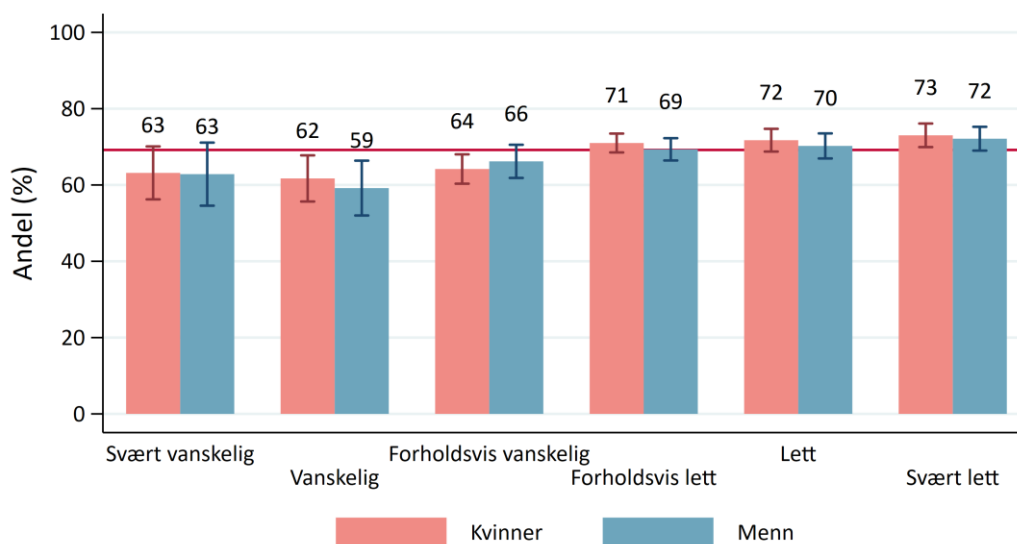


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 12A viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (69,2 %). De høyeste prosentene som mener gang- og sykkelveiene er godt eller svært godt utbygde finner vi på Nord-Jæren (77 %) og Sør-Jæren (73 %). Lavest prosentandel finner vi i Dalane (45 %).

Figur 12B viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier var litt høyere blant menn i de to høyeste utdanningskategoriene enn blant menn i de to laveste utdanningsnivåene. Blant kvinner var forskjellene små og ikke signifikante.

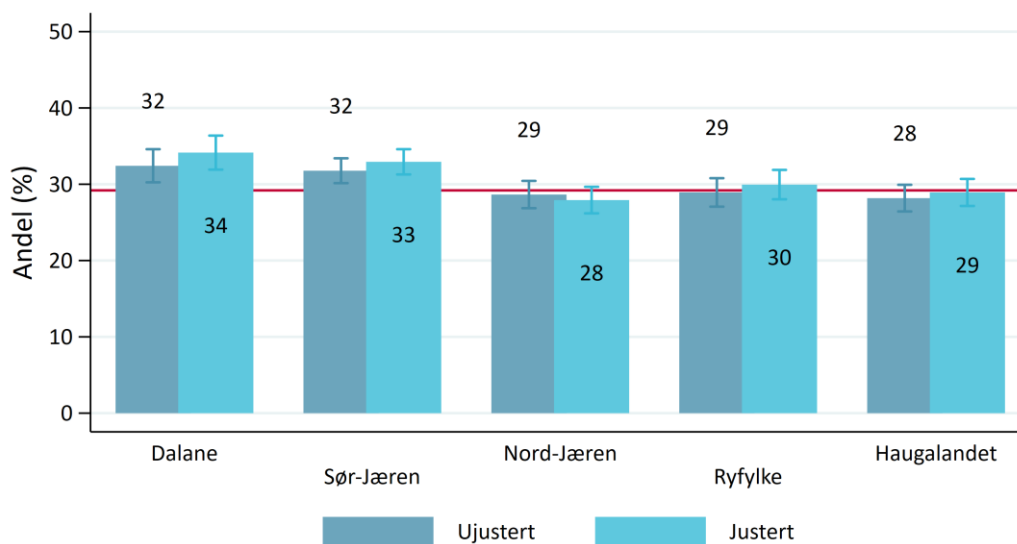
Figur 12C viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier etter kjønn og alder. Figuren viser at blant kvinner, jo eldre deltakerne er (fra aldersgruppen 30-39), desto høyere andel rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier. Andelen var noe høyere i den yngste aldersgruppen, sammenlignet med den nest yngste aldersgruppen (ikke signifikant forskjell). Blant menn var andelen lavest i 30-39-års gruppen og høyest blant de eldste (80+).

Figur 12D viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser en svak tendens til at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto større andel rapporterer svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier.

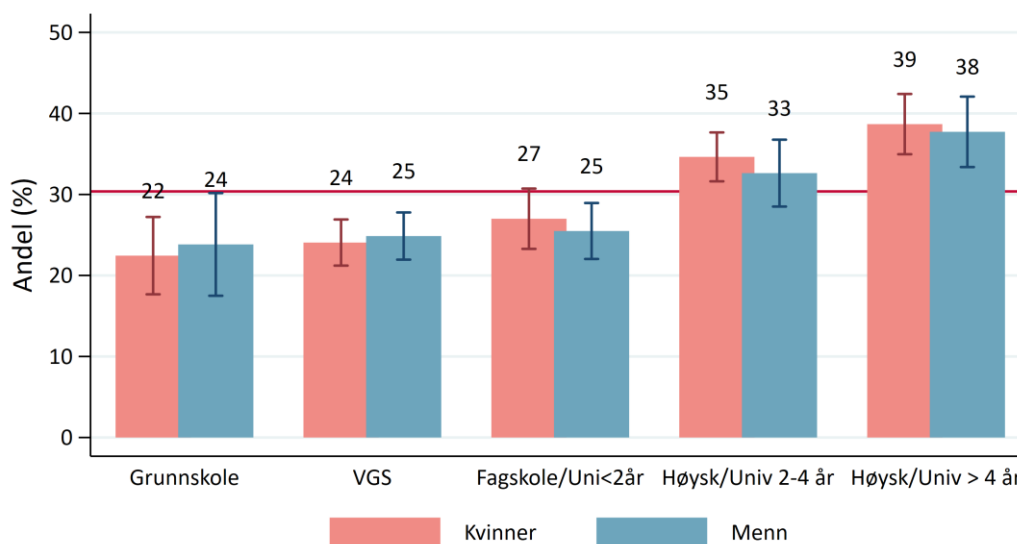
3.13 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Totalt 17 548 deltakere av 17 621 (99,6 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **29,2 %** (KI95%: 28,1-30,3). Andelen for kvinner var 29,7 % (n=9 284; KI95%: 28,3-31,1) og andelen for menn var 28,7 % (n=8 264; KI95%: 27,1-30,3).

Figur 13: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

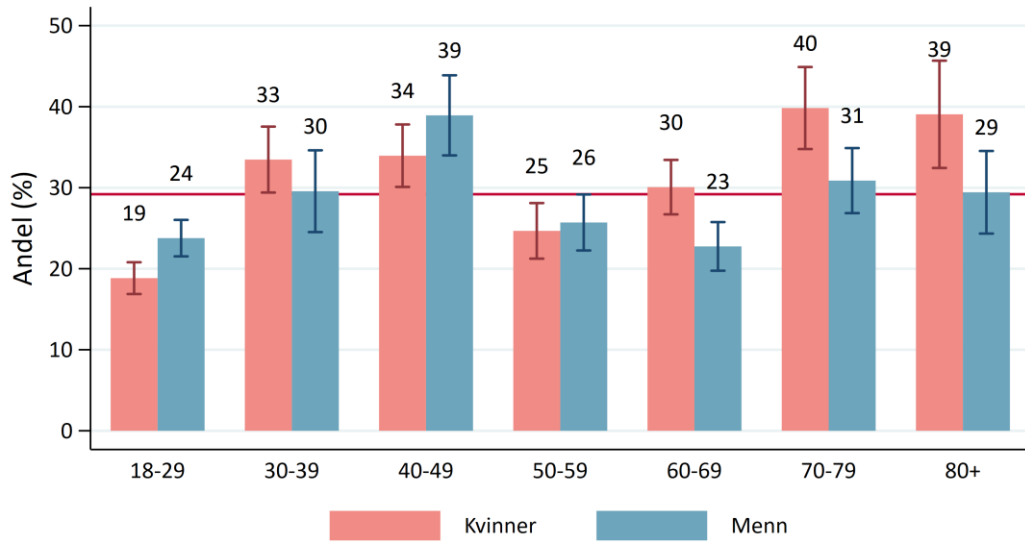


A)

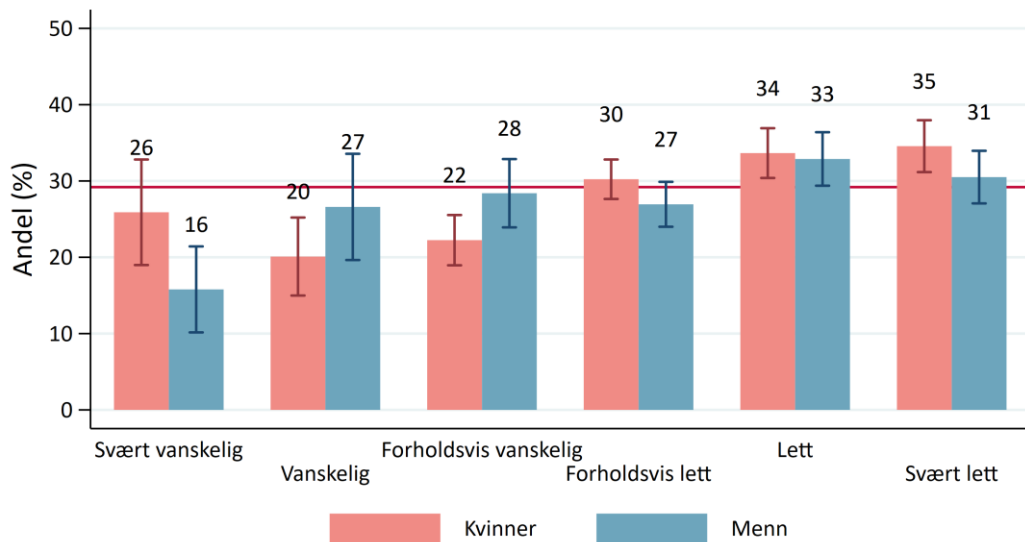


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 13A viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (29,2 %). Figuren viser en forskjell på beskjedne 4 prosentpoeng (ujusterte tall) mellom regionene med høyest (Dalane og Sør-Jæren) og regionen med lavest andel (Haugalandet).

Figur 13B viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet, stiger med økende utdanningsnivå for begge kjønn.

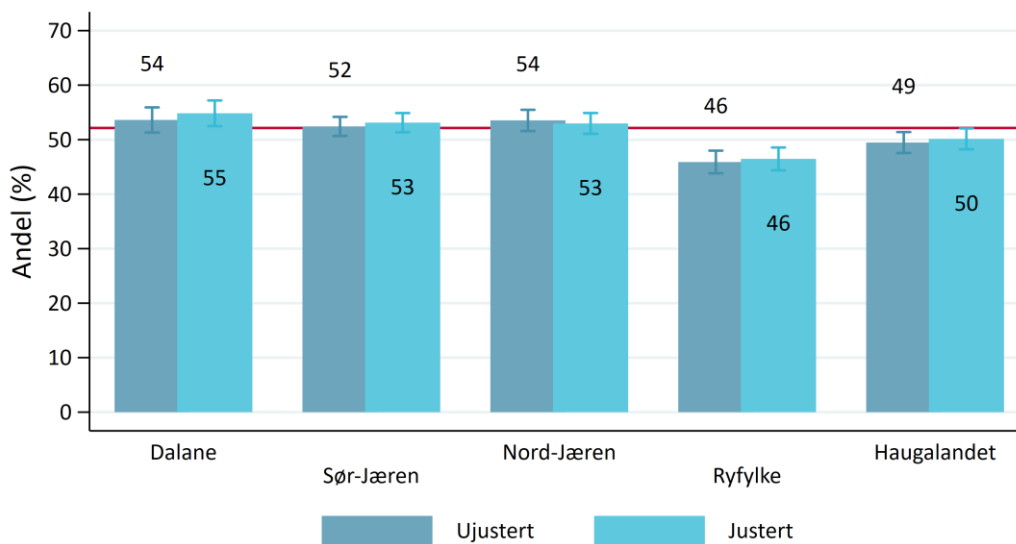
Figur 13C viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter kjønn og alder. Blant menn stiger deltakelsen mellom 18 og 49 år, er lavere mellom 50 og 69, og er igjen litt høyere i de to eldste aldersgruppene. Blant kvinner stiger deltakelsen fra 18-29 til 30-39 og synker igjen fra 40-49 til 50-59. Andelen med ukentlig deltakelse blant kvinner stiger deretter og er høyere fra 70 og oppover enn i noen av de yngre aldersgruppene.

Figur 13D viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser, litt forenklet sagt, at jo lettere det er å få pengene til å strekke til, desto høyere er andelen som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet.

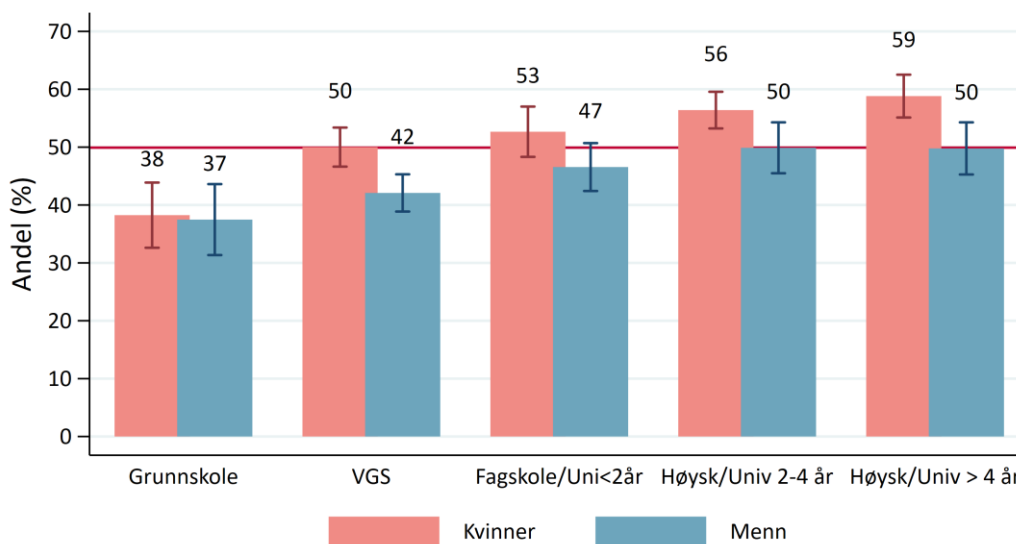
3.14 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Totalt 17 497 deltakere av 17 621 (99,3 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen for hele utvalget var **52,1 %** (KI95%: 51,0-53,3). Andelen for kvinner var 55,2 % (n=9 257; KI95%: 53,6-56,7) og andelen for menn var 49,2 % (n=8 240; KI95%: 47,4-50,9).

Figur 14: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

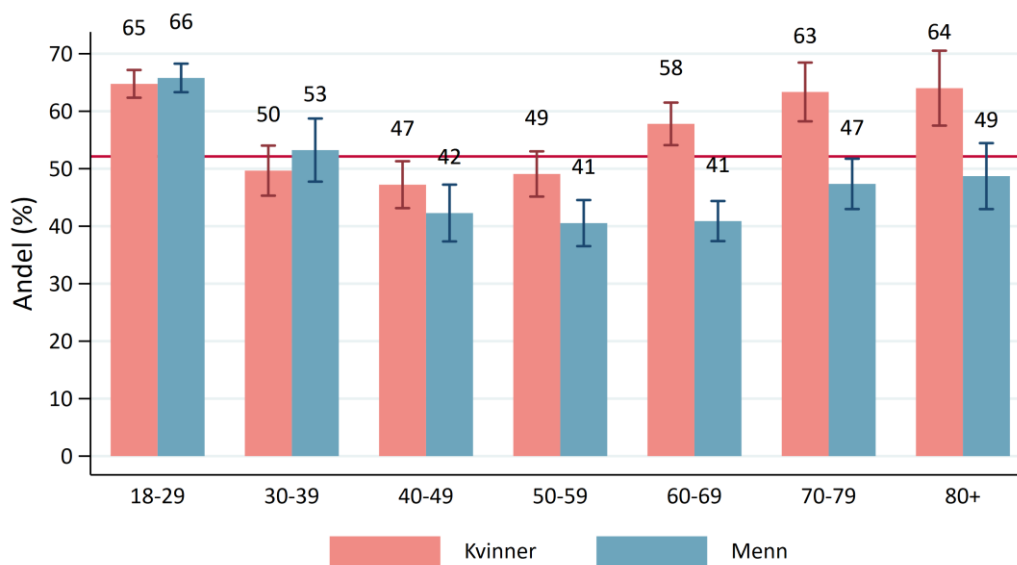


A)

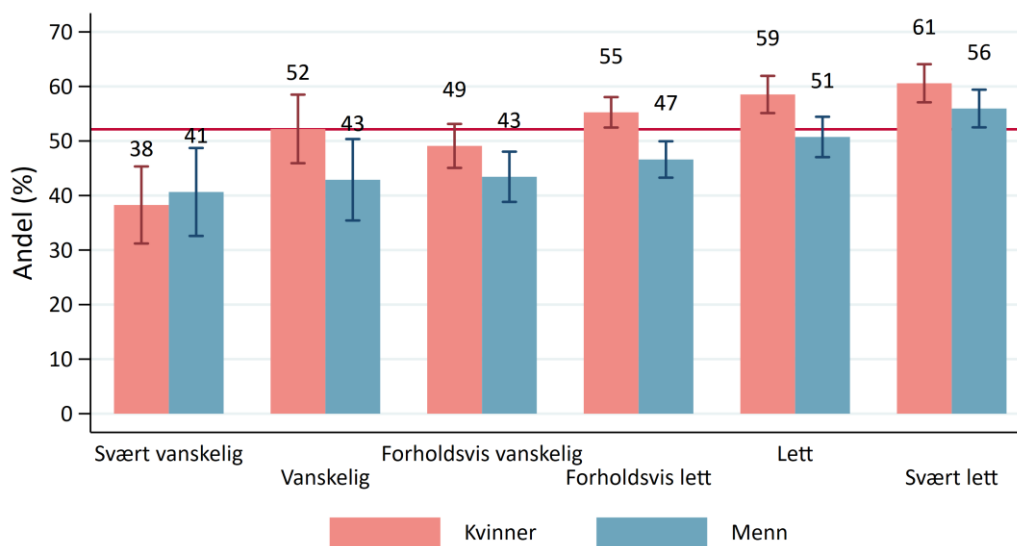


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 14A viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (52,1 %). Figuren viser en forskjell på 8 prosentpoeng mellom regionene med høyest (Dalane og Nord-Jæren) og regionen med lavest andel (Ryfylke). Ryfylke og Haugalandet ligger begge signifikant under tallet for hele fylket (ujusterte tall).

Figur 14B viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet stiger med økende utdanningsnivå for begge kjønn. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet (signifikant i to av aldersgruppene).

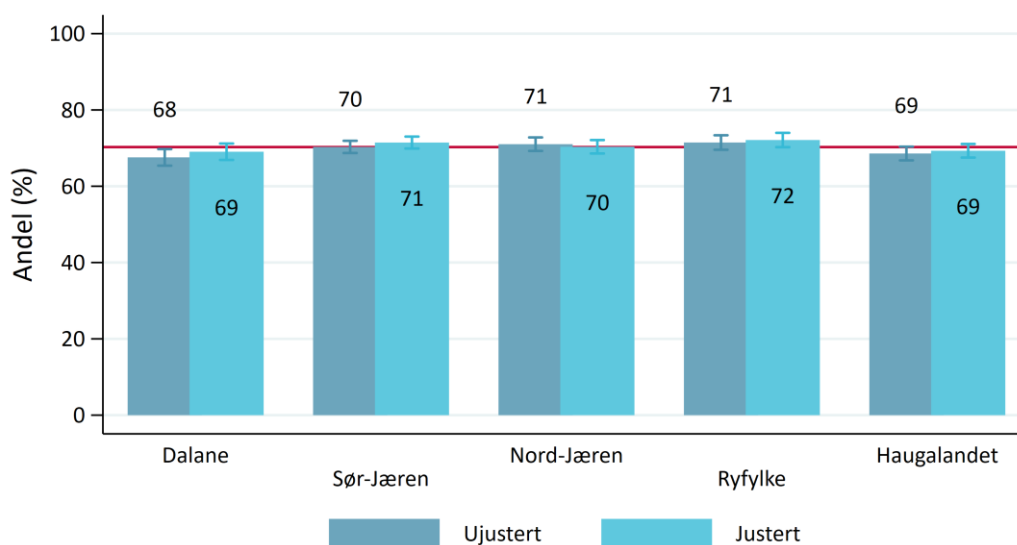
Figur 14C viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og alder. Andelen er høyest i den yngste aldersgruppen (18-29 år). Andelen er markert lavere for den nest yngste aldersgruppen (30-39 år). For kvinner øker andelen etter dette med stigende alder, men for menn ser man en svak U-kurve i fordelingen på tvers av aldersgruppene.

Figur 14D viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser, noe forenklet sagt, at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet.

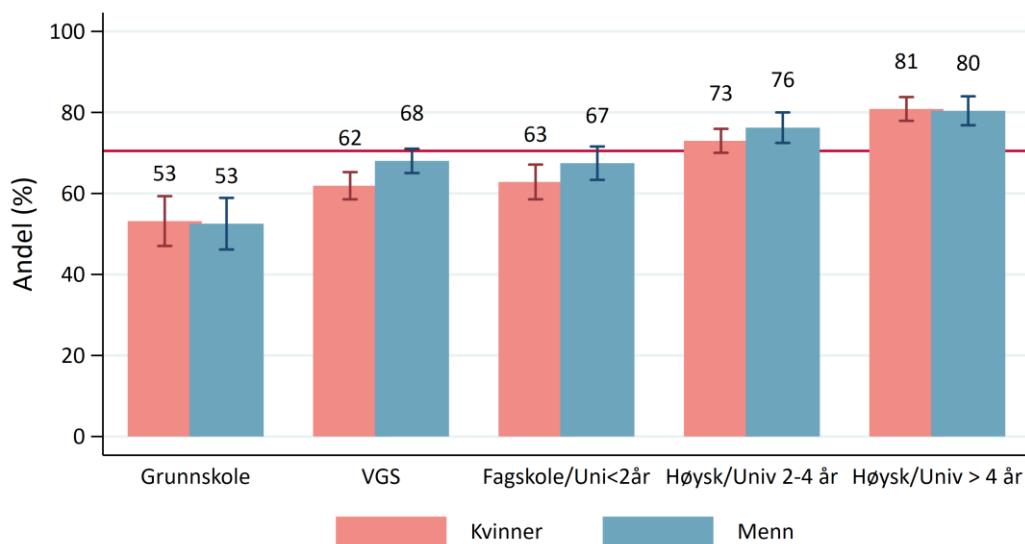
3.15 God eller svært god helse

Totalt 17 547 deltakere av 17 621 (99,6 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **70,3 %** (KI95%: 69,2-71,3). Andelen for kvinner var 69,5 % (n=9 289; KI95%: 68,0-70,9) og andelen for menn var 71,0 % (n=8 258; KI95%: 69,4-72,6).

Figur 15: God eller svært god helse etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

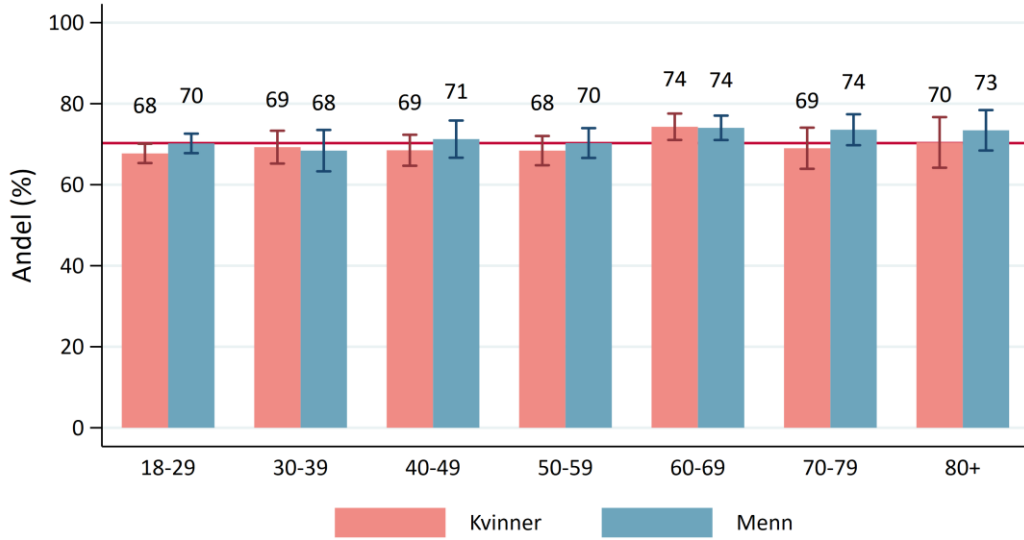


A)

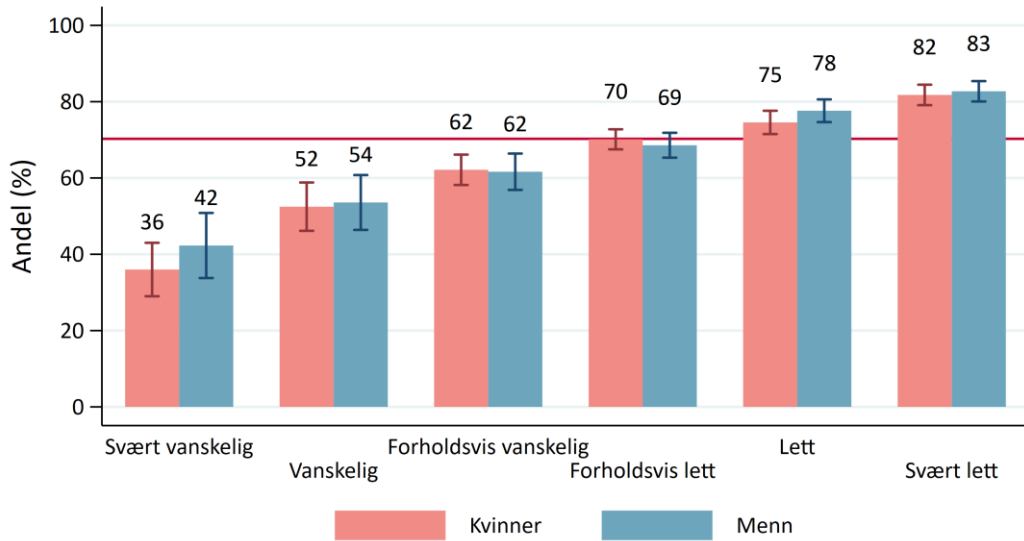


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 15A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (70,3 %). Figuren viser bare små forskjeller mellom regionene med bare tre prosentpoengs forskjell mellom høyeste og laveste tall.

Figur 15B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterte god eller svært god helse, stiger med økende utdanningsnivå for begge kjønn.

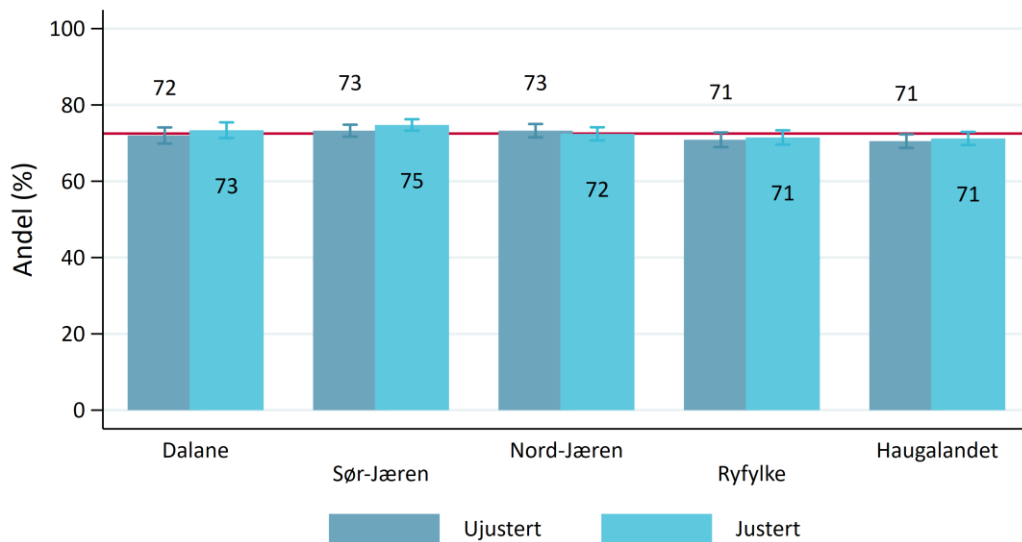
Figur 15C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse etter kjønn og alder. Figuren viser uvesentlige forskjeller mellom aldersgruppene.

Figur 15D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer god eller svært god helse. Blant dem som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, var det kun 36% (blant kvinner) og 42% (blant menn) som rapporterte god eller svært god helse. Andelene i motsatt ende av skalaen er 82 % (blant kvinner) og 83 % (blant menn).

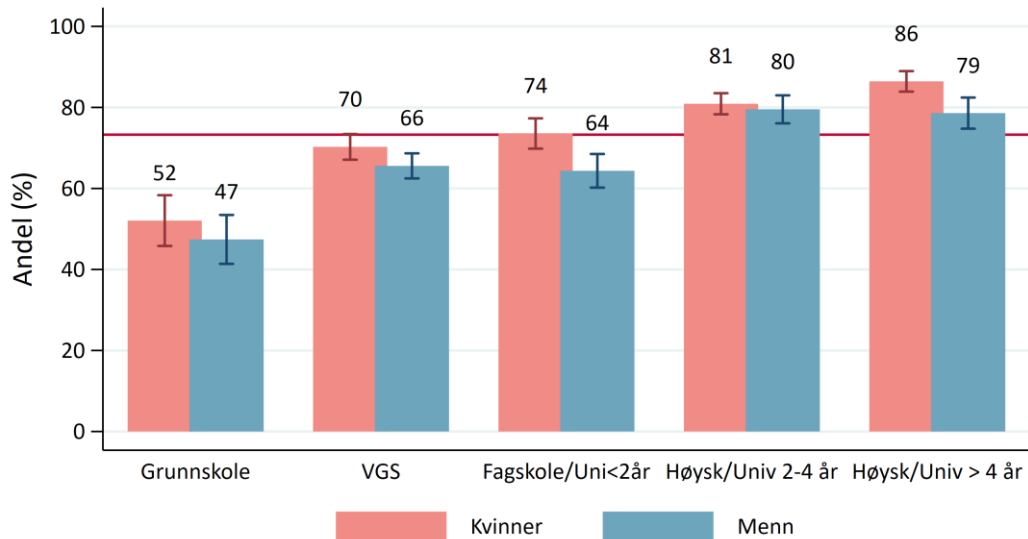
3.16 God eller svært god tannhelse

Totalt 17 534 deltakere av 17 621 (99,5 %) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for hele utvalget var **72,5 %** (KI95%: 71,4-73,6). Andelen for kvinner var 76,2 % (n=9 278; KI95%: 74,9-77,5) og andelen for menn var 68,9 % (n=8 256; KI95%: 67,3-70,5).

Figur 16: God eller svært god tannhelse etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

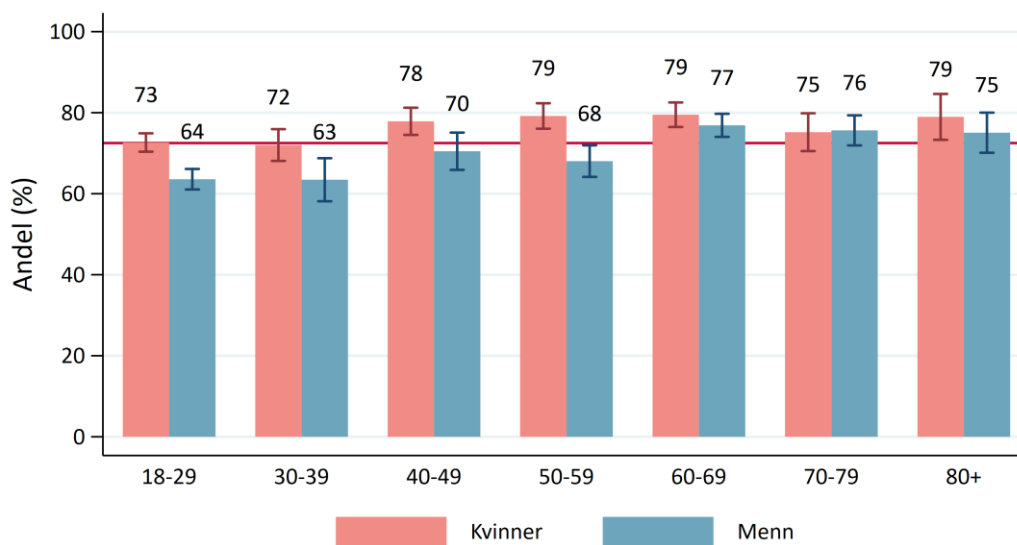


A)

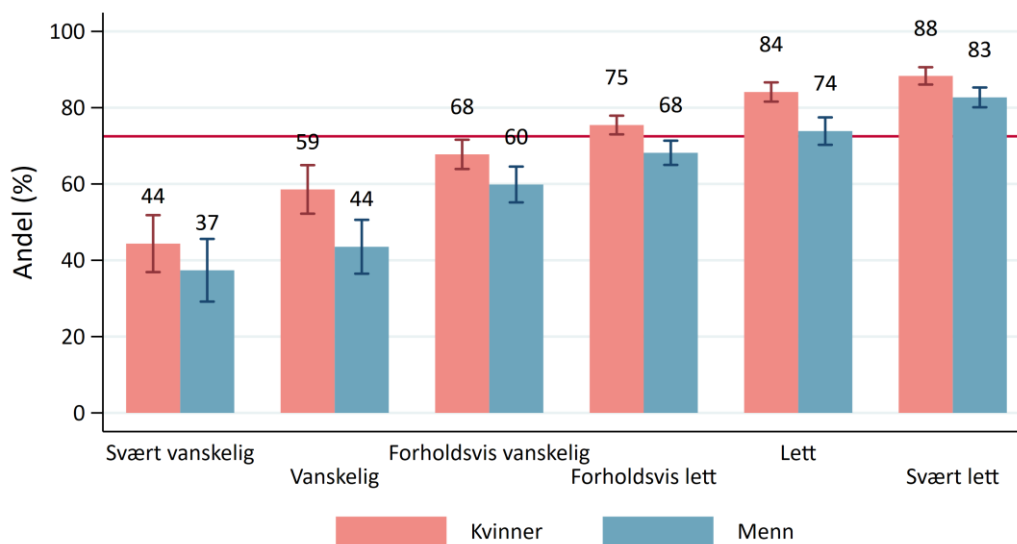


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 16A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (72,5 %). Figuren viser en største forskjell på bare to prosentpoeng mellom regionene.

Figur 16B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse, stiger med økende utdanningsnivå for begge kjønn.

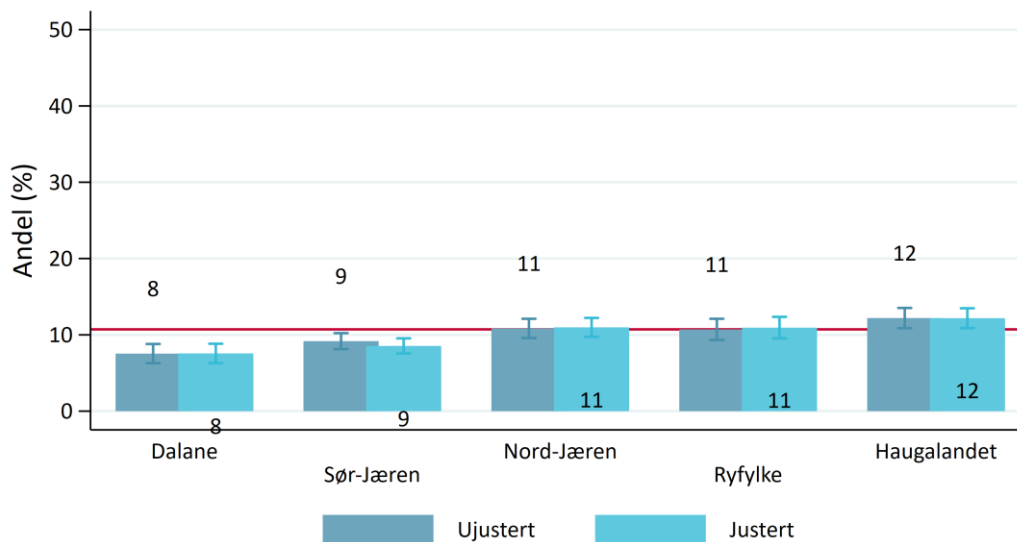
Figur 16C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse etter kjønn og alder. Andelen som rapporterte god eller svært god tannhelse, var lavest blant menn i aldersgruppene 18-39 år. En høyere andel kvinner enn menn i alderen 18-59 år rapporterte god eller svært god tannhelse.

Figur 16D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer god eller svært god tannhelse. Blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, rapporterte 44% blant kvinnene og 37% blant mennene god eller svært god tannhelse. Andelen i motsatt ende av skalaen var 88 % blant kvinner og 83 % blant menn.

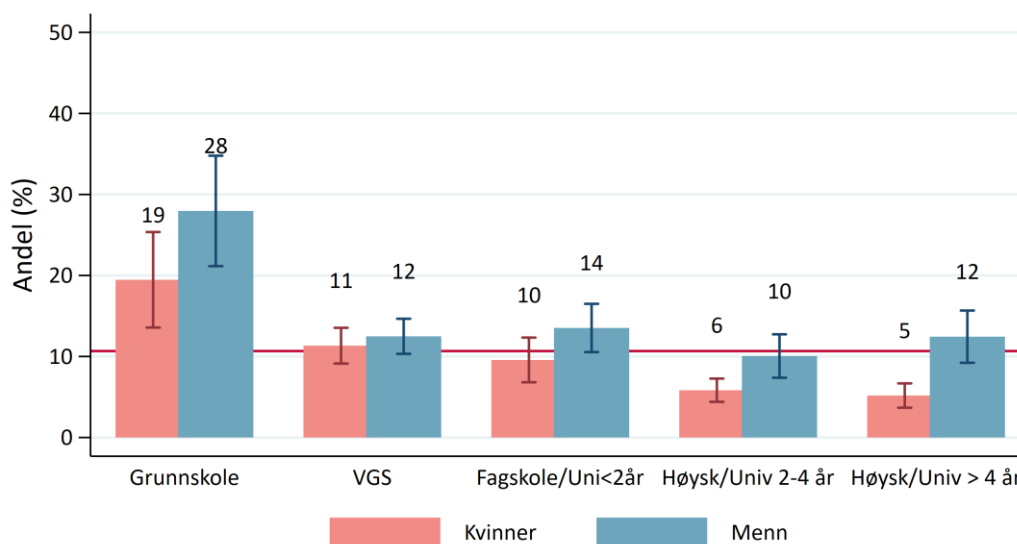
3.17 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier

Totalt 17 552 deltakere av 17 621 (99,6 %) hadde gyldig svar på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen for hele utvalget var **10,7 %** (KI95%: 10,0-11,5). Andelen for kvinner var 8,0 % (n=9 282; KI95%: 7,2- 8,8) og andelen for menn var 13,4 % (n=8 270; KI95%: 12,1-14,6).

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

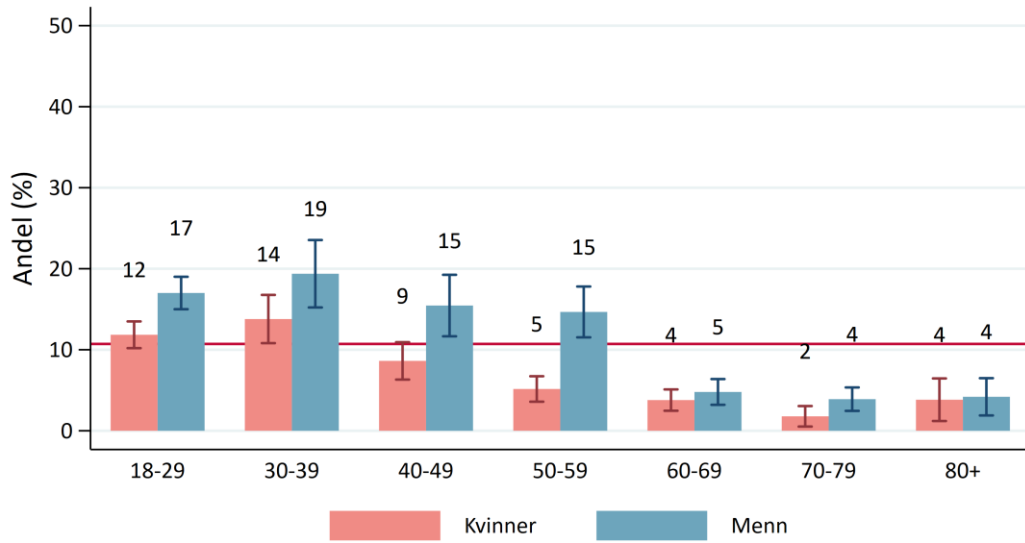


A)

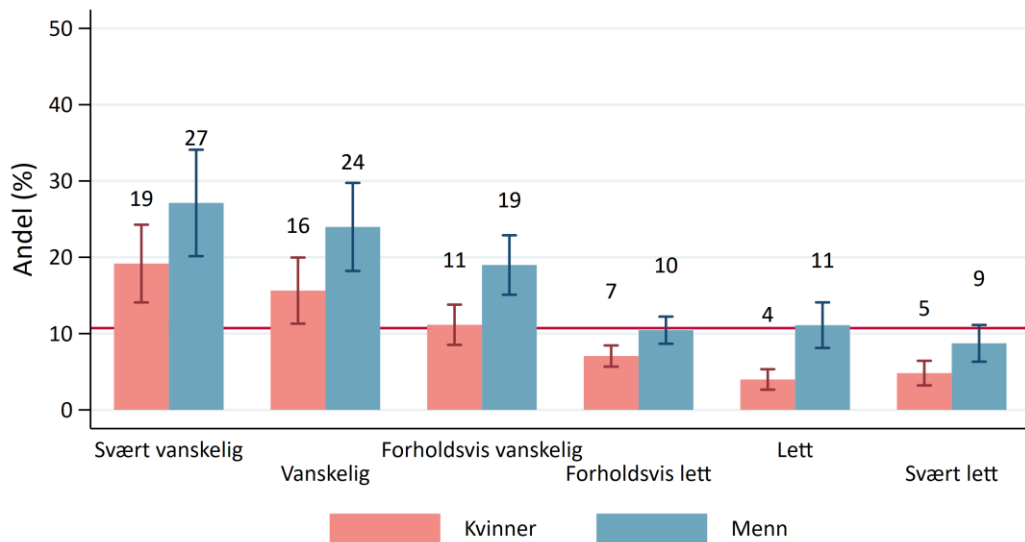


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 17A viser andelen deltakere som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (10,7 %). Forskjellen mellom regionen med høyest andel (Haugalandet) og regionen med lavest andel (Dalane) var på 4 prosentpoeng.

Figur 17B viser andelen deltakere som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de var hos tannlege/tannpleier etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner synker andelen med økende utdanningsnivå. Blant menn er mønsteret mindre entydig, men andelen som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de hadde vært hos tannlege eller tannpleier var hele 28 % blant menn og 19 % blant kvinner med bare grunnskoleutdanning. Blant de med minst to års utdanning fra universitet eller høyskole, var andelen omtrent dobbelt så høy blant menn som blant kvinner.

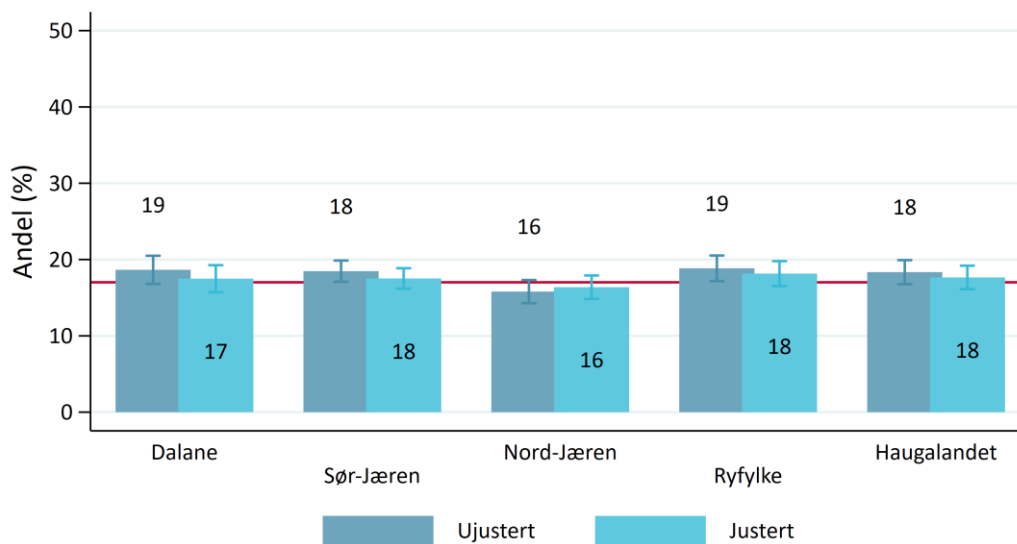
Figur 17C viser andelen deltakere som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier etter kjønn og alder. Prosentene synker med alderen hos begge kjønn i alle aldersgruppene fra 30 til 69. Det er høyere andeler kvinner enn menn som ikke har vært hos tannlege eller tannpleier siste to år i alle aldersgruppene under 60 (signifikant i tre av gruppene).

Figur 17D viser andelen deltakere som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterte at det var mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier. Blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til rapporterte 19 % av kvinnene og 27 % blant mennene at det var mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Andelen i motsatt ende av skalaen var 5 % (blant kvinner) og 9 % (blant menn).

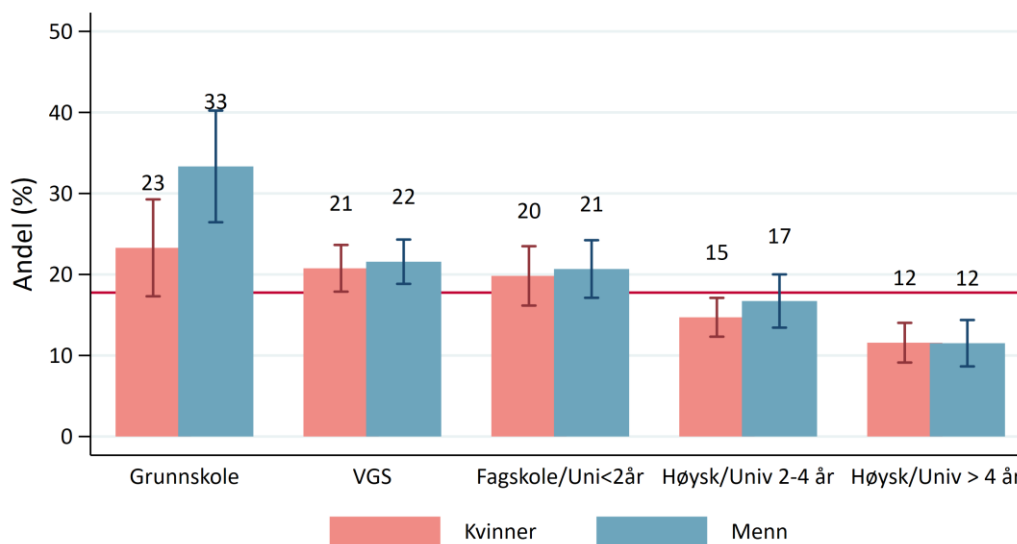
3.18 Andel med fedme (KMI 30+)

Totalt 16 622 deltakere av 17 621 (94,3 %) hadde gyldig svar på Andel med fedme (KMI 30+). Andelen for hele utvalget var **17,0 %** (KI95%: 16,1-17,9). Andelen for kvinner var 15,9 % (n=8 577; KI95%: 14,7-17,1) og andelen for menn var 18,0 % (n=8 045; KI95%: 16,6-19,4).

Figur 18: Andel med fedme (KMI 30+) etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

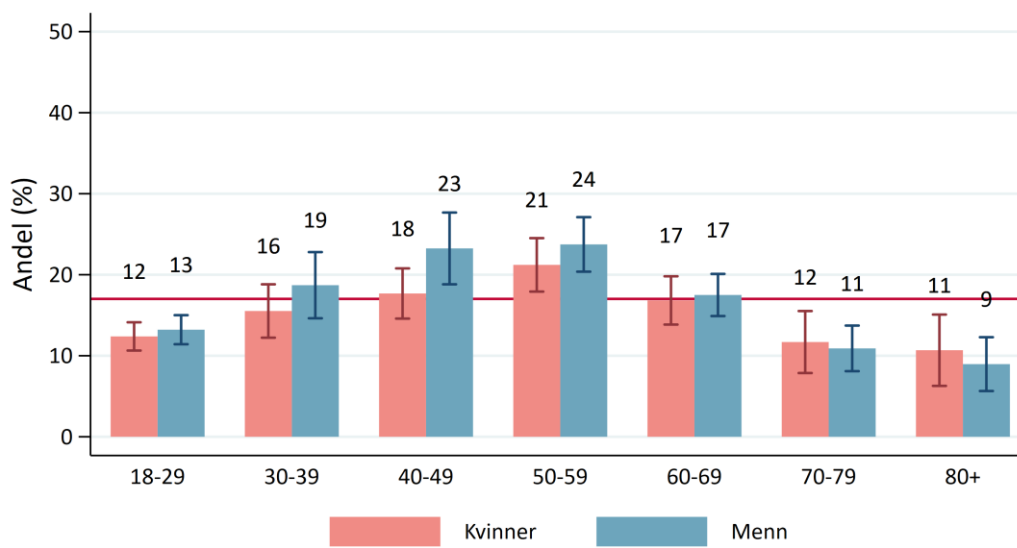


A)

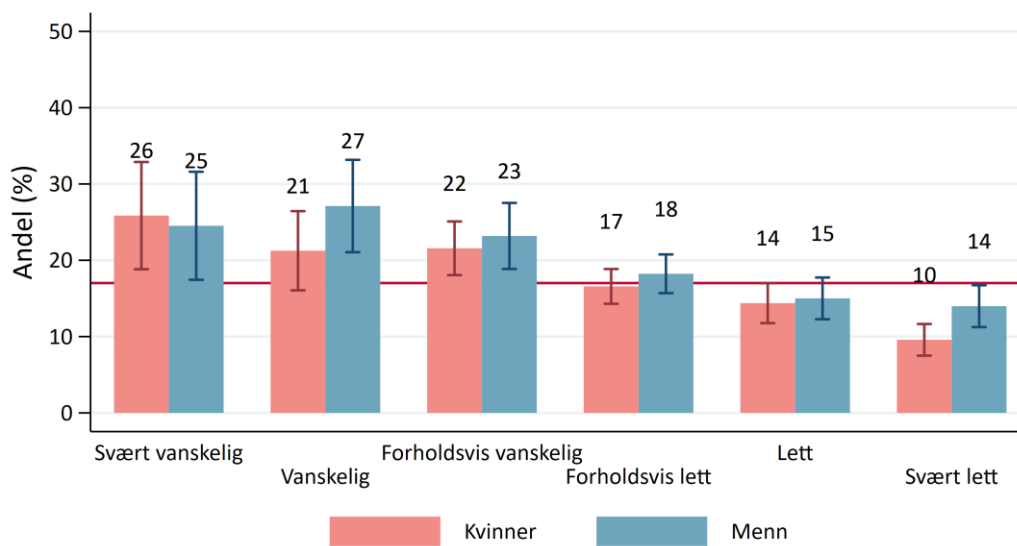


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 18A viser andelen deltakere som rapporterte fedme i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (17,0 %). Forskjellene på tvers av regioner er små.

Figur 18B viser andelen deltakere som rapporterte fedme etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen synker monotont, men litt uregelmessig, med høyere utdanningsnivå.

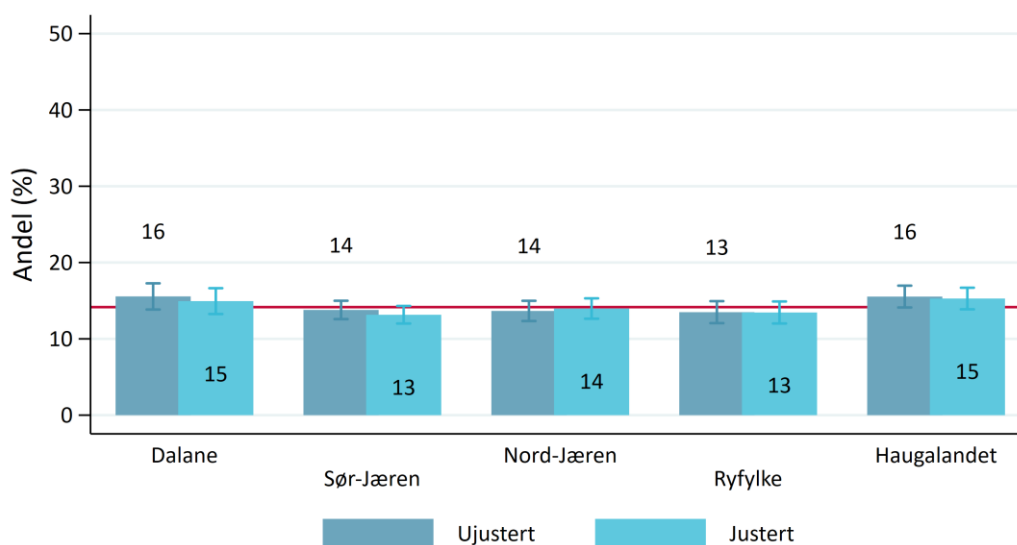
Figur 18C viser andelen deltakere som rapporterte fedme etter kjønn og alder. Figuren viser en omvendt U-kurve. Andelen var høyest blant dem i alderen 50-59 år. Andelene var lavest blant de yngste og de eldste.

Figur 18D viser andelen deltakere som rapporterte fedme etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser litt forenklet beskrevet at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterer fedme. Blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, rapporterte 26 % av kvinnene og 25 % av mennene fedme. Andelene i motsatt ende av skalaen var 10 % blant kvinner og 14 % blant menn.

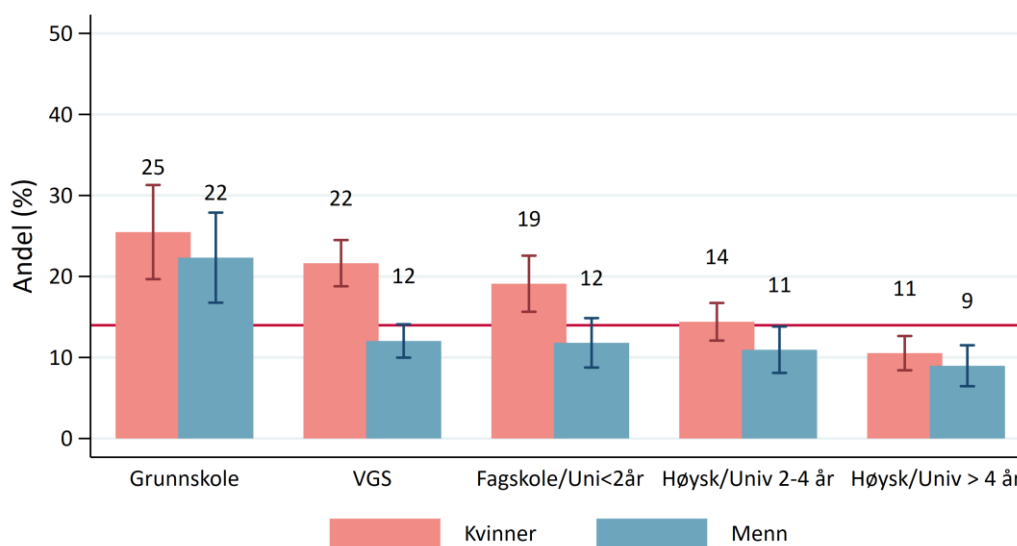
3.19 Søvnproblemer (Insomni)

Totalt 17 554 deltakere av 17 621 (99,6 %) hadde gyldig svar på Søvnproblemer (Insomni). Andelen for hele utvalget var **14,2 %** (KI95%: 13,3-15,0). Andelen for kvinner var 16,6 % (n=9 283; KI95%: 15,5-17,8) og andelen for menn var 11,7 % (n=8 271; KI95%: 10,6-12,9).

Figur 19: Søvnproblemer (Insomni) etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

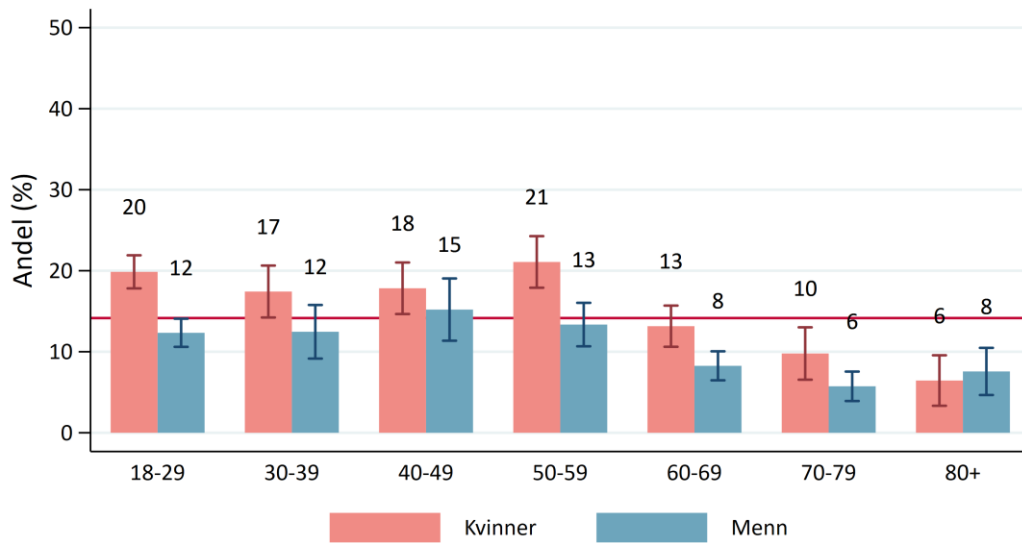


A)

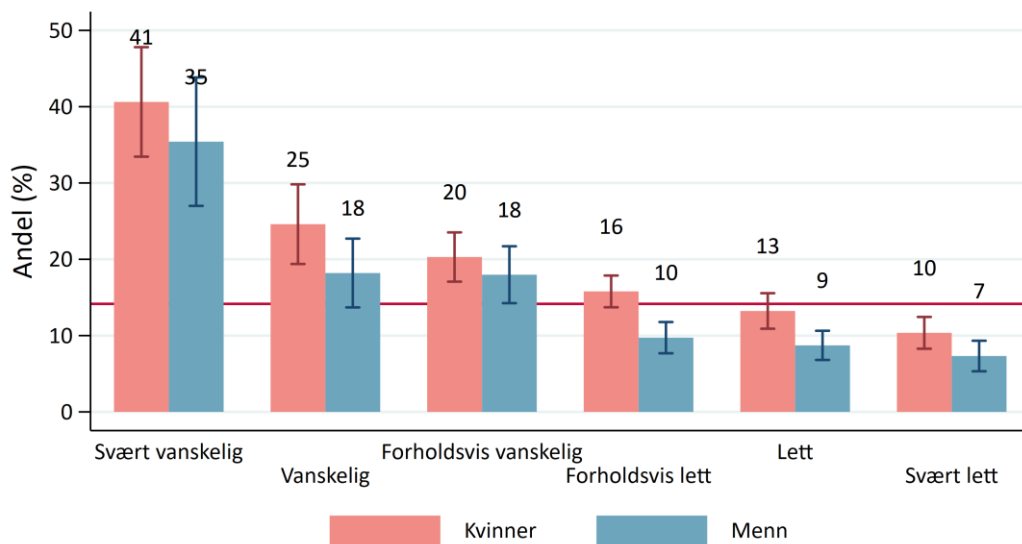


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 19A viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer (insomni) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (14,2 %). Det var ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 19B viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen kvinner som rapporterer søvnproblemer synker med økende utdanningsnivå. Blant menn var det bare menn med grunnskoleutdanning som skilte seg ut med en forholdsvis høy andel med søvnproblemer.

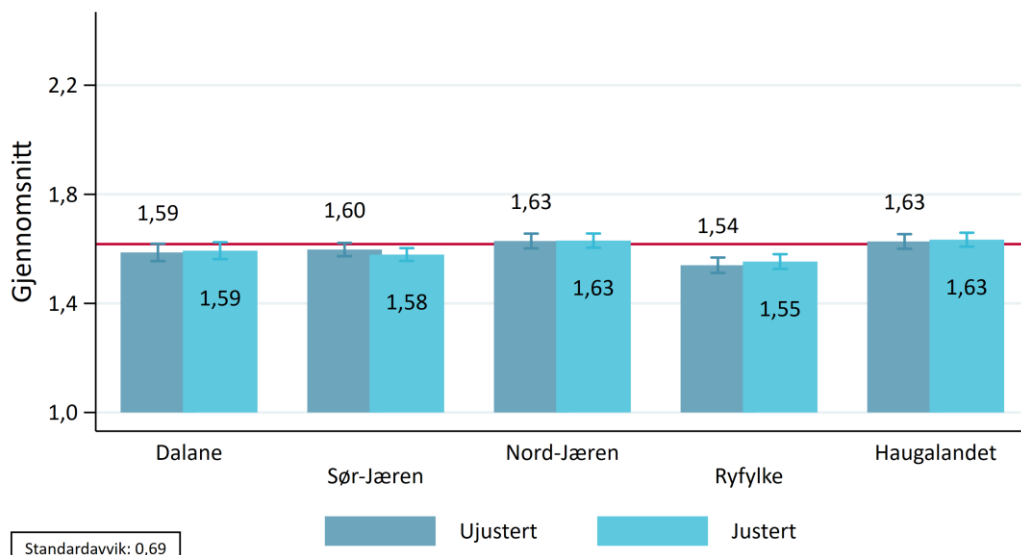
Figur 19C viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen er nokså lik for aldersgruppene 18-59 år. I aldersgruppene over 60 år var andelen med søvnproblemer lavere. I alle aldersgruppene under 80 var det en høyere andel kvinner enn menn med søvnproblemer. Forskjellen var signifikant i tre av de seks gruppene.

Figur 19D viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene i husholdningen til å strekke til, desto lavere andel rapporterer søvnproblemer. Blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, rapporterte hele 41% av kvinnene og 35% av mennene søvnproblemer. I motsatt ende av skalaen var tallene 10 % blant kvinner og 7 % blant menn.

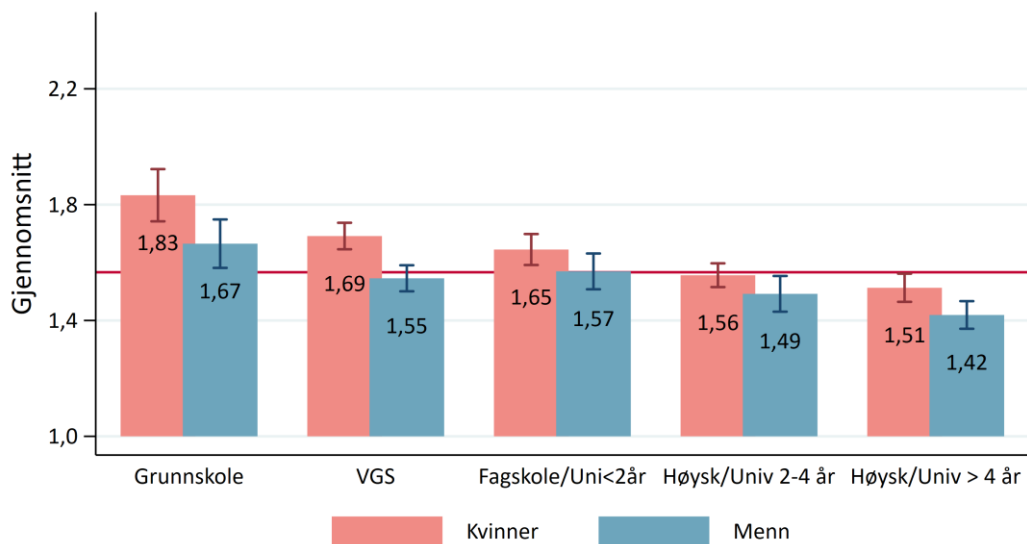
3.20 Psykiske plager (HSCL-5)

Totalt 17 575 deltakere av 17 621 (99,7 %) hadde gyldig svar på Psykiske plager (HSCL-5) (skala 1-4). Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,62** (KI95%: 1,60-1,63). Gjennomsnittet for kvinner var 1,67 (n=9 296; KI95%: 1,65-1,69) og gjennomsnittet for menn var 1,56 (n=8 279; KI95%: 1,54-1,59).

Figur 20: Gjennomsnitt Psykiske plager (HSCL-5) etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

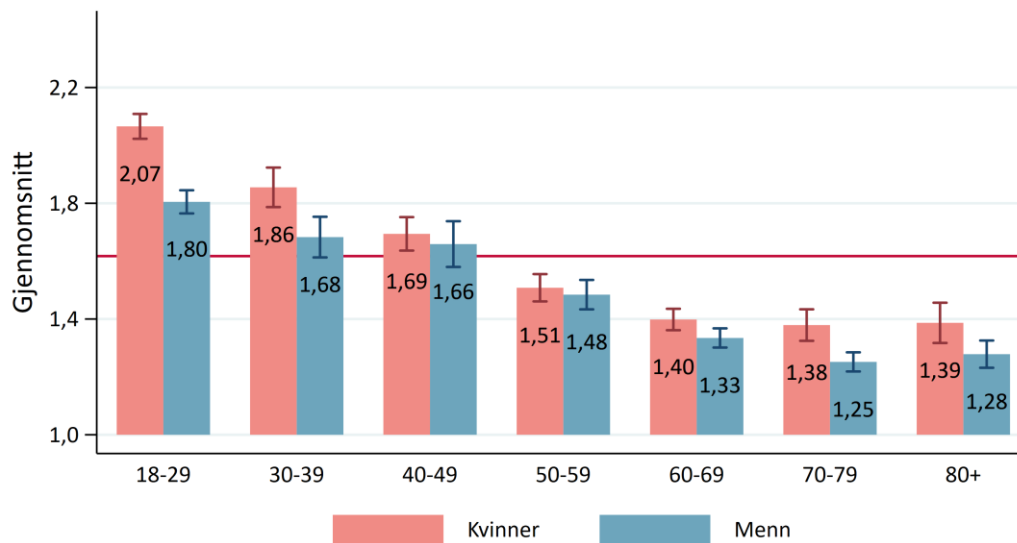


A)



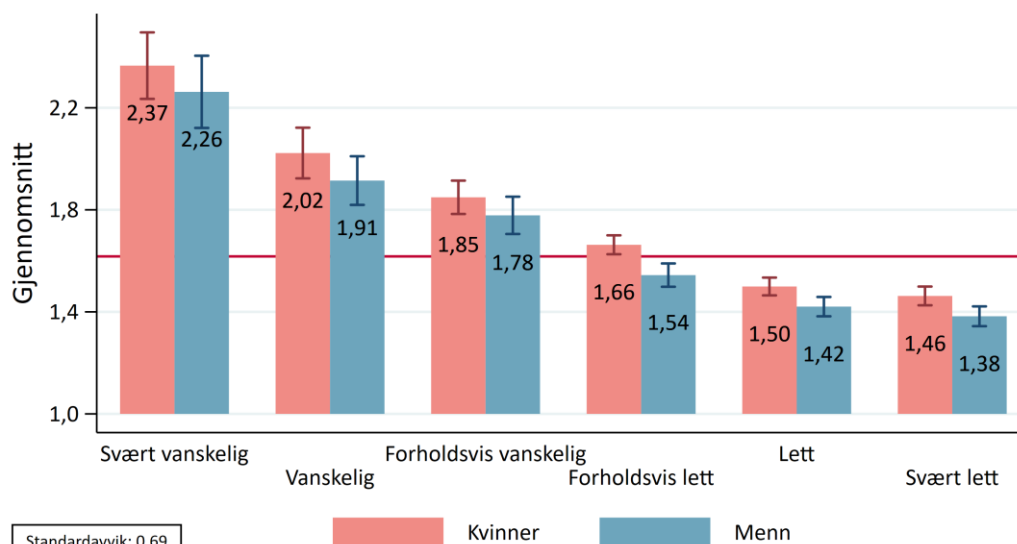
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



Standardavvik: 0,69

C)



Standardavvik: 0,69

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 20A viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (målt ved HSCL-5, skala 1-4) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (1,62). Forskjellen mellom regionen med høyest og regionen med lavest tall tilsvarer en Cohens d på 0,13 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 20B viser gjennomsnittsskår på psykiske plager etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at gjennomsnittsskåren synker med økende utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,46 for kvinner og 0,36 for menn, som i vår sammenheng kan tolkes som middels store effektstørrelser. Gjennomsnittsskårene var høyere for kvinner enn menn i alle utdanningsgruppene (signifikant i en gruppe og grensesignifikant i to).

Figur 20C viser gjennomsnittsskår på rapporterte psykiske plager etter kjønn og alder. Figuren viser at gjennomsnittsskåren på psykiske plager var høyest blant de yngste, og ble lavere med økende alder. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,99 for kvinner og 0,75 for menn, som kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 20D viser gjennomsnittsskår på rapporterte psykiske plager etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere er gjennomsnittsskåren for rapporterte psykiske plager. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens d på 1,32 for kvinner og 1,28 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

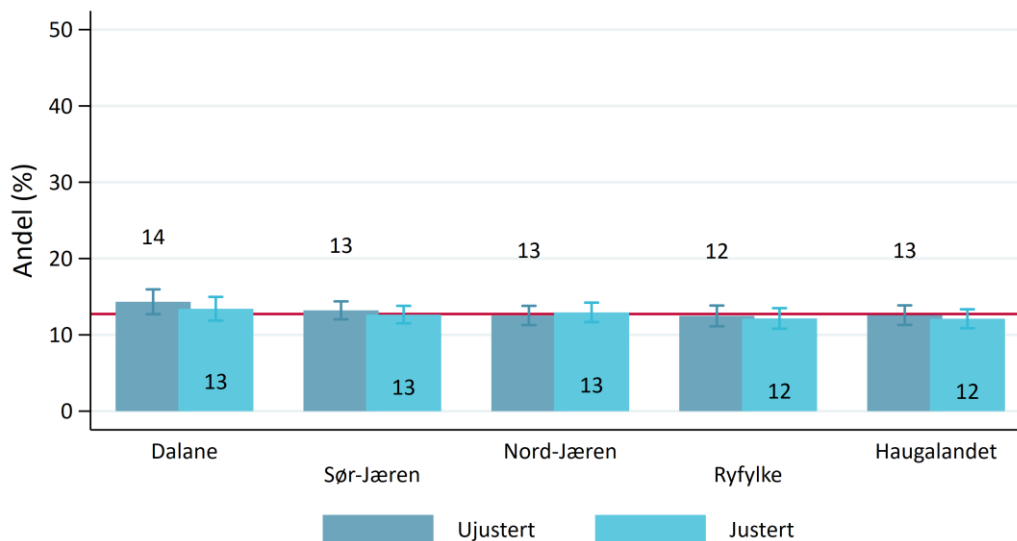
På grunnlag av HSCL-5-skåren kan det lages en dikotom variabel der en skiller mellom de som har høy skår og de som ikke har høy skår. Høy skår betyr høyere enn 2,00. Andelen for hele utvalget var **18,2 %** (KI95%: 17,3-19,1). Andelen for kvinner var 20,0 % (n=9 296; KI95%: 18,7-21,2) og andelen for menn var 16,5 % (n=8 279; KI95%: 15,2-17,8).

Grenseverdien på 2,00 er ikke tilfeldig valgt. Studier har vist at de som skårer over 2,00 har en forhøyet risiko for å bli diagnostisert med en psykisk lidelse dersom det ble gjennomført kliniske, diagnostiske intervjuer [31].

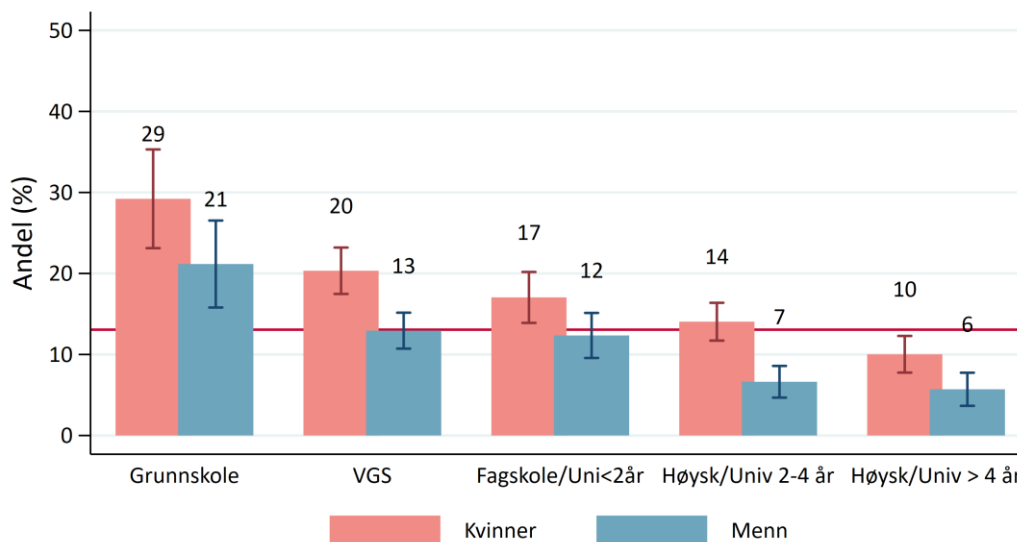
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer

Totalt 17 502 deltakere av 17 621 (99,3 %) hadde gyldig svar på Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer. Andelen for hele utvalget var **12,7 %** (KI95%: 12,0-13,5). Andelen for kvinner var 15,6 % (n=9 256; KI95%: 14,4-16,7) og andelen for menn var 10,0 % (n=8 246; KI95%: 9,0-11,0).

Figur 21: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

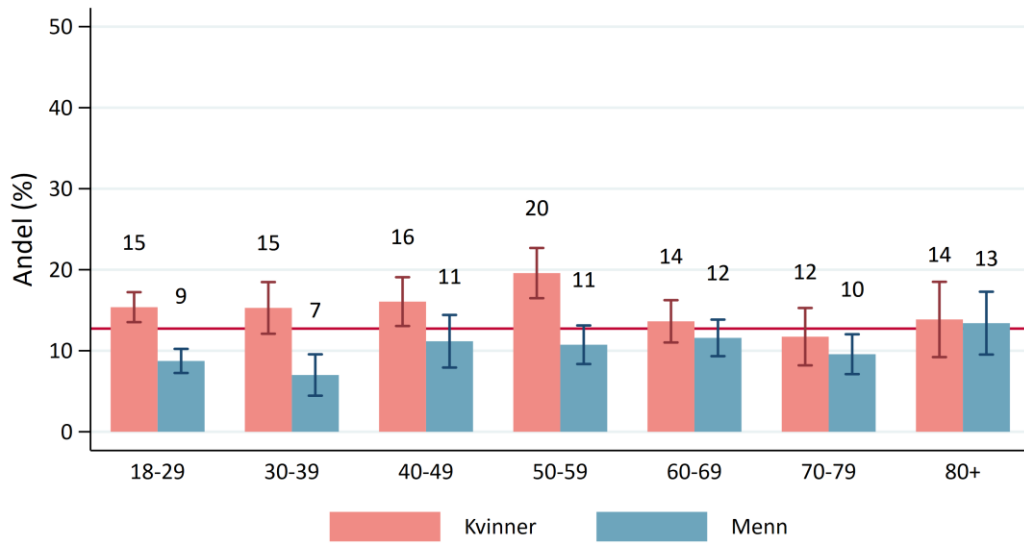


A)

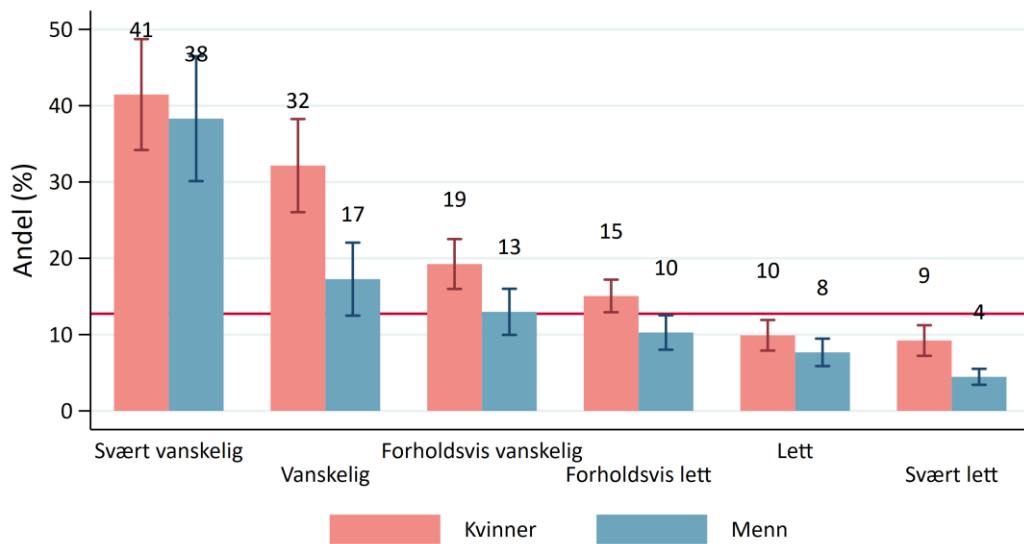


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21A viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (12,7 %). Der er ingen nevneverdige forskjeller mellom regionene.

Figur 21B viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker markert med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer, en forskjell som er signifikant i to av de fem utdanningsgruppene.

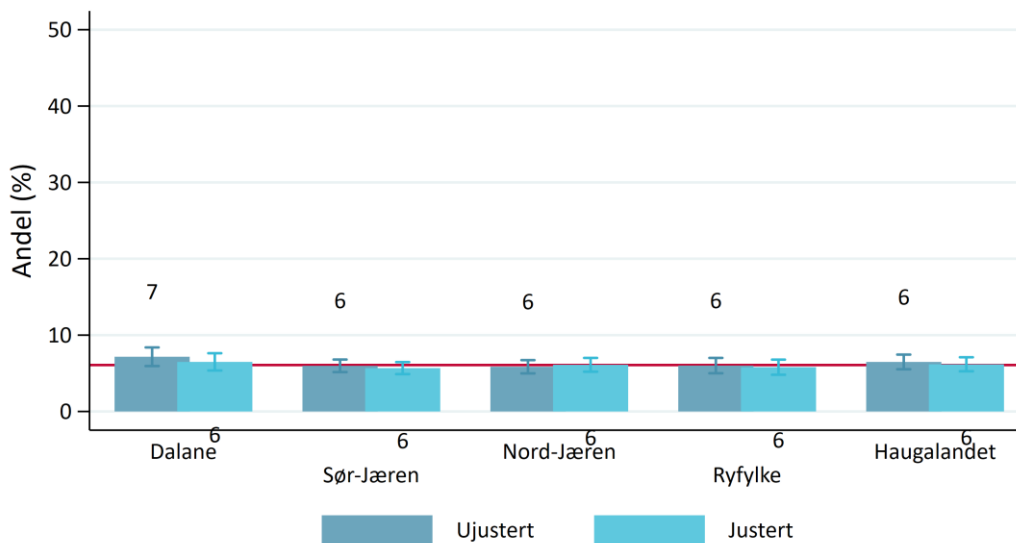
Figur 21C viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer etter kjønn og alder. Forskjellene over aldersgrupper følger ikke noe enkelt mønster. Andelen er høyest (20 %) blant kvinner i aldersgruppen 50-59.

Figur 21D viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket grunnet langvarige sykdommer eller helseproblemer etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterer at hverdagen deres i stor grad er påvirket. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen var på hele 41% (blant kvinner) og 38% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Blant de som rapporterte at det er svært lett å få pengene til å strekke til, er andelen på 9% (blant kvinner) og 4% (blant menn).

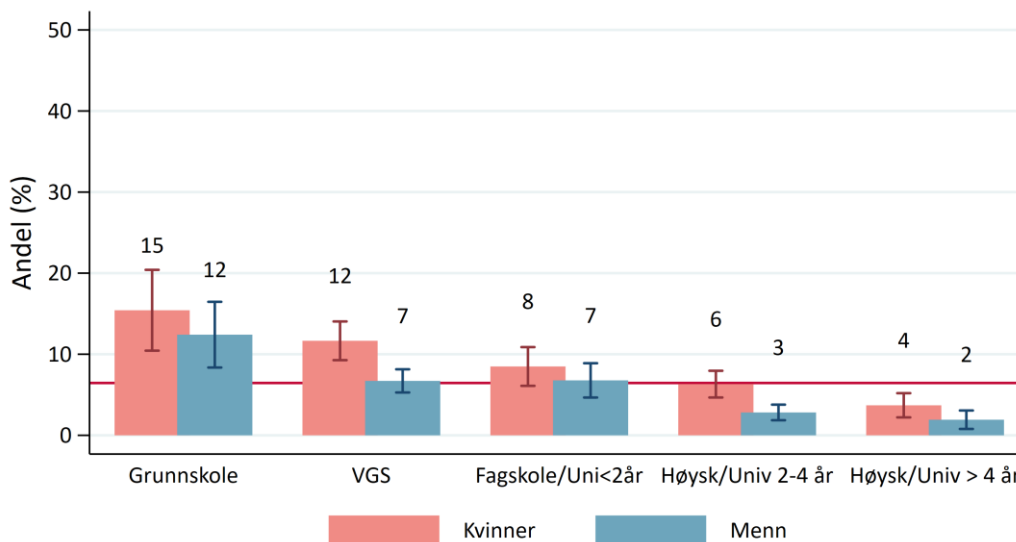
3.22 Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade

Totalt 17 455 deltakere av 17 621 (99,1 %) hadde gyldig svar på Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade. Andelen for hele utvalget var **6,1 %** (KI95%: 5,5- 6,6). Andelen for kvinner var 7,3 % (n=9 232; KI95%: 6,4- 8,1) og andelen for menn var 4,9 % (n=8 223; KI95%: 4,3- 5,6).

Figur 22: Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

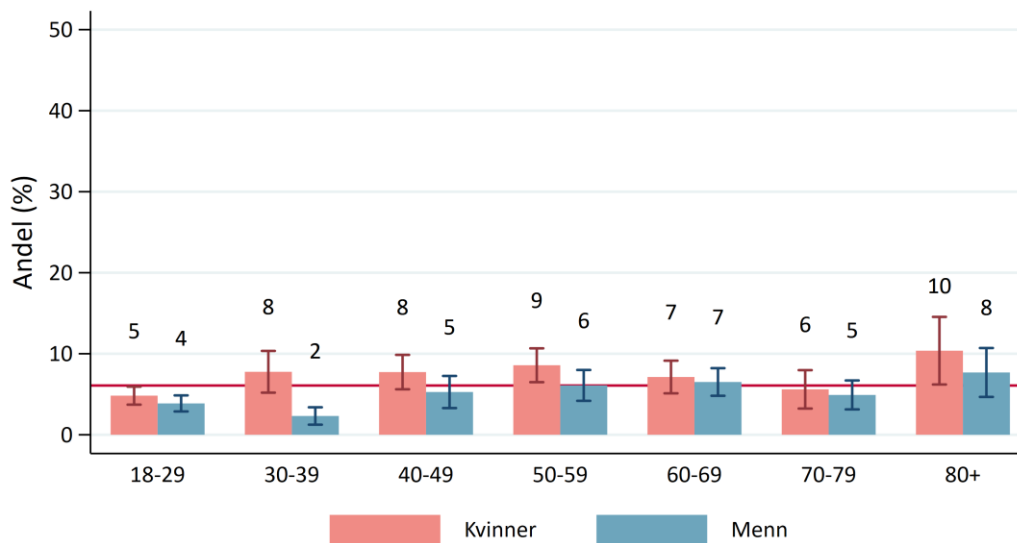


A)

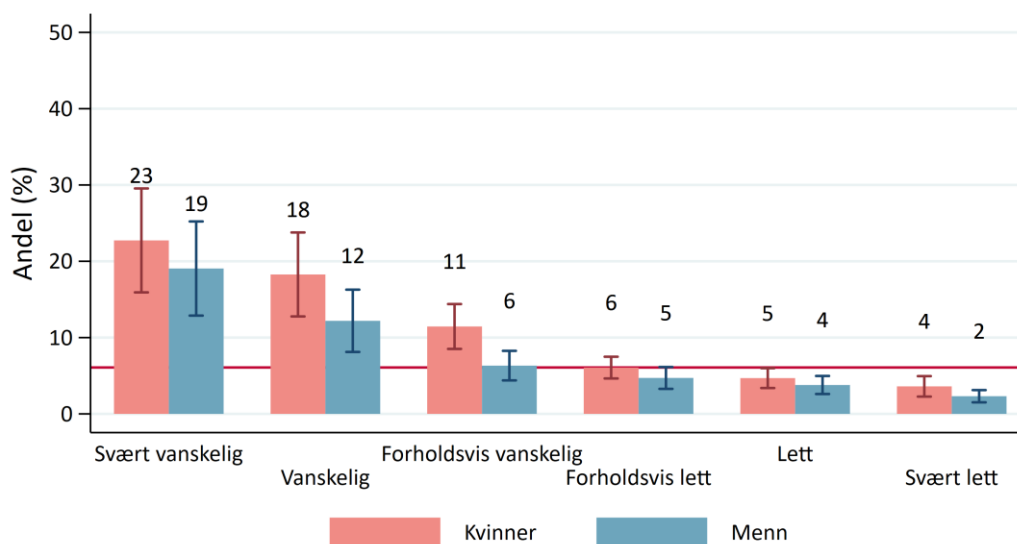


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 22A viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (6,1 %). Figuren viser ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 22B viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker tilnærmet monotont med økende utdanningsnivå både blant kvinner og blant menn.

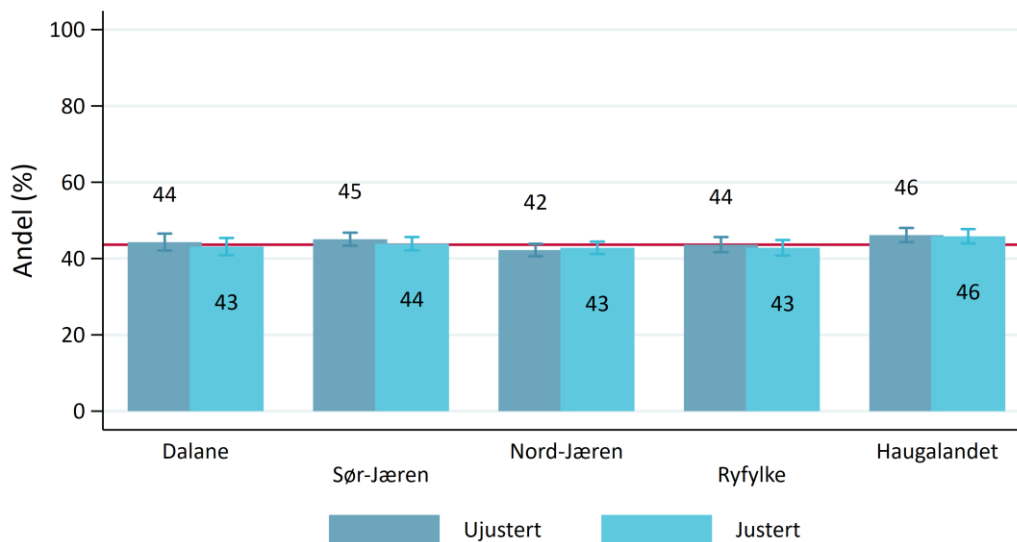
Figur 22C viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade etter kjønn og alder. Figuren viser både blant kvinner og blant menn beskjedne variasjoner over alder. Høyeste andeler finner vi blant de som er 80 år eller eldre, men forskjellene mellom de to eldste aldersgruppene er ikke signifikante.

Figur 22D viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterer at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plage som følge av skade. Her viser figuren vesentlige forskjeller. Andelen var på 23% (blant kvinner) og 19% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen blant dem som mente at det er svært lett å få pengene til å strekke til, er på henholdsvis 4 % og 2 % for kvinner og menn.

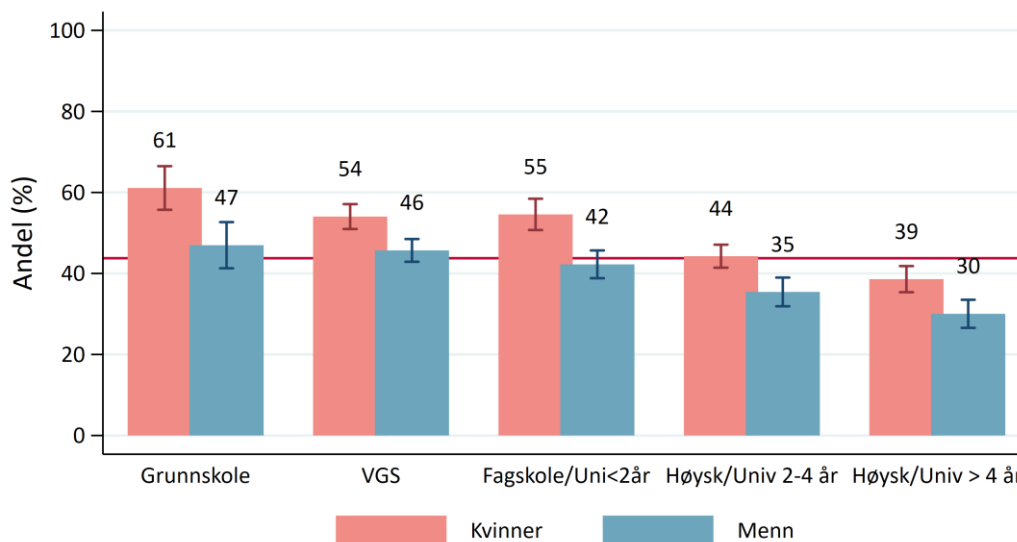
3.23 Korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene

Totalt 17 506 deltakere av 17 621 (99,3 %) hadde gyldig svar på Korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene. Andelen for hele utvalget var **43,4 %** (KI95%: 42,2-44,5). Andelen for kvinner var 47,8 % (n=9 259; KI95%: 46,3-49,4) og andelen for menn var 39,0 % (n=8 247; KI95%: 37,3-40,7).

Figur 23: Korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

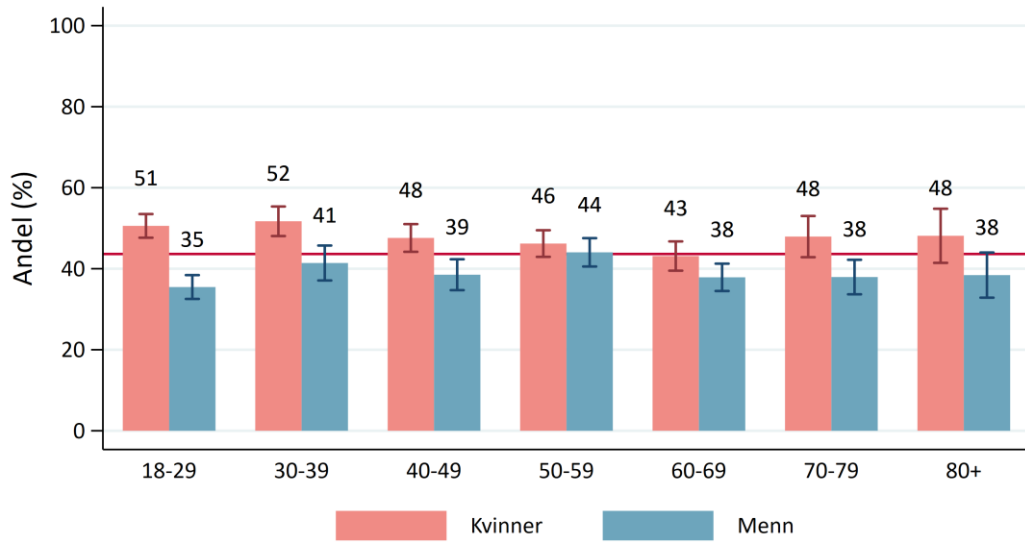


A)

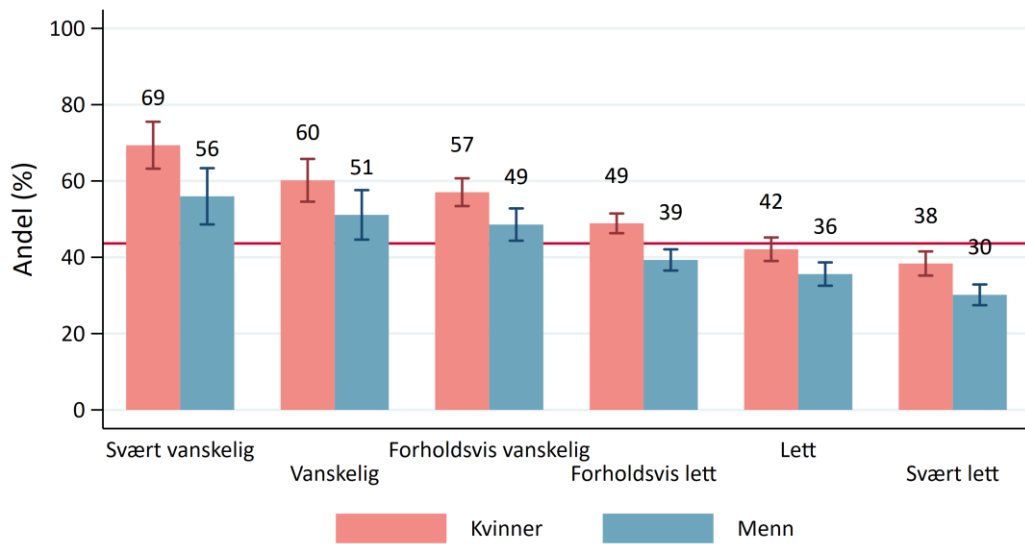


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 23A viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (43,4 %). Figuren viser en forskjell på fem prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Haugalandet) og regionen med lavest andel (Nord-Jæren).

Figur 23B viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene. Forskjellen mellom menn og kvinner er statistisk signifikant i fire av de fem utdanningsgruppene.

Figur 23C viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene etter kjønn og alder. Figuren viser små og usystematiske forskjeller over aldersgrupper.

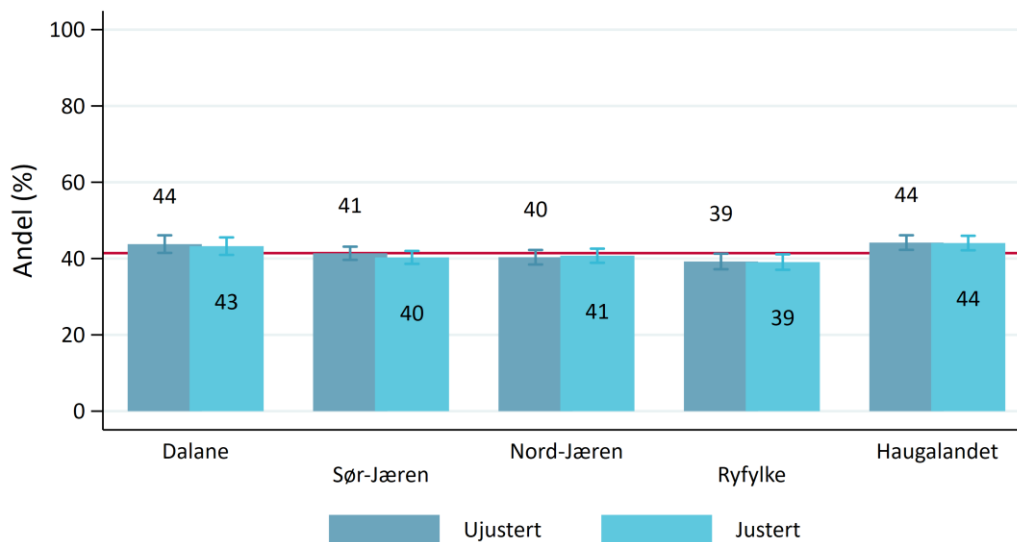
Figur 23D viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen var på 68% (blant kvinner) og 59% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen var 37% (blant kvinner) og 30% (blant menn) for dem som rapporterte at det er svært enkelt å få pengene til å strekke til.

Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har korsryggsmerter, er 19,2 % (KI95% 18,5-19,9) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at rundt 1 av 5 til enhver tid har korsryggsmerter blant utvalget i Rogaland. Andelen er litt høyere for kvinner (21,6 % [KI95% 20,6 – 22,6]) enn for menn (16,9 % [KI95% 15,8- 17,9]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet korsryggsmerter er litt under halvparten så høy: 7,9 % (KI95% 7,3 – 8,4 %) i fylket som helhet har til enhver tid korsryggsmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter daglige rutiner. Andelen er 8,7 % (KI95% 7,9-9,4) for kvinner og 7,1 % (KI95% 6,4-7,8) for menn.

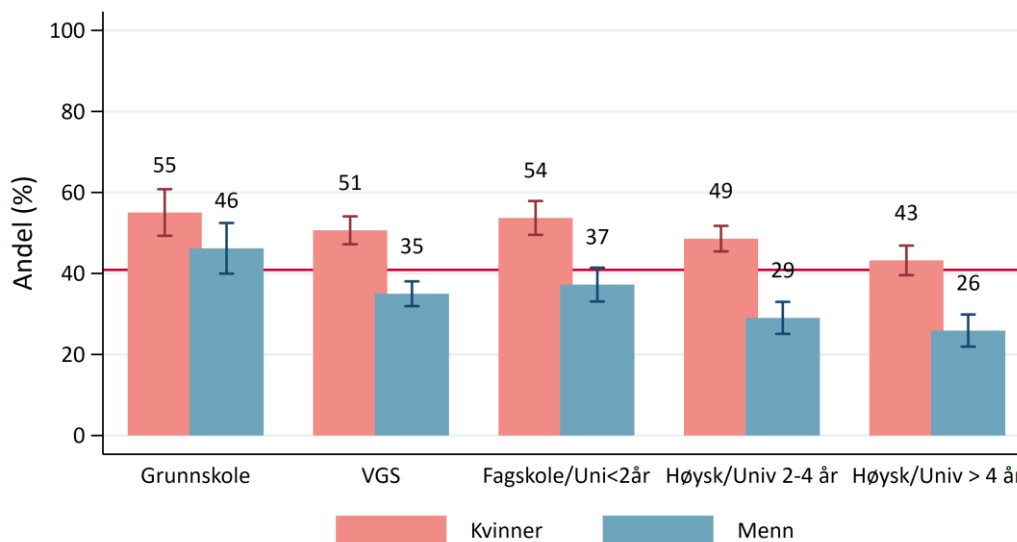
3.24 Nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene

Totalt 17 467 deltakere av 17 621 (99,1 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene. Andelen for hele utvalget var **41,4 %** (KI95%: 40,3-42,6). Andelen for kvinner var 49,7 % (n=9 239; KI95%: 48,1-51,3) og andelen for menn var 33,3 % (n=8 228; KI95%: 31,7-35,0).

Figur 24: Nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

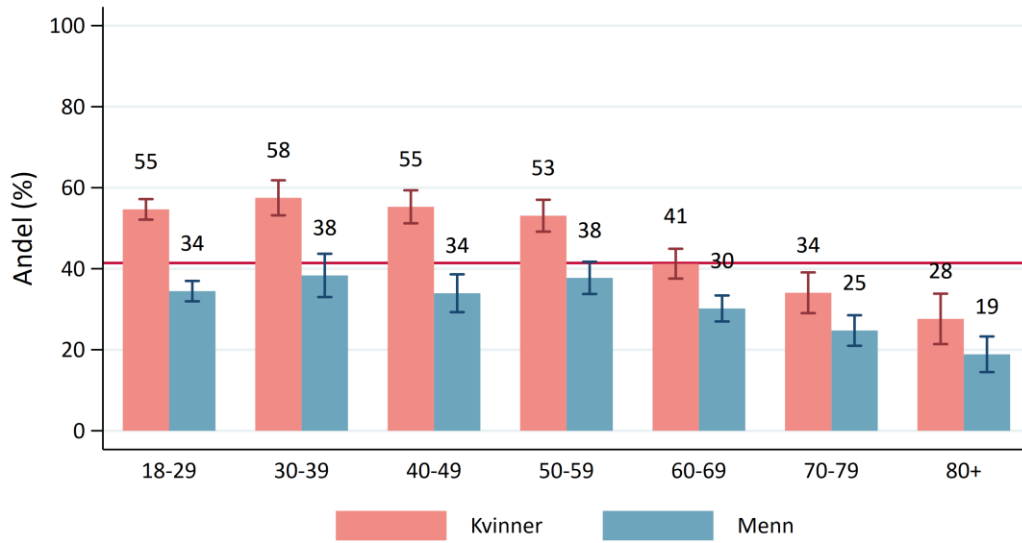


A)

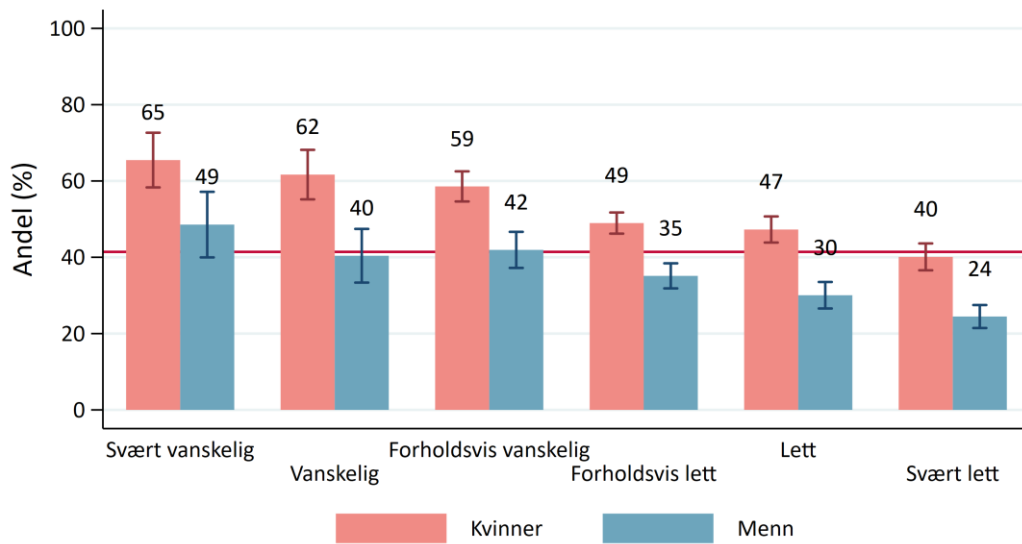


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 24A viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av siste 28 dagene i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (41,4 %). Figuren viser en forskjell på fem prosentpoeng mellom regionene med høyest andel (Dalane og Haugalandet) og regionen med lavest andel (Ryfylke).

Figur 24B viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser, noe forenklet sagt, at andelen synker med økende utdanningsnivå. Andelen er vesentlig høyere blant kvinner enn blant menn. Forskjellen mellom menn og kvinner er statistisk signifikant i alle utdanningsgruppene bort sett fra blant de med bare grunnskoleutdanning.

Figur 24C viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen holder seg noenlunde uforandret frem til 50-59 år, for deretter å synke med økende alder.

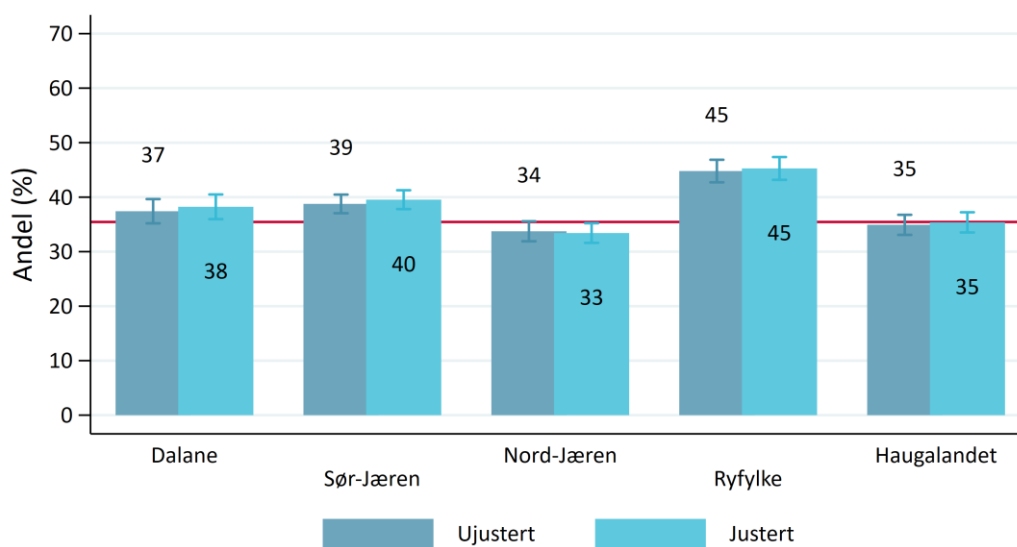
Figur 24D viser andelen deltakere som rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene. Andelen var på 65% (blant kvinner) og 49% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen var på andre siden 40% (blant kvinner) og 24% (blant menn) blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få pengene til å strekke til.

Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har nakkesmerter, er 18,4 % (KI95% 17,7-19,1) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at nesten 1 av 5 til enhver tid har nakkesmerter blant utvalget i Rogaland. Andelen er klart høyere for kvinner (23,1 % [KI95% 22,0- 24,1]) enn for menn (13,8 % [KI95% 12,8-14,8]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet nakkesmerter er vesentlig lavere; 5,8 % (KI95% 5,4-6,3) i utvalget har nakkesmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter eller rutiner. Andelen er 7,3 % (6,7,-8,0%) for kvinner og 4,4 % (KI95% 3,8-4,9) for menn.

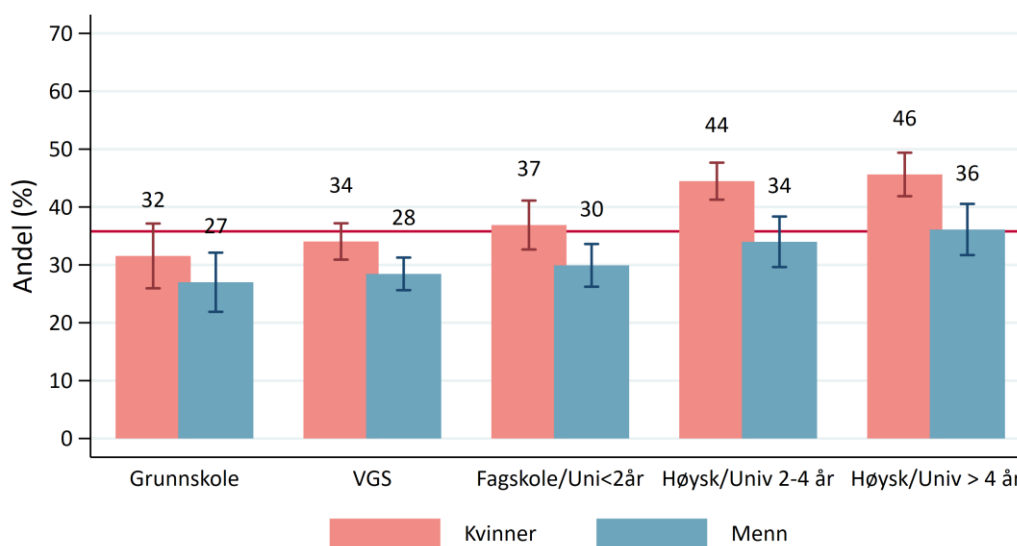
3.25 Høy sosial støtte

Totalt 17 367 deltakere av 17 621 (98,6 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen for hele utvalget var **35,4 %** (KI95%: 34,3-36,6). Andelen for kvinner var 39,7 % (n=9 185; KI95%: 38,1-41,2) og andelen for menn var 31,3 % (n=8 182; KI95%: 29,7-32,9).

Figur 25: Høy sosial støtte etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

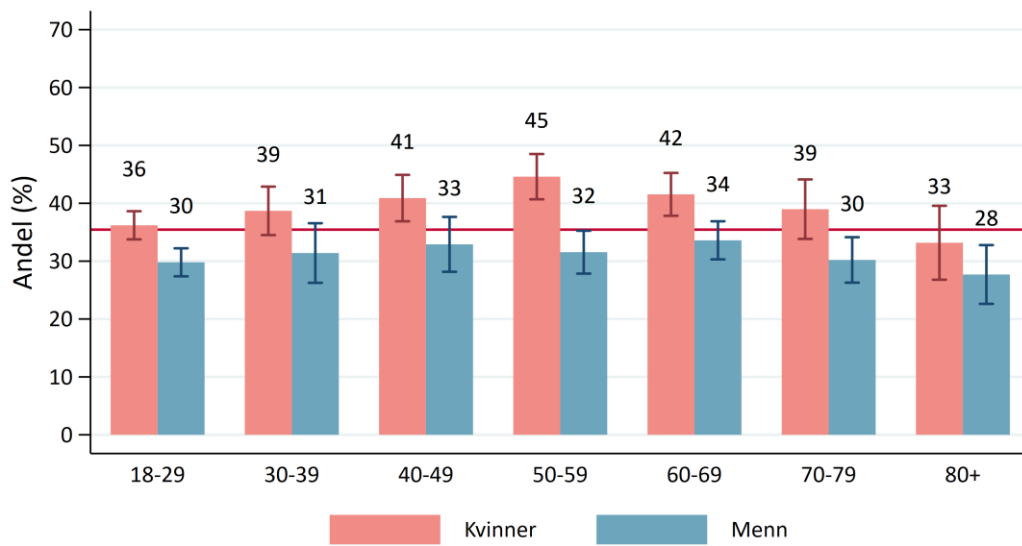


A)

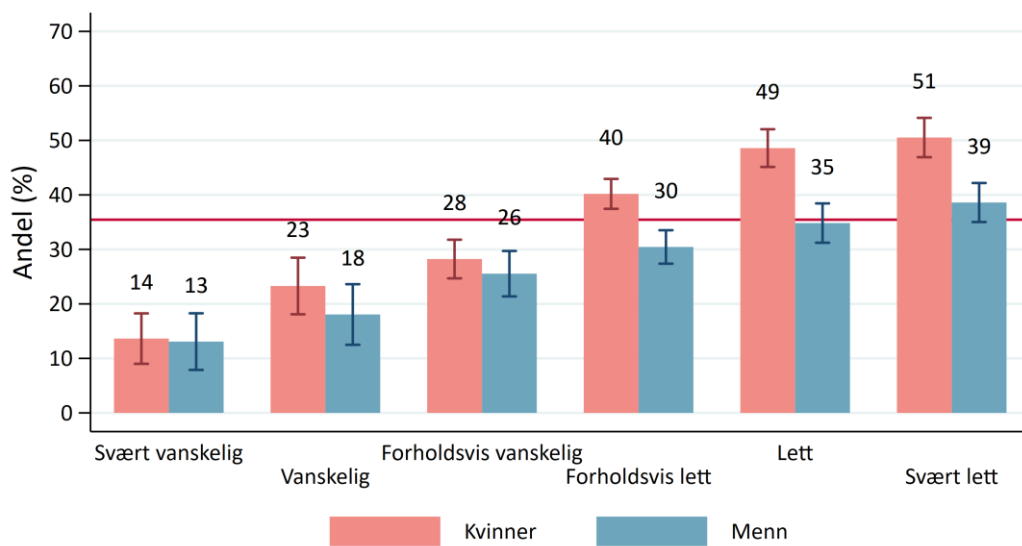


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 25A viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (35,4 %). Figuren viser en forskjell på elleve prosentpoeng mellom regionen med høyest (Ryfylke) og regionen med lavest andel (Nord-Jæren).

Figur 25B viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen stiger med økende utdanningsnivå. Andelen stiger bare svakt for menn (ikke signifikant forskjell mellom ytterkategoriene), men sterkere for kvinner.

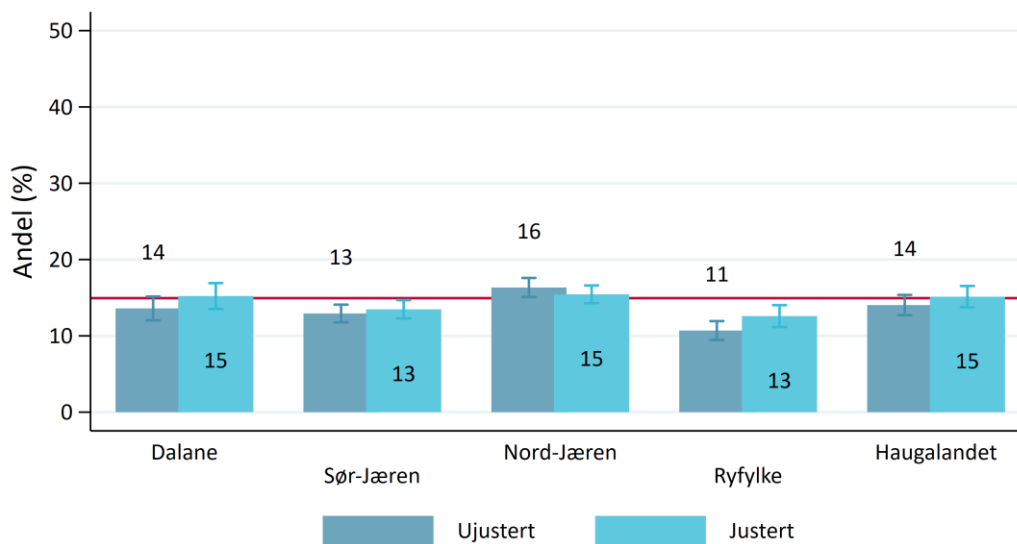
Figur 25C viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte etter kjønn og alder. Figuren viser ingen vesentlig forskjell mellom aldersgrupper for menn. Figuren viser en omvendt U-kurve for kvinner, hvor andelen som rapporterte høy sosial støtte var høyest i alderen 50-59 år. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte høy sosial støtte i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellen var signifikant i tre av aldersgruppene.

Figur 25D viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer høy sosial støtte. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen som rapporterte høy sosial støtte, var 14 % blant kvinner og 13 % blant menn blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen var på 51% (blant kvinner) og 39% (blant menn) blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få pengene til å strekke til.

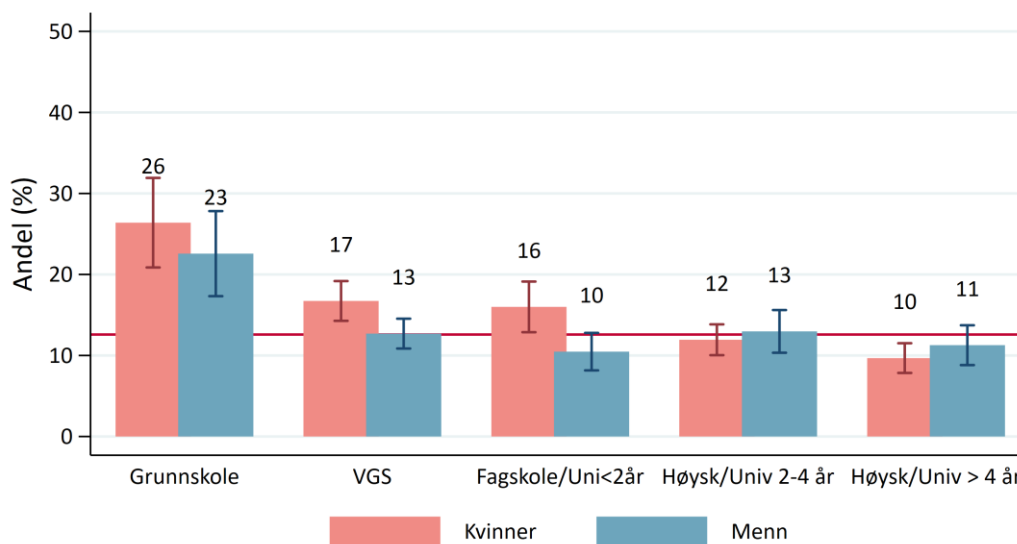
3.26 Ensomhet (UCLA-3)

Totalt 17 318 deltakere av 17 621 (98,3 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen for hele utvalget var **14,2 %** (KI95%: 13,4-15,1). Andelen for kvinner var 14,8 % (n=9 152; KI95%: 13,6-15,9) og andelen for menn var 13,7 % (n=8 166; KI95%: 12,5-14,9).

Figur 26: Ensomhet (UCLA-3) etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

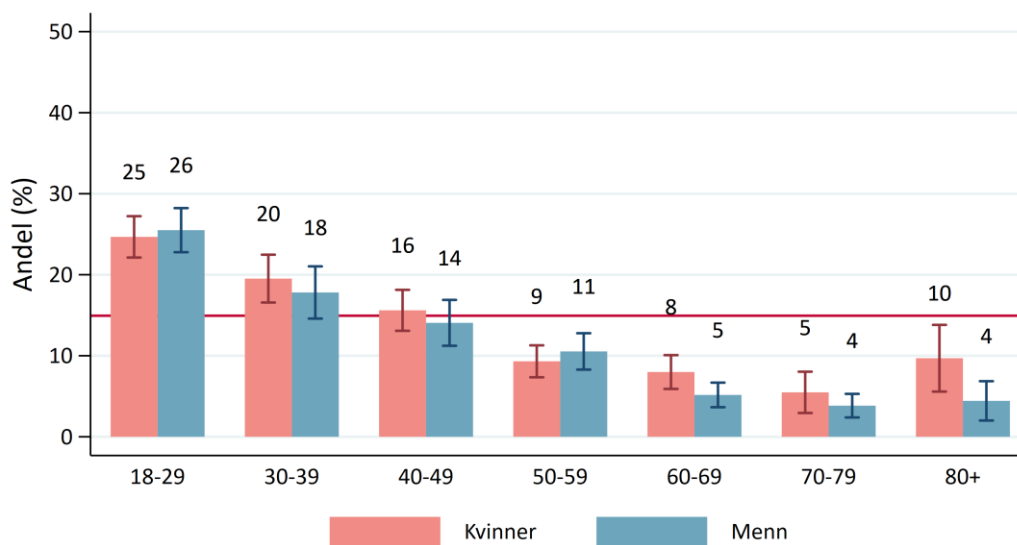


A)

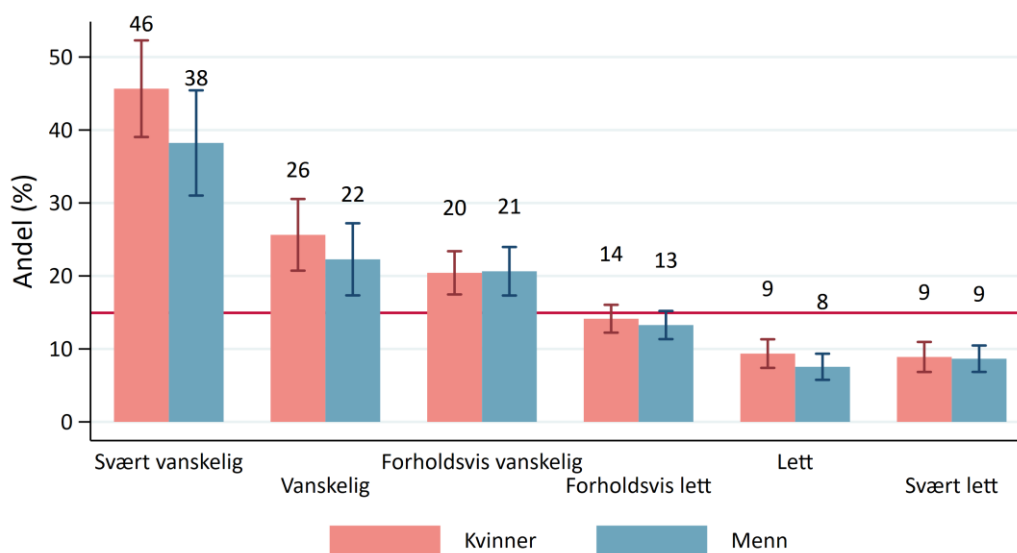


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 26A viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet (målt ved UCLA-3) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (14,2 %). Figuren viser en forskjell på tre prosentpoeng (justerte tall) mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren) og regionen med lavest andel (Ryfylke).

Figur 26B viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen var høyest blant dem med grunnskoleutdanning. Andelen ensomme blant kvinner synker noe med økende utdanningsnivå. Andelen ensomme blant menn holder seg nokså jevn etter grunnskolenivået.

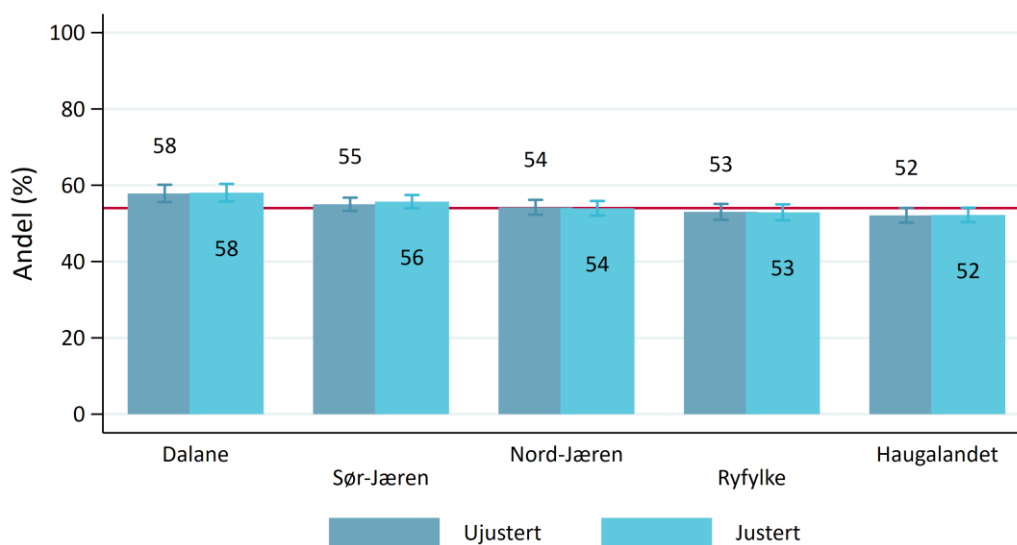
Figur 26C viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen synker med stigende alder. Unntaket er kvinner i aldersgruppen over 80 år, hvor en høyere andel igjen rapporterte ensomhet. Forskjellen mellom aldersgruppen 70-79 og aldersgruppen 80+ blant kvinner er imidlertid ikke signifikant.

Figur 26D viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterer ensomhet. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen som rapporterte ensomhet, var på 45% (blant kvinner) og 38% (blant menn) blant dem som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen på motsatt ende av skalaen, blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få pengene til å strekke til, var andelen ensomme 8 % blant både menn og kvinner.

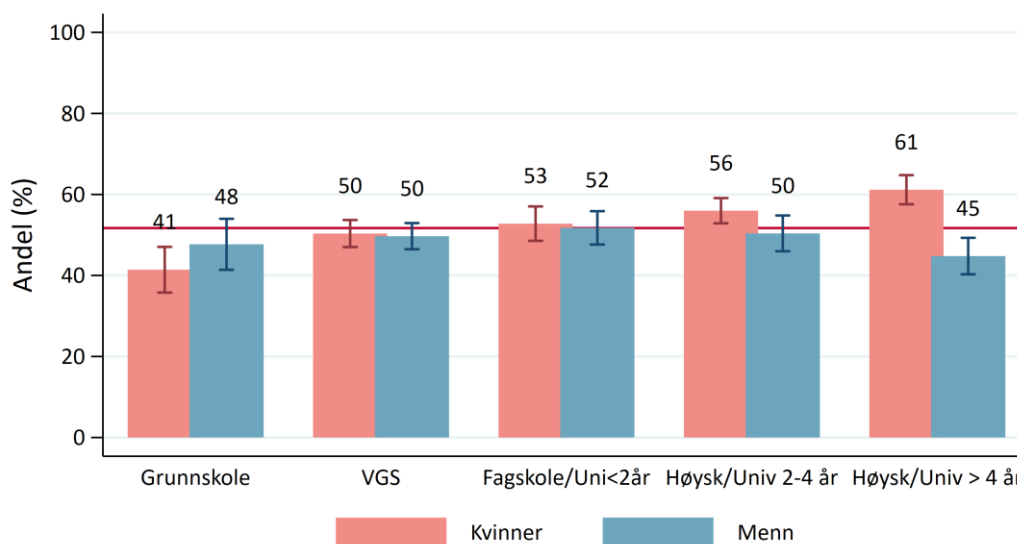
3.27 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 17 529 deltakere av 17 621 (99,5 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **54,0 %** (KI95%: 52,8-55,2). Andelen for kvinner var 56,2 % (n=9 270; KI95%: 54,6-57,7) og andelen for menn var 51,9 % (n=8 259; KI95%: 50,2-53,7).

Figur 27: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

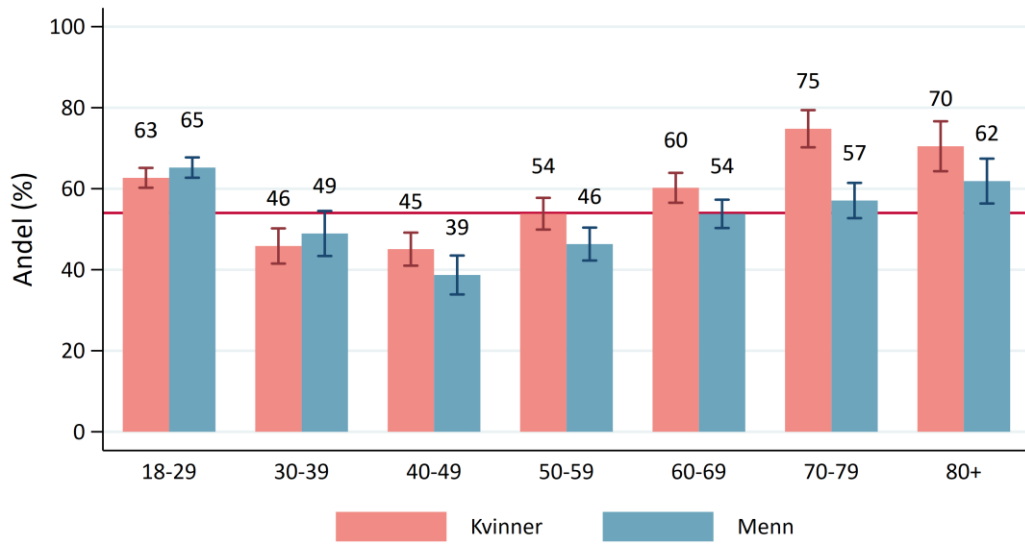


A)

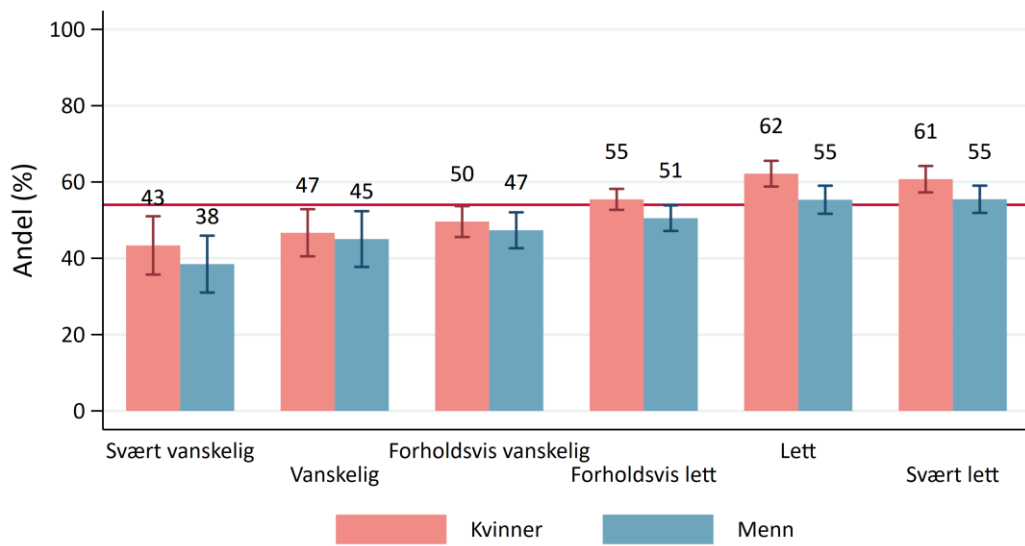


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 27A viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (54,0 %). Figuren viser en forskjell på 6 prosentpoeng (ujusterte tall) mellom regionen med høyest andel (Dalane) og regionen med lavest andel (Haugalandet).

Figur 27B viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen stiger ved økende utdanning blant kvinner. Figuren viser en tendens til en omvendt U-kurve for menn, hvor andelen er høyest ved fagskole og universitetsutdanning på under to år.

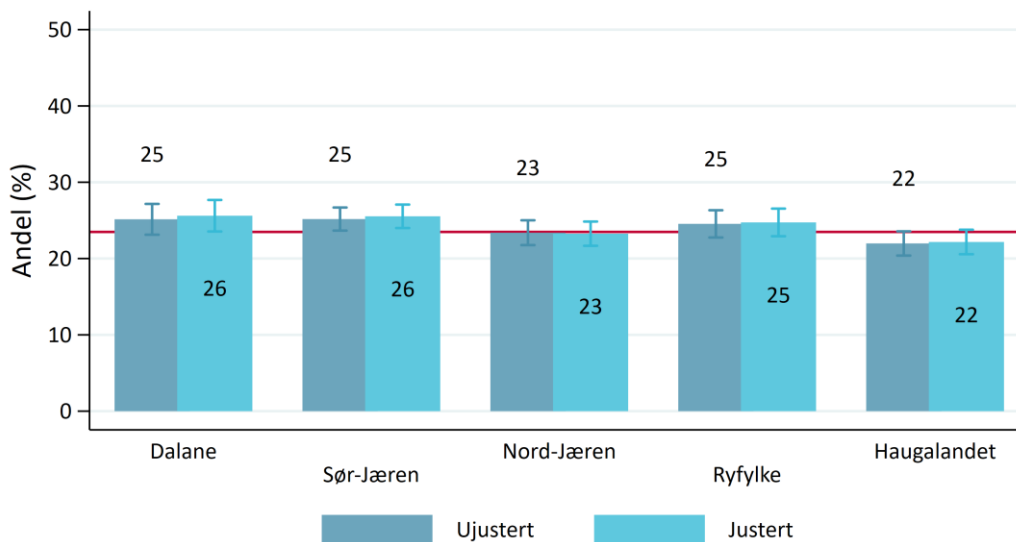
Figur 27C viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen ble redusert vesentlig fra den yngste (18-29 år) til den nest yngste aldersgruppen (30-39 år). Fra aldersgruppen 40-49 år stiger andelen med økende alder.

Figur 27D viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen var på 43 % (blant kvinner) og 38 % (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen på motsatt ende av skalaen, blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få pengene til å strekke til, 61% (blant kvinner) og 55% (blant menn).

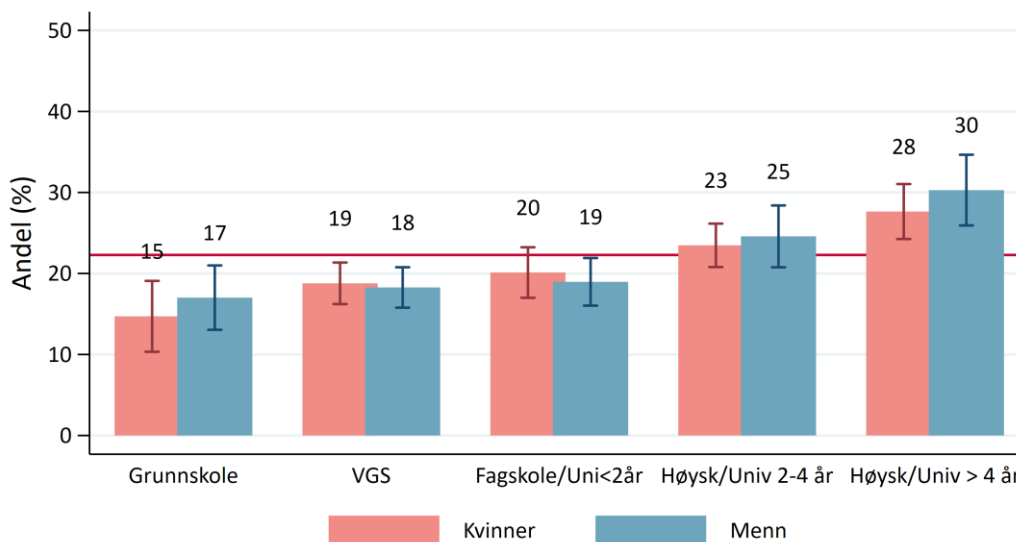
3.28 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Totalt 17 485 deltakere av 17 621 (99,2 %) hadde gyldig svar på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken. Andelen for hele utvalget var **23,5 %** (KI95%: 22,5-24,5). Andelen for kvinner var 23,0 % (n=9 246; KI95%: 21,7-24,2) og andelen for menn var 24,0 % (n=8 239; KI95%: 22,5-25,5).

Figur 28: Minst 30 min. moderat fysisk aktivitet 4+ dg/uken etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

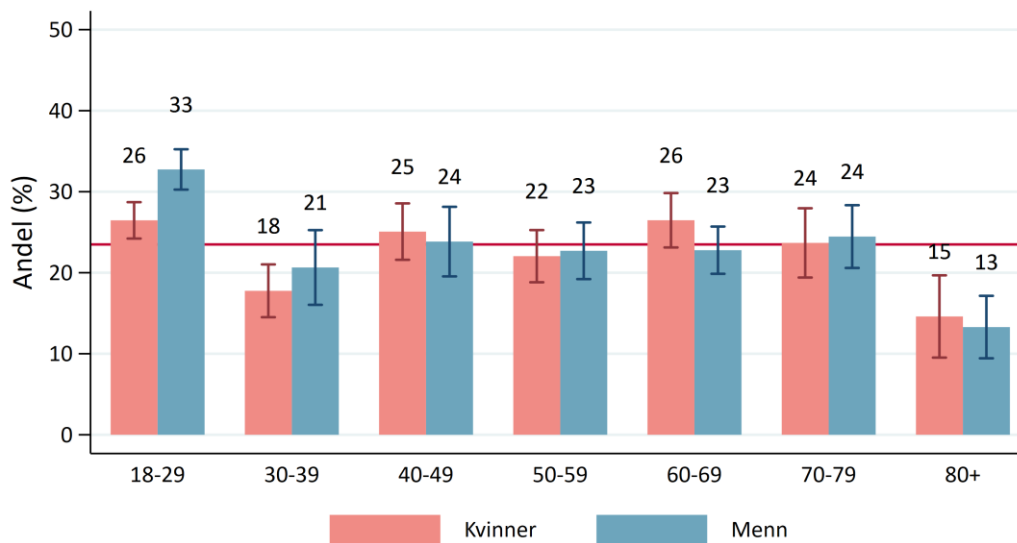


A)

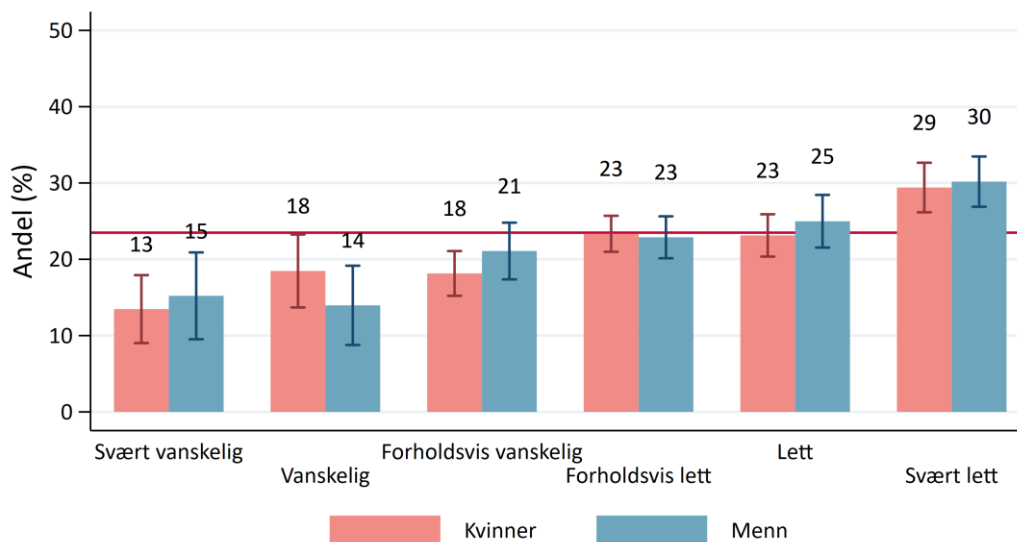


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 28A viser andelen deltakere som rapporterte minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken (heretter kalt fysisk aktive) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (23,5 %). Figuren viser en forskjell på bare tre prosentpoeng mellom regionene med høyest andel og regionen med lavest andel.

Figur 28B viser andelen fysisk aktive etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen fysisk aktive øker med stigende utdanningsnivå.

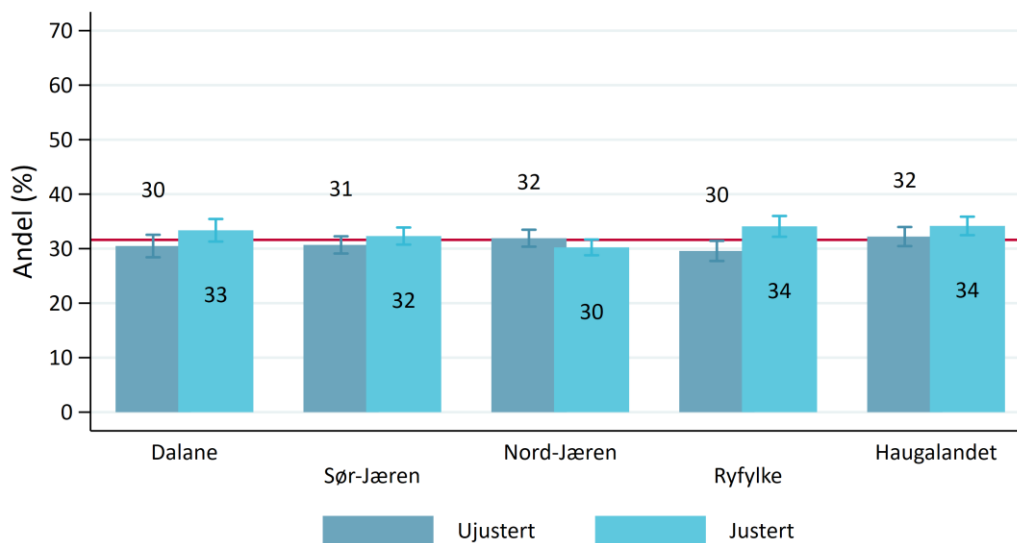
Figur 28C viser andelen fysisk aktive etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen var vesentlig høyere i den yngste aldersgruppen enn i den nest yngste aldersgruppen. Mellom 40 og 79 er variasjonene små og kanskje tilfeldige. Andel moderat fysisk aktive synker ved overgangen fra nest eldste til eldste aldersgruppe.

Figur 28D viser andelen fysisk aktive etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporter at de minst er moderat fysisk aktive. Andelen var på 13% (blant kvinner) og 15% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelen var på motsatt ende av skalaen var omtrent dobbelt så høy med 29 % (blant kvinner) og 30 % (blant menn).

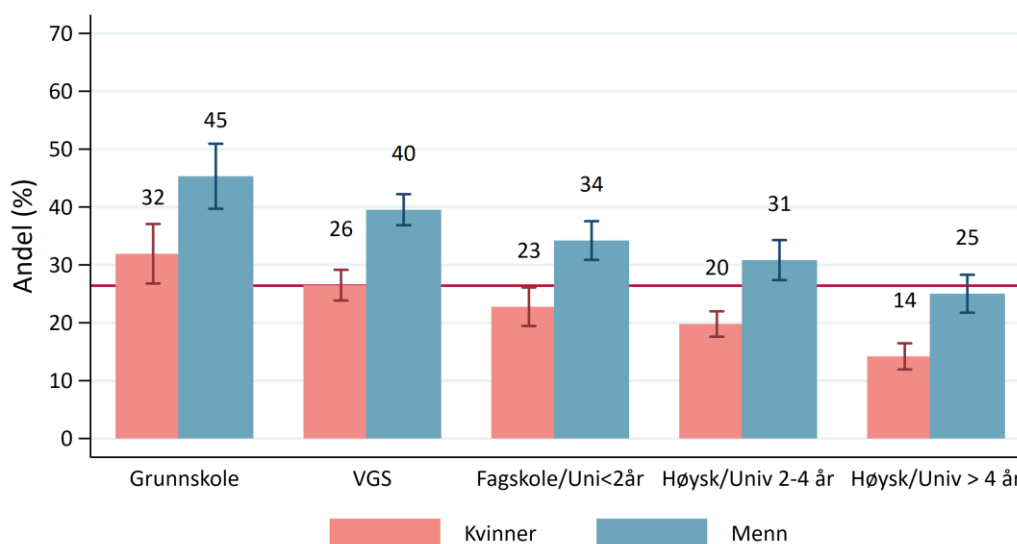
3.29 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 17 544 deltakere av 17 621 (99,6 %) hadde gyldig svar på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **30,1 %** (KI95%: 29,0-31,2). Andelen for kvinner var 23,5 % (n=9 271; KI95%: 22,2-24,8) og andelen for menn var 36,5 % (n=8 273; KI95%: 34,9-38,2).

Figur 29: Sukkerholdig leskedrikk minst 2-3 ganger i uken etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

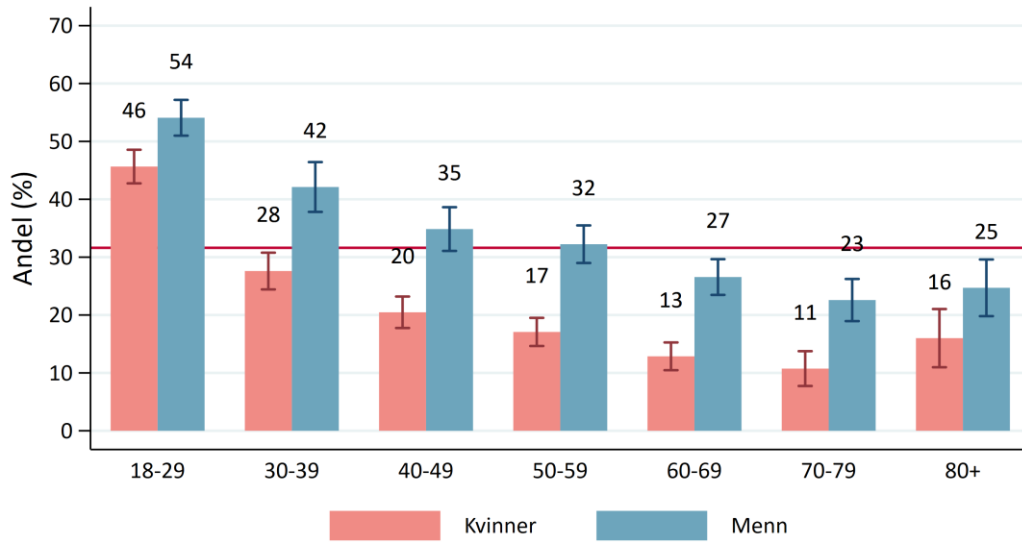


A)

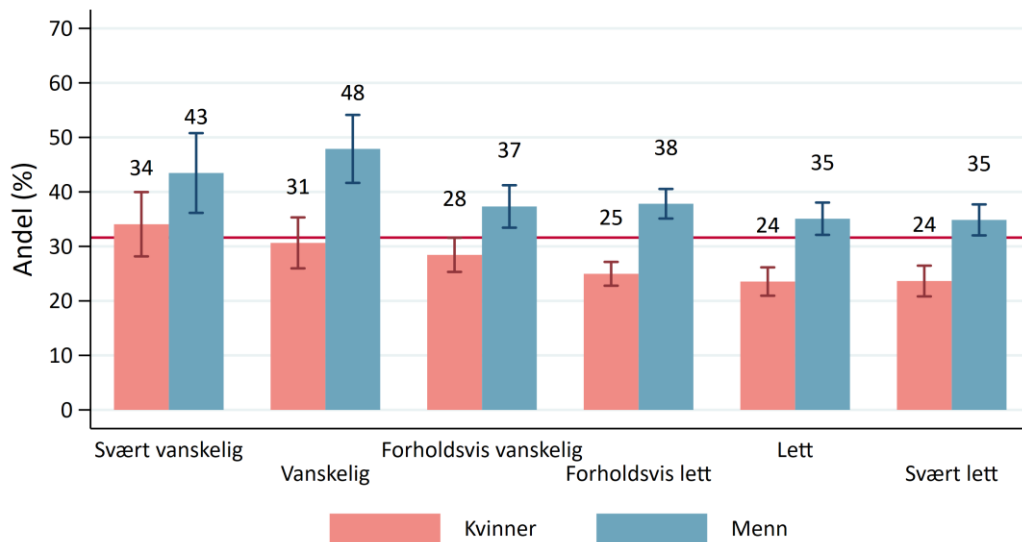


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 29A viser andelen deltakere som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (heretter kalt jevnlig inntak av sukkerholdig drikk) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (30,1 %). Fire av regionene kommer ut med samme prosentandel (32 %). Bare Nord-Jæren skiller seg litt ut med en prosentandel på 28.

Figur 29B viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå. En signifikant høyere andel menn enn kvinner rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk i alle utdanningsgruppene.

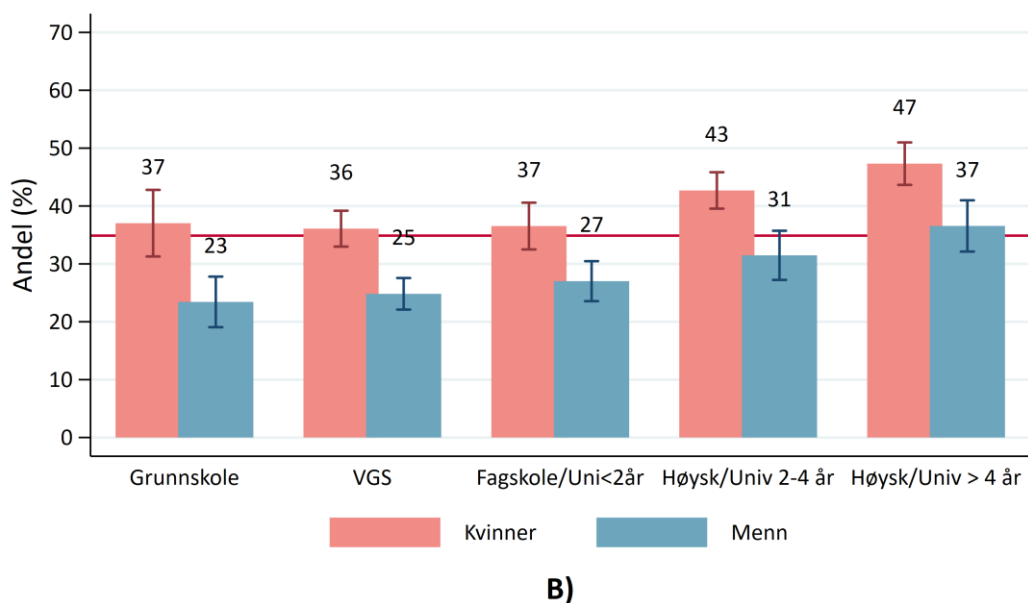
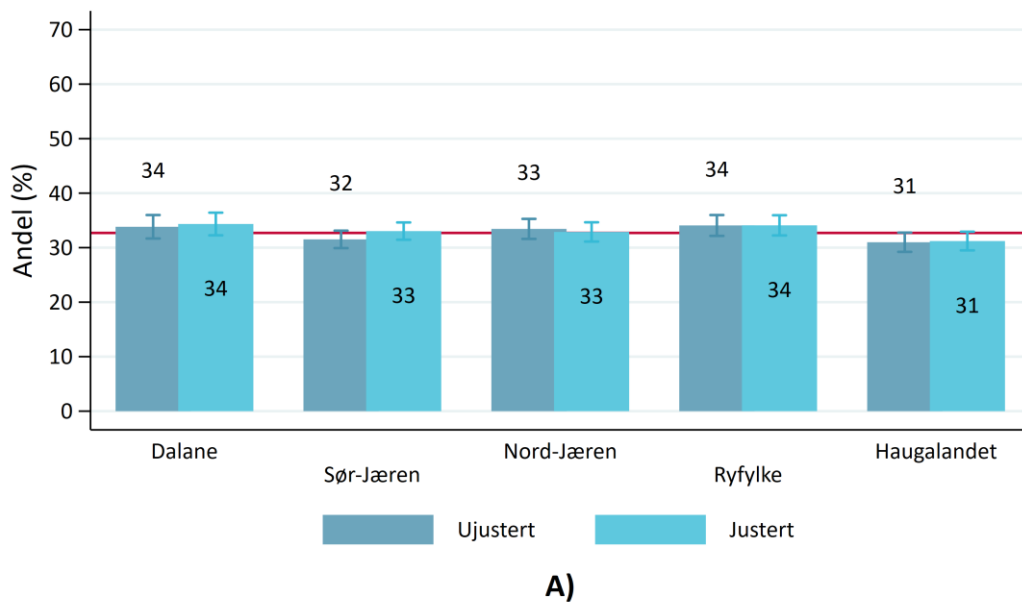
Figur 29C viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk etter kjønn og alder. Figuren viser vesentlige forskjeller mellom aldersgruppene. Andelen synker med stigende alder inntil nest eldste aldersgruppe (70-79).

Figur 29D viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser en uregelmessig variasjon over grupper, men man kan se en svak tendens til at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterer jevnlig inntak av sukkerholdig drikk.

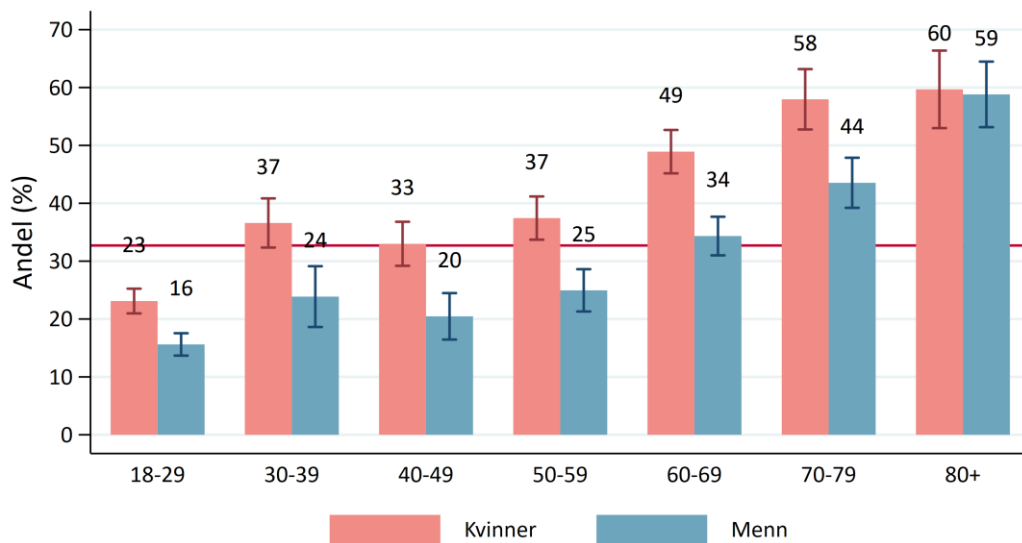
3.30 Daglig inntak av frukt eller bær

Totalt 17 472 deltakere av 17 621 (99,2 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av frukt eller bær. Andelen for hele utvalget var **32,7 %** (KI95%: 31,6-33,8). Andelen for kvinner var 38,5 % (n=9 252; KI95%: 37,0-40,1) og andelen for menn var 27,0 % (n=8 220; KI95%: 25,4-28,6).

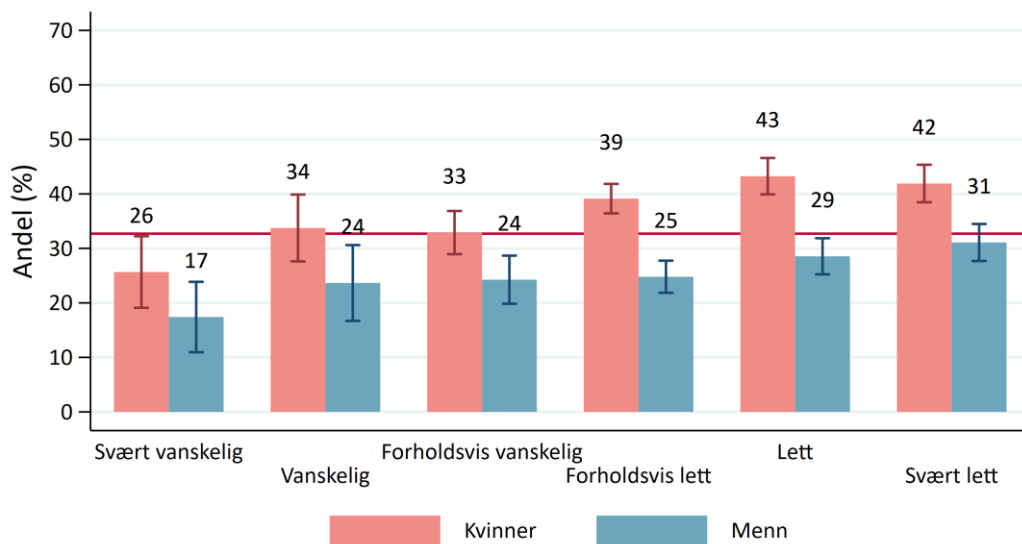
Figur 30: Daglig inntak av frukt eller bær etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 30A viser andelen deltakere som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (32,7 %). Figuren viser en forskjell på bare tre prosentpoeng mellom regionene med høyest andel og regionene med lavest andel.

Figur 30B viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og utdanningsnivå. Der er nesten ingen forskjeller over de tre laveste utdanningsnivåene, men andelen stiger noe over de to gruppene med høyest utdanning. Andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær var signifikant høyere blant kvinner enn blant menn på alle utdanningstrinn.

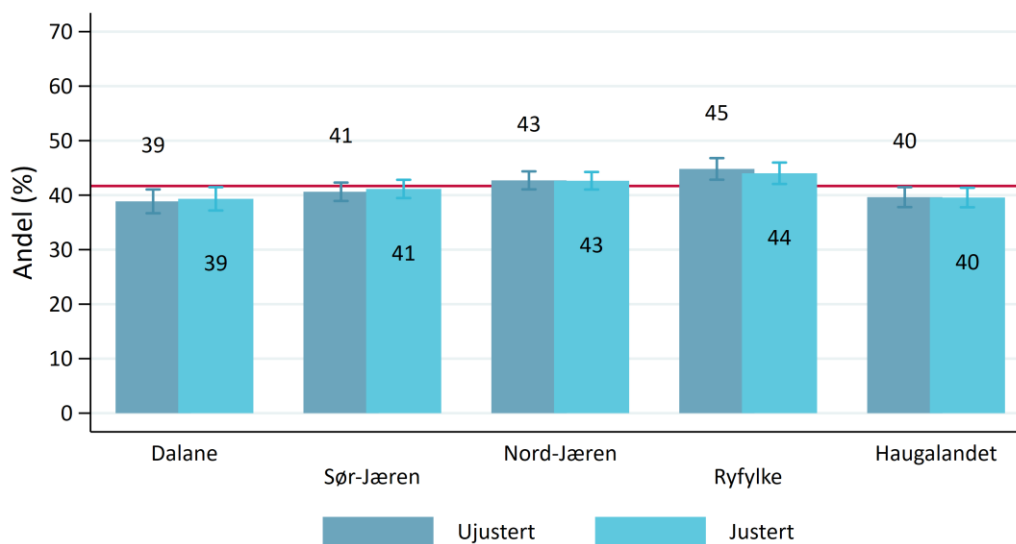
Figur 30C viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen øker med stigende alder både blant menn og blant kvinner. Også her ser vi at andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær var signifikant høyere blant kvinner enn blant menn. Forskjellen var signifikant på alle alderstrinn under 80.

Figur 30D viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. Andelen var på 26% (blant kvinner) og 17% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Andelene blant dem som oppga at det er svært lett å få pengene til å strekke til, var på henholdsvis 42% og 31% for kvinner og menn.

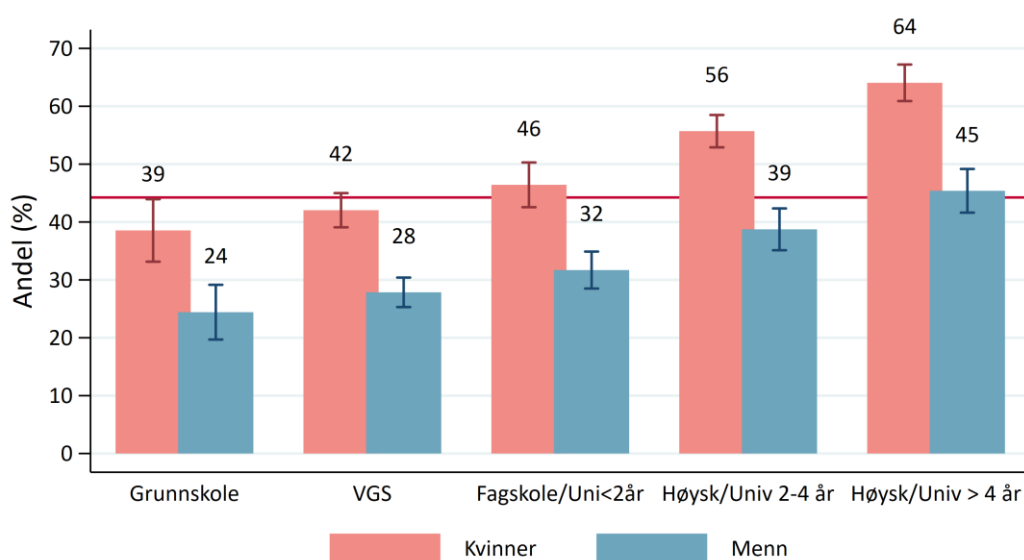
3.31 Daglig inntak av grønnsaker

Totalt 17 462 deltakere av 17 621 (99,1 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **42,0 %** (KI95%: 40,8-43,2). Andelen for kvinner var 50,2 % (n=9 221; KI95%: 48,6-51,8) og andelen for menn var 34,0 % (n=8 241; KI95%: 32,3-35,7).

Figur 31: Daglig inntak av grønnsaker etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

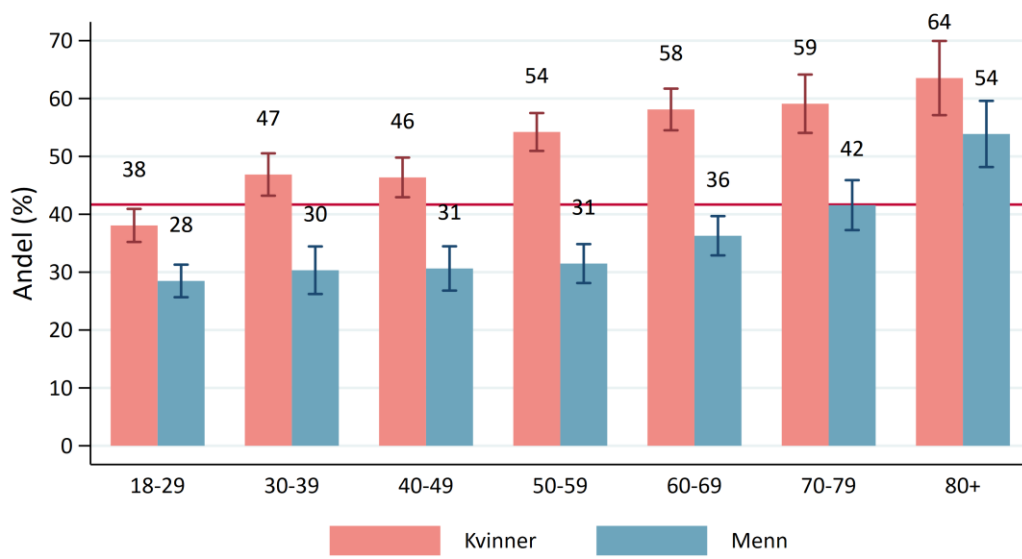


A)

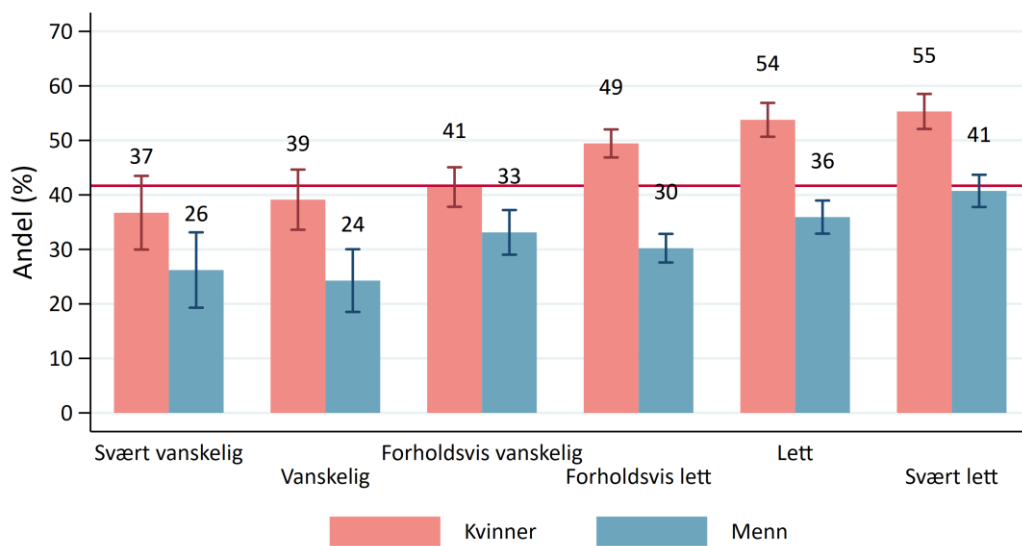


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 31A viser andelen deltakere som rapporterte daglig inntak av grønnsaker i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (42,0 %). Figuren viser en forskjell på seks prosentpoeng mellom regionene med høyest andel og regionen med lavest andel.

Figur 31B viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen øker med stigende utdanningsnivå. En vesentlig høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av grønnsaker. Forskjellen er signifikant i alle utdanningskategoriene.

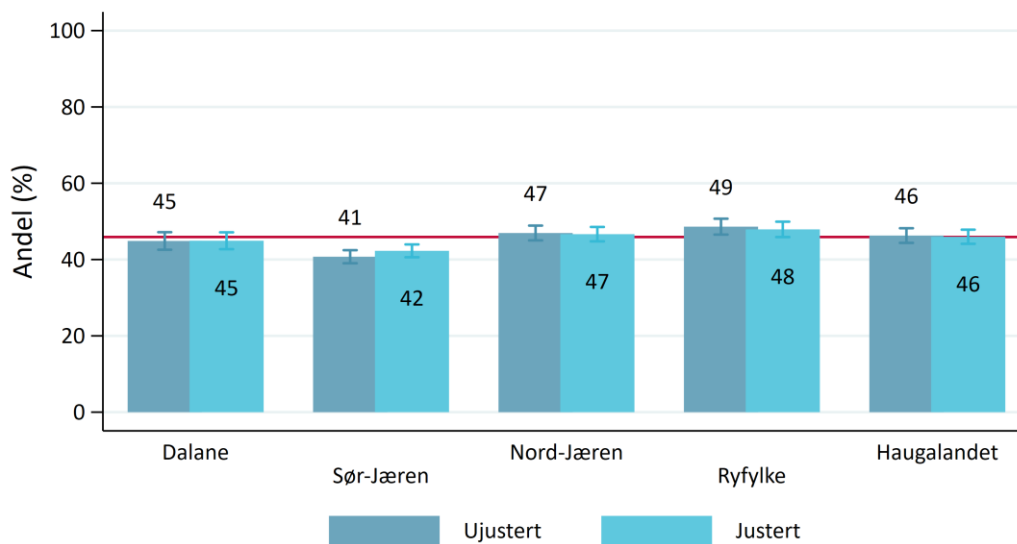
Figur 31C viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen økte med stigende alder. Blant menn økte ikke andelen før fra aldersgruppen 50-59 år. Også her ser vi at en vesentlig høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av grønnsaker, en forskjell som var signifikant i alle aldersgruppene bortsett fra den eldste.

Figur 31D viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer daglig inntak av grønnsaker. Andelen var på 37% (blant kvinner) og 26% (blant menn) blant dem som oppga at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Blant de som oppga at det er svært lett å få pengene til å strekke til, var det henholdsvis 57% og 40% for kvinner og menn som rapporterte daglig inntak av grønnsaker.

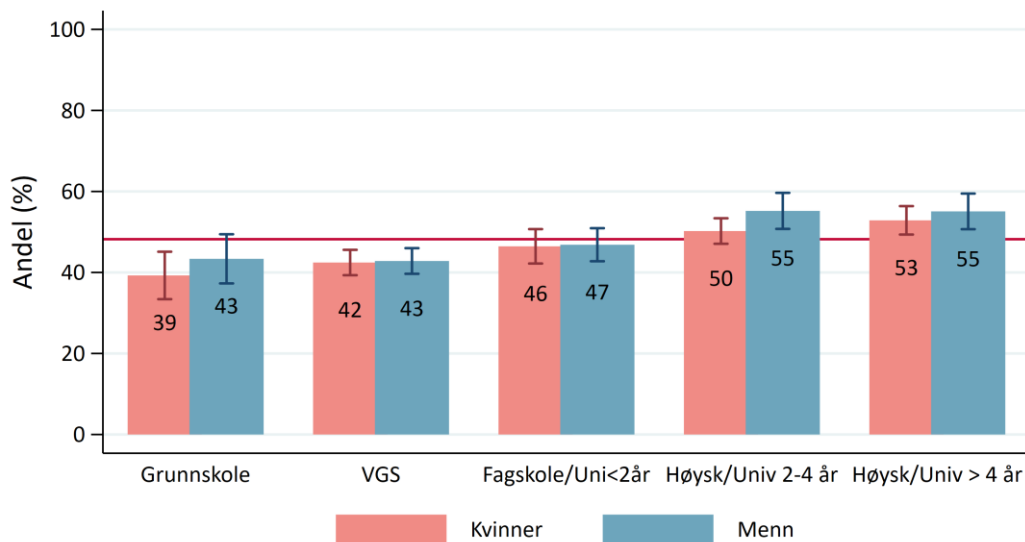
3.32 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 17 474 deltakere av 17 621 (99,2 %) hadde gyldig svar på Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **45,9 %** (KI95%: 44,7-47,1). Andelen for kvinner var 45,2 % (n=9 238; KI95%: 43,6-46,7) og andelen for menn var 46,6 % (n=8 236; KI95%: 44,9-48,4).

Figur 32: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

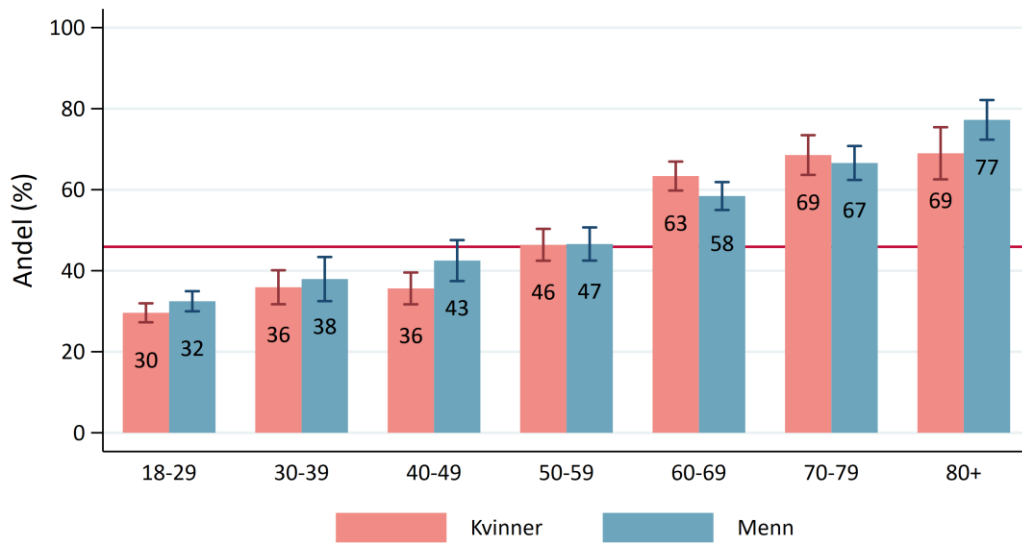


A)

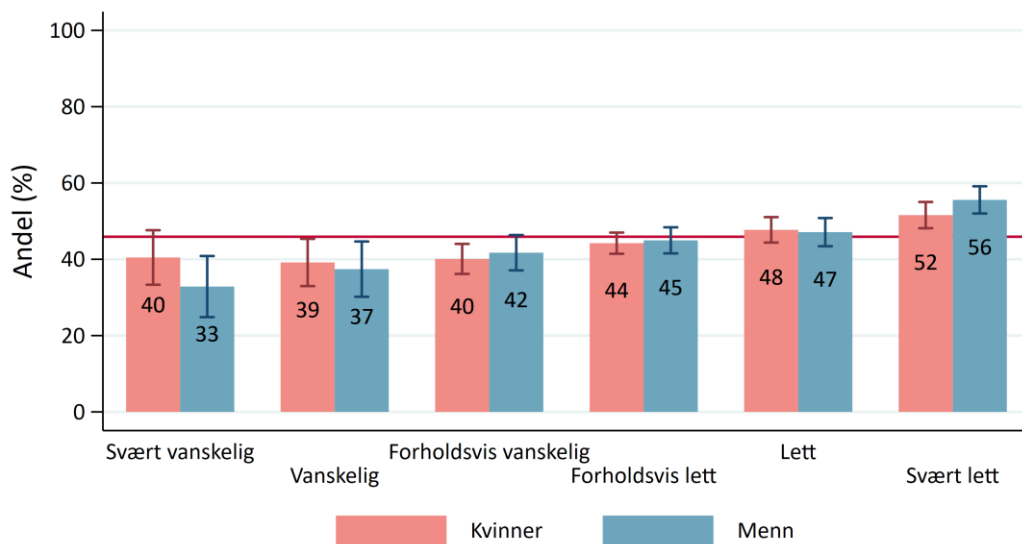


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 32A viser andelen deltakere som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (heretter kalt jevnlig inntak av fisk) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (45,9 %). Figuren viser en forskjell på 8 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Ryfylke) og regionen med lavest andel (Sør-Jæren).

Figur 32B viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av fisk etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen øker noe med stigende utdanningsnivå.

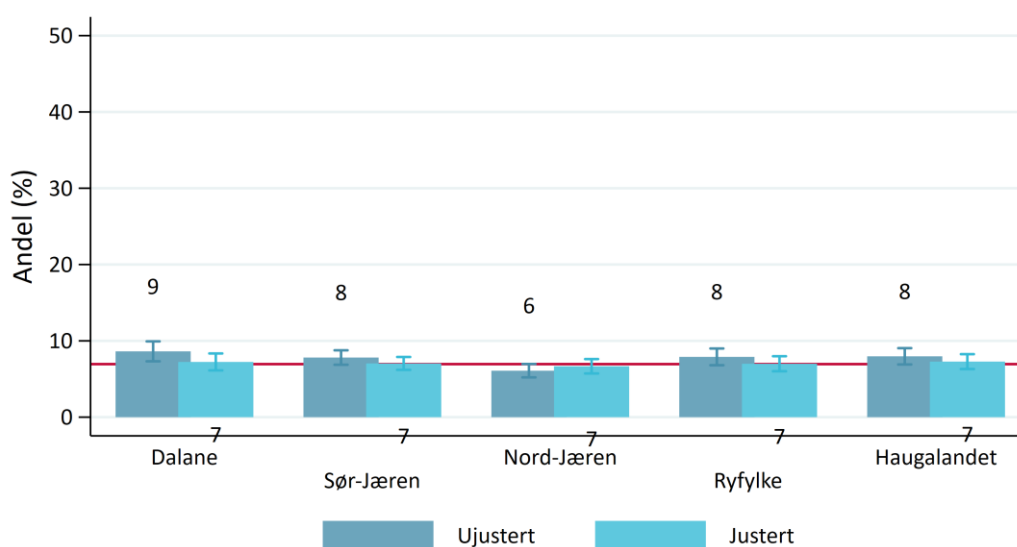
Figur 32C viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av fisk etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen øker med stigende alder. Økningen var størst mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år.

Figur 32D viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av fisk etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere andel rapporterer jevnlig inntak av fisk. Økningen er litt sterkere blant menn (fra 33 til 56 %) enn blant kvinner (fra 40 til 52 %) hvis en sammenligner yttergruppene.

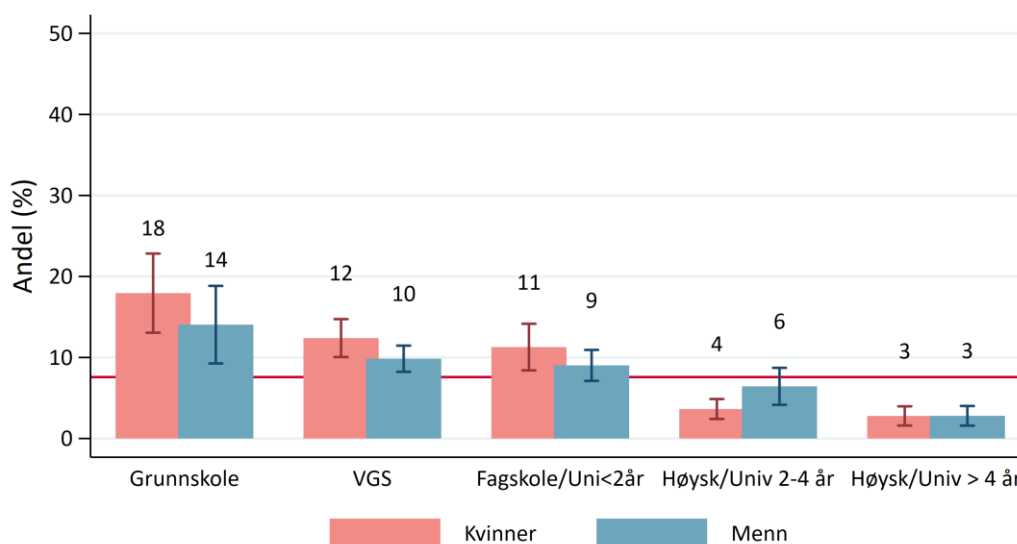
3.33 Daglig røyking

Totalt 17 533 deltakere av 17 621 (99,5 %) hadde gyldig svar på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **6,9 %** (KI95%: 6,4- 7,5). Andelen for kvinner var 6,9 % (n=9 272; KI95%: 6,1- 7,7) og andelen for menn var 7,0 % (n=8 261; KI95%: 6,3- 7,8).

Figur 33: Daglig røyking etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

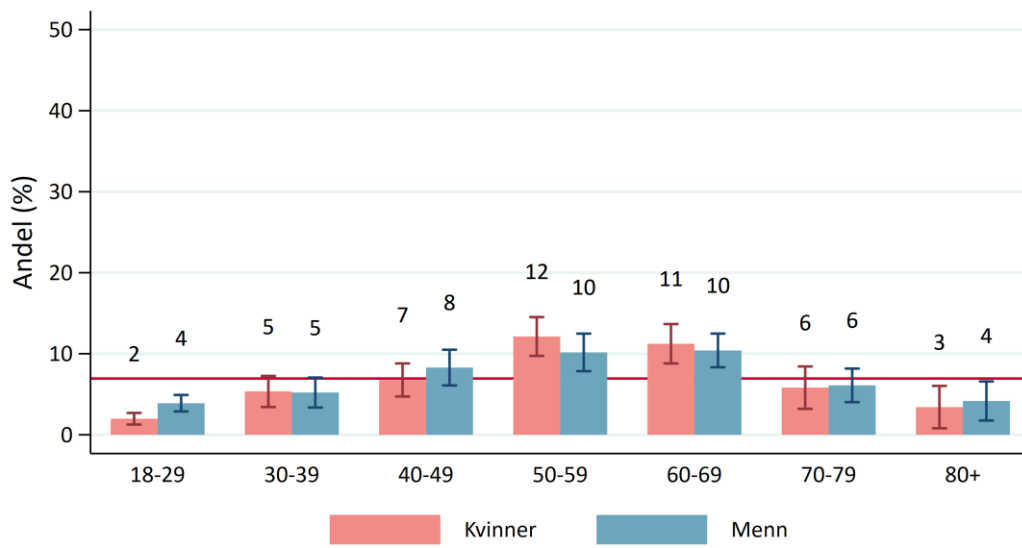


A)

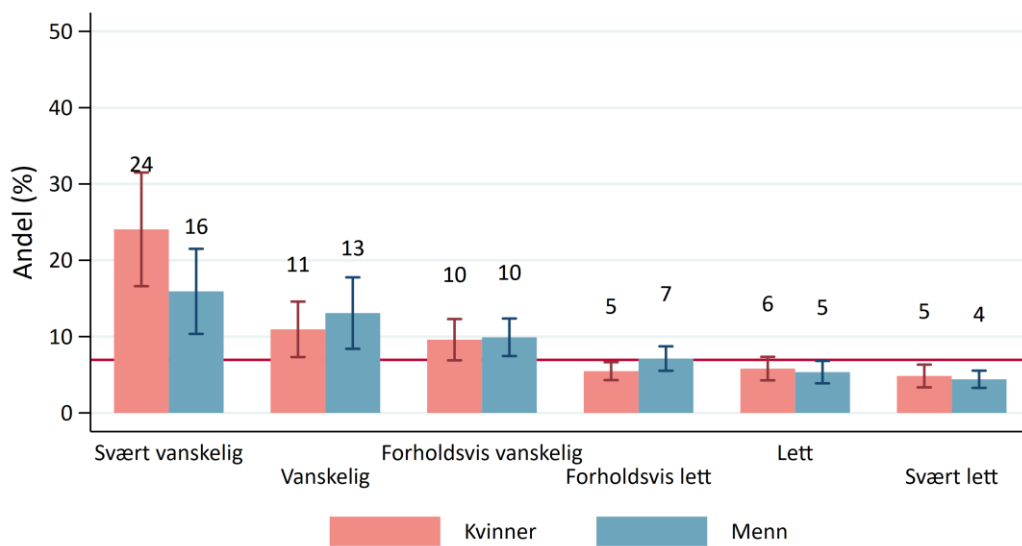


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 33A viser andelen deltakere som rapporterte daglig røyking i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (6,9 %). Figuren viser en forskjell på 3 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Dalane) og regionen med lavest andel (Nord-Jæren).

Figur 33B viser andelen som rapporterte å røyke daglig etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med stigende utdanningsnivå. Dette gjelder både menn og kvinner.

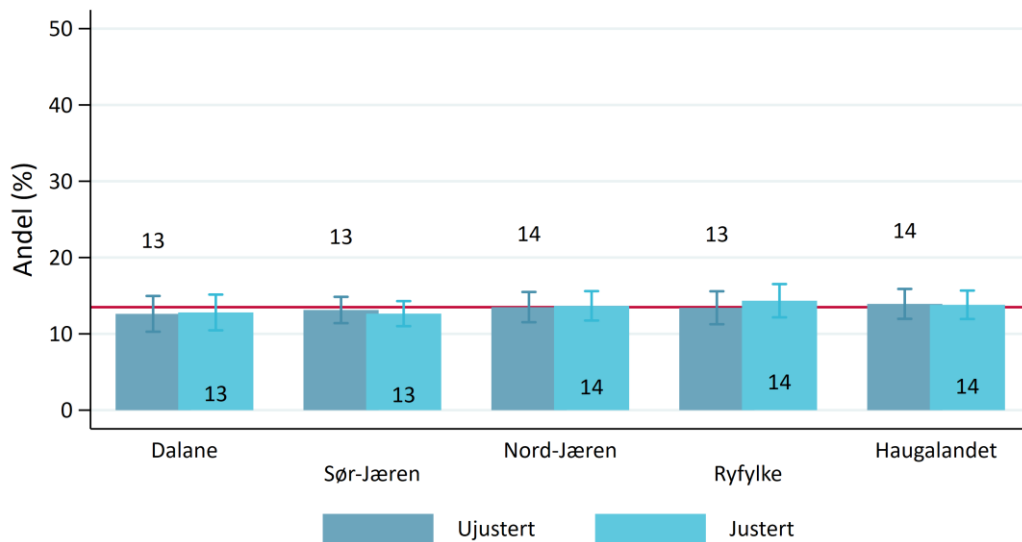
Figur 33C viser andelen som rapporterte daglig røyking etter kjønn og alder. Figuren viser en omvendt U-kurve over aldersgrupper. Både blant menn og blant kvinner var andelen høyest i aldersgruppene 50-59 og 60-69 år.

Figur 33D viser andelen som rapporterte daglig røyking etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at over deler av skalaen (blant de som i varierende grad syntes det var vanskelig å få pengene til å strekke til) var det slik at jo lettere man mente det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterte daglig røyking. Blant dem som syntes det var svært vanskelig å få pengene til å strekke til, var andelen som røykte daglig 24 % blant kvinner og 16 % blant menn. I motsatt ende av skalaen (svært lett å få pengene til å strekke til) var andelen røykere bare 5 % blant kvinner og 4 % blant menn.

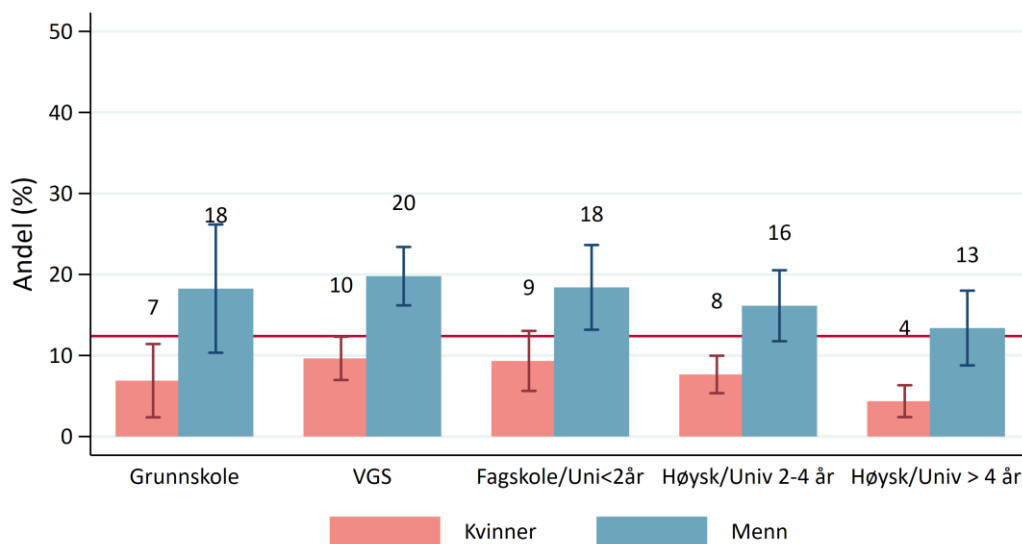
3.34 Daglig snusing

Totalt 8 834 deltakere av 17 621 (50,1 %) hadde gyldig svar på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **13,5 %** (KI95%: 12,3-14,7). Andelen for kvinner var 8,4 % (n=4 693; KI95%: 7,2-9,5) og andelen for menn var 18,5 % (n=4 141; KI95%: 16,5-20,5).

Figur 34: Daglig snusing etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

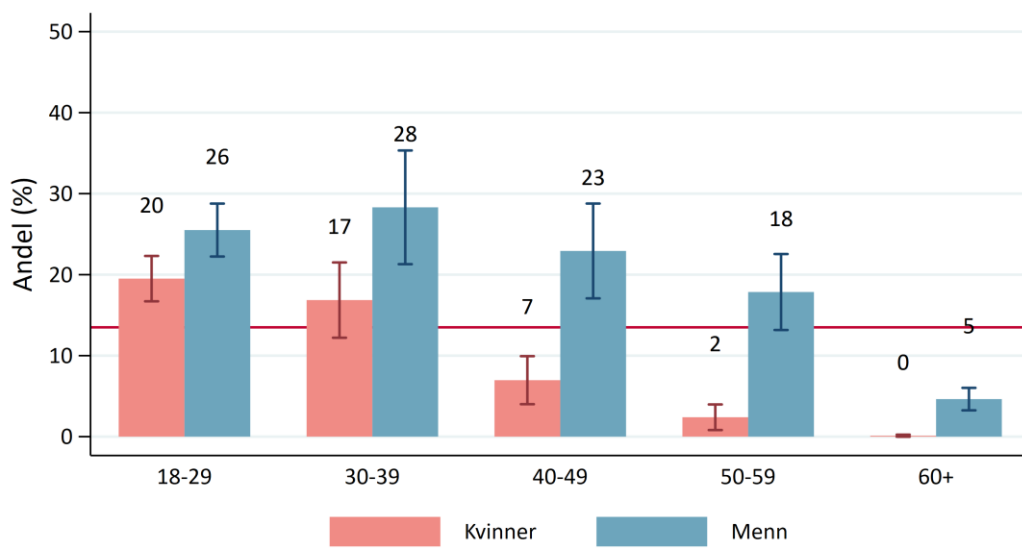


A)

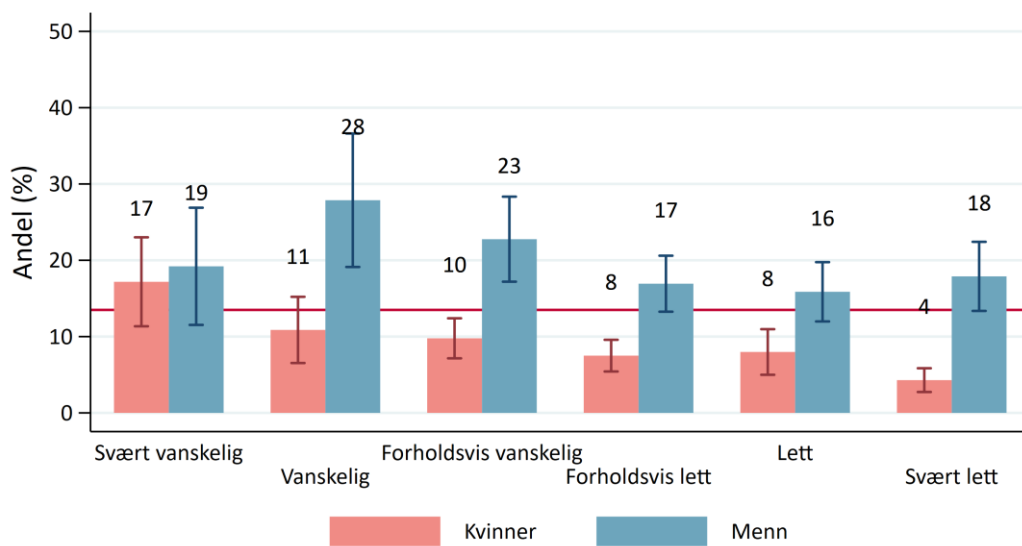


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Spørsmålet om bruk av snus ble bare stilt til halvparten av deltakerne i studien. Derfor er antall valide observasjoner mye lavere enn for de fleste andre utfallsmålene. Det lavere antallet observasjoner medfører også at konfidensintervallene er relativt store.

Figur 34A viser andelen deltakere som rapporterte daglig snusing i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (13,5 %). Figuren viser ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 34B viser andelen som rapporterte daglig snusing etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser jevnt over små forskjeller mellom de ulike utdanningsnivåene. Andelen synker noe fra og med videregående skole og oppover i utdanningskategoriene. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte daglig snusing i alle utdanningskategoriene. Forskjellen var signifikant i fire av de fem gruppene.

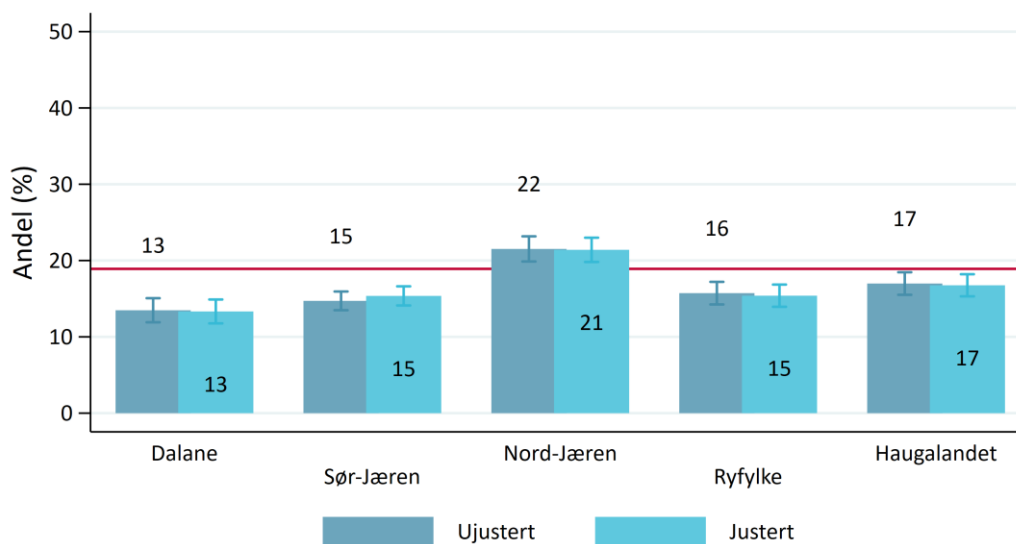
Figur 34C viser andelen som rapporterte daglig snusing etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen som rapporterte daglig snusing var høyest i de yngste aldersgruppene, og sank vesentlig med stigende alder. Andelen sank i yngre alder for kvinner enn for menn.

Figur 34D viser andelen som rapporterte daglig snusing etter i hvilken grad pengene i husholdningen ble vurdert å strekke til og kjønn. Figuren viser kanskje en svak tendens, mest blant kvinner, til at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere andel rapporterer daglig snusing.

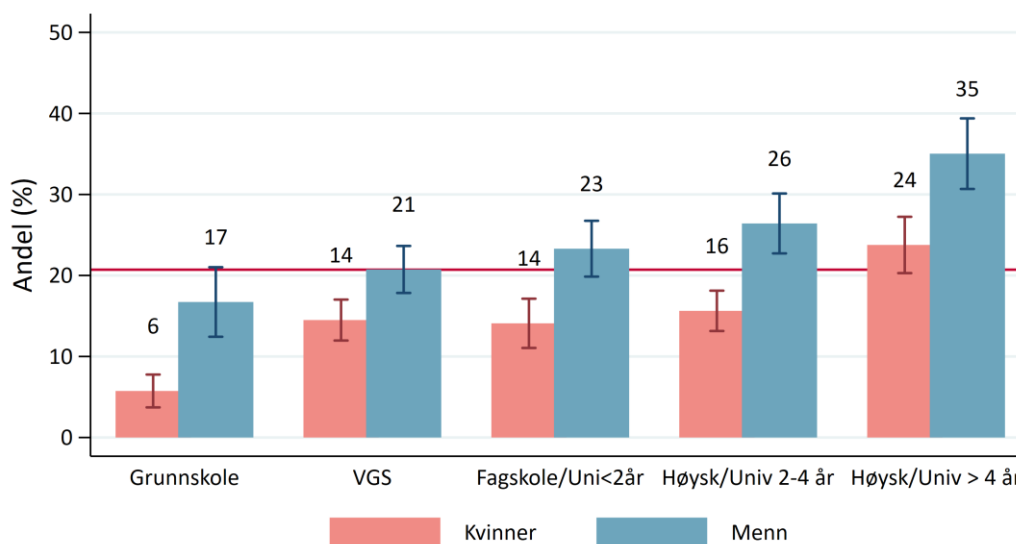
3.35 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 17 465 deltakere av 17 621 (99,1 %) hadde gyldig svar på Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **18,9 %** (KI95%: 17,9-19,9). Andelen for kvinner var 14,8 % (n=9 240; KI95%: 13,6-16,0) og andelen for menn var 23,0 % (n=8 225; KI95%: 21,4-24,5).

Figur 35: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

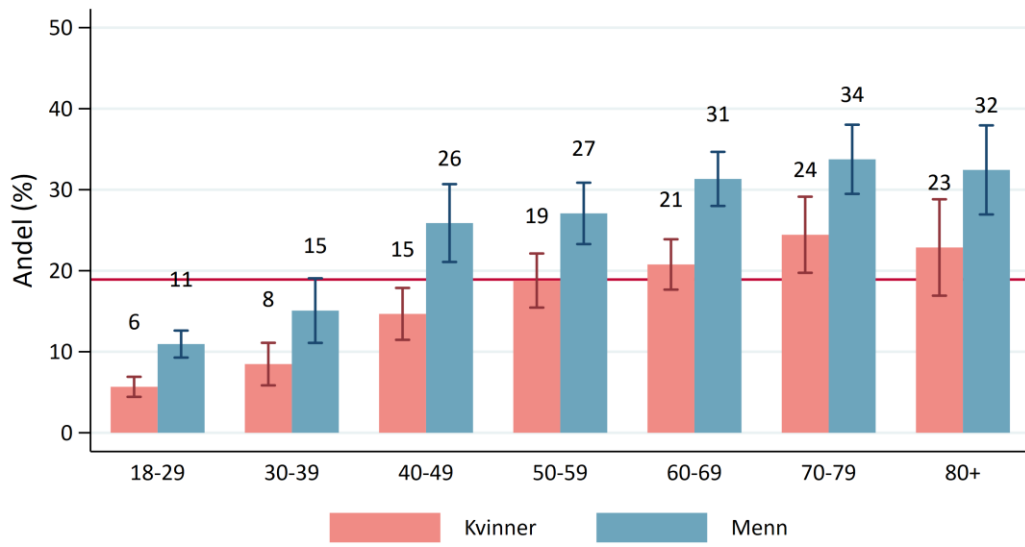


A)

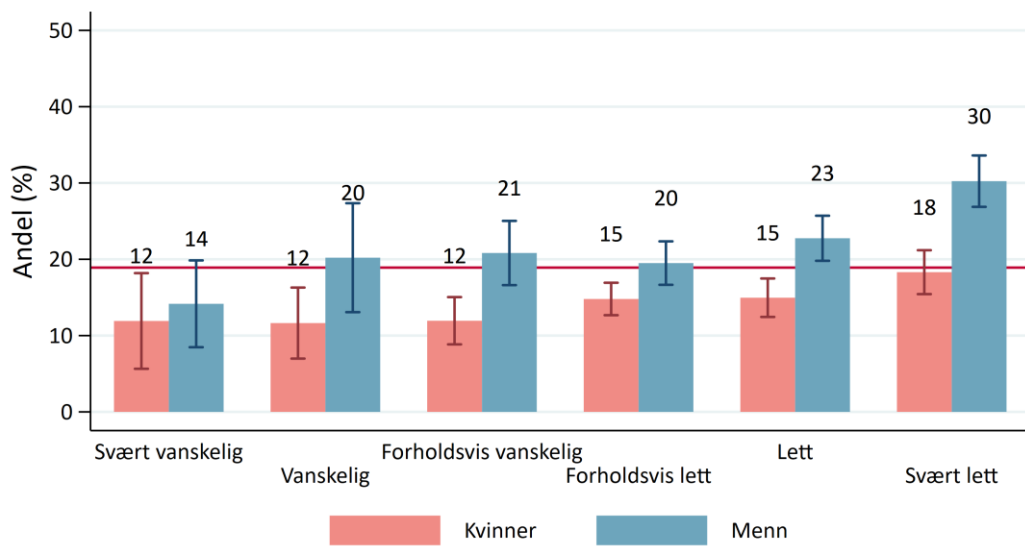


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 35A viser andelen deltakere som rapporterte at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (heretter kalt hyppig alkoholinntak) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (18,9 %). Figuren viser en forskjell på ni prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren) og regionen med lavest andel (Dalane).

Figur 35B viser andelen som rapporterte hyppig alkoholinntak etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto større andel rapporterer hyppig alkoholinntak. En signifikant høyere andel menn enn kvinner rapporterte hyppig alkoholinntak innenfor alle utdanningsnivåene.

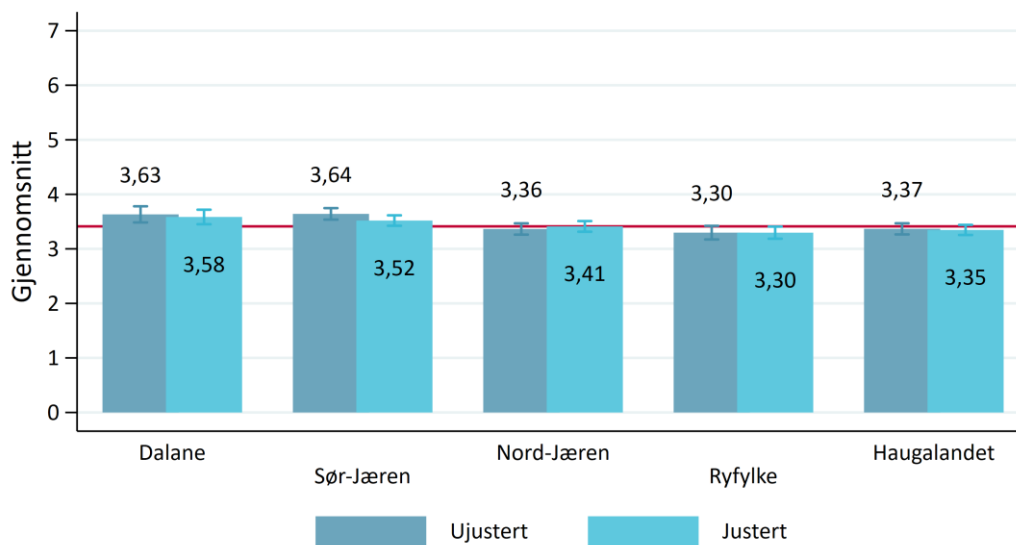
Figur 35C viser andelen som rapporterte hyppig alkoholinntak etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, til og med nest eldste aldersgruppe (70-79), desto større andel rapporterer hyppig alkoholinntak.

Figur 35D viser andelen som rapporterte hyppig alkoholinntak etter i hvilken grad pengene i husholdningen ble vurdert å strekke til og kjønn. Vi ser en litt uregelmessig tendens til at jo lettere en mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere er andelen som rapporterer at de har et hyppig alkoholinntak.

3.36 Alkoholenheter per gang

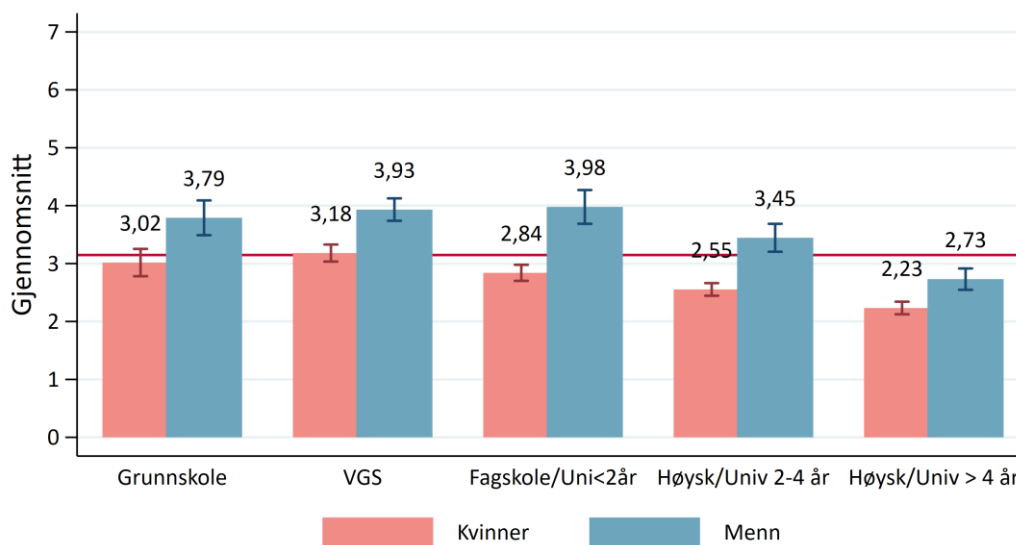
Totalt 14 666 deltakere av 17 621 (83,2 %) hadde gyldig svar på Alkoholenheter per gang. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,41** (KI95%: 3,35-3,48). Gjennomsnittet for kvinner var 2,94 (n=7 613; KI95%: 2,88-3,00) og gjennomsnittet for menn var 3,86 (n=7 053; KI95%: 3,75-3,96).

Figur 36: Alkoholenheter per gang etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Standardavvik: 2,46

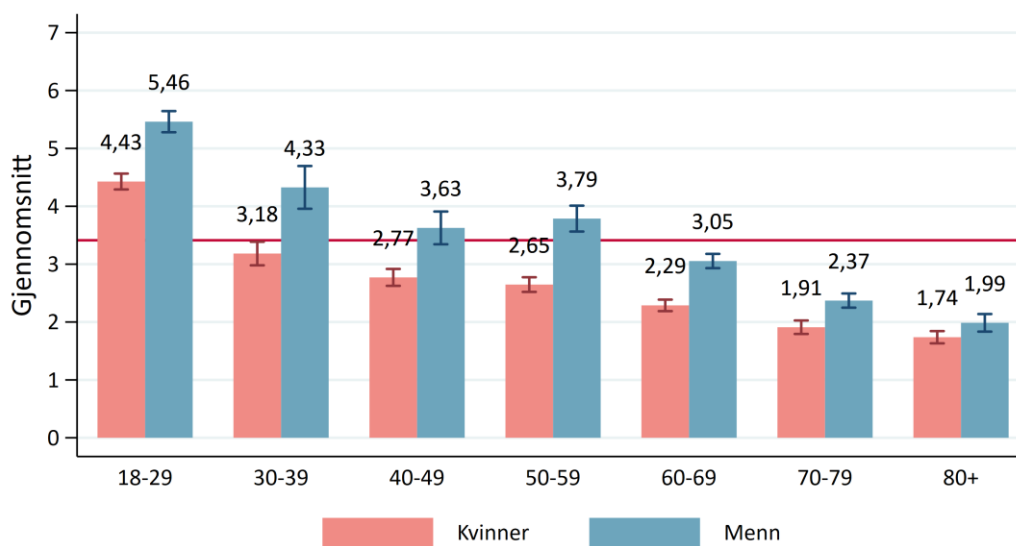
A)



Standardavvik: 2,27

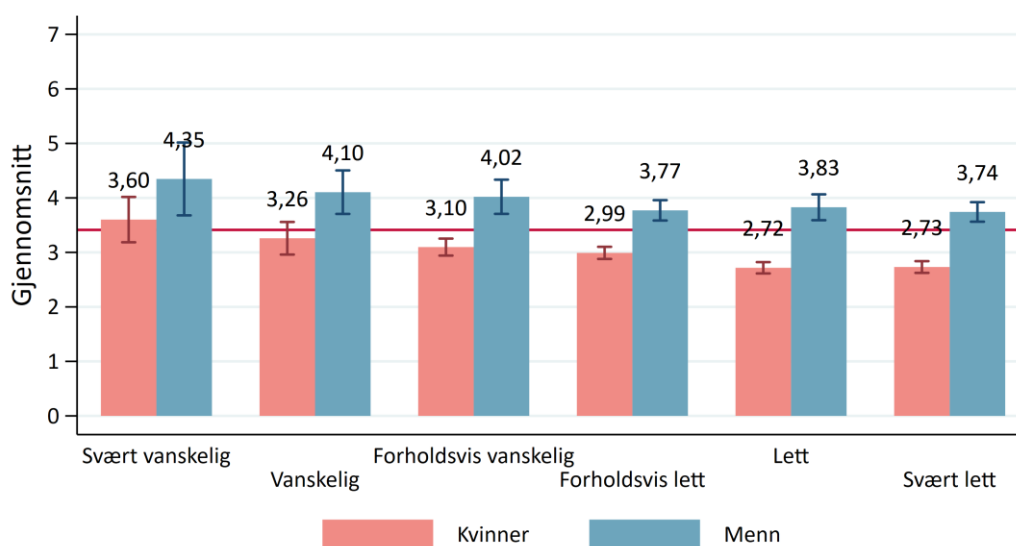
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)

Standardavvik: 2,46



D)

Standardavvik: 2,46

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 36A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter man inntar per gang man drikker i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (3,41). Forskjellen mellom regionen med høyest gjennomsnitt (Sør-Jæren) og den med lavest gjennomsnitt (Ryfylke) tilsvarer en Cohen's d på 0,14 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 36B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at antall alkoholenheter per gang synker med stigende utdanningsnivå fra og med videregående skole for kvinner og fra og med fagskole/universitet høyskole mindre enn 2 år for menn. Menn rapporterte på alle utdanningsnivåer signifikant høyere gjennomsnitt enn kvinner. Differansen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå tilsvarer en Cohens d på 0,32 for kvinner og 0,43 for menn, som i vår sammenheng kan tolkes som middels store effektstørrelser.

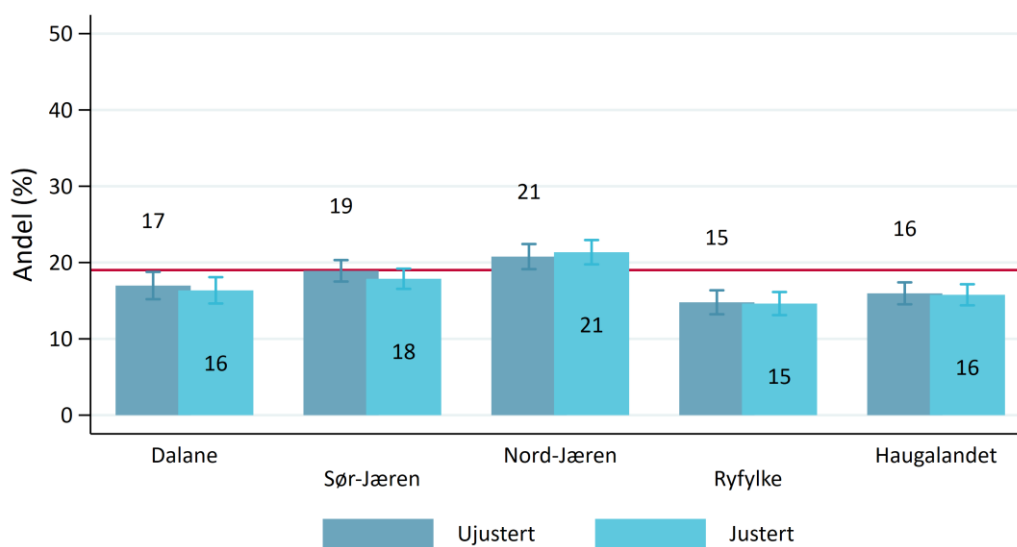
Figur 36C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto lavere antall alkoholenheter per gang de drikker. Differansen mellom den yngste og den eldste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 1,09 for kvinner og 1,41 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 36D viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser en svak tendens, litt tydeligere blant kvinner enn blant menn, til at jo vanskeligere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere antall alkoholenheter inntas per gang man drikker. Differansen mellom de som rapporterte at det var svært vanskelig og de som rapporterte at det var svært lett tilsvarer en Cohens d på 0,35 for kvinner og 0,25 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en middels og en liten effektstørrelse.

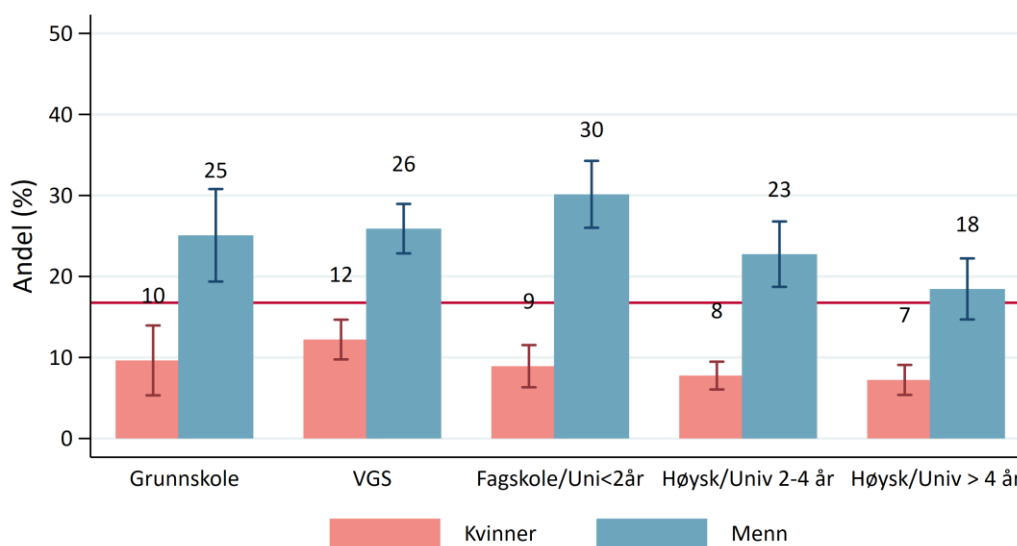
3.37 Episodisk høyt alkoholforbruk

Totalt 17 367 deltakere av 17 621 (98,6 %) hadde gyldig svar på Episodisk høyt alkoholforbruk. Andelen for hele utvalget var **19,0 %** (KI95%: 18,0-20,0). Andelen for kvinner var 11,5 % (n=9 187; KI95%: 10,5-12,4) og andelen for menn var 26,4 % (n=8 180; KI95%: 24,8-28,0).

Figur 37: Episodisk høyt alkoholforbruk etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

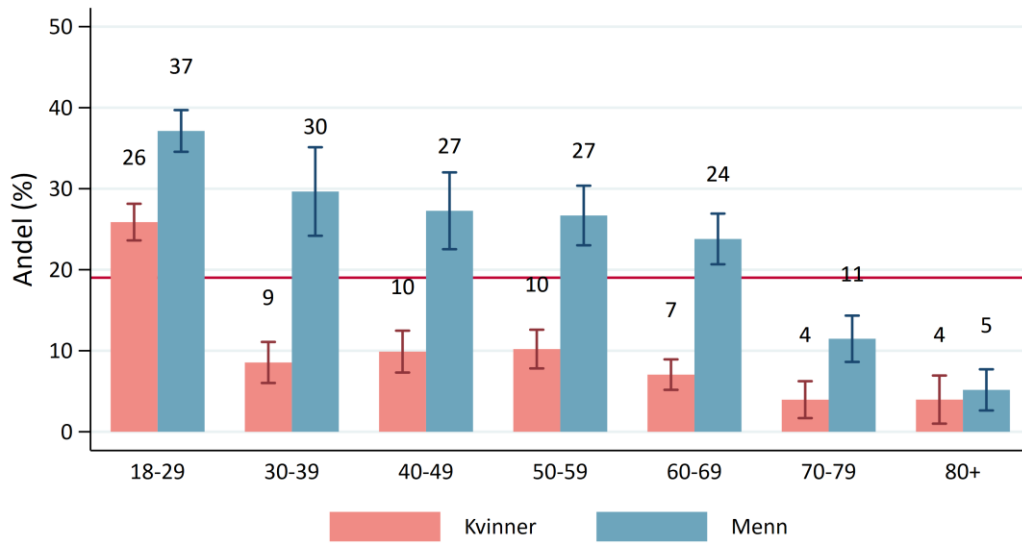


A)

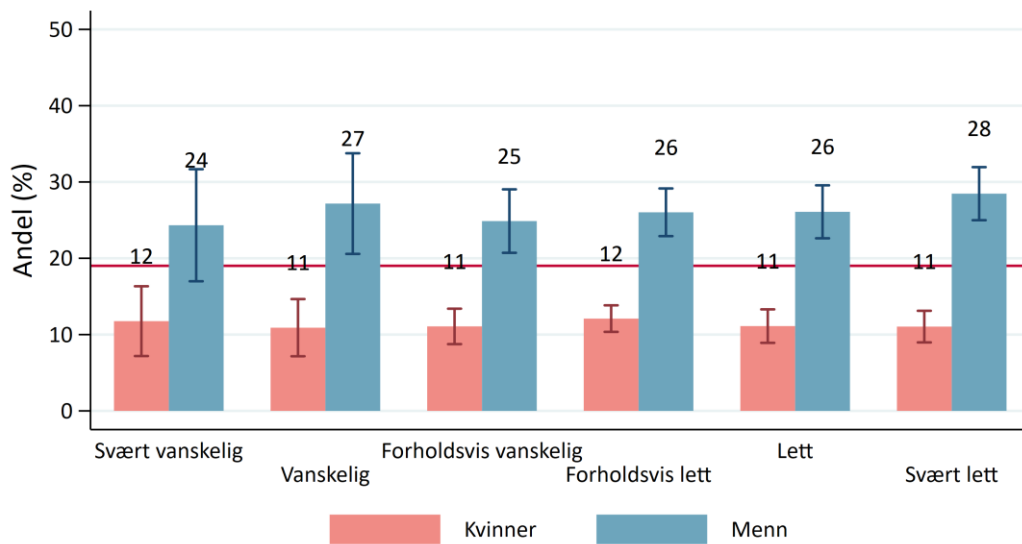


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Alkoholforbruket regnes som episodisk høyt hvis en minst månedlig drikker seks eller flere alkoholenheter ved en og samme anledning.

Figur 37A viser andelen deltakere som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet (19,0 %). Figuren viser en forskjell på seks prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Nord-Jæren – 21 %) og regionen med lavest andel (Ryfylke – 15 %).

Figur 37B viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå. For kvinnenes del er forskjellene over utdanningsnivåer små. Blant menn finner vi høyest andel med et episodisk høyt alkoholforbruk blant de som har mindre enn to års utdanning ved universitet, høgskole eller fagskole etter videregående. Andel med et episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere er langt høyere blant menn enn blant kvinner i alle utdanningsgruppene.

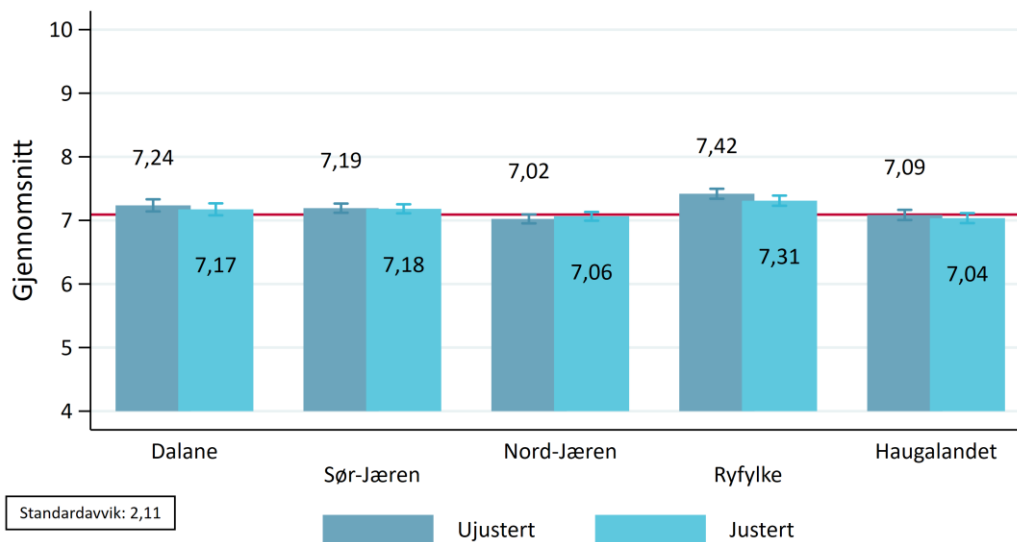
Figur 37C viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter kjønn og alder. Figuren viser at den yngste gruppen skilte seg ut med klart høyest andel for begge kjønn. Utover dette viser figuren at andelen holdt seg jevn for menn frem til 70-årsalderen, for deretter å synke sterkt. Blant kvinner var variasjonene med alder små etter den yngste aldersgruppen. Både blant menn og blant kvinner var andelen med et episodisk høyt alkoholforbruk lavest i de to eldste aldersgruppene.

Figur 37D viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser ingen vesentlig sammenheng mellom opplevd økonomisk situasjon og andel som rapporterer episodisk høyt alkoholforbruk.

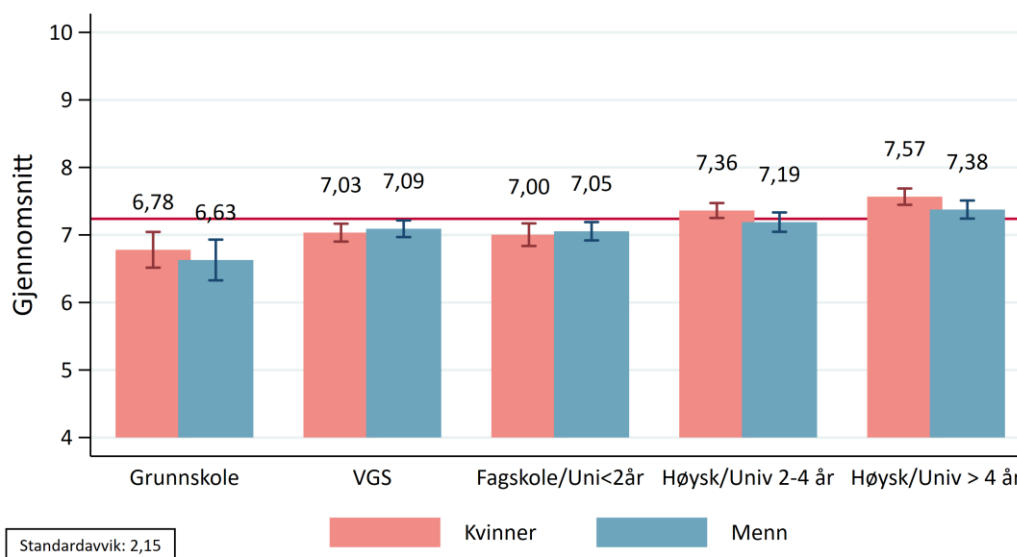
3.38 Tilfredshet med livet

Totalt 17 560 deltakere av 17 621 (99,7 %) hadde gyldig svar på Tilfredshet med livet (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,10** (KI95%: 7,05-7,15). Gjennomsnittet for kvinner var 7,14 (n=9 286; KI95%: 7,08-7,21) og gjennomsnittet for menn var 7,06 (n=8 274; KI95%: 6,99-7,13).

Figur 38: Tilfredshet med livet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

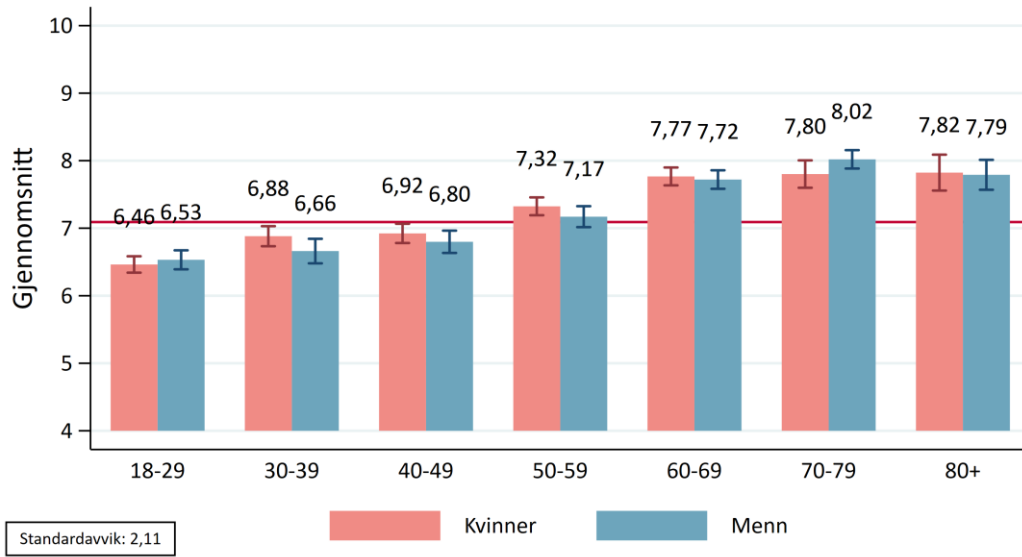


A)

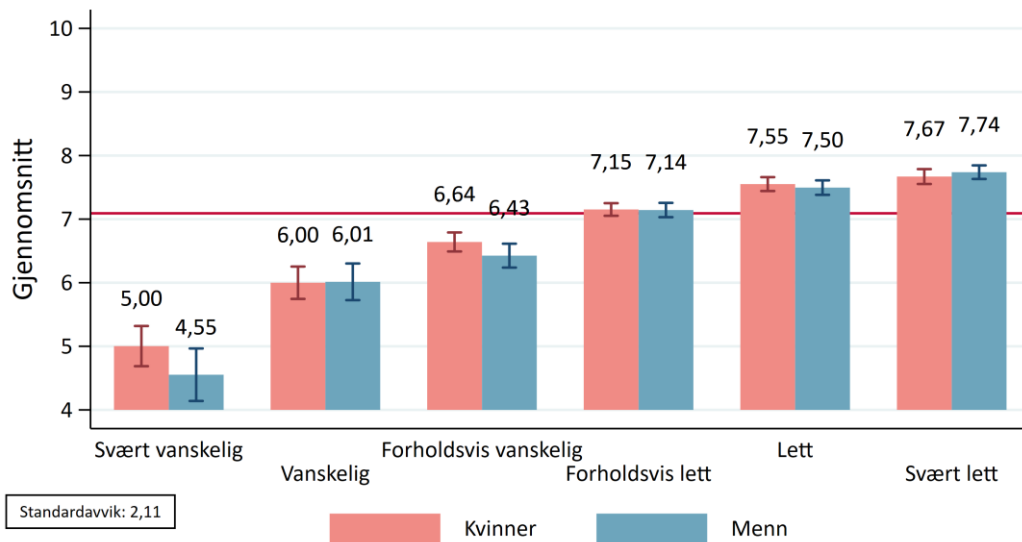


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 38A viser gjennomsnittsskår på tilfredshet med livet (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (7,10). Forskjellen mellom regionen med høyest skår (Ryfylke) og regionene med lavest skår (Nord-Jæren) tilsvarer en Cohen's d på 0,15 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 38B viser gjennomsnittsskår på tilfredshet med livet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser noe forenklet sagt at jo høyere utdanning, desto høyere tilfredshet med livet. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,34 for kvinner og 0,41 for menn, som begge kan tolkes som middels store effekter.

Figur 38C viser gjennomsnittsskår på tilfredshet med livet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere tilfredshet med livet rapporteres, til og med 70-79 årsalderen. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,63 for kvinner og 0,61 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 38D viser gjennomsnittsskår på tilfredshet med livet etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på tilfredshet med livet. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens d på 1,23 for kvinner og 1,37 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 angir lav tilfredshet, fra 6 til 8 betyr middels tilfredshet og 9 eller 10 kan tolkes som høy grad av tilfredshet.

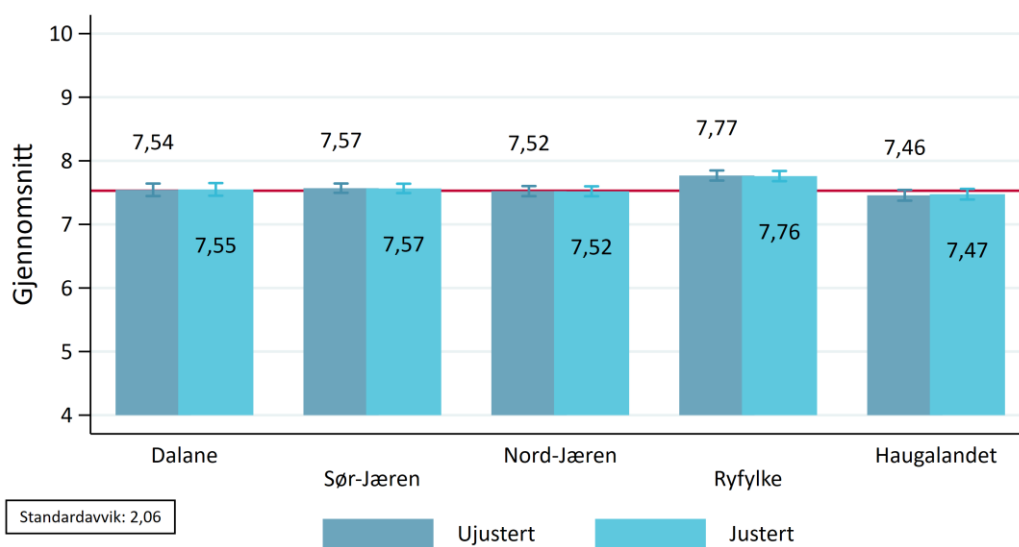
Andelen med Lav tilfredshet med livet (0-5) for hele utvalget var 19,9 % (KI95%: 18,9-20,8). Andelen for kvinner var 19,4 % (n=9 286; KI95%: 18,2-20,6) og andelen for menn var 20,3 % (n=8 274; KI95%: 18,9-21,7).

Andelen med Høy tilfredshet med livet (9-10) for hele utvalget var 25,2 % (KI95%: 24,2-26,2). Andelen for kvinner var 25,5 % (n=9 286; KI95%: 24,2-26,9) og andelen for menn var 24,9 % (n=8 274; KI95%: 23,4-26,3).

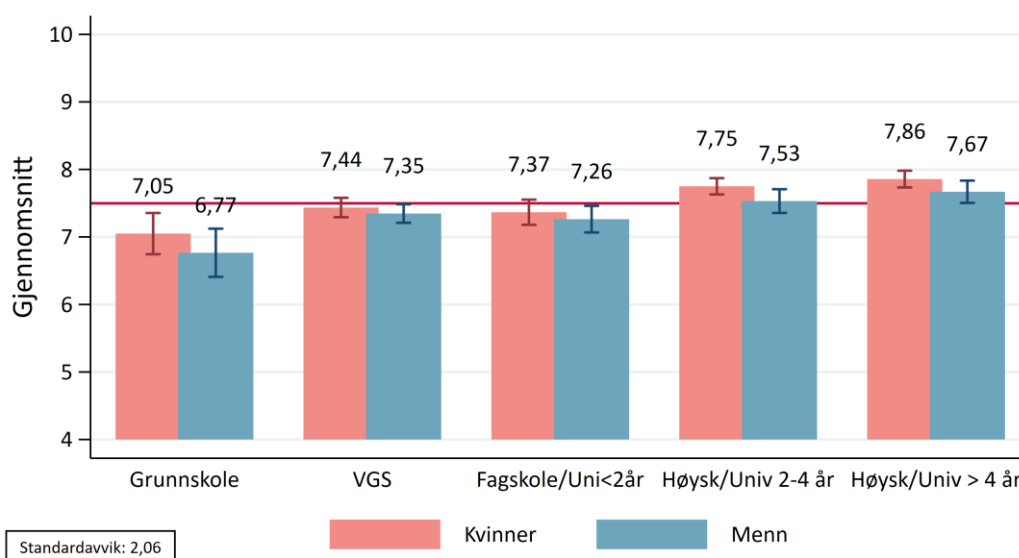
3.39 Fremtidsoptimisme

Totalt 17 354 deltakere av 17 621 (98,5 %) hadde gyldig svar på Fremtidsoptimisme (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,53** (KI95%: 7,48-7,58). Gjennomsnittet for kvinner var 7,62 (n=9 173; KI95%: 7,56-7,68) og gjennomsnittet for menn var 7,44 (n=8 181; KI95%: 7,37-7,51).

Figur 39: Fremtidsoptimisme etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

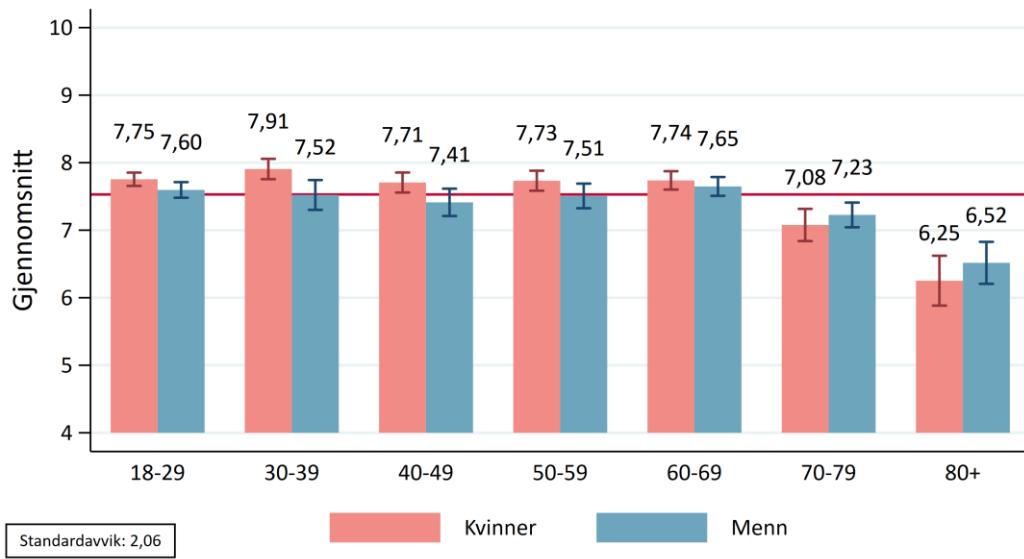


A)

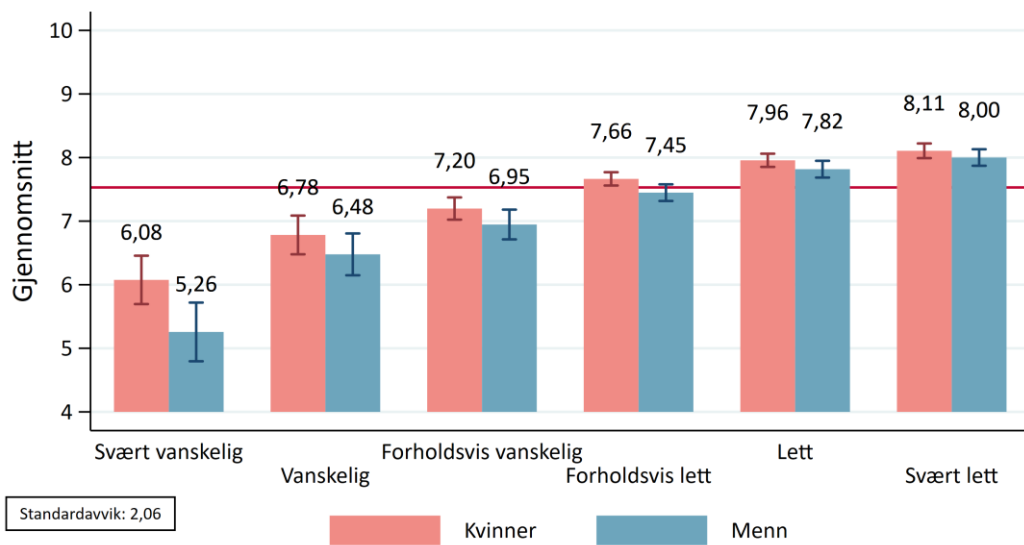


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 39A viser gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (7,53). Forskjellen mellom regionen med høyest skår (Ryfylke) og regionen med lavest skår (Haugalandet) tilsvarer en Cohens d på 0,15 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 39B viser gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto større fremtidsoptimisme. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,39 for kvinner og 0,44 for menn, som begge kan tolkes som middels store effekter.

Figur 39C viser gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme etter kjønn og alder. Figuren viser at gjennomsnittsskåren holder seg jevn frem til aldersgruppen 60-69, for deretter å synke. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,73 for kvinner og 0,52 for menn, som begge kan tolkes store effektstørrelser.

Figur 39D viser gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 0,99 for kvinner og 1,33 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 angir lav optimisme, fra 6 til 8 betyr middels og 9-10 betyr høy optimisme.

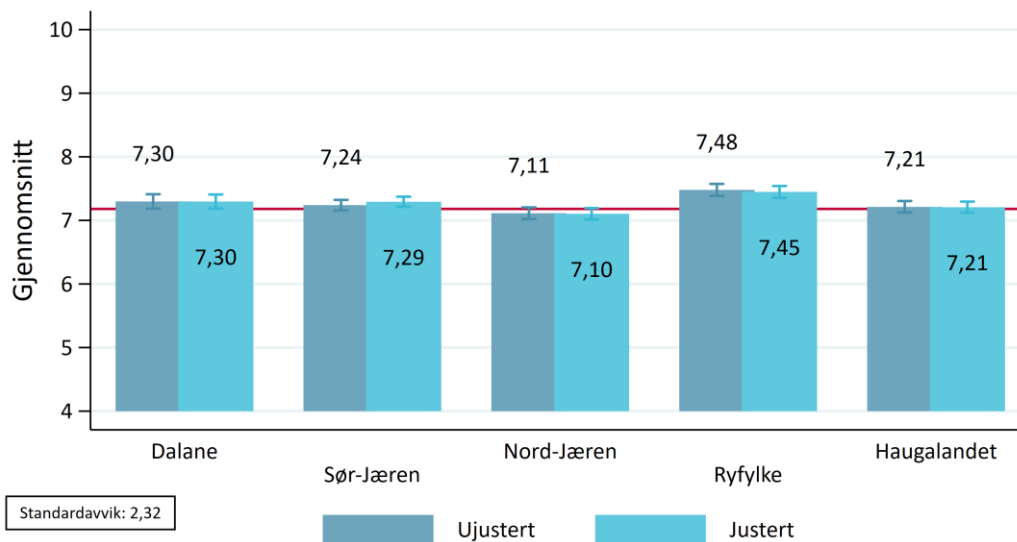
Andelen med Lav grad av fremtidsoptimisme (0-5) for hele utvalget var 15,2 % (KI95%: 14,4-16,1). Andelen for kvinner var 14,0 % (n=9 173; KI95%: 12,9-15,0) og andelen for menn var 16,5 % (n=8 181; KI95%: 15,3-17,7).

Andelen med Høy grad av fremtidsoptimisme (9-10) for hele utvalget var 34,6 % (KI95%: 33,5-35,8). Andelen for kvinner var 34,8 % (n=9 173; KI95%: 33,3-36,3) og andelen for menn var 34,4 % (n=8 181; KI95%: 32,8-36,1).

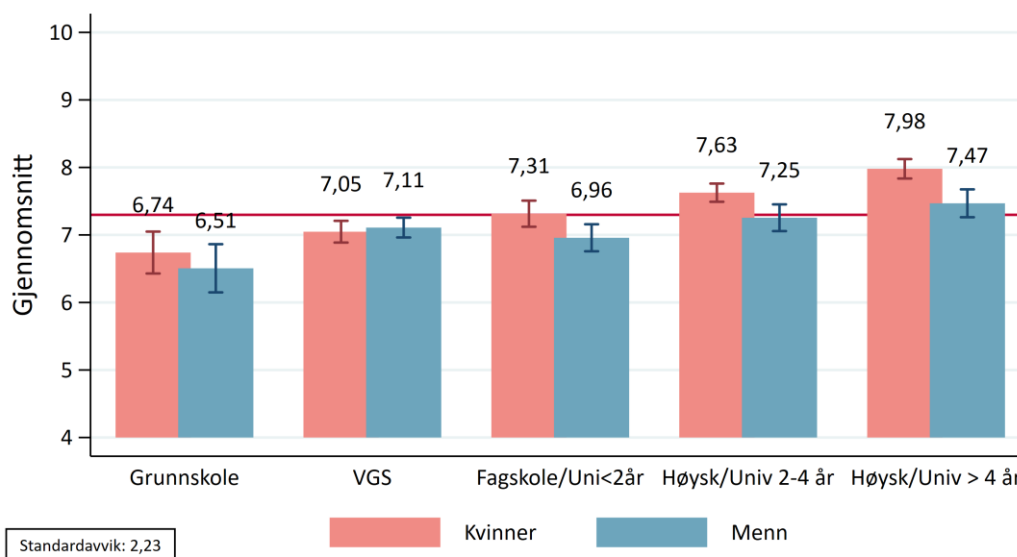
3.40 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 17 453 deltakere av 17 621 (99,0 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,18** (KI95%: 7,12-7,24). Gjennomsnittet for kvinner var 7,35 (n=9 242; KI95%: 7,28-7,42) og gjennomsnittet for menn var 7,01 (n=8 211; KI95%: 6,93-7,10).

Figur 40: Det man gjør i livet er meningsfylt etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

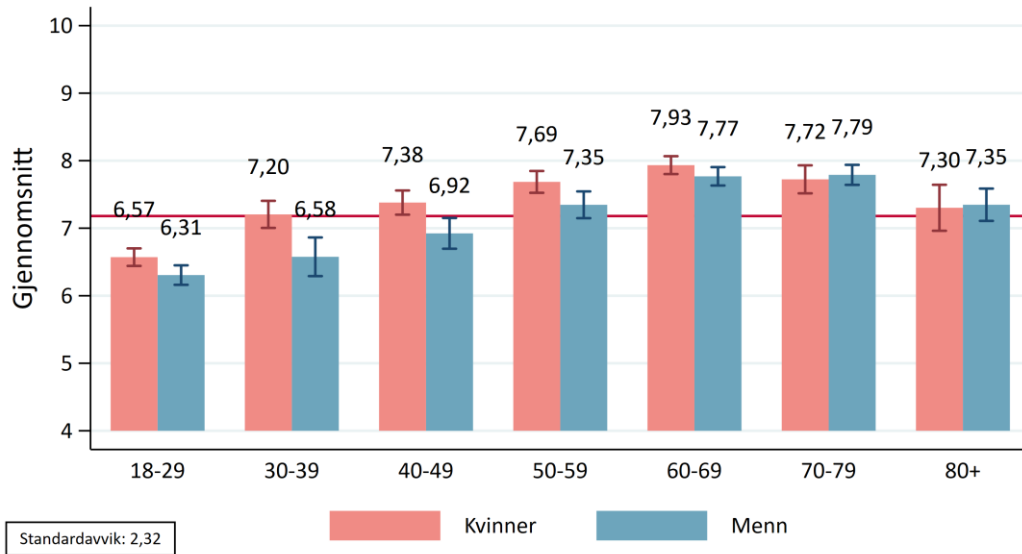


A)

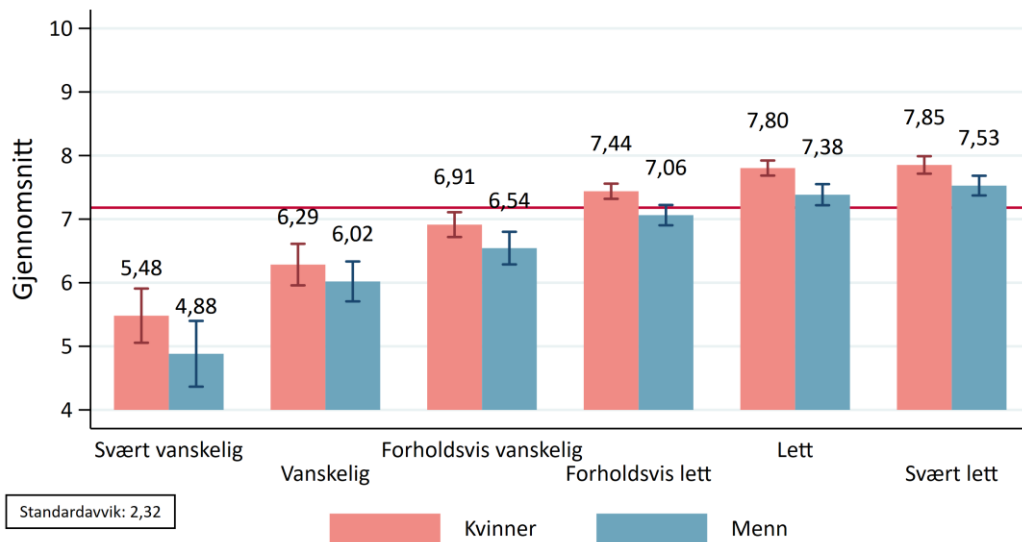


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 40A viser gjennomsnittsskår på at det man gjør i livet er meningsfylt (skala 0-10) for de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (7,18). Forskjellen mellom regionen med høyest (Ryfylke) og regionen med lavest gjennomsnitt (Nord-Jæren) tilsvarer en Cohens d på 0,16 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 40B viser gjennomsnittsskår på at det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår rapporteres. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,53 for kvinner og 0,41 for menn, som i vår sammenheng kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse.

Figur 40C viser gjennomsnittsskår på at det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår rapporteres, frem til 60-69 årsalderen. Gjennomsnittsskåren synker litt igjen for aldersgruppen 80 år og eldre. Differansen mellom den yngste og den eldste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,31 for kvinner og 0,45 for menn, som begge kan tolkes som middels effektstørrelser. Forskjellen mellom yngste og nest eldste aldersgruppe (70-79) er litt større og tilsvarer Cohens d -verdier på 0,50 (blant kvinner) og 0,64 (blant menn). Kvinner har høyere gjennomsnittsskår enn menn i de fire yngste aldersgruppene (18-59 år). Forskjellen er statistisk signifikant i to av gruppene (30-39) og 40-49).

Figur 40D viser gjennomsnittsskår på at det man gjør i livet er meningsfylt etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens d på 1,02 for kvinner og 1,14 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene på Det man gjør i livet er meningsfylt kan grupperes slik at tall i området 0-5 betyr lav grad av mening, 6-8 betyr middels grad og 9-10 betyr høy grad av mening.

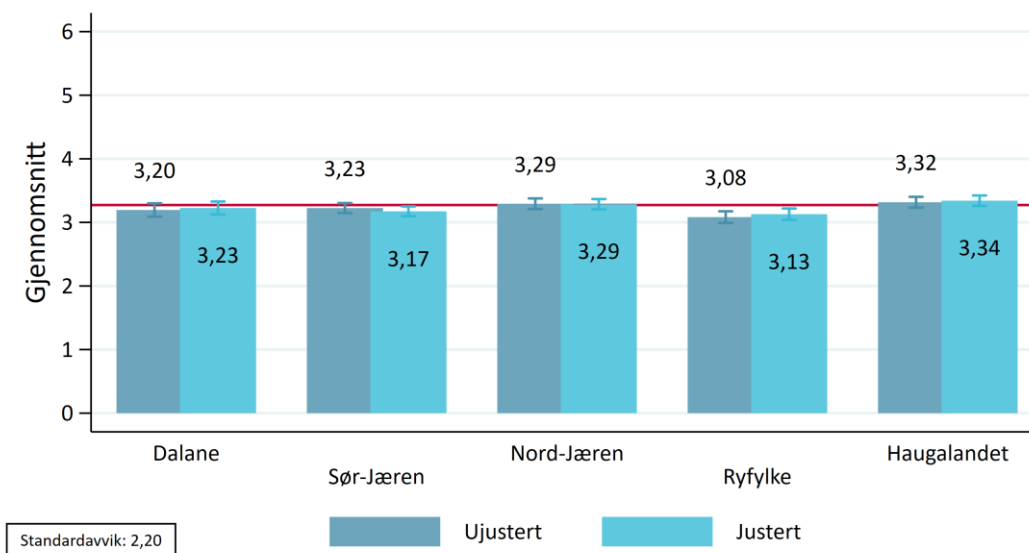
Andelen med Lav grad av mening (0-5 for hele utvalget var 21,5 % (KI95%: 20,5-22,5). Andelen for kvinner var 19,3 % (n=9 242; KI95%: 18,1-20,6) og andelen for menn var 23,6 % (n=8 211; KI95%: 22,1-25,2).

Andelen med Høy grad av mening (9-10) for hele utvalget var 31,1 % (KI95%: 30,0-32,2). Andelen for kvinner var 33,4 % (n=9 242; KI95%: 31,9-34,9) og andelen for menn var 28,8 % (n=8 211; KI95%: 27,2-30,3).

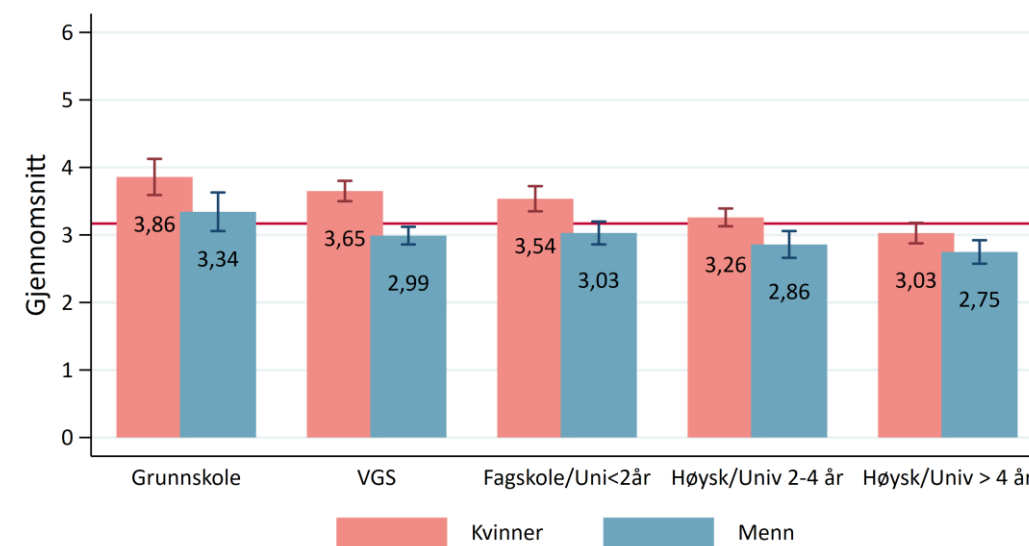
3.41 Negative følelser siste 7 dager

Totalt 17 582 deltakere av 17 621 (99,8 %) hadde gyldig svar på Negative følelser siste 7 dager (skala 0-10 der høy skår angir høy grad av negative følelser). Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,27** (KI95%: 3,22-3,32). Gjennomsnittet for kvinner var 3,51 (n=9 299; KI95%: 3,44-3,58) og gjennomsnittet for menn var 3,04 (n=8 283; KI95%: 2,97-3,12).

Figur 41: Negative følelser siste 7 dager etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

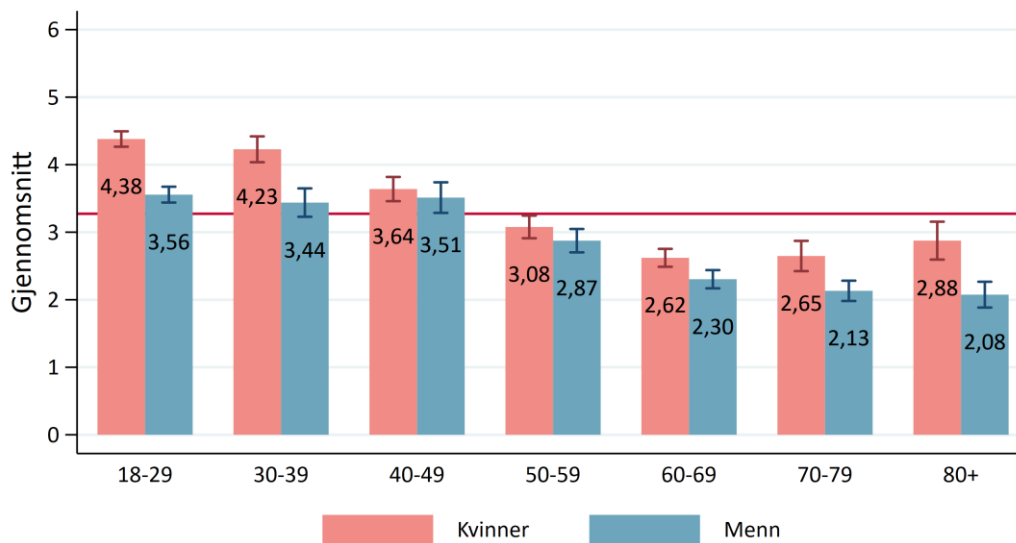


A)



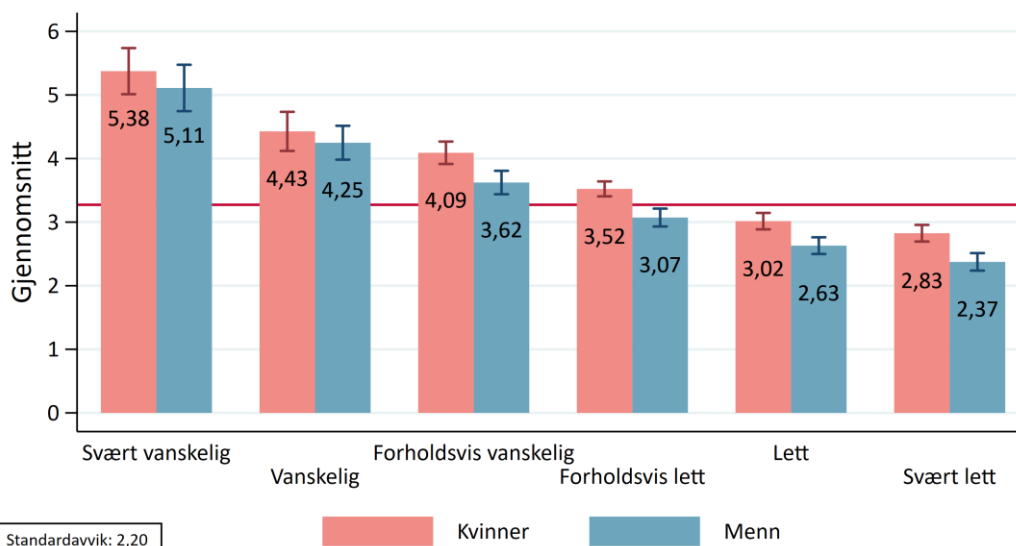
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



Standardavvik: 2,20

C)



Standardavvik: 2,20

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 41A viser gjennomsnittsskår på negative følelser siste 7 dager (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (3,27). Forskjellen mellom regionen med høyest (Haugalandet) og regionen med lavest gjennomsnitt (Ryfylke) tilsvarer en Cohens d på 0,11 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 41B viser gjennomsnittsskår på negative følelser siste 7 dager etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittsskår. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,38 for kvinner og 0,27 for menn, som begge kan tolkes som middels effektstørrelser. Kvinner rapporterer jevnt over høyere gjennomsnittsskår enn menn. Forskjellen er signifikant i tre av de fem utdanningsgruppene.

Figur 41C viser gjennomsnittsskår på negative følelser siste 7 dager etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto lavere gjennomsnittsskår rapporteres. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,68 for kvinner og 0,67 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 41D viser gjennomsnittsskår på negative følelser siste 7 dager etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere gjennomsnittsskår rapporteres. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens d på 1,16 for kvinner og 1,25 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene på Negative følelser siste 7 dager kan grupperes slik at tall i området 0-1,5 betyr lavt nivå av negative følelser, 1,51-4,50 betyr middels nivå og 4,51-10 betyr høyt nivå av negative følelser.

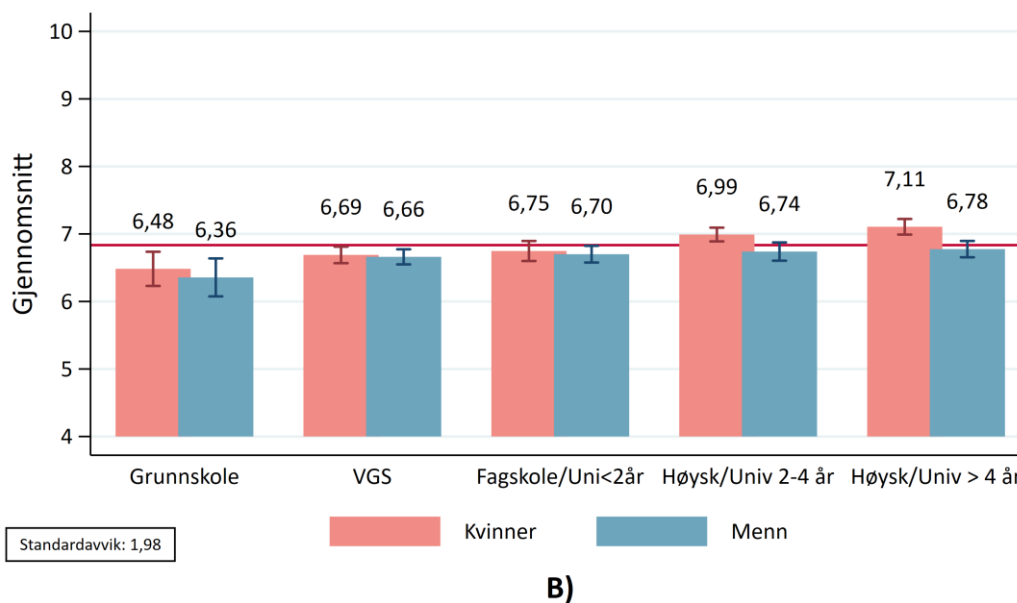
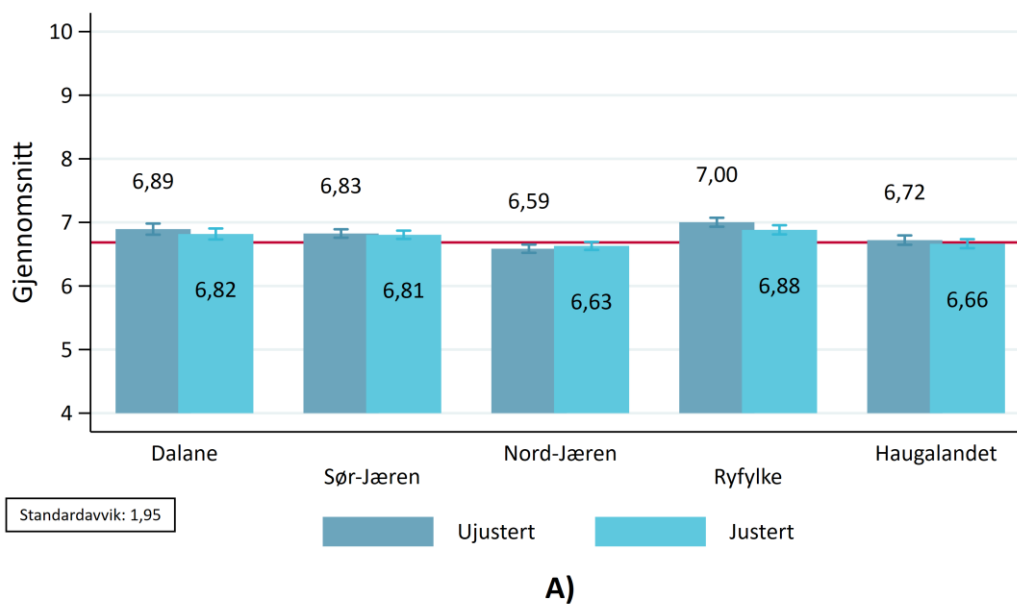
Andelen med Lavt nivå av negative følelser siste syv dager (0-1,5) for hele utvalget var 27,9 % (KI95%: 26,9-29,0). Andelen for kvinner var 23,6 % (n=9299; KI95%: 22,2-24,9) og andelen for menn var 32,2 % (n=8283; KI95%: 30,6-33,8).

Andelen med Høyt nivå av negative følelser siste syv dager (>4,5) for hele utvalget var 27,8 % (KI95%: 26,7-28,9). Andelen for kvinner var 31,0 % (n=9299; KI95%: 29,6-32,5) og andelen for menn var 24,6 % (n=8283; KI95%: 23,1-26,2).

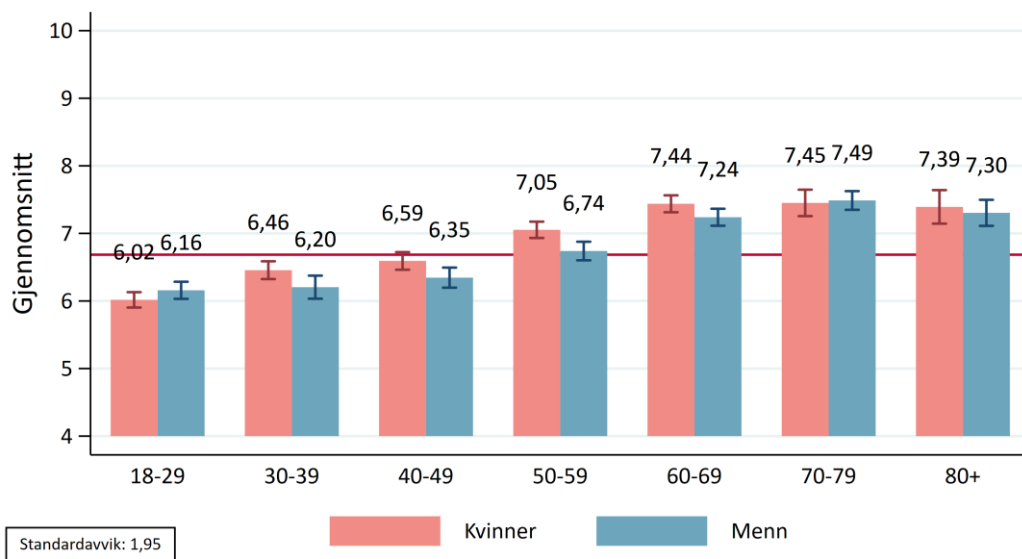
3.42 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 17 576 deltakere av 17 621 (99,7 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,70** (KI95%: 6,65-6,74). Gjennomsnittet for kvinner var 6,78 (n=9 299; KI95%: 6,72-6,84) og gjennomsnittet for menn var 6,62 (n=8 277; KI95%: 6,55-6,68).

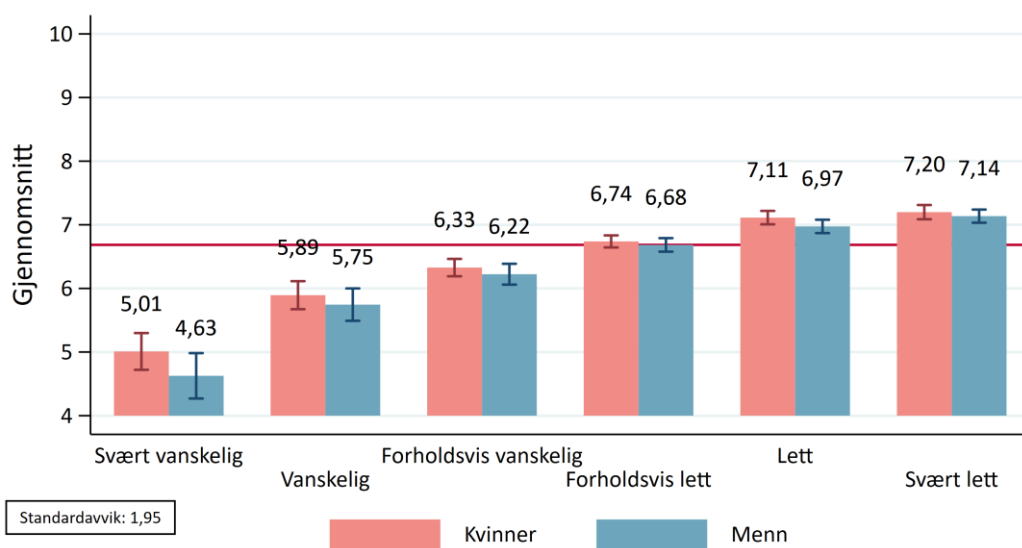
Figur 42: Positive følelser siste 7 dager etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 42A viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (6,70). Forskjellen mellom regionen med lavest (Nord-Jæren) og regionen med høyest gjennomsnitt (Ryfylke) tilsvarer en Cohens d på 0,16 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 42B viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår på Positive følelser, for menn inntil Høyskole eller universitetet i 2-4 år. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer Cohens d -verdier på 0,29 for kvinner og 0,23 for menn, som i vår sammenheng kan tolkes som en middels og en liten effektstørrelse.

Figur 42C viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Positive følelser, men med en utflating fra 60-69 år blant kvinner og 70-79 år blant menn. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,68 for kvinner og 0,61 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 42D viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Positive følelser. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 1,10 for kvinner og 1,17 for menn, som begge kan tolkes som svært store effektstørrelser.

Svarene på Positive følelser siste 7 dager kan grupperes slik at tall i området 0-5 betyr lav grad av mening, 6-8 betyr middels grad og 9-10 betyr høy grad av mening.

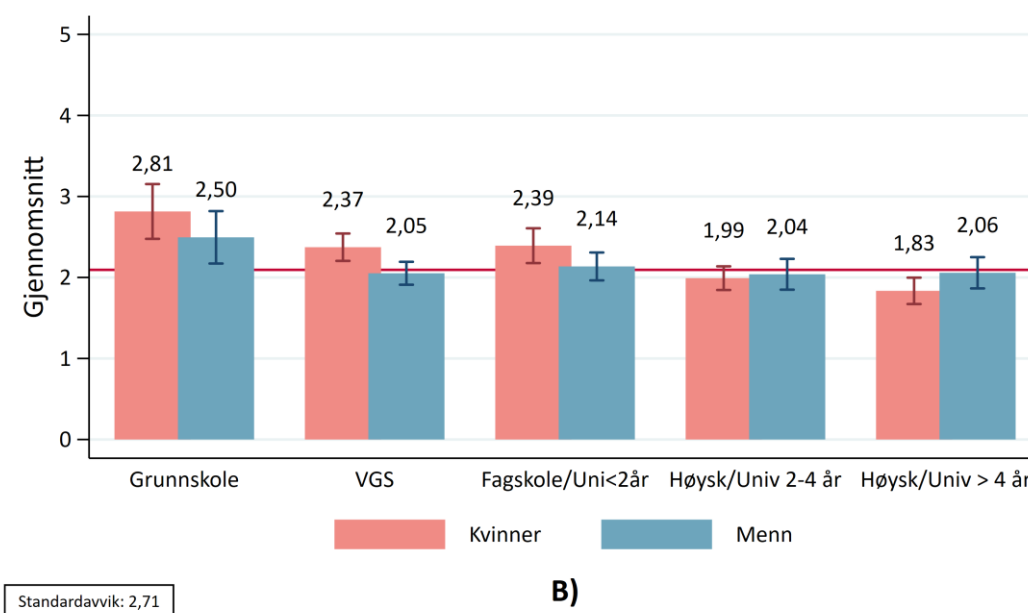
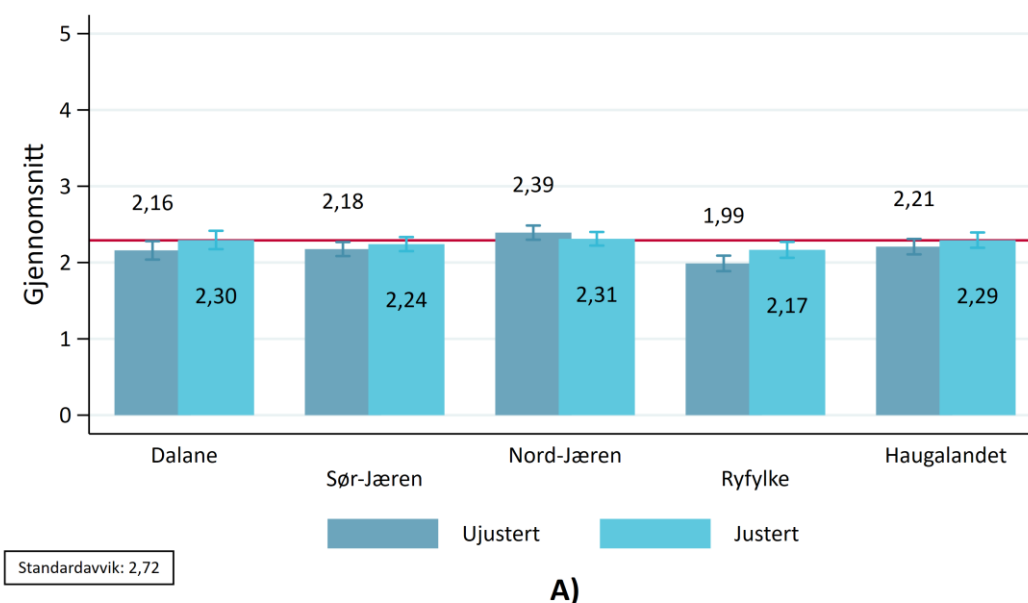
Andelen med Lav grad av positive følelser siste syv dager (<5,5) for hele utvalget var 23,6 % (KI95%: 22,5-24,6). Andelen for kvinner var 22,9 % (n=9299; KI95%: 21,6-24,3) og andelen for menn var 24,1 % (n=8277; KI95%: 22,6-25,7).

Andelen med Høy grad av positive følelser siste syv dager (8,5-10) for hele utvalget var 20,3 % (KI95%: 19,4-21,2). Andelen for kvinner var 22,2 % (n=9299; KI95%: 21,0-23,5) og andelen for menn var 18,4 % (n=8277; KI95%: 17,2-19,7).

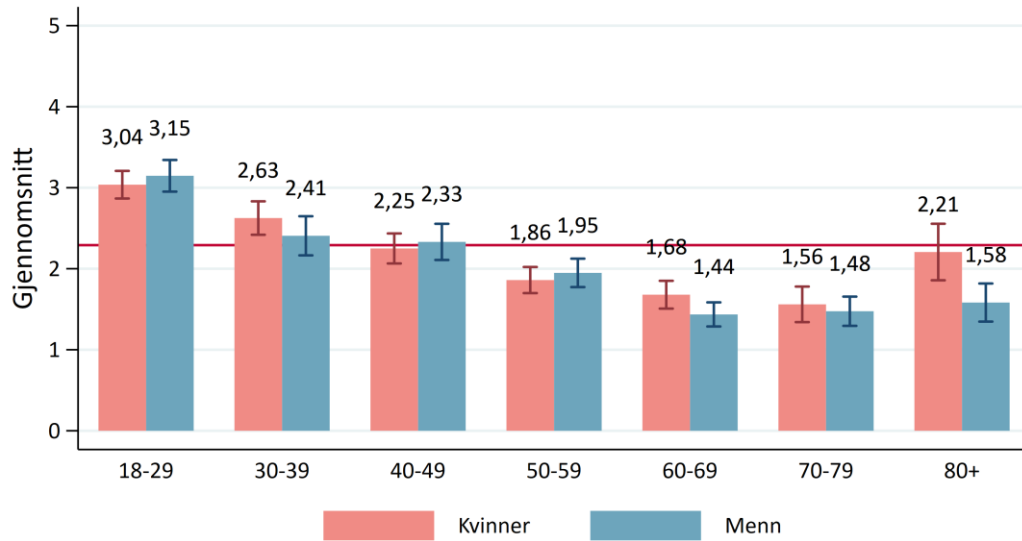
3.43 Ensomhet

Totalt 17 451 deltakere av 17 621 (99,0 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **2,24** (KI95%: 2,17-2,30). Gjennomsnittet for kvinner var 2,26 (n=9 237; KI95%: 2,17-2,34) og gjennomsnittet for menn var 2,22 (n=8 214; KI95%: 2,12-2,31).

Figur 43: Ensomhet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

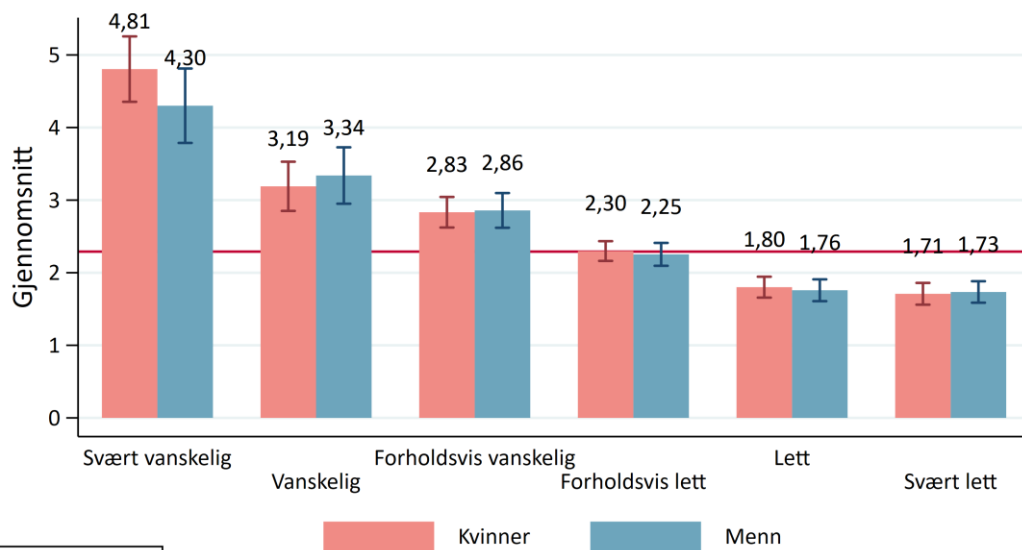


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



Standardavvik: 2,72

C)



Standardavvik: 2,72

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 43A viser gjennomsnittsskår på Ensomhet (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (2,24). Forskjellen mellom regionen med lavest (Ryfylke) og regionen med høyest gjennomsnitt (Nord-Jæren) tilsvarer en Cohens d på 0,09 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 43B viser gjennomsnittsskår på Ensomhet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser en svak og litt uregelmessig tendens til at jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittsskår på Ensomhet. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,33 for kvinner og 0,21 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en middels og en liten effektstørrelse.

Figur 43C viser gjennomsnittsskår på Ensomhet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto lavere gjennomsnittsskår på Ensomhet. Unntaket er kvinner i aldersgruppen over 80 år, som ser ut til å rapportere noe høyere ensomhet igjen. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,29 for kvinner og 0,57 for menn, som henholdsvis i vår sammenheng kan tolkes som en middels og en stor effektstørrelse. Hvis vi i heller sammenligner de yngste med de nest eldste, får vi effektstørrelser på 0,53 for kvinner og 0,61 for menn. Begge disse tallene betyr at effektstørrelsene er store.

Figur 43D viser gjennomsnittsskår på Ensomhet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto lavere gjennomsnittsskår på Ensomhet. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 1,15 for kvinner og 0,95 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

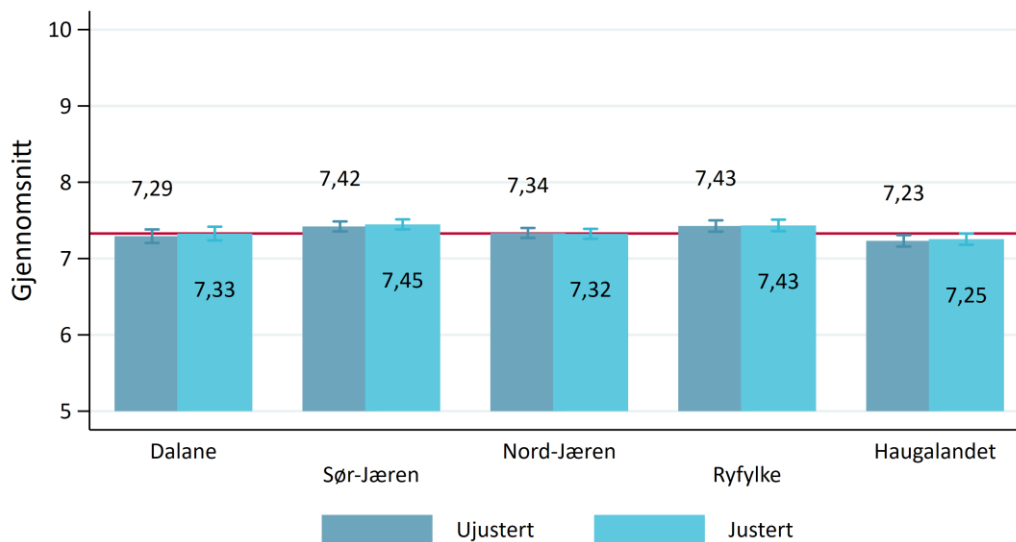
Siden vi et annet sted i rapporten rapporterer andel ensomme med utgangspunkt i UCLA-3-skalaen, har vi ikke kategorisert variabelen som måler ensomhet på 0-10-skalaen.

3.44 Støttende og givende sosiale relasjoner

Totalt 17 570 deltakere av 17 621 (99,7 %) hadde gyldig svar på Støttende og givende sosiale relasjoner (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,29** (KI95%: 7,25-7,34).

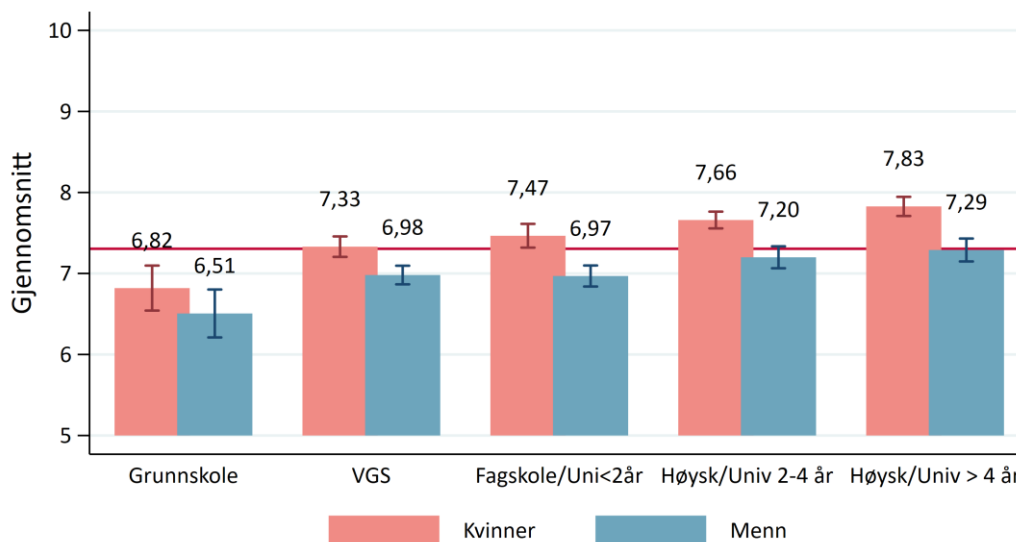
Gjennomsnittet for kvinner var 7,53 (n=9 287; KI95%: 7,47-7,59) og gjennomsnittet for menn var 7,06 (n=8 283; KI95%: 6,99-7,13).

Figur 44: Støttende og givende sosiale relasjoner etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Standardavvik: 1,96

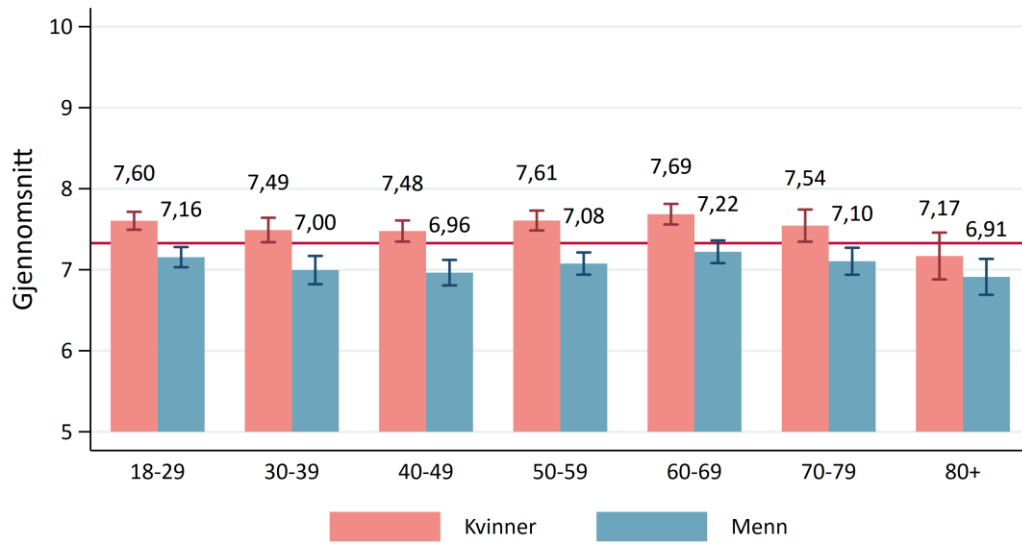
A)



Standardavvik: 2,03

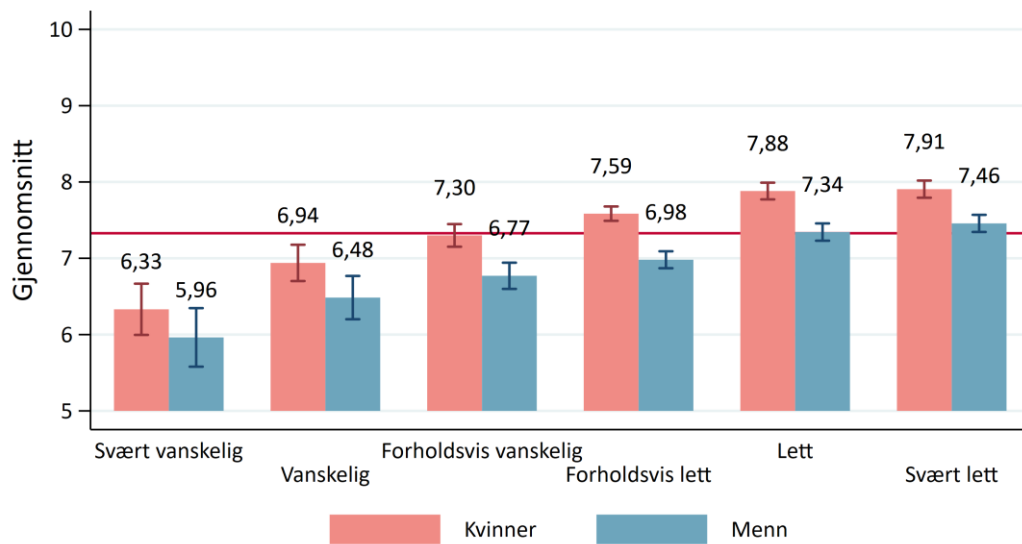
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)

Standardavvik: 1,96



D)

Standardavvik: 1,96

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 44A viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (7,29). Forskjellen mellom regionen med lavest (Haugalandet) og regionen med høyest gjennomsnitt (Ryfylke) tilsvarer en Cohens d på 0,11 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 44B viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår rapporteres. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,50 for kvinner og 0,39 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse.

Figur 44C viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner etter kjønn og alder. Figuren viser ingen klar og systematisk sammenheng med alder. Kvinner rapporterer høyere gjennomsnittsskår enn menn. Forskjellen er signifikant i alle aldersgruppene bortsett fra den eldste. Differansene mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,24 for kvinner og 0,10 for menn, som begge kan tolkes som små effektstørrelser.

Figur 44D viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår rapporteres. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 0,83 for kvinner og 0,76 for menn, med andre ord sterke effektstørrelser.

Svarene på Støttende og givende sosiale relasjoner kan grupperes slik at tall i området 0-5,49 betyr lav grad, 5,50-8,49 betyr middels grad og 8,50-10 betyr høy grad av Støttende og givende sosial relasjoner.

Andelen med Lav grad av støttende og givende sosiale relasjoner (<5,5) for hele utvalget var 15,6 % (KI95%: 14,7-16,4). Andelen for kvinner var 13,0 % (n=9287; KI95%: 12,0-14,1) og andelen for menn var 18,1 % (n=8283; KI95%: 16,7-19,4).

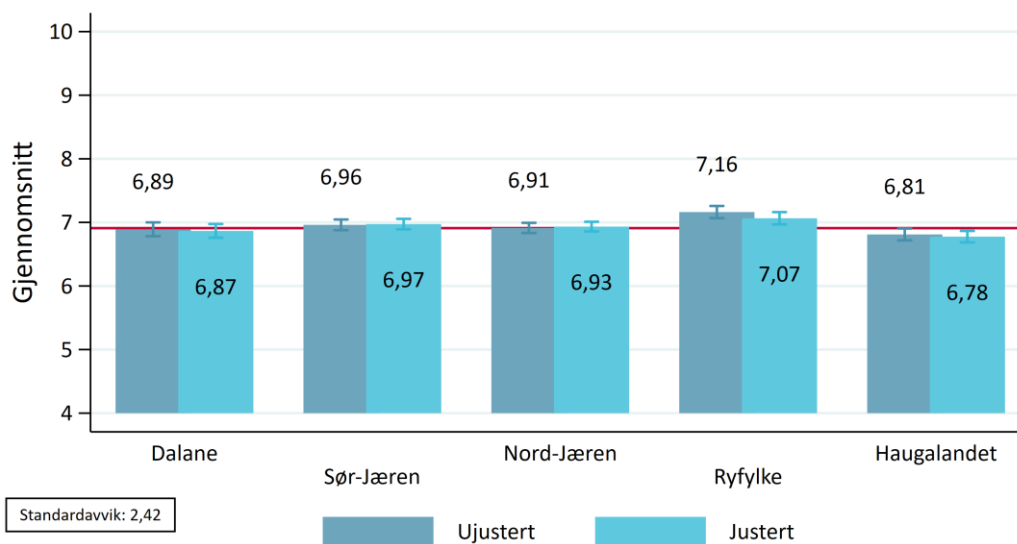
Andelen med Høy grad av støttende og givende sosiale relasjoner (8,5-10) for hele utvalget var 34,0 % (KI95%: 32,9-35,1). Andelen for kvinner var 39,9 % (n=9287; KI95%: 38,3-41,4) og andelen for menn var 28,2 % (n=8283; KI95%: 26,7-29,8).

Siden dette utfallsmålet er en sumskår (egentlig en sumskår delt på antall ledd), er det mulig å få verdier som ligger mellom heltall. Grensene mellom kategoriene er derfor gitt med to desimaler. For eksempel tilsvarer intervallet fra 8,50-10 det som på enkeltspørsmål er 9-10.

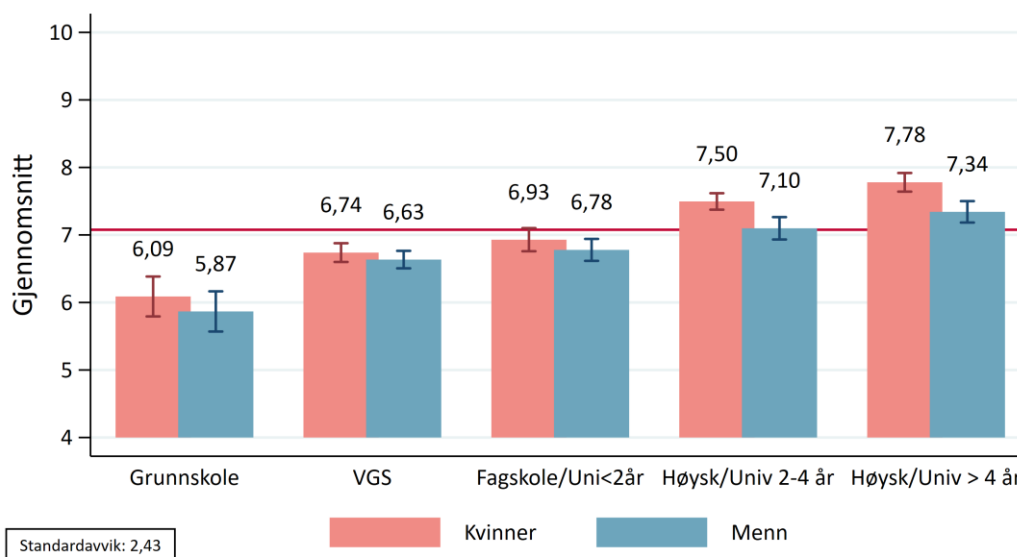
3.45 Tillit til andre

Totalt 17 516 deltakere av 17 621 (99,4 %) hadde gyldig svar på Tillit til andre (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,94** (KI95%: 6,89-7,00). Gjennomsnittet for kvinner var 7,10 (n=9 255; KI95%: 7,03-7,18) og gjennomsnittet for menn var 6,78 (n=8 261; KI95%: 6,70-6,86).

Figur 45: Tillit til andre etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

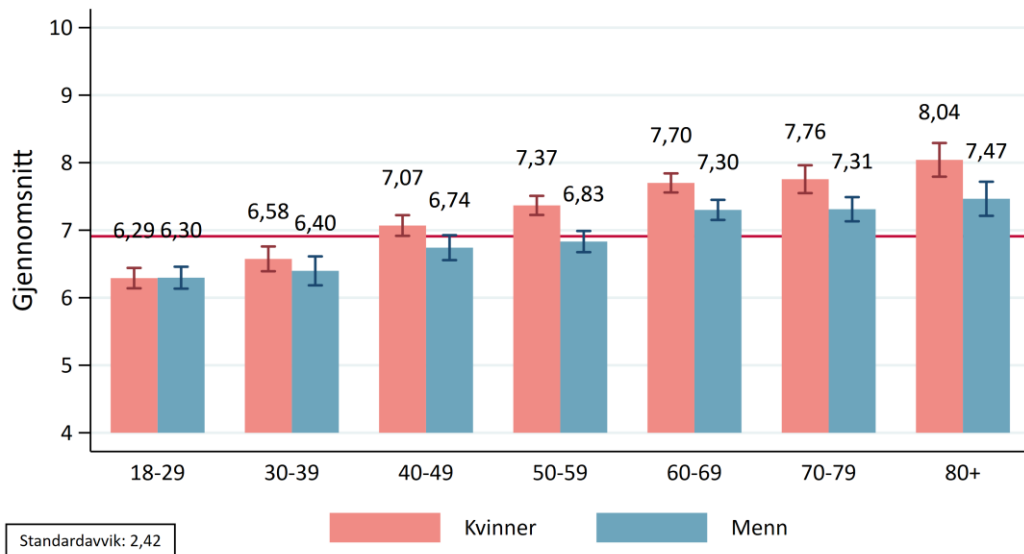


A)

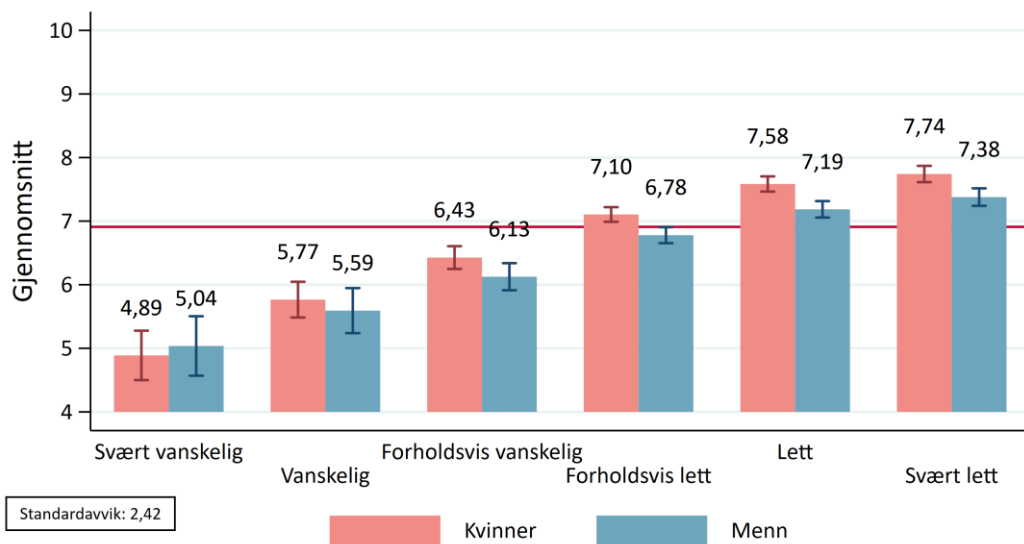


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 45A viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (6,94). Forskjellen mellom regionen med lavest (Haugalandet) og regionen med høyest gjennomsnitt (Ryfylke) tilsvarer en Cohens d på 0,15 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 45B viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår på Tillit til andre. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,69 for kvinner og 0,66 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 45C viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Tillit til andre. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,72 for kvinner og 0,51 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse. I aldersgruppene fra 50 år og oppover rapporterte kvinnene signifikant høyere gjennomsnittsskår enn menn.

Figur 45D viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Tillit til andre. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 1,21 for kvinner og 0,99 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene kan også grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 angir lav tillit, 6-8 betyr middels tillit og 9-10 betyr høy grad av tillit.

Andelen med Lav grad av tillit (0-5) for hele utvalget var 26,4 % (KI95%: 25,4-27,4). Andelen for kvinner var 24,3 % (n=9255; KI95%: 22,9-25,6) og andelen for menn var 28,5 % (n=8261; KI95%: 27,0-30,1).

Andelen med Høy grad av tillit (9-10) for hele utvalget var 27,3 % (KI95%: 26,2-28,3). Andelen for kvinner var 30,2 % (n=9255; KI95%: 28,8-31,7) og andelen for menn var 24,4 % (n=8261; KI95%: 22,9-25,9).

SSB har gruppert svarene på spørsmålet om tillit til andre på en litt annen måte. Etter deres inndeling betyr 0-4 lav tillit, 5-7 middels tillit og 8-10 høy grad av tillit. Hvis vi gjør det på denne måten, blir tallene slik:

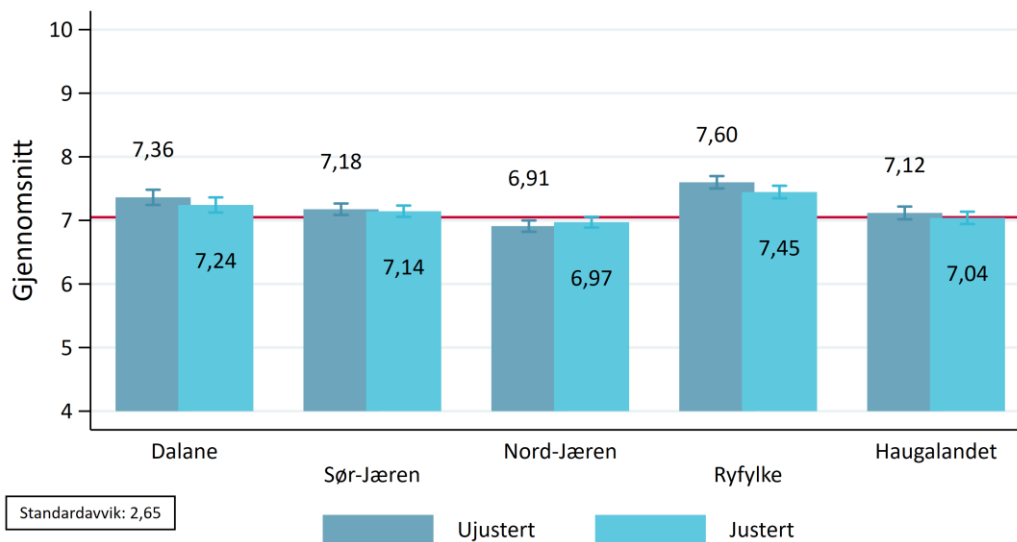
Andelen med Lav grad av tillit (0-4, SSBs-inndeling) for hele utvalget var 13,9 % (KI95%: 13,1-14,7). Andelen for kvinner var 12,4 % (n=9255; KI95%: 11,4-13,4) og andelen for menn var 15,4 % (n=8261; KI95%: 14,2-16,6).

Andelen med Høy grad av tillit (8-10, SSBs-inndeling) for hele utvalget var 45,2 % (KI95%: 44,0-46,4). Andelen for kvinner var 47,9 % (n=9255; KI95%: 46,3-49,5) og andelen for menn var 42,6 % (n=8261; KI95%: 40,8-44,3).

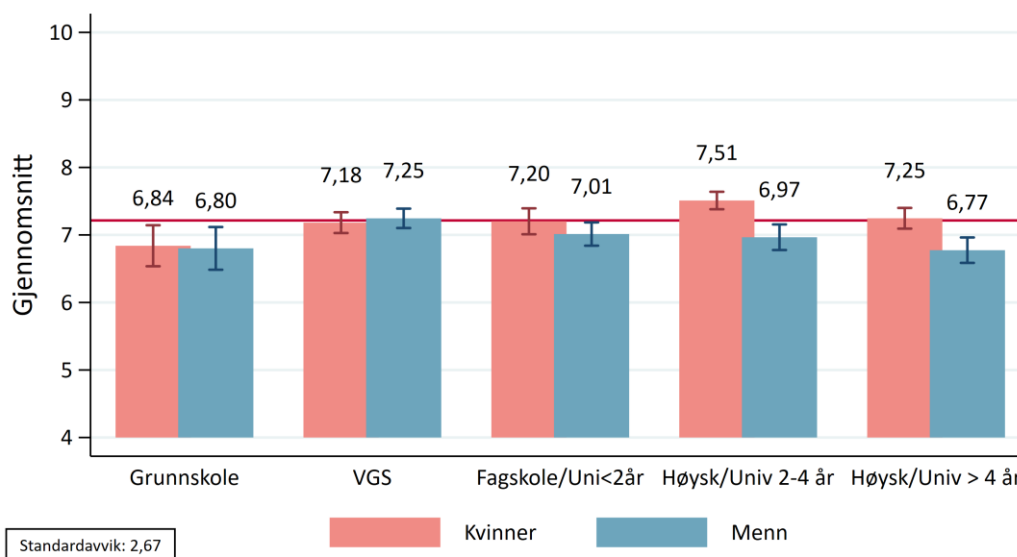
3.46 Stedstilørighet

Totalt 17 457 deltakere av 17 621 (99,1 %) hadde gyldig svar på Stedstilørighet (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,04** (KI95%: 6,98-7,10). Gjennomsnittet for kvinner var 7,18 (n=9 232; KI95%: 7,10-7,26) og gjennomsnittet for menn var 6,90 (n=8 225; KI95%: 6,81-7,00).

Figur 46: Stedstilørighet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

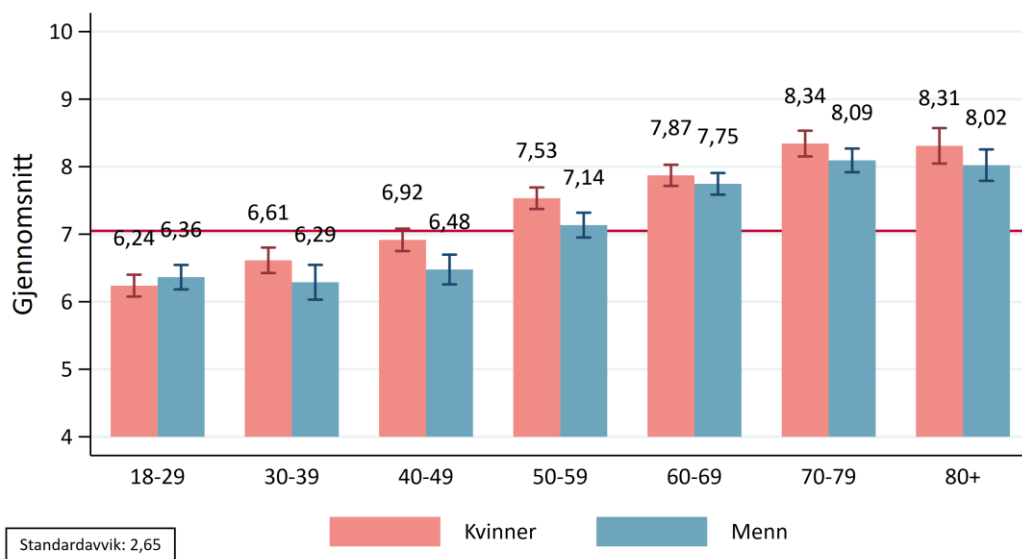


A)

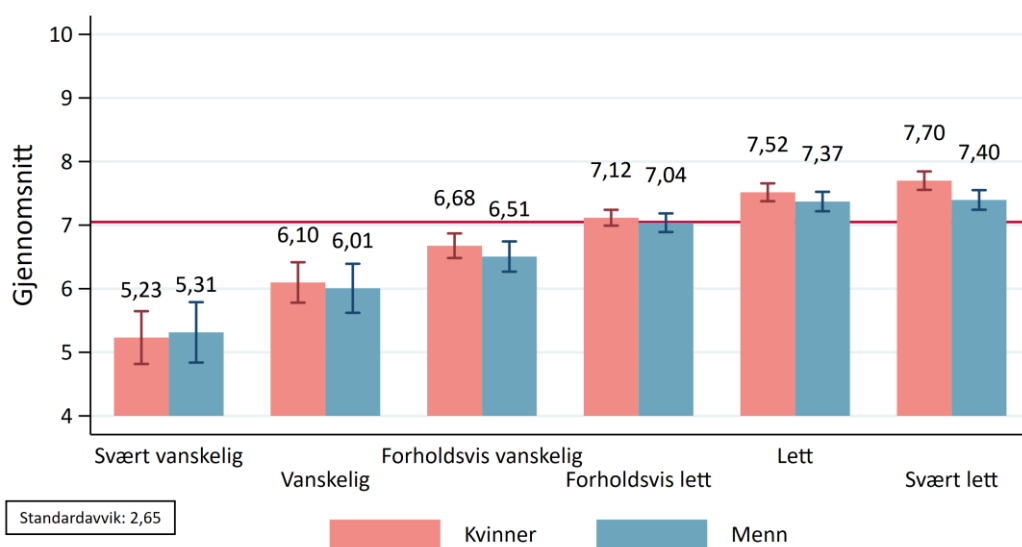


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 46A viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (7,04). Forskjellen mellom regionen med høyest (Ryfylke) og regionen med lavest (Nord-Jæren) gjennomsnittsskår tilsvarer en Cohens d på 0,23 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 46B viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser ingen store forskjeller mellom utdanningsgrupper. Menn med videregående opplæring og kvinner med høyere utdanning på to til fire år hadde høyest gjennomsnittsskår for sine respektive kjønn. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,23 for kvinner og 0,20 for menn, altså små effektstørrelser.

Figur 46C viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet. Der er praktisk talt ingen forskjell mellom de eldste og de nest eldste. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,77 for kvinner og 0,62 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 46D viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 0,83 for kvinner og 0,71 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene på Stedstilhørighet kan grupperes, slik at svar mellom 0 og 5 angir lav grad, 6-8 betyr middels og 9-10 betyr høy grad av stedstilhørighet.

Andelen med Lav grad stedstilhørighet (0-5) for hele utvalget var 26,9 % (KI95%: 25,8-27,9). Andelen for kvinner var 25,4 % (n=9232; KI95%: 24,1-26,8) og andelen for menn var 28,3 % (n=8225; KI95%: 26,6-29,9).

Andelen med Høy grad av stedstilhørighet (9-10) for hele utvalget var 34,3 % (KI95%: 33,2-35,3). Andelen for kvinner var 36,1 % (n=9232; KI95%: 34,6-37,5) og andelen for menn var 32,5 % (n=8225; KI95%: 30,9-34,1).

SSB har gruppert svarene på spørsmålet om stedstilhørighet på en litt annen måte. Etter deres inndeling betyr 0-4 lav stedstilhørighet, 5-7 middels og 8-10 høy grad av stedstilhørighet. Hvis vi gjør det på denne måten, blir tallene slik:

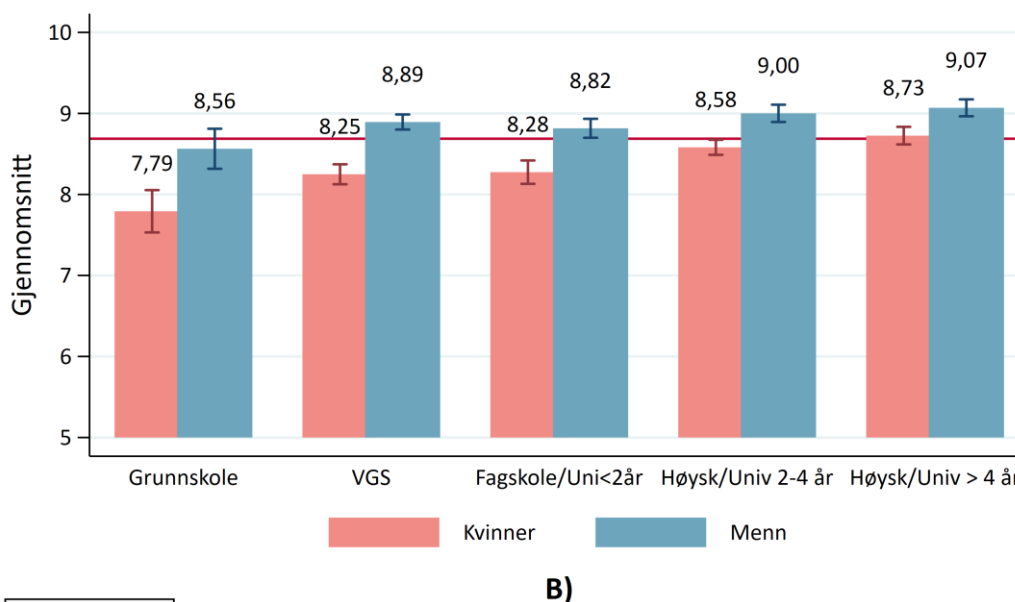
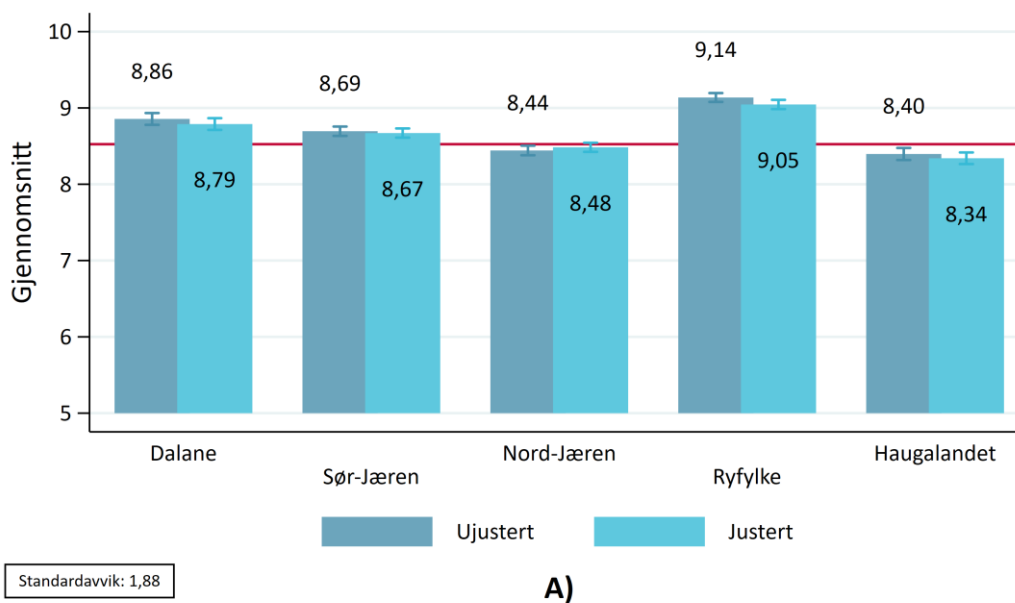
Andelen med lav grad av Stedstilhørighet (0-4, SSB-inndeling) for hele utvalget var 16,5 % (KI95%: 15,6-17,4). Andelen for kvinner var 14,9 % (n=9232; KI95%: 13,8-16,0) og andelen for menn var 18,1 % (n=8225; KI95%: 16,7-19,6).

Andelen med høy grad av Stedstilhørighet (8-10, SSB-inndeling) for hele utvalget var 50,8 % (KI95%: 49,7-52,0). Andelen for kvinner var 52,3 % (n=9232; KI95%: 50,7-53,8) og andelen for menn var 49,5 % (n=8225; KI95%: 47,7-51,2).

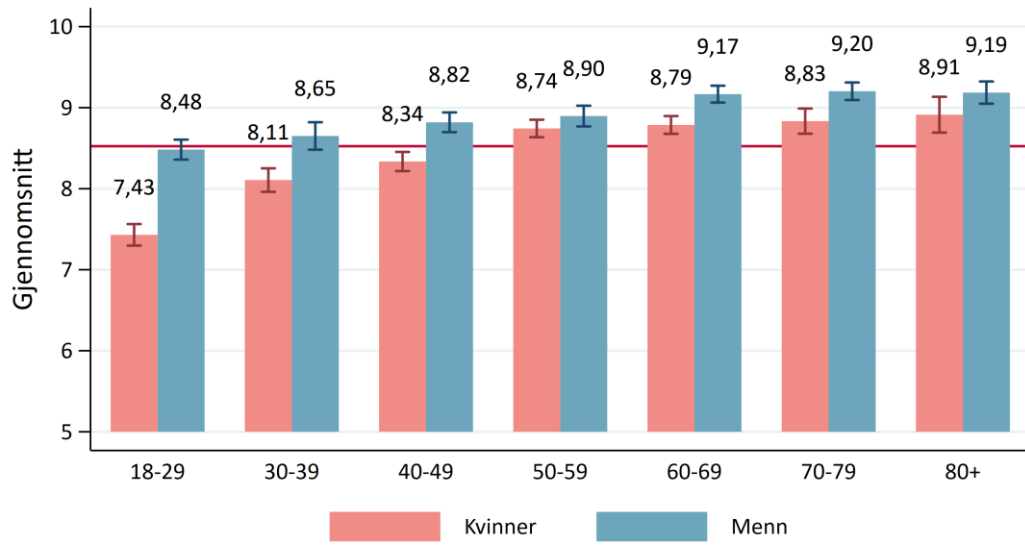
3.47 Trygg i nærmiljøet

Totalt 17 424 deltakere av 17 621 (98,9 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,58** (KI95%: 8,54-8,62). Gjennomsnittet for kvinner var 8,33 (n=9 211; KI95%: 8,27-8,38) og gjennomsnittet for menn var 8,83 (n=8 213; KI95%: 8,77-8,89).

Figur 47: Trygg i nærmiljøet etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

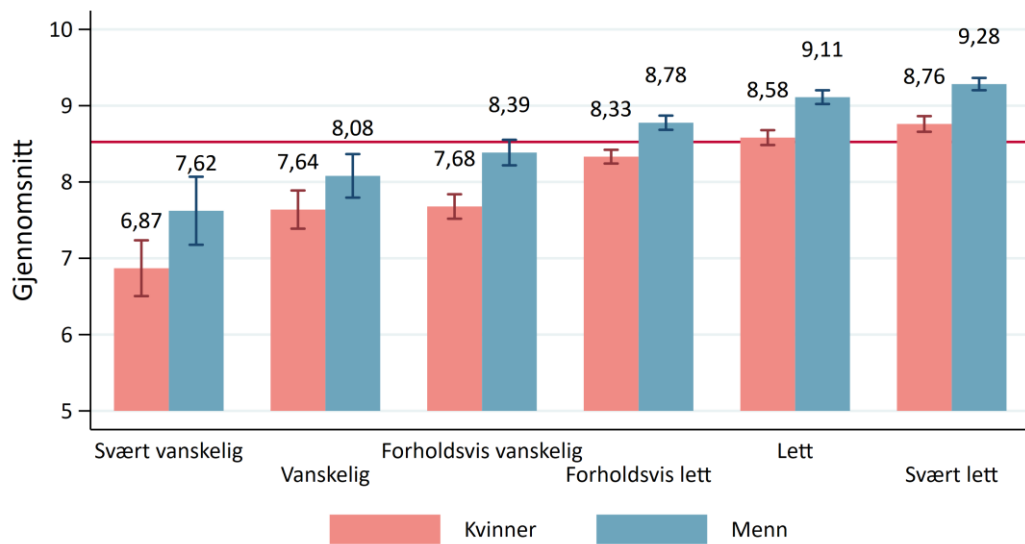


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)

Standardavvik: 1,88



D)

Standardavvik: 1,88

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 47A viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (8,58). Forskjellen mellom regionen med høyest (Ryfylke) og lavest (Haugalandet) gjennomsnittsskår tilsvarer en Cohens d på 0,40 som i vår sammenheng kan tolkes som en middels effektstørrelse.

Figur 47B viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at gjennomsnittsskåren stiger med økende utdanningsnivå, mest blant kvinner. Menn rapporterte signifikant høyere gjennomsnittsskår enn kvinner i alle utdanningsgrupper. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,50 for kvinner og 0,26 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse.

Figur 47C viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet. Kvinner i den yngste aldersgruppen (18-29 år) skårer vesentlig lavere enn resten. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,79 for kvinner og 0,37 for menn tilsvarende henholdsvis en stor og en middels effektstørrelse.

Figur 47D viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet. Differansen mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 0,98 for kvinner og 0,85 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene på Trygg i nærmiljøet kan grupperes, slik at 0-5 betyr lav grad av trygghet, 6-8 betyr middels og 9-10 betyr høy grad av trygghet i nærmiljøet.

Andelen med lav grad av Trygghet i nærmiljøet (0-5) for hele utvalget var 7,5 % (KI95%: 6,9-8,1). Andelen for kvinner var 9,0 % (n=9 211; KI95%: 8,2- 9,9) og andelen for menn var 6,0 % (n=8 213; KI95%: 5,2- 6,8).

Andelen med høy grad av Trygghet i nærmiljøet (9-10) for hele utvalget var 61,9 % (KI95%: 60,7-63,0). Andelen for kvinner var 55,1 % (n=9211; KI95%: 53,5-56,7) og andelen for menn var 68,5 % (n=8213; KI95%: 66,8-70,2).

SSB har gruppert svarene på spørsmålet om trygghet i nærmiljøet på en litt annen måte. Etter deres inndeling betyr 0-4 lav grad av trygghet, 5-7 middels og 8-10 høy grad av trygghet i nærmiljøet. Hvis vi gjør det på denne måten, blir resultatene slik:

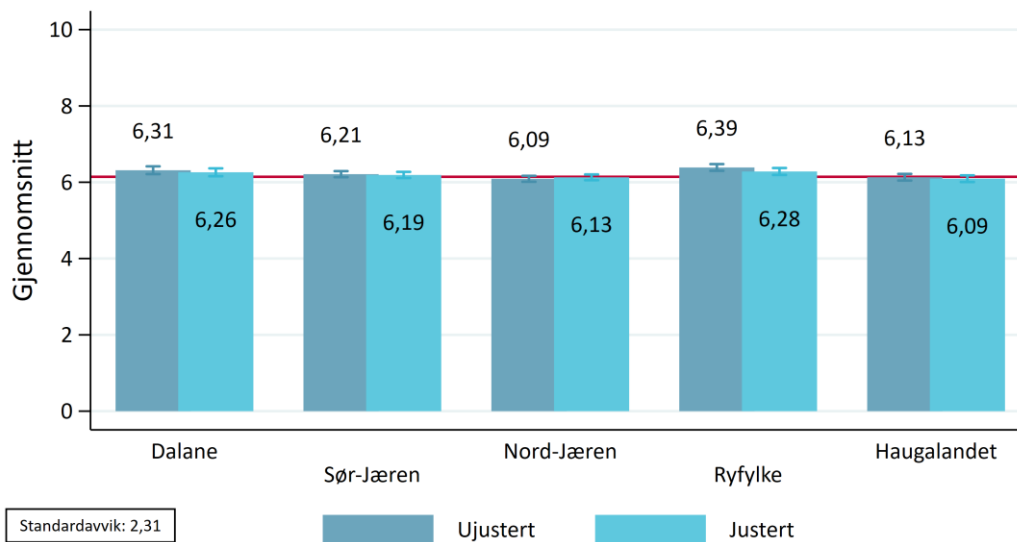
Andelen med lav grad av Trygghet i nærmiljøet (0-4, SSB-inndeling) for hele utvalget var 3,7 % (KI95%: 3,3- 4,2). Andelen for kvinner var 4,4 % (n=9211; KI95%: 3,8- 5,0) og andelen for menn var 3,1 % (n=8213; KI95%: 2,5- 3,7).

Andelen med høy grad av Trygghet i nærmiljøet (8-10) for hele utvalget var 78,9 % (KI95%: 78,0-79,9). Andelen for kvinner var 73,5 % (n=9 211; KI95%: 72,1-74,9) og andelen for menn var 84,2 % (n=8 213; KI95%: 82,9-85,5).

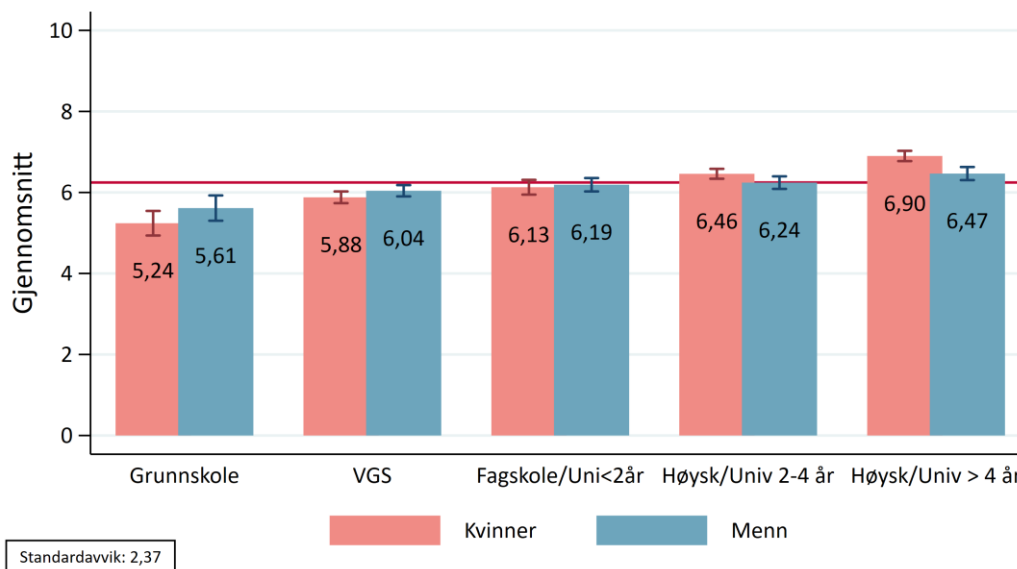
3.48 Engasjement

Totalt 17 437 deltakere av 17 621 (99,0 %) hadde gyldig svar på Engasjement (skala 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,18** (KI95%: 6,12-6,23). Gjennomsnittet for kvinner var 6,22 (n=9 218; KI95%: 6,15-6,29) og gjennomsnittet for menn var 6,14 (n=8 219; KI95%: 6,06-6,22).

Figur 48: Engasjement etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

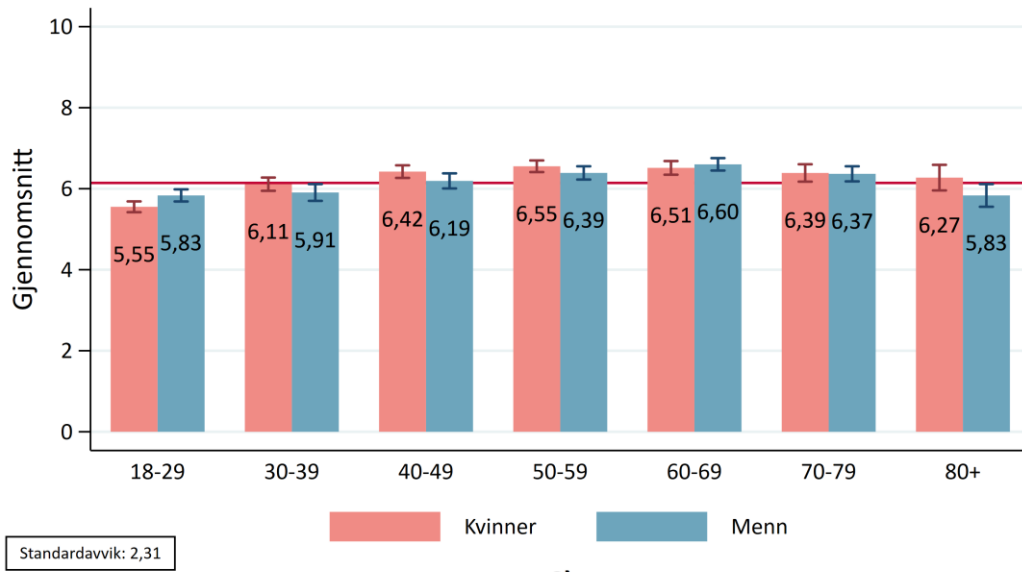


A)

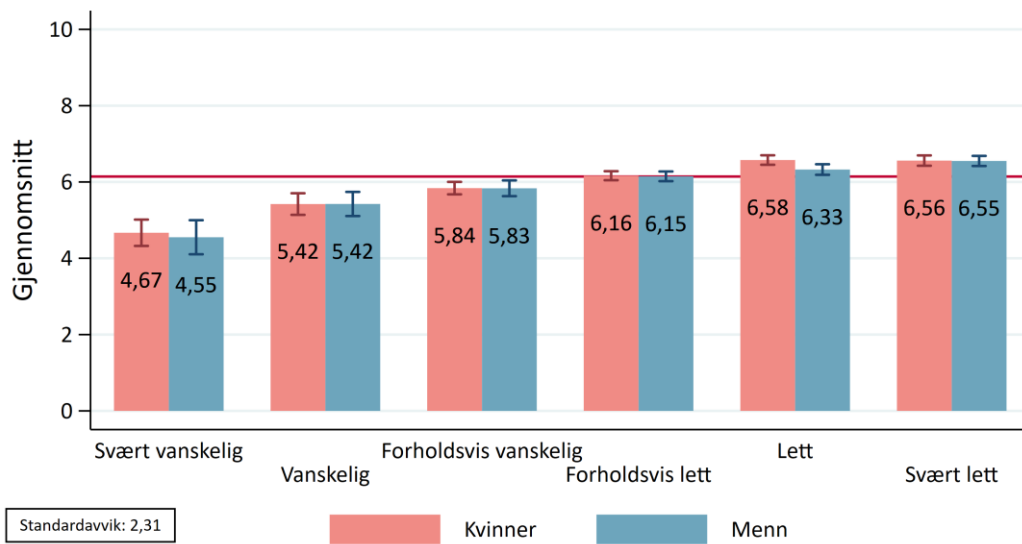


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt



c)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 48A viser gjennomsnittsskår på Engasjement (skala 0-10) i de ulike regionene i Rogaland. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet (6,18). Forskjellen mellom regionen med høyest (Ryfylke) og lavest (Haugalandet) gjennomsnittsskår tilsvarer en Cohens d på 0,10 som i vår sammenheng kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 48B viser gjennomsnittsskår på Engasjement etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at gjennomsnittsskår stiger med økende utdanningsnivå. Gruppen med grunnskole oppnår den laveste gjennomsnittsskåren på engasjement. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens d på 0,70 for kvinner og 0,36 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse.

Figur 48C viser gjennomsnittsskår på Engasjement etter kjønn og alder. Figuren viser en svak omvendt U-kurve på sammenhengen mellom engasjement og alder. Gjennomsnittsskåren er høyest for begge kjønn i alderen 50-79 år. Differansen mellom aldersgruppen med høyest skår og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens d på 0,43 (middels stor) for kvinner og 0,35 (middels stor) for menn.

Figur 48D viser gjennomsnittsskår på Engasjement etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mener det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Engasjement. Differansen i gjennomsnittlig skår på Engasjement mellom de som rapporterer at det er svært lett og de som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens d på 0,79 for kvinner og 0,79 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Svarene på Engasjement kan grupperes, slik at svar fra 0 til 5 betyr lite engasjert, 6-8 betyr middels og 9-10 betyr svært engasjert.

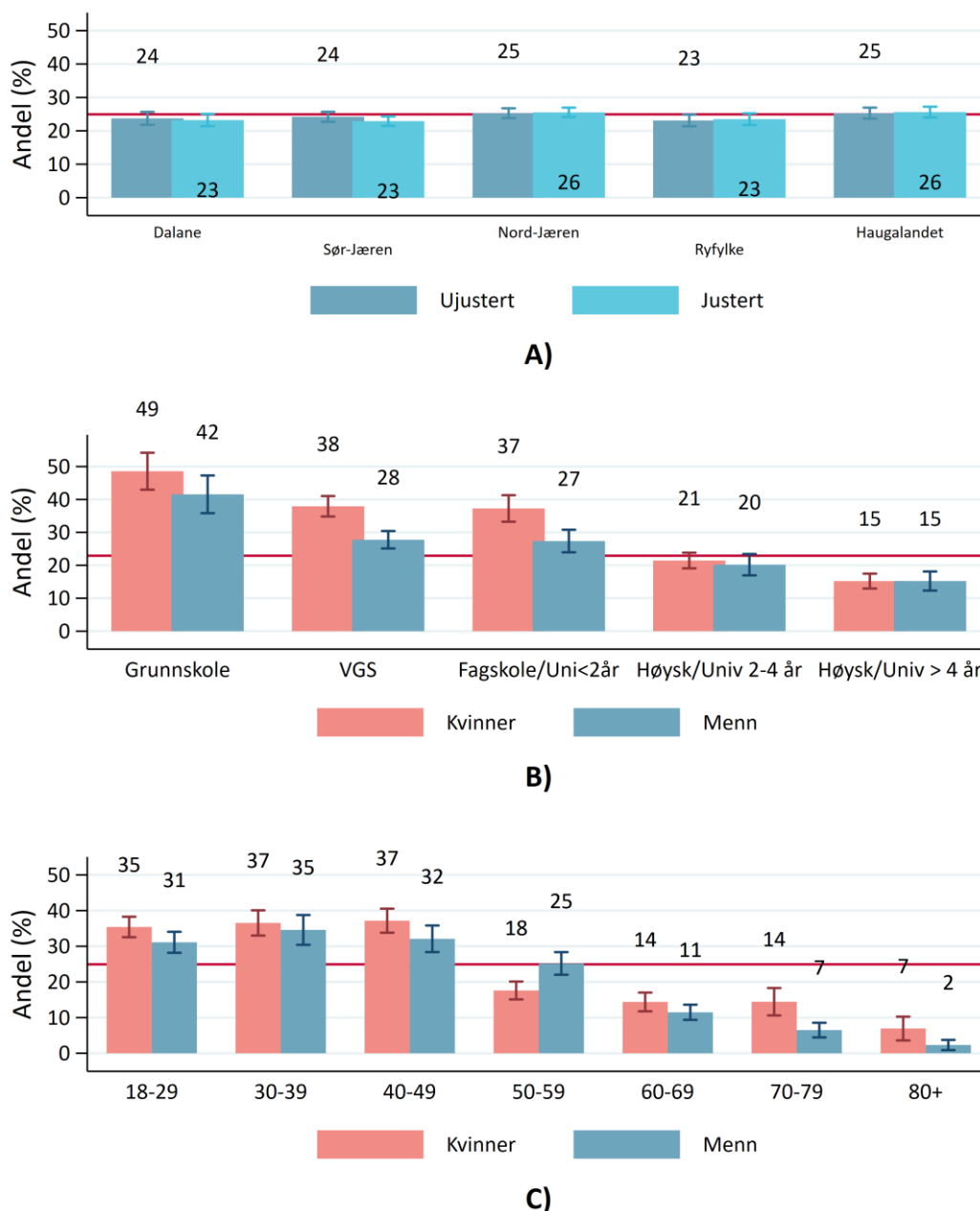
Andelen lite engasjerte siste syv dager (0-5) for hele utvalget var 36,4 % (KI95%: 35,2-37,5). Andelen for kvinner var 36,4 % (n=9 218; KI95%: 34,9-38,0) og andelen for menn var 36,3 % (n=8 219; KI95%: 34,6-38,0).

Andelen i gruppen svært engasjerte siste syv dager (9-10) for hele utvalget var 13,9 % (KI95%: 13,1-14,7). Andelen for kvinner var 14,3 % (n=9 218; KI95%: 13,2-15,4) og andelen for menn var 13,5 % (n=8 219; KI95%: 12,3-14,7).

3.49 Økonomien i husholdningen

Totalt 17 061 deltakere av 17 621 (96,8 %) hadde gyldig svar på Hvor vanskelig er det å få pengene i husholdningen til å strekke til. Andelen som svarte «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig» for hele utvalget var **25,2 %** (KI95%: 24,2-26,2). Andelen for kvinner var 26,2 % (n=9 024; KI95%: 24,8-27,6) og andelen for menn var 24,2 % (n=8 037; KI95%: 22,6-25,7).

Figur 49: Andel med økonomiske vansker etter regioner i Rogaland (A), kjønn og utdanningsnivå (B), og kjønn og alder (C).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Denne figuren skiller seg litt fra de andre figurene i denne delen av rapporten. Dette fordi vi her viser økonomien i husholdningen som en utfallsvariabel og ikke som en prediktorvariabel.

Figur 49A viser andel som har oppgitt at det er vanskelig («Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig») å få pengene i husholdningen til å strekke til i det daglige etter region i fylket. Andelen for hele utvalget sett under ett er 25,2 %. Forskjellene mellom regionene er svært små.

Figur 49B viser andel som har oppgitt at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til etter utdanning. Jo høyere utdanning, desto lavere andel har svart at det er vanskelig å få pengene til å strekke til.

Figur 49C viser andelen som har oppgitt at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til etter alder. Blant de som tilhører aldersgruppene under 50 år ligger andelen fra 35 til 38 % blant kvinnene og fra 30 til 33 % blant mennene. I aldersgruppene fra og med 50-59 år og oppover er andelen som mener det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til klart synkende.

4. Endring fra 2020 til 2023 på utvalgte variabler

4.1 Tilfredshet med livet

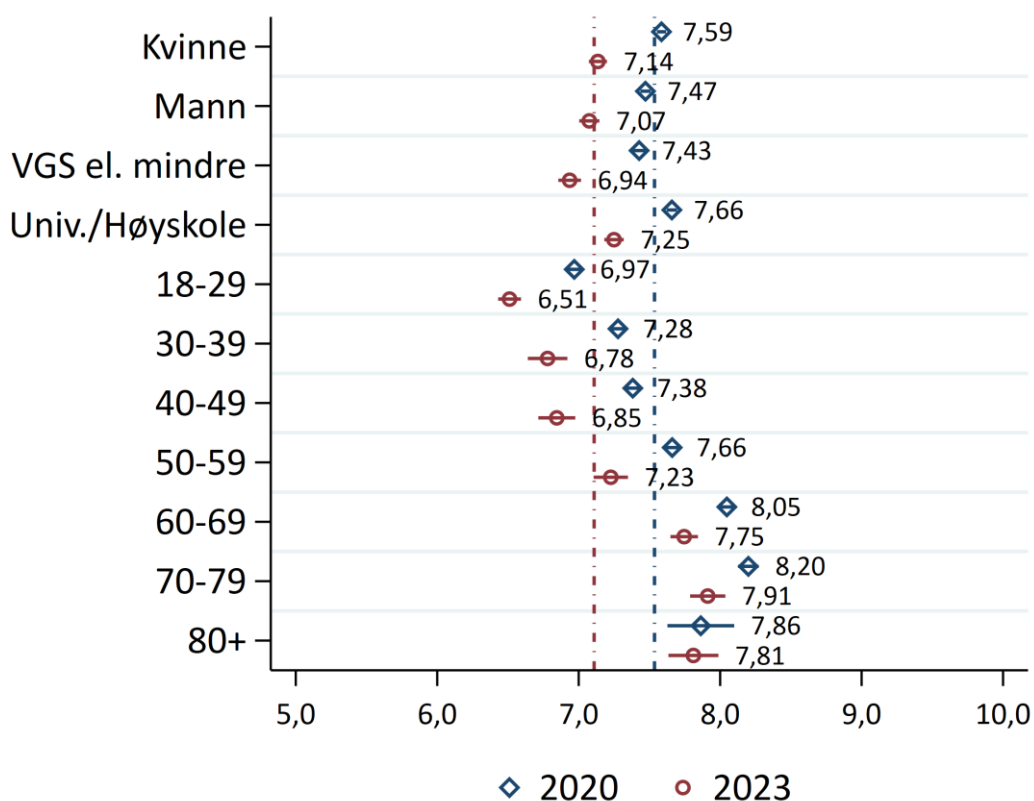
Totalt 52 664 deltakere av 52 812 (99,7 %) hadde gyldig svar på Tilfredshet med livet. Gjennomsnittsskåren var 7,54 (n=35 104; KI95%: 7,52-7,56) i 2020 og 7,10 (n=17 560; KI95%: 7,05-7,15) i 2023.

Gjennomsnitt på Tilfredshet med livet justert for alder og kjønn var 7,54 (KI95%: 7,52-7,56) i 2020 og 7,10 (KI95%: 7,05-7,15) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,21**.

Konfidensintervallene er i dette og de følgende diagrammene større for 2023 enn for 2020. Dette skyldes at utvalget som deltok i 2020 var langt større enn utvalget fra 2023.

Andel med en middels eller høy skår (6-10) var 86,2 % (KI95%: 85,7-86,6) i 2020 og 80,4 % (KI95%: 79,4-81,3) i 2023.

Figur 1: Tilfredshet med livet i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

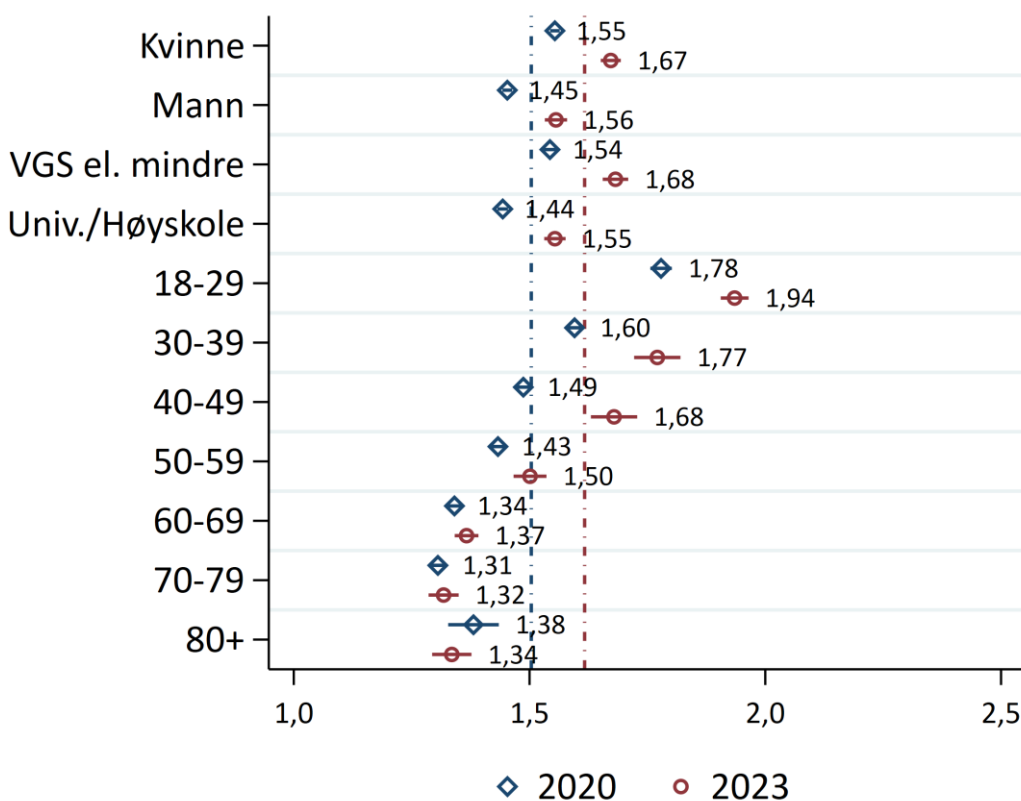
4.2 Psykiske plager (HSCL-5)

Totalt 52 720 deltakere av 52 812 (99,8 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittsskåren var 1,50 (n=35 145; KI95%: 1,50-1,51) i 2020 og 1,62 (n=17 575; KI95%: 1,60-1,63) i 2023.

Gjennomsnitt på Psykiske plager justert for alder og kjønn var 1,50 (KI95%: 1,50-1,51) i 2020 og 1,62 (KI95%: 1,60-1,63) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,17**.

Andel med en høy skår (>2,00) var 12,3 % (KI95%: 11,9-12,7) i 2020 og 18,1 % (KI95%: 17,2-19,0) i 2023.

Figur 2: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



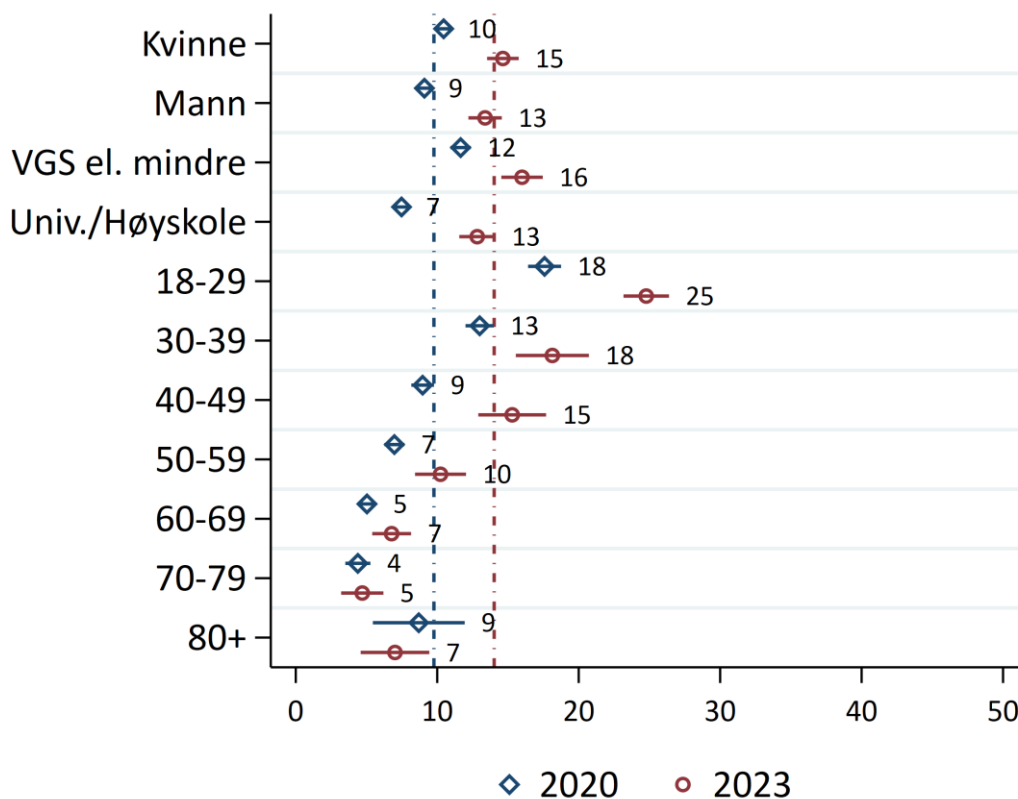
Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.3 Ensomhet (UCLA-3)

Totalt 52 380 deltakere av 52 812 (99,2 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen ensomme var 9,7 % (n=35 062; KI95%: 9,3-10,1) i 2020 og 14,2 % (n=17 318; KI95%: 13,4-15,1) i 2023.

Prosent ensomme justert for alder og kjønn var 9,8 (KI95%: 9,4-10,1) i 2020 og 14,0 (KI95%: 13,2-14,8) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens h på **0,13**.

Figur 3: Ensomhet (UCLA-3) i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



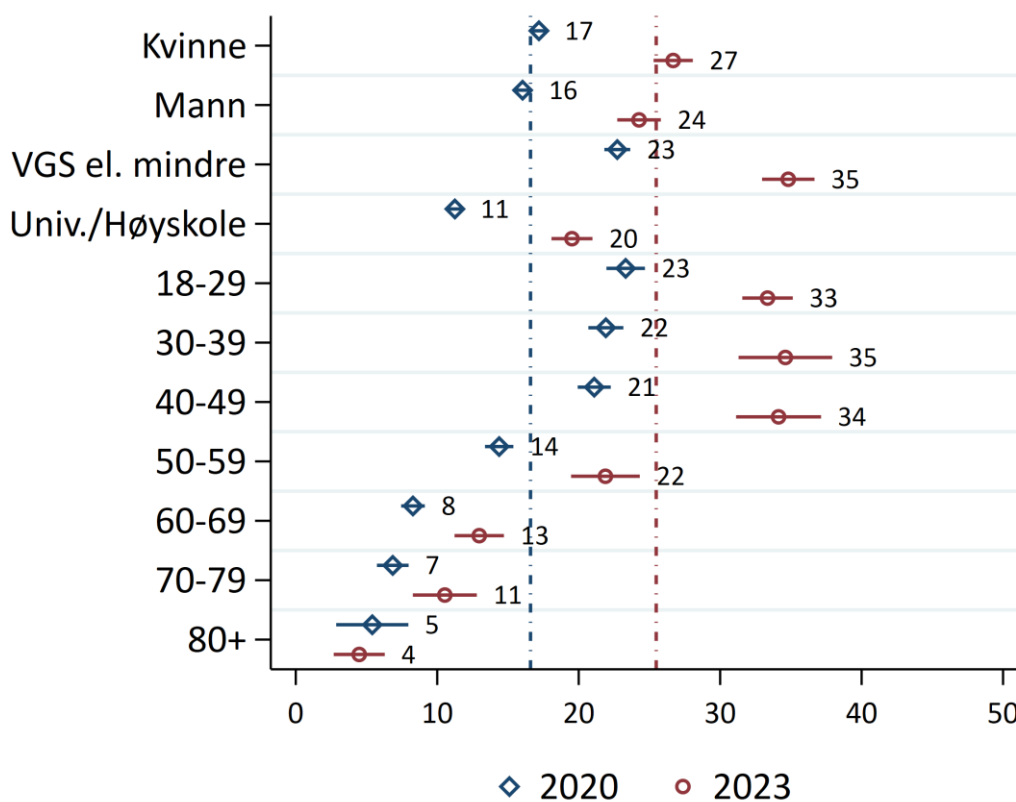
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.4 Vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til

Totalt 50 535 deltakere av 52 812 (95,7 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om hvor vanskelig de synes det er å få pengene i husholdningen til å strekke til. Figuren viser andel som svarte «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig». Andelen var 16,7 % (n=33 474; KI95%: 16,2-17,2) i 2020 og 25,2 % (n=17 061; KI95%: 24,2-26,2) i 2023.

Prosent som syntes det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til justert for alder og kjønn var 16,6 (KI95%: 16,1-17,1) i 2020 og 25,5 (KI95%: 24,4-26,5) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens h på **0,22**.

Figur 4: Andel som rapporterte at det var vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



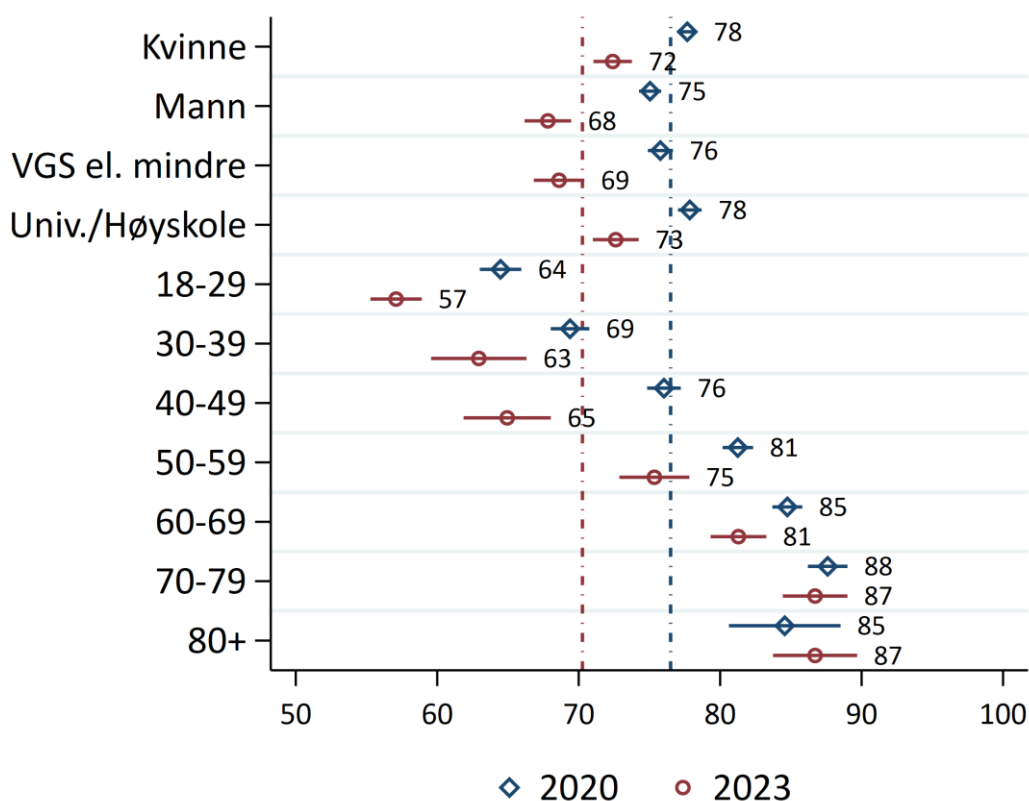
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn, der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 52 667 deltakere av 52 812 (99,7 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen var 76,6 % (n=35 135; KI95%: 76,1-77,1) i 2020 og 70,1 % (n=17 532; KI95%: 69,0-71,1) i 2023.

Prosent som i stor grad trives i nærmiljøet justert for alder og kjønn var 76,5 (KI95%: 76,0-77,0) i 2020 og 70,3 (KI95%: 69,2-71,3) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens h på **0,14**.

Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



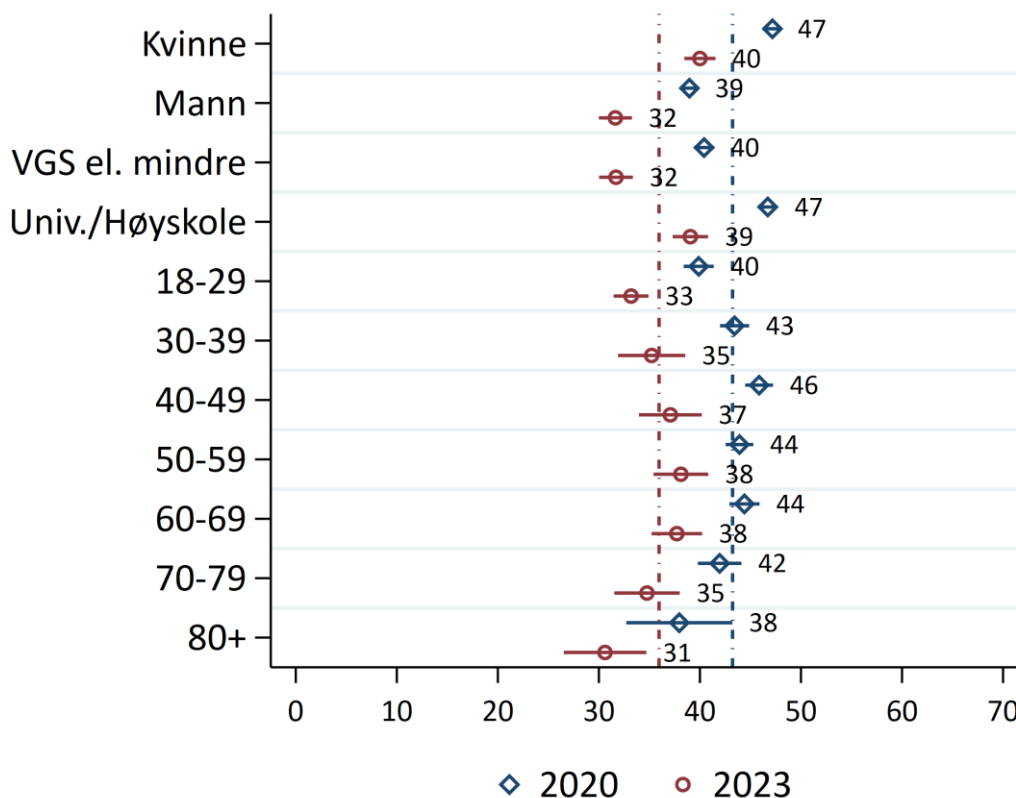
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.6 Høy sosial støtte

Totalt 52 378 deltakere av 52 812 (99,2 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen var 43,5 % (n=35 011; KI95%: 42,9-44,1) i 2020 og 35,4 % (n=17 367; KI95%: 34,3-36,6) i 2023.

Prosent med høy sosial støtte justert for alder og kjønn var 43,2 (KI95%: 42,6-43,8) i 2020 og 36,0 (KI95%: 34,8-37,1) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens h på **0,14**.

Figur 6: Høy sosial støtte i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



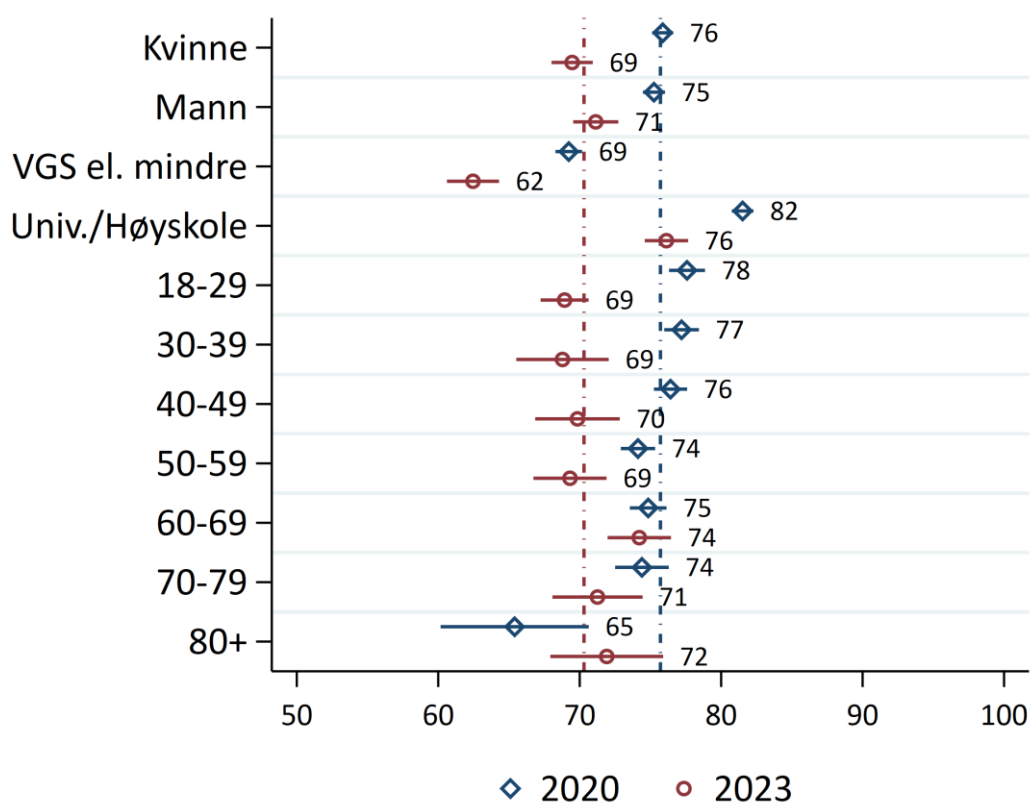
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.7 God eller svært god helse

Totalt 52 668 deltakere av 52 812 (99,7 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen var 75,7 % (n=35 121; KI95%: 75,2-76,3) i 2020 og 70,3 % (n=17 547; KI95%: 69,2-71,3) i 2023.

Prosent som oppgav at de hadde god eller svært god helse justert for alder og kjønn var 75,7 (KI95%: 75,2-76,2) i 2020 og 70,3 (KI95%: 69,2-71,4) i 2023. Forskjellen tilsvare en Cohens *h* på 0,12.

Figur 7: God eller svært god helse i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



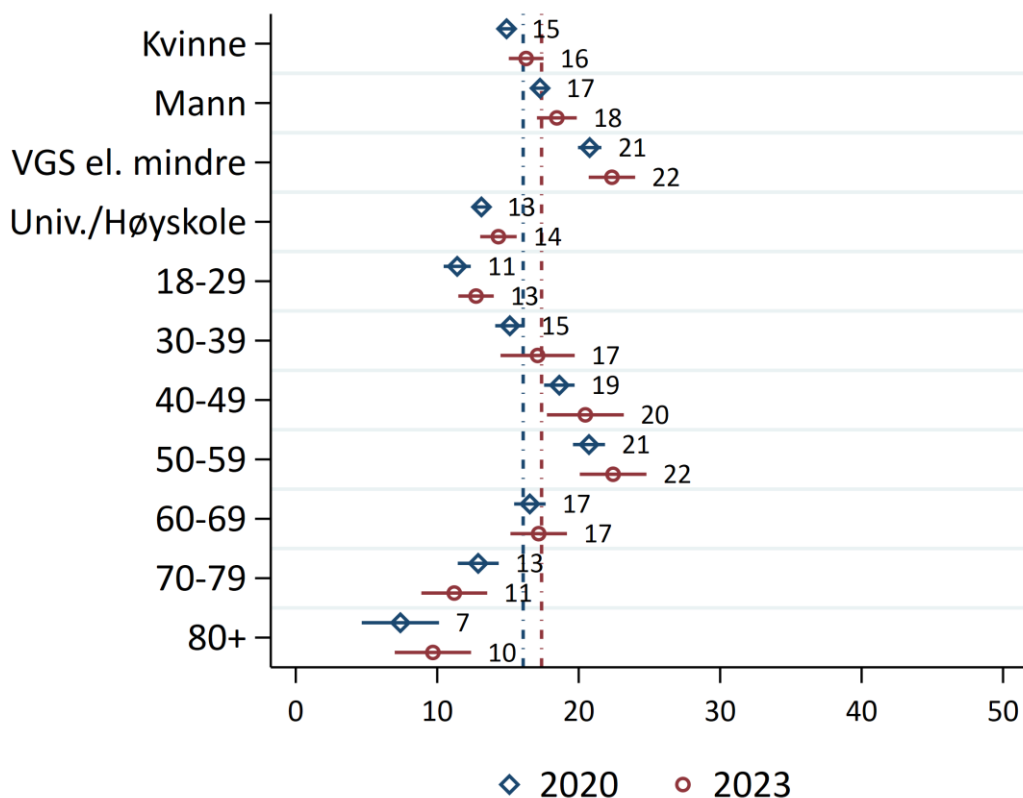
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn, der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.8 Andel med fedme (KMI 30+)

Totalt 51 159 deltakere av 52 812 (96,9 %) hadde gyldig svar på Andel med fedme (KMI 30+). Andelen var 16,2 % (n=34 537; KI95%: 15,8-16,7) i 2020 og 17,0 % (n=16 622; KI95%: 16,1-17,9) i 2023.

Prosent med fedme justert for alder og kjønn var 16,1 (KI95%: 15,6-16,5) i 2020 og 17,4 (KI95%: 16,4-18,3) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *h* på **0,03**.

Figur 8: Andel med fedme (KMI 30+) i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

4.9 Stedstilørighet

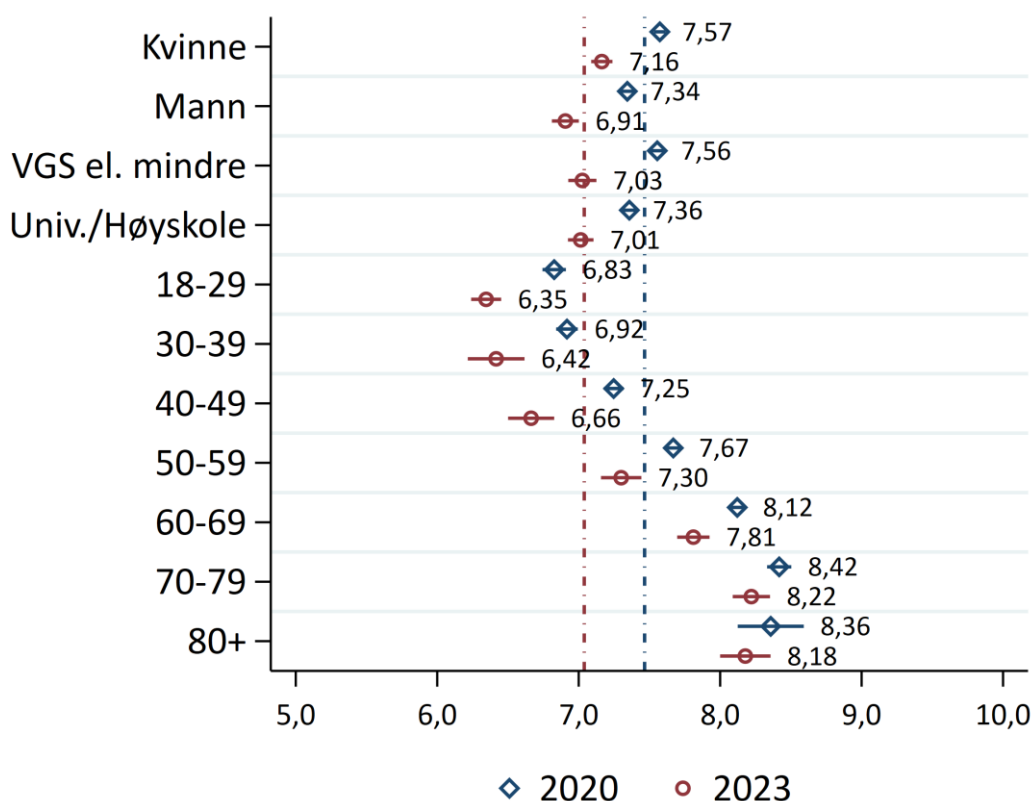
Totalt 52 560 deltakere av 52 812 (99,5 %) hadde gyldig svar på Stedstilørighet.

Gjennomsnittsskåren var 7,47 (n=35 103; KI95%: 7,44-7,50) i 2020 og 7,04 (n=17 457; KI95%: 6,98-7,10) i 2023.

Gjennomsnitt på Stedstilørighet justert for alder og kjønn var 7,47 (KI95%: 7,44-7,50) i 2020 og 7,04 (KI95%: 6,98-7,10) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,16**.

Andel med en lav skår (0-5, svak stedstilørighet) var 21,3 % (KI95%: 20,8-21,8) i 2020 og 26,8 % (KI95%: 25,7-27,9) i 2023.

Figur 9: Stedstilørighet i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



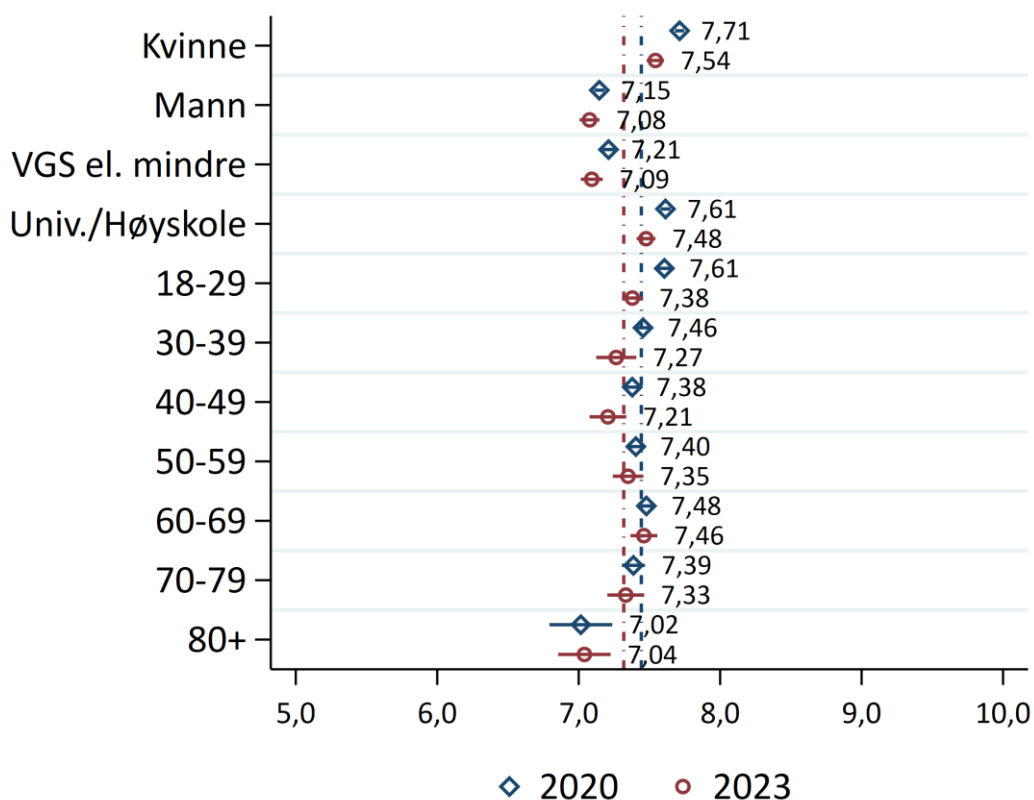
Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.10 Støttende og givende sosiale relasjoner

Totalt 52 696 deltakere av 52 812 (99,8 %) hadde gyldig svar på Støttende og givende sosiale relasjoner. Gjennomsnittsskåren var 7,45 (n=35 126; KI95%: 7,43-7,48) i 2020 og 7,29 (n=17 570; KI95%: 7,25-7,34) i 2023.

Gjennomsnitt på Støttede og givende sosiale relasjoner justert for alder og kjønn var 7,45 (KI95%: 7,43-7,48) i 2020 og 7,29 (KI95%: 7,25-7,34) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,08**.

Figur 10: Støttende og givende sosiale relasjoner i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

4.11 Tillit til andre

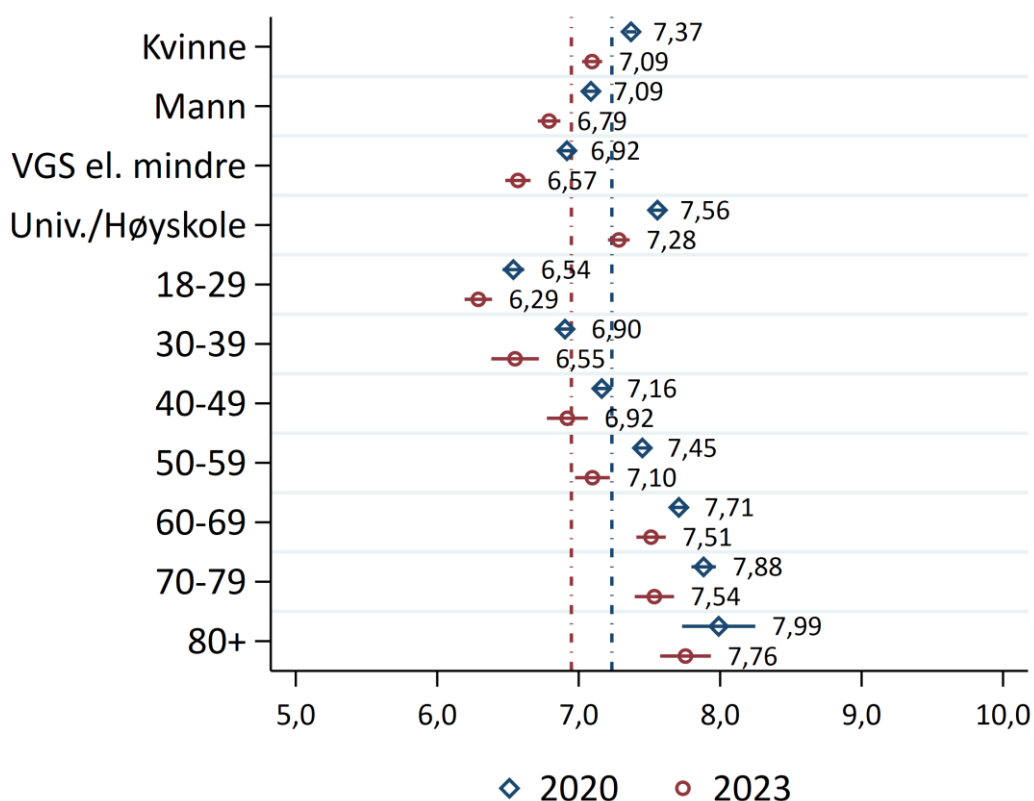
Totalt 52 603 deltakere av 52 812 (99,6 %) hadde gyldig svar på Tillit til andre.

Gjennomsnittsskåren var 7,24 (n=35 087; KI95%: 7,21-7,27) i 2020 og 6,94 (n=17 516; KI95%: 6,89-7,00) i 2023.

Gjennomsnitt på Tillit til andre justert for alder og kjønn var 7,24 (KI95%: 7,21-7,27) i 2020 og 6,94 (KI95%: 6,89-7,00) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,12**.

Andel med en lav skår (0-5, lav tillit til andre) var 21,9 % (KI95%: 21,4-22,4) i 2020 og 26,2 % (KI95%: 25,1-27,2) i 2023.

Figur 11: Tillit til andre i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



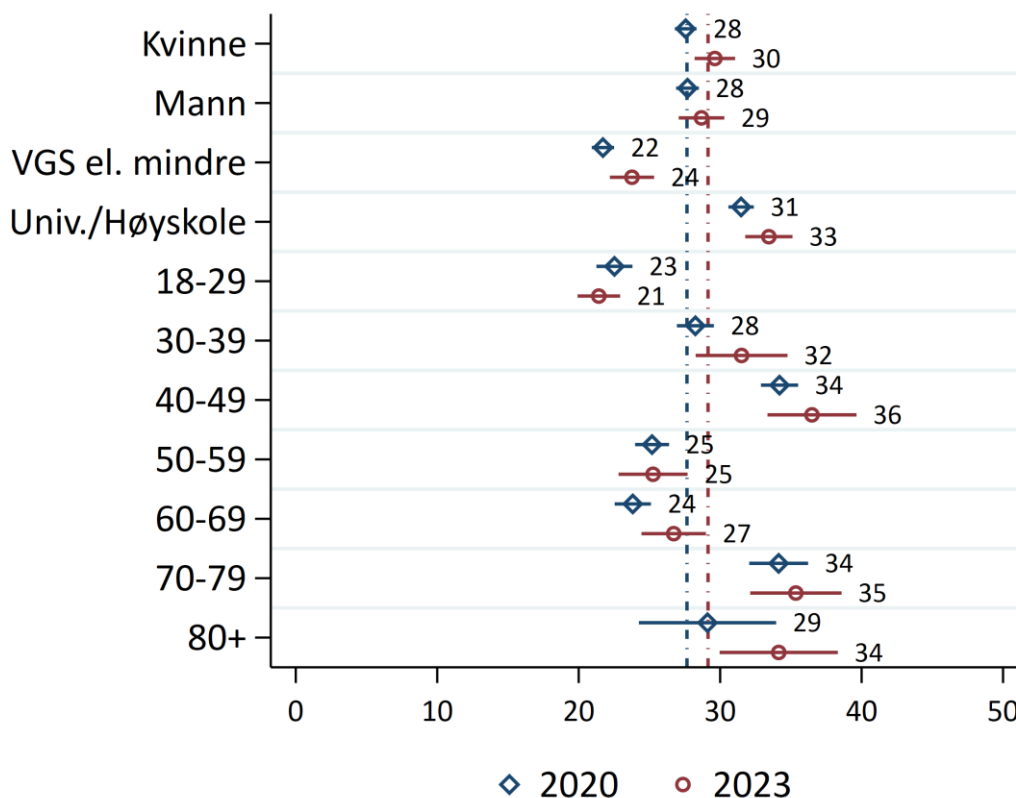
Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.12 Deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid ukentlig

Totalt 52 659 deltakere av 52 812 (99,7 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen var 27,6 % (n=35 111; KI95%: 27,1-28,2) i 2020 og 29,2 % (n=17 548; KI95%: 28,1-30,3) i 2023.

Prosent som rapporterte å delta organiserte aktiviteter/frivillig arbeid ukentlig justert for alder og kjønn var 27,7 (KI95%: 27,1-28,2) i 2020 og 29,1 (KI95%: 28,1-30,2) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *h* på **0,03**.

Figur 12: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



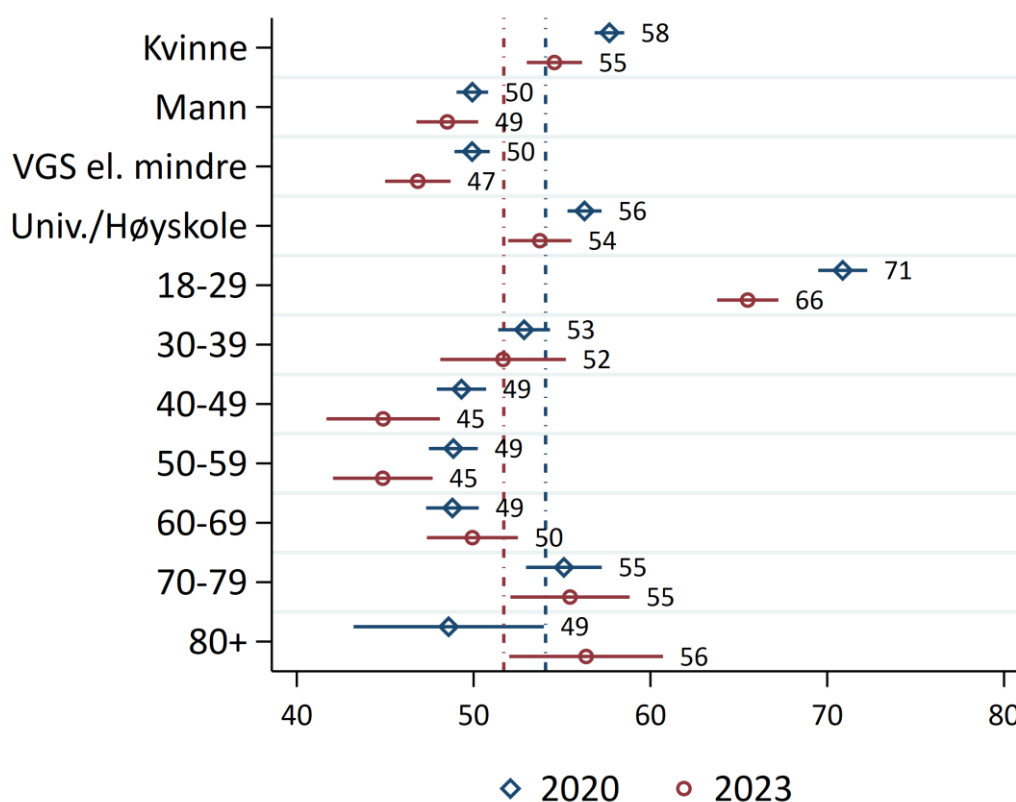
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Totalt 52 617 deltakere av 52 812 (99,6 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen var 53,9 % (n=35 120; KI95%: 53,2-54,5) i 2020 og 52,1 % (n=17 497; KI95%: 51,0-53,3) i 2023.

Prosent som rapporterte å delta i andre (egenorganiserte) aktiviteter justert for alder og kjønn var 54,1 (KI95%: 53,5-54,7) i 2020 og 51,7 (KI95%: 50,5-52,9) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *h* på 0,05.

Figur 13: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



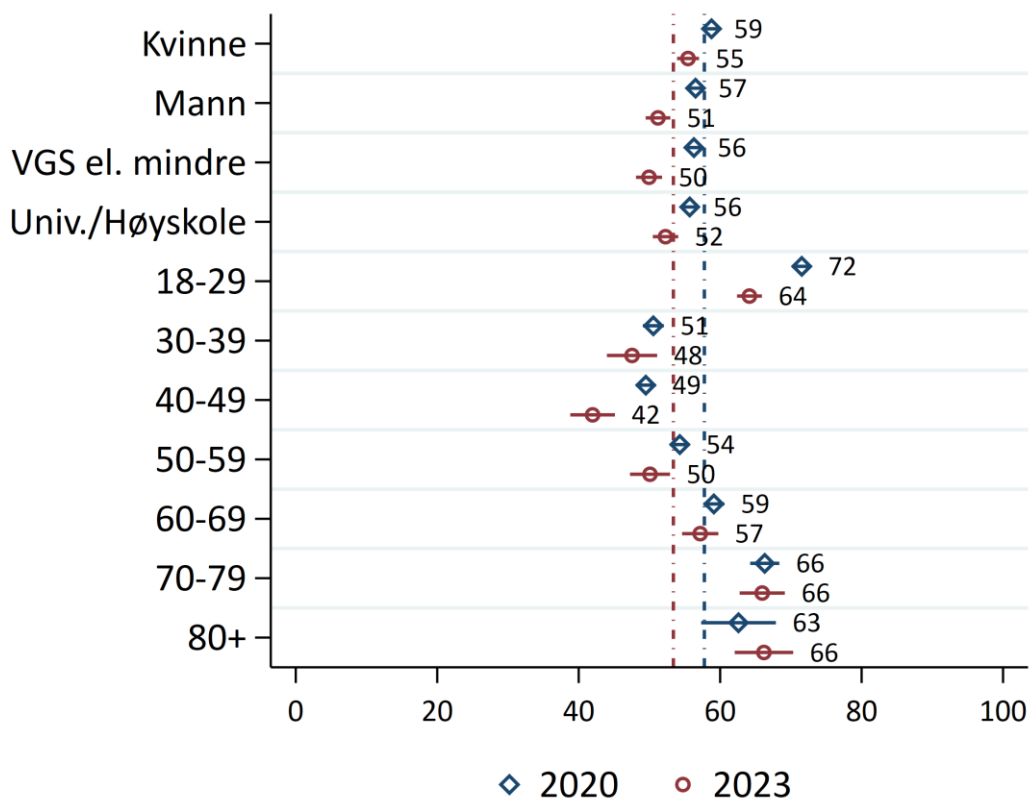
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.14 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 52 635 deltakere av 52 812 (99,7 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen var 57,5 % (n=35 106; KI95%: 56,9-58,1) i 2020 og 54,0 % (n=17 529; KI95%: 52,8-55,2) i 2023.

Prosent som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere justert for alder og kjønn var 57,8 (KI95%: 57,2-58,4) i 2020 og 53,4 (KI95%: 52,2-54,6) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens h på **0,09**.

Figur 14: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



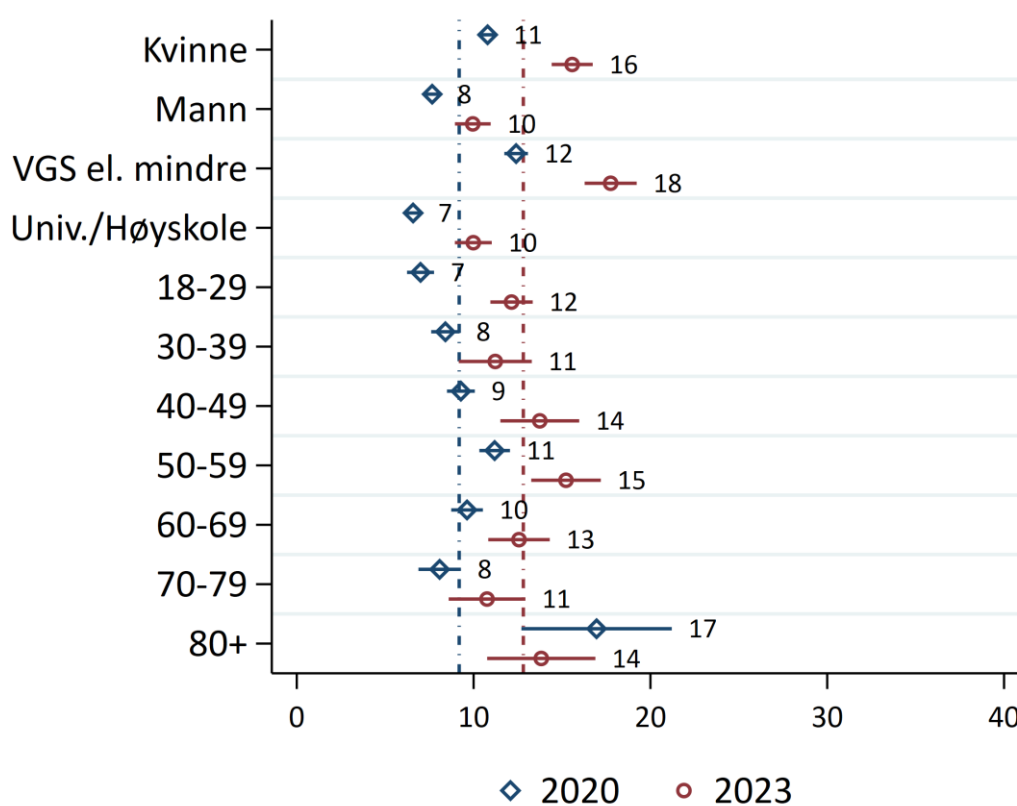
Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 Kjønn er justert for alder.
 Utdanning er justert for alder og kjønn,
 der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
 Alder er justert for kjønn.

4.15 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarig sykdom eller helseproblemer

Totalt 52 576 deltakere av 52 812 (99,6 %) hadde gyldig svar på Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarig sykdom eller helseproblemer. Andelen var 9,2 % (n=35 074; KI95%: 8,9- 9,6) i 2020 og 12,7 % (n=17 502; KI95%: 12,0-13,5) i 2023.

Prosent som rapporterte at hverdagen deres i stor grad var påvirket på grunn av langvarig sykdom eller helseproblemer justert for alder og kjønn var 9,2 (KI95%: 8,8-9,5) i 2020 og 12,8 (KI95%: 12,0-13,6) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens h på **0,12**.

Figur 15: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarig sykdom eller helseproblemer i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

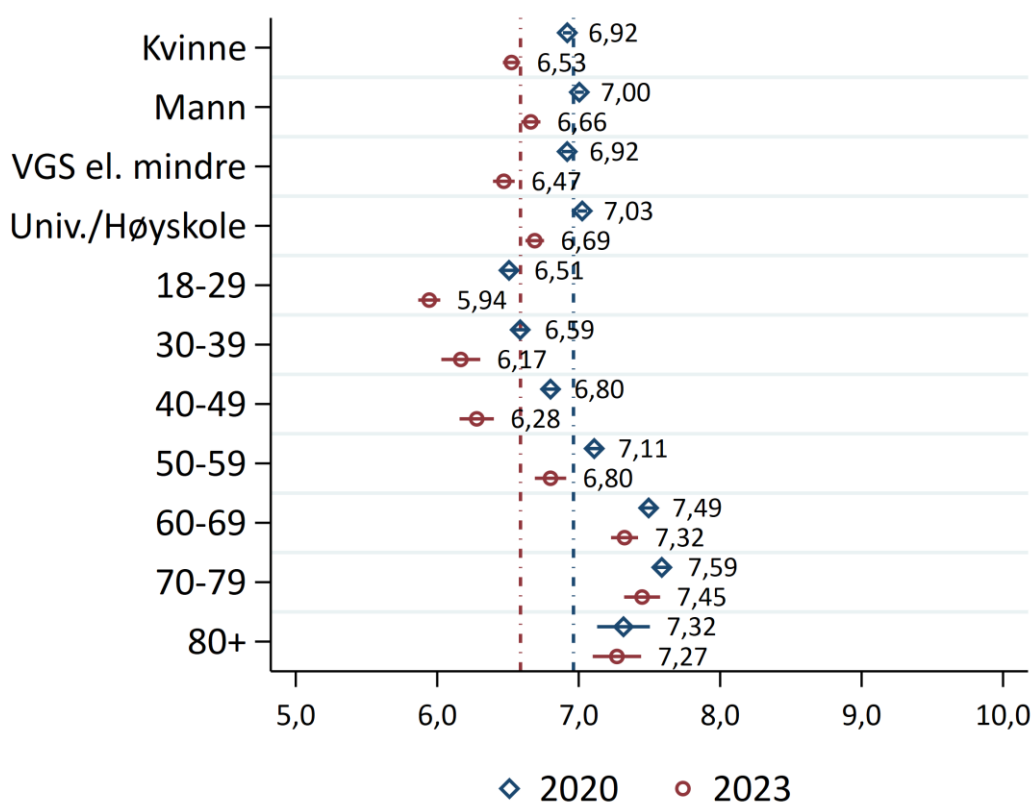
4.16 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 52 736 deltakere av 52 812 (99,9 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittsskåren var 6,96 (n=35 152; KI95%: 6,94-6,99) i 2020 og 6,59 (n=17 584; KI95%: 6,54-6,63) i 2023.

Gjennomsnitt på Positive følelser siste 7 dager justert for alder og kjønn var 6,96 (KI95%: 6,94-6,99) i 2020 og 6,59 (KI95%: 6,54-6,63) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,19**.

Andel med middels eller høy skår (6-10, middels eller høyt nivå av positive følelser) var 76,7 % (KI95%: 76,2-77,2) i 2020 og 68,8 % (KI95%: 67,8-69,9) i 2023.

Figur 16: Positive følelser siste 7 dager i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

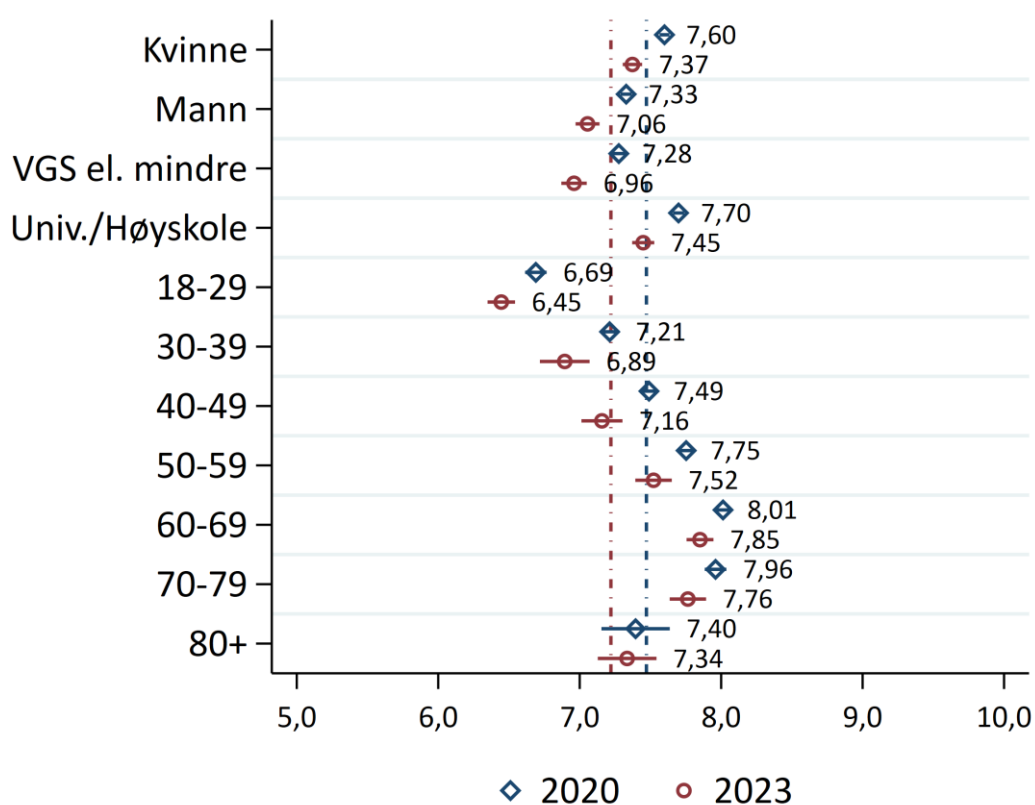
4.17 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 52 551 deltakere av 52 812 (99,5 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittsskåren var 7,49 (n=35 098; KI95%: 7,46-7,52) i 2020 og 7,18 (n=17 453; KI95%: 7,12-7,24) i 2023.

Gjennomsnitt på Det man gjør i livet er meningsfylt justert for alder og kjønn var 7,49 (KI95%: 7,46-7,52) i 2020 og 7,18 (KI95%: 7,12-7,24) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,13**.

Andel med en middels eller høy skår (6-10) var 83,3 % (KI95%: 82,8-83,8) i 2020 og 79,3 % (KI95%: 78,3-80,2) i 2023.

Figur 17: Det man gjør i livet er meningsfylt i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

4.18 Trygg i nærmiljøet

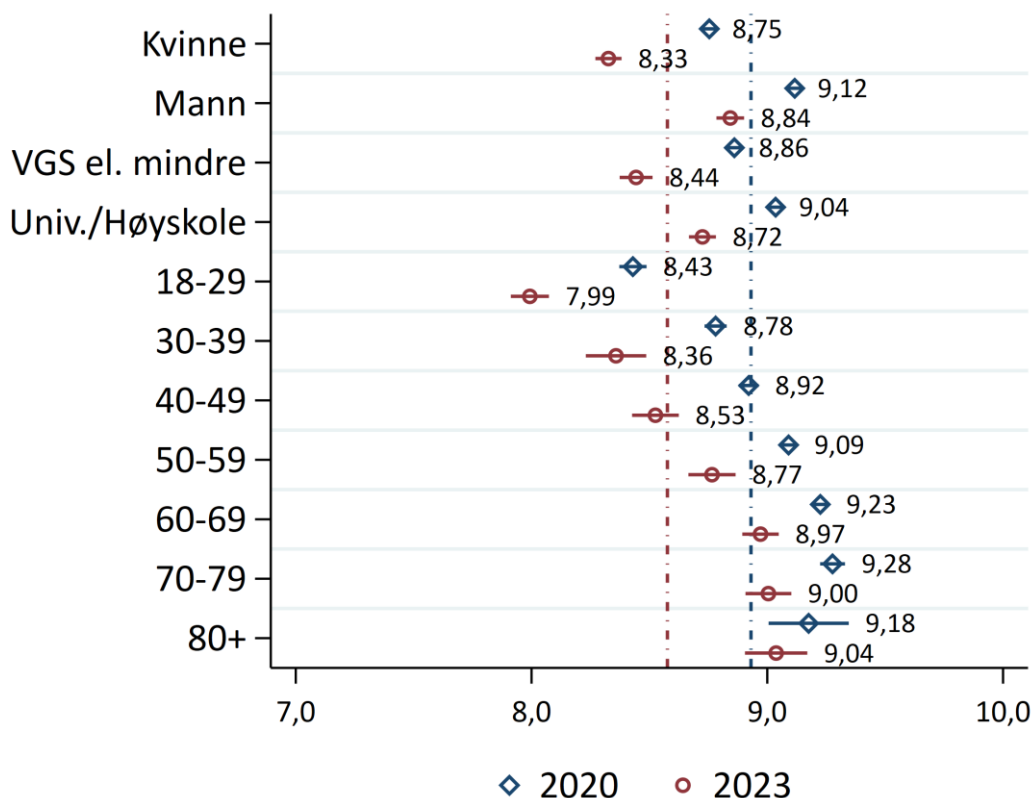
Totalt 52 531 deltakere av 52 812 (99,5 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet.

Gjennomsnittsskåren var 8,93 (n=35 107; KI95%: 8,91-8,95) i 2020 og 8,58 (n=17 424; KI95%: 8,54-8,62) i 2023.

Gjennomsnitt på Trygg i nærmiljøet justert for alder og kjønn var 8,93 (KI95%: 8,91-8,95) i 2020 og 8,58 (KI95%: 8,54-8,62) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,19**.

Andel med en høy skår (9-10, svært trygg) var 71,8 % (KI95%: 71,2-72,3) i 2020 og 61,7 % (KI95%: 60,6-62,9) i 2023.

Figur 18: Trygg i nærmiljøet i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

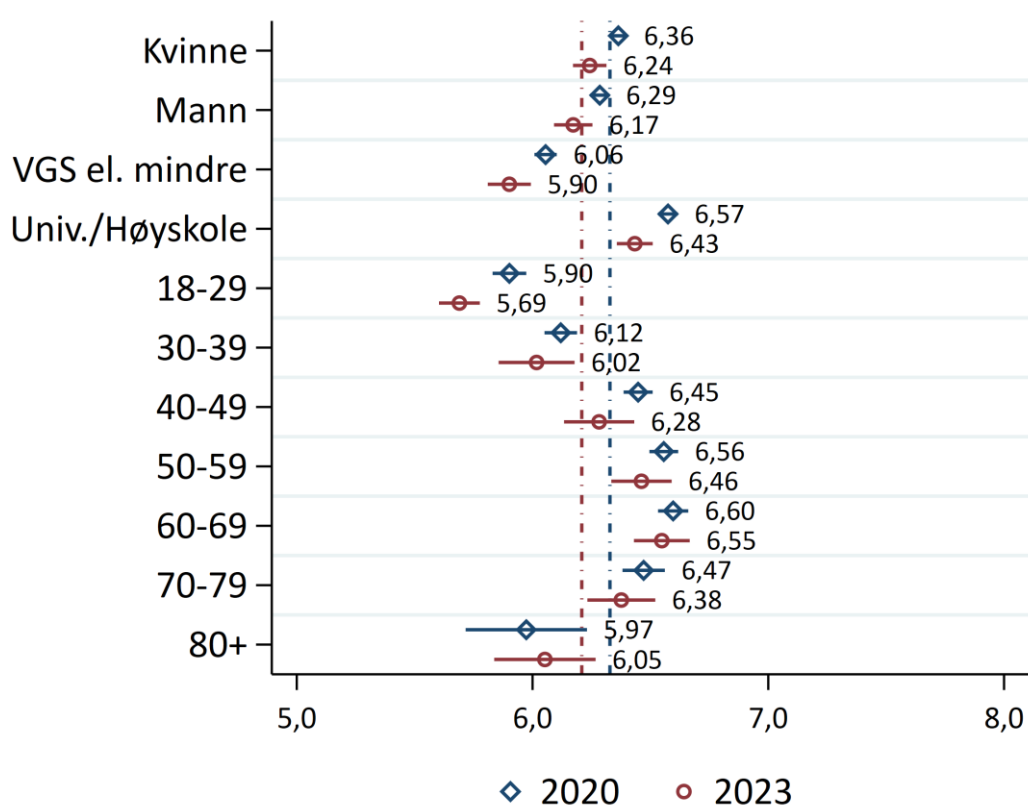
4.19 Engasjement

Totalt 52 492 deltakere av 52 812 (99,4 %) hadde gyldig svar på Engasjement.

Gjennomsnittsskåren var 6,34 (n=35 055; KI95%: 6,32-6,37) i 2020 og 6,18 (n=17 437; KI95%: 6,12-6,23) i 2023.

Gjennomsnitt på Engasjement justert for alder og kjønn var 6,34 (KI95%: 6,32-6,37) i 2020 og 6,18 (KI95%: 6,12-6,23) i 2023. Forskjellen tilsvarer en Cohens *d* på **0,07**.

Figur 19: Engasjement i 2020 og 2023 i Rogaland etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2020.
 Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
 Fylkestall er justert for alder og kjønn.
 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.

5 Oppsummering og diskusjon

5.1 FHUS Rogaland 2020 og 2023

Før vi oppsummerer de nye funnene fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland i 2023, skal vi se litt på resultater som vi har fra begge tidspunktene, både 2020 og 2023. Dette blant annet fordi vi kan forvente at en del av resultatene fra undersøkelsen i 2023 er nokså like det vi fant i 2020 [32].

Både i 2020 og i 2023 ble datainnsamlingene gjennomført i månedene september og oktober. I 2020 var oppslutningen på hele 45,2 %, og også den gangen var svarprosenten høyere blant kvinner (49,9 %) enn blant menn (40,8 %). Antall som deltok i 2020 var 35 191.

Det er ikke bare i Rogaland at svarprosenten er blitt lavere over tid. Det samme har vi sett i datainnsamlingene i Vestland (sammenlignet med tidligere undersøkelser i Hordaland og Sogn og Fjordane) og i Agder. Vi vet ikke sikkert hva den lavere deltakelsen i datainnsamlingene skyldes. En mulig forklaring er at de mange undersøkelsene som gjennomføres fører til at folk blir trøtte av å svare på spørreskjema. Men reduksjoner i svarprosent som følge av dette vil trolig gå nokså langsomt. En annen mulig forklaring er økt skepsis mot å trykke på lenker i e-poster og SMS-er. Myndigheter og eksperter gjør befolkningen oppmerksomme på risikoen for nettsvindler, og mediene har også bidratt til å rette oppmerksomheten mot dette problemet.

5.1.1 *Kjønnsforskjeller i 2020 som ble funnet også i 2023*

Kvinner kom bedre ut enn menn på nokså mange av spørsmålene om helserelatert atferd. Det var en høyere andel kvinner enn menn som rapporterte at de sjelden eller aldri drakk sukkerholdig brus eller leskedrikk i 2020. I 2023 var andelen som drakk sukkerholdig brus eller leskedrikk minst 2-3 ganger i uken eller oftere mye høyere blant menn enn blant kvinner. Det var både i 2020 og i 2023 langt høyere andeler kvinner enn menn som rapporterte at de spiste (a) frukt og bær daglig eller (b) grønnsaker daglig.

I 2020 var det lavere andeler blant kvinner enn blant menn som rapporterte at de brukte snus daglig, at de drakk minst to alkoholenheter per uke og at de hadde et episodisk høyt alkoholforbruk (minst seks alkoholenheter ved én og samme anledning minst én gang i måneden). Disse resultatene ble bekreftet også i 2023.

Både i 2020 og i 2023 var det en litt høyere andel kvinner enn menn som oppgav at de deltok i ikke-organiserte aktiviteter hver uke. Blant kvinnene var det begge årene en lavere andel enn blant menn som rapporterte at det var mer enn to år siden de sist besøkte tannlege eller tannpleier.

En noe høyere andel kvinner enn menn oppgav både i 2020 og i 2023 at de hadde god eller svært god tannhelse.

Menn kom stort sett bedre ut enn kvinner på en del spørsmål som grenser opp mot psykisk helse. Menn hadde både i 2020 og i 2023 lavere gjennomsnittlig skår på psykiske plager og på negative følelser, og en lavere andel menn enn kvinner rapporterte om søvnproblemer (insomni). Menn skåret begge årene gjennomsnittlig høyere enn kvinner på Trygg i nærmiljøet.

På et direkte spørsmål om ensomhet (skala 0-10), skåret kvinner litt høyere (var gjennomsnittlig mer ensomme) enn menn i 2020. I 2023 gikk forskjellen i samme retning, men

var ikke statistisk signifikant. Heller ikke andelen ensomme basert på UCLA-skalaen (tre ledd) var signifikant høyere blant kvinner enn blant menn i 2023 (ikke rapportert i 2020).

Kvinner skåret både i 2020 og i 2023 høyere enn menn på sumskåren «Støttende og givende sosiale relasjoner». Kvinner hadde også i begge undersøkelsene gjennomsnittlig høyere skår enn menn på tillit til andre og på opplevelse av mening i det daglige.

5.1.2 Aldersforskjeller i 2020 som ble funnet også i 2023

I rapporten fra 2020 opererte vi med en nokså bred eldste aldersgruppe. Den omfattet alle som var 70 år eller eldre. Det kan imidlertid tenkes at de aller eldste (80+ år) skårer forskjellig fra dem som tilhører aldersgruppen 70-79. Derfor har vi i den foreliggende rapporten skilt mellom disse to aldersgruppene. Antallet personer i aldersgruppen 80+ er noe lavere enn i de andre aldersgruppene (n = 804, uveid tall), men likevel høyt nok til at vi får brukbart presise tall.

Jo høyere alder, desto større andeler rapporterte i 2020 om god eller svært god tilgjengelighet til Kultur- og idrettstilbud, Butikker, Spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport og Parker og andre grøntareal. I 2023 fant vi at jo høyere alder, desto større andeler rapporterte om god eller svært god tilgjengelighet til Kulturtilbud, Idrettstilbud, Spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport og Natur- og friluftsområder (inkludert parker og andre grøntarealer). Resultatene som handlet om tilgjengelighet har vi her gjengitt to ganger, første gang for 2020 og deretter for 2023. Dette gjør vi fordi spørsmålene var endret en del fra 2020 til 2023.

Sammenhengene går ikke alltid helt fra yngste aldersgruppe til de aller eldste, og er ikke alltid like tydelige over hele aldersspennet. Det er likevel en generell tendens til at tilfredsheten med disse tilbudene i nærmiljøet øker noe med alderen. Dette til tross for at de eldre sannsynligvis har større problemer med bevegelse og forflytning enn det de yngre har. Kanskje er kravene til god tilgjengelighet lavere eller tilbudene bedre tilpasset eldre? Det kan også tenkes at de eldste har litt andre bruksmønstre og behov for tilgjengelighet.

Noen former for helsereelatert atferd blir bedre med alderen. Dette gjelder for eksempel kosthold og bruk av snus. Andelen som røyker daglig var svært lav blant de yngste både i 2020 og i 2023, øker så inntil aldersgruppen 50-59, men er igjen lav blant de eldste (70+). Overvekt følger et lignende mønster og øker med alderen inntil aldersgruppen 50-59 for deretter å synke.

Inntak av alkohol viser et spesielt interessant mønster. Jo eldre, desto høyere andel var det som rapporterte å drikke alkohol minst 2-3 ganger i uken både i 2020 og i 2023. I 2020 fant økningen sted over alle aldersgruppene. I 2023, når vi skilte ut 80+ som egen gruppe, ser vi en utflating blant de eldste. Andelen som rapporterte et episodisk høyt forbruk av alkohol (minst seks alkoholenheter ved én og samme anledning månedlig eller oftere) har en annen sammenheng med alder både i 2020 og i 2023. Andelen er her høyest blant de yngste (18-29) og lavest blant de eldste. I de mellomliggende aldersgruppene (30-69) er forskjellene over aldersgrupper ikke så sterke og mindre systematiske. I 2023 har vi også rapportert antall alkoholenheter en drikker hver gang en drikker. Her finner vi at jo eldre, desto lavere er det gjennomsnittlige antallet alkoholenheter hver gang en drikker.

Den ukentlige deltakelsen i organiserte aktiviteter (i 2023 organisert aktivitet/frivillig arbeid) viste både i 2020 og i 2023 omtrent samme sammenheng med alder. Når en ser bort fra de

nest eldste (70-79) og de eldste (80+), ser vi en omvendt u-kurve med høyest andel som deltar i organiserte aktiviteter blant de middelaldrende (40-49). Andelen som deltar i organiserte aktiviteter, er betydelig høyere blant de over 70 enn blant dem som er litt yngre. I 2020 skilte vi ikke mellom dem som var 70-79 og dem som var 80 år eller eldre. Når vi introduserer dette skillet i 2023, viser det seg at de som er 80 år eller eldre kommer ut med omtrent samme tall som de nest eldste (70-79). At andelen som deltar i organiserte aktiviteter er høyest blant de middelaldrende og de eldre, handler sannsynligvis om at disse aldersgruppene omfatter foreldre med barn i skolealder og alderspensjonister.

Etter spørsmålet om organiserte aktiviteter og frivillig arbeid, har vi et spørsmål om «annen aktivitet» som for eksempel klubb, møter, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre. Dette kan kanskje kalles egenorganiserte aktiviteter. Sammenhengen mellom egenorganiserte aktiviteter og alder kan beskrives som en u-kurve som er tydeligst i 2023.

Kort oppsummert kan vi si at blant de yngste dominerer egenorganiserte aktiviteter. Organiserte aktiviteter har størst utbredelse blant de middelaldrende. Blant de eldste har både organiserte og egenorganiserte aktiviteter stor utbredelse.

Andelene som oppga hyppig kontakt (ukentlig eller oftere) med venner var høyest blant de yngste og de eldste både i 2020 og i 2023. I 2023 rapporterte hele 75 % av kvinnene i aldersgruppen 70-79 år at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Blant menn finner vi den høyeste andelen (65 %) i den yngste aldersgruppen.

Også på utfallsmål som har med psykisk helse, livskvalitet og relasjoner til andre mennesker blir tallene gunstigere med økende alder – både i 2020 og 2023. Jo eldre, desto høyere andeler rapporterte at de trives i nærmiljøet og at de er tilfredse med livet. Jo eldre, desto høyere gjennomsnittlig skår på positive følelser, tillit til andre mennesker, tilhørighet til stedet de bor og opplevelse av trygghet når de er ute og går i nærmiljøet. Et interessant funn i rapporten fra 2020 var at kvinner i aldersgruppen 18-29 år hadde en svært lav gjennomsnittlig skår på Trygghet i nærmiljøet. Det samme fant vi også i 2023.

Gjennomsnittlig skår på psykiske plager går ned med alderen. Det samme gjør negative følelser (inntil 60-69) og ensomhet (i 2023: inntil 70-79), begge deler målt på skalaer som går fra 0-10. Andel ensomme, målt ved bruk av UCLA-3-skalaen, viser også nedgang med alderen (ikke rapportert i 2020). Det er interessant å se at gjennomsnittlig skår på ensomhetsskalaen (0-10) er signifikant høyere blant kvinner som er 80 år eller eldre når vi sammenligner med kvinner i aldersgruppen 70-79. Når de har passert 80, er det sannsynligvis mange kvinner som har mistet sin ektefelle og som derfor opplever en høyere grad av ensomhet.

Søvnproblemer ble målt på litt ulike måter i 2020 og 2023. I 2023 fant vi at andelen med søvnproblemer (insomni) var nokså lik i aldersgruppene opp til 50-59 år for deretter å falle opp til aldersgruppen 70-79.

Fra aldersgruppen 30-39 i 2020 og fra aldersgruppen 40-49 i 2023; jo eldre, desto lavere andel syntes det var vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til.

Kort oppsummert kan vi si at både i 2020 og i 2023 fant vi at svært mye blir bedre med stigende alder.

5.1.3 Forskjeller på tvers av utdanningsgrupper i 2020 og 2023

Inndelingen i utdanningsgrupper er noe endret fra 2020 til 2023. Dette er gjort for å få en inndeling som ligner mest mulig på den som brukes av Statistisk sentralbyrå. Vi skiller blant annet nå mellom dem som bare har videregående skole og dem som i tillegg har fagutdanning.

Både i 2020 og i 2023 fant vi en sterk sammenheng mellom utdanning og et bredt spekter av utfallsvariabler. De fleste av sammenhengene gikk i favør av dem med lengst utdanning. Dette gjelder helserelatert atferd som kosthold (sukkerholdig brus/leskedrikk; frukt og bær, grønnsaker, fisk), fysisk aktivitet og røyking (synkende andel dagligrøykere med økende utdanning). Andelen med fedme synker med økende utdanning.

Også på utfallsmål som deltakelse i organiserte og ikke-organiserte aktiviteter fant vi både i 2020 og i 2023 klare utdanningsgradienter som gikk i de høyt utdannedes favør.

En rekke aspekter ved psykisk helse, livskvalitet og sosial inklusjon hang sammen med utdanning både i 2020 og i 2023. Jo høyere utdanning, desto høyere andel rapporterte at de hadde god sosial støtte (definert på litt ulike måter i 2020 og 2023). Jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet, opplevelse av mening i det daglige, støttende og givende sosiale relasjoner, tillit til andre, trygghet i nærmiljøet, positive følelser de siste 7 dagene og engasjement. Tilsvarende fant vi at jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittlig skår på negative følelser siste 7 dager. Både i 2020 og i 2023 ble det benyttet en skala fra 0-10 for å måle ensomhet. Litt forenklet sagt: Jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittlig skår på ensomhet. I 2023 benyttet man i tillegg UCLA-3-skalaen for å beregne andelen ensomme. Andelen ensomme var høyest blant dem med bare grunnskoleutdanning. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager (HSCL-5) sank med høyere utdanning både i 2020 og i 2023. Og jo høyere utdanning, desto høyere var andelen som mente de har god eller svært god helse.

På ett område var tallene både i 2020 og i 2023 mindre gunstige for dem med høyest utdanning. Andelen som rapporterte at de drakk alkohol minst 2-3 ganger per uke økte med utdanning. Men det episodisk høye og dermed mest helsefarlige inntaket av alkohol, økte ikke med høyere utdanning. Heller ikke antall alkoholenheter per gang man drikker øker med utdanningsnivået, men er lavest blant de med universitetsutdanning (kort eller lang).

Selv om det viste seg å være null-sammenhenger på noen utfallsmål, var det jevnt over et konsistent mønster av sammenhenger. Jo høyere utdanning, desto helsemessig gunstigere tall.

5.1.4 Forskjeller mellom regionene i Rogaland

Både i 2020 og i 2023 ble det stilt seks spørsmål om tilgjengelighet til ulike fasiliteter. Spørsmålene ble endret litt fra 2020 til 2023, men dekker langt på vei de samme temaene. Figurene 5.1 og 5.2 viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til de ulike fasilitetene. Når det gjelder gang- og sykkelveier ble det ikke spurt om tilgjengelighet, men om å vurdere hvor godt utbygde de er. De mest positive og negative avvikene, tilsvarende Cohens *h*-verdier på 0,20 eller større, er markert med henholdsvis tydelig grønn og tydelig rød farge. Litt lysere farge betyr at avvikene er mindre sterke, tilsvarende Cohens *h*-verdier på 0,10-0,19.

I 2023 var det flest (89 %) som oppgav god eller svært god tilgjengelighet til Natur, friluftsområder, parker og grøntarealer. Gjennomsnittsprosenten på tvers av regioner (hver region teller her like mye, uansett folketall) var på 91 %. Med et så høyt prosenttall ble selvsagt variasjonen på tvers av områder svært liten. Vi finner også høye andeler som oppgav god eller svært god tilgjengelighet til kystlinje/strand (85 %) og svært liten variasjon på tvers av regioner innen fylket.

Den laveste prosentdelen som rapporterte om god eller veldig god tilgjengelighet ble registrert for offentlig transport. I fylket som helhet lå andelen på 54 %. To av regionene skilte seg ut med henholdsvis lav og høy andel – Dalane (18 %) og Nord-Jæren (65 %). Tilsvarende store forskjeller finner vi også for andelen som svarte at Gang og sykkelveier var godt eller svært

godt utbygde. Her var totaltallet for hele fylket var på 69 %. Laveste tall finner vi også her for Dalane (45 %) og høyest for Sør-Jæren (73 %) og Nord-Jæren (77 %).

Nord-Jæren var den regionen som fikk flest mørkegrønne felt (høye tall) og Dalane var den regionen som fikk flest mørkerøde (lave tall). Dette er kanskje ikke særlig overraskende. På Nord-Jæren finner vi de største byene (Stavanger og Sandnes), men Dalane er nokså spredtbygde. Det er vel som forventet at byene kommer bedre ut enn de regionene som er mer spredtbygde når det gjelder kulturtilbud, tilgjengeligheten til offentlig transport og hvor godt utbygde man vurderer at gang- og sykkelveier er. Om noe bør gjøres for å øke kultur- og kollektivtilbudet og i hvilken grad det bør gjøres noe med utbyggingen av gang- og sykkelveier i mer spredtbygde områder i Rogaland, bør likevel vurderes nærmere.

Den mest «gjennomsnittlige» av alle regionene er Haugalandet som bare har ett lysegrønt og ett lyserødt avvik.

I 2020 (Fig. 5.1) ser vi at Kultur og idrett begge tilhørte samme kategori. I 2023 var disse delt opp i to ulike kategorier. At tallene for de to kategoriene i 2023 var temmelig ulike, viser at det var nødvendig med en slik oppdeling.

Vi finner stort sett små forskjeller mellom undersøkelsene i 2020 og 2023. Når det gjelder vurderingene av tilgjengeligheten til offentlig transport er ingen avvik mellom de to tidspunktene større enn 7 prosentpoeng. Den største enkeltendringen finner vi for gang- og sykkelveier i Ryfylke. I 2020 mente 35 % at de var godt eller svært godt utbygde. I 2023 var det 56 % som mente det samme. Dette har muligens sammenheng med den nye gang- og sykkelveien som er bygd mellom Tau og Jørpeland.

På utfallsvariabler utover tilgjengeligheten til fasiliteter, det vil si helse, livskvalitet, helserelatert atferd og mellom-menneskelige relasjoner, er forskjellene mellom regionene i fylket for det meste svært små. Et eksempel er ukentlig deltakelse i organiserte aktiviteter, som varierer fra 28 til 32 %. Andel som rapporterte at de har god eller svært god helse varierer mellom 68 og 71 %.

Noen få avvik er litt mer tydelige. Ryfylke har en høy andel som rapporterte om høy sosial støtte, høy skår på tilfredshet med livet, stedstilhørighet, trygghet i nærmiljøet, mening med det man gjør i livet og tillit til andre. Ryfylke har også lav gjennomsnittsskår på ensomhet. I Ryfylke er det likevel en litt lavere andel som ukentlig deltar i egenorganiserte aktiviteter.

Nord-Jæren har en litt høyere andel enn de øvrige regionene som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

2020:

God eller svært god tilgjengelighet (% og Cohen's h^*)	Dalane	Sør-Jæren	Nord-Jæren	Ryfylke	Haugalandet	Gjennomsnitt over regionene**	Total prosent for hele fylket
Kultur og idrett	71 (-0,11)	77 (0,02)	82 (0,15)	69 (-0,16)	80 (0,10)	76	79
Butikker, spisesteder, service-tilbud	80 (-0,08)	86 (0,08)	87 (0,11)	79 (-0,10)	83 (0,00)	83	85
Offentlig transport	23 (-0,51)	50 (0,06)	68 (0,43)	42 (-0,10)	51 (0,08)	47	58
Natur, friluftsområder	97 (0,10)	94 (0,04)	91 (-0,16)	97 (0,10)	95 (0,00)	95	92
Parker, grøntarealer	80 (-0,08)	85 (0,06)	86 (0,08)	84 (0,03)	80 (-0,08)	83	84
Gang- og sykkelveier***	42 (-0,30)	75 (0,38)	77 (0,43)	35 (-0,45)	54 (-0,06)	57	68

* Cohens h viser her avviket fra gjennomsnittstallet over regionene uttrykt som effektstørrelse.

** Disse gjennomsnittstallene er beregnet ved at hver region teller like mye. Tallene her vil derfor avvike litt i forhold til prosenter som gjelder hele fylket.

*** Svært godt eller godt utbygde

Figur 5.1: Tilgang til fasiliteter i regionene i Rogaland, 2020.

2023:

God eller svært god tilgjengelighet (% og Cohen's <i>h</i> *)	Dalane	Sør-Jæren	Nord-Jæren	Ryfylke	Haugalandet	Gjennomsnitt over regionene**	Total prosent for hele fylket
Kultur	52 (-0,22)	58 (-0,10)	82 (0,43)	51 (-0,24)	71 (0,17)	63	73
Idrett	80 (0,05)	80 (0,05)	78 (0,00)	74 (-0,09)	78 (0,00)	78	78
Butikker, spisesteder, service-tilbud	72 (-0,09)	82 (0,15)	85 (0,23)	68 (-0,18)	75 (-0,02)	76	81
Offentlig transport	18 (-0,53)	44 (0,04)	65 (0,47)	41 (-0,02)	44 (0,04)	42	54
Natur, friluftsområder, parker, grøntarealer	93 (0,07)	90 (-0,03)	87 (-0,13)	96 (0,21)	91 (-0,00)	91	89
Kystlinje/strand	83 (-0,05)	83 (-0,05)	84 (-0,03)	88 (0,09)	88 (0,09)	85	85
Gang- og sykkelveier***	45 (-0,32)	73 (0,26)	77 (0,35)	56 (-0,10)	56 (-0,10)	61	69
				I 2020: 35 %			

* Cohens *h* viser her avviket fra gjennomsnittstallet over regionene uttrykt som effektstørrelse.

** Disse gjennomsnittstallene er beregnet ved at hver region teller like mye. Tallene her vil derfor avvike litt i forhold til prosenter som gjelder hele fylket.

***Svært godt eller godt utbygde

Figur 5.2: Tilgang til fasiliteter i regionene i Rogaland, 2023.

Ny gang- og sykkelveg mellom Tau og Jørpeland opna onsdag 21. juni

Onsdag 21. juni klokka 11.00–12.00 var det offisiell opning av ny gang- og sykkelveg mellom Solbakk og Grønevoll i Strand kommune. Med på markeringa var leiar for samferdselsutvalet Ole Ueland, leiar for veg og forvaltning i Rogaland fylkeskommune Astrid Eide og ordføraren i Strand kommune Irene Lauvsnes



<https://www.rogfk.no/aktuelt/ny-gang-og-sykelveg-mellom-tau-og-jorpeland-opna-onsdag-21-juni.132189.aspx>

5.2 Nye funn fra FHUS Rogaland 2023

Resultatene fra Folkehelseundersøkelsen i Rogaland i 2023 bekrefter bildet tegnet ovenfor. Men bildet fylles ut av funn som er basert på spørsmål som ikke var med i undersøkelsen i 2020 eller som ikke ble tatt med i hovedrapporten fra den gang.

I spørreskjemaet i 2023 var det blant annet tatt inn noen nye spørsmål om (i) tilgjengelighet til kystlinje/strand (ii) korsryggsmerter, (iii) nakkesmerter og (iv) fremtidsoptimisme. I spørreskjemaet fra 2020 ble det stilt spørsmål om (iv) langvarige sykdommer eller helseproblemer og (v) funksjonsnedsettelse på grunn av skade, men resultatene på disse utfallsvariablene ble ikke presenterte i hovedrapporten fra undersøkelsen.

5.2.1 Kjønnforskjeller

En langt høyere andel kvinner enn menn oppgav i 2023 at hverdagen deres i stor grad var påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer (15,6 % mot 10,0 %). En høyere andel kvinner enn menn rapporterte om korsryggsmerter de siste 28 dagene (47,8 % mot 39,0 %) og om nakkesmerter de siste 28 dagene (49,7 % mot 33,3 %).

Andelen som rapporterte at hverdagen i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse som følge av skade var litt høyere blant kvinner (7,3 %) enn blant menn (4,9 %).

Den gjennomsnittlige skåren på fremtidsoptimisme (skala 0-10) var høyere blant kvinner (7,62) enn blant menn (7,44). En høyere andel kvinner enn menn rapporterte også høy grad av sosial støtte⁸ (39,7 % mot 31,3 %).

I 2023 fant vi ingen vesentlig kjønnforskjell når det gjaldt gjennomsnittlig skår på positive følelser siste 7 dager. I 2020 skåret menn gjennomsnittlig litt høyere enn kvinner. Men sumskåren var i 2020 basert på bare to ledd (glad, rolig og avslappet). I 2023 benyttet vi fire ledd, de to opprinnelige samt to nye (lykkelig, takknemlig).

5.2.2 Aldersforskjeller

Andel som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer når opp i 20 % blant kvinner mellom 50 og 59. Blant menn er tallene lavere, særlig blant de under 40, der andelen er nede i 7-9 %.

Andelen som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse forårsaket av skade (6,1 % for alle sett under ett) varierer nokså lite over aldersgrupper, men er lavest blant menn i de to yngste aldersgruppe (2-4 %).

Andelen som oppgav smerter i korsryggen i løpet av de siste 28 dagene (43,4 %) varierer nokså lite over aldersgrupper og er omtrent like høy blant de yngste (18-29 år) som blant de eldste (80 år+).

Andelen som oppgav smerter i nakken i løpet av de siste 28 dagene (41,4 %) endrer seg lite over de fire yngste aldersgruppene, men synker deretter fra 50-59 hos både kvinner og menn.

⁸ I 2020 ble sosial støtte kodet på en litt annen måte. En rapporterte andel som opplevde middels eller høy grad av sosial støtte. Med denne inndelingen fant vi ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner.

Gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme endrer seg nokså lite opp til aldersgruppen 60-69, synker noe ved passerte 70 og synker deretter naturlig nok enda mer etter 80. Lavest gjennomsnittsskår finner vi blant de eldste kvinnene. Gjennomsnittsskåren blant de eldste kvinnene ligger 1,66 (på skalaen fra 0-10) under kvinnene i aldersgruppen med den høyeste skåren (aldersgruppen 30-39). Dette tilsvarer en effektstørrelse på hele 0,81.

Bildet som tegnes når vi ser på utfallsmålene som er nye i 2023 er litt forskjellig fra budskapet om at det meste blir bedre med alderen. Det er ikke overraskende at langvarige sykdommer eller helseproblemer og funksjonsnedsettelse som et resultat av skade påvirker hverdagen blant de aller eldste. Dette strider imidlertid noe med deres globale selvrapporing av helse. Det er mulig at de eldste ubevisst sammenligner seg med jevnaldrende ved spørsmål om egen helsevurdering, selv om spørsmålsformuleringen ikke direkte ber dem om å gjøre denne sammenligningen.

Andelen som rapporterte om smerter i korsryggen endrer seg lite over alder, og andelen som rapporterte om smerter i nakken synker noe fra 50-59 år og oppover. Dette aller siste funnet passer godt med den generelle beskrivelsen om at det meste blir bedre med alderen.

Når de aller eldste skiller ut som egen gruppe, slik vi har gjort i 2023, kommer de ut med litt mindre gunstige tall enn dem som er 70-79 på en del utfallsvariabler. Dette gjelder for eksempel:

- Høyere andel som rapporterte at de hadde funksjonsnedsettelse grunnet skade
- Lavere andel som rapporterte at de var minst moderat fysisk aktive (signifikant forskjell både blant kvinner og blant menn)
- Lavere gjennomsnittlig skår på opplevelse av mening
- Blant kvinner: Høyere gjennomsnittlig skår på ensomhet (signifikant) og høyere andel ensomme
- Blant menn: Signifikant lavere gjennomsnittlig skår på engasjement.
- Lavere gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme (statistisk signifikant forskjell både blant kvinner og blant menn)

På noen utfallsvariabler kom de som var 80+ bedre ut enn dem mellom 70 og 79:

- Menn: Signifikant høyere andel oppgir inntak av (a) frukt eller bær daglig, (b) grønnsaker daglig og (c) fisk 2-3 ganger i uken.
- Menn: Signifikant lavere antall alkoholenheter når de drikker alkohol og lavere andel med et episodisk høyt alkoholforbruk

De fleste forskjellene som beskrives ovenfor er temmelig små, og antallet i den eldste gruppen er for lite til å oppnå statistisk signifikans. Bort sett fra menns kosthold og antall alkoholenheter når de drikker alkohol, var mønsteret av forskjeller likevel ganske konsistent og i tråd med forventningene. Vi kan likevel ikke trekke noen sikre konklusjoner, men heller betrakte de forskjellene som er beskrevet ovenfor som grunnlag for videre undersøkelser. Vi kan for eksempel få sikrere statistikk ved å slå sammen dataene fra flere fylker og dermed få et større antall observasjoner i den eldste aldersgruppen.

Frafallet blant dem som er 80 år eller eldre er høyere enn blant dem som er i aldersgruppen 70-79. Dette kan blant annet skyldes mindre kyndighet i bruk av digitale medier blant de eldste. Foreløpig upublisererte resultater fra fylker der en har supplert den elektroniske

datainnsamlingen med datainnsamlinger via postale papirskjemaer viser at andelen ensomme blant dem som svarte på papirskjema er høyere enn andelen ensomme blant dem som svarer elektronisk. Dette tyder på at vi i den aller eldste gruppen har seleksjonseffekter som har betydning for resultatene. Det kan godt tenkes at det bildet vi får av de eldste på utfall som har med psykisk helse, sosial situasjon og livskvalitet å gjøre er for positivt så lenge vi bare har data fra elektroniske datainnsamlinger.

5.2.3 Utdanning

For spørsmålet om fremtidsoptimisme, som var nytt i 2023, finner vi en tydelig utdanningsgradient. Jo høyere utdanning, desto høyere skår på fremtidsoptimisme. Det var imidlertid praktisk talt ingen forskjell mellom dem som hadde videregående skole og dem som i tillegg hadde fagskole eller universitets- eller høgskoleutdanning med mindre enn to års varighet.

I 2023 fant vi at gjennomsnittlig antall alkoholenheter en inntar hver gang en drikker alkohol går ned med økende utdanning. For kvinner gjaldt dette fra videregående skole og for mennene fra dem som i tillegg har fagutdanning eller universitet/høgskole i mindre enn 2 år.

Resultatene som er spesifikke for 2023 forsterker bare bildet av at det meste blir bedre med økende utdanning. Dette gjelder både fremtidsoptimisme og hvor mye en drikker når en inntar alkohol.

5.2.4 Den nye prediktoren: I hvilken grad strekker pengene i husholdningen til?

I denne rapporten har vi inkludert en ny prediktor i standard-diagrammene, nemlig vurderingen av hvor lett eller vanskelig det er å få pengene i husholdningen til å strekke til i det daglige. Dette er tenkt som en indikasjon på sosial ulikhet. Men den er av en annen type enn når en spør om eller innhenter konkrete og objektive opplysninger om inntekt (for eksempel personlig registerbasert inntekt eller husholdningsinntekt). Det er fullt mulig å oppleve at det er vanskelig å få pengene til å strekke til selv om en har forholdsvis høy inntekt. Og en kan godt oppleve at det er lett å få pengene til å strekke til selv om en har en moderat inntekt. Opplevelsen av ens økonomiske situasjon er avhengig av hvor godt en lykkes med å tilpasse forbruket etter inntekten. Vi må likevel regne med at jo mer en selv eller medlemmene av husholdningen tjener, desto større sannsynlighet vil det være for at en opplever at pengene strekker til.

Det kan innvendes mot dette målet at tolkningen av sammenhenger kan bli vanskelig. Hvis en finner at de som har vanskelig for å få pengene i husholdningen til å strekke til også har høyere skår på negative emosjoner og høyere skår på psykiske plager, skyldes dette i så fall at opplevelsen av den økonomiske situasjonen har konsekvenser for ens sinnstilstand og ens psykiske tilstand? Eller kan det tenkes helt motsatt, at en person som sliter psykisk også ser negativt på sin økonomiske situasjon?

Men det finnes også viktige argumenter for å benytte subjektiv vurdering av økonomisk situasjon som en prediktor og forklaringsvariabel. Det er ikke nødvendigvis den faktiske inntekten som betyr mest for ens psykiske helse og livskvalitet, men heller i hvilken grad økonomien oppleves som problematisk [33]. Det kan også hende at den registerbaserte inntekten ikke gir et godt nok bilde av den reelle økonomiske situasjonen.

Uansett hvordan sammenhengene kan forklares, vil sterke sammenhenger være av interesse. Hvis det er slik at samvariasjonen mellom vurdering av økonomisk situasjon og sinnstilstand er sterk, betyr det kanskje at de to forholdene forsterker hverandre gjensidig, og at det å skape

positive endringer kan handle om å intervensere på mer enn bare én bestemt måte. En økt inntekt kan tenkes å gi et lavere nivå av opplevde belastninger og dermed bedre psykisk helse og økt livskvalitet. At mange av de med psykiske problemer opplever sin økonomiske situasjon som vanskelig er dessuten et argument for å gjøre økonomisk rådgivning til et viktig supplerende tilbud i forbindelse med andre tiltak som for eksempel psykoterapi.

Det å oppleve at det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige henger på noen områder sammen med mindre gunstig helserelatert atferd:

- Lavere andel som er fysisk aktive (ut fra et mål som tilnærmet svarer til Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet)
- Et mindre gunstig kosthold (Inntak av frukt eller bær; grønnsaker; fisk 2-3 ganger i uken eller oftere)
- Høyere andel som røyker daglig
- Høyere andel som bruker snus daglig (kvinner)

På ett punkt er sammenhengen motsatt, nemlig når det gjelder alkohol. Vi finner en tendens til jo bedre økonomisk situasjon, desto høyere andel rapporterer at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Men motsatt finner vi en tendens, litt tydeligere blant kvinner enn blant menn, til at jo vanskeligere man mener det er å få pengene til å strekke til, desto høyere antall alkoholenheter inntas når man drikker. Vi finner praktisk talt ingen sammenheng mellom rapportert økonomisk situasjon og episodisk høyt alkoholforbruk.

Det å oppleve at det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige henger sammen med en rekke variabler som har med helse og livskvalitet å gjøre.

- Lavere andel rapporterte at de har god eller svært god helse
- Lavere andel rapporterte at de har god eller svært god tannhelse
- Høyere andel oppgav at det er mer enn to år siden de var hos tannlege eller tannpleier
- Høyere andel hadde fedme (KMI 30 eller høyere)
- Høyere andel hadde søvnproblemer
- Høyere gjennomsnittlig skår på psykiske plager
- Høyere andeler som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer
- Høyere andeler som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse på grunn av skade
- Høyere andel som rapporterte korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene
- Høyere andel som rapporterte nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene
- Lavere gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet
- Lavere gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme
- Lavere gjennomsnittlig skår på at det man gjør i livet er meningsfylt
- Lavere skår på positive følelser siste 7 dager

- Høyere gjennomsnittlig skår på negative følelser siste 7 dager
- Lavere gjennomsnittlig skår på engasjement

Det å oppleve at det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige henger også sammen med en rekke variabler som har med relasjonen til andre mennesker å gjøre:

- Lavere andel som trives i nærmiljøet
- Lavere andel med høy grad av sosial støtte
- Lavere andel som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere
- Lavere gjennomsnittlig skår på støttende og givende sosiale relasjoner
- Høyere andel som rapporterte ensomhet etter UCLA-3-skalaen
- Høyere gjennomsnittlig skår på ensomhet målt på en skala fra 0-10
- Lavere gjennomsnittlig skår på tillit til andre
- Lavere gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet
- Lavere gjennomsnittlig skår på hvor trygge de føler seg i nærmiljøet

En del av de sammenhengene som nevnes ovenfor er svært sterke. Blant dem som opplever det som svært lett å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige er det for eksempel 82 % av kvinnene og 83 % av mennene som oppgav at de har svært god eller god helse. Blant dem som synes det er svært vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige er tallene 36 % (blant kvinner) og 42 % (blant menn). Tilsvarende sterke sammenhenger finner vi når det gjelder tannhelse og om det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege eller tannpleier, søvnproblemer, i hvilken grad hverdagen er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer og fremtidsoptimisme, for å nevne noen utfallsvariabler.

I noen tilfeller er sammenhengene tilnærmet lineære. Vi finner tydelige forskjeller over hele skalaen, fra dem som rapporterte at det er svært lett å få inntektene i husholdningen til å strekke til i det daglige over til dem som syntes det er svært vanskelig. Slike sammenhenger kalles gjerne gradienter. Det gjelder for eksempel andelen som rapporterte høy grad av sosial støtte.

I andre tilfeller er sammenhengene ikke helt lineære, men likevel monotone (stigende eller synkende over hele skalaen). Forskjellene kan være store på den ene enden av skalaen, men små på den andre enden. Dette gjelder for eksempel gjennomsnittlig skår på psykiske plager. Forskjellen mellom dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til det daglige og dem oppgav at det er forholdsvis vanskelig er på 0,52 blant kvinner og 0,48 blant menn. De tilsvarende forskjellene på den andre siden av skalaen er 0,20 og 0,16.

Til sist kan vi nevne at jo vanskeligere den økonomiske situasjonen i husholdningen oppleves å være, desto lavere andeler rapporterer om god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, idrettstilbud, servicetilbud som butikker og spisesteder og natur- og friluftsområder. Disse sammenhengene er ikke særlig sterke, men de er statistisk signifikante når en sammenligner yttergruppene.

Vi kan også føye til at jo bedre den økonomiske situasjonen oppleves, desto høyere var andelen som rapporterte at de ukentlig deltar i organiserte aktiviteter. Det samme gjelder deltakelse i andre (egenorganiserte) aktiviteter.

Kanskje gjenspeiler disse sammenhengene at det meste i livet oppleves mer problematisk når en er i en vanskelig økonomisk situasjon. Eller kanskje gjenspeiler sammenhengene at mange tilbud og mange aktiviteter faktisk er vanskeligere tilgjengelige for dem som har en økonomisk situasjon som oppleves som vanskelig.

5.3 Endringer i Rogaland fra 2020 til 2023

I del 4 presenteres et sett med analyser der vi har sett på endringer fra 2020 til 2023. For å sikre best mulig sammenlignbarhet, er totaltallene for endringer fra 2020 til 2023 justert for alder og kjønn, og det er regnet ut effektstørrelser for at en bedre skal kunne vurdere hvor store endringene er. For metriske variabler (for eksempel skalaer fra 0-10) benyttes en forenklet variant av Cohens d . For dikotomier benyttes Cohens h .

Den største endringen målt i effektstørrelse er på utfallsvariabelen «Hvor vanskelig eller lett er det å få pengene i husholdningen til å strekke til». Andelen som rapporterer at det er vanskelig går opp fra 16,6 til 25,5 % ($h=0,22$).

En rekke endringer handler om gjennomsnittsskårer på metriske variabler:

- Lavere gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet fra 7,54 til 7,10. ($d=0,21$)
- Lavere gjennomsnittlig skår på det å føle seg trygg i nærmiljøet fra 8,93 til 8,58 ($d=0,19$)
- Lavere gjennomsnittlig skår på positive følelser siste 7 dager fra 6,96 til 6,59 ($d=0,19$)
- Økt gjennomsnittlig skår på psykiske plager – HSCL-5 fra 1,50 til 1,62. ($d=0,17$)
- Lavere gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet fra 7,47 til 7,04 ($d=0,16$)
- Lavere gjennomsnittlig skår på at det man gjør i livet er meningsfylt fra 7,49 til 7,18 ($d=0,13$)
- Lavere gjennomsnittlig skår på tillit til andre fra 7,24 til 6,94 ($d=0,12$)

På fem kategorielle utfallsmål fant vi følgende endringer:

- Andel med høy grad av sosial støtte har sunket fra 43,2 til 36,0 % ($h=0,14$)
- Andel som oppgir at de i stor grad trives i nærmiljøet har gått ned fra 76,5 % i 2020 til 70,3 % i 2023 ($h=0,14$).
- Andel ensomme har økt fra 9,8 til 14,0 % ($h=0,13$)
- Andelen som rapporterer at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarig sykdom/helseproblemer har økt fra 9,2 til 12,8 % ($h=0,12$)
- Andelen som oppgir at de har god eller svært god helse har gått ned fra 75,7 % i 2020 til 70,3 % i 2023 ($h=0,12$)

De endringene som er beskrevet så langt går alle i ugunstig retning. Det som kan betegnes som negativt, for eksempel psykiske plager, øker. Det som kan betegnes som positivt, for eksempel Tilfredshet med livet, reduseres. Noen av endringene er såpass store at de har

folkehelserelevans. Deltakelsen i studien i 2023 var imidlertid en del lavere enn i 2020. Dette gjør sammenligningen mellom de to tidspunktene litt mer usikker.

Endringene fra 2020 til 2023 er i figurene 4.1 – 4.19 brutt ned på (i) kjønn, (ii) utdanning og (iii) aldersgrupper. Endringene er temmelig konsistente på tvers av undergrupper. Hvis vi konsentrerer oss om de utfallsvariablene som viser en endring der effektstørrelsen er 0,10 eller større, går alle de endringene som er statistisk signifikante (ikke-overlappende konfidensintervall) i samme retning. Vi ser at i noen tilfeller går endringene blant de eldste eller de nest eldste i motsatt retning av det som er tilfelle i de yngre aldersgruppene, men uten at det i noen av disse tilfellene er snakk om signifikante endringer.

Det er i utgangspunktet ikke mulig å si noe sikkert om hva som kan være forklaringen eller forklaringene på endringene som ser ut til å ha funnet sted. Flere faktorer kan ha virket inn samtidig og bidratt til de endringene vi har registrert.

De omfattende tiltakene som ble innført under COVID-19-pandemien, blant annet tiltak som handlet om sosial distansering, kan ha hatt konsekvenser som kan fanges opp av våre utfallsmål, kanskje særlig de målene som dreier seg om sosiale relasjoner og livskvalitet. Datainnsamlingen i FHUS Rogaland i 2020 fant sted i september og oktober. På det tidspunktet var det allerede igangsatt tiltak. De første nasjonale tiltakene ble allerede satt i gang i mars 2020 og omfattet blant annet stenging av skoler, barnehager og bedrifter. Mange begynte å jobbe på hjemmekontor. Allerede i april 2020 sa imidlertid helse- og omsorgsministeren at pandemien var under kontroll og mange av de mest inngripende tiltakene ble avsluttet. Nye tiltak ble innført i løpet av høsten 2020 og våren 2021.

Hvis de tiltakene som ble innført innledningsvis ikke hadde altfor store konsekvenser, og hvis de tiltakene som fulgte etter datainnsamlingen i Rogaland hadde større konsekvenser for mellommenneskelige relasjoner, livskvalitet, psykisk helse og økonomi, kan COVID-19-pandemien ha medvirket til å skape de endringene vi har observert fra FHUS Rogaland 2020 til FHUS Rogaland 2023.

Men det finnes andre mulige forklaringer, kanskje særlig at mange opplever en forverret økonomisk situasjon som resultat av prisstigning og økte renter. Vi ser da også at det nettopp er den utfallsvariabelen som handler om hvor lett eller vanskelig det er å få inntektene i husholdningen til å strekke til som viser den største endringen i Rogaland fra 2020 til 2023. En tredje forklaring kan dreie seg om virkningene i befolkningen av de alvorlige konfliktene og krigene som pågår i ulike deler av verden og som får bred dekning i massemediene. Det kan godt tenkes at alle disse faktorene sammen har bidratt til de endringene vi har registrert.

Det er ikke bare i den foreliggende undersøkelsen det er registrert ugunstige endringer i livskvalitet og subjektiv helse de siste årene. Basert på Norsk Monitor har Hellevik og Hellevik funnet en nedgang i opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne (alder 15-39 år) i Norge [34]. I et nyhetsoppslag fra januar 2024 vises det til FNs rapport om befolkningslykke (U.N. Happiness Report) og der hevdes det at Norge har havnet litt lenger ned på listen over land som er rangerte etter grad av lykke⁹. Statistisk sentralbyrå beskriver endringer fra 2020 til 2023 på en rekke livskvalitetsindikatorer. De registrerer blant annet små reduksjoner i fremtidsoptimisme, i givende sosiale relasjoner, opplevelse av engasjement, tilfredshet med fritid til rådighet, tilfredshet med livet alt i alt og tilfredshet med økonomisk situasjon¹⁰.

⁹ <https://www.newsinenglish.no/2023/03/21/norway-slips-again-on-uns-happiness-report/>

¹⁰ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/livskvalitet/artikler-om-livskvalitet/hvor-fornoyde-er-vi-med-livet-i-norge>

Data fra Hedmarks-delen av FHUS-undersøkelsen i Innlandet i 2023 kunne sammenlignes med data fra en undersøkelse som ble gjennomført i Hedmark i 2019. Der fant man at andel som rapporterte at de hadde svært god eller god helse gikk litt ned. Det samme gjorde tilliten til andre mennesker. Gjennomsnittlig skår på ensomhet gikk noe opp [35]. Også FHUS-undersøkelsen i Vestland 2022 viste endringer i ugunstig retning på noen utfall som kunne sammenlignes med tall fra undersøkelsene i Hordaland 2018 og Sogn og Fjordane 2019. Andelen med god helse gikk noe ned, mens andelen ensomme (USCL-skalaen) og gjennomsnittlig skår på psykiske plager (HSCL-5) gikk litt opp [36].

Høsten 2023 ble det også gjennomført en FHUS datainnsamling i Agder. Mange av de endringene vi har sett i Rogaland fra 2020 til 2023 har vi også sett i Agder fra 2019 til 2023 [37]. I 2024 vil det etter planen bli gjennomført FHUS datainnsamlinger i Oslo og i Troms. I Troms ble det gjennomført en FHUS-undersøkelse også i 2019 (Troms og Finnmark). Når resultatene fra denne undersøkelsen foreligger, vil vi kunne si mer om den utviklingen som beskrives i denne rapporten gjelder andre fylker enn Agder og Rogaland. Vi vurderer det som sannsynlig at endringene vi beskriver for Agder og Rogaland er del av en utvikling som har funnet sted over hele landet.

5.4 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.4.1 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen i Rogaland i 2023 var på 29,4 %. Dette kan regnes som bra for denne typen undersøkelser. Det at mer enn to tredjedeler av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel noe usikkerhet.

Deltakelsen varierer dessuten over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper. Jo lavere utdanning, 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 både i den yngste og eldste aldersgruppen, noe som i tillegg til selve underrepresentasjonen også gjør representativiteten mer usikker i disse gruppene.

Hvis det er helt 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, vil det oppstå skjevheter.

Slik dataene er analyserte i denne rapporten, vil ikke forskjellen i svarprosent mellom grupper ha stort å bety. Dette gjelder alle diagrammene der vi analyserer utfallsvariablene mot kjønn, alder, utdanning, regioner og vurderingen av husholdningsinntekten. Når vi analyserer mot kjønn og alder, vil ikke skjevheter i kjønns- og alderssammensetning ha noe å bety. Når vi analyserer mot utdanning og mot regioner, justerer vi for kjønn og alder. Det viser seg at justering for kjønn og alder har svært lite å bety for resultatene. Når vi analyserer tall for 2023 mot tall for 2020, justerer vi for kjønn og alder. Alt dette bidrar til at vi kan trekke sikrere konklusjoner.

Når vi sammenligner tall på tvers av fylker, er usikkerheten større. Her er det av kapasitetsgrunner ikke justert for demografi, og tallene er heller ikke populasjonsvektet. For at sammenligningene skal gi et riktig bilde, er vi avhengige av at seleksjonen har fungert på omtrent samme måte på tvers av fylker. Når ressursene tillater det, vil vi gjøre forsøk med

populasjonsvekting for å se i hvilken grad dette endrer resultatene når vi sammenligner på tvers av fylker.

I FHUS Rogaland 2023 ble det gjort en kraftig oversampling i aldersgruppen 18-29 år. Denne oversamplingen var særlig stor blant menn. Dessuten ble det trukket ut 1 500 ekstra personer blant de som var 80 år eller eldre. Dette har medført at vi har måttet vekte dataene på en litt annen måte enn tidligere. I den vektingen vi nå har brukt er det tatt hensyn til fordelingene over kjønn og aldersgrupper. Dette medfører at totaltallene for Rogaland 2023 ikke er direkte sammenlignbare med tilsvarende tall fra tidligere FHUS-undersøkelser.

5.4.2 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 Rogaland, 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 (UCLA)*, 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 Rogaland 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^{11,12}. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket¹³.

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Rogaland kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt og arbeids-/livssituasjon), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «fornøydhet med livet»

¹¹ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

¹² <http://khs.fhi.no/webview/>

¹³ <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

fra tidligere Folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med stigende alder¹⁴. 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 Rogaland, av forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

¹⁴ <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. 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.
4. 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.
5. Aarø, L., et al., *Behavioural precautions to avoid transmission of the COVID-19 virus – low educated groups are not always lagging behind.* Journal of Health Inequalities, 2023. **9**(1): p. 16-28.
6. Nilsen, T.S., et al., *Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway.* Tidsskr Nor Laegeforen, 2022. **142**(10).
7. Nes, R.B., et al., *Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19.* Quality of Life Research, 2022. **31**(8): p. 2295-2305.
8. Nilsen, T.S., et al., *Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 12.
9. Knapstad, M., et al., *Psychological distress before and nine months into the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from The Norwegian Counties Public Health Surveys.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 14.
10. 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. **49**(7): p. 766-773.
11. Hansen, T., et al., *Covid-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic.* Eur J Ageing, 2022. **19**(3): p. 463-473.
12. Lyshol, H., et al., *A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway.* Scientific Reports, 2022. **12**(1): p. 13721.
13. Aarø, L.E., et al., *Quality of life, psychological distress, sleeping problems and global subjective health after injuries. A study among adults in three Norwegian counties.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**.
14. Aarø, L.E., et al., *A cross-sectional study of the relationship between injuries and quality of life, psychological distress, sleeping problems, and global subjective health in adults from three Norwegian counties.* Health and Quality of Life Outcomes, 2023. **21**(1): p. 120.
15. Friesinger, J.G., S.H. Haugland, and J.-K. Vederhus, *The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: findings*

- from a large population-based health survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2022. **20**(1): p. 135.
16. Stea, T.H., L. Alvsvåg, and A.L. Kleppang, *The Association between Dietary Habits, Substance Use, and Mental Distress among Adults in Southern Norway: A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population*. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. **18**(18).
 17. 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*. *Qual Life Res*, 2021. **30**(6): p. 1769-1778.
 18. Juul, V. and E.C.A. Nordbø, *Examining activity-friendly neighborhoods in the Norwegian context: green space and walkability in relation to physical activity and the moderating role of perceived safety*. *BMC Public Health*, 2023. **23**(1): p. 259.
 19. Kalseth, J., et al., *Comparing the effects of reduced social contact on psychosocial wellbeing before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey from two Norwegian counties*. *Quality of Life Research*, 2023. **32**(6): p. 1771-1784.
 20. Haugland, S.H., et al., *Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: a cross-sectional study of 28047 adults from the general population*. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2021. **16**(1): p. 47.
 21. Haugland, S.H., et al., *Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population*. *Frontiers in Public Health*, 2021. **9**.
 22. Haugland, S.H. and T.H. Elgán, *Prevalence of Parental Alcohol Problems among a General Population Sample of 28,047 Norwegian Adults: Evidence for a Socioeconomic Gradient*. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. **18**(10).
 23. Bjørnerud Korslund, S., B.H. Hansen, and T. Bjørkkjær, *Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population*. *BMC Public Health*, 2023. **23**(1): p. 541.
 24. Stea, T.H., et al., *Association between Self-Reported Childhood Difficulties and Obesity and Health-Related Behaviors in Adulthood-A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. **19**(3).
 25. Stea, T.H., S.A. Solaas, and A.L. Kleppang, *Association between physical activity, sedentary time, participation in organized activities, social support, sleep problems and mental distress among adults in Southern Norway: a cross-sectional study among 28,047 adults from the general population*. *BMC Public Health*, 2022. **22**(1): p. 384.
 26. Vederhus, J.K., S.H. Haugland, and C. Timko, *A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2022. **31**(1): p. e1904.

27. Public, K., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023. Om gjennomføringen*. 2023, Kantar Public (Nå: Verian): Oslo.
28. 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.
29. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*, in *Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
30. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
31. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nord J Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-8.
32. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
33. Cialani, C. and R. Mortazavi, *The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health*. International Journal for Equity in Health, 2020. **19**(1): p. 196.
34. Hellevik, O. and T. Hellevik, *Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge*. Nordisk Tidsskrift for Ungdomsforskning, 2021. **2**(2): p. 104-128.
35. Leino, T., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. . 2023, Folkehelseinstituttet: Oslo/Bergen.
36. Leino, T.M., T.S. Nilsen, and M. Knapstad, *Koronaundersøkinga i Vestland 2021: Framgangsmåte og utvalde resultat*. Rapport 2023. 2023, Folkehelseinstituttet: Bergen.
37. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2024, Folkehelseinstituttet: Oslo/Bergen.
38. 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.
39. 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.
40. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
41. 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.
42. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.
43. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.

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

Vedlegg 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Rogaland 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 skjema-revisjon 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 total lengden på skjemaet for deltakerne og å gi mer fleksibilitet til hvert enkelt fylke om skjema-innhold. Følgende spørsmål/tema ble tatt ut av grunnmodulen (men det enkelte fylke kan velge å ta det *inn* etter ønske): enkeltspørsmål om tilgjengelighet til kystlinje, enkeltspørsmål om søvntid, enkeltspørsmål om inaktivitet, snusbruk, skader, støy og fødeland. Følgende temabolker er beholdt i 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 Rogaland 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.

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 til fasiliteter og servicetilbud lokalt

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

- kulturtilbud (eksempelvis kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater)
- 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 til fasiliteter, servicetilbud, naturområder og gang/sykkelveier. Kategorien «Vet ikke» er i denne sammenhengen holdt utenfor prosentfordelingen.

Se også tilleggsspørsmål under kapittel 2.4.20.

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».

Analysen 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. Utreget KMI <14 og >80 ble regnet som urealistiske og utelatt fra analysene. 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 [3]. 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. 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. Etersom 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 søvnnig, og hvor lenge søvnevanskene 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 søvnevansker 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 søvnevansker».

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 søvnnig 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 funksjonsnedsettelse

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

Videre ble deltakerne i studien spurt om hvordan disse 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 funksjonsnedsettelse på grunn av skade og som i stor grad påvirker deres hverdag.

2.4.11 Muskel-skjelettplager

Et utvalg av spørsmål fra *Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions* (BQMC) er brukt for å måle muskel- og skjelettplager. BQMC er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med *Center for Global Burden of Disease* i Seattle, USA. Spørreskjemaet er utarbeidet m.a. med mål om å kunne informere sykdomsbyrdeestimerer både regionalt, nasjonalt og internasjonalt¹⁵.

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

2.4.12 Sosial støtte

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

- Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer. Også personer i nærmeste familie kan regnes med. Svaralternativer «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det en gjør. Svaralternativer: «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett 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 sumskår¹⁶ 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 [38].

¹⁵ 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>

¹⁶ I dette tilfellet delte vi ikke på tall på ledd. Bare de med svar på alle tre leddene ble tatt med.

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 UCLA Three-Item Loneliness Scale* (noen ganger kalt T-ILS) [39]. Skalaen 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 3-15¹⁷. 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 [40]. Vi har i denne rapporten benyttet en skår på 3-9 som en indikasjon på opplevd lavt nivå, og 10-15 høyt nivå av ensomhet. Dette terskelnivået ble i nevnte rapport funnet å predikere svar i øvre del på direkte spørsmål om ensomhet (6 eller mer på skala 0-10). Andel som opplever høyt nivå av ensomhet («Ensomme») presenteres i diagrammene.

2.4.14 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med tre 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».

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

Tilsvarende spørsmål er benyttet i mange tidligere norske undersøkelser av fysisk aktivitet. I siste skjemarevisjon er det gjort følgende justeringer i spørsmålene: i) Spørsmål 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 [41, 42]. Formuleringen gir også et bedre mål på total mengde fysisk aktivitet. ii) I spørsmål to er andre svaralternativ justert (fra «... andpusten og

¹⁷ Også her ble bare de med svar på alle tre leddene tatt med.

svett» til «... andpusten og/eller svett»). Dette gir lik formulering som i HUNT og er i tråd med faglige vurderinger om «moderat treningsintensitet».

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.

Se også tillegsspørsmål under kapittel 2.4.20.

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.

Se også tillegsspørsmål under kapittel 2.4.20.

2.4.16 Røyk og snus

Deltakerne fikk spørsmål om det hender at de røyker, og et underutvalg (1) fikk spørsmål om det hender at de bruker snus. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

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

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 [43]. 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. Kategori 1 (1-2 enheter) er satt til 1,5. Kategori 2 (3-4 enheter) er satt til 3,5. Kategori 3 (5-6 enheter) er satt til 5,5. Kategori 4 (7-9 enheter) er satt til 8,0. Og kategori 5 (10 eller flere) er skjønnsmessig satt til 12,0.

Se også tillegsspørsmål under kapittel 2.4.20.

2.4.18 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 [44]. 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 sumskår¹⁸ (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.

¹⁸ 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».

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 *Diener's 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 informantene er sammen med gode venner (ikke medregnet medlemmer av egen familie)¹⁹. Responskategoriene er: «Omtrent daglig», «Omtrent hver uke, men ikke daglig», «Omtrent hver måned, men ikke ukentlig», «Noen ganger i året», «Sjeldnere enn hvert år» og «Har ingen gode venner». Dette spørsmålet inngår ikke i noen sumskår, men analyseres for seg. Vi rapporterer andel som har svart ukentlig eller oftere.

I likhet med de fleste spørsmålene i livskvalitetsdelen av skjemaet er også det neste spørsmålet benyttet i mange tidligere studier, og det handler om i hvilken grad 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.

Se også tillegsspørsmål under kapittel 2.4.20.

2.4.19 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.

¹⁹ 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».

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 egen 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.*

Se også tilleggsspørsmål under kapittel 2.4.20.

2.4.20 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Rogaland

På slutten av spørreskjemaet er det inntil åtte tilleggsspørsmål og sytten oppfølgingsspørsmål.

Deltakerne ble spurt om sin **legning**: «Regner du deg selv for å være:» «Heterofil», «Homofil», «Lesbisk», «Bifil», «Panfil», «Skeiv», «Usikker/Søkende», «Aseksuell», «Annet» og «Ønsker ikke å svare». De som svarte «Annet» fikk oppfølgingsspørsmålet (fritekst) «Oppgi hva du regner deg selv for å være:».

Deltakerne fikk ett spørsmål om sitt **nærmiljø**: «Hva er viktig for at du skal trives i nærmiljøet ditt?» Det kunne velges opptil fire av svaralternativene «At jeg kjenner naboene mine», «Å få være i fred når jeg ønsker det», «Å ha tilgang til butikker», «Å ha tilgang til kaféer og spisesteder», «Å ha tilgang til ulike kommunale tjenester (lege, skole, helsestasjon, NAV etc.)», «At nærmiljøet er fint og blir godt holdt ved like», «Å ha tilgang til natur- og friluftsområder, sjø og strand», «Å ha tilgang til kulturaktiviteter», «Å ha utsikt til natur/grøntområder», «Gode gang- og sykkelveier», «Tilgang til gode møteplasser» og «At det ikke bygges for tett / for høyt».

Et deltakerunderutvalg (2) fikk fire spørsmål om **vold**:

- «Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt slått med knyttneven eller en hard gjenstand, sparket, tatt kvelertak på, banket opp, truet med våpen eller angrepet fysisk på andre måter?»
- «Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt kløpet, lugget, klort eller slått med flat hånd?»
- «Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt truet, krenket eller kontrollert slik at du har vært redd, gjort noe mot din vilje eller latt være å gjøre noe du ville?»
- «Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt presset til sex eller seksuelle handlinger du ikke ønsket, eller filmet sex / seksuelle handlinger mot din vilje?»

Svaralternativene for hvert spørsmål var «Ja», «Nei», og «Ønsker ikke å svare». For hvert spørsmål besvart med «Ja» kom oppfølgingsspørsmålet «Hvem gjorde det?» med svaralternativene «Ektefelle/samboer/partner/kjæreste», «Annet familiemedlem», «Venn(er)/bekjent(e)», «Overordnet på jobb», «Kollega på jobb», «Kunde/klient/pasient/bruker/ elev», «Fremmed/ vet ikke hvem det var» og «Andre».

Et deltakerunderutvalg (2) fikk spørsmål om **psykisk helse**: det første spørsmålet var ett innledende spørsmål som medførte inntil 12 oppfølgingsspørsmål hvis noe ble besvart med «Ja». Det innledende spørsmålet var «Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt følgende psykiske plager?». «Angstplager», «Depressive plager», «Søvnproblemer», «Rusproblemer», «Andre psykiske plager». Svaralternativene for hver av disse fem var «Ja» og «Nei». Dersom en eller flere «Ja» så kom følgende to oppfølgingsspørsmål:

- «Hvor vanskelig har disse psykiske plagene gjort det for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?». Svaralternativene var «Ikke vanskelig i det hele tatt», «Litt vanskelig», «Ganske vanskelig» og «Svært vanskelig».
- «Har du på noe tidspunkt i løpet av de siste 12 månedene følt at du hadde behov for profesjonell hjelp for disse psykiske plagene?». Svaralternativene var «Ja, og har søkt hjelp», «Ja, men har ikke søkt hjelp» og «Nei».

«**Ja, og har søkt hjelp**» førte til oppfølgingsspørsmålet «Har du fått hjelp?». Svaralternativene var «Ja», «Nei, ikke enda» og «Nei».

«**Ja**» førte til følgende tre oppfølgingsspørsmål:

- «Har du mottatt hjelp fra noen av de følgende helsetjenestene for dine psykiske plager i løpet av de siste 12 månedene?». «Fastlege», «Rask psykisk helsehjelp», «Annet helsetilbud i kommunen (f.eks. friskliv, kurs)», «Poliklinisk tilbud i psykisk helsevern», «Døgntilbud i psykisk helsevern», «Privat psykolog/psykiater» og «Annen tjeneste/annet helsepersonell». Svaralternativene var «Nei», eller en eller flere av «Ja, medisiner», «Ja, samtaler» og «Ja, annet».
- «I hvilken grad synes du at helsehjelpen du har fått har vært til hjelp for dine psykiske plager?». Svaralternativene var «I svært stor grad», «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt».
- «Står du på venteliste for mer psykologisk behandling?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

Første spørsmål hadde ett oppfølgingsspørsmål (fritekst) hvis ett eller flere «Ja»-alternativ på «Annen tjeneste/annet helsepersonell»: «Oppgi hvilken annen tjeneste/annet helsepersonell du har mottatt hjelp fra:»

«**Nei, ikke enda**» førte til følgende to oppfølgingsspørsmål:

- «Har du vært i kontakt med noen av følgende helsetjenester for dine psykiske plager i løpet av de siste 12 månedene?». «Fastlege», «Rask psykisk helsehjelp», «Annet helsetilbud i kommunen (f.eks. friskliv, kurs)», «Poliklinisk tilbud i psykisk helsevern», «Døgntilbud i psykisk helsevern», «Privat psykolog/psykiater» og «Annen tjeneste/annet helsepersonell». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Hva er grunnen til at du ikke har fått hjelp enda?». Svaralternativene var «Jeg er under utredning», «Jeg står på venteliste», «Jeg har fått avslag på søknad om hjelp» og «Annet».

Første spørsmål hadde ett oppfølgingsspørsmål (fritekst) hvis «Ja» på «Annen tjeneste/annet helsepersonell»: «Oppgi hvilken annen tjeneste/annet helsepersonell du har mottatt hjelp fra:»

«**Nei**» førte til ett oppfølgingsspørsmål:

- «Hvor viktig var hver av de følgende grunnene til at du ikke har fått profesjonell hjelp?». «Jeg hadde ikke lenger behov for hjelp», «Økonomiske grunner», «Praktiske hindringer som utfordringer med tidspunktet, transport eller å finne tid», «Jeg var flau eller bekymret for hva andre ville tenke dersom de visste at jeg var i behandling», «Jeg foretrakk å håndtere problemet på egenhånd eller med hjelp fra familie og/eller venner», «Jeg fikk avslag på søknad om hjelp», «Den foreslåtte behandlingen passet ikke for meg», «Annen grunn». Svaralternativene var «Veldig viktig», «Ganske viktig», «Ikke særlig viktig» og «Ikke viktig i det hele tatt».

«**Ja, men har ikke søkt hjelp**» førte til oppfølgingsspørsmålet «Hvor viktig var hver av de følgende grunnene til at du ikke har søkt profesjonell hjelp?». «Jeg hadde ikke lenger behov for hjelp», «Jeg visste ikke hvor jeg skulle henvende meg», «Jeg kunne ikke finne et sted som kunne treffe meg da jeg trengte hjelp», «Økonomiske grunner», «Praktiske hindringer som utfordringer med tidspunktet, transport eller å finne tid», «Jeg var flau eller bekymret for hva andre ville tenke dersom de visste at jeg var i behandling», «Jeg foretrakk å håndtere problemet på egenhånd eller med hjelp fra familie og/eller venner», «Jeg syntes det var for tungvint å søke hjelp». Svaralternativene var «Veldig viktig», «Ganske viktig», «Ikke særlig viktig» og «Ikke viktig i det hele tatt».

Det siste spørsmålet under delen om psykisk helse var «Hvilken type hjelp ville du foretrekke, dersom du skulle hatt hjelp for psykiske plager?» Deltakeren kunne velge alle behandlingsalternativene som deltakeren ville foretrekke. Svaralternativene var «Samtaletterapi», «Medisiner», «Digital selvhjelpsbehandling», «Digital behandling med veiledning fra en terapeut», «Kurs», «Ingen preferanse» og «Vet ikke».

I Rogaland var det også med noen tilleggsspørsmål i de tidligere delene av spørreskjemaet, og disse er beskrevet under.

Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt: de som svarte at tilgjengeligheten er «Dårlig» eller «Svært dårlig» for «kulturtilbud» og for «butikker, spisesteder og andre servicetilbud» fikk for hvert et oppfølgingsspørsmål om årsak. Det kunne velges flere svaralternativer: «Tilbudet finnes ikke», «Det er mangel på tilbud innen mine interesseområder/behov», «Fysiske hindringer / tilbudet er ikke universelt utformet», «Jeg har problemer med å komme meg dit på grunn av transportmuligheter», «Kollektivtilbudet er ikke godt nok», «Avstandene er for store / det er for lang reisevei», «Tilbudet koster for mye», «På grunn av åpningstidene» og «Annet», «Usikker / Vet ikke». De som svarte «Annet» fikk spørsmål (fritekst) om å oppgi hva de synes er for dårlig.

De som svarte at tilgjengeligheten er «Dårlig» eller «Svært dårlig» til offentlig transport fikk oppfølgingsspørsmål om årsak. Det kunne velges flere svaralternativer: «Fysiske hindringer / tilbudet er ikke universelt utformet», «Jeg har problemer med å komme meg til og fra holdeplassen», «Det koster for mye», «Tilbudet/tjenesten finnes ikke»,

«Transporten går for sjelden», «Det er for tungvint med mange linjebytter/overganger», «Det er vanskelige billettløsninger», «Det tar for lang tid», «Annet» og «Usikker / Vet ikke». De som svarte «Annet» fikk spørsmål (fritekst) om å oppgi hva de synes er for dårlig.

De som svarte at gang- og sykkelveier er «Dårlig» eller «Svært dårlig» utbygde i sitt nærområde fikk oppfølgingsspørsmål om årsak. Det kunne velges flere svaralternativer: «Det er for lite gang- og sykkelveier», «De er hullete, ujevne eller har dårlig overflate», «De henger for dårlig sammen med hverandre», «De er for smale», «De oppleves ikke som trafikksikre», «De er overfylte», «Annet» og «Usikker / Vet ikke». De som svarte «Annet» fikk spørsmål (fritekst) om å oppgi hva de synes er for dårlig.

Deltakerne fikk også spørsmålet «Opplever du at du har god tilgang til **kystlinje/strand eller sjøen** der du bor? Tilgjengeligheten er:» med svaralternativene «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig», «Vet ikke» og «Bor ikke i nærheten av sjø eller innsjø».

Fysisk aktivitet: til sist i denne delen var det to spørsmål.

- «Nedenfor følger en rekke grunner til ikke å trene eller mosjonere, eller ikke å trene eller mosjonere så ofte som man ønsker.». Ett eller flere svaralternativer kunne velges: «Jeg har ikke tid», «Jeg tror ikke jeg får det til», «På grunn av skade/overbelastning», «På grunn av min fysiske helse / funksjonsnedsettelse», «På grunn av min psykiske helse», «Jeg har ikke råd», «Jeg er redd for å bli skadet (for eksempel falle eller forstue)», «Jeg har problemer med transport/reisevei», «Jeg har ingen å være fysisk aktiv sammen med», «Jeg orker ikke», «Jeg vil heller bruke tiden min på andre ting», «Det er mangel på tilbud innen mine interesseområder», «Andre grunner» og «Ikke aktuelt, jeg opplever ingen treningsbarrierer». De som svarte «Andre grunner» ble bedt om å oppgi hvilke andre grunner det var til at de ikke fikk trent eller mosjonert så mye som de ønsket.
- «Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?». Svaralternativene var «For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)», «Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)», «Arbeid der du går og løfter mye (f.eks. pleier, bygningsarbeider)», «Tungt kroppsarbeid» og «Er ikke i lønnet eller ulønnet arbeid».

I siste skjemarevisjon er det gjort følgende justeringer i spørsmålene: 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 aktivitetsspørsmålene, men samtidig å gi mer informasjon om total mengde fysisk aktivitet.

Kosthold: til sist i denne delen kom spørsmålet «Hvis du ser på kostholdet ditt i et 3 års perspektiv: Har du endret kostholdet ditt for å få et mer bærekraftig kosthold med lavere miljøbelastning?». Svaralternativene var «Nei», «I liten grad», «I noen grad», «I stor grad», «I svært stor grad» og «Ikke aktuelt – jeg hadde et slikt kosthold fra før». De som svarte «I liten grad», «I noen grad», «I stor grad» eller «I svært stor grad» fikk oppfølgingsspørsmålet «Hva har du endret?». Det var mulig å velge flere av svaralternativene «Oftere vegetarisk middag», «Redusert kjøttinntak», «Endret kjøtttype», «Mer lokal mat», «Mer bønner/nøtter», «Mer kornbasert mat (f.eks. brød, grøt)»,

«Mer økologisk», «Mindre matsvinn» og «Annet». De som svarte «Annet» fikk spørsmål (fritekst) om å oppgi hva annet de hadde endret.

Alkohol: til sist i denne delen var det tre spørsmål. Et deltakerunderutvalg (1) som hadde svart annet enn «Aldri» på spørsmålet «I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol?» fikk følgende spørsmål:

- «Hvor ofte har du det siste året?». «Ikke klart å stoppe og drikke alkohol når du først har begynt?», «Ikke klart å gjøre det som normalt forventes av deg fordi du har drukket?», «Trengt alkohol om morgenen for å få komme i gang etter en rangel?», «Følt skyld eller anger etter at du har drukket?», «Ikke klart å huske hva som skjedde kvelden før på grunn av at du hadde drukket?», «Druknet så mye at du har kjent deg sterkt beruset (full)?». Svaralternativene var «Aldri», «Sjeldnere enn månedlig», «Månedlig», «Ukentlig» og «Daglig eller nesten daglig».

Et deltakerunderutvalg (1) som hadde svart «Ja» på spørsmålet «Har du noen gang drukket alkohol?» fikk følgende to spørsmål:

- «Har du eller andre noen gang blitt skadet på grunn av at du har drukket?».
- «Har en slektning, venn, lege, eller annet helsepersonell vært bekymret for din drikking, eller foreslått at du reduserer inntaket?».

Svaralternativene var «Aldri», «Ja, men ikke det siste året» og «Ja, det siste året».

Livskvalitet: til sist i denne delen var det ett spørsmål som handlet om hvor lenge en har bodd på det stedet der en bor nå, og svaralternativene var «Under ett år», «1-2 år», «3-5 år», «6-10 år» og «Mer enn 10 år».

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

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

Vedlegg 3: Tabell fylkessammenstilling



Tabell A1: Utfallsmål etter fylke. Ikke-populasjonsvektede tall.

I tabellen som kommer på de neste sidene presenterer vi tall fra den foreliggende undersøkelsen og fra alle de tidligere FHUS-ene. Vi viser bare ett enkelt tall for hvert utfallsmål fra hver undersøkelse.

I datainnsamlingen i Rogaland i 2023 ble det oversamlet kraftig blant de i aldersgruppen 18-29 (sterkest oversampling blant menn) og blant de som var 80 år eller eldre. Dette har medført at vi måtte vekte dataene på en litt annen måte enn i tidligere undersøkelser. Dette gjør sammenligninger av totaltallene med tidligere undersøkelser usikre. Vi har likevel valgt å ta med tabellen der vi også gir tall fra tidligere undersøkelser, men vi har fjernet den delen av statistikken som dreier seg om sammenligninger over tid.

Spørreskjemaet som brukes i FHUS-ene har vært revidert flere ganger. Tabellen er derfor langt fra komplett. Vi har merket tallene fra tidligere FHUS-undersøkelser i rosa farge der spørsmålsformuleringene eller svarkategoriene ikke er identiske med det som er brukt i Rogaland 2023.

I undersøkelsen i Rogaland 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 FHUS Rogaland 2023.

		Trivsel, tilgjengelighet på tjenester og fasiliteter, deltakelse i aktiviteter								
Fylke	År	Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Idrettsstilbud (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	53,0
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	52,0
Rogaland	2020	76,6			85,0	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	47,0
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
Innlandet	2023	71,7	66,1	82,6	75,7	38,9	92,3	52,2	24,9	46,8
Agder	2023	73,5	73,3	79,0	79,1	47,8	92,1	59,0	31,4	53,2
Rogaland 2023										
Gjennomsnitt eller prosenter		70,1	73,3	78,1	80,8	54,4	89,2	69,2	29,2	52,1
Lav CI95%		69,0	72,4	77,1	79,9	53,2	88,4	68,2	28,1	51,0
Høy CI95%		71,1	74,3	79,1	81,7	55,5	90,0	70,1	30,3	53,3

		Helserelaterte utfall									
Fylke	År	God eller svært god helse	God eller svært god tannhelse	Siste besøk hos tannlege > 2 år	KMI 30+	Søvn-problemer (Insomni)	HSCL-5	Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager	Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse på grunn av skade	Korsrygg-smerter	Nakke-smerter
		%	%	%	%	%	\bar{x}	%	%	%	%
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		1,50	11,7	6,1		
Agder	2019	72,4	74,7	10,8	17,5		1,52	11,4	6,1		
Nordland	2020	70,1	69,5	14,3	21,5		1,50	12,0	5,8		
Rogaland	2020	75,7	76,5	9,4	16,2		1,50	9,2	4,6		
Møre og Romsdal	2021	71,8	72,6	12,3	19,4	11,1	1,50	11,1	5,2	42,9	38,1
Vestfold og Telemark	2021	71,1	73,1	11,7	18,9	13	1,52	13,0	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
Innlandet	2023	67,8	71,9	12,5	21,6	12,1	1,57	14,6	7,1	47,9	44,3
Agder	2023	69,5	72,9	10,8	18,8	14,4	1,59	15,2	7,3	45,2	41,9
Rogaland 2023											
Gjennomsnitt eller prosenter		70,3	72,5	10,7	17,0	14,2	1,62	12,7	6,1	43,4	41,4
Lav CI95%		69,2	71,4	10,0	16,1	13,3	1,60	12,0	5,5	42,2	40,3
Høy CI95%		71,3	73,6	11,5	17,9	15,0	1,63	13,5	6,6	44,5	42,6

		Mellommenneskelige relasjoner, helse relatert atferd												
Fylke	År	Sosial støtte (høy grad)	Sammen med gode venner ukentlig el. oftere	Ensom (UCLA)	Fysisk aktiv	Røyker daglig	Bruker snus daglig	Inntak av brus/leskedrikk 2-3 gg. i uken eller oftere	Daglig inntak av frukt eller bær	Daglig inntak av grønnsaker	Spiser fisk 2-3gg. i uken eller oftere	Drikker alkohol 2-3 gg. i uken eller oftere	Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig	Alkohol-enheter per gang
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	\bar{x}
Hordaland	2018					8,7	10,5		33,8	45,1		21,2	17,3	
Sogn og Fjordane	2019					8,4	10,3		32,3	41,5		13,8	13,1	
Troms og Finnmark	2019		64,2		20,6	10,0	14,8		25,3	32,7		18,8	17,6	
Agder	2019	44,8	65,0	10,9	18,2	9,2	11		29,3	36,8		19,6	19,6	
Nordland	2020		61,6		20,0	9,0	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	2,97
Innlandet	2023	33,6	51,2	13,9	22,3	9,0	13,8	27,8	28,5	36,0	46,5	20,2	12,4	2,77
Agder	2023	38,2	57,0	13,4	22,3	8,0	11,3	28,4	31,8	40,8	42,9	19,3	16,3	3,29
Rogaland 2023														
Gjennomsnitt eller prosenter		35,4	54,0	14,2	23,5	6,9	13,5	30,1	32,7	42,0	45,9	18,9	19,0	3,41
Lav CI95%		34,3	52,8	13,4	22,5	6,4	12,3	29,0	31,6	40,8	44,7	17,9	18,0	3,35
Høy CI95%		36,6	55,2	15,1	24,5	7,5	14,7	31,2	33,8	43,2	47,1	19,9	20,0	3,48

		Økonomi og livskvalitet											
Fylke	År	Økonomiske vansker	Tilfredshet med livet	Fremtidsoptimisme	Det man gjør i livet er meningsfylt	Negative følelser	Positive følelser (glad, rolig og avslappet)	Ensomhet	Sosiale relasjoner (støttende og givende)	Tillit til andre	Steds-tilhørighet	Føler seg trygg i nærmiljøet	Engasjement
		%	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Hordaland	2018												
Sogn og Fjordane	2019												
Troms og Finnmark	2019	21,4	7,53		7,52	3,13	7,00	2,23	7,33	7,01	7,44	9,16	6,42
Agder	2019	20,8	7,59		7,56	3,17	6,98	2,20	7,43	7,23	7,43	8,96	6,48
Nordland	2020	19,4	7,48		7,50	3,14	7,00	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	7,30	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	7,10	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
Innlandet	2023	27,1	7,24	7,50	7,35	3,10	6,62	2,11	7,09	6,69	7,17	9,04	6,23
Agder	2023	26,2	7,14	7,46	7,27	3,17	6,63	2,14	7,34	6,94	7,19	8,71	6,20
Rogaland 2023													
Gjennomsnitt eller prosenter		25,2	7,10	7,35	7,18	3,27	6,59	2,24	7,29	6,94	7,04	8,58	6,18
Lav CI95%		24,2	7,05	7,48	7,12	3,22	6,54	2,17	7,25	6,89	6,98	8,54	6,12
Høy CI95%		26,2	7,15	7,58	7,24	3,32	6,63	2,30	7,35	7,00	7,10	8,62	6,23

Vedlegg 4: Tabeller med enkle frekvensfordelinger

Merk: Tallene er baserte på uvektede tall.

Tabell 1: Utdanningsnivå - alle kategorier

Utdanningsnivå - alle kategorier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Grunnskole	1250	7,13	7,13
Videregående skole	5663	32,30	39,43
Fagskole	2094	11,94	51,38
Universitet <2 år	1151	6,57	57,94
Universitet 2-4 år	4118	23,49	81,43
Universitet >4 år	3093	17,64	99,08
Ingen fullført utdanning	162	0,92	100,00
Total:	17531	100	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
I stor grad	12431	70,90	70,90
I noen grad	4383	25,00	95,90
I liten grad	611	3,49	99,39
Ikke i det hele tatt	107	0,61	100,00
Total:	17532	100	

Tabell 3: Tilgang kulturtilbud

Tilgang kulturtilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	3357	19,44	19,44
God	7415	42,93	62,37
Verken god eller dårlig	3750	21,71	84,08
Dårlig	1952	11,30	95,38
Svært dårlig	798	4,62	100,00
Total:	17272	100	

Tabell 4: Tilgang idrettstilbud

Tilgang idrettstilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	5253	31,19	31,19
God	8063	47,88	79,07
Verken god eller dårlig	2487	14,77	93,84
Dårlig	825	4,90	98,74
Svært dårlig	212	1,26	100,00
Total:	16840	100	

Tabell 5: Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Tilgang butikker, spisesteder og andre servicetilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	4743	27,42	27,42
God	8043	46,50	73,92
Verken god eller dårlig	2957	17,09	91,01
Dårlig	1261	7,29	98,30
Svært dårlig	294	1,70	100,00
Total:	17298	100	

Tabell 6: Tilgang offentlig transport

Tilgang offentlig transport	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	2207	13,08	13,08
God	4494	26,64	39,72
Verken god eller dårlig	3375	20,00	59,72
Dårlig	3755	22,26	81,98
Svært dårlig	3041	18,02	100,00
Total:	16872	100	

Tabell 7: Tilgang natur- og friluftsområder

Tilgang natur- og friluftsområder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	9838	56,59	56,59
God	6082	34,99	91,58
Verken god eller dårlig	1072	6,17	97,75
Dårlig	325	1,87	99,61
Svært dårlig	67	0,39	100,00
Total:	17384	100	

Tabell 8: Tilgang kystlinje/strand

Tilgang kystlinje/strand	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	8574	51,42	51,42
God	5442	32,63	84,05
Verken god eller dårlig	1658	9,94	93,99
Dårlig	690	4,14	98,13
Svært dårlig	312	1,87	100,00
Total:	16676	100	

Tabell 9: Utbygde gang- og sykkelveier

Utbygde gang- og sykkelveier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært godt	3210	18,55	18,55
Godt	7238	41,83	60,38
Verken godt eller dårlig	3387	19,57	79,95
Dårlig	2032	11,74	91,70
Svært dårlig	1437	8,30	100,00
Total:	17304	100	

Tabell 10: Deltagelse i organisert aktivitet

Deltagelse i organisert aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
1	509	2,90	2,90
2	4716	26,87	29,78
3	2611	14,88	44,65
4	5236	29,84	74,49
5	4476	25,51	100,00
Total:	17548	100	

Tabell 11: Deltagelse i annen aktivitet

Deltagelse i annen aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
1	1164	6,65	6,65
2	7687	43,93	50,59
3	4970	28,40	78,99
4	2828	16,16	95,15
5	848	4,85	100,00
Total:	17497	100	

Tabell 12: Hvordan vurderer du din egen helse?

Hvordan vurderer du din egen helse?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	3594	20,48	20,48
God	8800	50,15	70,63
Verken god eller dårlig	3497	19,93	90,56
Dårlig	1433	8,17	98,73
Svært dårlig	223	1,27	100,00
Total:	17547	100	

Tabell 13: Hvordan vurderer du tannhelsen din?

Hvordan vurderer du tannhelsen din?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	3876	22,11	22,11
God	8956	51,08	73,18
Verken god eller dårlig	3114	17,76	90,94
Dårlig	1228	7,00	97,95
Svært dårlig	360	2,05	100,00
Total:	17534	100	

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

Når var du sist hos tannlege/-pleier?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0-2 år siden	15902	90,60	90,60
3-5 år siden	989	5,63	96,23
Mer enn 5 år siden	661	3,77	100,00
Total:	17552	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	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	4985	28,39	28,39
Sjelden	5792	32,98	61,37
Av og til	4686	26,68	88,05
Ofte	1408	8,02	96,07
Svært ofte	690	3,93	100,00
Total:	17561	100	

Tabell 16: Hvor ofte føler du deg utenfor?

Hvor ofte føler du deg utenfor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	4513	25,82	25,82
Sjelden	7030	40,22	66,04
Av og til	4136	23,66	89,70
Ofte	1203	6,88	96,58
Svært ofte	598	3,42	100,00
Total:	17480	100	

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

Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	7327	41,95	41,95
Sjelden	5714	32,71	74,66
Av og til	2858	16,36	91,02
Ofte	1038	5,94	96,96
Svært ofte	531	3,04	100,00
Total:	17468	100	

Tabell 18: Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	632	3,60	3,60
Sjeldnere enn en gang i uken	1870	10,66	14,26
En gang i uken	2679	15,27	29,52
2-3 ganger i uken	5871	33,45	62,98
4-5 ganger i uken	3270	18,63	81,61
Omtrent hver dag	3227	18,39	100,00
Total:	17549	100	

Tabell 19: Hvor hardt trener eller mosjonerer du?*

Hvor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett	6142	36,54	36,54
Tar det så hardt at jeg blir andpusten og/eller svett	9802	58,32	94,87
Tar meg nesten helt ut	863	5,13	100,00
Total:	16807	100	

*Blant de som oppgav å trene «Sjeldnere enn en gang i uken» eller oftere (se tabell 18)

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

Hvor lenge holder du på hver gang?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Mindre enn 15 minutter	874	5,21	5,21
15 minutter - 29 minutter	3306	19,72	24,93
30 minutter - 1 time	8825	52,64	77,58
Mer enn 1 time	3759	22,42	100,00
Total:	16764	100	

*Blant de som oppgav å trene «Sjeldnere enn en gang i uken» eller oftere (se tabell 18)

Tabell 21: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	6136	34,97	34,97
1-3 ganger per måned	3437	19,59	54,57
1 gang per uke	2666	15,20	69,76
2-3 ganger per uke	2606	14,85	84,62
4-6 ganger per uke	993	5,66	90,28
1 gang per dag	986	5,62	95,90
Flere ganger per dag	720	4,10	100,00
Total:	17544	100	

Tabell 22: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	710	4,06	4,06
1-3 ganger per måned	1553	8,89	12,95
1 gang per uke	2033	11,64	24,59
2-3 ganger per uke	4285	24,52	49,11
4-6 ganger per uke	2914	16,68	65,79
1 gang per dag	3500	20,03	85,82
Flere ganger per dag	2477	14,18	100,00
Total:	17472	100	

Tabell 23: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	190	1,09	1,09
1-3 ganger per måned	434	2,49	3,57
1 gang per uke	873	5,00	8,57
2-3 ganger per uke	3909	22,39	30,96
4-6 ganger per uke	4700	26,92	57,87
1 gang per dag	5335	30,55	88,43
Flere ganger per dag	2021	11,57	100,00
Total:	17462	100	

Tabell 24: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	1183	6,77	6,77
1-3 ganger per måned	2736	15,66	22,43
1 gang per uke	5432	31,09	53,51
2-3 ganger per uke	6558	37,53	91,04
4-6 ganger per uke	1145	6,55	97,60
1 gang per dag	349	2,00	99,59
Flere ganger per dag	71	0,41	100,00
Total:	17474	100	

Tabell 25: Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)*

Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	1191	7,48	7,48
Månedlig eller sjeldnere	5800	36,44	43,92
2-4 ganger i måneden	6074	38,16	82,08
2-3 ganger i uken	2392	15,03	97,11
4 ganger i uken eller mer	460	2,89	100,00
Total:	15917	100	

*Deltakere som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (8,8 % [n=1 548]) eller som ikke svarte på det innledende spørsmålet (0,6 % [n=107]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 26: Alkoholenheter per gang*

Alkoholenheter per gang	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
1-2	7140	48,68	48,68
3-4	4070	27,75	76,44
5-6	2093	14,27	90,71
7-9	950	6,48	97,18
10 eller flere	413	2,82	100,00
Total:	14666	100	

*Deltakere som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (8,8 % [n=1 548]) eller som ikke svarte på det innledende spørsmålet (0,6 % [n=107]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 27: Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk

Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	5037	34,43	34,43
Sjeldnere enn månedlig	6693	45,75	80,19
Månedlig	2223	15,20	95,39
Ukentlig	643	4,40	99,78
Daglig eller nesten daglig	32	0,22	100,00
Total:	14628	100	

Tabell 28: Hender at du røyker?

Hender at du røyker?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	2747	15,66	15,66
Nei	14796	84,34	100,00
Total:	17543	100	

Tabell 29: Hvor ofte røyker du?*

Hvor ofte røyker du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	1342	49,03	49,03
Av og til	1395	50,97	100,00
Total:	2737	100	

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

Tabell 30: Hender at du bruker snus?

Hender at du bruker snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	1318	14,91	14,91
Nei	7520	85,09	100,00
Total:	8838	100	

Tabell 31: Hvor ofte bruker du snus?

Hvor ofte bruker du snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	1056	80,37	80,37
Av og til	258	19,63	100,00
Total:	1314	100	

*Blant dem som oppgir at de bruker snus (se tabell 30)

Tabell 32: Hvor ofte sammen med gode venner?

Hvor ofte sammen med gode venner?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Omtrent daglig	1555	8,87	8,87
Omtrent hver uke, men ikke daglig	8030	45,81	54,68
Omtrent hver måned, men ikke ukentlig	5183	29,57	84,25
Noen ganger i året	2053	11,71	95,96
Sjeldnere enn hvert år	219	1,25	97,21
Har ingen gode venner	489	2,79	100,00
Total:	17529	100	

Tabell 33: Vurdering av husholdningsøkonomien

Vurdering av husholdningsøkonomien	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært vanskelig	720	4,22	4,22
Vanskelig	973	5,70	9,92
Forholdsvis vanskelig	2393	14,03	23,95
Forholdsvis lett	5125	30,04	53,99
Lett	3852	22,58	76,57
Svært lett	3998	23,43	100,00
Total:	17061	100	

Tabell 34: Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke tilfreds i det hele tatt	158	0,90	0,90
1	99	0,56	1,46
2	233	1,33	2,79
3	548	3,12	5,91
4	737	4,20	10,11
5	1506	8,58	18,68
6	1936	11,03	29,71
7	3648	20,77	50,48
8	3906	22,24	72,73
9	2220	12,64	85,37
10: Svært tilfreds	2569	14,63	100,00
Total:	17560	100	

Tabell 35: Fremtidsoptimisme

Fremtidsoptimisme	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke tilfreds i det hele tatt	153	0,88	0,88
1	88	0,51	1,39
2	172	0,99	2,38
3	352	2,03	4,41
4	436	2,51	6,92
5	1333	7,68	14,60
6	1416	8,16	22,76
7	2995	17,26	40,02
8	4261	24,55	64,57
9	3012	17,36	81,93
10: Svært tilfreds	3136	18,07	100,00
Total:	17354	100	

Tabell 36: Det man gjør i livet er meningsfylt

Det man gjør i livet er meningsfylt	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke meningsfylt i det hele tatt	255	1,46	1,46
1	138	0,79	2,25
2	283	1,62	3,87
3	525	3,01	6,88
4	602	3,45	10,33
5	1512	8,66	18,99
6	1680	9,63	28,62
7	2898	16,60	45,22
8	3763	21,56	66,79
9	2529	14,49	81,28
10: Svært meningsfylt	3268	18,72	100,00
Total:	17453	100	

Tabell 37: Ensomhet

Ensomhet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
-1	7291	41,78	41,78
0: Ikke ensom i det hele tatt	2365	13,55	55,33
1	2017	11,56	66,89
2	1382	7,92	74,81
3	862	4,94	79,75
4	1072	6,14	85,89
5	753	4,31	90,21
6	718	4,11	94,32
7	492	2,82	97,14
8	204	1,17	98,31
9	295	1,69	100,00
Total:	17451	100	

Tabell 38: Tillit til andre

Tillit til andre	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Kan ikke være for forsiktig	370	2,11	2,11
1	184	1,05	3,16
2	379	2,16	5,33
3	698	3,98	9,31
4	769	4,39	13,70
5	2169	12,38	26,08
6	1675	9,56	35,65
7	3107	17,74	53,39
8	3197	18,25	71,64
9	1633	9,32	80,96
10: Folk flest er til å stole på	3335	19,04	100,00
Total:	17516	100	

Tabell 39: Stedstilhørighet

Stedstilhørighet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Føler ikke tilhørighet overhodet	414	2,37	2,37
1	240	1,37	3,75
2	487	2,79	6,54
3	722	4,14	10,67
4	758	4,34	15,01
5	1700	9,74	24,75
6	1424	8,16	32,91
7	2179	12,48	45,39
8	2813	16,11	61,51
9	1971	11,29	72,80
10: Føler sterk grad av tilhørighet	4749	27,20	100,00
Total:	17457	100	

Tabell 40: Trygg i nærmiljøet

Trygg i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke trygg i det hele tatt	80	0,46	0,46
1	39	0,22	0,68
2	79	0,45	1,14
3	149	0,86	1,99
4	224	1,29	3,28
5	538	3,09	6,36
6	589	3,38	9,75
7	1371	7,87	17,61
8	2545	14,61	32,22
9	2904	16,67	48,89
10: Svært trygg	8906	51,11	100,00
Total:	17424	100	

Tabell 41: Engasjement

Engasjement	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke engasjert i det hele tatt	351	2,01	2,01
1	253	1,45	3,46
2	552	3,17	6,63
3	906	5,20	11,83
4	1224	7,02	18,84
5	2855	16,37	35,22
6	2470	14,17	49,38
7	3373	19,34	68,73
8	2892	16,59	85,31
9	1211	6,95	92,26
10: Svært engasjert	1350	7,74	100,00
Total:	17437	100	

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no