

NOTAT

2022

FOLKEHELSEUNDERSØKELSEN

Vestfold: helse og trivsel i 2015/2016 vs. 2021

Sammenlikning av et lite utvalg resultater

Folkehelseundersøkelsen – Vestfold: helse og trivsel 2015/2016 vs. 2021

Sammenlikning av et lite utvalg resultater

Rune Johansen

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Psykisk og fysisk helse
Avdeling for psykisk helse og selvmord
September 2022

Tittel: Folkehelseundersøkelsen – Vestfold: helse og trivsel 2015/2016 vs. 2021

Forfatter: Rune Johansen

Publikasjonstype: Notat

Kan lastes ned:

Notatet kan lastes ned som PDF Fra Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

Sitering: Johansen R. Folkehelseundersøkelsen – Vestfold: helse og trivsel 2015/2016 vs. 2021. Notat 2022. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.

Innhold

Hovedbudskap	4
Sammendrag	5
Innledning	5
Metode	5
Resultat	5
Diskusjon	5
Konklusjon	5
Key messages	6
Executive Summary	7
Introduction	7
Methods	7
Results	7
Discussion	7
Conclusion	7
Innledning	8
Bakgrunn	8
Avgrensing og problemstilling	8
Statistikk for deltakere i de to undersøkelsene	8
Justering for kjønn og alder	11
Utvalgte resultater	12
Trivsel og psykisk helse	12
Sosial støtte	15
Tobakk	16
Alkohol	18
Kosthold/BMI (KMI)	18
Trafikkstøy	19
Avsluttende kommentar	20

Hovedbudskap

Det ser ut som det har vært endringer i mange helse relaterte variabler i Vestfold fra 2015/2016 til 2021, noen negative, andre positive. Det ble registrert en økt forekomst av psykiske plager (HSCL), og en svak nedgang i andelen som rapporterer høy grad av trivsel (særlig blant de unge voksne). Det ble også observert en nedgang i andelen med høy sosial støtte, en økt hyppighet i alkoholbruk, færre som aldri drikker sukkerholdig drikke, færre som spiser frukt regelmessig, en økning i andelen med BMI over 30, og en økning i andelen som plages av trafikkstøy.

På den annen side var det en lavere andel som røyket daglig, en høyere andel som regelmessig bedrev fysisk aktivitet.

Sammendrag

Innledning

Det er viktig å kartlegge helsetilstanden til befolkningen regelmessig, sammen med relevante variabler som avdekker befolkningens helseatferd. På denne måten vil man raskt kunne oppdage endringer, både i atferd og i befolkningens helsetilstand. Folkehelseundersøkelser i fylkene, som FHI er ansvarlige for å gjennomføre, gir en slik mulighet, forutsatt at undersøkelsen gjennomføres tilstrekkelig ofte i hver fylkeskommune.

Høsten 2021 ble det gjennomført en slik undersøkelse i Vestfold-Telemark fylkeskommune, nesten seks år etter at man gjennomførte en pilotundersøkelse i gamle Vestfold fylkeskommune. Vi ønsket derfor å utnytte denne muligheten til å se om det hadde skjedd viktige endringer i Vestfold i løpet av disse årene.

Metode

Dette er en rent deskriptiv undersøkelse som kun kartlegger forekomst av svaralternativer for de ulike variablene som inngår, og vurderer om eventuelt observerte forskjeller er signifikante. Dataene har ikke vært gjenstand for inngående statistiske analyser.

Resultat

Det ble observert endringer i mange helserelevante variabler i Vestfold fra 2015/2016 til 2021, noen negative, andre positive. Det ble registrert en økt forekomst av psykiske plager (HSCL), og en svak nedgang i andelen som rapporterer høy grad av trivsel (særlig blant de unge voksne). Det ble også observert en nedgang i andelen med høy sosial støtte, en økt hyppighet i alkoholbruk, færre som aldri drikker sukkerholdige drikke, færre som spiser frukt regelmessig, en økning i andelen med BMI over 30, og en økning i andelen som plages av trafikkstøy.

På den annen side var det en lavere andel som røyket daglig, en høyere andel som regelmessig bedrev fysisk aktivitet.

Diskusjon

Funnene i denne rapporten gir en pekepinn på at det har vært endringer i noen sentrale variabler relatert til folkehelsen i Vestfold i perioden 2015 til 2021. Hvilke praktiske konsekvenser disse endringene har hatt for folkehelsen er vanskelig å si noe sikkert om, men det gir en indikasjon på hvilke variabler man bør sette fokus på. Man bør om mulig gjøre oppfølgende undersøkelser for å kvalitetssikre funnene, herunder vurdere hvilken betydning ulike statistiske utfordringer kan ha hatt for resultatene. Kan for eksempel forskjellene i innsamlingsplattform bidra til å forklare de observerte forskjellene? Har endringer i måten å samle inn data på, også ført til endringer i eventuelle seleksjonsmekanismer? Og hvilken rolle kan korona-pandemien ha hatt? Kan denne for eksempel bidra til å forklare endringer i kosthold, eller andre variabler?

Konklusjon

Selv om man bør gjennomføre grundigere analyser for hver enkelt variabel synes det som om det har vært viktige endringer for flere av variablene som inngår i undersøkelsen.

Key messages

There were observed changes in many health related variables in Vestfold from 2015/2016 to 2021, some negative, other positive. There was an increase in the prevalence of mental distress (an increased HSCL-5 score), and a weak reduction in the fraction reporting a high degree of thriving (in particular among young adults). Moreover, there was observed a decrease in the fraction reporting high social support, a decrease in the fraction never drinking beverages containing sugar, a lower fraction eating fruits regularly, an increase in the fraction having BMI above 30, and an increase in the fraction being exposed to traffic noise.

On the other hand, the fraction who smoked on a daily basis decreased, while a higher fraction of reported that they exercised regularly.

Executive Summary

Introduction

It is important to regularly monitor the health status of the population, together with relevant variables concerning the health behaviour of the population. This makes it possible to quickly detect changes, both in behaviours and health. Public health surveys in the Norwegian counties, which were established in 2018, NIPH being responsible for the data collection, provides such an opportunity, if the survey is performed regularly in every county.

During the fall 2021 such a survey was conducted in Vestfold-Telemark county, almost six years after there was performed a pilot survey in the old Vestfold county. We wished to use this opportunity to find out whether significant changes had occurred in Vestfold during these years.

Methods

This was a purely descriptive work, monitoring the prevalence of the various possible answers for each variable, and examine whether observed changes were statistically significant. The data were not subject to excessive statistical analyses.

Results

Changes were observed in many of the health related variables in Vestfold from 2015/16 to 2021, some negative, others positive. It was detected an increase in the prevalence of mental distress (HSCCL-5 score), and a weak decrease in the fraction reporting high degree of thriving, in particular among young adults. It was also observed a decrease in the fraction reporting high levels of social support, an increased frequency in alcohol consumption, there were a lower fraction reporting that they never drink beverages containing sugar, and a lower fraction eat fruits regularly. There was an increase in the fraction having BMI above 30, og an increase in the fraction reporting that they are exposed to traffical noise.

On the other hand, there was observed a lower fraction smoking daily, and a higher fraction who exercise regularly.

Discussion

The findings in the present report suggest that there have been changes in variables closely associated with public health during the period from 2015 to 2021. It is hard to say which practical consequences this may have had for the public health. However, the report indicates which variables one should put extra focus upon. If possible, one should perform additional studies in order to confirm the findings, including an assessment of how various statistical challenges may have affected the results. As an example, one might ask whether the use of a purely web-based data collection, in stead of a combined survey using postal questionnaire besides web and phone, can (partly) explain the observed differences. Have these differences somehow strengthened different selection mechanisms? Another example is potential changes due to the covid-19 pandemic. E.g., could the pandemic explain the observed dietary changes?

Conclusion

Even if one should perform supplementary analyses for each variable, it seems that there have been significant changes in several health-related variables that are included in the survey.

Innledning

Bakgrunn

Vinteren 2015-2016 ble det gjennomført en pilotundersøkelse for helseundersøkelser i fylkene i Vestfold og Agder (den gangen delt i Aust-Agder og Vest-Agder). Selve datainnsamlingen ble i Vestfold gjennomført i desember 2015 og januar 2016, og ferdige data forelå første halvdel av 2016. Det ble samlet inn data via tre plattformer. De inviterte deltagerne fikk først anledning til å svare via postalt skjema, eller elektronisk skjema via web. Hvis de ikke hadde svart innen to uker ble de forsøkt oppringt, med muligheten for å svare via telefonintervju. I Vestfold var det 8000 inviterte, og med en responsrate på 43 % ga dette et nettutvalg på 3443.

Da FHI satte fylkeshelseundersøkelsene, også kalt folkehelseundersøkelsene, i produksjon nasjonalt i 2018 ble det bestemt at undersøkelsen skulle gjennomføres rent elektronisk. Den store fordelten med dette var at man kunne invitere langt flere til deltakelse, med langt større nettutvalg som resultat. Vestfold og Telemark fylkeskommune gjennomførte høsten 2021 en ny undersøkelse, som for Vestfold-delen ga et nettutvalg på 19200, og en responsrate på snaut 40 prosent.

Siden Telemark ikke var med på pilotundersøkelsen i 2016, er det her kun sett på data fra Vestfold. Kommunestrukturen i Vestfold var annerledes i 2016 enn i dag. Dette er tatt høyde for gjennom å aggregere data fra 2016, slik at kommuneinndelingen ble den samme i de to undersøkelsene. Siden 2015 har Svelvik kommune blitt en del av Drammen i Buskerud/Viken, og de 74 deltagerne fra Svelvik i 2015 er nå tatt ut, slik at nettutvalget består av 3369 individer.

Det har vært gjennomført flere revisjoner av spørreskjemaet siden gjennomføringen av pilotundersøkelsen i 2015/2016. Noen spørsmål har blitt tatt ut, nye spørsmål har kommet til, og det har blitt gjennomført noen justeringer av svarkategoriene. Derfor kan man ikke uten videre sammenlikne resultatene, og bruke undersøkelsene til å studere endringer. Men det er noen spørsmål som fortsatt er med i opprinnelig versjon, og som derfor kan brukes. Selv om spørsmålene er det samme er det heller ikke sikkert at det har skjedd endringer, og selv om det er observerte endringer, bør man justere data for eventuelle sosiodemografiske endringer, for å sjekke om endringene i utfallsvariabler skyldes slike endringer.

Avgrensning og problemstilling

Det er hovedsakelig inkludert tre områder der de mest interessante endringene ble observert; psykisk helse, tobakksbruk og kosthold. Det ble observert en klar økning i forekomsten av psykiske plager, representert ved andelen med høy HSCL-skår, fra ca. 10 % til nesten 15 %. Det ble også observert en klar nedgang i andelen dagligrøyking, men en tilsvarende økning i andelen som snuser daglig. Til slutt så vi at andelen med høy BMI (>30) hadde økt betydelig i to aldersgrupper, noe som var konsistent med data om kosthold. Mer spesifikt antydte slike data økt hyppighet i bruk av sukkerholdig drikke, og sjeldnere konsum av frukt og bær.

Det henvises ellers til resultatrapport for 2015/16 undersøkelsen

(<https://www.vtfk.no/meny/tjenester/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/folkehelseoversikt/folkehelseundersokelsen/>) og 2021 undersøkelsen (<https://www.vtfk.no/meny/om-regionen/folkehelseundersokelsen/>), for mer utfyllende detaljer om de to undersøkelsene, spørsmål i spørreskjema og flere resultater.

Statistikk for deltakere i de to undersøkelsene

Nedenfor vises en oversikt over antall deltakere i hver kommune, hvordan aldersfordelingen blant deltakere var i de to undersøkelsene og et innblikk i landbakgrunn. I 2015 var det 47,3 %

menn og 52,7 % kvinner med i undersøkelsen. I 2021 hadde kvinneandelen økt. Da besto utvalget av 45,9 % menn og 54,1 % kvinner.

Tabell 1: Kommunevis fordeling av antall deltakere og respons

Kommunenr	Kommune	2015	2021
3801	Horten	382 (11,3 %)	2 234 (11,6 %)
3802	Holmestrand	314 (9,3 %)	1 835 (9,6 %)
3803	Tønsberg	761 (22,6 %)	4 491 (23,4 %)
3804	Sandefjord	856 (25,4 %)	4 779 (24,9 %)
3805	Larvik	656 (19,5 %)	3 617 (18,8 %)
3811	Færder	400 (11,6 %)	2 244 (11,7 %)
	Totalt	3369	19 200

Som tabell 1 viser var den kommunevise fordelingen omtrent identisk i de to undersøkelsene. Kommuneinndelingen var annerledes i 2015 enn i dag, men vi har aggregert data fra 2015 slik at de er konsistente med den nye kommuneinndelingen.

Tabell 2: Aldersfordeling

Aldersgruppe	2015	2021
18-24	6,1 %	6,5 %
25-44	23,4 %	26,5 %
45-66	42,7 %	45,7 %
67-75	16,7 %	15,2 %
76+	11,0 %	6,2 %

Tabell 2 viser at det er kun i den eldste aldersgruppen at det er stor forskjell i deltagelse mellom 2015 og 2021. Dette skyldes trolig overgangen fra en kombinasjon av postalt og elektronisk spørreskjema og telefonintervju ved innsamling av data, til en rent elektronisk undersøkelse, som erfaringsmessig ekskluderer flere deltagere blant de eldre.

Tabell 3: Fødeland

Landområde	2015	2021
Norge	3122 (90,7 %)	17500 (91,1 %)
Norden	80 (2,3 %)	366 (1,9 %)
Vest-Europa	63 (1,8 %)	334 (1,7 %)
Øst-Europa	69 (2,0 %)	433 (2,3 %)
Afrika	25 (0,7 %)	91 (0,5 %)
Asia	64 (1,8 %)	335 (1,7 %)
Latin-Amerika	7 (0,2 %)	63 (0,3 %)
USA/Canada	12 (0,3 %)	64 (0,3 %)
Oseania	4 (0,1 %)	14 (0,1 %)
Totalt	3443	19200

Som tabell 3 viser var 9,4 % av deltagerne i 2015 ikke født i Norge, mens i 2021 var andelen 8,9 %. Dette er drøyt halvparten av andelen ikke født i Norge i Vestfold (ca. 15 % i 2015, ca. 18 % i 2021). Det var med andre ord en underrepresentasjon på ca. 50 %. Dette er tilsvarende det man har observert i andre undersøkelser. Med etableringen av elektronisk svarplattform, og muligheten dette gir for å invitere flere til deltagelse, får man likevel et såpass stort nettutvalg at man får med mange deltagere født i andre land. Det er likevel såpass få født i for eksempel Afrika og Latin-Amerika, at man kan bryte disse delutvalgene ned på enkeltland. Derfor har dataene begrenset nytte med tanke på forskning på immigrasjonsbefolkningen.

Tabell 4 nedenfor viser landbakgrunn i 2015 vs. 2021. Som tabellen viser, var det en forskjell mellom de to årene. I 2015 ble landbakgrunn innhentet fra register. I 2021 ble landbakgrunn regenerert på bakgrunn av selvrapporterte fødeland for respondent med foreldre, gitt SSBs definisjon, som også brukes som grunnlag i registre. Andelen med norsk landbakgrunn var som man ser seks prosentpoeng høyere i 2021 sammenliknet med 2015. Det er uklart hva denne observerte forskjellen egentlig består i, men som tabellen viser var avvikene størst blant de med nordisk eller vest-europeisk bakgrunn. For deltagere med bakgrunn fra andre steder var forskjellene ubetydelige.

Tabell 4: Landbakgrunn 2015 vs. 2021

Landområde	2015	2021
Norge	2887 (83,9 %)	17265 (89,9 %)
Norden	191 (5,5 %)	464 (2,4 %)
Vest-Europa	128 (3,7 %)	385 (2,0 %)
Øst-Europa	81 (2,4 %)	472 (2,5 %)
Afrika	28 (0,8 %)	93 (0,5 %)
Asia	73 (2,1 %)	365 (1,9 %)
Latin-Amerika	11 (0,3 %)	65 (0,3 %)
USA/Canada	40 (1,2 %)	75 (0,4 %)
Oseania	4 (0,1 %)	16 (0,1 %)
Totalt	3443	19200

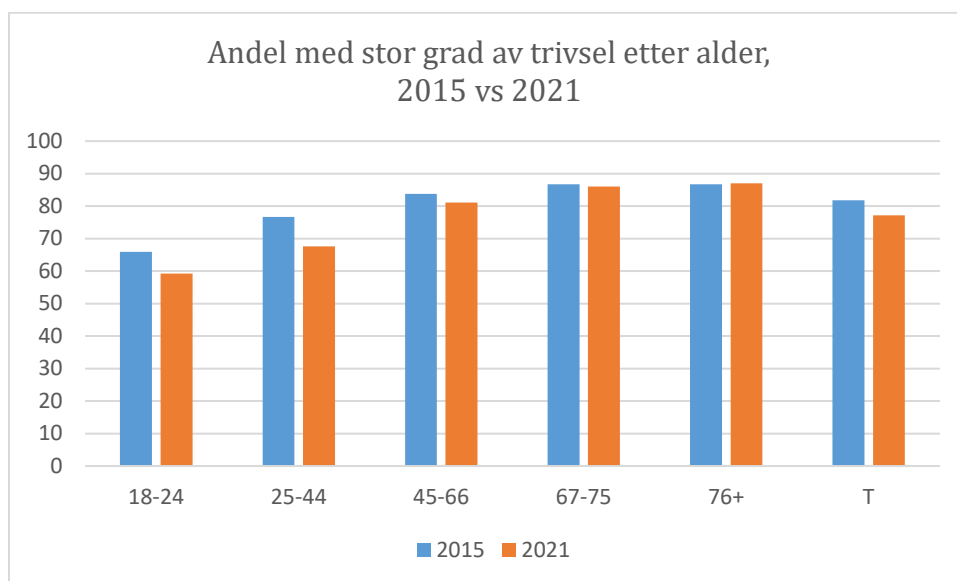
Justering for kjønn og alder

De observerte endringene i fordeling med hensyn på alder og kjønn fra 2015 til 2021 indikerer at man bør justere for disse variablene for å sjekke om observerte forskjeller i forskjellige variabler kan forklares med slike endringer. Mer spesifikt har vi justert 2021-tallene med vektorer som om utvalget hadde vært likt fordelt på alder og kjønn som i 2015. En slik justering gjør tallene mer sammenliknbare. Det må imidlertid understrekes at justeringen ikke er foretatt med hensyn på befolkningssammensetningene i Vestfold i de to årene. Det må også understrekes at observerte forskjeller på gruppenivå, for eksempel forskjeller i andelen med høy HSCL-skår i de to årene, ikke berøres av dette.

Utvalgte resultater

Trivsel og psykisk helse

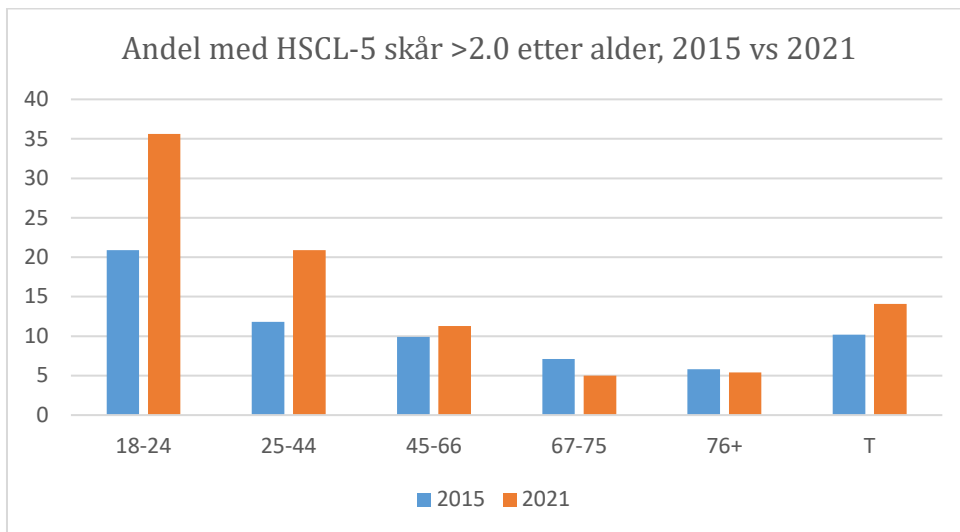
Figur 1: Andel i prosent med stor grad av trivsel etter alder



Figur 1 viser at det var lavere andel med stor grad av trivsel i de to yngste aldersgruppene både i 2015 og 2021. Men enda viktigere var det i disse to aldersgruppene hvor vi observerte en signifikant nedgang i trivsel fra 2015 til 2021. Totalt sett falt andelen med høy grad av trivsel fra 81,8 % til 77,2 % fra 2015 til 2021. Justering med hensyn på alder og kjønn endret andelen i 2021 til 77,9 %, som indikerer at nedgangen i andelen med høy grad av trivsel er reell.

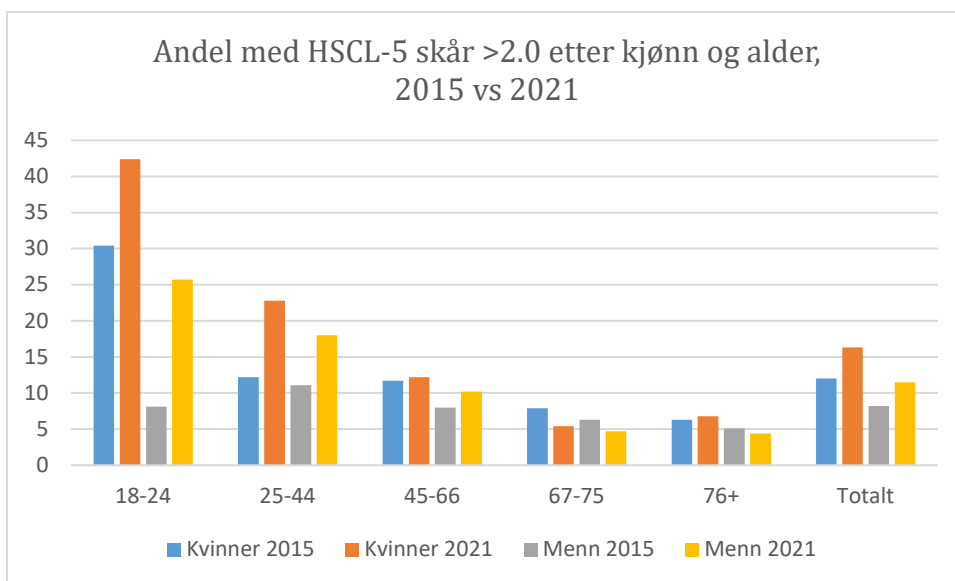
Totalt sett har andelen med høy HSCL-skår økt fra 10,2 % i 2015 til 14,1 % i 2021. Justering med hensyn på alder og kjønn gjør at andelen med høy HSCL-skår synker til 13,4 % i 2021. Dette viser at en del av den observerte endringen kan forklares med demografiske forskjeller i de to utvalgene. Men det at ikke hele endringen forsvinner med justering tyder på at noe av økningen faktisk er reell. Det er vanskelig å avgjøre hva en slik økning kan skyldes. Den mest nærliggende forklaringen er muligens at det har vært en covid-effekt, pga. restriksjoner og økt bekymring i befolkningen, og at denne har vært tydeligst blant de yngste. Det er også mulig at et økt søkelys på psykisk helse blant unge også har gjort sitt.

Figur 2: Andelen i prosent med HSCL>2.0, etter alder.



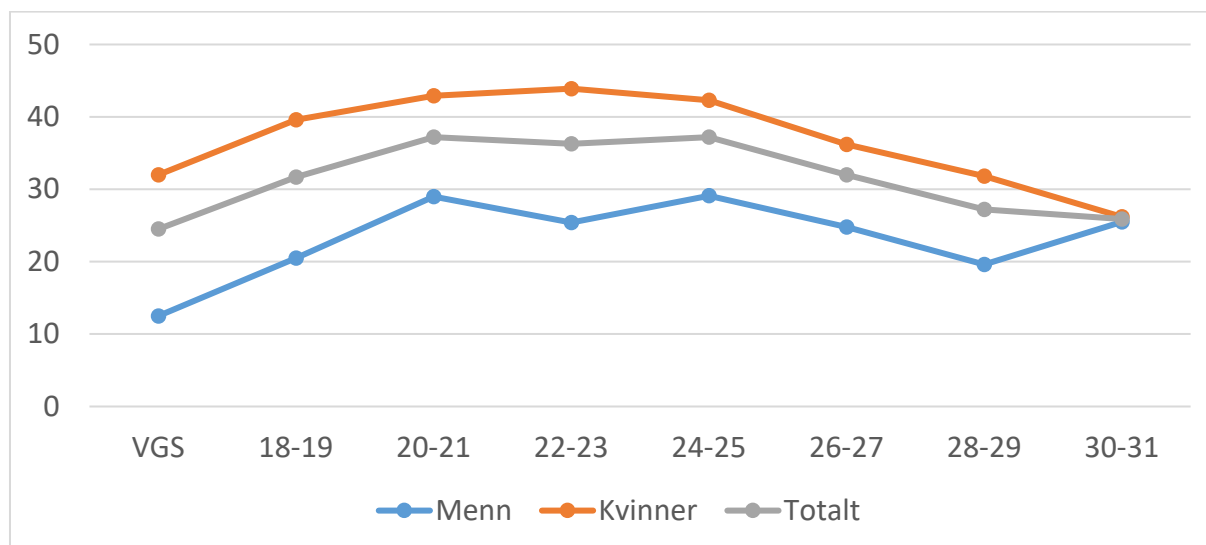
Figur 2 ovenfor viser at det har vært en betydelig økning i andelen med høy HSCL-skår i de to yngste aldersgruppene. I den yngste aldersgruppen; 18-24 år, var det mer enn 35 % som skåret over 2,0 på HSCL i 2021.

Figur 3: Andelen i prosent med høy HSCL-skår etter alder og kjønn



Som Figur 3 viser var det en sterk økning i HSCL-skår i de to yngste aldersgruppene for begge kjønn. Nivået var som forventet høyere blant kvinnene, men den relative økningen var sterkere blant mennene (grå og gule søyler).

Figur 4: Andel i prosent med høy HSCL-skår etter alder og kjønn i 2021; toårige aldersgrupper



Figur 4 viser utviklingen i HSCL-skår med hensyn på alder i 2021 for begge kjønn. For videregående skole (VGS) har vi hentet inn data fra Ungdata, i alle kommunene i Vestfold, og der vi har vektet disse etter befolkningstall. Det må presiseres at tallene for videregående skole er vektet over de tre klassetrinnene. I tillegg er HSCL skåret på en noe annen måte i Ungdata, slik at det ikke uten videre sikkert at tallene fullt ut er sammenliknbare. Men figuren antyder uansett at det er en økning i HSCL fra ungdomsårene og frem til begynnelsen av tyveårene, før nivåene begynner å avta. Kurven for mennene er mer «hakkete» noe som reflekterer at gruppene blir små når man deler alder inn i toårige grupper.

Tabell 5: Sammenheng mellom innsamlingsplattform, alder og andel med HSCL-5 skår >2,0 i 2015

	18-24	25-44	45-66	67-75	76+	Totalt
Postalt	15,5 %	11,9 %	10,0 %	7,4 %	5,8 %	9,6 %
WEB	37,9 %	14,1 %	10,9 %	6,3 %	-	13,5 %
Telefon	7,4 %	4,5 %	6,9 %	6,3 %	11,1 %	6,4 %
Totalt	20,9 %	11,8 %	10,0 %	7,2 %	5,8 %	10,2 %

Som Tabell 5 viser var det 13,5 % (95 av 705) blant de som hadde svart via web i 2015 som hadde HSCL-5 skår >2,0, mens de tilsvarende tallene for de som hadde svart postalt eller på telefon var henholdsvis 9,6 % (213 av 2227) og 6,4 % (17 av 266), totalt sett 10,2 % (325 av 3198). Dette viser at det var en seleksjon til stede med tanke på valg av svarplattform. Hvis vi bruker tallene for de som har svart via web som sammenlikningsgrunnlag ser vi at andelen med HSCL-5 skår >2,0 ikke har endret seg særlig, sett alle aldersgrupper under ett.

Nå var det ingen i den eldste aldersgruppen som svarte via web i 2015, jfr. Tabell 5, men i den nest eldste aldersgruppen, 67-75 år, var det en tendens til at de som svarte via web hadde bedre psykisk helse enn de som svarte postalt. Det syntes altså som om det var en seleksjon blant de

eldre med tanke på hvem som svarte via web. Blant de yngste derimot var det motsatt; andelen med høy HSCL var mye høyere i gruppen som svarte via web, enn via andre plattformer.

Sosial støtte

Sosial støtte ble målt med Oslo-3 skalaen, bestående av tre spørsmål; antall nære sosiale kontakter, hvor stor interesse andre viser for det man driver med, og hvor lett det er å få hjelp ved behov. Ett av spørsmålene hadde fire svarkategorier, de to andre hadde fem, noe som ga en totalskår mellom 3 og 14. Ved dikotomisering ble det valgt et cut-off på 10, som grensen for høy sosial støtte.

Tabell 6: Totalskår sosial støtte, gjennomsnitt, standardavvik og konfidensintervall

År	N	Snitt	stdev	95 % CI
2015	2 722	10,768	2,01262	[10,69, 10,84]
2021	19 027	10,608	2,06162	[10,58, 10,64]

Den sosiale støtten var i gjennomsnitt høyere i 2015 enn i 2021 (tabell 6), og siden konfidensintervallene ikke overlapper var skårene i 2015 statistisk signifikant høyere enn i 2021. Det er imidlertid uklart hvilken praktisk betydning dette skulle ha.

Hvis vi ser på andelen med høy sosial støtte, så var den på 75,4 % i 2015 mot 73,5 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering endret andelen med høy HSCL-skår i 2021 til 73,7 %, noe som antyder at kun en liten del av den observerte endringen kan forklares av demografiske forskjeller i de to utvalgene. For menn var andelen med høy sosial støtte i 2015 på 75,2 %, mens for kvinner var den tilsvarende andelen 75,6 %. I 2021 var andelen henholdsvis 71,3 % for menn og 75,3 % for kvinner, noe som viser at mesteparten av den observerte nedgangen var blant mennene.

For menn var det en nedgang i alle aldersgrupper, men nedgangen var sterkest i de yngste aldersgruppene. For de mellom 18 og 24 år gikk andelen med høy sosial støtte ned fra 74,7 % til 68 %, mens i aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år var nedgangen fra ca. 75 % til 70 %. I de to eldste aldersgruppene var nedgangen ubetydelig.

For kvinner var endringene mindre entydige. I de to eldste aldersgruppene observerte man en økning i andelen med høy sosial støtte, fra ca. 70-72 % til ca. 76 %. Dette kan peke i retning av kraftig seleksjon blant de eldre kvinnene, trolig på grunn av svarplattform. I aldersgruppene 25-44 og 45-66 var det en moderat nedgang i andelen med høy sosial støtte på 1-3 prosentpoeng (fra 77-78 % til 75-76 %), mens i den yngste aldersgruppen gikk andelen med høy sosial støtte ned fra 69,5 % til 67,6 %.

Tallene indikerer at man spesielt bør rette fokuset mot nedgang i sosial støtte hos unge menn, der nedgangen var spesielt sterk. Det er vanskelig å si noe om mulige årsaker til den observerte nedgangen, men en mulig forklaring er covid-19 pandemien, og (midlertidig) tap av arbeid, siden arbeidsplassen er en viktig sosial arena for mange.

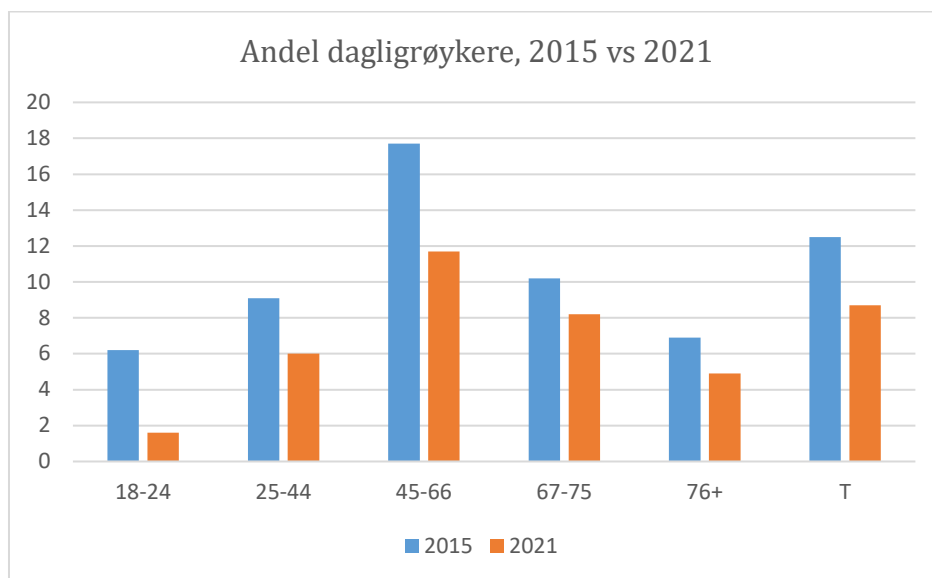
Fysisk aktivitet

Spørsmålet om hyppighet i fysisk aktivitet hadde seks svarkategorier, fra «aldri» til «daglig». Vi dikotomiserte ved å samle de som oppga at de trente minst en gang i uken eller oftere. Andelen som rapporterte at de trente minst en gang per uke økte fra 80,3 % til 84,2 % fra 2015 til 2021, og justering med hensyn på alder og kjønn forandret ingenting, noe som peker i retning av at økningen er reell.

Andelen kvinner som rapporterte at de var fysisk aktive ukentlig eller oftere økte fra 83,3 % til 86,7 %, mens den tilsvarende andelen menn økte fra 77,2 % til 81,1 %. så andelen kvinner som bedriver fysisk aktivitet ukentlig eller oftere var ca. fem prosentpoeng høyere enn den tilsvarende andelen menn.

Tobakk

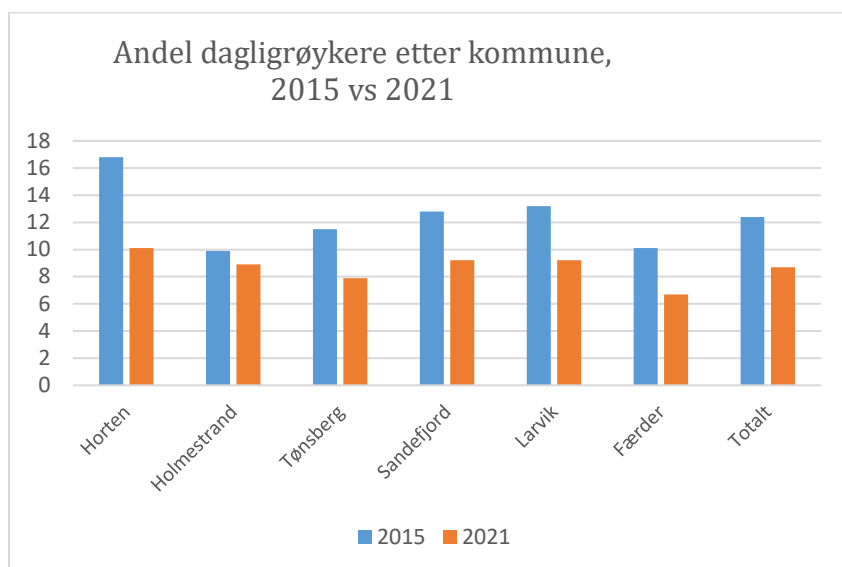
Figur 5: Andel dagligrøykere i prosent etter alder, 2015 vs. 2021



Andelen dagligrøykere gått ned i alle aldersgrupper fra 2015 til 2021 (figur 5), men nedgangen har vært spesielt stor i de tre yngste gruppene. Andelen dagligrøykere i den yngste aldersgruppen var kun rundt 1,5 % i 2021, noe som viser at rekrutteringen til røyking nesten har opphørt. Det var også en betydelig nedgang i andelen dagligrøykere i aldersgruppene 25-44 og 45-66, noe som indikerer at mange slutter å røyke daglig.

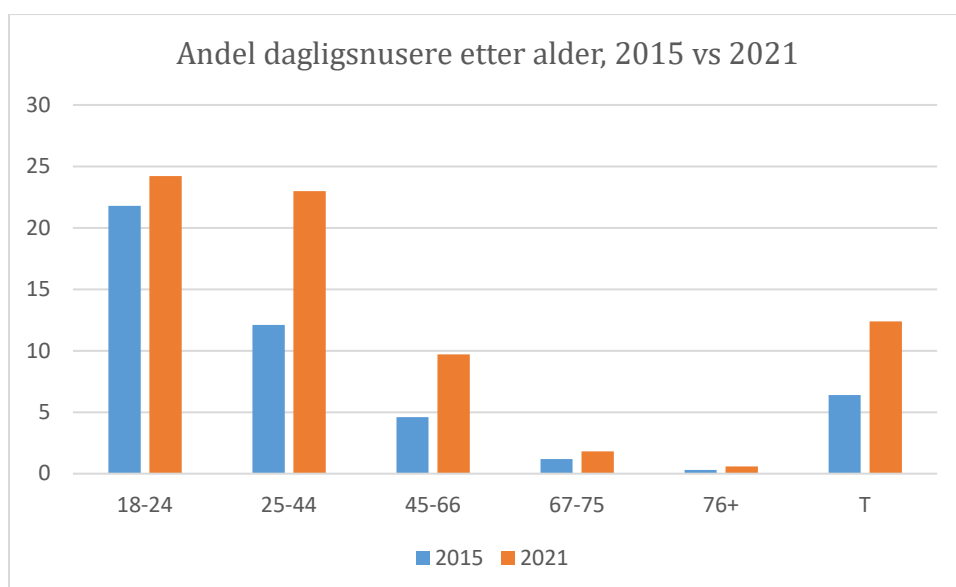
Totalt sett falt andelen dagligrøykere fra 12,5 % i 2015 til 8,7 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering av 2021-tallene reduserte andelen da til 8,5 %, som indikerer at nedgangen ikke kan forklares med demografiske forskjeller på de to utvalgene.

Figur 6: Andelen dagligrøykere i prosent etter kommune, 2015 vs. 2021



Som figur 6 viser har det vært en klar nedgang i andelen dagligrøykere i alle kommunene i Vestfold fra 2015 til 2021. Andelen dagligrøykere var i 2015 spesielt høy i Horten. Andelen er fortsatt høyest i Horten, men der har også nedgangen vært sterkest, slik at nivået i 2021 ikke er veldig mye høyere enn i de andre kommunene.

Figur 7: Andelen i prosent som snuser daglig, 2015 vs. 2021



Figur 7 viser at det var en økning i andelen som snuser daglig fra 6,4 % i 2015 til 12,4 % i 2021. Justering med hensyn på alder og kjønn reduserte andelen i 2021 til 11,6 %, noe som indikerer at den observerte endringen ikke kan forklares alene med demografiske forskjeller på de to utvalgene. Det var en liten økning i den yngste aldersgruppen, men den sterkeste økningen så vi i de to neste aldersgruppene. Økningen der tilsvarer nedgangen i andelen dagligrøykere i de samme aldersgruppene, noe som tyder på at mange av de som slutter å røyke begynner å bruke snus, enten i et forsøk på avvenning, eller som substitutt.

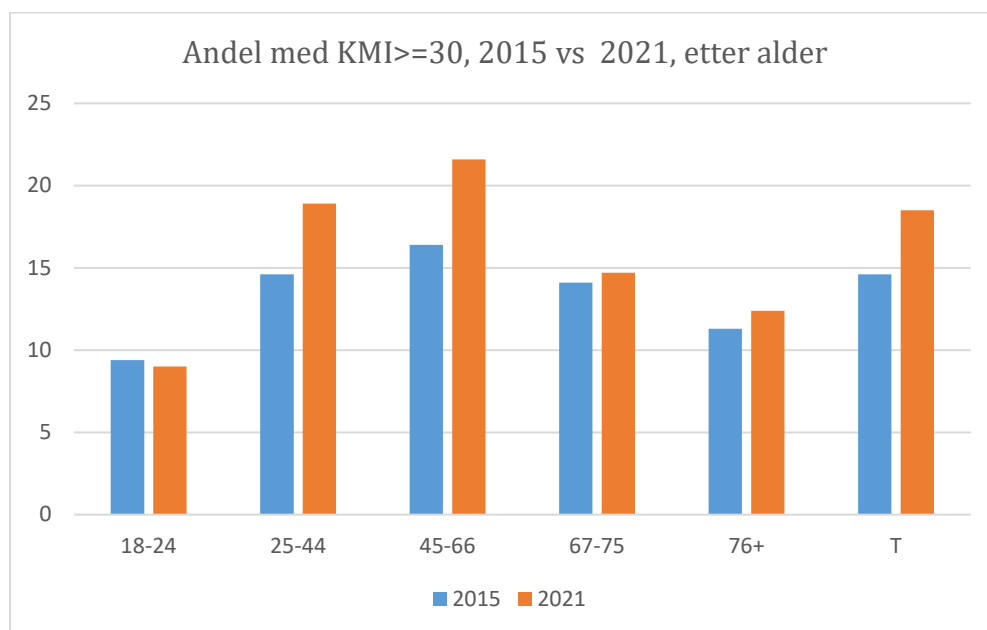
Alkohol

Undersøkelsen inkluderte fire spørsmål om alkoholkonsum. Det første spørsmålet var om man noen gang hadde drukket alkohol, de tre siste var hentet fra AUDIT-C. Andelen som rapporterte at de drakk alkohol 2-3 dager per uke eller oftere økte fra 27,2 % til 28,2 % fra 2015 til 2021. Justering for alder og kjønn økte andelen til 29,3 % i 2021, noe som tyder på at det har vært en økning i hyppighet i alkoholbruk. På den annen side kan spørsmålet om man noen gang har drukket alkohol ha ekskludert mange fra kategoriene aldri eller sjeldnere enn ukentlig, slik at den høyere observerte andelen kan være en konsekvens av spørreskjemaets utforming. Mer spesifikt kan det først å sile ut de som aldri har drukket alkohol redusere andelen som ikke drikker i det første spørsmålet i AUDIT, og følgelig kan andelen som rapporterer at de drikker regelmessig øke som en følge av dette.

Andelen menn som drikker 2-3 ganger per uke eller oftere økte fra 32,8 % til 33,8 %, mens den tilsvarende andelen kvinner økte fra 22,2 % til 23,3 %. Andelen menn som drikker regelmessig er med andre ord i størrelsesklasse ti prosentpoeng høyere enn andelen kvinner.

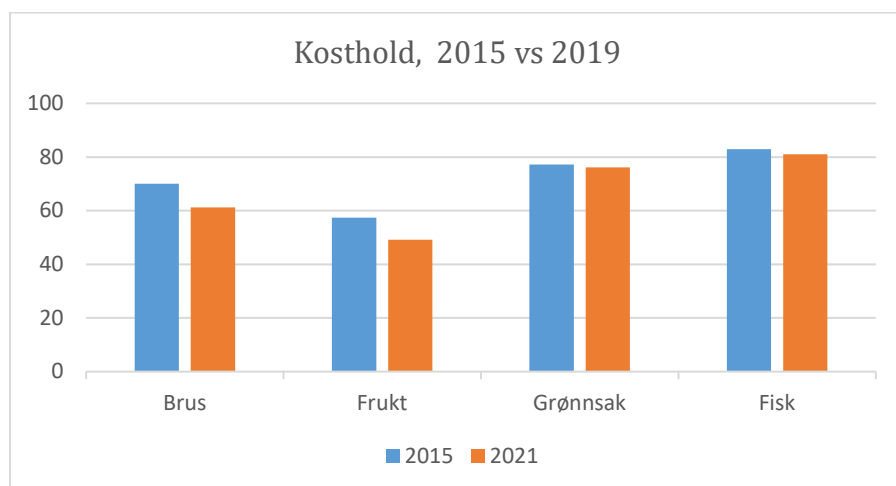
Kosthold/BMI (KMI)

Figur 8: Andelen i prosent med BMI \geq 30 etter alder, 2015 vs. 2021



Som Figur 8 viser var det en økning i andelen med BMI over 30 i aldersgruppene 25-44 og 45-66, men ingen stor endring i de andre aldersgruppene. Totalt sett økte andelen med BMI over 30 fra 14,6 % i 2015 til 18,5 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering reduserte andelen i 2021 til 18,1 %, så økningen kan ikke forklares med demografiske forskjeller på utvalgene alene.

Figur 9: Kosthold 2015 vs. 2021, andel som regelmessig konsumerer ulike typer matvarer



Søylene i figur 9 for «brus» viser andelen som har drukket sukkerholdig leskedrikk sjeldnere enn ukentlig i 2015 vs. 2021. Som vi ser har denne andelen gått ned, slik at det generelt sett drikkes slik drikk oftere. Søylene for «frukt» viser andelen som har spist frukt eller bær fire dager i uken eller oftere. Som figur 9 viser har denne andelen gått ned. Andelen som spiste grønnsaker minst fire dager i uken, og fisk minst en gang i uken holdt seg relativt konstant.

For sukkerholdig drikk falt andelen fra 70,0 % i 2015 til 61,2 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering økte nivået i 2021 til 62,3 %. For fruktspising falt andelen fra 57,4 % i 2015 til 49,1 % i 2021. Justering med hensyn på kjønn og alder økte andelen i 2021 til 50,3 %. For grønnsaksspising var andelen 77,2 % i 2015, og 76,1 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering ga andelen 76,2 % i 2021. Andelen som spiste fisk minst en gang i uka var 82,9 % i 2015, og falt moderat til 80,9 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering endret andelen til 81,8 % i 2021.

For sukkerholdige leskedrikker, frukt og grønnsaker er det store kjønnsforskjeller. I 2021 var det kun 54,3 % av mennene som drikker sukkerholdig leskedrikk sjeldnere enn ukentlig, mens for kvinnene var andelen 67,2 %. Det var 40,3 % av mennene og 56,5 % av kvinnene som spiste frukt minst fire ganger i uka i 2021, mens det var 68,7 % av mennene og 82,3 % av kvinnene som spiste grønnsaker minst fire ganger per uke. Det var kun små kjønnsforskjeller i fiskespising.

Trafikkstøy

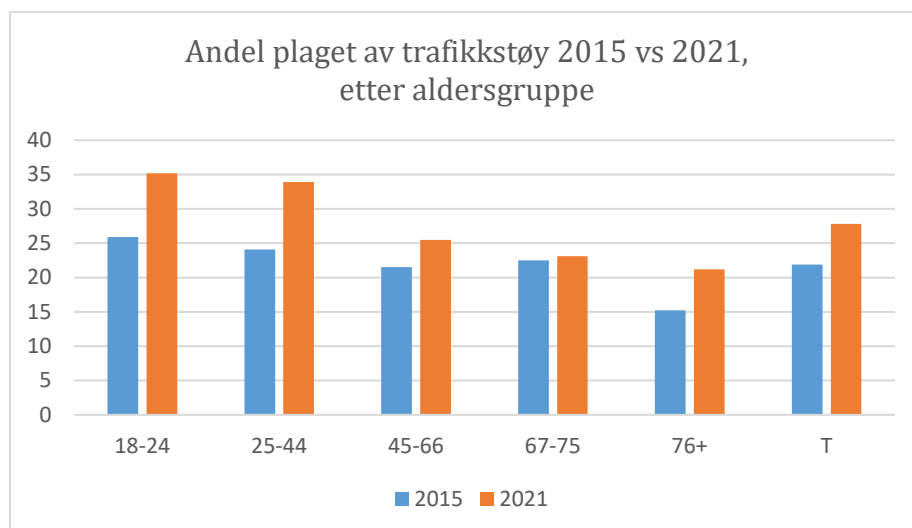
Andelen som rapporterte at de var plaget av trafikkstøy i større eller mindre grad økte fra 21,9 % i 2015 til 27,8 % i 2021. Alders- og kjønnsjustering endret 2021-tallene til 27,2 %, slik at bare en liten del av den observerte økningen kan tilskrives demografiske forskjeller på utvalgene.

Tabell 7: Trafikkstøy 2015 vs 2021

År	Ikke plaget	Litt plaget	Middels plaget	Mye plaget	Svært mye plaget
2015	78,1 %	14,5 %	4,5 %	2,3 %	0,6 %
2021	72,2 %	17,3 %	5,9 %	2,8 %	1,8 %

Tabell 7 antyder en økning i rapportert plage fra trafikkstøy. Svarene var relativt likt fordelt på de fire svaralternativene, litt, middels, mye og svært mye plaget. For øvrig var yngre mer plaget enn eldre; og kvinner noe mer plaget enn menn. I den yngste aldersgruppen rapporterte 25,9 % i 2015 og 35,2 % i 2021 at de var plaget av trafikkstøy, mens de tilsvarende tallene i den eldste aldersgruppen var henholdsvis 15,2 % i 2015 og 21,2 % i 2021. Den observerte økningen i opplevdd trafikkstøy var altså sterkest i de yngste aldersgruppene. Det var 22,6 % av kvinnene som var plaget av trafikkstøy i 2015, mot 21,1 % av mennene, mens i 2021 var det 28,3 % av kvinnene som var plaget av trafikkstøy, mot 27,1 % av mennene.

Figur 10: Andel i prosent plaget av trafikkstøy 2015 vs. 2021, etter aldersgruppe



Avsluttende kommentar

Verdien av helseundersøkelser øker ved at de gjentas. To målepunkter er lite, men representerer en begynnelse for å observere tidstrender. Over tid kan mønstre oppdages, noe som gir grunnlag for dypere refleksjoner over hva som kan ligge bak disse. Generelt skjer endringer for de fleste av temaene og variablene dekket i denne undersøkelsen over lang tid, og derfor anses en gjentakelse av undersøkelsen med passende mellomrom, gjerne hvert 3. eller 4. år, som mest hensiktsmessig.

Når man skal sammenlikner resultatene fra undersøkelsene i 2015/2016 og 2021, er det noen ting det er viktig å være oppmerksom på. Det ene er ulikheten mellom hvordan de to undersøkelsene ble gjennomført i forhold til svarplattformer og antall inviterte deltakere, som godt belyst i rapporten. I tillegg, er det viktig å være oppmerksom på store samfunnsendringer, om enn midlertidige, mellom de to undersøkelsene. Undersøkelsen i 2021 ble gjennomført ett og et halvt år etter starten av koronapandemien, med usikkerhet i befolkningen og lange perioder med mange restriksjoner i forhold til sosialt samvær. Selve gjennomføringen foregikk likevel i en periode av pandemien der samfunnet var forholdsvis åpent. Det er vanskelig å vite helt sikkert hvordan dette har påvirket resultatene, men kanskje får vi en enda bedre forståelse for dette ved neste gjennomføring av undersøkelsen.

Utgitt av Folkehelseinstituttet

September 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no