

RAPPORT

2026

Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater



Øystein Vedaa
Truc Trung Nguyen
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Ragnhild Bang Nes
Erlend Sunde

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for folkehelse og forebygging
Avdeling for helsefremmende arbeid
Februar 2026

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere:

Øystein Vedaa
Truc Trung Nguyen
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Ragnhild Bang Nes
Erlend Sunde

Andre bidragsyttere i FHI:

Hege Holde Andersson (leder for intern arbeidsgruppe)
Merete Kallekleiv
Jon Marius Grasto Wickmann
Ragne Larsen

Oppdragsgiver:

Troms fylkeskommune
- Kristina Forsberg
- Franziska Gerlach

Datainnsamler:

Verian
- Kamila Angelika Hynek (prosjektleder i Verian)

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

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

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk: 978-82-8406-524-3

Emneord (MeSH):

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

Sitering: Vedaa, Ø., Nguyen, T. T., Knapstad, M., Nilsen, T. S., Aarø, L. E., Nes, R. B., & Sunde, E. (2025).

Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater (Rapport 2025). Bergen: Folkehelseinstituttet.

Innhold

Sammendrag	5
1. Introduksjon	7
2. Metode	8
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	8
2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Troms fylkeskommune	13
2.3 Spørreskjemaet	14
2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid	14
2.5 Endringer over tid i helse, fornøydhhet med livet og sosiale forhold	18
2.6 Viktige forbehold	19
Resultater: Troms	20
3.1 Alder: Regioner i Troms	20
3.2 Kjønn: Regioner i Troms	20
3.3 Femdelt utdanningsnivå: Regioner i Troms	21
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Troms	22
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	22
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet	25
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet	27
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet	30
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet	32
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet	36
3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde	38
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	41
3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	43
3.14 God eller svært god helse	46
3.15 God eller svært god tannhelse	48
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	51
3.17 Andel med fedme (KMI 30+)	53
3.18 Psykiske plager (HSCL-5)	56
3.19 Søvnproblemer (insomni)	58
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer	61
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade	63
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager	66
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager	68
3.24 Høy sosial støtte	71
3.25 Ensomhet (UCLA-3)	73
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	76
3.27 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	78
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/soft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	81
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær	83
3.30 Daglig inntak av grønnsaker	86
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	88
3.32 Daglig røyking	91
3.33 Alkoholenheter per gang	93
3.34 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	96
3.35 Episodisk høyt alkoholforbruk	98
3.36 Tilfredshet med livet	101
3.37 Fremtidsoptimisme	103

3.38	Opplevelse av mening i livet	106
3.39	Negative følelser siste 7 dager	108
3.40	Positive følelser siste 7 dager	111
3.41	Ensomhet	113
3.42	Sosiale relasjoner	116
3.43	Tillit til andre	118
3.44	Stedstilhørighet	121
3.45	Trygg i nærmiljøet	123
3.46	Engasjement	127
3.47	Økonomiske vansker	129
3.48	Ulønnet omsorgsarbeid – gir hjelp (tilleggsspørsmål)	131
3.49	Ulønnet omsorgsarbeid – mottar hjelp (tilleggsspørsmål)	134
4.	Endring fra 2019 til 2025 på utvalgte variabler	137
4.1	Tilfredshet med livet	138
4.2	Psykiske plager (HSCL-5)	139
4.3	Ensomhet (UCLA-3)	140
4.4	Vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til	141
4.5	Stor grad av trivsel i nærmiljøet	142
4.6	Høy sosial støtte	143
4.7	God eller svært god helse	144
4.8	Andel med fedme (KMI 30+)	145
4.9	Stedstilhørighet	146
4.10	Tillit til andre	147
4.11	Deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid ukentlig	148
4.12	Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	149
4.13	Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	150
4.14	Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarig sykdom eller helseproblemer	151
4.15	Positive følelser siste 7 dager	152
4.16	Det man gjør i livet er meningsfylt	153
4.17	Trygg i nærmiljøet	154
4.18	Engasjement	155
5.	Oppsummering og diskusjon	156
5.1	Forskjeller på tvers av regioner	156
5.2	Kjønns- og aldersforskjeller	156
5.3	Betydningen av utdanningsnivå	157
5.4	Betydningen av husholdningsøkonomien	158
5.5	Endringer fra 2019 til 2025	159
5.6	Troms fylkeskommune, sammenlignet med andre fylker	160
5.7	Konklusjon	164
5.8	Begrensninger ved datagrunnlaget	165
	Referanser	168
	Vedlegg 1: Spørreskjema	171
	Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene	172
	Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål i Troms	185
	Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling	186

Sammendrag

Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025 er gjennomført av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Troms fylkeskommune. Datainnsamlingen ble gjennomført av Verian. Målgruppen var innbyggere ≥ 18 år bosatt i Troms. Det ble invitert 40 944 personer (stratifisert utvalg med oversampling av 18–29-åringer). 10 686 deltok (26,1 %). Det var mulig å svare på samisk.

Undersøkelsen tegner et i hovedsak positivt bilde, men med tydelige variasjoner mellom grupper. To av tre (66,5 %) vurderer helsen som god eller svært god. Livstilfredsheten ligger i snitt på 6,90 (av 10), og 63,0 % oppgir at de trives i stor grad i nærmiljøet.

Andelen som oppgir god eller svært god tilgang til fasiliteter og servicetilbud lokalt er høyest når det gjelder natur og friluftsliv (87,9 %) og idrettstilbud (72,8 %). Tilgang til kulturtilbud (65,6 %) og tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud (72,4 %) vurderes også som gode, mens offentlig transport (45,3 %) og gang-/sykkelveier (42,0 %) skårer lavere. Tromsø skiller seg positivt ut på kultur, service og kollektivtilbud, med særlig store forskjeller mot Midt-Troms for offentlig transport.

På psykisk helse viser gjennomsnittsskåren på HSCL-5 1,60, og 18,2 % ligger over terskelverdien 2,00 for psykiske plager. Søvnproblemer (insomni) rapporteres av 13,3 %, og 14,7 % opplever høy grad av ensomhet. Samtidig sier halvparten (50,2 %) at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere.

Andelen som røyker daglig er lav (6,5 %), men 21,3 % har fedme ($\text{KMI} \geq 30$). Omtrent én av fire (23,8 %) er moderat fysisk aktive minst fire dager i uken. Kostholdet viser at 31,6 % spiser frukt/bær daglig og 38,4 % spiser grønnsaker daglig, mens 26,7 % drikker sukkerholdig brus minst 2–3 ganger i uken. Over halvparten (53,3 %) spiser fisk 2–3 ganger i uken eller oftere. Når det gjelder alkohol, drikker 16,1 % 2–3 ganger i uken eller oftere, og 14,1 % rapporterer episodisk høyt alkoholinntak (≥ 6 enheter minst månedlig).

Tannhelsen vurderes som god eller svært god av 67,1 %, men 16,5 % har ikke vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene.

Kjønn

Menn oppgir høyere trygghet i nærmiljøet og drikker alkohol oftere og mer per gang, og de har høyere forekomst av episodisk høyt alkoholforbruk. Kvinner oppgir mer psykiske plager, mer søvnproblemer og mer nakke- og korsryggsmerter. Andelen som vurderer tannhelsen som god er høyere blant kvinner, og menn oppgir oftere at det er mer enn to år siden forrige tannlegebesøk. I kostholdet spiser kvinner oftere frukt og grønnsaker, mens menn oftere drikker sukkerholdig brus. For flere andre mål – blant annet livstilfredshet, egenvurdert helse, fedme, daglig røyking, fiskeinntak, fysisk aktivitet, vennekontakt og opplevd tilgang til tilbud – er kjønnsforskjellene små eller ikke statistisk sikre.

Alder

Aldersmønstrene er tydelige. Psykiske plager, negative følelser, ensomhet og inntak av sukkerholdig drikke er høyest blant de yngste og faller med alder. Livstilfredshet, positive følelser, tillit og opplevd trygghet øker med alder, med topp rundt 70–79 år. Fiskeinntaket øker med alder, mens fysisk aktivitet faller, og egenvurdert helse er lavest i 80+. Nakke- og korsryggsmerter, og fedme ($\text{KMI} 30+$), er mest utbredt i midtre aldersgrupper. Mønstrene over bygger på forskjeller som i figurene er oppgitt som middels eller store.

Utdanning

Det er en tydelig utdanningsgradient for flere av indikatorene. Høyere utdanning henger sammen med bedre egenvurdert helse, lavere forekomst av fedme og daglig røyking, lavere nivå av psykiske plager og søvnproblemer, mindre nakke- og korsryggsmerter, og mer gunstig helseatferd (mer frukt, grønnsaker, fisk og fysisk aktivitet samt sjeldnere sukkerdrikke). Tillit, sosial støtte, livstilfredshet, mening og engasjement er også høyere ved lengre utdanning. Hyppig alkoholbruk er vanligere blant dem med lang høyere utdanning, mens antall enheter per drikkedag avtar med utdanning.

Økonomi

Opplevd husholdningsøkonomi skiller kraftig. Personer som oppgir at det er svært vanskelig å få husholdningens økonomi til å strekke til har lavere livstilfredshet, sosial støtte, tillit og trygghet, lavere score på positive følelser, og høyere nivå av psykiske plager, negative følelser, søvnproblemer, smerter og ensomhet. De har også høyere forekomst av fedme og daglig røyking, er sjeldnere fysisk aktive og har lavere daglig inntak av frukt, grønnsaker og fisk. Forskjellene mellom de som oppgir at økonomien er «svært vanskelig» og «svært lett» er gjennomgående store i resultatene.

Regioner

Når det justeres for demografi, er helse- og livskvalitetsmål ganske like mellom regionene i Troms (Tromsø-området, Midt-Troms, Sør-Troms, Nord-Troms). De tydeligste regionale forskjellene gjelder tilgang til tjenester og infrastruktur: Tromsø skårer klart høyere på kultur- og servicetilgang og offentlig transport, Sør-Troms best på gang- og sykkelveier, og Nord-Troms høyest på naturtilgang og opplevd trygghet. Tannhelse avviker noe regionalt: Tromsø rapporterer bedre selvurdert tannhelse, mens Nord-Troms har oftere mer enn to år siden tannlegebesøk. Ellers er forskjellene små.

Ulønnet omsorg

I resultatene ser vi at 18 prosent gir regelmessig ulønnet hjelp til andre mennesker, og disse er oftest i 50–59 år. Det er 4,7 prosent som rapporterer at de mottar slik hjelp, og de fleste av disse er i aldersgruppen 80+. Kjønnsforskjellene er små.

Endringer 2019–2025

Flere indikatorer har beveget seg i negativ retning fra 2019 til 2025: lavere livstilfredshet, positive følelser, mening, engasjement, tillit, stedstilhørighet og trivsel, og høyere psykiske plager, ensomhet, økonomiske vansker samt flere som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen. Vennekontakt og ukentlig annen aktivitet er redusert, mens deltakelse i organisert aktivitet er omtrent stabil eller svakt ned. Andelen med fedme er noe høyere totalt og har økt tydelig blant personer med kortere utdanning. Samlet sett er endringene ofte små til moderate, men de peker i samme retning og er tydeligst blant yngre og middelaldrende.

1. Introduksjon

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7 (Fylkehelseundersøkelser), jf. folkehelseloven § 25 om statlige opplysninger og fylkeskommunens oversiktsplikt etter § 21. Forskriften bruker begrepet *fylkehelseundersøkelser*. I Folkehelseinstituttet er det imidlertid besluttet å bruke *folkehelseundersøkelser i fylkene* for å tydeliggjøre at dette er en folkehelseundersøkelse. Målet med undersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen, er å fremskaffe informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er selvrapportert helse, livskvalitet, helserelatert atferd og vurderinger av lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et dagsaktuelt kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale. Undersøkelsene gjennomføres i et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene, der Folkehelseinstituttet har vært dataansvarlig og stått for datainnsamlingen, mens fylkeskommunene har sørget for lokal og regional forankring. Undersøkelsene er samfinansierte og gir ikke bare verdifulle data på fylkesnivå, men også nyttige tall for hver enkelt kommune. Samarbeidet er regulert gjennom samarbeidsavtaler.

Hvis undersøkelsene gjennomføres standardisert med samme spørreskjema og innsamlingsmetode, og dersom kvaliteten på dataene sikres gjennom representative utvalg og høy svarprosent, vil resultatene kunne sammenlignes mellom fylker og opp mot nasjonale tall. Over tid vil man også kunne følge utviklingen både innenfor det enkelte fylke og på tvers av fylkene. Muligheten til slike sammenligninger, geografisk og over tid, var et viktig premiss da Helse- og omsorgsdepartementet først beskrev disse undersøkelsene. I 2025 vedtok Stortinget en lovendring som presiserer i folkehelseloven § 25 annet ledd at «Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser». Endringen bygger på gode erfaringer, men skal sikre jevnere gjennomføring – for eksempel hvert fjerde år – i nært samarbeid med fylkeskommunene. Vedtaket innebærer ingen endringer i finansieringsmodellen.

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser¹ og vil trolig etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsen², KommuneHelsen³ og Folkehelseprofilen⁴. Data gjøres tilgjengelige for fylkeskommunenes lovpålagte oversiktsarbeid. Regionale og lokale forskningsmiljøer kan etter søknad få tilgang til data for videre analyser, som også er viktig for å sikre best mulig nytte av dataene og for det generelle kvalitetsarbeidet med undersøkelsen. Analyser basert på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [f.eks. 1, 2-27]. Formål, utforming og anvendelser av Folkehelseundersøkelsen i fylkene er nærmere beskrevet i en artikkel av Aarø med kollegaer fra 2024 [28].

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

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

³ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

Folkehelseinstituttet lager også tabeller med tall for hver enkelt kommune som oversendes fylkeskommunen. Når kommunene er svært små, kan tallene i enkelte celler i tabellene bli for små til at de kan oppgis. Dette blir gjort for å ivareta deltakernes anonymitet.

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁵.

I likhet med andre fylker som gjennomfører Folkehelseundersøkelsen, hadde Troms anledning til å inkludere et sett av egne spørsmål i tillegg til grunnmodulen. I denne undersøkelsen ble det derfor tatt inn spørsmål om ulønnet omsorgsarbeid, der deltakerne oppga om de regelmessig gir eller mottar praktisk hjelp og tilsyn, hvorvidt mottaker eller hjelper bor i samme husholdning, hvilken relasjon som foreligger, hvilke helse- eller funksjonsrelaterte årsaker som skaper behovet, hvilke typer oppgaver som utføres og hvor ofte hjelpen gis. Det ble også lagt til en modul om etnisk og språklig bakgrunn med særlig vekt på samiske og kvenske/norskfinske forhold; her ble slektstilhørighet over flere generasjoner, hjemmespråk, egne språkferdigheter, opplevelse av kulturell tilhørighet, antatt framtidig bruk av minoritetsspråkene, erfaringer med internatopphold og diskriminering samt graden av fellesskap med ulike lokalsamfunn kartlagt. I tillegg inngikk spørsmål om kjønn, kjønnsidentitet og seksuell orientering, der respondentene kunne skille mellom juridisk kjønn og opplevd kjønnsidentitet og, ved behov, utdype identiteten eller orienteringen i fritekst.

Tilleggsspørsmålene som ble inkludert i Troms gir grunnlag for mer nyanserte analyser av helseutfordringer og tjenestebehov i fylket – fra støtteordninger for uformelle omsorgsgivere, via tiltak for å styrke samisk og kvensk/norskfinsk språk og kultur, til bedre tilrettelegging for innbyggere med mangfoldig kjønns- og seksualitetsidentitet. Modulen om etnisk og språklig bakgrunn, med særlig vekt på samiske og kvenske/norskfinske forhold, analyseres av Senter for samisk helseforskning (SSHF) ved UiT Norges arktiske universitet, og vil bli presentert i en egen temarapport. Troms fylkeskommune vil i hovedsak stå for analysen av materialet, men forskningsmiljøer kan søke om tilgang til data for videre undersøkelser. Opplysninger fra denne modulen vil også bli brukt til revisjon og oppdatering av kapittel om samisk helse i FHIs folkehelse rapport.

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på fylkehelseundersøkelsenes hjemmeside⁶. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025. Troms gjennomførte også undersøkelsen i 2019, da fylket var en del av Troms og Finnmark. Denne rapporten inkluderer derfor noen sammenligninger mellom resultatene fra 2019 (der Finnmark er filtrert ut) og 2025 for å belyse endringer over tid.

2. Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Troms ble planlagt og gjennomført i tett samarbeid mellom Område for folkehelse og forebygging ved Folkehelseinstituttet og Troms fylkeskommune, mens Verian hadde ansvaret for selve datainnsamlingen. Spørreskjemaet finnes tilgjengelig via lenken i

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

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

vedlegg 1. Vedlegg 2 gir en oversikt over spørsmålene i grunnmodulen, mens vedlegg 3 beskriver kort noen av tilleggsspørsmålene som Troms fylkeskommune inkluderte.

Undersøkelsens målgruppe er personer i aldersgruppen 18 år og eldre, bosatt i Troms fylkeskommune. Målgruppen har ingen øvre aldersgrense. Per 01.01.2025 utgjør den 139 174 personer⁷.

For å sikre et datagrunnlag som muliggjør detaljerte analyser på tvers av både kommune og alder, ble utvalget trukket stratifisert slik at alle kombinasjoner av kommune og aldersklasse (18–29, 30–44, 45–59 og 60 år +) ble godt nok representert. Totalt omfattet bruttoutvalget 40 944 personer. To hovedprinsipper lå til grunn: (1) samtlige 21 kommuner skulle være med, og (2) unge voksne skulle overrepresenteres for å gi tilstrekkelig antall observasjoner i denne gruppen. Dette designet ga en tydelig overvekt av 18- til 29-åringer, som utgjorde 32,4 prosent av bruttoutvalget mot 19,6 prosent i befolkningen, samtidig som de største kommunene Tromsø og Harstad ble relativt underrepresentert.

Undersøkelsen ble sendt til 40 944 personer, hvorav 10 686 besvarte undersøkelsen i sin helhet. Dette utgjør en svarprosent på 26,1 %. Median besvarelsestid i denne undersøkelsen er 26 minutter. Til sammenlikning er veiledende varighet 15–20 minutter. Avviket kan skyldes flere forhold, inkludert antall og type spørsmål, filtere og rekkefølge.

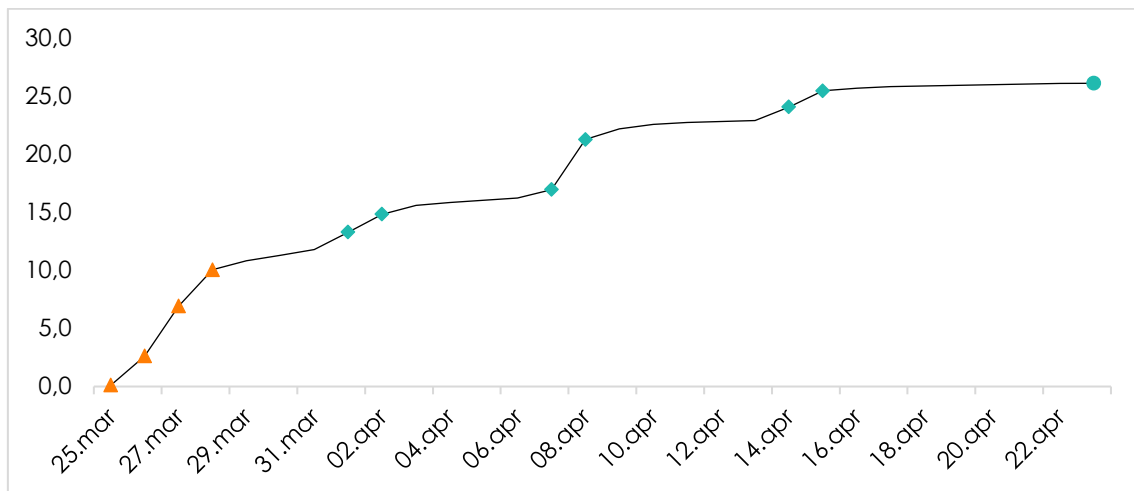
Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 25. mars – 23. april 2025. Den 25. mars ble det gjennomført en forhåndstest («soft launch») rettet mot et mindre utvalg for sjekk av det tekniske og for eventuelle tilbakemeldinger fra respondenter. Utsendelsen av invitasjoner ble deretter gjennomført i perioden 26. – 28. mars. Det ble totalt sendt inntil tre påminnelser, med omtrent en ukes mellomrom:

- Pilotering (soft launch)	25. mars
- Første invitasjon på e-post og SMS (puljevis)	26. – 28. mars
- Påminnelse 1, e-post	01. – 02. april
- Påminnelse 2, SMS	07. – 08. april
- Påminnelse 3, SMS	14. – 15. april
- Avslutning feltarbeid	23. april

SMS-teksten inneholdt en kort invitasjonstekst, lenke til undersøkelsen samt informasjon om at invitasjonen også ble sendt ut på e-post. I tillegg informerte SMS-teksten om muligheten til å svare på undersøkelsen på samisk.

Hvordan deltakelsen i undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag vises i Figur 2.1.

⁷ SSB. (2025). Befolkning. Hentet 28.04.2025 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>

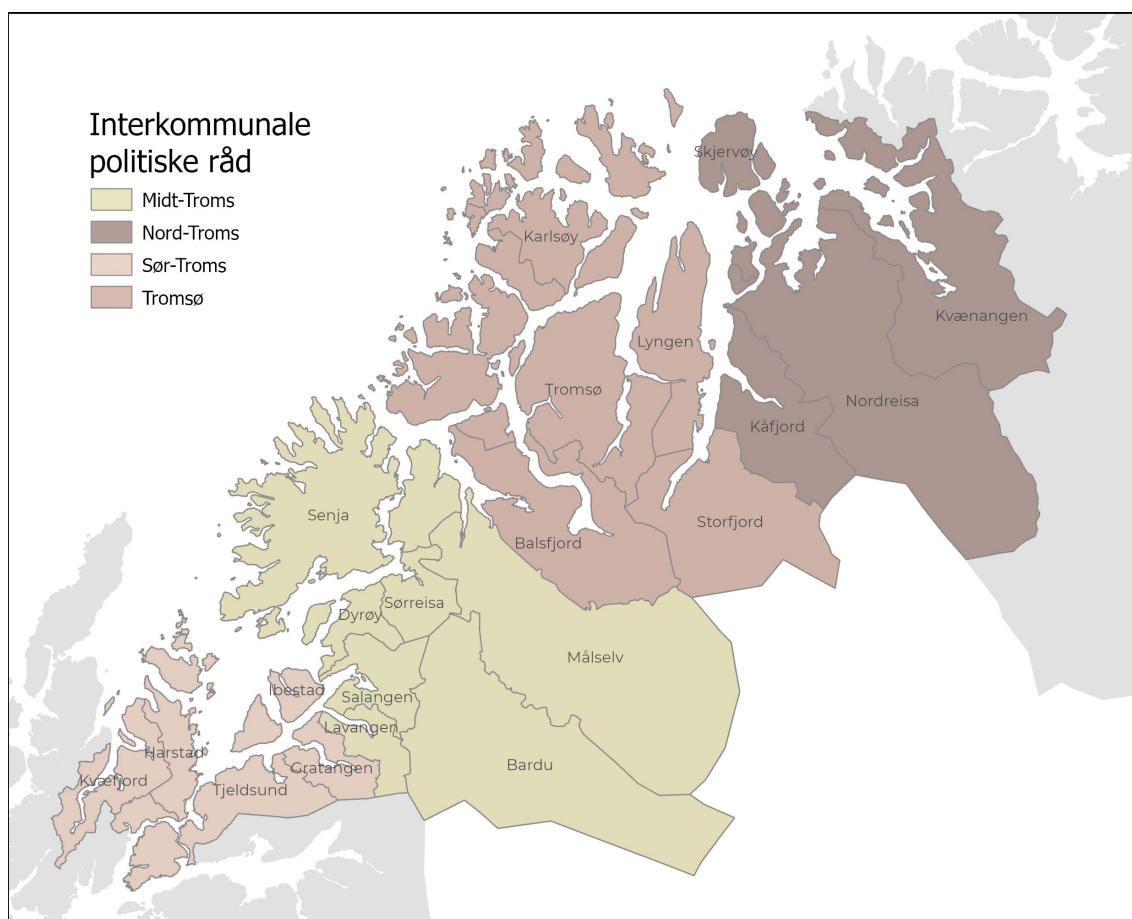


Figur 2.1. Svarprosent dag for dag gjennom feltperioden. Dager for utsendelse av invitasjon (oransje trekant), påminnelser (turkise romber) og feltslutt (turkis sirkel) er markert.

Troms fylke består av 21 kommuner som varierer betydelig i både folketall og bosettingsmønster. For å få en mer finmasket forståelse av helse- og levekårsvariasjoner enn det rene fylkesnivået gir, grupperer vi kommunene i fire geografiske delområder som også brukes i det interkommunale politiske råd (IPR-områdene). Resultatene i denne rapporten presenteres derfor for

- **Tromsø-området:** Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Storfjord og Lyngen
- **Midt-Troms:** Bardu, Dyrøy, Lavangen, Målselv, Salangen, Senja og Sørreisa
- **Sør-Troms:** Harstad, Tjeldsund, Gratangen, Kvæfjord og Ibestad
- **Nord-Troms:** Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy og Kåfjord

Ved den forrige Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark (2019) benyttet vi en noe annen regioninndeling. Blant annet inngikk Storfjord og Lyngen da i Nord-Troms, mens Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik var egne kommuner i Midt-Troms; disse fire er nå slått sammen til Senja. Tjeldsund, som tidligere var i Nordland fylke, er nå i Troms og omfatter dessuten det tidligere Skånland, og enkelte grenser er justert som følge av kommunereformen fra 2020. Selv om de fleste geografiske områdene fortsatt er i samme region som sist, betyr endringene at direkte sammenlikninger mellom 2019- og 2025-resultatene på regionnivå må tolkes med varsomhet.



Figur 2.2. Regionrådsinndelingen i Troms. Kart: Franziska Gerlach (Troms fylkeskommune).

Tabell 2.1 viser befolkningen i hver kommune, antall inviterte (bruttoutvalget), antall som besvarte undersøkelsen (nettoutvalget), avviket mellom nettoutvalgets og befolkningens prosentandeler, samt svarprosenten. Den høyeste svarprosenten finner vi i Ibestad med 36,4 %, mens den laveste er i Skjervøy med 20,9 %.

Tabell 2.1. Befolkning, nettoutvalg, avvik og svarprosent etter kommune, Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025 (tabellen er hentet fra sluttrapporten fra Verian)

Kommune	Befolkning		Nettoutvalg		Avvik	Svarprosent
	N	%	N	%	%	%
Tromsø	64 582	46,4	1 151	10,8	−35,6	27,2
Harstad	20 394	14,7	1 054	9,9	−4,8	23,7
Kvæfjord	2 335	1,7	428	4,0	2,3	28,0
Tjeldsund	3 508	2,5	401	3,8	1,2	23,4
Ibestad	1 131	0,8	369	3,5	2,6	36,4
Gratangen	895	0,6	210	2,0	1,3	25,8
Lavangen	789	0,6	202	1,9	1,3	27,9
Bardu	3 214	2,3	571	5,3	3,0	28,8
Salangen	1 727	1,2	467	4,4	3,1	29,4
Målselv	5 546	4,0	560	5,2	1,3	22,8
Sørreisa	2 811	2,0	546	5,1	3,1	32,0

Tabell 2.1. Befolkning, nettoutvalg, avvik og svarprosent etter kommune, Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025 (tabellen er hentet fra sluttrapporten fra Verian)

Kommune	Befolkning		Nettoutvalg		Avvik	Svarprosent
	N	%	N	%	%	%
Dyrøy	909	0,7	287	2,7	2,0	33,9
Senja	12 065	8,7	981	9,2	0,5	22,7
Balsfjord	4 658	3,3	527	4,9	1,6	26,9
Karlsøy	1 901	1,4	478	4,5	3,1	27,5
Lyngen	2 322	1,7	571	5,3	3,7	27,1
Storfjord	1 549	1,1	406	3,8	2,7	28,2
Kåfjord	1 672	1,2	352	3,3	2,1	23,7
Skjervøy	2 275	1,6	435	4,1	2,4	20,9
Nordreisa	3 925	2,8	470	4,4	1,6	24,9
Kvænen	966	0,7	220	2,1	1,4	25,5
Totalt	139 174	100,0	10 686	100,0	—	26,1

Merk. «Avvik» er differansen i prosentpoeng mellom en kommunes andel av nettoutvalget og dens andel av den voksne befolkningen i Troms (nettoutvalg % – befolkning %). Positive tall indikerer overrepresentasjon i nettoutvalget, negative tall underrepresentasjon.

Tabell 2.2 viser at Tromsø-området (27,3 %) og Midt-Troms (26,5 %) oppnådde de høyeste svarprosentene, mens Nord-Troms hadde den laveste (23,4 %).

Tabell 2.2. Antall inviterte, antall samtykkende og samtykkeandel etter region, Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025

Region	Inviterte (N)	Samtykkende (N)	Ikke-samtykkende (N)	Svarprosent (%)
Tromsø-området	11 480	3 133	8 347	27,3
Midt-Troms	13 630	3 614	10 016	26,5
Sør-Troms	9 515	2 462	7 053	25,9
Nord-Troms	6 319	1 477	4 842	23,4
Totalt	40 944	10 686	30 258	26,1

Merk. Tromsø-området omfatter Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Storfjord og Lyngen. Midt-Troms inkluderer Bardu, Dyrøy, Lavangen, Målselv, Salangen, Senja og Sørreisa. Sør-Troms består av Harstad, Tjeldsund, Gratangen, Kvæfjord og Ibestad. Nord-Troms dekker Kvænen, Nordreisa, Skjervøy og Kåfjord.

Svarprosent er beregnet som $(\text{samtykkende} / \text{inviterte}) \times 100$.

Av de 40 944 personene som ble trukket til å motta invitasjon til undersøkelsen, var 19 700 kvinner (48 prosent) og 21 244 menn (52 prosent). Blant kvinnene ga 5 844 sitt samtykke, noe som tilsvarer en svarprosent på 29,7 prosent. Tilsvarende samtykket 4 842 menn, en andel på 22,8 prosent. Forskjellen på nær sju prosentpoeng betyr at kvinner både utgjorde en mindre del av bruttoutvalget enn menn, men likevel sto for flertallet av samtykkene (55 prosent). Som vist i Tabell 2.3 øker svarprosenten jevnt med alder opp til 60-69 år (40,9 %), før den faller noe blant de eldste respondentene.

Tabell 2.3. Inviterte, responderte og svarprosent etter alder, Folkehelseundersøkelsen i Troms 2025

Aldersgruppe	Inviterte (N)	Svar (N)	Svarprosent (%)
18–29 år	13 247	1 844	13,9
30–39 år	4 968	1 089	21,9
40–49 år	4 534	1 198	26,4
50–59 år	5 966	2 121	35,6
60–69 år	5 563	2 274	40,9
70–79 år	4 717	1 680	35,6
80 + år	1 949	480	24,6
Totalt	40 944	10 686	26,1

Merk. Svarprosent er definert som $(\text{svar} / \text{inviterte}) \times 100$ i hver aldersgruppe.

En mulig feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar (hvis de hadde deltatt). For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn dem som ikke svarer [27, 29]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten.

Under datainnsamlingen i Troms ble det foretatt en oversampling av yngre (18–29 år). Formålet med denne tilpasningen var å sikre et større antall observasjoner enn det som normalt ville blitt oppnådd i denne gruppen. Slik målrettet utvalgsstrategi bidrar til å gi mer pålitelige estimater for denne gruppen, samtidig som det legger til rette for mer presise analyser av helse- og levekårsforskjeller i fylket. Likevel løser ikke oversampling alle utfordringene knyttet til seleksjon, da svarprosenten ofte er lavere blant de yngste. Dette betyr at seleksjonsproblemet fortsatt er størst i disse gruppene, og at det må tas hensyn til dette ved tolkning av resultatene.

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som svarer etter én eller to purringer på de utfallsmålene som er med i disse undersøkelsene ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon [2]. Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår.

Det bør også merkes at deltakelsesraten var høyere i forrige folkehelseundersøkelse i Troms og Finnmark i 2019 (46,2 % i Troms-delen av undersøkelsen). Vi vet ikke i hvilken grad seleksjonen inn i de to undersøkelsene har vært ulik, utover at yngre (menn), eldre kvinner og personer med lavere utdanning er underrepresenterte i begge undersøkelser. Denne usikkerheten må tas høyde for i fortolkning av endringer over tid (kap. 4).

2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Troms fylkeskommune

I Folkehelseundersøkelsene er det i hovedsak fylkene selv, eller i dette tilfellet Troms fylkeskommune, som står for kommunikasjonsarbeidet.

Fylkeskommunen laget promoteringsmateriell som ble sendt ut til alle kommuner. I tillegg ble materialet satt opp på kollektivtransport i buss og hurtigbåt og lagt ut på fylkeskommunens nettside. Undersøkelsen ble promotert to ganger på NRK Troms.

Den største delen av kommunikasjonsarbeidet foregikk i kommunene. Flere rådmenn informerte om undersøkelsen på kommunens nettside, i tillegg til at det ble gitt informasjon om undersøkelsen ved legekantor og offentlige møteplasser.

Under datainnsamlingen har fylkeskommunen vært tilgjengelig for spørsmål og tilbakemelding fra innbyggerne.

2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaene til Folkehelseundersøkelsene i fylkene består av en grunnmodul og en tilleggsmodul. Grunnmodulen er felles for alle fylker og inneholder spørsmål som er like på tvers av undersøkelsene. Tilleggsmodulen gir hvert fylke anledning til å inkludere spørsmål av spesiell relevans for deres befolkning.

I denne rapporten presenteres først og fremst resultater fra spørsmålene i grunnmodulen. Grunnmodulen holdes mest mulig lik på tvers av fylkene og over tid for å kunne sammenligne resultater mellom fylker og følge utviklingen over tid. Samtidig har det vært behov for å gjøre kvalitetsutbedringer. Det har derfor blitt gjennomført revisjonsrunder i 2019, 2020/21 og 2022/23.

Vinteren 2022/23 ble grunnmodulen forkortet for å redusere lengden på skjemaet og for å gi hvert fylke mer rom for å legge inn egne spørsmål. I 2020 ble det gjort en større revisjon av innholdet i grunnmodulen. Den ble gjennomført av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjonene ble gjort etter innspillsrunder høsten 2020 med fylkeskommunene, representanter fra utvalgte enkeltkommuner, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (bl.a. ved SSB).

Basert på erfaringer fra spørreskjemaet som ble brukt i Møre og Romsdal i februar 2021, ble det gjort noen få, mindre justeringer. Livskvalitetsmodulen er revidert av en rådgivende gruppe for livskvalitetsmåling, nedsatt av Helsedirektoratet. Den reviderte livskvalitetsversjonen er basert på en kjernemodul som først forelå 1. mars 2019. Denne kjernemodulen ble utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og er fortsatt i hovedsak uendret. En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane er også beholdt. De fleste av spørsmålene som ble brukt i undersøkelsene i 2019 og 2020 (Agder, Troms og Finnmark, Nordland og Rogaland) er fortsatt med. For enkelte av disse spørsmålene er det vel og merke gjort mindre justeringer i spørsmålsformulering og/eller svaralternativer. I Vedlegg 1 til denne rapporten blir det gitt en lenke til spørreskjemaet som ble brukt i Troms. En detaljert spørsmålsoversikt og redegjørelse for skåringsprosedyrer og operasjonalisering av spørsmålene i grunnmodulen presenteres i Vedlegg 2.

2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid

I diagrammene, som utgjør hoveddelen av resultatpresentasjonen i rapporten, er de kategoriske utfallsvariablene kodet om til dikotome variabler. De er med andre ord delt inn i to grupper, for eksempel høy grad av sosial støtte sammenlignet med ikke høy grad av sosial støtte (alle øvrige nivåer).

Sammenhengene med prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning, vurdering av husholdningens økonomi) beskrives ved bruk av prosenter og 95-prosents konfidensintervall. Konfidensintervallene (KI) er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall.

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler på dette er alder og sumskår for psykiske plager (gjennomsnittet av skårer på enkeltledd). Også de variablene som besvares på en skala fra 0-10 betraktes her som metriske. For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet (Figur 1) som presenteres i rapporten viser den gjennomsnittlige alderen til innbyggerne i de ulike regionene i fylket. Deretter presenteres andelen kvinner etter regioner (Figur 2) og utdanningsnivå fordelt på fem kategorier, også dette etter regioner i fylke (Figur 3). Disse tre første figurene er deskriptive, og formålet med dem er å gi en innledende oversikt over grunnleggende demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved de ulike regionene i fylket, før vi ser nærmere på sammenhenger med utfallsvariablene. Figur 4 er også deskriptiv og viser andelen innbyggere med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år) på tvers av regioner i fylket, med tall separat for kvinner og menn. Figuren gir dermed innsikt i både kjønnsforskjeller og geografiske variasjoner i utdanningsnivå. Til sammen gir disse fire figurene en nyttig bakgrunn for å forstå variasjonen mellom regioner i fylke, noe som er viktig når vi senere skal tolke resultater som er relatert til helse, livskvalitet og andre utfallsvariabler.

Presentasjon av resultater (stolpediagrammer og tabeller)

For hver utfallsvariabel kjører vi et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall).

Så vises utfallsvariabelen brutt ned på regioner i fylket både uten justering og med justering for kjønn, alder og utdanning.

Siden den demografiske sammensetningen (etter kjønn, alder og utdanning) kan variere på tvers av geografiske områder, har vi valgt å justere for demografi når vi sammenligner regioner. Det at vi justerer betyr i denne sammenhengen at vi beregner tall for hver enkelt region under den forutsetning at regionene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. Dersom forskjellene mellom regioner blir mindre tydelige etter justering, betyr det at noe av forskjellen skyldtes ulikheter i den demografiske sammensetningen. Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av dem som er skoleelever eller studenter eller er under 26 år gamle. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanningen eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. Ved å benytte en ekstrakategori, beholder vi et størst mulig antall observasjoner i analysene der utdanning inngår som kontrollvariabel.

Hver utfallsvariabel presenteres etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på data fra dem som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Deretter presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler. Videre presenterer vi utfallsvariabelen etter rapportert husholdningsøkonomi (i hvilken grad pengene strekker til i det daglige) og kjønn, med justering for alder.

Resultatene blir illustrert med stolpediagrammer som også viser prosenter eller gjennomsnitt for hele fylket og 95 prosenters konfidensintervall. Gjennomsnittet for hele fylket er markert med en rød linje i figurene. Merk at denne røde linjen viser gjennomsnittet for alle deltakere samlet, ikke gjennomsnittet av subgruppene. Ved enkelte sammenligninger vil derfor gjennomsnittet i stor grad påvirkes av større undergrupper.

Ettersom utvalgsstørrelsen varierer mellom regioner i fylket, og fordi det er gjort målrettet oversampling av yngre deltakere, har det vært nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vektingen tar hensyn til trekkedesign og frafall etter kjønn, alder og kommunestørrelse. Vekten korrigerer for både design og frafall samtidig. Formålet er at det vektete utvalget i størst mulig grad skal justere for skjevheter i frafall og speile befolkningssammensetningen i fylket. Vektene er i tillegg laget slik at det totale antallet observasjoner etter vekting er omtrent likt antall observasjoner før vekting.

De fleste stolpediagrammene har y-akser (vertikale akser) som starter på den laveste verdien på skalaen, oftest tallet 0 (null). Dette blir vanligvis anbefalt. Hvis en starter y-aksen på verdier som er høyere enn den laveste verdien, for eksempel på 50 % i stedet for på null prosent, kan forskjellene mellom gruppene virke større enn de faktisk er. Vi har likevel noen ganger valgt å la y-aksen starte på tall større enn skalaens laveste verdi. Dette fordi det da blir lettere å se variasjonen på tvers av enheter, og det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

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

Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosenter. Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker⁸. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling).

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 18.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål som benytter skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene ut fra tallene alene. For noen av utfallene er det mulig å bruke inndeling i lav/middels/høy skår etter standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger [30]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens *d*) [31]. Når en regner ut Cohens *d*, benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene. For variabler som er dikotomisert har vi på tilsvarende måte beregnet effektstørrelsen Cohens *h*.

⁸ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels og når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykologisk behandling i randomiserte kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en passende begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom regioner innen fylker. I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at effektstørrelser fra og med 0,25 og til med 0,49 er middels, og at effektstørrelser på 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [31].

I Folkehelseundersøkelsene i fylkene har vi noen ganger benyttet effektstørrelser når vi har sammenlignet regioner og deres avvik fra gjennomsnittstall for hele fylket eller byen. Siden disse forskjellene ofte er små, kan det være viktig å skille mellom de uvesentlige forskjellene og de som betyr litt mer. Når vi ser på sammenhenger mellom utfallsvariabler og demografiske variabler som kjønn, alder og utdanning, er sammenhengene oftest sterkere og lettere å tolke uten å benytte effektstørrelser. Likevel hender det også at vi benytter effektstørrelser også i slike sammenhenger.

Kategorisering av 0–10-skalaer

På en del av utfallsmålene er det benyttet skalaer som går fra 0-10, og det er angitt hva ytterpunktene på skalaene betyr. På spørsmålet om «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» betyr tallet 10 «Svært fornøyd» og tallet 0 (null) betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt». Når en regner ut gjennomsnittstall og standardavvik, kan det imidlertid være vanskelig å forstå hva tallene egentlig betyr. For å bøte litt på dette problemet har vi, slik som beskrevet ovenfor, benyttet effektstørrelser der vi opererer med regler for hva som er små, middels og store effekter. I andre sammenhenger gir gjennomsnittstall intuitivt mer mening, for eksempel når en angir gjennomsnittlig høyde eller gjennomsnittlig bruttoinntekt.

For å gjøre resultatene mer forståelige, har vi på en del av 0-10-variablene laget kategorier. På spørsmålet om tilfredshet med livet har vi for eksempel sagt at svar i området 0-5 betyr lav grad av tilfredshet. Svar fra 6-8 sier vi tilsvarende middels tilfredshet. De som har svart 9-10 sier vi har høy grad av tilfredshet. Dermed kan vi rapportere andel med lav og andel med høy grad av tilfredshet både totalt og i undergrupper. Slike inndelinger i «Lav», «Middels» og «Høy» er det mulig å foreta når det er etablert normer for en slik inndeling. Vi har her basert oss på inndelinger som benyttes i rapporter fra Statistisk sentralbyrås livskvalitetsundersøkelse [30]. Hvordan vi har satt kategori grensene er beskrevet under de aktuelle figurene i hoveddelen (del 3) av denne rapporten.

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

Bruk av kunstig intelligens

I denne rapporten har kunstig intelligens (KI) vært brukt som støtte i skrivearbeidet. Vi har benyttet kunstig intelligens utviklet av OpenAI (modell GPT-4, primært o1) via API for å utarbeide et førsteutkast til figurtekstene i rapporten. Det er imidlertid viktig å understreke at

alle tekster frembrakt ved hjelp av kunstig intelligens har blitt grundig gjennomgått, kontrollert og justert av rapportens forfattere før ferdigstilling. Bruken av kunstig intelligens i denne sammenhengen har først og fremst fungert som en støtte i formuleringsarbeidet. Hensikten har vært å bidra til effektivitet og klarhet. Erfaringene fra denne prosessen kan være nyttige i framtidige rapporter fra Folkehelseundersøkelsene.

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldig utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner eller bydeler), trekker vi her prosentvis ekstra store utvalg. Men innen hvert geografisk område trekker vi i de fleste datainnsamlingene rent tilfeldig. Men i noen datainnsamlinger har vi trukket ekstra mange fra bestemte subgrupper, for eksempel yngre personer. At vi trekker ulike prosentvis i ulike geografiske områder og subgrupper, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting. I tillegg til dette kan dataene vektet slik at en tar hensyn til hvordan gruppene fordeler seg i befolkningen (populasjonsvekting). I den foreliggende rapporten har vi benyttet en kombinasjon av designvekting og populasjonsvekting.

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

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

I Troms ble Folkehelseundersøkelsen i fylkene gjennomført i 2019 (da Troms inngikk i Troms og Finnmark) og på nytt nå i 2025. Mange av spørsmålene og skalaene er de samme i 2019 og 2025, og vi analyserer derfor endringer over tid for de variablene som er sammenlignbare på tvers av år. For 2019 er kun respondenter bosatt i Troms inkludert, slik at svar fra Finnmark er filtrert bort. Vi presenterer totaltall for begge tidspunkt; 2025-tallene er vektet etter design og frafall, mens 2019-analysene kun er vektet for frafall (siden utvalget var rent tilfeldig).

I tillegg rapporterer vi justerte totaltall der vi kontrollerer for alder og kjønn. Videre brytes hver utfallsvariabel ned etter kjønn, utdanning (Kort: videregående/fagskole eller kortere; Lang: universitets- eller høyskoleutdanning) og aldersgrupper (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79, 80+). Resultatene vises i såkalte forest plots: prediktorene står på y-aksen (kjønn, utdanning, alder), og x-aksen viser skalaen for utfallet. Analysen for kjønn er justert for alder, analysen for alder er justert for kjønn, og analysen for utdanning er justert for både alder og kjønn (studenter er ekskludert). For å teste endringer over tid inkluderer vi interaksjonsledd mellom år og hver prediktor. Dikotome utfall presenteres som prosentandeler med 95 % konfidensintervaller, mens kontinuerlige mål presenteres som gjennomsnitt med 95 % konfidensintervaller.

2.6 Viktige forbehold

Når vi i oppsummeringen og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å merke seg at disse vurderingene er relative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær daglig i et bestemt geografisk område kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under nasjonale anbefalinger, er det lavt ut fra et folkehelseperspektiv.

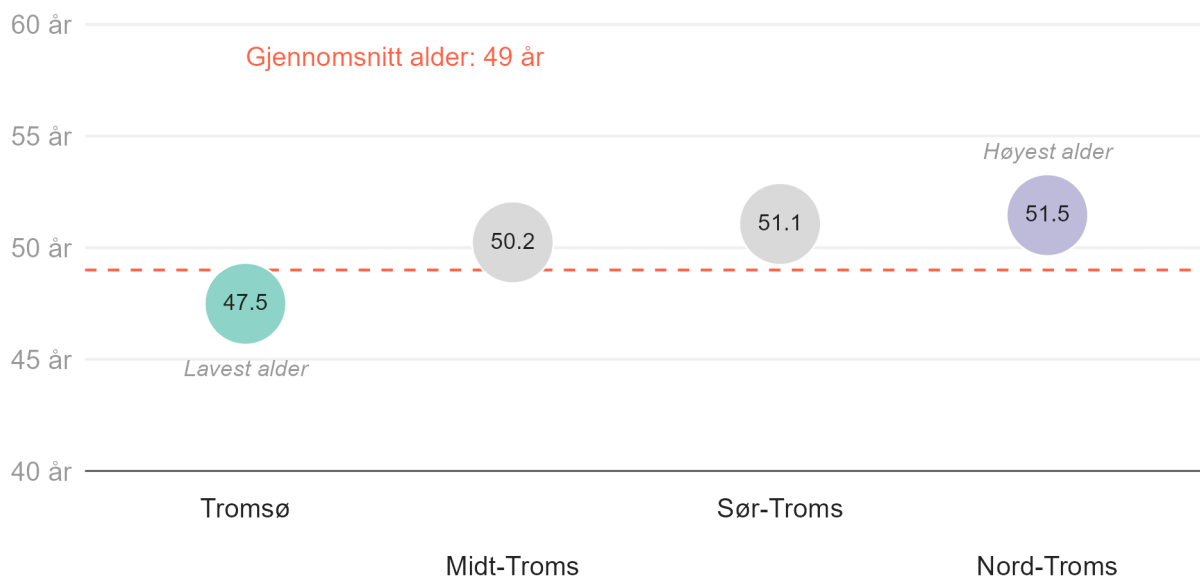
Deltakelsen i undersøkelsen i Troms var, som allerede nevnt, på 26,1 %. Det er som regel usikkerhet med hensyn til om slike undersøkelser er helt representative for befolkningen. Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater. Den litt lavere svarprosenten i Troms sammenlignet med tidligere datainnsamlinger i Folkehelseundersøkelsene i fylkene skyldes blant annet at vi har oversamlet grupper der svarprosenten vanligvis er lav (den yngre delen av befolkningen). Det er også mulig at svarprosenten ble noe lavere fordi invitasjonen kom som SMS med en klikkbar lenke, og økt skepsis til «ukjente lenker» etter mange svindelforsøk med denne metoden kan ha dempet deltakelsesviljen; fremtidige undersøkelser bør derfor tilby alternativer til å klikke på slike lenker.

Statistikk på gruppenivå kan avdekke tendenser og ulikheter mellom grupper, men det er viktig å huske at slikt tallmateriale ikke sier noe sikkert om enkeltindividene i hver gruppe. Variasjonen innad i en gruppe kan ofte være større enn forskjellen mellom to grupper. Derfor må man unngå å trekke bastante konklusjoner om enkeltpersoner basert på gjennomsnittstall eller andeler. Samtidig gir gruppestatistikk verdifull innsikt som kan bidra til å målrette folkehelseiltak mot de gruppene som har størst behov – enten tiltakene gjennomføres av fylket/kommunen, helsemyndighetene eller av gruppene selv. På den måten kan vi bruke kunnskap om ulikheter i befolkningen til å utforme tiltak som er mer treffsikre, samtidig som vi anerkjenner at hver enkelt person likevel har sin unike situasjon.

Resultater: Troms

3.1 Alder: Regioner i Troms

Figur 1: Alder etter regioner i Troms



Figur 1 viser gjennomsnittsalderen blant respondentene i de ulike regionene i Troms. Den røde linjen representerer gjennomsnittsalderen for hele fylket, som er 49 år. Kvinner har i gjennomsnitt en alder på 49,2 år, mens menn har et gjennomsnitt på 48,8 år. Nord-Troms skiller seg ut med den høyeste gjennomsnittsalderen (51,5 år), tett fulgt av Sør-Troms (51,1 år). Midt-Troms ligger noe lavere med 50,2 år, mens Tromsø har den laveste gjennomsnittsalderen på 47,5 år. Forskjellene mellom regionene antyder at befolkningen i de mer sentrale byområdene er yngre enn i de nordlige og sørlige delene av fylket.

3.2 Kjønn: Regioner i Troms

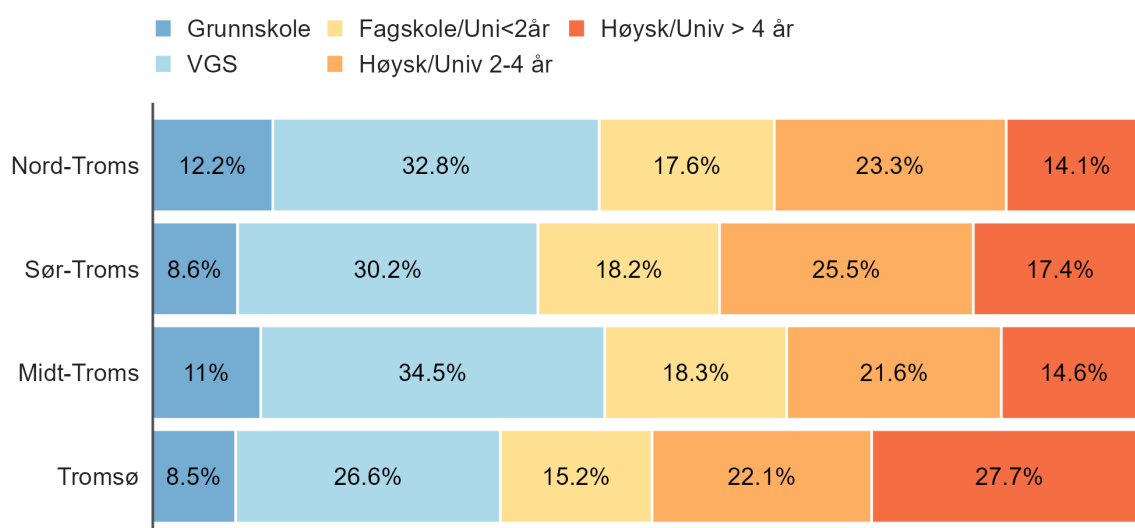
Figur 2: Kjønn etter regioner i Troms



Figur 2 viser andelen kvinnelige respondenter i de ulike regionene i Troms. Den røde linjen angir gjennomsnittet for hele fylket. I Tromsø er kvinneandelen høyest med 49,8 %, mens Midt-Troms har den laveste med 48,5 %. Sør-Troms og Nord-Troms ligger tett opp mot fylkessnittet. Det er små variasjoner mellom regionene, og kjønnsfordelingen er jevn. Totalt består utvalget av 50,6 % kvinner og 49,4 % menn. Figuren viser at kvinneandelen er balansert i hele fylket, uten klare regionale forskjeller.

3.3 Femdelt utdanningsnivå: Regioner i Troms

Figur 3: Femdelt utdanningsnivå etter regioner i Troms

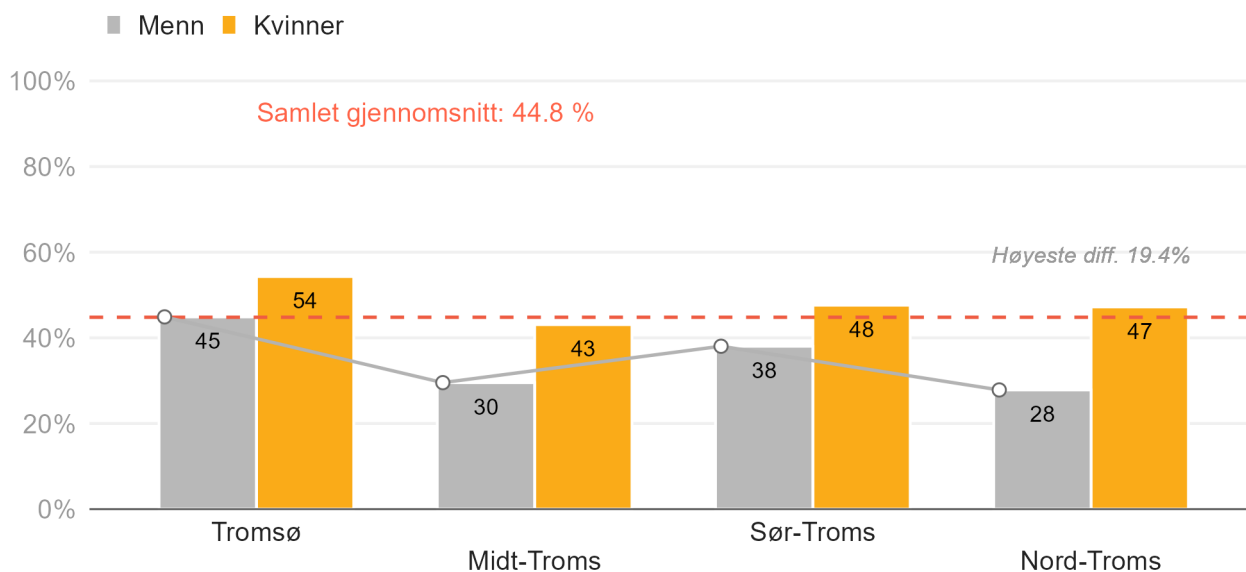


Figur 3 viser fordelingen av utdanningsnivå blant respondentene i de ulike regionene i Troms. Grunnskole (mørk blå) utgjør den minste andelen i alle regionene, med lavest andel i Tromsø (8,5 %) og høyest i Nord-Troms (12,2 %). Videregående skole (lys blå) er det vanligste utdanningsnivået i Midt-Troms og Nord-Troms, hvor over 30 % av respondentene oppgir dette som høyeste fullførte utdanning. Andelen med fagskole

eller kort universitetsutdanning (< 2 år) (lys gul) varierer mellom 15 og 18 %. Når det gjelder høyere utdanning, har Tromsø klart høyest andel med lang universitets- eller høyskoleutdanning (> 4 år) (rød-oransje), med 27,7 %, sammenlignet med rundt 14–17 % i de andre regionene. Figuren viser at utdanningsnivået i Tromsø skiller seg ut ved å ha en høyere andel respondenter med lang høyere utdanning og lavere andel med grunnskole som høyeste utdanning.

3.4 Totelt utdanningsnivå: Regioner i Troms

Figur 4: Totelt utdanningsnivå etter regioner i Troms



Figur 4 viser andelen som har universitets- eller høyskoleutdanning på 2 år eller mer i de ulike regionene i Troms (heretter kalt høyere utdanning). Den røde linjen angir gjennomsnittet for hele fylket, som er 44,8 %. I alle regionene er andelen med høyere utdanning høyere blant kvinner enn blant menn. Den største kjønnsforskjellen finnes i Nord-Troms, der andelen kvinner med høyere utdanning er 19,4 prosentpoeng høyere enn for menn. Tromsø har høyest andel totalt sett, mens Midt-Troms og Nord-Troms har lavere andeler, spesielt blant menn. Figuren viser tydelige kjønnsforskjeller i utdanningsnivå på tvers av regionene, med et jevnt mønster der kvinner har høyere utdanning enn menn.

3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

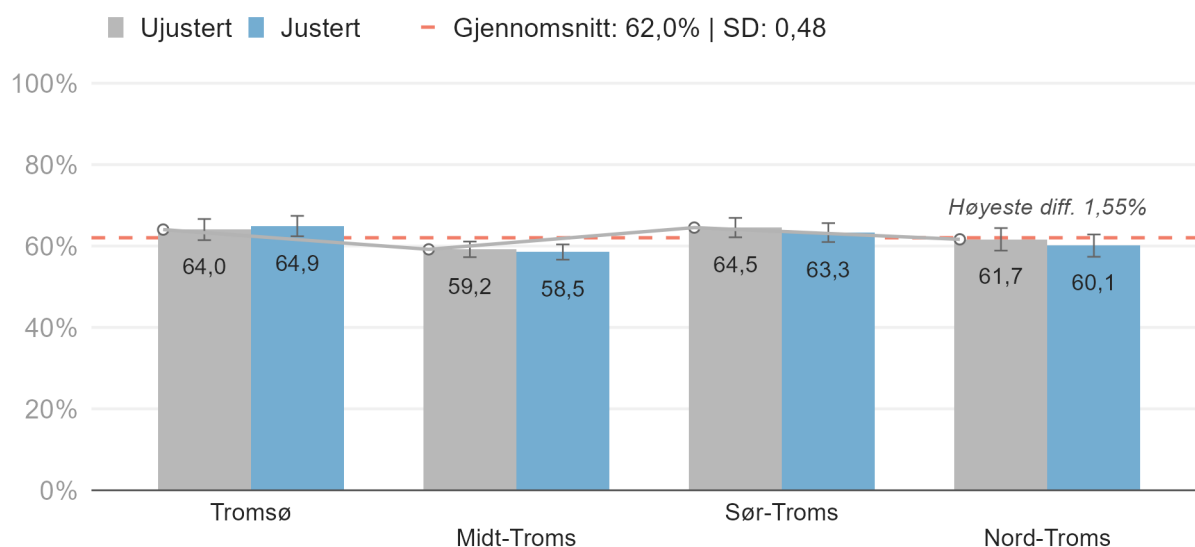
Svarandel: Totalt 10 649 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet

Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 649	63,0 %	61,5 – 64,6

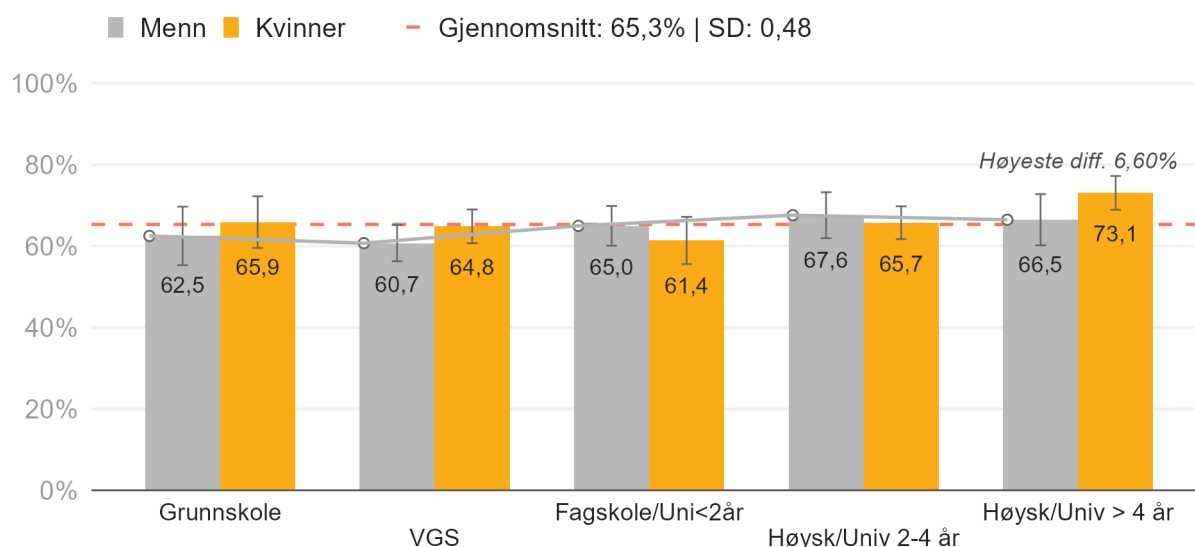
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Kvinner	5 829	63,9 %	61,9 – 65,9
Menn	4 820	62,2 %	59,9 – 64,6

Figur 1: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regioner i Troms (A)



Figur A viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Midt-Troms har lavest, med en forskjell på 6,4 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,13, som indikerer en liten forskjell. Totalt sett varierer nivåene lite mellom regionene.

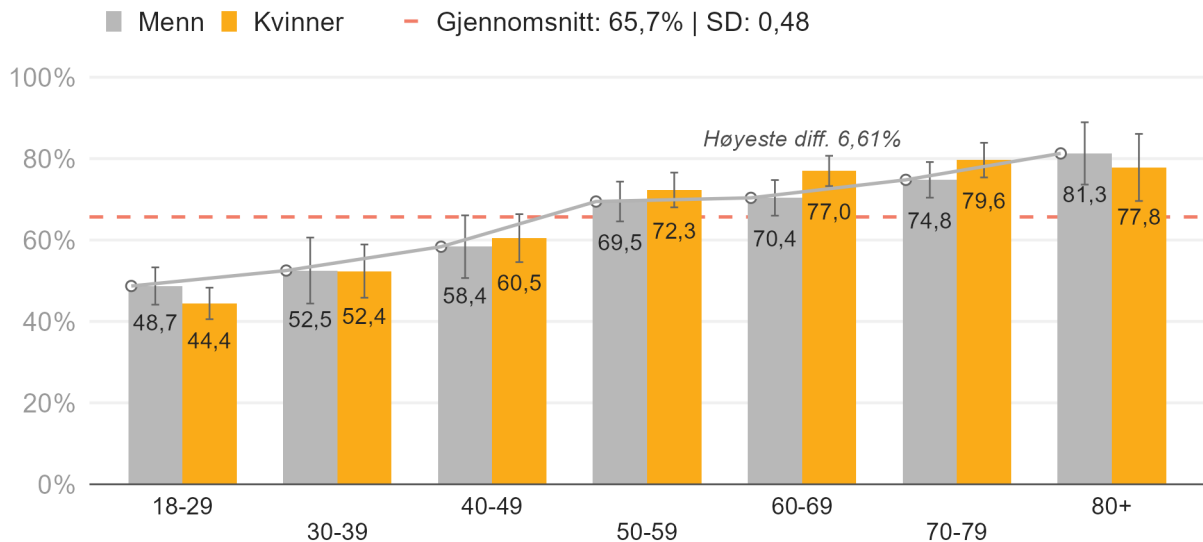
Figur 2: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner finner vi høyest verdi hos dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over 4 år, mens fagskole eller universitetsutdanning på under

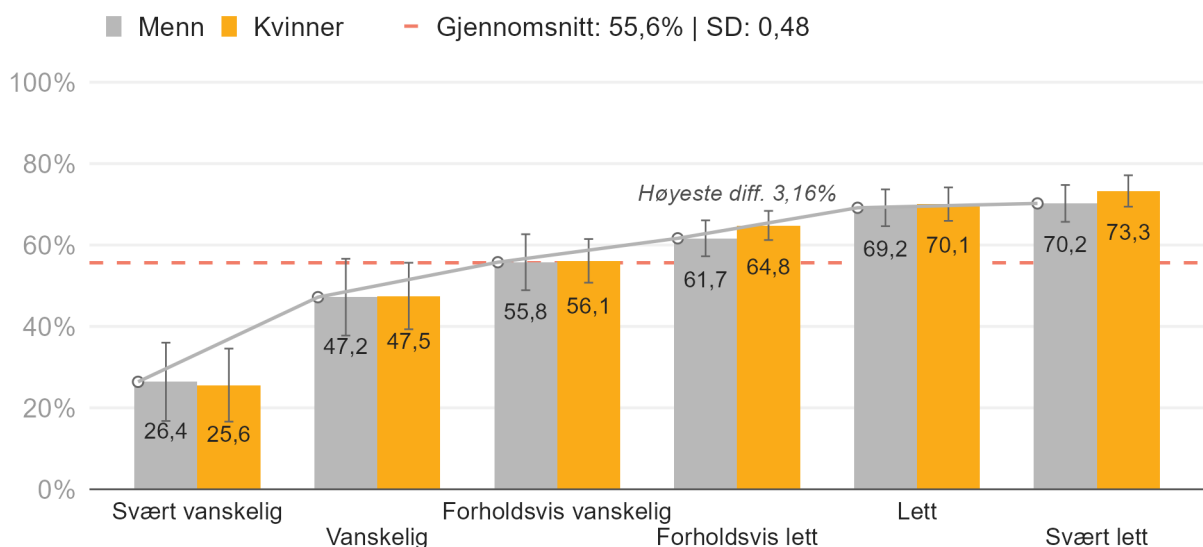
2 år ligger lavest. Forskjellen mellom disse gruppene utgjør en Cohen's h på 0,25, som tilsvarer en middels forskjell. For menn har de med høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år høyest verdi, mens videregående skole ligger lavest. Her er Cohen's h 0,14, som indikerer en liten forskjell. Totalt sett ser vi en tendens til at lengre utdanning henger sammen med en noe høyere trivsel i nærmiljøet. Det er ingen tydelige kjønnsforskjeller.

Figur 3: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 høyest verdi, mens 18–29 kommer lavest ut. Blant menn har 80+ høyest verdi, mens 18–29 ligger lavest. For kvinner utgjør forskjellen mellom aldersgruppen 70–79 og de yngste en Cohen's h på 0,75, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,70, også dette tyder på en markant forskjell. Samlet sett ser det ut til at andelen som trives i nærmiljøet, øker med alderen. Det er i liten grad kjønnsforskjeller innad i hver aldersgruppe.

Figur 4: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner og menn har gruppen med svært lett økonomi høyest andel, mens gruppen med svært vanskelig økonomi har lavest. Differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,99 for kvinner og 0,91 for menn. For begge kjønn indikerer dette en stor forskjell. Det er i ingen kjønnsforskjeller å observere. Verdiene tyder på at bedre opplevd husholdningsøkonomi henger sammen med høyere trivsel i nærmiljøet.

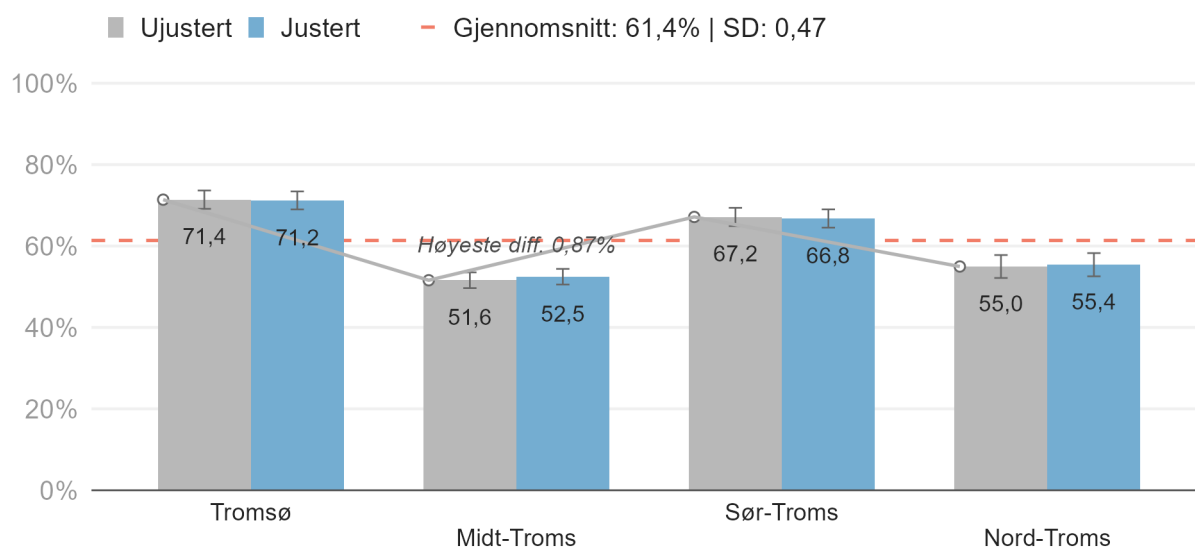
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 10 519 deltakere av 10 686 (98,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

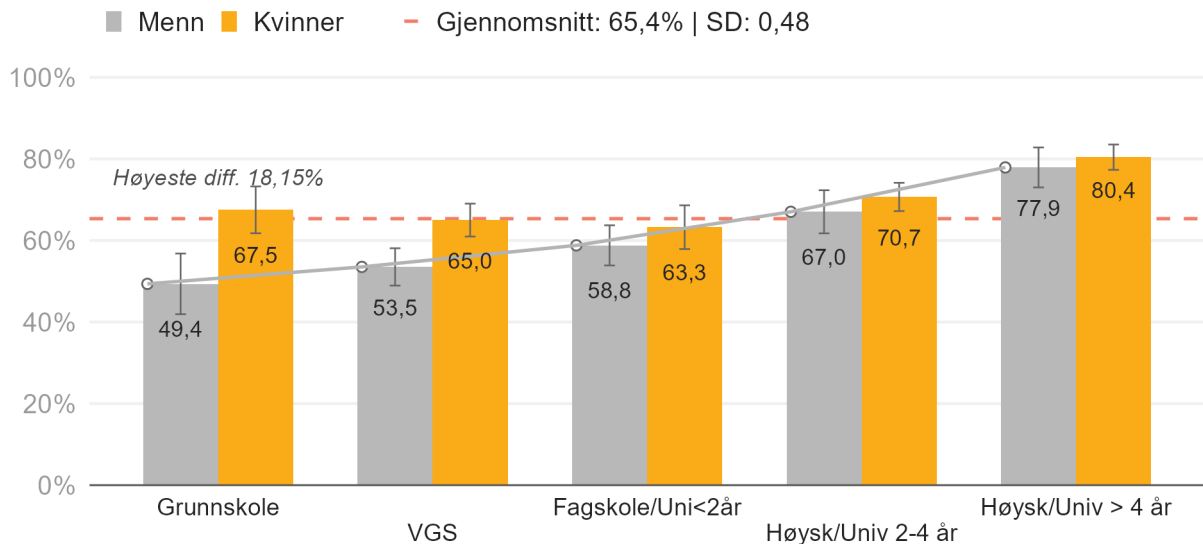
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 519	65,6 %	64,2 – 67,1
Kvinner	5 771	69,3 %	67,5 – 71,0
Menn	4 748	62,1 %	59,8 – 64,3

Figur 5: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Troms (A)



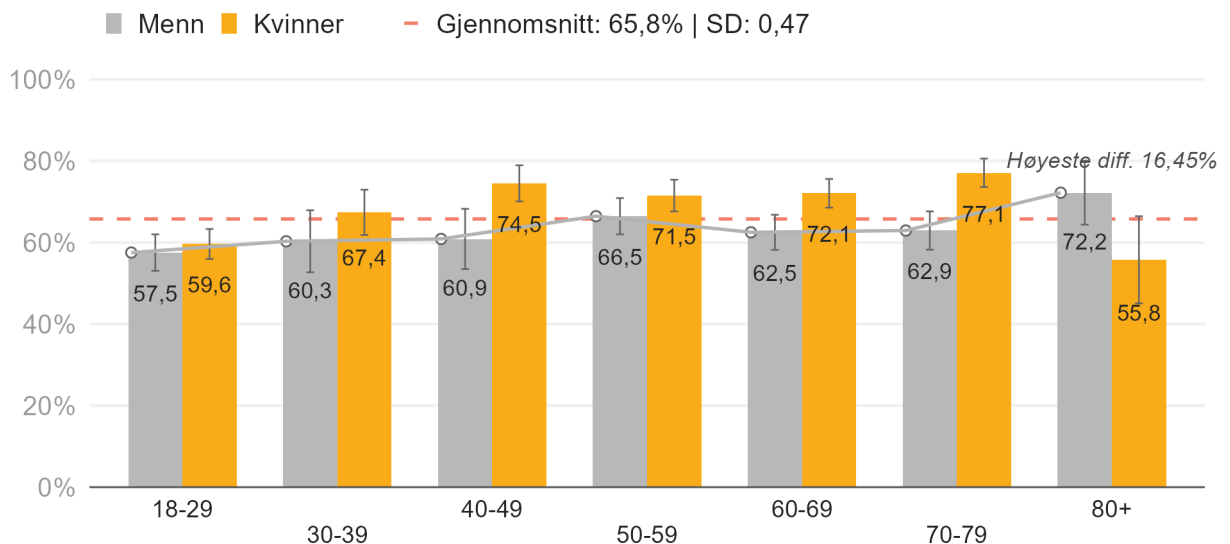
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Midt-Troms har lavest, med en forskjell på 18,7 prosentpoeng. Denne differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,39, som indikerer en middels forskjell. Totalt sett ser det ut til at innbyggerne i Tromsø opplever bedre tilgjengelighet til kulturtilbud, mens i Midt-Troms og Nord-Troms er tilgjengeligheten lavere.

Figur 6: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har gruppen med høyskole eller universitetsutdanning over fire år høyest andel, mens gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under to år har lavest. Blant menn har gruppen med høyskole eller universitetsutdanning over fire år høyest andel, mens gruppen med grunnskole har lavest. For kvinner er Cohen's h 0,39, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h 0,61, som indikerer en stor forskjell. I gruppene med kortest utdanning er det også betydelige kjønnsforskjeller, i favør av at en høyere andel kvinner rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud sammenlignet med menn. Dette tyder på at høyere utdanning henger sammen med bedre opplevd tilgang til kulturtilbud.

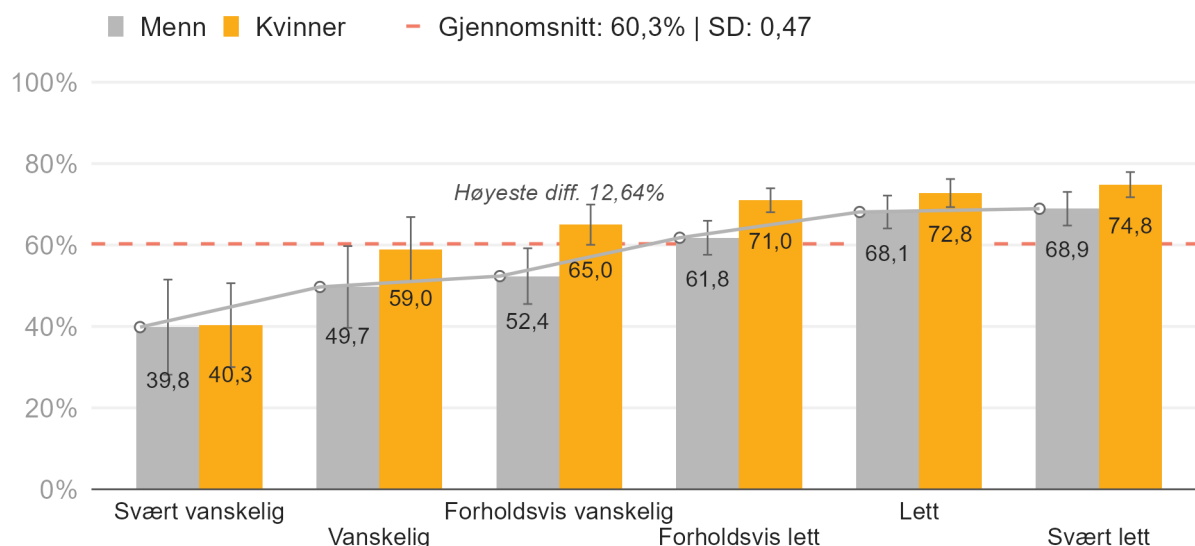
Figur 7: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 den høyeste andelen, mens 80+ har den laveste. Blant menn er 80+ høyest og 18–29 lavest. For kvinner er differansen mellom høyeste og laveste andel et moderat utslag (Cohen's h = 0,46). For menn er differansen også moderat (Cohen's h = 0,31). Jevnt over kan tallene tyde på at eldre aldersgrupper oftere rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud. Kvinner

rapporterer ofte noe bedre tilgang enn menn, med unntak av hos de eldste (80+) der kvinner rapporterer en noe dårligere tilgang. Konfidensintervallene er imidlertid brede for den eldste gruppen, og en skal være forsiktig med å legge for mye tolkning i disse resultatene.

Figur 8: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til kulturtilbud, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Blant menn er samme mønster synlig, med høyest andel i gruppen svært lett og lavest andel i gruppen svært vanskelig. Forskjellen fra svært lett til svært vanskelig utgjør en stor forskjell for kvinner (Cohen's $h = 0,72$) og menn (Cohen's $h = 0,59$). Det er i liten grad kjønnsforskjeller, men der det er en liten forskjell, er det stadig i favør av at kvinner rapporterer noe bedre tilgang enn menn. Totalt sett viser dette at husholdningsøkonomien ser ut til å ha tydelig sammenheng med opplevd tilgang til kulturtilbud for begge kjønn.

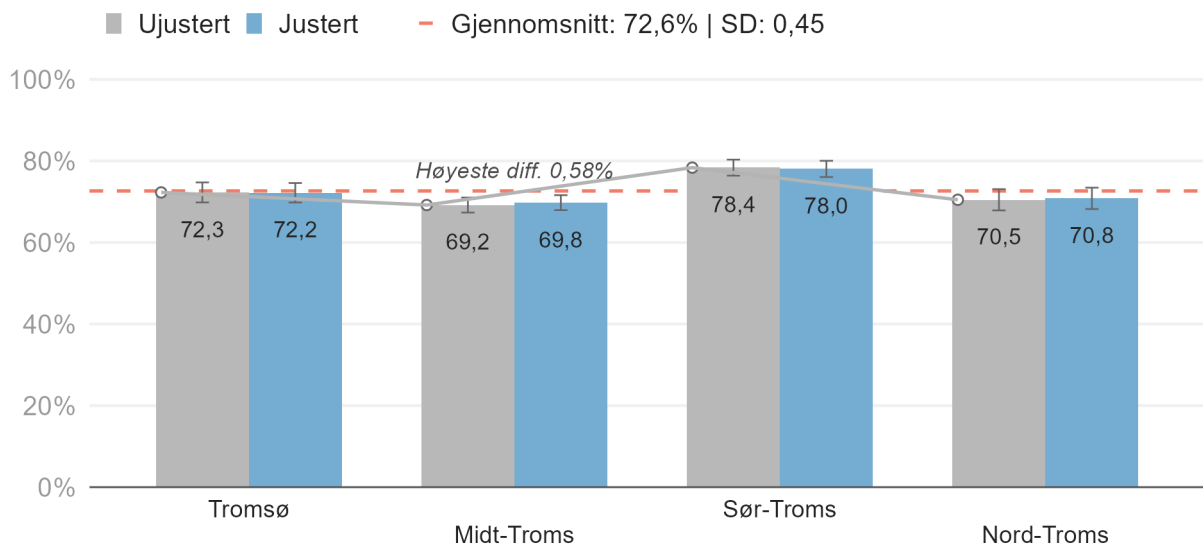
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 10 222 deltakere av 10 686 (95,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

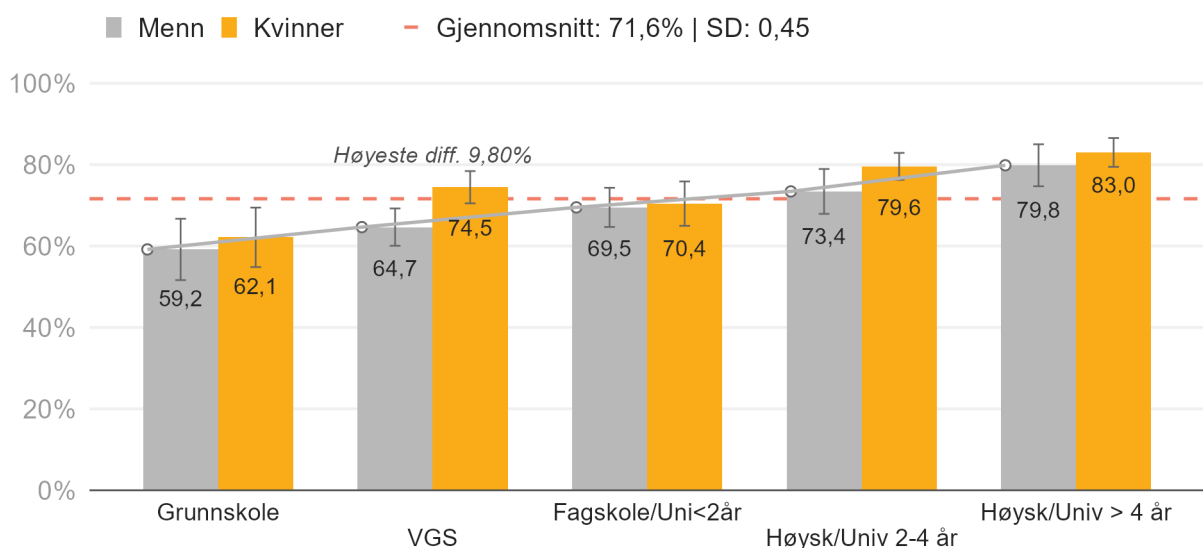
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 222	72,8 %	71,4 – 74,2
Kvinner	5 612	75,9 %	74,2 – 77,7
Menn	4 610	69,7 %	67,4 – 71,9

Figur 9: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Troms (A)



Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Sør-Troms har høyest verdi, mens Midt-Troms har lavest, med en forskjell på 8,3 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,19, noe som indikerer en liten forskjell. Samlet sett viser resultatene at tilgjengeligheten er relativt jevnt fordelt i regionene, med Sør-Troms noe høyere enn de andre regionene.

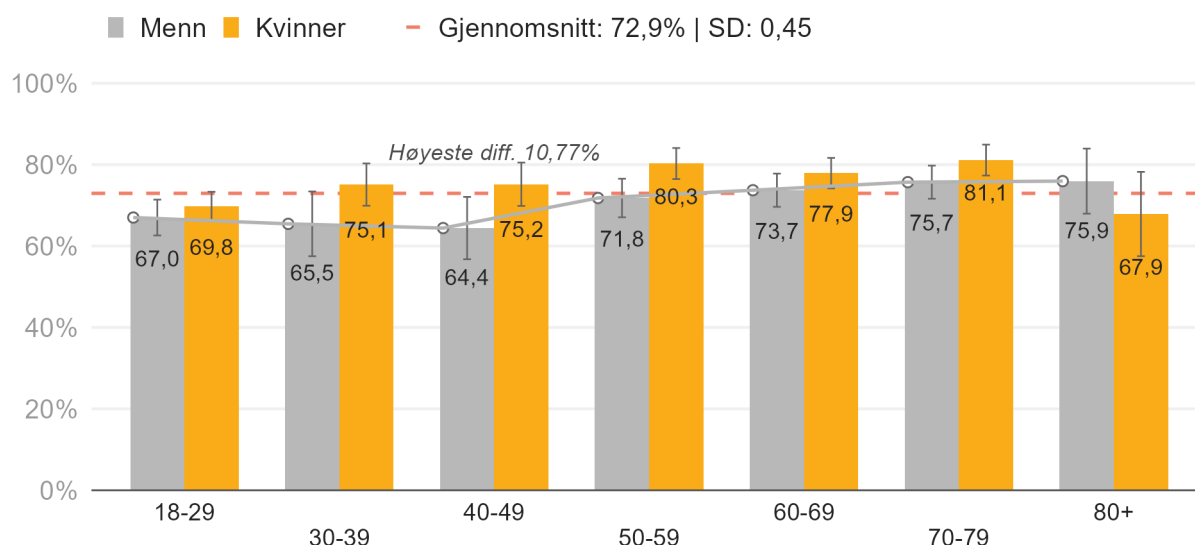
Figur 10: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med universitets- eller høyskoleutdanning på over fire år den høyeste andelen, mens de med grunnskole har den laveste. Menn har et tilsvarende mønster, der de med universitets- eller høyskoleutdanning på over fire år ligger høyest og de med grunnskole lavest. For kvinner tilsvarer differansen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,48, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er differansen 0,46, som også tilsvarer en middels forskjell. Det er i liten grad kjønnsforskjeller på tvers av utdanningsnivåene, men i den grad det er en forskjell (forskjellen er kun statistisk signifikant på VGS nivået), så er det i favør av at kvinner i større grad rapporterer god

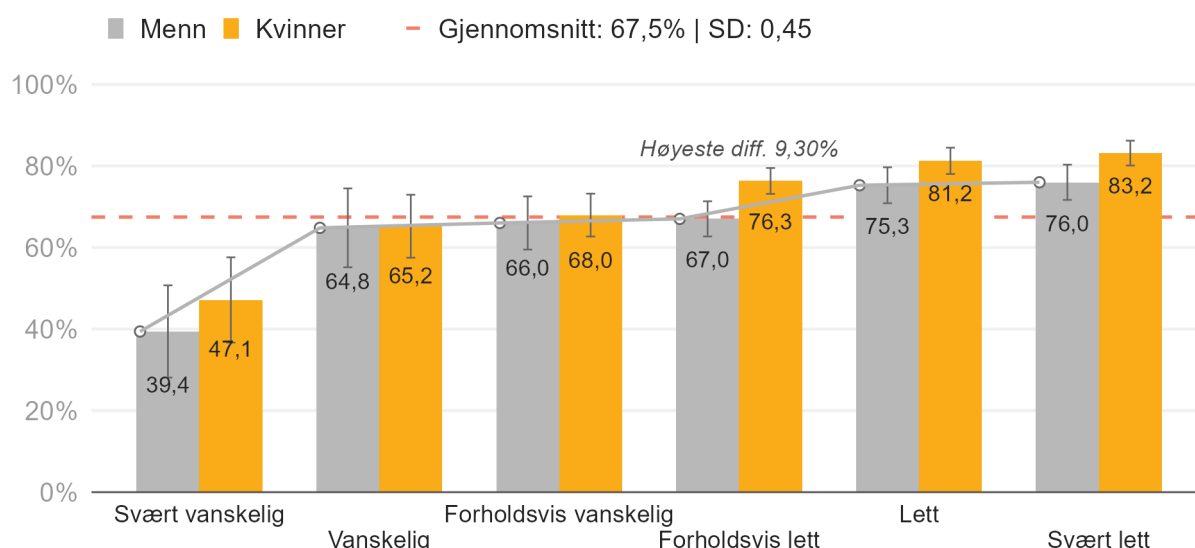
tilgang sammenlignet med menn. Andelen som opplever god eller svært god tilgang til idrettstilbud, øker generelt med høyere utdanningsnivå.

Figur 11: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 høyest verdi, mens 80+ ligger lavest. Blant menn har aldersgruppen 80+ høyest verdi, mens 40–49 ligger lavest. For kvinner er differansen mellom høyeste og laveste verdi lik Cohen's h på 0,31, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,25, som også tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett er differansene relativt moderate på tvers av aldersgrupper, og det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 12: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til idrettstilbud, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett og lavest for de som opplever økonomien som svært vanskelig. Differansen mellom disse gruppene blant

kvinne tilsvarende en Cohen's h på 0,78, som indikerer en stor forskjell. For menn er andelen høyest og lavest tilsvarende som for kvinner, med en Cohen's h på 0,76, som også viser en stor forskjell. Andelen synker gradvis i takt med økende økonomiske utfordringer. Det er i liten grad tegn til vesentlige kjønnsforskjeller, men kvinner rapporterer noe bedre tilgang i gruppene med «Forholdsvis lett» til «Svært lett» økonomisk situasjon.

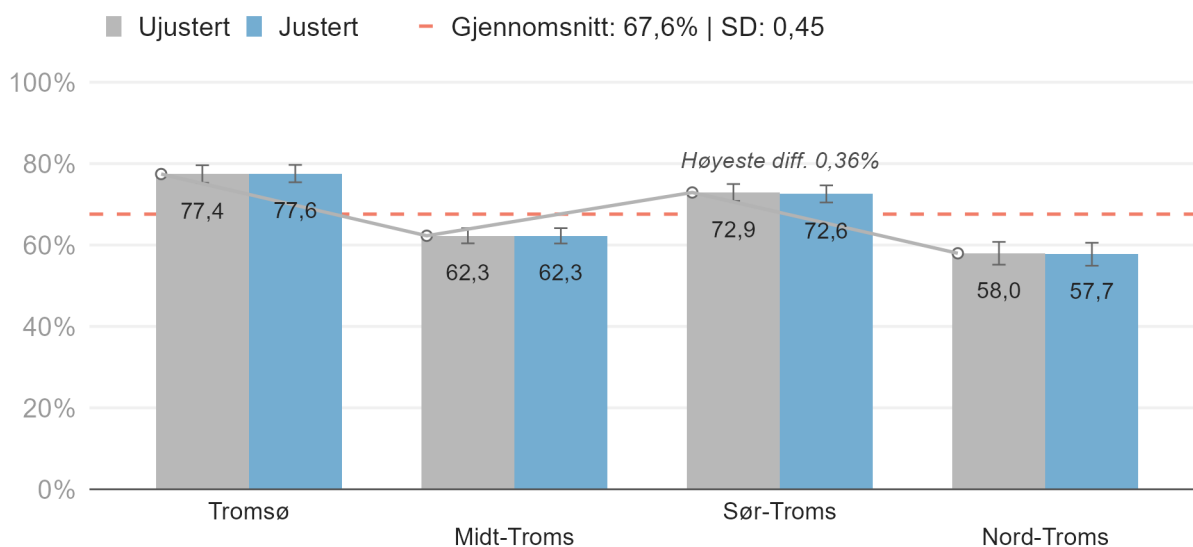
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 10 531 deltakere av 10 686 (98,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

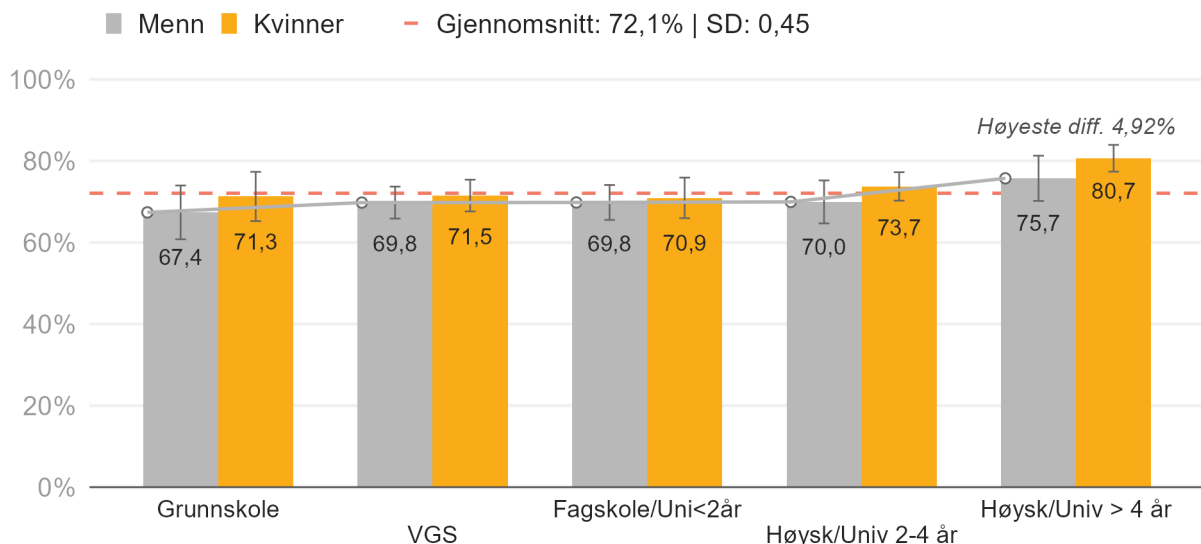
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 531	72,4 %	71,0 – 73,7
Kvinner	5 768	74,0 %	72,3 – 75,6
Menn	4 763	70,8 %	68,7 – 72,8

Figur 13: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Troms (A)



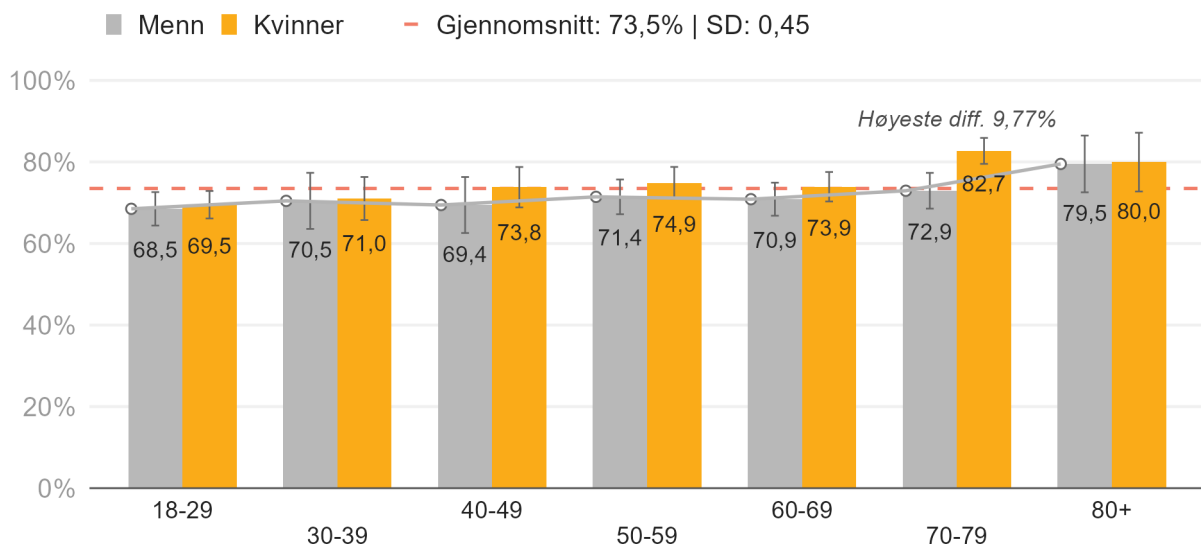
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud), etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, og Nord-Troms har lavest, med en forskjell på 19,8 prosentpoeng. Denne differansen tilsvarende en Cohen's h på 0,43, som indikerer en middels forskjell. Totalt sett skårer Tromsø og Sør-Troms noe høyere enn Midt-Troms og Nord-Troms.

Figur 14: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene finner vi den høyeste andelen hos dem med mer enn fire års høyere utdanning, mens den laveste andelen ligger hos kvinner med opptil to års fagskole- eller universitetsutdanning. Blant mennene er andelen høyest for dem med mer enn fire års høyere utdanning, mens den laveste andelen finnes hos menn med grunnskole. For kvinner er Cohen's h 0,23, noe som indikerer en liten forskjell. For menn er Cohen's h 0,19, som også indikerer en liten forskjell. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

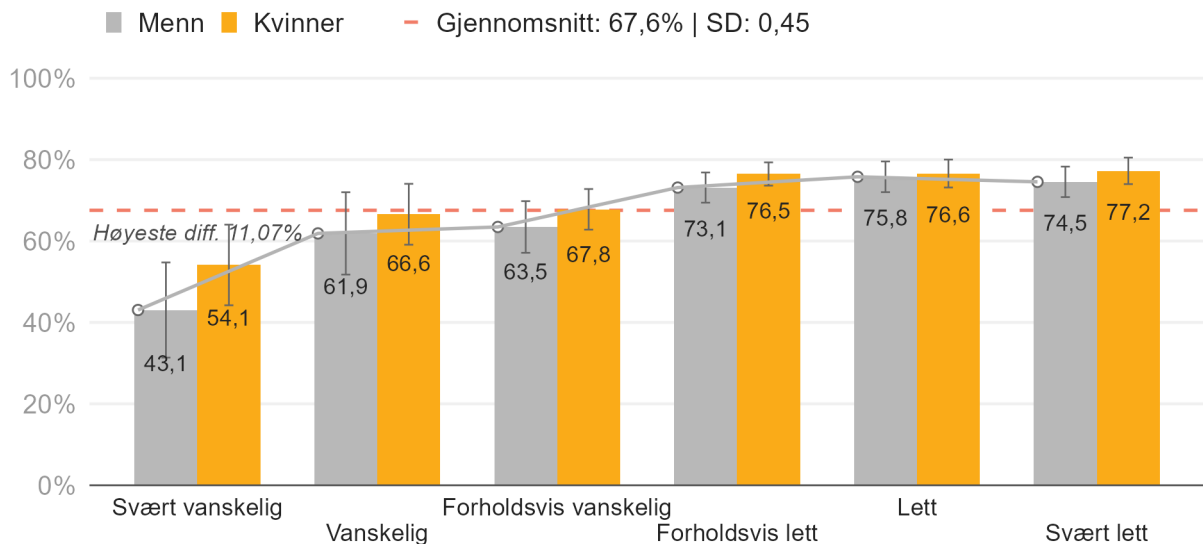
Figur 15: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud), etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79 år og lavest i aldersgruppen 18–29 år, mens den blant menn er høyest i aldersgruppen 80+ år og lavest i aldersgruppen 18–29 år. Forskjellen mellom gruppene for kvinner tilsvarer en Cohen's h på 0,31, som indikerer en middels forskjell. For menn tilsvarer forskjellen mellom aldersgruppene en Cohen's h på 0,25, noe som også indikerer en middels forskjell. Andelen er relativt stabil for de

ulike aldersgruppene, men med noe økning for de eldste gruppene der andelen som opplever god tilgang er størst. I aldersgruppen 70–79 år er andelen kvinner som rapporterer god tilgang høyere enn andelen blant menn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 16: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud (butikker, spisesteder og andre servicetilbud), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest for dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, mens den er lavest blant kvinner som opplever den som svært vanskelig. For menn er andelen høyest i gruppen som oppgir at det er lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til, og lavest blant dem som vurderer det som svært vanskelig. Blant kvinner tilsvaret differansen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,49, som tyder på en middels forskjell. Blant menn er differansen 0,68, noe som indikerer en stor forskjell. Samlet sett øker andelen som rapporterer god eller svært god tilgang til servicetilbud i takt med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

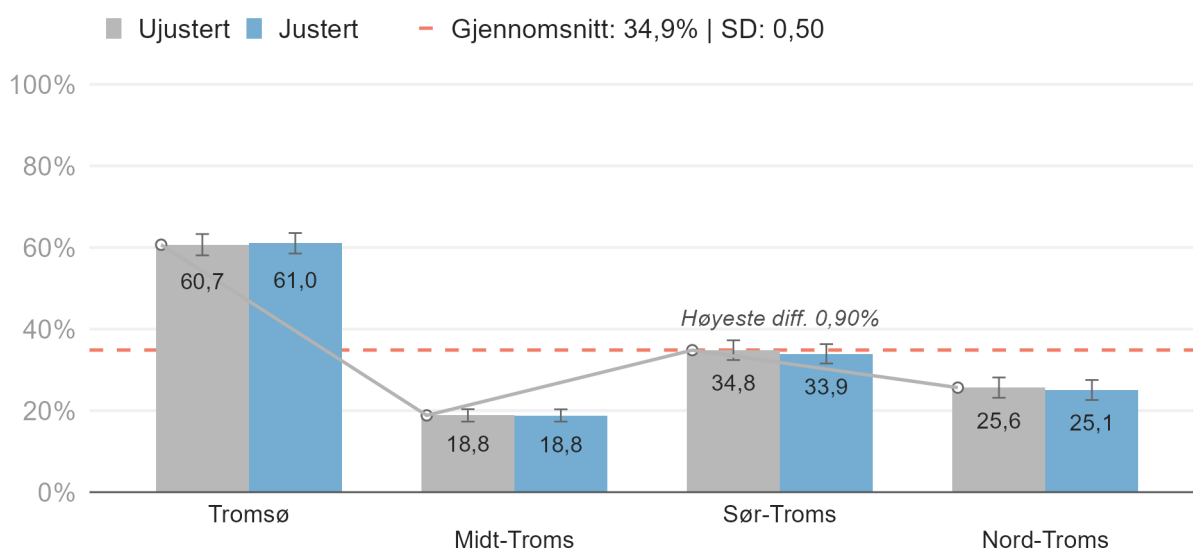
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 10 257 deltakere av 10 686 (96,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

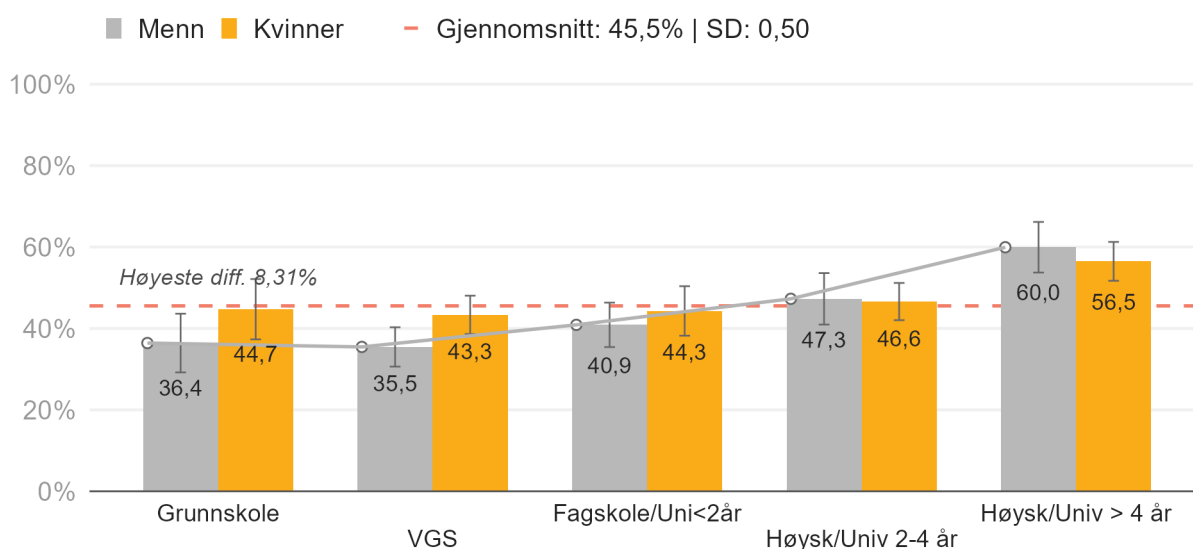
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 257	45,3 %	43,6 – 46,9
Kvinner	5 618	46,4 %	44,2 – 48,6
Menn	4 639	44,1 %	41,6 – 46,6

Figur 17: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Troms (A)

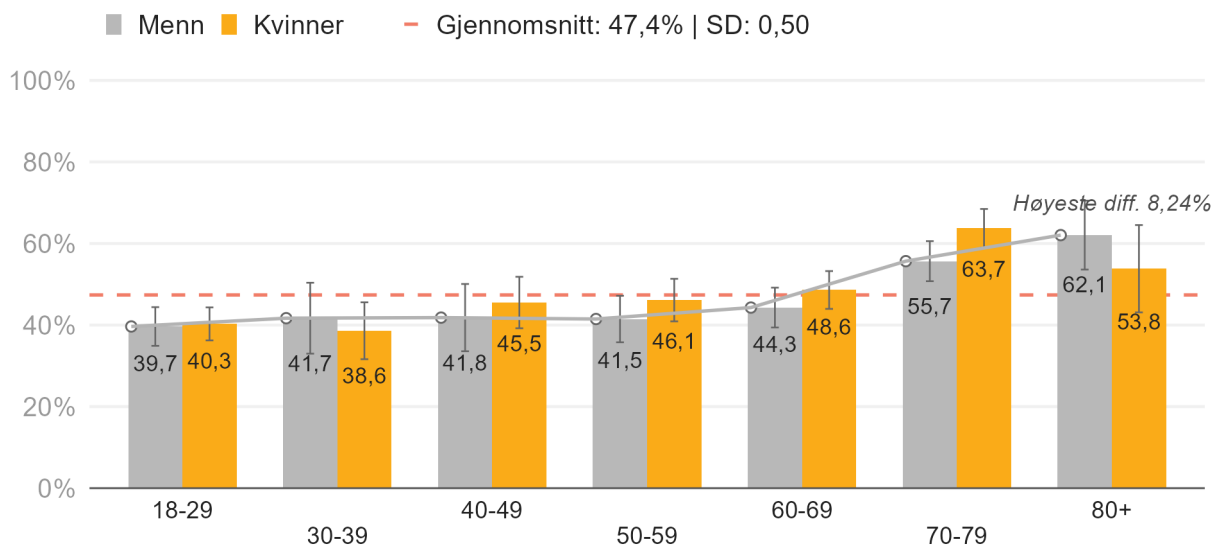


Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Midt-Troms ligger lavest, med en differanse på 42,2 prosentpoeng. Cohen's h er 0,90, som tilsier en stor forskjell. Samlet tyder dette på at tilgangen til offentlig transport varierer markant mellom regionene.

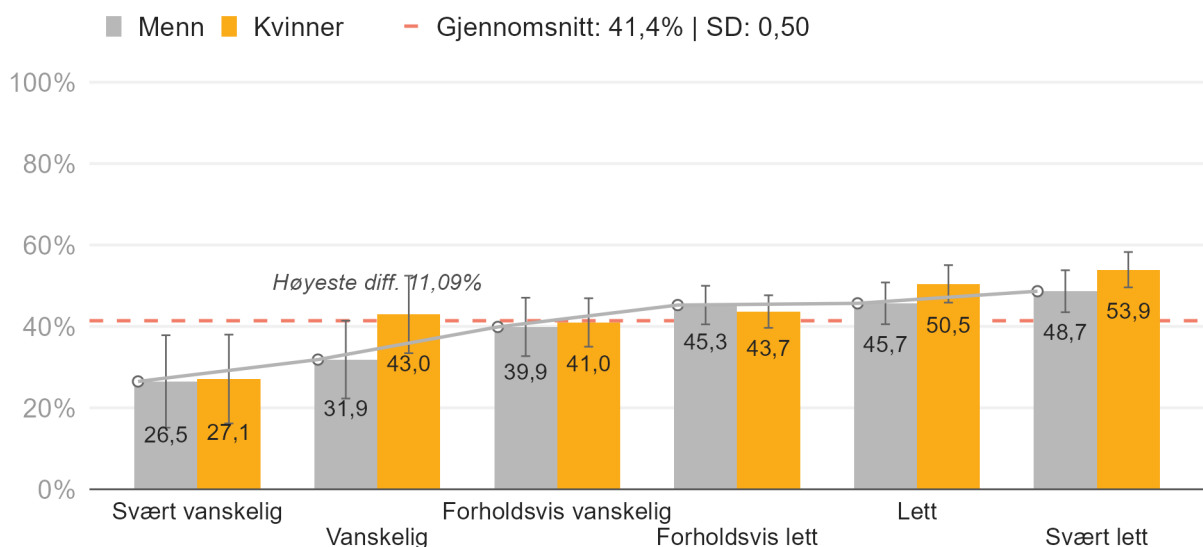
Figur 18: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med mer enn fire års universitets- eller høyskoleutdanning høyest andel, mens de med videregående skole har lavest. Blant menn er mønsteret tilsvarende, med høyest andel blant dem med mer enn fire års universitets- eller høyskoleutdanning og lavest blant dem med videregående skole. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,26, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,50, som indikerer en stor forskjell. Dette tyder generelt på at høyere utdanning henger sammen med bedre opplevd tilgang til offentlig transport. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 19: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, etter kjønn og alder. Blant kvinner rapporterer aldersgruppen 70-79 høyest verdi, mens aldersgruppen 30-39 har lavest. For kvinner er Cohen's h 0,51, noe som indikerer en stor forskjell. Blant menn rapporterer aldersgruppen 80+ høyest verdi, mens aldersgruppen 18-29 har lavest. For menn er Cohen's h 0,45, noe som indikerer en middels forskjell. Gjennomgående ser det ut til at eldre grupper er mest fornøyde. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 20: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til offentlig transport, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er verdien høyest for de som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest for de som opplever den som svært vanskelig. Blant menn er mønsteret det samme. For kvinner er Cohen's h 0,56, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,46, noe som indikerer en middels forskjell. Tilgangen til offentlig transport øker generelt i takt

med hvor lett det oppleves å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

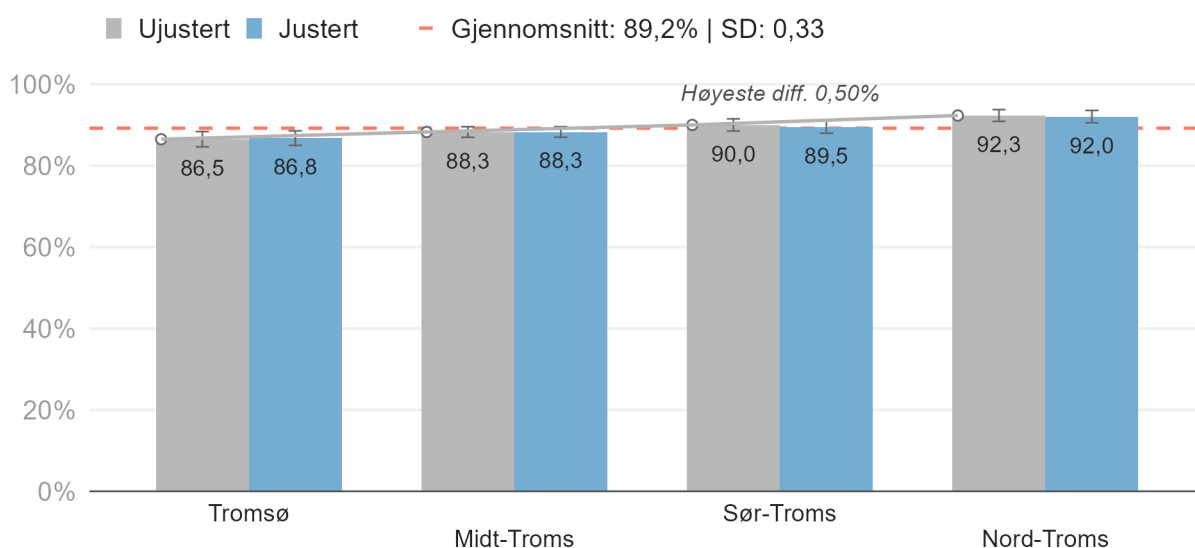
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 10 554 deltakere av 10 686 (98,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

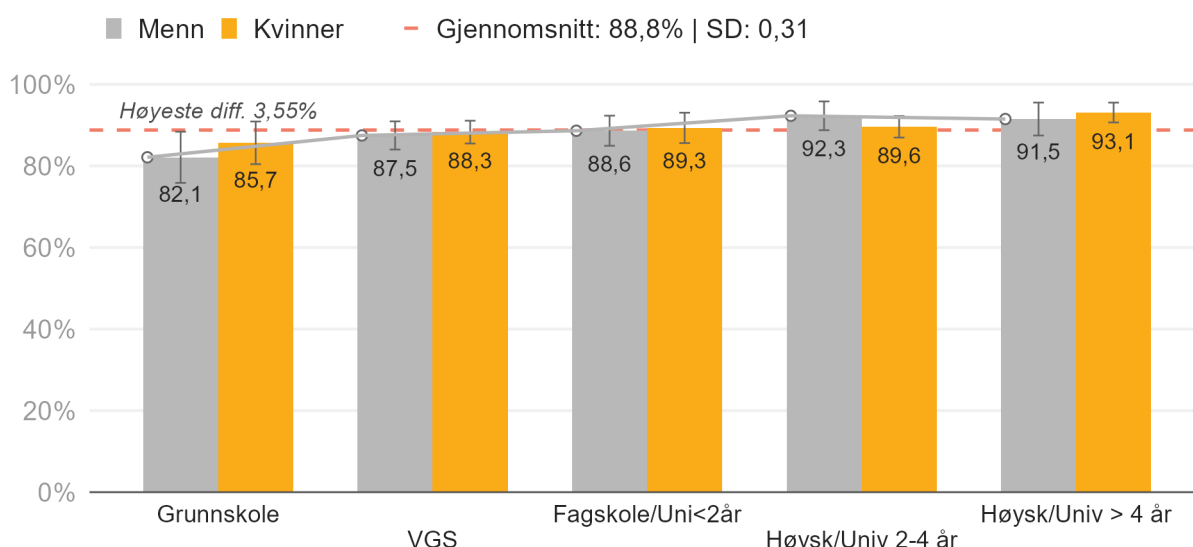
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 554	87,9 %	86,8 – 89,0
Kvinner	5 773	88,1 %	86,8 – 89,5
Menn	4 781	87,7 %	86,0 – 89,4

Figur 21: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Troms (A)



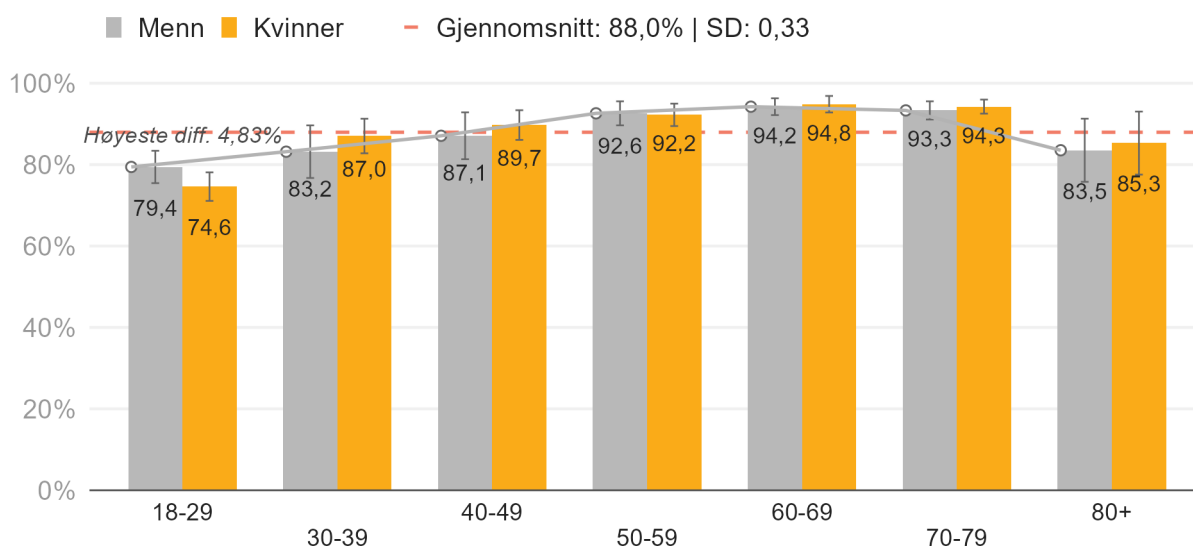
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest andel, mens Tromsø har lavest, med en differanse på 5,3 prosentpoeng. Cohen's h på 0,17 indikerer en liten forskjell. Samlet sett er variasjonen mellom regionene liten.

Figur 22: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med lang høyere utdanning (mer enn fire år) og lavest blant dem med grunnskole. Blant menn er andelen høyest i gruppen med middels lang høyere utdanning (to til fire år) og lavest blant dem med grunnskole. For kvinner er Cohen's h på 0,25, noe som indikerer en liten forskjell. For menn er Cohen's h på 0,31, noe som indikerer en middels forskjell. Generelt ser vi at andelen som oppgir god eller svært god tilgang, øker med høyere utdanning. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

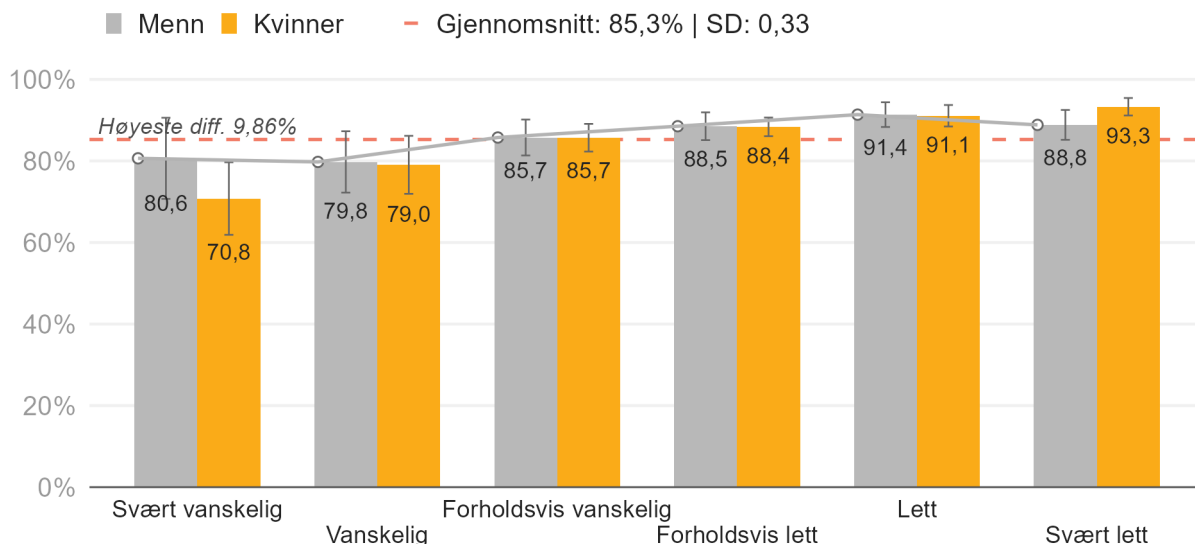
Figur 23: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, etter kjønn og alder. Blant kvinner ligger 60–69 år høyest og 18–29 år lavest. Blant menn er bildet likt, med 60–69 år som høyest og 18–29 år som lavest. Differansen blant kvinner tilsvarer en Cohen's h på 0,60, som indikerer en stor forskjell. For menn er tilsvarende differanse 0,46, noe som indikerer en middels forskjell.

Generelt ser vi at andelen øker med alderen, med unntak av den eldste gruppen. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 24: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgang til natur- og friluftsområder, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, mens den er lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Forskjellen mellom disse gruppene utgjør en Cohen's h på 0,62, noe som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som lett, mens laveste andel finnes blant dem som opplever den som vanskelig. Her tilsvarer forskjellen en Cohen's h på 0,34, som antyder en middels forskjell. Samlet sett viser funnene at de som opplever husholdningsøkonomien som bedre, også rapporterer høyere tilgang til natur- og friluftsområder. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

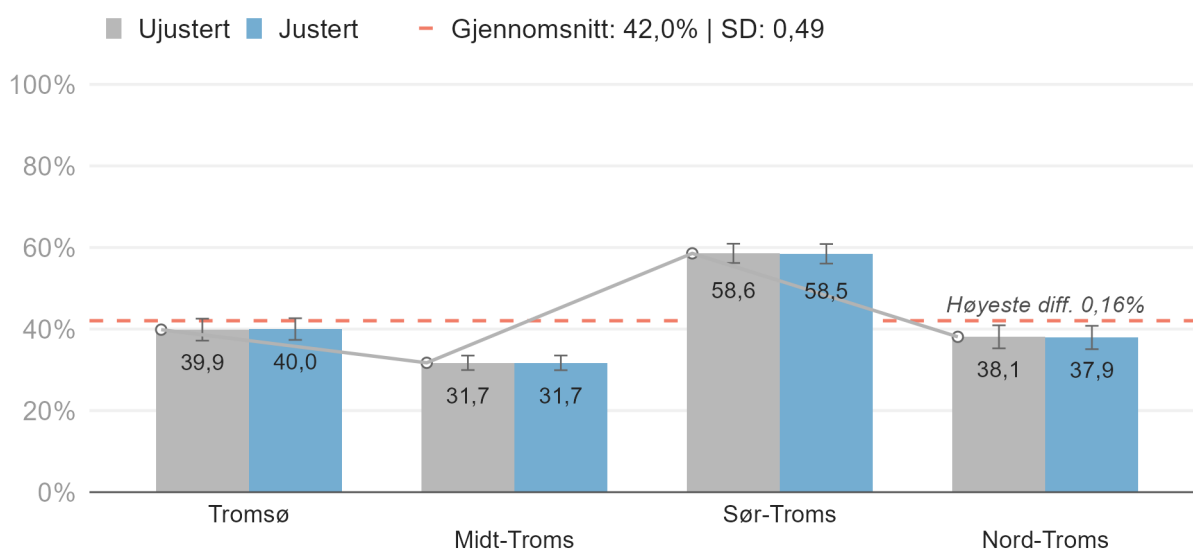
3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Svarandel: Totalt 10 489 deltakere av 10 686 (98,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

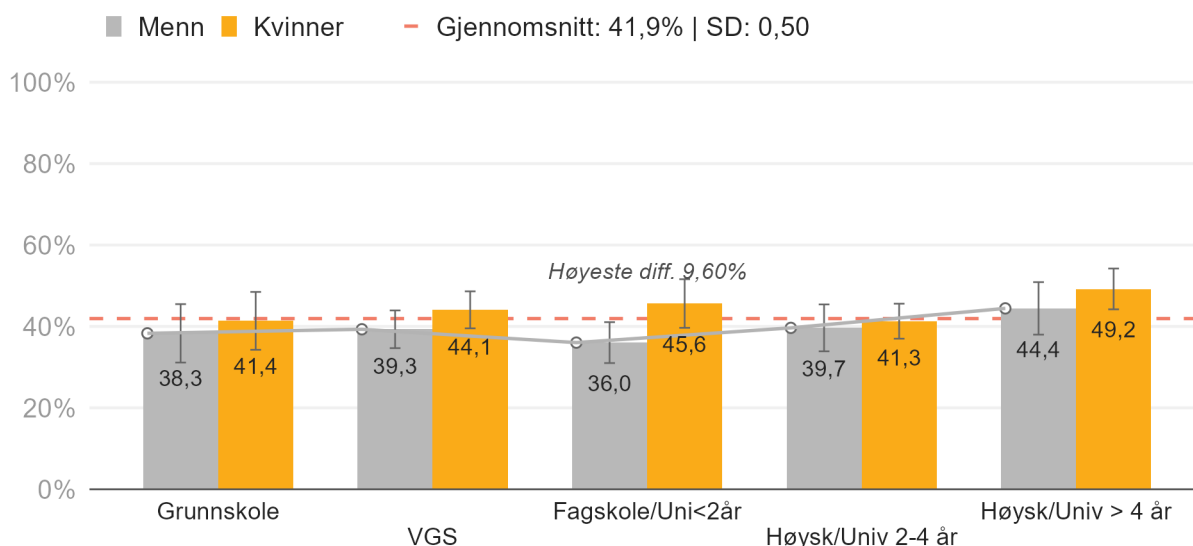
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 489	42,0 %	40,4 – 43,6
Kvinner	5 738	43,7 %	41,6 – 45,8
Menn	4 751	40,3 %	37,9 – 42,6

Figur 25: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter regioner i Troms (A)



Figur A viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Sør-Troms har høyest andel, mens Midt-Troms har lavest, med en forskjell på 26,7 prosentpoeng. Denne differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,54, som indikerer en stor forskjell. Samlet sett viser funnene at det er betydelige regionale variasjoner.

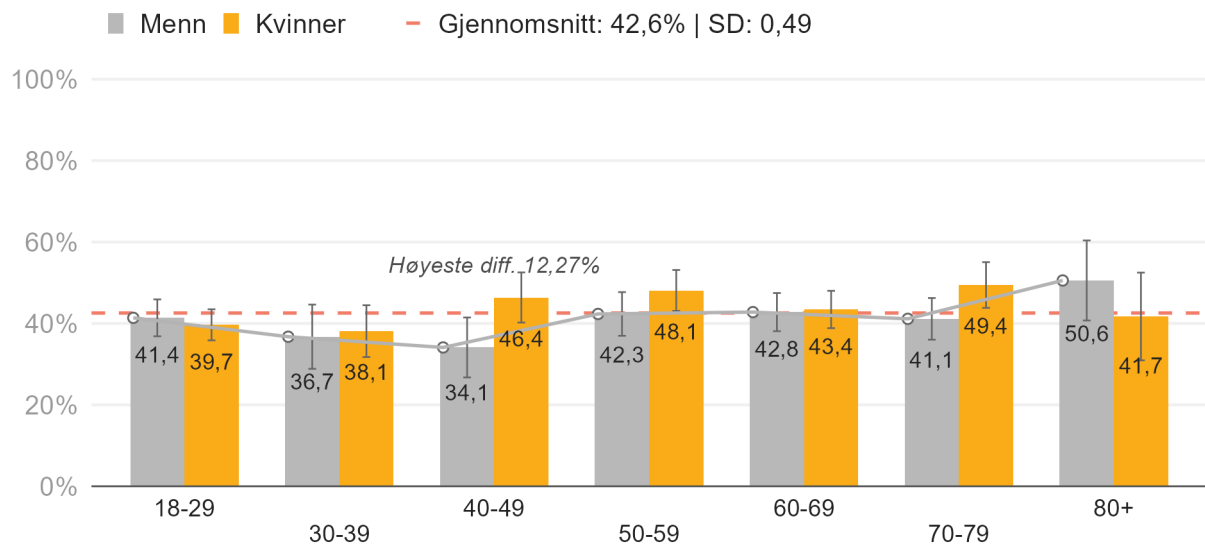
Figur 26: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene har de med over fire års universitets- eller høyskoleutdanning høyest andel, mens de med to til fire års universitets- eller høyskoleutdanning har lavest. Blant menn er andelen høyest blant dem med over fire års universitets- eller høyskoleutdanning, og lavest blant dem med fagskole eller under to års universitets- eller høyskoleutdanning. For kvinnene er Cohen's h lik 0,16, noe som indikerer en liten forskjell mellom høyeste og laveste, og for menn er Cohen's h lik 0,17, som også tilsier en liten forskjell mellom høyeste og

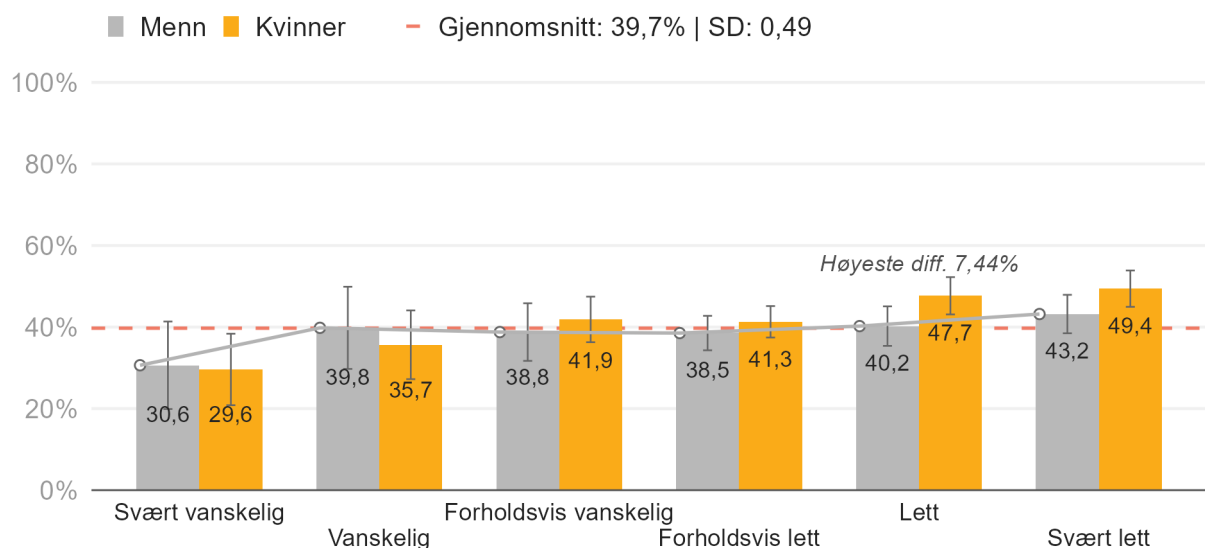
laveste. Samlet sett er det relativt liten variasjon mellom utdanningsgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 27: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79 og lavest blant 30–39. Blant menn er andelen høyest blant 80+ og lavest i aldersgruppen 40–49. Cohen's h på 0,23 mellom høyeste og laveste blant kvinner indikerer en liten forskjell. Cohen's h på 0,34 mellom høyeste og laveste blant menn viser en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. Samlet sett ser det ut til at eldre aldersgrupper oftere rapporterer noe bedre tilgang enn yngre. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 28: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har de

som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett høyest andel, og svært vanskelig lavest. Blant menn ser en det samme mønsteret. For kvinner er Cohen's h 0,41 mellom høyeste og laveste, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h 0,26 mellom høyeste og laveste, noe som også indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. Andelen øker stort sett i takt med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

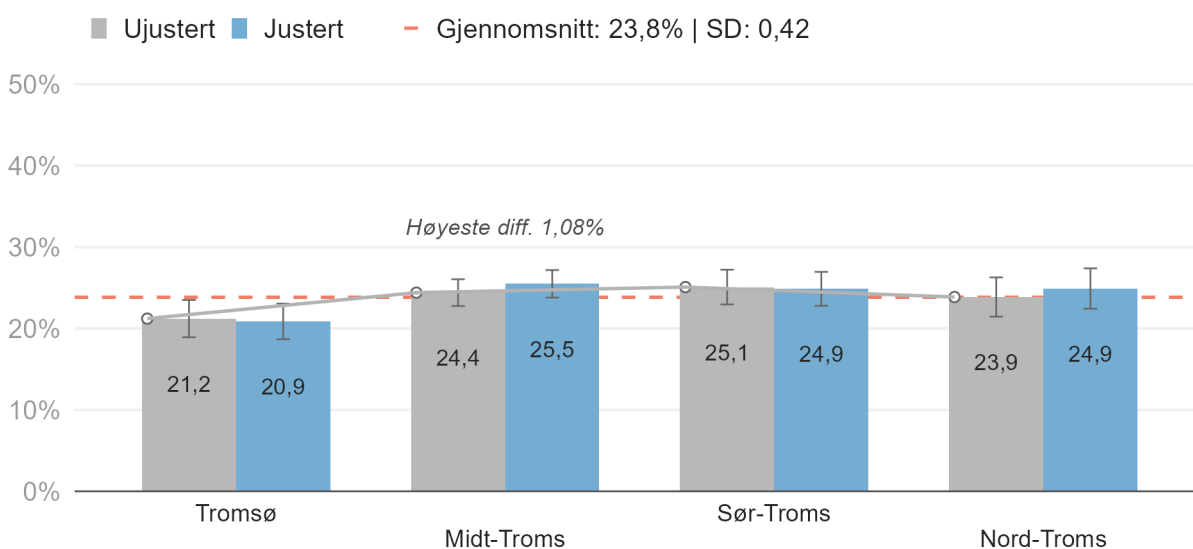
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Svarandel: Totalt 10 637 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

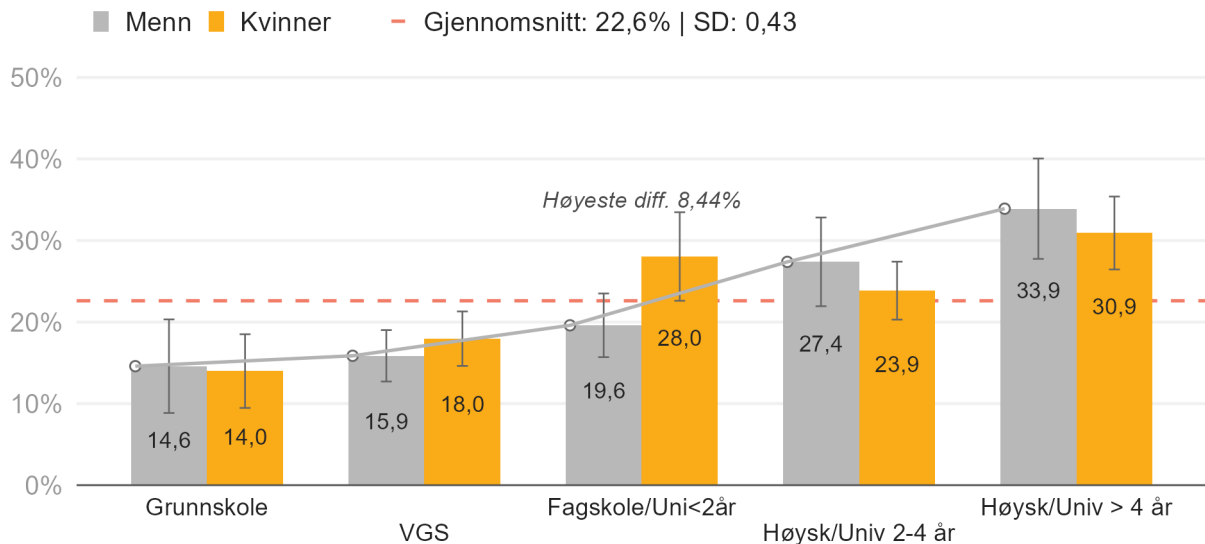
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 637	22,8 %	21,4 – 24,1
Kvinner	5 814	23,3 %	21,6 – 25,1
Menn	4 823	22,3 %	20,2 – 24,3

Figur 29: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter regioner i Troms (A)



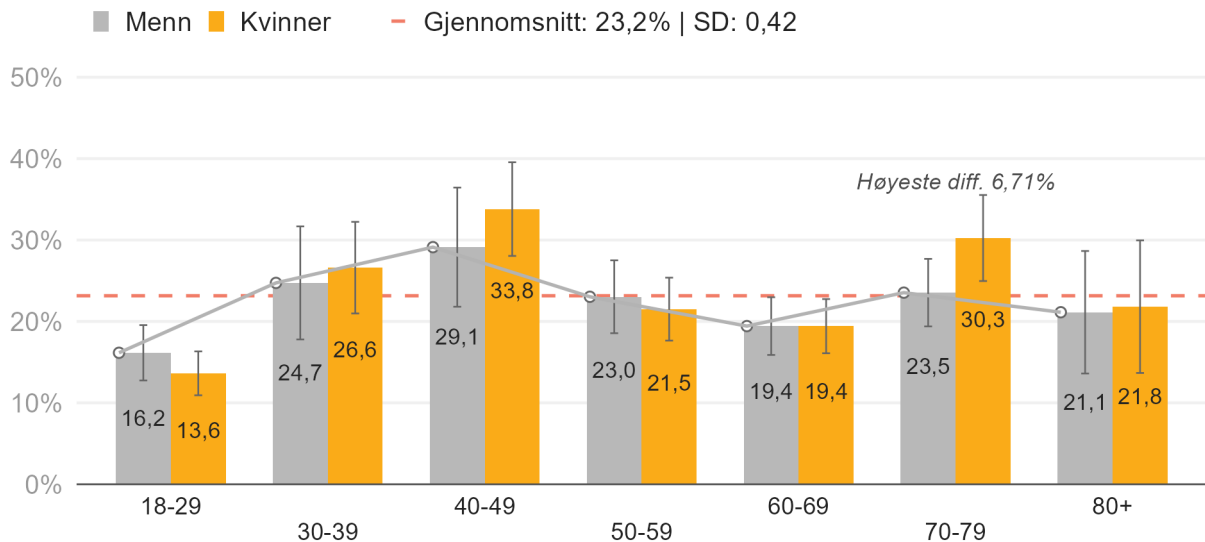
Figur A viser andelen som deltar i organisert aktivitet eller frivillig arbeid ukentlig, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at andelen er høyest i Midt-Troms og lavest i Tromsø, med en differanse på 4,6 prosentpoeng. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,11, som indikerer en liten forskjell. Andelen er altså noe høyere i Midt-Troms enn i Tromsø, men det samlede avviket er lite.

Figur 30: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og utdanningsnivå (B)



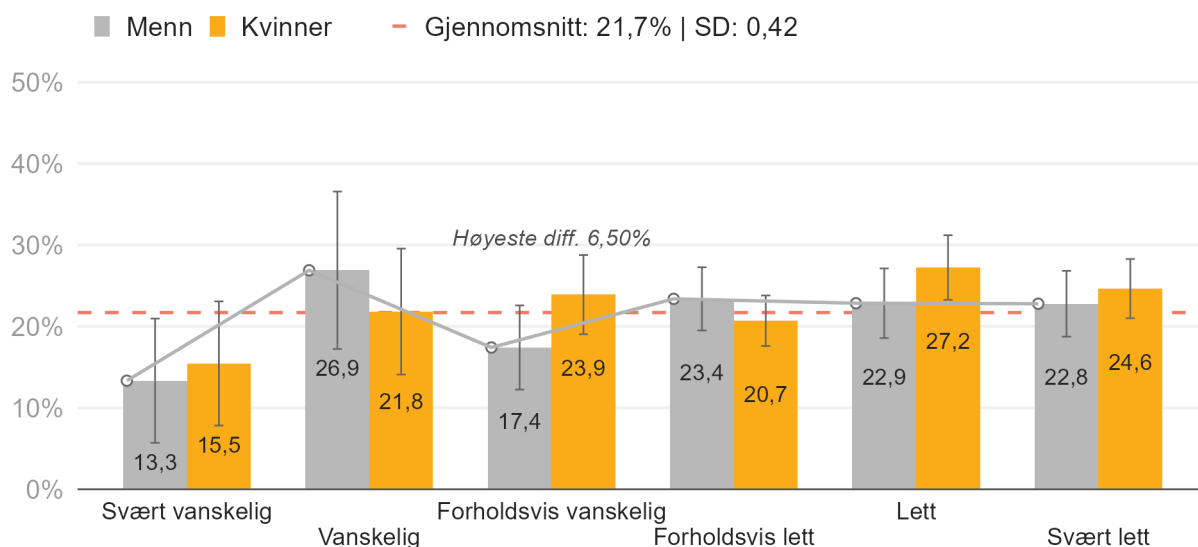
Figur B viser andelen som deltar i organisert aktivitet eller frivillig arbeid ukentlig, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med universitetsutdanning over fire år og lavest blant dem med grunnskole. For kvinner er differansen mellom gruppene beregnet til Cohen's h lik 0,41, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h lik 0,46, som også peker mot en middels forskjell. Totalt viser funnene at andelen som deltar ukentlig øker med utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 31: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som deltar i organisert aktivitet eller frivillig arbeid ukentlig, etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er deltakelsen høyest i aldersgruppen 40–49 og lavest i 18–29. Differansen for kvinner tilsvarer en Cohen's h på 0,49, som indikerer en middels forskjell, mens differansen for menn er 0,31, også en middels forskjell. Generelt er det noe variasjon mellom aldersgruppene. Deltakelse øker og når en topp for aldersgruppen 40-49 år, mens den deretter avtar noe med økende alder (øker kanskje noe igjen ved 70-79 år). Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 32: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som deltar i organisert aktivitet eller frivillig arbeid ukentlig, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett, og lavest blant dem med svært vanskelig økonomi. For menn er andelen høyest i gruppen som vurderer økonomien som vanskelig, og lavest blant dem med svært vanskelige forhold. For kvinner utgjør forskjellen en Cohen's h på 0,29, som indikerer en middels forskjell. For menn utgjør forskjellen en Cohen's h på 0,34, som også indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. Samlet sett er deltakelsen lavest blant de som opplever at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til, mens det er mindre variasjon mellom de andre gruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

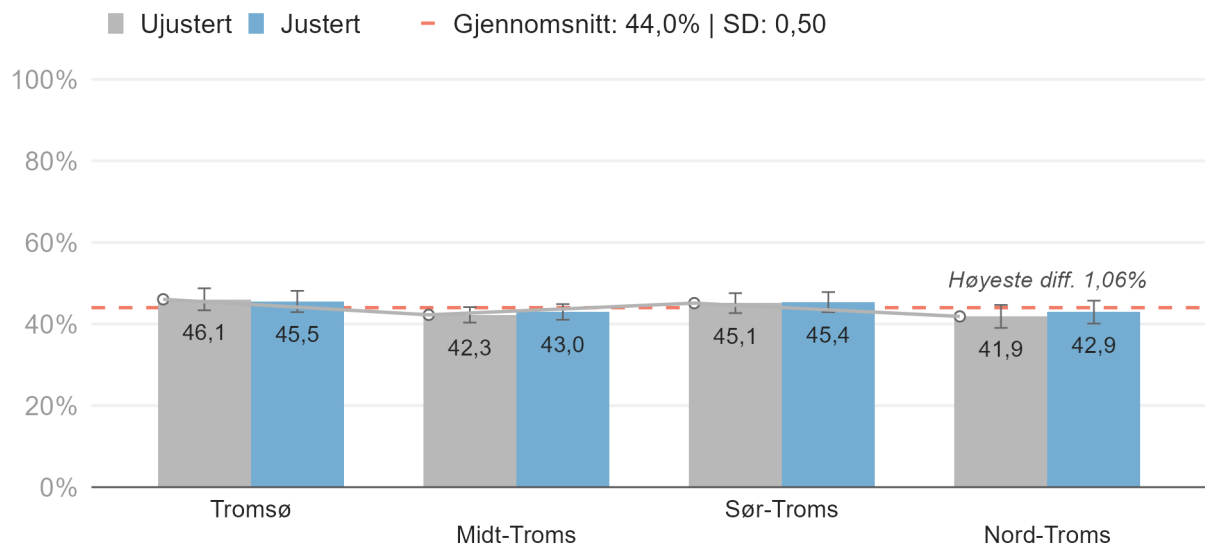
3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Svarandel: Totalt 10 626 deltakere av 10 686 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir ukentlig deltakelse i annen aktivitet

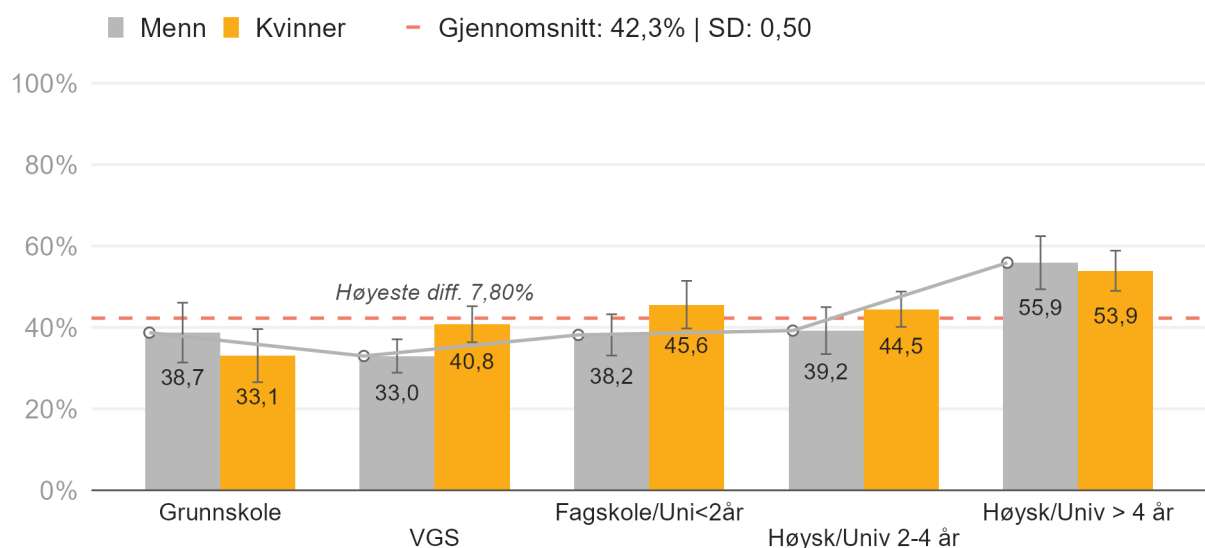
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 626	44,9 %	43,3 – 46,5
Kvinner	5 806	47,1 %	45,0 – 49,2
Menn	4 820	42,7 %	40,3 – 45,0

Figur 33: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter regioner i Troms (A)

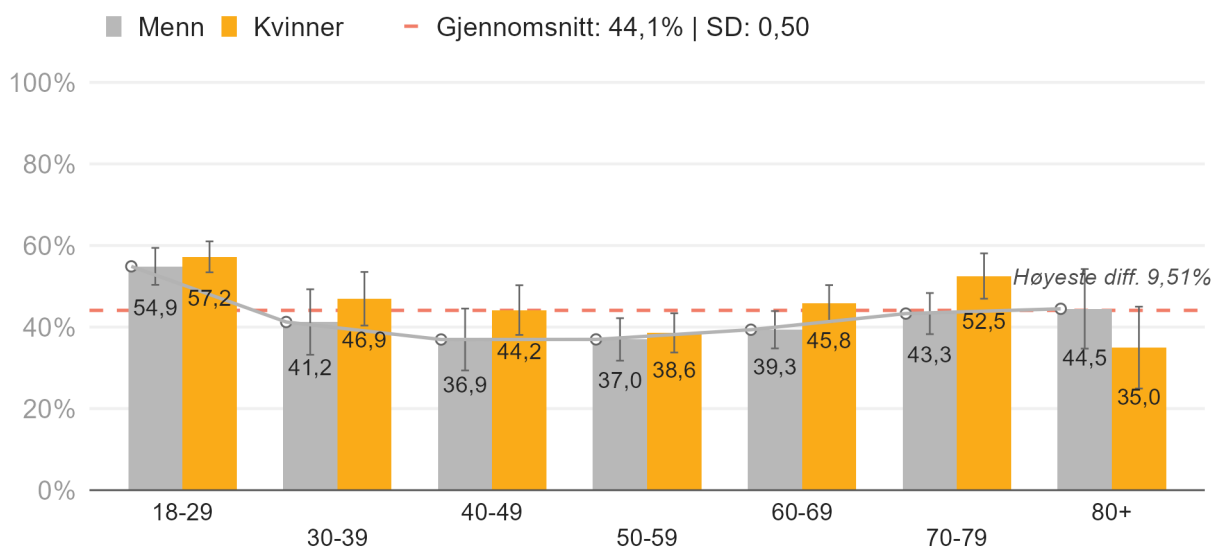


Figur A viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at befolkningen i Tromsø rapporterer den høyeste andelen, mens Nord-Troms har den laveste, med en differanse på 2,6 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,05, som indikerer en ubetydelig forskjell. Generelt er variasjonene mellom regionene små.

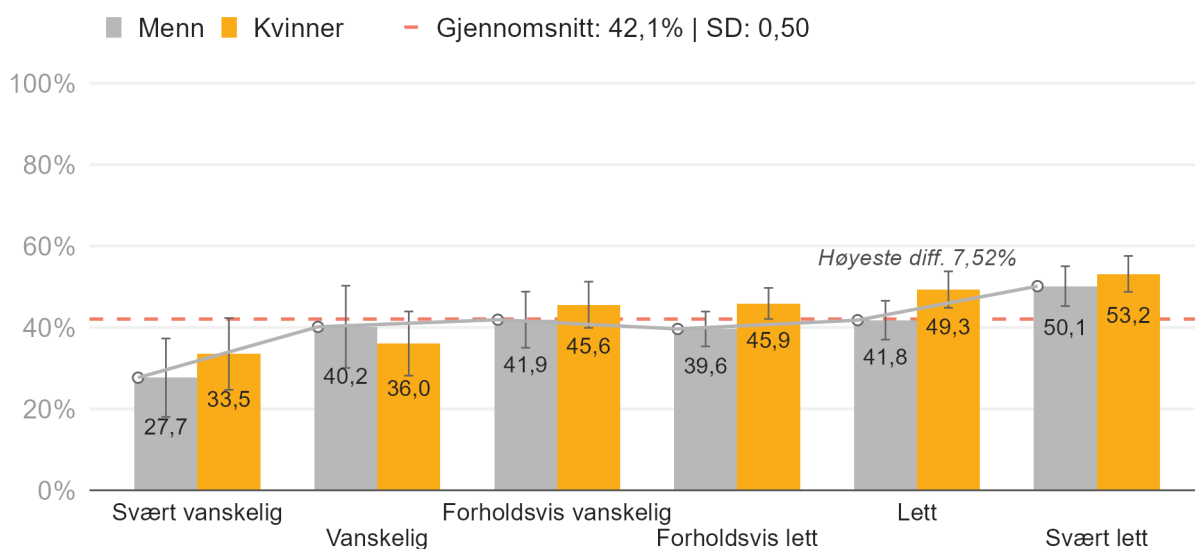
Figur 34: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er deltakelsen høyest for dem med utdanning fra høyskole eller universitet på over fire år og lavest for dem med grunnskoleutdanning. Blant menn er deltakelsen høyest for dem med utdanning fra høyskole eller universitet på over fire år og lavest for dem med videregående skole. For kvinner tilsvarer forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe en Cohen's h på 0,42, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,47, som også indikerer en middels forskjell. Samlet sett øker ukentlig deltakelse i denne typen aktiviteter med høyere utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 35: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest blant dem over 80 år, noe som tilsvarer en Cohen's h på 0,45 og indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i gruppen 40–49 år, og denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,36, som også er middels. Totalt sett er deltakelsen høyest blant yngre aldersgrupper, mens den avtar noe i de mellomste aldersgruppene, for deretter å øke noe med høyere alder. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 36: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er kategorien «Svært lett» høyest og «Svært vanskelig» lavest. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,40, som indikerer en middels forskjell, og for menn er den 0,47, som også regnes som en middels forskjell. Andelen som deltar ukentlig, ser ut til å øke jo lettere det er å

få husholdningsøkonomien til å strekke til. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

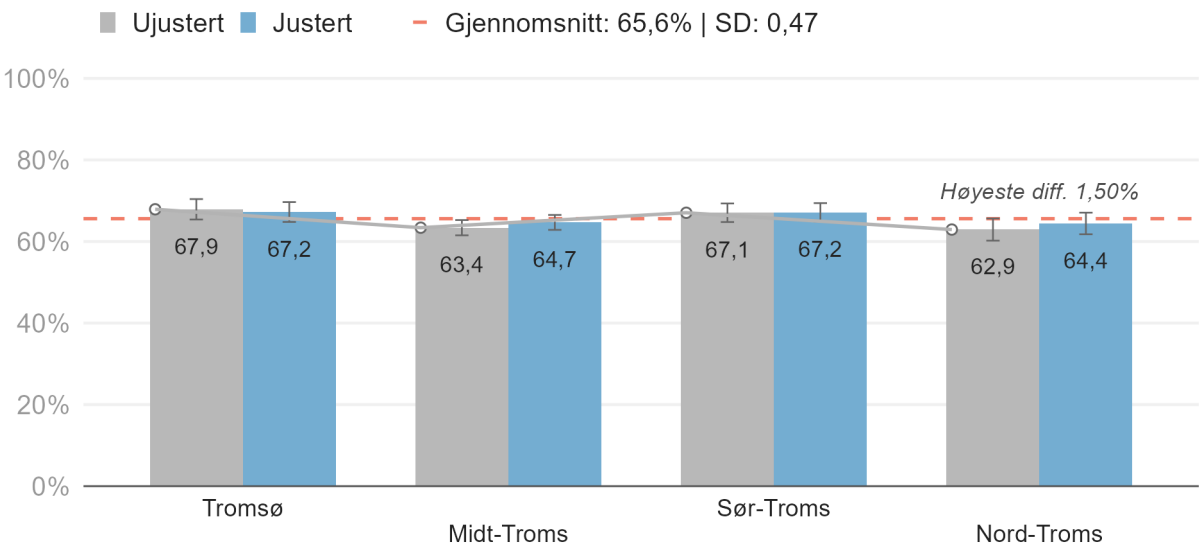
3.14 God eller svært god helse

Svarandel: Totalt 10 665 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir god eller svært god helse

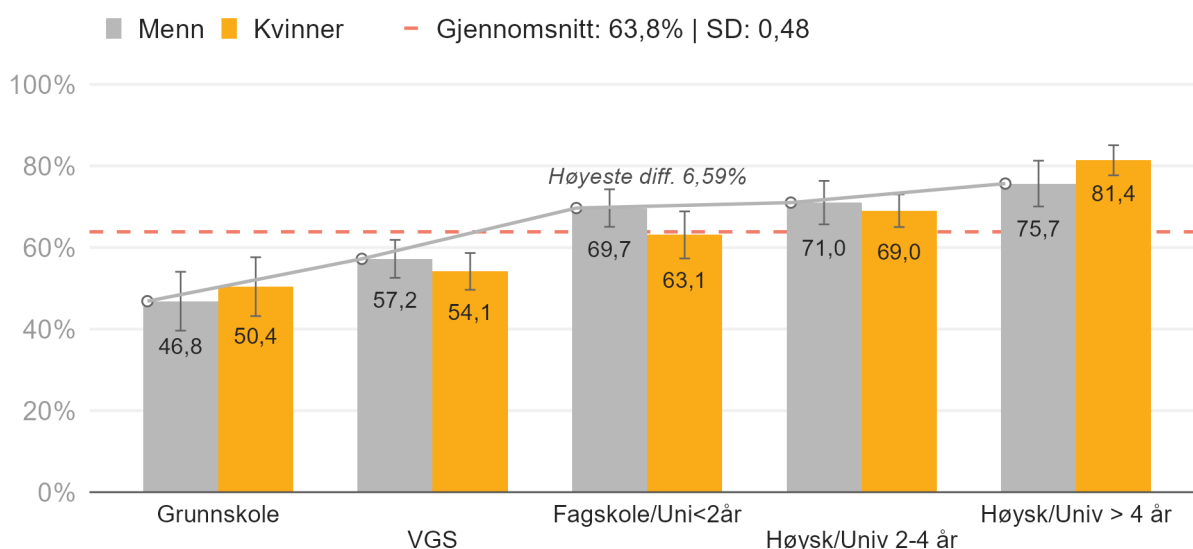
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 665	66,5 %	65,0 – 68,0
Kvinner	5 833	66,6 %	64,7 – 68,5
Menn	4 832	66,5 %	64,2 – 68,7

Figur 37: God eller svært god helse etter regioner i Troms (A)



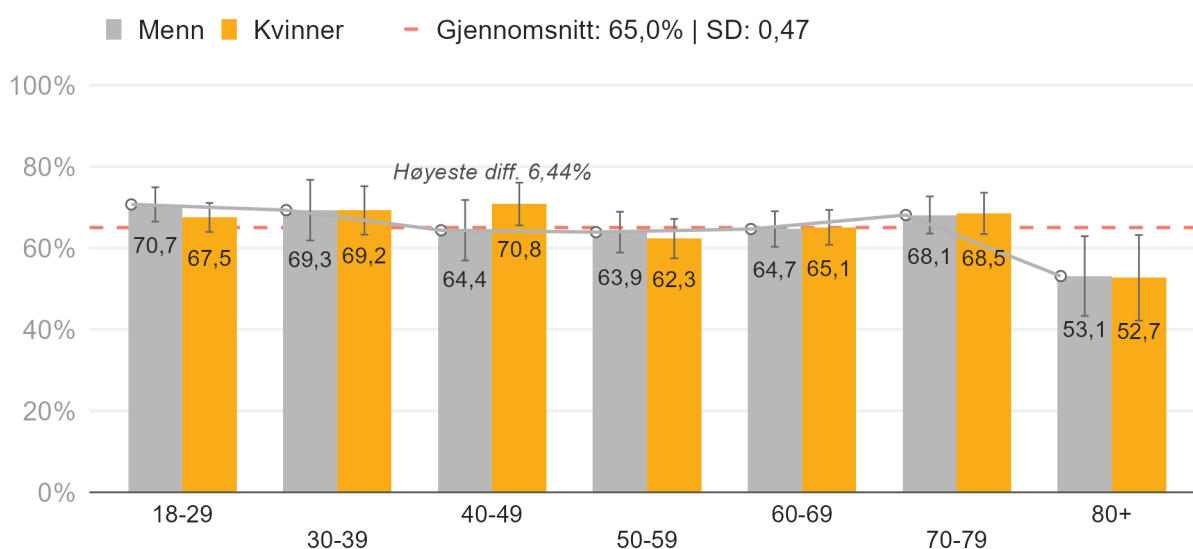
Figur A viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Nord-Troms har lavest, med en differanse på 2,8 prosentpoeng. Cohen's h er på 0,06, noe som tyder på en ubetydelig forskjell mellom regionene.

Figur 38: God eller svært god helse etter kjønn og utdanningsnivå (B)



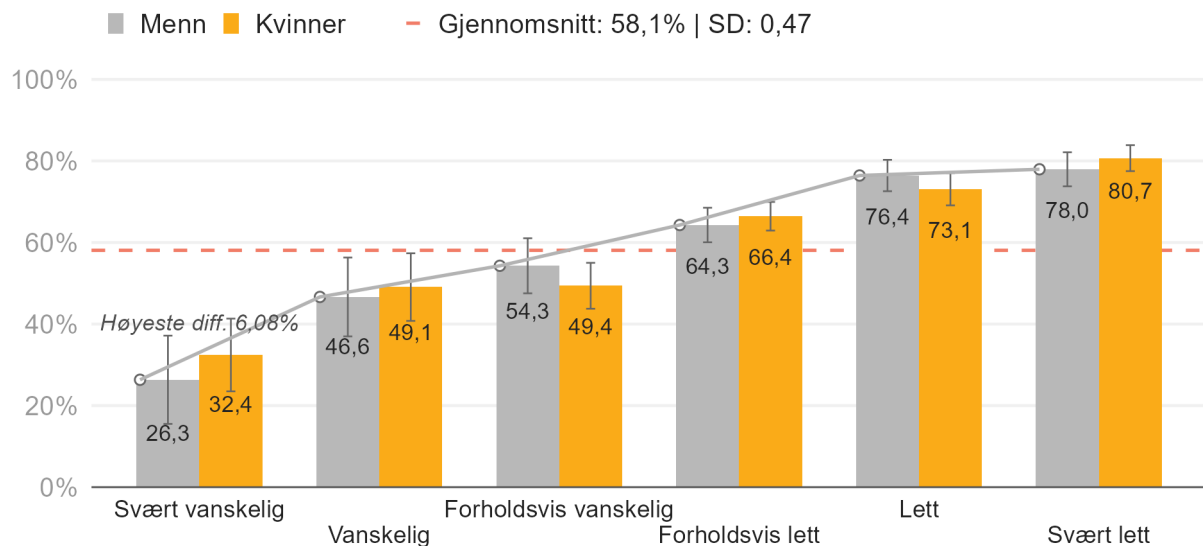
Figur B viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn finner vi høyest andel blant dem som har lengre universitetsutdanning og lavest blant dem med grunnskole. Cohen's h er 0,67 for kvinner og 0,60 for menn, noe som for begge indikerer en stor forskjell. Andelen som vurderer helsen som god, øker med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 39: God eller svært god helse etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 40–49 høyest andel og 80+ lavest. Blant menn har aldersgruppen 18–29 høyest andel og 80+ lavest. Forskjellen mellom høyeste og laveste aldersgruppe tilsvarer en Cohen's h på 0,38 for kvinner og 0,36 for menn, som i begge tilfeller indikerer en middels forskjell. Samlet sett er andelen som rapporterer god helse tydelig lavere i den eldste aldersgruppen. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller på tvers av aldersgruppene.

Figur 40: God eller svært god helse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Blant menn er mønsteret det samme. For kvinner gir differansen mellom disse ytterpunktene en Cohen's h på 1,02, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er Cohen's h på 1,09, som også indikerer en stor forskjell. Generelt er det en tydelig sammenheng mellom husholdningsøkonomi og vurdering av egen helse. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

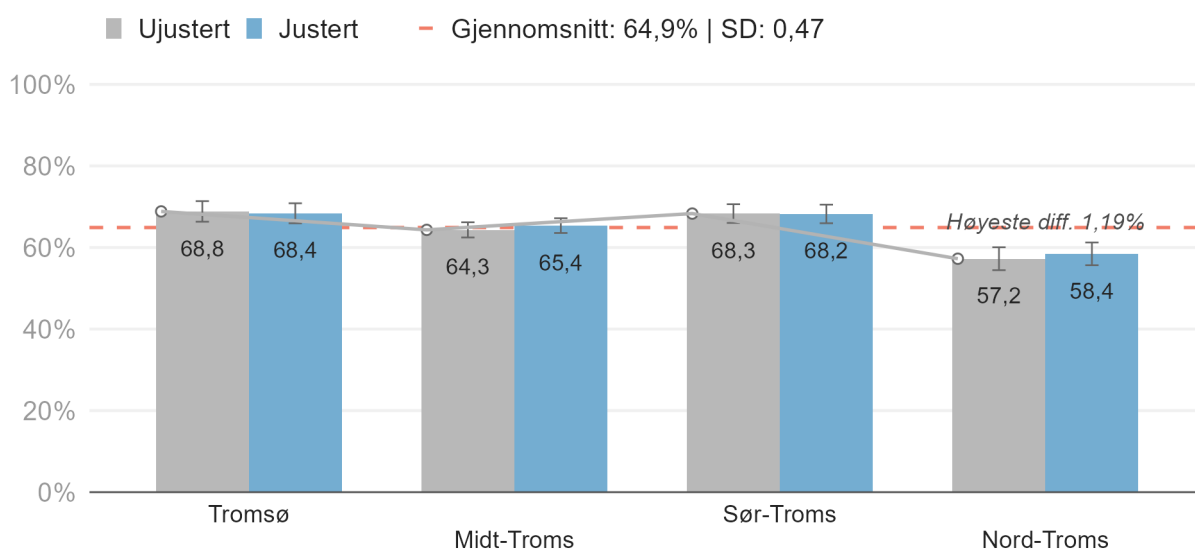
3.15 God eller svært god tannhelse

Svarandel: Totalt 10 643 deltakere av 10 686 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir god eller svært god tannhelse

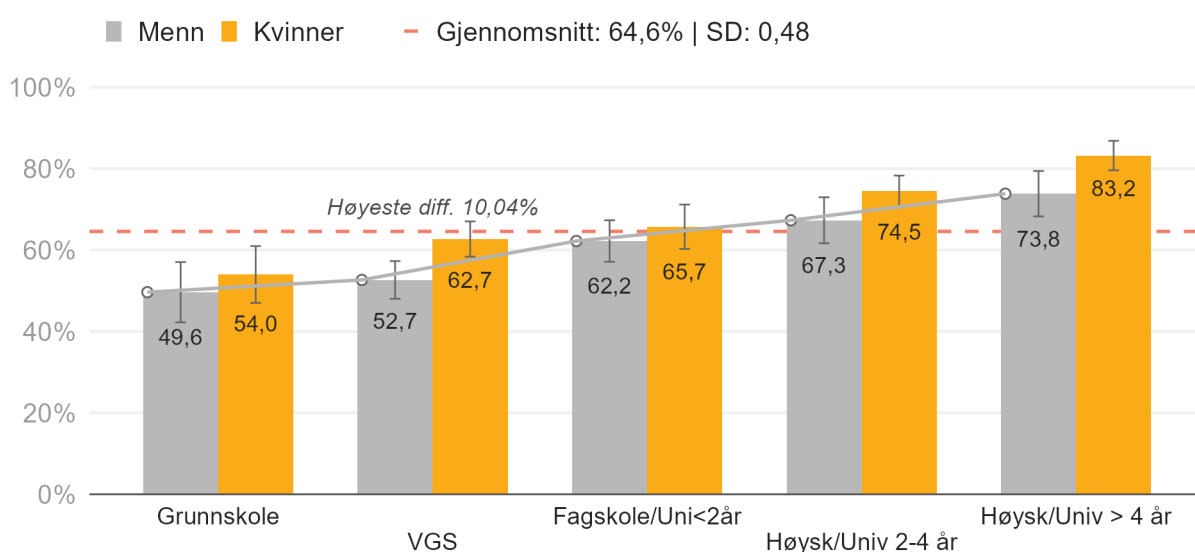
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 643	67,1 %	65,6 – 68,6
Kvinner	5 820	71,7 %	69,9 – 73,6
Menn	4 823	62,6 %	60,3 – 64,9

Figur 41: God eller svært god tannhelse etter regioner i Troms (A)

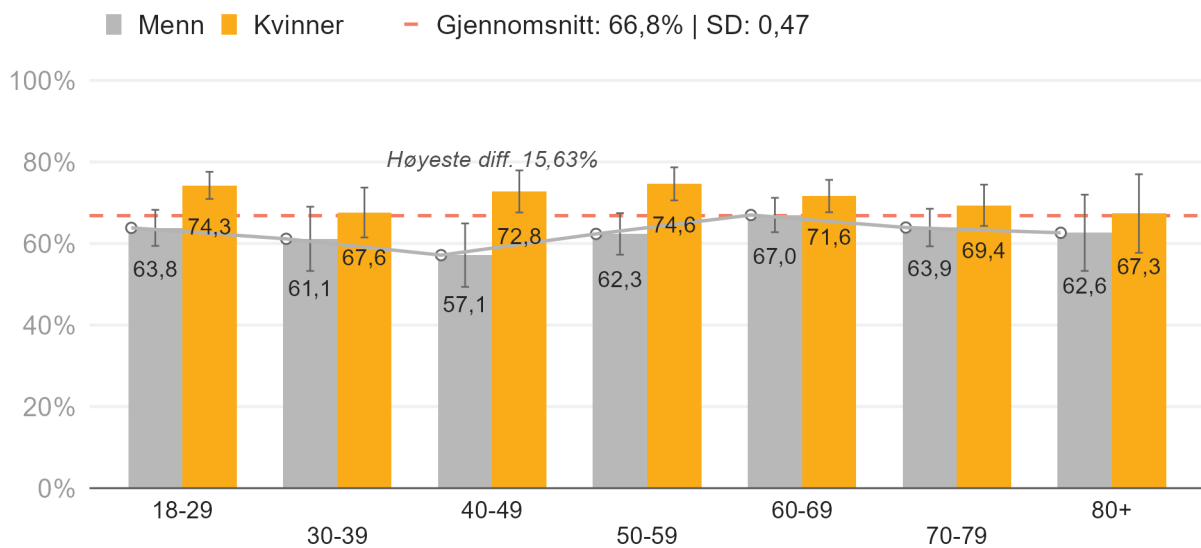


Figur A viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest verdi, mens Nord-Troms har lavest, en forskjell på 10,0 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,21, som indikerer en liten forskjell. Samlet sett viser funnene mindre geografiske forskjeller, men Nord-Troms skiller seg noe ut med laveste verdi.

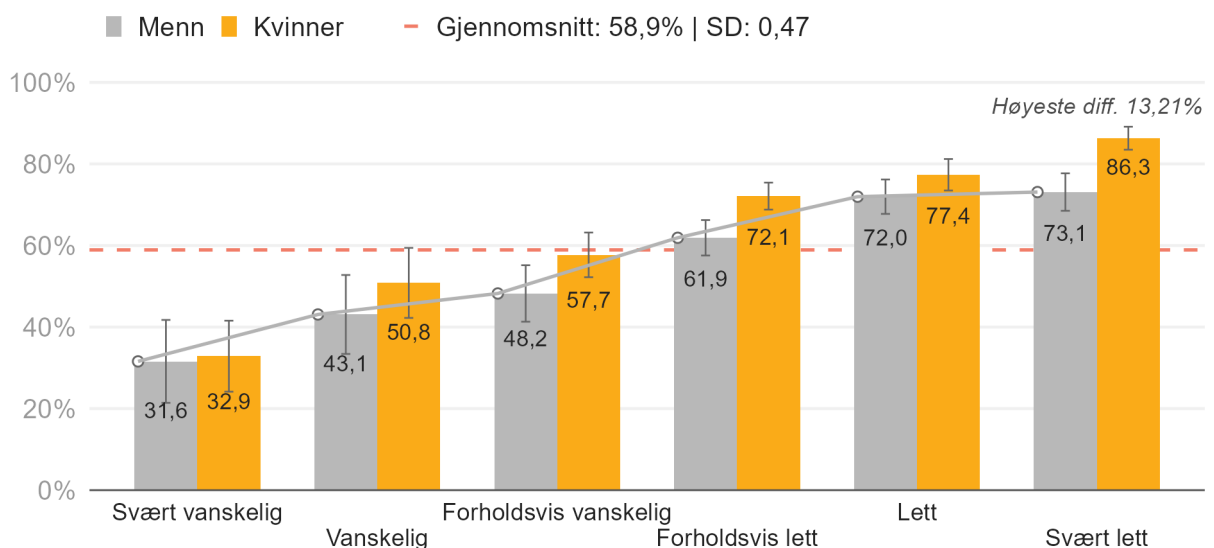
Figur 42: God eller svært god tannhelse etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner og menn er andelen høyest blant dem med lang universitets- eller høyskoleutdanning og lavest blant dem med grunnskole. For kvinner gir differansen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,65, mens den for menn er på 0,50, begge tilsvarer en stor forskjell. Andelen som vurderer tannhelsen som god øker tydelig med stigende utdanning for begge kjønn. Det er også antydninger til noen kjønnsforskjeller i favør av at andelen er høyere blant kvinner enn blant menn. Dette er særlig tydelig i gruppen med videregående som høyeste utdanning, og gruppen med lang universitets- eller høyskoleutdanning.

Figur 43: God eller svært god tannhelse etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 50–59 og lavest blant de over 80. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 60–69 og lavest blant de mellom 40–49. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel for kvinner tilsvarer en Cohen's h på 0,16, og for menn er den 0,20; begge verdier indikerer en liten forskjell. Samlet sett tyder resultatene på at tannhelsen vurderes som best i midtre aldersgrupper i begge kjønn, men generelt er det relativt små forskjeller mellom gruppene. Det sees også at kvinner har en noe høyere andel som vurderer tannhelsen som god eller svært god sammenlignet med menn, særlig opp til 59 år (selv om forskjellen ikke er signifikant for gruppen 30–39 år).

Figur 44: God eller svært god tannhelse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner og menn er «Svært lett» den høyeste gruppen og «Svært vanskelig» den laveste. Forskjellen mellom disse gir en Cohen's h på 1,16 for kvinner og 0,86 for menn, som for begge indikerer en stor

forskjell. Totalt sett øker andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god dersom man opplever bedre husholdningsøkonomi. I noen av gruppene (spesielt «Forholdsvis lett» og «Svært lett») er det mulig å se at flere kvinner enn menn vurderer tannhelsen som god eller svært god.

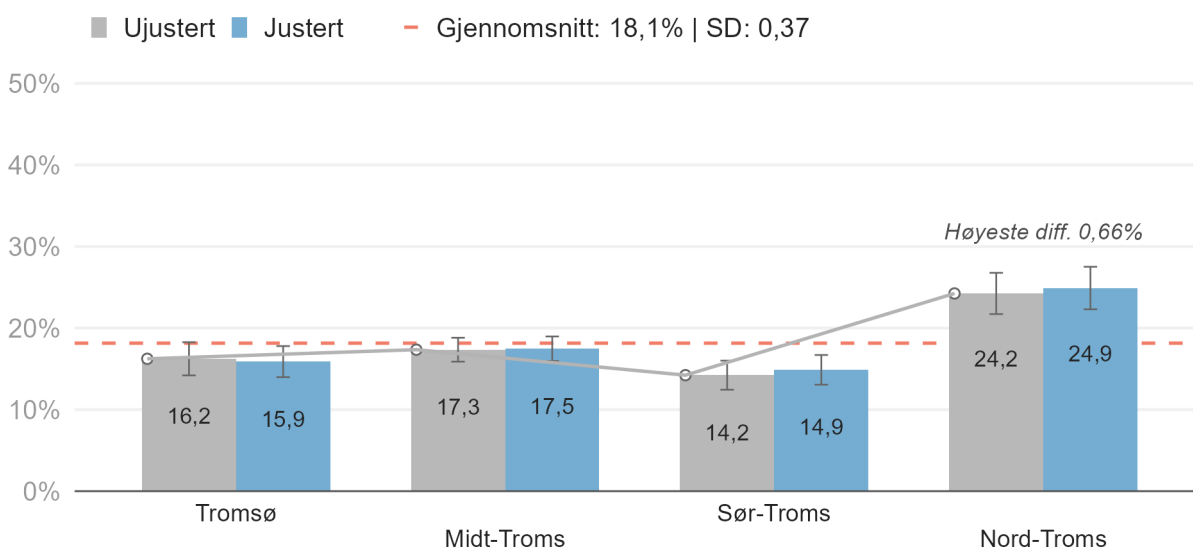
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier

Svarandel: Totalt 10 664 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier

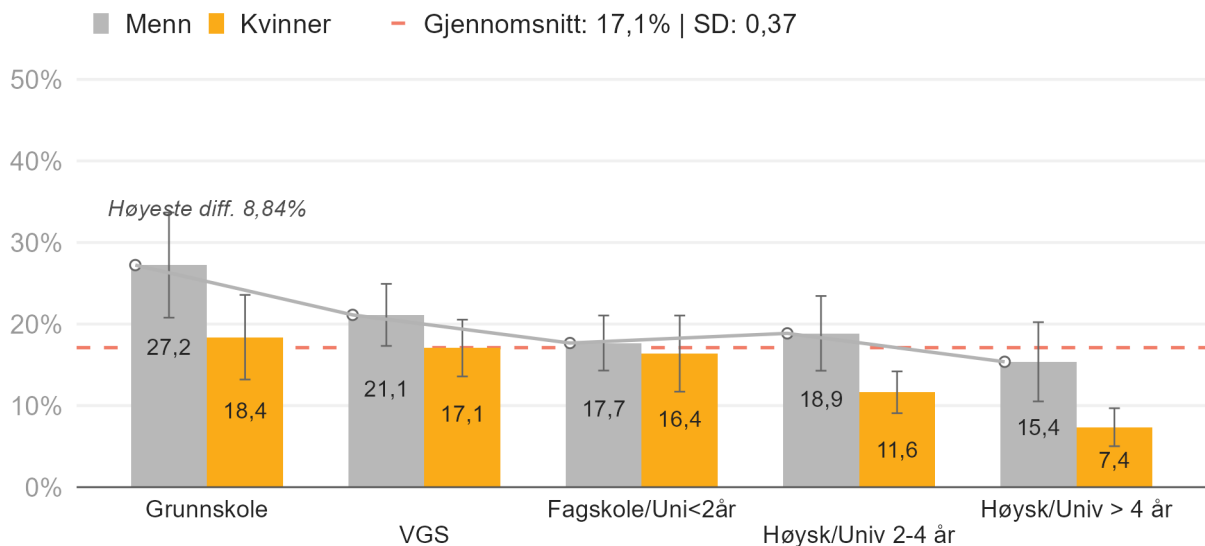
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 664	16,5 %	15,3 – 17,7
Kvinner	5 835	13,1 %	11,7 – 14,5
Menn	4 829	19,9 %	18,0 – 21,9

Figur 45: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter regioner i Troms (A)



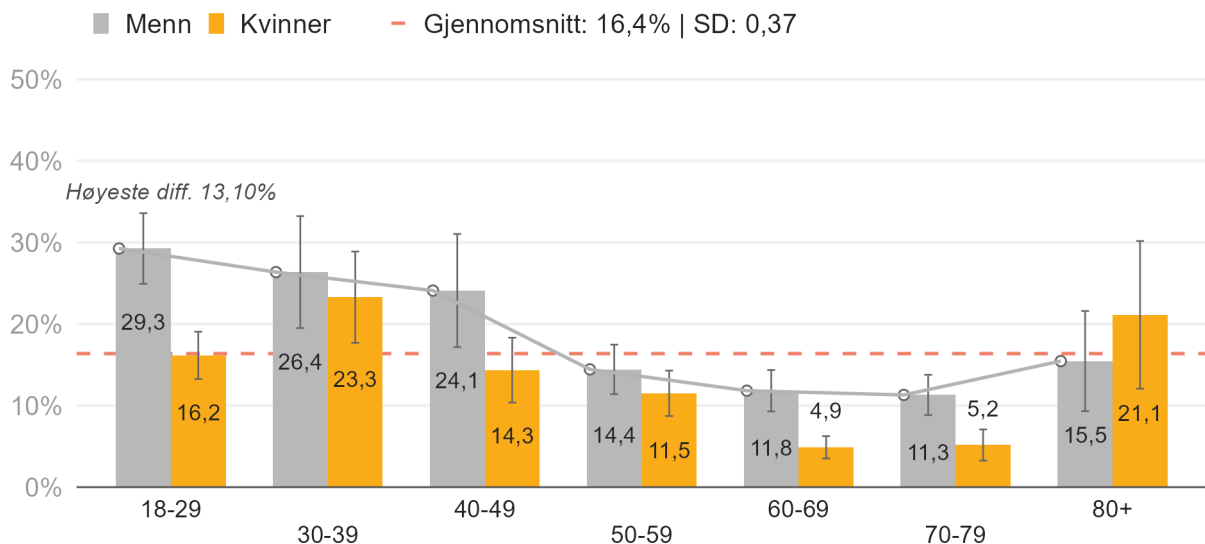
Figur A viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest andel, mens Sør-Troms har lavest, med en differanse på 10,0 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,25, som indikerer en middels forskjell. Totalt sett er variasjonene mellom regionene små, men Nord-Troms skiller seg noe ut.

Figur 46: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier, etter kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning. For menn er mønsteret det samme, med høyest andel i grunnskolegruppen og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning. Blant kvinner tilsvarende forskjellen en Cohen's h på 0,34, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,29, som også indikerer en middels forskjell. Verdiene avtar gradvis med høyere utdanning for begge kjønn. I gruppene med lengst utdanning er det mulig å se at flere menn enn kvinner rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege eller tannpleier.

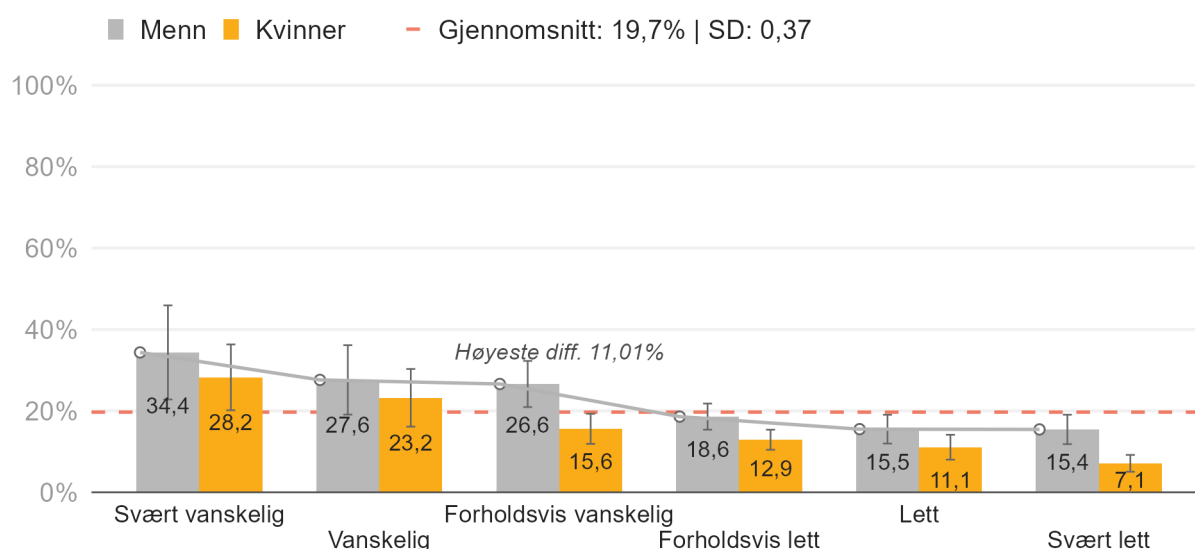
Figur 47: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 30–39 høyest verdi og 60–69 lavest. Forskjellen mellom disse gruppene tilsvarende en Cohen's h på 0,56, som indikerer en stor forskjell. Blant menn har aldersgruppen 18–29 høyest verdi og 70–79 lavest. Her tilsvarende forskjellen en Cohen's h på 0,46, som indikerer en middels forskjell. Generelt synker andelen med økende alder, før den igjen stiger for den eldste

aldersgruppen (80+). I flere av aldersgruppene er det mulig å se kjønnsforskjeller, der flere menn enn kvinner rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Denne kjønnsforskjellen er for eksempel veldig tydelig blant de yngste (18-29 år), men også blant eldre (60-79 år).

Figur 48: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig og lavest blant dem som opplever den som svært lett. For kvinner er Cohen's h mellom disse to gruppene 0,58, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,45, som tilsvarer en middels forskjell. Generelt er det en jevn nedgang i andelen som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, jo bedre opplevd husholdningsøkonomi en har. I noen av gruppene er det mulig å se at flere menn enn kvinner rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier.

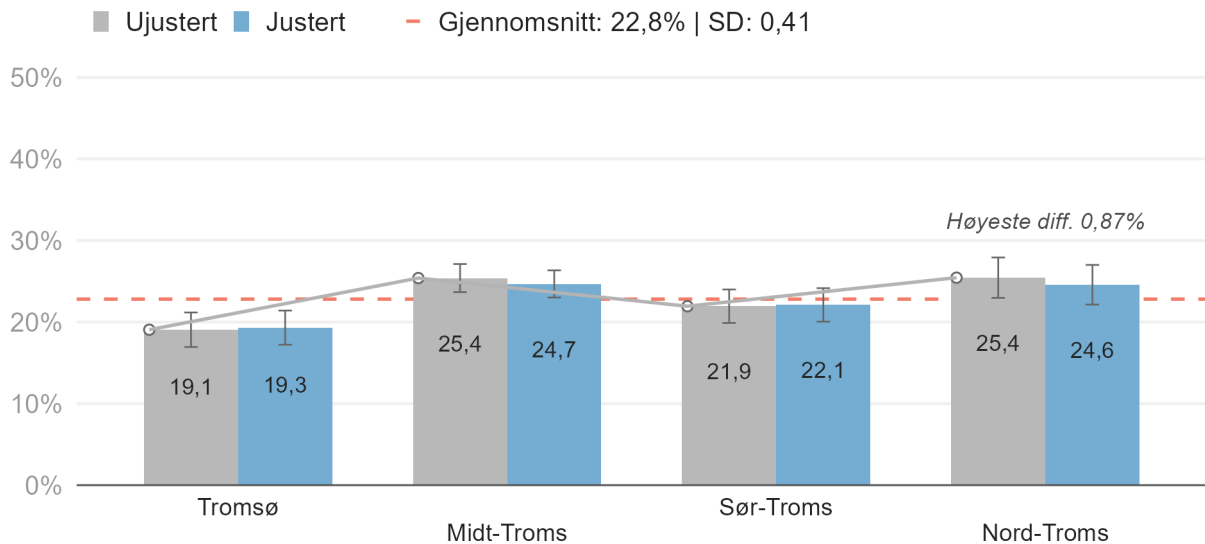
3.17 Andel med fedme (KMI 30+)

Svarandel: Totalt 10 466 deltakere av 10 686 (97,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir fedme (KMI 30+)

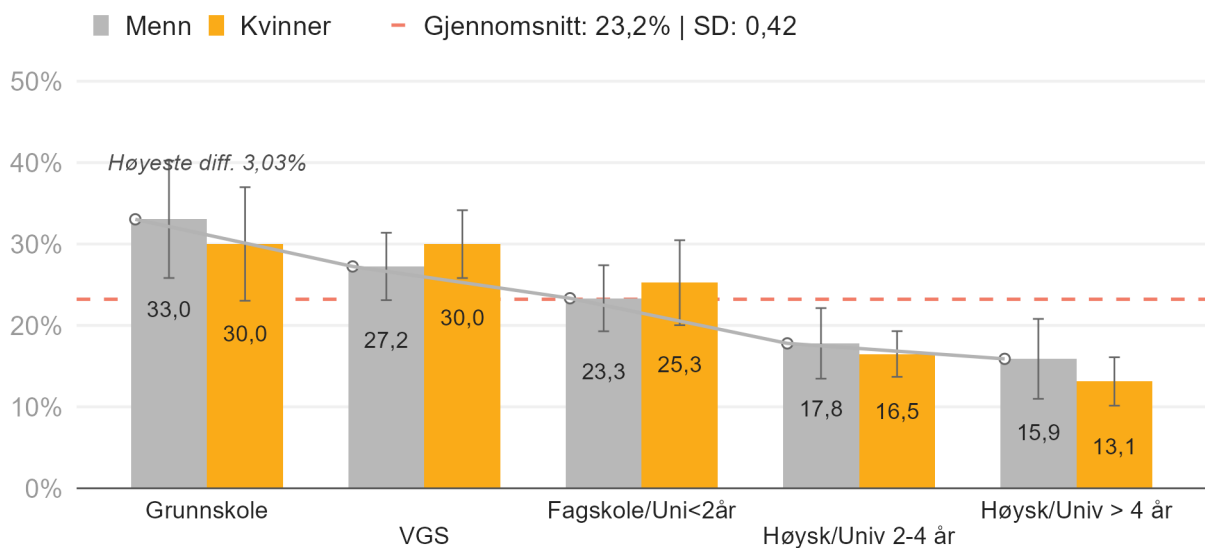
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 466	21,3 %	20,0 – 22,6
Kvinner	5 690	20,7 %	19,1 – 22,3
Menn	4 776	21,8 %	19,9 – 23,8

Figur 49: Andel med fedme (KMI 30+) etter regioner i Troms (A)



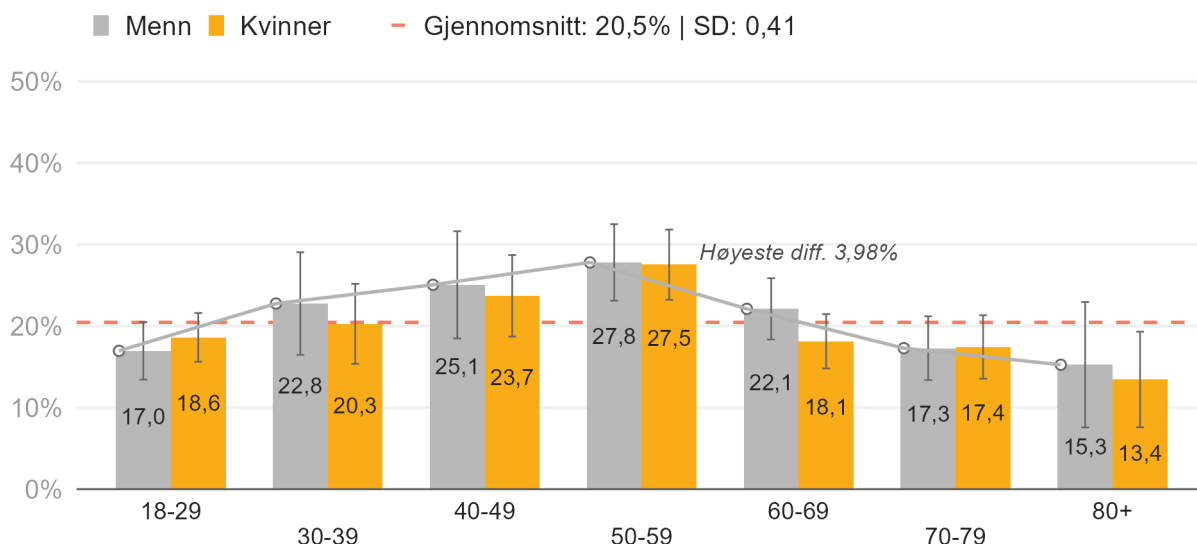
Figur A viser andel med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at andelen er høyest i Midt-Troms og lavest i Tromsø, med en forskjell på 5,4 prosentpoeng. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,13, som indikerer en liten forskjell. Den overordnede trenden er at Midt-Troms og Nord-Troms har høyere andel fedme enn Tromsø, men uten store variasjoner.

Figur 50: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



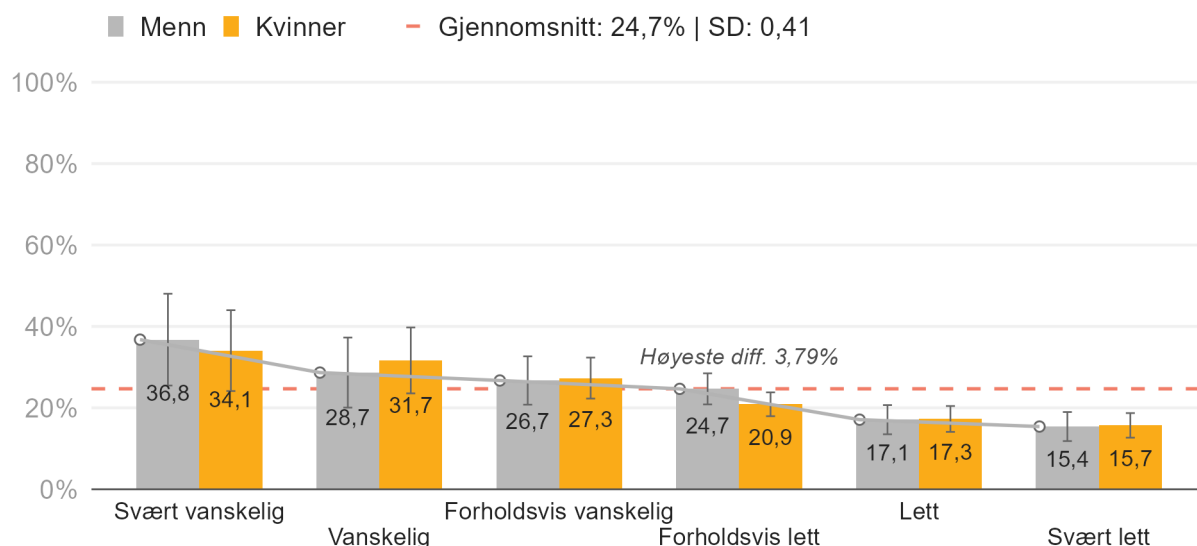
Figur B viser andel med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole og lavest for dem med universitets- eller høyskoleutdanning på over fire år. Blant menn er mønsteret likt, med grunnskole på topp og lang høyere utdanning på bunn. Differansen utgjør en Cohen's h på 0,42 for kvinner og 0,40 for menn, som i begge tilfeller indikerer en middels forskjell. Samlet sett synker andelen med fedme med høyere utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 51: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn har aldersgruppen 50–59 år høyest verdi og 80 år eller eldre lavest. For kvinner er Cohen's h på 0,35, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,31, som også viser en middels forskjell. Generelt for begge kjønn øker andelen med fedme fram til aldersgruppen 50-59 år, før den deretter synker med økende alder. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 52: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner og menn er andelen høyest i gruppen svært vanskelig og lavest i svært lett. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,43 for kvinner og 0,50 for menn, og regnes som henholdsvis middels og stor forskjell. Generelt er det en trend med lavere andel fedme jo bedre husholdningsøkonomien oppleves. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

3.18 Psykiske plager (HSCL-5)

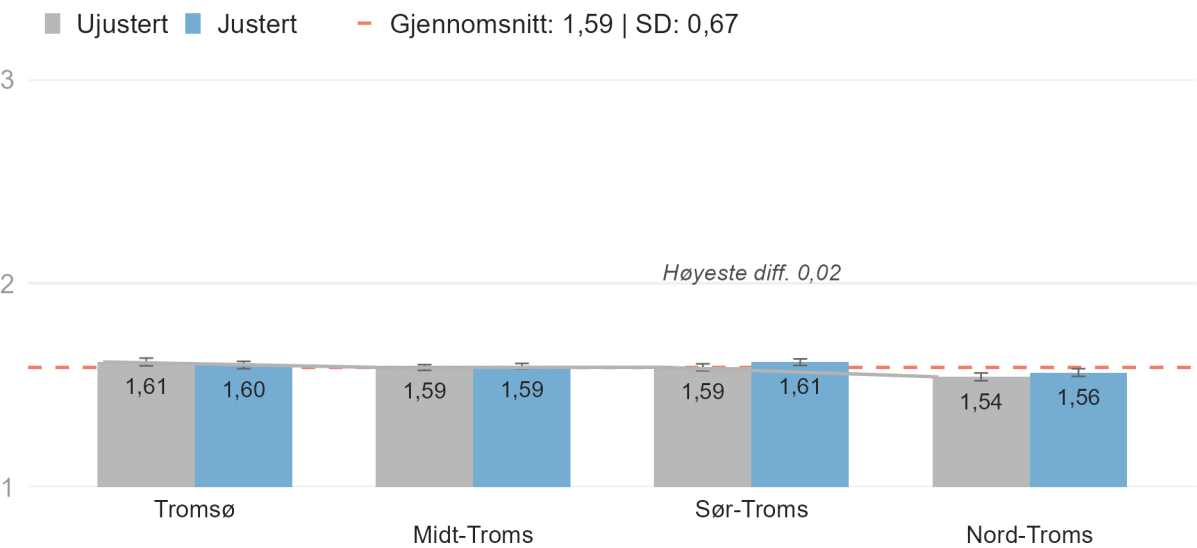
Svarandel: Totalt 10 664 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5)

Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 664	1,60	1,58 – 1,62
Kvinner	5 831	1,65	1,63 – 1,68
Menn	4 833	1,54	1,51 – 1,58

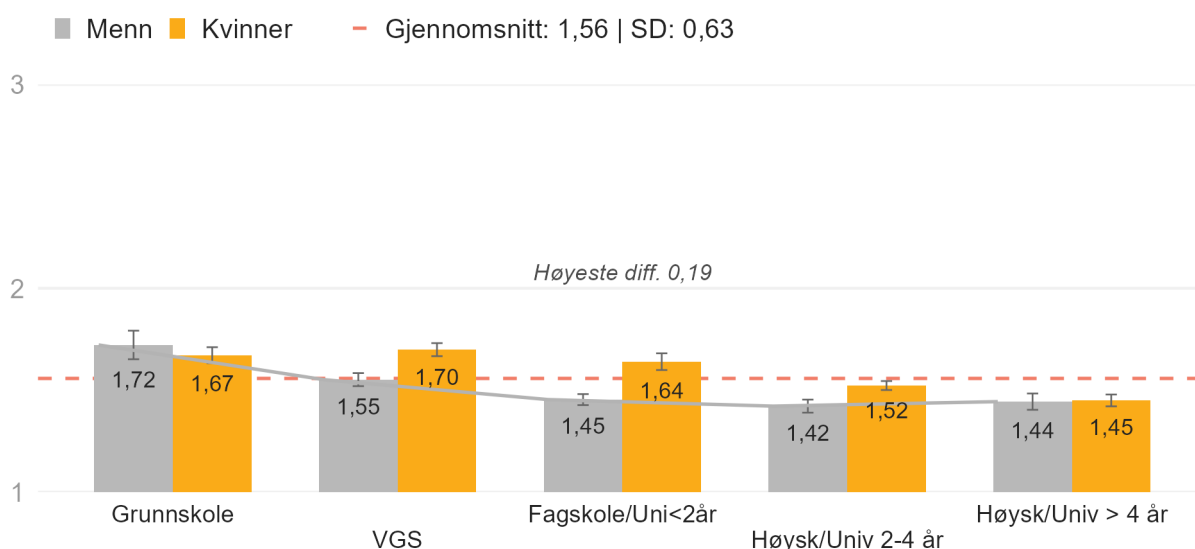
På grunnlag av HSCL-5-skåren kan det lages en dikotom variabel der en skiller mellom de som har høy skår og de som ikke har høy skår. Høy skår betyr høyere enn 2,00. Andelen for hele utvalget var 18,2 % (KI95%: 17,0-19,5). Andelen for kvinner var 20,5 % (KI95%: 18,8-22,2) og andelen for menn var 16,0 % (KI95%: 14,2-17,9). Grenseverdien på 2,00 er valgt ut fra studier som indikerer at de som skårer over 2,00 har en forhøyet risiko for å bli diagnostisert med en psykisk lidelse dersom det ble gjennomført kliniske, diagnostiske intervjuer [32].

Figur 53: Psykiske plager (HSCL-5) etter regioner i Troms (A)



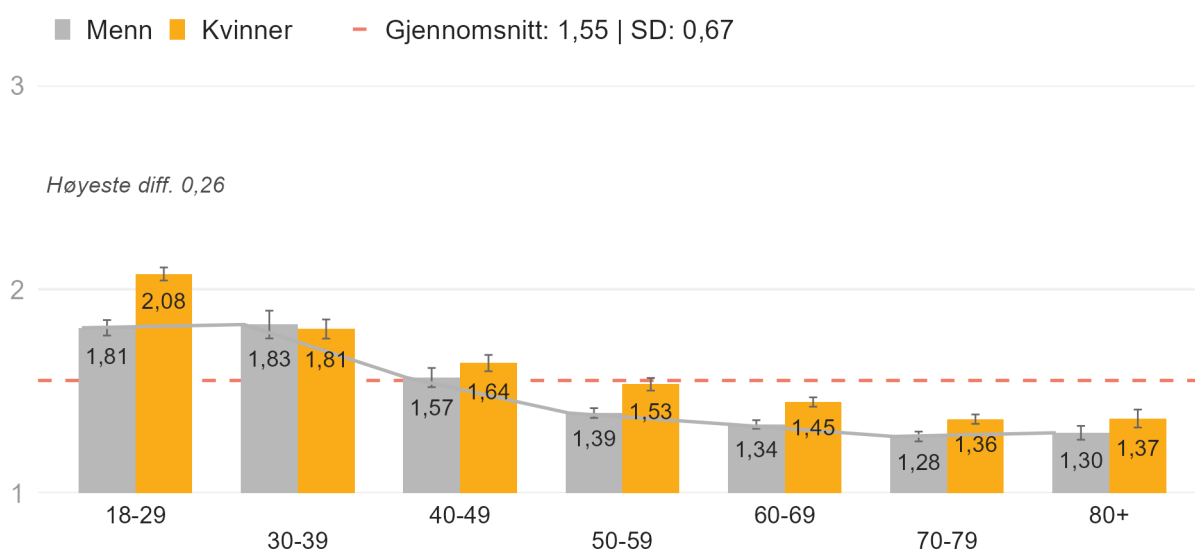
Figur A viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5), etter regioner i Troms. Sør-Troms har høyest skår, mens Nord-Troms har lavest. Cohen’s d for forskjellen er 0,08, noe som indikerer en ubetydelig forskjell. Dette tyder på at nivået av psykiske plager er forholdsvis ensartet i de ulike regionene.

Figur 54: Psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

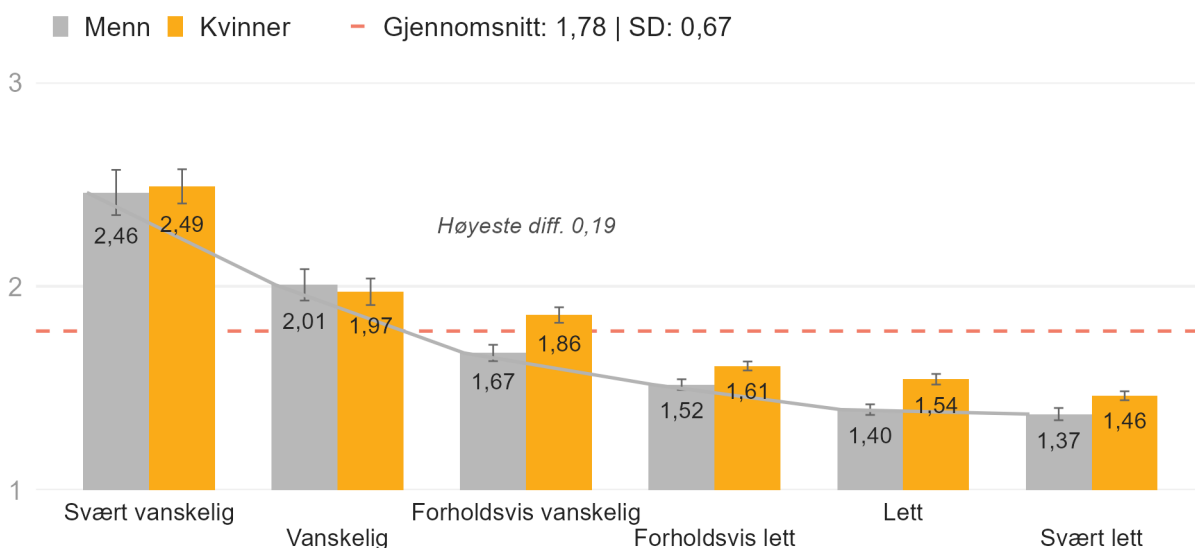


Figur B viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er nivået høyest i gruppen med videregående skole og lavest i gruppen med utdanning fra høyskole eller universitet over fire år. Blant menn er nivået høyest i gruppen med grunnskole og lavest i gruppen med utdanning fra høyskole eller universitet i to til fire år. Disse forskjellene tilsvarer en Cohen's d på henholdsvis 0,40 og 0,48, som begge indikerer en middels forskjell. Generelt ser det ut til at et høyere utdanningsnivå henger sammen med lavere nivå av psykiske plager. For de tre midterste kategoriene av utdanning er det tydelige kjønnsforskjeller i favør av at kvinner skårer høyere enn menn på psykiske plager.

Figur 55: Psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5), etter kjønn og alder. Blant kvinner er nivået høyest i alderen 18-29 og lavest i alderen 70-79, mens blant menn er nivået høyest i alderen 30-39 og lavest i alderen 70-79. Differansen for kvinner tilsvarer en Cohen's d på 1,06, og for menn er den 0,82, som begge indikerer en stor forskjell. Nivået av psykiske plager ser ellers ut til å avta med økende alder for begge kjønn, og i flere av aldersgruppene er det tydelig at kvinner har en høyere skår enn menn.

Figur 56: Psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn har «svært vanskelig» høyest skår, mens «svært lett» har lavest skår. Cohen's d for forskjellen mellom disse ytterpunktene blant kvinner er 1,52, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d 1,61, som også tilsvarer en stor forskjell. Det er et tydelig mønster med lavere nivå av psykiske plager med bedre opplevd husholdningsøkonomi. Det er også mulig å se at kjønnsforskjellene, der kvinner skårer høyere enn menn, er tydeligst hos de som vurderer økonomien som forholdsvis vanskelig til svært lett. Hos de som opplever at økonomien er vanskelig er det ingen klare kjønnsforskjeller.

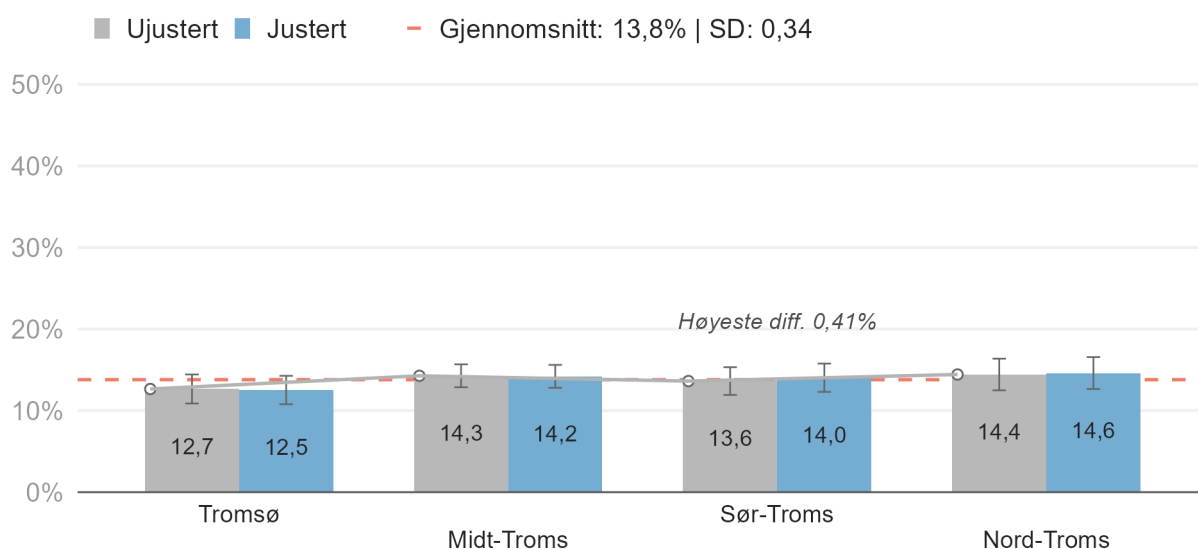
3.19 Søvnproblemer (insomni)

Svarandel: Totalt 10 668 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir søvnproblemer (insomni)

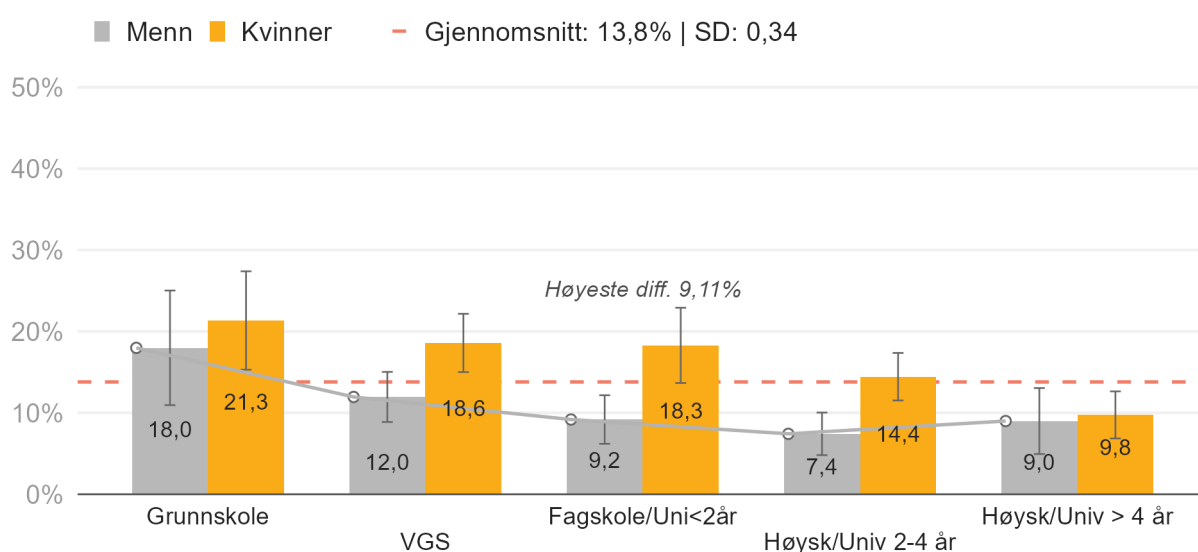
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 668	13,3 %	12,2 – 14,3
Kvinner	5 835	16,1 %	14,6 – 17,6
Menn	4 833	10,5 %	9,0 – 12,0

Figur 57: Søvnproblemer (insomni) etter regioner i Troms (A)

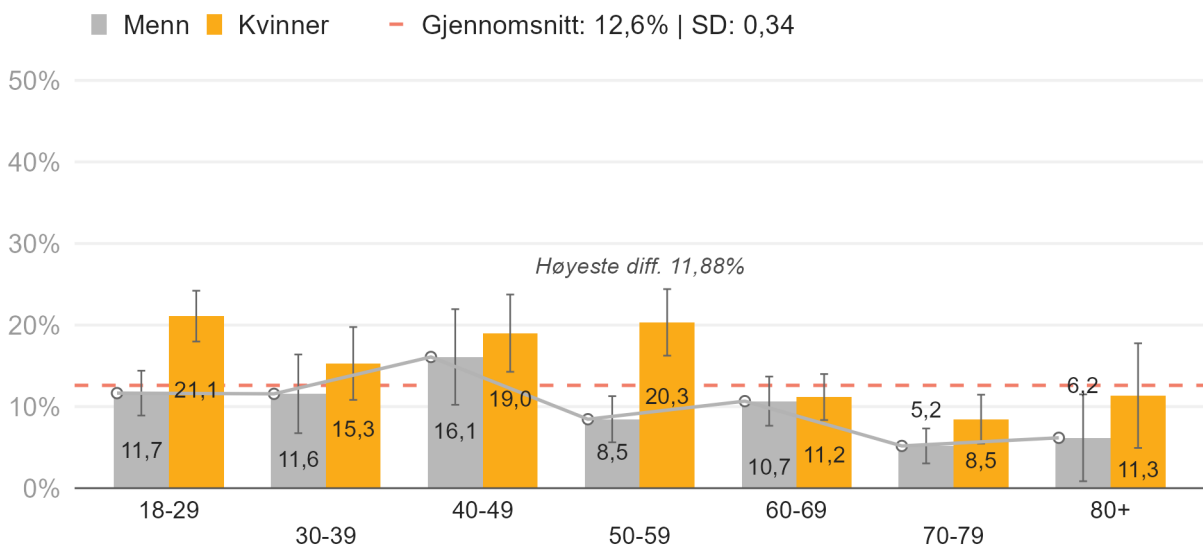


Figur A viser andelen med søvnproblemer (insomni), etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest andel, mens Tromsø har lavest, med en differanse på 2,1 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,06, som indikerer en ubetydelig forskjell. Samlet sett er søvnproblemene forholdsvis jevnt fordelt mellom regionene, uten klare tegn til sterke variasjoner.

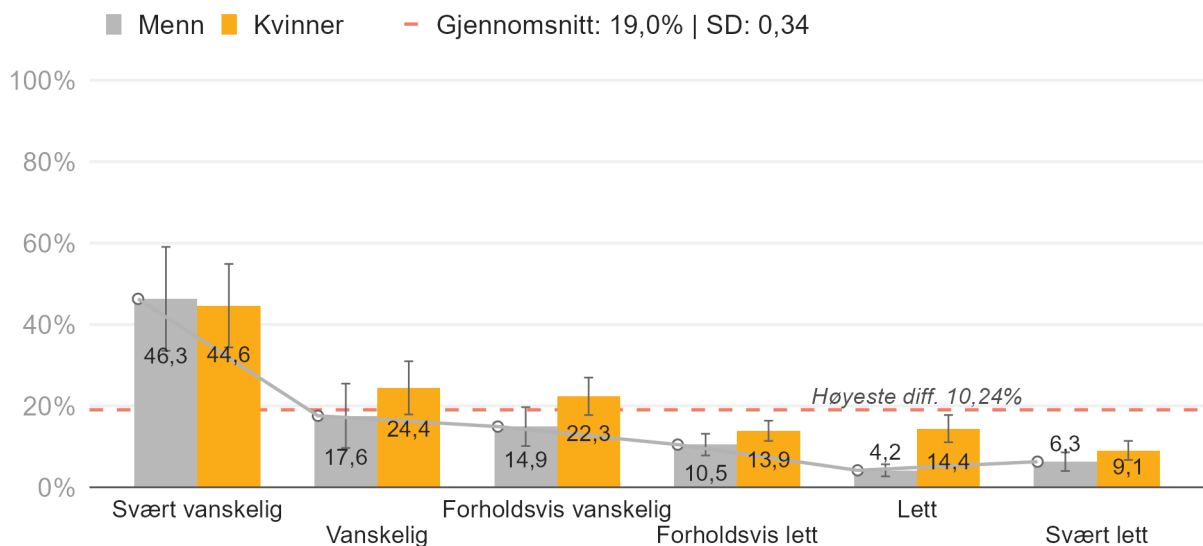
Figur 58: Søvnproblemer (insomni) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen med søvnproblemer (insomni), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest hos dem med grunnskole og lavest hos dem med universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, mens blant menn er den høyest hos dem med grunnskole og lavest hos dem med universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år. For kvinner tilsvarer forskjellen mellom den laveste og høyeste gruppen Cohen's h på 0,33, og for menn er Cohen's h på 0,32, som begge indikerer en middels forskjell. Ellers er det en jevn nedgang i søvnproblemer med økende utdanning. Det er en noe større andel kvinner enn menn med søvnproblemer i noen av utdanningsgruppene.

Figur 59: Søvnproblemer (insomni) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen med søvnproblemer (insomni), etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 18–29 høyest verdi, mens 70–79 har lavest. Blant menn har 40–49 høyest verdi, mens 70–79 har lavest. Forskjellen mellom gruppene med høyest og lavest verdi tilsvarer en Cohen's h på 0,36 for kvinner og 0,37 for menn, som begge indikerer middels store forskjeller. Overordnet så er det en del variasjon mellom aldersgruppene, og lavest andel med søvnproblemer sees i de eldre aldersgruppene. Blant de yngste (18–29 år) og blant de i alderen 50–59 år er det klare kjønnsforskjeller, der flere kvinner enn menn har søvnproblemer.

Figur 60: Søvnproblemer (insomni) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen med søvnproblemer (insomni), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har gruppen med svært vanskelig økonomi den høyeste andelen, mens gruppen med svært lett økonomi har den laveste. For menn har svært vanskelig økonomi også høyest andel med søvnproblemer, mens lett økonomi har lavest andel. Blant kvinner tilsvarer forskjellen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,85, som regnes som en stor forskjell. Hos menn er tilsvarende tall 1,08, noe som også tyder på en stor forskjell. Gruppen med dårligst

opplevd husholdningsøkonomi skiller seg klart ut, men det er også en generell trend som indikerer lavere andel med søvnproblemer jo bedre vurderingen av husholdningsøkonomien er. Kjønnsskjellene er tydeligst hos de som opplever økonomien som lett, der flere kvinner enn menn har søvnproblemer.

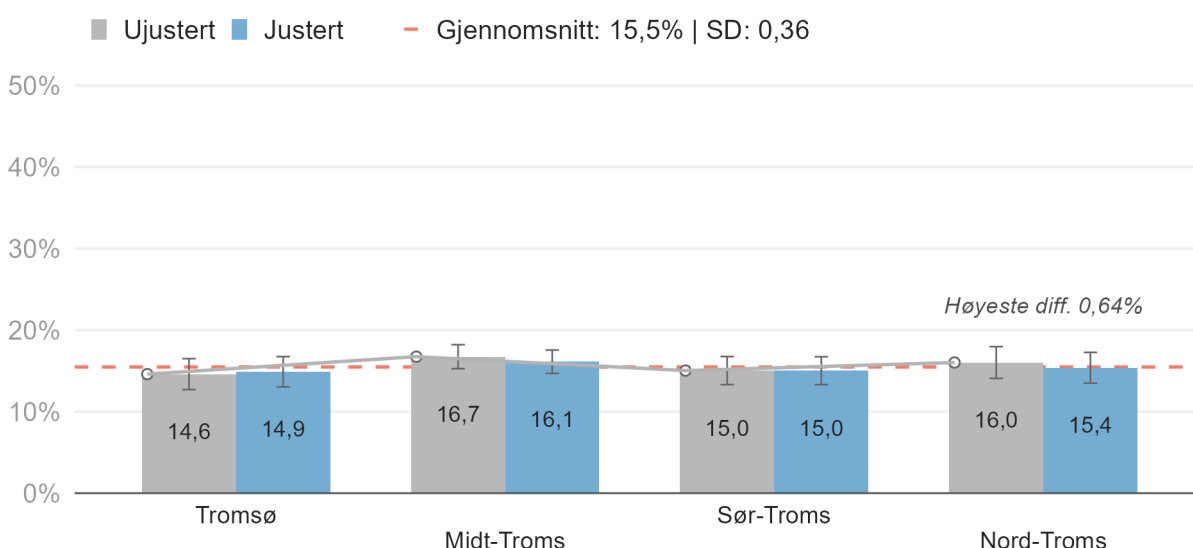
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Svarandel: Totalt 10 652 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av helseproblemer

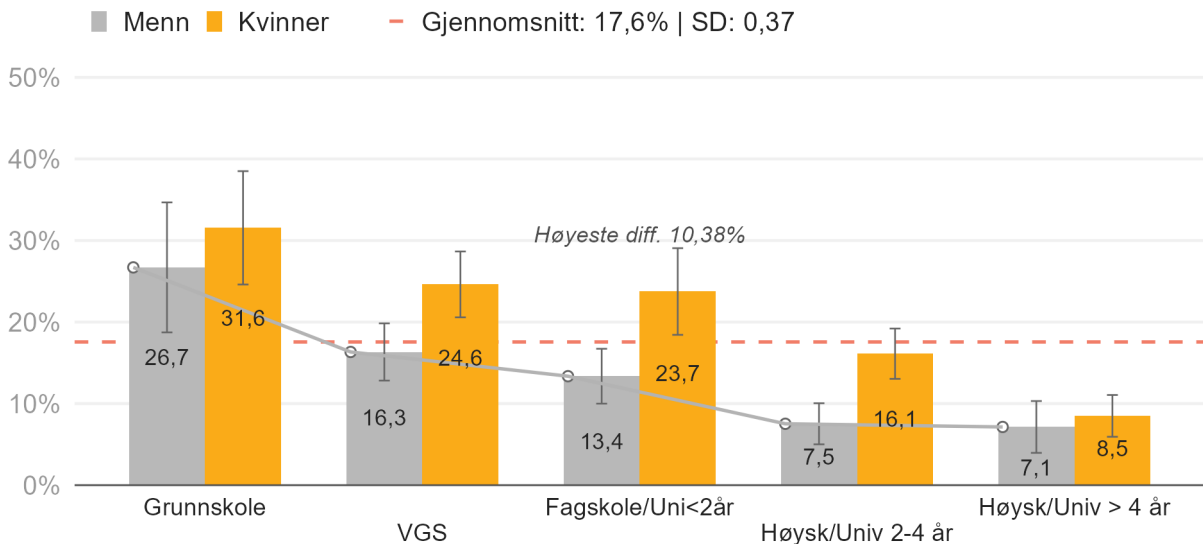
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 652	15,2 %	14,1 – 16,3
Kvinner	5 824	18,1 %	16,5 – 19,7
Menn	4 828	12,3 %	10,8 – 13,9

Figur 61: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter regioner i Troms (A)



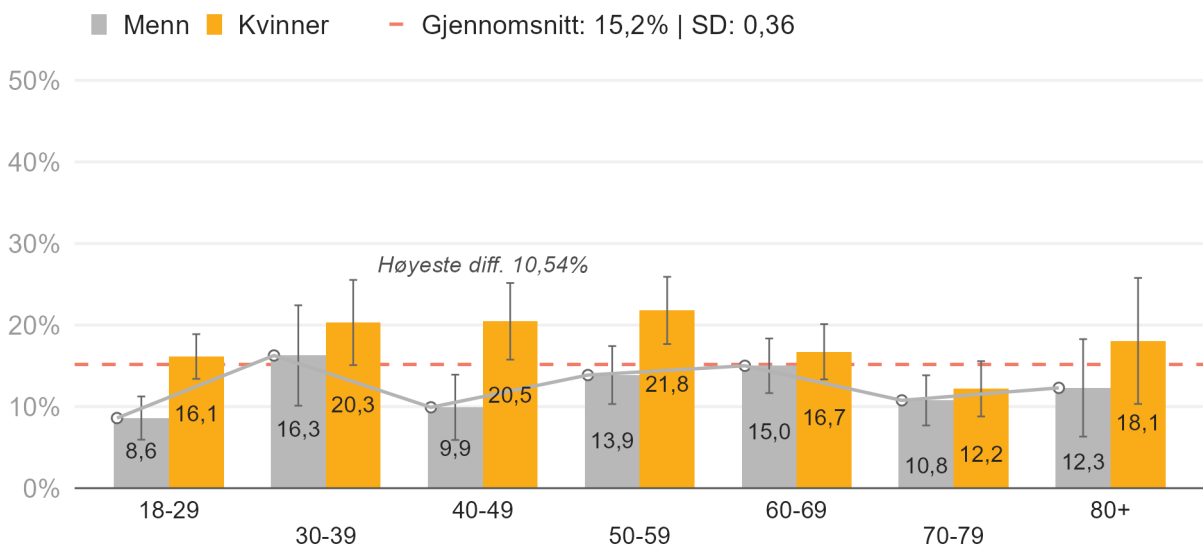
Figur A viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest verdi, mens Tromsø har lavest verdi, med en forskjell på 1,2 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,03, som tilsier en ubetydelig forskjell. Samlet sett viser resultatene at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad for omtrent samme andel av innbyggerne i alle regionene.

Figur 62: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er andelen høyest for dem med grunnskole og lavest for dem med mer enn fire års utdanning på høyskole eller universitet. For kvinner tilsvarende differansen en Cohen's h på 0,60, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,55, som også vitner om en stor forskjell. Samlet sett tyder funnene på at utdanningsnivå har betydning for hvor mye langvarige helseproblemer påvirker hverdagen. Det er også noen klare kjønnsforskjeller der flere kvinner enn menn oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, først og fremst blant de tre mellomste utdanningsnivåene.

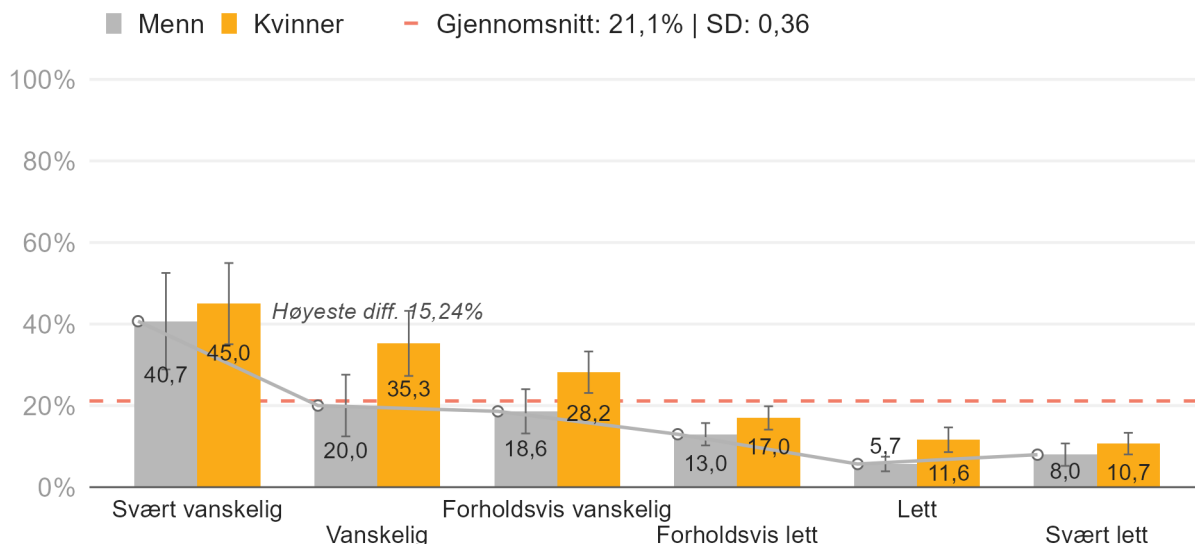
Figur 63: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 50-59 høyest verdi, mens 70-79 har lavest. Blant menn har aldersgruppen 30-39 høyest verdi, mens 18-29 har lavest. For kvinner er Cohen's h 0,26 mellom høyeste og laveste, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h 0,24 mellom høyeste og laveste, noe som tyder på en liten forskjell. Samlet sett antyder funnene at andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad varierer med alder, men at forskjellene

ikke er spesielt store. Hos de yngste (18-29 år) og hos de i alderen 40-49 år, er det flere kvinner enn menn som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad.

Figur 64: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har "Svært vanskelig" høyest verdi og "Svært lett" lavest. Blant menn har "Svært vanskelig" høyest verdi og "Lett" lavest. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,81, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er differansen 0,90, som også indikerer en stor forskjell. Samlet sett ser vi at husholdningsøkonomien har en tydelig sammenheng med i hvilken grad helseproblemer påvirker hverdagen. Det er også her i noen grad kjønnsforskjeller, der flere kvinner enn menn oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad (dette gjelder først og fremst de som opplever at økonomien er «Lett»).

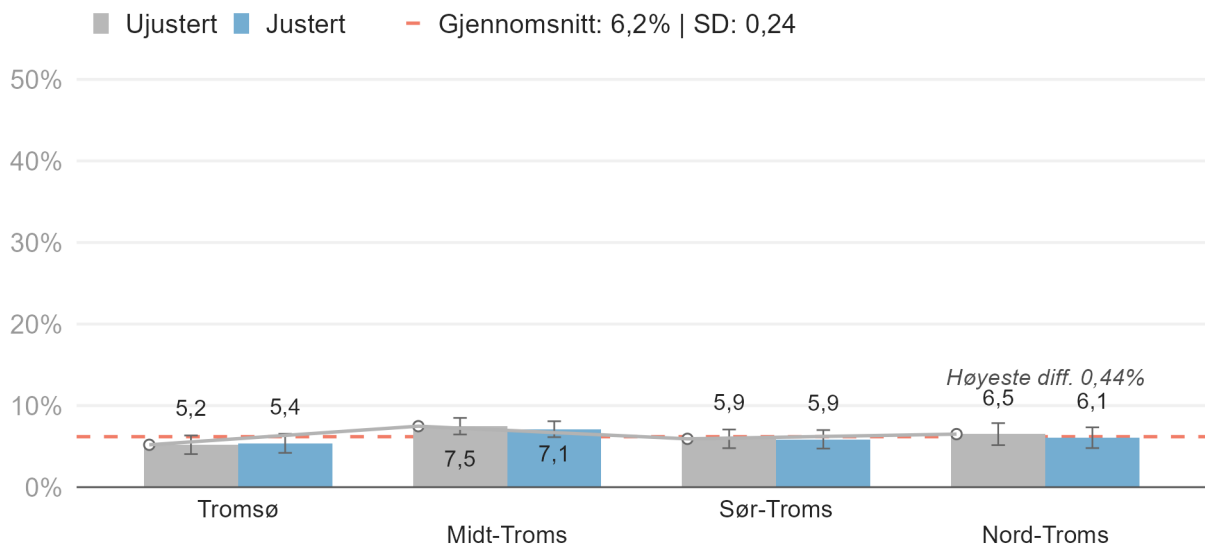
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade

Svarandel: Totalt 10 631 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade

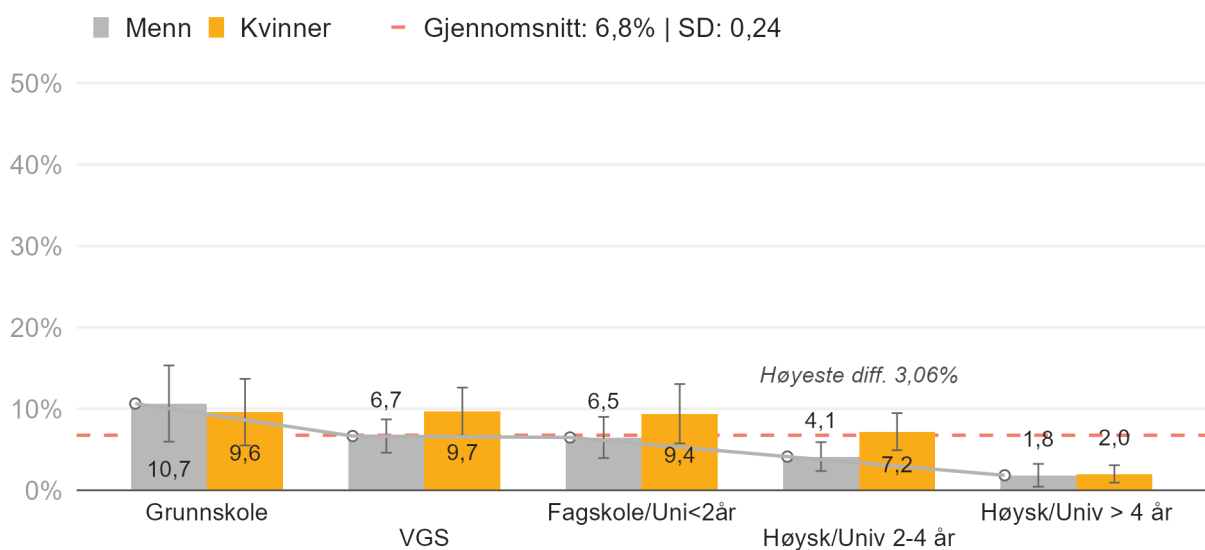
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 631	5,9 %	5,2 – 6,6
Kvinner	5 810	6,4 %	5,4 – 7,4
Menn	4 821	5,3 %	4,4 – 6,3

Figur 65: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter regioner i Troms (A)

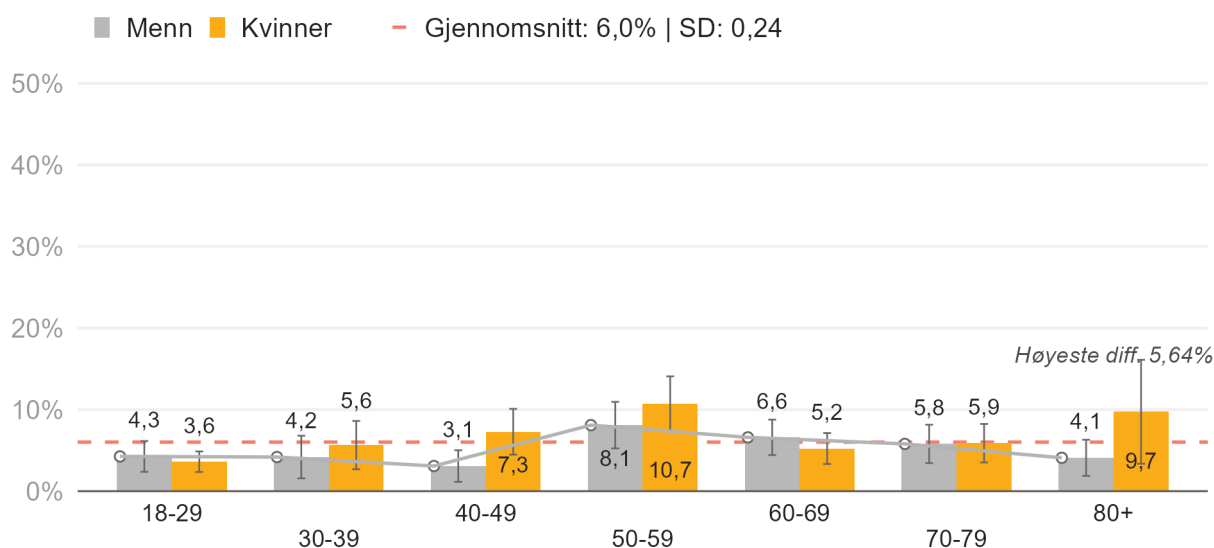


Figur A viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest andel, Tromsø lavest, med en forskjell på 1,7 prosentpoeng. Differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,07, som indikerer en ubetydelig forskjell. Samlet tyder dette på svært små variasjoner mellom regionene.

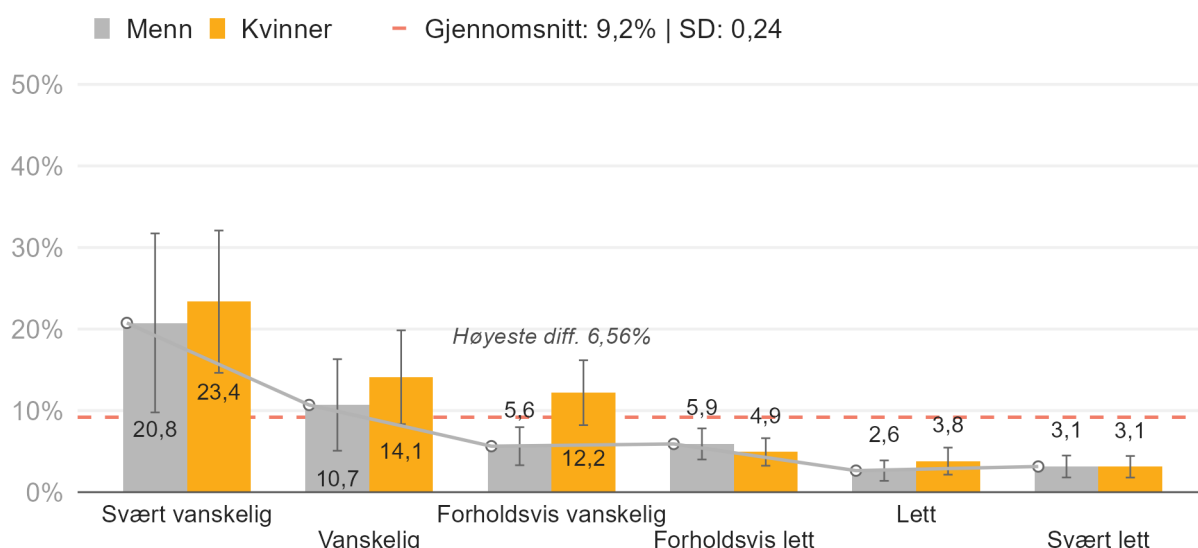
Figur 66: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med videregående skole høyest verdi, mens de med universitets- eller høyskoleutdanning på mer enn 4 år har lavest. Blant menn er andelen høyest i grunnskolen og lavest blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning på mer enn 4 år. Differansen mellom gruppene tilsvarer en Cohen's h på 0,35 for kvinner og 0,39 for menn, noe som for begge indikerer en middels forskjell. Resultatene tyder på at utdanningsnivå henger sammen med i hvilken grad hverdagen påvirkes av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 67: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 50–59 den høyeste verdien, mens 18–29 har den laveste. Forskjellen mellom disse aldersgruppene tilsvarer en Cohen's h på 0,28, noe som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 50–59 og lavest i 40–49, med en Cohen's h på 0,22, som tyder på en liten forskjell. Samlet sett ser vi at andelen er høyest i den midterste aldersgruppen, ellers ser det ut til å være mindre tydelige forskjeller mellom aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 68: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har de som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig høyest andel, mens svært lett har lavest. Tilsvarende for menn er

det svært vanskelig som har høyest andel, mens lett har lavest. Hos kvinner tilsvare differansen en Cohen’s d på 0,65, som indikerer en stor forskjell. Hos menn er differansen 0,62, som også regnes som en stor forskjell. Det er tydelig mønster med økt andel som oppgir at hverdagen i stor grad blir påvirket med økning i opplevd økonomisk vanskelighetsgrad for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

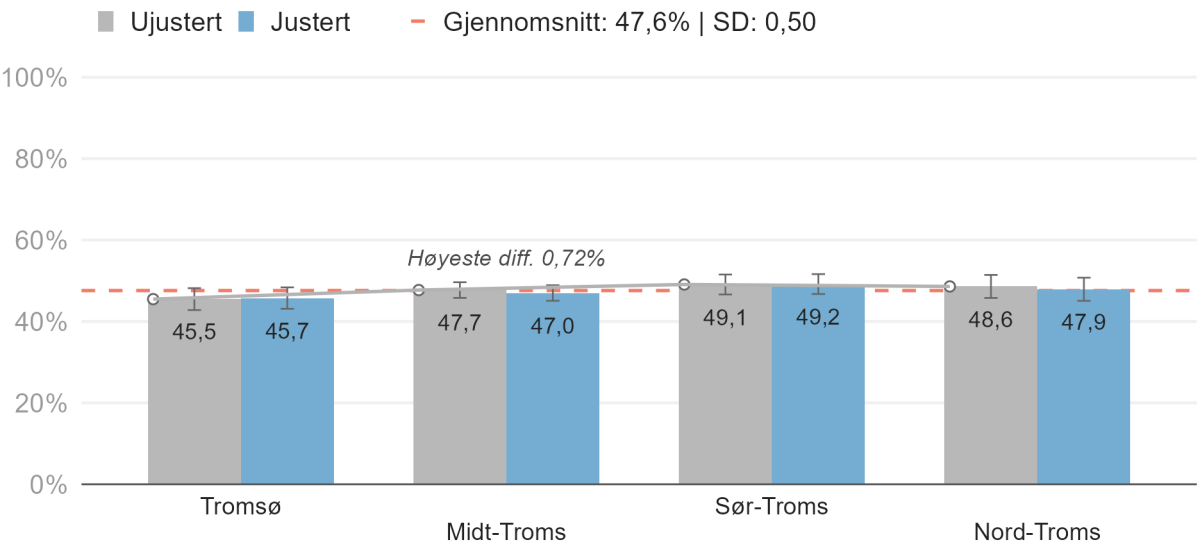
3.22 Korsryggsmarter siste 28 dager

Svarandel: Totalt 10 652 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir korsryggsmarter siste 28 dager

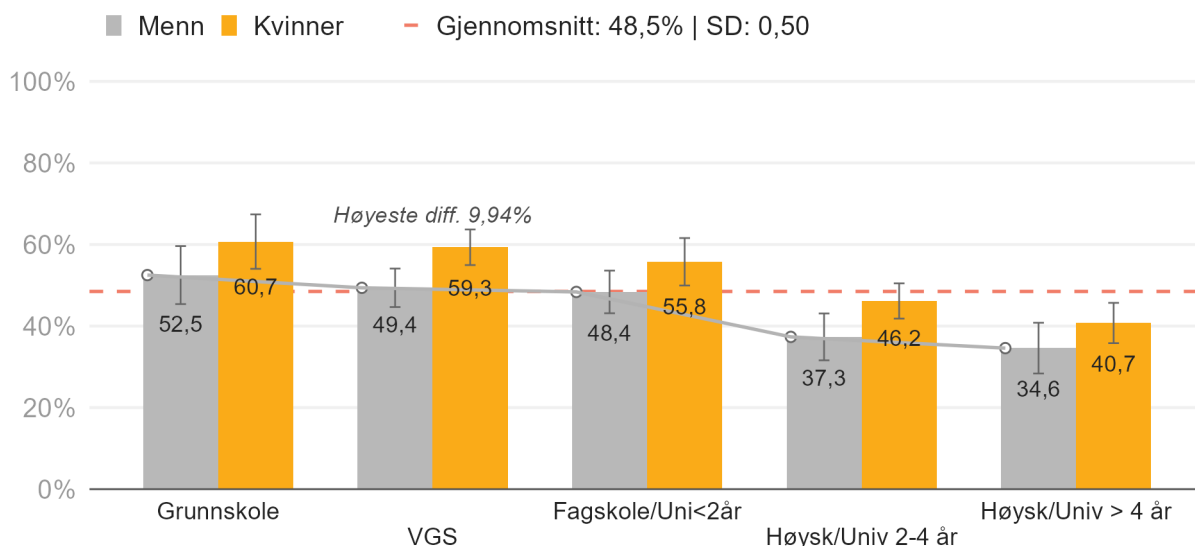
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 652	46,8 %	45,3 – 48,4
Kvinner	5 825	50,6 %	48,5 – 52,7
Menn	4 827	43,2 %	40,8 – 45,5

Figur 69: Korsryggsmarter siste 28 dager etter regioner i Troms (A)



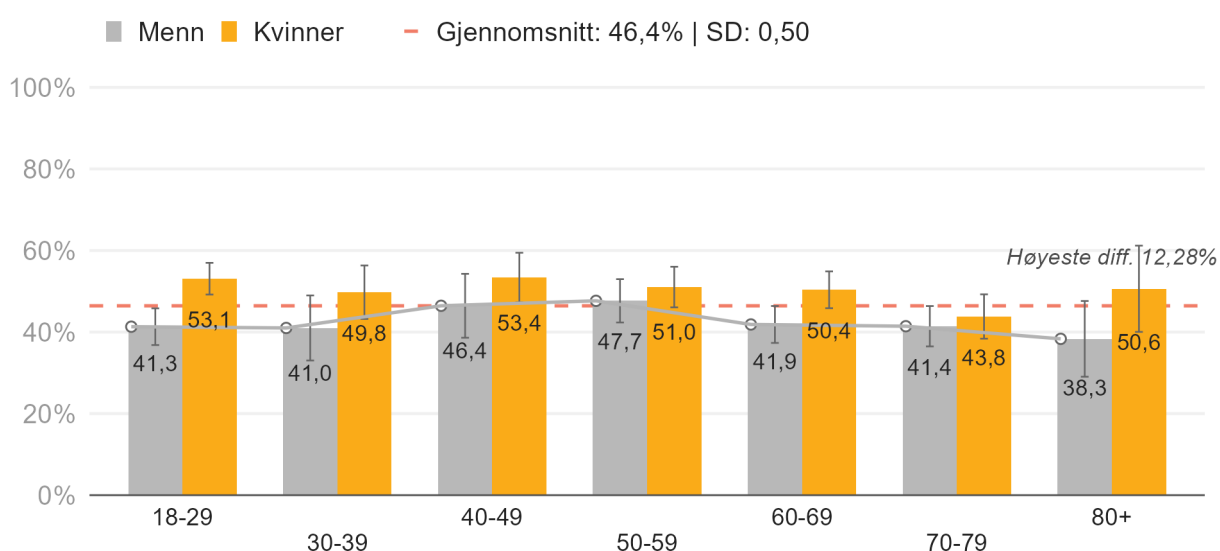
Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmarter siste 28 dager, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Sør-Troms har høyest verdi og Tromsø lavest, med en forskjell på 3,4 prosentpoeng, noe som tilsvare en Cohen’s h på 0,07, som indikerer en ubetydelig forskjell. Dermed er det ingen regionale forskjeller.

Figur 70: Korsryggsmarter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmerter siste 28 dager, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn har de med grunnskole høyest forekomst, mens de med universitets- eller høyskoleutdanning over fire år ligger lavest. For kvinner tilsvarende forskjellen mellom disse gruppene en Cohen's h på 0,40, som er en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,36, også en middels forskjell. Andelen ser ut til å gradvis avta med økende utdanning, noe som kan tyde på at høyere utdanning reduserer risikoen for korsryggsmerter. Ellers er det en antydning til at flere kvinner enn menn rapporterer å ha hatt korsryggsmerter siste 28 dager, og dette er tydeligst for gruppen med videregående skole som høyeste fullførte utdanning.

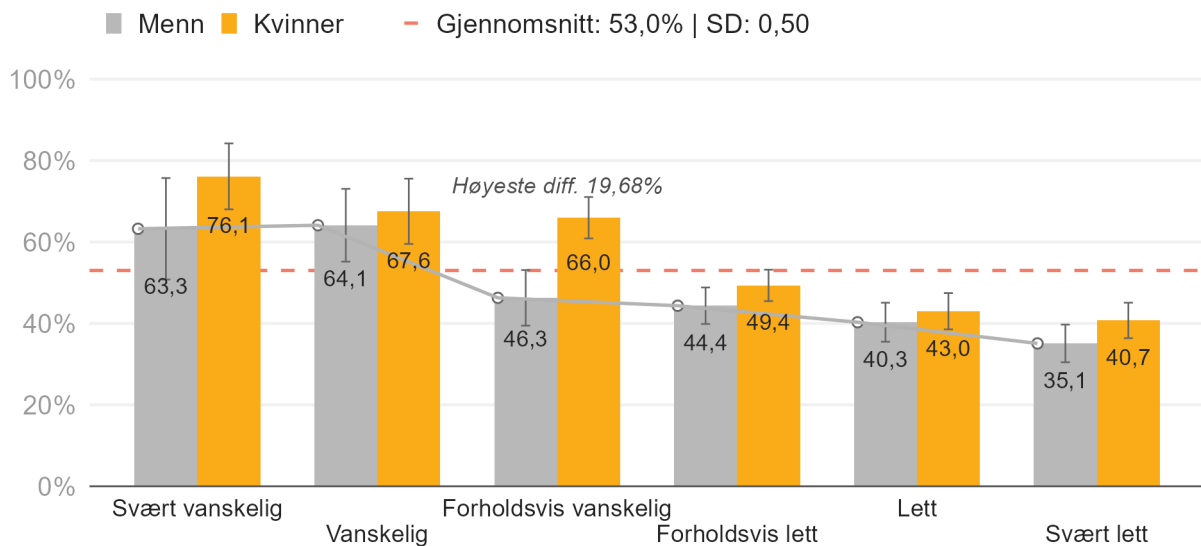
Figur 71: Korsryggsmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggsmerter siste 28 dager, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 40–49 og lavest i 70–79, mens blant menn er den høyest i 50–59 og lavest i 80 år og eldre. Forskjellene gir i begge tilfeller en Cohen's h på 0,19, som indikerer en liten forskjell. Totalt ser man en tendens til at forekomsten er størst i midtre aldersgrupper og lavest i de eldste, men

forskjellene er generelt små. Ellers er det en antydning til at flere kvinner enn menn rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, og dette er tydeligst for den yngste aldersgruppen (18-29 år).

Figur 72: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har de med svært vanskelig økonomi høyest andel, mens de med svært lett økonomi har lavest. Blant menn har de med vanskelig økonomi høyest andel, mens de med svært lett økonomi har lavest. Blant kvinner tilsvare differansen en Cohen's h på 0,74, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er differansen 0,59, som også anses som en stor forskjell. Videre er det en tydelig trend der andelen med korsryggssmerter øker i takt med økende økonomiske utfordringer. Ellers er det en antydning til at flere kvinner enn menn rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, og dette er tydeligst for gruppen som rapporterer at økonomien er forholdsvis vanskelig.

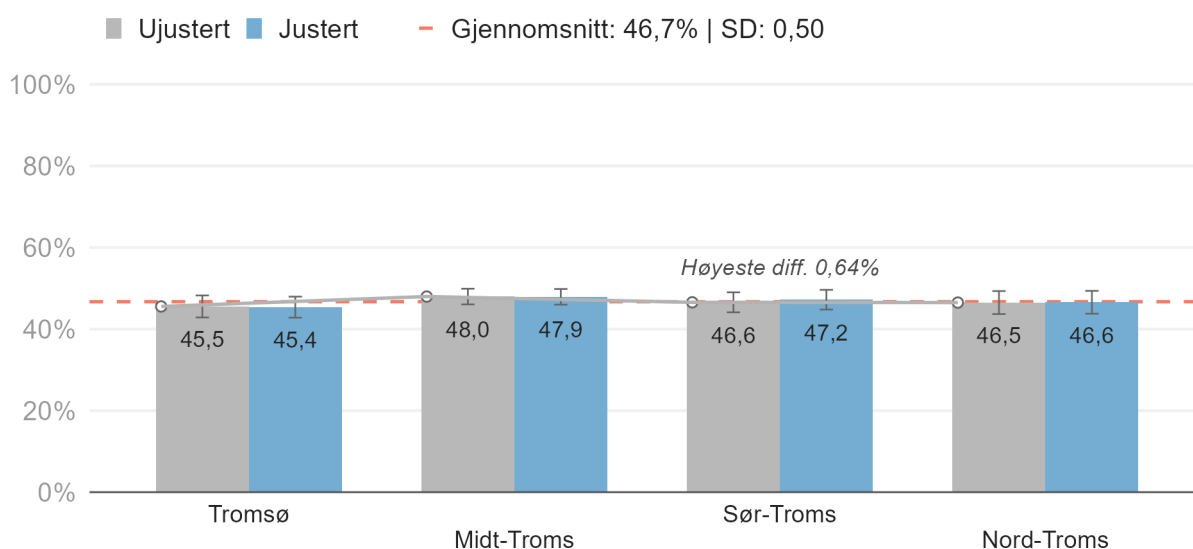
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager

Svarandel: Totalt 10 629 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir nakkesmerter siste 28 dager

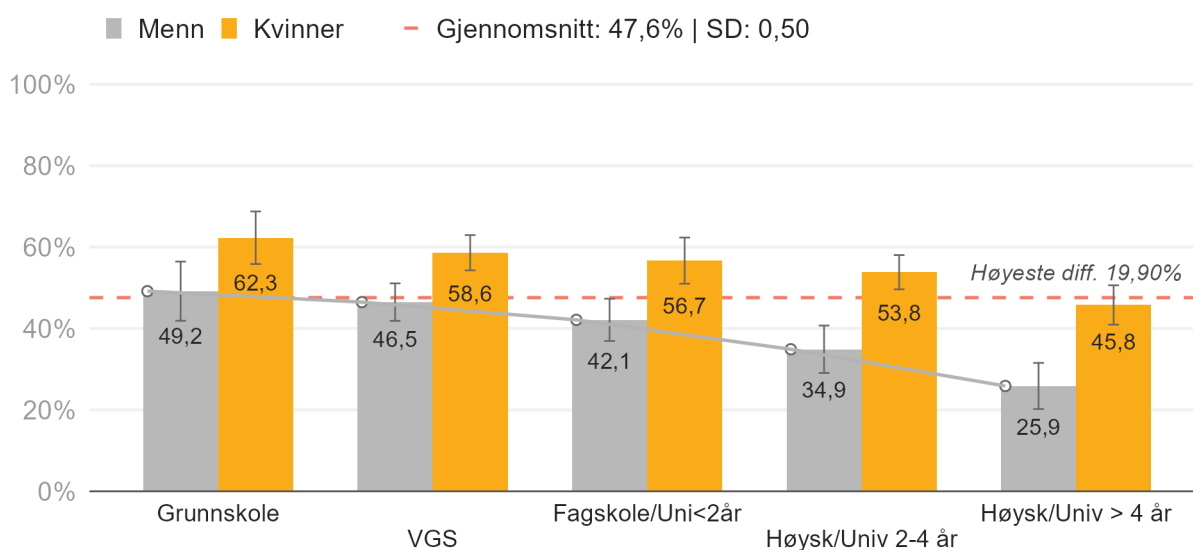
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 629	46,3 %	44,7 – 47,9
Kvinner	5 817	54,5 %	52,4 – 56,6
Menn	4 812	38,2 %	35,9 – 40,6

Figur 73: Nakkesmerter siste 28 dager etter regioner i Troms (A)

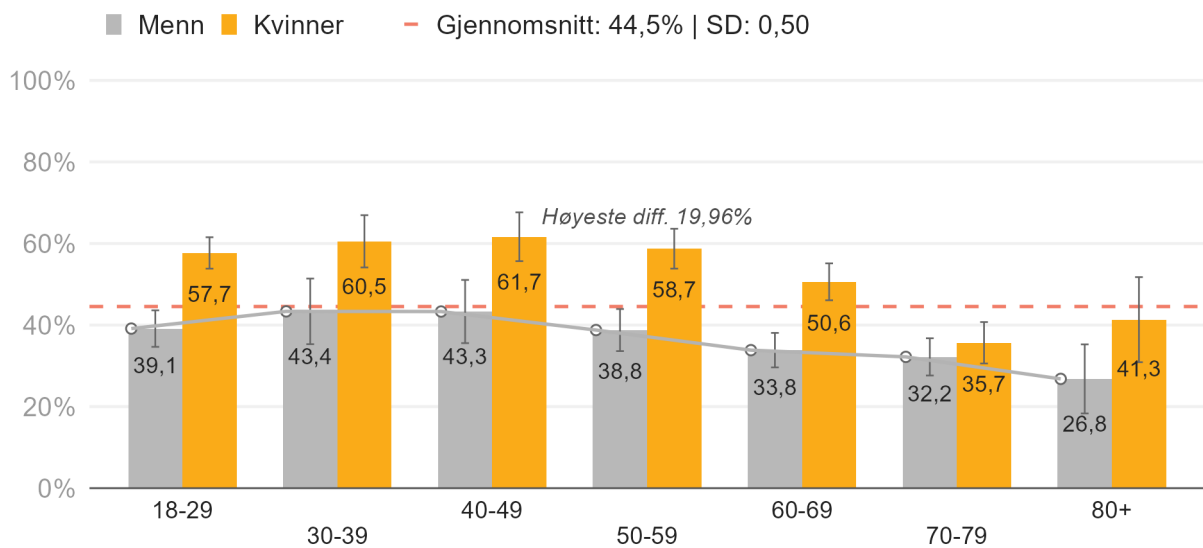


Figur A viser andelen som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest verdi, mens Tromsø har lavest, med en forskjell på 2,5 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,05, som indikerer at variasjonen mellom regionene er ubetydelig.

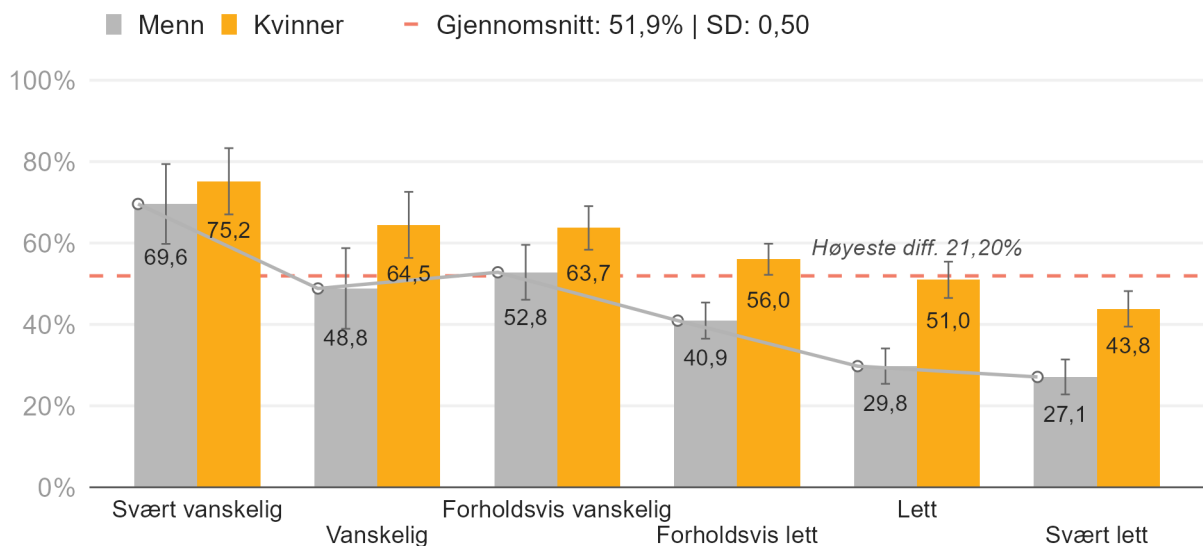
Figur 74: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest hos dem med grunnskole, og lavest hos dem med universitets- eller høyskoleutdanning på over fire år. For kvinner tilsvarer denne differansen en Cohen's h på 0,33, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er mønsteret likt, og forskjellen mellom grunnskole og universitets- eller høyskoleutdanning på over fire år tilsvarer en Cohen's h på 0,49, som også indikerer en middels forskjell. Totalt sett avtar andelen med nakkesmerter med økende utdanningsnivå. Det er også klare kjønnsforskjeller der flere kvinner enn menn rapporterer nakkesmerter siste 28 dager, og dette mønsteret blir tydeligere med høyere utdanningsnivå.

Figur 75: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 40–49 år den høyeste andelen, mens 70–79 år har den laveste. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,53, som indikerer en stor forskjell. Blant menn har 30–39 år høyest andel, mens 80+ år har lavest; denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,35, som indikerer en middels forskjell. Totalt sett er forekomsten høyest i aldersgruppene 30–39/40–49 og lavest blant de eldste aldersgruppene. For de fleste aldersgrupper (med unntak av de eldste) er det flere kvinner enn menn som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager.

Figur 76: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som rapporterer nakkesmerter siste 28 dager, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er andelen høyest i gruppen som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, og lavest i gruppen som rapporterer at den er svært lett. For kvinner er Cohen's h 0,65 mellom disse gruppene, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,88, som også tilsvarer en stor forskjell. Det er en tydelig trend med lavere andel jo bedre

husholdningsøkonomien vurderes. Kjønnsforskjellene der flere kvinner enn menn rapporterer nakkesmerter siste 28 dager, er tydeligst i gruppene som har lettest økonomisk situasjon.

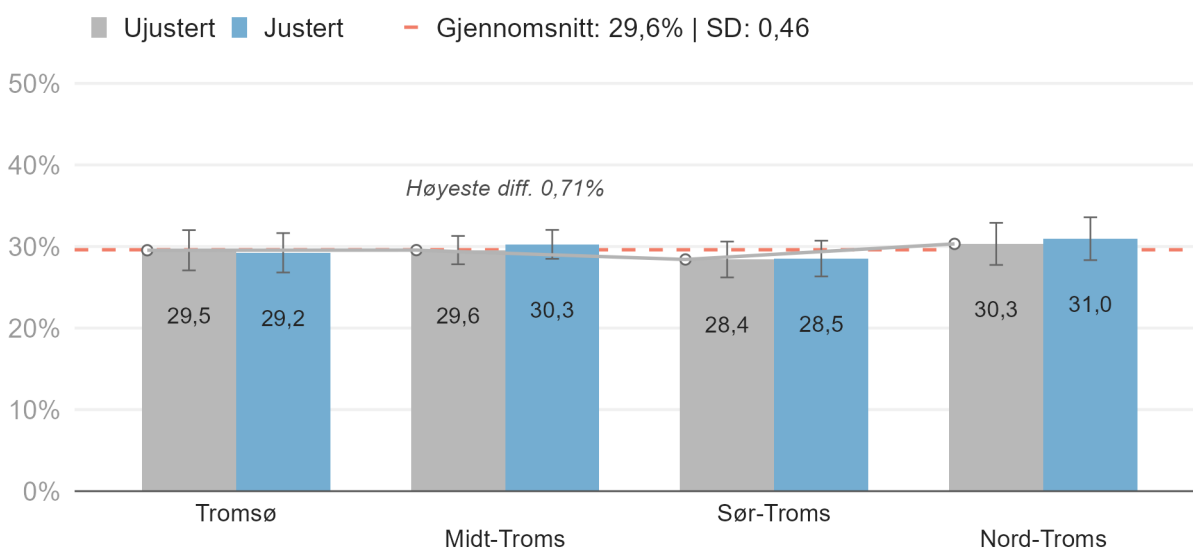
3.24 Høy sosial støtte

Svarandel: Totalt 10 580 deltakere av 10 686 (99,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir høy sosial støtte

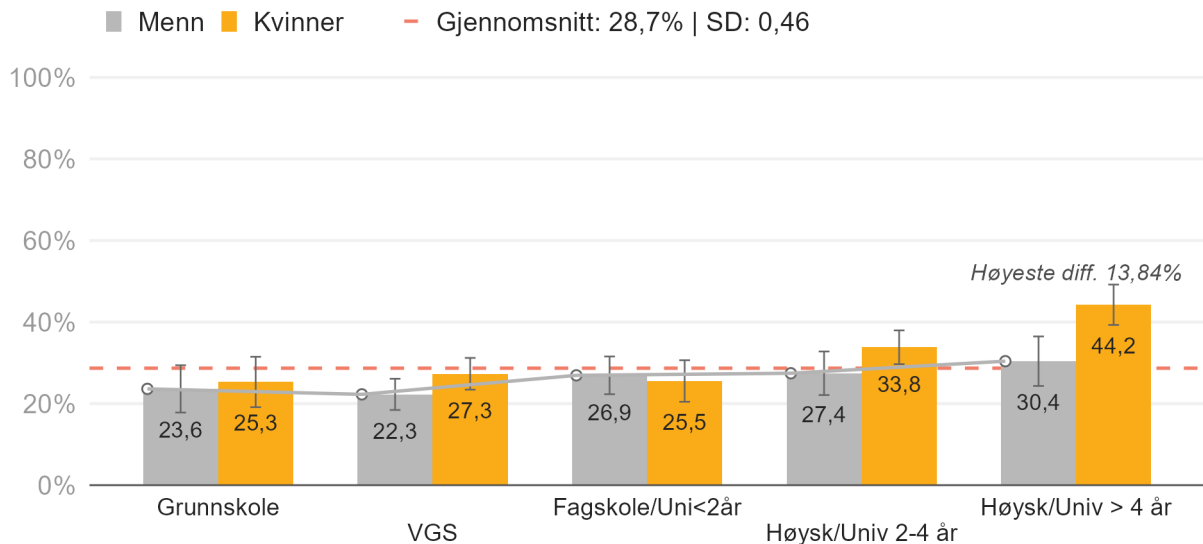
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 580	29,4 %	27,9 – 30,8
Kvinner	5 778	32,4 %	30,4 – 34,3
Menn	4 802	26,4 %	24,3 – 28,6

Figur 77: Høy sosial støtte etter regioner i Troms (A)



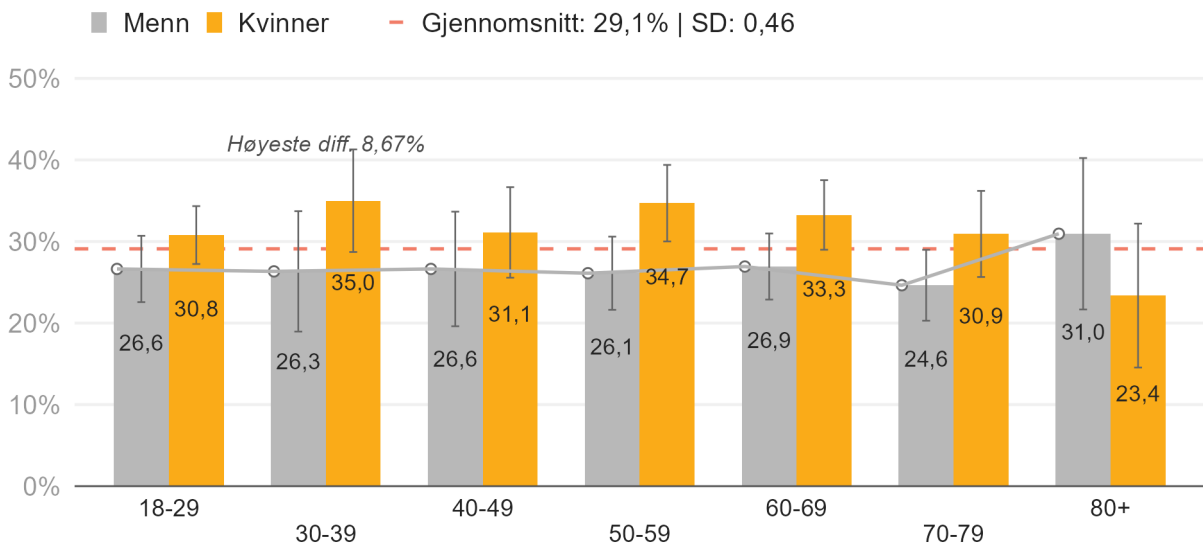
Figur A viser andel som oppgir høy sosial støtte (OSS-3), etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest andel, mens Sør-Troms har lavest, med en forskjell på 2,4 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,05, som tyder på en ubetydelig forskjell. Totalt sett er det derfor små variasjoner i sosial støtte mellom regionene.

Figur 78: Høy sosial støtte etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andel som oppgir høy sosial støtte (OSS-3), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning og lavest blant dem med grunnskole. Blant menn er andelen høyest i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning og lavest blant dem med videregående skole. For kvinner er Cohen's h 0,40 mellom høyeste og laveste gruppe, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h 0,19 mellom høyeste og laveste gruppe, som tilsvarer en liten forskjell. Det er en tendens til at andelen med høy sosial støtte øker med stigende utdanning. Det er i liten grad kjønnsforskjeller, med unntak av i gruppen med lengst utdanning, der flere kvinner enn menn oppgir høy sosial støtte.

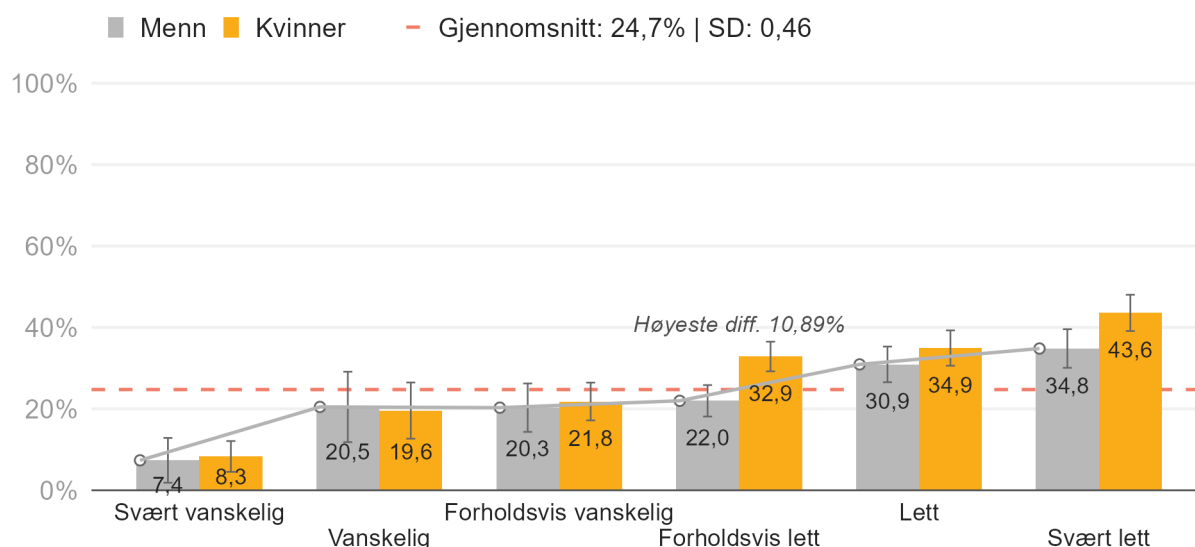
Figur 79: Høy sosial støtte etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som oppgir høy sosial støtte (OSS-3), etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 30-39 den høyeste andelen, mens de laveste verdiene finnes blant kvinner over 80 år. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,26, som indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for kvinner, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen over 80 år, mens den laveste andelen finnes i aldersgruppen 70-79. For menn tilsvarer forskjellen

en Cohen's h på 0,14, som indikerer en liten forskjell. Generelt er det ellers ingen større forskjeller mellom gruppene, og det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 80: Høy sosial støtte etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som oppgir høy sosial støtte (OSS-3), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. For kvinner tilsvare forskjellen en Cohen's h på 0,86, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,71, som også vitner om en stor forskjell. Andelen med høy sosial støtte øker i takt med at husholdningsøkonomien vurderes som enklere for begge kjønn. For gruppen som vurderer økonomien som forholdsvis lett er det også signifikante kjønnsforskjeller, der kvinner i større grad enn menn oppgir høy sosial støtte.

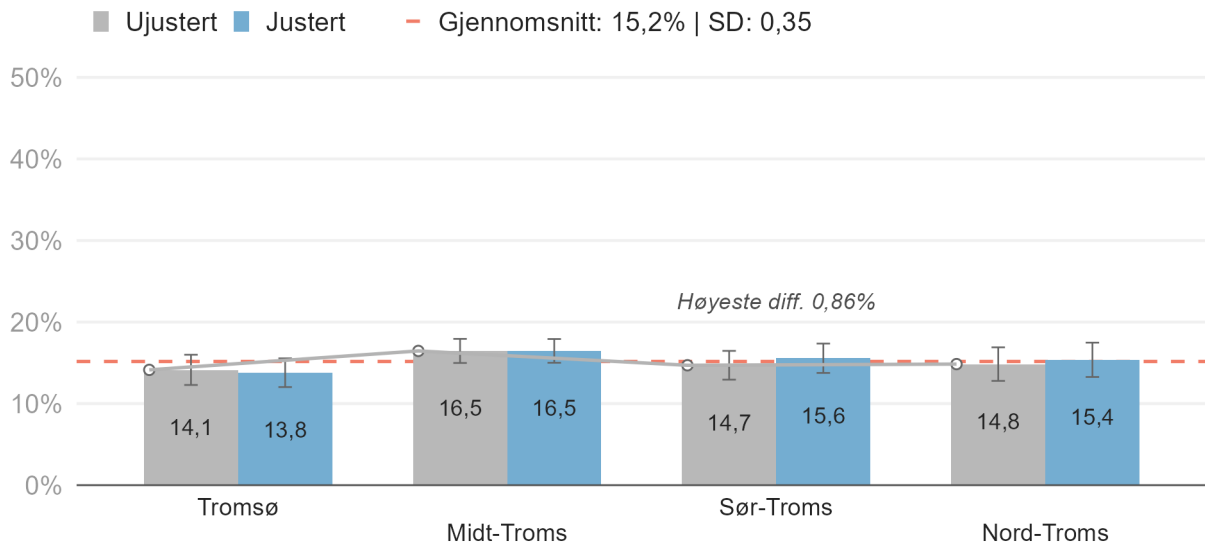
3.25 Ensomhet (UCLA-3)

Svarandel: Totalt 10 610 deltakere av 10 686 (99,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir ensomhet (ucla-3)

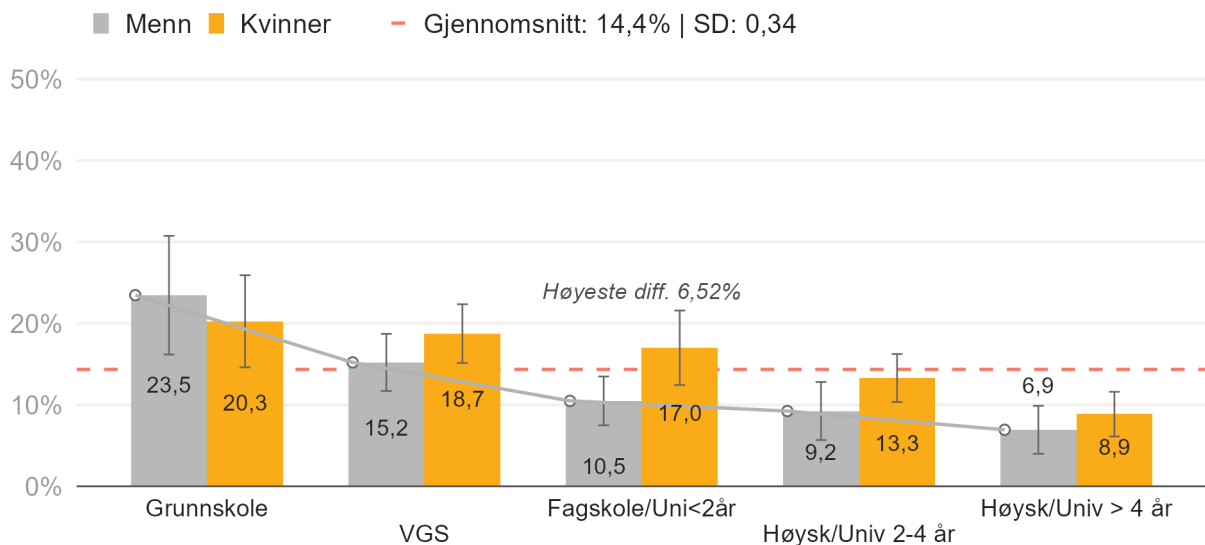
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 610	14,7 %	13,6 – 15,9
Kvinner	5 810	16,3 %	14,8 – 17,8
Menn	4 800	13,2 %	11,6 – 14,8

Figur 81: Ensomhet (UCLA-3) etter regioner i Troms (A)



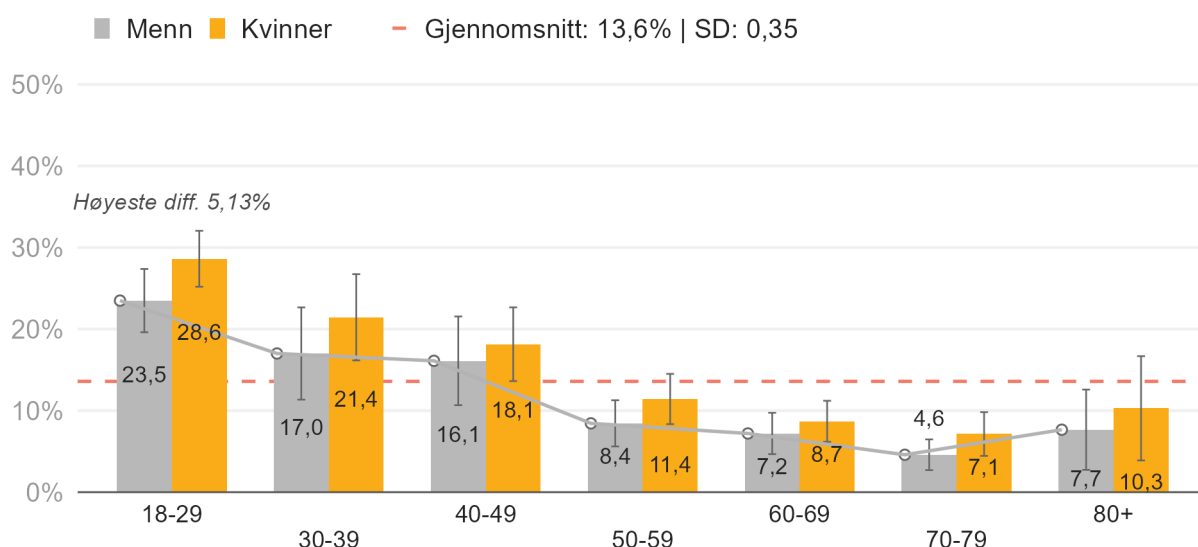
Figur A viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest andel, mens Tromsø har lavest, med en differanse på 2,7 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,08, som indikerer en ubetydelig forskjell. Samlet sett ligger regionene relativt nært hverandre når det gjelder ensomhet.

Figur 82: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og utdanningsnivå (B)



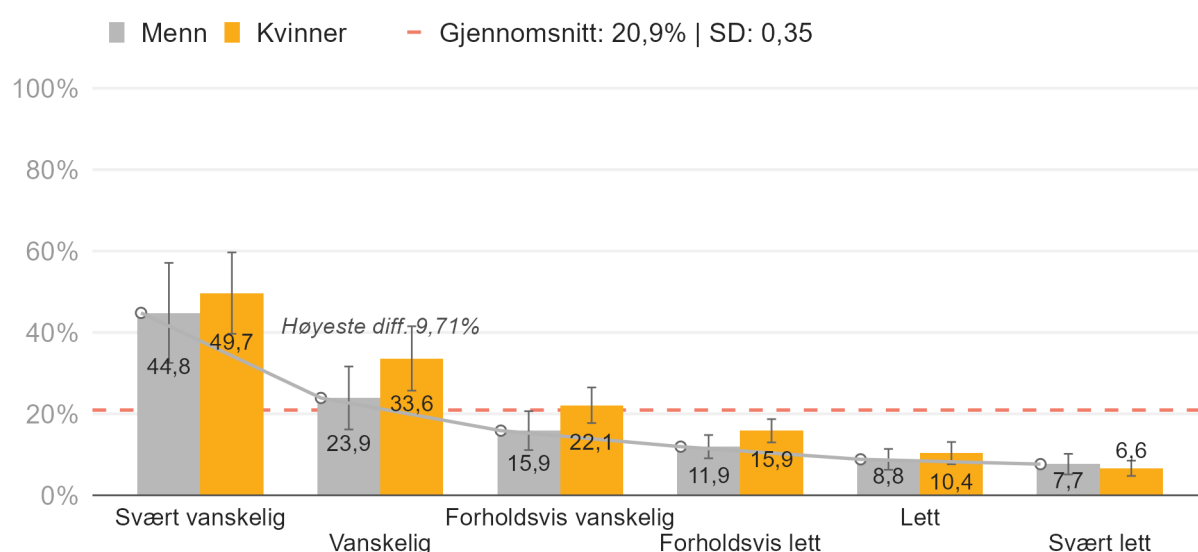
Figur B viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med grunnskole høyest andel med ensomhet, mens de med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år har lavest andel. Blant menn er mønsteret det samme. Forskjellene gir en Cohen's h på 0,33 for kvinner og 0,48 for menn, som begge indikerer en middels forskjell. Totalt sett avtar dermed andelen med høy grad av ensomhet med økende utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 83: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og alder. Blant kvinner er verdien høyest i aldersgruppen 18–29 og lavest i 70–79. For kvinner tilsvarende differansen en Cohen's d på 0,59, noe som indikerer en stor forskjell. Hos menn er mønsteret det samme, og differansen tilsvarende en Cohen's d på 0,58, også en stor forskjell. Gjennomgående ser det ut til at yngre voksne opplever høyere grad av ensomhet enn eldre. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 84: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er skåren høyest hos dem som oppgir at husholdningsøkonomien er Svært vanskelig, og lavest hos dem som oppgir at den er Svært lett. Differansen mellom disse gruppene tilsvarende en stor forskjell, med en Cohen's h på 1,04 for kvinner og 0,91 for menn. Dette tyder på at økonomiske utfordringer kan være nært knyttet til høyere opplevelse av ensomhet. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

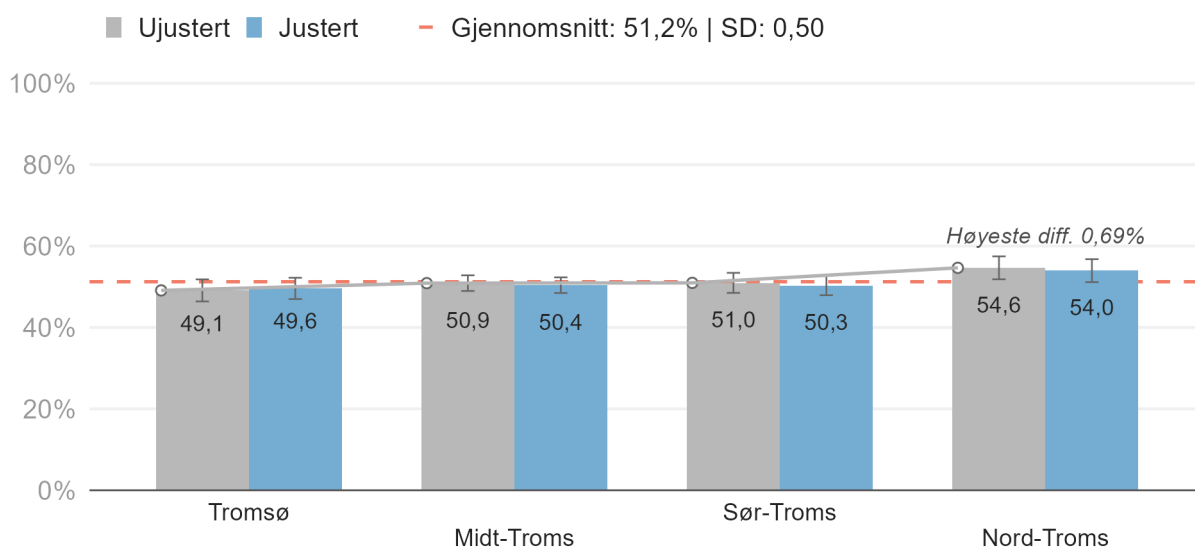
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Svarandel: Totalt 10 645 deltakere av 10 686 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere

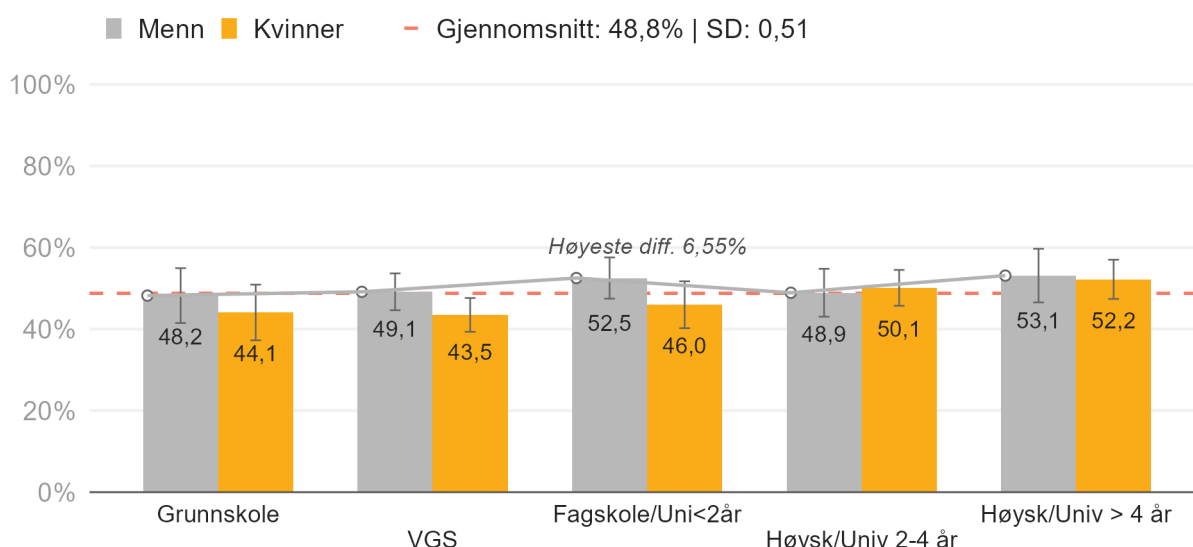
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 645	50,2 %	48,6 – 51,8
Kvinner	5 826	49,2 %	47,1 – 51,3
Menn	4 819	51,1 %	48,7 – 53,5

Figur 85: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter regioner i Troms (A)



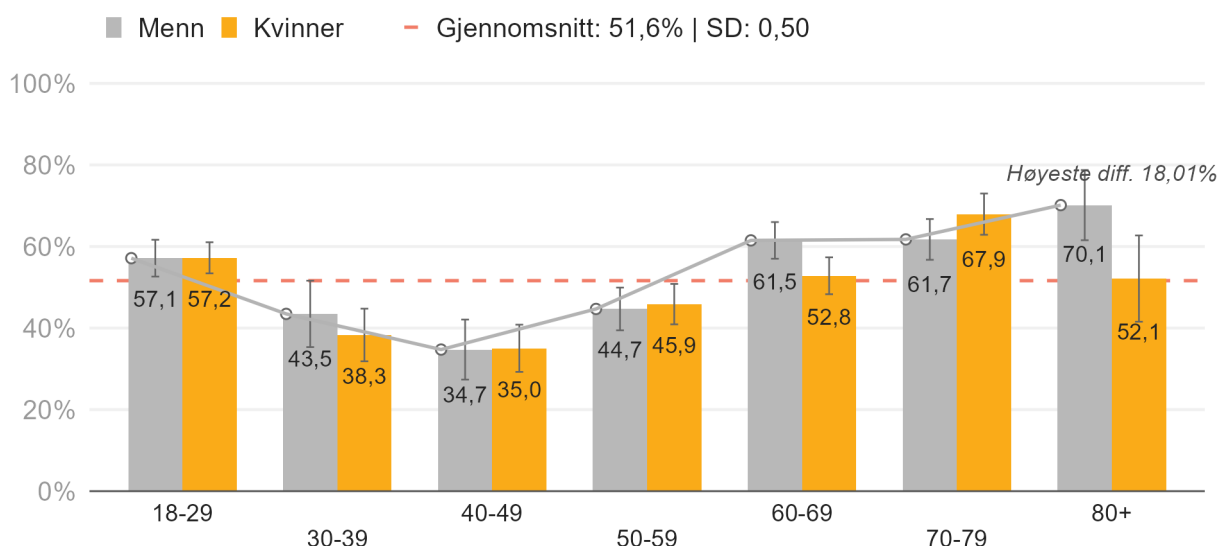
Figur A viser andelen som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest verdi, mens Tromsø har lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,09, noe som indikerer en ubetydelig forskjell. Samlet sett er det relativt små forskjeller mellom regionene i Troms.

Figur 86: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest hos dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, mens den er lavest hos dem med videregående skole. Blant menn er andelen høyest hos dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, mens den er lavest hos dem med grunnskole. For kvinner tilsvarer differansen mellom høyeste og laveste en Cohen's h på 0,18, som indikerer en liten forskjell. For menn tilsvarer differansen mellom høyeste og laveste en Cohen's h på 0,10, som indikerer en liten til ubetydelig forskjell. Dermed er det begrensede forskjeller mellom de forskjellige aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

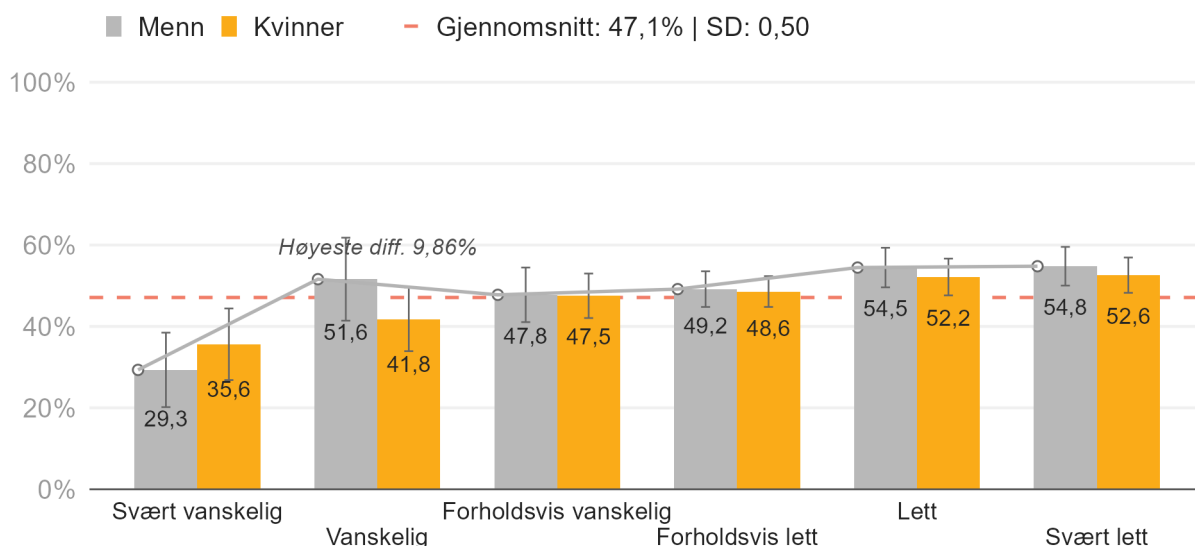
Figur 87: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 år den høyeste andelen, mens 40–49 år har den laveste. For kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's h på 0,67, noe som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 80 år og eldre og lavest blant 40–49 år. For menn tilsvarer forskjellen en Cohen's h på 0,73, som også regnes som en stor forskjell. Generelt sees en nedgang i

andelen som er sammen med venner ukentlig fra aldersgruppen 18–29 år til 40–49 år, og deretter er det en økende trend med flere som har ukentlig kontakt med venner for de eldste aldersgruppene. Mønsteret er rimelig likt for menn og kvinner, men det er mulig å se en reduksjon igjen for kvinner i den aller eldste gruppen.

Figur 88: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har Svært lett høyest verdi og Svært vanskelig lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,34, som indikerer en middels forskjell. Blant menn har Svært lett høyest verdi og Svært vanskelig lavest. Her utgjør forskjellen en Cohen's h på 0,52, som indikerer en stor forskjell. Samlet sett er sosial kontakt hyppigere jo lettere husholdningsøkonomien oppleves. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

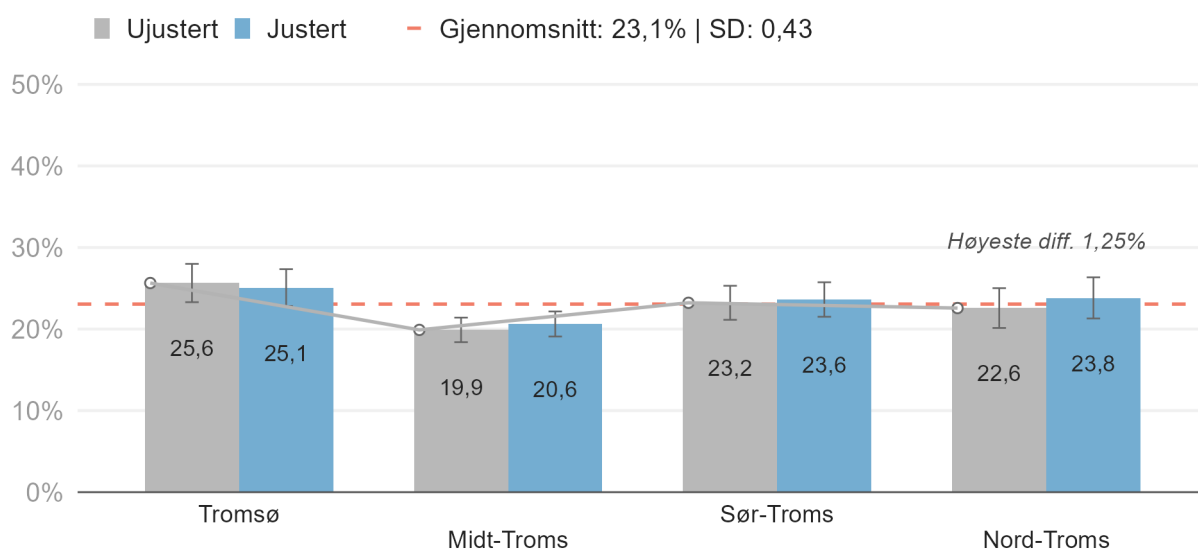
3.27 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Svarandel: Totalt 10 659 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

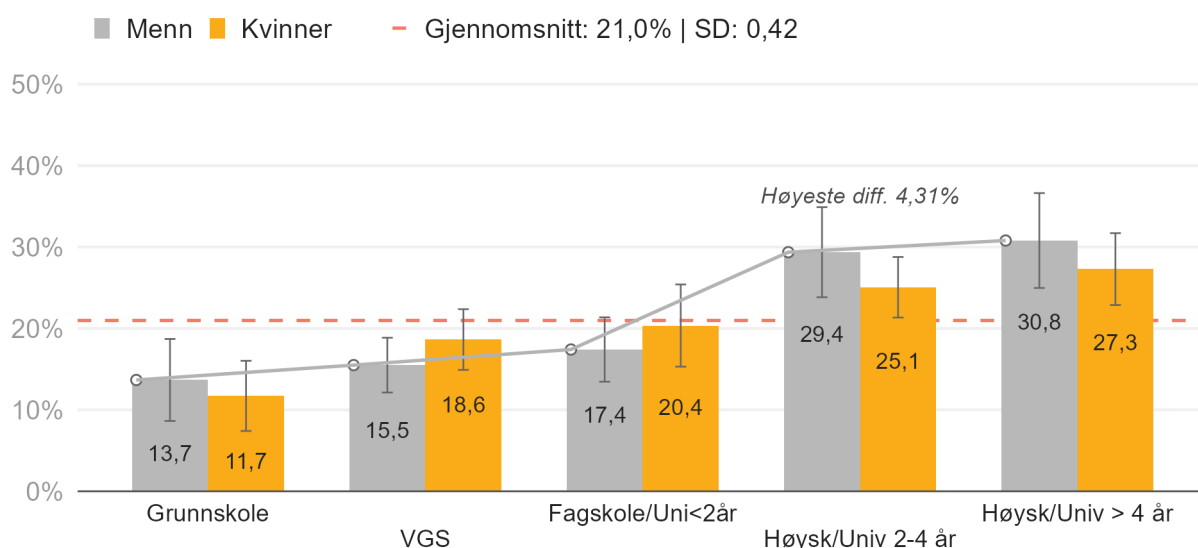
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 659	23,8 %	22,5 – 25,2
Kvinner	5 832	23,9 %	22,1 – 25,7
Menn	4 827	23,8 %	21,7 – 25,8

Figur 89: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter regioner i Troms (A)



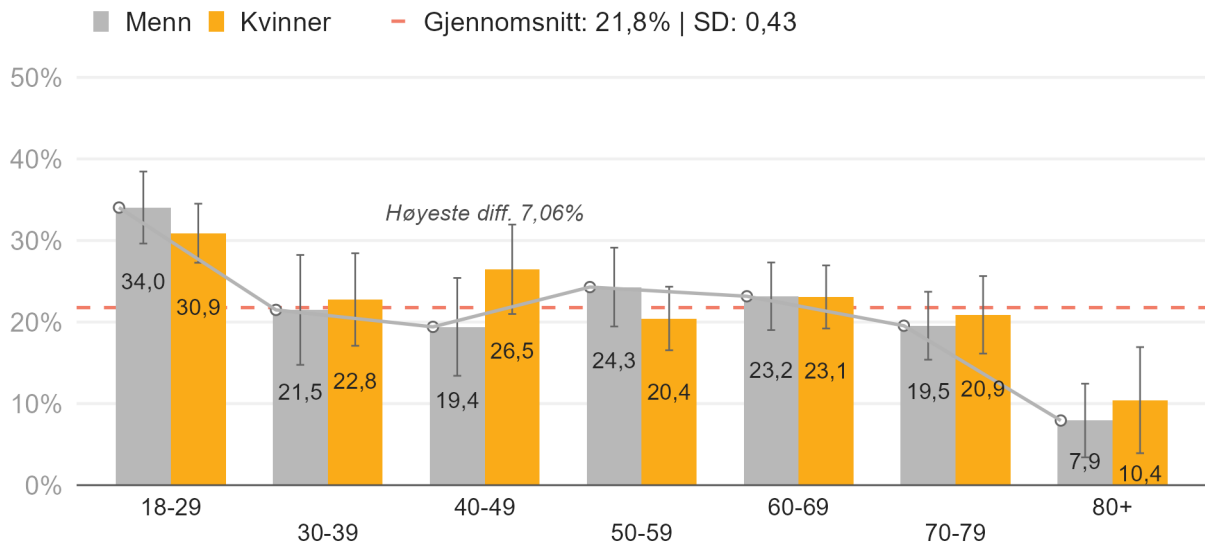
Figur A viser andelen med minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4 eller flere dager i uken, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Midt-Troms ligger lavest, med en differanse på 4,5 prosentpoeng som tilsvarer en Cohen's h på 0,11 og indikerer en liten forskjell. Ellers ligger regionene nær gjennomsnittet, og det er mindre regionale forskjeller.

Figur 90: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og utdanningsnivå (B)



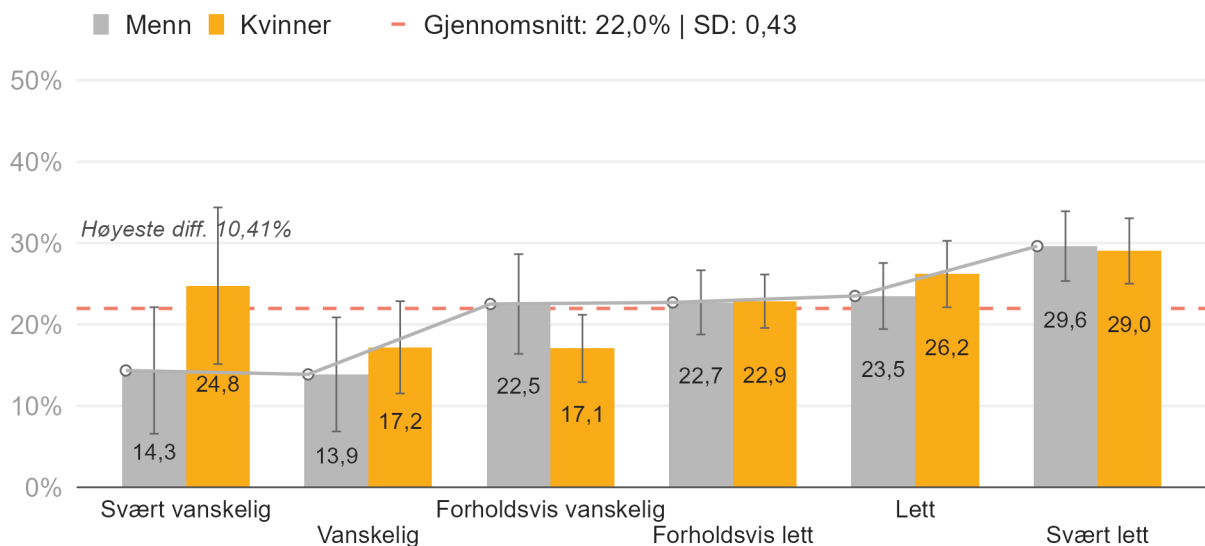
Figur B viser andelen med minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4 eller flere dager i uken, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn har de med universitetsutdanning på mer enn fire år høyest andel, mens grunnskole har lavest. For kvinner er Cohen's d 0,40 og for menn 0,42, noe som tilsvarer en middels forskjell. Det er en trend i retning høyere nivå av fysisk aktivitet med høyere utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 91: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen med minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4 eller flere dager i uken, etter kjønn og alder. Blant kvinner har 18–29-åringene høyest verdi og 80+ lavest. Cohen's h for denne forskjellen er 0,52, som indikerer en stor forskjell. Også blant menn har 18–29 høyest verdi og 80+ lavest. Cohen's h for denne forskjellen er 0,68, som også indikerer en stor forskjell. Andelen er ellers relativt jevnt fordelt i de andre aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 92: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4 eller flere dager i uken, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har «Svært lett» høyest andel og «Forholdsvis vanskelig» lavest. Blant menn er «Svært lett» høyest og «Vanskelig» lavest. For kvinner er Cohen's h på 0,29, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,39, som også tilsier en middels forskjell. Andelen med moderat fysisk aktivitet 4 eller flere dager i uken ser generelt ut til å øke med bedre husholdningsøkonomi, selv om kvinner som opplever økonomien som Svært vanskelig skiller seg noe ut med en høy andel. Konfidensintervallene er imidlertid

brede for denne gruppen, og det bør nok ikke legges for mye vekt på akkurat dette resultatet. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

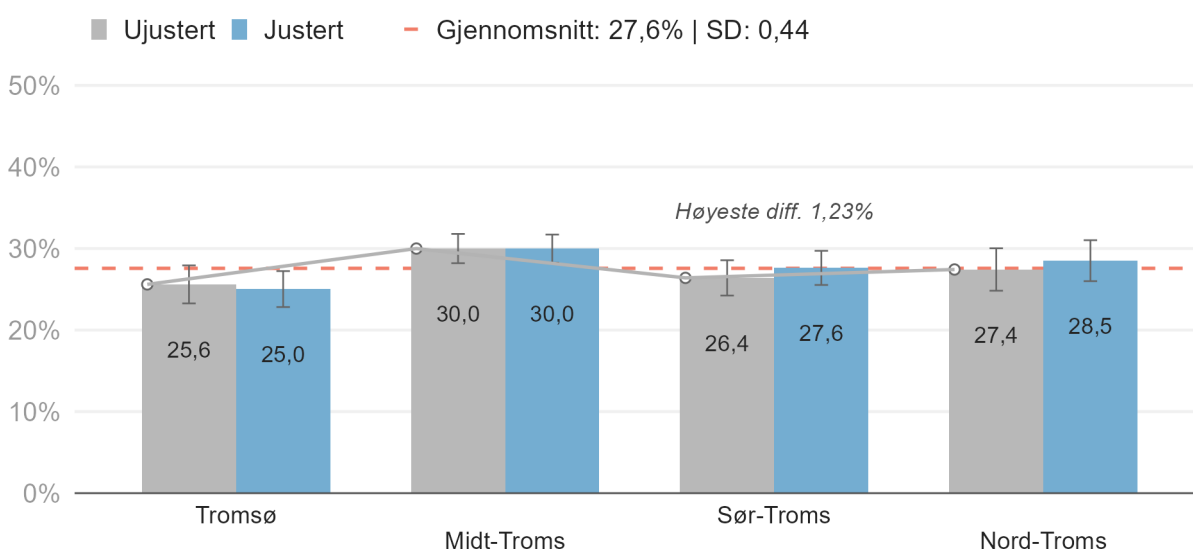
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 10 660 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

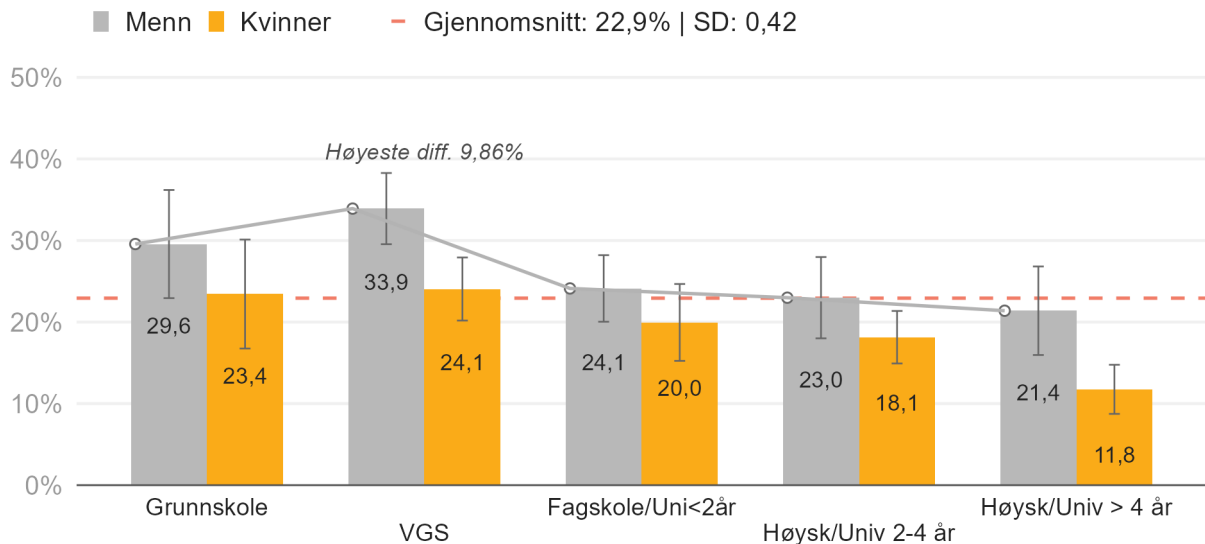
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 660	26,7 %	25,3 – 28,1
Kvinner	5 832	22,3 %	20,6 – 24,0
Menn	4 828	31,0 %	28,8 – 33,2

Figur 93: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Troms (A)



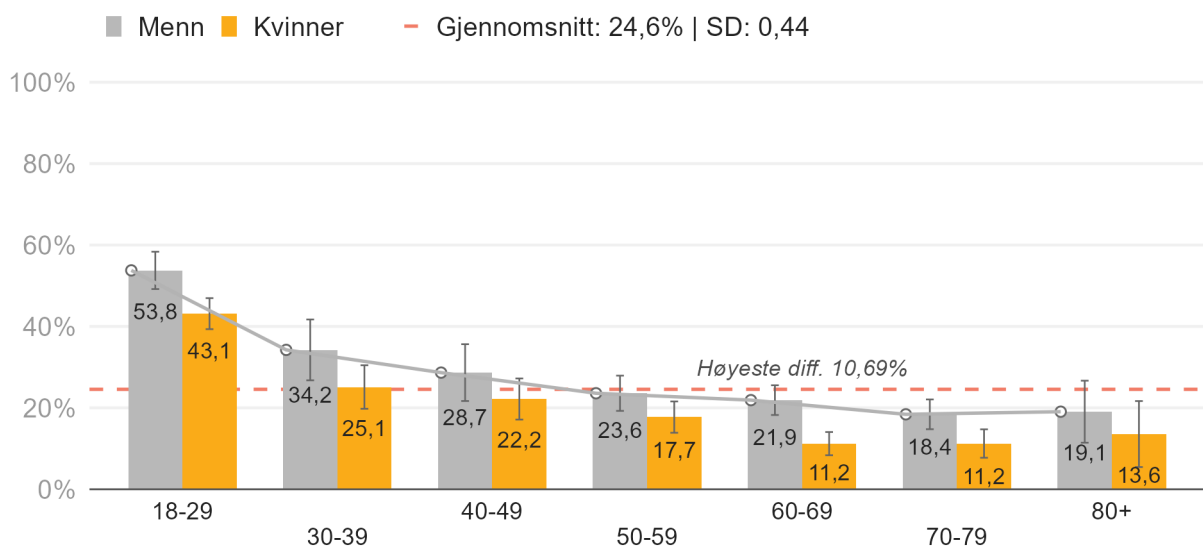
Figur A viser andelen som rapporterer å drikke sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest andel, mens Tromsø har lavest, med en forskjell på 5,0 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,11, noe som indikerer en liten forskjell. Samlet sett antyder funnene at inntak av sukkerholdig drikke ikke varierer særlig mye mellom regionene.

Figur 94: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som rapporterer å drikke sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med videregående skole høyest andel, mens de med universitets- eller høyskoleutdanning over 4 år har lavest. Blant menn er mønsteret likt. For kvinner tilsvarer differansen mellom gruppene med høyest og lavest en Cohen's h på 0,33, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,28 mellom høyeste og laveste, noe som også viser en middels forskjell. Generelt ser det ut til å være en sammenheng mellom utdanning og hyppig inntak av sukkerholdig drikke, der de med lavere utdanningsnivå har hyppigst inntak. Mønsteret er generelt likt for kvinner og menn. Menn har likevel en noe høyere andelen som rapporterer å drikke sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken enn kvinner, og dette er tydeligst blant dem med videregående skole som høyeste fullførte utdanning.

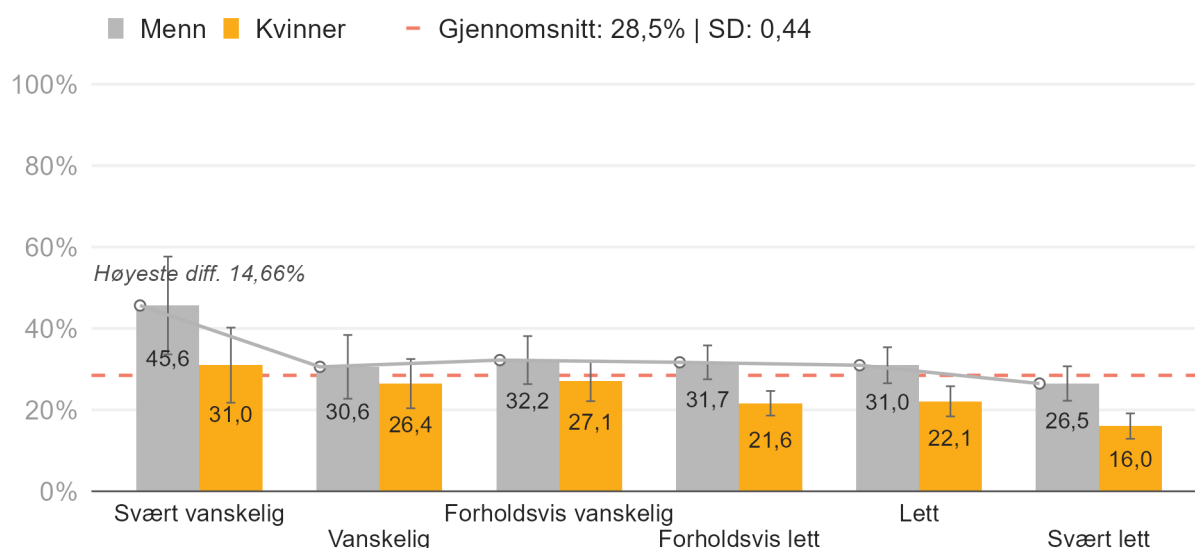
Figur 95: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som rapporterer å drikke sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i aldersgruppen 60–69 år. Blant menn er andelen

høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i aldersgruppen 70–79 år. For begge tilsvarer differansen en stor forskjell, med Cohen's h på henholdsvis 0,75 for kvinner, og 0,76 for menn. Andelen med høyt inntak av sukkerholdig drikke ser ut til å avta med økende alder for begge kjønn. Blant gruppene 60–69 år og 70–79 år er det mulig å se at andelen som rapporterer å drikke sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken er noe høyere blant menn enn blant kvinner.

Figur 96: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som rapporterer å drikke sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn har de med svært vanskelig husholdningsøkonomi høyest andel, og de med svært lett husholdningsøkonomi lavest. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,36, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,40, som også tilsvarer en middels forskjell. Utover disse forskjellene er det relativt stabil andel med høyt inntak for de forskjellige gruppene, men for kvinner ses en trend i retning lavere andel med bedre husholdningsøkonomi.

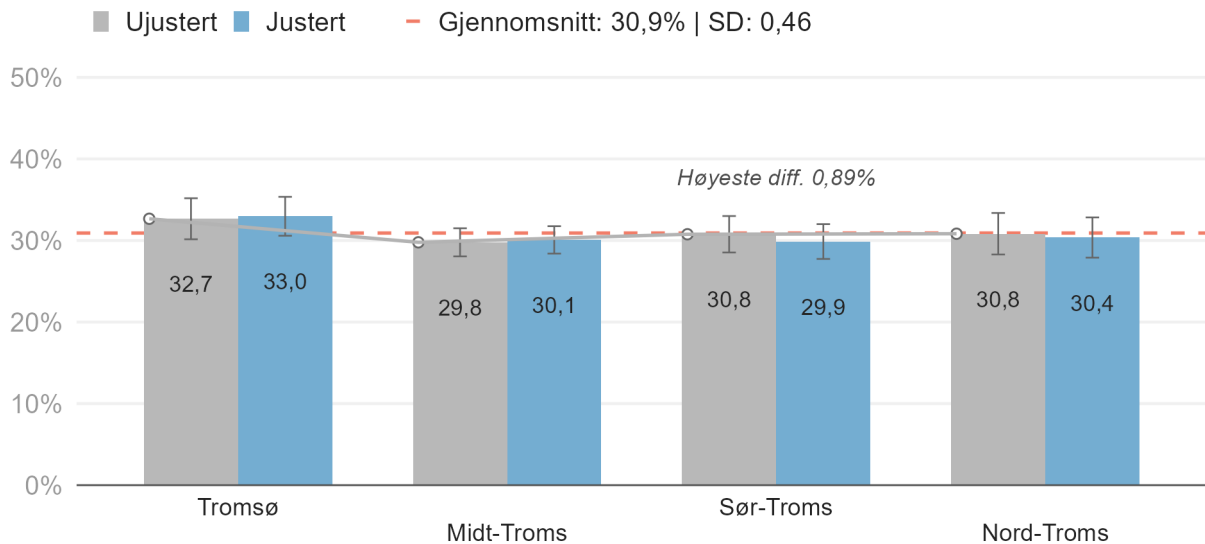
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær

Svarandel: Totalt 10 640 deltakere av 10 686 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir daglig inntak av frukt eller bær

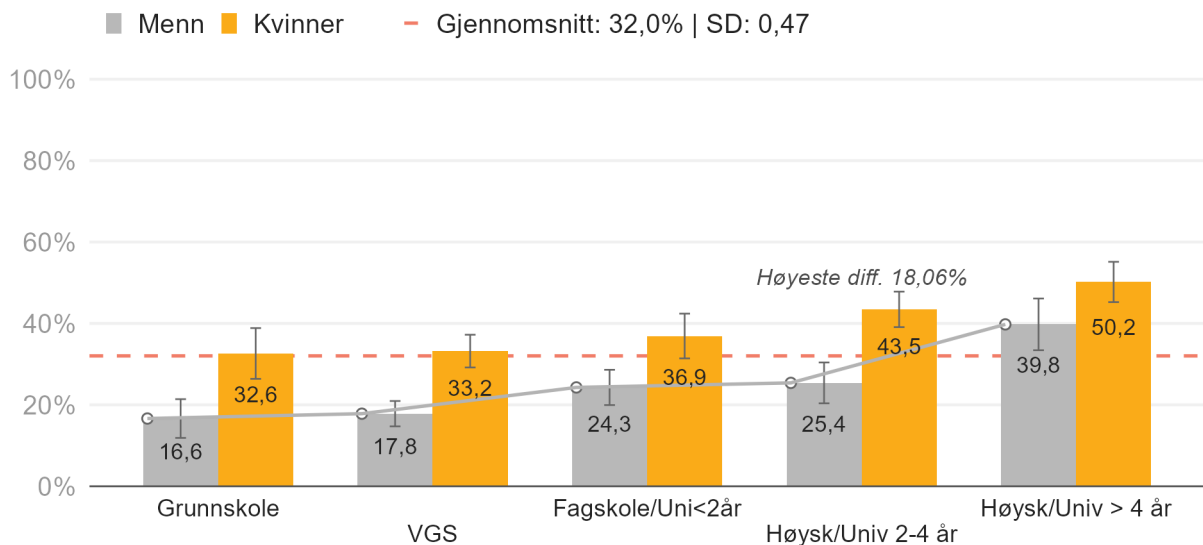
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 640	31,6 %	30,1 – 33,1
Kvinner	5 828	39,3 %	37,3 – 41,4
Menn	4 812	24,0 %	22,0 – 26,1

Figur 97: Daglig inntak av frukt eller bær etter regioner i Troms (A)



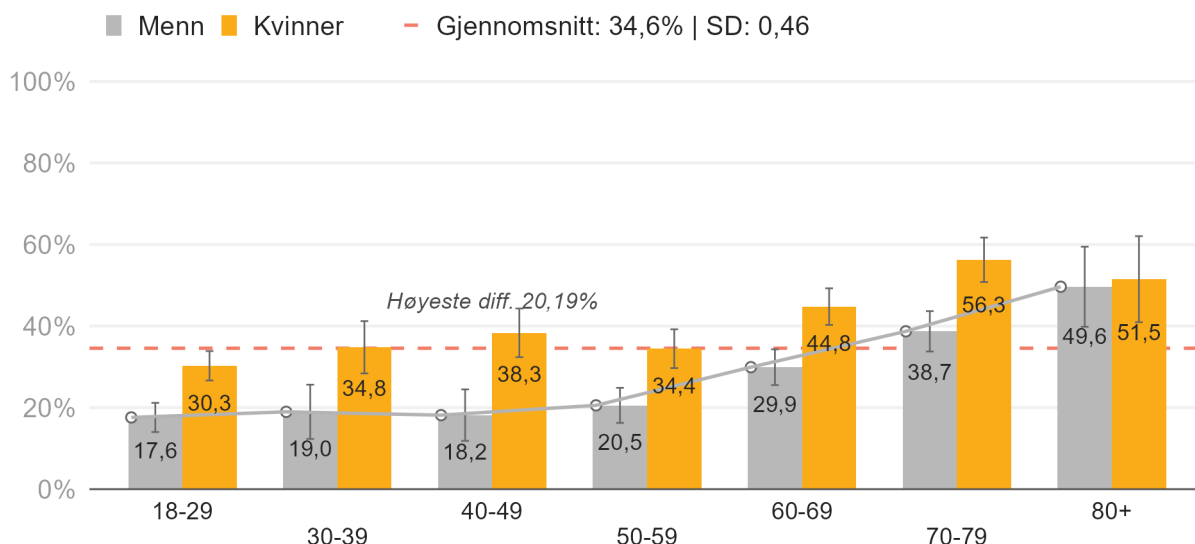
Figur A viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Sør-Troms har lavest, med en forskjell på 3,1 prosentpoeng. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,07, noe som tyder på en ubetydelig forskjell. Dermed er det lite regionale forskjeller.

Figur 98: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og utdanningsnivå (B)



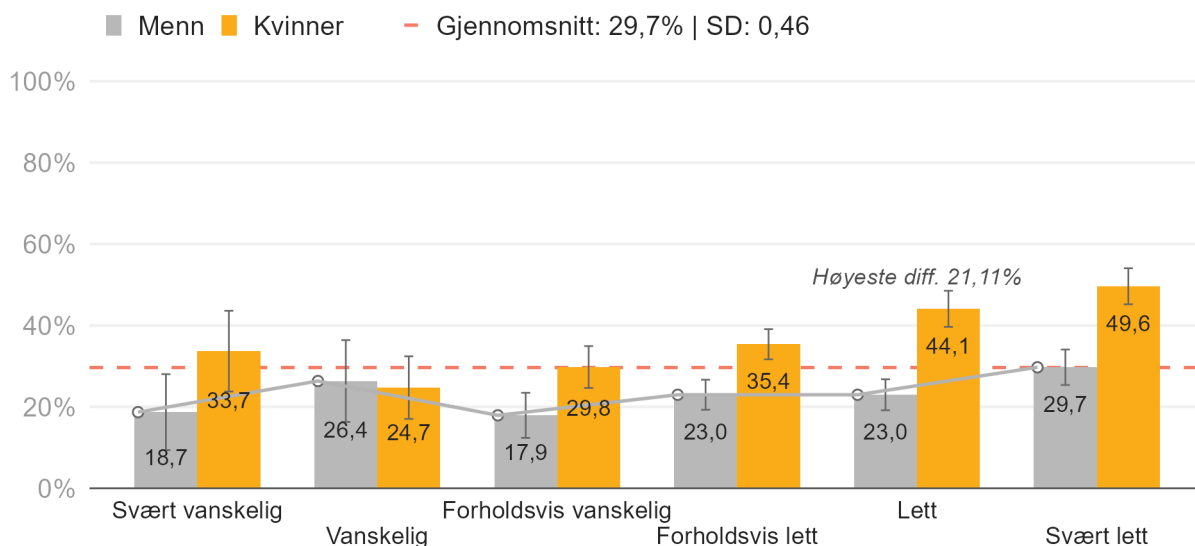
Figur B viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest hos dem med universitetsutdanning over fire år og lavest hos dem med grunnskole. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,36, som indikerer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest hos dem med universitetsutdanning over fire år og lavest hos dem med grunnskole. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,52, som tyder på en stor forskjell. Generelt er det en tydelig sammenheng mellom høyere utdanningsnivå og høyere andel med daglig fruktinntak. I de fleste utdanningsgruppene (med unntak av gruppen universitetsutdanning over fire år) er andelen som spiser frukt eller bær daglig høyere blant kvinner enn menn.

Figur 99: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 den høyeste andelen, mens 18–29 har den laveste. Blant menn har aldersgruppen 80+ høyest andel, mens 18–29 har lavest. For kvinner er Cohen's h 0,53, mens for menn er den 0,70, og begge tilsvarer en stor forskjell. Det er en tydelig trend i retning mot at eldre aldersgrupper rapporterer hyppigere daglig inntak av frukt eller bær enn yngre. I de fleste aldersgrupper (med unntak av 80+) er andelen som spiser frukt eller bær daglig høyere blant kvinner enn menn.

Figur 100: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som har svært lett husholdningsøkonomi, og lavest blant dem som har vanskelig husholdningsøkonomi. For kvinner tilsvarer denne forskjellen en Cohen's h på 0,52, noe som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest blant dem som har svært lett husholdningsøkonomi, og lavest blant dem som har forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi. For menn utgjør forskjellen en Cohen's h på 0,28, noe som indikerer en middels forskjell. Samlet sett er det en tendens til at daglig fruktinntak

øker med bedre husholdningsøkonomi. For gruppene med best økonomi er det også mulig å se at flere kvinner enn menn spiser frukt eller bær daglig.

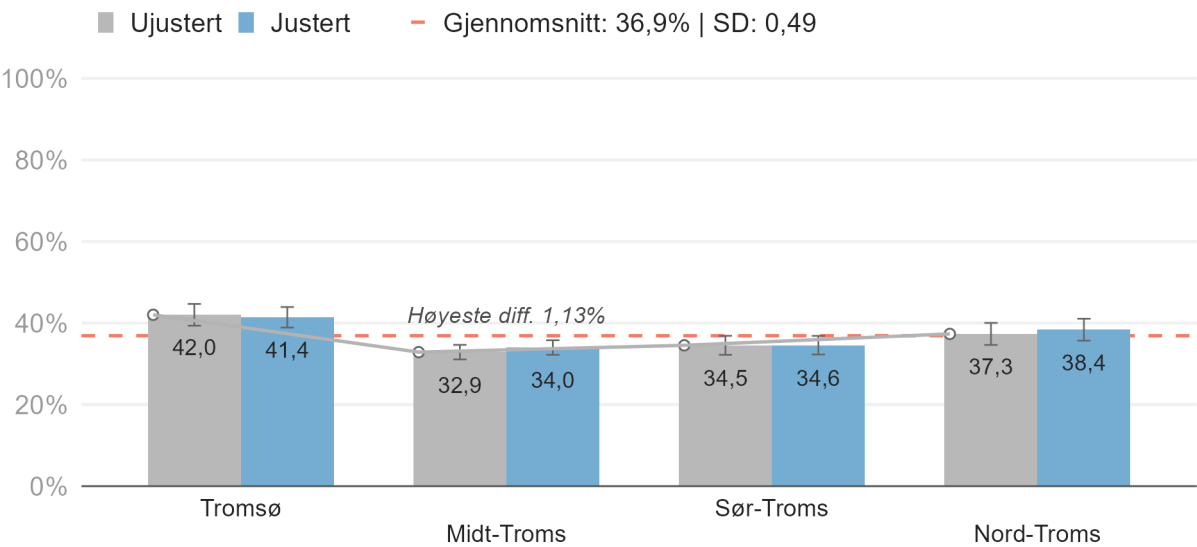
3.30 Daglig inntak av grønnsaker

Svarandel: Totalt 10 633 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir daglig inntak av grønnsaker

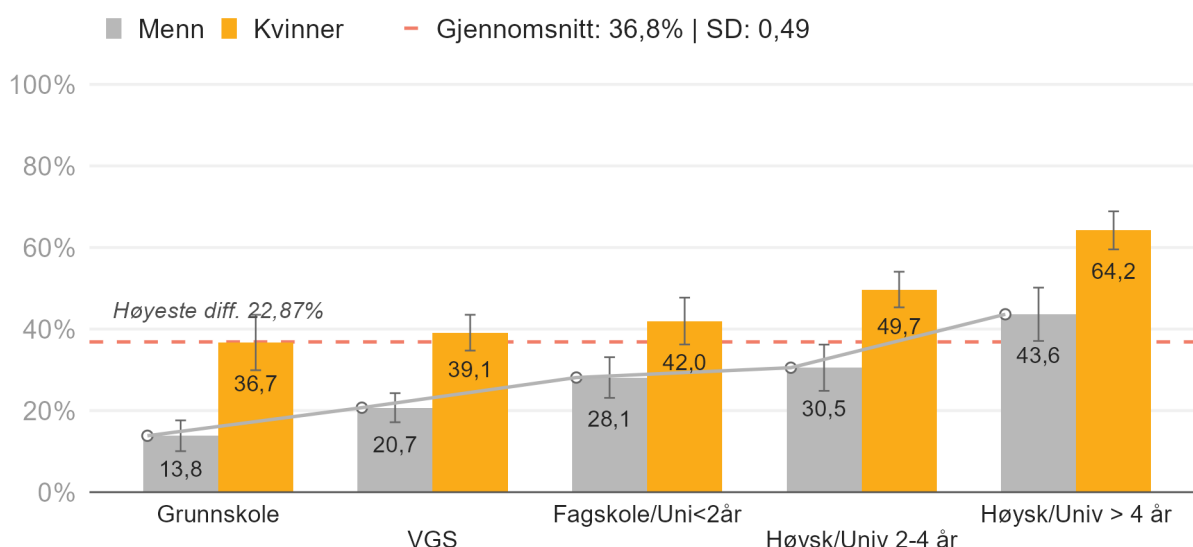
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 633	38,4 %	36,9 – 40,0
Kvinner	5 825	48,5 %	46,4 – 50,6
Menn	4 808	28,6 %	26,4 – 30,8

Figur 101: Daglig inntak av grønnsaker etter regioner i Troms (A)



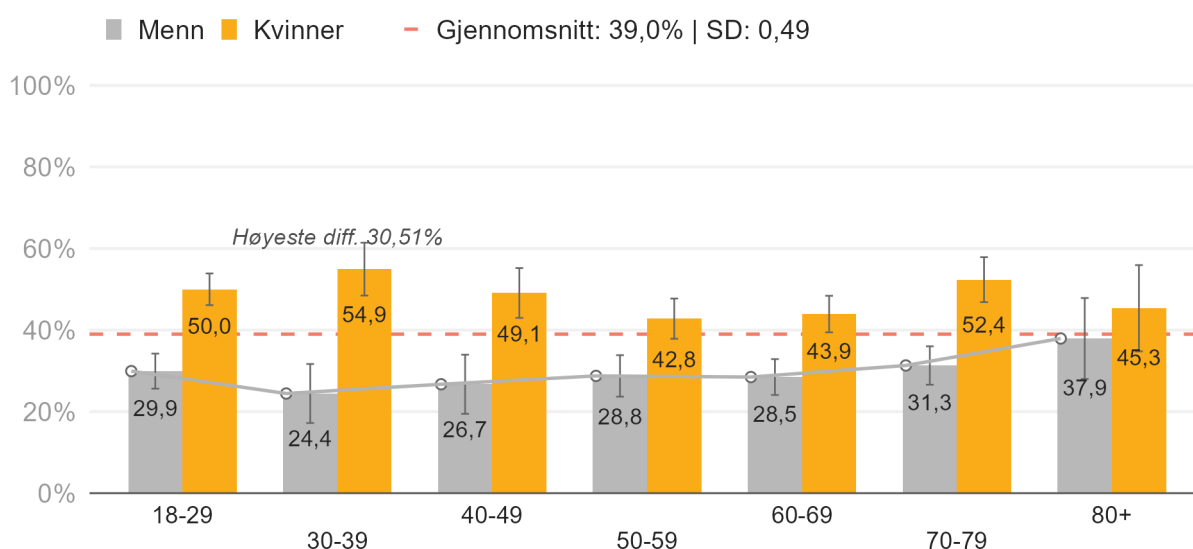
Figur A viser andelen som spiser grønnsaker daglig, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, mens Midt-Troms har lavest. Differansen er på 7,4 prosentpoeng, som tilsvarer en Cohen's h på 0,15, noe som indikerer en liten forskjell. Samlet sett ligger Tromsø noe høyere på daglig inntak av grønnsaker enn Midt-Troms og de andre regionene.

Figur 102: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som spiser grønnsaker daglig, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med universitets- eller høyskoleutdanning på over fire år høyest verdi, og de med grunnskole lavest. Blant menn ser vi det samme mønsteret. For kvinner tilsvare differansen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,56, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h 0,68 mellom høyeste og laveste, som også tyder på en stor forskjell. Det er en tydelig sammenheng mellom inntak av grønnsaker og utdanningsnivå, der andelen med daglig inntak av grønnsaker øker jevnt med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Uavhengig av utdanningsnivå så er det flere kvinner enn menn som spiser grønnsaker daglig.

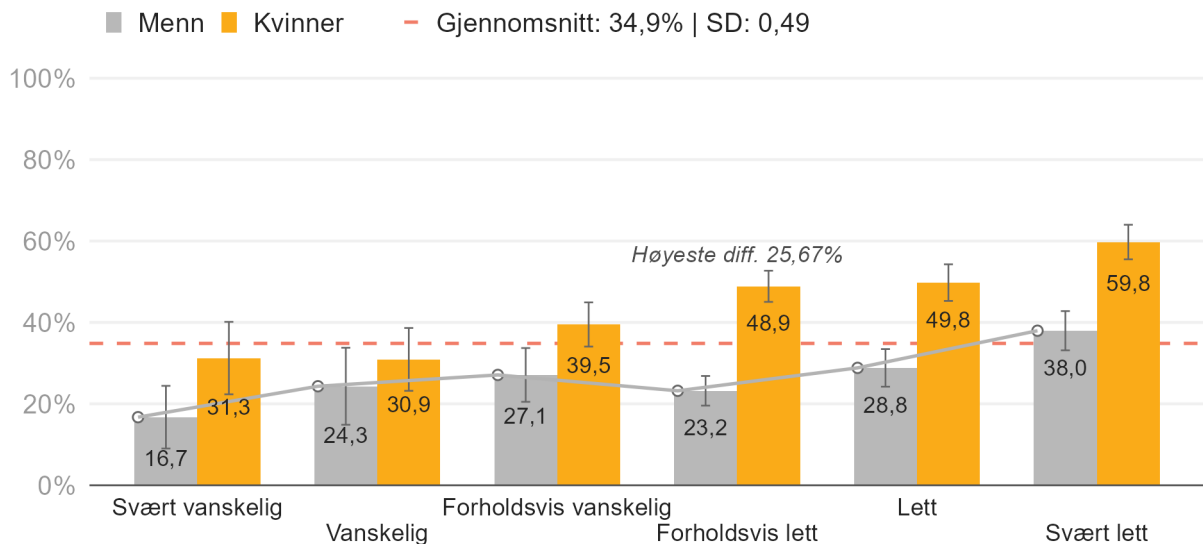
Figur 103: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som spiser grønnsaker daglig, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 og lavest i 50–59. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 80+ og lavest i 30–39. Forskjellen mellom høyeste og laveste for kvinner tilsvare en Cohen's h på 0,24, som indikerer en liten forskjell. Forskjellen mellom høyeste og laveste for menn tilsvare en Cohen's h på 0,29, som indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk

signifikante. Samlet sett viser tallene at det er små til middels variasjoner i inntaket på tvers av aldersgruppene. Det er tydelige kjønnsforskjeller der menn har lavere andel som daglig spiser grønnsaker sammenlignet med kvinner (med unntak av i den eldste aldersgruppen).

Figur 104: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser grønnsaker daglig, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest hos dem som sier at husholdningsøkonomien er svært lett, og lavest hos dem som oppgir at den er vanskelig. Differansen tilsvare en Cohen's h på 0,59, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest hos dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett, og lavest i gruppen som har det svært vanskelig. Differansen tilsvare en Cohen's h på 0,49, som indikerer en middels forskjell. Totalt sett er det en trend, spesielt for kvinner, i retning høyere andel med daglig inntak jo bedre husholdningsøkonomi. Forskjellen mellom kjønnene, der andelen er størst blant kvinner, er tydeligst blant de som har bedre vurdering av husholdningsøkonomien.

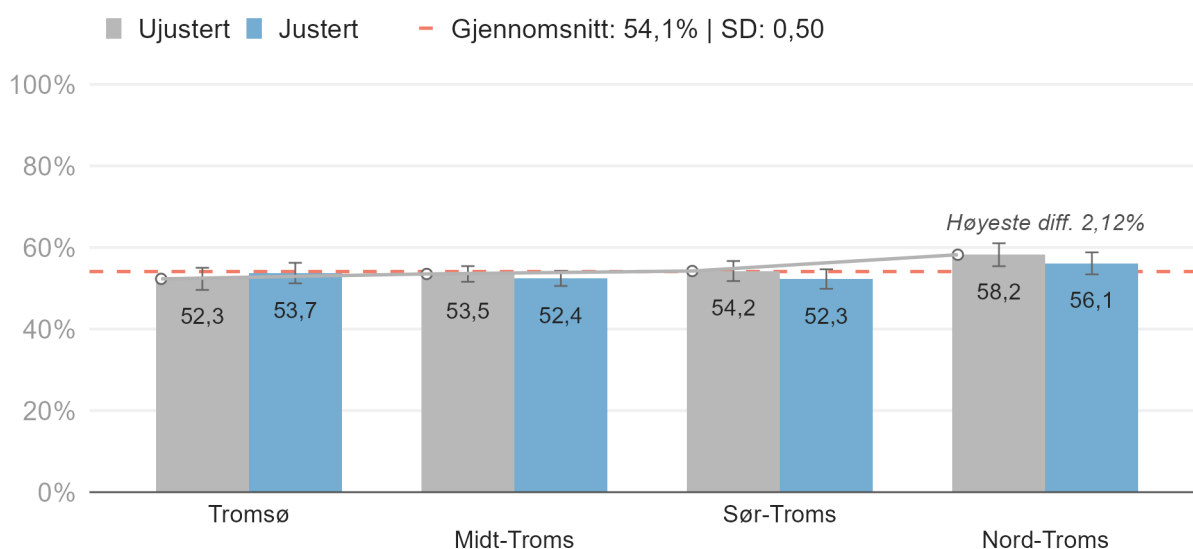
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 10 654 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

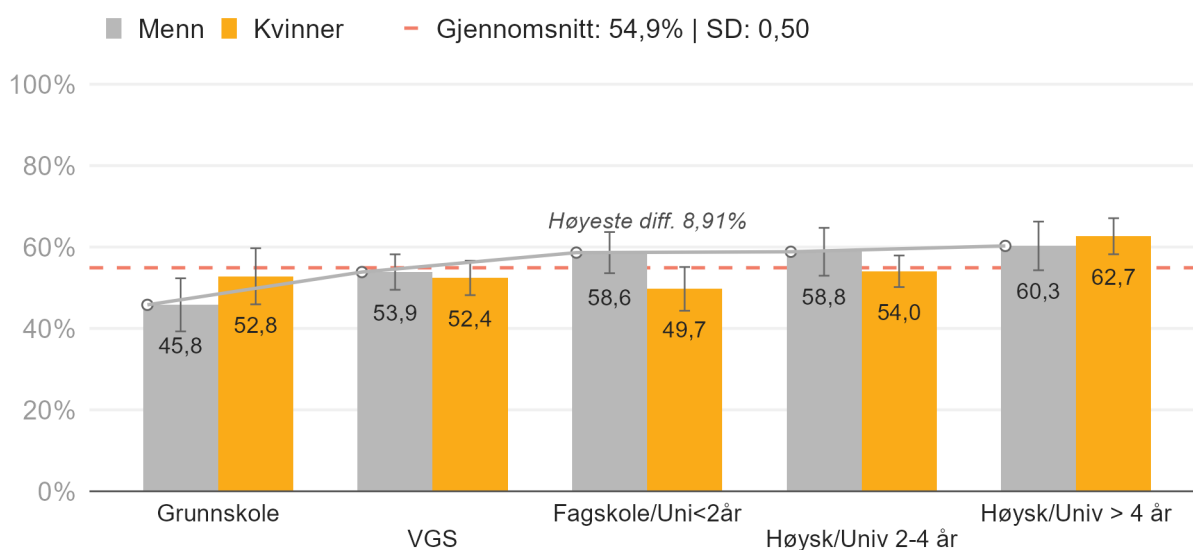
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 654	53,3 %	51,7 – 54,9
Kvinner	5 832	52,8 %	50,7 – 54,9
Menn	4 822	53,8 %	51,4 – 56,2

Figur 105: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Troms (A)



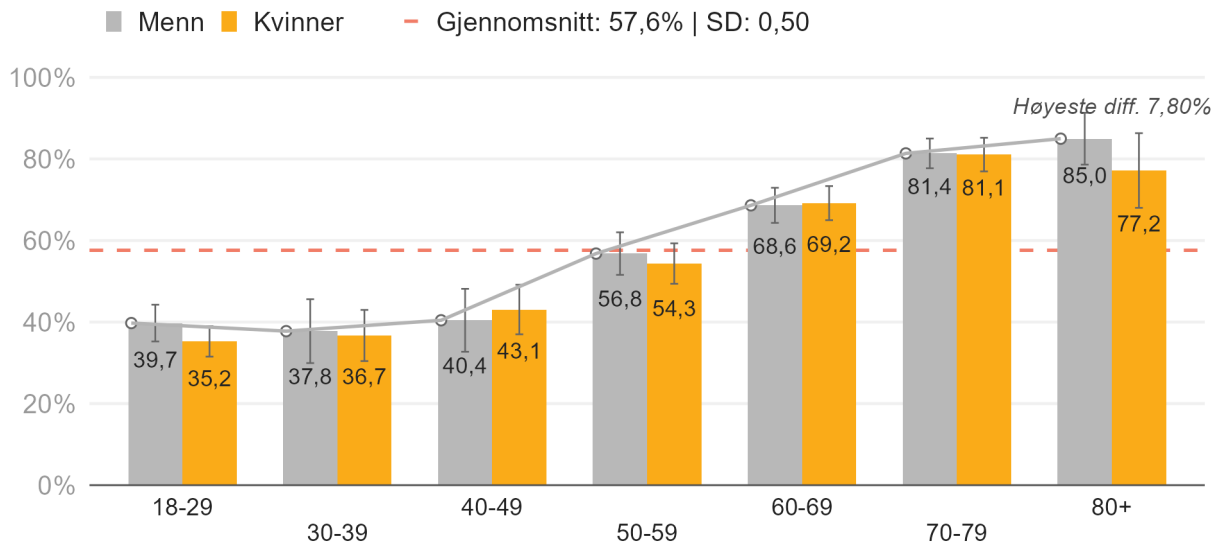
Figur A viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest andel, mens Sør-Troms ligger lavest, med en forskjell på 3,8 prosentpoeng. Cohen's h på 0,08 indikerer en ubetydelig forskjell. Den samlede vurderingen er at forbruket av fisk framstår som nokså likt mellom regionene.

Figur 106: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



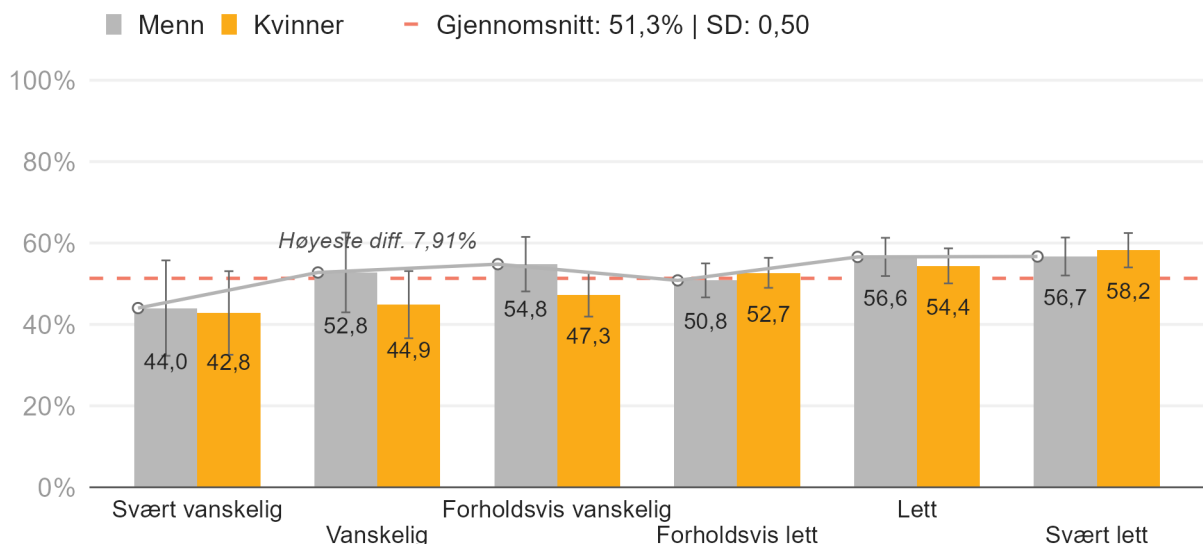
Figur B viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene har de med høyere utdanning på mer enn fire år høyest verdi, mens de med fagskole eller universitets- og høyskoleutdanning på under to år har lavest. Blant menn har de med høyere utdanning på mer enn fire år høyest verdi, mens de med bare grunnskole har lavest. For begge kjønn tilsvarer differansen en middels forskjell, med Cohen's h på henholdsvis 0,26 (kvinner) og 0,29 (menn). Det er en gjennomgående tendens til at andelen med hyppig inntak av fisk øker med utdanningsnivå, og det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 107: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 år den høyeste andelen, mens 18–29 år har den laveste. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 80+ år og lavest i 30–39 år. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,97, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h på 1,02, som også tilsvarer en stor forskjell. Totalt sett ser en at de yngre aldersgruppene har lavest andel med høyt inntak av fisk, og inntaket av fisk øker kraftig fra og med aldersgruppen 40–49 år. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 108: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig, og for menn er mønsteret tilsvarende. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,31, mens verdien for menn er 0,25; begge indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk

signifikante. Dette tyder på at husholdningsøkonomien påvirker hvor ofte kvinner spiser fisk. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

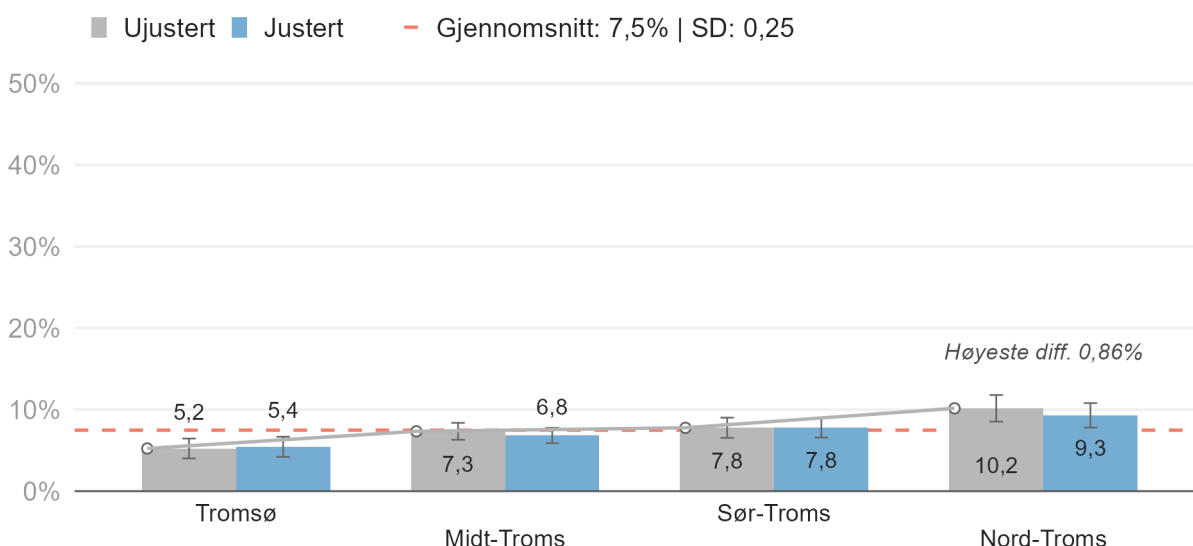
3.32 Daglig røyking

Svarandel: Totalt 10 658 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir daglig røyking

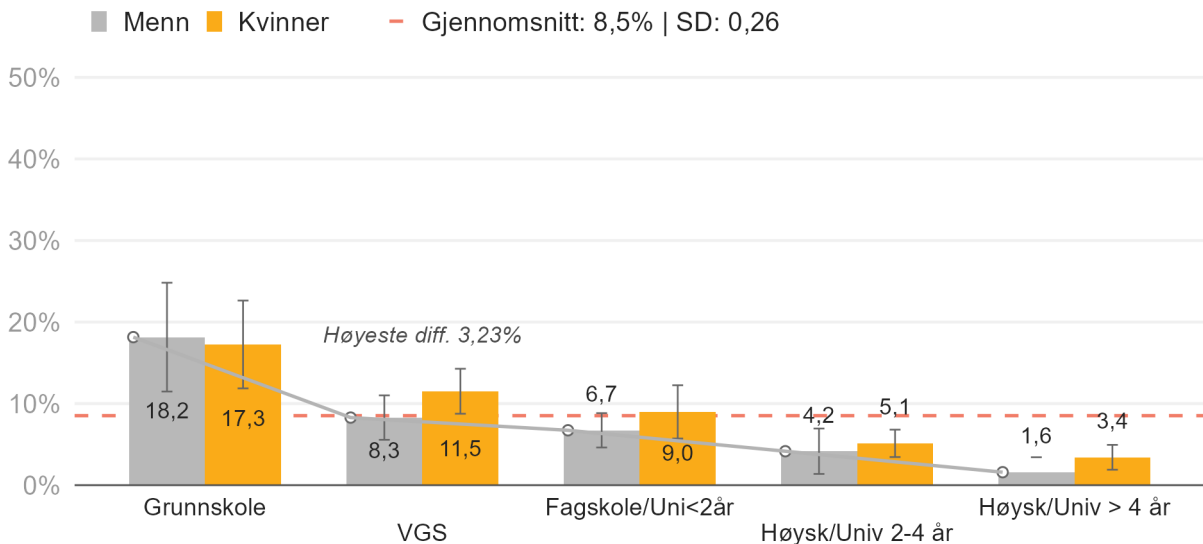
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 658	6,5 %	5,7 – 7,2
Kvinner	5 832	7,0 %	6,0 – 7,9
Menn	4 826	6,0 %	4,8 – 7,1

Figur 109: Daglig røyking etter regioner i Troms (A)



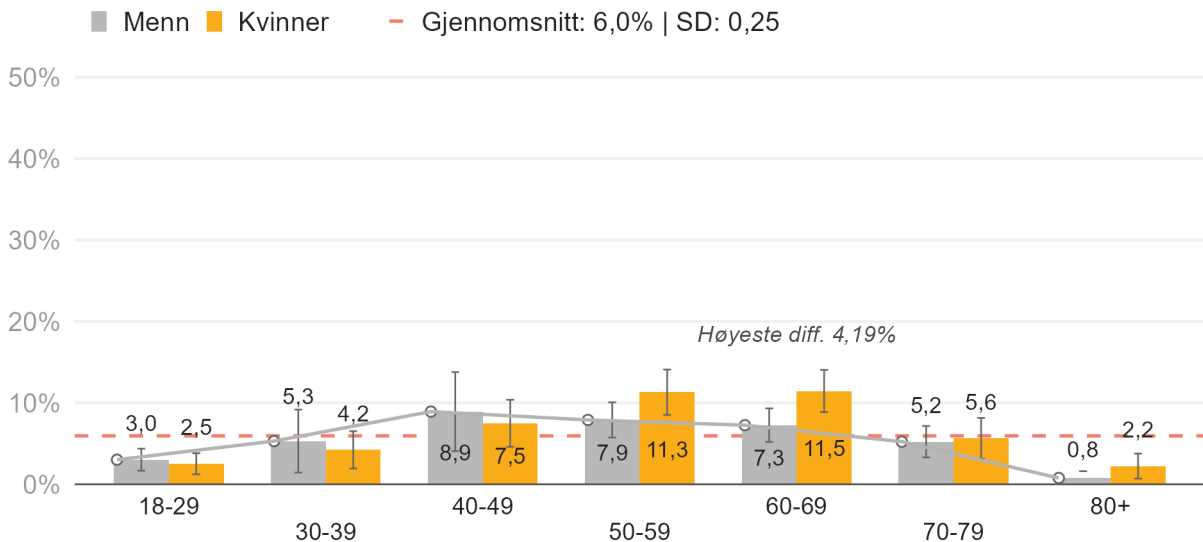
Figur A viser andelen som røyker daglig, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har den høyeste andelen, mens Tromsø har den laveste, med en forskjell på 3,9 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,15, som indikerer en liten forskjell. Totalt sett er det noe regionale variasjoner der Nord-Troms skiller seg litt ut med høyest andel som røyker daglig.

Figur 110: Daglig røyking etter kjønn og utdanningsnivå (B)

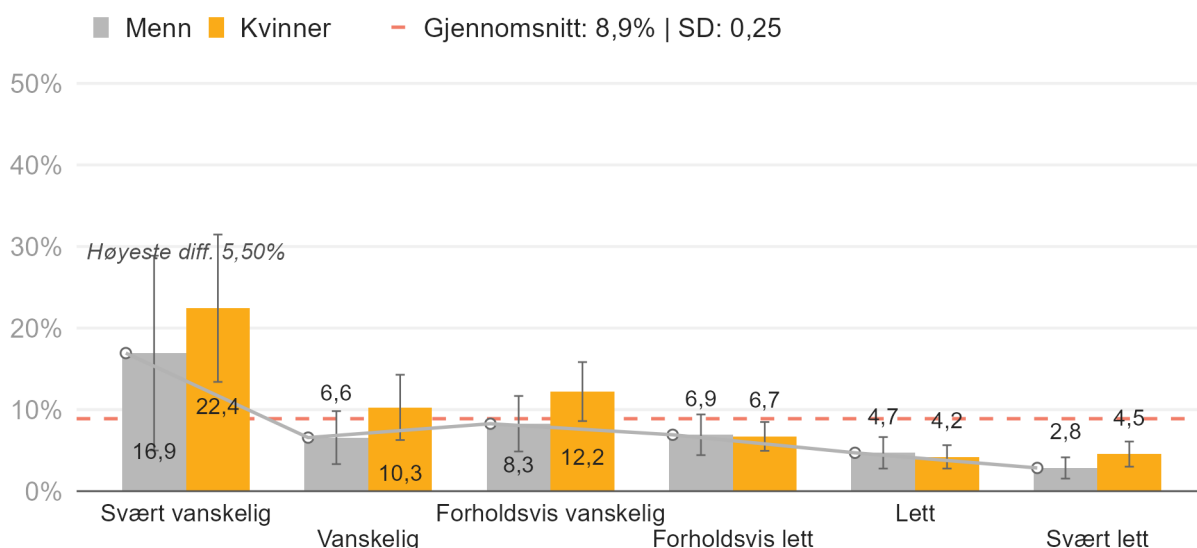


Figur B viser andelen som røyker daglig, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn har de med grunnskole høyest andel, mens de med universitetsutdanning på over fire år har lavest. For kvinner gir differansen mellom disse gruppene en Cohen's h på 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. For menn gir differansen en Cohen's h på 0,63, som regnes som en stor forskjell. Andelen som røyker daglig avtar jevnt med økende utdanningsnivå, og mønsteret er tydelig for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 111: Daglig røyking etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som røyker daglig, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 60–69 år og lavest blant de over 80 år. Differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,39, noe som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40–49 år og lavest blant de over 80 år. Differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,43, noe som også indikerer en middels forskjell. Det overordnede mønsteret er at andelen som røyker daglig øker fra de yngste til de midterste aldersgruppene, for deretter å synke med stigende alder. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 112: Daglig røyking etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som røyker daglig, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har Svært vanskelig høyest andel, mens Lett har lavest. Blant menn har Svært vanskelig høyest andel, mens Svært lett har lavest. For kvinner tilsvarer differansen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,57, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h på 0,51, som også tilsvarer en stor forskjell. Dette understreker at husholdningsøkonomien henger tett sammen med røykevaner hos begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

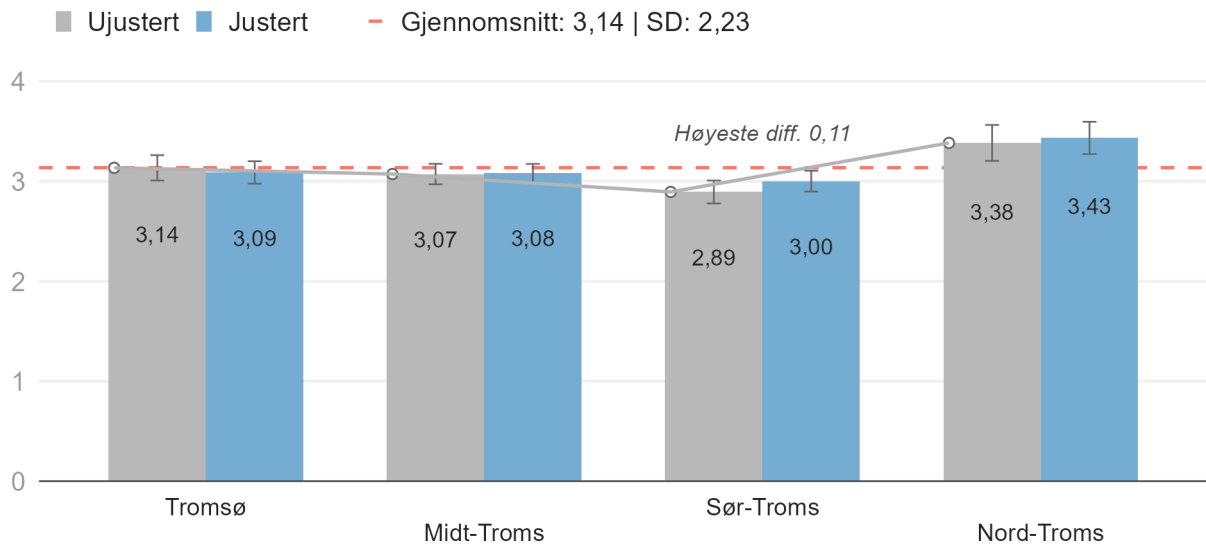
3.33 Alkoholenheter per gang

Svarandel: Totalt 9 209 deltakere av 10 686 (86,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag

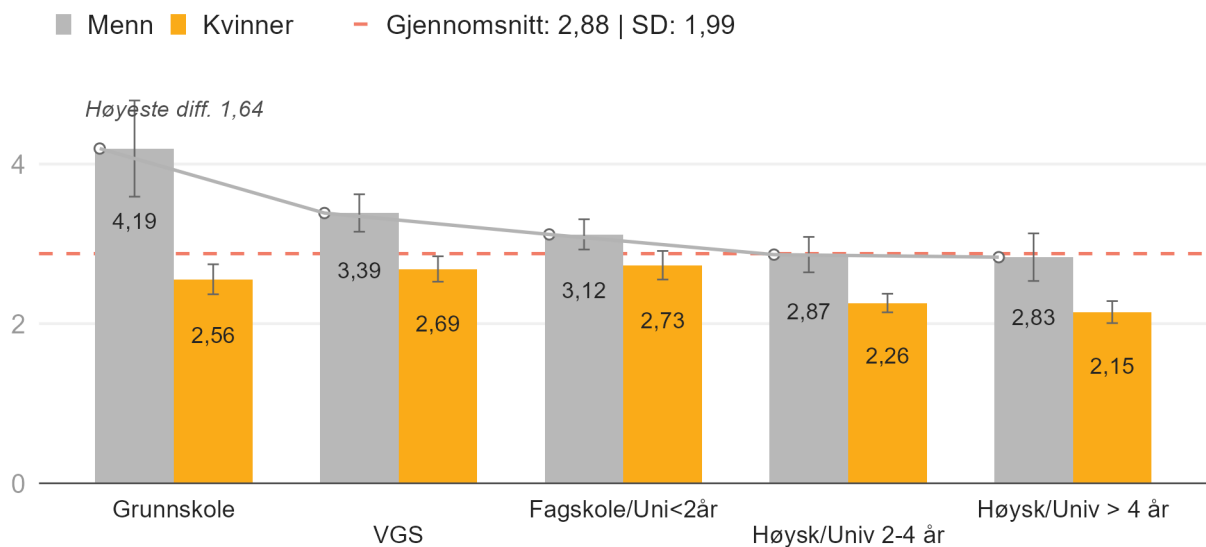
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	9 209	3,09	3,01 – 3,17
Kvinner	4 948	2,69	2,62 – 2,77
Menn	4 261	3,46	3,34 – 3,59

Figur 113: Alkoholenheter per gang etter regioner i Troms (A)

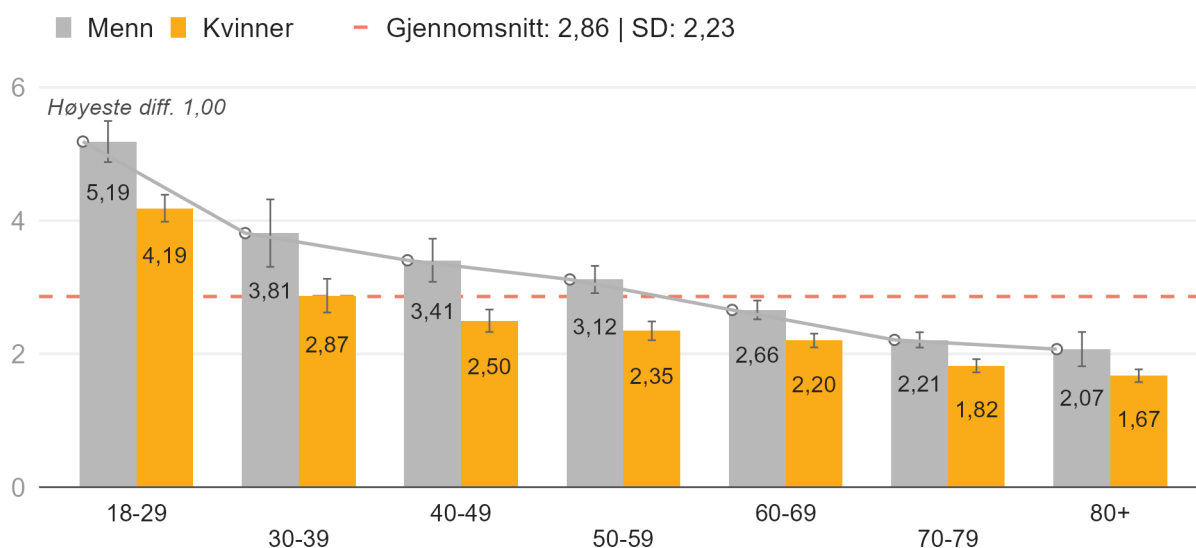


Figur A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest gjennomsnitt, mens Sør-Troms har lavest, med en differanse på 0,43 alkoholenheter. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,19, som tyder på en liten forskjell. Trenden ser ut til å være at forbruket er noe høyere i Nord-Troms enn i de andre regionene.

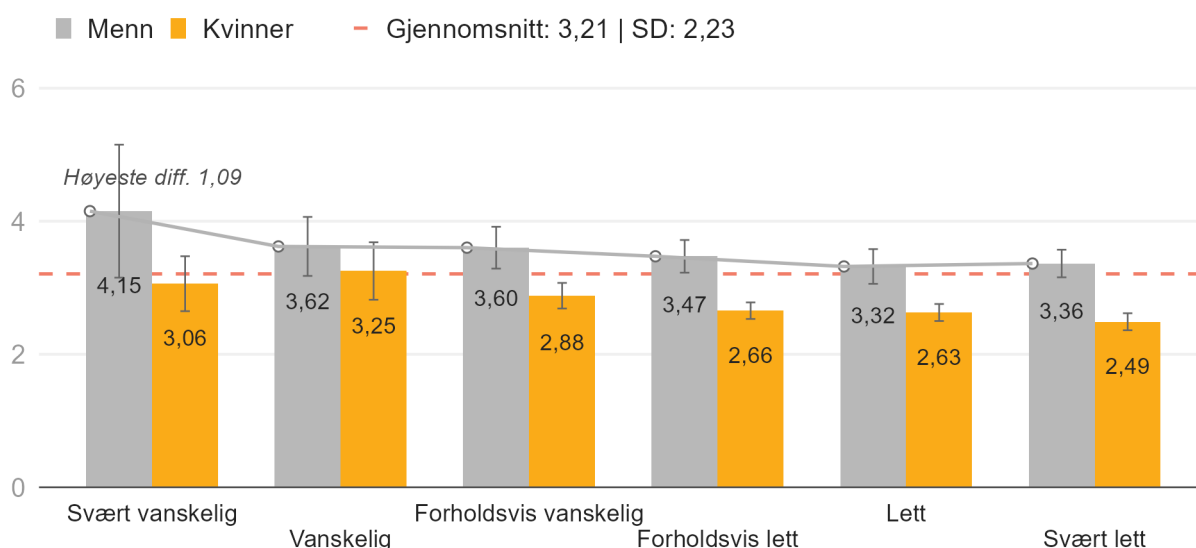
Figur 114: Alkoholenheter per gang etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har fagskole eller universitet under to år høyest verdi og høyskole eller universitet over fire år lavest. Differansen for kvinner tilsvarer en Cohen's d på 0,30, noe som tyder på en middels forskjell. Blant menn har grunnskole høyest verdi og høyskole eller universitet over fire år lavest. Differansen for menn tilsvarer en Cohen's d på 0,68, noe som tyder på en stor forskjell. Totalt sett ser man en tendens, spesielt for menn, til at høyere utdanningsnivå henger sammen med lavere antall alkoholenheter per drikkedag. For de fleste utdanningsnivå er det også klare kjønnsforskjeller i favør av at kvinner har et lavere gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, sammenlignet med menn.

Figur 115: Alkoholenheter per gang etter kjønn og alder (C)

Figur C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, etter kjønn og alder. Blant kvinner drikker 18–29-åringene mest, mens 80+ drikker minst. For menn ser vi samme mønster. Blant kvinner utgjør denne forskjellen en Cohen's d på 1,12, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er tilsvarende Cohen's d på 1,40, som også regnes som stor forskjell. Gjennomgående drikker menn mer per gang i alle aldersgrupper. Det er også en tydelig trend, for begge kjønn, der antall alkoholenheter per drikkedag avtar med økende alder.

Figur 116: Alkoholenheter per gang etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har de som rapporterer vanskelig husholdningsøkonomi høyest antall og de i gruppen "Svært lett" lavest. Differansen tilsvarer en Cohen's d på 0,34, som indikerer en middels forskjell. Blant menn har de med svært vanskelig husholdningsøkonomi høyest antall og de i gruppen "Lett" lavest. Differansen tilsvarer en Cohen's d på 0,37, som også indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper

konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. Totalt ser vi at jo vanskeligere husholdningsøkonomien oppleves, desto høyere er det typiske antall alkoholenheter per drikkedag. I gruppene med best økonomi er det også klare kjønnsforskjeller, der menn viser høyere gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag sammenlignet med kvinner.

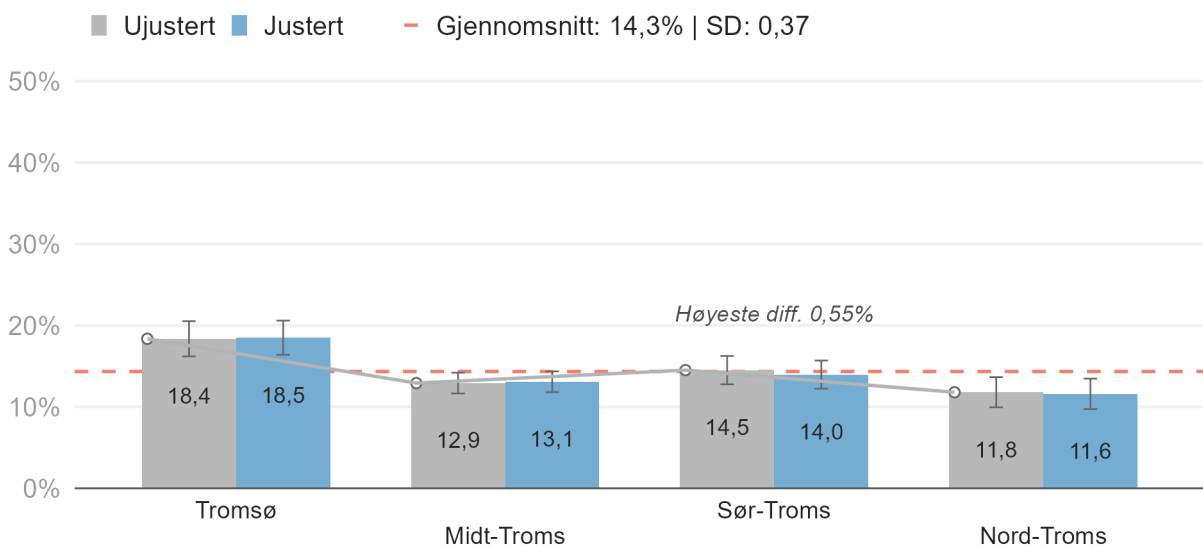
3.34 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Svarandel: Totalt 10 637 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

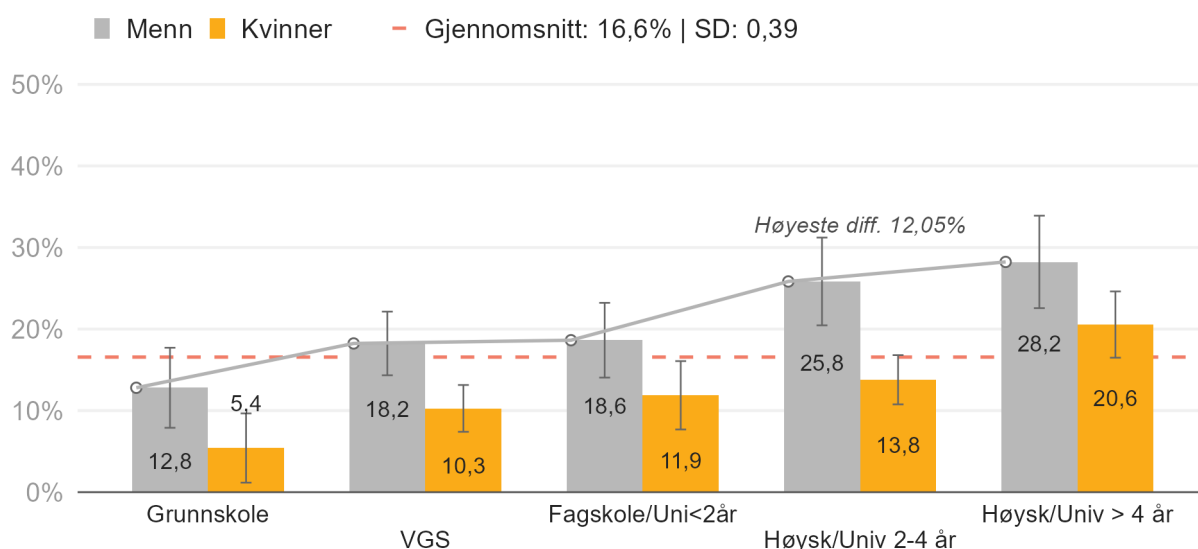
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 637	16,1 %	14,9 – 17,4
Kvinner	5 822	12,5 %	11,0 – 14,0
Menn	4 815	19,7 %	17,7 – 21,7

Figur 117: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Troms (A)



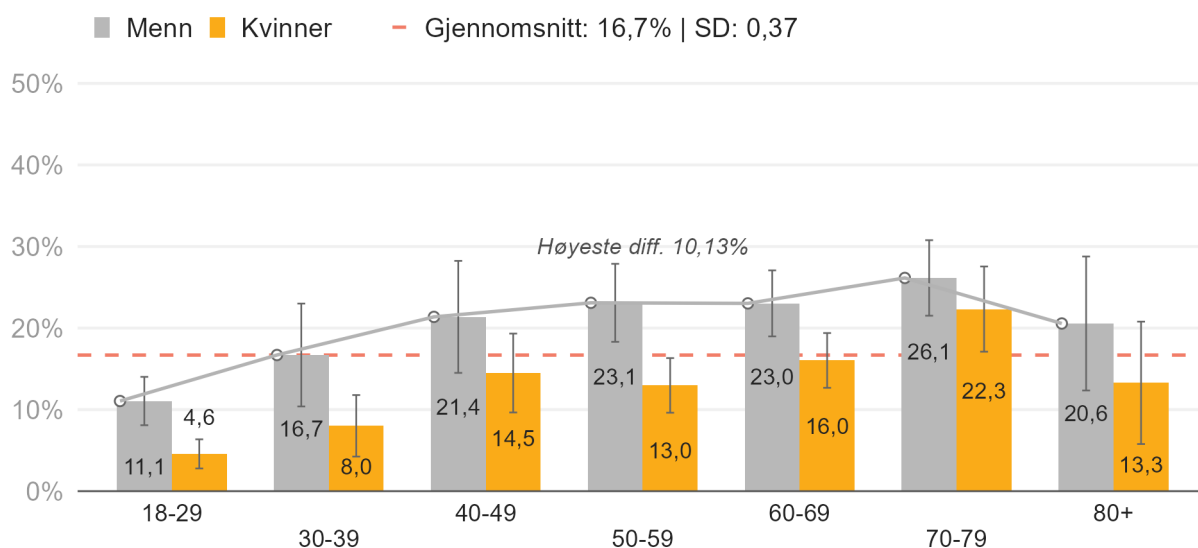
Figur A viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at andelen er høyest i Tromsø og lavest i Nord-Troms, med en differanse på 6,9 prosentpoeng. Denne forskjellen har en Cohen's h på 0,19, noe som indikerer en liten forskjell. Totalt sett skiller Tromsø seg noe ut med høyere andel som rapporterer hyppig alkoholbruk, mens de andre regionene har relativt like nivåer.

Figur 118: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest i gruppen med universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, mens gruppen med grunnskoleutdanning har lavest andel. Forskjellen mellom høyeste og laveste utdanningsnivå for kvinner tilsvarer en Cohen's h på 0,47, som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,39, som også indikerer en middels forskjell. Andelen som drikker alkohol flere ganger i uken ser generelt ut til å øke med høyere utdanning for begge kjønn. For et par av utdanningskategoriene er det også signifikante kjønnsforskjeller, der flere menn enn kvinner rapporterer å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere.

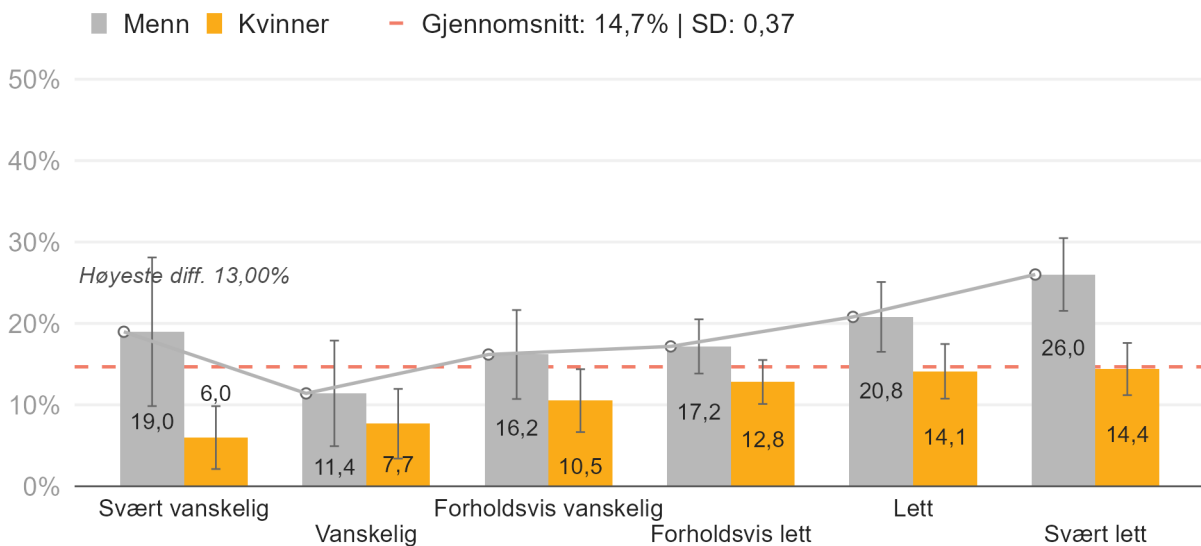
Figur 119: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79 og lavest i 18–29. For menn er mønsteret det samme. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,55, som indikerer en stor forskjell. For menn gir differansen en Cohen's h på 0,40, som indikerer en middels forskjell. For begge kjønn er andelen som drikker flere ganger relativt stabil for de midterste aldersgruppene, men samlet sett stiger andelen med

økende alder opp til aldersgruppen 70–79. Det er mulig å se et mønster der flere menn enn kvinner drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, selv om dette kun er statistisk signifikant for aldersgruppene 18-29 og 50-59.

Figur 120: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest i gruppen som opplever den som vanskelig. Differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,28 for kvinner, og 0,38 for menn, begge indikerer en middels forskjell. Disse funnene tyder på at bedre husholdningsøkonomi henger sammen med høyere andel som drikker alkohol hyppig. Forskjellen mellom kjønn er gjennomgående til stede i alle økonomiske grupper, der menn rapporterer hyppigere inntak enn kvinner. Den er imidlertid kun statistisk signifikant for yttergruppene av hvordan en vurderer husholdningsøkonomien.

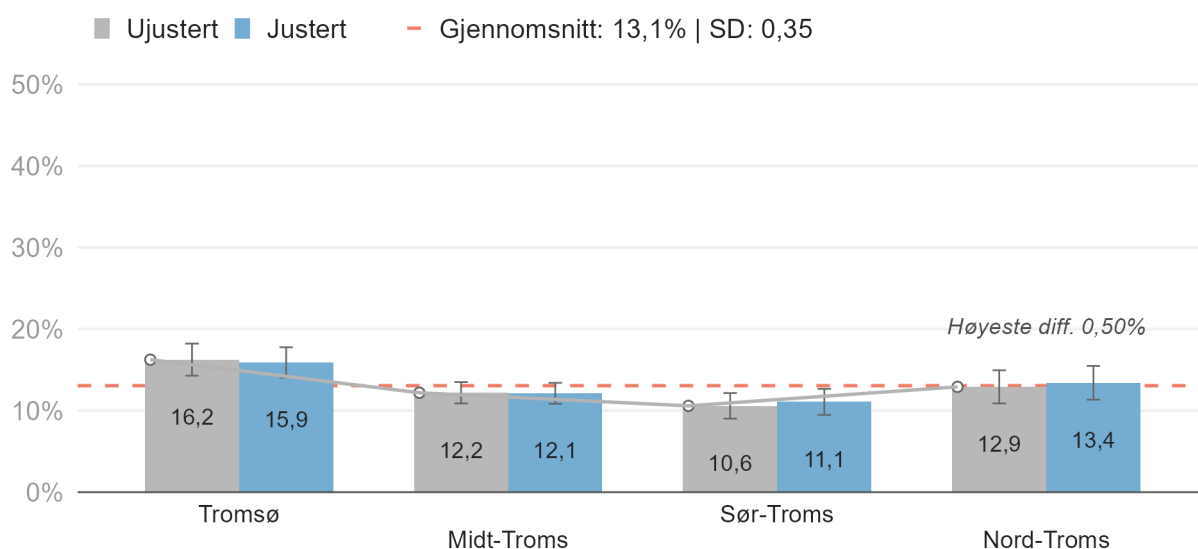
3.35 Episodisk høyt alkoholforbruk

Svarandel: Totalt 10 574 deltakere av 10 686 (99,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned

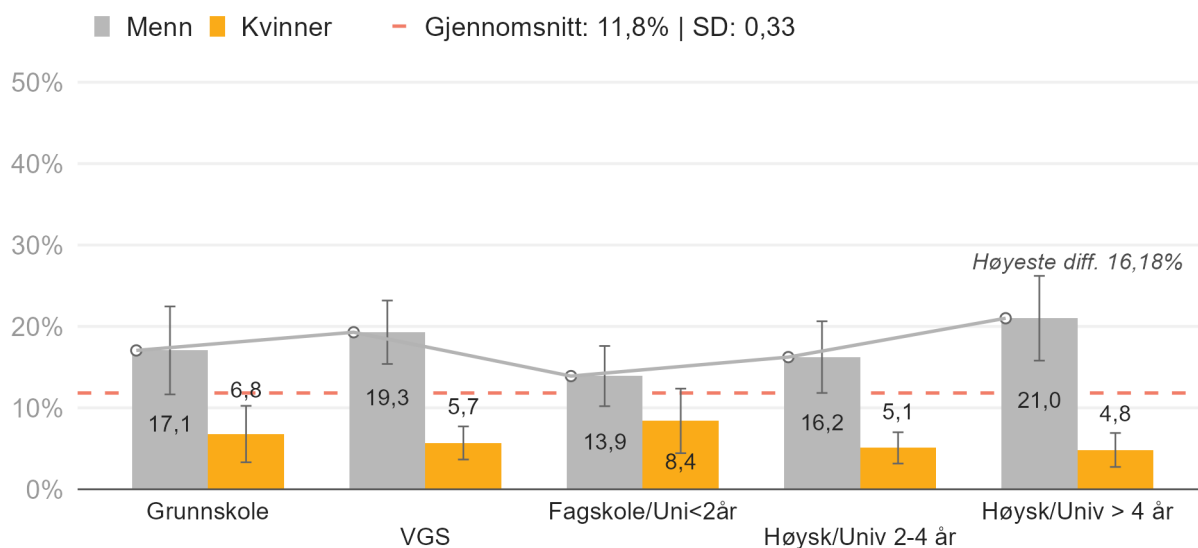
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 574	14,1 %	13,0 – 15,2
Kvinner	5 794	8,0 %	6,9 – 9,1
Menn	4 780	20,0 %	18,1 – 22,0

Figur 121: Episodisk høyt alkoholforbruk etter regioner i Troms (A)



Figur A viser andelen som drikker 6 alkoholenheter eller mer minst én gang per måned, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest andel, og Sør-Troms lavest, med en forskjell på 4,8 prosentpoeng. Denne differansen tilsvarer en Cohen's h på 0,14, som indikerer en liten forskjell. De øvrige regionene ligger nokså tett, og det samlede bildet tyder på at episodisk høyt alkoholkonsum varierer lite på tvers av regionene i Troms. Tromsø skiller seg likevel litt ut med høyest andel.

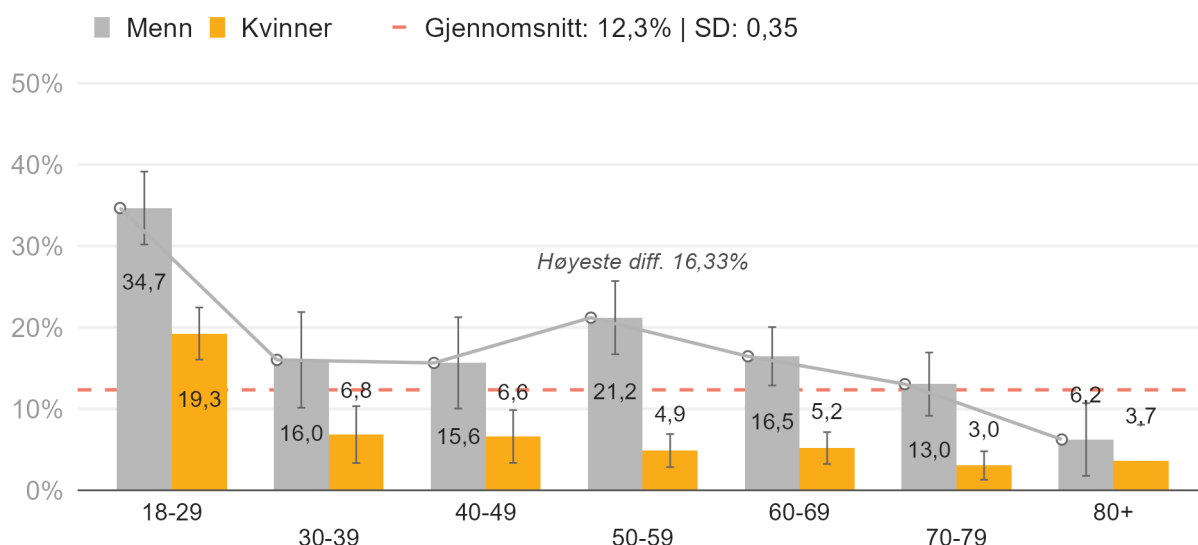
Figur 122: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som drikker 6 alkoholenheter eller mer minst én gang per måned, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med fagskole eller universitetsutdanning under to år høyest verdi, mens de med universitetsutdanning over fire år har lavest. Blant menn er bildet motsatt: de med universitetsutdanning over fire år har høyest verdi, mens de med fagskole eller universitetsutdanning under to år har lavest. For kvinner utgjør differansen en Cohen's h på 0,15, noe som indikerer en liten forskjell. For menn er Cohen's h på 0,19, som også tyder på en liten forskjell. Generelt er det lite variasjon i andel med episodisk høyt alkoholforbruk for de ulike

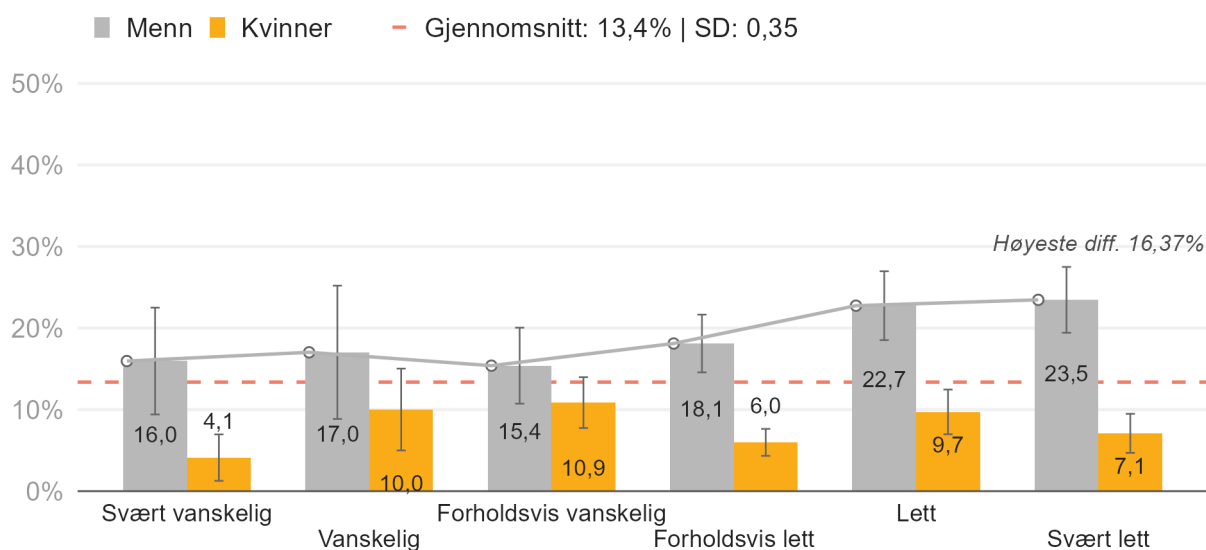
utdanningsgruppene. Det er imidlertid klare kjønnsforskjeller, der menn har signifikant høyere andel i de fleste utdanningskategoriene.

Figur 123: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som drikker 6 alkoholenheter eller mer minst én gang per måned, etter kjønn og alder. Blant kvinner er forbruket høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i 70–79 år. Blant menn er forbruket høyest i 18–29 år og lavest i 80 år eller eldre. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,56, som viser en stor forskjell, mens menn har en Cohen's h på 0,75, som også tyder på en stor forskjell. Den yngste aldersgruppen skiller seg klart ut med høyere andel med episodisk høyt alkoholforbruk for begge kjønn. Det er imidlertid gjennomgående kjønnsforskjeller for de fleste aldersgrupper, der menn har signifikant høyere andel.

Figur 124: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker 6 alkoholenheter eller mer minst én gang per måned, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som forholdsvis vanskelig, og

lavest i gruppen som oppgir at den er svært vanskelig. Blant menn er andelen høyest blant dem som vurderer økonomien som svært lett, og lavest i gruppen som synes den er forholdsvis vanskelig. For kvinner gir differansen en Cohen's h på 0,26, som tilsvarer en middels forskjell. For menn er Cohen's h på 0,21, som indikerer en liten forskjell. Disse resultatene kan tyde på at husholdningsøkonomien har en viss betydning for hyppigheten av episodisk høyt alkoholforbruk, men det er ikke et entydig mønster. Det er imidlertid tydelig at forekomsten av episodisk høyt alkoholforbruk er signifikant høyere blant menn enn kvinner for de fleste økonomiske grupper. Det er også mulig å se en antydning til et mønster der inntaket til kvinner holder seg stabilt eller reduseres noe fra Forholdsvis vanskelig til Svært lett økonomisk situasjon, mens andelen som drikker 6 alkoholenheter eller mer minst én gang per måned øker jevnt med bedre økonomisk situasjon for menn.

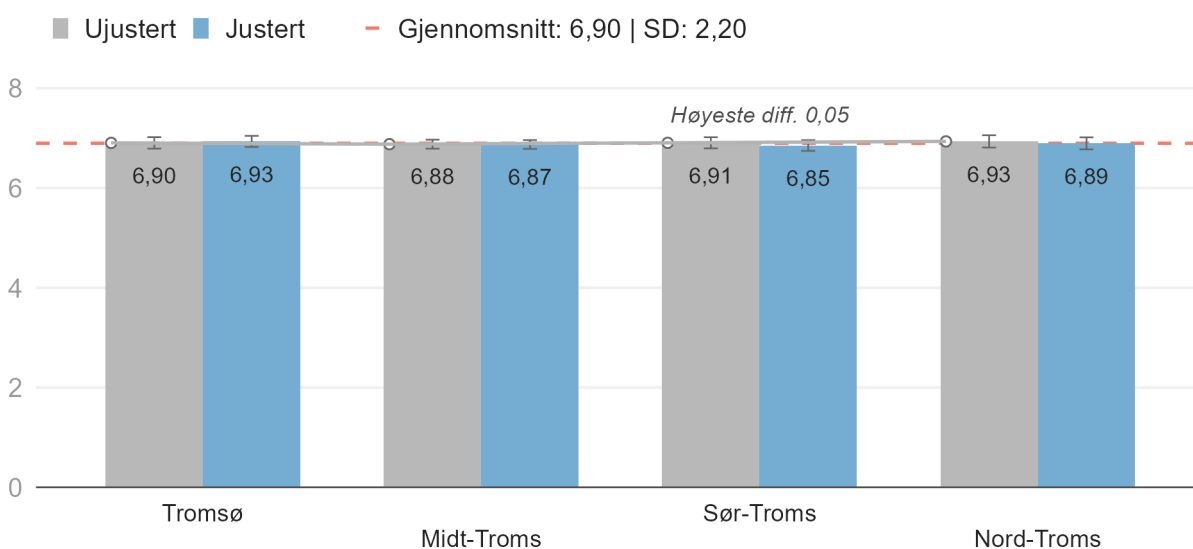
3.36 Tilfredshet med livet

Svarandel: Totalt 10 669 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på livstilfredshet (skala 0–10)

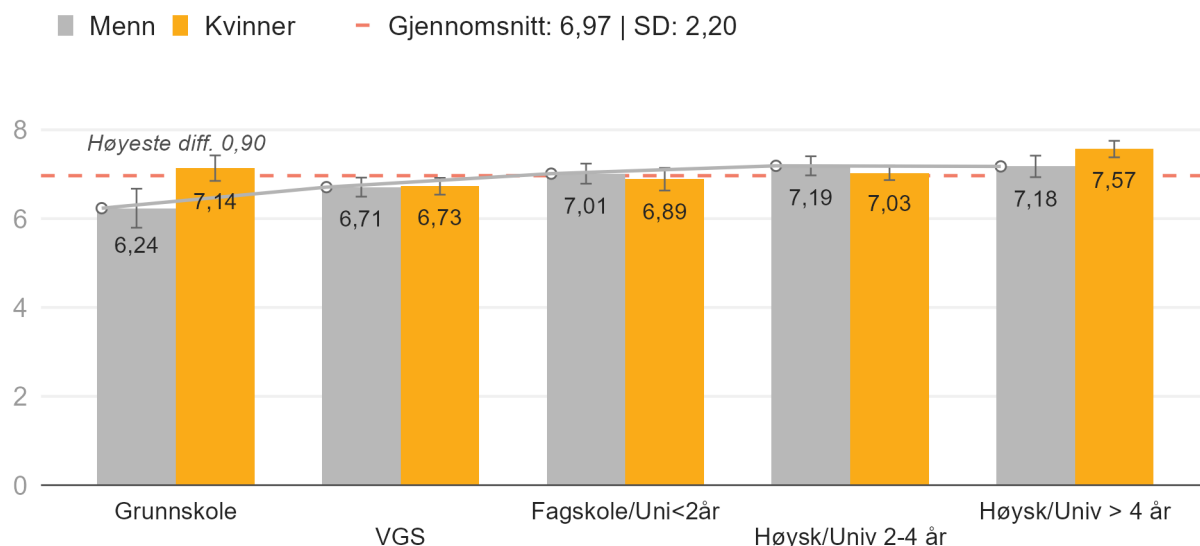
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 669	6,90	6,83 – 6,97
Kvinner	5 835	6,97	6,88 – 7,05
Menn	4 834	6,84	6,73 – 6,94

Figur 125: Tilfredshet med livet etter regioner i Troms (A)



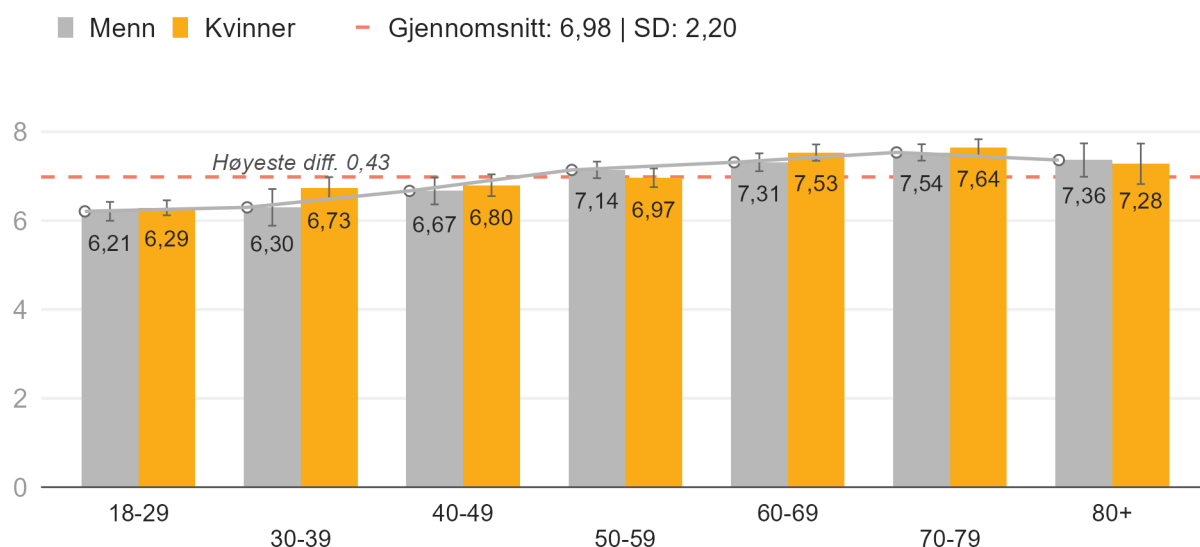
Figur A viser gjennomsnittlig skår på livstilfredshet (0-10), etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest skår, mens Sør-Troms har lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,04, som indikerer en ubetydelig forskjell. Det er dermed ingen markerte forskjeller i opplevd livskvalitet på tvers av regionene.

Figur 126: Tilfredshet med livet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

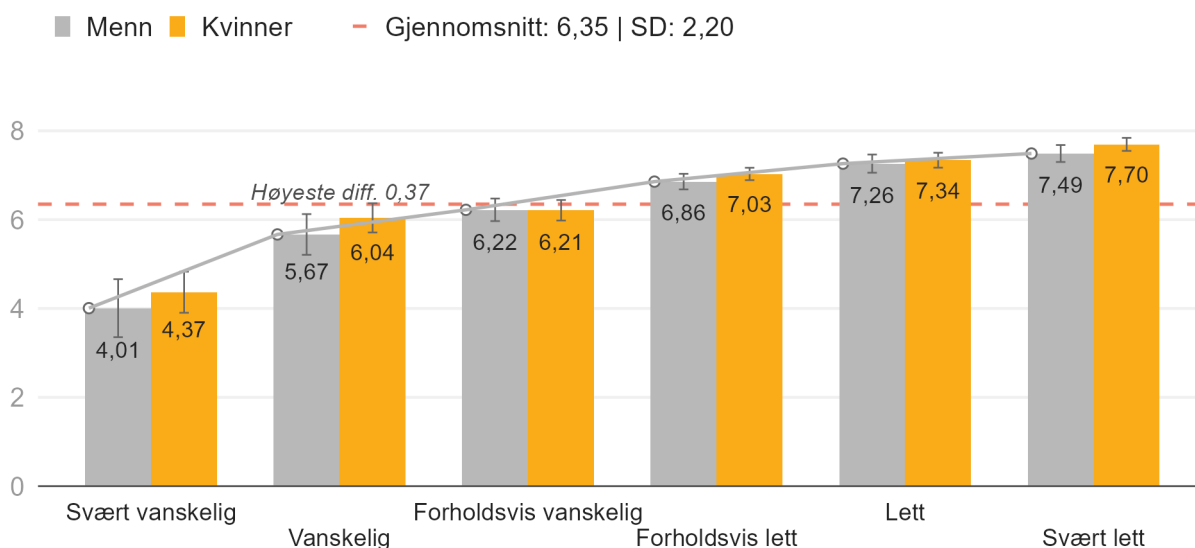


Figur B viser gjennomsnittlig skår på livstilfredshet (0-10), etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med høyere utdanning over fire år den høyeste verdien, mens de med videregående skole har den laveste. Blant menn er de med to til fire års høyere utdanning mest tilfredse, mens de med grunnskole minst. Differansen for kvinner gir en Cohen's d på 0,38, som indikerer en middels forskjell. Differansen for menn gir en Cohen's d på 0,43, som også indikerer en middels forskjell. Dette tyder på at utdanningsnivå er knyttet til opplevd livstilfredshet. Det er i liten grad kjønnsforskjeller, med unntak av for de med grunnskoleutdanning, der kvinner i gjennomsnittlig skårer høyere på livstilfredshet enn menn.

Figur 127: Tilfredshet med livet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittlig skår på livstilfredshet (0-10), etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn har aldersgruppen 70–79 år den høyeste skåren, mens 18–29 år har den laveste. Cohen's d for kvinner er 0,61, som indikerer en stor forskjell. Cohen's d for menn er 0,60, og tilsier også en stor forskjell. Det kommer tydelig frem at livstilfredsheten øker med alderen for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 128: Tilfredshet med livet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser gjennomsnittlig skår på livstilfredshet (0-10), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har gruppen «Svært lett» høyest livstilfredshet og gruppen «Svært vanskelig» lavest. Differansen tilsvarer en Cohen's d på 1,51, som indikerer en stor forskjell. Det samme mønsteret sees blant menn, der differansen tilsvarer en Cohen's d på 1,58, som også indikerer en stor forskjell. Samlet sett er det en klar sammenheng mellom opplevd økonomisk situasjon og livstilfredshet. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

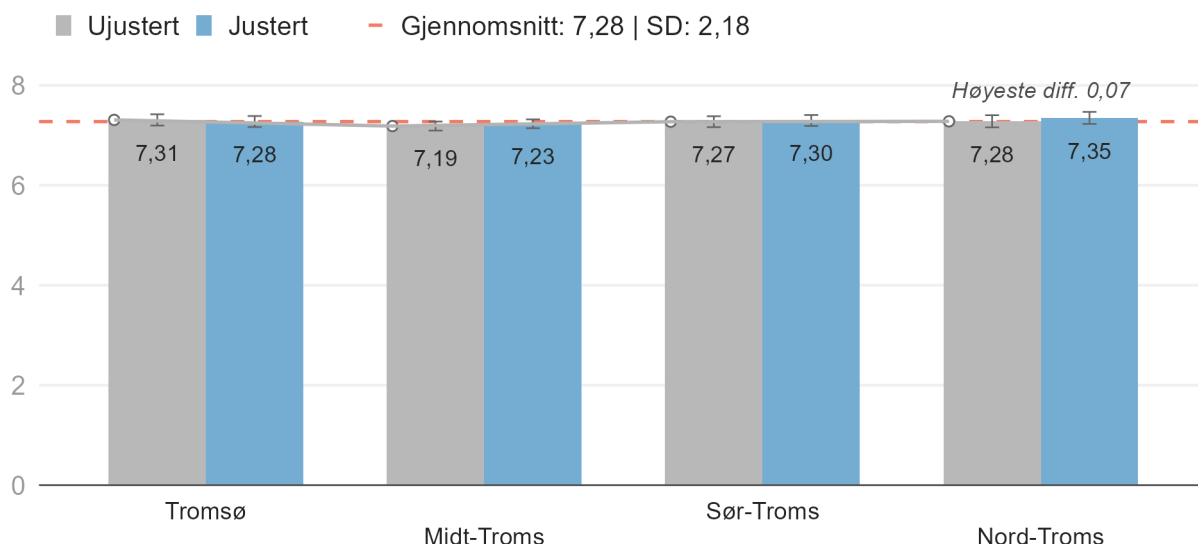
3.37 Fremtidsoptimisme

Svarandel: Totalt 10 559 deltakere av 10 686 (98,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme (0–10 skala)

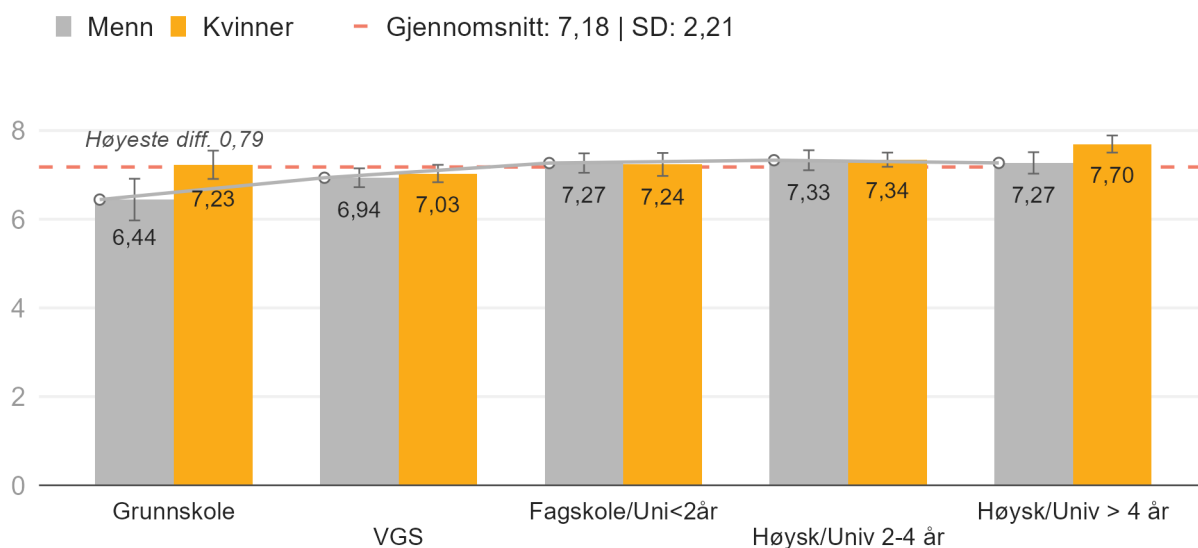
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 559	7,28	7,21 – 7,34
Kvinner	5 766	7,38	7,29 – 7,47
Menn	4 793	7,17	7,07 – 7,28

Figur 129: Fremtidsoptimisme etter regioner i Troms (A)



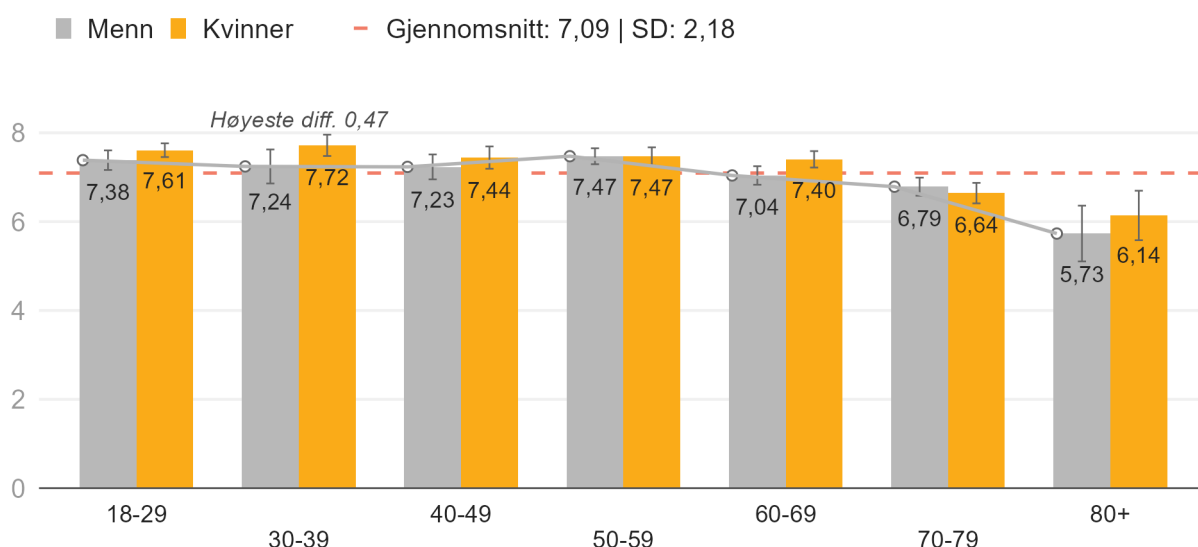
Figur A viser forventet livstilfredshet (0-10) om 5 år, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har den høyeste skåren, mens Midt-Troms har den laveste. Differansen (0,12) tilsvarer en Cohen's d på 0,06, som indikerer en ubetydelig forskjell. Samlet sett er det svært små variasjoner i forventet livstilfredshet mellom regionene.

Figur 130: Fremtidsoptimisme etter kjønn og utdanningsnivå (B)



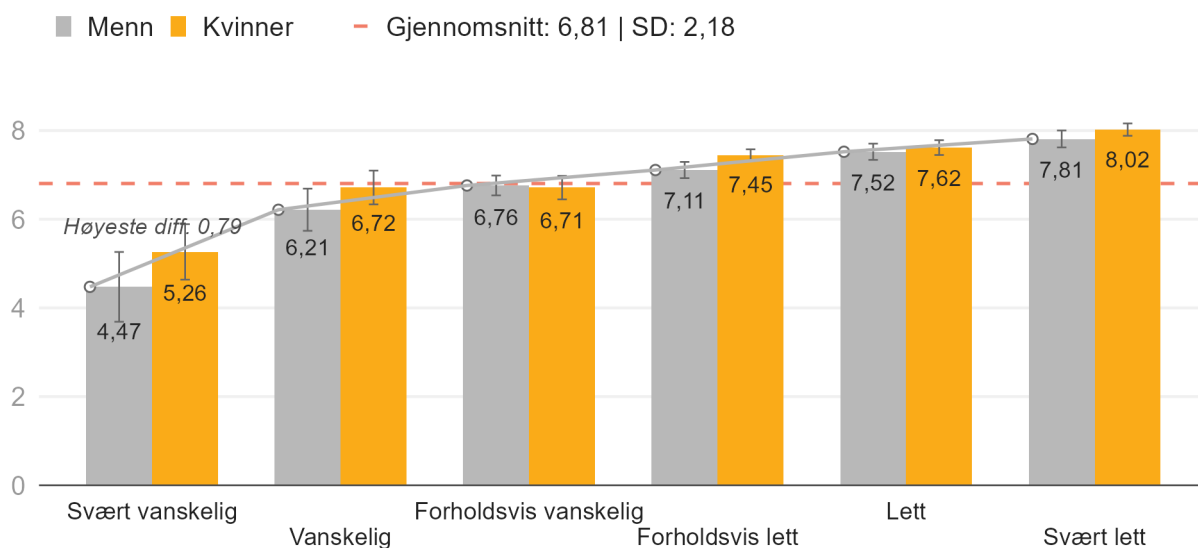
Figur B viser forventet livstilfredshet (0-10) om 5 år, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med høyere utdanning over 4 år høyest skår, mens de med videregående skole har lavest. For kvinner tilsvarer differansen en Cohens d på 0,30, som regnes som en middels forskjell. Blant menn skårer de med 2–4 års høyere utdanning høyest, mens de med grunnskole skårer lavest. For menn gir differansen en Cohens d på 0,40, som regnes som en middels forskjell. Generelt er det en tendens til at høyere utdanningsnivå er knyttet til høyere fremtidsoptimisme. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 131: Fremtidsoptimisme etter kjønn og alder (C)



Figur C viser forventet livstilfredshet (0-10) om 5 år, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 30–39 den høyeste verdien, og 80+ den laveste. Blant menn har aldersgruppen 50–59 den høyeste verdien, og 80+ den laveste. For kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 0,72, som regnes som en stor forskjell. For menn er Cohen's d 0,80, som også regnes som en stor forskjell. Fremtidsoptimismen er relativt stabil fram mot de midtre aldersgrupper, men avtar deretter klart med økende alder. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 132: Fremtidsoptimisme etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser forventet livstilfredshet (0-10) om 5 år, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er gruppene "Svært lett" høyest og "Svært vanskelig" lavest. For kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 1,26, som regnes som en stor forskjell. For menn er Cohen's d på 1,53, også en stor forskjell. For begge kjønn øker forventet livstilfredshet i takt med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien. Kvinner har noe høyere skår enn menn i de gruppene som rapporterer at det er vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til, men denne forskjellen avtar med bedre økonomi. Generelt er fremtidsoptimisme tett knyttet til

opplevd økonomisk situasjon for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

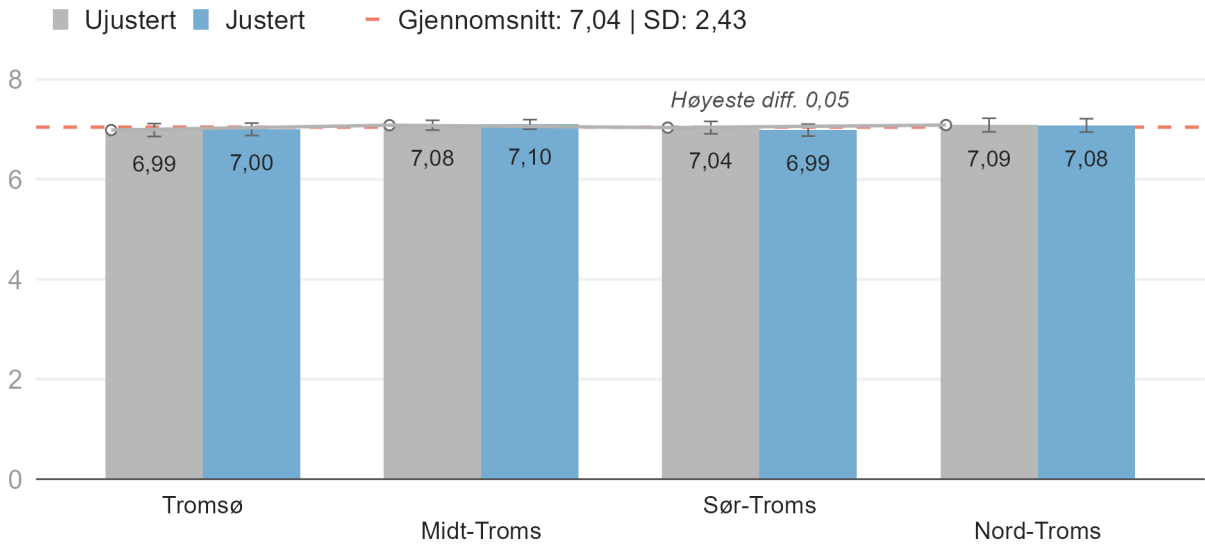
3.38 Opplevelse av mening i livet

Svarandel: Totalt 10 634 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittskår på mening i livet (0–10 skala)

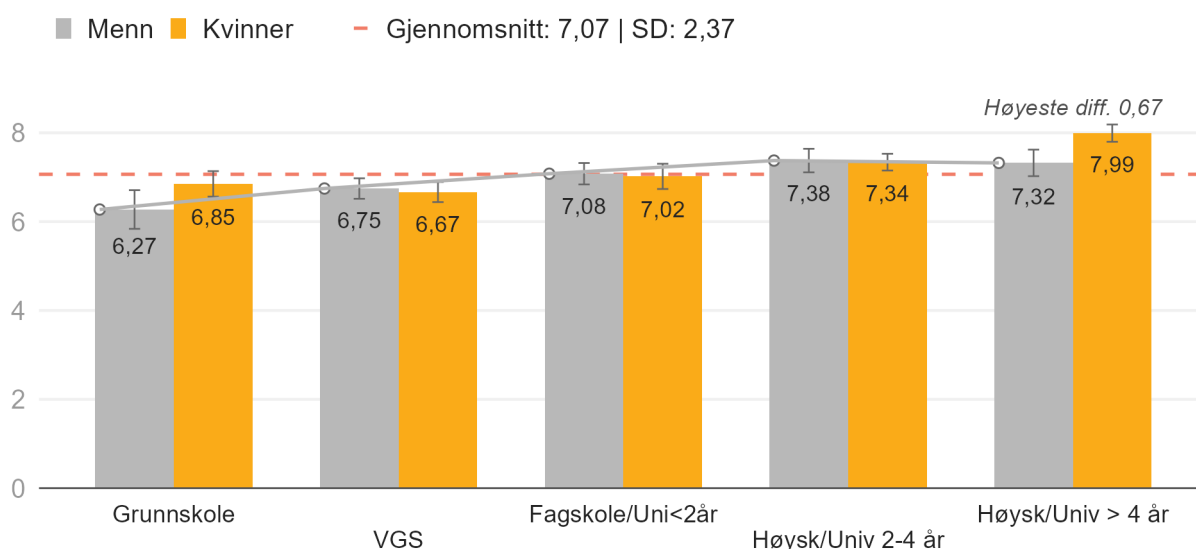
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 634	7,02	6,94 – 7,10
Kvinner	5 815	7,13	7,03 – 7,23
Menn	4 819	6,91	6,80 – 7,03

Figur 133: Opplevelse av mening i livet etter regioner i Troms (A)



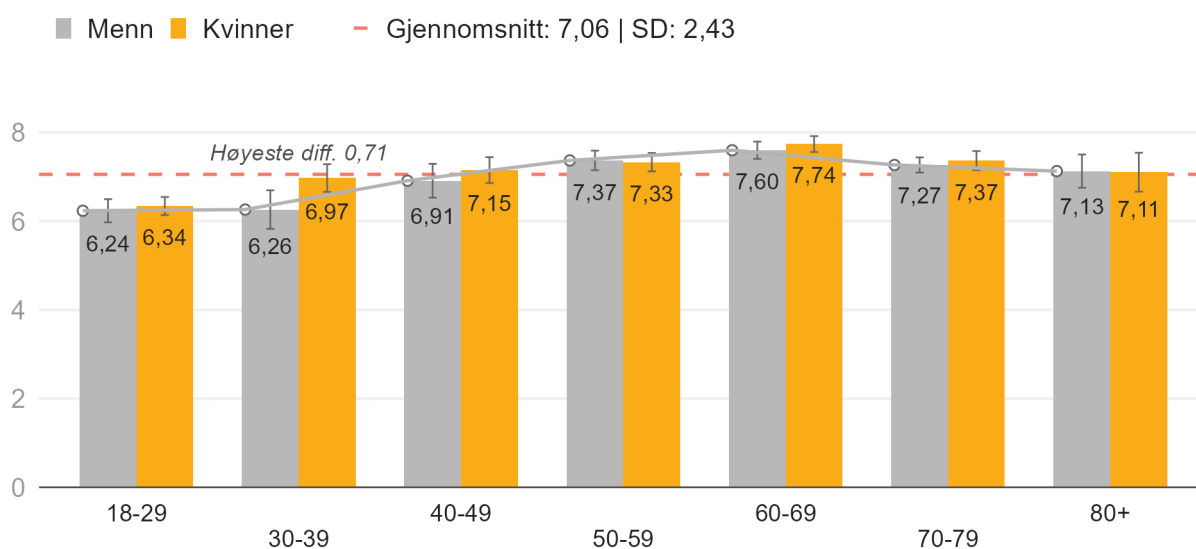
Figur A viser gjennomsnittskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest skår og Sør-Troms lavest, med en forskjell på 0,11. Dette gir en Cohen’s d på 0,05, noe som tyder på en ubetydelig forskjell.

Figur 134: Opplevelse av mening i livet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



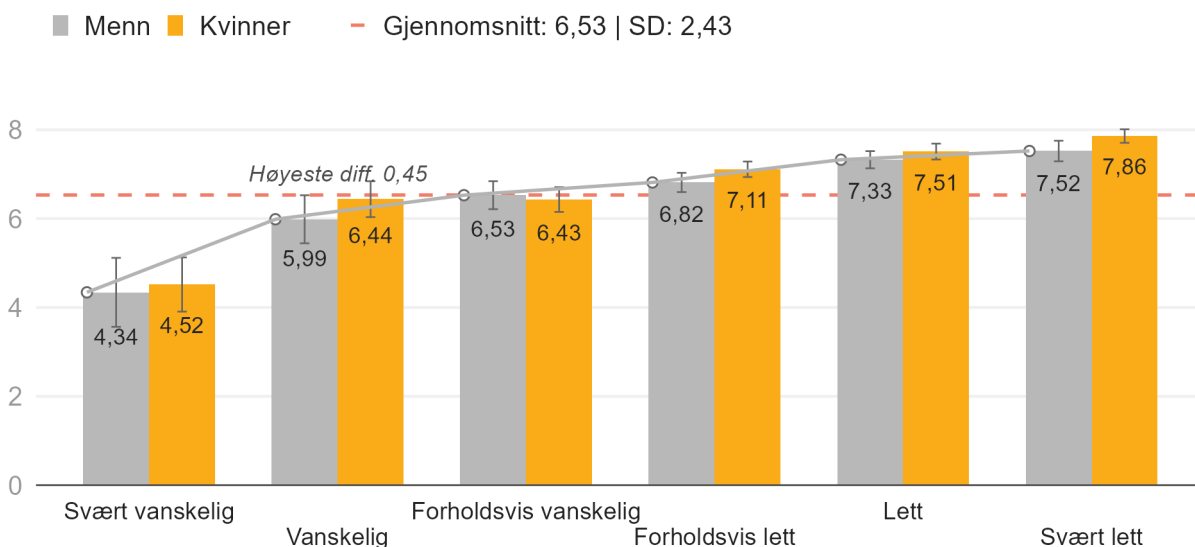
Figur B viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de som har fullført høyskole eller universitet over fire år høyest skår, mens de som har videregående skole har lavest. Differansen tilsvarer Cohen's d på 0,56, som indikerer en stor forskjell. Blant menn ligger de som har høyskole eller universitet på to til fire år høyest, mens de med grunnskole ligger lavest. For menn er Cohen's d 0,46, som indikerer en middels forskjell. Opplevd mening i hverdagen ser ut til å øke med høyere utdanning for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 135: Opplevelse av mening i livet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn har aldersgruppen 60–69 høyest skår og aldersgruppen 18–29 lavest. For kvinner er Cohen's d på 0,58, som indikerer en stor forskjell. Cohen's d på 0,56 for menn indikerer også en stor forskjell. Samlet sett tyder resultatene på at opplevelsen av mening stiger med alderen fram til rundt 60–69 år. I aldersgruppen 70–79 og 80+ synker skåren noe for begge kjønn, men er likevel høyere enn for de yngste aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 136: Opplevelse av mening i livet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har gruppen som oppgir at husholdningsøkonomien er svært lett høyest skår, mens gruppen som opplever den svært vanskelig ligger lavest. Blant menn er mønsteret det samme. For kvinner tilsvare differansen en Cohens d på 1,38, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohens d 1,31, som også indikerer en stor forskjell. Opplevelsen av mening i livet er dermed tett knyttet til opplevd økonomisk situasjon. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

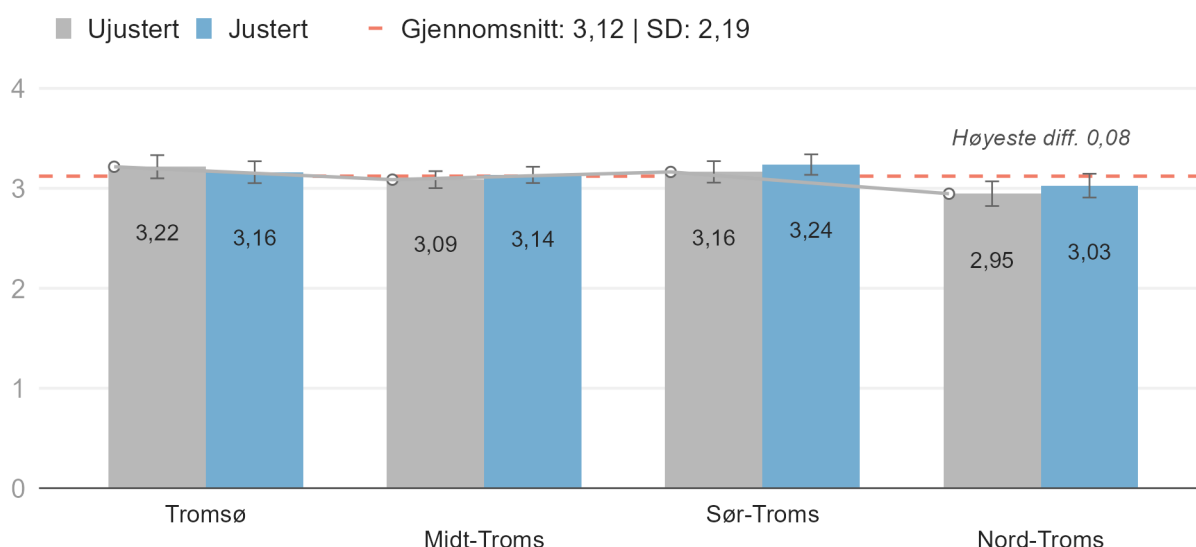
3.39 Negative følelser siste 7 dager

Svarandel: Totalt 10 661 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittskår på negative følelser (0–10 skala)

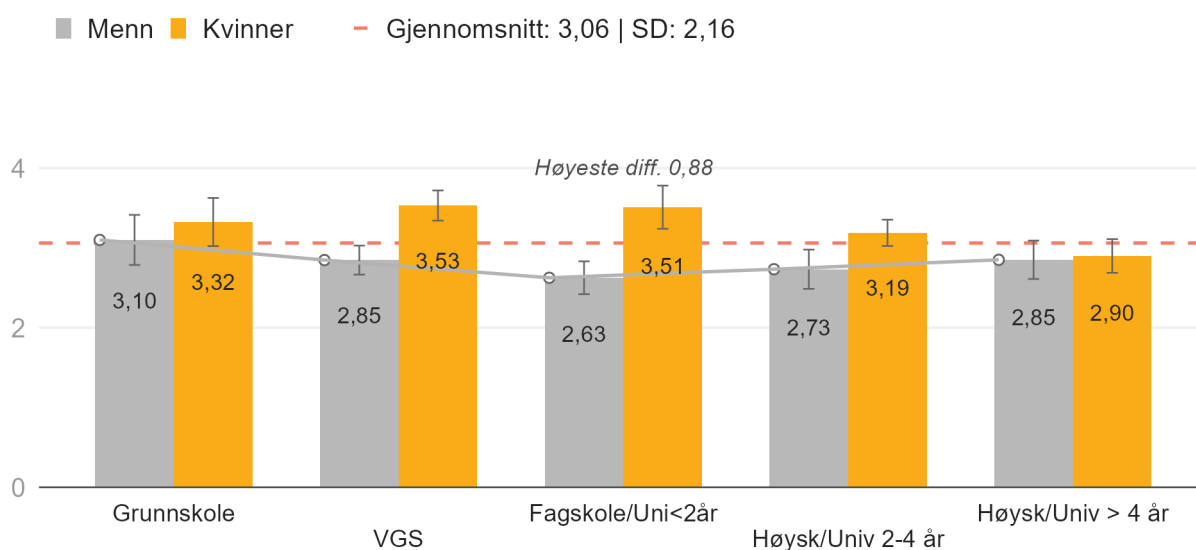
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 661	3,16	3,09 – 3,23
Kvinner	5 833	3,45	3,35 – 3,54
Menn	4 828	2,89	2,78 – 2,99

Figur 137: Negative følelser siste 7 dager etter regioner i Troms (A)



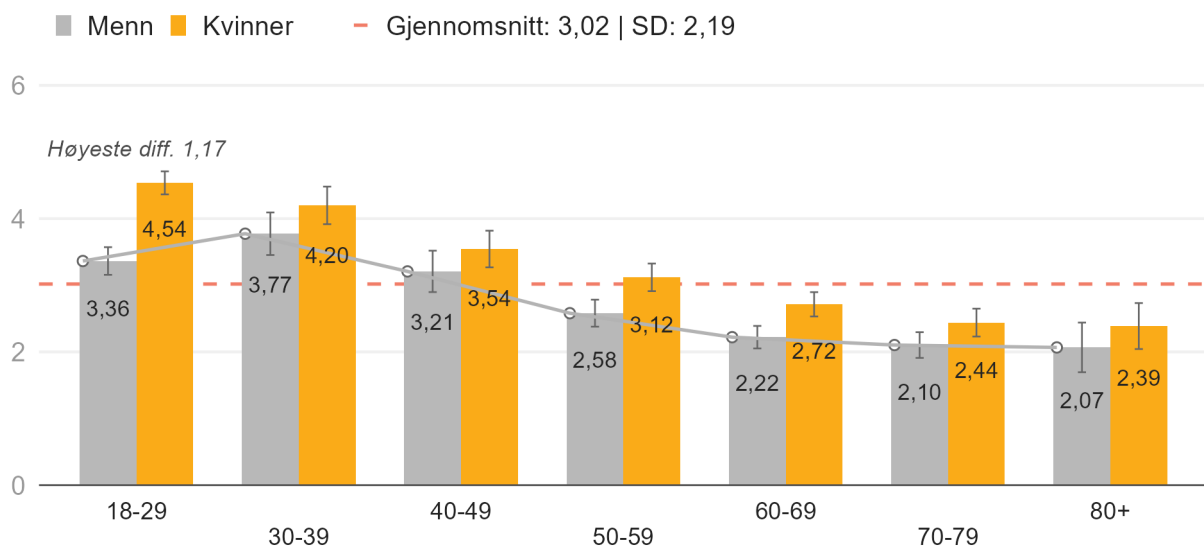
Figur A viser gjennomsnittskår (0–10) på negative følelser siste uke, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Sør-Troms har høyeste skår og Nord-Troms laveste, med en differanse på 0,21. Dette tilsvarer en Cohen's d på 0,10, noe som tilsier en liten til ubetydelig forskjell. Dette tyder på at nivået av negative følelser er nokså likt på tvers av regionene.

Figur 138: Negative følelser siste 7 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)



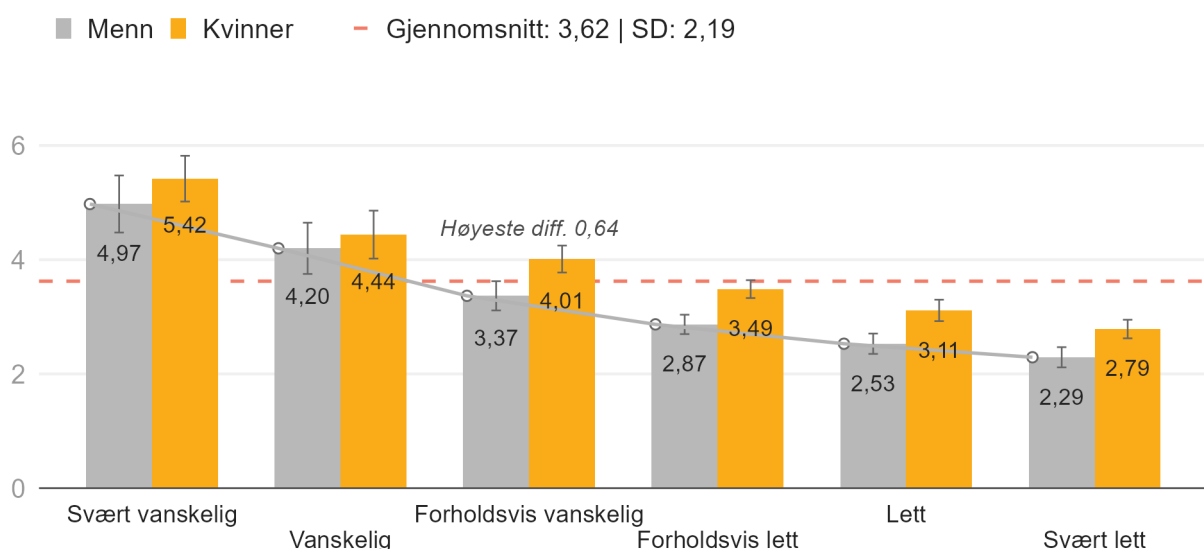
Figur B viser gjennomsnittskår (0–10) på negative følelser siste uke, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har videregående skole den høyeste skåren, mens høyskole eller universitet over fire år har den laveste. Blant menn har grunnskole den høyeste skåren, mens fagskole eller universitet under to år har den laveste. For kvinner er Cohen's d 0,29, noe som indikerer en middels forskjell. For menn er Cohen's d 0,22, som tolkes som en liten forskjell. Samlet sett antyder dette at høyere utdanning kan være forbundet med noe lavere nivå av negative følelser, spesielt for kvinner. For de tre midterste utdanningsnivåene er det også kjønnsforskjeller i favør av at kvinner skårer høyere på negative følelser enn menn.

Figur 139: Negative følelser siste 7 dager etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på negative følelser siste uke, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 18–29 høyest skår, mens aldersgruppen 80+ har lavest. Blant menn har aldersgruppen 30–39 høyest skår, mens aldersgruppen 80+ har lavest. Blant kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 0,98, som indikerer en stor forskjell. Blant menn tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 0,78, som også indikerer en stor forskjell. Samlet tyder dette på at yngre aldersgrupper rapporterer mer negative følelser enn eldre, uavhengig av kjønn. Det sees imidlertid en kjønnsforskjell for alle aldersgrupper, der kvinner gjennomgående rapporterer noe mer negative følelser enn menn (selv om forskjellen ikke nødvendigvis er statistisk signifikant for alle aldersgruppene).

Figur 140: Negative følelser siste 7 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittsskår (0–10) på negative følelser siste uke, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn har gruppen som opplever at økonomien er svært vanskelig høyest skår, mens gruppen "Svært lett" har lavest. For både kvinner (Cohen's d = 1,20) og menn (Cohen's d = 1,22) tilsvarer differansen en stor forskjell. Nivået av negative følelser er tett knyttet til opplevd

økonomisk situasjon, og er jevnt over lavere jo mindre anstrengende husholdningsøkonomien oppleves. Det er også tydelige kjønnsforskjeller der kvinner har høyere skår enn menn, spesielt for gruppene med mindre anstrengt husholdningsøkonomi.

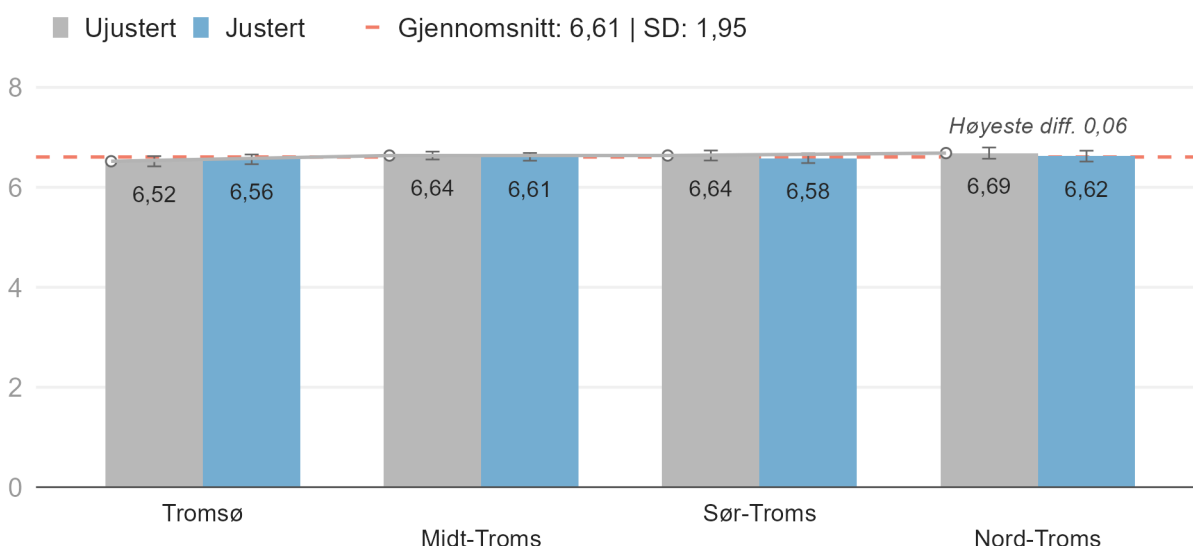
3.40 Positive følelser siste 7 dager

Svarandel: Totalt 10 662 deltakere av 10 686 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på positive følelser (0–10 skala)

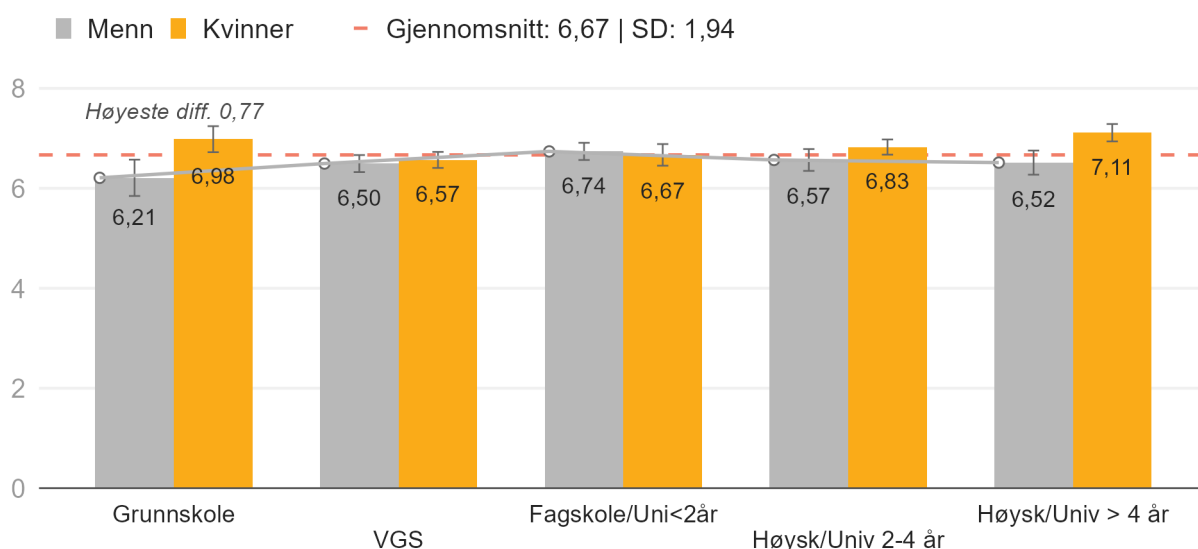
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 662	6,58	6,52 – 6,64
Kvinner	5 832	6,71	6,63 – 6,78
Menn	4 830	6,45	6,36 – 6,55

Figur 141: Positive følelser siste 7 dager etter regioner i Troms (A)



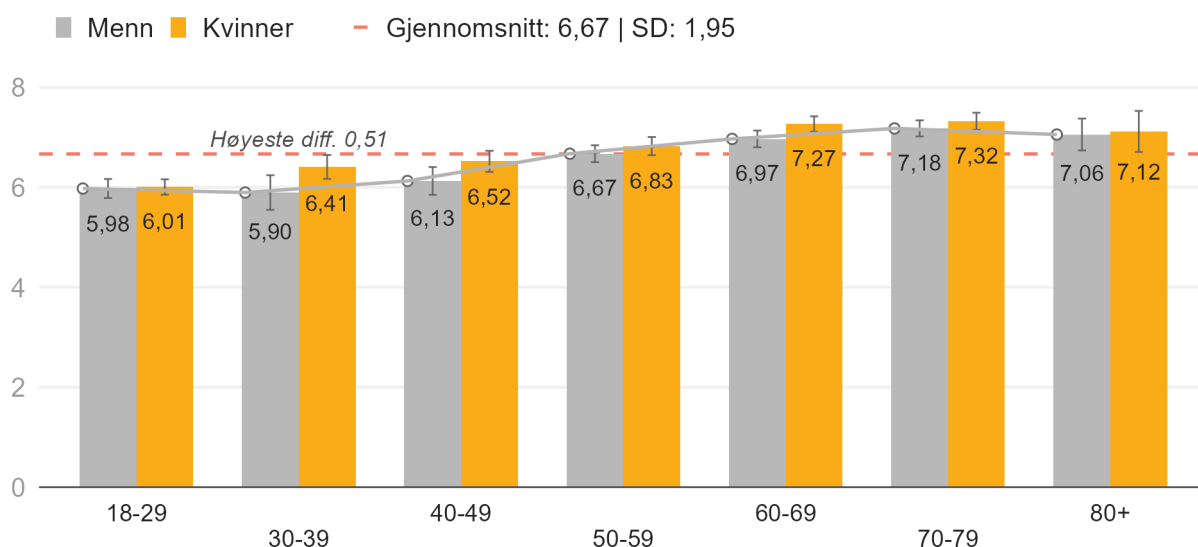
Figur A viser gjennomsnittsskår (0–10) på positive følelser siste uke, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har den høyeste skåren, mens Tromsø ligger lavest, med en differanse på 0,06. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,03, som indikerer en ubetydelig forskjell. Samlet sett er det svært små variasjoner i opplevelsen av positive følelser mellom regionene.

Figur 142: Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser gjennomsnittsskår (0–10) på positive følelser siste uke, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har høyere utdanning over fire år den høyeste verdien, mens videregående skole ligger lavest. Blant menn har fagskole eller universitet under to år den høyeste verdien, mens grunnskole ligger lavest. Blant kvinner er Cohen's d 0,28, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er Cohen's d 0,27, som også indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. For de med kortest og de med lengst utdanning skårer kvinner høyere på positive følelser enn menn.

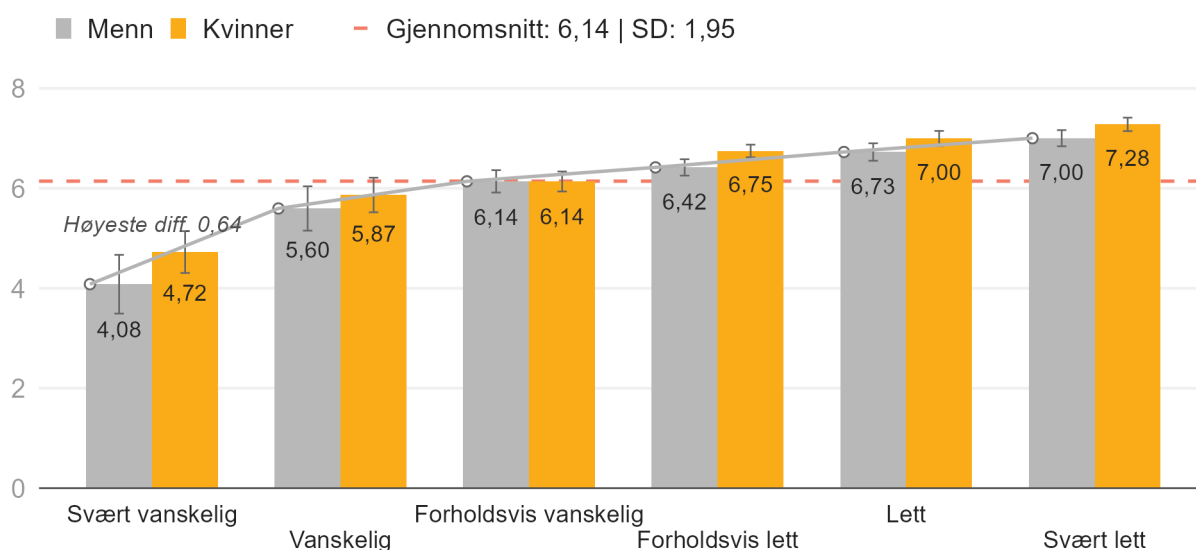
Figur 143: Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på positive følelser siste uke, etter kjønn og alder. Blant kvinner har 70–79-åringene høyest skår, mens 18–29-åringene ligger lavest. For menn ligger 70–79-åringene høyest, mens 30–39-åringene har den laveste skåren. Hos kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 0,68, noe som indikerer en stor forskjell. Blant menn er Cohen's d 0,66, som også indikerer en stor forskjell. Generelt ser skårene ut til å øke med alderen for begge kjønn. I den eldste gruppen

(80+) sees imidlertid en liten nedgang, men skåren er fortsatt høyere enn i de yngste aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 144: Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittsskår (0–10) på positive følelser siste uke, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn har de som oppga at det er svært lett å få økonomien til å strekke til den høyeste skåren, mens gruppen “Svært vanskelig” har lavest. Forskjellen for kvinner tilsvarer Cohen’s d på 1,31, en stor forskjell. Blant menn er Cohen’s d på 1,50, som også indikerer en stor forskjell. Dermed fremstår opplevd økonomisk situasjon å være tett knyttet til positive følelser for begge kjønn. Ellers er det en antydning til at kvinner skårer høyere på positive følelser enn menn, men dette er først og fremst i gruppene med bedre økonomisk situasjon.

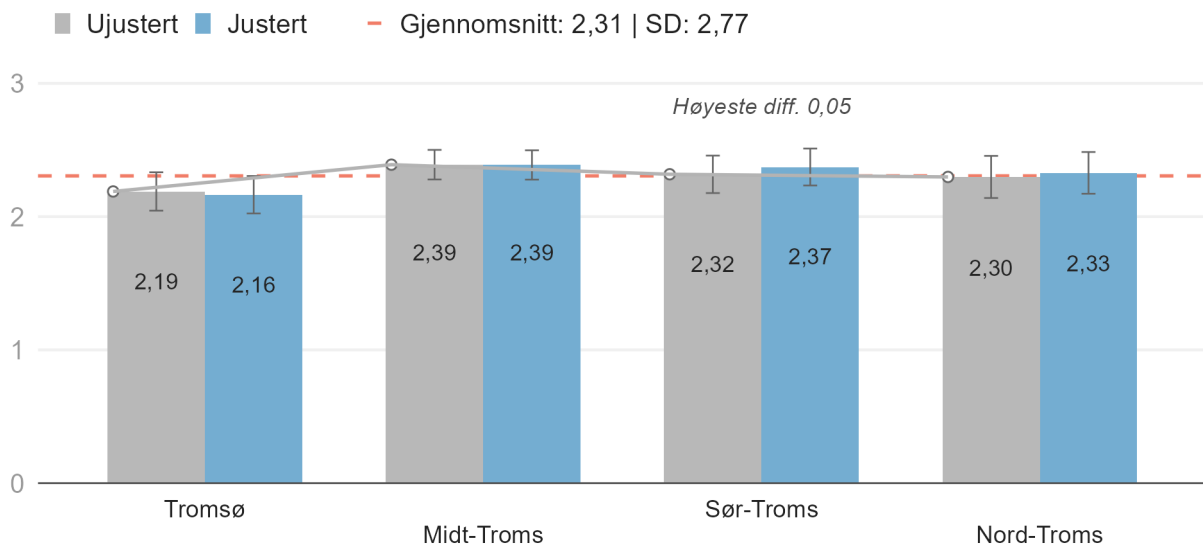
3.41 Ensomhet

Svarandel: Totalt 10 632 deltakere av 10 686 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på ensomhet (0–10 skala)

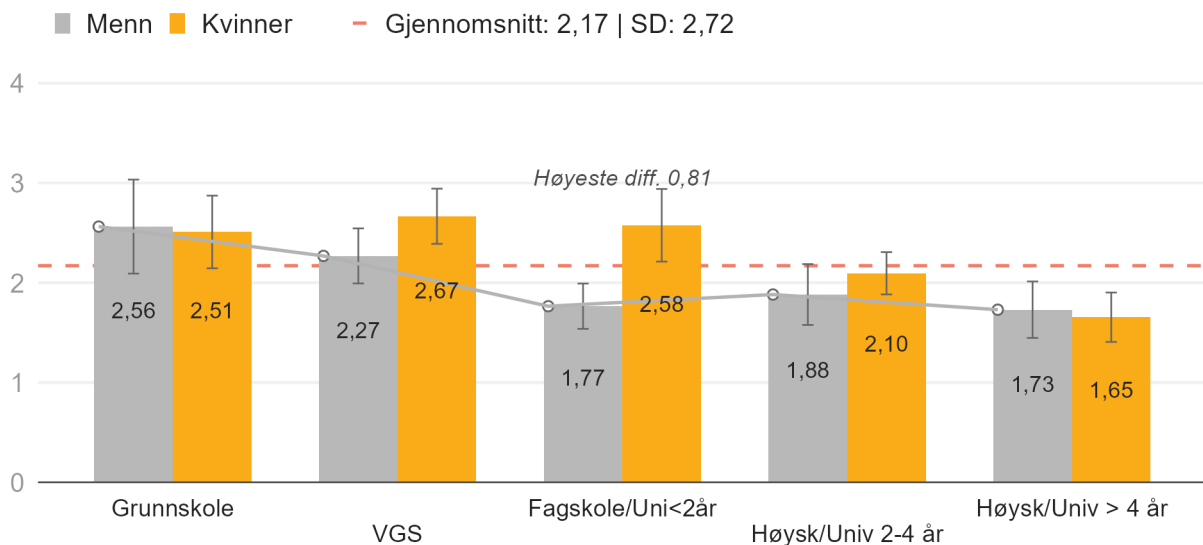
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 632	2,26	2,17 – 2,35
Kvinner	5 821	2,40	2,28 – 2,52
Menn	4 811	2,12	2,00 – 2,25

Figur 145: Ensomhet etter regioner i Troms (A)

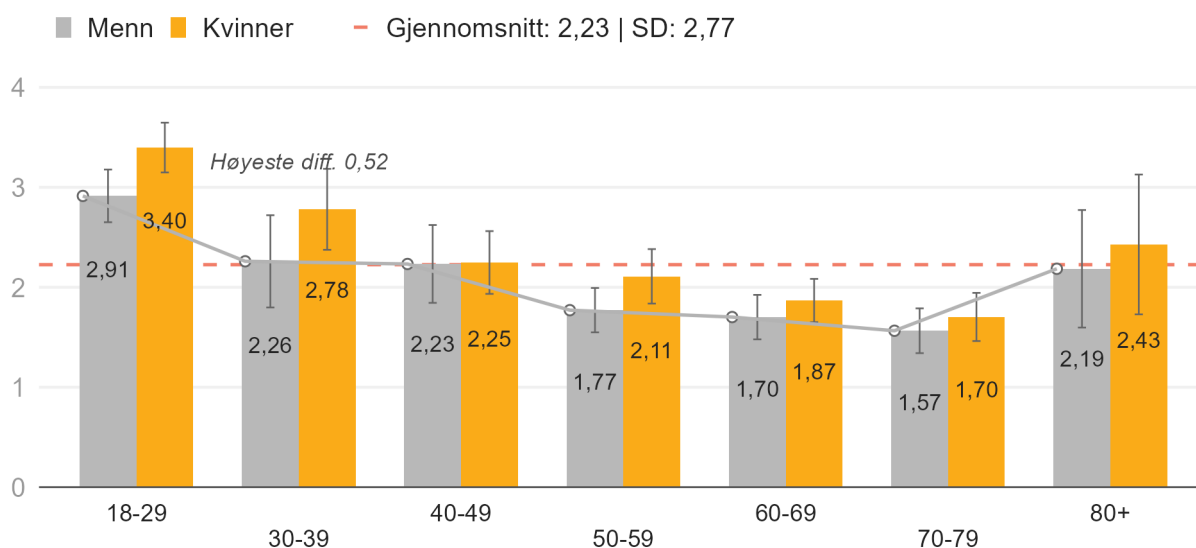


Figur A viser gjennomsnittlig ensomhet (0–10) siste syv dager, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest skår, mens Tromsø har lavest. Forskjellen (0,22) tilsvarer en Cohen's d på 0,08, noe som indikerer en ubetydelig forskjell. Det overordnede mønsteret tyder på at nivået av ensomhet er nokså likt mellom regionene.

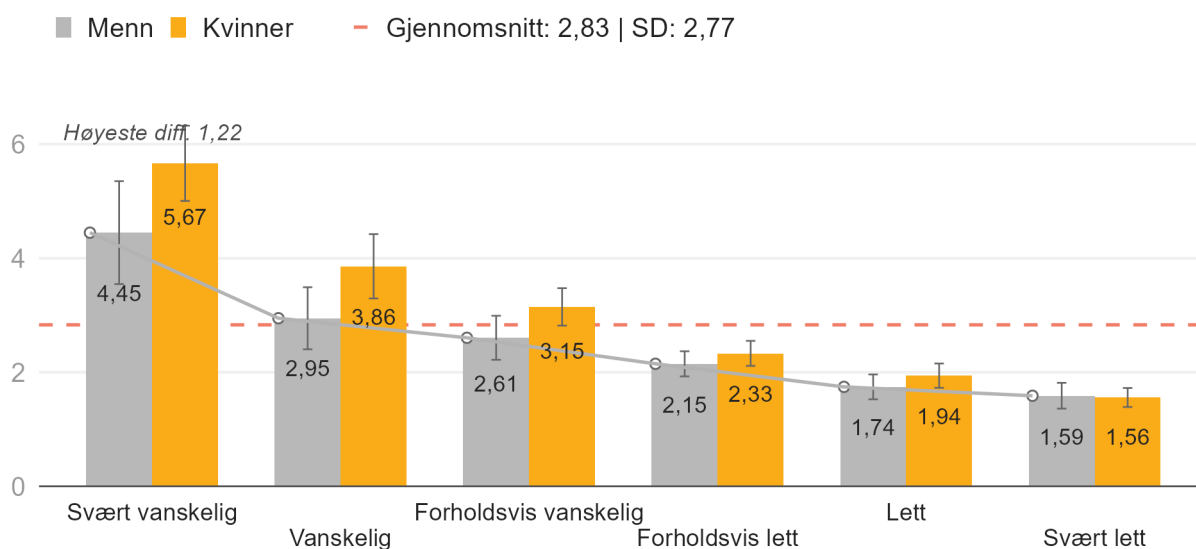
Figur 146: Ensomhet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser gjennomsnittlig ensomhet (0–10) siste syv dager, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner rapporterer de med videregående opplæring høyest ensomhet, mens de med universitets- eller høyskoleutdanning over fire år rapporterer lavest. Blant menn er nivået høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Forskjellen mellom gruppene tilsvarer en Cohen's d på 0,37 for kvinner og 0,31 for menn, noe som indikerer en middels forskjell for begge kjønn. Det ser dermed ut til å være en viss sammenheng mellom utdanningsnivå og opplevd grad av ensomhet, med lavere ensomhet for de med høyere utdanningsnivå. Kvinner med fagskole eller mindre enn to år høyere utdanning skårer høyere på ensomhet enn menn i samme kategori. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 147: Ensomhet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser gjennomsnittlig ensomhet (0–10) siste syv dager, etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er skåren høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 70–79 år. Differansen mellom disse aldersgruppene tilsvarer en Cohen's d på 0,61 for kvinner, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d 0,49, som indikerer en middels forskjell. Det er tydelig at nivået av ensomhet avtar med økende alder for begge kjønn. For den eldste aldersgruppen (80+) sees imidlertid en liten økning, men skåren er fortsatt lavere enn for de yngste aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 148: Ensomhet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser gjennomsnittlig ensomhet (0–10) siste syv dager, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er verdien høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært vanskelig og lavest når den oppleves som svært lett. Blant menn ser vi samme mønster, med tilsvarende høyest og lavest verdi. For kvinner tilsvarer forskjellen mellom de to ytterpunktene en Cohens d på 1,48, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohens d 1,03, som også indikerer en stor

forskjell. Generelt er det en tydelig sammenheng mellom opplevd økonomisk situasjon og nivå av ensomhet for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

3.42 Sosiale relasjoner

Svarandel: Totalt 10 651 deltakere av 10 686 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på sosiale relasjoner (0–10 skala)

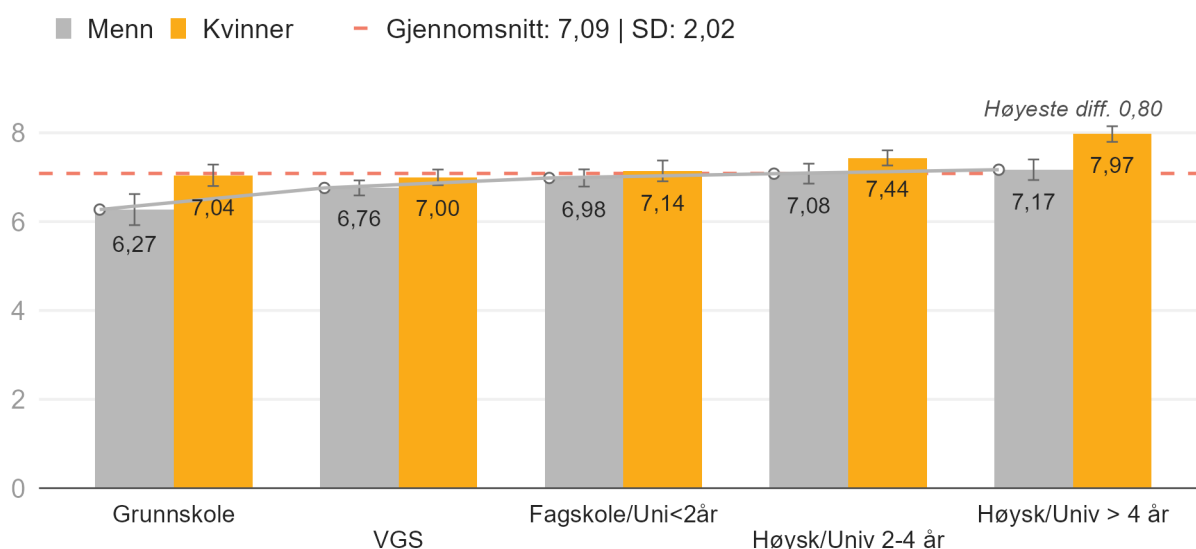
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 651	7,16	7,10 – 7,23
Kvinner	5 823	7,39	7,31 – 7,47
Menn	4 828	6,94	6,85 – 7,03

Figur 149: Støttende sosiale relasjoner etter regioner i Troms (A)



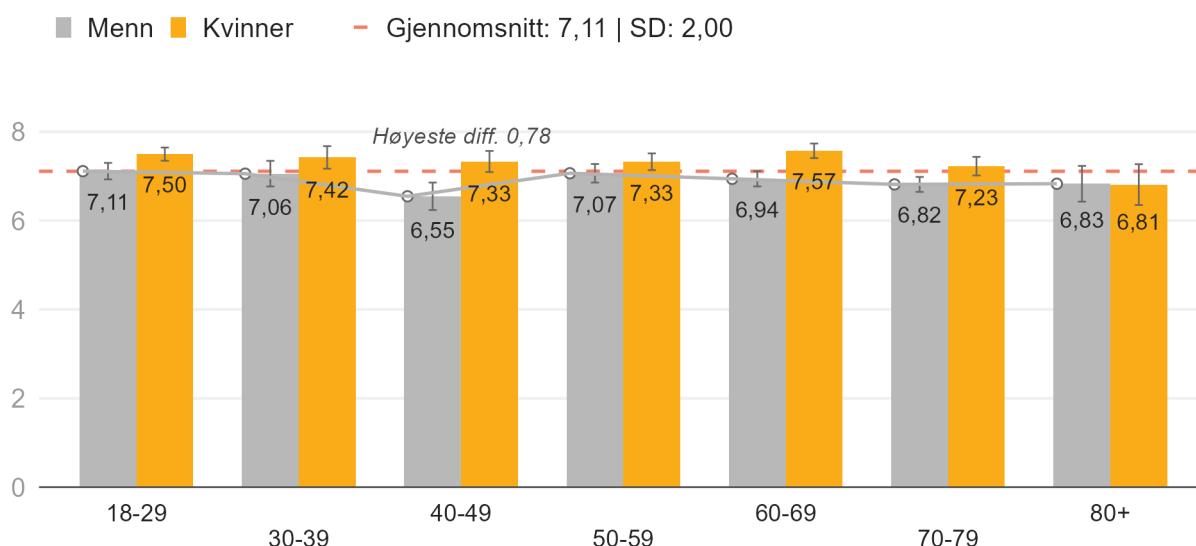
Figur A viser gjennomsnittsskår (0–10) på i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Sør-Troms har høyest skår, mens Nord-Troms ligger lavest. Forskjellen (0,07) tilsvarer en Cohen's d på 0,04, som tyder på en ubetydelig forskjell. Samlet sett er nivået på sosial støtte og engasjement i andres livskvalitet svært likt mellom regionene.

Figur 150: Støttende sosiale relasjoner etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser gjennomsnittsskår (0–10) på i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med høyskole eller universitetsutdanning over fire år høyest skår, mens de med videregående skole ligger lavest. Blant menn har de med høyskole eller universitetsutdanning over fire år også høyest skår, mens de med grunnskole ligger lavest. For kvinner og menn tilsvarer differansen en Cohen's d på henholdsvis 0,48 og 0,45, som begge indikerer en middels forskjell. Verdiene øker gjennomgående med utdanningsnivå. Blant de med kortest og lengst utdanning er det signifikante kjønnsforskjeller i favør av at kvinner skårer høyere enn menn på i hvilken grad de opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner.

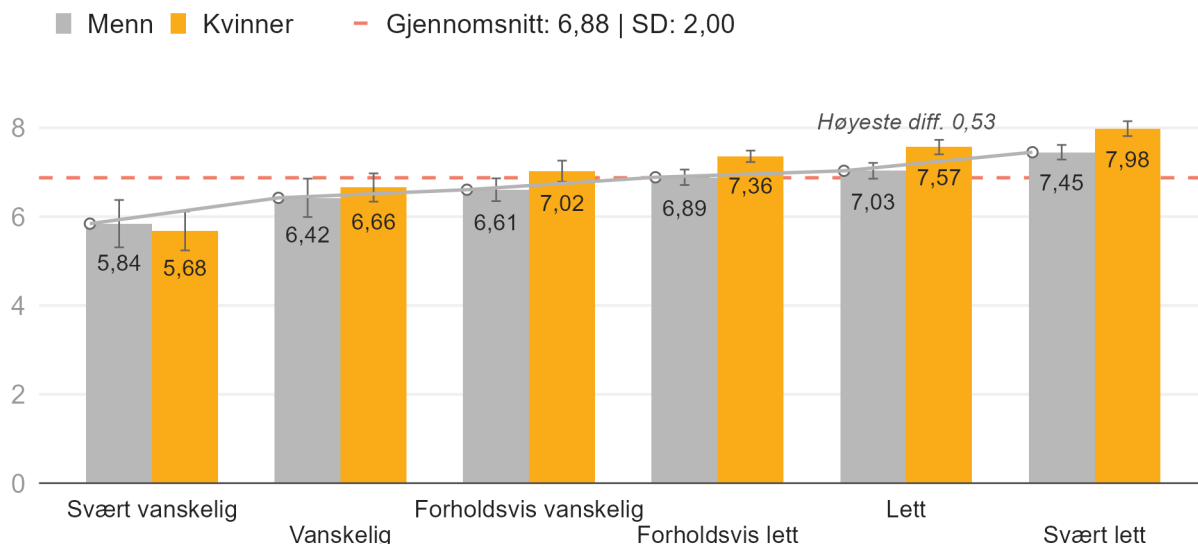
Figur 151: Støttende sosiale relasjoner etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 60–69 høyest skår, mens 80+ ligger lavest. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,38, som indikerer en middels forskjell. Blant menn har aldersgruppen 18–29 høyest verdi og 40–49 lavest, med en Cohen's d på 0,28, som også indikerer en middels

forskjell. Samlet sett ser vi et noe varierende mønster mellom aldersgruppene for begge kjønn. Kvinner ser ut til å ha noe høyere skår for de fleste aldersgruppene.

Figur 152: Støttende sosiale relasjoner etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittsskår (0–10) på i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har de som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett høyest skår, mens gruppen «Svært vanskelig» har lavest. Blant menn ser en det samme mønsteret. For kvinner er Cohen's d 1,15, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d 0,81, som også indikerer en stor forskjell. Generelt ser vi at opplevelsen av støttende og givende sosiale relasjoner øker i takt med hvor lett man opplever at husholdningsøkonomien strekker til. Blant gruppene med best økonomisk situasjon er det også kjønnsforskjeller i favør av at kvinner skårer høyere på i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner enn menn.

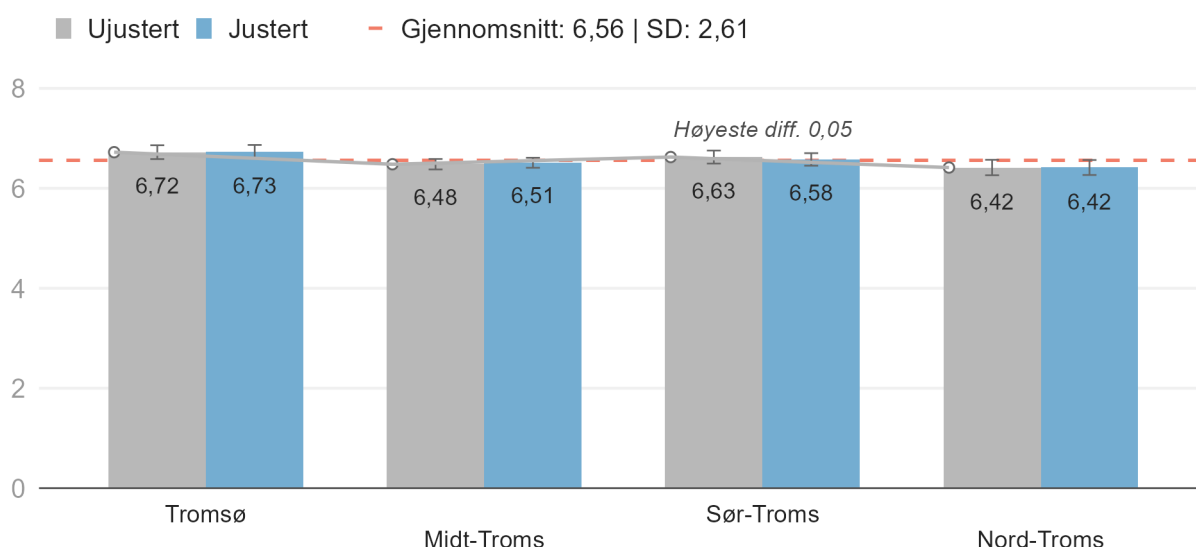
3.43 Tillit til andre

Svarandel: Totalt 10 638 deltakere av 10 686 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på tillit til andre (0–10 skala)

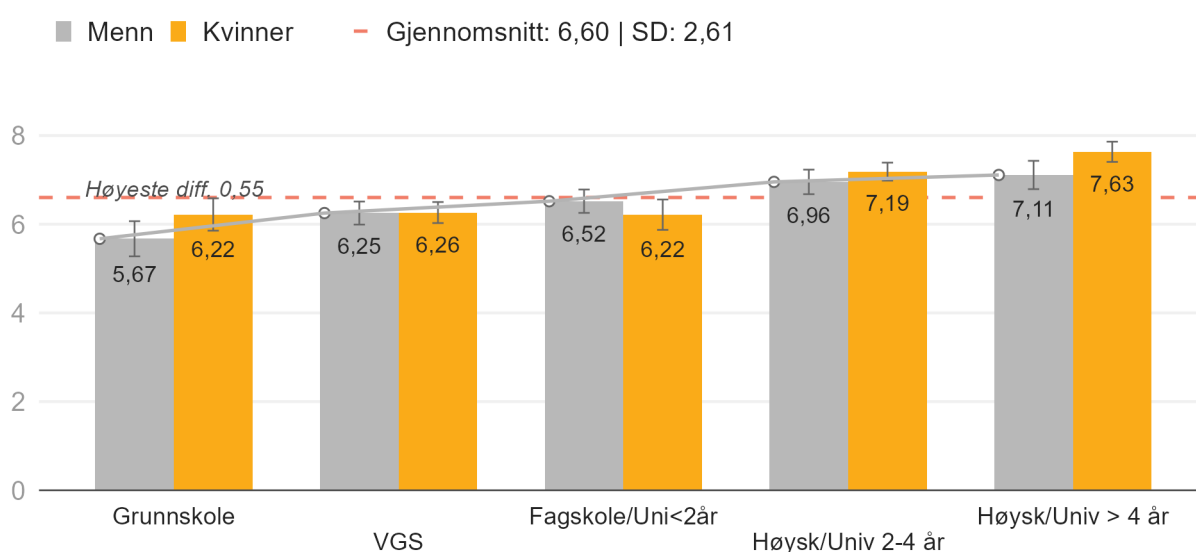
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 638	6,64	6,55 – 6,72
Kvinner	5 817	6,73	6,62 – 6,84
Menn	4 821	6,54	6,42 – 6,67

Figur 153: Tillit til andre etter regioner i Troms (A)



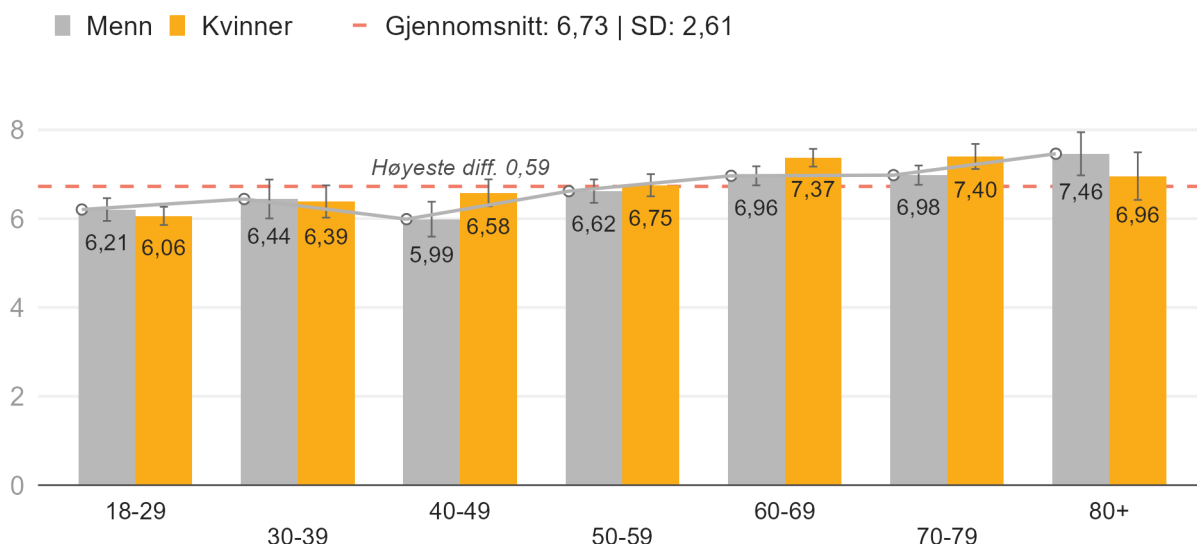
Figur A viser gjennomsnittskår (0–10) på generell tillit til andre mennesker, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Tromsø har høyest skår, mens Nord-Troms ligger lavest. Differansen på 0,32 tilsvarer en Cohen's d på 0,12, som indikerer en liten forskjell. De øvrige regionene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som antyder at det er beskjedne variasjoner i generell tillit på tvers av regionene.

Figur 154: Tillit til andre etter kjønn og utdanningsnivå (B)



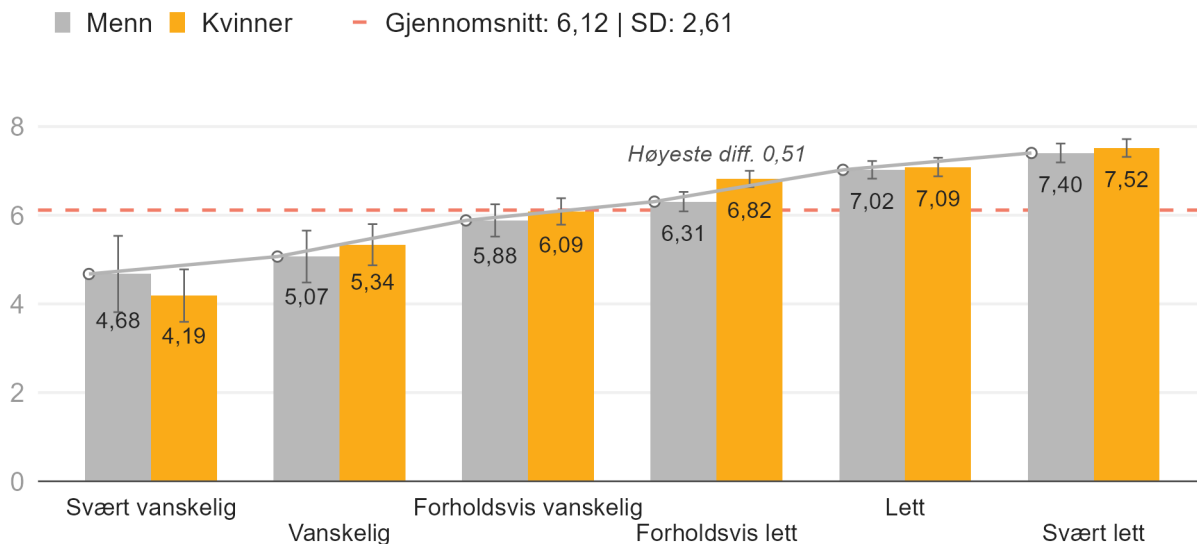
Figur B viser gjennomsnittskår (0–10) på generell tillit til andre mennesker, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år høyest skår, mens de med fagskole eller universitetsutdanning under to år har lavest. Blant menn har de med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år høyest skår, mens de med grunnskole har lavest. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's d på 0,54, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d 0,55, også dette en stor forskjell. Generelt ser det ut til at tilliten øker med stigende utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige forskjeller mellom kjønnene.

Figur 155: Tillit til andre etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på generell tillit til andre mennesker, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 70–79 høyest gjennomsnittsskår, mens 18–29 ligger lavest. Blant menn har aldersgruppen 80+ høyest skår, mens 40–49 ligger lavest. Blant kvinner tilsvarer differansen en Cohen's d på 0,51, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er Cohen's d 0,56, noe som også indikerer en stor forskjell. Totalt sett ser det ut til at eldre aldersgrupper rapporterer høyere tillit enn yngre. Ellers er det ingen vesentlige forskjeller mellom kjønnene.

Figur 156: Tillit til andre etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittsskår (0–10) på generell tillit til andre mennesker, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn har gruppen «Svært lett» høyest verdi, mens «Svært vanskelig» har lavest. Differansen tilsvarer en Cohen's d på 1,27 for kvinner, og 1,04 for menn, noe som indikerer en stor forskjell for begge kjønn. Totalt sett tyder funnene på at bedre husholdningsøkonomi har sterk sammenheng med høyere generell tillit for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige forskjeller mellom kjønnene.

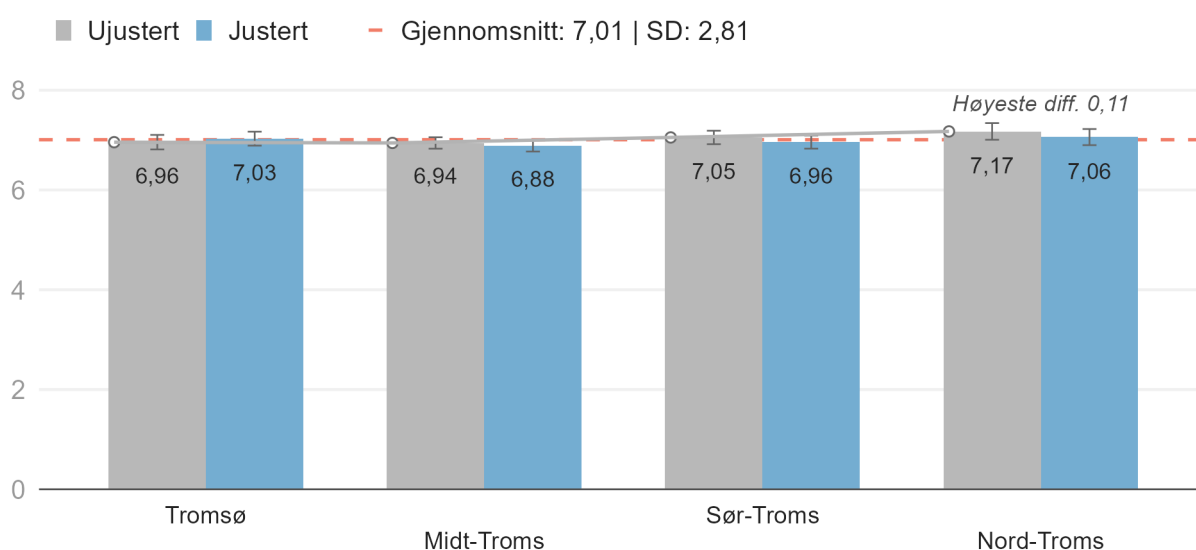
3.44 Stedstilhørighet

Svarandel: Totalt 10 640 deltakere av 10 686 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på stedstilhørighet (0–10 skala)

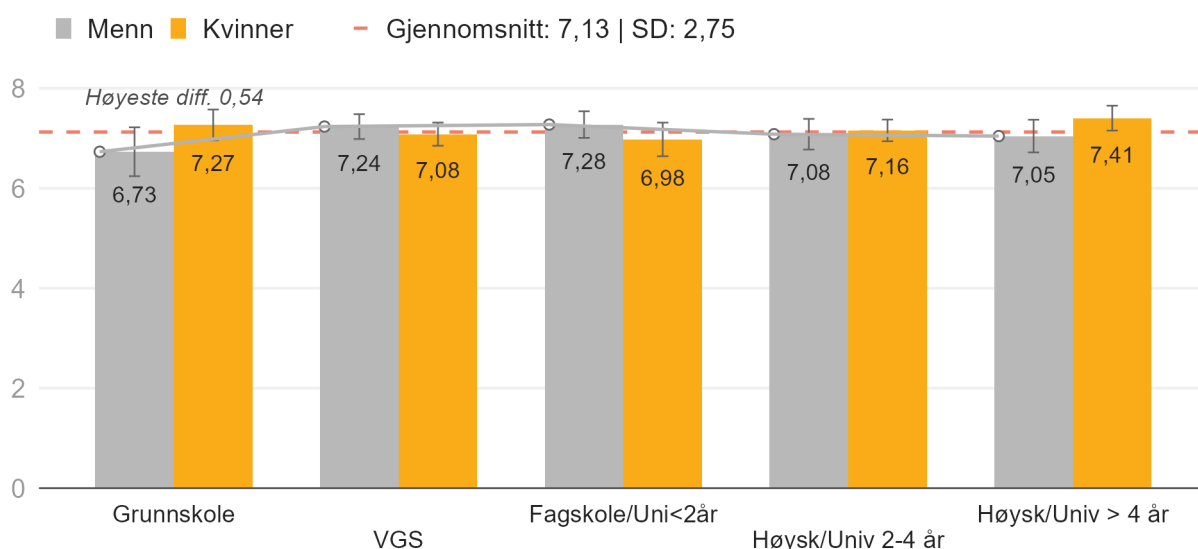
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 640	6,99	6,90 – 7,07
Kvinner	5 819	6,99	6,88 – 7,10
Menn	4 821	6,99	6,86 – 7,12

Figur 157: Stedstilhørighet etter regioner i Troms (A)



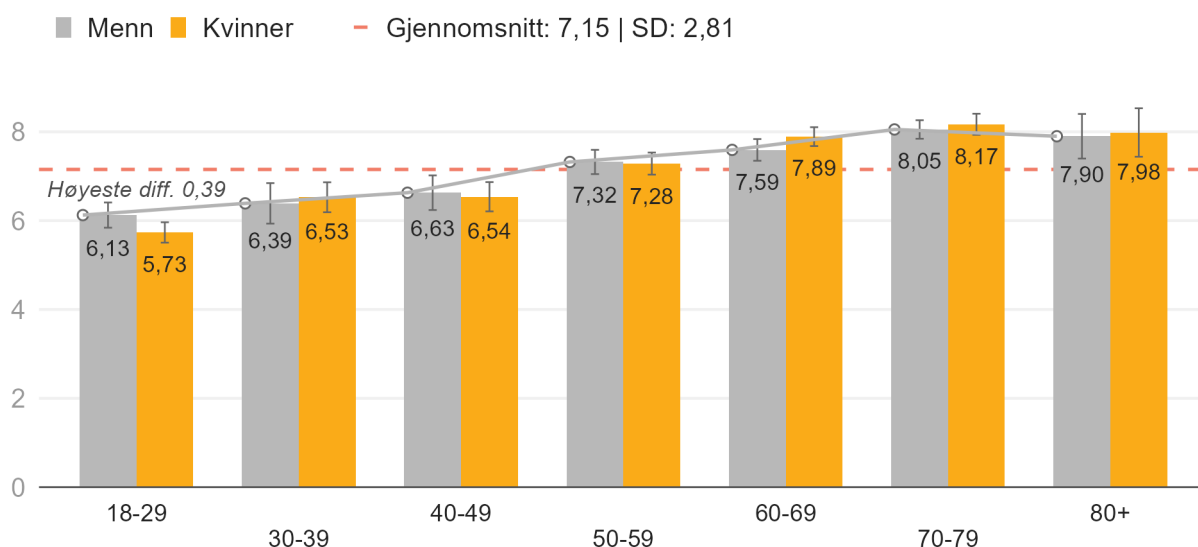
Figur A viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest skår, mens Midt-Troms ligger lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,06, noe som regnes som ubetydelig. På tvers av regionene er verdiene såpass like at det knapt er noen merkbar variasjon.

Figur 158: Stedstilhørighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

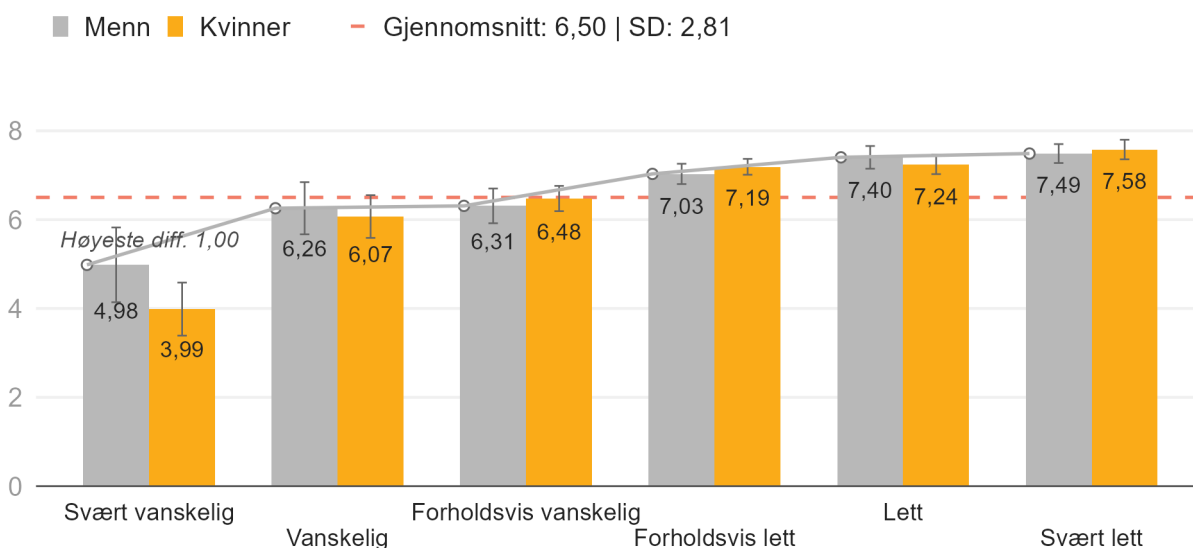


Figur B viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for gruppen med høyere utdanning over fire år og lavest for de med fagskole eller universitetsutdanning under to år. For menn er skåren høyest blant de med fagskole eller universitetsutdanning under to år og lavest blant de som kun har fullført grunnskole. Forskjellen mellom gruppene med høyest og lavest skår tilsvarer en Cohen's d på 0,16 for kvinner og 0,20 for menn, som for begge kjønn indikerer en liten forskjell. Graden av stedstilhørighet varierer dermed noe mellom gruppene, men forskjellene er jevnt over små. Ellers er det ingen vesentlige forskjeller mellom kjønnene.

Figur 159: Stedstilhørighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet, etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn har aldersgruppen 70–79 år høyest verdi, mens 18–29 år har lavest. Cohen's d for differansen er 0,87 for kvinner og 0,69 for menn, noe som indikerer en stor forskjell for begge kjønn. Samlet sett viser resultatene at eldre opplever en sterkere følelse av tilhørighet til bostedet enn yngre. Ellers er det ingen vesentlige forskjeller mellom kjønnene.

Figur 160: Stedstilhørighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er skåren høyest for de som opplever det svært lett å få økonomien til å strekke til, mens den er lavest blant de som opplever det som svært vanskelig. Blant menn er det et tilsvarende mønster. For kvinner er Cohen's d på 1,28, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d på 0,89, som også indikerer en stor forskjell. Dette tyder på at opplevelsen av husholdningsøkonomien har betydelig sammenheng med følelsen av tilhørighet til bostedet. Ellers er det ingen vesentlige forskjeller mellom kjønnene.

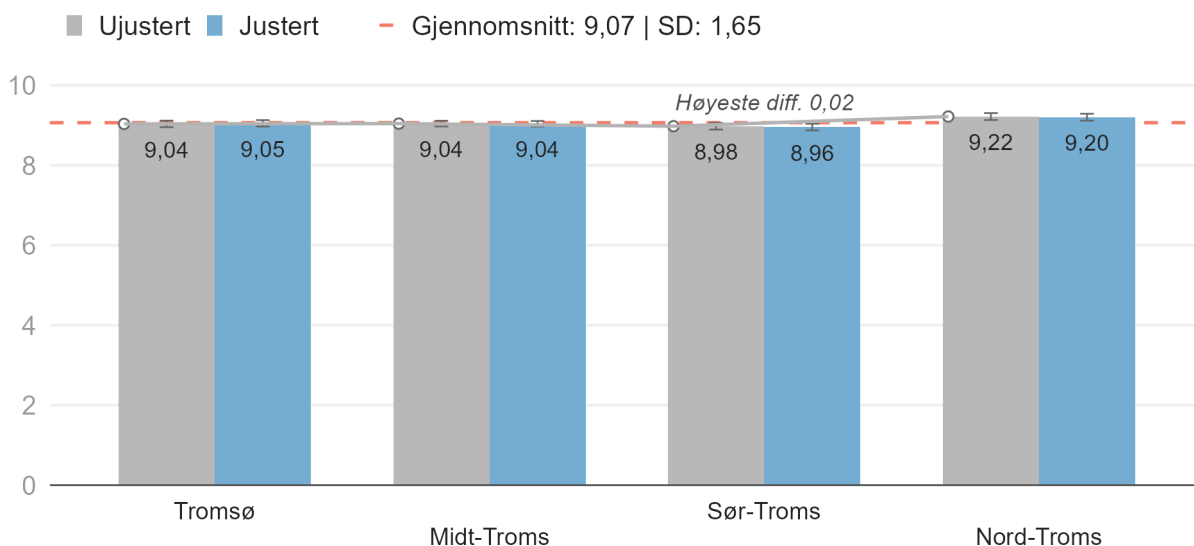
3.45 Trygg i nærmiljøet

Svarandel: Totalt 10 642 deltakere av 10 686 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på trygghet i nærmiljøet (0–10 skala)

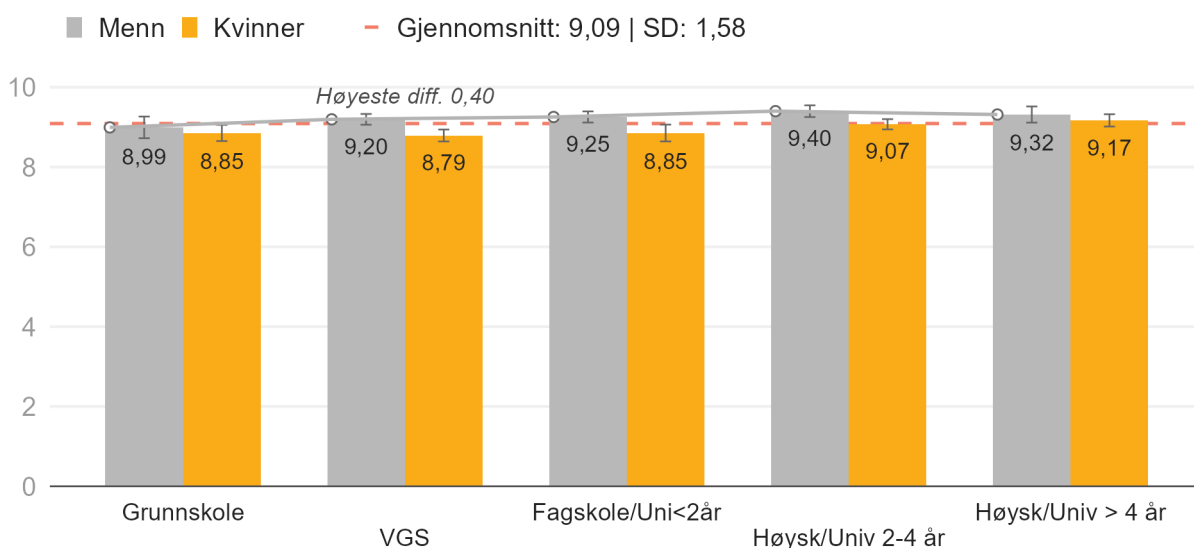
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 642	9,04	8,99 – 9,09
Kvinner	5 823	8,86	8,79 – 8,93
Menn	4 819	9,21	9,14 – 9,28

Figur 161: Trygg i nærmiljøet etter regioner i Troms (A)



Figur A viser gjennomsnittsskår (0–10) på hvor trygg en føler seg i nærmiljøet, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest skår og Sør-Troms lavest, med en differanse på 0,25. Forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,15, som indikerer en liten forskjell. Samlet sett viser resultatene at opplevd trygghet er rimelig jevnt fordelt, men noe høyere i Nord-Troms.

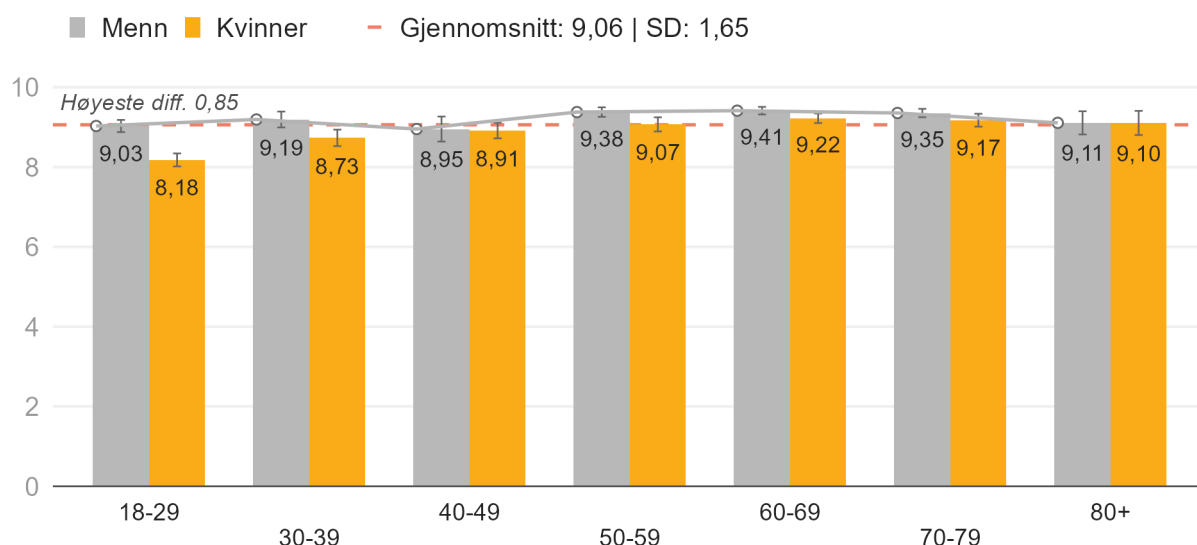
Figur 162: Trygg i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser gjennomsnittsskår (0–10) på hvor trygg en føler seg i nærmiljøet, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med høyskole eller universitetsutdanning over fire år høyest skår, mens de med videregående skole ligger lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,24, som tyder på en liten forskjell. Blant menn har de med høyskole eller universitetsutdanning i to til fire år høyest skår, mens de med grunnskole plasserer seg lavest. Cohen's d er på 0,26, noe som tilsier en middels forskjell. Selv om det sees forskjeller i gjennomsnitt, overlapper konfidensintervallene for menn, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. For begge kjønn er skåren høyest blant de med høyere utdanningsnivå,

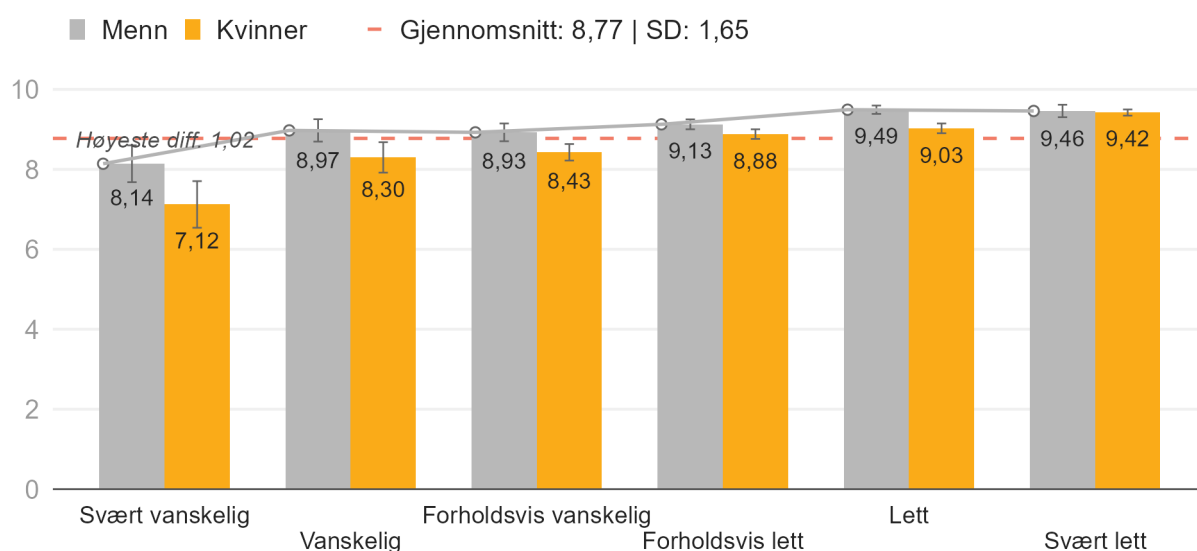
men det er gjennomgående kjønnsforskjeller, der kvinner rapporterer noe lavere nivå av trygghet i nærmiljøet enn menn (tydeligst i de midterste utdanningskategoriene).

Figur 163: Trygg i nærmiljøet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittsskår (0–10) på hvor trygg en føler seg i nærmiljøet, etter kjønn og alder). Blant kvinner har de i alderen 60–69 år høyest skår, mens 18–29 år ligger lavest. For kvinner er Cohen's d på 0,63, noe som indikerer en stor forskjell. Blant menn har de i alderen 60–69 år høyest skår og 40–49 år lavest. For menn er Cohen's d på 0,28, noe som tilsvarer en middels forskjell. Det ser ut til at eldre aldersgrupper skårer høyere på opplevd trygghet enn yngre, spesielt for kvinner. For de yngste aldersgruppene ser det ut til å være en tydelig kjønnsforskjell der kvinner har lavere skår på trygghet i nærmiljøet enn menn.

Figur 164: Trygg i nærmiljøet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittsskår (0–10) på hvor trygg en føler seg i nærmiljøet, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner ligger gruppen «Svært lett» høyest og «Svært vanskelig» lavest. Cohen's d på 1,39 indikerer en stor forskjell. Blant menn ligger gruppen «Lett» høyest og «Svært vanskelig» lavest. Cohen's d på

0,82 indikerer en stor forskjell. Samlet sett tyder dette på at husholdningsøkonomien har en tydelig sammenheng med opplevd trygghet i nærmiljøet for begge kjønn. Det er også sånn at kvinner skårer noe lavere enn menn på opplevd trygghet i de fleste økonomiske kategorier (unntaket er for de som har det svært lett).

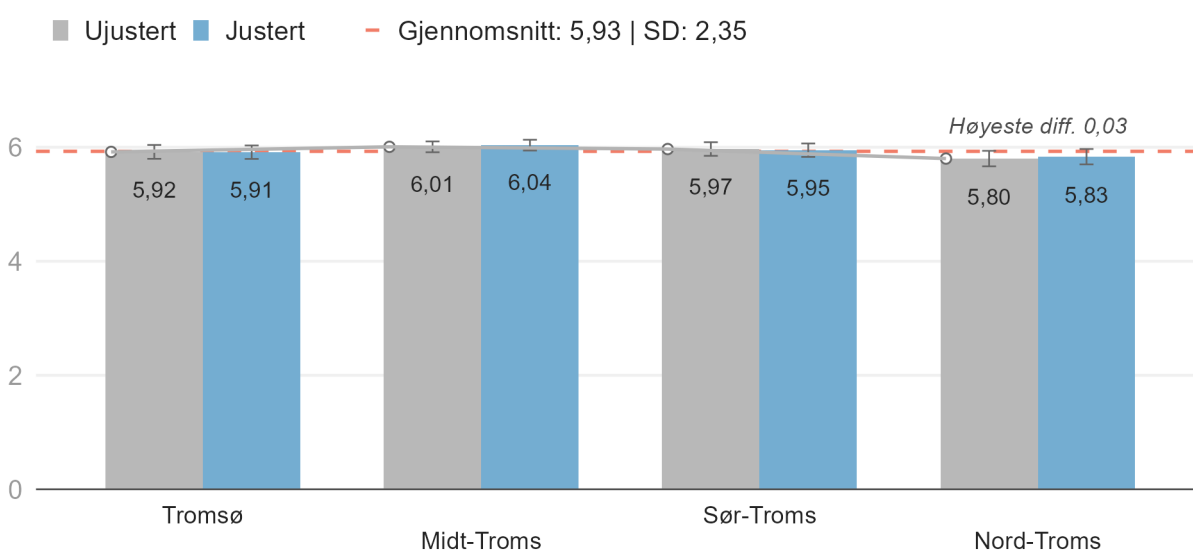
3.46 Engasjement

Svarandel: Totalt 10 627 deltakere av 10 686 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gjennomsnittsskår på engasjement (0–10 skala)

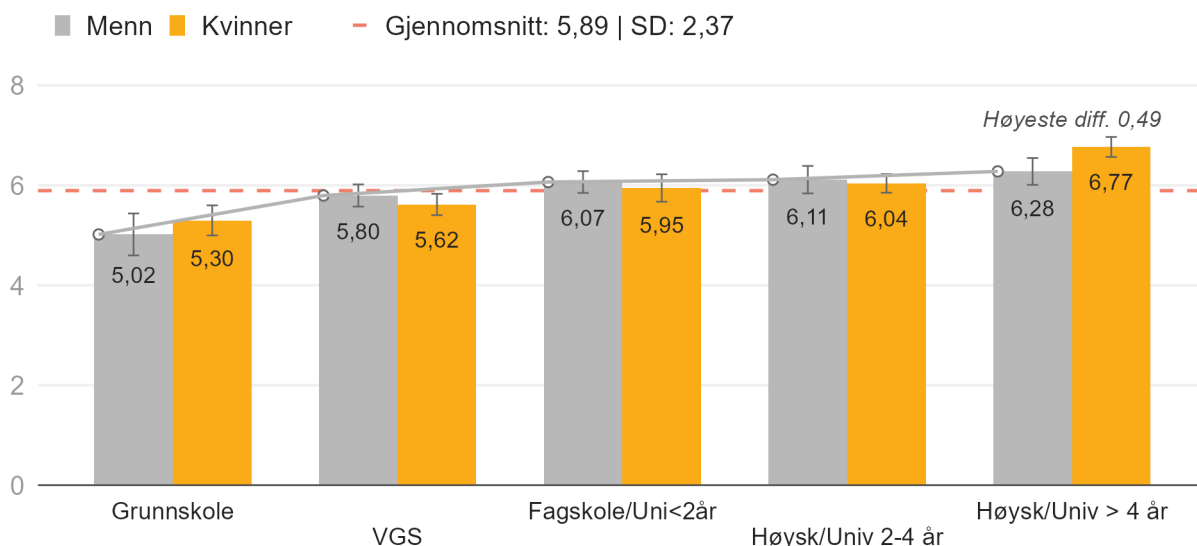
Gruppe	Antall	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 627	5,94	5,87 – 6,01
Kvinner	5 812	5,99	5,90 – 6,08
Menn	4 815	5,89	5,78 – 6,00

Figur 165: Engasjement etter regioner i Troms (A)



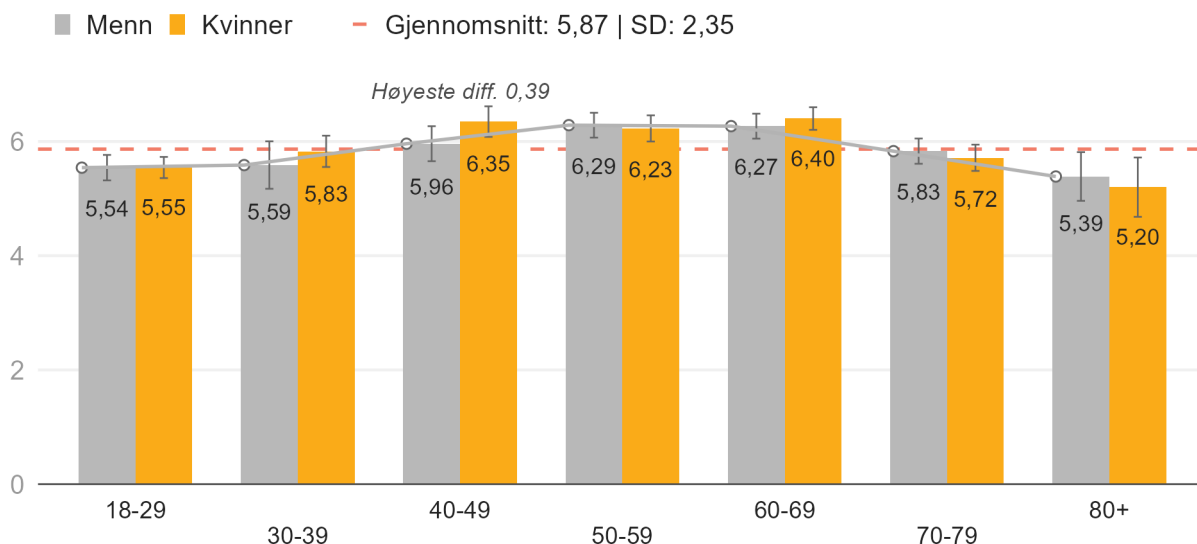
Figur A viser gjennomsnittlig grad av engasjement (0–10) siste 7 dager, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest gjennomsnittsskår, mens Nord-Troms har lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's d på 0,09, som indikerer at variasjonen er ubetydelig. Graden av rapportert engasjement er dermed jevnt fordelt på tvers av regionene.

Figur 166: Engasjement etter kjønn og utdanningsnivå (B)

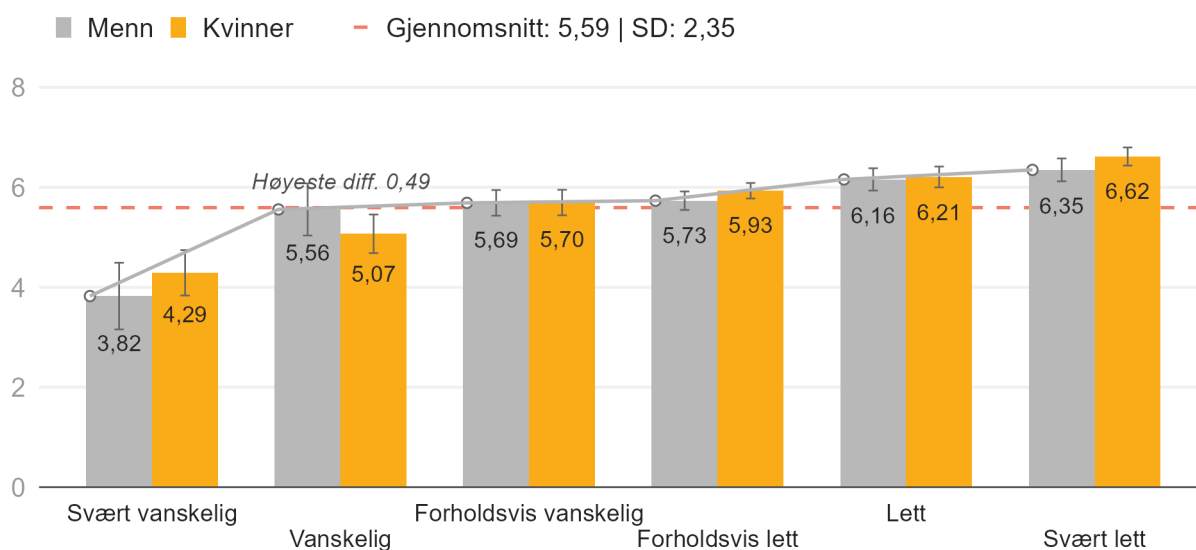


Figur B viser gjennomsnittlig grad av engasjement (0–10) siste 7 dager, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år høyest skår, mens de med bare grunnskoleutdanning skårer lavest. Blant menn ser vi samme mønster. Cohen's d på 0,62 for kvinner indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d på 0,53, som også tilsvarer en stor forskjell. Samlet sett øker graden av engasjement i takt med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Det er i liten grad mulig å spore noen kjønnsforskjeller på tvers av utdanningsnivåene. Det er imidlertid antydninger til at i gruppen med lengst utdanning, så skårer kvinner høyere enn menn på engasjement.

Figur 167: Engasjement etter kjønn og alder (C)



Figur C viser gjennomsnittlig grad av engasjement (0–10) siste 7 dager, etter kjønn og alder. Blant kvinner har aldersgruppen 60–69 høyest skår, mens 80+ har lavest. Blant menn ligger aldersgruppen 50–59 høyest, og 80+ lavest. For kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 0,51, som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's d på 0,38, som tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett viser resultatene et mønster der graden av engasjement er høyest for de midterste aldersgruppene, og en del lavere for de yngste og eldste aldersgruppene. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 168: Engasjement etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser gjennomsnittlig grad av engasjement (0–10) siste 7 dager, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn har gruppen «Svært lett» den høyeste skåren, og gruppen «Svært vanskelig» den laveste. Hos kvinner tilsvarer forskjellen en Cohen's d på 0,99, som er en stor forskjell. Hos menn er Cohen's d 1,07, som også indikerer en stor forskjell. Graden av engasjement stiger altså i takt med en mer positiv oppfatning av husholdningsøkonomien. Gruppen som rapporterer at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til skiller seg ut med lav grad av engasjement for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

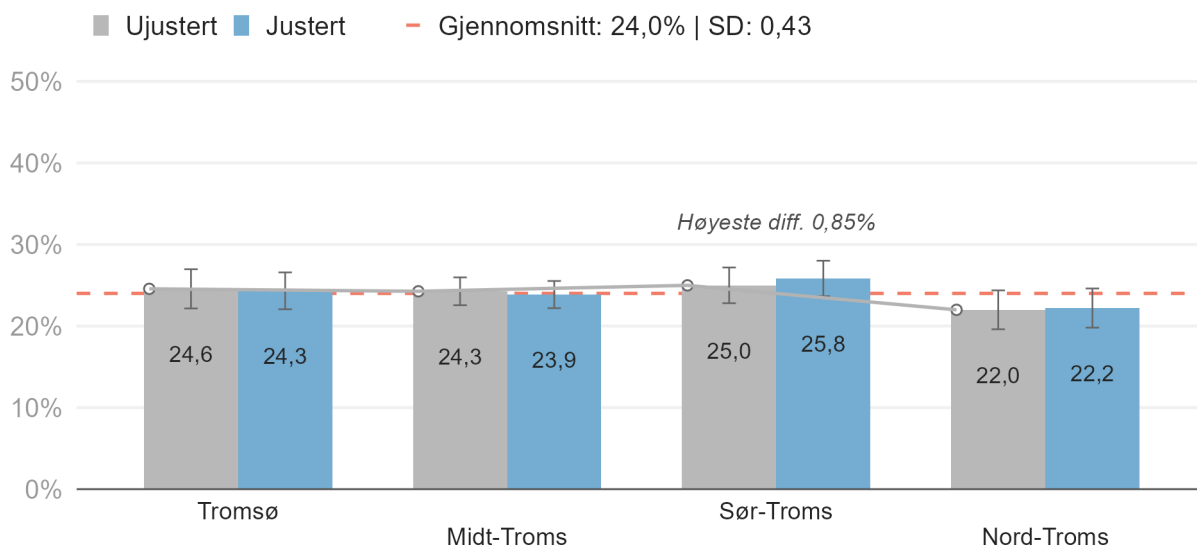
3.47 Økonomiske vansker

Svarandel: Totalt 10 430 deltakere av 10 686 (97,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir økonomiske vansker

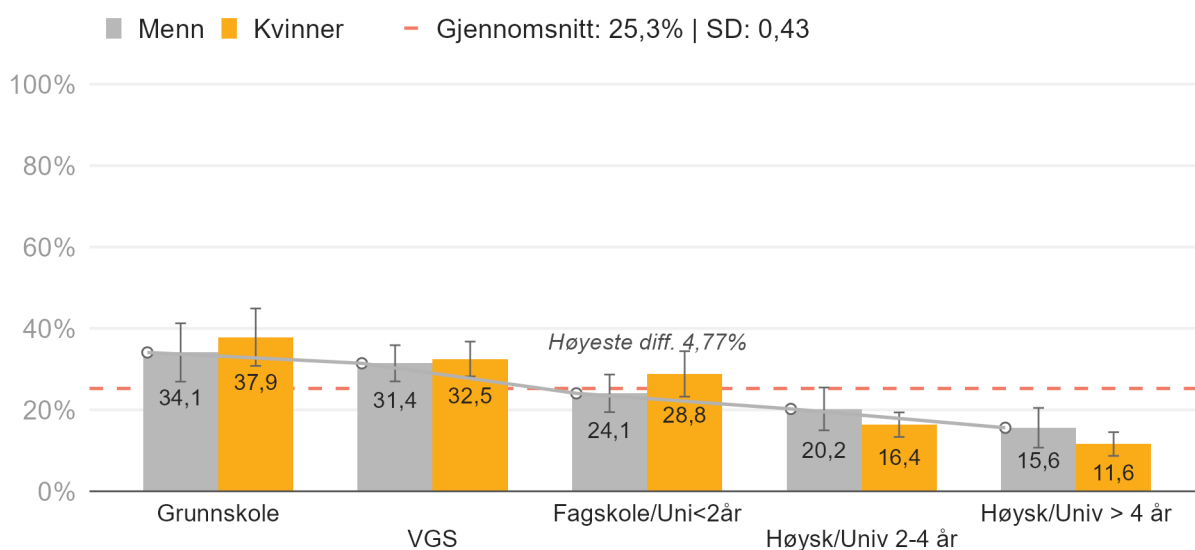
Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 430	24,4 %	23,0 – 25,8
Kvinner	5 708	23,9 %	22,1 – 25,6
Menn	4 722	25,0 %	22,8 – 27,2

Figur 169: Økonomiske vansker etter regioner i Troms (A)



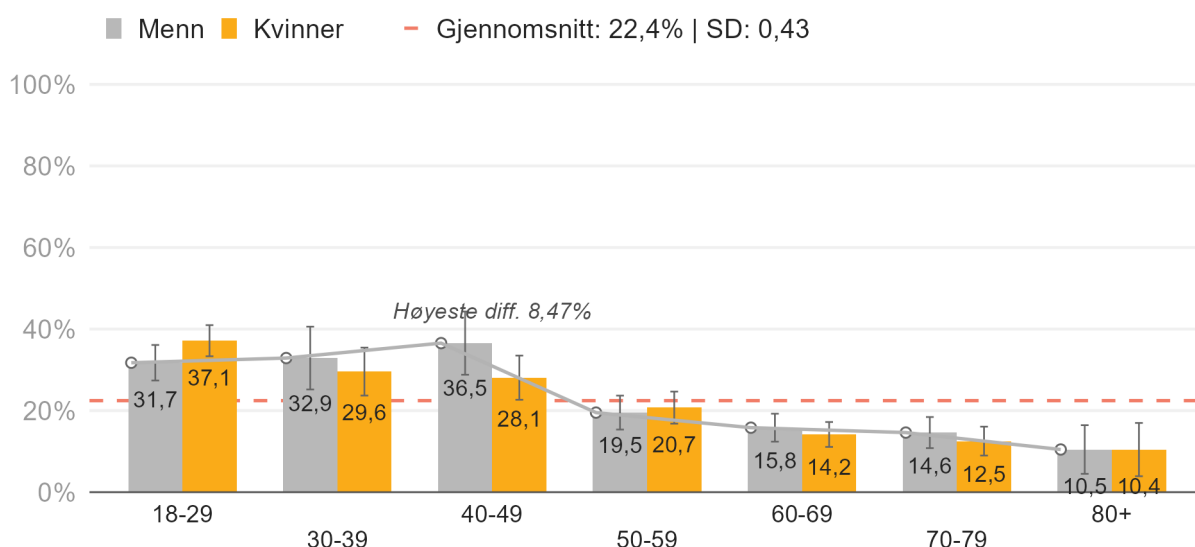
Figur A viser andelen som opplever at det er vanskelig å få husholdningens økonomi til å strekke til, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Sør-Troms har høyest andel, mens Nord-Troms har lavest. Forskjellen på 3,6 prosentpoeng tilsvarer en Cohen's h på 0,09, noe som indikerer en ubetydelig variasjon. Totalt sett er forskjellene mellom regionene små.

Figur 170: Økonomiske vansker etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som opplever at det er vanskelig å få husholdningens økonomi til å strekke til, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest i gruppen med universitets- og høyskoleutdanning over fire år. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,63, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h på 0,44, noe som indikerer en middels forskjell. Totalt sett viser funnene at jo høyere utdanningsnivå, desto færre oppgir at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 171: Økonomiske vansker etter kjønn og alder (C)



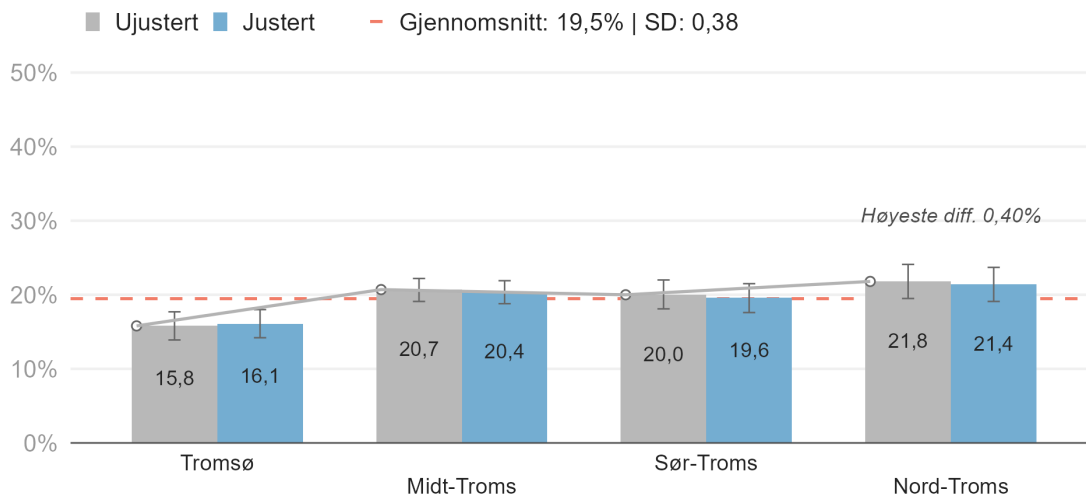
Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få husholdningens økonomi til å strekke til, etter kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 og lavest i aldersgruppen 80+, mens blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40–49 og lavest i aldersgruppen 80+. For kvinner tilsvare differansen en Cohen's h på 0,65, noe som indikerer en stor forskjell. For menn er Cohen's h på 0,64, noe som også indikerer en stor forskjell. Det samlede bildet viser at de eldste aldersgruppene kommer relativt bedre ut for begge kjønn. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

3.48 Ulønnet omsorgsarbeid – gir hjelp (tilleggsspørsmål)

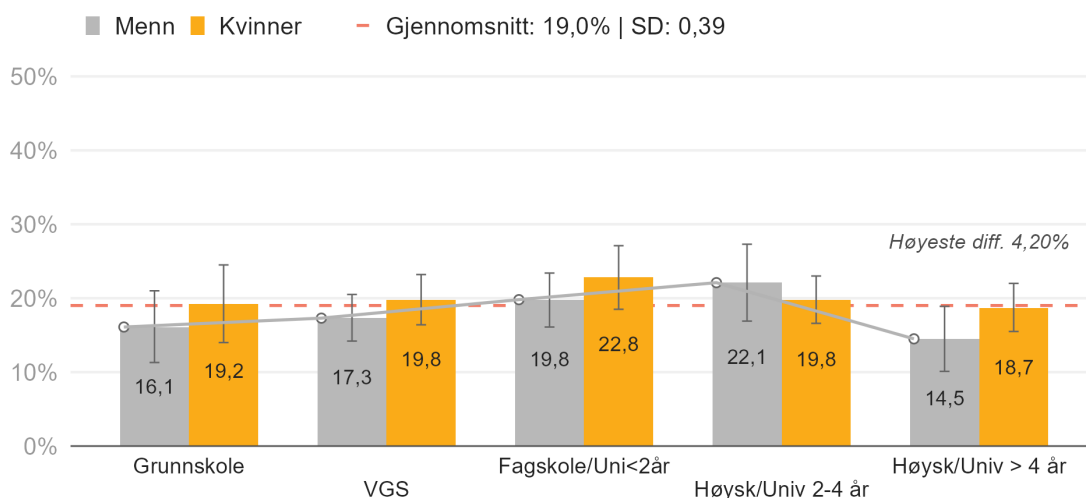
Svarandel: Totalt 10 625 deltakere av 10 686 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Andel (%) som oppgir ulønnet omsorgsarbeid – gir hjelp

Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 625	18,0 %	17,0 – 19,0
Kvinner	5 821	18,7 %	17,2 – 20,2
Menn	4 813	17,3 %	15,6 – 19,1

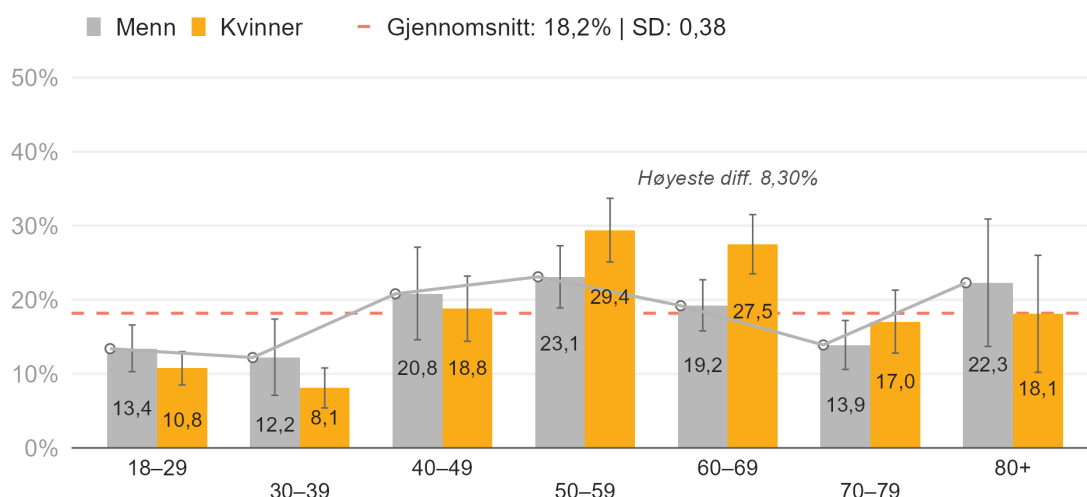
Figur 172: Gir regelmessig ulønnet hjelp etter regioner i Troms (A)

Figur A viser andelen som regelmessig gir ulønnet praktisk hjelp eller tilsyn til syke, personer med nedsatt funksjonsevne eller eldre, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Nord-Troms har høyest andel, mens Tromsø har lavest. Forskjellen er på 5,30 prosentpoeng, og tilsvarer en Cohen's h på 0,14, som indikerer at det er en liten forskjell mellom disse regionene. Regionene Midt-Troms, Sør-Troms og Nord-Troms har forholdsvis like andeler. Samlet sett skiller Tromsø regionen seg ut med lavere andel enn de andre regionene.

Figur 173: Gir regelmessig ulønnet hjelp etter kjønn og utdanningsnivå (B)

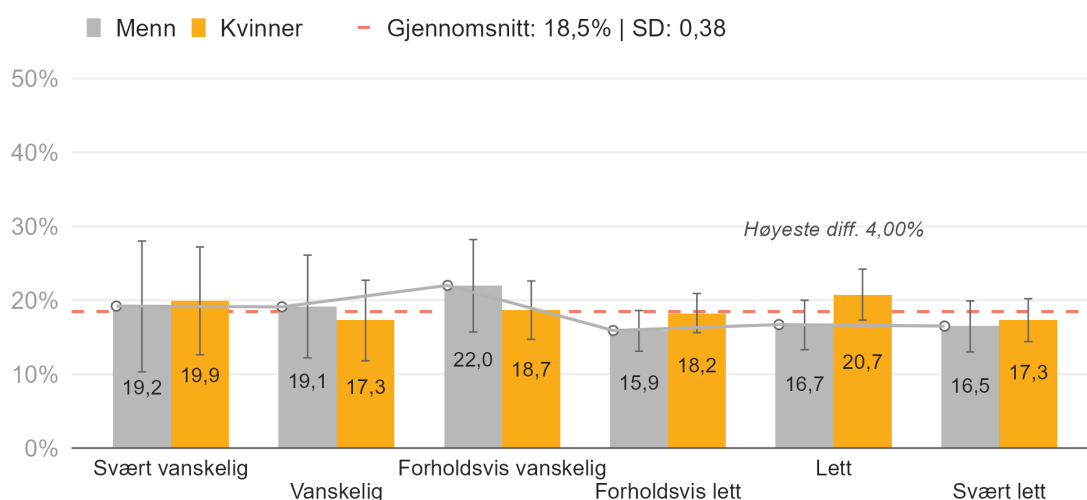
Figur B viser andelen som regelmessig gir ulønnet praktisk hjelp eller tilsyn til syke, personer med nedsatt funksjonsevne eller eldre, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner gir de med fagskole eller universitetsutdanning under to år mest hjelp, mens de med høyest utdanning gir minst hjelp. Forskjellen tilsvarer Cohen's h på 0,10, noe som indikerer en liten forskjell. Blant menn gir de med 2-4 år høyskole/universitetsutdanning mest hjelp, mens de med høyest utdanning gir minst. Cohen's h på 0,20, indikerer en liten forskjell. Generelt viser trendene små forskjeller i hvor mye ulønnet hjelp som gis på tvers av utdanningsnivå, og det er ellers ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 174: Gir regelmessig ulønnet hjelp etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som regelmessig gir ulønnet praktisk hjelp eller tilsyn til syke, personer med nedsatt funksjonsevne eller eldre, etter kjønn og alder. Blant både kvinner og menn har aldersgruppen 50–59 år den høyeste andelen, mens 30–39 år har den laveste. For kvinner tilsvarer differansen en Cohen's h på 0,57, som indikerer en stor forskjell. For menn tilsvarer forskjellen mellom høyeste og laveste gruppe en Cohen's h på 0,29, en middels forskjell. Generelt sees en økning i andelen som gir ulønnet hjelp fra aldersgruppen 30–39 år fram til 50–59 år, og deretter er det en nedadgående trend. Mønsteret er rimelig likt for menn og kvinner. Det er gjennomgående ingen vesentlige kjønnsforskjeller, med unntak av aldersgruppen 60–69 år, der andelen som gir ulønnet hjelp er høyere blant kvinner.

Figur 175: Gir regelmessig ulønnet hjelp etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som regelmessig gir ulønnet praktisk hjelp eller tilsyn til syke, personer med nedsatt funksjonsevne eller eldre, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner har de som vurderer økonomien som Lett høyest andel, mens Svært lett har lavest. Forskjellen tilsvarer Cohen's h på 0,09, som indikerer en ubetydelig forskjell. Blant menn har de som vurderer økonomien som Forholdsvis vanskelig høyest andel, mens Forholdsvis lett har lavest. Cohen's h er på 0,16, noe som indikerer en liten forskjell. Generelt er forskjellene mellom gruppene små, og det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

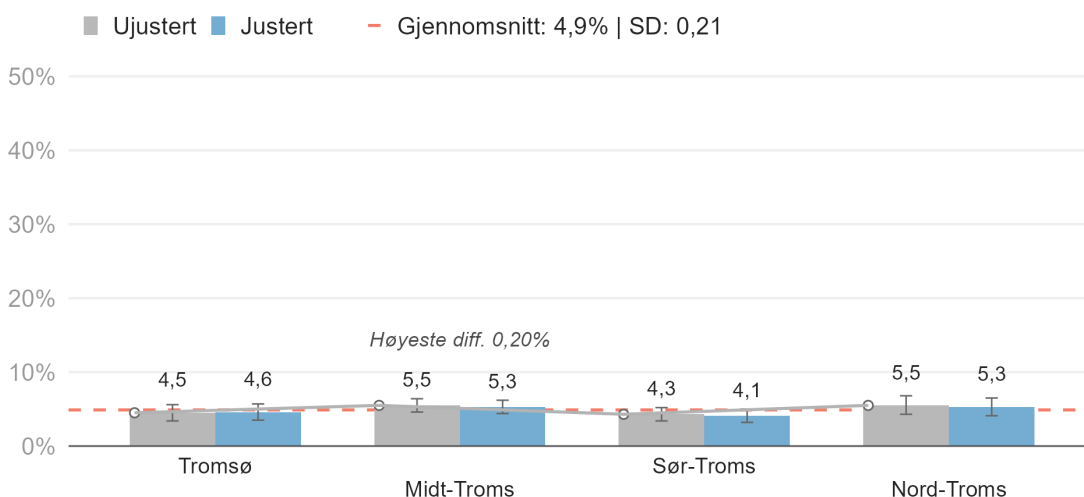
3.49 Ulønnet omsorgsarbeid – mottar hjelp (tilleggsspørsmål)

Svarandel: Totalt 10 557 deltakere av 10 686 (98,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

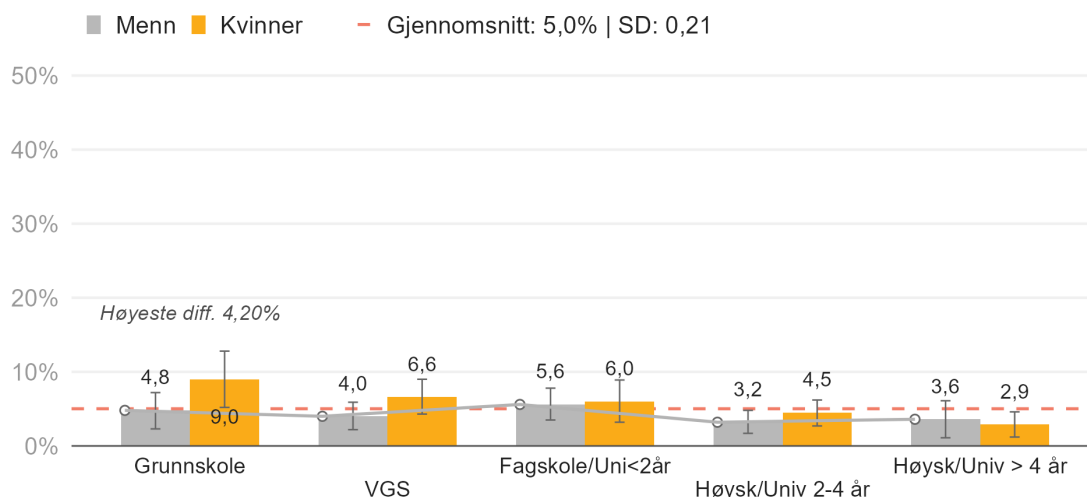
Andel (%) som oppgir ulønnet omsorgsarbeid – mottar hjelp

Gruppe	Antall	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 557	4,7 %	4,1 – 5,4
Kvinner	5 768	5,2 %	4,3 – 6,1
Menn	4 789	4,3 %	3,5 – 5,1

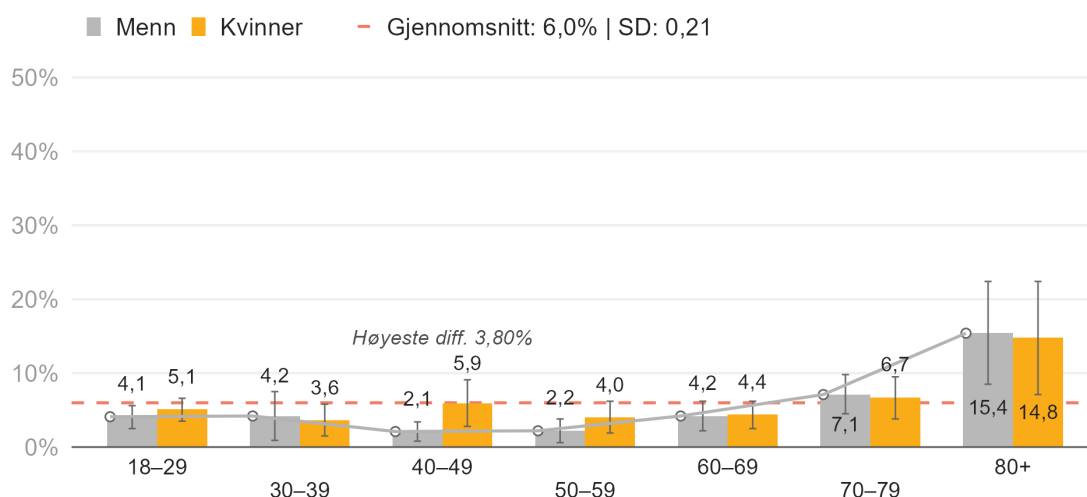
Figur 176: Mottar regelmessig ulønnet hjelp etter regioner i Troms (A)



Figur A viser andelen som regelmessig mottar ulønnet praktisk hjelp, pleie eller tilsyn fra ektefelle/partner, barn, søsken, annen familie eller venner, etter regioner i Troms. Den justerte analysen (justering for alder, kjønn og utdanning) viser at Midt-Troms har høyest andel, mens Sør-Troms har lavest. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,06, noe som indikerer en ubetydelig forskjell. Generelt er det dermed ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

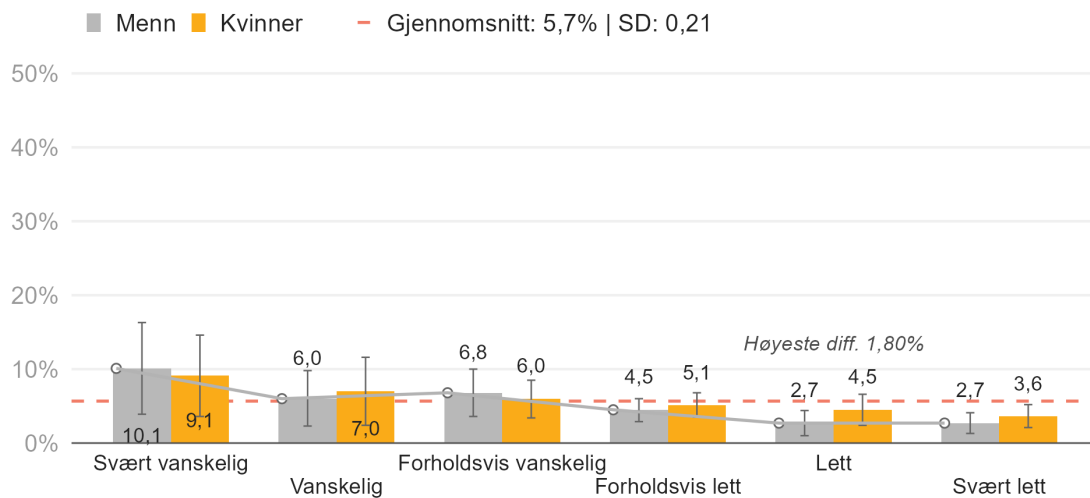
Figur 177: Mottar regelmessig ulønnet hjelp etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som regelmessig mottar ulønnet praktisk hjelp, pleie eller tilsyn fra ektefelle/partner, barn, søsken, annen familie eller venner, etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner har de med grunnskole høyest andel som mottar hjelp, mens de med høyskole/universitetsutdanning over 4 år har lavest. forskjellen utgjør en Cohen's h på 0,27, som anses for å være en middels forskjell. Blant menn ser vi at de med fagskole eller mindre enn to års universitetsutdanning mottar mest hjelp, mens de med høyskole/universitetsutdanning 2–4 år mottar minst. Forskjellen er imidlertid liten, med en Cohen's h på 0,12. For kvinner vises en trend med mindre mottak av hjelp med økende utdanningsnivå. Ellers er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 178: Mottar regelmessig ulønnet hjelp etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som regelmessig mottar ulønnet praktisk hjelp, pleie eller tilsyn fra ektefelle/partner, barn, søsken, annen familie eller venner, etter kjønn og alder. Blant kvinner er det de over 80 år som oftest mottar hjelp, mens aldersgruppen 30–39 år har lavest andel. Denne forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,41, som indikerer en middels stor forskjell. For menn er det også de over 80 år som mottar mest hjelp, mens de i aldersgruppen 40–49 år mottar minst. Forskjellen tilsvarer en Cohen's h på 0,52, som indikerer en stor forskjell. De andre aldersgruppene ligger nærmere hverandre, og forskjellene her virker mindre tydelige. Det er ellers ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

Figur 179: Mottar regelmessig ulønnet hjelp etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som regelmessig mottar ulønnet praktisk hjelp, pleie eller tilsyn fra ektefelle/partner, barn, søsken, annen familie eller venner, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Kvinner som vurderer økonomien som Svært vanskelig, har høyest andel, mens de som vurderer økonomien som Svært lett har lavest andel. Cohen's h er 0,23 og indikerer en liten forskjell. Blant menn har de med Svært vanskelig økonomisk situasjon høyest andel, mens de med Lett økonomisk situasjon har lavest andel. Cohen's h på 0,32 indikerer en middels forskjell. Selv om forskjellene i gjennomsnitt er tydelige, overlapper konfidensintervallene for både menn og kvinner, noe som betyr at forskjellene trolig ikke er statistisk signifikante. Det er likevel en trend med lavere andel som mottar hjelp for de med lettere økonomisk situasjon. Det er ellers ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

4. Endring fra 2019 til 2025 på utvalgte variabler

Folkehelseundersøkelsen i Troms ble også gjennomført i 2019, da Troms inngikk i Troms og Finnmark (som var ett fylke i perioden 1. januar 2020 til 1. januar 2024). I analysene nedenfor sammenligner vi 2019 (Troms; svar fra Finnmark er filtrert bort) med 2025. Det er noen metodiske forskjeller mellom innsamlingene: 2019-utvalget var et rent sannsynlighetsutvalg trukket fra hele fylket (designvekten er derfor lik for alle), men datafila inneholder en vekt kalt «Frafallsvekt» som i praksis er en etterstratifiseringsvekt. Denne er beregnet mot SSB tabell 07459 per 01.01.2019 (på fylkes- og kommunenivå) etter kjønn × firedelt alder (18–29, 30–44, 45–59, 60+), med inndeling kommunekjønnalder (192 strata). For to strata var det ingen deltakere med gyldig samtykke; beregningsmåten er ikke endret for disse. 2025-undersøkelsen benytter kombinerte design- og frafallsvekter (som beskrevet tidligere). De metodiske forskjellene mellom 2019 og 2025 data innebærer at undersøkelsene ikke er direkte sammenlignbare, men de rapporterte forskjellene antas å vise reelle trender fra 2019 til 2025 for de utvalgte indikatorene

I analysene anvendes vekter i begge år (2019: etterstratifisering; 2025: design×frafall). Merk at tidsanalysene omfatter et utvalg av variabler, ikke hele spørsmålsbatteriet. Ikke-overlappende konfidensintervall tolkes som statistisk signifikante. I tillegg kan man anslå effektstørrelse for forskjellen mellom to grupper ved å ta differansen mellom gruppene (justerte) estimater og dele på «SD total» (oppgitt i figurene):

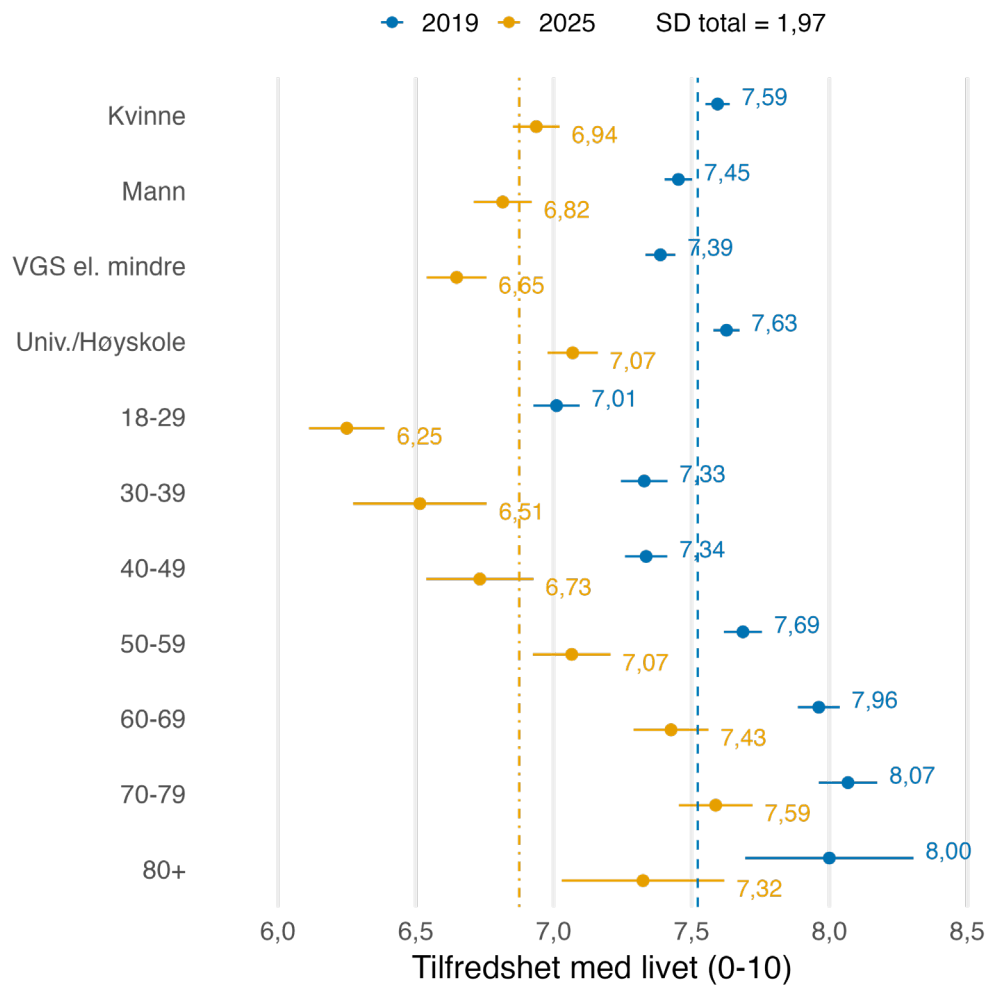
Effektstørrelse = (estimat for gruppe A – estimat for gruppe B) / SD total

For dikotome mål brukes prosentpoeng som teller og SD total (i prosent) som nevner. Vi tolker dette slik: liten effekt hvis $\geq 0,10$ og $< 0,25$, middels fra og med $0,25$ til og med $0,49$, og stor hvis $\geq 0,50$.

4.1 Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i alle grupper. Kvinner rapporterer gjennomgående noe høyere tilfredshet enn menn begge år, men forskjellen er liten og ikke nødvendigvis signifikant. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere verdier enn de med videregående eller kortere utdanning, og dette mønsteret er stabilt over tid. Tilfredsheten øker med alder i begge år, med lavest nivå blant de yngste og høyest blant de eldste, men alle aldersgrupper viser en nedgang fra 2019 til 2025.

Figur 1: Tilfredshet med livet i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

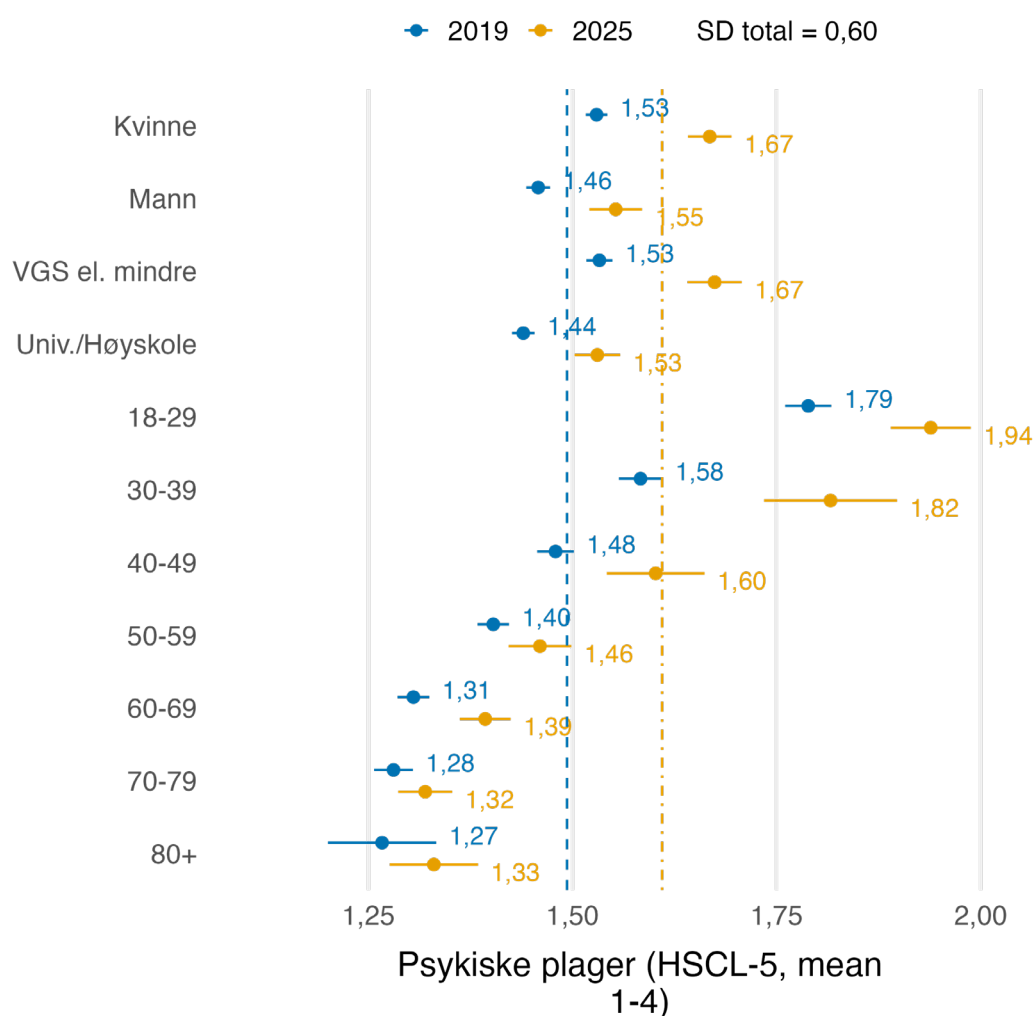


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (7,52; KI95%: 7,49–7,56). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (6,88; KI95%: 6,81–6,94).

4.2 Psykiske plager (HSCL-5)

Det samlede nivået av psykiske plager er høyere i 2025 enn i 2019, og økningen vises for de fleste grupper. Kvinner har gjennomgående høyere nivåer enn menn begge år, med en tydelig økning for begge kjønn. Personer med videregående utdanning eller lavere ligger høyere enn de med universitets- eller høyskoleutdanning, og for begge utdanningsgrupper sees en økning over tid. Yngre aldersgrupper har de høyeste nivåene av psykiske plager, særlig 18–29-åringer, mens nivåene er lavere blant eldre, spesielt over 60 år. Økningen fra 2019 til 2025 er mest markert i de yngre og middelaldrende gruppene, mens endringene er mindre blant de eldste.

Figur 2: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

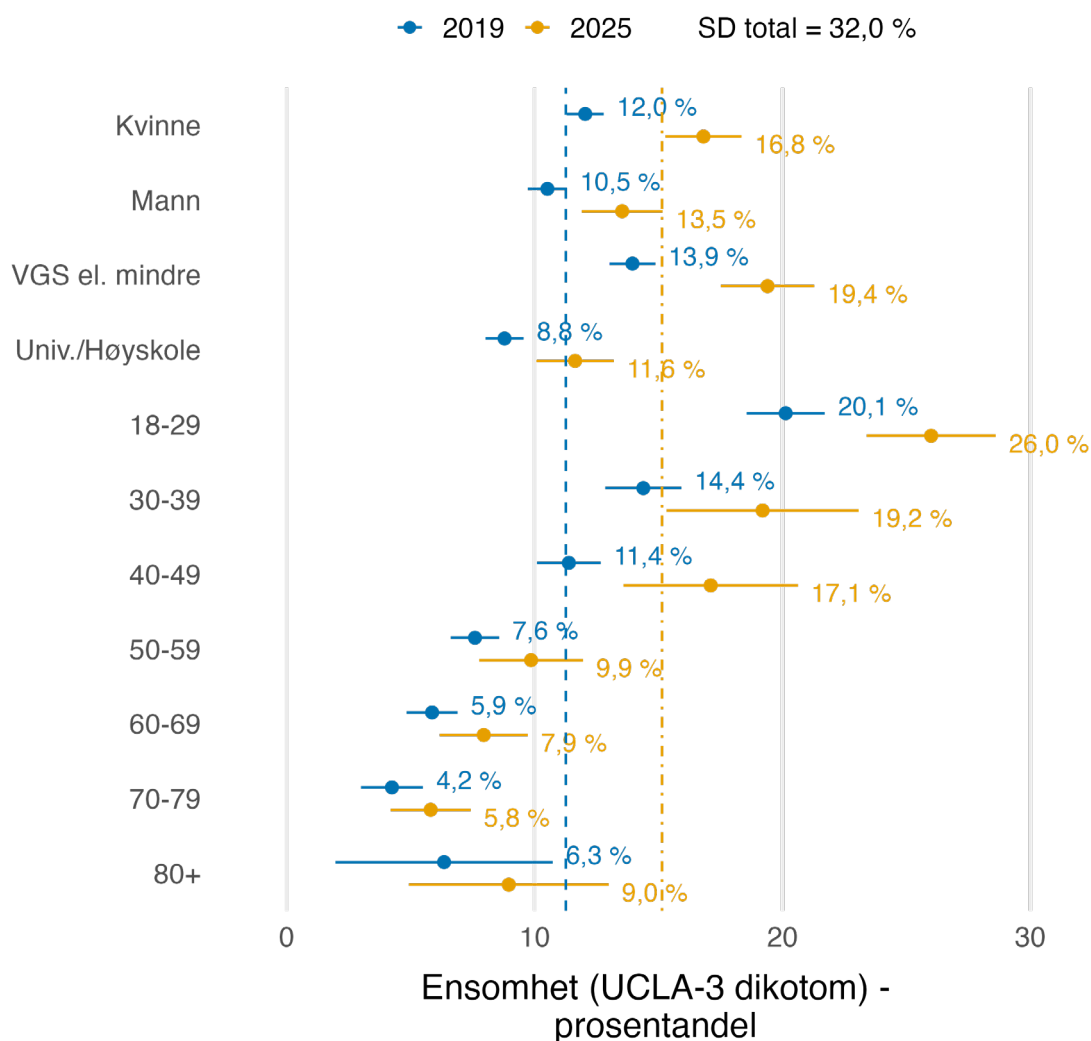


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (1,49; KI95%: 1,48–1,50). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (1,61; KI95%: 1,59–1,63).

4.3 Ensomhet (UCLA-3)

Andelen som rapporterte ensomhet er høyere i 2025 enn i 2019 både totalt og i de fleste undergrupper. Kvinner ligger høyere enn menn begge år, og økningen er tydelig for begge kjønn. Personer med videregående skole eller lavere utdanning har høyere andel enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellen mellom utdanningsgruppene er til stede i begge år. Yngre aldersgrupper har gjennomgående høyere forekomst enn eldre, med høyest nivå blant 18–29-åringene og lavest blant 70–79-åringene, og økningen over tid er synlig i de fleste aldersgrupper, men ikke statistisk signifikant blant de eldste (heller ikke blant gruppen 30–39 år).

Figur 3: Ensomhet (UCLA-3) i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

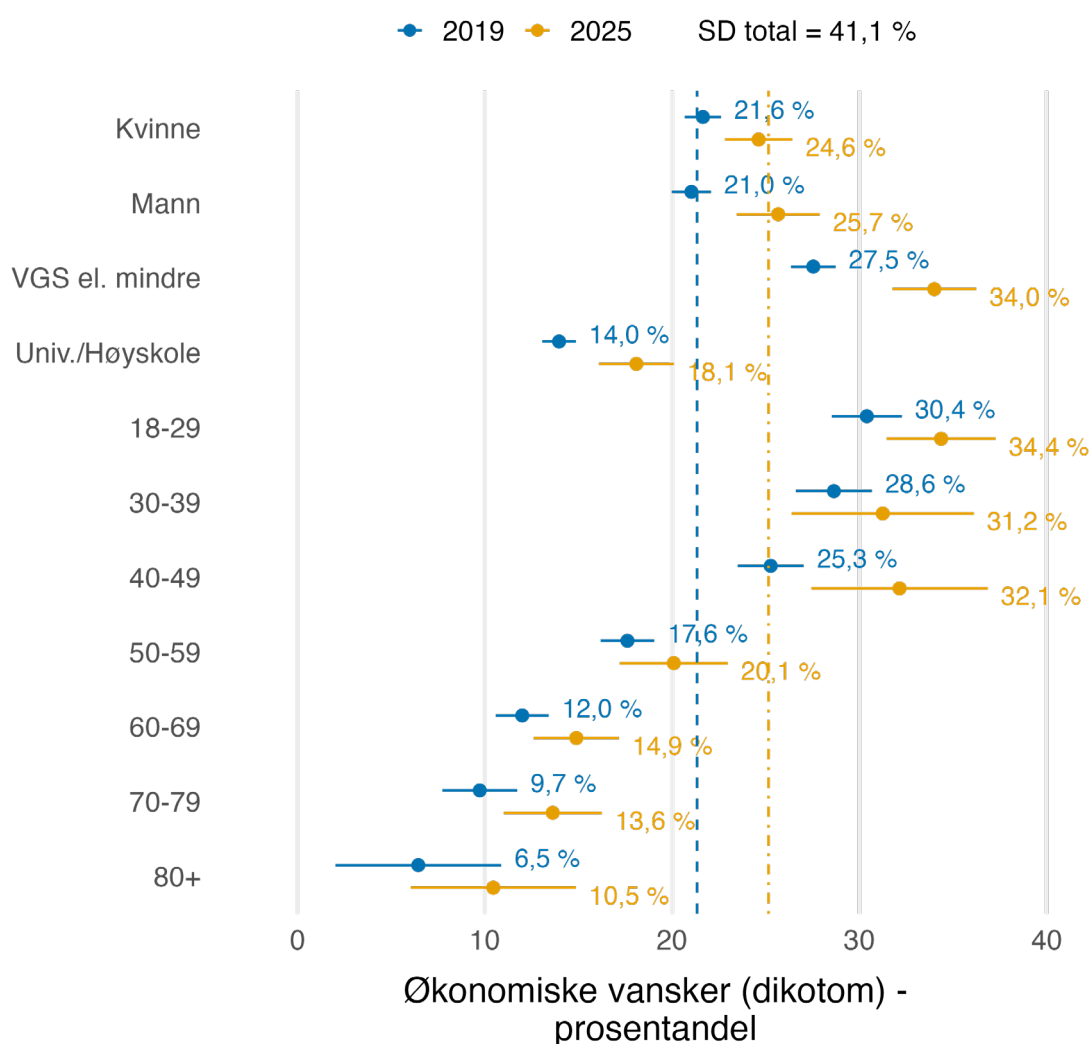


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (11,3; KI95%: 10,7–11,8). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (15,1; KI95%: 14,0–16,3).

4.4 Vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til

Andelen som rapporterer økonomiske vansker er høyere i 2025 enn i 2019 både totalt og i mange av undergruppene. Menn og kvinner ligger på omtrent samme nivå begge år, med en økning over tid for begge kjønn. Personer med videregående utdanning eller mindre har klart høyere forekomst enn de med universitets- eller høyskoleutdanning, og forskjellen består i begge år. I begge år har yngre aldersgrupper gjennomgående høyere andeler med økonomiske vansker enn eldre, med gradvis lavere forekomst med økende alder. Alle aldersgrupper viser en viss økning fra 2019 til 2025, men konfidensintervallene overlapper for flere av gruppene, noe som indikerer at økningen ikke nødvendigvis er statistisk signifikant.

Figur 4: Andel som rapporterte at det var vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

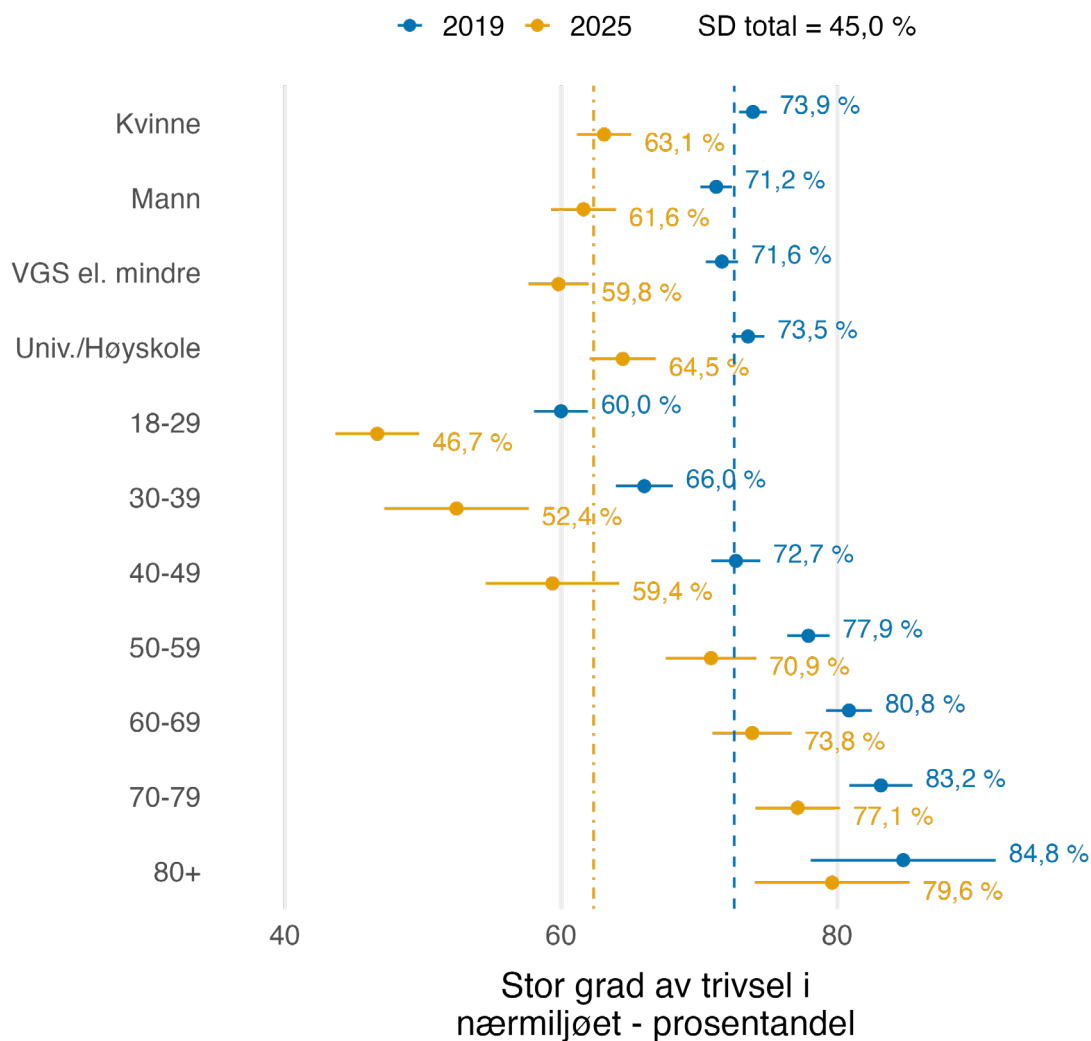


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (21,3; KI95%: 20,6–22,0). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (25,1; KI95%: 23,7–26,6).

4.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Andelen som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet er lavere i 2025 enn i 2019, både totalt og innenfor alle grupper. Kvinner ligger noe høyere enn menn i begge år, men forskjellen er liten og kun statistisk signifikant i 2019. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere trivsel enn de med videregående eller lavere utdanning i 2019, men denne forskjellen er ikke signifikant i 2025. Trivsel øker med alder i begge år, med lavest andel blant de yngste og høyest blant de eldste. Nedgangen fra 2019 til 2025 gjelder alle aldersgrupper, men den er ikke statistisk signifikant for aldersgruppen 80+.

Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

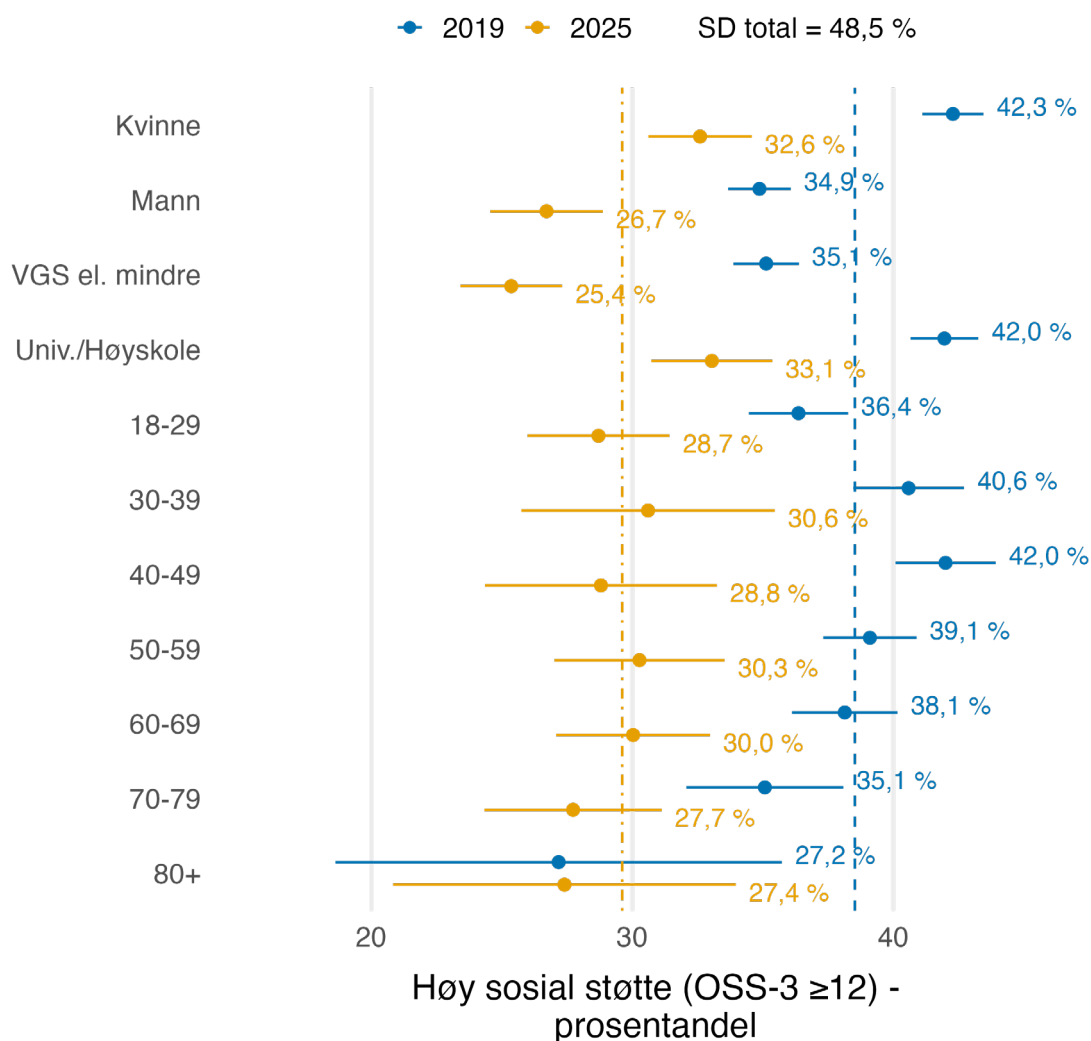


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (72,5; KI95%: 71,8–73,3). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (62,4; KI95%: 60,8–63,9).

4.6 Høy sosial støtte

Andelen med høy sosial støtte er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i de fleste undergrupper. Kvinner ligger høyere enn menn i begge år, men begge kjønn har en nedgang over perioden. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere andeler enn de med videregående eller lavere utdanning, og begge utdanningsgrupper viser reduksjon over de to målepunktene. På tvers av aldersgrupper er andelen i 2019 høyest i alderen 30–49 år og lavest blant de eldste, mens i 2025 er det ingen tydelige forskjeller mellom aldersgruppene. I de fleste aldersgrupper er andelen med høy sosial støtte lavere i 2025 enn i 2019. Unntaket er aldersgruppen 80+, der nivået er noe høyere i 2025 enn i 2019 (dog ikke statistisk signifikant).

Figur 6: Høy sosial støtte i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

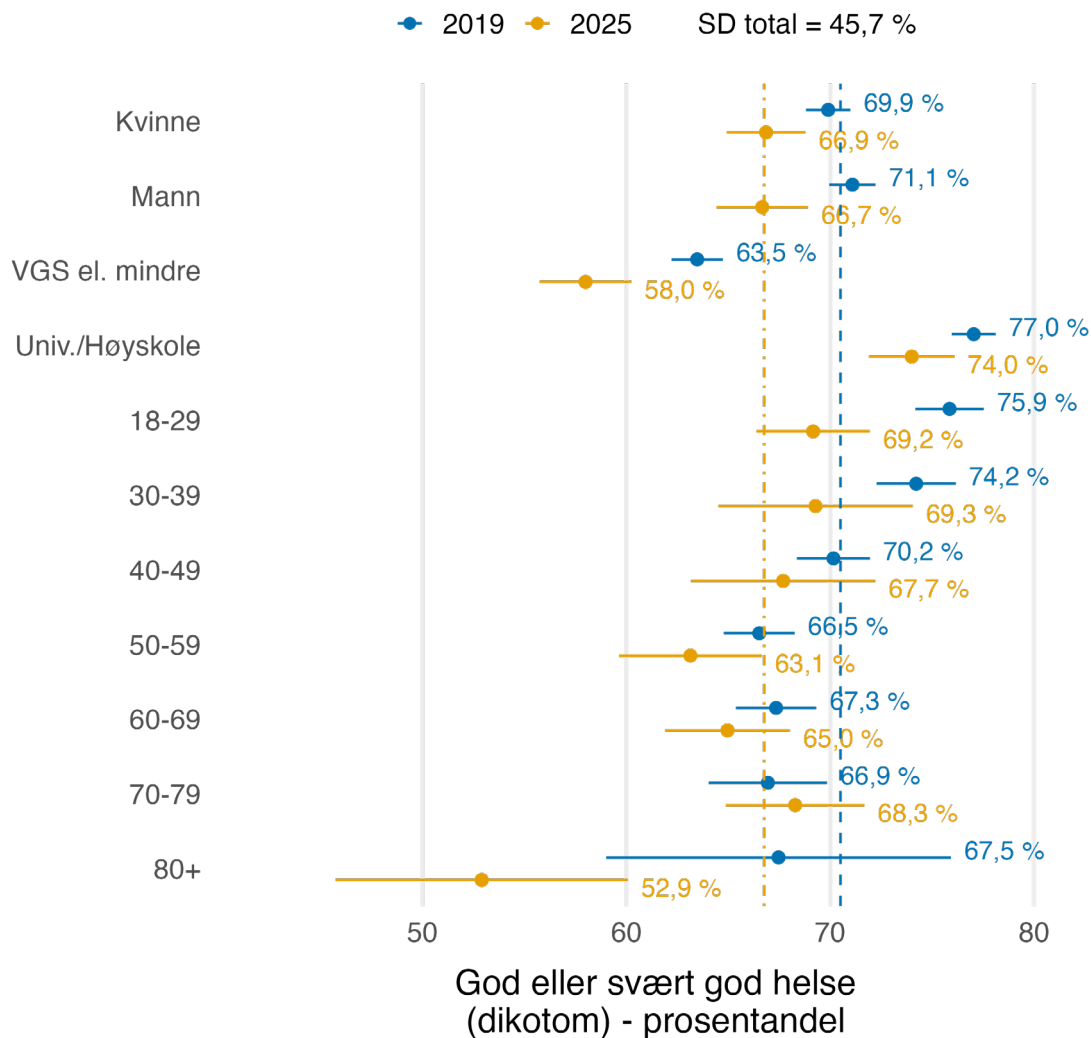


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (38,5; KI95%: 37,7–39,4). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (29,6; KI95%: 28,1–31,1).

4.7 God eller svært god helse

Andelen som rapporterte god eller svært god helse er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og innenfor de fleste grupper. Nedgangen er omtrent lik for kvinner og menn. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere andeler enn de med videregående skole eller lavere, men begge utdanningsgrupper viser noe reduksjon over tid. Blant aldersgruppene er andelen høyest i de yngre aldersgruppene, og det er noe reduksjon med økende alder. For den yngste aldersgruppen er det en statistisk signifikant reduksjon i andelen med god eller svært god helse fra 2019 til 2025.

Figur 7: God eller svært god helse i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

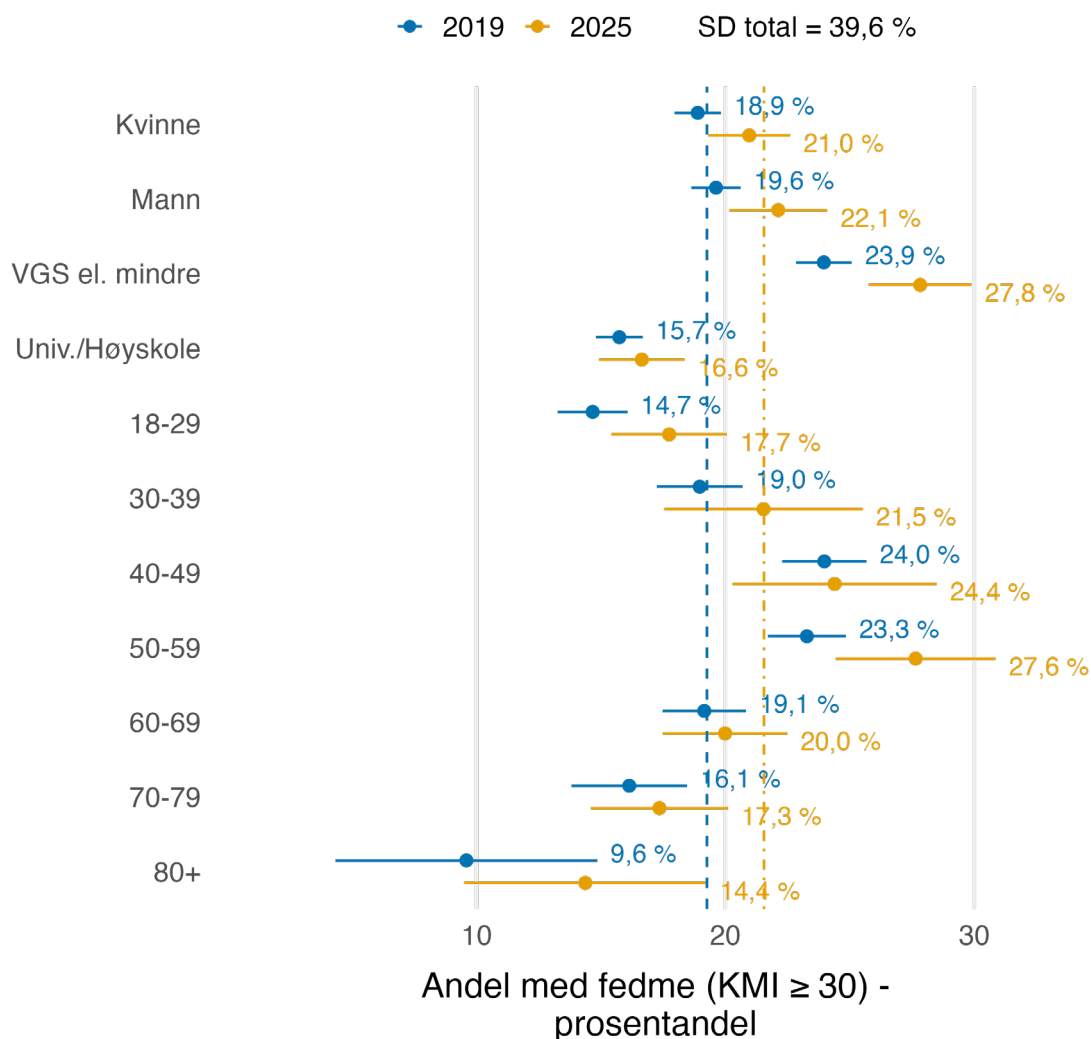


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (70,5; KI95%: 69,7–71,3). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (66,8; KI95%: 65,3–68,3).

4.8 Andel med fedme (KMI 30+)

Andelen med fedme i Troms er samlet sett noe høyere i 2025 enn i 2019, men gjennomsnittsverdiene er ikke statistisk signifikant forskjellig. Nivået er gjennomgående likt for kvinner og menn. Det er tydelige forskjeller etter utdanning, der personer med universitets- eller høyskoleutdanning ligger lavere enn de med videregående skole eller mindre. I sistnevnte gruppe er økningen fra 2019 til 2025 statistisk signifikant. Andelen er høyest i aldersgruppene fra slutten av 30-årene til slutten av 50-årene, lavere blant yngre voksne og blant eldre over 70 år. Det er ingen tydelige endringer over tid i noen av aldersgruppene.

Figur 8: Andel med fedme (KMI 30+) i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

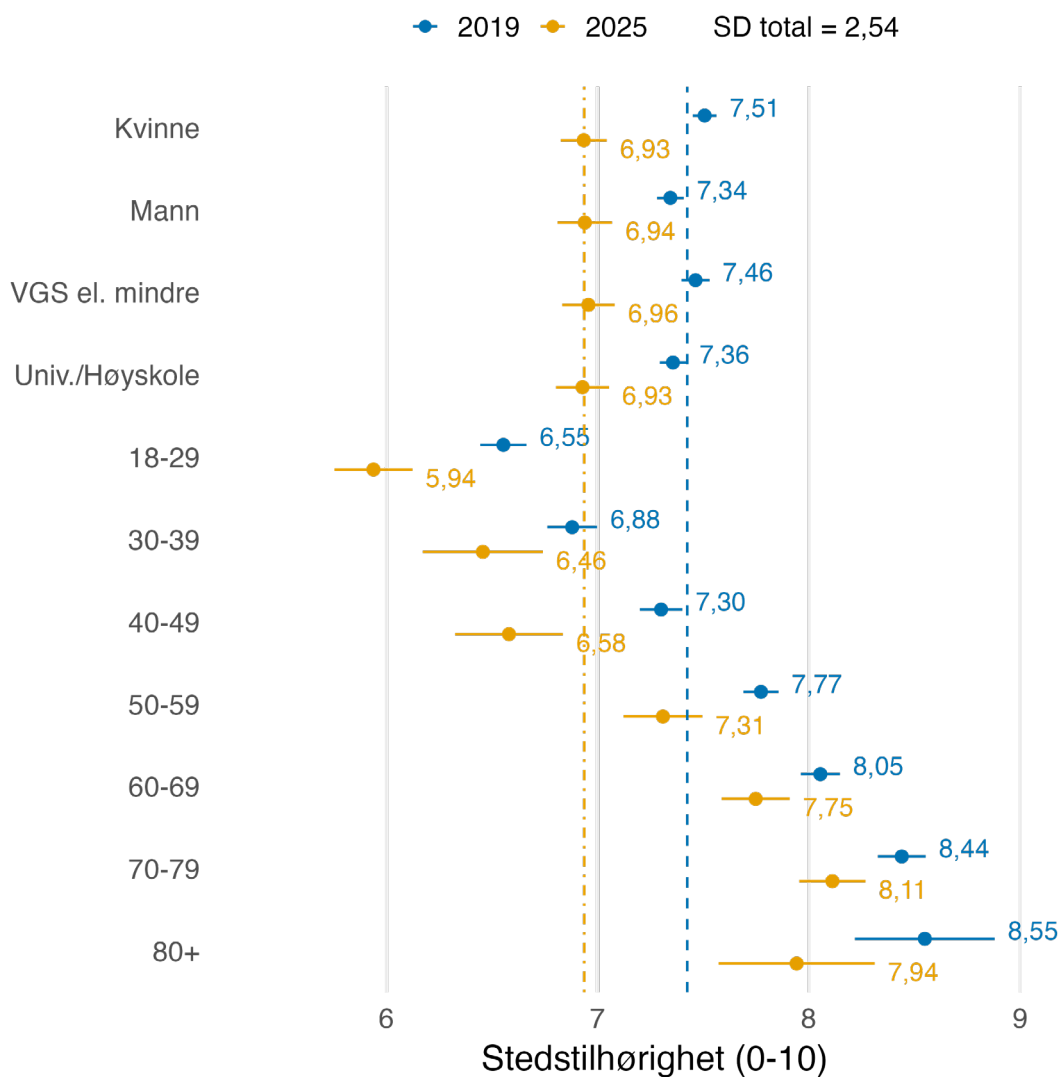


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (19,3; KI95%: 18,6–19,9). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (21,5; KI95%: 20,2–22,8).

4.9 Stedstilhørighet

Gjennomsnittlig stedstilhørighet i Troms er lavere i 2025 enn i 2019, både samlet og innenfor alle grupper med unntak av aldersgruppen 80+. Kvinner og menn ligger nær hverandre i begge år, men med noe høyere nivå blant kvinner i 2019. Utdanningsgruppene viser små forskjeller seg imellom, men nivået er lavere i 2025 enn i 2019. Etter alder er mønsteret tydelig stigende med økende alder, der de yngste har lavest stedstilhørighet og de eldste høyest. Alle aldersgrupper har statistisk signifikant lavere verdier i 2025 enn i 2019, med unntak av 80+.

Figur 9: Stedstilhørighet i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

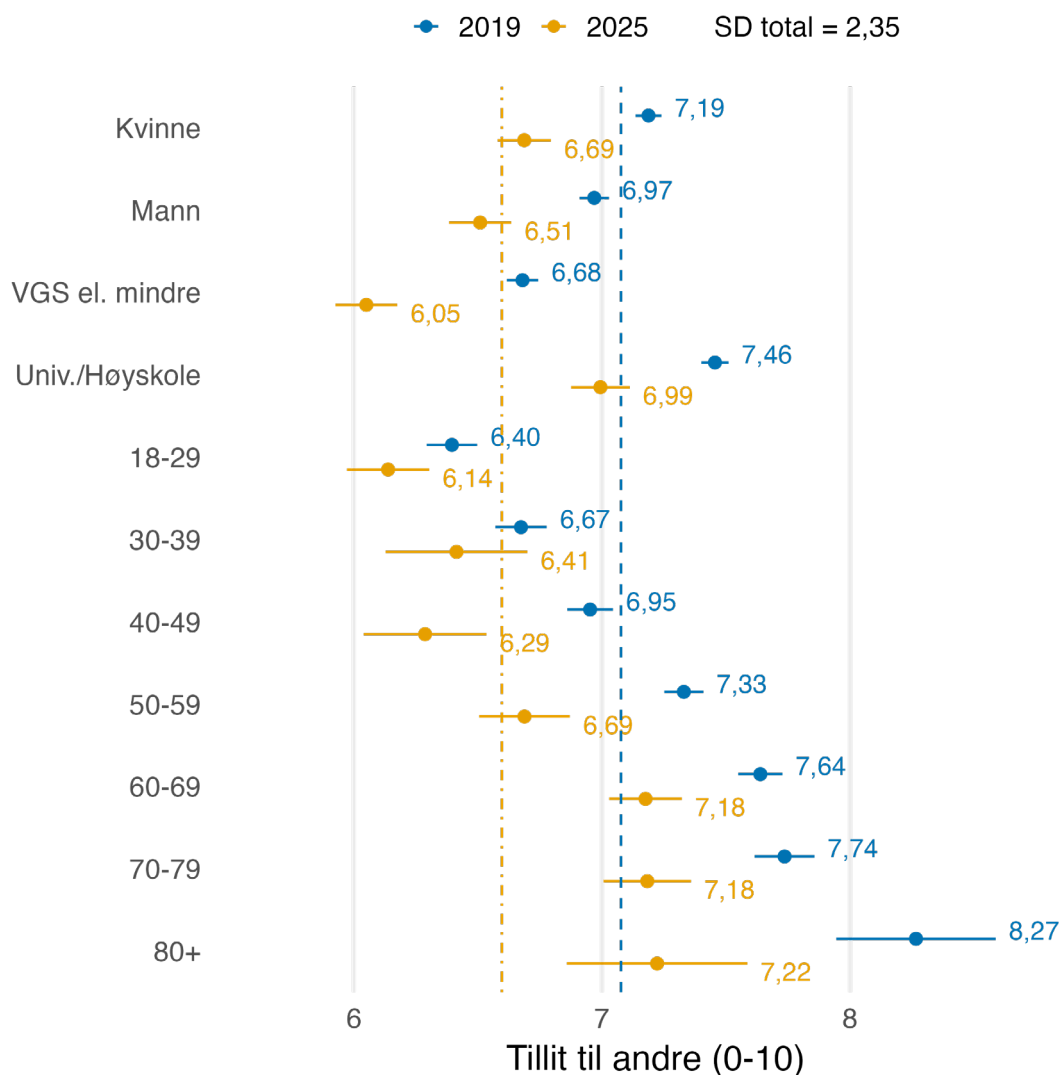


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (7,42; KI95%: 7,38–7,47). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (6,94; KI95%: 6,85–7,02).

4.10 Tillit til andre

Gjennomsnittlig tillit til andre er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i nesten alle undergrupper. Kvinner rapporterer høyere tillit enn menn i 2019, men begge kjønn hadde en nedgang over tid. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere tillit enn de med videregående skole eller lavere utdanning, og begge utdanningsgrupper viser en reduksjon over tid. Tilliten øker med alder i begge år, med lavest nivå blant de yngste og høyest blant de eldste. Fra 40 år og eldre har alle gruppene statistisk signifikant lavere verdier i 2025 enn i 2019.

Figur 11: Tillit til andre i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

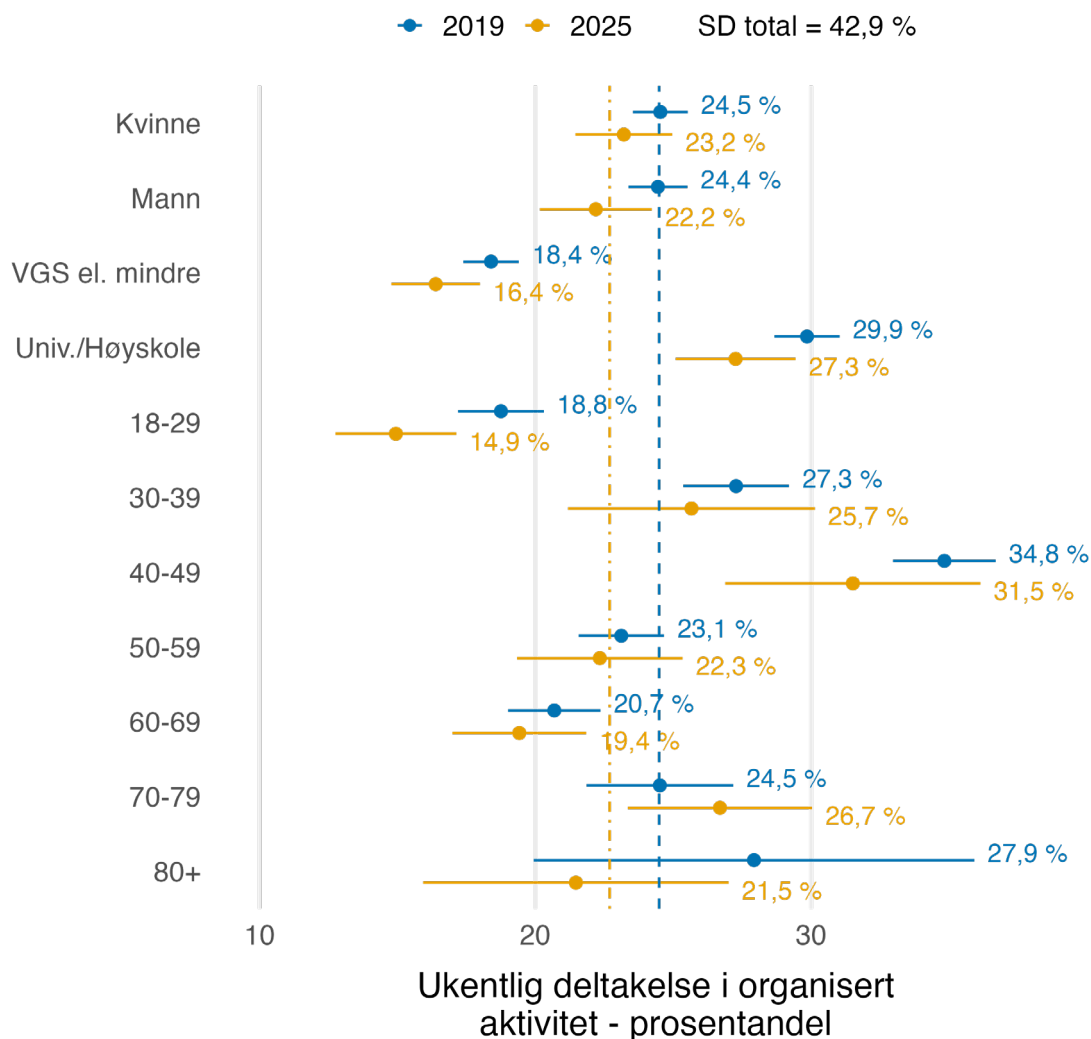


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (7,08; KI95%: 7,04–7,12). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (6,60; KI95%: 6,51–6,68).

4.11 Deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid ukentlig

Andelen som deltar ukentlig i organisert aktivitet er totalt sett i grenseland lavere i 2025 enn i 2019. Kvinner og menn ligger på omtrent samme andel begge år, med tegn til en liten nedgang for begge kjønn, selv om denne ikke er statistisk signifikant. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har klart høyere deltakelse enn de med videregående skole eller mindre. Etter alder er deltakelsen høyest i aldersgruppen 40–49 år og lavest blant de yngste. Det er statistisk signifikant forskjell mellom 2019 og 2025 den yngste aldersgruppen, der deltakelse har gått ned i 2025. Ingen av de andre aldersgruppene har signifikante forskjeller over tid.

Figur 12: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

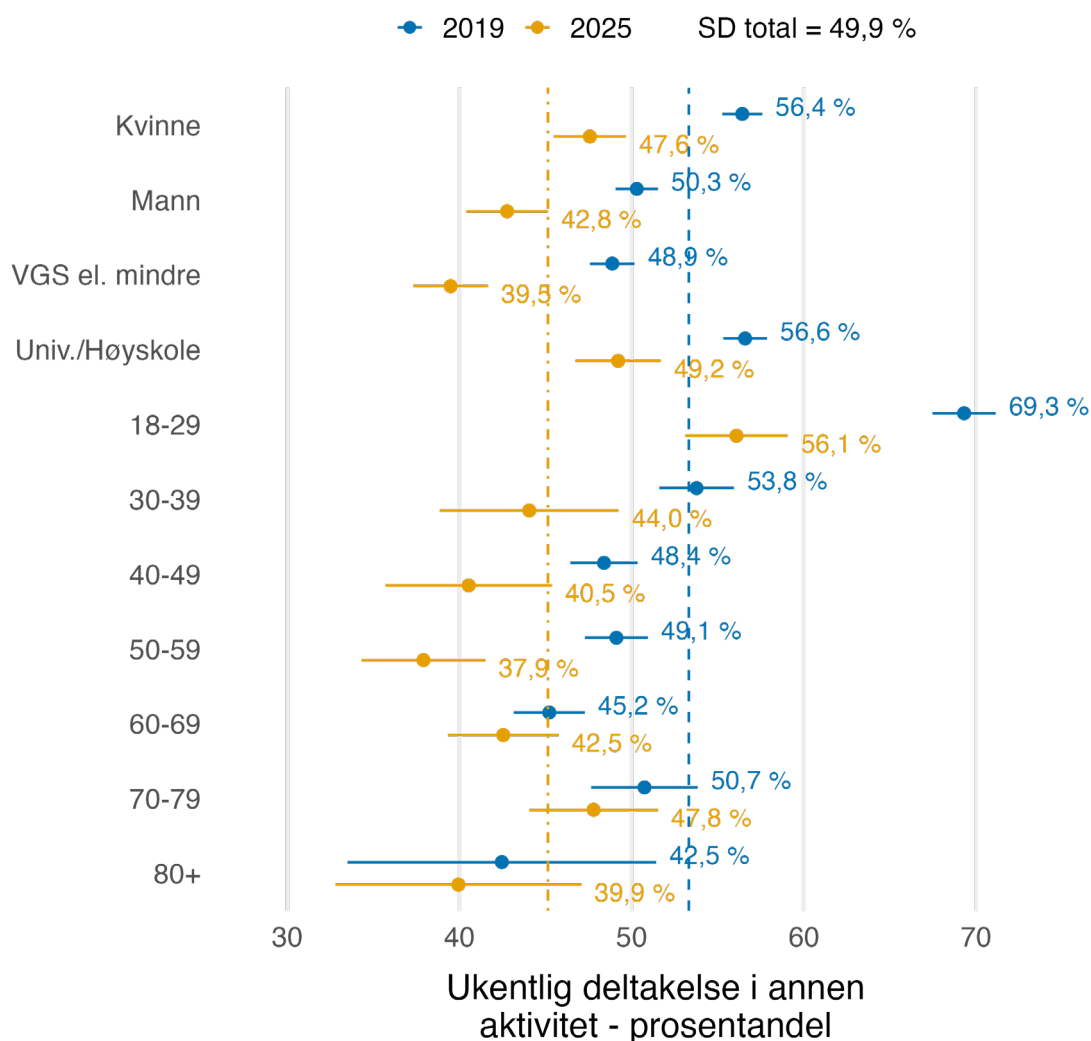


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (24,5; KI95%: 23,8–25,2). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (22,7; KI95%: 21,3–24,0).

4.12 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Andelen som deltar ukentlig i annen aktivitet er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i mange undergrupper. Kvinner ligger høyere enn menn i begge år, og det er statistisk signifikant lavere andel i 2025 enn i 2019 for begge kjønn. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere deltakelse enn de med videregående skole eller lavere utdanning, og begge grupper viser nedgang over tid. Den yngste aldersgruppen har høyest deltakelse i begge år, mens nivåene er lavere i de øvrige aldersgruppene, med en gjennomgående reduksjon fra 2019 til 2025 fra 18 til 59 år.

Figur 13: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

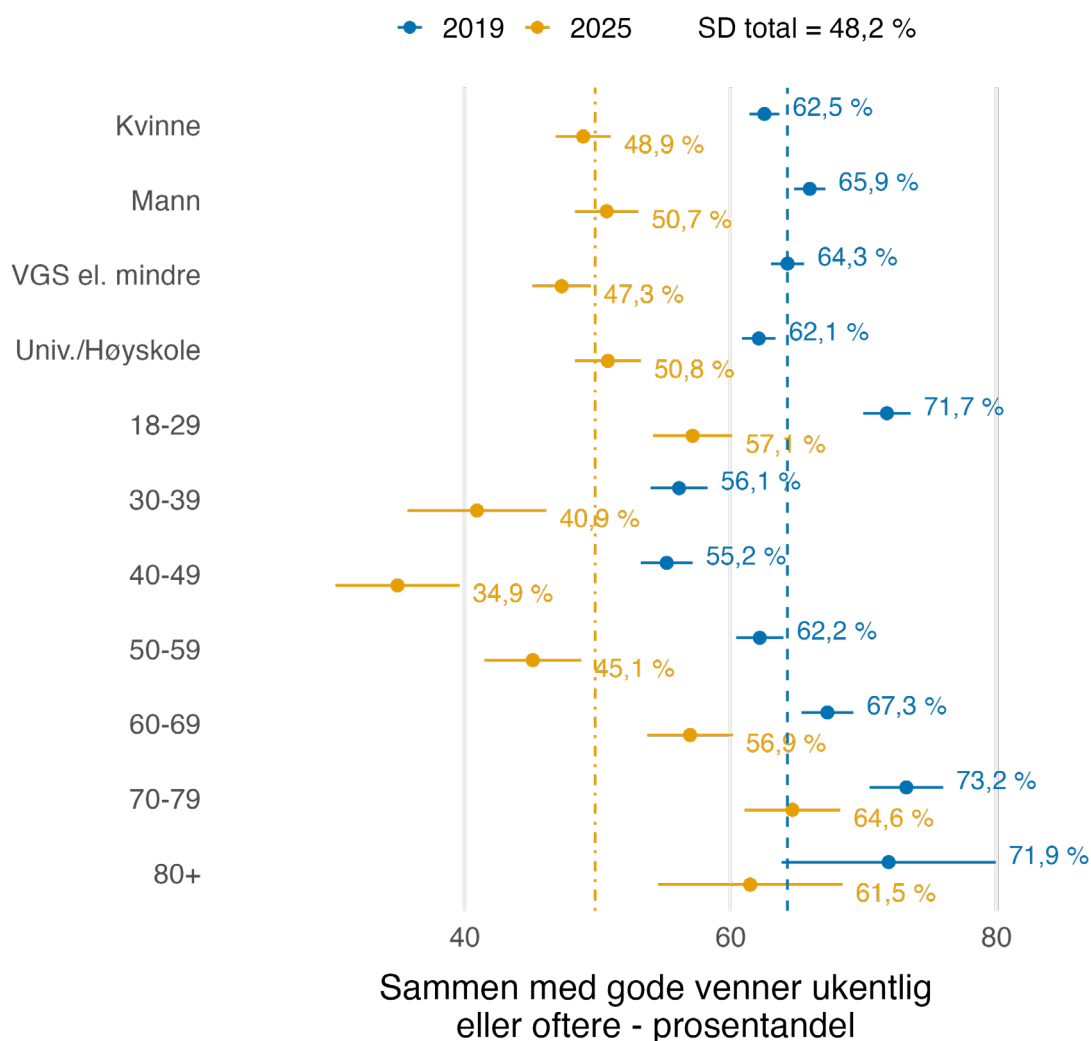


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (53,3; KI95%: 52,5–54,2). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (45,1; KI95%: 43,5–46,7).

4.13 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Andelen som treffer gode venner ukentlig eller oftere er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i nesten alle grupper. Nedgangen er tydelig for både kvinner og menn, med omtrent samme nivå og endring for begge kjønn. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning ligger noe høyere enn de med videregående eller mindre utdanning i 2025, og det er antydning til at dette er et mønster som har snudd fra 2019. Begge utdanningsgrupper har hatt en markant reduksjon, men reduksjonen er størst blant de med kortere utdanning. Alle aldersgrupper viser lavere andeler i 2025 enn i 2019, med størst nedgang i aldersgruppen 40–49 år og minst nedgang blant de eldste (ikke signifikant for 80+).

Figur 14: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

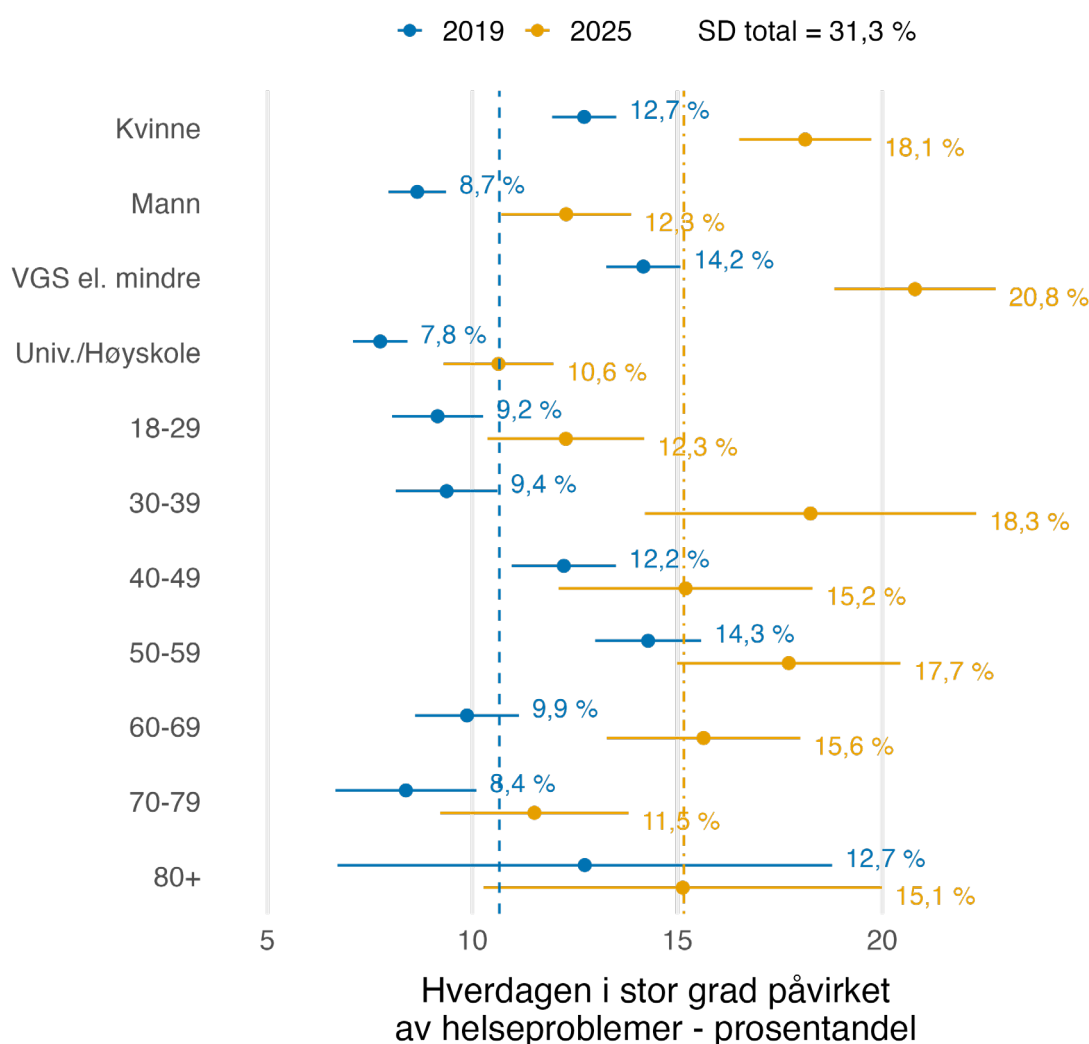


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (64,3; KI95%: 63,4–65,1). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (49,8; KI95%: 48,2–51,4).

4.14 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarig sykdom eller helseproblemer

Andelen som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av helseproblemer er høyere i 2025 enn i 2019, både totalt og i mange undergrupper. Kvinner ligger over menn i begge år, og forskjellen mellom kjønnene består over tid. Personer med videregående skole eller lavere utdanning har høyere andeler enn de med universitets- eller høyskoleutdanning, og økningen over tid er tydelig i begge utdanningsgrupper. På tvers av alder er nivåene høyest i alderen 30–59 år i begge år, mens de yngste og aldersgruppen 70–79 år har lavere andeler. Økningen fra 2019 til 2025 er synlig i flere av aldersgrupper, men størrelsen på endringen varierer og forskjellen er ikke statistisk signifikant for alle gruppene.

Figur 15: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet langvarig sykdom eller helseproblemer i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.



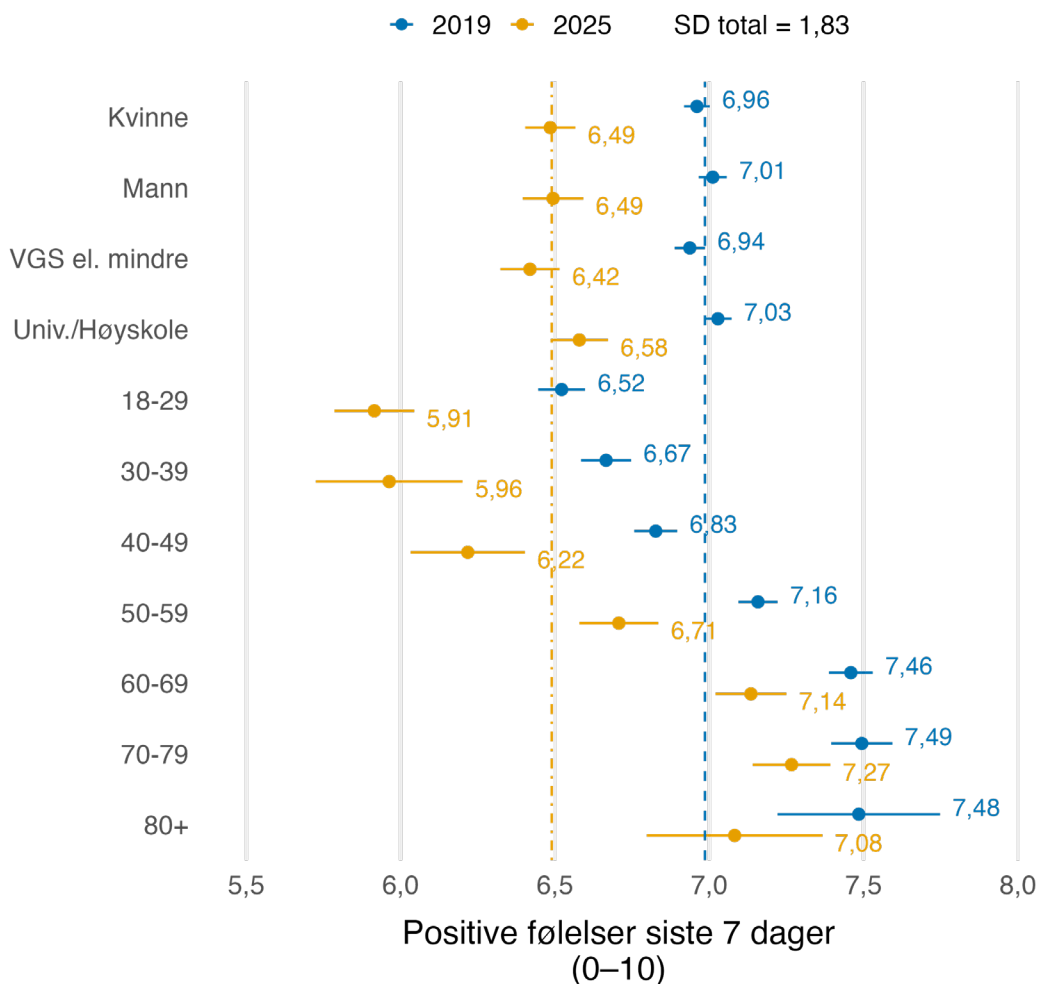
Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (10,7; KI95%: 10,1–11,2). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (15,2; KI95%: 14,0–16,3).

4.15 Positive følelser siste 7 dager

Variabelen for positive følelser som ble brukt i disse analysene er basert kun på to ledd, «glad» og «rolig», i motsetning til variabelen som ble brukt for 2025-dataene presentert tidligere i rapporten, som bygget på fire ledd (se appendiks). Dette skyldes at 2019-dataene kun inneholdt de to nevnte leddene. For å sikre sammenlignbarhet konstruerte vi derfor også en ny 2025-variabel for positive følelser som kun bygger på de samme to leddene.

Gjennomsnittlig nivå av positive følelser siste uke er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i alle undergrupper unntatt 80+. Nedgangen er til stede for både kvinner og menn, med noe høyere nivå blant kvinner enn menn i 2025. Denne kjønnsforskjellen eksisterte ikke i 2019. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har gjennomgående litt høyere verdier enn de med videregående skole eller mindre, men forskjellene er ikke statistisk signifikante. Begge utdanningsgrupper viser en reduksjon over tid. På tvers av aldersgrupper er nivåene høyest blant de eldste og lavest blant de yngste i begge år, og alle aldersgrupper har lavere verdier i 2025 enn i 2019, med unntak av 80+.

Figur 16: Positive følelser siste 7 dager i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

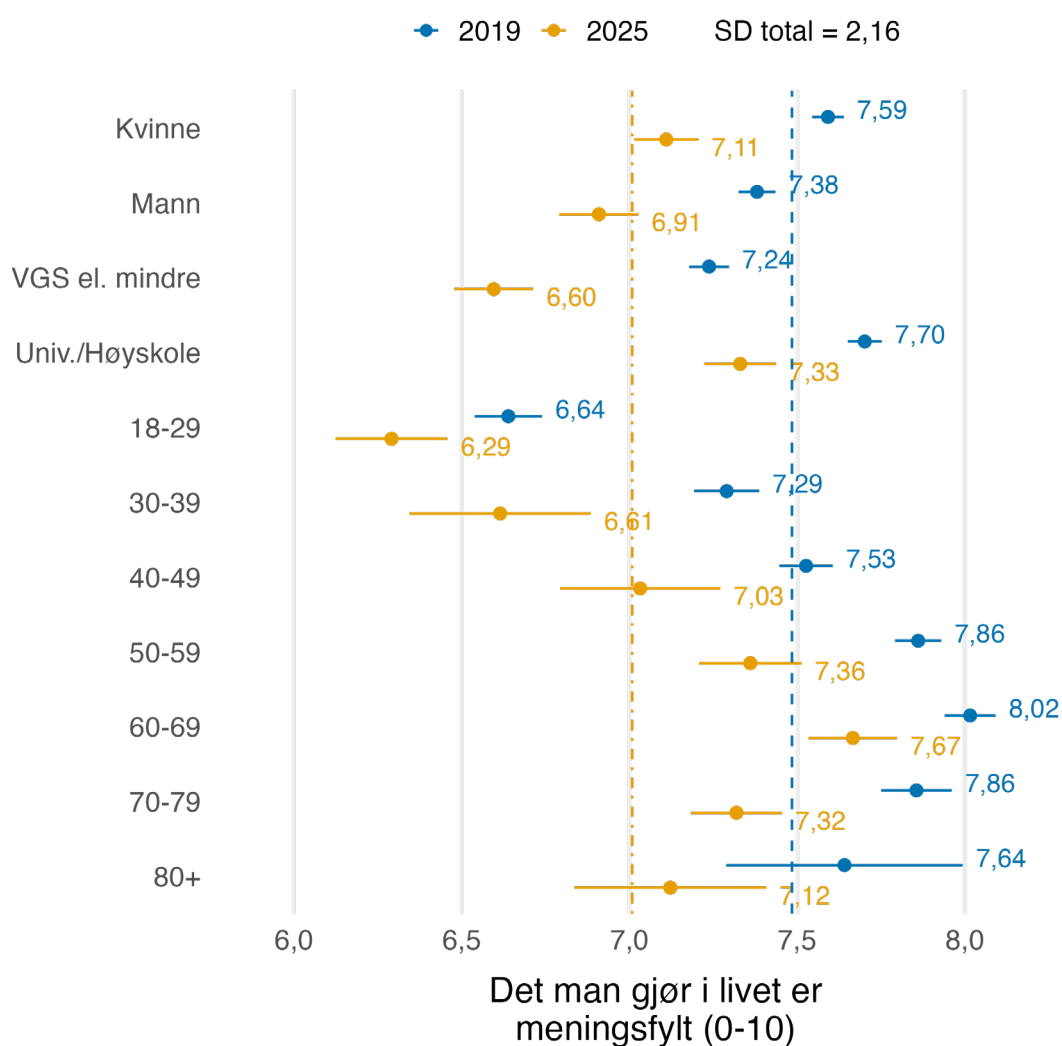


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (6,99; KI95%: 6,96–7,02). Stiplet–prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (6,49; KI95%: 6,43–6,55).

4.16 Det man gjør i livet er meningsfylt

Gjennomsnittlig opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt er lavere i 2025 enn i 2019 både totalt og i alle undergrupper (unntatt 80+). Kvinner har høyere nivå enn menn i begge år, men forskjellen er mindre tydelig i 2025. Begge kjønn viser en nedgang fra 2019 til 2025. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning rapporterer høyere nivå enn de med videregående skole eller lavere utdanning, og forskjellen mellom utdanningsgruppene er til stede i begge år. På tvers av alder er nivåene høyest blant de eldste og lavest blant de yngste, med en gradvis økning gjennom aldersgruppene (selv om mønsteret snur litt blant de aller eldste). Alle aldersgrupper har lavere verdier i 2025 enn i 2019, med unntak av 80+.

Figur 17: Det man gjør i livet er meningsfylt i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

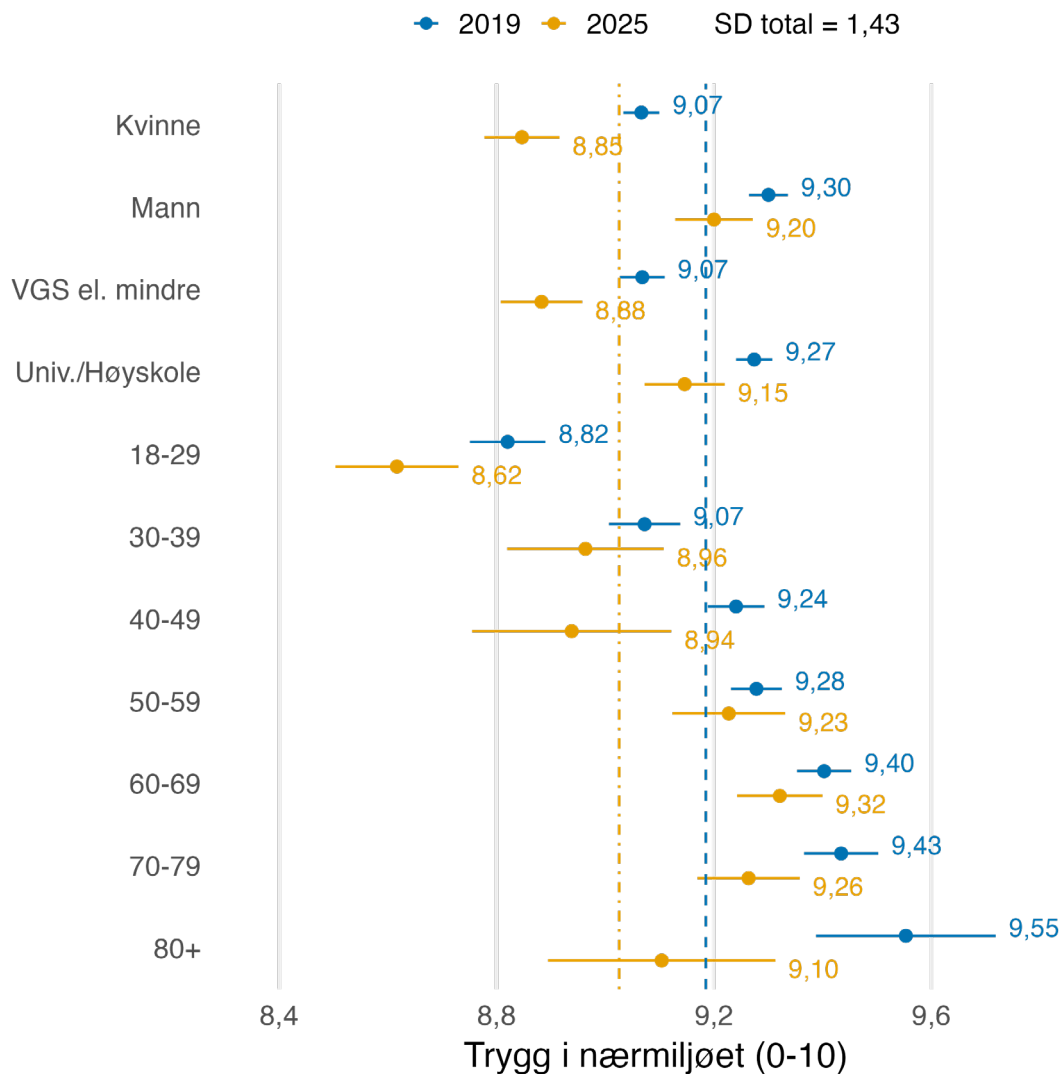


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (7,48; KI95%: 7,45–7,52). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (7,01; KI95%: 6,93–7,08).

4.17 Trygg i nærmiljøet

Gjennomsnittlig opplevd trygghet i nærmiljøet er høy i både 2019 og 2025, men med en liten nedgang over perioden. Menn rapporterer gjennomgående noe høyere trygghet enn kvinner, og begge kjønn har en reduksjon i 2025, men denne er kun signifikant for kvinner. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har høyere nivå enn de med videregående eller lavere utdanning, med en nedgang over tid i begge grupper. Den yngste aldersgruppen har lavest nivå, og opplevd trygghet øker med alder opp til 60-79 år. Den generelle nedgangen fra 2019 til 2025 varierer noe på tvers av aldersgrupper, og er ikke statistisk signifikant for alle.

Figur 18: Trygg i nærmiljøet i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.

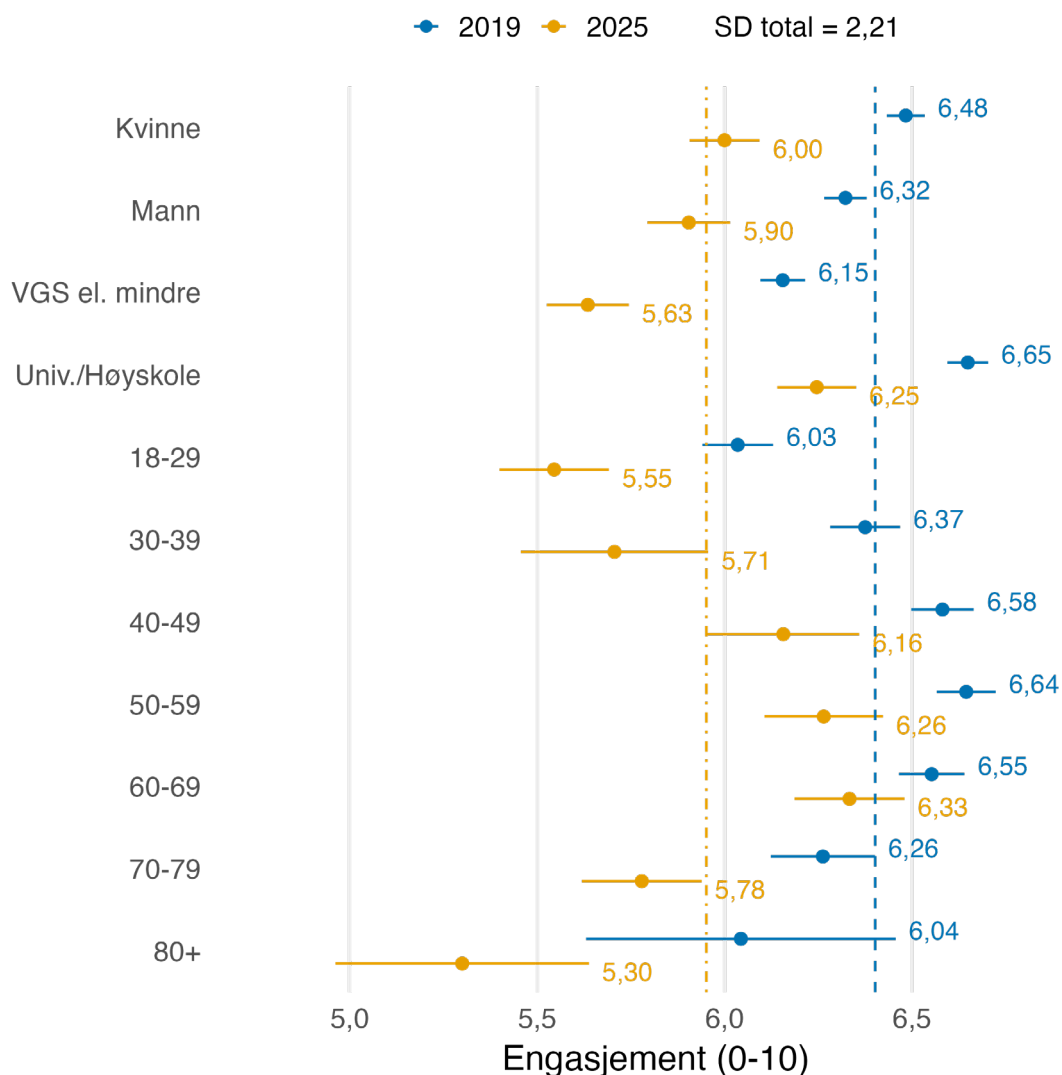


Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (9,18; KI95%: 9,16–9,21). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (9,03; KI95%: 8,98–9,08).

4.18 Engasjement

Skåren på engasjement er samlet sett lavere i 2025 enn i 2019, og nedgangen ses på tvers av kjønn, utdanningsnivå og aldersgrupper. Kvinner har gjennomgående noe høyere verdier enn menn, men denne forskjellen er statistisk signifikant kun i 2019. Begge kjønn har en betydelig reduksjon fra 2025 til 2019. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning ligger høyere enn de med videregående skole eller lavere utdanning, og begge grupper viser en reduksjon over tid. Blant aldersgruppene er nivåene høyest i alderen 40–69 år, mens de yngste og eldste har lavere verdier, og alle aldersgrupper viser en signifikant nedgang fra 2019 til 2025.

Figur 19: Engasjement i 2019 og 2025 i Troms etter kjønn, utdanning og alder.



Kjønn er justert for alder. Utdanning er justert for alder og kjønn (studenter ekskludert). Alder er justert for kjønn. Stiplet linje (BLÅ): justert gjennomsnitt i 2019 (6,40; KI95%: 6,36–6,44). Stiplet-prikket linje (ORANSJE): justert gjennomsnitt i 2025 (5,95; KI95%: 5,88–6,02).

5. Oppsummering og diskusjon

Folkehelseundersøkelsen i Troms er en omfattende kartlegging av befolkningens helse og levekår, og resultatene som presenteres i denne rapporten gir et overordnet bilde av helseutfordringer og ressurser blant innbyggerne i fylket. Undersøkelsen omfatter et bredt spekter av indikatorer knyttet til fysisk og psykisk helse, helseatferd og sosiale forhold, og gir et rikt informasjonsgrunnlag som kan støtte opp om målrettet folkehelsearbeid både på fylke- og kommunenivå.

På grunn av undersøkelsens omfang er det dessverre ikke mulig å diskutere alle resultatene like inngående her. Diskusjonen vil derfor i hovedsak ta for seg temaer som er inkludert i grunnmodulen til spørreskjemaet til Folkehelseundersøkelsen i fylkene. Den vil også trekke fram noen overordnede mønstre og relevante funn fra undersøkelsen, med mål om å belyse viktige utfordringer og ressurser i Troms fylkeskommune.

5.1 Forskjeller på tvers av regioner

Det fremkommer et klart sentrum–periferimønster i tilgangen til tjenester og fysisk infrastruktur. Innbyggerne i Tromsøområdet opplever langt bedre tilgjengelighet til offentlig transport, servicetilbud og kulturarenaer enn resten av fylket, mens Midt og Nord-Troms ligger lavest. De største effektene ser vi for tilgang på kollektivtilbud, gang og sykkelveier og for servicetilbud og kultur hvor tallene viser at det både er statistisk signifikante forskjeller på tvers av regioner i Troms og praktisk merkbare forskjeller. Disse forskjellene gjenspeiler trolig de store avstandene, spredt bosetting og ulik kommunal infrastruktur i fylket, og peker på at strukturelle forhold kan være den viktigste kilden til geografisk ulikhet.

Når det gjelder helse og livsstil, er forskjellene gjennomgående små, men noen tendenser peker seg likevel ut. Nord-Troms har både det høyeste gjennomsnittlige alkoholinntaket per drikkedag og den høyeste andelen dagligrøykere, mens Tromsøområdet skårer høyest på hyppig alkoholbruk. Midt-Troms skiller seg ut med høyere fedmeforekomst og høyest inntak av sukkerholdig drikke, men også med størst frivillig aktivitet. Tromsøområdet har flest som driver regelmessig fysisk aktivitet og som ofte spiser frukt og grønnsaker. Effektforskjellene er imidlertid små, noe som tyder på at befolkningens helseadferd i hovedsak er relativt jevn mellom regionene.

For helsetilstand, livskvalitet og sosiale ressurser viser analysene nærmest fravær av markerte regionale forskjeller. Andelen som vurderer egen helse som god, nivået av psykiske plager, ensomhet, livstilfredshet, sosial støtte og opplevd trygghet varierer kun marginalt mellom regioner. Unntaket er tannhelse: Tromsøområdet rapporterer best selvopplevd tannhelse, mens Nord-Troms både vurderer tannhelsen lavere og oppgir oftere at det er mer enn to år siden siste tannlegebesøk. Samlet antyder disse funnene at selv om tilgjengeligheten til tjenester er ulik (som diskutert over), har dette per i dag ikke slått ut i brede forskjeller i helserelaterte utfall. Det er imidlertid uklart hvorfor Nord-Troms har en dårligere tannhelse enn fylket ellers.

5.2 Kjønn- og aldersforskjeller

Resultatene fra Troms viser at alder i stor grad preger variasjonene i helse, livsstil og livskvalitet, samtidig som kvinner og menn stort sett følger samme aldersmønstre, men med

noe ulike nivåer. Blant unge voksne fra 18 til 29 år finner vi den mest belastede profilen. De drikker flest alkoholenheter hver gang de drikker, har høyest forekomst av episodisk høyt alkoholinntak, inntar mest sukkerholdig brus og spiser sjeldnere fisk, frukt og bær. Samtidig rapporterer de høyt nivå av psykiske plager, negative følelser, ensomhet og økonomiske vansker, til tross for at denne gruppen også er den mest fysiske aktive. Menn ligger over kvinner i alkoholkonsum per drikkedag i alle aldre, mens kvinner har et noe sunnere kosthold og høyere forekomst av søvnvansker og nakkesmerter, spesielt i yngre alder.

I aldersgruppen 40 til 59 år kulminerer flere somatiske plager. Andelen med fedme er høyest i 50-årene før den faller i de eldre gruppene, og rapporterte søvn-, nakke- og korsryggsmerter er vanligere fra 30- til 50-årsalderen enn både før og senere. Dagligrøykingen toppe i 40-årene for menn og i 60-årene for kvinner og avtar markant etter 70 år (tallene er trolig påvirket av at de som røyker dør tidligere). Samtidig er midtlivsgruppen den som oftest deltar i frivillig arbeid og organiserte aktiviteter, trolig knyttet til etablert arbeidsliv, nettverk og barn i organiserte fritidsarenaer. I samme periode ser vi også tydeligst økonomiske bekymringer, særlig blant menn i 40-årene, men allerede her rapporteres høyere livstilfredshet og opplevelse av mening i livet enn hos de yngste.

Eldre voksne fra 70 til 79 år har den gunstigste profilen på en rekke områder. De har høyest livstilfredshet, sterkest opplevelse av positive følelser, størst generell tillit til andre mennesker og god trivsel og trygghet i nærmiljøet. De spiser oftest fisk, frukt og bær og vurderer økonomien som bedre enn yngre grupper. Alkoholinntaket deres er hyppigere, men mengden per drikkedag er lav. Først i 80-årene ser vi et tydelig fall i fysisk aktivitet og engasjement, og noen helseplager øker igjen, men også i denne alderen rapporteres lavere nivå av psykiske plager og negative følelser enn hos unge voksne. Opplevelsen av tilgang til kultur, idretts, service og transporttilbud øker jevnt med alderen. Det er betydelige forskjeller mellom de yngste og de eldste kvinnene når det gjelder offentlig transport, samt mellom yngste og eldste aldersgruppe når det gjelder tilgang til natur og friluftsområder.

Kjønnsforskjellene er gjennomgående moderate. Menn drikker mer alkohol og har noe lavere frukt og grønnsaksinntak enn kvinner, mens kvinner rapporterer mer søvn og nakkesmerter og noe høyere nivå av psykiske plager. Unntakene er lavere rapportert trygghet blant yngre kvinner og litt høyere sosial støtte blant kvinner enn menn i de fleste aldre. Flere av kjønnsforskjellene blir også tydeligere når kjønn kombineres med utdanningsnivå eller husholdningsøkonomi. Menn med kort utdanning drikker for eksempel flest alkoholenheter per gang, mens kvinner som opplever husholdningsøkonomien som anstrengt rapporterer flere negative følelser. Slike samspill mellom kjønn, utdanning og økonomi drøftes grundigere i de påfølgende avsnittene om sosial ulikhet.

5.3 Betydningen av utdanningsnivå

Funnene viser en tydelig og konsistent utdanningsgradient på tvers av de fleste indikatorene. I begge kjønn øker andelen som vurderer helsen som god eller svært god kraftig med høyere utdanning, mens forekomsten av fedme, daglig røyking, korsrygg- og nakkesmerter, samt søvnproblemer faller fra grunnskoleutdanning til lang høyere utdanning. På samme måte rapporterer personer med lavere utdanning oftere at helseproblemer eller funksjonsnedsettelse begrenser hverdagen og at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til.

Helseatferd følger i stor grad det samme mønsteret. Andelen som er fysisk aktive minst fire dager i uken, og som spiser frukt, grønnsaker og fisk regelmessig, stiger jevnt med

utdanningsnivå. Det motsatte gjelder inntak av sukkerholdig drikke, der hyppig forbruk er mest utbredt blant dem med videregående skole eller lavere utdanning. For alkohol viser bildet to nyanser: personer med lav utdanning drikker flest enheter hver gang de drikker (spesielt menn), mens de med lang høyere utdanning oftere drikker alkohol flere ganger i uken. Episodisk høyt alkoholkonsum varierer lite etter utdanning, men kjønnsforskjellene er betydelige i alle grupper.

Utdanning henger også sammen med psykisk helse og livskvalitet. Høyere utdannede grupper rapporterer lavere nivå av psykiske plager, negative følelser og ensomhet, og høyere livstilfredshet, fremtidsoptimisme, opplevelse av mening og engasjement. Tilsvarende gradient finnes i sosial kapital: generell tillit til andre, høy sosial støtte og hyppig frivillig eller organisert aktivitet øker med utdanning. Kvinner rapporterer gjennomgående noe bedre sosiale relasjoner enn menn i gruppene med kortest og lengst utdanning, men kjønnsforskjellene er ellers små.

Når det gjelder vurdering av omgivelsene, viser også utdanningsnivået en tydelig tendens. Opplevd tilgang til kultur-, idretts-, service- og transporttilbud er betydelig høyere blant personer med lang høyere utdanning. Forskjellene er særlig store for menn når det gjelder kultur og kollektivtilbud. Følelse av trivsel og trygghet i nærmiljøet viser mindre variasjon, men det er mulig å se en viss økning med utdanning.

Innen de fleste indikatorer gjelder det samme overordnede bildet for begge kjønn: høyere utdanning sammenfaller med gunstigere helse, bedre levekår, mer helsefremmende atferd og høyere livskvalitet.

Disse resultatene understreker at utdanning er en sentral sosial determinant for både fysisk og psykisk helse, helseatferd og sosiale ressurser i Troms. Gradientene er ofte middels til store, noe som betyr at innsats for å utjevne utdanningsforskjeller eller styrke ressurser blant grupper med lav utdanning kan ha betydelig effekt på folkehelsen.

5.4 Betydningen av husholdningsøkonomien

Resultatene viser en markant økonomigradient i Troms: jo lettere folk opplever det å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto bedre skårer de på nær sagt alle indikatorene for helse, livsstil og livskvalitet. Blant både kvinner og menn er forskjellene særlig store i selvrapportert helse, tannhelse og psykiske plager. Personer som beskriver økonomien som «svært vanskelig» oppgir også langt oftere at langvarige helseproblemer begrenser hverdagen ($h \approx 0,8 - 0,9$) og at de sliter med søvn, muskel og nakkesmerter.

Det kan være utfordrende å tolke årsakssammenhengen mellom opplevd økonomisk situasjon og for eksempel psykisk helse. Skyldes høyere nivåer av negative emosjoner og psykiske plager at en krevende økonomisk situasjon påvirker sinnstilstanden, eller er det omvendt, at psykiske vansker gir et negativt syn på egen økonomi? Likevel finnes det sterke argumenter for å benytte subjektiv vurdering av økonomisk situasjon som prediktor. Forskning viser at det ikke nødvendigvis er faktisk inntekt som er viktigst for psykisk helse og livskvalitet, men heller hvor problematisk økonomien oppleves [33]. Dessuten gir registerbasert inntekt ikke alltid et presist bilde av den reelle økonomiske situasjonen. Uavhengig av årsaksretningen vil sterke sammenhenger være av stor interesse. Dersom opplevd økonomisk situasjon og psykisk helse gjensidig forsterker hverandre, kan intervensjoner rettet mot økonomi også bedre psykisk helse og livskvalitet.

Helseatferd følger samme mønster som de helserelaterte variablene beskrevet over. Grupper med trang økonomi har høyere forekomst fedme, daglig røyking og hyppig inntak av sukkerholdig drikke, mens regelmessig fysisk aktivitet, fisk og grøntinntak øker jevnt med bedre økonomi. Alkoholbildet er todelt: de med stram økonomi drikker flest enheter per drikkedag, mens de som har det økonomisk «lettest», oftest drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller mer.

Psykososiale forhold og livskvalitet følger den samme økonomigradienten. Sammenligner vi ytterpunktene – personer som sier det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til med dem som sier det er svært lett – ser vi en markant økning i livstilfredshet, fremtidsoptimisme, engasjement, positive følelser og generell tillit. Det motsatte mønsteret fremkommer for ensomhet, negative følelser og lav sosial støtte, som alle er langt vanligere i gruppen med stram økonomi.

Til slutt ser vi at opplevd tilgang til kultur-, idretts, og servicetilbud, offentlig transport, natur og friluftsområder samt trivsel, trygghet og stedstilhørighet i nærmiljøet også øker betydelig med bedre økonomi. Funnene viser hvordan subjektiv økonomisk trygghet speiler strukturelle ressurser og samtidig virker inn på helse, adferd og livskvalitet.

Kjønnsforskjellene er stort sett små – mønsteret gjelder begge kjønn – men menn drikker oftere alkohol og kvinner rapporterer noe mer søvn- og nakkesmerter i flere økonomiske grupper.

Funnene understreker viktigheten av økonomiske faktorer som en sentral komponent i folkehelsearbeidet. Økonomiske faktorer kan være en direkte årsak til en rekke negative utfall, samtidig kan det være bakenforliggende faktorer som både forklarer dårlig økonomi og en rekke negative utfall. For eksempel kan lav utdanning være en årsak til dårlig økonomi og ugunstig helseatferd. Økonomiske vansker kan også være en direkte årsak til bekymring og stress. De underliggende mekanismene har betydning for hvilke tiltak, og på hvilke nivå, tiltak bør gjøres. Det kan ikke denne rapporten besvare, men kun vise til at det er en forholdsvis sterk samvariasjon mellom økonomiske vansker og en rekke negative utfall. Dette er i seg selv viktig, siden det retter oppmerksomhet mot et felt som bør være gjenstand for videre undersøkelser.

5.5 Endringer fra 2019 til 2025

Resultatene peker samlet mot en bred nedgang i flere mål på trivsel og livskvalitet i Troms fra 2019 til 2025. Livstilfredshet, positive følelser, opplevelse av mening, tillit til andre, engasjement og trivsel i nærmiljøet er lavere i 2025 enn i 2019. Samtidig ser vi høyere nivåer av selvrapporterte psykiske plager, ensomhet og helseplager som i stor grad påvirker hverdagen. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god er lavere, og flere oppgir økonomiske vansker. For noen indikatorer er endringene ganske store, og for andre små eller ikke statistisk sikre, men helhetsbildet viser likevel en nedadgående trend. I seg selv, kan dette for noen mål se dramatisk ut, for eksempel økningen i ensomhet. Men vi ser tilsvarende trender i øvrige Folkehelseundersøkelser i fylkene og i nasjonale tall fra SSB. Vi har ingen god forklaring på endringene, men mulige faktorer kan være pandemien 2020-22 og den økonomiske situasjonen de siste årene.

Mønstrene er relativt konsistente på tvers av kjønn, utdanning og alder. Kvinner ligger ofte litt høyere enn menn på positive indikatorer, men oppgir også høyere nivåer av psykiske plager; forskjellene mellom kjønnene er gjennomgående små. Utdanningsgradienten er tydelig og

stabil: personer med universitets- eller høyskoleutdanning skårer bedre på positive mål og lavere på negative, og forskjellene består over tid. Etter alder skårer yngre gjennomgående svakere enn eldre på flere mål, og nedgangen fra 2019 til 2025 er ofte mest fremtredende i de yngre og middelaldrende gruppene, mens endringene er mindre eller ikke sikre i de eldste (særlig 80+).

Andelen som deltar ukentlig i organisert aktivitet er omtrent stabil eller svakt nedadgående uten klare signifikante endringer, mens deltakelse i ukentlig annen ikke-organisert aktivitet og vennekontakt er lavere i 2025. For fedme ser vi tegn til en liten økning, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Disse funnene støtter inntrykket av at sosiale og emosjonelle ressurser har svekket seg noe, samtidig som belastninger og vansker har økt. Ikke-overlappende konfidensintervall indikerer statistisk signifikans, og for flere undergrupper overlapper intervallene delvis. Til tross for noe forskjeller i det metodiske rammeverket og enkelte usikre delresultater, peker totalbildet mot en moderat, men bred nedgang i subjektive og sosiale helseindikatorer i befolkningen i Troms fra 2019 til 2025. Selv om svarprosenten i 2025-undersøkelsen er lavere enn i undersøkelsen fra 2019, er det lite sannsynlig at dette kan forklare alle de ugunstige endringene vi har sett på mange av utfallsmålene. Tvert imot er det slik at økt seleksjonen som følge av lav svarprosent burde teoretisk sett føre til at tallene i 2025 ble gunstigere, at livskvaliteten ble høyere og helserelaterte utfallsmål endret seg i positiv retning. Den motsatte utviklingen, som vi har sett, finner dermed sted til tross for at deltakelsen i 2025 er lavere enn i 2019. Usikkerhetene knyttet til lav og varierende deltakelse mellom undersøkelsene, gjør likevel at de observerte endringene bør tolkes med forsiktighet og sees i sammenheng med kunnskap fra andre datakilder.

5.6 Troms fylkeskommune, sammenlignet med andre fylker

Når Troms settes opp mot andre fylker, er det flere forhold som gjør direkte sammenligninger utfordrende. Datainnsamlingen i Troms omfattet et noe større utvalg blant personer i alderen 18 til 29 år enn det befolkningsandelen tilsier (det ble trukket et forsterket utvalg blant disse). I analysene er tallene fra Troms korrigert både med designvekt og med en egen populasjonsvekt som justerer for frafall. Den samme kombinasjonen av vekter er hittil brukt bare i Oslo fra 2024 og i Rogalandsundersøkelsen fra 2023. I de øvrige Folkehelseundersøkelsene i fylkene er det kun benyttet designvekt. Forskjellen i vekting er noe leseren bør ha i mente når Troms sammenlignes med fylker som ikke benytter frafallsvekt. Vedlegg 4 viser tallene den følgende diskusjonen er basert på.

Helserelaterte utfall

I den nyeste undersøkelsen plasserer Troms seg i den nedre delen av skalaen for selvopplevd helse. Bare 66,5 prosent oppgir «god eller svært god» helse, som er lavere enn Oslo i 2024 (69,6 prosent) og klart under de mest robuste resultatene fra Hordaland (75,9 prosent i 2018) og Sogn og Fjordane (76,1 prosent i 2019). Samtidig ligger nivået ikke langt fra Innlandet (67,8 prosent i 2023) og Vestland (70,0 prosent i 2022), noe som kan tyde på en generell nedgang i denne indikatoren de siste årene heller enn et særskilt Troms-fenomen.

Tannhelsen følger et lignende bilde. Andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god er 67,1 prosent. Det er om lag på linje med Troms og Finnmark i 2019 (67,4 prosent) og Oslo i 2024 (68,6 prosent), men et stykke bak Vestland (74,6 prosent i 2022) og Rogaland (72,5 prosent i 2023). At 16,5 prosent ikke har vært hos tannlege på mer enn to år er den høyeste

andelen som er registrert i Folkehelseundersøkelsene til nå. I Troms og Finnmark i 2019 var andelen 15,9 prosent, som er den nest høyeste registreringen i Folkehelseundersøkelsene. Den tredje høyeste var Nordland i 2020 med 14,3 prosent. De siste årene har andelen i andre fylker typisk variert mellom 10,7 og 12,5 prosent.

Når det gjelder søvn rapporterer 13,3 prosent insomni. Det plasserer Troms omtrent midt i feltet – lavere enn Oslo (14,5 prosent) og Agder (14,4 prosent), men høyere enn Viken (11,5 prosent) og Vestland (11,9 prosent). Det gjennomsnittlige nivået av psykiske plager målt ved HSCL-5 er 1,60. Det er høyere enn de tidlige fylkesundersøkelsene fra 2018–2022 (1,42–1,52), og nær Rogaland (1,62 i 2023), men fortsatt under Oslo som topper listen med 1,77. Tallene antyder at Troms deler den nasjonale økningen i rapporterte psykiske plager, uten å være helt i toppen.

På flere indikatorer for langvarige eller belastende somatiske forhold fremstår Troms som et av fylkene med størst utfordringer. Hele 15,2 prosent sier at hverdagen i stor grad påvirkes av helseplager, det høyeste nivået som er målt sammen med Agder 2023. Andelen som oppgir at korsryggsmerter plaget dem siste måned er 46,8 prosent, bare marginalt lavere enn Innlandets toppnotering på 47,9 prosent. For nakkesmerter er Troms høyest av alle med 46,3 prosent. Det høye nivået av muskel- og skjelettplager kan henge sammen med fysisk arbeid, pendling over lange avstander eller andre arbeids- og fritidsrelaterte belastninger som er særskilte for regionen.

Fedme viser det samme mønsteret. Med 21,3 prosent personer med kroppsmasseindeks på 30 eller mer ligger Troms nesten på linje med Nordland (21,5 prosent i 2020) og rett under Innlandet som har den høyeste andelen til nå (21,6 prosent i 2023). Hittil er det Oslo som i 2024 har den laveste andelen, på 12,3 prosent. Ellers er det flere fylker som det siste året ligger rett under 20 prosent (17,0 til 19,4). Av de nyere datainnsamlingene er det Troms og Innlandet (2023) som skiller seg noe ut med noe mer utbredt fedmeutfordring.

Oppsummert skårer Troms svakt på flere av de typiske «harde» helseutfallene, særlig fedme og muskel- og skjelettplager, og plasserer seg noe under landssnittet for selvrapportert god helse og tannhelse. For psykiske plager og søvn ligger fylket midt i feltet, mens søvnproblemer ikke er mer utbredt enn i flere andre fylker gjennom de siste årene. Resultatene kan peke mot et behov for målrettede tiltak knyttet til overvekt, fysisk belastning og tilgang til helsetjenester, samtidig som de bekrefter at Troms deler en nasjonal trend med økende psykiske plager.

Mellommenneskelige relasjoner og helseatferd

På flere sosiale indikatorer ligger Troms lavt i sammenligningen med andre fylker. Bare 29 prosent sier at de opplever høy sosial støtte, noe som er lavere enn alle andre fylker unntatt Oslo. Nivået i Troms ligger klart under det som ble målt i Innlandet (34 prosent) og Agder (38 prosent) i 2023. Samtidig treffer halvparten av befolkningen gode venner ukentlig eller oftere (50 prosent), et gjennomsnittlig nivå på linje med Oslo i 2024, men lavere enn for eksempel Agder med en andel på 57 prosent i 2023. Selvrapportert ensomhet (UCLA-3) ligger på 15 prosent. Det er høyere enn for eksempel Vestland, Viken og Vestfold og Telemark, men lavere enn Oslo der 17 prosent oppgir høy grad av ensomhet. Bildet viser altså en befolkning som omgås venner ganske jevnlig, men som likevel ofte savner sterk, emosjonell støtte.

Når det gjelder helseatferd, plasserer Troms seg midt i feltet eller bedre på de fleste mål. Andelen som er fysisk aktive minst fire dager i uken er 24 prosent, litt over landsgjennomsnittet og høyere enn for eksempel Viken og Nordland, men under Møre og Romsdal som topper listen med 25 prosent. Dagligrøyking i Troms er derimot på sitt laveste i

hele dataserien; bare 6,5 prosent røyker daglig, marginalt mindre enn i Oslo og langt under nivåene som ble målt i Troms og Finnmark i 2019 (10 prosent) og Innlandet i 2023 (9 prosent). Opplysninger om daglig snusbruk er ikke innhentet i Troms 2025 og kan derfor ikke sammenlignes direkte.

Kostholdsindikatorene peker i noe ulik retning. Troms har et moderat høyt inntak av sukkerholdig brus (27 prosent drikker minst to til tre ganger i uken), omtrent som Vestland og Innlandet. Daglig fruktinntak ligger på 32 prosent, som er høyere enn Troms og Finnmark i 2019 (25 prosent), men fortsatt under Rogaland og Vestland som begge ligger over 37 prosent. Daglig grønnsaksinntak er 38 prosent, godt under Oslo og Vestfold og Telemark (48 prosent), men høyere enn Sogn og Fjordane og Agder i de tidligste målingene. Det tydeligste positive avviket finner vi i fiskekonsumet: 53 prosent spiser fisk minst to til tre ganger i uken, kun slått av Møre og Romsdal (58 prosent) og betydelig over de sør-østlige fylkene.

Alkoholkonsumet har et mønster der frekvensen er lav, mens mengden per drikkedag er moderat. Bare 16 prosent drikker alkohol to til tre ganger i uken eller oftere. Én av syv (14 prosent) rapporterer episodisk høyt alkoholinntak (minst seks enheter én gang i måneden eller oftere), et nivå som er lavere enn Oslo, Rogaland og Agder, men noe høyere enn Innlandet og Møre og Romsdal. Gjennomsnittlig 3,1 alkoholenheter per «drikkedag» plasserer Troms midt på treet – høyere enn Innlandet og Vestland, men lavere enn Rogaland 2023 og Oslo 2024.

Samlet tegner resultatene et bilde av et fylke der røyking er sjeldent, fysisk aktivitet og alkoholbruk ligger omtrent på landsgjennomsnittet, og fiskekonsumet er relativt høyt i forhold til andre fylker. Utfordringene knytter seg først og fremst til lav rapportert sosial støtte og et kosthold som, til tross for mye fisk, fortsatt har forbedringspotensial når det gjelder inntak av frukt og grønnsaker.

Økonomi og livskvalitet

I Folkehelseundersøkelsen i Troms oppgir 24 prosent at det er vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Det plasserer fylket omtrent midt i feltet sammenlignet med andre fylkesundersøkelser – klart lavere enn Oslo 2024, der mer enn hver tredje innbygger melder om økonomiske vansker, men høyere enn Vestland 2022 (19 prosent) og de tidligste fylkesmålingene som lå rundt 17 prosent. Troms har dermed flere økonomisk pressede husholdninger enn en del fylker, men færre enn hovedstaden og de sør-østlige fylkene som ble målt i 2023. Samtidig må tallene tolkes i lys av «dyrtiden» med høy prisvekst og økte renter de siste årene: tallene i vedlegg 4 viser at andelen som sliter økonomisk har økt markant, for eksempel i Rogaland der andelen steg fra 17 prosent i 2020 til 25 prosent i 2023.

Økonomisk usikkerhet gjenspeiles i livskvalitetsindikatorene. Gjennomsnittlig livstilfredshet i Troms er 6,9 på en 0-til-10-skala. Det er svakt lavere enn Vestland 2022 (7,3) og Innlandet 2023 (7,2), samt under landets mest tilfredse registreringer i eldre undersøkelser, men på samme nivå som Oslo og bare marginalt under Rogaland 2023 (7,1). Dette nivået antyder at en betydelig andel i Troms sliter med å finne den samme helhetlige tilfredsheten som folk i flere andre fylker rapporterer. Imidlertid viser World Happiness Report (WHR) at tilfredshet med livet i Norge har vært noe synkende det siste tiåret⁹. Fremtidsoptimismen i Troms ligger på 7,28, som er noe lavere enn for eksempel Vestland 2022 på 7,65 og Innlandet 2023 på 7,50. Opplevelsen av mening i livet (7,02) følger samme mønster: noe lavere enn de fleste fylker, men høyere enn Oslo 2024 (6,97).

⁹ <https://data.worldhappiness.report/country/NOR>

Når vi ser på følelseskomponenten, rapporterer innbyggerne i Troms i gjennomsnitt 3,16 på skalaen for negative følelser. Det er lavere enn Oslo (3,68) og omtrent på linje med Innlandet og Agder (3,10–3,17). Positive følelser vurderes til 6,58, også her et middels resultat – høyere enn Oslo, men lavere enn i de første Folkehelseundersøkelsene som ble gjort.

Ensomhetsskåren ligger på 2,26. Den er lavere enn i hovedstaden (2,51), men noe høyere enn for eksempel Innlandet 2023 (2,11), og viser at følelsen av sosial frakobling kan være en utfordring også i Troms.

Når vi ser på de relasjonelle indikatorene, ligger Troms et lite stykke bak de fylkene som scorer høyest, men uten å skille seg markant fra landsgjennomsnittet. Skåren for støttende og givende sosiale relasjoner er 7,16 – rundt 0,15–0,20 poeng lavere enn Agder (7,34) og Rogaland (7,29), og marginalt under Oslo 2024 (7,20). Den generelle tilliten til andre mennesker ligger på 6,64, om lag 0,4 poeng under Vestland 2022 (7,05) og 0,3 poeng under Agder 2023 (6,94), men fortsatt så vidt høyere enn i hovedstaden. For stedstilhørighet scorer Troms 6,99; det er klart høyere enn Oslo (6,58), men omkring 0,2–0,3 poeng lavere enn Innlandet 2023 (7,17) og de beste fylkesnoteringene fra 2020–2022 som ligger rundt 7,2–7,3. Samlet sett antyder dette at innbyggerne i Troms har noe svakere sosiale nettverk og litt lavere tillit til andre enn befolkningen i de mest høytscorerende fylkene, men at nivået i hovedsak følger det vi ser i resten av landet.

Troms skiller seg også positivt ut på noen indikatorer. Skåren 9,04 på trygghet i nærmiljøet er blant de høyeste målingene som er gjort, på nivå med Innlandet 2023 og tydelig over Oslo og Rogaland. Troms er også et av få fylker der befolkningen føler seg tryggere enn gjennomsnittet samtidig som de rapporterer moderat tillit til andre mennesker. På den andre siden er engasjement de siste sju dagene lavt: 5,94 er den laveste skåren som er målt i de nyere Folkehelseundersøkelsene, lavere enn både Oslo (6,18) og Innlandet (6,23). Dette antyder at selv om mange opplever nærmiljøet som trygt, er det færre som føler seg sterkt engasjert eller inspirert i hverdagen.

Samlet sett tegner funnene et bilde av Troms som et fylke der innbyggerne rapporterer moderat økonomisk press. Livskvalitet er svakt under nivået i flere andre fylker. De relasjonelle indikatorene ligger rundt landsnittet, med noe svakere sosiale nettverk og lavere tillit enn i de høyest scorende fylkene, samtidig som stedstilhørighet og særlig opplevd trygghet i nærmiljøet er sterke. En tydelig kontrast er kombinasjonen av høy trygghet og lavt hverdagsengasjement; dette mønsteret sammenfaller med livstilfredshet og fremtidsoptimisme noe under toppnivåene.

Nærmiljø og tilgjengelighet til tilbud

Sammenlignet med resultatene fra andre fylkesundersøkelser, kommer Troms svakt ut på de fleste nærmiljø- og tilgangsindikatorene. Bare 63,0 prosent oppgir at de trives «i stor grad» i nærmiljøet – den laveste andelen som hittil er registrert, og om lag ti prosentpoeng under Vestland 2022 og Innlandet 2023. Vurderingen av tilgang på et godt kulturtilbud (65,6 prosent) og idrettstilbud (72,8 prosent) ligger også i den nedre delen av skalaen; flere fylker rapporterer nivåer på rundt 75 og 80 prosent eller høyere. Tilgangen til butikker og andre servicetilbud vurderes som god av 72,4 prosent, mens bare 45,3 prosent er tilfreds med kollektivtilbudet. Sistnevnte er betydelig lavere enn eksempelvis Viken 2021 (60,7 prosent). Kun 42,0 prosent mener gang- og sykkelveinettet er godt utbygd, som er et av de laveste nivåene i datamaterialet.

Tilgangen til natur- og friluftsområder er høy i absolutte termer (87,9 prosent), men også her er Troms plassert nederst i sammenligningen; flere fylker rapporterer over 90 prosent. Dette kan virke overraskende gitt det spredte bosettingsmønsteret og den rike naturen i fylket, men resultatet kan antyde at avstand, topografi eller manglende tilrettelegging gjør at naturen likevel ikke oppleves som fullt tilgjengelig i hverdagen. I 2019 rapporterte Troms og Finnmark 95,1 prosent. Dette tallet endret seg ikke vesentlig når en kun undersøkte Troms-delen av utvalget i 2019. Det er uklart hvorfor Troms i år rapporterer lavere tilgang enn i 2019. Mulige, men likevel usikre forklaringer er metodeskiftet fra uvektede tall (2019) til design- og frafallsvekter (2025), lavere svarprosent i 2025 (26,1 vs. 43,5) som kan påvirke representativiteten, og/eller reelle endringer i tilgjengelighet som urbanisering, svakere tilrettelegging eller endrede transportvaner. Det sistnevnte er imidlertid bare spekuleringer om forhold, som hvis det var tilfelle, potensielt kunne ha påvirket disse resultatene. Aktivitetsmønsteret følger dette bildet: 44,9 prosent driver egenorganisert fysisk aktivitet ukentlig, lavere enn målingen i 2019 da Troms inngikk i Troms og Finnmark (53,0 prosent), og bare 22,8 prosent deltar ukentlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid – klart under nivået i for eksempel Agder 2023 (31,4 prosent).

Samlet sett tegner tallene et bilde av et fylke som scorer lavere enn de fleste andre på tilgjengelighet til sentrale hverdagsfunksjoner og infrastruktur, noe som gjenspeiles i lavere rapportert nærmiljøtrivsel og mer begrenset ukentlig deltakelse i både egenorganisert og organisert aktivitet.

5.7 Konklusjon

Folkehelseundersøkelsen 2025 viser at innbyggerne i Troms deler mange av de nasjonale helseutfordringene. De mest markante regionale forskjellene handler om tilgang til tjenester og fysisk infrastruktur: Tromsø-området rapporterer betydelig bedre kollektivdekning, servicetilbud og kulturarenaer enn Midt- og Nord-Troms. Til tross for dette fremkommer det foreløpig få systematiske variasjoner i selvrapportert helse, psykiske plager eller livskvalitet, med unntak av tannhelse der Nord-Troms skårer svakest.

Aldersforskjellene er tydelige. Unge voksne (18–29 år) skiller seg ut med et høyt episodisk alkoholinntak, negative følelser, økonomiske vansker og et relativt usunt kosthold, mens personer i 70-årene rapporterer høy livstilfredshet, trygghet og gunstige kostvaner. Menn drikker flere alkoholenheter per gang og spiser sjeldnere grønnsaker enn kvinner, mens kvinner oftere rapporterer søvn- og nakkesmerter og noe høyere nivå av psykiske plager.

Utdanning og husholdningsøkonomi viser tydelige gradienter. Lengre utdanning henger sammen med bedre egenvurdert helse, lavere fedme, sunnere kosthold, høyere fysisk aktivitet og sterkere psykososiale ressurser. Økonomisk trygghet har enda større utslag: personer som beskriver økonomien som «svært vanskelig» rapporterer mer enn dobbelt så høy forekomst av ugunstige helse- og livskvalitetsutfall som dem som vurderer økonomien som «svært lett». Dette mønsteret er gjennomgående på tvers av kjønn.

Sammenlignet med andre fylker kommer Troms svakt ut på selvrapportert god helse (66,5 %), og fedme (21,3 %), og en registrerer den høyeste forekomsten av nakkesmerter (46,3 %) i Folkehelseundersøkelsene noensinne. Samtidig finner vi landets laveste andel dagligrøykere (6,5 %), et høyt nivå av egenorganisert fysisk aktivitet og nest høyest frekvens for regelmessig fiskekonsum (53 %). Andelen som opplever høy sosial støtte er relativt lav (29 %), mens trygghet i nærmiljøet er blant de høyeste som er målt (skår 9,0 av 10). Livstilfredshet og

generell tillit ligger litt under de fylkene som skårer høyest, mens hverdagsengasjement ligger relativt sett lavt.

Tallene peker samlet på noen områder som det kan være nyttig å utforske i det videre folkehelsearbeidet: den høye forekomsten av fedme og muskel-/skjelettplager, de sosiale gradientene i helse og livskvalitet som følger økonomi og utdanning, den lave tilfredsheten med infrastruktur og nærmiljø i deler av fylket, samt den sammensatte utfordringsprofilen blant unge voksne. En helhetlig innsats som kombinerer strukturelle tiltak for bedre tilgjengelighet og målgruppespesifikke satsinger kan derfor være relevant når fylket skal prioritere sitt videre arbeid.

5.8 Begrensninger ved datagrunnlaget

Representativitet og skjevheter

I Troms ble 40 944 personer invitert og 10 686 besvarte hele skjemaet, en svarprosent på 26,1 prosent. Dette ligger lavere enn det vi tidligere har oppnådd i Folkehelseundersøkelsene i fylkene og innebærer at tre av fire inviterte ikke deltok. Deltakelsen varierer betydelig mellom kommunene – fra 20,9 prosent i Skjervøy til 36,4 prosent i Ibestad – og mellom de fire regionene Tromsø-området, Midt-Troms, Sør-Troms og Nord-Troms (23–27 prosent). Det er også klare forskjeller etter kjønn og alder: kvinner deltar oftere enn menn (29,7 mot 22,8 prosent), og svarprosenten stiger fra 14 prosent i aldersgruppen 18–29 år til om lag 41 prosent blant 60–69-åringene før den faller igjen hos de eldste. Slik ulik deltakelse kan gi skjevheter hvis grupper med lav svarprosent skiller seg systematisk fra dem som deltar, for eksempel når det gjelder helse eller livsstil.

Utvalget ble trukket slik at alle kombinasjoner av kommune og alder var representert, og 18–29-åringene ble bevisst overrepresentert. Oversamplingen gir et solid datagrunnlag for analyser av de yngste, men løser ikke hele seleksjonsproblemet: svarprosenten er lavest nettopp i denne aldersgruppen. Resultatene for unge voksne bør derfor tolkes med tanke på mulig underrepresentasjon av bestemte undergrupper – særlig unge menn.

Analysene er korrigert både for trekkedesign og for frafall etter kjønn, alder og kommunestørrelse. Denne kombinerte vekten gjør at tallene bedre speiler befolkningssammensetningen, men kan likevel ikke fjerne usikkerhet som skyldes at de som avsto fra å delta kan avvike fra deltakerne på andre ukjente måter. Troms er det tredje fylket (etter Rogaland 2023 og Oslo 2024) som bruker både design- og frafallsvekt; tallene er derfor ikke helt direkte sammenlignbare med resultater fra fylker der kun designvekt er benyttet. Hvis man sammenligner tall som er vektet ulikt kan det innebære at man blander «reelle fylkesforskjeller» med metodeforskjeller. Ideelt sett bør en sammenligne samme med samme. Hvis det ikke er mulig, må man være tydelig på at forskjeller kan skyldes vektemetoden i tillegg til reelle forskjeller, og sammenligningen bør fokusere på presisjon (95 % konfidensintervall, og ikke bare punkttestimat).

Funn fra en nylig publisert analyse av Folkehelseundersøkelsen i fylkene med registerkobling (Hordaland 2018) nyanserer betydningen av helserelatert frafall og er relevante for tolkningen av tallene fra den aktuelle Folkehelseundersøkelsen. Studien viste at mottak av sykepenger ikke var forbundet med lavere deltakelse etter justering for demografi, og at mottak av arbeidsavklaringspenger samlet sett heller ikke reduserte deltakelsen [27]. Derimot deltok personer som mottok arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd på grunn av psykiske eller atferdsmessige lidelser sjeldnere enn andre i samme aldersgrupper. Dette indikerer at

helsereelatert frafall trolig har begrenset betydning for overordnede befolkningsestimater, men at skjevhet kan oppstå i utvalgte undergrupper – særlig blant personer med psykiske helseutfordringer [27]. Kunnskap om slike mønstre er viktig fordi en betydelig andel av befolkningen i yrkesaktiv alder til enhver tid mottar en av disse ytelsene.

Ved analyser der utfallene brytes ned på kjønn, alder, utdanning eller region, reduseres betydningen av skjev deltakelse fordi disse variablene inngår enten som justeringsfaktorer eller som egne grupperinger. Like fullt kan seleksjon gi et noe for positivt bilde av helsetilstand og levekår – spesielt i undergrupper med lav svarprosent eller der vi vet at deltakelsen er lavere (for eksempel ved psykiske helseproblemer). Resultatene bør derfor ses som beste tilgjengelige estimater, men med et nøkternt blikk på den usikkerheten som følger av moderat deltakelse og differensiert frafall og den helsereelaterte seleksjonen som ikke fullt ut kan korrigeres med vektning.

Måleinstrument

Spørreskjemaet som er brukt i Folkehelseundersøkelsen i Troms består blant annet av skalaer som er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se lenke til spørreskjemaet i Folkehelseundersøkelsen i Troms, Vedlegg 1):

- Psykiske plager: *Hopkins Symptoms Checklist* (HSCL-5)
- Sosial støtte: *Oslo Social Support Scale* (OSS-3)
- Ensomhet: *The Three-Item Loneliness Scale* (UCLA)
- Alkohol: *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C)
- Søvnproblemer: Tilpasset versjon av *Bergen Insomnia Scale* (BIS)

Spørreskjemaets grunnmodul inkluderer fire spørsmål om kosthold, som også benyttes av SSB i Levekårsundersøkelsene. Noen av spørsmålene inngår i tillegg i den Nasjonale Folkehelseundersøkelsen (NHUS). Ved å bruke etablerte spørsmål og skalaer sikrer vi både høy datakvalitet og muligheten til å sammenligne resultatene med tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et bredt spekter av temaer. Selv om mange av de benyttede instrumentene er godt kvalitetssikret fra tidligere studier, kan kvaliteten variere mellom ulike temaområder. Derfor må funnene fra denne undersøkelsen vurderes kritisk og i lys av resultater fra andre studier. At vi ser kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå som samsvarer godt med funn fra landsrepresentative undersøkelser, styrker imidlertid tilliten til resultatene fra undersøkelsen.

Folkehelseundersøkelsen er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for fylket og fylkets kommuner. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{10,11}. Helsedirektoratet publiserer også egne folkehelse-

¹⁰ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

¹¹ <http://khs.fhi.no/webview/>

profiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket ¹².

De dataene som er samlet inn i denne Folkehelseundersøkelsen kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold, og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «fornøydhet med livet» fra tidligere Folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med stigende alder¹³. Det å undersøke lokale variasjoner og sammenhenger nærmere, for eksempel når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, kan dermed være til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for hvordan best innrette og prioritere innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen, av forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

¹³ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>

Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
4. Forster, G.K., et al. *Built Environment Accessibility and Disability as Predictors of Well-Being among Older Adults: A Norwegian Cross-Sectional Study.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023. **20**, DOI: 10.3390/ijerph20105898.
5. Aarø, L., et al., *Behavioural precautions to avoid transmission of the COVID-19 virus – low educated groups are not always lagging behind.* Journal of Health Inequalities, 2023. **9**(1): p. 16-28.
6. Nilsen, T.S., et al., *Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway.* Tidsskr Nor Laegeforen, 2022. **142**(10).
7. Nes, R.B., et al., *Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19.* Quality of Life Research, 2022. **31**(8): p. 2295-2305.
8. Nilsen, T.S., et al., *Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 12.
9. Knapstad, M., et al., *Psychological distress before and nine months into the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from The Norwegian Counties Public Health Surveys.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 14.
10. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021. **49**(7): p. 766-773.
11. Hansen, T., et al., *Covid-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic.* Eur J Ageing, 2022. **19**(3): p. 463-473.
12. Lyshol, H., et al., *A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway.* Scientific Reports, 2022. **12**(1): p. 13721.
13. Aarø, L.E., et al., *Quality of life, psychological distress, sleeping problems and global subjective health after injuries. A study among adults in three Norwegian counties.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**.
14. Aarø, L.E., et al., *A cross-sectional study of the relationship between injuries and quality of life, psychological distress, sleeping problems, and global subjective health in adults from three Norwegian counties.* Health and Quality of Life Outcomes, 2023. **21**(1): p. 120.
15. Friesinger, J.G., S.H. Haugland, and J.-K. Vederhus, *The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: findings*

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

27. Nilsen, T.S., et al., *Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data*. Scandinavian Journal of Public Health, 2025: p. 14034948251360674.
28. Aarø, L.E., et al., *The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS)*. European Journal of Public Health, 2024. **34**(Supplement_3): p. ckae144. 2118.
29. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study*. American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306-14.
30. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021, in Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
31. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Vedlegg 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Troms 2024 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

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

Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene

Dette vedlegget gir en oversikt over spørsmålene og skalaene som utgjør grunnmodulen i Folkehelseundersøkelsen i fylkene (FHUS). Grunnmodulen er den felles kjernen av spørsmål som sikrer sammenlignbare resultater på tvers av fylker og over tid. Merk at dette vedlegget beskriver spørsmål som inngår i grunnmodulen, uavhengig av tilpasninger som er gjort i den aktuelle Folkehelseundersøkelsen i Troms.

Dette vedlegget viser ikke spesifikt hvilke spørsmål som ble brukt eller utelatt i undersøkelsen i Troms. Dersom du ønsker å se en detaljert oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i Folkehelseundersøkelsen i Troms, henvises det til Folkehelseinstituttets nettsider:

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

Nedenfor beskrives hvert temaområde i grunnmodulen og hvordan spørsmålene vanligvis rapporteres.

Del 1. Nærmiljø og deltakelse

Trivsel i nærmiljøet

Deltakerne blir spurt om i hvilken grad de trives i sitt nærmiljø, med svaralternativene:

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

Denne variabelen gir en indikasjon på generell trivsel og opplevelse av livskvalitet i nærmiljøet. I analyser rapporteres ofte andelen som svarer «I stor grad», da dette gir et mål på høy trivsel i befolkningen.

Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt

Grunnmodulen inneholder spørsmål om opplevd tilgjengelighet til ulike fasiliteter og servicetilbud i nærmiljøet. Dette inkluderer:

- Kulturtilbud, for eksempel kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater
- Idrettstilbud, for eksempel idrettshall, svømmehall, treningssenter og ski-/lysløyper
- Butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- Offentlig transport
- Natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer

I tillegg inngår et spørsmål om hvorvidt gang- og sykkelveier er godt utbygde i nærområdet.

Svaralternativene er: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke». Resultater rapporteres vanligvis som andelen som svarer «Svært god» eller «God», mens kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen.

Deltakelse i aktiviteter

Grunnmodulen inneholder også spørsmål om sosial deltakelse, fordelt på to kategorier:

- Organisert aktivitet/frivillig arbeid, som for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende
- Annen sosial aktivitet, som for eksempel klubber, møter, sosiale sammenkomster eller trimturer med venner/kolleger

Svaralternativene er: «Daglig», «Ukentlig», «1–3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». Resultater rapporteres vanligvis som andelen som svarer at de deltar ukentlig eller oftere.

Revisjoner av spørreskjemaet

Grunnmodulen har gjennomgått enkelte revisjoner for å forbedre presisjonen i spørsmålene. Fra og med 2021 ble spørsmålet om kultur- og idrettstilbud delt i to separate spørsmål. Tidligere var disse tilbudene samlet i ett spørsmål, men for å få mer spesifikke svar ble de skilt ut hver for seg. Samtidig ble det lagt til flere eksempler på typer kultur- og idrettstilbud for å gjøre spørsmålet tydeligere for respondentene. I samme revisjon (2021) ble spørsmålet om tilgang til natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer, slått sammen til ett spørsmål. Tidligere var dette delt i to separate spørsmål, men analysene viste at respondentene ofte oppfattet dem som overlappende.

Disse endringene ble innført for å sikre en mer presis kartlegging av tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud i nærmiljøet.

Del 2. Helse

Helsedelen i grunnmodulen kartlegger ulike aspekter ved fysisk og psykisk helse, inkludert egenvurdert helse, tannhelse, kroppsmasseindeks (KMI), psykiske plager, søvnproblemer, langvarige helseplager, funksjonsnedsettelse og muskel- og skjelettsmerter. Spørsmålene dekker både subjektive vurderinger av egen helse og mer spesifikke helseplager, samt hvordan disse påvirker hverdagen. Indikatorene inkluderer flere av de største årsakene til helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge¹⁴. Opplysningene gir et bredt bilde av helsetilstanden i befolkningen og kan brukes til å identifisere helseutfordringer på tvers av demografiske grupper.

Egenvurdert helse

Det første helsespørsmålet kartlegger hvordan deltakerne vurderer sin egen helse. Egenvurdert helse gir et overordnet bilde av helsetilstanden i befolkningen og er en sentral indikator i helseundersøkelser. Respondentene vurderer helsen sin på en skala fra «Svært god» til «Svært dårlig». I analysene benyttes ofte en todeling, der vi rapporterer andelen som har krysset av for «God» eller «Svært god» helse. Dette målet brukes til å identifisere

¹⁴ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>

helseforskjeller mellom ulike grupper i befolkningen og sammenligne helsetilstanden på tvers av demografiske og sosioøkonomiske faktorer.

Tannhelse

Tannhelse inngår som en del av grunnmodulen og måles gjennom spørsmål om egenvurdert tannhelse, tidspunkt for siste besøk hos tannlege eller tannpleier, samt eventuelle årsaker til at det har gått mer enn fem år siden sist besøk. Vurdering av tannhelsen skjer på en femdelt skala fra «Svært god» til «Svært dårlig». Tidspunkt for siste tannlegebesøk har svaralternativer fra «0–2 år siden» til «Mer enn 5 år siden». For de som oppgir at det har gått mer enn fem år, finnes det et oppfølgingsspørsmål om årsaker, hvor flere faktorer kan oppgis, som økonomiske årsaker, redsel/frykt, transportutfordringer eller andre grunner.

Resultatene for tannhelse rapporteres ofte ved å vise andelen som svarer «God» eller «Svært god» tannhelse. Når det gjelder tannlegebesøk, presenteres ofte andelen som svarer at det er mer enn to år siden de sist var hos tannlege eller tannpleier. Disse spørsmålene gir innsikt i tannhelsevaner og eventuelle barrierer for tilgang til tannhelsetjenester.

Høyde og vekt

I grunnmodulen inngår spørsmål om kroppshøyde og vekt, der deltakerne oppgir sin høyde uten sko (i centimeter) og sin vekt uten klær og sko (i kilogram). Gravide bes om å oppgi sin vekt før graviditeten. Basert på disse opplysningene beregnes kroppsmasseindeks (KMI), definert som kroppsvekten i kilogram delt på kvadratet av høyden i meter (kg/m^2). KMI brukes ofte som en indikator på vektstatus, der en verdi på 30 eller høyere regnes som fedme.

For å sikre realistiske beregninger ekskluderes uvanlige verdier, som høyde under 1,20 meter eller over 2,20 meter, samt vekt under 25 kg eller over 220 kg. Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen av deltakerne med KMI på 30 eller mer. I noen tilfeller kan det også være relevant å rapportere andelen som er overvektige (KMI på 25 eller høyere).

Psykiske plager

Grunnmodulen inkluderer fem spørsmål om psykiske plager, basert på Hopkins Symptom Checklist-5 (HSCL-5) [3]. Deltakerne oppgir i hvilken grad de har vært plaget av nervøsitet, redsel, håpløshet, nedtrykthet og bekymring den siste uken. Svaralternativene er «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng), og en gjennomsnittsskår kan beregnes for å indikere samlet belastning av psykiske plager.

For rapporteringen beregnes ofte en gjennomsnittsskår blant dem med svar på minst tre av de fem spørsmålene. I noen tilfeller benyttes også en todelt kategori der en skår over 2,00 tolkes som indikasjon på høy grad av psykiske plager. Spørsmålsformuleringene i FHUS er tilpasset en én-ukes tidsramme, noe som kan avvike fra lignende målinger i andre undersøkelser.

Søvn

Søvnproblemer kartlegges ved hjelp av en tilpasset versjon av Bergen Insomnia Scale (BIS) [34]. Dette er et standardisert instrument som vurderer insomni i samsvar med diagnostiske kriterier fra DSM-5. Respondentene svarer på hvor ofte de opplever søvnproblemer, med spørsmål om innsovningsvansker, gjentatte oppvåkninger om natten og søvnighet eller

tretthet på dagtid. Svaralternativene er «Aldri/sjelden», «Av og til», «1-2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke».

For å vurdere varigheten av søvnproblemene, oppgis en tidsramme med følgende alternativer: «Mindre enn 1 måned», «1-2 måneder», «3-6 måneder», «7-12 måneder», «Mer enn 1 år» og «Jeg har ikke søvnvansker». Ifølge DSM-5-kriteriene for insomni regnes det som indikasjon på insomni dersom en person rapporterer enten innsovningsvansker eller nattlige oppvåkninger minst 3 ganger per uke, samtidig som de opplever dagtidssymptomer (søvnighet eller tretthet) like hyppig, og at problemene har vart i minst 3 måneder.

Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen som tilfredsstiller disse kriteriene. BIS er benyttet i flere andre helseundersøkelser, og gir sammenlignbare data på søvnproblemer i befolkningen.

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse kartlegges ved spørsmål om kroniske eller vedvarende sykdommer, samt plager som følge av skade. Respondentene oppgir om de har helseproblemer som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. Videre vurderer de i hvilken grad disse påvirker hverdagen, med svaralternativene «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» eller «Ikke i det hele tatt».

I tillegg spørres det om funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade, inkludert tilstander som kommer og går. Også her vurderer respondentene hvordan plagene påvirker hverdagen deres, med de samme svaralternativene.

Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen som oppgir å ha langvarige helseproblemer eller funksjonsnedsettelse, samt andelen som oppgir at disse i stor grad påvirker deres daglige liv. Disse spørsmålene gir innsikt i forekomsten av kroniske helseutfordringer og funksjonsnedsettelse i befolkningen, og bidrar til å identifisere behov for tilrettelegging og helsetjenester.

Nakke- og korsryggsmerter

Spørsmålene om muskel- og skjelettplager kartlegger smerter i korsrygg og nakke i løpet av de siste 28 dagene. Respondentene oppgir om de har hatt slike smerter, og hvis ja, hvor mange dager de har hatt smerter og hvor mange dager smertene har medført begrensninger i daglige aktiviteter. Smerter som har vart deler av dagen telles som én dag.

Til denne delen brukes et utvalg av spørsmål fra *Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions* (BQMC), som er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med Center for Global Burden of Disease ved University of Washington (USA). Formålet med instrumentet er å bidra til nasjonale og internasjonale estimater for sykdomsbyrde knyttet til muskel- og skjelettplager.

Fra disse spørsmålene rapporterer vi som regel kun periodeprevalensen. Det vil si andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter eller korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene.

Del 3. Sosial støtte og ensomhet

Sosial støtte

I grunnmodulen måles sosial støtte med Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3), som består av tre spørsmål:

- Antall nære personer man kan regne med ved store personlige problemer (inkludert nærmeste familie), med svaralternativene «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det man gjør, med svaralternativene «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett det er å få praktisk hjelp fra naboer om man skulle trenge det, med svaralternativene «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

Svarene kan summeres til en total skår fra 3 til 14, der lavere verdier indikerer lav sosial støtte og høyere verdier indikerer høy sosial støtte. I analysene presenteres ofte andelen med høy sosial støtte (sumskår 12-14) [35]. Tidligere rapporter fra Folkehelseundersøkelsene rapporterte andelen med middels eller høy sosial støtte, men fra 2021 har fokuset vært på andelen med høy sosial støtte for å tydeligere illustrere forskjeller mellom geografiske områder, utdanningsnivå og aldersgrupper.

Ensomhet

Ensomhet måles med The UCLA Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som består av tre spørsmål:

- Hvor ofte savner du noen å være sammen med?
- Hvor ofte føler du deg utenfor?
- Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Svaralternativene er «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Svarene summeres til en total skår fra 3 til 15, der lavere verdier indikerer lav ensomhet og høyere verdier indikerer høy ensomhet.

Det finnes ingen universelt etablert terskelverdi for UCLA-3-skalaen, og ulike tilnærminger har vært brukt i forskningen. I Folkehelseundersøkelsene benyttes ofte en skår på 3–9 som en indikasjon på lav ensomhet og 10–15 som en indikasjon på høy ensomhet. Denne inndelingen ble brukt i rapporten *Livskvalitet i Norge 2019* [36] og predikerte høye skårer på et direkte ensomhetsspørsmål (6 eller mer på en skala fra 0 til 10).

I analyser og presentasjon av resultater rapporteres vanligvis andelen som skårer 10 eller høyere, definert som personer med høy grad av ensomhet.

Del 4. Helserelatert atferd

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kartlegges gjennom spørsmål om treningshyppighet, intensitet og varighet. Respondentene oppgir hvor ofte de vanligvis trener eller mosjonerer, inkludert aktiviteter som

turer, svømming, ski, eller annen idrett. De som rapporterer å være fysisk aktive bes også angitt hvor hardt de trener (rolig, moderat eller høy intensitet) og hvor lenge de trener per økt.

I tillegg bes sysselsatte respondenter beskrive fysisk aktivitet i arbeid, med kategorier som spenner fra stillesittende arbeid til tungt kroppsarbeid.

Spørsmålene er tilpasset fra validerte måleinstrumenter og har vært brukt i en rekke norske helseundersøkelser, inkludert HUNT og Tromsø-undersøkelsen [37, 38]. Endringer i siste skjemarevisjon har gjort formuleringene mer sammenlignbare med disse undersøkelsene, blant annet ved å inkludere mosjon til og fra jobb.

Resultater for fysisk aktivitet rapporteres ofte ved å vise andelen som trener minst fire dager per uke i minst 30 minutter, med en intensitet som gjør dem andpustne og/eller svette.

Kosthold

Kosthold kartlegges gjennom fire spørsmål om inntak av sukkerholdig drikke, frukt, grønnsaker og fisk. Respondentene oppgir hvor ofte de inntar disse matvarene på en syvpunktsskala fra «Sjelden/aldri» til «Flere ganger per dag».

Spørsmålene er formulert i tråd med anbefalinger fra nasjonale kostholdsstudier og har vært justert i samsvar med endringer i Den nasjonale Folkehelseundersøkelsen (NHUS). Endringer i siste skjemarevisjon inkluderer justeringer av spørsmål om sukkerholdig drikke og frukt for å sikre bedre samsvar med NHUS, samt tillegg av svarkategorien «Flere ganger per dag» for alle spørsmål.

Variablene brukes ofte dikotomisert i analyser og rapportering for å forenkle tolkningen av resultatene i forhold til kostholdsanbefalinger. Typiske dikotomiseringer inkluderer:

- Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av frukt eller bær versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av grønnsaker versus sjeldnere inntak
- Inntak av fisk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak

Disse dikotomiseringene brukes konsekvent i Folkehelseundersøkelsene i fylkene for å rapportere andelen som oppfyller nasjonale kostholdsanbefalinger. Dette gjør det mulig å sammenligne kostholdsvaner på tvers av ulike grupper og over tid.

Tobakksbruk

Tobakksbruk kartlegges gjennom spørsmål om røyking, med svaralternativer som skiller mellom nåværende og tidligere bruk. De som oppgir at de røyker, bes videre oppgi om de røyker daglig eller av og til. Tidligere røykevaner kartlegges ved et eget spørsmål til dem som oppgir at de ikke røyker.

Spørsmålene er formulert for å være sammenlignbare med andre nasjonale undersøkelser, og i siste skjemarevisjon ble formuleringene justert for å harmonisere med tilsvarende spørsmål i Statistisk sentralbyrås (SSB) helseundersøkelser.

Resultatene presenteres ofte ved å vise andelen som røyker daglig.

For å kartlegge snusbruk blir deltakerne først spurt om de i det hele tatt snuser, med svaralternativene «Ja» og «Nei». De som svarer «Ja» får et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte de snuser (daglig eller av og til). I analysene skiller man typisk mellom de som snuser daglig og alle andre (nei eller av og til). Formålet er å identifisere andelen dagligsnusere i befolkningen.

Alkoholbruk

Alkoholbruk kartlegges gjennom flere spørsmål basert på Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C) [39], et anerkjent screeningverktøy for å identifisere alkoholvaner og potensielle alkoholproblemer.

Deltakerne bes først svare på om de noen gang har drukket alkohol. De som svarer bekreftende, får deretter spørsmål om hvor ofte de har drukket alkohol det siste året, hvor mange enheter de vanligvis drikker på en typisk dag, og hvor ofte de drikker seks enheter eller mer ved én anledning. En alkoholenhet defineres som en liten flaske øl, ett glass vin eller en drink.

Basert på svarene kan det beregnes en AUDIT-C-skår fra 0 til 12, hvor høyere skår indikerer økt risiko for problematisk alkoholbruk. I rapporteringen fokuseres det vanligvis på tre utfallsvariabler:

- Hyppig alkoholbruk – andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere.
- Alkoholkonsum på en typisk drikkedag – gjennomsnittlig antall alkoholenheter basert på en omkoding av svarkategorier til kvasikontinuerlige verdier. Kategori 1 (1-2 enheter) er satt til 1,5. Kategori 2 (3-4 enheter) er satt til 3,5. Kategori 3 (5-6 enheter) er satt til 5,5. Kategori 4 (7-9 enheter) er satt til 8,0. Og kategori 5 (10 eller flere) er skjønnsmessig satt til 12,0.
- Episodisk høyt alkoholinntak – andel som drikker minst seks alkoholenheter ved én anledning månedlig eller oftere.

Del 5. Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er basert på anbefalinger fra en rapport utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 om måling av subjektiv livskvalitet i Norge [40]. Spørsmålene dekker ulike aspekter av livskvalitet, inkludert generell tilfredshet med livet, opplevelse av mening, emosjonelle tilstander, sosiale relasjoner, fellesskap og tillit.

Under skjemarevisjonen av fylkeshelseundersøkelsene ble målemetoden noe justert i samarbeid med normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Blant annet ble det tidligere målet på depressive plager (PHQ-2) fjernet for å unngå overlapp med HSCL-5, som nå benyttes for å måle psykiske plager. Et nytt spørsmål om forventet livstilfredshet fem år frem i tid ble lagt til.

Livskvalitetsdelen inneholder flere temaområder, som beskrevet nedenfor.

Tilfredshet med livet og opplevelse av mening

Deltakerne bes vurdere:

- Hvor fornøyd de er med livet generelt.
- Hvor fornøyd de tror de vil være om fem år.
- I hvilken grad de opplever at det de gjør i livet er meningsfylt.

Disse besvares på en 11-punkts skala (0–10), hvor høyere skår indikerer større tilfredshet eller mening. I rapportene analyseres vanligvis gjennomsnittsskår for disse spørsmålene. I noen tilfeller grupperes svarene for å vise andeler med lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) tilfredshet.

Emosjonelle opplevelser siste uke

For å måle daglig velvære og følelsesmessige opplevelser rapporterer deltakerne hvor ofte de har opplevd ulike følelser de siste syv dagene. Disse besvares på samme 11-punkts skala og omfatter:

- Positive følelser: Glad, engasjert, rolig og avslappet, lykkelig, takknemlig
- Negative følelser: Bekymret, nedfor/trist, irritert, ensom, engstelig

Basert på faktoranalyser og vurderinger av det begrepsmessige innholdet, er følgende sumskårer¹⁵ ofte brukt i analyser:

- Negative følelser: Gjennomsnittsskår for bekymret, trist, irritert og engstelig.
- Positive følelser: Gjennomsnittsskår for glad, rolig/avslappet, lykkelig og takknemlig.
- Ensomhet og engasjement analyseres som enkeltvariabler.

Respondenter som har svart på minst to av leddene innen hver kategori på positive og negative følelser får en gyldig skår.

Sosiale relasjoner og fellesskap

Deltakerne bes vurdere i hvilken grad deres sosiale relasjoner er støttende og givende, samt hvorvidt de selv bidrar til andres livskvalitet. Disse spørsmålene er hentet fra Diener's Flourishing Scale. Svarene gis på en 11-punkts skala (0–10), og de kombineres ofte i en sumskår som omtales som "sosiale relasjoner".

Det rapporteres også om sosial omgang:

- Hvor ofte man er sammen med gode venner (ikke inkludert familie¹⁶).
 - Alternativer: Omtrent daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger i året, sjeldnere enn årlig, har ingen gode venner.

¹⁵ Når vi omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

¹⁶ Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent en gang i året».

- I rapportene vises ofte andelen som møter venner ukentlig eller oftere.

Tillit, tilhørighet og trygghet

Denne delen inneholder spørsmål som måler ulike aspekter av sosial kapital og samfunnsmessig tillit:

- Generell tillit: Hvorvidt man opplever at folk flest er til å stole på.
- Opplevd tilhørighet: I hvilken grad man hører til på stedet der man bor.
- Trygghet i nærmiljøet: Hvor trygg man føler seg når man er ute og går.

Disse besvares også på en 11-punkts skala (0–10), og analyseres vanligvis som enkeltvariabler der gjennomsnittsskåren rapporteres.

Analyse og rapportering

I analysene av livskvalitet rapporteres gjennomsnittsskår for spørsmålene som benytter 11-punkts skalaer. I noen tilfeller grupperes svarene for å illustrere fordeling av lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) livskvalitet. Sumskårer for emosjonelle opplevelser og sosiale relasjoner brukes for å identifisere mønstre i datamaterialet.

Del 6. Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Bakgrunnsvariablene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene dekker utdanningsnivå, økonomisk situasjon, arbeids- og livssituasjon, sivilstatus, husholdningens størrelse, omsorgsansvar for barn, boligforhold og fødeland. Disse opplysningene gir viktig kontekst for å forstå variasjoner i helse, livskvalitet og helseatferd på tvers av befolkningsgrupper. I mange fylker hentes enkelte av disse opplysningene, inkludert alder, kjønn, fødeland og foreldrenes fødeland, direkte fra registre når utvalget trekkes. Når slike registerdata ikke er tilgjengelige eller ikke brukes, kartlegges denne informasjonen via spørsmål i undersøkelsen.

Utdanningsnivå

Deltakerne rapporterer sin høyeste fullførte utdanning ved å velge mellom syv kategorier:

1. Ingen fullført utdanning
2. Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
3. Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole, gymnas)
4. Fagskole
5. Høyskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
6. Høyskole/universitet, bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende (2–4 år)
7. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

For analyser rapporteres utdanningsnivå ofte i fire kategorier:

- Grunnskole eller lavere (1–2)
- Videregående skole og fagskole (3–4)
- Høyskole/universitet, kort (5–6)
- Høyskole/universitet, lang (7)

I noen tilfeller brukes en todeling der de med høyskole/universitet (5–7) skilles fra de med grunnskole eller videregående (1–4).

Spørsmålskategoriene ble revidert i 2021 i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) for å gjøre dem mer sammenlignbare med nasjonale statistikker. Tidligere var det ikke egne svaralternativer for fagskole og høyskole/universitet under to år, noe som kan ha ført til at enkelte med disse utdanningene tidligere ble feilklassifisert som høyere utdannede. Endringen gjør at utdanningsnivå rapportert fra 2021 og fremover er mer sammenlignbart med SSBs befolkningsdata.

Opplevd økonomisk situasjon

For å kartlegge husholdningens økonomiske situasjon bes deltakerne vurdere hvor lett eller vanskelig det er å få økonomien til å strekke til i hverdagen. Svaralternativene er:

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

I analysene rapporteres ofte andelen som opplever økonomiske vansker, definert som de som har svart «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig». Kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen. Grad av økonomiske vansker brukes også som prediktor i analysene. I denne sammenhengen beholdes alle svaralternativene som separate kategorier (utenom «vet ikke», som holdes utenfor analysen).

Arbeids- og livssituasjon

Deltakerne velger én eller flere kategorier som beskriver deres arbeidssituasjon:

- Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- Selvstendig næringsdrivende

- Sykmeldt
- Arbeidsledig
- Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- Mottar sosialstønad
- Alders- eller førtidspensjonist
- Skoleelev eller student
- Vernepliktig, sivilarbeider
- Hjemmearbeidende

Disse kategoriene gir innsikt i arbeidsdeltakelse og helserelaterte trygdeytelser i ulike deler av befolkningen.

Sivilstatus

Deltakerne oppgir sin sivilstatus ved å velge ett eller flere av følgende svaralternativer:

- Gift/registrert partner
- Samboende
- Har kjæreste (som de ikke bor sammen med)
- Enslig
- Enke/enkemann

Husholdningsstørrelse og omsorgsansvar for barn

Deltakerne oppgir hvor mange personer som bor i husstanden (inkludert seg selv), med svaralternativer fra 1 til 5 eller flere.

Dersom deltakeren har barn under 18 år, bes de oppgi hvor mange barn de har omsorg for, samt hvilke aldersgrupper barna tilhører. Flere svaralternativer kan velges:

- Før barnehagealder
- Barnehagealder
- Barneskolealder (1.–4. trinn)
- Barneskolealder (5.–7. trinn)
- Ungdomsskolealder (8.–10. trinn)
- Videregående skolealder

Boligforhold

Deltakerne oppgir om de eier eller leier boligen sin, med følgende svaralternativer:

- Eier
- Leier
- Bor hos venner eller disponerer bolig på andre måter

Fødeland

Informasjon om fødeland hentes ofte fra registre, slik som i datainnsamlingen i Oslo. I tilfeller der denne informasjonen ikke er tilgjengelig fra registre, oppgir deltakerne selv om de eller minst én av deres foreldre er født utenfor Norge. De som svarer bekreftende, blir videre bedt om å oppgi hvilket land de selv er født i, samt fødelandet til sin mor og far.

Følgende svaralternativer benyttes:

- En alfabetisk nedtrekksliste med landvalg, der Norge står øverst og «Annet» er et alternativ for de som ikke finner sitt fødeland i listen.
- Dersom respondenten velger «Annet», kan de manuelt skrive inn fødelandet i et tekstfelt.

Deltakere som er født utenfor Norge, blir også spurt om hvor lenge de har bodd i landet, med følgende svaralternativer:

- Mindre enn ett år
- 1–4 år
- 5–9 år
- 10–19 år
- 20–29 år
- 30 år eller mer
- Jeg har bodd i Norge hele livet

Opplysninger om fødeland og innvandringshistorikk gir viktig innsikt i helseforskjeller og folkehelseutfordringer blant ulike befolkningsgrupper. I analyser brukes ofte grupperinger basert på fødeland, botid i Norge og foreldres fødeland for å undersøke sammenhenger mellom innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forhold og helseutfall.

Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål i Troms

I likhet med øvrige fylker tok Troms i bruk den felles grunnmodulen, men fylkeskommunen benyttet også muligheten til å legge inn egne tema der lokalt kunnskapsbehov vurderes som særlig stort. De ekstra spørsmålene inngikk i tre egne blokker – ulønnet omsorgsarbeid, etnisk og språklig bakgrunn samt kjønns- og seksualitetsmangfold. Ingen av disse temaene analyseres i hoveddelen av denne rapporten; formålet her er kun å gjøre leseren oppmerksom på at dataene eksisterer, slik at de kan etterspørres og analyseres i det videre folkehelsearbeidet eller i forskning.

Ulønnet omsorgsarbeid

Blokken kartlegger både hvem som gir og hvem som mottar regelmessig, ulønnet hjelp til praktiske gjøremål, tilsyn eller personlig pleie. Deltakerne som svarer bekreftende oppgir om hjelpemottaker bor i samme husholdning, hvilken relasjon partene har, hvilke helse- eller funksjonsrelaterte årsaker som ligger til grunn, hvilke konkrete oppgaver som utføres – fra husarbeid og handling til medisinhandling og transport – samt hvor ofte hjelpen gis. Tilsvarende spørsmål stilles til dem som selv mottar slik hjelp. Spørsmålene kan senere belyse omfanget av uformell omsorg, omfanget av omsorgsbyrde og hvor i slektsnettets hjelpen forankres.

Etnisk og språklig bakgrunn

Med utgangspunkt i fylkets betydelige samiske og kvenske/norskfinske befolkning kartlegges slektstilhørighet over fire generasjoner, hjemmespråk, egen og foreldres etniske bakgrunn, selvopplevd identitet og språkpraksis i dagens familie. Deltakerne vurderer sine ferdigheter i å forstå, snakke, lese og skrive samisk og kvensk/norskfinsk, og anslår om bruken av minoritetsspråkene trolig vil øke eller avta det neste tiåret. Blokken inneholder også spørsmål om stedstilhørighet, fellesskap med lokalsamfunn, erfaringer med internatopphold og opplevd diskriminering. Datamaterialet gjør det mulig å undersøke helse- og levekårsforhold blant personer med samisk eller kvensk/norskfinsk bakgrunn på en langt mer nyansert måte enn tidligere.

Kjønn, kjønnsidentitet og seksuell orientering

Tilleggsmodulen skiller mellom juridisk kjønn (fra folkeregisteret) og opplevd kjønnsidentitet. Respondentene kan identifisere seg som kvinne, mann, ikke-binær, transperson eller beskrive en annen identitet i fritekst. Seksuell orientering kartlegges på tilsvarende vis med åpne svarmuligheter. Disse dataene gir et bedre utgangspunkt for å vurdere helse- og levekår blant personer i kjønns- og seksualitetsminoriteter, men er altså ikke analysert i denne rapporten.

Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling



I tabellene A1 – A4 på de neste sidene presenterer vi nøkkeltall fra årets Folkehelseundersøkelse i Troms sammen med tilsvarende tall fra alle tidligere fylkesundersøkelser. For hvert utfallsmål vises ett samlet estimat per fylke og år, slik at leseren raskt kan danne seg et bilde av utviklingen over tid og hvordan Troms plasserer seg i en nasjonal sammenheng. Tabellene er utformet som et «varmekart»: cellene er fargelagt på en gradient fra grønt til oransje. Grønn farge angir at fylket skårer gunstigere enn de fleste andre på den aktuelle indikatoren, mens oransje markerer at fylket ligger i den mindre gunstige enden av fordelingen. Hva som er «gunstig» kan variere – lav forekomst av fedme er positivt, mens høy andel som vurderer helsen som god er positivt – men fargekodingen er alltid satt slik at grønt representerer det mest fordelaktige utfallet, og oransje det minst fordelaktige innenfor den aktuelle variabelen.

Ved datainnsamlingen i Troms 2024 ble det gjort oversampling av aldersgruppen 18 – 29 år for å sikre tilstrekkelig datagrunnlag blant de yngste voksne. Datamaterialet er deretter vektet både med designvekt (for å korrigere ulik inklusjonssannsynlighet) og med en populasjons-/frafallsvekt som justerer for systematisk frafall etter kjønn, alder og region. Denne kombinasjonen av vekter er hittil bare benyttet i Troms 2025, Oslo 2024 og Rogaland 2023; i de øvrige fylkesundersøkelsene er det kun brukt designvekt. Forskjellen i vektingsstrategi, sammen med oversamplingen (oversampling kan også variere i de andre datainnsamlingene), gjør helt presise sammenlikninger av totalsnitt mellom Troms og tidligere undersøkelser mindre sikre enn tabelloppsettet alene kan antyde. Tallene er likevel tatt med for å gi et helhetlig historisk bilde, men må tolkes med nødvendig varsomhet.

Spørreskjemaet har blitt revidert flere ganger siden 2018. Enkelte indikatorer mangler derfor i enkelte årganger, og tabellene kan inneholde tomme felter der spørsmål enten ikke ble stilt eller ble stilt på en måte som ikke lar seg sammenligne.

Historisk har sumskåren for variabelen «Positive følelser» vært basert på to spørsmål. I Troms 2025 (og i Oslo 2024) benyttes en utvidet versjon med fire spørsmål, som gir et mer robust mål. I tabell A4 i dette vedlegget er derfor tallene for Troms hentet fra fire-ledd-varianten, mens tallene fra tidligere fylkesundersøkelser fortsatt bygger på to ledd. Analyser gjennomført i forbindelse med forrige rapport (Oslo 2024) viste at overgang fra to til fire ledd endrer gjennomsnittet i svært liten grad. Fremtidige publiseringer vil derfor benytte fire-ledd-skåren som standard, men tallene fra eldre datainnsamlinger er beholdt slik de foreligger.

Tabell A1. Nærmiljø og tilgjengelighet til tilbud

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms
Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	73,2	70,5	72,1	75,5	70,9	76,6	73,7	76,6	74,1	73,4	71,7	73,5	70,1		63,0
Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)							67,5	78,5	74,5	70,2	66,1	73,3	73,3		65,6
Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)							76,8	82,5	80,0	78,3	82,6	79,0	78,1		72,8
Butikker (god/svært god tilgjengelighet)			80,5	82,8	81,5	85,0	79,1	84,9	81,6	81,8	75,7	79,1	80,8		72,4
Offentlig transport (god/svært god tilgjengelighet)			39,2	50,2	31,8	57,9	34,2	52,5	60,7	53,9	38,9	47,8	54,4		45,3
Natur og friluftsområder (god/svært god tilgjengelighet)			95,1	95,1	95,6	92,4	93,3	92,5	91,1	92,6	92,3	92,1	89,2		87,9
Gang og sykkelveier (godt eller svært godt utbygde)			43,2	60,5	46,7	67,9	43,7	60,5	55,5	39,1	52,2	59,0	69,2		42,0
Egenorganisert aktivitet (ukentlig)	41,6	41,8	53,0	57,5	52,0	53,9	45,5	47,0	43,8	47,2	46,8	53,2	52,1		44,9
Organisert aktivitet (ukentlig)	25,5	27,7	24,8	32,8	26,9	27,6	22,5	25,9	23,1	24,2	24,9	31,4	29,2	22,3	22,8

Tabell A2. Helserelaterte utfall

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms
God eller svært god helse	75,9	76,1	69,8	72,4	70,1	75,7	71,8	71,1	72,1	70,0	67,8	69,5	70,3	69,6	66,5
God eller svært god tannhelse			67,4	74,7	69,5	76,5	72,6	73,1	74,7	74,6	71,9	72,9	72,5	68,6	67,1
Siste besøk hos tannlege > 2 år	10,4	11,4	15,9	10,8	14,3	9,4	12,3	11,7	12,0	11,3	12,5	10,8	10,7		16,5
Søvnproblemer (insomni)							11,1	13,0	11,5	11,9	12,1	14,4	14,2	14,5	13,3
Psykiske plager (HSCL-5)	1,46	1,42	1,5	1,52	1,5	1,5	1,5	1,52	1,52	1,51	1,57	1,59	1,62	1,77	1,6
Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager			11,7	11,4	12,0	9,2	11,1	13,0	11,9	11,2	14,6	15,2	12,7	11,7	15,2
Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse på grunn av skade			6,1	6,1	5,8	4,6	5,2	6,3	5,9	5,4	7,1	7,3	6,1		5,9
Korsryggsmarter							42,9	43,8	43,0	43,5	47,9	45,2	43,4	45,4	46,8
Nakkesmerter							38,1	41,9	41,8	40,1	44,3	41,9	41,4	44,0	46,3
Andel med fedme (KMI 30+)			20,7	17,5	21,5	16,2	19,4	18,9	18,4	17,9	21,6	18,8	17,0	12,3	21,3

Tabell A3. Mellommenneskelige relasjoner og helseatferd

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms
Sosial støtte (høy grad)				44,8			36,7	36,3	35,9	36,2	33,6	38,2	35,4	27,0	29,4
Sammen med gode venner ukentlig el oftere			64,2	65,0	61,6	57,5	50,2	51,7	47,0	52,1	51,2	57,0	54,0	50,1	50,2
Ensomhet (UCLA-3)				10,9					11,3	11,4	13,9	13,4	14,2	16,8	14,7
Fysisk aktiv			20,6	18,2	20,0	22,4	25,0	20,4	20,3	24,7	22,3	22,3	23,5	22,6	23,8
Røyker daglig	8,7	8,4	10,0	9,2	9,0	7,9	8,5	9,2	8,3	7,1	9,0	8,0	6,9	6,7	6,5
Bruker snus daglig	10,5	10,3	14,8	11,0	15,5	11,3	12,8	12,5	12,3	11,8	13,8	11,3	13,5	14,9	
Inntak av brus/leskedrikk 2-3 gg i uken eller oftere							30,4	26,6	24,8	26,2	27,8	28,4	30,1	25,6	26,7
Daglig inntak av frukt eller bær	33,8	32,3	25,3	29,3	25,0	29,4	35,4	33,0	33,2	37,6	28,5	31,8	32,7	30,1	31,6
Daglig inntak av grønnsaker	45,1	41,5	32,7	36,8	34,6	40,1	42,8	48,2	47,3	47,7	36,0	40,8	42,0	48,3	38,4
Spiser fisk 2-3 gg i uken eller oftere							58,4	48,8	51,0	54,3	46,5	42,9	45,9	42,9	53,3
Alkoholenheter per gang										2,97	2,77	3,29	3,41	3,31	3,09
Drikker alkohol 2-3 gg i uken eller oftere	21,2	13,8	18,8	19,6	20,6	22,2	18,9	25,0	28,1	21,5	20,2	19,3	18,9	26,8	16,1
Episodisk høyt alkoholforbruk	17,3	13,1	17,6	19,6	15,8	19,2	13,2	16,5	15,9	15,7	12,4	16,3	19,0	23,0	14,1

Tabell A4. Økonomi og livskvalitet

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms
Økonomiske vansker			21,4	20,8	19,4	16,7	16,8	18,7	18,7	19,2	27,1	26,2	25,2	36,2	24,4
Tilfredshet med livet			7,53	7,59	7,48	7,54	7,3	7,41	7,35	7,32	7,24	7,14	7,1	6,85	6,9
Fremtidsoptimisme							7,79	7,81	7,75	7,65	7,5	7,46	7,35	7,43	7,28
Det man gjør i livet er meningsfylt			7,52	7,56	7,5	7,49	7,45	7,47	7,42	7,41	7,35	7,27	7,18	6,97	7,02
Negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig)			3,13	3,17	3,14	3,02	3,14	3,11	3,16	3,35	3,1	3,17	3,27	3,68	3,16
Positive følelser (glad; rolig og avslappet)			7,0	6,98	7,0	6,96	6,86	6,81	6,76	6,88	6,62	6,63	6,59	6,37	6,58
Ensomhet			2,23	2,2	2,21	1,93	2,22	1,97	1,96	2,29	2,11	2,14	2,24	2,51	2,26
Sosiale relasjoner (støttende og givende)			7,33	7,43	7,28	7,45	7,22	7,32	7,33	7,27	7,09	7,34	7,29	7,2	7,16
Tillit til andre			7,01	7,23	7,09	7,24	7,03	7,15	7,1	7,05	6,69	6,94	6,94	6,58	6,64
Stedstilhørighet			7,44	7,43	7,6	7,47	7,55	7,38	7,18	7,34	7,17	7,19	7,04	6,58	6,99
Føler seg trygg i nærmiljøet			9,16	8,96	9,16	8,93	9,18	8,94	8,75	8,92	9,04	8,71	8,58	8,18	9,04
Engasjement			6,42	6,48	6,36	6,34	6,05	6,31	6,29	6,5	6,23	6,2	6,18	6,18	5,94

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no