RAPPORT

2025

Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024

En digital og postal spørreskjemaundersøkelse

FHI
Folkehelseinstituttet

Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024

En digital og postal spørreskjemaundersøkelse

Marit Knapstad

Ingebjørg Louise Rockwell Djupedal

Ragnhild Bang Nes

Thomas Sevenius Nilsen

Leif Edvard Aarø

Øystein Vedaa

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for folkehelse og forebygging
Avdeling for helsefremmende arbeid
April 2025

Tittel:
Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024
En digital og postal spørreskjemaundersøkelse

Forfatter(e):

Marit Knapstad

Ingebjørg Louise Rockwell Djupedal

Ragnhild Bang Nes

Thomas Nilsen

Leif Edvard Aarø

Øystein Vedaa

Oppdragsgiver:
Bergen kommune

Prosjektnummer:

Publikasjonstype:

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

ISBN elektronisk utgave:
978-82-8406-495-6

Emneord: Livskvalitet, Helse, Sosiale relasjoner, Funksjonsnivå, Eldre, Bergen kommune, Survey, Datainnsamlingsmetode.

Forord

Etter søknad fra Avdeling for helsefremmende arbeid ved Folkehelseinstituttet innvilget Alrek og Hegermannstiftelsen i 2023 støtte til et forskningsprosjekt med tittelen «Ensomhet og livskvalitet blant eldre». Prosjektet ble startet opp høsten 2023 og avsluttet i 2024. Prosjektet omfattet tre delprosjekter:

1. Utarbeide søknad om kobling av data fra Folkehelseundersøkelsen i Vestland i 2022 mot registerdata for å sammenligne deltakere og ikke-deltakere blant eldre.

2. Planlegge en postal datainnsamling blant eldre med formål å sammenligne resultatene på utfallsmål som psykiske plager, ensomhet og livskvalitet med data som er samlet inn digitalt.

3. Gjennomføre en kvalitativ undersøkelse av ensomhet blant eldre.

Den foreliggende rapporten dreier seg om videreføring av det arbeidet som ble satt i gang under den andre av disse delstudiene. Planleggingen av en kombinert digital og postal datainnsamling ble avsluttet våren 2024. Bergen kommune bevilget deretter midler til datainnsamlingen og søkte i tillegg om midler fra Vestland fylkeskommune. Søknaden ble innvilget. Datainnsamlingen ble gjennomført i oktober 2024.

De statistiske analysene som ligger til grunn for resultatene som er presentert i denne rapporten er gjennomført på omtrent samme måte som de vanlige rapportene fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene, men med enkelte tilpasninger. Blant annet inngår datainnsamlingsmetode som en av prediktorene i diagrammene vi har laget. I tillegg har funksjonsnivå kommet inn som et nytt utfallsmål.

Underveis har vi fått verdifulle tilbakemeldinger fra Byrådsavdeling for eldre, helse og omsorg ved Margrethe Moss-Iversen Lundegård, seniorrådgiver folkehelse, Seksjon for plan og utvikling. Vi har også fått gode innspill fra Bergen kommunes eldreråd.

I tillegg til Bergen kommune og Bergen kommunes eldreråd har Avdeling for helsefremmende arbeid samarbeidet med:

- Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Universitetet i Bergen (Torill Bogsnes Larsen, Emeli Sandvik)

- Avdeling for psykisk helse, Folkehelseinstituttet (Ragnhild Bang Nes, Thomas Sevenius Nilsen)

- Vestland fylkeskommune, Seksjon for plan, klima og analyse (Mie Dahl Pind)

Vi vil takke alle disse for et godt samarbeid. Vi vil også takke alle de eldre som har deltatt i undersøkelsen og brukt tid på å besvare spørreskjemaet.

Utgangspunktet for undersøkelsen blant eldre i Bergen kommune var et ønske om å finne ut i hvilken grad internett-baserte (digitale) datainnsamlinger blant eldre gir god nok informasjon om eldres helse og livssituasjon. Nærmere bestemt om det bildet en får endrer seg vesentlig hvis en supplerer med postale datainnsamlinger. Men undersøkelsen er blitt betydelig utvidet for å innhente et bredere spekter av informasjon som kan være til nytte for kommunens

tjenester og folkehelsearbeid overfor de eldste i kommunen. Undersøkelsen dekker blant annet temaene livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå.

Vi håper undersøkelsen blir til nytte for Bergen kommune og andre som er involvert i arbeidet med å sikre god helse, god livskvalitet og et best mulig liv for eldre i Bergen.

Bergen, 3. april 2025

Øystein Vedaa

BERGEN KOMMUNE

Senior

Velkommen til seniorguiden!

Er du over 65 år? Her finner du gode råd til seniorer i Bergen kommune, artikler til inspirasjon og oversikt over tjenester og aktiviteter som kan være nyttige å kjenne til.

5 superholdninger når du blir eldre ›

Er du klar for pensjonisttilværelsen? Les hvilke holdninger som vil gi deg best livskvalitet når du blir eldre.

Tren som Tutta ›

Tutta Laukholm (83) trener styrke på treningsstudio to ganger i uken. – Den faste treningen har ført til at jeg har sluppet unna to operasjoner. Trening holder kroppen i sjakk, sier hun.

Hektet på padel ›

RosMari Hauge Strøm og John Blom har begge funnet seg en ny favorittaktivitet. Se våre tips, og finn din nye aktivitet.

Innhold

Forord 3

Hovedbudskap 10

Sammendrag 11

Innledning 11

Metode 11

Resultat 11

Diskusjon 13

Konklusjon 13

Key messages (English) 15

Executive summary (English) 16

Introduction 16

Methods 16

Results 16

Discussion 18

Conclusion 19

1 Innledning 20

1.1 Bakgrunn 20

1.2 Tema og problemstilling 21

1.3 Folkehelseundersøkelsen i Vestland 2022 22

2 Metode 24

2.1 Spørreskjema 24

2.2 Utvalg 25

2.3 Informasjon om undersøkelsen til publikum 25

2.4 Datainnsamlingen 26

2.5 Statistiske analyser 27

3 Resultater 29

3.1 Deltakelse 29

Tabell 1: Respondenter etter alder og kjønn 29

Tabell 2: Respondenter etter bydel og kjønn 30

Tabell 3: Respondenter etter datainnsamlingsmetode og kjønn 30

3.2 Forskjeller mellom bydeler 30

3.3 Invitasjonsmetode 32

3.4 Kjønn 32

3.5 Alder 33

3.6 Utdanning 34

3.7 Husholdningsøkonomi 34
3.8 Aktivitetsbegrensninger på grunn av helsetilstand og førlighet 35
3.9 Utfordringer i det daglige 35
3.10 Deltakelse i aktiviteter 35
3.11 Sivilstand og boligsituasjon 36
3.12 Tilsyn eller hjelp i hjemmet 36
3.13 Selvmord 37
3.14 Bruk av digitale medier 37
3.15 Kommunens tjenester 37
4 Diskusjon 39
4.1 Folkehelseundersøkelsen i Vestland 2022 - Bergen 39
4.2 Undersøkelsen blant eldre i Bergen 2024 39
4.2.1 Datainnsamling digitalt eller på papir? 39
4.2.2 Kjønn og alder 40
4.2.3 Sosial ulikhet 41
4.2.4 Helsetilstand og førlighet som hinder 42
4.2.5 Resultater på andre spørsmål som er spesifikke for denne undersøkelsen 42
5 Konklusjon 44
Referanser 45
Figurer 46
Fig. 1: Svarprosenter 47
Fig. 2: Tilfredshet med livet 48
Fig. 3: Det man gjør i livet er meningsfylt 51
Fig. 4: Tillit til andre 54
Fig. 5: Stedstilhørighet 57
Fig. 6: Psykiske plager 60
Fig. 7: Trivsel i nærmiljøet 63
Fig. 8: Ensomhet 66
Fig. 9: Sammen med gode venner ukentlig 69
Fig. 10: Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig 72
Fig. 11: Søvnproblemer (Insomni) 75
Fig. 12: Vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til 78
Fig. 13: Kontakt med familie 81
Fig. 14: Kontakt med naboer, venner eller bekjente 84
Fig. 15: Deltakelse i kulturelle aktiviteter 87
Fig. 16: God eller svært god fysisk helse 90
Fig. 17: God eller svært god psykisk helse 93
Fig. 18: Vansker med å se eller høre 96

Fig. 19: Bevegelses-relaterte vansker 99
Fig. 20: Kognisjons-relaterte vansker 102
Fig. 21: Ulønnet omsorg 105
Fig. 22: Fornøyd med boligen 108
Fig. 23: Kan bo i boligen som den er 111
Fig. 24: Tilpasset egen bolig 114
Fig. 25: Helsetilstand hindrer deltakelse i aktiviteter 117
Fig. 26: Utfordringer i det daglige 120
Fig. 27: Deltakelse i aktiviteter 121
Fig. 28: Deltakelse i aktiviteter (indeks) etter kjønn og alder 122
Fig. 29: Trim, fysisk aktivitet etter kjønn og alder 123
Fig. 30: Vurdering av aktivitetsnivået. 124
Fig. 31: Årsaker til begrensninger i aktivitet 125
Fig. 32: Sivil status etter alder og kjønn 126
Fig. 33: Eier eller leier bolig etter alder og kjønn. 127
Fig. 34: Boligsituasjon etter alder og kjønn 128
Fig. 35: Gjort for å tilpasse egen bolig 129
Fig. 36: Bor sammen med hvor mange andre 130
Fig. 37: Regelmessig tilsyn eller hjelp i hjemmet etter alder og kjønn 131
Fig. 38: Regelmessig tilsyn eller hjelp. Hvem får en hjelp av? 132
Fig. 39: Tenkt seriøst på å ta livet sitt 133
Fig. 40: Prøvd å ta livet sitt 134
Fig. 41: Har seriøst tenkt på å ta livet sitt: Fortalt det til hvem? 135
Fig. 42: Bruker datamaskin etter kjønn og alder 136
Fig. 43: Bruker smarttelefon etter kjønn og alder 137
Fig. 44: Bruker nettbrett eller iPad etter kjønn og alder 138
Fig. 45: Bruker KOMP etter kjønn og alder 139
Fig. 46: Hvor ofte bruker internett etter kjønn og alder. 140
Fig. 47: Tydelig hvilken hjelp og tjenester etter kjønn og alder. 141
Fig. 48: Enkelt å få oversikt over kommunens tjenester etter kjønn. 142
Fig. 49: Enkelt å få oversikt over hvordan jeg kan ta kontakt med kommunen etter kjønn. 143
Fig. 50: Kommunikasjon med kommunen etter kjønn og alder. 144

Oversiktstabeller 145

Tabell 4: Utfallsmål etter bydeler. 146
Tabell 5: Utfallsmål etter datainnsamlingsmetode. 148
Tabell 6: Utfallsmål etter alder og kjønn. 149
Tabell 7: Utfallsmål etter utdanning og kjønn. 151
Tabell 8: Utfallsmål etter vurdering av husholdningsøkonomien og kjønn. 153

Tabell 9: Utfallsmål etter om helsetilstand eller førlighet er til hinder for å være med på aktiviteter og kjønn. 155

Spørreskjema – postal versjon _____ 157

Hovedbudskap

- På en del utfallsmål som er sentrale i Folkehelseundersøkelsene i fylkene finner vi ingen vesentlige forskjeller mellom den digitale og den postale gruppen. Dette gjelder blant annet livstilfredshet, sosial kapital (livet oppleves meningsfylt, tillit til andre, stedstilhørighet), psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer og egenrapportert psykisk helse.
- På andre utfallsmål er forskjellene noe større og statistisk signifikante. Dette gjelder blant annet trivsel i nærmiljøet, sosial kontakt, deltakelse i kulturelle aktiviteter, selvrapportert fysisk helse og noen utfordringer i det daglige (bevegelse, kognisjon). Tallene er på alle disse utfallsmålene mindre gunstige for postal-gruppen enn for digital-gruppen.
- I folkehelseundersøkelser som omfatter eldre bør det vurderes om den digitale datainnsamlingen bør ledsages av en postal.
- Når en skal forklare variasjon i livskvalitet, sosiale relasjoner, utfordringer i hverdagen og subjektiv helse, ser vurderingen av økonomien i husholdningen ut til å være en vel så viktig prediktor som høyeste fullførte utdanning.
- Det å ikke kunne delta i aktiviteter en gjerne skulle deltatt i, har negative konsekvenser for en rekke utfall relatert til livskvalitet og sosiale relasjoner.
- Mange utfall viser en ugunstig utvikling med stigende alder. Resultater fra denne undersøkelsen tyder på at kvinner over 90 er en særlig viktig gruppe med tanke på hjelpetiltak og folkehelsetiltak.

Sammendrag

Innledning

I denne rapporten presenteres resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant hjemmeboende eldre (80 år+) i Bergen som ble gjennomført høsten 2024. Undersøkelsen omfattet blant annet tema som subjektiv helse, livskvalitet, sosiale relasjoner og funksjonsevne. Vi ønsket å belyse følgende:

1. Gir en postal datainnsamling blant eldre som ikke kan nås digitalt andre resultater enn en digital datainnsamling?
2. Gir det ny og viktig informasjon å skille mellom aldersgrupper over 80 år?
3. Er det forskjeller mellom grupper av eldre ut fra indikatorer på sosioøkonomisk status (utdanningsnivå, husholdningens økonomiske situasjon)?
4. Har begrensninger for deltakelse i aktiviteter relatert til helse og funksjonsnivå sammenheng med subjektiv helse, livskvalitet og sosiale relasjoner?

For øvrig handler undersøkelsen om en del tema som ble tatt inn etter ønske fra Bergen kommune. Dette inkluderer blant annet nedsatt førlighet, deltakelse i aktiviteter, boligsituasjon, tilsyn og hjelp, suicidalitet, bruk av digitale medier og vurderinger av kommunens kommunikasjon til eldre.

Metode

Datainnsamlingene ble gjennomført av Verian (tidligere Kantar). Det ble trukket separate utvalg blant dem som kunne kontaktes digitalt og dem som måtte kontaktes via brev med spørreskjema i posten. Svarprosenten i den digitale gruppen var 37,3 og i den postale gruppen 31,6. Sammenlignet med de svarprosentene en pleier å oppnå i Folkehelseundersøkelsene i fylkene kan dette karakteriseres som en bra oppslutning. Deltakelsen var noe høyere enn det vi regnet med da vi utførte styrkeberegninger. Datamaterialet omfattet 3 185 personer, 1 547 menn og 1 638 kvinner. Antall personer over 90 år var 323. Av disse var 151 menn og 172 kvinner.

Blant dem som ble kontaktet postalt, var det en mindre gruppe som ønsket å svare via internett (digitalt). Det fikk de anledning til å gjøre. Denne gruppen ble imidlertid regnet som tilhørende «postal»-gruppen i dataanalysene. Dette fordi de normalt ikke nås i de vanlige Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene), som kun bruker digital invitasjon, og en av hovedmålsetningene med studien var å undersøke hvorvidt disse svarer annerledes enn de som nås i FHUS-ene.

Resultat

På de fleste indikatorene som benyttes i de vanlige Folkehelseundersøkelsene i fylkene, var det svært små og ikke-signifikante forskjeller mellom de som ble invitert til å svare digitalt og de som tilhører postal-gruppen. Bare på to av disse utfallsmålene var det en liten gruppeforskjell: Trivsel i nærmiljøet og hvor ofte en er sammen med gode venner. På begge disse utfallsmålene kom digital-gruppen ut med gunstigere tall enn postal-gruppen. Vi observerte også forskjeller mellom gruppene på en del av utfallsmålene som ikke inngår

i de ordinære FHUS-ene. Det var for eksempel tilfelle for kontakt med naboer, venner eller bekjente, deltakelse i kulturelle aktiviteter, kognitive vansker og selvrapportert fysisk helse. Også her oppnådde digital-gruppen gunstigere tall enn postalgruppen.

Da vi skulle måle global, subjektiv helse i datainnsamlingen blant eldre i Bergen, skilte vi mellom fysisk og psykisk helse. Både forekomsttall og sammenhenger med andre variabler varierte for disse to målene. Det var for eksempel 80,8 % som rapporterte at de hadde god eller svært god psykisk helse, mot 56,5 % når det gjaldt fysisk helse. Og mens den fysiske helsen ble langt dårligere med økende alder, var der mindre forskjell i psykisk helse over aldersgrupper.

Resultater fra Bergens-delen av FHUS Vestland 2022 viste at mange utfallsmål viser gunstigere tall med økende alder, for eksempel psykiske plager og ulike aspekter ved livskvalitet. Det var også, med stigende alder, færre som rapporterte at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til. På mange utfallsmål flater disse positive endringene ut etter 70-års alderen og på noen få observerer vi en negativ utvikling fra nest eldste til eldste aldersgruppe. Dette mønsteret over aldersgrupper er observert på tvers av mange FHUS-undersøkelser.

Analysene av forskjeller mellom aldersgruppene i undersøkelsen blant eldre i Bergen gir informasjon om forskjeller over alder blant dem som er over 80 år gamle. Med økende alder etter 80 år vurderes den fysiske helsen som dårligere, det en gjør i livet oppleves som mindre meningsfylt og framtidsoptimismen synker. Det er én bestemt gruppe som peker seg ut med mindre gunstige tall; kvinner over 90. Når disse sammenlignes med de øvrige gruppene definert ved alder og kjønn, finner vi at de skårer lavere på tilfredshet med livet, høyere på psykiske plager, en høy andel er ensomme, en lav andel har ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente, og mange rapporterer problemer med kognisjon og bevegelse. Mange bor alene og er enker. Det er lave andeler som bruker datamaskin eller internett.

Forskjellene mellom utdanningsgruppene framkommer bare tydelig når vi sammenligner de med høyest og de med lavest utdanning. Her finner vi noen av de samme forskjellene som fremkommer i FHUS-ene. De med høyest utdanning kommer best ut på utfallsmål som tillit til andre, ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter, god psykisk helse og hvor fornøyde de er med egen bolig. Mange av sammenhengene slår bare signifikant ut for ett av kjønnene, og på mange av utfallsmålene er de svake eller mangler helt.

Egenvurderte økonomiske problemer viser jevnt over sterkere sammenhenger med sentrale utfallsvariabler, som tillit til andre, psykiske plager, trivsel, ensomhet (kvinner), selvopplevd helse (fysisk, psykisk) og hvor fornøyd en er med boligen. De aller kraftigste sammenhengene finner vi når vi ser på prediktoren «om helsetilstand eller førlighet er til hinder for å være med på aktiviteter». Det å ikke kunne delta i ønskede aktiviteter har mye å bety for livskvalitet og sosiale relasjoner.

Over de tre eldste aldersgruppene ser vi en sterk økning i andel som bor alene og andel som er enker eller enkemenn. Særlig gjelder dette kvinnene. Dette gjenspeiler selvsagt demografiske forhold, at mennene har en lavere gjennomsnittlig levealder og at kvinnene gjerne er gifte med menn som er litt eldre. Kvinnene lever gjerne mange år etter at mannen er borte. Nesten halvparten av mennene og mer enn halvparten av kvinnene som er 90 år eller eldre får tilsyn eller hjelp i hjemmet. Andel som får hjelp fra kommunen, er litt høyere enn andelen som får hjelp av noen i familien (ikke signifikant forskjell).

Det er svært små andeler av deltakerne som rapporterer selvmordstanker eller selvmordsforsøk. Det er imidlertid en hel del som ikke ønsker å svare på dette spørsmålet. Det er derfor vanskelig å gi pålitelige forekomsttall. Blant de som oppgir å ha vurdert å ta livet sitt, er det svært få som har delt dette med det som i skjemaet kalles et «hjelpetilbud». Nesten halvparten har ikke fortalt det til noen.

Bruken av digitale medier som datamaskin, smarttelefoner og nettbrett/iPad-er synker med alderen. Bare bruken av KOMP er nokså lik over aldersgrupper, men til gjengjeld temmelig lav. Og til slutt skal det nevnes at deltakerne i studien, bort sett fra kvinner over 90 år er mer positive enn negative til tilgjengeligheten av informasjon fra kommunen.

Diskusjon

Undersøkelsen blant eldre i Bergen i 2024 har gitt en hel del ny kunnskap. Det gjelder betydningen av å supplere digitale spørreskjemaundersøkelser med postale, om forskjeller mellom de eldste aldersgruppene, mellom menn og kvinner etter 80 år og om hvordan subjektiv helse, livskvalitet og sosiale relasjoner henger sammen med indikatorer på sosioøkonomisk status. Undersøkelsen avdekker store konsekvenser av helseproblemer som reduserer mulighetene for å være med på aktiviteter en skulle ønske at en kunne være med på. Gjennom denne undersøkelsen har Bergen kommune forhåpentligvis fått viktig informasjon om boligsituasjon, deltakelse i kulturelle aktiviteter, hvem som mottar hjelp og tilsyn fra kommunen, bruk av digitale medier og tilfredshet med kommunens kommunikasjon til de eldre. Når det gjelder omfanget av suicidalitet, er nytten av dataene mer begrenset, først og fremst fordi så mange ikke ønsker å svare på disse spørsmålene.

Kan vi så stole på de resultatene som framkommer? Det er tross alt langt flere som ikke har deltatt i undersøkelsen enn de som har deltatt. Dette avhenger av graden av seleksjon. Dersom det å svare eller ikke svare er en beslutning som i liten grad dreier seg om temaene det spørres om, gir tallene som framkommer et stort sett korrekt bilde. Dette kan vi imidlertid ikke være sikre på. Det at vi nå har nådd et betydelig antall gjennom en postal henvendelse, styrker denne undersøkelsen.

Det er ønskelig med undersøkelser med høy deltakelse. For å øke deltakelsen mye ut over det vi har oppnådd her, må en ty til datainnsamlingsmetoder som koster mye. En kan la intervjuere oppsøke hver enkelt som er trukket ut med tanke på forsiktig å overtale flere til å delta eller en kan bistå med teknisk hjelp for å delta i undersøkelsen. En kan også betale hver enkelt som deltar for at de bruker tid på å besvare skjemaet. Slike datainnsamlinger er vanskelig å tenke seg gjennomført uten nokså store bevilgninger fra departementer, direktorater eller Forskningsrådet. Og det finnes sannsynligvis en grense for hvor høy deltakelse en kan oppnå i en del av befolkningen der mange sliter med sykdommer og funksjonsnedsettelser. Men det vi kan si om den foreliggende undersøkelsen er at vi er kommet i hvert fall ett skritt videre.

Konklusjon

Det å supplere digitale datainnsamlinger med postale henvendelser i undersøkelser blant norske eldre, gir nokså små endringer i resultatene på mange av de sentrale utfallsmålene i FHUS undersøkelsene. På enkelte utfallsmål er imidlertid forskjellene mellom gruppene større. Det ser ut til at undersøkelser der vi kan skille mellom aldersgrupper helt opp til 90 år pluss kan gi viktig tilleggsinformasjon ut over studier der vi nøyer oss med en samlet

aldersgruppe for dem som er 80 år eller eldre. Studien har vist hvor viktig det er for eldre å ha en økonomisk situasjon som oppleves som håndterlig og overkommelig. Videre understreker resultatene de store konsekvensene det har å ikke kunne delta i aktiviteter en gjerne ville deltatt i. Slike begrensninger er sterkt assosiert med redusert livskvalitet og mindre tilfredsstillende sosiale relasjoner. Kvinner over 90 år ser ut til å være en særlig viktig gruppe med tanke på tiltak i Bergen. Men mange av forskjellene mellom menn og kvinner over 90 er ikke signifikante. Dette funnet bør derfor bekreftes gjennom nye undersøkelser. Bruken av digitale medier synker med alderen. På spørsmål om tilfredshet med informasjon fra kommunen peker svarene i positiv retning.

I ordinære FHUS-er, der en primært fokuserer på tall for hele befolkningen, kunne en kanskje si at en egen, postal datainnsamling blant de eldste ikke er nødvendig. På en del sentrale utfallsmål ville en postal datainnsamling ikke gi vesentlig andre tall enn en digital, heller ikke i de eldste gruppene. Men for undersøkelser der man særlig er interesserte i situasjonen til de eldste gruppene, og når en tar i bruk spørreskjemamoduler som handler om nedsatt funksjonsevne, deltakelse, sosiale relasjoner og kanskje også andre grupper av utfallsmål, anbefaler vi at de digitale datainnsamlingene suppleres av postale. Det finnes også et rettighetsperspektiv på dette spørsmålet. Bør ikke de som er utilgjengelige for digitale datainnsamlinger ha samme rettigheter som andre til å bli hørt gjennom at de får anledning til å delta i folkehelseundersøkelser?

Key messages (English)

- On certain outcome measures that are central to the Norwegian Public Health Surveys, we find no significant differences between the digital and postal groups. This is for instance the case with life satisfaction, social capital (life is meaningful, trust in others, sense of belonging), psychological complaints, loneliness, sleep problems, and self-reported mental health.
- On other outcome measures, the differences are somewhat larger and statistically significant. This applies for instance to community well-being, social contact, participation in cultural activities, self-reported physical health and some challenges in daily life (mobility, cognition). The results on these outcomes are less favourable for the postal group than for the digital group.
- In public health surveys that include samples of elderly people, it should therefore be considered whether digital data collections should be supplemented by postal.
- When explaining the variance in quality of life, social relationships, challenges in everyday life and subjective health, satisfaction with household finances appear to be at least as important a predictor as the highest level of completed education.
- Not being able to participate in desired activities has negative consequences for a number of outcomes related to quality of life and social relationships.
- Many outcomes indicate an unfavourable development with increasing age. Results from this survey indicate that women over 90 years constitute a particularly important target group in terms of services and public health measures.

Executive summary (English)

Introduction

This report presents results from a questionnaire survey among home-dwelling elderly people (80 years+) in Bergen conducted in the fall of 2024. The survey included topics such as subjective health, quality of life, social relationships and functional ability. Our objectives were to shed light on the following:

1. Does postal data collection among the elderly yield significantly different results compared to digital data collection methods?

2. Can distinguishing between age groups over 80 years provide new and important insights?

3. Are there differences between groups of elderly people based on indicators of socioeconomic status (educational level, financial situation of the household)?

4. Are health-related and functional level barriers to participation in activities related to quality of life and social relationships?

In addition, the survey deals with several topics of particular interest to Bergen Municipality. This includes reduced daily functioning, participation in activities, housing situation, supervision and help, suicidality, use of digital media, and assessments of the municipality's communication to the elderly.

Methods

The data collection was conducted by Verian (previously named Kantar). Separate samples were drawn from those who could be contacted digitally and those who had to be contacted by post with a paper questionnaire. The response rate in the digital group was 37.3 % and in the postal group 31.6 %. Compared to the response rates usually achieved in the Public Health Surveys in the counties, this can be characterized as a good turnout. Participation was somewhat higher than we expected when we performed power calculations. The data material included 3,185 people, 1,547 men and 1,638 women. The number of people over 90 years of age was 323. Of these, 151 were men and 172 were women.

Among those who were contacted by post, there was a small group who wanted to respond digitally. They were given the opportunity to do so. However, this group was considered to belong to the “postal” group in the data analyses. This is because they are not normally reached in the regular Public Health Surveys in the Counties (FHUS), which only use digital invitations, and one of the main objectives of the study was to investigate whether these respond differently from those reached in the standard FHUS data collections.

Results

For most of the indicators used in the ordinary county public health surveys, there were very small and non-significant differences between those invited to respond digitally and those belonging to the postal group. For only two of these outcome measures a slight group difference was observed: the sense of thriving in one's neighborhood and the frequency of spending time with close friends. In both of these outcome measures, the digital group reported more favorable numbers than the postal group. We also observed differences

between the groups on some of the outcome measures that are not included in the standard public health surveys. This was the case, for example, for contact with neighbors, friends or acquaintances, participation in cultural activities, cognitive difficulties, and self-reported physical health. Also, the digital group achieved more favorable results in these outcomes than the postal group.

When we were to measure global, subjective health in the data collection among the elderly in Bergen, we distinguished between physical and mental health. Both incidence rates and relationships with other variables varied for these two measures. For instance, 80.8 % of respondents reported having good or very good mental health, in contrast with 56.5% who indicated the same regarding their physical health. And while self-reported physical health became much worse with increasing age, there was less difference across age groups in mental health.

Results from the Bergen part of the Public Health Survey in Vestland 2022 indicated that many outcome measures showed more favorable figures with increasing age, for example psychological complaints and various aspects of quality of life. There were also, with increasing age, fewer people who reported difficulty in making ends meet in the household. On many outcome measures, these positive changes leveled off after the age of 70, and on a few outcomes, we observed a negative trend from the second oldest to the oldest age group. This pattern across age groups has been observed across many of the Norwegian Public Health Surveys (NPHS).

The analyses of differences between age groups in the survey among the elderly in Bergen provide information about differences across age among those over 80 years old. With higher age, physical health is perceived as markedly poorer, daily activities are felt to be less meaningful, and optimism about the future diminishes. Although statistical significance is not always obtained, one group stands out with less favorable figures than the other groups defined by gender and age, namely women over 90.

When these are compared with the other groups defined by age and gender, we find that they score lower on life satisfaction, higher on mental health complaints, a high proportion are lonely, a low proportion have weekly contact with neighbours, friends or acquaintances, and many report problems with cognition and movement. Many live alone and are widowed. There are low proportions who use a computer or the internet.

The differences across educational groups only become consistent when we compared those with the highest and those with the lowest level of completed education. Here, we found some of the same differences that emerge in the public health surveys in the counties. Those with the highest education come out favorably on outcome measures such as trust in others, weekly participation in cultural activities, good mental health, and how satisfied they are with their own housing. Many of the relationships are, however, only significant for one of the genders, and for many of the outcome measures they are weak or absent altogether.

Self-assessed financial problems consistently show stronger associations with key outcome variables, such as trust in others, psychological problems, well-being, loneliness (women), self-perceived health (physical, mental) and one’s housing satisfaction. The strongest associations are found when we look at the predictor "whether health or disability prevents one from participating in activities". Inability to participate in desired activities due to health and impairment problems is a strong predictor of quality of life and social relationship outcomes.

Across the three oldest age groups, we observe a strong increase in the proportion who live alone and the proportion who are widows or widowers. This applies particularly to women. This, of course, reflects demographic conditions, that men have a lower average life expectancy and that women on average tend to be married to men who are slightly older. Women tend to live many years after their husbands are gone. Almost half of the men and more than half of the women who are 90 years or older receive supervision or help in the home. The proportion who receive assistance or help from the municipality is slightly higher than the proportion who receive help from someone in the family (difference not statistically significant).

Very small proportions of the study participants report suicidal thoughts or suicide attempts. A few percentages do, however, not want to answer this question. It is therefore difficult to provide reliable prevalence figures. Among those who state that they have considered suicide, very few have shared this with professional personnel. Almost half have not told anyone.

The use of digital media, such as computers, smartphones, and tablets/iPads, decreases with age. Only the use of KOMP is similar across age groups, but the prevalences are quite low. And finally, it should be mentioned that the participants in the study, apart from women over 90 years of age, are more positive than negative with regard to the accessibility of information from the Bergen municipality administration.

Discussion

This survey among the elderly in Bergen in 2024 has provided many new insights. This includes understanding the importance of supplementing digital with postal data collections, differences across the oldest age groups, between men and women after 80 years of age, and we hope how subjective health, quality of life and social relationships are related to indicators of socioeconomic status. The survey highlights the serious consequences of health and impairment problems that reduce the opportunities to participate in desired activities. We hope that Bergen Municipality, through this survey, has obtained important information about housing situation, participation in cultural activities, who receives help from the municipality, use of digital media, and satisfaction with the municipality's communication with the elderly. When it comes to the prevalence of suicidality, the usefulness of the data seems to be more limited, primarily because so many people do not want to answer these questions.

Can we trust the results that emerge? After all, there are more people who have not participated in the survey than those who have. The consequences depend on the degree of selection. If participating or not participating is a decision that is unrelated to the topics covered, the figures that emerge give a largely correct picture. However, we cannot be sure of this. The fact that we have now reached a significant number through a postal survey still strengthens this study.

Surveys with high participation are desirable. To significantly boost participation beyond the levels achieved in this study, one would need to employ data collection methods that incur substantial costs. Strategies might include dispatching interviewers to visit each sampled individual to politely encourage greater involvement or offering technical support to facilitate their participation in the study. Additionally, providing financial compensation to participants for the time spent completing the survey could be considered as an incentive. It is difficult to imagine such data collections being carried out without fairly large grants from ministries, directorates, or the Norwegian Research Council. And there is probably a limit to how high

participation rates can be achieved in a segment of the population where many struggle with illnesses and disabilities.

Conclusion

Supplementing digital data collection with postal surveys among Norwegian elderly people results in relatively small changes in the results for many of the central outcome measures usually included in the Norwegian Counties Public Health Surveys. However, for some outcomes, the differences between the groups are larger. It seems that surveys in which we can distinguish between age groups up to 90+ years can provide important additional information. This study has shown how important it is for the elderly to have a financial situation that is perceived as satisfactory. Furthermore, the results emphasize the major consequences of not being able to participate in desired activities. Such limitations are strongly associated with reduced quality of life and less satisfactory social relationships. Women over 90 years of age seem to be a particularly important group with regard to public health initiatives targeting the elderly people in Bergen.

The use of digital media decreases with age. When asked about satisfaction with accessing information from the municipality, the answers tend to be more positive than negative.

In regular public health surveys, primarily focusing on figures for the entire population, one could perhaps say that a separate postal data collection among the oldest is not needed. For some key outcome measures, a postal data collection would not yield significantly different figures than a digital one, not even for the oldest groups. However, for surveys where one is particularly interested in the situation of the oldest groups, and one uses questionnaire modules that deal with issues such as reduced functional capacity, participation, social relations, and perhaps also other groups of outcome measures, we recommend that the digital data collections be supplemented by postal ones. There is also a human rights perspective on this question. Shouldn't those who are inaccessible to digital data collection have the same rights as others to be heard through being given the opportunity to participate in public health surveys?

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Denne rapporten handler om flere tema, først og fremst livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå. Livskvalitetsbegreper brukes av mange såpass bredt at det favner om det meste som omtales i denne rapporten(1). I en kvalitativ norsk studie ble det konkludert med at god livskvalitet hos eldre blant annet handler om å ha gode sosiale relasjoner, ha god hjelp og støtte rundt seg, bo i et trygt og godt nabolag, engasjere seg i hobbyer og fritidsaktiviteter og å opprettholde sin rolle i samfunnet(2). I en annen kvalitativ norsk studie identifiserte man seks livskvalitetsområder: (i) Holisme, (ii) relasjoner, (iii) aktivitet og deltakelse, (iv) et pragmatisk forhold til helse, (v) tilhørighet og sosiale omgivelser, og (vi) personlige verdier(3).

Begrepet holisme krever kanskje en litt nærmere forklaring. Holisme i eldreomsorgen dreier seg om å se på hele personen og vedkommendes livssituasjon. Det er utilstrekkelig å bare konsentrere seg om å helbrede kroppslige sykdommer. Også de eldres psykiske, sosiale og emosjonelle behov må omfattes av den omsorgen som tilbys og de tiltakene som gjennomføres(4).

En litteraturoppsummering av hva begrepet livskvalitet innebærer for eldre hjemmeboende ble publisert i 2019(5). Studien omfattet 48 kvalitative undersøkelser av mer enn 3 400 eldre i elleve vestlige land. Man identifiserte ni livskvalitetsområder:

1. Opplevelsen av helse - føle seg frisk og ikke hemmet av fysisk tilstand
2. Autonomi - klare seg selv, bevare sin verdighet (dignity) og ikke føle at en er en byrde for andre
3. Rolle og aktivitet - holde på med aktiviteter som gir glede, involvering, og en følelse av at en er verdifull
4. Relasjoner - ha nære relasjoner til andre, relasjoner som gjør at en føler støtte og at en betyr noe for andre
5. Holdning og tilpasning - se livet fra den lyse siden
6. Emosjonelt velvære (Comfort) - en følelse av fred og harmoni
7. Spiritualitet - tro og selvutvikling basert på oppfatninger, ritualer og refleksjon
8. Hjem og nabolag - føle seg trygg hjemme og det bo i et hyggelig og tilgjengelig nabolag
9. Økonomisk trygghet - ikke føle sin økonomiske situasjon som en begrensning

Vi ser at begrepsbruken og antall områder som ble identifisert varierer. Men noen temaer går igjen og ser ut til å være spesielt sentrale. Det gjelder helse, funksjonsevne, aktivitet, relasjoner til andre og trygghet. I sammenheng med den undersøkelsen vi har gjennomført blant eldre i Bergen, er det verdt å legge merke til at ett av de identifiserte områdene i den internasjonale studien var økonomisk trygghet. Livskvalitet er her definert så bredt at det også omfatter aspekter ved folks helse og deres funksjonsevne i dagliglivet.

En viktig kilde til informasjon om eldres helse og livskvalitet er Folkehelseundersøkelsene som gjennomføres i fylkene (FHUS-ene). De fleste av temaene som er nevnt ovenfor er dekket i datainnsamlingene som gjennomføres i FHUS. I 2022 ble det gjennomført en slik undersøkelse i Vestland fylke(6). En del av resultatene fra Bergens-delen av denne undersøkelsen vil bli kort oppsummert i denne rapporten.

Folkehelseundersøkelsene i fylkene har vist at mangt blir bedre med alderen. Mange av indikatorene på subjektiv helse, livskvalitet og helserelatert atferd viser gunstigere tall med stigende alder. I diagrammene som viste resultatene fra FHUS i de rapportene som ble utarbeidet fram til utgangen av 2022, ble det operert med en eldste aldersgruppe som omfattet alle som var 70 år eller eldre. Dette fordi antallet i gruppen som var 80 år eller eldre var betydelig mindre enn i de yngre aldersgruppene. En så bredt sammensatt aldersgruppe av eldre (70 år+) gjør at eventuelle forskjeller mellom for eksempel de som er 70-79 og de som er 80 eller eldre ikke framkommer. I de nyere rapportene er dette endret. Trass i problemet med et lavt antall observasjoner, opereres nå med en eldste aldersgruppe på 80 år eller eldre.

Et annet problem har vært en nokså lav deltakelse blant eldre, særlig blant eldre kvinner. Svarprosenten blant de inviterte har vært god. I datainnsamlingen i Vestland i 2022 var svarprosenten 33,8 blant kvinner og 39,7 blant menn i aldersgruppen 70 år eller eldre. I prosent av alle voksne i fylket var imidlertid de som var 70 år eller eldre ikke fullt så godt representerte. Dette skyldtes at mange av de eldre ikke var tilgjengelige for digitale datainnsamlinger. Det har derfor vært reist spørsmål om en i tillegg til digitale datainnsamlinger burde gjennomføre postale datainnsamlinger blant de eldre.

Da en først var inne på tanken om å gjennomføre en datainnsamling blant eldre i Bergen, kom det frem at kommunen også hadde interesse av en slik undersøkelse av en annen grunn - nemlig for å innhente kunnskap om de eldres situasjon på områder av særlig relevans kommunens virksomhet rettet mot denne gruppen.

1.2 Tema og problemstilling

Undersøkelsen blant eldre i Bergen har dermed følgende formål:

1. Undersøke om en postal datainnsamling blant de over 80 år gir andre resultater enn en digital datainnsamling når det gjelder selvrapportert helse, livskvalitet, sosiale relasjoner og funksjonsevne.

2. Finne ut om det gir ny og viktig informasjon å skille mellom aldersgrupper over 80 år (80-84; 85-89; 90+).

3. Beskrive situasjonen til de som er 80 eller eldre når det gjelder selvrapportert helse, livskvalitet, sosiale relasjoner og funksjonsevne og sammenhenger med et sett av prediktorer hvorav de fleste benyttes i Folkehelseundersøkelsene i fylkene.

4. Undersøke i hvilken grad begrensninger for deltakelse i aktiviteter relatert til helse og funksjonsnivå henger sammen med blant annet livskvalitet og sosiale relasjoner.

5. Beskrive resultater på en del andre områder som er av interesse for Bergen kommune, først og fremst boligsituasjon, ulønnet omsorgsarbeid, hjelp og tilsyn, selvmordstanker og selvmordsforsøk, deltakelse i kulturelle aktiviteter, bruk av digitale medier og kommunikasjon mellom kommunen og de eldre.

I denne rapporten presenterer vi hovedresultatene fra undersøkelsen blant eldre i Bergen i 2024 på samme måte som i de vanlige FHUS-rapportene. Det gjør vi i form av et sett av diagrammer for hver utfallsvariabel. Utfallsvariablene analyseres mot kjønn, alder, bydel i Bergen, utdanningsnivå, husholdningens opplevde økonomiske situasjon, om det ble invitert til digitalt eller postalt spørreskjema og om helsetilstanden eller førligheten bidrar til å hindre deltakelse i aktiviteter. Utfallsvariablene omfatter følgende grupper av utfallsmål:

- Global livskvalitet (livstilfredshet, mening med livet)
- Sosial kapital (tillit til andre, stedstilhørighet)
- Psykiske plager
- Trivsel i nærmiljøet
- Ensomhet
- Sosial kontakt og sosialt samvær
- Søvnproblemer
- Vurdering av husholdningens økonomi
- Deltakelse i kulturelle aktiviteter og frivillig arbeid
- Subjektiv helse (fysisk, psykisk)
- Funksjonsnivå (syn, hørsel, bevegelse, kognisjon, sosial kontakt, daglige gjøremål)
- Ulønnet omsorgsarbeid
- Tilfredshet med boligen
- Om helse eller førlighet hindrer deltakelse i aktiviteter en gjerne skulle deltatt i

Senere i rapporten presenteres diagrammer som dekker litt av det samme, men også en del andre områder:

- Utfordringer i det daglige (supplerende figur)
- Deltakelse i aktiviteter (supplerende figurer)
- Boligsituasjon (supplerende figurer)
- Hjelp fra andre (inkludert kommunale tjenester)
- Selvmordstanker og selvmordsforsøk
- Bruk av digitale medier
- Kommunikasjon med (informasjon fra) kommunen

1.3 Folkehelseundersøkelsen i Vestland 2022

I 2022 gjennomførte Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Vestland fylkeskommune en folkehelseundersøkelse i Vestland(6). Undersøkelsen omfattet selvsagt også et utvalg deltakere fra Bergen. Denne undersøkelsen utgjør et interessant utgangspunkt for undersøkelsen blant eldre i Bergen i 2024.

En av de kanskje mest overraskende og spennende resultatene fra de tidligere folkehelseundersøkelsene, er sammenhengene mellom mange at utfallsvariablene og alder. Vi har funnet at når det gjelder subjektiv helse og livskvalitet, er det svært mye som blir bedre med alderen. Resultatene fra Bergens-delen av Folkehelseundersøkelsen i Vestland i 2022 bekrefter dette inntrykket. På mange utfallsmål fant vi en positiv endring over aldersgruppene når det gjaldt:

- Livstilfredshet
- Livet er meningsfylt
- Trivsel i nærmiljøet
- Psykiske plager
- Insomnia
- Ensomhet
- Tillit til andre
- Stedstilhørighet
- Problemer med å få husholdningsinntekten til å strekke til
- Engasjement

På de fleste av disse utfallene så vi en utflating, men ikke en forverring, fra den nest eldste til den eldste aldersgruppen. På noen utfallsmål fant vi en forverring fra nest eldste til eldste aldersgruppe. Dette gjaldt for eksempel subjektiv helse og framtidsoptimisme.

Når vi skiller ut gruppen som er 80 år eller eldre fra de som er 70-79 år, ser vi med andre ord en utflating i de oftest positive endringene som finner sted over yngre aldersgrupper, og i noen få tilfeller en negativ endring. Undersøkelsen blant eldre i Bergen vil gi sikrere og rikere informasjon om endringer som finner sted etter 80-års alderen. Undersøkelsen vil også vise i hvilken grad resultatene blir annerledes blant de som ikke kan nås gjennom digitale henvendelser.

2 Metode

2.1 Spørreskjema

En del av spørsmålene som er tatt med i spørreskjemaet er hentet fra grunnmodulen som benyttes i Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene)(7). Dette gjelder spørsmålene om:

- Global livskvalitet (spm. 1-2)
- Trivsel i nærmiljøet (spm. 3)
- Subjektiv helse (spm. 4-5)
- Psykiske plager (spm. 11)
- Søvnproblemer/insomni (spm. 12-13)
- Ensomhet (spm. 19)
- Sosial kapital (spm. 20-22)
- Husholdningens økonomiske situasjon (spm. 32)
- Ulønnet omsorgsarbeid (spm. 42-44)

Mange spørsmål ble hentet fra andre undersøkelser, men tilpasset bruk i denne undersøkelsen:

- Evne til å klare seg i det daglige (spm. 6-9). Disse spørsmålene er hentet fra The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS)(8).
- Selvmordstanker og selvmordsforsøk (spm. 23-26)(9).
- Boligsituasjon (spm. 33-41). Flere av spørsmålene som inngår her er hentet fra et spørreskjema som ble benyttet i prosjektet «Leve heile livet», Ørsta kommune[1].
- Deltakelse i kulturelle aktiviteter (spm. 45 og 47) Spørsmål 45 er hentet fra HUNT(10)[2,3].
- Bruk av digitale medier (spm. 48-50). Disse spørsmålene tilsvarer et stykke på vei spørsmål som er benyttet i en undersøkelse av befolkningens digitale kompetanse publisert av 'Kompetanse Norge'(11).

[1] https://drive.google.com/file/d/1glWjKDGL4QZVfwDXCvuEu1iaOEJnHQ_e/view
[2] Hunt-skjema for menn: https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=a28a1c33-1957-4655-abf4-a3562df65fa2&groupId=10304
[3] Hunt-skjema for kvinner: https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=c5d79d2d-066e-47ed-a1d4-c4e582e64385&groupId=10304

- Kommunikasjon/informasjon mellom kommune og innbygger (spm. 51). Spørsmålet som benyttes her er hentet fra Bergen kommunes innbyggerundersøkelse[4].

Spørreskjemaet inneholdt totalt 52 spørsmål pluss en kommentarboks til slutt. På elleve av spørsmålene kunne en sette mer enn ett kryss. Seks av spørsmålene inneholdt delspørsmål. Det totale antall variabler fra spørreskjemaspørsmål i datafilen ble 137. Spørreskjemaet er lagt ved som siste vedlegg i denne rapporten.

2.2 Utvalg

Statistikk fra Statistisk sentralbyrå fra 1. januar 2024 viste at antall personer som var 80 år eller eldre i Bergen kommune i 2023 var 12 573. En femtedel av disse var 90 år eller eldre og 62 prosent var kvinner. Andelen kvinner blant de som var 90 år eller eldre var 71 %.

Vi tok sikte på å invitere 9 000 personer til å delta i undersøkelsen. Av disse skulle 6000 inviteres til å delta digitalt og 3 000 skulle inviteres til å fylle ut papirskjema. Antallet som ble kontaktet med tanke på å svare postalt ble satt såpass lavt med tanke på å begrense kostnadene. Postale datainnsamlinger er langt dyrere enn digitale. Vi regnet med nokså lav deltakelse, anslagsvis 25 % blant dem som skulle svare digitalt og 15 % blant dem som skulle svare på papirskjema. Dette ville gi en samlet deltakelse på 1950 personer, 1500 som skulle svare digitalt og 450 som skulle svare på papirskjema. På metriske utfallsmål ville vi kunne finne signifikante forskjeller ved en effektstørrelse på 0,15 (teststyrke 0,80 og signifikansnivå 5 %). Ved dikotome utfallsmål ville vi kunne oppnå signifikans hvis en i gruppen som svarte digitalt fikk 50,0 prosent og i gruppen som svarte postalt fikk en prosent på 57,5. Vi ville også få signifikans hvis gruppen som svarte digitalt hadde en andel på 10 prosent og gruppen som svarte postalt hadde en andel på 15 prosent[5]. Vi hadde godt håp om at deltakelsen skulle bli høyere og teststyrken dermed større.

Det viste seg at noen av dem som hadde fått henvendelsen postalt heller ville svare digitalt. Under dataanalysene lot vi likevel alle som hadde fått henvendelsen postalt være i 'postal'-gruppen. Dette fordi disse var personer vi ikke hadde fått med dersom utsendelsen av invitasjonene bare hadde skjedd digitalt. Førti prosent av de som hadde fått henvendelsen postalt, men svarte digitalt, krysset av for at de hadde fått hjelp med å svare på spørreskjemaet. Sannsynligvis hadde mange av dem fått hjelp med innloggingen og med å bruke det digitale skjemaet.

Undersøkelsens målgruppe ble definert som personer født i 1944 eller tidligere. Alle disse ville fylle 80 år i løpet av 2024. Ettersom datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2024, var en del av dem som ble invitert til å delta i undersøkelsen litt under 80 år.

2.3 Informasjon om undersøkelsen til publikum

For å nå ut med informasjon om spørreundersøkelsen til innbyggerne i Bergen, ble det iverksatt flere tiltak. Vi benyttet en bred tilnærming for å nå hele den voksne befolkningen, samtidig som vi hadde en mer målrettet strategi for personer over 80 år.

---

[4] https://www.bergen.kommune.no/api/rest/filer/V39252013
[5] Kalkulator brukt ved styrkeberegningene (Universität Wien): https://homepage.univie.ac.at/robin.ristl/samplesize.php?

En egen nettside ble opprettet på Bergen kommunes nettsider, hvor innbyggerne kunne finne informasjon om undersøkelsen, samt kontaktinformasjon til Innbyggerservice og en kommunal kontaktperson. Eldre som hadde spørsmål eller trengte hjelp til å svare, kunne ringe inn for assistanse.

Seniorguiden er Bergen kommunes kommunikasjonskanal for innbyggere over 65 år. Alle over 80 år mottar Seniorguiden som en fysisk brosjyre i posten. I forkant av datainnsamlingen publiserte kommunen en artikkel om spørreundersøkelsen i Seniorguiden, med en oppfordring til de inviterte om å delta.

I tillegg deltok en person fra Bergen kommune i et nyhetsinnslag på NRK Vestland. Det ble informert om undersøkelsen, og eldre ble oppfordret til å delta. I nyhetsinnslaget ble pårørende, venner og naboer oppmuntret til å støtte og motivere eldre i sitt nettverk til å svare.

For ytterligere spredning ble det publisert innlegg om spørreundersøkelsen i Bergen kommunes kommunikasjonskanaler, inkludert Facebook, nyhetsbrev og Kommunetorget i Bergens Tidende (papirutgaven).

2.4 Datainnsamlingen

Gjennomføringen av datainnsamlingen er beskrevet i en dokumentasjonsrapport fra Verian(12).

Alle som kunne nås digitalt (n=5 997) ble inkludert i undersøkelsen. Av de som bare kunne nås postalt (n=7 811), var det 3 000 som ble trukket ut til å delta. Blant de som hadde fått henvendelsen digitalt, var deltakelsen 37,3 % (n=2 236). Blant de som hadde fått henvendelsen postalt var deltakelsen på 31,6 % (n=949).

Svarprosenten var høyere i aldersgruppen 79-89 år enn blant de som var 90 år eller eldre, 37,2 % mot 24,7 %. Svarprosenten var dessuten høyere blant kvinner (40,3 %) enn blant menn (31,8 %). Svarprosenten var over 30 i alle bydelene. Den var lavest i Arna (30,7 %) og høyest i Bergenhus (39,1).

Vi fikk med andre ord en høyere deltakelse enn forutsatt. Dermed oppnådde vi en høyere teststyrke enn det vi i utgangspunktet hadde beregnet. På metriske utfallsmål ville vi, når vi sammenlignet den digitale gruppen med den postale, finne signifikante forskjeller ved en effektstørrelse på 0,11 (teststyrke 0,80 og signifikansnivå 5 %). Ved dikotome utfallsmål ville vi få signifikans hvis en i gruppen som svarte digitalt fikk 50,0 prosent og i gruppen som svarte postalt fikk en prosent på 55,5. Vi ville også få signifikans hvis gruppen som svarte digitalt hadde en andel på 10 prosent og gruppen som svarte postalt hadde en andel på 13,6 prosent.

Svarprosenter etter datainnsamlingsmetode er vist i Fig. 1 (plassert i figur-delen av rapporten). I de fleste undergruppene er svarprosenten høyest blant dem som svarte digitalt. Men det finnes ett unntak. Blant de i den eldste aldersgruppen (90 år eller eldre) var svarprosenten litt høyere blant dem som svarte postalt (26 %) enn blant dem som svarte digitalt (23,1 %).

Verian leverte datafilen med variabler for vekting. På en av disse ble det vektet på kjønn, aldersgruppe og bydel. På en annen vektingsvariabel ble det i tillegg vektet for datainnsamlingsmetode.

2.5 Statistiske analyser

Dataene er analysert ved bruk av programpakken STATA versjon 18. Diagrammene, som utgjør det meste av tabellverket, er produsert ved bruk av Survey-modulen i STATA. I alle analysene er det vektet for kjønn, alder, bydel og utvalg (digital eller postal gruppe). Når det er justert for tredjevariabler, har vi benyttet GLM (general linear modeling) for metriske utfallsmål og logistisk regresjon med postestimering av prosenter for dikotome utfallsmål.

I analysene av forskjeller mellom bydeler (A-delen av diagrammene) vises både ujusterte tall og tall der det er justert for alder, kjønn og utdanning. I analysene av forskjeller mellom digital-gruppen og postal-gruppen (B-delen av diagrammene) vises ujusterte tall og tall der det er justert for kjønn og alder. I analysene av forskjeller over kjønn og aldersgrupper (C-delen av diagrammene) er det ikke justert for andre variabler. I analysene av utfallsvariabler etter utdanning og kjønn (D-delen av diagrammene) er det justert for alder. I figurene som viser sammenhenger mellom utfallsvariabler og vurdering av husholdningsøkonomien og kjønn (E-delen av diagrammene) er det justert for alder. I figurene som viser sammenhenger mellom utfallsvariabler og om deltakelse er hindret av helse eller førlighet og kjønn (F-delen av diagrammene) er det justert for alder.

For å unngå at antallet figurer skulle bli altfor stort, har vi noen ganger slått sammen enkeltvariabler til indekser. Dette er for eksempel tilfelle med «Vansker med å se eller høre» (Fig 18), bevegelses-relaterte vansker (Fig. 19) og kognisjons-relaterte vansker (Fig. 20). Hver av disse består av to eller tre variabler som er høyt korrelerte med hverandre. De som svarte at de enten …

- hadde store vansker med å se klart, eller ikke kunne se i det hele tatt, selv med bruk av briller eller linser

  eller

- svarte at de hadde store vansker med å høre eller ikke kunne høre i det hele tatt

fikk verdien 1 (én) på indeksen for vansker med å se eller høre. De som ikke hadde oppgitt nevnte vansker og hadde besvart minst ett av de til sammen syv spørsmålene, fikk verdien 0 (null). De øvrige ble kodet til manglende svar.

På tilsvarende måte konstruerte vi dikotome variabler for det å (i) gå i trapper og (ii) kle på seg eller vaske seg uten hjelp (bevegelses-relaterte vansker). Og for det å (i) konsentrere seg, (ii) huske ting og (iii) å få kontakt eller snakke med andre mennesker, selv på ditt foretrukne språk (kognisjons-relaterte vansker).

Det er også laget indekser for deltakelse i kulturelle aktiviteter (Fig. 28) og kommunikasjon med kommunen (Fig. 50). Hvordan disse indeksene er laget, beskrives i figurtekstene. For øvrig benyttes en del indekser som inngår i rapportene fra folkehelseundersøkelsene: psykiske plager (Fig. 6), ensomhet (Fig. 8) og søvnproblemer (Fig. 11).

Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-5) ble benyttet som mål på psykiske plager. 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», «Litt plaget», «Ganske mye plaget» og «Veldig mye plaget». 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.

Ensomhet ble målt med skalaen The UCLA Three-Item Loneliness Scale. 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», «Sjelden», «Av og til», «Ofte» og «Svært ofte». Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 til 5, der 1 står for lavest grad av ensomhet og høyere tallverdier står for høyere grad av ensomhet. Det ble laget en uvektet sumskår med verdier fra 3-15. Vi har i denne rapporten benyttet en skår på 10-15 som en indikasjon på høyt nivå av ensomhet. Andel som opplever høyt nivå av ensomhet («Ensomme») presenteres i diagrammene.

Følgende kriterier gir indikasjon på *Insomni* etter klassifikasjonssystemet DSM-5: Å oppgi å ha vansker med å sovne eller har gjentatte oppvåkninger minst 3 ganger per uke og å være søvnig eller trøtt på dagtid minst 3 ganger per uke og at søvnproblemene har vart minst 3 måneder. Vi har rapportert prosentandel med indikasjon på insomni etter disse kriteriene.

3 Resultater

3.1 Deltakelse

Datamaterialet omfattet 3 185 personer, 1 547 menn og 1 638 kvinner. Antall personer over 90 år var 323. Av disse var 151 menn og 172 kvinner. Respondenter etter kjønn og alder er vist i tabell 1.

Tabell 1: Respondenter etter alder og kjønn

		Alder				
		79-84	85-89	90+	Total	
		%	%	%	%	N
Kjønn	Kvinner	63,7	25,8	10,5	100,0	1638
	Menn	67,1	23,1	9,8	100,0	1547
	Total	65,3	24,5	10,1	100,0	3185

Den samlede svarprosenten i undersøkelsen var 35,4. Dette er høyere enn det vi la til grunn for styrkeberegningene og høyere enn svarprosenten vi oppnådde i FHUS Vestland 2022 (31,1 %). Svarprosenten var noe høyere blant de som ble invitert til å svare digitalt (37,3 %) enn blant de som ble invitert til å svare postalt (31,6 %).

Svarprosent i ulike grupper og etter datainnsamlingsmetode er vist i Fig. 1 (plassert i figur-delen av rapporten). Blant kvinner var svarprosenten høyere i postal-gruppen enn i digital-gruppen. Blant menn var det motsatt. Svarprosenten var høyere blant de som var under 90 år gamle enn blant de som var 90 eller eldre. Svarprosenten blant de som ble invitert til å svare digitalt var høyest i Bergenhus og Fana og lavest i Arna og Laksevåg. Svarprosenten blant de som ble invitert til å svare postalt var høyest i Fana og Laksevåg og lavest i Fyllingsdalen.

Deltakere i undersøkelsen fordelt over bydeler er vist i Tabell 2. De høyeste tallene finner vi i Åsane (n=531), Fana (n=496) og Bergenhus (n=491). Fyllingsdalen (n=410), Laksevåg (n=399), Årstad (n=370) og Ytrebygda har en del færre. Færrest deltakere i studien har vi fra Arna (n=169). Jo høyere antall, desto mer presise tall får vi. Når vi sammenligner på tvers av bydeler betyr dette at resultatene for Arna er noe mer usikre enn resultatene for de andre bydelene og at det er vanskeligere å oppnå statistisk signifikans ved eventuelle forskjeller mellom Arna og andre bydeler.

Hvordan studiedeltakerne fordeler seg etter datainnsamlingsmetode og kjønn er vist i Tabell 3. Andel som fikk postal henvendelse og som svarte postalt er noe høyere blant kvinner enn blant menn.

Tabell 2: Respondenter etter bydel og kjønn

	Kvinner		Menn		Alle	
Bydel	%	n	%	n	%	n
Arna	43,2	73	56,8	96	100,0	169
Bergenhus	55,8	274	44,2	217	100,0	491
Fana	50,4	250	49,6	246	100,0	496
Fyllingsdalen	55,4	227	44,6	183	100,0	410
Laksevåg	43,9	175	56,1	224	100,0	399
Ytrebygda	46,1	147	53,9	172	100,0	319
Årstad	59,2	219	40,8	151	100,0	370
Åsane	51,4	273	48,6	258	100,0	531
Alle	51,4	1638	48,6	1547	100,0	3185

Tabell 3: Respondenter etter datainnsamlingsmetode og kjønn

		Datainnsamlingsmetode				
		Digital	Postal henvendelse, svart digitalt	Postal henvendelse, svart postalt	Total	
		%	%	%	%	N
Kjønn	Kvinner	67,5	1,7	30,8	100,0	1630
	Menn	73,1	1,9	25,0	100,0	1547
	Total	70,2	1,8	28,0	100,0	3185

3.2 Forskjeller mellom bydeler

For at resultatene skal bli litt mer oversiktlige, har vi laget egne tabeller der en raskt kan få et overblikk. Den første viser hvordan resultatene for bydelene avviker fra gjennomsnittstallene for hele Bergen (A-delene i Tabell 4-9). Når vi skal beskrive avvikene fra gjennomsnittstall benytter vi effektstørrelser, forkortet til E.S. Det er vanlig å betegne effektstørrelser på rundt 0,20 som svake, rundt 0,50 som middels og 0,80 som sterke. Resultatene vises også grafisk i A-delen av diagrammene i figurene 2-25.

Nedenfor rapporterer vi bare resultater som er basert på justerte tall. Det er justert for aldersgruppe og kjønn. Dette fordi forskjellene vi finner ikke skal skyldes ulik alders- eller kjønnssammensetning mellom bydelene.

Fana er den bydelen som har de tydeligste positive avvikene. Fana kommer ut med høyere skår enn gjennomsnittet på Livstilfredshet (E.S.=0,18), Livet er meningsfylt (E.S.=0,12) og en nokså høy andel som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet. I Fana er det 74 % som rapporterer om stor grad av trivsel i nærmiljøet, mot 68 % i Bergen som helhet (E.S.=0,13). I Fana er det dessuten en lavere andel enn for Bergen som helhet som oppgir at de har store vansker med hørselen, 6 % mot 9 % (E.S.=0,11). Fana kommer ikke ut med signifikant dårligere tall enn gjennomsnittlig for Bergen på noen av utfallsmålene.

Ytrebygda merker seg ut positivt på tre områder, gjennomsnittlig skår på Livstilfredshet (E.S.=0,16), andel som oppgir at de ukentlig har kontakt med familien (90 % mot 85 % for Bergen som helhet – E.S.=0,15) og andel som er svært fornøyde med boligen sin (67 % mot 60 % for Bergen som helhet – E.S.=0,15). Heller ikke Ytrebygda skiller seg ut signifikant og negativt på noen områder.

Bergenhus oppnår gode tall for Trivsel. Stor grad av trivsel i nærmiljøet rapporteres av 74 % mot 68 % totalt for Bergen (E.S.=0,13). I Bergenhus er det dessuten en høyere andel enn for Bergen som helhet som rapporterer at de er sammen med gode venner minst ukentlig, 49 % mot 42 % (E.S.=0,14). Bergenhus kom ikke signifikant dårligere ut på noen utfallsmål enn Bergen sett under ett.

Årstad er den bydelen som utmerker seg mest positivt på ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter (44 % mot 36 % for Bergen som helhet, E.S.=0,16) og lavest andel som har store kognitive problemer (3 % mot 6 % totalt for Bergen, E.S. = 0,15). Årstad er samtidig den bydelen som har lavest skår på Stedstilhørighet (E.S.=0,18).

Åsane oppnådde bedre skår enn gjennomsnittlig på ett utfallsmål, nemlig Stedstilhørighet (E.S.=0,10). Åsane kom ikke signifikant dårligere ut på noen utfallsmål enn Bergen sett under ett. Dette til tross for at Åsane av alle bydelene hadde det høyeste antallet deltakere i studien.

Fyllingsdalen hadde svakere resultat enn Bergen sett under ett på andel ensomme (15 % mot 10 % for Bergen totalt, E.S.=0,15), andel som oppgav at de var svært fornøyde med boligen (54 % i Fyllingsdalen mot 60 % totalt i Bergen, E.S.=0,12) og andel som rapporterte at helsen deres hindrer deltakelse i aktiviteter (66 % i Fyllingsdalen mot 57 % i Bergen som helhet, E.S.=0,19).

Laksevåg hadde mindre gunstige resultat enn totaltallene for Bergen på Ensomhet (15 % ensomme mot 10 % for hele Bergen. E.S.=0,15), Ukentlig kontakt med familien (80 % mot 85 %, E.S.=0,13) og Ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter (29 % mot 36 %, E.S.=0,15).

Arna hadde et lavere antall deltakere i studien enn noen av de andre bydelene. Dette gjør det vanskeligere å finne signifikante avvik fra gjennomsnittstallene for Bergen. Det skal likevel nevnes at Arna hadde høyest skår på Stedstilhørighet (E.S.=0,13), lav andel som rapporterte om store kognitive vansker (3 % mot 6 %, E.S.=0,15) og høyest andel som rapporterte at de kan bo i boligen sin som den er 46 % mot 40 %, E.S=0,12). Men ingen av disse forskjellene mellom Arna og Bergen som helhet var signifikante.

Mer informasjon om forskjeller mellom bydeler kan leses ut av Tabell 4 samt mer visuelt fremstilt i diagrammene i rapporten.

Selv om vi ovenfor har beskrevet en del forskjeller mellom bydelene, eller rettere sagt, hvordan de enkelte bydelene avviker fra gjennomsnittstallene for hele Bergen, er det viktig å legge merke til at forskjellene er små. Dette ser vi av effektstørrelsene, som uten unntak er lavere enn 0,20. Forskjellene mellom bydelene blir derfor ikke drøfter nærmere i diskusjonsdelen av denne rapporten.

3.3 Invitasjonsmetode

Ett av hovedformålene med den foreliggende undersøkelsen var å se på forskjeller mellom de som kunne nås med en digital datainnsamling og de som bare kunne nås postalt. De som ble invitert til å svare postalt, men likevel svarte via digitalt er her plasserte sammen med de som ble invitert til å svare postalt og som svarte postalt. Dette fordi alle disse er deltakere som ikke ville bli nådd gjennom de vanlige digitale datainnsamlingene som gjennomføres i FHUS.

En resultatoversikt der invitasjonsmetode er brukt som prediktor er presentert i Tabell 5. Resultatene er presentert mer detaljert i B-delene av figurene 2-25. På de mest sentrale og mest brukte utfallsmålene som blir brukt i FHUS-ene finner vi ingen statistisk signifikant forskjell mellom dem som ble invitert til å svare digitalt og dem som ble invitert til å svare på papirskjema. Dette gjelder blant annet livstilfredshet, hvor meningsfylt en opplever at livet er, tillit til andre, stedstilhørighet, psykiske plager (HSCL-5, ensomhet (UCLA-3) og søvnproblemer (insomni). På to utfallsvariabler som vanligvis inngår i FHUS-ene finner vi signifikante forskjeller mellom digitalgruppen og postalgruppen. Dette gjelder trivsel i nærmiljøet og samvær med gode venner.

På en del andre utfallsmål, som vanligvis ikke inngår i Folkehelseundersøkelsene, finner vi heller ingen signifikante forskjeller på tvers av datainnsamlingsmetoder. Dette gjelder selvrapportert (global) psykisk helse, syns- og hørselsproblemer, om en har ulønnet omsorgsansvar, om en har alderstilpasset egen bolig, om en opplever at pengene i husholdningen ikke strekker til, og om helsemessige forhold hindrer deltakelse i aktiviteter.

På en del andre utfallsmål som ikke pleier å inngå i FHUS-ene finner vi forskjeller. Det gjelder ukentlig kontakt med familien, ukentlig kontakt med naboer, venner og bekjente, og ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter. Alle disse handler om sosial kontakt og deltakelse. Gjennomgående rapporterer de som svarte digitalt høyere grad av sosial kontakt og deltakelse enn de som svarte postalt. Videre finner vi signifikante forskjeller mellom de to gruppene (digital versus postal datainnsamlingsmetode) på selvrapportert (global) fysisk helse, om en har store vansker med bevegelse, kognitive problemer, om en er fornøyd med boligen og om en kan bo i boligen hvis en får dårlig helse. Også her kommer de som svarte digitalt best ut.

På de fleste utfallsmålene kommer de som fikk digital henvendelse bedre ut enn de som fikk postal henvendelse. Effektstørrelsene varierer fra 0,12 til 0,28. Bare på ett utfallsmål oppnådde de som fikk postal henvendelse bedre tall enn dem som fikk digital henvendelse, nemlig på spørsmålet om de kan bo i boligen slik den er, selv om de skulle få dårlig helse. Her var effektstørrelsen på 0,31.

3.4 Kjønn

Kjønnsforskjeller er beskrevet i teksten over figurene 2-25 (ujusterte tall). I C-delen av de samme figurene viser vi forskjeller over aldersgrupper separat for menn og kvinner.

Signifikante kjønnsforskjeller ser vi på psykiske plager, der kvinnene har gjennomsnittlig høyere skår enn mennene i alle de tre aldersgruppene, men forskjellene er bare signifikante i gruppen 79-84 år og blant de som er 90 år eller eldre. Andel som ukentlig har kontakt med familien, som har ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente (grensesignifikant) eller er sammen med gode venner ukentlig er høyere blant kvinner enn blant menn i aldersgruppen 79-84 år. Andelen som er sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig er lavere blant kvinner enn blant menn i samme aldersgruppe. Andelen som rapporterer at de har store vansker relatert til kognisjon er høyere blant menn enn blant kvinner i aldersgruppen 79-84 år. Andelen som har alderstilpasset bolig er litt høyere blant kvinner enn blant menn i aldergruppen 79-84 år.

At de fleste signifikante kjønnsforskjellene opptrer i aldersgruppen 79-84 år kan skyldes at antall observasjoner er høyere i denne aldergruppen enn de to øvrige aldersgruppene.

Hvis vi ser nøyere på kjønnsforskjellene i aldersgruppen 90+, kommer kvinnene mindre gunstig ut enn mennene på en rekke utfallsmål. Det gjelder tilfredshet med livet, det man gjør i livet er meningsfylt, stedstilhørighet, trivsel i nærmiljøet, ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente, være sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig, selvrapportert psykisk helse, bevegelses-relaterte vansker, kognisjons-relaterte vansker, og fysisk aktivitet. Ingen av disse forskjellene er signifikante, men alle viser mindre gunstige tall for kvinnene enn for mennene. På ett utfallsmål er forskjellen mellom menn og kvinner over 90 statistisk signifikant, nemlig psykiske plager (E.S.=0,47). Blant kvinner over 90 år er det en svært høy andel som er enker (80,1 %) og som bor alene (82,4 %).

Det skal tilføyes at kvinnene kommer bedre ut enn mennene på noen få utfallsmål blant de eldste (90+). Dette gjelder ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter og en lavere andel som rapporterer at de har store vansker med å se eller høre. En høyere andel blant menn enn blant kvinner oppgir at de gir ulønnet omsorg. Heller ikke noen av disse forskjellene er statistisk signifikante.

Det er interessant at så mange av forskjellene går i kvinnenes «disfavør». Vi kan likevel ikke konkludere sikkert, men betrakte disse observasjonene mer som et utgangspunkt for senere undersøkelser.

3.5 Alder

Tabell 6 og diagram C i figurene 2-25 viser funn relaterte til alder. De signifikante forskjellene mellom aldersgrupper går stort sett i favør av de yngste (alder 79-84 år). Signifikante forskjeller for både menn og kvinner ser vi når det gjelder ensomhet, problemer med å se og høre, problemer med bevegelse og at helsen eller førligheten hindrer deltakelse i aktiviteter en gjerne ville være med på.

De yngste kommer dessuten signifikant bedre ut enn de øvrige når det gjelder stedstilhørighet (kvinner), psykiske plager (menn), kontakt med naboer, venner og bekjente (kvinner), sammen med gode venner noen ganger i året eller sjeldnere (kvinner), fysisk helse (menn), søvnproblemer (menn), kognitive problemer (kvinner) og det å ha alderstilpasset bolig (menn).

De eldste kvinnene (90+) skiller seg signifikant fra de yngre kvinnene på 13 av de 24 utfallsmålene. Hvilke dette dreier seg om går fram av Tabell 6. Kort fortalt dreier det seg om flere av målene på livskvalitet, psykiske plager, sosial kontakt, problemer med persepsjon, kognisjon og bevegelse, og at helsemessige forhold hindrer deltakelse i aktiviteter. Forskjellene går i de eldstes disfavør.

Noen få av utfallsmålene viser avvik for de eldste mennene (livet er meningsfylt, vansker med å høre, begrensninger i deltakelse grunnet helsemessige forhold eller nedsatt førlighet). Igjen går forskjellene i de eldstes disfavør.

3.6 Utdanning

Tabell 7 og D-diagrammene i Fig. 2-15 viser forskjeller mellom de med kortest (grunnskole eller ingen fullført utdanning) og de med lengst utdanning (høgskole eller universitet i mer enn 4 år. Der det er signifikante forskjeller er det de med lengst utdanning som kommer best ut. Forskjellene er signifikante for både menn og kvinner på fire utfallsmål: Tillit til andre, ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter, god eller svært god psykisk helse og svært fornøyd med boligen. Kvinner med den høyeste utdanningen kom bedre ut enn kvinner med den laveste utdanningen på tre utfallsmål: psykiske plager, ukentlig kontakt med naboer, venner og bekjente og sammen med gode venner noen ganger i året eller sjeldnere. Mennene med den høyeste utdanningen kom bedre ut enn mennene med den laveste utdanningen på fire utfallsmål: Det en gjør i livet er meningsfylt, trivsel i nærmiljøet, god eller svært god fysisk helse og problemer med å få pengene i husholdningen til å strekke til.

Effektstørrelsene varierer fra 0,22 til 0,46, med andre ord fra små til middels store. Siden vi her sammenligner ekstremgrupper, er det kanskje overraskende at ikke flere forskjeller viste seg å være signifikante, og at effektstørrelsene ikke var større.

3.7 Husholdningsøkonomi

Som et supplement til spørsmålet om utdanning, spør vi i Folkehelseundersøkelsene også om hvor vanskelig det er å få pengene i husholdningen til å strekke til. Det har vist seg at denne variabelen har nokså sterk sammenheng med mange av utfallsmålene som inngår i Folkehelseundersøkelsene. Det viste seg også å være tilfelle i undersøkelsen blant eldre i Bergen.

Tabell 8 og E-delen i figurene 2-25 viser forskjeller mellom de som rapporterte at det er vanskelig å få pengene til å strekke til og de som rapporterte at det er svært lett. De tre nederste kategoriene (svært vanskelig, vanskelig, forholdsvis vanskelig) er slått sammen til én kategori på grunn av små tall. Dette tyder på at det absolutt sett var få av respondentene som opplever en vanskelig økonomi (hhv svarte 0,9 % «svært vanskelig», 1,6 % «vanskelig» og 5,7 % «forholdsvis vanskelig», vektede tall).

På seks utfallsmål var det signifikante forskjeller for begge kjønn. Det gjelder tillit til andre, stedstilhørighet, psykiske plager, trivsel, god eller svært god fysisk helse, god eller svært god psykisk helse og om en er svært fornøyd med boligen. På noen utfallsmål var forskjellene signifikante bare for kvinnene: Livstilfredshet, livet er meningsfylt og begrensninger i aktiviteter en gjerne ville være med på. På ett utfallsmål var forskjellene signifikante bare for menn. En høyere andel blant dem som oppgav økonomiske vansker hadde fått tilpasset egen bolig.

Alle forskjellene gikk i samme retning,; jo lettere en rapporterte at det er å få pengene til å strekke til, desto gunstigere skår eller prosent. Effektstørrelsene varierer mellom 0,34 og 0,68, med andre ord fra litt under til litt over middels effektstørrelser.

3.8 Aktivitetsbegrensninger på grunn av helsetilstand og førlighet

Dette er en prediktor som ikke er med i de ordinære Folkehelseundersøkelsene. Men den er svært aktuell når undersøkelsen dreier seg om eldre mennesker. Spørsmålet den er basert på er formulert slik: «Er helsetilstanden eller førligheten din til hinder for å være med på aktiviteter du skulle ønske du kunne være med på?» Svaralternativene er følgende: (i) Ja, jeg kan ikke være med på noe, (ii) Ja, det er mye jeg ikke får vært med på, (iii) Ja, det er én eller noen aktiviteter jeg ikke får vært med på, og (iv) Nei, jeg klarer å delta i alt jeg ønsker. I analysene er de to første slått sammen til en kategori.

Denne prediktoren slår sterkt ut på en rekke utfallsmål (Tabell 9 og F-delen i diagrammene som vises i Fig.2 - Fig. 25). De som svarer at de ikke kan være med på noe eller at det er mye de ikke får vært med på skårer langt lavere enn de som klarer å delta på det de vil på de ulike livskvalitetsmålene, psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer, sosial kontakt, problemer med persepsjon, bevegelse, tilfredshet med bolig og det å ha fått tilpasset boligen. Flere av effektstørrelsene er større enn 0,80, med andre ord er det snakk om store effektstørrelser.

3.9 Utfordringer i det daglige

Figurene 26-50 viser andre resultater på spørsmål som ble lagt inn i undersøkelsen av Bergen kommune.

Tidligere har vi beskrevet hvordan tre typer utfordringer (se og høre; bevegelse, kognisjon) henger sammen med kjønn, alder, utdanning, vurdering av husholdningsøkonomien og om helsetilstanden hindrer deltakelse i aktiviteter en gjerne ville være med på. I Fig. 26 viser vi forekomsten av hver enkelt utfordring hver for seg.

Andel som rapporterer om store vansker, eller at de ikke klarer i det hele tatt, er størst for det å gå (15,4 %) etterfulgt av det å høre (7,3 %). Når vi ser på andelen som i tillegg rapporterer «noen vansker», får vi den høyeste andelen på det å huske (til sammen 60,9 %) etterfulgt av det å gå (51,0 %) og å høre (50,1 %).

3.10 Deltakelse i aktiviteter

Fig. 27 viser at det å drive med trim eller fysisk aktivitet var den aktiviteten som hadde størst utbredelse. Omtrent halvparten av alle som deltok i undersøkelsen (51,3 %) rapporterer at de holder på med trim eller fysisk aktivitet ukentlig eller oftere. Denne aktiviteten kommer dermed i en særstilling og kan kanskje ikke sammenlignes direkte med de øvrige.

Når det gjelder øvrige aktiviteter, er det mest vanlig ukentlig å være med på aktiviteter ved aktivitetssentra eller seniorsentra (16,3 %). Fire aktivitetstyper har omtrent samme utbredelse, nemlig kor, sang eller spille et instrument, gå på idrettsarrangement, delta i frivillig arbeid og være med på aktiviteter relatert til kirke- eller trossamfunn (5,8-6,7 %).

Fig. 28 viser hvordan deltakelse i kulturelle aktiviteter varierer med kjønn og alder. Trim og fysisk aktivitet er her holdt utenfor. Vi ser at kjønnsforskjellene innen hver aldersgruppe er svært små. Men gjennomsnittlig skår synker med alderen.

Fig. 29 viser andel som driver med trim eller fysisk aktivitet minst to ganger i uken fordeler seg over kjønn og aldersgrupper. Andelen er i alle aldersgruppene høyere blant menn enn blant kvinner. Men andelen synker sterkt med alderen. Blant de som er 90 år eller eldre er det

likevel over en fjerdedel av mennene, men en noe lavere andel blant kvinnene som oppgir at de driver med trim eller fysisk aktivitet minst to ganger i uken.

Andel som gjerne skulle vært mer aktive i frivillig arbeid eller i fritidsaktiviteter er nokså høy (mellom 25 og 35 %) både blant menn og blant kvinner i de tre aldersgruppene og vi ser en tendens til at andelen øker over aldersgrupper blant menn (Fig. 30).

Av Fig. 31 går det fram at den største barrieren de opplever mot å delta så mye som de skulle ønske, er helsetilstanden (47,8 %) og dernest transportproblemer (15,9 %). Andre grunner rapporteres av 16,4 %.

3.11 Sivilstand og boligsituasjon

Litt over halvparten, eller 54,6 % oppgav at de er gift, har registrert partner eller er samboende. Andelen var langt høyere blant menn (74,1 %) enn blant kvinner (40,7 %). Litt over en tredjedel (35,7 %) oppgav at de er enke eller enkemann. Her var andelen langt høyere blant kvinner (48,1 %) enn blant menn (18,2 %). Andelen som rapporterte at de hadde kjæreste, men uten å bo sammen eller var enslige, var 9,8 %. Her var tallet litt høyere blant kvinner (11,2 %) enn blant menn (7,8 %). Fig. 32 viser at andelen som er gifte, har registrert partner eller samboende synker med alderen både blant menn og kvinner, blant menn mest fra nest eldste til eldste aldersgruppe. Andelen som er enke eller enkemann øker tilsvarende.

En svært høy andel (86,1 %) eier boligen sin, omtrent like mange blant kvinner (85,2 %) som blant menn (87,4 %). En av ti (10,1 %) oppgav at de leier. Blant kvinnene synker andelen som eier boligen sin noe med alderen, fra 89,3 % blant de som er i aldersgruppen 79-84 år til 71,7 i aldersgruppen 90+ år (Fig. 33).

De fleste bor i enebolig, rekkehus eller tomannsbolig (42,6 %) eller i leilighet (eller annen bolig på ett plan) (50,5 %). Andelen som bor i enebolig er høyere blant menn (49,5 %) enn blant kvinner (38,0 %), og dette er tilfelle i hver enkelt aldersgruppe (Fig. 34). Andelen som bor i enebolig, synker dessuten en del blant kvinnene over aldersgrupper.

Fig. 35 viser hvilke grep som er gjort for å tilpasse egen bolig slik at de kan bo hjemme selv med svekket helse. Blant de som hadde gjort slike tilpasninger var de to vanligste tiltakene håndtak eller rekkverk innendørs (33,7 %) eller utendørs (25 %). Andre vanlige tiltak var sklisikring inne (22,4 %) og bedre belysning (20,1 %).

Andelen som rapporterte at de bor alene var 49,9 %. Blant kvinner var andelen omtrent dobbelt så høy (62,4 %) som blant menn (31,4 %). Andelen som rapporterte at de bor sammen med en annen person var 48,3 %. Her var prosenten langt høyere blant menn (66,9 %) enn blant kvinner (35,8 %). Fig. 36 viser at det å bo alene blir vanligere med økende alder, mens andelen som rapporterte at de bor sammen med én annen person synker.

3.12 Tilsyn eller hjelp i hjemmet

Andel som rapporterte at de regelmessig får tilsyn eller hjelp i hjemmet er 24,1 %. Fordelt på kjønn blir tallene 27,3 % blant kvinner og 19,5 % blant menn. Andelen stiger med alderen både blant menn og kvinner (Fig. 37). Blant de som er 90 år eller eldre, er det rundt halvparten som får regelmessig tilsyn eller hjelp i hjemmet, 55,9 % blant kvinner og 45,7 % blant menn.

Det er vanligst å få hjelp fra kommunale tjenester (68,5 %) og fra egen familie (62,7 %). Langt færre får hjelp fra venner (1,0 %) eller fra frivillige organisasjoner (1,0 %) (Fig. 38).

3.13 Selvmord

På spørsmålet om selvmordstanker (tenkt seriøst på å ta livet sitt), var det 3,6 % som svarte bekreftende mens 5,2 % ikke ønsket å svare på dette (Fig. 39). Andelen som rapporterte at de faktisk har prøvd å ta livet sitt var 0,8 %. Det var 5,3 % som oppgav at de ikke ønsket å svare på dette spørsmålet (Fig. 40). Blant de 117 personene som sa at de seriøst hadde tenkt på å ta livet sitt og som hadde svart på spørsmålet om hvem en eventuelt hadde fortalt det til, var det 47 % som ikke hadde fortalt dette til noen. Tretti prosent hadde fortalt det til enn venn eller bekjent, 13 % til et hjelpetilbud og 8 % til andre (Fig. 41).

Antallet som hadde prøvd å ta livet sitt (44 personer) var såpass lavt at det av personvernhensyn ikke er aktuelt å presentere resultater for hvem en hadde fortalt dette til.

3.14 Bruk av digitale medier

Andel som oppgav at de bruker datamaskin (PC eller Mac) var 65,3 %, en del høyere blant menn (76.4 %) enn blant kvinner (57,9 %). Andelen synker blant både menn og kvinner, mest blant kvinnene, med økende alder. Blant kvinnene som er 90 år eller eldre, er det 32,1 % som bruker datamaskin. Blant mennene som er 90 år eller eldre er andelen nesten dobbelt så høy (59,3 %) (Fig. 42).

Andel som rapporterte at de bruker smarttelefon er litt høyere enn andelen som bruker datamaskin, nærmere bestemt 73,8 %. Her er kjønnsforskjellen beskjeden med 72,3 % blant kvinner og 76,1 % blant menn. Også andelen som bruker smarttelefon synker med alderen. Blant kvinner over 90 år er andelen her nede i 41,5 % (Fig. 43).

Andel som svarte at de bruker nettbrett eller iPad var 57,9 %. Her var det nesten ingen kjønnsforskjell. Andelen som oppgav at de bruker nettbrett eller iPad blant menn og kvinner synker nokså parallelt med alderen (Fig. 44).

For de som ikke er kjent med hva en KOMP er for noe, skal det sies at en KOMP er en liten datamaskin med en 17 tommers skjerm. Den er et kommunikasjonsverktøy for eldre personer og deres familier eller venner. KOMP-enheten står hos den eldre og kan motta bilder, meldinger og videosamtaler fra andre.

Andel som oppgav at de bruker KOMP var 6,6 %. Kjønnsforskjellen er minimal, og det ser ikke ut til å være særlig store forskjeller over aldersgrupper (Fig. 45).

Andelen som svarte at de bruker internett daglig var 67,1 %, litt høyere blant menn (74,2 %) enn blant kvinner (62,1 %). Både blant menn og kvinner faller andelen som rapporterte at de bruker internett daglig med økende alder. Blant kvinner over 90 år er andelen nede i 38,6 % (Fig. 46).

3.15 Kommunens tjenester

På alle de tre spørsmålene om deltakernes oppfatning av kommunens tjenester heller svarene litt i positiv retning. Alle påstandene er positivt formulert («Tydelig for meg», «Enkelt å få oversikt»). Når en studerer resultatene for kvinner og menn og for hvert av spørsmålene separat, er det bare med ett unntak flere som svarer «Helt enig» enn som svarer «Helt uenig». Og det er uten unntak flere som svarer «Litt enig» enn «Litt uenig». Det er imidlertid mange som har svart «Vet ikke» eller som ikke har svart i det hele tatt på de tre spørsmålene (Fig. 47-

49). Det kan skyldes at mange har lite erfaring med å søke informasjon om kommunens tjenester og derfor ikke har nok bakgrunn til å svare.

Vi har laget en indeks av de tre spørsmålene. Dette har vi gjort ved å legge sammen verdiene (skala 1-5) og dele på antall ledd. Alle som hadde svart på minst to av spørsmålene fikk valide tall på indeksen. Det er nesten ingen forskjell mellom de seks gruppene som vi får ved å krysse kjønn (to grupper) og alder (tre grupper) (Fig. 50). Bare kvinnene over 90 skiller seg litt ut. Her er skåren signifikant lavere enn i de fem øvrige gruppene når disse slås sammen til én gruppe.

4 Diskusjon

Dataene fra undersøkelsen blant eldre i Bergen i 2024 gir muligheter for å belyse et stort antall problemstillinger. Denne rapporten gir bare en første, nokså enkel beskrivelse av resultater basert på dette datasettet. Men før vi kommer til resultatene fra undersøkelse blant eldre i Bergen i 2024, skal vi se litt på funn fra Bergens-delen av Folkehelseundersøkelsen i Vestland i 2022.

4.1 Folkehelseundersøkelsen i Vestland 2022 - Bergen

Ett av de mest slående og konsistente funnene fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene) som er gjennomført over hele landet siden 2018, er at svært mye blir bedre med alderen. I noen tilfeller er de positive endringene over alder temmelig kraftige. Dette gjelder blant annet ulike aspekter ved livskvalitet og psykisk helse.

Analyser av utvalgte data fra FHUS Vestland 2022 bekrefter dette inntrykket. Når vi ser på aldersgruppene fra 18-29 år og oppover til 70-79 år, stiger blant annet tilfredsheten med livet, trivselen i nærmiljøet, tilliten til andre mennesker og hvor trygg en føler seg i nærmiljøet. Gjennomsnittsskåren på psykiske plager synker kraftig og andelen som opplever at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, synker kraftig.

Det er vanskelig å vite sikkert hva som er forklaringen, og den trolig sammensatt. Mange unge er i etableringsfasen og sliter kanskje med økonomien. Mange tar opp store lån for å kunne kjøpe bolig. I en livsfase der mange er gifte eller samboende, har barn og begge er i arbeid, kan man oppleve stress og at tiden ikke strekker til. Med økende alder, og etter hvert som lånene betales ned og barna vokser til, og mange etter hvert går ut av arbeidslivet, avtar bekymringene og stressnivået. Hvis disse forklaringene stemmer, har de yngre noe å se fram til. Bedre økonomi, mindre stress, bedre psykisk helse og økt livskvalitet.

I FHUS Vestland i 2022 ble aldersgruppen 80 år eller eldre skilt ut som egen gruppe. På de fleste utfallsmålene skilte de seg ikke stort fra de som var 70-79 år. Men det vi så var at de positive endringene som fant sted over yngre grupper, flater ut. Signifikante negative endringer fra den nest eldste til den eldste aldersgruppen fant vi bare på tre utfallsmål, selvrapportert global helse, fremtidsoptimisme og om en opplever at det en gjør i livet er meningsfylt. Dette er nok ikke særlig overraskende. Helseproblemene blir større når en passerer 80 år. Mange opplever nedsatt funksjonsevne og mange rammes av alvorlig sykdom. At dette særlig går ut over framtidsoptimismen og gjør livet mindre meningsfylt er nok ganske naturlig.

4.2 Undersøkelsen blant eldre i Bergen 2024

4.2.1 Datainnsamling digitalt eller på papir?

Ett av hovedformålene med undersøkelsen blant eldre i Bergen i 2024 var å finne ut om det er viktig å supplere digitale datainnsamlinger med datainnsamlinger ved bruk av papirskjema. Som nevnt tidligere var det en del av de som fikk postal henvendelse og tilsendt papirskjema som valgte å svare digitalt. Siden disse vanligvis ikke nås gjennom de ordinære

datainnsamlingene i FHUS, er disse slått samme med de som svarte på papirskjema. For enkelhets skyld sier vi at disse tilhører den postale gruppen.

På de mest sentrale utfallsmålene brukt i FHUS-ene er forskjellene mellom de to gruppene minimale (svake effektstørrelser) og ikke signifikante (Tabell 5). Dette gjelder livstilfredshet, i hvilken grad livet er meningsfylt, tillit til andre, stedstilhørighet, psykiske plager, ensomhet, insomni og i hvilken grad en opplever at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til.

På to av de sentrale utfallsmålene fra FHUS-ene finner vi en signifikant forskjell mellom gruppene. Det ene er spørsmålet om trivsel i nærmiljøet. Det andre er spørsmålet om hvor ofte en er sammen med gode venner. Effektstørrelsene var på 0,15 og 0,24. I begge tilfellene går forskjellene i favør av den digitale-gruppen. Disse to signifikante forskjellene tyder på en aldri så liten skjevhet (bias) når en beregner andel eldre som rapporterer stor grad av trivsel i FHUS-ene og andel som er sammen med gode venner minst ukentlig.

På en del utfallsmål som vanligvis ikke er med i FHUS-ene finner vi også forskjeller mellom de to gruppene. Dette gjelder blant annet følgende utfallsmål: Om de kan bo i boligen sin slik den er (E.S.=0,31), ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente (E.S=0,28), ukentlig deltagelse i kulturelle aktiviteter (E.S.=0,19) og om de har store kognitive vansker (E.S.=0,19). Interessant nok går forskjellen når det gjelder spørsmålet om de kan bo i boligen sin slik den er i favør av de som tilhører den postale gruppen.

De relativt små, men nokså mange eksemplene på signifikante forskjeller mellom de to gruppene medførte at datainnsamlingsmetode ble lagt til som en justeringsvariabel i de aller fleste analysene som er presentert i denne rapporten. Unntaket er tabeller som gjelder deltakelse (Tabellene 1-3).

4.2.2 Kjønn og alder

I undersøkelsen blant eldre i Bergen, gjorde vi en endring. Det globale spørsmålet om egen helsetilstand ble delt opp i to spørsmål der det ene handlet om fysisk (kroppslig) helse og det andre om psykisk helse. Det å skille mellom disse to aspektene ved helse viste seg å være viktig. Andelen som rapporterte at de hadde svært god eller god fysisk helse var 56,5 % når vi ser alle aldersgruppene under ett. Andelen som rapporterte at de hadde svært god eller god psykisk helse var langt høyere, nemlig 80,8 %. Når resultatene blir såpass ulike, virker det uheldig å kombinere disse til ett enkelt spørsmål.

Den rapporterte fysiske helsen endret seg sterkt og signifikant over de tre aldersgruppene. Andelen som rapporterte god eller svært god fysisk helse, gikk ned med alderen. I sterk kontrast til selvrapportert fysisk helse, endrer den psykiske helsen seg ikke i det hele tatt mellom 79-84 år og 85-89 år. Men hos kvinner ser vi en endring til det verre når de passerer 90. Også dette viser at det er fornuftig å skille mellom fysisk og psykisk helse når en stiller spørsmål om helsetilstand.

La oss så se litt på det andre av de spørsmålene der vi i FHUS Vestland (Bergens-delen) registrerte en endring fra aldersgruppen 70-79 år til aldersgruppen 80+, nemlig spørsmålet om det en gjør i livet oppleves som meningsfylt. I dataene fra Eldreundersøkelsen i Bergen 2024 ser vi en nedgang over alle de tre aldersgruppene. Nedgangen over de tre aldersgruppene tilsvarer en ganske betydelig (middels) effektstørrelse på 0,57.

Det tredje spørsmålet som viste endring fra aldersgruppen 70-79 år til aldersgruppen 80+ i FHUS Vestland (Bergens-delen) i 2022, spørsmålet om fremtidsoptimisme, ble ikke tatt med i undersøkelsen blant eldre i Bergen. Dette fordi en kan være i tvil om både nytten og etikken i å spørre de aller eldste om hvordan de tenker om forhold som ligger fem år frem i tiden.

På de spørsmålene vi kunne sammenligne med FHUS Vestland (Bergens-delen), og der vi i sistnevnte undersøkelse hadde klare forskjeller mellom aldersgruppene 70-79 og 80+ år, har vi fått bekreftet at vi får viktig tilleggsinformasjon ved å ha egne data på de som er mellom 85 og 89 år og de som er 90 år eller eldre.

Ser vi på kjønn og alder, er det én bestemt gruppe som merker seg ut, nemlig kvinner over 90 år. De skårer blant annet lavt på tilfredshet med livet, høyt på psykiske plager, en høy andel er ensomme, en lav andel har ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente, og en høy andel rapporterer store bevegelses-relaterte vansker og store kognisjons-relaterte vansker. En svært høy andel av kvinnene over 90 år bor alene (82,4 %) og er enker (80,1 %). Det er derfor ikke så merkverdig at det blant kvinnene over 90 år er flest som rapporterer at de regelmessig får tilsyn eller hjelp i hjemmet. Det skal tilføyes at vi blant kvinnene over 90 år har de laveste andelene som bruker datamaskin eller internett og som har den laveste skåren på tilfredshet med kommunikasjon fra kommunen.

4.2.3 Sosial ulikhet

I FHUS-ene analyserer vi utfallsmålene mot to spørsmål som er ment å fungere som indikatorer på sosial ulikhet. Det ene er høyeste fullførte utdanningsnivå (selvrapportert). Det andre er i hvilken grad en opplever det som vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til. I alle de undersøkelsene som er gjennomført til nå (de fleste norske fylkene) viser det seg at høy utdannelse henger sammen med god helse, høy livskvalitet og gode sosiale relasjoner. Det samme er tilfelle med spørsmålet om husholdningsøkonomi. Jo lettere det er å få pengene til å strekke til i det daglige, desto gunstigere kommer de ut på det meste av utfallsmål. Det er selvsagt av interesse å se om en finner noe eller mye av det samme i en undersøkelse som bare omfatter de eldste.

I analysene er det skilt mellom fem grupper: (i) De som bare har grunnskole eller ingen utdannelse i det helet tatt, (ii) videregående skole, (iii) fagskole eller lignende, (iv), høgskole eller universitet i 2-4 år, høgskole eller universitet i mer enn 4 år. En grundigere inspeksjon av resultatene viser nokså små forskjeller mellom de tre midterste av disse gruppene, noe som gjør at vi kan stille spørsmål ved hvor godt inndelingen i utdannelsesgrupper passer for den eldre delen av befolkningen. Vi har derfor nøyd oss med å se på forskjellene mellom de med høyest og de mer lavest utdanning.

På fem av utfallsmålene finner vi signifikante forskjeller mellom de to gruppene både for kvinner og menn. Det gjelder om de er fornøyde med boligen, om de opplever at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, selvrapportert psykisk helse, tillit til andre og ukentlig deltakelse i kulturelle aktiviteter. Alle forskjellene går i favør av de med den høyeste utdannelsen. Kort fortalt kan vi si at vi finner mange av de samme forskjellene mellom de med høyest og de med lavest utdanning i denne undersøkelsen blant de som er 80 år eller eldre som vi finner i undersøkelser som omfatter hele aldersspennet av voksne (18 år+).

Om det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til i det daglige har også sammenheng med mange av utfallsvariablene. Her finner vi effektstørrelser på 0,40 eller høyere på livstilfredshet (kvinner), om det en gjør i det daglige er meningsfylt (kvinner), tillit til

andre (kvinner), stedstilhørighet (begge kjønn) svært god eller god fysisk helse (kvinner), svært god eller god psykisk helse (begge kjønn) og svært fornøyd med boligen (begge kjønn).

Både når vi ser på sammenhenger med utdanning og når vi ser på sammenhenger med rapportert husholdningsøkonomi får vi bekreftet at sosial ulikhet er et viktig tema også i undersøkelser av subjektiv helse og livskvalitet blant eldre.

4.2.4 Helsetilstand og førlighet som hinder

Spørsmålet om helsetilstand og førlighet er til hinder for å være med på aktiviteter er utviklet spesifikt for undersøkelsen blant eldre i Bergen 2024. Vi har tatt det med som en prediktor som vi ser i forhold til hele spekteret av utfallsvariabler som vi også analyserer i forhold til datainnsamlingsmetode, bydel, kjønn, alder, utdanning og vurdering av husholdningsøkonomien. Og vi kan kanskje si det sånn at den nye prediktorvariabelen skuffer ikke. Den henger sammen med så å si alt av utfallsvariabler. Av 46 sammenhenger som beskrives i Tabell 9 (sammendragstabell) viser 37 statistisk signifikans. Mange av effektstørrelsen er 0,50 eller større. Det vil føre for langt å liste opp alle her i diskusjonsdelen av rapporten. Vi kan summere opp med å si at en helsetilstand og en førlighet som bidrar til at en ikke kan delta i aktiviteter en gjerne ville delta i, henger sterkt sammen med redusert livskvalitet, dårligere psykisk helse, søvnproblemer (insomni) og reduserte sosiale relasjoner. Sammenhenger med andre utfallsvariabler er sannsynligvis mer en indikasjon på de helseproblemene eller funksjonshemningene det er snakk om, for eksempel spørsmålene om utfordringer i dagliglivet (persepsjon, kognisjon, bevegelse).

4.2.5 Resultater på andre spørsmål som er spesifikke for denne undersøkelsen

Resultater for en del av spørsmålene som er spesifikke for undersøkelsen blant eldre i Bergen i 2024 er tatt med i hovedanalysene i denne rapporten og er vist i figurene 16-50. Temaene som inngår i disse figurene er selvrapportert helse (fysisk, psykisk), utfordringer i det daglige, boligsituasjon, deltakelse i kulturelle aktiviteter, ulønnet omsorg, selvmordstanker og selvmordsforsøk, bruk av digitale medier og vurdering av kommunens kommunikasjon til brukere. I dette avsnittet skal vi ta for oss noen av de resultatene som er spesifikke for denne undersøkelsen. Resultatene for disse er vist i figurene 26-50.

Andel gifte synker med alderen, særlig blant kvinner. Andel enker/enkemenn øker, igjen sterkest blant kvinner. Tilsvarende endringer ser vi med hensyn til hvor mange de eldre bor sammen med. Andelen som bor alene øker mens andelen som bor sammen med én annen synker med stigende alder. Og igjen er det blant kvinnene endringene over alder er sterkest. Blant de eldste kvinnene er fire av fem enker og like mange bor alene. Alt dette henger selvsagt sammen med at kvinnene gjennomsnittlig lever lenge og mennene lever kortere.

Som vi har drøftet tidligere i rapporten, har vi funnet at kvinner over 90 år skårer lavt på tilfredshet med livet, høyt på psykiske plager, en høy andel er ensomme, en lav andel har ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente, og en høy andel rapporterer store bevegelses-relaterte vansker og store kognisjons-relaterte vansker. De eldste kvinnene peker seg derfor kanskje ut som en spesielt viktig gruppe å nå gjennom de hjelpetjenestene kommunen kan tilby. Den gruppen der vi finner høyest andel som rapporterer at de får tilsyn eller hjelp i hjemmet er blant kvinner over 90 år. Blant disse rapporterer 55,9 % at de får hjelp eller tilsyn.

Andel som rapporterer at de seriøst har tenkt på å ta livet sitt er 3,6 %. Men det er 5,2 % som har krysset av for at de ikke ønsker å svare på dette spørsmålet. Det kan tenkes at det blant disse er en del som har hatt tanker om å ta livet sitt. Det er enda færre som sier at de har forsøkt å ta livet sitt, bare 0,8 %. Men her er det en like høy andel (5,3 %) som ikke ønsker å svare. Nasjonalt senter for aldring og helse rapporterte i 2024 at selvmordsraten i Norge har økt, særlig blant menn over 80 år(13). Tallene fra den foreliggende undersøkelsen kan ikke si noe sikkert om omfanget av dette problemet blant eldre i Bergen. Det kan tenkes at seleksjonsproblemet er spesielt stort på utfallsmål som har med selvmord å gjøre. De som har tanker om å ta livet sitt er kanskje ikke de som er sterkest motiverte til å delta i en folkehelseundersøkelse.

Andelene som bruker datamaskin er høyere blant menn enn blant kvinner, men synker hos begge kjønn med alderen. Der er praktisk talt ingen kjønnsforskjell når det gjelder andre digitale medier (smarttelefon, nettbrett/iPad, KOMP). Bruken av smarttelefon og nettbrett/iPad synker også sterkt med alderen. Det samme gjør bruken av internett der andelen som bruker internett er helt nede i 38,6 % blant kvinner og 51,6 % blant menn. Med tanke på framtidige Folkehelseundersøkelser i fylkene er det viktig å legge merke til at en mister en stor andel av de aller eldste med rent digitale datainnsamlinger. Fra et folkehelseperspektiv er det kanskje aller viktigst å legge merke til at KOMP har svært liten utbredelse blant eldre i Bergen (6,6 %). Her er det kanskje et potensiale for å gjøre livet litt lettere for mange eldre.

Til sist vil vi påpeke at det var mange som svarte «vet ikke» eller helt lot være å svare på spørsmålene som dreiet seg om kommunikasjon med kommunen. Det kan tyde på at mange ikke har så mye erfaring med å søke informasjon fra kommunen. Samtidig må det nevnes at blant de som svarte, hellet fordelingene klart mot at de var enige i at det er tydelig (i) hvilken hjelp og tjenester de kan få, (ii) at det er enkelt å få oversikt over kommunens tjenester, og (iii) at det er enkelt å få oversikt over hvordan de kan ta kontakt. Disse resultatene må karakteriseres som oppmuntrende. Den gruppen som totalt sett skilte seg litt ut fra de andre, var kvinner over 90 år. De var noe mindre positive i sine vurderinger. Også på dette området er det nok en smule rom for forbedringer.

5 Konklusjon

Undersøkelsen har vist at postale datainnsamlinger blant eldre kan være et viktig supplement til de digitale datainnsamlingene som vanligvis gjennomføres. På en del sentrale utfallsmål som pleier å inngå i Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) er forskjellene mellom det digitale og det postale utvalget små og ikke signifikante. Men på en del utfallsmål som handler om sosiale relasjoner, deltakelse i kulturelle aktiviteter, fysisk helse, utfordringer i det daglige og trivsel, er forskjellene litt større og signifikante. I undersøkelser som omfatter eldre og i undersøkelser der disse utfallsmålene er sentrale, vil supplerende postale datainnsamlinger i de eldste gruppene føre til at vi totalt sett får riktigere tall.

Folkehelseundersøkelsene i fylkene har vist at på svært mange utfallsmål henger økende alder sammen med gunstigere utfall. Samtidig vet vi fra tidligere at det på mange utfallsmål skjer en utflating, og i noen tilfeller en endring til mindre gunstige tall i de eldste aldersgruppene. Den foreliggende undersøkelsen har gitt oss et bedre grunnlag for å si noe om hva slags endringer vi ser blant de aller eldste. Vi observerer en økning i ensomhet, problemer med å bevege seg, , problemer med å se og høre, og at redusert helse og nedsatt førlighet hindrer deltakelse i aktiviteter en gjerne ville deltatt i. På en rekke andre utfallsmål er forskjellene mellom de eldste aldersgruppene bare signifikante for ett av kjønnene. Dette kan skyldes at antall observasjoner blant de aller eldste ikke er tilstrekkelig høyt.

Kvinner over 90 år ser i dette materialet fra eldre i Bergen ut til å være en gruppe som kommer ut med mindre gunstige tall på en del utfallsmål enn de øvrige gruppene definert ut fra kjønn og alder. Dette mønsteret er spesielt tydelig når vi sammenligner kvinner over 90 med de øvrige fem gruppene definert ved kjønn og alder under ett (kvinner og menn mellom 80 og 84, kvinner og menn mellom 85 og 89 og menn over 90). Når vi sammenligner kvinner med menn bare blant de som er 90 eller eldre, er forskjellene stort sett ikke signifikante. Dette kan ha sammenheng med lave antall observasjoner blant de over 90. Kjønnsforskjeller blant de som er 90 eller eldre bør granskes i nye undersøkelser med større utvalg.

Noen av de sosioøkonomiske ulikhetene i subjektiv helse, sosiale relasjoner og livskvalitet som vi finner i yngre deler av befolkningen, finner vi også blant de som er over 80 år. Men mens utdanningsnivået ikke slår ut like sterkt som blant yngre, har den økonomiske situasjonen i husholdningen mer å si for hvordan de eldre har det. Og kanskje aller viktigst er det å legge merke til de sterke sammenhengene mellom det å ikke kunne delta i aktiviteter en gjerne skulle deltatt i og mange av indikatorene på livskvalitet og sosiale relasjoner.

I analysene av spørsmål som er spesifikke for undersøkelsen blant eldre i Bergen, har vi registrert ugunstige endringer med alderen på flere utfallsmål, for eksempel deltakelse i kulturelle aktiviteter og fysisk aktivitet. Den klart viktigste årsaken til begrensninger i aktivitet oppgis å være helse. Andel som bor alene er mye høyere blant kvinner enn blant menn, og andelen øker sterkt med alderen. Andel som får regelmessig tilsyn eller hjelp i hjemmet stiger med alderen. Viktigste kildene til hjelp er kommunale tjenester etterfulgt av familien. Bruken av digitale medier, bort sett fra KOMP, synker med alderen. KOMP har nokså liten utbredelse.

Referanser

1. Nes RB, Hansen T, Barstad A. Livskvalitet. Anbefarlinger for et bedre målesystem. . Oslo: Helsedirektoratet 2018.
2. Ness SM, Endresen MS. Livskvalitet hos eldre. Trondheim: NTNU; 2016.
3. Bergland A, Narum I. Quality of Life Demands Comprehension and Further Exploration. Journal of Aging and Health. 2007;19(1):39-61.
4. Acosta LMY, Ely EW. Holistic care in healthy aging: Caring for the wholly and holy human. Aging Cell. 2024;23(1):e14021.
5. van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet HCW, Ket JCF, et al. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. PLoS One. 2019;14(3):e0213263.
6. Knapstad M, Skogen JC, Johnsen GH, Nilsen TS, Nes R, Aarø LE. Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022: Framgangsmåte og utvalde resultat. Oslo/Bergen: Folkehelseinstituttet; 2022.
7. Aarø LE, Knapstad M, Nilsen T, Skogen JC, Nes RB, Leino T, et al. The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS): a design study. Scandinavian Journal of Public Health. 2024:14034948241287853.
8. The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS) Washington D.C.: Washington Group on Disability Statistics; 2022 [Available from: https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Washington_Group_Questionnaire_1_-_WG_Short_Set_on_Functioning__October_2022_.pdf.
9. McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. . Leeds: NHS Digital; 2016.
10. Holmen J, Nguyen C, Håpnes O, Rangul V, Espnes G. Kultur og helse i HUNT – En metodeevaluering. Norsk Epidemiologi. 2016;26.
11. Bjønness AM, Midtbø T, Størset H, Ulven CH. Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse. Oslo: Kompetanse Norge; 2021.
12. Hynek KA. Eldre i Bergen - Dokumentasjonsrapport. . Oslo: Verian; 2024.
13. Hveem P. Selvmord blant eldre menn: Et oversett folkehelseproblem: Nasjonalt senter for aldring og helse; 2024 [Available from: https://www.aldringoghelse.no/selvmord-blant-eldre-menn-et-oversett-folkehelseproblem/.

Figurer

Fig. 1: Svarprosenter

Svarprosent etter kjønn, aldersgruppe og bydel, separat for de to datainnsamlingsmetodene.

Samlet svarprosent for det digitale utvalget: 37,3 %. Samlet svarprosent for det postale utvalget: 31,6 %.

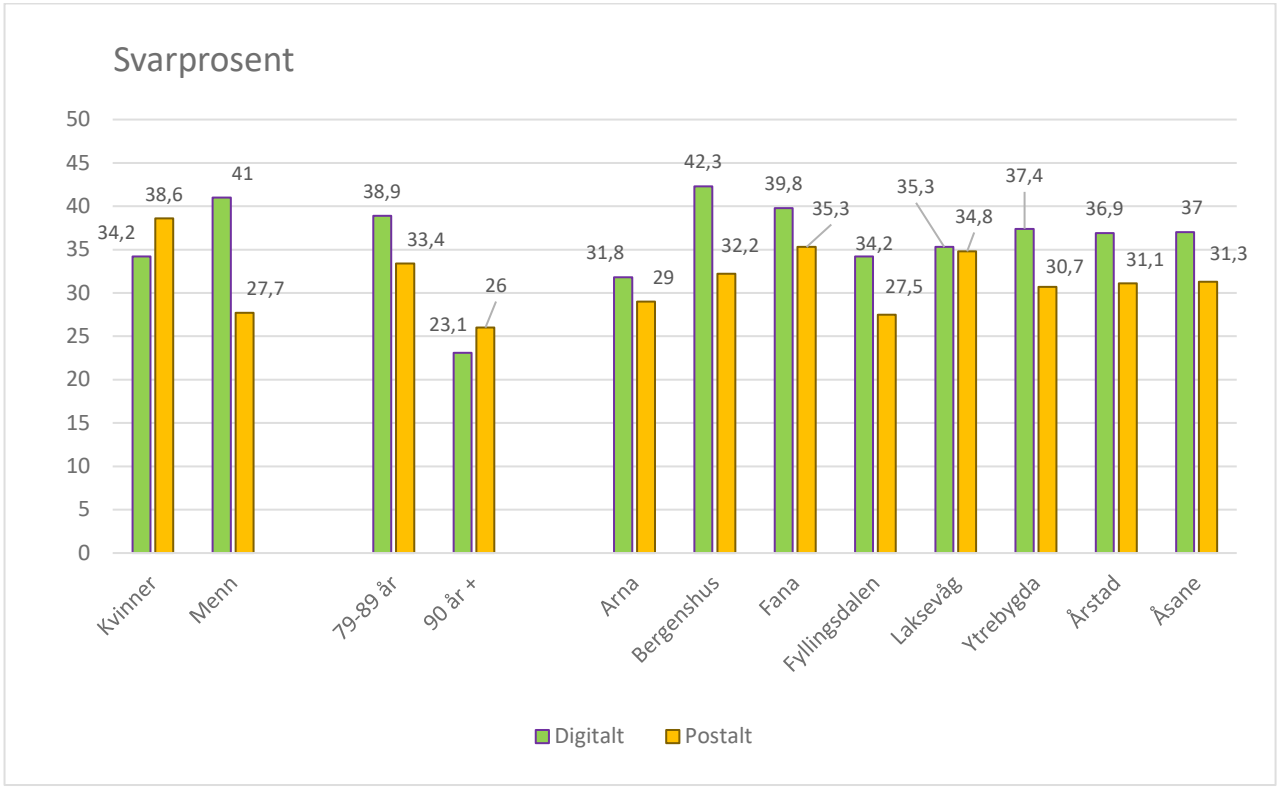
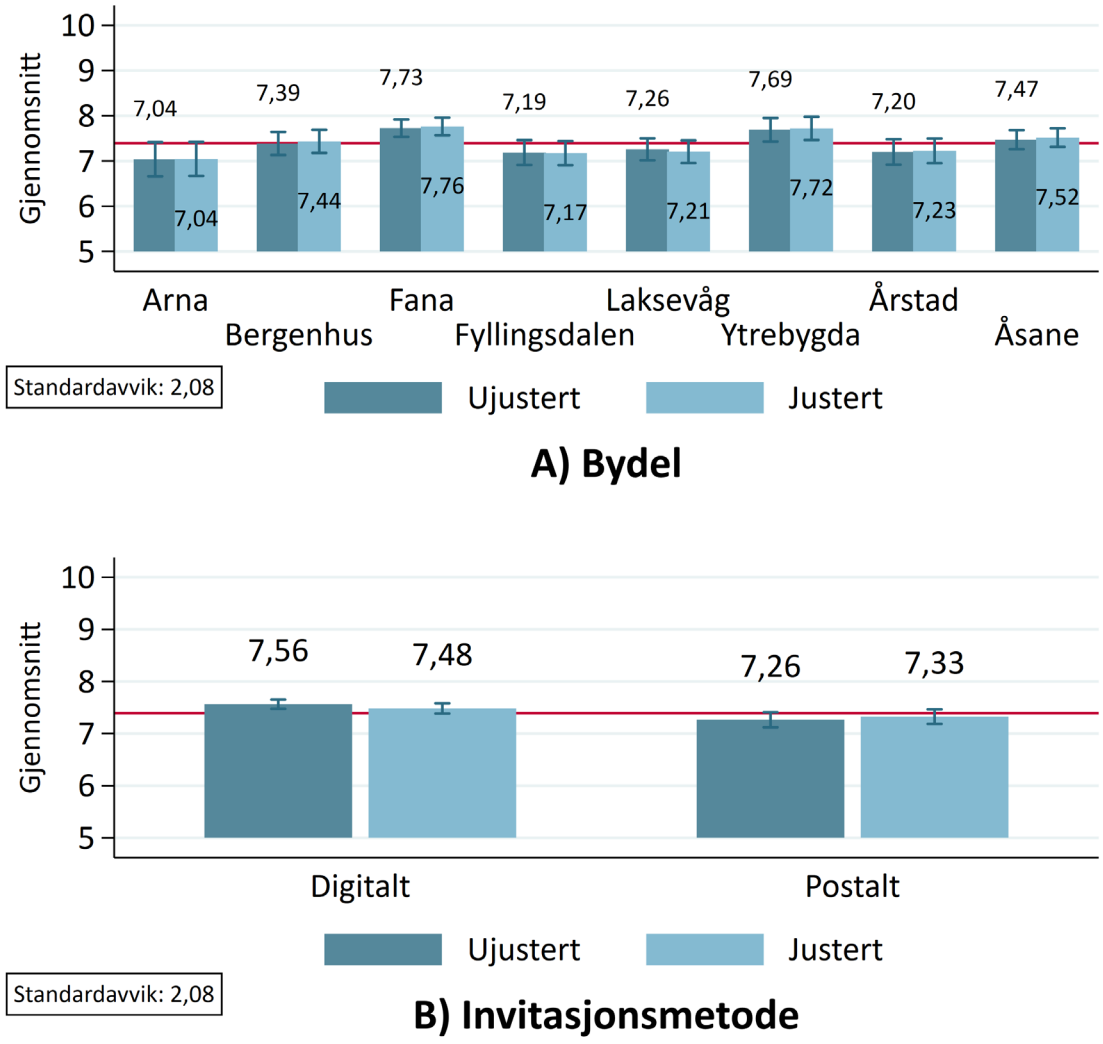


Fig. 2: Tilfredshet med livet

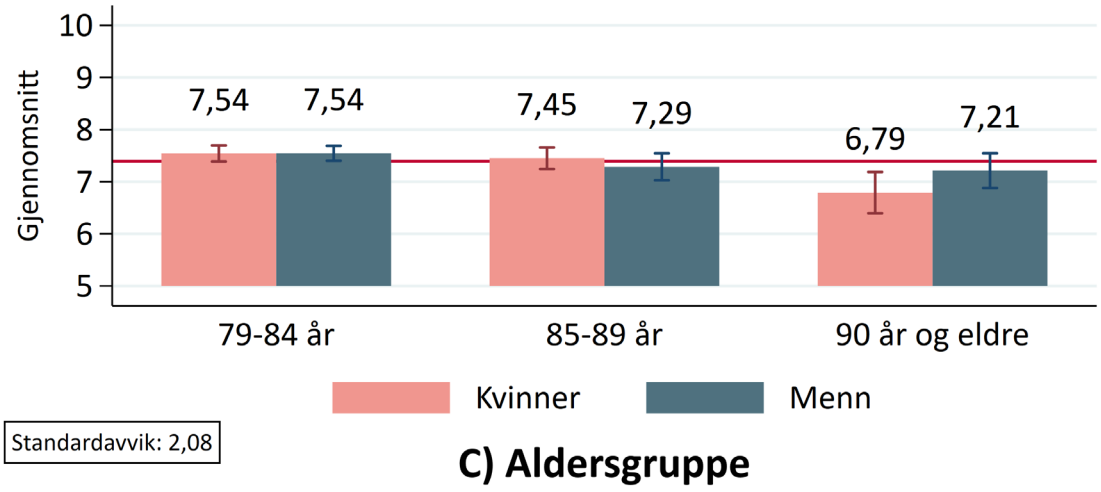
Totalt 3 103 deltakere av 3 185 (97.4 %) hadde gyldig svar på Tilfredshet med livet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,39** (KI95%: 7,30-7,48). Gjennomsnittet for kvinner var 7,36 (n=1 586; KI95%: 7,23-7,49) og gjennomsnittet for menn var 7,44 (n=1 517; KI95%: 7,32-7,55).

Figur 2: Tilfredshet med livet etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

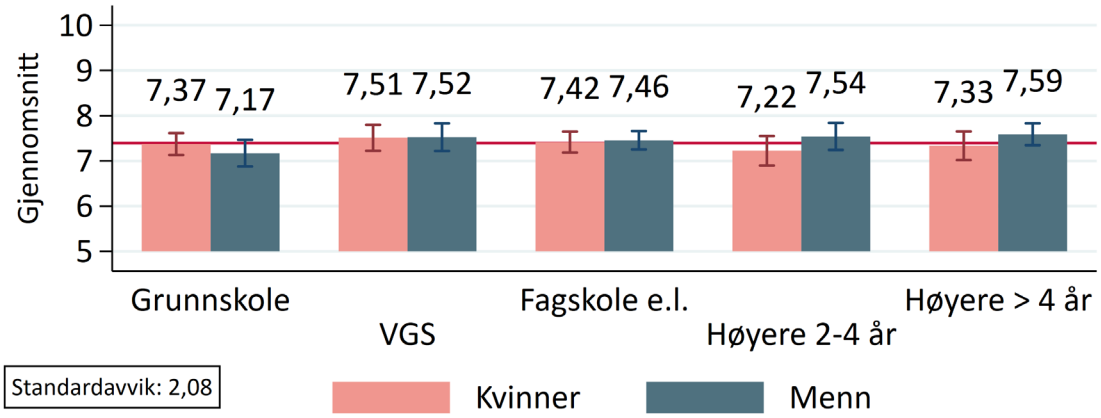


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 2 forts.: Tilfredshet med livet etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



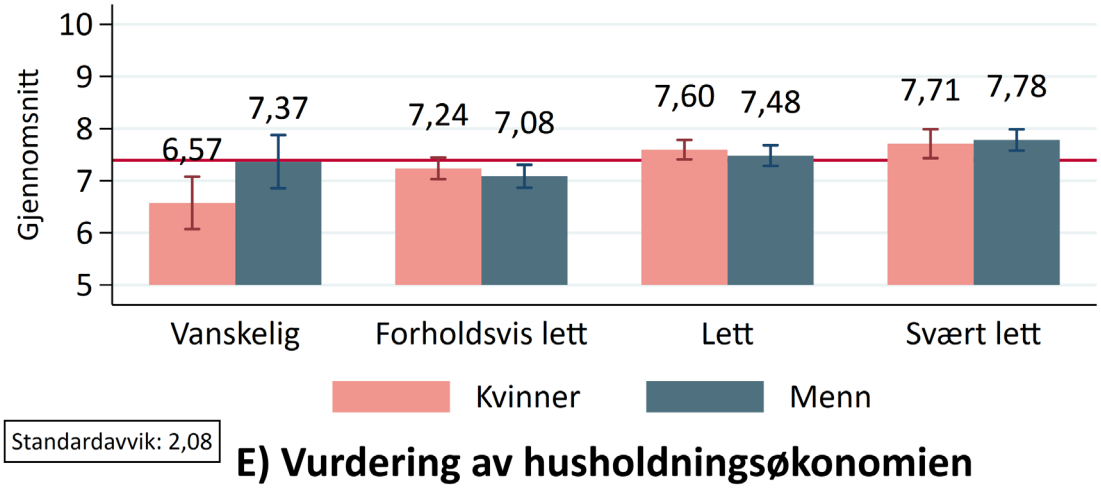
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

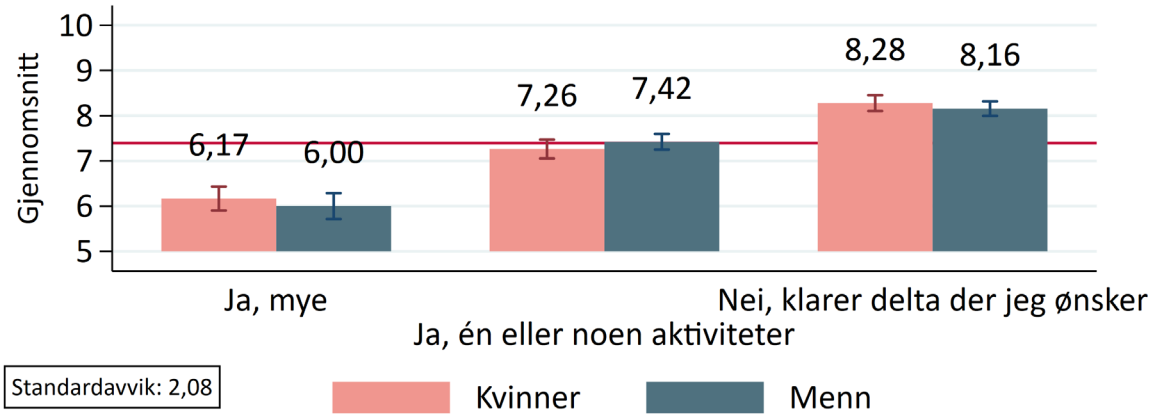
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 2 forts: Tilfredshet med livet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



Standardavvik: 2,08

E) Vurdering av husholdningsøkonomien



Standardavvik: 2,08

F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

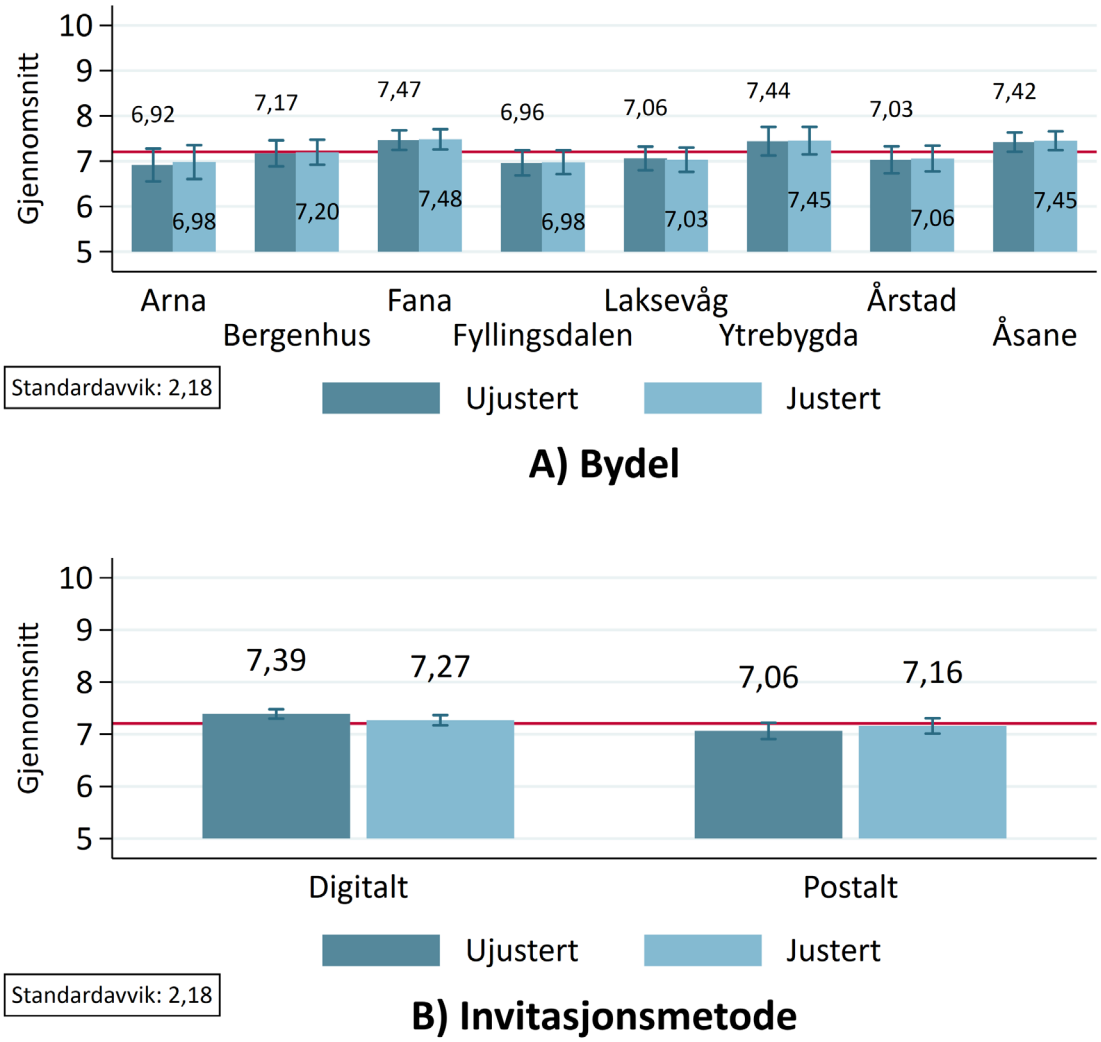
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

fornøydtxt

Fig. 3: Det man gjør i livet er meningsfylt

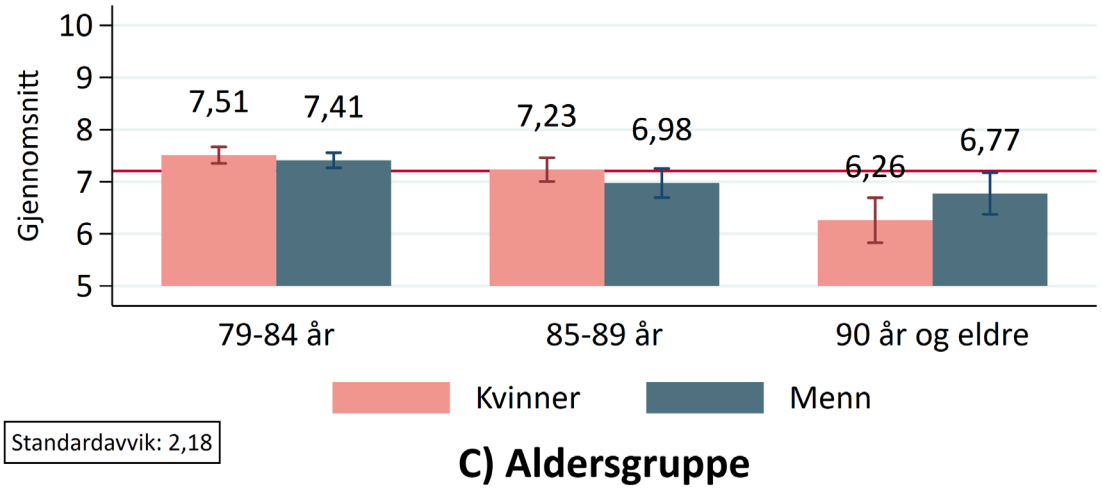
Totalt 3 085 deltakere av 3 185 (96.9 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,21** (KI95%: 7,11-7,30). Gjennomsnittet for kvinner var 7,20 (n=1 572; KI95%: 7,06-7,34) og gjennomsnittet for menn var 7,22 (n=1 513; KI95%: 7,09-7,35).

Figur 3: Det man gjør i livet er meningsfylt etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

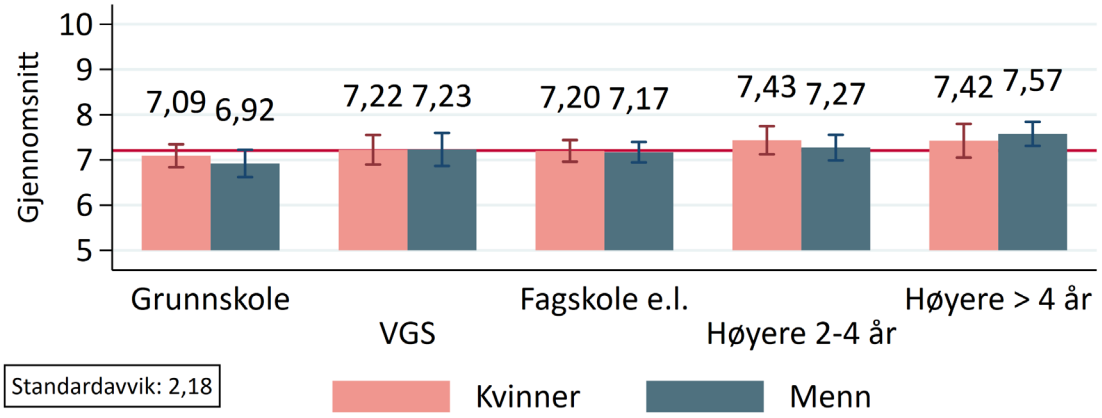


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 3 forts.: Det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



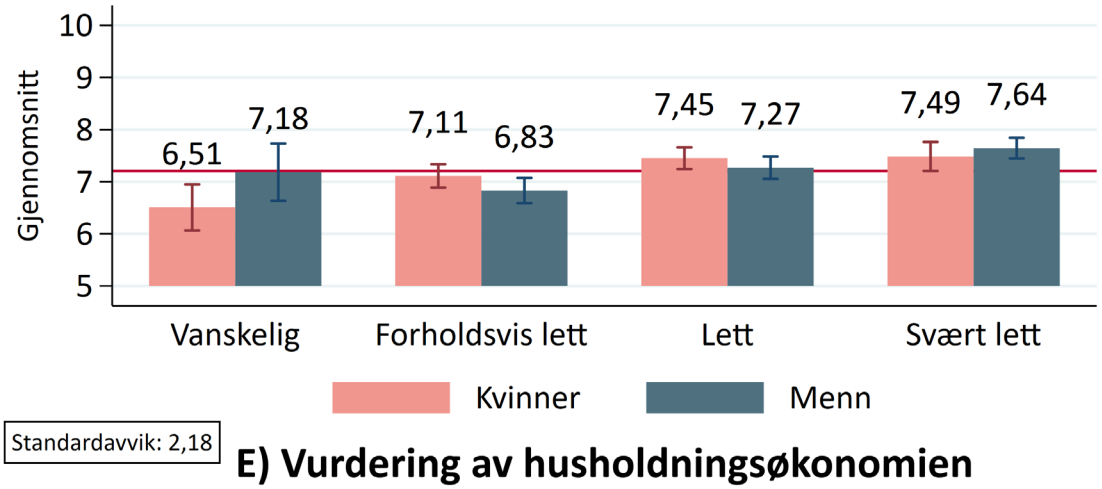
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

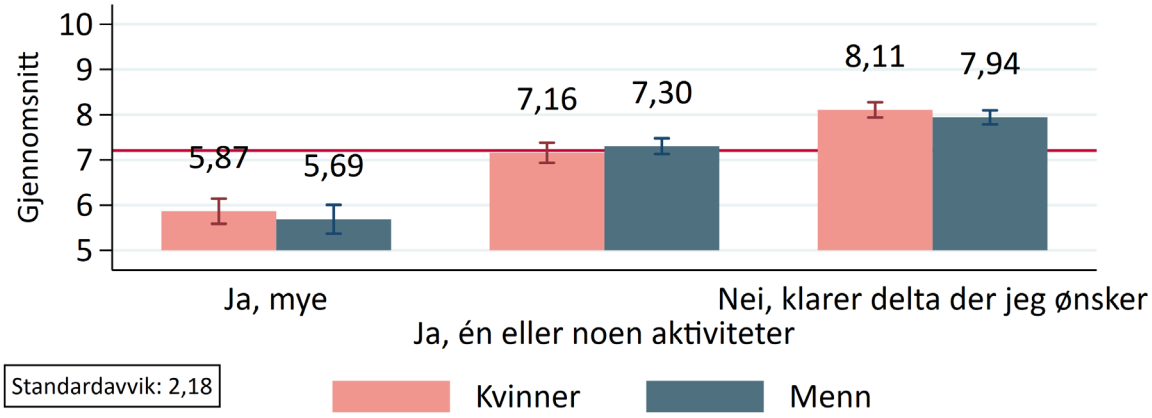
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 3 forts: Det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



Standardavvik: 2,18

E) Vurdering av husholdningsøkonomien



Standardavvik: 2,18

F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

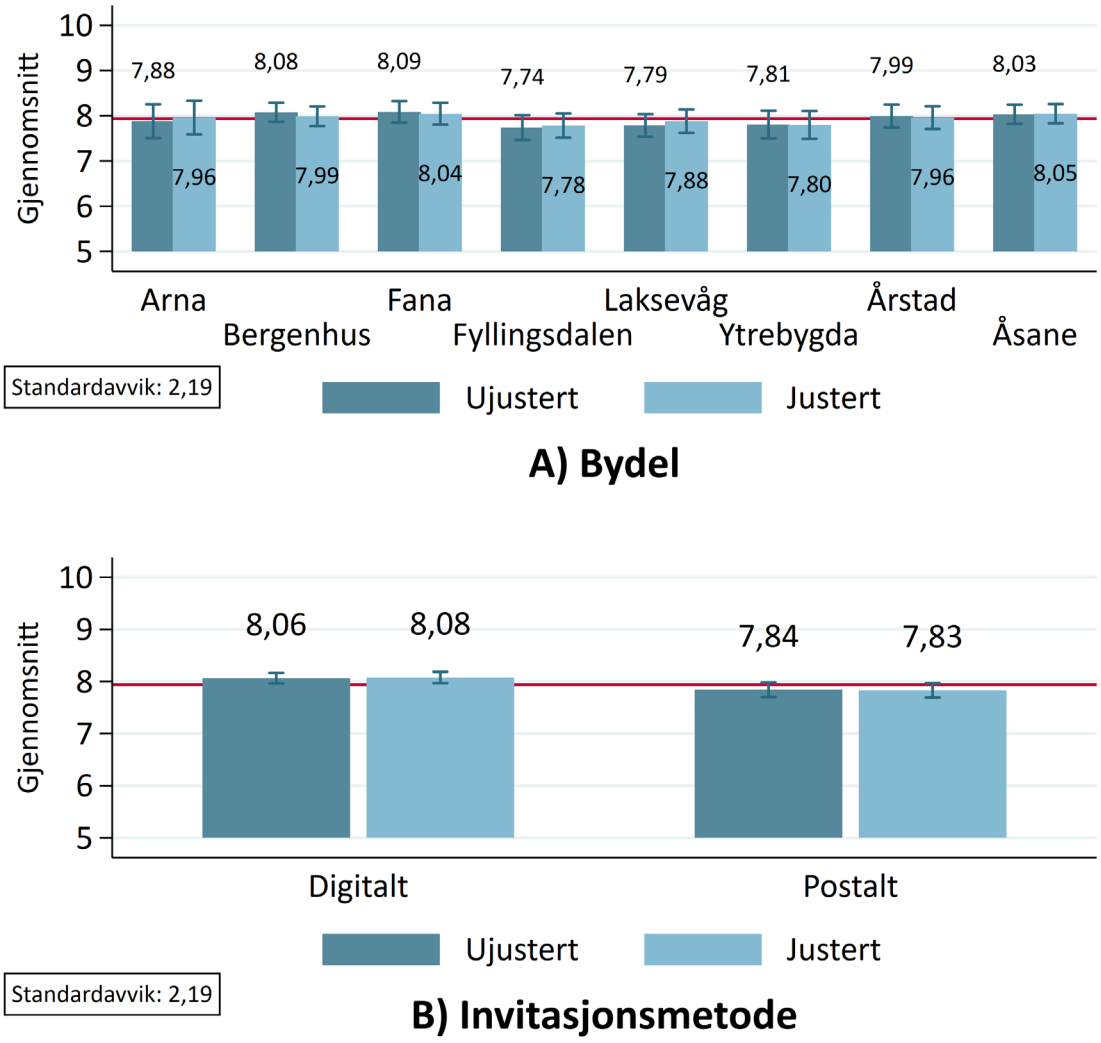
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

meningsfylttxt

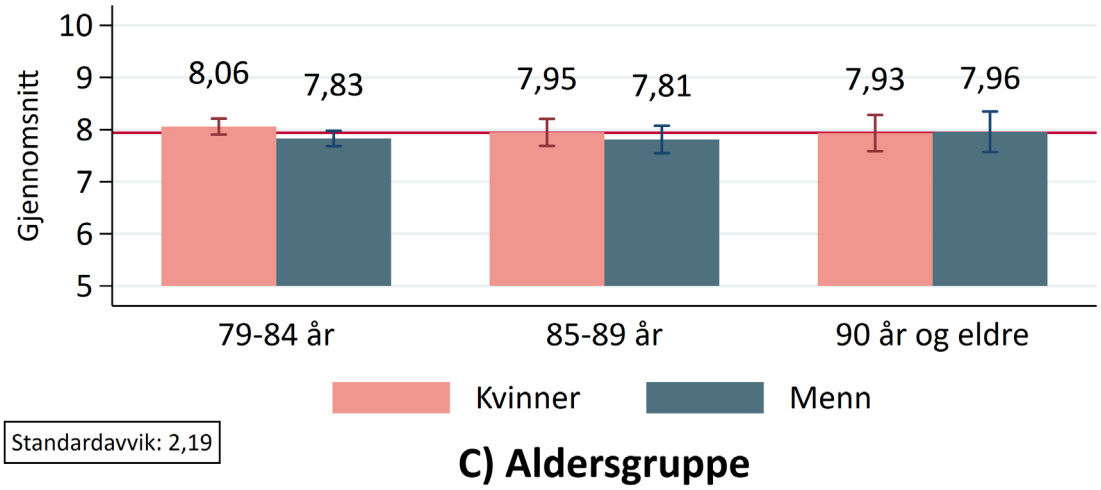
Fig. 4: Tillit til andre

Totalt 3 098 deltakere av 3 185 (97.3 %) hadde gyldig svar på Tillit til andre. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,94** (KI95%: 7,85-8,03). Gjennomsnittet for kvinner var 8,01 (n=1 577; KI95%: 7,88-8,13) og gjennomsnittet for menn var 7,84 (n=1 521; KI95%: 7,72-7,97).

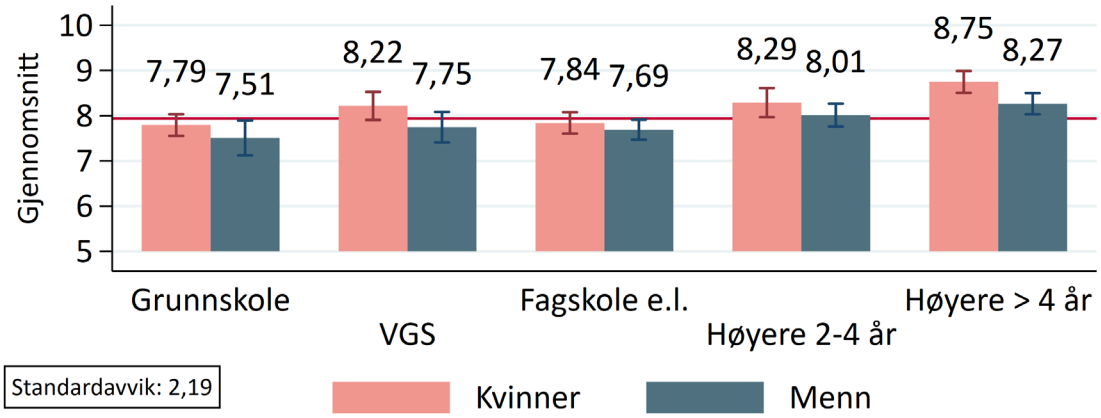
Figur 4: Tillit til andre etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 4 forts.: Tillit til andre etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



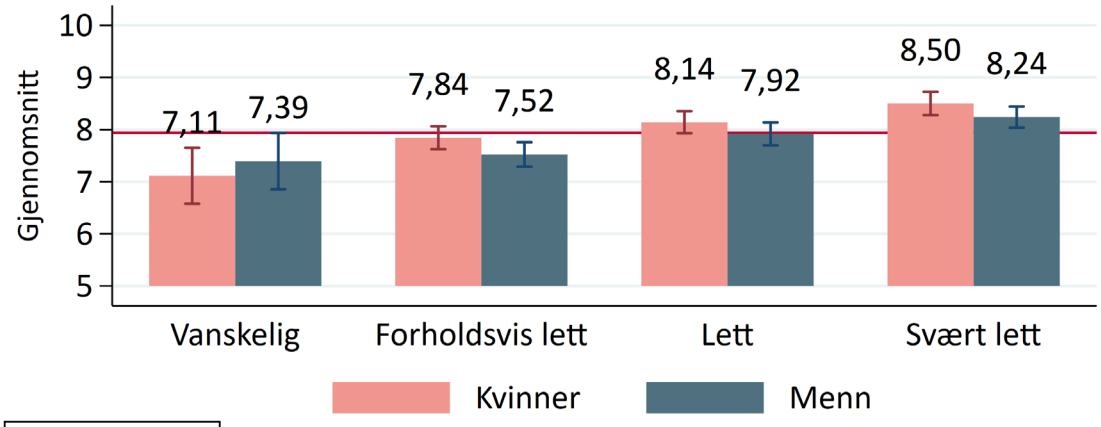
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

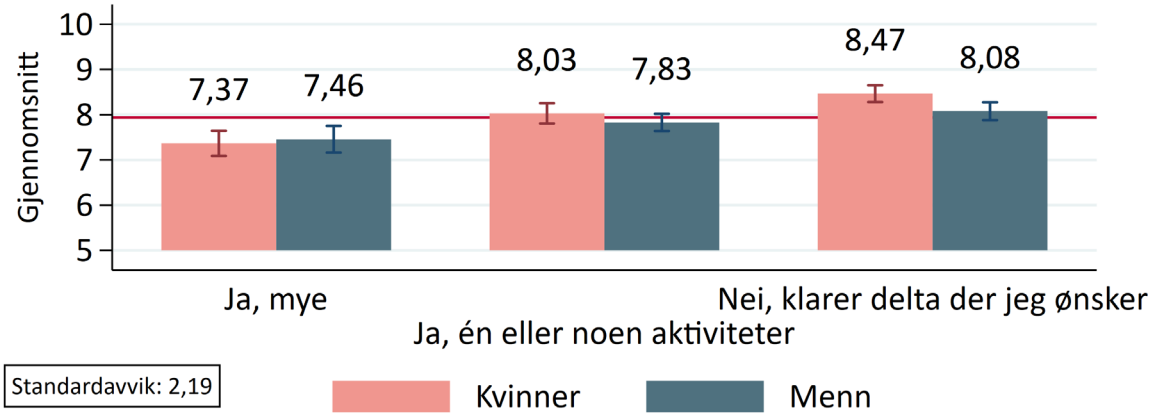
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 4 forts: Tillit til andre etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



Standardavvik: 2,19

E) Vurdering av husholdningsøkonomien



Standardavvik: 2,19

F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

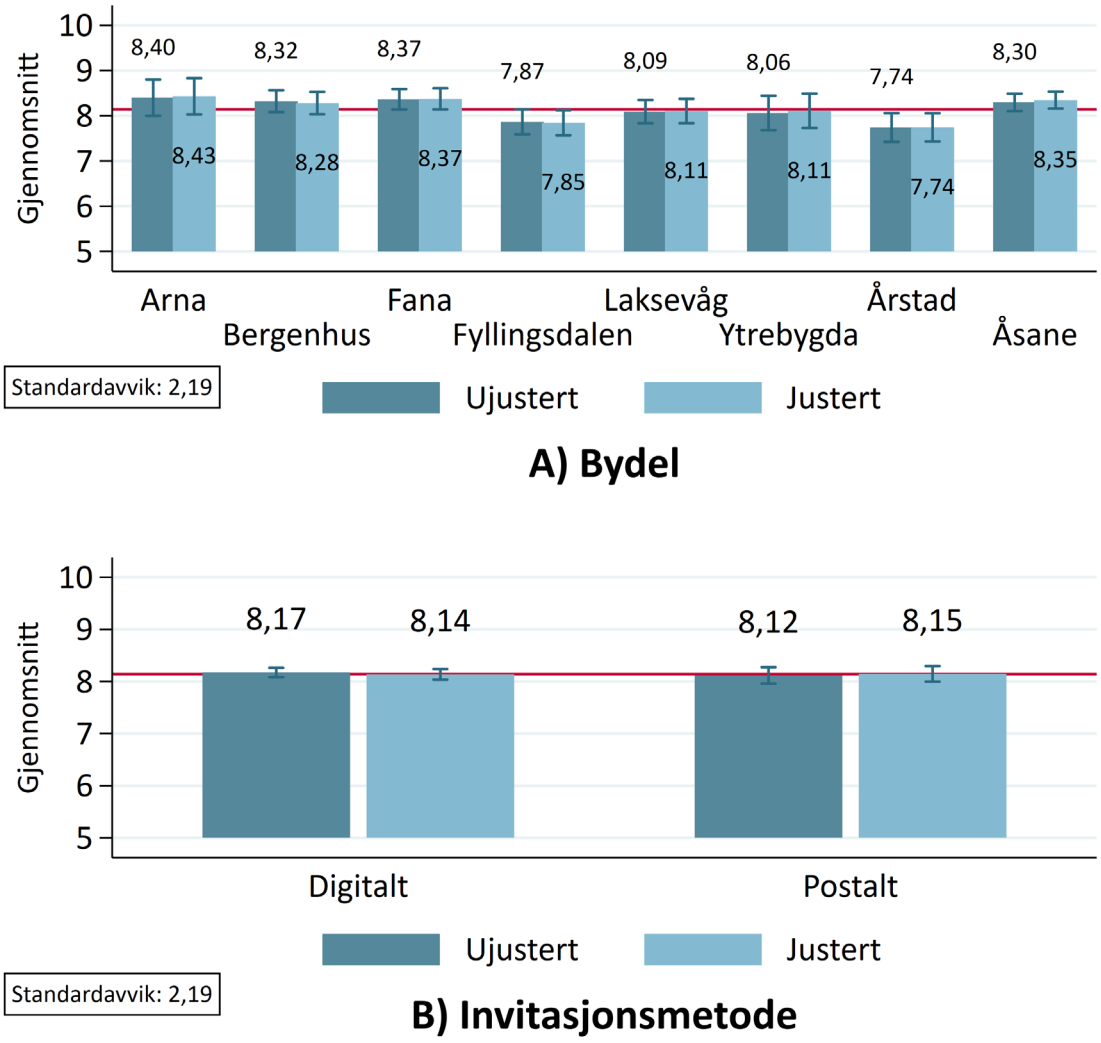
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

tillittxt

Fig. 5: Stedstilhørighet

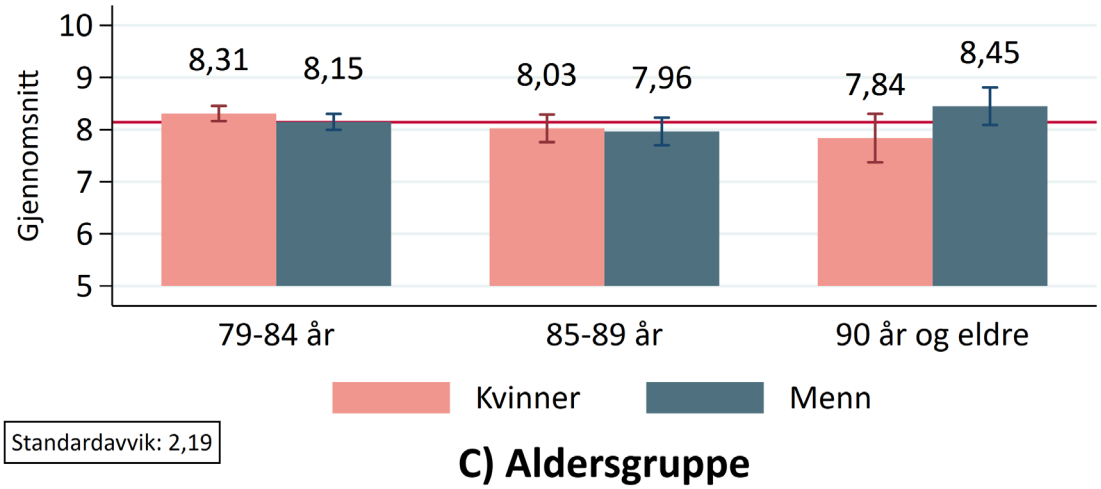
Totalt 3 083 deltakere av 3 185 (96.8 %) hadde gyldig svar på Stedstilhørighet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,14** (KI95%: 8,04-8,24). Gjennomsnittet for kvinner var 8,14 (n=1 563; KI95%: 8,00-8,28) og gjennomsnittet for menn var 8,14 (n=1 520; KI95%: 8,02-8,27).

Figur 5: Stedstilhørighet etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

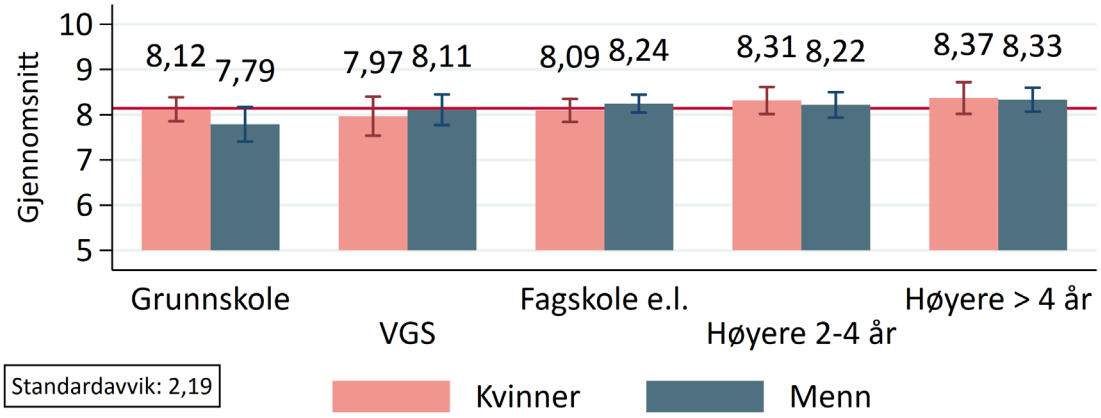


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 5 forts.: Stedstilhørighet etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



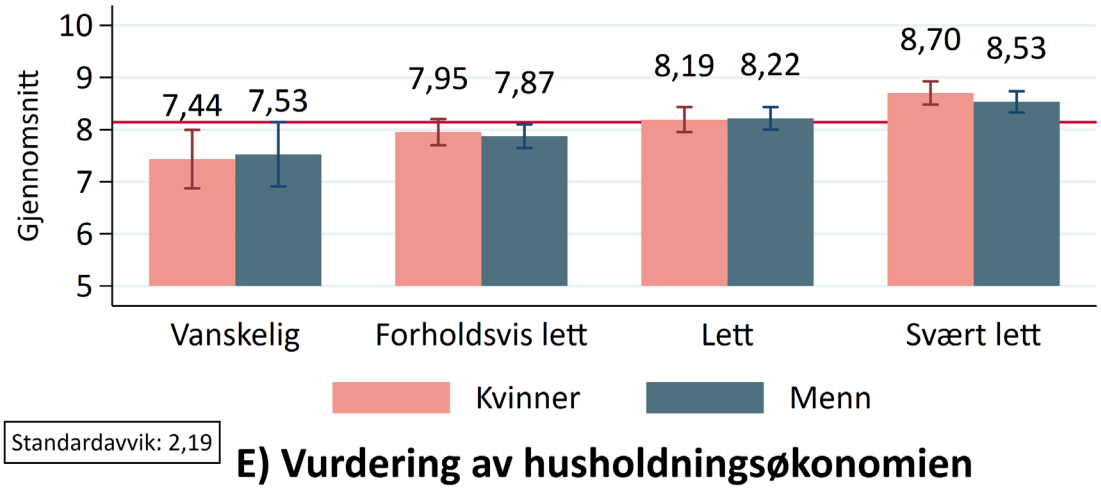
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

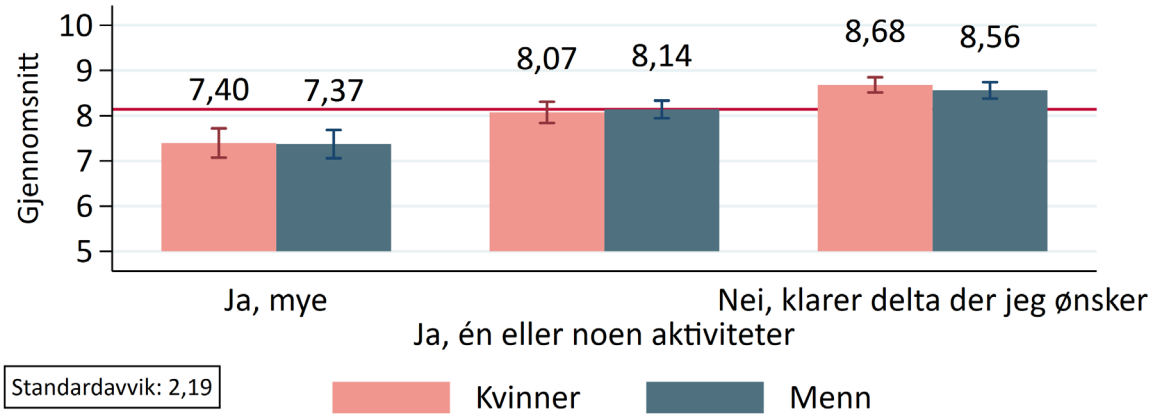
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 5 forts: Stedstilhørighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



Standardavvik: 2,19

E) Vurdering av husholdningsøkonomien



Standardavvik: 2,19

F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

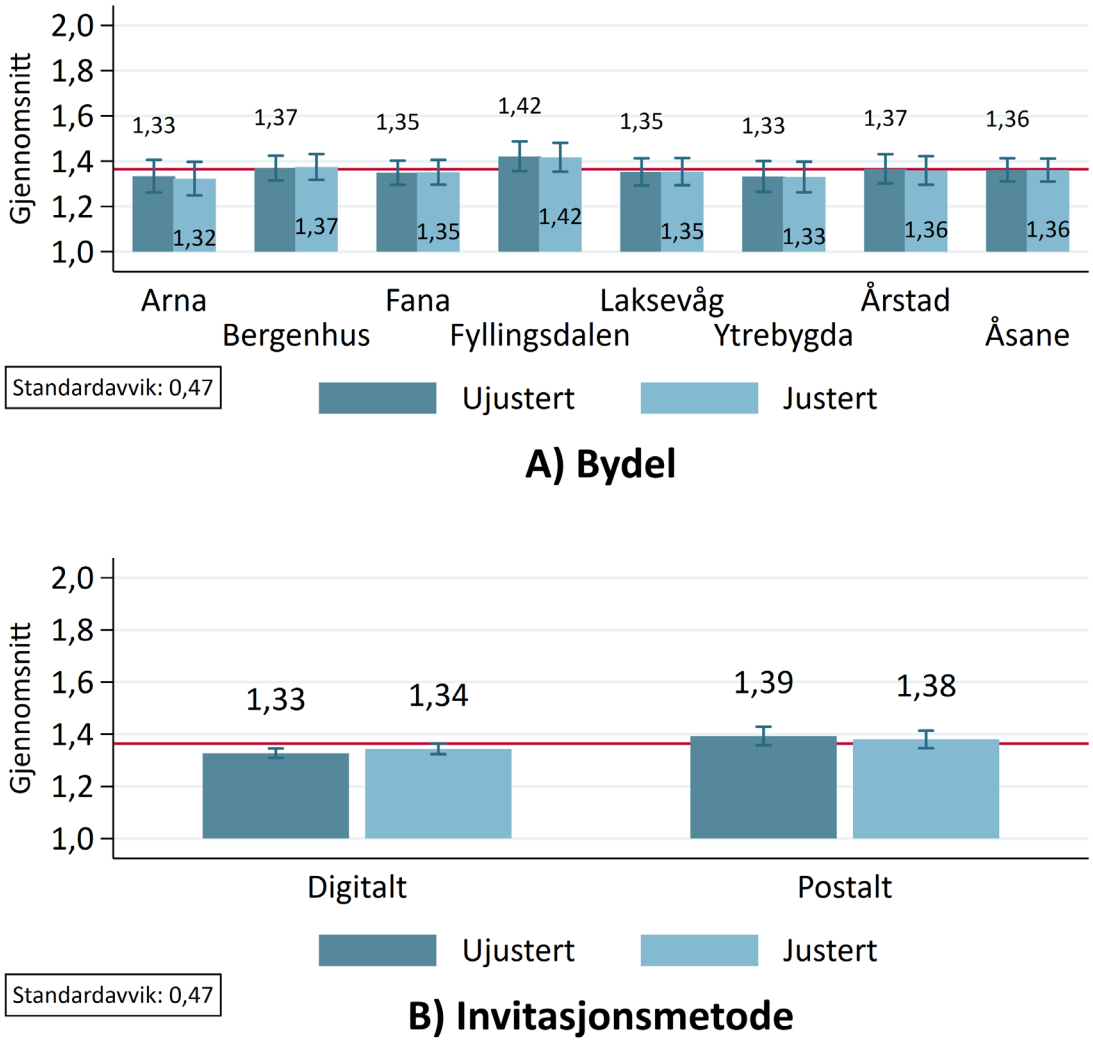
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

tilhørighettxt

Fig. 6: Psykiske plager

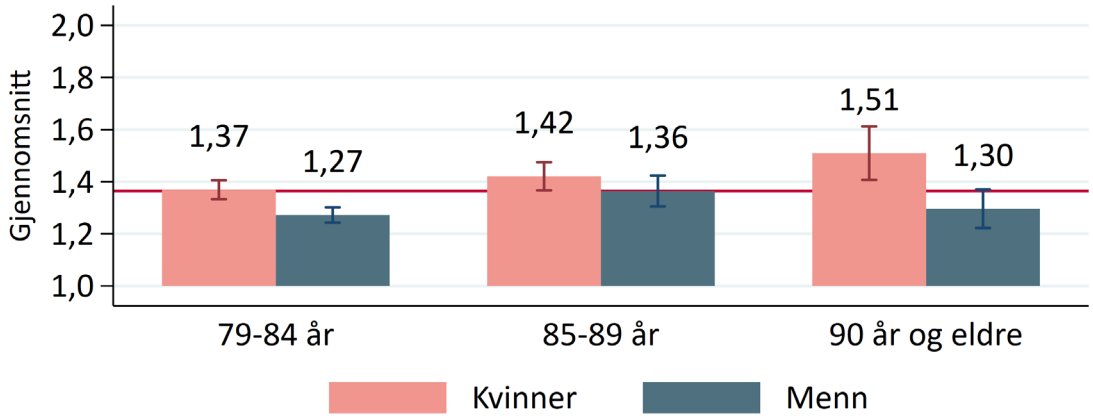
Totalt 3 073 deltakere av 3 185 (96.5 %) hadde gyldig svar på Psykiske plager (HSCL-5). Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,36** (KI95%: 1,34-1,39). Gjennomsnittet for kvinner var 1,41 (n=1 561; KI95%: 1,38-1,44) og gjennomsnittet for menn var 1,30 (n=1 512; KI95%: 1,27-1,32).

Figur 6: Psykiske plager (HSCL-5) etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



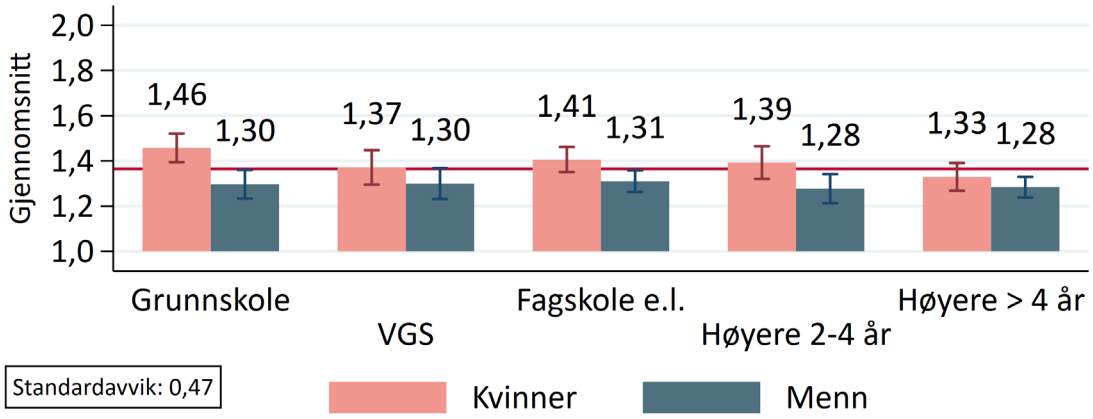
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 6 forts.: Psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



Standardavvik: 0,47

C) Aldersgruppe

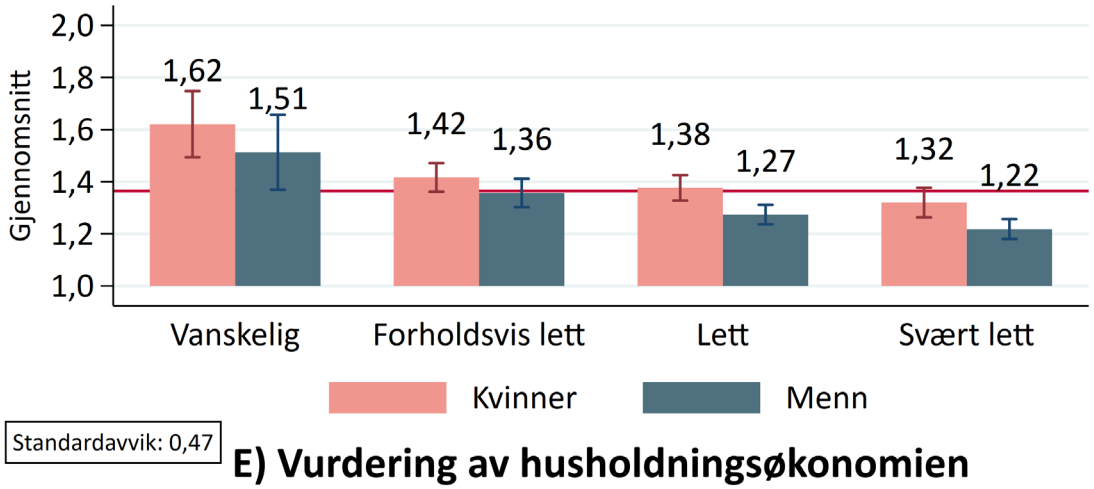


Standardavvik: 0,47

D) Høyeste utdanning

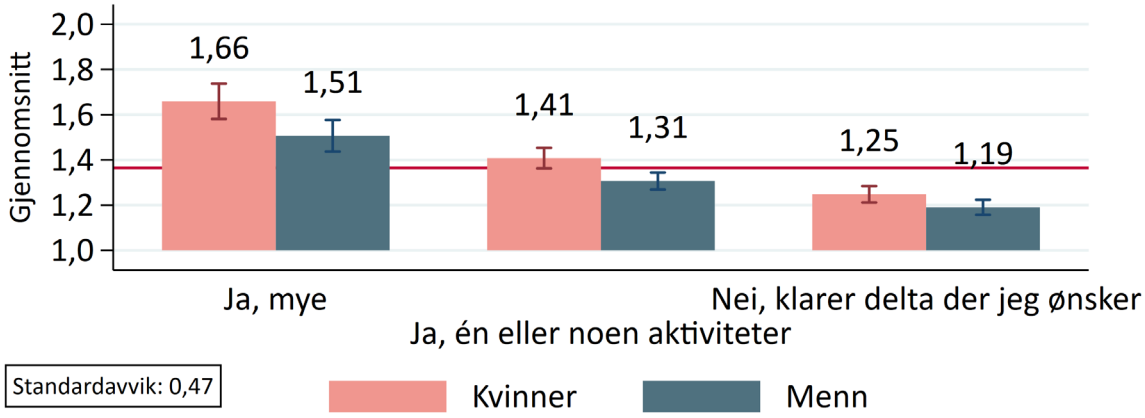
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 6 forts: Psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



Standardavvik: 0,47

E) Vurdering av husholdningsøkonomien



Standardavvik: 0,47

F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

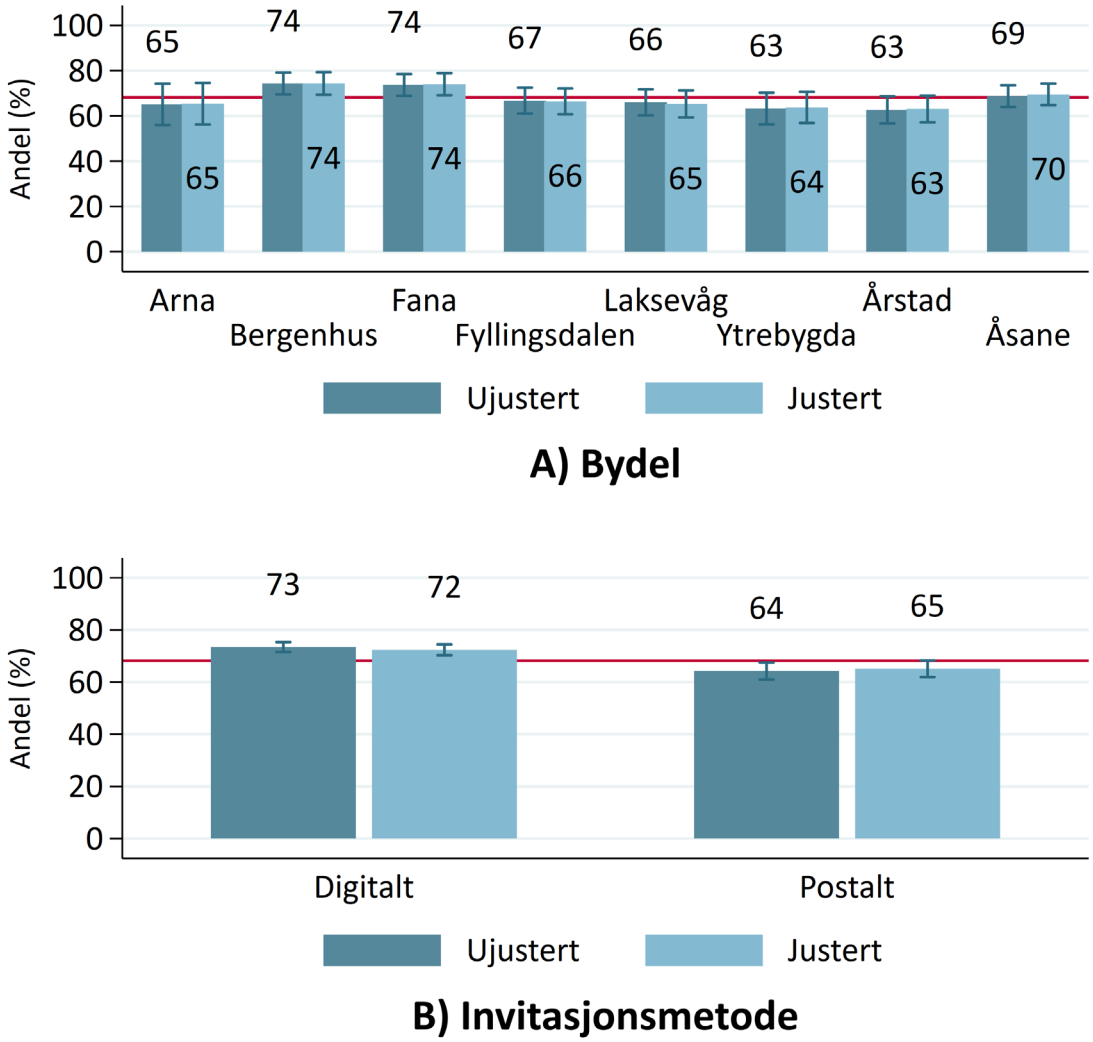
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

HSCLmeantxt

Fig. 7: Trivsel i nærmiljøet

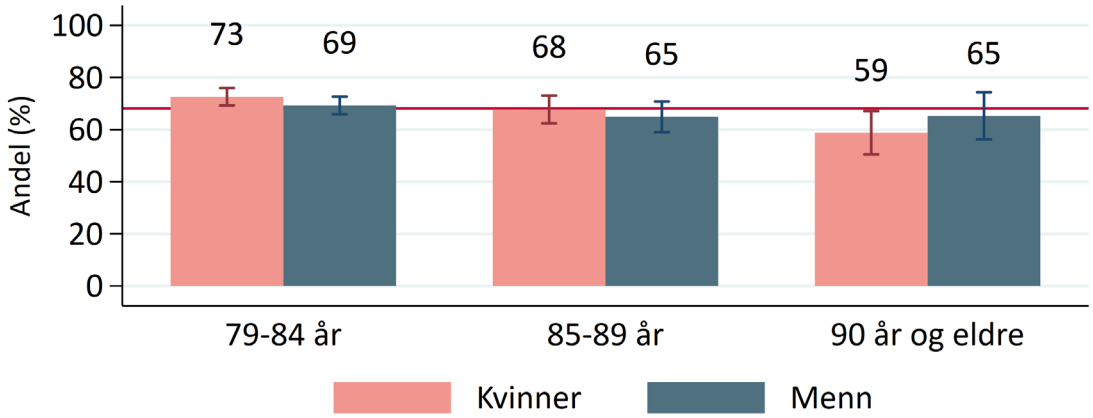
Totalt 3 110 deltakere av 3 185 (97.6 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var **68,2 %** (KI95%: 66,1-70,2). Andelen for kvinner var 68,5 % (n=1 589; KI95%: 65,7-71,4) og andelen for menn var 67,6 % (n=1 521; KI95%: 64,8-70,5).

Figur 7: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

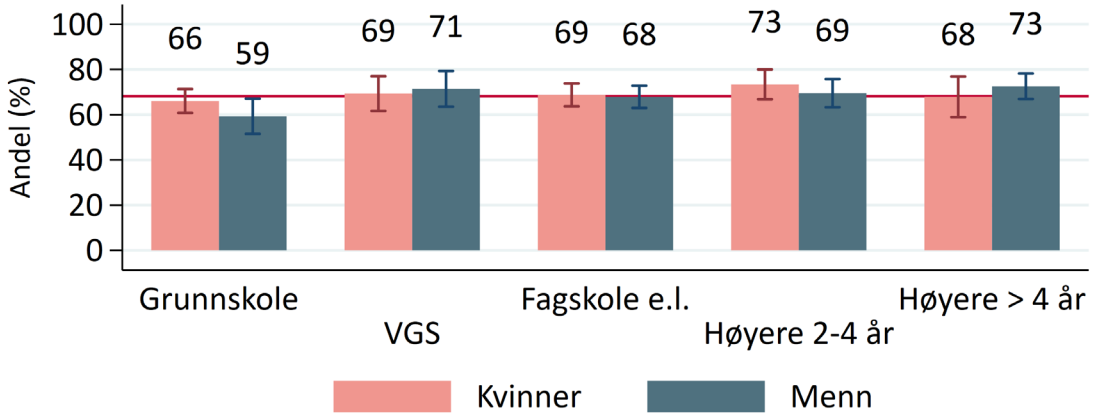


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 7 forts.: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



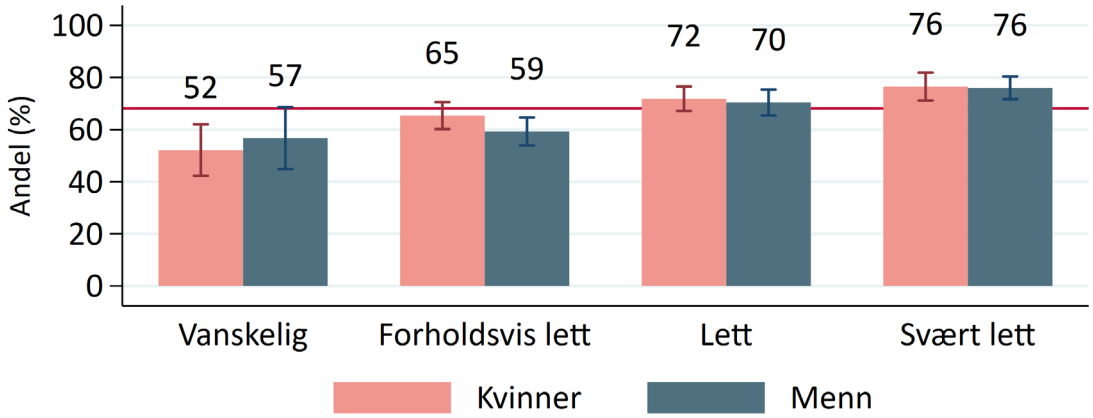
C) Aldersgruppe



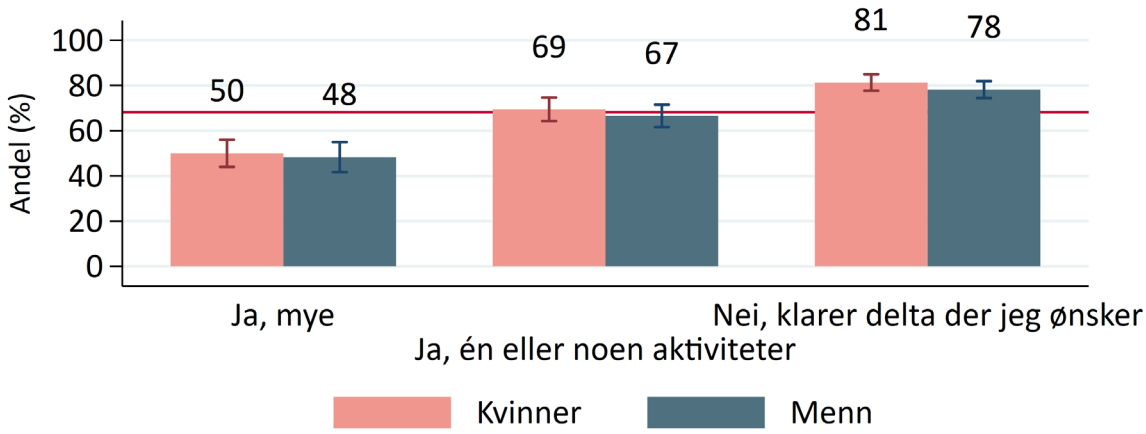
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 7 forts.: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

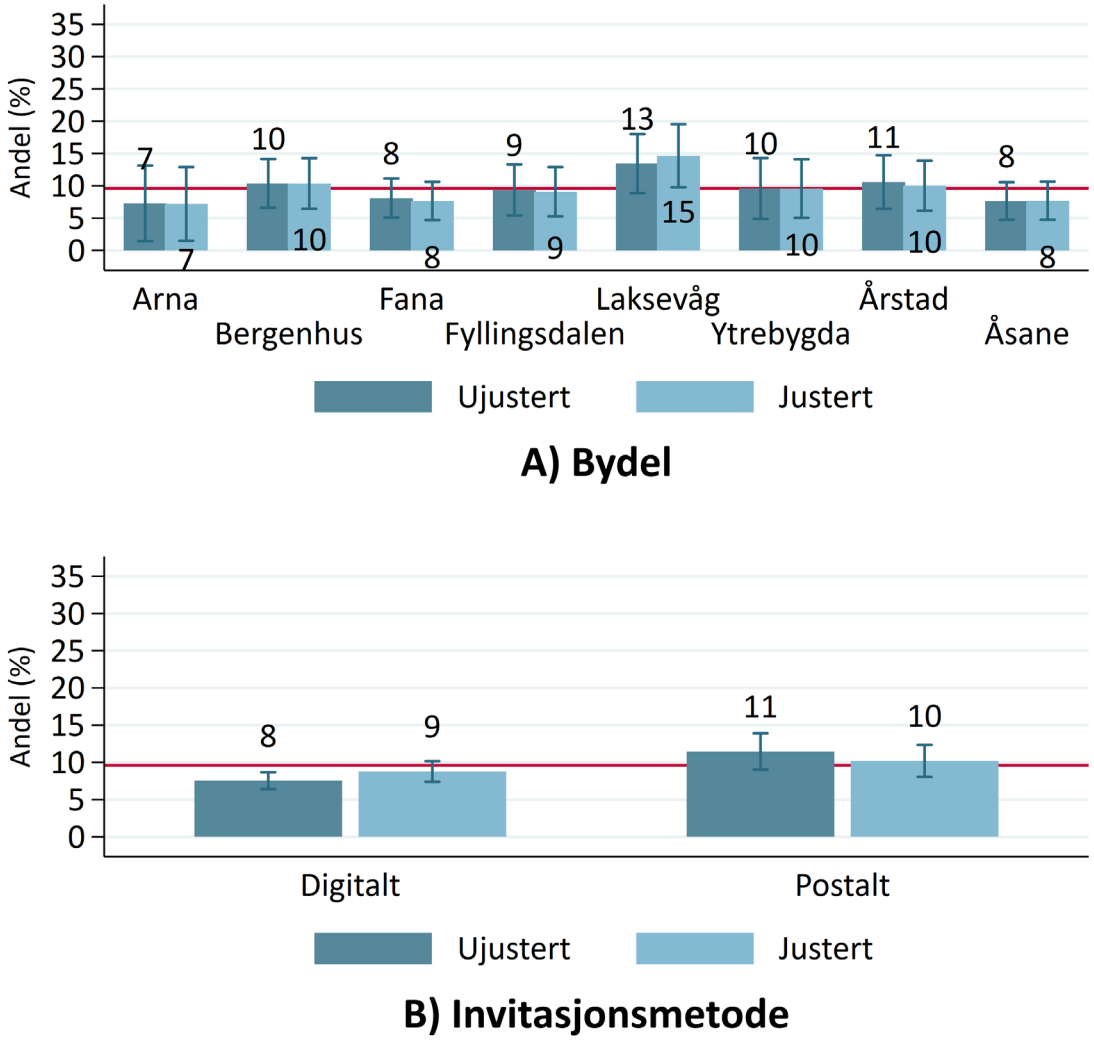
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

trivseltxt

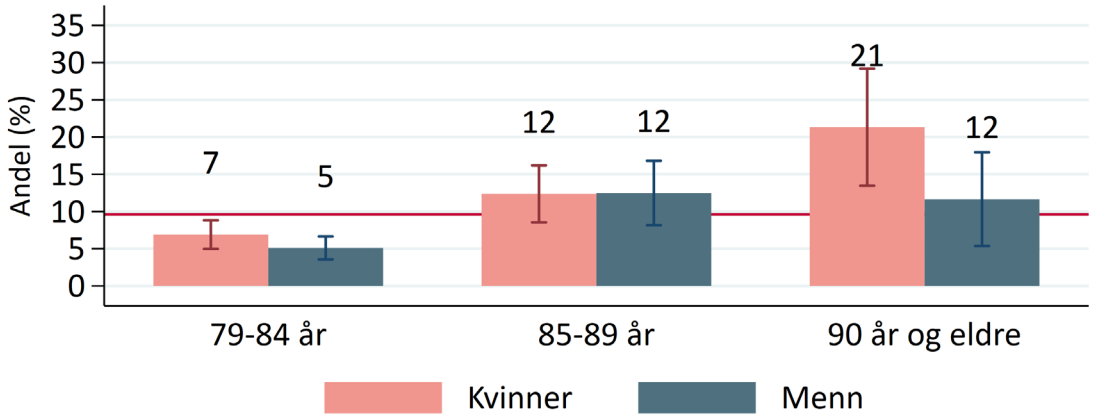
Fig. 8: Ensomhet

Totalt 2 939 deltakere av 3 185 (92.3 %) hadde gyldig svar på Ensom (Høy UCLA-3-skår). Andelen for hele utvalget var **9,6 %** (KI95%: 8,2-11,0). Andelen for kvinner var 10,9 % (n=1 486; KI95%: 8,8-13,0) og andelen for menn var 7,8 % (n=1 453; KI95%: 6,1- 9,4).

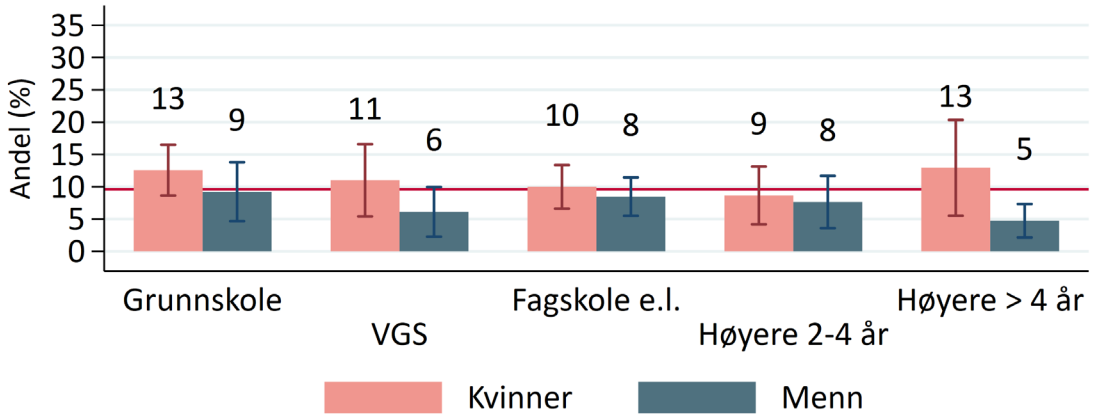
Figur 8: Ensom (Høy UCLA-3-skår) etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 8 forts.: Ensom (Høy UCLA-3-skår) etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



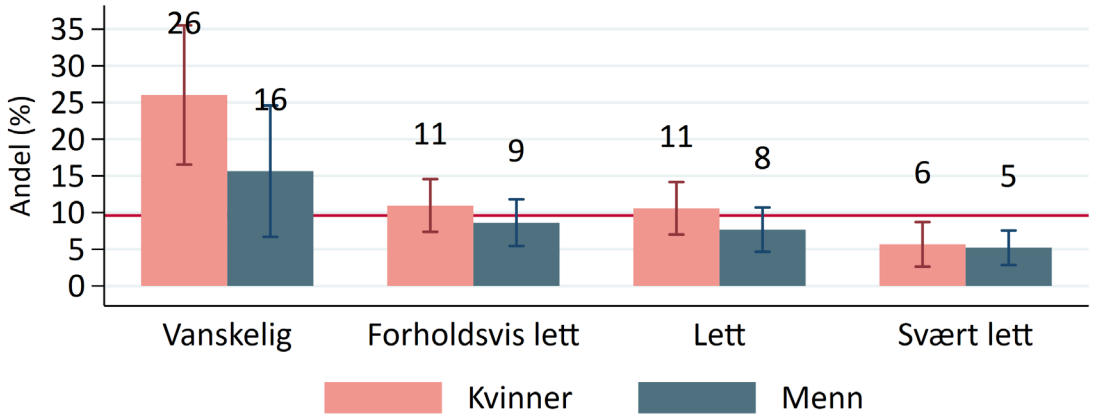
C) Aldersgruppe



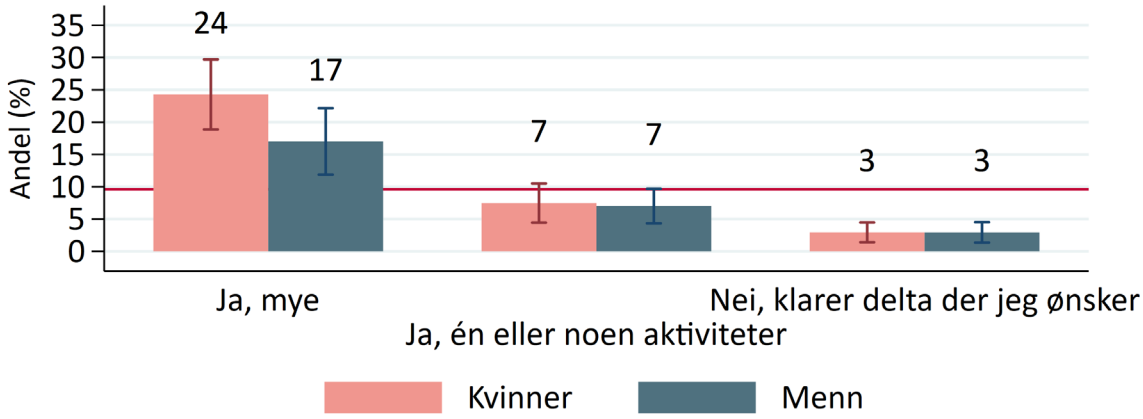
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 8 forts.: Ensom (Høy UCLA-3-skår) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

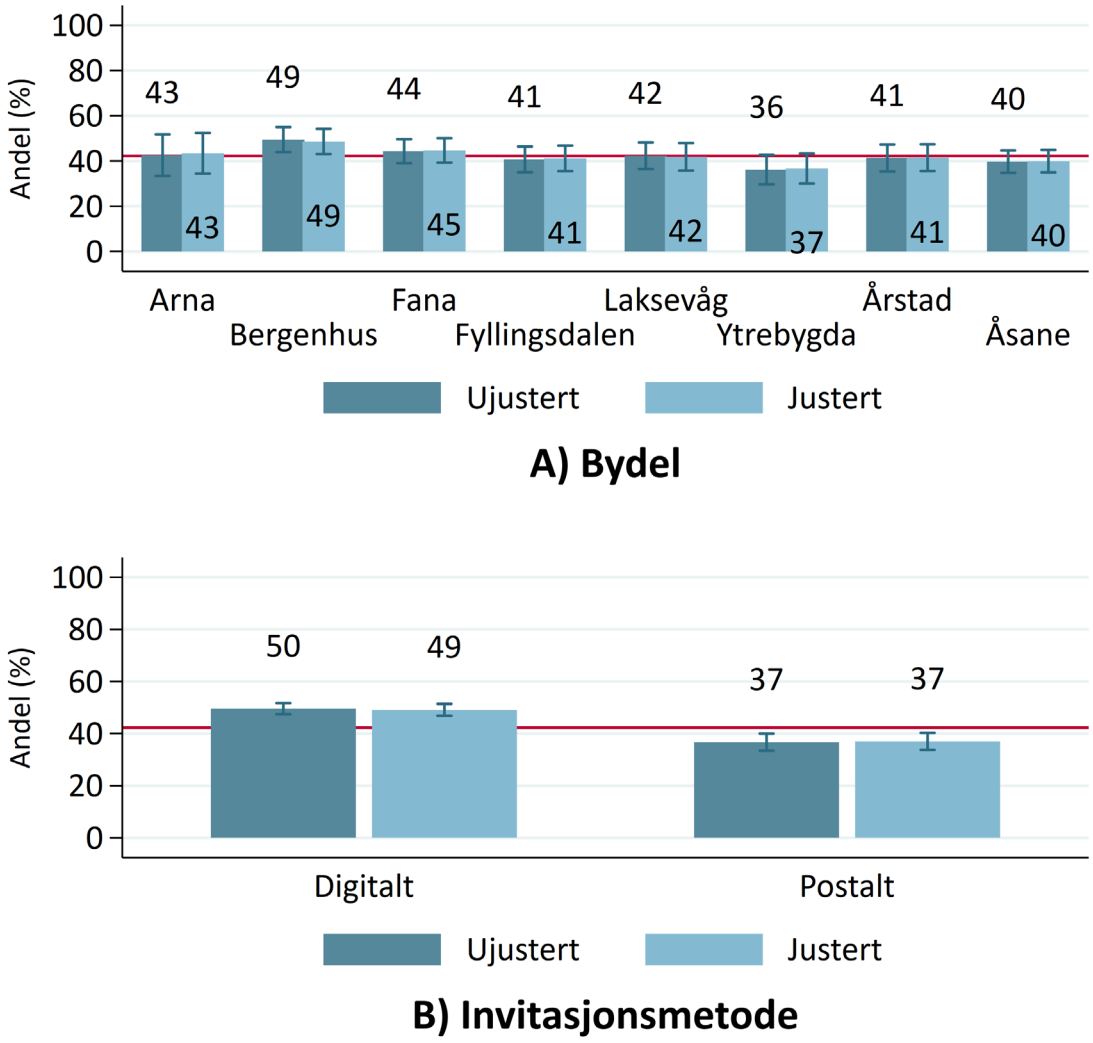
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

UCLAdiktxt

Fig. 9: Sammen med gode venner ukentlig

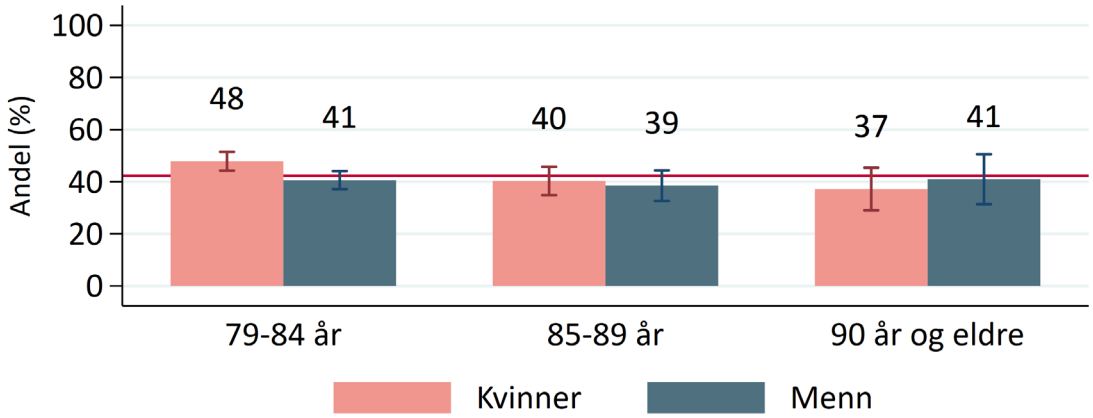
Totalt 3 094 deltakere av 3 185 (97.1 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **42,3 %** (KI95%: 40,2-44,4). Andelen for kvinner var 43,8 % (n=1 578; KI95%: 40,8-46,7) og andelen for menn var 40,1 % (n=1 516; KI95%: 37,2-43,0).

Figur 9: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

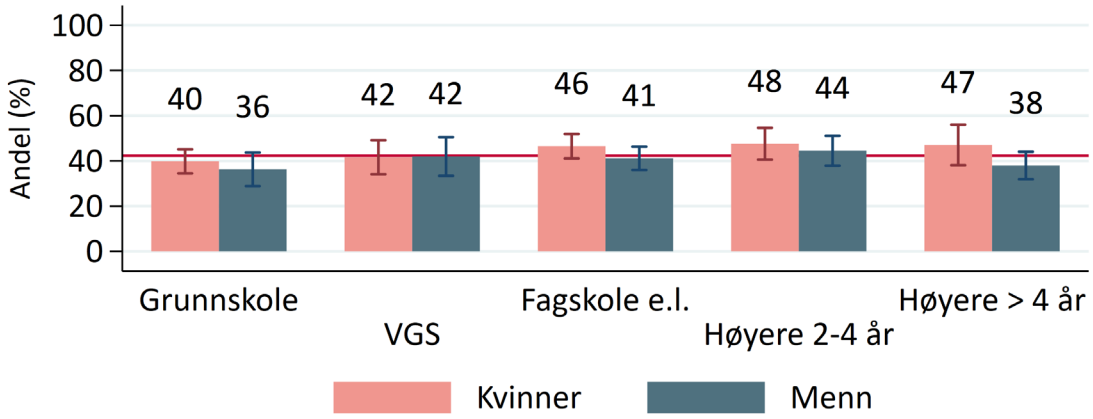


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 9 forts.: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



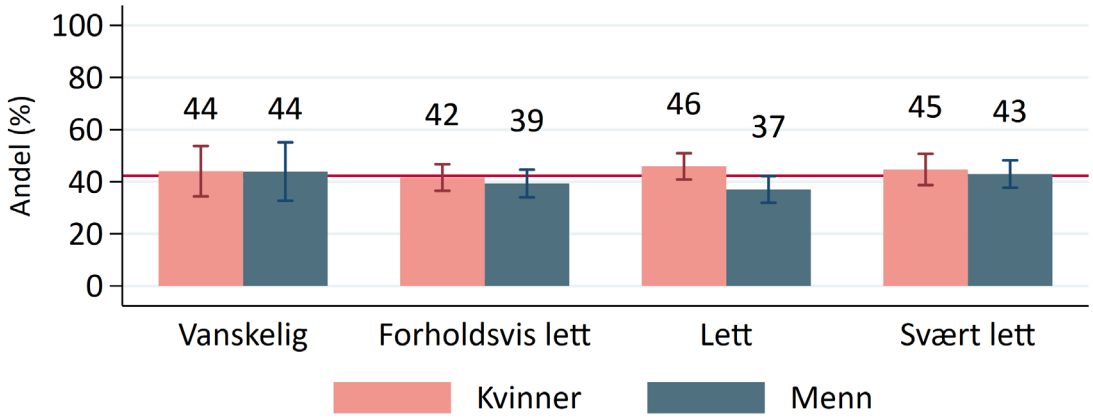
C) Aldersgruppe



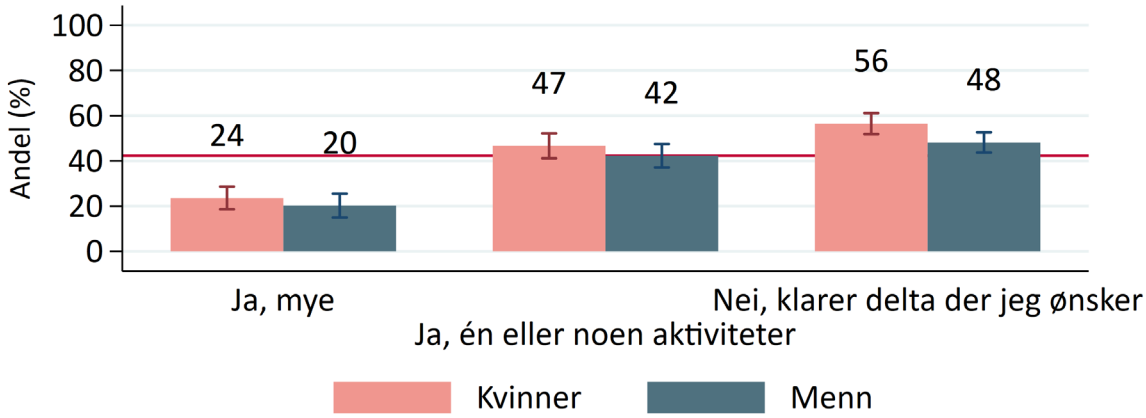
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 9 forts.: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

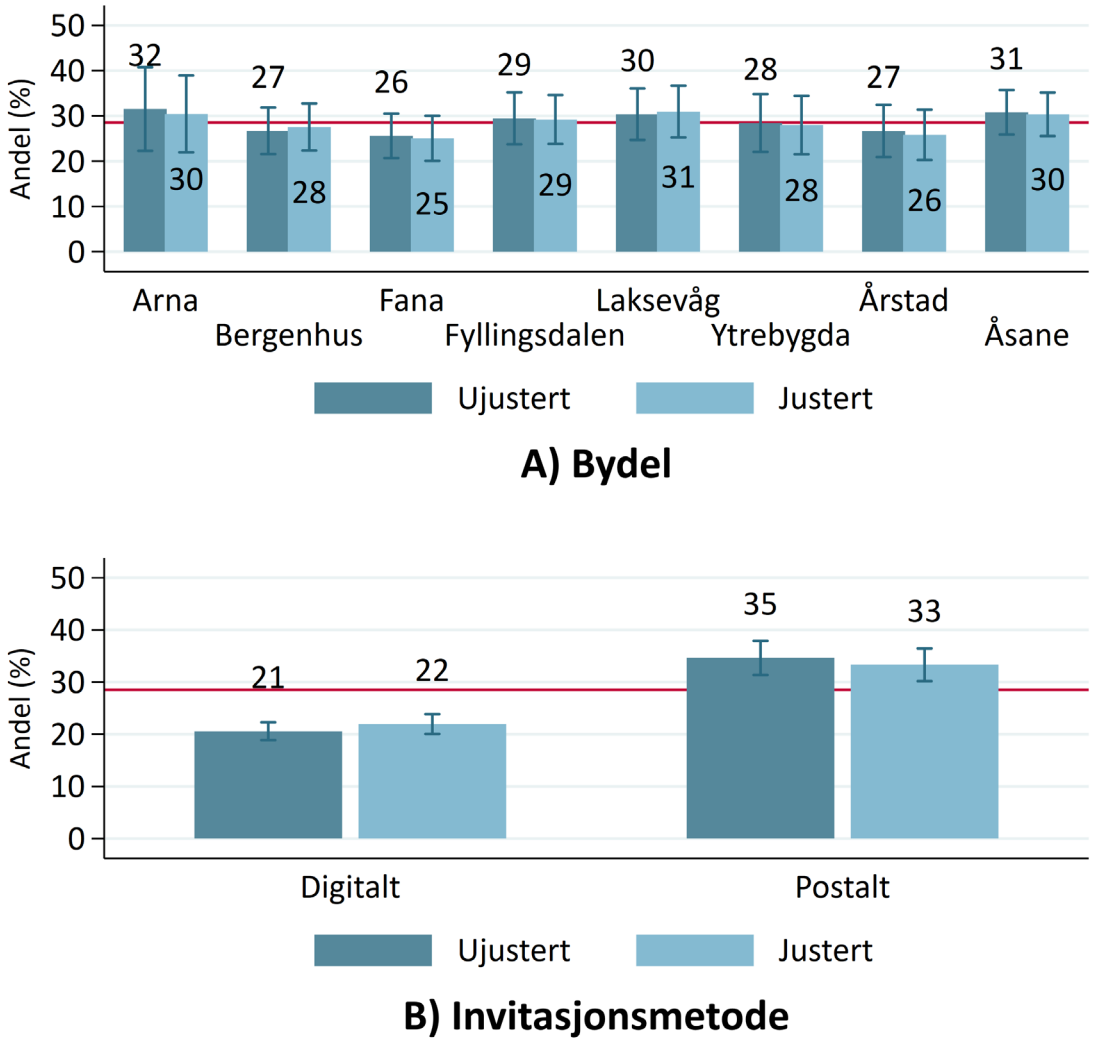
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

vennertxt

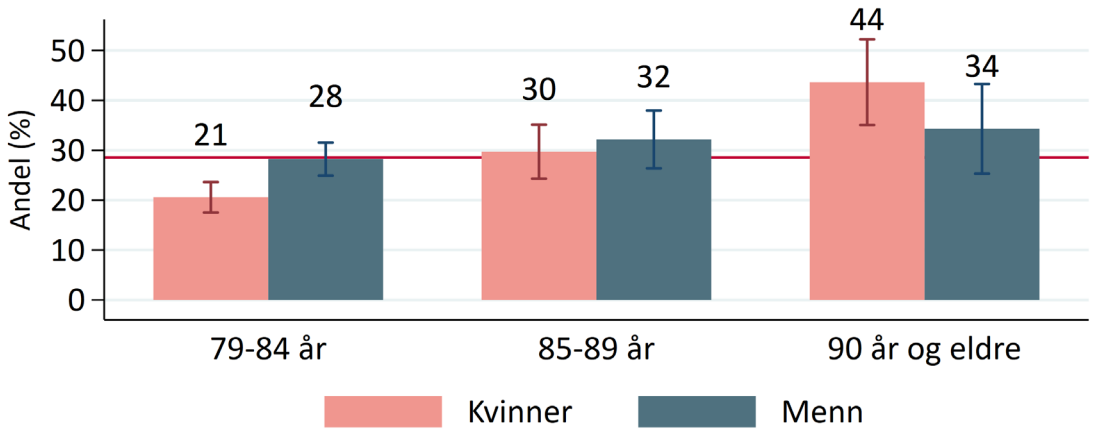
Fig. 10: Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig

Totalt 3 094 deltakere av 3 185 (97.1 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner noen ganger i året eller sjeldnere. Andelen for hele utvalget var **28,5 %** (KI95%: 26,5-30,6). Andelen for kvinner var 27,5 % (n=1 578; KI95%: 24,7-30,4) og andelen for menn var 30,0 % (n=1 516; KI95%: 27,3-32,8).

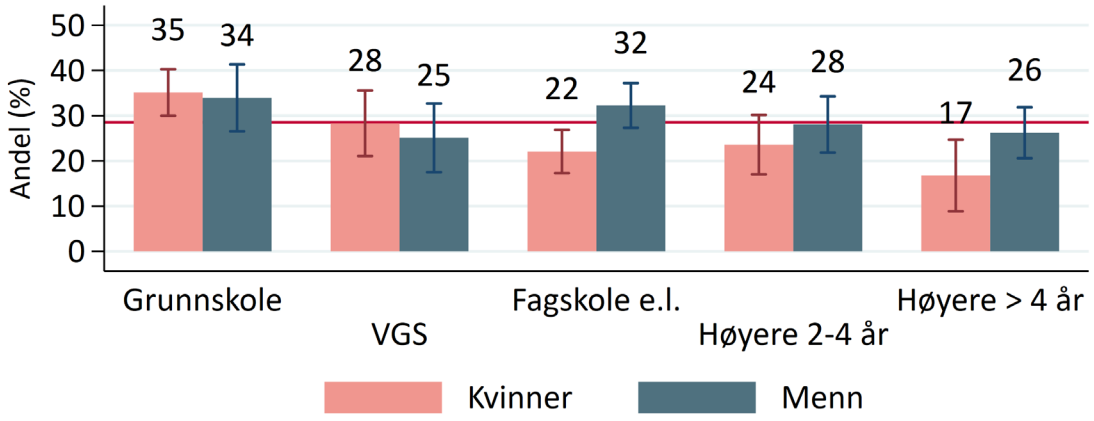
Figur 10: Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 10 forts.: Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



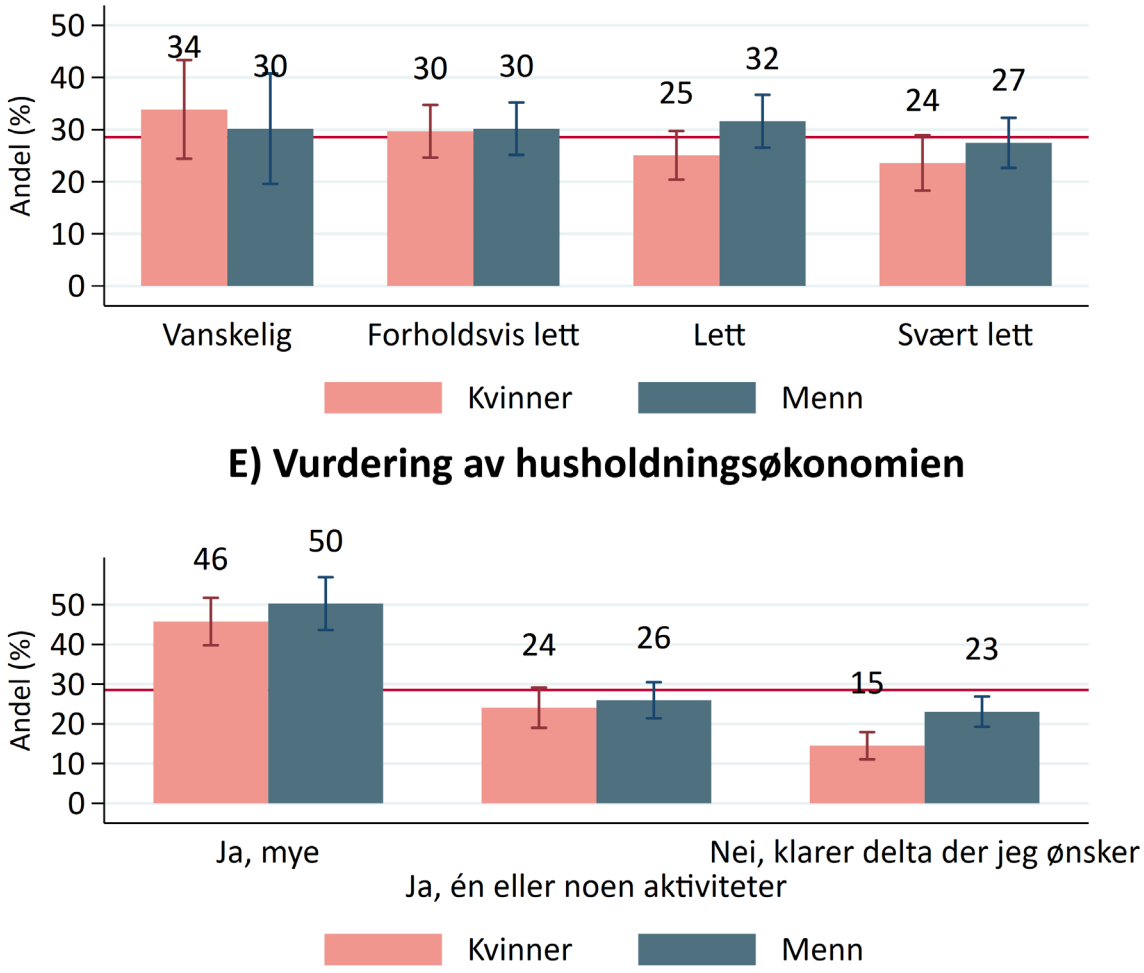
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 10 forts.: Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien

F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

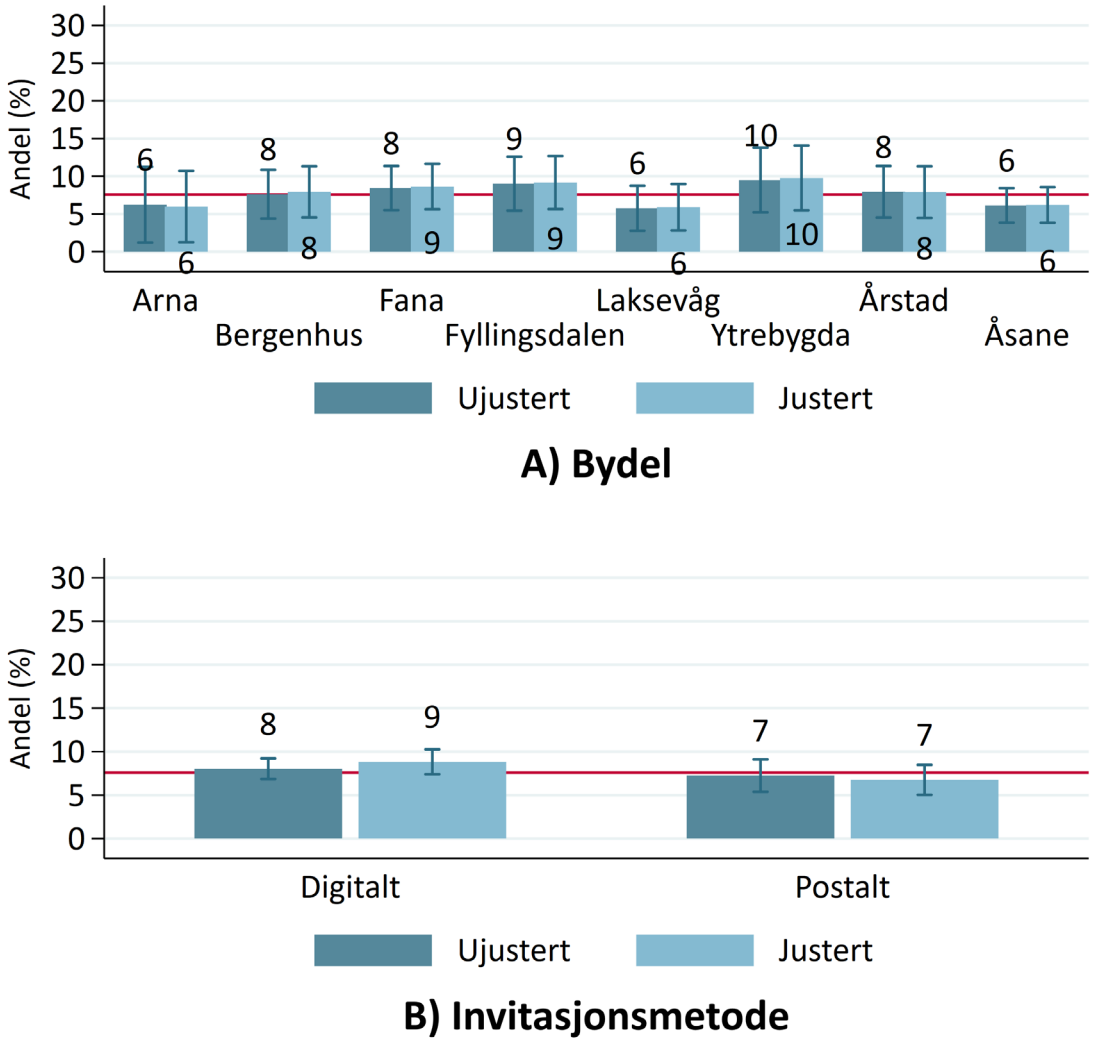
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

sjeldenvenntxt

Fig. 11: Søvnproblemer (Insomni)

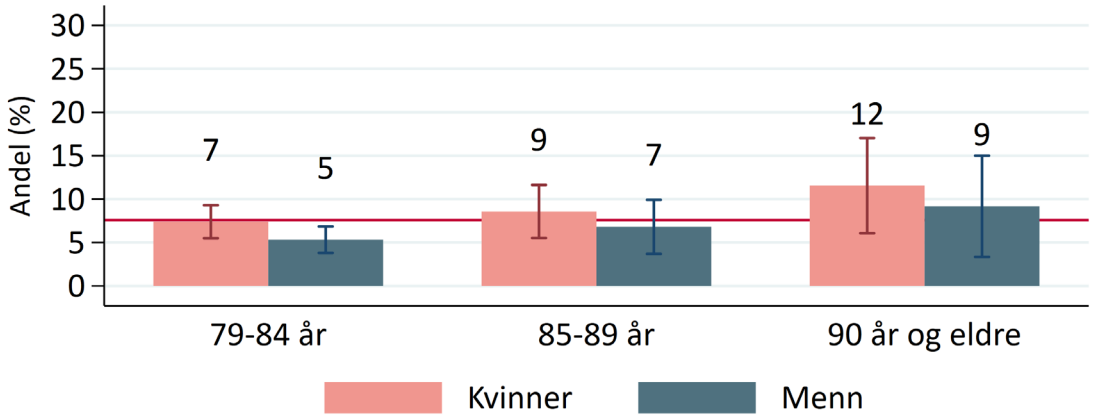
Totalt 3 062 deltakere av 3 185 (96.1 %) hadde gyldig svar på Søvnproblemer (Insomni). Andelen for hele utvalget var **7,6 %** (KI95%: 6,4- 8,8). Andelen for kvinner var 8,5 % (n=1 561; KI95%: 6,8-10,2) og andelen for menn var 6,2 % (n=1 501; KI95%: 4,8- 7,7).

Figur 11: Søvnproblemer (Insomni) etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

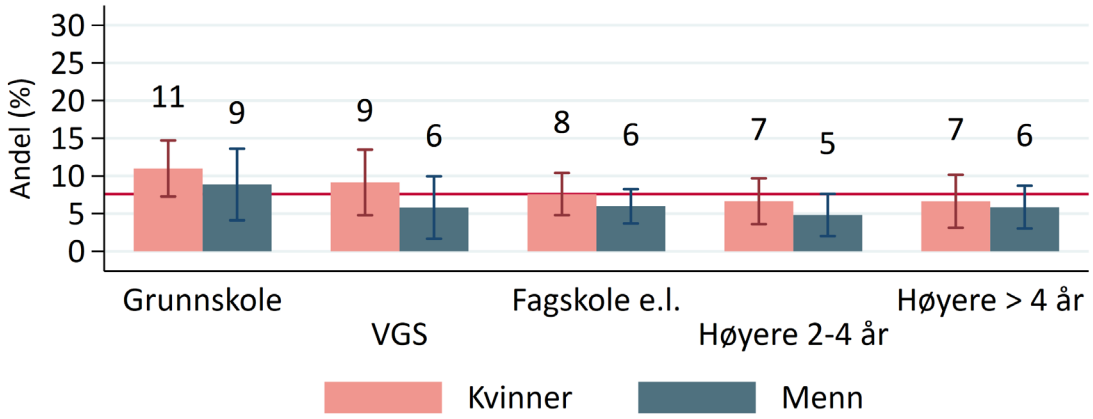


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 11 forts.: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



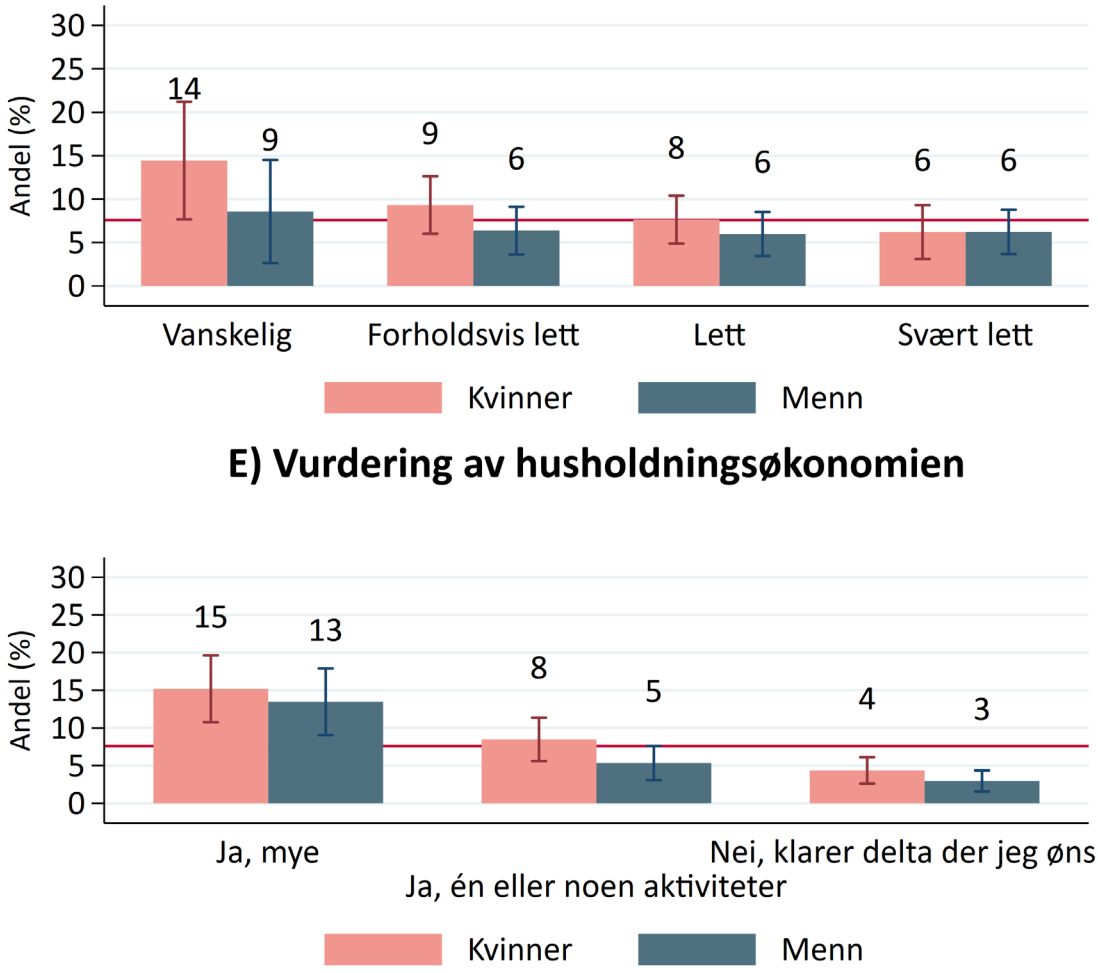
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 11 forts.: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).

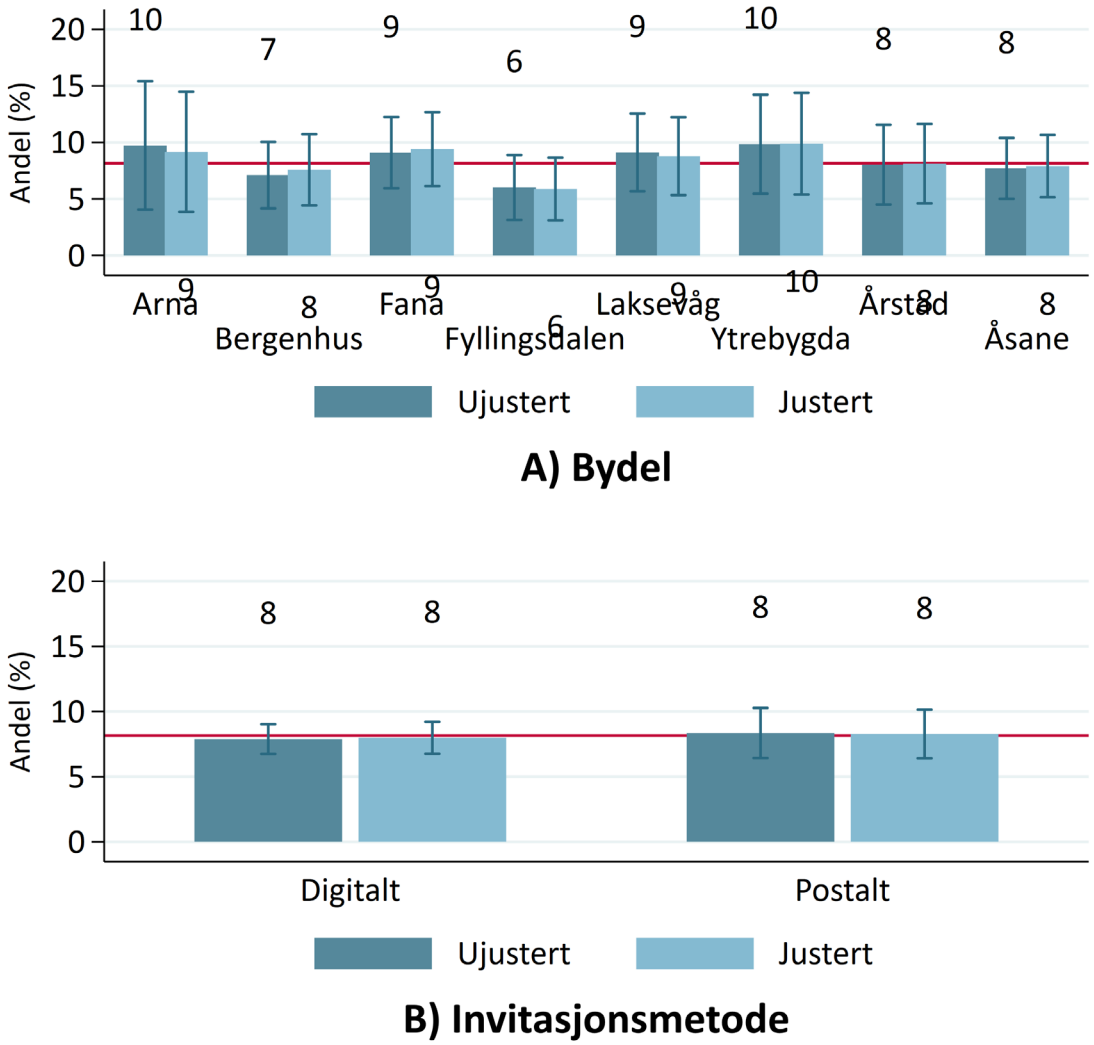


insomniatxt

Fig. 12: Vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til

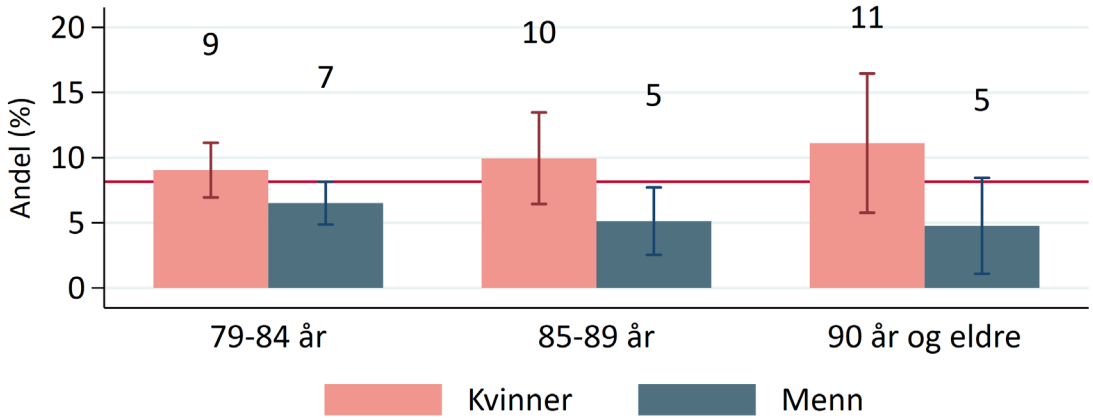
Totalt 3 085 deltakere av 3 185 (96.9 %) hadde gyldig svar på Andel med økonomiske vansker. Andelen for hele utvalget var **8,2 %** (KI95%: 7,0- 9,3). Andelen for kvinner var 9,7 % (n=1 568; KI95%: 7,9-11,5) og andelen for menn var 5,9 % (n=1 517; KI95%: 4,6-7,2).

Figur 12: Andel med økonomiske vansker etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

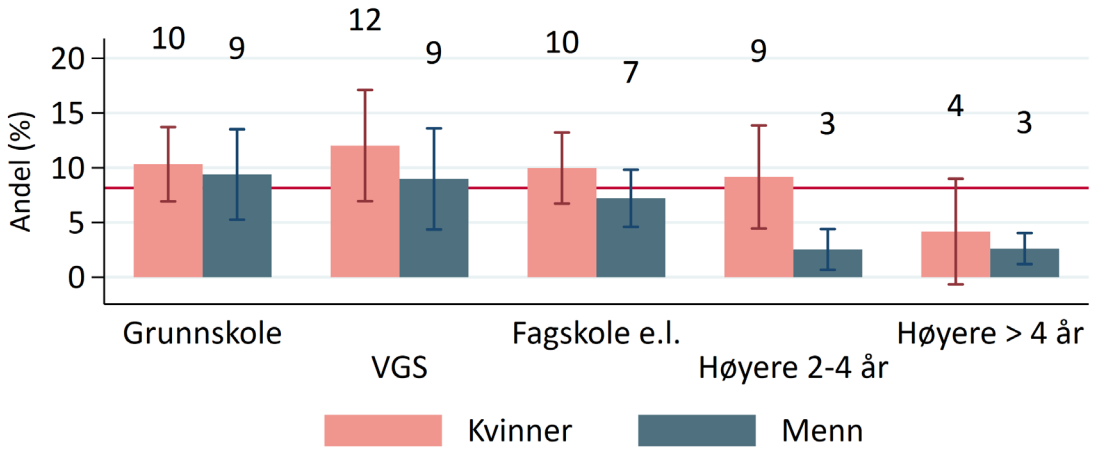


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 12 forts.: Andel med økonomiske vansker etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



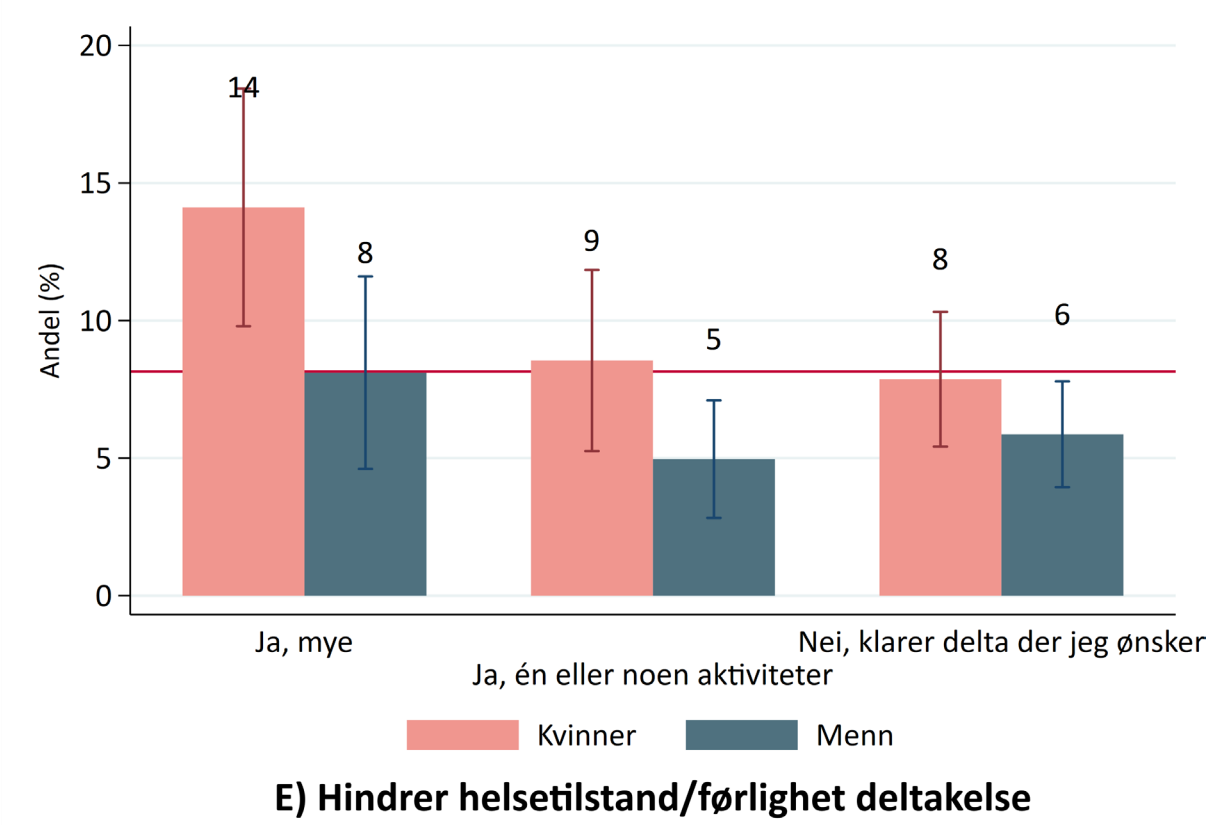
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 12 forts.: Andel med økonomiske vansker etter kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (E).

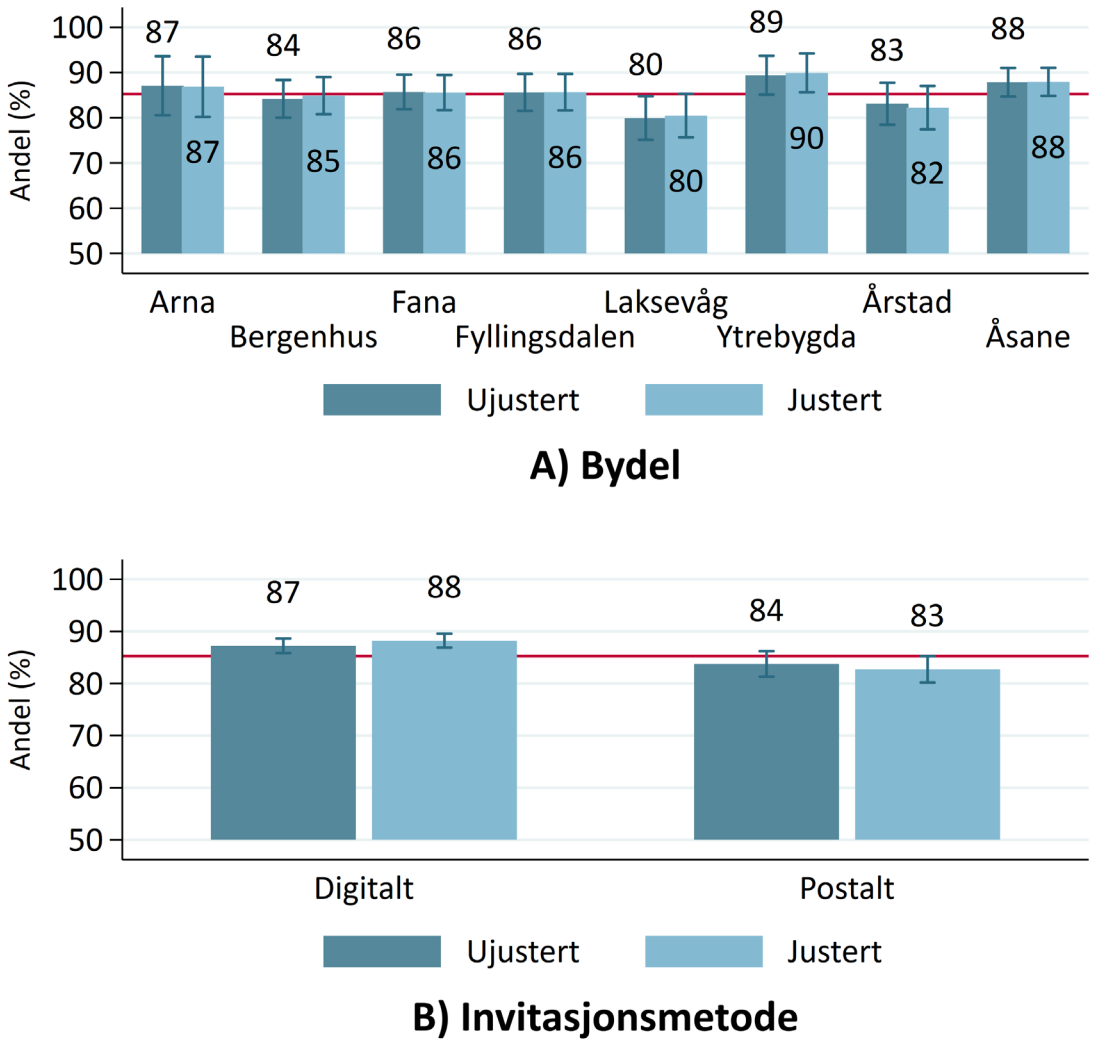


economictxt

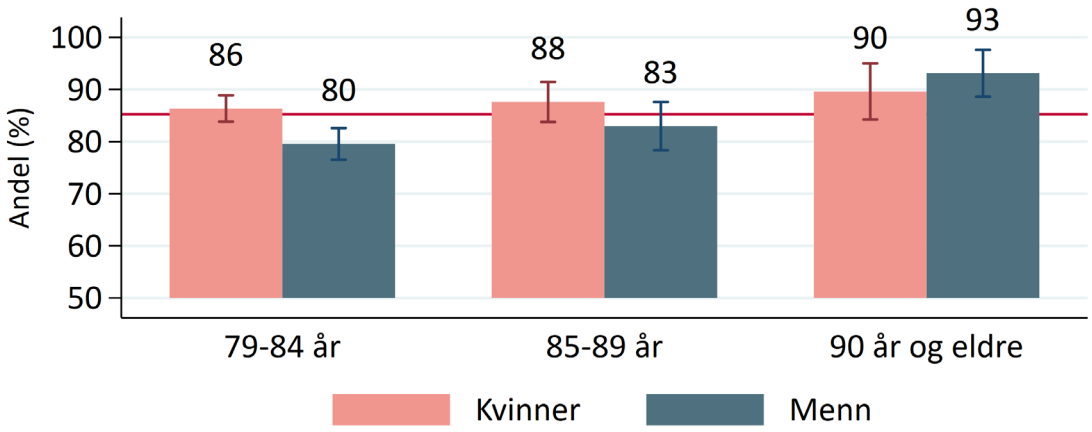
Fig. 13: Kontakt med familie

Totalt 3 123 deltakere av 3 185 (98.1 %) hadde gyldig svar på Ukentlig kontakt familie. Andelen for hele utvalget var **85,3 %** (KI95%: 83,7-86,8). Andelen for kvinner var 87,3 % (n=1 598; KI95%: 85,3-89,3) og andelen for menn var 82,2 % (n=1 525; KI95%: 79,9-84,5).

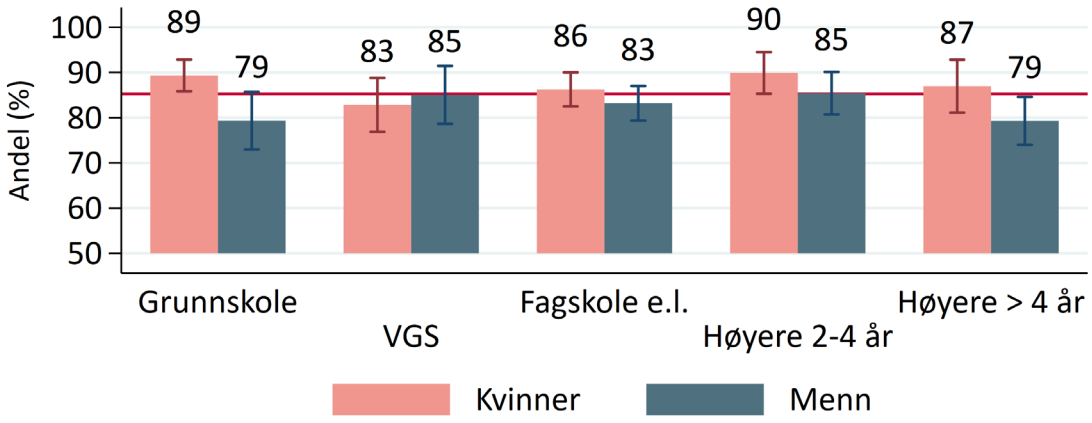
Figur 13: Ukentlig kontakt familie etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 13 forts.: Ukentlig kontakt familie etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



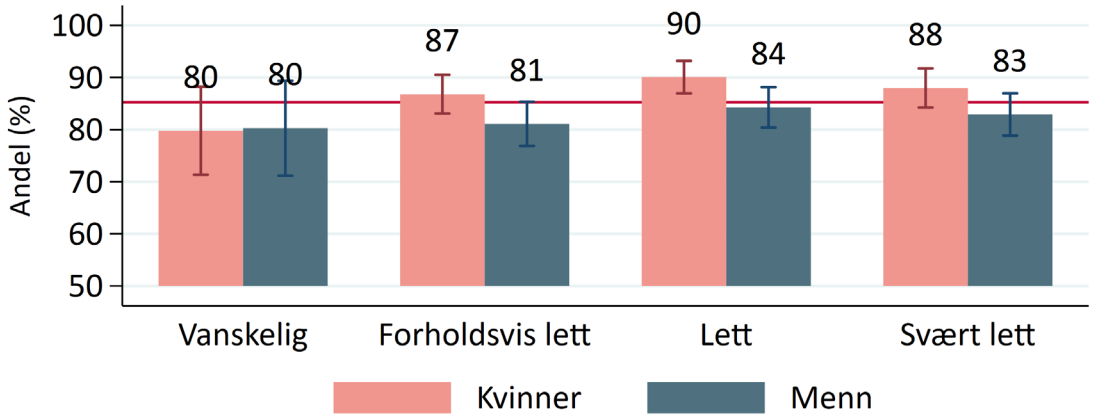
C) Aldersgruppe



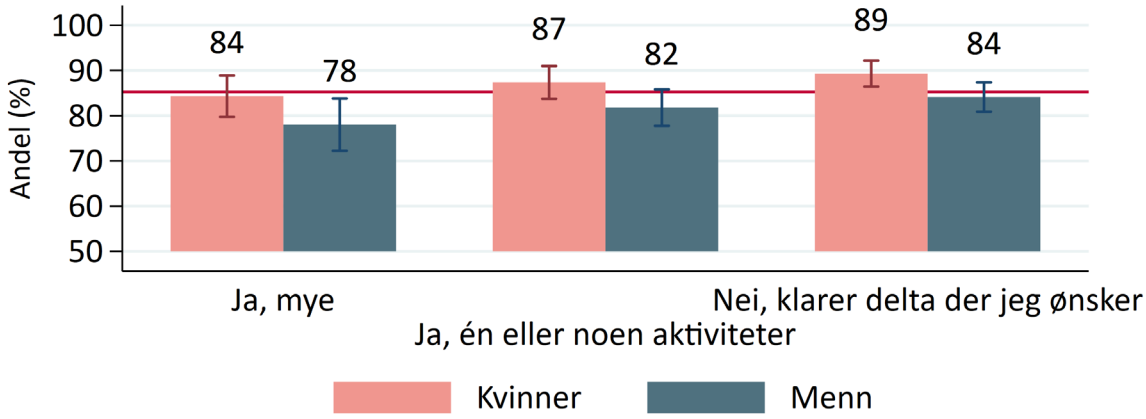
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 13 forts.: Ukentlig kontakt familie etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

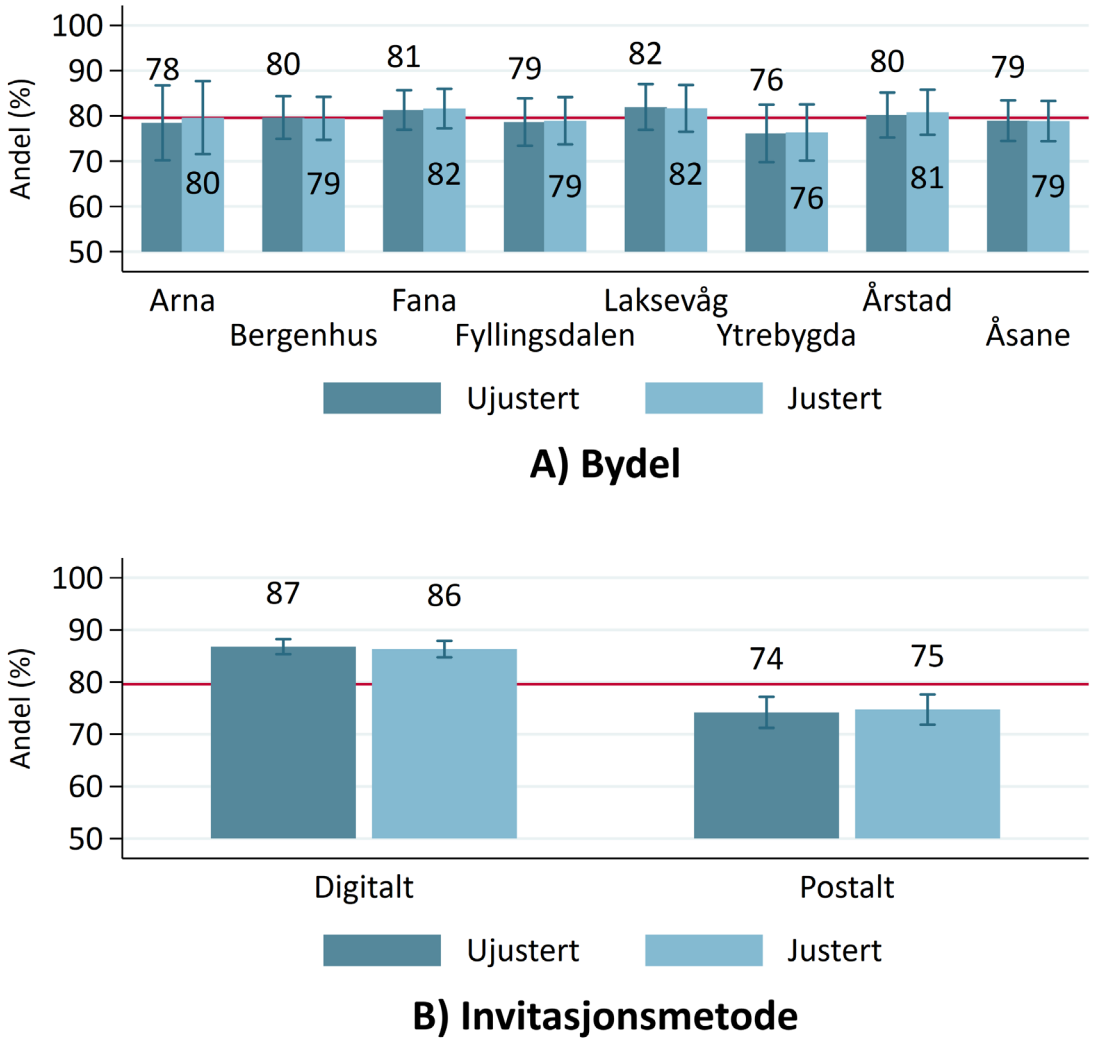
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

famkonttxt

Fig. 14: Kontakt med naboer, venner eller bekjente

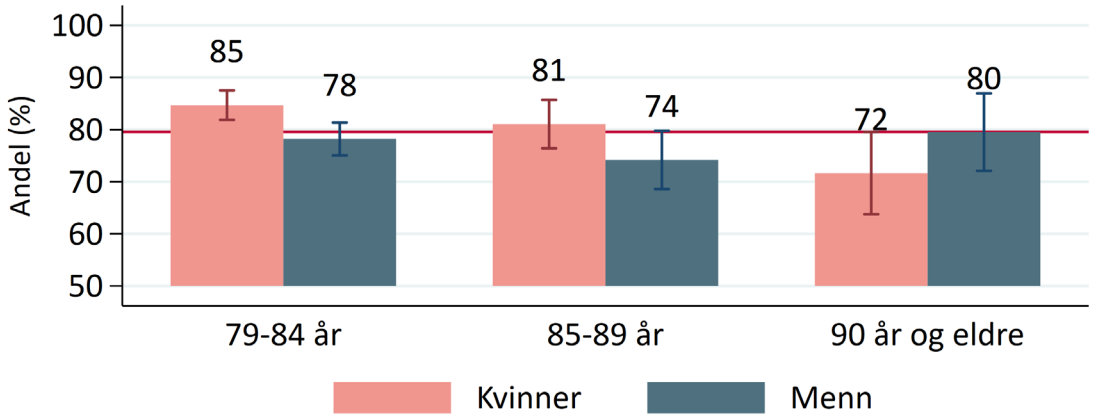
Totalt 3 053 deltakere av 3 185 (95.9 %) hadde gyldig svar på Ukentlig kontakt naboer, venner eller bekjente. Andelen for hele utvalget var **79,6 %** (KI95%: 77,7-81,4). Andelen for kvinner var 81,1 % (n=1 553; KI95%: 78,6-83,7) og andelen for menn var 77,4 % (n=1 500; KI95%: 74,8-79,9).

Figur 14: Ukentlig kontakt med naboer, venner eller bekjente etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

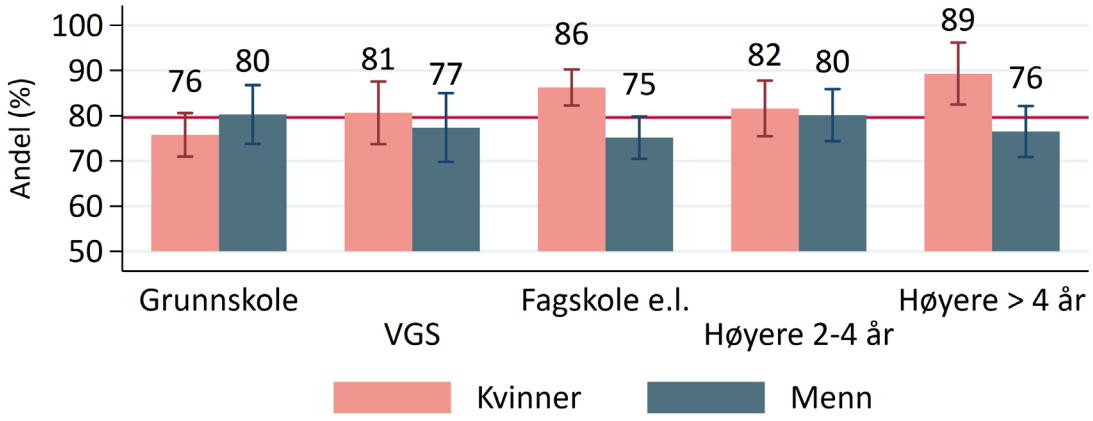


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 14 forts.: Ukentlig kontakt naboer, venner eller bekjente etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



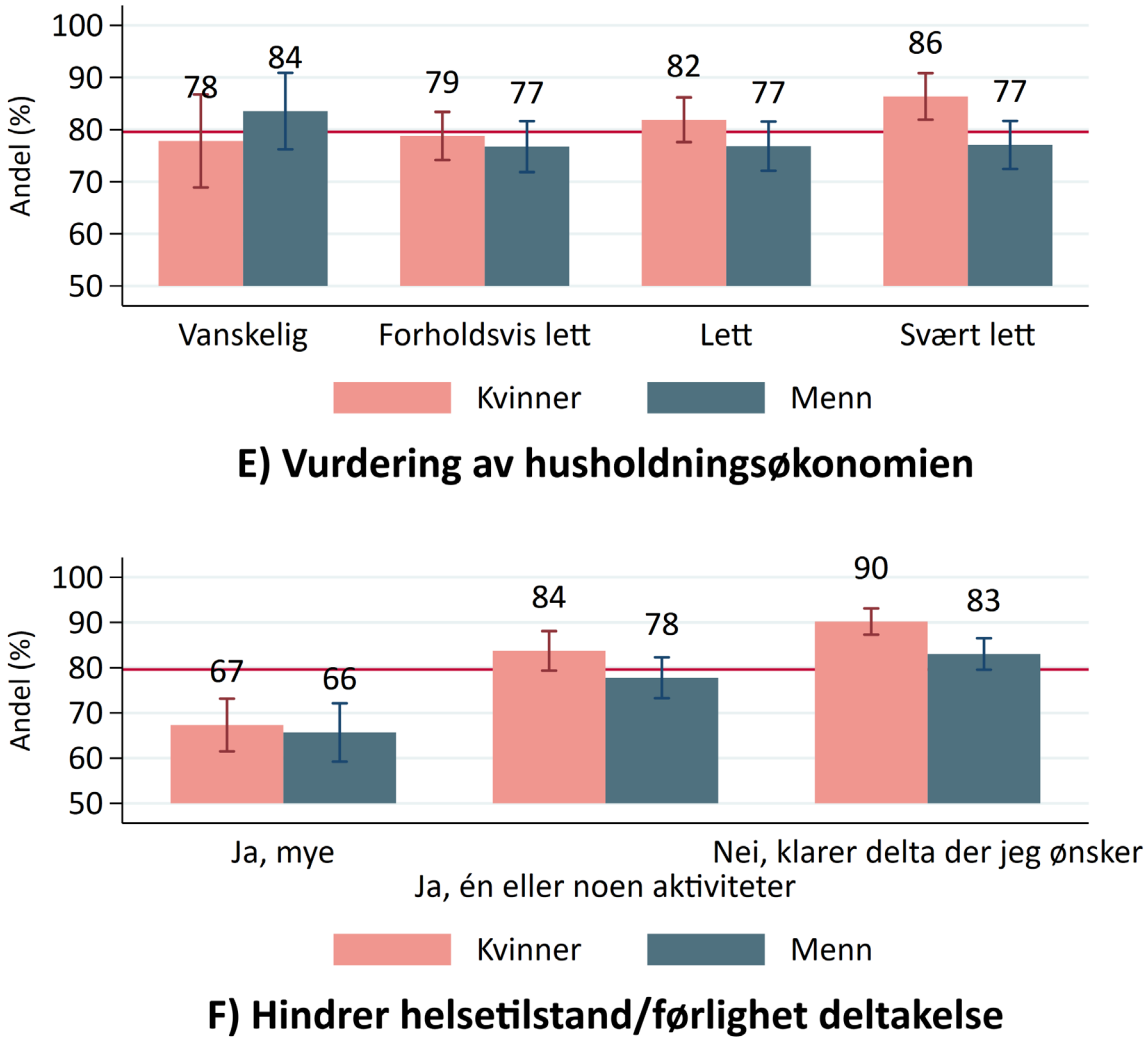
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 14 forts.: Ukentlig kontakt naboer, venner eller bekjente etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).

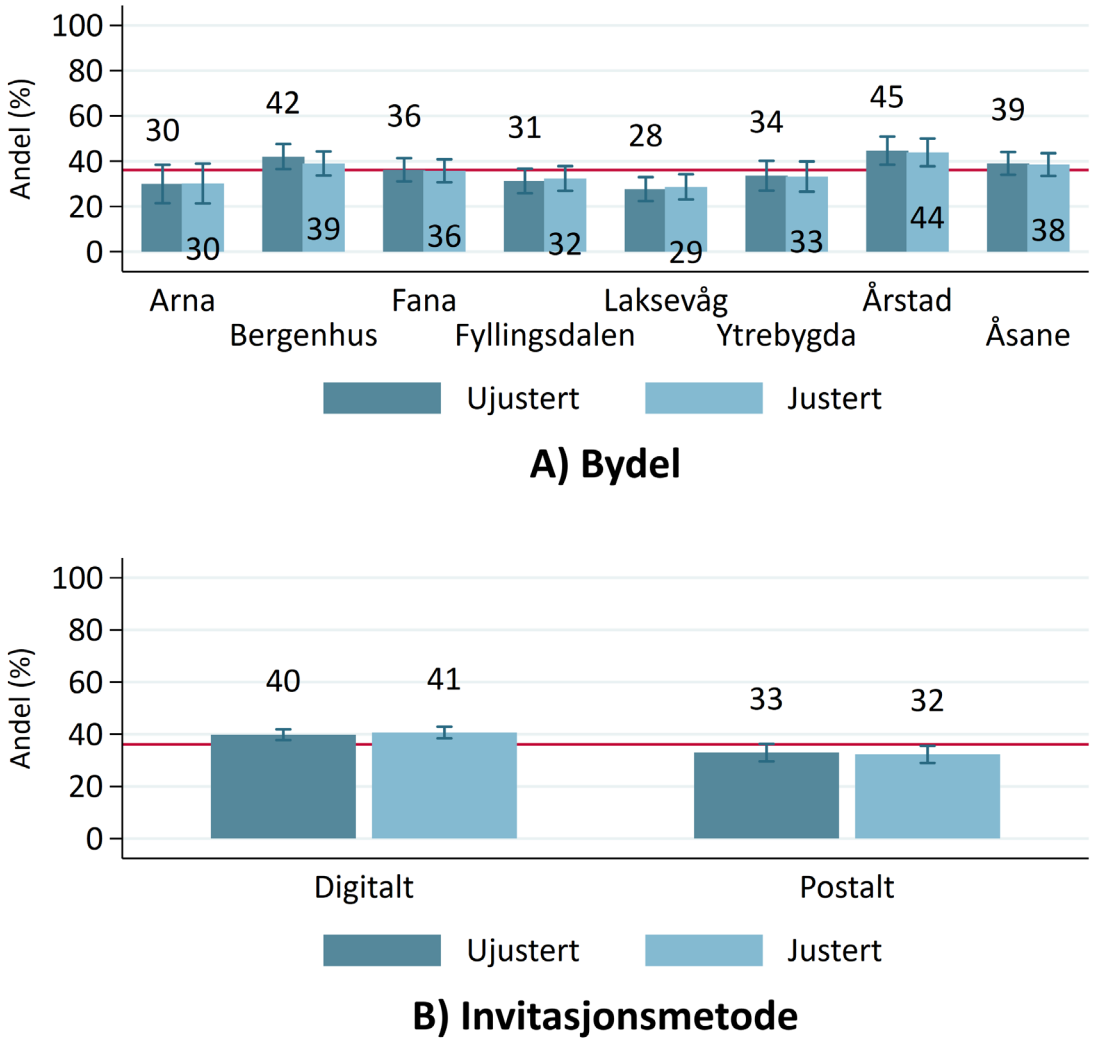


bekjentkonttxt

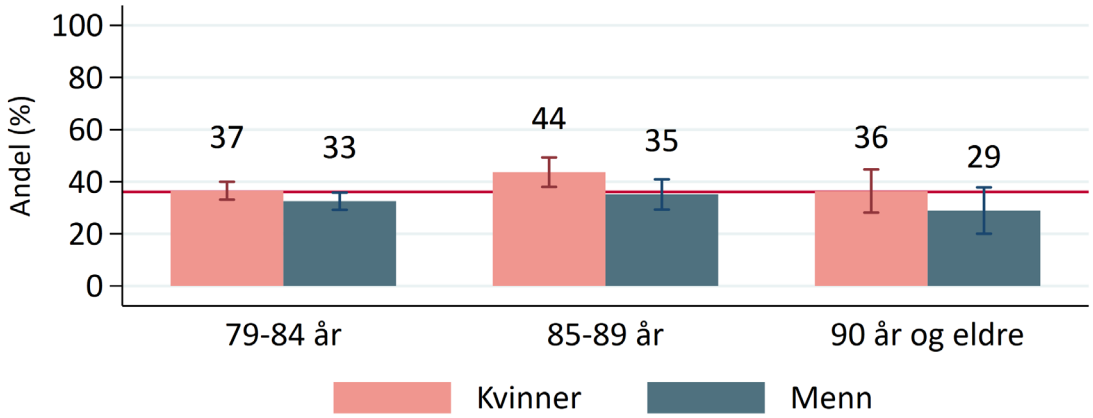
Fig. 15: Deltakelse i kulturelle aktiviteter

Totalt 3 024 deltakere av 3 185 (94.9 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse kulturell aktivitet. Andelen for hele utvalget var **36,1 %** (KI95%: 34,1-38,2). Andelen for kvinner var 38,5 % (n=1 534; KI95%: 35,6-41,4) og andelen for menn var 32,7 % (n=1 490; KI95%: 30,0-35,5).

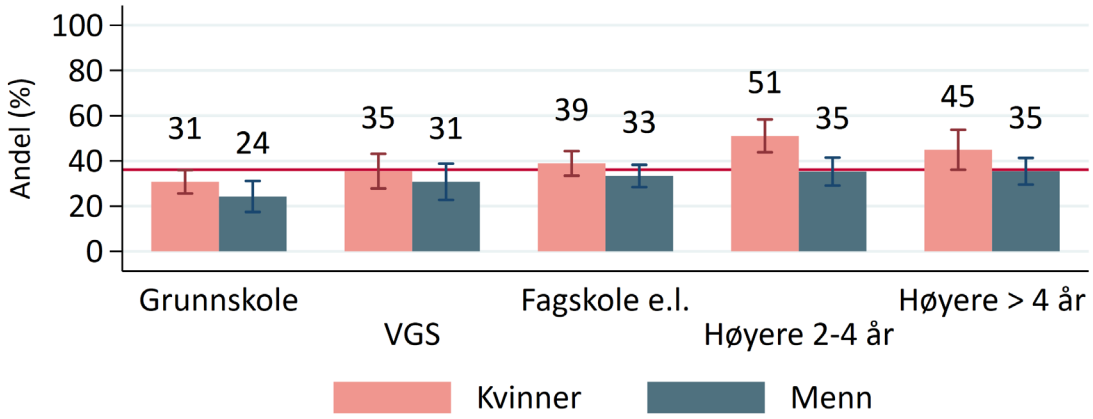
Figur 15: Ukentlig deltakelse kulturell aktivitet etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 15 forts.: Ukentlig deltakelse kulturell aktivitet etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



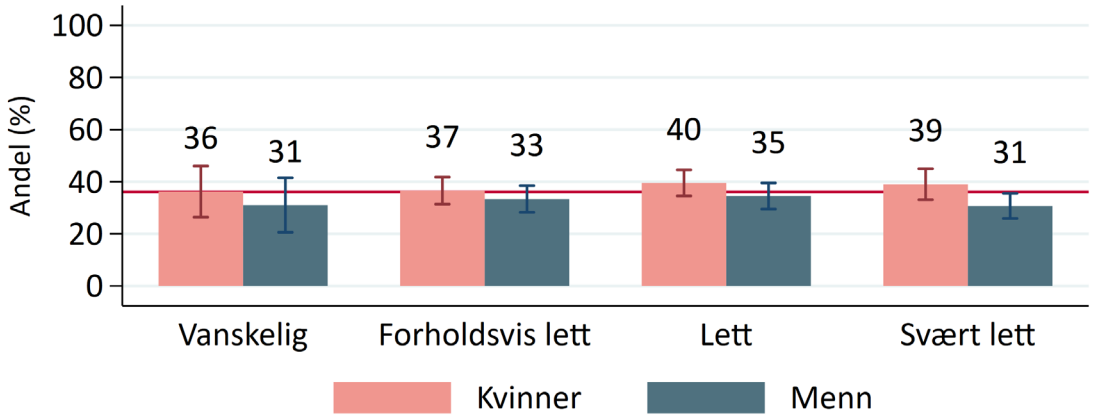
C) Aldersgruppe



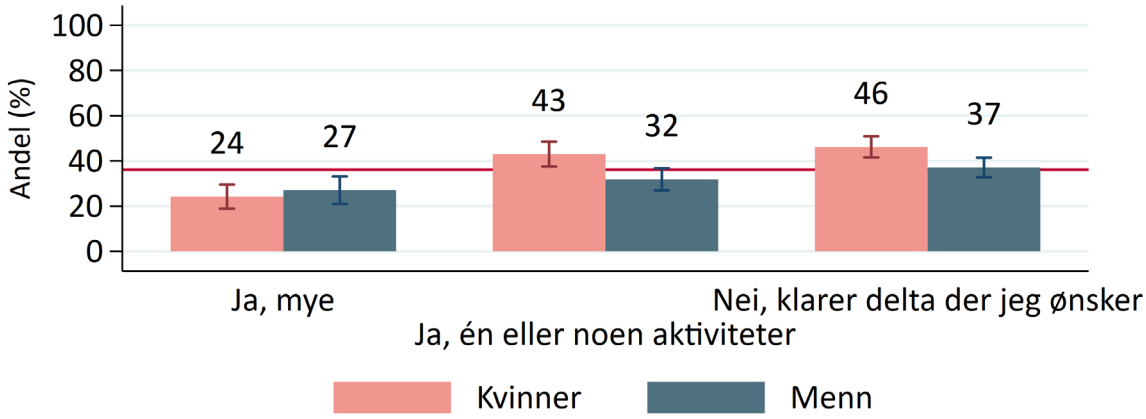
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 15 forts.: Ukentlig deltakelse kulturell aktivitet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

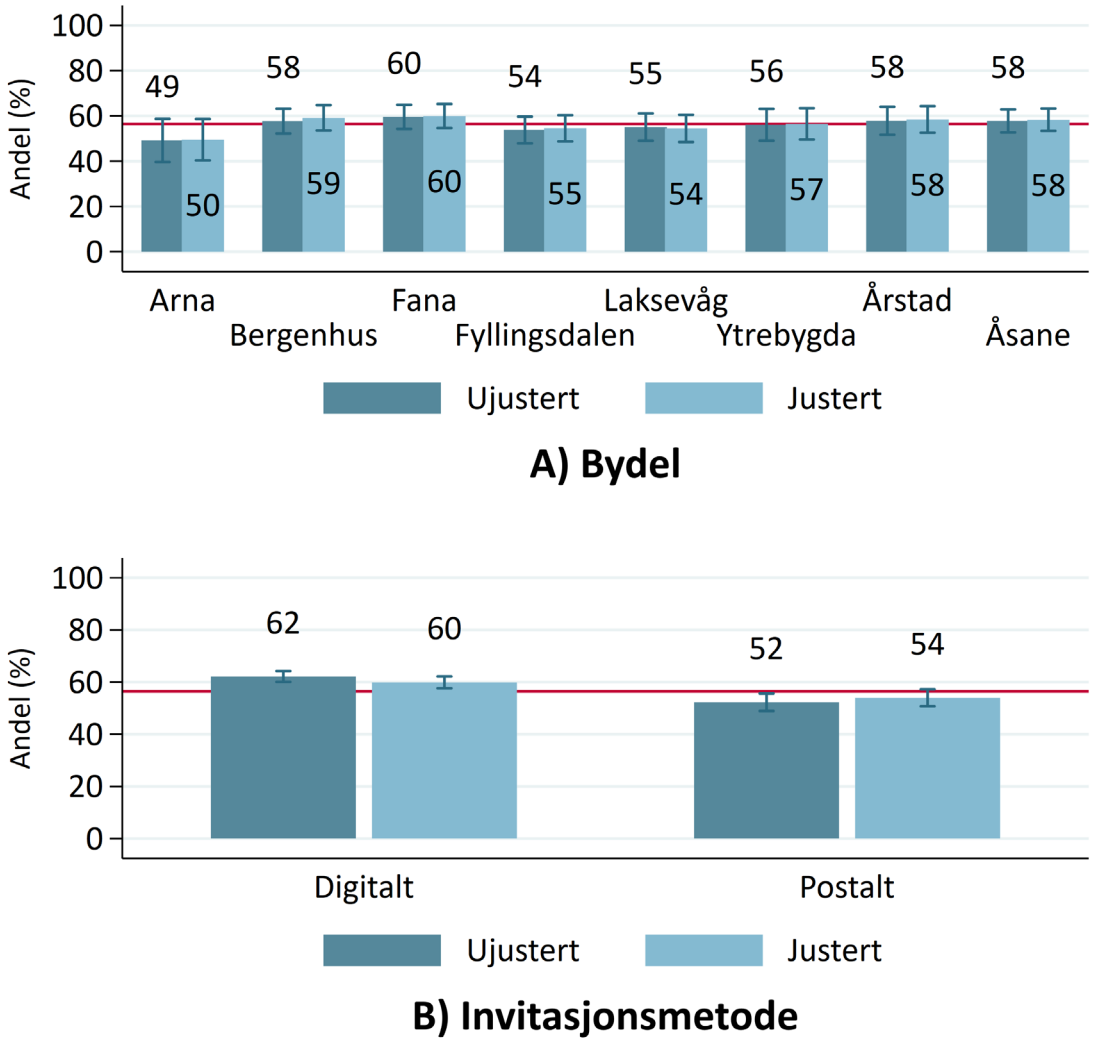
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

kulturuketxt

Fig. 16: God eller svært god fysisk helse

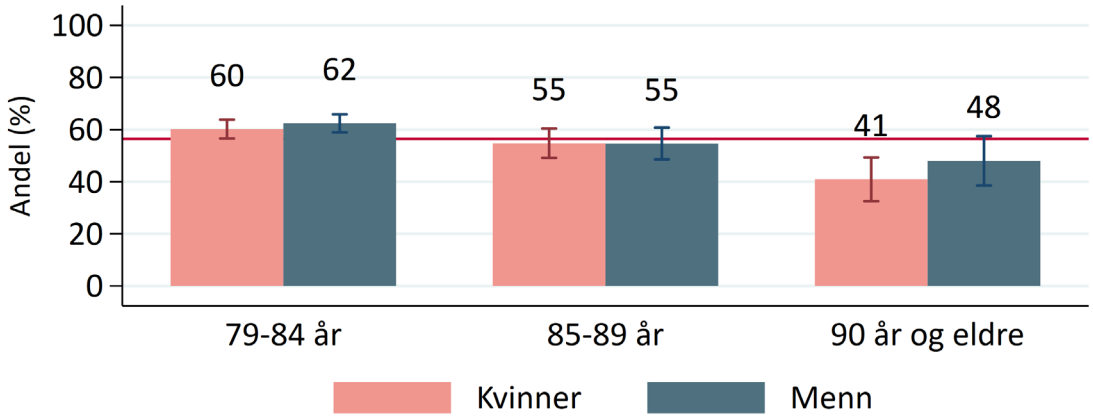
Totalt 3 089 deltakere av 3 185 (97.0 %) hadde gyldig svar på God eller svært god fysisk helse. Andelen for hele utvalget var **56,5 %** (KI95%: 54,3-58,6). Andelen for kvinner var 55,0 % (n=1 570; KI95%: 52,0-58,0) og andelen for menn var 58,5 % (n=1 519; KI95%: 55,6-61,5).

Figur 16: God eller svært god fysisk helse etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

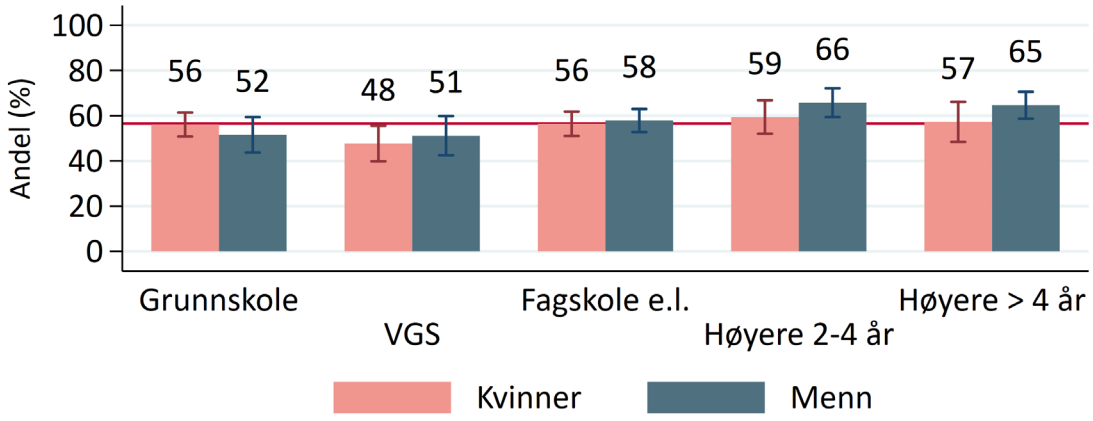


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 16 forts.: God eller svært god fysisk helse etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



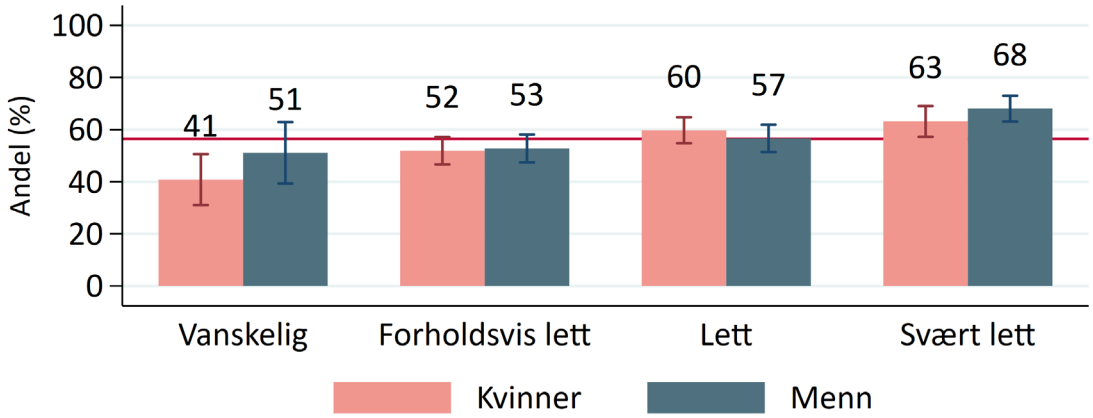
C) Aldersgruppe



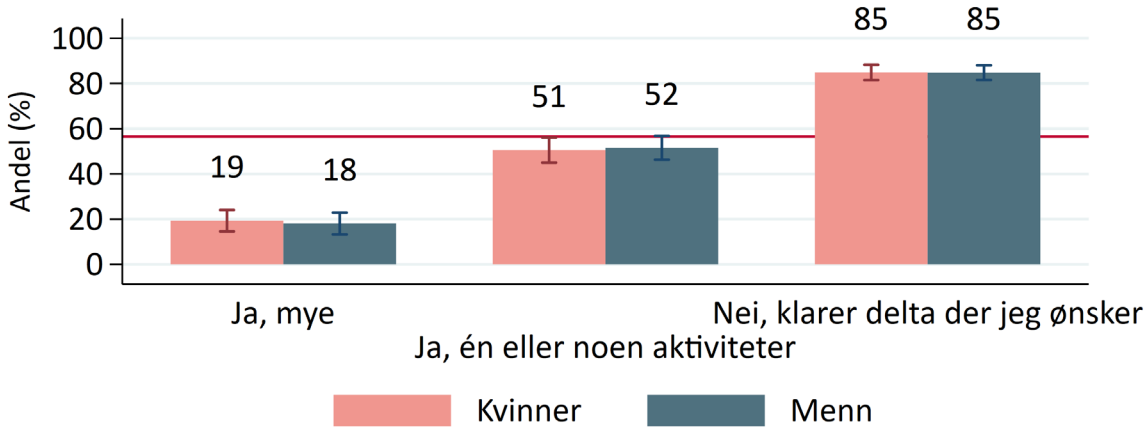
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 16 forts.: God eller svært god fysisk helse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

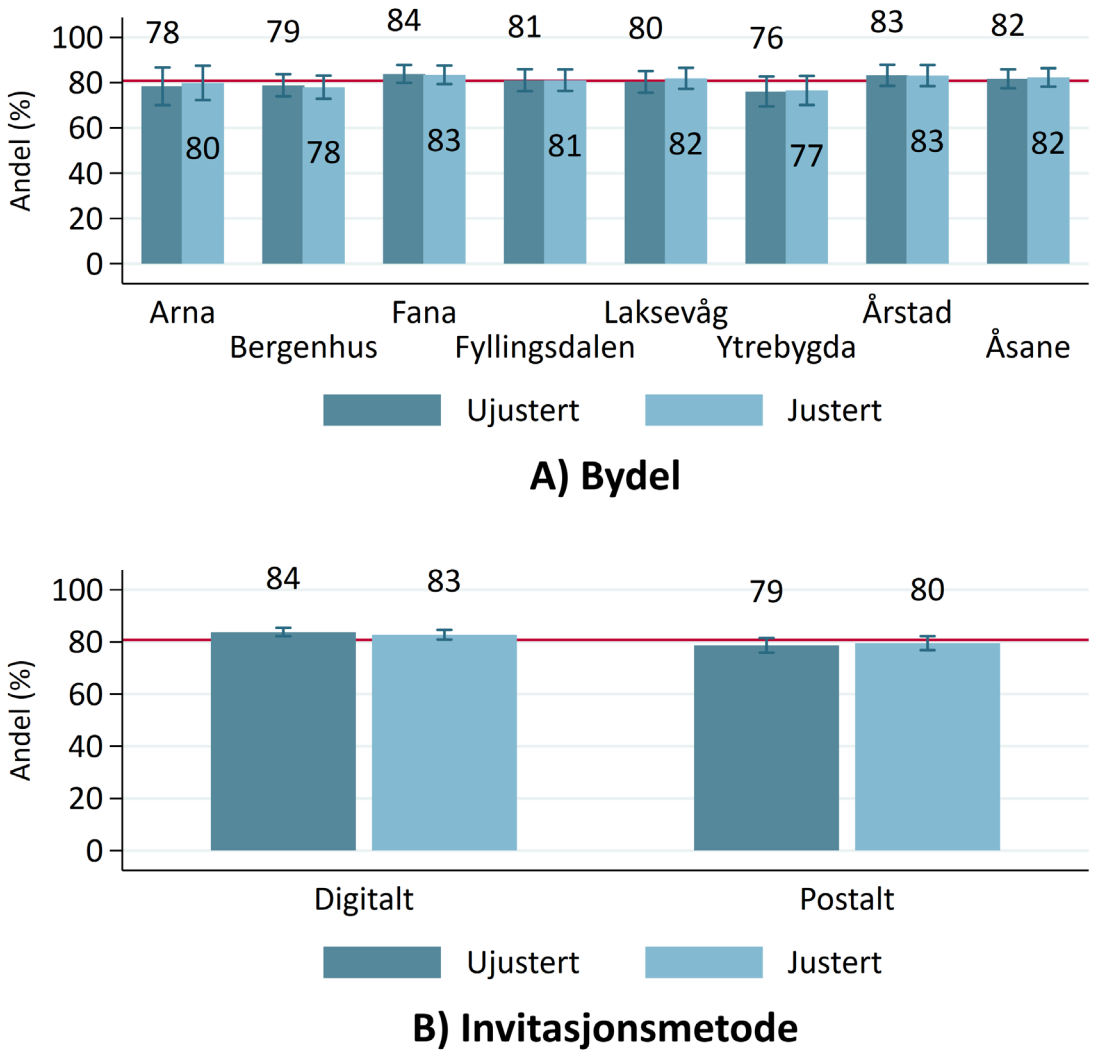
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

fyshelsediktxt

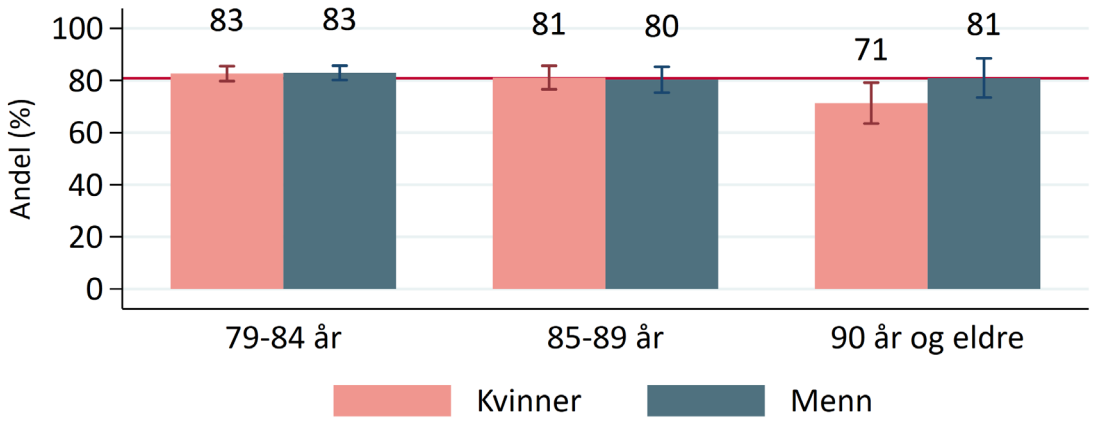
Fig. 17: God eller svært god psykisk helse

Totalt 3 007 deltakere av 3 185 (94.4 %) hadde gyldig svar på God eller svært god psykisk helse. Andelen for hele utvalget var **80,8 %** (KI95%: 79,0-82,6). Andelen for kvinner var 80,0 % (n=1 527; KI95%: 77,5-82,5) og andelen for menn var 82,0 % (n=1 480; KI95%: 79,6-84,3).

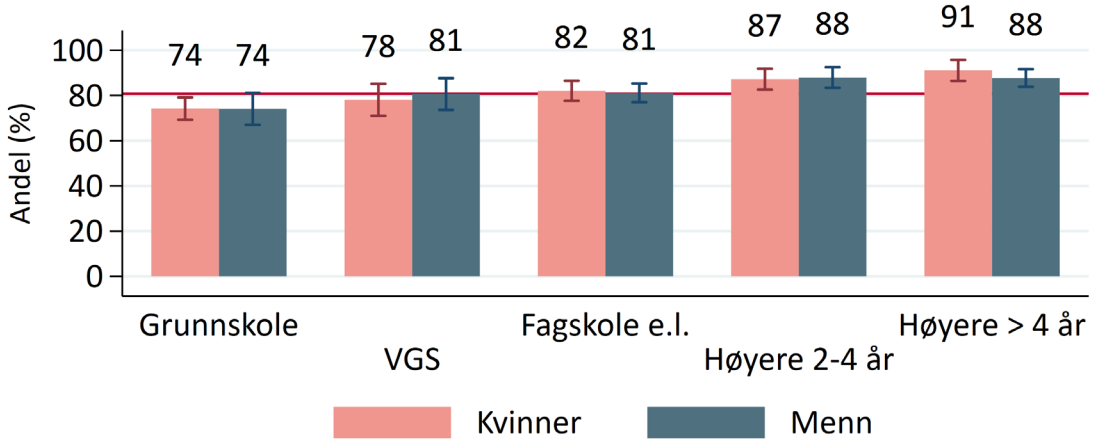
Figur 17: God eller svært god psykisk helse etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 17 forts.: God eller svært god psykisk helse etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



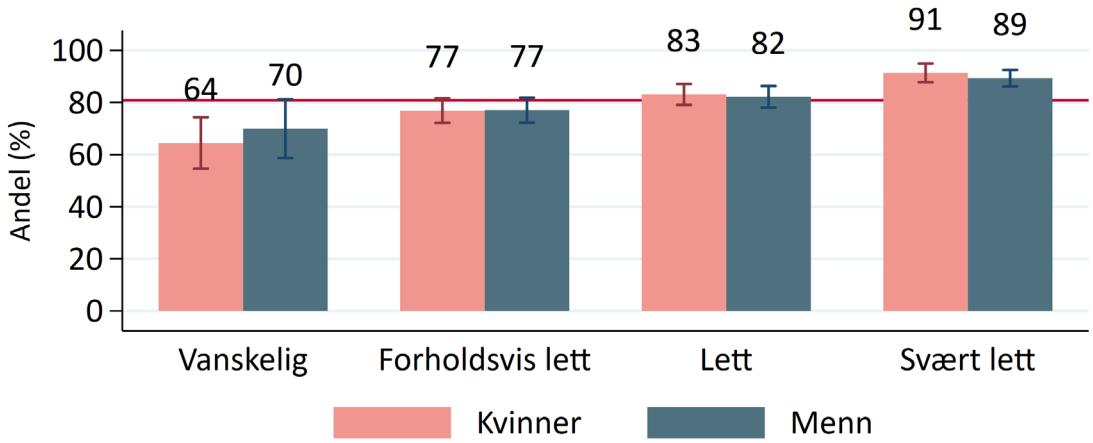
C) Aldersgruppe



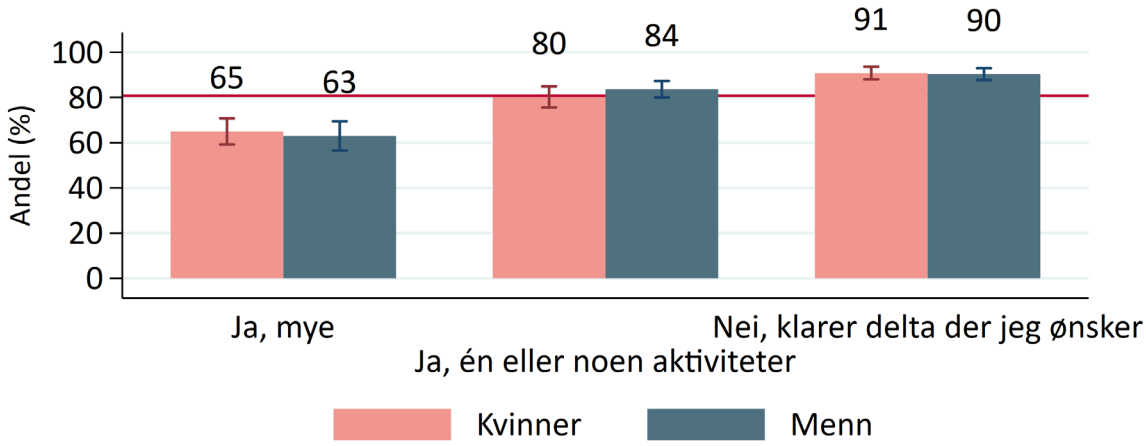
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 17 forts.: God eller svært god psykisk helse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

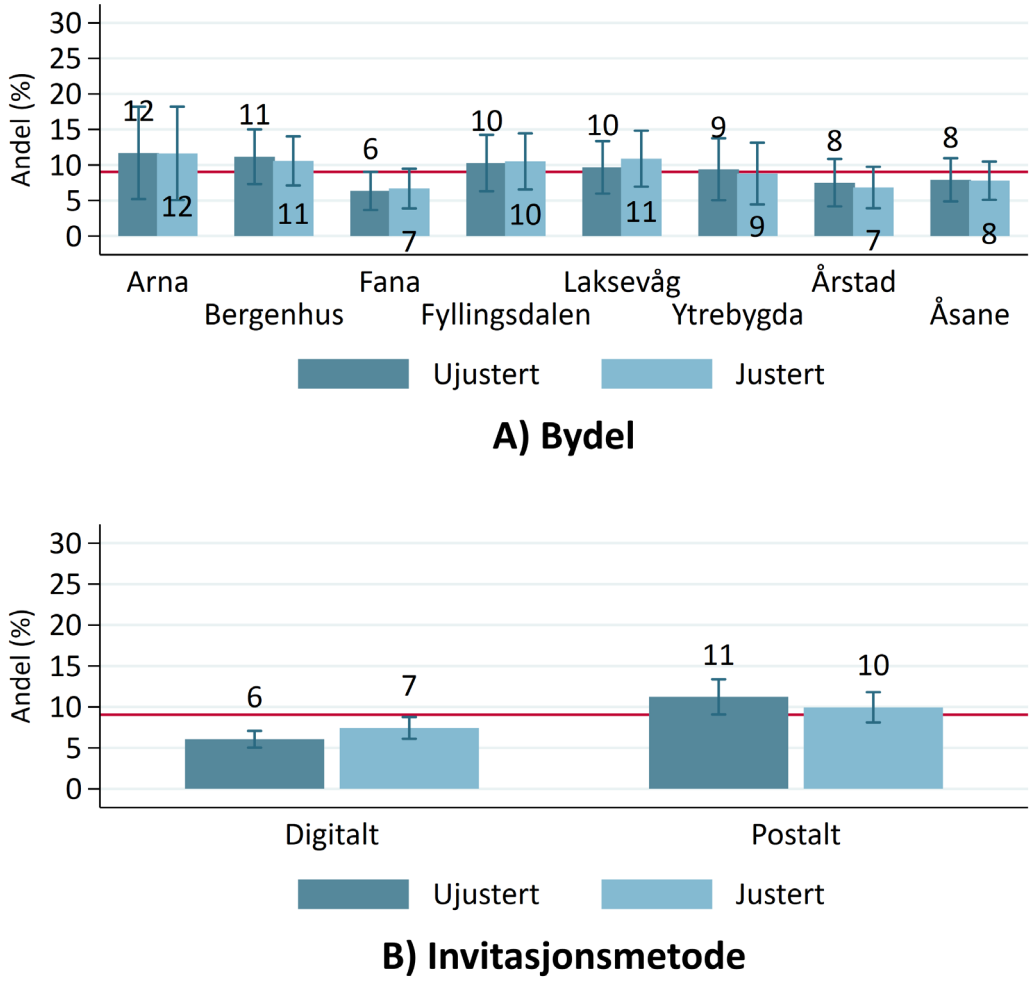
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

psyhelsediktxt

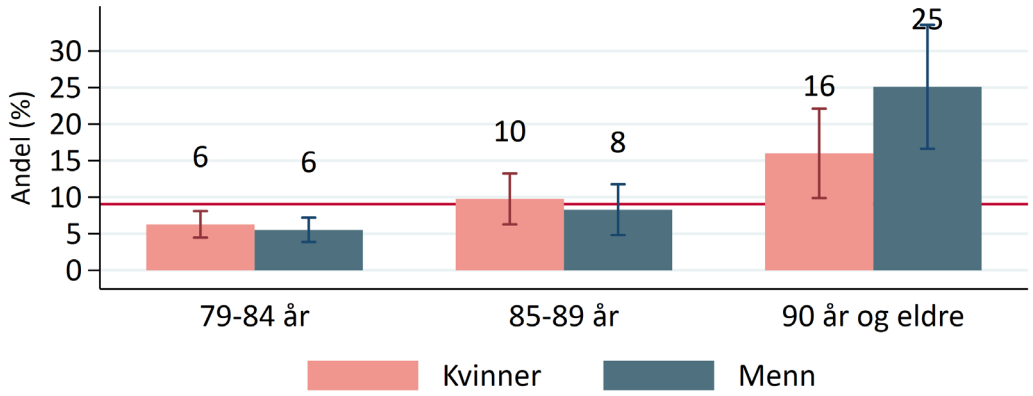
Fig. 18: Vansker med å se eller høre

Totalt 3 158 deltakere av 3 185 (99.2 %) hadde gyldig svar på Store vansker med å se eller høre. Andelen for hele utvalget var 9,0 % (KI95%: 7,7-10,4). Andelen for kvinner var 9,2 % (n=1 618; KI95%: 7,3-11,0) og andelen for menn var 8,8 % (n=1 540; KI95%: 7,0-10,6).

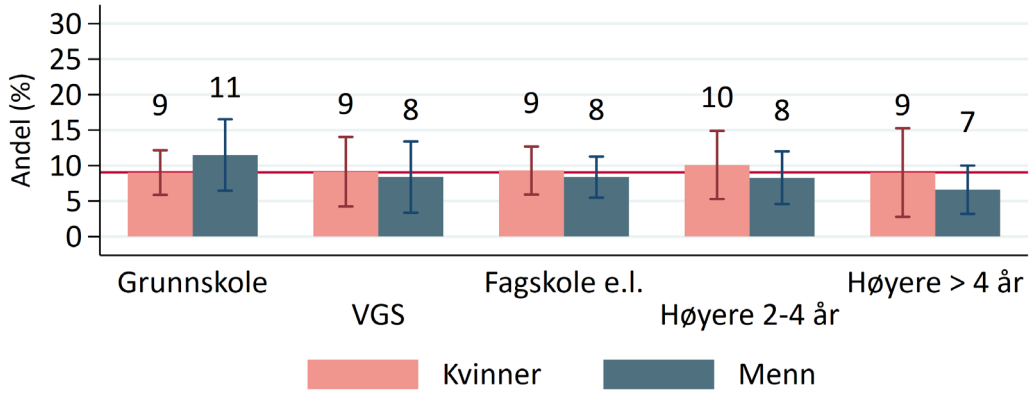
Figur 18: Store vansker med å se eller høre etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



Figur 18 forts.: Store vansker med å se eller høre etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



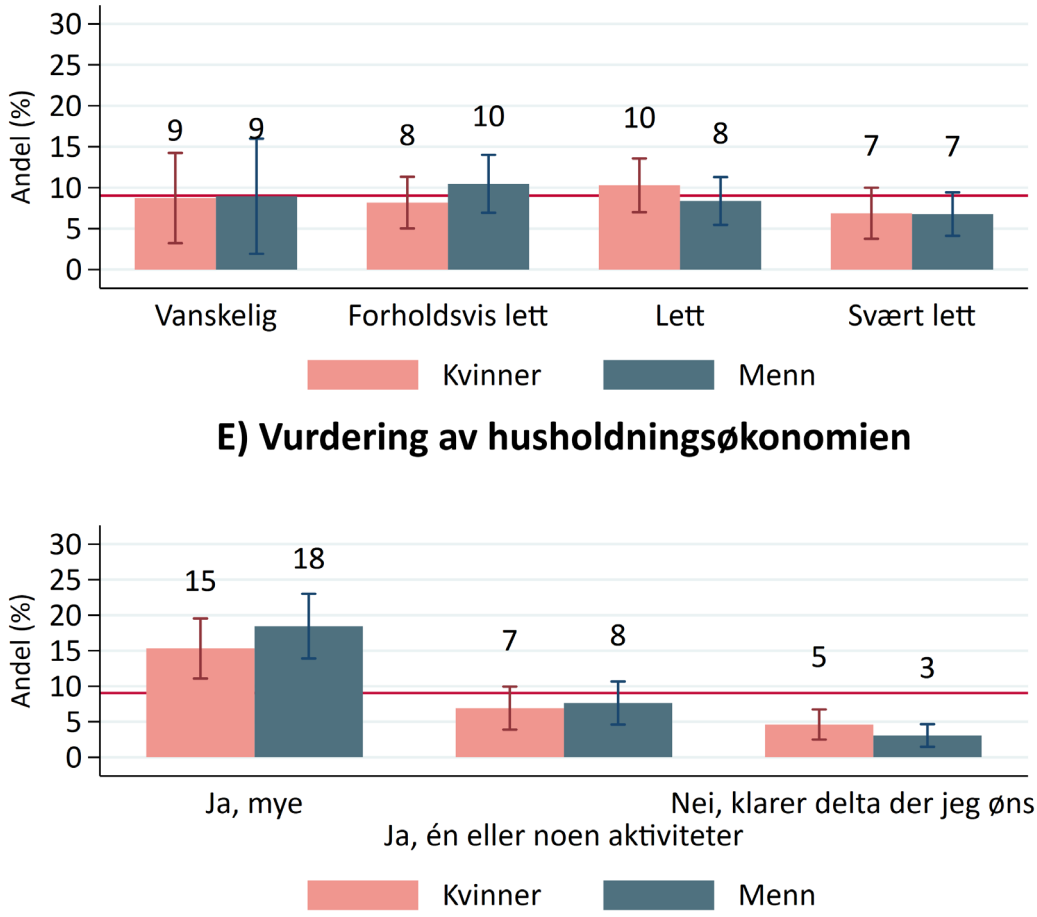
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 18 forts.: Store vansker med å se eller høre etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).

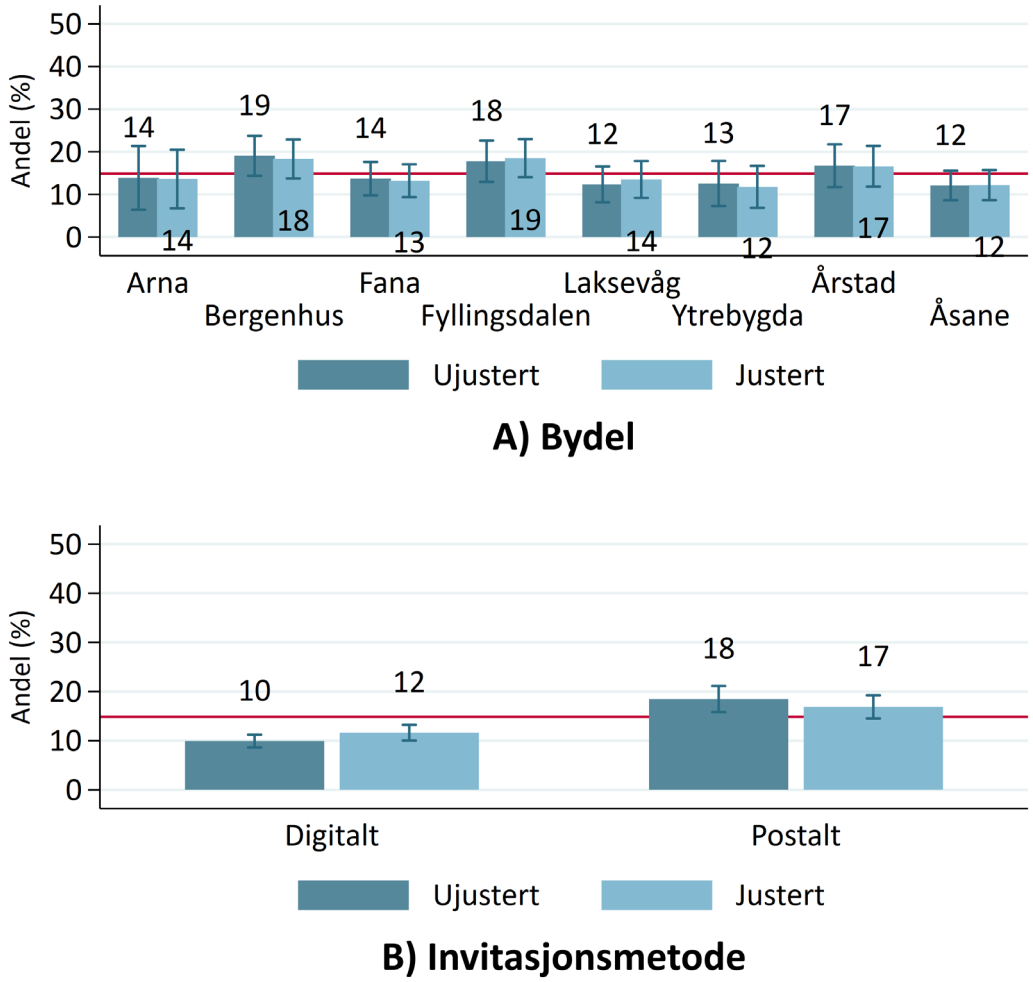


sehørevansketxt

Fig. 19: Bevegelses-relaterte vansker

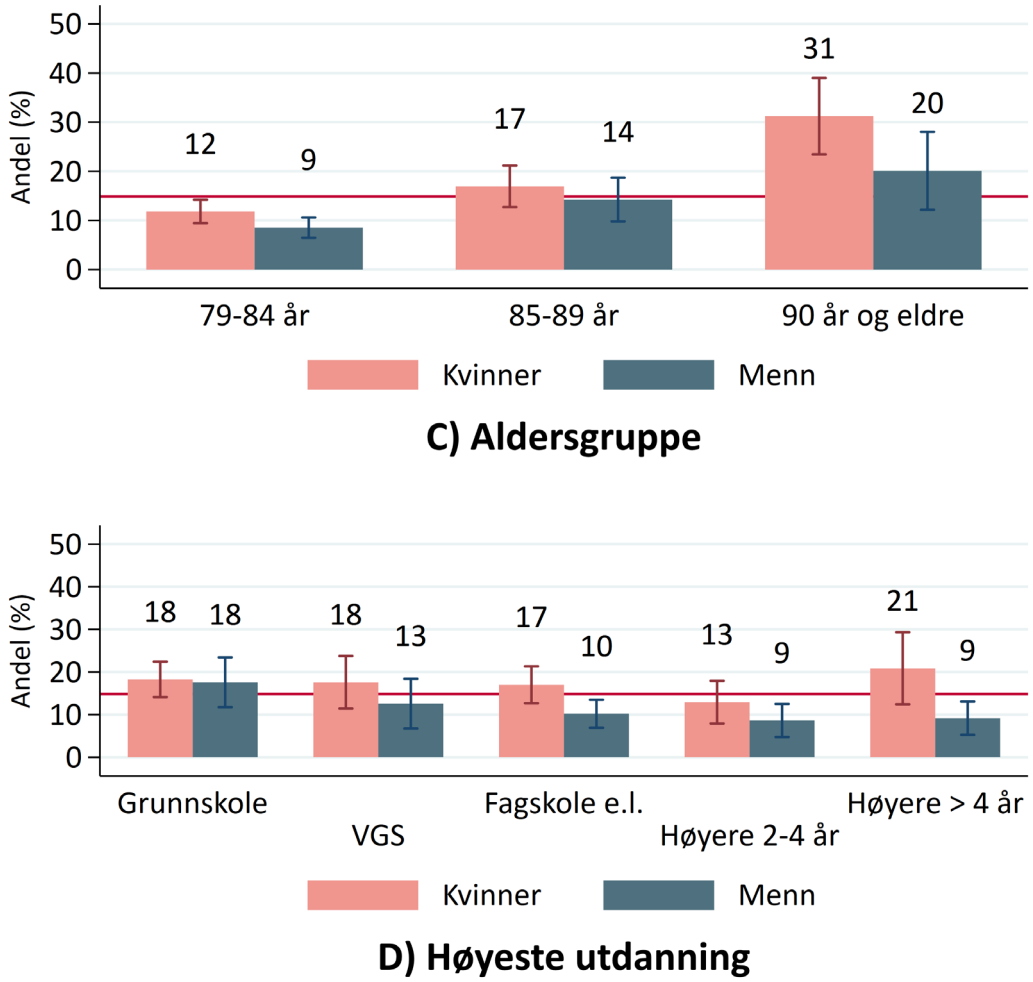
Totalt 3 158 deltakere av 3 185 (99.2 %) hadde gyldig svar på Store bevegelses-relaterte vansker. Andelen for hele utvalget var 14,9 % (KI95%: 13,2-16,5). Andelen for kvinner var 17,1 % (n=1 618; KI95%: 14,7-19,5) og andelen for menn var 11,5 % (n=1 540; KI95%: 9,5-13,6).

Figur 19: Store bevegelses-relaterte vansker etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).



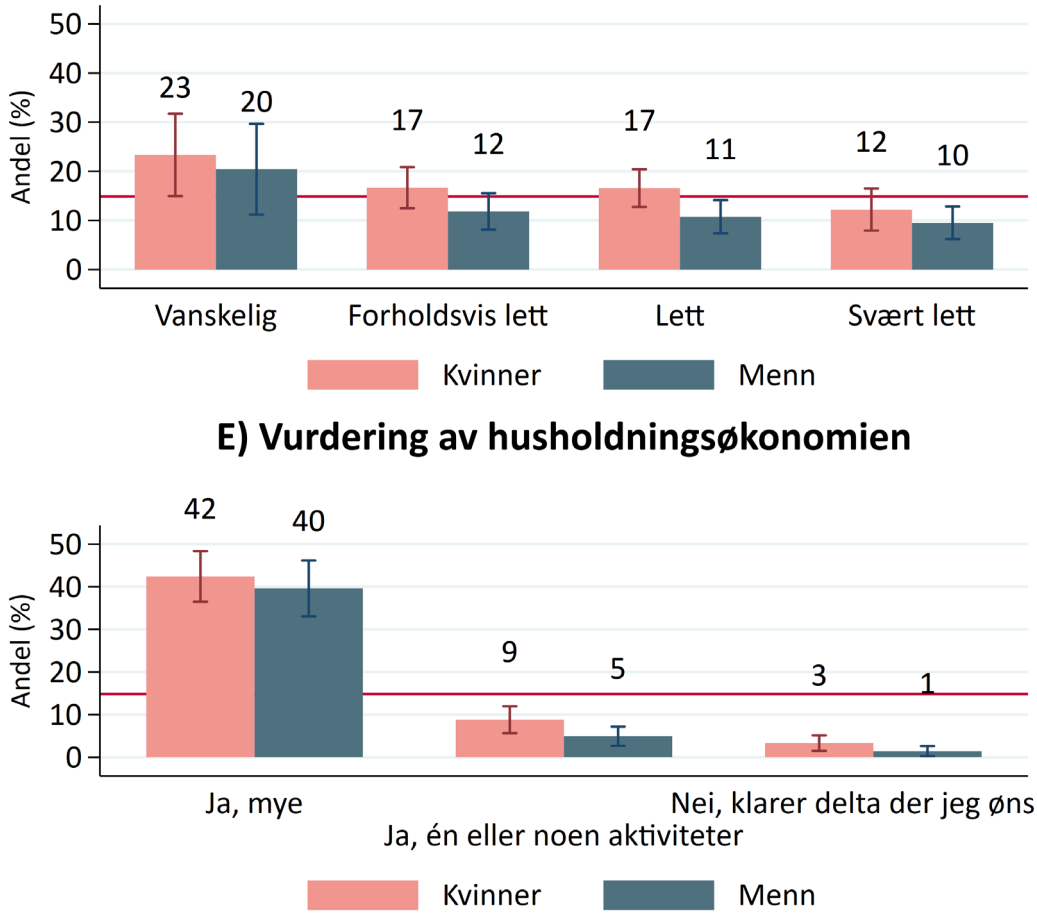
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 19 forts.: Store bevegelses-relaterte vansker etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 19 forts.: Store bevegelses-relaterte vansker etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).

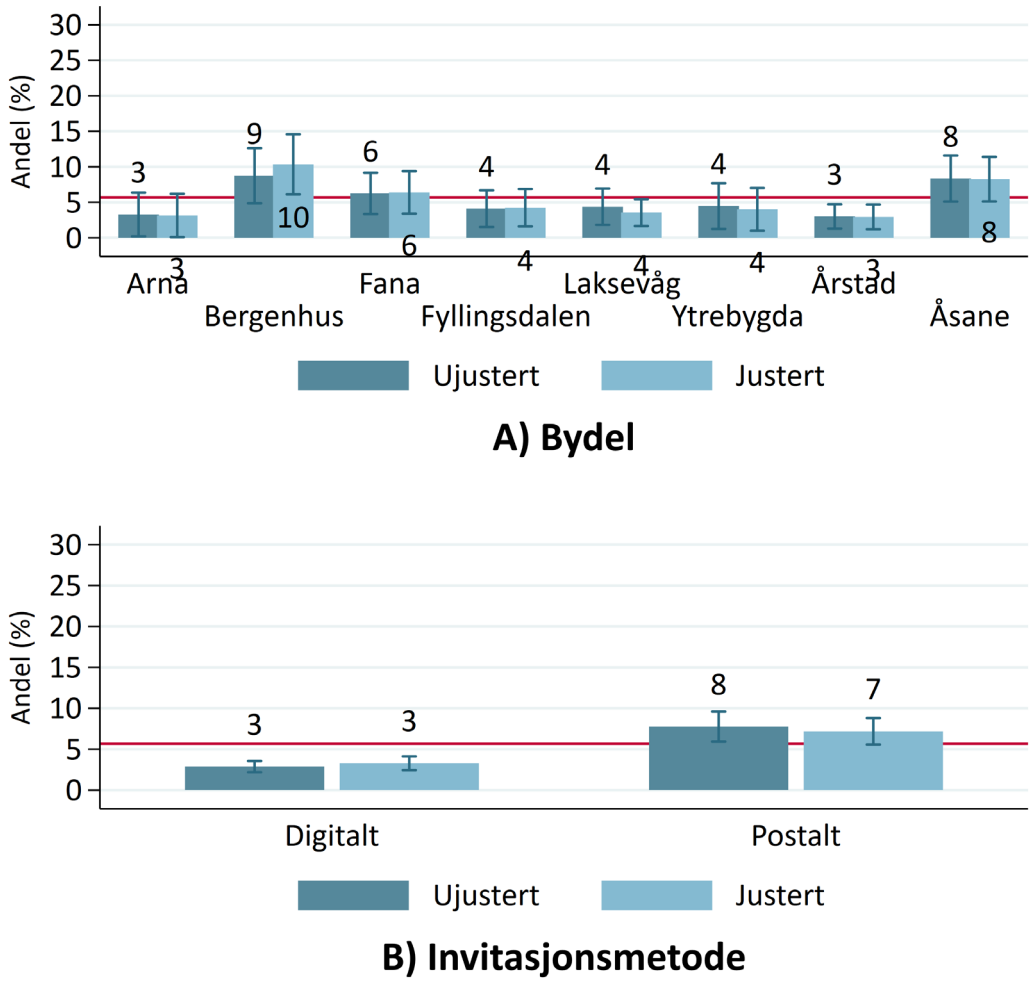


bevegvansketxt

Fig. 20: Kognisjons-relaterte vansker

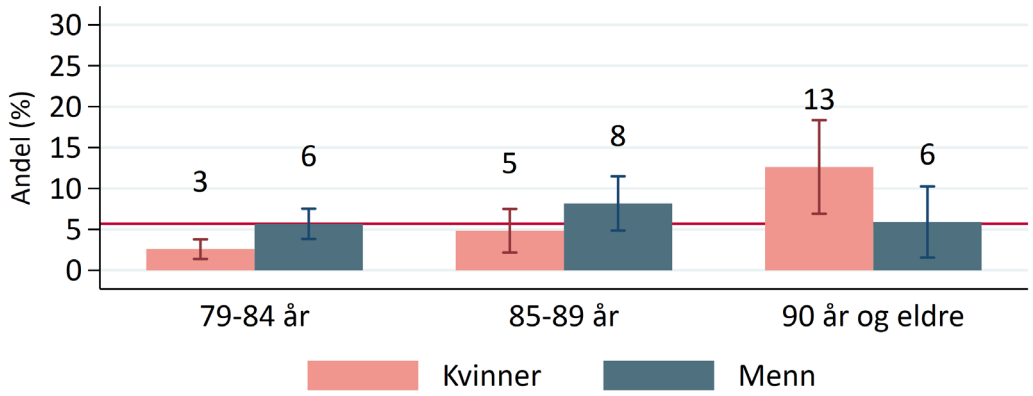
Totalt 3 131 deltakere av 3 185 (98.3 %) hadde gyldig svar på Store kognisjons-relaterte vansker. Andelen for hele utvalget var 5,7 % (KI95%: 4,6- 6,8). Andelen for kvinner var 5,2 % (n=1 603; KI95%: 3,7- 6,8) og andelen for menn var 6,4 % (n=1 528; KI95%: 4,8- 7,9).

Figur 20: Store kognisjons-relaterte vansker etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

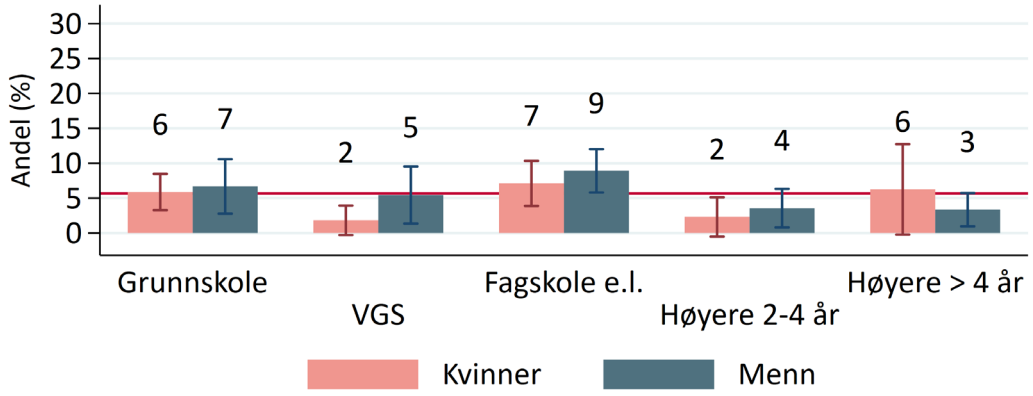


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 20 forts.: Store kognisjons-relaterte vansker etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



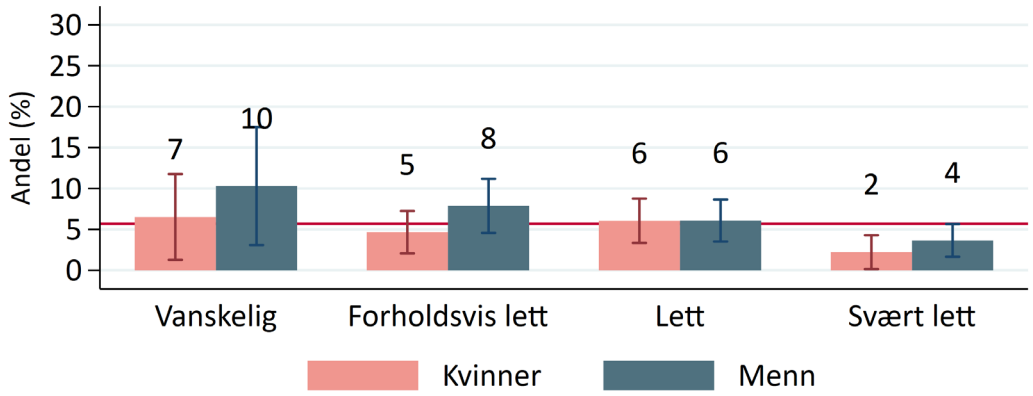
C) Aldersgruppe



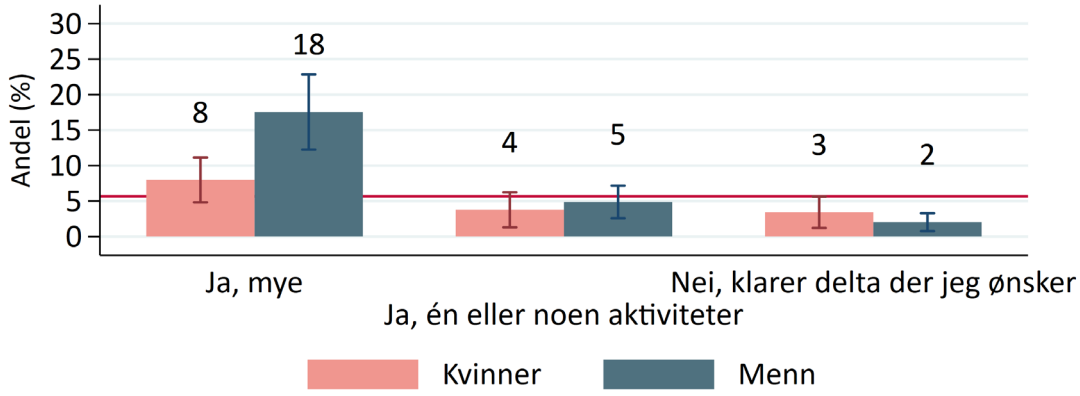
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 20 forts.: Store kognisjons-relaterte vansker etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

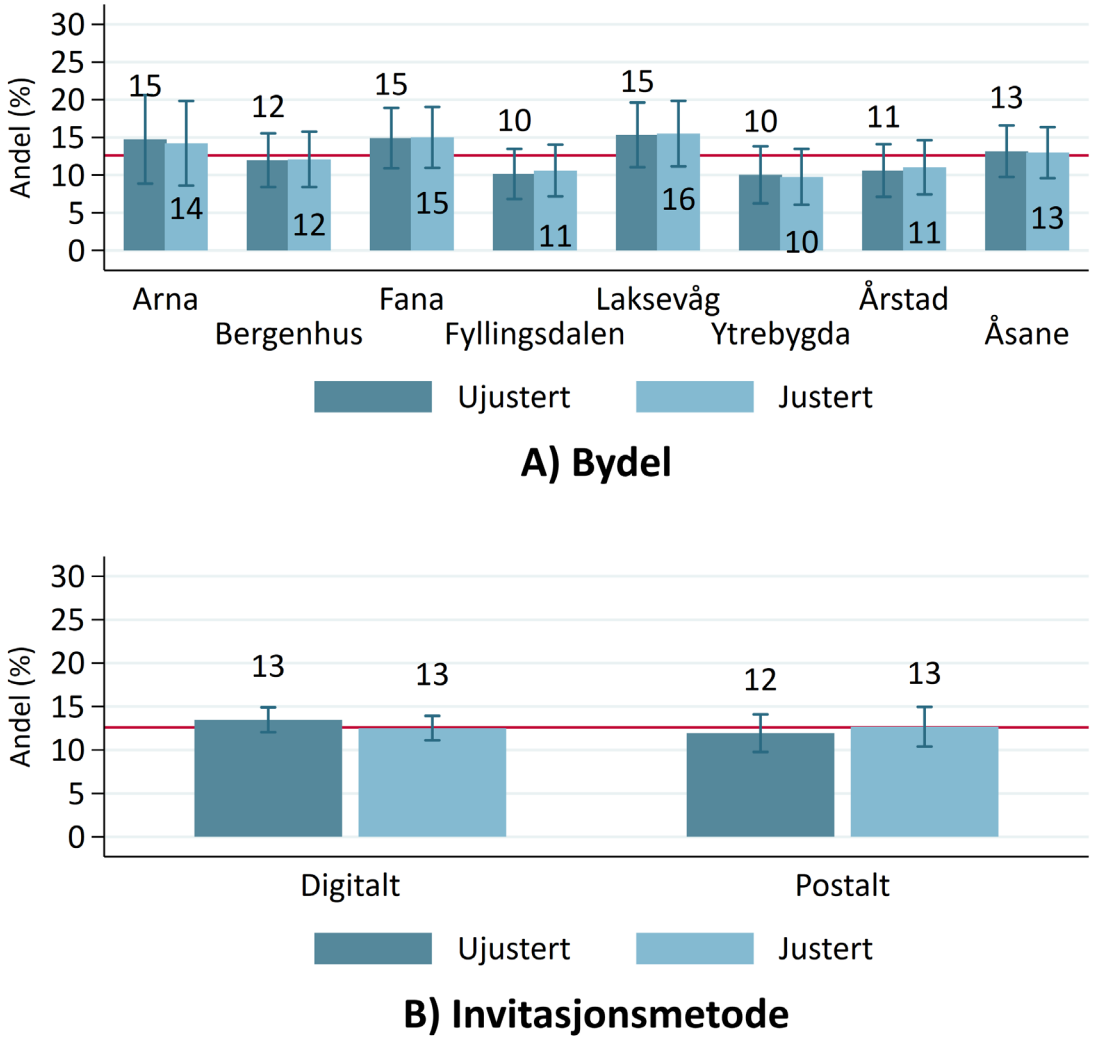
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

kognvansketxt

Fig. 21: Ulønnet omsorg

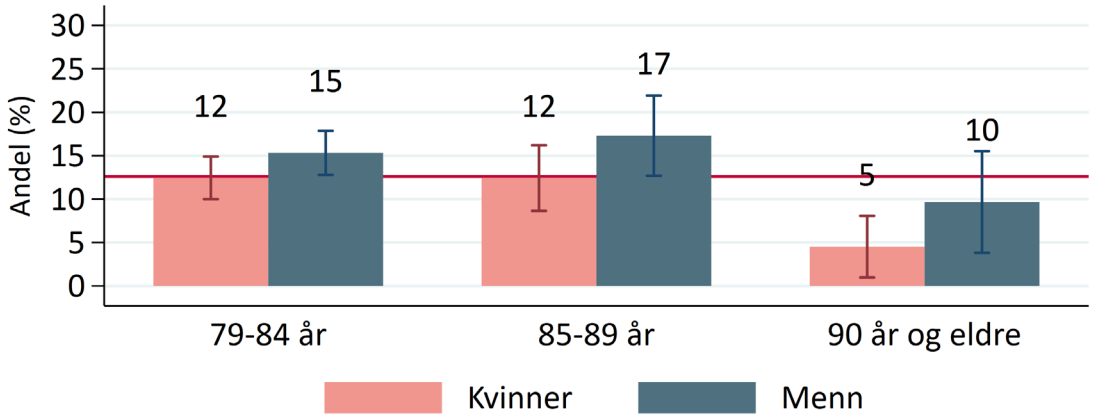
Totalt 3 070 deltakere av 3 185 (96.4 %) hadde gyldig svar på Gir regelmessig ulønnet omsorg til en eller flere. Andelen for hele utvalget var **12,6 %** (KI95%: 11,2-14,0). Andelen for kvinner var 10,9 % (n=1 554; KI95%: 9,1-12,7) og andelen for menn var 15,1 % (n=1 516; KI95%: 13,0-17,2).

Figur 21: Gir regelmessig ulønnet omsorg til en eller flere etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

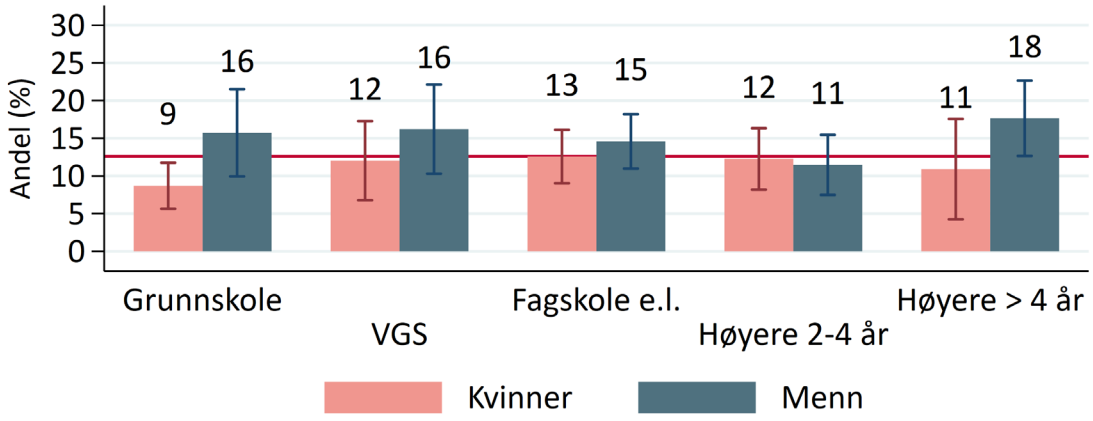


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21 forts.: Gir regelmessig ulønnet omsorg til en eller flere etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



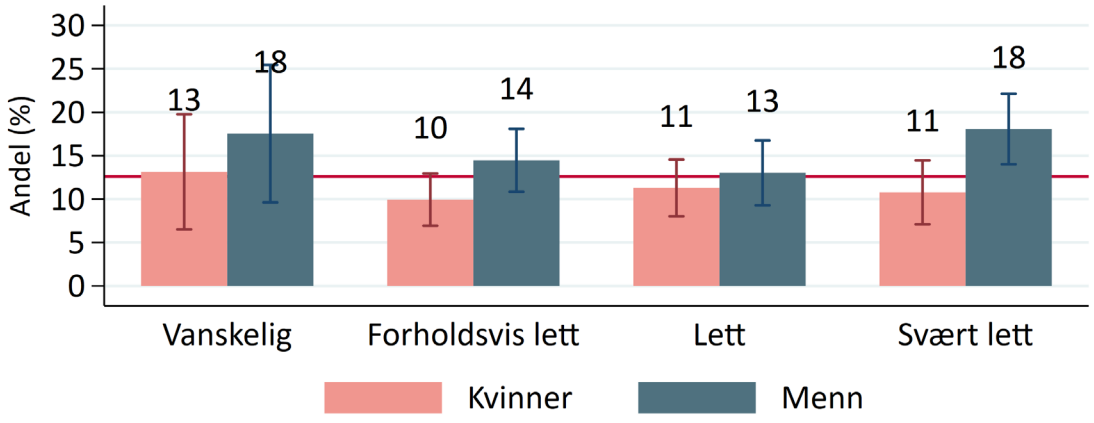
C) Aldersgruppe



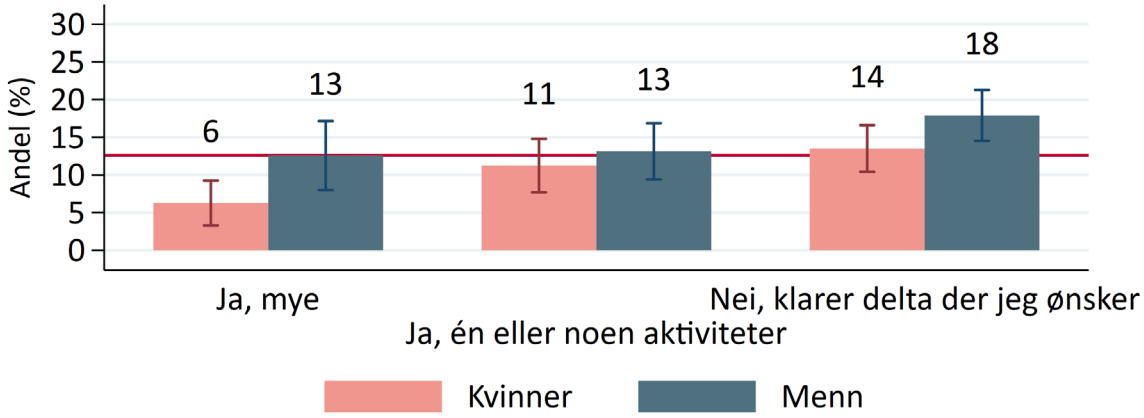
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21 forts.: Gir regelmessig ulønnet omsorg til en eller flere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

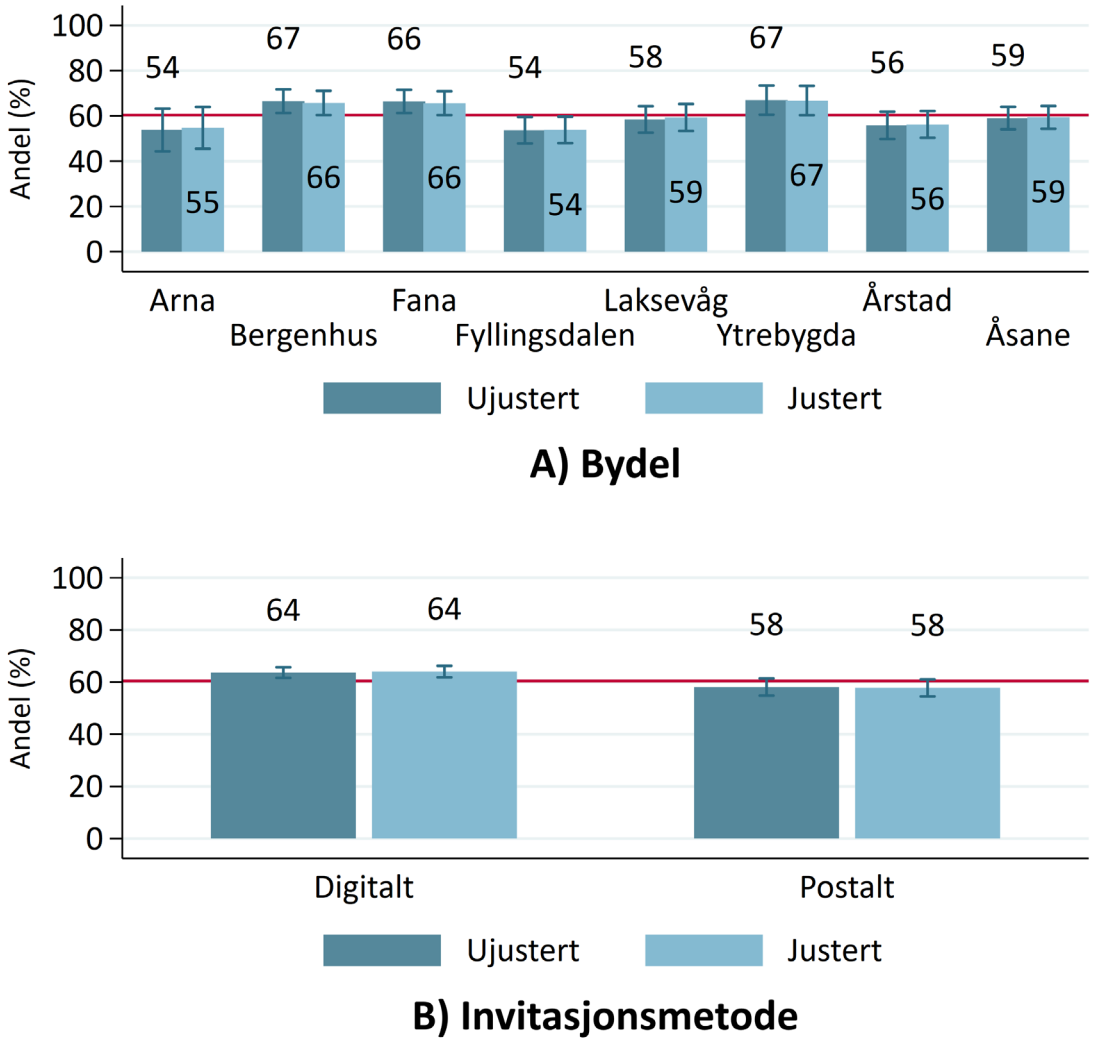
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

omsorgtxt

Fig. 22: Fornøyd med boligen

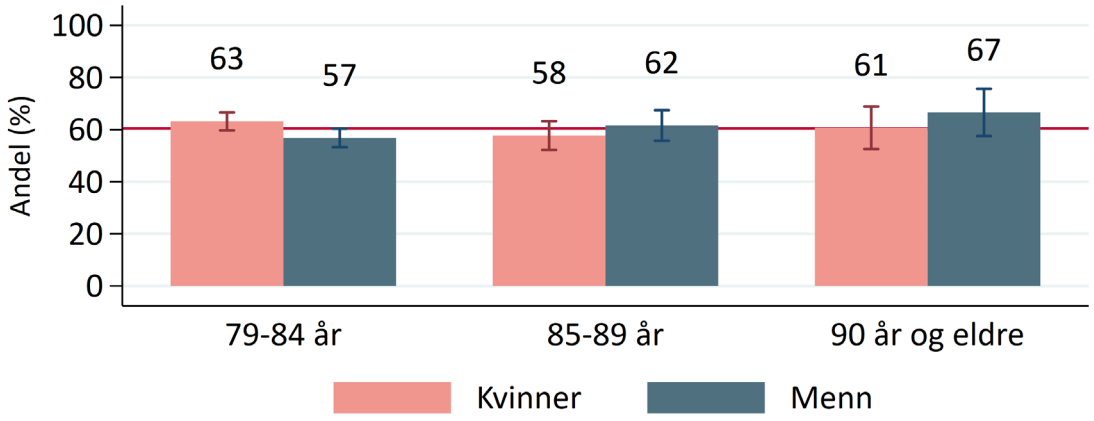
Totalt 3 155 deltakere av 3 185 (99.1 %) hadde gyldig svar på Svært fornøyd med boligen. Andelen for hele utvalget var **60,4 %** (KI95%: 58,4-62,5). Andelen for kvinner var 61,2 % (n=1 619; KI95%: 58,3-64,1) og andelen for menn var 59,3 % (n=1 536; KI95%: 56,4-62,2).

Figur 22: Svært fornøyd med boligen etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

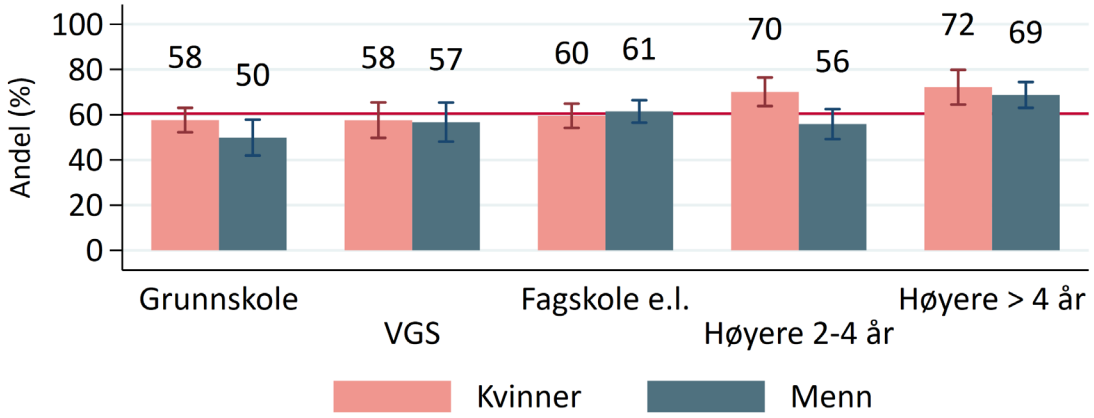


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 22 forts.: Svært fornøyd med boligen etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



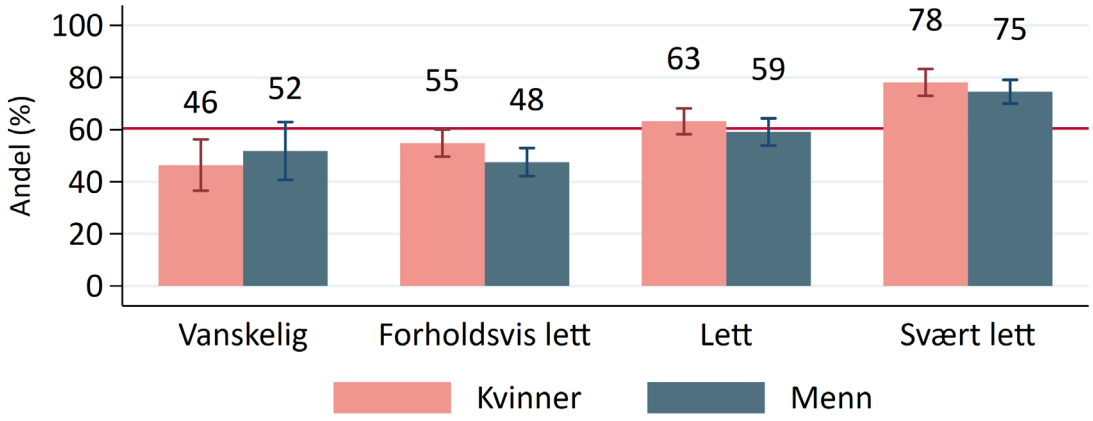
C) Aldersgruppe



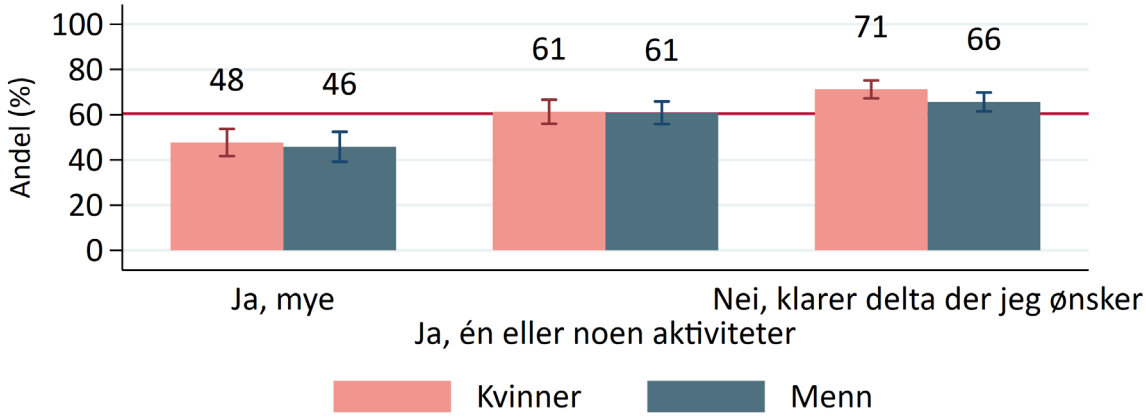
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 22 forts.: Svært fornøyd med boligen etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

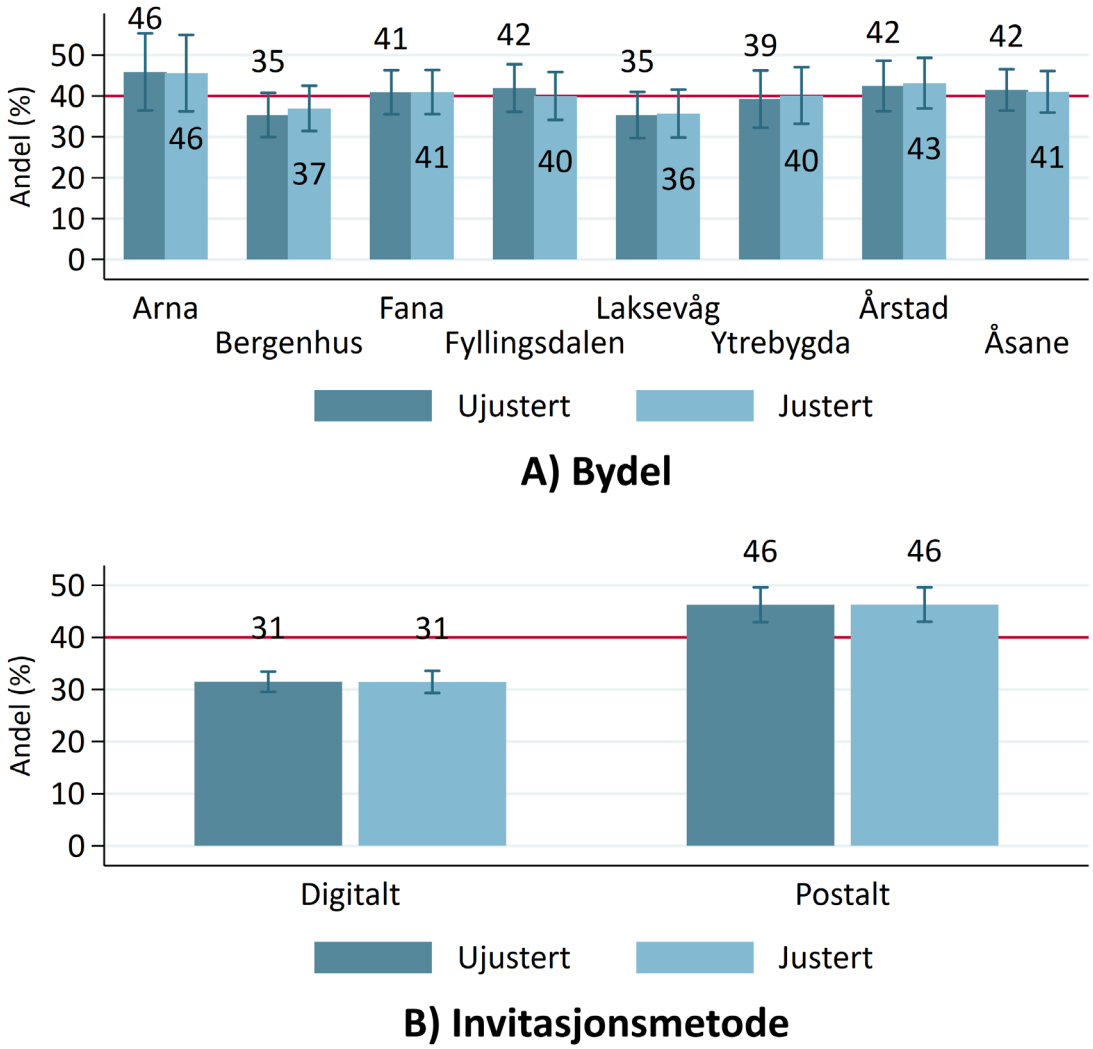
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

boligfornøydtxt

Fig. 23: Kan bo i boligen som den er

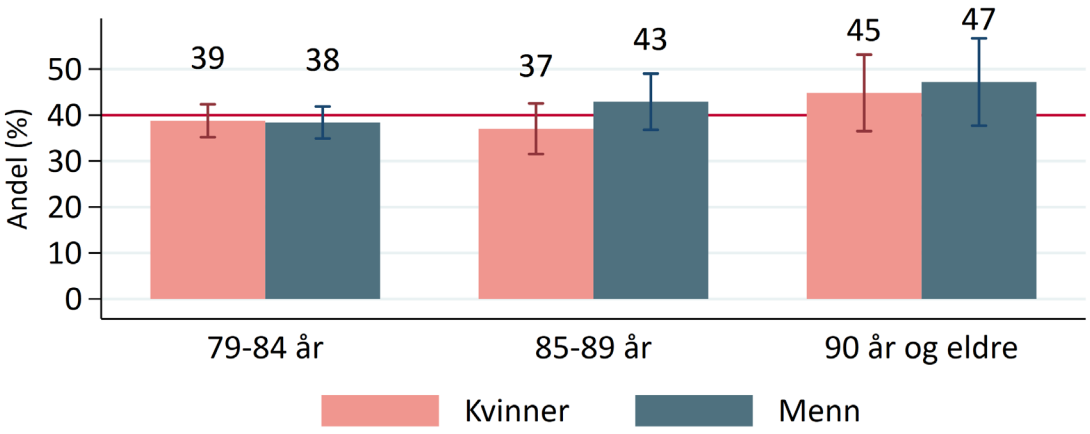
Totalt 3 130 deltakere av 3 185 (98.3 %) hadde gyldig svar på Kan bo i boligen som den er med ved nedsatt helsetilstand. Andelen for hele utvalget var **40,0 %** (KI95%: 37,9-42,1). Andelen for kvinner var 39,5 % (n=1 602; KI95%: 36,6-42,4) og andelen for menn var 40,7 % (n=1 528; KI95%: 37,8-43,7).

Figur 37: Kan bo i boligen som den er med ved nedsatt helsetilstand etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

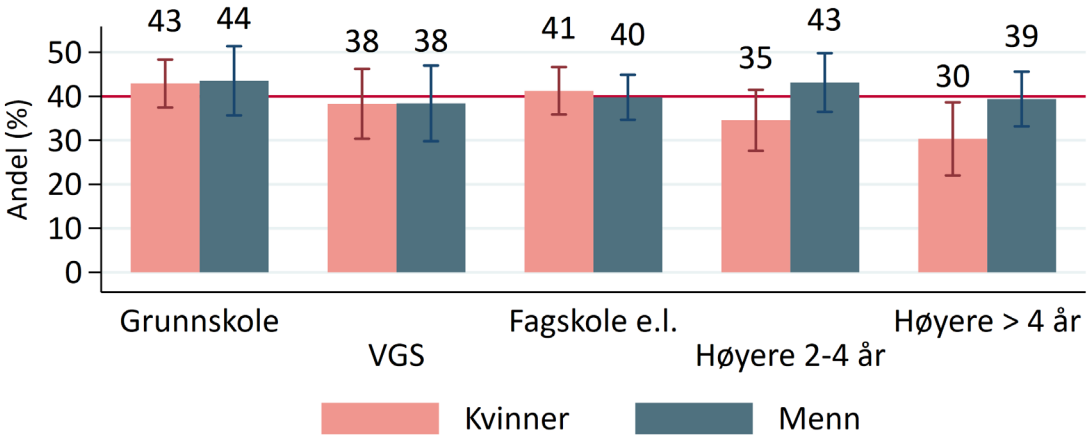


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 23 forts.: Kan bo i boligen som den er med ved nedsatt helsetilstand etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



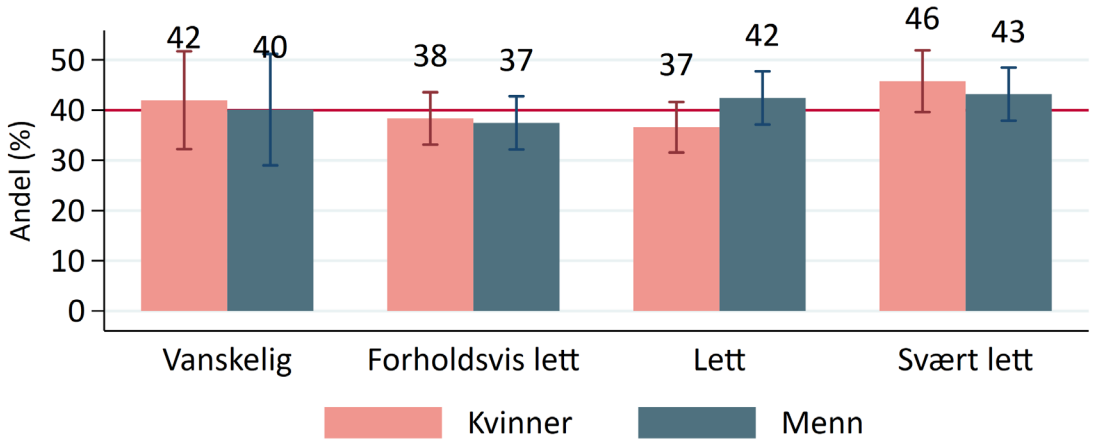
C) Aldersgruppe



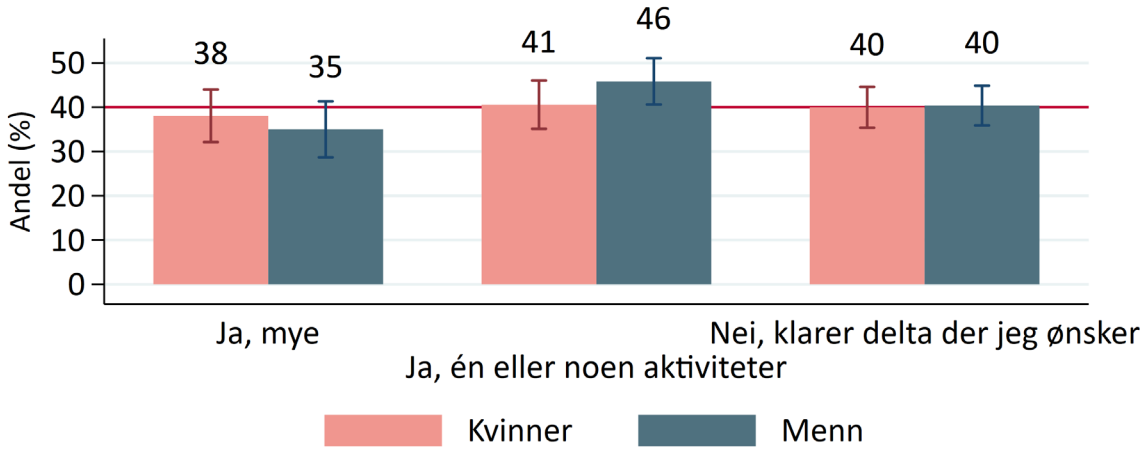
D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 23 forts.: Kan bo i boligen som den er med ved nedsatt helsetilstand etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

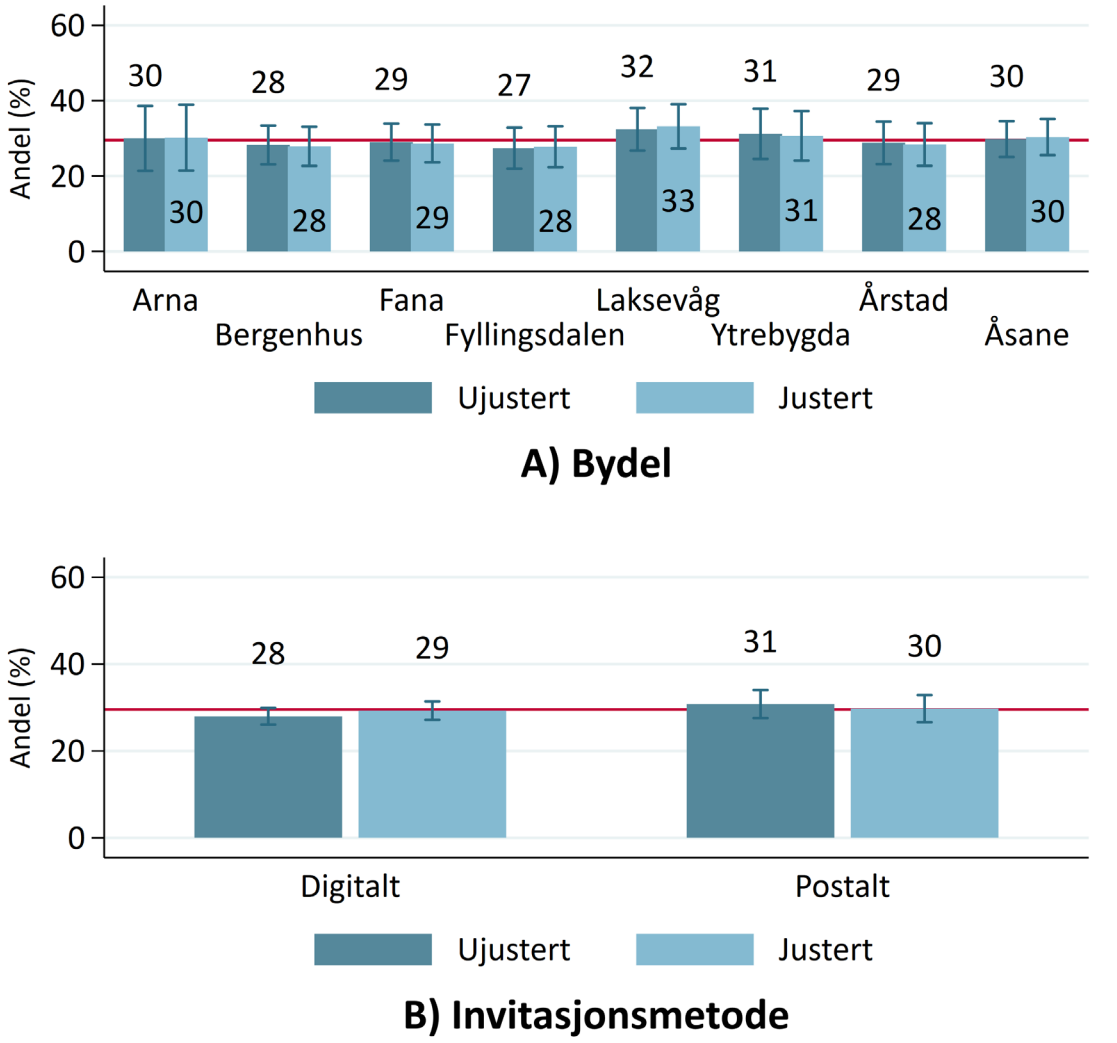
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

boligoktxt

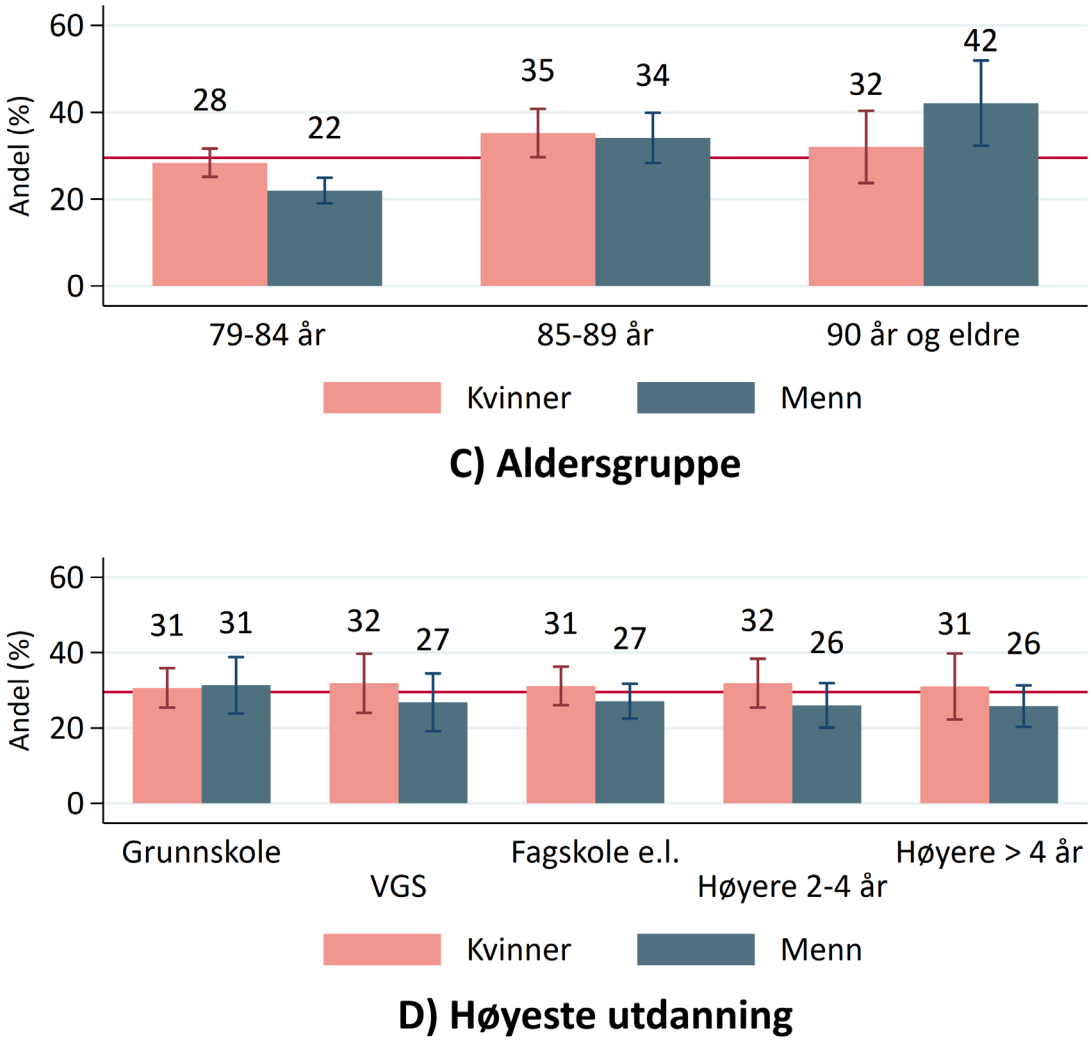
Fig. 24: Tilpasset egen bolig

Totalt 3 049 deltakere av 3 185 (95.7 %) hadde gyldig svar på Har tilpasset egen bolig. Andelen for hele utvalget var **29,5 %** (KI95%: 27,5-31,5). Andelen for kvinner var 30,9 % (n=1 539; KI95%: 28,1-33,7) og andelen for menn var 27,6 % (n=1 510; KI95%: 24,9-30,3).

Figur 38: Har tilpasset egen bolig etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

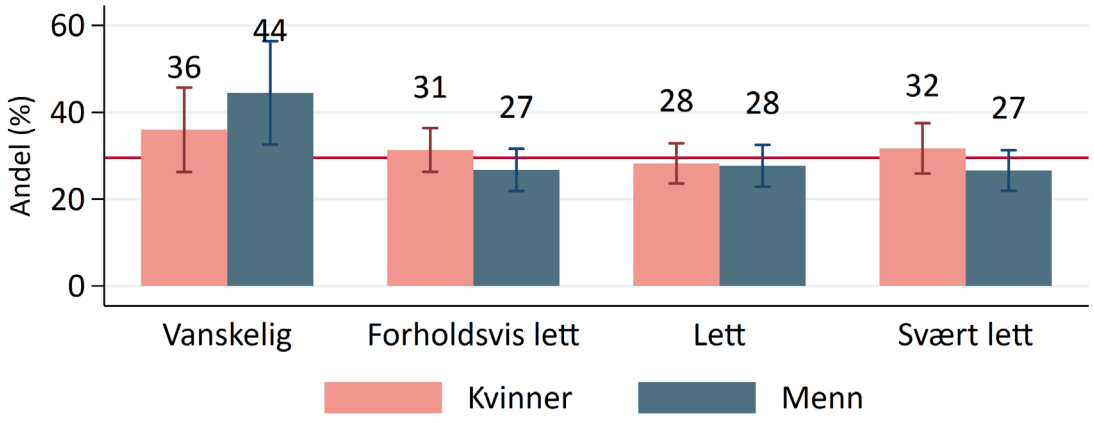


Figur 24 forts.: Har tilpasset egen bolig etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).

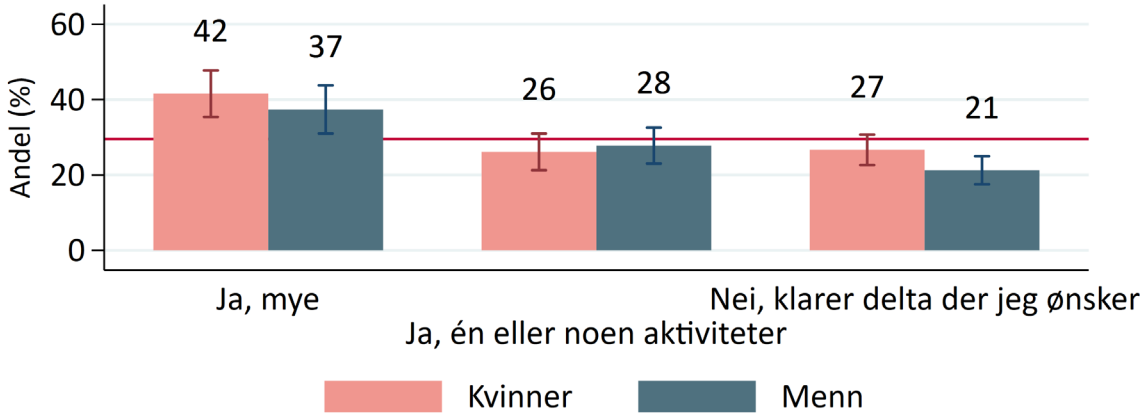


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 24 forts.: Har tilpasset egen bolig etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E) og kjønn og helserelatert hinder for deltakelse (F).



E) Vurdering av husholdningsøkonomien



F) Hindrer helsetilstand/førlighet deltakelse

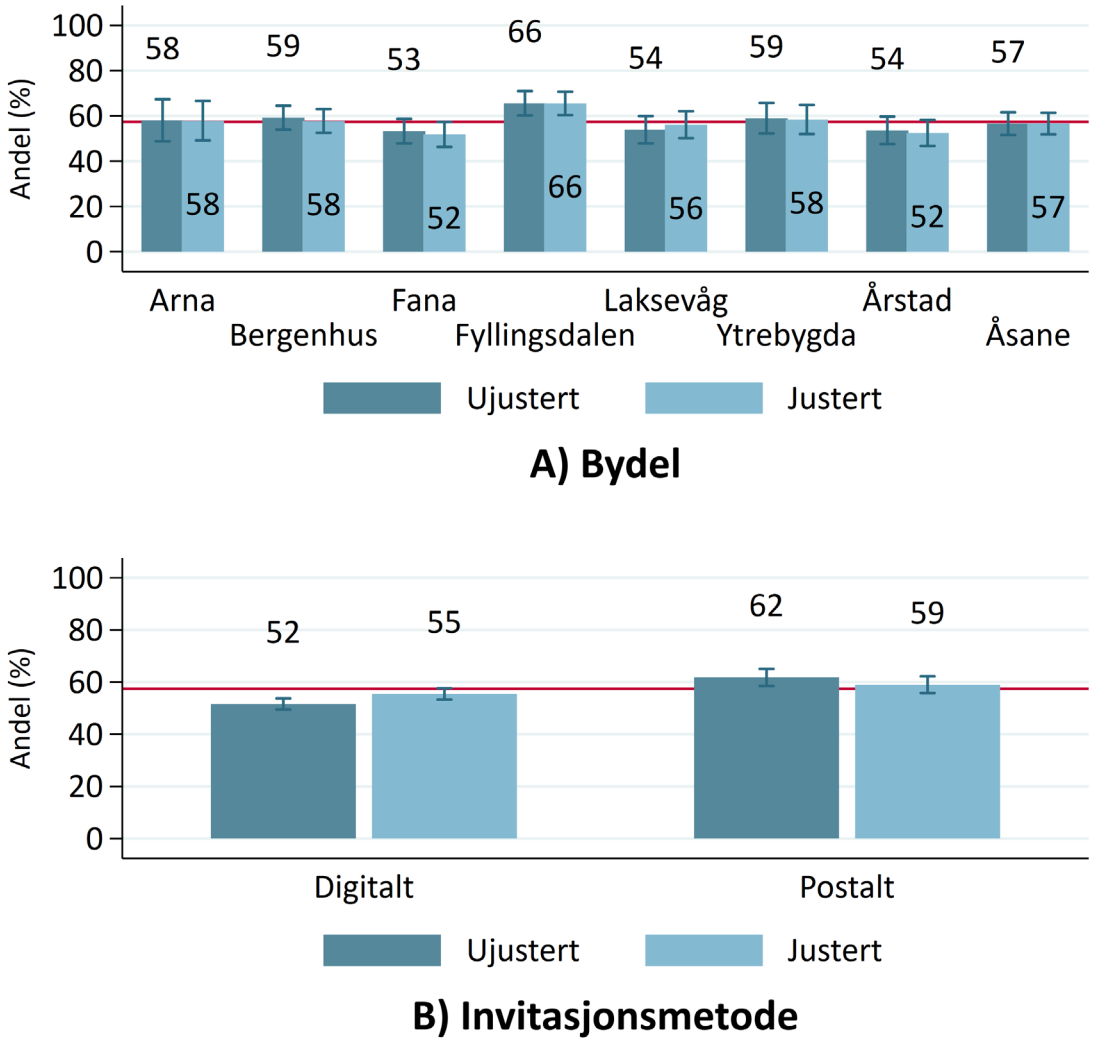
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

tilpassettxt

Fig. 25: Helsetilstand hindrer deltakelse i aktiviteter

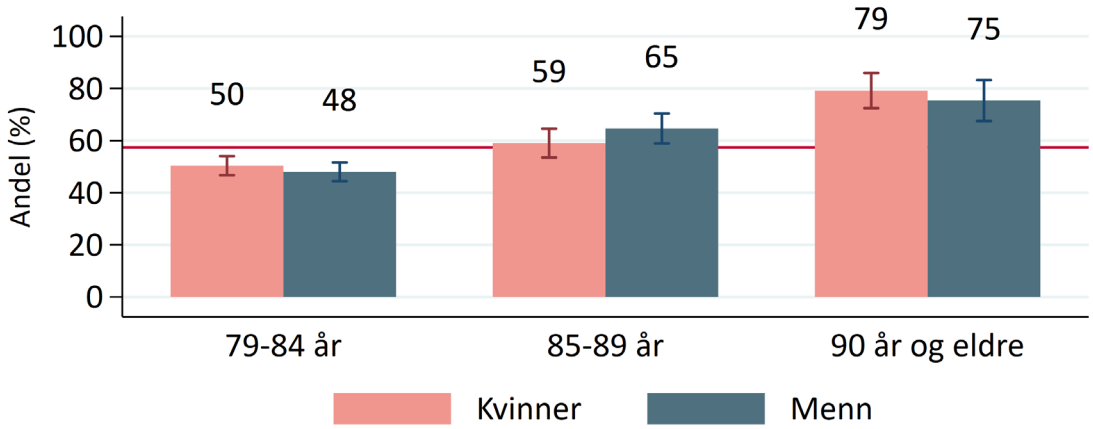
Totalt 3 067 deltakere av 3 185 (96.3 %) hadde gyldig svar på Helsetilstand hindrer deltakelse i aktiviteter. Andelen for hele utvalget var **57,4 %** (KI95%: 55,3-59,5). Andelen for kvinner var 58,4 % (n=1 564; KI95%: 55,5-61,3) og andelen for menn var 55,9 % (n=1 503; KI95%: 53,0-58,9).

Figur 25: Helsetilstand hindrer deltakelse i aktiviteter etter bydeler i Bergen (A) og invitasjonsmetode (B).

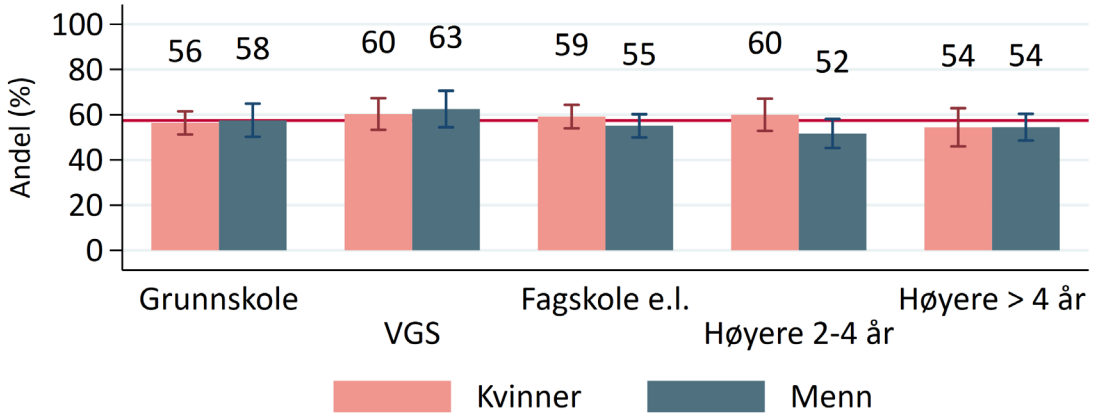


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 25 forts.: Helsetilstand hindrer deltakelse i aktiviteter etter kjønn og alder (C) og kjønn og utdanningsnivå (D).



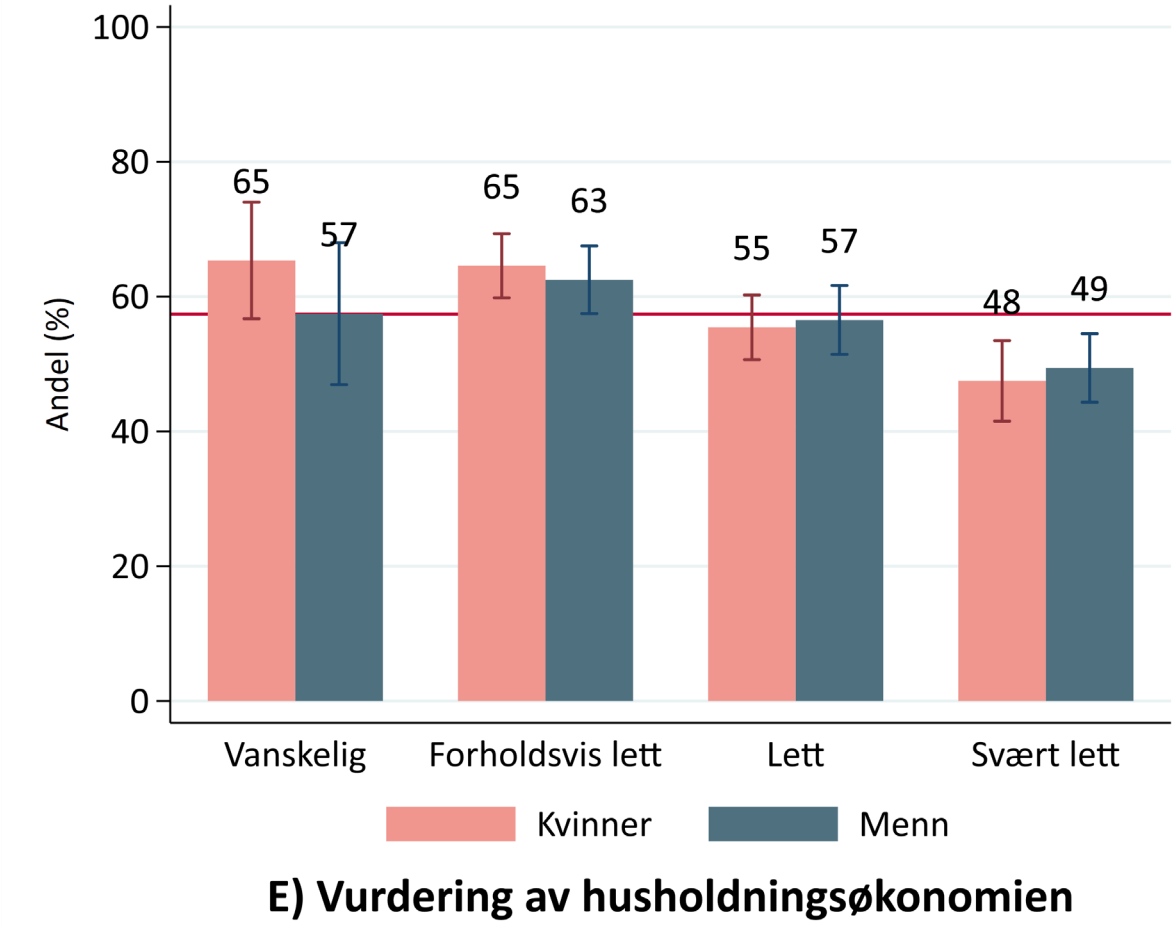
C) Aldersgruppe



D) Høyeste utdanning

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 25 forts.: Helsetilstand hindrer deltakelse i aktiviteter etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (E).



helsehinderdiktxt

Fig. 26: Utfordringer i det daglige

Totalt antall som hadde svart på disse syv spørsmålene i samme rekkefølge som i diagrammet var 3 074 (96,5 %), 2 933 (92,1 %), 3 017 (94,7 %), 3 002 (94,3 %), 3 041 (95,5 %), 3 072 (96,5 %), 3 100 (97,3 %).

Vektet etter kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

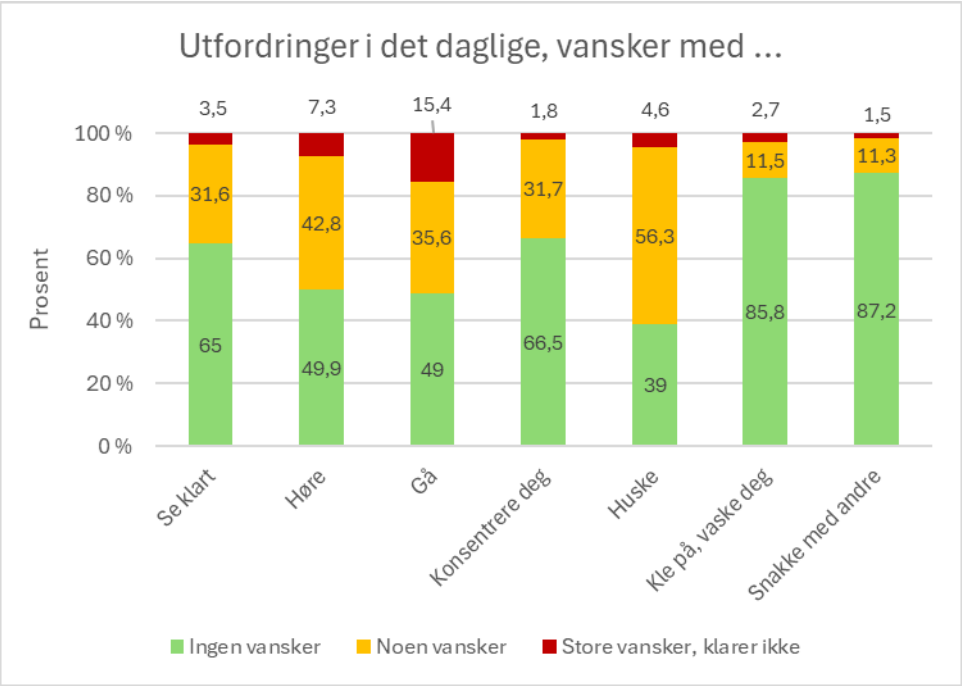


Fig. 27: Deltakelse i aktiviteter

Totalt 3 109 deltakere av 3 185 (97.6 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om deltakelse i kulturelle aktiviteter.

Deltakelse i aktiviteter de siste seks måneder.

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

Alle de som hadde svart på minst ett av disse spørsmålene, men hadde manglende svar på ett bestemt spørsmål, fikk kodeverdien for «aldri» på dette spørsmålet. Dette kan ha ført til at vi undervurderer aktivitetsnivået noe, men det innbyrdes forholdet mellom spørsmålene og sammenhengene med andre variabler blir trolig ikke systematisk endret.

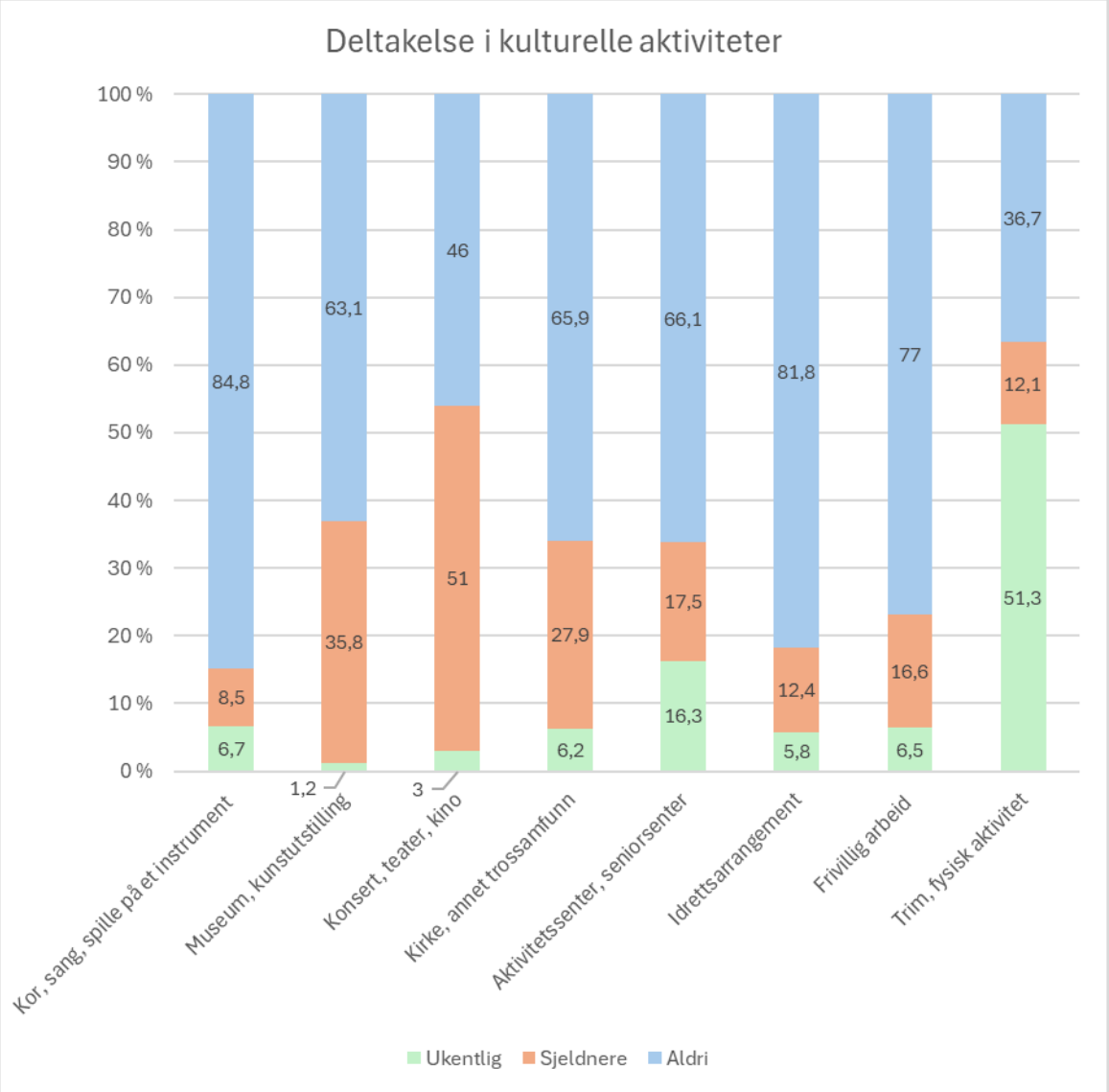


Fig. 28: Deltakelse i aktiviteter (indeks) etter kjønn og alder

Totalt 3 109 deltakere av 3 185 (97.6 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om deltakelse i kulturelle aktiviteter.

Deltakelse i aktiviteter de siste seks måneder.

Indeksen er en enkel sumskår delt på antall aktiviteter (syv). Verdiene ble kodet slik: 1 – Aldri; 2 – Av og til, men ikke hver måned; 3 – Månedlig; 4 – Ukentlig; 5 – To eller flere ganger i uken.

Leddet «Trim, fysisk aktivitet» ble ikke inkludert i indeksen. Alle leddene beskrives i Fig. 27.

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

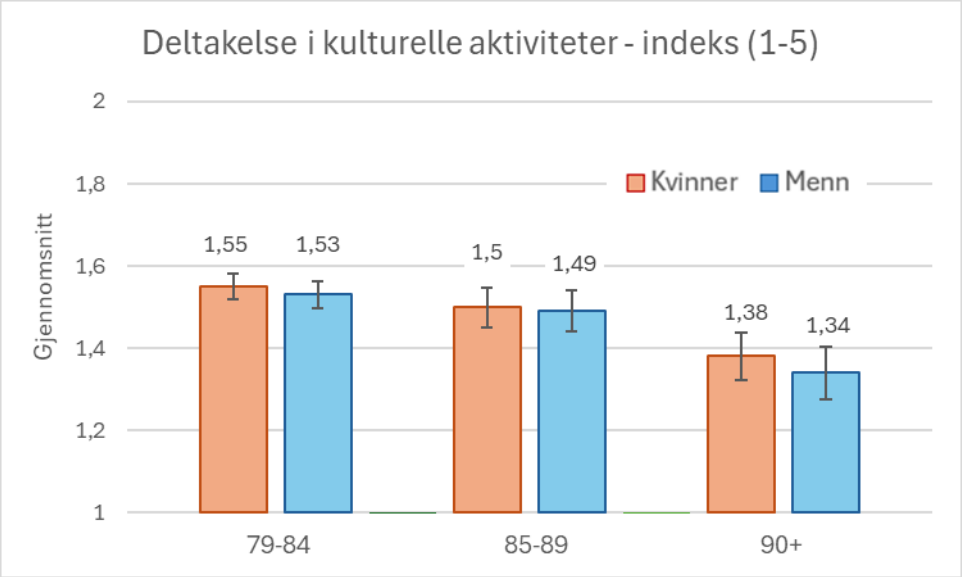


Fig. 29: Trim, fysisk aktivitet etter kjønn og alder

Totalt 3 109 deltakere av 3 185 (97.6 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om deltakelse i trim eller fysisk aktivitet.

De som har svart på minst ett av de andre spørsmålene i serien om deltakelse i kulturelle aktiviteter, men har missing på dette spørsmålet, har fått svaret satt til «Aldri». Dette fører kanskje til at andel fysisk aktive er blitt noe i laveste laget. Men det er sannsynlig at sammenhengene med kjønn og alder blir korrekte. Alle leddene i denne serien er behandlet på samme måte.

Deltakelse i trim eller fysisk aktivitet siste 6 måneder

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

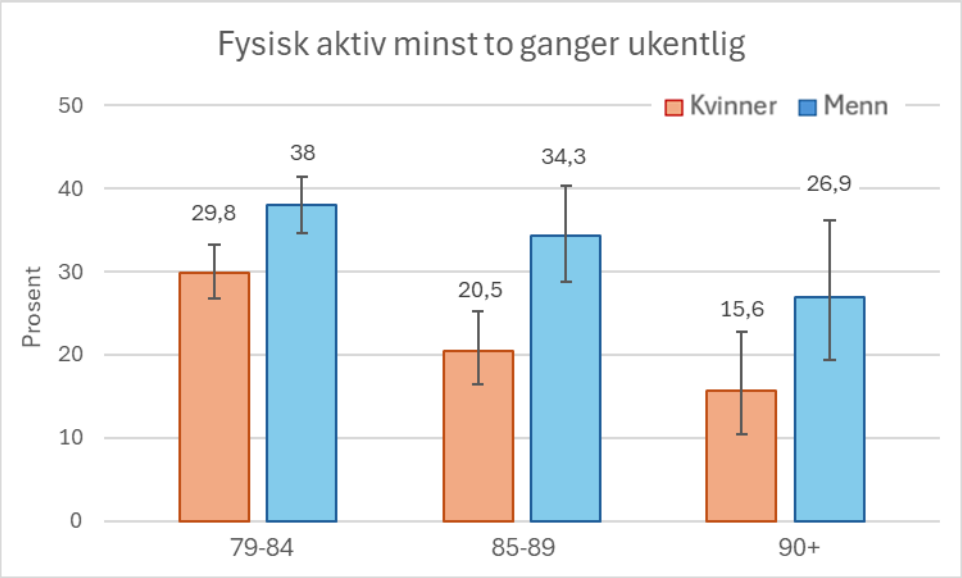


Fig. 30: Vurdering av aktivitetsnivået.

Totalt 2 858 deltakere av 3 185 (89,7 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om hvordan de vurderer sin deltakelse i frivillig arbeid og fritidsaktiviteter.

Andelen som gjerne skulle vært mindre aktive i hele utvalget var **0,3 %** (KI95%: 0,2-0,6). Andelen for kvinner var 0,3 % (n=1 420; KI95%: 0,1-0,9) og andelen for menn var 0,3 % (n=1 438; KI95%: 0,1-0,7).

Andelen som syntes de var passe aktive i hele utvalget var **71,7 %** (KI95%: 69,6-73,7). Andelen for kvinner var 70,9 % (n=1 420; KI95%: 67,9-73,7) og andelen for menn var 72,7 % (n=1 438; KI95%: 69,9-73,7).

Andelen som gjerne skulle vært mer aktive i hele utvalget var **28,0 %** (KI95%: 26,0-30,1). Andelen for kvinner var 28,8 % (n=1 420; KI95%: 26,0-31,8) og andelen for menn var 27,0 % (n=1 438; KI95%: 24,3-29,8).

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

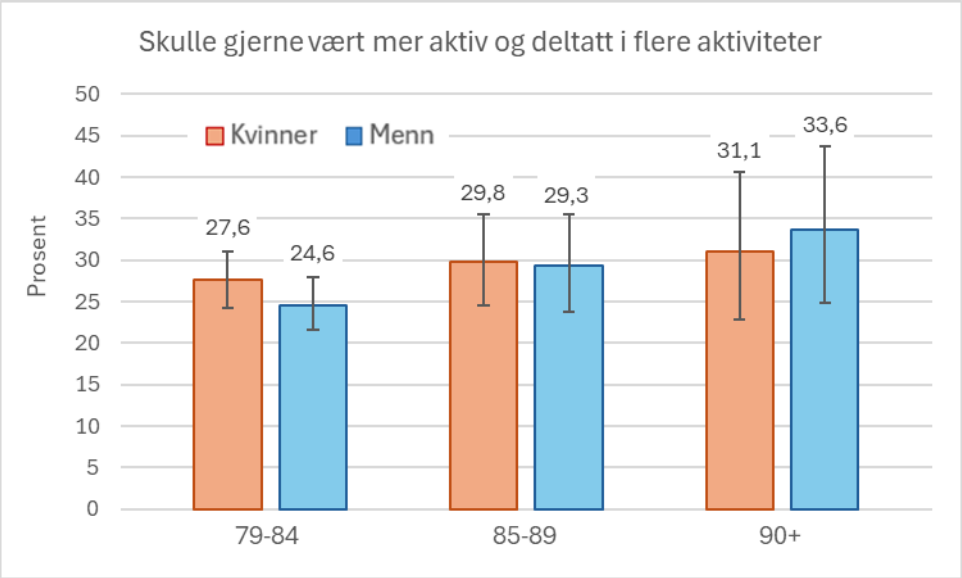


Fig. 31: Årsaker til begrensninger i aktivitet

Totalt 754 hadde valid svar på spørsmålet om forhold som begrenser mulighetene til å være med på flere aktiviteter.

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

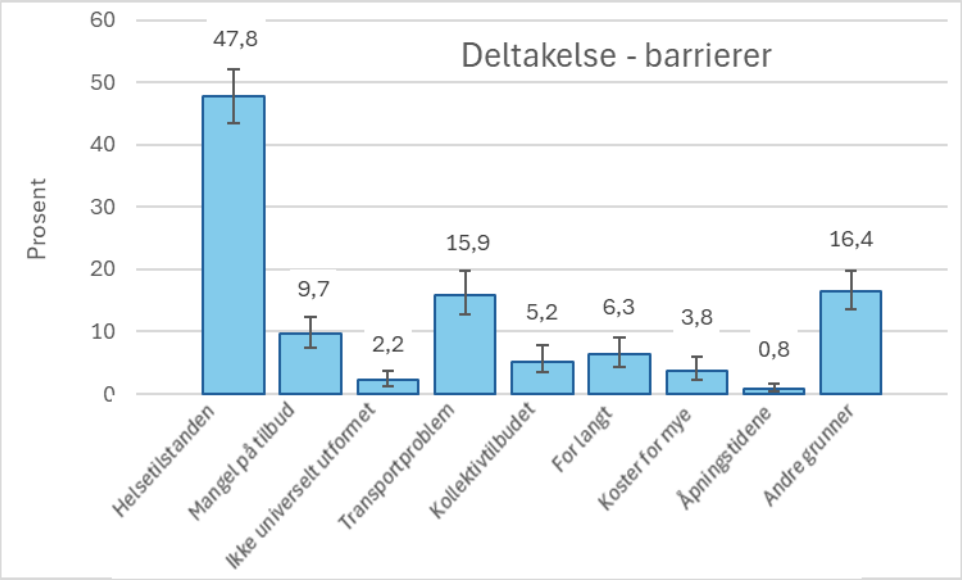


Fig. 32: Sivil status etter alder og kjønn

Vektet for bydeler og datainnsamlingsmetode.

Totalt 2 989 deltakere av 3 185 (93,8 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om sivil status.

Litt over halvparten, eller 54,6 % oppgav at de er gift, har registrert partner eller er samboende. Andelen var langt høyere blant menn (74,1 %) enn blant kvinner (40,7 %). Litt over en tredjedel (35,7 %) oppgav at de er enke eller enkemann. Her var andelen langt høyere blant kvinner (48,1 %) enn blant menn (18,2 %). Andelen som rapporterte at de hadde kjæreste, men uten å bo sammen eller var enslige, var 9,8 %. Her var tallet litt høyere blant kvinner (11,2 %) enn blant menn (7,8 %).

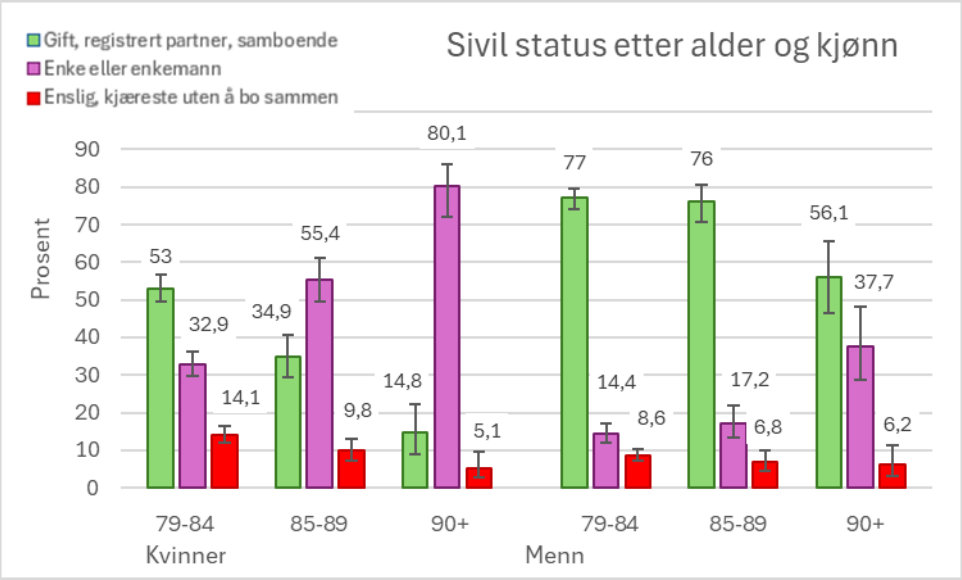


Fig. 33: Eier eller leier bolig etter alder og kjønn.

Vektet for bydeler og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 141 deltakere av 3 185 (98,3 %) hadde gyldig svar på om de eier eller leier boligen.

Andel som rapporterte at de eier boligen var 86,1 %, 85,2 % blant kvinner og 87,4 % blant menn. Andel som rapporterte at de leier boligen var 10,1 %, 10,5 % blant kvinner og 9,4 % blant menn.

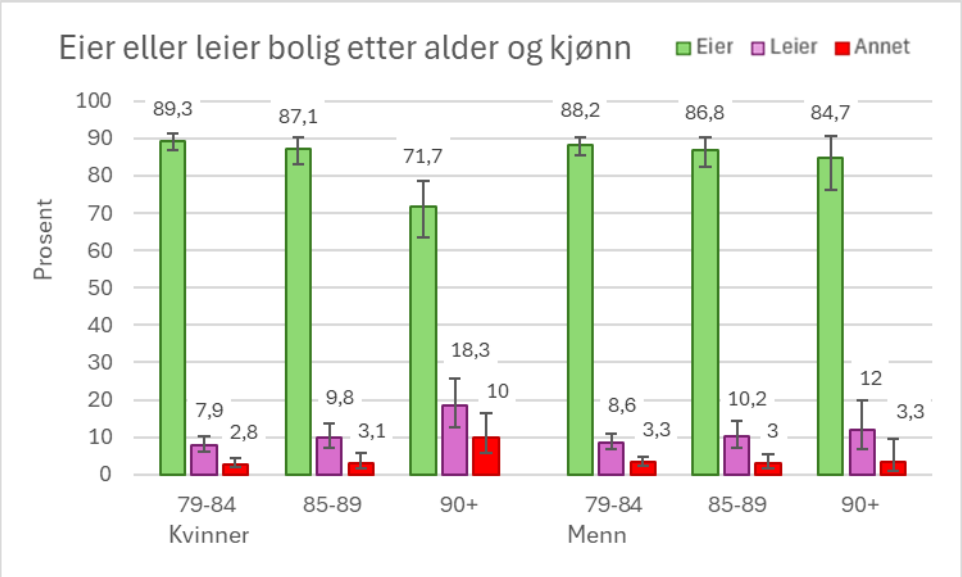
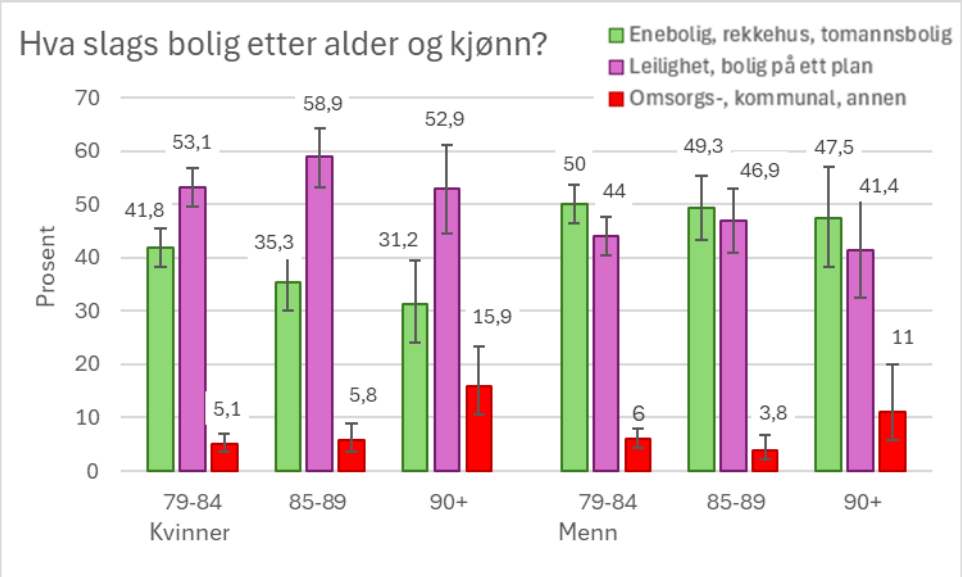


Fig. 34: Boligsituasjon etter alder og kjønn

Vektet for bydeler og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 125 deltakere av 3185 (98,1 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om boligsituasjon.

Andel som rapportert at de bor i enebolig, rekkehus eller tomannsbolig var 42,6 %, 38,0 % blant kvinner og 49,5 % blant menn. Andel som rapporterte at de bor i Leilighet eller annen bolig på ett plan var 50,5 %, 54,6 % blant kvinner og 50,5 % blant menn. Det var 2,2 % som svarte at de bor i omsorgsbolig, 0,9 % i kommunal utleiebolig.



		Enebolig, rekkehus, tomanns-bolig	Leilighet eller annen bolig på ett plan	Omsorgs-bolig	Kommunal utleiebolig	Annen bolig	Til sammen	
		%	%	%	%	%	%	N
Kvinner	79-84	41,8	53,1	1,2	0,1	3,8	100,0	1023
	85-89	35,3	58,9	2,7	0,9	2,2	100,0	413
	90+	31,2	52,9	7,7	2,3	5,9	100,0	164
Menn	79-84	50,0	44,0	1,3	0,8	3,8	100.0	1028
	85-89	49,3	46,9	1,1	0,8	1,9	100,0	351
	90+	47,5	41,4	2,0	2,8	6,2	100,0	146

Fig. 35: Gjort for å tilpasse egen bolig

Som vist i Fig. 24 rapporterte 29,5 % av hele utvalget å ha gjort aktive grep for å tilpasse egen bolig slik at de kan bo hjemme, selv med svekket helse. Disse ble gitt oppfølgingsspørsmål om hvilke tilpasninger de hadde gjort.

Totalt 864 personer hadde valide svar på spørsmålet hva som var gjort for å tilpasse egen bolig.

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

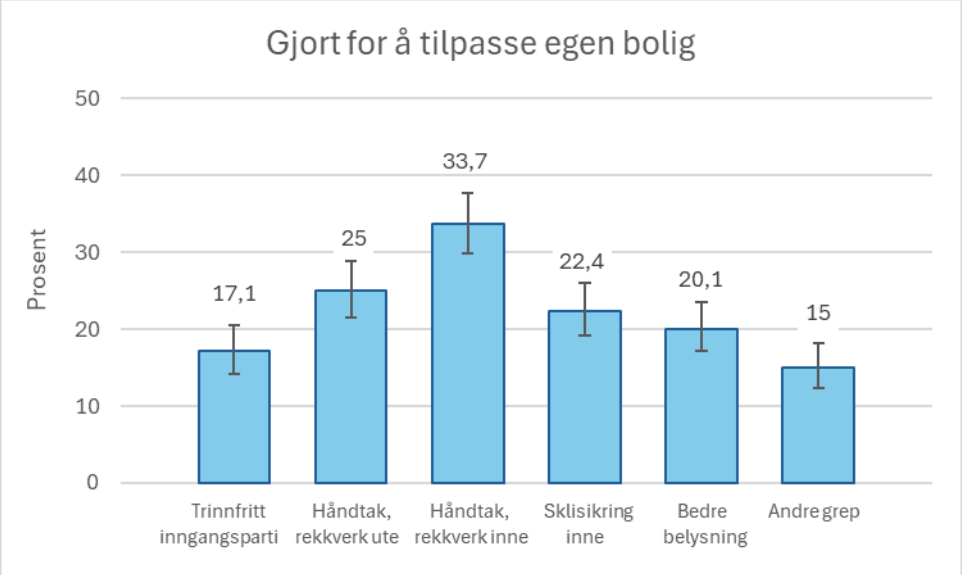


Fig. 36: Bor sammen med hvor mange andre

Bor sammen etter hvor mange andre personer etter alder og kjønn. Vektet for bydeler og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 075 deltakere av 3 185 (96,5 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om hvor mange de bor sammen med.

Andel som rapporterte at de bor alene var 49,9 %, 62,4 % blant kvinner og 31,4 % blant menn. Andel som rapporterte at de bor sammen med én annen person var 48,3 %, 35,8 % blant kvinner og 66,9 % blant menn. Andel som rapporterte at de bor sammen med to eller flere var 1,7 %, likt for menn og kvinner.

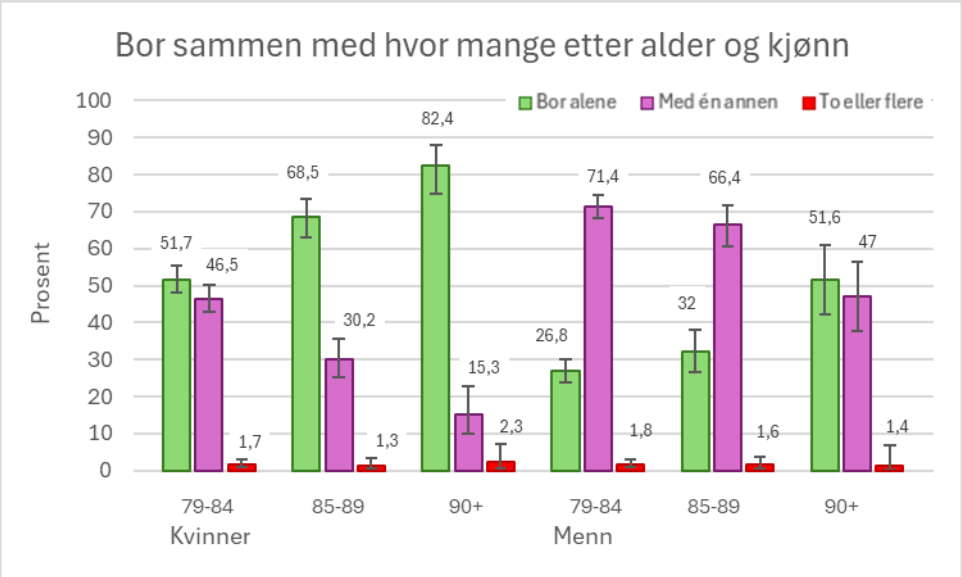


Fig. 37: Regelmessig tilsyn eller hjelp i hjemmet etter alder og kjønn

Vektet for bydeler og datainnsamlingsmetode. Justert for bydeler.

Totalt 3 073 deltakere av 3 185 (96,5 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de får regelmessig tilsyn eller hjelp i hjemmet.

Andel i hele utvalget som rapporterte at de regelmessig får tilsyn eller hjelp i hjemmet er 24,1 %, 27,3 % blant kvinner og 19,5 % blant menn.

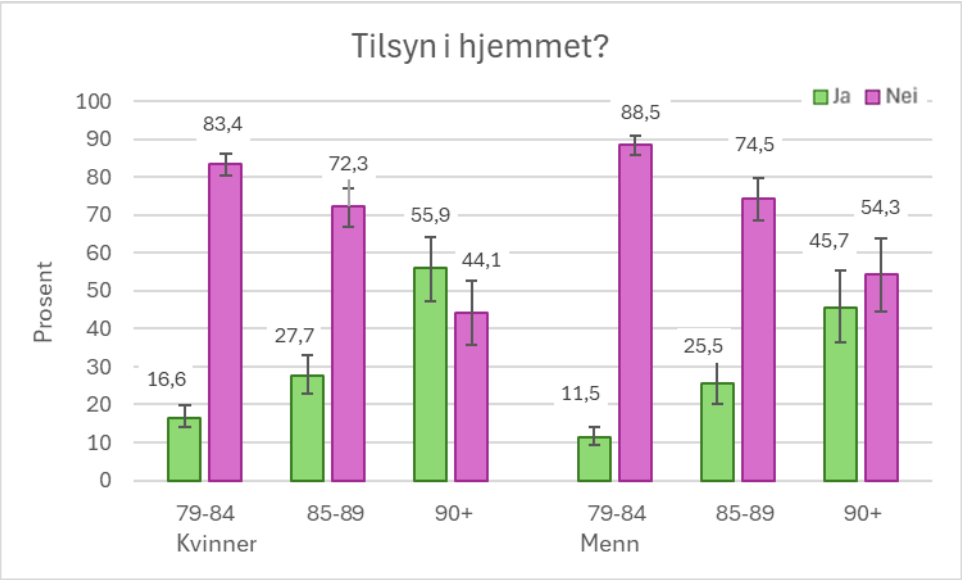


Fig. 38: Regelmessig tilsyn eller hjelp. Hvem får en hjelp av?

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

De som oppgav å få regelmessig tilsyn eller hjelp hjemme (24,1 % av utvalget), ble spurt om hvem en får hjelp av.

Totalt antall som får hjelp og som har svart på de relevante spørsmålene utgjør 528 personer.

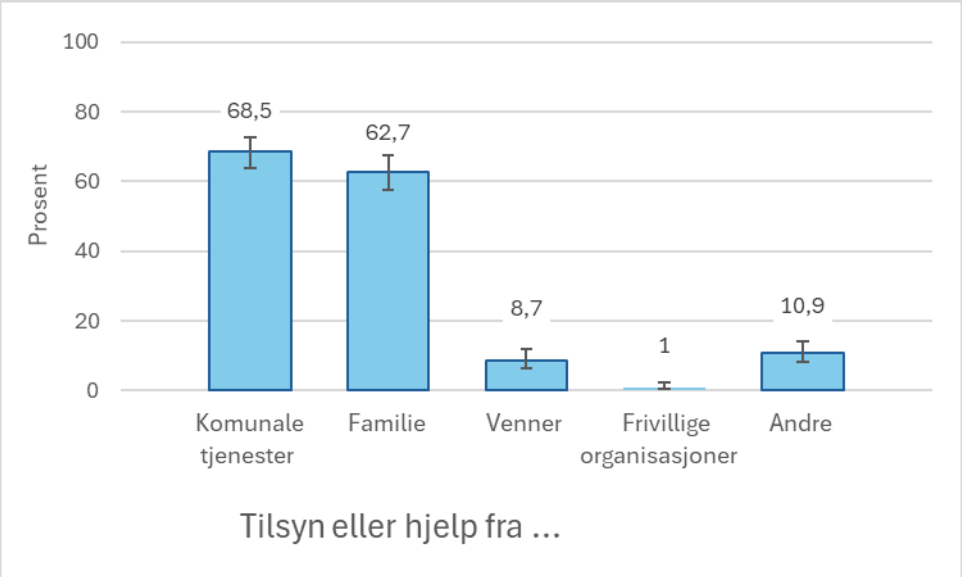


Fig. 39: Tenkt seriøst på å ta livet sitt

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 108 deltakere av 3 185 (97,6 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de seriøst har tenkt på å ta sitt eget liv.

Informasjon om dette var i løpet av siste året eller tidligere gav for små grupper til å kunne tas inn i analysen.

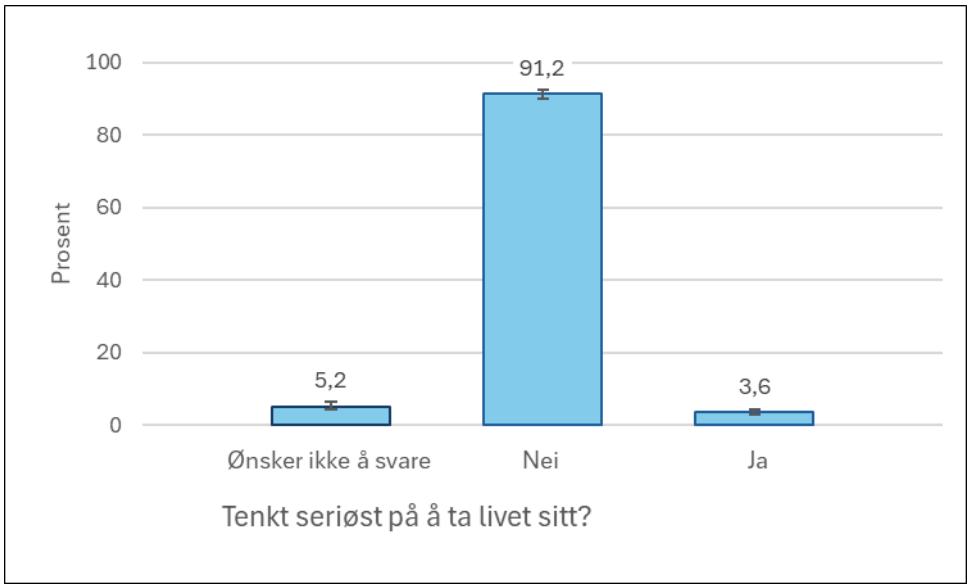


Fig. 40: Prøvd å ta livet sitt

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 114 deltakere av 3 185 (97,8 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de noen gang har prøvd å ta sitt eget liv.

Informasjon om dette var i løpet av siste året eller tidligere gav for små grupper til å kunne tas inn i analysen.

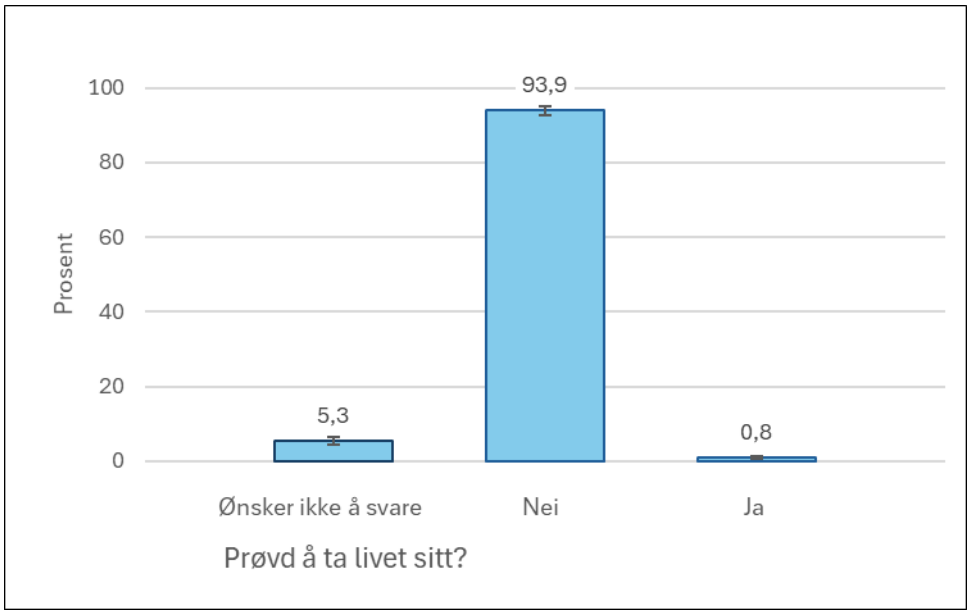


Fig. 41: Har seriøst tenkt på å ta livet sitt: Fortalt det til hvem?

Vektet for kjønn, alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

De som svarte bekreftende på at de noen gang hadde hatt seriøse tanker om å ta sitt eget liv (3,6 % av utvalget), ble spurt om de hadde fortalt dette til noen, og i tilfelle hvem.

Bare de som har hatt slike tanker og har svart på minst ett av de relevante leddene er tatt med i dette diagrammet (n=117). På grunn av det lave totalantallet, oppgis prosentene her som hele prosenter og konfidensintervallene blir svært brede.

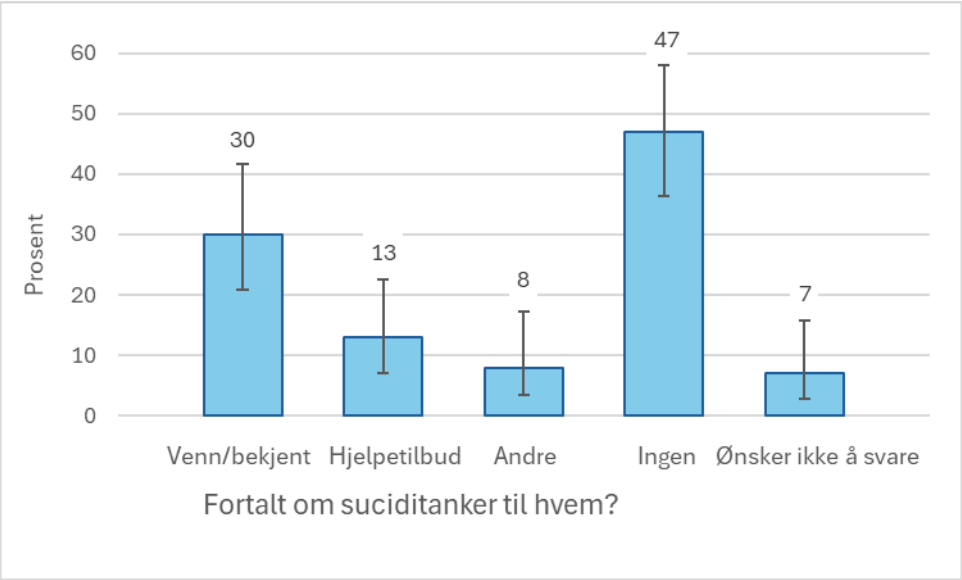


Fig. 42: Bruker datamaskin etter kjønn og alder

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 132 deltakere av 3 185 (98,3 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de bruker datamaskin.

Andelen som svarte at de bruker datamaskin var 65,3 %, 57,9 % blant kvinner og 76,4 % blant menn.

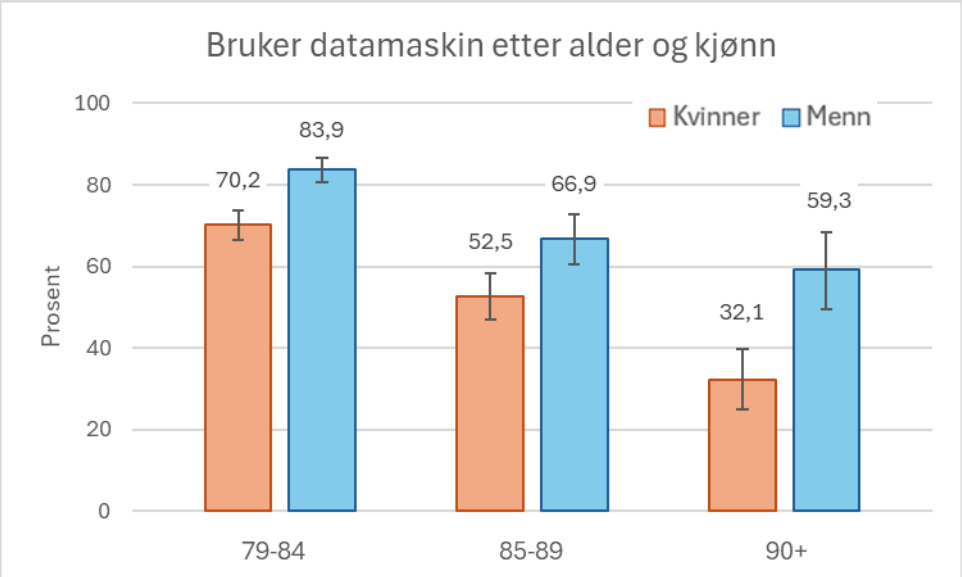


Fig. 43: Bruker smarttelefon etter kjønn og alder

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 132 deltakere av 3 185 (98,3 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de bruker smarttelefon.

Andelen som svarte at de bruker smarttelefon var 73,8 %, 72,3 % blant kvinner og 76,1 % blant menn.

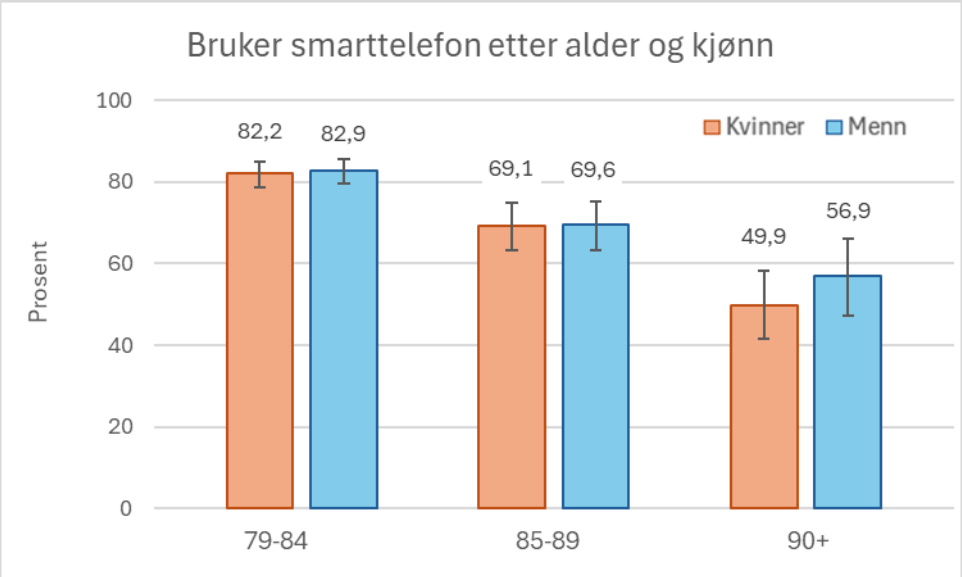


Fig. 44: Bruker nettbrett eller iPad etter kjønn og alder

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 132 deltakere av 3 185 (98,3 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de bruker nettbrett eller iPad.

Andelen som svarte at de bruker nettbrett eller iPad var 57,9 %, 58,1 % blant kvinner og 57,5 % blant menn.

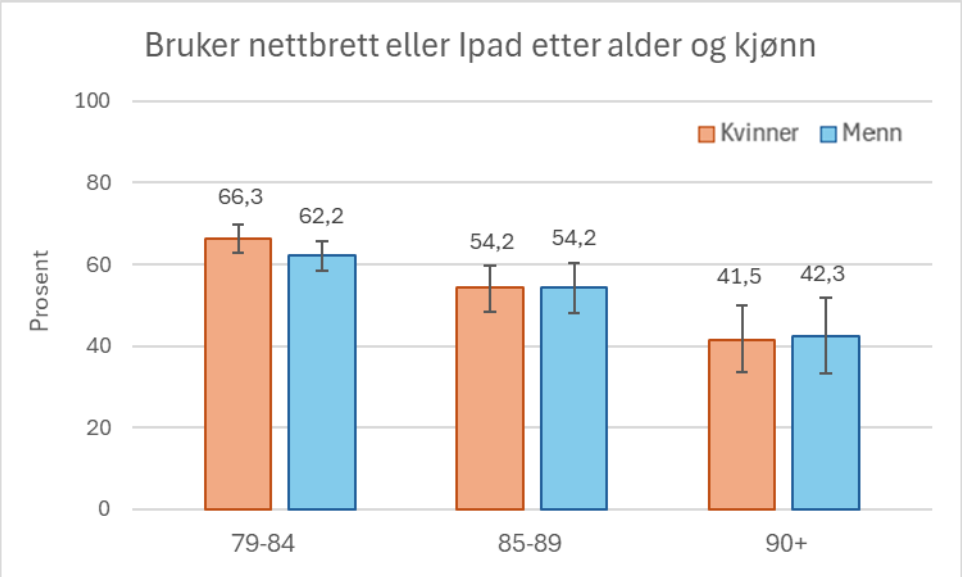


Fig. 45: Bruker KOMP etter kjønn og alder

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 132 deltakere av 3 185 (98,3 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om de bruker KOMP.

Andelen som svarte at de bruker KOMP var 6,6 %, 6,5 % blant kvinner og 6,8 % blant menn.

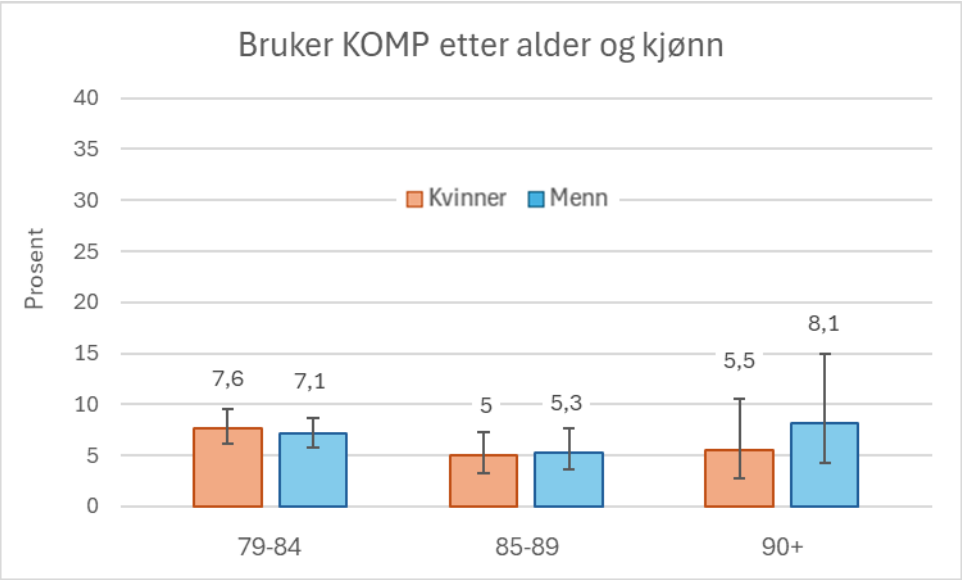


Fig. 46: Hvor ofte bruker internett etter kjønn og alder.

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 033 deltakere av 3 185 (95,2 %) hadde gyldig svar på spørsmålet om hvor ofte de bruker Internett.

Andelen som svarte at de bruker Internett daglig var 67,1 %, 62,1 % blant kvinner og 74,2 % blant menn. Andelen som svarte at de bruker internett ukentlig, men ikke daglig, var 10,3 %, 10,2 % blant kvinner og 10,5 % blant menn.

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

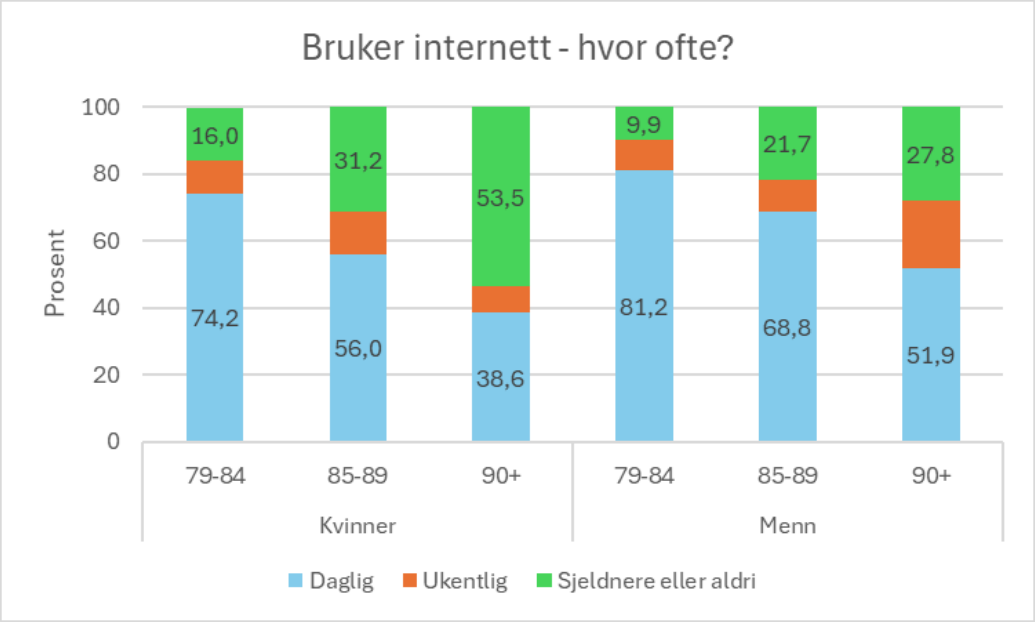


Fig. 47: Tydelig hvilken hjelp og tjenester etter kjønn og alder.

Det er tydelig for meg hvilken hjelp og tjenester jeg kan få fra kommunen og hva jeg må klare selv etter kjønn.

Vektet for alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 185 deltakere av 3 185 (100,0 %) er med i denne tabellen. De som ikke hadde svart er slått sammen med vet ikke-gruppen.

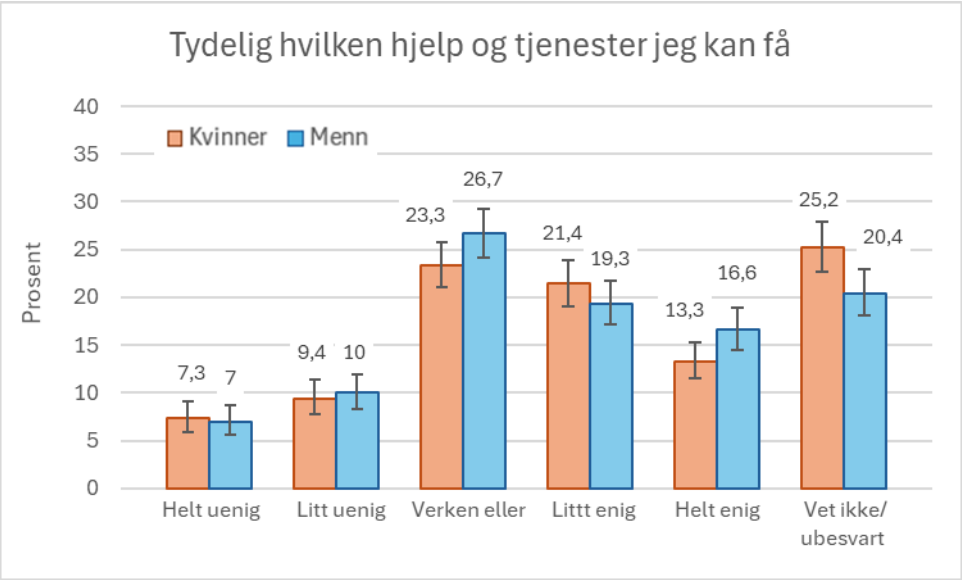


Fig. 48: Enkelt å få oversikt over kommunens tjenester etter kjønn.

Vektet for alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 185 deltakere av 3 185 (100,0 %) er med i denne tabellen. De som ikke hadde svart er slått sammen med vet-ikke-gruppen.

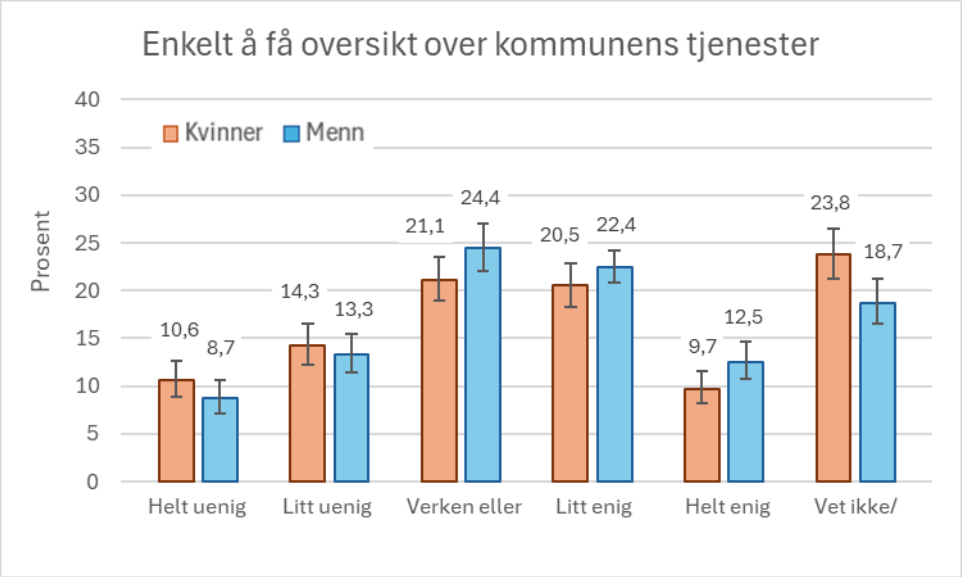


Fig. 49: Enkelt å få oversikt over hvordan jeg kan ta kontakt med kommunen etter kjønn.

Det er enkelt å få oversikt over hvordan jeg selv kan ta kontakt med kommunen for å få informasjon og veiledning etter kjønn.

Vektet for alder, bydel og datainnsamlingsmetode.

Totalt 3 185 deltakere av 3 185 (100,0 %) er med i denne tabellen. De som ikke hadde svart er slått sammen med vet-ikke-gruppen.

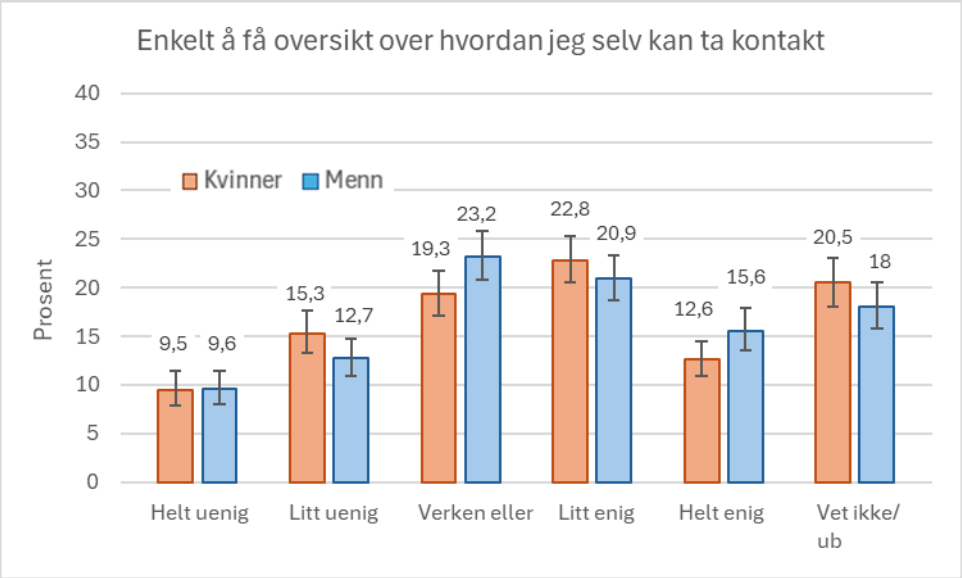


Fig. 50: Kommunikasjon med kommunen etter kjønn og alder.

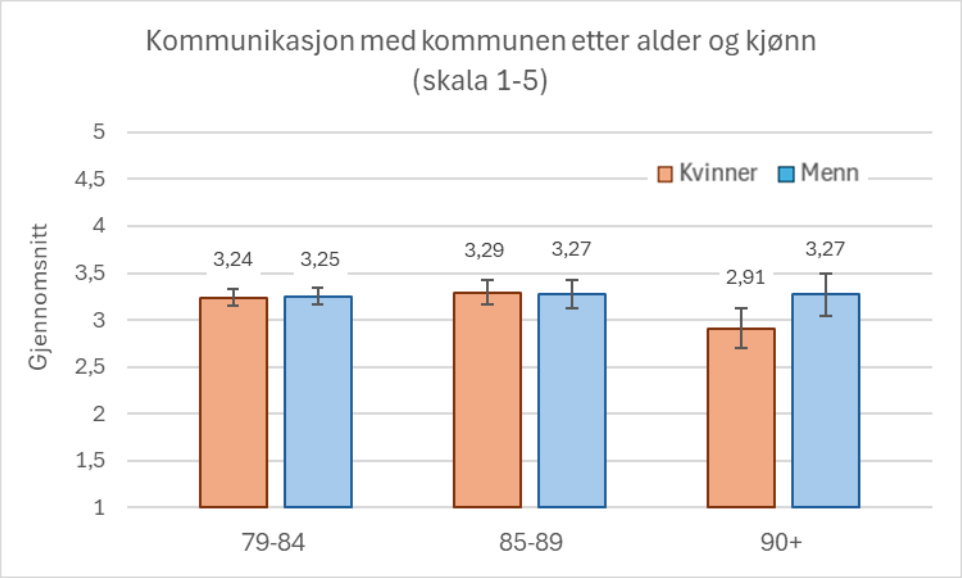
Kommunikasjon med kommunen (indeks) etter kjønn og alder.

Vektet for bydel og datainnsamlingsmetode.

Svarkategoriene var kodet fra Helt uenig = 1 til Helt enig = 5. Indeksen ble regnet ut som en sum av de tre skårene delt på antall ledd. Gyldig skår fikk alle som hadde besvart to av de tre spørsmålene.

Totalt 2 645 deltakere av 3 185 (83,0 %) hadde gyldig svar på indeksen – tydelighet og hvor enkelt det er å få oversikt.

Gjennomsnittlig skår for hele utvalget var 3,22, litt høyere for menn (3,26) enn kvinner (3,19). Denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. Men kvinner som er 90 år eller eldre har signifikant lavere gjennomsnittlig skår enn de øvrige gruppene når disse slås sammen (p<.01).



Oversiktstabeller

Tabell 4: Utfallsmål etter bydeler.

Gunstige avvik (helsemessig eller livskvalitetsmessig) er merket med plusser og ugunstige avvik er merket med minuser. Dobbelt tegn betyr at avviket er signifikant (ikke-overlappende 95 % konfidensintervall). Enkelttegn betyr at avviket er grensesignifikant. Oversikten er basert på tall fra figurene 2-25 der det er vektet og justert for alder og kjønn og vektet for datainnsamlingsmetode. Rød skrift betyr at på det aktuelle utfallsmålet står høye tall for noe som kan betraktes som helsemessig eller livskvalitetsmessig negativt.

	Arna	Bergenhus	Fana	Fyllingsdalen	Laksevåg	Ytrebygda	Årstad	Åsane
Livstilfredshet	-		++	-	-	++		
Livet er meningsfylt	-		++	-	-	+		+
Høy tillit				-				
Stedstilhørighet	+	+	+	--			--	++
Psykiske plager (HSCL-5)				-				
Trivsel		++	++				-	
Ensomhet (UCLA-3)					--			
Sammen med gode venner ukentlig +		++				-		
Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig								
Insomni								
Økonomiske vansker				+				
Kontakt familien					--	++		+
Kontakt naboer, venner, bekjente								
Ukentlig deltakelse i kulturelle akt					--		++	
Fysisk helse, god, svært god	-							

Psykisk helse, god, svært god		-	+			-	+	
Se, høre, store vansker			++				+	
Bevegelse, store vansker								+
Kognisjon, store vansker	+	-					++	-
Ulønnet omsorg								
Svært fornøyd med boligen	-	+	+	--		++	-	
Kan bo i boligen som den er	+				-			
Har tilpasset egen bolig								
Helse eller førlighet hindrer deltakelse			+	--			+	

Tabell 5: Utfallsmål etter datainnsamlingsmetode.

Oversikten er basert på tall der det er vektet og justert for alder, kjønn og bydel. De som fikk postal henvendelse om å delta i undersøkelsen, men svarte på internett, er her gruppert sammen med de som fikk postal henvendelse og svarte postalt. Effektstørrelse for prosenter er Cohen's h. For metriske utfallsvariabler har vi benyttet standardisert gruppeforskjell. Rød skrift betyr at på det aktuelle utfallsmålet står høye tall for noe som kan betraktes som helsemessig eller livskvalitetsmessig negativt.

	Digital henvendelse	Postal henvendelse	Differanse: Digital minus postal	Signifikans
	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.	P<.05
Livstilfredshet	7,48	7,33	0,07	n.s.
Livet er meningsfylt	7,27	7,16	0,05	n.s.
Høy tillit	8,08	7,83	0,11	n.s.
Stedstilhørighet	8,14	8,15	0,00	n.s.
Psykiske plager (HSCL-5)	1,34	1,38	-0,09	n.s.
	%	%	E.S.	P<.05
Trivsel	72	65	0,15	*
Ensomhet (UCLA-3)	9	10	-0,03	n.s.
Sammen med gode venner minst ukentlig	49	37	0,24	*
Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig	22	33	-0,25	*
Insomni	9	7	0,07	n.s.
Økonomiske vansker	8	8	0.00	n.s.
Ukentlig kontakt familien	88	83	0,14	*
Ukentlig kontakt naboer, venner, bekjente	86	75	0,28	*
Ukentlig deltakelse i kulturelle akt	41	32	0,19	*
Fysisk helse, god, svært god	60	54	0,12	*
Psykisk helse, god, svært god	83	80	0,08	n.s.
Se, høre, store vansker	7	10	-0,11	n.s.
Bevegelse, store vansker	12	17	-0,14	*
Kognisjon, store vansker	3	7	-0,19	*
Ulønnet omsorg	13	13	0,00	n.s.
Svært fornøyd med boligen	64	58	0,12	*
Kan bo i boligen som den er	31	46	-0,31	*
Har tilpasset egen bolig	29	30	-0,02	n.s.
Helse eller førlighet hindrer deltakelse	55	59	-0,08	n.s.

Tabell 6: Utfallsmål etter alder og kjønn.

Gunstige avvik er merket med plusser og ugunstige avvik er merket med minuser. Vektet og justert for bydel og vektet for datainnsamlingsmetode. Rød skrift betyr at på det aktuelle utfallsmålet står høye tall for noe som kan betraktes som helsemessig eller livskvalitetsmessig negativt.

	79-84		85-89		90+	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Livstilfredshet					-	
Livet er meningsfylt					-	-
Høy tillit						
Stedstilhørighet	+					
Psykiske plager (HSCL-5)		+			-	
Trivsel					-	
Ensomhet (UCLA-3)	+	+			-	
Sammen med gode venner minst ukentlig						
Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig	+				-	
Insomni		+				
Økonomiske vansker						
Kontakt familien		-				+
Kontakt naboer, venner, bekjente	+				-	
Ukentlig deltakelse i kulturelle akt		-				
Fysisk helse, god, svært god		+			-	
Psykisk helse, god, svært god					-	
Se, høre, store vansker	+	+			-	-

Bevegelse, store vansker	+	+		-	
Kognisjon, store vansker	+			-	
Ulønnet omsorg		-		+	
Svært fornøyd med boligen					
Kan bo i boligen som den er					
Har tilpasset egen bolig		+			+
Helse eller førlighet hindrer deltakelse	+	+	-	-	-

Tabell 7: Utfallsmål etter utdanning og kjønn.

Vektet og justert for alder og bydel og vektet for datainnsamlingsmetode. Effektstørrelse for prosenter er Cohen's h. For metriske utfallsvariabler har vi benyttet standardisert gruppeforskjell. Rød skrift betyr at på det aktuelle utfallsmålet står høye tall for noe som kan betraktes som helsemessig eller livskvalitetsmessig negativt.

	Kvinner			Menn		
	Grunnskole	Høgsk./univ. > 4 år	Differanse	Grunnskole	Høgsk/univ 4 år +	Differanse
	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.
Livstilfredshet	7,37	7,33	-0,10	7,17	7,59	0,20
Livet er meningsfylt	7,09	7,42	0,15	6,92	7,57	0,30*
Høy tillit	7,79	8,75	0,44*	7,51	8,27	0,22*
Stedstilhørighet	8,12	8,37	0,11	7,79	8,33	0,25
Psykiske plager (HSCL-5)	1,46	1,33	-0,28*	1,30	1,28	-0,04
	%	%	E.S.	%	%	E.S.
Trivsel	66	68	0,04	59	73	0,30*
Ensomhet (UCLA-3)	13	13	0,00	9	5	-0,16
Sammen med gode venner minst ukentlig	40	47	0,14	36	38	0,04
Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig	35	17	-0,42*	34	26	-0,17
Insomni	11	7	-0,14	9	6	-0,11
Økonomiske vansker	10	4	-0,24	9	3	-0,26*
Ukentlig kontakt med familien	89	87	- 0,06	79	79	0,00
Ukentlig kontakt med naboer, venner, bekjente	76	89	0,35*	80	76	-0,10
Ukentlig deltakelse i kulturelle akt	31	45	0,29*	24	35	0,24*
Fysisk helse, god, svært god	56	57	0,02	52	65	0,26*

Psykisk helse, god, svært god	74	91	0,46*	74	88	0,36*
Se, høre, store vansker	9	9	0,00	12	7	-0,17
Bevegelse, store vansker	19	21	0,05	18	10	-0,23
Kognisjon, store vansker	6	6	0,00	7	3	-0,19
Ulønnet omsorg	9	11	0,07	16	18	0,05
Svært fornøyd med boligen	58	72	0,29*	50	69	0,39*
Kan bo i boligen som den er	42	46	0,08	40	43	0,06
Har tilpasset egen bolig	31	31	0,00	31	26	-0,11
Helse eller førlighet hindrer deltakelse	56	54	-0,04	58	54	-0,08

Tabell 8: Utfallsmål etter vurdering av husholdningsøkonomien og kjønn.

Oversikten er basert på tall der det er vektet og justert for alder og bydel og vektet for datainnsamlingsmetode. Effektstørrelse for prosenter er Cohen's h. For metriske utfallsvariabler har vi benyttet standardisert gruppeforskjell. Rød skrift betyr at på det aktuelle utfallsmålet står høye tall for noe som kan betraktes som helsemessig eller livskvalitetsmessig negativt.

	Vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til?					
	Vanskelig	Svært lett	Differanse	Vanskelig	Svært lett	Differanse
	Kvinner			Menn		
	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.
Livstilfredshet	6,57	7,71	0,55*	7,37	7,78	0,20
Livet er meningsfylt	6,51	7,49	0,45*	7,18	7,64	0,21
Høy tillit	7,11	8,50	0,63*	7,39	8,24	0,39*
Stedstilhørighet	7,44	8,70	0,58*	7,53	8,53	0,46*
Psykiske plager (HSCL-5)	1,62	1,32	-0,64*	1,51	1,22	-0,62*
	%	%	E.S.	%	%	E.S.
Trivsel	52	76	0.51*	57	76	0,41*
Ensomhet (UCLA-3)	26	6	-0,58*	16	5	-0,37
Sammen med gode venner ukentlig +	44	45	0,02	44	43	-0,02
Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig	34	24	-0,22	30	27	-0,07
Insomni	14	6	-0,27	9	6	-0,11
Økonomiske vansker	--	--	--	--	--	--
Ukentlig kontakt med familien	80	88	0,22	80	83	0,08
Ukentlig kontakt med naboer, venner, bekjente	78	86	0,21	84	77	-0,18

Ukentlig deltakelse i kulturelle akt	36	39	0,06	31	31	0,00
Fysisk helse, god, svært god	41	63	0,44*	51	68	0,35*
Psykisk helse, god, svært god	64	91	0,68*	70	89	0,48*
Se, høre, store vansker	9	7	-0,07	9	7	-0,07
Bevegelse, store vansker	24	12	-0,32	20	10	-0,28
Kognisjon, store vansker	6	2	-0,21	10	4	-0,24
Ulønnet omsorg	13	11	-0,06	18	18	0,00
Svært fornøyd med boligen	46	78	0,67*	52	75	0,48*
Kan bo i boligen som den er	42	46	0,08	40	43	0,06
Har tilpasset egen bolig	36	32	0,08	44	27	0,36*
Helse eller førlighet hindrer deltakelse	65	48	-0,34*	57	49	0,16

Tabell 9: Utfallsmål etter om helsetilstand eller førlighet er til hinder for å være med på aktiviteter og kjønn.

Vektet og justert for alder og bydel og vektet for datainnsamlingsmetode. Effektstørrelse for prosenter er Cohen's h.
For metriske utfallsvariabler har vi benyttet standardisert gruppeforskjell. Rød skrift betyr at på det aktuelle utfallsmålet står høye tall for noe som kan betraktes som helsemessig eller livskvalitetsmessig negativt.

	Er helsetilstand eller førlighet til hinder for å delta i ønskede aktiviteter?					
	Ja, i stor grad	Nei, klarer å delta	Differanse	Ja, i stor grad	Nei, klarer å delta	Differanse
	Kvinner			Menn		
	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	E.S.
Livstilfredshet	6,17	8,28	1,01*	6,00	8,16	1,04*
Livet er meningsfylt	5,87	8,11	1,02*	5,69	7,94	1,03*
Høy tillit	7,37	8,47	0,50*	7,46	8,08	0,28*
Stedstilhørighet	7,40	8,68	0,58*	7,37	8,56	0,54*
Psykiske plager (HSCL-5)	1,66	1,25	-0,87*	1,51	1,19	-0,68*
	%	%	E.S.	%	%	E.S.
Trivsel	50	81	0,67*	48	78	0,63*
Ensomhet (UCLA-3)	24	3	0,68*	17	3	0,50*
Ukentlig kontakt med familien	84	89	0,15	78	84	0,15
Ukentlig kontakt med naboer, venner, bekjente	67	90	0,58*	66	83	0,40*
Sammen med gode venner ukentlig +	24	56	0,67*	20	48	0,60*
Sammen med gode venner sjeldnere enn månedlig	46	15	-0,70*	50	23	-0,57*
Ukentlig deltakelse i kulturelle akt	24	46	0,47*	27	37	0,21

Fysisk helse, god, svært god	19	85	1,44*	18	85	1,47*
Psykisk helse, god, svært god	65	91	0,66*	63	90	0,66*
Insomni	15	4	0,39*	13	3	0,39*
Se, høre, store vansker	15	5	0,34*	19	3	0,55*
Bevegelse, store vansker	43	3	1,08*	41	1	1,19*
Kognisjon, store vansker	8	3	0,23	18	2	0,59*
Gir ulønnet omsorg	6	14	0,27*	13	18	0,14
Svært fornøyd med boligen	48	71	0,47*	46	66	0,41*
Kan bo i boligen som den er	38	40	0,04	35	40	0,10
Har tilpasset egen bolig	42	27	0,32*	37	21	0,36*
Økonomiske vansker	14	8	0,19	8	6	0,08
Helse eller førlighet hindrer deltakelse	--	--	--	--	--	--

Spørreskjema – postal versjon

Eldre i Bergen 2024

BERGEN KOMMUNE

FHI Folkehelseinstituttet

Dette er en undersøkelse om psykisk helse, ensomhet og livskvalitet blant eldre i Bergen. Undersøkelsen vil ta ca. 20 minutter. Dersom du har behov for det, kan noen du kjenner bistå deg i utfyllingen av undersøkelsen.
Du kan lese mer om undersøkelsen på nettsidene til Bergen kommune:

https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/folkehelse/skal-undersoke-hvordan-eldre-i-bergen-har-det

Takk for at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen!

Samtykke til deltakelse: «Eldre i Bergen 2024»

Før du besvarer undersøkelsen ber vi deg lese følgende informasjon om undersøkelsen og rettighetene dine.

Undersøkelsens hovedformål er å bidra til planlegging og utvikling av en aldersvennlig by. I undersøkelsen vil du bli spurt om din livskvalitet, helse, sosiale aktiviteter, bakgrunnsdata som utdanning, og andre forhold som har betydning for folkehelsen. Folkehelseinstituttet og Bergen kommune vil bruke resultatene i folkehelsearbeidet, og opplysninger og svar du gir vil bli brukt utelukkende for det formål som er beskrevet i dette informasjonsskrivet. Bergen kommune og Folkehelseinstituttet er prosjektansvarlige, mens Norsk Gallup bistår i datainnsamlingen.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet (saksnummer: 713607). Du er tilfeldig trukket ut til deltakelse fra Folkeregisteret, og din kontaktinformasjon er hentet fra Kontakt- og reservasjonsregisteret. Vi har også hentet informasjon om ditt kjønn, alder og bosted fra Folkeregisteret, som vil bli brukt i analysene av de innsamlede dataene.

Dine rettigheter:

- Det er frivillig å delta i undersøkelsen og svarene dine behandles konfidensielt.
- Du kan både hoppe over spørsmål og avbryte undersøkelsen hvis du ønsker det. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.
- Du kan trekke samtykket ditt når som helst, uten å oppgi grunn, og be om at opplysningene blir slettet.
- Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg, og hva opplysningene er blitt brukt til. Disse vil da utleveres innen 30 dager.
- Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes, så lenge opplysningene ikke er anonymisert eller har inngått i en publisert forskningsartikkel. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser. Ved spørsmål til prosjektet, eller ønske om å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte prosjektleder Øystein Vedaa, tlf. 97 65 93 26, e-post **Oystein.Vedaa@fhi.no**.
- Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved Folkehelseinstituttet: **personvernombud@fhi.no**.
- Dersom du ønsker å klage på behandlingen av opplysningene dine, kan du sende klage til Datatilsynet.

Hva skjer med opplysningene dine?

Opplysningene som du gir i spørreskjemaet, blir oppbevart og behandlet etter gjeldende regler om personvern. Resultater vil kun bli publisert for grupper og aldri på individnivå. Det vil si at det ikke vil bli publisert resultater basert på svar fra kun én eller svært få personer, og at man ikke kan identifisere enkeltpersoner.
De innsamlede opplysningene vil bli brukt til forskning som kan gi mer kunnskap om befolkningens helse og faktorer som påvirker helsen. Resultater fra undersøkelsen vil også bli publisert på Bergen kommune sine nettsider: **https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/folkehelse**, samt brukes som kunnskapsgrunnlag til planarbeidet i kommunen.

Jeg samtykker / godkjenner at opplysningene mine, kan brukes i samsvar med ovennevnte.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja, jeg samtykker
- ☐ Nei, jeg samtykker ikke

Livskvalitet

1 Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

Merk: Sett ett kryss

Ikke fornøyd i det hele tatt										Svært fornøyd
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2 Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?

Merk: Sett ett kryss

Ikke meningsfylt i det hele tatt										Svært meningsfylt
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Trivsel i nærmiljøet, subjektiv helse og funksjonsnivå

3 I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ I stor grad
- ☐ I noen grad
- ☐ I liten grad
- ☐ Ikke i det hele tatt

4 Alt i alt, hvordan vurderer du den fysiske helsen din? Vil du si at den er:

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Svært god
- ☐ God
- ☐ Verken god eller dårlig
- ☐ Dårlig
- ☐ Svært dårlig

5 Alt i alt, hvordan vurderer du den psykiske helsen din? Vil du si at den er:

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Svært god
- ☐ God
- ☐ Verken god eller dårlig
- ☐ Dårlig
- ☐ Svært dårlig

6 De neste spørsmålene handler om ulike utfordringer du kan ha i ditt daglige liv. Har du vansker med…

Merk: Sett ett kryss på hver linje	Ingen vansker	Noen vansker	Store vansker	Klarer det ikke i det hele tatt
…å se klart, selv med bruk av briller eller linser?	☐	☐	☐	☐
…å høre, selv med bruk av høreapparat?	☐	☐	☐	☐
…å gå, for eksempel i trapper?	☐	☐	☐	☐
…å konsentrere deg?	☐	☐	☐	☐
…å huske ting?	☐	☐	☐	☐
…å kle av og på deg selv eller vaske deg uten hjelp?	☐	☐	☐	☐
…å få kontakt eller snakke med andre mennesker, selv på ditt foretrukne språk?	☐	☐	☐	☐

7 Hvordan vil du beskrive evnen din til å klare deg i det daglige utenfor hjemmet?

Her tenker vi på slikt som å handle inn dagligvarer, komme til og fra avtaler og ulike gjøremål.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Jeg klarer meg fint på egen hånd
- ☐ Jeg klarer meg noenlunde på egen hånd
- ☐ Jeg klarer meg noenlunde med hjelp
- ☐ Jeg klarer meg bare hvis jeg får mye hjelp fra andre

8 Får du regelmessig noen form for tilsyn eller hjelp i hjemmet?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja
- ☐ Nei → Gå til **10**
- ☐ Ønsker ikke å svare → Gå til **10**

9 Hvem får du hjelp av?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Kommunale tjenester som hjemmehjelp som rengjør, hjemmesykepleie, støttekontakt
- ☐ Familie
- ☐ Venner
- ☐ Frivillige organisasjoner
- ☐ Andre

10 Er helsetilstanden eller førligheten din til hinder for å være med på aktiviteter du skulle ønske du kunne være med på?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja, jeg kan ikke være med på noe
- ☐ Ja, det er mye jeg ikke får vært med på
- ☐ Ja, det er én eller noen aktiviteter jeg ikke får vært med på
- ☐ Nei, jeg klarer å delta i alt jeg ønsker

11 Psykiske plager

Merk: Sett ett kryss på hver linje	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
I hvilken grad har du vært plaget av **nervøsitet** eller **indre uro** den siste uken?	☐	☐	☐	☐
I hvilken grad har du vært plaget av **redsel** eller **engstelse** den siste uken?	☐	☐	☐	☐
I hvilken grad har du vært plaget av en følelse av **håpløshet** med tanke på fremtiden den siste uken?	☐	☐	☐	☐
I hvilken grad har du vært plaget av **nedtrykthet** eller **tungsindighet** den siste uken?	☐	☐	☐	☐
I hvilken grad har du vært plaget av **bekymring** eller **uro** den siste uken?	☐	☐	☐	☐

Søvn

12 Følgende spørsmål om søvnen din gjelder hvordan du vanligvis har det nå.

Merk: Sett ett kryss på hver linje	Aldri/ sjelden	Av og til	1-2 ganger per uke	Minst 3 ganger per uke
Hvor ofte har du vanskelig for å sovne om kvelden?	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte har du gjentatte oppvåkninger om natten?	☐	☐	☐	☐
Hvor ofte er du trøtt eller søvnig på dagtid?	☐	☐	☐	☐

13 Om du har søvnvansker, hvor lenge har de vart?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Mindre enn 1 måned
- ☐ 1-2 måneder
- ☐ 3-6 måneder
- ☐ 7-12 måneder
- ☐ Mer enn 1 år
- ☐ Jeg har ikke søvnvansker
- ☐ Vet ikke/Usikker

Sosialt samvær og ensomhet

14 Hva er sivilstanden din?

Merk: Sett ett eller flere kryss.

- ☐ Gift / registrert partner
- ☐ Samboende
- ☐ Har kjæreste (som du ikke bor sammen med)
- ☐ Enslig
- ☐ Enke/enkemann
- ☐ Ønsker ikke å svare

15 Bor du alene eller sammen med andre?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Bor alene
- ☐ Bor sammen med én annen person
- ☐ Bor sammen med to eller flere personer

16 **I løpet av de siste tre månedene, hvor sjelden eller ofte har du hatt besøk av eller hatt kontakt med noen i din egen familie (som du ikke bor med)?**
I form av besøk, telefon- eller videokontakt, eller sosiale medier som Facebook, Snapchat, Komp-brett el.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Omtrent daglig
- ☐ Omtrent ukentlig, men ikke daglig
- ☐ Omtrent månedlig, men ikke ukentlig
- ☐ Sjeldnere enn månedlig eller aldri
- ☐ Har ikke egen familie

17 **I løpet av de siste tre månedene, hvor sjelden eller ofte har du hatt kontakt med naboer, venner eller bekjente?**
I form av besøk, telefon- eller videokontakt, eller sosiale medier som Facebook, Snapchat, Komp-brett el.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Omtrent daglig
- ☐ Omtrent ukentlig, men ikke daglig
- ☐ Omtrent månedlig, men ikke ukentlig
- ☐ Sjeldnere enn månedlig eller aldri

18 **Hvor ofte er du sammen med gode venner?**
Regn ikke med medlemmer av din egen familie.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Omtrent daglig
- ☐ Omtrent ukentlig, men ikke daglig
- ☐ Omtrent månedlig, men ikke ukentlig
- ☐ Noen ganger i året
- ☐ Sjeldnere enn hvert år
- ☐ Har ingen gode venner

19 **Ensomhet**

Merk: Sett ett kryss på hver linje	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte
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?	☐	☐	☐	☐	☐

20 **Vil du si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?**

Merk: Sett ett kryss

Kan ikke være for forsiktig — Folk flest er til å stole på

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21 I hvilken grad føler du at du hører til eller ikke på stedet der du bor?

Merk: Sett ett kryss

Føler ikke til-hørighet overhodet										Føler sterk grad av tilhørighet
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22 Alt i alt, hvor trygg eller utrygg føler du deg når du oppholder deg ute i nærmiljøet ditt?

Merk: Sett ett kryss

Ikke trygg i det hele tatt										Svært trygg
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Selvmordstanker og selvmordsforsøk

Nå kommer noen spørsmål om selvmordstanker og selvmordsforsøk som kan oppfattes som ekstra vanskelige eller ubehagelige å svare på. Dersom du ikke ønsker å svare på enkelte spørsmål, kan du velge svaralternativet «Ønsker ikke å svare».

23 Har du noen gang seriøst tenkt på å ta ditt eget liv?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Ja, det siste året
- ☐ Ja, tidligere
- ☐ Nei → Gå til 27
- ☐ Ønsker ikke å svare

24 Har du sagt til noen andre at du tenkte på å ta ditt eget liv?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Ja, til en venn / bekjent
- ☐ Ja, til et hjelpetilbud
- ☐ Ja, til andre
- ☐ Nei
- ☐ Ønsker ikke å svare

25 Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv, ved å ta en overdose piller eller på en annen måte, og i så fall når?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Ja, det siste året
- ☐ Ja, tidligere
- ☐ Nei → Gå til 27
- ☐ Ønsker ikke å svare

T T

26 Har du sagt til noen andre at du har forsøkt å ta ditt eget liv?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Ja, til en venn / bekjent
- ☐ Ja, til et hjelpetilbud
- ☐ Ja, til andre
- ☐ Nei
- ☐ Ønsker ikke å svare

Demografi

27 Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ingen fullført utdanning
- ☐ Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
- ☐ Realskole
- ☐ Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole eller gymnas)
- ☐ Fagskole
- ☐ Høgskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
- ☐ Høgskole/universitet, bachelorgrad, cand. mag. eller tilsvarende (2-4 år)
- ☐ Høgskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

28 Har du vært yrkesaktiv tidligere i livet?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja, er yrkesaktiv nå → Gå til 30
- ☐ Ja, har tidligere vært yrkesaktiv → Gå til 29
- ☐ Nei, har aldri vært yrkesaktiv → Gå til 32

29 Hvor gammel var du da du pensjonerte deg?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Før jeg fylte 55 år
- ☐ 55-59 år
- ☐ 60-64 år
- ☐ 65-69 år
- ☐ 70-74 år
- ☐ 75 år eller eldre

30 Hva er / var hovedyrket ditt?

Dersom du har hatt flere yrker, ber vi deg tenke på det yrket du har vært lengst i.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Helse- og omsorgsarbeider (sykepleier, lege, hjelpepleier, etc.)
- ☐ Utdanning (lærer, professor, etc.)
- ☐ Administrasjon og kontor (sekretær, kontorarbeider, etc.)
- ☐ Håndverk og industri (snekker, elektriker, mekaniker, etc.)
- ☐ Landbruk og fiske (bonde, fisker, etc.)
- ☐ Handel og service (butikkmedarbeider, kelner, etc.)
- ☐ Teknologi og IT (ingeniør, programmerer, etc.)
- ☐ Kunst og kultur (kunstner, musiker, forfatter, etc.)
- ☐ Transport og logistikk (sjåfør, logistikkoordinator, etc.)
- ☐ Annet (velg denne kategorien hvis ingen av de ovennevnte passer)

31 Har du jobbet / jobber du turnus eller skiftarbeid i hovedyrket ditt?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Nei
- ☐ Ja, i noen grad
- ☐ Ja, omtrent halvparten av tiden
- ☐ Ja, i stor grad

32 Hvor lett eller vanskelig er det for deg / dere å få pengene til å strekke til i det daglige, med den inntekten du / dere har?

Dersom du bor alene, tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor sammen med andre, tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Svært vanskelig
- ☐ Vanskelig
- ☐ Forholdsvis vanskelig
- ☐ Forholdsvis lett
- ☐ Lett
- ☐ Svært lett
- ☐ Vet ikke

Boligsituasjon

33 Hva slags bolig bor du i?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Enebolig, rekkehus eller tomannsbolig
- ☐ Leilighet eller annen bolig på ett plan
- ☐ Omsorgsbolig
- ☐ Kommunal utleiebolig
- ☐ Annet, notér under:

34 Eier eller leier du den boligen du bor i?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Eier
- ☐ Leier
- ☐ Annet

35 Hvor fornøyd er du med den boligen du bor i nå?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Svært fornøyd
- ☐ Ganske fornøyd
- ☐ Verken fornøyd eller misfornøyd
- ☐ Ganske misfornøyd
- ☐ Svært misfornøyd

36 Kan du bo i boligen din hvis du får dårlig helse, for eksempel problemer med å gå?

Dersom du allerede har nedsatt helsetilstand, tenk på din nåværende situasjon.

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Nei
- ☐ Ja, jeg kan bo i boligen min om jeg tilpasser den
- ☐ Ja, jeg kan bo i boligen min slik den er
- ☐ Vet ikke

37 Har du selv gjort aktive grep for å tilpasse egen bolig slik at du kan bo hjemme, selv med svekket helse?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja
- ☐ Nei → Gå til 39

38 Har du gjort noe av følgende grep for å tilpasse egen bolig?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Trinnfritt inngangsparti ved hjelp av rampe, trappeheis etc.
- ☐ Installert håndtak og / eller rekkverk utenfor boligen
- ☐ Installert rekkverk / håndtak innendørs i boligen
- ☐ Sklisikring på gulv, fjerne snublefeller / dørlister / tepper
- ☐ Bedret belysningen innendørs og / eller utendørs
- ☐ Andre grep, noter i boksen under:
- ☐ Har ikke gjort noen grep

39 **Dersom du på sikt trenger en annen bolig (leilighet eller hus), hvilken boform vil du da foretrekke?**

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Trenger uansett ikke annen bolig / ikke aktuelt → Gå til **41**
- ☐ Leie en privat bolig
- ☐ Leie en kommunal bolig
- ☐ Kjøpe en bolig
- ☐ Annen boform

40 **Kunne du tenke deg å bo slik at du deler fellesareal med andre?**
Med fellesareal mener vi for eksempel felleskjøkken, felles tv-stue, felles trimrom, yogarom.

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Nei, ønsker ikke å dele fellesareal med andre
- ☐ Ja, kan dele fellesareal med andre på *min* alder → Gå til **42**
- ☐ Ja, kan dele fellesareal med andre i *ulik* alder

41 **Hva er årsaken til at du ikke vil flytte / trenger en annen bolig?**

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Jeg har alltid bodd her
- ☐ Jeg trenger plassen til besøk fra familie og venner
- ☐ Jeg finner ikke passende bolig i samme nærområde
- ☐ Jeg har ikke råd til å bytte bolig
- ☐ Andre årsaker, noter i boksen under:
- ☐ Ingen av disse

Ulønnet omsorgsarbeid

42 **Gir du regelmessig ulønnet praktisk hjelp til andre som er syke, funksjonshemmede eller eldre?**

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja, en person
- ☐ Ja, to eller flere personer
- ☐ Nei → Gå til **45**

43 **Bor denne personen (eller minst en av disse personene) i samme bolig som deg ?**

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja
- ☐ Nei

T T

44 Hva er ditt forhold til denne personen eller disse personene?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Eget barn / stebarn / fosterbarn
- ☐ Ektefelle / samboer / partner
- ☐ En annen slektning (søsken, tante, onkel, fetter osv.)
- ☐ Noen utenfor familien (venn, nabo, kollega osv.)

Deltakelse i kulturelle aktiviteter

45 I løpet av de siste 6 måneder, hvor mange ganger har du deltatt på eller selv drevet med:

Merk: Sett ett kryss på hver linje	To eller flere ganger i uken	Ukentlig	Månedlig	Av og til, men ikke hver måned	Aldri
Kor / sang / spille på et instrument	☐	☐	☐	☐	☐
Museum / kunstutstilling	☐	☐	☐	☐	☐
Konsert / teater / kino	☐	☐	☐	☐	☐
Kirke / annet trossamfunn	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitetssenter / seniorsenter	☐	☐	☐	☐	☐
Idrettsarrangement	☐	☐	☐	☐	☐
Frivillig arbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Trim / fysisk aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐

46 Hvordan vurderer du deltakelsen din i frivillig arbeid og / eller fritidsaktiviteter?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Jeg skulle gjerne vært mindre aktiv og deltatt i færre aktiviteter
- ☐ Jeg er omtrent så aktiv som jeg ønsker å være → Gå til 48
- ☐ Jeg skulle gjerne vært mer aktiv og deltatt i flere aktiviteter

47 Hva er årsaken til at du ikke får deltatt i så mange aktiviteter som du ønsker?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Min helsetilstand gjør det vanskelig å delta
- ☐ Det er mangel på tilbud innen mine interesseområder / behov
- ☐ Tilbudet er ikke universelt utformet
- ☐ Jeg har problemer med å komme meg dit på grunn av manglende transportmuligheter
- ☐ Kollektivtilbudet er ikke godt nok
- ☐ Avstandene er for store / det er for lang reisevei
- ☐ Tilbudet koster for mye
- ☐ På grunn av åpningstidene
- ☐ Annen grunn
- ☐ Usikker / vet ikke

Digital kompetanse

48 Bruker du noen av følgende:

Merk: Sett ett kryss på hver linje.	Ja	Nei
Datamaskin (pc eller mac)	☐	☐
Smarttelefon (mobiltelefon som gir adgang til internett)	☐	☐
Nettbrett eller Ipad	☐	☐
KOMP	☐	☐

Hvis du har svart «nei» på alt under spm 48, gå videre til spørsmål 51.

49 Omtrent hvor ofte bruker du internett?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Daglig
- ☐ Ukentlig
- ☐ Månedlig
- ☐ Sjeldnere enn månedlig

→ Gå til 51

- ☐ Aldri

50 Hva er årsaken(e) til at du ikke bruker internett?

Merk: Sett ett eller flere kryss

- ☐ Jeg mangler utstyr
- ☐ Jeg har ikke interesse av internett
- ☐ Jeg synes det er for vanskelig
- ☐ Jeg har ikke fått opplæring
- ☐ Jeg vet ikke hvor jeg kan få hjelp og opplæring
- ☐ Jeg synes internett virker skummelt
- ☐ Annen årsak
- ☐ Vet ikke

Kommunikasjon/informasjon mellom kommune og innbygger

51 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander:

Merk: Sett ett kryss på hver linje	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Det er tydelig for meg hvilken hjelp og tjenester jeg kan få fra kommunen og hva jeg må klare selv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Det er enkelt å få oversikt over kommunens tjenester	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Det er enkelt å få oversikt over hvordan jeg selv kan ta kontakt med kommunen for å få informasjon og veiledning	☐	☐	☐	☐	☐	☐

52 Har du fått hjelp til å fylle ut skjemaet?

Merk: Sett ett kryss

- ☐ Ja, jeg fikk hjelp til å fylle ut hele skjemaet
- ☐ Ja, jeg fikk hjelp til å fylle ut deler av skjemaet
- ☐ Nei, jeg har fylt ut selv

53 Har du noen synspunkter eller kommentarer til undersøkelsen?

Noter i boksen under.

Takk for at du deltok i undersøkelsen!

Trenger du noen å snakke med om dine tanker eller følelser, er det flere støttemuligheter tilgjengelig:

- For akutt hjelp og helseveiledning i Bergen kommune, vennligst ring legevakten på tlf. 116 117. De er tilgjengelige døgnet rundt for å hjelpe deg med medisinske råd og støtte.
- Mental Helse Hjelpetelefonen på tlf. 116 123 tilbyr anonym støtte og noen å snakke med, uansett hva du går gjennom. De er tilgjengelig hele døgnet, hver dag.
- Kirkens SOS kan nås på tlf. 22 40 00 40 og tilbyr også en døgnåpen krisetjeneste hvor du kan snakke om alt som er vanskelig, i fortrolighet.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no