

Trine Monica Myrvold
Lars Christian Monkerud

Helsekontoen

Utviklingen i Nordlands befolknings kunnskaper om
livsstil og helse 2012-2014



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Norsk institutt for by- og region-forskning (NIBR) er et uavhengig, samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt som utvikler og formidler forskningsbasert kunnskap til nytte for beslutningstakere og samfunnsborgere.

NIBR tilbyr handlingsorientert og beslutningsrelevant forskning og utredning for oppdragsgivere i offentlig og privat sektor og konkurrerer om oppdrag nasjonalt og internasjonalt. Instituttet legger vekt på å være en konkurransedyktig bidragsyter til programforskningen i Norges forskningsråd og til internasjonale forskningsprogrammer, bl.a. i regi av EU. NIBR er en frittstående stiftelse, og realisering av instituttets forskningsmål forutsetter at driften går med økonomisk overskudd. Alt overskudd tilbakeføres til NIBR og brukes i tråd med instituttets formål.

NIBRs kjernekompetanse er by- og regionforskning. Dette er et bredt tverrfaglig og flerfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsfelt som bl.a. omfatter: analyser av samfunnsforhold og samfunnsendring i urbane og rurale samfunn og på tvers av regioner, sektorer og nivåer, analyser av regional utvikling og verdiskaping, areal- og boligplanlegging, forvaltning, demokrati og velferdsutvikling innenfor og på tvers av lokale samfunn, territorielle samfunnsanalyser koplet til studier av bærekraftig utvikling.

By- og regionforskning er et internasjonalt forskningsfelt, og NIBR engasjerer seg aktivt i internasjonal forskning på instituttets satsingsområder.

NIBR har 65 forskere med samfunnsfaglig og planfaglig bakgrunn. Staben omfatter sosiologer, statsvitere, økonomer, demografer, antropologer, geografer, arkitekter og sivilingeniører.

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

Gaustadalléen 21
0349 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
www.nibr.no

NIBR er en del av CIENS

CIENS er et strategisk forskningssamarbeid mellom uavhengige forskningsinstitutter og Universitetet i Oslo. CIENS er et nasjonalt og internasjonalt senter for tverr- og flerfaglig forskning om miljø og samfunn. Senteret er basert på felles faglige strategier og forskningsprogram, og samarbeider om forsknings- og formidlingsoppgaver. Gjennom CIENS er rundt 500 forskere samlokalisert i Forskningsparken.

Nordland fylkeskommune lanserte Helsekontoen i mars 2013, en strategi for kommunikasjon om folkehelse. Rapporten analyserer utviklingen i kunnskaper om og holdninger til livsstil og helse i Nordland fra 2012 til 2014. Generelt er endringene relativt små. Det er viss tendens til at kunnskapene til kvinner, yngre og folk med høy socioøkonomisk status øker mer enn tilsvarende for menn, eldre og innbyggere med lavere status.

Helsekontoen

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-notat 2013:103	Kunnskap, atferd og holdninger til sammenhengen mellom livsstil og helse blant Nordlands befolkning
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2014:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' helse- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging
NIBR-rapport 2014:16	Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?
NIBR-rapport 2014:21	Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør.

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Trine Monica Myrvold
Lars Christian Monkerud

Helsekontoen

Utviklingen i Nordlands befolknings kunnskaper
om livsstil og helse 2012-2014

NIBR-rapport 2015:9

Tittel: Helsekontoen.
Utviklingen i Nordlands befolknings kunnskaper om livsstil og helse 2012-2014

Forfatter: Trine Monica Myrvold og Lars Christian Monkerud

NIBR-rapport: 2015:9

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-062-8 (trykt)

Prosjektnummer: 3063

Prosjektnavn: Nordlands befolknings holdninger til og kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse

Oppdragsgiver: Nordland fylkeskommune

Prosjektleder: Trine Myrvold

Referat: Nordland fylkeskommune lanserte Helsekontoen i mars 2013, en strategi for kommunikasjon om folkehelse. Rapporten analyserer utviklingen i kunnskaper om og holdninger til livsstil og helse i Nordland fra 2012 til 2014. Generelt er endringene relativt små. Det er viss tendens til at kunnskapene til kvinner, yngre og folk med høy sosioøkonomisk status øker mer enn tilsvarende for menn, eldre og innbyggere med lavere status.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Mai 2015

Antall sider: 96

Pris: 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-idé
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2015

Forord

Denne rapporten utgjør sluttrapporteringen fra prosjektet 'Nordlands befolknings holdninger til og kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse'. Prosjektet består av to omganger med spørreundersøkelse til et representativt utvalg av befolkningen i Nordland, gjennomført i 2012 og 2014. TNS Gallup har stått for datainnsamlingen i begge rundene. Første del av prosjektet ble gjennomført av forsker Sara Blåka ved NIBR. Resultatene fra 2012-undersøkelsen er rapportert som NIBR-notat 2013:13: <http://www.nibr.no/filer/2013-103.pdf>.

Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra Nordland fylkeskommune. Forskerne takker Tove Solvang for god og hyggelig oppfølging av prosjektet fra oppdragsgivers side!

Oslo, mai 2015

Hilde Lorentzen
Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt	7
Sammendrag	8
1 Innledning	19
1.1 Spørsmål for undersøkelsen	19
1.2 Hva viste undersøkelsen fra 2012?	20
1.3 Hva er Helsekontoen?	22
2 Data og metode	24
2.1 Spørreskjemaene	24
2.2 Datainnsamlingen	25
2.3 Kan vi si noe om betydningen av Helsekontoen? Muligheter og begrensninger	26
2.4 Hvordan legger vi opp analysene?	27
3 Kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse	29
3.1 Kunnskap og oppfatninger om kosthold, fysisk aktivitet og nikotin	29
3.2 Oppfatninger av egen livsstil og helse	41
3.3 Oppsummering	45
4 Fylkeskommunens informasjonsarbeid gjennom Helsekontoen	47
4.1 Informasjonsmateriell og -arenaer	47
4.2 Respondentenes medievaner	49
4.3 Har folk lagt merke til 'Helsekontoen'?	50
4.4 Oppsummering	55
5 Hvilken betydning har Helsekontoen hatt?	57
5.1 Metodisk tilnærming	57
5.2 Endringer i kunnskaper og holdninger 2012-2014	62
5.3 Hva betyr kjønn, alder, utdanning og inntekt for endringer i kunnskap og holdninger?	66

5.4	Hvilken betydning har mediebruk for folks tilegning av kunnskap?	78
5.5	Oppsummering	79
6	Konklusjoner.....	82
	Litteratur	86
	Vedlegg 1 Tabeller	88

Tabelloversikt

Tabell 3.1	<i>I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Kosthold. Gjennomsnitt (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=858-1101; N₂₀₁₄=771-941).....</i>	31
Tabell 3.2	<i>Endringer i befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 9=galt svar på alle påstander; 45=riktig svar på alle påstander.....</i>	33
Tabell 3.3	<i>Anbefalinger for inntak av frukt og grønt per dag. Andel svar som er identiske med anbefalingene. Prosent (totalt antall i parentes).....</i>	34
Tabell 3.4	<i>I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Fysisk aktivitet. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1021-1104; N₂₀₁₄=890-941).....</i>	36
Tabell 3.5	<i>Endringer i befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 5=galt svar på alle påstander; 25=riktig svar på alle påstander.....</i>	37
Tabell 3.6	<i>Anbefalinger for moderat fysisk aktivitet per dag. Andel svar som er identiske med anbefalingene.¹ Prosent (totalt antall i parentes).....</i>	38
Tabell 3.7	<i>I hvor lang tid anbefales voksne og eldre å være i moderat fysisk aktivitet hver dag? 2012 og 2014. Prosent. (N₂₀₁₂=1101; N₂₀₁₄=943).....</i>	38
Tabell 3.8	<i>I hvor lang tid anbefales barn og unge å være i moderat fysisk aktivitet hver dag? 2012 og 2014.. Prosent. (N₂₀₁₂=1078; N₂₀₁₄=921).....</i>	39
Tabell 3.9	<i>I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Nikotin/ snus. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1046-1095; N₂₀₁₄=918-938).....</i>	40
Tabell 3.10	<i>I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? T-test for forskjeller i gjennomsnitt. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1099; N₂₀₁₄=940).....</i>	40

Tabell 3.11	<i>I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Vurdering av egen helse og livsstil. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1086-1104; N₂₀₁₄=931-945).....</i>	41
Tabell 3.12	<i>Endringer i befolkningens holdning til egen helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 5=lavest svar på alle påstander; 25=høyest svar på alle påstander.....</i>	42
Tabell 3.13	<i>Eget kosthold. Prosent. (N₂₀₁₂=1090; N₂₀₁₄=939).....</i>	43
Tabell 3.14	<i>Endringer i befolkningens holdning til egen helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 6=lavest svar på alle påstander; 20=høyest svar på alle påstander.....</i>	44
Tabell 3.15	<i>Egen fysisk aktivitet. Prosent. (N₂₀₁₂=1106; N₂₀₁₄=949) ..</i>	45
Tabell 3.16	<i>Eget nikotinbruk. Prosent. (N₂₀₁₂=1107; N₂₀₁₄=946).....</i>	45
Tabell 4.1	<i>Hvilke av de ulike mediene benytter du vanligvis? 2012. Datamateriale vektet på kjønn, alder og utdanning.....</i>	49
Tabell 4.2	<i>Har du lagt merke til Helsekontoens logo?.....</i>	51
Tabell 4.3	<i>Har du lagt merke til én eller flere av disse annonsene?.....</i>	52
Tabell 4.4	<i>Andel respondenter som har lagt merke til både logoen og annonsene. Antall i parentes.</i>	53
Tabell 4.5	<i>Hvor har du sett informasjon om Helsekontoen?.....</i>	54
Tabell 4.6	<i>I hvilken grad har Helsekontoen gitt deg mer kunnskap om følgende forhold? Prosent av de som sier de har lagt merke til Helsekontoen (N=72) og gjennomsnitt der 1=I svært liten grad og 5=I svært stor grad.....</i>	55
Tabell 5.1	<i>Endringer i indeks for kunnskap om kosthold og helse (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=537).....</i>	67
Tabell 5.2	<i>Endringer i kunnskap om anbefalt mengde frukt/grønt pr. dag (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=528).....</i>	68
Tabell 5.3	<i>Endringer i indeks for kunnskap om fysisk aktivitet og helse (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=537).....</i>	70
Tabell 5.4	<i>Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for barn/unge (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=518).....</i>	71
Tabell 5.5	<i>Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for voksne/eldre (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=530).....</i>	72

Tabell 5.6	<i>Endringer i holdning til "for en person som har røkt i 20 år har det ingen hensikt å bli røykfri" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 1 (N=518).</i>	74
Tabell 5.7	<i>Endringer i holdning til "snus er ikke helsefarlig" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 1 (N=518).</i>	75
Tabell 5.8	<i>Endringer i indeks for opplevelse av eget kosthold (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 1 (N=538).</i>	77
Tabell V.1	<i>Korrelasjon mellom alder og medievaner</i>	88
Tabell V.2	<i>Er endringer kunnskap om kosthold og helse betinget av mediebruk? (Høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2</i>	89
Tabell V.3	<i>Endringer i kunnskap om anbefalt mengde frukt/grønt pr. dag (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2</i>	90
Tabell V.4	<i>Endringer i indeks for kunnskap om fysisk aktivitet og helse (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2</i>	91
Tabell V.5	<i>Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for barn/unge (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2</i>	92
Tabell V.6	<i>Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for voksne/eldre (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2</i>	93
Tabell V.7	<i>Endringer i holdning til "snus er ikke helsefarlig" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 2</i>	94
Tabell V.8	<i>Endringer i holdning til "for en person som har røkt i 20 år har det ingen hensikt å bli røykfri" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 2</i>	95
Tabell V.9	<i>Endringer i oppfatning av eget kosthold (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 2</i>	96

Figuroversikt

Figur 5.1	<i>Endring i indeksen for kunnskap om fysisk aktivitet og helse. 2012-2014. Paneldata (N=590).</i>	63
Figur 5.2	<i>Endring for indeksen for kunnskap om kosthold og helse. 2012-2014. Paneldata (N=590).</i>	63
Figur 5.3	<i>Endring for indeksen for eget kosthold. 2012-2014. Paneldata (N=592).</i>	64
Figur 5.4	<i>Endring i mål på antall anbefalte porsjoner frukt/grønt. 2012-2014. Paneldata (N=581).</i>	64
Figur 5.5	<i>Endring i mål på anbefalt treningsmengde voksne/eldre. 2012-2014. Paneldata (N=584).</i>	65
Figur 5.6	<i>Endring i mål på anbefalt treningsmengde barn/unge. 2012-2014. Paneldata (N=569).</i>	65

Sammendrag

Trine Monica Myrvold og Lars Christian Monkerud
**Helsekontoen - Utviklingen i Nordlands befolknings
kunnskaper om livsstil og helse 2012-2014**
NIBR-rapport 2015:9

Bakgrunn og problemstillinger

Nordland fylkeskommune driver en offensiv folkehelsepolitikk. I mars 2013 lanserte de 'Helsekontoen' – et viktig element i fylkeskommunens individrettede kommunikasjonsarbeid. I forkant av lanseringen – i november/desember 2012 – ble det gjennomført en spørreundersøkelse til et representativt utvalg av befolkningen om holdninger til og kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om kosthold, fysisk aktivitet, trivsel og tobakk/snus.

To år etter første undersøkelse ble det gjennomført en ny survey til befolkningen med mange av de samme spørsmålene. Hensikten med å gjøre målinger på to tidspunkt er først og fremst å se om vi kan spore effekter av det omfattende informasjonsarbeidet Nordland fylkeskommune har gjennomført om sammenhengen mellom helse og livsstil. I rapporten belyser vi følgende spørsmål:

- Hvordan har befolkningens kunnskaper, atferd og holdninger endret seg i perioden 2012-2014?
- Er utviklingen forskjellig for ulike grupper i befolkningen?
- Kan eventuelle endringer i befolkningens og befolkningsgruppers kunnskaper, atferd og holdninger føres tilbake til fylkeskommunens informasjonssatsinger?

Hva er Helsekontoen?

Helsekontoen er et av fylkeskommunens virkemidler for å nå sin visjon for folkehelsearbeidet: «*Fresket Nordland*». Gjennom

kommunikasjonsarbeidet ønsker Nordland fylkeskommune å øke befolkningens kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse, samt påvirke til at innbyggerne tar gode valg for seg selv og sine.

Helsekontoen henter assosiasjoner fra bankkonti – alle kan gjøre innskudd på egen helsekonto ut fra individuelle forutsetninger. Helsekontoen har fire temaområder: fysisk aktivitet, kosthold og ernæring, tobakk og trivsel/hygge. Med Helsekontoen vil fylkeskommunen unngå mas og formaninger, og heller appellere til den enkeltes mestringsfølelse. Fylkeskommunen ønsker å senke terskelen for å komme i gang med en sunnere livsstil, samt stimulere de som allerede er godt i gang.

Helsekontoen er forankret i Nordland fylkeskommunes Handlingsplan for folkehelsearbeid 2013-2016.

Endringer i befolkningens kunnskaper, atferd og holdninger i perioden 2012-2014?

Vi finner generelt små endringer i folks kunnskaper og holdninger i løpet av de siste to årene, og de endringene som kan observeres peker ikke i noen entydig retning.

For **kostholdsspørsmålene** finner vi bare klare endringer for tre spørsmål. Befolkningen ser ut til å ha blitt mer bevisst på nytten av fiber i fullkornsprodukter, og er også i større grad oppmerksom på at slankekurer ikke behøver å være sunne, selv om de fører til vektnedgang. På den annen side er folk blitt noe mindre tilbøyelige til å se hardt smør som usunt. En samleindeks for befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse viser en liten negativ trend, dvs. at kunnskapene beveger seg litt *bort fra* helsemyndighetenes kostholdsråd.

Kunnskapene om de helsemessige betydningene av **fysisk aktivitet** er også svært stabile. Det er noen flere som har fått med seg at inaktive mennesker vil ha en positiv effekt av selv små doser fysisk aktivitet. I avveiningen mellom redusert fysisk aktivitet og økt matinntak som årsak til overvekt, er det flere som holder på matinntaket som hovedproblem i 2014. Det er dessuten flere som kjenner til anbefalt mengde fysisk aktivitet for voksne og eldre i 2014, mens vi ikke finner en tilsvarende økning for kunnskapen om anbefalingene for barn og unge. Samleindeksen for kunnskaper

om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er helt stabil i perioden 2012 til 2014.

For **tobakksbruk** ser vi særlig én klar endring: det er betydelig flere som mener at snus er helseskadelig i 2014 sammenliknet med to år tidligere.

I undersøkelsen er deltakerne også bedt om å svare på spørsmål om **egen livsstil**. Vi finner en klar økning i andelen som legger vekt på nøkkelhullsmerkingen når de velger matvarer. Det er også klart flere som svarer at de aldri røyker. Ellers er det små endringer.

Er utviklingen forskjellig for ulike grupper i befolkningen?

I det store bildet finner vi få klare forskjeller i utviklingen i kunnskap mellom ulike befolkningsgrupper. Men noen mønstre avtegner seg. For de fleste temaene ser vi **forskjeller mellom kjønnene**: menns kunnskaper øker i snitt noe mindre enn kvinners i perioden 2012-2014. Det ser altså ut til å være vanskeligere å nå ut til menn med ”riktig” informasjon om sammenhengen mellom livsstil og helse.

Dette gjelder både kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse og kunnskaper om kosthold og helse. Også når det gjelder holdninger til tobakk ser en at menn i mindre grad enn kvinner tar inn over seg helsemyndighetenes budskap om at «snus er helsefarlig». På den annen side øker menn i snitt sin forståelse for at «ubetinget» røykekutt er et gode mer enn kvinner.

Vi finner også at **alder har betydning**: eldres kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse øker jevnt over langsommere enn yngres kunnskaper.

I analysene finner vi også at **sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer** tidvis kan forklare noe av de målte endringene. For kunnskapsmålene omkring fysisk aktivitet, kosthold, trening og tobakksbruk ser vi en tendens til at grupper med lavere utdanning i mindre grad tar inn over seg helsemyndighetens anbefalinger. Dette er i tråd med utdanning sett som en «ressurs for kunnskapsøkning». En ser også at en *endring* i utdanning (fra et «trinn» til det neste) i løpet av toårsperioden forbindes med relativt større økning i kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse.

Også **husstandens inntekt** spiller en rolle: vi ser et svakt mønster der kunnskapen om voksne/eldres riktige treningsmengde og kunnskapen om riktig mengde frukt/grønt pr. dag er mindre presis for respondenter med lave inntekter.

Det klareste mønsteret ser vi i analysen av folks oppfatning av eget kosthold: Respondenter med kun grunn- eller videreutdanning har en dårligere utvikling enn dem med høyskole- eller universitetsutdanning. Igjen ser det ut til at en endring i sosioøkonomisk status over perioden kan hjelpe noe: De som øker sin utdanning og/eller inntekt i løpet av de to årene endrer i større grad kostholdet i riktig retning sammenliknet med dem som ikke tar ytterligere utdanning eller får høyere inntekt.

Kan endringer i kunnskaper, atferd og holdninger føres tilbake til Helsekontoen?

Nordland fylkeskommune har informert bredt og variert om sammenhengen mellom helse og livsstil gjennom Helsekontoen. Informasjonen har vært kanalisert gjennom tradisjonelle og nettbaserte medier og gjennom kommunale og fylkeskommunale tjenester.

Blant deltakerne i vår spørreundersøkelse er det imidlertid få som sier at de har sett Helsekontoens logo eller annonsekampanjer. Dette behøver ikke bety at de *faktisk ikke* har sett dem – men de husker i alle fall ikke at de har lagt merke til dem. At ikke de kan huske å ha sett informasjon om Helsekontoen behøver ikke bety at de ikke har fått med seg innholdet i satsingen.

Siden mye av informasjonen om Helsekontoen er kanalisert gjennom ulike typer medier, har vi gjort analyser der vi tar med deltakernes mediebruk. Inkludering av mediebruk i analysene endrer ikke bildet av små forskjeller i gruppers kunnskapsøkning. Vi finner litt ulik profil på kunnskapstilegnelsen for folk som bruker tradisjonelle medier sammenliknet med de som bruker nettbaserte medier. På nettet er det større muligheter for brukeren *selv* å oppsøke informasjon – fortrinnsvis informasjon en ønsker seg. Det er derfor en særlig utfordring for offentlig myndigheter å utforme informasjonssatsinger som når gjennom i disse mediene, i konkurranse med alternativ informasjon.

Med vårt analyseopplegg er det ikke mulig å fastslå med sikkerhet om og hvordan Helsekontoen har bidratt til økt kunnskap om

sammenhenger mellom livsstil og helse i Nordlands befolkning. Dette skyldes først og fremst at innbyggerne i Nordland i perioden 2012-2014 har vært utsatt for en lang rekke impulser, informasjonsfremstøt og samfunnsmessige endringer. Informasjonen fra Nordland fylkeskommune har vært i tråd med, og støttet opp om, informasjon fra statlige helsemyndigheter. Det er derfor ikke mulig for oss å peke ut Helsekontoen som den ene, viktige faktoren som har hatt betydning for utviklingen i befolkningens kunnskaper.

Summary

Trine Monica Myrvold and Lars Christian Monkerud

Health account - Changes in the public's knowledge of the connection between lifestyle and health in the County of Nordland, 2012–2014

NIBR Report 2015:9

Background and research questions

Nordland County Council pursues a proactive public health policy. In March 2013, the Council introduced a 'Health Account' – an important element in the county's information drives targeting people on an individual basis. Ahead of the launch – in November and December 2012 – a survey was conducted of a representative sample of the population to determine attitudes towards and knowledge of the relationship between lifestyle and health. The survey included questions on diet, physical activity, well-being and tobacco/snus (low nitrosamine smokeless tobacco, Swedish type).

Two years after this first survey a new one was conducted using many of the same questions. The purpose of obtaining responses at two different points in time is primarily to see if it is possible to detect any effect of the County Council's extensive information campaign concerning the link between health and lifestyle. The report explores the following questions:

- Have the public's knowledge, behaviour and attitudes changed in the period 2012-2014?
- Do the changes differ according to segment of the population?
- Can any of these changes in the knowledge, behaviour and attitudes of the public and particular groups be attributed to the County Council's campaign?

What is the health account?

The health account is one of the tools the County Council has used to realize its public health programme, “*Fresket Nordland*” (“Frisky Nordland”). The Council ran the campaign to increase people’s awareness of the link between lifestyle and health, and to help people make sensible choices for themselves and their families.

The health account is like a bank account – everyone can make a deposit into their health account based on their particular abilities. The health account has four thematic areas: physical activity; diet and nutrition; tobacco; and well-being/enjoyment. The County Council were hoping that by using the health account they could avoid creating the impression of an overprotective and sermonizing “nanny state”, and speak rather to people’s sense of empowerment. The County Council wanted to make it easier for people to begin leading a healthier life, and to encourage people who had already started.

The Health Account is an integral feature of Nordland County Council’s Public Health Action Plan for 2013–2016.

What changes in the public’s knowledge, attitudes and behaviour can be detected from 2012 to 2014?

Generally speaking, we detected few changes in people’s knowledge and attitudes over the past two years, and what changes can be observed do not point in any particular direction.

Regarding **diet and nutrition questions** we find clear changes on three questions only. The public seem to be more aware of the benefits of fibre in whole grain products, and are also increasingly aware that slimming diets are not necessarily healthy despite leading to weight loss. On the other hand, people are somewhat less likely to consider hard butter as unhealthy. A pooled index of public knowledge of the relationship between diet and health shows a slightly negative trend; in other words, knowledge is moving slowly in the opposite direction of the recommendations of the health authorities.

The public’s knowledge of the health benefits of **physical activity** is also very stable. People are slightly more likely to understand that activity is beneficial for inactive people, even in small doses.

Weighing between reduced physical activity and higher food intake as a cause of obesity, more people indicate food intake as the main problem in 2014. There is also greater knowledge of the recommended amounts of physical activity for adults and seniors in 2014, although we were unable to detect an equivalent increase in people's awareness of recommendations for children and adolescents. The pooled index of knowledge on the link between physical activity and health is completely stable from 2012 to 2014.

We observe one notable change with regard to knowledge of the consequences of **tobacco consumption**: a significantly larger number now believe that smokeless tobacco (snus) is harmful to health in 2014 compared to two years earlier.

Participants were also asked to answer questions relating to their **own lifestyle**. We find a clear increase in the proportion taking keyhole labelling seriously when they are choosing food. There is also a clear increase in the numbers who say they never smoke. Otherwise, the changes are minor.

Are the changes different among different segments of the population?

In the bigger picture, we find few perceptible differences in awareness among different population groups. There are some nascent patterns, however. For most of the topics we see **differences between the sexes**: the increase in knowledge among male respondents is slightly smaller than among females in the period 2012–2014. It looks as if it is harder to reach men with the “correct” information about the link between lifestyle and health.

This includes knowledge of the link between physical activity and health, and knowledge of diet/nutrition and health. Also with regard to attitudes to tobacco consumption, men are less likely to take the health authorities' “snus is harmful” message seriously. On the other hand, the belief that it is a good thing to go “cold turkey” to quit smoking has increased more among male respondents than female respondents.

Age, we discovered, is also significant: seniors' awareness of the relationship between lifestyle and health increases more slowly than younger people's awareness of the link.

Socioeconomic background factors can occasionally explain some of the changes we have detected in our analyses. With regard to what the authorities wanted people to take from the information about physical activity, diet, exercise and tobacco consumption, the less well-educated are also less likely to set much store by the health authorities' recommendations. This conforms with the view of education as a "learning or awareness-raising resource". There is also evidence that a *change* in education (upwards from one "level" to the next) over the two-year period is associated with a relatively higher increase in knowledge about the relationship between physical activity and health.

Household income also plays a role. We observe a weak pattern in which what adults/seniors know concerning the right amount of exercise and the correct daily amount of fruit/vegetables is less exact among respondents in the low income bracket.

The clearest pattern thrown up by the analyses relates to people's perceptions of their own diet. Respondents with only primary or secondary education have taken in less than people with a college or university education. Again, changes in socioeconomic status during the period appear to help to a certain extent. Respondents who improved their qualifications and/or income during the two years are more likely to adjust their eating habits in the right direction compared to people whose educational and wage levels remained unchanged.

Can we attribute changes in knowledge, behaviour and attitudes to the health account?

Nordland County Council has used the health account in a broad-based and varied information campaign about the connection between health and lifestyle. The information was published in conventional and online media and made available by public services at the local and county level.

Only a small number of the participants in our survey had seen the health account's logo or advertisements. This does not necessarily mean they had *not actually* seen them, only that they do not remember having done so. That they cannot recall seeing information about the health account does not necessarily mean they overlooked what the campaign was trying to get across.

Since much of the information about the health account was published in various types of media, we conducted analyses that included participants' media use. This did not change the general picture of only subtle changes in the groups' growth in awareness. We find slightly different profiles on the acquisition of knowledge for people who use conventional media compared to those using online media. There are more opportunities for the internet user to search out the information *themselves* – usually information they are interested in. It is therefore particularly challenging for public authorities to design information campaigns that reach the designated targets via these media, in competition with other information.

Given our analysis design, we cannot say with accuracy whether and how much the health account actually contributed to an increase in people's knowledge about the relationships between lifestyle and health in the county. This is primarily because the inhabitants of Nordland County were exposed to a wide variety of campaigns and changes in society. The information directed at the public by Nordland County Council was in line with, and corroborated, information issued by the national health authorities. It is therefore not possible for us to identify the health account as the one important factor influencing changes in the population's knowledge.

Innledning

1.1 Spørsmål for undersøkelsen

Denne rapporten viser resultatene av en undersøkelse av befolkningen i Nordlands kunnskap, atferd og holdninger til sammenhengen mellom livsstil og helse. Undersøkelsen er gjennomført i to omganger, i november/desember 2012 og i samme periode i 2014.

Første del av undersøkelsen bidro til å avdekke kunnskapsnivået for ulike grupper av befolkningen innenfor folkehelseområdene kosthold, fysisk aktivitet og tobakk/snus (Blåka 2013). Resultatene fra 2012 er benyttet av oppdragsgiver i utarbeidelsen av en informasjonssatsing som har fokus på sammenhengen mellom livsstil og helse.

Dataene fra første runde danner også ”nullpunkt” og sammenlikningsgrunnlag for resultatene fra 2014. Hensikten med å gjøre målinger på to tidspunkt er først og fremst å se om vi kan spore effekter av det omfattende informasjonsarbeidet Nordland fylkeskommune har gjennomført om sammenhengen mellom helse og livsstil. I rapporten belyser vi følgende spørsmål:

- Hvordan har befolkningens kunnskaper, atferd og holdninger endret seg i perioden 2012-2014?
- Er utviklingen forskjellig for ulike grupper i befolkningen?
- Kan eventuelle endringer i befolkningens og befolkningsgruppers kunnskaper, atferd og holdninger føres tilbake til fylkeskommunens kampanjer/satsinger?

1.2 Hva viste undersøkelsen fra 2012?

Undersøkelsen som helhet viste at folk i Nordland stor sett har god kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse. Kunnskapen varierer imidlertid noe mellom ulike temaer og mellom grupper i Nordlands befolkning.

Kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse

De aller fleste av respondentene er klar over anbefalingene om å spise fem porsjoner frukt og grønt om dagen. Folk er i stor grad klar over at hvitt sukker ikke regnes som sunt og at det er sunnere å spise både frukt og grønnsaker, enn det er å kun spise frukt. Når det gjelder fiber og fullkornsprodukter varierer kunnskapsnivået noe.

Folk er også stort sett helt eller delvis enige i at nøkkelhullsmerkingen av matvarer viser at disse varene er et sunnere alternativ. Mange tar imidlertid ikke hensyn til denne merkingen når de selv velger matvarer.

Kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse

De aller fleste av de spurte kjenner til at voksne og eldre anbefales å være i aktivitet minst 30 minutter per dag. Folk er stort sett enige i at all fysisk aktivitet hjelper på helsen. De aller fleste mener at det vil gi en positiv helseeffekt for inaktive å begynne med fysisk aktivitet, og at man kan øke helsegevinsten ved å øke varigheten eller intensiteten av treningen.

De spurte er totalt sett noe mer usikre på hva de skal legge i begrepet ”fysisk aktivitet med moderat intensitet”. Folk er også i snitt usikre på om styrketrening er like viktig som kondisjons-trening for godt voksne og eldre.

Kunnskap om tobakk og snus

De aller fleste av de spurte mener at snus er helseskadelig. Folk er også i stor grad klar over at man har en helsegevinst av å slutte å røyke, selv om man har røykt i 20 år.

Folks egen livsstil

Folk synes stort sett selv at de delvis lever et sunt liv. De spurte tror også at levevaner delvis har noe å si for deres egen helse.

Hovedinntrykket er at deler av befolkningen er ganske bevisst sitt eget kosthold – de spiser fullkornsprodukter, bruker olje i matlaging og følger Helsedirektoratets anbefalinger om å spise fisk til middag to til tre ganger i uka. Svært mange av de spurte oppgir også at de ikke konsumerer sukkerholdig drikke som brus eller saft ukentlig. De aller fleste spiser frokost daglig, men svært få følger anbefalingene om å spise fem porsjoner frukt eller grønt om dagen. Her oppgir de fleste at de spiser én til to porsjoner.

Desto sunnere kosthold folk har, desto mer kunnskap har de om sammenhengen mellom kosthold og helse.

Majoriteten av respondentene oppgir at de er fysisk aktive minst 30 minutter én til to ganger per uke. Omtrent halvparten sier at de trener med større intensitet ukentlig. Jo oftere folk trener med høy intensitet, jo mer kunnskap har de om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse.

15 prosent av de spurte røyker daglig, mens om lag én av ti oppgir at de tar seg en røyk av og til. Bruken av snus er noe mindre utbredt enn røyking blant de spurte totalt sett. Folk som ikke bruker snus, mener i større grad at snus er farlig enn folk som bruker snus.

Oppsummering av funnene fra 2012

Et hovedfunn i undersøkelsen av Nordlands befolkning fra 2012 er at kjønn har størst betydning på hvilken kunnskap folk har om sammenhengen mellom livsstil og helse. Kvinner er mer enige i anbefalingene til helsemyndighetene, de har et sunnere kosthold og er mer sikre i sin kunnskap om hva et sunt kosthold innebærer. Selv om menn oftere er fysisk aktive enn det kvinner er, har kvinner kunnskap som er mer i tråd med offentlige myndigheters anbefalinger for fysisk aktivitet.

Videre fant vi enkelte forskjeller i alder og utdanning både når det gjelder kunnskap og faktisk atferd. Jo høyere utdanning, jo mer kunnskap og sunnere livsstil har folk. Jo eldre man er, desto sunnere kosthold har man. Men de yngre er mer enig i myndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitet.

1.3 Hva er Helsekontoen?

Nordland fylkeskommune har i mange år drevet et offensivt folkehelsearbeid. Visjonen for fylkeskommunens folkehelsearbeid uttrykkes i begrepet «*Fresket Nordland*». I handlingsplanen for folkehelsearbeidet er hovedmålet for kommunikasjonsarbeidet at «*Nordlands befolkning skal ha god kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse*». Målgruppen for kommunikasjonsarbeidet er Nordlands befolkning.

Helsekontoen er et av fylkeskommunens virkemidler for å nå visjon og mål i folkehelsearbeidet. Satsingen, som ble lansert i mars 2013, utgjør en viktig del av den individrettede delen av kommunikasjonsarbeidet. På Helsekontoens hjemmesider beskrives grunnidéen med satsingen slik:

Helsekontoen kan sammenlignes med en bankkonto.
Noen ganger setter du inn – andre ganger tar du ut.
Det viktigste er at du har balanse på Helsekontoen.

Gjennom kommunikasjonsarbeidet ønsker Nordland fylkeskommune å øke befolkningens kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse, samt påvirke til at innbyggerne tar gode valg for seg selv og sine. De ønsker også å gjøre befolkningen i Nordland mer bevisst på de valg den enkelte gjør som vil påvirke helsen.

Helsekontoen har fire temaområder: Fysisk aktivitet, Kosthold og ernæring, Tobakk og Trivsel/hygge. Fylkeskommunen er opptatt av å vise mangfoldet i det som spiller positivt inn på den enkeltes opplevelse av et godt liv:

God helse handler ikke bare om fravær av sykdom eller lidelse, men om faktorer som mestring, mening, sosialt velvære og overskudd i hverdagen. For å oppnå en god balanse mellom kroppens fysiske og mentale behov er det viktig å tenke mangfold på helsefremmende innskudd.

Helsekontoen sammenlignes som sagt med en bankkonto, der alle kan gjøre innskudd på egen helsekonto ut fra de individuelle forutsetningene. Med Helsekontoen vil fylkeskommunen unngå mas og formaninger, og heller appellere til den enkeltes mestrings-

følelse. Fylkeskommunen ønsker å senke terskelen for å komme i gang, samt stimulere de som allerede er godt i gang.

Helsekontoens hjemmesider gir tips og råd som kan inspirere og motivere til å gjøre små endringer i hverdagen. Et hovedbudskap er at de daglige innskuddene bør være varierte og helst fra alle temaområdene. I tråd med bankkonto-allegorien oppfordres befolkningen:

Tenk innskudd og uttak i hverdagen!

Kommunikasjonsarbeidet er forankret i Nordland fylkeskommunes Handlingsplan for folkehelsearbeid 2013-2016. Fylkeskommunens kommunikasjonsarbeid er både befolkningsrettet, grupperett og individrettet. Helsekontoen er paraplyen for det individrettete arbeidet.

Den undersøkelsen som rapporteres her er andre del av en kartlegging av befolkningens kunnskaper om og holdninger til sammenhengen mellom livsstil og folkehelse. Analysene ser på endringer i holdninger, kunnskaper og atferd fra før Helsekontoen ble lansert til knappe to år etter lanseringen. Hensikten er å gi informasjon om mulige effekter av fylkeskommunens kommunikasjonsarbeid, slik at fylkeskommunen har et grunnlag for å justere satsingen eller starte nye tiltak, hvis kartleggingen skulle vise at dette er nødvendig.

I kapittel 4 beskriver vi noe mer konkret fylkeskommunens arbeid med Helsekontoen.

Først, i kapittel 2, redegjør vi for datamaterialet og metoden som er benyttet i undersøkelsen og som ligger til grunn for denne rapporten. Kapittel 3 gir en enkel oversikt over endringer i befolkningens holdninger, kunnskaper og atferd i perioden 2012-2014. I kapittel 5 forsøker vi å besvare spørsmålet om kommunikasjonsarbeidet, og særlig Helsekontoen, har ført til endringer i befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse, i tråd med Nordland fylkeskommunes satsing.

2 Data og metode

Datainnsamlingen til analysene i denne rapporten ble gjennomført for NIBR av TNS Gallup, som også stod for datainnsamlingen i 2012. TNS Gallup har hatt ansvar for trekking av utvalgene, tilrettelegging av webskjema, gjennomføring av feltarbeidet og rapportering av vektet SPSS-fil.

NIBR har utformet begge spørreskjemaene, med innspill fra oppdragsgiver Nordland fylkeskommune. TNS Gallup har bidratt med råd om utforming av skjemaene.

2.1 Spørreskjemaene

Spørreskjemaene for 2012 og 2014 har mange likhetstrekk (se skjemaene i vedlegg). Begge består av påstander respondentene skal ta stilling til (grader av enig/uenig), spørsmål med ulike svaralternativer og åpne spørsmål. I tillegg har vi samlet inn en del bakgrunnsinformasjon om respondentene, som kjønn, alder, utdanning og inntekt.

Påstandene består av utsagn basert på uttalte anbefalinger og råd fra helsemyndighetene om livsstil og helse innenfor områdene kosthold, fysisk aktivitet og tobakk (se for eksempel helsenorge.no, Helsedirektoratets nettsider, Departementene 2007-2011, 2005-2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2006-2010). Disse anbefalingene danner også grunnstammen i Nordland fylkeskommunes informasjon, både på fylkeskommunens nettsider og på Helsekontoen.no.

Påstandene i spørreskjemaet er formulert som enten sanne eller usanne. Hvor enig/uenig respondentene er i påstandene vil indikere kunnskapsnivået. Her er det imidlertid viktig å presisere at hva som blir sett på som ”riktig” livsstil for god helse ikke er et statistisk fenomen. Det er heller ikke alltid at kunnskapen myndig-

hetene erkjenner og forsøker å spre er identisk med den som presenteres i medias tabloidform. Når vi her kartlegger kunnskap er det i hvilken grad respondentene kjenner til offentlige myndigheters definisjon av ”sunn/usunn livsstil”, og oppfatter den som riktig. Det er også viktig å presisere at det kan ligge ulike tolkninger for den enkelte respondent som avgir svar i ”mellomkategoriene” (’delvis enig’, ’verken eller’, ’delvis uenig’). De kan ha forskjellige grunner for å forholde seg kritisk eller indifferent til offentlige anbefalinger. Dette tar vi ikke hensyn til i denne undersøkelsen, men måler i hvilken grad folk har tatt inn over seg og er enig eller uenig i temaene det spørres om.

Skjemaene har mange av de samme spørsmålene, slik at vi kan studere utviklingen over tid. I 2014 er det inkludert en del kampanjespesifikke spørsmål som gjør det mulig å se i hvilken grad og på hvilken måte befolkningen har registrert informasjon om Helsekontoen, og hvor de eventuelt har funnet informasjonen.

2.2 Datainnsamlingen

Datainnsamlingen i begge undersøkelsene er gjennomført ved bruk av GallupPanelet. GallupPanelet er TNS Gallups aksesspanel for spørreundersøkelser. Panelet bestod høsten 2014 av ca. 50 000 personer som regelmessig svarer på spørreundersøkelser på internett. GallupPanelet er satt sammen med tanke på representativitet, og målsetningen er at GallupPanelet skal være et Norge i miniatyr – som gjenspeiler hele landets befolkning.

GallupPanelets base varierer noe mellom år og ulike tidspunkter på året, og var noe større i 2012 ved den første runden av helse- og livsstilsundersøkelsen enn ved den andre høsten 2014.

Undersøkelsen høsten 2014 er gjennomført i perioden 24.11.2014 til 5.01.2015¹. Det ble sendt ut to påminnelser, hhv. 01.12 og 11.12. 2014. På utvalgstidspunktet høsten 2014, bestod GallupPanelet av til sammen 1 743 panelmedlemmer i Nordland. Av disse ble det trukket 862 personer (alle tilgjengelige) som hadde svart i 2012, og ytterligere 679 som ikke hadde deltatt i undersøkelsen i 2012, i alt 1541 personer.

¹ For detaljer om undersøkelsen fra 2012, se Blåka (2013): <http://www.nibr.no/filer/2013-103.pdf>

I og med at GallupPanelets medlemmer er i karantene etter at de har svart på en undersøkelse, lar det seg ikke gjøre å trekke alle samtidig. Det ble derfor trukket ut ytterligere 120 personer til undersøkelsen på et senere tidspunkt. Undersøkelsen ble dermed sendt til 1 661 personer av i alt 1 743 panelmedlemmer i Nordland. Av de 1 661 hadde 949 svart etter to påminnelser. Dette gir en svarprosent på 57.

På grunn av flytting fra Nordland, må 31 personer som ble trukket ut til å delta fra de som hadde svart i 2012 ekskluderes, slik at det endelige nettoutvalg ble 918 personer. Målet om 1100 intervju i 2014, tilsvarende det som ble oppnådd i 2012, ble dermed ikke nådd.

De deskriptive analysene av resultater for utvalget totalt er basert på vektet datamateriale. Analysene som viser resultater nedbrutt på enkeltgrupper er basert på uveide data.

2.3 Kan vi si noe om betydningen av Helsekontoen? Muligheter og begrensninger

Noe av hensikten med denne oppfølgingsundersøkelsen to år etter første undersøkelse er å kunne si noe om hvorvidt Helsekontoen har hatt noen effekt for kunnskaper, holdninger og atferd hos befolkningen i Nordland. Det er generelt vanskelig å slå fast sikkert om en satsing rettet mot hele befolkningen virker. Det er to hovedgrunner til dette. For det første vil det være mange andre forhold som påvirker holdninger, kunnskaper og atferd, og for det andre er det vanskelig å vite hvordan utviklingen ville vært hvis satsingen *ikke* hadde vært iverksatt.

Betydningen av andre forhold

Informasjonen fra Nordlands fylkeskommune gjennom satsingen Helsekontoen vil bare være ett av mange stimuli som befolkningen i fylket har vært utsatt for de siste to årene. Helsedirektoratet har for eksempel hatt kampanjer på flere av de samme områdene som Helsekontoen dekker. Det er selvsagt hensiktsmessig at sentrale og regionale myndigheter fremmer felles mål i folkehelsearbeidet, men det er problematisk for en undersøkelse som vår å vite om eventuelle endringer i kunnskaper, holdninger og atferd skyldes

informasjonen gjennom Helsekontoen eller informasjon fra andre offentlige instanser.

Samtidig er det enorm oppmerksomhet rundt helsetematikk i aviser, ukeblader og sosiale media. Mange av oppslagene i mediene støtter ikke opp om helsemyndighetenes anbefalinger, men lanserer alternative sammenhenger mellom kosthold, fysisk aktivitet, nikotinbruk og helse. Særlig har det vært en omfattende offentlig diskusjon om myndighetenes kostholdsråd og om helseeffekter av snusbruk.

Hva hvis ikke

Den type forskningsopplegg vi benytter her er ikke egnet til å si noe om hva som hadde skjedd hvis Helsekontoen *ikke* hadde blitt lansert. Vi har ikke en 'kontrollgruppe' blant innbyggerne som ikke er blitt eksponert for informasjon fra Helsekontoen. Det kan med andre ord være slik at den samfunnsmessige utviklingen generelt og den informasjonen som fremkommer fra andre kilder isolert sett ville gitt en negativ utvikling i befolkningens holdninger. Hvis vi i analysene ikke finner endringer fra 2012 til 2014 behøver dette altså ikke å bety at Helsekontoen ikke har hatt effekt – den kan ha motvirket en ellers negativ utvikling.

2.4 Hvordan legger vi opp analysene?

I første analysedel av rapporten (kapittel 3) viser vi utviklingen i svarene for hele materialet, dvs. vi deler ikke opp i grupper etter kjønn, alder, osv.

I siste del (kapittel 5) trekker vi inn ulike forhold som kan bidra til å forklare eventuelle endringer fra 2012 til 2014. Disse analysene gjør det også mulig å studere utviklingen for ulike befolkningsgrupper – grupper som det har vært et særlig mål å nå med informasjonen gjennom Helsekontoen. Her supplerer vi de enkle analysene med avanserte kvantitative analyser for å komme så langt det er mulig i å relatere eventuelle endringer til Nordland fylkeskommunes satsing. Noen vil finne det vanskelig å lese figurene og tabellene i dette kapittelet. Det skal være fullt mulig å få noe fornuftig ut av å lese teksten uten å forstå tabellene.

I de avanserte analysene bruker vi kun paneldataene, dvs. data fra de samme personene på begge tidspunkter. Ved å benytte panel-

dataene kan vi bl.a. trekke inn respondentenes medievaner, som det ble spurt om i 2012. Tanken er at folk som bruker ulike typer medier kan være mer ”responsive” overfor omgivelsene med hensyn til det å kunne ta til seg aktuell kunnskap, og derfor med større sannsynlighet har økt sitt kunnskapsnivå i løpet av perioden.²

Til tross for disse forsøkene på ringe inn effekten av Helsekontoen, kan vi ikke med sikkerhet trekke konklusjoner om satsingens virkninger.

² Dette forutsetter at det er ”riktig” kunnskap som formidles gjennom mediene. En nærmere redegjørelse for dette finnes i kapittel 5.

3 Kunnskap om sammenheng mellom livsstil og helse

I rapporten fra 2013 foretok vi en grundig analyse av befolkningen i Nordlands kunnskap om offentlige anbefalinger knyttet til de tre livsstilsfaktorene kosthold, fysisk aktivitet og tobakk/snus. Vi så også på hvorvidt det eksisterer en sammenheng mellom kunnskap og egen livsstil. I dette kapitlet skal vi legge mindre vekt på å beskrive materialet i detalj, men snarere rette fokus mot *endringer* i kunnskaper og livsstil fra 2012 til 2014. I første omgang ser vi bare på endringer for hele befolkningen, dvs. for alle respondentene i materialet. I neste kapittel skal vi se nærmere på hvilken rolle 'Helsekontoen' kan ha spilt for eventuelle endringer i befolkningsgrupperes holdninger og livsstil.

3.1 Kunnskap og oppfatninger om kosthold, fysisk aktivitet og nikotin

Kosthold

Offentlige myndigheter har i lengre tid gått ut med anbefalinger om at folk bør spise fem porsjoner frukt og grønnsaker hver dag. Dette ble for første gang lagt frem i 1996 av Nasjonalt råd for ernæring. I 2011 ble anbefalingen oppdatert og relansert i form av Helsedirektoratets "Nøkkelråd for et sunt kosthold"³.

Kostrådene som fremkommer på Helsedirektoratets hjemmesider⁴ omfattende følgende:

³ <http://5omdagen.com/hva-er-5-om-dagen/> (28.01.2013)

⁴ <https://helsedirektoratet.no/Sider/Kostrad-fra-helsedirektoratet.aspx>

- Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag. En porsjon tilsvarer 100 gram. Halvparten av «fem om dagen» bør være grønnsaker. Poteter og belgvekster er ikke inkludert i «fem om dagen».
- Spis grove kornprodukter hver dag. De grove kornproduktene bør til sammen gi 70-90 gram sammalt mel eller fullkorn per dag, som dekkes av for eksempel fire brødsiver med en stor andel sammalt mel, eller én tallerken grov kornblanding og to skiver ekstra grovt brød, eller én tallerken havregrøt og én porsjon fullkornspasta/-ris, eller to tallerkener havregrøt.
- Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Rådet tilsvarer totalt 300-450 gram ren fisk i uken. Minst 200 gram bør være fet fisk.
- Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør.
- Velg matvarer med lite salt, og begrenns bruken av salt i matlagning og på maten.
- Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags. Velg vann som tørstedrikk.

I følge Helsedirektoratet bygger anbefalingene på en gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse. Rådene revideres når ny kunnskap kommer til. Kostrådene tar utgangspunkt i dagens kosthold og aktivitetsnivå i de nordiske land. De gjelder for folk flest – ved sykdom og for grupper med spesielle behov må kostholdets sammensetning og mengden fysisk aktivitet tilpasses.

Nordland fylkeskommune har tatt utgangspunkt i Helse- direktoratets offisielle kostholdsråd i sin satsing. Dette er også reflektert i våre undersøkelser om befolkningen i Nordlands kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse. Under følger resultatene som viser hvor mange som kjenner til denne anbefalingen, og om dette har endret seg i perioden 2012-2014.

Tabell 3.1 *I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Kosthold.*
Gjennomsnitt (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=858-1101; N₂₀₁₄=771-941)

	2012	2014	Endring 2012- 2014 ⁵
Hvitt sukker bidrar med viktige næringsstoffer i kostholdet	1,76	1,80	0,04
Det er sunnere å bruke hardt smør i matlaging enn planteoljer og flytende margarin	2,05	2,21	0,16***
Det er like sunt å spise bare frukt som å spise både frukt og grønnsaker	1,84	1,87	0,03
Overvekt skyldes kun genetiske faktorer	1,53	1,51	-0,02
Brus inneholder dobbelt så mange kalorier som juice	3,14	3,09	-0,05
Høyt inntak av salt øker ikke risikoen for hjerte- og karsykdommer	2,16	2,25	0,09
Alle mørke brødtyper inneholder mye fiber	2,13	2,17	0,04
Inntak av fet fisk øker risikoen for hjerte- og karsykdommer	1,30	1,35	0,05
Alle slankedietter er ikke nødvendigvis sunne selv om de fører til at man går ned i vekt	4,45	4,53	0,08**
Fiber i fullkornsprodukter er bra for blodsukkeret	4,20	4,31	0,11**
Nøkkelhullsmerkingen av matvarer viser at disse varene er et sunnere alternativ	3,71	3,69	-0,02
Det er sunnere å være overvektig og i god fysisk form enn tynn og i dårlig fysisk form	3,76	3,77	0,01

⁵ Det er gjennomført en t-test av forskjellene i gjennomsnitt de to årene. Jo flere stjerner jo mer sannsynlig at forskjellene er reelle.

I tabellen ovenfor er det viktig å merke seg at de åtte første spørsmålene er formulert 'feil', dvs. at utsagnene er motsatt av hva de offisielle kostholdsrådene sier. I undersøkelsen er dette gjort for å kunne få et bilde av respondentenes tendens til 'ja-siing'. Hvis alle påstandene hadde vært formulert i tråd med kostholdsrådene ville vi antakelig fått et i overkant positivt bilde av folks oppslutning om rådene fordi mange mennesker tenderer til å være mer enig enn uenig i påstander, uavhengig av påstandenes innhold.

Det er generelt små endringer i folks kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse fra 2012 til 2014. Det er bare tre av påstandene der folk svarer signifikant annerledes i 2014 sammenliknet med 2012. På den positive siden ser vi at respondentene i snitt er mer enige i påstandene om at *Fiber i fullkornsprodukter er bra for blodsukkeret* og *Alle slankedietter er ikke nødvendigvis sunne selv om de fører til at man går ned i vekt* i 2014. På den annen side er det også større enighet om at *Det er sunnere å bruke hardt smør i matlagning enn planteoljer og flytende margarin*, selv om det fortsatt er et klart flertall som er uenig i denne påstanden.

Vi har konstruert en indeks som gir et mer samlet bilde av respondentenes kunnskaper om kosthold og helse. Indeksen er satt sammen av følgende påstander:

1. Hvitt sukker bidrar ikke med viktige næringsstoffer i kostholdet (snudd i fht opprinnelig spørsmål)
2. Det er sunnere å bruke planteoljer og flytende margarin enn hardt smør i matlagning (snudd i fht opprinnelig spørsmål)
3. Det er ikke like sunt å spise bare frukt som å spise både frukt og grønnsaker (snudd i fht opprinnelig spørsmål)
4. Fiber i fullkornsprodukter er bra for blodsukkeret
5. Brus inneholder dobbelt så mange kalorier som juice (snudd i fht opprinnelig spørsmål)
6. Alle mørke brødtyper inneholder ikke mye fiber (snudd i fht opprinnelig spørsmål)
7. Nøkkelhullsmerkingen av matvarer viser at disse varene er et sunnere alternativ
8. Høyt inntak av salt øker risikoen for hjerte- og karsykdommer (snudd i fht opprinnelig spørsmål)

9. Inntak av fet fisk minsker risikoen for hjerte- karsykdom
(snudd i fht opprinnelig spørsmål)

Indeksen er konstruert slik at desto høyere score respondenten har jo mer enige er han/hun i myndighetenes anbefalinger, og jo høyere er derfor kunnskapsnivået, slik vi definerer det. Det vil rent teknisk si at desto mer enig den spurte er i de ”sanne” påstandene, og desto mer uenig respondenten er i de ”usanne” påstandene jo høyere score får han/hun. Vi har gjort en analyse der vi sammenlikner gjennomsnittsscore på denne indeksen i 2012 og 2014.

Tabell 3.2 *Endringer i befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 9=galt svar på alle påstander; 45=riktig svar på alle påstander*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Indeks for kunnskap om kosthold og helse	35,7	35,2	-0,5*

* Forskjellen er signifikant på 10 prosents nivå

For påstandene samlet finner vi en svak nedgang i gjennomsnittlig kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse.

Endringen er signifikant på ti prosents nivå, dvs. at det er en ti prosents mulighet for at konklusjonen om en svak nedgang i kunnskapsnivået er feil.

Vi har også bedt respondentene angi hvor mange porsjoner frukt og grønt som er anbefalt å spise hver dag. Enkelte svar er helt urealistiske (for eksempel 100-500 porsjoner), men et stort flertall både i 2012 og 2014 svarer riktig på dette spørsmålet: 5 porsjoner om dagen. Budskapet ’5 om dagen’ ser altså ut til være godt kjent også blant folk i Nordland.

Tabell 3.3 *Anbefalinger for inntak av frukt og grønt per dag. Andel svar som er identiske med anbefalingene. Prosent (totalt antall i parentes)*

	2012	2014
Andel respondenter som har svart at anbefalingene er 5 frukt og grønt om dagen	81 % (1098)	80 % (936)
Andel respondenter som svarer at en porsjon frukt/grønnsaker er 1 håndfull (ca. 100 g)	52 % (1106)	57 % (949)

Fysisk aktivitet

Helsedirektoratet og helsenorge.no gir råd om nivået på fysisk aktivitet for befolkningen, både for voksne og barn/unge.⁶⁷ I 2014 lanserte Helsedirektoratet nye anbefalinger for fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre, gravide og kvinner etter fødsel. Anbefalingene er stort sett i tråd med tidligere anbefalinger, men er nå formulert klarere og tydeligere.

Anbefalingene for barn og unge er:

- Minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag, alternativt fordelt utover uken. Aktiviteten bør være variert og intensiteten både moderat og hard.
- Fysisk aktivitet utover 60 minutter daglig gir ytterligere helsegevinster.
- Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.

Anbefalingene for voksne og eldre oppsummeres i følgende punkter:

⁶ <https://helsedirektoratet.no/Sider/Anbefalinger-fysisk-aktivitet.aspx>

⁷ <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/rad-om-fysisk-aktivitet>

-
- Voksne og eldre som i utgangspunktet er lite fysisk aktive vil ha en betydelig helsegevinst ved å utøve fysisk aktivitet omtrent 30 minutter av moderat til høy intensitet daglig.
 - Voksne og eldre bør være fysisk aktive med moderat intensitet i minimum 150 minutter per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke. Økt dose gir større gevinst. Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper bør utføres to eller flere dager i uken.
 - Eldre anbefales i tillegg å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og redusere risikoen for fall.

Påstandene i vår undersøkelse til befolkningen i Nordland speiler de offisielle anbefalingene for fysisk aktivitet.

Tabell 3.4 *I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Fysisk aktivitet.*
 (1=Helt uenig; 5=Helt enig) ($N_{2012}=1021-1104$;
 $N_{2014}=890-941$)

	2012	2014	Endring 2012-2014
Det vil gi en positiv helseeffekt for inaktive å begynne med fysisk aktivitet, selv om aktiviteten ikke varer mer enn 10 min per dag	4,64	4,70	0,06*
Regelmessig mosjon og et sunt kosthold har mye å si for folks helse	4,88	4,89	0,01
Styrketrening er like viktig som kondisjonstrening for godt voksne og eldre	3,72	3,77	0,05
Redusert fysisk aktivitet er en viktigere grunn til overvekt enn økt matinntak	3,85	3,70	-0,15***
Man blir ikke svett eller lett andpusten når man driver fysisk aktivitet med moderat intensitet	2,42	2,34	-0,08
Fysisk aktivitet og sunt kosthold betyr lite for helsen dersom man først er blitt overvektig	1,24	1,21	-0,03
Hvis man er i litt daglig fysisk aktivitet vil det ikke ha noen helsegevinst å øke varigheten eller intensiteten	1,56	1,60	0,04

Vi finner små endringer i folks kunnskaper om og holdninger til sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse fra 2012 til 2014. Generelt kan det se ut til at folk er blitt noe mer oppmerksom på betydningen av fysisk aktivitet, men de fleste endringene er ikke signifikante. Det er flere som er enig i påstanden om at det er helsegevinst forbundet med noe fysisk aktivitet for folk som ikke er aktive, selv om aktivitetsnivået er beskjedent.

I 2014 er det færre som sier seg enig i påstanden om at *Redusert fysisk aktivitet er en viktigere grunn til overvekt enn økt matinntak*. Det er

ikke uten videre enkelt å vite hva som kan være årsak til en slik endring. Dette er en ganske kompleks påstand, og det eksisterer ikke noe helt klart og enkelt 'riktig svar'.

Også for folks kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse har vi laget en indeks som gir et samlet inntrykk av utviklingen over tid. Indeksen er konstruert av følgende påstander:

1. Det vil gi en positiv helseeffekt for inaktive å begynne med fysisk aktivitet, selv om aktiviteten ikke varer mer enn 10 minutter per dag
2. Man blir svett eller lett andpusten når man driver fysisk aktivitet med moderat intensitet (snudd i fht opprinnelig spørsmål)
3. Hvis man er i litt daglig fysisk aktivitet vil det fortsatt ha noen helsegevinst å øke varigheten eller intensiteten av aktiviteten (snudd ifht opprinnelig spørsmål)
4. Styrketrening er like viktig som kondisjonstrening for godt voksne og eldre
5. Det er sunnere å være overvektig og i god fysisk form, enn tynn og i dårlig fysisk form

Tabell 3.5 *Endringer i befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 5=galt svar på alle påstander; 25=riktig svar på alle påstander*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Indeks for kunnskap om fysisk aktivitet og helse	20,2	20,4	0,2

Det er en liten, men ubetydelig økning i respondentenes kunnskapsnivå om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse fra 2012 til 2014.

Vi har spurt deltakerne i undersøkelsene om hvor mange minutter med moderat fysisk aktivitet som er anbefalt for voksne/eldre og barn/unge.

Tabell 3.6 *Anbefalinger for moderat fysisk aktivitet per dag. Andel svar som er identiske med anbefalingene.¹ Prosent (totalt antall i parentes)*

	2012	2014
Andel riktige svar (30 min) for anbefalt daglig moderat fysisk aktivitet voksne og eldre	68,0 % (1101)	72,5 % (943)
Andel riktige svar (60 min) for anbefalt daglig moderat fysisk aktivitet barn og unge	49,2 % (1078)	48,4 % (921)

Analysene viser at det er en viss økning i folks kunnskaper om anbefalt mengde fysisk aktivitet for voksne og eldre, mens det er små endringer i kunnskapene om barn og unges anbefalte aktivitetsnivå.

I undersøkelsen fra 2012 fant vi at ganske mange trodde myndighetenes anbefalinger for fysisk aktivitet lå over de faktiske anbefalingene. Det kan derfor være interessant å se om økningen i andelen riktige svar for voksne og eldre betyr at en del har justert ned sine oppfatninger.

Tabell 3.7 *I hvor lang tid anbefales voksne og eldre å være i moderat fysisk aktivitet hver dag? 2012 og 2014. Prosent. (N₂₀₁₂=1101; N₂₀₁₄=943)*

	2012	2014
Mindre enn anbefalt	12,3	12,2
Som anbefalt	68,0	72,5
Mer enn anbefalt	19,7	15,3
Totalt	100	100

Vi ser av tabellen over at hele økningen i andelen respondenter som svarer riktig i 2014 sammenliknet med i 2012 kommer på bekostning av andelen som tidligere trodde at anbefalingene var høyere enn de reelt er. For barn og unge ser vi en litt annen utvikling.

Tabell 3.8 *I hvor lang tid anbefales barn og unge å være i moderat fysisk aktivitet hver dag? 2012 og 2014.. Prosent. (N₂₀₁₂=1078; N₂₀₁₄=921)*

	2012	2014
Mindre enn anbefalt	31,0	34,1
Som anbefalt	49,2	48,4
Men enn anbefalt	19,9	17,5
Totalt	100	100

Det er relativt sett flere i 2014 som tror det anbefalte aktivitetsnivået for barn og unge er mindre enn det som faktisk anbefales. Tilsvarende er det færre som svarer et høyere nivå enn det som inngår i anbefalingene.

Røyk og snus

Norske myndigheter har en lang historikk rettet mot å begrense folks nikotinbruk. Satsingen mot nikotin har også vist seg å være relativt vellykket – andelen røykere i befolkningen er betydelig redusert. Samtidig har antall som bruker snus økt kraftig, særlig blant ungdommen.

Våre undersøkelser fra 2012 og 2014 viser at folk er godt informert om røykens helseskadelige effekter, og gevinsten ved å slutte å røyke.

Tabell 3.9 *I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Nikotin/snus. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1046-1095; N₂₀₁₄=918-938)*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Nikotin er sterkt avhengighetsdannende	4,77	4,73	-0,04
Alle som røyker får skader på lungene	4,42	4,43	0,01
For en person som har røkt i 20 år har det ingen helsegevinst å bli røykfri	1,26	1,21	-0,05
Snus er ikke helseskadelig	1,50	1,38	-0,12***

** Signifikant på 5 prosents nivå

*** Signifikant på 1 prosents nivå

Kunnskapene og holdningene til røyk og snus er stort sett stabile i perioden 2012 til 2014, med særlig ett viktig unntak: det er færre i 2014 som mener at snus ikke er helseskadelig. Også i 2012 var et stort flertall oppmerksom på snusens helseskadelige effekter, men dette flertallet har ytterligere styrket seg i 2014.

Sosial kontakt

Helsekontoen er opptatt av å formidle til befolkningen at det å ha et godt sosialt liv også er en viktig helsefremmende faktor. I undersøkelsen har vi med bare ett spørsmål som sier noe om folks syn på dette.

Tabell 3.10 *I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? T-test for forskjeller i gjennomsnitt. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1099; N₂₀₁₄=940)*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Det å ha kontakt med venner og familie er viktig for helsen	4,49	4,52	0,03

Det er en svært liten økning i respondentenes vurdering av helsemessige gevinster av kontakt med venner og familie, og endringen er ikke signifikant.

3.2 Oppfatninger av egen livsstil og helse

Vi har spurt deltakerne i vår undersøkelse om hvordan de ser på sin egen helse og livsstil. Et mål for folkehelsearbeid er ikke bare å endre folks kunnskaper og holdninger, men også at folks livsstil og handlinger skal beveges i positiv retning.

Tabell 3.11 *I hvilken grad er du enig i følgende utsagn? Vurdering av egen helse og livsstil. (1=Helt uenig; 5=Helt enig) (N₂₀₁₂=1086-1104; N₂₀₁₄=931-945)*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Jeg synes selv at jeg lever et sunt liv	3,62	3,60	-0,02
Jeg tror ikke at mine levevaner har noe å si for helsen min	1,95	1,98	0,03
Jeg er usikker på hva som er et sunt kosthold	1,99	2,06	0,07
Nøkkelhullsmerkingen er viktig for meg i valg av matvarer	2,57	2,67	0,10**
Helsevesenet har hovedansvaret for å forebygge overvekt og fedme	1,83	1,82	-0,01

Det er små endringer fra 2012 til 2014 i folks oppfatning av egen livsstil og helse. Den største forskjellen mellom de to årene finner vi for nøkkelhullsmerking: det er fortsatt ikke så mange som mener at nøkkelhullsmerkingen er viktig for dem i valget av matvarer, men det er en klar økning i respondenter som legger vekt på denne merkingen.

Vi har laget et samlemål for utviklingen i respondentenes oppfatning av egen helse ved å konstruere en indeks bestående av følgende påstander:

1. Jeg synes selv at jeg lever et sunt liv
2. Jeg tror mine levevaner har betydning for helsen min (snudd i fht opprinnelig påstand)

3. Jeg vet hva som er et sunt kosthold (snudd i fht opprinnelig påstand)
4. Nøkkelhullsmerkingen er viktig for meg i valg av matvaner
5. Folk har selv hovedansvaret for å forebygge overvekt og fedme (snudd i fht opprinnelig påstand)

Høy score på indeksen indikerer en positiv holdning til å ta ansvar for egen livsstil og helse.

Tabell 3.12 *Endringer i befolkningens holdning til egen helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 5=lavest svar på alle påstander; 25=høyest svar på alle påstander*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Indeks for holdning til egen helse	18,5	18,4	-0,01

Det er helt minimale forskjeller mellom folks holdning til ansvar for egen helse i 2012 og 2014. De holdningene som ligger til grunn for hvordan respondentene svarer på de påstandene som inngår i indeksen ligger antakelig dypt forankret i folk, og er vanskelige å endre på kort tid.

Vi har også spurt deltakerne i undersøkelsene om deres egne matvaner.

Tabell 3.13 *Eget kosthold. Prosent. (N₂₀₁₂=1090; N₂₀₁₄=939)*

	2012	2014
Andel som svarer at de bruker mest olje eller myk eller flytende margarin i matlagingen	66 %	66 %
Andel som svarer at de spiser fullkorn 2-3 ganger eller mer per dag	64 %	62 %
Andel som svarer at de spiser fisk til middag 2-3 ganger i uken eller mer	65 %	65 %
Andel som svarer at de ikke drikker noe sukkerholdig drikke i løpet av en uke	46 %	48 %
Andel som svarer at de spiser frokost hver dag	75 %	74 %
Andel som svarer at de spiser 5 porsjoner frukt/bær/grønnsaker eller mer hver dag	10 %	9 %

Vi ser av tabellen at det er minimale forskjeller mellom respondentenes kostholdsvaner i 2012 og 2014. Alt i alt ser store deler av Nordlands befolkning å ha et relativt sunt kosthold. Det mest åpenbare unntaket er inntak av frukt og grønt. Bare én av ti sier at han/hun følger anbefalingen om fem porsjoner frukt, bær og grønnsaker daglig.

På tilsvarende måte har vi konstruert en indeks som måler hvor sunt kosthold den enkelte oppgir å ha innenfor fem av spørsmålene stilt i spørreskjema:

1. Hvor mange ganger per dag spiser du fullkorn (grovt brøk/fullkornspasta/brun ris/korn)?
2. Hvor mange ganger per uke spiser du fisk til middag?
3. Hvor mange glass sukkerholdig drikke (brus/saft) drikker du per uke?
4. Hvor mange dager per uke spiser du frokost?
5. Hvor mange porsjoner frukt/bær og grønnsaker spiser du vanligvis per dag (en porsjon er en håndfull, ca. 100 gram)?

Dette vil si at jo mer fullkorn og flere porsjoner frukt/grønt den enkelte spiser hver dag, jo sunnere regnes kostholdet å være. Det samme gjelder for dess flere fiskemiddager og frokoster man spiser

hver uke og dess mindre sukkerholdig drikke man konsumerer. Her kan man selvfølgelig diskutere hvorvidt det å spise flest mulig måltider med fullkorn og middager med fisk nødvendigvis trenger å bety at man har et sunt kosthold (man fanger for eksempel ikke om vedkommende spiser dette i tillegg til usunne mellommåltider eller spiser så store porsjoner at det ikke burde regnes som sunt). Svarkategoriene er allikevel basert på offentlige anbefalinger. Indeksen burde imidlertid tolkes med disse forbeholdene.

Tabell 3.14 *Endringer i befolkningens holdning til egen helse 2012-2014. T-test for forskjeller i gjennomsnitt. 6=lavest svar på alle påstander; 20=høyest svar på alle påstander*

	2012	2014	Endring 2012-2014
Indeks for eget kosthold	14,5	14,5	0,00

I vår undersøkelse har deltakerne i snitt akkurat like sunne – eller usunne – matvaner i 2014 som i 2012. For det store flertall er matvaner noe som ikke endres raskt, selv om vi over tid kan se store endringer i en befolknings kosthold.

Vi har også spurt deltakerne i spørreundersøkelsen om deres egen fysiske aktivitet. Også her finner vi små endringer fra 2012 til 2014. Det er en svak tendens til at flere svarer at de trener *mindre* i 2014. Det er først og fremst flere som svarer at de i løpet av en måned aldri trener med høy intensitet.

Tabell 3.15 *Egen fysisk aktivitet. Prosent. (N₂₀₁₂=1106; N₂₀₁₄=949)*

	2012	2014
Andel som svarer at de er fysisk aktive minst 30 minutter hver dag	6 %	6 %
Andel som svarer at de ikke er fysisk aktive minst 30 minutter i løpet av en uke	14 %	16 %
Andel som svarer at de trener med høyere intensitet ca. 1 dag i uken	16 %	17 %
Andel som svarer at de aldri trener med høyere intensitet i løpet av en måned	39 %	43 %

Tilsvarende har vi også spurt om deltakernes bruk av røyk og snus de to årene.

Tabell 3.16 *Eget nikotinbruk. Prosent. (N₂₀₁₂=1107; N₂₀₁₄=946)*

	2012	2014
Andelen som svarer at de røyker daglig	13 %	11 %
Andel som svarer at de aldri røyker	79 %	83 %
Andel som svarer at de bruker snus daglig	10 %	10 %
Andel som svarer at de aldri bruker snus	85 %	86 %

Resultatene fra våre undersøkelser speiler en nasjonal trend: andelen i befolkningen som røyker reduseres over tid, mens en ikke ser samme reduksjon for snusbruk. Den største endringen fra 2012 til 2014 er i andelen som svarer at de aldri røyker: her ser vi en økning fra 79 prosent til 83 prosent.

3.3 Oppsummering

Nordland fylkeskommune lanserte Helsekontoen i mars 2013. I dette kapitlet har vi undersøkt om befolkningen i Nordland har

fått økte kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse i perioden 2012-2014, eller om det har skjedd endringer i holdninger eller livsstil som kan henge sammen med informasjonssatsingen gjennom Helsekontoen.

Vi finner generelt små endringer i folks kunnskaper og holdninger i løpet av de siste to årene, og de endringene som kan observeres peker ikke i noen entydig retning.

For **kostholdsspørsmålene** finner vi bare signifikante endringer for tre spørsmål. Befolkningen ser ut til å ha blitt mer bevisst på nytten av fiber i fullkornsprodukter, og er også i større grad oppmerksom på at slankekurer ikke behøver å være sunne, selv om de fører til vektnedgang. På den annen side er folk blitt noe mindre tilbøyelige til å se hardt smør som usunt. En samleindeks for befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse viser en liten negativ trend, dvs. at kunnskapene beveger seg litt *bort fra* helsemyndighetenes kostholdsråd.

Kunnskapene om de helsemessige betydningene av **fysisk aktivitet** er også svært stabile. Det er noen flere som har fått med seg at inaktive mennesker vil ha en positiv effekt selv av små doser fysisk aktivitet. I avveiningen mellom redusert fysisk aktivitet og økt matinntak som årsak til overvekt, er det flere som holder på matinntaket som hovedproblem i 2014. Det er flere som kjenner til anbefalt mengde fysisk aktivitet for voksne og eldre i 2014, mens vi ikke finner en tilsvarende økning for kunnskapen om anbefalingene for barn og unge. Samleindeksen for kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er helt stabil i perioden 2012 til 2014.

For **tobaksbruk** ser vi særlig én klar endring: det er betydelig flere som mener at snus er helseskadelig i 2014 sammenliknet med to år tidligere.

I undersøkelsen er deltakerne også bedt om å svare på spørsmål om **egen livsstil**. Vi finner en klar økning i andelen som legger vekt på nøkkelhullsmerkingen når de velger matvarer. Det er også klart flere som svarer at de aldri røyker. Ellers er det små endringer.

4 Fylkeskommunens informasjonsarbeid gjennom Helsekontoen

4.1 Informasjonsmateriell og -arenaer

Helsekontoen er Nordland fylkeskommunes individrettede informasjonssatsing i folkehelsearbeidet. For å spre informasjon om Helsekontoen, har fylkeskommunen trukket veksler på sitt nettverk i kommunene. Materiell er distribuert på ulike arenaer og gjennom ulike kanaler.

Nordland fylkeskommune oppgir å ha produsert følgende materiell for å spre informasjon om satsingen:

- Brosjyren Helsekontoen
- Brosjyren Det du trenger å vite om Helsekontoen (informasjon til fagpersoner)
- Effekter som små og store klistremerker, pins, reflekser, ballonger
- T-skjorter
- Roll-ups

Informasjonsmateriellet om Helsekontoen er distribuert til relevante kommunale og fylkeskommunale tjenester, som helsestasjonene, helsesøster ved de videregående skolene, folkehelsekoordinatorene i kommunene, Frisklivssentralene, tannklinikken og friluftsrådene. Sammen med brosjyrene og annet materiell ble det sendt med et følgebrev der mottakerne ble introduserte for Helsekontoen og der fylkeskommunen anmodet om at materiellet ble distribuert videre. Hver ansatt fikk brosjyren «Det du trenger å

vite om Helsekontoen», samt t-skjorte og refleks eller pin og refleks.

I tillegg ble plakater sendt til ungdomsskolene, de videregående skolene, universitetene/høgskolene, kommunehusene, Frisklivs-sentralene og folkehelsekoordinatorene. Skjerimplakater med Helsekontoen kjøres på de elektroniske oppslagstavlene ved de videregående skolene. Ansatte i fylkesadministrasjonen fikk brosjyrer og refleks.

Helsekontoen har vært profilert med stand og utdeling av materiell under ulike typer arrangementer, bl.a. Arctic Race og Ungdommens Kulturmønstring, i tillegg til på konferanser og møter i regi av Nordland fylkeskommune.

Ved lansering av Helsekontoen ble det sendt ut pressemelding, og lanseringen fikk en del lokal og regional mediedekning.

Fylkeskommunen har også hatt annonser i fylkets aviser, i tidsskrifter og på busskur i noen kommuner. Helsekontoens nettsider og Facebookside er de største arenaene for informasjons-spredning. I tillegg informeres det om Helsekontoen på fylkeskommunens egne nettsider og gjennom nyhetsbrev.

En periode eksisterte en Helsekonto-app til smarttelefon, men da leverandøren av appen gikk konkurs, og appen ikke kunne overføres til ny leverandør, ble den lagt ned. Over 2000 mennesker benyttet mobil-appen. Helsekontoen finnes nå som nettside og på Facebook.

Satsing på informasjon rettet mot spesifikke grupper

Basert på resultatene fra første kartlegging av befolkningens kunnskaper og holdninger har Nordland fylkeskommune pekt ut enkelte særskilte satsingsområder:

- Informasjon om nytten av styrketrening for eldre – spesifikt rettet mot eldre
- Informasjon om at 'alle monner drar' – rettet mot alle
- Informasjon om at man ikke må trene hardt for å oppnå helseeffekt – om 'det lille som skal til' – særlig rettet mot menn og unge
- Informasjon om at snus er helsefarlig – rettet mot unge

Fylkeskommunen har hatt sterkt fokus på tobakk også utenom Helsekontoen, blant annet gjennom fylkestingsvedtaket om 'Tobakksfri arbeids- og skoletid'. Når det gjelder informasjon om salt, har fylkeskommunen gjennom nettside og Facebook frontet kampanjen Helsedirektoratet har kjørt i perioden.

4.2 Respondentenes medievaner

Undersøkelsen fra 2012 inneholdt spørsmål hvilke medier respondentene i størst grad benytter seg av – og hvilke medier de har mest tillit til. Dette er viktig informasjon fordi det sier noe om hvilke informasjonskanaler som kan benyttes for å nå ut til ulike grupper i befolkningen.

Tabell 4.1 *Hvilke av de ulike mediene benytter du vanligvis? 2012. Datamateriale vektet på kjønn, alder og utdanning.*

Medium	Prosent
Lokalavis	73,2
Riksavis	22,2
Lokalavis på internett	53,5
Riksavis på internett	63,4
TV	85,4
Radio	68,2
Internett/Sosiale medier	79,0
Ukeblad/tidsskrifter	26,7
Postkasseinformasjon	28,5
N=100%	1109

Tabell 4.1 viser de samlede resultatene i kartleggingen av hvilke medier respondentene i størst grad benytter. Mest utbredt er TV, som om lag 85 prosent sier at de benytter. Deretter kommer Internett/sosiale medier, lokalavis og radio med henholdsvis 79, 73 og 68 prosent. 63 prosent oppgir at de leser riksavis på internett, mens om lag 54 prosent leser lokalavis på internett. Mediene som får minst oppslutning fra respondentene er papirversjonen av riksaviser, ukeblad/tidsskrifter og postkasseinformasjon som scorer henholdsvis 22, 27 og 29 prosent.

Analysene fra 2012 (Blåka 2013:53) viste at yngre respondenter i mindre grad enn eldre oppgir at de leser papirversjonen av

lokalaviser og riksaviser. De yngre ser også i mindre grad på TV. Det motsatte gjelder for internettbaserte medier.

Kvinner benytter i noe større grad ukeblader/tidsskrifter, postkasseinformasjon, internett/sosiale medier, radio og lokalavis på internett. Menn oppgir imidlertid i litt større grad at de leser papirversjonen av lokalaviser og riksavis (både papirversjon og internett). Når det gjelder papiraviser viser tabellen også at dess høyere utdanningsgruppe vi ser på dess større andel leser både lokalaviser og riksaviser.

Det er flest respondenter som mener TV gir den mest tillitsvekkende informasjonen (Blåka 2013:54). Over 6 av 10 oppgir dette. Deretter kommer lokalavis og radio, som om lag halvparten av de spurte oppgir som tillitsvekkende. Godt under én av tre oppgir internett/sosiale medier, riksavis på internett, lokalavis på internett og papirversjonen av riksaviser som tillitsvekkende. Minst tillitsvekkende oppfattes ukeblader/tidsskrift og postkasseinformasjon å være – under én av ti har tillit til denne type medier.

Jo eldre respondentene er, desto større er tiltroen til TV og radio. Det motsatte gjelder for internett/sosiale medier. Jo lavere utdanning de spurte har, desto mindre er tilliten – både papirversjonen og internettversjonen. En annen observasjon er at respondentene med grunnskoleutdanning i større grad oppgir at de har tillit til TV som medieform.

4.3 Har folk lagt merke til 'Helsekontoen?'

Som beskrevet tidligere har Nordland fylkeskommune gjennom 'Helsekontoen' de siste to årene via ulike kanaler informert innbyggerne om sammenhengen mellom livsstil og helse. 'Livsstil' har omfattet både kosthold, fysisk aktivitet og bruk av røyk/snus, men det er også lagt vekt på at kontakt med venner og familie er viktig for helsen.

NIBRs undersøkelse fra 2012 viste at enkelte grupper skilte seg ut med behov for økt kunnskap på visse områder. Generelt hadde menn mindre kunnskaper enn kvinner om sammenhengen mellom livsstil og helse. Eldre mennesker hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om hensiktsmessige treningsformer, og ungdommer la for dagen for lite kunnskap om snusbruk og såkalt 'hverdagstrening'.

Nordland fylkeskommune bygde på disse resultatene da de utformet budskapene i Helsekontoen og valgte kanaler for å nå de ulike målgruppene.

Har folk lagt merke til 'Helsekontoen'?

I undersøkelsen fra 2014 stilte vi to spørsmål om hvorvidt respondentene hadde lagt merke til 'Helsekontoen'. Det første var utformet slik:

Nordland fylkeskommune har lansert Helsekontoen som blant annet skal bidra til å øke folkes kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse. Helsekontoen ser slik ut:



Har du lagt merke til denne?

Tabell 4.2 *Har du lagt merke til Helsekontoens logo?*

	Antall	Prosent
Ja	72	8
Nei	807	85
Husker ikke	68	7
Totalt	947	100

Åtte prosent av respondentene svarer at de husker å ha sett logoen til Helsekontoen.

Det andre spørsmålet så slik ut:

Det har vært flere annonsekampanjer for Helsekontoen. Noen av annonsene ser slik ut:



Har du lagt merke til en eller flere av disse annonsene?

Tabell 4.3 *Har du lagt merke til én eller flere av disse annonsene?*

	Antall	Prosent
Ja	57	6
Nei	758	80
Husker ikke	132	14
Totalt	947	100

For å få et bilde av hvor mange som kan har sett enten logoen eller én eller flere av annonsene, har vi krysskjørt svarene på de to spørsmålene.

Tabell 4.4 *Andel respondenter som har lagt merke til både logoen og annonsene. Antall i parentes.*

Har lagt merke til logoen	Har lagt merke til annonsene			Totalt	(N=)
	Ja	Nei	Husker ikke		
Ja	2% (20)	4% (40)	1% (12)	8%	(72)
Nei	3% (27)	73% (689)	9% (89)	85%	(805)
Husker ikke	1% (10)	3% (29)	3% (29)	7%	(68)
Totalt	6% (57)	80% (758)	14% (130)	100	(945)

Blant de 945 respondentene er det bare 20 (2 prosent) som kan huske å ha sett både logoen og én eller flere av annonsene. 87 personer sier at de har sett enten logoen eller én av annonsene, eller begge deler. Dette utgjør omtrent ni prosent av de som har besvart undersøkelsen. Nesten tre av fire sier at de ikke har verken sett logoen eller annonsene.

Hvor har folk sett informasjon om 'Helsekontoen'?

Det er noen få respondenter som sier at de har sett informasjon om Helsekontoen selv om de ikke har lagt merke til logoen eller annonsene. Vi har spurt deltakerne i undersøkelsen hvor de har sett informasjon om Helsekontoen.

Tabell 4.5 *Hvor har du sett informasjon om Helsekontoen?*

	Antall	Prosent av de som har sett informasjon (N=89)	Prosent av alle respondenter (N=949)
I avisen	28	31 %	3,0 %
På Facebook	22	25 %	2,2 %
Plakater	14	16 %	1,4 %
På Helsekontoens hjemmeside	14	16 %	1,3 %
På fylkeskommunens hjemmeside	21	24 %	2,1 %
Hos legen/tannlegen/helsestasjonen	20	22 %	2,3 %
På frisklivssentralen	4	4 %	0,4 %
På skolen/jobben	23	26 %	2,2 %
På arrangementer	1	1 %	0,1 %
Gjennom venner/familie/bekjente	8	9 %	0,7 %

Vi ser at de fleste som har sett informasjon om Helsekontoen har sett denne i avisen, på skolen/jobben, på Facebook, på fylkeskommunens hjemmeside eller hos legen/tannlegen/helsestasjonen. I befolkningen totalt sett ser det imidlertid ut til å være relativt få som kan huske å ha sett informasjon om Helsekontoen i noen av de nevnte kanalene.

Hva har Helsekontoen gitt informasjon om?

Vi har spurt de respondentene som har svart at de har sett Helsekontoens logo om hva de synes Helsekontoen har gitt dem mer kunnskap om.

Tabell 4.6 *I hvilken grad har Helsekontoen gitt deg mer kunnskap om følgende forhold? Prosent av de som sier de har lagt merke til Helsekontoen (N=72) og gjennomsnitt der 1=I svært liten grad og 5=I svært stor grad.*

	I liten/ svært liten grad	I noen grad	I stor/ svært stor grad	Vet ikke/ ikke svart	Totalt	Gjennom- snitt
Kosthold og helse	49	28	1	22	100	1,93
Fysisk aktivitet og helse	49	25	4	22	100	1,98
Helsegevinst ved tobakksslutt	49	15	9	26	99	1,98
Trivsel og hygge og helse	40	19	14	26	99	2,26

Blant de relativt få som har lagt merke til Helsekontoen mener snaut halvparten av de i liten eller svært liten grad har fått informasjon om de fire hovedtemaene i satsingen. Omtrent én av ti sier de i stor eller svært stor grad har fått informasjon om helsegevinster ved tobakksslutt. 14 prosent sier at de i stor eller svært stor grad har fått informasjon om hvordan trivsel og hygge påvirker helsen.

4.4 Oppsummering

Nordland fylkeskommune har informert både bredt og variert om sammenhengen mellom helse og livsstil gjennom Helsekontoen. Informasjonen har vært kanalisert både gjennom tradisjonelle og nettbaserte medier og gjennom kommunale og fylkeskommunale tjenester.

Blant deltakerne i vår spørreundersøkelse er det imidlertid få som sier at har sett Helsekontoens logo eller annonsekampanjer. Dette

behøver ikke bety at de *faktisk ikke* har sett dem – men de husker i alle fall ikke at de har lagt merke til dem. At ikke de kan huske å ha sett informasjon om Helsekontoen behøver heller ikke bety at de ikke har fått med seg innholdet i satsingen. I neste kapittel drøfter vi dette nærmere.

5 Hvilken betydning har Helsekontoen hatt?

Vi har så langt sett at endringene i folks holdninger, kunnskaper og livsstil har endret seg lite mellom 2012 og 2014, når vi ser på hele befolkningen under ett. Vi har også vist at det er relativt få i vårt utvalg som sier at de har lagt merke til Helsekontoen. I dette kapitlet skal vi se nærmere på utviklingen for enkeltgrupper, og undersøke om vi kan finne tegn til at fylkeskommunens kommunikasjonsarbeid har ført til endringer i folks syn på sammenhengen mellom livsstil og helse.

En del av analysene i dette kapitlet er avanserte multivariate analyser, der vi trekker inn og kontrollerer for en rekke forhold som kan være av betydning for endringer i holdninger, kunnskaper og atferd. I neste avsnitt gjør vi derfor nærmere rede for metodebruken i denne delen av rapporten.

5.1 Metodisk tilnærming

Om indekskonstruksjoner

Som tidligere redegjort for (se Kapittel 2) har vi konstruert additive indekser for henholdsvis:

1. kunnskap om sammenhengen mellom helse og fysisk aktivitet, basert på gjennomsnittet for spørsmålene om dette
2. kunnskap om sammenhengen mellom helse og kosthold, basert på gjennomsnittet for spørsmålene om dette, og
3. adferd med hensyn til egen livsstil (kosthold), basert på spørsmålene om dette.

Alle svar er kodet slik at høyere verdi angir kunnskap eller adferd som er mer i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger. Høyere

indeksverdi kan da tolkes som større grad av kunnskap/en adferd mer i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger. En positiv endring over perioden (2012-2014), som er det vi er interessert i og analyserer videre, kan tolkes som en endring i retning av større kunnskap/ønskelig adferd. Fordelingen av ulike endringer i disse målene vises senere i Figur 5.1 til Figur 5.3.

Om konstruksjon av kunnskapsmålene vedr. riktig mengde trening og frukt/grønt

Her svarer respondentene ved hjelp av et tall, som en må se i forhold til helsemyndighetenes anbefalinger. For eksempel er helsemyndighetenes anbefaling fem frukt/grønt pr. dag. Her kan det være rimelig å se på *skalaforskjellen* mellom en enkelt respondents svar og anbefalingen, eller også *skalaforskjellen* mellom to respondenters svar.⁸

Vi konstruerer slike mål for spørsmålene om

1. kunnskap om riktig treningsmengde for barn og unge (der anbefalt mengde er 60 min. pr. dag) og
2. kunnskap om riktig treningsmengde for voksne og eldre (der anbefalt mengde er 30 min. pr. dag)
3. kunnskap om riktig antall porsjoner frukt/grønt pr. dag (der anbefalt mengde er fem pr. dag)

En positiv endring i disse målene over perioden (2012-2014), som er det vi er interessert i og analyserer videre, kan da tolkes som *en endring i retning av mindre (skala)avstand til anbefalt kunnskap/ønskelig adferd*. Fordelingen av ulike endringer i disse målene vises senere i Figur 5.4 til Figur 5.6.

Overordnet om analyser, design og metode

For å se på hva som kan forklare eventuelle *endringer* fra 2012 til 2014 – ulike sosioøkonomiske forhold, alder, kjønn mv. – gjennomfører vi regresjonsanalyser der variasjonen i endringene i de nevnte kunnskaps- og adferdsindekser, samt endringene i andre

⁸ En avstand fra anbefalt mengde, målt som «skalaen det bommes med» kan konstrueres ved følgende formel:

$$M = -|\log(\text{svar}/\text{anbef. mengde})|,$$

altså den negative absoluttverdien av logaritmen til svart mengde delt på anbefalt mengde.

variabler som fanger opp kunnskap om bruk av tobakk, søkes forklart ved ulike trekk ved den enkelte respondenten.

Vi konsentrerer oss her om de målene som ble analysert i rapporten fra 2013 (Blåka 2013), samt enkelte temaer som pekte seg ut som viktige på bakgrunn av resultatene i rapporten:

- Kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse: samleindeks pluss kunnskap om '5 om dagen'
- Kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse: samleindeks pluss kunnskap om anbefalt mengde fysisk aktivitet for barn/unge og voksne/eldre
- Kunnskaper og holdninger til tobakk: snus og røyk
- Oppfatning av egen livsstil: indeks for kosthold

For enkelte av temaene har helsemyndighetene for eksempel vært opptatt av at menn ikke når anbefalte mål, eller av at visse typer kunnskap er spesielt viktig for ulike aldersgrupper – for eksempel viktighetene av at eldre kjenner til hvor mye fysisk aktivitet folk i deres aldersgruppe bør ha.

I regresjonene legger vi derfor til alder og kjønn som forklaringsvariabler, slik at man kan etterspore gjennomsnittlige endringer i kunnskaps- og adferdsmålene for menn og kvinner, samt for ulike aldersgrupper, over perioden. I tillegg legger vi til andre sosio-økonomiske bakgrunnsopplysninger – høyeste utdanningsnivå i 2012 og husstandsinntekt i 2012 – som kontrollvariabler som man vet har sammenheng med både alder og kjønn (se f.eks. Folkehelseinstituttet 2014). Man må anta at dette er ressurser som gjør kunnskaps- og adferdsendringer lettere, og som derfor kan bidra til å forklare eventuelle kunnskaps- og adferdsendringer.

Dette er viktig siden helsemyndighetene vil være interessert i å identifisere grupper som har heldige eller uheldige kunnskaps- eller atferdsforløp: Dersom man *ikke* kontrollerer for slike bakgrunns-karakteristika, og for eksempel finner at unge gjør det dårligere enn eldre, kan man for eksempel ikke være sikker på om tiltak skal settes inn spesielt overfor unge eller også i noen grad overfor personer med lav inntekt eller utdanning (dvs. inntekt, utdanning og alder er korrelert, og alle bør derfor kontrolleres for i analysen).

I tillegg legger vi i analysene til *endringen* i utdanning og husstandsinntekt over perioden, siden ikke bare utgangspunktet kan si noe om ressursene som skal til for kunnskaps- og adferdsendringer, men også en eventuell *tilføring* av ressurser i perioden kan bidra i så måte. Vi legger også til nivået på den aktuelle utfallsvariabelen i utgangspunktet (2012) som forklaringsvariabel, siden et spesielt høyt eller lavt nivå i 2012 i større eller mindre grad vil ligge oppunder et «tak» eller nær et «gulv» som «skapes» av spørsmålene (spørsmålskonstruksjonen i spørreskjemaet). En endring fra et spesielt høyt nivå «presses» dermed i snitt nedover (ettersom positive endringer ikke kan registreres i like stor grad), og en vil se en «naturlig metodologisk» tendens til at høye nivåer etterfølges av lavere nivåer (dvs. en tendens til at nedgangen er større jo høyere nivå i 2012).

Det er viktig å understreke at eventuelle endringer – det være seg for hele materialet eller for visse grupper – *ikke kan relateres direkte til den kampanjen som er gjennomført i Nordland*. Mellom 2012 og 2014 vil det være en rekke endringer som forekommer – «naturlige aldringsforløp» (respondentene blir to år eldre), endringer i lokal/nasjonal helsepolitikk (i tjenester, oppfølging, informasjon utenom kampanjen), mv. – som også kan forklare de endringer i kunnskaps- og adferdsmål vi kan observere. Kort sagt har vi ikke egne mål til bruk i analysen som kan skille mellom dem som er eksponert (i ulik grad) for satsingen fra Nordland fylkeskommune og dem som ikke er det. En målt forbedring i et kunnskapsmål kan altså ikke leses som en «suksess» for Helsekontoen (alene) eller for annet informasjonsarbeid som fylkeskommunene (isolert sett) står for.⁹

En mer forsiktig fremgangsmåte er å vurdere frem- eller tilbakegangen hos aktuelle grupper og se dette opp mot *målene* for helsemyndighetene (også målene for spesielle kampanjer). Dersom man for eksempel har et mål om at menn bør løftes frem mer enn kvinner – alt annet likt – kan man ut av analysene få holdepunkter for hvorvidt dette har skjedd, men altså ikke om en spesiell satsing eller kampanje har bidratt til dette. Med andre ord kan en

⁹ Designet er med andre ord ikke godt egnet til å svare på et spørsmål om hva som hadde skjedd «i fravær av satsingen», siden vi altså ikke har noen indikatorer eller også situasjon som angir et slikt «fravær» (alle er i utgangspunktet eksponert for kampanjen).

kampanje ha vært svært effektiv, men likevel ikke «god nok» for å oppnå overordnede mål (den aktuelle/utsatte gruppen opplever tilbakegang). Slike konklusjoner kan uansett være nyttige – nettopp for å identifisere mulige satsingsområder (overfor ulike grupper) i fremtidige satsinger mv.

Et interessant forhold som kan forklare tilegnelse av «god» kunnskap, og derigjennom «god» adferd, er hvor responsiv den enkelte respondent er overfor omgivelsene med hensyn til det å kunne ta til seg aktuell kunnskap. I undersøkelsen fra 2012 ble det spurt om ulike medievaner – hvorvidt den enkelte leser riks- og lokalaviser, om man leser disse på nett, om bruk av sosiale medier mv. (se Tabell 4.1 i kapittel 4). Hvis man antar at det er den «riktige» kunnskapen som i størst grad når ut gjennom slike medier (denne antakelsen drøftes nærmere senere), vil en hypotese være at respondenter med betydelig mediebruk har bedre forutsetninger for kunnskapsøkninger. Vi legger derfor til som forklaringsvariabler to (additive) indekser som måler mediebruk i en variant av analysene: En som måler bruk av «nettbaserte medier» og en som måler bruk av mer tradisjonelle (papir)medier (basert på spørsmålet som ligger til grunn for Tabell 4.1). En slik oppsplitting av typer medier kan synes hensiktsmessig, siden vi kan anta at unge i større grad benytter seg av nettbaserte medier. Vi finner også empiriske holdepunkter for en slik sammenheng: Alder er signifikant positivt korrelert med indeksen for bruk av «tradisjonelle» medier ($r=0,34$), og signifikant negativt korrelert med indeksen for bruk av nettbaserte medier ($-0,30$, se Tabell V.1).

Det skal igjen understrekes at det heller ikke i slike analyser kan leses ut noen klare effekter av «kampanjefremstøt» (ved de aspekter som dreier seg om kanalene de går gjennom) i seg selv. For det første har vi ikke mål som identifiserer hvorvidt kampanjen er «virksom» i ulike mediekanaler. Det kan for eksempel være slik at høy medieeksponering først og fremst fanger opp eksponering for informasjon fra *andre* kilder enn en spesiell kampanje. For eksempel har det vært mye mediefokus på andre typer kosthold enn det norske helsemyndigheter anbefaler.

For det andre kan det hende at medieeksponering, slik det måles her, og som en må tenke at en kampanje først og fremst «går gjennom», kan være en indikator for om respondenten er responsiv eller åpen overfor *omgivelsene generelt*. For folk som er

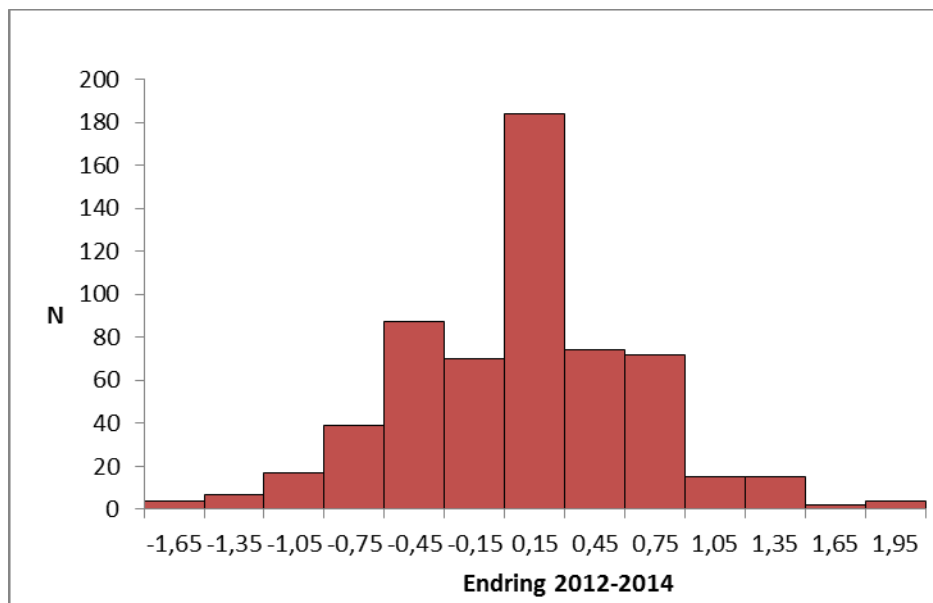
åpne for impulser fra omgivelsene kan «god kunnskap» om helsespørsmål like godt komme fra kontakt med familie, venner etc. og ikke som et resultat av en offentlig informasjonsatsing.

For det tredje, er de spørsmålene i vår undersøkelse som søker å måle «kampanjeeksponering» direkte (spørsmålene om man har «sett logoen for kampanjen» eller «lagt merke til ulike annonser for Helsekontoen») svært dårlige mål substansielt og statistisk sett: En må anta at en observasjon om at en «har sett» annonsen/logoen ikke nødvendigvis fanger opp de eventuelle virkninger en kampanje kan ha *selv om man ikke har sett denne*. Og kun 46 av 592 panelrespondenter i analysene oppgir å ha sett logoen, mens kun 36 har lagt merke til ulike annonser, noe som gir et svært tynt grunnlag for statistisk sammenligning. Vi inkluderer likevel disse variablene i analysene, men de bidrar altså ikke i noen grad til resultatene.¹⁰ For analysene der vi inkluderer medieeksponeringsmål, vil altså hovedformålet, med forbehold, være å identifisere mulige satsingsområder – ulike mediekanaler – i fremtidige kampanjer mv.

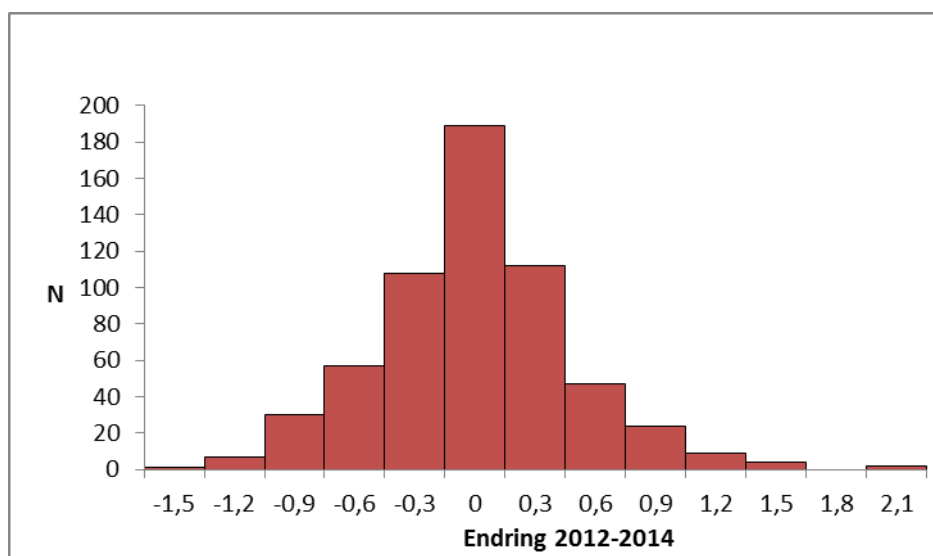
5.2 Endringer i kunnskaper og holdninger 2012-2014

Som en innledning til de multivariate analysene viser vi endringene for paneldeltakerne i undersøkelsen (de som har deltatt i begge undersøkelsene) i figurene 5.1-5.6.

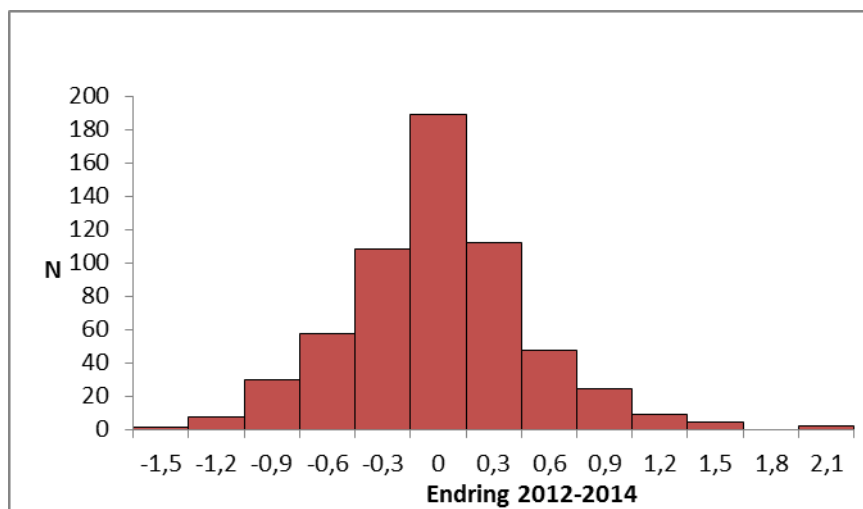
¹⁰ Dvs. andre parameterestimerer endrer seg ubetydelig dersom logo-/annonsevariablene utelates. Dessuten vil tolkningen av disse variablenes effekter være problematiske av en annen grunn: *Arsaksrekkefølgen* mellom ulike kunnskaps- (endrings)mål som avhengige variabler og en variabel som fanger opp hvorvidt en har sett annonsen/logoen for kampanjen er ikke rett frem. En kan godt tenke seg at det nettopp er respondenter som er opptatt av helse, og som dermed opplever en kunnskapsøkning over perioden, som er i stand til å oppdage eller huske annonsen/logoen.



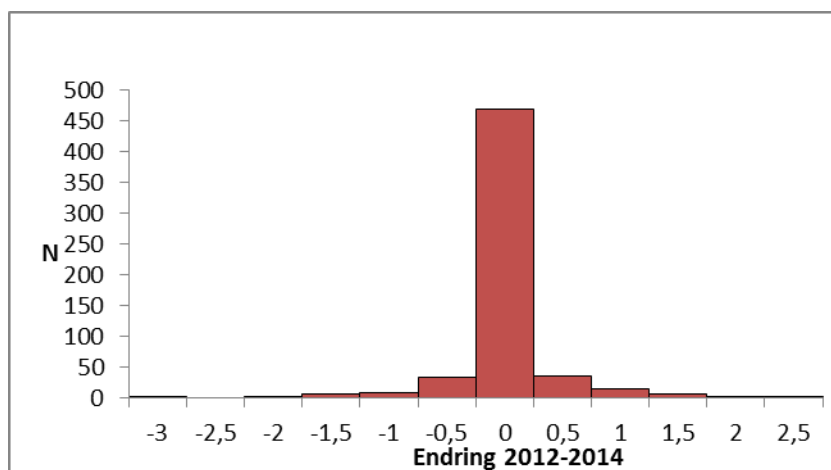
Figur 5.1 *Endring i indeksen for kunnskap om fysisk aktivitet og helse. 2012-2014. Paneldata (N=590).*



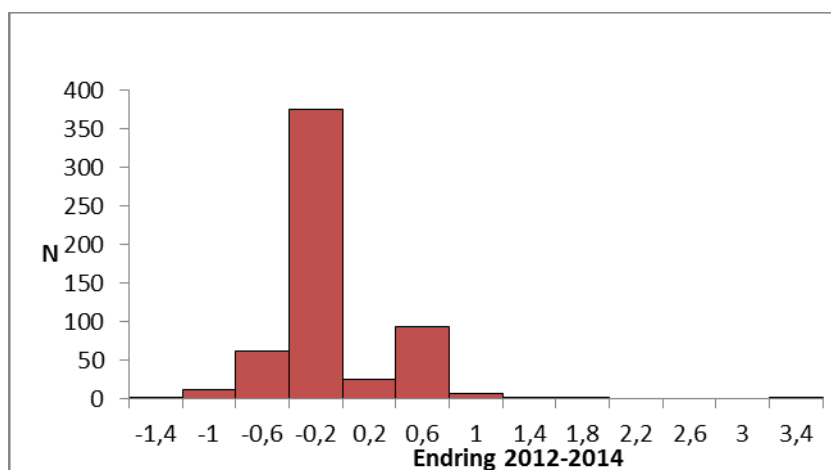
Figur 5.2 *Endring for indeksen for kunnskap om kosthold og helse. 2012-2014. Paneldata (N=590).*



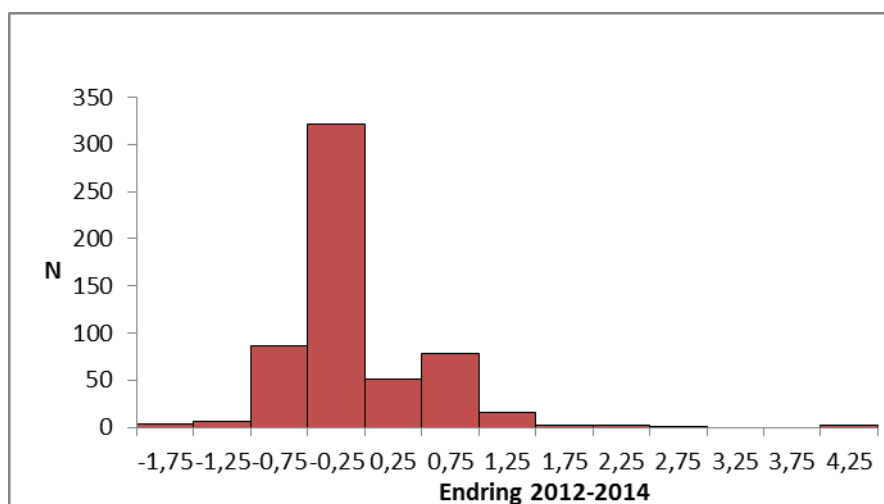
Figur 5.3 *Endring for indeksen for eget kosthold, 2012-2014. Paneldata (N=592).*



Figur 5.4 *Endring i mål på antall anbefalte porsjoner frukt/grønt, 2012-2014. Paneldata (N=581).*



Figur 5.5 *Endring i mål på anbefalt treningsmengde voksne/eldre. 2012-2014. Paneldata (N=584).*



Figur 5.6 *Endring i mål på anbefalt treningsmengde barn/unge. 2012-2014. Paneldata (N=569).*

Figurene viser en svak overvekt av positive endringer for alle de tre indeksene (Figur 5.1-Figur 5.3): kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse, samt eget kosthold. Vi ser altså en viss,

svak endring i retning av større kunnskap og mer atferd i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger.

For spørsmålene om anbefalte treningsmengder (Figur 5.5 og Figur 5.6) ser vi en bevegelse *vekk* fra anbefalt treningsmengde, men der noen respondenter viser store endringer i riktig retning.

For spørsmålet om riktig antall frukt/grønt er hovedtendensen ingen endring, dvs. folk kjenner godt til anbefalingen "5 om dagen", jf. Blåka (2013), og endrer ikke et slikt syn.

5.3 Hva betyr kjønn, alder, utdanning og inntekt for endringer i kunnskap og holdninger?

I denne delen av rapporten går vi gjennom resultatene av en rekke multivariate analyser for å se om utviklingen i kunnskapsnivå har vært forskjellig for ulike grupper i befolkningen. Det vil føre for langt å kommentere alle resultatene, så vi legger vekt på de funnene der vi får *statistisk signifikante forskjeller* mellom grupper. Signifikans betyr at forskjellene er så klare at vi med en bestemt, lav risiko for å ta feil kan si at det vi finner er *faktiske* forskjeller og ikke bare skyldes tilfeldigheter i vårt materiale.

5.3.1 Endringer i kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse

Endringer i indeksen for kunnskap om kosthold

Vi har gjennomført en analyse av endringer i respondentenes kunnskaper om sammenhenger mellom kosthold og helse fra 2012 til 2014, der vi trekker med deltakernes kjønn, alder, inntekt og utdanningsnivå (Tabell 5.1). Vi er her ute etter å se om det er forskjeller mellom ulike grupper, med andre ord om noen grupper har endret sine kunnskaper mer eller mindre enn andre grupper. Hvis en satsing for eksempel er særlig rettet mot menn, skulle man forvente en større økning i menns kunnskap enn kvinners dersom kampanjen har vært vellykket.

Tabell 5.1 *Endringer i indeks for kunnskap om kosthold og helse (bøyer verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=537).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	2,108	0,240	8,77	0,000
Mann (Kvinne=referansekategori)	-0,105	0,044	-2,39	0,017
Alder (Kontinuerlig variabel)	0,001	0,002	0,82	0,412
Grunnskole	-0,190	0,090	-2,11	0,035
Videregående skole	-0,008	0,059	-0,14	0,887
Lavere universitet/høyskole	0,020	0,059	0,34	0,733
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,158	0,190	-0,83	0,407
Inntekt =200 000-399 999	-0,195	0,168	-1,16	0,246
Inntekt=400 000-599 999	-0,006	0,157	-0,04	0,972
Inntekt=600 000-799 999	-0,164	0,156	-1,05	0,294
Inntekt=800 000-999 999	-0,025	0,156	-0,16	0,872
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,091	0,164	-0,55	0,581
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,004	0,179	0,02	0,982
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	-0,0187	0,036	-0,49	0,628
Endring i utdanning siste 2 år	-0,007	0,063	-0,11	0,914
Skåre på indeksen i 2012	-0,503	0,039	-12,88	0,000
Forklart varians (R ²)	0,282			

I det store bildet ser en få signifikante effekter, dvs. at det er små og/eller statistisk sett ubetydelige forskjeller mellom respondentene. Men noen mønstre avtegner seg: Vi ser av Tabell 5.1 at menn ser ut til ha mindre økning enn kvinner når det gjelder kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse (b=-0,105; observert minimums- og maksimumsendring er henholdsvis -1,5 og 2,2).

Tabell 5.1 viser også at respondenter med grunnskole skole som høyeste utdanning øker sin kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse relativt mindre enn folk med høyere universitets-/høyskoleutdanning.

Når vi finner at de som skåret høyt på indeksen i 2012 (hadde mye kunnskap i starten av perioden) øker sin kunnskap mindre enn andre skyldes dette en 'tak-gulv-effekt', dvs. at de med høyest kunnskapsnivå i 2012 støter mot et 'kunnskapstak' som begrenser mulighetene for å registrere ytterligere økning.

Endringer i kunnskap om anbefalt mengde frukt/grønt

Norske helsemyndigheter har i årrekke spredt budskapet om "5 om dagen", dvs. at befolkningen bør få i seg minst fem enheter bær, frukt og grønnt i løpet av en dag. Hva som regnes som "1 av 5" har endret seg litt over tid, blant annet godtas ikke nå poteter som grønnsak.

Tabell 5.2 *Endringer i kunnskap om anbefalt mengde frukt/grønt pr. dag (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=528).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	0,209	0,132	1,58	0,115
Mann (Kvinne=referansekat.)	-0,050	0,032	-1,58	0,114
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,003	0,001	-2,94	0,003
Grunnskole	-0,040	0,068	-0,59	0,556
Videregående skole	0,005	0,045	0,10	0,916
Lavere universitet/høyskole	0,030	0,045	0,66	0,511
Høyere universitet/høy-skole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,282	0,143	-1,97	0,050
Inntekt =200 000-399 999	-0,089	0,127	-0,70	0,483
Inntekt=400 000-599 999	-0,124	0,118	-1,05	0,296
Inntekt=600 000-799 999	-0,097	0,117	-0,83	0,409
Inntekt=800 000-999 999	-0,085	0,118	-0,72	0,470
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,066	0,123	-0,54	0,591
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,015	0,135	-0,11	0,914
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	-0,023	0,027	-0,84	0,401
Endring i utdanning siste 2 år	-0,060	0,048	-1,24	0,215
Skåre på indeksen i 2012	-0,709	0,037	-19,42	0,000
Forklart varians (R ²)	0,438			

Det synes å være en viss forskjell mellom yngre og eldre i tilegnelsen av kunnskap om anbefalt mengde frukt og grønt: de eldre kommer relativt dårligere ut.

For kunnskap om riktig mengde frukt/grønt pr. dag finner vi også at menn har hatt en noe dårligere utvikling enn kvinner, men forskjellen er ikke signifikant på det nivået vi normalt krever (minimum 10-prosents nivå).

Inntekt ser også ut til å spille en viss rolle for kunnskapsutviklingen. Gruppen med lavest inntekt har hatt en mindre gunstig utvikling av kunnskapen om anbefalt mengde frukt og grønt sammenliknet med folk i den høyeste inntektsgruppen.

5.3.2 Endringer i kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse

Endringer i indeksen for kunnskap om fysisk aktivitet

Mens det har vært mye offentlig diskusjon om hva som er et sunt kosthold, har det vært atskillig mindre kontroverser rundt betydningen av fysisk aktivitet. De generelle sannhetene om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse burde derfor være ganske godt kjent. Samtidig er myndighetenes anbefalinger om nivået på daglig fysisk aktivitet et noe mer komplekst budskap: anbefalingene varierer med den enkeltes alder og fysiske form, og med intensiteten i aktiviteten.¹¹

I en oppsummering av resultatene fra ca. 60 forskningsprosjekter internasjonalt, konkluderer Kunnskapssenteret for helsetjenesten (Austvoll-Dahlgren mfl. 2015) at befolkningsrettede opplysnings- og motivasjonstiltak for fysisk aktivitet gir visse positive resultater på kort sikt (omtrent seks måneder), mens det er vanskeligere å spore effekter på lengre sikt.

Vi har analysert hvordan kunnskapen om fysisk aktivitet generelt og kunnskapen om anbefalte mengder aktivitet for barn/unge og voksne/eldre, endrer seg for ulike grupper i befolkningen i perioden 2012 til 2014.

¹¹ <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet>

Tabell 5.3 *Endringer i indeks for kunnskap om fysisk aktivitet og helse (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=537).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	2,950	0,286	10,33	0,000
Mann (Kvinne=referansekat.)	-0,125	0,048	-2,61	0,009
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,007	0,002	-3,97	0,000
Grunnskole	-0,039	0,102	-0,38	0,706
Videregående skole	-0,143	0,067	-2,13	0,034
Lavere universitet/høyskole	-0,098	0,068	-1,45	0,147
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,258	0,216	-1,19	0,234
Inntekt =200 000-399 999	-0,089	0,191	-0,47	0,642
Inntekt=400 000-599 999	-0,007	0,180	-0,04	0,969
Inntekt=600 000-799 999	-0,111	0,177	-0,62	0,533
Inntekt=800 000-999 999	0,067	0,178	0,38	0,705
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,043	0,186	-0,23	0,817
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,101	0,203	-0,50	0,621
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,009	0,041	0,21	0,831
Endring i utdanning siste 2 år	0,138	0,071	1,94	0,053
Skåre på indeksen i 2012	-0,583	0,042	-13,89	0,000
Forklart varians (R ²)	0,306			

Også når det gjelder kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse gjør menn det gjennomgående moderat dårligere enn kvinner over perioden. Menn ser ut til å ha mindre kunnskapsøkninger enn kvinner når det gjelder kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse ($b=-0,125$). Effekten er allikevel substansielt moderat eller liten når en tar i betraktning spennet i endringene som observeres (min. $=-1,8$ til maks. $=2,0$; altså en gjennomsnittsforskjell mellom menn og kvinner på ca. 3% av den «mulige» forskjellen i endringer).

Eldre ser ut til å ha mindre kunnskapsøkninger enn yngre når det gjelder sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse ($b=-0,007$): Modellen predikerer for eksempel at en 68-åring har

$50 \cdot 0,007 = 0,35$ lavere endringsverdi enn en 18-åring, noe som også er moderat (ca. 7% av skalaen).

I likhet med i analysen av kunnskap om kosthold, finner vi at utdanning har betydning for tilegning av kunnskap om fysisk aktivitet og helse: de med lavere utdanning (videregående skole) øker kunnskapsnivået sitt mindre fra 2012 til 2014 enn de som har høyere utdanning (høyere universitets- eller høyskoleutdanning).

Tabell 5.4 *Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for barn/unge (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=518).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	-0,269	0,167	-1,61	0,108
Mann (Kvinne=referansekate.)	-0,054	0,040	-1,34	0,181
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,002	0,001	-1,15	0,249
Grunnskole	-0,107	0,086	-1,23	0,218
Videregående skole	-0,044	0,057	-0,77	0,444
Lavere universitet/høyskole	0,001	0,057	0,02	0,983
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,071	0,181	-0,39	0,694
Inntekt =200 000-399 999	0,194	0,161	1,21	0,227
Inntekt=400 000-599 999	0,138	0,149	0,93	0,354
Inntekt=600 000-799 999	0,167	0,148	1,13	0,259
Inntekt=800 000-999 999	0,124	0,148	0,83	0,404
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,149	0,155	0,96	0,338
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,086	0,171	0,51	0,613
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,042	0,034	1,22	0,224
Endring i utdanning siste 2 år	0,040	0,060	0,67	0,506
Skåre på indeksen i 2012	-0,778	0,035	-22,47	0,000
Forklart varians (R ²)	0,511			

Det er ingen store forskjeller mellom ulike befolkningsgrupper i økningen av kunnskap om anbefalte antall minutter fysisk aktivitet for barn og unge. I motsetning til for en del av de andre

spørsmålene, ser vi ingen signifikante forskjeller i utvikling mellom menns og kvinners kunnskaper over perioden. Heller ikke for de andre kjennetegnene – alder, utdanning og inntekt – finner vi forskjeller i kunnskapsendring i perioden.

Tabell 5.5 *Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for voksne/eldre (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 1 (N=530).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	0,237	0,138	1,72	0,086
Mann (Kvinne=referansekate.)	-0,062	0,033	-1,89	0,060
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,003	0,001	-2,75	0,006
Grunnskole	-0,058	0,071	-0,82	0,411
Videregående skole	-0,050	0,047	-1,05	0,293
Lavere universitet/høyskole	-0,022	0,047	-0,47	0,638
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,343	0,151	-2,27	0,024
Inntekt =200 000-399 999	-0,207	0,132	-1,57	0,117
Inntekt=400 000-599 999	-0,090	0,123	-0,73	0,467
Inntekt=600 000-799 999	-0,110	0,122	-0,90	0,368
Inntekt=800 000-999 999	-0,123	0,122	-1,00	0,316
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,114	0,128	-0,89	0,374
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,077	0,140	-0,55	0,584
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,021	0,028	0,76	0,450
Endring i utdanning siste 2 år	0,064	0,049	1,30	0,193
Skåre på indeksen i 2012	-0,652	0,038	-17,33	0,000
Forklart varians (R ²)	0,379			

Menn øker sin kunnskap om riktig treningsmengde for voksne og eldre relativt mindre enn kvinner (b=-0,06; en moderat effekt der minimums- og maksimumsendringen for dette målet er henholdsvis -3,4 og 1,4).

Vi så tidligere at eldre deltakere i undersøkelsen økte sin generelle kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse

(målt ved indeksen) mindre enn yngre deltakere. Den samme tendensen finner vi for kunnskapen om anbefalt treningsmengde: Eldre øker sin kunnskap om riktig treningsmengde for voksne/ eldre relativt mindre enn yngre ($b=-0,003$), men forskjellen mellom eldre og yngre er moderat sett i lys av den observerte spredningen i disse målene.

5.3.3 Endringer i kunnskaper om sammenhengen mellom tobakk og helse

Få temaer har vært så mye offentlig diskutert som helseeffekter av tobakksbruk og myndighetenes regulering av røyking. Røykingens helseskadelige effekter bør være godt kjent – og etter hvert også akseptert – av de fleste. Snusens betydning for helsen er imidlertid fortsatt omdiskutert, og sammenhengen mellom snusing og helse er foreløpig ikke like veldokumentert som sammenhengen mellom røyking og helse.

Røyk

Røykingens status og utbredelse har endret seg enormt i Norge, som i de fleste vestlige land, de siste tiårene. Andelen dagligrøykere er halvert i løpet av tiåret fra 2004 til 2014.¹² Det er nå en liten andel dagligrøykere i landet, og røyking varierer betydelig med sosial status.¹³ Røyking har på mange måter på ganske kort tid blitt et ”lavstatusfenomen”.

Vi har sett på hvordan ulike grupper tar opp i seg budskapet om at det gir helsegevinst å røyke, selv etter mange år som røyker.

¹² <http://www.ssb.no/royk>

¹³

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8931&Content_7242=7244:110779:0:7243:1:::0:0#eHandbook1107798

Tabell 5.6 *Endringer i holdning til "for en person som har røkt i 20 år har det ingen hensikt å bli røykfri" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 1 (N=518).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	3,979	0,341	11,67	0,000
Mann (Kvinne=referansekate.)	0,132	0,069	1,91	0,056
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,004	0,002	-1,85	0,065
Grunnskole	0,138	0,149	0,93	0,353
Videregående skole	0,096	0,098	0,98	0,327
Lavere universitet/høyskole	0,170	0,097	1,75	0,081
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	0,221	0,322	0,69	0,493
Inntekt =200 000-399 999	0,328	0,277	1,18	0,237
Inntekt=400 000-599 999	0,282	0,256	1,10	0,272
Inntekt=600 000-799 999	0,256	0,253	1,01	0,312
Inntekt=800 000-999 999	0,421	0,255	1,65	0,099
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,315	0,267	1,18	0,238
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,083	0,293	0,28	0,778
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,045	0,059	0,75	0,451
Endring i utdanning siste 2 år	0,052	0,103	0,50	0,614
Skåre på indeksen i 2012	-0,882	0,038	-23,45	0,000
Forklart varians (R ²)	0,542			

Analysene viser at menn i større grad enn kvinner har tatt til seg informasjon om at det lønner seg å slutte å røyke: menn øker i snitt sin forståelse for at «ubetinget» røykekutt er et gode mer enn kvinner over perioden (b=0,13 på en skala fra -4,0 til 4,0) (Tabell 5.6).

En ser imidlertid en tendens til at eldre i større grad enn yngre beveger seg vekk fra helsemyndighetenes anbefaling om «ubetinget» røykekutt (b=-0,004 på en skala fra -4,0 til 4,0).

Snus

Snusing er, i det omfanget vi nå ser i Norge, et ganske nytt fenomen. Mens andelen dagligrøykere synker, går andelen snusere fortsatt opp eller holder seg stabil,¹⁴ spesielt blant unge. Som tidligere nevnt er også kunnskapen om snusens helseskadelige virkninger mindre i omfang og mer omdiskutert i offentligheten.

Tabell 5.7 *Endringer i holdning til "snus er ikke helsefarlig" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 1 (N=518).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	2,727	0,365	7,47	0,000
Mann (Kvinne=referansekate.)	-0,218	0,077	-2,81	0,005
Alder (Kontinuerlig variabel)	0,003	0,003	1,23	0,219
Grunnskole	-0,022	0,164	-0,13	0,895
Videregående skole	-0,040	0,108	-0,37	0,711
Lavere universitet/høyskole	-0,004	0,108	-0,03	0,974
Høyere universitet/høy-skole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,162	0,352	-0,46	0,645
Inntekt =200 000-399 999	0,224	0,307	0,73	0,466
Inntekt=400 000-599 999	0,251	0,286	0,88	0,380
Inntekt=600 000-799 999	0,271	0,282	0,96	0,337
Inntekt=800 000-999 999	0,196	0,284	0,69	0,490
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,159	0,298	0,54	0,592
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,260	0,324	0,80	0,424
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	-0,041	0,067	-0,61	0,540
Endring i utdanning siste 2 år	-0,034	0,114	-0,30	0,764
Skåre på indeksen i 2012	-0,634	0,038	-16,48	0,000
Forklart varians (R ²)	0,368			

Analysene viser ikke signifikante forskjeller mellom unge og eldre i endring i synet på helseeffekter av snus. Heller ikke utdanning og inntekt ser ut til å ha betydning for utviklingen i synet på snus.

¹⁴ <http://www.ssb.no/royk>

Når det gjelder holdninger til snus ser en at menn i mindre grad enn kvinner nærmer seg helsemyndighetenes anbefalinger om at «snus er helsefarlig». Alt annet likt er menns snittendring i retning av «riktig kunnskap» 0,22 poeng lavere enn kvinners ($b=-0,22$, der observerte endringer går fra -4,0 til 4,0).

5.3.4 Endringer i oppfatning av eget kosthold

Som tidligere nevnt er oppmerksomheten rundt kosthold – både hva som er sunn og riktig mat og hva som er riktig mengde mat – enorm i Norge. Aviser, ukeblader og nettmedier er fulle av stoff om mat, helse og slanking. Likevel blir befolkningen stadig tyngre.

Vi har bedt deltakerne i vår undersøkelse svare på noen spørsmål om eget kosthold, og analysert endringer i deres vurderinger over tid (Tabell 5.8).

Tabell 5.8 *Endringer i indeks for opplevelse av eget kosthold (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 1 (N=538).*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	0,877	0,131	6,67	0,000
Mann (Kvinne=referansekat.)	0,003	0,027	0,10	0,919
Alder (Kontinuerlig variabel)	0,005	0,001	4,76	0,000
Grunnskole	-0,185	0,057	-3,28	0,001
Videregående skole	-0,088	0,037	-2,36	0,019
Lavere universitet/høyskole	-0,008	0,037	-0,22	0,829
Høyere universitet/høy-skole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	0,080	0,120	0,67	0,504
Inntekt =200 000-399 999	-0,050	0,105	-0,48	0,635
Inntekt=400 000-599 999	0,023	0,099	0,23	0,820
Inntekt=600 000-799 999	0,025	0,098	0,26	0,795
Inntekt=800 000-999 999	0,047	0,098	0,48	0,635
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,073	0,103	0,71	0,476
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,021	0,113	-0,18	0,855
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,050	0,023	2,21	0,027
Endring i utdanning siste 2 år	0,078	0,039	1,98	0,048
Skåre på indeksen i 2012	-0,379	0,032	-11,92	0,000
Forklart varians (R ²)	0,243			

Vi ser av analyseresultatene at alder for én gangs skyld viser en positiv sammenheng med livsstil: eldre innbyggere blir relativt mer fornøyd med eget kosthold fra 2014 til 2012, sammenliknet med yngre innbyggere.

Vi finner også at utdanning betyr en del: jo høyere utdanning en har, jo større er forbedringen i opplevelsen av eget kosthold.

For opplevelse av eget kosthold ser en ingen signifikante forskjeller i utvikling mellom menn og kvinner over perioden.

Analysene viser også positive effekter av *endring* i inntekt og utdanning: De som har fått økt utdanning og inntekt i perioden

2012 til 2014, har en mer positiv utvikling i synet på sitt kosthold enn de som ikke har hatt slik utdannings- og/eller inntektsøkning.

5.4 Hvilken betydning har mediebruk for folks tilegning av kunnskap?

I kapittel 4 så vi at Nordlands befolkning bruker en lang rekke ulike medier, både tradisjonelle, som papiraviser, TV og radio, og nettbaserte medier. I undersøkelsen fra 2014 fant vi at relativt få deltakere kunne huske å ha lagt merke til Helsekontoens logo eller annonser. Dette behøver ikke bety at de ikke har fått med seg innholdet i satsningen.

I analysene i modell 2 legger vi til indikatorer for mediebruk hos respondentene. I den grad en kan anta at informasjonskampanjer først og fremst er virksomme gjennom ulike mediekkanaler vil det være interessant å kartlegge hvorvidt grupper med høy mediebruk ser ut til å oppleve bedre utvikling, i retning av helsemyndighetenes anbefalinger og mål. Som ett blant mange virkemidler for å bedre folks helse og kunnskap om helse er altså informasjonskampanjer – slik som informasjon generelt – til en viss grad avhengig av at informasjonskanalene benyttes. Og en må da regne med at de som ikke benytter seg av slike kanaler heller ikke vil nyte godt av denne virkningen. Slik sett vil altså informasjon *isolert sett* potensielt kunne føre med seg *ulikehet* i helse- og kunnskapsutvikling: Kun de som nås gjennom informasjonskanalene vil – dersom informasjonen er «god» – oppleve positive virkninger, mens de som ikke nås blir hengende etter. Analysene her er altså egnet til å identifisere grupper – gitt ved ulike typer mediebruk, eller mangel på sådan – som opplever større eller mindre forbedringer i helse og kunnskap om helse.

Vi velger her å kommentere resultatene noe mer generelt. Spesielt interesserte lesere finner tabellene i vedlegget.

Analysene viser at estimatene fra modell 1, dvs. deres størrelse og signifikans, i det store og hele holder seg på samme nivå når indikatorene for mediebruk inkluderes. På den ene siden kan dette skyldes at mediebruken ikke er svært forskjellig for ulike typer respondenter (gitt ved de andre variablene i analysene). På den andre siden kan dette også skyldes at mediebruk ikke forklarer stort av eventuelle forbedringer i den enkeltes helse og kunnskap

om helse. Men vi ser for eksempel at de som i stor grad bruker «tradisjonelle» medier i snitt opplever en bedre utvikling av kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse enn dem som ikke benytter seg av slike medier ($b=0,03$), selv om effekten er moderat. Folk som benytter seg av tradisjonelle medier viser også en større positiv endring av egen opplevd livsstil (kosthold) enn folk som ikke bruker tradisjonelle medier ($b=0,02$).

Samtidig har de som i stor grad bruker nettmedier i snitt en relativt bedre utvikling av kunnskap om barn/unges riktige treningsmengde ($b=-0,04$; igjen en moderat effekt). Utfordringen for helsemyndighetene er at respondenter som *ikke* benytter seg av slike medier altså blir «hengende etter». Overfor slike grupper må man altså vurdere andre tiltak enn tradisjonelle «informasjonskampanjer» dersom en søker en jevnere fordelt utvikling av kunnskap og helse.

Motsatt finner vi en viss tendens til at brukere av nettmedier faktisk har *dårligere* utvikling enn ikke-brukere når det gjelder synet på helsefaren ved snusbruk ($b=-0,05$; p -verdi= $0,15$, dvs. ikke svært insignifikant). Her finner vi altså en svak tendens til at det nettopp er *brukerne* av kanalene man *må* benytte seg av i informasjonskampanjer som er de som «henger etter». Dette kan bety at konkurrerende oppfatninger om snus ”vinner” i disse mediene, eller at helsemyndighetenes informasjon ikke når frem. I dette ligger det et potensial for «gode» informasjonskampanjer på dette området.

Til slutt nevner vi at ingen av variablene som søker å fange opp om man har lagt merke annonsene/logoen for Helsekontoen har statistisk signifikant effekt i analysene. Dette er som forventet siden svært få faktisk opplyser å ha lagt merke til slike «kampanjeprofileringer».

5.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi analysert *endringer i kunnskaper og holdninger* blant ulike grupper i befolkningen, og forsøkt å nærme oss spørsmålet om Helsekontoen kan ha hatt en effekt på folks oppfatninger av sammenhenger mellom livsstil og helse.

I det store bildet finner vi få signifikante effekter, dvs. forskjeller mellom respondentene er små og/eller statistisk sett ubetydelige. Men noen mønstre avtegner seg: For de fleste temaene ser vi **forskjeller mellom kjønnene**: menns kunnskaper i snitt ut til å øke noe mindre enn kvinners i perioden 2012-2014. Det ser altså ut til å være vanskeligere å nå ut til menn med ”riktig” informasjon om sammenhengen mellom livsstil og helse.

Dette gjelder både kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse og kunnskaper om kosthold og helse. Også når det gjelder holdninger til tobakk ser en at menn i mindre grad enn kvinner tar inn over seg helsemyndighetenes budskap om at «snus er helsefarlig». På den annen side øker menn i snitt sin forståelse for at «ubetinget» røykekutt er et gode mer enn kvinner over perioden.

Vi finner også at **alder har betydning**: eldres kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse jevnt over øker langsommere enn yngres kunnskaper. Den lavere endringstakten gjelder både sammenhengen mellom helse og fysisk aktivitet, kunnskapen om enkelte kostholdsspørsmål og kunnskapen om (eller holdningen til) røyking.

I analysene finner vi også at **sosio-økonomiske bakgrunnsfaktorer** tidvis kan forklare noe av de målte endringene. For kunnskapsmålene omkring fysisk aktivitet og helse, kosthold og helse, riktig kosthold, treningsmengde og tobakksbruk ser vi en tendens til at grupper med lavere **utdanning** i mindre grad beveger seg mot helsemyndighetens anbefalinger. Dette er i tråd med utdanning sett som en «ressurs for kunnskapsøkning». En ser også at en *endring* i utdanning (fra et «trinn» til det neste) i løpet av toårsperioden forbindes med en relativt bedre kunnskapsøkning når det gjelder kunnskap om sammenhengen mellom helse og fysisk aktivitet.

Også **husstandens inntekt** spiller en rolle: vi ser et svakt mønster der kunnskapen om voksne/eldres riktige treningsmengde og kunnskapen om riktig mengde frukt/grønt pr. dag er mindre presis for respondenter med lave inntekter.

Det klareste mønsteret ser vi i analysen av oppfatningen av eget kosthold: Her ser vi at respondenter med kun grunn- eller videreutdanning opplever en signifikant dårligere utvikling enn

dem med høyskole- eller universitetsutdanning. Det ser imidlertid ut til at en endring i sosio-økonomisk status over perioden kan hjelpe noe: De som opplever et hopp fra et «trinn» på utdanningsstigen til det neste har i snitt høyere endring i riktig retning enn dem som ikke tar ytterligere utdanning. Tilsvarende effekt ses for et hopp (ca. kr. 200 000) på «husstandsinntektsstigen»: en slik inntektsøkning fra 2012 til 2014 gir bedre utvikling enn for dem som ikke opplever inntektsøkning.

Dette bildet endrer seg ikke vesentlig når vi trekker inn deltakernes mediebruk. Vi finner litt ulik profil på kunnskapstilegnelsen for folk som bruker tradisjonelle medier og nettbaserte medier. På nettet er det større muligheter for brukeren *selv* å oppsøke informasjon – fortrinnsvis informasjon en ønsker seg. Det er derfor en særlig utfordring for offentlig myndigheter å utforme informasjonssatsinger som når gjennom i disse mediene, i konkurranse med alternativ informasjon.

Med vårt analyseopplegg er det ikke mulig å fastslå med sikkerhet om og hvordan Helsekontoen har bidratt til økt kunnskap om sammenhenger mellom livsstil og helse i Nordlands befolkning.

For det første: Som vi har sett går utviklingen i kunnskapsnivået i litt ulike retninger, selv om vi kan se enkelte positive tendenser. Jevnt over er inntrykket at holdninger, kunnskaper og atferd ligger ganske stabilt i perioden 2012-2014.

For det andre: Nordland fylkeskommune har hatt en særlig oppmerksomhet om informasjonen til visse grupper om enkelttema, blant annet menn, yngre og eldre. Det er ikke uten videre enkelt å spore entydige positive endringer i disse gruppene, men det kan jo hende utviklingen ville vært klart negativ uten satsingen. Vårt undersøkelsesopplegg gjør det ikke mulig å vite hva som hadde skjedd uten Helsekontoen.

For det tredje: Innbyggerne i Nordland har i perioden 2012-2014 vært utsatt for en lang rekke impulser, informasjonsfremstøt og samfunnsmessige endringer. Det er ikke mulig for oss å peke ut Helsekontoen som den ene, viktige faktoren som har hatt betydning for utviklingen i befolkningens kunnskaper.

6 Konklusjoner

Nordland fylkeskommune lanserte Helsekontoen i mars 2013. Med utgangspunkt i data fra en spørreundersøkelse til befolkningen i november/desember 2012 og 2014, har vi gjennomført analyser for å belyse følgende spørsmål:

- Hvordan har befolkningens kunnskaper, atferd og holdninger endret seg i perioden 2012-2014?
- Er utviklingen forskjellig for ulike grupper i befolkningen?
- Kan eventuelle endringer i befolkningens og befolkningsgruppers kunnskaper, atferd og holdninger føres tilbake til Helsekontoen?

Har befolkningens kunnskaper, holdninger og atferd endret seg?

Vi finner generelt små endringer i folks kunnskaper og holdninger i løpet av de siste to årene, og de endringene som kan observeres peker ikke i noen entydig retning.

For **kostholdsspørsmålene** finner vi bare signifikante endringer for tre spørsmål. Befolkningen ser ut til å ha blitt mer bevisst på nytten av fiber i fullkornsprodukter, og er også i større grad oppmerksom på at slankekurer ikke behøver å være sunne, selv om de fører til vektnedgang. På den annen side er folk blitt noe mindre tilbøyelige til å se hardt smør som usunt. En samleindeks for befolkningens kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse viser en liten negativ trend, dvs. at kunnskapene beveger seg litt *bort fra* helsemyndighetenes kostholdsråd.

Kunnskapene om de helsemessige betydningene av **fysisk aktivitet** er også svært stabile. Det er noen flere som har fått med seg at inaktive mennesker vil ha en positiv effekt selv av små doser fysisk aktivitet. I avveiningen mellom redusert fysisk aktivitet og økt matinntak som årsak til overvekt, er det flere som holder på

matinntaket som hovedproblem i 2014. Det er flere som kjenner til anbefalt mengde fysisk aktivitet for voksne og eldre i 2014, mens vi ikke finner en tilsvarende økning for kunnskapen om anbefalingene for barn og unge. Samleindeksen for kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er helt stabil i perioden 2012 til 2014.

For **tobakksbruk** ser vi særlig én klar endring: det er betydelig flere som mener at snus er helseskadelig i 2014 sammenliknet med to år tidligere.

I undersøkelsen er deltakerne også bedt om å svare på spørsmål om **egen livsstil**. Vi finner en klar økning i andelen som legger vekt på nøkkelhullsmerkingen når de velger matvarer. Det er også klart flere som svarer at de aldri røyker. Ellers er det små endringer.

Er utviklingen forskjellig for ulike grupper i befolkningen?

I det store bildet finner vi få signifikante forskjeller i utviklingen i kunnskap mellom ulike befolkningsgrupper. Men noen mønstre avtegner seg: For de fleste temaene ser vi **forskjeller mellom kjønnene**: menns kunnskaper øker i snitt noe mindre enn kvinners i perioden 2012-2014. Det ser altså ut til å være vanskeligere å nå ut til menn med ”riktig” informasjon om sammenhengen mellom livsstil og helse.

Dette gjelder både kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse og kunnskaper om kosthold og helse. Også når det gjelder holdninger til tobakk ser en at menn i mindre grad enn kvinner tar inn over seg helsemyndighetenes budskap om at «snus er helsefarlig». På den annen side øker menn i snitt sin forståelse for at «ubetinget» røykekutt er et gode mer enn kvinner over perioden.

Vi finner også at **alder har betydning**: eldres kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og helse øker jevnt over lang-sommere enn yngres kunnskaper. Den lavere endringstakten gjelder både sammenhengen mellom helse og fysisk aktivitet, kunnskapen om enkelte kostholdsspørsmål og kunnskapen om (eller holdningen til) røyking.

I analysene finner vi også at **sosioøkonomiske bakgrunns-faktorer** tidvis kan forklare noe av de målte endringene. For

kunnskapsmålene omkring fysisk aktivitet og helse, kosthold og helse, riktig kosthold, treningsmengde og tobakksbruk ser vi en tendens til at grupper med lavere **utdanning** i mindre grad beveger seg mot helsemyndighetens anbefalinger. Dette er i tråd med utdanning sett som en «ressurs for kunnskapsøkning». En ser også at en *endring* i utdanning (fra et «trinn» til det neste) i løpet av toårsperioden forbindes med en relativt bedre kunnskapsøkning når det gjelder kunnskap om sammenhengen mellom helse og fysisk aktivitet.

Også **husstandens inntekt** spiller en rolle: vi ser et svakt mønster der kunnskapen om voksne/eldres riktige treningsmengde og kunnskapen om riktig mengde frukt/grønt pr. dag er mindre presis for respondenter med lave inntekter.

Det klareste mønsteret ser vi i analysen av oppfatningen av eget kosthold: Her ser vi at respondenter med kun grunn- eller videreutdanning opplever en signifikant dårligere utvikling enn dem med høyskole- eller universitetsutdanning. Det ser imidlertid ut til at en endring i sosioøkonomisk status over perioden kan hjelpe noe: De som opplever et hopp fra et «trinn» på utdanningsstigen til det neste har i snitt høyere endring i riktig retning enn dem som ikke tar ytterligere utdanning. Tilsvarende effekt ses for et hopp (ca. kr. 200 000) på «husstandsinntektsstigen»: en slik inntektsøkning fra 2012 til 2014 gir bedre utvikling enn for dem som ikke opplever inntektsøkning.

Kan endringer i kunnskaper, atferd og holdninger føres tilbake til Helsekontoen?

Nordland fylkeskommune har informert både bredt og variert om sammenhengen mellom helse og livsstil gjennom Helsekontoen. Informasjonen har vært kanalisert både gjennom tradisjonelle og nettbaserte medier og gjennom kommunale og fylkeskommunale tjenester.

Blant deltakerne i vår spørreundersøkelse er det imidlertid få som sier at har sett Helsekontoens logo eller annonsekampanjer. Dette behøver ikke bety at de *faktisk ikke* har sett dem – men de husker i alle fall ikke at de har lagt merke til dem. At ikke de kan huske å ha sett informasjon om Helsekontoen behøver heller ikke bety at de ikke har fått med seg innholdet i satsingen.

Siden mye av informasjonen om Helsekontoen er kanalisert gjennom ulike typer medier, har vi gjort analyser der vi tar med deltakernes mediebruk. Inkludering av mediebruk i analysene endrer ikke bildet av små forskjeller i grupperes kunnskapsøkning. Vi finner litt ulik profil på kunnskapstilegnelsen for folk som bruker tradisjonelle medier sammenliknet med de som bruker nettbaserte medier. På nettet er det større muligheter for brukeren selv å oppsøke informasjon – fortrinnsvis informasjon en ønsker seg. Det er derfor en særlig utfordring for offentlig myndigheter å utforme informasjonssatsinger som når gjennom i disse mediene, i konkurranse med alternativ informasjon.

Med vårt analyseopplegg er det ikke mulig å fastslå med sikkerhet om og hvordan Helsekontoen har bidratt til økt kunnskap om sammenhenger mellom livsstil og helse i Nordlands befolkning. Dette skyldes først og fremst at innbyggerne i Nordland i perioden 2012-2014 har vært utsatt for en lang rekke impulser, informasjonsfremstøt og samfunnsmessige endringer. Informasjonen fra Nordland fylkeskommune har vært i tråd med, og støttet opp om, informasjon fra statlige helsemyndigheter. Det er derfor ikke mulig for oss å peke ut Helsekontoen som den ene, viktige faktoren som har hatt betydning for utviklingen i befolkningens kunnskaper.

De senere årene har omfanget av informasjon om «alternative sannheter» om sammenhengen mellom livsstil og helse tiltatt, særlig på kostholdsområdet. Når befolkningens kunnskaper om myndighetenes kostholdsråd fortsatt er på et høyt nivå, slik vi ser i Nordland, kan dette være et tegn på at fylkeskommunens informasjon har bidratt til å hindre en nedgang som ellers kunne kommet. Men vårt analyseopplegg er ikke egnet for å si noe om hvordan befolkningens kunnskaper og holdninger ville vært uten Helsekontoen.

Litteratur

- Austvoll-Dahlgren, A., Lidahl, A. Mosdøl, J. Odgaard-Jensen, E. Denison og G.E. Vist (2015): *Effekter av befolkningsrettede opplysnings- og motivasjonstiltak for å fremme fysisk aktivitet og én eller flere andre sunne levevaner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport fra Kunnskapssenteret. Systematisk oversikt nr. 9 – 2015)
- Blåka, S. (2013): *Kunnskap, atferd og holdninger til sammenhengen mellom livsstil og helse blant Nordlands befolkning. Status i forkant av en informasjonskampanje*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-notat 2013:103)
- Blåka, S. (2012): *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter Opptrappingsplanen*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:9)
- Departementene (2005-2009): *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 Sammen for fysisk aktivitet*.
- Departementene (2007-2011): *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) Oppskrift for et sunnere kosthold*.
- Folkehelseinstituttet (2014): *Sosiale helseforskjeller i Norge – Folkehelse rapporten 2014*.
- Hellevik, O. (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2012): *Strategiplan Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010*
- Myrvold, T. (2008): *Psykisk helse og psykisk sykdom. Innbyggernes kunnskaper og holdninger*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2008:16)

- Sæbø, G. (2013): "Sigaretter, snus og status: om livstilsforskjeller mellom brukergrupper av ulike tobakksprodukter". *Sosiologisk Tidsskrift* 21(1): 5-32
- Sæbø, G. (2007): "Fleksible medier og kontrollert kommunikasjon. Om unges bruk og forståelse av peer-to-peer (P2P)-teknologi". I: Lüders, M., L. Prøitz og T. Rasmussen (red.) *Personlige medier. Livet mellom skjermene*: 186-210. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1 Tabeller

Tabell V.1 *Korrelasjon mellom alder og medievaner*

	Bruk av tradisjonelle medier (indeks)	Bruk av nettbaserte medier
Alder	0,34395***	-0,30014***

*** Signifikant på 1 prosents nivå

Endringer i kunnskap om kosthold

Tabell V.2 *Er endringer kunnskap om kosthold og helse betinget av mediebruk? (Høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	2,034	0,248	8,20	0,000
Mann (Kvinne=referansekate.)	-0,075	0,045	-1,67	0,096
Alder (Kontinuerlig variabel)	0,000	0,002	-0,17	0,862
Grunnskole	-0,183	0,090	-2,03	0,042
Videregående skole	-0,006	0,059	-0,09	0,926
Lavere universitet/høyskole	0,021	0,059	0,36	0,716
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,140	0,192	-0,73	0,465
Inntekt =200 000-399 999	-0,189	0,168	-1,13	0,260
Inntekt=400 000-599 999	0,008	0,158	0,05	0,959
Inntekt=600 000-799 999	-0,165	0,156	-1,06	0,289
Inntekt=800 000-999 999	-0,030	0,156	-0,19	0,846
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,089	0,163	-0,55	0,586
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,011	0,179	-0,06	0,951
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	-0,021	0,036	-0,60	0,551
Endring i utdanning siste 2 år	-0,007	0,063	-0,11	0,913
Skåre på indeksen i 2012	-0,496	0,039	-12,67	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	0,033	0,016	2,14	0,033
Bruk av nett-medier	-0,010	0,020	-0,48	0,635
Har sett Helsekontoannonse	-0,058	0,080	-0,73	0,469
Har sett Helsekontologo	0,109	0,073	1,51	0,132
Forklart varians (R ²)	0,283			

Tabell V.3 *Endringer i kunnskap om anbefalt mengde frukt/grønt pr. dag (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	0,245	0,131	1,87	0,062
Mann (Kvinne=referansekat.)	-0,053	0,030	-1,79	0,074
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,003	0,001	-2,39	0,017
Grunnskole	-0,043	0,062	-0,70	0,486
Videregående skole	0,017	0,041	0,40	0,687
Lavere universitet/høyskole	0,031	0,041	0,75	0,451
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,296	0,132	-2,25	0,025
Inntekt =200 000-399 999	-0,092	0,115	-0,80	0,426
Inntekt=400 000-599 999	-0,142	0,109	-1,31	0,192
Inntekt=600 000-799 999	-0,106	0,107	-0,99	0,323
Inntekt=800 000-999 999	-0,069	0,107	-0,64	0,522
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,070	0,113	-0,63	0,531
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,010	0,124	-0,08	0,936
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	-0,021	0,025	-0,82	0,413
Endring i utdanning siste 2 år	-0,061	0,044	-1,39	0,166
Skåre på indeksen i 2012	-0,697	0,033	-20,93	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	-0,008	0,011	-0,72	0,471
Bruk av nett-medier	-0,013	0,014	-0,89	0,375
Har sett Helsekontoannonse	-0,026	0,057	-0,47	0,641
Har sett Helsekontologo	-0,076	0,051	-1,51	0,132
Forklart varians (R ²)	0,485			

Endringer i kunnskap om fysisk aktivitet

Tabell V.4 *Endringer i indeks for kunnskap om fysisk aktivitet og helse (bøy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	2,964	0,297	9,99	0,000
Mann (Kvinne=referansekate.)	-0,127	0,049	-2,57	0,010
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,006	0,002	-3,23	0,001
Grunnskole	-0,033	0,103	-0,32	0,750
Videregående skole	-0,147	0,068	-2,17	0,030
Lavere universitet/høyskole	-0,099	0,068	-1,46	0,144
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,295	0,219	-1,35	0,178
Inntekt =200 000-399 999	-0,115	0,192	-0,60	0,550
Inntekt=400 000-599 999	-0,042	0,181	-0,23	0,819
Inntekt=600 000-799 999	-0,137	0,178	-0,77	0,442
Inntekt=800 000-999 999	0,037	0,179	0,21	0,837
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,061	0,187	-0,33	0,744
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,138	0,205	-0,67	0,503
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,012	0,041	0,29	0,775
Endring i utdanning siste 2 år	0,139	0,072	1,93	0,054
Skåre på indeksen i 2012	-0,584	0,042	-13,84	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	-0,008	0,018	-0,43	0,666
Bruk av nett-medier	0,010	0,023	0,42	0,677
Har sett Helsekontoannonse	-0,141	0,091	-1,55	0,121
Har sett Helsekontologo	0,020	0,083	0,24	0,811
Forklart varians (R ²)	0,309			

Tabell V.5 *Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for barn/ unge (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	-0,457	0,181	-2,52	0,012
Mann (Kvinne=referansekat.)	-0,044	0,041	-1,07	0,287
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,001	0,002	-0,95	0,343
Grunnskole	-0,099	0,087	-1,14	0,254
Videregående skole	-0,029	0,057	-0,51	0,613
Lavere universitet/høyskole	0,005	0,057	0,08	0,934
Høyere universitet/høy-skole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,013	0,183	-0,07	0,945
Inntekt =200 000-399 999	0,204	0,161	1,27	0,206
Inntekt=400 000-599 999	0,168	0,150	1,11	0,265
Inntekt=600 000-799 999	0,183	0,148	1,23	0,219
Inntekt=800 000-999 999	0,140	0,149	0,94	0,346
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,172	0,156	1,10	0,270
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,080	0,172	0,47	0,641
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,037	0,034	1,08	0,281
Endring i utdanning siste 2 år	0,040	0,060	0,67	0,505
Skåre på indeksen i 2012	-0,785	0,035	-22,53	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	0,018	0,015	1,22	0,223
Bruk av nett-medier	0,041	0,020	2,10	0,037
Har sett Helsekontoannonse	0,044	0,077	0,57	0,567
Har sett Helsekontologo	0,027	0,070	0,38	0,705
Forklart varians (R ²)	0,517			

Tabell V.6 *Endringer i kunnskap om anbefalt treningsmengde for voksne/eldre (høy verdi mer i tråd med anbefalingene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	0,206	0,150	1,38	0,168
Mann (Kvinne=referansekat.)	-0,062	0,034	-1,81	0,071
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,003	0,001	-2,18	0,030
Grunnskole	-0,054	0,071	-0,76	0,449
Videregående skole	-0,045	0,047	-0,95	0,343
Lavere universitet/høyskole	-0,021	0,047	-0,46	0,648
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,349	0,153	-2,29	0,023
Inntekt =200 000-399 999	-0,216	0,132	-1,63	0,103
Inntekt=400 000-599 999	-0,096	0,124	-0,77	0,440
Inntekt=600 000-799 999	-0,116	0,123	-0,94	0,345
Inntekt=800 000-999 999	-0,124	0,123	-1,01	0,315
Inntekt=1 000 000-1 199 999	-0,116	0,129	-0,90	0,369
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,088	0,141	-0,62	0,532
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,022	0,028	0,77	0,443
Endring i utdanning siste 2 år	0,067	0,050	1,35	0,179
Skåre på indeksen i 2012	-0,662	0,038	-17,42	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	-0,001	0,012	-0,10	0,924
Bruk av nett-medier	0,009	0,016	0,56	0,579
Har sett Helsekontoannonse	-0,042	0,063	-0,66	0,507
Har sett Helsekontologo	0,019	0,057	0,33	0,742
Forklart varians (R ²)	0,385			

Endringer i kunnskaper om sammenhengen mellom tobakk og helse

Tabell V.7 *Endringer i holdning til "snus er ikke helsefarlig" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	2,962	0,390	7,60	0,000
Mann (Kvinne=referansekate.)	-0,229	0,080	-2,86	0,004
Alder (Kontinuerlig variabel)	0,003	0,003	0,96	0,338
Grunnskole	-0,037	0,165	-0,22	0,823
Videregående skole	-0,059	0,109	-0,54	0,588
Lavere universitet/høyskole	-0,006	0,109	-0,06	0,955
Høyere universitet/høyskole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	-0,237	0,357	-0,66	0,507
Inntekt =200 000-399 999	0,213	0,310	0,69	0,492
Inntekt=400 000-599 999	0,212	0,289	0,74	0,463
Inntekt=600 000-799 999	0,245	0,284	0,86	0,389
Inntekt=800 000-999 999	0,172	0,286	0,60	0,547
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,124	0,299	0,41	0,679
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,262	0,328	0,80	0,425
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	-0,036	0,067	-0,54	0,592
Endring i utdanning siste 2 år	-0,029	0,116	-0,25	0,806
Skåre på indeksen i 2012	-0,633	0,039	-16,36	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	-0,018	0,029	-0,64	0,523
Bruk av nett-medier	-0,054	0,038	-1,43	0,154
Har sett Helsekontoannonse	-0,077	0,149	-0,52	0,605
Har sett Helsekontologo	-0,043	0,135	-0,32	0,749
Forklart varians (R ²)	0,372			

Tabell V.8 *Endringer i holdning til "for en person som har røkt i 20 år har det ingen hensikt å bli røykfri" (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	3,913	0,368	10,64	0,000
Mann (Kvinne=referansekat.)	0,140	0,071	1,97	0,050
Alder (Kontinuerlig variabel)	-0,005	0,003	-1,94	0,053
Grunnskole	0,135	0,150	0,90	0,371
Videregående skole	0,096	0,099	0,97	0,331
Lavere universitet/høyskole	0,171	0,098	1,75	0,081
Høyere universitet/høy-skole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	0,251	0,327	0,77	0,443
Inntekt =200 000-399 999	0,349	0,279	1,25	0,213
Inntekt=400 000-599 999	0,304	0,260	1,17	0,242
Inntekt=600 000-799 999	0,269	0,256	1,05	0,294
Inntekt=800 000-999 999	0,431	0,257	1,68	0,094
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,327	0,269	1,22	0,224
Inntekt=1 200 000-1 139 999	0,094	0,297	0,32	0,751
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,041	0,060	0,68	0,497
Endring i utdanning siste 2 år	0,047	0,104	0,45	0,654
Skåre på indeksen i 2012	-0,876	0,039	-22,64	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	0,017	0,026	0,64	0,521
Bruk av nett-medier	-0,001	0,035	-0,02	0,986
Har sett Helsekontoannonse	0,064	0,134	0,47	0,636
Har sett Helsekontologo	-0,009	0,121	-0,07	0,943
Forklart varians (R ²)	0,529			

Endringer i oppfatning av eget kosthold

Tabell V.9 *Endringer i oppfatning av eget kosthold (høy verdi mer i tråd med helsemyndighetene). Modell 2*

Variabel	Estimat (b)	St.feil	t-verdi	p-verdi
Konstant	0,830	0,139	5,96	0,000
Mann (Kvinne=referansekate.)	0,016	0,027	0,60	0,550
Alder (Kontinuerlig variabel)	0,004	0,001	3,90	0,000
Grunnskole	-0,183	0,057	-3,22	0,001
Videregående skole	-0,084	0,038	-2,24	0,026
Lavere universitet/høyskole	-0,006	0,037	-0,17	0,863
Høyere universitet/høy-skole=referansekategori	0,000			
Inntekt <200 000.-	0,097	0,121	0,80	0,423
Inntekt =200 000-399 999	-0,047	0,105	-0,44	0,658
Inntekt=400 000-599 999	0,036	0,100	0,36	0,719
Inntekt=600 000-799 999	0,025	0,098	0,26	0,795
Inntekt=800 000-999 999	0,049	0,099	0,49	0,621
Inntekt=1 000 000-1 199 999	0,077	0,103	0,75	0,454
Inntekt=1 200 000-1 139 999	-0,030	0,113	-0,27	0,789
Husholdningsinntekt 1,4 mill+ (referansekategori)	0,000			
Endring i inntekt siste 2 år	0,047	0,023	2,07	0,039
Endring i utdanning siste 2 år	0,086	0,040	2,16	0,031
Skåre på indeksen i 2012	-0,382	0,032	-11,82	0,000
Bruk av tradisjonelle medier	0,018	0,010	1,87	0,062
Bruk av nett-medier	0,002	0,013	0,18	0,858
Har sett Helsekontoannonse	-0,029	0,050	-0,57	0,569
Har sett Helsekontologo	0,054	0,046	1,18	0,237
Forklart varians (R ²)	0,247			