

RAPPORT

2019

FOLKEHELSEUNDERSØKELSEN I TROMS OG FINNMARK:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Jens Christoffer Skogen

Øystein Vedaa

Thomas Sevenius Nilsen

Ragnhild Bang Nes

Leif Edvard Aarø

**Folkehelseundersøkelsen i
Troms og Finnmark:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater**

Rapport til fylkeskommunene i Troms og Finnmark



Jens Christoffer Skogen
Øystein Vedaa
Thomas Sevenius Nilsen
Ragnhild Bang Nes
Leif Edvard Aarø

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
November 2018

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere

Jens Christoffer Skogen
Øystein Vedaa
Thomas Sevenius Nilsen
Ragnhild Bang Nes
Leif Edvard Aarø

Bidragstere Folkehelseinstituttet:

Liv Grøtvedt
Rune Johansen
Ole Trygve Stigen
Avdeling for IT-systemer Bergen
Avdeling for helsedatamottak Bergen

Troms fylkeskommune og
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

Oppdragsgivere:

Troms og Finnmark fylke

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

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

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk 978-82-8406-023-1

Emneord (MeSH):

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

Sitering: Skogen JC, Vedaa Ø, Nilsen TS, Nes R, Aarø LE. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.

Innhold

Sammendrag	6
Introduksjon	11
Metode	13
Undersøkelsen i Troms og Finnmark	13
Om deltakelse i denne undersøkelsen	15
Spørreskjemaet	15
Spørsmålsoversikt	15
Kjønn, alder og utdanning	15
Trivsel	15
Trygghet	16
Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt	16
Deltakelse i aktiviteter	16
Generell helse	16
Fornøyde med tilværelsen	16
Høyde og vekt	16
Psykiske plager(HSCL-5)	17
Søvn	17
Helseproblemer og funksjonsnedsettelse	17
Sosial støtte	17
Ensomhet	18
Fysisk aktivitet	18
Kosthold	19
Tobakk: Røyking og bruk av snus	19
Alkohol: AUDIT	19
Skader	20
Støy	20
Livskvalitet	20
Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon	22
Bruk av tannlege eller tannpleier	22
Kultur og språk blant de med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn	22
Statistiske analyser	22
1 Resultater: Troms og Finnmark	24
1.1 Alder: Regioner i Troms og Finnmark	25
1.2 Kjønn: Regioner i Troms og Finnmark	26
1.3 Utdanningsnivå: Regioner i Troms og Finnmark	27
1.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Troms og Finnmark	28
1.5 Kultur- og idrettstilbud	29
1.6 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud	32
1.7 Offentlig transport	35
1.8 Natur- og friluftsområder	38
1.9 Parker og andre grøntareal	41
1.10 Gang- og sykkelveier	44
1.11 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet	47
1.12 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	50
1.13 Plaget av støy fra trafikk hjemme	53
1.14 Plaget av annen støy hjemme	56
1.15 Sosial støtte	59
1.16 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri)	62

1.17	Daglig inntak av frukt og bær	65
1.18	Daglig inntak av grønnsaker	68
1.19	Inntak av fisk 1 gang i uken eller mer	71
1.20	Daglig røyking	74
1.21	Daglig snusing	77
1.22	Drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer	80
1.23	Episodisk høyt inntak av alkohol	83
1.24	Andel overvektige (BMI 30+)	86
1.25	Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 5 dager i uken	89
1.26	Antall timer stillesitting i hverdagen	92
1.27	Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	95
1.28	Andel som rapporterte økonomiske vansker	98
1.29	Stor grad av trivsel i nærmiljøet	101
1.30	Andel som i stor grad føler seg trygge	104
1.31	Fornøyde med tilværelsen	107
1.32	Plaget av søvnproblemer siste uke	110
1.33	Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder	113
1.34	Andel med god eller svært god helse	116
1.35	Gjennomsnitt HSCL: Psykisk helse	119
1.36	Livskvalitet 1	122
1.36.1	Fornøydhet med livet. Det man gjør i livet er meningsfylt. Støttende og givende sosiale relasjoner. Bidrar til andres lykke og livskvalitet	122
1.37	Livskvalitet 2	131
1.37.1	I hvilken grad var du glad, bekymret, nedfor/trist og irritert de siste 7 dagene	131
1.38	Livskvalitet 3	138
1.38.1	I hvilken grad var du ensom, engasjert, rolig/avslappet og engstelig de siste 7 dagene	138
2	Diskusjon	144
2.1	Gjennomgang av funn på tvers av geografi og demografi	144
2.1.1	Geografisk variasjon	144
2.1.2	Variasjon på tvers av aldersgrupper og utdanningsgrupper	153
2.2	Begrensninger ved datagrunnlaget	155
2.2.1	Representativitet og skjevheter	155
2.2.2	Spørreskjema og måleinstrument	155
3	Referanser	157
4	Spørreskjema	158

Sammendrag

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode og gjennomføring av Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark samt en del utvalgte resultater. Datainnsamlingen ble gjennomført av Folkehelseinstituttet fra 28. mai til 14. juni 2019 på oppdrag fra fylkeskommunene i Troms og Finnmark. Av praktiske grunner ble portalen først stengt den 17. juni. Områdene som blir dekket i denne rapporten inkluderer blant annet psykisk helse, helserelatert atferd, ulike aspekter ved sosialt miljø og nærmiljø samt livskvalitet. Vi analyserer slike forhold mot kjønn, alder, utdanning og region innen fylkene. Vi diskuterer også ulike problemer knyttet til representativitet og frafall. Disse problemene må en ta høyde for når en skal vurdere funnene som blir presenterte i rapporten.

De resultatene som presenteres gir bare et første, nokså beskrivende bilde av det som ligger av informasjon i dette datamaterialet. Data vil bli gjort tilgjengelige for fylkeskommunene i Troms og Finnmark for videre analyser. Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet vil lage en egen rapport som er basert på data fra den delen av spørreskjemaet som omhandler aspekter ved kultur og språk blant de med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn. Det er dessuten et mål at dataene blir benyttet til videre analyser og publisering av resultat også av andre forskningsmiljøer.

Utvalget som ble invitert til å være med omfattet voksne fra 18 år og oppover. Av alle som ble invitert til å delta i undersøkelsen var det 43,5 % som svarte på skjemaet. Blant de 21 761 som svarte var det 54,5 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 46,8 år. Halvparten (50,1 %) oppgav at de hadde utdanning fra høyskole eller universitet. Personer med utdanning fra høyskole eller universitet er overrepresenterte blant de som deltok i undersøkelsen.

Hovedfunn

I analysene av data skiller vi mellom tre regioner i Finnmark (Øst-Finnmark, Vest-Finnmark og Indre Finnmark) og fire regioner i Troms (Nord-Troms, Midt-Troms, Sør-Troms og Tromsø-området).

I analysene der vi sammenligner regioner, justerer vi statistisk for kjønn, alder og utdanning. I den delen av rapporten der resultatene presenteres i form av stolpediagrammer, vises både ujusterte og justerte tall. De fleste analysene av sammenhenger mellom alder og utfallsvariabler blir gjort separat for menn og kvinner. Det samme gjelder sammenhengene mellom utdanningsnivå og utfallsvariabler. Men her justeres dessuten for alder, og alle som er 25 år eller yngre samt de som er under utdanning er her tatt ut av analysene.

I en del analyser der vi har livskvalitet som utfallsvariabler (skalaer fra 0-10) og utdanning eller alder som prediktorer, skilles det ikke mellom menn og kvinner, men det justeres for kjønn. I disse analysene har vi likevel sett på diagrammer for menn og kvinner separat, og rapporterer kjønnsforskjeller i sammenhenger når disse er tydelige.

Prosentdelen som oppgir at de har utdanning på universitets- eller høyskolenivå er klart høyere blant kvinner enn blant menn i fylkene sett under ett (55,7 % og 43,3 %). Denne forskjellen finner vi i alle regionene i fylket. Høyest prosentdel som hadde høyere utdanning fant vi i Tromsø-området (61,1 % blant kvinner og 50,1 % blant menn).

Som mål på psykiske plager har vi brukt en skala (HSCL-5) der det er vanlig å betrakte en skår høyere enn 2,00 som en indikasjon på et høyt nivå. I Troms og Finnmark er det 13,1 % som har et høyt nivå av psykiske plager. Prosentdelen med høy skår var noe høyere blant kvinner (14,8 %) enn blant menn (11,0 %). Der var ingen statistisk sikker forskjell i andel med høyt nivå av psykiske plager på tvers av regioner.

På en del av utfallsmålene var variasjonen på tvers av regionene i Troms og Finnmark svært liten. Dette gjelder for eksempel andel som rapporterte om daglig bruk av snus, søvnproblemer, det å ha blitt utsatt for skade og vurderingen av hvor god råd familien har. Det var også svært små forskjeller mellom regionene når det gjaldt et flertall av de målene som inngår i livskvalitetsdelen av spørreskjemaet (fornøydhet med livet, om livet oppleves som meningsfylt, om en de siste syv dagene har følt seg glad, bekymret, nedfor, irritert, ensom eller engasjert).

Deltakelsen i studien er langt høyere blant de med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå enn blant de som ikke har slik utdanning. Gjennomsnittsalderen i de syv regionene varierte mellom 45,5 år (Tromsø) og 48,6 år (Sør-Troms). Andelen kvinner varierte mellom 52,0 % (Nord-Troms) og 55,8 % (Vest-Finnmark). Andel med utdanning på høgskole eller universitetsnivå varierte for kvinnenes del mellom 44,1 % (Midt-Troms) og 61,1 % (Tromsø-området) og for mennenes del mellom 31,6 % (Nord-Troms) og 50,1 % (Tromsø-området).

Kjønnsforskjeller

Vi observerte noen klare forskjeller mellom menn og kvinner. En høyere andel av mennene enn av kvinnene drakk sukkerholdig brus eller leskedrikk. Det var høyere andeler blant menn som brukte snus daglig, drakk alkohol to ganger i uken eller oftere og som drakk minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning. Lavere andeler spiste frukt eller bær daglig og spiste grønnsaker daglig. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte at det var mer enn to år siden sist de var hos tannlege eller tannpleier. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte at de hadde vært utsatt for skade i løpet av de siste 12 månedene.

På andre punkter kom mennene bedre ut. Det var en litt lavere andel menn enn kvinner som rapporterte at de er plaget av søvnproblemer. Mennene skårer noe lavere enn kvinnene på psykiske plager (HSCL-5).

På to av livskvalitetsmålene, som begge handler om sosiale relasjoner, kom kvinnene best ut. Det gjelder «Mine sosiale relasjoner er støttende og givende», «Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet». På de målene som er mest beslektet med psykisk helse og psykiske plager (alminnelige negative følelser) kom kvinnene mindre positivt ut. De skåret gjennomsnittlig høyere på «Bekymret», «Nedfor eller trist» og «Engstelig».

Kort oppsummert kan en si at kvinnene er bedre til å ta vare på helsa når det gjelder kosthold, alkoholbruk, snusbruk og det å gå til tannlege/tannpleier. De kommer også best ut på en del mål som handler om sosiale relasjoner. Mennene kommer bedre ut på mål som handler om psykiske plager og på alminnelige negative følelser.

Kanskje er det litt overraskende at det ikke var noen stor forskjell mellom menn og kvinner i andel som rapporterte god sosial støtte og i prosent som føler seg trygge i nærmiljøet. Vel og merke skilte unge kvinner seg litt ut, med en lavere andel som oppgav å føle seg trygge i nærmiljøet enn i noen av de andre gruppene definert ved kjønn og alder.

Forskjeller mellom regionene

Forskjellene mellom de syv regionene var størst på variabler som handler om tilgangen på fasiliteter og servicetilbud som på noen områder er best i Tromsø-området («Butikker, spisesteder etc.», «Offentlig transport», og «Parker og grøntareal».

For øvrig merket Nord-Troms seg positivt ut som en region med høy andel som rapporterte at de spiste fisk ukentlig, en lav andel som rapporterte at de drakk alkohol to ganger eller mer per uke og et lavt gjennomsnittsansattall timer stillesitting per dag. Litt mindre positivt var det at i Nord-Troms rapporterte en høy andel at det var minst to år siden sist de var til tannlege, og en lav andel rapporterte om svært god eller god helse

Midt-Troms kom positivt ut på andel som spiste fisk ukentlig (høy andel), en lav andel som rapporterte at de drakk alkohol to ganger eller mer per uke, lav andel som rapporterte at de drakk minst seks enheter alkohol ved samme anledning månedlig og et lavt gjennomsnittsansattall timer stillesitting per dag.

I Sør-Troms ble det rapportert om en lav andel dagligrøykere, og lave andeler på de to utfallsmålene som hadde med alkoholbruk å gjøre. I Sør-Troms var det også høye gjennomsnittstall på «Støttende og givende sosiale relasjoner» og «Bidrar til andres lykke og livskvalitet».

I Tromsø-området fant vi en lav andel overvektige (BMI 30+), en lav andel som rapporterte at de drakk alkohol to ganger eller mer per uke. Tromsø-området hadde dessuten høy gjennomsnittlig skår på «Støttende og givende sosiale relasjoner».

Øst-Finnmark og Vest-Finnmark lå nokså nær gjennomsnittet for de to fylkene på de fleste utfallsmålene som var inkludert i studien og som ikke dreiet seg om tilgang på fasiliteter og servicetilbud.

Indre Finnmark merket seg positivt ut med lave andeler som rapporterte om støy hjemme og en lav andel som rapporterte at de drakk alkohol minst to ganger ukentlig. På en del andre områder kom Indre Finnmark mindre positivt ut. Det gjelder andel som ikke hadde vært til tannlege siste to årene, og gjennomsnittlig skår på «Støttende og givende sosiale relasjoner» og «Bidrar til andres lykke og livskvalitet».

Utdanning

På noen områder fant vi en sterk sammenheng mellom utdanning og utfallsvariabler. De fleste av sammenhengene gikk i favør av de med lengst utdanning. Dette gjelder helse-relatert atferd som inntak av grønnsaker, fysisk aktivitet på fritiden og røyking (synkende andel røykere med økende utdanning). Det gjelder også inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, frukt og bær og fisk, men her vises endringene bare fra videregående skole. Også på utfallsmål som deltakelse i organiserte aktiviteter, det å rapportere om god helse og søvnproblemer finner vi en sterk utdanningsgradient som går i de høyt utdannedes favør. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager (HSCL-5) synker en del med økende utdanning. Andel med en skår som er høyere enn 2,00 er hos de med kortest utdanning omtrent dobbelt så høy som blant de med lengst utdanning.

På to områder har vi sammenhenger som går i de velutdannedes disfavør. Det er flere som drikker alkohol to ganger eller mer per uke og det blir vanligere med stillesitting (denne siste fra videregående skole og oppover).

Videre fant vi en svak nedgang over utdanningsgrupper (fra videregående skole og oppover) på opplevelse av støy fra trafikk hjemme. Med økende utdanning er det også en synkende andel som rapporterer at det er minst to år siden de var til tannlege. Jo høyere utdanning, ut over videregående skole, desto høyere andel føler seg (i stor grad) trygge i nærmiljøet. Og jo høyere utdanning, desto høyere andel er fornøyd med tilværelsen.

Jevnt over bekreftes det vi vet om utdanning, helse og helsedeterminanter fra tidligere undersøkelser også i dette materialet fra Troms og Finnmark.

En rekke aspekter ved livskvalitet henger sammen med utdanningslengde. Jo lenger utdanning, desto høyere gjennomsnittlig skår på «Fornøydhet med livet», «Det man gjør i livet er meningsfylt», «Givende og støttende sosiale relasjoner», og «Bidrar til andres lykke og livskvalitet». Jo lenger utdanning, desto lavere gjennomsnittlig skår på «Bekymret» (siste 7 dager) og «Nedfor eller trist». Gjennomsnittlig skår på ensomhet synker med stigende utdanning. Det samme gjør engstelse. Engasjementet stiger med økende utdanning. Selv om det viste seg å være null-sammenhenger på noen livskvalitetsrelaterte utfallsmål, var det et konsistent mønster av sammenhenger på alle de som er nevnt ovenfor. Jo høyere utdanning, desto høyere livskvalitet.

Alder

Et sunt kosthold ser ut til å være positivt korrelert med alder. Jo høyere alder, desto lavere er andelen som drikker brus eller leskedrikk med sukker, og jo høyere er andelen som daglig spiser frukt eller bær, og som spiser fisk en gang i uken eller oftere. Hos kvinner er der dessuten en positiv assosiasjon mellom alder og det å spise grønnsaker daglig. Også stillesittingen synker med økende alder.

Overvekt ser ut til særlig å være et problem blant de middelaldrende (40-59 år). Blant de middelaldrende finner vi også mest røyking, med en topp i aldersgruppen 50-59 år. Snusing har desidert størst utbredelse blant de yngste av de aldersgruppene som deltar i denne undersøkelsen.

Også når det gjelder psykososiale sider ved helsen kommer de eldste, i hvert fall inntil pensjonsalderen begynner, best ut. Dette gjelder særlig fornøydhet med tilværelsen, trivsel i nærmiljøet og psykiske plager (utflating ved 60-69). Jo eldre en er, desto lavere er dessuten risikoen for å oppleve at pengene ikke strekker til. Risikoen for å bli utsatt for skader er høyest blant de yngste (18-29 år) og blant de eldste (70+).

På noen indikatorer på livskvalitet var der en økning med alder, men en utflating eller svak nedgang ved pensjonsalder (70+). Et mønster som er motsatt, men konsistent med dette, kunne en observere på en del andre utfallsvariabler som har med negativ følelses-tilstand (mood) å gjøre – først en nedgang med alder og enten en utflating eller oppgang.

I forhold til de yngre aldersgruppene, kommer de eldste mest negativt ut på «Bidrar til andres lykke og livskvalitet». Det sosiale engasjementet er sterkest blant de middelaldrende og noe svakere blant de yngste og de eldste.

Kort oppsummert kan vi si at høy alder er assosiert med et sunt kosthold, mindre stillesitting og, i hvert fall inntil pensjonsalderen nærmer seg, også ulike aspekter ved livskvalitet og psykiske plager. Overvektsproblemet, men samtidig også det sosiale engasjementet er mest utbedt blant de middelaldrende. Skadene rammer største andelen hos de yngste og de eldste. Snus er mest utbredt blant de yngste.

Viktige forbehold

Når vi både i dette sammendraget og i teksten for øvrig har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», dreier det seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær hver dag i en bestemt region kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under 100 prosent, er det selvsagt for lavt. Alle vurderingene er med andre ord relative og ikke normative.

Deltakelsen i undersøkelsen var, som allerede nevnt, på 43,5 %. Dette er kanskje et bra resultat sammenlignet med andre undersøkelser av tilsvarende type, og det er litt høyere enn det en klarte å oppnå i Vestfold, Agderfylkene og Hordaland og litt lavere enn Sogn og Fjordane (45,4%). At under halvparten av alle inviterte deltok, skaper likevel en del usikkerhet omkring resultatene. Bare resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater, er det grunn til å legge vekt på.

Introduksjon

Målet med folkehelseundersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen i fylkene, er å skaffe frem informasjon som kan være til nytte for folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er subjektivt rapportert helse, subjektiv livskvalitet, helserelatert atferd og lokale forhold som har betydning for folkehelsen. En viktig side ved folkehelseundersøkelsene er at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet kan baseres på et ferskest mulig evidensgrunnlag.

Hvis en lykkes i å gjennomføre undersøkelsene på en standardisert måte (representative utvalg, høy svarprosent, samme spørreskjema, samme datainnsamlingsmåter), vil det være mulig å sammenligne på tvers av fylker og med tall for hele landet. Over tid vil en dessuten kunne se på trender både innen fylker og på tvers av fylker. Det å kunne sammenligne på tvers og over tid var en viktig premiss da disse undersøkelsene først ble omtalt av Helse- og omsorgsdepartementet. I «Forskrift om oversikt over folkehelsen» (06.07.2012) heter det at

Verdien av fylkeshelseundersøkelser vil bli større dersom de kan brukes for å sammenlikne på tvers av fylkeskommuner, mellom kommuner i ulike fylker, og over tid. Dette forutsetter at undersøkelser blir standardiserte når det gjelder innhold og metode.¹

I «Forskrift om endring i forskrift om oversikt over folkehelsen» (16.05.2018) blir dette med å kunne sammenligne understreket enda sterkere:

Folkehelseinstituttet skal legge til rette for samordning av fylkeshelseundersøkelser blant annet ved å gjøre tilgjengelig maler for innhold og gjennomføring av slike undersøkelser. Undersøkelsene skal gjennomføres i samsvar med malene. Malene kan bare fravikes i særlige tilfeller.²

Data fra folkehelseundersøkelsene i fylkene vil dessuten brukes som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser samt for Norgeshelsa, Kommunehelsa og Kommune-helseprofilene. Data vil bli stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskingsmiljø for videre analyser og for å sikre en best mulig utnyttelse av de dataene som etter hvert vil foreligge.

Folkehelseinstituttet fikk høsten 2012 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide maler for en standardisert gjennomføring av fylkesvise folkehelseundersøkelser blant voksne. Malene skulle beskrive innhold og gjennomføring av slike undersøkelser, inkludert utforming av spørreskjema og prosessen fra planlegging til ferdig datafil.

Det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra ulike fagdivisjoner på Folkehelseinstituttet. En ekstern referansegruppe med representanter fra fylkeskommunene i Nordland, Hedmark, Hordaland, Østfold og Oslo, samt fra Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund, Statistisk sentralbyrå, Senter for helsefremmende forskning (NTNU/HIST) og NTNU/HUNT gav også viktige innspill til arbeidet. Det ble utarbeidet et utkast til spørreskjema i samsvar med de temaene som inngår i Folkehelseloven³ og i «Forskrift om oversikt over folkehelsen»⁴. Spørreskjemaet ble deretter sendt på høring til

¹ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692#KAPITTEL_1

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-05-11-724>

³ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>

⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>

alle fylkeskommunene. Tilbakemeldingene fra fylkene førte til flere viktige justeringer. Både hovedskjemaet og tilleggsspørsmål er tilgjengelige i en egen spørsmålsbank på internett⁵.

En rapport som beskriver opplegget for de fylkesvise folkehelseundersøkelsene ble sendt over til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2014 [1].

Folkehelseinstituttet ble også bedt om å vurdere behovet for en pilotundersøkelse. Det ble tilrådd at en skulle gjennomføre en slik pilot. Agderfylkene og Vestfold ble valgt ut til å være pilotfylker. I samsvar med rapporten om maler for folkehelseundersøkelsene i fylkene [1], ble det planlagt å teste ut telefonbaserte intervju (CATI⁶) som datainnsamlingsmetode og med anledning til å svare på elektronisk lenke/internett i tillegg. Dette ble gjort både ut fra et ønske om høyest mulig responsrate og et mest mulig representativt nettoutvalg. Datainnsamlingen i Agderfylkene og Vestfold ble gjennomført av TNS Gallup (Nå: Kantar TNS) i tidsrommet november 2015 - mars 2016.

Det foreligger tre rapporter fra pilotundersøkelsen; en som beskriver organisering og gjennomføring [2], en som presenterer de viktigste resultatene fra undersøkelsen i alle de tre fylkene [3] og en som presenterer resultater for Vestfold fylke separat [4].

I 2018 ble det i samarbeid med Hordaland fylkeskommune gjennomført en undersøkelse i Hordaland. I 2019 ble en tilsvarende undersøkelse (samme spørreskjema) gjennomført i Sogn og Fjordane. Hvis en regner fylkesinndelingen fra tiden før sammenslåingen, omfattet undersøkelsen i Troms og Finnmark det sjette og syvende fylket som har gjennomført folkehelseundersøkelsen etter den malen som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Spørreskjemaet som ble benyttet i Troms og Finnmark inneholder også en tilleggsmodul som skulle besvares av de som har samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn og som blant annet handler om tilhørighet og diskriminering. Resultater fra denne delen av undersøkelsen vil bli beskrevet i en egen rapport som utarbeides av forskere fra UiT – Norges arktiske universitet.

Det er i 2019 gjennomført egne folkehelseundersøkelser i Østfold, Oppland og Hedmark, men her har en i stor grad basert seg på andre instrumenter (spørreskjemaspørsmål og skalaer), og en har brukt kommersielle aktører til datainnsamlingene. Svarprosenten i disse undersøkelsene ligger lavere enn det en har oppnådd i Folkehelseinstituttets undersøkelser.

5

<http://www.norgeshelsa.no/webview/index.jsp?object=http://www.norgeshelsa.no:80/obj/fStudy/fhus-spmbank>

⁶ Computer-assisted telephone interviewing

Metode

Undersøkelsen i Troms og Finnmark

Undersøkelsen i Troms og Finnmark ble planlagt og gjennomført i et nært samarbeid mellom avdelinger ved to forskjellige områder ved Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse og Område for helsedata og digitalisering) og fylkeskommunene i Troms og Finnmark⁷. UiT – Norges arktiske universitetet var ansvarlig for utarbeidelse av en egen modul med tilleggs-spørsmål som inngikk i datainnsamlingen.

I utgangspunktet ble det trukket et utvalg fra Folkeregisteret på 59 500 fra de to fylkene (Troms: 35 700, Finnmark: 23 800). Etter sjekking mot Difi for å sile bort alle som ikke var registrerte der og alle som hadde reservert seg mot å delta i undersøkelser, ble tallet redusert til 52 876 (Troms: 31 753, Finnmark: 21 123). Deretter fjernet man alle som ikke hadde unik e-post eller mobilnummer, alle som var døde, og alle som ikke hadde registrert adresse Troms eller Finnmark. Det endelige utvalget før utsending var dermed redusert til 50 071 (Troms: 30 367, Finnmark: 19 704). Ved selve utsendelsen sjekkes alle mot Difi på nytt. Da falt ytterligere fem personer ut, slik at tallet kom ned i 50 066.

Første invitasjon til å delta ble sendt ut 28. mai 2019. Det ble sendt ut to påminnelser, den første 04. juni og den andre 12. juni. Datainnsamlingen ble i prinsippet avsluttet 14. juni, men portalen ble i praksis først stengt den 17. juni 2019. Etter første utsendelse oppnådde en svar fra 24,2 % av de inviterte. Etter første purring kom en opp i 37,4 %. Og innen datainnsamlingen ble avsluttet, kom deltakelsen opp i 43,5 %.

Deltakelsen var høyere i Troms enn i Finnmark, 46,2 % mot 39,3 %.

De to fylkene er i analysene som er presentert i denne rapporten delt inn i til sammen syv regioner:

Finnmark:

- **Øst-Finnmark:** Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Lebesby, Sør-Varanger, Vadsø, Vardø
- **Vest-Finnmark:** Alta, Hammerfest, Hasvik, Kvalsund, Loppa, Måsøy, Nordkapp
- **Indre Finnmark:** Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana

Troms:

- **Nord-Troms:** Kvænangen, Kåfjord, Lyngen, Nordreisa, Skjervøy, Storfjord
- **Midt-Troms:** Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Salangen, Sørreisa, Torsken, Tranøy
- **Sør-Troms:** Gratangen, Harstad, Ibestad, Kvæfjord, Lavangen, Skånland
- **Tromsø-området:** Balsfjord, Karlsøy, Tromsø

Tabell 1 viser hvor mange som ble invitert til å være med i undersøkelsen og hvor mange som faktisk deltok etter region i fylkene. Oppslutningen varierte mellom 38,9 og 39,5 %

⁷ Datainnsamlingene ble planlagt i samarbeid med Troms fylkeskommune – Kristina Forsberg, Finnmark fylkeskommune – Britt Hjørdis Somby og UiT – Norges arktiske universitet – Senter for samisk helseforskning, Ann Ragnhild Broderstad og Institutt for samfunnsmedisin, Laila Hopstock.

blant regionene Finnmark og mellom 42,9 % og 44,9 % blant regionene i Troms når vi ikke inkluderer Tromsø-området. Tromsø-området hadde høyest deltakelse med 48,4 %.

Tabell 1: Fordeling av opprinnelig utvalg og endelig utvalg etter region

	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent
Øst-Finnmark	6 183	2 441	39,5
Vest-Finnmark	10 014	3 931	39,3
Indre Finnmark	3 505	1 363	38,9
Nord-Troms	2 525	1 088	43,1
Midt-Troms	5 245	2 335	44,9
Sør-Troms	6 157	2 642	42,9
Tromsø-området	16 437	7 961	48,4
Alle	50 066	21 761	43,5

Tabell 2 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (49,5 %) enn blant menn (38,0 %). Blant kvinnene varierer svarprosenten noe over aldersgrupper. Høyest er den blant de mellom 46 og 65 år (mellom 55 og 56 %) og lavest i de to laveste aldersgruppene (mellom 43 og 45 %). Blant de eldste mennene (66 år og eldre) er svarprosenten faktisk litt høyere enn blant de eldste kvinnene. Oppslutningen om undersøkelsen er lavest blant yngre menn, 25,4 % blant de som er 18-25 år gamle og 28,6 % blant de som er fra 26-35. Det betyr at resultatene kan tenkes å være sterkere påvirket av seleksjon blant yngre menn enn blant eldre menn og kvinner.

Tabell 2: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe*

	Kvinner			Menn		
	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent	Inviterte n	Svarte n	Deltakelse i prosent
18-25	3 714	1 649	44,4	4 236	1 078	25,4
26-35	4 694	2 058	43,8	5 055	1 448	28,6
36-45	4 097	2 039	49,8	4 439	1 532	34,5
46-55	4 796	2 663	55,5	5 100	2 174	42,6
56-65	3 696	2 060	55,7	3 935	2 040	51,8
66+	2 956	1 381	46,7	3 348	1 639	49,0
Alle	23 953	11 850	49,5	26 113	9 911	38,0

*Inndelingen i aldersgrupper er av tekniske årsaker litt forskjellig fra den som brukes i andre deler av rapporten

Om deltakelse i denne undersøkelsen

For å bli deltaker i denne undersøkelsen var det en forutsetning at man ble trukket ut som beskrevet over. I tillegg var man nødt til å fullføre spørreskjemaet og bekrefte innsending. Man kunne underveis hoppe over enkeltspørsmål, men besvarelsen ble først lagret ved innsending av skjemaet. Det ble ikke samlet inn informasjon om hvor mange som begynte på undersøkelsen, men uten å fullføre utfyllingen og uten å sende inn skjemaet. Vi har derfor ingen informasjon om hvor mange dette gjelder, eller om det var steder i spørreskjemaet hvor noen valgte å avbryte undersøkelsen. Avhengig av hvor mange det gjaldt, ville dette ha vært nyttig informasjon for å undersøke manglende besvarelse og mulig seleksjon knyttet til enkeltspørsmål og/eller spørreskjemalengde.

Spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble benyttet i Troms og Finnmark var basert på den reviderte kjernemodulen som ble utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og som forelå 1. mars 2019. Mange av de spørsmålene som inngikk i skjemaet som ble brukt under pilotundersøkelsen i Agder-fylkene og Vestfold var fremdeles med [1]. En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane ble beholdt. I en appendiks til denne rapporten blir det gitt en lenke til spørreskjemaet som ble benyttet i Troms og Finnmark.

Spørsmålsoversikt

Vi vil her kort beskrive de spørsmålene som er benyttet i denne rapporten.

Kjønn, alder og utdanning

Informasjon om kjønn og alder ble hentet fra Det sentrale folkeregisteret (DSF). Alder ble i denne rapporten benyttet som kontinuerlig variabel når en skulle beskrive gjennomsnittlig alder på tvers av regioner innen fylket. Som justeringsvariabel ble alder derimot benyttet som kategoriell variabel med følgende oppdeling: 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, og 70+ år. Informasjon om høyeste fullførte utdanning er basert på selvrappport, der deltakerne kunne velge mellom følgende fire kategorier:

- I. Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år (**'Grunnskole'**)
- II. Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år (**'VGS'**)
- III. Høyskole/universitet mindre enn 4 år (**'Universitet <4år'**)
- IV. Høyskole/universitet 4 år eller mer (**'Universitet 4+ år'**)

Utdanning ble i denne rapporten benyttet både som en variabel med fire nivå og som todelt variabel der vi skiller mellom nivå I-II og nivå III-IV.

Trivsel

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de trives i nærmiljøet sitt. Det ble gitt fem svaralternativ: «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad», «ikke i det hele tatt». I denne rapporten har vi rapportert andel som svarte «i stor grad».

Trygghet

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de føler seg trygge i nærmiljøet. Svaralternativene var: «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad», «ikke i det hele tatt». I denne rapporten har vi rapportert andel som svarte «i stor grad».

Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt

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

- kultur- og idrettstilbud
- butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- offentlig transport
- natur- og friluftsområder
- parker og andre grøntarealer
- gang- og sykkelveier

Svarkategoriene var «svært god», «god», «verken god eller dårlig», «dårlig», «svært dårlig» og «vet ikke».

I denne rapporten rapporterer vi andel som har svart «svært god» eller «god» på hvert av spørsmålene om tilgang på fasiliteter og servicetilbud.

Deltakelse i aktiviteter

Deltakerne ble spurt om hvor ofte de røyker og hvor ofte de bruker snus. Begge spørsmålene var utstyrt med følgende svaralternativ: «daglig», «av og til», «ikke nå, men tidligere daglig», «ikke nå, men tidligere av og til» og «har aldri røykt/brukt snus». I denne rapporten har vi valgt å skille mellom de som rapporterte daglig bruk i en kategori og resten samlet i en annen kategori.

Generell helse

De som var med i undersøkelsen ble spurt om hvordan de alt i alt vurderer sin egen helse. De kunne sette kryss for ett av følgende fem svaralternativer: «svært god», «god», «verken god eller dårlig», «dårlig» og «svært dårlig». I analysene benyttet vi både alle kategoriene og en todeling der vi rapporterte andel som svarte at de hadde «god» eller «svært god» helse.

Fornøyde med tilværelsen

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de var fornøyde med tilværelsen (alt i alt, for tiden). Det kunne settes kryss for ett av fem svaralternativer: «svært fornøyd», «ganske fornøyd», «både/og», «nokså misfornøyd» og «svært misfornøyd». I våre analyser rapporterer vi andel som oppgav å være ganske eller svært fornøyd.

Høyde og vekt

Deltakerne ble spurt om hvor høye de er uten sko, og skulle oppgi svaret i antall centimeter. De ble også spurt om hvor mye de veier uten klær og sko. Her skulle de oppgi svaret i kilogram. De som var gravide skulle oppgi vekten før de ble gravide. Det ble regnet ut en vekt/høyde indeks (BMI) etter vanlig formel. BMI defineres som kroppsvekten

dividert med kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m^2). Vi har rapportert andel som hadde en vekt/høyde-indeks på 30 eller mer.

Psykiske plager(HSCL-5)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) ble benyttet som mål på psykiske plager [5]. HSCL-5 omfatter 5 spørsmål om følgende:

- nervøsitet eller indre uro
- redsel eller engstelse
- følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- nedtrykthet eller tungsindighet
- bekymring eller uro

Det gis fire svaralternativ: «ikke plaget» (1 poeng), «litt plaget» (2 poeng), «ganske mye plaget» (3 poeng) og «veldig mye plaget» (4 poeng). Det kan beregnes en gjennomsnittsskår på tvers av de fem leddene. Denne vil ha verdier som varierer fra 1 til 4, der høyere skår indikerer høyere grad av psykiske plager. Noen ganger omkodes denne variabelen til en dikotomi der en skår som er høyere enn 2,00 defineres som en høy skår.

Søvn

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de har vært plaget av søvnproblemer siste uke. Svaralternativene var de samme som for spørsmålene om psykiske plager ovenfor: «ikke plaget», «litt plaget», «ganske mye plaget» og «veldig mye plaget». Vi har rapportert andel som har vært «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av søvnproblemer.

Helseproblemer og funksjonsnedsettelse

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

Videre ble deltakerne i studien spurt om hvordan disse helseproblemene påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt».

Deltakerne ble også spurt om de har noen funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade. Dette inkluderer plager som kommer og går. Svaralternativene var «ja» og «nei».

Og til slutt under denne delen ble de spurt i hvilken grad funksjonsnedsettelsen påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt».

I denne rapporten presenteres ingen resultater som dreier seg om disse fire spørsmålene.

Sosial støtte

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

- Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer. Også personer i nærmeste familie kan regnes med. Svaralternativer «ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det en gjør. Svaralternativer: «stor interesse», «noe interesse», «verken stor eller liten interesse», «liten interesse» og «ingen interesse».
- Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det. Svaralternativer: «svært lett», «lett», «verken lett eller vanskelig», «vanskelig» og «svært vanskelig».

I denne rapporten skilte vi mellom de som opplever sterk sosial støtte og de som ikke gjør det, basert på en inndeling som er benyttet i tidligere studier [5]. Hvert sett av responskategorier ble gitt tallverdier fra 1 og oppover til 4 eller 5. Det ble laget en uvektet sumskår med verdier fra 3-14. Skår på 12-14 ble regnet som «sterk sosial støtte». I diagrammene i denne rapporten viser vi andel som opplever sterk sosial støtte.

Ensomhet

Ensomhet ble målt med skalaen «The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS) [6]. T-ILS består av følgende spørsmål:

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

Svaralternativene på alle disse var: «aldri», «sjelden», «av og til», «ofte» og «svært ofte».

I denne rapporten presenteres ikke resultater basert på denne skalaen. Derimot tar vi med resultater basert på et enkeltspørsmål om ensomhet som inngår i livskvalitets-delen av skjemaet.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med fire spørsmål.

- Hvor mange timer sitter en i ro på en vanlig hverdag. Svaret kunne gis i hele timer.
- Hvor ofte man vanligvis trener eller mosjonerer på fritiden. Svaralternativene var: «aldri», «sjeldnere enn en gang i uken», «en gang i uken», «2-3 ganger i uken», «4-5 ganger i uken» og «omtrent hver dag».
- Hvor hardt man trener eller mosjonerer. Svaralternativene var: «tar det rolig uten å bli andpusten eller svett», «tar det så hardt at jeg blir andpusten eller svett», og «tar meg nesten helt ut».
- Hvor lenge man trener hver gang. Svaralternativene var: «mindre enn 15 minutter», «15-29 minutter», «30 minutter-1 time» og «Mer enn 1 time».

Tilsvarende spørsmål er benyttet i mange tidligere norske undersøkelser av fysisk aktivitet. For å kunne regnes som fysisk aktiv måtte en ha trent eller mosjonert i minst en halv time i minst fire dager i uken og med en intensitet som minst svarer til at en blir andpusten og svett.

Kosthold

Deltakerne fikk fire spørsmål knyttet til kosthold:

- i. Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus eller leskedrikk?
- ii. Hvor ofte spiser du vanligvis frukt eller bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?
- iii. Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker (inkludert salat)? Regn ikke med poteter.
- iv. Hvor ofte spiser du vanligvis fisk (som pålegg, til lunsj eller middag)?

De fire kostholdsspørsmålene hadde følgende seks svaralternativer: «sjelden/aldri», «1-3 ganger per måned», «1 gang per uke», «2-3 ganger per uke», «4-6 ganger per uke» og «daglig». Fordi svarfordelingene varierte mye på tvers av de fire kostholdsspørsmålene, valgte vi litt ulike inndelinger avhengig av spørsmål i denne rapporten: sjelden eller aldri inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk, daglig inntak av frukt og bær, daglig inntak av grønnsaker, og inntak av fisk 1 gang per uke eller oftere.

Tobakk: Røyking og bruk av snus

Deltakerne ble spurt om hvor ofte de røyker og hvor ofte de bruker snus. Begge spørsmålene hadde følgende svaralternativ: «daglig», «av og til», «ikke nå, men tidligere daglig», «ikke nå, men tidligere av og til» og «har aldri røykt/brukt snus». I denne rapporten har vi valgt å skille mellom de som rapporterte daglig bruk og de som ikke rapporterte daglig bruk.

Alkohol: AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) ble benyttet som mål på alkoholvaner og potensielle alkoholproblem [7]. AUDIT-C er et mye brukt screening-instrument som dekker mengde og frekvensen av personens alkoholbruk ved hjelp av 3 spørsmål:

- I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol? Svaralternativene er «aldri», «månedlig eller sjeldnere», «2-4 ganger i måneden», «2-3 ganger i uken», «4 ganger i uken eller mer».
- Hvor mange alkoholenheter tar du på en «typisk» dag når du drikker alkohol? Svaralternativene er «1-2», «3-4», «5-6», «7-9», «10 eller flere».
- Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning? Svaralternativene er «aldri», «sjeldnere enn månedlig», «månedlig», «ukentlig», og «daglig eller nesten daglig».

Basert på svarene kan det regnes ut en skår mellom 0 (null) og 12 poeng, der høyere skår indikerer større risiko for potensielt problematisk alkoholbruk. Det er denne skåren som er blitt rapportert i tidligere folkehelseundersøkelser.

I den foreliggende rapporten har vi forenklet ved å rapportere på to utfallsvariabler. Ett sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller oftere. Et annet sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere.

Skader

Deltakerne ble spurt: «Har du i løpet av de siste 12 månedene vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?». Videre ble det spesifisert at dette gjaldt nye skader i perioden, og at 'oppsøkt lege' inkluderer fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det ble gitt tre svaralternativ: «Ja, en», «ja, flere» og «nei». I denne rapporten skilte vi mellom de som hadde blitt utsette for minst én skade og de som ikke hadde det.

Det ble også spurt om årsaken til skade med tre svaralternativ: «ulykke», «vold/overfall» og «annen årsak». Det ble også spurt hvor skaden skjedde og hva en holdt på med da skaden skjedde. Her viser vi til spørreskjemaet (smp. 22b og 22c) der alle svaralternativene på begge disse spørsmålene er gjengitt. Resultater basert på spørsmålene om årsak til skaden, hvor den skjedde og hva respondenten holdt på med da den skjedde er ikke tatt med i den foreliggende rapporten.

Støy

Deltakerne ble spurt om hvor mye de var blitt plaget av støy fra veitrafikk hjemme de siste 12 månedene. De ble også spurt om hvor mye de var blitt plaget av støy fra andre kilder. Svaralternativene på begge disse spørsmålene var: «ikke plaget», «litt plaget», «middels plaget», «mye plaget» og «svært mye plaget». I denne rapporten har vi skilt mellom de som ble ikke eller litt plaget, og de som var middels/mye/svært mye plaget.

Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet er i sin helhet hentet fra en rapport om måling av livskvalitet som ble utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [8]. Alle spørsmålene fra det som i rapporten kalles «minimumslisten» er tatt med i denne datainnsamlingen i Troms og Finnmark. Noen få spørsmål er lagt inn i øvrige deler av spørreskjemaet. De fleste presenteres her.

Siden styringsgruppen for Folkehelseundersøkelsene ble oppfordret til å ta inn minimumslisten i sin helhet, er det en del spørsmål som overlapper sterkt med for eksempel HSCL-5 skalaen. I spørreskjemaet la vi derfor inn følgende setning for å forklare dette for deltakerne i studien:

«Nå kommer en rekke spørsmål som handler om livskvalitet. Du vil kanskje oppleve at noe av det vi spør om her allerede er spurt om tidligere. Det er likevel viktig at du tar deg tid til å svare også på disse spørsmålene.»

Siden den tekniske løsningen vi benyttet til datainnsamlingen ikke lagrer data før hele skjemaet er fylt ut og respondenten ber om lagring, vet vi ikke hvor mange som reagerte på gjentakelsene ved å la være å fylle ut hele skjemaet.

Aller først i livskvalitetsdelen kom to spørsmål om hvordan en opplever livet: fornøydhet og om livet oppleves som meningsfylt. Disse er besvart ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). I analysene i denne rapporten presenterer vi gjennomsnittstall for alle spørsmål der det benyttes 11-punkts skalaer som responskategorier.

Deretter kom det en liste på åtte ledd der deltakerne ble bedt om å vurdere hvordan de hadde opplevd de siste syv dagene med hensyn til følgende:

- Glede
- Bekymringer
- Tristhet
- Irritabilitet
- Ensomhet
- Grad av engasjement
- Det å være rolig og avslappet
- Engstelighet

Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). Selv om disse 10 leddene sannsynligvis kan beskrives langs en eller to dimensjoner, har vi i denne rapporten valgt å presentere alle som separate utfallsvariabler.

To spørsmål, hentet fra Dieners Flourishing Scale, handler om sosiale relasjoner. Det første av disse er et direkte mål på sosial støtte. Det spørres om respondenten oppfatter sine sosiale relasjoner som støttende og givende. Det andre spørsmålet dreier seg om i hvilken grad respondenten opplever å bidra aktivt til andres lykke og livskvalitet. Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10).

To andre spørsmål i livskvalitetsdelen av skjemaet (PHQ-2 – screening instrument for depresjon) overlapper sterkt med HSCL-5. Det ene handler om det å ha lite interesse for eller glede over å gjøre ting. Det andre dreier seg om det å være nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet. Begge besvares med følgende kategorier: «ikke i det hele tatt», «noen dager», «mer enn halvparten av dagene» og «nesten hver dag eller hver dag». Disse svarkategoriene er ikke de samme som brukes på HSCL-5.

Siden det er så sterk overlapp med HSCL-5, presenteres det ikke noen resultater basert på disse to spørsmålene i denne rapporten.

Under overskriften «Sosialt fellesskap og tillit er det med fire spørsmål. Det spørres først om hvor ofte informantene er sammen med gode venner. Responskategoriene er: «omtrent daglig», «omtrent hver uke, men ikke daglig», «omtrent hver måned, men ikke ukentlig», «noen ganger i året», «sjeldnere enn hvert år» og «har ingen gode venner».

Siden det er så sterk overlapp med tidligere presenterte mål på sosial støtte, presenteres det ikke noen resultater basert på dette spørsmålet i denne rapporten.

Det neste spørsmålet er benyttet i mange tidligere studier, og det handler om i hvilken grad andre er til å stole på. Spørsmålet etterpå dreier seg om tilhørighet til stedet en bor på. Igjen benyttes den samme 10-punkts skalaen. Det aller siste spørsmålet i livskvalitetsdelen av skjemaet dreier seg om hvor trygg en føler seg når en er ute og går i nærmiljøet. Disse siste tre spørsmålene besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10).

Det aller siste spørsmålet overlapper sterkt med et tidligere spørsmål om opplevelse av trygghet i nærmiljøet, og benyttes derfor ikke i denne rapporten. Spørsmålet om andre er til å stole på er heller ikke benyttet i denne rapporten.

Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Spørsmålet om høyeste fullførte utdanning, som kommer først i denne delen, har vi gjort rede for innledningsvis i denne presentasjonen av spørsmål og skalaer. Deretter kommer det et spørsmål om de opplever at husholdningens samlede inntekt strekker til i det daglige. Svarkategoriene er «svært vanskelig», «vanskelig», «forholdsvis vanskelig», «forholdsvis lett», «lett», «svært lett» og «vet ikke». I denne rapporten ser vi på andel som rapporterer at det er «svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig» å få pengene til å strekke til i det daglige.

Deretter kommer et spørsmål om arbeids- eller livssituasjon med til sammen 11 mulige svar, der det er tillatt å sette kryss mer enn ett sted. Det vises til appendiks i denne rapporten der spørsmålet er gjengitt som nr. 37.

I denne rapporten presenteres, av plasshensyn, ikke resultater for grupper definert ved sivil status.

Bruk av tannlege eller tannpleier

Spørsmålene om bruk av tannlege eller tannpleier var med i undersøkelsene i Hordaland og Sogn og Fjordane, men var tatt ut av den anbefalte grunnmodulen. Fylkeskommunene i Troms og Finnmark valgte å ta disse med igjen.

Deltagerne ble spurt om når de sist var hos tannlege eller tannpleier. Det ble brukt tre svaralternativ: «0-2 år siden», «3-5 år siden» og «mer enn 5 år siden». I denne rapporten presenterer vi prosentdelen som rapporterte at det var «0-2 år siden» de var hos tannlege eller tannpleier sist.

De som svarte at det var mer enn fem år siden sist de var til tannlegen, ble spurt hvorfor. Det ble gitt fire svaralternativ der det ble presisert at det var tillatt med mer enn ett kryss: «økonomiske årsaker», redsel/frykt», «problemer med transport/reisevei» og «andre årsaker».

Kultur og språk blant de med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn

Fylkeskommunene i Troms og Finnmark la til en modul på 20 spørsmål med til sammen 45 enkeltledd som skulle besvares av alle med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn. UiT – Norges arktiske universitetet vil utarbeide en egen rapport som er basert på dataene fra denne delen av undersøkelsen. Alle spørsmålene som inngikk er presentert i appendiks til denne rapporten.

Statistiske analyser

Utfallsmål som er kategorielle presenteres i noen få tilfeller med prosenter for alle kategoriene. Men som regel rekodes de til dikotomier, og sammenhengene med prediktorer beskrives ved bruk av prosenter og 95-prosent konfidensintervall. Konfidensintervallene er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata til å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noe av de feilene som oppstår på grunn av frafall.

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler er alder, psykiske plager (sumskår) og alkoholbruk. Også de variablene som besvares på en skala fra 0-10

betraktes her som metriske. For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet som presenteres viser gjennomsnittsalder for alle regionene i de to fylkene. Deretter vises andel kvinner etter region og utdanningsnivå etter region.

For hver utfallsvariabel kjører vi deretter et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for de to fylkene samlet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner. I store deler av rapporten er analysene basert på presentasjon av stolpediagram. Først vises utfallsvariabelen brutt ned på regioner uten justering for andre variabler og dessuten med justering for kjønn, alder og utdanning. Deretter presenteres utfallsvariabelen etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på de som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Så presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler.

De fleste stolpediagrammene har y-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.

Siden spørsmålene om livskvalitet stort sett har skalaer som kan betraktes som metriske (0-10), har vi, først og fremst for å spare plass, benyttet en presentasjonsmåte som gir plass til flere diagrammer per side. Her vises gjennomsnittsskårer etter kjønn (justert for alder), alder (justert for kjønn), utdanning (justert for alder og kjønn) og region (justert for kjønn, alder og utdanning) separat. Analysene av alder og utdanning mot utfallsvariabler presenteres bare samlet og ikke separat for menn og kvinner. Menn og kvinner sammenlignes i et sett med separate diagrammer som ikke inkluderes i denne rapporten. Når vi observerer tydelige forskjeller i sammenhenger mellom alder eller utdanning på den ene siden og utfallsvariabler på den andre, vil dette bli omtalt i teksten i resultatdelen. Også i analysene av utfallsmål som faller inn under livskvalitetsdelen av skjemaet vises 95 prosent konfidensintervall.

I rapporten fra Hordaland vektet vi en del av data under de statistiske analysene. Dette fordi vi oversamlet noen av de mindre kommunene og en bydel i Bergen. I Troms og Finnmark ble det trukket et rent tilfeldig utvalg. Det har derfor vært unødvendig å benytte vektet i analysene av data fra disse fylkene. De fleste statistiske analysene ble gjort ved bruk av statistikkverktøyet Stata, versjon 15.0. Noen supplerende analyser ble gjort i SPSS versjon 25.

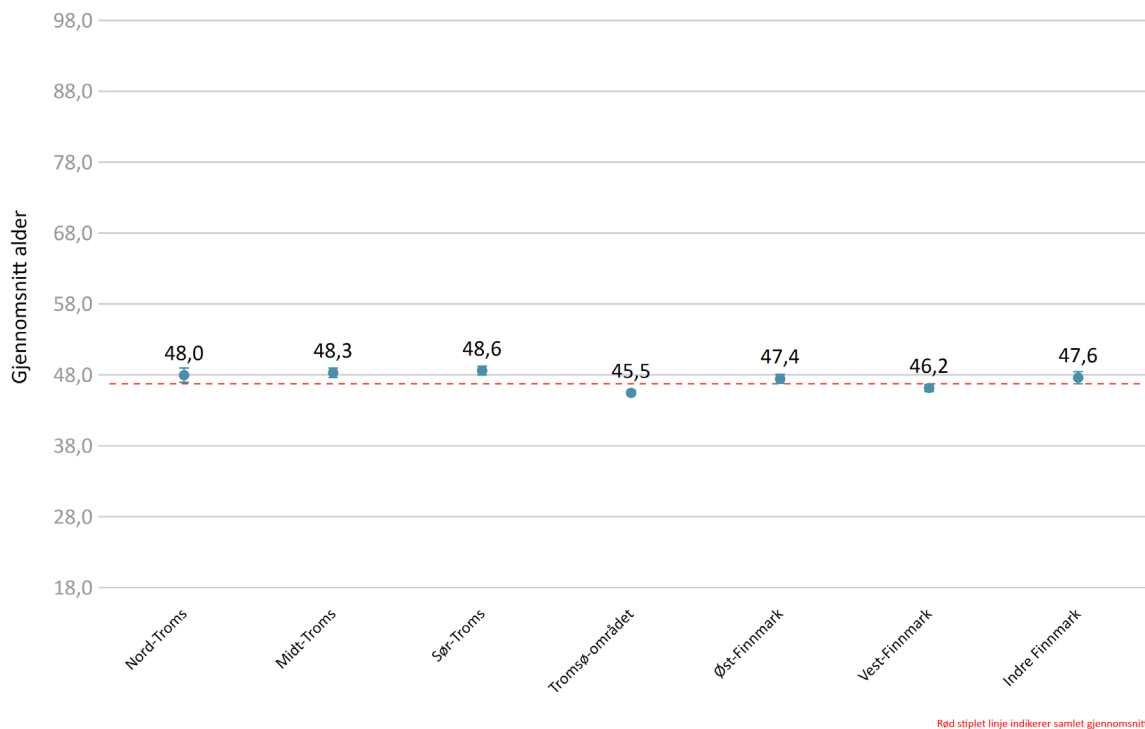
Figurene eller diagrammene som er presentert i denne rapporten følger stort sett samme rekkefølge som spørsmålene i spørreskjemaet. I hele rapporten viser hvert diagram sammenhenger mellom prediktorvariabler (region, alder, region, kjønn) og utfallsvariabler. I livskvalitetsdelen har vi gruppert utfallsvariablene slik at det presenteres to eller fire diagram på hver side. Dette for å spare plass. Vi har, kanskje litt tilfeldig, kalt de tre gruppene Livskvalitet 1, Livskvalitet 2 og Livskvalitet 3.

1 Resultater: Troms og Finnmark



1.1 Alder: Regioner i Troms og Finnmark

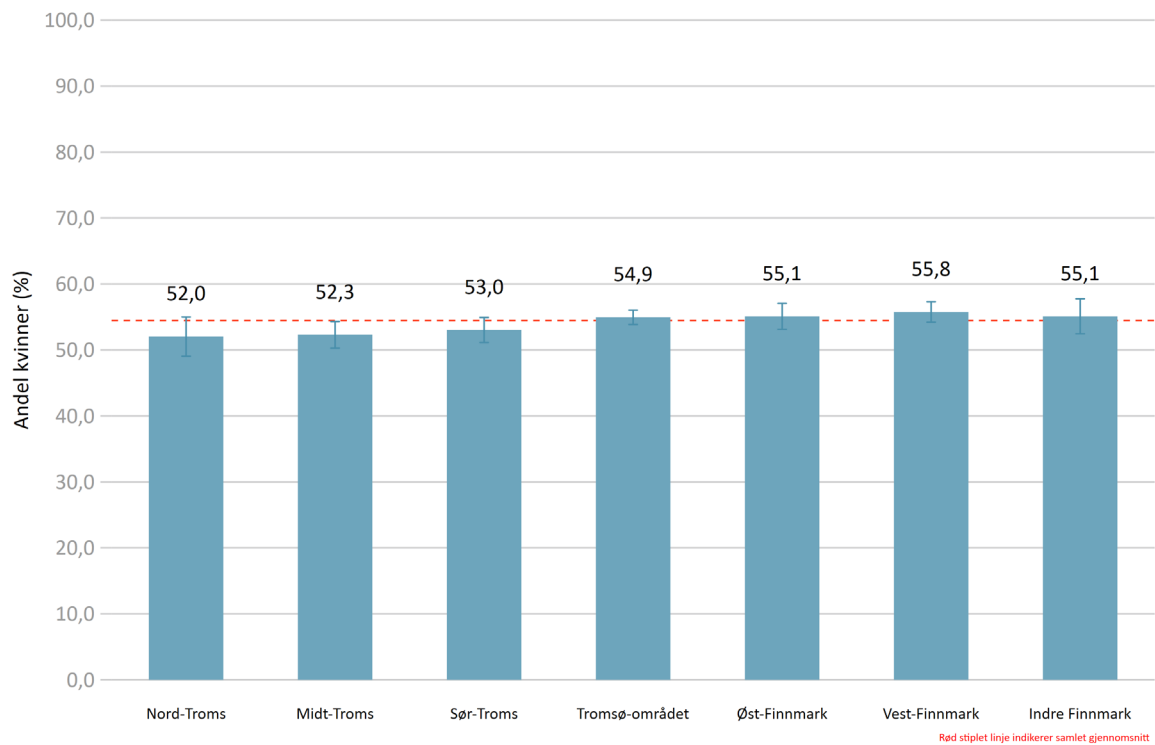
Figur 1: Alder på tvers av regioner i Troms og Finnmark



Figuren viser gjennomsnittsalder for utvalget, samlet (rød, stiplet linje) og for hver region i Troms og Finnmark. Det er lite variasjon i gjennomsnittsalder på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Gjennomsnittsalderen er lavest i Tromsø-området og høyest i Sør-Troms.

1.2 Kjønn: Regioner i Troms og Finnmark

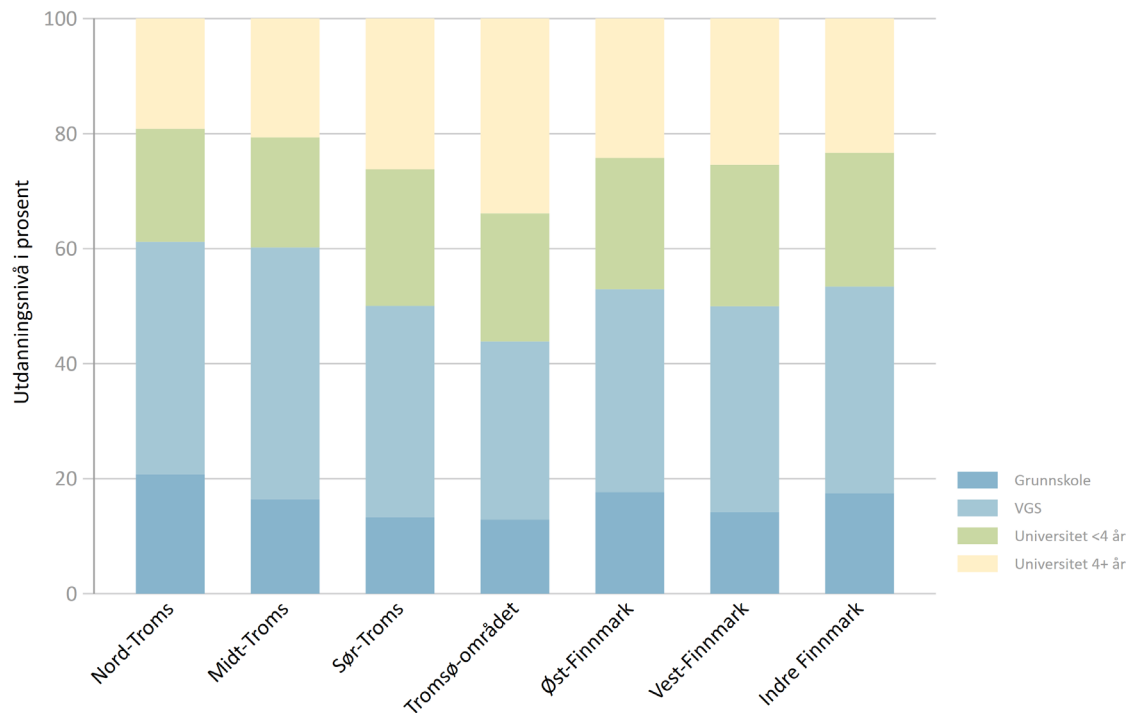
Figur 2: Kjønn på tvers av regioner i Troms og Finnmark



Figuren viser andel kvinner i utvalget, samlet og per region i Troms og Finnmark. Kvinner utgjør litt over halvparten av utvalgene på tvers av regioner i Troms og Finnmark.

1.3 Utdanningsnivå: Regioner i Troms og Finnmark

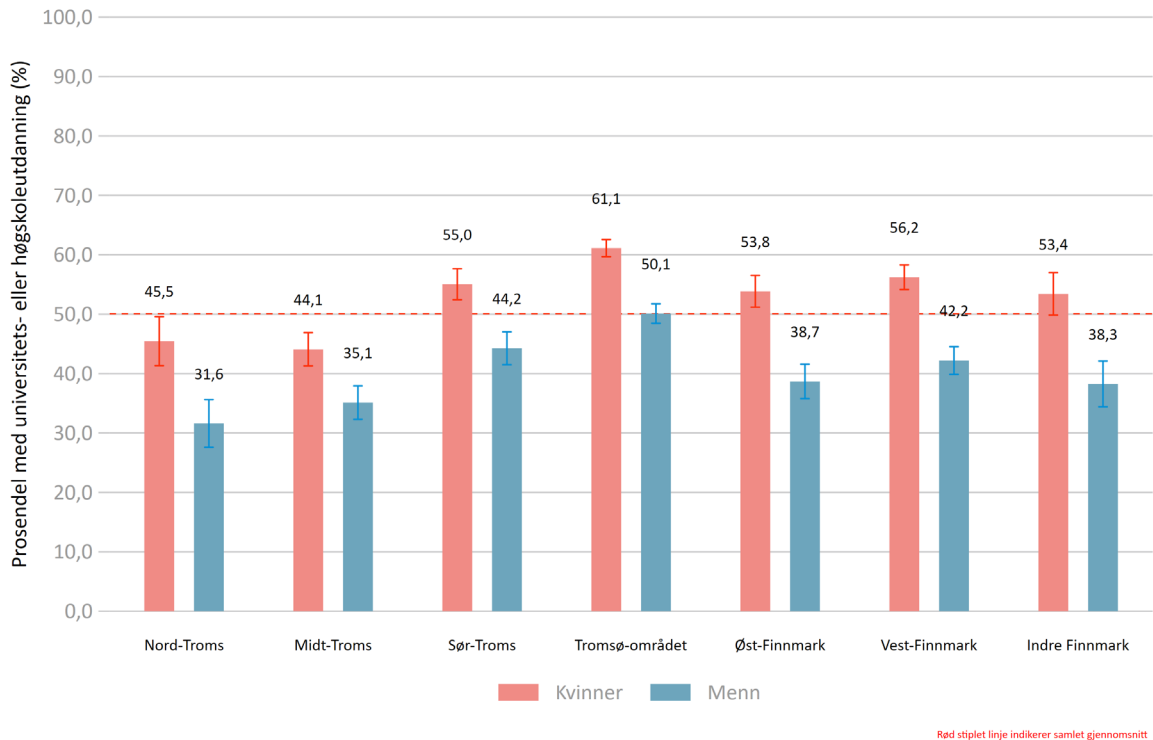
Figur 3: Utdanningsnivå på tvers av regioner i Troms og Finnmark



Figuren viser utdanningsnivå i prosenter for hver geografiske enhet. Tromsø-området har høyest andel med universitets- eller høgskoleutdanning. Motsatt er andelen med lavere utdanningsnivå (grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanningsnivå) høyere i de andre regionene enn i Tromsø-området.

1.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Troms og Finnmark

Figur 4: Todelt utdanningsnivå på tvers av regioner i Troms og Finnmark

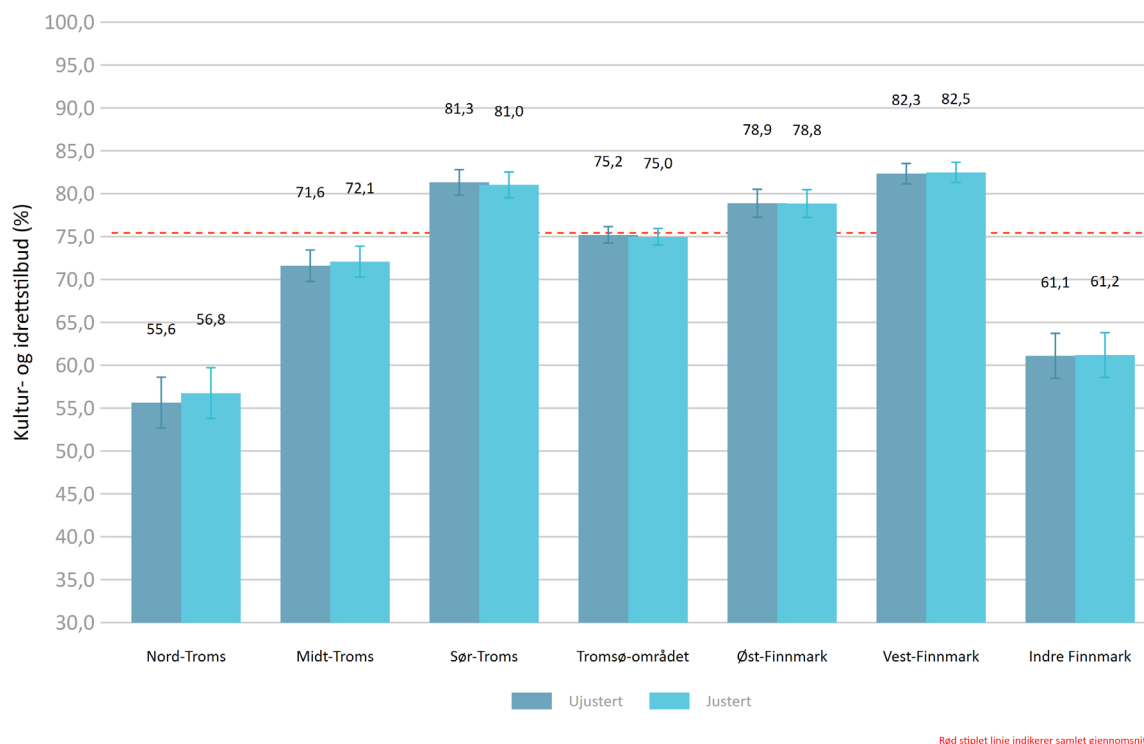


Figuren viser andelen med universitet- eller høgskoleutdanning separat for kvinner og menn for hver geografisk enhet. Innen hver region har en høyere andel kvinner enn menn universitet- eller høgskoleutdanning. Tromsø-området skiller seg ut med en høyere andel med universitet- eller høgskoleutdanning enn de øvrige for både kvinner og menn. Nord-Troms og Midt-Troms har en noe lavere andel med universitet- eller høgskoleutdanning enn de øvrige, særlig blant kvinner.

1.5 Kultur- og idrettstilbud

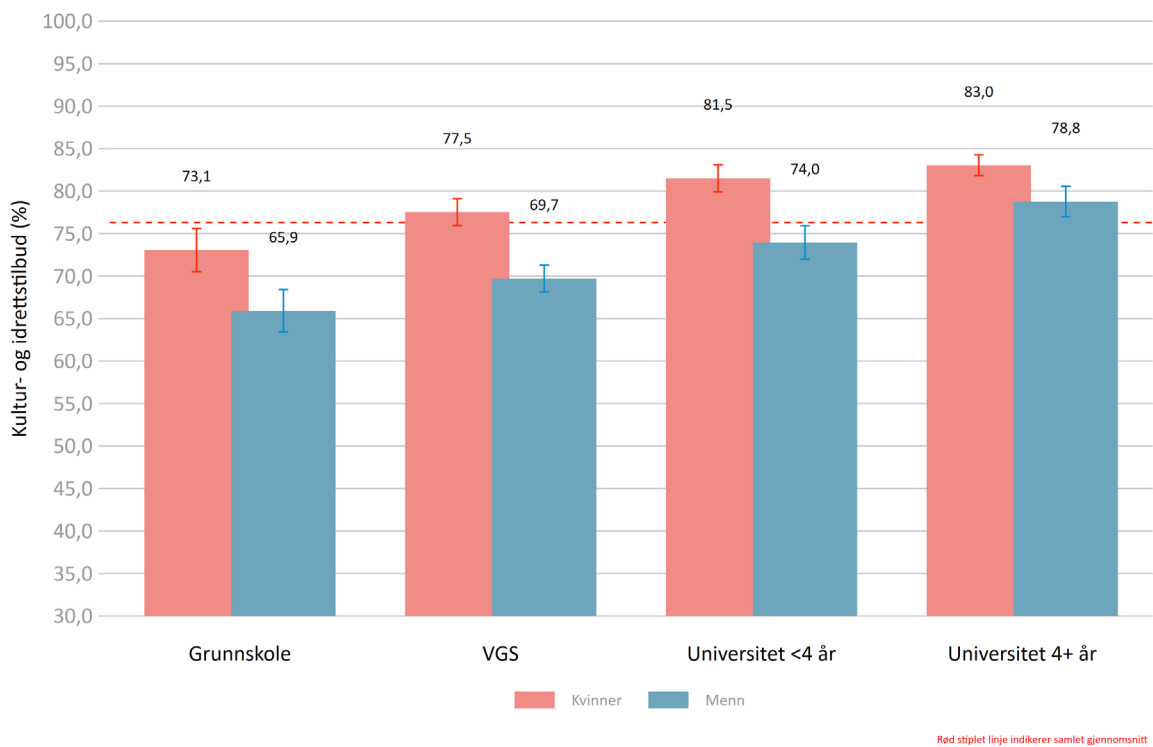
Totalt 21 541 deltakere av 21 761 (99,0 %) hadde gyldig besvarelse på Kultur- og idrettstilbud. Andelen for hele utvalget var **75,42 %** (KI95%: 74,84-75,99). Andelen for kvinner var 78,38 % (n=11 760; KI95% 77,64-79,13) og andelen var 71,85 % (n=9 781; KI95% 70,96-72,74) for menn.

Figur 5: Kultur- og idrettstilbud på tvers av regioner i Troms og Finnmark



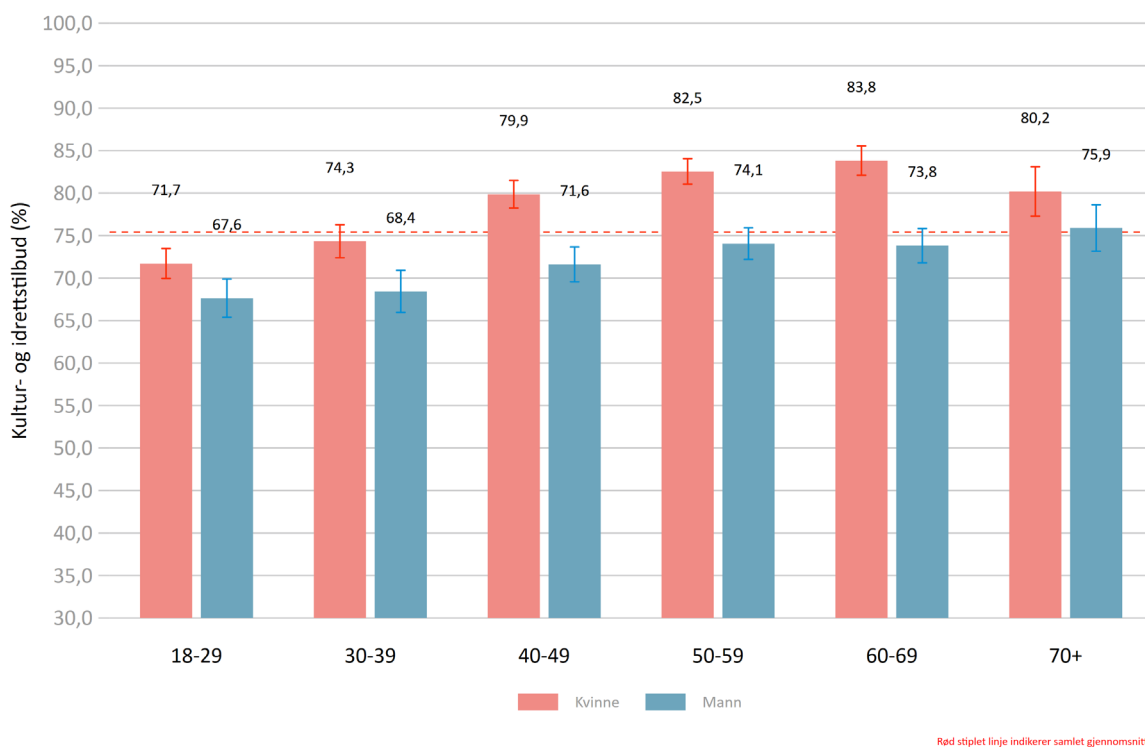
Figuren viser tilgang til kultur- og idrettstilbud, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Andelen som oppgir god tilgang (god eller svært god) varierer en del mellom geografiske områder. Det er omtrent 26 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste. Vest-Finnmark og Sør-Troms har den høyeste andelen som oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud, mens Nord-Troms og Indre Finnmark har den laveste andelen som oppgir god tilgang. Det er små forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 6: Kultur- og idrettstilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som oppgir god (god eller svært god) tilgang til kultur- og idrettstilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker andelen som oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud med økende utdanningsnivå. Menn oppgir i mindre grad god tilgang til kultur- og idrettstilbud enn kvinner på alle utdanningsnivå.

Figur 7: Kultur- og idrettstilbud fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

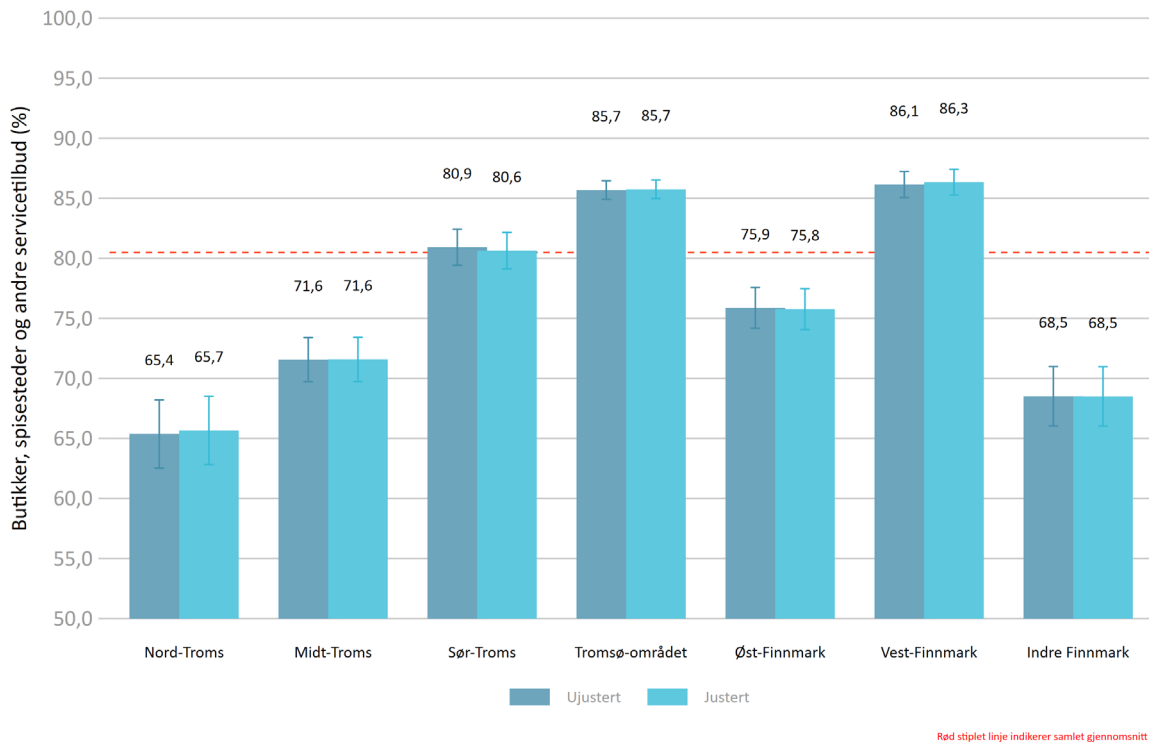


Figuren viser andelen som oppgir god (god eller svært god) tilgang til kultur- og idrettstilbud fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner øker andelen som oppgir god tilgang til kultur- og idrettstilbud noe med økende alder. For kvinner flater dette ut fra 60-69 år. Menn oppgir i mindre grad god tilgang til kultur- og idrettstilbud enn kvinner på alle alderstrinn, men denne forskjellen er ikke signifikant i aldersgruppen 70 år og eldre.

1.6 Butikker, spisesteder og andre servicetilbud

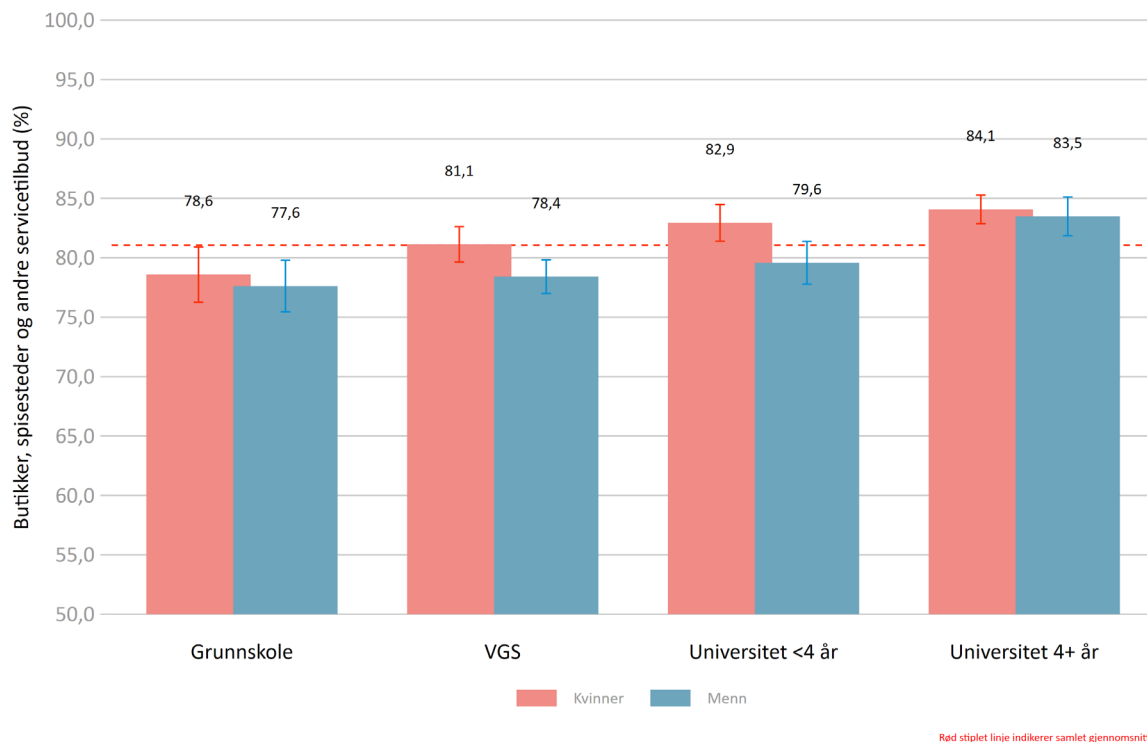
Totalt 21 688 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Andelen for hele utvalget var **80,49 %** (KI95%: 79,96-81,02). Andelen for kvinner var 81,45 % (n=11 813; KI95% 80,75-82,15) og andelen var 79,34 % (n=9 875; KI95% 78,54-80,14) for menn.

Figur 8: Butikker, spisesteder og andre servicetilbud på tvers av regioner i Troms og Finnmark



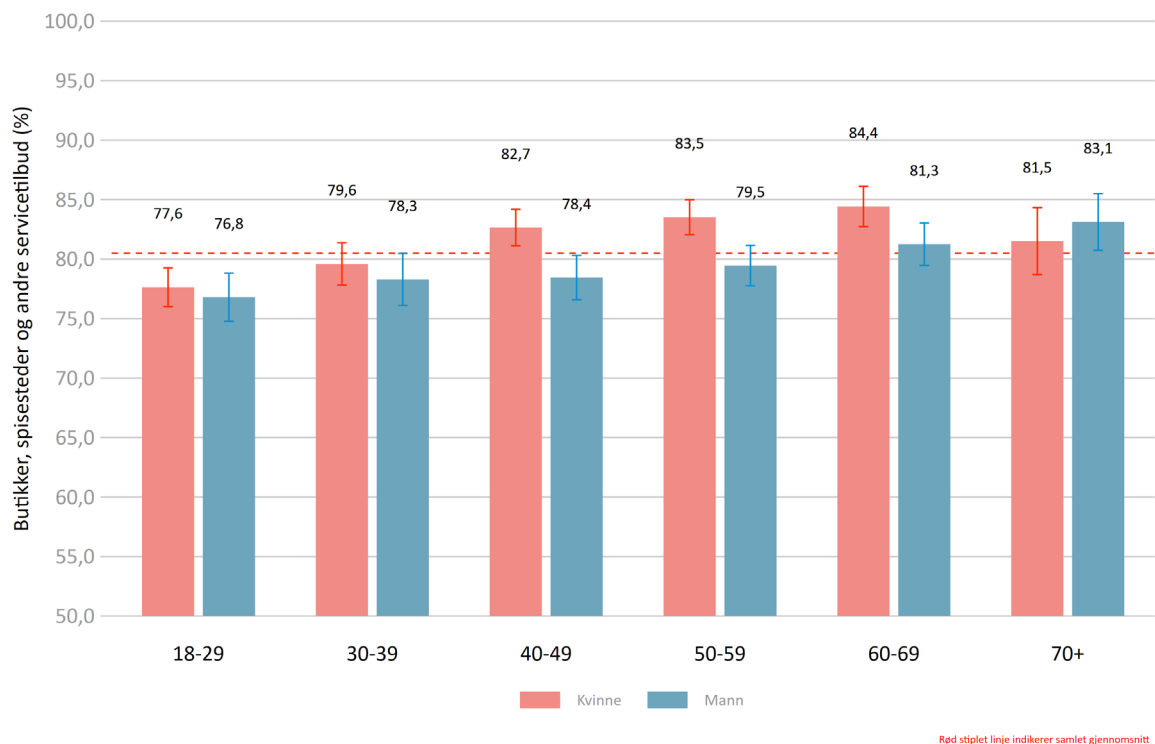
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Andelen som oppgir god tilgang varierer en del mellom geografiske områder. Det er omtrent 21 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste. Andelen som oppgir god tilgang til butikker og servicetilbud er høyest i Vest-Finnmark og i Tromsø-området, og lavest Nord-Troms og Indre Finnmark.

Figur 9: Butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer om god (god eller svært god) tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er det en liten økning i andelen som oppgir god tilgang til butikker og servicetilbud med økende utdanningsnivå. Menn og kvinner rapporterer ingen vesentlige forskjeller i tilgangen til butikker og servicetilbud.

Figur 10: Butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

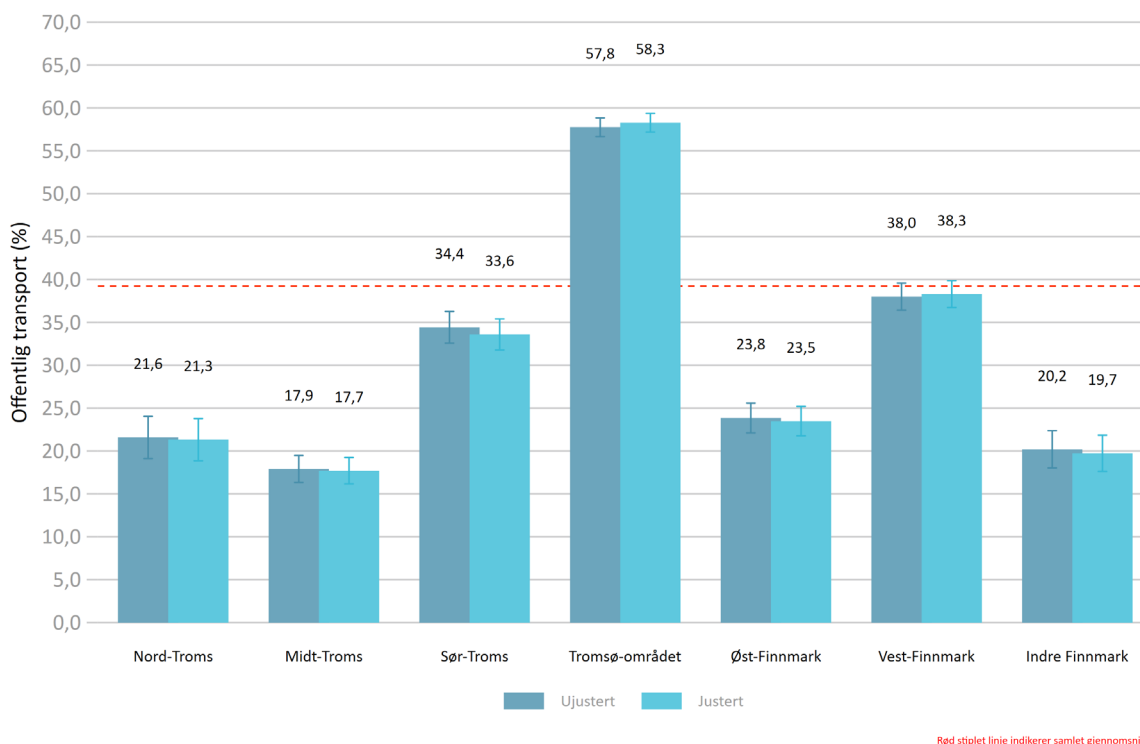


Figuren viser andelen som rapporterer om god (god eller svært god) tilgang til butikker, spisesteder og andre servicetilbud fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner er det en liten økning i andelen som oppgir god tilgang til butikker og servicetilbud med økende alder. For kvinner flater dette ut fra 60-69 år. Blant de mellom 40-60 år er det flere kvinner enn menn som rapporterer om god tilgang til butikker og servicetilbud. Det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller i de øvrige aldersgruppene.

1.7 Offentlig transport

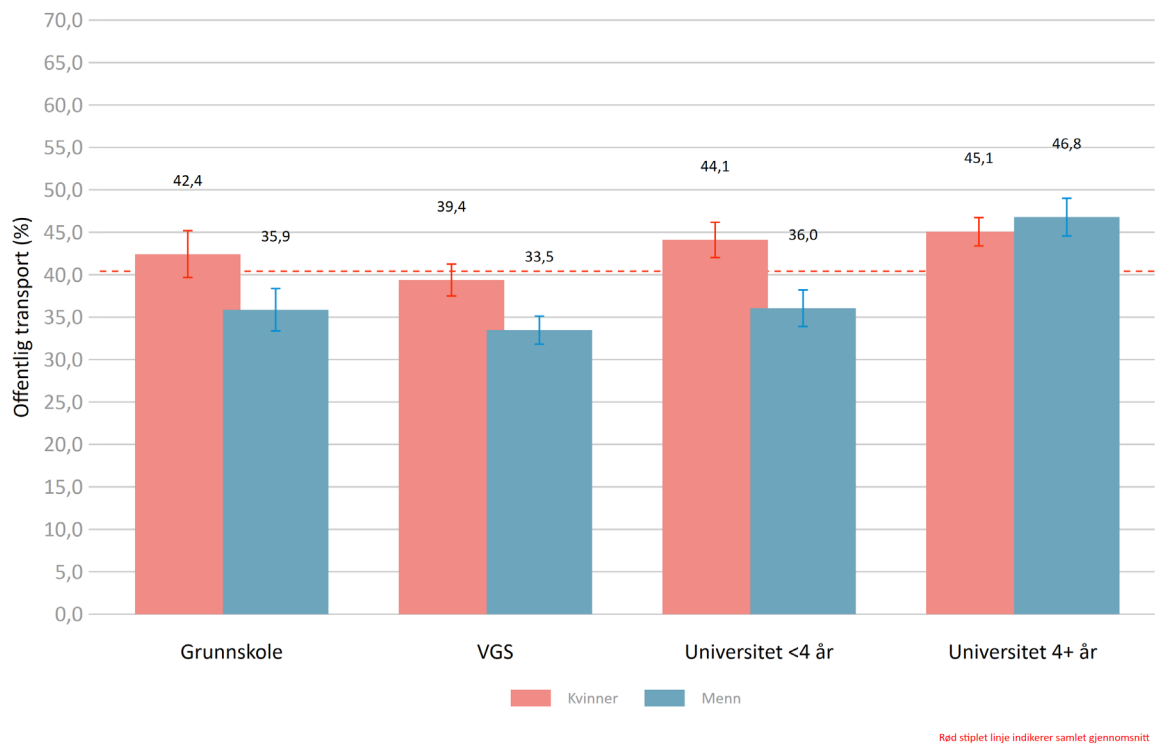
Totalt 20 954 deltakere av 21 761 (96,3 %) hadde gyldig besvarelse på Offentlig transport. Andelen for hele utvalget var **39,22 %** (KI95%: 38,56-39,89). Andelen for kvinner var 41,29 % (n=11 395; KI95% 40,39-42,19) og andelen var 36,76 % (n=9 559; KI95% 35,79-37,73) for menn.

Figur 11: Offentlig transport på tvers av regioner i Troms og Finnmark



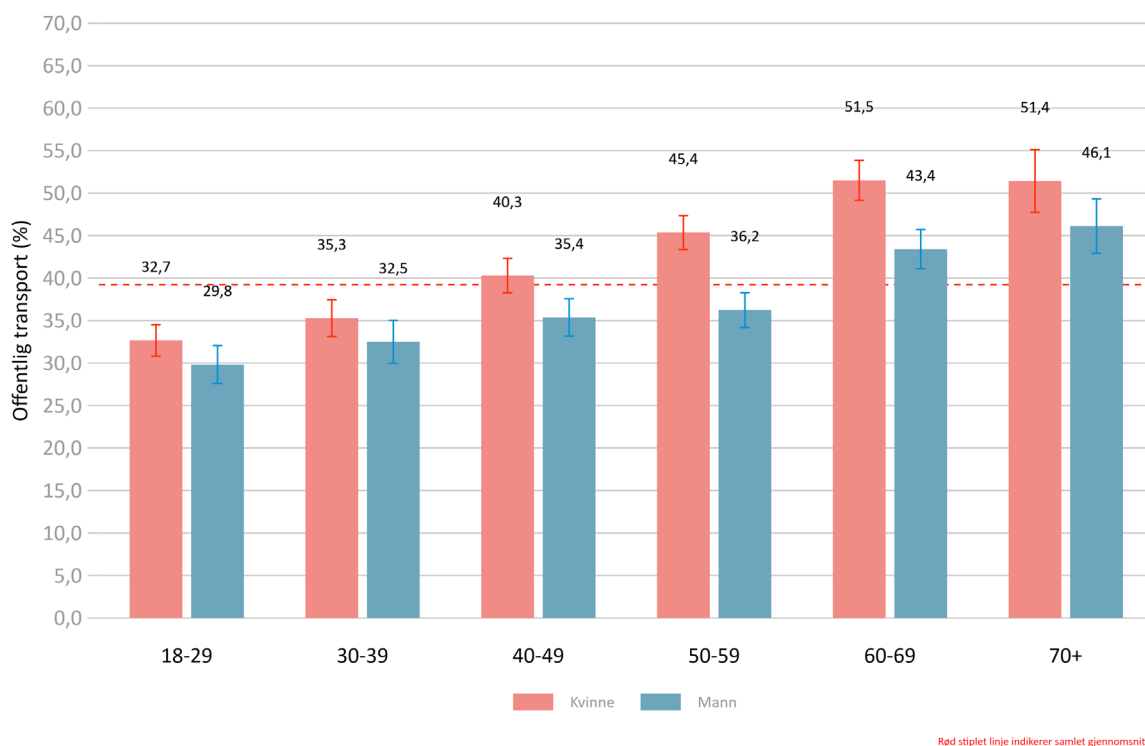
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til offentlig transport, samlet og på tvers av regioner. Andelen som oppgir god tilgang varierer mye mellom geografiske områder. Det er omtrent 41 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste. Andelen som oppgir god tilgang til offentlig transport er betydelig høyere i Tromsø-området enn i de øvrige områdene. Midt-Troms, Nord-Troms, Indre Finnmark, og Øst-Finnmark har lavest andel som rapporterer god tilgang til offentlig transport med tall som varierer mellom 17,7 og 23,5 %. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 12: Offentlig transport fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til offentlig transport fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Menn med høyt utdanningsnivå rapporterer i større grad god tilgang til offentlig transport sammenlignet med menn med kortere utdanning. Blant kvinner har utdanningsnivå mindre å si for andelen som rapporterer god tilgang til offentlig transport. Det er en større andel kvinner enn menn som rapporterer god tilgang til offentlig transport, men denne forskjellen er ikke til stede blant de med lengst utdanning.

Figur 13: Offentlig transport fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

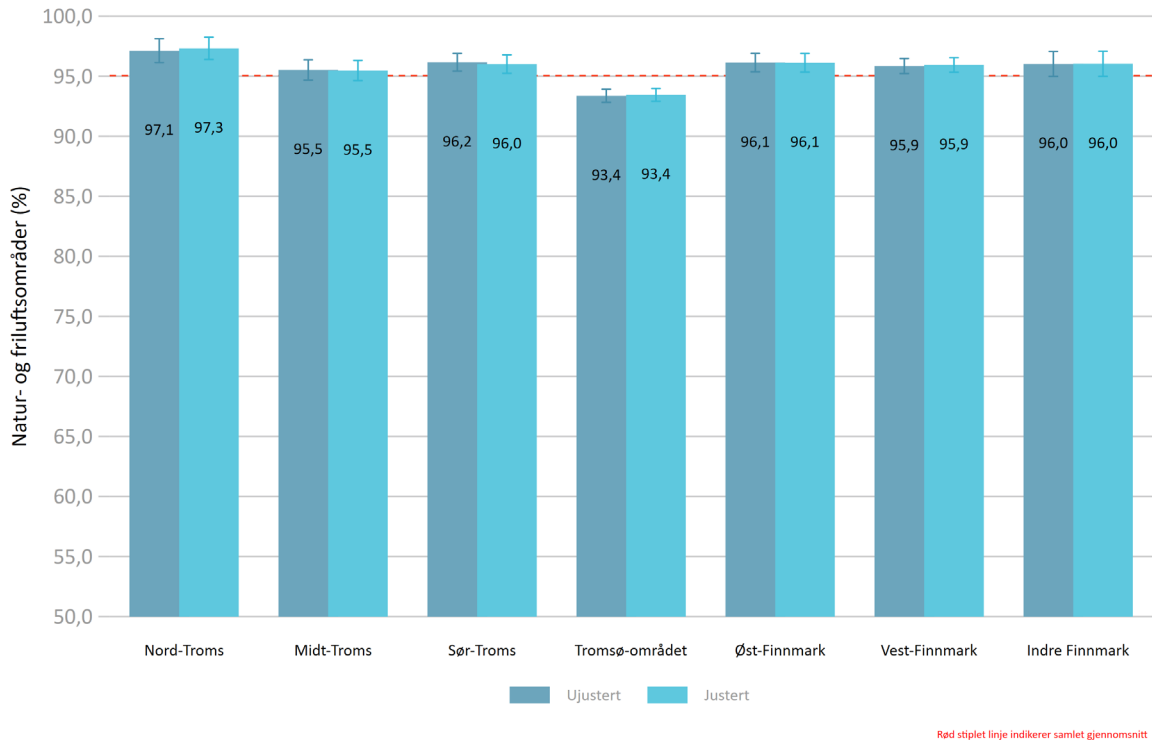


Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til offentlig transport fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner øker andelen som oppgir god tilgang til offentlig transport med økende alder. For kvinner flater dette ut fra 60-69 år. Menn oppgir i mindre grad god tilgang til offentlig transport enn kvinner, og denne forskjellen er først og fremst til stede blant de mellom 40-69 år.

1.8 Natur- og friluftsområder

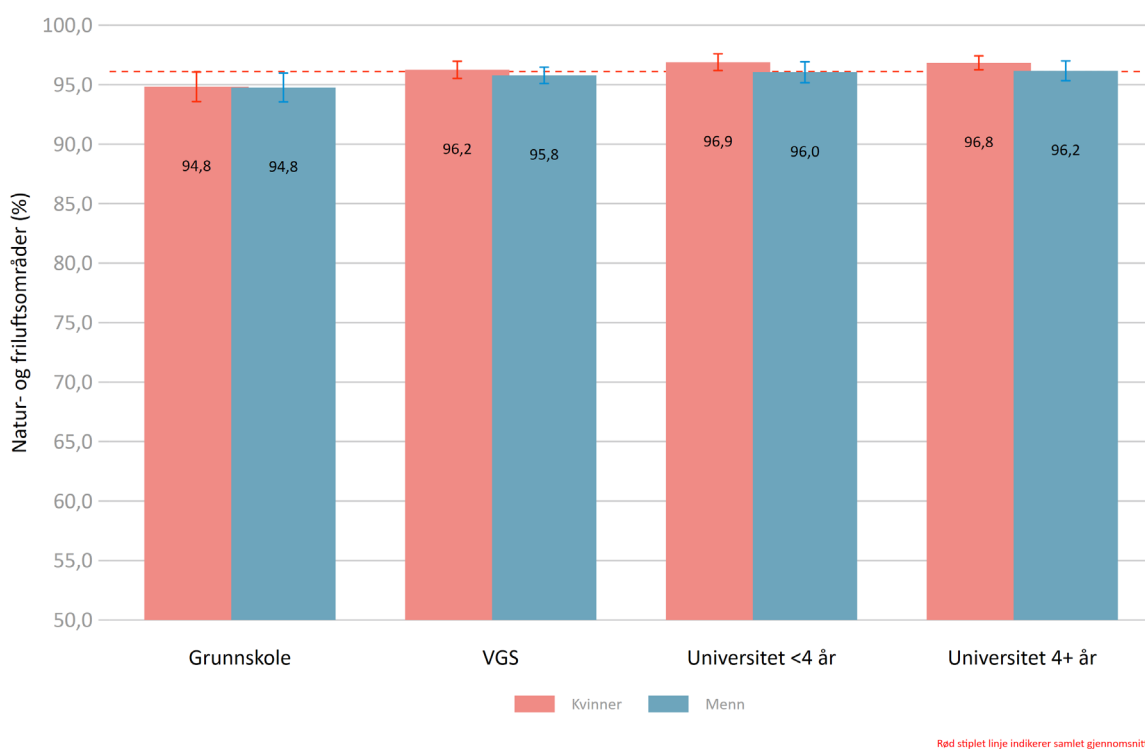
Totalt 21 636 deltakere av 21 761 (99,4 %) hadde gyldig besvarelse på Natur- og friluftsområder. Andelen for hele utvalget var **95,05 %** (KI95%: 94,76-95,34). Andelen for kvinner var 94,91 % (n=11 796; KI95% 94,52-95,31) og andelen var 95,21 % (n=9 840; KI95% 94,79-95,64) for menn.

Figur 14: Natur- og friluftsområder på tvers av regioner i Troms og Finnmark



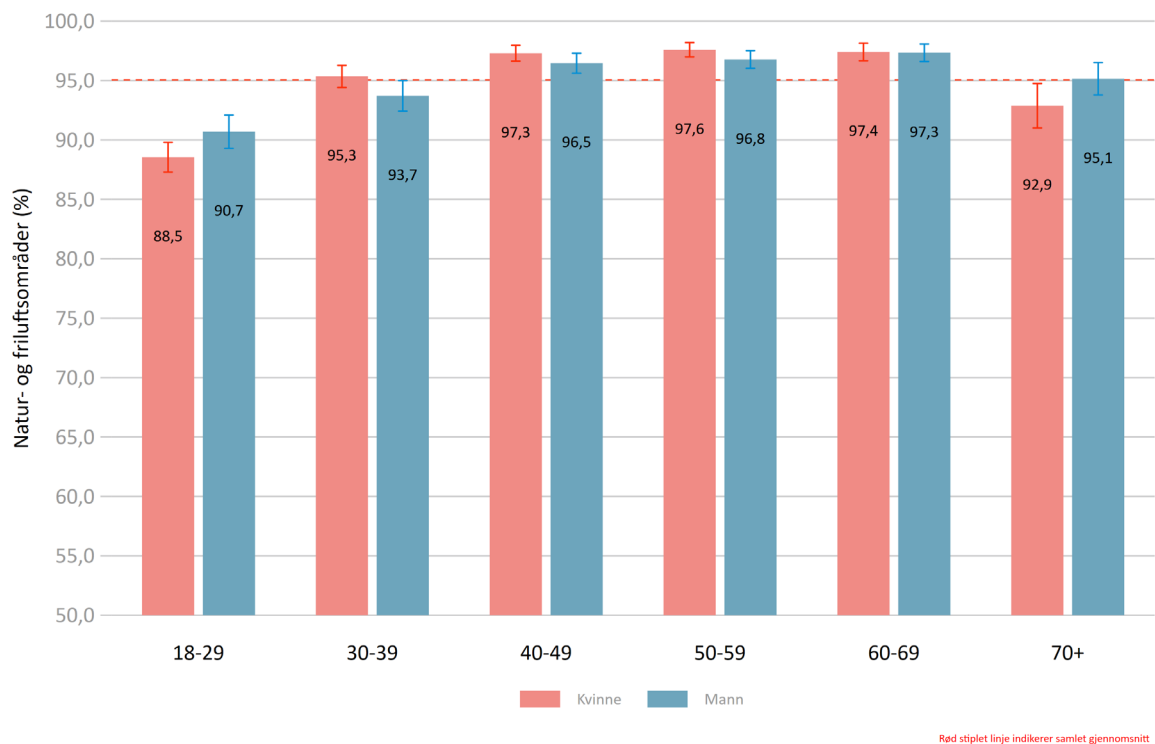
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til natur- og friluftsområder, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Tromsø-området rapporterer lavere tilgang til natur- og friluftsområder sammenlignet med de andre geografiske områdene. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom de øvrige geografiske områdene. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 15: Natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterer god tilgang til natur- og friluftsområder varierer ikke i vesentlig grad mellom kjønn og utdanningsnivå.

Figur 16: Natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

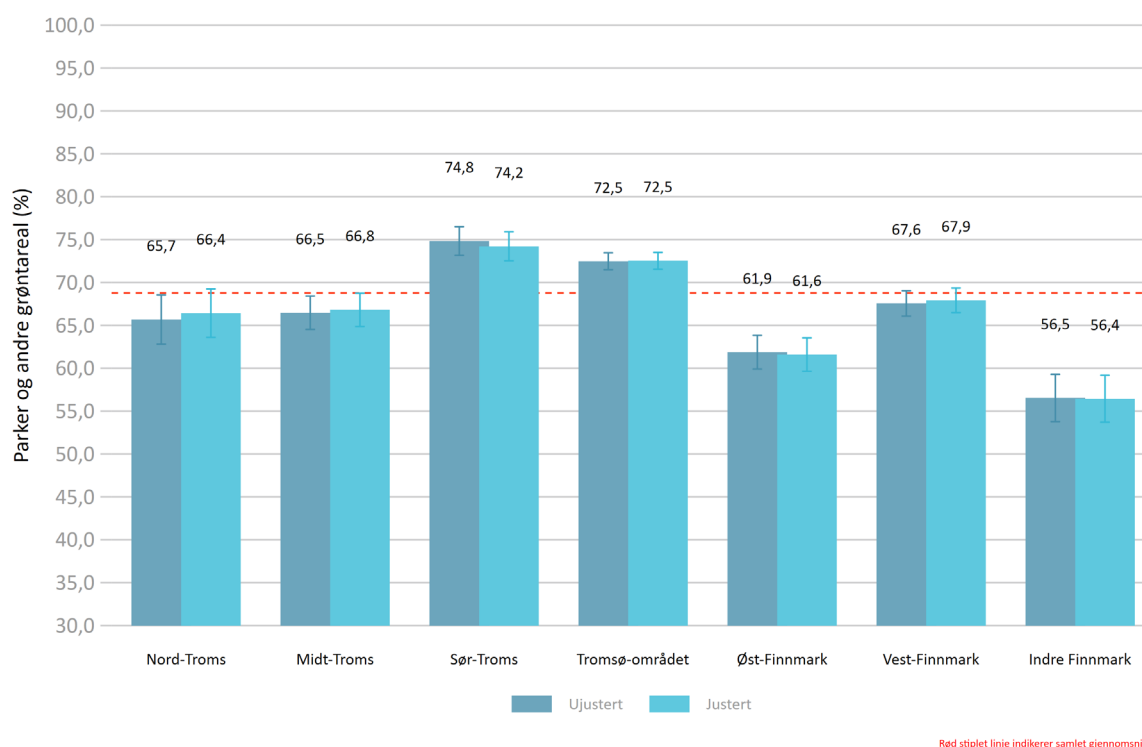


Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til natur- og friluftsområder fordelt på kjønn og alder. Fra 18 til 40 år er det en økning i andelen som rapporterer god tilgang til natur- og friluftsområder, deretter flater dette ut. Fra 70 år synker andelen som rapporterer god tilgang til natur- og friluftsområder for både menn og kvinner. Figuren viser ingen vesentlige kjønnsforskjeller på tvers av de ulike aldersgruppene.

1.9 Parker og andre grøntareal

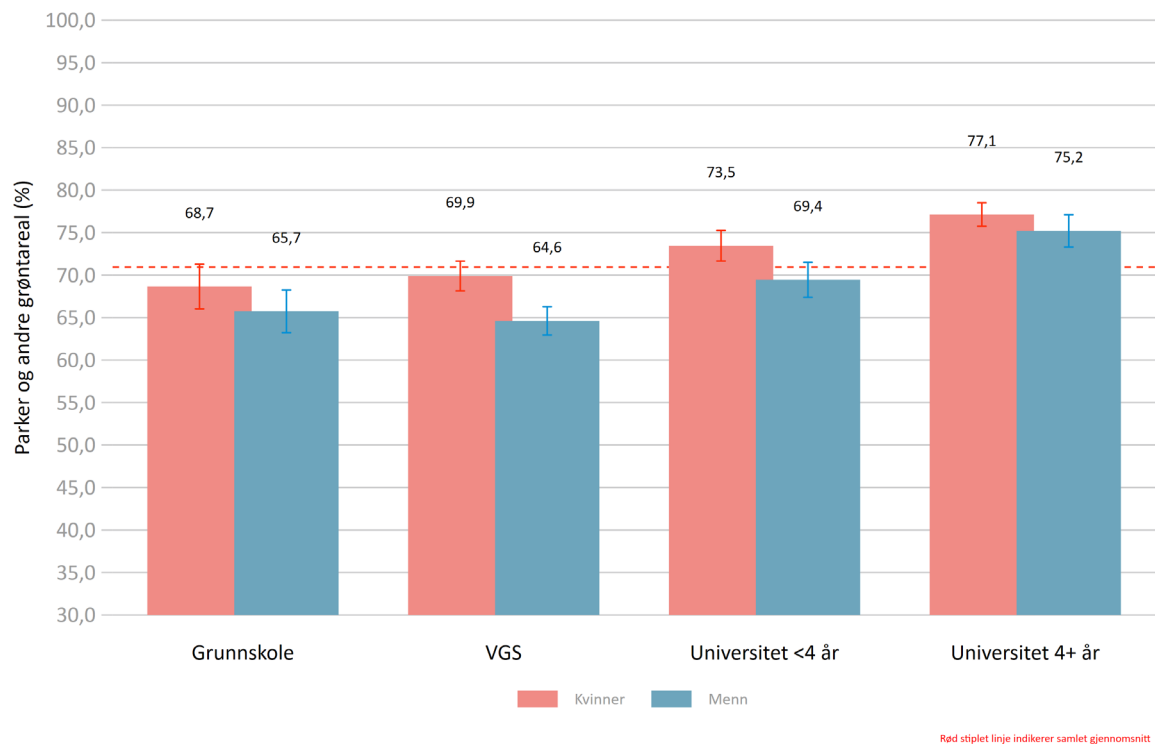
Totalt 21 148 deltakere av 21 761 (97,2 %) hadde gyldig besvarelse på Parker og andre grøntareal. Andelen for hele utvalget var **68,78 %** (KI95%: 68,15-69,40). Andelen for kvinner var 70,02 % (n=11 535; KI95% 69,19-70,86) og andelen var 67,28 % (n=9 613; KI95% 66,35-68,22) for menn.

Figur 17: Parker og andre grøntareal på tvers av regioner i Troms og Finnmark



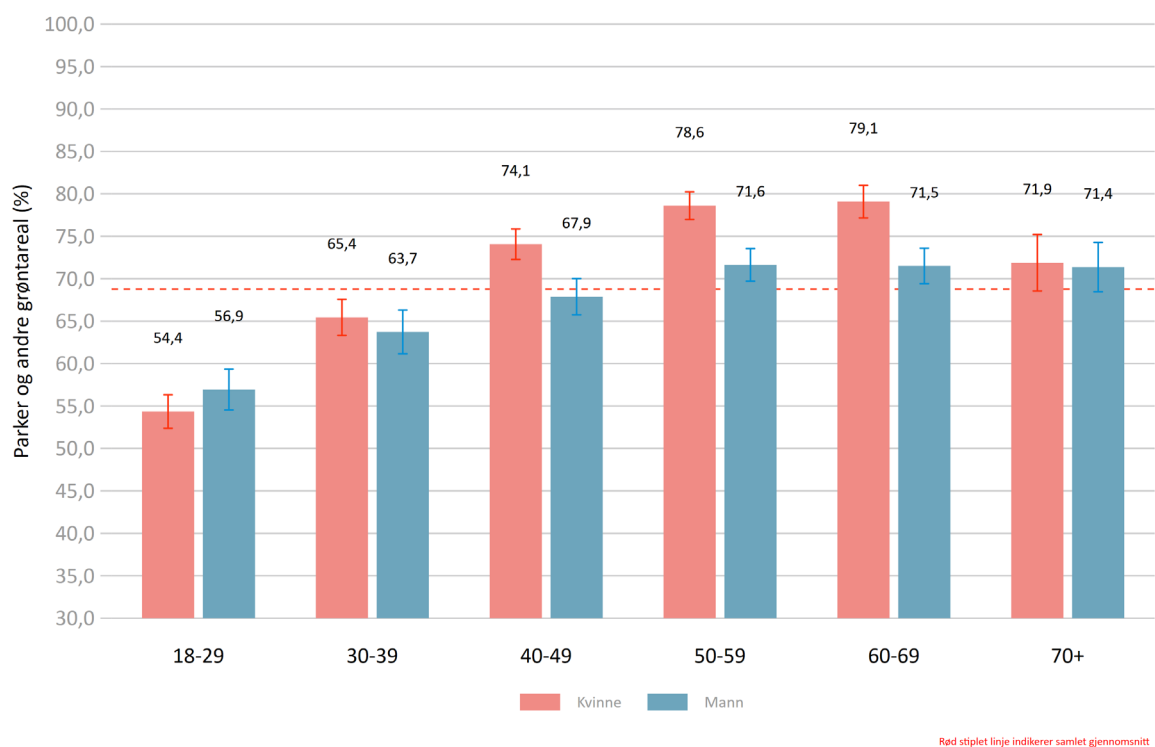
Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til parker og grøntareal, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. For tilgang til grøntareal er det noe variasjon mellom de geografiske områdene. Sør-Troms og Tromsø-området rapporterer høyere tilgang til parker og grøntareal sammenlignet med de andre geografiske områdene. Indre Finnmark har laveste andel som rapporterer god tilgang til parker og grøntareal. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 18: Parker og andre grøntareal fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til parker og grøntareal fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er det en økning i andelen som rapporterer god tilgang til parker og grøntareal med økende utdanningsnivå. Forskjellene mellom menn og kvinner innen hver utdanningsgruppe er nokså små.

Figur 19: Parker og andre grøntareal fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

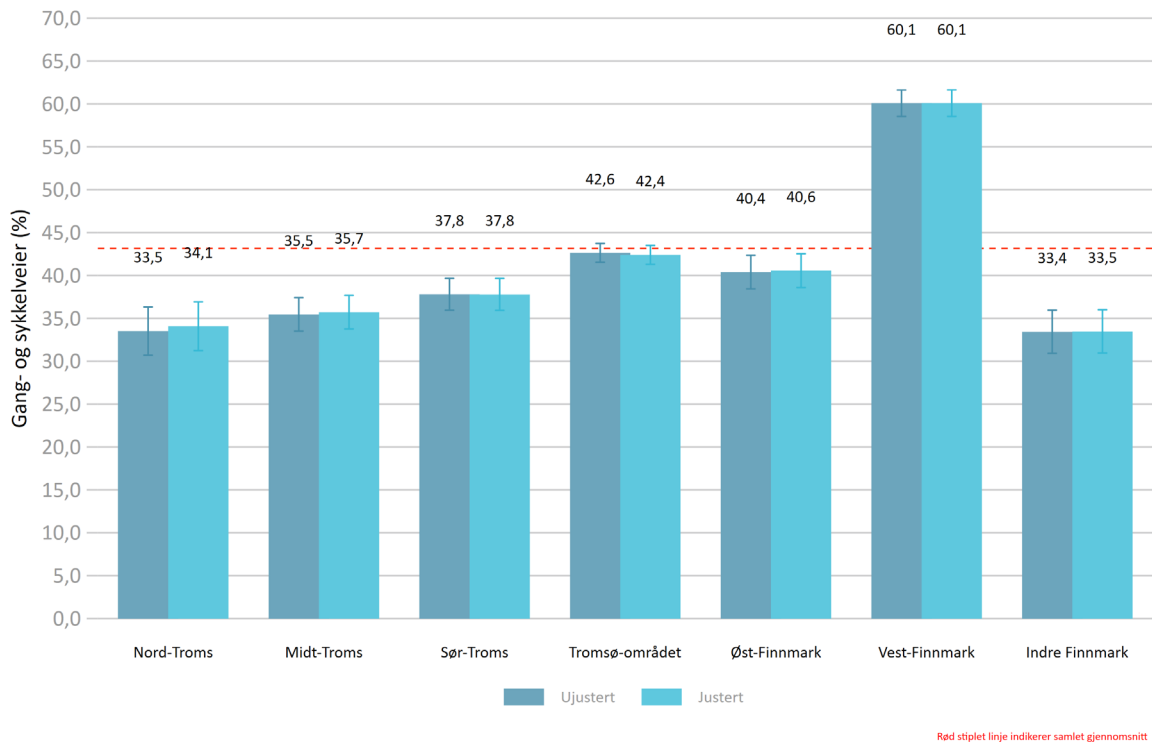


Figuren viser andelen som rapporterer god (god eller svært god) tilgang til parker og grøntareal fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer god tilgang til parker og grøntareal øker med økende alder for både menn og kvinner. For kvinner er det en markert nedgang i andelen som rapporterer god tilgang etter fylte 70 år. Fra 40-69 år er det flere kvinner enn menn som rapporterer god tilgang til parker og grøntareal.

1.10 Gang- og sykkelveier

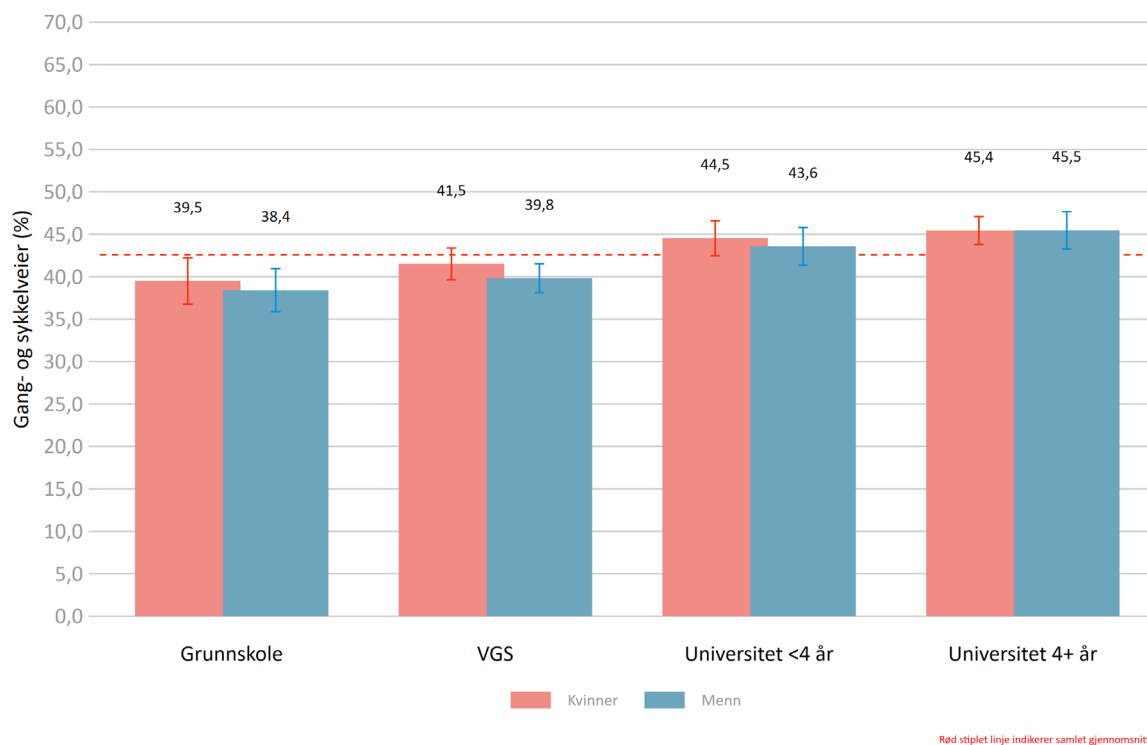
Totalt 21 529 deltakere av 21 761 (98,9 %) hadde gyldig besvarelse på Gang- og sykkelveier. Andelen for hele utvalget var **43,15 %** (KI95%: 42,48-43,81). Andelen for kvinner var 43,90 % (n=11 739; KI95% 43,01-44,80) og andelen var 42,24 % (n=9 790; KI95% 41,26-43,22) for menn.

Figur 20: Gang- og sykkelveier på tvers av regioner i Troms og Finnmark



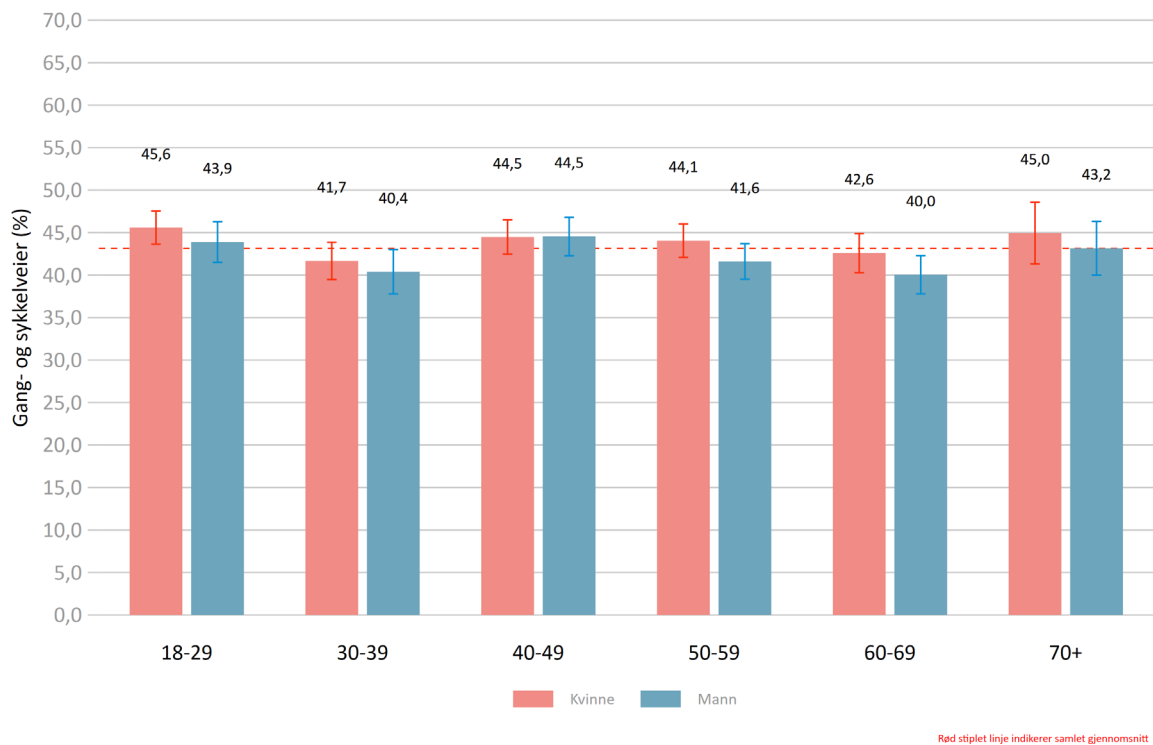
Figuren viser andelen som rapporterer godt (godt eller svært godt) utbygde gang- og sykkelveier, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Det er noe variasjon mellom de geografiske områdene der det skiller 26 prosentpoeng mellom høyeste og laveste. Det er en vesentlig høyere andel som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier i Vest-Finnmark enn i de øvrige geografiske områdene. Indre Finnmark har laveste andel som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 21: Gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer godt (godt eller svært godt) utbygde gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er det en liten økning i andelen som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier med økende utdanningsnivå. Forskjellen mellom menn og kvinner innen utdanningsgruppene er svært liten.

Figur 22: Gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

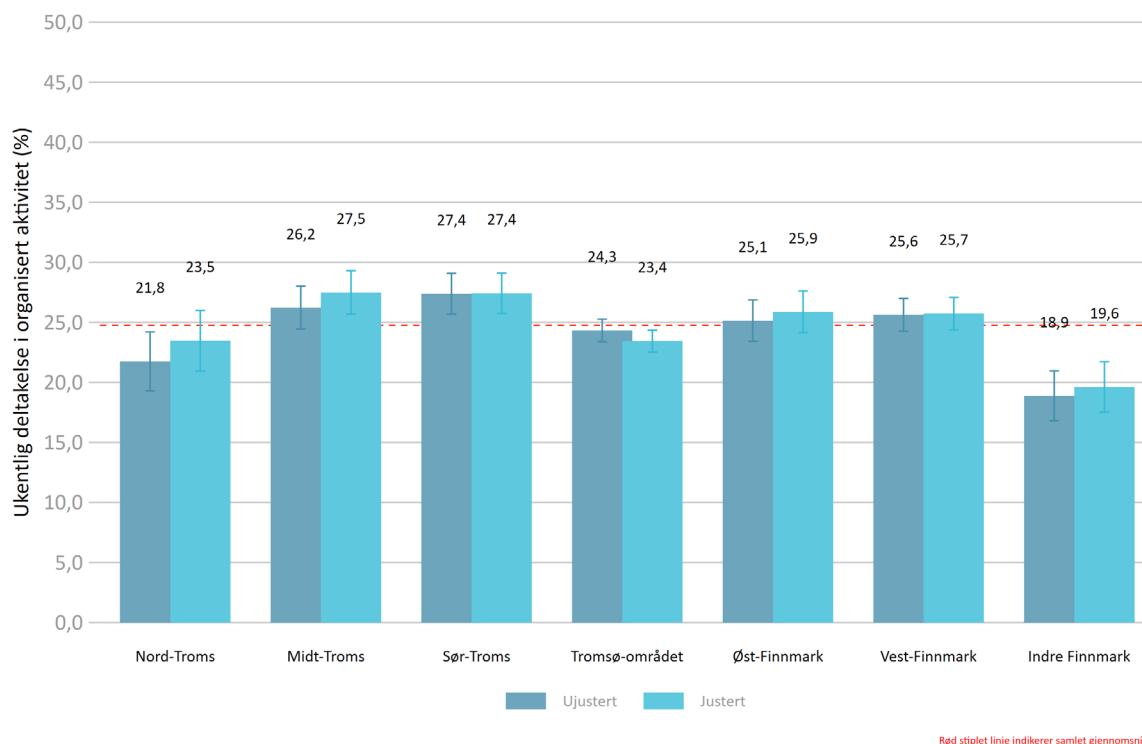


Figuren viser andelen som rapporterer godt (godt eller svært godt) utbygde gang- og sykkelveier fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer godt utbygde gang- og sykkelveier varierer ikke i vesentlig grad mellom kjønn og aldersgruppe.

1.11 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

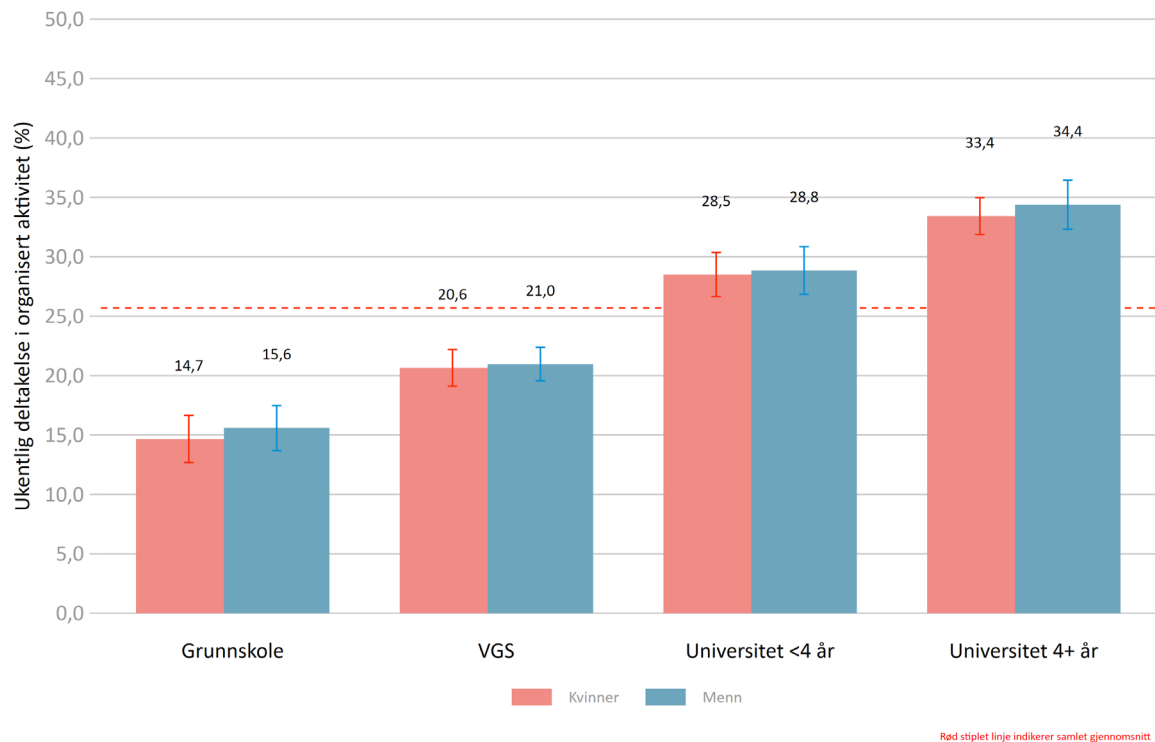
Totalt 21 707 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **24,76 %** (KI95%: 24,18-25,33). Andelen for kvinner var 25,00 % (n=11 814; KI95% 24,21-25,78) og andelen var 24,47 % (n=9 893; KI95% 23,62-25,32) for menn.

Figur 23: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet på tvers av regioner i Troms og Finnmark



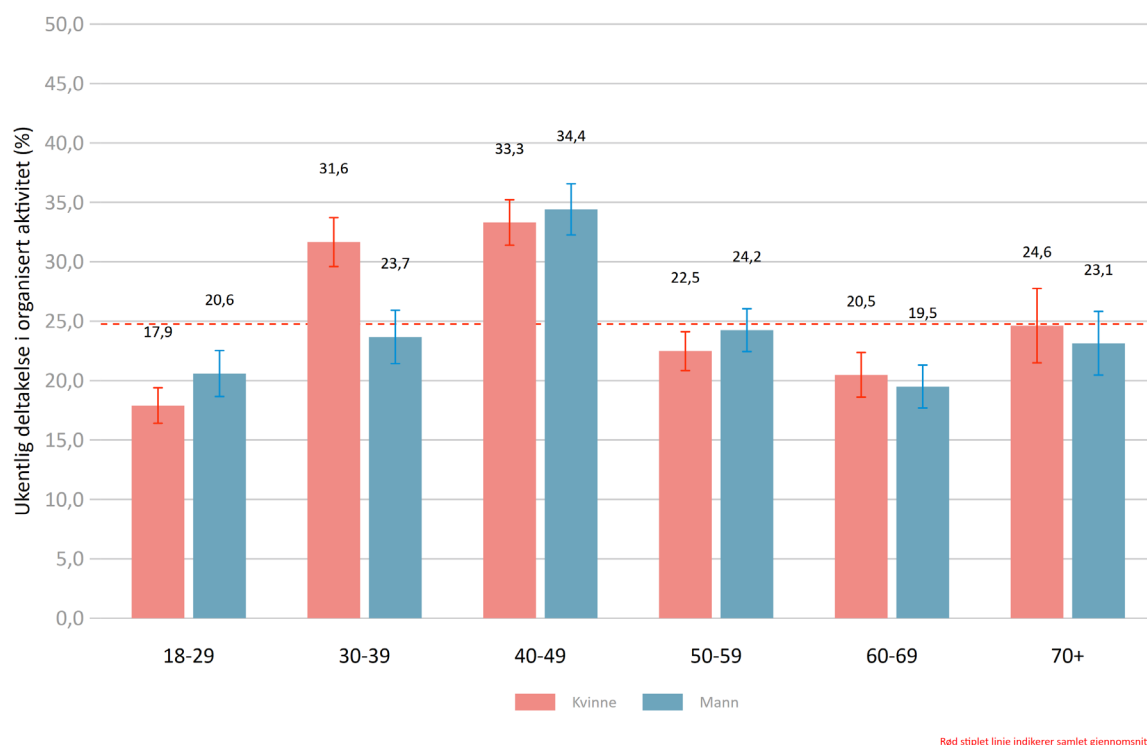
Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet, samlet og på tvers av regioner. Midt-Troms og Sør-Troms ligger over gjennomsnittet for alle regionene, mens Indre Finnmark og Tromsø-området ligger under gjennomsnittet (justerte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 24: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker ukentlig deltakelse i organisert aktivitet betydelig med økende utdanningsnivå. Blant de med høgskole eller universitetsutdanning ≥ 4 år er det mer enn dobbelt så mange som rapporterer at de ukentlig deltar i organisert aktivitet sammenlignet med de med grunnskoleutdanning. Forskjellene mellom menn og kvinner er ubetydelige.

Figur 25: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

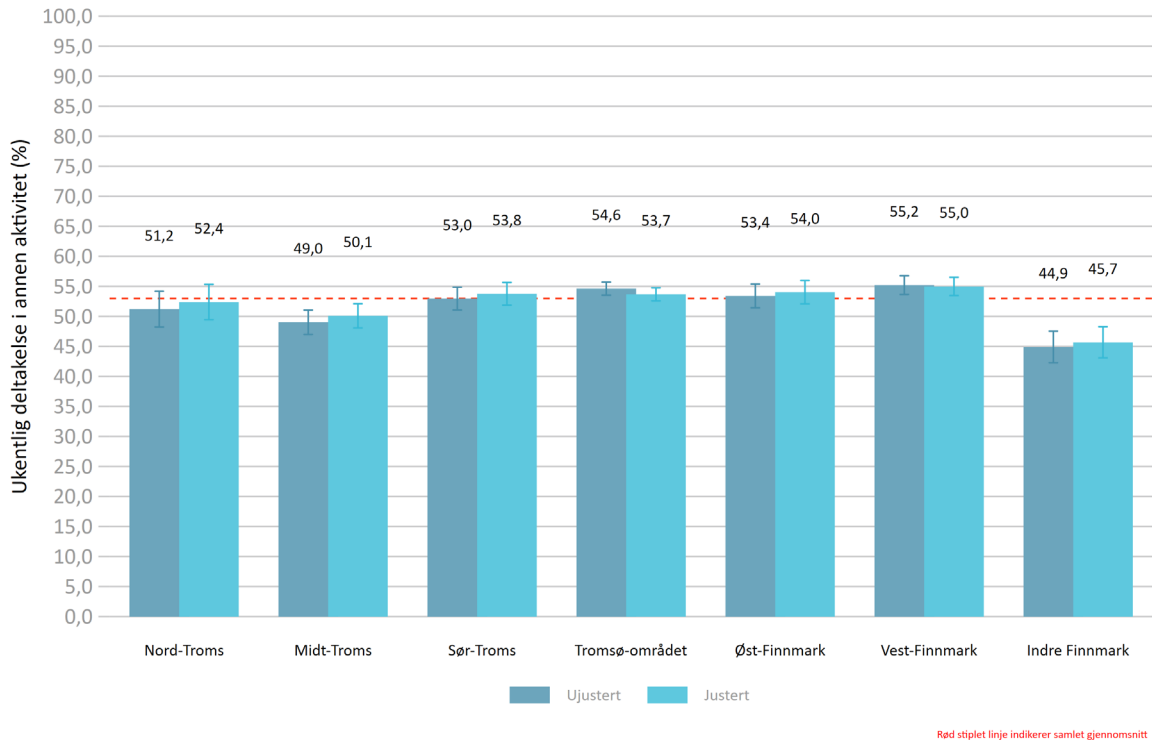


Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet fordelt på kjønn og alder. For menn er det en høyere andel som rapporterer ukentlig deltakelse i organisert aktivitet i alderen 40-49 år, for kvinner er andelen høyest i alderen 30-49 år. I aldersgruppen 30-39 år er det flere kvinner som rapporterer å delta i organisert aktivitet enn menn. Kjønnforskjellene i de øvrige aldersgruppene er ubetydelige.

1.12 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

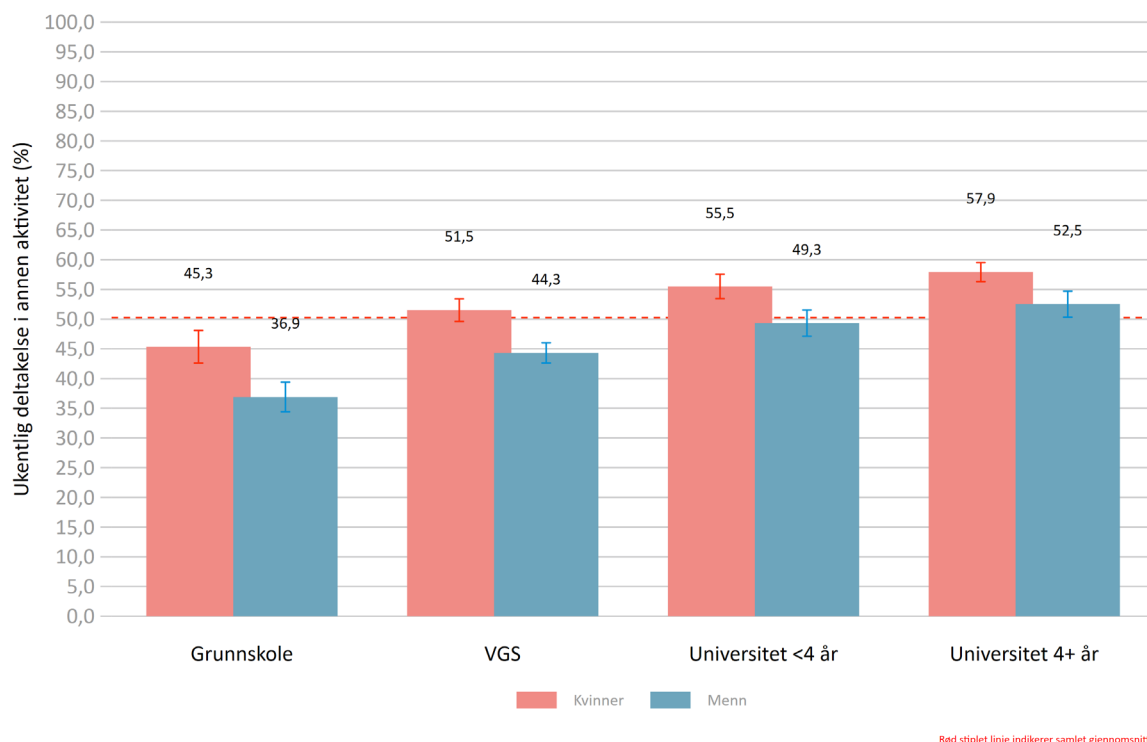
Totalt 21 721 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen for hele utvalget var **53,00 %** (KI95%: 52,34-53,67). Andelen for kvinner var 56,38 % (n=11 829; KI95% 55,48-57,27) og andelen var 48,97 % (n=9 892; KI95% 47,98-49,95) for menn.

Figur 26: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet på tvers av regioner i Troms og Finnmark



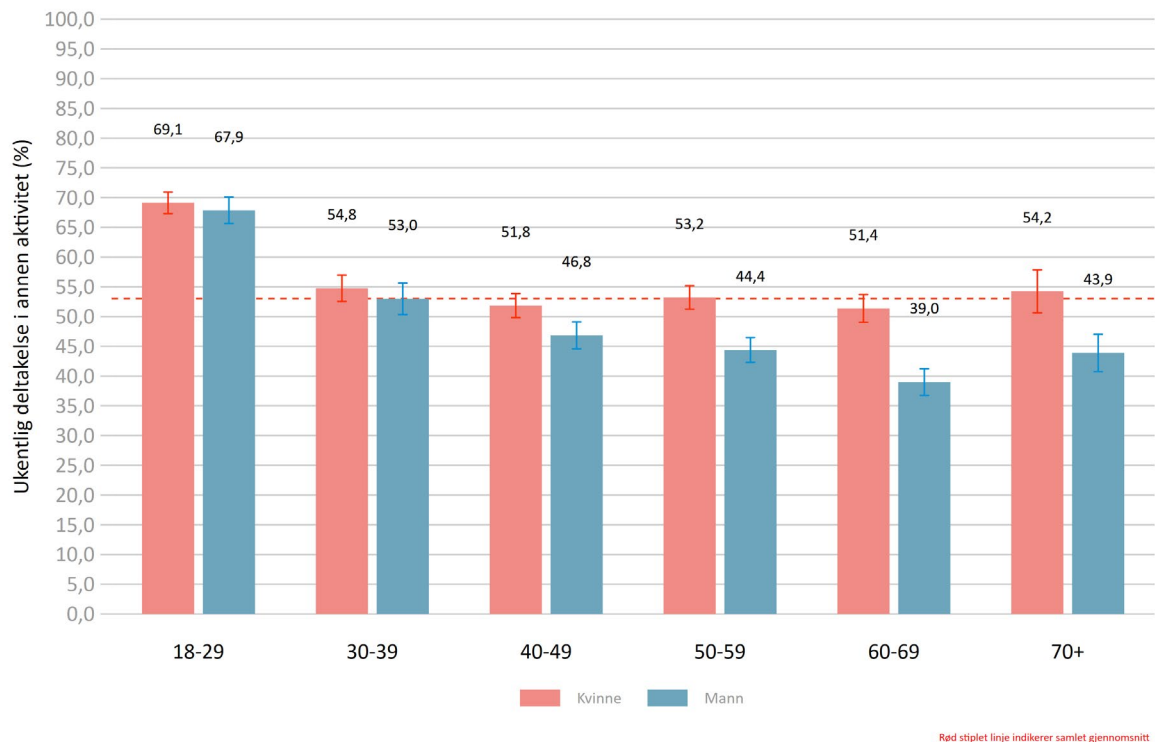
Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, samlet og på tvers av regioner. Det sees noe variasjon i ukentlig deltakelse i annen aktivitet på tvers av regionene. Indre Finnmark (45,7 %) og Midt-Troms (50,1 %) ligger under gjennomsnittet for alle regionene, mens Vest-Finnmark (55,0 %) ligger marginalt over gjennomsnittet (justerte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 27: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker ukentlig deltakelse i annen aktivitet noe med økende utdanningsnivå. Blant de med høgskole eller universitetsutdanning 4+ år er det 13 prosentpoeng flere kvinner og 16 prosentpoeng flere menn som deltar i annen aktivitet sammenlignet med de med grunnskoleutdanning. Uavhengig av utdanningsnivå er det flere kvinner enn menn som rapporterer at de ukentlig deltar i annen aktivitet, men kjønnsforskjellene er noe mer uttalt blant de med kort utdanning.

Figur 28: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

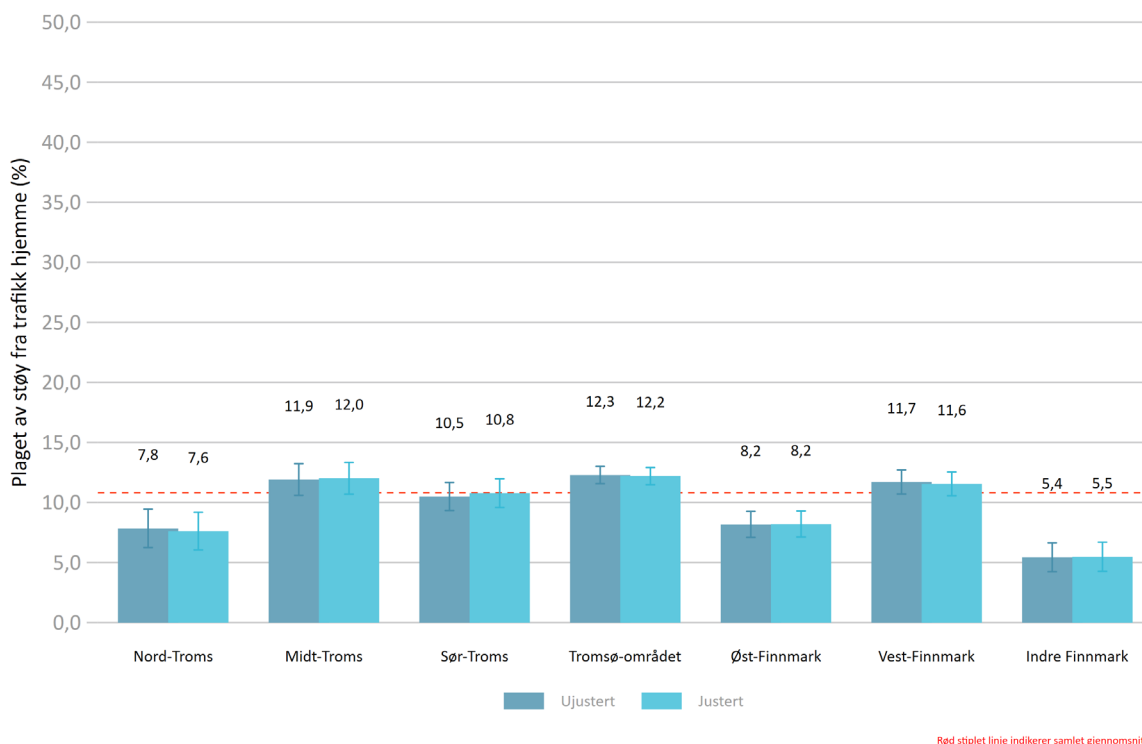


Figuren viser andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt på kjønn og alder. Ukentlig deltakelse i annen aktivitet er vesentlig høyere i aldersgruppen 18-29 enn i de øvrige aldersgruppene (>14 prosentpoeng forskjell for både menn og kvinner). For kvinner er ukentlig deltakelse nokså lik i de øvrige aldersgruppene. For menn sees en nedgang i andelen som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet med økende alder. Fra 40 år og oppover er det flere kvinner enn menn som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet.

1.13 Plaget av støy fra trafikk hjemme

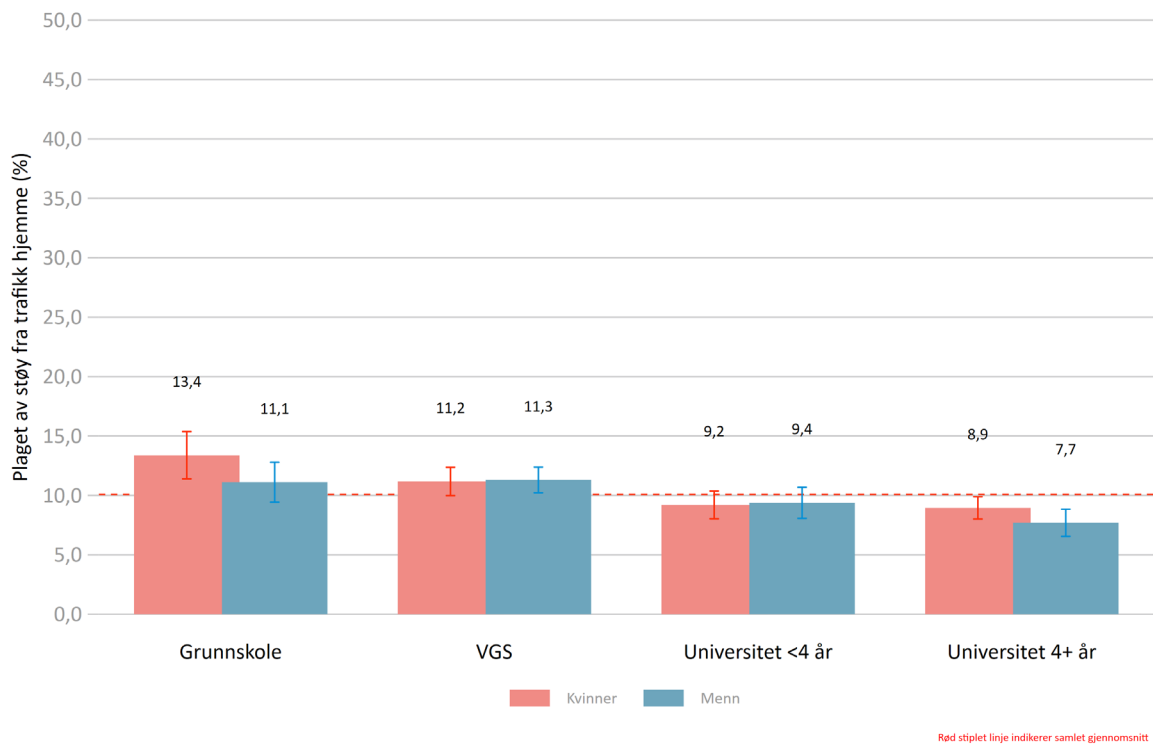
Totalt 21702 deltakere av 21761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Plaget av støy fra trafikk hjemme. Andelen for hele utvalget var **10,81 %** (KI95%: 10,40-11,22). Andelen for kvinner var 11,25 % (n=11819; KI95% 10,68-11,82) og andelen var 10,28 % (n=9883; KI95% 9,68-10,88) for menn.

Figur 29: Plaget av støy fra trafikk hjemme på tvers av regioner i Troms og Finnmark



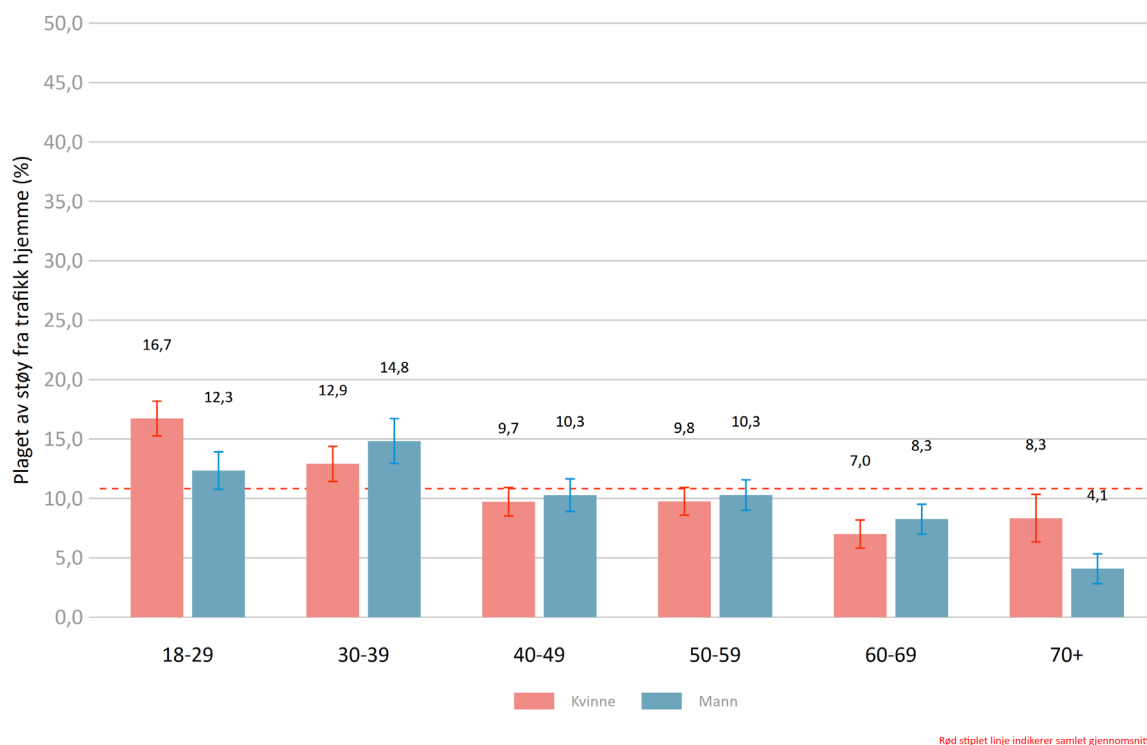
Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme, samlet og på tvers av regioner. Det er noe variasjon i andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme på tvers av regioner. Andelen er høyest i Tromsø-området og lavest i Indre Finnmark, Øst-Finnmark, og Nord-Troms. Der er ingen vesentlig forskjell mellom ujusterte og justerte estimat.

Figur 30: Plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Der er bare små forskjeller mellom utdanningsgruppene. Lavest andel som er plaget av støy fra trafikk når de er hjemme finner vi blant menn med høyskole- eller universitetsutdannelse.

Figur 31: Plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

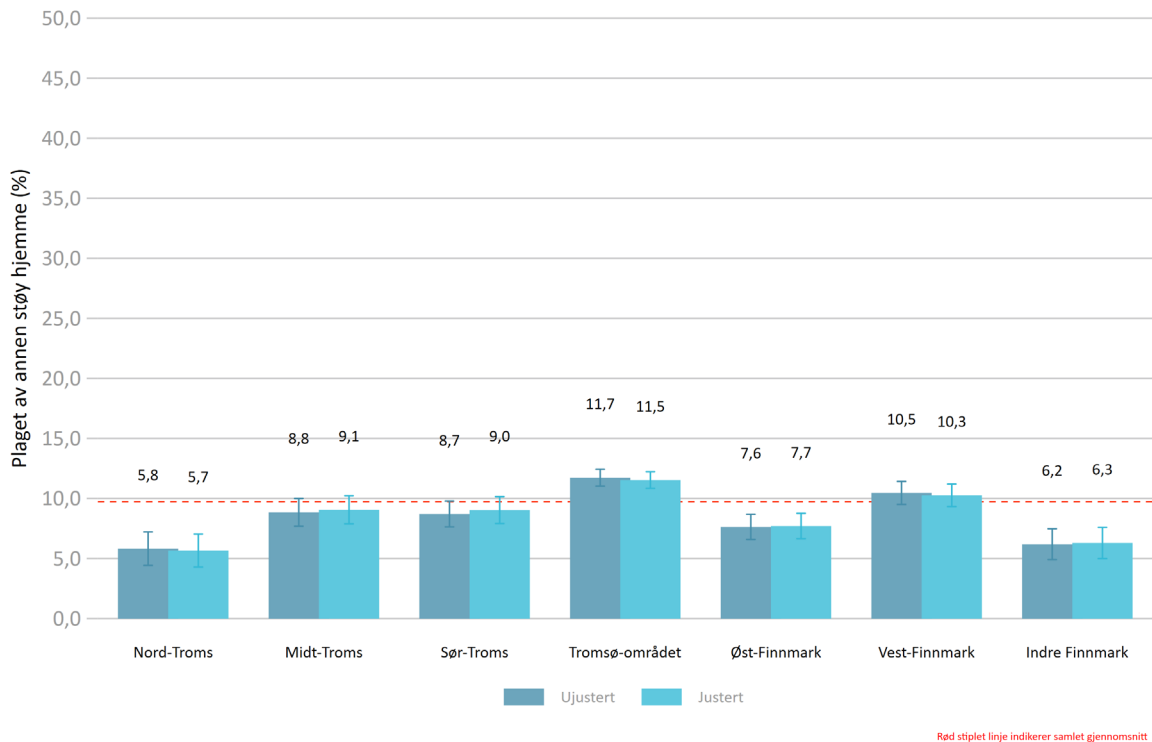


Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av støy fra trafikk hjemme fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn synker andelen som oppgir at de plages av støy med alderen. For kvinner er andelen som rapporterer støyplager lavest i aldersgruppen 60-69 år, og for menn er den lavest i aldersgruppen 70+ år. En høyere andel kvinner enn menn i aldersgruppen 18-29 år rapporterer om plager med støy fra trafikk hjemme. Disse kjønnsforskjellene er også til stede i aldersgruppen 70+ år. For de øvrige aldersgruppene er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller.

1.14 Plaget av annen støy hjemme

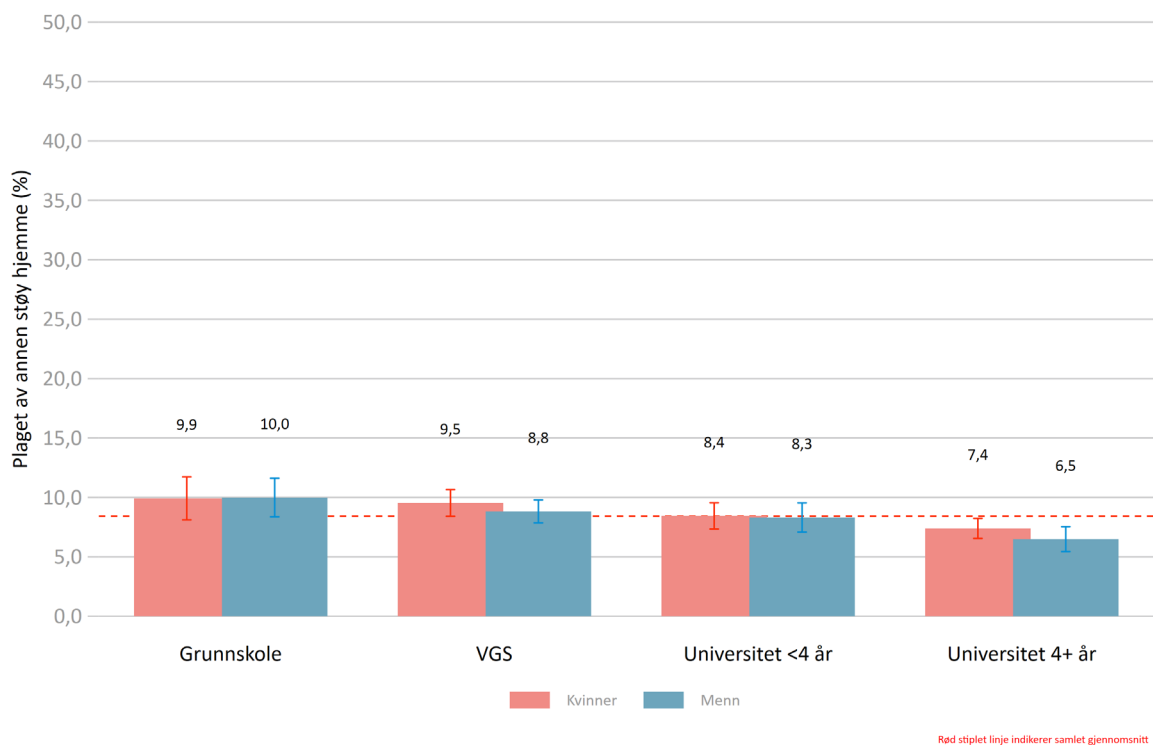
Totalt 21721 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Plaget av annen støy hjemme. Andelen for hele utvalget var **9,72 %** (KI95%: 9,33-10,12). Andelen for kvinner var 10,15 % (n=11 834; KI95% 9,60-10,69) og andelen var 9,21 % (n=9 887; KI95% 8,64-9,78) for menn.

Figur 32: Plaget av annen støy hjemme på tvers av regioner i Troms og Finnmark



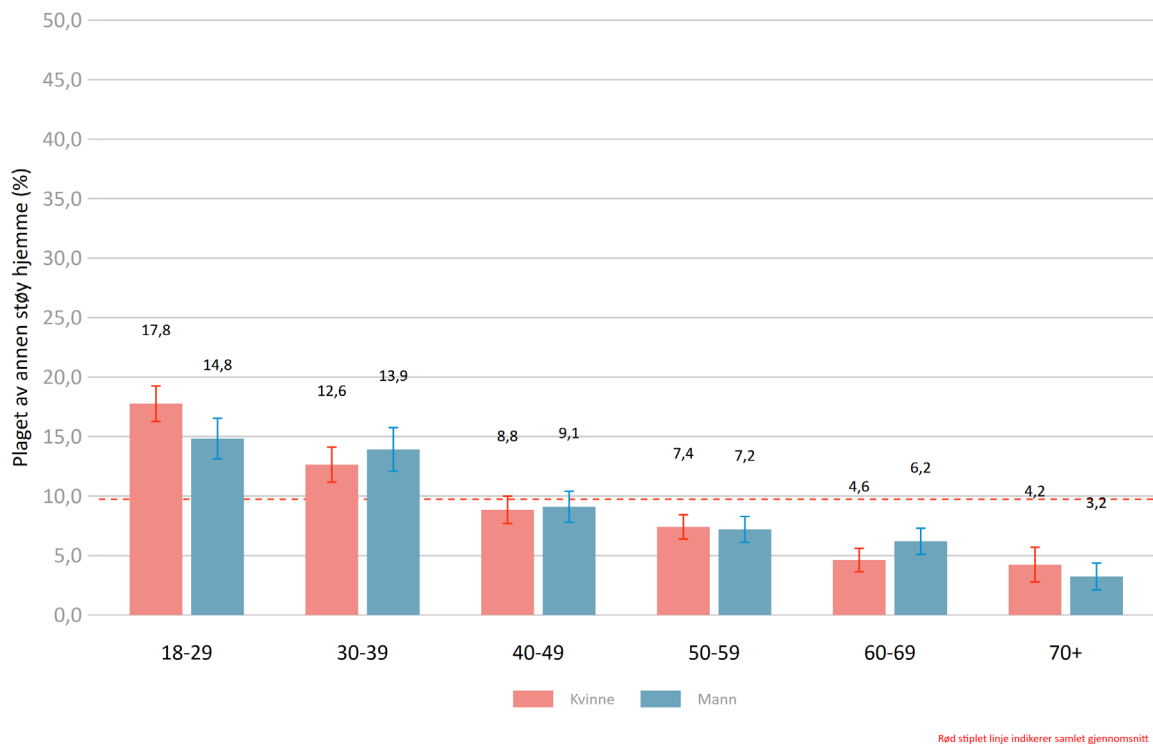
Figuren viser andelen som rapporterer at de er plaget av annen støy hjemme (utover trafikkstøy), samlet og på tvers av regioner. Det er noe variasjon på tvers av regionene. Andelen som rapporterer plager er høyest i Tromsø-området, der tallene er signifikant høyere enn gjennomsnittet for alle regionene. For Nord-Troms, Indre Finnmark, og Øst-Finnmark er tallene signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle regionene. Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er ubetydelige.

Figur 33: Plaget av annen støy hjemme fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme (utover trafikkstøy) fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er bare små forskjeller mellom utdanningsgruppene. Lavest andel som er plaget av støy når de er hjemme finner vi blant menn med 4+ år med høgskole eller universitetsutdannelse. Både blant kvinner og menn med 4+ år med høgskole- eller universitetsutdannelse er andelen som rapporterer støyplager signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle utdanningsgruppene.

Figur 34: Plaget av annen støy hjemme fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

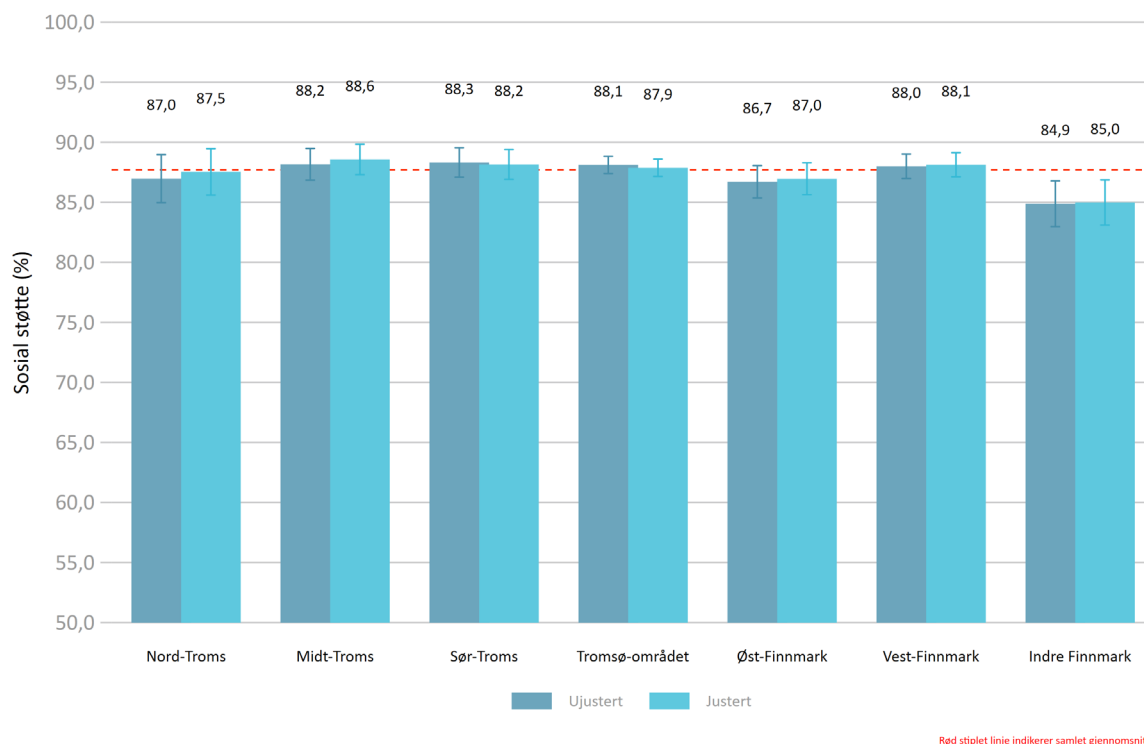


Figuren viser andelen som rapporterer å være plaget av annen støy hjemme (utover trafikkstøy) fordelt på kjønn og aldersgruppe. For både menn og kvinner sees en klar alderstrend, der andelen som oppgir støyplager hjemme synker med økende alder. Forskjellene mellom kvinner og menn innen hver aldersgruppe er ubetydelig.

1.15 Sosial støtte

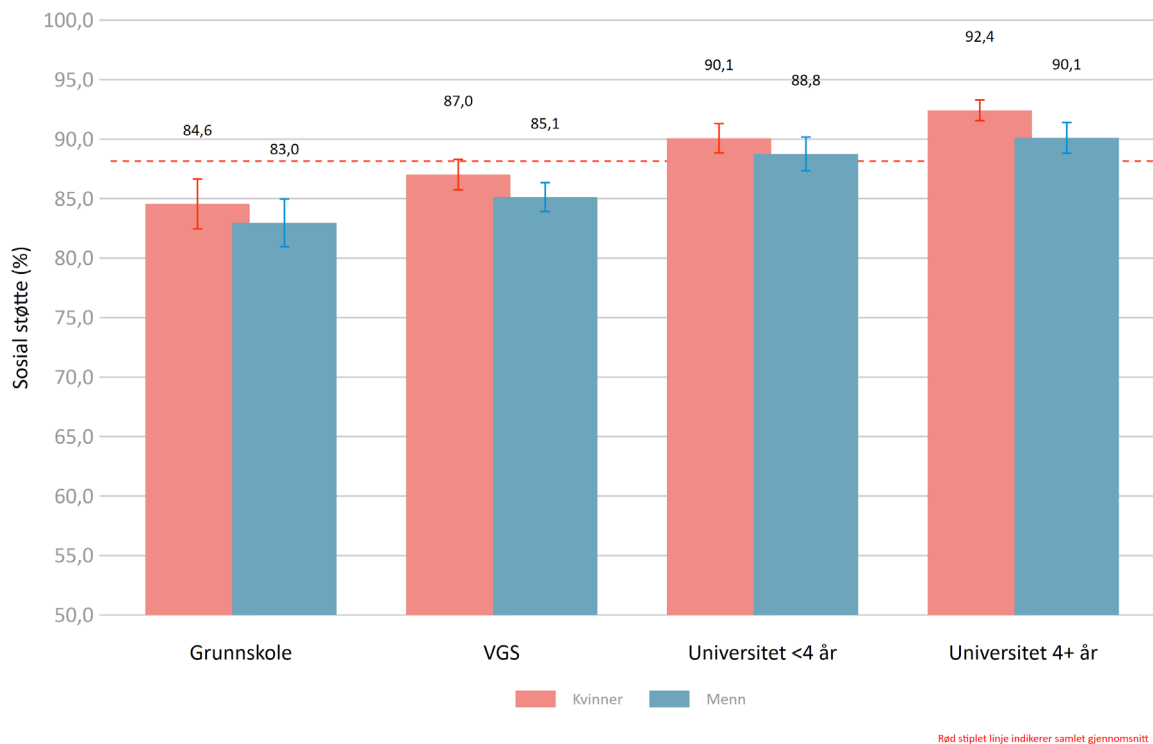
Totalt 21 661 deltakere av 21 761 (99,5 %) hadde gyldig besvarelse på Sosial støtte. Andelen for hele utvalget var **87,71 %** (KI95%: 87,27-88,14). Andelen for kvinner var 88,82 % (n=11 796; KI95% 88,25-89,39) og andelen var 86,38 % (n=9 865; KI95% 85,70-87,05) for menn.

Figur 35: Sosial støtte på tvers av regioner i Troms og Finnmark



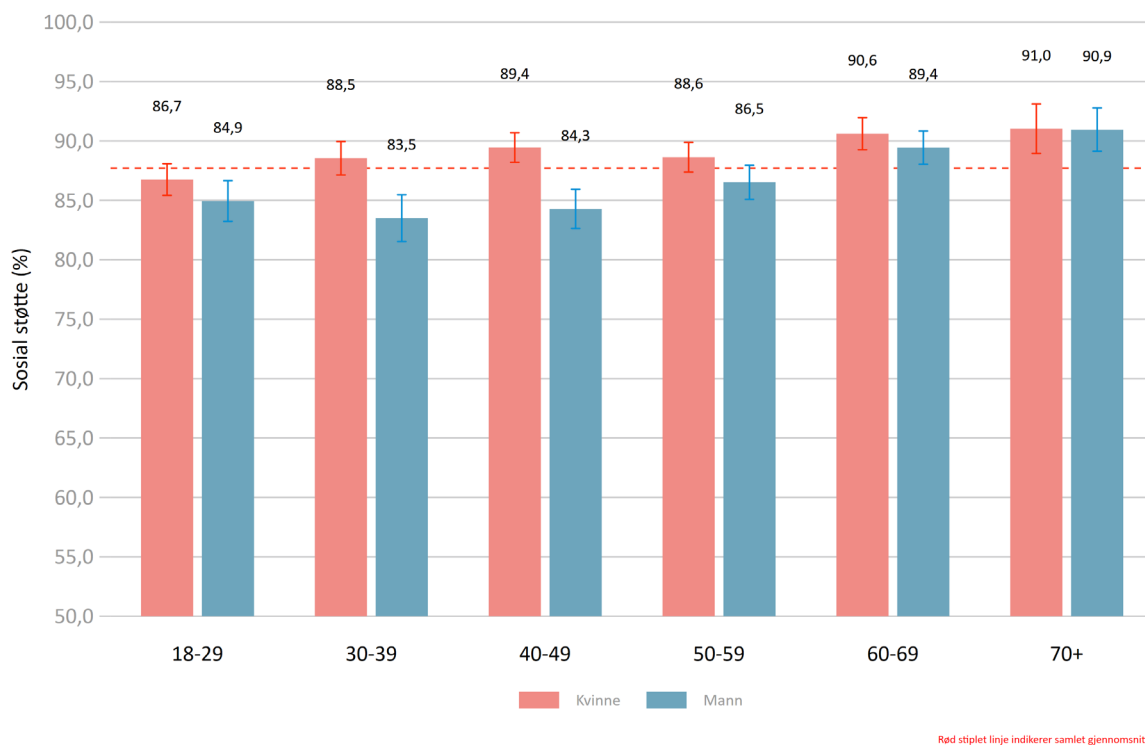
Figuren viser andelen som rapporterer å oppleve høy grad av sosial støtte, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Der er ubetydelige forskjeller mellom de fleste regionene, med unntak av Indre Finnmark, der andelen som rapporterer høy grad av sosial støtte er signifikant lavere enn gjennomsnittet for regionene. Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er ubetydelige.

Figur 36: Sosial støtte fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer å oppleve sosial støtte fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker andelen som opplever høy grad av sosial støtte noe med økende utdanningsnivå. Det er stort sett ingen forskjeller mellom menn og kvinner i opplevelsen av sosial støtte. Unntaket er for gruppen som er høgskole- eller universitetsutdannet 4+ år, der kvinner rapporterer at de opplever signifikant mer sosial støtte enn menn – forskjellen er likevel liten med kun 2,3 %.

Figur 37: Sosial støtte fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

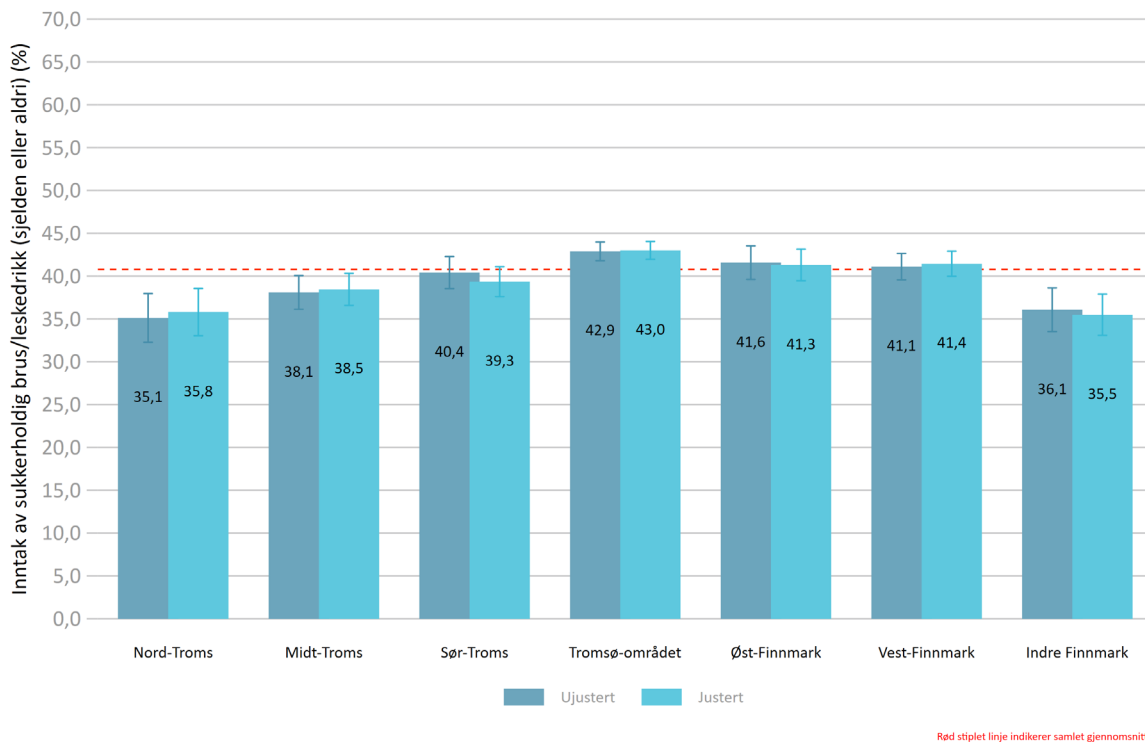


Figuren viser andelen som rapporterer at de opplever høy grad av sosial støtte fordelt på kjønn og alder. For menn er det en alderstrend fra 40 år og eldre, der andelen som rapporterer sosial støtte øker med økende alder. Denne alderstrenden er mindre tydelig for kvinner. Kvinner rapporterer noe høyere sosial støtte enn menn. Denne kjønnsforskjellen er signifikant for aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år.

1.16 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri)

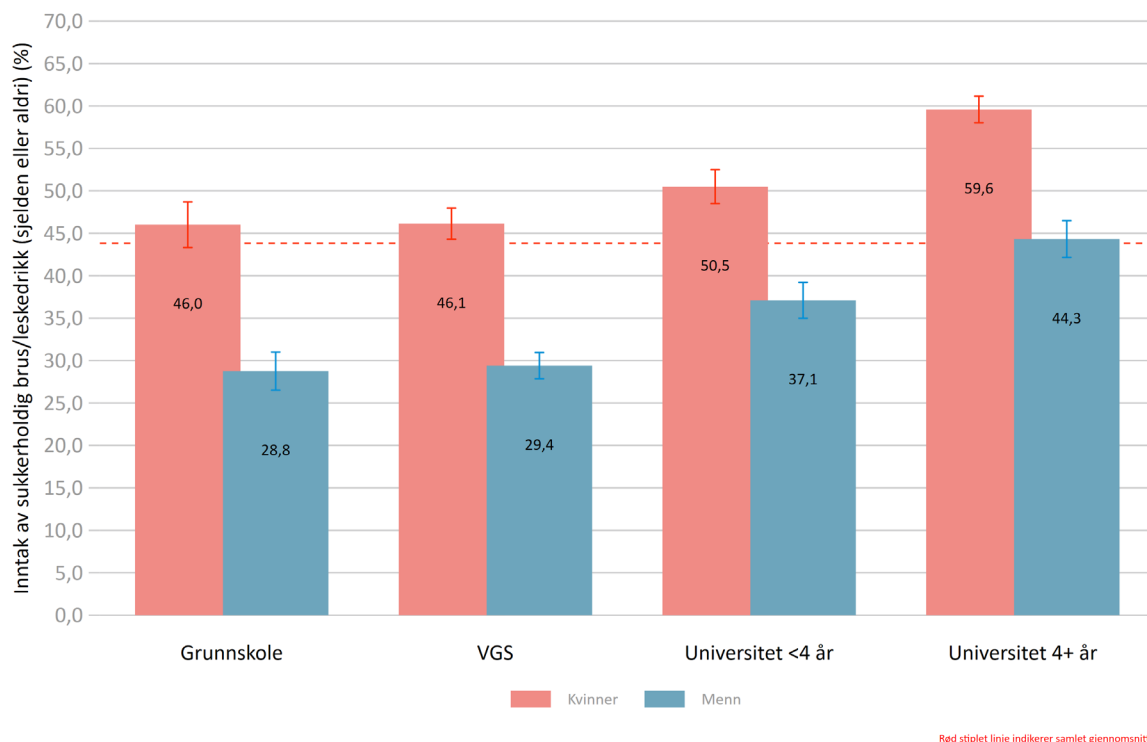
Totalt 21 721 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri). Andelen for hele utvalget var **40,79 %** (KI95%: 40,14-41,44). Andelen for kvinner var 47,83 % (n=11 825; KI95% 46,93-48,73) og andelen var 32,38 % (n=9 896; KI95% 31,45-33,30) for menn.

Figur 38: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri) på tvers av regioner i Troms og Finnmark



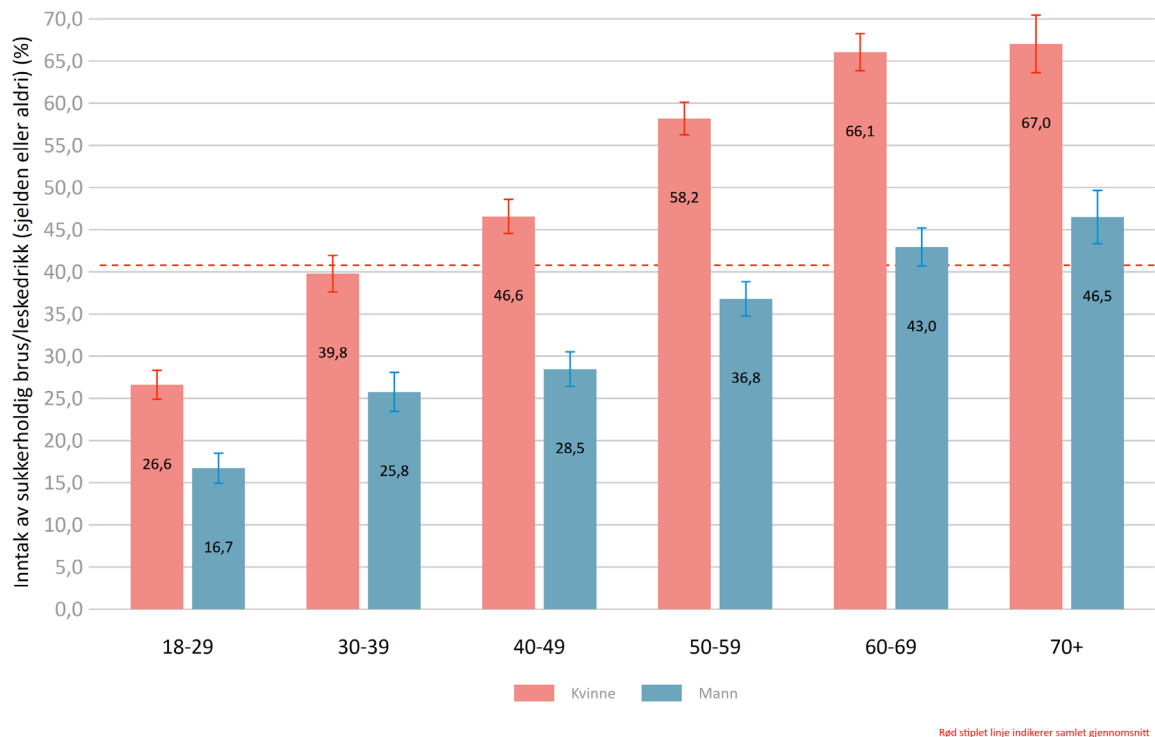
Figuren viser andelen som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. I Tromsø-området er andelen som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk signifikant høyere enn gjennomsnittet for regionene. For Indre Finnmark, Nord-Troms og Midt-Troms er andelen signifikant lavere enn gjennomsnittet for regionene. Forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater anses som ubetydelig.

Figur 39: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri) fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som oppgir at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner øker andelen som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk med økende utdanningsnivå. På alle utdanningsnivå er det flere kvinner enn menn som rapporterer at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk.

Figur 40: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk (sjelden eller aldri) fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

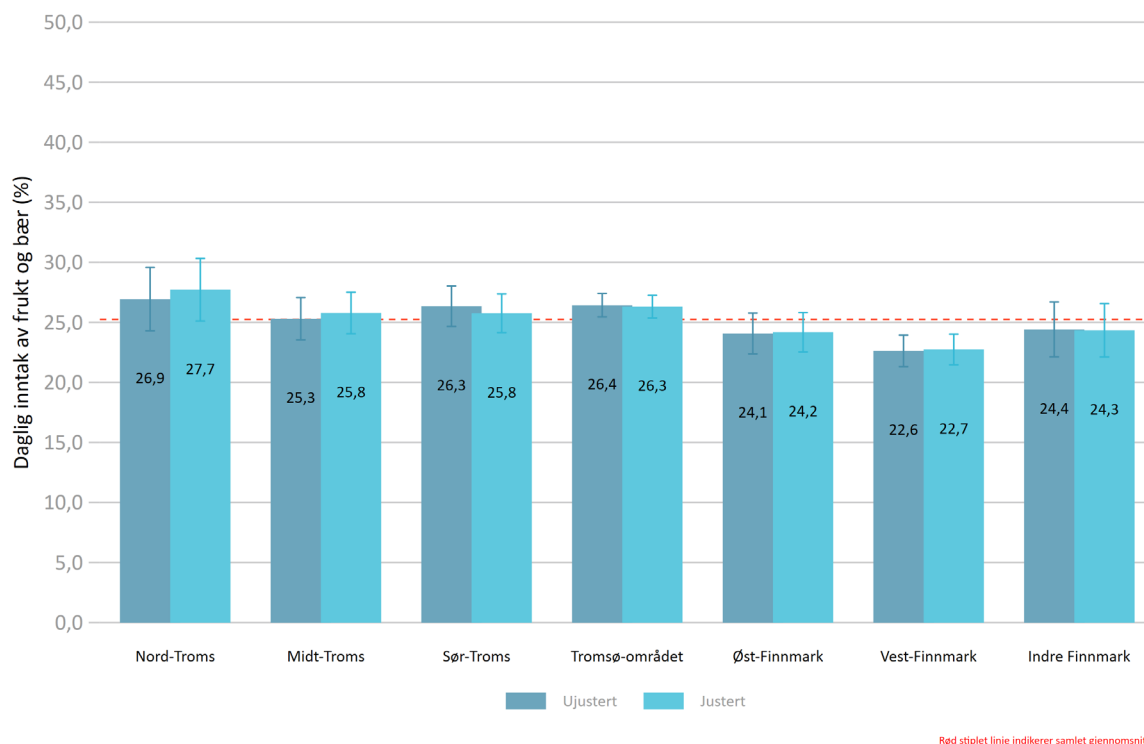


Figuren viser andelen som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner ser vi en klar aldersvariasjon, der andelen som oppgir at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk øker med alderen. Der er også betydelige kjønnsforskjeller på tvers av alle aldersgruppene. Det er minst 10 prosentpoeng høyere andel blant kvinner enn blant menn som oppgir at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus/leskedrikk.

1.17 Daglig inntak av frukt og bær

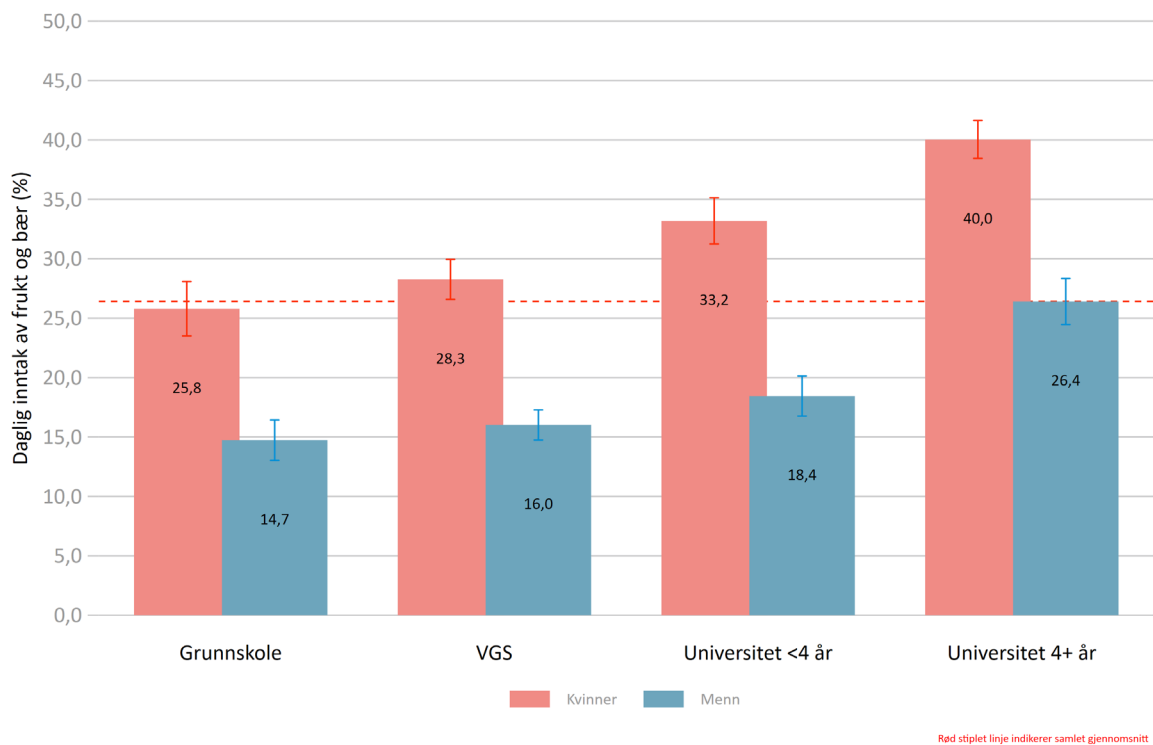
Totalt 21 713 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig inntak av frukt og bær. Andelen for hele utvalget var **25,25 %** (KI95%: 24,67-25,83). Andelen for kvinner var 31,61 % (n=11 825; KI95% 30,77-32,45) og andelen var 17,64 % (n=9 888; KI95% 16,89-18,39) for menn.

Figur 41: Daglig inntak av frukt og bær på tvers av regioner i Troms og Finnmark



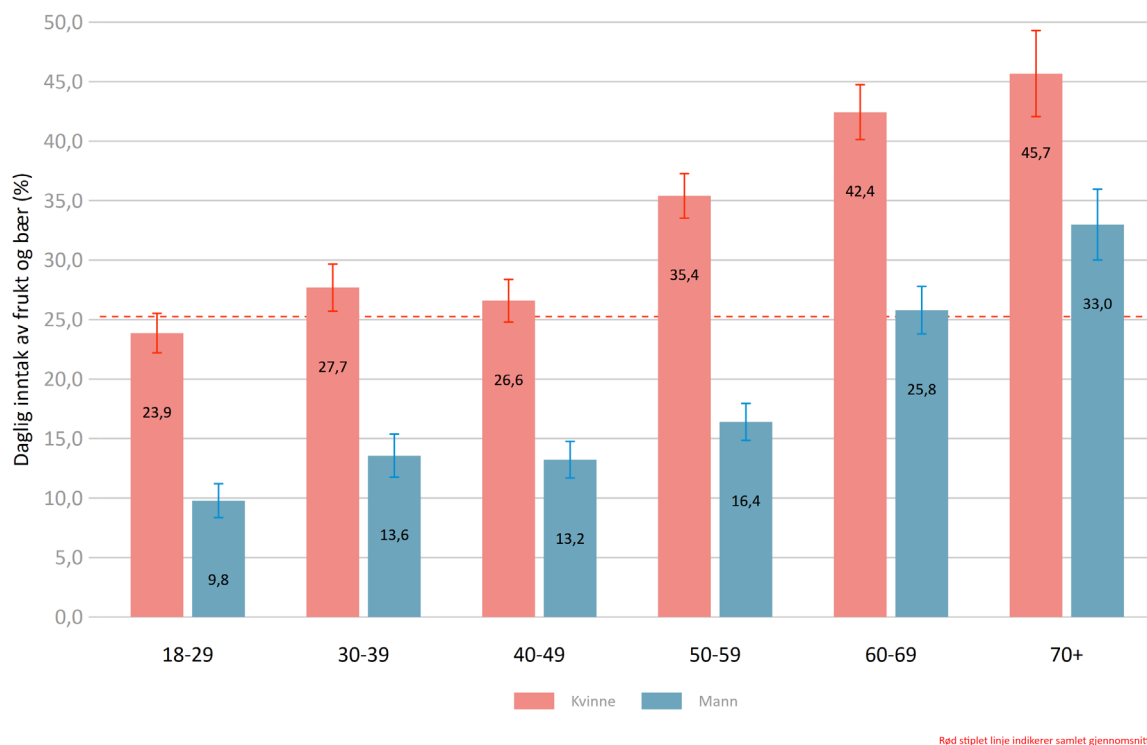
Figuren viser daglig inntak av frukt og bær, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Der er noe variasjon i daglig inntak av frukt og bær på tvers av regionene. Andelen er høyest i Nord-Troms (27,7 %), men med relativt store konfidensintervall. Tallene fra Tromsø-området (26,3 %) er noe lavere enn for Nord-Troms, men konfidensintervallene fra Tromsø-området er mindre, noe som gjør at Tromsø-området er signifikant høyere enn gjennomsnittet for regionene. Laveste andel som rapporterer daglig inntak av frukt og bær finner vi i Vest-Finnmark (22,7 %), der denne også er signifikant lavere enn gjennomsnittet for regionene. Der er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte estimater.

Figur 42: Daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner er andelen som rapporterer at de har et daglig inntak av frukt og bær litt høyere for de med høgskole- eller universitetsutdanning og høyest for de som har minst 4 år med høgskole- eller universitetsutdanning. Andel med daglig inntak av frukt og bær er >10 prosentpoeng høyere for deltakere med minst fire års høgskole- eller universitetsutdanning enn for de med grunnskole og VGS-nivå utdanning. Det sees også betydelige kjønnsforskjeller (andelen er over 10 prosentpoeng høyere for kvinner på tvers av utdanningsnivå).

Figur 43: Daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

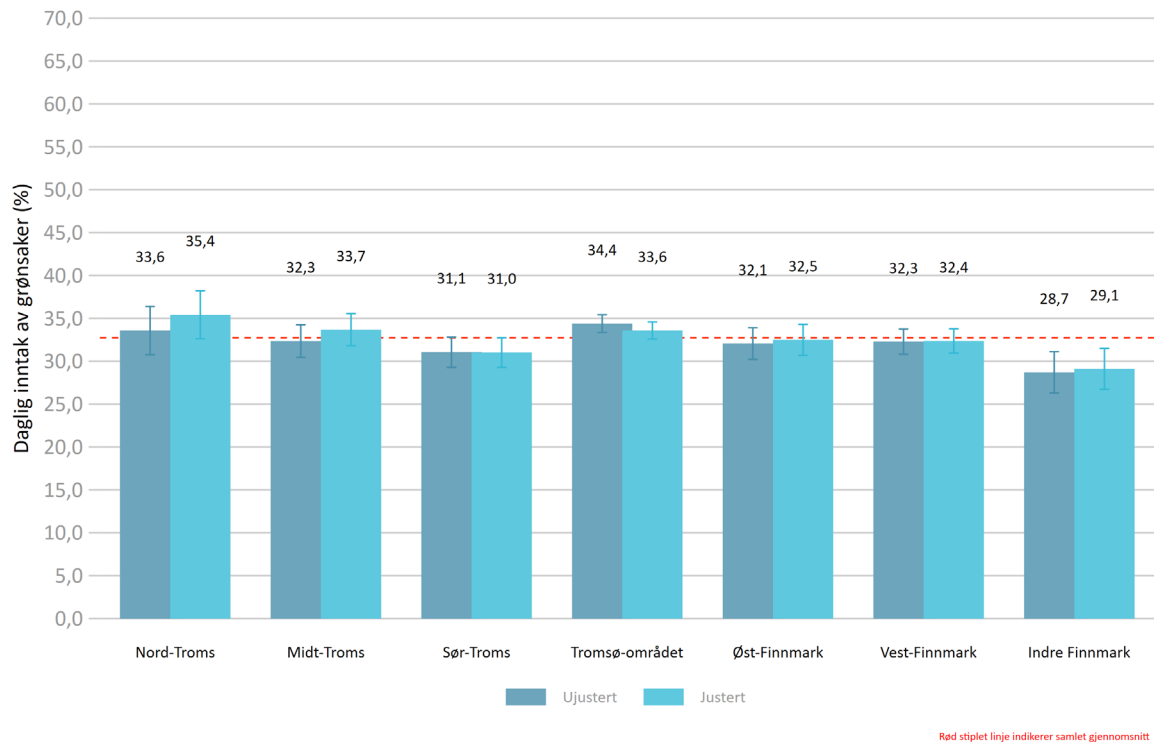


Figuren viser daglig inntak av frukt og bær fordelt på kjønn og aldersgrupper. For både menn og kvinner sees en klar alderstrend, der andelen som oppgir daglig inntak av frukt og bær øker med alderen, særlig fra alderen 40-49 år og eldre. Der er også betydelige kjønnsforskjeller (andelen er over 10 prosentpoeng høyere for kvinner i alle aldersgruppene).

1.18 Daglig inntak av grønnsaker

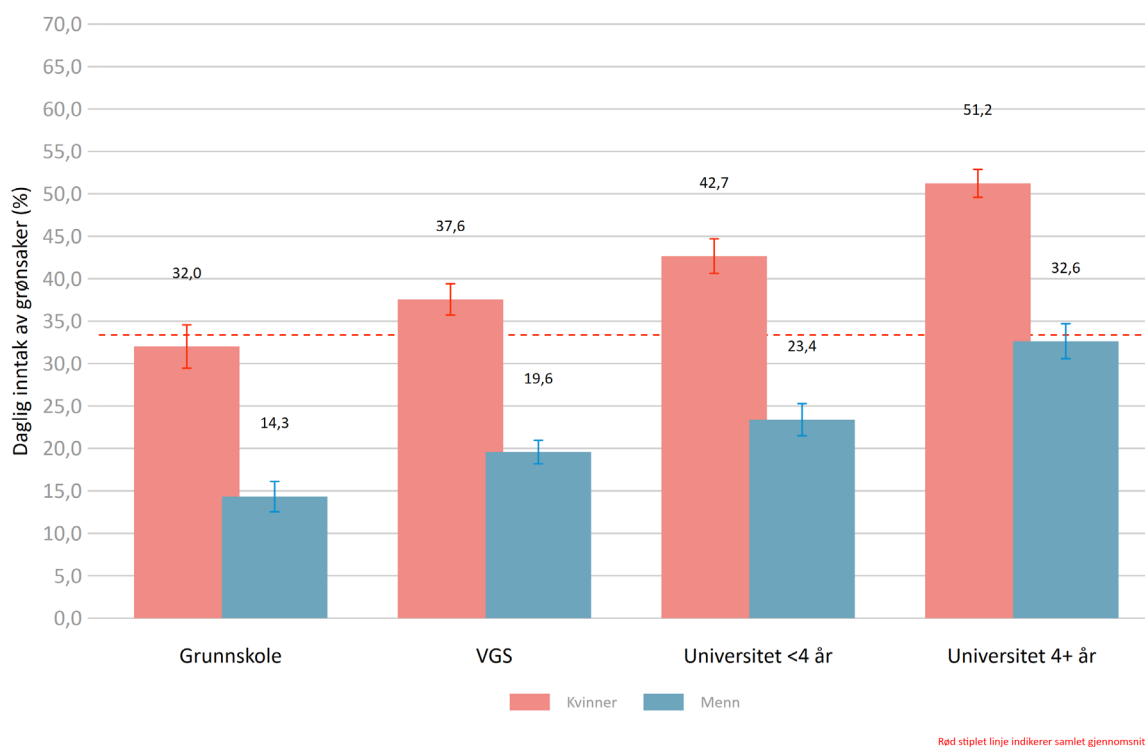
Totalt 21 698 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **32,73 %** (KI95%: 32,10-33,35). Andelen for kvinner var 41,58 % (n=11 817; KI95% 40,69-42,46) og andelen var 22,14 % (n=9 881; KI95% 21,32-22,96) for menn.

Figur 44: Daglig inntak av grønnsaker på tvers av regioner i Troms og Finnmark



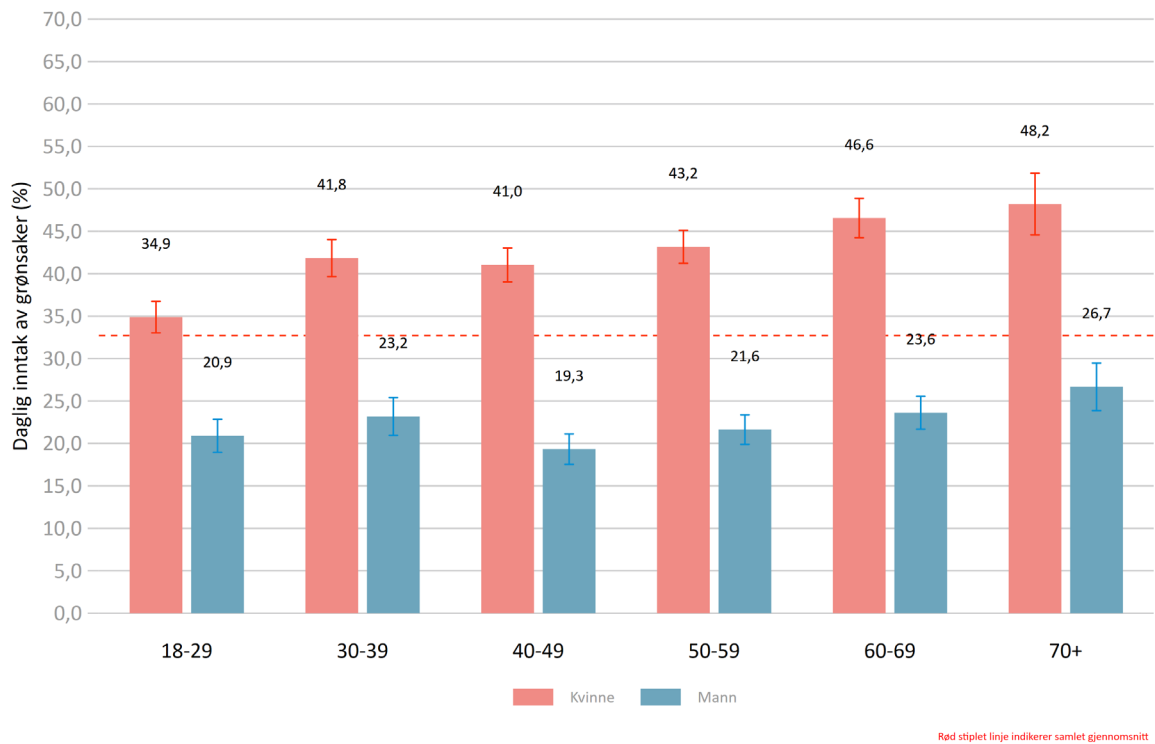
Figuren viser andelen som oppgir at de har et daglig inntak av grønnsaker, samlet og for hver av regionene i Troms og Finnmark. Der er noe variasjon i daglig inntak av grønnsaker på tvers av regionene. Forskjellen mellom den regionen som har høyest prosent og den som har lavest prosent er bare på 6,3 prosentpoeng (justerte tall). Sammenlignet med gjennomsnittet for regionene, er andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker signifikant lavere i Indre Finnmark, og grensesignifikant lavere i Sør-Troms. Forskjellene mellom de andre regionene er ikke vesentlig. Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 45: Daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som oppgir at de har et daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som spiser grønnsaker med utdanningsnivå. Det er mer enn 16 prosentpoeng flere som rapporterer daglig inntak av grønnsaker blant de med 4+ år høgskole- eller universitetsutdannelse sammenlignet med de som har grunnskoleutdannelse. I alle utdanningsgruppene er andelen som spiser grønnsaker vesentlig høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 46: Daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

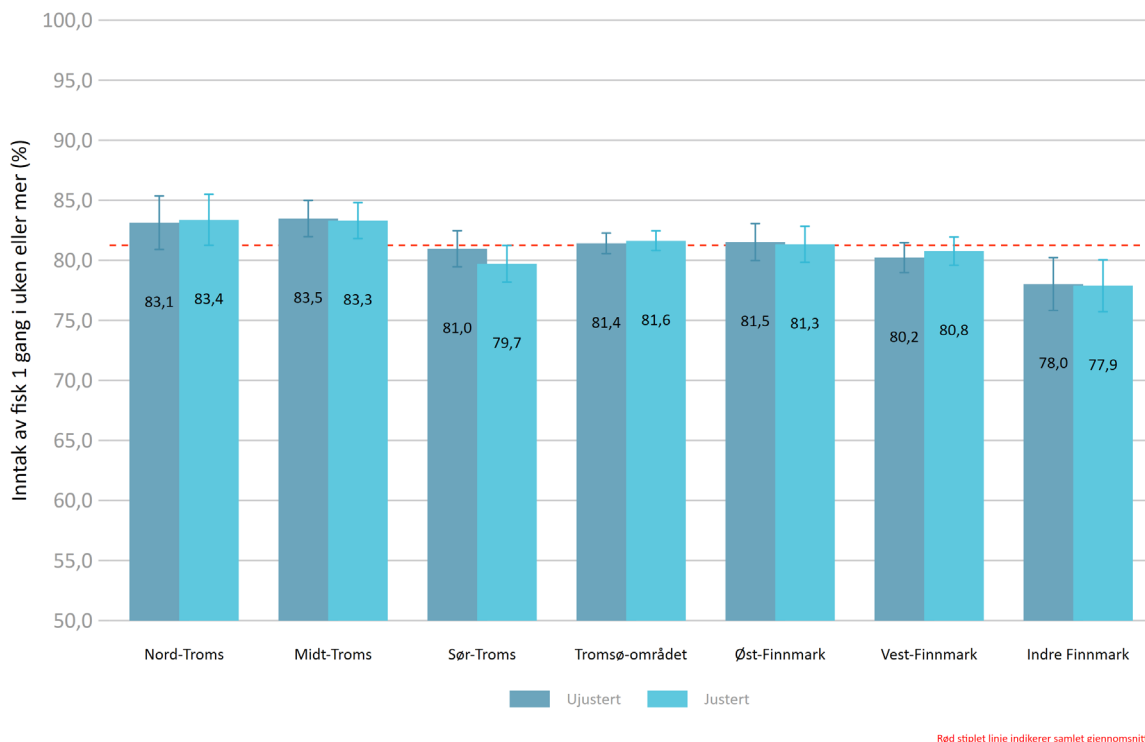


Figuren viser andelen som oppgir at de har et daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og alder. For kvinner er det en forholdsvis jevn økning i andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker med økende alder. Denne alderstrenden er mindre tydelig for menn. Men fra aldersgruppen 40-49 år og eldre er det en økning i andelen menn som rapporterer daglig inntak av grønnsaker. Kjønnforskjellene er store og statistisk signifikante i alle aldersgruppene, der en høyere andel kvinner enn menn rapporterer daglig inntak av grønnsaker.

1.19 Inntak av fisk 1 gang i uken eller mer

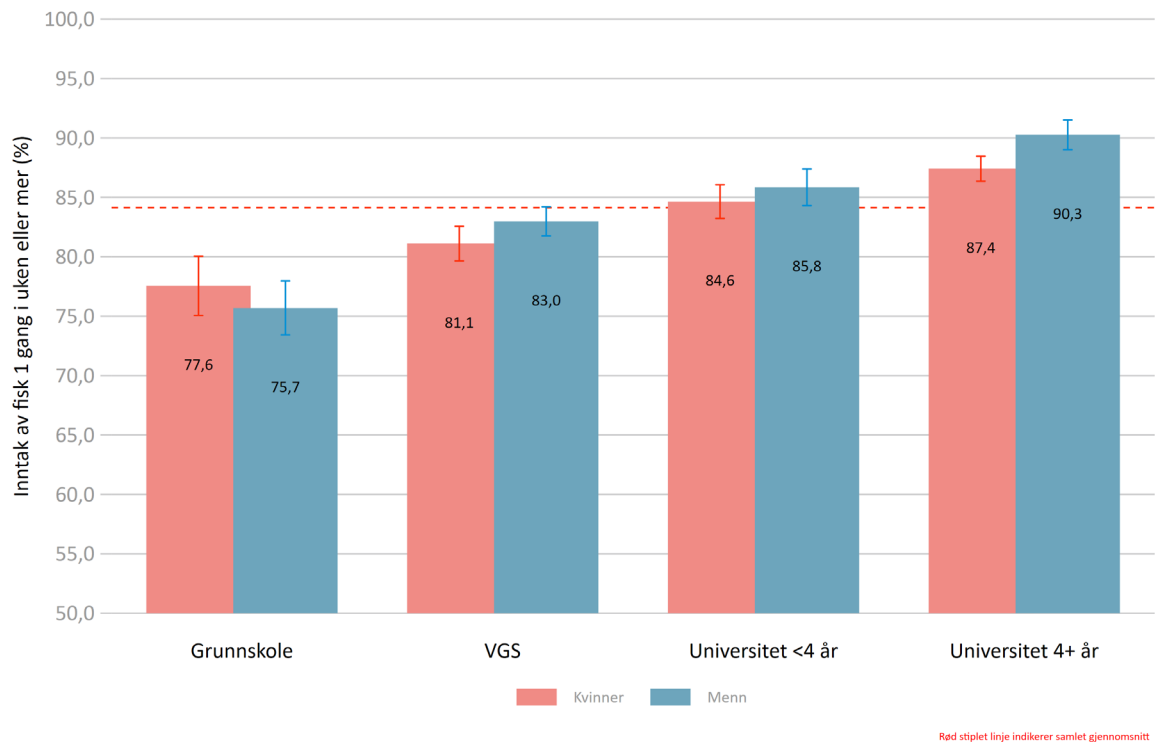
Totalt 21 723 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Inntak av fisk 1 gang i uken eller mer. Andelen for hele utvalget var **81,25 %** (KI95%: 80,73-81,77). Andelen for kvinner var 80,93 % (n=11 831; KI95% 80,22-81,64) og andelen var 81,63 % (n=9 892; KI95% 80,87-82,39) for menn.

Figur 47: Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere på tvers av regioner i Troms og Finnmark



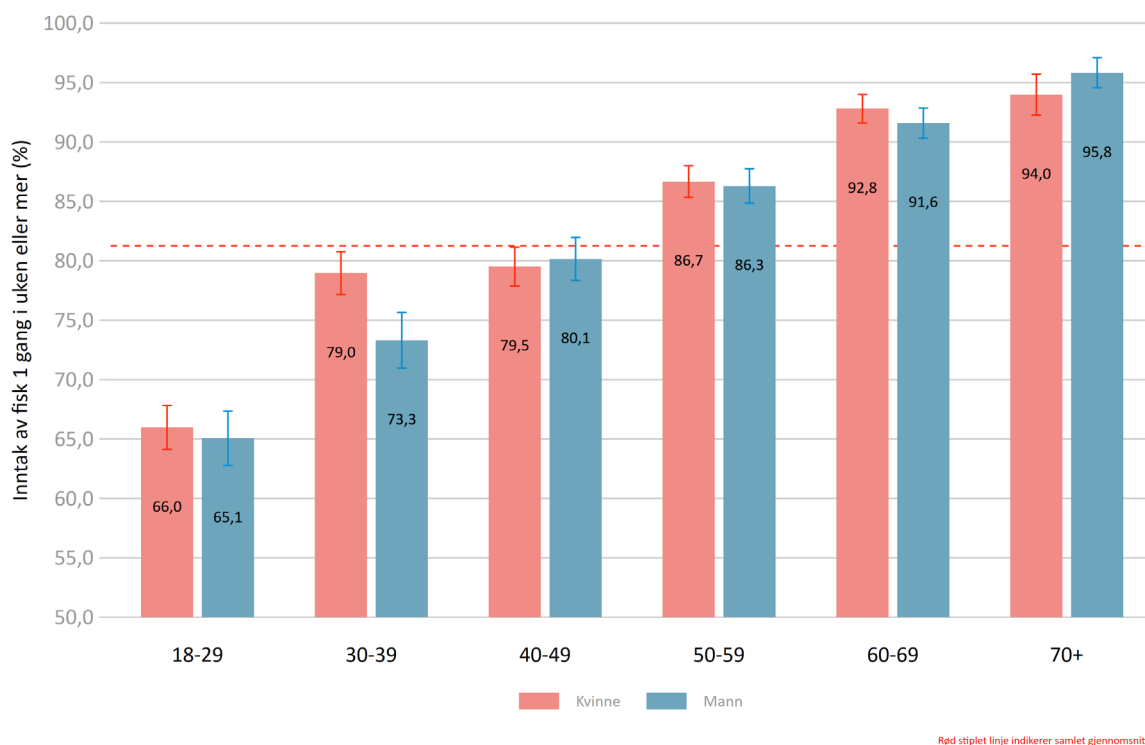
Figuren viser andelen som rapporterer inntak av fisk minst en gang i uken, samlet og for hver av regionene i Troms og Finnmark. Der er noe variasjon i andelen som rapporterer inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere på tvers av regionene. Sammenlignet med gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet, er andelen som rapporterer inntak av fisk minst 1 gang i uken signifikant lavere i Indre Finnmark, og grensesignifikant lavere i Sør-Troms (justerte verdier). Midt-Troms og Nord-Troms har den høyeste andelen som rapporterer inntak av fisk minst 1 gang i uken, men det er kun Midt-Troms som ligger signifikant høyere enn gjennomsnittet for regionene (pga. smalere konfidensintervall). Det er ingen betydelige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 48: Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer inntak av fisk minst en gang i uken fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som rapporterer inntak av fisk minst 1 gang i uken øker med utdanningsnivå. Kjønnforskjellen er statistisk sikker bare blant de med 4+ år med høgskole eller universitetsutdannelse. For de med 4+ år med høgskole- eller universitetsutdannelse rapporterer en høyere andel av mennene inntak av fisk minst 1 gang i uken.

Figur 49: Inntak av fisk 1 gang i uken eller oftere fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

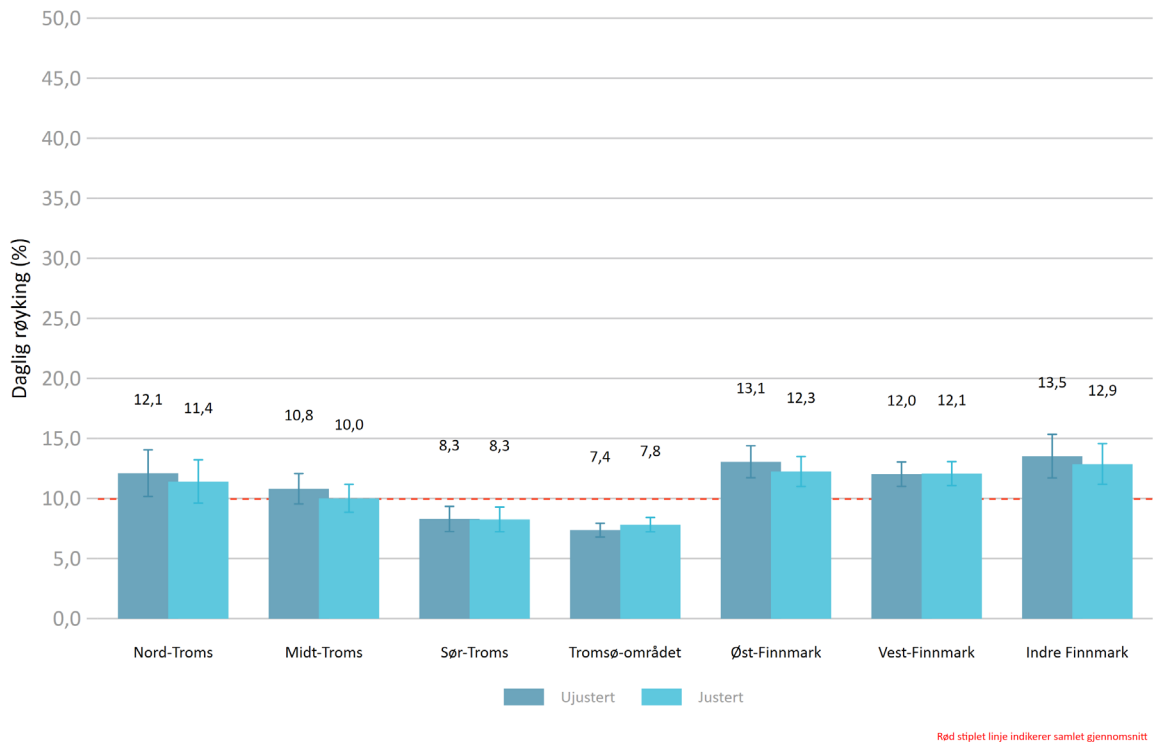


Figuren viser andelen som rapporterer inntak av fisk minst en gang i uken fordelt på kjønn og alder. Andelen som rapporterer inntak av fisk minst 1 gang i uken øker tydelig med alder. Blant de som er 70 år eller eldre rapporterer 94 prosent av kvinnene og 96 prosent av mennene inntak av fisk minst 1 gang i uken. Til sammenligning rapporterer bare 66 prosent av kvinnene og 65 prosent av mennene i den yngste aldersgruppen (18-29 år) inntak av fisk minst 1 gang i uken. Kjønnforskjellene innen hver aldersgruppe er små, men for aldersgruppen 30-39 år er det en signifikant høyere andel kvinner enn menn som rapporterer inntak av fisk minst 1 gang i uken.

1.20 Daglig røyking

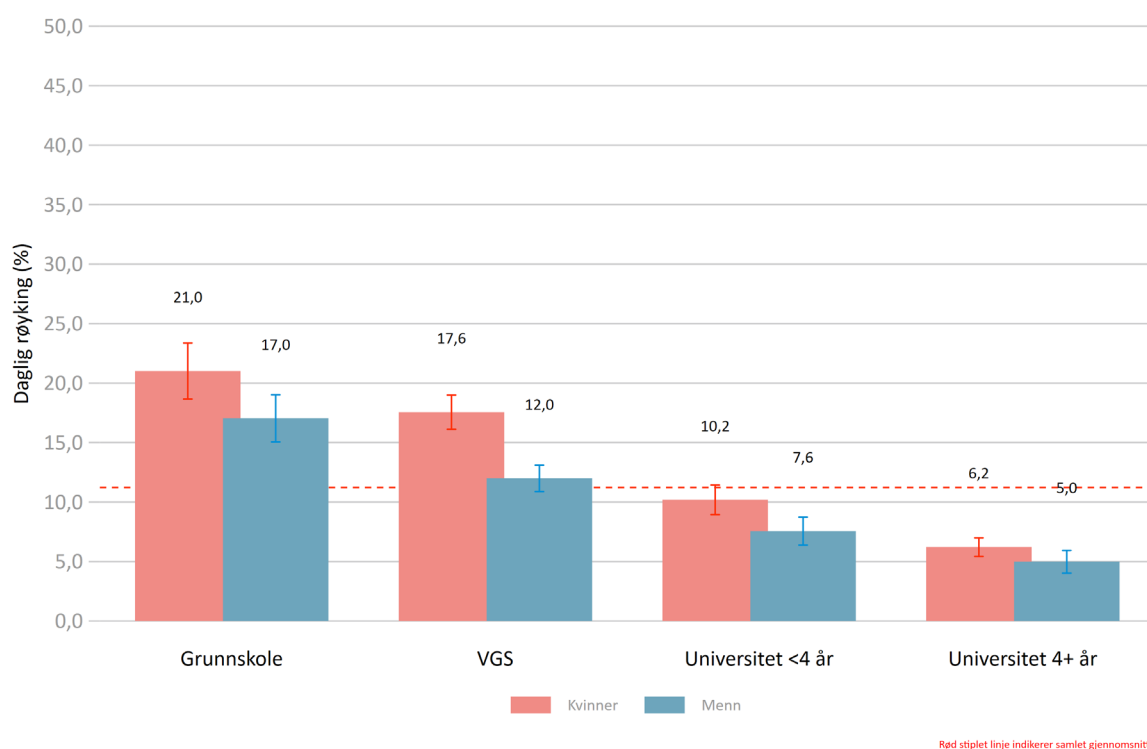
Totalt 21 721 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **9,95 %** (KI95%: 9,55-10,35). Andelen for kvinner var 10,39 % (n=11 830; KI95% 9,84-10,94) og andelen var 9,42 % (n=9 891; KI95% 8,85-10,00) for menn.

Figur 50: Daglig røyking på tvers av regioner i Troms og Finnmark



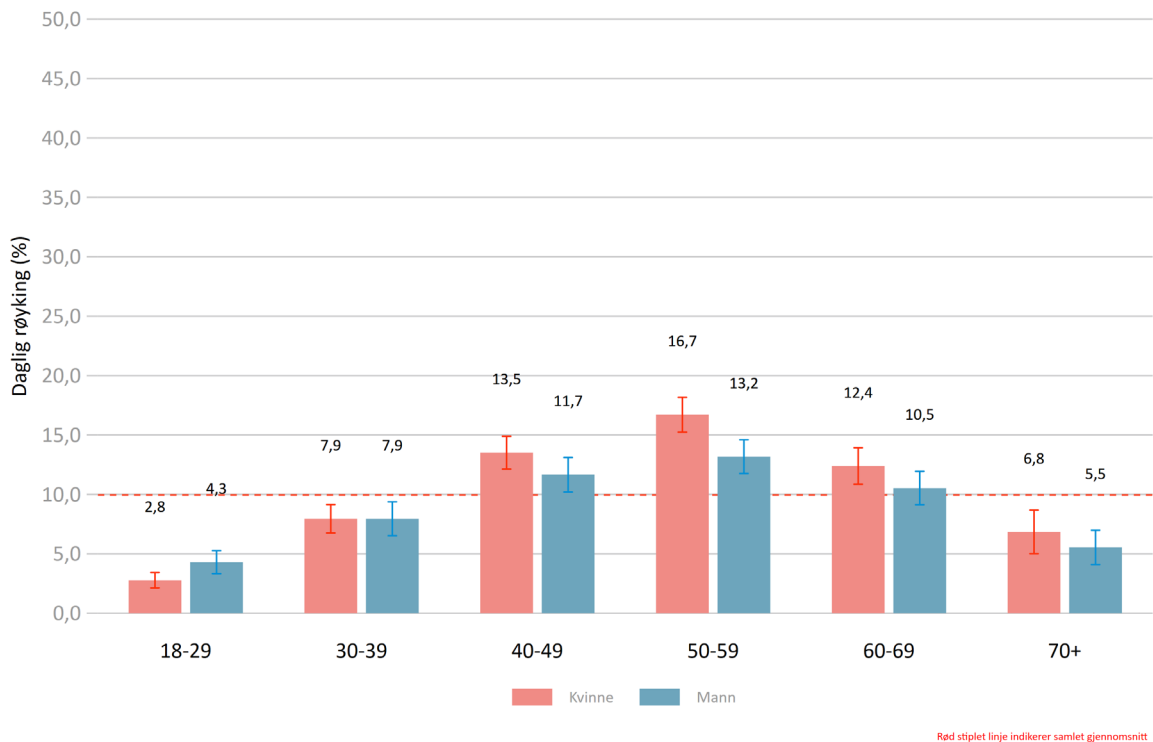
Figuren viser daglig røyking, samlet og på tvers av geografiske enheter i Troms og Finnmark. Det er i overkant av 4 prosentpoeng forskjell mellom regionene med høyest og lavest andel som rapporterer å røyke daglig. I Øst-Finnmark, Vest-Finnmark og Indre Finnmark er andelen som rapporterer at de røyker daglig signifikant høyere enn gjennomsnittet for alle regionene samlet. I Sør-Troms og Tromsø-området er andelen som rapporterer at de røyker daglig signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle regionene samlet. Det er ingen stor forskjell mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 51: Daglig røyking fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser daglig røyking fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både menn og kvinner synker andelen som røyker daglig betydelig med utdanningsnivå. Andelen som røyker daglig er mer enn tre ganger høyere blant de som bare har grunnskoleutdannelse sammenlignet med de som har minst fire år høgskole- eller universitetsutdannelse. Andelen som rapporterer å røyke daglig er høyere blant kvinner enn blant menn for de med videregående skole og for de med mindre enn 4 års høgskole- eller universitetsutdannelse. Det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller for de som har grunnskoleutdannelse og de som har 4 eller flere år med høgskole- eller universitetsutdannelse.

Figur 52: Daglig røyking fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

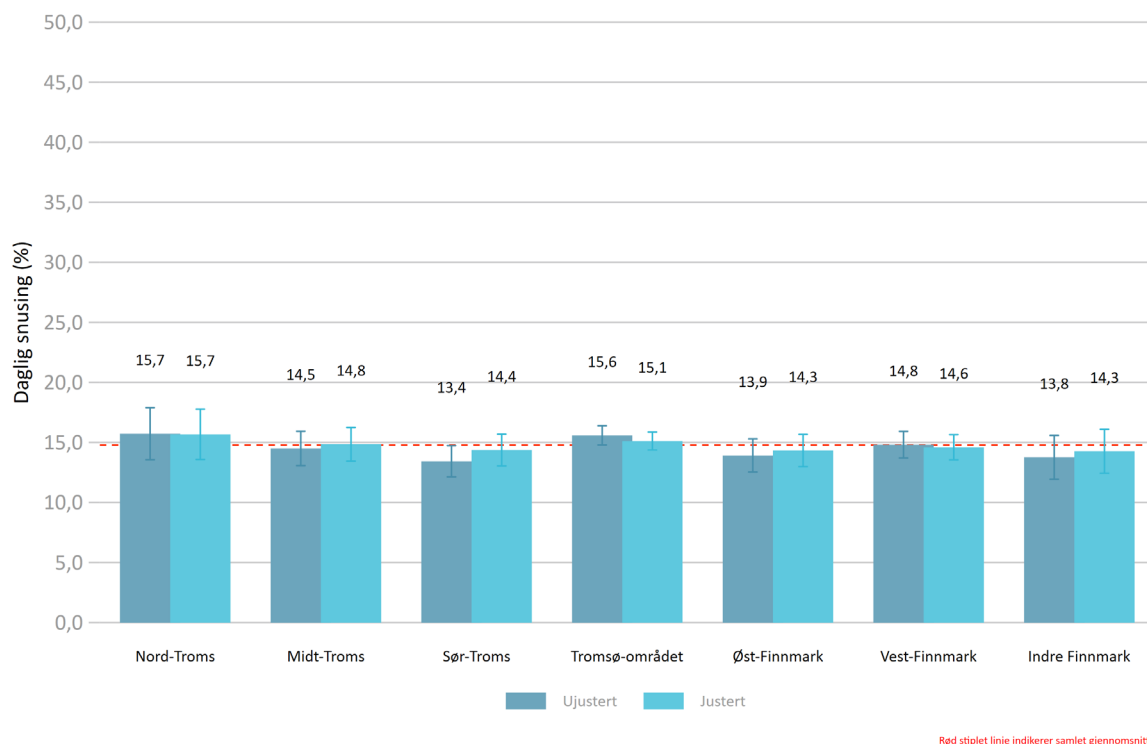


Figuren viser daglig røyking fordelt på kjønn og aldersgruppe. For både menn og kvinner sees en klar, omvendt U-formet alderstrend, der andelen som oppgir daglig røyking øker fra den yngste gruppen helt til 50-59-års gruppen, for deretter å synke. For aldersgruppen 50-59 år er det en høyere andel kvinner enn menn som rapporterer at de røyker daglig. Det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller i de øvrige aldersgruppene.

1.21 Daglig snusing

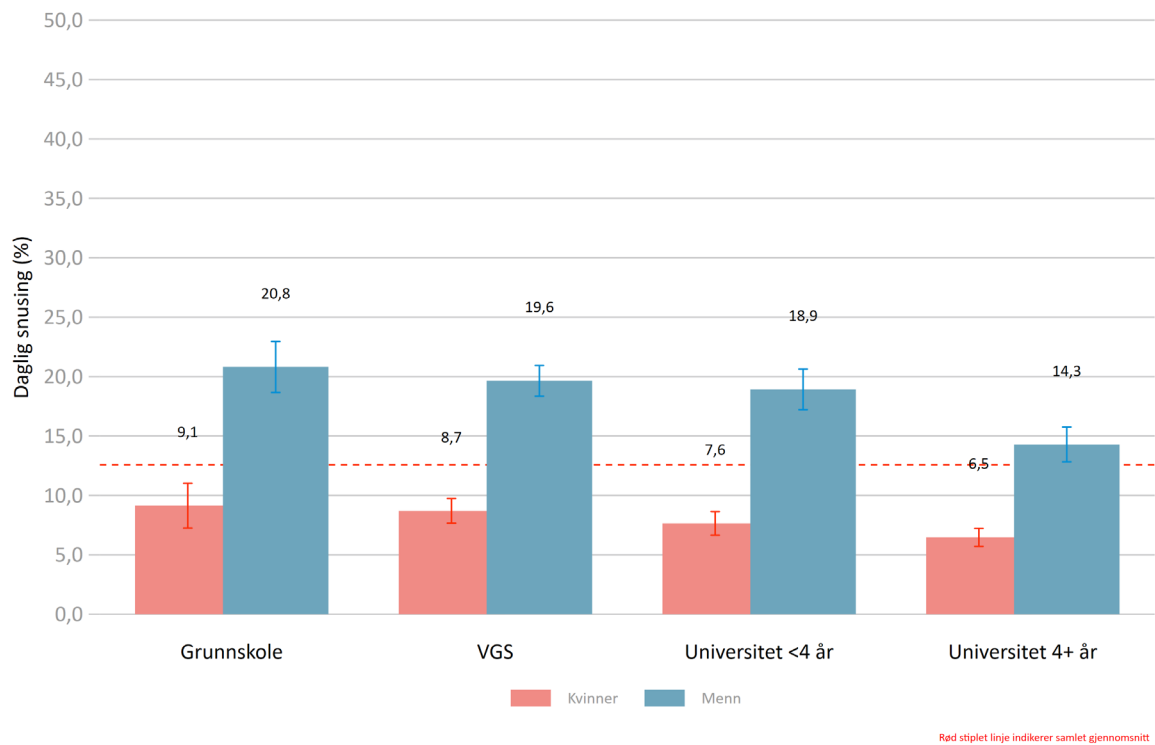
Totalt 21 705 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **14,77 %** (KI95%: 14,30-15,24). Andelen for kvinner var 10,55 % (n=11 821; KI95% 10,00-11,10) og andelen var 19,82 % (n=9 884; KI95% 19,03-20,61) for menn.

Figur 53: Daglig snusing på tvers av regioner i Troms og Finnmark



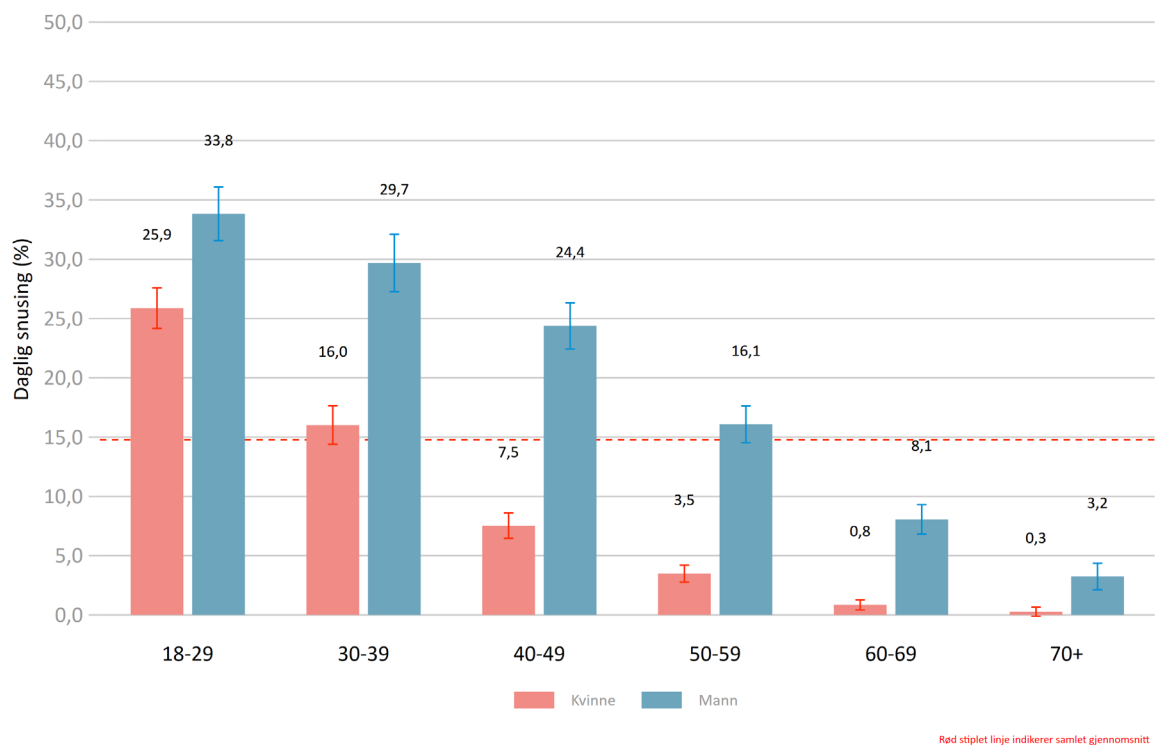
Figuren viser daglig snusing, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Der er lite variasjon i daglig snusing på tvers av de geografiske enhetene. Konfidensintervallet fra alle regionene omfatter alle gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 54: Daglig snusing fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser daglig snusing fordelt på kjønn og utdanningsnivå i Troms og Finnmark. For både menn og kvinner er det mulig å se en svak nedgang i andelen som rapporterer daglig snusing med økende utdanningsnivå. I alle gruppene er det en langt høyere andel som bruker snus daglig blant menn enn blant kvinner.

Figur 55: Daglig snusing fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

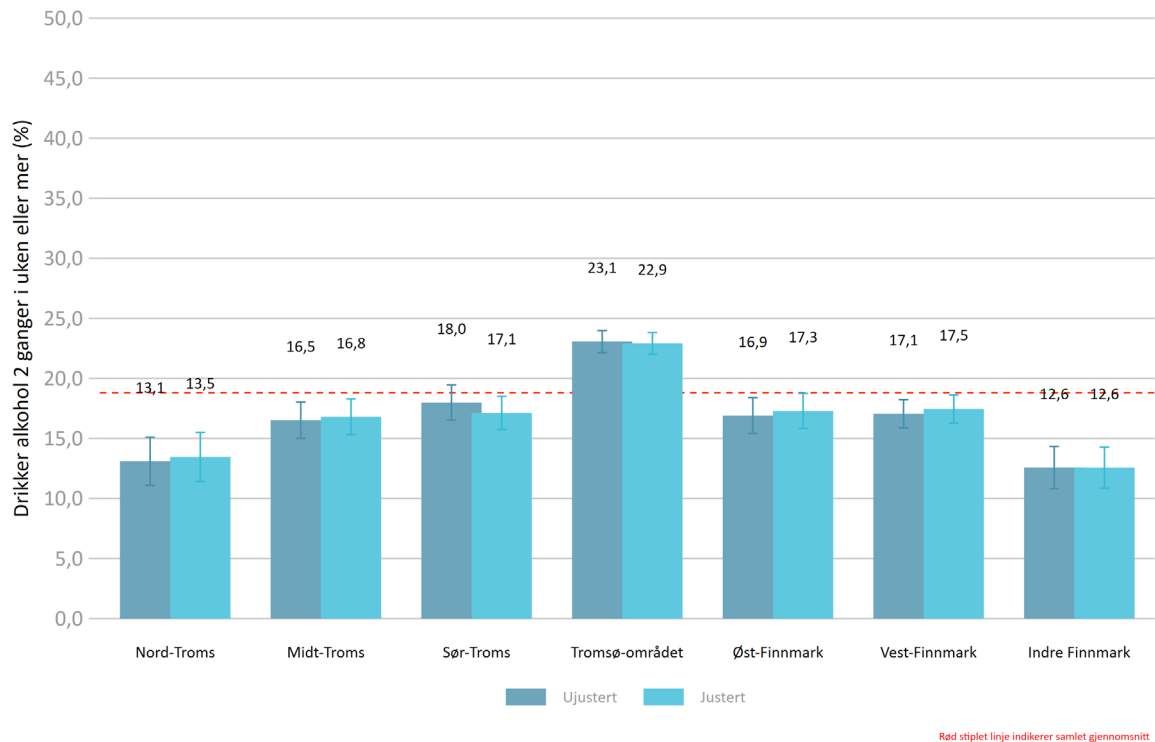


Figuren viser daglig snusing fordelt på kjønn og alder for Troms og Finnmark. For både menn og kvinner sees en sterk alderstrend, der andelen som oppgir daglig snusing synker med økende alder. I alle aldersgrupper er det en betydelig høyere andel som snuser daglig blant menn enn blant kvinner.

1.22 Drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer

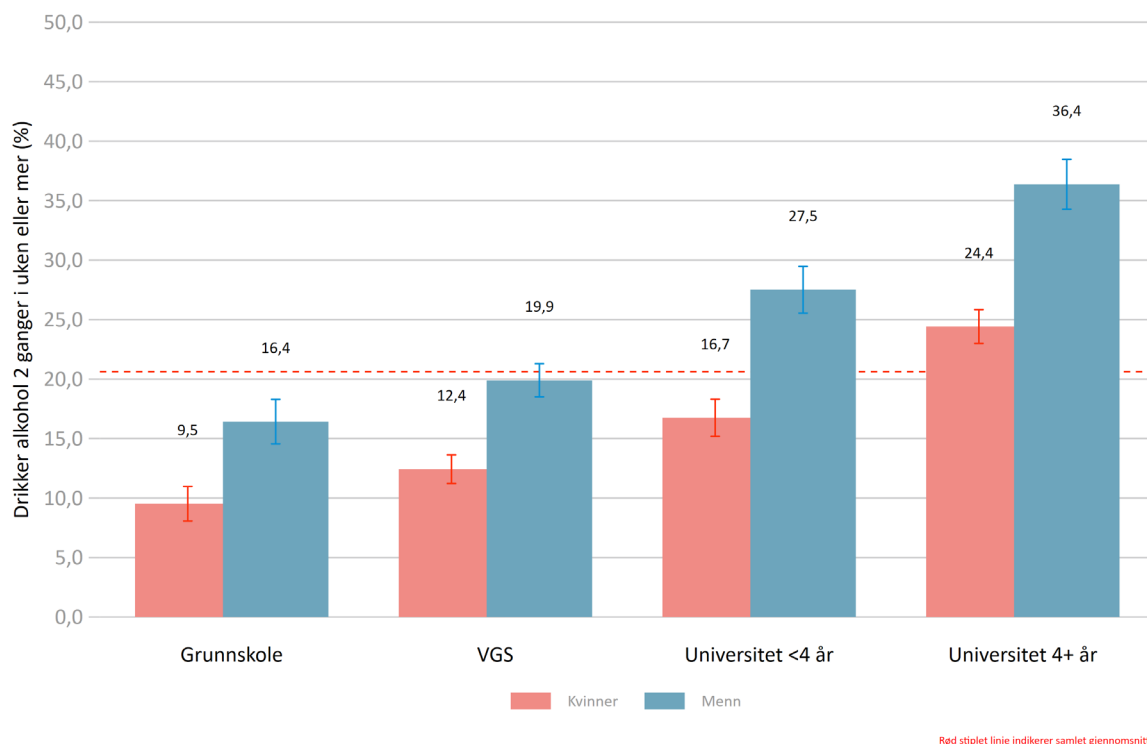
Totalt 21 699 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer. Andelen for hele utvalget var **18,81 %** (KI95%: 18,29-19,33). Andelen for kvinner var 15,28 % (n=11 822; KI95% 14,63-15,93) og andelen var 23,04 % (n=9 877; KI95% 22,21-23,87) for menn.

Figur 56: Drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer på tvers av regioner i Troms og Finnmark



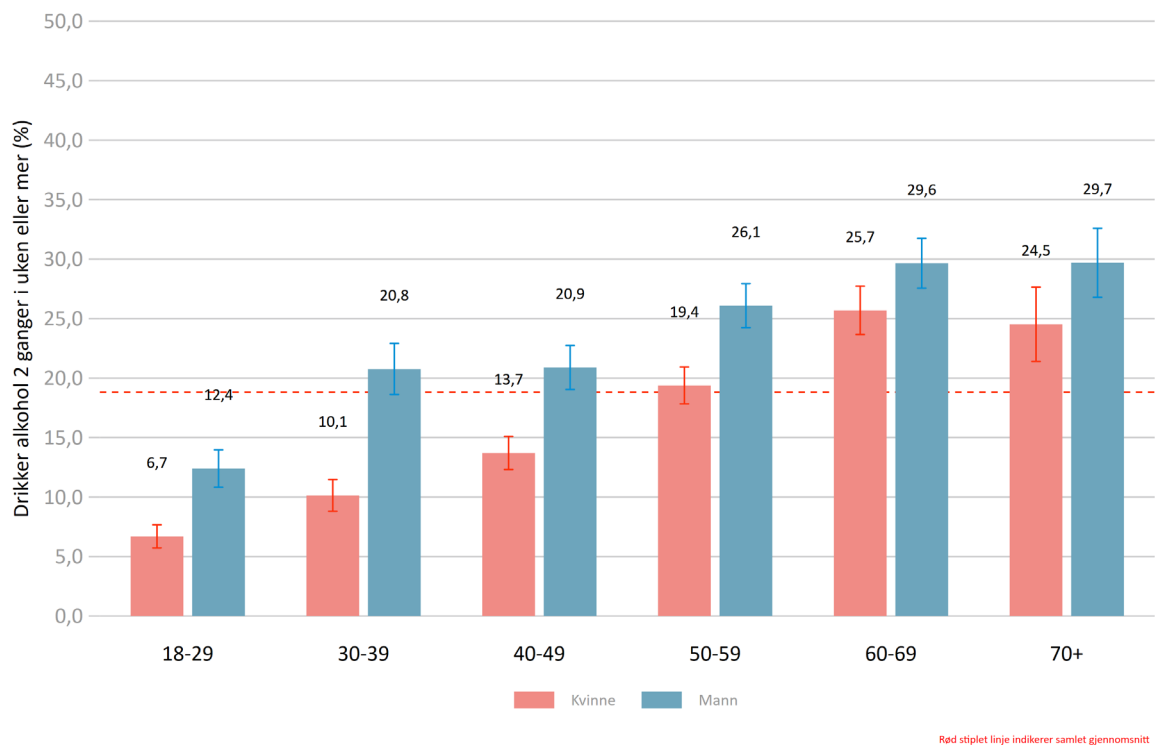
Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer, samlet og for hver av regionene i Troms og Finnmark. Det er 10 prosentpoeng forskjell mellom regionen med høyeste (Tromsø-området) og laveste (Indre Finnmark) andel som rapporterer inntak av alkohol 2 ganger i uken eller mer. Tromsø-området har klart høyere andel som rapporterer inntak av alkohol 2 ganger i uken eller mer sammenlignet med alle de andre regionene. I Indre Finnmark er andelen klart lavere enn de fleste andre regionene, med unntak av Nord-Troms. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 57: Drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer fordelt på kjønn og utdanningsnivå i Troms og Finnmark. For både menn og kvinner er det en trend der andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer øker med utdanningsnivå. Denne trenden er noe mer tydelig blant menn enn blant kvinner. For menn er andelen som drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer dobbelt så høy blant de med 4+ år med høgskole- eller universitetsutdanning sammenlignet med de med grunnskoleutdanning. I alle gruppene er det en betydelig høyere andel som drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer blant menn enn blant kvinner.

Figur 58: Driker alkohol 2 ganger i uken eller mer fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

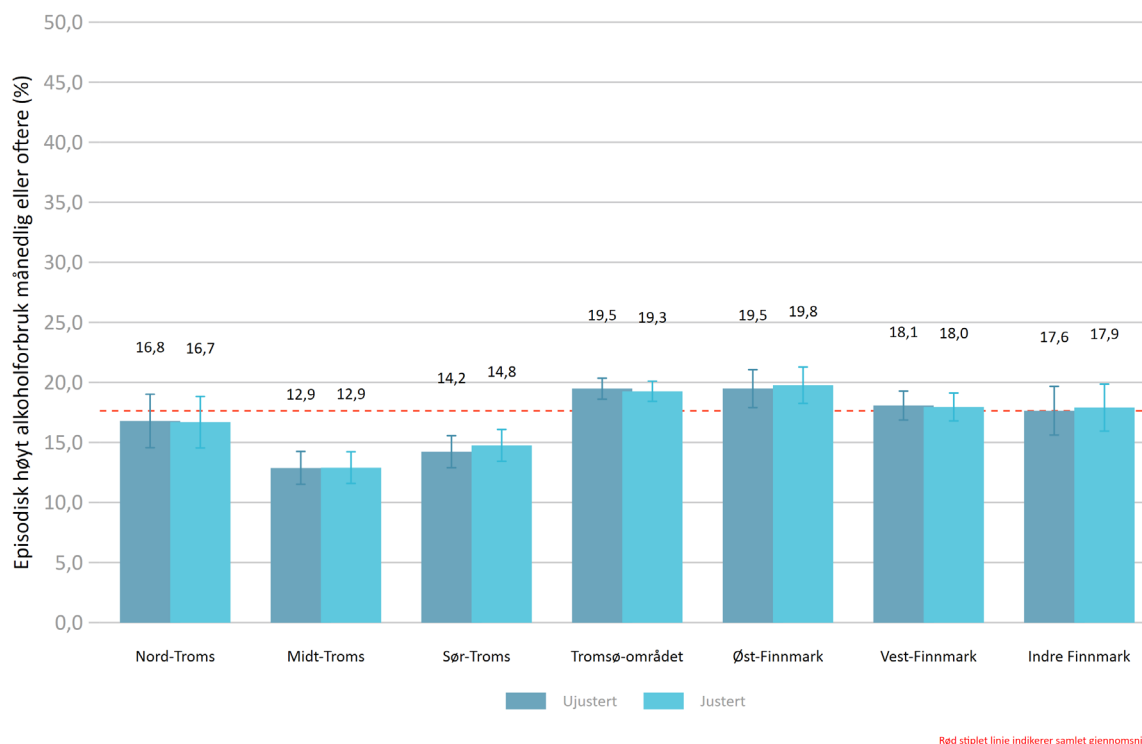


Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer fordelt på kjønn og alder for Troms og Finnmark. For både menn og kvinner sees en alderstrend, der andelen som rapporterer at de drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer øker med økende alder. Denne trenden flater ut ved 60-69 år. For kvinner er det tre til fire ganger høyere andel som drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer i de to eldste aldersgruppene sammenlignet med den yngste. For aldersgruppene mellom 18-59 år er det en betydelig høyere andel som drikker alkohol 2 ganger i uken eller mer blant menn enn blant kvinner.

1.23 Episodisk høyt inntak av alkohol

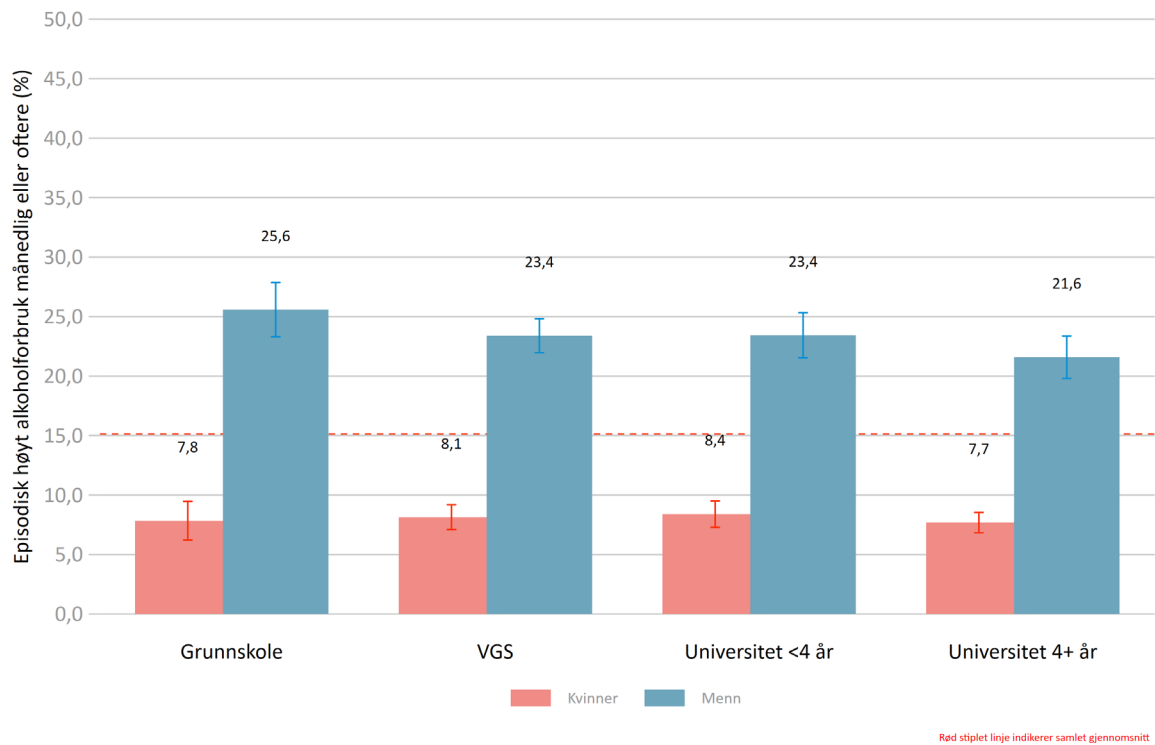
Totalt 21 686 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Episodisk (månedlig eller oftere) høyt inntak av alkohol (6 eller flere enheter). Andelen for hele utvalget var **17,63 %** (KI95%: 17,12-18,14). Andelen for kvinner var 11,03 % (n=11 817; KI95% 10,46-11,59) og andelen var 25,53 % (n=9 869; KI95% 24,67-26,39) for menn.

Figur 59: Episodisk høyt inntak av alkohol på tvers av regioner i Troms og Finnmark



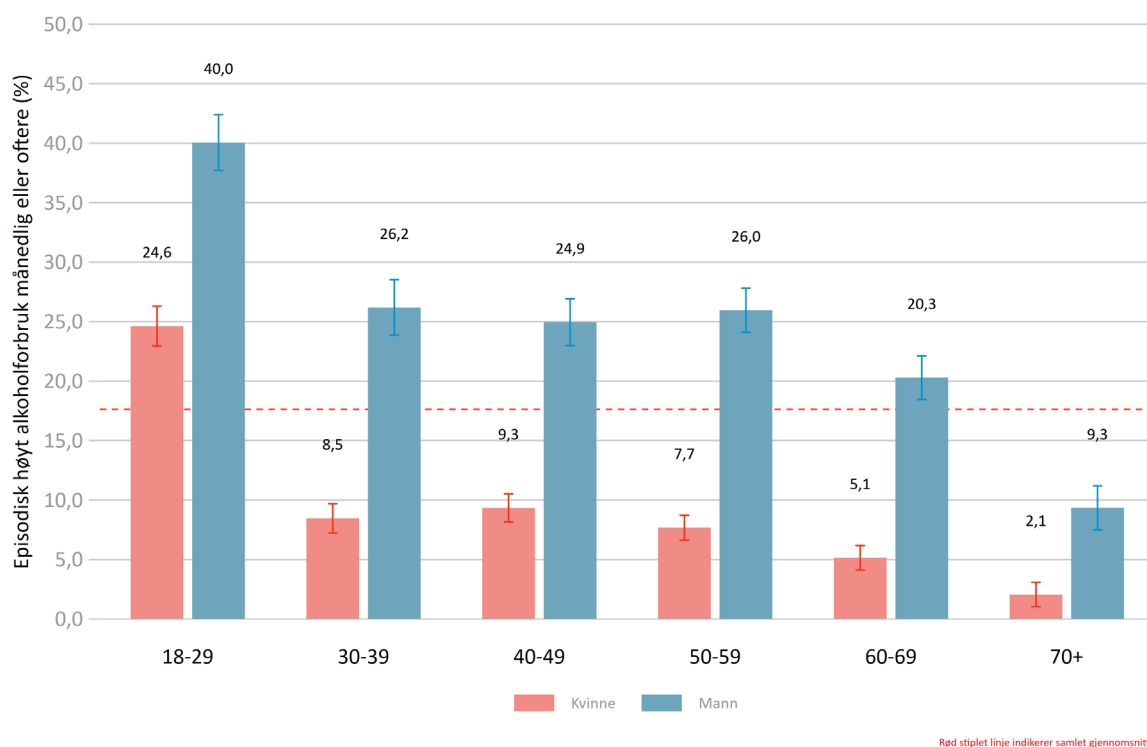
Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker minst 6 enheter med alkohol ved samme anledning månedlig eller oftere, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Andelen som rapporterer denne mengden og frekvensen av alkoholinntak er høyest i Øst-Finnmark og Tromsø-området. I disse to regionene er andelen signifikant høyere enn gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. Midt-Troms og Sør-Troms har den laveste andelen som rapporterer denne mengden alkoholinntak. Andelen i disse regionene er signifikant lavere enn gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 60: Episodisk høyt inntak av alkohol fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker minst 6 enheter med alkohol ved samme anledning månedlig eller oftere fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er ingen signifikante forskjeller i andelen som rapporterer denne mengden alkoholinntak på tvers av utdanningsnivå. På alle utdanningsnivå er det klare kjønnsforskjeller. Andelen menn som rapporterer denne mengden og frekvensen av alkoholinntak er to til tre ganger så høy som den er hos kvinner. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst blant de med kort utdanning.

Figur 61: Episodisk høyt inntak av alkohol fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

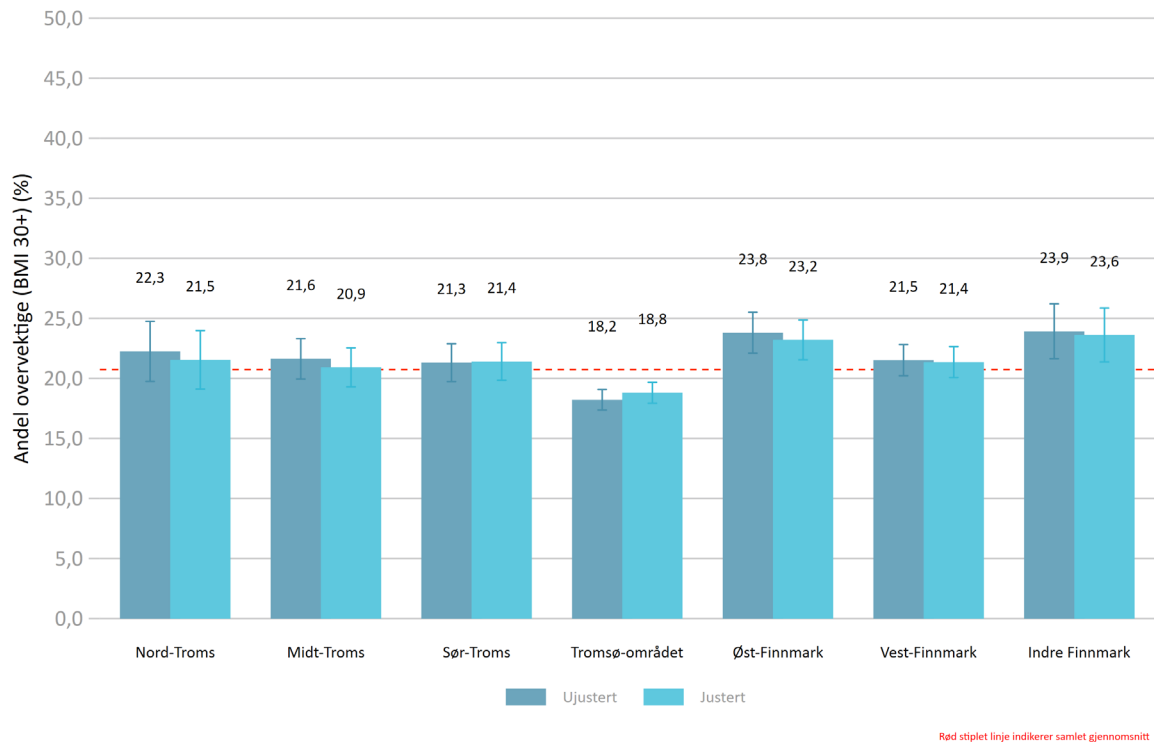


Figuren viser andelen som rapporterer at de drikker minst 6 enheter med alkohol ved samme anledning månedlig eller oftere fordelt på kjønn og alder. For både menn og kvinner sees en alderstrend der andelen som rapporterer denne mengden alkoholinntak synker med økende alder. Den største nedgangen i andelen som rapporterer denne mengden alkoholinntak og frekvens finner sted fra aldersgruppen 18-29 år til aldersgruppen 30-39 år. Deretter holder andelen seg stabil frem til aldersgruppen 50-59 år, før det sees en ny nedgang med økende alder igjen. Det er klare kjønnsforskjeller på alle alderstrinn. Andelen som rapporterer denne mengden alkoholinntak og frekvens er vesentlig større blant menn enn blant kvinner.

1.24 Andel overvektige (BMI 30+)

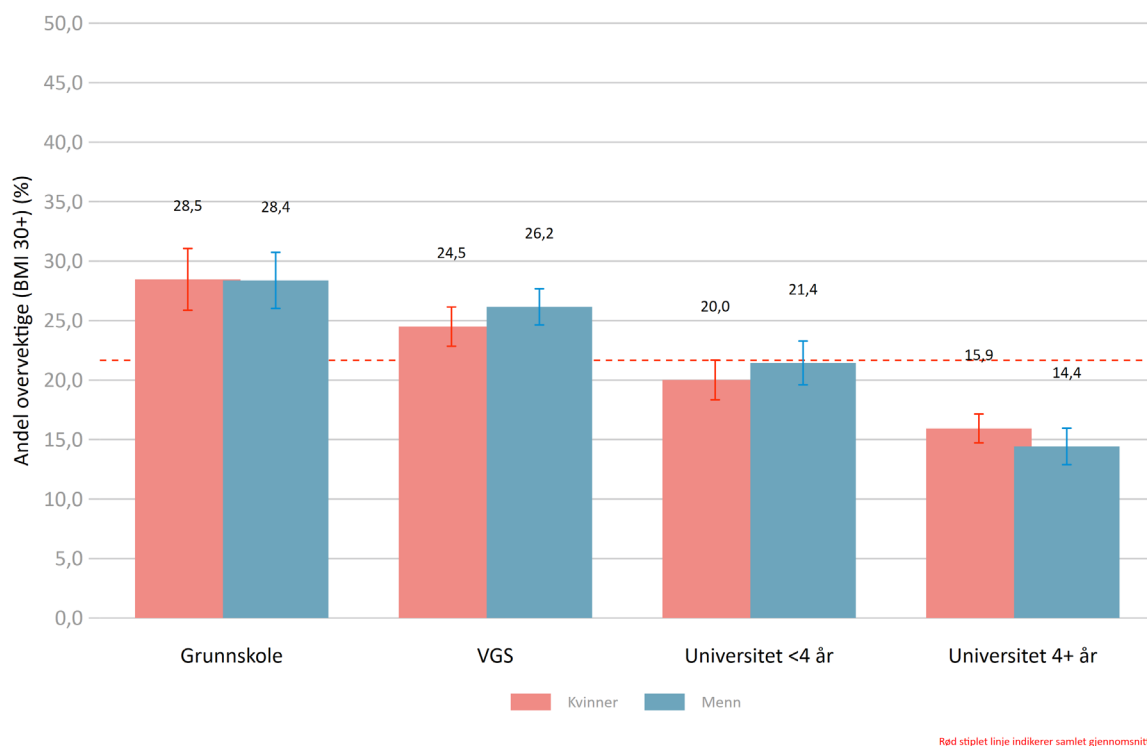
Totalt 21 408 deltakere av 21 761 (98.4 %) hadde gyldig besvarelse på Andel overvektige (BMI 30+). Andelen for hele utvalget var **20,74 %** (KI95%: 20,20-21,28). Andelen for kvinner var 19,93 % (n=11 620; KI95% 19,20-20,66) og andelen var 21,70 % (n=9 788; KI95% 20,88-22,52) for menn.

Figur 62: Andel overvektige (BMI 30+) på tvers av regioner i Troms og Finnmark



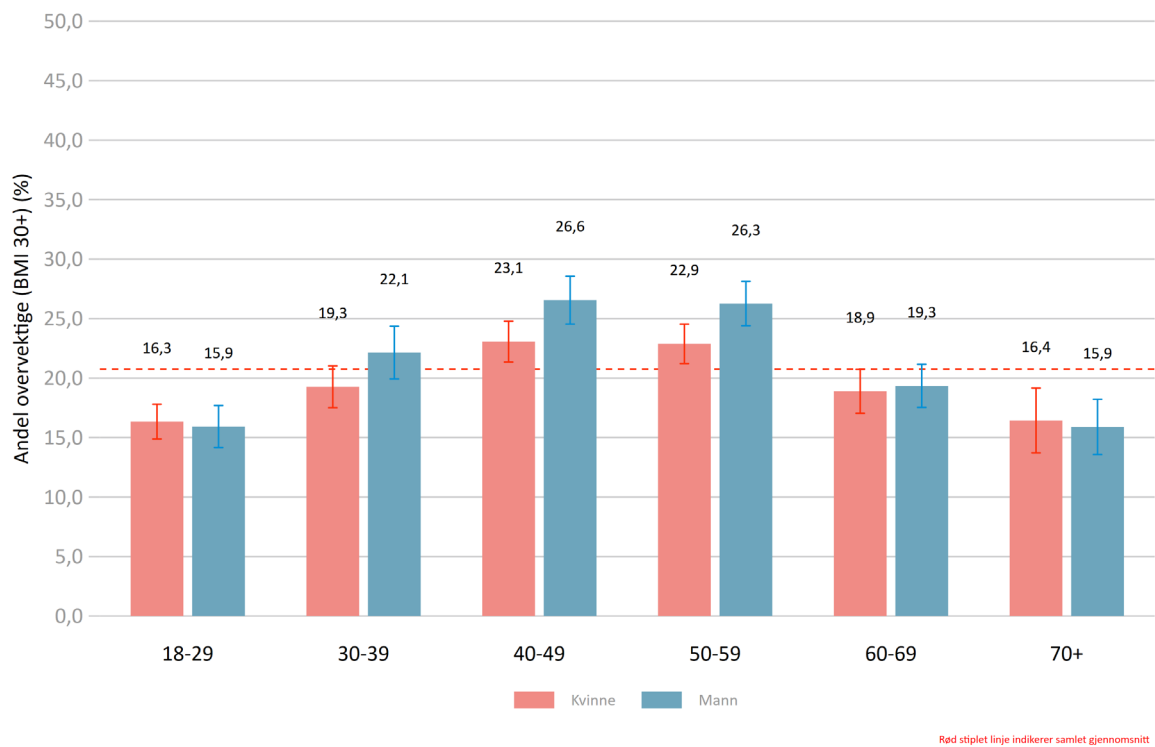
Figuren viser andelen overvektige (BMI 30+), samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. I regionene Øst-Finnmark og Indre Finnmark er andelen overvektige statistisk signifikant høyere enn gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. I Tromsø-området er andelen overvektige lavere enn gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 63: Andel overvektige (BMI 30+) fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen overvektige (BMI 30+) fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn synker andelen overvektige med utdanningsnivå. For de med grunnskoleutdanning er rundt 28 prosent overvektige, sammenlignet med rundt 14 prosent for de med 4+ år med høyskole- eller universitetsutdannelse (justerte verdier). Det er ingen kjønnsforskjeller i andelen overvektige i de ulike utdanningsgruppene.

Figur 64: Andel overvektige (BMI 30+) fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

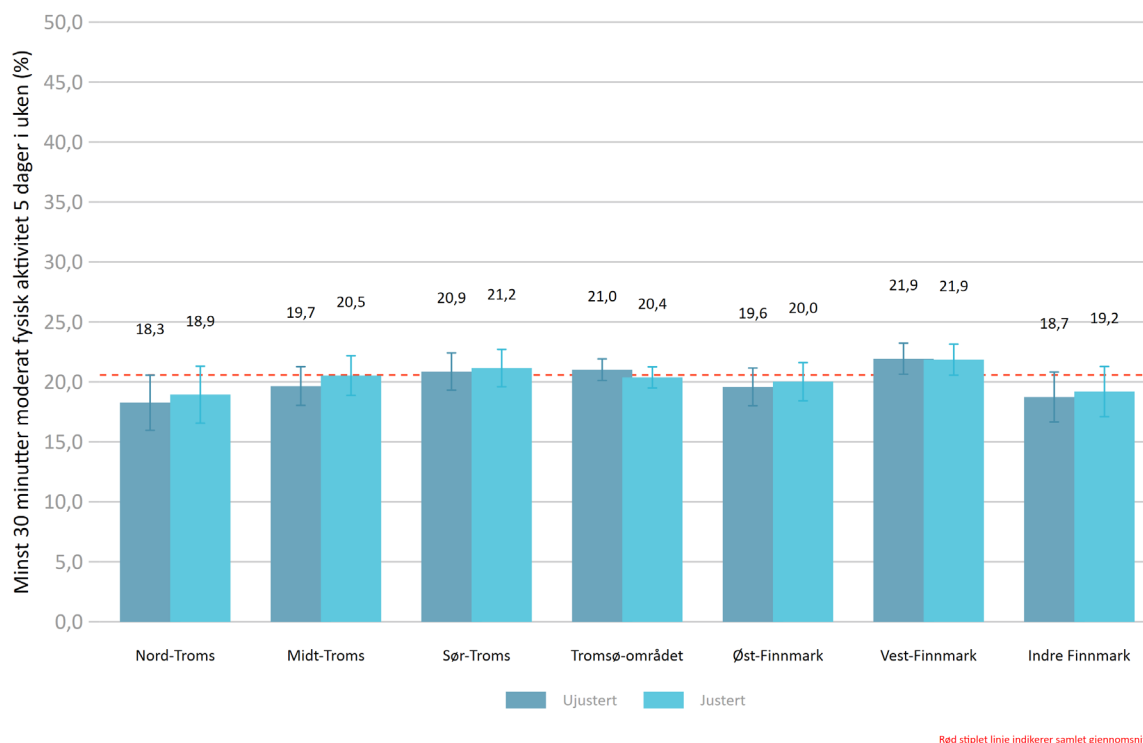


Figuren viser andelen overvektige (BMI 30+) fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen overvektige lavest i de yngste og de eldste aldersgruppene, og at andelen er høyest i aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år. Det er ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller i andelen overvektige på tvers av de ulike aldersgruppene. Men for de to aldersgruppene 40-49 år og 50-59 år er forskjellen mellom menn og kvinner grensesignifikant, der andelen overvektige er litt høyere blant menn.

1.25 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 5 dager i uken

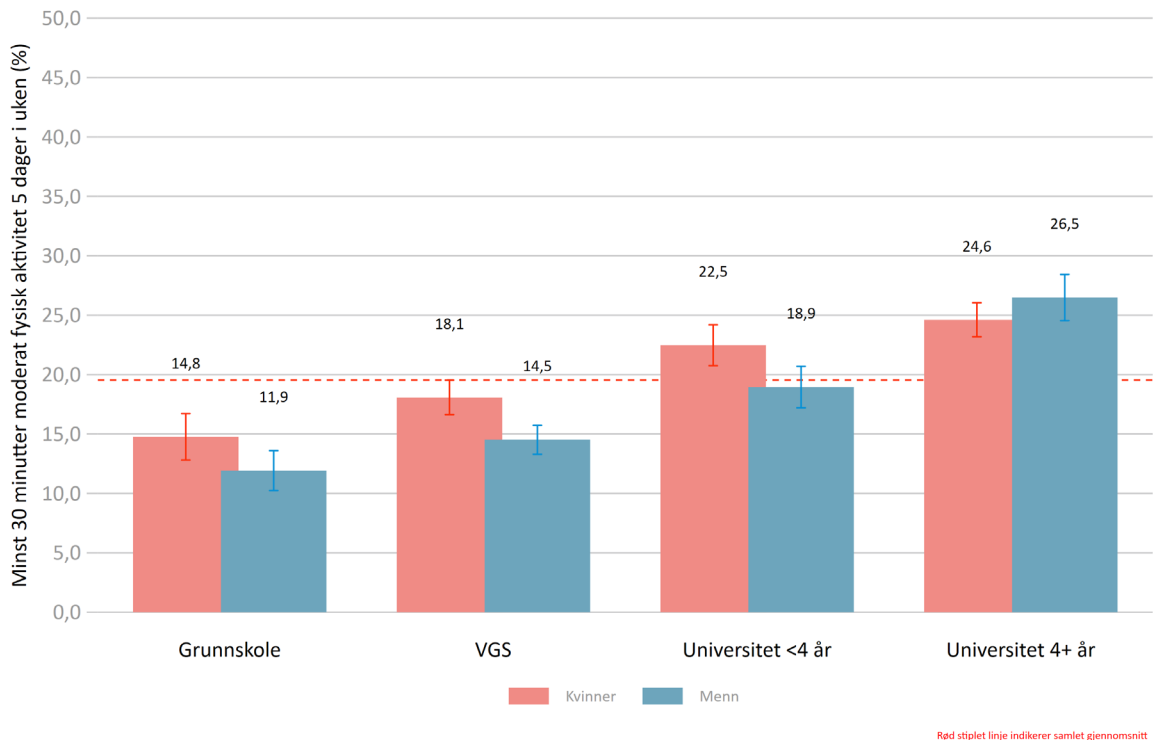
Totalt 21 707 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 5 dager i uken. Andelen for hele utvalget var **20,58 %** (KI95%: 20,04-21,12). Andelen for kvinner var 21,82 % (n=11 816; KI95% 21,07-22,56) og andelen var 19,10 % (n=9 891; KI95% 18,32-19,87) for menn.

Figur 65: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 5 dager i uken på tvers av regioner i Troms og Finnmark



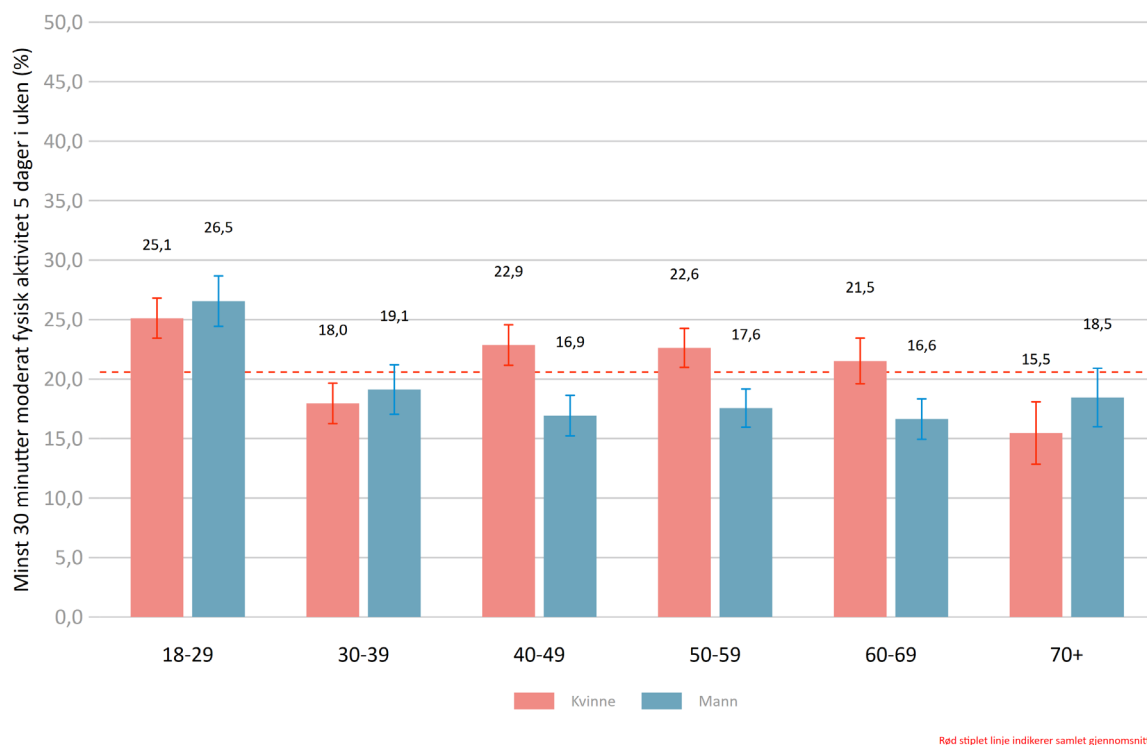
Figuren viser andelen som er moderat fysisk aktive i minst en halv time hver dag, og i minst fem dager i uken, samlet og på tvers av regioner i Troms og Finnmark. Det sees kun mindre variasjon i andelen som rapporterer at de er moderat fysisk aktive i minst en halv time hver dag fem dager i uken på tvers av regionene. Når vi ser på de justerte verdiene er det ingen av regionene som avviker signifikant fra gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. Det er heller ingen vesentlige forskjeller mellom ujusterte og justerte verdier.

Figur 66: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 5 dager i uken fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet i minst en halv time hver dag, minst fem dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen med utdanningsnivå, men med en noe brattere stigning for menn enn for kvinner. For menn er det mer enn dobbelt så mange som rapporterer daglig moderat fysisk aktivitet i minst 30 minutter blant de med 4+ år høgskole- eller universitetsutdanning sammenlignet med de med grunnskoleutdanning. Kjønnforskjellene innad i utdanningsgruppene er små, men for de med VGS-utdanning er det en høyere andel kvinner enn menn som rapporterer moderat fysisk aktivitet i minst en halv time for dagen. For de med <4 år høgskole- eller universitetsutdanning ser en det samme mønsteret, men forskjellen er kun grensesignifikant.

Figur 67: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 5 dager i uken fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

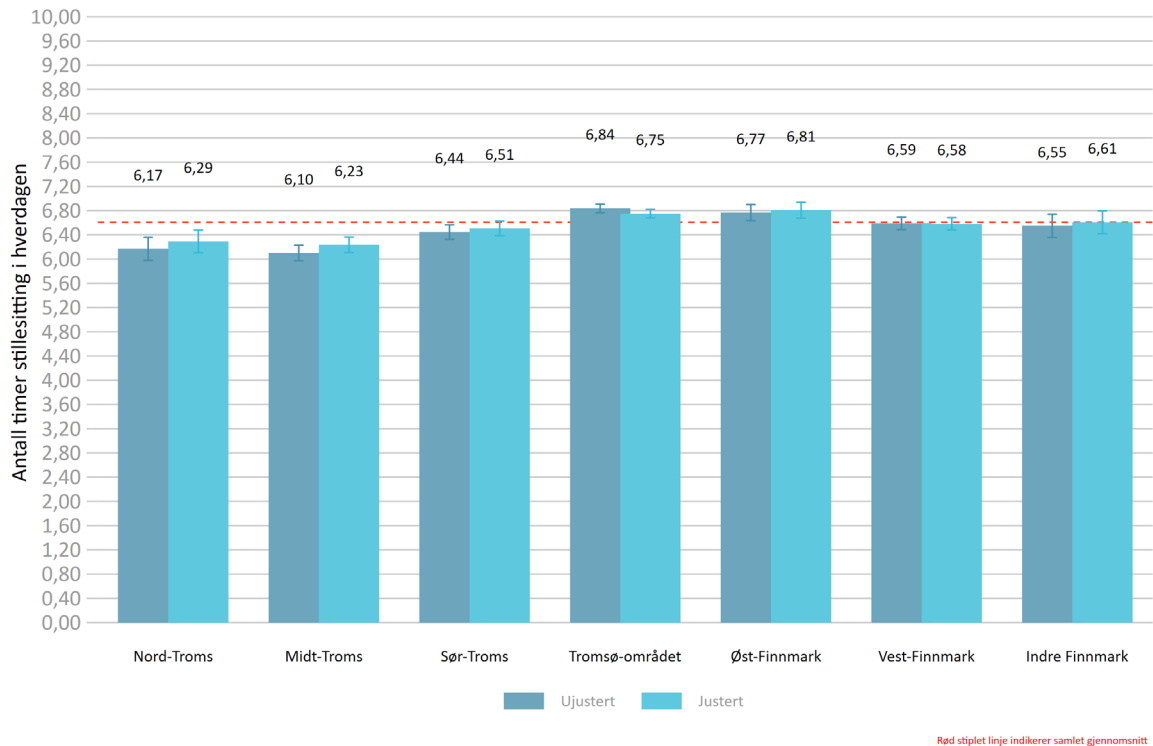


Figuren viser andelen som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet i minst en halv time hver dag, minst fem dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest blant de yngste og noe lavere i de øvrige aldersgruppene. For kvinner er det signifikant færre som rapporterer at de er i moderat fysisk aktivitet i minst en halv time hver dag i aldersgruppen 30-39 år, sammenlignet med gruppene 40-49 år og 50-59 år. For menn synker andelen som rapporterer daglig moderat fysisk aktivitet fra aldersgruppen 18-29 år til 30-39 år, og holder seg deretter stabil. I aldersgruppene 40-49 år, 50-59 år og 60-69 år er det flere kvinner enn menn som rapporterer moderat fysisk aktivitet i minst en halv time hver dag.

1.26 Antall timer stillesitting i hverdagen

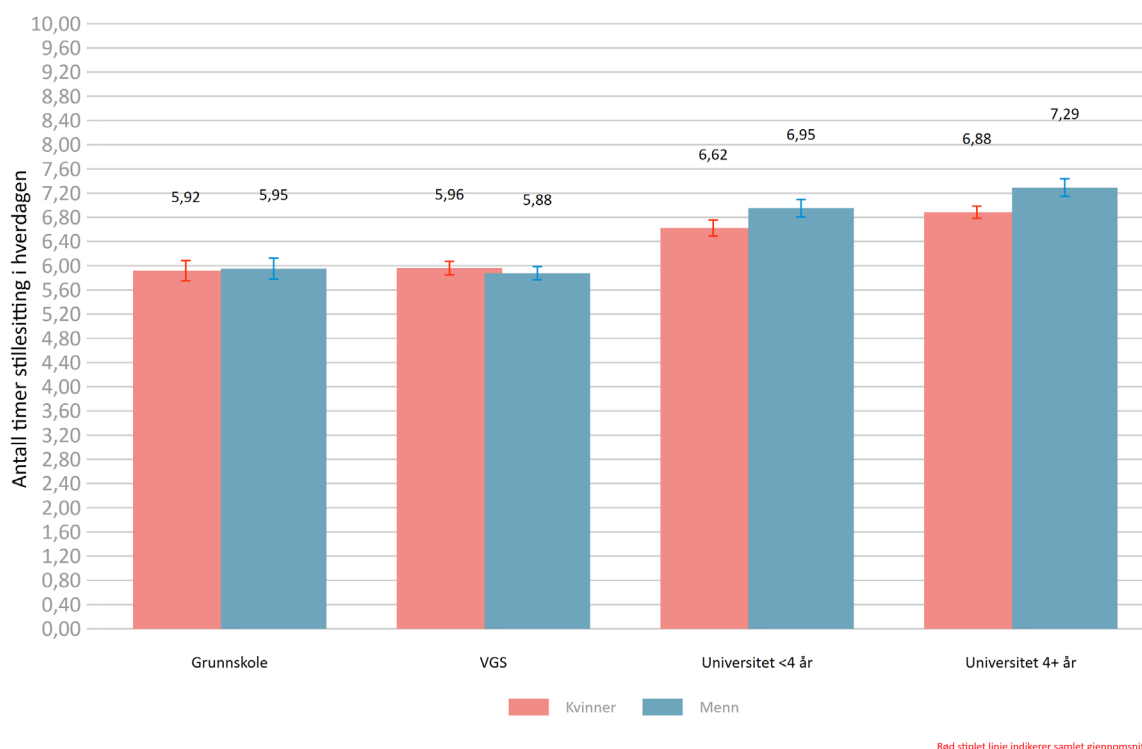
Totalt 21 073 deltakere av 21 761 (96.8 %) hadde gyldig besvarelse på Antall timer stillesitting i hverdagen. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,61** (SD: ; KI95%: 6,56-6,65). Gjennomsnittet for kvinner var 6,62 (n=11 475; SD: ; KI95% 6,56-6,68) og gjennomsnittet var 6,59 (n=9 598; SD: ; KI95% 6,52-6,66) for menn.

Figur 68: Antall timer stillesitting i hverdagen på tvers av regioner i Troms og Finnmark



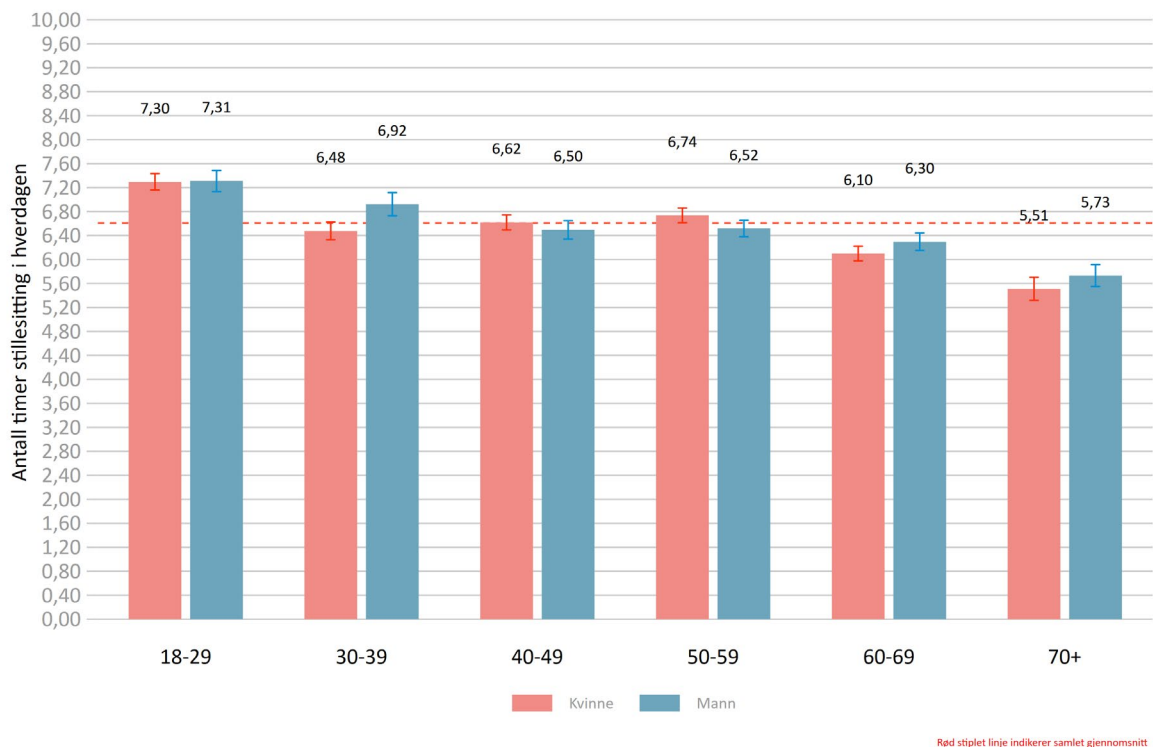
Figuren viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen, samlet og for hver av regionene i Troms og Finnmark. Der er noe variasjon i stillesitting på tvers av de geografiske enhetene. I Tromsø-området og Øst-Finnmark er det noe mer stillesitting sammenlignet med gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. I Nord-Troms og Midt-Troms er det noe mindre stillesitting sammenlignet med gjennomsnittet for Troms og Finnmark som helhet. Forskjellene mellom ujusterte og justerte estimater er ubetydelige.

Figur 69: Antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser gjennomsnittlig antall timer stillesitting i hverdagen etter kjønn og utdanningsnivå i Troms og Finnmark. For både menn og kvinner er det en trend der antall timer stillesitting i hverdagen øker med utdanningsnivå ut over videregående skole. Timer stillesitting øker spesielt fra de med grunnskole/VGS-utdanning til de med høgskole- eller universitetsutdanning. De med 4+ år høgskole- eller universitetsutdanning har gjennomsnittlig godt over 1 timer stillesitting i hverdagen mer enn de med grunnskoleutdanning. For de med universitetsutdanning er det også statistisk signifikante kjønnsforskjeller, der menn i gjennomsnittet sitter mer stille enn kvinner. For eksempel sitter menn med 4+ år høgskole- eller universitetsutdanning 24 minutter lenger i hverdagen enn kvinner i samme utdanningskategori. Forskjellen mellom de med minst fire års høgskole eller universitetsutdanning og de med bare grunnskole er 1 time og 20 minutter for menn og 57 minutter for kvinner.

Figur 70: Antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

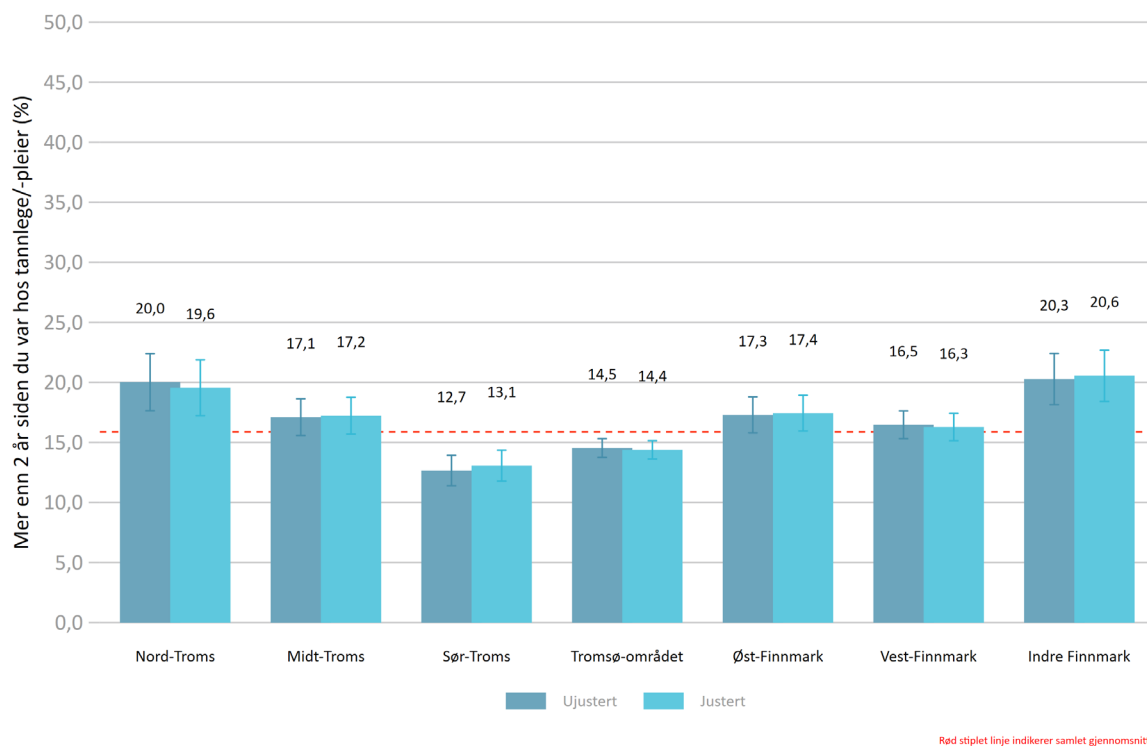


Figuren viser antall timer stillesitting i hverdagen fordelt på kjønn og alder for Troms og Finnmark. Menn og kvinner i den yngste aldersgruppen har mer enn 1,5 time mer stillesitting i hverdagen enn menn og kvinner i den eldste aldersgruppen. For begge kjønn er det mer stillesitting i aldersgruppen 18-29 år sammenlignet med de andre aldersgruppene. Motsatt er det vesentlig mindre stillesitting i aldersgruppen 70+ år sammenlignet med de andre aldersgruppene. Det er stort sett små kjønnsforskjeller innen de ulike aldersgruppene. Unntaket er aldersgruppen 30-39 år – der sitter menn stille i hverdagen noe mer enn kvinner.

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

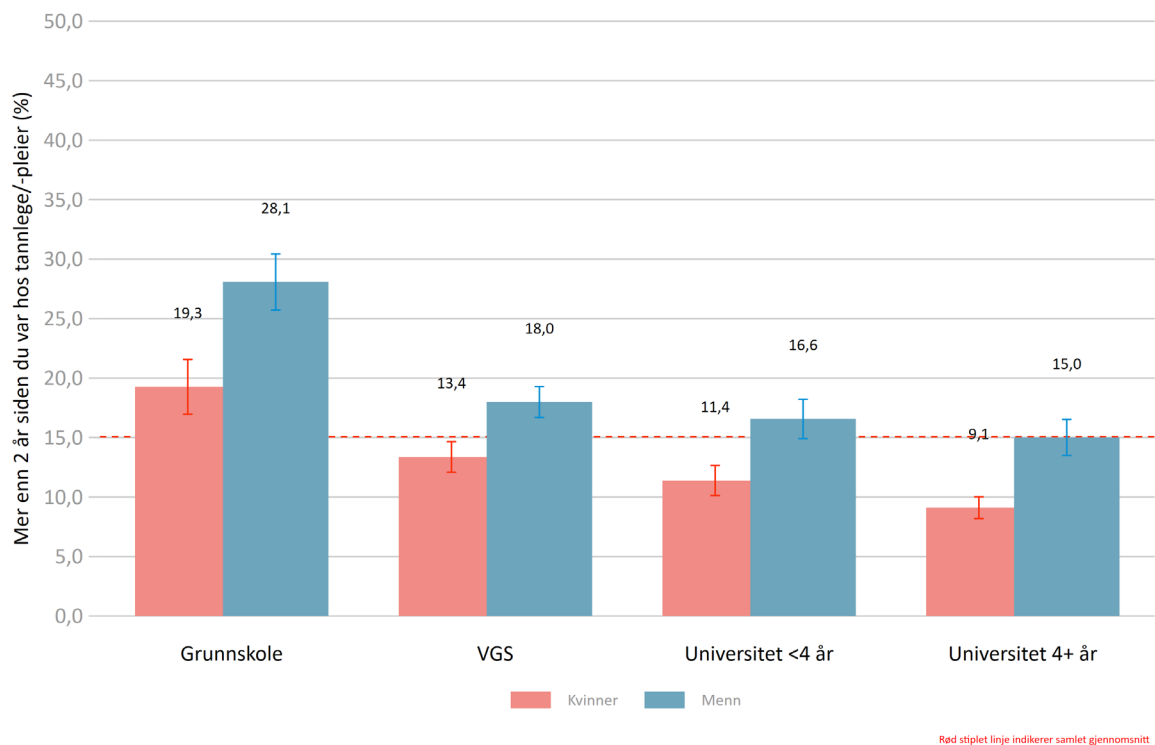
Totalt 21 694 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen for hele utvalget var **15,88 %** (KI95%: 15,39-16,36). Andelen for kvinner var 12,94 % (n=11 821; KI95% 12,34-13,55) og andelen var 19,39 % (n=9 873; KI95% 18,61-20,17) for menn.

Figur 71: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier på tvers av regioner i Troms og Finnmark



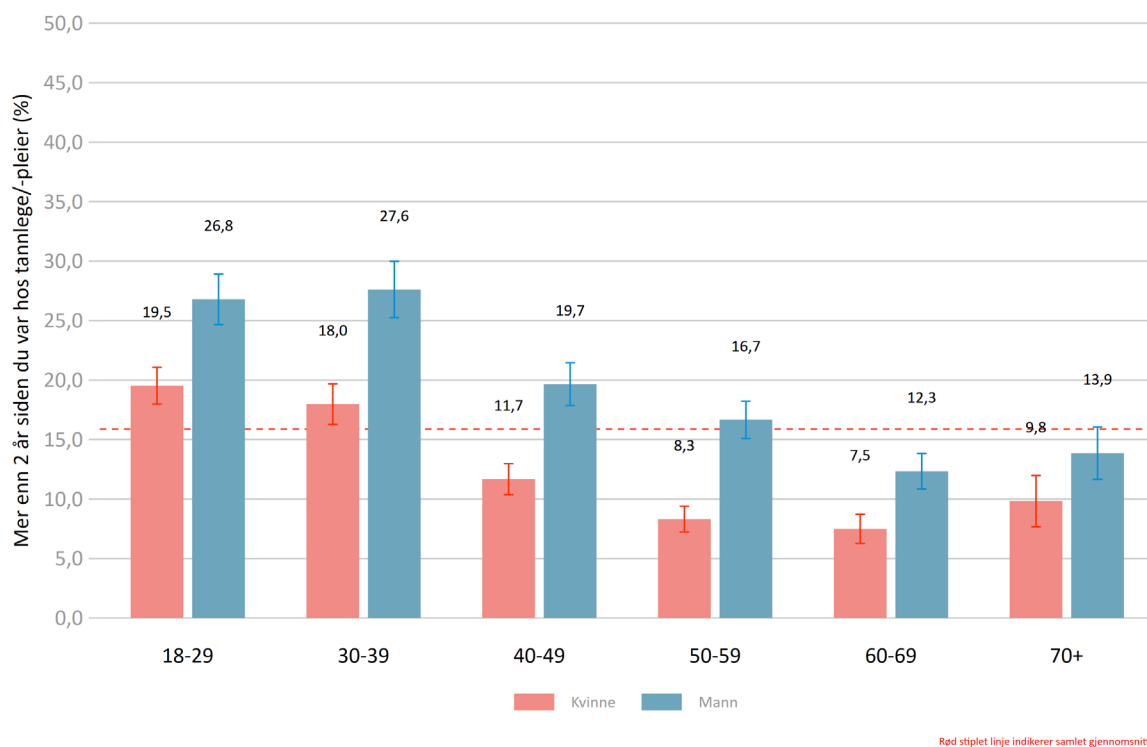
Figuren viser andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene etter region innen det to fylkene. Høyest er andelen i Nord-Troms og Indre Finnmark (ca. 20 %). Lavest er den i Sør-Troms og Tromsø-området (13-14 %). Forskjellen mellom justerte og ujusterte tall er svært liten.

Figur 72: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Figuren viser andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene etter utdanning og kjønn. For begge kjønn ser det ut til at andelen som ikke har vært til tannlege i løpet av de siste to årene synker med økende utdanningsnivå. Forskjellen mellom de med høyest og de med lavest utdanning er på omtrent 13 prosentpoeng blant mennene og omtrent 10 prosentpoeng blant kvinnene. Innen alle utdanningsgruppene er andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene klart høyere blant menn enn blant kvinner.

Figur 73: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

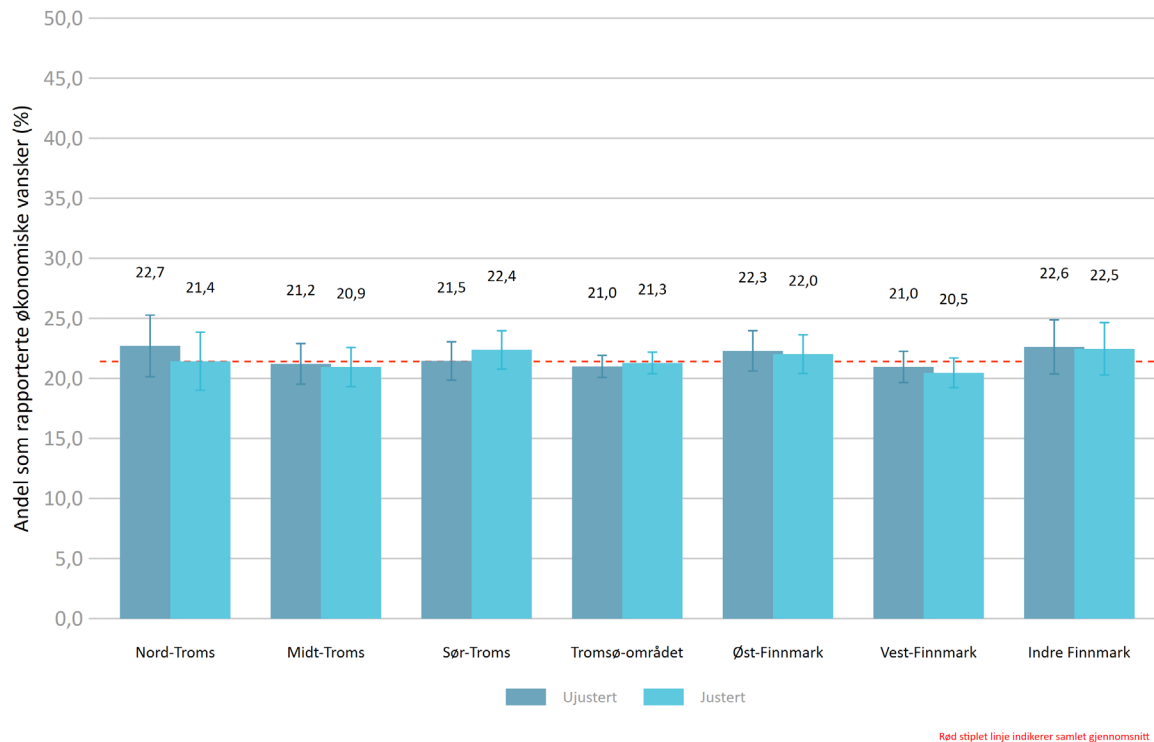


Figuren viser andelen som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene etter alder og kjønn. Andelen er høyest blant de yngste, synker så med alderen (fra aldersgruppen 30-39 hos mennene) og stiger litt igjen hos de aller eldste (70 år og eldre). Andelen som ikke har vært hos tannlegen i løpet av de siste to årene er dobbelt så høy blant de yngste (kvinner: 19,5 %, menn: 26,8 %) som blant de i aldersgruppen 60-69 (kvinner: 7,5 %, menn: 12,3 %). I alle aldersgruppene er det en høyere andel menn enn kvinner som ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene (signifikant i alle gruppene, bort sett fra i den eldste).

1.28 Andel som rapporterte økonomiske vansker

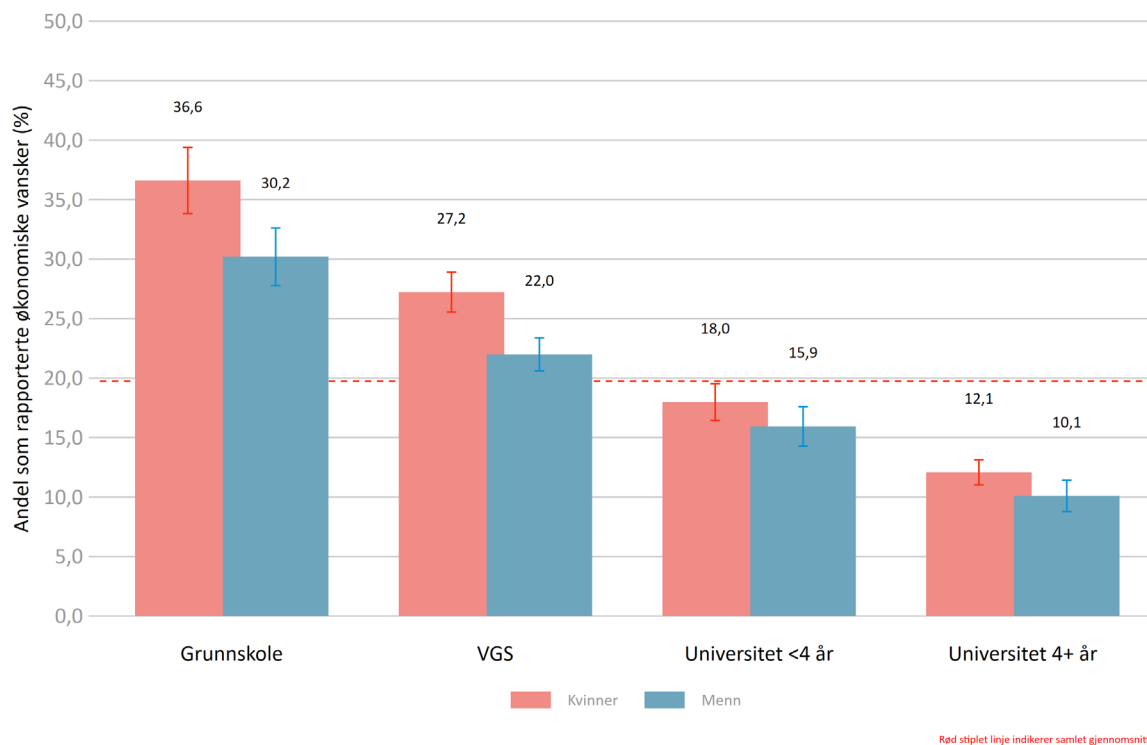
Totalt 20 808 deltakere av 21 761 (95,6 %) hadde gyldig besvarelse på Andel som rapporterte økonomiske vansker. Andelen for hele utvalget var **21,40 %** (KI95%: 20,84-21,96). Andelen for kvinner var 22,34 % (n=11 320; KI95% 21,57-23,11) og andelen var 20,28 % (n=9 488; KI95% 19,47-21,09) for menn.

Figur 74: Andel som rapporterte økonomiske vansker på tvers av regioner i Troms og Finnmark



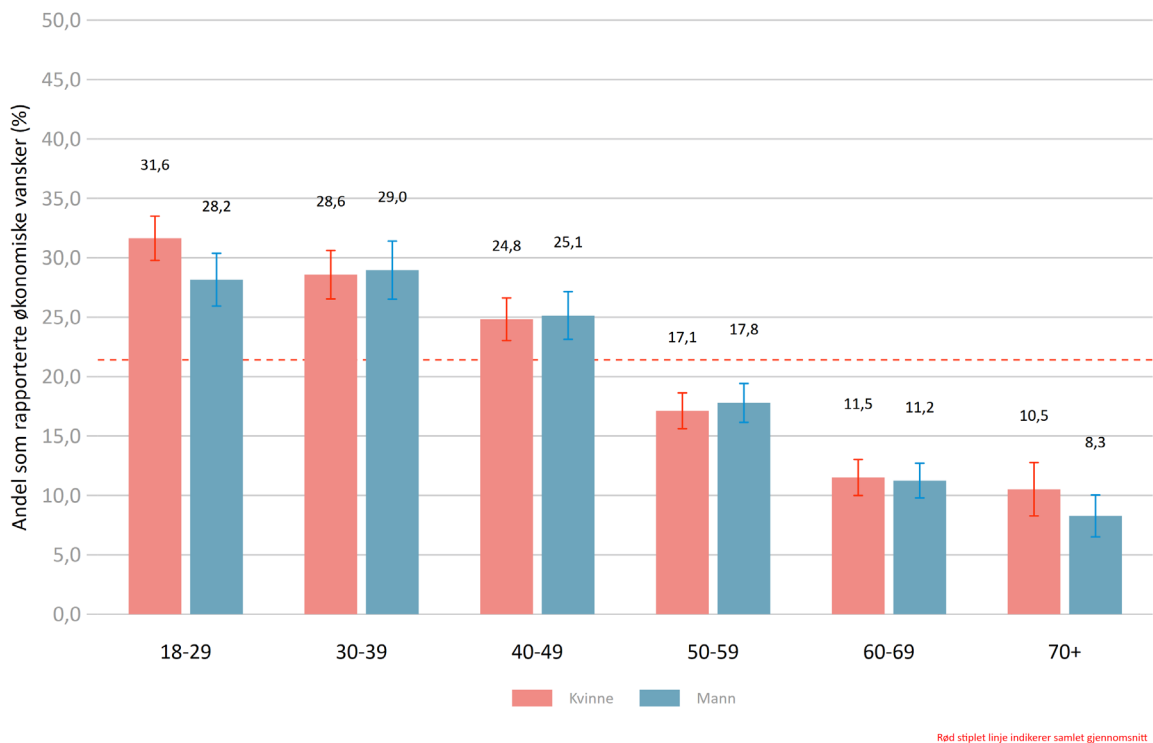
Dette diagrammet viser andelen som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige etter kjønn og utdanning. Omtrent en av fem (21,4 %) rapporterte at de synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige. Andelen var litt (og signifikant) høyere for kvinner (22,3 %) enn for menn (20,3 %). Diagrammet viser andel som synes det er vanskelig å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige etter region innen fylkene. Forskjellene på tvers av regioner er minimale. Ingen av regionene avviker signifikant fra gjennomsnittet for de to fylkene. Forskjellene mellom justerte og ujusterte tall er minimale.

Figur 75: Andel som rapporterte økonomiske vansker fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Dette diagrammet viser andelen som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige etter kjønn og utdanning. Andelen faller monotont og nesten lineært med utdanning. Jo høyere utdanning, desto lavere er andelen som svarer at de synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til. I alle utdanningsgruppene er andelen som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige høyere blant kvinner enn blant menn. Men forskjellen er bare signifikant hos de med grunnskole og videregående skole.

Figur 76: Andel som rapporterte økonomiske vansker fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

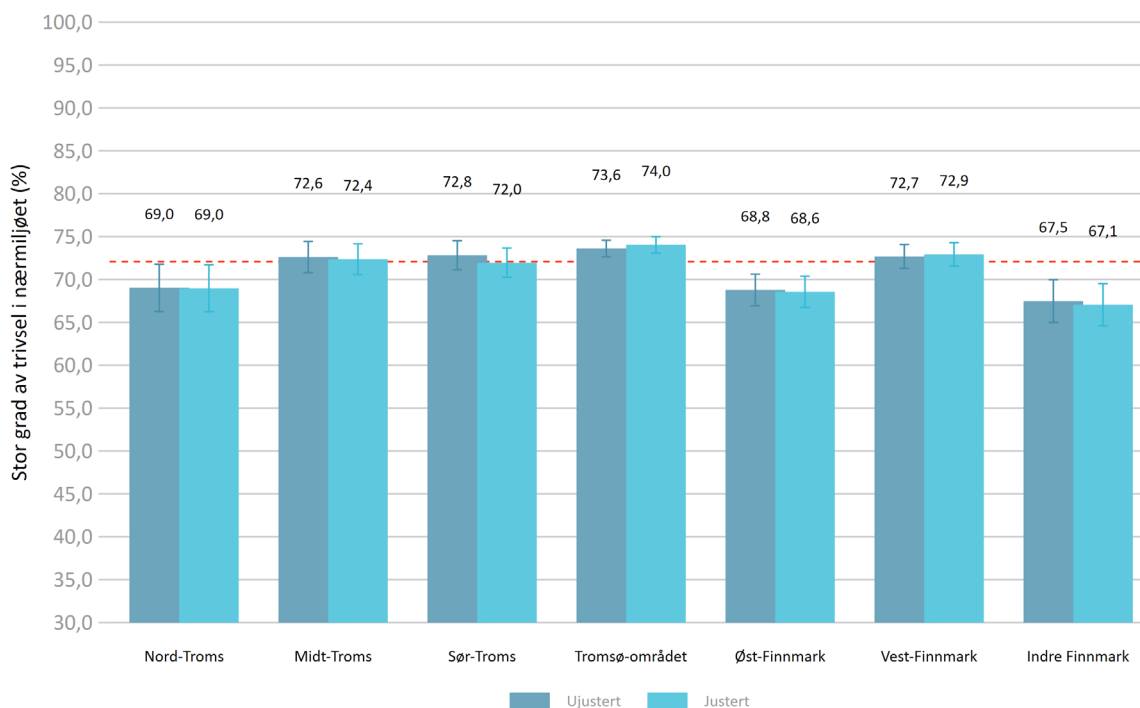


Dette diagrammet viser andelen som synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningens inntekt til å strekke til i det daglige etter kjønn og alder. Andelen faller kraftig med alderen, først og fremst i aldersgruppene fra 30 til 69 år, både blant menn og blant kvinner. Kjønnforskjellene er små og ikke signifikante innen aldersgrupper.

1.29 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 21 685 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var **72,09 %** (KI95%: 71,49-72,68). Andelen for kvinner var 72,38 % (n=11 806; KI95% 71,57-73,19) og andelen var 71,74 % (n=9 879; KI95% 70,85-72,63) for menn.

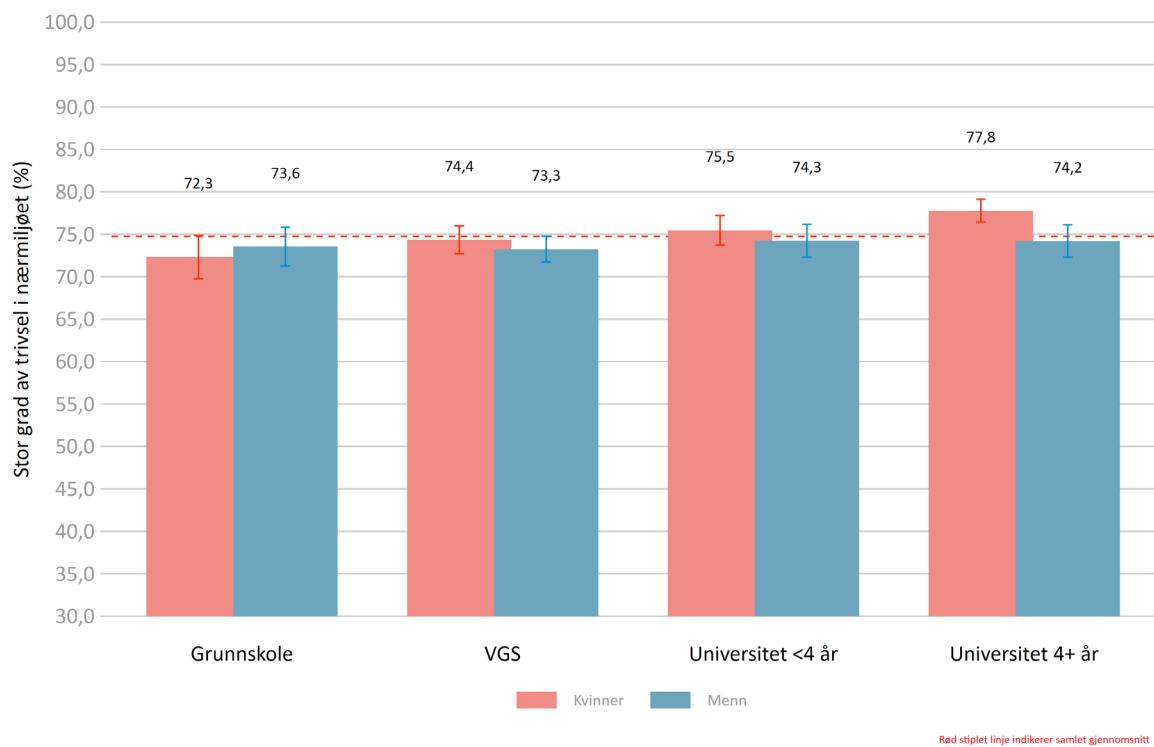
Figur 77: Stor grad av trivsel i nærmiljøet på tvers av regioner i Troms og Finnmark



Red stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt

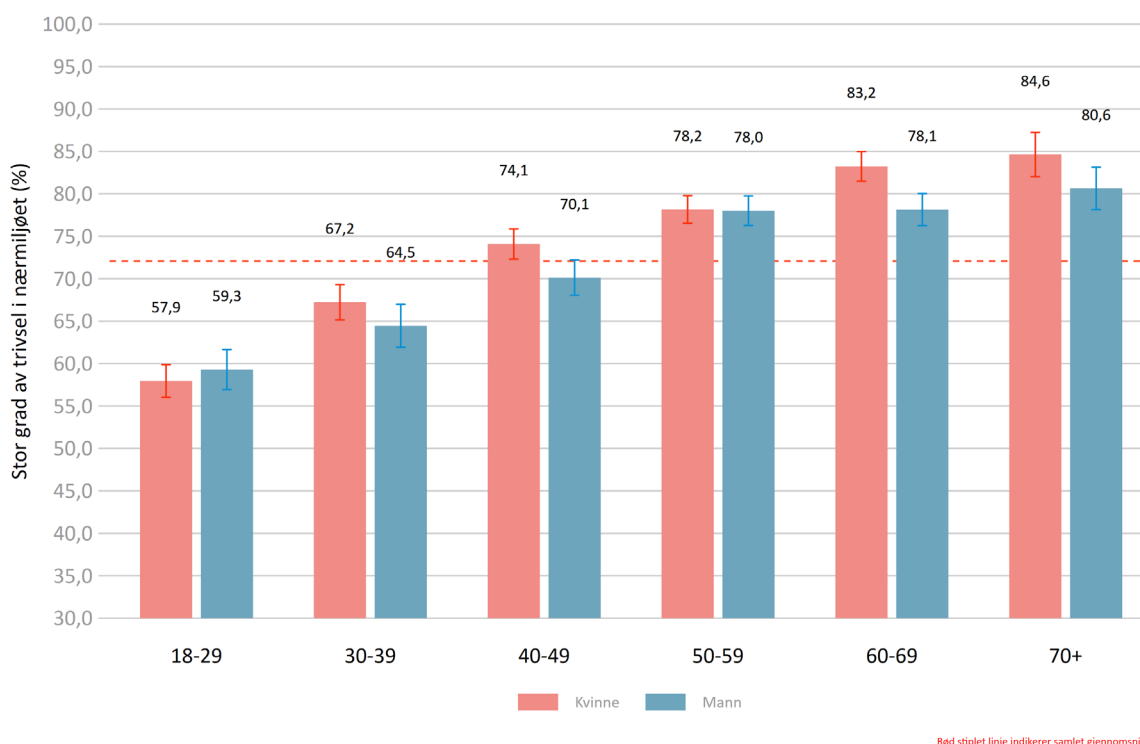
Spørsmålet om trivsel i nærmiljøet hadde fire svarkategorier, og svarene fordelte seg med 72,1 % på «i stor grad», 24,5 % «i noen grad», 3,0 % «i liten grad» og 0,5 % «ikke i det hele tatt». Det er med andre ord en ganske liten andel (3,5 %) som oppgav at de ikke trives noe særlig («i liten grad» og «ikke i det hele tatt»). Diagrammet viser andel som oppgav stor grad av trivsel etter region innen de to fylkene. Mens Tromsø-området ligger så vidt over gjennomsnittet for de to fylkene, ligger Nord-Troms, Øst-Finnmark og Indre Finnmark litt under. Men forskjellen mellom høyeste og laveste tall er bare på 6,9 prosentpoeng (justerte tall). Forskjellene mellom ujusterte og justerte tall er minimale.

Figur 78: Stor grad av trivsel i nærmiljøet fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Dette diagrammet viser andelen som oppgav stor grad av trivsel etter utdanning og kjønn innen de to fylkene. Forskjellen mellom utdanningsgrupper og mellom menn og kvinner er små.

Figur 79: Stor grad av trivsel i nærmiljøet fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

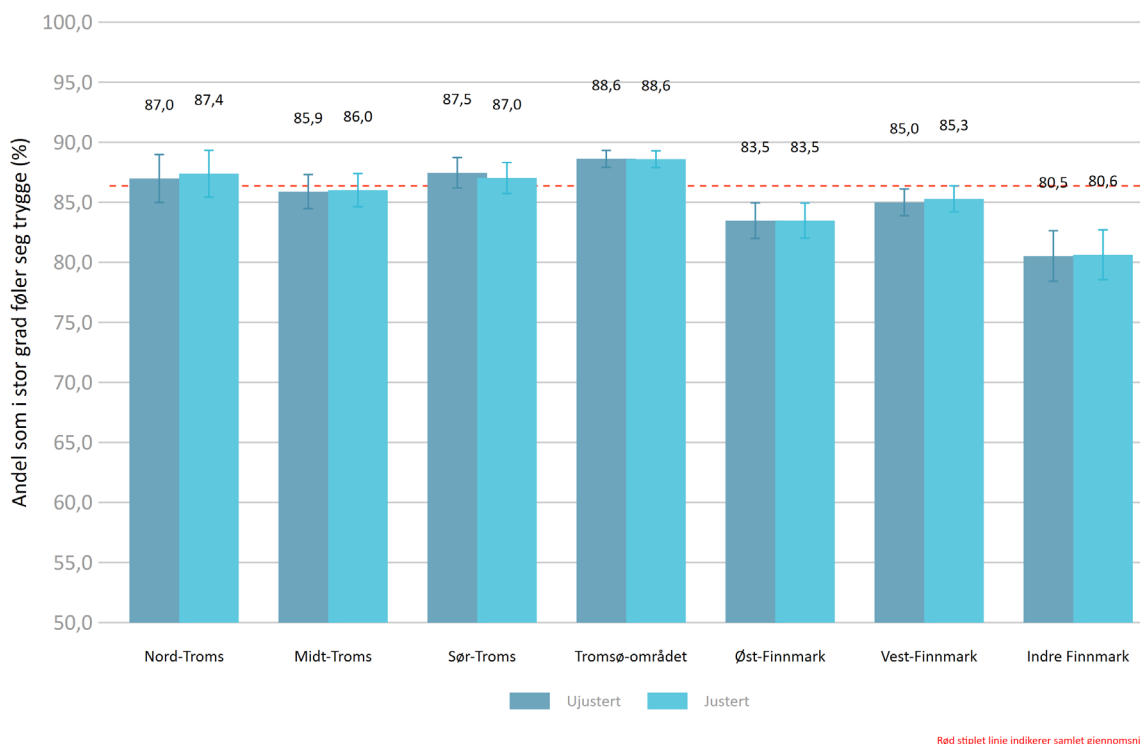


Dette diagrammet viser andelen som oppgav stor grad av trivsel etter alder og kjønn innen de to fylkene. Andel som rapporterer stor grad av trivsel øker monotont for både menn og kvinner med økende alder. Forskjellen mellom de yngste og de eldste er på hele 26,7 prosentpoeng blant kvinnene og 21,3 prosentpoeng blant mennene. Andelen som trives i stor grad er signifikant høyere blant kvinner enn blant menn i to aldersgrupper (40-49 år og 60-69 år), men forskjellene er små (4,0 og 5,1 prosentpoeng).

1.30 Andel som i stor grad føler seg trygge

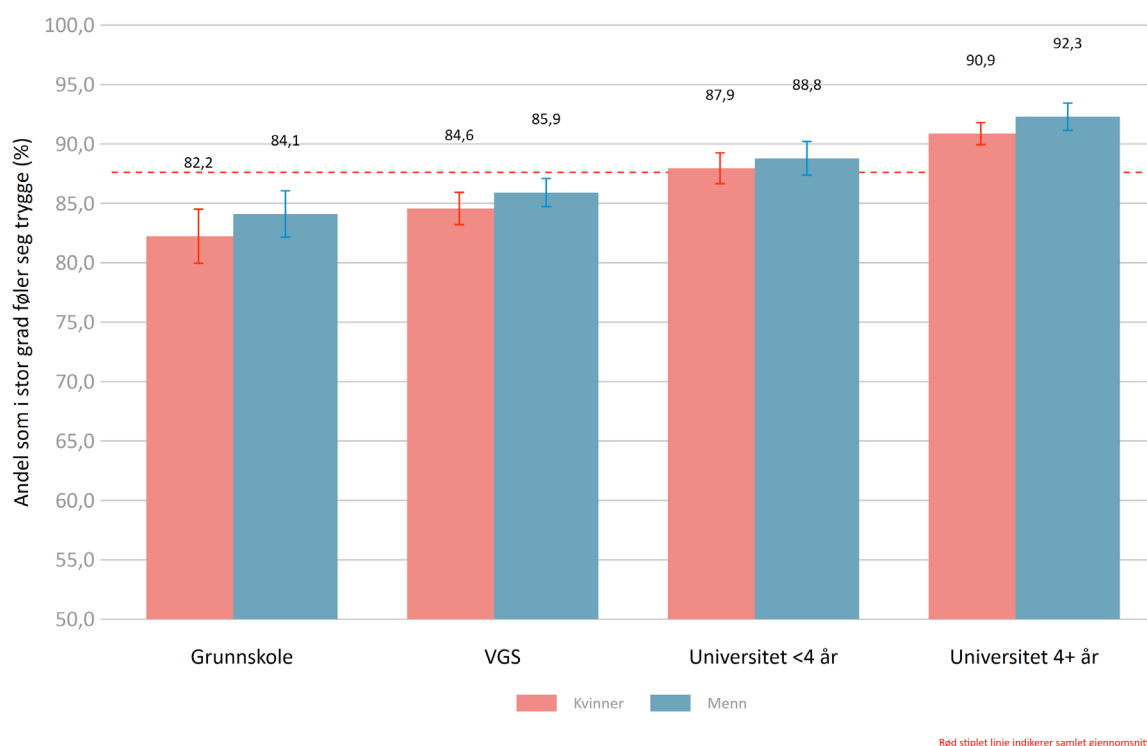
Totalt 21 716 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Andel som i stor grad føler seg trygge. Andelen for hele utvalget var **86,36 %** (KI95%: 85,91-86,82). Andelen for kvinner var 85,85 % (n=11 832; KI95% 85,22-86,48) og andelen var 86,98 % (n=9 884; KI95% 86,32-87,64) for menn.

Figur 80: Andel som i stor grad føler seg trygge på tvers av regioner i Troms og Finnmark



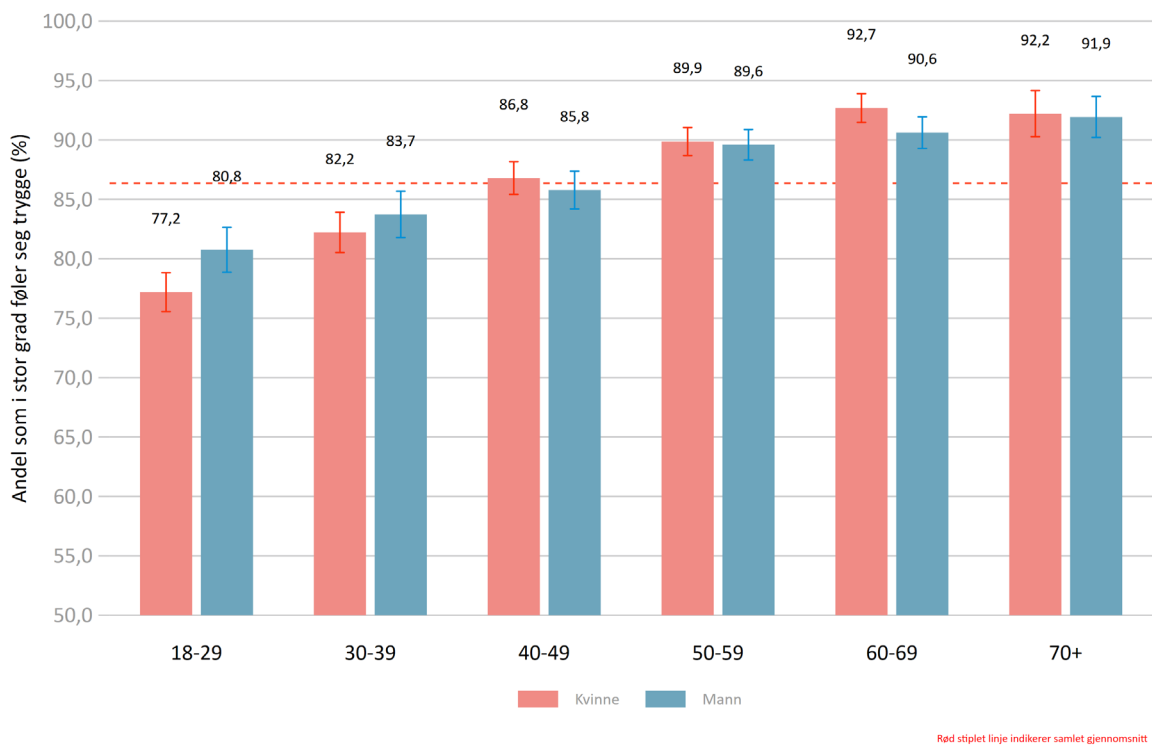
Spørsmålet om trygghet i nærmiljøet hadde fire svarkategorier, og svarene fordelte seg med 86,4 % på «i stor grad», 12,2 % «i noen grad», 1,2 % «i liten grad» og 0,3 % «ikke i det hele tatt». Det er med andre ord en svært liten andel (1,5 %) som oppgav at de ikke eller i liten grad føler seg trygge i nærmiljøet. Diagrammet ovenfor viser andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt etter region i de to fylkene. Andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet er litt høyere i Tromsø-området enn det som er gjennomsnittstallet for begge fylkene sett under ett. Indre Finnmark og Øst-Finnmark ligger litt under gjennomsnittet. Hvis vi snur på tallene for tydeligere å få fram kontrasten, finner vi at andel som ikke føler seg svært trygge er 19,4 % i Indre Finnmark og 11,4 % i Tromsø-området.

Figur 81: Andel som i stor grad føler seg trygge fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Dette diagrammet viser andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt etter utdanning og kjønn i de to fylkene. Utdanning ut over videregående skole henger sammen med økt andel som rapporterer at de føler seg trygge. Sammenhengen blir tydeligst om vi igjen snur på tallene og rapporterer andel som ikke i stor grad føler seg trygge. Denne andelen er på 7,7 % og 9,1 % blant henholdsvis menn og kvinner med minst fire års høgskole- eller universitetsutdanning mot 15,9 % og 17,8 % blant menn og kvinner med bare grunnskoleutdanning. Kjønnsforskjellene innen utdanningsgrupper i dette utvalget er minimale og ikke statistisk sikre.

Figur 82: Andel som i stor grad føler seg trygge fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

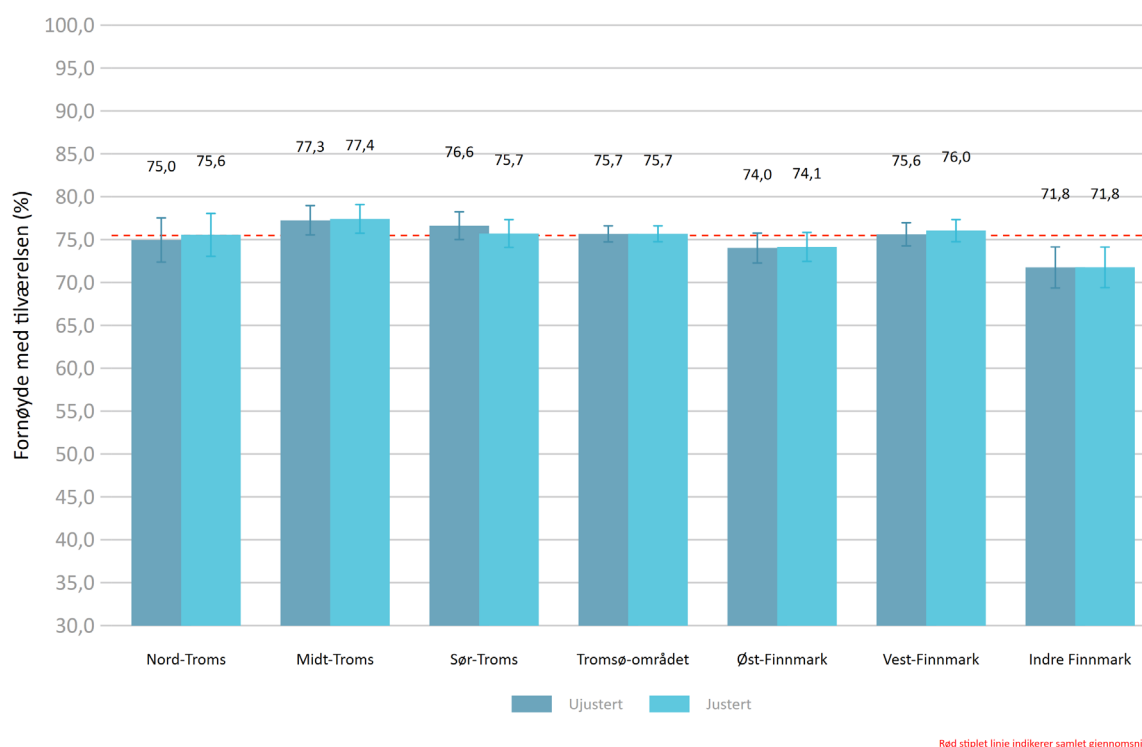


Dette diagrammet viser andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt etter alder og kjønn i de to fylkene. Den laveste andelen som i stor grad føler seg trygge ser vi både blant kvinner og blant menn i den yngste aldersgruppen. Tallene stiger med alder helt opp til 60 år, da de flater ut. Det kan tenkes at den manglende nedgangen i andelen som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet fra før til etter pensjonsalder (70 år) skyldes seleksjon i undersøkelsen. Vi har tross alt ikke nådd ut til eldre som ikke er registrert i Difi-systemet. Den eneste signifikante kjønnsforskjellen vi observerer er for den yngste aldersgruppen. Andelen som i stor grad føler seg trygge er lavere hos unge kvinner enn hos unge menn.

1.31 Fornøyde med tilværelsen

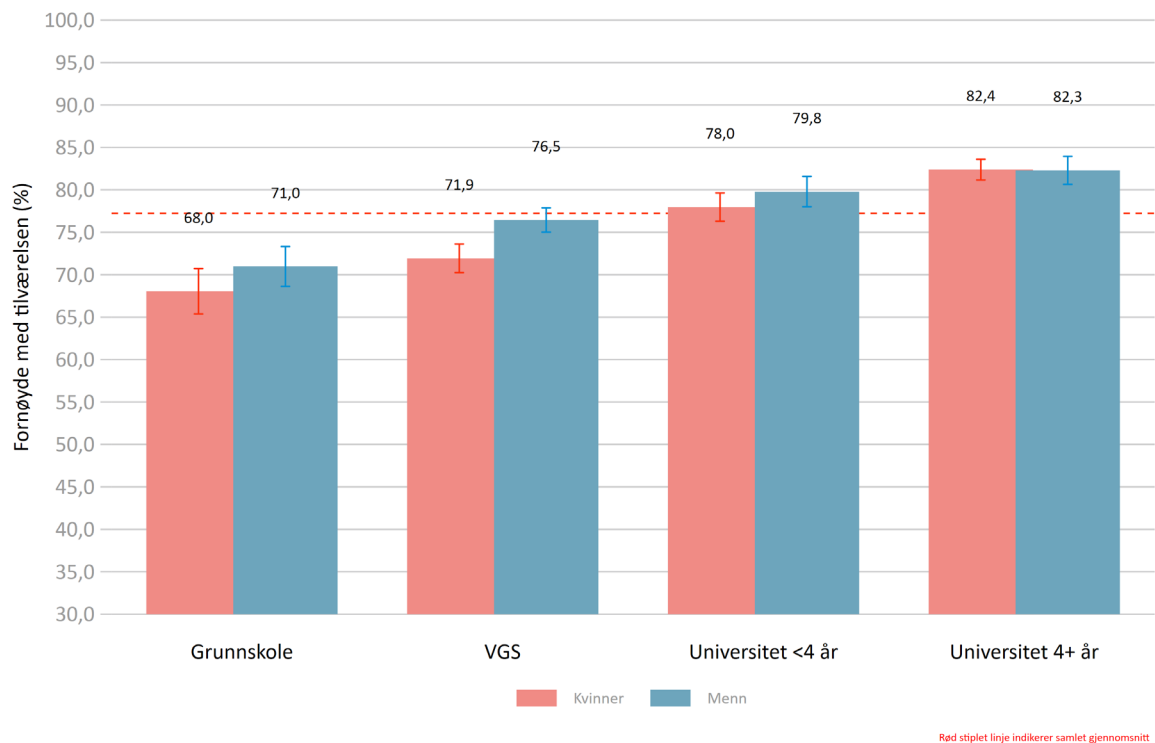
Totalt 21 734 deltakere av 21 761 (99,9 %) hadde gyldig besvarelse på Fornøyde med tilværelsen. Andelen for hele utvalget var **75,48 %** (KI95%: 74,90-76,05). Andelen for kvinner var 74,77 % (n=11 838; KI95% 73,99-75,55) og andelen var 76,32 % (n=9 896; KI95% 75,49-77,16) for menn.

Figur 83: Fornøyde med tilværelsen på tvers av regioner i Troms og Finnmark



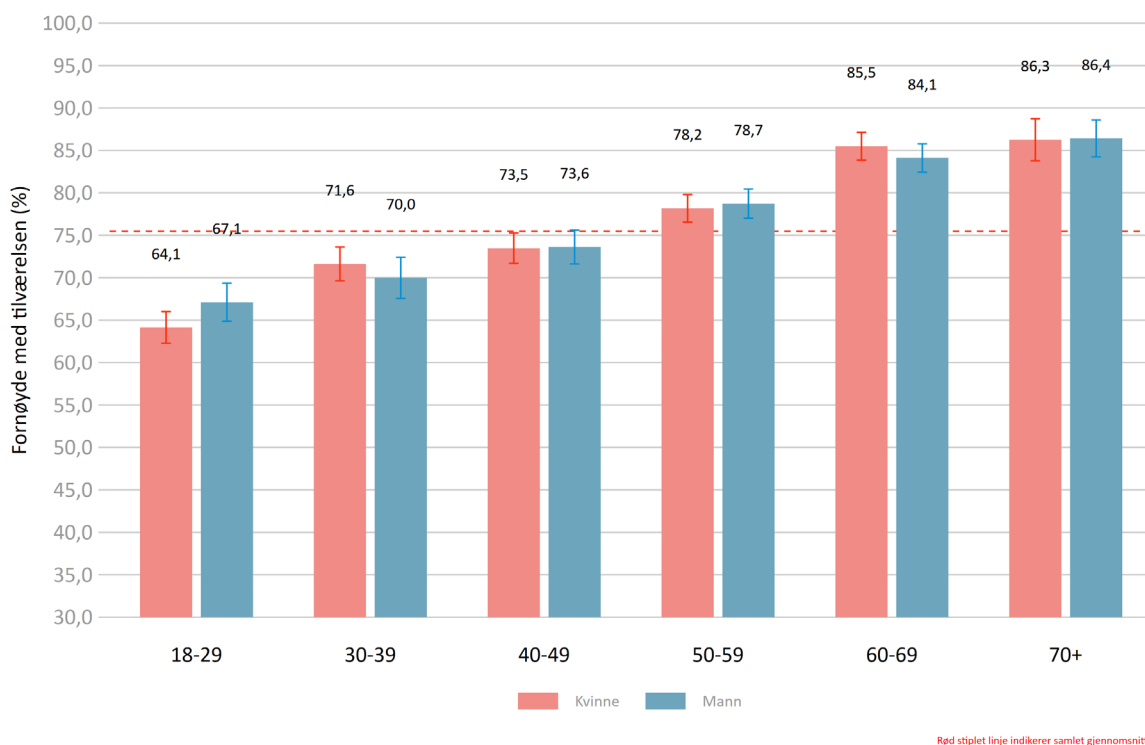
Spørsmålet om fornøydhhet med tilværelsen hadde fem svarkategorier, og svarene fordelte seg med 24,2 % «svært fornøyd», 51,3 % «ganske fornøyd», 19,9 % «både/og», 3,7 % «nokså misfornøyd» og 1,0 % «svært misfornøyd». Nesten en av fire er med andre ord ikke helt fornøyd med tilværelsen. Diagrammet ovenfor viser andelen som svarte at de er svært fornøyd eller ganske fornøyd med tilværelsen etter region i de to fylkene. Høyest andel fornøyd finner vi i Midt-Troms, som ligger så vidt over gjennomsnittet for de to fylkene. Indre Finnmark ligger litt under. Men forskjellen mellom topp og bunn er bare 5,6 prosentpoeng. De justerte tallene avviker lite fra de ujusterte.

Figur 84: Fornøyde med tilværelsen fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Dette diagrammet viser andelen som svarte at de er svært fornøyde eller ganske fornøyde med tilværelsen etter utdanning og kjønn i de to fylkene. Andelen fornøyde stiger med økende utdanningen hos både menn og kvinner. Andelen som sier de er fornøyde med tilværelsen er noe høyere blant menn enn blant kvinner for de med videregående skole. Det er ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene i de øvrige utdanningsgruppene.

Figur 85: Fornøyde med tilværelsen fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

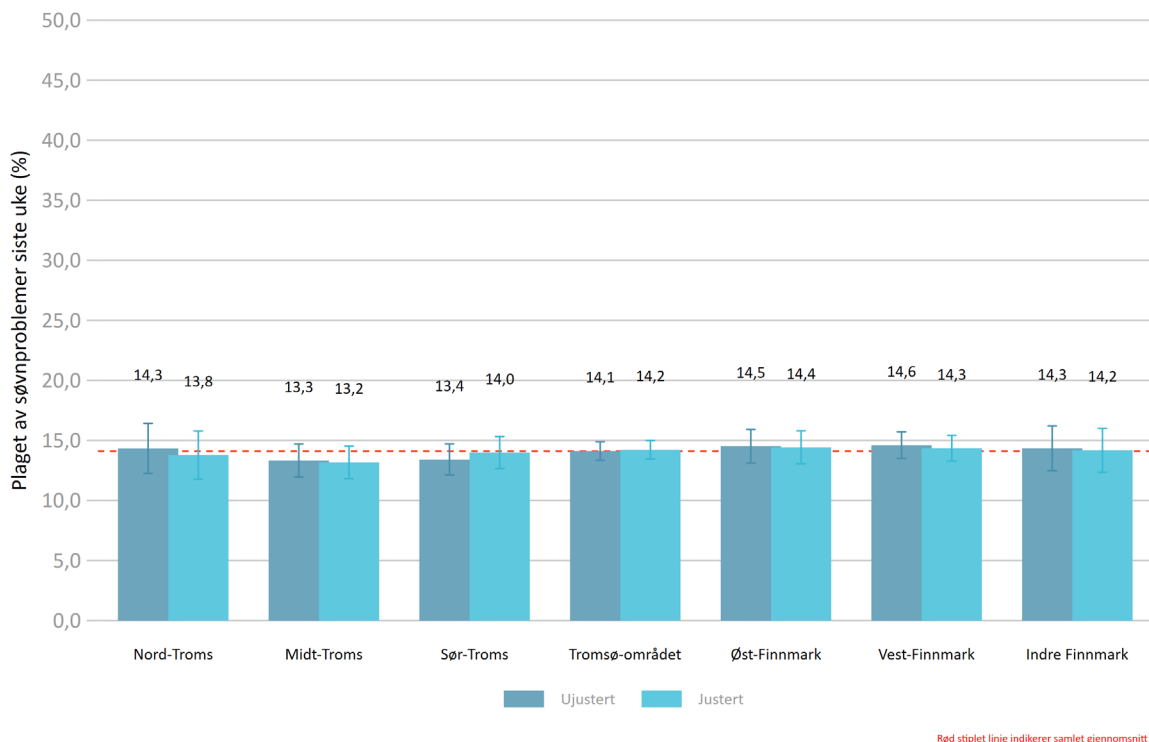


Her ser vi andelen som svarte at de er svært fornøyde eller ganske fornøyde med tilværelsen etter alder og kjønn i de to fylkene. Andelen fornøyde stiger nokså kraftig med økende alder. Forskjellen mellom yngste og eldste gruppe er på 22,2 prosentpoeng blant kvinner og 19,3 prosentpoeng blant menn. Kjønnsforskjellene innen aldersgrupper er minimale.

1.32 Plaget av søvnproblemer siste uke

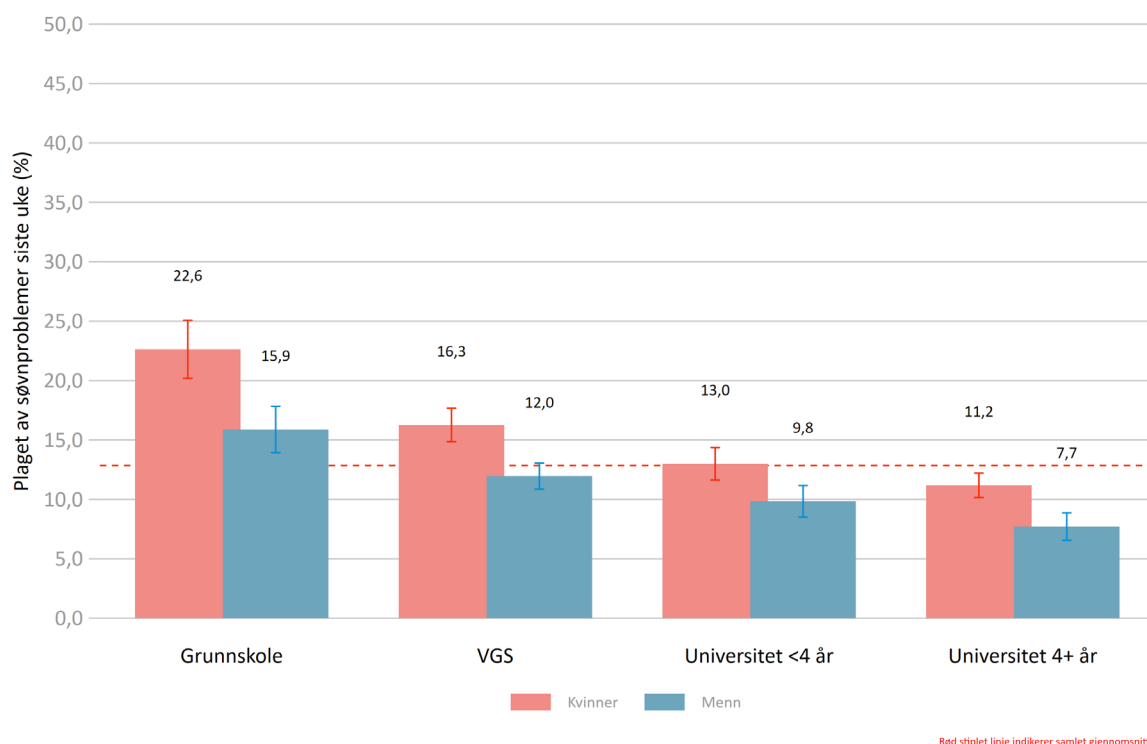
Totalt 21 720 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Plaget av søvnproblemer siste uke. Andelen for hele utvalget var **14,11 %** (KI95%: 13,64-14,57). Andelen for kvinner var 15,70 % (n=11 831; KI95% 15,05-16,36) og andelen var 12,20 % (n=9 889; KI95% 11,55-12,84) for menn.

Figur 86: Plaget av søvnproblemer siste uke på tvers av regioner i Troms og Finnmark



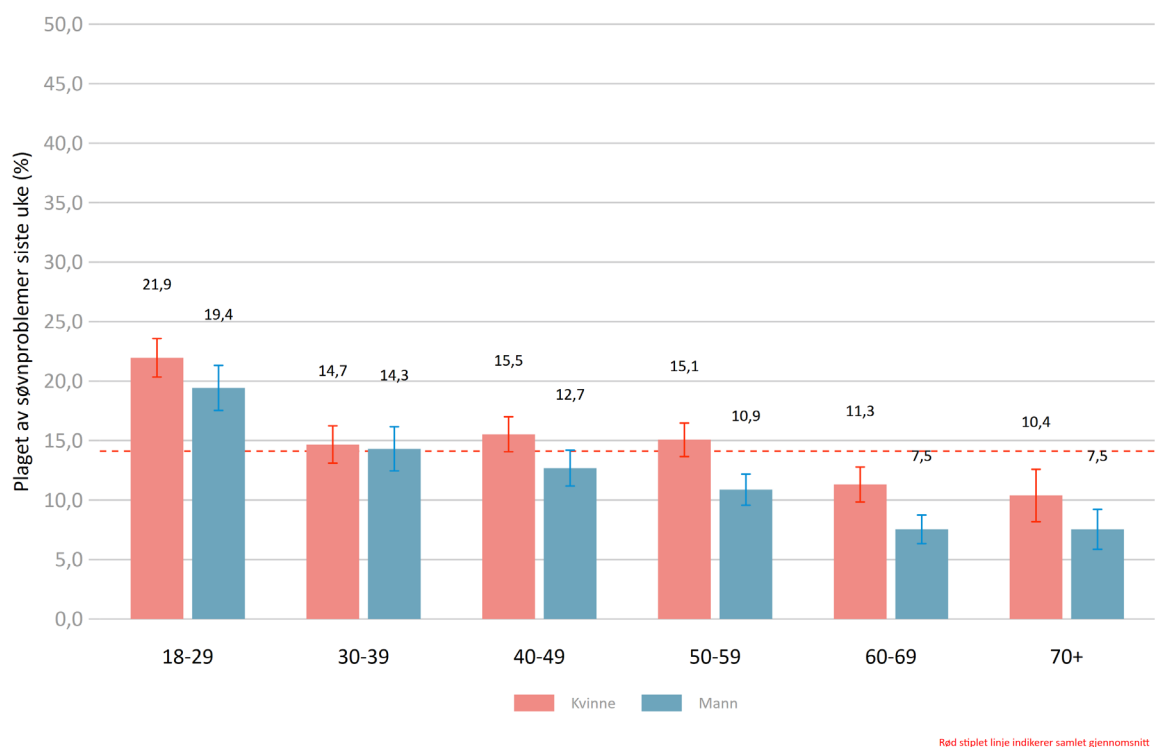
Spørsmålet om søvnproblemer hadde fire svarkategorier, og svarene fordelte seg med 51,4 % på «ikke plaget», 34,5 % «litt plaget», 10,5 % «ganske mye plaget» og 3,6 % «veldig mye plaget». Diagrammet ovenfor viser andelen som rapporterte at de var «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» etter region innen de to fylkene. Variasjonen over regioner er minimal. Ingen av regionene skiller seg signifikant fra gjennomsnittet for hele fylket. De justerte tallene skiller seg svært lite fra de ujusterte.

Figur 87: Plaget av søvnproblemer siste uke fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Dette diagrammet viser andelen som svarte at de hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget av søvnproblemer den siste uken etter utdanning og kjønn i de to fylkene. Andelen som oppgav at de har vært plaget synker med økende utdanning og er omtrent halvparten så stor blant de med høyest utdanning sammenlignet med de med lavest utdanning. Andelen som plages med søvnproblemer er signifikant høyere blant kvinner enn blant menn i alle utdanningsgruppene.

Figur 88: Plaget av søvnproblemer siste uke fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

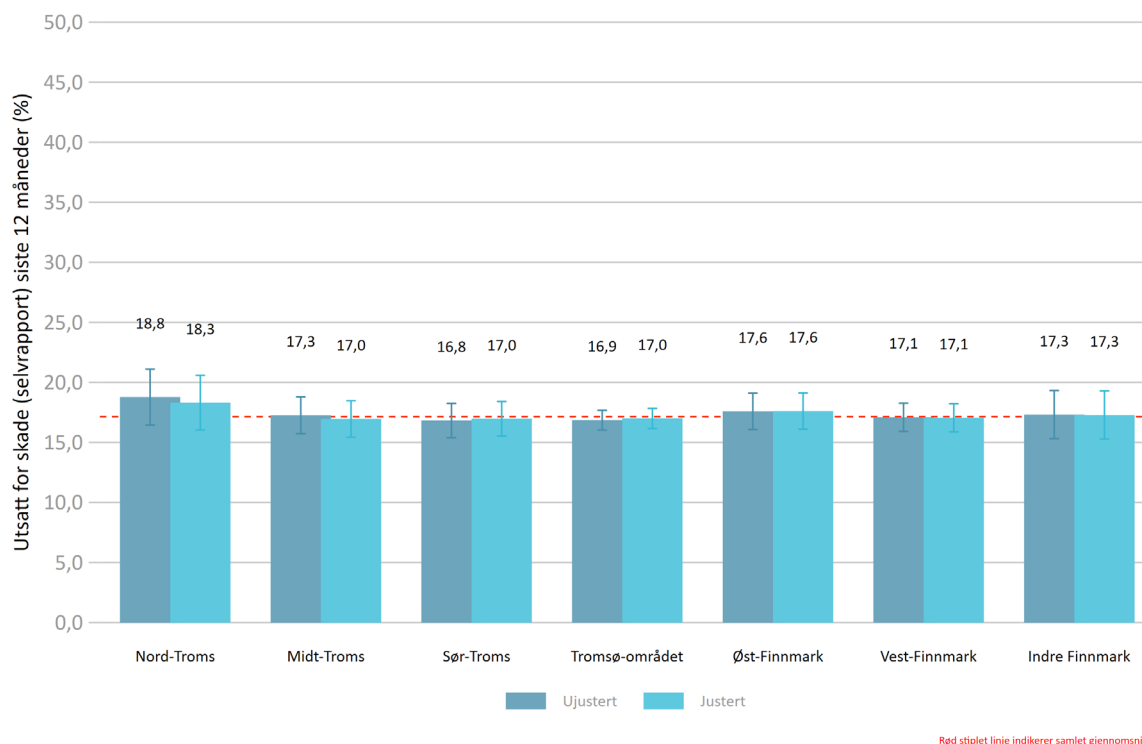


Dette diagrammet viser andelen som svarte at de hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget av søvnproblemer den siste uken etter alder og kjønn. Andelen plagede er både for kvinnenes og for mennenes del høyst blant de yngste (18-29 år) og synker noe uregelmessig med alder for begge kjønn. Andelen med søvnproblemer er høyere blant kvinner enn blant menn i aldersgruppene fra 40 til 69 år, men bare grensesignifikant i den yngste av disse tre gruppene.

1.33 Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder

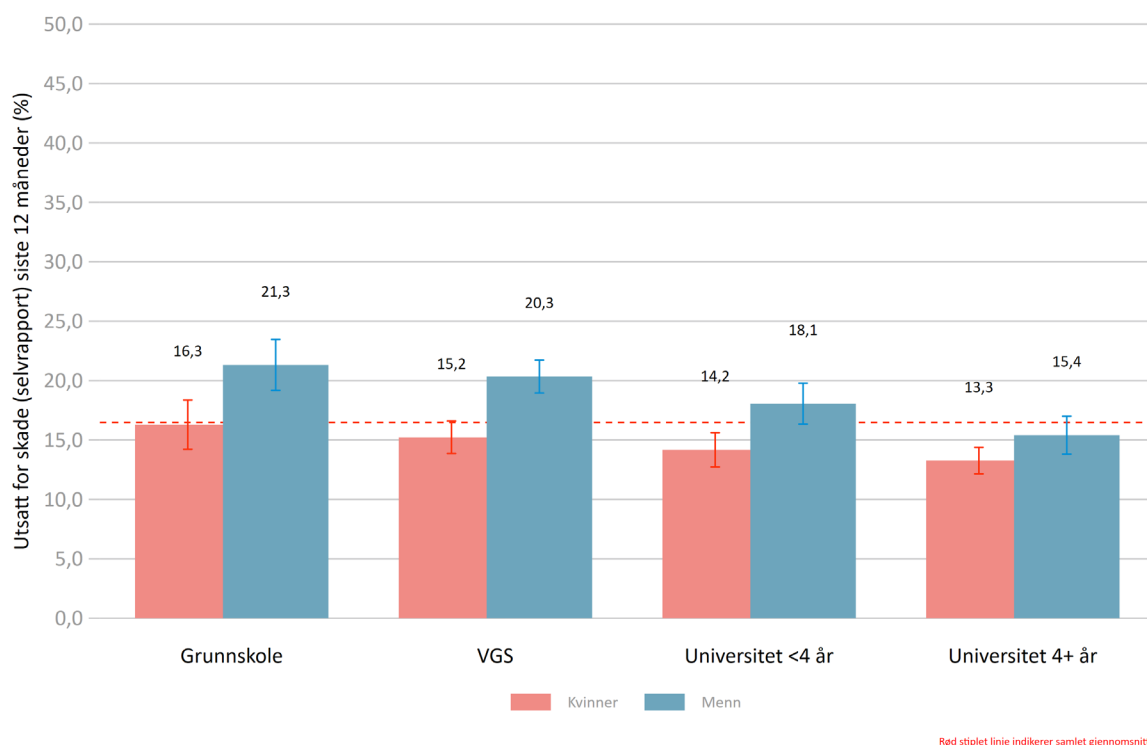
Totalt 21 689 deltakere av 21 761 (99,7 %) hadde gyldig besvarelse på Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder. Andelen for hele utvalget var **17,15 %** (KI95%: 16,65-17,65). Andelen for kvinner var 15,20 % (n=11 811; KI95% 14,55-15,85) og andelen var 19,48 % (n=9 878; KI95% 18,70-20,26) for menn.

Figur 89: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder på tvers av regioner i Troms og Finnmark



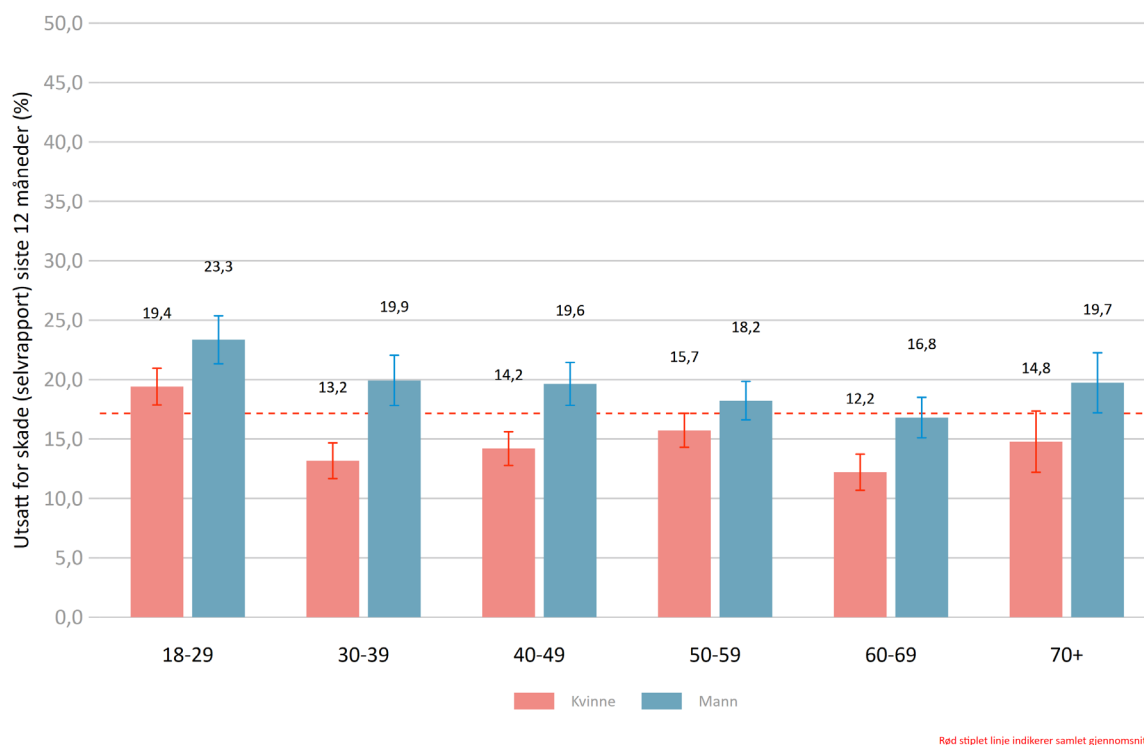
Spørsmålet om en i løpet av de siste 12 månedene hadde vært utsatt for en eller flere skader som førte til at en måtte oppsøke lege eller tannlege var utstyrt med tre svaralternativer: «ja, én», «ja, flere» og «nei». Alt i alt var det 17,1 % som oppgav at de var blitt utsatt for skade. Blant disse var det hele 23,5 % (4,0 %) som var utsatt for mer enn én skade. Diagrammet ovenfor viser andel som hadde vært utsatt for slik skade etter region. Ingen av regionene skiller seg signifikant fra gjennomsnittet for de to fylkene samlet. Forskjellen mellom ujusterte og justerte tall er minimal.

Figur 90: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



I dette diagrammet vises andelen som hadde vært utsatt for skade etter utdanning og kjønn. Blant mennene faller andelen noe med utdanning. I den gruppen blant menn som har høyest utdanning, er tallet signifikant lavere enn blant de to gruppene med lavest utdanning. Blant kvinnene er forskjellene over utdanningsgrupper ikke signifikante. I alle utdanningsgruppene er andelen som hadde vært utsatt for skade høyere blant menn enn blant kvinner, men forskjellen er ikke signifikant blant de med høyskole- eller universitetsutdanning som har vart fire år eller mer.

Figur 91: Utsatt for skade (selvrapport) siste 12 måneder fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

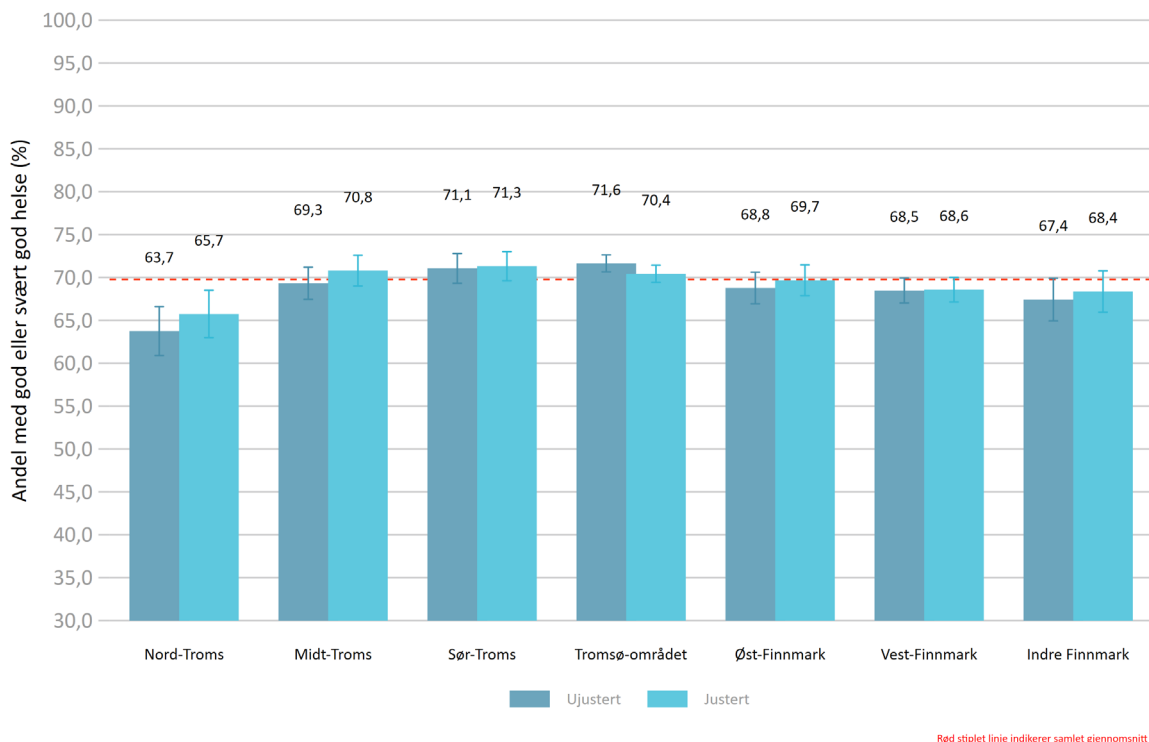


Her vises andelen som rapporterte at de hadde vært utsatt for skade etter alder og kjønn. Blant mennene faller andelen noe med økende alder inntil de når pensjonsalderen (70+). Høyest andel som rapporterer om skader ser vi hos begge kjønn blant de yngste. I alle aldersgruppene er prosentandelen som har rapportert om skade høyest blant menn, og forskjellen er signifikant eller grensesignifikant i alle gruppene bortsett fra blant de mellom 50 og 59.

1.34 Andel med god eller svært god helse

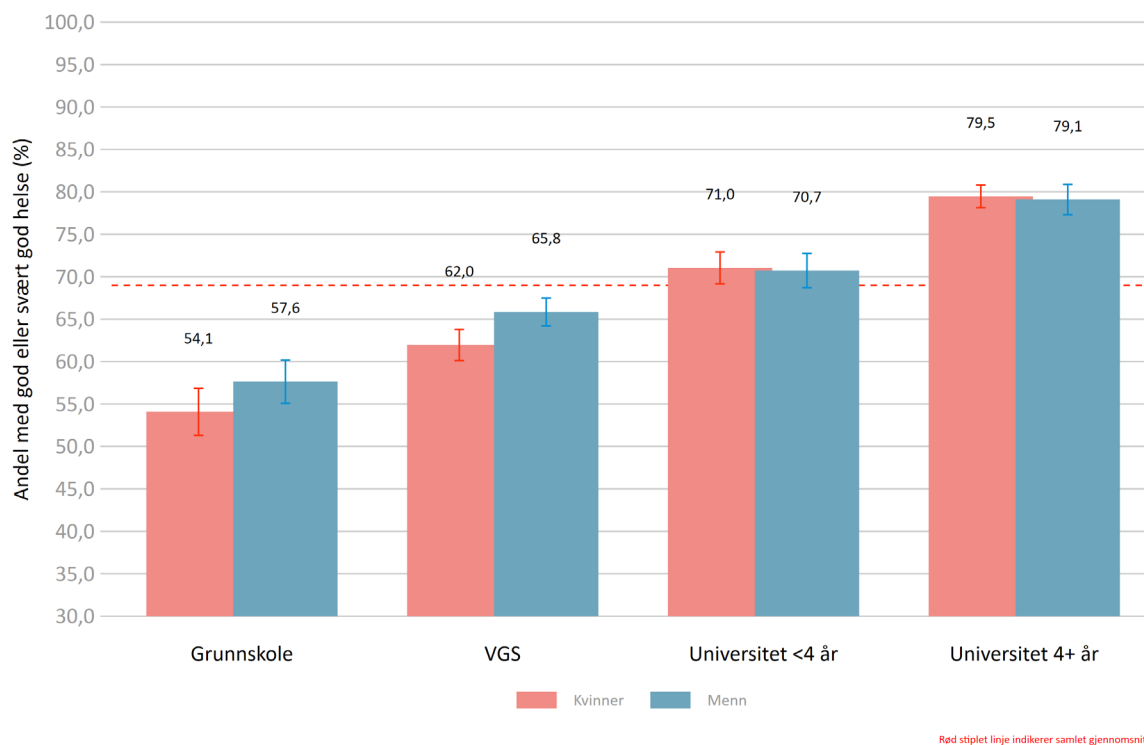
Totalt 21 722 deltakere av 21 761 (99,8 %) hadde gyldig besvarelse på Andel med god eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **69,77 %** (KI95%: 69,16-70,38). Andelen for kvinner var 69,93 % (n=11 829; KI95% 69,10-70,76) og andelen var 69,58 % (n=9 893; KI95% 68,68-70,49) for menn.

Figur 92: Andel med god eller svært god helse på tvers av regioner i Troms og Finnmark



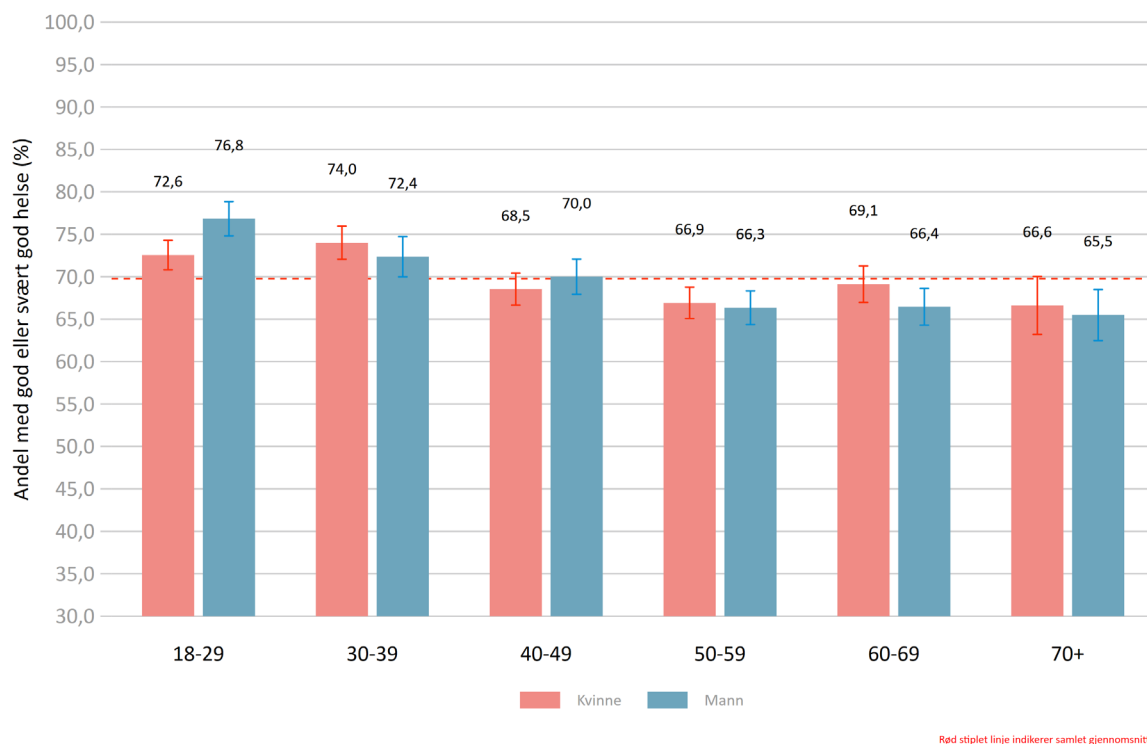
Spørsmålet om hvordan deltakerne i studien vurderer sin egen helse hadde fem svaralternativer. Fordelingen over disse fem kategoriene var slik: 17,8 % svarte «svært god», 52,0 % svarte «god», 22,1 % svarte «verken god eller dårlig», 7,4 % svarte «dårlig» og 0,7 % svarte «svært dårlig». Diagrammet på denne siden viser andelen som oppgav at de hadde «svært god» eller «god» helse etter region innen de to fylkene. Bare Nord-Troms skiller seg litt ut fra de andre med en andel som ligger signifikant lavere enn tallet for fylket sett under ett. Det justerte tallet for Nord-Troms ligger noe nærmere gjennomsnittet for hele fylket enn det ujusterte. Dette skyldes at Nord-Troms har en noen annen fordeling på minst en av variablene kjønn, alder eller utdanning.

Figur 93: Andel med god eller svært god helse fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Her vises andelen som har rapportert god helse (svært god eller god) etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen som rapporterer at de har god helse stiger sterkt med utdanningsnivået. Forskjellen mellom de to yttergruppene er hele 25,4 prosentpoeng for kvinnene og 21,5 prosentpoeng for mennene. Kjønnforskjellene innen utdanningsgrupper er minimale.

Figur 94: Andel med god eller svært god helse fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

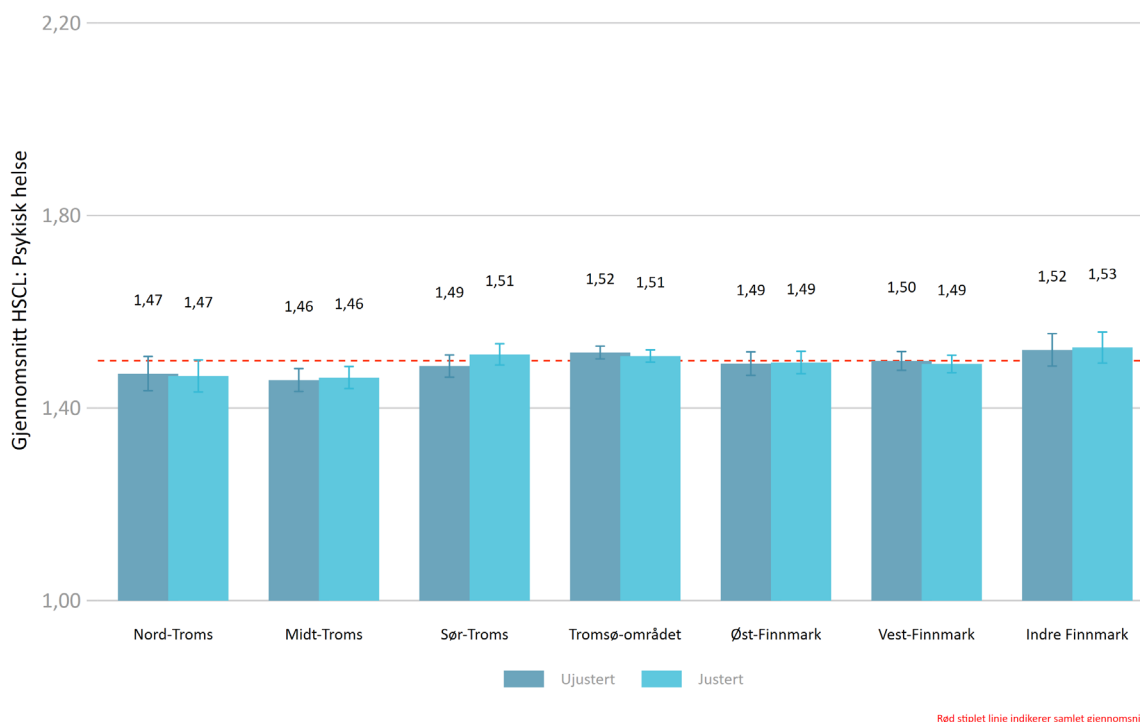


Denne figuren viser andelen som oppgir at de har god helse (svært god eller god) etter alder og kjønn. Forskjellen mellom de under 40 år og de over 50 år er statistisk sikker. Andelen som rapporterer at de har god helse faller litt med alderen. Men forskjellen mellom de eldste og de yngste er bare 6,0 prosentpoeng for kvinner og 11,3 prosentpoeng blant menn. Dette kan ha sammenheng med at de mer eller mindre automatisk vurderer sin helse i lys av sin alder, at de helst sammenligner seg med de som er jevngamle.

1.35 Gjennomsnitt HSCL: Psykisk helse

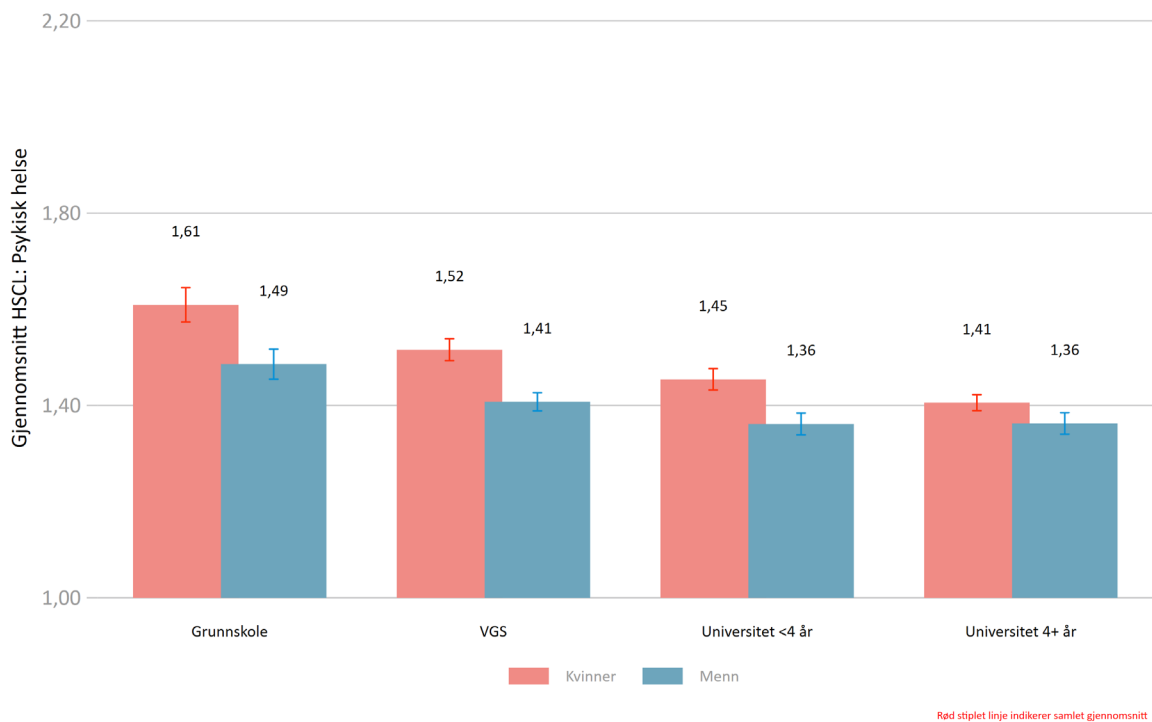
Totalt 21 409 deltakere av 21 761 (98.4 %) hadde gyldig besvarelse på Gjennomsnitt HSCL: Psykisk helse. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,50** (SD: ; KI95%: 1,49-1,51). Gjennomsnittet for kvinner var 1,54 (n=11 688; SD: ; KI95% 1,53-1,56) og gjennomsnittet var 1,44 (n=9 721; SD: ; KI95% 1,43-1,45) for menn.

Figur 95: Gjennomsnitt HSCL: Psykisk helse på tvers av regioner i Troms og Finnmark



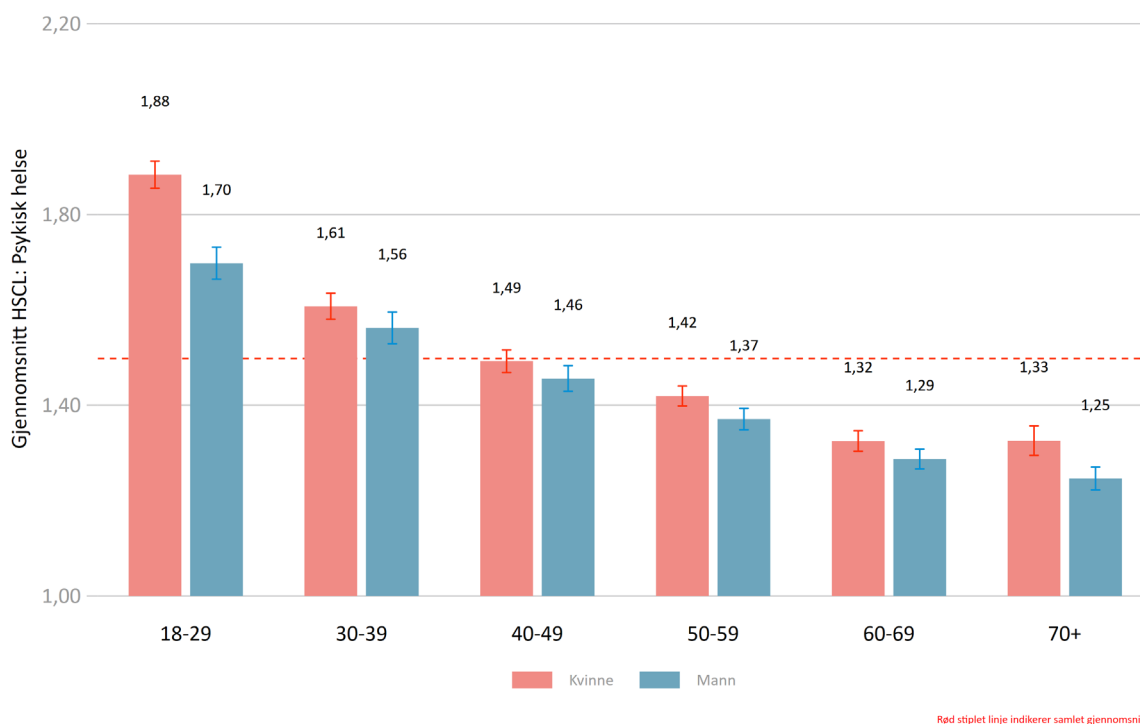
Gjennomsnittlig skår på HSCL-5 for hele utvalget ligger på 1,50 (skala 1-4). Kvinner ligger litt høyere enn menn med en skår på 1,54 mot 1,44. Tallene sier kanskje ikke så mye. Det er kanskje mer interessant å vite at andelen med skår høyere enn 2,00, som regnes som en kritisk grense, er 13,1 %. For menn er andelen over den kritiske grensen 11,0 % mens tilsvarende tall for kvinner er 14,8 %. Her ser vi at kjønnsforskjellen blir langt tydeligere og mer forståelig. Dette diagrammet viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 etter region innen de to fylkene. Gjennomsnittlig skår på HSCL-5 varierer nokså lite over regioner, men tallene for Midt-Troms og Nord-Troms ligger litt lavere enn gjennomsnittet for de to fylkene. Andel med en skår høyere enn 2,00 er ikke signifikant forskjellig over regioner når vi tester forskjellene mellom alle regionene under ett.

Figur 96: Gjennomsnitt HSCL: Psykisk helse fordelt på kjønn og utdanningsnivå, Troms og Finnmark



Dette diagrammet viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 etter utdanning og kjønn. Vi ser at gjennomsnitts-skåren synker svakt med stigende utdanningsnivå. Dette gjelder både kvinner og menn. Forskjellene mellom de som har høyest og de som har lavest utdanning er signifikante for begge kjønn. Supplerende analyser viser at andelen med skår høyere enn 2,00 er omtrent dobbelt så høy blant de med den laveste utdannelsen (19,1 % blant kvinner og 15,0 % blant menn) sammenlignet med de som har den høyeste utdannelsen (9,7 % blant kvinner og 7,8 % blant menn).

Figur 97: Gjennomsnitt HSCL: Psykisk helse fordelt på kjønn og alder, Troms og Finnmark

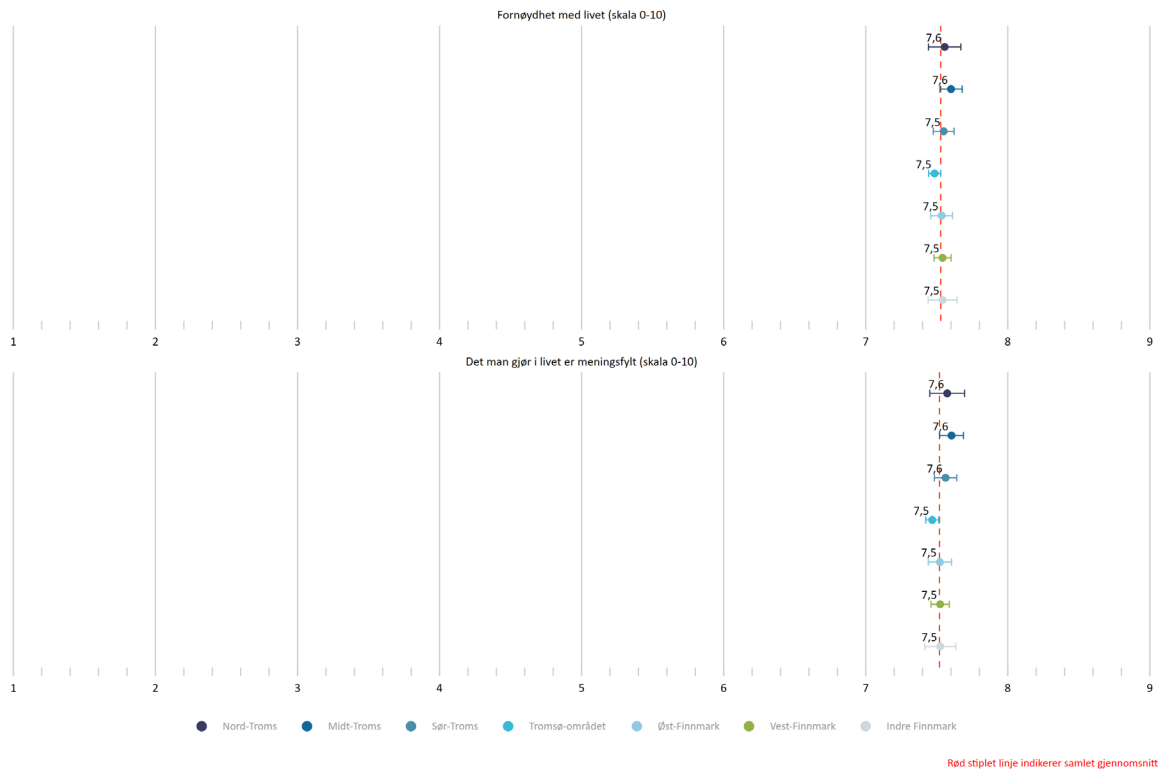


Dette diagrammet viser gjennomsnittlig skår på HSCL-5 etter alder og kjønn. Skåren synker monotont og kurvelineært med alder blant både menn og kvinner (med unntak av høyeste aldersgruppe blant kvinner). Jo yngre, desto høyere gjennomsnittsskår. Vi observerer signifikante kjønnsforskjeller i yngste og i eldste aldersgruppe. I begge disse er skårene høyere blant kvinner enn blant menn. Også her har vi gjort noen tilleggs-analyser. Blant de yngste kvinnene (18-29 år) er andelen med en skår høyere enn 2,00 hele 30,8 %, mens blant menn i samme aldersgruppe er andelen 21,7 %. Blant de eldste (70 år eller eldre) er tallene så lave som 4,8 % for kvinnenens del og 3,0 % blant menn.

1.36 Livskvalitet 1

1.36.1 Fornøydhets med livet. Det man gjør i livet er meningsfylt. Støttende og givende sosiale relasjoner. Bidrar til andres lykke og livskvalitet

Figur 98: Mål på livskvalitet på tvers av regioner, Troms og Finnmark



Diagrammene i den siste delen av resultatkapittelet har et litt annet format enn de tidligere. Felles for alle de spørsmålene som blir analysert og presentert videre utover i rapporten er at vi i stedet for å presentere noen få svarkategorier med verbale beskrivelser av hva de står for, har bedt respondentene om å svare ved bruk av en skala fra 0-10, med andre ord en 11-punkts skala. Da er det mest aktuelt å analysere svarene ved å regne ut gjennomsnittsskår og oppgi konfidensintervallene rundt hvert gjennomsnitt.

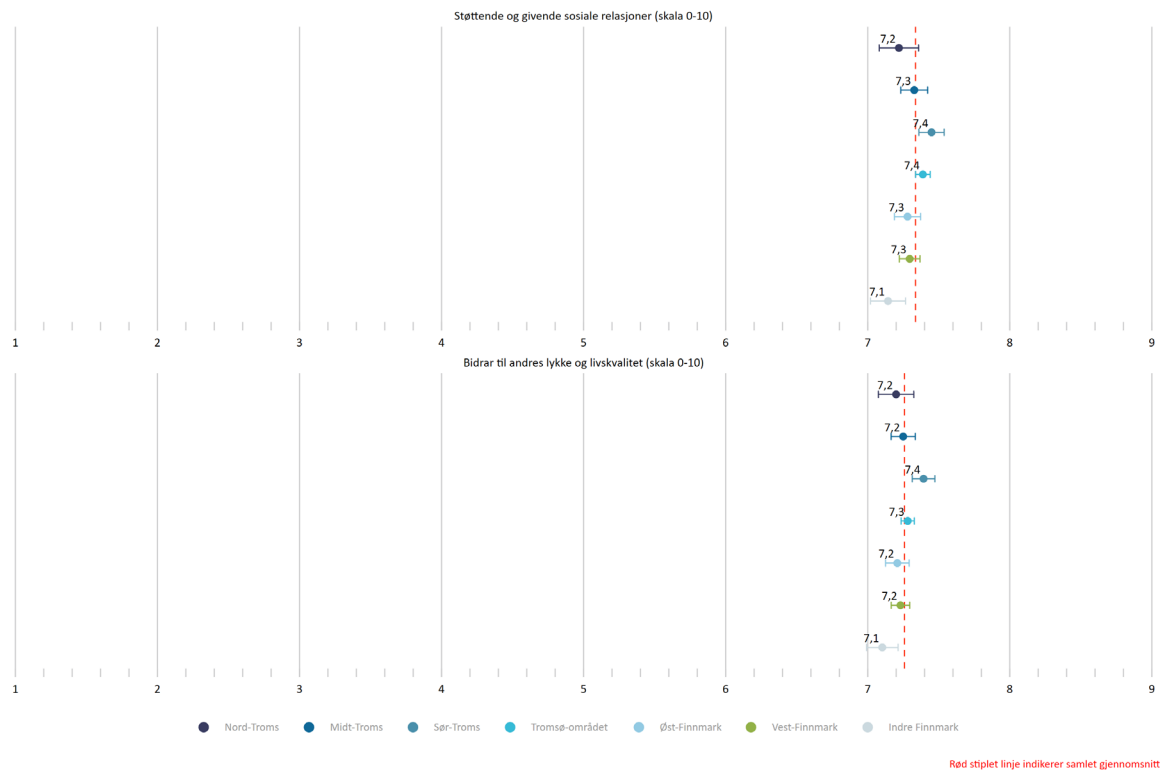
Den første utfallsvariabelen vi ser på er fornøydhets med livet. For alle deltakerne i studien samlet var gjennomsnittsskåren 7,53 og standardavviket var 1,95. Øverste del av diagrammet ovenfor viser fornøydhets med livet etter region, kontrollert for kjønn, aldersgruppe og utdanning. Gjennomsnittsskåren for Tromsø-området (7,48) lå signifikant lavere enn gjennomsnittsskåren for alle regionene. Midt-Troms lå grensesignifikant over (7,60). Omtrent det samme fant vi i analysene der vi ikke hadde justert for kovariater. Regner vi om forskjellen mellom det området som lå høyest (Midt-Troms) og det området som lå lavest (Tromsø-området), tilsvarer den en effektstørrelse på bare 0,06. Forskjellene er med andre ord liten grunn til å legge vekt på.

Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn. Det betyr at sammenhengen mellom region og fornøydhets med livet ikke var signifikant forskjellig for menn og kvinner.

Det er interessant å sammenligne med analysen av fornøydhet med livet som er presentert i Fig. 83, der svarkategoriene var utstyrt med tekst. Der kom Midt-Troms ut med en prosent som var svært fornøyde eller ganske fornøyde med tilværelsen som var signifikant høyere enn for alle regionene sett under ett. Men i tillegg fant man at andelen som var svært eller ganske fornøyde med tilværelsen var signifikant lavere enn gjennomsnittlig i Indre Finnmark. Dette fant vi ikke i analysen som er presentert på denne siden. Tromsø-området var ikke særlig forskjellig fra gjennomsnittet for alle regionene.

Det andre diagrammet ovenfor viser hvor meningsfylt en opplever at livet er etter region, kontrollert for kjønn, aldersgruppe og utdanning. Gjennomsnitts-skåren for de to fylkene sett under ett er 7,52 og standardavviket er på 2,13. Også her er det kontrollert for kjønn, alder og utdanning. Igjen ligger Tromsø-området signifikant lavere enn gjennomsnittet for regionene, med en skår på 7,47. Midt-Troms ligger signifikant høyere enn gjennomsnittet med en skår på 7,60. Forskjellen mellom de to regionene tilsvarer en effektstørrelse på bare 0,06. De ujusterte analysene lå signifikant høyere enn gjennomsnittet for alle regionene. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

Figur 99: Mål på livskvalitet på tvers av regioner, Troms og Finnmark

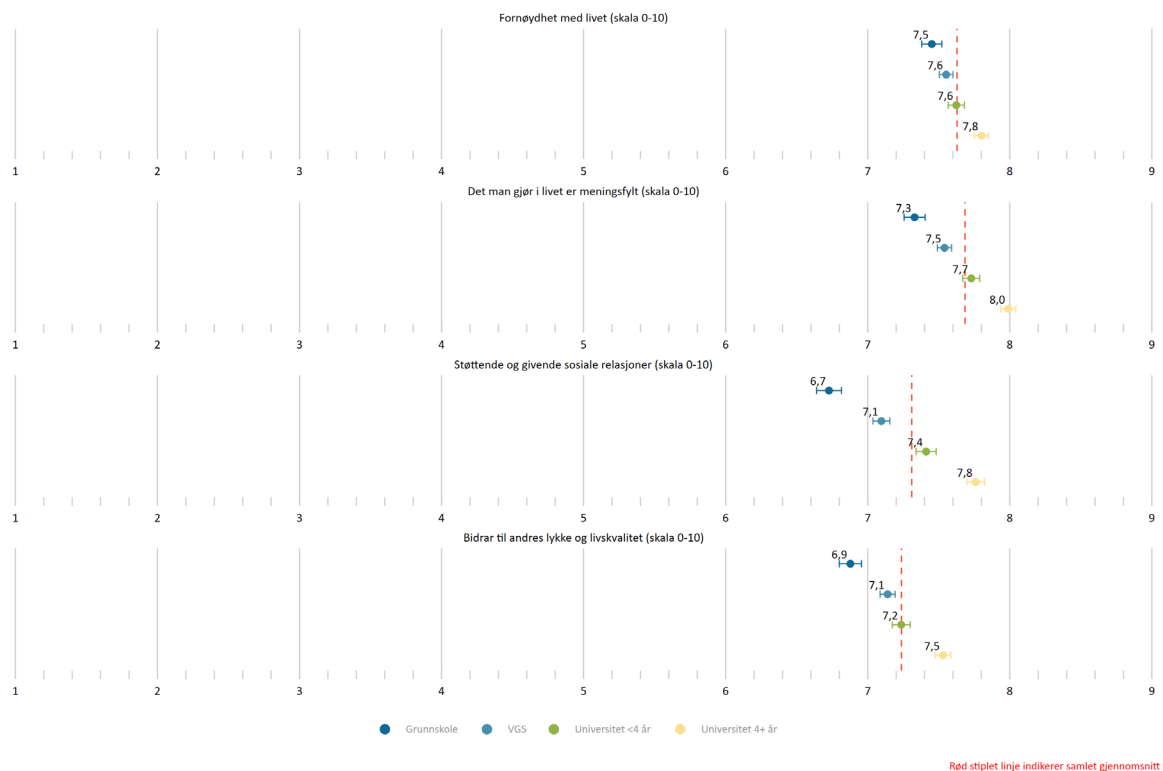


På spørsmålet om i hvilken grad man oppfatter sine sosiale relasjoner som støttende og givende, er gjennomsnittsskåren for de to fylkene sett under ett 7,33, og standardavviket er på 2,37. Gjennomsnittet av regionene i analysen der vi kontrollerte for kovariater var 7,34. En region, Indre Finnmark, kommer ut med gjennomsnittstall (7,14) som er signifikant lavere enn gjennomsnittet for alle regionene samlet. To regioner, Sør-Troms og Tromsø-området, ligger høyere enn gjennomsnittet for alle regionene, henholdsvis 7,45 og 7,39. Forskjellen mellom den regionen som hadde høyest skår og den som hadde lavest skår tilsvarer en effektstørrelse på 0,13. I de ujusterte analysene var resultatene omtrent de samme. Men enda en region kom ut med et gjennomsnitt som lå signifikant lavere enn regionene sett under ett, nemlig Nord-Troms. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

Tidligere i rapporten (Figur 35) har vi presentert andel som rapporterer høy grad av sosial støtte etter region i fylket. Her kommer Indre Finnmark ut med en andel som er signifikant lavere enn for hele fylket sett under ett. At to regioner lå høyere enn tallet for alle regionene som helhet ble ikke observert i Fig. 35. «Sosiale relasjoner som er støttende og givende» er imidlertid ikke helt det samme som det spørsmålet vi har benyttet på sosial støtte tidligere i rapporten. Spørsmålet tidligere i rapporten spør om antallet nære personer som man kan regne med dersom en får personlige problemer.

På spørsmålet om i hvilken grad man mener å bidra til andres lykke og livskvalitet, er gjennomsnittsskåren for de to fylkene sett under ett 7,26, og standardavviket er på 2,12. Også i analysen der vi justerer for kovariater er gjennomsnittsskåren 7,26. Også her har Indre Finnmark en skår som ligger lavere enn gjennomsnittlig (7,10). Og Sør-Troms har igjen en gjennomsnittsskår som ligger høyere enn for fylket totalt (7,39). I den ujusterte analysen kommer Tromsø-området ut med en skår som ligger høyere enn gjennomsnittet for begge fylkene. Forskjellen mellom den regionen som ligger høyest og den som ligger lavest tilsvarer en effektstørrelse på 0,14. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

Figur 100: Mål på livskvalitet på tvers av utdanning, Troms og Finnmark



I alle diagrammene som vises på Fig. 100 ser vi en forskjell på tvers av utdanningsgrupper. I disse analysene har vi filtrert bort de som er under 26 år, de som er under utdanning og de som avtjener verneplikten eller er sivilarbeidere. Gjennomsnittlig skår på «Fornøydhet med livet» blir da 7,63 og standardavviket 1,91. Jo høyere utdanning, desto høyere er den gjennomsnittlige skåren på det å være fornøyd med livet. Sammenhengen er tilnærmet lineær. Forskjellen i skår mellom de som har lengst utdanning (7,80) og de som har lavest utdanning (7,45) tilsvarer en effektstørrelse på 0,18. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

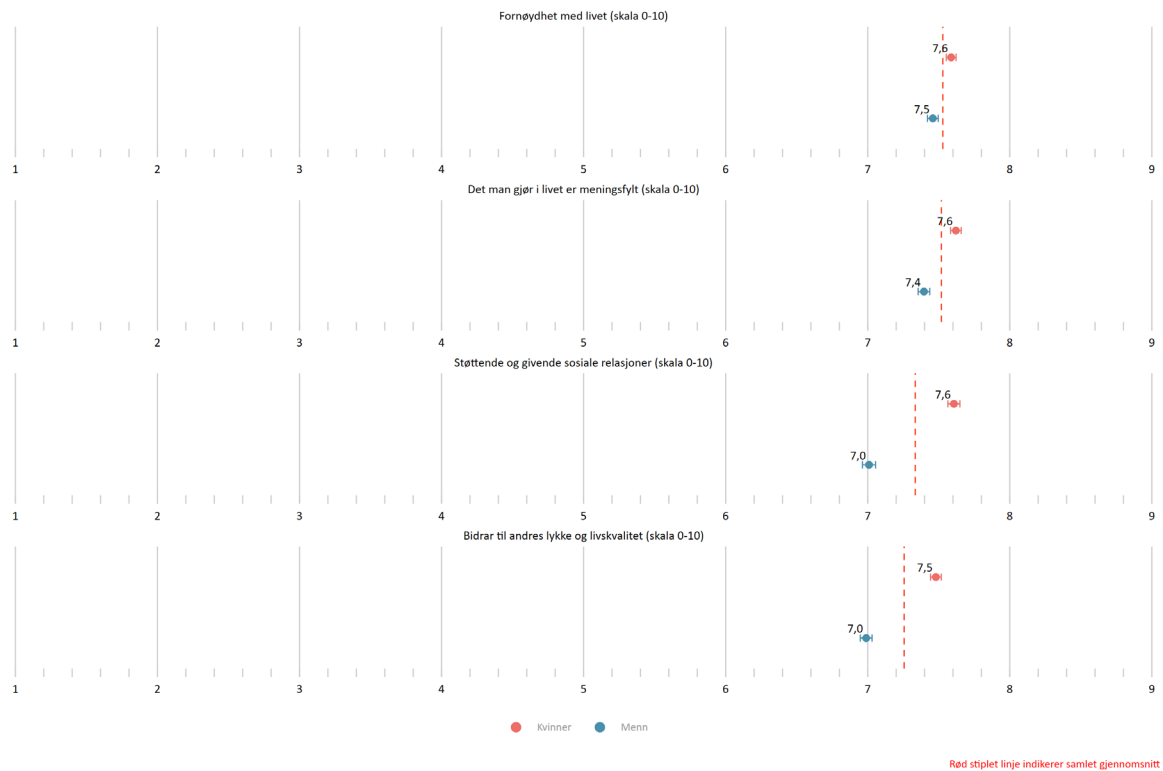
Gjennomsnittlig skår på «Det man gjør i livet er meningsfylt» var 7,68 (7,69 i justert modell) og standardavviket var 2,00. Gjennomsnittlig skår øker med økende utdanning. Også denne sammenhengen er tilnærmet lineær. De med bare grunnskoleutdanning har en gjennomsnittlig skår på 7,33, mens de med minst fire års utdanning på høgskole eller universitet har en skår på 7,99. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,33. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

Gjennomsnittlig skår på «Mine sosiale relasjoner er støttende og givende» var 7,31 (både justert og ujustert) og standardavviket 2,37. Gjennomsnittlig skår øker med økende utdanning, og sammenhengen er nokså nøyaktig lineær. Blant de med lavest utdanning er gjennomsnittlig skår 6,73, mot 7,76 blant de med høyest utdanning. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,43. Vi fant en signifikant interaksjon med kjønn ($p=0,04$). Sammenhengen mellom utdanning og «Mine sosiale relasjoner er støttende og givende» viser seg imidlertid å være temmelig lik for menn og kvinner.

Gjennomsnittlig skår på «Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet» var, med det filteret som er beskrevet ovenfor, 7,24 (både justert og ujustert) og standardavviket var 2,11. Gjennomsnittlig skår øker også her med økende utdanning. Blant de med lavest utdanning er gjennomsnittlig skår 6,88, mot 7,53 blant de med høyest utdanning.

Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,31. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

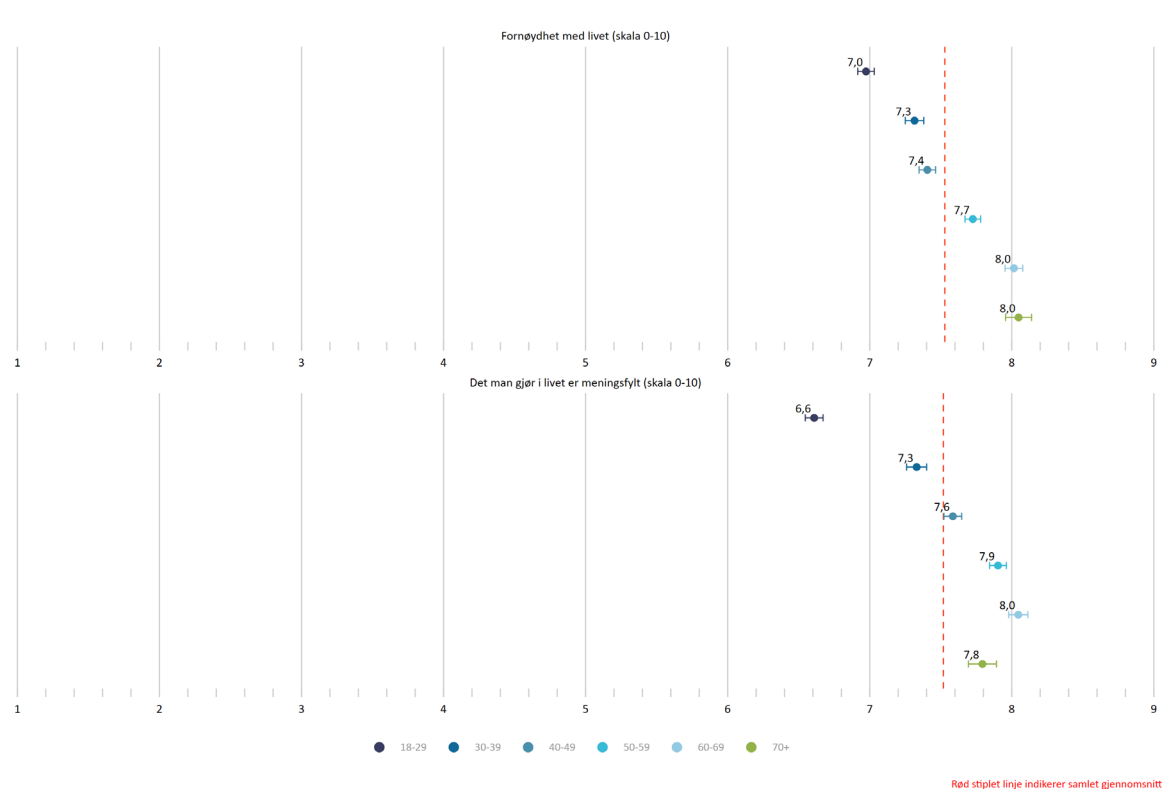
Figur 101: Mål på livskvalitet på tvers av kjønn, Troms og Finnmark



Når vi justerer for alder, finner vi at kvinner skårer signifikant høyere enn menn på «Fornøyd med livet», 7,59 mot 7,46. Omregnet til effektstørrelse er tallet 0,07, med andre ord er effektstørrelsen minimal og med den svarprosenten vi oppnår i folkehelseundersøkelsene i fylkene, kan forskjellen like gjerne gå andre veien.

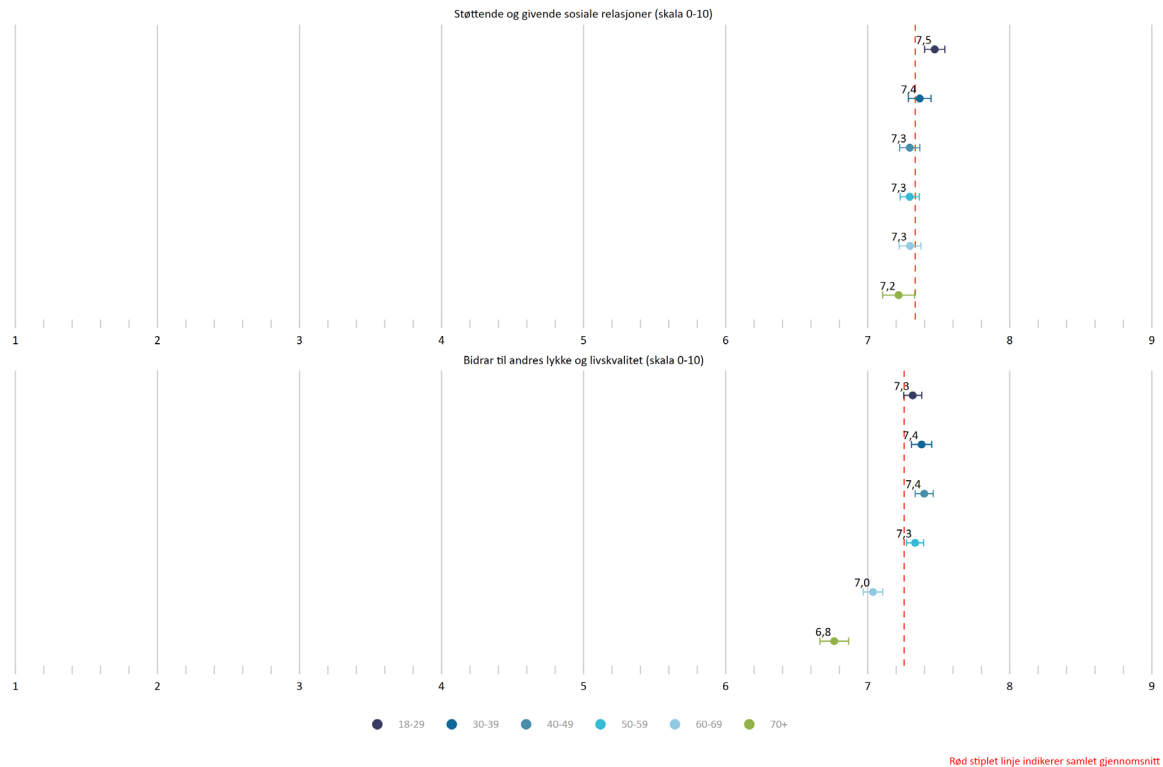
Etter justering for alder får kvinnene en gjennomsnittsskår på «meningsfylt» på 7,62, mens mennene får 7,40. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,11. De tilsvarende tallene på «mine sosiale relasjoner er støttede og givende» er 7,61 for kvinnene, 7,00 for mennene og en effektstørrelse på 0,26. Kvinnene skårer også noe høyere enn mennene på «jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet» med en skår (etter justering for alder) på 7,48 mot 6,99 for menn. Dette tilsvarer en effektstørrelse på 0,23.

Figur 102: Mål på livskvalitet på tvers av alder, Troms og Finnmark



Fornøydheten med livet stiger, når en har justert for kjønn, monotont med alder fra en gjennomsnittlig skår på 6,97 hos de yngste (18-29 år) til 8,05 hos de eldste. Dette tilsvarer en effektstørrelse på 0,55. Vi fant ingen signifikant interaksjonseffekt mellom alder og kjønn. Gjennomsnittlig skår på det å oppleve livet som meningsfylt stiger med stigende alder, fra en skår på 6,61 hos de yngste (18-29 år) til 8,05 når en tilhører aldersgruppen 60-69 år. Men deretter faller skåren litt etter passerte 70 år til 7,79. Effektstørrelsen når en sammenligner de yngste med de nest eldste er såpass stor som 0,68. Interaksjonseffekten med kjønn var signifikant. Kjønnforskjellen (kvinner med høyere skår i alle aldersgrupper) var størst i aldersgruppene 30-49 år.

Figur 103: Mål på livskvalitet på tvers av alder, Troms og Finnmark



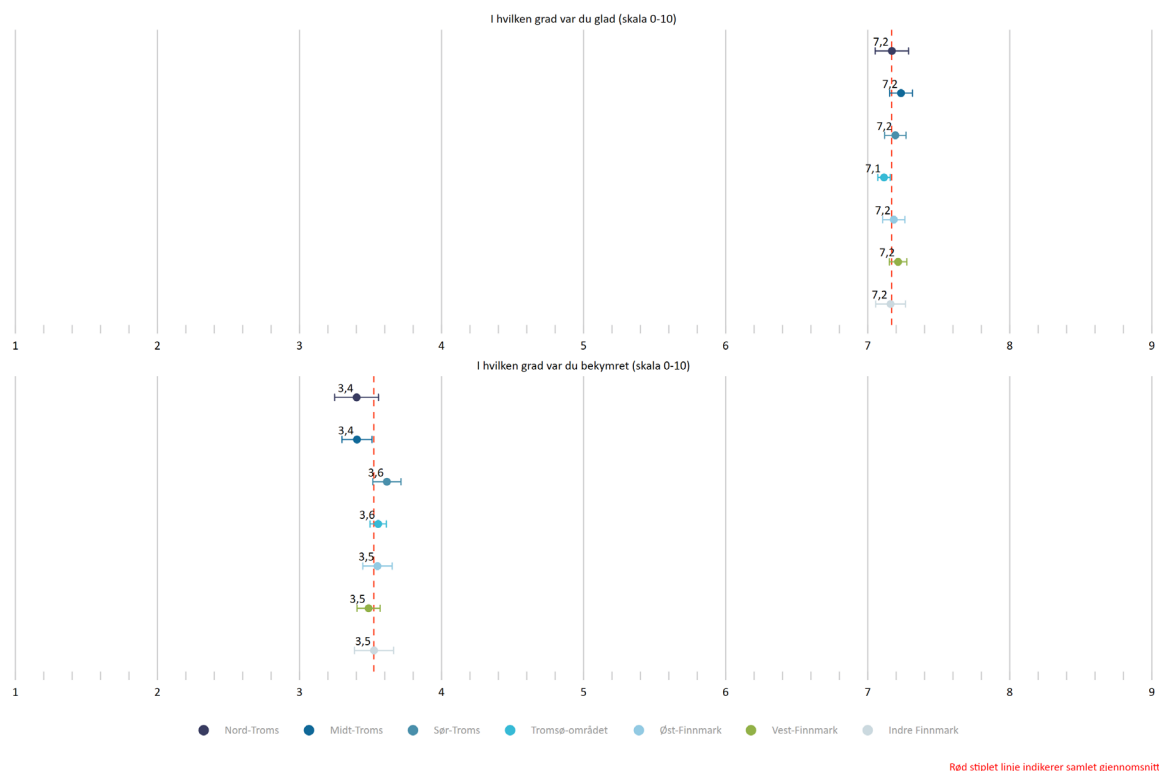
Gjennomsnittlig skår på «Støttende og givende sosiale relasjoner» synker, etter justering for kjønn, med økende alder fra aldersgruppen 18-29 til aldersgruppen 40-49. Deretter er tallene ganske stabile til og med aldersgruppen 60-69, for deretter å synke ytterligere ved 70. Effektstørrelsen når en sammenligner de eldste med de yngste er 0,11. Vi finner her en signifikant interaksjon med kjønn ($p < .05$). Blant kvinnene, som gjennomsnittlig ligger et stykke høyere på skalaen enn mennene, synker gjennomsnittlig skår monotont med alderen. Blant mennene synker gjennomsnittlig skår fra 18-29 og opp til 40-49. Deretter stiger gjennomsnittlig skår opp til 60-69, for deretter å falle litt.

Gjennomsnittlig skår på «Bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet» endrer seg lite fra aldersgruppen 18-29 til aldersgruppen 50-59 når vi justerer for kjønn. Deretter synker gjennomsnittsskåren en hel del. Når vi sammenligner gruppen der skåren er høyest (40-49) med gruppen der skåren er lavest (70+), tilsvarer differansen en effektstørrelse på 0,30. Interaksjonen med kjønn er ikke signifikant, og sammenhengen er temmelig lik for menn og kvinner.

1.37 Livskvalitet 2

1.37.1 I hvilken grad var du glad, bekymret, nedfor/trist og irritert de siste 7 dagene

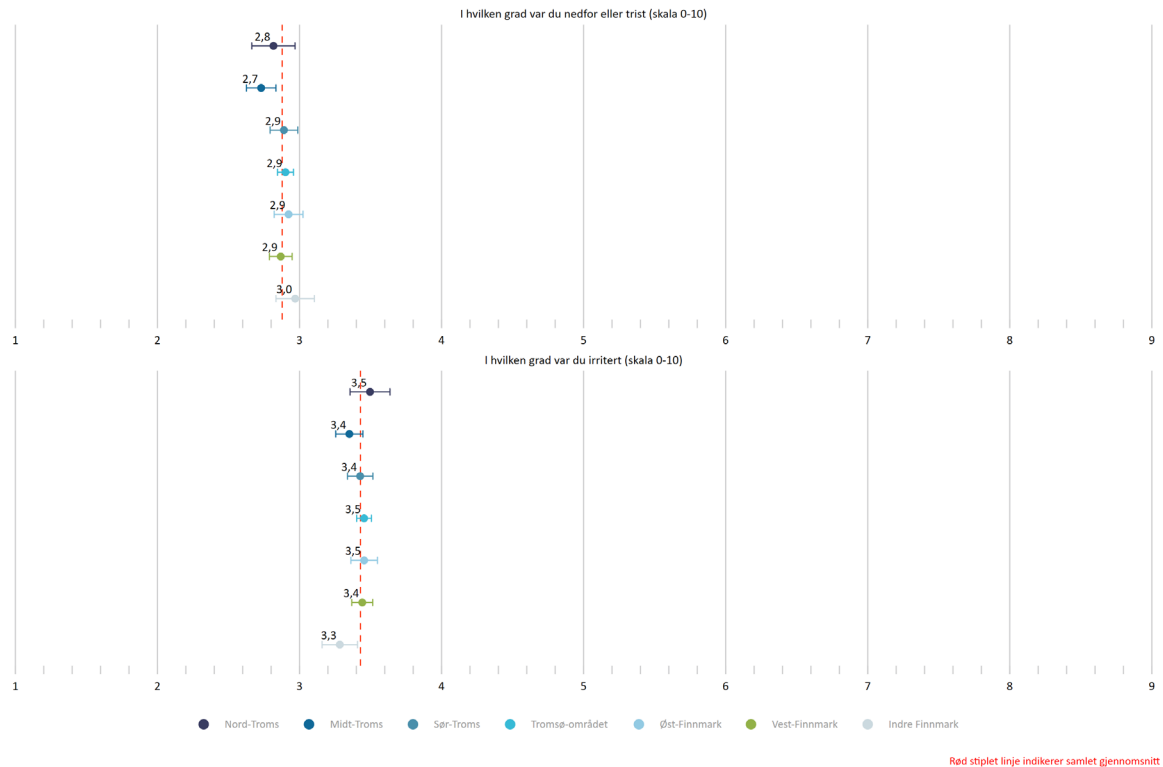
Figur 104: Mål på livskvalitet på tvers av regioner, Troms og Finnmark



Gjennomsnittsskår på spørsmålet om i hvilken grad en deltaker i studien var glad (siste 7 dagene) var 7,17. Standardavviket var 1,99. Når en justerer for alder, kjønn og utdanning er totalgjennomsnittet fremdeles 7,17. Bare en region avviker signifikant fra dette gjennomsnittet. Tromsø-området ligger signifikant lavere med en gjennomsnittsskår på 7,11. Effektstørrelsen når vi sammenligner det området som har høyest skår med Tromsø-området er bare 0,06. Forskjellen er med andre ord svært liten. Resultatene er nokså nøyaktig de samme hvis vi ikke justerer for noen kovariater. Vi finner ingen signifikant interaksjonseffekt med kjønn.

På utfallsvariabelen «Bekymret» (de siste 7 dagene) var gjennomsnittsskåren 3,52 og standardavviket 2,66. Når en justerer for alder, kjønn og utdanning er totalgjennomsnittet fremdeles 3,52. Midt-Troms ligger signifikant under gjennomsnittet for alle regionene med en gjennomsnittsskår på 3,40. Sør-Troms ligger signifikant over med en skår på 3,62. Forskjellen mellom gjennomsnittet til regionene med høyest og lavest skår tilsvarer en effektstørrelse på 0,11. I de ujusterte analysene kommer Tromsø-området best ut med en skår på 3,58, mens Sør-Troms her ikke har høyere skår enn 3,54. Vi fant ingen signifikant interaksjon med kjønn.

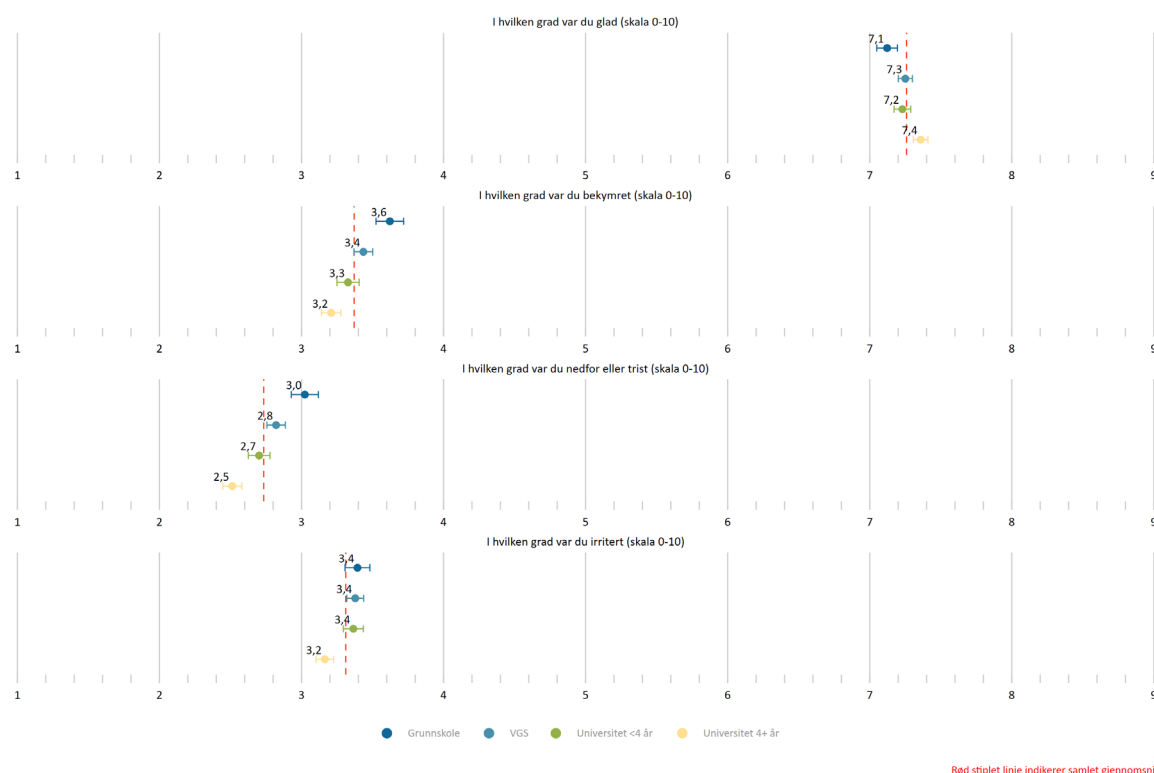
Figur 105: Mål på livskvalitet på tvers av regioner, Troms og Finnmark



Gjennomsnittet på utfallsvariabelen «Nedfor eller trist» (de siste 7 dagene) var 2,88 og standardavviket var 2,60. Når en justerer for alder, kjønn og utdanning er totalgjennomsnittet fremdeles 2,88. Bare Midt-Troms viste et signifikant avvik fra gjennomsnittet for alle regionene med et gjennomsnitt som lå lavere (2,73). Det samme avviket ble bekreftet også i de ujusterte analysene. Forskjellen mellom gjennomsnittsskårene for høyeste og laveste region tilsvarer en effektstørrelse på 0,10. Der var ingen signifikant interaksjon med kjønn.

For hele utvalget var gjennomsnittsskåren på «Irritert» (de siste 7 dagene) 3,43 og standardavviket var 2,41. Når en justerer for alder, kjønn og utdanning er totalgjennomsnittet fremdeles på 3,43. Bare én region avviker signifikant fra totalgjennomsnittet, nemlig Indre Finnmark. Den lå lavere med en gjennomsnittsskår på 3,28 (justert tall). Også i de ujusterte analysene lå Indre Finnmark under gjennomsnittet for de to fylkene. Dessuten lå også Midt-Troms under (3,25), mens Tromsø-området lå over (3,49). Forskjellen mellom høyeste og laveste region (justerte tall) tilsvarer en effektstørrelse på 0,09. Interaksjonen med kjønn var ikke signifikant.

Figur 106: Mål på livskvalitet på tvers av utdanning, Troms og Finnmark



Blant alle som var med i analysene mot utdanning, var gjennomsnittet på «Glad» (siste 7 dager) 7,26 (både ujustert og justert) og standardavviket var 1,94. Når det kontrolleres for kjønn og alder stiger gjennomsnittsskåren på «Glad» fra de med bare grunnskole (7,12) til de med videregående (7,25), for så å flate ut. Deretter stiger skåren fra de som har høyskole eller universitetsutdanning som varer mindre enn 4 år (7,23) til de som har høyskole- eller universitetsutdanning som varer minst 4 år (7,36). Forskjellen mellom yttergruppene tilsvarer en effektstørrelse på 0,12. Vi finner ingen signifikant interaksjon mellom kjønn og utdanning. Kurvene er temmelig parallelle.

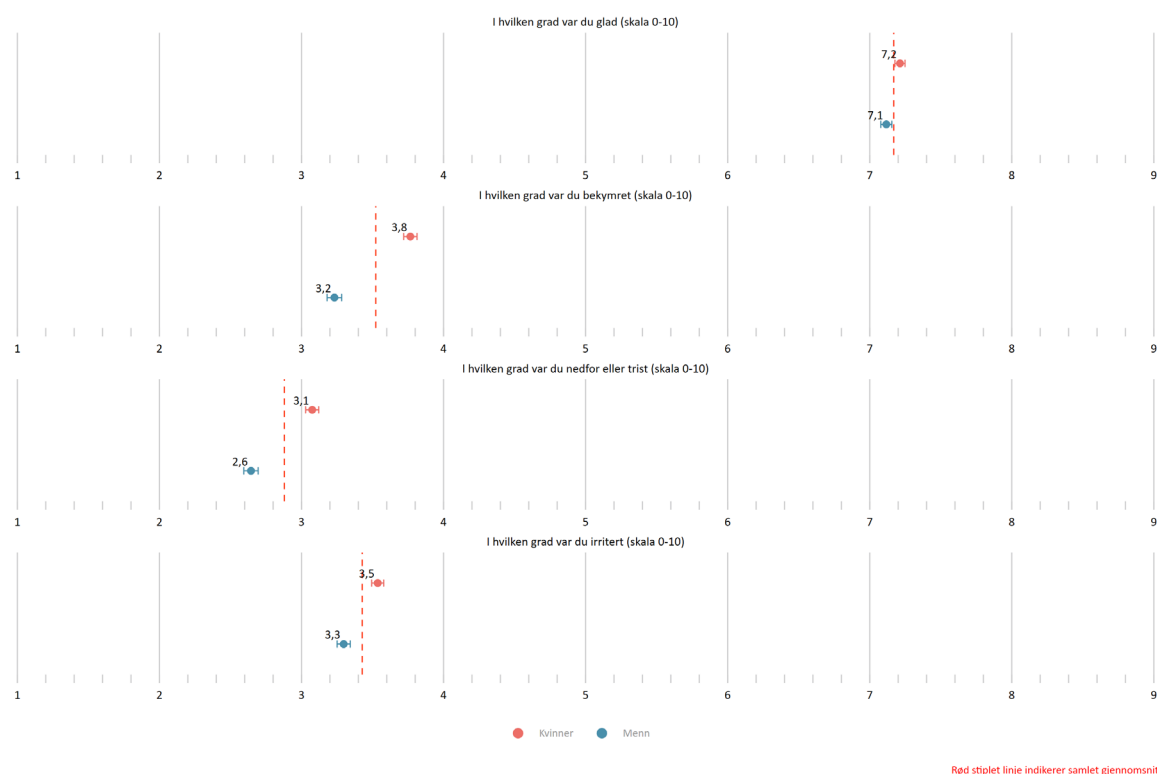
Gjennomsnittet på «Bekymret» (de siste 7 dagene) var for analysen mot utdanning 3,37 (både justert og ujustert) og standardavviket var 2,62. Gjennomsnittsskåren på «Bekymret» faller med utdanning fra 3,62 blant de med kortest utdanning til 3,21 blant de med lengst utdanning. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,16. Der var ingen signifikant interaksjon mellom kjønn og utdanning. Kurvene er igjen temmelig parallelle.

Gjennomsnittet for «Nedfor eller trist» (de siste 7 dagene) var i analysen mot utdanning 2,73 (både i ujustert og justert modell) og standardavviket var 2,56. Gjennomsnittsskåren synker monotont og nesten lineært med økende utdanningsnivå fra 3,02 blant de med bare grunnskole til 2,51 blant de som har høyskole- eller universitetsutdanning som varer minst 4 år. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,20. Heller ikke her fant vi noen signifikant interaksjon mellom utdanning og kjønn.

Utfallsvariabelen «Irritert» (de siste 7 dagene) hadde blant de som er inkludert i analysen mot utdanning et gjennomsnitt på 3,31 (både i ujustert og justert modell) og et standardavvik på 2,37. Der var praktisk talt ingen forskjell mellom de tre laveste utdanningsgruppene, men de med minst 4 års utdanning fra høyskole eller universitet lå

signifikant lavere med en skår på 3,26. Differansen mellom høyeste og laveste gjennomsnitt tilsvarer en effektstørrelse på 0,10.

Figur 107: Mål på livskvalitet på tvers av kjønn, Troms og Finnmark



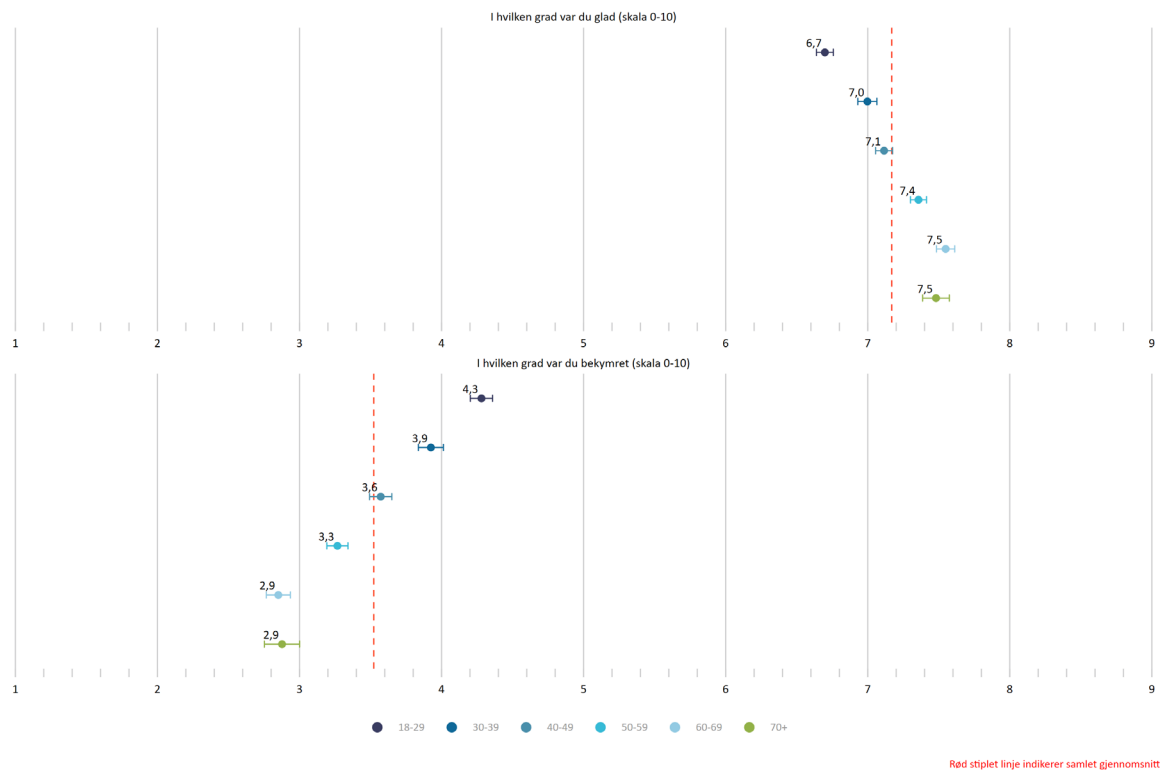
Når det justeres for alder, skårer kvinnene noe høyere enn mennene på hvor glade de har følt seg de siste 7 dagene. Skårene er henholdsvis 7,21 og 7,12. Standardavviket på denne utfallsvariabelen er 1,99. Forskjellen mellom menn og kvinner tilsvarer dermed en effektstørrelse på 0,05. Kjønnsforskjellen er signifikant, men likevel minimal, og i lys av svarprosent og mulige seleksjonsprosesser dermed usikker.

Standardavviket på variabelen med betegnelsen «Bekymret» (siste 7 dager) er 2,66. Når det justeres for alder skårer kvinnene betydelig høyere enn mennene, 3,77 mot 3,23. Dette tilsvarer en effektstørrelse på 0,20.

Standardavviket til variabelen «Nedfor eller trist» (siste 7 dager) er 2,60. Når vi justerer for alder, får kvinnene en skår på 3,08 og mennene får 2,64. Forskjellen tilsvarer en effektstørrelse på 0,17.

Variabelen «Irritert» (siste 7 dager) har et standardavvik på 2,41. Etter justering for alder blir skåren for kvinner 3,54 mot 3,30 for menn. Differansen tilsvarer en effektstørrelse på 0,10.

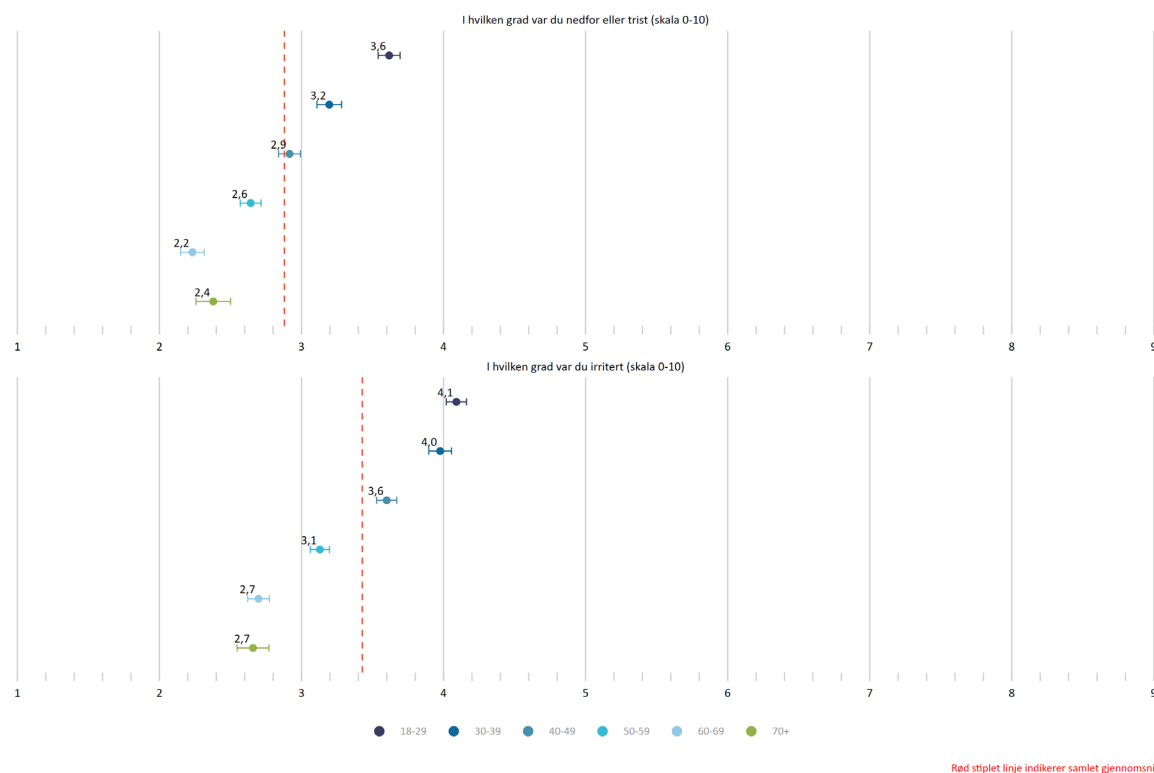
Figur 108: Mål på livskvalitet på tvers av alder, Troms og Finnmark



På utfallsvariabelen «Glad» (de siste 7 dagene) var totalgjennomsnittet 7,17 og standardavviket 1,99. Gjennomsnittsskåren på «Glad» økte med alder fra 6,70 til 7,55 fra yngste til nest eldste aldersgruppe, for deretter å synke svakt og ikke signifikant til 7,48. Dette tilsvarer en effektstørrelse på 0,43. Interaksjonen mellom alder og kjønn var ikke signifikant.

På utfallsvariabelen «Bekymret» (de siste 7 dagene) var totalgjennomsnittet 3,52 og standardavviket 2,66. Gjennomsnittsskåren på «Bekymret» synker lineært med aldersgruppe fra 4,28 blant de yngste (18-29 år) til 2,85 blant de nest eldste (60-69 år) for deretter å stige marginalt og ikke signifikant til 2,88. Forskjellen mellom de yngste og de nest eldste tilsvarer en effektstørrelse på 0,54. Interaksjonen mellom alder og kjønn var signifikant ($p < 0,01$). En inspeksjon av kurvene for menn og kvinner separat tyder på at kjønnsforskjellen var markert størst blant de yngste. De yngste kvinnene ser ut til gjennomsnittlig å bekymre seg langt mer enn de yngste mennene.

Figur 109: Mål på livskvalitet på tvers av alder, Troms og Finnmark



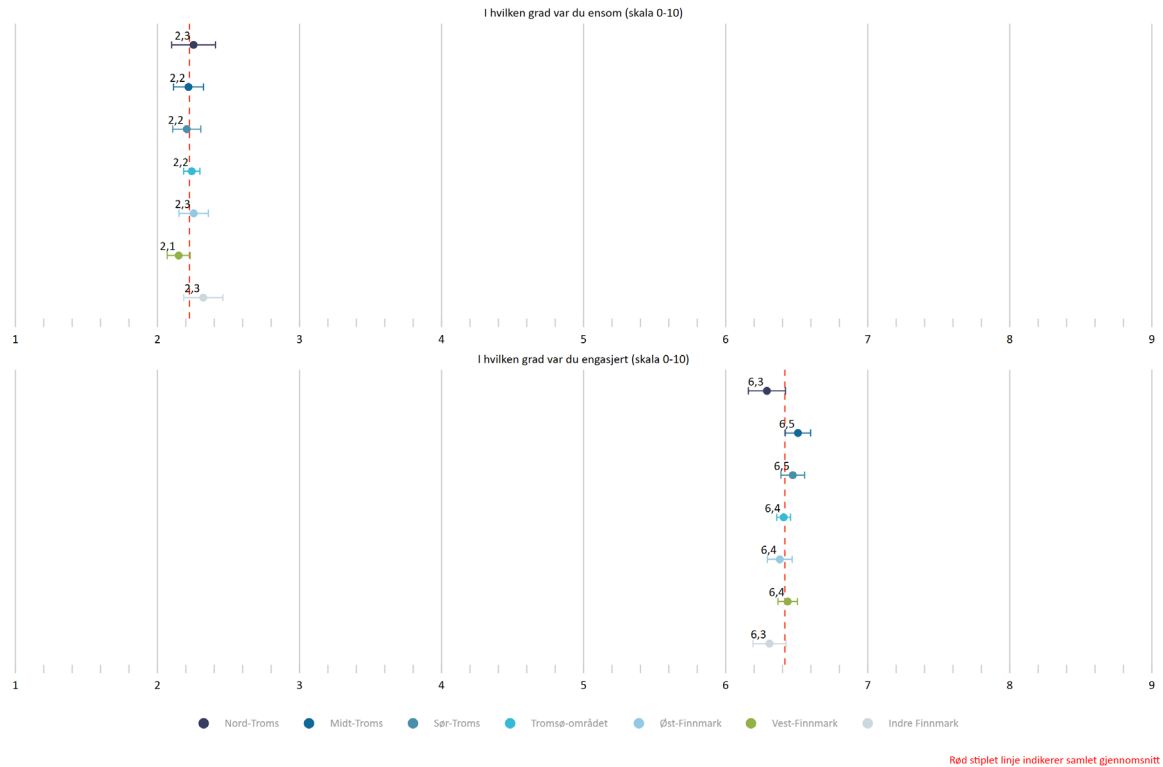
Gjennomsnittet på variabelen «Nedfor eller trist» (de siste 7 dagene) var 2,88 og standardavviket var 2,60. Gjennomsnittlig skår var høyest i den yngste aldersgruppen (18-29) med tallet 3,62 og falt nokså lineært over aldersgruppene helt til den nest eldste (60-69) der gjennomsnittsskåren var 2,23. De aller eldste hadde en skår på 2,38. Differansen mellom yngste og nest eldste gruppe tilsvarer en effektstørrelse på hele 0,53. Vi fant en signifikant interaksjon med kjønn. Kjønnforskjellen var størst i yngste aldersgruppe (18-29). På grunn av et spesielt stort frafall blant menn i den yngste aldersgruppen er dette et noe usikkert funn.

Gjennomsnittet på variabelen «Irritert» (de siste 7 dagene) var 3,43 og standardavviket var 2,41. Gjennomsnittlig skår var igjen høyest i yngste aldersgruppen (18-29), 4,09, og nesten like høyt i neste aldersgruppe (30-39), 3,98. Deretter faller skåren over aldersgruppene opp til 60-69 (2,70) for deretter å flate ut til 2,66. Differansen mellom yngste og eldste aldersgruppe var tilsvarer en effektstørrelse på hele 0,59. Vi fant også her en signifikant interaksjon mellom alder og kjønn. Kjønnforskjellen var betydelig større i yngste aldersgruppe enn i de øvrige. Men også dette funnet er usikkert på grunn av den lave deltakelsen blant yngre menn.

1.38 Livskvalitet 3

1.38.1 I hvilken grad var du ensom, engasjert, rolig/avslappet og engstelig de siste 7 dagene

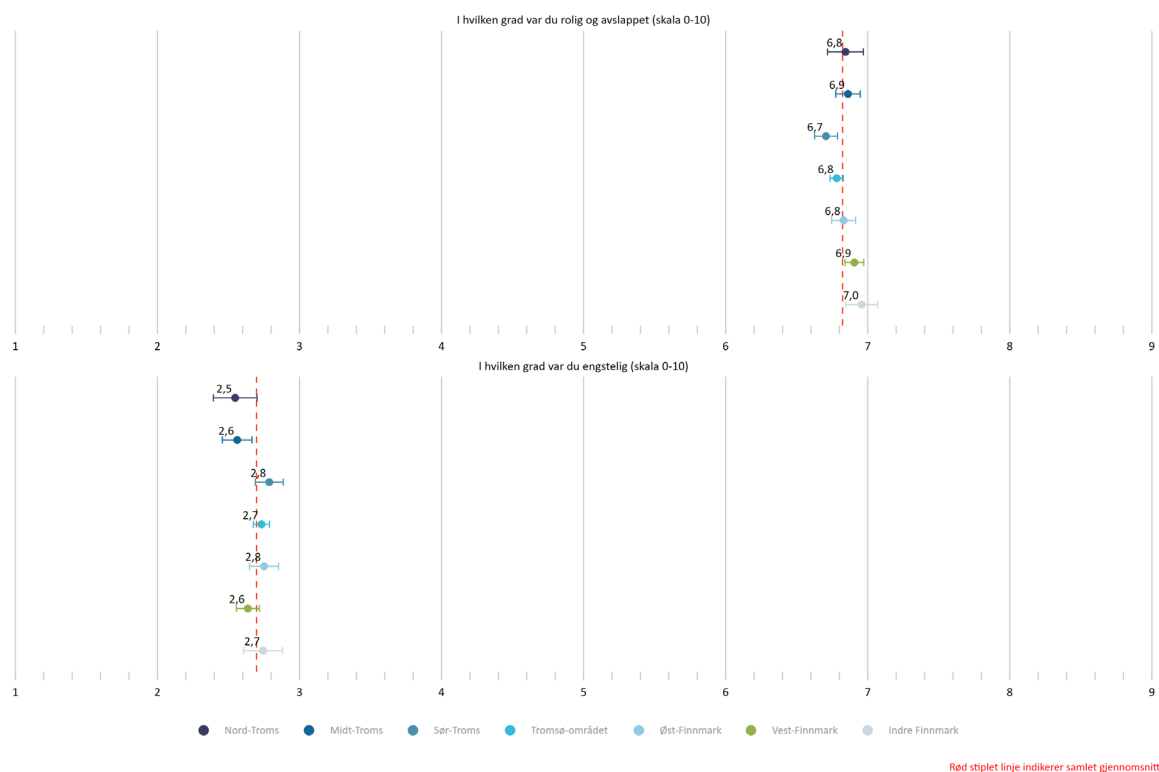
Figur 110: Mål på livskvalitet på tvers av regioner, Troms og Finnmark



Gjennomsnittet på utfallsvariabelen «Ensom» (de siste 7 dagene) var 2,23 (både i den ujusterte og den justerte modellen) og standardavviket var 2,63. I de analysene der vi hadde justert for kjønn, alder og utdanning lå Vest-Finnmark signifikant lavere enn totalgjennomsnittet for de to fylkene, men dette fant vi ikke i de ujusterte analysene. Forskjellen mellom den regionen som lå høyest og den som lå lavest (justerte tall) tilsvarer en effektstørrelse på bare 0,06. Der var ingen signifikant interaksjon med kjønn.

Gjennomsnittet på utfallsvariabelen «Engasjert» (de siste 7 dagene) var 6,42 (også i de justerte analysene) og standardavviket var 2,22. Midt-Troms avvok signifikant fra totalgjennomsnittet for alle regionene med en skår som lå litt høyere (6,51), mens Nord-Troms lå noe under (6,29). Forskjellen mellom regionen som hadde høyest og den som hadde lavest skår gir en effektstørrelse på 0,10. Der var ingen signifikant interaksjon med kjønn. I de ujusterte analysene fant vi at Indre Finnmark lå signifikant lavere enn gjennomsnittet med 6,28.

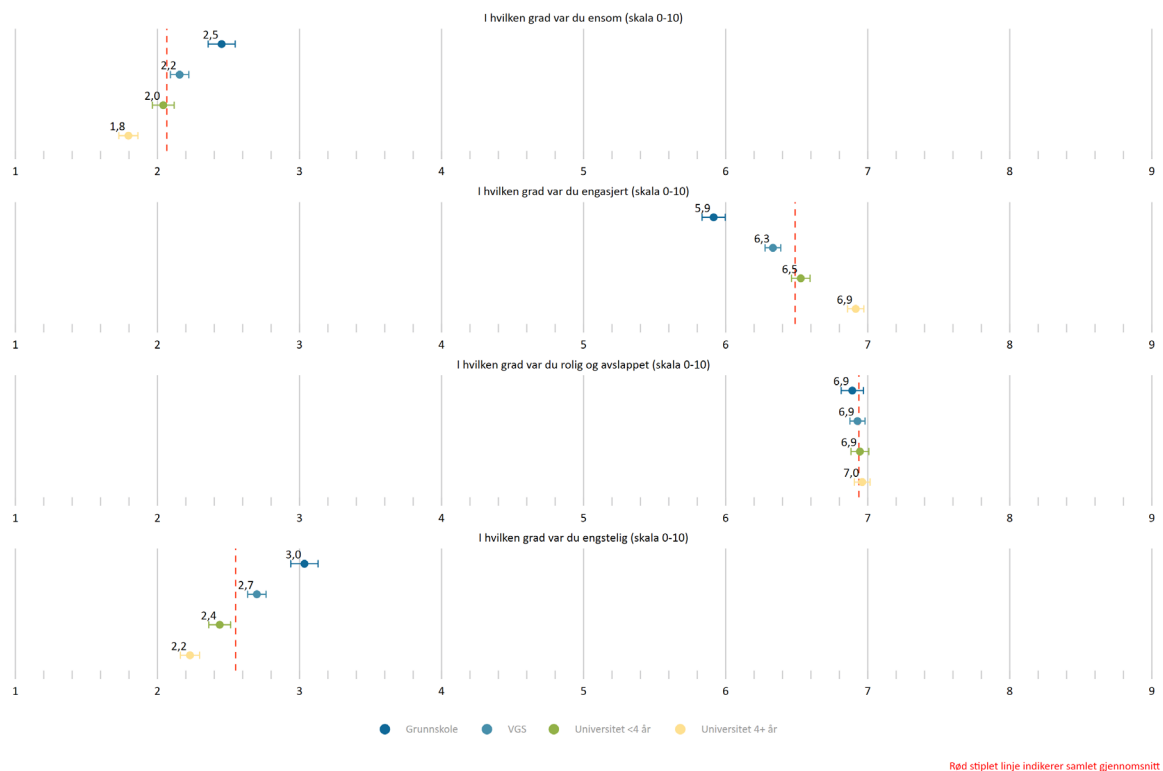
Figur 111: Mål på livskvalitet på tvers av regioner, Troms og Finnmark



Gjennomsnittet på utfallsvariabelen «Rolig og avslappet» (de siste 7 dagene) var 6,82 (både ujustert og justert) og standardavviket var 2,16. Sør-Troms ligger signifikant under totalgjennomsnittet for de to fylkene med en skår på 6,71. To regioner, Vest-Finnmark (6,91) og Indre Finnmark (6,96) ligger signifikant over. Forskjellen mellom høyeste og laveste region tilsvarer en effektstørrelse på 0,12. Interaksjonen mellom region og kjønn var ikke signifikant. I de ujusterte analysene avviker ikke Sør-Troms signifikant fra totalgjennomsnittet. Tromsø-området ligger her litt under (6,75), mens Vest-Finnmark og Indre Finnmark fremdeles ligger høyest.

Gjennomsnittet på utfallsvariabelen «Engstelig» (de siste 7 dagene) var 2,70 (både justert og ujustert) og standardavviket var 2,63. To regioner skiller seg ut med en gjennomsnittsskår som ligger signifikant under totalgjennomsnittet: Nord-Troms (2,55) og Midt-Troms (2,56). Forskjellen mellom regionen som lå høyest og den som lå lavest tilsvarer en effektstørrelse på 0,09. I den ujusterte analysen var det bare Midt-Troms som lå signifikant under gjennomsnittet for de to fylkene. Der var ingen signifikant interaksjon med kjønn.

Figur 112: Mål på livskvalitet på tvers av utdanning, Troms og Finnmark



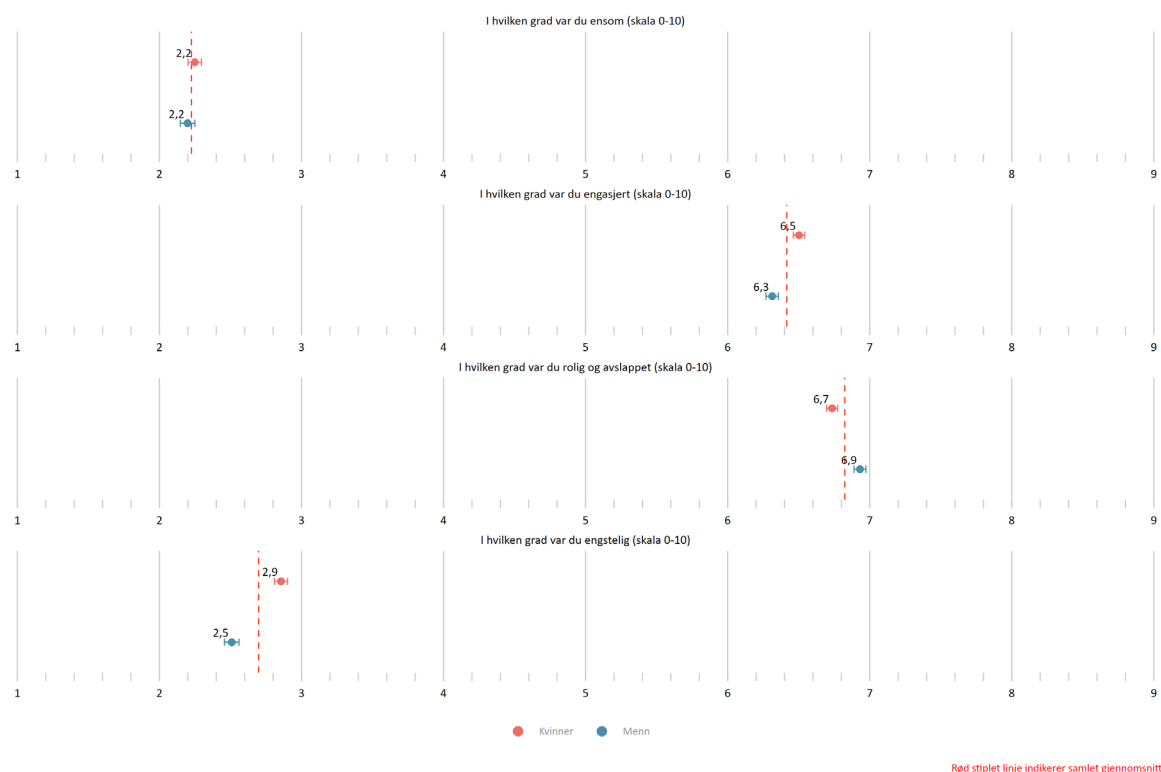
Gjennomsnittsskåren på utfallsmålet «Ensom» (siste 7 dagene) var 2,07 (både ujustert og justert), og standardavviket var 2,54. Dette gjelder alle som var med i analysene av utdanning. Gjennomsnittsskår på «Ensom» faller monotont og nesten lineært med stigende utdanningsnivå fra 2,45 til 1,80, noe som tilsvarer en effektstørrelse på 0,26. Der var ingen signifikant interaksjon med kjønn.

For utfallsmålet «Engasjert» (siste 7 dagene) var gjennomsnittsskåren for alle som var med i analysene av utdanning 6,49 (både ujustert og justert) og standardavviket var 2,19. Gjennomsnittsskåren øker monotont og omtrent lineært med utdanningsnivå fra 5,92 til 6,92, en differanse som tilsvarer en effektstørrelse på 0,46. Heller ikke her fant vi noen signifikant interaksjon mellom utdanning og kjønn.

På utfallsvariabelen «Rolig og avslappet» (siste 7 dagene) var gjennomsnittsverdien for alle som var med i analysene av utdanning 6,94 (ujustert og justert) og standardavviket var 2,12. I analysen der vi kontrollerte for kjønn og alder var totalgjennomsnittet lik 6,91. Der var ingen signifikant forskjell i «Rolig og avslappet» mellom utdanningsgruppene og vi fant ingen signifikant interaksjon mellom utdanning og kjønn.

På den avhengige variabelen «Engstelig» (siste 7 dagene) var gjennomsnittsskåren 2,55 (ujustert og justert) og standardavviket var 2,57. Gjennomsnittsskåren på «Engstelig» faller monotont og nesten lineært med økende utdanningsnivå fra 3,03 til 2,23. Differansen tilsvarer en effektstørrelse på 0,31. Vi fant en signifikant interaksjon mellom utdanning og kjønn ($p < 0,05$). Sammenhengen er noe sterkere for kvinner enn for menn. Kvinner har et høyere angstnivå enn det menn har, uansett utdanningsnivå, men gjennomsnittsskåren faller mer over utdanningsgrupper blant kvinner enn blant menn.

Figur 113: Mål på livskvalitet på tvers av kjønn, Troms og Finnmark

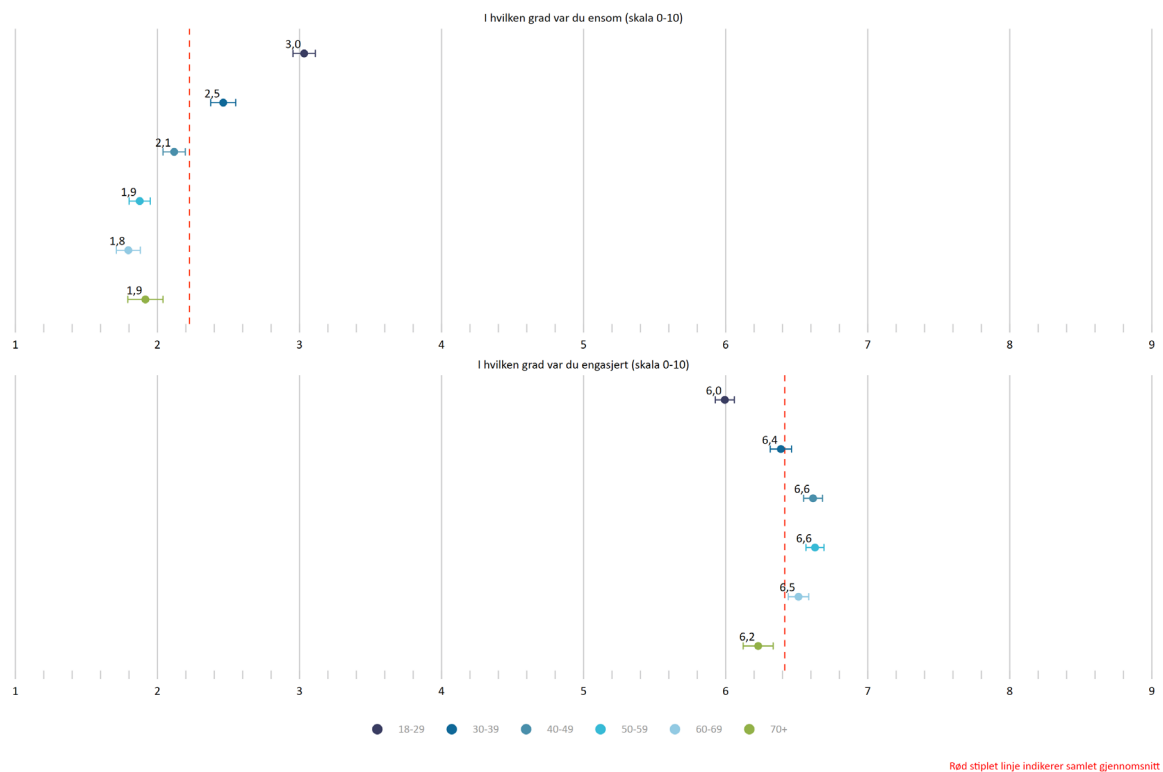


Standardavviket til variabelen «Ensom» (siste 7 dager) var 2,63. Når det justeres for alder, får kvinnene en gjennomsnittsskår på 2,25 og mennene får 2,20. Forskjellen er ikke signifikant.

«Engasjert» (siste 7 dager) fikk et standardavvik på 2,22. Gjennomsnittsskåren for kvinner ved justering for alder var 6,50 for kvinner og 6,31 for menn. Kvinnene er m.a.o. gjennomsnittlig såpass mye mer engasjert at det tilsvarende en effektstørrelse på 0,09. Variabelen «Rolig og avslappet» (siste 7 dager) hadde et standardavvik på 2,16. Når det ble justert for alder hadde kvinnene en gjennomsnittlig skår på 6,73 og mennene hadde 6,93. Effektstørrelsen var 0,09.

«Engstelig» (siste 7 dager) hadde et standardavvik på 2,63. Kvinnene fikk, etter justering for alder, en gjennomsnittlig skår på 2,86, mens mennene lå noe lavere med 2,51. Differansen tilsvarende et effekttestimat på 0,13.

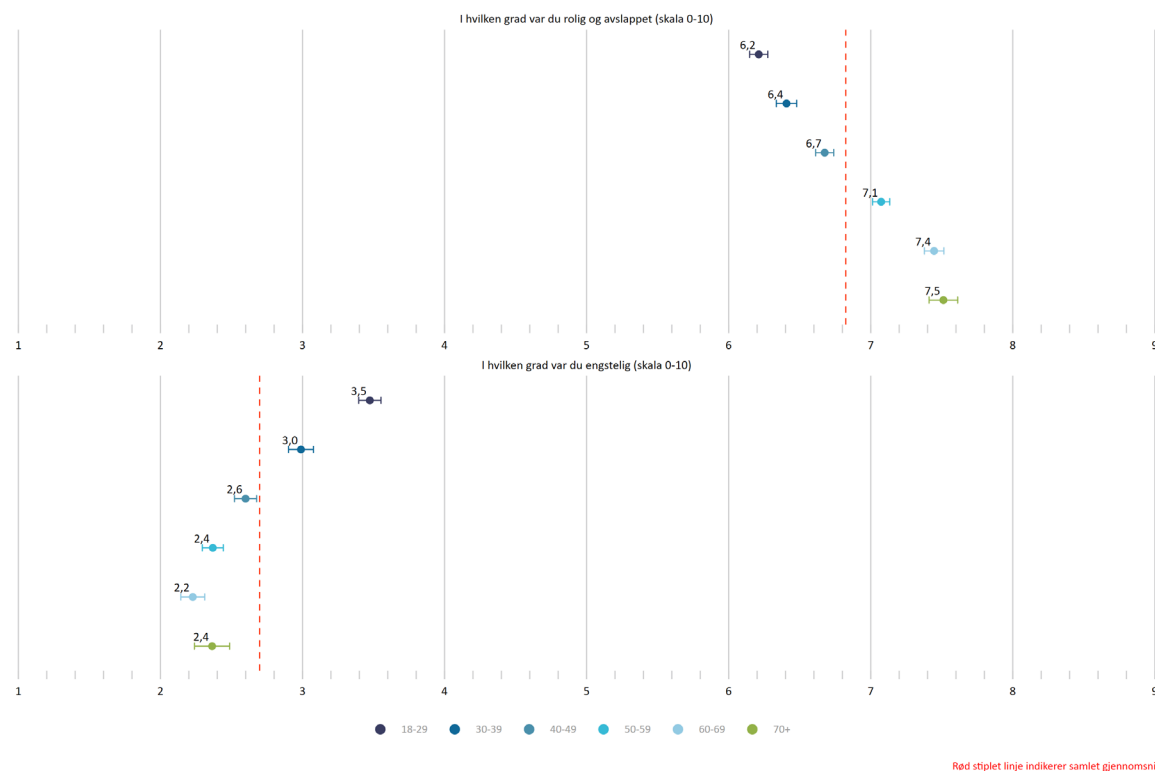
Figur 114: Mål på livskvalitet på tvers av alder, Troms og Finnmark



Gjennomsnittet for variabelen «Ensom» (siste 7 dagene) var 2,23 og standardavviket var 2,63. Gjennomsnittsskåren på «Ensom» er høyest blant de yngste (3,03) og synker først raskt for deretter å flate mer ut med stigende alder. Lavest gjennomsnittsskår på «Ensom» finner vi i aldersgruppen 60-69 (1,80). De eldste (70+) har en litt høyere gjennomsnittsskår, men forskjellen mellom disse to siste gruppene er ikke signifikant. Effektstørrelsen når vi sammenligner de yngste med de nest eldste er 0,47. Vi observerer ingen signifikant interaksjonseffekt mellom alder og kjønn. Sammenhengen mellom alder og ensomhet er svært lik for menn og kvinner.

«Engasjert» (de siste 7 dagene) hadde et gjennomsnitt på 6,42 og et standardavvik på 2,22. Sammenhengen mellom alder og grad av engasjement er kurvelineær. Engasjementet er lavest blant de yngste (18-29), stiger til aldersgruppen 40-49, flater så ut og synker så en hel del med alderen helt til den eldste gruppen (70+). Lavest skår, hos de yngste, er 5,99 og høyest hos de middelaldrende (50-59), 6,63. Denne differansen svarer til en effektstørrelse på 0,28. Interaksjonen mellom alder og kjønn var signifikant. Kvinnenes forsprang (høyere engasjement) på mennene var størst i de to aldersgruppene mellom 30-49 og blant de mellom 60 og 69.

Figur 115: Mål på livskvalitet på tvers av alder, Troms og Finnmark



Gjennomsnittsskåren på «Rolig og avslappet» (siste 7 dager) var 6,82 og standardavviket var 2,16. Gjennomsnittsskåren stiger monotont med alderen fra 6,21 til 7,51. Dette tilsvarer en effektstørrelse på så mye som 0,60. Igjen finner vi en signifikant interaksjon mellom alder og kjønn. Kjønnforskjellen (menn mener de er mer rolige og avslappede enn kvinnene) er størst i den yngste aldersgruppen, avtar så med alderen, og er helt borte blant de eldste.

«Engstelig» (siste 7 dager) kom ut med et gjennomsnitt på 2,70 og et standardavvik på 2,63. Høyest skår fikk vi blant de yngste (18-29) (3,47), deretter falt skåren, men flatet litt ut mot de nest eldste (60-69) (2,23) og gikk litt opp igjen (ikke signifikant) hos de aller eldste (70+) (2,36). Forskjellen mellom de yngste og de nest eldste tilsvarer en effektstørrelse på 0,47. Også her var interaksjonen mellom alder og kjønn signifikant. Kjønnforskjellen var større hos de yngste (18-29) og de eldste (70+) enn i de mellomliggende aldersgruppene. Siden frafallet under vasking av dataene hos Difi er størst hos de eldste og siden frafallet var særlig stort blant de yngste mennene, er det usikkert hvor stor vekt vi skal legge på dette funnet.

2 Diskusjon

2.1 Gjennomgang av funn på tvers av geografi og demografi

Vi vil i det følgende gå gjennom de viktigste funnene med fokus på geografisk variasjon og variasjon over alder, kjønn og utdanning. Men aller først kan vi minne om at andelen kvinner i materialet er 54,5 % og gjennomsnittsalderen er 46,8 år. Andelen med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå var 50,1 %.

2.1.1 Geografisk variasjon

Alder, utdanning

Når det gjelder alders- og kjønnsfordeling, var der liten variasjon på tvers av geografi. Lavest gjennomsnittsalder finner vi i Tromsø-området (45,5 år) og høyest i Sør-Troms (48,6 år). I det foreliggende materialet var kvinnene i flertall i alle regionene. Andelen varierte fra 52,0 (Nord-Troms) til 55,8 % (Vest-Finnmark). Dette har selvsagt sammenheng med at deltakelsen i undersøkelsen var høyest blant kvinner. Frafallet blant menn var særlig stort i de yngste aldersgruppene.

Der var større variasjon i utdanningsnivå. Høyest var prosentandelen som oppgav at de hadde utdanning på universitets- eller høgskolenivå i Tromsø-området, med 61,1 % blant kvinner og 56,2 % blant menn. Lavest var tallene i Nord-Troms (45,5 % blant kvinner og 31,6 % blant menn) og Midt-Troms (44,1 % blant kvinner og 35,1 % blant menn). At Tromsø-området ligger høyt, er ikke overraskende. Regionen omfatter UiT – Norges arktiske universitet, Universitetssykehuset i Nord-Norge og arbeidsplasser knyttet til fylkesadministrasjonene i det gamle Troms fylke (fylkesmann, fylkeskommune) med mange jobber som krever høyere utdanning. Justering for rapportert utdanningsnivå kan gi en del utslag ved sammenligninger mellom regionene.

Vi har vurdert det slik at i analysene av sammenhenger mellom regioner bør det justeres for både kjønn, alder og utdanning.

I hele landet sett under ett var det i 2018 i den voksne befolkningen (16 år eller eldre) 34,1 % som hadde utdanning på høgskole- eller universitetsnivå⁸. I Troms var andelen 32,9 % og i Finnmark 28,0 %. I vårt materiale er andelen som rapporterte at de hadde utdanning på høgskole- eller universitetsnivå 50,9 % i Troms og 48,5 % i Finnmark. Selv om vårt materiale er fra 2019 og bare omfatter aldergruppene fra 18 år og oppover, er det åpenbart at de med høy utdannelse er overrepresenterte i denne undersøkelsen.

Tilgang på tjenester og fasiliteter

Ett av utfallsmålene som gjelder tilgang til tjenester viser lite variasjon over regioner, nemlig tilgang på natur- og friluftsområder. Her varierer andelen som rapporterer om god eller svært god tilgang mellom 93,4 (Tromsø-området) og 97,3 % (justerte tall). For de aller fleste av deltakerne i undersøkelsen er tilgangen på natur- og friluftsområder med andre ord høyst tilfredsstillende. At andelen som rapporterer at de har god tilgang til parker og andre grøntareal er mye lavere (varierer mellom 56,4 og 74,2 %) er dermed

⁸ <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv>

kanskje mindre vesentlig. Behovet for parker og grøntareal er selvsagt større i større byer enn de vi finner i Troms og Finnmark.

En skulle tro at nærhet til Tromsø by skulle gi den aller beste tilgangen til det meste av tjenester og servicetilbud. Og på noen områder stemmer dette. Blant de som bor i Tromsø-området finner vi høye andeler som rapporterte at de har svært god eller god tilgang til (i) butikker, spisesteder og andre servicetilbud, og (ii) offentlig transport. Men på de øvrige utfallsmålene som handler om tilgang til tjenester havner Tromsø-området mer midt på treet.

Nord-Troms utmerker seg først og fremst ved å ha en lav andel som rapporterte om god eller svært god tilgang på kultur- og idrettstilbud og en lav andel som rapporterte at de hadde god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud.

Midt-Troms utmerker seg kanskje litt ved å ha den laveste andelen som rapporterer at de har god eller svært god tilgang til offentlig transport (17,7 %), men de har selskap av regioner som Indre Finnmark (19,7 %), Nord-Troms (21,3 %) og Øst-Finnmark (23,5 %) (justerte tall). Alle disse ligger under tallet for det distriktet i Sogn og Fjordane som kom dårligst ut i folkehelseundersøkelsen som ble gjennomført der i 2019 (27,3 % i HAFS/Ytre Sogn) [9]

Sør-Troms kommer positivt ut på tilgang til kultur- og idrettstilbud (81,0 % god eller svært god tilgang). Det samme gjør Vest-Finnmark (82,5 %), som sammenlignet med de andre regionene også har en svært høy andel som rapporterte at gang og sykkelveier er godt eller svært godt utbygd (60,1 %).

I Indre Finnmark er det en nokså lav andel som rapporterte at de har god eller svært god tilgang på kultur- og idrettstilbud (61,2 %) (justert tall) og en lav andel som rapporterte om god eller svært god tilgang på butikker, spisesteder og andre servicetilbud.

Når det gjelder tilgang på fasiliteter og service-tilbud var der nokså små kjønnsforskjeller. Litt høyere andeler kvinner enn menn rapporterte om god tilgang på kultur- og idrettstilbud (kvinner 78,4 %; menn 71,9 %), offentlig transport (kvinner 41,3 %; menn 36,8 %) og parker og andre grøntareal (kvinner 70,0 %; menn 67,3 %). Kanskje handler dette om at kvinner i større grad enn menn er bruker av disse fasilitetene, og at de derfor er bedre informerte om tilgangen på disse.

Deltakelse i organiserte og andre aktiviteter

Det å ta del i organiserte og uorganiserte aktiviteter er en kilde til å holde ved like et godt sosialt nettverk, å utvikle vennskap og til å være med å påvirke samfunnet rundt seg. Dette siste blir ofte kalt myndiggjøring (empowerment). I Troms og Finnmark er andelen som deltar i organisert aktivitet hver uke 24,8 %. Dette er bare litt lavere enn det vi tidligere har rapportert for Sogn og Fjordane, der tallet var 27,7 %. Variasjonen over regioner var svært liten. Indre Finnmark kom ut med lavest tall (19,6 %, justert). Andelen som rapporterte at de deltar i andre aktiviteter (ikke-organiserte) var for Troms og Finnmark samlet 53,0 %. Også her var andelen lavere i Indre Finnmark (45,7 %, justert tall) enn i de øvrige regionene.

Vi fant ingen statistisk sikker kjønnsforskjell når det gjaldt deltakelse i organiserte aktiviteter. En noe høyere andel kvinner (56,4 %) enn menn (49,0 %) rapporterte at de deltok ukentlig i andre aktiviteter.

Støy

I følge en rapport fra Folkehelseinstituttet⁹ er trafikkstøy en alvorlig helsetrussel som stjeler tusenvis av friske leveår fra nordmenn hvert år. I Troms og Finnmark sett under ett var det 10,8 % som oppgav at de var plaget av støy fra trafikk hjemme. Dette er en god del høyere enn for Sogn og Fjordane, der tilsvarende tall var 6,6 %. Lavest i Troms/Finnmark var Nord-Troms, Øst-Finnmark og Indre Finnmark, som også hadde de laveste tallene for støy fra andre kilder.

Der var ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i rapportering av støy hjemme.

Sosial støtte

God sosial støtte er ikke bare viktig for befolkningens psykiske helse, men også for noe så håndfast som sykkelighet og dødelighet¹⁰. Andel som rapporterte god sosial støtte var i vårt materiale fra Troms og Finnmark 87,7 %. Tidligere undersøkelser har gjerne vist at kvinner oftere enn menn rapporterer om god sosial støtte [17]. Kjønnsforskjellen i Troms og Finnmark var liten, men statistisk signifikant, med en andel som rapporterte om god sosial støtte på 88,8 % blant kvinner og 86,4 % blant menn. I Sogn og Fjordane (2019) fant vi en prosent på 89,6 og i Hordaland (2018) 88,0 %. Forskjellene mellom de tre fylkene er med andre ord minimale og andelen som rapporterer god sosial støtte er svært høy. Andel som rapporterte god sosial støtte var litt lavere i Indre Finnmark enn gjennomsnittlig for de to fylkene samlet.

Der var en svak økning i andel som rapporterte om god sosial støtte med økende utdanning, men forskjellen mellom de med kortest og de med lengst utdanning var bare 6,6 prosentpoeng blant kvinner og 6,2 prosentpoeng blant menn.

Forskjellene i rapportert sosial støtte på tvers av aldersgrupper var svært liten.

Indre Finnmark

På en del områder har Indre Finnmark litt mindre gunstige tall enn gjennomsnittstallene for regionene i Troms og Finnmark. Dette gjelder andel som rapporterer om god sosial støtte, at deres sosiale relasjoner er støttende og givende, at de bidrar til andres lykke og livskvalitet, og det gjelder aspekter ved kostholdet som det å drikke brus/leskedrikk uten sukker, samt det å spise grønnsaker og fisk. I Indre Finnmark er det dessuten en høy andel som rapporterer at det var mer enn to år siden de var til tannlege sist. I Indre Finnmark var det en litt lavere prosent enn for fylkene totalt som oppgav at de i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet og at de er fornøyde med tilværelsen.

På to områder kom Indre Finnmark bedre ut enn gjennomsnittet for alle regionene. Andelene som rapporterte om støy hjemme fra trafikk eller fra annen støy var lavere, og andelen som rapporterte at de drikker alkohol minst to ganger per uke var lavere enn gjennomsnittlig.

Kosthold

Prosentandel som rapporterte at de sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk var 40,8 % (47,8 % blant kvinner og 32,4 % blant menn). Tilsvarende tall for

⁹ <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/helsebelastning-som-skyldes-veitrafikkstoy-i-norge-pdf.pdf>

¹⁰ <https://www.scientificamerican.com/article/relationships-boost-survival/>

Sogn og Fjordane og Hordaland var henholdsvis 42,1 og 50,7 %. Her er tallet for Troms og Finnmark noe mindre gunstig enn for Hordaland, men omtrent på nivå med Sogn og Fjordane.

Prosentandel som rapporterte at de spiser frukt eller bær daglig var 25,3 % i Troms og Finnmark (40,5 % blant kvinner og 27,3 % blant menn). Tilsvarende tall for Sogn og Fjordane var 32,3 % og for Hordaland var tallet 34,4 %. På dette punktet kommer Troms og Finnmark dårligere ut enn de to (tidligere) vestlandsfylkene.

Prosentandelen som rapporterte at de spiser grønnsaker daglig var 32,7 % (41,6 % blant kvinner og 22,1 % blant menn). Tilsvarende tall for Sogn og Fjordane og Hordaland var henholdsvis 41,5 og 46,1 %. Resultatene for de to vestlandsfylkene var med andre ord mer gunstige enn tallene for Troms og Finnmark.

Prosentandelen som rapporterte at de spiser fisk hver uke var 81,3 %. Her fant vi ingen signifikant kjønnsforskjell. Tilsvarende tall for Sogn og Fjordane og Hordaland var 77,9 % og 74,5 %. På dette punktet kom Troms og Finnmark best ut, selv om avstanden ned til Sogn og Fjordane er nokså liten.

Tilgangen på fisk som er fisket lokalt er trolig vel så god i Troms og Finnmark som på Vestlandet. Tilgangen på frukt/bær og grønnsaker som er dyrket lokalt er sannsynligvis bedre på Vestlandet enn i Troms og Finnmark. Så er kan vel de lokale forutsetningen for et helsemessig gunstig kosthold kanskje spille litt inn. Men tilgangen på alternativer til sukkerholdig brus og leskedrikk er trolig nokså lik over hele landet. Oppsummert kan vi vel si at det er betydelig rom for bedring i Troms og Finnmark både når det gjelder inntak av frukt/bær, grønnsaker og sukkerholdig brus/leskedrikk. Kanskje dreier det seg mest om å sikre økt tilgjengelighet og overkommelige priser.

Andel som rapporterte om ukentlig forbruk av fisk lå for øvrig litt høyere i Nord-Troms og Finnmark enn i de øvrige regionene. Andel som rapporterte om inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk var høyere i Nord-Troms enn i de andre regionene. Andel som rapporterte at de spiste frukt eller bær daglig var lavere i Vest-Finnmark enn gjennomsnittet for de to fylkene. Indre Finnmark hadde mindre gunstige tall enn gjennomsnittlig for sukkerholdig brus/leskedrikk, inntak av grønnsaker og inntak av fisk. Alle disse regionale forskjellene er små, og må bekreftes gjennom nye undersøkelser før vi med større sikkerhet kan si om de er reelle.

Kvinner har jevnt over et sunnere kosthold enn det mennene har. I materialet fra Troms og Finnmark gjelder dette i alle aldersgrupper for tre av de fire indikatorene på et sunt kosthold vi undersøker. Det er større prosentdel blant kvinnene enn blant mennene som sjelden eller aldri drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk, som daglig spiser frukt eller bær eller som daglig spiser grønnsaker. Det var derimot ikke klare kjønnsforskjeller i andel som spiser fisk minst en gang per uke. I Troms og Finnmark er etter alt å dømme mennenes kosthold en større utfordring enn kvinnenes.

Fysisk aktivitet og stillesitting

Prosentdel som rapporterte at de var fysisk aktive i minst en halv time minst fem dager i uken var i Troms/Finnmark 20,6 %. Andelen som tilfredsstiller Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet i minst en halv time minst fem dager i uken var litt høyere blant kvinner (21,8 %) enn blant menn (19,1 %). Tallene stemmer godt med målinger som

ble gjort tilbake i 2008 og 2009¹¹. De fant den gangen at andel som oppfylte anbefalingen for mengde fysisk aktivitet var 22 % blant kvinner og 18 % blant menn. De anbefalingene de viste til i rapporten sa at en bør være fysisk aktiv i minst en halv time hver dag, noe som vel må tolkes som syv dager per uke. Dette er noe strengere enn det kriteriet vi har benyttet i denne rapporten (fem dager per uke). I likhet med resten av Norge ser det uansett ut til å være betydelig rom for bedring også i Troms og Finnmark. Siden vi bare har målt fysisk aktivitet i fritiden, vet vi imidlertid ikke hvor stor andel som har arbeid som medfører at de får tilstrekkelig fysisk aktivitet på jobben. Det vi imidlertid vet er at gjennomsnittlig antall timer stillesitting er 6,6 timer for hele utvalget som deltar i undersøkelsen. Her fant vi ingen statistisk sikker kjønnsforskjell.

Overvekt

Andel overvektige (BMI 30 eller høyere) var 20,7 %. Der var en statistisk sikker, men ubetydelig kjønnsforskjell (19,9 % blant kvinner, 21,7 % blant menn). Disse tallene ligger noe lavere enn det en har funnet i aldersgruppene 40-45 år i Tromsø og Nord-Trøndelag, med omtrent 21 % blant kvinner og 25 % blant menn¹². Det er vanskelig å vite om forskjellene skyldes tidsavstanden mellom undersøkelsene, om det kan dreie seg om metodikk, eller at undersøkelsene dekker ulike aldersgrupper.

Andelen overvektige var noe lavere i Tromsø-området enn fylkene sett under ett.

Røyking og snus

Andel som oppgav at de røyker daglig var i denne undersøkelsen 10,0 %. Der var ingen statistisk sikker kjønnsforskjell. Dette stemmer godt med tall som gjelder hele den norske befolkningen [10]. Andel dagligrøykere i Troms og Finnmark er nesten identisk med det vi tidligere i 2019 fant i Sogn og Fjordane (10,3 %) og bare litt høyere enn det vi i 2018 fant i Hordaland (8,7 %). Finnmark lå noe høyere (mellom 12 og 13 % - justerte tall) enn Troms. Lavest lå Sør-Troms (8,3 %) og Tromsø-området (7,8 %). Tradisjonelt har Finnmark vært et fylke med en svært høy andel dagligrøykere. Det er derfor noe overraskende at tallene for Finnmark ikke er høyere.

Fra tidligere undersøkelser vet vi at de som røyker daglig har en tendens til ikke å delta i undersøkelser der det blir stilt spørsmål om røykevaner. Det kan tenkes at de 12-13 prosentene dagligrøykere vi har registrert i denne undersøkelsen for Finnmark er et tall som ligger lavere enn det tallet vi hadde fått hvis vi ikke hadde hatt noe frafall i denne undersøkelsen. Men det samme burde i så fall ha vært tilfelle i Sogn og Fjordane. De to undersøkelsene har nokså lik svarprosent. Samtidig finner vi at andelen dagligrøykere bare er litt høyere i Finnmark enn i Sogn og Fjordane.

Det er interessant å sammenligne med tall fra Norgeshelsa.no¹³. For aldersgruppene 25-74 år gikk andelen i Finnmark som rapporterte at de røykte daglig for periodene 2009-2013 og 2014-2018 ned fra 28 % til 17 %. Tilsvarende tall for Troms var 19 % og 15 %. Nedgangen var med andre ord mye sterkere i Finnmark (11 prosentpoeng) enn i Troms (4 prosentpoeng). Hvis en antar at nedgangen er lineær, ville dette tilsvare en andel dagligrøykere i Finnmark i 2019 på 10,4 %. Dette er faktisk enda litt lavere enn de mellom 12 og 13 prosentene dagligrøykere vi fant i Finnmark i vår undersøkelse. Selv om

¹¹ <file:///C:/Users/leea/Downloads/Fysisk%20aktivitet%20blant%20voksne%20og%20eldre.pdf>

¹² <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>

¹³ <http://norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

underrapportering kan være et problem også i Statistisk sentralbyrås røykevaneundersøkelser, er det interessant å observere at resultatene stemmer såpass godt overens, og at det ikke ser ut til være noen sterkere seleksjon i Folkehelseundersøkelsen enn det er i Statistisk sentralbyrås røykevaneundersøkelser.

Andelen som rapporterte at de bruker snus daglig var i den foreliggende undersøkelsen 14,8 %. Andelen var høyere blant menn (19,8 %) enn blant kvinner (10,6 %). Prosentandelen som bruker snus i Troms og Finnmark er noe høyere enn det vi har observert i undersøkelsene fra Sogn og Fjordane (10,3 %) og Hordaland (10,5 %). Den overraskende lave andelen dagligrøykere i Finnmark kan skyldes at mange har gått over til snus eller begynt å snuse i stedet for å begynne å røyke.

Variasjonen i andel som bruker snus daglig varierer lite på tvers av regioner innen Troms og Finnmark.

Alkohol

Andel som oppgav at de drikker alkohol to ganger i uken eller oftere siste 12 måneder var, for begge fylkene samlet, 19,4 %. Blant kvinner var andelen 15,7 % og blant menn 23,7 %. I Sogn og Fjordane var andelen som rapporterte at de drikker alkohol to ganger i uken eller oftere 13,7 % (kvinner: 10,1 %; menn: 17,9 %). I Hordaland var andelen 21,5 % (kvinner: 17,1 %; menn: 26,9 %). I Bergen var det 25,3 % som rapporterte at de drakk alkohol to ganger i uken eller oftere, mot 17,1 % i resten av Hordaland.

Andel som oppgav at de drikker alkohol to ganger i uken eller mer er høyest i Tromsø-området (23,5 %, justert tall) og lavest i Nord-Troms (14,1 %) og Indre Finnmark (13,0 %).

Å drikke alkohol minst to ganger per uke ser med andre ord ut til å være mest utbredt i byene (Bergen og Tromsø) mens andelen i kommuner utenom byene er lavere.

Andel som drikker minst seks alkoholenheter ved samme anledning månedlig eller oftere viser ikke tilsvarende variasjon over regioner, men er lavest i Midt-Troms (14,3 %) og Sør-Troms (16,0 %), mens det bare var små forskjeller mellom de øvrige regionene.

Bruk av tannlege eller tannpleier

Andelen som rapporterte at de ikke hadde vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste 2 årene var for begge fylkene samlet 15,9 %. Blant kvinnene var andelen 12,9 % og blant menn 19,4 %. I Sogn og Fjordane var andelen som rapporterte at de ikke hadde vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste 2 årene 11,4 % (kvinner: 9,2 %; menn: 14,0 %) og i Hordaland var tallet 10,4 % (kvinner: 8,7 %; menn: 12,4 %).

Andelen som ikke hadde vært til tannlege eller tannpleier siste år er med andre ord en del høyere i Troms og Finnmark enn i de to vestlandsfylkene. Andelen er særlig høy blant menn i Troms og Finnmark, der nesten hver femte person rapporterer at de ikke har vært til tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene.

De to regionene som hadde høyest andel som rapporterte at de ikke hadde vært til tannlege eller tannpleier siste 2 årene var Indre Finnmark (20,6 %, justerte tall) og Nord-Troms (19,6 %). Lavest lå Sør-Troms (13,1 %) og Tromsø-området (14,4 %).

Som også påpekt i rapporten fra Sogn og Fjordane: Når det går lang tid mellom besøkene hos tannlege eller tannpleier, kan det tenkes å være en indikasjon på dårlig råd. Data fra

fylkeshelseundersøkelsene kan brukes til å undersøke hva som kjennetegner de som sjelden oppsøker tannhelsetjenesten. En enkel krysstabell basert på dataene fra Troms og Finnmark viser at det blant de som synes det er svært lett å få pengene til å strekke til er det 10,3 % som ikke har vært til tannlege eller tannpleier siste to årene. Blant de som synes det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, er andelen 35 %.

Økonomi

Omtrent en av fem (21,4 %) rapporterte at de synes det er vanskelig («svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig») å få husholdningsinntekten til å strekke til. Variasjonen var svært liten på tvers av regioner. Ovenfor har vi rapportert om en sterk sammenheng mellom hvordan de vurderte sin økonomi og om de hadde vært til tannlege i løpet av de siste to årene. Spørsmålet om økonomisk situasjon viser sterk sammenheng med en rekke av utfallsmålene i denne undersøkelsen. For eksempel er andel med høy skår på HSCL5 bare 6,6 % blant de som synes det er svært lett å få pengene til å strekke til, mot 52,3 % blant de som synes det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Når dataene fra Troms og Finnmark er koblet mot opplysninger om faktisk inntekt, blir det interessant å se hvor sterke sammenhengene mellom faktisk inntekt og ulike utfallsmål viser seg å være.

Trivsel i nærmiljøet

Andel som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet sitt var for de to fylkene samlet 72,1 %. Der var praktisk talt ingen kjønnsforskjell. Tallet for Hordaland var 73,2 % og for Sogn og Fjordane var det 70,5 %. Kjønnsforskjellene var svært små også i de to Vestlandsfylkene.

Andelen som rapporterte om stor grad av trivsel varierte litt på tvers av regioner innen Troms og Finnmark. Høyest var andelen i Tromsø-området (74,0 %) og lavest i Indre Finnmark (67,1%), Øst-Finnmark (68,6 %) og i Nord-Troms (69,0 %). Forskjellene er imidlertid såpass små at de er lite å legge vekt på. Det mest interessante er kanskje at andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet er minst like høy som i «trivselsfylket» Sogn og Fjordane.

Trygghet i nærmiljøet

Andel som rapporterte at de i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet var hele 86,4 %. Heller ikke her fant vi noen vesentlig kjønnsforskjell. Tilsvarende tall var 86,0 % for Hordaland og 87,4 % for Sogn og Fjordane. Kjønnsforskjellene var minimale også i de to Vestlandsfylkene.

På dette utfallsmålet fant vi noen forskjeller på tvers av regioner. I Indre Finnmark var det 19,4 % som ikke følte seg svært trygge i nærmiljøet. I motsatt ende av skalaen var Tromsø-området med 11,4 %. Det er kanskje litt uventet at andelen som føler seg svært trygge i nærmiljøet er høyere i en by enn i mer spredtbygde områder.

Fornøyde med tilværelsen

Omtrent en av fire (24,2 %) krysset av for at de var svært fornøyde med hvordan de har det for tiden. Og vel halvparten (51,3 %) sa seg fornøyde. Til sammen var det med andre ord tre av fire som var svært fornøyde eller fornøyde (75,5 %). Bare en prosent svarte at de var svært misfornøyde og 3,7 % at de var nokså misfornøyde. De resterende (19,9 %)

hadde krysset av for «både/og». Disse tallene er omtrent slik en kan forvente. Globale spørsmål om hvordan en har det i livet pleier å gi skjeve fordelinger der de fleste gir uttrykk for tilfredshet.

Kjønnforskjellen var små. Analyser av forskjeller mellom regionene viste små forskjeller, med kanskje litt lavere tall for Indre Finnmark (71,8 %) enn for gjennomsnittet av regionene. Forskjellene er så små at de ikke kan tillegges noen stor vekt.

Søvnproblemer

Andelen som rapporterte at de var ganske mye eller veldig mye plaget av søvnproblemer siste uke var 14,1 % for hele utvalget. Andelen var bare litt høyere blant kvinner (15,7 %) enn blant menn (12,2 %). Variasjonen på tvers av regioner var minimal.

Skader

Prosentdelen som rapporterte om skade i løpet av de siste tolv månedene var 17,2 % (kvinner: 15,2 %; menn: 19,5 %). Variasjonen over regioner innen fylkene var liten. Tallet for Finnmark og Troms ligger temmelig nær det vi fant i Sogn og Fjordane (18,8 %) og i Hordaland (18,3 %).

Alle disse tallene er høyere enn nasjonale tal som er baserte på registre, der en har funnet at omtrent 12 % i løpet av ett år blir behandlet for skader av lege (9). Tallene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare, for tallene fra fylkeshelseundersøkelsene omfatter også skader behandlet av tannlege. Likevel er forskjellen større enn ventet. Dette kan tyde på at tallene fra fylkeshelseundersøkelsene er for høye. Kanskje har de som svarer en tendens til å ta med skader som har skjedd for mer enn tolv måneder siden. Tallene illustrerer uansett hvilken stor belastning ulykker og skader representerer for helsevesenet.

Selvrapportert helse

Spørsmålet om hvordan den enkelte vurderer sin egen helse er formulert på en generell og lite spesifisert måte. Det blir for eksempel ikke skilt mellom kroppslig og psykisk helse. Likevel benyttes dette spørsmålet i mange epidemiologiske undersøkelser, og vurderes som en viktig indikator på både nåtidig og framtidig helse. For eksempel benyttes det i analyser presentert i den kjente Marmot-rapporten om sosiale helsedeterminanter fra 2013 [11].

Omtrent syv av ti (69,8 %) rapporterte at de vurderer sin egen helse som svært god eller god. Vi finner ingen signifikant kjønnforskjell. Tallet for Hordaland var 75,9 og for Sogn og Fjordane 76,1 %. Tallet for Troms og Finnmark ligger med andre ord litt lavere enn for de to Vestlands-fylkene. Sammenligningen er foretatt uten noen slags justering for variabler som alder og inntekt. Vi vet ikke i hvilken grad slike justeringer ville gitt endrede tall.

Variasjonen over regioner er ikke stor, men andelen som rapporterer om god eller svært god helse er litt lavere (signifikant) for Nord-Troms (65,7 % - justert tall) enn for de øvrige regionene.

Psykiske plager (distress)

Gjennomsnittlig skår på skalaen vi har benyttet til måling av psykiske plager var for Troms og Finnmark sett under ett 1,50 (kvinner: 1,54; menn: 1,44). I Hordaland var gjennomsnittlig skår 1,46 og i Sogn og Fjordane 1,42. Det er vanskelig å vurdere disse tallene uten

at de konverteres til en mer kjent måle-enhet. Hvis vi tar utgangspunkt i standardavviket for HSCL5 i Troms og Finnmark ($sd=1,50$), ser vi at forskjellen mellom Troms og Finnmark på den ene siden og Hordaland på den andre tilsvarer en effektstørrelse på 0,03. Forskjellen mellom Troms/Finnmark og Sogn og Fjordane tilsvarer en effektstørrelse på 0,04. Forskjellene er, målt i effektstørrelse, minimale. Det samme kan vi si om kjønnsforskjellen i Troms og Finnmark.

En annen måte å framstille resultatene på er å se på andelen som har en skår som er høyere enn 2,00. I Finnmark og Troms er det 13,1 % som har en såpass høy skår. Blant kvinner er andelen 14,8 og blant menn 11,0. I Hordaland var andelen med høy skår 12,4 % (kvinner: 14,2 %; menn: 10,1 %). I Sogn og Fjordane var andelen med høy skår 9,6 % (kvinner: 10,7 %; menn: 8,5 %). Når resultatene framstilles slik, ser vi en viss kontrast mellom menn og kvinner i alle fylkene, men forskjellene mellom fylkene er fremdeles ganske små. Skjønt, når vi sammenligner Troms og Finnmark med Sogn og Fjordane får vi en ratio på 1,36. Kanskje ikke helt uvesentlig.

Livskvalitet

Begrepet livskvalitet ble definert bredt i rapporten fra Nes og medarbeidere som ble publisert i 2018 [8]. Noen få spørsmål fra det som i rapporten kalles «minimumslisten» er innarbeidet i de delene av spørreskjemaet som allerede er presentert ovenfor. Et utvalg av de øvrige livskvalitetsspørsmålene vil bli omtalt nedenfor. Siden disse spørsmålene ikke inngikk i undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane, vil det ikke være mulig med sammenligninger med resultater fra disse fylkene.

Det er interessant å se at bruken av skalaen varierer sterkt fra spørsmål til spørsmål. På spørsmålet om tilfredshet med livet ligger gjennomsnittsskåren på 7,53. På spørsmålet om «ensom» siste 7 dagene er gjennomsnittsskåren 2,16. Siden skalaen har hele 11 verdier, vil den likevel kunne vise spredning i svarene. Det er en av de mest positive sidene ved å bruke en slik tallskala. En annen positiv egenskap ved skalaen er at den gir muligheter til å sammenligne på tvers av variabler som kanskje ellers ville blitt målt med usammenlignbare svarkategorier.

Kjønnsforskjellene er signifikante på alle variablene, bortsett fra variabelen «glad» siste 7 dager. De fleste kjønnsforskjellene er likevel svært små, og vil ikke bli nærmere kommentert her. Den største forskjellen finner vi på variablene «Mine sosiale relasjoner er støttende og givende» (effektstørrelse 0,26), «bidrar til andres lykke og livskvalitet» ($es=0,23$), «bekymret» ($es=0,20$), og «nedfor eller trist» ($es=0,17$). På to av disse variablene kommer kvinnene best ut. De skårer gjennomsnittlig høyere på støttende og givende sosiale relasjoner og på det å bidra til andres lykke og livskvalitet. På de andre to (bekymret; nedfor eller trist) kommer også kvinnene ut med høyere skår. Det å være bekymret eller det å være nedfor eller trist er ledd som er nært beslektet med ledd som inngår i HSCL5. Det er ikke overraskende at sammenhengene går i samme retning. Kvinner skårer høyere på HSCL5 enn det mennene gjør.

Variasjonen over regioner er nokså små på livskvalitets-spørsmålene. Sør-Troms og Tromsø-området skårer litt høyere enn de andre på «støttende og givende sosiale relasjoner» og på «bidrar til andres lykke og livskvalitet». Indre Finnmark skårer lavere enn de andre regionene på disse to utfallsmålene.

2.1.2 Variasjon på tvers av aldersgrupper og utdanningsgrupper

Utdanning

Som nevnt tidligere i dette kapittelet var det en høyere andel av kvinnene enn av mennene som oppgav at de har høyere utdanning. Dette stemmer bra med tall for hele landet¹⁴. Både kvinner og menn med universitets- eller høgskoleutdanning ser ut til å være overrepresenterte i materialet fra Troms og Finnmark. Dette er ikke uventet. Personer med høyere utdanning har en tendens til å ville delta i befolkningsundersøkelser [12].

På noen områder fant vi en sterk sammenheng mellom utdanning og utfallsvariabler. De fleste av sammenhengene gikk i favør av de med lengst utdanning. Dette gjelder helse-relatert atferd som inntak av grønnsaker, fysisk aktivitet på fritiden og røyking (synkende andel røykere med økende utdanning). Det gjelder også inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, frukt og bær og fisk, men her vises endringene bare fra videregående skole. Også på utfallsmål som deltakelse i organiserte aktiviteter, det å rapportere om god helse og søvnproblemer finner vi en sterk utdanningsgradient som går i de høyt utdannedes favør.

På to områder har vi sammenhenger som går i de velutdannedes disfavør. Det er flere som drikker alkohol to ganger eller mer per uke og det blir vanligere med stillesitting (denne siste fra videregående skole og oppover). De helsemessige effektene av å sitte stille blir sannsynligvis til en viss grad kompensert for ved at de velutdannede, som allerede nevnt, er mer fysisk aktive på fritiden og at på de områdene som er målt i denne undersøkelsen har de et sunnere kosthold. At andel overvektige synker med økende utdanning, er kanskje en bekreftelse på dette.

På mange områder var der svakere sammenhenger mellom utdanning og utfallsvariabler. Dette gjelder for eksempel skår på HSCL5 der gjennomsnittlig skår synker en del med økende utdanning. Dette funnet stemmer for øvrig godt med det vi fant i Hordaland og Sogn og Fjordane. Sammenhengen mellom psykiske plager og utdanningsnivå er kjent fra andre publikasjoner (se blant annet Kurtze et al. 2013; Dalgard, 2008 [13, 14]).

Videre fant vi en svak nedgang over utdanningsgrupper (fra videregående skole og oppover) på opplevelse av støy fra trafikk hjemme. Med økende utdanning er det også en synkende andel som rapporterer at det er minst to år siden de var til tannlege. Jo høyere utdanning, desto høyere andel føler seg (i stor grad) trygge i nærmiljøet (ut over videregående skole) og fornøyde med tilværelsen.

Jevnt over bekreftes det vi vet om utdanning, helse og helsedeterminanter fra tidligere undersøkelser også i dette materialet fra Troms og Finnmark.

En rekke aspekter ved livskvalitet henger sammen med utdanningslengde. Jo lenger utdanning, desto høyere gjennomsnittlig skår på «Fornøydhets med livet», «Det man gjør i livet er meningsfylt», «Givende og støttende sosiale relasjoner», og «Bidrar til andres lykke og livskvalitet». Jo lenger utdanning, desto lavere gjennomsnittlig skår på «Bekymret» (siste 7 dager) og «Nedfor eller trist». Gjennomsnittlig skår på ensomhet synker med stigende utdanning. Det samme gjør engstelse. Engasjementet stiger med økende utdanning. Selv om det viste seg å være null-sammenhenger på noen livskvalitetsrelaterte utfallsmål, var det et konsistent mønster av sammenhenger på alle de som er nevnt ovenfor. Jo høyere utdanning, desto høyere livskvalitet.

¹⁴ <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar/2015-06-18>

Alder

Et sunt kosthold ser ut til å være positivt korrelert med alder. Jo høyere alder, desto lavere er andelen som drikker brus eller leskedrikk med sukker, og jo høyere er andelen som daglig spiser frukt eller bær, og som spiser fisk en gang i uken eller oftere. Hos kvinner er der dessuten en positiv assosiasjon mellom alder og det å spise grønnsaker daglig. Også stillesittingen synker med økende alder. Det kan se ut til at kostholdstiltak og tiltak for en sunnere livsstil i Troms og Finnmark særlig bør rettes inn mot middelaldrende og yngre grupper.

Overvekt ser ut til særlig å være et problem blant de middelaldrende (40-59 år). Blant de middelaldrende finner vi også mest røyking, med en topp i aldersgruppen 50-59 år. Snusing har desidert størst utbredelse blant de yngste av de aldersgruppene som deltar i denne undersøkelsen.

Det er interessant å se at andelen som rapporterte at de røyker daglig er svært lav hos de aller yngste. Dette stemmer godt med at sigarettøyking er på veg ut, og at dette særlig er en trend blant de yngste. At det blir lavere prosentdel som røyker daglig blant de eldste har dels sammenheng med at røykerne statistisk sett faller fra tidligere, men også at det er mange som slutter å røyke når helsen svikter.

Prosentdelen som rapporterte daglig snusbruk var klart høyere blant menn enn kvinner. Dette gjelder alle aldersgruppene. Også dette er vist i tidligere studier [9]. Mens røykingen var klart minst prevalent hos de yngste, er bruken av snus klart mest vanlig blant de yngste. Dette gjelder begge kjønn, og indikerer at snusbruk i stor grad har erstatta sigarettøyking.

Også når det gjelder psykososiale sider ved helsen kommer de eldste, i hvert fall inntil pensjonsalderen begynner, best ut. Dette gjelder særlig fornøydhet med tilværelsen, trivsel i nærmiljøet og psykiske plager (utflating ved 60-69). Jo eldre en er, desto lavere er dessuten risikoen for å oppleve at pengene ikke strekker til.

Kanskje kan eldres selvopplevde gode økonomi bidra til å forklare at andelen som drikker alkohol minst to ganger per uke øker med økende alder.

Risikoen for å bli utsatt for skader er høyest blant de yngste (18-29 år) og blant de eldste (70+). Dette er et mønster som er kjent fra tidligere skade-epidemiologiske undersøkelser og betyr at den skadeforebyggende innsatsen med fordel kan forsterkes overfor disse gruppene.

På noen indikatorer på livskvalitet var det en økning med alder, men en utflating eller svak nedgang ved pensjonsalder (70+). Dette mønsteret finner vi for «Fornøydhet med livet» og «Det man gjør i livet er meningsfylt», «Glad» (siste 7 dager) og «Rolig og avslappet». Et mønster som er omvendt, men konsistent med dette, kunne en observere på en del andre utfallsvariabler, først en nedgang med alder og enten en utflating eller oppgang ved overgang til pensjonsalderen. Dette finner vi for «Bekymret» (siste 7 dager), «Nedfor eller trist», «Irritert», «Ensom» og «Engstelig». Når det gjelder disse aspektene ved livskvalitet er det grunn til å rette oppmerksomheten spesielt mot de yngre aldersgruppene, men samtidig være klare over at utviklingen etter endt yrkesaktiv alder kan være problematisk.

I forhold til de yngre aldersgruppene, kommer de eldste mest negativt ut på «Bidrar til andres lykke og livskvalitet». Det sosiale engasjementet er sterkest blant de middelaldrende og noe svakere blant de yngste og de eldste.

Livsstils-delen av skjemaet er spesielt interessant fordi vi her tydeligere enn ellers i skjemaet får fram de endringene som ser ut til å skje ved overgangen fra yrkesaktiv alder til pensjonist-tilværelsen. Og selvsagt er livskvalitets-delen interessant fordi den utvider spekteret av utfallsvariabler i retning av det som er helsemessig positivt.

2.2 Begrensninger ved datagrunnlaget

2.2.1 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen var på 43,5. Oppslutningen var med andre ord litt bedre enn for pilotundersøkelsen som ble gjennomført i Agderfylkene og Vestfold og også litt bedre enn for Hordaland. Den ligger bare litt lavere enn for Sogn og Fjordane (45,4%). Oppslutningen i Troms fylke var på 46,2 % og i Tromsø by hele 48,4 %.

Det at flere enn halvparten av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel en del usikkerhet om hvor gode tall vi egentlig har. Deltakelsen i undersøkelsen er lavere i Finnmark enn i Troms, og den er særlig lav blant menn i de yngste aldersgruppene. Prosentdelen registrerte i kontakt- og reservasjonsregisteret minker med økende alder, noe som gjør representativiteten mer usikker blant de eldre.

Hvis det er fullstendig tilfeldig hvem som bestemmer seg for å svare på skjemaet, behøver ikke lav deltakelse ha så store konsekvenser. Men dersom det er en sterk sammenheng mellom det å delta og det vi spør om, er det straks verre. Vi har derfor lagt mest vekt på sammenhenger som er sterke og som inngår i konsistente mønstre. Der vi har observert enkeltgrupper som har skilt seg sterkt fra de øvrige gruppene, har vi vært forsiktige med å trekke sterke konklusjoner.

Av de som faktisk ble inviterte til å delta, varierer svarprosenten mellom de ulike kommunene med en hel del. Variasjonen er noe mindre mellom regionene. Det er også variasjon i svarprosenten mellom kvinner og menn og på tvers av aldersgrupper. Særlig er menn under 35 år svakt representerte. Det er derfor grunn til å understreke at vi er usikre på funn som spesifikt gjelder unge menn.

Seleksjon kan, som allerede nevnt ovenfor, resultere i skjeve estimat hvis det at en ikke deltar (ikke-deltakelse) henger sammen med variabler som inngår i undersøkingsdata. Dette skal etter hvert undersøkes ved at vi kobler data fra Folkehelseundersøkelsene mot data fra registre.

2.2.2 Spørreskjema og måleinstrument

Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen er lang på vei identisk med den nye versjonen av basismodulen for folkehelseundersøkelsene i fylkene som forelå i mars 2019. Store deler av skjemaet er tidligere brukt i undersøkelser i Vestfold og i Agder-fylkene [2, 3, 4] samt i Hordaland og Sogn og Fjordane [9, 15]. En del av skalaene er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se spørreskjemaet i appendiks i denne rapporten):

- Psykiske plager (Hopkins Symptoms Checklist – 5 ledd, spm. 11.1-11.5)
- Sosial støtte (Oslo Social Support Scale, spm. 15.1-15.3)
- Ensomhet (The Three-Item Loneliness Scale» (T-ILS), spm. 16.1-16.3)
- Alkohol (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption – AUDIT-C, spm. 21-21c)

De fire spørsmålene om kosthold (spm. 18.1-18.4) blir brukt av Statistisk sentralbyrå i Levekårsundersøkelsene. Ved å bruke slike skalaer sikrer vi ikke bare at vi får gode data, men vi kan også i større grad sammenligne våre resultater med resultat fra tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et nokså bredt spekter av områder. Selv om vi har basert oss på mange instrument som er godt kvalitetstestet tidligere, er det ikke sikkert kvaliteten på instrumentene som er benyttet er like god på alle temaområdene. I det videre arbeidet er det viktig med en videre kvalitetstesting av de ulike spørsmålsgruppene som inngår. Funn fra denne undersøkinga må uansett vurderes kritisk og sees i sammenheng med hva en finner i andre studier. At mange av funnene når det gjelder kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå stemmer godt med det vi vet fra landsrepresentative undersøkelser, bidrar å styrke vår tiltro til de dataene som foreligger fra Troms og Finnmark.

Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark i 2019 er ment å supplere den folkehelsestatistikken som allerede eksisterer for dette fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{15,16}. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige for alle som interesserer seg for folkehelse i Troms og Finnmark¹⁷.

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt, sivil status), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunene i Troms og Finnmark, UiT – Norges arktiske universitet, høyskoler i Troms og Finnmark, kommuner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av de fylkesvise folkehelseundersøkelsene, desto bedre.

¹⁵ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

¹⁶ <http://khs.fhi.no/webview/>

¹⁷ <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>

3 Referanser

1. Grøtvedt, L., et al., *Fylkeshelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring. Oslo: Folkehelseinstituttet. . 2016, Folkehelseinstituttet.*
2. Johansen, R., L. Grøtvedt, and H. Lyshol, *Folkehelseundersøkelser i fylkene – pilot. Dokumentasjonsrapport – organisering og prosess. 2017, Folkehelseinstituttet.*
3. Johansen, R., *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel 2015 i Vestfold, Vest-Agder og Aust-Agder. Resultatrapport. 2017.*
4. Vestfold fylkeskommune, *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel 2015. De første resultatene for Vestfold. 2017, Vestfold fylkeskommune, Seksjon folkehelse.*
5. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr, 2012. 12: p. 27.*
6. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Research on aging, 2004. 26(6): p. 655-672.*
7. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.). 2001, World Health Organization.*
8. Bang Nes, R., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. 2018, HelseDirektoratet: Oslo.*
9. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat. 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen.*
10. Lund, K.E., M. Lund, and A. Bryhni, *Tobakksforbruket hos kvinner og menn 1927-2007. Tidsskrift for Den norske legeförening, 2018. 129(18): p. 1871-1874.*
11. WHO, *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. 2013, World Health Organization, Regional Office Europe: Copenhagen.*
12. Cheung, K.L., et al., *The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: A comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. BMC Public Health, 2017. 17(1): p. 276.*
13. Dalgard, O.S., *Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors. Int J Equity Health, 2008. 7: p. 27.*
14. Kurtze, N., T.A. Eikemo, and C.B.M. Kamphuis, *Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. European Journal of Public Health, 2013. 23(2): p. 223-229.*
15. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. 2018, Folkehelseinstituttet: Bergen.*

4 Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble benyttet ved datainnsamlingen er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

Bokmålsversjon:

https://www.fhi.no/contentassets/5da10fb844d44faf8e3e84ebf979e8d0/sporreskjema_fhus_troms_finnmark_2019-bokmal.pdf

Samisk versjon:

https://www.fhi.no/contentassets/5da10fb844d44faf8e3e84ebf979e8d0/sporreskjema_fhus_troms_finnmark_2019-samisk.pdf

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2019
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no