

RAPPORT

2026

Folkehelseundersøkelsen i Finnmark 2026

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Rapport

Folkehelseundersøkelsen i Finnmark

2026

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Gunnhild Johnsen Hjetland

Truc Trung Nguyen

Marit Knapstad

Thomas Sevenius Nilsen

Ragnhild Bang Nes

Øystein Vedaa

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for folkehelse og forebygging
Avdeling for helsefremmende arbeid
September 2026

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Finnmark 2026: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfatter(e):

Gunnhild Johnsen Hjetland
Truc Trung Nguyen
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Ragnhild Bang Nes
Øystein Vedaa

Andre bidragsytere fra FHI:

Hege Holde Andersson (leder for intern arbeidsgruppe)
Ragne Larsen
Merete Kallekleiv
Hildur Thosarensen
Ragnhild Martinsen Ånestad

Samarbeidspartner:

Finnmark fylkeskommune

- Eline Trasti Schanche
- Rita Henie Bakken
- Julie Hoel
- Aina H. G. Einarsen

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

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

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-597-7

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv): <https://doi.org/10.21349/gfhk-0480>

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

Innhold

Innhold	3
Hovedbudskap	6
Sammendrag	7
Innledning	7
Metode	7
Resultat	7
Diskusjon	8
Konklusjon	9
Key messages (English)	10
Executive summary (English)	11
Introduction	11
Methods	11
Results	11
Discussion	12
Conclusion	13
1 Innledning	14
1.1 Bakgrunn	14
2 Metode	16
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	16
2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Finnmark fylkeskommune	19
2.3 Spørreskjemaet	19
2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid	21
2.4.1 Presentasjon av resultater	21
2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater	22
2.4.3 Kategorisering av 0-10-skalaer	23
2.4.4 Resultatforskjeller mellom 2019 og 2026	23
2.4.5 Bruk av kunstig intelligens	25
2.5 Viktige forbehold	25
3 Resultater	26
3.1 Alder: Regioner i Finnmark	26
3.2 Kjønn: Kommuner i Finnmark	27
3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Regioner i Finnmark	28
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Finnmark	29
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet	30
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet	34
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet	37

3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet	40
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet	44
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet	48
3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde	52
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	56
3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet	61
3.14 God eller svært god helse	65
3.15 God eller svært god tannhelse	69
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier	73
3.17 Andel med fedme (KMI 30+)	77
3.18 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)	81
3.19 Søvnproblemer (Insomni)	85
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer	89
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade	94
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager	98
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager	101
3.24 Høy sosial støtte	104
3.25 Ensomhet (UCLA-3)	109
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	113
3.27 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	117
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/soft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	121
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær	126
3.30 Daglig inntak av grønnsaker	130
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	134
3.32 Daglig røyking	138
3.33 Daglig snus	142
3.34 Alkoholenheter per gang	146
3.35 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	150
3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk	155
3.37 Tilfredshet med livet (0-10)	159
3.38 Fremtidsoptimisme (0-10)	163
3.39 Opplevelse av mening i livet (0-10)	166
3.40 Negative følelser siste 7 dager (0-10)	170
3.41 Positive følelser siste 7 dager (0-10)	174
3.42 Ensomhet (0-10)	178
3.43 Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10)	182
3.44 Tillit til andre (0-10)	186
3.45 Stedstilørighet (0-10)	190

3.46 Trygg i nærmiljøet (0-10)	194
3.47 Engasjement (0-10)	198
3.48 Økonomiske vansker	202
3.49 Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og søkt hjelp	206
3.50 Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men ikke søkt hjelp	210
3.51 Offentlig tannhelsetilbud - god eller svært god tilgjengelighet	213
3.52 Opplevd diskriminering siste 2 år	216
4 Diskusjon	219
4.1 Forskjeller på tvers av geografiske områder	219
4.2 Kjønnforskjeller	220
4.3 Aldersforskjeller	222
4.4 Betydningen av utdanningsnivå	224
4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien	225
4.6 Resultatforskjeller mellom 2019 og 2025	227
4.7 Sammenlignet med andre fylker	229
5 Konklusjon	232
5.1 Begrensninger ved datagrunnlaget	233
5.1.1 Representativitet og skjevheter	233
5.1.2 Måleinstrument	234
Referanser	236
Vedlegg 1: Spørreskjema	238
Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene	239
Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål	252
Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling	253

Hovedbudskap

- Finnmark har viktige folkehelseressurser. Innbyggerne opplever gjennomgående høy trygghet og sterk tilhørighet til stedet der de bor. Nesten 92 prosent vurderer tilgangen til natur- og friluftsområder som god eller svært god. Sosial kontakt og deltakelse ligger også relativt høyt sammenlignet med flere andre fylker.
- Samtidig er det tydelige utfordringer knyttet til fysisk helse og tannhelse. Kun omtrent 65 prosent vurderer helsen sin som god eller svært god, 24 prosent oppgir fedme, og 65 prosent vurderer tannhelsen som god eller svært god. Nær 18 prosent oppgir at det er mer enn to år siden de var hos tannlege eller tannpleier.
- Tilgangen til transport og lokale tilbud varierer mye. Bare 29 prosent vurderer tilgjengeligheten til offentlig transport som god eller svært god. Forskjellene mellom regionene er særlig store for offentlig transport, servicetilbud, kultur- og idrettstilbud og gang- og sykkelveier. Helse og livskvalitet varierer mindre geografisk.
- De største og mest gjennomgående forskjellene finnes etter utdanning og husholdningsøkonomi. Personer med økonomiske vansker eller kort utdanning rapporterer dårligere fysisk og psykisk helse, svakere tannhelse, lavere livstilfredshet, mer ensomhet og mindre sosial deltakelse. Ulikhetene finnes blant både kvinner og menn.
- Personer i alderen 18–29 år rapporterer mest psykiske plager og ensomhet. Økonomiske vansker er mest utbredt blant personer under 50 år, mens flere kroppslige helseplager er mest utbredt blant personer i alderen 40–59 år.
- Kvinner rapporterer oftere psykiske plager, søvnproblemer og smerter, mens menn har et mindre gunstig mønster for alkoholbruk, snusbruk og oppfølging hos tannlege.
- Fra 2019 til 2026 gikk livstilfredshet, positive følelser, sosial støtte, tillit og flere vurderinger av nærmiljøet ned. Psykiske plager økte. Utviklingen var særlig lite gunstig blant personer i alderen 30–59 år.
- Samtidig gikk daglig røyking og episodisk høyt alkoholforbruk ned, og flere spiste frukt og grønnsaker daglig.

Sammendrag

Innledning

Folkehelseundersøkelsene i fylkene gir oppdatert kunnskap om hvordan voksne innbyggere har det, blant annet når det gjelder helse, livskvalitet, levevaner og opplevelser av nærmiljøet. Kunnskapen kan brukes i kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid som et viktig supplement til registerdata og nasjonale undersøkelser. I Finnmark ble undersøkelsen gjennomført i 2026 i samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Finnmark fylkeskommune, med en felles grunnmodul som gjør det mulig å følge utvikling over tid og sammenligne på tvers av fylker. Rapporten beskriver situasjonen i 2026 og ser også på utvikling siden forrige undersøkelse i 2019.

Metode

Målgruppen var alle bosatte i Finnmark i alderen 18 år og oppover. Et tilfeldig utvalg ble trukket fra Folkeregisteret, og 40 629 personer ble invitert. Datainnsamlingen ble gjennomført digitalt i perioden 3. mars til 6. april 2026, med invitasjon og påminnelser sendt via SMS. Totalt samtykket 11 171 personer, noe som gir en samlet svarprosent på 27,5 prosent, men med variasjon mellom de geografiske områdene. Svarprosenten var høyest i Vadsø, med 34,0 prosent, og lavest i regionen som består av Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Båtsfjord og Vardø, med 23,5 prosent. Resultatene presenteres for åtte geografiske områder i fylket, og analysene er vektet for å ta hensyn til utvalgsdesign og frafall. Ved sammenligning mellom områdene er det i hovedsak justert for kjønn, alder og utdanning. Ved sammenligning over tid, fra 2019 til 2026, er det brukt en felles tilnærming for å gjøre tallene mest mulig sammenlignbare.

Resultat

I Finnmark vurderer 65 prosent helsen og tannhelsen sin som god eller svært god. Omtrent 24 prosent har fedme, 14 prosent har søvnproblemer, og 14 prosent oppgir at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad. Nær 18 prosent har ikke vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene. Samtidig vurderer 92 prosent tilgangen til natur- og friluftsområder som god eller svært god, 67 prosent rapporterer stor trivsel i nærmiljøet, og 25 prosent deltar ukentlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid.

De største geografiske forskjellene observeres for lokale tilbud og infrastruktur. Andelen som vurderer offentlig transport som god eller svært god, varierer fra 12 prosent i Indre Finnmark (Karasjok og Kautokeino) til 39 prosent i Alta. For servicetilbud varierer andelen fra 46 til 87 prosent, for kulturtilbud fra 32 til 82 prosent og for gang- og sykkelveier fra 16 til 78 prosent. Forskjellene mellom regionene er mindre for generell helse, psykiske plager og livstilfredshet.

Det var tydelige forskjeller etter utdanning og husholdningsøkonomi. Blant personer med grunnskole vurderer omtrent halvparten helsen som god eller svært god, sammenlignet med rundt fire av fem blant dem med lengst høyere utdanning. Personer med økonomiske vansker rapporterer gjennomgående dårligere fysisk og psykisk helse, lavere livstilfredshet, mer ensomhet, svakere tannhelse og mindre sosial deltakelse. Blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, vurderer rundt 30 prosent helsen som god eller svært god, mot nær 80 prosent blant dem som opplever økonomien som svært lett.

Yngre voksne rapporterer mest psykiske plager, ensomhet og økonomiske vansker, mens flere kroppslige plager og fedme er mest utbredt blant middelaldrende. Kvinner rapporterer oftere psykiske plager, søvnproblemer og smerter, mens menn oftere bruker snus, drikker mer alkohol per dag med alkoholinntak og en høyere andel har ikke vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene.

Fra 2019 til 2026 har det vært en nedgang i livstilfredshet, positive følelser, sosial støtte, tillit og vurderingen av flere tilbud og kvaliteter i nærmiljøet. Psykiske plager har økt. Samtidig har daglig røyking og episodisk høyt alkoholforbruk gått ned, mens daglig inntak av frukt har økt. Daglig snusbruk har økt, og hyppig fiskeinntak har gått ned.

Diskusjon

Resultatene tegner et sammensatt bilde av folkehelsen i Finnmark. Fylket har tydelige ressurser i form av trygghet, naturtilgang, stedstilhørighet og sosial aktivitet. Samtidig finnes det utfordringer knyttet til fysisk helse, tannhelse, levevaner og tilgang til tjenester. Resultatene viser også at et fylkesgjennomsnitt kan skjule store lokale forskjeller.

De geografiske forskjellene gjelder særlig forhold som påvirkes av bosettingsmønster, avstander og lokal infrastruktur. Store forskjeller i offentlig transport, servicetilbud, kulturtilbud og gang- og sykkelveier betyr at mulighetene for å delta i aktiviteter og benytte tjenester varierer betydelig. De regionale forskjellene i helse og livskvalitet er mindre. Det taler mot å tolke svakere tjenestetilgang som et direkte uttrykk for svakere folkehelse i en region.

Utdanning og husholdningsøkonomi skiller befolkningen tydeligere enn geografi og kjønn på mange områder. Personer med økonomiske vansker rapporterer mindre gunstige resultater på nesten alle indikatorene. Undersøkelsen kan ikke fastslå om økonomiske vansker fører til dårligere helse, om helseproblemer bidrar til økonomiske vansker, eller om sammenhengene skyldes andre underliggende forhold. Den tydelige og gjennomgående sammenheng understreker likevel at økonomisk utsatthet er en sentral faktor i folkehelsearbeidet.

Utviklingen siden 2019 gir særlig grunn til å følge med på utviklingen i psykisk helse, subjektiv livskvalitet og sosiale ressurser. Nedgangen på disse områdene omfatter flere ulike mål og finnes i flere befolkningsgrupper. Utviklingen blant personer i middelalderen er særlig viktig å følge, ettersom denne gruppen samtidig rapporterte økte psykiske plager, flere helseproblemer og større økonomiske vansker. De gunstige endringene i røyking, alkoholbruk og kosthold på tvers av aldersgrupper viser samtidig at utviklingen ikke er negativ på alle områder.

Resultatene må tolkes med noen forbehold. Undersøkelsen bygger på deltakernes egne opplysninger og kan ikke fastslå årsaker. Svarprosenten var 27,5, og deltakelsen var særlig lav blant yngre menn. Vektingen reduserer enkelte skjevheter, men kan ikke fjerne all usikkerhet dersom personer som ikke deltok, skiller seg fra deltakerne på andre måter. Sammenligninger med andre fylker må også gjøres med forsiktighet fordi undersøkelsene er gjennomført på forskjellige tidspunkt og med delvis ulike metoder for vekting. Svarprosenten var dessuten vesentlig høyere i 2019 (39,3 prosent), noe som kan ha påvirket sammenlignbarheten mellom undersøkelsene.

Konklusjon

Folkehelsen i Finnmark i 2026 er preget av både sterke ressurser og betydelige utfordringer. Innbyggerne rapporterer høy trygghet i nærmiljøet, god naturtilgang, sterk stedstilhørighet og mye sosial kontakt. Samtidig er det utfordringer knyttet til fysisk helse, tannhelse, enkelte levevaner og tilgangen til transport og lokale tilbud. De største ulikhetene finnes etter utdanning og husholdningsøkonomi, mens de geografiske forskjellene særlig gjelder tjenester og infrastruktur. Fra 2019 til 2026 har flere mål på livskvalitet og sosiale ressurser utviklet seg i mindre gunstig retning, særlig blant personer i middelalderen.

Key messages (English)

- Finnmark has important public health assets. Residents generally report feeling safe and having a strong sense of belonging to the place where they live. Nearly 92 per cent rate access to natural areas and opportunities for outdoor recreation as good or very good. Levels of social contact and participation are also relatively high compared with several other counties.
- At the same time, there are clear challenges related to physical and oral health. Only about 65 per cent rate their health as good or very good, 24 per cent have obesity, and 65 per cent rate their oral health as good or very good. Nearly 18 per cent report that it has been more than two years since they last visited a dentist or dental hygienist.
- Access to transport and local amenities varies considerably. Only 29 per cent rate access to public transport as good or very good. Regional differences are particularly pronounced for public transport, local services, cultural and sports facilities, and walking and cycling paths. Health and quality of life vary less across geographical areas.
- The largest and most consistent inequalities are associated with educational attainment and household finances. People experiencing financial difficulties or with lower educational attainment report poorer physical and mental health, poorer oral health, lower life satisfaction, greater loneliness, and less social participation. These inequalities are evident among both women and men.
- People aged 18–29 years report the highest levels of mental distress and loneliness. Financial difficulties are most prevalent among people under the age of 50, while several physical health problems are most prevalent among those aged 40–59 years.
- Women more often report mental distress, sleep problems, and pain, whereas men show a less favourable pattern in relation to alcohol consumption, snus use, and dental attendance.
- From 2019 to 2026, life satisfaction, positive emotions, social support, trust, and several assessments of the local environment declined. Mental distress increased. The trend was particularly unfavourable among people aged 30–59 years.
- At the same time, daily smoking and heavy episodic drinking decreased, and a larger proportion of the population ate fruit and vegetables every day.

Executive summary (English)

Introduction

The county public health surveys provide up-to-date knowledge about the health and wellbeing of adult residents, including aspects such as health, quality of life, health behaviours, and perceptions of the local environment. This knowledge can support municipal and county-level public health efforts as an important complement to registry data and national surveys. In Buskerud, the survey was conducted in 2025 through a collaboration between the Norwegian Institute of Public Health and Finnmark County Council. A shared core questionnaire enables monitoring of developments over time and comparisons across counties. This report describes the situation in 2026 and also examines changes since the previous survey in 2019.

Methods

The target population comprised all residents of Finnmark aged 18 years and older. A random sample was drawn from the National Population Register, and 40,629 people were invited to participate. Data collection was conducted digitally from 3 March to 6 April 2026, with invitations and reminders sent by SMS. A total of 11,171 people consented to participate, corresponding to an overall response rate of 27.5 per cent, although participation varied across geographical areas. The response rate was highest in Vadsø, at 34.0 per cent, and lowest in the region comprising Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Båtsfjord and Vardø, at 23.5 per cent. Results are presented for eight geographical areas within the county, and the analyses were weighted to account for the sampling design and non-response. Comparisons between geographical areas were primarily adjusted for sex, age and education. For comparisons over time, from 2019 to 2026, a common methodological approach was applied to maximise comparability between survey waves.

Results

In Finnmark, 65 per cent rate their health and oral health as good or very good. Approximately 24 per cent have obesity, 14 per cent report sleep problems, and 14 per cent report that long-term health problems affect their daily lives to a great extent. Nearly 18 per cent have not visited a dentist or dental hygienist during the past two years. At the same time, 92 per cent rate access to natural areas and opportunities for outdoor recreation as good or very good, 67 per cent report high satisfaction with their local environment, and 25 per cent participate weekly in organised activities or voluntary work.

The largest geographical differences are observed for local services and infrastructure. The proportion who rate access to public transport as good or very good ranges from 12 per cent in Inner Finnmark to 39 per cent in Alta. For local services, the proportion ranges from 46 to 87 per cent, for cultural amenities from 32 to 82 per cent, and for walking and cycling paths from 16 to 78 per cent. Differences between regions are smaller for general health, mental distress and life satisfaction.

There are clear differences by education and household financial situation. Among people with primary or lower secondary education, approximately half rate their health as good or very good, compared with around four in five among those with the highest level of higher education. People experiencing financial difficulties consistently report poorer physical and

mental health, lower life satisfaction, greater loneliness, poorer oral health and less social participation. Among those who perceive their financial situation as very difficult, around 30 per cent rate their health as good or very good, compared with nearly 80 per cent among those who perceive their financial situation as very easy.

Younger adults report the highest levels of mental distress, loneliness and financial difficulties, while several physical health problems and obesity are most prevalent among middle-aged adults. Women more often report mental distress, sleep problems and pain, while men more often use snus (oral tobacco), consume more alcohol per drinking day, and a higher proportion have not visited a dentist or dental hygienist during the past two years.

From 2019 to 2026, there was a decline in life satisfaction, positive emotions, social support, trust, and ratings of several services and qualities of the local environment. Mental distress increased. At the same time, daily smoking and heavy episodic drinking decreased, while daily fruit consumption increased. Daily snus use increased, and frequent fish consumption decreased.

Discussion

The results present a mixed picture of public health in Finnmark. The county has clear strengths in terms of safety, access to nature, sense of belonging to the local area, and social activity. At the same time, there are challenges related to physical health, oral health, health behaviours, and access to services. The results also show that a county average can conceal substantial local differences.

The geographical differences particularly concern factors that are influenced by settlement patterns, distances, and local infrastructure. Large differences in public transport, local services, cultural amenities, and walking and cycling paths mean that opportunities to participate in activities and use services vary considerably. Regional differences in health and quality of life are smaller. This argues against interpreting poorer access to services as a direct indication of poorer public health in a region.

Education and household financial situation distinguish population groups more clearly than geography and sex in many areas. People experiencing financial difficulties report less favourable outcomes on almost all indicators. The survey cannot determine whether financial difficulties lead to poorer health, whether health problems contribute to financial difficulties, or whether the associations are due to other underlying factors. Nevertheless, the clear and consistent association underlines that financial vulnerability is an important factor in public health work.

Developments since 2019 give particular reason to monitor trends in mental health, subjective quality of life, and social resources. The decline in these areas includes several different measures and is found across several population groups. Developments among middle-aged adults are particularly important to monitor, as this group at the same time reports increased mental distress, more health problems, and greater financial difficulties. The favourable changes in smoking, alcohol use, and diet across age groups also show that developments are not negative in all areas.

The results need to be interpreted with some caution. The survey is based on participants' self-reported information and cannot establish causes. The response rate is 27.5 per cent, and participation is particularly low among younger men. Weighting reduces some biases but cannot remove all uncertainty if people who do not participate differ from participants in

other ways. Comparisons with other counties also need to be made with caution because the surveys are conducted at different points in time and use partly different weighting methods. The response rate is also substantially higher in 2019, at 39.3 per cent, which may affect comparability between the surveys.

Conclusion

Public health in Finnmark in 2026 is characterised by both important strengths and substantial challenges. Residents report high levels of safety in their local environment, good access to nature, a strong sense of belonging to the local area, and high levels of social contact. At the same time, there are challenges related to physical health, oral health, some health behaviours, and access to transport and local services. The largest inequalities are found by education and household financial situation, while geographical differences mainly concern services and infrastructure. From 2019 to 2026, several measures of quality of life and social resources develop in a less favourable direction, particularly among middle-aged adults.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7 (Fylkehelseundersøkelser), jf. folkehelseloven § 25 om statlige opplysninger og fylkeskommunens oversiktsplikt etter § 21. Forskriften bruker begrepet *fylkehelseundersøkelser*. I Folkehelseinstituttet er det imidlertid besluttet å bruke *folkehelseundersøkelser i fylkene* for å tydeliggjøre at dette er en folkehelseundersøkelse. Undersøkelsene skal omfatte den voksne befolkningen. Målet er å innhente kunnskap som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner.

Viktige tema som inngår i undersøkelsen er selvrapportert helse, livskvalitet, helserelatert atferd og vurderinger av lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et dagsaktuelt kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale. Undersøkelsene gjennomføres i et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene, der Folkehelseinstituttet har vært dataansvarlig og stått for datainnsamlingen, mens fylkeskommunene har sørget for lokal og regional forankring. Undersøkelsene er samfinansierte og gir ikke bare verdifulle data på fylkesnivå, men også nyttige tall for hver enkelt kommune. Samarbeidet er regulert gjennom samarbeidsavtaler.

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

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser¹ og vil trolig etter hvert også bli presenterte gjennom Folkehelsestatistikk² og Folkehelseprofiler³. Data gjøres tilgjengelige for fylkeskommunenes lovpålagte oversiktsarbeid. Forskningsmiljøer kan etter søknad få tilgang til data for videre analyser, som også er viktig for å sikre best mulig nytte av dataene og for det generelle kvalitetsarbeidet med undersøkelsen. Analyser basert på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler (f.eks. 1, 2-27). Formål, utforming og

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

² <https://statistikk.fhi.no/nokkel/iIALHYpjwwwCYECV9iAnanUAYXxFBhFZdQW1M7T5EeA>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

anvendelser av Folkehelseundersøkelsen i fylkene er nærmere beskrevet i en artikkel av Aarø med kollegaer fra 2024 (28).

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁴.

I likhet med andre fylker som gjennomfører Folkehelseundersøkelsen, hadde Finnmark anledning til å inkludere et sett av egne spørsmål i tillegg til grunnmodulen. I tillegg til grunnmodulen ble spørreskjemaet i Finnmark 2026 utvidet med noen temaer som var spesielt relevante for lokale plan- og folkehelsebehov. Tobakksdelen ble utvidet til også å omfatte snus (nåværende bruk og tidligere bruk), slik at nikotinbruk kan beskrives bredere enn røyking alene. Delen om tannhelse ble utvidet med tre spørsmål knyttet til bruk av tannhelsetjenester. Først ble deltakerne spurt om de har hatt behov for hjelp fra tannlege/tannpleier i løpet av de siste månedene. De kunne velge mellom svaralternativene «Ja, og har søkt hjelp», «Ja, men har ikke søkt hjelp», «Nei», «Ønsker ikke å svare» og «Vet ikke». De som svarte «Ja, men ikke søkt hjelp», fikk så spørsmål om grunnen til at de ikke har søkt hjelp. Deltakerne kunne velge flere alternativer fra en liste på 13 grunner, blant annet at man ikke har råd, språklige utfordringer, eller at det er vanskelig å få time. Til slutt kom et spørsmål om opplevd tilgjengelighet på det offentlige tannhelsetilbudet i egen kommune, med svaralternativer fra «svært god» til «svært dårlig». Som i folkehelseundersøkelsene i Troms og Finnmark i 2019, Nordland i 2020, og i Troms i 2025 var det en tilleggsmodul med spørsmål som kunne besvares av alle med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn. Disse spørsmålene kan blant annet brukes til å kartlegge slektstilhørighet, språkpraksis, etnisk bakgrunn, selvopplevd identitet og stedstilhørighet. I tidligere undersøkelser har kun de med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn svart på spørsmål om opplevd diskriminering. I undersøkelsen i Finnmark i 2026 ble spørsmål om diskriminering stilt til alle respondenter. Først ble respondentene spurt om de har opplevd å bli diskriminert, med svaralternativene «Ja», «Nei» og «Vet ikke». De som svarte «Ja», ble spurt om tidspunkt for når det skjedde, med svaralternativene «De siste to årene» og «Tidligere enn de siste to årene», med mulighet for å velge begge svaralternativer. Til slutt ble de spurt om hvorfor de tror at de ble diskriminert, med en liste over flere mulige årsaker, som for eksempel alder, kjønn og etnisk bakgrunn. I denne rapporten oppgis andel som har opplevd diskriminering siste to år.

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på hjemmesidene til folkehelseundersøkelsene i fylkene⁵. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Finnmark 2026. I noen grad sammenligner vi også disse resultatene med resultatene fra forrige gang folkehelseundersøkelsen ble gjennomført i fylket.

⁴ <https://www.fhi.no/hs/folkehelseundersokelsene-i-fylkene/sporreskjema/>

⁵ <https://www.fhi.no/hs/folkehelseundersokelsene-i-fylkene/>

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Finnmark ble planlagt og gjennomført i tett samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Finnmark fylkeskommune. Folkehelseinstituttet hadde ansvar for selve datainnsamlingen. Spørreskjemaet finnes tilgjengelig via lenken i vedlegg 1. Vedlegg 2 gir en oversikt over spørsmålene i grunnmodulen, mens vedlegg 3 beskriver tilleggsspørsmålene fylkeskommune inkluderte.

Undersøkelsens målgruppe er personer i aldersgruppen 18 år og eldre, bosatt i Finnmark fylkeskommune. Målgruppen har ingen øvre aldersgrense. Utvalget ble trukket fra Folkeregisteret og omfattet totalt 40 629 inviterte personer (bruttoutvalget). Uttrekket ble gjort på kommunenivå, der treksannsynligheten (prob) ble beregnet innen kommune og designvekten er definert som $1/\text{prob}$. For å sikre tilstrekkelig datagrunnlag på kommunenivå ble utvalget trukket med en systematisk overrepresentasjon av respondenter fra mindre kommuner og tilsvarende underrepresentasjon fra større kommuner. Andelen inviterte varierte derfor mellom kommunene, fra alle personer som oppfylte inklusjonskriteriene i kommunene med lavest innbyggertall til mellom 60 og 65 % i de større kommunene.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en web-basert spørreundersøkelse i perioden 3. mars til 6. april 2026. Spørreskjemaet bestod av grunnmodulen og fylkesspesifikke tilleggsspørsmål. Invitasjoner og påminnelser ble sendt ut via SMS ved hjelp av kontaktinformasjon hentet fra Kontakt- og reservasjonsregisteret (KRR). Alle respondentene mottok først en forberedende SMS, etterfulgt av en SMS-invitasjon en dag senere. Deretter ble det sendt tre påminnelser til respondenter som ikke hadde åpnet spørreskjemaet eller kun hadde startet utfyllingen. Respondenter som aktivt meldte seg av eller avslo deltakelse, ble ikke kontaktet på nytt.

Kontaktpunkter i feltperioden:

- Forberedende SMS: 2. mars 2026
- Invitasjon (SMS): 3. mars 2026
- Påminnelse 1 (SMS): 9. mars 2026
- Påminnelse 2 (SMS): 18. mars 2026
- Påminnelse 3 (SMS): 26. mars 2026
- Avslutning av feltarbeid: 6. april 2026

I en forberedende SMS ble deltakerne informert om at de var tilfeldig trukket fra Folkeregisteret og ville motta en melding med lenke til spørreskjemaet innen få dager. I invitasjonen mottok de en lenke til en landingsside på fhi.no, samt informasjon om hvordan en kunne søke opp undersøkelsen dersom en ikke ønsket å trykke på lenken. Undersøkelsen var tilrettelagt for besvarelse på både smarttelefon og PC, og var tilgjengelig på bokmål, nynorsk og nordsamisk.

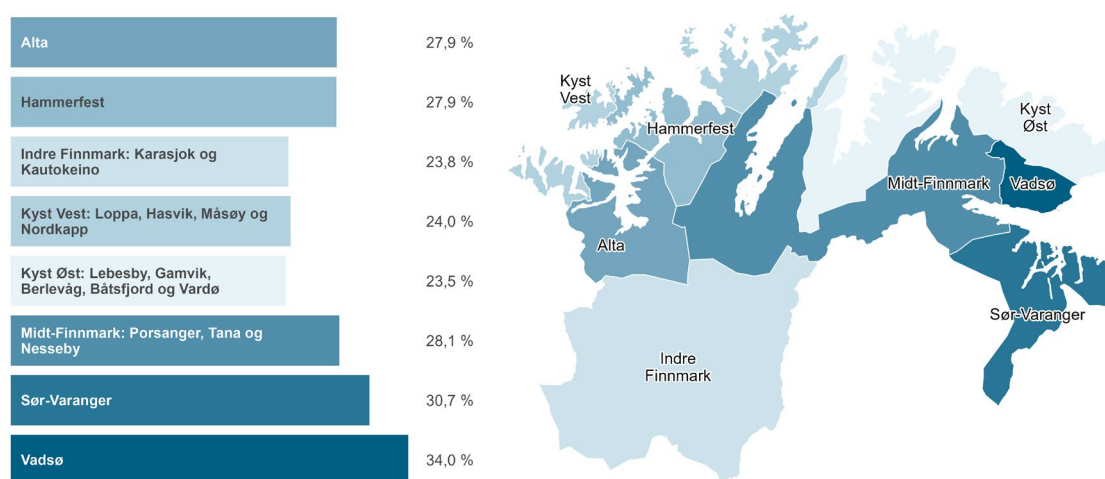
Finnmark består av 18 kommuner og er preget av store geografiske avstander, spredt bosetting og betydelig variasjon i kommunenes størrelse og befolkningsgrunnlag. Fylket omfatter både større bykommuner, mindre kystkommuner og vidstrakte innlandskommuner. For å gi et mer detaljert bilde av helse- og levekårsforhold enn fylkesnivået alene, samtidig som

det sikres et tilstrekkelig datagrunnlag for analysene, presenteres resultatene i denne rapporten for åtte geografiske områder. Alta, Hammerfest, Sør-Varanger og Vadsø presenteres hver for seg, mens de mindre kommunene er samlet i følgende regioner: Karasjok og Kautokeino (Indre Finnmark); Loppa, Hasvik, Måsøy og Nordkapp (Kyst Vest); Porsanger, Tana og Nesseby (Midt-Finnmark); og Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Båtsfjord og Vardø (Kyst Øst).

Ved forrige gjennomføring ble resultatene for Finnmark presentert innenfor en annen administrativ og geografisk ramme, da Finnmark inngikk som en del av Troms og Finnmark fylke. Enkelte resultater kan også ha blitt presentert for andre geografiske områder enn de åtte regionene som benyttes i denne rapporten. Direkte sammenlikninger med tidligere resultater må derfor gjøres med bevissthet om at både den administrative tilhørigheten og inndelingen av de geografiske enhetene kan være forskjellig.

Når resultater brytes ned på regionnivå, vil datagrunnlaget ofte variere betydelig. I mindre regioner kan både antallet inviterte og antallet som svarer bli lavt, og svarprosenten kan også variere mellom regioner. Dette gir økt statistisk usikkerhet, som typisk kommer til uttrykk i bredere konfidensintervall når antall observasjoner er lavt. Samtidig sier konfidensintervallene lite om usikkerhet knyttet til representativitet, for eksempel dersom deltakelsen er lav eller skjev, og slike forhold er derfor relevante å ha med i tolkningen av funnene i rapporten når en sammenligner geografiske områder.

Svarprosent per region i Finnmark (2026)



Kartgrunnlag: © EuroGeographics for administrative boundaries

Merk. Svarprosent er beregnet ut fra antall som har samtykket til deltakelse og sendt inn spørreskjema.

Figuren viser svarprosenten for de åtte geografiske områdene som benyttes i rapporten, og den varierer tydelig mellom områdene. Den høyeste svarprosenten finner vi i Vadsø (34,0 %), mens den laveste er i regionen som består av Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Båtsfjord og Vardø (23,5 %). Samlet svarprosent for Finnmark er 27,5 %. Tabell 1 viser antall deltakere og svarprosent per kommune/region.

Tabell 1: Antall deltakere, antall inviterte og svarprosent for hver kommune/region

Kommune/region	Antall deltakere	Antall inviterte	Svarprosent
Alta	3070	11000	27.9
Hammerfest	1534	5500	27.9
Indre Finnmark: Karasjok og Kautokeino	689	2900	23.8

Kyst Vest: Loppa, Hasvik, Måsøy og Nordkapp	897	3744	24.0
Kyst Øst: Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Båtsfjord og Vardø	1251	5317	23.5
Midt-Finnmark: Porsanger, Tana og Nesseby	1173	4168	28.1
Sør-Varanger	1536	5000	30.7
Vadsø	1021	3000	34.0

Av de 40 629 inviterte var 19 465 kvinner og 21 166 menn (Tabell 2). Summert over aldersgruppene samtykket 6 178 kvinner, som tilsvarer en svarprosent på 31,7 %, mens 4 993 menn samtykket, tilsvarende 23,6 %. Dette innebærer en forskjell på om lag 8,2 prosentpoeng. Kvinner utgjorde dermed en større andel av nettoutvalget enn av bruttoutvalget. Som vist i Tabell 2, øker svarprosenten i hovedsak med alder fram til aldersgruppen 60–69 år, der den er høyest både blant kvinner (41,9 %) og menn (35,9 %). Deretter faller svarprosenten i de to eldste aldersgruppene. Den laveste svarprosenten finner vi blant menn i alderen 18–29 år (11,2 %). Blant kvinner er svarprosenten lavest i aldersgruppen 80 år og eldre (16,5 %). Samlet viser dette en tydelig skjevhet i deltakelsen etter både kjønn og alder, med særlig lav deltakelse blant yngre menn og de eldste kvinnene.

Tabell 2. Oversikt over samtykkende og inviterte fordelt på kjønn og alder.

Aldersgrupper	Kvinner			Menn		
	Antall deltakere	Antall inviterte	Svarprosent	Antall deltakere	Antall inviterte	Svarprosent
18-29	806	3667	22.0	471	4187	11.2
30-39	992	3339	29.7	726	3748	19.4
40-49	756	2775	27.2	596	3051	19.5
50-59	1498	3712	40.4	1075	3818	28.2
60-69	1289	3073	41.9	1178	3283	35.9
70-79	717	2171	33.0	744	2321	32.1
80+	120	726	16.5	203	758	26.8
Totalt	6178	19465	31.5	4993	21166	23.6

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

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som svarer etter én eller to purringer ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon på de utfallsmålene som er med i disse undersøkelsene (2). Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår. En registerkobling basert på samme undersøkelse fant ingen forskjell i deltakelse mellom sykmeldte og ikke-sykmeldte, men at deltakelsen var noe lavere blant personer som mottok langvarige helserelaterte ytelser [27]. Dette kan tyde på at helserelatert ikke-deltakelse knyttet til slike ytelser kan ha begrenset innvirkning på estimater fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene for befolkningen som helhet, men kan samtidig medføre skjevheter i estimater for visse undergrupper, avhengig av forskningsspørsmålet.

Det bør også merkes at deltakelsesraten i folkehelseundersøkelsen i Finnmark 2026 er noe ulik det som ble oppnådd ved forrige folkehelseundersøkelse. Vi vet ikke i hvilken grad seleksjonen inn i de to undersøkelsene har vært ulik. Denne usikkerheten må tas høyde for i fortolkning av endringer over tid.

2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Finnmark fylkeskommune

I forbindelse med planlegging og gjennomføring av undersøkelsen, ble det gjennomført kommunikasjonsarbeid både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå for å bidra til økt svarprosent. Dette inkluderer intern informasjon i fylkeskommunen, til administrasjonen og politikere, og tidlig informasjon til kommunene.

Finnmark fylkeskommune sendte ut pressemeldinger og delte informasjon gjennom egne nettsider og sosiale media. Folkehelseinstituttet har utviklet en kommunikasjonspakke som fylkeskommunen og kommunene kunne bruke i sitt kommunikasjonsarbeid. Finnmark fylkeskommune oversatte innholdet i kommunikasjonspakken til nordsamisk.

Kommunikasjonspakken består blant annet av:

- Tentativ utsendelsesplan.
- Plakater til utskrift.
- Forslag til innlegg til sosiale medier.
- Tekster til pressemelding og nyhetssak.
- Promoteringsfilmer, med undertekst på nordsamisk og bokmål.

Kommunikasjonspakken og informasjonsfilmer ble delt med kommunene, med mulighet for redigering for å styrke den lokale tilhørigheten. I kommunikasjon fra både fylkeskommune og kommuner ble det lagt vekt på at innbyggernes svar var viktige for både fylkeskommune og kommunene, og at resultatene skulle brukes i arbeidet med å utvikle gode lokalsamfunn. Fylkeskommunens pressemelding om folkehelseundersøkelsen ble sendt til lokalaviser og det ble gjennomført intervju med NRK Finnmark.

2.3 Spørreskjemaet

Folkehelseundersøkelsene i fylkene bruker et spørreskjema som består av en grunnmodul og en tilleggsmodul. Grunnmodulen er felles for alle fylker og inneholder spørsmål som er like på tvers av undersøkelsene. Tilleggsmodulen gir det enkelte fylke mulighet til å inkludere spørsmål som er særlig relevante for egen befolkning, og som bygger på fylkets behov og prioriteringer. Spørsmålene kan for eksempel knyttes til områder fylket ønsker å følge tettere, satse på eller få mer kunnskap om, eller til temaer som er inkludert gjennom samarbeid med lokale forskningsmiljøer, kommuner eller andre relevante aktører.

I denne rapporten presenteres i hovedsak resultater fra spørsmålene i grunnmodulen. Denne holdes mest mulig lik mellom fylker og over tid, for å gjøre det mulig å sammenligne resultater mellom fylker og følge utvikling over tid. I denne rapporten presenteres også resultatene fra noen av tilleggsspørsmålene.

Spørreskjemaet som ble brukt i Folkehelseundersøkelsen i Finnmark er tilgjengelig på FHIs nettsider (se lenke i vedlegg 1). En beskrivelse av spørreskjemaet i grunnmodulen og hvordan

spørsmålene vanligvis analyseres, finnes i vedlegg 2. I vedlegg 3 er det inkludert en kort beskrivelse av tilleggsspørsmålene for fylket, hvorav et utvalg av disse presenteres i denne rapporten.

Siden 2019 har det blitt gjort noen justeringer av spørsmålsformuleringer i grunnmodulen som har betydning for tolkningen av resultatforskjeller mellom 2019 og 2026. Tabell 3 viser de aktuelle spørsmålene, slik de var i 2019 og i 2026.

Tabell 3: Oversikt over endringer i spørsmålsformuleringer fra 2019 til 2026

Spørsmål 2019	Svaralternativ 2019	Spørsmål 2026	Svaralternativ 2026
<i>Tilgjengelighet i nærmiljøet</i>			
Opplever du at butikker, spisesteder og andre servicetilbud er lett tilgjengelige? Tilgjengeligheten er:	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke	Hvordan opplever du tilgjengeligheten til butikker, spisesteder og andre servicetilbud? Tilgjengeligheten er:	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke
Opplever du at offentlig transport er lett tilgjengelig? Tilgjengeligheten er:	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke	Hvordan opplever du tilgjengeligheten til offentlig transport? Tilgjengeligheten er:	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke
Opplever du at det er enkelt for deg å komme deg til natur- og friluftsområder? Tilgjengeligheten er:	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke	Hvordan opplever du tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer? Tilgjengeligheten er:	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke
Hvordan opplever du at gang- og sykkelveier er utbygd i ditt nærområde?	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke	Opplever du at gang- og sykkelveier er godt utbygd i ditt nærområde?	Svært god God Verken god eller dårlig Dårlig Svært dårlig Vet ikke
<i>Tobakk</i>			
Hvor ofte røyker du?	Daglig Av og til Ikke nå, men tidligere daglig Ikke nå, men tidligere av og til Har aldri røykt	Hender det at du røyker? Hvor ofte røyker du?	Ja Nei Daglig Av og til
Hvor ofte bruker du snus?	Daglig Av og til Ikke nå, men tidligere daglig Ikke nå, men tidligere av og til Har aldri brukt snus	Hender det at du bruker snus? Hvor ofte bruker du snus?	Ja Nei Daglig Av og til

Merk. Her vises kun endringer som er aktuelle for sammenligningen mellom 2019 og 2026 i denne rapporten.

2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid

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

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

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

De første figurene i rapporten presenterer estimerte demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen i fylket. Figur 3.1 viser estimert gjennomsnittsalder, mens figur 3.2 viser estimert andel kvinner. Figur 3.3 presenterer estimert fordeling av utdanningsnivå på fem kategorier. Estimaten er basert på vektete regresjonsanalyser og er ment å gi et overordnet bilde av hvordan sentrale demografiske og sosioøkonomiske forhold varierer mellom regionene i fylket. Figur 3.4 viser andel innbyggere med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år), med separate estimater for kvinner og menn. Figuren belyser dermed både geografiske forskjeller og kjønnsforskjeller i utdanningsnivå. Samlet gir disse figurene viktig kontekst for de videre analysene i rapporten. Kunnskap om hvordan alder, kjønns sammensetning og utdanningsnivå varierer mellom regioner og befolkningsgrupper bidrar til en mer nyansert forståelse av de geografiske og sosiale mønstrene som senere beskrives for helse, livskvalitet og andre utfallsvariabler.

2.4.1 Presentasjon av resultater

For hver utfallsvariabel kjører vi et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall). Så vises utfallsvariabelen brutt ned på geografi i fylket, justert for kjønn, alder og utdanning.

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

Figurene (A til D) i denne rapporten viser sammenhengen mellom utfallsvariabelen og utvalgte bakgrunnsvariabler, fordelt på kjønn og med justeringer som beskrevet under:

- A. Utfallsvariabelen presenteres etter geografisk område i fylket. Analysene er justert for kjønn, alder og utdanning.
- B. Utfallsvariabelen presenteres etter utdanningsnivå og kjønn. Analysene er justert for alder og omfatter kun personer som er 26 år eller eldre og ikke er under utdanning.
- C. Utfallsvariabelen presenteres etter alder og kjønn, uten justering for andre variabler.
- D. Utfallsvariabelen presenteres etter rapportert husholdningsøkonomi (i hvilken grad pengene strekker til i det daglige) og kjønn. Analysene er justert for alder.

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

Ettersom utvalgsstørrelsen varierer mellom geografiske områder i fylket, og siden det i noen folkehelseundersøkelser blir benyttet målrettet oversampling av yngre deltakere, har det vært nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vektingen tar hensyn til trekkedesignet ved at det beregnes en designvekt basert på trekksannsynligheten innen hvert stratum i utvalgsdesignet (designvekt = $1/\text{prob}$). For analyser som gjelder data fra 2026 alene, benyttes i tillegg en frafallsjustering beregnet under en MAR-tilnærming («Missing at Random»), der frafall antas å følge trekkedesignet (kommune). Den kombinerte vekten (design $\times$ frafall) bidrar til at det vektete utvalget i større grad speiler populasjonen utvalget er trukket fra, men kan ikke eliminere usikkerhet dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på andre, ukjente måter. Vektene er også konstruert slik at totalsummen av vektene (det «vektede antallet») er omtrent lik antall observasjoner i utvalget før vekting. I analyser som sammenligner den nyeste undersøkelsen med forrige undersøkelse, brukes kun designvekt (Figur E serien), for å sikre mest mulig sammenlignbare estimater over tid. I folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark i 2019 ble det trukket et rent tilfeldig utvalg. For sammenligning av resultater for Finnmark i 2019 og 2026 brukes derfor designvekt for 2026 og ingen vekting for 2019.

2.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater

Når utfallsvariablene er dikotome (det vil si delt inn i to kategorier), benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å beregne justerte prosenter. Postestimeringene tar hensyn til forskjeller i antall respondenter mellom gruppene, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske betydningen av justeringsvariablene for hver respondent⁶. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling). De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 18.

⁶ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

For logistiske analyser ble det brukt forhåndsdefinerte datakvalitetskriterier før modellene ble kjørt. Analyser ble ikke gjennomført dersom analyseutvalget i den aktuelle delgruppen omfattet færre enn 30 personer, eller dersom forekomsten av utfallet var lavere enn 2 prosent eller høyere enn 98 prosent. Hensikten med disse kriteriene var å unngå analyser basert på svært små eller skjevt fordelte delutvalg. Det ble derimot ikke stilt noe eget krav om at gruppene som ble sammenlignet måtte være like store.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper for utfallsmål som måles på en skala fra 0 til 10, kan det være vanskelig å vurdere størrelsen på forskjellene basert på gjennomsnittsverdiene alene. For enkelte utfallsmål er det mulig å benytte en inndeling i lav, middels og høy skår, basert på standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger (30). Der resultatene presenteres som gjennomsnitt på 0-10-skalaene, beskrives forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens *d*) (31). Ved beregning av Cohens *d* brukes vanligvis et samlet standardavvik basert på standardavvikene i gruppene som sammenlignes (engelsk: *pooled standard deviation*). Beregningen er noe forenklet i analysene til denne rapporten, der effektstørrelsene er beregnet ved å dele forskjellen mellom gruppene på standardavviket for variabelen i hele utvalget, uavhengig av gruppetilhørighet. For variabler som er dikotome, er effektstørrelsen beregnet ved hjelp av Cohens *h* etter samme prinsipp.

Cohen har foreslått retningslinjer for hvordan effektstørrelser kan tolkes. Etter disse retningslinjene regnes en effektstørrelse på 0,20 som liten, 0,50 som middels og 0,80 som stor. Disse grenseverdiene kan være godt egnet ved vurdering av for eksempel effektene av psykologisk behandling i randomiserte kontrollerte studier, men er ikke nødvendigvis direkte overførbare til alle typer analyser. I denne rapporten brukes effektstørrelser blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i befolkningen, for eksempel mellom geografiske områder i fylket. I en slik sammenheng kan Cohens opprinnelige grenseverdier være for konservative. Vi har derfor valgt å klassifisere effektstørrelser $\geq 0,10$ og $< 0,25$ som små, effektstørrelser $\geq 0,25$ og $< 0,50$ som middels, og effektstørrelser $\geq 0,50$ som store. Dette er i tråd med Cohens anbefaling om at vurdering av effektstørrelser bør tilpasses den aktuelle konteksten (31).

2.4.3 Kategorisering av 0-10-skalaer

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

2.4.4 Resultatforskjeller mellom 2019 og 2026

I Finnmark ble Folkehelseundersøkelsen i fylkene gjennomført i 2019 (da Finnmark inngikk i Troms og Finnmark) og på nytt nå i 2026. Mange av spørsmålene og skalaene er de samme i 2019 og 2025, og vi analyserer derfor endringer over tid for de variablene som er sammenlignbare på tvers av år. For 2019 er kun respondenter bosatt i Finnmark inkludert, slik at svar fra Troms er filtrert bort. Vi presenterer totaltall for begge tidspunkt; 2026-tallene er vektet etter design, mens 2019-analysene ikke er vektet siden utvalget var rent tilfeldig. For hvert av de to årene beregnes andeler (prosent) for dikotome utfall og gjennomsnitt for

metriske utfall. For å gjøre estimatene sammenlignbare er analysene gjennomført separat for hvert år, før resultatene presenteres samlet i figur E-serien. Figurene viser punktestimater med 95 % konfidensintervall for 2019 og 2026 side om side, samt differansen (i prosentpoeng) mellom årene. For dikotome utfallsvariabler er det brukt survey-vektet logistisk regresjon, og for metriske utfallsvariabler survey-vektet lineær regresjon. Resultatene er deretter omregnet til justerte predikerte verdier (andeler/means) ved hjelp av marginale estimater, slik at de kan tolkes som justerte prosentandeler eller justerte gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall.

Figur E er strukturert slik at hvert utfall vises mot kjønn, alder, utdanning og vurdering av økonomisk situasjon, i samme forest plot (grafisk oversikt over estimater med tilhørende konfidensintervaller). Alle delestimater er justert for kjønn og alder, med følgende spesifisering: For kjønnsforskjeller estimeres nivåene for kvinner og menn justert for alder (kontinuerlig). For aldersgrupper estimeres nivåer per alderskategori justert for kjønn. For utdanning estimeres nivåer per utdanningsgruppe justert for kjønn og alder, men analysen avgrenses til en underpopulasjon der personer 25 år eller yngre og studenter ekskluderes (alder > 25 og student ≠ 1), fordi utdanningsnivå ikke er meningsfullt å tolke for personer som fortsatt er under utdanning. For økonomiske vansker estimeres nivåer for en todelt indikator (vanskelig vs. lett å få økonomien til å strekke til) justert for kjønn og alder. Den samlede totalen som vises i figuren er et justert estimat (vist som stiplet referanselinje). I resten av rapporten (der det kun rapporteres nivåer for 2026) benyttes en kombinert frafalls- og designvekt, men i analysene som inngår i forest plottet brukes kun designvekt for både 2026 og 2019 for å sikre best mulig sammenlignbarhet over tid. Siden analysene er gjort separat for hvert år og deretter sammenstilt grafisk, er det ikke inkludert en tidsvariabel i modellene (dvs. ikke "justert for tid"). Der det ikke finnes data fra forrige undersøkelse, eller der spørsmålsleddene har endret seg slik at en direkte sammenligning ikke er mulig, mangler figur E for den aktuelle indikatoren.

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldige utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, levekårssoner eller bydeler), trekker vi her prosentvis ekstra store utvalg. Men innen hvert geografisk område trekker vi i de fleste datainnsamlingene rent tilfeldig. I noen datainnsamlinger har vi imidlertid trukket ekstra mange fra bestemte undergrupper, for eksempel yngre personer. At vi trekker ulike prosenter i ulike geografiske områder og undergrupper, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting. I tillegg til dette kan dataene vektes slik at en tar hensyn til hvordan gruppene fordeler seg i befolkningen (populasjonsvekting). I denne rapporten har vi brukt både designvekting og populasjonsvekting i analyser som kun gjelder 2026 (figur A–D), mens analysene i figur E er basert på designvekting alene.

Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne områder innen fylket, kan vi regne ut tallene utfra den forutsetning at alle områdene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper. Dette får vi til ved å bruke ulike varianter av multipl regrejonsanalyse.

2.4.5 *Bruk av kunstig intelligens*

I denne rapporten har kunstig intelligens (KI) vært brukt som støtte i skrivearbeidet, integrert i en standardisert arbeidsflyt for analyser, figurproduksjon og utkast til figurtekster. Data ble analysert ved hjelp av et forhåndsdefinert og versjonsstyrt analyseskript i R (RStudio 4.5.2), der hele prosessen er systematisert fra rådata til ferdige resultater. Skriptet gjennomfører nødvendig databehandling (blant annet omkoding av råvariabler til meningsfulle kategorier, dikotomisering der dette inngår i definisjonen av indikatorene, samt beregning av sumskårer for kontinuerlige mål), og velger analysemetode i tråd med variabeltypen (dikotome utfall analyseres som andeler, kontinuerlige utfall som gjennomsnitt). Når analysene er kjørt og estimater er hentet ut, genererer skriptet også figurene som inngår i rapporten.

KI (utviklet av OpenAI; modell GPT-5.6, brukt via API) ble deretter benyttet til å utarbeide førsteutkast til figurtekstene. For hver utfallsvariabel ble de nye estimatene sendt til KI-tjenesten sammen med (1) en kort beskrivelse av variabelen, (2) eksempler på formuleringer fra tilsvarende resultater i tidligere rapporter, (3) en prompt om hva som skulle vektlegges i tekstene. Dette ga en strukturert instruks til KI om å formulere en tolkning av de nye resultatene, med vekt på forhåndsdefinerte punkter (for eksempel nivå, forskjeller mellom grupper og endring siden forrige måling, der dette var relevant). Den genererte teksten ble deretter returnert til arbeidsflyten og lagt inn som et utkast.

Til slutt samlet R-skriptet figurer og tilhørende tekstutkast i et Word-dokument som dannet grunnlaget for videre redigering. Det er viktig å understreke at alle tekster frembrakt ved hjelp av KI har blitt grundig gjennomgått, kontrollert og justert av rapportens forfattere før ferdigstillelse. KI-bruken har i denne sammenhengen først og fremst vært en støtte i formuleringsarbeidet, med mål om økt effektivitet, konsistens og klarhet.

2.5 Viktige forbehold

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

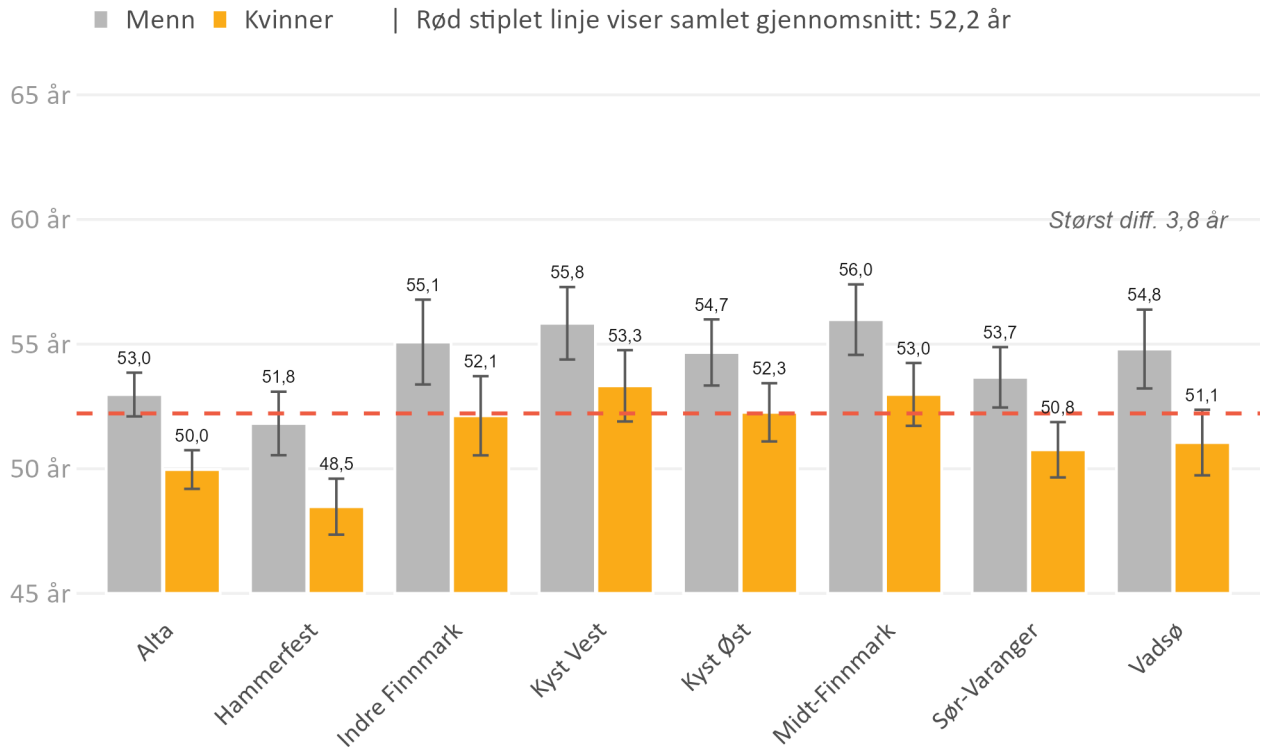
Svarprosenten varierer mellom fylker og datainnsamlinger, og det vil derfor alltid være en viss usikkerhet knyttet til hvor godt en spørreundersøkelse gjenspeiler befolkningen som helhet. Dette kan gi skjevheter dersom enkelte grupper er underrepresentert blant deltakerne. Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater.

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

3 Resultater

3.1 Alder: Regioner i Finnmark

Figur 1: Alder etter regioner i Finnmark

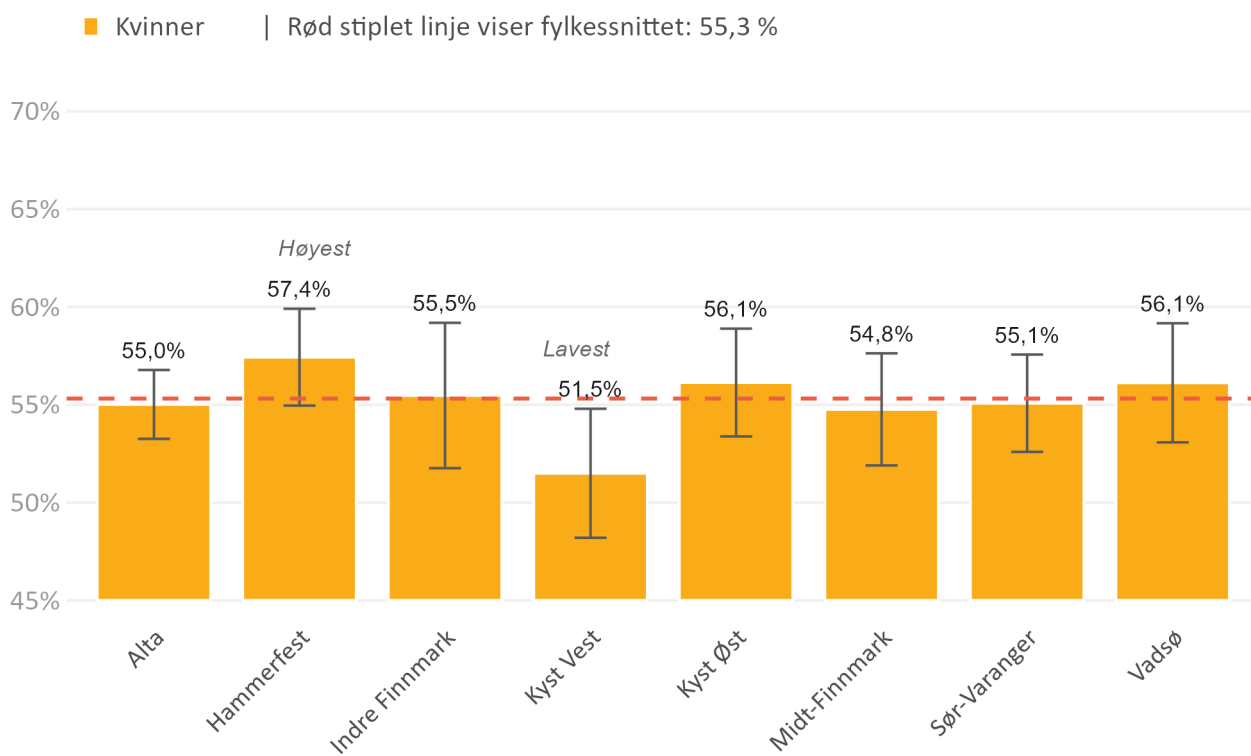


[1_alder_gjsnitt]

Figur 3.1 viser estimert gjennomsnittsalder basert på deltakerne i undersøkelsen, samlet, og hvordan alderen varierer på tvers av regionene i fylket. Estimert gjennomsnittsalder i fylket er 52,2 år. Menn har gjennomgående noe høyere gjennomsnittsalder enn kvinner i alle regionene som er vist. Aldersnivået varierer noe mellom regionene, med lavere gjennomsnitt i blant annet Hammerfest og Alta og høyere gjennomsnitt i flere av kyst- og midtregionene. Slike forskjeller i alderssammensetning kan ha betydning for tolkningen av regionale sammenlikninger. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold om kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom regioner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.2 Kjønn: Kommuner i Finnmark

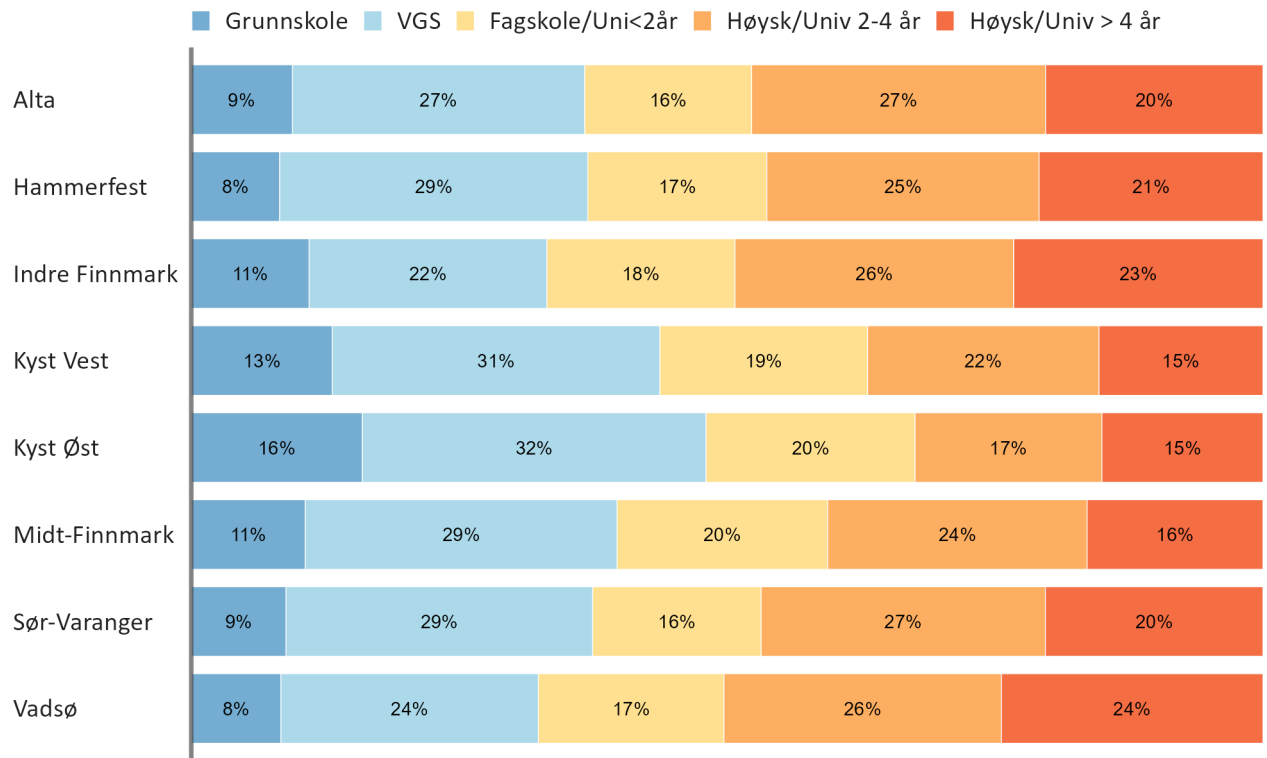
Figur 2: Andel kvinner etter regioner i Finnmark



Figur 3.2 viser estimert andel kvinner, samlet, og hvordan andelen varierer på tvers av regionene i fylket. Samlet er kvinneandelen 55,3 prosent. Regionene ligger gjennomgående nokså nær fylkessnittet, med relativt moderate forskjeller. Hammerfest har høyest kvinneandel, mens Kyst Vest har lavest. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold om kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom regioner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Regioner i Finnmark

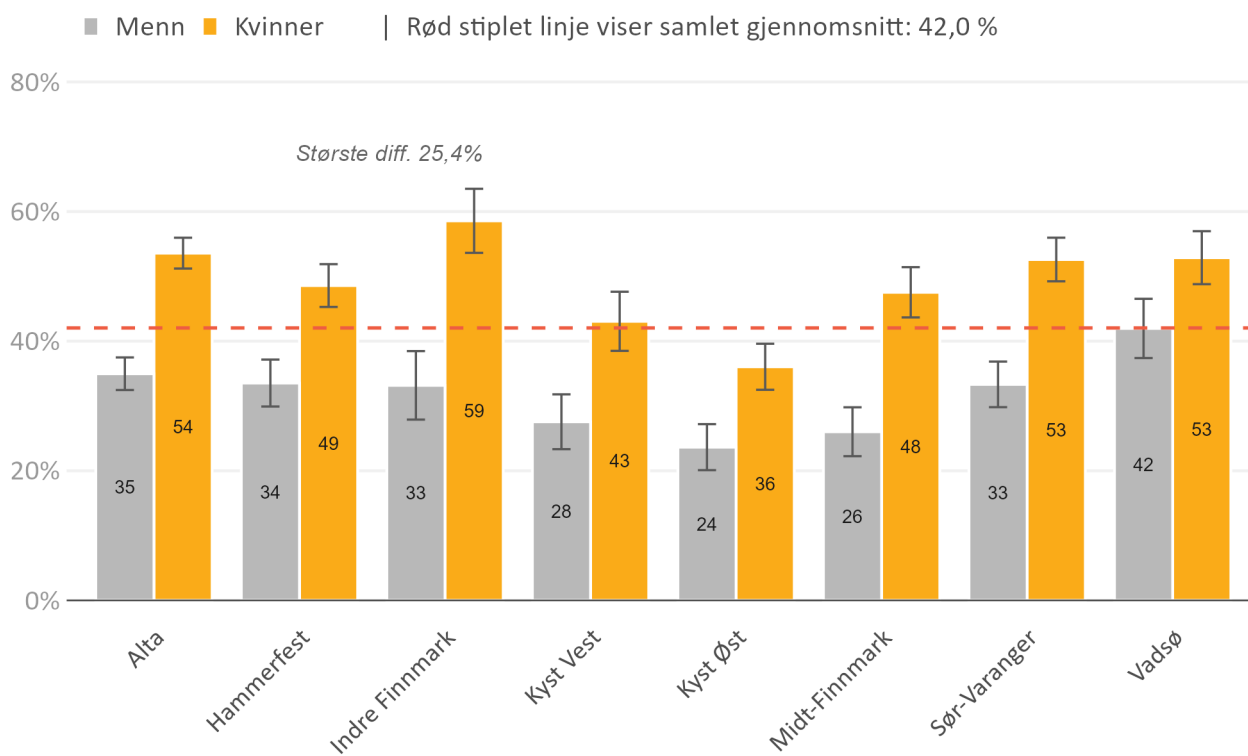
Figur 3: Femdelt utdanningsnivå etter regioner i Finnmark



Figur 3.3 viser hvordan utdanningsnivået fordeler seg på tvers av regionene i fylket. I alle regioner er grunnskole den minste kategorien, mens videregående skole og høyere utdanning på 2–4 år utgjør store deler av fordelingen. Vadsø og Indre Finnmark skiller seg ut med en relativt høy andel med lang høyere utdanning, mens Kyst Øst og Kyst Vest har lavere andeler i de lengste utdanningskategoriene. Kyst Øst har samtidig den høyeste andelen med grunnskole og en høy andel med videregående skole. Samlet sett viser figuren moderate, men tydelige regionale forskjeller i utdanningssammensetningen. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold om kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom regioner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Finnmark

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regioner i Finnmark



Figur 3.4 viser estimert andel kvinner og menn med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år), samlet og fordelt på region. Fylkessnittet for Finnmark er 42 prosent. I alle regionene er andelen med høyere utdanning høyere blant kvinner enn blant menn. Nivået varierer mellom regionene, med særlig høye kvinneandeler i Indre Finnmark og relativt lave nivåer for begge kjønn i Kyst Øst. Samlet viser figuren et tydelig kjønnsmonster og en viss regional variasjon i andelen med høyere utdanning. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold som kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom regioner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget. I resten av rapporten er det ofte tatt hensyn til sentrale demografiske forhold om kjønn, alder og utdanning, slik at sammenlikninger mellom regioner i mindre grad påvirkes av forskjeller i sammensetningen av utvalget.

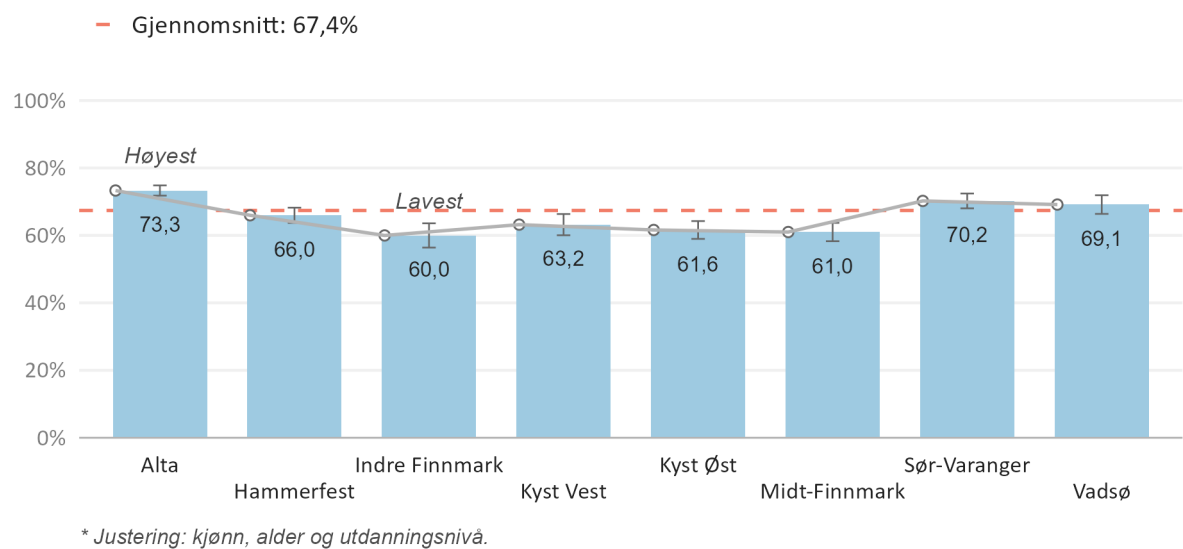
[FIGUR]

3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

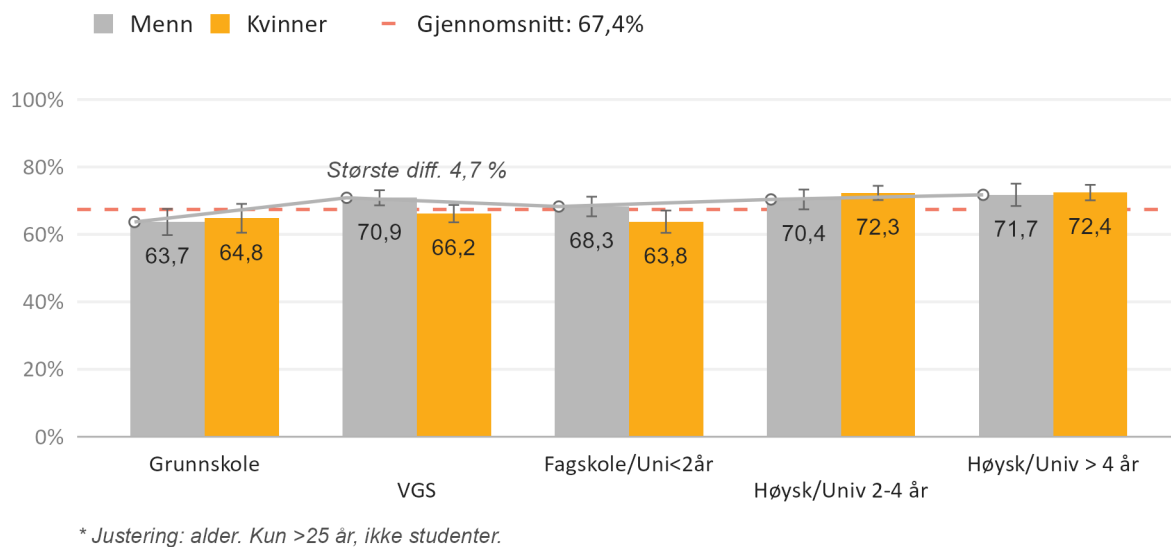
Svarandel: Totalt 11 149 deltakere av 11 171 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 149	67,4 %	66,5 – 68,3
Kvinner	6 169	66,8 %	65,6 – 68,0
Menn	4 980	68,2 %	66,9 – 69,5

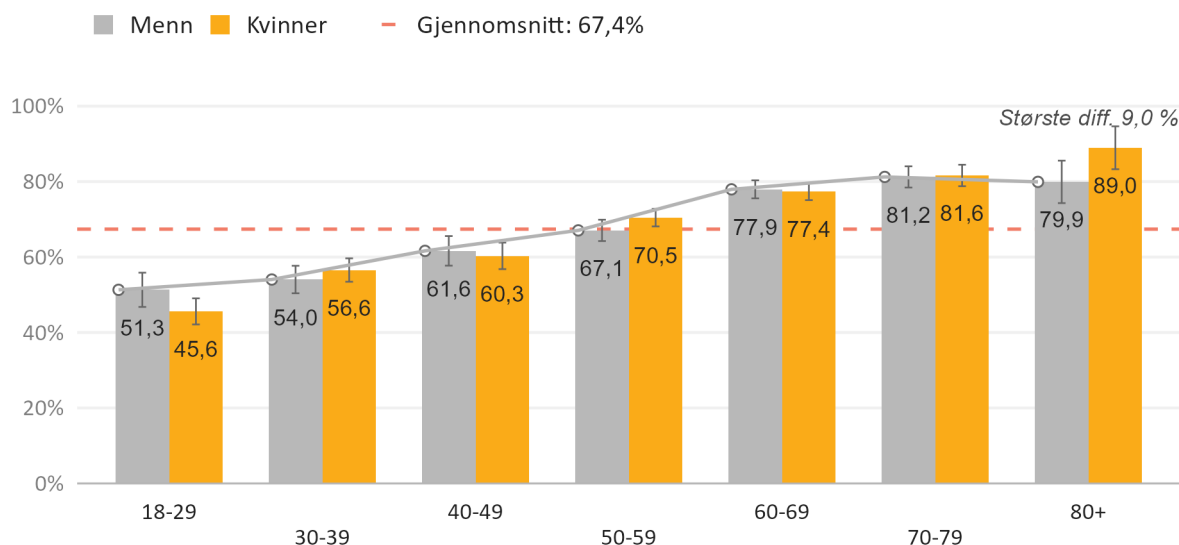
Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Alta har høyest andel med 73,3 prosent, mens Indre Finnmark har lavest andel med 60,0 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 13,3 prosentpoeng og er statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,28, som indikerer en middels forskjell. Sør-Varanger og Vadsø har også relativt høye andeler, med henholdsvis 70,2 prosent og 69,1 prosent, mens Midt-Finnmark, Kyst Øst og Kyst Vest ligger mellom 61,0 prosent og 63,2 prosent. Hammerfest har en andel på 66,0 prosent.

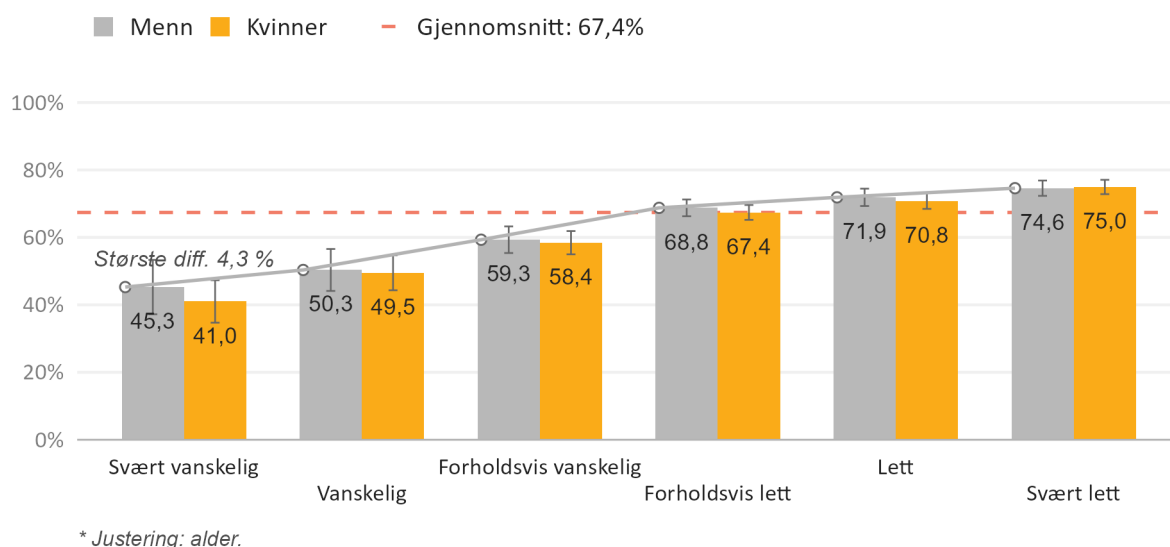
Figur 6: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over 4 år, med 72,4 prosent, og lavest blant dem med fagskole eller universitetsutdanning på under 2 år, med 63,7 prosent. Forskjellen på 8,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,19, som er en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over 4 år, med 71,7 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 63,7 prosent. Forskjellen på 8,1 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,17, noe som også tilsvarer en liten forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte utdanningsnivåene er små og framstår ikke som statistisk sikre.

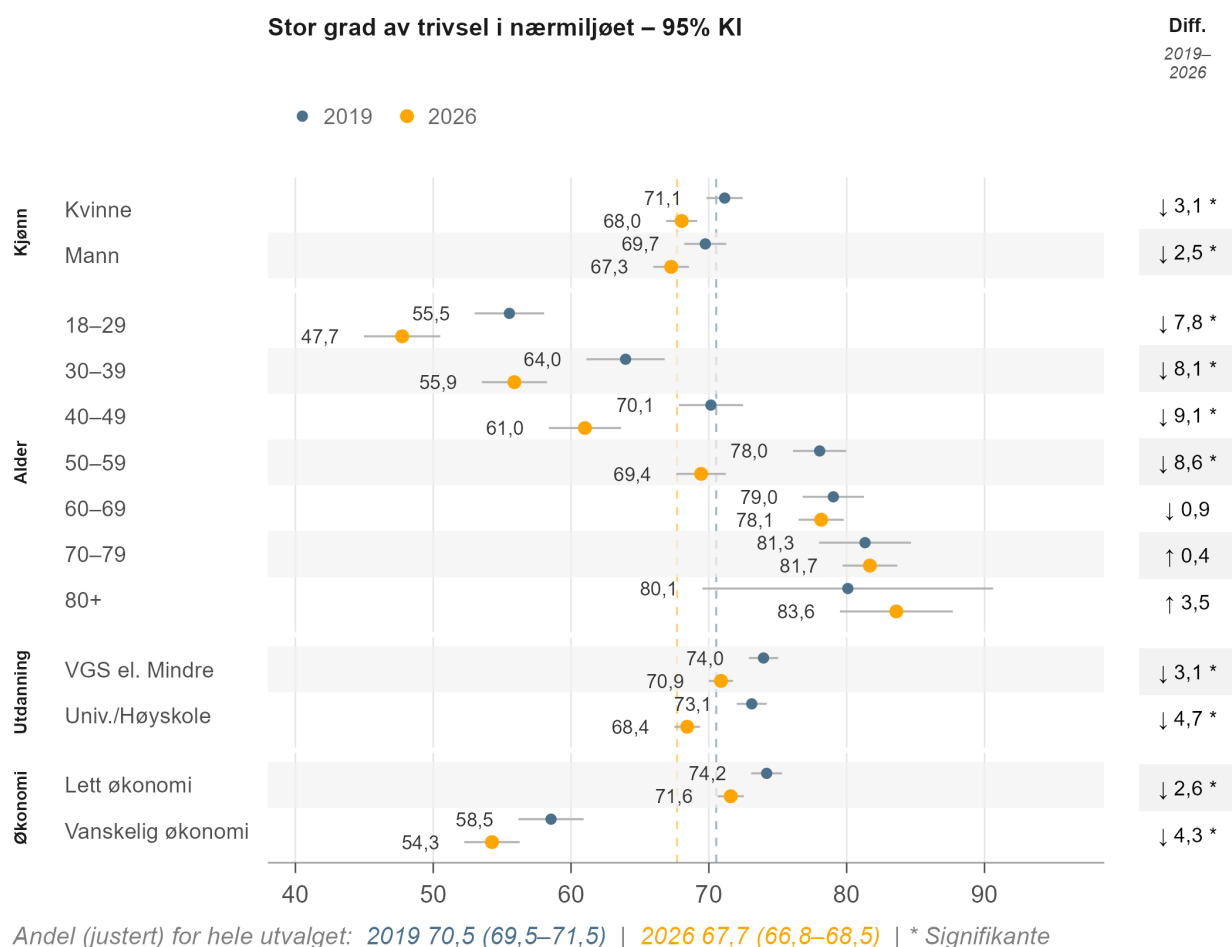
Figur 7: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker med alderen for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29 år, med 45,6 prosent, og høyest blant dem som er 80+, med 89,0 prosent. Forskjellen er 43,4 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,98, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 18-29 år, med 51,3 prosent, mens den er høyest i aldersgruppen 70-79 år, med 81,2 prosent. Forskjellen er 29,9 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,65, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små, og ingen av dem er statistisk sikre.

Figur 8: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 75,0 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 41,0 prosent. Forskjellen på 34,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,70, som indikerer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved svært lett økonomi, med 74,6 prosent, og lavest ved svært vanskelig økonomi, med 45,3 prosent. Forskjellen på 29,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,61, som også indikerer en stor forskjell. For begge kjønn er bedre opplevd husholdningsøkonomi forbundet med en høyere andel som trives godt i nærmiljøet. Kjønnforskjellene innen de enkelte økonomigruppene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 9: Stor grad av trivsel i nærmiljøet (E)

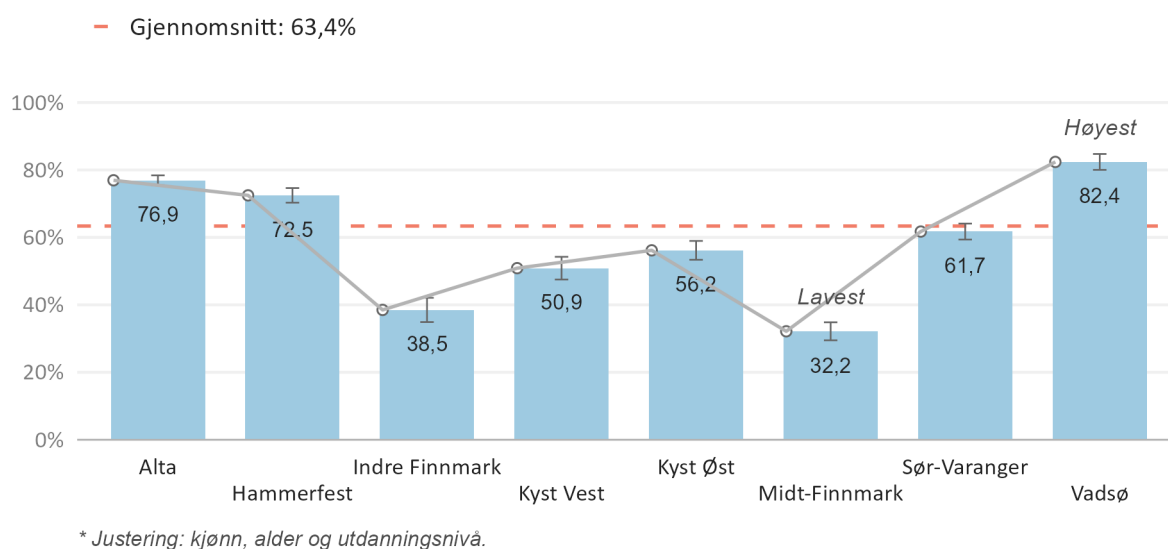
Figur E viser andelen som oppgir stor grad av trivsel i nærmiljøet fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen gikk statistisk sikkert ned fra 2019 til 2026, med 2,8 prosentpoeng. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen er fortsatt liten. Blant personer under 60 år er det statistisk sikre nedganger i alle aldersgruppene, på mellom 7,8 og 9,1 prosentpoeng. For dem som er 60 år eller eldre, er endringene ikke statistisk sikre. Det overordnede mønsteret med høyere trivsel blant de eldste enn blant de yngste besto. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, mens nivåene fortsatt er nokså like. Det er også statistisk sikre nedganger både blant personer med lett og vanskelig økonomi, og forskjellen mellom gruppene er fortsatt tydelig.

3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

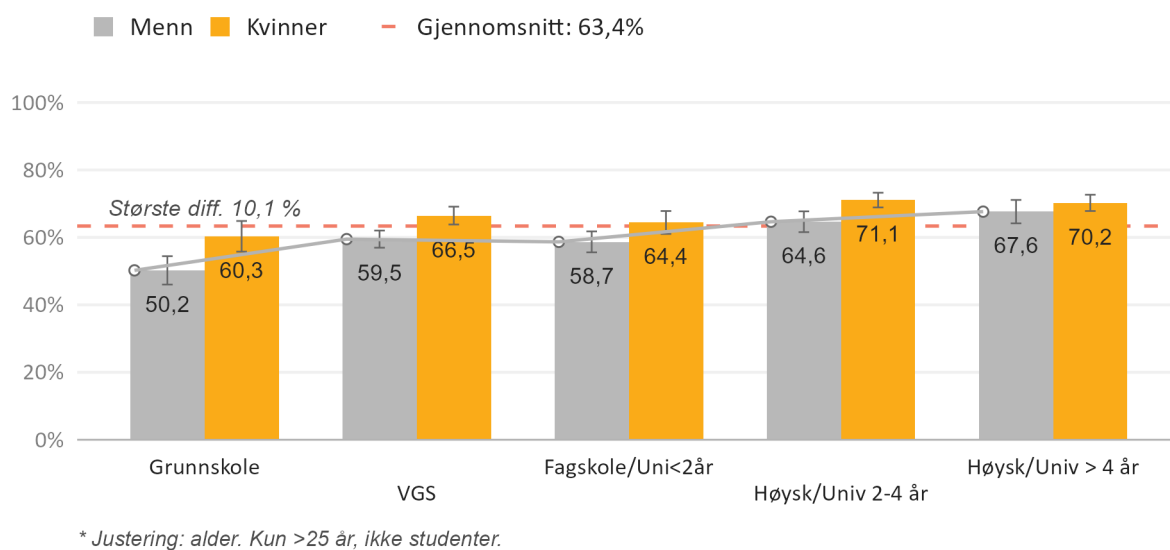
Svarandel: Totalt 10 948 deltakere av 11 171 (98,0 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 948	63,4 %	62,5 – 64,3
Kvinner	6 084	66,4 %	65,2 – 67,6
Menn	4 864	59,6 %	58,2 – 61,0

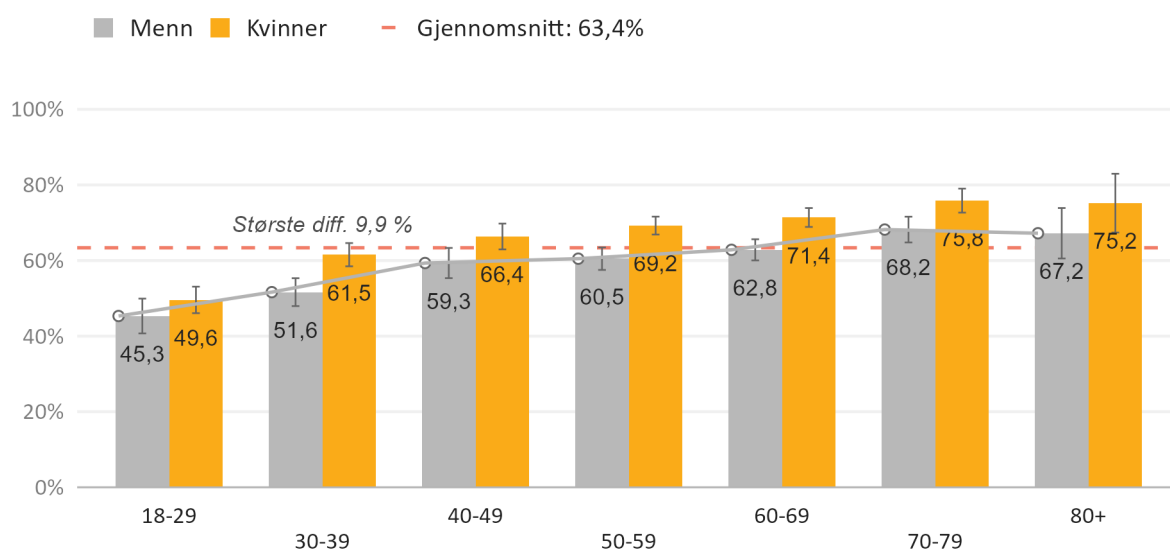
Figur 10: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen varierer betydelig mellom regionene. Vadsø har høyest andel med 82,4 prosent, mens Midt-Finnmark har lavest andel med 32,2 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 50,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 1,07, noe som tilsvarer en stor forskjell. Alta og Hammerfest har også høye andeler, med henholdsvis 76,9 prosent og 72,5 prosent. Sør-Varanger ligger på 61,7 prosent, mens Kyst Øst og Kyst Vest har andeler på 56,2 prosent og 50,9 prosent. Indre Finnmark har en lavere andel på 38,5 prosent. Resultatene viser dermed store regionale forskjeller i hvor mange som opplever tilgjengeligheten til kulturtilbud som god eller svært god.

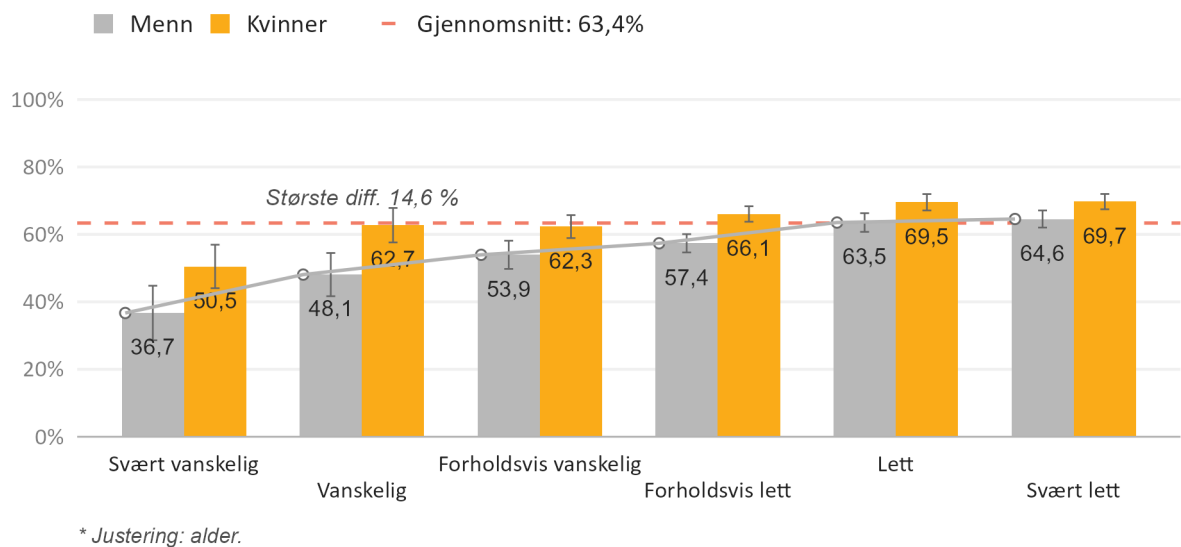
Figur 11: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år, med 71,1 prosent, og lavest blant personer med grunnskole, med 60,3 prosent. Det er en statistisk sikker forskjell på 10,8 prosentpoeng og Cohen's h er 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 67,6 prosent, og lavest blant personer med grunnskole, med 50,2 prosent. Forskjellen på 17,4 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn blant personer med grunnskole, høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år og videregående skole. Forskjellene er henholdsvis 10,1, 6,4 og 7,0 prosentpoeng. For de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene mindre og ikke statistisk sikre.

Figur 12: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker med alder blant både kvinner og menn fram til aldersgruppen 70–79. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29, med 49,6 prosent, og høyest blant 70–79-åringene, med 75,8 prosent. Forskjellen på 26,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en stor forskjell, målt med Cohen's h på 0,55. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 18–29, med 45,3 prosent, og høyest blant 70–79-åringene, med 68,2 prosent. Forskjellen på 22,9 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en middels forskjell, målt med Cohen's h på 0,47. Andelen er noe lavere i gruppen 80+ enn blant 70–79-åringene for begge kjønn. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgruppene. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre blant 30–39-åringene, 50–59-åringene, 60–69-åringene og 70–79-åringene. Forskjellen er størst blant 30–39-åringene, med en forskjell på 9,9 prosentpoeng.

Figur 13: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



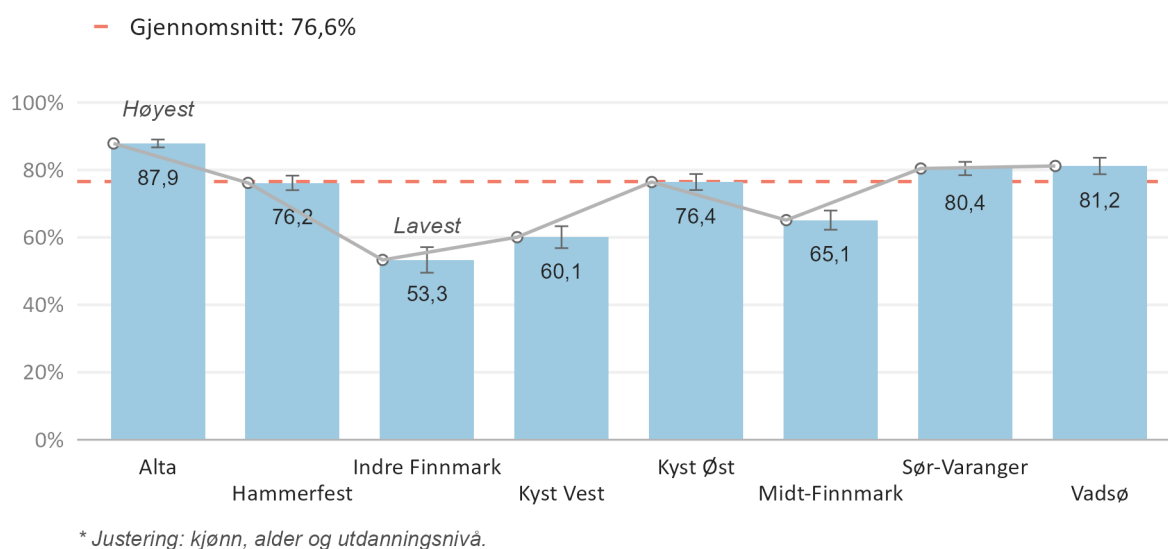
Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 69,7 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig, med 50,5 prosent. Forskjellen på 19,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,40. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med svært lett husholdningsøkonomi, med 64,6 prosent, og lavest i gruppen med svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 36,7 prosent. Forskjellen på 27,9 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en stor forskjell, med Cohen's h på 0,57. Kvinner har høyere andel enn menn i alle gruppene. Forskjellene er statistisk sikre blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett, svært lett eller vanskelig. Den største statistisk sikre kjønnsforskjellen finnes i gruppen som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig, der forskjellen er på 14,6 prosentpoeng.

3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

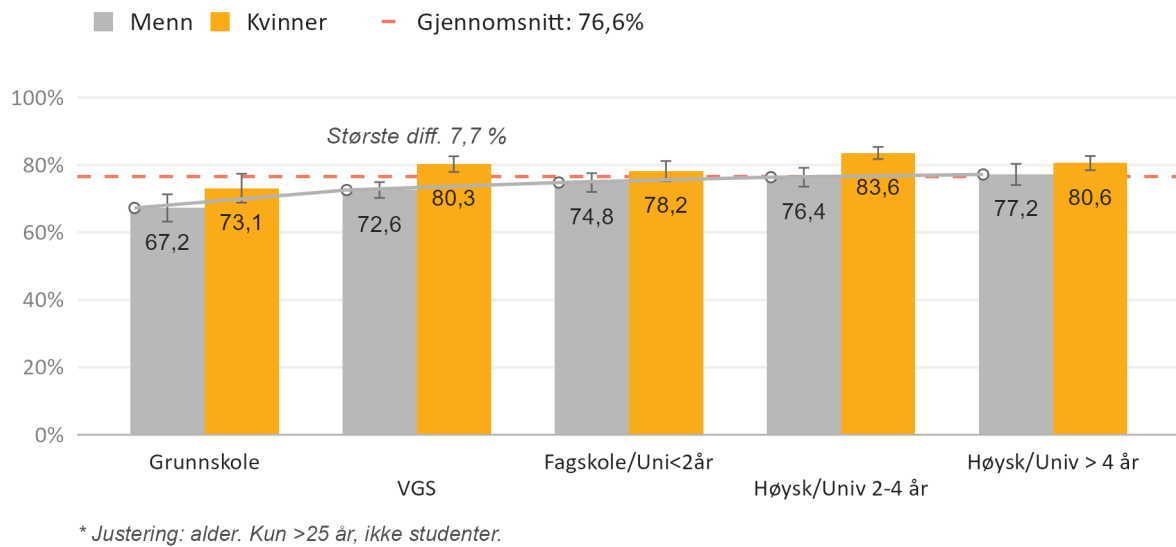
Svarandel: Totalt 10 697 deltakere av 11 171 (95,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 697	76,6 %	75,8 – 77,4
Kvinner	5 920	79,2 %	78,1 – 80,2
Menn	4 777	73,3 %	72,1 – 74,6

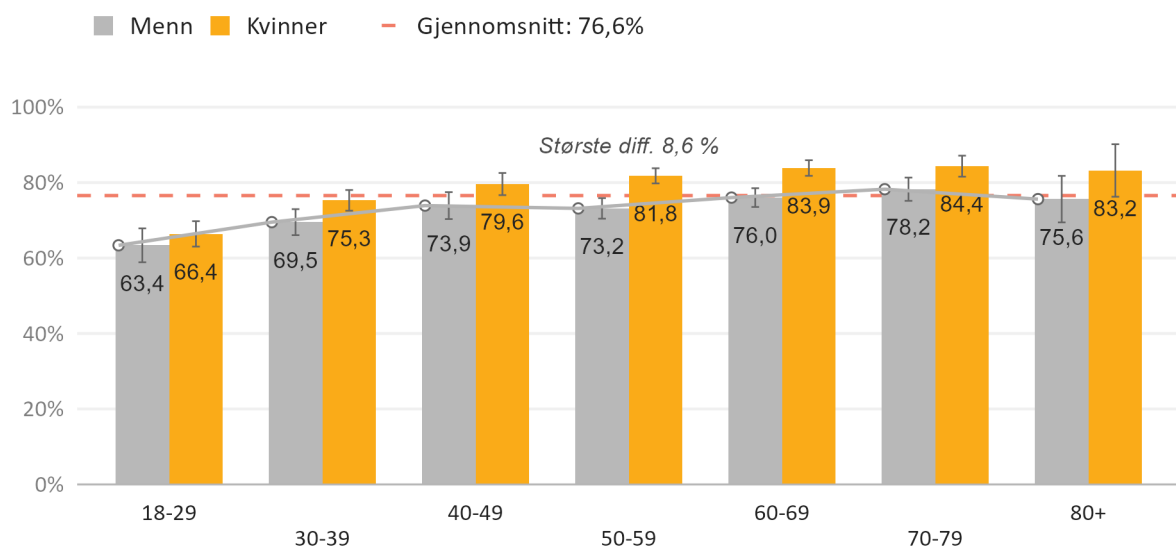
Figur 14: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Alta har høyest andel med 87,9 prosent, mens Indre Finnmark har lavest andel med 53,3 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 34,6 prosentpoeng og er statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,79, som indikerer en stor forskjell. Også Sør-Varanger og Vadsø har høye andeler, med henholdsvis 80,4 prosent og 81,2 prosent, mens Kyst Vest ligger lavere med 60,1 prosent. Resultatene viser dermed tydelige forskjeller mellom regionene i opplevd tilgjengelighet til idrettstilbud.

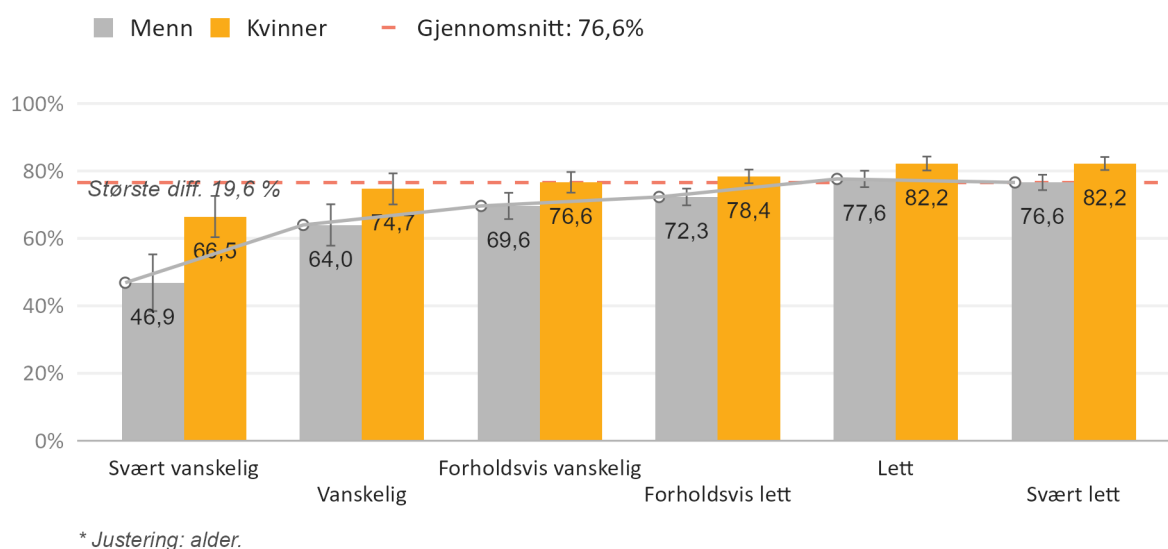
Figur 15: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år, med 83,6 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 73,1 prosent. Forskjellen på 10,5 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,26, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 77,2 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 67,2 prosent. Forskjellen på 10,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,22, som indikerer en liten forskjell. Kvinner rapporterer høyere tilgjengelighet enn menn på alle utdanningsnivåene. Forskjellen er statistisk sikker blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år, der forskjellen er på 7,2 prosentpoeng. Det er også en statistisk sikker kjønnsforskjell blant personer med videregående skole, med en forskjell på 7,7 prosentpoeng.

Figur 16: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker med alder fram til gruppen 70–79 år for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen lavest blant 18–29-åringene, med 66,4 prosent, og høyest blant 70–79-åringene, med 84,4 prosent. Forskjellen på 18,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,42, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 63,4 prosent, og høyest blant 70–79-åringene, med 78,2 prosent. Forskjellen på 14,8 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,33, som også indikerer en middels forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgruppene. Forskjellene er statistisk sikre blant personer i alderen 50–59 år, 60–69 år og 70–79 år, der kvinnes andel er henholdsvis 8,6, 7,9 og 6,2 prosentpoeng høyere enn mennenes.

Figur 17: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



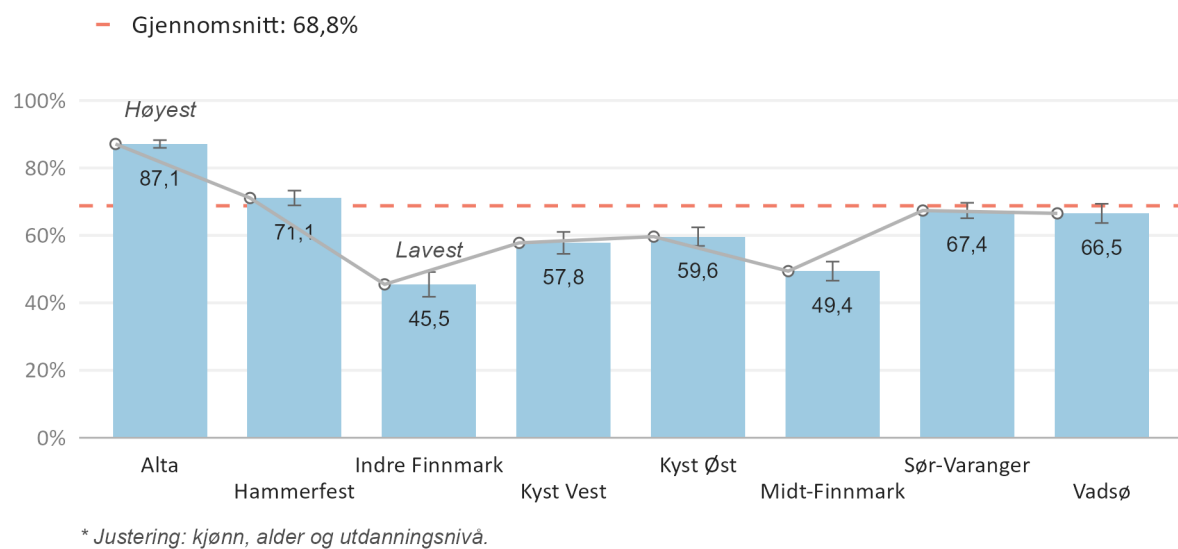
Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett og svært lett, med 82,2 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig, med 66,5 prosent. Forskjellen er 15,7 prosentpoeng og tilsvarer Cohen's h på 0,36, som indikerer en middels forskjell, og forskjellen er statistisk sikker. Blant menn er andelen også høyest ved lett husholdningsøkonomi, med 77,6 prosent, og lavest ved svært vanskelig økonomi, med 46,9 prosent. Forskjellen på 30,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,65, som viser en stor forskjell. Kvinner har høyere andeler enn menn i alle gruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for vurderingene forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett, svært lett og svært vanskelig. Den største forskjellen finnes blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, der andelen er 19,6 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

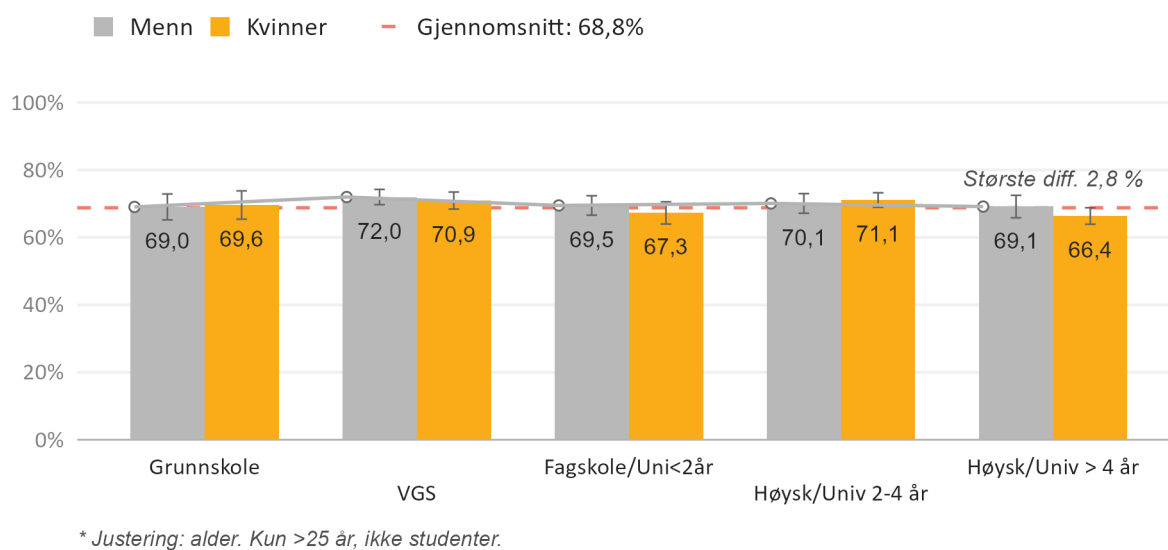
Svarandel: Totalt 11 141 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 141	68,8 %	67,9 – 69,6
Kvinner	6 162	68,2 %	67,0 – 69,3
Menn	4 979	69,6 %	68,3 – 70,8

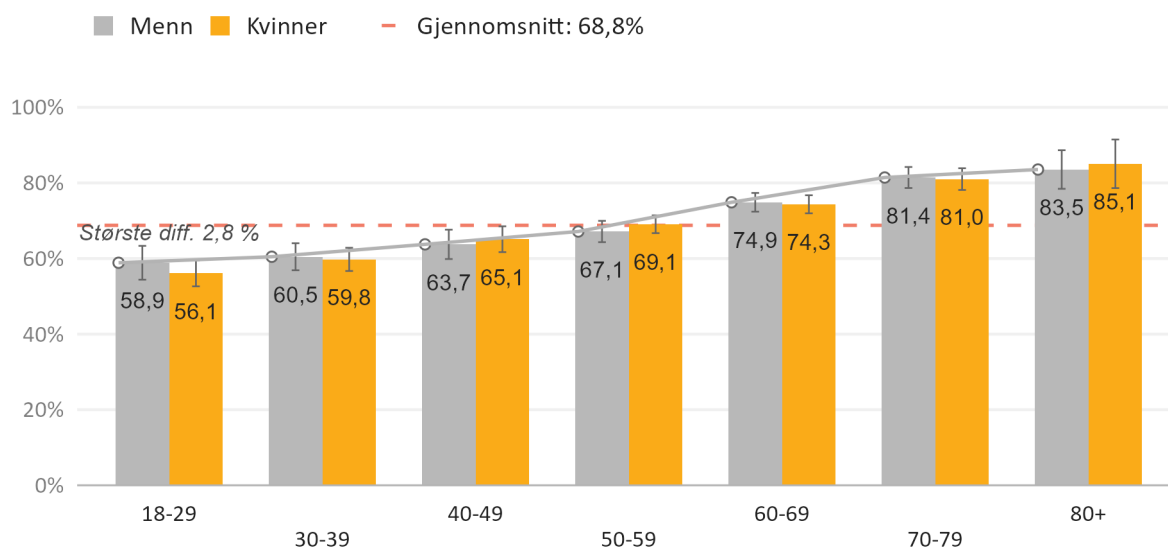
Figur 18: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Alta har høyest andel med 87,1 prosent, mens Indre Finnmark har lavest andel med 45,5 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 41,6 prosentpoeng og er statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,93, som indikerer en stor forskjell. Hammerfest, Sør-Varanger og Vadsø har også relativt høye andeler, med henholdsvis 71,1 prosent, 67,4 prosent og 66,5 prosent. Kyst Vest og Kyst Øst ligger på 57,8 prosent og 59,6 prosent, mens Midt-Finnmark ligger lavere med 49,4 prosent.

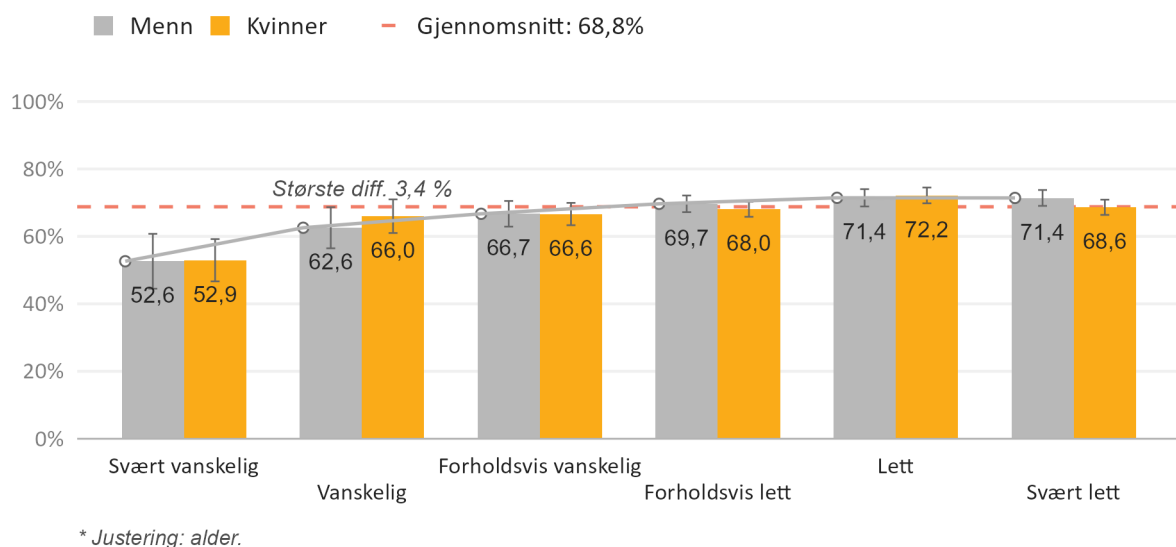
Figur 19: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene er andelen høyest blant dem med to til fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 71,1 prosent, og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 66,4 prosent. Forskjellen er 4,7 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,10, noe som tilsvarer en liten forskjell. Blant mennene er andelen høyest blant dem med videregående skole, med 72,0 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 69,0 prosent. Forskjellen er 3,0 prosentpoeng. Cohen's h er 0,06, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Andelen er nokså like for kvinner og menn på alle utdanningsnivåer. Den største forskjellen finnes blant personer med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med en forskjell på 2,7 prosentpoeng. Ingen av kjønnsforskjellene er statistisk sikre.

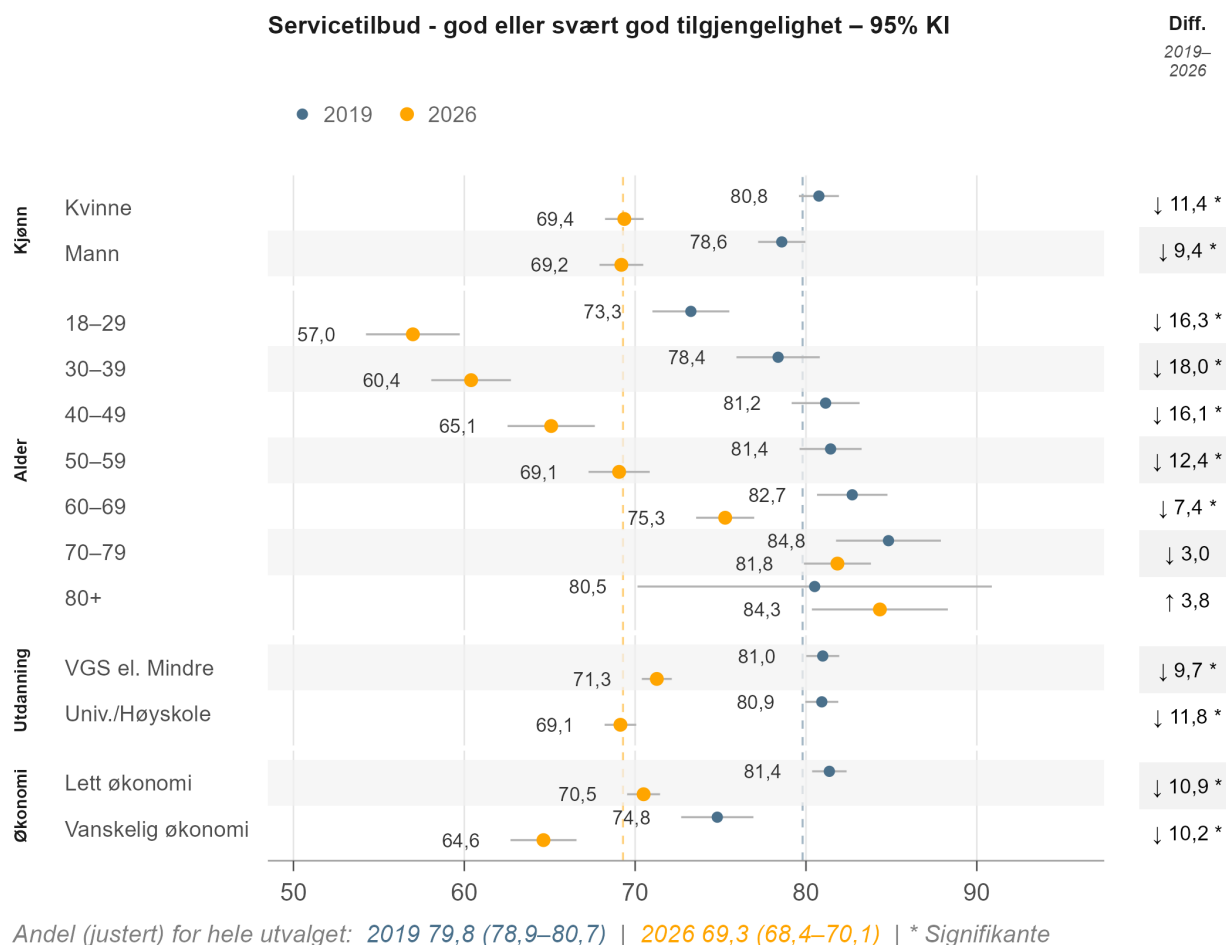
Figur 20: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker med alder både blant kvinner og menn. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 56,1 prosent, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 85,1 prosent. Dette er en statistisk sikker forskjell på 29,0 prosentpoeng og tilsvarer Cohen's h på 0,66, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 58,9 prosent, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 83,5 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og utgjør 24,6 prosentpoeng. Cohen's h er 0,56, som også indikerer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små, og ingen av dem er statistisk sikre.

Figur 21: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett, med 72,2 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 52,9 prosent. Differansen på 19,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,40, som er en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppene som vurderer husholdningsøkonomien som lett og svært lett, med 71,4 prosent, og lavest blant dem som vurderer økonomien som svært vanskelig, med 52,6 prosent. Differansen på 18,8 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,39, som også viser en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte gruppene er små, og ingen av dem er statistisk sikre.

Figur 22: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet (E)

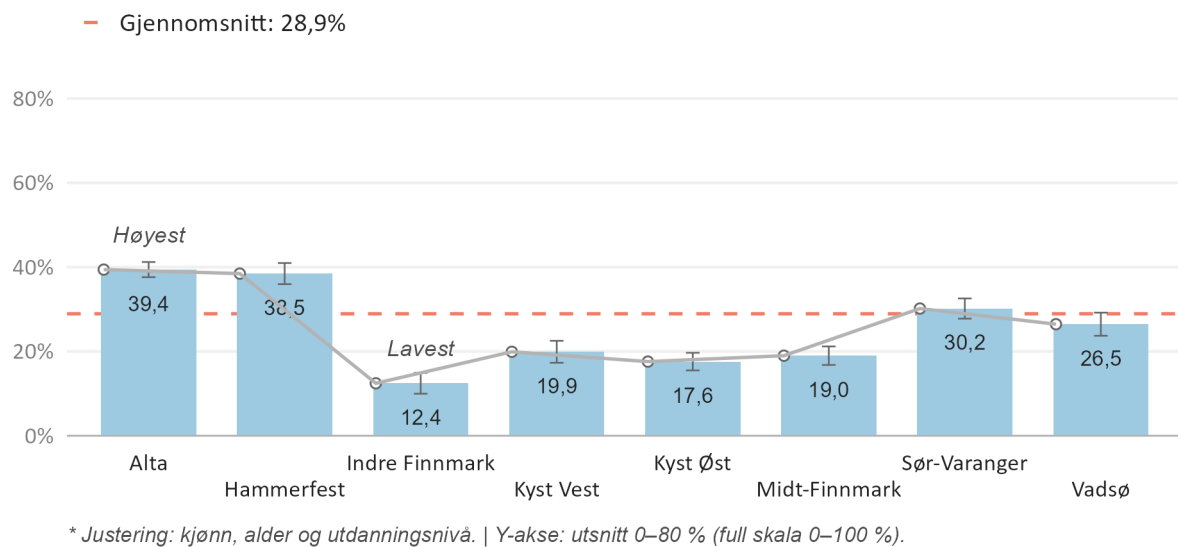
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Det er viktig å merke seg at spørsmålsformuleringen endret seg noe fra 2019 til 2026 (se kapittel 2.3) og dette må tas i betraktning når man tolker forskjellene mellom 2019 og 2016. På totalnivå gikk andelen statistisk sikkert ned med 10,5 prosentpoeng fra 2019 til 2026. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen er liten i begge år. I de fleste aldersgruppene er det statistisk sikre nedganger, særlig blant personer under 60 år. Blant personer i alderen 70–79 år og blant dem som er 80 år eller eldre, er endringene ikke statistisk sikre. Det overordnede mønsteret med høyere andeler i de eldste aldersgruppene er fortsatt synlig i 2026. Andelen gikk statistisk sikkert ned i begge utdanningsgrupper og både blant personer med lett og vanskelig økonomi. Personer med vanskelig økonomi har lavere andel enn personer med lett økonomi i begge år.

3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 10 320 deltakere av 11 171 (92,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

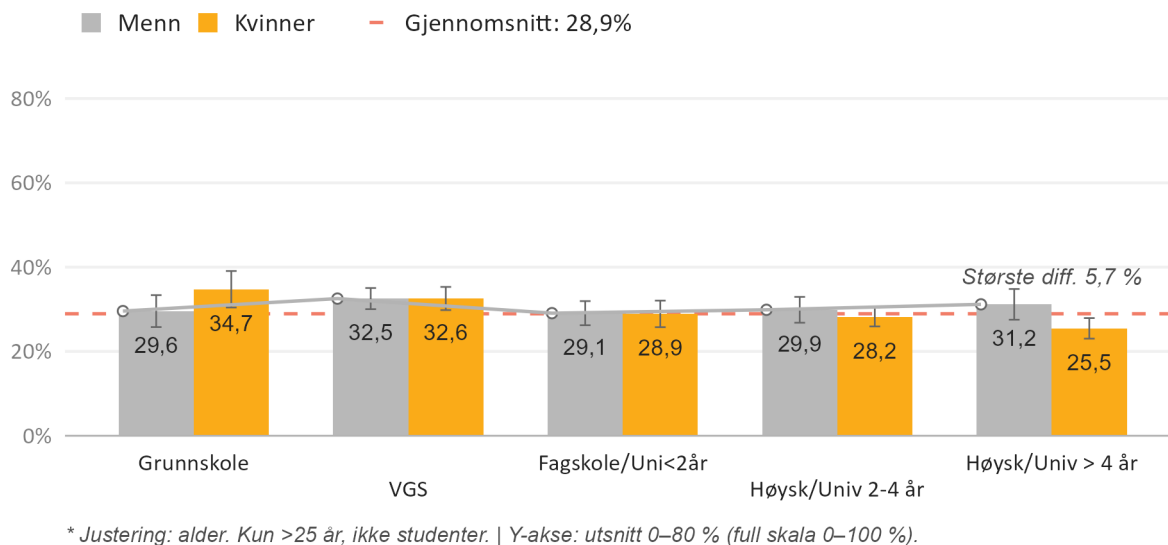
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 320	28,9 %	28,1 – 29,8
Kvinner	5 674	28,0 %	26,8 – 29,2
Menn	4 646	30,1 %	28,7 – 31,4

Figur 23: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i fylket (A)



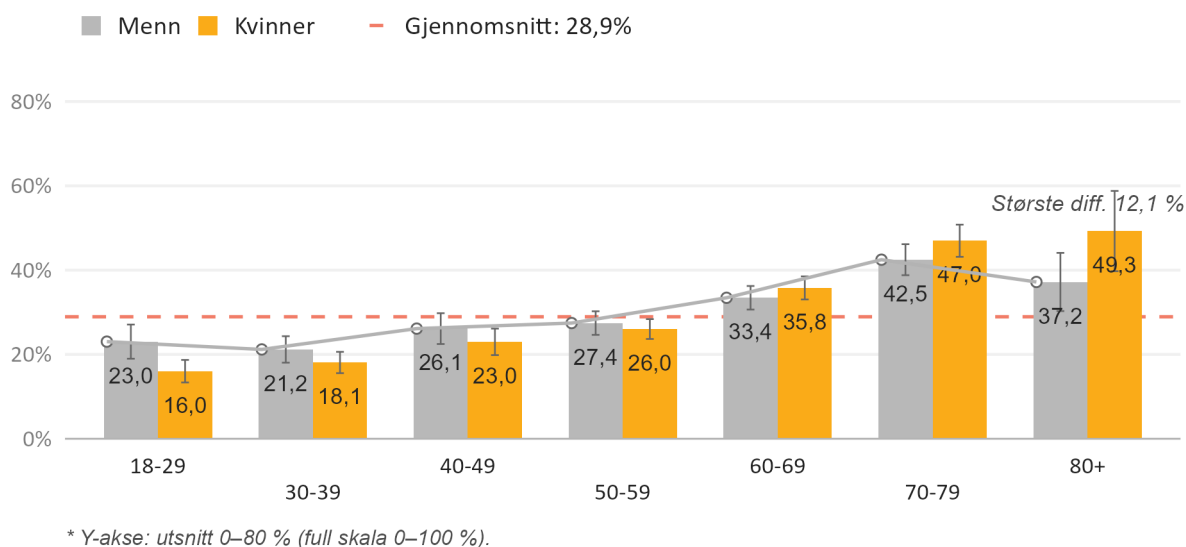
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Alta har den høyeste andelen med 39,4 prosent, tett fulgt av Hammerfest med 32,5 prosent. Indre Finnmark har den laveste andelen, med 12,4 prosent. Forskjellen mellom Alta og Indre Finnmark er 27,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,64, som tilsier en stor forskjell. Andelen er også relativt høy i Sør-Varanger, med 30,2 prosent, og i Vadsø, med 26,5 prosent. Kyst Vest, Midt-Finnmark og Kyst Øst ligger lavere, med henholdsvis 19,9 prosent, 19,0 prosent og 17,6 prosent. Resultatene viser store variasjoner mellom regionene i opplevd tilgjengelighet til offentlig transport.

Figur 24: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



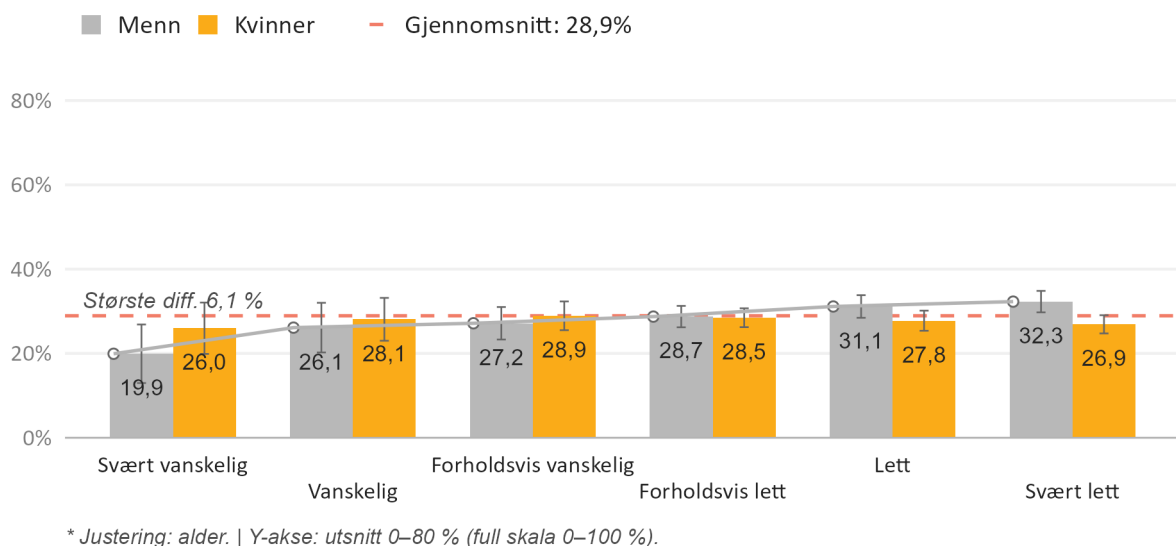
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for personer med grunnskole, med 34,7 prosent, og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 25,5 prosent. Differansen er 9,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,20, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest for personer med videregående skole, med 32,5 prosent, og lavest for personer med fagskole eller universitetsutdanning under to år, med 29,1 prosent. Differansen på 3,4 prosentpoeng er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,07, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte utdanningsnivåene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 25: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)

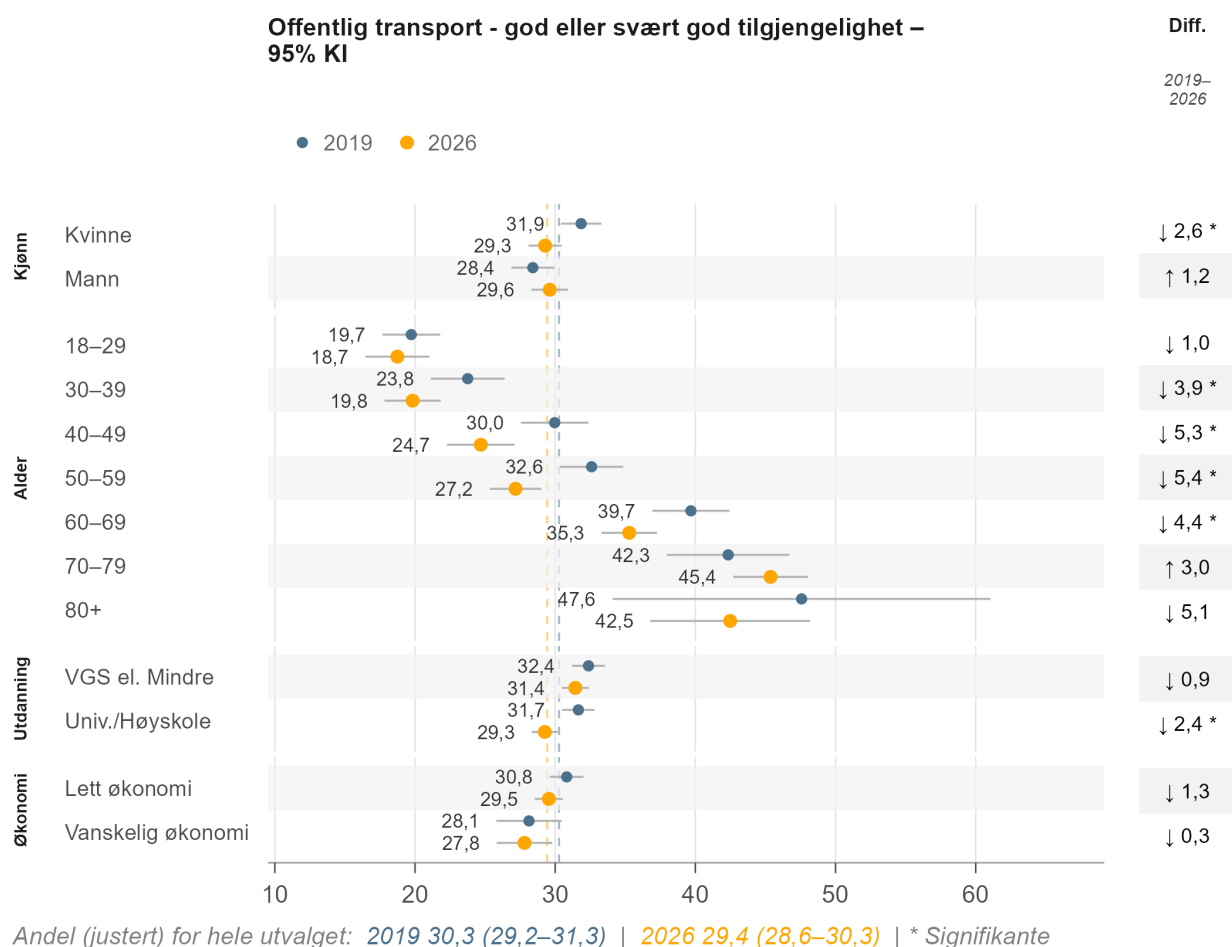


Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen med alder, fra 16,0 prosent i aldersgruppen 18-29 til 49,3 prosent blant dem som er 80+. Forskjellen mellom laveste og høyeste andel er 33,3 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,73, noe som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 30-39, med 21,2 prosent, og høyest i gruppen 70-79, med 42,5 prosent. Forskjellen er 21,3 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,46, noe som tilsvarer en middels forskjell. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell i aldersgruppen 18-29, der 23,0 prosent av mennene og 16,0 prosent av kvinnene rapporterer god eller svært god tilgjengelighet. Forskjellen er 7,0 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 26: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner varierer andelen lite mellom gruppene. Den er høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som forholdsvis vanskelig, med 28,9 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 26,0 prosent. Forskjellen er 2,9 prosentpoeng, ikke statistisk sikker, og Cohen's h er 0,07, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Blant menn er andelen høyest for dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 32,3 prosent, og lavest for dem som opplever den som svært vanskelig, med 19,9 prosent. Forskjellen på 12,4 prosentpoeng er statistisk sikker. Cohen's h er 0,28, noe som tilsvarer en middels forskjell. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen finnes blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett. Her rapporterer 32,3 prosent av mennene og 26,9 prosent av kvinnene god eller svært god tilgjengelighet, en forskjell på 5,4 prosentpoeng.

Figur 27: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet (E)

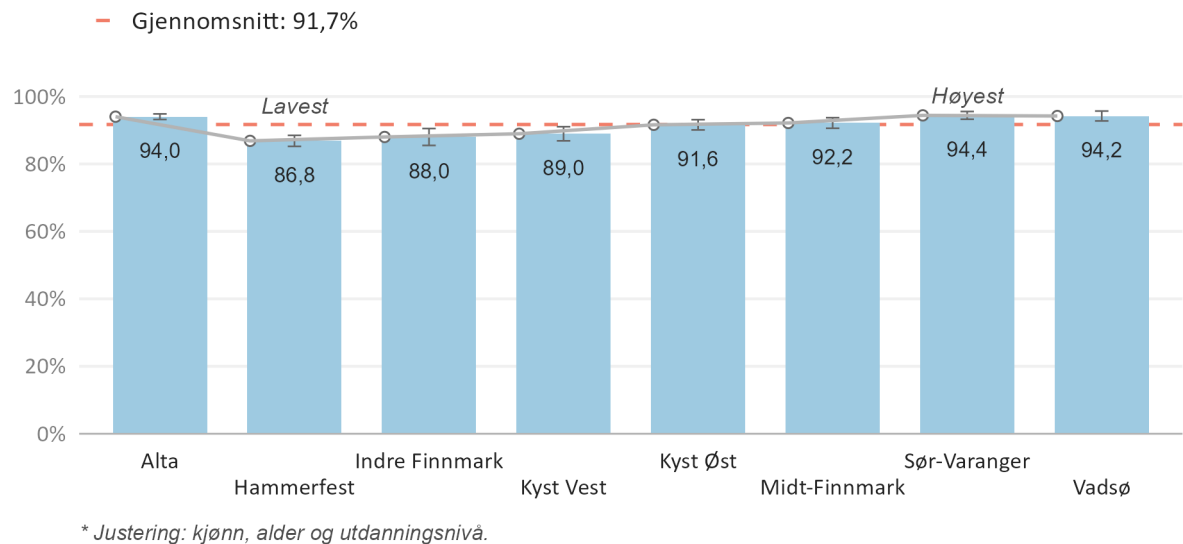
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Det er viktig å merke seg at spørsmålsformuleringen endret seg noe fra 2019 til 2026 (se kapittel 2.3) og dette må tas i betraktning når man tolker forskjellene mellom 2019 og 2016. Samlet sett gikk andelen ned fra 30,3 i 2019 til 29,4 i 2026, en forskjell på 0,8 prosentpoeng, men endringen er ikke statistisk sikker. Blant kvinner er det en statistisk sikker nedgang, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. I 2026 er andelen omtrent lik blant kvinner og menn. Flere aldersgrupper fra 30 til 69 år har statistisk sikre nedganger, mens det overordnede mønsteret med høyere andeler i de eldre aldersgruppene besto. Blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant dem med videregående skole eller mindre ikke er statistisk sikker. Endringene er ikke statistisk sikre, verken blant personer med lett eller vanskelig økonomi.

3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 11 088 deltakere av 11 171 (99,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

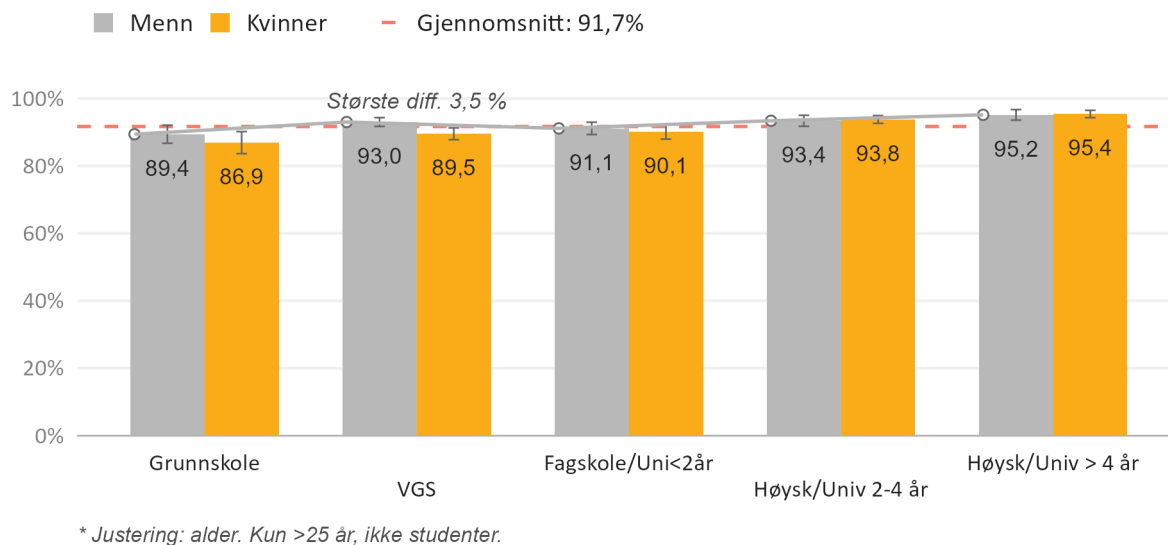
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 088	91,7 %	91,2 – 92,2
Kvinner	6 132	91,4 %	90,7 – 92,1
Menn	4 956	92,1 %	91,3 – 92,8

Figur 28: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i fylket (A)



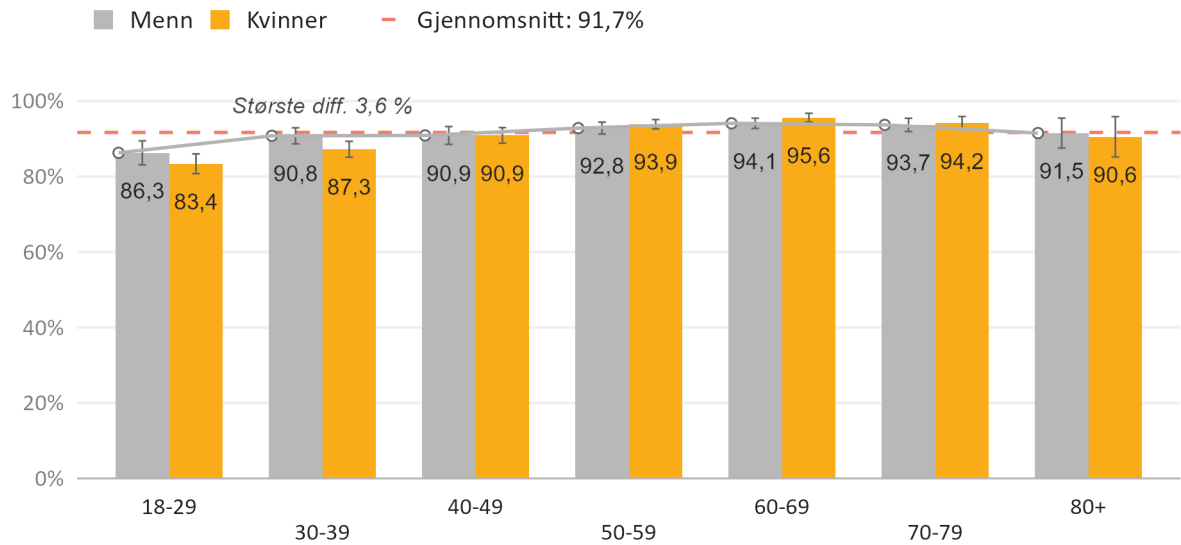
Figur A viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Sør-Varanger har høyest andel med 94,4 prosent, etterfulgt av Vadsø med 94,2 prosent og Alta med 94,0 prosent. Hammerfest har lavest andel med 86,8 prosent. Forskjellen mellom Sør-Varanger og Hammerfest er 7,6 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h på 0,26 indikerer en middels forskjell. Andelen i de øvrige regionene varierer fra 88,0 prosent i Indre Finnmark til 92,2 prosent i Midt-Finnmark.

Figur 29: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



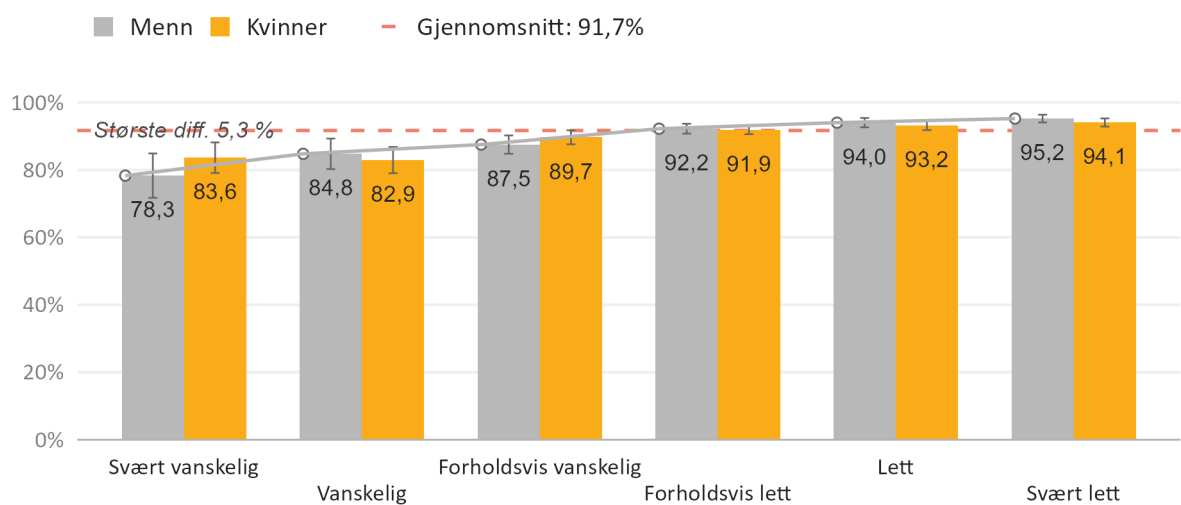
Figur B viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 95,4 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 86,9 prosent. Forskjellen på 8,5 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,31, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 95,2 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 89,4 prosent. Forskjellen på 5,8 prosentpoeng er statistisk sikker, men Cohen's h er 0,22, som tilsvarer en liten forskjell. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant personer med videregående skole, der andelen er 93,0 prosent blant menn og 89,5 prosent blant kvinner. Forskjellen er 3,5 prosentpoeng. For de øvrige utdanningsnivåene er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 30: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker fra de yngste aldersgruppene til 60–69 år for både kvinner og menn, før den faller svakt i de eldre gruppene. Blant kvinner er andelen lavest blant 18–29-åringene, med 83,4 prosent, og høyest blant 60–69-åringene, med 95,6 prosent. Forskjellen på 12,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,42, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen også lavest blant 18–29-åringene, med 86,3 prosent, og høyest blant 60–69-åringene, med 94,1 prosent. Forskjellen på 7,8 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,27, som indikerer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 31: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



* Justering: alder.

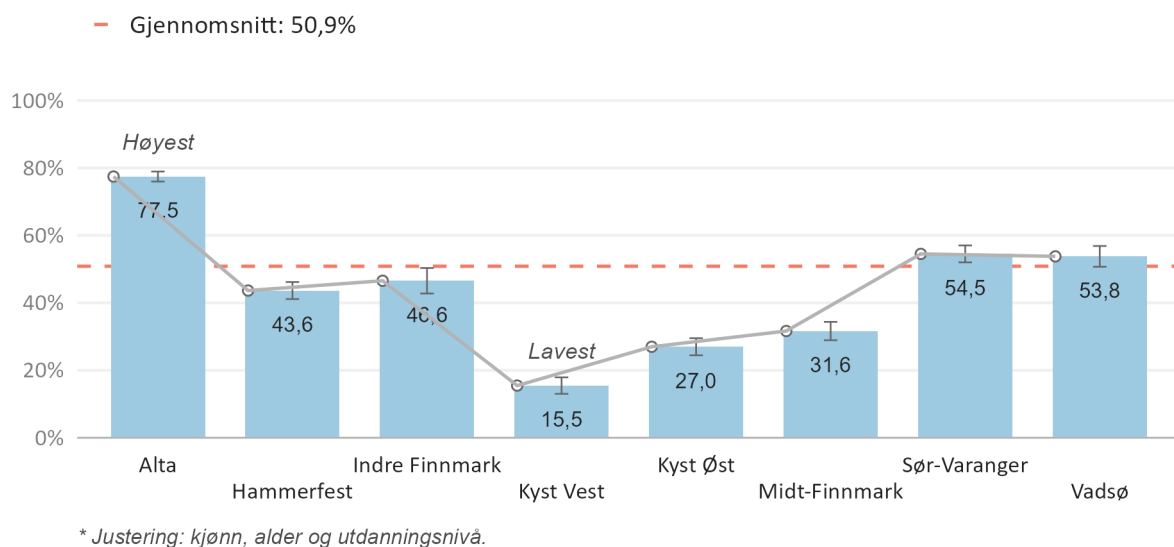
Figur D viser andel som rapporterer god eller svært god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 94,1 prosent, og lavest blant dem som opplever økonomien som vanskelig, med 82,9 prosent. Forskjellen på 11,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,36, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 95,2 prosent, mens den er lavest blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, med 78,3 prosent. Forskjellen på 16,9 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,53, som indikerer en stor forskjell. For begge kjønn er andelen gjennomgående lavere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, enn blant dem som opplever den som lett eller svært lett. Kjønnforskjellene innen de ulike vurderingene av husholdningsøkonomien er små og ikke statistisk sikre.

3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Svarandel: Totalt 10 968 deltakere av 11 171 (98,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

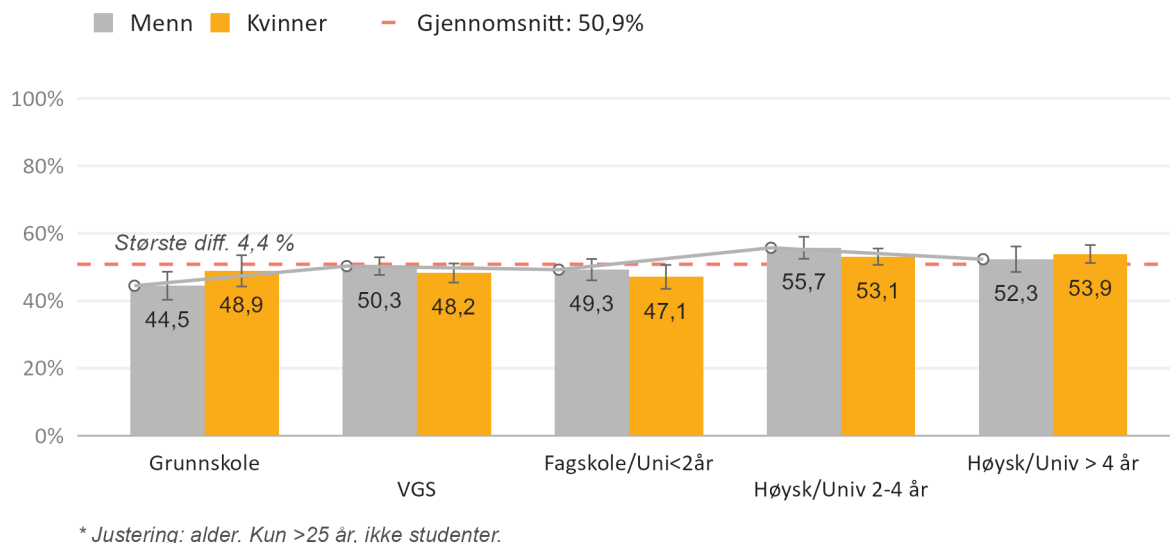
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 968	50,9 %	49,9 – 51,8
Kvinner	6 071	51,1 %	49,8 – 52,3
Menn	4 897	50,6 %	49,2 – 52,0

Figur 32: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter regioner i fylket (A)



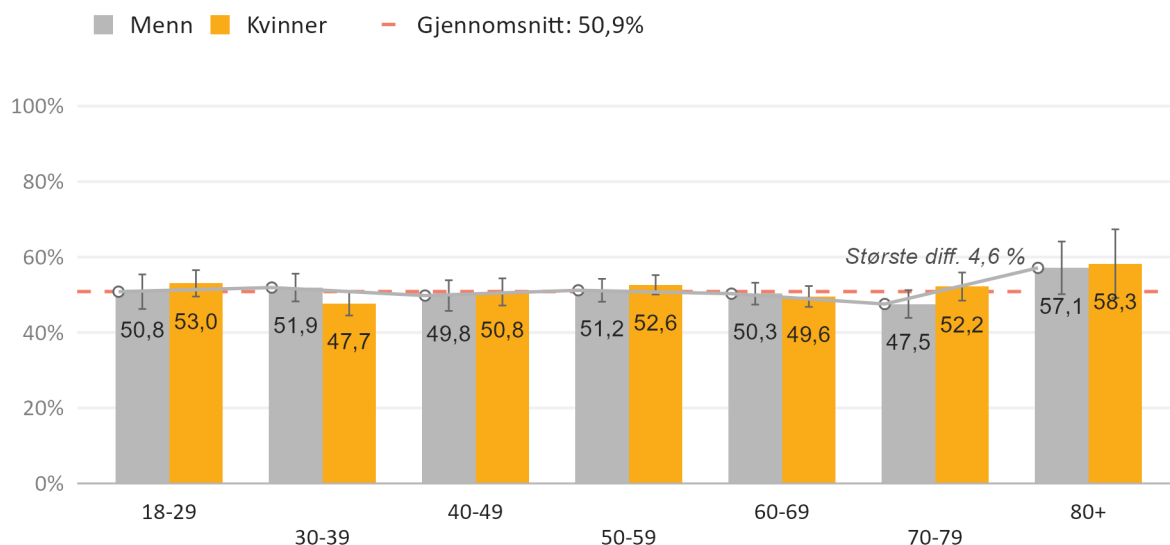
Figur A viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Alta har den høyeste andelen, med 77,5 prosent, mens Kyst Vest har den laveste andelen, med 15,5 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 62,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 1,34, noe som tilsvarer en stor forskjell. Andelen varierer også mellom de øvrige regionene, fra 27,0 prosent i Kyst Øst til 54,5 prosent i Sør-Varanger. Dette viser store regionale variasjoner i opplevelsen av at gang- og sykkelveier er godt utbygde.

Figur 33: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og utdanningsnivå (B)



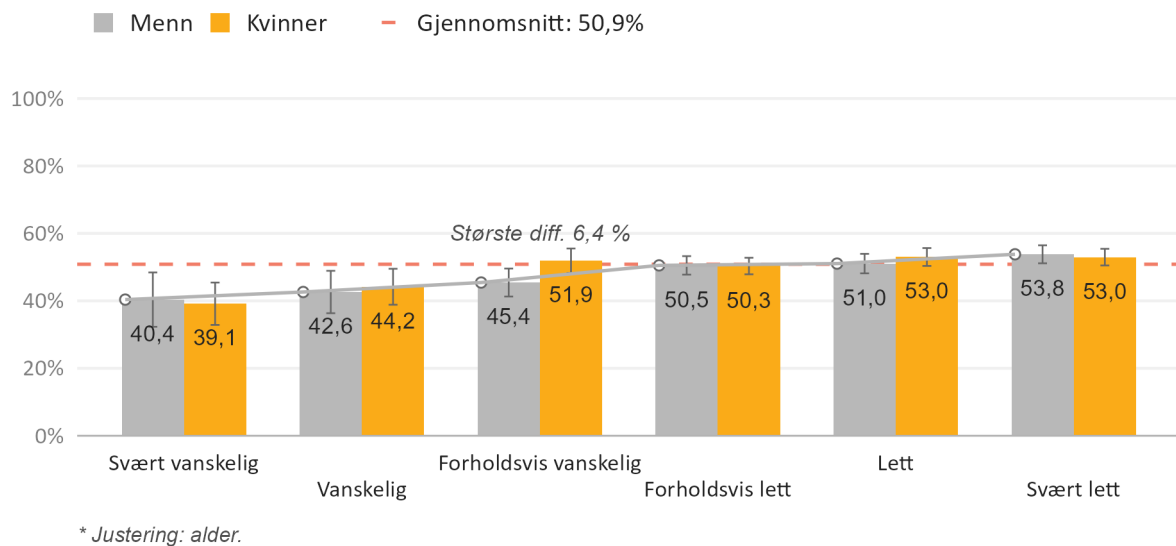
Figur B viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene er andelen høyest blant dem med over fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 53,9 prosent, og lavest blant dem med fagskole eller under to års høyskole- eller universitetsutdanning, med 47,1 prosent. Forskjellen er 6,8 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,14, som tilsier en liten forskjell. Blant mennene er andelen høyest blant dem med to til fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 55,7 prosent, og lavest blant dem med grunnskoleutdanning, med 44,5 prosent. Forskjellen er 11,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,23, som også tilsier en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivåene er kjønnsforskjellene små og ingen er statistisk sikre.

Figur 34: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og alder (C)

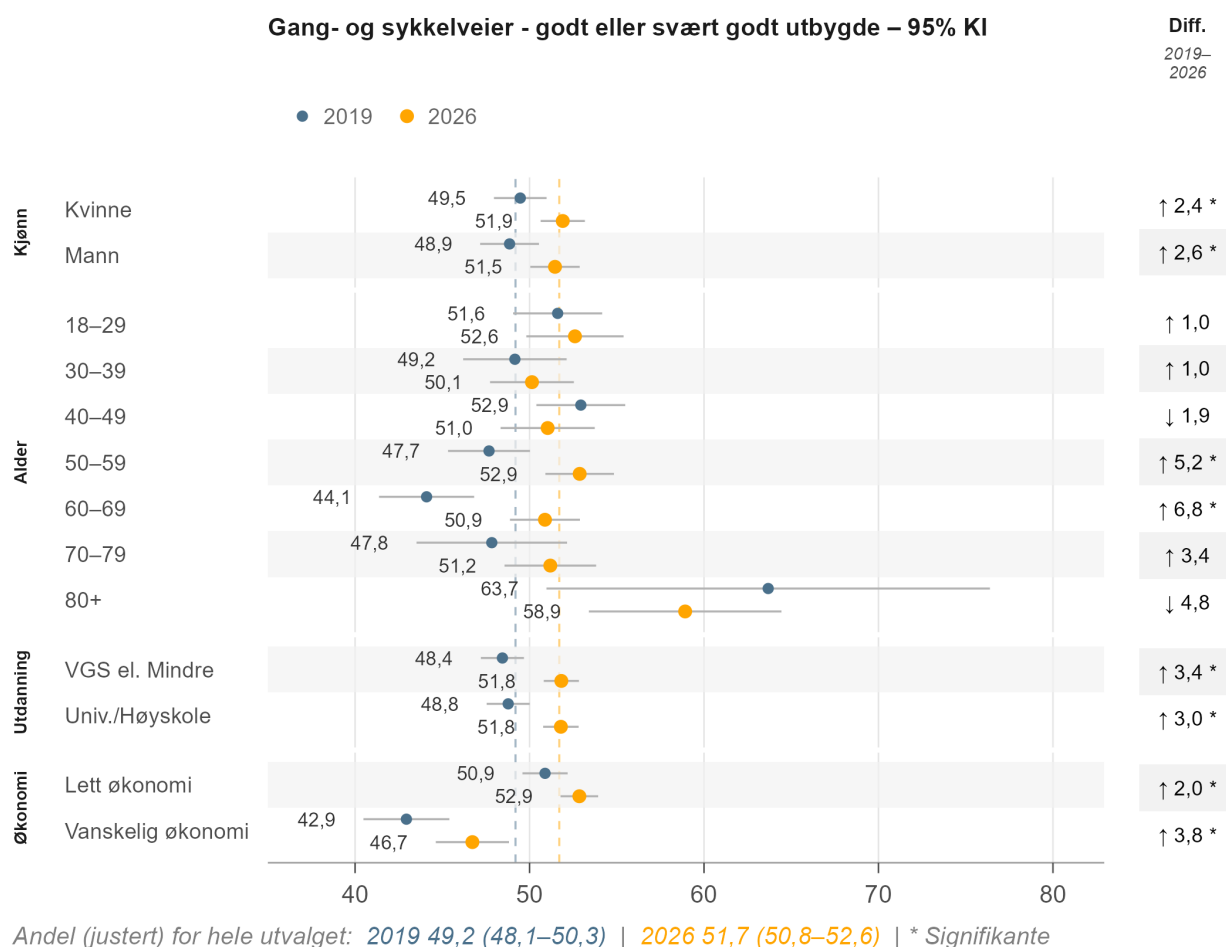


Figur C viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og alder. For hverken kvinner eller menn er forskjellen mellom ytterpunktene statistisk sikre. Blant kvinner varierer andelen fra 47,7 prosent i aldersgruppen 30–39 til 58,3 prosent blant 80+, en forskjell på 10,6 prosentpoeng. Cohen's h er 0,21, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 70–79, med 47,5 prosent, og høyest blant 80+, med 57,1 prosent. Forskjellen er 9,6 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,19 tilsvarer også en liten forskjell. Andelene er gjennomgående nokså like mellom kvinner og menn i de ulike aldersgruppene, og ingen av kjønnsforskjellene framstår som statistisk sikre.

Figur 35: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at gang- og sykkelveier er godt eller svært godt utbygde, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett, med 53,0 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig, med 39,1 prosent. Forskjellen på 13,9 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 53,8 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig, med 40,4 prosent. Forskjellen på 13,4 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,27, som også tilsvarer en middels forskjell. For begge kjønn er andelen lavest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi og høyere blant dem som vurderer økonomien som lettere. Kjønnsforskjellene innen de ulike vurderingene av husholdningsøkonomien er små og ikke statistisk sikre.

Figur 36: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde (E)

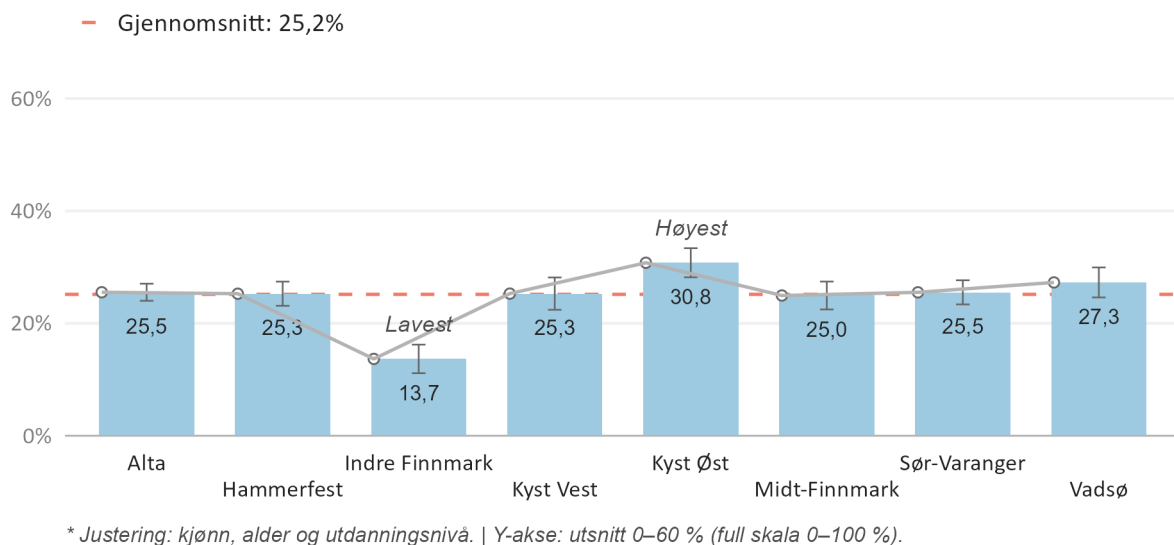
Figur E viser andelen som oppgir godt eller svært godt utbygde til gang- og sykkelveier fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Det er viktig å merke seg at spørsmålsformuleringen endret seg noe fra 2019 til 2026 (se kapittel 2.3) og dette må tas i betraktning når man tolker forskjellene mellom 2019 og 2016. Andelen økte samlet fra 49,2 prosent i 2019 til 51,7 prosent i 2026, en statistisk sikker økning på 2,5 prosentpoeng. Både kvinner og menn har statistisk sikre økninger, og det er lite forskjell mellom kvinner og menn i begge årene. Blant aldersgruppene er økningen statistisk sikker for personer i alderen 50–59 år og 60–69 år. Endringene i de øvrige aldersgruppene er ikke statistisk sikre. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, og har samme nivå i 2026. Andelen økte statistisk sikkert både blant personer med lett og vanskelig økonomi, mens gruppen med vanskelig økonomi fortsatt har lavere nivå enn gruppen med lett økonomi.

3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Svarandel: Totalt 11 137 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

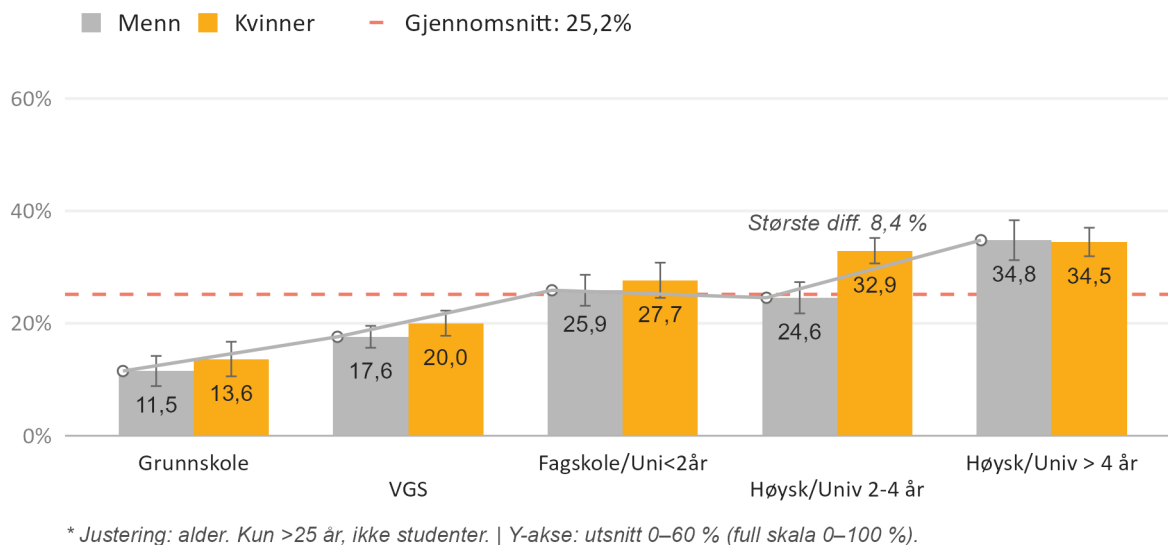
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 137	25,2 %	24,3 – 26,0
Kvinner	6 161	27,2 %	26,1 – 28,4
Menn	4 976	22,6 %	21,4 – 23,7

Figur 37: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter regioner i fylket (A)

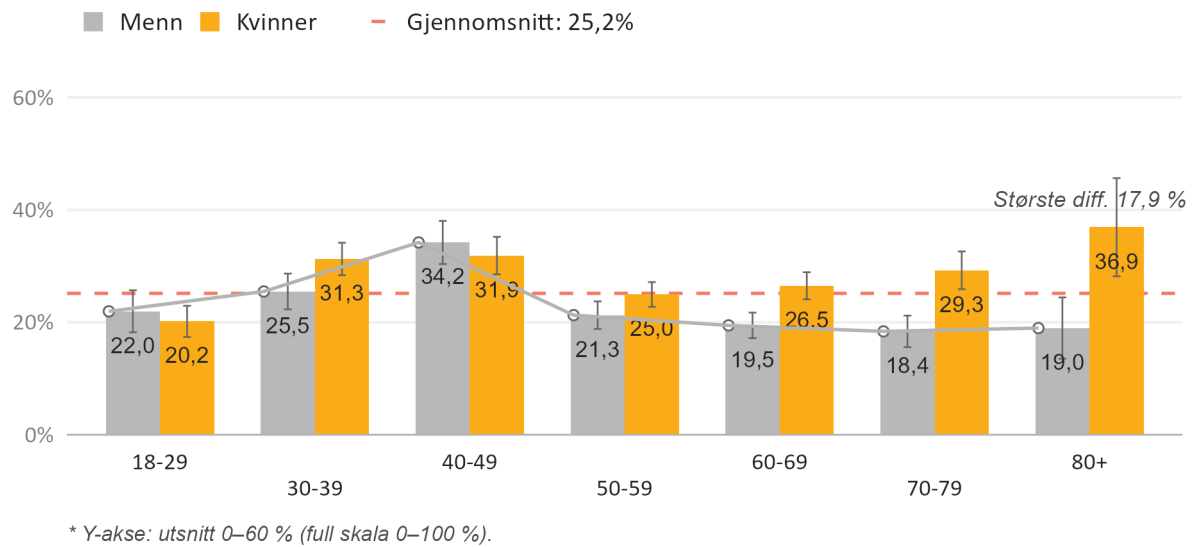


Figur A viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Kyst Øst, der 30,8 prosent deltar ukentlig, og lavest i Indre Finnmark, med 13,7 prosent. Differansen mellom regionene er 17,1 prosentpoeng og er statistisk sikker. Forskjellen tilsvarer Cohen's h på 0,42, som indikerer en middels forskjell. De øvrige regionene ligger mellom 25,0 prosent i Midt-Finnmark og 27,3 prosent i Vadsø, mens Alta og Sør-Varanger begge har 25,5 prosent. Hammerfest og Kyst Vest har begge en andel på 25,3 prosent. Resultatene viser dermed særlig lav ukentlig deltakelse i Indre Finnmark sammenlignet med Kyst Øst og de øvrige regionene.

Figur 38: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og utdanningsnivå (B)

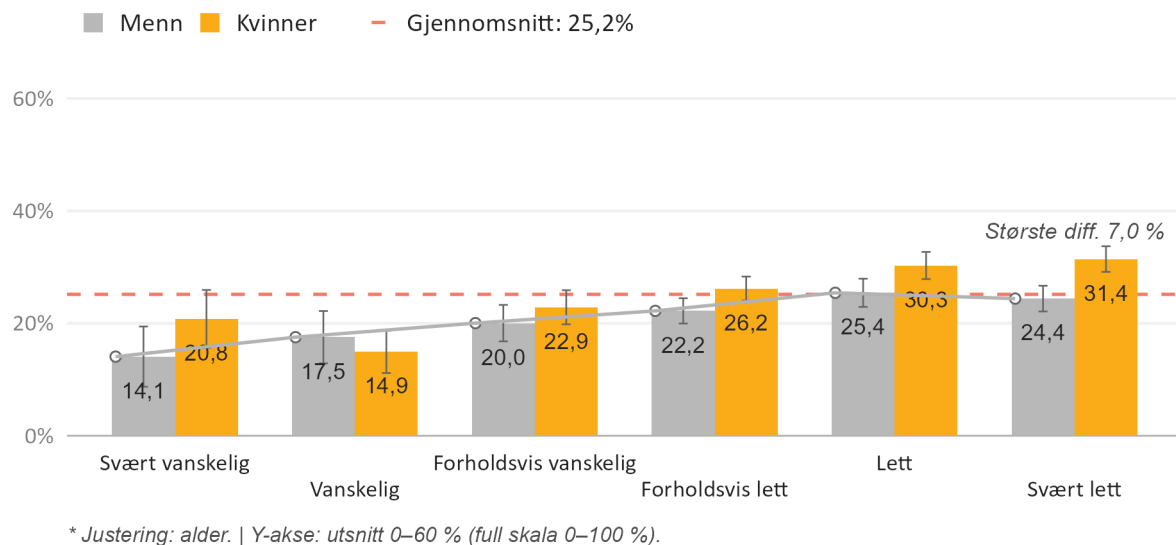


Figur B viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år og lavest blant dem med grunnskole. For kvinner er andelen 34,5 prosent blant dem med lengst utdanning, mot 13,6 prosent blant dem med grunnskole, en statistisk sikker forskjell på 20,9 prosentpoeng. Cohen's h er 0,50, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er de tilsvarende andelene 34,8 prosent og 11,5 prosent, en statistisk sikker forskjell på 23,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,57, som også tilsvarer en stor forskjell. Mønsteret viser at ukentlig deltakelse er vanligere ved høyere utdanning for begge kjønn. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen finnes blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år. Her deltar 32,9 prosent av kvinnene ukentlig, sammenlignet med 24,6 prosent av mennene, en forskjell på 8,3 prosentpoeng. På de øvrige utdanningsnivåene er kjønnsforskjellene små.

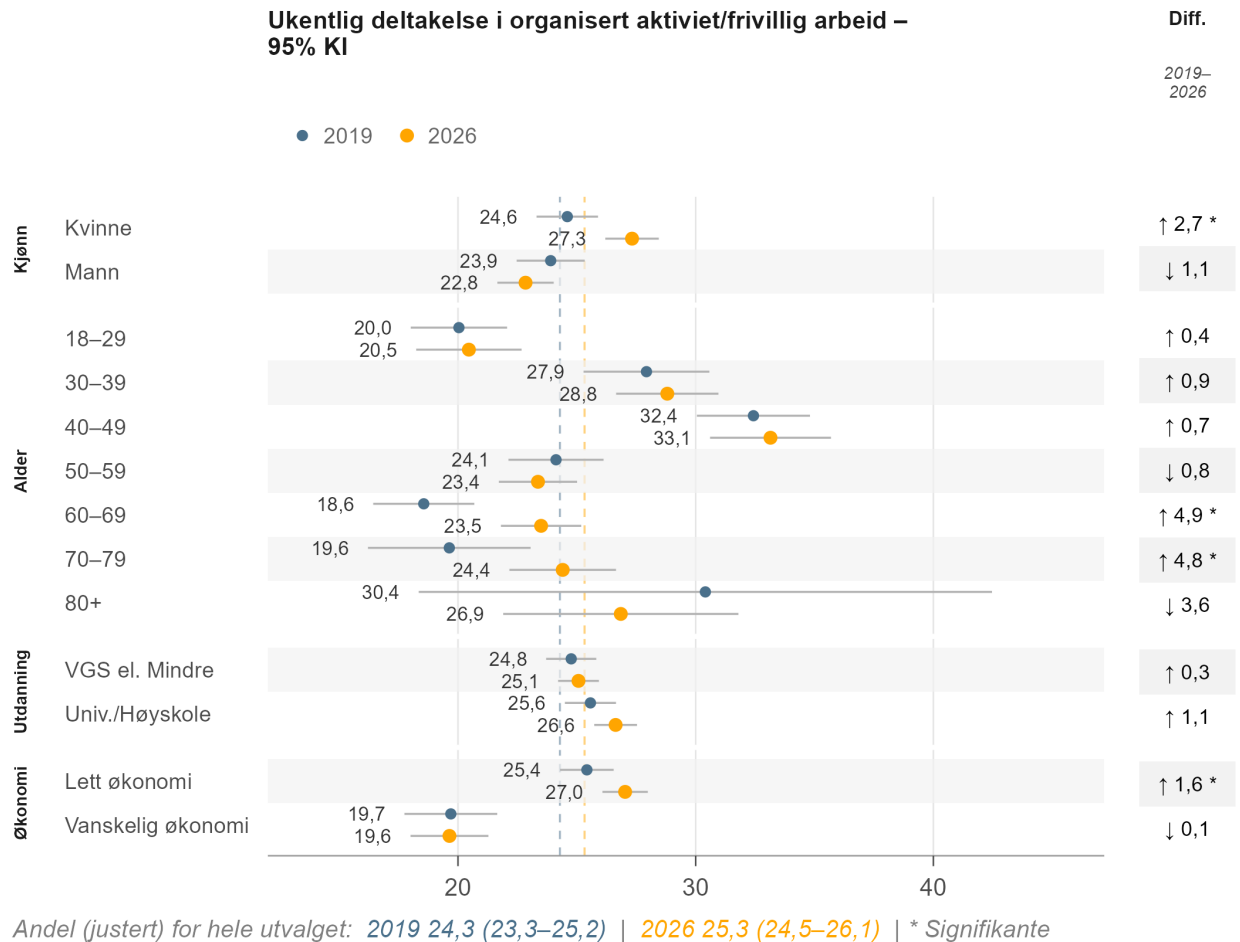
Figur 39: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29 år, med 20,2 prosent, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 36,9 prosent. Forskjellen på 16,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,37, som indikerer en middels forskjell. Kvinners deltakelse øker med alderen frem til 40-49 år, er noe lavere i aldersgruppen 50-59 år, før den igjen øker med alderen. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 34,2 prosent, og lavest i aldersgruppen 70-79 år, med 18,4 prosent. Forskjellen på 15,8 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,36, som også indikerer en middels forskjell. Etter aldersgruppen 40-49 år synker andelen blant menn, før den øker svakt til 19,0 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i aldersgruppene 60-69 år, 70-79 år og 80 år eller eldre. I disse aldersgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med forskjeller på henholdsvis 7,0, 10,9 og 17,9 prosentpoeng.

Figur 40: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som deltar i frivillig arbeid eller organisert aktivitet ukentlig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest for dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 31,4 prosent, og lavest blant dem som opplevde den som vanskelig, med 14,9 prosent. Forskjellen på 16,5 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,40, som er en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som vurderer økonomien som lett, med 25,4 prosent, og lavest blant dem som opplevde den som svært vanskelig, med 14,1 prosent. Forskjellen på 11,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,29, som også er en middels forskjell. Det er en statistisk sikker kjønnsforskjell blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett: Andelen er 31,4 prosent blant kvinner og 24,4 prosent blant menn, en forskjell på 7,0 prosentpoeng. I de øvrige gruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre.

Figur 41: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid (E)

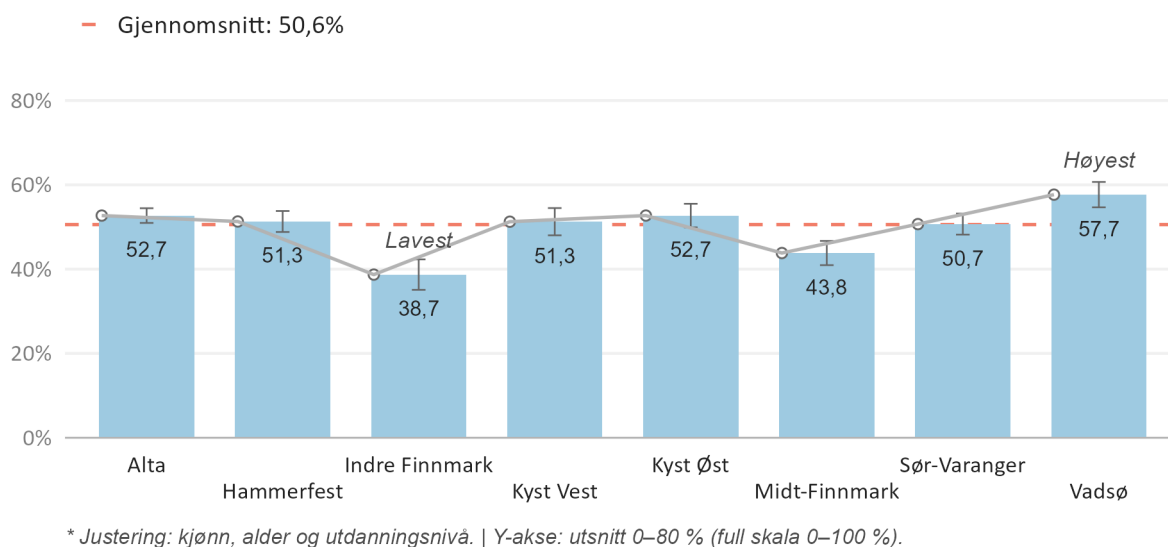
Figur E viser andelen som oppgir ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet økte andelen fra 24,3 i 2019 til 25,3 i 2026, men denne endringen på 1,0 prosentpoeng er ikke statistisk sikker. Andelen økte statistisk sikkert blant kvinner, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker, og kvinner lå høyere enn menn i 2026. Blant aldersgruppene er det statistisk sikre økninger blant personer i alderen 60–69 og 70–79 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Endringene tyder dermed på en noe sterkere deltakelse blant de eldste aldersgruppene enn tidligere. Det er ingen statistisk sikre endringer etter utdanning. Andelen økte statistisk sikkert blant personer med lett økonomi, mens det ikke er noen statistisk sikker endring blant personer med vanskelig økonomi, som har lavere andel i begge år.

3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

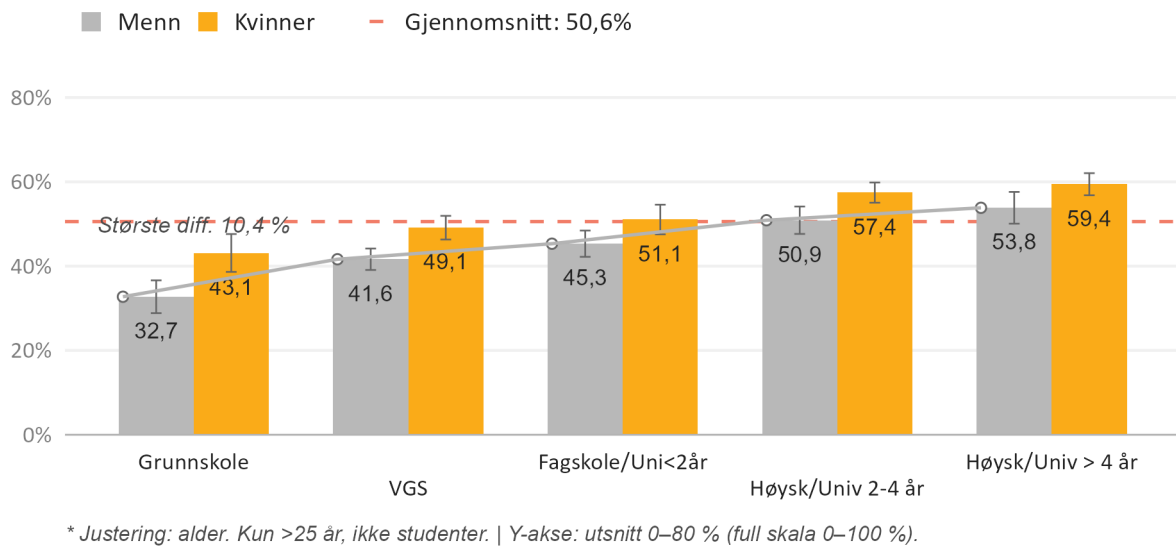
Svarandel: Totalt 11 147 deltakere av 11 171 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 147	50,6 %	49,6 – 51,5
Kvinner	6 166	54,3 %	53,1 – 55,6
Menn	4 981	45,9 %	44,5 – 47,3

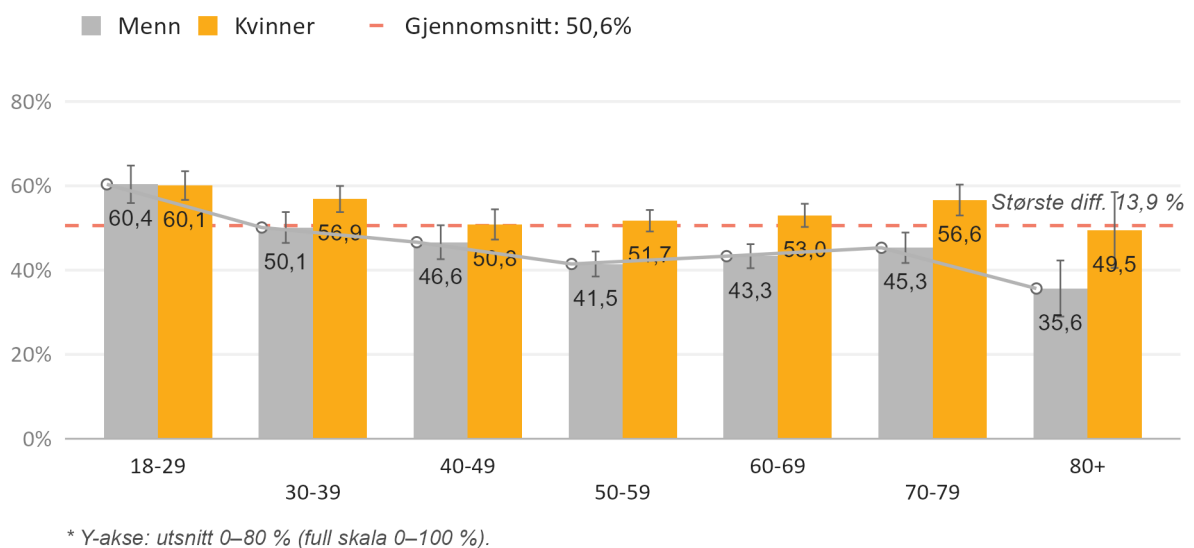
Figur 42: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Vadsø har den høyeste andelen med 57,7 prosent, mens Indre Finnmark har den laveste med 38,7 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 19,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,38, som indikerer en middels forskjell. Alta og Kyst Øst har begge en andel på 52,7 prosent, mens Hammerfest, Kyst Vest og Sør-Varanger ligger mellom 50,7 prosent og 51,3 prosent. Midt-Finnmark ligger lavere med 43,8 prosent.

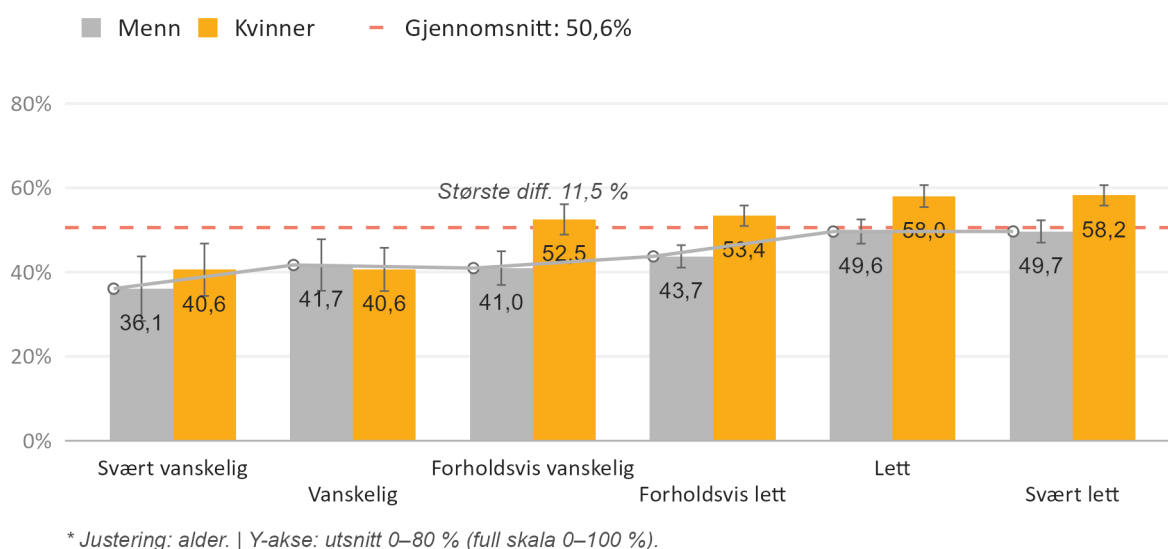
Figur 43: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 59,4 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 43,1 prosent. Forskjellen på 16,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,33, som indikerer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 53,8 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 32,7 prosent. Forskjellen på 21,1 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,43, også en middels forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn på alle utdanningsnivåer. Forskjellen er statistisk sikker blant personer med grunnskole, høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år og videregående skole. Den største forskjellen finnes blant personer med grunnskole, der andelen er 10,4 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

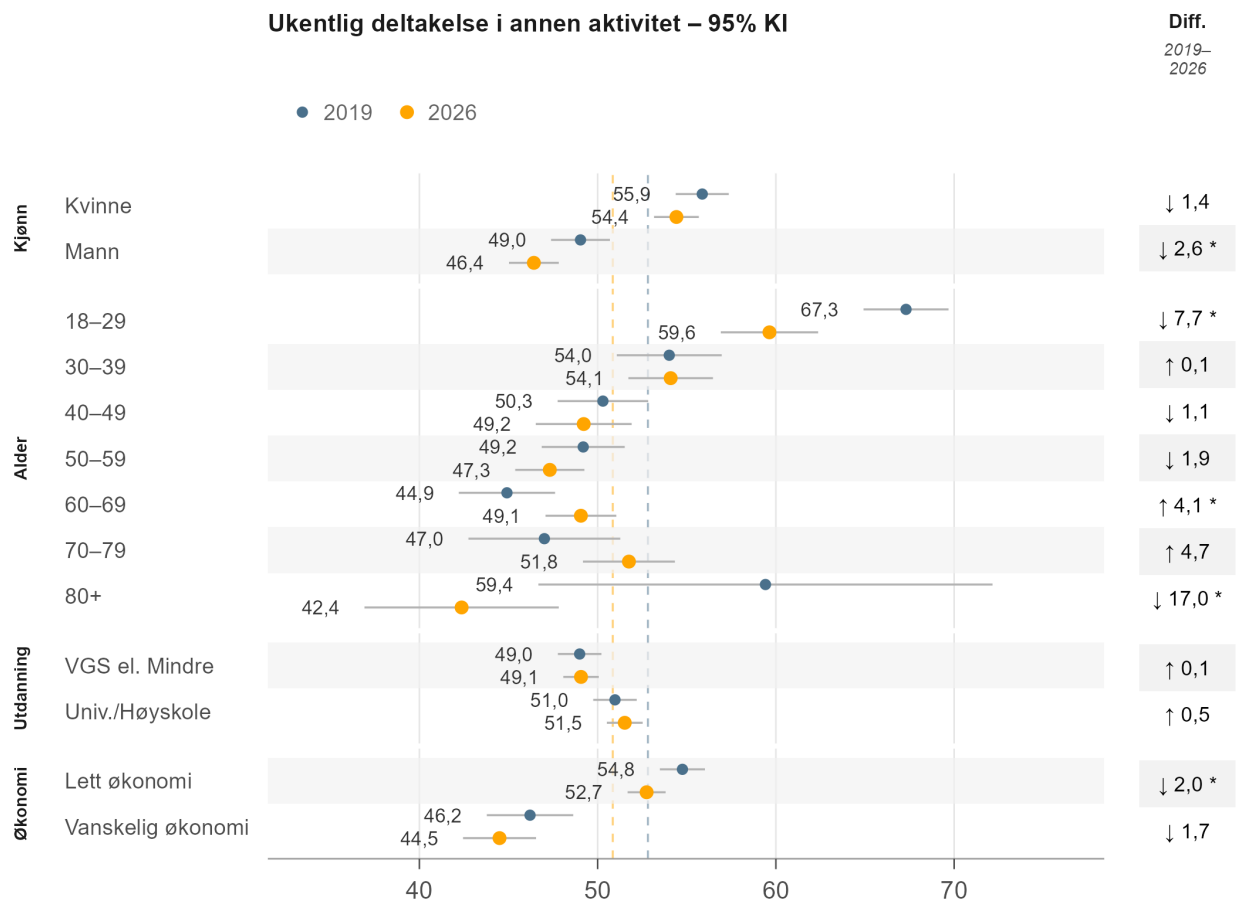
Figur 44: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 60,1 prosent, og lavest blant personer i alderen 80+, med 49,5 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene på 10,6 prosentpoeng er ikke statistisk sikker og Cohen's h er 0,21, noe som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 60,4 prosent, og lavest i gruppen 80+, med 35,6 prosent. Dette er en statistisk sikker forskjell på 24,8 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,50, som tilsvarer en stor forskjell. Kjønnforskjellene er statistisk sikre i aldersgruppene 50-59, 60-69 og 70-79 år. I disse gruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med forskjeller på henholdsvis 10,2, 9,7 og 11,3 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 45: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever at husholdningsøkonomien er svært lett å håndtere, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med statistisk sikre forskjeller mellom ytterpunktene for begge kjønn. Blant kvinner er forskjellen 17,6 prosentpoeng, fra 40,6 prosent til 58,2 prosent. Cohen's h er 0,35, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 13,5 prosentpoeng, fra 36,1 prosent til 49,6 prosent. Cohen's h er 0,28, som også tilsvarer en middels forskjell. Kvinner har høyere andel ukentlig deltakelse enn menn i gruppene med forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett og svært lett økonomi. Forskjellene varierer fra 8,4 til 11,5 prosentpoeng og er statistisk sikre. I de øvrige gruppene er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 46: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet (E)

Andel (justert) for hele utvalget: 2019 52,8 (51,7–53,9) | 2026 50,8 (49,9–51,8) | * Signifikante

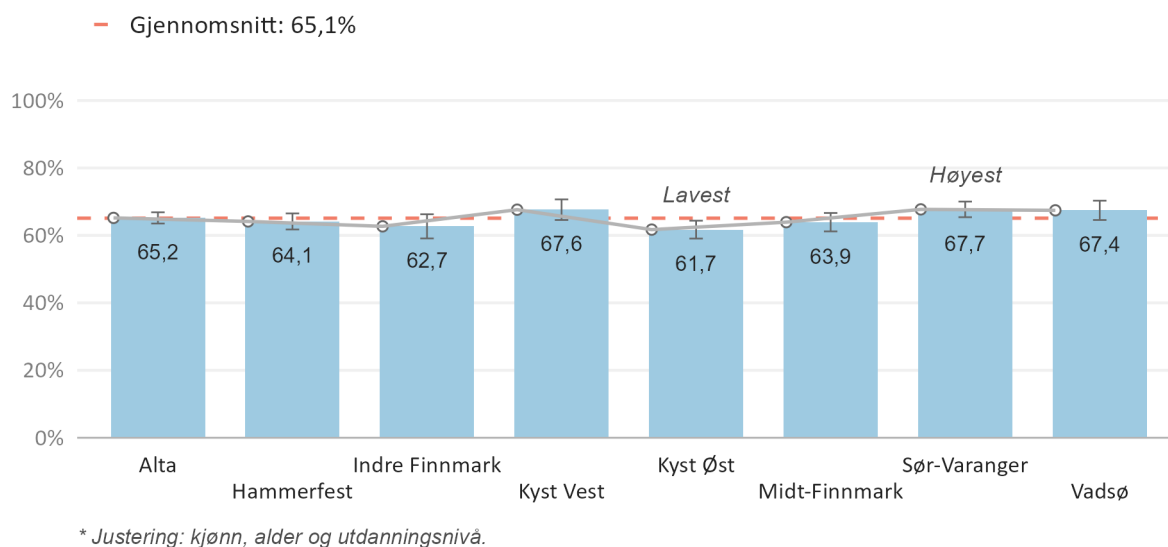
Figur E viser andelen som oppgir ukentlig deltakelse i annen aktivitet fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt gikk andelen ned fra 52,8 prosent i 2019 til 50,8 prosent i 2026, men endringen er ikke statistisk sikker. Kvinner har fortsatt høyere deltakelse enn menn, og nedgangen blant menn er statistisk sikker, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. Blant de yngste gikk andelen statistisk sikkert ned med 7,7 prosentpoeng, mens gruppen 60–69 år har en statistisk sikker økning på 4,1 prosentpoeng. Også blant personer 80 år eller eldre er det en statistisk sikker nedgang, på 17,0 prosentpoeng. Det er ingen statistisk sikre endringer innen utdanningsgruppene. Blant personer med lett økonomi er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker, og hovedmønsteret med høyere deltakelse ved lett økonomi besto.

3.14 God eller svært god helse

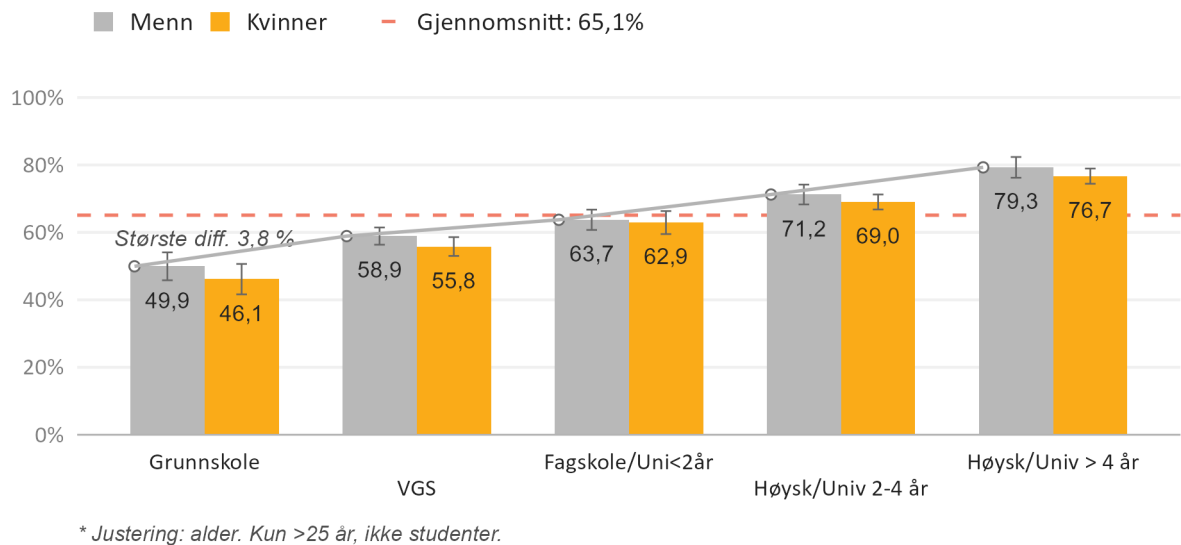
Svarandel: Totalt 11 134 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 134	65,1 %	64,2 – 66,0
Kvinner	6 158	65,5 %	64,3 – 66,7
Menn	4 976	64,7 %	63,3 – 66,0

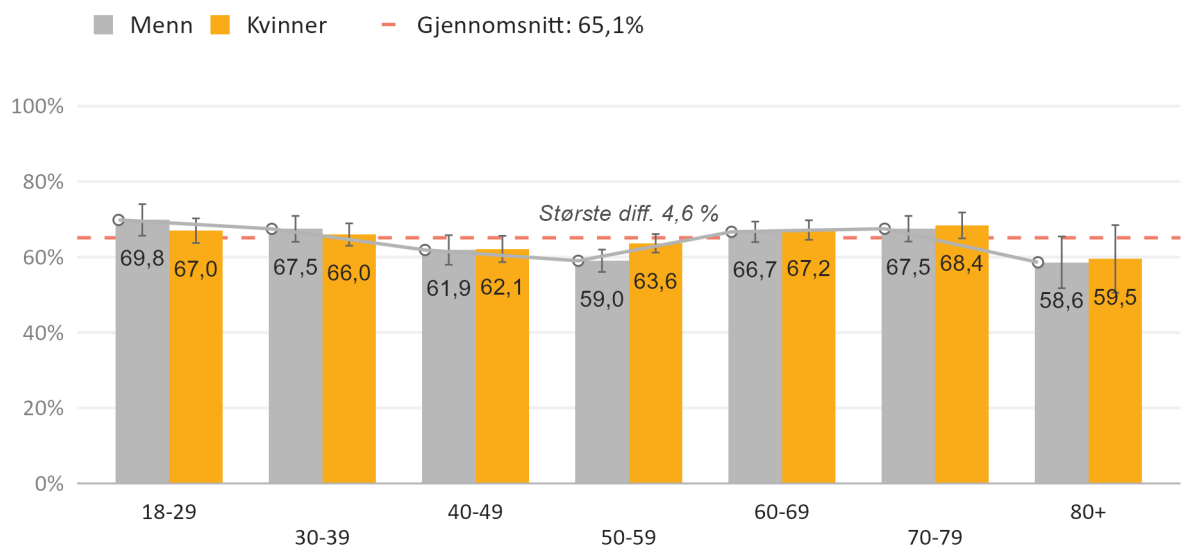
Figur 47: God eller svært god helse etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Sør-Varanger, med 67,7 prosent, og lavest i Kyst Øst, med 61,7 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 6,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,13, noe som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. Kyst Vest og Vadsø har også høye andeler, med henholdsvis 67,6 prosent og 67,4 prosent. Alta har en andel på 65,2 prosent, mens Hammerfest og Midt-Finnmark ligger på 64,1 prosent og 63,9 prosent. Indre Finnmark har en andel på 62,7 prosent.

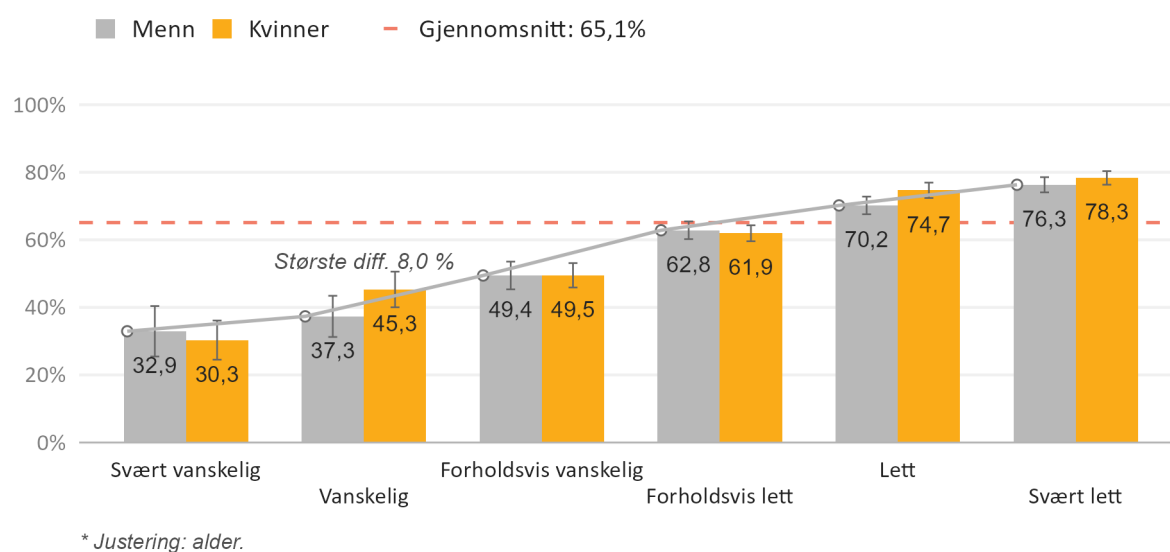
Figur 48: God eller svært god helse etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år og lavest blant dem med grunnskole, med statistisk sikre forskjeller mellom ytterpunktene. Blant kvinner er forskjellen 30,6 prosentpoeng, fra 46,1 prosent med grunnskole til 76,7 prosent med lengre høyskole- eller universitetsutdanning. Cohen's h er 0,64, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er den tilsvarende forskjellen 29,3 prosentpoeng, fra 49,9 prosent til 79,3 prosent. Cohen's h er 0,63, også en stor forskjell. Andelen som vurderer helsen som god eller svært god, øker gjennomgående med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn på de ulike utdanningsnivåene.

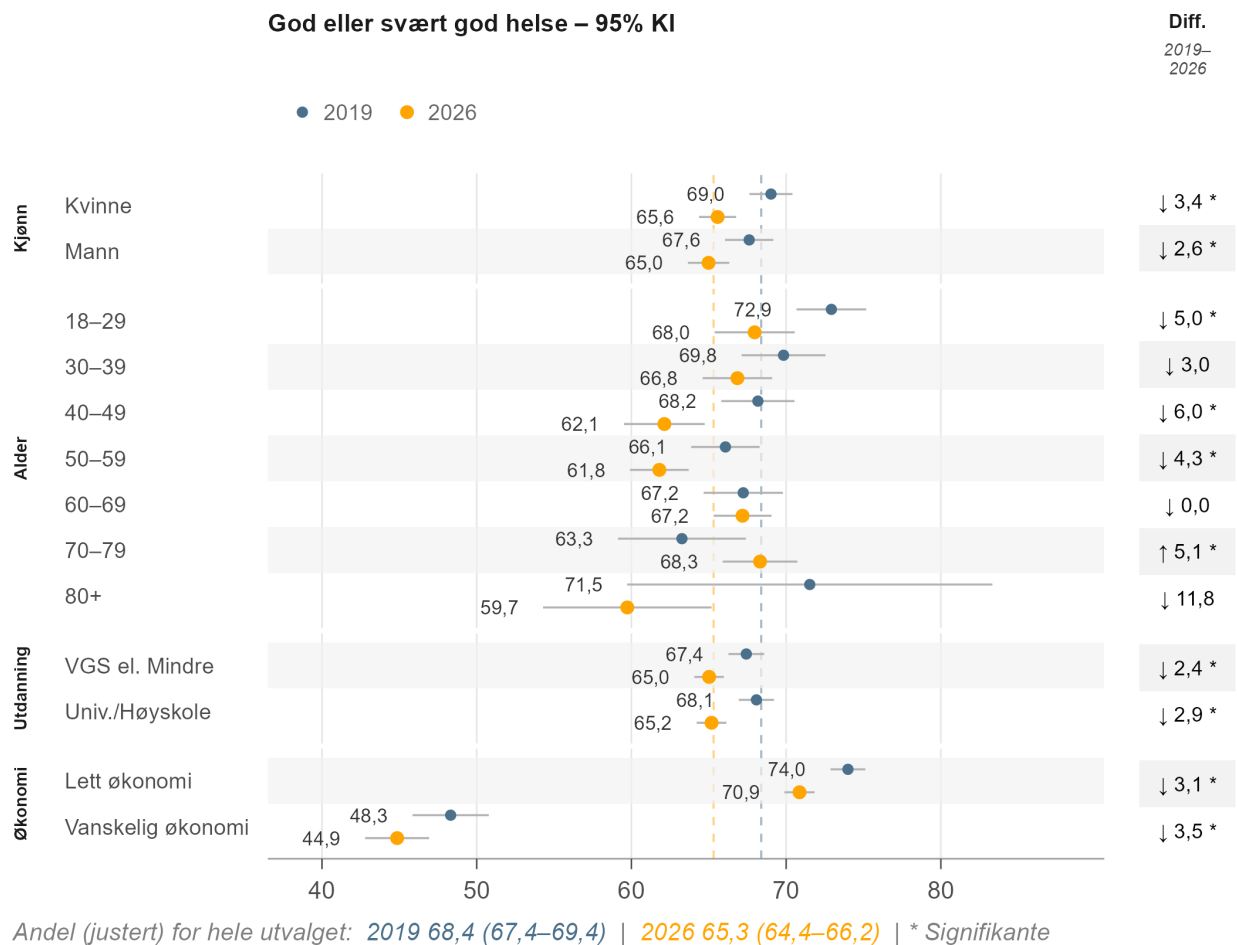
Figur 49: God eller svært god helse etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 70–79 år, med 68,4 prosent, og lavest blant dem på 80 år eller eldre, med 59,5 prosent. Forskjellen på 8,9 prosentpoeng er ikke statistisk sikker, og Cohen's h på 0,19 tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 69,8 prosent, og lavest blant dem på 80 år eller eldre, med 58,6 prosent. Forskjellen på 11,2 prosentpoeng er statistisk sikker, men Cohen's h på 0,24 viser at forskjellen er liten. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i noen av aldersgruppene.

Figur 50: God eller svært god helse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er høyest blant kvinner som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 78,3 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 30,3 prosent. Det er en statistisk sikker differanse på 48,0 prosentpoeng, og Cohen's h på 1,01 tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen også høyest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 76,3 prosent, og lavest ved svært vanskelig økonomi, med 32,9 prosent. Differansen er 43,4 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h på 0,90 viser en stor forskjell. Andelen som vurderer helsen som god eller svært god, er dermed gjennomgående høyere ved lettere vurdert husholdningsøkonomi. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn i de ulike økonomiske gruppene.

Figur 51: God eller svært god helse (E)

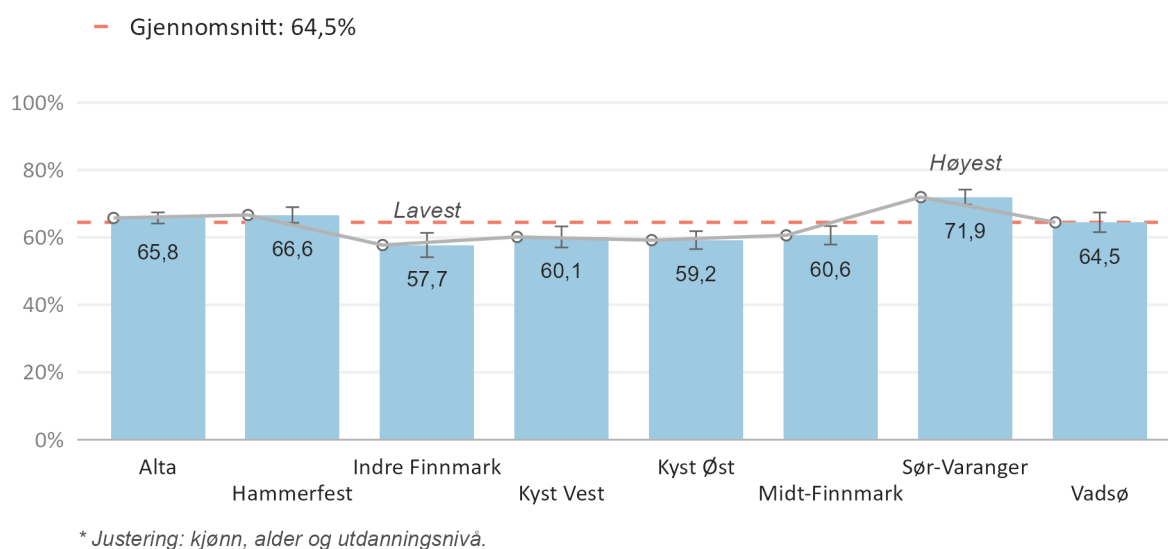
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god helse fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen med god eller svært god helse gikk statistisk sikkert ned med 3,1 prosentpoeng fra 2019 til 2026. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellen er liten i begge år. Flere aldersgrupper har statistisk sikre nedganger, blant annet 18–29-åringene og 40–59-åringene. Blant 70–79-åringene er det derimot en statistisk sikker økning. Utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, og nivåene er nokså like i begge år. Andelen gikk også statistisk sikkert ned både blant dem med lett og dem med vanskelig økonomi. Mønsteret med en klart lavere andel blant personer med vanskelig økonomi er stabilt.

3.15 God eller svært god tannhelse

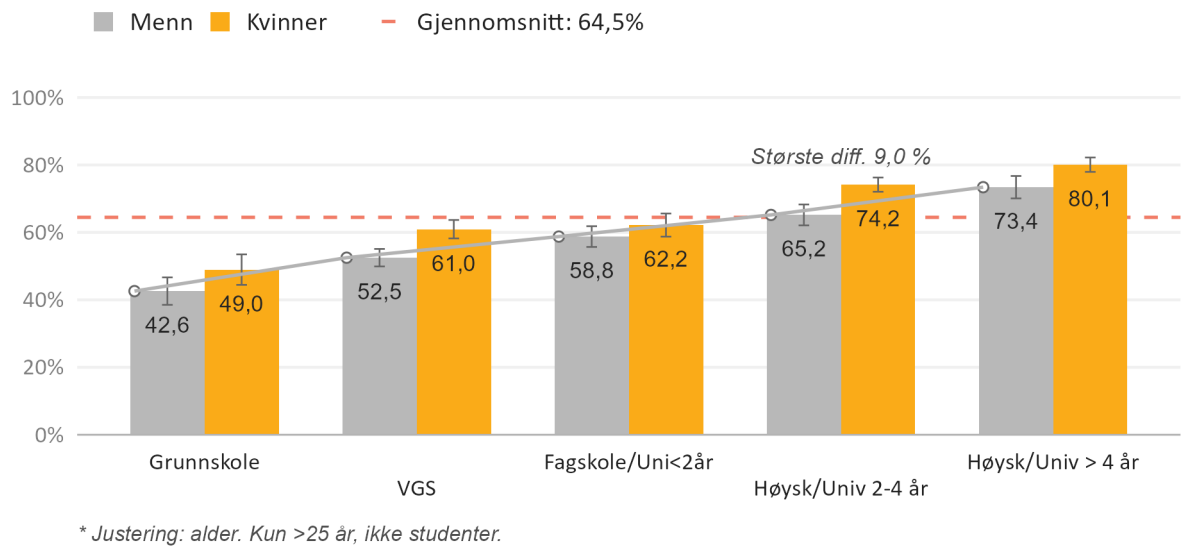
Svarandel: Totalt 11 147 deltakere av 11 171 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 147	64,5 %	63,6 – 65,4
Kvinner	6 162	69,2 %	68,1 – 70,4
Menn	4 985	58,6 %	57,2 – 60,0

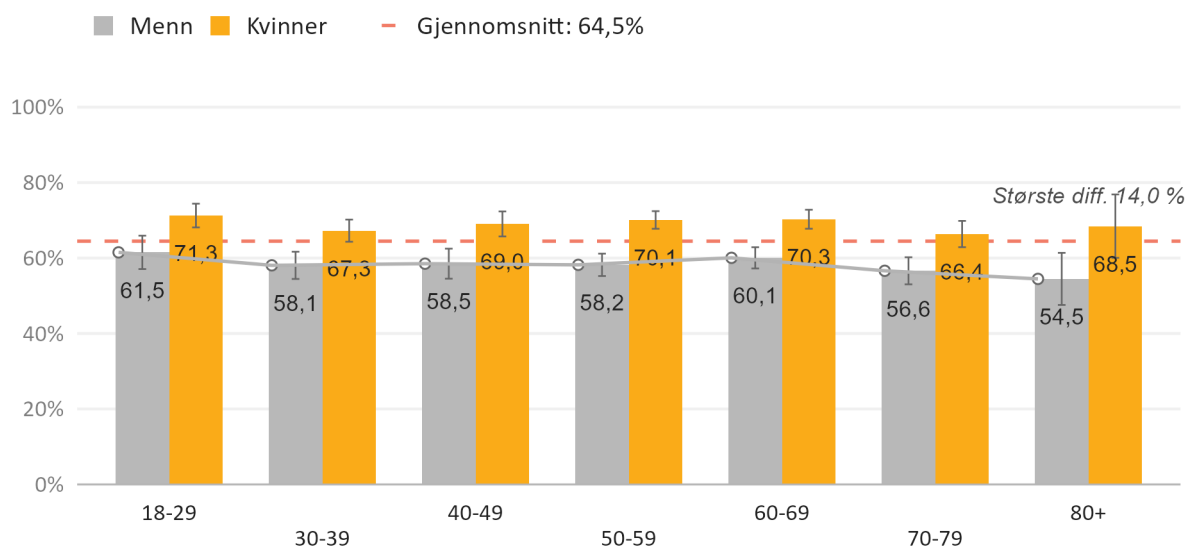
Figur 52: God eller svært god tannhelse etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Sør-Varanger, med 71,9 prosent, og lavest i Indre Finnmark, med 57,7 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 14,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,30, noe som tilsvarer en middels forskjell. Alta, Hammerfest og Vadsø har andeler på henholdsvis 65,8 prosent, 66,6 prosent og 64,5 prosent. I Kyst Vest, Kyst Øst og Midt-Finnmark er andelen lavere, med 60,1 prosent, 59,2 prosent og 60,6 prosent. Regionen Sør-Varanger skilte seg ut med den høyeste andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, mens Indre Finnmark har den laveste andelen.

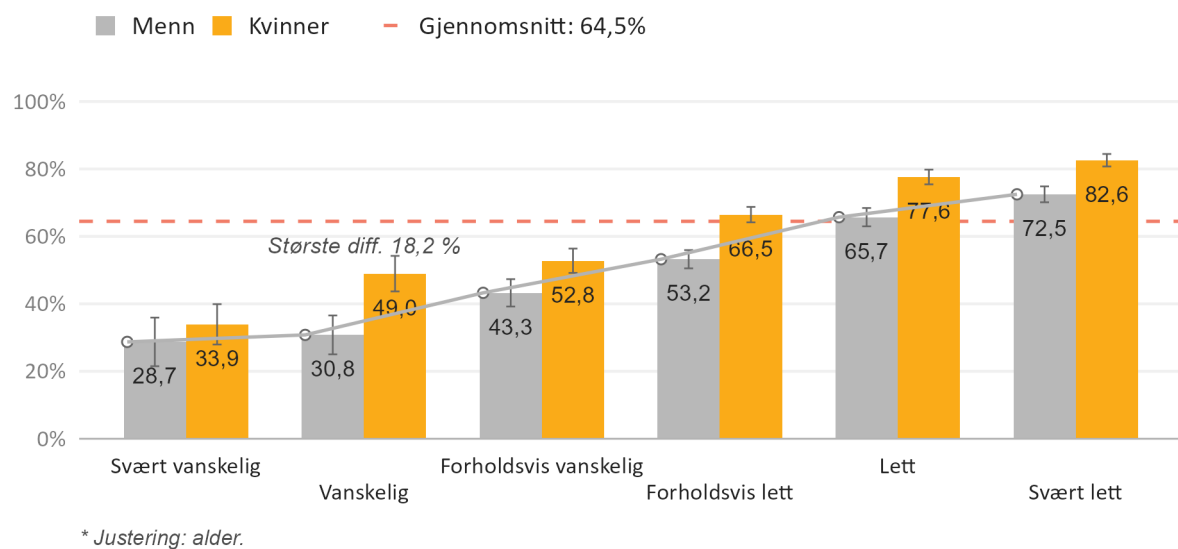
Figur 53: God eller svært god tannhelse etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen øker med utdanningsnivå for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen lavest blant dem med grunnskole, med 49,0 prosent, og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, med 80,1 prosent. Forskjellen på 31,1 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en Cohen's h på 0,67, som er en stor forskjell. Blant menn er andelen lavest for dem med grunnskole, med 42,6 prosent, og høyest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, med 73,4 prosent. Forskjellen på 30,8 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,64, som tilsvarer en stor forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn på alle utdanningsnivåer. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre blant dem med videregående opplæring og blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning. Forskjellen er størst for utdanning på 2–4 år, der andelen er 74,2 prosent blant kvinner og 65,2 prosent blant menn, en forskjell på 9,0 prosentpoeng.

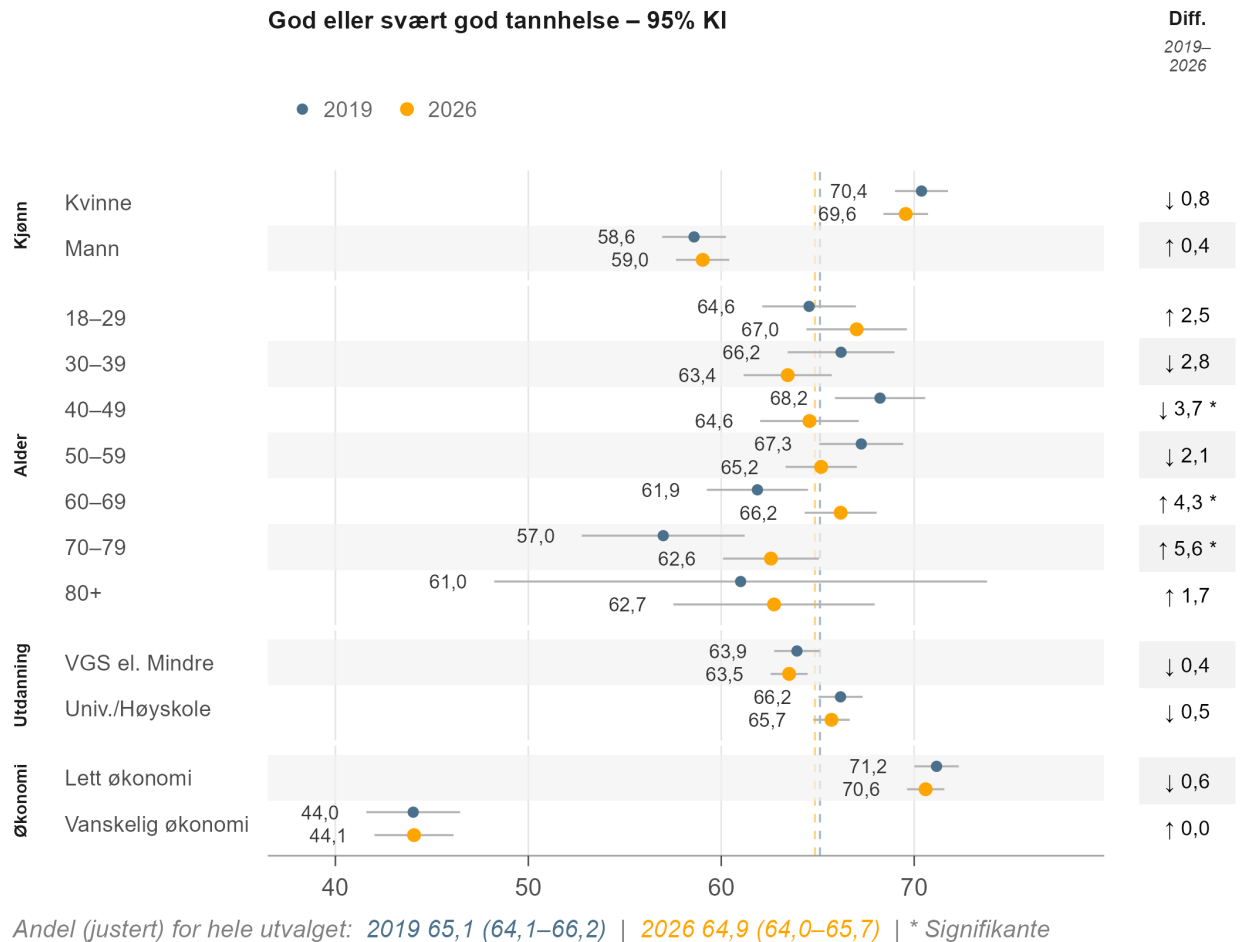
Figur 54: God eller svært god tannhelse etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 71,3 prosent, og lavest blant 70–79-åringene, med 66,4 prosent. Forskjellen er 4,9 prosentpoeng og tilsvarer Cohen's h på 0,11, som indikerer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 61,5 prosent, og lavest blant dem som er 80 år og eldre, med 54,5 prosent. Forskjellen er 7,0 prosentpoeng og Cohen's h er 0,14, også en liten forskjell. Aldersforskjellene innen hvert kjønn framstår dermed som begrensede og forskjellen mellom ytterpunktene er ikke statistisk sikker. Kvinner har en statistisk sikker høyere andel enn menn i alle aldersgruppene fra 18–29 til 70–79 år. Forskjellene varierer fra 9,2 prosentpoeng blant 30–39-åringene til 11,9 prosentpoeng blant 50–59-åringene. I den eldste aldersgruppen er andelen 68,5 prosent blant kvinner og 54,5 prosent blant menn, men forskjellen framstår ikke som statistisk sikker.

Figur 55: God eller svært god tannhelse etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen øker med opplevd økonomisk trygghet både blant kvinner og menn. Kvinner har høyest andel i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 82,6 prosent, og lavest andel blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 33,9 prosent. Forskjellen på 48,7 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 1,04, noe som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen 72,5 prosent i gruppen med svært lett økonomi og 28,7 prosent i gruppen svært vanskelig økonomi. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 43,8 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,91, også en stor forskjell. Kvinner har høyere andeler enn menn i alle gruppene. Forskjellene er statistisk sikre for alle gruppene bortsett fra gruppen med svært vanskelig økonomi, og varierer fra 9,5 til 18,2 prosentpoeng. Den største kjønnsforskjellen finnes blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig, der andelen er 49,0 prosent blant kvinner og 30,8 prosent blant menn.

Figur 56: God eller svært god tannhelse (E)

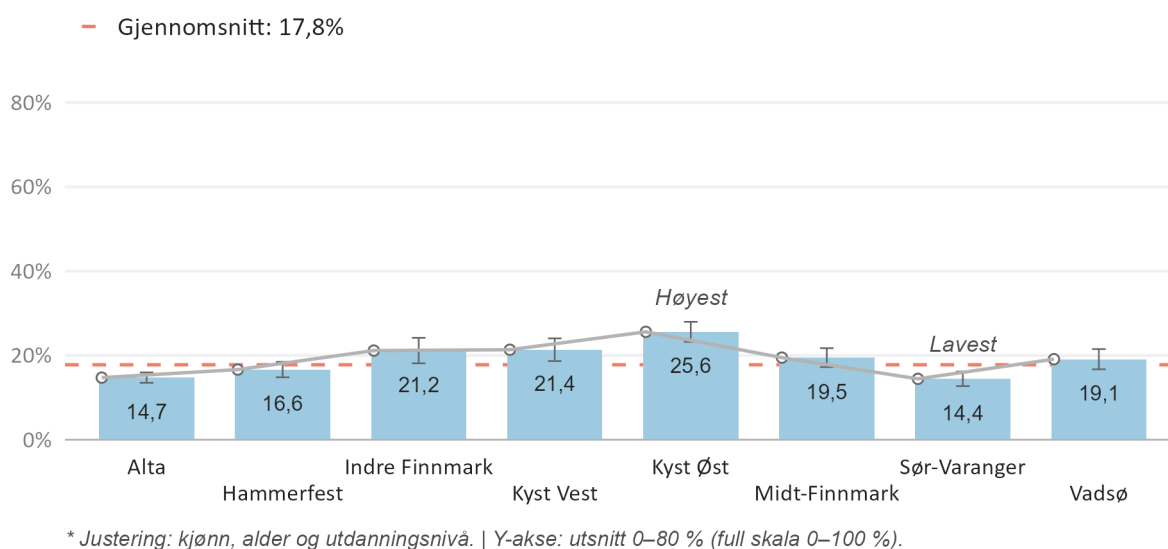
Figur E viser andelen som oppgir god eller svært god tannhelse fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. På totalt nivå gikk andelen ned med 0,2 prosentpoeng, men endringen er ikke statistisk sikker. Det er heller ingen statistisk sikre endringer blant kvinner eller menn, og kvinner rapporterer fortsatt oftere god tannhelse enn menn. Blant aldersgruppene er det en statistisk sikker nedgang på 3,7 prosentpoeng blant 40–49-åringene. Andelen økte statistisk sikkert blant 60–69-åringene og 70–79-åringene, med henholdsvis 4,3 og 5,6 prosentpoeng. Det er ingen statistisk sikre endringer etter utdanning, og andelen er fortsatt noe høyere blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning. Heller ikke blant personer med lett eller vanskelig økonomi er det statistisk sikre endringer, og andelen er fortsatt klart lavere blant dem med vanskelig økonomi.

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

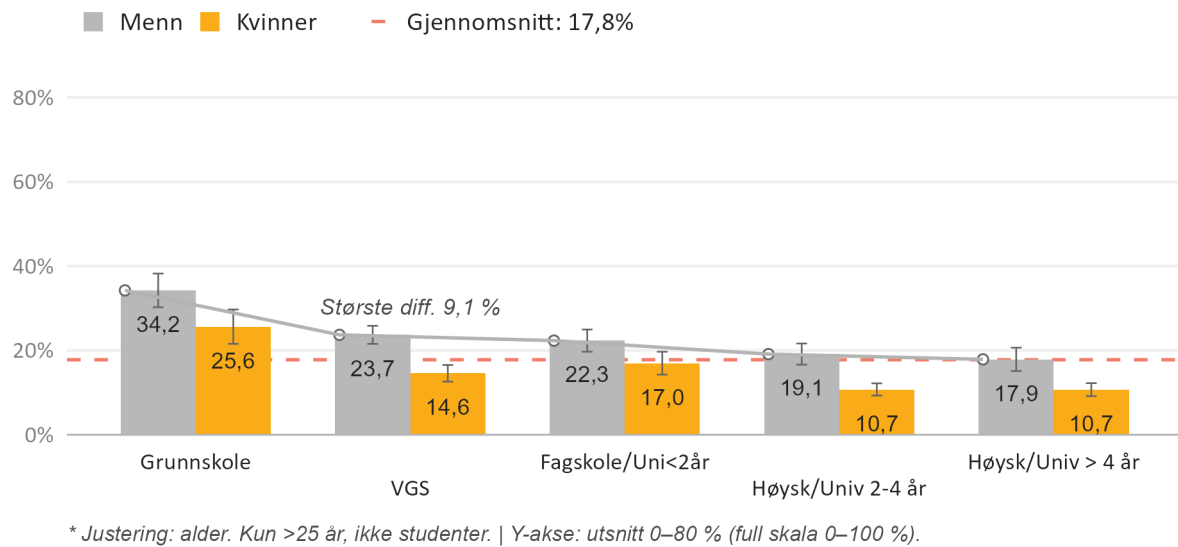
Svarandel: Totalt 11 141 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 141	17,8 %	17,1 – 18,5
Kvinner	6 163	13,6 %	12,7 – 14,4
Menn	4 978	23,0 %	21,8 – 24,2

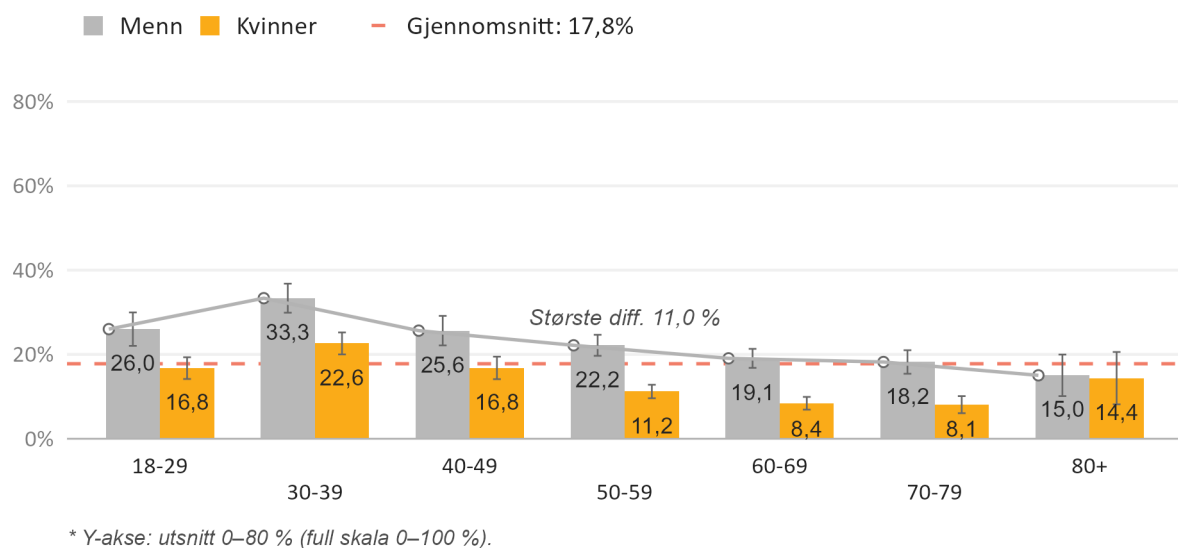
Figur 57: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Kyst Øst har høyest andel, med 25,6 prosent, mens Sør-Varanger har lavest andel, med 14,4 prosent. Differansen mellom disse regionene er 11,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Forskjellen tilsvarer Cohen's h på 0,28, som indikerer en middels forskjell. Andelen er også relativt høy i Kyst Vest og Indre Finnmark, med henholdsvis 21,4 prosent og 21,2 prosent. Alta har en andel på 14,7 prosent, mens Hammerfest, Midt-Finnmark og Vadsø ligger mellom 16,6 prosent og 19,5 prosent.

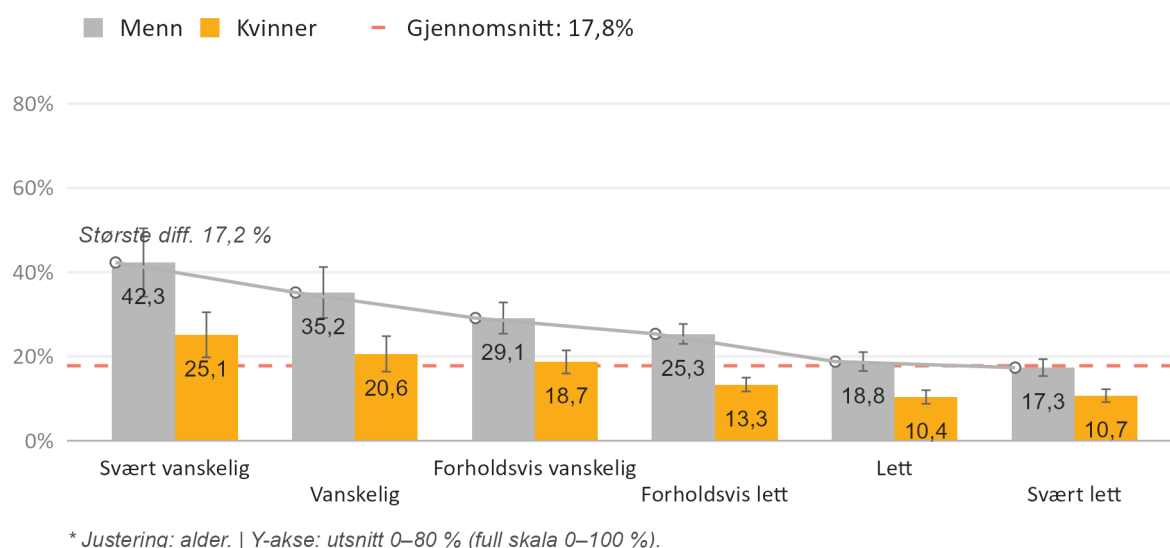
Figur 58: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 25,6 prosent, og lavest blant dem med to til fire års eller mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 10,7 prosent. Forskjellen på 14,9 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarende Cohen's h på 0,40, som indikerer en middels forskjell. For menn er andelen også høyest blant dem med grunnskole, med 34,2 prosent, og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 17,9 prosent. Forskjellen på 16,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarende Cohen's h på 0,38, som også indikerer en middels forskjell. Menn har en høyere andel enn kvinner på alle utdanningsnivåene. Kjønnforskjellen er minst blant dem med fagskole eller under to års universitetsutdanning, der forskjellen er 5,3 prosentpoeng, og størst blant dem med videregående skole, der forskjellen er 9,1 prosentpoeng. Det er statistisk sikre kjønnforskjeller på alle utdanningsnivåene.

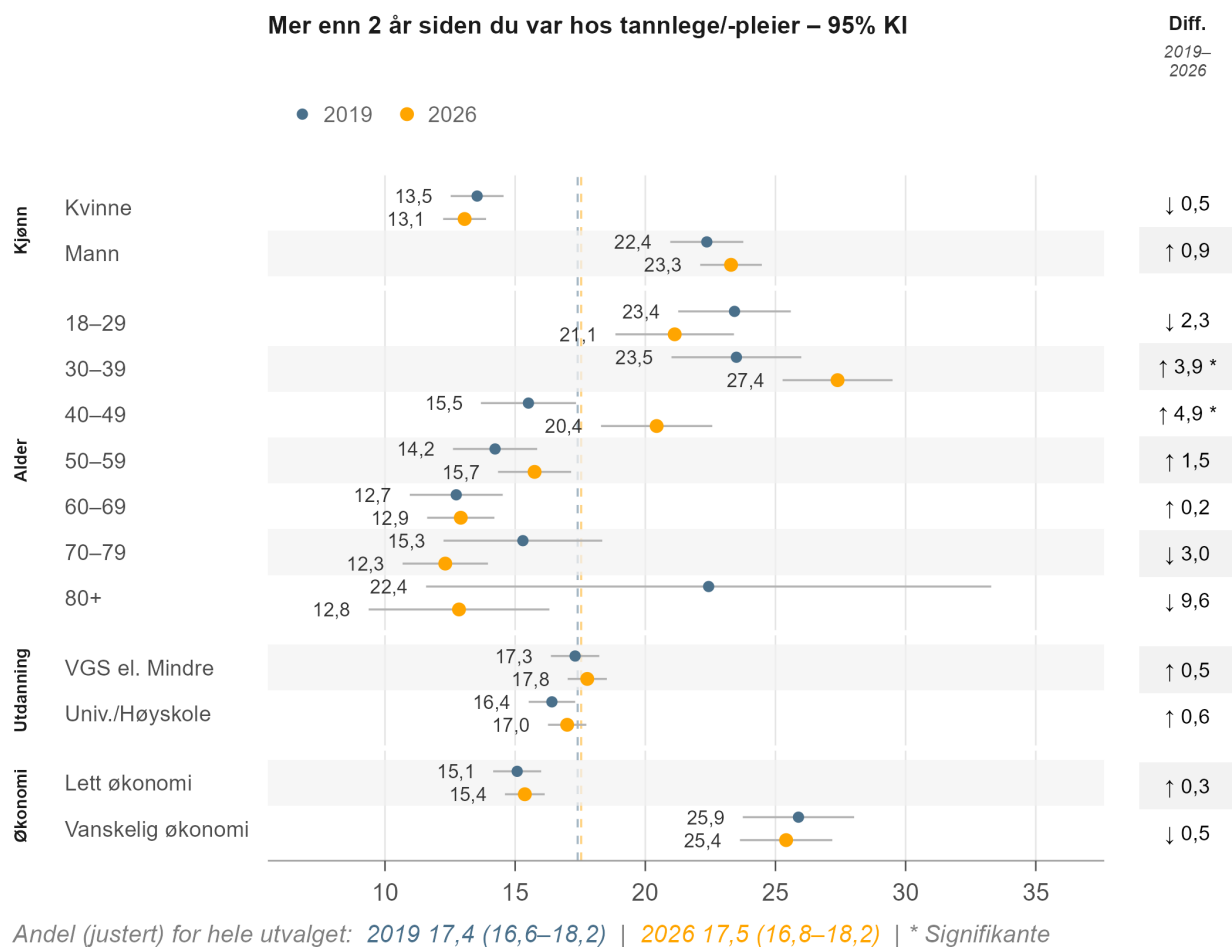
Figur 59: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 år, med 22,6 prosent, og lavest blant 70–79-åringene, med 8,1 prosent. Forskjellen på 14,5 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,41, som indikerer en middels forskjell. Andelen synker etter 30–39 år og øker igjen til 14,4 prosent blant kvinner i aldersgruppen 80+. Blant menn er andelen også høyest i aldersgruppen 30–39 år, med 33,3 prosent, mens den er lavest blant personer i aldersgruppen 80+, med 15,0 prosent. Forskjellen på 18,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,43, som indikerer en middels forskjell. For menn synker andelen gradvis fra 30–39 år til 80+. Menn har høyere andel enn kvinner i alle aldersgruppene fra 18–29 til 70–79 år. Forskjellene varierer fra 8,8 til 11,0 prosentpoeng og er statistisk sikre, med største kjønnsforskjell blant 50–59-åringene.

Figur 60: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som rapporterer at det er mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er gjennomgående høyere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig enn blant dem som vurderer den som lett. Blant kvinner er andelen høyest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 25,1 prosent, og lavest ved lett husholdningsøkonomi, med 10,4 prosent. Forskjellen på 14,7 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,39, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 42,3 prosent, og lavest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 17,3 prosent. Forskjellen på 25,0 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,56, som tilsvarer en stor forskjell. Menn har en høyere andel enn kvinner i alle vurderingene av husholdningsøkonomien. Kjønnsforskjellene varierer fra 6,6 prosentpoeng blant dem som vurderer økonomien som svært lett, til 17,2 prosentpoeng blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Forskjellene mellom kvinner og menn er statistisk sikre i alle gruppene.

Figur 61: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier (E)

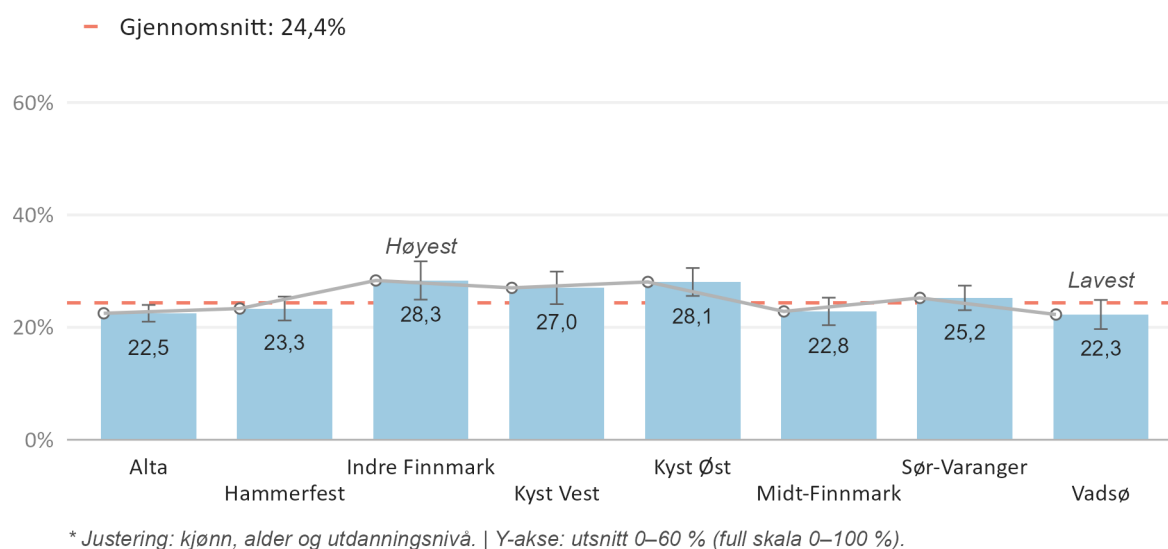
Figur E viser andelen som oppgir mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. På totalnivå er andelen stabil fra 2019 til 2026, og endringen på 0,1 prosentpoeng er ikke statistisk sikker. Andelen blant kvinner og menn endret seg heller ikke statistisk sikkert, og menn lå fortsatt høyere enn kvinner. Blant aldersgruppene økte andelen statistisk sikkert blant 30–39-åringene og 40–49-åringene, med henholdsvis 3,9 og 4,9 prosentpoeng. De øvrige aldersgruppene har ingen statistisk sikre endringer. Utdanningsgruppene endret seg ikke statistisk sikkert, og mønsteret mellom gruppene er i hovedsak stabilt. Også blant personer med lett og vanskelig økonomi er endringene ikke statistisk sikre, og andelen er fortsatt høyere blant dem med vanskelig økonomi.

3.17 Andel med fedme (KMI 30+)

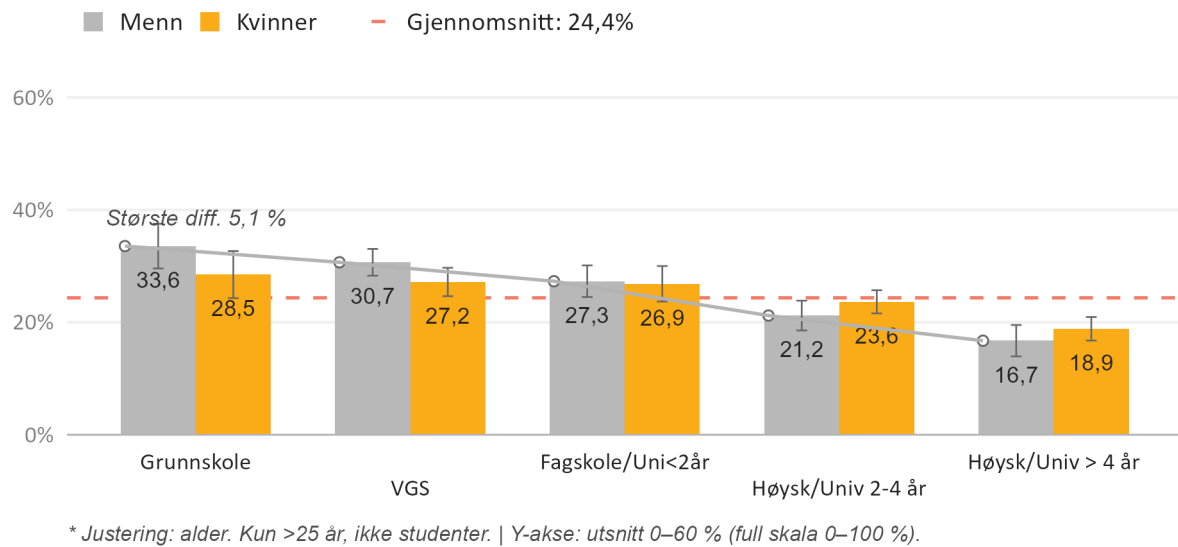
Svarandel: Totalt 10 967 deltakere av 11 171 (98,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 967	24,4 %	23,6 – 25,2
Kvinner	6 045	23,4 %	22,3 – 24,4
Menn	4 922	25,6 %	24,4 – 26,8

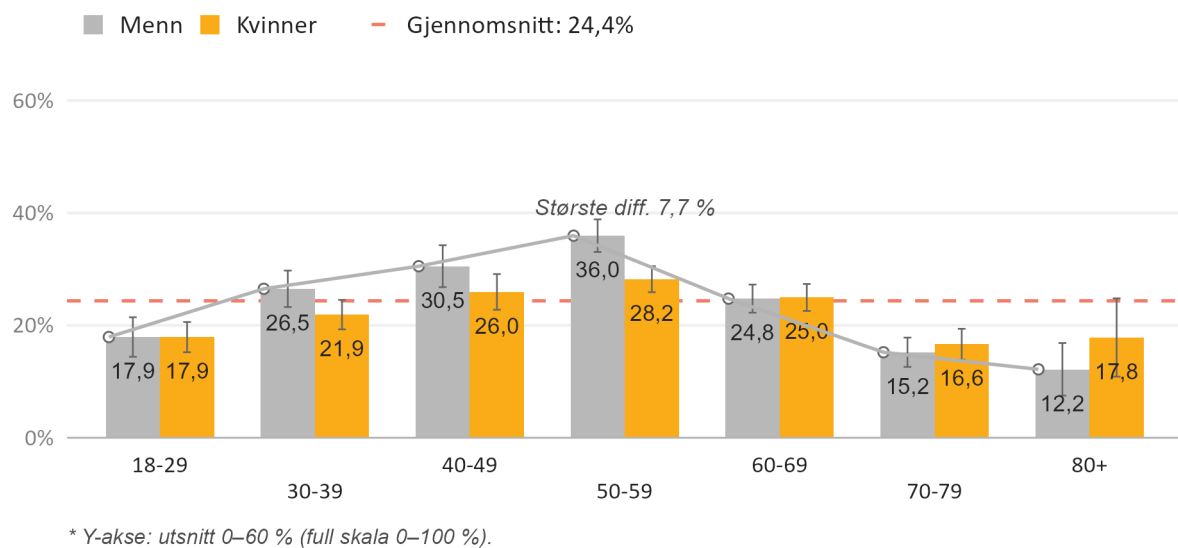
Figur 62: Andel med fedme (KMI 30+) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 28,3 prosent, og lavest i Vadsø, med 22,3 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 6,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Kyst Øst har også en høy andel, med 28,1 prosent, mens Kyst Vest har 27,0 prosent. Alta, Hammerfest og Midt-Finnmark ligger lavere, med andeler på henholdsvis 22,5 prosent, 23,3 prosent og 22,8 prosent. Sør-Varanger ligger mellom ytterpunktene med 25,2 prosent. Cohen's h er 0,14, noe som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene.

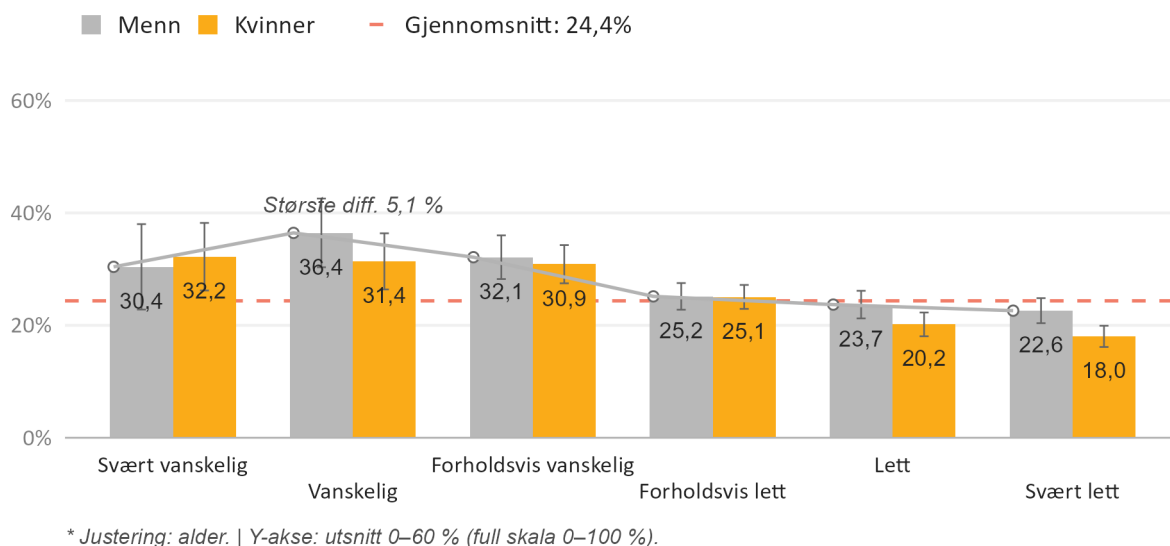
Figur 63: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 28,5 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 18,9 prosent. Forskjellen på 9,6 prosentpoeng er statistisk sikker, men tilsvarer Cohen's h på 0,23, som viser en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest ved grunnskole, med 33,6 prosent, og lavest ved høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 16,7 prosent. Forskjellen på 16,9 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,39, som viser en middels forskjell. Andelen med fedme er dermed lavere ved lengre utdanning for begge kjønn, og utdanningsforskjellen er større blant menn. Kjønnforskjellene innenfor de enkelte utdanningsnivåene er små og framstår ikke som statistisk sikre.

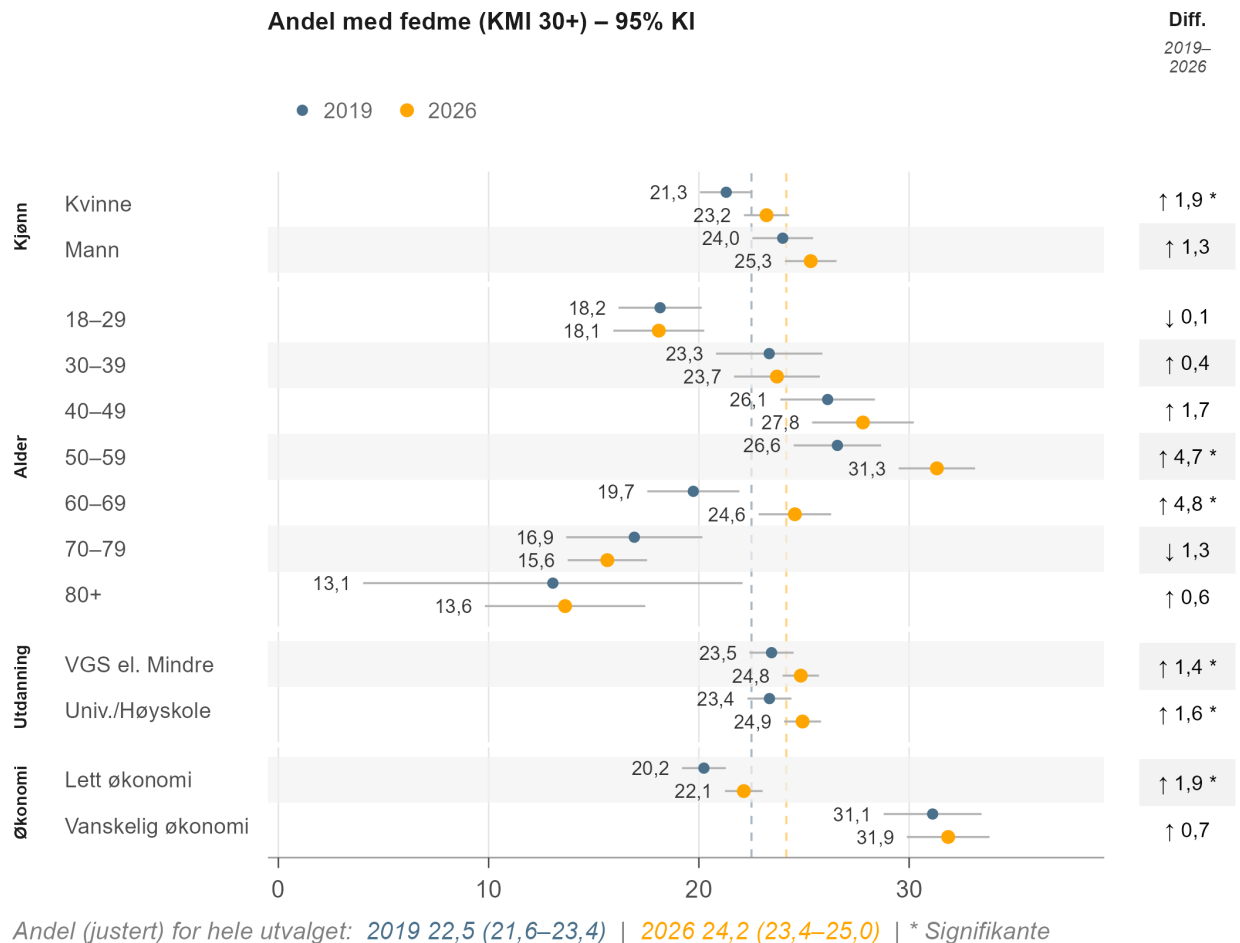
Figur 64: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 17,9 prosent i aldersgruppen 18-29 år til 28,2 prosent i 50-59 år, før den synker til 16,6 prosent i 70-79 år og øker svakt til 17,8 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Det er en statistisk sikker forskjell mellom høyeste og laveste andel blant kvinner på 11,6 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn øker andelen fra 17,9 prosent i 18-29 år til 36,0 prosent i 50-59 år. Deretter faller andelen med økende alder, til 12,2 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant menn er 23,8 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,57, som viser en stor forskjell. Kjønnforskjellen er tydeligst i aldersgruppen 50-59 år, der andelen er 35,9 prosent blant menn og 28,2 prosent blant kvinner. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 7,7 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre.

Figur 65: Andel med fedme (KMI 30+) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 32,2 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært lett, med 18,0 prosent. Forskjellen er 14,2 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,33, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplevde økonomien som vanskelig, med 36,4 prosent, mens den er lavest blant dem som opplever den som svært lett, med 22,6 prosent. Forskjellen er 13,8 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,31, som tilsvarer en middels forskjell. For begge kjønn er andelen med fedme gjennomgående lavere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett eller svært lett enn blant dem som vurderer den som vanskelig eller svært vanskelig. Kjønnforskjellen er statistisk sikker blant dem som opplever økonomien som svært lett. Her er andelen 22,6 prosent blant menn og 18,0 prosent blant kvinner, en forskjell på 4,6 prosentpoeng. For de øvrige vurderingene av husholdningsøkonomien er kjønnforskjellene ikke statistisk sikre, inkludert den største kjønnforskjellen på 5,1.

Figur 66: Andel med fedme (KMI 30+) (E)

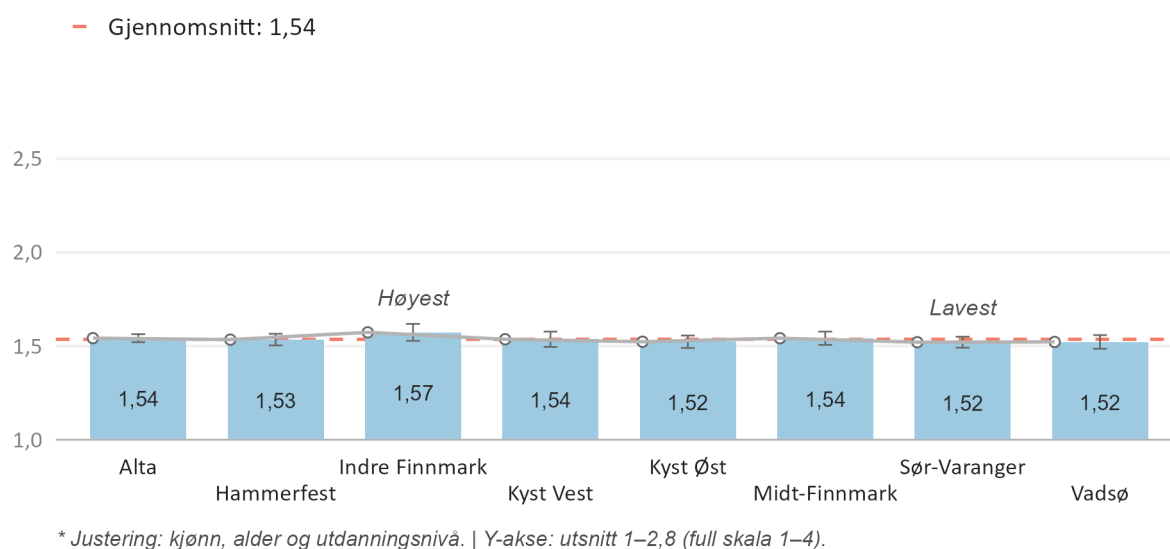
Figur E viser andelen som oppgir andel med fedme (KMI 30+) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. På totalnivå økte andelen fra 22,5 i 2019 til 24,2 i 2026, men økningen på 1,7 prosentpoeng er ikke statistisk sikker. Andelen økte statistisk sikkert blant kvinner, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. Menn har fortsatt en høyere andel enn kvinner i begge år. Blant aldersgruppene er det statistisk sikre økninger blant 50–59-åringene og 60–69-åringene, på henholdsvis 4,7 og 4,8 prosentpoeng. Hovedmønsteret med lavere andeler blant de yngste og eldste enn blant middelaldrende er i hovedsak stabilt. Andelen økte statistisk sikkert både blant personer med videregående utdanning eller mindre og blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning. Det er også en statistisk sikker økning blant personer med lett økonomi, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Gruppen med vanskelig økonomi har fortsatt klart høyere andel enn gruppen med lett økonomi.

3.18 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)

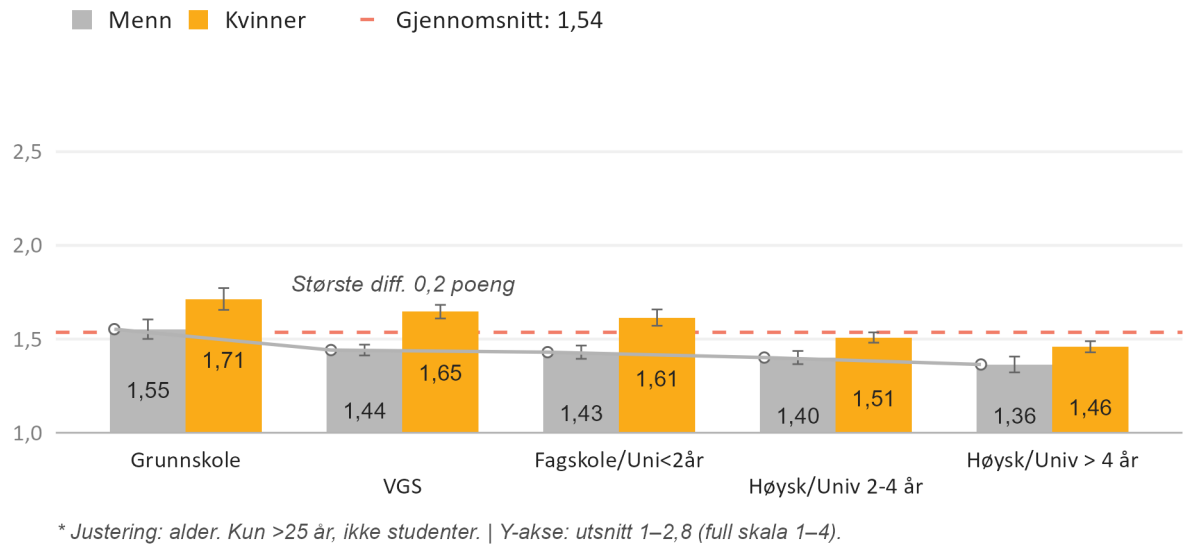
Svarandel: Totalt 11 137 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 137	1,54	1,52 – 1,55
Kvinner	6 161	1,60	1,59 – 1,62
Menn	4 976	1,45	1,43 – 1,47

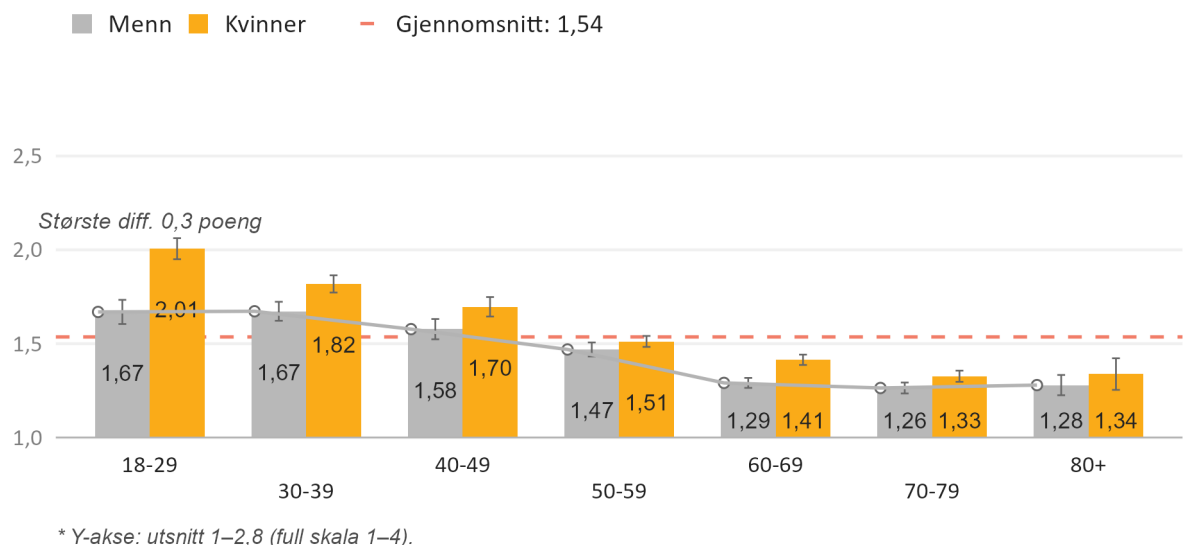
Figur 67: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Indre Finnmark har høyest gjennomsnittsskår med 1,57, mens Sør-Varanger har lavest skår med 1,52. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,05 poeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's d er 0,08, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Nivået av psykiske plager er dermed nokså likt mellom regionene.

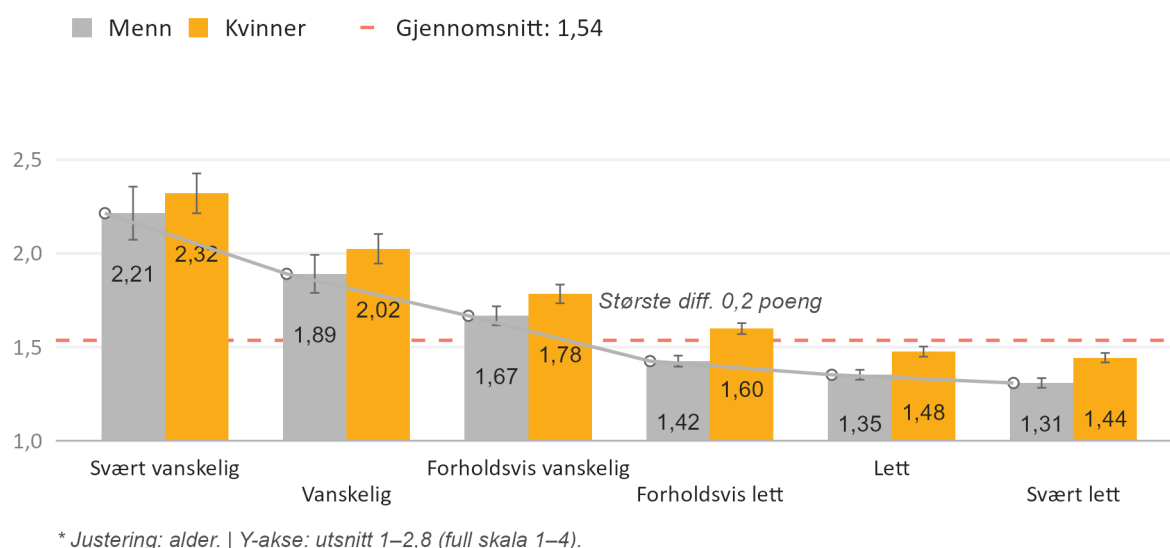
Figur 68: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med grunnskole, med 1,71, og lavest blant dem med utdanning fra høyskole eller universitet over fire år, med 1,46. Forskjellen på 0,25 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,42, som er en middels forskjell. Blant menn er nivået også høyest i gruppen med grunnskole, med 1,55, og lavest blant dem med utdanning fra høyskole eller universitet over fire år, med 1,36. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 0,19 poeng og Cohen's d på 0,31, også en middels forskjell. Kvinner har høyere skår enn menn på alle utdanningsnivåene, og forskjellene er statistisk sikre. Kjønnforskjellen er størst blant dem med videregående skole, der kvinner har en skår på 1,65 og menn 1,44, en forskjell på 0,19 poeng. Den minste forskjellen er blant dem med utdanning fra høyskole eller universitet over fire år, med 1,46 for kvinner og 1,36 for menn, en forskjell på 0,10 poeng.

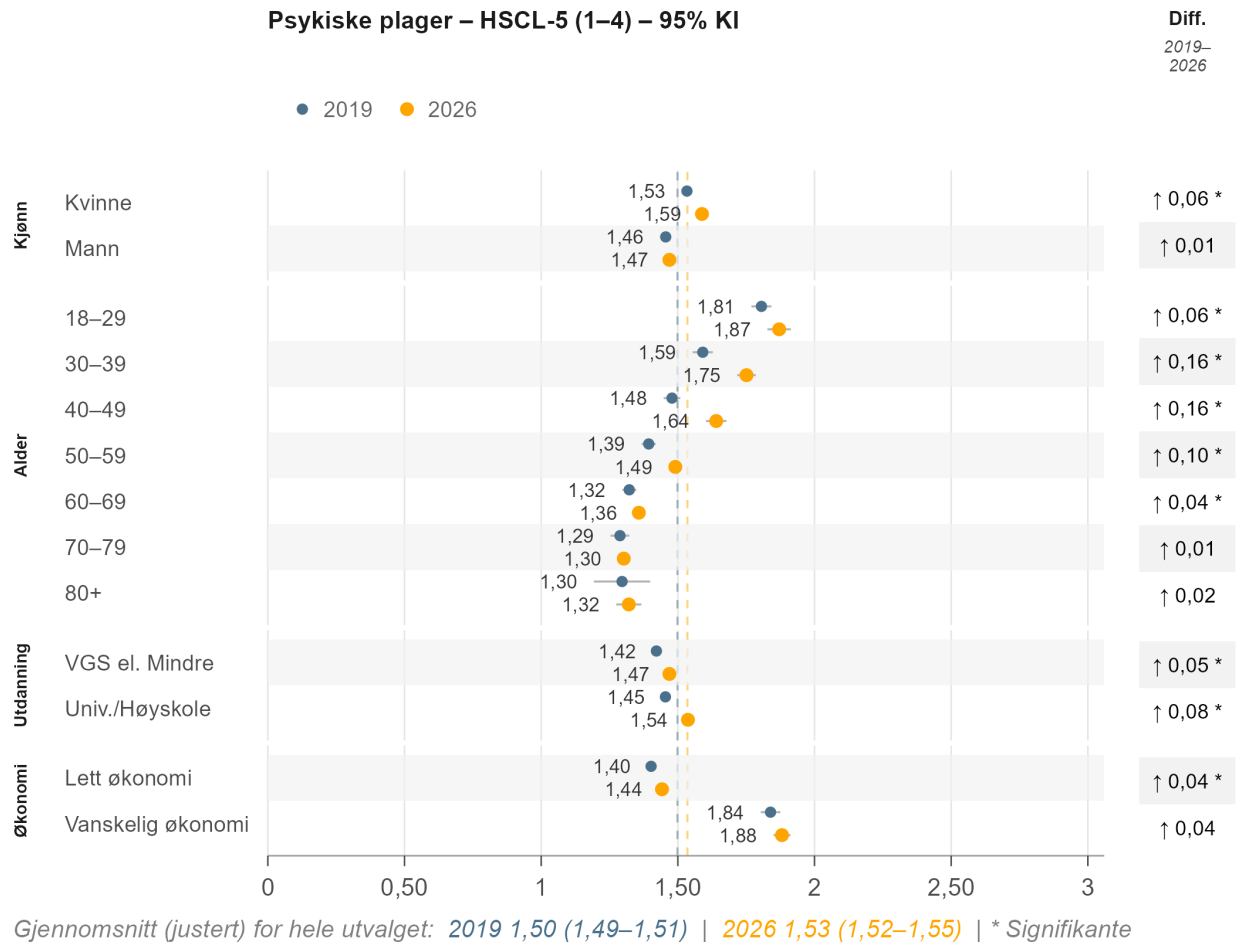
Figur 69: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er nivået høyest i aldersgruppen 18–29 år, med en skår på 2,01, og lavest blant 70–79-åringene, med 1,33. Dette er en statistisk sikker forskjell på 0,68 poeng og tilsvarer Cohen's d på 1,06, som er en stor forskjell. Blant menn er nivået høyest i aldersgruppen 30–39 år, med en skår på 1,67, og lavest blant 70–79-åringene, med 1,26. Differansen på 0,41 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,64, som også er en stor forskjell. Nivået av psykiske plager avtar gjennomgående med økende alder for begge kjønn, før det er nokså stabilt i de eldste aldersgruppene. Kvinner har høyere skår enn menn i aldersgruppene fra 18–29 til 70–79 år, og forskjellene er statistisk sikre i alle disse gruppene unntatt 50–59 år. Den største kjønnsforskjellen er blant 18–29-åringene, der kvinner har en skår som er 0,34 poeng høyere enn menn.

Figur 70: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er nivået høyest for dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med en skår på 2,32, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett, med 1,44. Differansen på 0,88 poeng er statistisk sikker og Cohen's d er 1,37, noe som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 2,21, og lavest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 1,31. Differansen på 0,90 poeng er statistisk sikker, og Cohen's d er 1,41, som også viser en stor forskjell. For begge kjønn øker nivået av psykiske plager med mer negativ vurdering av husholdningsøkonomien. Kvinner har høyere skår enn menn i gruppene med forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett og svært lett husholdningsøkonomi. For de øvrige gruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre.

Figur 71: Psykiske plager – HSCL-5 (1–4) (E)

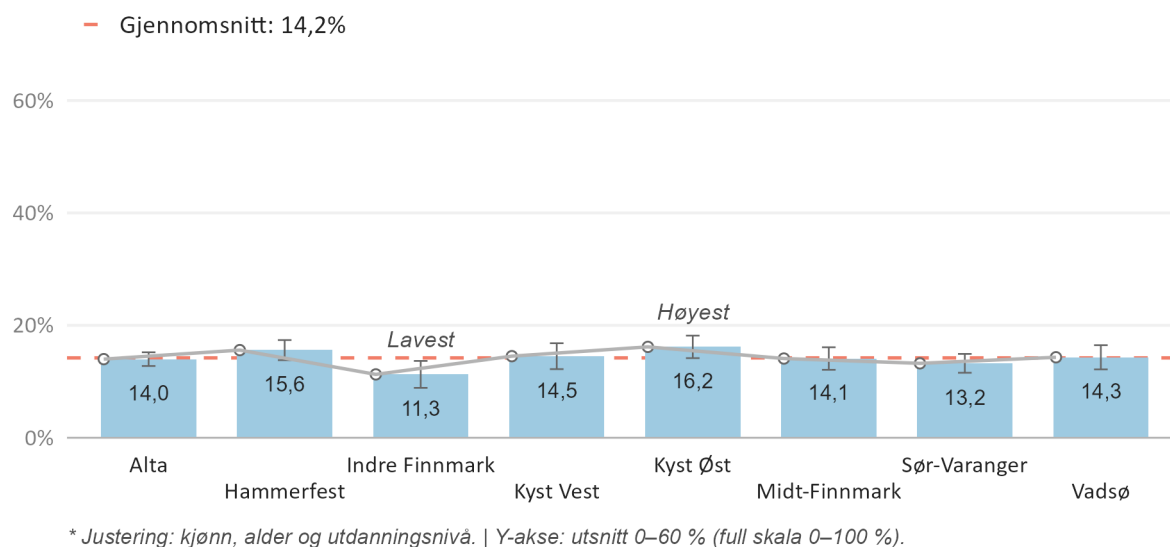
Figur E viser gjennomsnittsskåren for psykiske plager – HSCL-5 (1–4) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet sett økte gjennomsnittsskåren svakt, men statistisk sikkert, fra 1,50 i 2019 til 1,53 i 2026. Økningen er statistisk sikker blant kvinner, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker. Kvinner har høyere skår enn menn i begge år. Skåren økte statistisk sikkert i aldersgruppene under 70 år, med de største økningene blant 30–49-åringene. Blant personer 70 år eller eldre er endringene ikke statistisk sikre. De yngste har fortsatt de høyeste skårene, mens de eldste har de laveste. Skåren økte statistisk sikkert i begge utdanningsgruppene. Personer med vanskelig økonomi har klart høyere skår enn personer med lett økonomi i begge år, men økningen er bare statistisk sikker i gruppen med lett økonomi.

3.19 Søvnproblemer (Insomni)

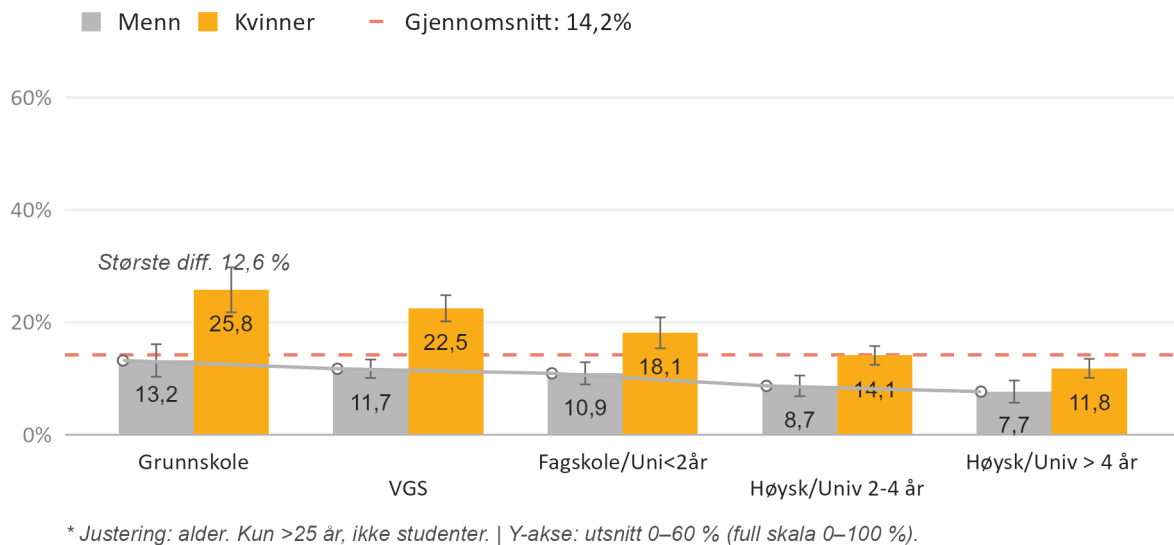
Svarandel: Totalt 11 142 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 142	14,2 %	13,6 – 14,9
Kvinner	6 165	16,9 %	16,0 – 17,8
Menn	4 977	10,9 %	10,0 – 11,7

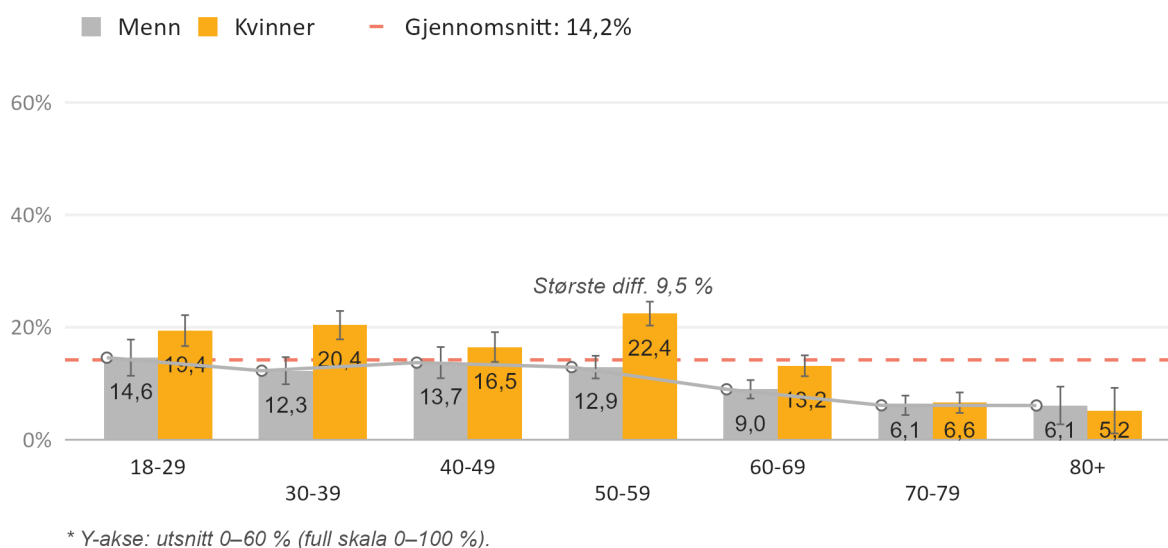
Figur 72: Søvnproblemer (Insomni) etter regioner i fylket (A)



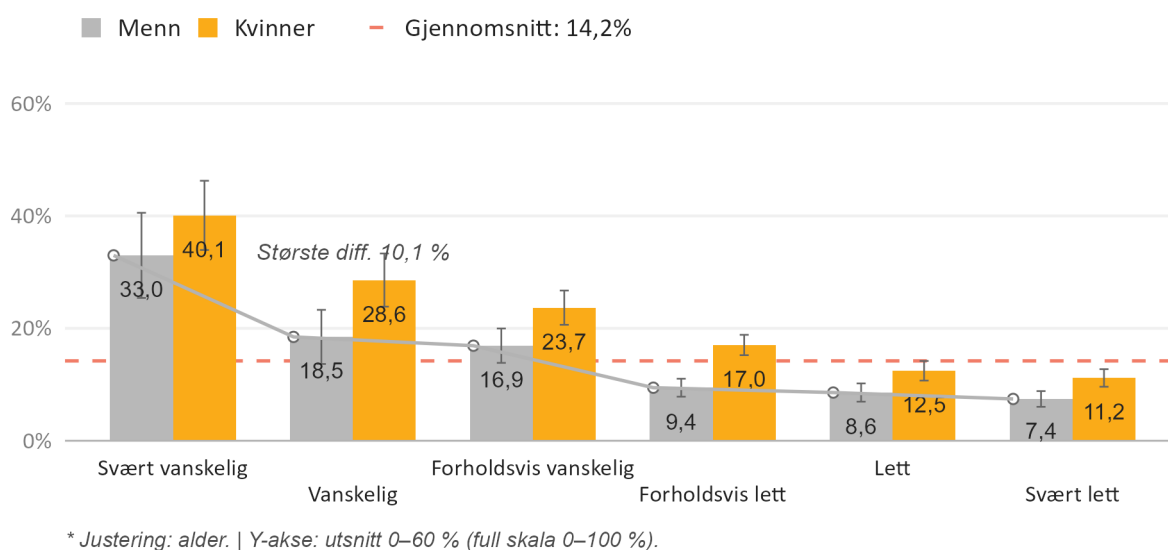
Figur A viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen varierer mellom regionene, fra 11,3 prosent i Indre Finnmark til 16,2 prosent i Kyst Øst. Forskjellen mellom regionene med høyest og lavest andel er 4,9 prosentpoeng, og er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,14, som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. Hammerfest har også en relativt høy andel på 15,6 prosent, mens Sør-Varanger ligger på 13,2 prosent. Alta, Kyst Vest, Midt-Finnmark og Vadsø ligger mellom 14,0 prosent og 14,5 prosent.

Figur 73: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskoleutdanning, med 25,8 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 11,8 prosent. Forskjellen på 14,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvare Cohen's h på 0,36, en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest ved grunnskoleutdanning, med 13,2 prosent, og lavest ved høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 7,7 prosent. Forskjellen på 5,5 prosentpoeng er statistisk sikker, men tilsvare Cohen's h på 0,18, som er en liten forskjell. Kvinner har en høyere andel søvnproblemer enn menn på alle utdanningsnivåer. Kjønnforskjellen er størst blant dem med grunnskoleutdanning, der andelen er 12,6 prosentpoeng høyere blant kvinner. Forskjellen er også tydelig blant dem med videregående utdanning, med 10,8 prosentpoeng, og blant dem med fagskole- eller universitetsutdanning under to år, med 7,2 prosentpoeng. Det er statistisk sikre kjønnforskjeller på alle utdanningsnivåene.

Figur 74: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 50-59 år, med 22,4 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 5,2 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 17,2 prosentpoeng og tilsvarer Cohen's h på 0,53, som indikerer en stor forskjell. Andelen blant kvinner er også relativt høy i aldersgruppene 18-29 år og 30-39 år, før den falt i de eldre aldersgruppene. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 14,6 prosent, og lavest i aldersgruppen 60-69 år, med 9,0 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 8,6 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,29, som indikerer en middels forskjell. Andelen blant menn er lavere enn blant kvinner i de fleste aldersgruppene. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller i aldersgruppene 30-39 år, 50-59 år og 60-69 år. Forskjellene er størst i aldersgruppen 50-59 år, der andelen er 22,4 prosent blant kvinner og 12,9 prosent blant menn, en forskjell på 9,5 prosentpoeng.

Figur 75: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

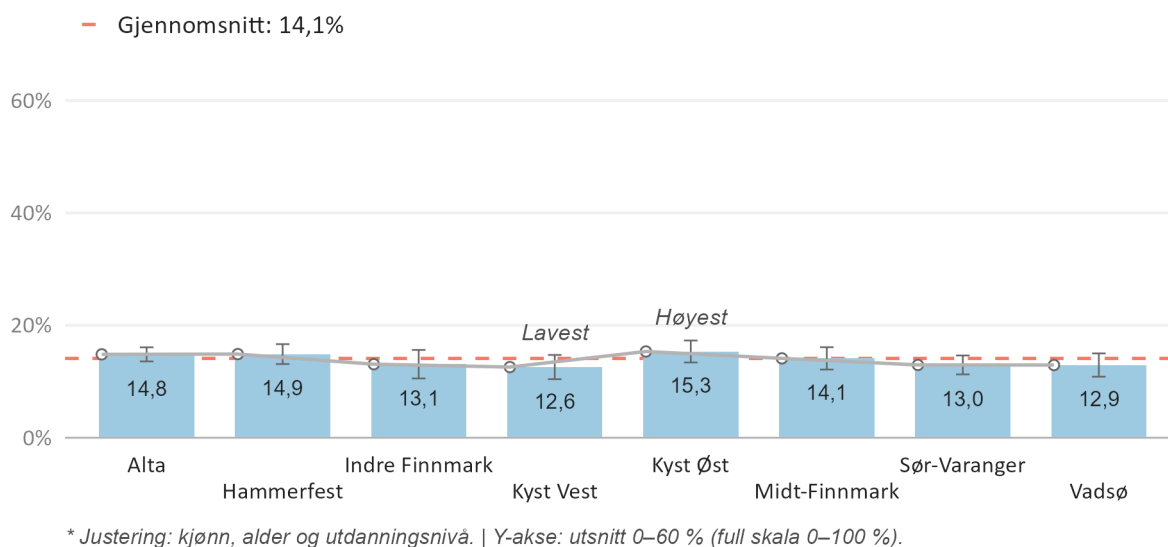
Figur D viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen med søvnproblemer er høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, både blant kvinner og menn. Her oppga 40,1 prosent av kvinnene og 33,0 prosent av mennene søvnproblemer. Lavest andel er blant dem som vurderer økonomien som svært lett, med henholdsvis 11,2 prosent blant kvinner og 7,4 prosent blant menn. Blant kvinner er forskjellen mellom gruppene med svært vanskelig og svært lett økonomi 28,9 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er statistisk sikker og Cohen's h er 0,69, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er tilsvarende forskjell 25,6 prosentpoeng, statistisk sikker, og Cohen's h er 0,67, som også tilsvarer en stor forskjell. Dette viser en tydelig sammenheng mellom opplevde økonomiske vanskeligheter og søvnproblemer for begge kjønn. Kvinner har statistisk sikkert høyere andel søvnproblemer enn menn i alle økonomigruppene unntatt blant dem som opplevde økonomien som svært vanskelig. Den største kjønnsforskjellen er blant dem som vurderer økonomien som vanskelig, der andelen er 28,6 prosent blant kvinner og 18,5 prosent blant menn, en forskjell på 10,1 prosentpoeng.

3.20 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer

Svarandel: Totalt 11 113 deltakere av 11 171 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

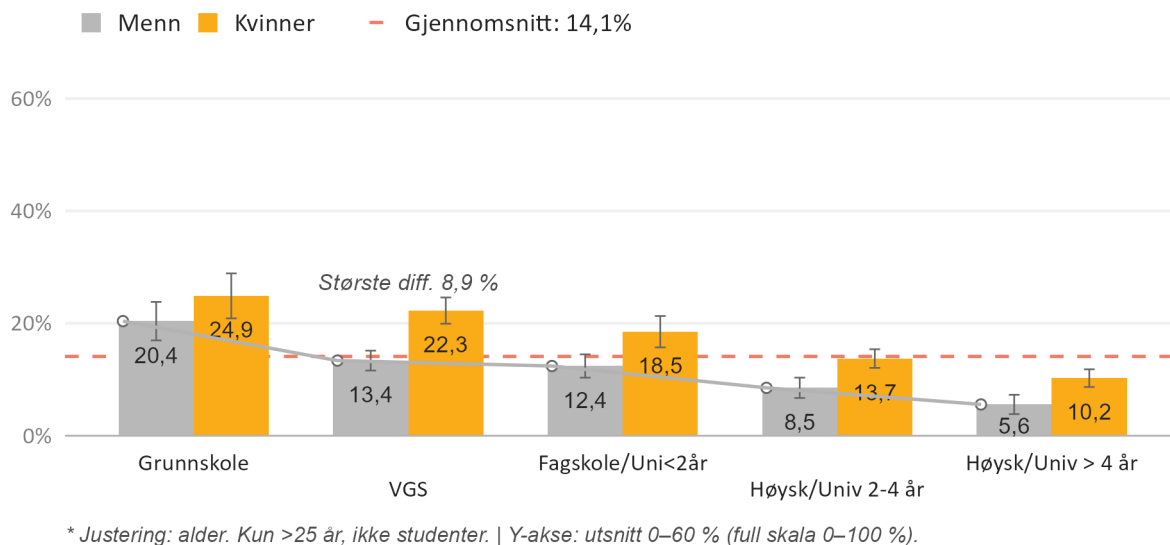
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 113	14,1 %	13,5 – 14,8
Kvinner	6 145	16,2 %	15,3 – 17,1
Menn	4 968	11,5 %	10,6 – 12,4

Figur 76: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter regioner i fylket (A)

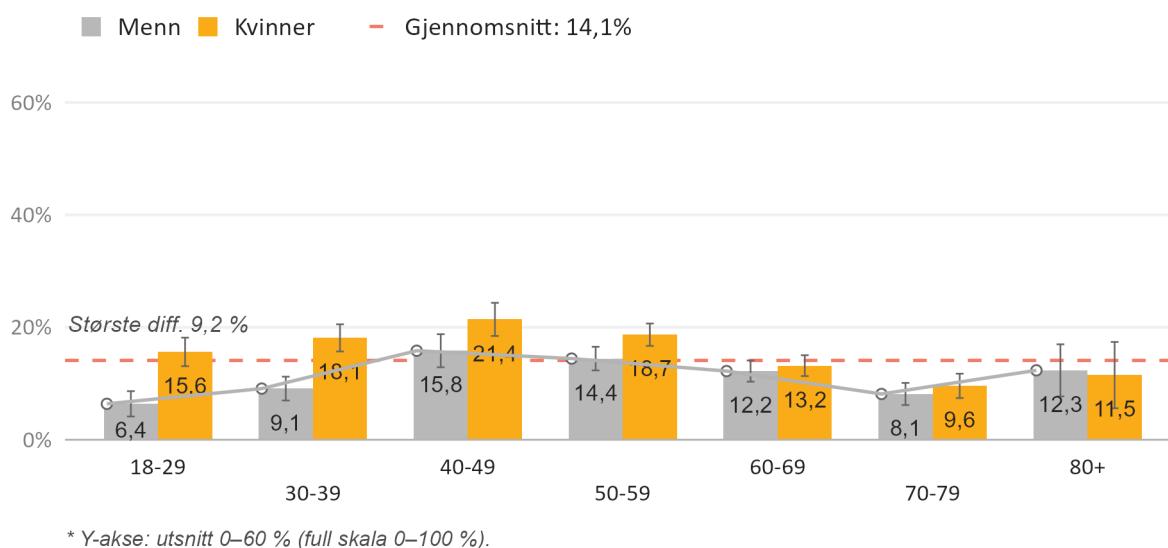


Figur A viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen varierer fra 12,6 prosent i Kyst Vest til 15,3 prosent i Kyst Øst, en forskjell på 2,8 prosentpoeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,08, noe som tilsier en ubetydelig forskjell. Andelen i de øvrige regionene ligger mellom 12,9 prosent i Vadsø og 14,9 prosent i Hammerfest. Samlet sett er nivået relativt likt mellom regionene.

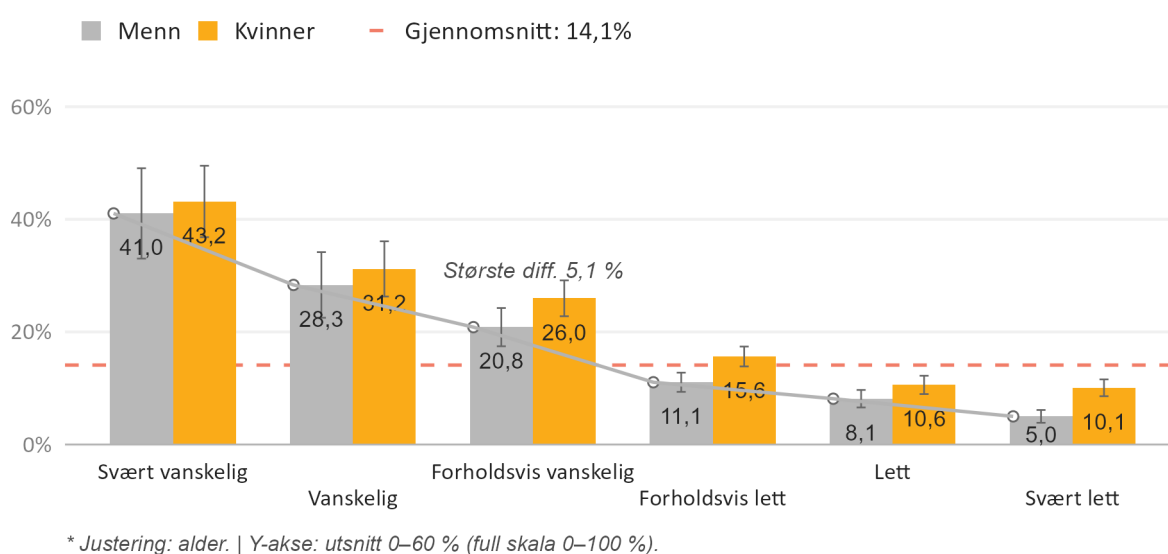
Figur 77: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er høyest blant personer med grunnskoleutdanning og lavest blant dem med mer enn fire års utdanning på høyskole eller universitet, både for kvinner og menn. Blant kvinner oppgir 24,9 prosent med grunnskole at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, mot 10,2 prosent blant dem med mer enn fire års utdanning på høyskole eller universitet. Forskjellen på 14,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,39, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er de tilsvarende andelenene 20,4 prosent og 5,6 prosent. Differansen på 14,8 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,46, som også tilsvarer en middels forskjell. Kvinner har høyere andeler enn menn på alle utdanningsnivåene. Forskjellene er statistisk sikre i alle gruppene bortsett fra gruppen med grunnskole. Den største kjønnsforskjellen finnes blant personer med videregående skole, med en forskjell på 8,9 prosentpoeng.

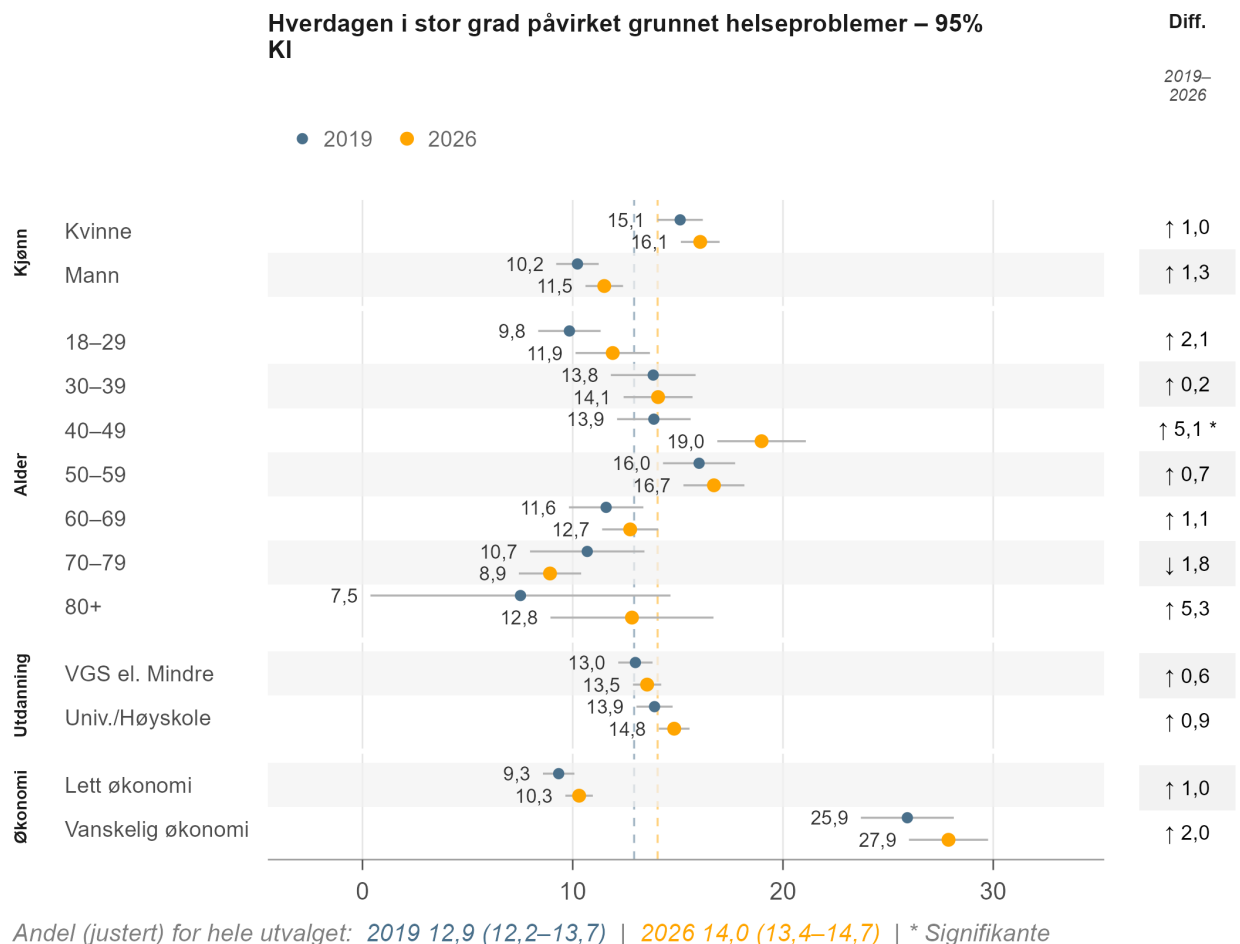
Figur 78: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 21,4 prosent, og lavest blant 70-79-åringene, med 9,6 prosent. Forskjellen på 11,8 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,33, noe som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 15,8 prosent, og lavest blant 18-29-åringene, med 6,4 prosent. Forskjellen på 9,4 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,31, som også tilsvarer en middels forskjell. Kvinner har en høyere andel enn menn i alle aldersgruppene til og med 70-79 år, med statistisk sikre forskjeller i aldersgruppene 18-29, 30-39 og 50-59.

Figur 79: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er høyest blant både kvinner og menn som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med henholdsvis 43,2 prosent og 41,0 prosent. Lavest andel er blant dem som opplever økonomien som svært lett, med 10,1 prosent blant kvinner og 5,0 prosent blant menn. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 33,1 prosentpoeng blant kvinner og 36,0 prosentpoeng blant menn og er statistisk sikre. Dette tilsvarer Cohen's h på henholdsvis 0,79 og 0,94, og indikerer store forskjeller. Også i de øvrige økonomiske gruppene er andelen gjennomgående høyere når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere. Kvinner har høyere andeler enn menn i alle gruppene. Kjønnsskjellen er statistisk sikker blant dem som vurderer økonomien som forholdsvis lett, der forskjellen er 4,5 prosentpoeng, og blant dem som vurderer økonomien som svært lett, der forskjellen er 5,1 prosentpoeng.

Figur 80: Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer (E)



Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt økte andelen fra 12,9 i 2019 til 14,0 i 2026, men økningen er ikke statistisk sikker. Andelen økte noe både blant kvinner og menn, uten statistisk sikre endringer, og kvinner har fortsatt høyere andel enn menn. Blant aldersgruppene er økningen statistisk sikker for 40–49-åringer, fra 13,9 til 19,0 prosent. Endringene i de øvrige aldersgruppene er ikke statistisk sikre.

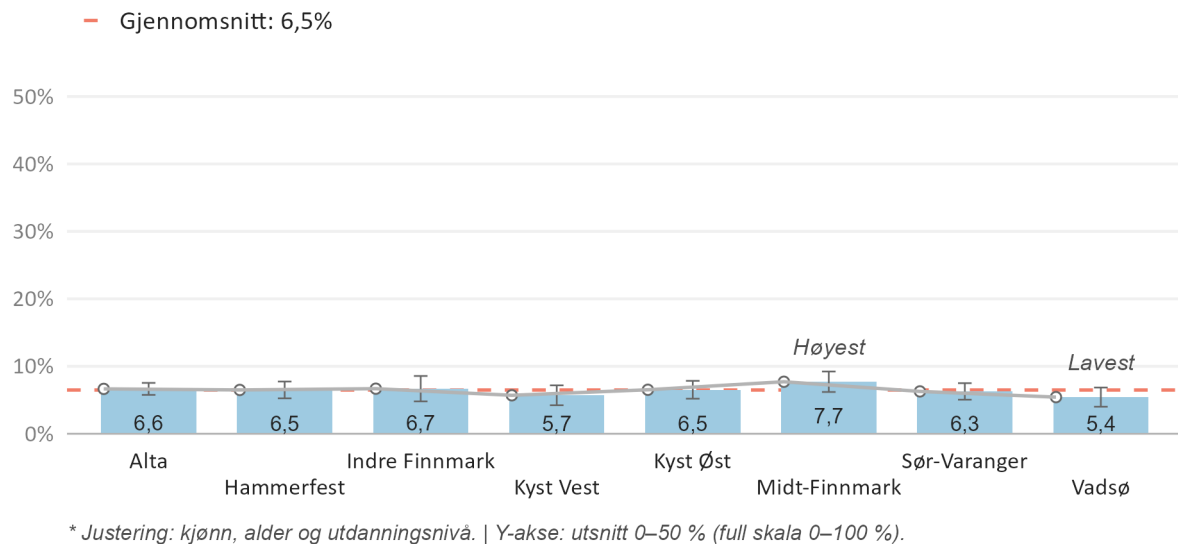
Det er heller ingen statistisk sikre endringer innen utdanningsgruppene. Personer med vanskelig økonomi har fortsatt klart høyere andel enn personer med lett økonomi, men endringene innen begge gruppene er ikke statistisk sikre.

3.21 Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade

Svarandel: Totalt 11 123 deltakere av 11 171 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

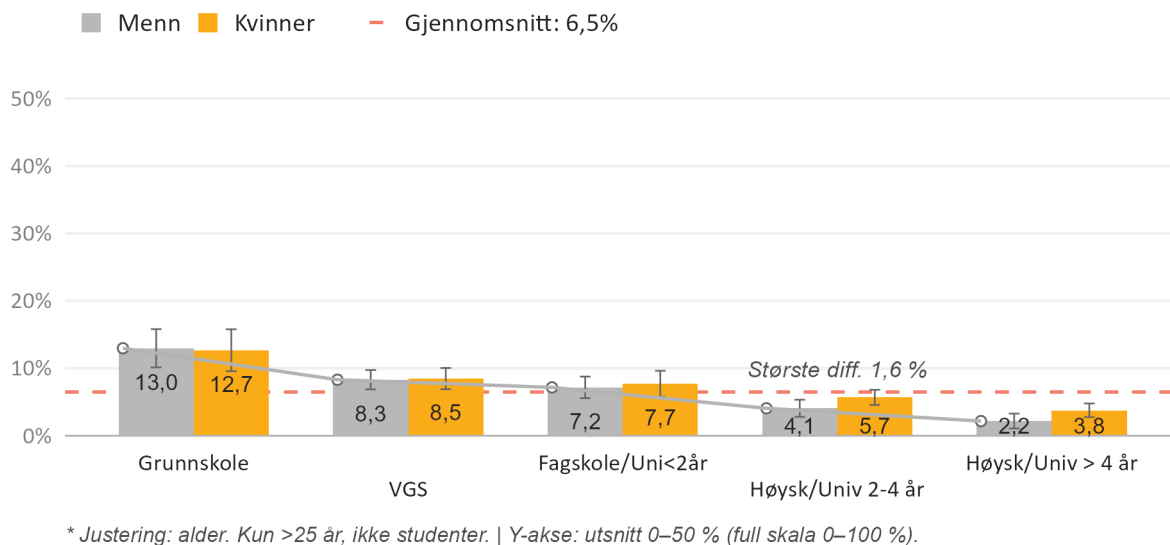
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 123	6,5 %	6,0 – 6,9
Kvinner	6 149	6,3 %	5,7 – 6,9
Menn	4 974	6,7 %	6,0 – 7,4

Figur 81: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av funksjonsnedsettelse eller skade etter regioner i fylket (A)



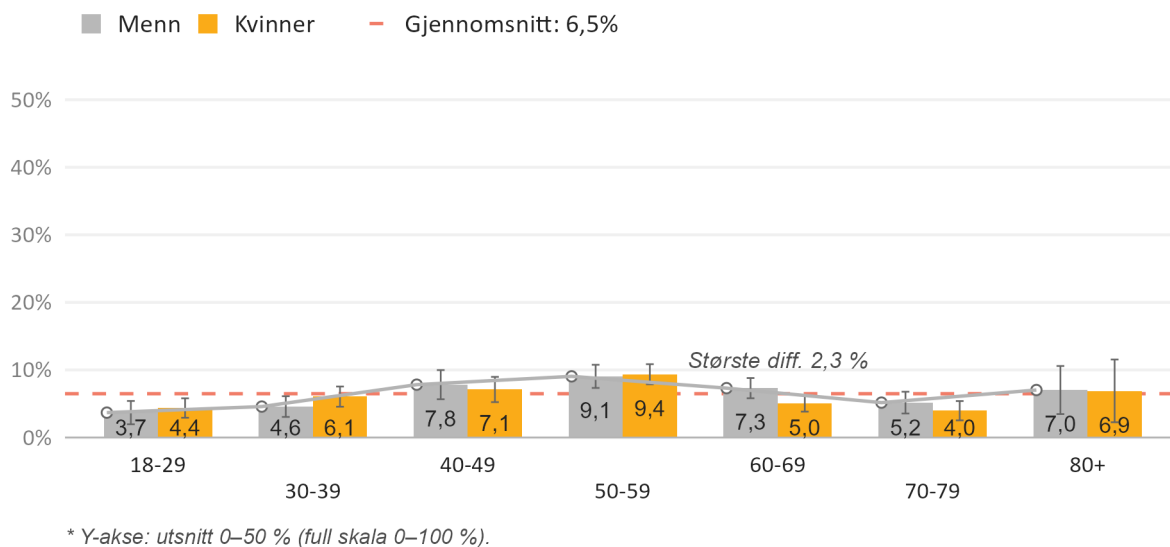
Figur A viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Midt-Finnmark med 7,7 prosent og lavest i Vadsø med 5,4 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 2,3 prosentpoeng, men er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,09, noe som tilsvarer en ubetydelig forskjell.

Figur 82: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av funksjonsnedsettelse eller skade etter kjønn og utdanningsnivå (B)



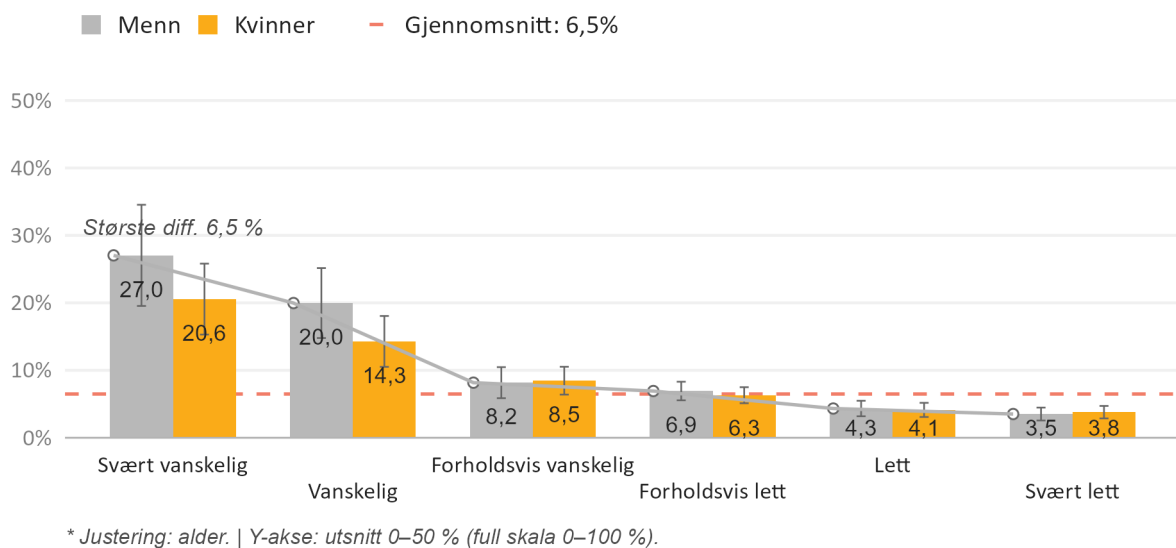
Figur B viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med grunnskole, med 12,7 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, med 3,8 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 8,9 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,34, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest for dem med grunnskole, med 13,0 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år, med 2,2 prosent. Differansen er 10,8 prosentpoeng og statistisk sikker, med Cohen's h på 0,44, som tilsvarer en middels forskjell. Andelen er dermed lavere blant personer med lengre høyere utdanning enn blant dem med grunnskole, både blant kvinner og menn. Kjønnforskjellene innenfor de enkelte utdanningsnivåene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 83: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og alder (C)

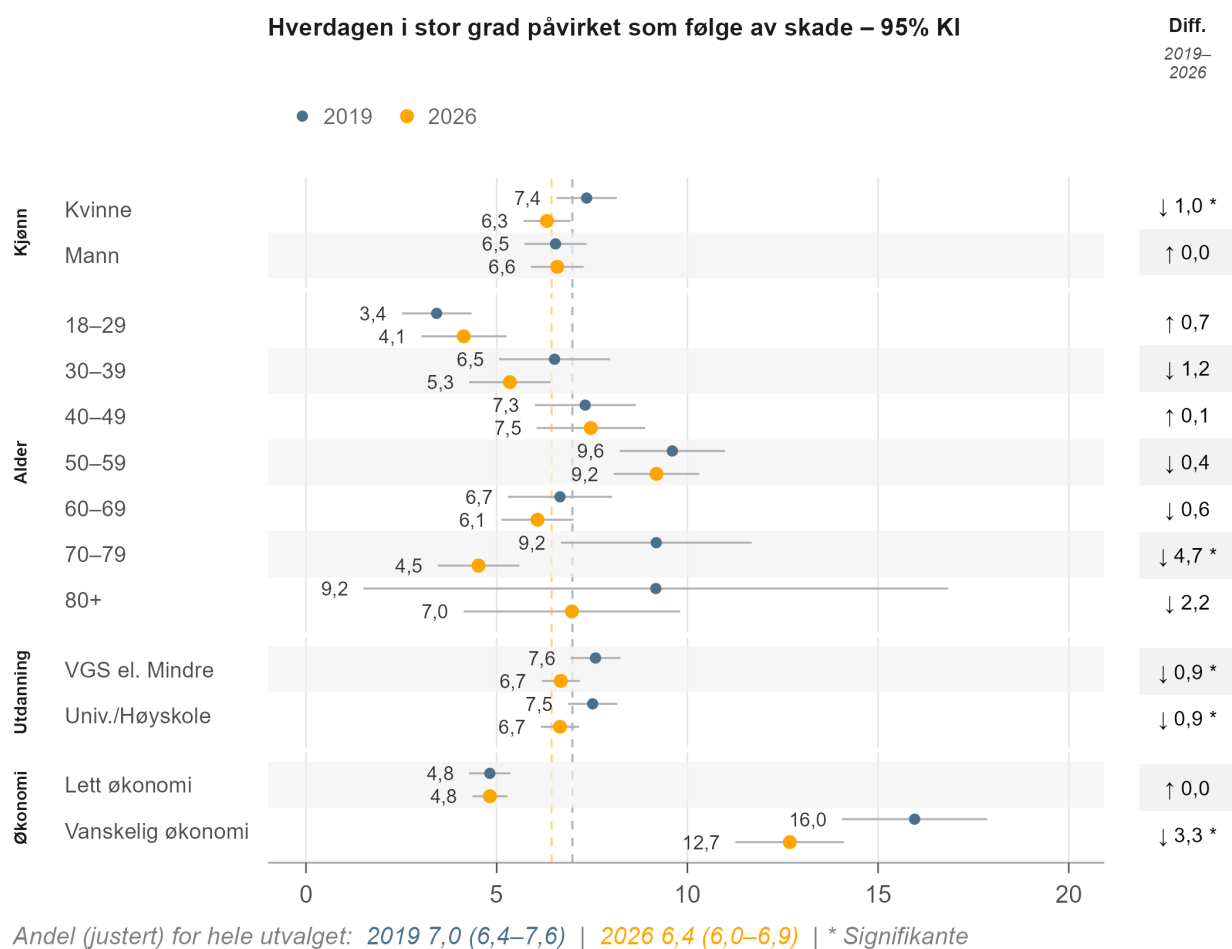


Figur C viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 50–59 år, med 9,4 prosent, og lavest blant 70–79-åringene, med 4,0 prosent. Forskjellen på 5,4 prosentpoeng er statistisk sikker, men tilsvare Cohen's h på 0,22, som indikerer en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i aldersgruppen 50–59 år, med 9,1 prosent, mens den er lavest blant 18–29-åringene, med 3,7 prosent. Forskjellen på 5,4 prosentpoeng er statistisk sikker, men Cohen's h er 0,22, som også tilsvare en liten forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små, og ingen av dem er statistisk sikre.

Figur 84: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andel som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 20,6 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett, med 3,8 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 16,8 prosentpoeng. Cohen's h er 0,55, som tilsvare en stor forskjell. Blant menn er andelen også høyest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 27,0 prosent, og lavest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 3,5 prosent. Differansen er statistisk sikker og utgjorde 23,5 prosentpoeng. Cohen's h er 0,72, som også tilsvare en stor forskjell. For begge kjønn er andelen generelt høyere jo vanskeligere husholdningsøkonomien ble vurdert. Kjønnforskjellene innen de enkelte vurderingene av husholdningsøkonomien er ikke statistisk sikre.

Figur 85: Hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade (E)

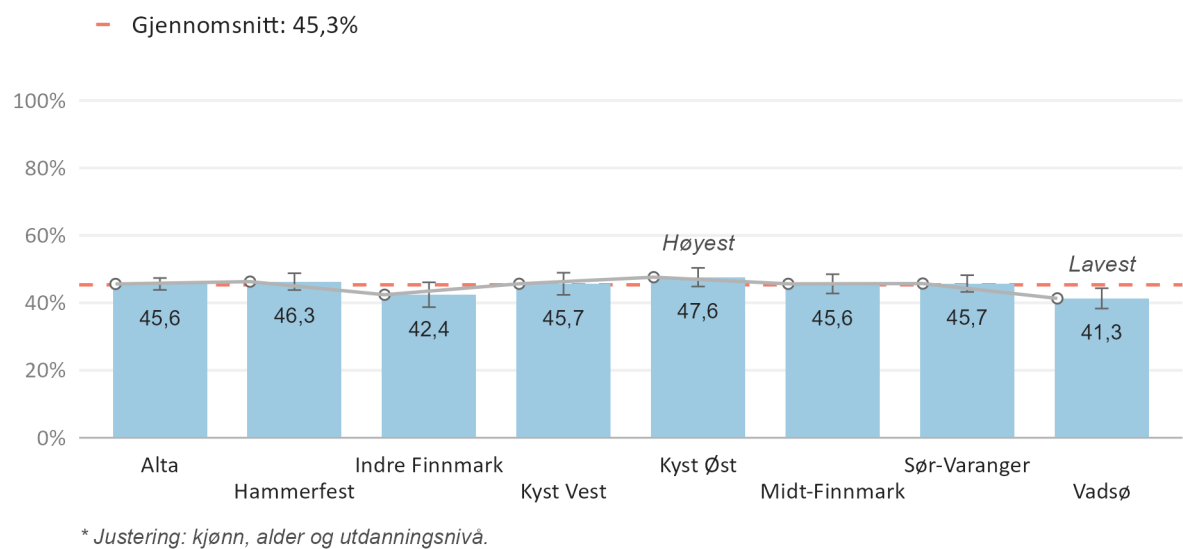
Figur E viser andelen som oppgir hverdagen i stor grad påvirket som følge av skade fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen i befolkningen totalt gikk ned fra 7,0 prosent i 2019 til 6,4 prosent i 2026, men endringen er ikke statistisk sikker. Blant kvinner er det en statistisk sikker nedgang, mens det ikke er noen statistisk sikker endring blant menn. Kvinner og menn lå dermed på omtrent samme nivå i 2026. For aldersgruppene er nedgangen statistisk sikker blant personer 70–79 år, med 4,7 prosentpoeng. Det er ingen statistisk sikre endringer i de øvrige aldersgruppene. Begge utdanningsgruppene har en statistisk sikker nedgang på 0,9 prosentpoeng, og nivåene er like i 2026. Blant personer med vanskelig økonomi er det en statistisk sikker nedgang på 3,3 prosentpoeng, mens nivået er uendret blant dem med lett økonomi. Gruppen med vanskelig økonomi har fortsatt en klart høyere andel enn gruppen med lett økonomi.

3.22 Korsryggssmerter siste 28 dager

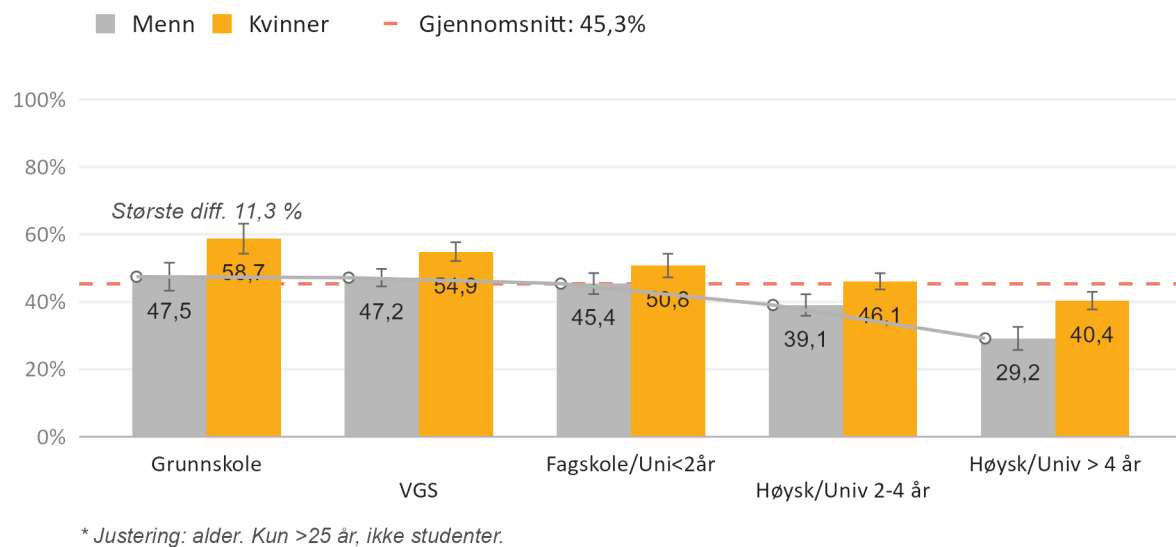
Svarandel: Totalt 11 131 deltakere av 11 171 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 131	45,3 %	44,4 – 46,3
Kvinner	6 160	48,0 %	46,7 – 49,2
Menn	4 971	42,1 %	40,7 – 43,5

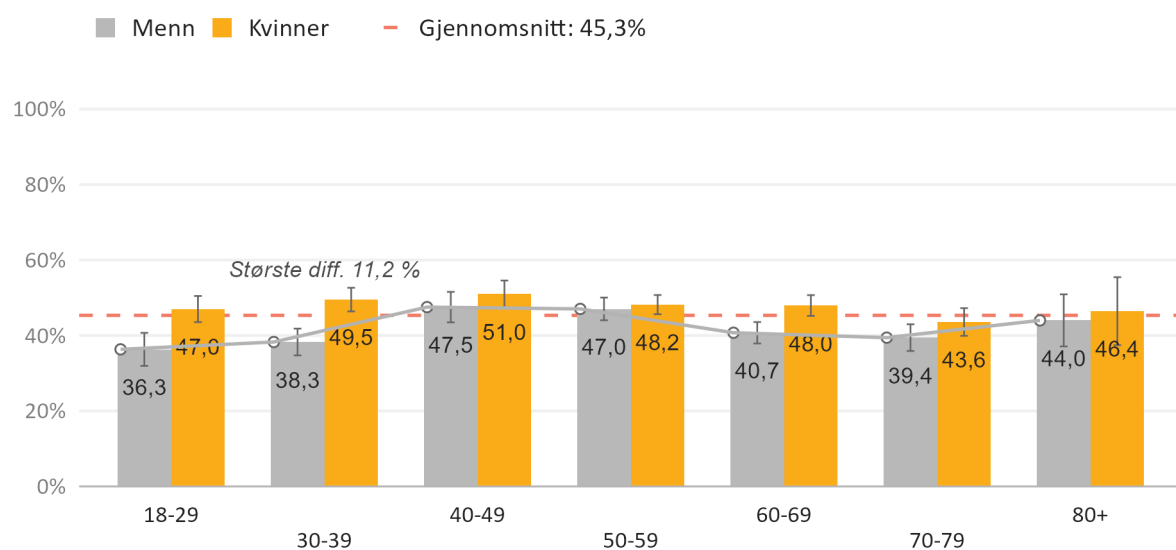
Figur 86: Korsryggssmerter siste 28 dager etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Kyst Øst, der 47,6 prosent rapporterer korsryggssmerter, og lavest i Vadsø med 41,3 prosent. Forskjellen mellom regionene er 6,3 prosentpoeng og er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,13, som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. De øvrige regionene ligger mellom 42,4 prosent i Indre Finnmark og 46,3 prosent i Hammerfest.

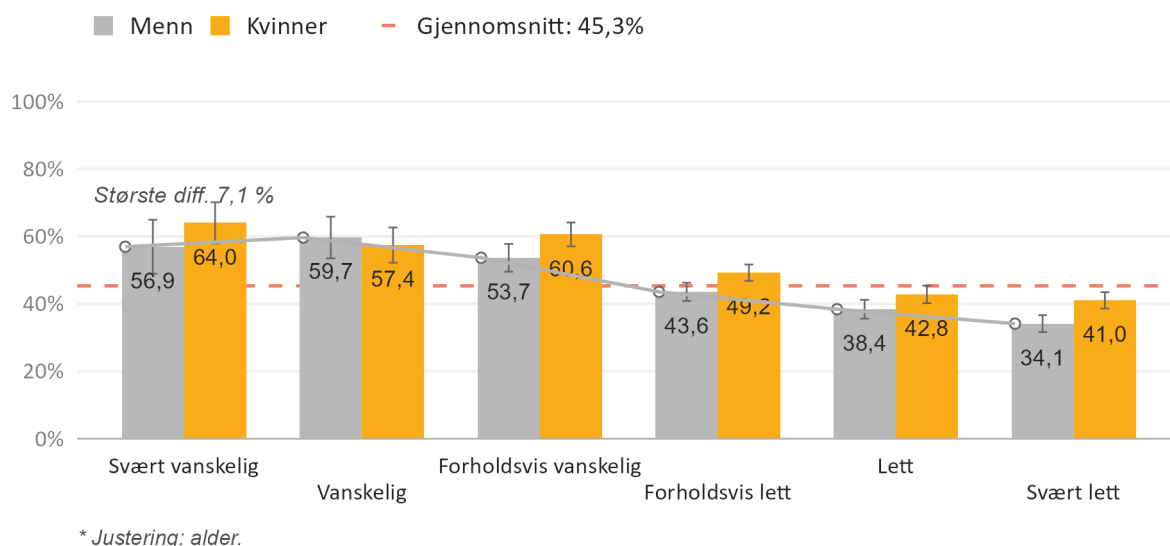
Figur 87: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er høyest blant personer med grunnskoleutdanning og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, både for kvinner og menn. Blant kvinner er andelen henholdsvis 58,7 prosent og 40,4 prosent, en statistisk sikker forskjell på 18,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er de tilsvarende andelen 47,5 prosent og 29,2 prosent, en statistisk sikker forskjell på 18,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,38, også en middels forskjell. Kvinner rapporterer gjennomgående oftere korsryggssmerter enn menn. Forskjellen er statistisk sikker for grunnskole, videregående skole og begge gruppene med høyskole- eller universitetsutdanning. Den er størst blant personer med grunnskoleutdanning, der andelen er 11,3 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn, og nesten like stor blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 11,2 prosentpoeng.

Figur 88: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 51,0 prosent, og lavest i gruppen 70-79 år, med 43,6 prosent. Forskjellen på 7,4 prosentpoeng er statistisk sikker, men tilsvarer Cohen's h på 0,15, som er en liten forskjell. Også blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 47,5 prosent, men lavest blant 18-29-åringene, med 36,3 prosent. Forskjellen på 11,2 prosentpoeng er statistisk signifikant, men tilsvarer Cohen's h på 0,23, som også er en liten forskjell. Kvinner rapporterer en høyere andel korsryggssmerter enn menn i alle aldersgruppene. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre blant 18-29-åringene, 30-39-åringene og 60-69-åringene, der andelen er henholdsvis 10,7, 11,2 og 7,3 prosentpoeng høyere blant kvinner. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre.

Figur 89: Korsryggssmerter siste 28 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



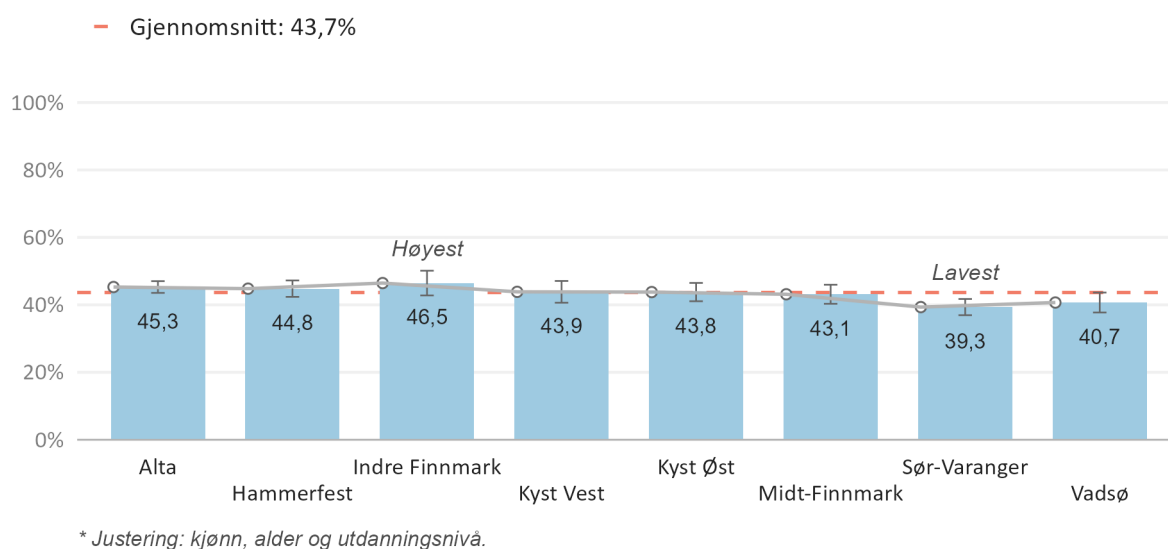
Figur D viser andelen som rapporterer å ha hatt korsryggssmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer økonomien som svært vanskelig, med 64,0 prosent, og lavest blant dem med svært lett økonomi, med 41,0 prosent. Forskjellen på 23,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,46, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som vurderer økonomien som vanskelig, med 59,7 prosent, mens den er lavest blant dem med svært lett økonomi, med 34,1 prosent. Forskjellen på 25,6 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,52, som indikerer en stor forskjell. For begge kjønn er andelen med korsryggssmerter gjennomgående lavere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, enn blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Kvinner har en statistisk sikker høyere andel enn menn blant dem som vurderer økonomien som forholdsvis lett, med en forskjell på 5,7 prosentpoeng, og blant dem med svært lett økonomi, med en forskjell på 6,9 prosentpoeng. I de øvrige økonomiske gruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

3.23 Nakkesmerter siste 28 dager

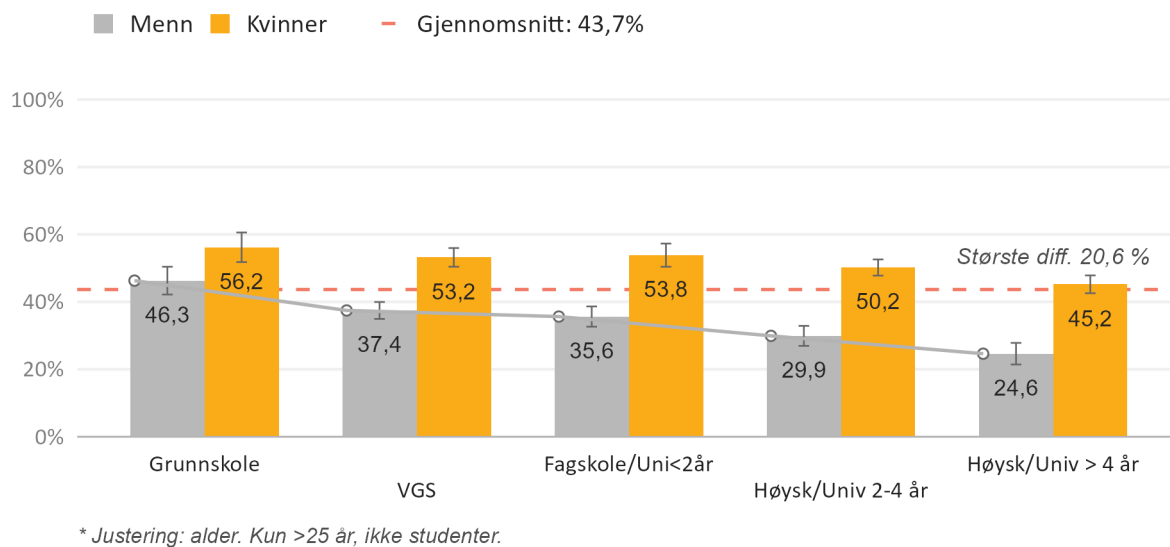
Svarandel: Totalt 11 134 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 134	43,7 %	42,7 – 44,6
Kvinner	6 162	50,7 %	49,5 – 52,0
Menn	4 972	34,9 %	33,6 – 36,2

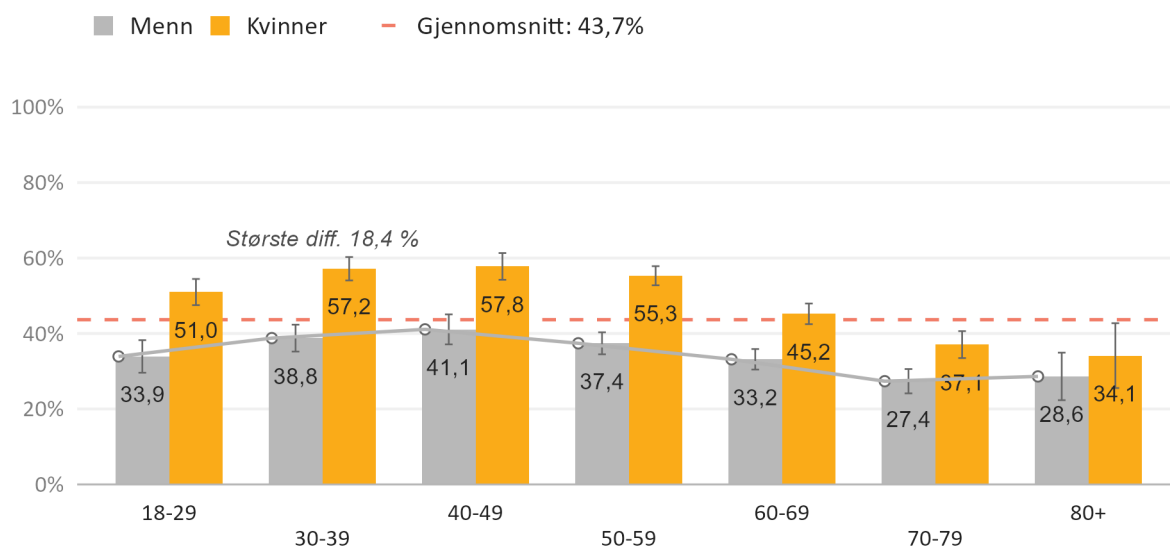
Figur 90: Nakkesmerter siste 28 dager etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 46,5 prosent, og lavest i Sør-Varanger, med 39,3 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 7,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,14, noe som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. Alta og Hammerfest har også relativt høye andeler, med henholdsvis 45,3 prosent og 44,8 prosent. Kyst Vest, Kyst Øst og Midt-Finnmark lå mellom 43,1 prosent og 43,9 prosent, mens Vadsø har en andel på 40,7 prosent.

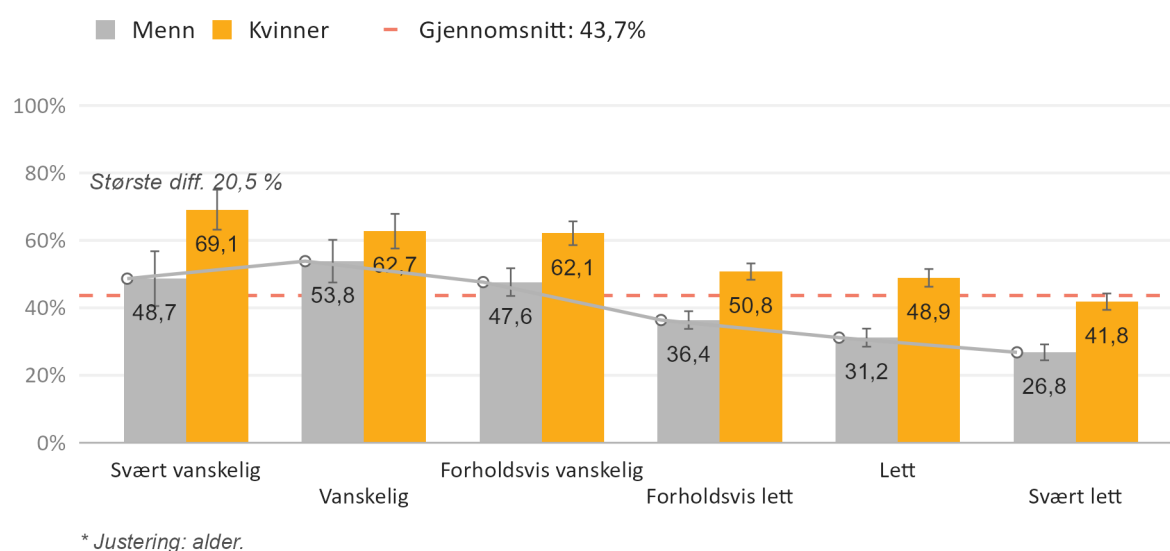
Figur 91: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 56,2 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 45,2 prosent. Forskjellen er 11,0 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,22, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest blant dem med grunnskole, med 46,3 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 24,6 prosent. Forskjellen er 21,7 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,46, som tilsvarer en middels forskjell. Kvinner rapporterer nakkesmerter oftere enn menn på alle utdanningsnivåene. Kjønnforskjellen er størst blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, der andelen er 20,6 prosentpoeng høyere blant kvinner enn menn. Den er også stor blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år, med en forskjell på 20,3 prosentpoeng. Alle kjønnforskjellene er statistisk sikre.

Figur 92: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 57,8 prosent, og lavest blant dem som er 80+ år, med 34,1 prosent. Forskjellen på 23,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,48, som indikerer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40-49 år, med 41,1 prosent, mens den er lavest blant 70-79-åringene, med 27,4 prosent. Forskjellen på 13,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,29, som indikerer en middels forskjell. Kvinner har en høyere andel enn menn i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker fra 18-29 år til 70-79 år og varierer fra 9,7 til 18,4 prosentpoeng, med størst forskjell blant 30-39-åringene

Figur 93: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



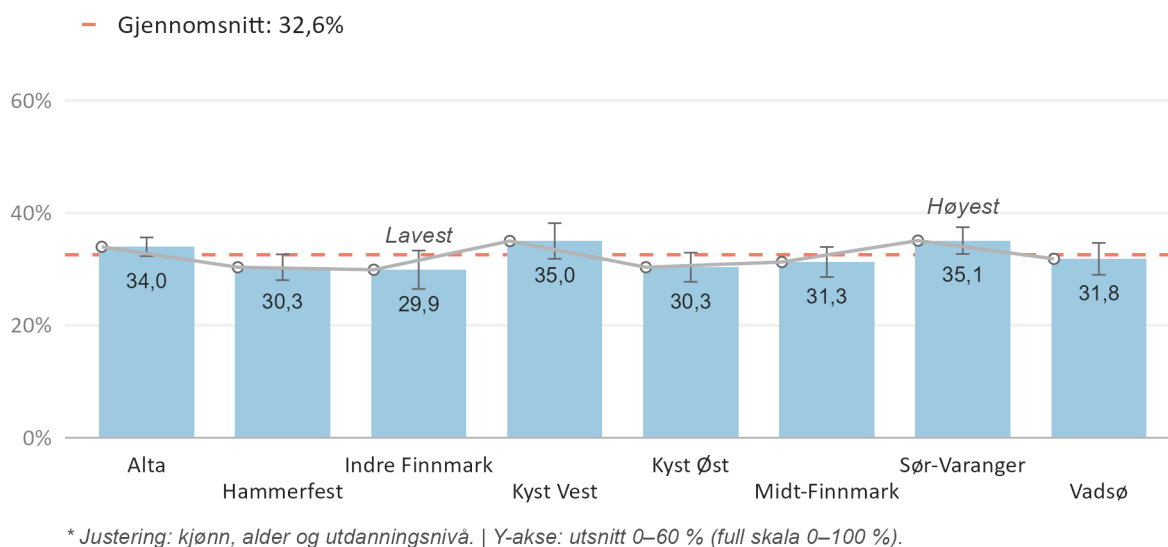
Figur D viser andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 69,1 prosent, og lavest ved svært lett økonomi, med 41,8 prosent. Forskjellen på 27,3 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,56, noe som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen med vanskelig økonomi, med 53,8 prosent, mens den er lavest ved svært lett økonomi, med 26,8 prosent. Forskjellen på 27,0 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,56, som også tilsvarer en stor forskjell. Kvinner rapporterer høyere andel nakkesmerter enn menn i alle gruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre for alle grupper med unntak av gruppen med vanskelig økonomi, med forskjeller fra 14,4 prosentpoeng ved forholdsvis lett økonomi til 20,4 prosentpoeng ved svært vanskelig økonomi.

3.24 Høy sosial støtte

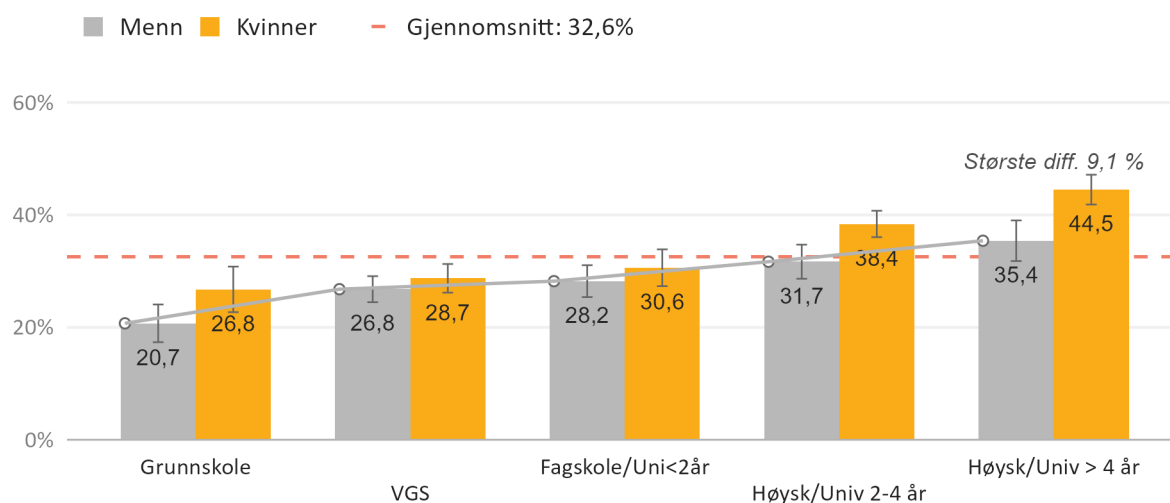
Svarandel: Totalt 11 065 deltakere av 11 171 (99,1 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 065	32,6 %	31,7 – 33,4
Kvinner	6 125	35,6 %	34,4 – 36,8
Menn	4 940	28,8 %	27,5 – 30,1

Figur 94: Høy sosial støtte etter regioner i fylket (A)

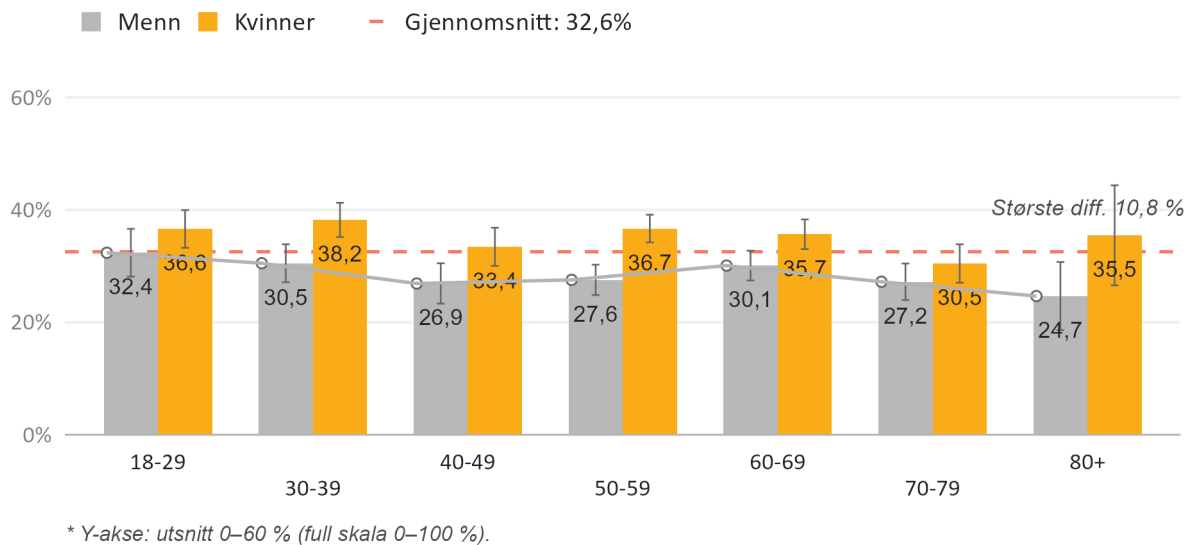


Figur A viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen varierer fra 29,9 prosent i Indre Finnmark til 35,1 prosent i Sør-Varanger, en forskjell på 5,2 prosentpoeng. Forskjellen er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,11, som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. Kyst Vest har også en relativt høy andel på 35,0 prosent, mens Alta ligger på 34,0 prosent. De laveste andelene finnes i Indre Finnmark, Hammerfest og Kyst Øst, med henholdsvis 29,9 prosent, 30,3 prosent og 30,3 prosent. Midt-Finnmark og Vadsø ligger mellom ytterpunktene, med 31,3 prosent og 31,8 prosent.

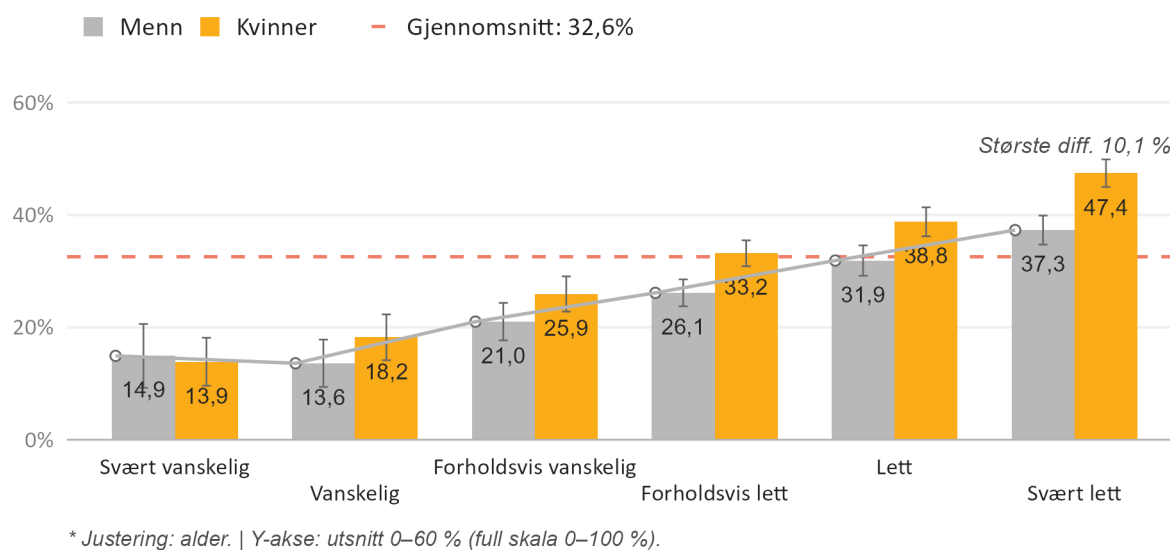
Figur 95: Høy sosial støtte etter kjønn og utdanningsnivå (B)

* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter. | Y-akse: utsnitt 0–60 % (full skala 0–100 %).

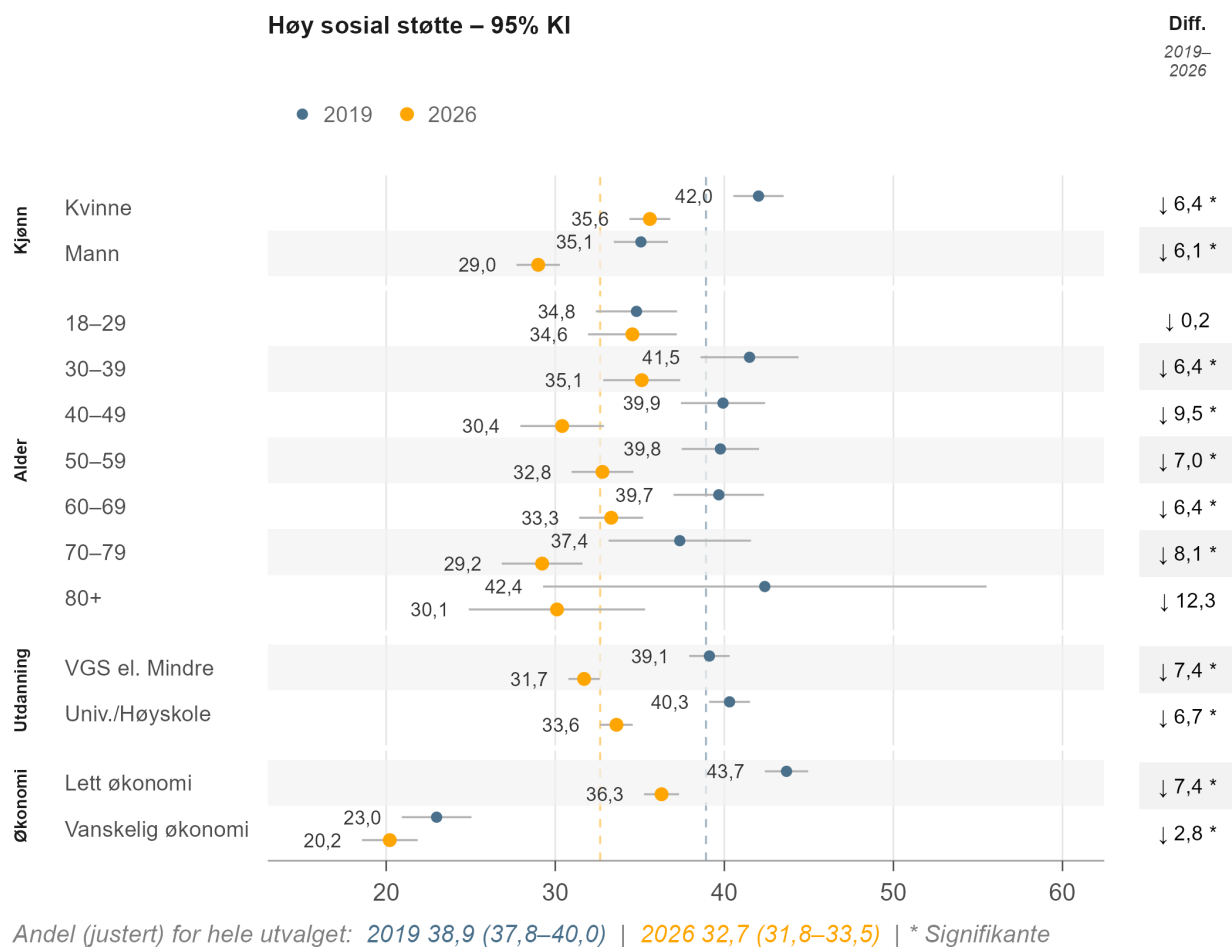
Figur B viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner øker andelen fra 26,8 prosent blant dem med grunnskole til 44,5 prosent blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning. Forskjellen er 17,7 prosentpoeng og Cohen's h er 0,37, noe som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med 35,4 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 20,7 prosent. Forskjellen er 14,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som også tilsvarer en middels forskjell. Andelen med høy sosial støtte er dermed generelt høyere ved lengre utdanning for begge kjønn, og forskjellene mellom ytterpunktene er statistisk sikre. Kvinner har høyere andel enn menn blant dem med to til fire års høyskole- eller universitetsutdanning, med en forskjell på 6,7 prosentpoeng, og blant dem med mer enn fire års høyere utdanning, med en forskjell på 9,1 prosentpoeng. Begge kjønnsforskjellene er statistisk sikre.

Figur 96: Høy sosial støtte etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 30-39 år, med 38,2 prosent, og lavest blant 70-79-åringene, med 30,5 prosent. Forskjellen på 7,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,16, som indikerer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 32,4 prosent, og lavest blant personer på 80 år eller eldre, med 24,7 prosent. Forskjellen på 7,7 prosentpoeng er ikke statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,17, også en liten forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker blant 30-39-åringene, 50-59-åringene og 60-69-åringene. Blant de statistisk sikre forskjellene er forskjellen størst blant 50-59-åringene, der andelen er 36,7 prosent blant kvinner og 27,6 prosent blant menn, en forskjell på 9,1 prosentpoeng. Blant 30-39-åringene er forskjellen 7,7 prosentpoeng, og blant 60-69-åringene er den 5,6 prosentpoeng. I gruppen 80+ er forskjellen på 10,8 prosentpoeng, men ikke statistisk sikker.

Figur 97: Høy sosial støtte etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er høyest blant kvinner som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 47,4 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig, med 13,9 prosent. Forskjellen på 33,5 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,76, noe som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 37,3 prosent, mens den er lavest blant dem som opplever økonomien som vanskelig, med 13,6 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 23,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,56, også en stor forskjell. For begge kjønn er høy sosial støtte vanligere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lettere. Kvinner har statistisk sikkert høyere andel enn menn blant dem som vurderer økonomien som forholdsvis lett, lett eller svært lett. Forskjellene er henholdsvis 7,1, 6,9 og 10,1 prosentpoeng.

Figur 98: Høy sosial støtte (E)

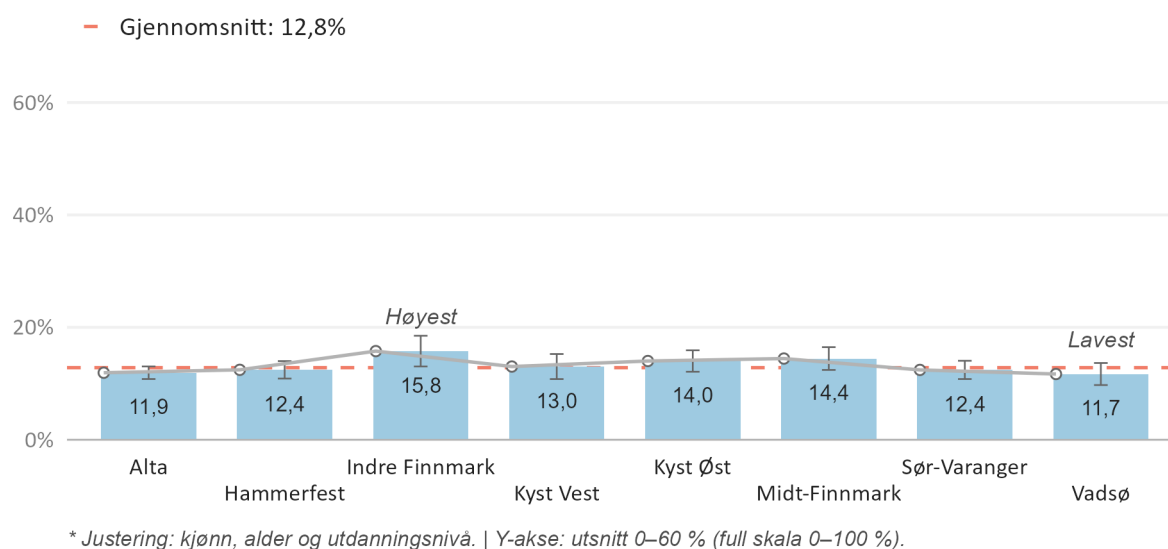
Figur E viser andelen som oppgir høy sosial støtte fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen gikk samlet ned fra 38,9 prosent i 2019 til 32,7 prosent i 2026, en statistisk sikker reduksjon på 6,3 prosentpoeng. Både kvinner og menn har statistisk sikre reduksjoner, og kvinner har fortsatt høyere andel enn menn i begge år. I de fleste aldersgruppene er det statistisk sikre reduksjoner, mens endringen blant de yngste ikke er statistisk sikker. Aldersmønsteret er noe endret i 2026, med relativt lave andeler blant de eldste aldersgruppene. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre reduksjoner, mens personer med universitets- eller høyskoleutdanning fortsatt har noe høyere andel enn personer med videregående utdanning eller mindre. Andelen gikk også statistisk sikkert ned både blant personer med lett og vanskelig økonomi. Personer med lett økonomi har klart høyere andel med høy sosial støtte enn personer med vanskelig økonomi i begge år.

3.25 Ensomhet (UCLA-3)

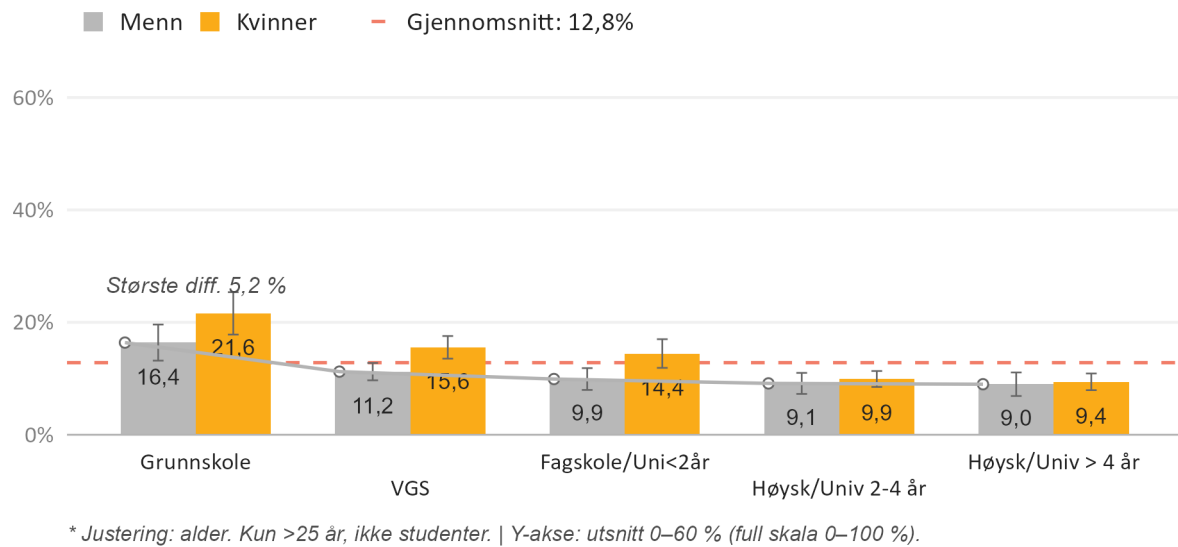
Svarandel: Totalt 11 099 deltakere av 11 171 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 099	12,8 %	12,2 – 13,4
Kvinner	6 137	13,8 %	12,9 – 14,6
Menn	4 962	11,7 %	10,8 – 12,6

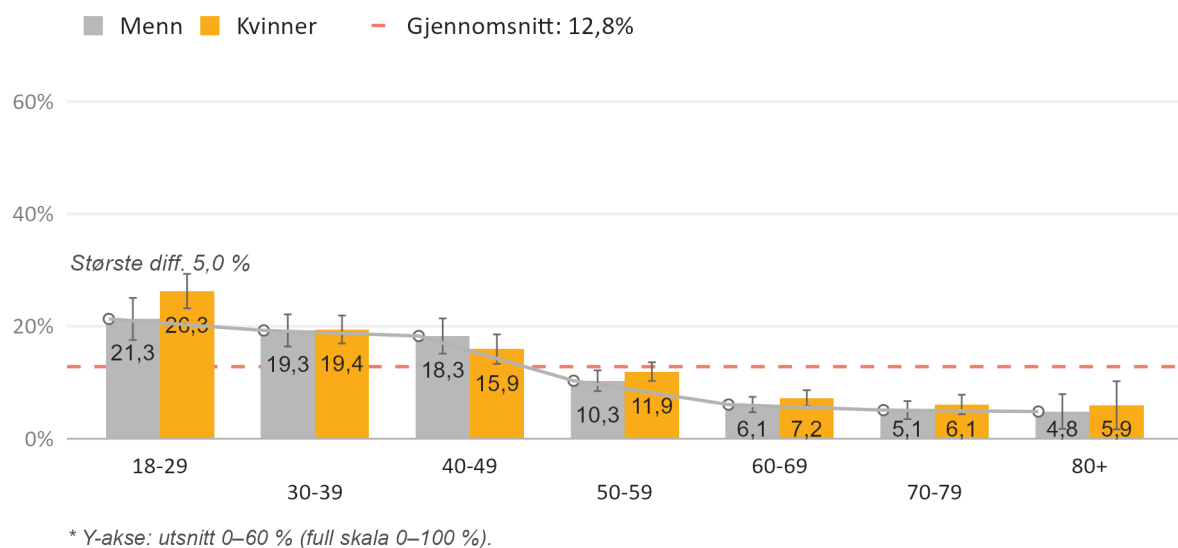
Figur 99: Ensomhet (UCLA-3) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 15,8 prosent, og lavest i Vadsø, med 11,7 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 4,1 prosentpoeng, men framstår ikke som statistisk sikker. De øvrige regionene ligger mellom 11,9 prosent i Alta og 14,4 prosent i Midt-Finnmark. Cohen's h er 0,12, noe som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene.

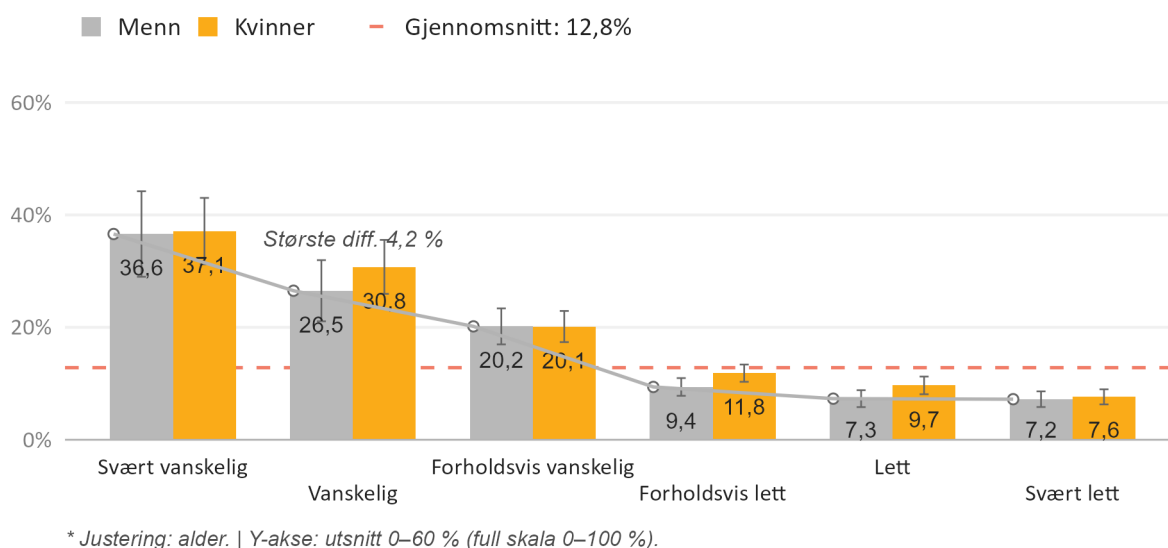
Figur 100: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 21,6 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 9,4 prosent. Forskjellen på 12,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,34, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest blant dem med grunnskole, med 16,4 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 9,0 prosent. Forskjellen på 7,4 prosentpoeng er statistisk sikker, men Cohen's h er 0,22, som indikerer en liten forskjell. Kvinner har høyere andel med høy grad av ensomhet enn menn blant dem med fagskole- eller universitetsutdanning på under to år, med en forskjell på 4,5 prosentpoeng, og blant dem med videregående skole, med en forskjell på 4,4 prosentpoeng. Det er også høyere andel blant kvinner enn menn i de øvrige utdanningsgruppene, men disse kjønnsforskjellene er ikke statistisk sikre.

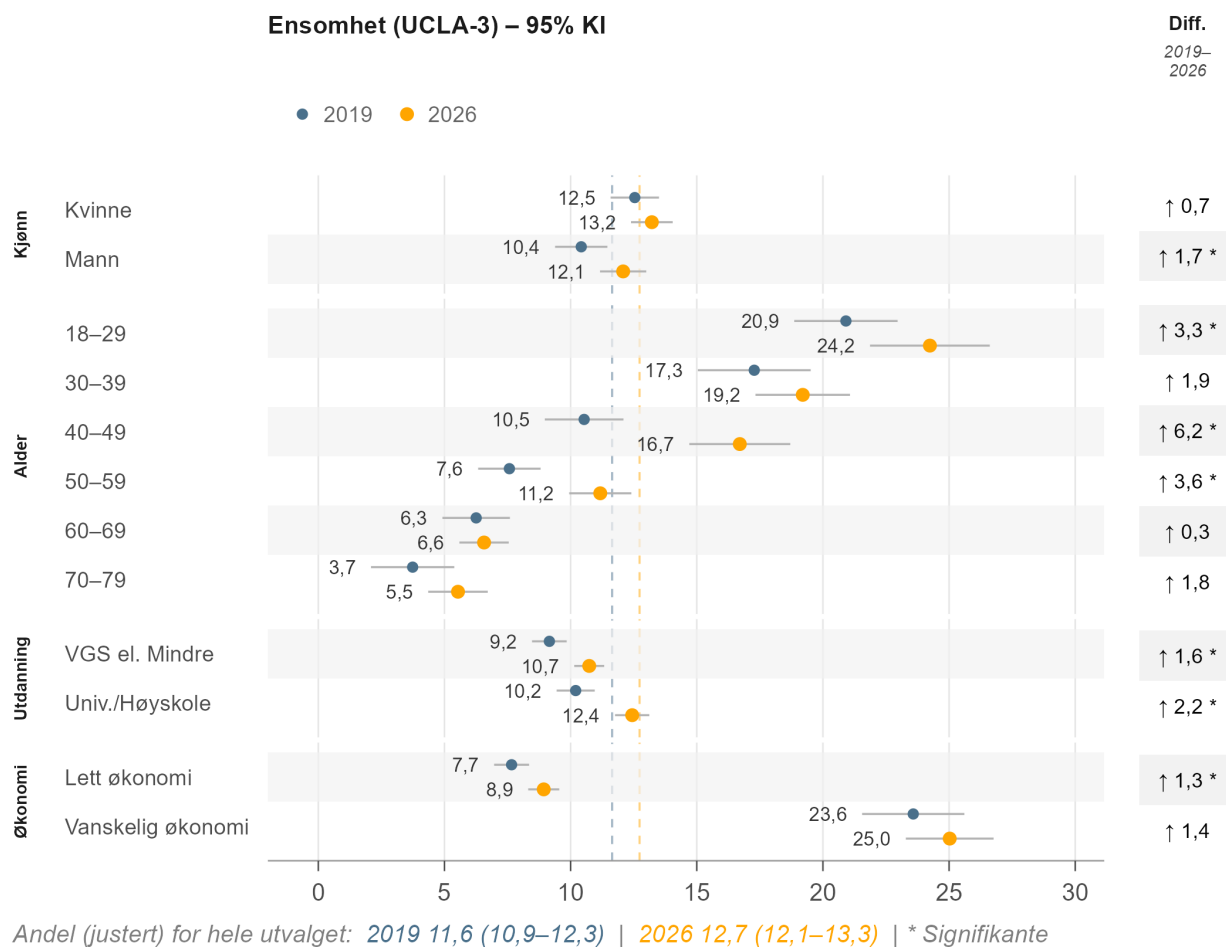
Figur 101: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest blant kvinner og menn i aldersgruppen 18–29 år, med henholdsvis 26,3 prosent og 21,3 prosent. For begge kjønn synker andelen med økende alder, og den er lavest i gruppen 80+, med 5,9 prosent blant kvinner og 4,8 prosent blant menn. Blant kvinner er forskjellen mellom den yngste og eldste aldersgruppen 20,4 prosentpoeng, som er statistisk sikker. Cohen's h er 0,58, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er den tilsvarende forskjellen 16,5 prosentpoeng, som også er statistisk sikker. Cohen's h er 0,52, som tilsvarer en stor forskjell. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn i noen av aldersgruppene.

Figur 102: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 37,1 prosent blant kvinner og 36,6 prosent blant menn. Den er lavest blant dem som oppgir at økonomien er svært lett, med henholdsvis 7,6 prosent og 7,2 prosent. Forskjellen mellom yttergruppene er 29,5 prosentpoeng for kvinner og 29,4 prosentpoeng for menn. Begge forskjellene er statistisk sikre og tilsvarer store forskjeller, med Cohen's h på 0,75 for kvinner og 0,76 for menn. Andelen med høy grad av ensomhet er også relativt høy blant dem som oppgir at økonomien er vanskelig, med 30,8 prosent blant kvinner og 26,5 prosent blant menn, og blant dem som oppgir at den er forholdsvis vanskelig, med 20,1 prosent blant kvinner og 20,2 prosent blant menn. Ved bedre vurderinger av husholdningsøkonomien er andelen lavere. Kjønnforskjellene er små på tvers av alle økonomiske vurderinger og er ikke statistisk sikre.

Figur 103: Ensomhet (UCLA-3) (E)

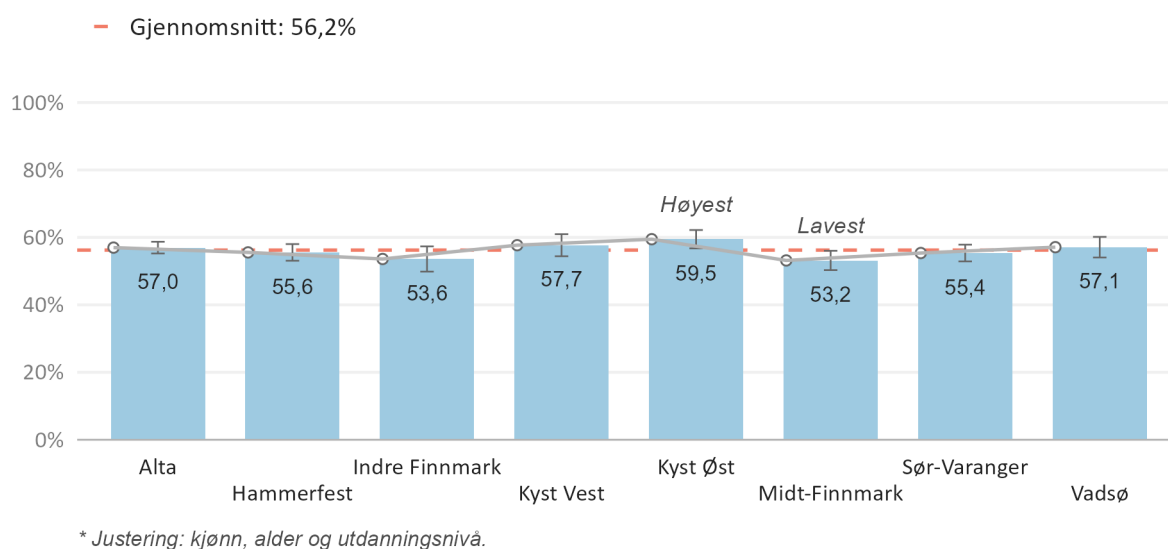
Figur E viser andelen som oppgir ensomhet (UCLA-3) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. På totalnivå økte andelen fra 11,6 prosent i 2019 til 12,7 prosent i 2026, men økningen på 1,1 prosentpoeng er ikke statistisk sikker. Blant menn er økningen statistisk sikker, mens endringen blant kvinner ikke er det. Kvinner har likevel en høyere andel enn menn i begge år. Ensomheten økte statistisk sikkert blant personer under 60 år, med den største økningen blant 40–49-åringene. De yngste har høyest andel i begge år, mens de eldste fortsatt har lavest andel. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, og andelen er høyere blant personer med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år.

3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

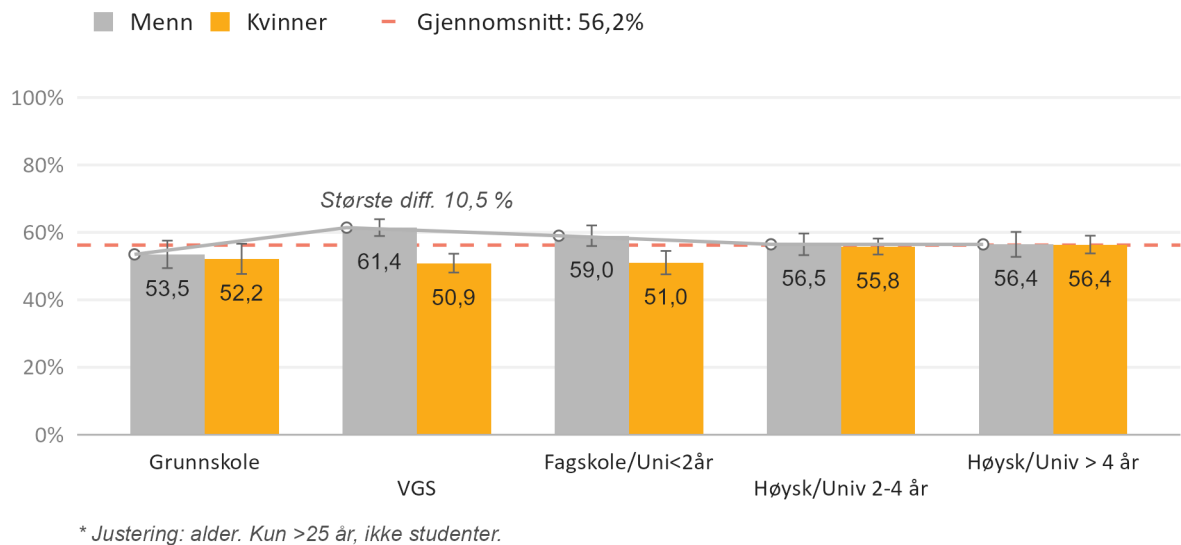
Svarandel: Totalt 11 109 deltakere av 11 171 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 109	56,2 %	55,3 – 57,2
Kvinner	6 141	54,3 %	53,0 – 55,5
Menn	4 968	58,6 %	57,3 – 60,0

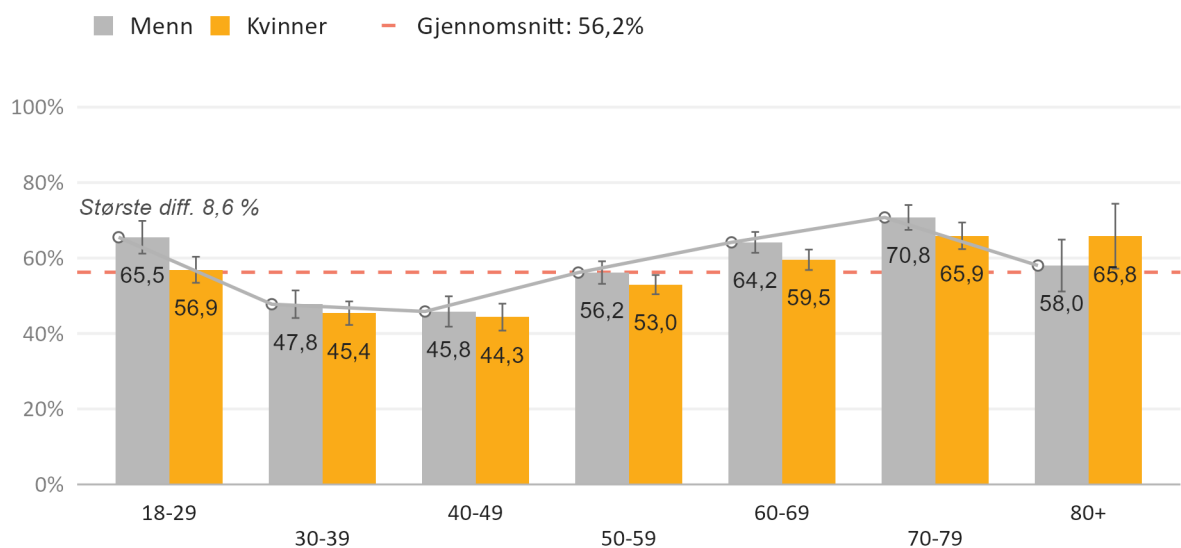
Figur 104: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Kyst Øst, med 59,5 prosent, og lavest i Midt-Finnmark, med 53,2 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 6,3 prosentpoeng og er statistisk sikker. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,13, som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. Kyst Vest har også en relativt høy andel på 57,7 prosent, mens Alta og Vadsø ligger på henholdsvis 57,0 prosent og 57,1 prosent. Hammerfest og Sør-Varanger har andeler på 55,6 prosent og 55,4 prosent, mens Indre Finnmark ligger på 53,6 prosent.

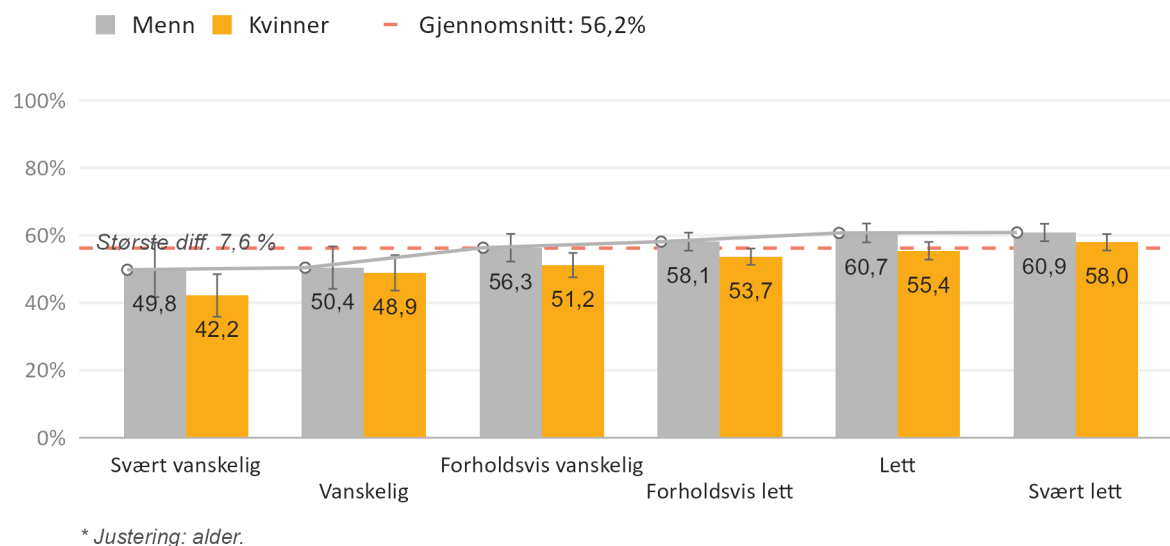
Figur 105: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 50,9 prosent blant dem med videregående skole til 56,4 prosent blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år. Differansen er 5,5 prosentpoeng og er statistisk sikker, men Cohen's h på 0,11 tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen lavest blant dem med grunnskole, med 53,5 prosent, og høyest blant dem med videregående skole, med 61,4 prosent. Differansen på 7,9 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en liten forskjell med Cohen's h på 0,16. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller blant dem med fagskole- eller universitetsutdanning under to år og blant dem med videregående skole. Menn har henholdsvis 8,0 og 10,5 prosentpoeng høyere andel enn kvinner i disse gruppene. Blant dem med grunnskole, høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år og høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

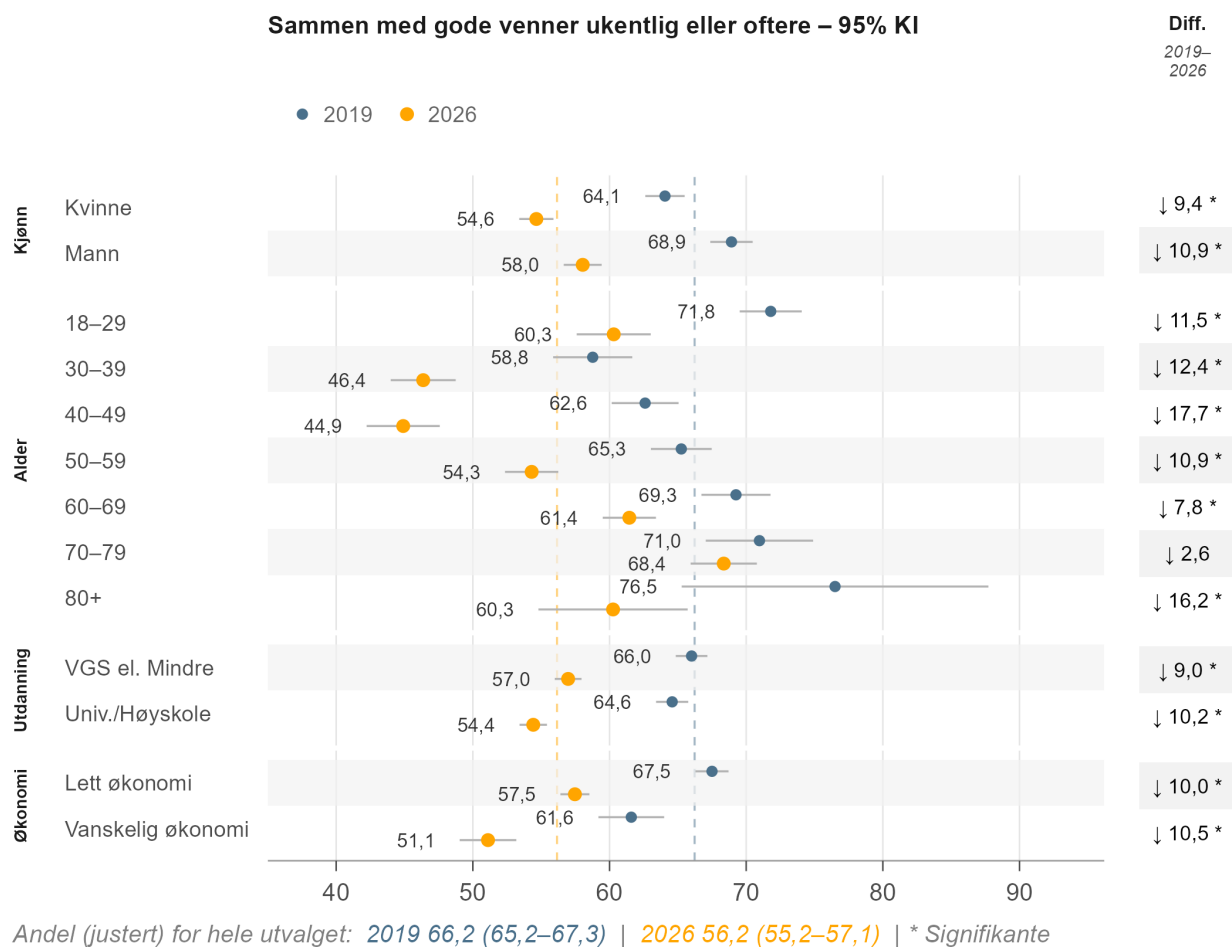
Figur 106: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 40–49 år, med 44,3 prosent, og høyest blant 70–79-åringene, med 65,9 prosent. Forskjellen på 21,6 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,44, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 40–49 år, med 45,8 prosent, og høyest blant 70–79-åringene, med 70,8 prosent. Forskjellen på 25,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,51, som indikerer en stor forskjell. For begge kjønn synker andelen fra 18–29 år til 40–49 år, før den øker igjen i de eldre aldersgruppene. Blant kvinner holder andelen seg omtrent på samme nivå blant 70–79-åringene og personer på 80 år eller eldre, med henholdsvis 65,9 prosent og 65,8 prosent. Blant menn faller andelen derimot fra 70,8 prosent blant 70–79-åringene til 58,0 prosent blant personer på 80 år eller eldre. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen finnes blant 18–29-åringene, der andelen er 65,5 prosent blant menn og 56,9 prosent blant kvinner, en forskjell på 8,6 prosentpoeng.

Figur 107: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir sosial omgang med venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Blant kvinner er forskjellen 15,8 prosentpoeng, fra 42,2 prosent til 58,0 prosent. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,32, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 11,1 prosentpoeng, fra 49,8 prosent til 60,9 prosent. Cohen's h er 0,22, som indikerer en liten forskjell. Forskjellene mellom høyeste og laveste andel innen hvert kjønn er statistisk sikre. Andelen med ukentlig eller oftere sosial omgang med venner er dermed høyere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett enn blant dem som vurderer den som svært vanskelig. Menn har høyere andeler enn kvinner i alle økonomiske grupper, men kjønnsforskjellene er ikke statistisk sikre.

Figur 108: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere (E)

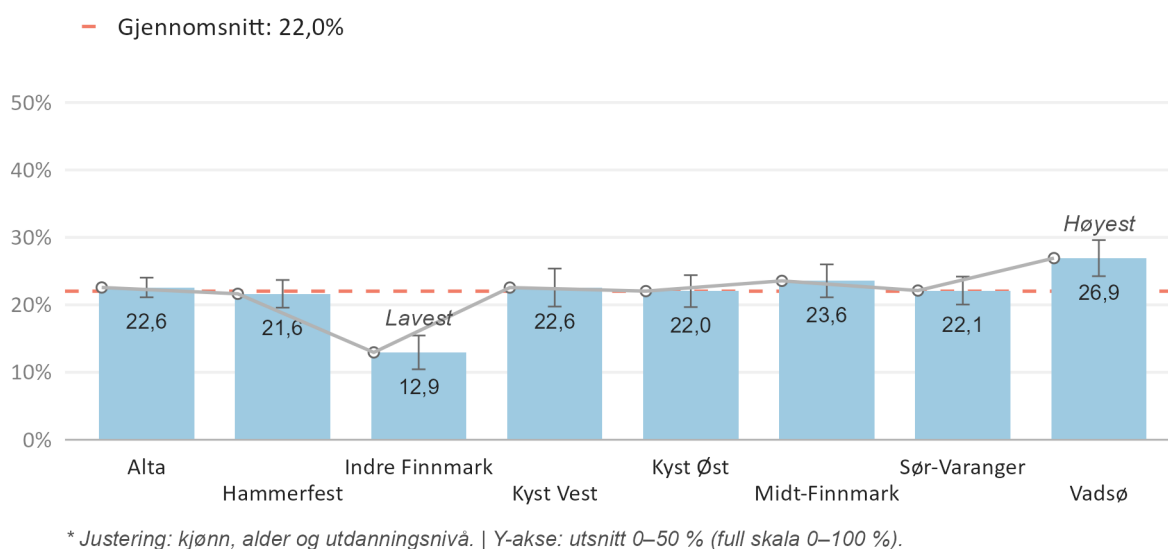
Figur E viser andelen som oppgir sammen med gode venner ukentlig eller oftere fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet sett falt andelen fra 66,2 i 2019 til 56,2 i 2026, en statistisk sikker nedgang på 10,0 prosentpoeng. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og menn har fortsatt en noe høyere andel enn kvinner. I de fleste aldersgruppene er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant 70–79-åringene ikke er statistisk sikker. Nedgangen er størst blant 40–49-åringene, og aldersforskjellene framstår dermed noe annerledes i 2026 enn i 2019. Begge utdanningsgruppene har en statistisk sikker nedgang, mens hovedmønsteret med noe høyere andel blant personer med videregående skole eller lavere utdanning besto. Det er også statistisk sikre nedganger både blant personer med lett og vanskelig økonomi, og andelen er høyere blant dem med lett økonomi i begge år.

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

Svarandel: Totalt 11 106 deltakere av 11 171 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

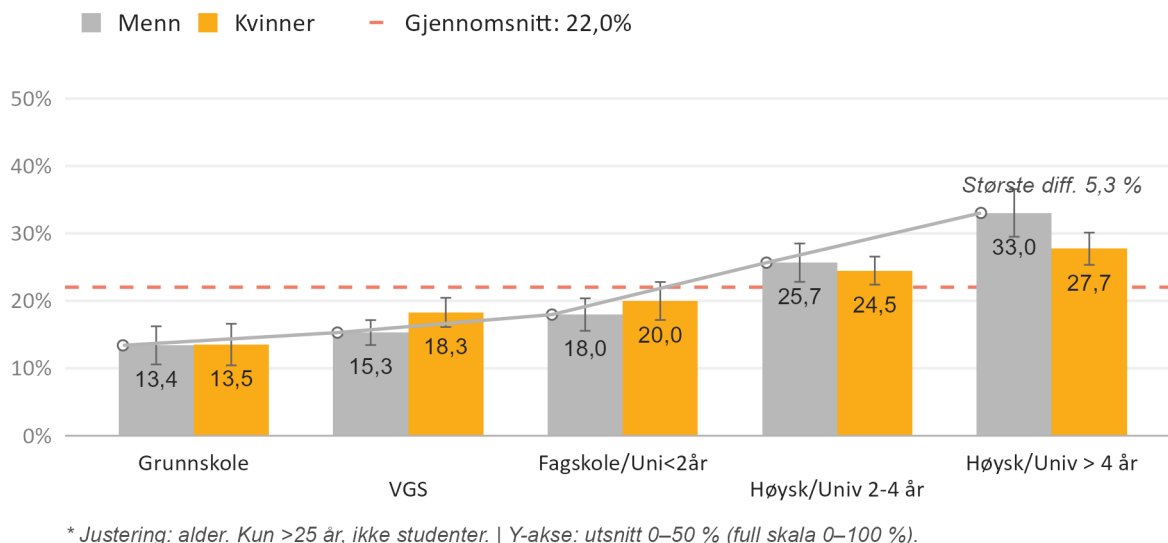
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 106	22,0 %	21,3 – 22,8
Kvinner	6 143	22,9 %	21,8 – 24,0
Menn	4 963	20,9 %	19,8 – 22,1

Figur 109: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter regioner i fylket (A)



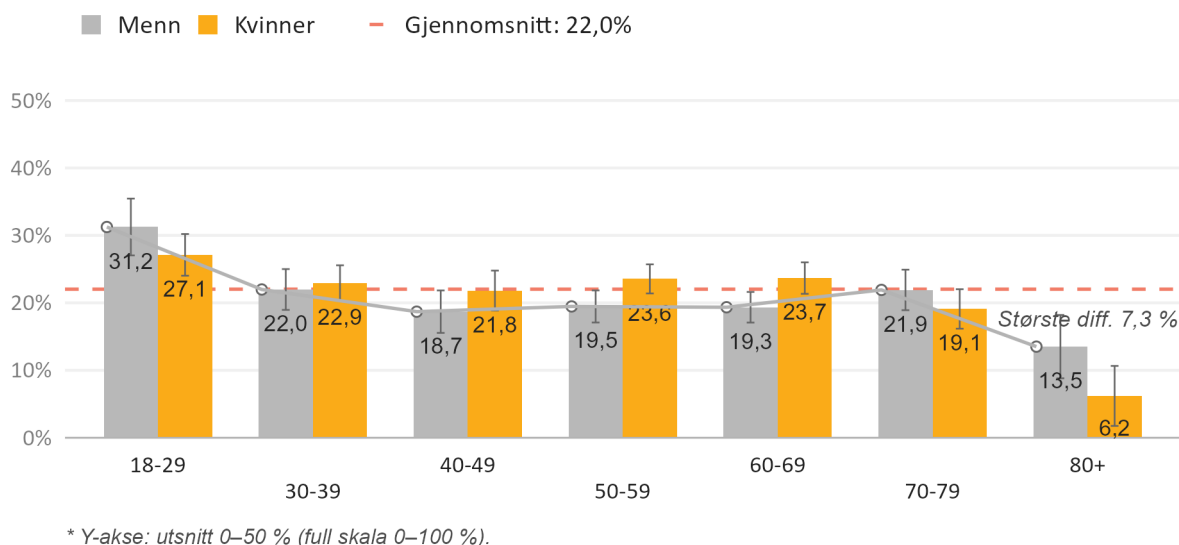
Figur A viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Vadsø, med 26,9 prosent, og lavest i Indre Finnmark, med 12,9 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 14,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,36, som indikerer en middels forskjell.

Figur 110: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og utdanningsnivå (B)



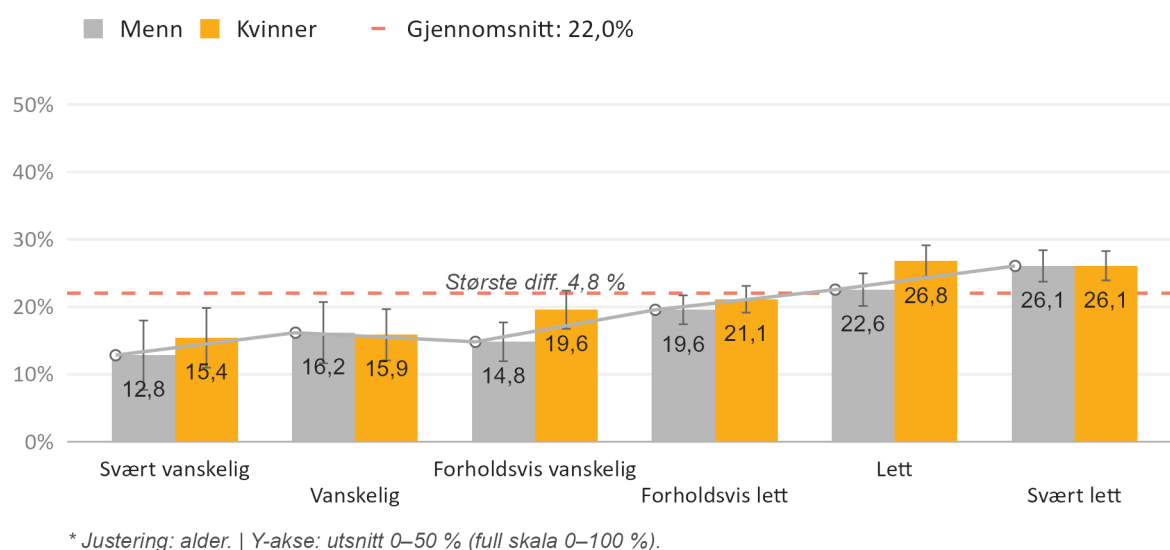
Figur B viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er lavest blant dem med grunnskoleutdanning og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, både for kvinner og menn. Blant kvinner varierer andelen fra 13,5 prosent i gruppen med grunnskole til 27,7 prosent blant dem med høyest utdanning, en statistisk sikker forskjell på 14,2 prosentpoeng. Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn varierer andelen fra 13,4 prosent til 33,0 prosent mellom de samme utdanningsgruppene. Forskjellen er statistisk sikker og utgjør 19,6 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,48, også en middels forskjell. Andelene er gjennomgående høyere ved høyere utdanningsnivå. Kjønnforskjellene innenfor de enkelte utdanningsnivåene er ikke statistisk sikre.

Figur 111: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og alder (C)

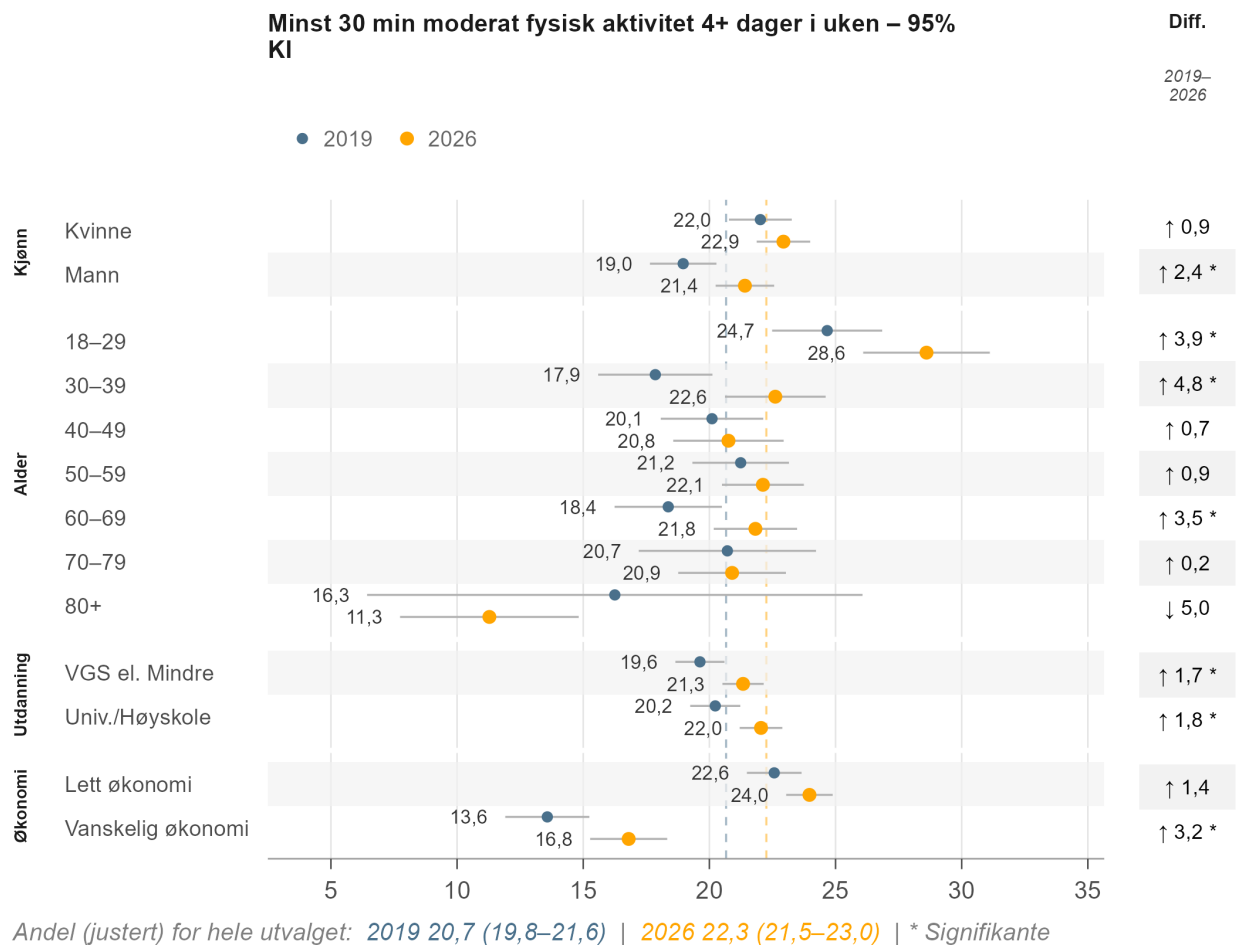


Figur C viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 27,1 prosent, og lavest blant dem på 80 år eller eldre, med 6,2 prosent. Forskjellen på 20,9 prosentpoeng er statistisk sikker og er stor, med Cohen's h på 0,59. Andelen blant kvinner ligger ellers mellom 19,1 prosent og 23,7 prosent i aldersgruppene fra 30 til 79 år. Også blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 31,2 prosent, og lavest blant dem på 80 år eller eldre, med 13,5 prosent. Forskjellen på 17,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,43. I aldersgruppene fra 30 til 79 år varierer andelen blant menn fra 18,7 prosent til 22,0 prosent. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller i noen av aldersgruppene.

Figur 112: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett, med 26,8 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 15,4 prosent. Forskjellen på 11,4 prosentpoeng er statistisk sikker og utgjør en middels forskjell, med Cohen's h på 0,28. Blant menn er andelen høyest i gruppen med svært lett økonomi, med 26,1 prosent, og lavest i gruppen med svært vanskelig økonomi, med 12,8 prosent. Dette er en statistisk sikker forskjell på 13,3 prosentpoeng og en middels forskjell, med Cohen's h på 0,34. For begge kjønn er andelen gjennomgående lavere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig, enn blant dem som vurderer den som lett. Kjønnsforskjellene innen de enkelte vurderingene av husholdningsøkonomien er små og ikke statistisk sikre.

Figur 113: Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken (E)

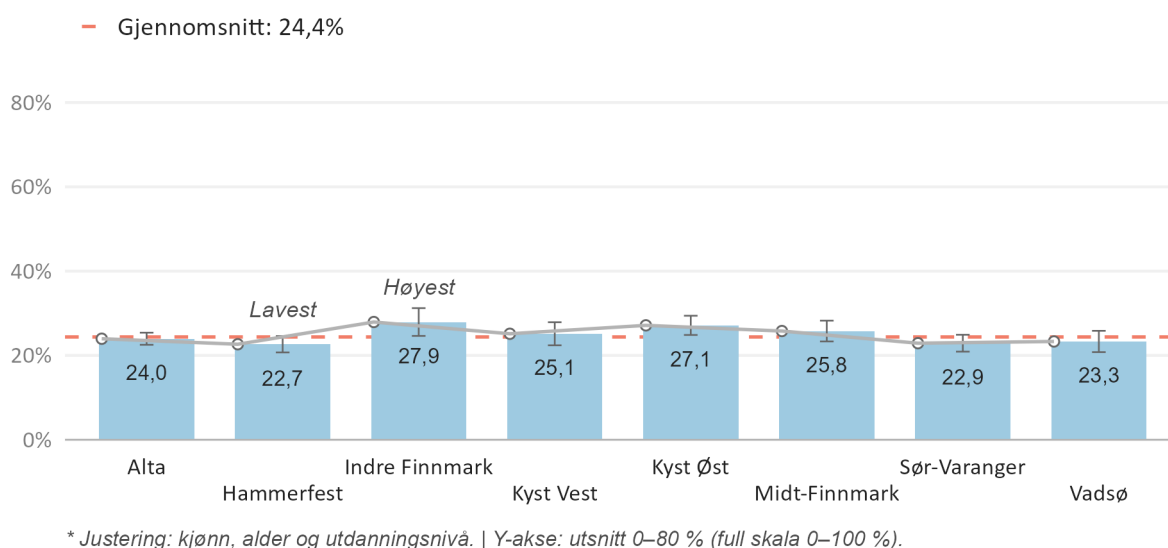
Figur E viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt økte andelen fra 20,7 prosent i 2019 til 22,3 prosent i 2026, men endringen på 1,6 prosentpoeng er ikke statistisk sikker. Blant menn er økningen på 2,4 prosentpoeng statistisk sikker, mens endringen blant kvinner ikke er statistisk sikker. Kvinner har fortsatt en noe høyere andel enn menn i begge år. Det er statistisk sikre økninger blant personer i alderen 18–29 år, 30–39 år og 60–69 år, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, og andelen er noe høyere blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning i begge år. Blant personer med vanskelige økonomiske forhold økte andelen statistisk sikkert med 3,2 prosentpoeng, mens endringen blant personer med lett økonomi ikke er statistisk sikker. Gruppen med lett økonomi har likevel høyere andel enn gruppen med vanskelige økonomiske forhold i begge år.

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

Svarandel: Totalt 11 128 deltakere av 11 171 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

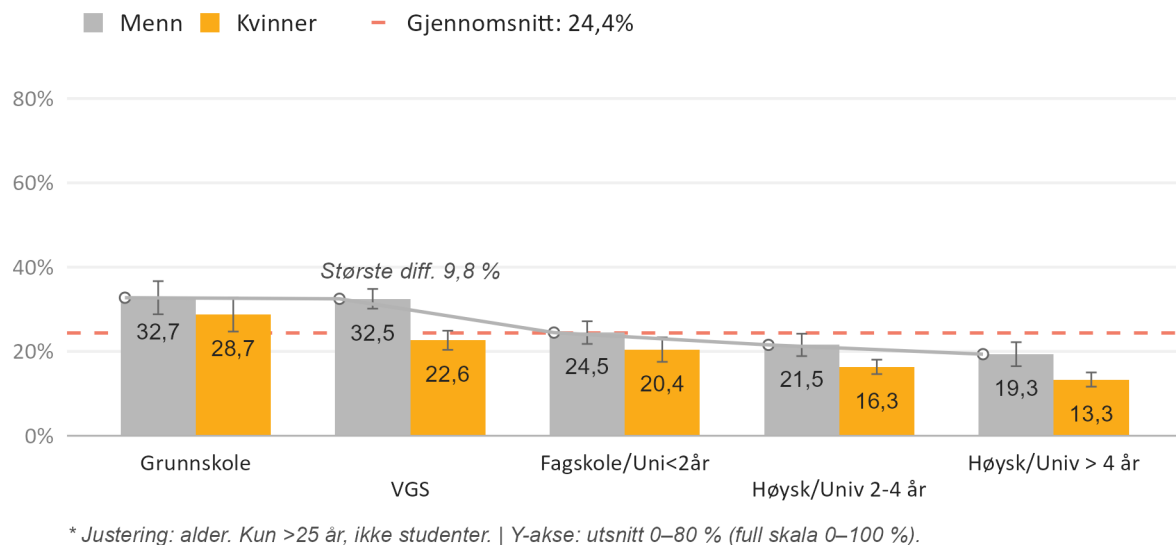
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 128	24,4 %	23,6 – 25,2
Kvinner	6 154	21,0 %	20,0 – 22,1
Menn	4 974	28,5 %	27,3 – 29,8

Figur 114: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i fylket (A)



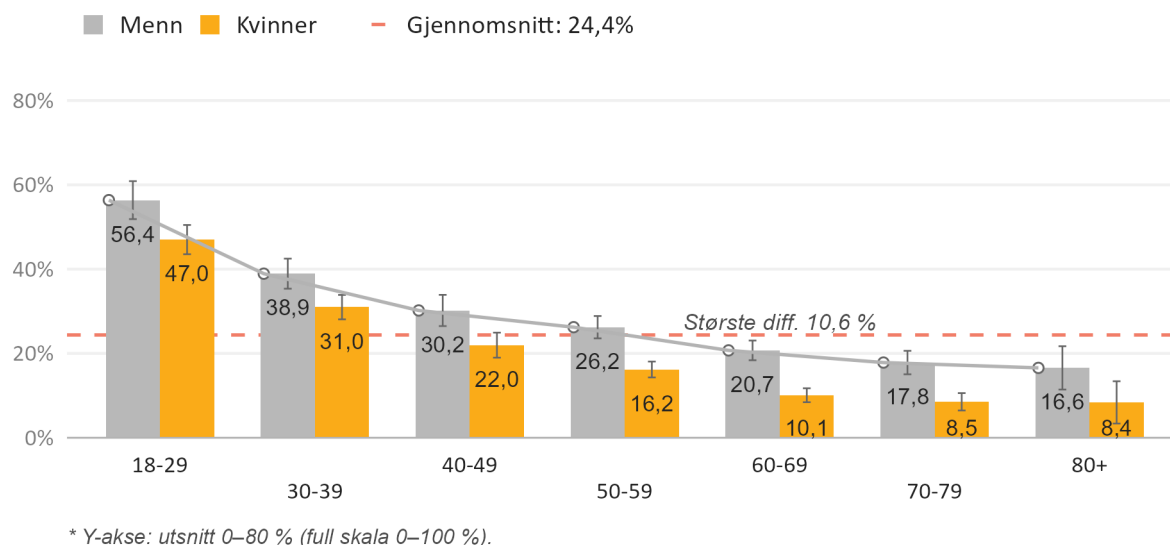
Figur A viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 27,9 prosent, og lavest i Hammerfest, med 22,7 prosent. Forskjellen mellom regionene er 5,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,12, noe som tilsvarer en liten forskjell. Kyst Øst har også en relativt høy andel på 27,1 prosent, mens Sør-Varanger og Vadsø lå blant regionene med lavere andeler, med henholdsvis 22,9 prosent og 23,3 prosent.

Figur 115: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)



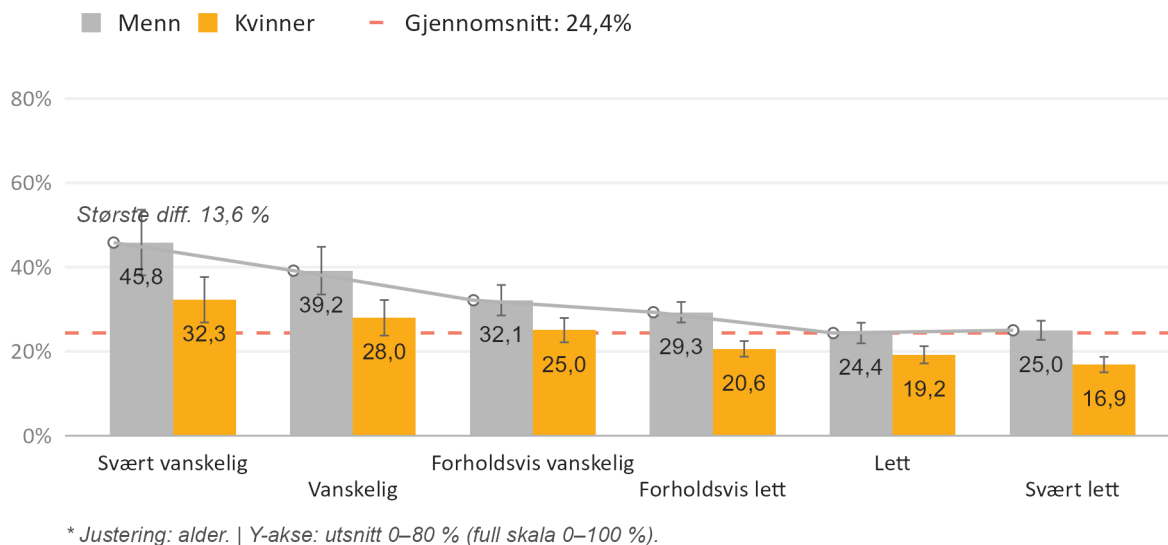
Figur B viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskoleutdanning og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år. Blant kvinner er andelen 28,7 prosent for grunnskoleutdanning og 13,3 prosent for høyere utdanning over 4 år, en statistisk sikker forskjell på 15,4 prosentpoeng. Cohen's h er 0,38, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er de tilsvarende andelene 32,7 prosent og 19,3 prosent. Differansen er 13,4 prosentpoeng og statistisk sikker, med Cohen's h på 0,31, også en middels forskjell. Menn har høyere andel enn kvinner på alle utdanningsnivåer. Forskjellene er statistisk sikre blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år og over 4 år, samt blant dem med videregående skole. Den største kjønnsforskjellen er blant personer med videregående skole, der andelen er 32,5 prosent blant menn og 22,6 prosent blant kvinner, en forskjell på 9,9 prosentpoeng.

Figur 116: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

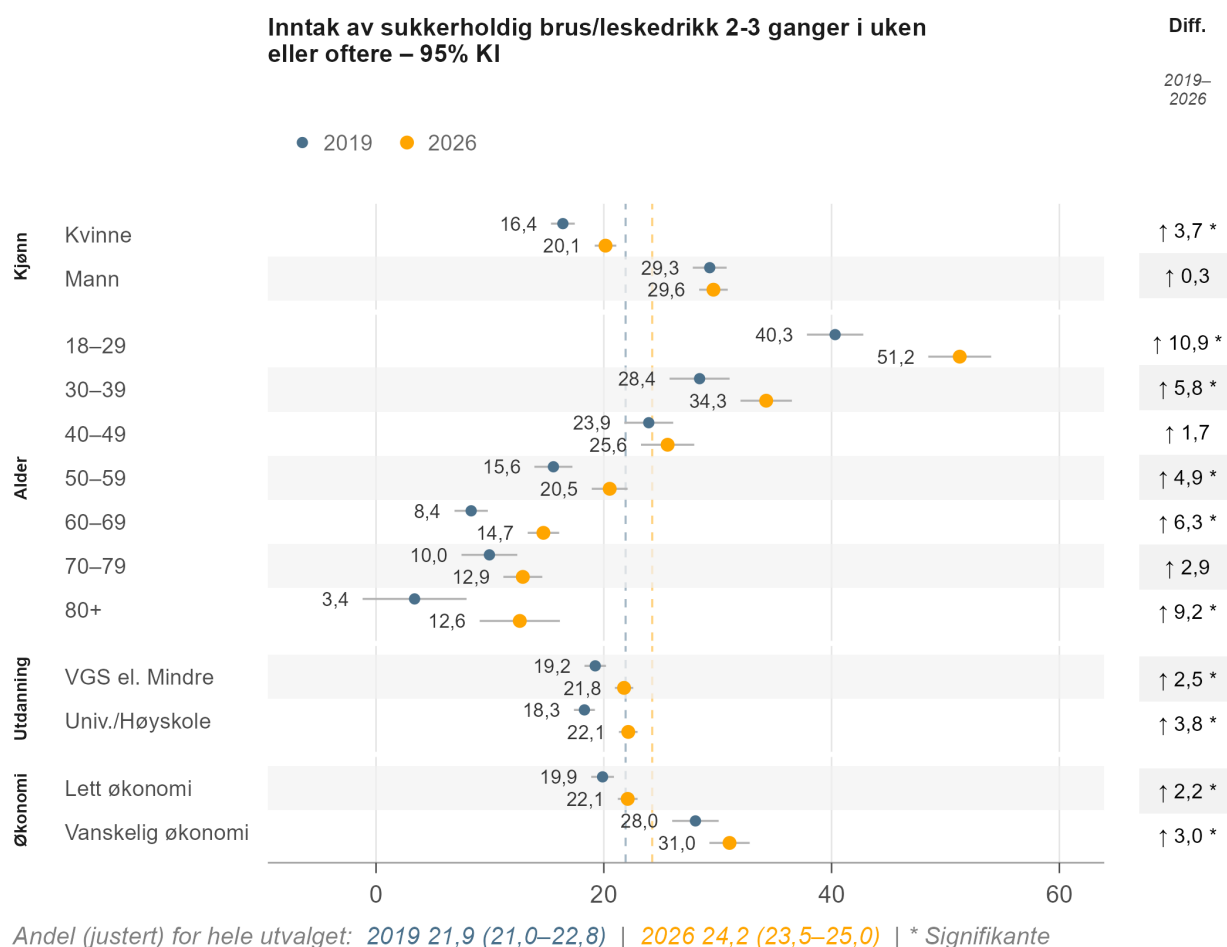


Figur C viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest blant kvinner og menn i aldersgruppen 18-29 år, med henholdsvis 47,0 prosent og 56,4 prosent. Den avtar deretter med økende alder for begge kjønn. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen 80+, med 8,4 prosent, mens den blant menn er lavest i samme aldersgruppe, med 16,6 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 38,6 prosentpoeng for kvinner og 39,8 prosentpoeng for menn, som begge er statistisk sikre. Dette tilsvarer en stor forskjell for begge kjønn, med Cohen's h på 0,92 for kvinner og 0,86 for menn. Menn har en høyere andel enn kvinner i alle aldersgruppene. Forskjellene er statistisk sikre fra 18-29 år til 70-79 år og varierer fra 7,9 prosentpoeng til 10,6 prosentpoeng. Den største kjønnsforskjellen ses blant 60-69-åringene, der andelen er 20,7 prosent blant menn og 10,1 prosent blant kvinner.

Figur 117: Inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker sukkerholdig brus/saft/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er høyest blant personer som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, både blant kvinner og menn, og forskjellene mellom ytterpunktene er statistisk sikre. Blant kvinner er andelen 32,3 prosent i denne gruppen, mot 16,9 prosent blant dem som vurderer økonomien som svært lett. Forskjellen er 15,4 prosentpoeng og tilsvarende Cohen's h på 0,36, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen 45,8 prosent ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, mens den laveste andelen er 24,4 prosent blant dem som vurderer økonomien som lett. Differansen er 21,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, noe som også indikerer en middels forskjell. Menn har statistisk sikre høyere andeler enn kvinner i alle gruppene. Kjønnforskjellen er størst blant dem med svært vanskelig husholdningsøkonomi, der den er 13,6 prosentpoeng.

Figur 118: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (E)

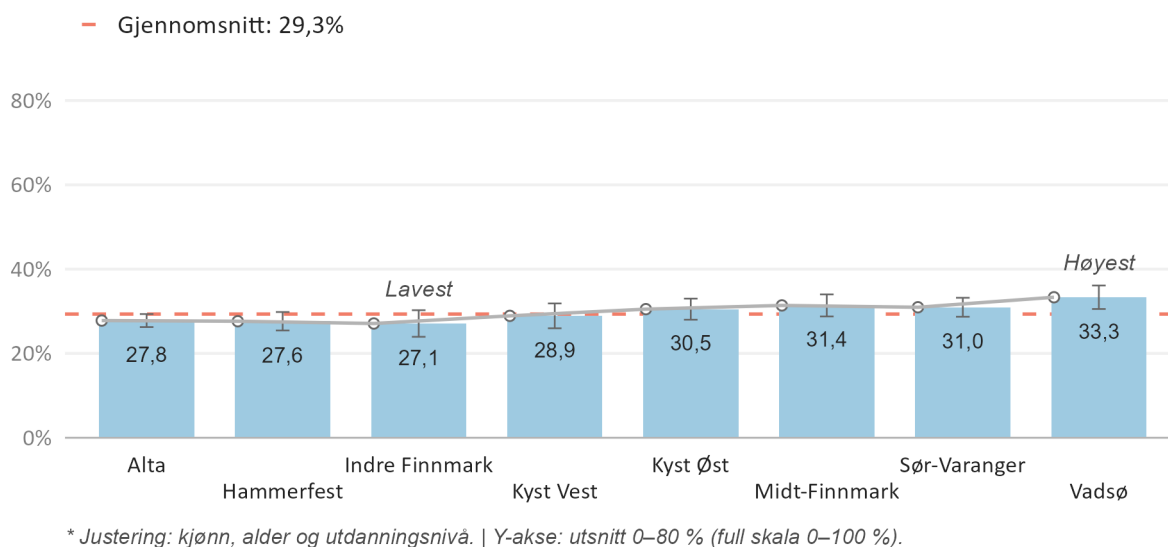
Figur E viser andelen som oppgir inntak av sukkerholdig brus/saft/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt økte andelen statistisk sikkert fra 21,9 prosent i 2019 til 24,2 prosent i 2026. Økningen er statistisk sikker blant kvinner, mens det ikke var en statistisk sikker endring blant menn, som har høyere nivå enn kvinner i begge år. Blant aldersgruppene økte andelen statistisk sikkert i de fleste gruppene, med særlig store økninger blant 18–29-åringene og personer 80 år eller eldre. De yngste har fortsatt det høyeste nivået i 2026. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, og nivåene er nokså like i begge år. Andelen økte også statistisk sikkert både blant personer med lett og vanskelig økonomi, der gruppen med vanskelig økonomi har høyere nivå i begge år.

3.29 Daglig inntak av frukt eller bær

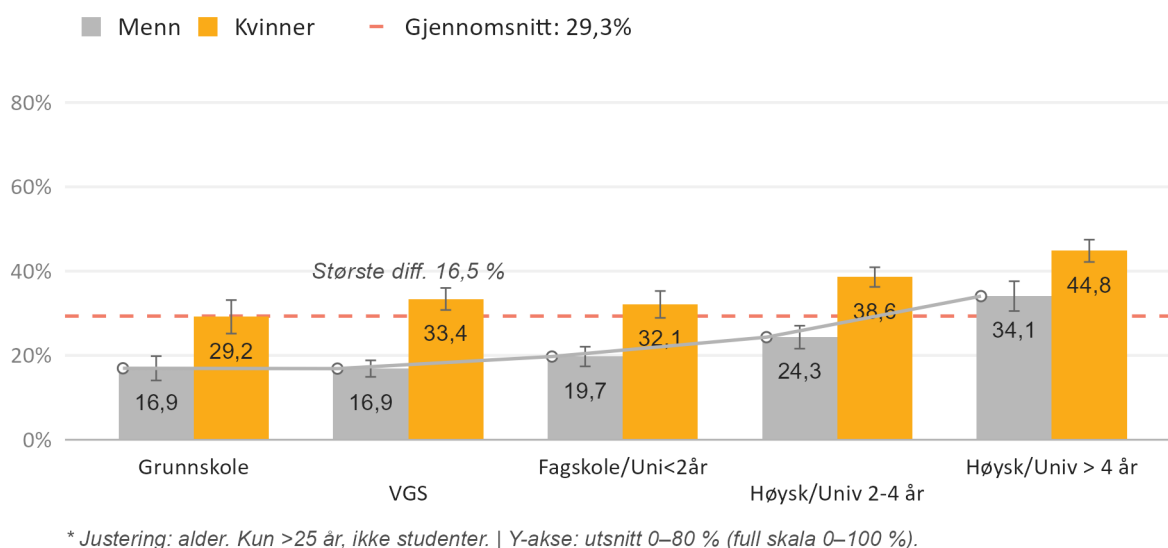
Svarandel: Totalt 11 138 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 138	29,3 %	28,5 – 30,2
Kvinner	6 160	36,1 %	34,8 – 37,3
Menn	4 978	21,0 %	19,9 – 22,2

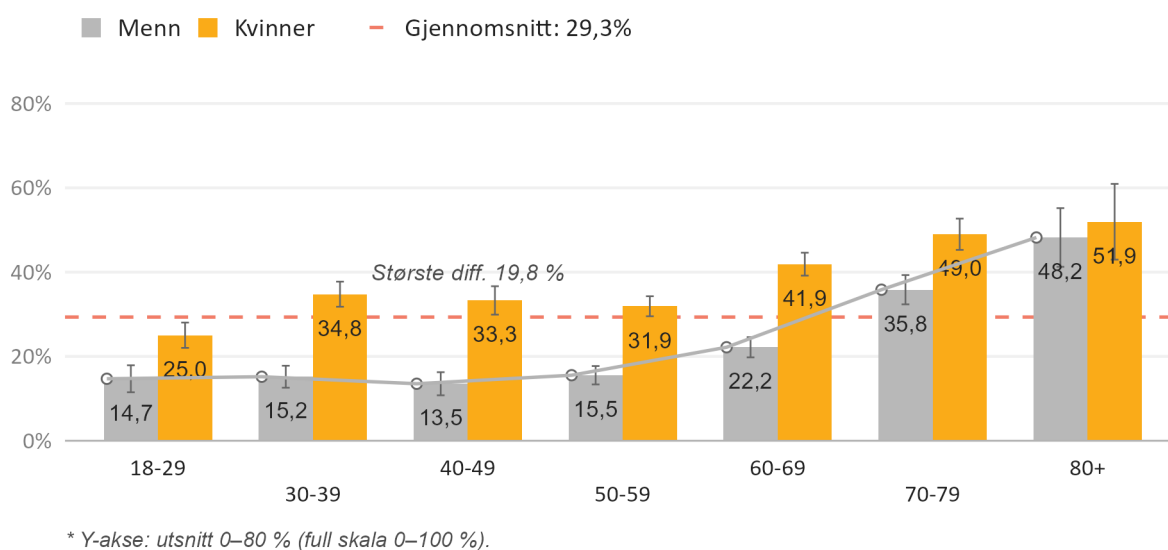
Figur 119: Daglig inntak av frukt eller bær etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen varierer fra 27,1 prosent i Indre Finnmark til 33,3 prosent i Vadsø. Forskjellen mellom regionene med høyest og lavest andel er 6,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,14, noe som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene. Midt-Finnmark og Sør-Varanger har også relativt høye andeler, med henholdsvis 31,4 prosent og 31,0 prosent, mens Alta og Hammerfest ligger nær den laveste andelen, med 27,8 prosent og 27,6 prosent. Kyst Vest og Kyst Øst ligger mellom ytterpunktene, med 28,9 prosent og 30,5 prosent.

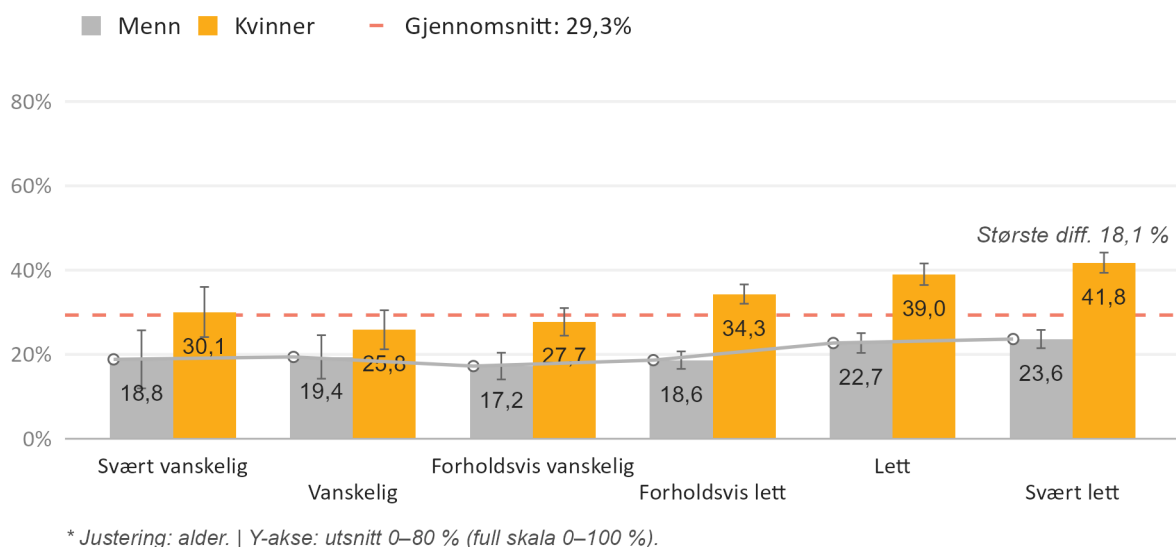
Figur 120: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, med 44,8 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 29,2 prosent. Forskjellen på 15,6 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,33, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, med 34,1 prosent, mens den er lavest blant dem med grunnskole og dem med VGS, med 16,9 prosent. Forskjellen på 17,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,40, som indikerer en middels forskjell. Kvinner har en høyere andel med daglig inntak av frukt eller bær enn menn på alle utdanningsnivåene. Kjønnforskjellen er minst blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, der den er 10,7 prosentpoeng, og størst blant dem med VGS, der den er 16,5 prosentpoeng. Forskjellene mellom kvinner og menn er statistisk sikre i alle utdanningsgruppene.

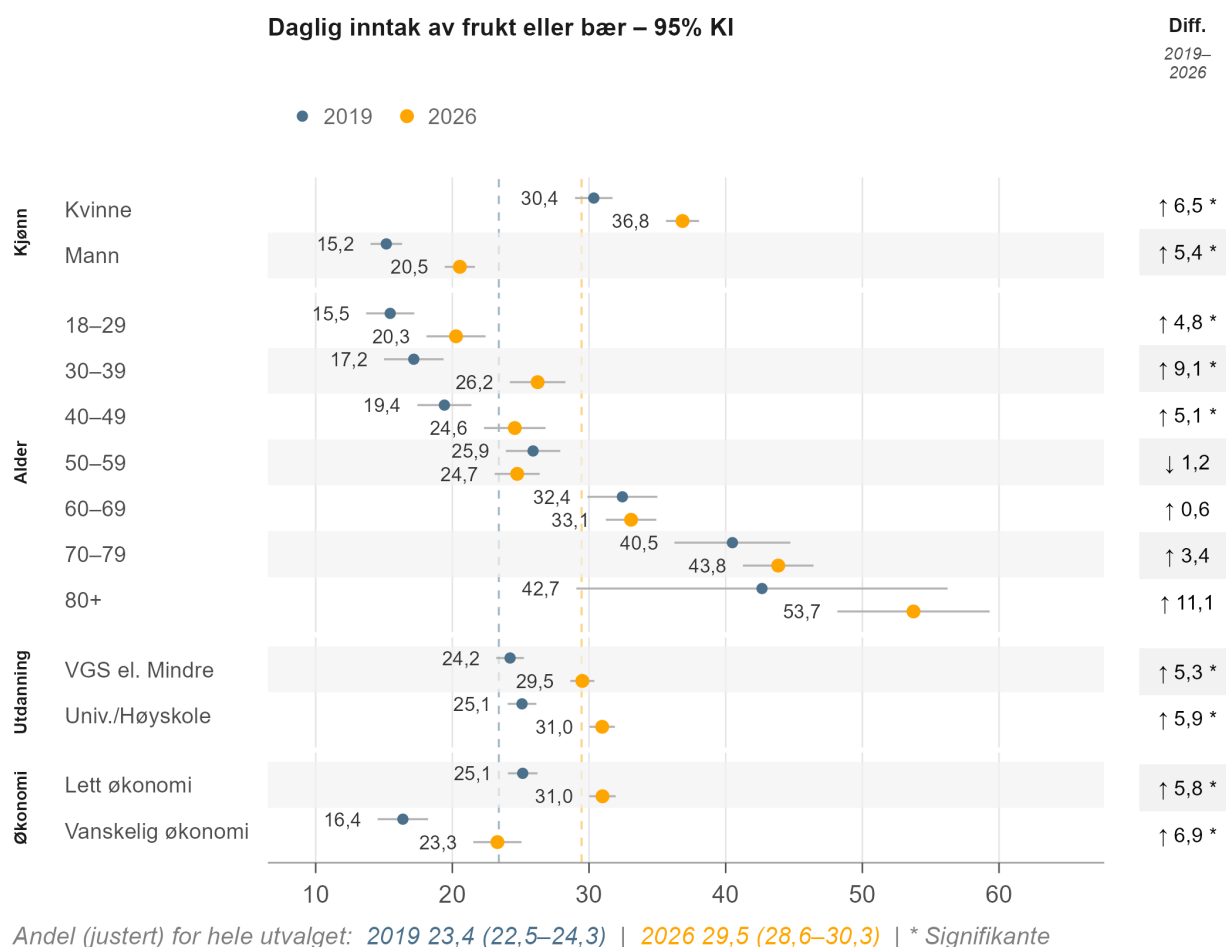
Figur 121: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 25,0 prosent i aldersgruppen 18–29 til 51,9 prosent blant dem som er 80+, med noe variasjon i de mellomliggende aldersgruppene. Forskjellen mellom laveste og høyeste andel på 26,9 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,56, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 40–49, med 13,5 prosent, og høyest blant dem som er 80+, med 48,2 prosent. Forskjellen på 34,7 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,78, som også tilsvarer en stor forskjell. Andelen er høyere blant kvinner enn blant menn i alle aldersgruppene fra 18–29 til 70–79, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen i aldersgruppen 40–49, med en forskjell på 19,8 prosentpoeng.

Figur 122: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, med 41,8 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som vanskelig, med 25,8 prosent. Forskjellen på 16,0 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,34, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen høyest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 23,6 prosent, og lavest ved forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi, med 17,2 prosent. Forskjellen på 6,4 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,16, som indikerer en liten forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn i alle kategoriene. Kjønnsforskjellene er statistisk sikre for dem som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett eller svært lett. Forskjellene varierer fra 10,5 til 18,1 prosentpoeng, og er størst blant dem med svært lett husholdningsøkonomi. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 123: Daglig inntak av frukt eller bær (E)

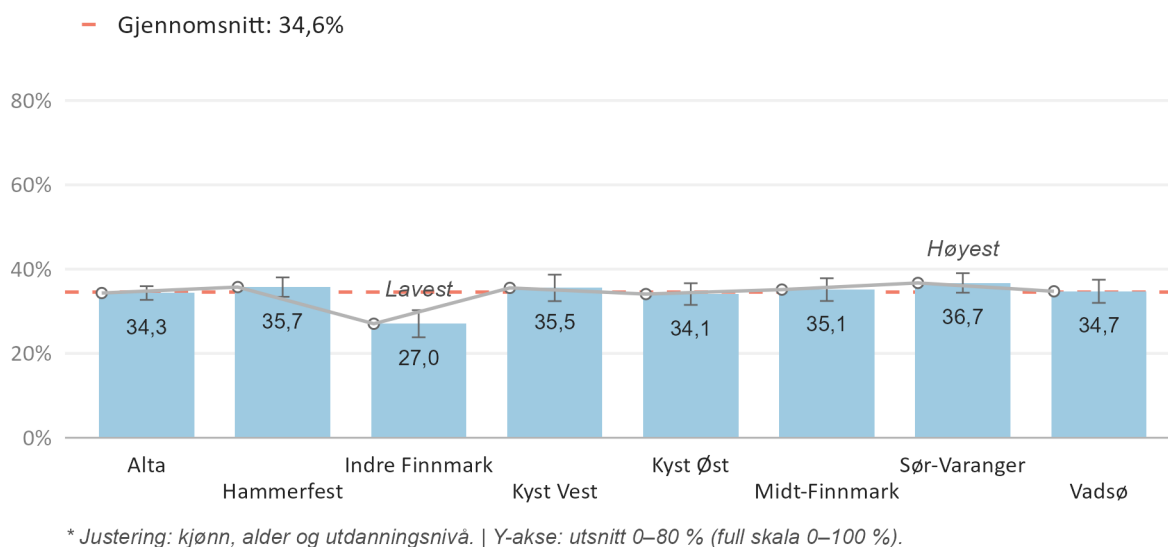
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av frukt eller bær fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalandelen økte fra 23,4 prosent i 2019 til 29,5 prosent i 2026, en statistisk sikker økning på 6,1 prosentpoeng. Det er statistisk sikre økninger både blant kvinner og menn, og kvinner har høyere andel enn menn i begge år. Blant personer under 50 år økte andelen statistisk sikkert i alle aldersgruppene. Endringene blant personer fra 50 år og oppover er ikke statistisk sikre, mens hovedmønsteret med høyere andeler i de eldste aldersgruppene består. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, og andelen er noe høyere blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning i begge år. Det er også statistisk sikre økninger både blant personer med lett og vanskelig økonomi, der andelen fortsatt er høyere blant dem med lett økonomi.

3.30 Daglig inntak av grønnsaker

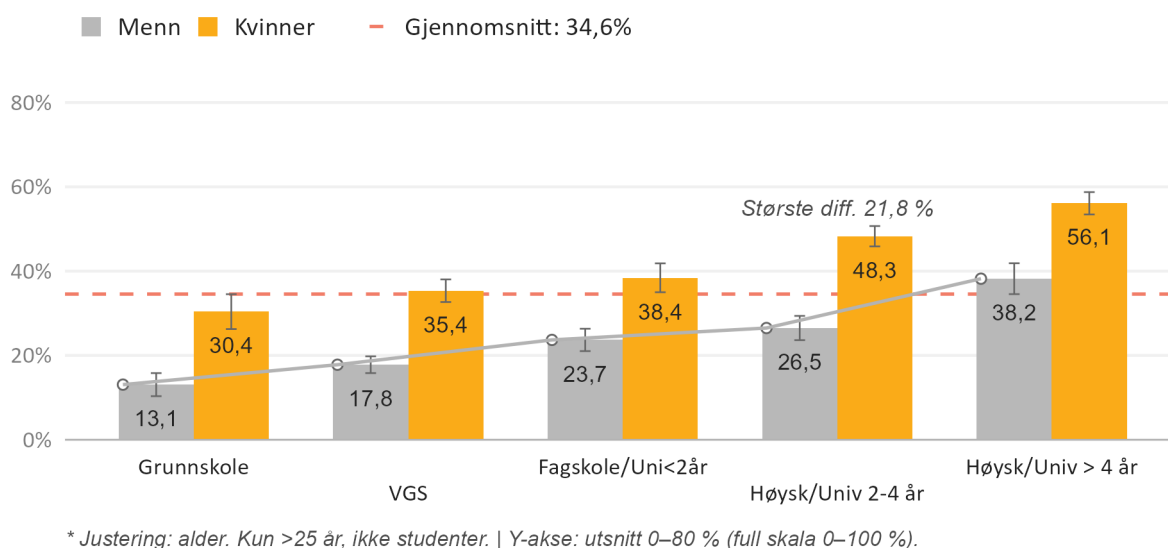
Svarandel: Totalt 11 146 deltakere av 11 171 (99,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 146	34,6 %	33,7 – 35,4
Kvinner	6 163	43,6 %	42,4 – 44,9
Menn	4 983	23,3 %	22,1 – 24,5

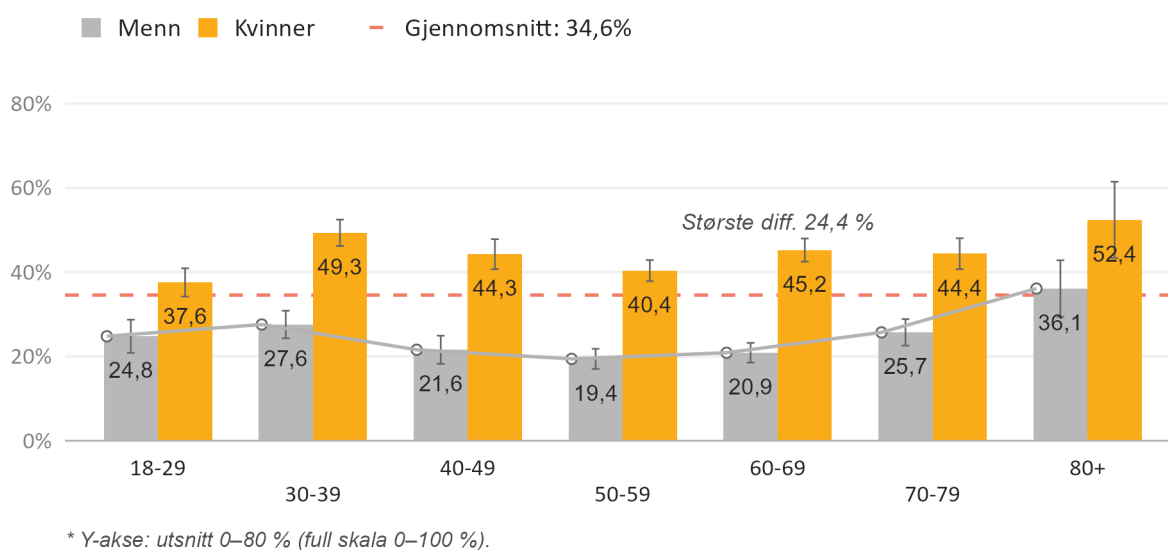
Figur 124: Daglig inntak av grønnsaker etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som spiser grønnsaker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Sør-Varanger, med 36,7 prosent, og lavest i Indre Finnmark, med 27,0 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 9,7 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,21, noe som tilsvarer en liten forskjell. De øvrige regionene ligger mellom 34,1 prosent i Kyst Øst og 35,7 prosent i Hammerfest. Alta har en andel på 34,3 prosent, Vadsø 34,7 prosent, Midt-Finnmark 35,1 prosent og Kyst Vest 35,5 prosent.

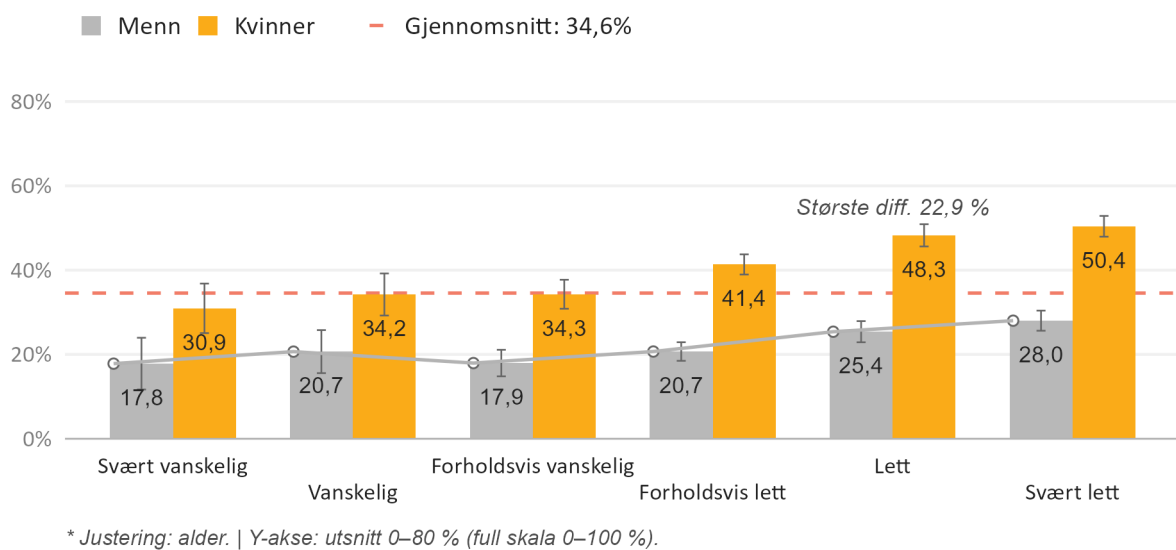
Figur 125: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er høyest blant kvinner med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 56,1 prosent, og lavest blant kvinner med grunnskole, med 30,4 prosent. Differansen er 25,7 prosentpoeng statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,53, som indikerer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest ved høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med 38,2 prosent, og lavest ved grunnskole, med 13,1 prosent. Differansen på 25,1 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h er 0,59, som også viser en stor forskjell. På alle utdanningsnivåer er andelen høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnforskjellen er minst blant personer med fagskole- eller universitetsutdanning under to år, med 14,7 prosentpoeng, og størst blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år, med 21,8 prosentpoeng. Forskjellene mellom kvinner og menn er statistisk sikre på alle utdanningsnivåene.

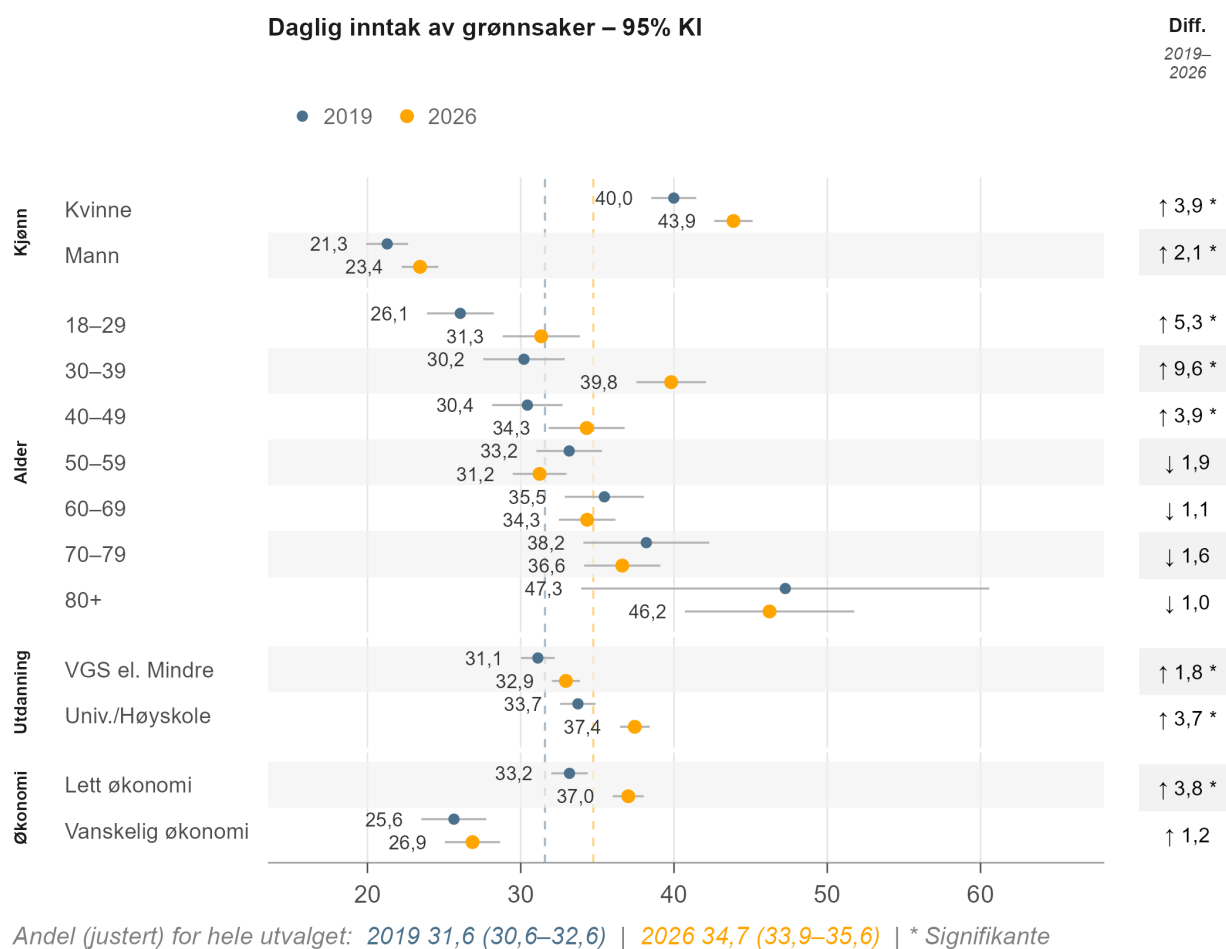
Figur 126: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 37,5 prosent, og høyest blant dem på 80 år eller eldre, med 52,4 prosent. Forskjellen er 14,8 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er på 0,30, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 50–59 år, med 19,4 prosent, og høyest blant dem på 80 år eller eldre, med 36,1 prosent. Forskjellen er 16,7 prosentpoeng, statistisk sikker, og tilsvarer Cohen's h på 0,38, som også indikerer en middels forskjell. Kvinner har høyere andel som spiser grønnsaker daglig enn menn i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og varierer fra 12,8 prosentpoeng i aldersgruppen 18–29 år til 24,4 prosentpoeng i aldersgruppen 60–69 år.

Figur 127: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 50,4 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 30,9 prosent. Forskjellen er 19,5 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er på 0,40, som indikerer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest når husholdningsøkonomien vurderes som svært lett, med 28,0 prosent, og lavest når den vurderes som svært vanskelig, med 17,8 prosent. Forskjellen er 10,2 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h på 0,24, som indikerer en liten forskjell. Kvinner har høyere andel med daglig grønnsaksinntak enn menn i alle gruppene. Kjønnforskjellen er størst blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er lett, der andelen er 48,3 prosent blant kvinner og 25,4 prosent blant menn, en forskjell på 22,9 prosentpoeng. Forskjellene mellom kvinner og menn er statistisk sikre i alle vurderinger av husholdningsøkonomien.

Figur 128: Daglig inntak av grønnsaker (E)

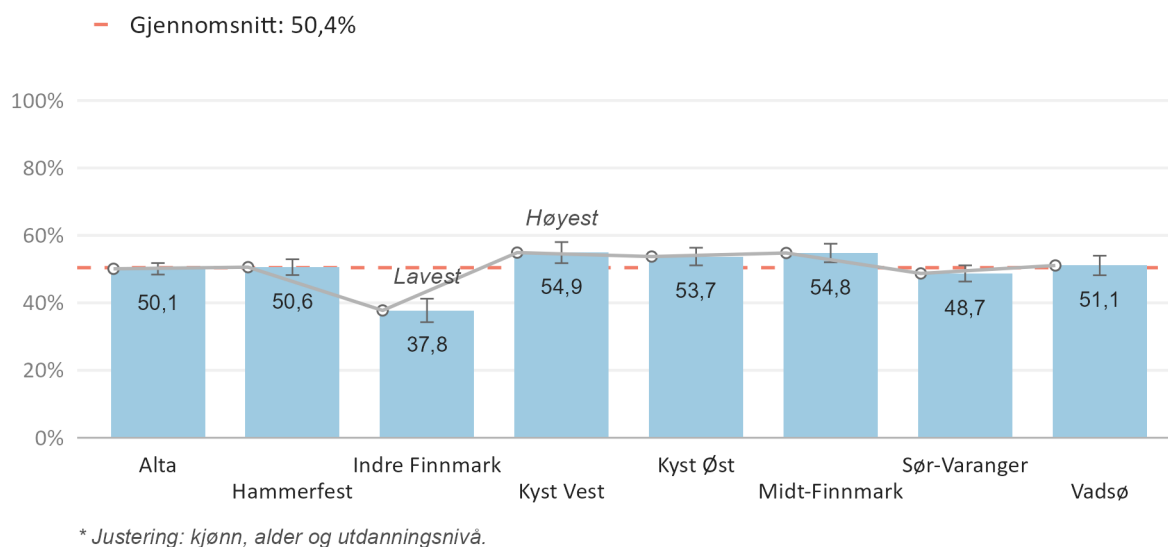
Figur E viser andelen som oppgir daglig inntak av grønnsaker fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen økte statistisk sikkert i befolkningen samlet, fra 31,6 i 2019 til 34,7 i 2026. Både kvinner og menn har en statistisk sikker økning, og kvinner har fortsatt en høyere andel enn menn. Økningen er statistisk sikker blant personer under 50 år, og størst blant 30–39-åringene, med 9,6 prosentpoeng. For aldersgruppene fra 50 år og oppover er endringene ikke statistisk sikre. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, og andelen er fortsatt høyere blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning. Blant personer med lett økonomi er økningen statistisk sikker, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker.

3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

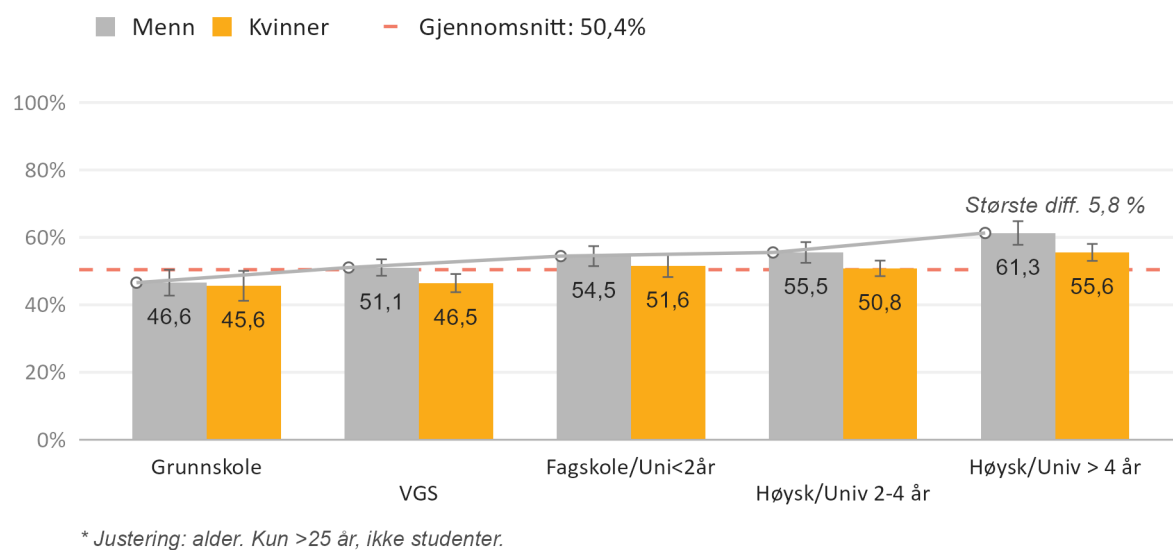
Svarandel: Totalt 11 132 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 132	50,4 %	49,5 – 51,4
Kvinner	6 158	49,0 %	47,7 – 50,2
Menn	4 974	52,2 %	50,8 – 53,6

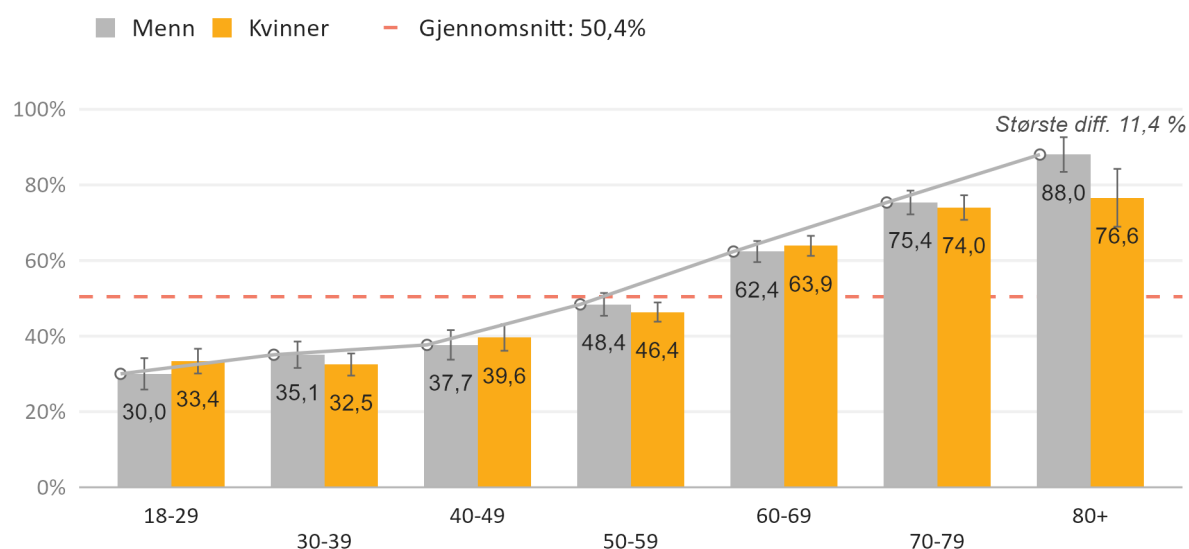
Figur 129: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Kyst Vest, med 54,9 prosent, og lavest i Indre Finnmark, med 37,8 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 17,1 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h på 0,35 tilsvarer en middels forskjell. Midt-Finnmark og Kyst Øst har også høye andeler, henholdsvis 54,8 prosent og 53,7 prosent. Alta, Hammerfest, Sør-Varanger og Vadsø ligger mellom 48,7 prosent og 51,1 prosent.

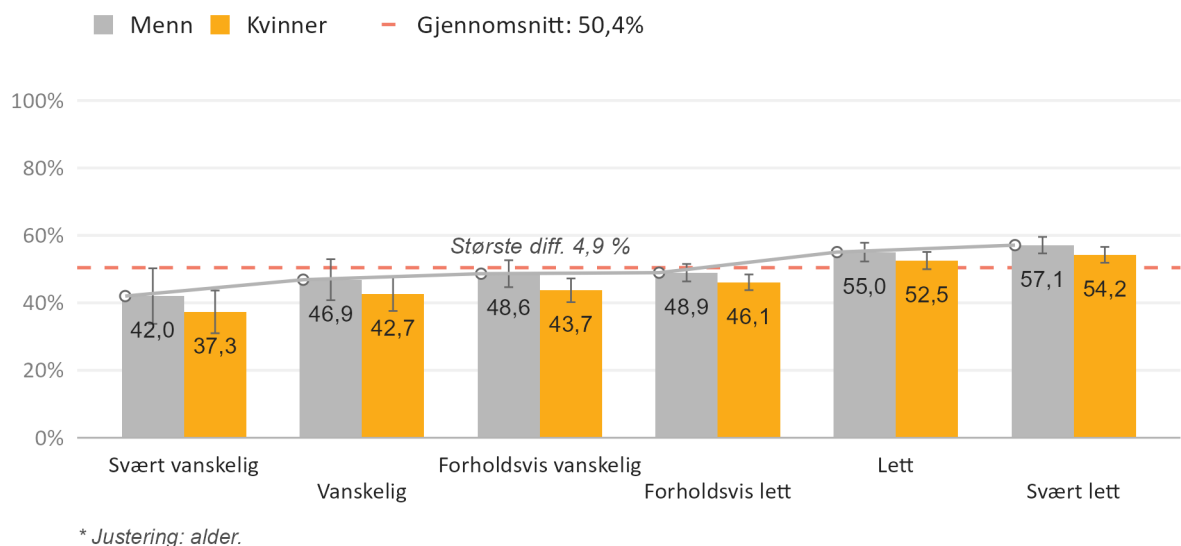
Figur 130: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 55,6 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 45,6 prosent. Forskjellen er 10,0 prosentpoeng og er statistisk sikker, men tilsvarer en liten forskjell, med Cohen's h på 0,20. Blant mennene er andelen også høyest i gruppen med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 61,3 prosent, mens menn med grunnskole har lavest andel, med 46,6 prosent. Forskjellen er 14,7 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,30. Det er dermed en tydelig forskjell mellom utdanningsnivåene for begge kjønn, der personer med lengre utdanning oftere rapporterer hyppig fiskeinntak. Menn har høyere andeler enn kvinner på alle utdanningsnivåene, men kjønnsforskjellene er ikke statistisk sikre.

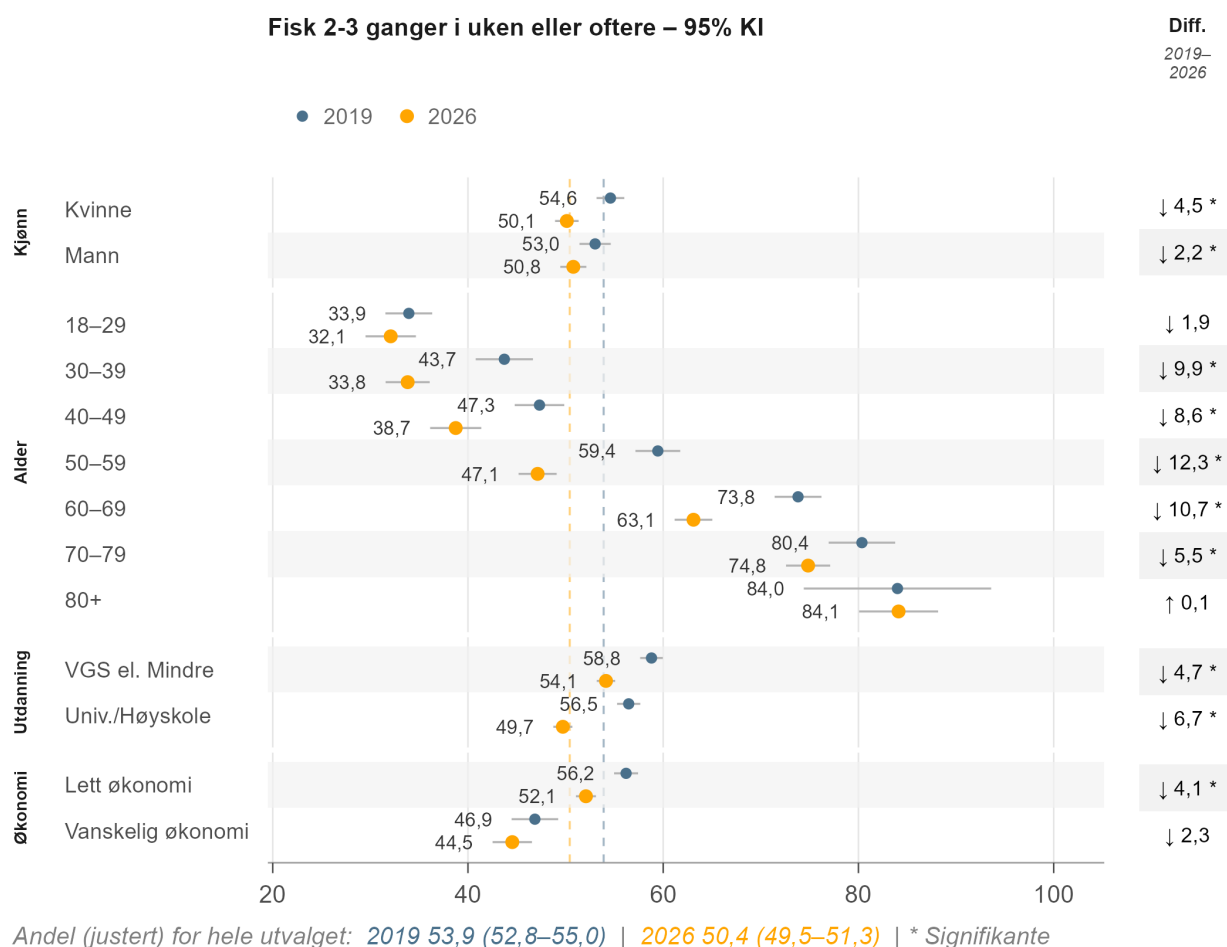
Figur 131: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker med alder både blant kvinner og menn. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 30-39 år, med 32,5 prosent, og høyest blant dem i alderen 80+, med 76,6 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 44,1 prosentpoeng. Cohen's h er 0,92, som indikerer en stor forskjell. Blant menn er andelen lavest i aldersgruppen 18-29 år, med 30,0 prosent, og høyest i aldersgruppen 80+, med 88,0 prosent. Forskjellen er statistisk sikker og utgjør 58,0 prosentpoeng. Cohen's h er 1,28, som også indikerer en stor forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små, og ingen av dem framstår som statistisk sikre. De høyeste andelene med hyppig fiskeinntak finnes dermed blant de eldste, særlig blant menn, mens andelene er lavest blant de yngste aldersgruppene.

Figur 132: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen er høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som vurderer den som svært vanskelig, både for kvinner og menn. Blant kvinner er andelen 54,2 prosent i gruppen som opplever økonomien som svært lett, mot 37,3 prosent i gruppen som opplever den som svært vanskelig. Dette er en forskjell på 16,9 prosentpoeng og tilsvarer Cohen's h på 0,34, som viser en middels forskjell. For menn er de tilsvarende andelene 57,1 prosent og 42,0 prosent. Forskjellen er 15,1 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,30, også en middels forskjell. Forskjellene mellom yttergruppene er statistisk sikre for begge kjønn. Menn har høyere andeler enn kvinner i alle vurderingene av husholdningsøkonomien, men kjønnforskjellene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 133: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (E)

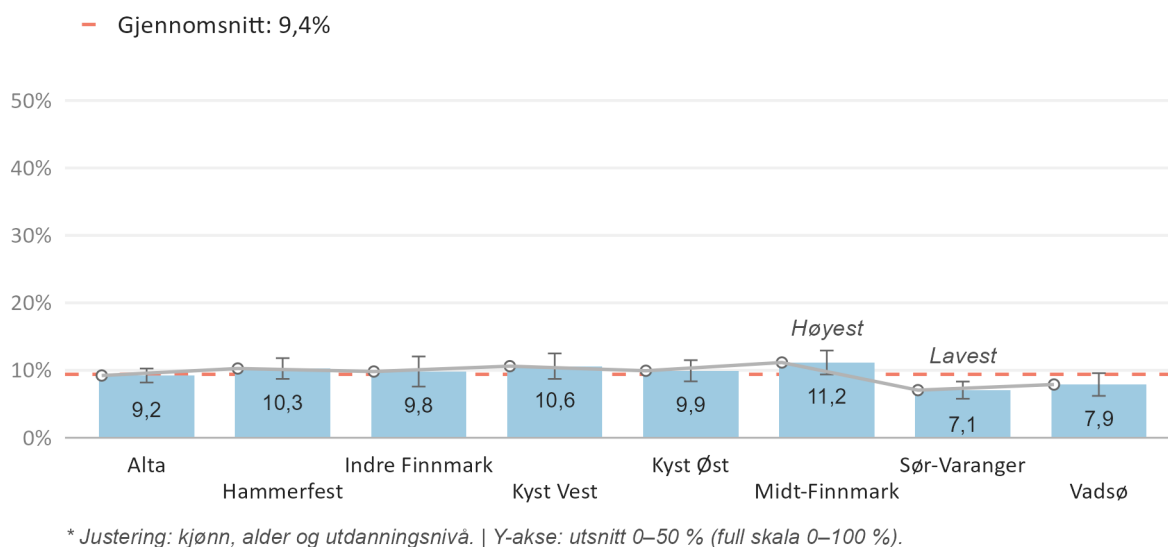
Figur E viser andelen som oppgir fisk 2-3 ganger i uken eller oftere fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen gikk statistisk sikkert ned fra 53,9 prosent i 2019 til 50,4 prosent i 2026, en nedgang på 3,5 prosentpoeng. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellene er små i begge år. Blant aldersgruppene er det statistisk sikre nedganger fra 30 til 79 år, med størst nedgang blant 50–59-åringene. De yngste og de eldste har ingen statistisk sikker endring. Hovedmønsteret med høyere andel hyppig fiskeinntak i de eldre enn i de yngre aldersgruppene er fortsatt tydelig i 2026. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger. Blant dem med lett økonomi er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker.

3.32 Daglig røyking

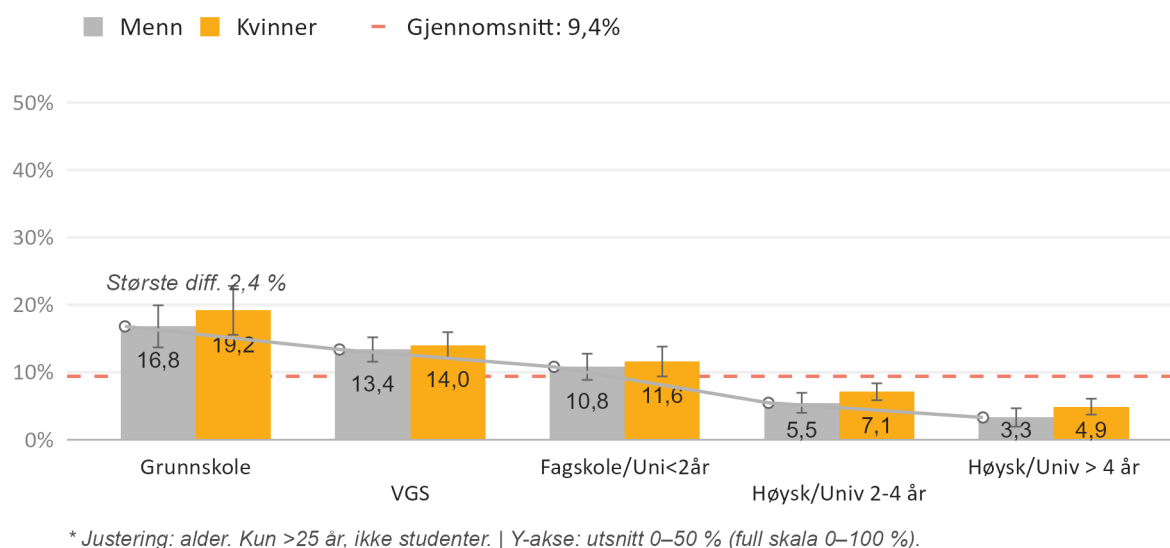
Svarandel: Totalt 11 112 deltakere av 11 171 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 112	9,4 %	8,9 – 9,9
Kvinner	6 147	9,1 %	8,4 – 9,8
Menn	4 965	9,8 %	9,0 – 10,6

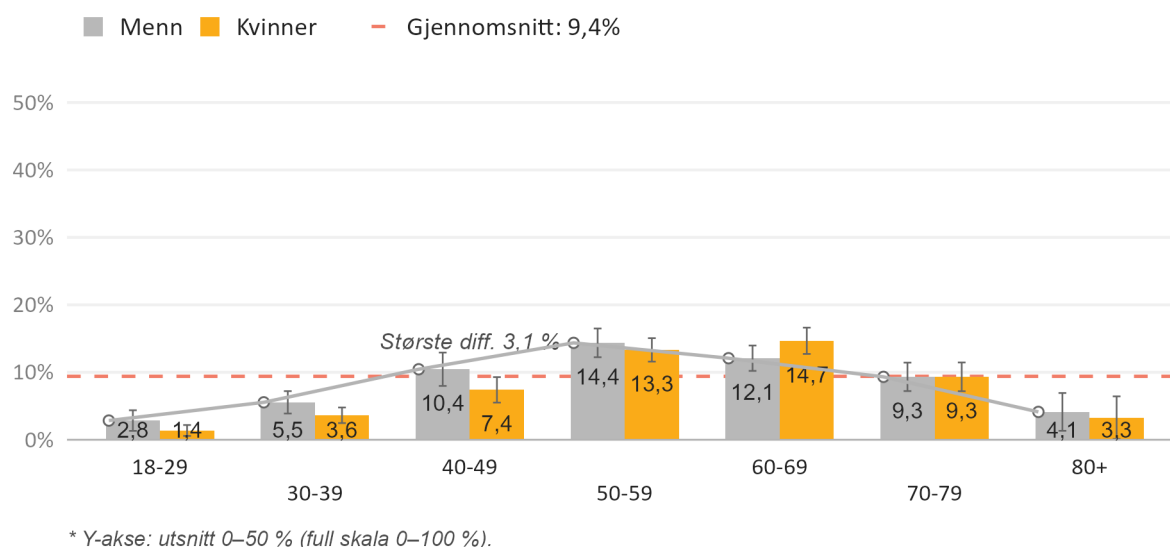
Figur 134: Daglig røyking etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som røyker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Midt-Finnmark, med 11,2 prosent, og lavest i Sør-Varanger, med 7,1 prosent. Forskjellen mellom regionene er 4,1 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,14, noe som tilsvarer en liten forskjell. Hammerfest og Kyst Vest har også relativt høye andeler, med henholdsvis 10,3 prosent og 10,6 prosent, mens Vadsø ligger lavere med 7,9 prosent. Alta, Indre Finnmark og Kyst Øst har andeler mellom 9,2 prosent og 9,9 prosent.

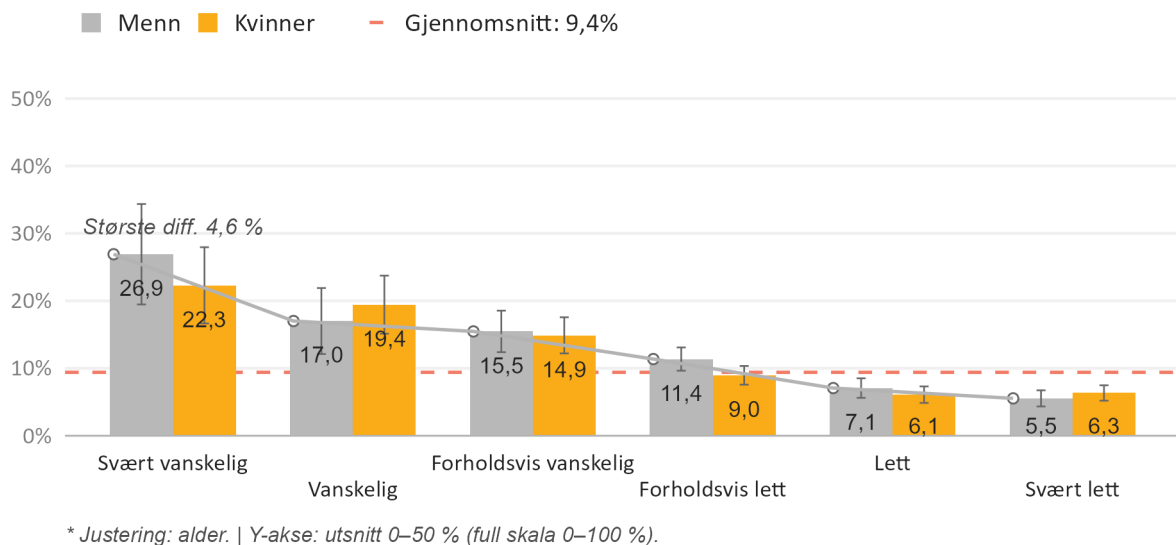
Figur 135: Daglig røyking etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er høyest blant personer med grunnskole og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år, med statistisk sikre forskjeller, både for kvinner og menn. Blant kvinner er forskjellen mellom ytterpunktene 14,3 prosentpoeng, fra 19,2 prosent i gruppen med grunnskole til 4,9 prosent i gruppen med høyskole- eller universitetsutdanning på over fire år. Cohen's h er 0,46, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er den tilsvarende forskjellen 13,5 prosentpoeng, fra 16,8 prosent til 3,3 prosent. Cohen's h er 0,48, også en middels forskjell. Andelen dagligrøykere avtar gjennomgående med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. Kjønnsforskjellene innen de enkelte utdanningsnivåene er små og framstår ikke som statistisk sikre.

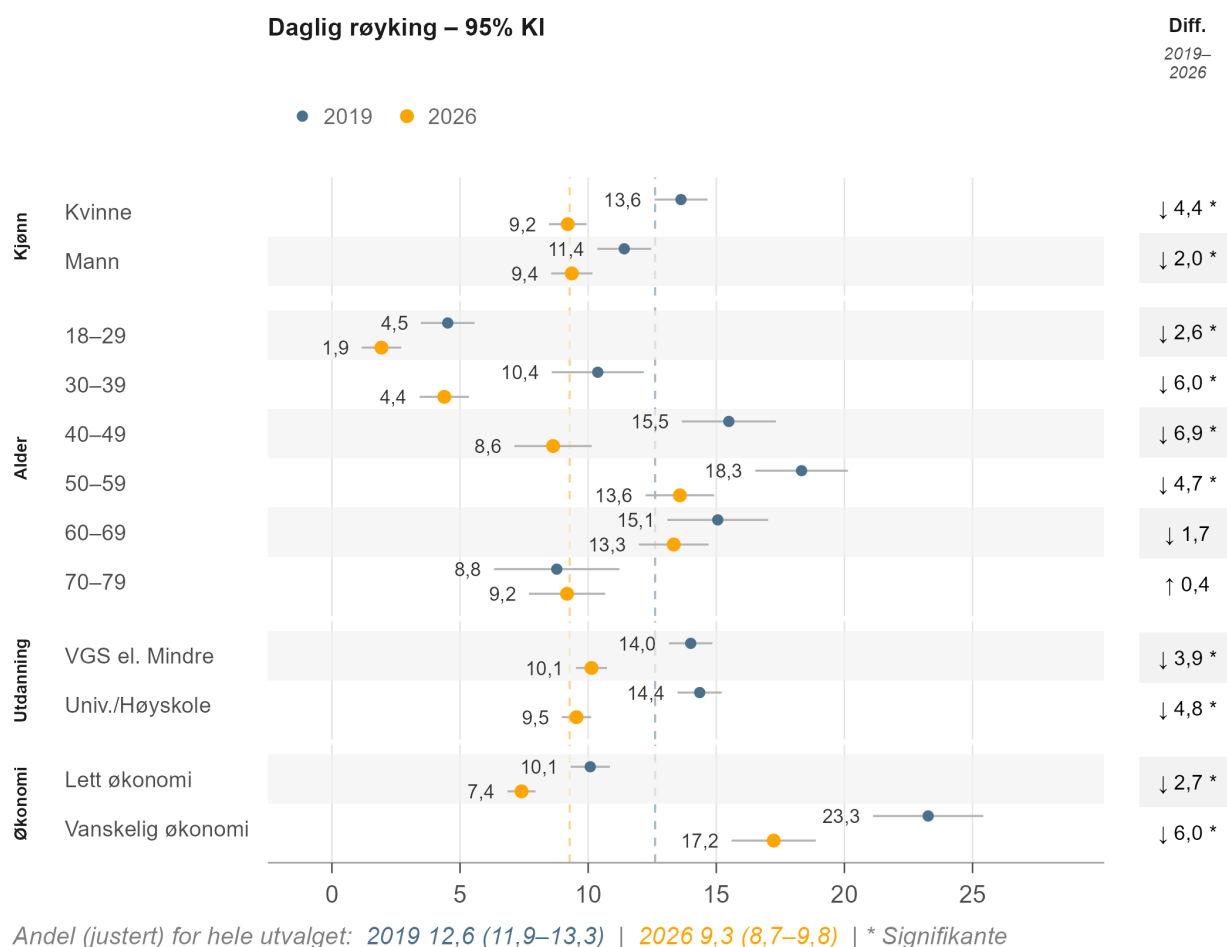
Figur 136: Daglig røyking etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 1,4 prosent i aldersgruppen 18–29 år til 14,7 prosent blant 60–69-åringene, før den avtar i de eldre aldersgruppene. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 13,3 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og tilsvarer Cohen's h på 0,55, som indikerer en stor forskjell. Blant menn øker andelen fra 2,8 prosent i aldersgruppen 18–29 år til 14,4 prosent blant 50–59-åringene. Deretter synker andelen med økende alder, til 4,1 prosent blant personer over 80 år. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 11,5 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,44, noe som indikerer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innenfor de enkelte aldersgruppene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 137: Daglig røyking etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen dagligrøykere er høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, både blant kvinner og menn. Blant kvinner røyker 22,3 prosent daglig i gruppen Svært vanskelig, sammenlignet med 6,1 prosent i gruppen Lett. Differansen er 16,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,48, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 26,9 prosent i gruppen Svært vanskelig og 5,5 prosent i gruppen Svært lett. Dette gir en differanse på 21,4 prosentpoeng og en Cohen's h på 0,62, som tilsvarer en stor forskjell. Forskjellene mellom høyeste og laveste andel er statistisk sikre for begge kjønn. Andelene viser ellers et tydelig mønster der daglig røyking er vanligere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig enn blant dem som vurderer den som lett. Kjønnforskjellene innen de enkelte vurderingene av husholdningsøkonomien er små og ikke statistisk sikre.

Figur 138: Daglig røyking (E)

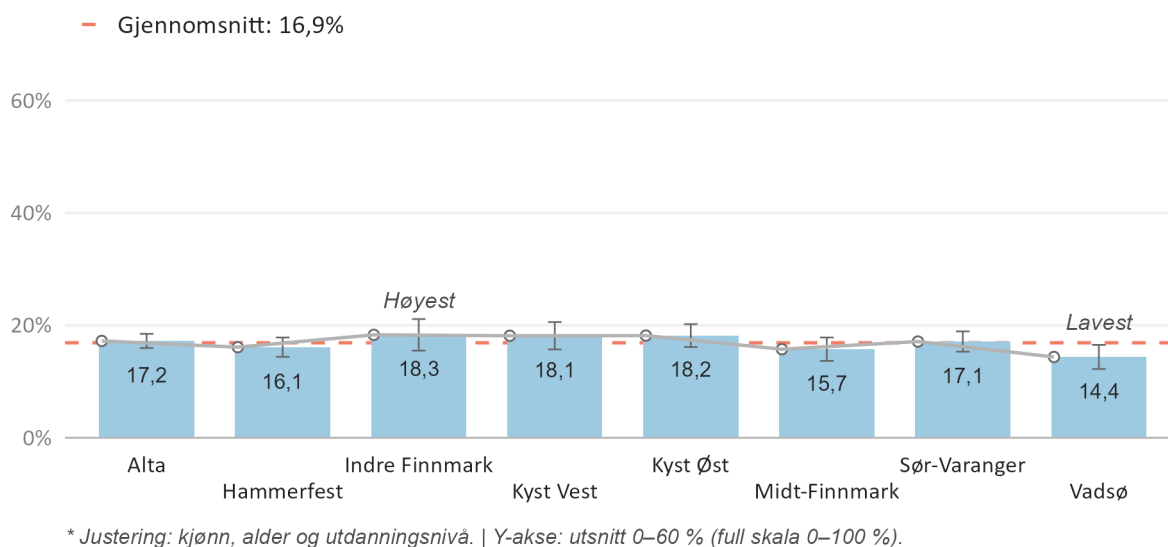
Figur E viser andelen som oppgir daglig røyking fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Det er viktig å merke seg at spørsmålsformuleringen endret seg noe fra 2019 til 2026 (se kapittel 2.3) og dette må tas i betraktning når man tolker forskjellene mellom 2019 og 2016. Andelen som oppga daglig røyking, gikk statistisk sikkert ned fra 12,6 prosent i 2019 til 9,3 prosent i 2026, en nedgang på 3,3 prosentpoeng. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og menn og kvinner ligger på omtrent samme nivå i 2026. Flere av aldersgruppene har statistisk sikre reduksjoner, særlig blant personer i alderen 30–49 år. For personer i alderen 60–69 år og 70–79 år er endringene ikke statistisk sikre. Mønsteret med høyere andeler blant middelaldrende enn blant de yngste er fortsatt synlig i 2026. Andelen gikk statistisk sikkert ned i begge utdanningsgruppene. Nedgangen er også statistisk sikker både blant personer med lett og vanskelig økonomi, og andelen er fortsatt klart høyere blant dem med vanskelig økonomi.

3.33 Daglig snus

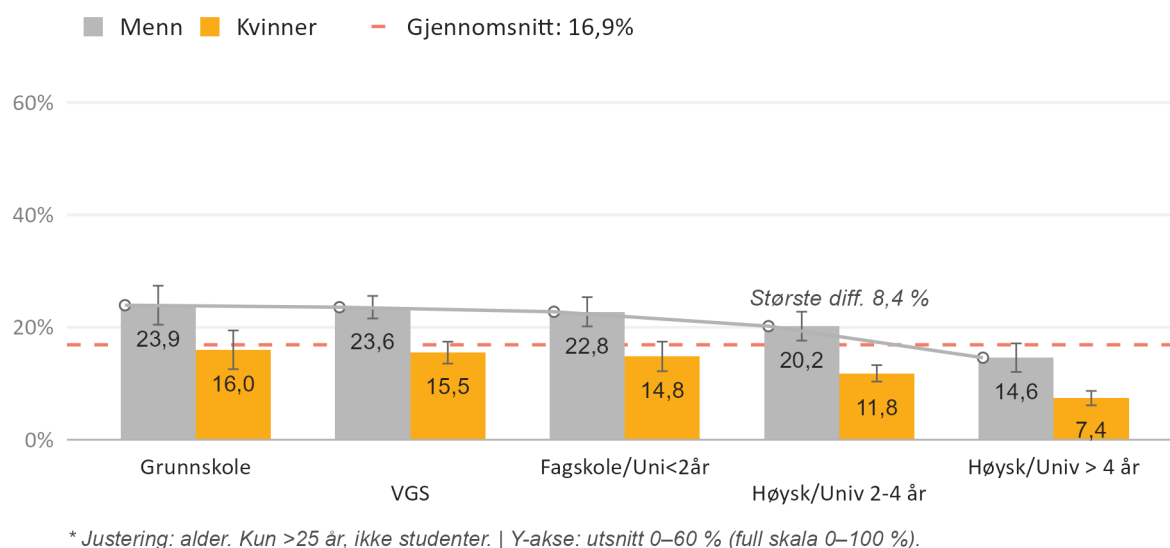
Svarandel: Totalt 11 132 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 132	16,9 %	16,2 – 17,6
Kvinner	6 160	12,9 %	12,1 – 13,7
Menn	4 972	21,8 %	20,7 – 23,0

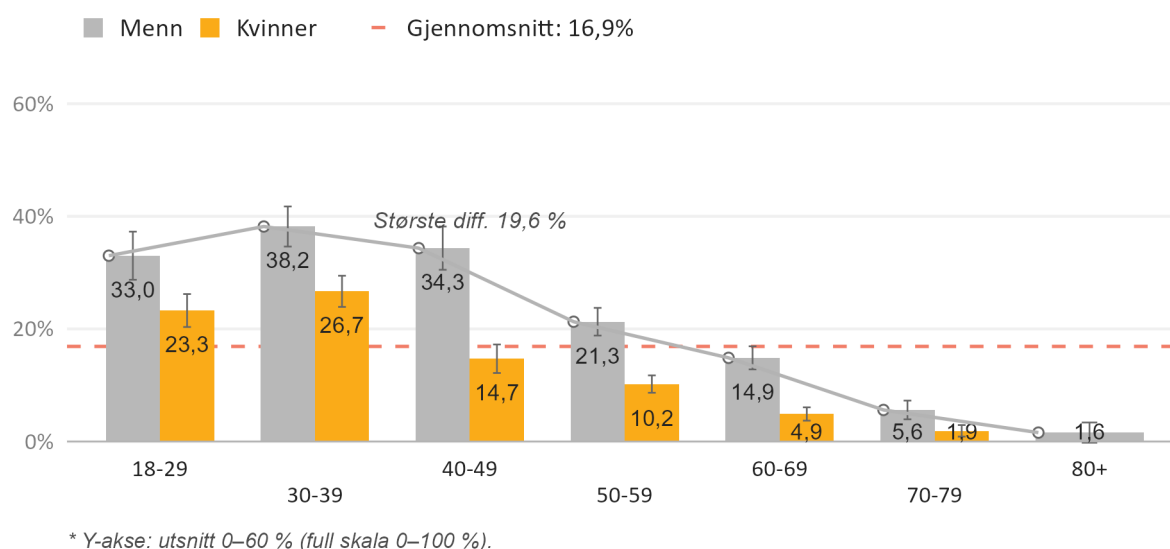
Figur 139: Daglig snus etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som bruker snus daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 18,3 prosent, og lavest i Vadsø, med 14,4 prosent. Forskjellen mellom ytterpunktene er 3,9 prosentpoeng, men den er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,11, noe som tilsvarer en liten forskjell.

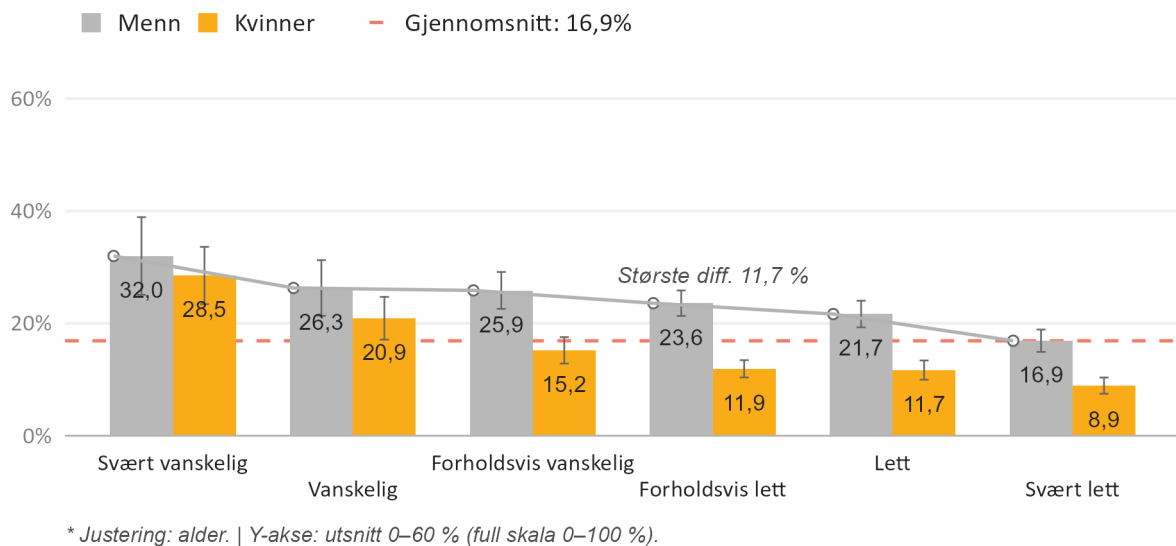
Figur 140: Daglig snus etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 16,0 prosent, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 7,4 prosent. Forskjellen er 8,6 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,27, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest blant dem med grunnskole, med 23,9 prosent, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 14,6 prosent. Forskjellen er 9,3 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h er 0,24, som tilsvarer en liten forskjell. Menn har en høyere andel daglige snusbrukere enn kvinner på alle utdanningsnivåene. Forskjellen er minst blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 7,2 prosentpoeng, og størst blant dem med høyskole eller universitet i 2–4 år, med 8,4 prosentpoeng. Kjønnforskjellene er statistisk sikre på alle utdanningsnivåene.

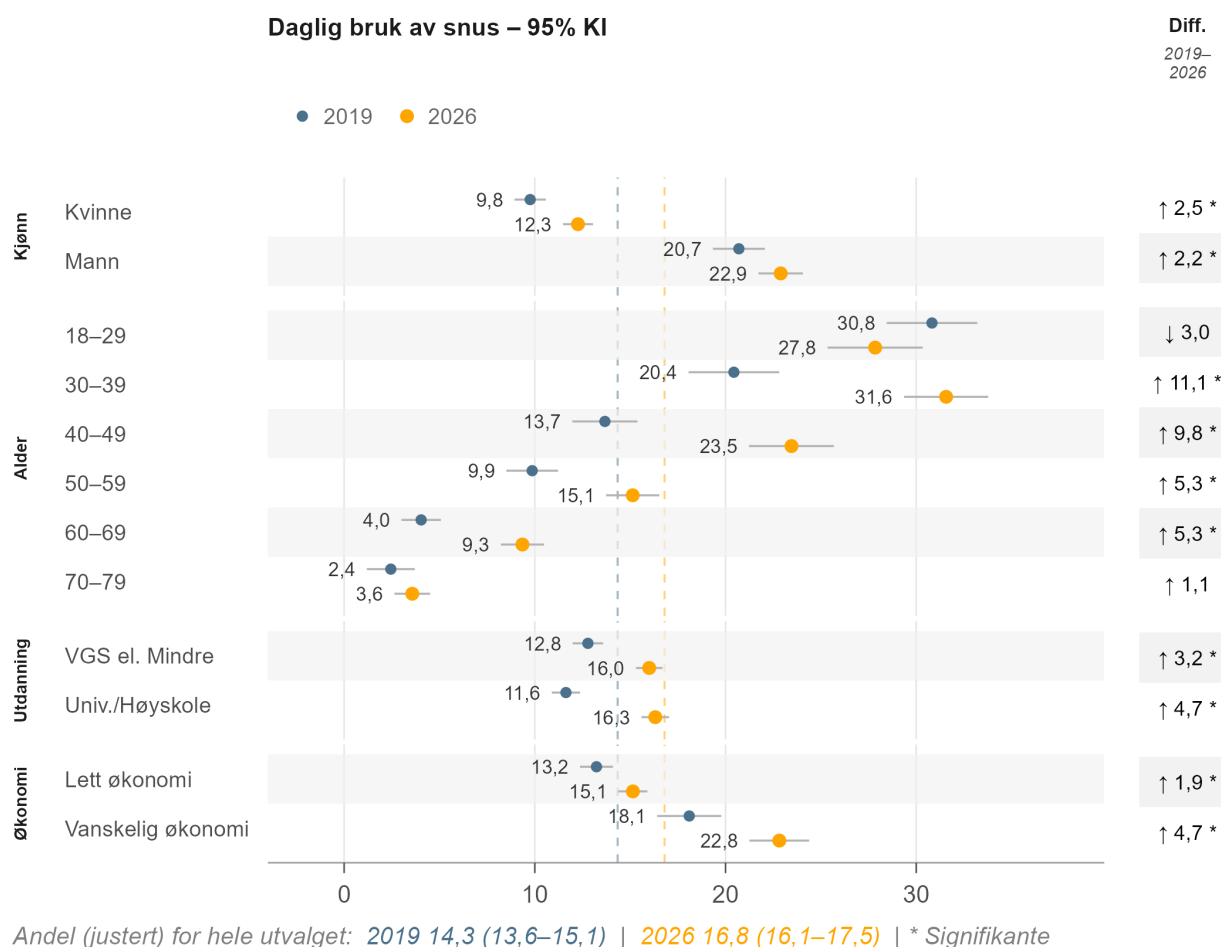
Figur 141: Daglig snus etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest blant kvinner i alderen 30-39 år, med 26,7 prosent, og lavest blant kvinner i alderen 70-79 år, med 1,9 prosent. Forskjellen er 24,8 prosentpoeng og stor, med Cohen's h på 0,81. Det ble ikke beregnet et estimat for kvinner i alderen 80 år eller eldre, fordi ingen i denne gruppen oppga daglig snusbruk. Blant menn er andelen høyest i alderen 30-39 år, med 38,2 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 1,6 prosent. Forskjellen er 36,6 prosentpoeng og stor, med Cohen's h på 1,08. Menn har en statistisk sikker høyere andel daglige snusbrukere enn kvinner i alle aldersgruppene der begge kjønn er oppgitt. Kjønnforskjellen er størst i alderen 40-49 år, der andelen er 34,3 prosent blant menn og 14,7 prosent blant kvinner, en forskjell på 19,6 prosentpoeng. Andelen daglige snusbrukere avtar tydelig med økende alder for begge kjønn, særlig etter 40-49 år.

Figur 142: Daglig snus etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 28,5 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett, med 8,9 prosent. Det er en statistisk sikker forskjell på 19,6 prosentpoeng, som tilsvarer en stor forskjell, med Cohen's h på 0,52. Også blant menn er andelen høyest ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 32,0 prosent, og lavest ved svært lett husholdningsøkonomi, med 16,9 prosent. Forskjellen er 15,1 prosentpoeng, som er statistisk sikker, og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,35. Menn har høyere andel daglige snusbrukere enn kvinner ved forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, lett og svært lett husholdningsøkonomi. Forskjellene er statistisk sikre og varierer fra 8,0 prosentpoeng ved svært lett til 11,7 prosentpoeng ved forholdsvis lett husholdningsøkonomi. Ved vanskelig og svært vanskelig husholdningsøkonomi er forskjellene mellom menn og kvinner mindre og ikke statistisk sikre.

Figur 143: Daglig snus (E)

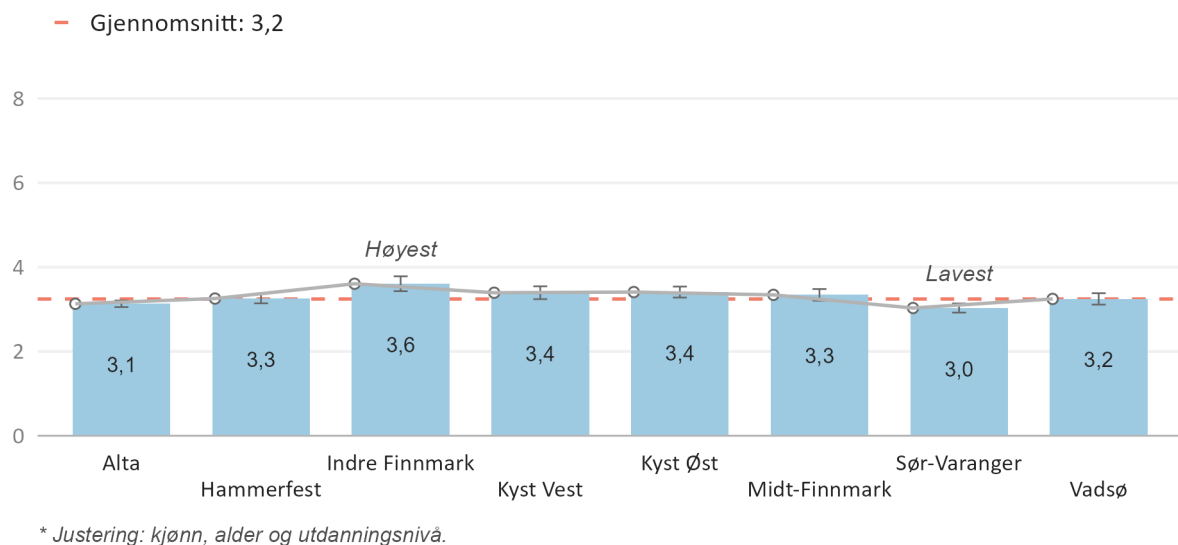
Figur E viser andelen som oppgir daglig bruk av snus fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Det er viktig å merke seg at spørsmålsformuleringen endret seg noe fra 2019 til 2026 (se kapittel 2.3) og dette må tas i betraktning når man tolker forskjellene mellom 2019 og 2016. Samlet økte andelen fra 14,3 prosent i 2019 til 16,8 prosent i 2026, en statistisk sikker økning på 2,5 prosentpoeng. Andelen økte statistisk sikkert både blant kvinner og menn, og menn har høyere andel enn kvinner i begge år. Blant personer fra 30 til 69 år er det statistisk sikre økninger, særlig i aldersgruppene 30–39 år og 40–49 år. Nedgangen på 3,0 prosentpoeng blant 18–29-åringene er ikke statistisk sikker. Aldersmønsteret endret seg ved at 30–39-åringene har høyest andel i 2026, mens 18–29-åringene hadde høyest andel i 2019. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, med størst økning for gruppen med lengst utdanning. Andelen økte også statistisk sikkert både blant personer med lett og vanskelig økonomi, og gruppen med vanskelig økonomi har høyere andel i begge år.

3.34 Alkoholenheter per gang

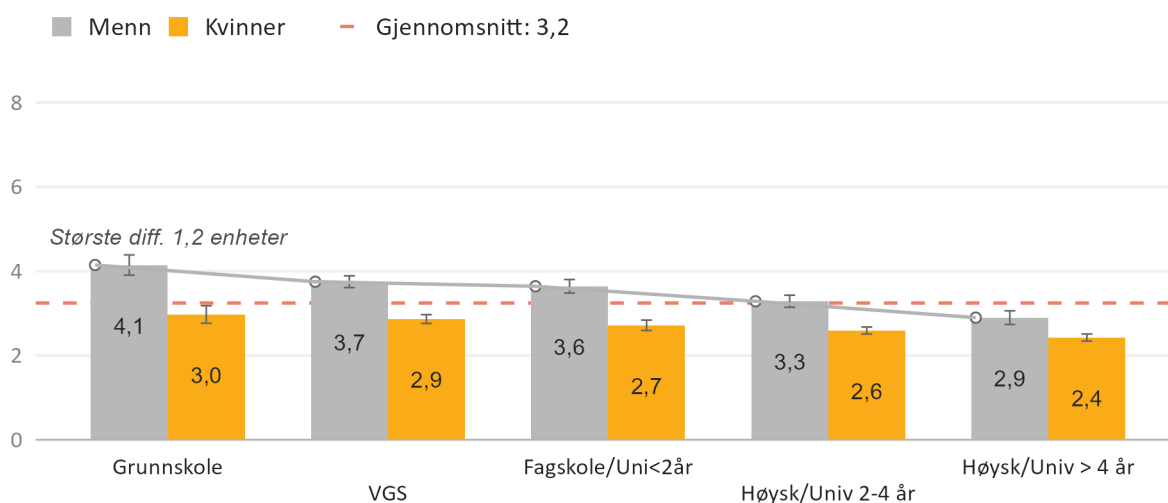
Svarandel: Totalt 9 649 deltakere av 11 171 (86,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Enheter	Konfidensintervall
Begge kjønn	9 649	3,24	3,20 – 3,29
Kvinner	5 228	2,84	2,79 – 2,90
Menn	4 421	3,72	3,64 – 3,79

Figur 144: Alkoholenheter per gang etter regioner i fylket (A)

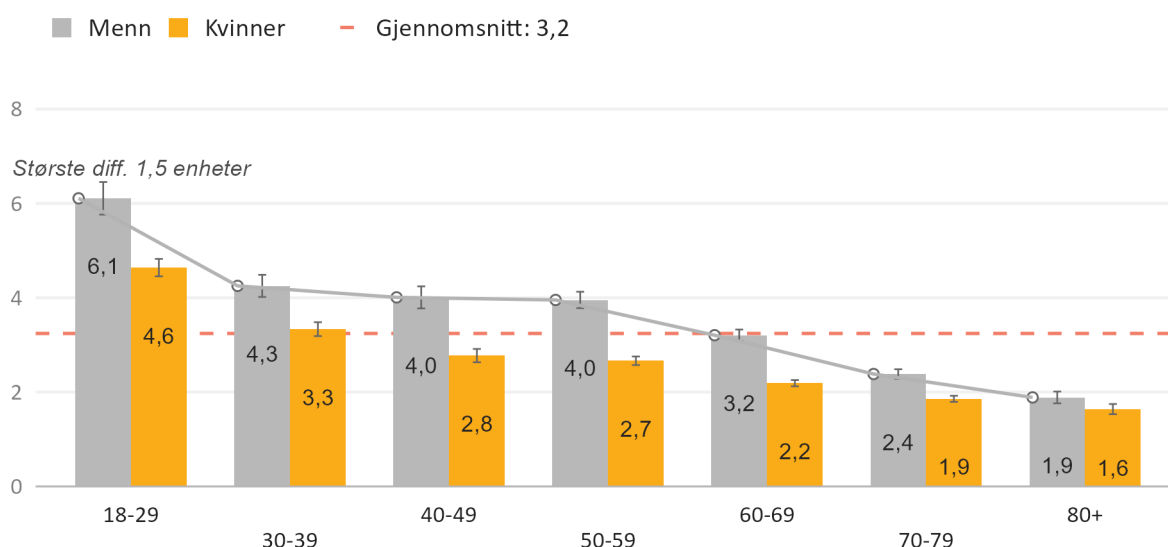


Figur A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per dag med alkoholinntak, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Indre Finnmark har høyest gjennomsnitt med 3,6 alkoholenheter per dag med alkoholinntak, mens Sør-Varanger har lavest med 3,0 alkoholenheter. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,6 alkoholenheter og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,25, som tilsvarer en middels forskjell. Kyst Vest og Kyst Øst ligger begge på 3,4 alkoholenheter, mens Hammerfest og Midt-Finnmark ligger på 3,3 alkoholenheter. Vadsø har et gjennomsnitt på 3,2 alkoholenheter, og Alta ligger på 3,1 alkoholenheter.

Figur 145: Alkoholenheter per gang etter kjønn og utdanningsnivå (B)

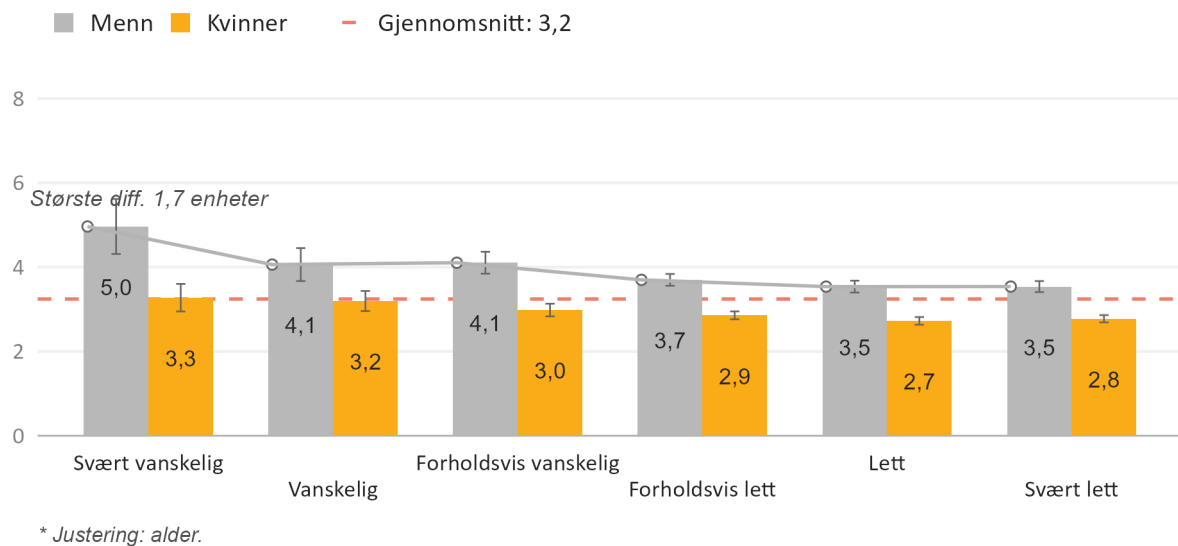
* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter.

Figur B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er gjennomsnittet høyest for dem med grunnskole, med 3,0 alkoholenheter, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 2,4 alkoholenheter. Forskjellen på 0,6 alkoholenheter er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,25, en middels forskjell. Blant menn er gjennomsnittet også høyest for dem med grunnskole, med 4,1 alkoholenheter, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 2,9 alkoholenheter. Forskjellen på 1,2 alkoholenheter er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,57, som er en stor forskjell. For begge kjønn er det dermed lavere gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak ved lengre utdanning, særlig blant menn. Menn har et høyere gjennomsnitt enn kvinner på alle utdanningsnivåer, og kjønnsforskjellene er statistisk sikre. Forskjellen er størst blant dem med grunnskole, med 1,2 alkoholenheter, og minst blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 0,5 alkoholenheter.

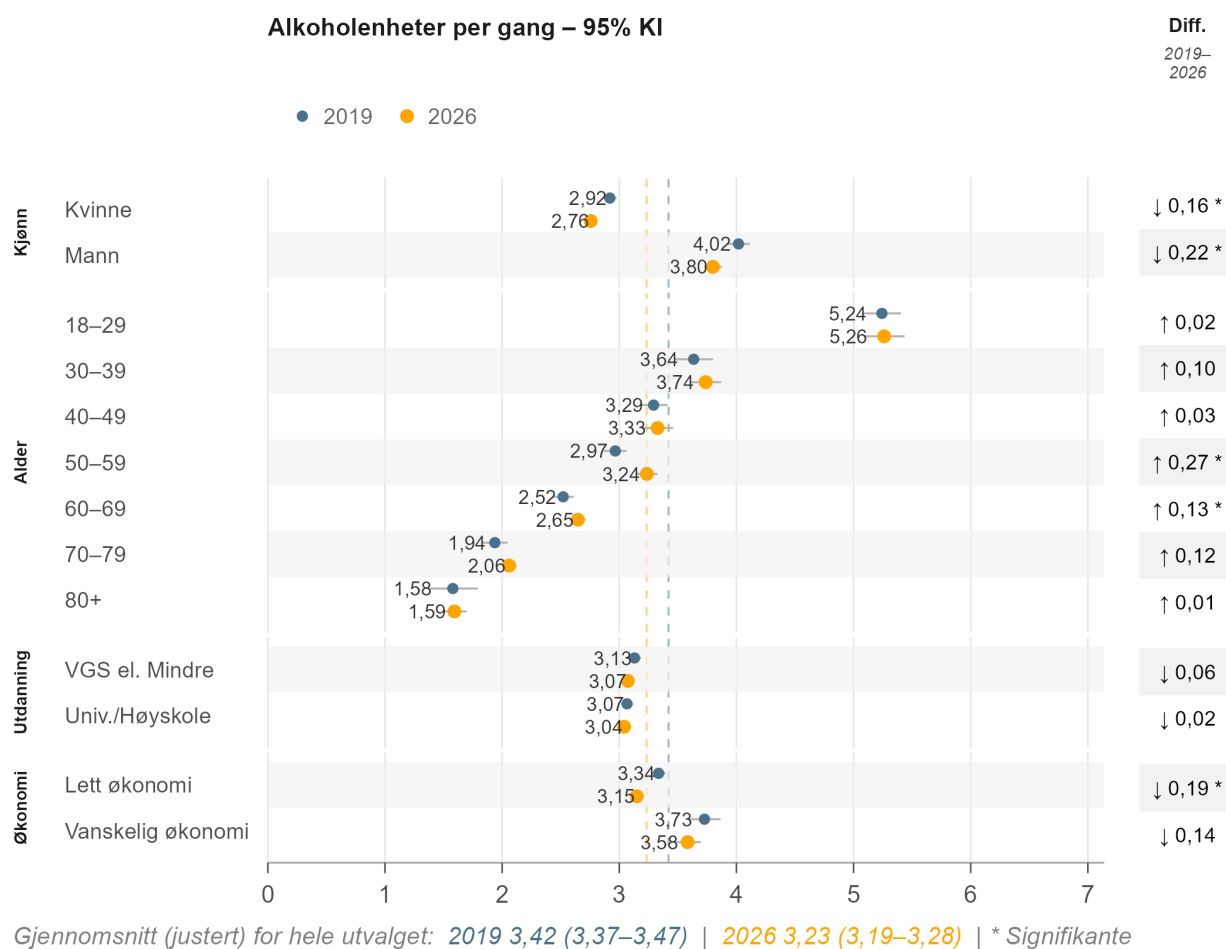
Figur 146: Alkoholenheter per gang etter kjønn og alder (C)

Figur C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn avtar det gjennomsnittlige antallet alkoholenheter med økende alder og det er statistisk sikre forskjeller mellom ytterpunktene. Kvinner i alderen 18-29 år drikker i gjennomsnitt 4,6 alkoholenheter per dag med alkoholinntak, mens kvinner på 80+ drikker 1,6 alkoholenheter. Forskjellen er 3,0 alkoholenheter og utgjør en Cohen's d på 1,28, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn drikker 18-29-åringene mest, med 6,1 alkoholenheter per dag med alkoholinntak, mens menn på 80+ drikker 1,9 alkoholenheter. Dette er en forskjell på 4,2 alkoholenheter og en Cohen's d på 1,80, også en stor forskjell. Menn drikker i gjennomsnitt flere alkoholenheter per dag med alkoholinntak enn kvinner i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellen er størst blant 18-29-åringene, der menn drikker 1,5 alkoholenheter mer enn kvinner.

Figur 147: Alkoholenheter per gang etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er gjennomsnittet høyest i gruppen som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 3,3 alkoholenheter, og lavest blant dem som opplever den som lett, med 2,7 alkoholenheter. Forskjellen på 0,6 alkoholenheter er statistisk sikker, men tilsvarer Cohen's d på 0,23, som er en liten forskjell. Blant menn er gjennomsnittet også høyest når husholdningsøkonomien oppleves som svært vanskelig, med 5,0 alkoholenheter, mens det er lavest i gruppen som opplever økonomien som lett, med 3,5 alkoholenheter. Forskjellen på 1,4 alkoholenheter er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,61, som er en stor forskjell. Menn rapporterer et høyere gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak enn kvinner i alle gruppene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker i hver vurdering av husholdningsøkonomien og varierer fra 0,8 alkoholenheter blant dem som opplever økonomien som lett, svært lett eller forholdsvis lett, til 1,7 alkoholenheter blant dem som opplever den som svært vanskelig.

Figur 148: Alkoholenheter per gang (E)

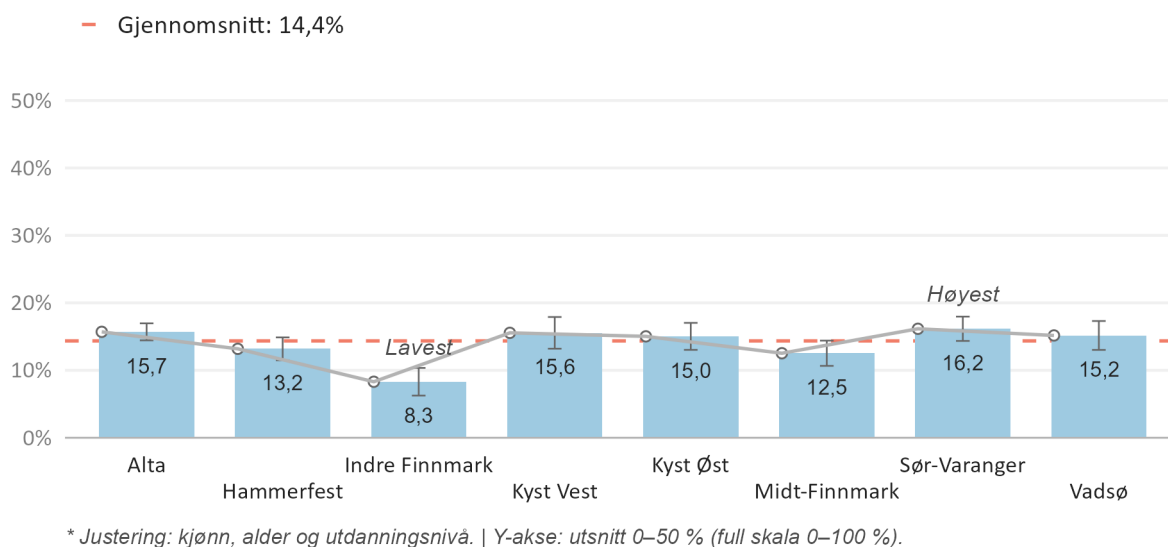
Figur E viser gjennomsnittsskåren for alkoholenheter per gang fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt sett gikk gjennomsnittet statistisk sikkert ned fra 3,42 i 2019 til 3,23 i 2026, en nedgang på 0,19 enheter. Både kvinner og menn har en statistisk sikker nedgang, og menn har fortsatt et høyere gjennomsnitt enn kvinner. Blant aldersgruppene økte gjennomsnittet statistisk sikkert blant 50–59-åringene og 60–69-åringene, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Hovedmønsteret med høyere gjennomsnitt blant yngre enn blant eldre er likevel i stor grad det samme i begge år. Det er ingen statistisk sikre endringer etter utdanning, og nivåene er fortsatt nokså like mellom utdanningsgruppene. Gruppen med lett økonomi har en statistisk sikker nedgang, mens endringen blant dem med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Gruppen med vanskelig økonomi har høyere gjennomsnitt i begge år.

3.35 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

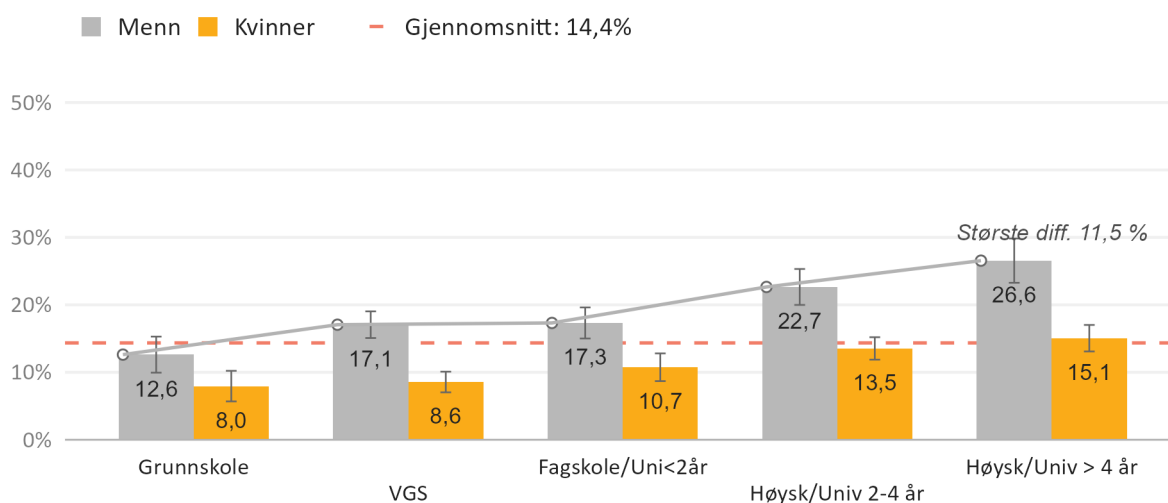
Svarandel: Totalt 11 107 deltakere av 11 171 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 107	14,4 %	13,7 – 15,0
Kvinner	6 144	10,9 %	10,1 – 11,7
Menn	4 963	18,6 %	17,5 – 19,7

Figur 149: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i fylket (A)

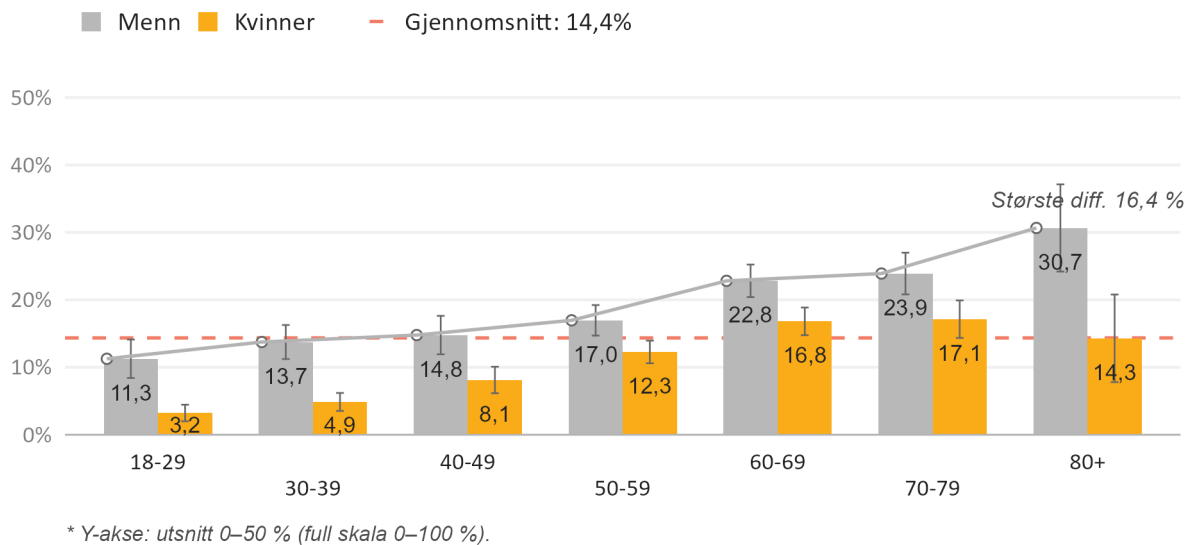


Figur A viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Sør-Varanger, med 16,2 prosent, og lavest i Indre Finnmark, med 8,3 prosent. Forskjellen mellom regionene er 7,9 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,24, noe som tilsvarer en liten forskjell. Alta, Kyst Vest, Kyst Øst og Vadsø har også relativt høye andeler, fra 15,0 prosent til 15,7 prosent. Hammerfest og Midt-Finnmark ligger lavere, med henholdsvis 13,2 prosent og 12,5 prosent.

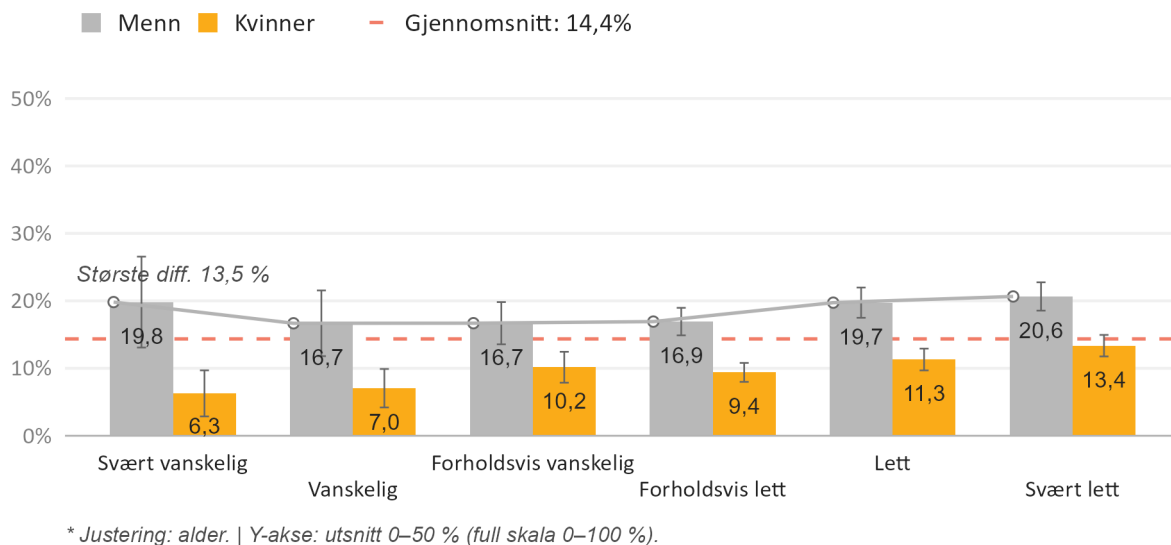
Figur 150: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå (B)

* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter. | Y-akse: utsnitt 0–50 % (full skala 0–100 %).

Figur B viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år og lavest blant personer med grunnskoleutdanning, med statistisk sikre forskjeller mellom ytterpunktene. Blant kvinner er andelen 15,1 prosent i gruppen med høyest utdanning, mot 8,0 prosent blant dem med grunnskoleutdanning, en statistisk sikker forskjell på 7,1 prosentpoeng. Cohen's h er 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er de tilsvarende andelene 26,6 prosent og 12,6 prosent, med en statistisk sikker forskjell på 14,0 prosentpoeng. Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Menn har høyere andel enn kvinner på alle utdanningsnivåer. Forskjellen er statistisk sikker for fagskole eller universitet under to år, videregående skole og begge gruppene med høyskole- eller universitetsutdanning. Den største kjønnsforskjellen er blant personer med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, der andelen er 11,5 prosentpoeng høyere blant menn enn blant kvinner.

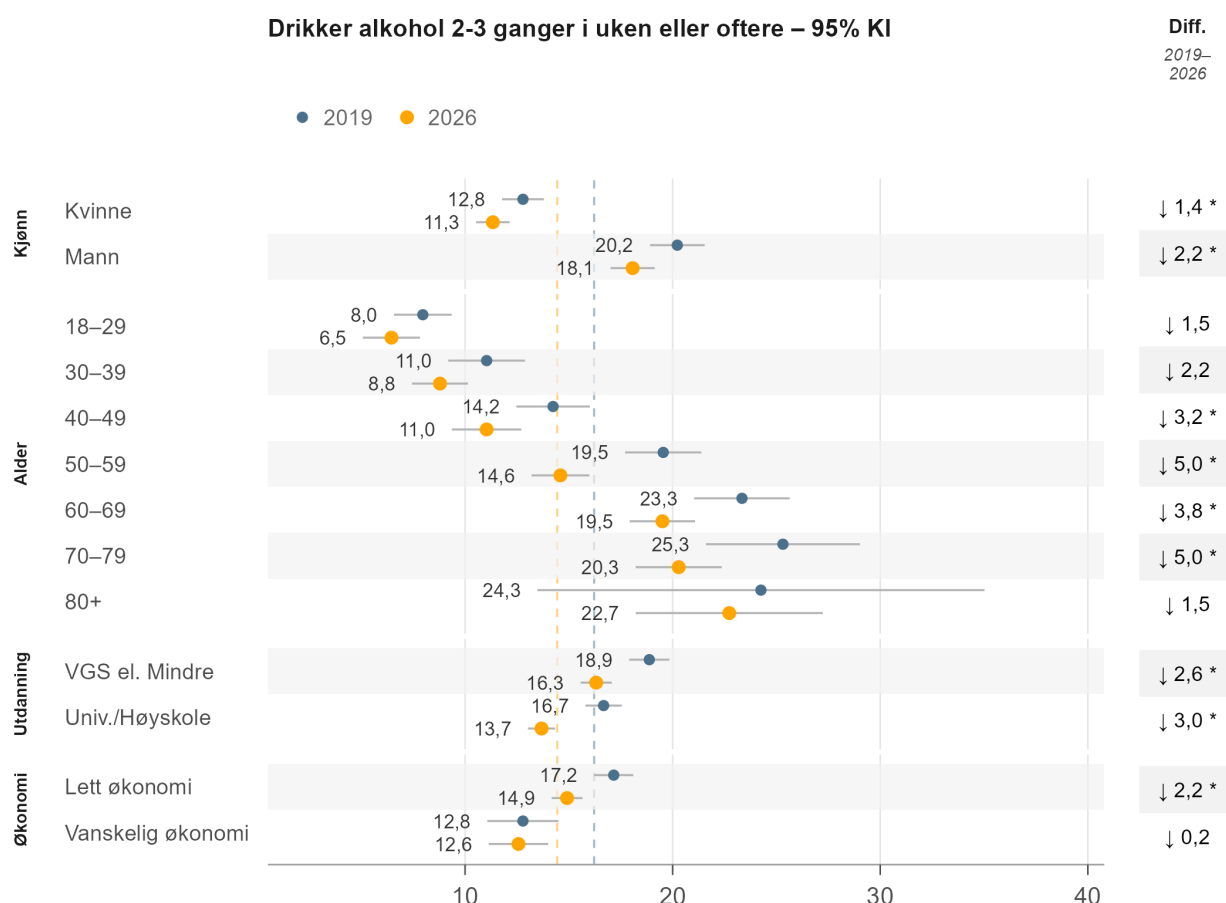
Figur 151: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 3,2 prosent i aldersgruppen 18-29 til 17,1 prosent i aldersgruppen 70-79, før den synker til 14,3 prosent blant dem som er 80+. Forskjellen mellom laveste og høyeste andel er 13,9 prosentpoeng og statistisk sikker, og tilsvarende Cohen's h på 0,49, som indikerer en middels forskjell. Blant menn øker andelen gjennom aldersgruppene, fra 11,3 prosent i gruppen 18-29 til 30,7 prosent i gruppen 80+. Forskjellen mellom laveste og høyeste andel er 19,4 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,49, som også indikerer en middels forskjell. Menn har en høyere andel enn kvinner i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og varierer fra 4,7 prosentpoeng i aldersgruppen 50-59 til 16,4 prosentpoeng blant dem som er 80+.

Figur 152: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

Figur D viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 13,4 prosent, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 6,3 prosent. Forskjellen er 7,1 prosentpoeng og statistisk sikker, men Cohen's h på 0,24 tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 20,6 prosent, og lavest i gruppen som opplever økonomien som vanskelig, med 16,7 prosent, men forskjellen er ikke statistisk sikker. Differansen er 4,0 prosentpoeng og Cohen's h er 0,10, som tilsvarer en liten forskjell. Menn har en høyere andel enn kvinner i alle gruppene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker i samtlige grupper og varierer fra 6,5 prosentpoeng blant dem som opplever husholdningsøkonomien som forholdsvis vanskelig, til 13,5 prosentpoeng blant dem som opplever den som svært vanskelig. Særlig i gruppen som vurderer økonomien som svært vanskelig, er andelen langt høyere blant menn enn blant kvinner, henholdsvis 19,8 prosent og 6,3 prosent.

Figur 153: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (E)



Andel (justert) for hele utvalget: 2019 16,2 (15,4–17,0) | 2026 14,4 (13,8–15,1) | * Signifikante

Figur E viser andelen som oppgir drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Andelen gikk statistisk sikkert ned i befolkningen totalt, fra 16,2 prosent i 2019 til 14,4 prosent i 2026. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og menn har høyere andel enn

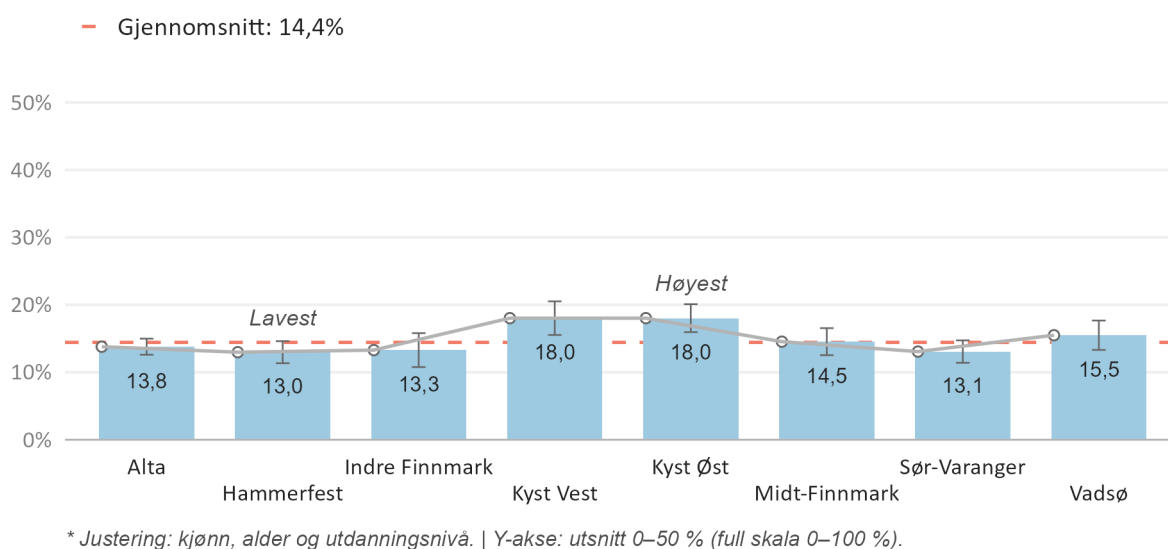
kvinner i begge år. I flere av aldersgruppene fra 40 til 79 år er nedgangen statistisk sikker. Hovedmønsteret med høyere andeler blant de eldre aldersgruppene er fortsatt tydelig i 2026. Begge utdanningsgruppene har en statistisk sikker nedgang, mens andelen fortsatt er noe høyere blant personer med videregående utdanning eller mindre enn blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning. Blant personer med lett økonomi er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker.

3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk

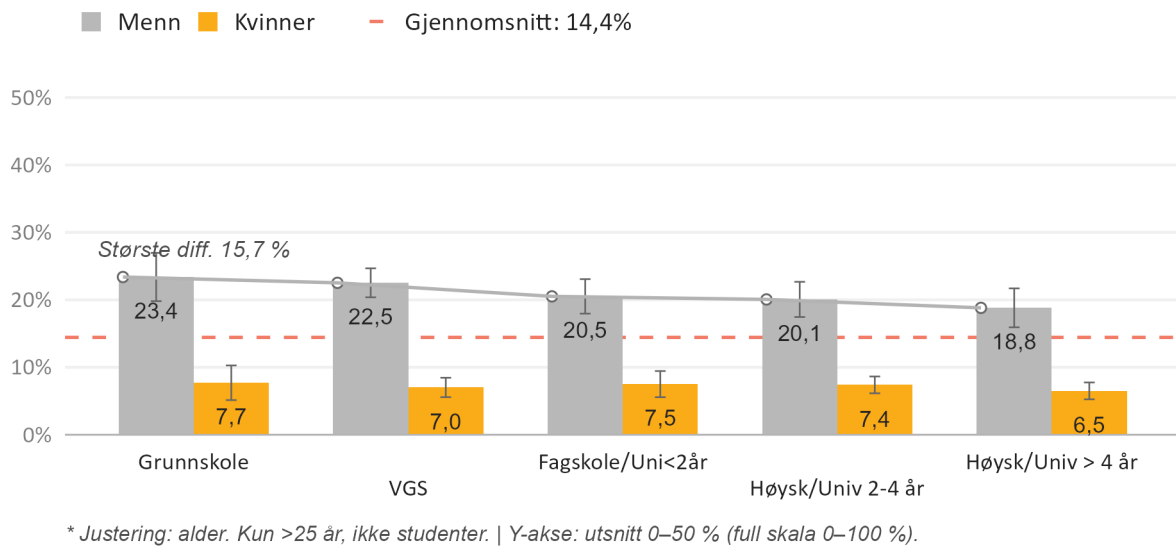
Svarandel: Totalt 11 082 deltakere av 11 171 (99,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 082	14,4 %	13,8 – 15,1
Kvinner	6 130	8,3 %	7,6 – 9,0
Menn	4 952	22,0 %	20,8 – 23,2

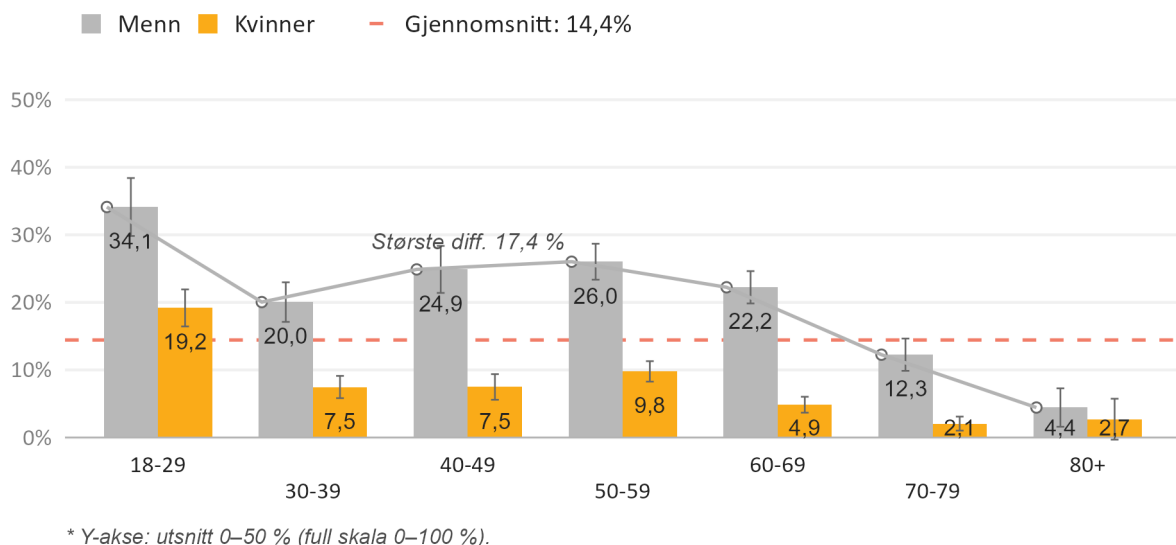
Figur 154: Episodisk høyt alkoholforbruk etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Kyst Vest og Kyst Øst, med 18,0 prosent i begge regionene. Hammerfest har lavest andel med 13,0 prosent. Forskjellen mellom Kyst Vest og Hammerfest er 5,0 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,14, noe som tilsvarer en liten forskjell. Vadsø ligger også noe høyere enn flere av de øvrige regionene, med 15,5 prosent, mens Alta, Indre Finnmark og Sør-Varanger ligger mellom 13,1 og 13,8 prosent. Midt-Finnmark har en andel på 14,5 prosent.

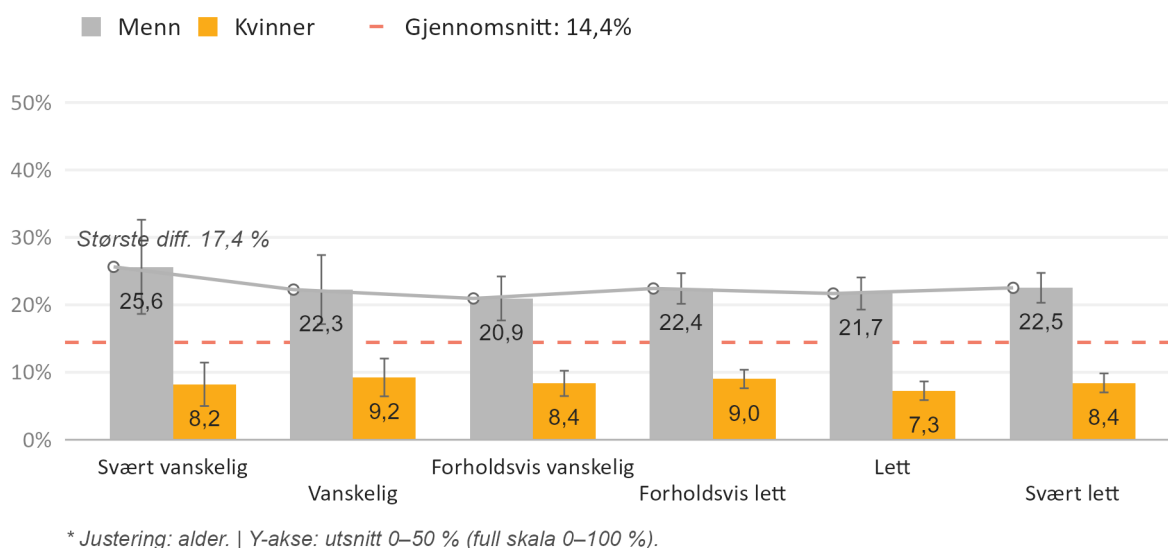
Figur 155: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen lite mellom utdanningsgruppene, fra 6,5 prosent blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år til 7,7 prosent blant dem med grunnskole. Differansen er 1,2 prosentpoeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,05, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Blant menn er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 23,4 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 18,8 prosent. Differansen er 4,6 prosentpoeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's h er 0,11, som tilsvarer en liten forskjell. Menn har statistisk sikre høyere andeler enn kvinner i alle utdanningsgruppene. Kjønnforskjellen er minst blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 12,3 prosentpoeng, og størst blant dem med grunnskole, med 15,7 prosentpoeng.

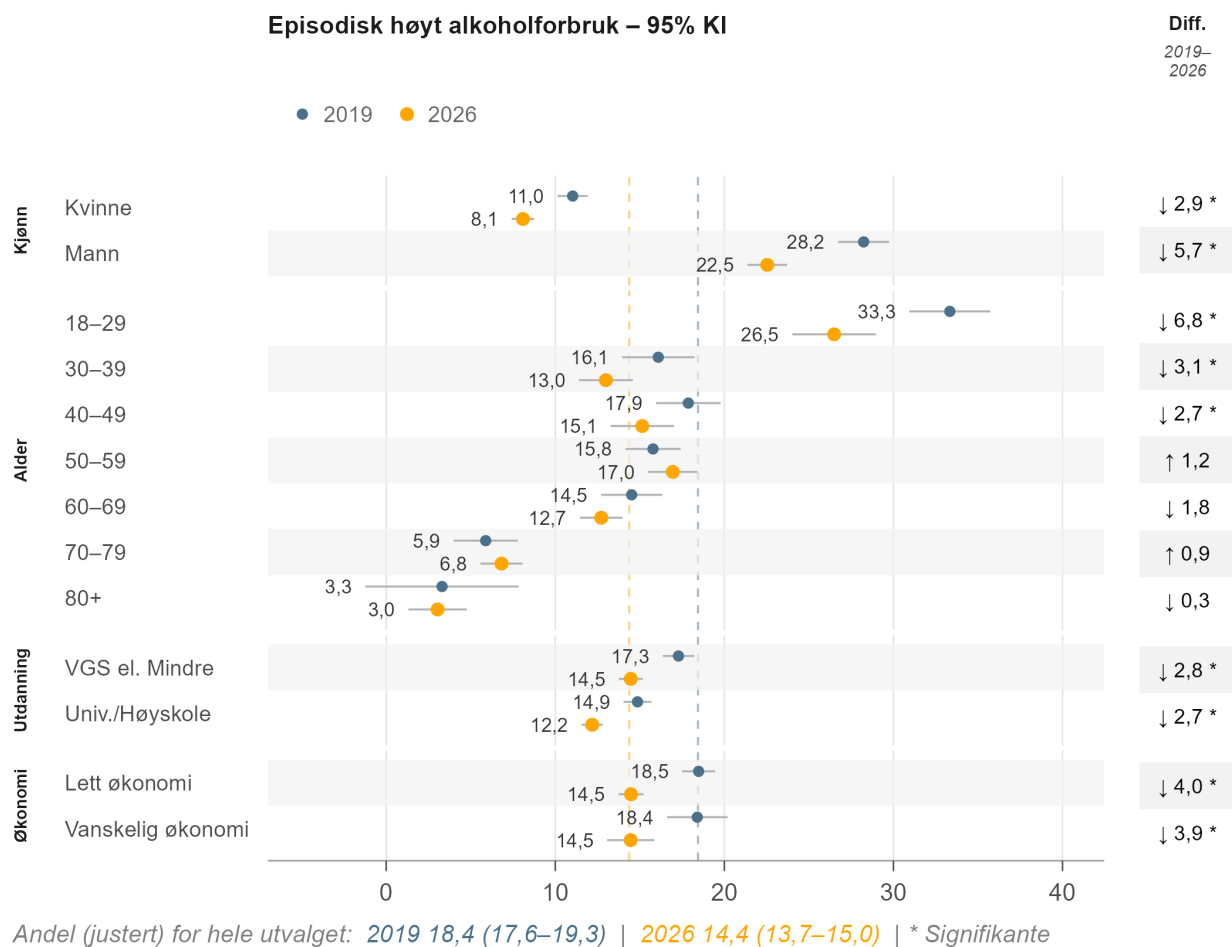
Figur 156: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 19,2 prosent, og lavest blant 70–79-åringene, med 2,1 prosent. Forskjellen er 17,1 prosentpoeng og tilsvarer Cohen's h på 0,62, som viser en stor forskjell. Andelen faller tydelig fra den yngste aldersgruppen til 30–39 år. Det er en liten økning i aldersgruppen 50–59, før andelen synker ytterligere i de eldre aldersgruppene. Blant menn er andelen også høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 34,1 prosent, mens den er lavest blant personer på 80 år eller eldre, med 4,4 prosent. Differansen er 29,7 prosentpoeng og Cohen's h er 0,82, som viser en stor forskjell. Etter den høyeste andelen blant de yngste ligger andelen mellom 20,0 prosent og 26,0 prosent fra 30–39 år til 60–69 år, før den faller til 12,3 prosent blant 70–79-åringene og 4,4 prosent blant de eldste. Menn har statistisk sikkert høyere andeler enn kvinner fra 18–29 år til 70–79 år. Kjønnforskjellene varierer fra 10,2 prosentpoeng blant 70–79-åringene til 17,4 prosentpoeng blant 40–49-åringene.

Figur 157: Episodisk høyt alkoholforbruk etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner varierer andelen lite mellom gruppene, fra 7,3 prosent blant dem som vurderer økonomien som lett til 9,2 prosent blant dem som opplever den som vanskelig. Differansen på 1,9 prosentpoeng er ikke statistisk sikker, og Cohen's h er 0,07, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Blant menn er andelen lavest ved forholdsvis vanskelig økonomi, med 20,9 prosent, og høyest ved svært vanskelig økonomi, med 25,6 prosent. Differansen er 4,7 prosentpoeng og ikke statistisk sikker, og Cohen's h er 0,11, som tilsvarer en liten forskjell. Det er dermed ingen tydelig sammenheng mellom vurdering av husholdningsøkonomien og andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, verken blant kvinner eller menn. Menn har gjennomgående høyere andeler enn kvinner i alle gruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre og varierer fra 12,5 prosentpoeng ved forholdsvis vanskelig økonomi til 17,4 prosentpoeng ved svært vanskelig økonomi.

Figur 158: Episodisk høyt alkoholforbruk (E)

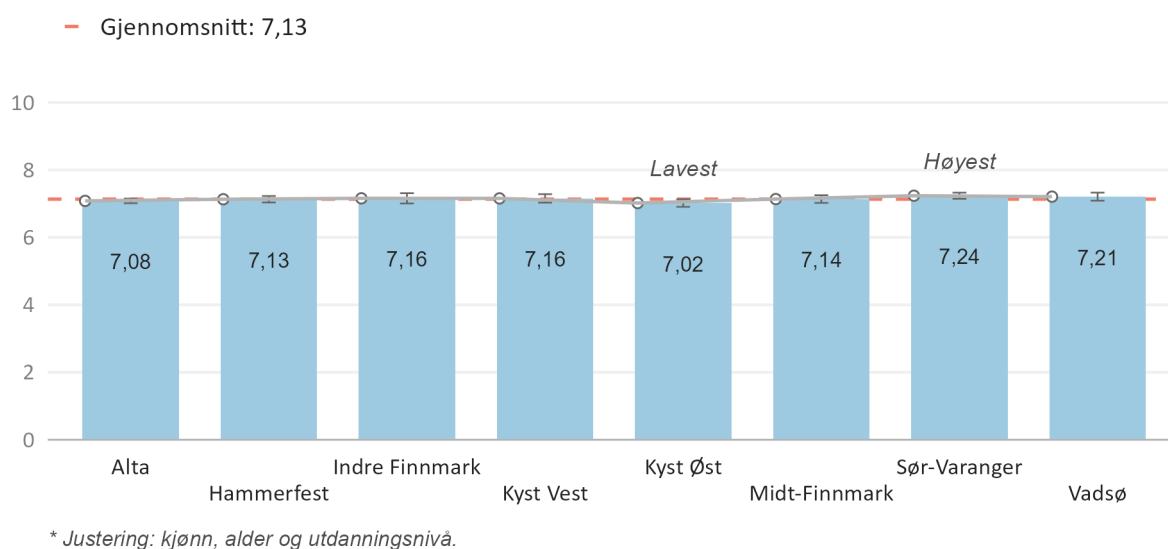
Figur E viser andelen som oppgir episodisk høyt alkoholforbruk fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet sett gikk andelen statistisk sikkert ned fra 18,4 prosent i 2019 til 14,4 prosent i 2026, en nedgang på 4,0 prosentpoeng. Andelen gikk statistisk sikkert ned både blant kvinner og menn, og menn har høyere andel enn kvinner i begge år. Nedgangen er særlig tydelig blant personer under 50 år, mens endringene blant de eldre aldersgruppene ikke er statistisk sikre. De yngste har fortsatt den høyeste andelen, mens andelen gjennomgående er lavere i de eldste aldersgruppene. Andelen gikk statistisk sikkert ned i begge utdanningsgruppene, og mønsteret med noe høyere andel blant personer med videregående skole eller mindre besto. Også blant personer med henholdsvis lett og vanskelig økonomi er nedgangen statistisk sikker, og nivåene er like i 2026.

3.37 Tilfredshet med livet (0-10)

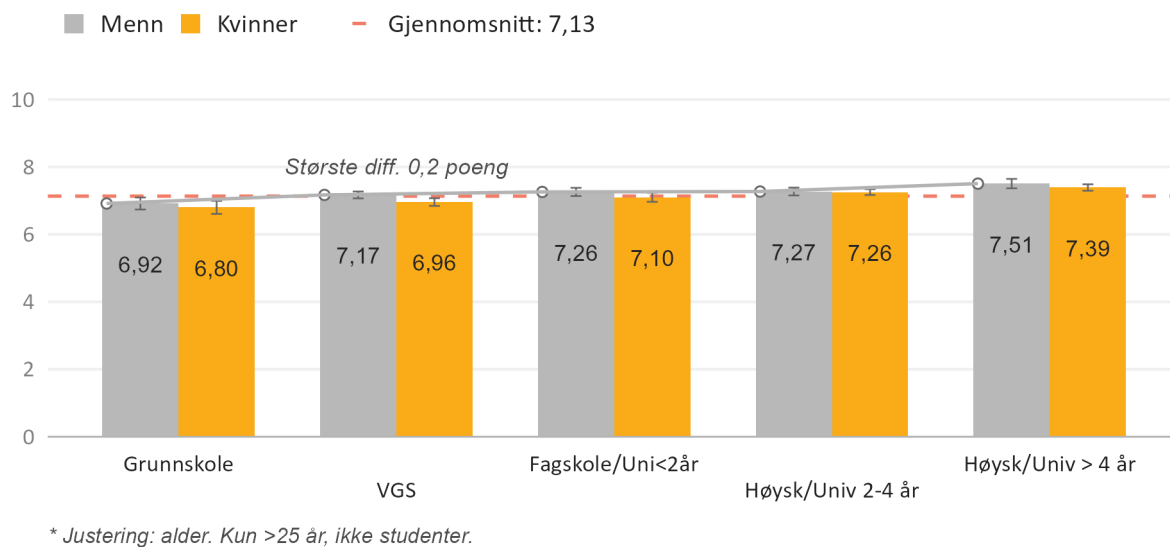
Svarandel: Totalt 11 126 deltakere av 11 171 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 126	7,13	7,10 – 7,17
Kvinner	6 153	7,09	7,05 – 7,14
Menn	4 973	7,18	7,13 – 7,24

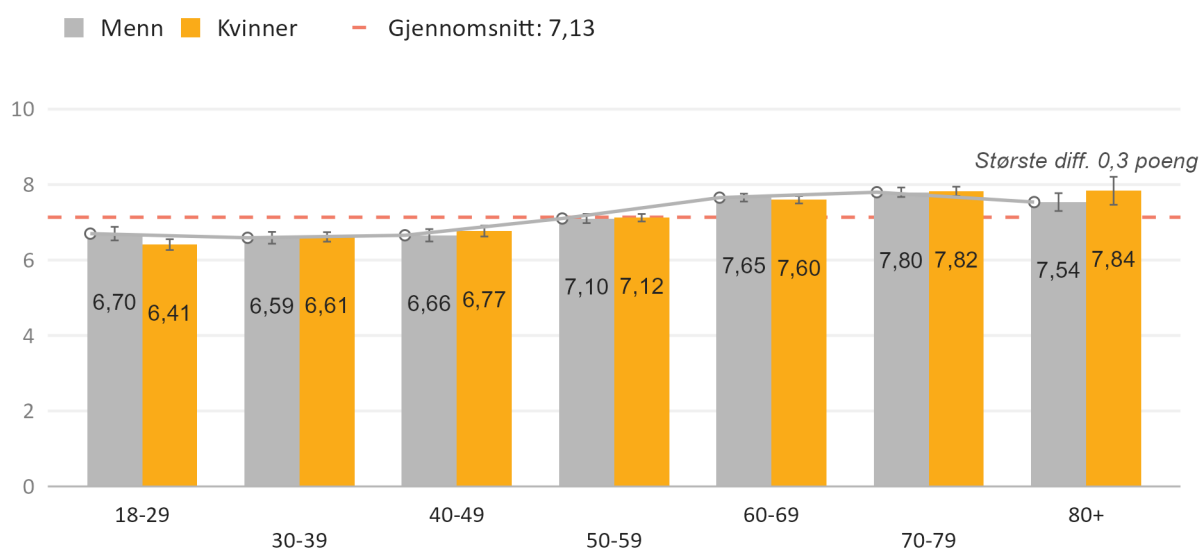
Figur 159: Tilfredshet med livet (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Sør-Varanger har høyest skår på livstilfredshet, med 7,24, mens Kyst Øst har lavest skår, med 7,02. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,22 poeng og er statistisk sikker, men Cohen's d er 0,11, som tilsvarer en liten forskjell. Skårene i de øvrige regionene ligger mellom 7,08 i Alta og 7,21 i Vadsø. Dette viser at livstilfredsheten er gjennomgående høy, med små forskjeller mellom regionene.

Figur 160: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

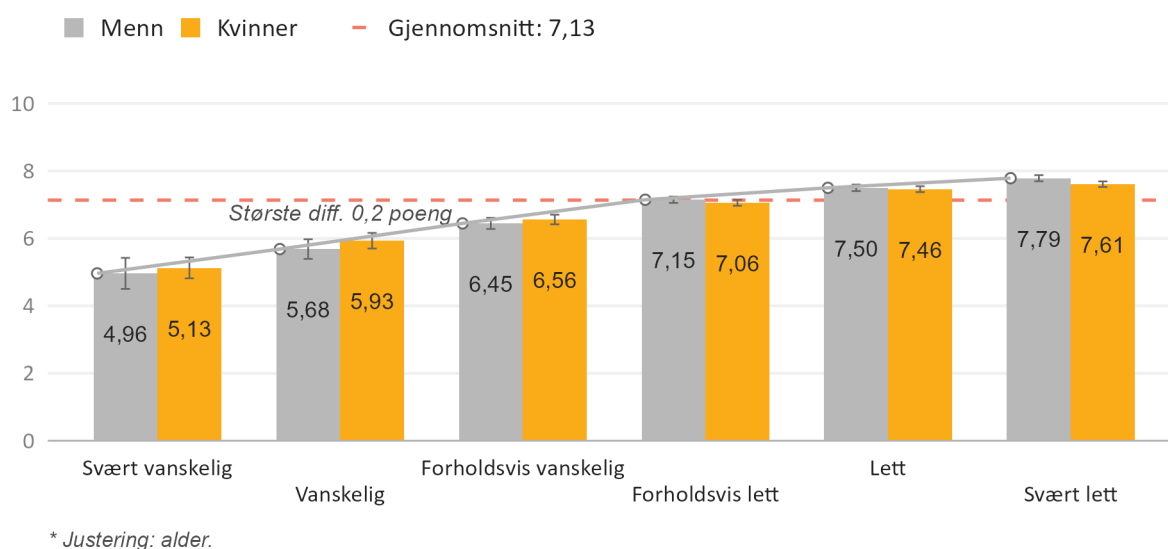
Figur B viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren lavest blant dem med grunnskole, med 6,80, og høyest blant dem med høyskole og universitet over fire år, med 7,39. Forskjellen er 0,59 poeng og Cohen's d er 0,30, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er skåren lavest for dem med grunnskole, med 6,92, og høyest for dem med høyskole og universitet over fire år, med 7,51. Differansen er 0,59 poeng og Cohen's d er 0,30, som også tilsvarer en middels forskjell. Utdanningsnivået har dermed en tydelig sammenheng med opplevd livstilfredshet for både kvinner og menn. Menn har gjennomgående noe høyere skår enn kvinner på hvert utdanningsnivå, men ingen av kjønnsforskjellene er statistisk sikre.

Figur 161: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og alder (C)

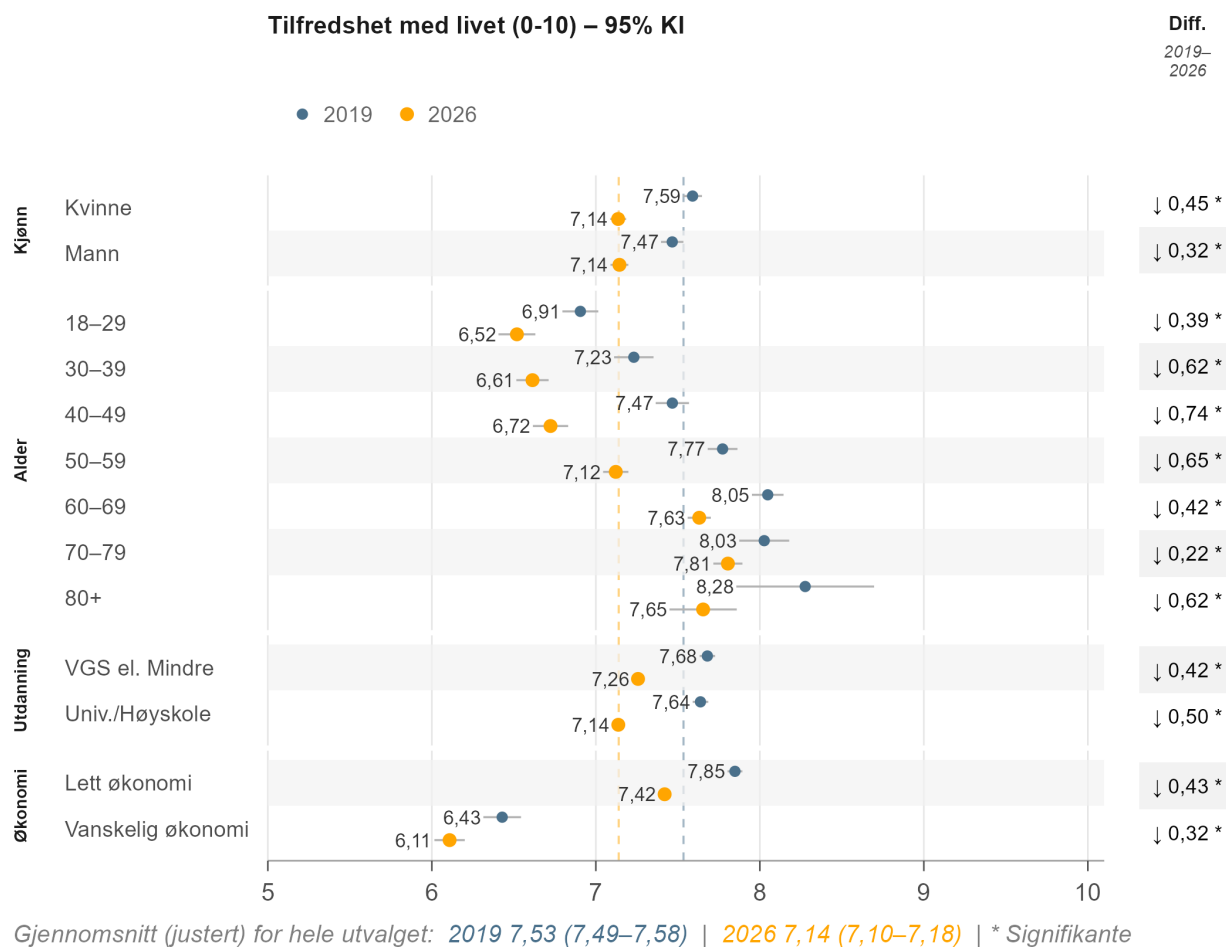
Figur C viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Livstilfredsheten øker gjennomgående med alderen for både kvinner og menn,

med høyest nivå blant kvinner i alderen 80+ år og blant menn i alderen 70–79 år. Kvinner i alderen 80+ år har en skår på 7,84, mens kvinner i alderen 18–29 år har den laveste skåren på 6,41. Forskjellen er 1,43 poeng og Cohen's d er 0,72, som tilsvarer en stor forskjell. For menn er skåren høyest i alderen 70–79 år, med 7,80, og lavest i alderen 30–39 år, med 6,70. Forskjellen er 1,20 poeng og Cohen's d er 0,61, som også tilsvarer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små, og ingen av dem er statistisk sikre.

Figur 162: Tilfredshet med livet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Livstilfredsheten øker for både kvinner og menn jo lettere de opplever at husholdningsøkonomien er. Blant kvinner er skåren høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, med 7,61, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 5,13. Forskjellen er 2,48 poeng og tilsvarer Cohen's d på 1,25, som er en stor forskjell. Blant menn er tilsvarende skårer 7,79 og 4,96. Forskjellen er 2,83 poeng og Cohen's d er 1,42, også en stor forskjell. Menn har noe høyere livstilfredshet enn kvinner blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med en forskjell på 0,18 poeng. Denne forskjellen er statistisk sikker, men er liten i praktisk størrelse. For de øvrige vurderingene av husholdningsøkonomien er kjønnsforskjellene små og ikke statistisk sikre.

Figur 163: Tilfredshet med livet (0-10) (E)

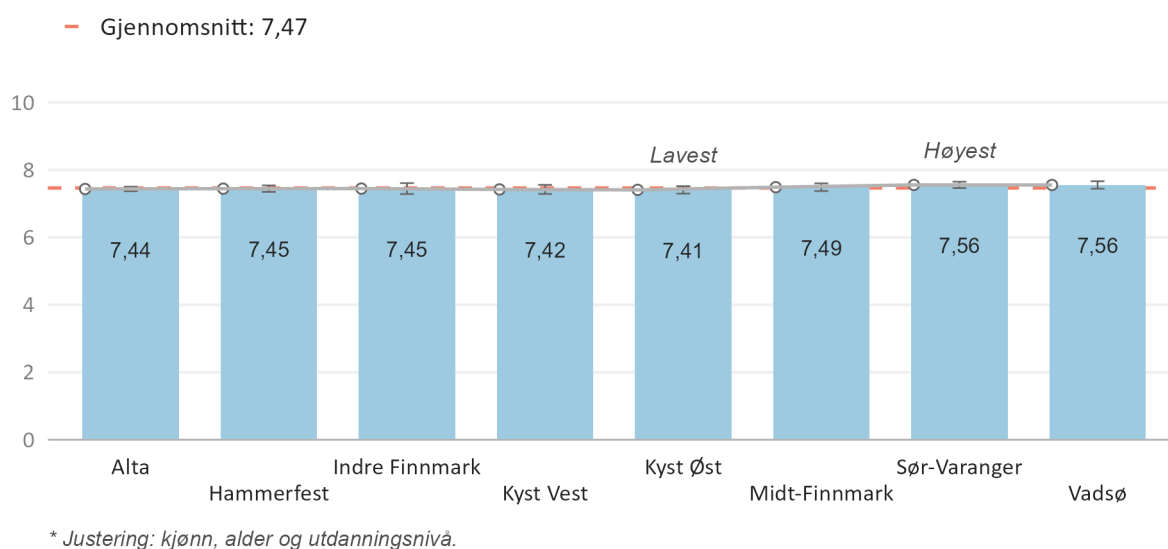
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tilfredshet med livet (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet sett gikk tilfredsheten statistisk sikkert ned fra 7,53 i 2019 til 7,14 i 2026, en nedgang på 0,39 poeng. Nedgangen er statistisk sikker både blant kvinner og menn, og kjønnsforskjellene er små i begge år. Alle aldersgruppene har statistisk sikre nedganger, mens de eldste gjennomgående har høyere skårer enn de yngste. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, og nivåene er i samme størrelsesorden. Også blant personer med lett og vanskelig økonomi er nedgangen statistisk sikker. Gruppen med vanskelig økonomi har klart lavere tilfredshet enn gruppen med lett økonomi i begge år.

3.38 Fremtidsoptimisme (0-10)

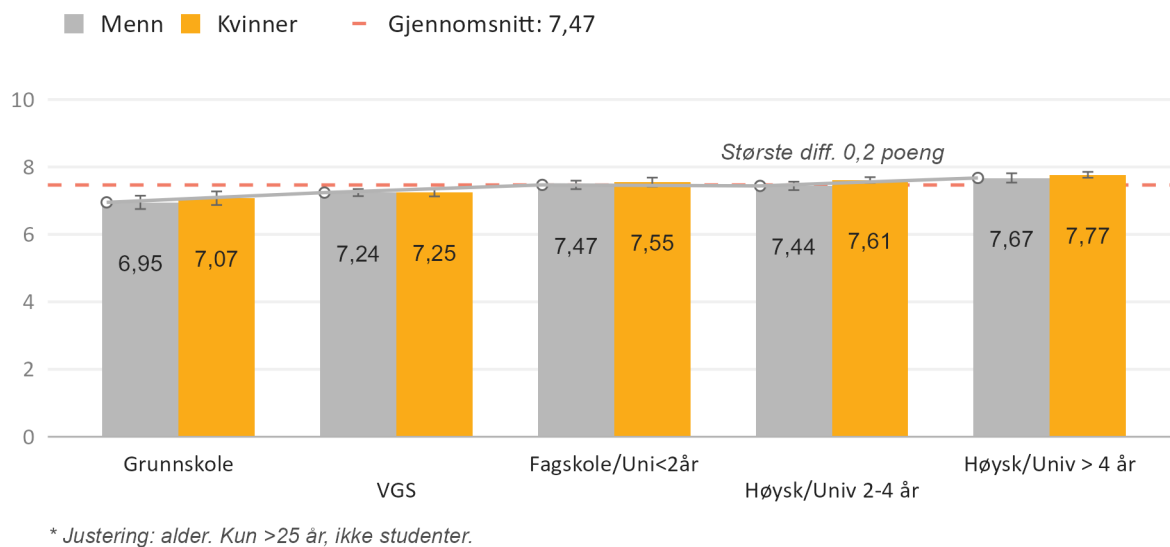
Svarandel: Totalt 11 036 deltakere av 11 171 (98,8 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 036	7,47	7,43 – 7,50
Kvinner	6 097	7,54	7,49 – 7,59
Menn	4 939	7,37	7,32 – 7,43

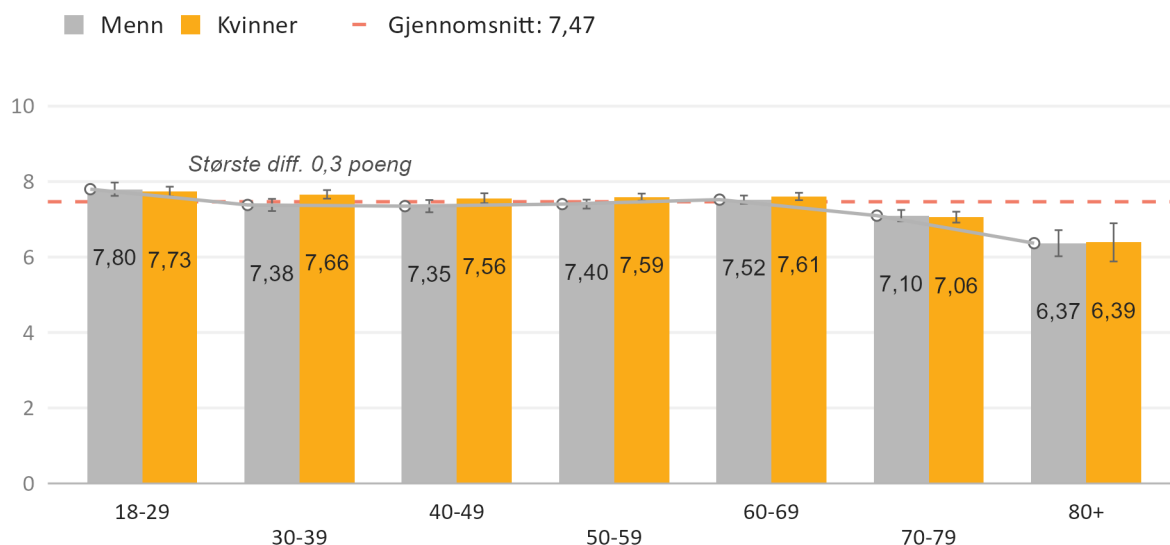
Figur 164: Fremtidsoptimisme (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skårene varierer lite mellom regionene. Sør-Varanger og Vadsø har de høyeste skårene, begge på 7,56, mens Kyst Øst har den laveste skåren på 7,41. Differansen mellom høyeste og laveste skår er 0,15 poeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's d er 0,08, noe som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Samlet sett er forventningene til egen livstilfredshet om fem år nokså like på tvers av regionene.

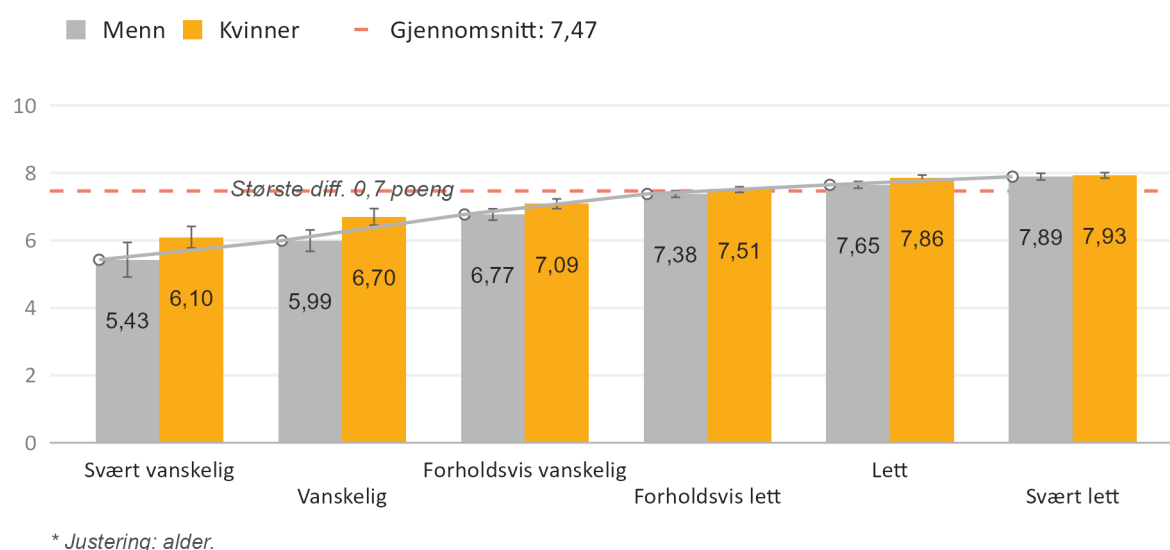
Figur 165: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, med 7,77, og lavest blant dem med grunnskole, med 7,07. Differansen er 0,70 poeng og tilsvarer Cohens d på 0,36, som er en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, med 7,67, og lavest for dem med grunnskole, med 6,95. Differansen er 0,72 poeng og tilsvarer Cohens d på 0,37, som er en middels forskjell. Forskjellene mellom høyeste og laveste utdanningsnivå er statistisk sikre for både kvinner og menn. Kvinner har gjennomgående noe høyere skår enn menn på alle utdanningsnivåene, men kjønnsforskjellene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 166: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 7,73, og lavest blant personer på 80 år eller eldre, med 6,39. Dette er en forskjell på 1,34 poeng, og Cohen's d er 0,69, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er skåren også høyest i aldersgruppen 18-29 år, med 7,80, og lavest i gruppen 80 år eller eldre, med 6,37. Forskjellen er 1,43 poeng, med Cohen's d på 0,74, også en stor forskjell. For begge kjønn ligger forventet livstilfredshet relativt stabilt fra 18-29 år til 60-69 år, før den faller tydelig i de eldste aldersgruppene. Kjønnforskjellene er gjennomgående små. Den eneste statistisk sikre forskjellen finnes blant personer i alderen 30-39 år, der kvinner har en høyere skår enn menn, med en forskjell på 0,28 poeng.

Figur 167: Fremtidsoptimisme (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



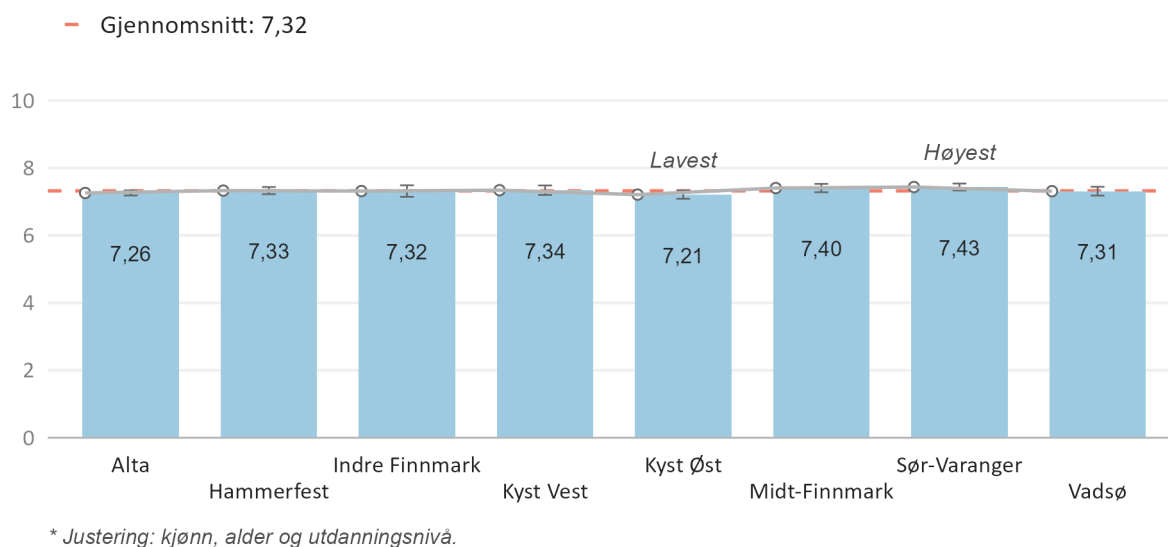
Figur D viser hvor fornøyd en person tror de vil være om 5 år (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien. Kvinner har høyest skår blant dem som opplever økonomien som svært lett, med 7,93, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 6,10. Forskjellen er 1,83 poeng og Cohen's d er 0,94, som tilsvarer en stor forskjell. Menn har også høyest skår ved svært lett økonomi, med 7,89, og lavest ved svært vanskelig økonomi, med 5,43. Forskjellen er 2,46 poeng, og Cohen's d er 1,27, som også tilsvarer en stor forskjell. Kvinner har høyere skår enn menn i alle gruppene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker blant dem som vurderer økonomien som forholdsvis vanskelig, lett eller vanskelig. Den største forskjellen i disse gruppene er ved vanskelig økonomi, der kvinner har en skår på 6,70 og menn 5,99, en forskjell på 0,71 poeng.

3.39 Opplevelse av mening i livet (0-10)

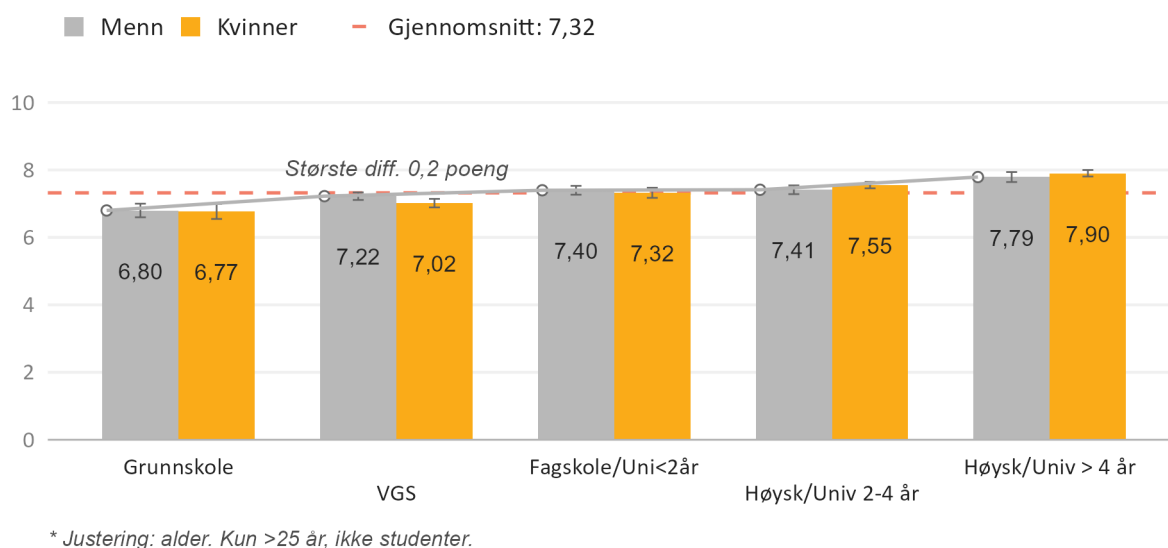
Svarandel: Totalt 11 115 deltakere av 11 171 (99,5 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 115	7,32	7,28 – 7,36
Kvinner	6 148	7,35	7,30 – 7,41
Menn	4 967	7,28	7,22 – 7,35

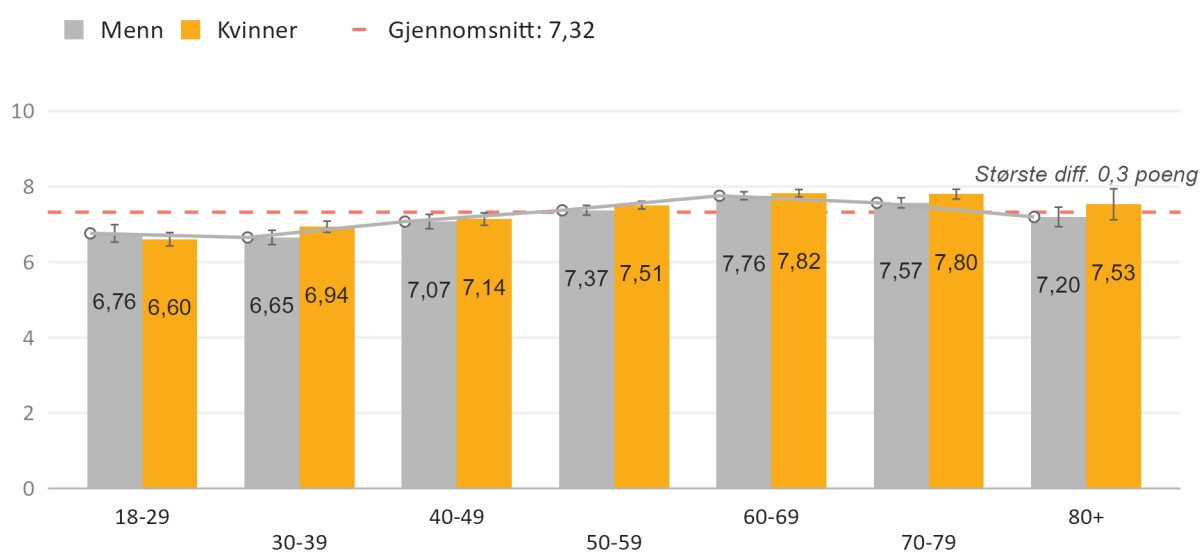
Figur 168: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skårene varierer fra 7,21 i Kyst Øst til 7,43 i Sør-Varanger, en forskjell på 0,23 poeng som ikke er statistisk sikker. Cohen's d er 0,10, som tilsvarer en liten forskjell mellom regionene.

Figur 169: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

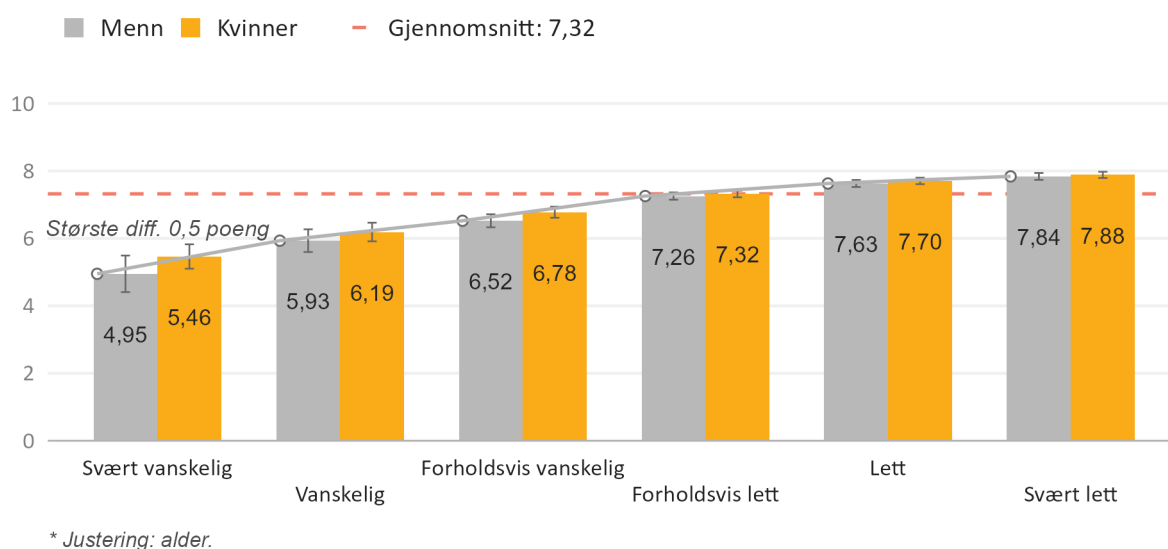
Figur B viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er skåren lavest blant personer med grunnskole og høyest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, og skårene øker med økende lengde på utdanning. Blant kvinner øker skåren fra 6,77 for grunnskole til 7,90 for høyskole eller universitet over fire år, en statistisk sikker forskjell på 1,13 poeng. Cohen's d er 0,53, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn øker skåren fra 6,80 til 7,79 mellom de samme utdanningsnivåene. Forskjellen på 0,99 poeng er statistisk sikker, og Cohen's d på 0,46 tilsvarer en middels forskjell. Kjønnforskjellene innen de enkelte utdanningsnivåene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 170: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og alder (C)

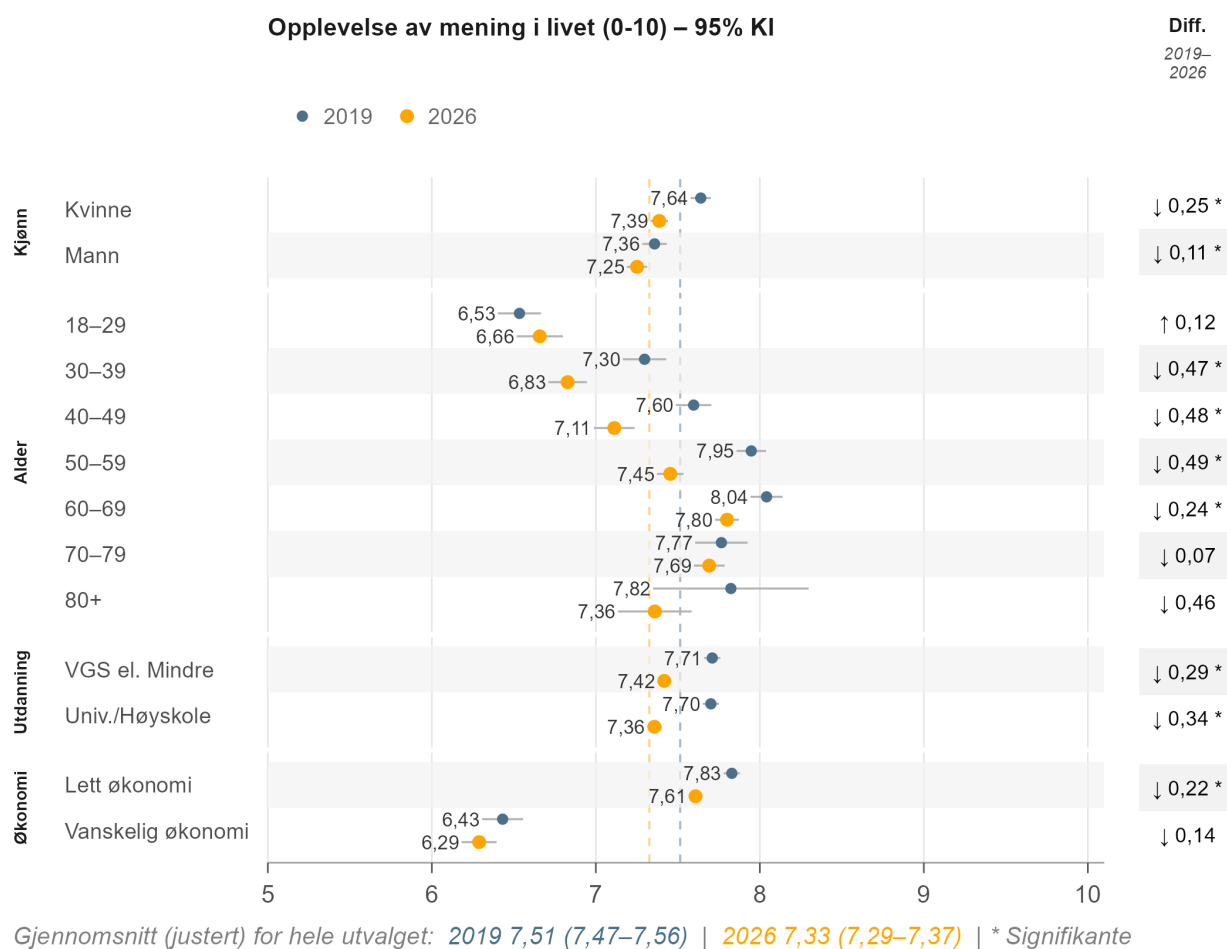
Figur C viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker skåren fra 6,60 i aldersgruppen 18–29 til 7,82 i

aldersgruppen 60–69. Dette er en statistisk sikker forskjell på 1,22 poeng, og Cohen's d på 0,56 tilsvarer en stor forskjell. Skåren faller deretter noe til 7,80 blant kvinner i alderen 70–79 og 7,53 blant dem som er 80 år eller eldre. Blant menn er skåren lavest i aldersgruppen 30–39, med 6,65, og høyest i aldersgruppen 60–69, med 7,76. Forskjellen på 1,11 poeng er statistisk sikker, og Cohen's d på 0,51 indikerer en stor forskjell. Også blant menn synker skåren etter 60–69 år, til 7,57 i aldersgruppen 70–79 og 7,20 blant dem som er 80 år eller eldre. Mønsteret viser dermed at opplevelsen av mening i hverdagen øker fram mot alderen 60–69 år for begge kjønn, før den avtar noe i de eldste aldersgruppene. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 171: Opplevelse av mening i livet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad en person opplever mening i hverdagen (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Opplevd mening i hverdagen øker tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som lettere, både blant kvinner og menn. Blant kvinner er skåren høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett, med 7,88, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 5,46. Dette er en forskjell på 2,42 poeng og Cohen's d på 1,11, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er skåren 7,84 ved svært lett økonomi og 4,95 ved svært vanskelig økonomi. Differansen er 2,89 poeng, med Cohen's d på 1,32, også en stor forskjell. Forskjellene mellom de økonomiske ytterpunktene er statistisk sikre for begge kjønn. Kvinner har gjennomgående noe høyere skår enn menn på alle nivåer av husholdningsøkonomi, men ingen av kjønnforskjellene er statistisk sikre.

Figur 172: Opplevelse av mening i livet (0-10) (E)

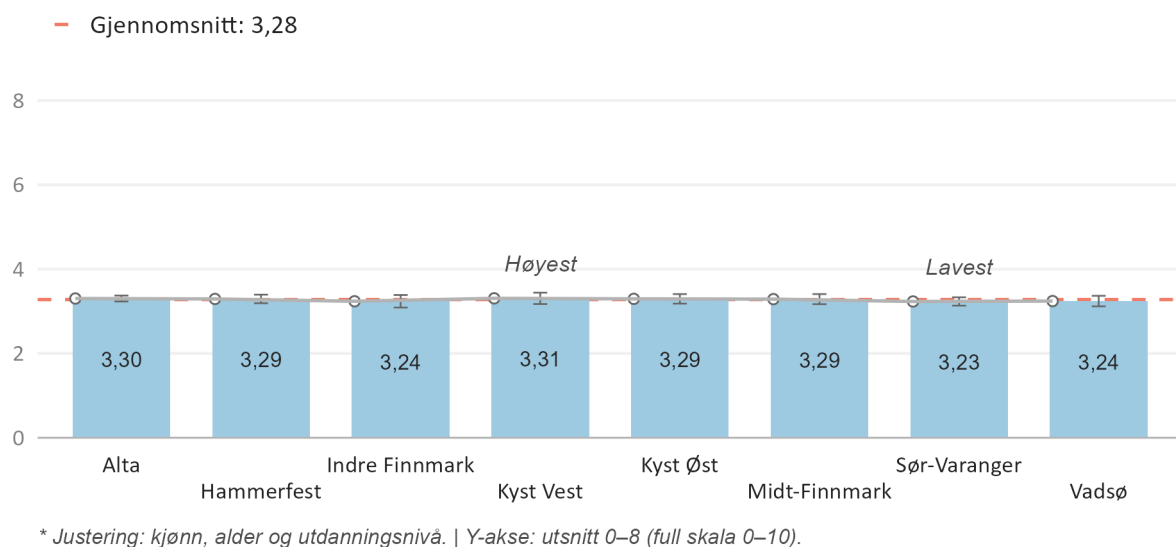
Figur E viser gjennomsnittsskåren for opplevelse av mening i livet (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt sett er det en statistisk sikker nedgang på 0,18 poeng fra 2019 til 2026. Skåren gikk statistisk sikkert ned både blant kvinner og menn, og kvinner har høyere skår enn menn i begge år. Flere aldersgrupper har statistisk sikre nedganger, særlig blant personer mellom 30 og 69 år. De yngste har fortsatt lavest skår, og personer i alderen 60–69 år har høyest skår. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, og nivåene er nokså like i begge år. Personer med lett økonomi har statistisk sikker nedgang, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Skåren er lavere blant personer med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi i begge år.

3.40 Negative følelser siste 7 dager (0-10)

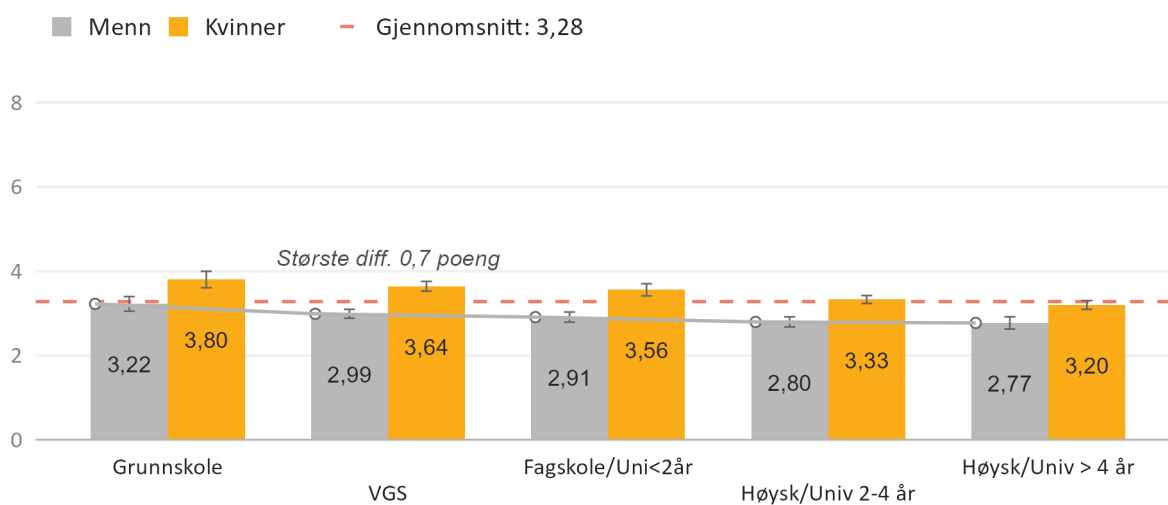
Svarandel: Totalt 11 133 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 133	3,28	3,24 – 3,32
Kvinner	6 156	3,54	3,48 – 3,59
Menn	4 977	2,96	2,90 – 3,02

Figur 173: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter regioner i fylket (A)

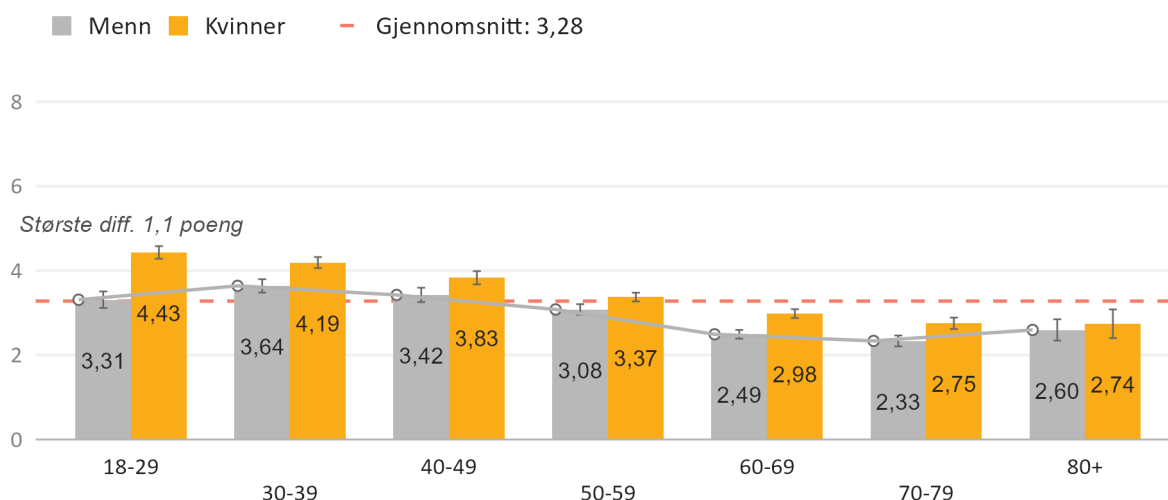


Figur A viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skårene ligger tett mellom regionene, fra 3,23 i Sør-Varanger til 3,31 i Kyst Vest. Differansen mellom ytterpunktene er 0,07 poeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's d er 0,04, som tilsier en ubetydelig forskjell. Nivået av negative følelser framstår dermed som svært likt på tvers av regionene.

Figur 174: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter. | Y-akse: utsnitt 0–8 (full skala 0–10).

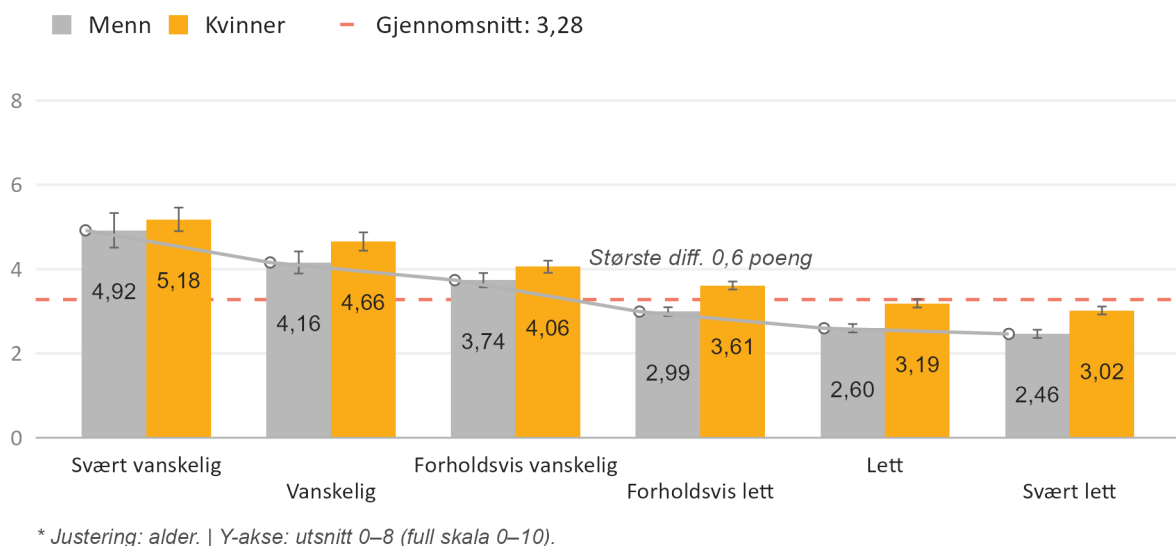
Figur B viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest for grunnskole, med 3,80, og lavest for høyskole og universitet over 4 år, med 3,20. Forskjellen på 0,60 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,29, en middels forskjell. Blant menn er skåren også høyest for grunnskole, med 3,22, og lavest for høyskole og universitet over 4 år, med 2,77. Forskjellen er 0,45 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,22, en liten forskjell. Dette viser at nivået av negative følelser er lavere blant personer med lengre utdanning. Kvinner har statistisk sikre høyere skårer enn menn på alle utdanningsnivåene. Forskjellen er størst for fagskole eller universitet under 2 år og videregående skole, der kvinnene skåret 0,65 poeng høyere enn mennene. Den minste kjønnsforskjellen er blant personer med høyskole og universitet over 4 år, med 0,43 poeng.

Figur 175: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)

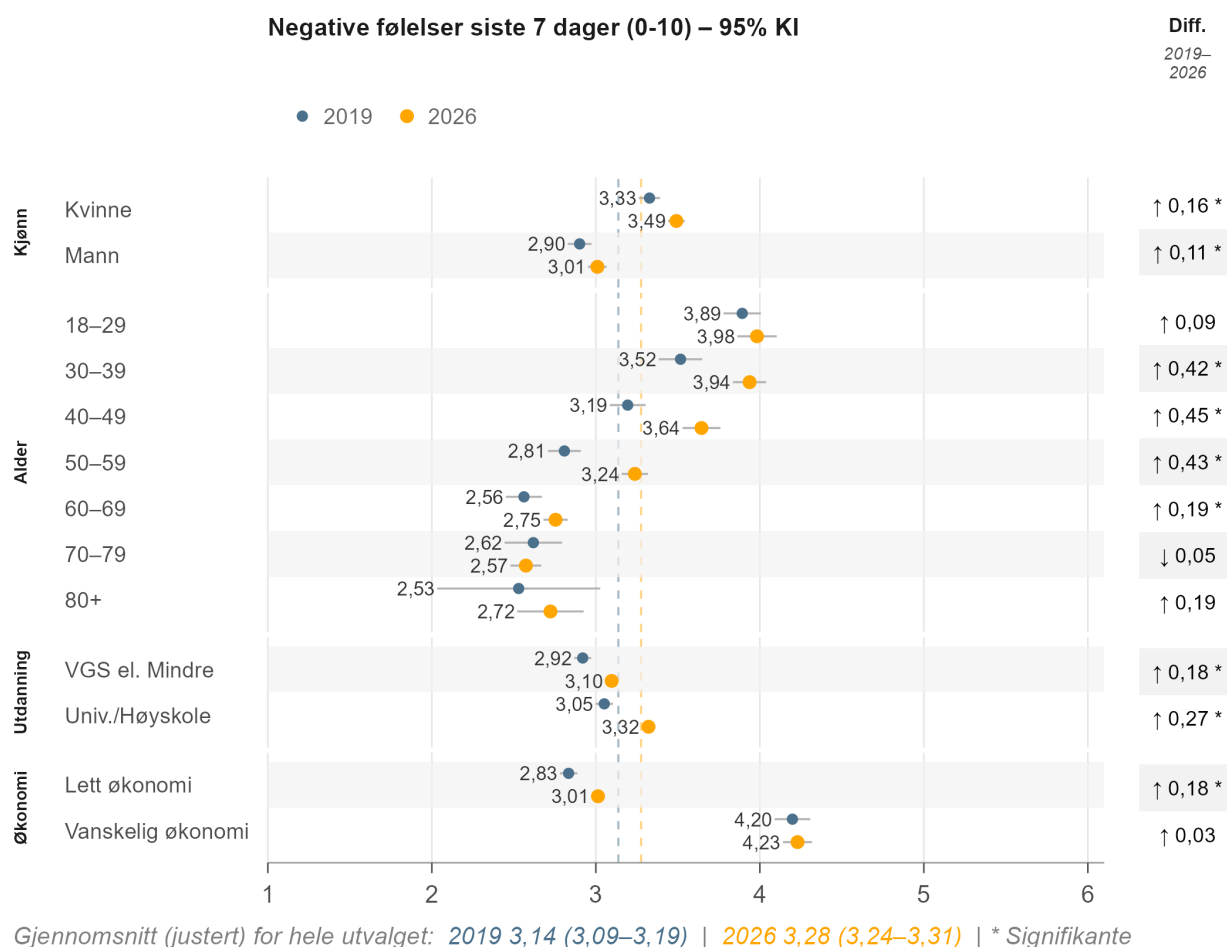
* Y-akse: utsnitt 0–8 (full skala 0–10).

Figur C viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 4,43, og lavest blant dem på 80 år eller eldre, med 2,74. Forskjellen er 1,69 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,81, som er en stor forskjell. Blant menn er skåren høyest i aldersgruppen 30–39 år, med 3,64, og lavest i aldersgruppen 70–79 år, med 2,33. Forskjellen er 1,31 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,62, også en stor forskjell. Skåren avtar dermed med alderen for begge kjønn, men der den høyeste skåren blant menn er i aldersgruppen 30–39 år. Kvinner har statistisk sikkert høyere skår enn menn i alle aldersgruppene fra 18–29 til 70–79 år. Kjønnforskjellen er størst blant 18–29-åringene, der kvinner har 4,43 og menn 3,31, en forskjell på 1,12 poeng.

Figur 176: Negative følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig) siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er skåren høyest for dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 5,18, og lavest for dem som vurderer den som svært lett, med 3,02. Differansen på 2,16 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 1,03, en stor forskjell. Blant menn er skåren også høyest ved svært vanskelig økonomi, med 4,92, og lavest ved svært lett økonomi, med 2,46. Differansen på 2,46 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 1,17, også en stor forskjell. For begge kjønn øker nivået av negative følelser når husholdningsøkonomien oppleves som mer vanskelig. Kvinner har høyere skår enn menn i alle gruppene. Forskjellene mellom kjønnene er statistisk sikre i alle gruppene bortsett fra den med svært vanskelig økonomi. Forskjellen er størst ved forholdsvis lett økonomi, der forskjellen på 0,62 poeng.

Figur 177: Negative følelser siste 7 dager (0-10) (E)

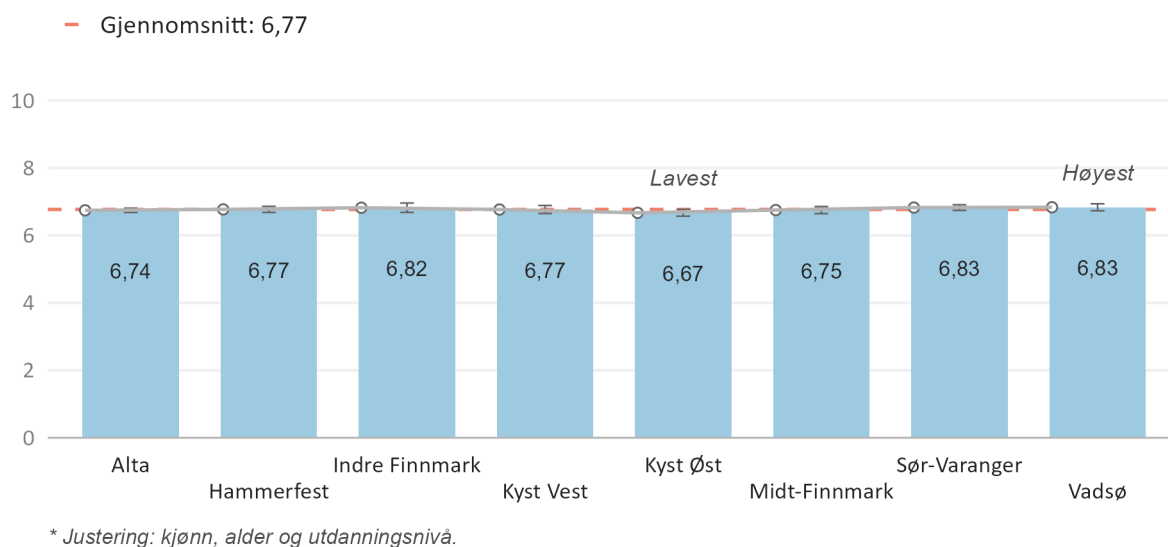
Figur E viser gjennomsnittsskåren for negative følelser siste 7 dager (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. På totalnivå økte skåren statistisk sikkert fra 3,14 i 2019 til 3,28 i 2026. Skåren økte statistisk sikkert både blant kvinner og menn, og kvinner har fortsatt høyere nivå enn menn. Blant aldersgruppene økte skåren statistisk sikkert for personer fra 30 til 69 år, med de største økningene blant 30–59-åringene. Det overordnede mønsteret med høyere skår blant yngre enn eldre er i hovedsak stabilt. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre økninger, mens mønsteret mellom gruppene er omtrent det samme. Personer med lett økonomi har en statistisk sikker økning, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Gruppen med vanskelig økonomi har fortsatt klart høyere skår enn gruppen med lett økonomi.

3.41 Positive følelser siste 7 dager (0-10)

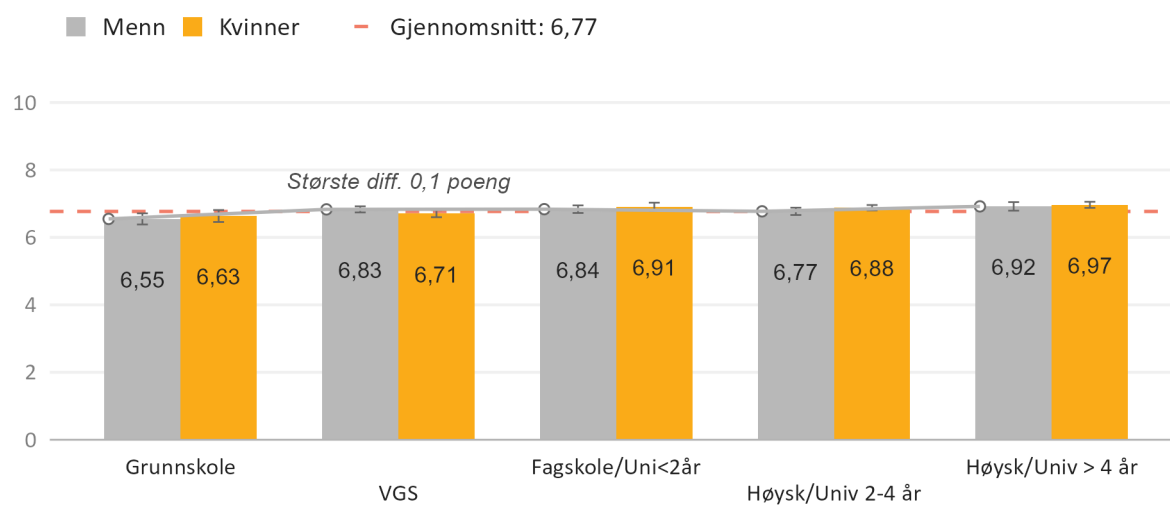
Svarandel: Totalt 11 143 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 143	6,77	6,74 – 6,80
Kvinner	6 164	6,77	6,73 – 6,82
Menn	4 979	6,77	6,72 – 6,82

Figur 178: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter regioner i fylket (A)

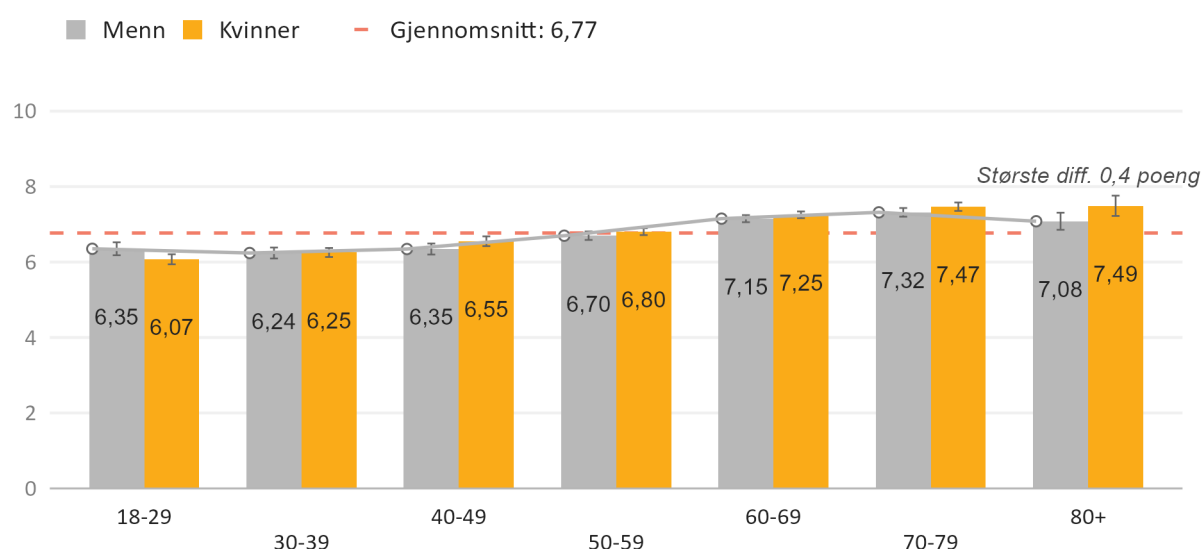


Figur A viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skårene varierer lite mellom regionene. Vadsø og Sør-Varanger har de høyeste skårene, begge med 6,83, mens Kyst Øst har den laveste skåren på 6,67. Differansen mellom høyeste og laveste skår er 0,16 poeng, og forskjellen er ikke statistisk sikker. Cohen's d er 0,09, noe som tilsvarer en ubetydelig forskjell.

Figur 179: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter.

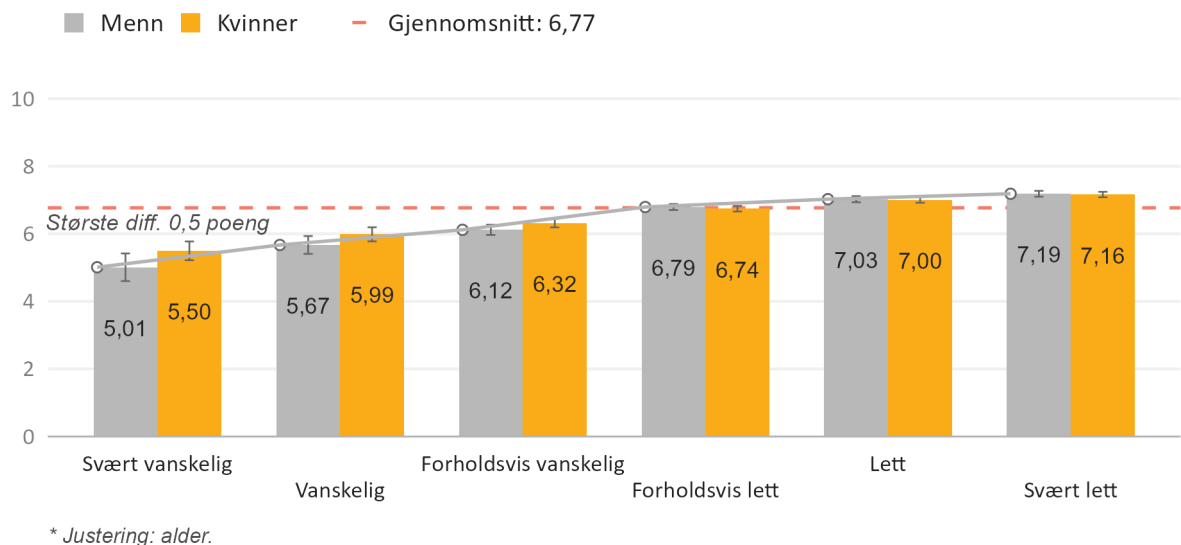
Figur B viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Skårene varierer noe med utdanningsnivå blant både kvinner og menn. Blant kvinner er skåren høyest blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 6,97, og lavest blant dem med grunnskole, med 6,63. Forskjellen er 0,34 poeng og er statistisk sikker, men Cohen's d på 0,18 viser en liten forskjell. Blant menn er skåren også høyest blant dem med høyskole og universitet over 4 år, med 6,92, mens gruppen med grunnskole har lavest skår med 6,55. Differansen er 0,37 poeng og statistisk sikker. Cohen's d er 0,21, som tilsvarer en liten forskjell. Skårene ligger ellers mellom 6,71 og 6,91 blant kvinner og mellom 6,77 og 6,84 blant menn. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innenfor de enkelte utdanningsnivåene.

Figur 180: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og alder (C)

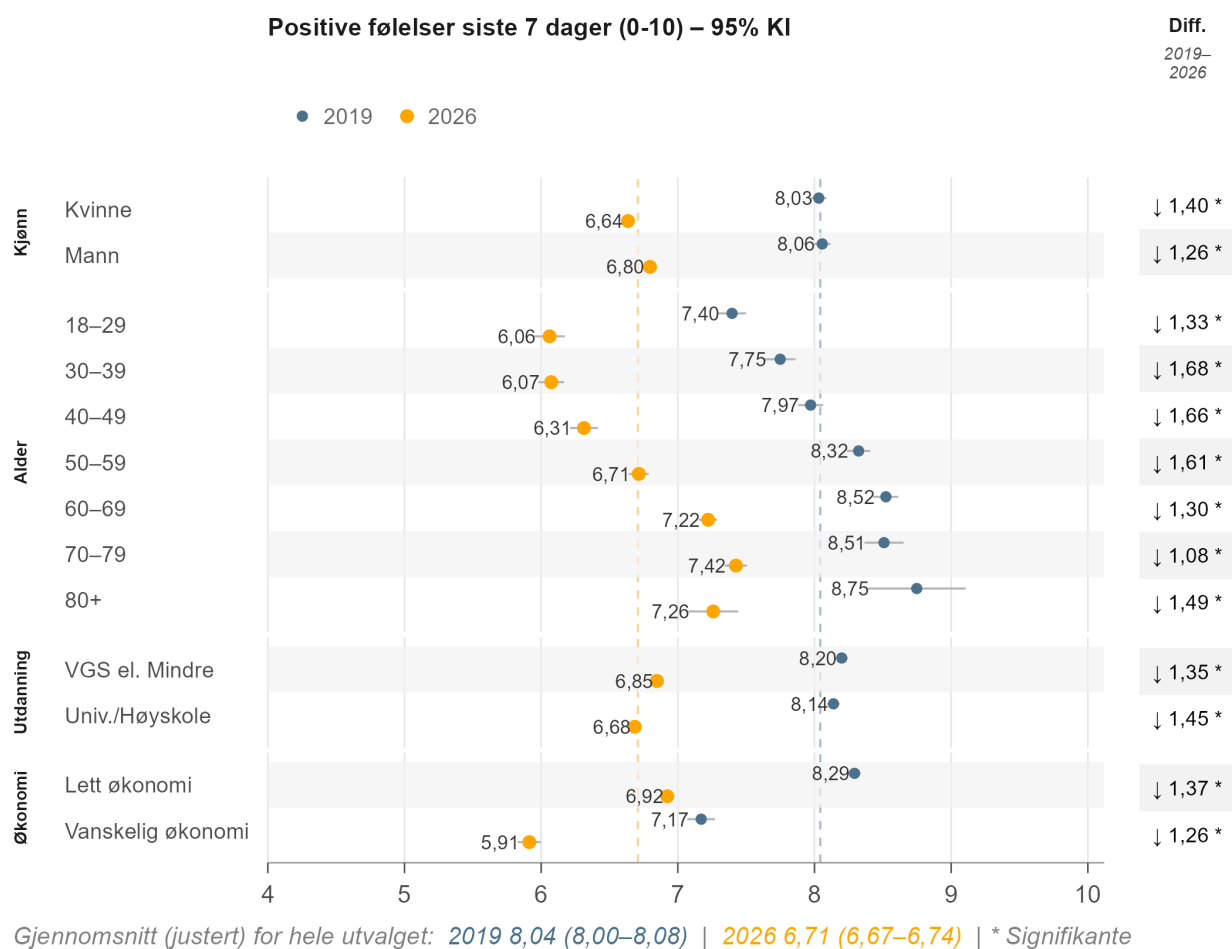
Figur C viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er nivået lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 6,07, og øker med økende alder til

høyeste nivå blant dem som er 80 år eller eldre, på 7,49. Forskjellen er 1,42 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,78, som er en stor forskjell. Blant menn er skåren lavest i aldersgruppen 30–39 år, med 6,24, og øker med økende alder til høyeste skåre i gruppen 70–79 år, på 7,32. Dette utgjør en forskjell på 1,08 poeng. Cohen's d er 0,59, som også indikerer en stor forskjell. For menn faller skåren noe til 7,08 i den eldste aldersgruppen, men nivået er fortsatt høyere enn blant de yngste. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn innenfor de enkelte aldersgruppene.

Figur 181: Positive følelser siste 7 dager (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser positive følelser siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien. Kvinner som opplever det som svært vanskelig å få økonomien til å strekke til, har lavest skår på 5,50, mens kvinner som opplever det som svært lett, har høyest skår på 7,16. Forskjellen er 1,66 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,91, en stor forskjell. Blant menn er skåren 5,01 i gruppen som opplever økonomien som svært vanskelig, og 7,19 i gruppen som opplever den som svært lett. Dette er en forskjell på 2,18 poeng og Cohen's d på 1,19, også en stor forskjell. Forskjellene mellom yttergruppene er statistisk sikre for begge kjønn. Kjønnforskjellene innen de enkelte vurderingene av husholdningsøkonomien er små og ikke statistisk sikre.

Figur 182: Positive følelser siste 7 dager (0-10) (E)

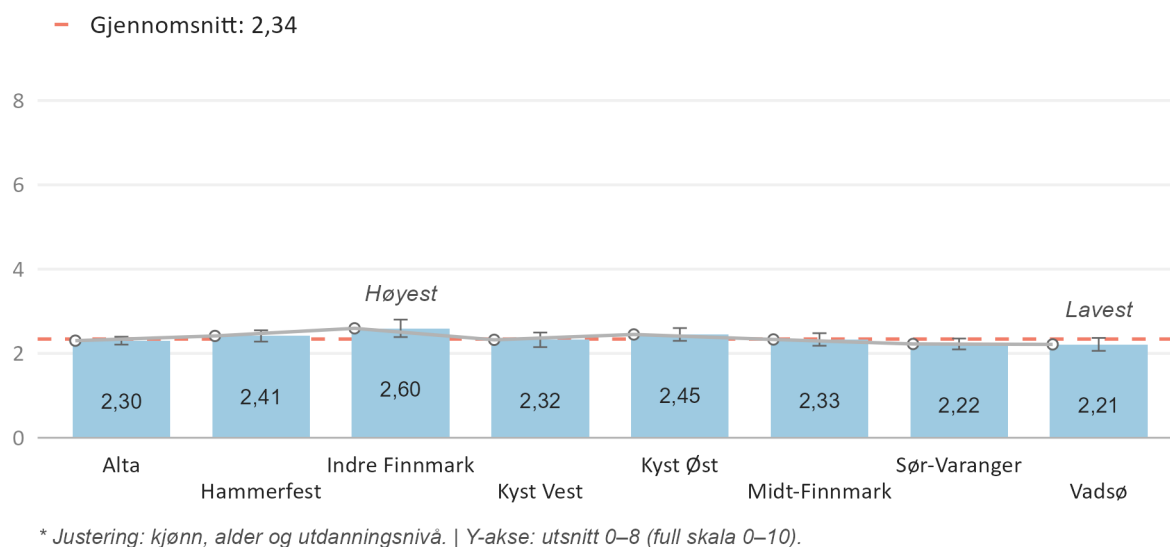
Figur E viser gjennomsnittsskåren for positive følelser siste 7 dager (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. I 2019 ble positive følelser målt med to ledd («glad» og «rolig og avslappet»), og derfor brukes her kun disse to leddene fra 2026 for å gi sammenlignbare tall. Gjennomsnittsskåren falt fra 8,04 i 2019 til 6,71 i 2026, en statistisk sikker nedgang på 1,34 poeng. Nedgangen er statistisk sikker blant både kvinner og menn, og mønsteret med nokså like skårer mellom kjønnene er stabilt. Alle aldersgruppene har statistisk sikre nedganger. De eldste aldersgruppene har fortsatt gjennomgående høyere skårer enn de yngre, selv om forskjellene mellom aldersgruppene er mindre i 2026 enn i 2019. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, og skårene er fortsatt nokså like. Det er også statistisk sikre nedganger både blant personer med lett og vanskelig økonomi. Gruppen med vanskelig økonomi har lavere skår enn gruppen med lett økonomi i begge år.

3.42 Ensomhet (0-10)

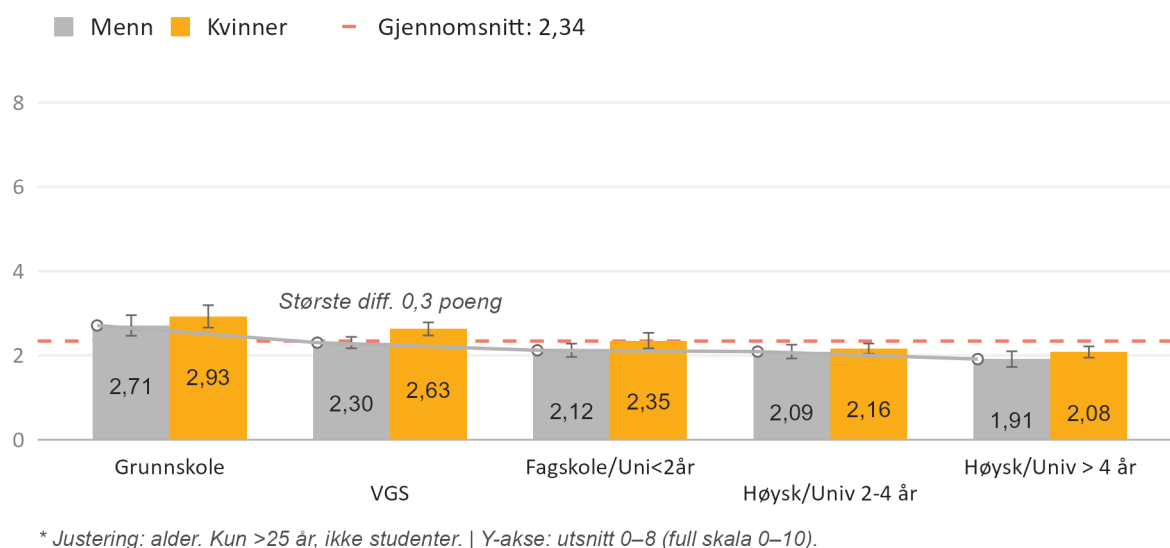
Svarandel: Totalt 11 105 deltakere av 11 171 (99,4 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 105	2,34	2,29 – 2,39
Kvinner	6 134	2,41	2,34 – 2,47
Menn	4 971	2,26	2,19 – 2,34

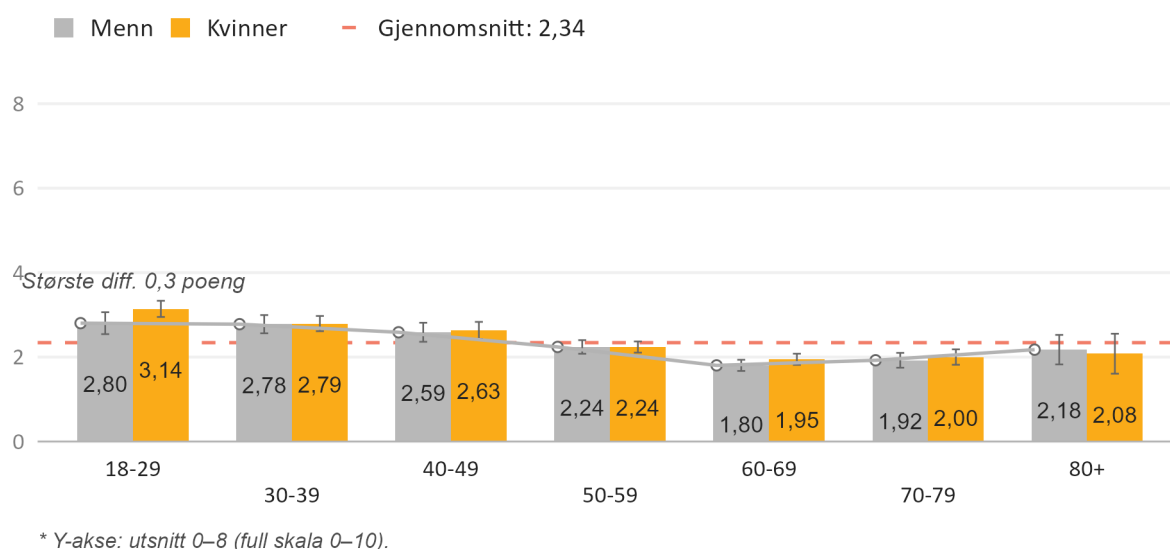
Figur 183: Ensomhet (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser grad av opplevd ensomhet siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skåren er høyest i Indre Finnmark, med 2,60, og lavest i Vadsø, med 2,21. Forskjellen mellom disse regionene er 0,39 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,14, noe som tilsvarer en liten forskjell. De øvrige regionene har skårer fra 2,22 i Sør-Varanger til 2,45 i Kyst Øst.

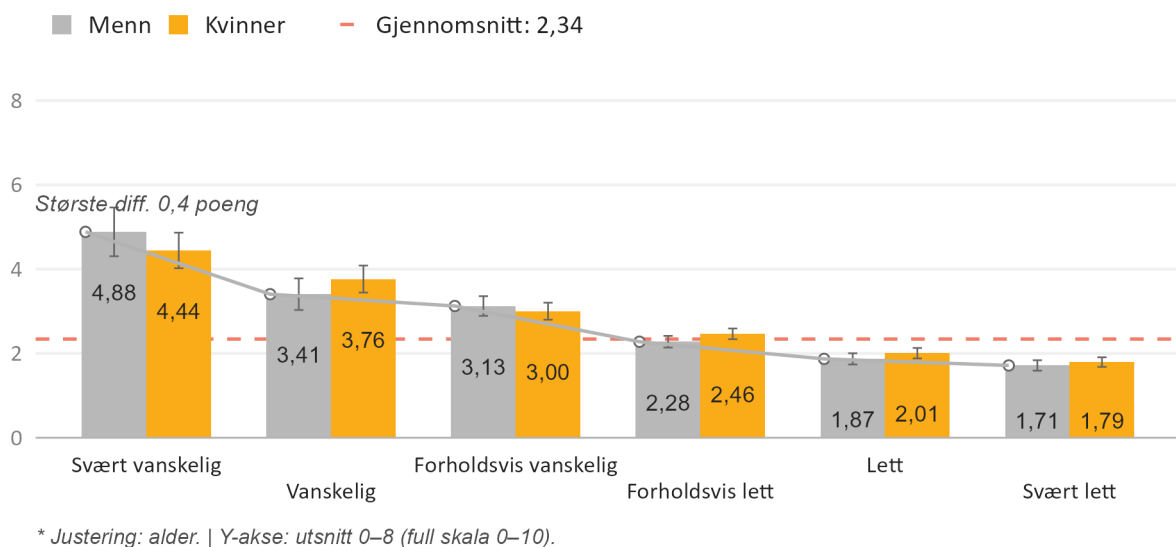
Figur 184: Ensomhet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser grad av opplevd ensomhet siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er ensomhetsskåren høyest blant dem med grunnskole, med 2,93, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 2,08. Forskjellen er 0,85 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,32, som er en middels forskjell og som er statistisk sikker. Også blant menn er skåren høyest for dem med grunnskole, med 2,71, og lavest for dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 1,91. Forskjellen på 0,80 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,30, også en middels forskjell. Dette viser et mønster der ensomhet er lavere blant dem med lengre utdanning, både blant kvinner og menn. Ved videregående opplæring har kvinner en høyere ensomhetsskår enn menn, henholdsvis 2,63 og 2,30, en statistisk sikker forskjell på 0,33 poeng. For de øvrige utdanningsnivåene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

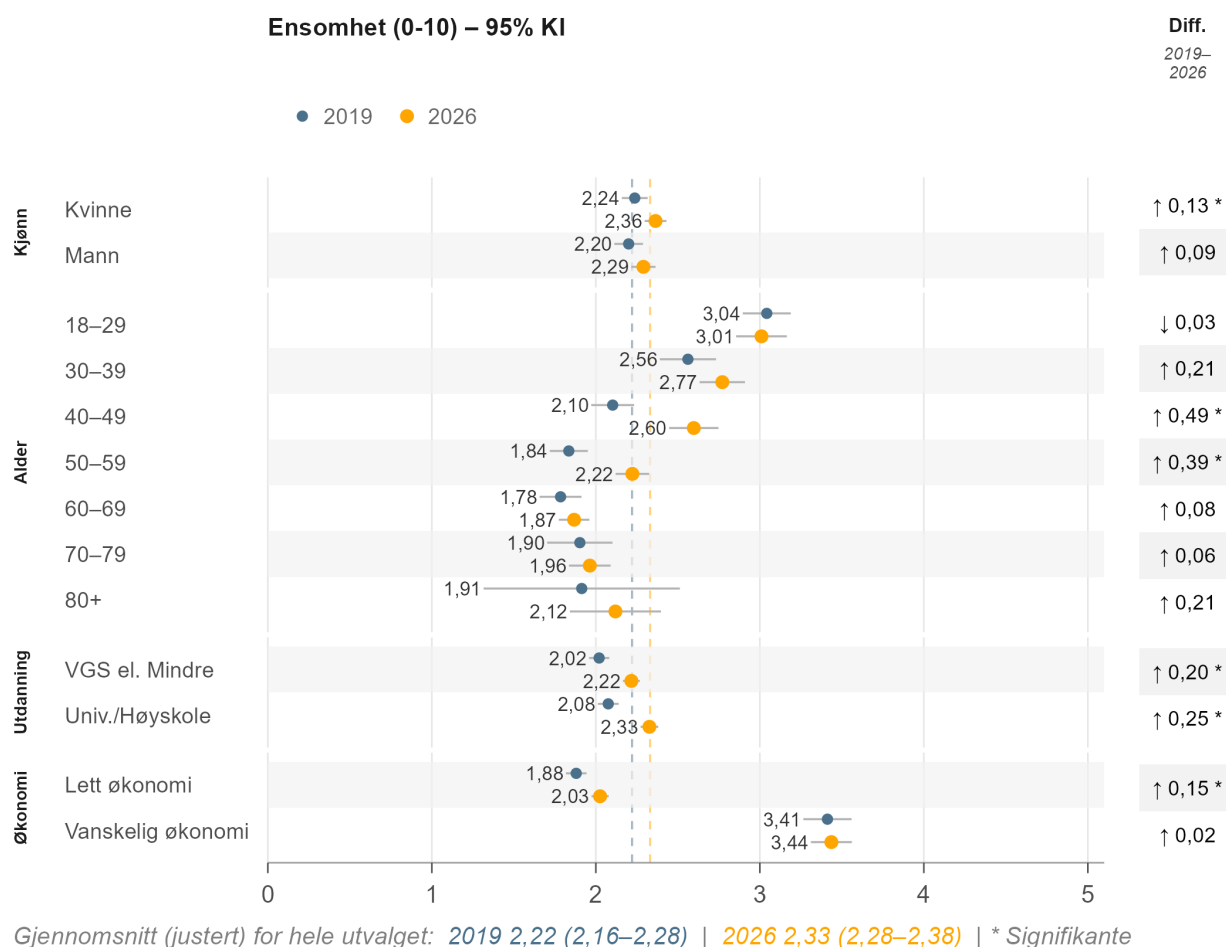
Figur 185: Ensomhet (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser grad av opplevd ensomhet siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Ensomhetsskåren er høyest blant kvinner og menn i alderen 18-29 år, med henholdsvis 3,14 og 2,80. For begge kjønn avtar skåren gjennom de påfølgende aldersgruppene og er lavest i alderen 60-69 år, med 1,95 for kvinner og 1,80 for menn. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 1,19 poeng og statistisk sikker. Cohen's d er 0,45, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er forskjellen 1,00 poeng og statistisk sikker. Cohen's d er 0,38, som også tilsvarer en middels forskjell. Etter 60-69 år øker skåren noe igjen, til 2,00 blant kvinner og 1,92 blant menn i alderen 70-79 år. I aldersgruppen 80+ er skåren 2,08 blant kvinner og 2,18 blant menn. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn i de enkelte aldersgruppene.

Figur 186: Ensomhet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser grad av opplevd ensomhet siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er ensomhetsskåren høyest for dem som opplever husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 4,44, og lavest for dem som opplever den som svært lett, med 1,79. Dette er en statistisk sikker forskjell på 2,65 poeng og tilsvarer Cohens d på 1,00, som er en stor forskjell. Blant menn er skåren også høyest ved svært vanskelig økonomi, med 4,88, og lavest ved svært lett økonomi, med 1,71. Forskjellen er 3,17 poeng, statistisk sikker, og tilsvarer Cohens d på 1,19, som også er en stor forskjell. For begge kjønn er ensomhetsskåren gjennomgående høyere jo vanskeligere husholdningsøkonomien ble vurdert. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn innenfor de ulike vurderingene av husholdningsøkonomien.

Figur 187: Ensomhet (0-10) (E)

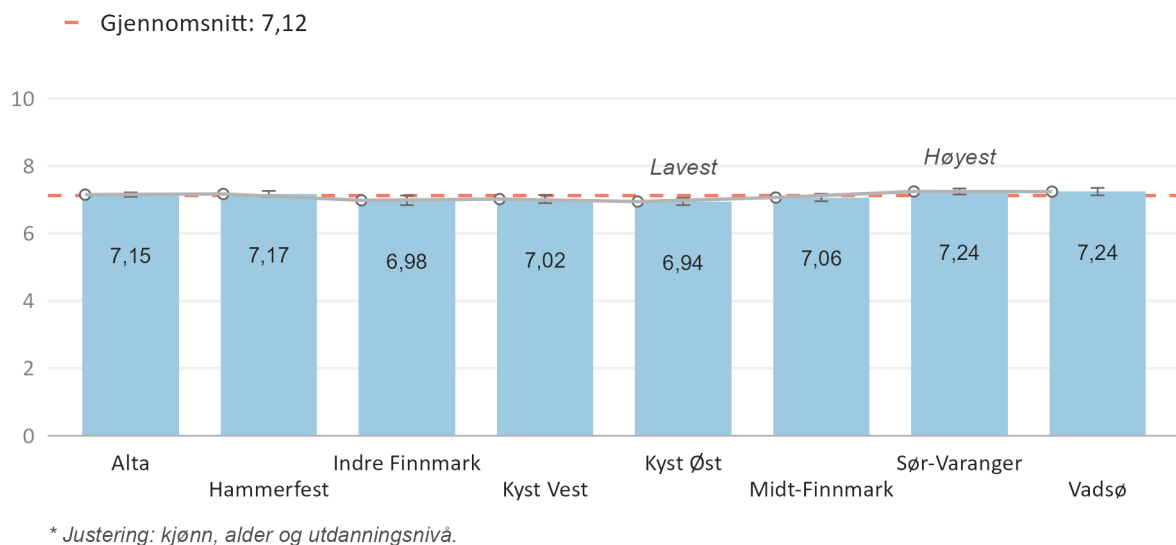
Figur E viser gjennomsnittsskåren for ensomhet (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet økte ensomhetsskåren statistisk sikkert fra 2,22 i 2019 til 2,33 i 2026, en økning på 0,11 poeng. Kvinner har en statistisk sikker økning på 0,13 poeng, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker, og kvinner ligger noe høyere enn menn i begge år. Blant aldersgruppene økte skåren statistisk sikkert blant 40–49-åringene og 50–59-åringene, mens øvrige endringer ikke er statistisk sikre. De yngste har fortsatt høyest ensomhetsskår, men forskjellene mellom aldersgruppene er mindre i 2026 enn i 2019. Ensomhetsskåren økte statistisk sikkert i begge utdanningsgruppene. Personer med vanskelige økonomiske forhold har klart høyere skår enn personer med lett økonomi i begge år; økningen er statistisk sikker bare i gruppen med lett økonomi.

3.43 Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10)

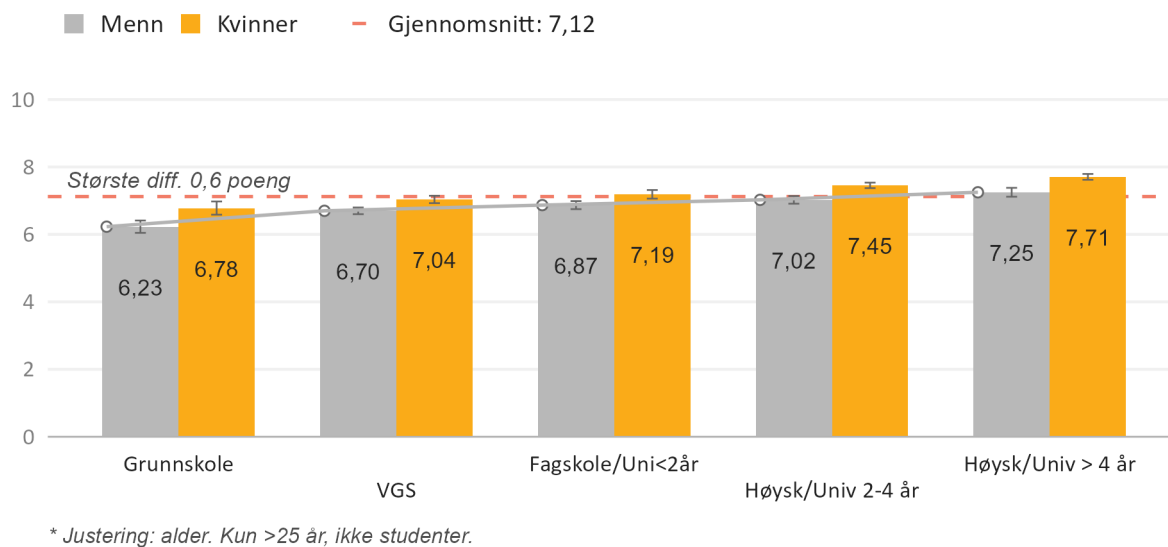
Svarandel: Totalt 11 122 deltakere av 11 171 (99,6 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 122	7,12	7,09 – 7,16
Kvinner	6 152	7,35	7,30 – 7,40
Menn	4 970	6,84	6,79 – 6,90

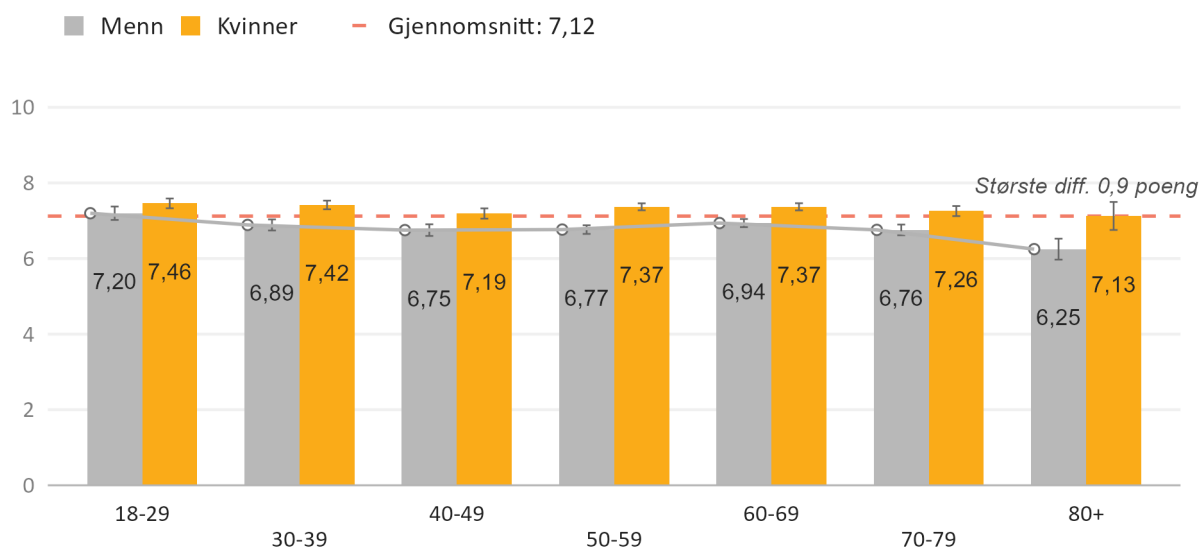
Figur 188: Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Sør-Varanger og Vadsø har høyest skår, begge med 7,24, mens Kyst Øst har lavest skår med 6,94. Forskjellen mellom Sør-Varanger og Kyst Øst er 0,30 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,16, som tilsvarer en liten forskjell. Skårene i de øvrige regionene varierer fra 6,98 i Indre Finnmark til 7,17 i Hammerfest.

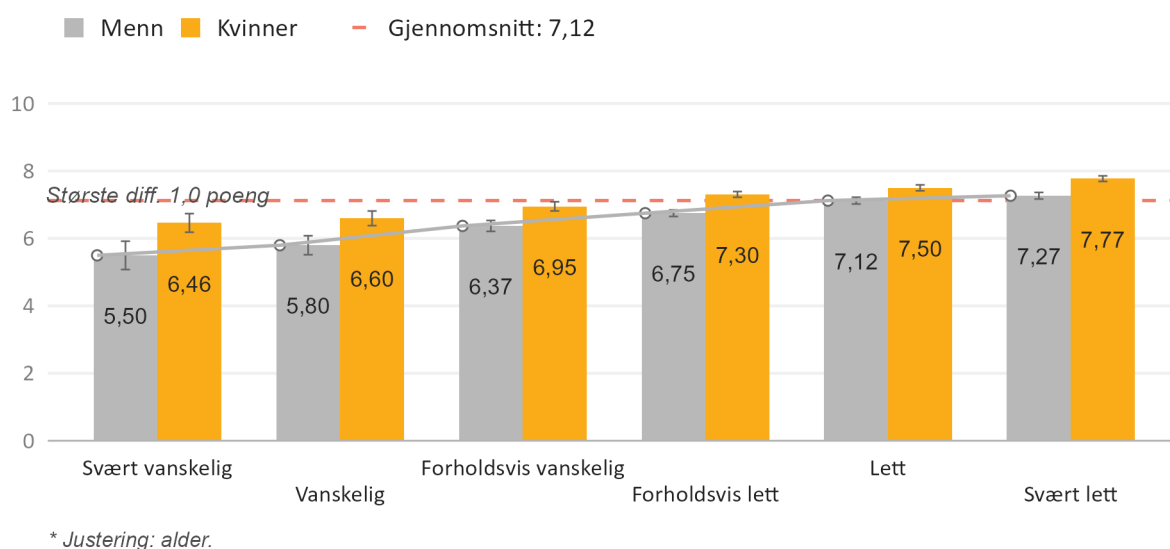
Figur 189: Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er skåren høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år og lavest blant dem med grunnskole. Kvinner har en skår på 7,71 blant dem med lengst utdanning, mot 6,78 blant dem med grunnskole, en forskjell på 0,93 poeng. Dette tilsvarer Cohen's d på 0,49, som viser en middels forskjell. For menn er skåren 7,25 blant dem med lengst utdanning og 6,23 blant dem med grunnskole, en forskjell på 1,02 poeng. Cohen's d er 0,54, som viser en stor forskjell. Skåren øker gjennomgående med utdanningsnivå for begge kjønn. Kvinner skårer høyere enn menn på alle utdanningsnivåene, og forskjellene er statistisk sikre. Kjønnforskjellen varierer fra 0,32 poeng blant dem med fagskole eller universitetsutdanning under to år til 0,55 poeng blant dem med grunnskole.

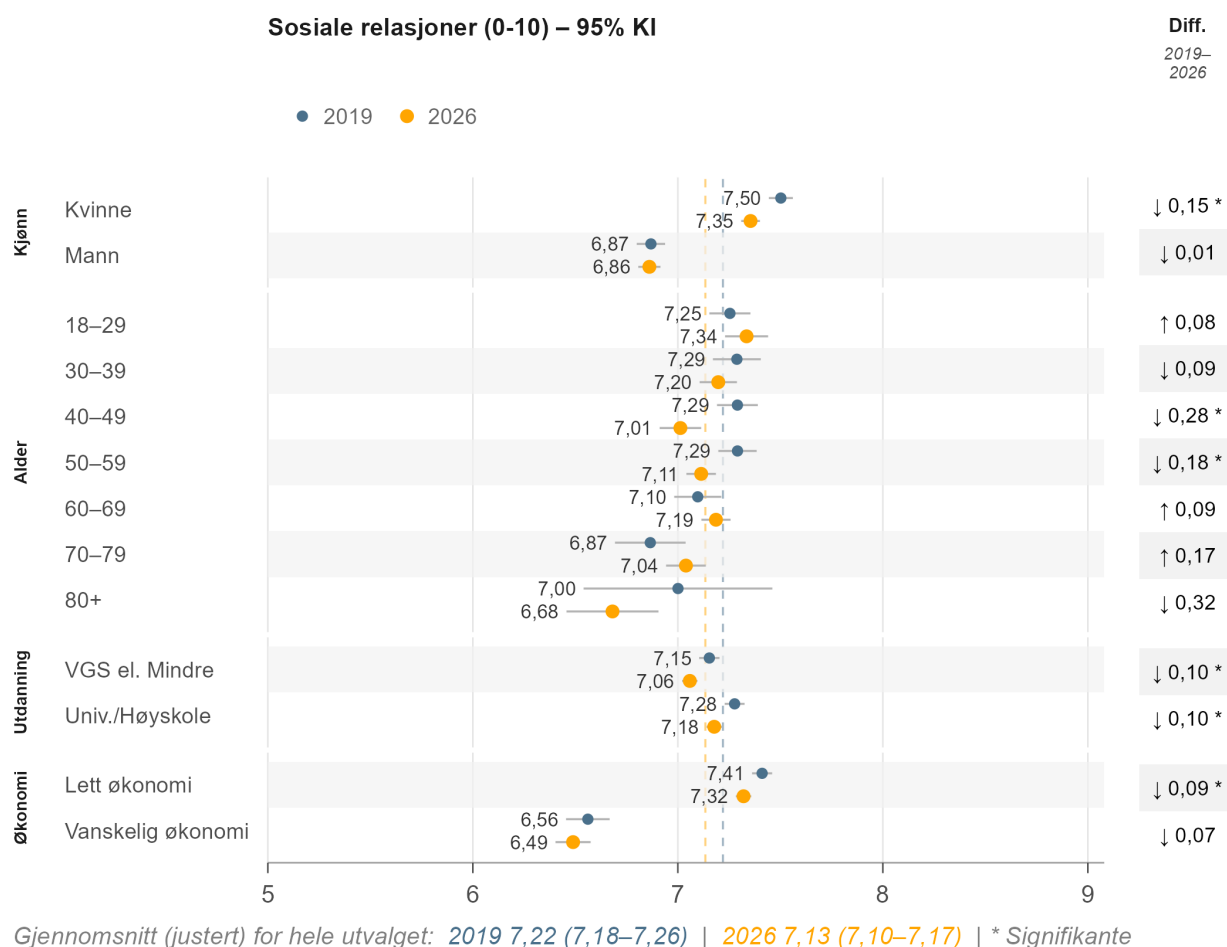
Figur 190: Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Kvinner har høyest skår i aldersgruppen 18–29 år, med 7,46, og lavest skår blant personer på 80 år eller eldre, med 7,13. Forskjellen er 0,33 poeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's d er 0,18, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er skåren også høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 7,20, og lavest blant personer på 80 år eller eldre, med 6,25. Dette utgjorde en statistisk sikker forskjell på 0,95 poeng, med Cohen's d på 0,50, som er en stor forskjell. Kvinner har høyere skår enn menn i alle aldersgruppene. Fra 30–39 år og oppover er kjønnsforskjellene statistisk sikre. Den største forskjellen er i aldersgruppen 80 år eller eldre, der kvinners skår er 7,13 og menns skår er 6,25, en forskjell på 0,88 poeng.

Figur 191: Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man opplever å ha støttende og givende sosiale relasjoner (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er skåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig. Kvinner har en skår på 7,77 ved svært lett husholdningsøkonomi og 6,46 ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, en statistisk sikker forskjell på 1,31 poeng. Cohen's d er 0,70, som tilsvarer en stor forskjell. Menn har en skår på 7,27 ved svært lett husholdningsøkonomi og 5,50 ved svært vanskelig husholdningsøkonomi, en statistisk sikker forskjell på 1,77 poeng. Cohen's d er 0,94, som også tilsvarer en stor forskjell. Kvinner skårer høyere enn menn i alle grupper etter vurdering av husholdningsøkonomien.. De største kjønnsforskjellene finnes blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med henholdsvis 0,80 poeng og 0,96 poeng høyere skår blant kvinner.

Figur 192: Støttende og givende sosiale relasjoner (0-10) (E)

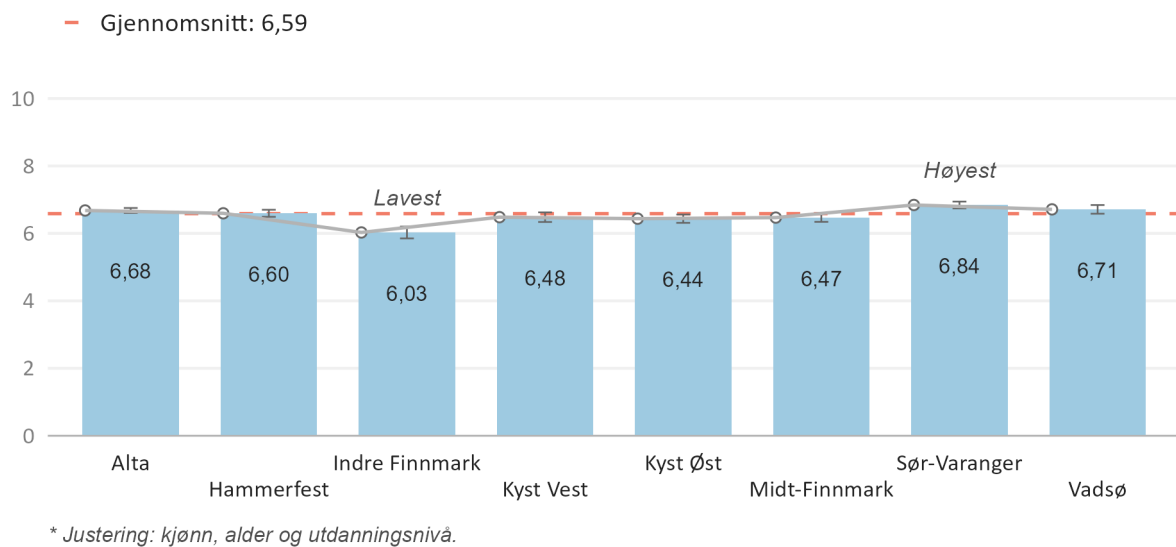
Figur E viser gjennomsnittsskåren for sosiale relasjoner (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt sett gikk gjennomsnittsskåren statistisk sikkert ned med 0,09 poeng fra 2019 til 2026. Kvinner har en statistisk sikker nedgang, mens endringen blant menn ikke er statistisk sikker, og kvinner har fortsatt høyere skår enn menn. Blant aldersgruppene er nedgangen statistisk sikker for 40–49-åringene og 50–59-åringene, mens de øvrige endringene ikke er statistisk sikre. Begge utdanningsgruppene har en statistisk sikker nedgang på 0,10 poeng, og mønsteret med noe høyere skår blant personer med høyere utdanning er i hovedsak uendret. Personer med lett økonomi har en statistisk sikker nedgang, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Skåren er fortsatt lavere blant personer med vanskelig økonomi enn blant dem med lett økonomi.

3.44 Tillit til andre (0-10)

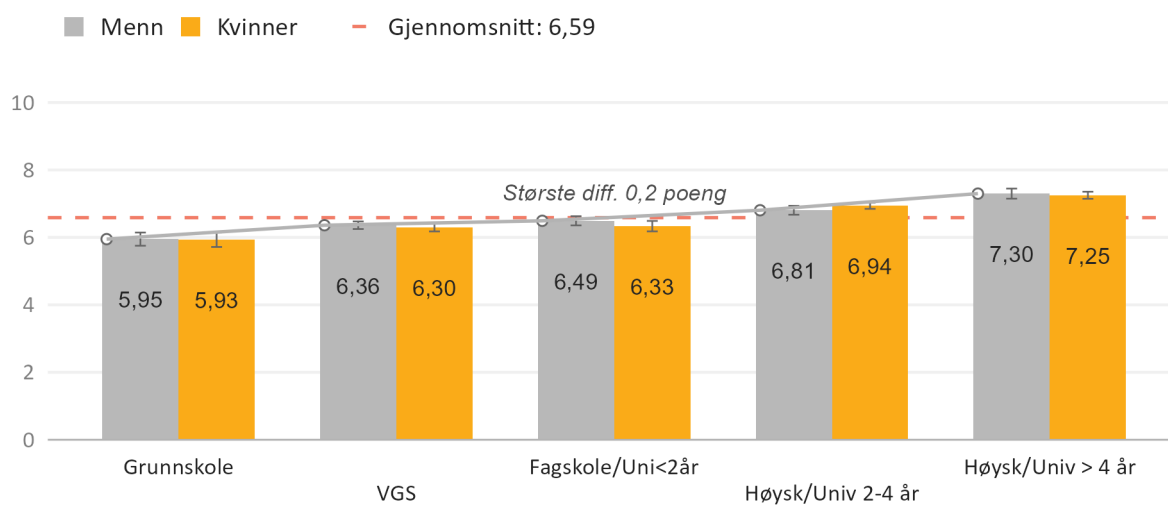
Svarandel: Totalt 11 136 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 136	6,59	6,54 – 6,63
Kvinner	6 158	6,63	6,58 – 6,68
Menn	4 978	6,53	6,47 – 6,59

Figur 193: Tillit til andre (0-10) etter regioner i fylket (A)

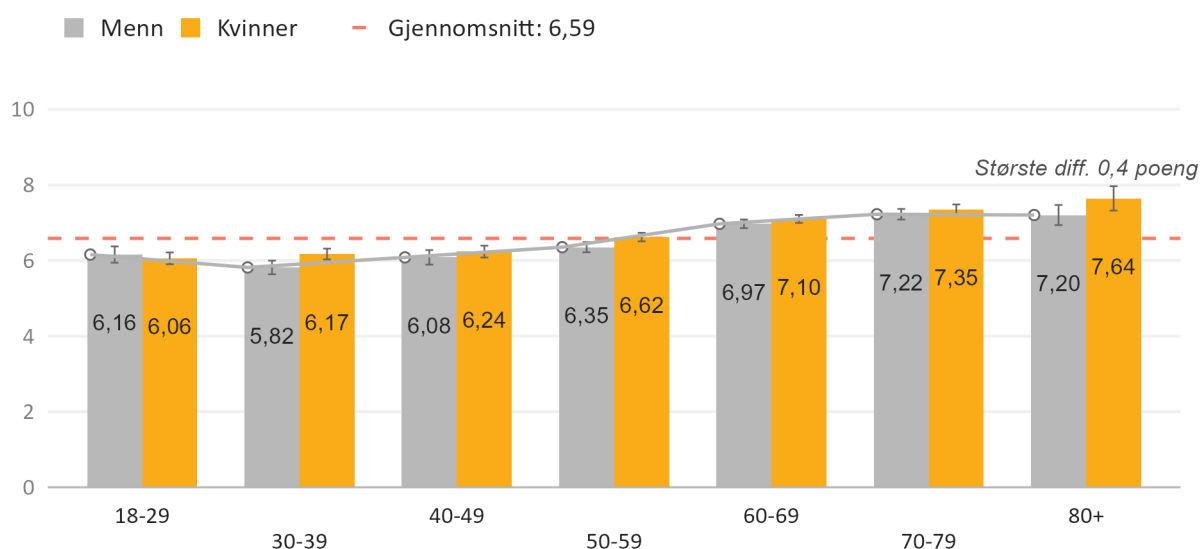


Figur A viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Sør-Varanger har høyest gjennomsnittsskår på 6,84, mens Indre Finnmark har lavest skår på 6,03. Forskjellen mellom disse regionene er 0,81 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. De øvrige regionene ligger mellom ytterpunktene, med skårer fra 6,44 i Kyst Øst til 6,71 i Vadsø. Alta har en skår på 6,68, Hammerfest 6,60, Kyst Vest 6,48 og Midt-Finnmark 6,47.

Figur 194: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

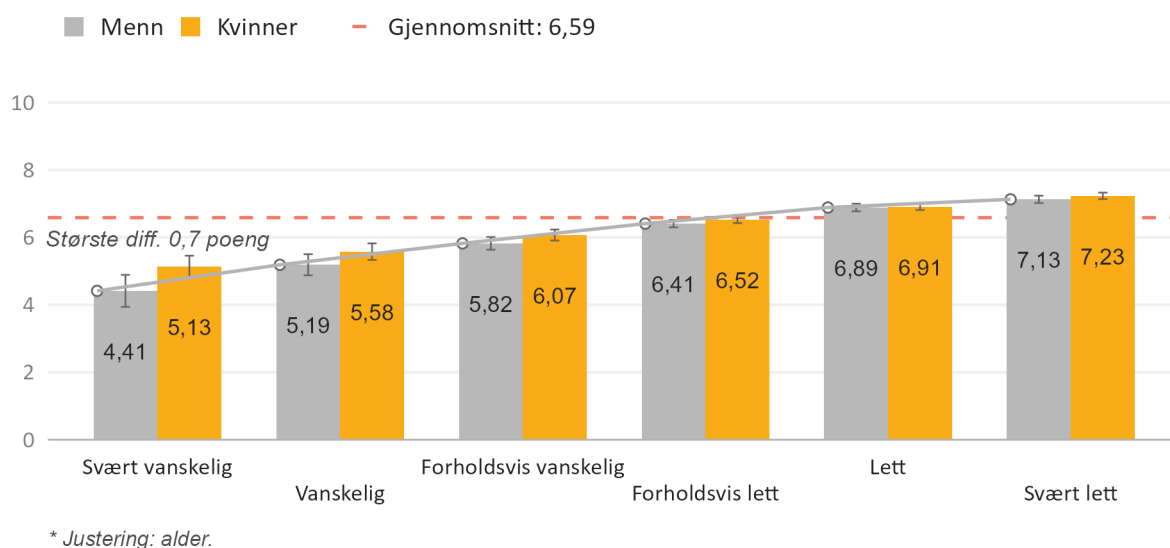
* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter.

Figur B viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er tillitsskåren lavest blant dem med grunnskole, med 5,93, og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 7,25. Forskjellen er 1,32 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,60, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er skåren også lavest blant dem med grunnskole, med 5,95, og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 7,30. Differansen er 1,35 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,62, som også tilsvarer en stor forskjell. For begge kjønn er tillitsskåren høyere blant personer med høyere utdanning. Kvinner og menn har svært like skårer på alle utdanningsnivåene. Den største kjønnsforskjellen finnes blant personer med fagskole eller universitetsutdanning under to år, der menn har en skår som er 0,16 poeng høyere enn kvinner, men forskjellen er ikke statistisk sikker.

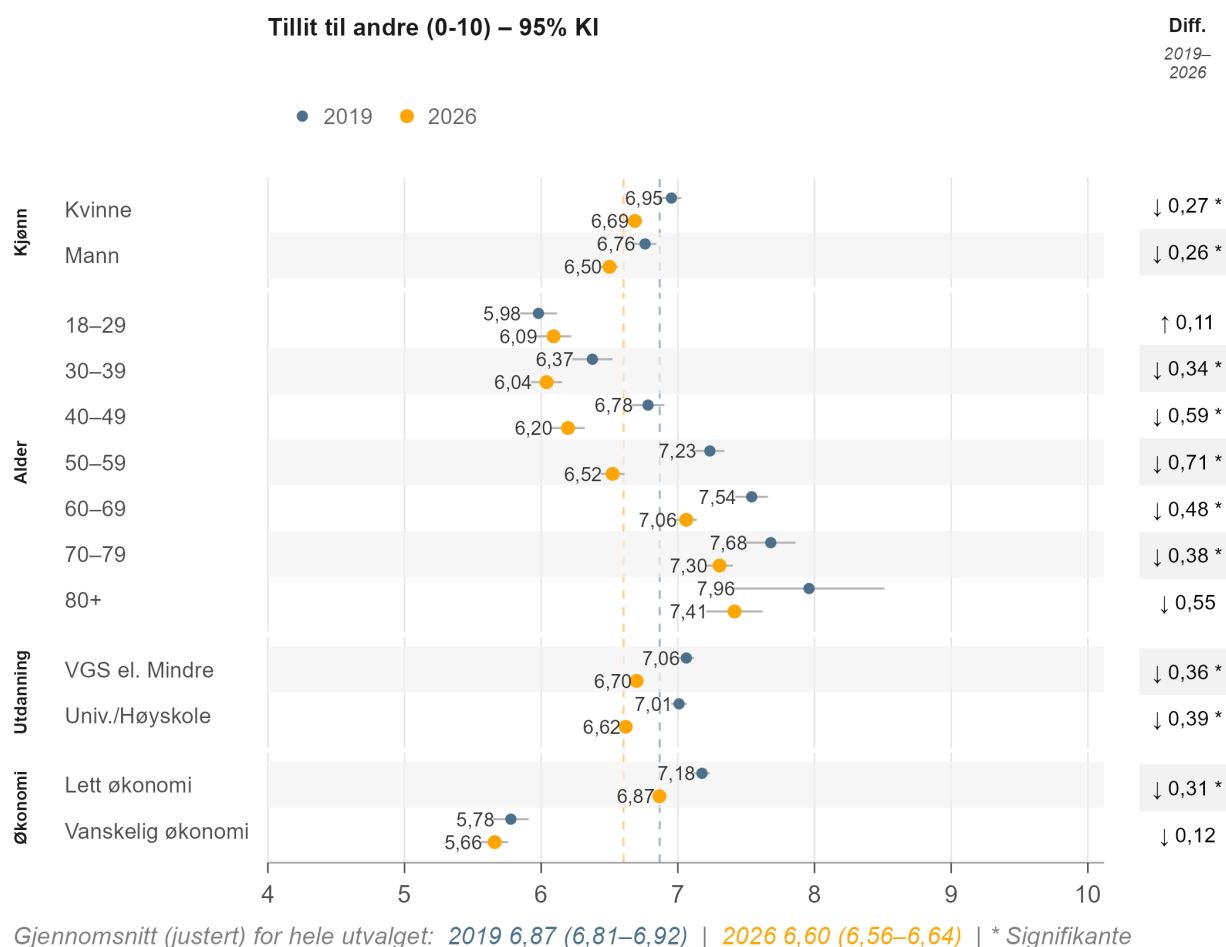
Figur 195: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker tillitsskåren med alderen, fra 6,06 i gruppen 18-29 til 7,64 blant dem som er 80+. Forskjellen er 1,58 poeng og tilsvarer Cohen's d på 0,72, som er en stor forskjell. Blant menn er skåren lavest i aldersgruppen 30-39, med 5,82, og høyest i gruppen 70-79, med 7,22. Dette utgjør en forskjell på 1,40 poeng. Cohen's d er 0,64, som også tilsvarer en stor forskjell. Kvinnene har høyere tillitsskår enn mennene i alle aldersgrupper fra 30-39 til 80+, mens mennene ligger 0,10 poeng høyere i gruppen 18-29. Den største kjønnsforskjellen finnes i gruppen 80+, der kvinner ligger 0,44 poeng høyere enn menn.

Figur 196: Tillit til andre (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man opplever generell tillit til andre mennesker (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er tillitsskåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, der skåren øker jevnt med lettere økonomi. Kvinner har en gjennomsnittsskår på 7,23 i gruppen med svært lett økonomi og 5,13 i gruppen med svært vanskelig økonomi, en statistisk sikker forskjell på 2,10 poeng. Dette tilsvarer Cohen's d på 0,95, som er en stor forskjell. Menn har tilsvarende skårer på 7,13 og 4,41, med en statistisk sikker forskjell på 2,72 poeng. Cohen's d er 1,23, også en stor forskjell. Kvinnene har noe høyere skår enn mennene i alle økonomigruppene, men kjønnsforskjellene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 197: Tillit til andre (0-10) (E)

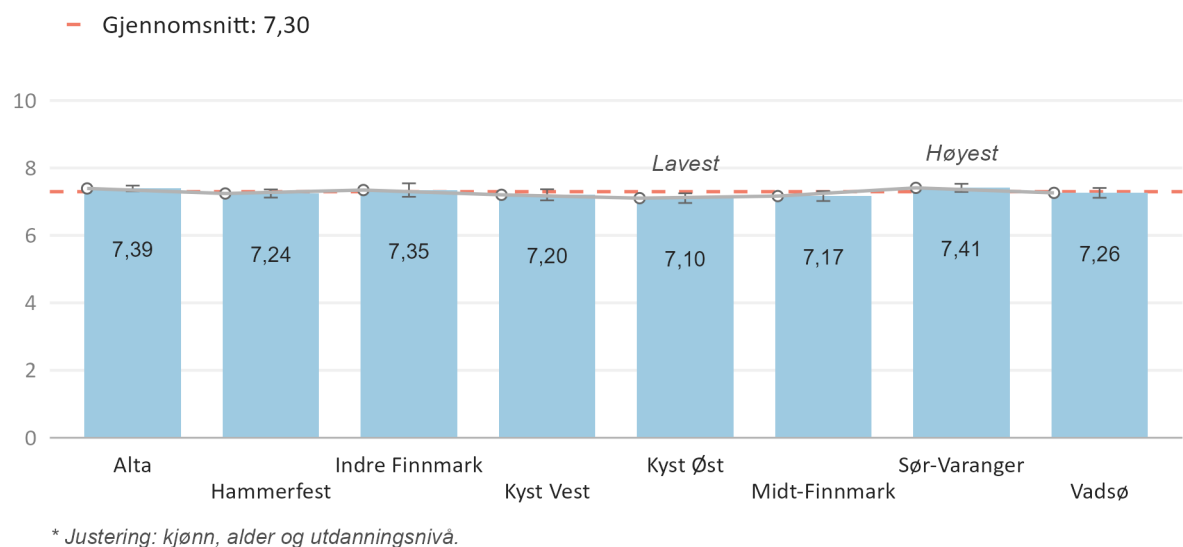
Figur E viser gjennomsnittsskåren for tillit til andre (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet sett gikk tilliten statistisk sikkert ned fra 6,87 i 2019 til 6,60 i 2026, en forskjell på 0,27 poeng. Både kvinner og menn har statistisk sikre nedganger, og kvinner ligger fortsatt noe høyere enn menn. I aldersgruppene fra 30 til 79 år er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant 18–29-åringene og de som er 80 år og eldre ikke er statistisk sikker. Hovedmønsteret med høyere tillit i de eldre aldersgruppene er i stor grad det samme i begge år. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, med små forskjeller mellom gruppene i begge år. Personer med lett økonomi har fortsatt høyere tillit enn personer med vanskelig økonomi. Nedgangen er statistisk sikker blant personer med lett økonomi, men ikke blant dem med vanskelig økonomi.

3.45 Stedstilhørighet (0-10)

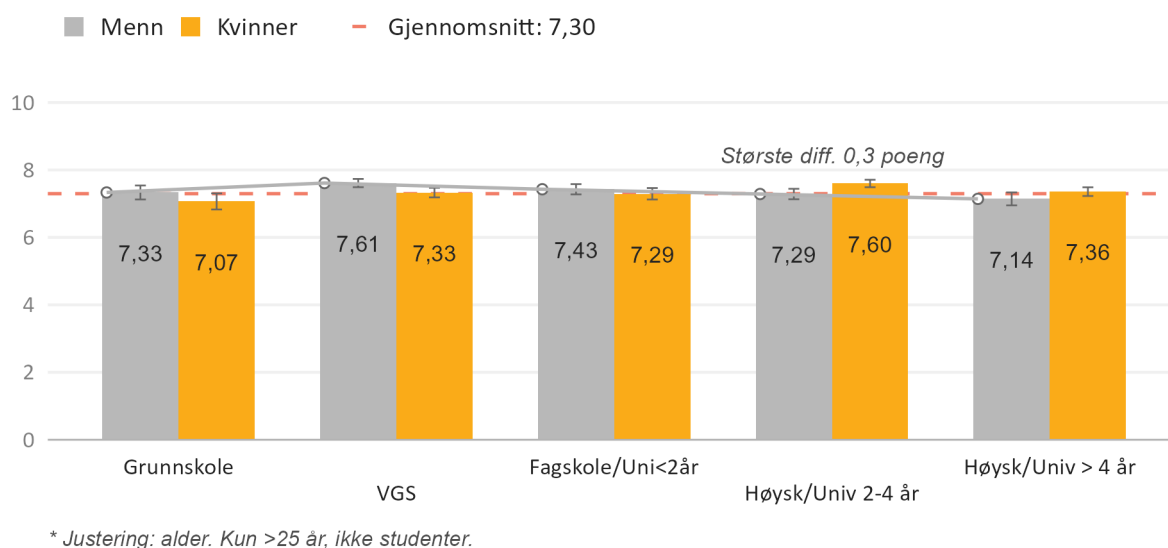
Svarandel: Totalt 11 140 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 140	7,30	7,25 – 7,34
Kvinner	6 163	7,27	7,20 – 7,33
Menn	4 977	7,33	7,26 – 7,40

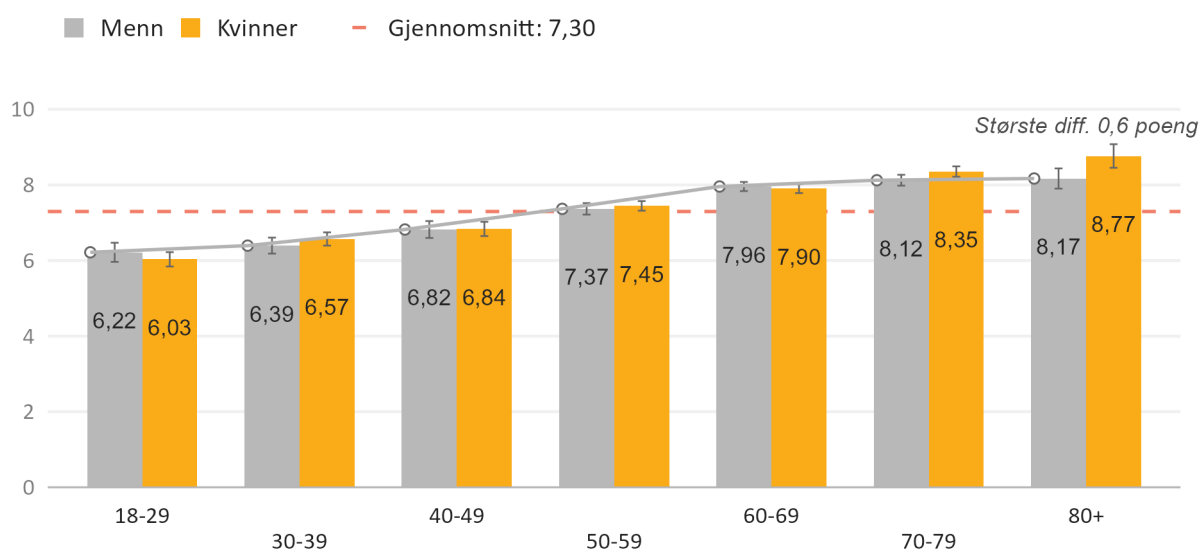
Figur 198: Stedstilhørighet (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skåren er høyest i Sør-Varanger med 7,41 og lavest i Kyst Øst med 7,10. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,31 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,12, som tilsvarer en liten forskjell. Skårene i de øvrige regionene ligger mellom 7,17 i Midt-Finnmark og 7,39 i Alta. Tilhørigheten er dermed gjennomgående høy i alle regionene, med en mindre variasjon mellom høyeste og laveste skår.

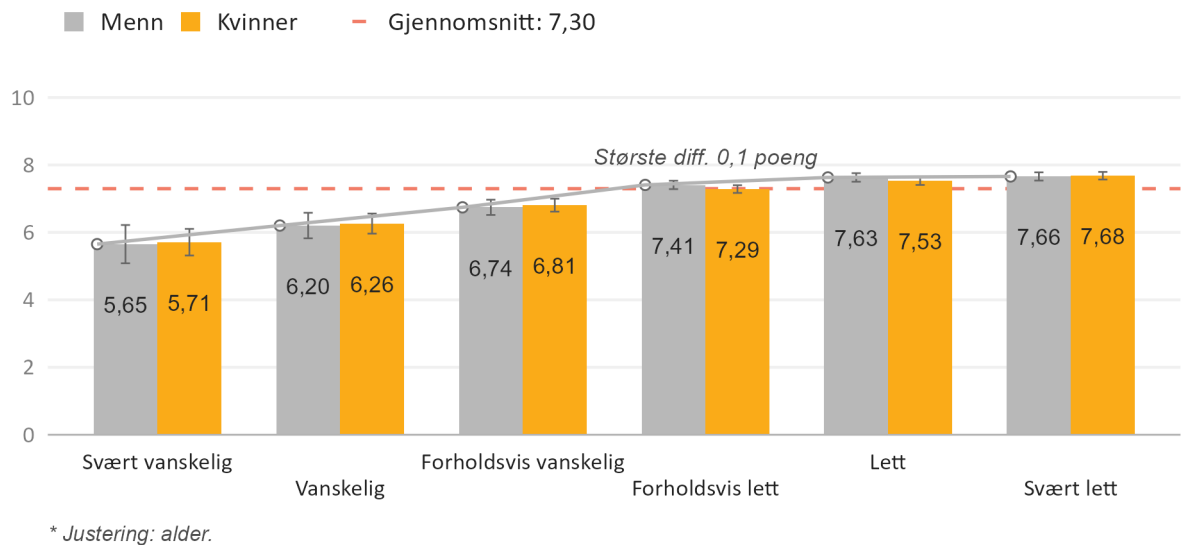
Figur 199: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er tilhørighetsskåren høyest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning på to til fire år, med 7,60, og lavest blant dem med grunnskole, med 7,07. Forskjellen er 0,53 poeng og er statistisk sikker, men Cohen's d på 0,21 viser en liten forskjell. Blant menn er skåren høyest blant dem med videregående skole, med 7,61, og lavest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning over fire år, med 7,14. Denne forskjellen på 0,47 poeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's d på 0,19, også en liten forskjell. Det er statistisk sikre kjønnsforskjeller på to utdanningsnivåer. Kvinner med høyskole- og universitetsutdanning på to til fire år har en høyere skår enn menn, med en forskjell på 0,31 poeng. Blant personer med videregående skole har menn høyere skår enn kvinner, med en forskjell på 0,28 poeng.

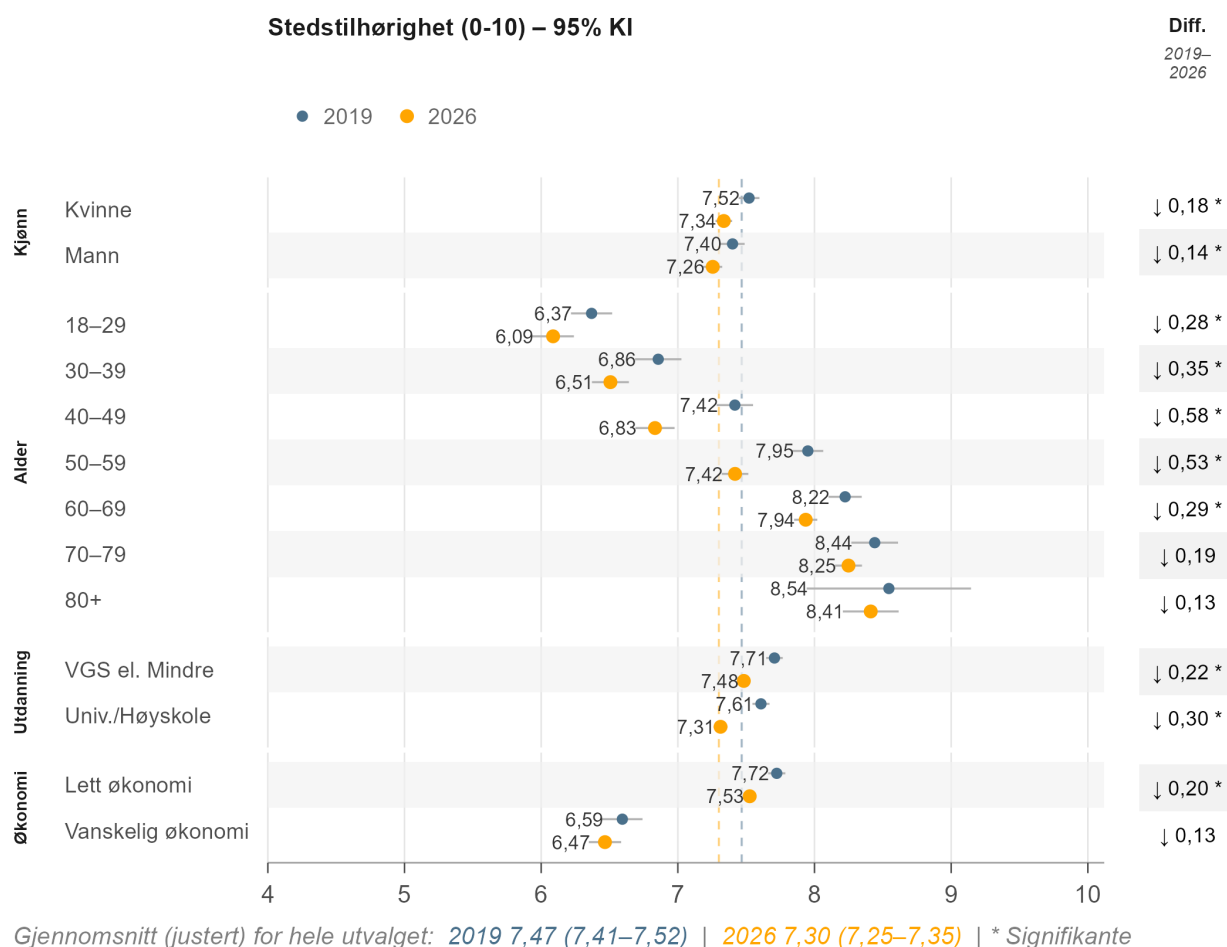
Figur 200: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Tilhørigheten øker med alder blant både kvinner og menn. Kvinner har lavest skår i aldersgruppen 18-29 år, med 6,03, og høyest skår blant dem som er 80+, med 8,77. Differansen er 2,74 poeng og tilsvarer Cohen's d på 1,07, som er en stor forskjell. Menn har også lavest skår i aldersgruppen 18-29 år, med 6,22, og høyest skår blant dem som er 80+, med 8,17. Differansen er 1,95 poeng og Cohen's d er 0,76, også en stor forskjell. Kjønnforskjellene er små og ikke statistisk sikre fra 18-29 år til 70-79 år. I aldersgruppen 80+ har kvinner en statistisk sikker høyere skår enn menn, med 8,77 mot 8,17, en forskjell på 0,60 poeng.

Figur 201: Stedstilhørighet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser hvor sterkt en person føler tilhørighet til bostedet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Tilhørighetsskåren øker med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien for begge kjønn. Blant kvinner er skåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 7,68, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 5,71. Differansen er 1,97 poeng og representerer en stor forskjell, med Cohen's d på 0,77. Blant menn er skåren også høyest ved svært lett økonomi, med 7,66, og lavest ved svært vanskelig økonomi, med 5,65. Differansen er 2,01 poeng, og Cohen's d på 0,78 viser også en stor forskjell. Kjønnforskjellene innenfor de enkelte vurderingene av husholdningsøkonomien er små, og ingen av dem er statistisk sikre.

Figur 202: Stedstilhørighet (0-10) (E)

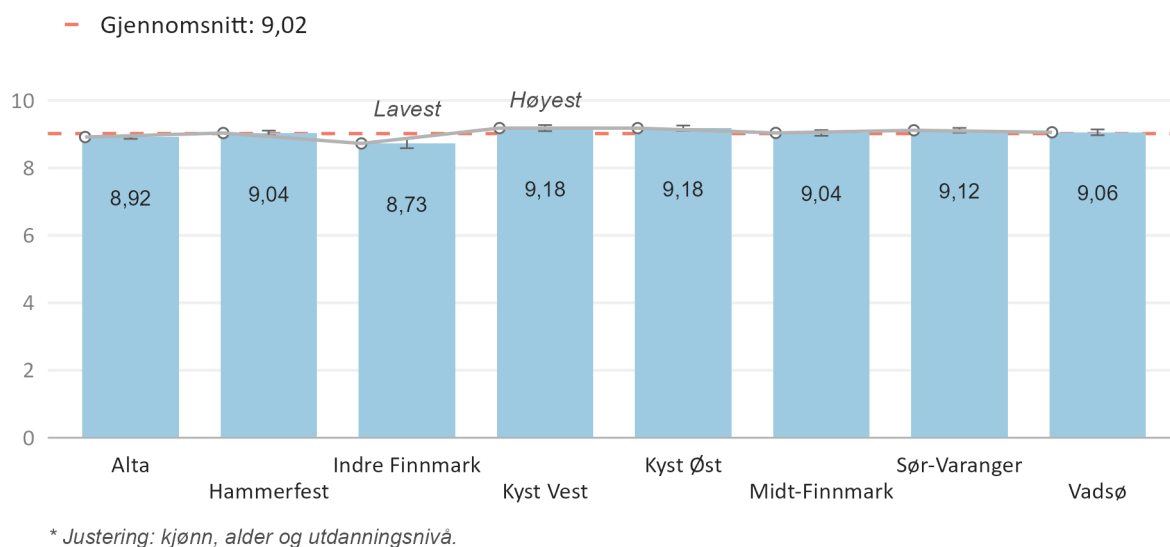
Figur E viser gjennomsnittsskåren for stedstilhørighet (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt sett falt gjennomsnittet fra 7,47 i 2019 til 7,30 i 2026, en statistisk sikker nedgang på 0,17 poeng. Både kvinner og menn har statistisk sikre nedganger, og mønsteret med noe høyere skår blant kvinner enn menn er det samme i begge år. Tilhørigheten falt statistisk sikkert i aldersgruppene under 70 år, med de største nedgangene blant 40–59-åringene. Blant personer i alderen 70 år og eldre er nedgangene ikke statistisk sikre. Hovedmønsteret med økende tilhørighet med alder besto i 2026. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, og gruppen med lengst utdanning har lavest skår i både 2019 og 2026. Personer med lett økonomi har statistisk sikker nedgang og personer med vanskelig økonomi ikke har en statistisk sikker endring. Mønsteret med høyere tilhørighet blant personer med lett enn vanskelig økonomi besto.

3.46 Trygg i nærmiljøet (0-10)

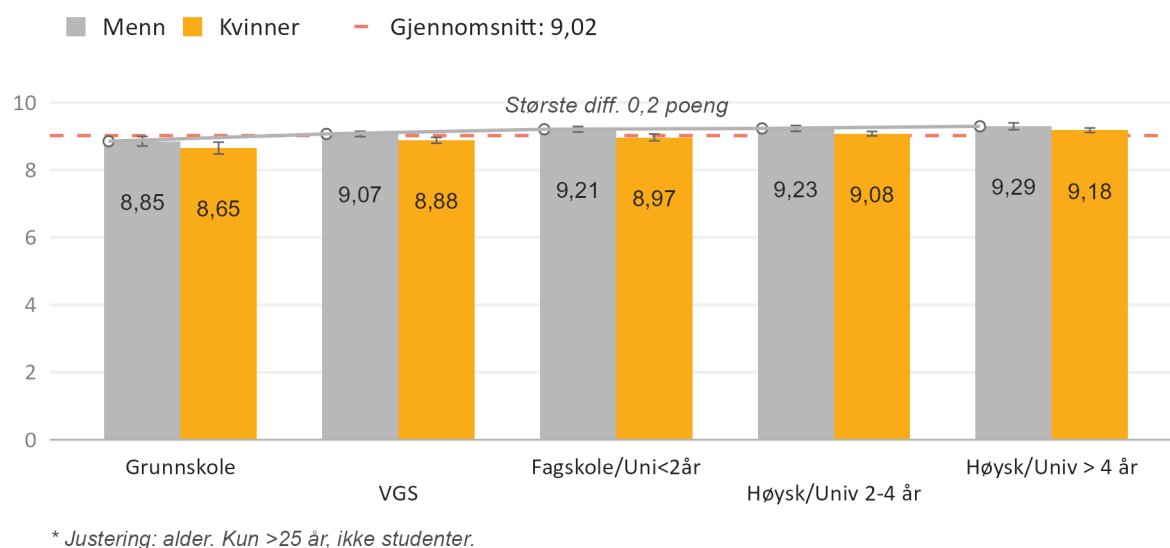
Svarandel: Totalt 11 133 deltakere av 11 171 (99,7 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 133	9,02	8,99 – 9,05
Kvinner	6 159	8,94	8,90 – 8,97
Menn	4 974	9,12	9,08 – 9,16

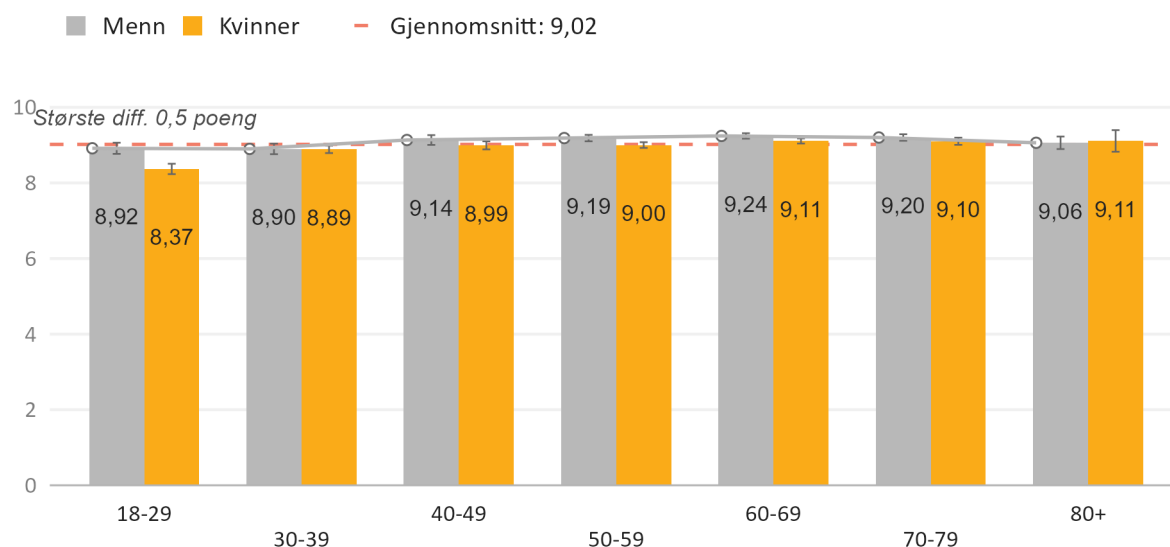
Figur 203: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter regioner i fylket (A)



Figur A viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skårene er gjennomgående høye i alle regionene. Kyst Vest og Kyst Øst har høyest skår, begge med 9,18, mens Indre Finnmark har lavest skår med 8,73. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,45 poeng og er statistisk sikker. Dette tilsvarer Cohen's d på 0,30, som indikerer en middels forskjell. Sør-Varanger har en skår på 9,12, Vadsø 9,06 og både Hammerfest og Midt-Finnmark 9,04. Alta har en skår på 8,92.

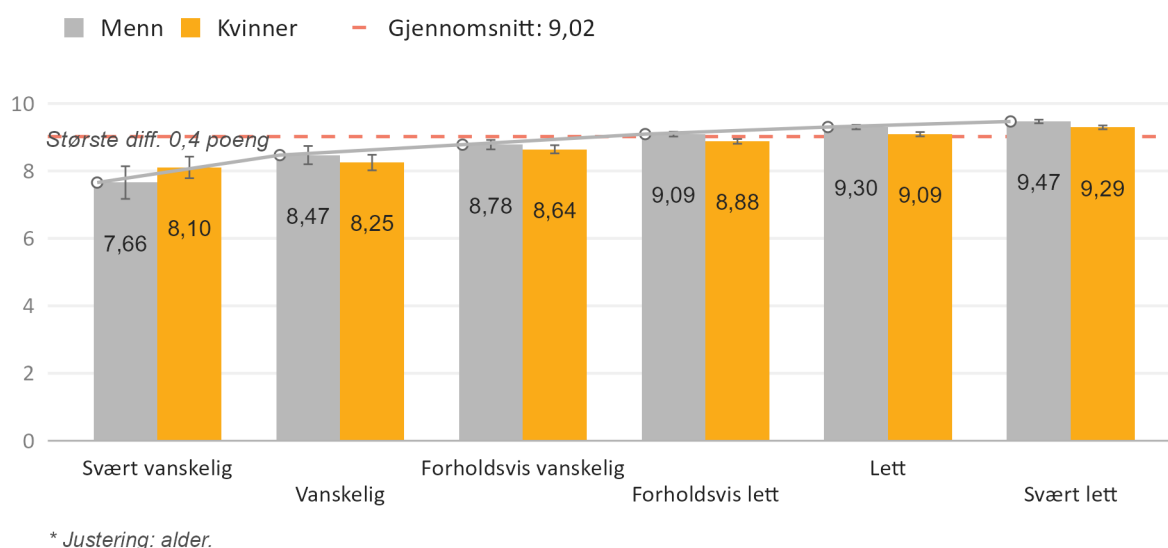
Figur 204: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren lavest for dem med grunnskole, med 8,65, og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 9,18. Forskjellen på 0,53 poeng er statistisk sikker og Cohen's d er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er skåren lavest for dem med grunnskole, med 8,85, og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 9,29. Forskjellen på 0,44 poeng er statistisk signifikant, og Cohen's d på 0,31 viser en middels forskjell. Menn har høyere skår enn kvinner på alle utdanningsnivåer. Forskjellene er statistisk sikre blant personer med fagskole eller universitetsutdanning under to år, høyskole- eller universitetsutdanning i to til fire år og videregående skole. Her varierer forskjellene fra 0,15 til 0,24 poeng. Forskjellene mellom kjønnene er likevel små i nivå.

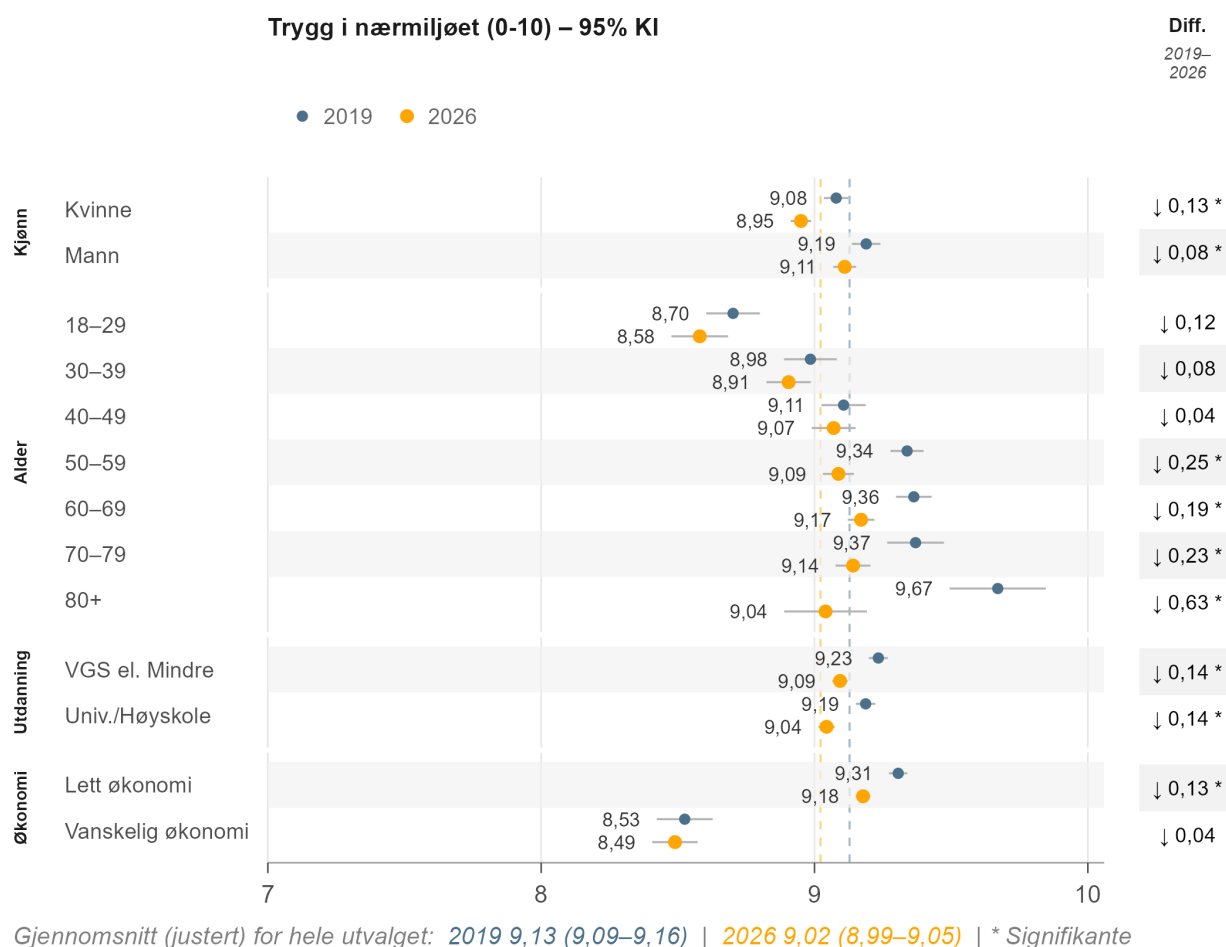
Figur 205: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og alder (C)

Figur C viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 8,37, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 9,11. Forskjellen er 0,74 poeng og Cohen's d er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. Kvinners opplevde trygghet øker fra den yngste aldersgruppen til gruppene over 40 år, der nivået ligger jevnt mellom 8,99 og 9,11. Blant menn er skåren lavest i aldersgruppen 30–39 år, med 8,90, og høyest i aldersgruppen 60–69 år, med 9,24. Forskjellen er 0,34 poeng og Cohen's d er 0,23, som tilsvarer en liten forskjell. Menn har høyere skår enn kvinner i aldersgruppen 18–29 år, med en forskjell på 0,55 poeng, og i aldersgruppen 50-59 år, med 0,18 poeng. Dette er statistisk sikre forskjeller. I de øvrige aldersgruppene er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 206: Trygg i nærmiljøet (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man opplever trygghet i nærmiljøet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Opplevd trygghet øker med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien for både kvinner og menn. Blant kvinner er skåren høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 9,29, og lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 8,10. Forskjellen er 1,19 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d på 0,79 tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er skåren også høyest i gruppen som opplever økonomien som svært lett, med 9,47, mens den er lavest blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 7,66. Forskjellen er 1,81 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d på 1,21 tilsvarer en stor forskjell. Menn skårer høyere enn kvinner blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett, lett og svært lett. Forskjellene er henholdsvis 0,21, 0,21 og 0,18 poeng, og er statistisk sikre, men små i størrelse. For de øvrige vurderingene av husholdningsøkonomien er kjønnsforskjellene ikke statistisk sikre.

Figur 207: Trygg i nærmiljøet (0-10) (E)

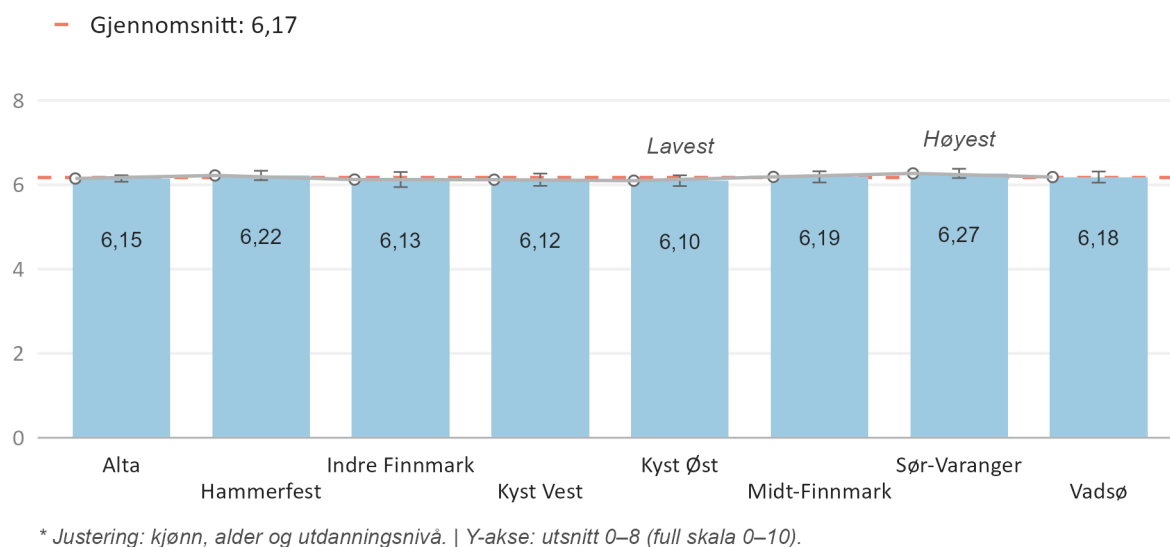
Figur E viser gjennomsnittsskåren for trygg i nærmiljøet (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Samlet sett gikk gjennomsnittsskåren statistisk sikkert ned med 0,11 poeng fra 2019 til 2026. Både kvinner og menn har statistisk sikre nedganger, og menn har gjennomgående høyere skår enn kvinner i begge år. Blant aldersgruppene er nedgangen statistisk sikker fra 50 år og oppover, og størst blant personer 80 år eller eldre, med 0,63 poeng. Endringene blant personer under 50 år er ikke statistisk sikre. Begge utdanningsgruppene har en statistisk sikker nedgang på 0,14 poeng. Personer med lett økonomi har en statistisk sikker nedgang, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker; hovedmønsteret med lavere skår blant dem med vanskelig økonomi er likevel det samme i begge år.

3.47 Engasjement (0-10)

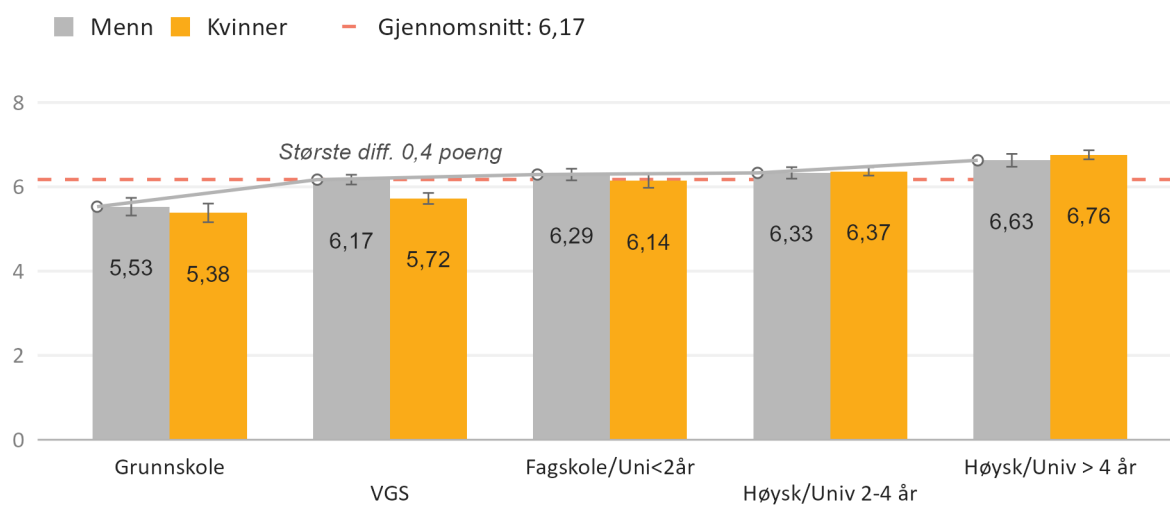
Svarandel: Totalt 11 096 deltakere av 11 171 (99,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Skår	Konfidensintervall
Begge kjønn	11 096	6,17	6,13 – 6,22
Kvinner	6 138	6,16	6,10 – 6,21
Menn	4 958	6,20	6,13 – 6,26

Figur 208: Engasjement (0-10) etter regioner i fylket (A)

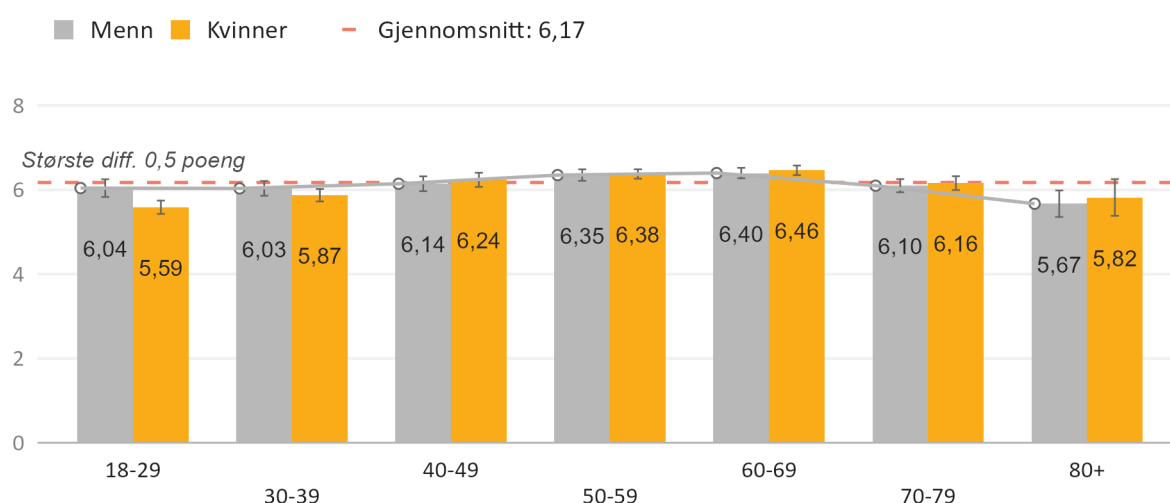


Figur A viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Skårene varierer lite mellom regionene. Sør-Varanger har høyest skår med 6,27, mens Kyst Øst har lavest skår med 6,10. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,17 poeng og er ikke statistisk sikker. Cohen's d er 0,08, noe som tilsvarer en ubetydelig forskjell.

Figur 209: Engasjement (0-10) etter kjønn og utdanningsnivå (B)

* Justering: alder. Kun >25 år, ikke studenter. | Y-akse: utsnitt 0–8 (full skala 0–10).

Figur B viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner øker skåren fra 5,38 blant dem med grunnskole til 6,76 blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år. Forskjellen på 1,38 poeng er statistisk sikker, og Cohen's d på 0,62 tilsvarer en stor forskjell. Menn har et tilsvarende mønster, med lavest skår blant dem med grunnskole, på 5,53, og høyest skår blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, på 6,63. Forskjellen er 1,10 poeng, er statistisk sikker og har Cohen's d på 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. Kjønnforskjellene er små innen de fleste utdanningsnivåene. Det er bare blant dem med VGS at menn har en statistisk sikker høyere skår enn kvinner, med 6,17 mot 5,72. Forskjellen utgjør 0,45 poeng.

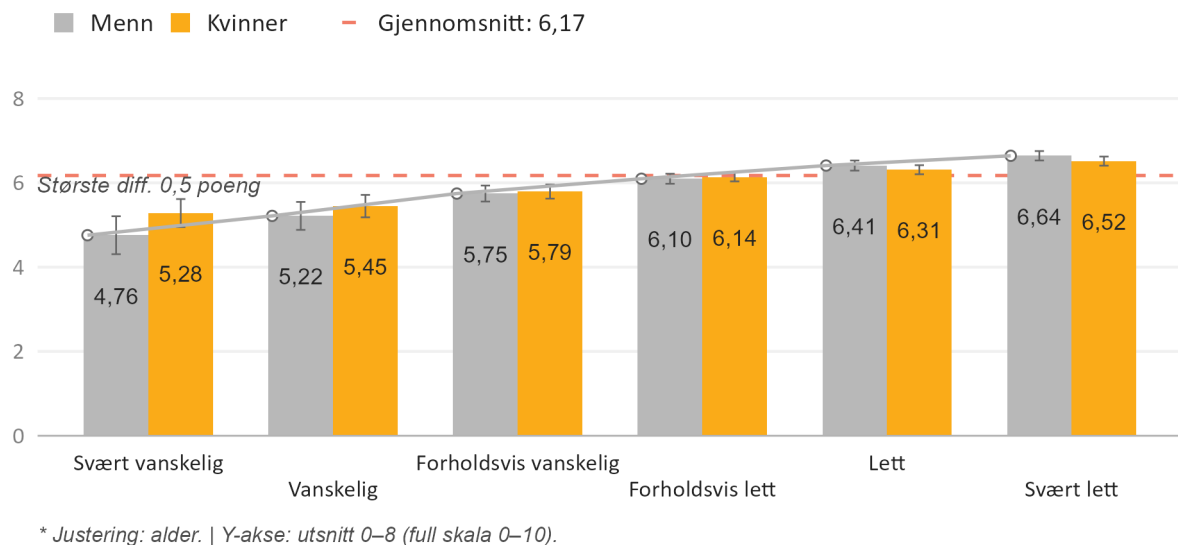
Figur 210: Engasjement (0-10) etter kjønn og alder (C)

* Y-akse: utsnitt 0–8 (full skala 0–10).

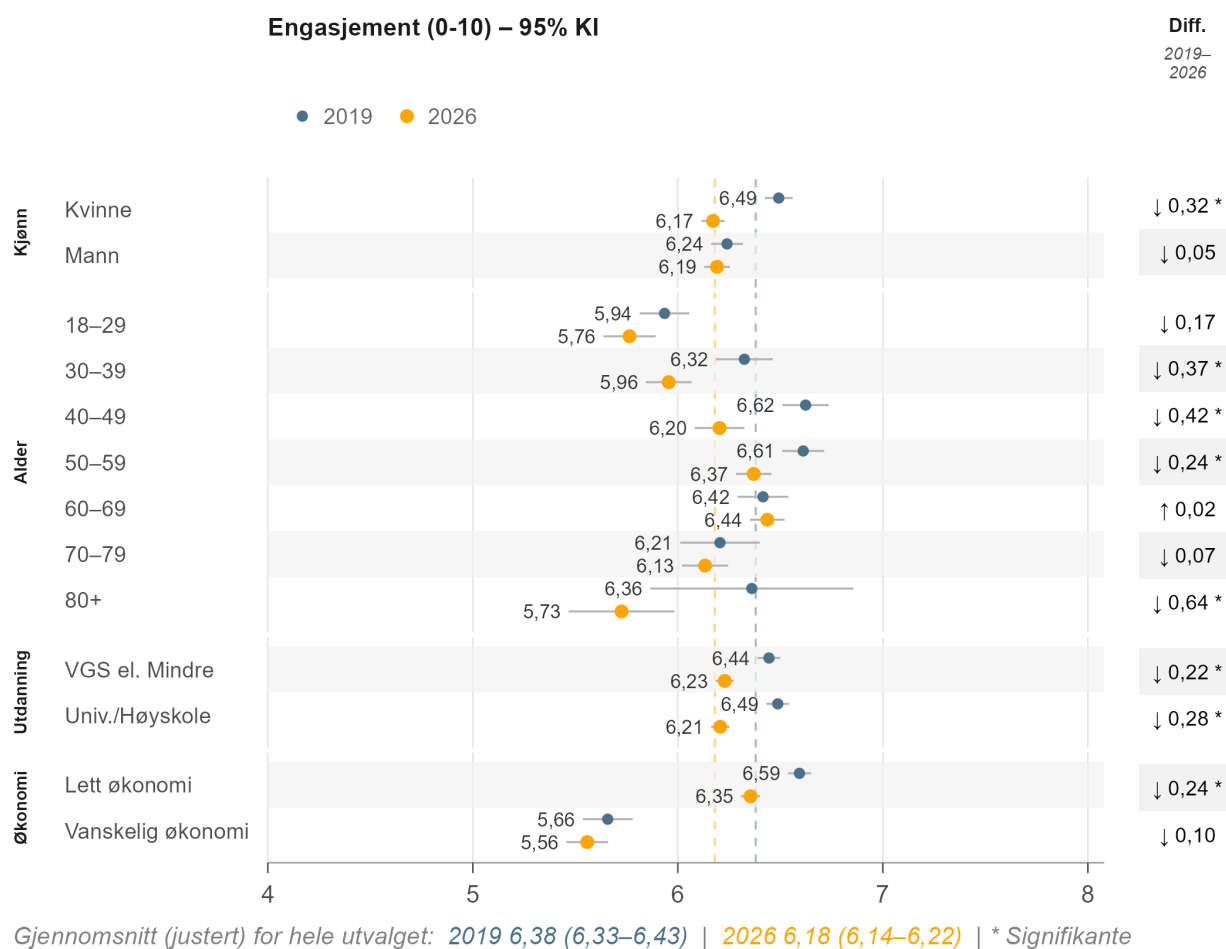
Figur C viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er engasjementet lavest i aldersgruppen 18-29 år, med en skår på 5,59,

og høyest blant 60-69-åringene, med 6,46. Forskjellen er 0,87 poeng og er statistisk signifikant. Cohen's d er 0,39, som er en middels forskjell. Også blant menn er skåren høyest i aldersgruppen 60-69 år, med 6,40. Lavest skår blant menn er i gruppen 80 år eller eldre, med 5,67. Forskjellen er 0,73 poeng og er statistisk signifikant. Cohen's d er 0,32, som tilsvarer en middels forskjell. For begge kjønn økte engasjementet fra de yngste aldersgruppene og nådde sitt høyeste nivå i alderen 60-69 år, før det sank igjen blant de eldste. Den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen er blant 18-29-åringene, der menn har en skår på 6,04 og kvinner 5,59. Forskjellen er 0,45 poeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn små og ikke statistisk sikre.

Figur 211: Engasjement (0-10) etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser i hvilken grad man følte seg engasjert siste syv dager (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Engasjementet øker med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien for både kvinner og menn. Kvinner har høyest skår blant dem som opplever husholdningsøkonomien som svært lett, med 6,52, og lavest skår blant dem som opplever den som svært vanskelig, med 5,28. Forskjellen er 1,24 poeng og er statistisk sikker. Cohen's d er 0,55, som tilsvarer en stor forskjell. Menn har tilsvarende høyest skår i gruppen med svært lett økonomi, med 6,64, og lavest skår i gruppen med svært vanskelig økonomi, med 4,76. Her er forskjellen 1,88 poeng og statistisk sikker. Cohen's d er 0,84, som tilsvarer en stor forskjell. Kjønnsforskjellene innen de ulike vurderingene av husholdningsøkonomien er små og ikke statistisk sikre.

Figur 212: Engasjement (0-10) (E)

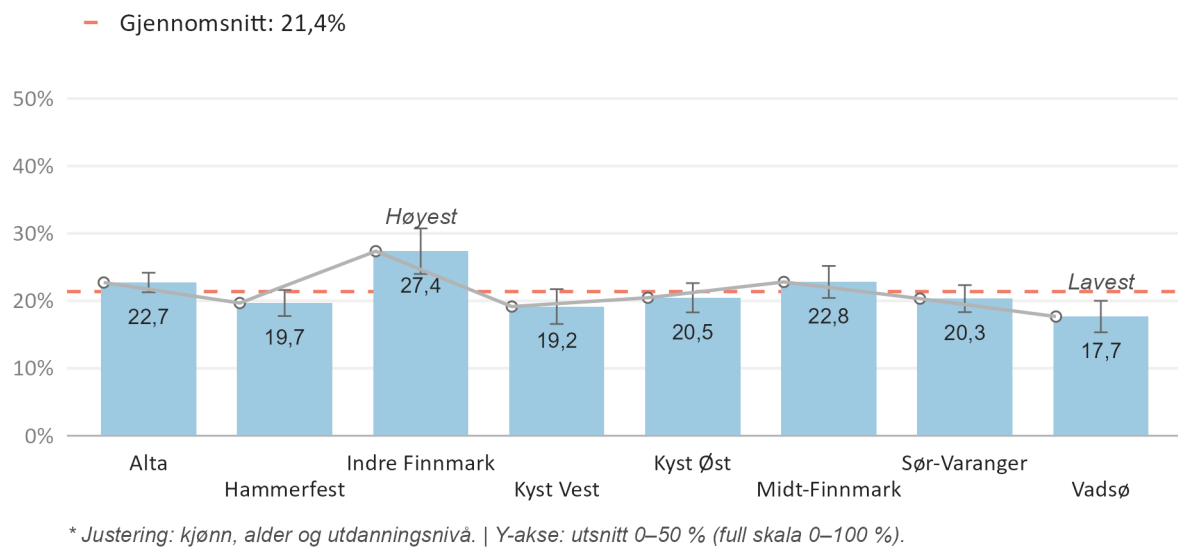
Figur E viser gjennomsnittsskåren for engasjement (0-10) fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. Totalt sett gikk engasjementet statistisk sikkert ned med 0,20 poeng fra 2019 til 2026. Nedgangen er statistisk sikker blant kvinner, mens det ikke er en statistisk sikker endring blant menn, og kjønnsforskjellen er mindre i 2026. Flere aldersgrupper har statistisk sikre nedganger, tydeligst blant personer 80 år eller eldre og blant 40–49-åringene. Det er ingen statistisk sikre endringer blant de yngste, blant 60–69-åringene eller blant 70–79-åringene. Begge utdanningsgruppene har statistisk sikre nedganger, og mønsteret mellom gruppene er i hovedsak stabilt. Også blant personer med lett økonomi er nedgangen statistisk sikker, mens endringen blant personer med vanskelig økonomi ikke er statistisk sikker. Personer med vanskelig økonomi har lavere engasjement enn personer med lett økonomi i begge år.

3.48 Økonomiske vansker

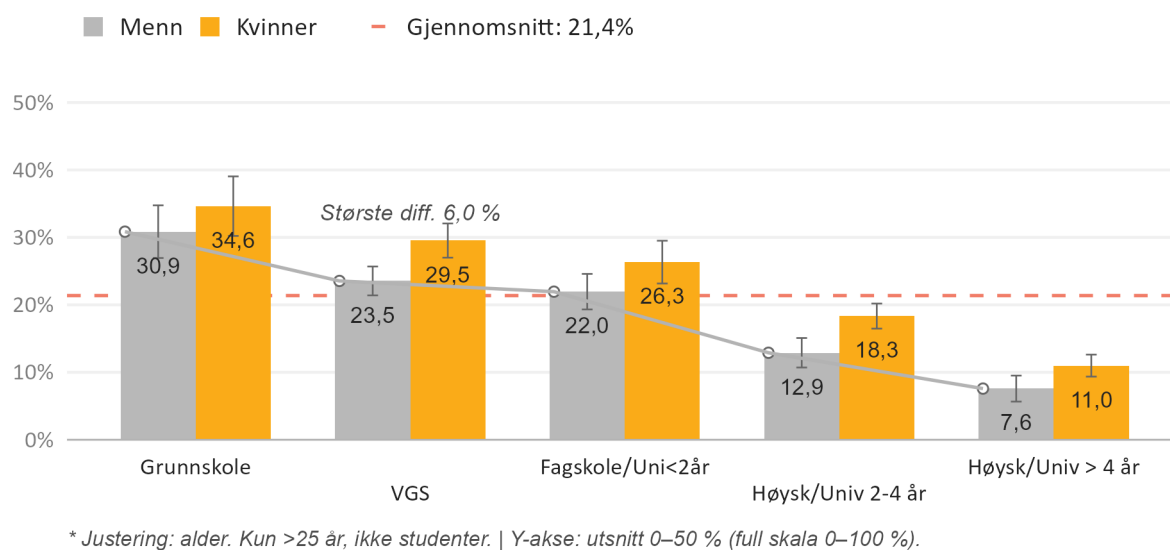
Svarandel: Totalt 10 871 deltakere av 11 171 (97,3 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 871	21,4 %	20,6 – 22,1
Kvinner	6 013	22,4 %	21,3 – 23,4
Menn	4 858	20,1 %	19,0 – 21,3

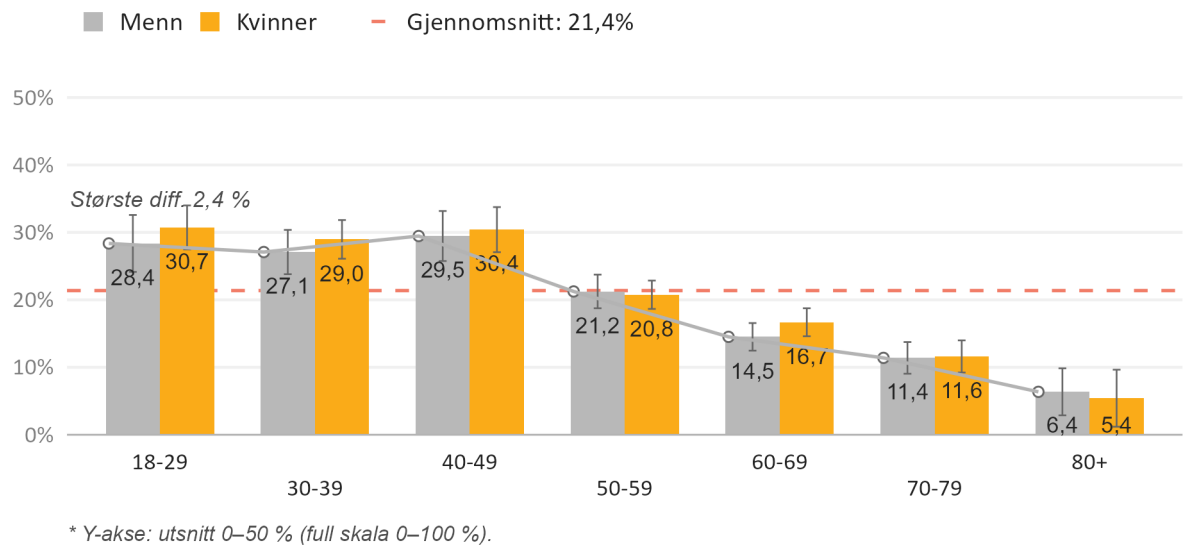
Figur 213: Økonomiske vansker etter regioner i fylket (A)



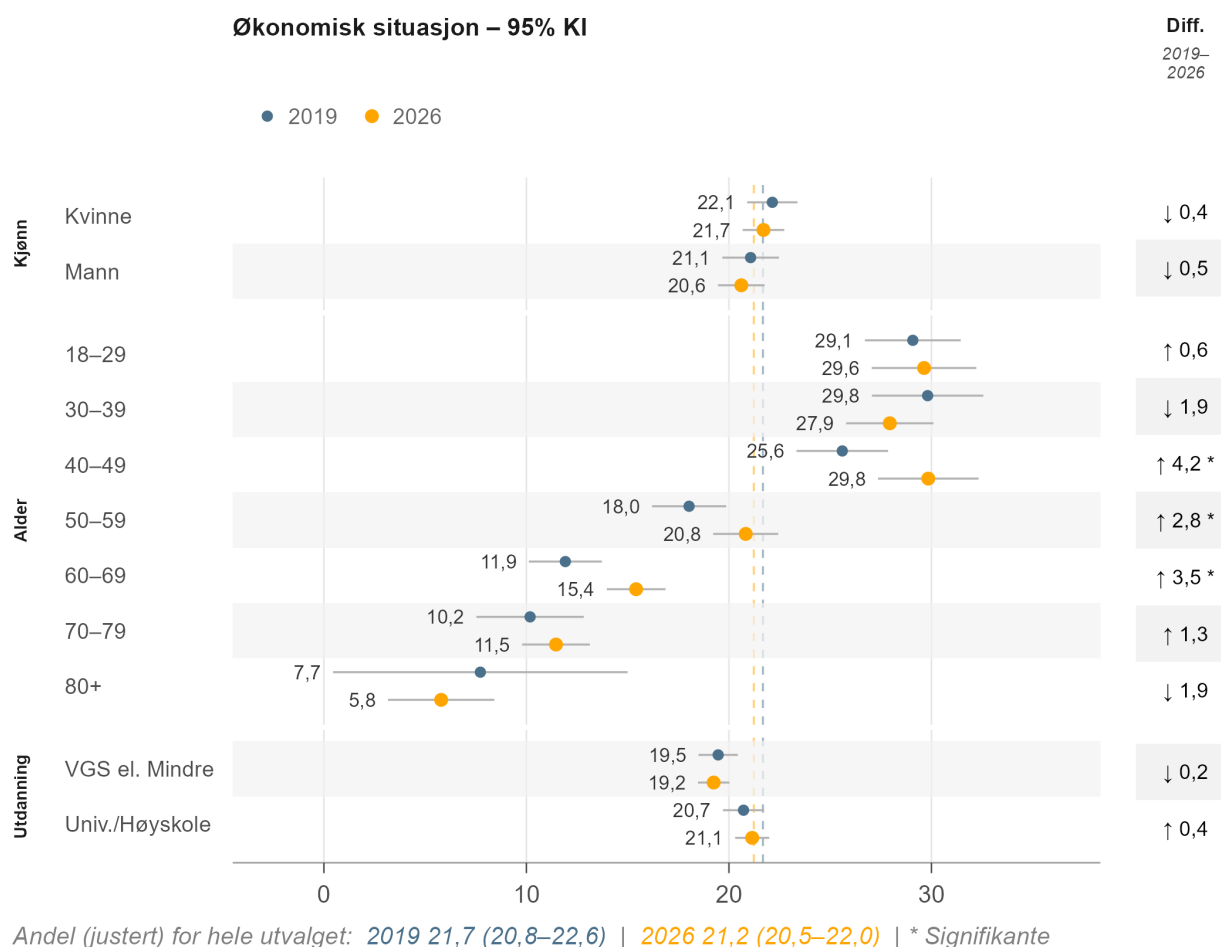
Figur A viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 27,4 prosent, og lavest i Vadsø, med 17,7 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 9,7 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,23, noe som tilsvarer en liten forskjell. Alta og Midt-Finnmark har andeler på henholdsvis 22,7 prosent og 22,8 prosent, mens Hammerfest, Kyst Vest, Kyst Øst og Sør-Varanger ligger mellom 19,2 prosent og 20,5 prosent.

Figur 214: Økonomiske vansker etter kjønn og utdanningsnivå (B)

Figur B viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen er høyest blant kvinner og menn med grunnskoleutdanning, med henholdsvis 34,6 prosent og 30,9 prosent. Den er lavest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning over fire år, med 11,0 prosent blant kvinner og 7,6 prosent blant menn. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 23,6 prosentpoeng for kvinner og 23,3 prosentpoeng for menn, og er statistisk sikre. Cohen's h er 0,58 for kvinner og 0,62 for menn, noe som tilsvarende store forskjeller. Mønsteret viser at andelen som opplever økonomiske vansker, gjennomgående er lavere ved høyere utdanningsnivå. Kvinner har høyere andeler enn menn på alle utdanningsnivåene. Kjønnforskjellen er statistisk sikker blant personer med høyskole- og universitetsutdanning på to til fire år, der andelen er 18,3 prosent blant kvinner og 12,9 prosent blant menn, en forskjell på 5,4 prosentpoeng. Det er også en statistisk sikker forskjell blant personer med videregående skole, med 29,5 prosent blant kvinner og 23,5 prosent blant menn, en forskjell på 6,0 prosentpoeng.

Figur 215: Økonomiske vansker etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest blant 18–29-åringer, med 30,7 prosent, og lavest blant personer på 80 år eller eldre, med 5,4 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 25,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,71, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 40–49 år, med 29,5 prosent, mens den er lavest blant personer på 80 år eller eldre, med 6,4 prosent. Differansen på 23,1 prosentpoeng er statistisk sikker, og Cohen's h på 0,64 viser også en stor forskjell. For begge kjønn er økonomiske vansker mest utbredt i aldersgruppene under 50 år og avtar deretter med økende alder. Kjønnforskjellene innen de enkelte aldersgruppene er små og ingen er statistisk sikre.

Figur 216: Økonomiske vansker (E)

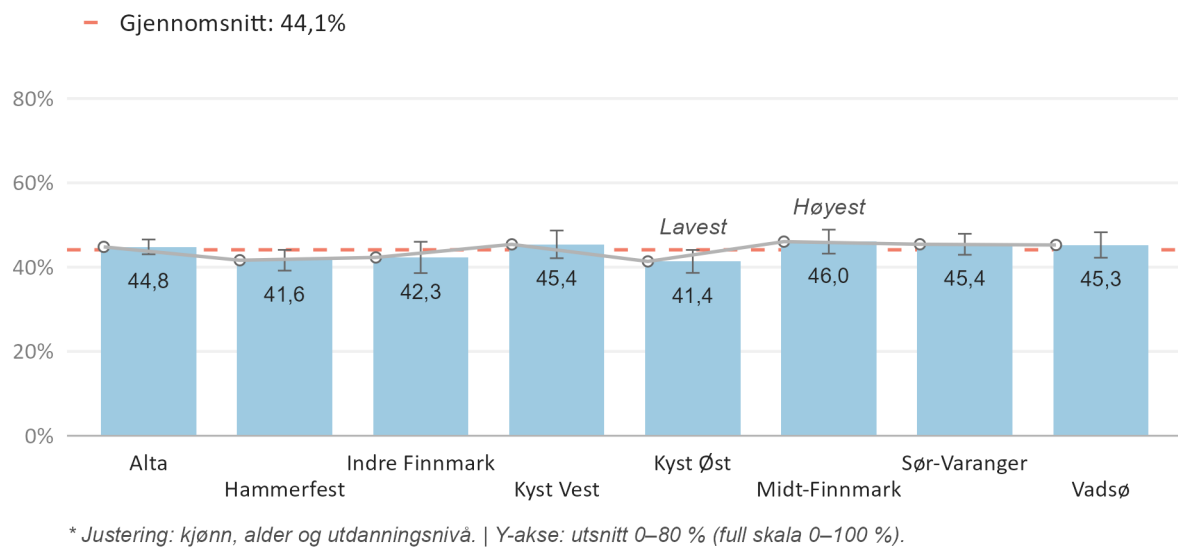
Figur E viser andelen som oppgir økonomisk situasjon fordelt etter kjønn, alder, utdanning og opplevelse av økonomiske vansker i 2019 og 2026. På totalnivå gikk andelen ned fra 21,7 i 2019 til 21,2 i 2026, en forskjell på 0,5 prosentpoeng, men endringen er ikke statistisk sikker. Andelen gikk heller ikke statistisk sikkert ned blant verken kvinner eller menn, og kvinner lå noe høyere enn menn i begge år. Blant personer i alderen 40–49, 50–59 og 60–69 år økte andelen statistisk sikkert. Økningen er størst blant 40–49-åringene, med 4,2 prosentpoeng. Endringene blant de øvrige aldersgruppene er ikke statistisk sikre, men aldersmønsteret ble noe endret ved at andelen blant 40–49-åringene økte til nivå med den yngste gruppen. Det er ingen statistisk sikre endringer innenfor utdanningsgruppene, og hovedmønsteret mellom gruppene er stabilt.

3.49 Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og søkt hjelp

Svarandel: Totalt 10 966 deltakere av 11 171 (98,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

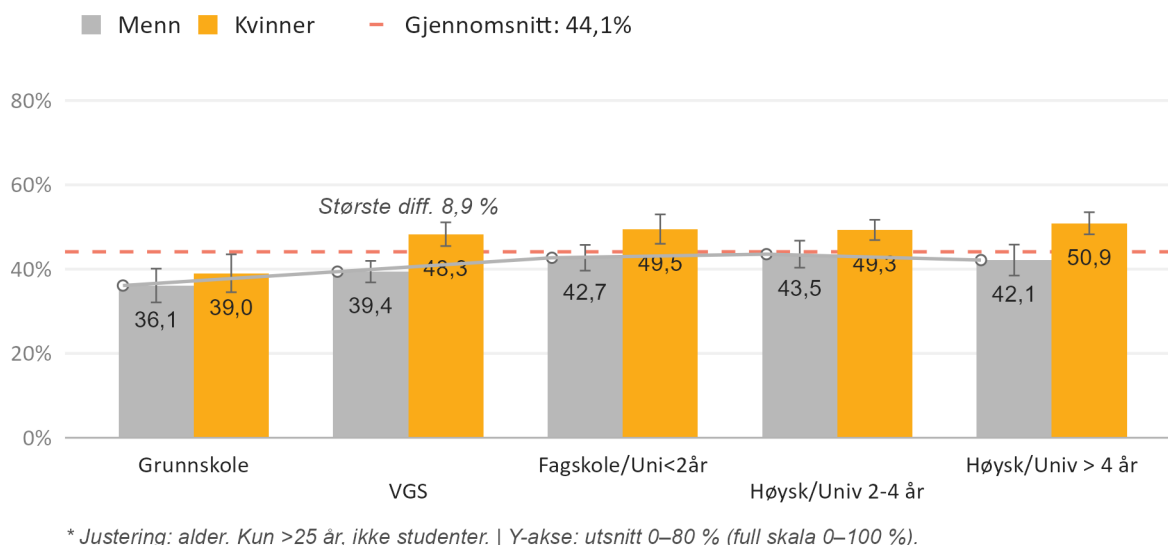
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 966	44,1 %	43,2 – 45,0
Kvinner	6 068	47,4 %	46,1 – 48,7
Menn	4 898	40,0 %	38,7 – 41,4

Figur 217: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og søkt hjelp etter regioner i fylket (A)

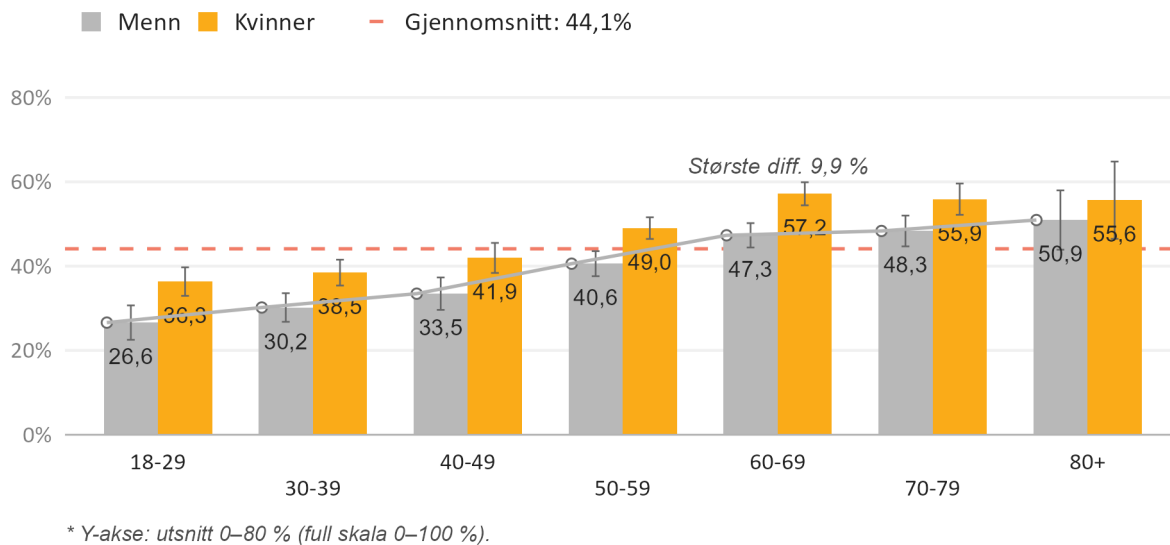


Figur A viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og som har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Midt-Finnmark, med 46,0 prosent, og lavest i Kyst Øst, med 41,4 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 4,6 prosentpoeng, men framstår ikke som statistisk sikker. Cohen's h er 0,09, noe som tilsvarer en ubetydelig forskjell mellom regionene.

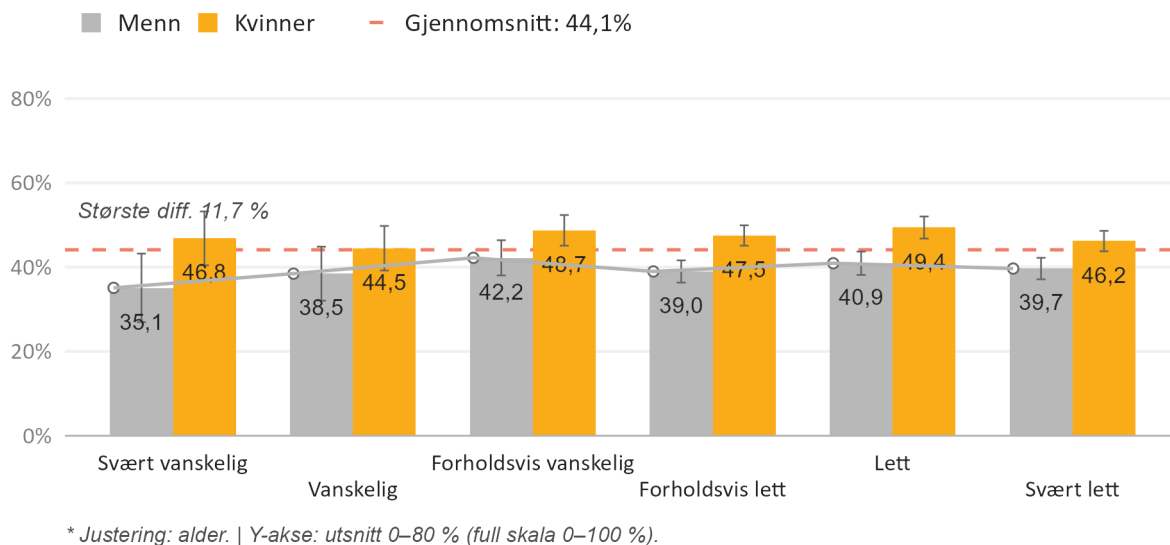
Figur 218: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og søkt hjelp etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og som har søkt hjelp, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest for personer med grunnskoleutdanning, med 39,0 prosent, og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, med 50,9 prosent. Forskjellen er 11,9 prosentpoeng og statistisk sikker, men Cohen's h på 0,24 viser en liten forskjell. Blant menn er andelen også lavest for personer med grunnskoleutdanning, med 36,1 prosent, mens den er høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på 2–4 år, med 43,5 prosent. Forskjellen er 7,4 prosentpoeng og statistisk sikker, med en liten forskjell målt ved Cohen's h på 0,15. Kvinner har høyere andel enn menn på alle utdanningsnivåene. Forskjellene er statistisk sikre for alle utdanningsgruppene med unntak av gruppen med grunnskole. Den største kjønnsforskjellen er blant personer med videregående skole, der andelen er 48,3 prosent blant kvinner og 39,4 prosent blant menn, en forskjell på 8,9 prosentpoeng.

Figur 219: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og søkt hjelp etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og som har søkt hjelp, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra 36,3 prosent i aldersgruppen 18-29 år til 57,2 prosent blant 60-69-åringene, før den er noe lavere i de eldste aldersgruppene. Forskjellen mellom laveste og høyeste andel er 20,9 prosentpoeng og statistisk sikker. Dette utgjør en middels forskjell, med Cohen's h på 0,42. Blant menn er andelen lavest blant 18-29-åringene, med 26,6 prosent, og høyest blant personer på 80 år eller eldre, med 50,9 prosent. Forskjellen er 24,3 prosentpoeng og statistisk sikker. Dette utgjør en stor forskjell, med Cohen's h på 0,51. Kvinner har en høyere andel enn menn i alle aldersgruppene. Kjønnforskjellene er statistisk sikre fra 18-29 år til 70-79 år, med største differanse på 9,9 prosentpoeng blant 60-69-åringene.

Figur 220: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og søkt hjelp etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)

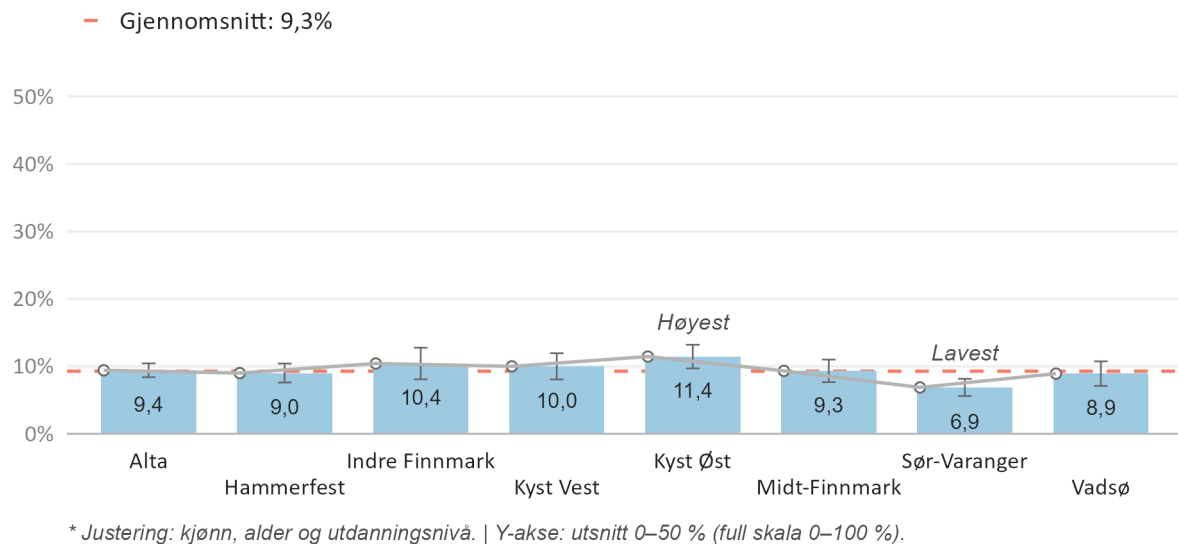
Figur D viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd og som har søkt hjelp, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett, med 49,4 prosent, og lavest blant dem som vurderer den som vanskelig, med 44,5 prosent. Forskjellen er 4,9 prosentpoeng og tilsvarende Cohen's h på 0,10, som er en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen med forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi, med 42,2 prosent, og lavest blant dem med svært vanskelig økonomi, med 35,1 prosent. Forskjellen er 7,1 prosentpoeng og Cohen's h er 0,15, også en liten forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett, lett og svært lett. Forskjellene er henholdsvis 8,5, 8,5 og 6,5 prosentpoeng, og er statistisk sikre. I de øvrige gruppene er forskjellene mellom kvinner og menn ikke statistisk sikre.

3.50 Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men ikke søkt hjelp

Svarandel: Totalt 10 966 deltakere av 11 171 (98,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

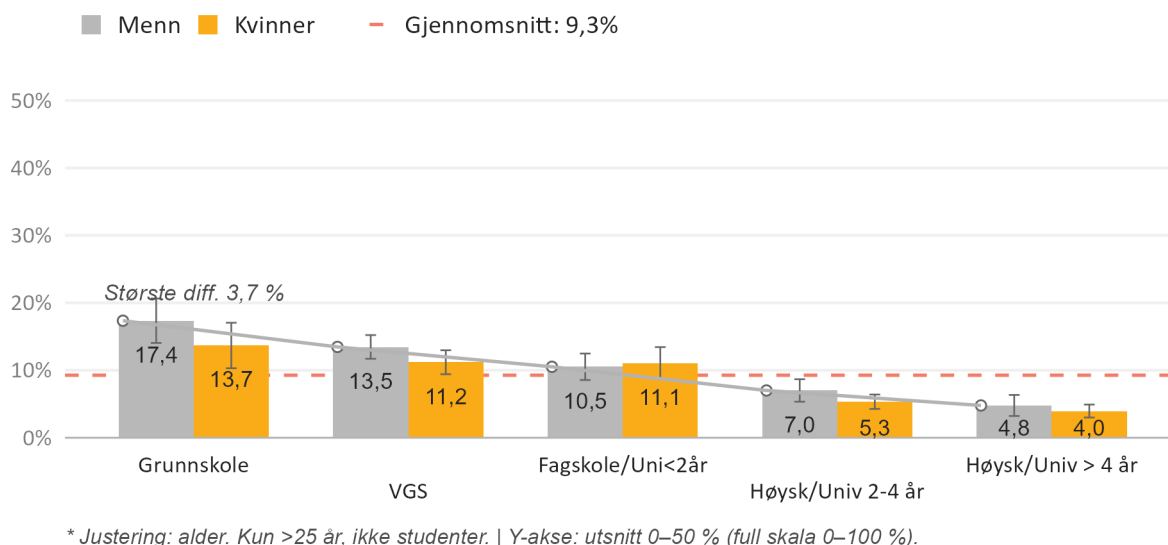
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 966	9,3 %	8,7 – 9,8
Kvinner	6 068	8,0 %	7,3 – 8,7
Menn	4 898	10,8 %	10,0 – 11,7

Figur 221: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men ikke søkt hjelp etter regioner i fylket (A)



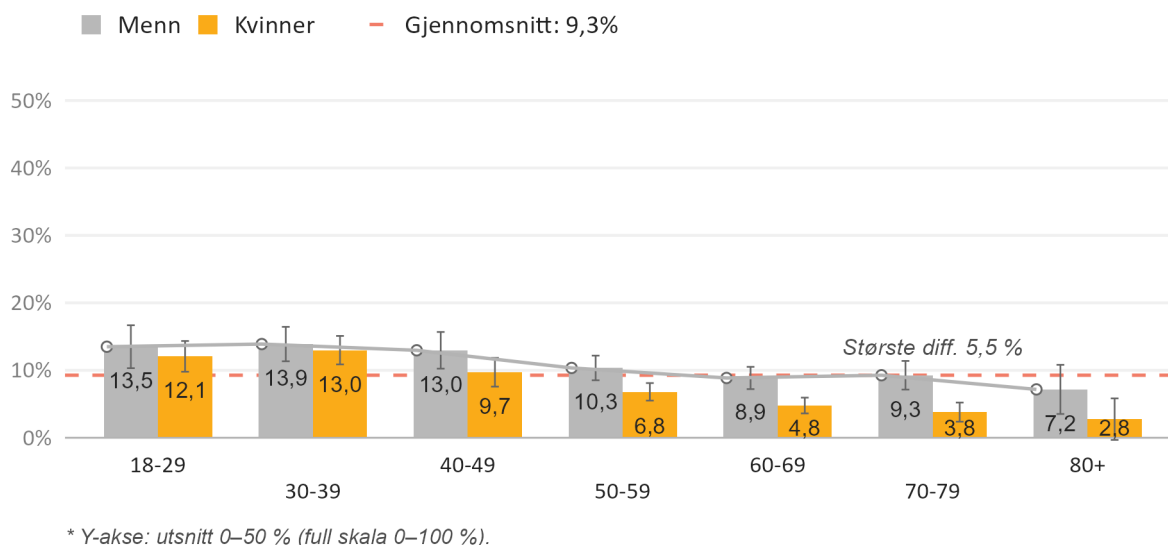
Figur A viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men som ikke har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Kyst Øst, med 11,4 prosent, og lavest i Sør-Varanger, med 6,9 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 4,5 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,16, noe som tilsvarer en liten forskjell. De øvrige regionene har andeler mellom 8,9 prosent i Vadsø og 10,4 prosent i Indre Finnmark.

Figur 222: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men ikke søkt hjelp etter kjønn og utdanningsnivå (B)



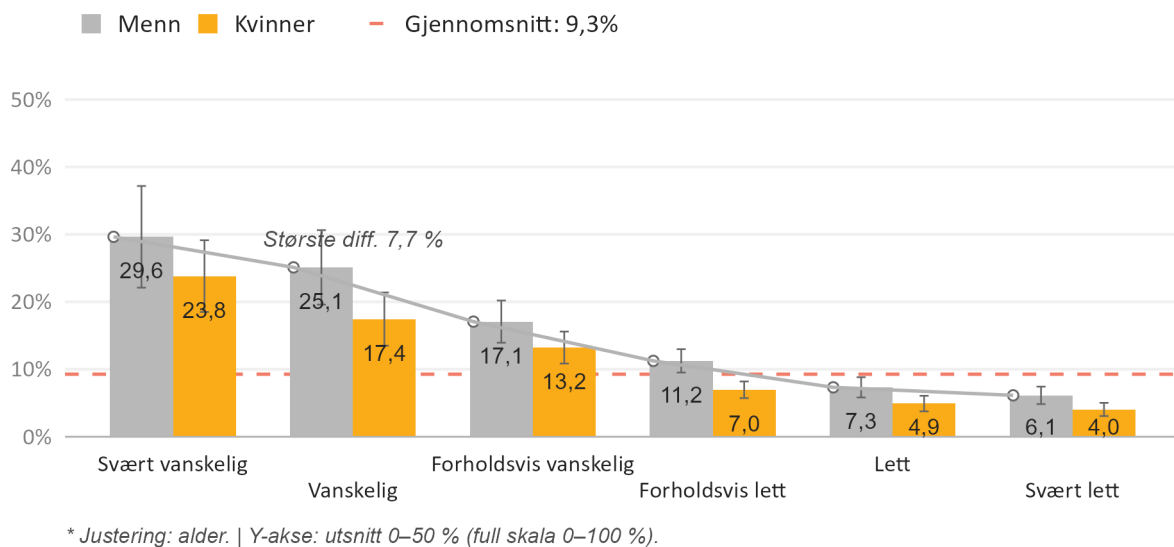
Figur B viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men som ikke har søkt hjelp, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 13,7 prosent, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 4,0 prosent. Forskjellen er 9,7 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h på 0,36 tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest for dem med grunnskole, med 17,4 prosent, og lavest for dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 4,8 prosent. Dette utgjør en forskjell på 12,6 prosentpoeng, som også er en middels forskjell, med Cohen's h på 0,42. Andelene er dermed gjennomgående lavere ved lengre utdanning for både kvinner og menn. Kjønnforskjellene innen de enkelte utdanningsnivåene er små og ikke statistisk sikre.

Figur 223: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men ikke søkt hjelp etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men som ikke har søkt hjelp, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 30-39 år, med 13,0 prosent, og lavest blant personer på 80 år eller mer, med 2,8 prosent. Forskjellen er 10,2 prosentpoeng og statistisk sikker, og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,40. Blant menn er andelen også høyest i aldersgruppen 30-39 år, med 13,9 prosent, og lavest i gruppen 80 år eller mer, med 7,2 prosent. Forskjellen er 6,7 prosentpoeng og statistisk sikker. Cohen's h på 0,22 tilsvarer en liten forskjell. Andelen gikk generelt ned med økende alder for begge kjønn, selv om andelen blant menn er noe høyere i aldersgruppen 70-79 år enn i gruppen 60-69 år. Menn har høyere andel enn kvinner i alle aldersgruppene. Forskjellene er statistisk sikre i aldersgruppene 50-59 år, 60-69 år og 70-79 år, der menn lå henholdsvis 3,5, 4,1 og 5,5 prosentpoeng høyere enn kvinner.

Figur 224: Behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men ikke søkt hjelp etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



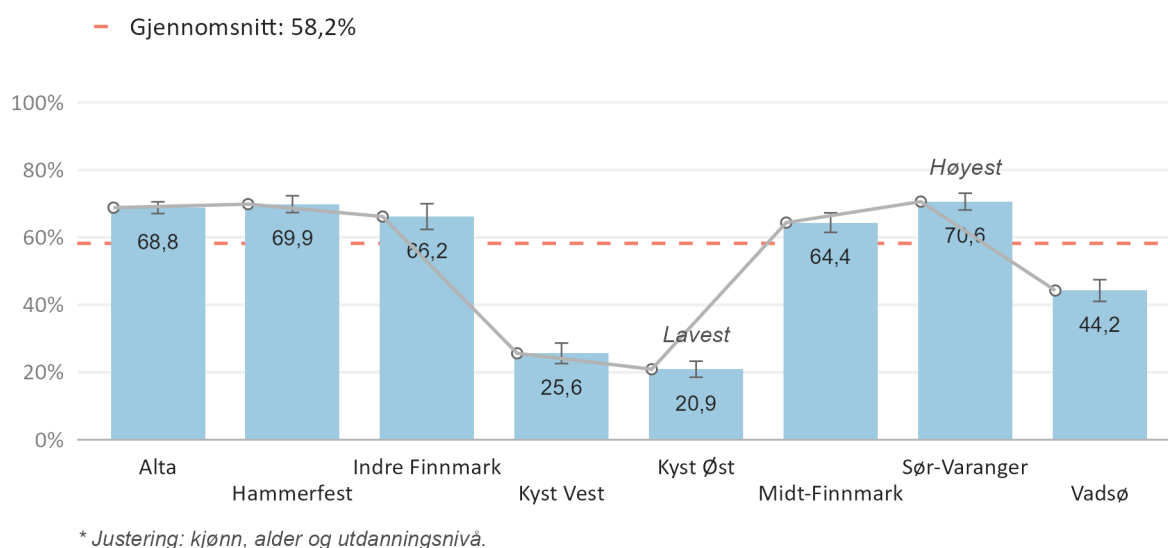
Figur D viser andelen som har hatt behov for tannlegehjelp siste 12 mnd, men som ikke har søkt hjelp, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som vurderer den som svært lett. Blant kvinner er andelen 23,8 prosent ved svært vanskelig økonomi, mot 4,0 prosent ved svært lett økonomi. Forskjellen er 19,8 prosentpoeng og statistisk signifikant. Cohen's h på 0,61 tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er andelen 29,6 prosent ved svært vanskelig økonomi og 6,1 prosent ved svært lett økonomi. Forskjellen er 23,5 prosentpoeng og er statistisk sikker. Også her er det en stor forskjell, med Cohen's h på 0,65. Andelen økte gjennomgående når husholdningsøkonomien ble vurdert som vanskeligere. Menn har høyere andel enn kvinner i alle økonomigruppene, men den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen er ved forholdsvis lett økonomi, der andelen er 11,2 prosent blant menn og 7,0 prosent blant kvinner.

3.51 Offentlig tannhelsetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Svarandel: Totalt 9 625 deltakere av 11 171 (86,2 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

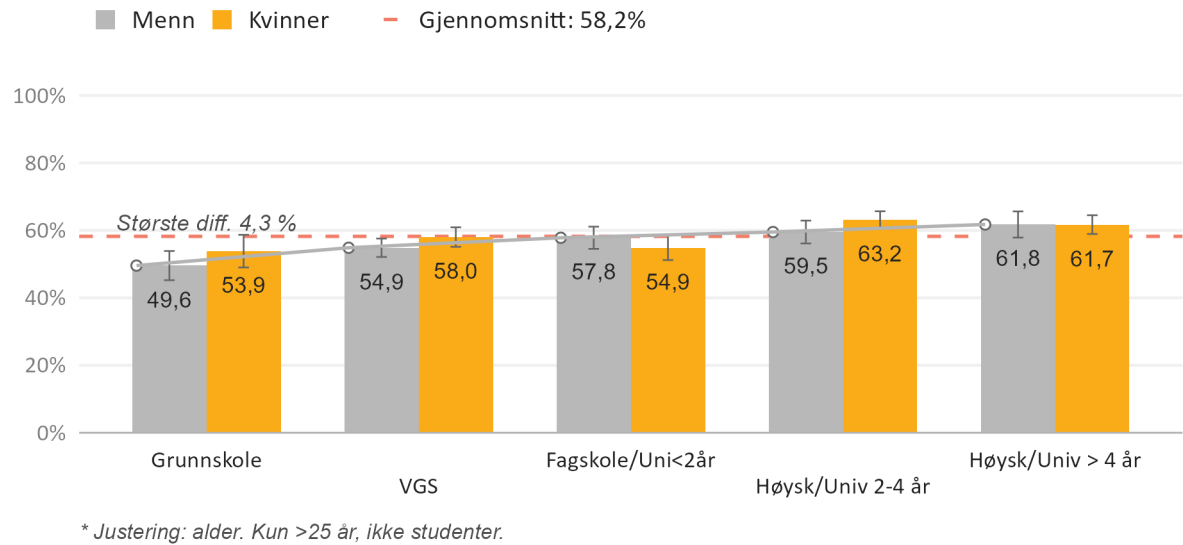
Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	9 625	58,2 %	57,2 – 59,2
Kvinner	5 334	59,5 %	58,2 – 60,9
Menn	4 291	56,6 %	55,1 – 58,1

Figur 225: Offentlig tannhelsetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i fylket (A)



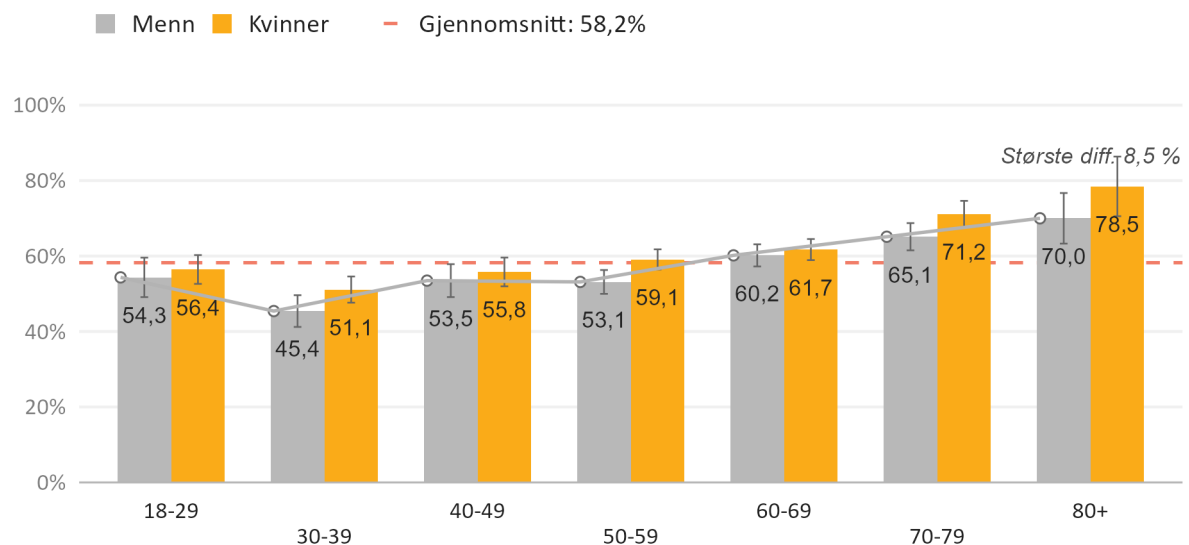
Figur A viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig tannhelsetilbud, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen varierer betydelig mellom regionene. Sør-Varanger har den høyeste andelen, med 70,6 prosent, mens Kyst Øst har den laveste andelen, med 20,9 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 49,7 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 1,05, som tilsvarer en stor forskjell. Andelen er også høye i Hammerfest med 69,9 prosent, Alta med 68,8 prosent og Indre Finnmark med 66,2 prosent. Midt-Finnmark ligger noe lavere, med 64,4 prosent. Kyst Vest har en langt lavere andel på 25,6 prosent, mens Vadsø har 44,2 prosent. Samlet viser resultatene et tydelig geografisk skille i opplevd tilgjengelighet til offentlig tannhelsetilbud, med høyere andeler i flere av regionene og lavere andeler særlig i Kyst Øst og Kyst Vest.

Figur 226: Offentlig tannhelsetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå (B)



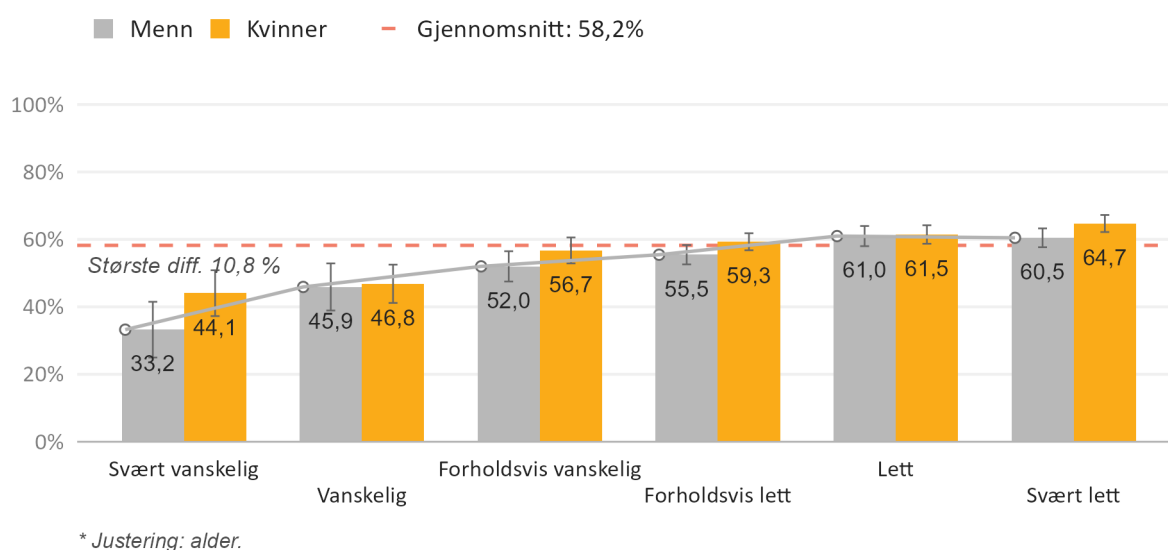
Figur B viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig tannhelsetilbud, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning på to til fire år, med 63,2 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 53,9 prosent. Forskjellen på 9,3 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en liten forskjell, med Cohen's h på 0,19. Blant menn er andelen høyest blant dem med høyskole- og universitetsutdanning på mer enn fire år, med 61,8 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 49,6 prosent. Forskjellen på 12,2 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,25. Kjønnforskjellene innen de enkelte utdanningsnivåene er små og framstår ikke som statistisk sikre.

Figur 227: Offentlig tannhelsetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig tannhelsetilbud, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn øker andelen med alder, selv om nivået varierer noe mellom de yngste aldersgruppene. Blant kvinner er andelen lavest blant 30–39-åringer, med 51,1 prosent, og høyest blant personer på 80 år eller eldre, med 78,5 prosent. Forskjellen på 27,4 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer Cohen's h på 0,58, som er en stor forskjell. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 30–39 år, med 45,4 prosent, og høyest blant personer på 80 år eller eldre, med 70,0 prosent. Forskjellen på 24,6 prosentpoeng er statistisk sikker og Cohen's h er 0,50, også en stor forskjell. Kvinnene har høyere andeler enn menn i alle aldersgruppene, men den eneste statistisk sikre kjønnsforskjellen er blant 50–59-åringer, med en forskjell på 6,0 prosentpoeng.

Figur 228: Offentlig tannhelsetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



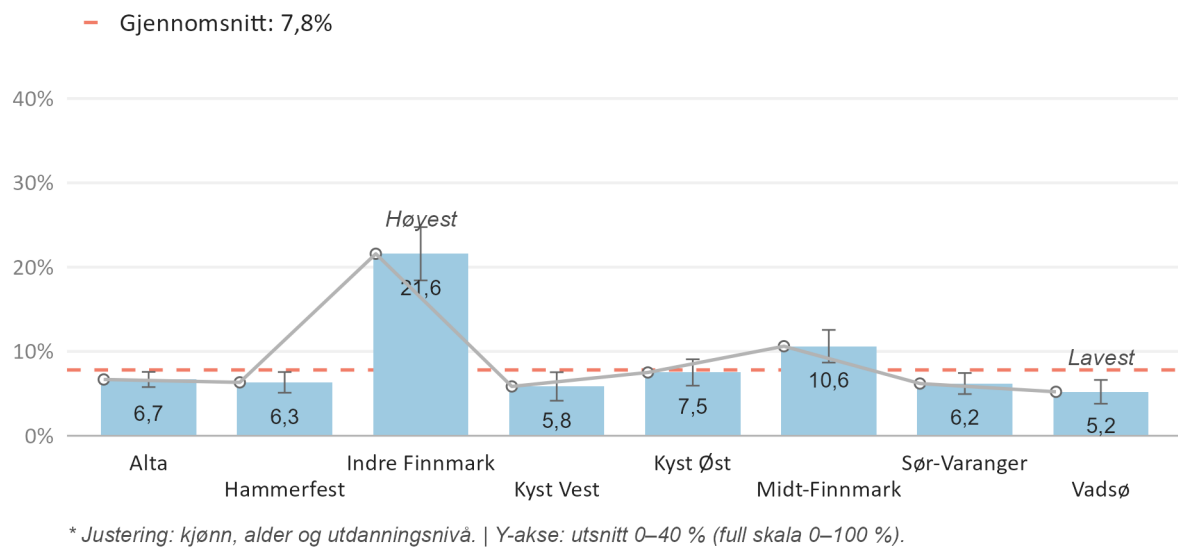
Figur D viser andelen som oppgir god eller svært god tilgjengelighet til offentlig tannhelsetilbud, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner økte andelen fra 44,1 prosent blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, til 64,7 prosent blant dem som vurderer den som svært lett. Forskjellen på 20,7 prosentpoeng er statistisk sikker og tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,42. Blant menn er andelen lavest for dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, med 33,2 prosent, og høyest blant dem som vurderer den som lett, med 61,0 prosent. Dette utgjør en statistisk sikker forskjell på 27,8 prosentpoeng, som tilsvarer en stor forskjell med Cohen's h på 0,56. For begge kjønn er andelen gjennomgående lavere når husholdningsøkonomien ble vurdert som vanskelig eller svært vanskelig enn når den ble vurdert som lett eller svært lett. Kvinner har høyere andeler enn menn i alle gruppene, men forskjellene mellom kjønnene er ikke statistisk sikre.

3.52 Opplevd diskriminering siste 2 år

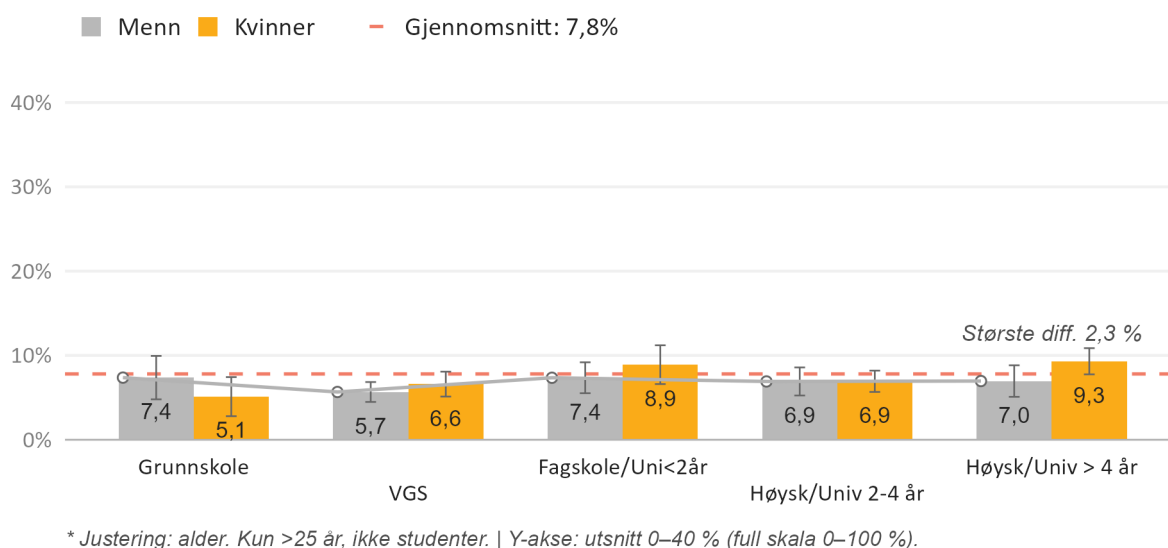
Svarandel: Totalt 10 043 deltakere av 11 171 (89,9 %) hadde gyldig svar på dette spørsmålet.

Gruppe	Antall (n)	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	10 043	7,8 %	7,3 – 8,3
Kvinner	5 535	8,5 %	7,7 – 9,2
Menn	4 508	7,0 %	6,2 – 7,7

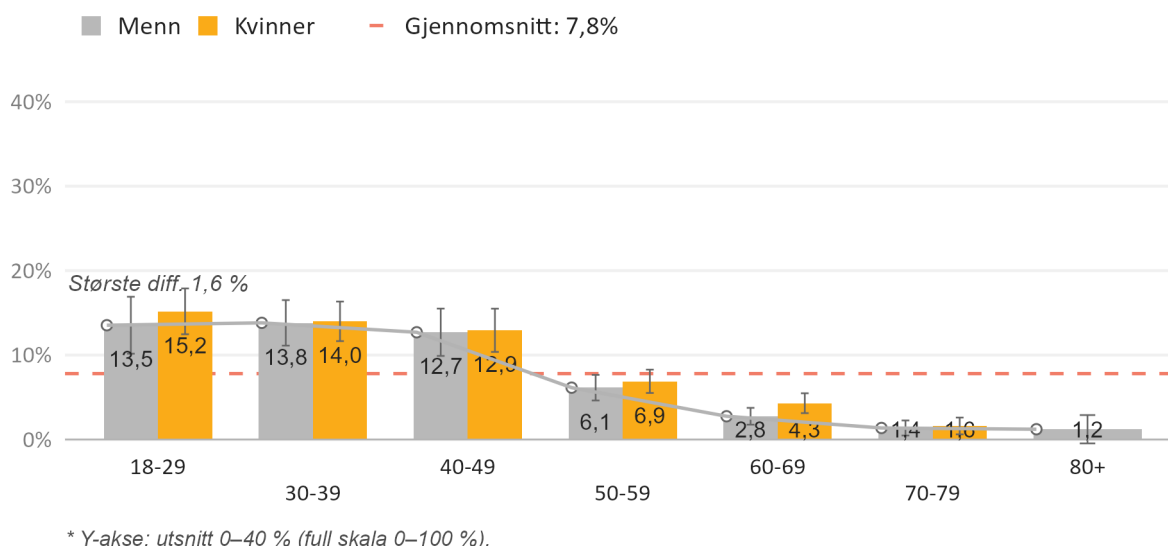
Figur 229: Opplevd diskriminering siste 2 år etter regioner i fylket (A)



Figur A viser andelen som oppgir at de har blitt diskriminert siste 2 år, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på regioner i fylket. Andelen er høyest i Indre Finnmark, med 21,6 prosent, og lavest i Vadsø, med 5,2 prosent. Forskjellen mellom disse regionene er 16,4 prosentpoeng og er statistisk sikker. Effektstørrelsen er stor, med Cohen's h på 0,51. De øvrige regionene har andeler mellom 5,8 prosent i Kyst Vest og 10,6 prosent i Midt-Finnmark. Alta har en andel på 6,7 prosent, Hammerfest 6,3 prosent, Kyst Øst 7,5 prosent og Sør-Varanger 6,2 prosent.

Figur 230: Opplevd diskriminering siste 2 år etter kjønn og utdanningsnivå (B)

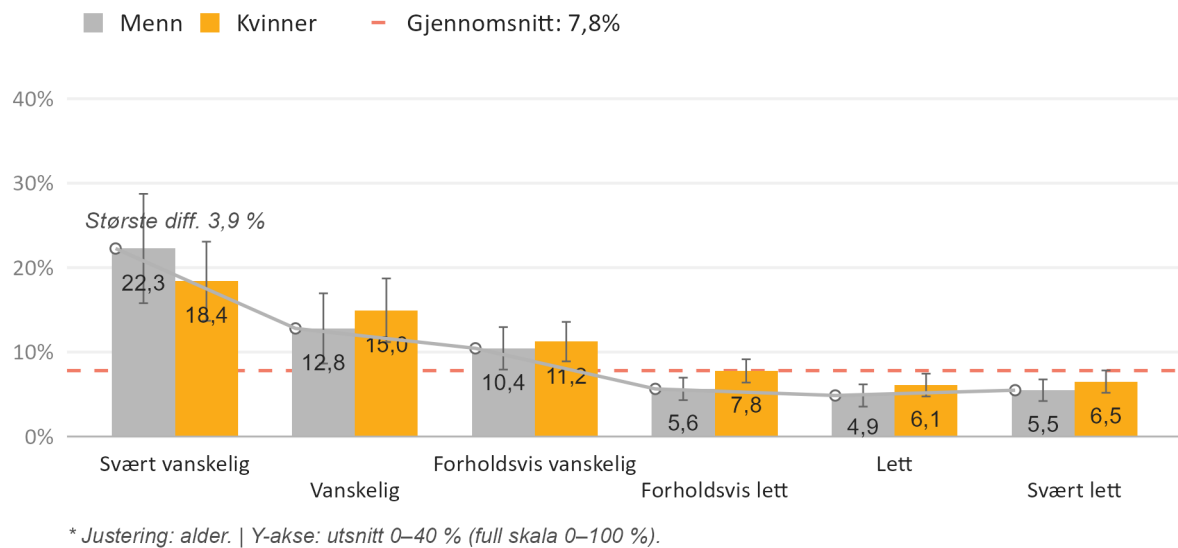
Figur B viser andelen som oppgir at de har blitt diskriminert siste 2 år, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for dem med høyskole- og universitetsutdanning over 4 år, med 9,3 prosent, og lavest blant dem med grunnskole, med 5,1 prosent. Forskjellen er 4,2 prosentpoeng og statistisk sikker, men Cohen's h på 0,16 tilsier en liten forskjell. For menn er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 7,4 prosent, og lavest blant dem med videregående skole, med 5,7 prosent. Denne forskjellen på 1,7 prosentpoeng er ikke statistisk sikker, og Cohen's h er 0,07, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Det er ingen statistisk sikre kjønnsforskjeller innen de ulike utdanningsnivåene.

Figur 231: Opplevd diskriminering siste 2 år etter kjønn og alder (C)

Figur C viser andelen som oppgir at de har blitt diskriminert siste 2 år, fordelt på kjønn og alder. Andelen avtar med alder for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 15,2 prosent, og lavest blant 70–79-åringene, med 1,6 prosent.

Forskjellen er 13,6 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,55, noe som tilsvarer en stor forskjell. Det ble ikke beregnet et estimat for kvinner i alderen 80 år eller eldre, fordi ingen i denne gruppen oppga at de har blitt diskriminert. Blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 år, med 13,8 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 1,2 prosent. Forskjellen er 12,6 prosentpoeng og er statistisk sikker. Cohen's h er 0,54, noe som også tilsvarer en stor forskjell. Andelene er nokså like for kvinner og menn innenfor de aldersgruppene der begge kjønn er oppgitt, og ingen av kjønnsforskjellene er statistisk sikre.

Figur 232: Opplevd diskriminering siste 2 år etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen som oppgir at de har blitt diskriminert siste 2 år, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som svært vanskelig, og lavest blant dem som vurderer den som lett. Blant kvinner er andelen 18,4 prosent ved svært vanskelig økonomi, mot 6,1 prosent ved lett økonomi. Dette er en statistisk sikker forskjell på 12,3 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,39, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 22,3 prosent i gruppen med svært vanskelig økonomi og 4,9 prosent i gruppen med lett økonomi. Forskjellen er statistisk sikker og utgjør 17,4 prosentpoeng. Cohen's h er 0,54, som tilsvarer en stor forskjell. Andelene er også relativt høye blant dem som oppga vanskelig eller forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi. Det er ingen statistisk sikre forskjeller mellom kvinner og menn innenfor de enkelte vurderingene av husholdningsøkonomien.

4 Diskusjon

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

På grunn av undersøkelsens omfang er det dessverre ikke mulig å diskutere alle resultatene like inngående her. Diskusjonen vil derfor i hovedsak ta for seg temaer som er inkludert i grunnmodulen til spørreskjemaet til Folkehelseundersøkelsen i fylkene. Den vil også trekke fram noen overordnede mønstre og relevante funn fra undersøkelsen, med mål om å belyse viktige utfordringer og ressurser i fylket. Datamaterialet gir mulighet for mer detaljerte analyser enn det som presenteres i rapporten. Det er særlig relevant å undersøke hvordan flere forhold virker sammen, for eksempel alder, økonomi, utdanning, bosted, psykisk helse og livskvalitet. Regionale forskjeller kan også undersøkes innenfor bestemte aldersgrupper. Videre analyser av opplevd diskriminering, barrierer mot tannhelsehjelp og helse- og levekårsforhold blant personer med samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn kan gi et mer nyansert grunnlag for lokale tiltak.

4.1 Forskjeller på tvers av geografiske områder

Resultatene viser at de tydeligste geografiske forskjellene i Finnmark gjelder opplevd tilgjengelighet til tjenester, tilbud og fysisk infrastruktur. Forskjellene er særlig store for gang- og sykkelveier, kulturtilbud, offentlig tannhelsetilbud, servicetilbud, idrettstilbud og offentlig transport. For enkelte av disse indikatorene er forskjellen mellom regionene på rundt 50–60 prosentpoeng. Dette er langt større variasjon enn for de fleste mål på helse, livskvalitet og sosiale relasjoner. Geografi framstår dermed først og fremst som betydningsfullt for hvilke tilbud innbyggerne opplever å ha tilgang til, og i mindre grad for hvordan de samlet vurderer egen helse og livskvalitet.

De større by- og tettstedsregionene kommer ofte gunstig ut på tilbud som er avhengige av utbygd infrastruktur og et bredt lokalt tjenestetilbud. Alta skiller seg ut med særlig høye andeler som vurderer servicetilbud, idrettstilbud og gang- og sykkelveier som gode, mens Vadsø har en særlig høy vurdering av kulturtilbudet. Offentlig transport får relativt gode vurderinger i Alta og Hammerfest. Indre Finnmark og flere av kystregionene ligger lavere på flere av disse områdene. Tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder vurderes derimot som god i hele fylket selv om det også her finnes enkelte mindre regionale forskjeller.

For de brede målene på helse og livskvalitet er hovedbildet langt større likhet mellom regionene. Nivået av psykiske plager, negative og positive følelser, engasjement, fremtidsoptimisme og opplevelse av mening varierer lite. Det samme gjelder hvor mye langvarige helseproblemer, funksjonsnedsettelse eller plager etter skade påvirker hverdagen. Også forskjellene i egenvurdert helse, livstilfredshet, sosial støtte og sosiale relasjoner er gjennomgående små, selv der de er statistisk sikre. Regionale forskjeller i søvnproblemer og muskel- og skjelettplager er også begrensede. Resultatene tyder derfor ikke på et generelt geografisk skille der noen regioner gjennomgående har god helse og livskvalitet og andre gjennomgående har dårligere resultater.

Noen enkeltområder avviker likevel fra dette hovedbildet. Tannhelse viser en tydeligere regional variasjon enn generell helse. Sør-Varanger har den høyeste andelen som vurderer tannhelsen som god, mens Indre Finnmark har den laveste. I Kyst Øst er det både en høyere andel som ikke har vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene og en høyere andel som ikke har og søkt tannlegehjelp til tross for behov. Sammen med den lave vurderingen av det offentlige tannhelsetilbudet i Kyst Øst og Kyst Vest peker dette på at tannhelse og tilgang til tannhelsetjenester er et område der fylkesgjennomsnittet kan skjule vesentlige lokale forskjeller.

Indre Finnmark skiller seg ut på flere indikatorer, men heller ikke her går alle resultatene i samme retning. Regionen har lavere vurdering av flere lokale tilbud, mindre ukentlig deltakelse i organiserte og andre aktiviteter, lavere generell tillit og lavere trivsel i nærmiljøet enn flere andre regioner. Andelen som oppgir diskriminering siste to år er også klart høyere enn ellers i fylket, med en forskjell på over 16 prosentpoeng fra regionen med lavest andel. I tillegg rapporteres økonomiske vansker oftere. Samtidig er opplevd trygghet høy også i Indre Finnmark, nivået av psykiske plager er omtrent det samme som ellers, og andelen med søvnproblemer er lavest. Dette understreker at resultatene ikke bør sammenfattes som én samlet rangering av regionene.

Også levevanene viser sammensatte geografiske mønstre. Indre Finnmark har lavere andeler som er regelmessig fysisk aktive og som spiser fisk, frukt og grønnsaker ofte, samtidig som andelen med fedme er høyere enn i flere andre regioner. Hyppig fiskekonsum er mest utbredt i kystregionene og Midt-Finnmark. Alkoholindikatorene følger imidlertid ulike mønstre: Indre Finnmark har det høyeste gjennomsnittlige antallet alkoholenheter per dag med alkoholinntak, men den laveste andelen som drikker flere ganger i uken, mens månedlig høyt alkoholinntak er mest utbredt i kystregionene. Dette viser at ulike sider ved alkoholbruk ikke kan tolkes som ett samlet regionalt mønster. Forskjellene i daglig røyking og snusbruk er små.

Samlet viser analysene at fylkesnivået gir et dekkende bilde for mange helse- og livskvalitetsmål, men i mindre grad for tilgjengelighet til tjenester, transport og lokal infrastruktur. Siden resultatene er justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, kan forskjellene ikke alene forklares av at befolkningen er ulikt sammensatt på disse kjennetegnene. Det er derfor særlig på områdene tjenestetilgjengelighet, tannhelse, sosial deltakelse og enkelte levevaner at regionale resultater tilfører viktig informasjon utover fylkesgjennomsnittet. Samtidig viser variasjonen innen hvert tema at regionene har ulike kombinasjoner av styrker og utfordringer, og at geografiske forskjeller bør vurderes indikator for indikator fremfor som en generell rangering.

4.2 Kjønnsforskjeller

Et hovedmønster er at forskjellene mellom kvinner og menn er tydelige på enkelte avgrensede områder, men små eller fraværende for mange av de brede målene på helse, livskvalitet og nærmiljø. Egenvurdert helse, fedme, fysisk aktivitet, livstilfredshet, positive følelser, opplevelse av mening, ensomhet og de fleste vurderingene av lokale tilbud er gjennomgående nokså like mellom kjønnene. For mange indikatorer er forskjellene etter alder, utdanning eller husholdningsøkonomi større enn forskjellene mellom kvinner og menn innenfor de samme gruppene. Kjønn framstår derfor først og fremst som relevant for bestemte helseplager, levevaner, tannhelse og sosiale forhold.

Kvinner rapporterer gjennomgående en større belastning av flere psykiske og kroppslige plager. De har høyere nivå av psykiske plager som angst- og depresjonslignende symptomer og

negative følelser i det daglige, oftere søvnproblemer og oppgir oftere at langvarige helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad. Kvinner rapporterer også klart oftere nakke- og korsryggsmerter. Forskjellene i psykiske plager og negative følelser er tydeligst blant yngre voksne og blir mindre i de eldste aldersgruppene. For søvnproblemer og flere av smertemålene finnes forskjellene på tvers av både utdanningsnivåer og vurderinger av husholdningsøkonomien. Samtidig gjenfinnes ikke et tilsvarende tydelig kjønnskill i generell livstilfredshet, positive følelser, mening i hverdagen eller egenvurdert helse. Resultatene peker dermed på en forskjell i rapportert symptom- og plagebelastning, snarere enn en entydig forskjell i samlet livskvalitet.

For levevaner går flere av de mest stabile kjønnsforskjellene i motsatt retning. Menn drikker flere alkoholenheter på en typisk dag med alkoholinntak, har oftere episodisk høyt alkoholinntak og drikker oftere flere ganger i uken. Forskjellene finnes på tvers av alder, utdanning og husholdningsøkonomi, selv om størrelsen varierer. Menn bruker også oftere snus og drikker oftere sukkerholdig drikke. Kvinner spiser derimot klart oftere frukt og grønnsaker daglig, og dette mønsteret er stabilt på tvers av de fleste alders- og sosioøkonomiske gruppene. For daglig røyking, hyppig fiskeinntak og regelmessig fysisk aktivitet er kjønnsforskjellene små eller ikke statistisk sikre. Levevanene kan derfor ikke sammenfattes som gjennomgående gunstigere for ett kjønn; mønsteret avhenger av hvilken konkret atferd som undersøkes.

Tannhelse viser et relativt konsistent kjønnsmønster. Kvinner vurderer oftere tannhelsen som god og oppgir oftere at de har søkt tannlegehjelp når de har hatt behov. Menn rapporterer langt oftere at det er mer enn to år siden siste besøk hos tannlege eller tannpleier. Dette finnes på tvers av utdanning, alder og husholdningsøkonomi, og forskjellen i besøksmønster er særlig tydelig blant dem som vurderer økonomien som vanskelig. Andelen som har hatt behov for tannlegehjelp uten å søke hjelp, viser derimot ikke en like gjennomgående kjønnsforskjell.

På det sosiale området rapporterer kvinner mer støttende og givende sosiale relasjoner og oftere høy sosial støtte. Kvinner deltar også oftere i organiserte og andre aktiviteter i flere grupper, særlig i eldre aldersgrupper. Forskjellen i opplevde sosiale relasjoner øker med alderen og er størst blant de eldste, der menn har lavere skår. Menn har noe hyppigere omgang med venner i enkelte yngre eller utdanningsbestemte grupper, men dette mønsteret er mindre gjennomgående. Til tross for forskjellene i sosial støtte og deltakelse, er nivået av ensomhet i hovedsak nokså likt blant kvinner og menn innenfor samme alder og husholdningsøkonomi.

Vurderingene av nærmiljø og tjenestetilgjengelighet er for det meste like mellom kjønnene. Kvinner vurderer likevel kultur- og idrettstilbud som bedre i flere undergrupper, mens menn rapporterer noe høyere trygghet i nabolaget, særlig blant de yngste. Forskjellene i trygghet er imidlertid små, og nivået er høyt for begge kjønn. For servicetilbud, natur- og friluftsområder, gang- og sykkelveier og offentlig transport finnes det få gjennomgående kjønnsforskjeller.

For både kvinner og menn ser husholdningsøkonomi ut til å ha samme hovedmønster: vanskeligere økonomi er forbundet med mer psykiske og fysiske plager, lavere livskvalitet, svakere sosial støtte og mindre gunstige levevaner. På flere områder er forskjellene mellom økonomigruppene langt større enn kjønnsforskjellene. Ved svært vanskelig økonomi blir kjønnsforskjellen i psykiske plager og søvnproblemer mindre fordi nivået er høyt blant begge kjønn. For støttende sosiale relasjoner og vurderingen av kultur- og idrettstilbud er forskjellen derimot større, med mindre gunstige resultater blant menn.

Samlet er kjønnsforskjellene områdespesifikke og ofte relatert til alder og sosioøkonomisk situasjon. Kvinner har en større rapportert belastning av psykiske plager, søvnproblemer og muskel- og skjelettsmerter, men også sterkere sosiale relasjoner, hyppigere sosial deltakelse, bedre egenvurdert tannhelse og et høyere inntak av frukt og grønnsaker. Menn har et mer belastende mønster for alkoholbruk, snus, sukkerholdig drikke og oppfølging hos tannhelsetjenesten. Samtidig er kvinner og menn nokså like på en rekke sentrale mål. Kjønn bør derfor vurderes sammen med alder, utdanning og husholdningsøkonomi, heller enn som en generell skillelinje i fylket.

4.3 Aldersforskjeller

Resultatene viser omfattende aldersforskjeller på tvers av flere deler av folkehelsen, men mønstrene går ikke entydig i retning av at høyere alder er forbundet med dårligere resultater. Tvert imot kommer de eldre aldersgruppene gunstigere ut på en rekke mål på psykisk helse, livskvalitet, sosial tilhørighet og levevaner. Samtidig finnes det enkelte utfordringer som er mest fremtredende i middelalderen, mens de eldste skiller seg ut med lavere fysisk aktivitet og svakere forventninger til framtidig livstilfredshet. Aldersmønstrene er i hovedsak nokså like blant kvinner og menn, selv om enkelte forskjeller mellom kjønnene varierer gjennom livsløpet.

De yngste voksne skiller seg særlig ut med mindre gunstige resultater på psykisk helse og subjektiv livskvalitet. Psykiske plager, negative følelser og ensomhet er mest utbredt blant de yngste og avtar gjennomgående med økende alder. Livstilfredshet, positive følelser, opplevelse av mening, tillit og tilhørighet til bostedet er samtidig lavere i de yngre enn i de eldre aldersgruppene. Også trivselen i nærmiljøet viser et markert aldersmønster, med klart lavere andeler blant unge voksne. Dette danner et nokså sammenhengende bilde av at yngre deltakere vurderer flere sider ved nåværende livskvalitet og sosial tilhørighet mindre positivt enn eldre deltakere.

Samtidig har de yngste de høyeste forventningene til hvor fornøyde de vil være med livet om fem år. Forventet livstilfredshet holder seg relativt høy fram til 60–69 år, men faller tydelig i de eldste gruppene. Nåværende og forventet livstilfredshet følger dermed motsatte aldersmønstre: De yngste har lavere tilfredshet med livet slik det er nå, men høye forventninger til framtiden, mens de eldste rapporterer høy nåværende livstilfredshet, men lavere forventet tilfredshet fem år fram i tid. Resultatene gir ikke grunnlag for å forklare denne kontrasten, men viser at de to målene belyser ulike sider ved hvordan livssituasjonen vurderes.

Opplevde økonomiske vansker er også klart mest utbredt i aldersgruppene under 50 år og avtar deretter betydelig. Dette aldersmønsteret finnes både blant kvinner og menn. De yngre gruppenes mindre gunstige resultater på psykiske plager, ensomhet og livstilfredshet opptrer dermed parallelt med at økonomiske vansker rapporteres oftere i disse aldersgruppene. Analysene viser imidlertid bare at disse mønstrene forekommer samtidig, og kan ikke fastslå hvilke forhold som ligger bak dem.

Flere kroppslige helseplager har et annet forløp og er mest fremtredende i middelalderen. Andelen med fedme øker fram mot 50–59 år og faller deretter, særlig blant menn. Nakke- og korsryggsmerter er mest utbredt rundt 40–49 år, og langvarige helseproblemer påvirker også oftest hverdagen i stor grad i denne delen av voksenlivet. Søvnproblemer viser et særlig tydelig aldersmønster blant kvinner, med høyest andel i alderen 50–59 år og langt lavere andel blant de eldste. Daglig røyking er lite utbredt blant de yngste, øker fram mot 50- og 60-årene og avtar deretter. Det er derfor ikke de eldste som gjennomgående rapporterer størst belastning

av de undersøkte helseplagene. For flere indikatorer ligger belastningen høyest i aldersgruppene som befinner seg midt i voksenlivet.

Den generelle vurderingen av egen helse varierer derimot forholdsvis lite mellom aldersgruppene. Andelen som vurderer helsen som god eller svært god, er noe lavere blant personer over 80 år, men aldersforskjellene er små sammenlignet med variasjonen i psykiske plager, levevaner og nærmiljøvurderinger. Det samme gjelder egenvurdert tannhelse, som er nokså stabil på tvers av alder. Bruken av tannhelsetjenester varierer tydeligere: De yngre voksne har oftere latt være å søke tannlegehjelp til tross for behov og har oftere hatt et lengre opphold siden siste tannlegebesøk. Eldre rapporterer også bedre tilgjengelighet til det offentlige tannhelsetilbudet.

Levevanene viser både gunstige og mindre gunstige trekk i ulike aldersgrupper. Inntaket av fisk, frukt og grønnsaker øker gjennomgående med alderen, mens hyppig inntak av sukkerholdig drikke faller kraftig. De yngste har samtidig den høyeste andelen som oppfyller det relativt strenge målet for hyppig fysisk aktivitet, mens andelen er klart lavest blant personer over 80 år. Alkoholbruk viser et sammensatt mønster. Antall alkoholenheter på en typisk dag med alkoholinntak og episodisk høyt alkoholinntak er høyest blant de yngste og avtar med alderen. Andelen som drikker alkohol to til tre ganger i uken eller oftere, øker derimot med alder, særlig blant menn. Aldersforskjellene gjelder dermed både hvor ofte det drikkes og hvor mye som drikkes ved den enkelte anledning, men disse to sidene av alkoholbruken utvikler seg i ulike retninger.

Eldre deltakere vurderer gjennomgående nærmiljøet og tilgjengeligheten til flere tilbud mer positivt enn yngre. Dette gjelder servicetilbud, kultur- og idrettstilbud, offentlig transport og offentlig tannhelsetilbud. Opplevelsen av at gang- og sykkelveier er godt utbygde, varierer mindre mellom aldersgruppene. Tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder vurderes høyt i alle aldersgrupper, men også her er vurderingene noe mer positive blant middelaldrende og eldre enn blant de yngste. Resultatene beskriver aldersgruppenes opplevelser av tilbudene og kan ikke uten videre tolkes som forskjeller i den faktiske geografiske tilgjengeligheten.

Sosial deltakelse følger ikke ett enkelt aldersmønster. Omgang med venner er lavest rundt 40–49 år og øker igjen i de eldre aldersgruppene. Deltakelse i organiserte aktiviteter øker med alderen blant kvinner, mens den blant menn er høyest i 40–49-årsalderen og avtar senere. Også deltakelse i andre aktiviteter faller tydeligere med alderen blant menn enn blant kvinner. Kvinner har sterkere opplevelse av støttende og givende sosiale relasjoner i de fleste aldersgruppene, og kjønnsforskjellen er størst blant de eldste. Selv om ensomheten samlet sett er lav blant eldre, tyder disse resultatene på at eldre menn kommer mindre gunstig ut enn eldre kvinner på enkelte mål på sosial deltakelse og relasjoner.

Samlet viser resultatene at de yngste voksne særlig skiller seg ut med høyere psykisk belastning, ensomhet og økonomiske vansker, lavere nåværende livstilfredshet og svakere tilhørighet til nærmiljøet. Middelaldrende har de høyeste nivåene av flere kroppslige plager, fedme, søvnproblemer og daglig røyking. De eldre kommer gunstig ut på mange mål på psykisk helse, livstilfredshet, tillit, tilhørighet, kosthold og nærmiljøtrivsel, men har lavere fysisk aktivitet og lavere forventet framtidig livstilfredshet. Aldersgruppene har dermed ulike kombinasjoner av styrker og utfordringer, og resultatene gir ikke grunnlag for å omtale én aldersgruppe som gjennomgående mest eller minst utsatt.

4.4 Betydningen av utdanningsnivå

Resultatene viser et tydelig og gjennomgående mønster der personer med lengre utdanning kommer gunstigere ut på en rekke mål på helse, livskvalitet, levevaner og sosiale ressurser. Forskjellene finnes blant både kvinner og menn og er ofte trinnvise, med gradvis bedre resultater ved høyere utdanningsnivå. De største forskjellene ses mellom personer med grunnskole og personer med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning. Utdanning framstår dermed som en av de tydeligste skillelinjene i materialet, selv om sammenhengene varierer i størrelse mellom ulike deler av folkehelsen.

Forskjellene er særlig markerte for generell helse og tannhelse. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god, er rundt 30 prosentpoeng høyere blant personer med lengst utdanning enn blant dem med grunnskole, både blant kvinner og menn. Et tilsvarende spenn finnes for egenvurdert tannhelse. Personer med grunnskole rapporterer også oftere at langvarige helseproblemer eller plager etter skade påvirker hverdagen i stor grad. Søvnproblemer og nakke- og korsryggsmerter er mer utbredt ved kortere utdanning, selv om enkelte av disse forskjellene er tydeligere for ett kjønn. Utdanningsforskjellen i søvnproblemer er eksempelvis større blant kvinner, mens forskjellen i nakkesmerter er særlig markert blant menn. Andelen med fedme er også høyest blant personer med grunnskole og lavest blant dem med lang høyere utdanning, med en sterkere gradient blant menn.

De samme hovedlinjene gjenfinnes for psykisk helse og livskvalitet. Personer med kortere utdanning rapporterer høyere nivå av psykiske plager, negative følelser og ensomhet. Ved lengre utdanning er livstilfredsheten og forventningene til framtidig livstilfredshet høyere, og deltakerne opplever i større grad engasjement og mening i hverdagen. Forskjellene i positive følelser er mindre, men går i samme retning. Dette viser at utdanningsforskjellene ikke er begrenset til enkelte sykdommer eller plager, men også omfatter hvordan deltakerne vurderer flere sider ved egen livssituasjon og livskvalitet.

Opplevelsen av økonomiske vansker følger utdanningsnivå svært tydelig. Omtrent en tredel av kvinnene og mennene med grunnskole opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, sammenlignet med rundt en tiel eller mindre blant dem med lengst utdanning. Dette er blant de største forskjellene i materialet. Resultatene viser ikke hvorfor utdanningsgruppene skiller seg fra hverandre, eller i hvilken grad økonomisk situasjon inngår i de øvrige utdanningsforskjellene. De viser likevel at ulikhetene i helse og livskvalitet opptrer parallelt med betydelige forskjeller i opplevde økonomiske vilkår.

Også sosiale ressurser og deltakelse er tydelig sosialt fordelt. Personer med lengre utdanning opplever oftere støttende og givende sosiale relasjoner og rapporterer oftere høy sosial støtte. Ukentlig deltakelse i frivillig arbeid eller organiserte aktiviteter er mer enn dobbelt så vanlig blant gruppene med lengst utdanning som blant dem med grunnskole. Deltakelse i andre sosiale aktiviteter følger et tilsvarende mønster. Forskjellene i sosial omgang med venner er derimot små og følger ikke en like tydelig trinnvis gradient. Det er derfor særlig kvaliteten på sosial støtte og deltakelsen i organiserte fellesskap, heller enn all sosial kontakt, som varierer med utdanningsnivå.

Generell tillit til andre mennesker er betydelig høyere blant personer med lang høyere utdanning enn blant dem med grunnskole. Opplevd trygghet og trivsel i nærmiljøet viser også gunstigere resultater ved lengre utdanning, men forskjellene er mindre. Tilhørighet til bostedet følger ikke et entydig utdanningsmønster, og variasjonen er begrenset. Dette viser at enkelte former for sosial kapital er klart sosialt fordelt, mens andre i mindre grad skiller mellom utdanningsgruppene.

Levevanene viser i hovedsak en tydelig utdanningsgradient. Regelmessig fysisk aktivitet, hyppig fiskeinntak og daglig inntak av frukt og grønnsaker er vanligere blant personer med lengre utdanning. Forskjellene i grønnsaksinntak er særlig store, både blant kvinner og menn. Daglig røyking, snusbruk og hyppig inntak av sukkerholdig drikke er derimot vanligere blant personer med kortere utdanning. Kjønnforskjellene i kosthold er tydelige innen alle utdanningsgrupper, med høyere inntak av frukt og grønnsaker blant kvinner, men utdanningsmønsteret går i samme retning for begge kjønn.

Alkoholbruk avviker delvis fra det øvrige mønsteret. Personer med lengre utdanning drikker oftere alkohol flere ganger i uken, særlig menn. Samtidig er antallet alkoholenheter på en typisk dag med alkoholinntak høyest blant personer med grunnskole og lavest blant dem med lengst utdanning. Utdanningsforskjellene i månedlig episodisk høyt alkoholinntak er små, særlig blant kvinner. Hyppigheten av alkoholbruk og mengden som drikkes ved den enkelte anledning følger dermed forskjellige mønstre og bør vurderes som separate sider ved alkoholvanene.

Vurderingen av lokale tjenester og tilbud varierer mindre etter utdanning enn helse, livskvalitet og levevaner. Personer med lengre utdanning vurderer riktignok tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder, idrettstilbud, kulturtilbud, gang- og sykkelveier og offentlig tannhelsetilbud noe mer positivt. Forskjellene er imidlertid oftest små eller middels. Tilgjengeligheten til servicetilbud er omtrent lik mellom utdanningsgruppene, mens kvinner med grunnskole vurderer offentlig transport noe mer positivt enn kvinner med lang høyere utdanning. Utdanning har derfor ikke en ensartet sammenheng med alle sider ved nærmiljøet.

Utdanningsmønstrene er gjennomgående nokså parallelle blant kvinner og menn. For de fleste indikatorene er forskjellene mellom utdanningsgruppene større enn kjønnforskjellene innen hvert utdanningsnivå. Enkelte unntak er likevel viktige. Kvinner rapporterer mer psykiske plager, søvnproblemer og muskel- og skjelettsmerter, mens menn har høyere inntak av alkohol, snus og sukkerholdig drikke på de fleste utdanningsnivåer. Kvinner rapporterer samtidig bedre tannhelsevaner, høyere inntak av frukt og grønnsaker og sterkere sosiale relasjoner. Disse kjønnforskjellene endrer ikke det overordnede bildet av en tydelig utdanningsgradient for begge kjønn.

Samlet viser resultatene at kortere utdanning er forbundet med en bred opphopning av mindre gunstige forhold. Dette omfatter dårligere egenvurdert helse og tannhelse, større belastning av fysiske og psykiske plager, hyppigere økonomiske vansker, svakere sosial støtte, lavere deltakelse og flere mindre gunstige levevaner. Forskjellene er ikke like store på alle områder, og enkelte indikatorer, som servicetilbud, tilhørighet og episodisk høyt alkoholinntak, varierer lite etter utdanning. Analysene gir heller ikke grunnlag for å fastslå hva som forklarer sammenhengene. Likevel viser bredden og konsistensen i resultatene at fylkesgjennomsnittet skjuler betydelige sosiale forskjeller mellom utdanningsgruppene.

4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien

Resultatene viser en svært tydelig og gjennomgående sammenheng mellom hvordan deltakerne vurderer husholdningsøkonomien, og en rekke sider ved helse, livskvalitet og levekår. Personer som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, kommer mindre gunstig ut på nesten alle de undersøkte områdene. Mønsteret finnes blant både kvinner og menn og er ofte trinnsvis, med gradvis mindre gunstige resultater jo vanskeligere økonomien vurderes. For mange indikatorer er forskjellene mellom de økonomiske gruppene betydelig større enn forskjellene mellom kjønnene.

De største forskjellene gjelder generell helse og hvor mye helseproblemer påvirker hverdagen. Blant dem som opplever økonomien som svært lett, vurderer om lag tre av fire helsen sin som god eller svært god, sammenlignet med rundt tre av ti blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig. Forskjellene går igjen på flere helseområder. Langvarige helseproblemer og plager etter skade rapporteres langt oftere å påvirke hverdagen i stor grad blant personer med økonomiske vansker, og det samme gjelder nakkesmerter, korsryggsmerter, søvnproblemer og fedme. Samlet viser dette et tydelig mønster av sammenheng mellom økonomiske vansker og både lavere egenvurdert helse, flere helseplager og større begrensninger i hverdagen.

Sammenhengen er særlig sterk for psykisk helse og livskvalitet. Personer som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig, rapporterer mer psykiske plager, flere negative følelser og betydelig mer ensomhet. Samtidig rapporterer de lavere livstilfredshet, færre positive følelser, mindre engasjement og en svakere opplevelse av mening i hverdagen. Også forventningene til egen livstilfredshet fem år fram i tid er lavere. Forskjellene mellom de økonomiske yttergruppene er store for begge kjønn og gjelder dermed ikke bare ett enkelt mål på psykisk helse, men et sammenhengende mønster på tvers av flere sider ved subjektiv livskvalitet.

Også de sosiale ressursene varierer betydelig. Høy sosial støtte er langt vanligere blant dem som vurderer økonomien som lett enn blant dem som opplever den som vanskelig. Det samme gjelder opplevelsen av støttende og givende sosiale relasjoner, ukentlig sosial omgang med venner og deltakelse i organiserte eller andre aktiviteter. Personer med økonomiske vansker rapporterer dessuten lavere generell tillit og svakere tilhørighet til bostedet. Andelen som oppgir å ha blitt diskriminert de siste to årene, er høyere blant dem som vurderer økonomien som vanskelig. Resultatene viser dermed at økonomiske vansker ikke bare opptre sammen med helseplager, men også med svakere sosial støtte, lavere deltakelse og mindre gunstige vurderinger av flere sider ved sosial tilhørighet.

Vurderingene av nærmiljø og lokale tilbud følger i stor grad det samme mønsteret. Personer som opplever økonomien som vanskelig, vurderer tilgjengeligheten til servicetilbud, kulturtilbud, idrettstilbud, natur- og friluftsområder, gang- og sykkelveier og offentlig tannhelsetilbud mindre positivt. De rapporterer også lavere trygghet og trivsel i nærmiljøet. Forskjellene i vurderingen av offentlig transport er mindre entydige, særlig blant kvinner, men blant menn er vurderingen klart mindre positiv ved svært vanskelig økonomi. Resultatene sier ikke om gruppene faktisk har tilgang til ulike tilbud, eller om de vurderer de samme omgivelsene forskjellig. De viser likevel at opplevelsen av lokale ressurser og nærmiljø er mindre positiv blant dem som samtidig opplever økonomiske vansker.

Levevanene viser også en tydelig økonomisk gradient. Regelmessig fysisk aktivitet og hyppig inntak av fisk, frukt og grønnsaker er vanligere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som lett. Daglig røyking, snusbruk og hyppig inntak av sukkerholdig drikke er derimot klart mer utbredt blant personer som opplever økonomien som vanskelig. Andelen med fedme er også høyere i disse gruppene. Mønsteret er gjennomgående blant både kvinner og menn, selv om størrelsen på forskjellene varierer mellom levevanene.

Alkoholbruk avviker delvis fra dette hovedbildet. Gjennomsnittlig antall alkoholenheter på en typisk dag med alkoholinntak er høyest blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, særlig blant menn. Samtidig er hyppig alkoholbruk blant kvinner mest utbredt når økonomien vurderes som svært lett, mens det blant menn er liten variasjon mellom økonomigruppene. Månedlig episodisk høyt alkoholinntak varierer også lite med økonomisk

vurdering. Resultatene viser derfor ingen enkel økonomisk gradient for alkoholbruk. Hvor ofte det drikkes, og hvor mye som drikkes ved den enkelte anledning, følger ulike mønstre, i tråd med funn fra andre fylker.

Tannhelse og bruk av tannhelsetjenester viser noen av de tydeligste praktiske forskjellene. Egenvurdert tannhelse er langt bedre blant dem som opplever økonomien som lett. Blant personer med svært vanskelig økonomi er det betydelig vanligere å ha hatt behov for tannlegehjelp uten å søke hjelp, og det er oftere mer enn to år siden siste besøk hos tannlege eller tannpleier. De vurderer også tilgjengeligheten til det offentlige tannhelsetilbudet mindre positivt. Andelen som har søkt hjelp når de har hatt behov, varierer derimot mindre mellom økonomigruppene. Samlet peker resultatene likevel på et tydelig skille i tannhelse, tjenestebruk og udekket hjelpebehov.

Kjønnsforskjellene endrer i liten grad hovedbildet. Kvinner og menn viser stort sett den samme økonomiske gradienten, og forskjellene mellom de økonomiske gruppene er ofte større enn forskjellene mellom kjønnene. Kvinner rapporterer oftere søvnproblemer og nakkeplager og har gjennomgående høyere skår på enkelte mål på negative følelser. Samtidig rapporterer kvinner bedre tannhelse, sterkere sosiale relasjoner, mer sosial deltakelse og mer positive vurderinger av kultur- og idrettstilbud i flere økonomiske grupper. Menn har oftere et høyere inntak av alkohol og sukkerholdig drikke og har sjeldnere vært hos tannlege. Ved svært vanskelig økonomi blir flere av kjønnsforskjellene mindre, fordi både kvinner og menn kommer klart mindre gunstig ut.

Samlet viser resultatene at opplevde økonomiske vansker er forbundet med en bred opphopning av helseplager, lavere livskvalitet, svakere sosiale ressurser, mindre gunstige levevaner og mer negative vurderinger av nærmiljø og tjenester. Siden husholdningsøkonomien er selvrapportert, beskriver resultatene hvordan helse og levekår varierer med deltakernes egen opplevelse av økonomisk handlingsrom, ikke bare med inntekt eller andre objektive økonomiske mål. Analysene gir heller ikke grunnlag for å fastslå årsaksretningen mellom økonomi og helse. Bredden, størrelsen og konsistensen i forskjellene viser likevel at fylkesgjennomsnittet skjuler betydelige ulikheter mellom personer med ulik økonomisk situasjon.

4.6 Resultatforskjeller mellom 2019 og 2025

Utviklingen fra 2019 til 2026 gir et sammensatt bilde, men hovedmønsteret er en mindre gunstig utvikling for flere mål på livskvalitet, psykisk helse, sosiale relasjoner og opplevelsen av nærmiljøet. Samtidig har enkelte levevaner utviklet seg i gunstig retning, og flere helseindikatorer er forholdsvis stabile. Forskjellene som allerede fantes mellom kjønn, aldersgrupper og sosioøkonomiske grupper, er i hovedsak fortsatt til stede. Endringene bør forstås som forskjeller mellom befolkningsestimatene på de to undersøkelsestidspunktene, og analysene kan ikke fastslå hva som har forårsaket utviklingen. Svarprosenten var lavere i 2026 enn i 2019 (27,5 mot 39,3 prosent), noe som bør tas i betraktning ved tolkningen av forskjellene i resultatene mellom de to tidspunktene. For tilgjengelighet til servicetilbud, offentlig transport og gang- og sykkelveier, er spørsmålsformuleringene noe endret siden forrige undersøkelse, og forskjeller mellom måletidspunktene bør derfor tolkes med varsomhet, ettersom de delvis kan skyldes endringer i hvordan spørsmålene er formulert. Dette gjelder også for daglig røyking og daglig snusbruk (se del 2.3 Spørreskjemaet).

Den tydeligste endringen gjelder subjektiv livskvalitet. Livstilfredsheten falt fra 7,53 til 7,14 på skalaen fra 0 til 10, en statistisk sikker nedgang på 0,40 poeng. Nedgangen gjaldt begge kjønn,

alle aldersgrupper, begge utdanningsgrupper og personer med både lett og vanskelig økonomi. Den største endringen blant målene på livskvalitet gjaldt positive følelser siste 7 dager (glad, rolig/avslappet), som falt med 1,34 poeng. Også opplevelsen av mening i livet, tillit til andre, opplevelsen av tilhørighet til hjemstedet og engasjementet i hverdagen gikk ned. Samtidig økte nivået av negative følelser, psykiske plager og ensomhet siste syv dager. Selv om enkelte av disse endringene var små på totalnivå, peker de samlet i samme retning og omfatter flere forskjellige mål på psykisk velvære.

Utviklingen var særlig lite gunstig blant personer i middelalderen. Aldersgruppene mellom 30 og 59 år hadde økninger i psykiske plager, negative følelser og ensomhet, og 40–49-åringene hadde den største nedgangen i livstilfredshet. I denne aldersgruppen økte også andelen som oppga at helseproblemer påvirket hverdagen i stor grad. Blant 40–69-åringer økte dessuten andelen som opplevde økonomiske vansker, selv om andelen var stabil i befolkningen samlet. De yngste hadde fortsatt de høyeste nivåene av psykiske plager og ensomhet, men økningene over tid var på flere områder tydeligst i gruppene midt i voksenlivet.

De eldste aldersgruppene hadde gjennomgående mindre endringer i psykisk helse, livskvalitet og vurderingen av lokale tilbud enn yngre og middelaldrende. Blant 70–79-åringene økte andelen med god egenvurdert helse, og tannhelsen utviklet seg gunstig blant personer fra 60 til 79 år. Dette betyr likevel ikke at utviklingen var positiv på alle områder for eldre. Opplevd trygghet gikk ned fra 50-årsalderen og oppover, med størst nedgang blant personer over 80 år, og ukentlig deltakelse i andre aktiviteter falt markert i den eldste gruppen.

Også de sosiale ressursene viser en overveiende negativ utvikling. Andelen med høy sosial støtte falt med over seks prosentpoeng, og den gjennomsnittlige vurderingen av støttende og givende relasjoner gikk noe ned. Andelen som var sammen med gode venner ukentlig eller oftere, sank med om lag ti prosentpoeng. Tillit til andre og tilhørighet til bostedet gikk også ned. Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet eller frivillig arbeid var derimot stabil i befolkningen samlet og økte blant kvinner og enkelte eldre aldersgrupper. Resultatene peker derfor ikke på en generell reduksjon i alle former for sosial deltakelse, men på mindre hyppig vennekontakt og svakere opplevd støtte, tillit og tilhørighet.

Vurderingen av nærmiljø og tilgjengelige tilbud ble mindre positiv på flere områder. Den største nedgangen gjaldt servicetilbud, med en reduksjon på 11 prosentpoeng. Også vurderingen av trivsel i nærmiljøet og trygghet gikk ned. Nedgangen i servicetilbud og nærmiljøtrivsel var særlig tydelig blant personer under 60 år. Vurderingen av offentlig transport var derimot stabil på totalnivå, mens andelen som opplevde gang- og sykkelveiene som godt utbygde, økte noe. Utviklingen i nærmiljøindikatorne er dermed ikke entydig, men flertallet av de subjektive vurderingene var mindre positive i 2026 enn i 2019. Det er mulig at de observerte endringene i tilgjengelighet av servicetilbud, offentlig transport og gang- og sykkelveier delvis kan skyldes en mindre justering i spørsmålsformuleringen fra 2019 til 2026 for akkurat disse indikatorene.

Levevanene viser både positive og negative endringer. Episodisk høyt alkoholforbruk gikk ned blant både kvinner og menn og i begge utdanningsgrupper. Også andelen som drakk alkohol flere ganger i uken, og gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak, gikk ned på totalnivå. Samtidig økte det gjennomsnittlige alkoholforbruket per dag med alkoholinntak blant 50–69-åringer. Daglig røyking gikk ned blant både kvinner og menn og i begge utdanningsgrupper. Daglig bruk av snus økte, særlig blant personer mellom 30 og 49 år. Spørsmålsformuleringene for røyking og snus endret seg noe fra 2019 til 2026, som muligens kan forklare noe av de observerte forskjellene.

Kostholdet utviklet seg også i ulike retninger. Daglig inntak av frukt og grønnsaker økte, særlig blant personer under 50 år. Hyppig fiskeinntak gikk derimot ned. Hyppig inntak av sukkerholdig drikke ble mer utbredt. Andelen som oppfylte kriteriet for regelmessig fysisk aktivitet, var stabil på totalnivå, men økte blant menn, enkelte aldersgrupper, begge utdanningsgrupper og personer med vanskelig økonomi. Resultatene gir derfor ikke grunnlag for å beskrive levevanene samlet som bedre eller dårligere enn i 2019.

De brede målene på fysisk helse var mer stabile enn målene på livskvalitet. Andelen med fedme økte noe, men ikke statistisk sikkert i befolkningen samlet, selv om den økte blant kvinner og personer i alderen 50–69 år. Andelen som fikk hverdagen sterkt påvirket av langvarige helseproblemer, var også stabil totalt. Egenvurdert helse gikk derimot ned, mens egenvurdert tannhelse og tiden siden siste tannlegebesøk var omtrent uendret. Blant 30–49-åringer økte likevel andelen som ikke hadde vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene.

De sosiale forskjellene var i hovedsak stabile. Personer med vanskelig økonomi hadde fortsatt mindre gunstige resultater på helse, livskvalitet, sosial støtte og nærmiljø enn personer med lett økonomi. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning kom fortsatt noe gunstigere ut enn personer med videregående utdanning eller mindre på flere områder. Mange av endringene fant sted i begge utdanningsgrupper og økonomiske grupper, uten at avstanden mellom dem ble tydelig redusert. Manglende statistisk sikker endring i gruppen med vanskelig økonomi kan heller ikke tolkes som en gunstig utvikling, ettersom nivået ofte allerede var betydelig mindre gunstig i 2019 og fortsatt var det i 2026.

Samlet viser resultatene en bred nedgang i livstilfredshet, positive følelser, sosial støtte, tillit, vennekontakt og flere vurderinger av nærmiljøet. Samtidig økte psykiske plager, negative følelser og ensomhet. Utviklingen i fysisk helse var mindre entydig, og levevanene viste både forbedringer og forverringer. De etablerte forskjellene etter kjønn, alder, utdanning og husholdningsøkonomi besto i stor grad. Særlig utviklingen blant personer i middelalderen og den generelle svekkelsen i subjektiv livskvalitet og sosiale ressurser framstår som sentrale funn i sammenligningen mellom 2019 og 2026.

4.7 Sammenlignet med andre fylker

Når Finnmark settes opp mot andre fylker, er det flere forhold som gjør direkte sammenligninger utfordrende. Det varierer fra fylke til fylke hvordan utvalget er trukket og det varierer også hvordan vektene er satt opp og hvilken svarprosent som oppnås. I analysene er tallene fra Finnmark korrigert både med designvekt og med en egen frafallsvekt som justerer for frafall. Den samme kombinasjonen av vektorer er brukt fra og med Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023, men måten frafallsvektene er satt opp har variert. I de tidligere Folkehelseundersøkelsene i fylkene er det gjerne kun benyttet designvekt. Disse forskjellene i vektning er noe leseren bør ha i mente når Finnmark sammenlignes med de andre fylkene, særlig de som ikke har benyttet kombinert design- og frafallsvekt. Vedlegg 4 viser tallene den følgende diskusjonen er basert på.

Sammenligningen med andre fylker viser at Finnmark har en sammensatt folkehelseprofil. Fylket kommer mindre gunstig ut på enkelte sentrale mål på fysisk helse, tannhelse, levevaner og tilgjengelighet til tjenester. På andre områder, særlig psykisk helse, livskvalitet, trygghet og sosial kontakt, ligger Finnmark nær nivåene i andre fylker eller kommer relativt gunstig ut. Resultatene gir derfor ikke grunnlag for å beskrive Finnmark som gjennomgående dårligere stilt, men viser noen tydelige områder der fylket skiller seg ut.

De mest markerte forskjellene gjelder tilgjengeligheten til tjenester og tilbud. Finnmark har den laveste andelen som vurderer offentlig transport som god eller svært god, og ligger også lavest for tilgjengelighet til servicetilbud og kulturtilbud. Forskjellene er særlig store for offentlig transport, der andelen i Finnmark er klart lavere enn i de fleste andre fylkene. Vurderingen av idrettstilbudet ligger nærmere nivåene ellers i landet. For gang- og sykkelveier ligger Finnmark i den nedre delen blant fylkene med nyere undersøkelser; bare Troms har en lavere andel. Tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder vurderes som god av mer enn ni av ti og ligger omtrent på nivå med de fleste andre fylker. Resultatene viser dermed at Finnmark ikke kommer generelt dårlig ut på nærmiljøet, men har særlige utfordringer knyttet til transport, service og kulturtilbud.

Finnmark kommer også mindre gunstig ut på flere mål på fysisk helse. Andelen med fedme er høyere enn i alle de øvrige fylkesundersøkelsene i materialet. Andelen som vurderer helsen som god eller svært god, er samtidig lavere enn i de andre fylkene, selv om forskjellen fra enkelte av de nyeste undersøkelsene er begrenset. Forekomsten av nakke- og korsryggsmerter og andelen som får hverdagen sterkt påvirket av helseproblemer, ligger derimot nær nivået i flere andre fylker. Søvnproblemer er relativt utbredt, men Finnmark skiller seg ikke klart fra andre fylker med nyere undersøkelser. Det mindre gunstige bildet av generell helse ser derfor ut til å være tydeligere enn forskjellene i flere av de konkrete helseplagene.

Tannhelse er et annet område der Finnmark skiller seg ut. Andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, er lavere enn i alle de andre fylkene som inngår i sammenligningen. Finnmark har også den høyeste andelen som oppgir at det er mer enn to år siden siste besøk hos tannlege eller tannpleier. Disse resultatene samsvarer med funnene av betydelige forskjeller i tannhelse og tilgang til tannhelsetjenester innad i Finnmark. Samlet peker dette på tannhelse som et område der fylket kommer mindre gunstig ut både i den interne og den nasjonale sammenligningen.

Levevanene viser både styrker og utfordringer. Daglig røyking og snusbruk er mer utbredt i Finnmark enn i fylkene med de nyeste sammenlignbare undersøkelsene, og Finnmark har den høyeste registrerte andelen daglige snusbrukere. Daglig inntak av grønnsaker er lavere enn i de andre nyere fylkesundersøkelsene, og fruktinntaket er også relativt lavt. Fisk spises derimot oftere enn i de fleste fylkene, med et nivå omtrent på linje med Troms og noe under de høyeste fylkesestimatene. Andelen som oppfyller kriteriet for regelmessig fysisk aktivitet, ligger omtrent midt i fylkesfordelingen.

Alkoholvanene gir heller ikke et entydig ugunstig bilde. Finnmark ligger relativt høyt i gjennomsnittlig antall alkoholenheter per dag med alkoholinntak, men andelen som drikker flere ganger i uken, er lavere enn i alle de andre nyere fylkesundersøkelsene. Episodisk høyt alkoholinntak ligger omtrent på nivå med flere andre fylker. Hyppig inntak av sukkerholdig drikke er også blant de laveste i de nyere fylkesundersøkelsene, men Akershus ligger marginalt lavere enn Finnmark. De ulike levevanene bør derfor vurderes separat, framfor å sammenfattes i én samlet rangering.

For psykisk helse og subjektiv livskvalitet ligger Finnmark i hovedsak nær fylkene ellers. Nivået av psykiske plager er lavere enn i de andre undersøkelsene fra 2023 til 2025, mens negative følelser også ligger i den gunstigere delen av fordelingen. Livstilfredshet, framtidsoptimisme, positive følelser, engasjement og opplevelse av mening ligger rundt midten sammenlignet med andre nyere fylkesundersøkelser. Ensomhet ligger også nær nivået i flere andre fylker. Dette viser at den lavere andelen med god egenvurdert helse i Finnmark ikke følges av et tilsvarende gjennomgående mindre gunstig nivå av psykisk helse eller livskvalitet.

Flere sosiale og nærmiljørelaterte mål framstår som relative styrker. Finnmark ligger høyt på trygghet i nærmiljøet og stedstilhørighet. Andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, og andelen som deltar ukentlig i andre aktiviteter, er også høyere enn i de fleste av de nyere fylkesundersøkelsene. Organisert aktivitet og høy sosial støtte ligger nær nivåene i flere andre fylker, mens vurderingen av støttende og givende sosiale relasjoner er noe lavere. Trivselen i nærmiljøet er lavere enn i flere fylker, men høyere enn i Troms. Det sosiale bildet er dermed sammensatt, men gir ikke grunnlag for å omtale Finnmark som et fylke med generelt svak sosial tilknytning.

Andelen som opplever økonomiske vansker, er lavere i Finnmark enn i alle fylkesundersøkelsene fra 2023 til 2025. Verdt å merke seg, er at Finnmark heller ikke har hatt en økning i andelen med økonomiske vansker – en økning som vi ser, og til dels stor, i alle andre fylker vi har undersøkt de siste årene. Dette er et gunstig resultat, særlig fordi opplevd husholdningsøkonomi har en sterk sammenheng med helse og livskvalitet innad i Finnmark. Samtidig bør sammenligningen tolkes varsomt, ettersom fylkesundersøkelsene er gjennomført i forskjellige år og økonomiske forhold kan ha endret seg i perioden.

Samlet viser sammenligningen at Finnmarks tydeligste utfordringer gjelder offentlig transport, service- og kulturtilbud, generell helse, fedme, tannhelse, tannlegebesøk, røyking og grønnaksinntak. Fylket kommer relativt gunstig ut på inntak av fisk, trygghet, stedstilhørighet, sosial kontakt, økonomiske vansker og flere mål på psykisk helse. De største og mest konsistente forskjellene synes derfor å være knyttet til fysisk helse, tannhelse og tilgjengelighet til tjenester, mens livskvalitet og sosiale forhold i større grad ligger på nivå med andre fylker.

Sammenligningen må likevel tolkes med forsiktighet. Fylkesundersøkelsene er gjennomført i forskjellige år, og nasjonale endringer over tid kan påvirke fylkenes plassering. Det er også manglende data for enkelte indikatorer og fylker, og uten konfidensintervaller kan små nivåforskjeller ikke vurderes som statistisk sikre. Resultatene er derfor best egnet til å identifisere brede mønstre og områder der Finnmark skiller seg tydelig ut, ikke til å lage en presis rangering av fylkene.

5 Konklusjon

Resultatene viser at folkehelsen i Finnmark kjennetegnes av både betydelige ressurser og tydelige utfordringer. Innbyggerne rapporterer gjennomgående høy trygghet, sterk stedstilhørighet, god tilgang til natur- og friluftsområder og relativt mye sosial kontakt og aktivitet. Psykisk helse, livstilfredshet og flere mål på sosialt velvære ligger i hovedsak nær nivåene i andre fylker. Samtidig kommer Finnmark mindre gunstig ut på egenvurdert helse, fedme, tannhelse, røyking og snusbruk. Tilgjengeligheten til offentlig transport, servicetilbud og kulturtilbud vurderes også mindre positivt enn i de fleste andre fylker.

Fylkesgjennomsnittet skjuler store forskjeller. De geografiske forskjellene er særlig tydelige for transport, tjenester, kultur- og idrettstilbud og gang- og sykkelveier, mens helse og livskvalitet varierer mindre mellom regionene. Indre Finnmark skiller seg ut med lavere vurdering av flere tilbud og lavere sosial deltakelse, men også med en klart høyere andel som oppgir diskriminering siste 2 år. Samtidig har ingen region gjennomgående de minst gunstige resultatene, og variasjonen bør vurderes område for område.

De mest omfattende ulikhetene finnes etter utdanning og opplevd husholdningsøkonomi. Kortere utdanning og økonomiske vansker er forbundet med dårligere fysisk og psykisk helse, lavere livstilfredshet, mer ensomhet, svakere sosial støtte, mindre deltakelse og mindre gunstige levevaner. Forskjellene etter husholdningsøkonomi er særlig store og går igjen blant både kvinner og menn. Kjønnsforskjellene er mer områdespesifikke: Kvinner rapporterer mer psykiske plager, søvnproblemer og muskel- og skjelettsmerter, mens menn har et mindre gunstig mønster for alkohol, snus, sukkerholdig drikke og tannlegebesøk. De yngre voksne har høyest psykisk belastning og mest økonomiske vansker, mens flere kroppslige helseplager er mest utbredt i middelalderen. Eldre kommer gunstigere ut på flere mål på livskvalitet og tilhørighet, men har lavere fysisk aktivitet.

Utviklingen fra 2019 til 2026 gir grunn til oppmerksomhet. Livstilfredshet, positive følelser, mening, sosial støtte, tillit, vennekontakt og flere vurderinger av nærmiljøet har gått ned, mens psykiske plager, negative følelser og ensomhet har økt. Utviklingen er særlig lite gunstig blant personer i middelalderen. Samtidig har daglig røyking og episodisk høyt alkoholforbruk gått ned, og inntaket av frukt og grønnsaker har økt. Økt snusbruk, mer sukkerholdig drikke og redusert fiskeinntak trekker i motsatt retning. Samlet peker resultatene mot et behov for å kombinere brede, forebyggende tiltak med tydelig prioritering av økonomisk sårbarhet og livsfaseutfordringer, og med lokalt tilpasset innsats der tilgjengelighet og hverdagsinfrastruktur fremstår svakere.

5.1 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.1.1 Representativitet og skjevheter

I Finnmark ble 40 629 personer invitert til å delta. Samlet samtykket 11 171, noe som gir en svarprosent på 27,5 %. Det betyr at om lag 72,5 % av de inviterte ikke endte opp i nettoutvalget. Kvinner deltok oftere enn menn: svarprosenten var 31,7 % blant kvinner og 23,6 % blant menn. Svarprosenten økte i hovedsak med alder og var høyest i aldersgruppen 60–69 år både blant kvinner (41,9 %) og menn (35,9 %), før den falt i de eldre aldersgruppene. Blant personer som var 80 år eller eldre, var svarprosenten 16,5 % blant kvinner og 26,8 % blant menn. Svarprosenten varierte også mellom de geografiske områdene, fra 23,5 % i regionen bestående av Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Båtsfjord og Vardø til 34,0 % i Vadsø. Når deltakelsen varierer såpass tydelig etter kjønn, alder og geografisk område, er det viktig å tolke resultatene med bevissthet om at seleksjon kan påvirke både nivåer og gruppesammenlikninger dersom personer som ikke deltok, avviker fra deltakerne på relevante, men uobserverte måter. Svarprosenten var klart lavere i 2026 enn i 2019 (27,5 mot 39,3 prosent), og dette bør tas i betraktning ved tolkningen av forskjeller mellom undersøkelsene. Analysene er riktignok gjennomført med samme justering for kjønn og alder på begge tidspunktene, men dette kan ikke utelukke skjevheter dersom seleksjonen til undersøkelsene var ulik også med hensyn til andre, uobserverte kjennetegn.

Analysene for 2026 dataene er korrigert for trekkedesign og for frafall ved bruk av en kombinert vekt. Designvekten tar hensyn til ulik trekk sannsynlighet og beregnes som $1/\text{prob}$. Frafallsvekten er beregnet etter en MAR-tilnærming der frafall antas å følge trekkdesignet, det vil si at frafallet håndteres innenfor kommuner ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende i den aktuelle kommunen. Den kombinerte vekten gjør at tallene bedre speiler populasjonen utvalget er trukket fra, men kan likevel ikke fjerne usikkerhet som skyldes at de som avsto fra å delta kan avvike fra deltakerne på andre, ukjente måter. Fordi utvalg og vekting ikke alltid er gjort på samme måte i tidligere undersøkelser, er tall ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare på tvers av fylker og år dersom vektene er konstruert ulikt, for eksempel ved at eldre undersøkelser ofte har trukket utvalg per kommune eller for hele fylket og i vektingen ofte har inkludert alder og kjønn. Dersom man sammenligner tall som er vektet ulikt, kan en derfor blande reelle forskjeller med metodeforskjeller. Ideelt sett bør en sammenligne samme med samme, slik vi etterstreber å gjøre i figur E-serien i denne rapporten (der det kun brukes designvekt). Hvis det ikke er mulig, må man være tydelig på at forskjeller kan skyldes vektemetoden i tillegg til reelle forskjeller, og sammenligningen bør vektlegge presisjon gjennom 95 % konfidensintervall, ikke bare punkttestimat.

Som nevnt tidligere i rapporten nyanserer funn fra en analyse av Folkehelseundersøkelsen i fylkene med registerkobling (Hordaland 2018) betydningen av helserelatert frafall. Disse resultatene er også relevante for tolkningen av tallene fra den aktuelle folkehelseundersøkelsen. Studien viste at mottak av sykepenger ikke var forbundet med lavere deltakelse etter justering for demografi, og at mottak av arbeidsavklaringspenger samlet sett heller ikke reduserte deltakelsen (27). Derimot deltok personer som mottok arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd knyttet til psykiske eller atferdsmessige lidelser sjeldnere enn andre i samme aldersgrupper. Dette indikerer at helserelatert frafall ikke nødvendigvis gir vesentlige skjevheter for overordnede befolkningsestimater, men at skjevhet kan oppstå i utvalgte undergrupper eller utfallsmål som er nært knyttet til de aktuelle ytelsene

(27). Kunnskap om slike mønstre er viktig fordi en betydelig andel av befolkningen i yrkesaktiv alder til enhver tid mottar en av disse ytelsene.

Det er gjennomført undersøkelser blant hjemmeboende personer over 80 år for å vurdere om eldre som ikke nås digitalt og derfor kontaktes med papirskjema, skiller seg fra eldre som nås digitalt, og om dette påvirker resultatene av datainnsamlingen. En undersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet (32) blant eldre i Bergen kommune fant ingen vesentlige forskjeller mellom gruppene på flere sentrale utfallsmål i Folkehelseundersøkelsene, som livstilfredshet, sosial kapital, psykiske plager, ensomhet, søvnproblemer og selvrapportert psykisk helse. Gruppen som måtte kontaktes med papirskjema, skåret imidlertid dårligere på fysisk helse, funksjonsnedsettelse, sosial kontakt, kulturell deltakelse og trivsel i nærmiljøet. Et eksperiment blant eldre i SSBs livskvalitetsundersøkelse (33) viste et tilsvarende mønster. Samlet tyder resultatene på at heldigital datainnsamling blant personer over 80 år kan gi skjevheter for enkelte utfallsmål, og at resultater for denne aldersgruppen derfor bør tolkes med forsiktighet.

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

5.1.2 Måleinstrument

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

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

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

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

Folkehelseundersøkelsen er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for fylket og fylkets kommuner. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{7,8}. Helsedirektoratet publiserer også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket⁹.

De dataene som er samlet inn i denne folkehelseundersøkelsen kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold, og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «tilfredshet med livet» fra tidligere folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med stigende alder¹⁰. Det å undersøke lokale variasjoner og sammenhenger nærmere, for eksempel når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, kan dermed være til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for hvordan best innrette og prioritere innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen, av forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

⁷ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

⁸ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

¹⁰ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>

Referanser

1. Skogen JC, Knapstad M, Smith ORF, Tell GS, Lie RT, Nilsen TS, et al. Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres? Tidsskr Nor Legeforen 2019;139(15).
2. Clarsen B, Skogen JC, Nilsen TS, Aarø LE. Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey. BMC Public Health. 2021;21(730).
3. Johansen R, Espetvedt MN, Lyshol H, Clench-Aas J, Myklestad I. Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support. BMC Public Health. 2021;21(1):2152.
4. Forster GK, Aarø LE, Alme MN, Hansen T, Nilsen TS, Vedaa Ø. Built Environment Accessibility and Disability as Predictors of Well-Being among Older Adults: A Norwegian Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2023; 20(10).
5. Aarø L, Leino T, Vedaa Ø, Knapstad M, Skogen J, Nilsen T, et al. Behavioural precautions to avoid transmission of the COVID-19 virus – low educated groups are not always lagging behind. Journal of Health Inequalities. 2023;9(1):16-28.
6. Nilsen TS, Gulseth HL, Daae A, Indseth T. Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen. 2022;142(10).
7. Nes RB, Yu B, Hansen T, Vedaa Ø, Røysamb E, Nilsen TS. Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19. Quality of Life Research. 2022;31(8):2295-305.
8. Nilsen TS, Knapstad M, Aarø LE, Skogen JC, Hope MA, Johansen R, et al. Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update Norsk Epidemiologi. 2021;29:12.
9. Knapstad M, Sæther SMM, Aarø LE, Vedaa Ø, Nilsen TS, Knudsen AK, et al. Psychological distress before and nine months into the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from The Norwegian Counties Public Health Surveys. Norsk Epidemiologi. 2021;29:14.
10. Hansen T, Nilsen TS, Yu B, Knapstad M, Skogen JC, Vedaa Ø, et al. Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway. Scandinavian Journal of Public Health. 2021;49(7):766-73.
11. Hansen T, Sevenius Nilsen T, Knapstad M, Skirbekk V, Skogen J, Vedaa Ø, et al. Covid-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic. Eur J Ageing. 2022;19(3):463-73.
12. Lyshol H, Grøtvedt L, Fagerhaug TN, Feuerherm AJ, Jakhell G, Sen A. A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway. Scientific Reports. 2022;12(1):13721.
13. Aarø LE, Skogen JC, Ohm E, Nilsen TS, Knapstad M, Vedaa Ø, et al. Quality of life, psychological distress, sleeping problems and global subjective health after injuries. A study among adults in three Norwegian counties. Norsk Epidemiologi. 2021;29.
14. Aarø LE, Ohm E, Skogen JC, Nilsen T, Knapstad M, Vedaa Ø, et al. A cross-sectional study of the relationship between injuries and quality of life, psychological distress, sleeping problems, and global subjective health in adults from three Norwegian counties. Health and Quality of Life Outcomes. 2023;21(1):120.
15. Friesinger JG, Haugland SH, Vederhus J-K. The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: findings from a large population-based health survey. Health and Quality of Life Outcomes. 2022;20(1):135.
16. Stea TH, Alvsvåg L, Kleppang AL. The Association between Dietary Habits, Substance Use, and Mental Distress among Adults in Southern Norway: A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(18).

17. Vederhus JK, Timko C, Haugland SH. Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey. *Qual Life Res.* 2021;30(6):1769-78.
18. Juul V, Nordbø ECA. Examining activity-friendly neighborhoods in the Norwegian context: green space and walkability in relation to physical activity and the moderating role of perceived safety. *BMC Public Health.* 2023;23(1):259.
19. Kalseth J, Ådnanes M, Ose SO, Lassemo E, Kaspersen SL, das Nair R. Comparing the effects of reduced social contact on psychosocial wellbeing before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey from two Norwegian counties. *Quality of Life Research.* 2023;32(6):1771-84.
20. Haugland SH, Carvalho B, Stea TH, Strandheim A, Vederhus JK. Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: a cross-sectional study of 28047 adults from the general population. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021;16(1):47.
21. Haugland SH, Dovran A, Albaek AU, Sivertsen B. Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population. *Frontiers in Public Health.* 2021;9.
22. Haugland SH, Elgán TH. Prevalence of Parental Alcohol Problems among a General Population Sample of 28,047 Norwegian Adults: Evidence for a Socioeconomic Gradient. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10).
23. Bjørnerud Korslund S, Hansen BH, Bjørkkjær T. Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population. *BMC Public Health.* 2023;23(1):541.
24. Stea TH, Shatri H, Haugland SH, Kleppang AL. Association between Self-Reported Childhood Difficulties and Obesity and Health-Related Behaviors in Adulthood-A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3).
25. Stea TH, Solaas SA, Kleppang AL. Association between physical activity, sedentary time, participation in organized activities, social support, sleep problems and mental distress among adults in Southern Norway: a cross-sectional study among 28,047 adults from the general population. *BMC Public Health.* 2022;22(1):384.
26. Vederhus JK, Haugland SH, Timko C. A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2022;31(1):e1904.
27. Nilsen TS, Knapstad M, Skogen JC, Aarø LE, Vedaa Ø. Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2025:14034948251360674.
28. Aarø LE, Nilsen T, Knapstad M, Skogen J, Nes R, Vedaa Ø, et al. The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS). *European Journal of Public Health.* 2024;34(Supplement_3):ckae144. 2118.
29. Knudsen AK, Hotopf M, Skogen JC, Øverland S, Mykletun A. The health status of nonparticipants in a population-based health study. *American journal of epidemiology.* 2010;172(11):1306-14.
30. Støren KS, Rønning E. *Livskvalitet i Norge 2021.* Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2021.
31. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition).* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.

Vedlegg 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Finnmark 2026 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside:

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

Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene

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

Dette vedlegget viser ikke spesifikt hvilke spørsmål som ble brukt eller utelatt i undersøkelsen i Finnmark. Dersom du ønsker å se en detaljert oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i Folkehelseundersøkelsen i Finnmark, henvises det til Folkehelseinstituttets nettsider: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

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

Del 1. Nærmiljø og deltakelse

Trivsel i nærmiljøet

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

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

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

Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt

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

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

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

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

Deltakelse i aktiviteter

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

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

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

Revisjoner av spørreskjemaet

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

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

Del 2. Helse

Helsedelen i grunnmodulen kartlegger ulike aspekter ved fysisk og psykisk helse, inkludert egenvurdert helse, tannhelse, kroppsmasseindeks (KMI), psykiske plager, søvnproblemer, langvarige helseplager, funksjonsnedsettelse og muskel- og skjelettsmerter. Spørsmålene dekker både subjektive vurderinger av egen helse og mer spesifikke helseplager, samt hvordan disse påvirker hverdagen. Indikatorene inkluderer flere av de største årsakene til helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge¹¹. Opplysningene gir et bredt bilde av helsetilstanden i befolkningen og kan brukes til å identifisere helseutfordringer på tvers av demografiske grupper.

Egenvurdert helse

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

¹¹ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>

krysset av for «God» eller «Svært god» helse. Dette målet brukes til å identifisere helseforskjeller mellom ulike grupper i befolkningen og sammenligne helsetilstanden på tvers av demografiske og sosioøkonomiske faktorer.

Tannhelse

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

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

Høyde og vekt

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

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

Psykiske plager

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

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

Søvn

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

spørsmål om innsovningsvansker, gjentatte oppvåkninger om natten og søvnighet eller tretthet på dagtid. Svaralternativene er «Aldri/sjelden», «Av og til», «1-2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke».

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

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

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

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

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

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

Nakke- og korsryggsmerter

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

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

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

Del 3. Sosial støtte og ensomhet

Sosial støtte

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

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

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

Ensomhet

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

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

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

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

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

Del 4. Helserelatert atferd

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kartlegges gjennom spørsmål om treningshyppighet, intensitet og varighet. Respondentene oppgir hvor ofte de vanligvis trener eller mosjonerer, inkludert aktiviteter som turer, svømming, ski, eller annen idrett. De som rapporterer å være fysisk aktive bes også angi hvor hardt de trener (rolig, moderat eller høy intensitet) og hvor lenge de trener per økt.

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

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

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

Kosthold

Kosthold kartlegges gjennom fire spørsmål om inntak av sukkerholdig drikke, frukt, grønnsaker og fisk. Respondentene oppgir hvor ofte de inntar disse matvarene på en syvpunktsskala fra «Sjelden/aldri» til «Flere ganger per dag».

Spørsmålene er formulert i tråd med anbefalinger fra nasjonale kostholdsstudier og har vært justert i samsvar med endringer i Den nasjonale Folkehelseundersøkelsen (NHUS). Endringer i siste skjemarevisjon inkluderer justeringer av spørsmål om sukkerholdig drikke og frukt for å sikre bedre samsvar med NHUS, samt tillegg av svarkategorien «Flere ganger per dag» for alle spørsmål.

Variablene brukes ofte dikotomisert i analyser og rapportering for å forenkle tolkningen av resultatene i forhold til kostholdsanbefalinger. Typiske dikotomiseringer inkluderer:

- Inntak av sukkerholdig brus/soft/leskedrikk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av frukt eller bær versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av grønnsaker versus sjeldnere inntak
- Inntak av fisk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak

Disse dikotomiseringene brukes konsekvent i Folkehelseundersøkelsene i fylkene for å rapportere andelen som oppfyller nasjonale kostholdsanbefalinger. Dette gjør det mulig å sammenligne kostholdsvaner på tvers av ulike grupper og over tid.

Tobakksbruk

Tobakksbruk kartlegges gjennom spørsmål om røyking, med svaralternativer som skiller mellom nåværende og tidligere bruk. De som oppgir at de røyker, bes videre oppgi om de røyker daglig eller av og til. Tidligere røykevaner kartlegges ved et eget spørsmål til dem som oppgir at de ikke røyker.

Spørsmålene er formulert for å være sammenlignbare med andre nasjonale undersøkelser, og i siste skjemarevisjon ble formuleringene justert for å harmonisere med tilsvarende spørsmål i Statistisk sentralbyrås (SSB) helseundersøkelser.

Resultatene presenteres ofte ved å vise andelen som røyker daglig.

For å kartlegge snusbruk blir deltakerne først spurt om de i det hele tatt snuser, med svaralternativene «Ja» og «Nei». De som svarer «Ja» får et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte de snuser (daglig eller av og til). I analysene skiller man typisk mellom de som snuser daglig og alle andre (nei eller av og til). Formålet er å identifisere andelen dagligsnusere i befolkningen.

Alkoholbruk

Alkoholbruk kartlegges gjennom flere spørsmål basert på Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C) [39], et anerkjent screeningverktøy for å identifisere alkoholvaner og potensielle alkoholproblemer.

Deltakerne bes først svare på om de noen gang har drukket alkohol. De som svarer bekreftende, får deretter spørsmål om hvor ofte de har drukket alkohol det siste året, hvor mange enheter de vanligvis drikker på en typisk dag, og hvor ofte de drikker seks enheter eller mer ved én anledning. En alkoholenhet defineres som en liten flaske øl, ett glass vin eller en drink.

Basert på svarene kan det beregnes en AUDIT-C-skår fra 0 til 12, hvor høyere skår indikerer økt risiko for problematisk alkoholbruk. I rapporteringen fokuseres det vanligvis på tre utfallsvariabler:

- Hyppig alkoholbruk – andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere.
- Alkoholkonsum på en typisk dag med alkoholinntak – gjennomsnittlig antall alkoholenheter basert på en omkoding av svarkategorier til kvasikontinuerlige verdier. Kategori 1 (1-2 enheter) er satt til 1,5. Kategori 2 (3-4 enheter) er satt til 3,5. Kategori 3 (5-6 enheter) er satt til 5,5. Kategori 4 (7-9 enheter) er satt til 8,0. Og kategori 5 (10 eller flere) er skjønnsmessig satt til 12,0.
- Episodisk høyt alkoholinntak – andel som drikker minst seks alkoholenheter ved én anledning månedlig eller oftere.

Del 5. Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er basert på anbefalinger fra en rapport utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 om måling av subjektiv livskvalitet i Norge [40]. Spørsmålene dekker ulike aspekter av livskvalitet, inkludert generell tilfredshet med livet, opplevelse av mening, emosjonelle tilstander, sosiale relasjoner, fellesskap og tillit.

Under skjemarevisjonen av fylkeshelseundersøkelsene ble målemetoden noe justert i samarbeid med normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Blant annet ble det tidligere målet på depressive plager (PHQ-2) fjernet for å unngå overlapp med HSCL-5, som nå benyttes for å måle psykiske plager. Et nytt spørsmål om forventet livstilfredshet fem år frem i tid ble lagt til.

Livskvalitetsdelen inneholder flere temaområder, som beskrevet nedenfor.

Tilfredshet med livet og opplevelse av mening

Deltakerne bes vurdere:

- Hvor fornøyd de er med livet generelt.
- Hvor fornøyd de tror de vil være om fem år.
- I hvilken grad de opplever at det de gjør i livet er meningsfylt.

Disse besvares på en 11-punkts skala (0–10), hvor høyere skår indikerer større tilfredshet eller mening. I rapportene analyseres vanligvis gjennomsnittsskår for disse spørsmålene. I noen tilfeller grupperes svarene for å vise andeler med lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) tilfredshet.

Emosjonelle opplevelser siste uke

For å måle daglig velvære og følelsesmessige opplevelser rapporterer deltakerne hvor ofte de har opplevd ulike følelser de siste syv dagene. Disse besvares på samme 11-punkts skala og omfatter:

- Positive følelser: Glad, engasjert, rolig og avslappet, lykkelig, takknemlig
- Negative følelser: Bekymret, nedfor/trist, irritert, ensom, engstelig

Basert på faktoranalyser og vurderinger av det begrepsmessige innholdet, er følgende sumskårer¹² ofte brukt i analyser:

- Negative følelser: Gjennomsnittsskår for bekymret, trist, irritert og engstelig.
- Positive følelser: Gjennomsnittsskår for glad, rolig/avslappet, lykkelig og takknemlig.
- Ensomhet og engasjement analyseres som enkeltvariabler.

Respondenter som har svart på minst to av leddene innen hver kategori på positive og negative følelser får en gyldig skår.

Sosiale relasjoner og fellesskap

Deltakerne bes vurdere i hvilken grad deres sosiale relasjoner er støttende og givende, samt hvorvidt de selv bidrar til andres livskvalitet. Disse spørsmålene er hentet fra Diener's

¹² Når vi omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

Flourishing Scale. Svarene gis på en 11-punkts skala (0–10), og de kombineres ofte i en sumskår som omtales som "sosiale relasjoner".

Det rapporteres også om sosial omgang:

- Hvor ofte man er sammen med gode venner (ikke inkludert familie¹³).
 - Alternativer: Omtrent daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger i året, sjeldnere enn årlig, har ingen gode venner.
 - I rapportene vises ofte andelen som møter venner ukentlig eller oftere.

Tillit, tilhørighet og trygghet

Denne delen inneholder spørsmål som måler ulike aspekter av sosial kapital og samfunnsmessig tillit:

- Generell tillit: Hvorvidt man opplever at folk flest er til å stole på.
- Opplevd tilhørighet: I hvilken grad man hører til på stedet der man bor.
- Trygghet i nærmiljøet: Hvor trygg man føler seg når man er ute og går.

Disse besvares også på en 11-punkts skala (0–10), og analyseres vanligvis som enkeltvariabler der gjennomsnittsskåren rapporteres.

Analyse og rapportering

I analysene av livskvalitet rapporteres gjennomsnittsskår for spørsmålene som benytter 11-punkts skalaer. I noen tilfeller grupperes svarene for å illustrere fordeling av lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) livskvalitet. Sumskårer for emosjonelle opplevelser og sosiale relasjoner brukes for å identifisere mønstre i datamaterialet.

Del 6. Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Bakgrunnsvariablene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene dekker utdanningsnivå, økonomisk situasjon, arbeids- og livssituasjon, sivilstatus, husholdningens størrelse, omsorgsansvar for barn, boligforhold og fødeland. Disse opplysningene gir viktig kontekst for å forstå variasjoner i helse, livskvalitet og helseatferd på tvers av befolkningsgrupper. I mange fylker hentes enkelte av disse opplysningene, inkludert alder, kjønn, fødeland og foreldrenes fødeland, direkte fra registre når utvalget trekkes. Når slike registerdata ikke er tilgjengelige eller ikke brukes, kartlegges denne informasjonen via spørsmål i undersøkelsen.

Utdanningsnivå

Deltakerne rapporterer sin høyeste fullførte utdanning ved å velge mellom syv kategorier:

¹³ Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent en gang i året».

1. Ingen fullført utdanning
2. Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
3. Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole, gymnas)
4. Fagskole
5. Høyskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
6. Høyskole/universitet, bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende (2–4 år)
7. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

For analyser rapporteres utdanningsnivå ofte i fire kategorier:

- Grunnskole eller lavere (1–2)
- Videregående skole og fagskole (3–4)
- Høyskole/universitet, kort (5–6)
- Høyskole/universitet, lang (7)

I noen tilfeller brukes en todeling der de med høyskole/universitet (5–7) skilles fra de med grunnskole eller videregående (1–4).

Spørsmålskategoriene ble revidert i 2021 i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) for å gjøre dem mer sammenlignbare med nasjonale statistikker. Tidligere var det ikke egne svaralternativer for fagskole og høyskole/universitet under to år, noe som kan ha ført til at enkelte med disse utdanningene tidligere ble feilklassifisert som høyere utdannede. Endringen gjør at utdanningsnivå rapportert fra 2021 og fremover er mer sammenlignbart med SSBs befolkningsdata.

Opplevd økonomisk situasjon

For å kartlegge husholdningens økonomiske situasjon bes deltakerne vurdere hvor lett eller vanskelig det er å få økonomien til å strekke til i hverdagen. Svaralternativene er:

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

I analysene rapporteres ofte andelen som opplever økonomiske vansker, definert som de som har svart «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig». Kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen. Grad av økonomiske vansker brukes også som prediktor i analysene. I denne sammenhengen beholdes alle svaralternativene som separate kategorier (utenom «vet ikke», som holdes utenfor analysen).

Arbeids- og livssituasjon

Deltakerne velger én eller flere kategorier som beskriver deres arbeidssituasjon:

- Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- Selvstendig næringsdrivende
- Sykmeldt
- Arbeidsledig
- Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- Mottar sosialstønad
- Alders- eller førtidspensjonist
- Skoleelev eller student
- Vernepliktig, sivilarbeider
- Hjemmearbeidende

Disse kategoriene gir innsikt i arbeidsdeltakelse og helserelaterte trygdeytelser i ulike deler av befolkningen.

Sivilstatus

Deltakerne oppgir sin sivilstatus ved å velge ett eller flere av følgende svaralternativer:

- Gift/registrert partner
- Samboende
- Har kjæreste (som de ikke bor sammen med)
- Enslig
- Enke/enkemann

Husholdningsstørrelse og omsorgsansvar for barn

Deltakerne oppgir hvor mange personer som bor i husstanden (inkludert seg selv), med svaralternativer fra 1 til 5 eller flere.

Dersom deltakeren har barn under 18 år, bes de oppgi hvor mange barn de har omsorg for, samt hvilke aldersgrupper barna tilhører. Flere svaralternativer kan velges:

- Før barnehagealder
- Barnehagealder
- Barneskolealder (1.–4. trinn)
- Barneskolealder (5.–7. trinn)
- Ungdomsskolealder (8.–10. trinn)
- Videregående skolealder

Boligforhold

Deltakerne oppgir om de eier eller leier boligen sin, med følgende svaralternativer:

- Eier
- Leier
- Bor hos venner eller disponerer bolig på andre måter

Fødeland

Informasjon om fødeland hentes ofte fra registre, slik som i datainnsamlingen i Oslo. I tilfeller der denne informasjonen ikke er tilgjengelig fra registre, oppgir deltakerne selv om de eller minst én av deres foreldre er født utenfor Norge. De som svarer bekreftende, blir videre bedt om å oppgi hvilket land de selv er født i, samt fødelandet til sin mor og far.

Følgende svaralternativer benyttes:

- En alfabetisk nedtrekksliste med landvalg, der Norge står øverst og «Annet» er et alternativ for de som ikke finner sitt fødeland i listen.
- Dersom respondenten velger «Annet», kan de manuelt skrive inn fødelandet i et tekstfelt.

Deltakere som er født utenfor Norge, blir også spurt om hvor lenge de har bodd i landet, med følgende svaralternativer:

- Mindre enn ett år
- 1–4 år
- 5–9 år
- 10–19 år
- 20–29 år

- 30 år eller mer
- Jeg har bodd i Norge hele livet

Opplysninger om fødeland og innvandringshistorikk gir viktig innsikt i helseforskjeller og folkehelseutfordringer blant ulike befolkningsgrupper. I analyser brukes ofte grupperinger basert på fødeland, botid i Norge og foreldres fødeland for å undersøke sammenhenger mellom innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forhold og helseutfall.

Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål

I likhet med øvrige fylker tok Finnmark i bruk den felles grunnmodulen, men fylkeskommunen benyttet også muligheten til å legge inn egne tema der lokalt kunnskapsbehov vurderes som særlig stort. Ingen av spørsmålene fra tilleggsmodulen analyseres i hoveddelen av denne rapporten; formålet her er kun å gjøre leseren oppmerksom på at dataene eksisterer, slik at de kan etterspørres og analyseres i det videre folkehelsearbeidet eller i forskning.

Snus

Tobakksdelen ble utvidet til også å omfatte snus. Det spørres først om det hender at man bruker snus (ja/nei), deretter om brukshyppighet (daglig/av og til), og til slutt om man har brukt snus tidligere (med samme inndeling). Dette gjør det mulig å beskrive både nåværende bruk og tidligere erfaring med snus.

Tannhelsetjenestebruk

Delen om tannhelse ble utvidet med tre spørsmål knyttet til bruk av tannhelsetjenester. Først ble deltakerne spurt om de har hatt behov for hjelp fra tannlege/tannpleier i løpet av de siste månedene. De kunne velge mellom svaralternativene «Ja, og har søkt hjelp», «Ja, men har ikke søkt hjelp», «Nei», «Ønsker ikke å svare» og «Vet ikke». De som svarte «Ja, men ikke søkt hjelp», fikk så spørsmål om grunnen til at de ikke har søkt hjelp. Deltakerne kunne velge flere alternativer fra en liste på 13 grunner, blant annet at man ikke har råd, språklige utfordringer, eller at det er vanskelig å få time. Til slutt kom et spørsmål om opplevd tilgjengelighet på det offentlige tannhelsetilbudet i egen kommune, med svaralternativer fra svært god til svært dårlig.

Etnisk og språklig bakgrunn

Med utgangspunkt i fylkets betydelige samiske og kvenske/norskfinske befolkning kartlegges slektstilhørighet over fire generasjoner, hjemmespråk, egen og foreldres etniske bakgrunn, selvopplevd identitet og språkpraksis i dagens familie. Deltakerne vurderer sine ferdigheter i å forstå, snakke, lese og skrive samisk og kvensk/norskfinsk, og anslår om bruken av minoritetsspråkene trolig vil øke eller avta det neste tiåret. Blokken inneholder også spørsmål om stedstilhørighet, fellesskap med lokalsamfunn og erfaringer med internatopphold. Datamaterialet gjør det mulig å undersøke helse- og levekårsforhold blant personer med samisk eller kvensk/norskfinsk bakgrunn på en langt mer nyansert måte enn tidligere.

Opplevd diskriminering

Opplevd diskriminering ble kartlagt gjennom tre spørsmål. Først ble respondentene spurt om de har opplevd å bli diskriminert, med svaralternativene "Ja", "Nei" og "Vet ikke". De som svarte "Ja", ble spurt om tidspunkt for når det skjedde, med svaralternativene "De siste to årene" og "Tidligere enn de siste to årene", med mulighet for å velge begge svaralternativer. Til slutt ble de spurt om hvorfor de tror at de ble diskriminert, med en liste over flere mulige årsaker.

Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling



I tabellene A1 – A4 på de neste sidene presenterer vi nøkkeltall fra årets Folkehelseundersøkelse i Finnmark sammen med tilsvarende tall fra alle tidligere folkehelseundersøkelser. For hvert utfallsmål vises ett samlet estimat per fylke og år, slik at leseren raskt kan danne seg et bilde av utviklingen over tid og hvordan Finnmark plasserer seg i en nasjonal sammenheng. Tabellene er utformet som et «varmekart»: cellene er fargelagt på en gradient fra grønt til oransje. Grønn farge angir at fylket skårer gunstigere enn de fleste andre på den aktuelle indikatoren, mens oransje markerer at fylket ligger i den mindre gunstige enden av fordelingen. Hva som er «gunstig» kan variere – lav forekomst av fedme er positivt, mens høy andel som vurderer helsen som god er positivt – men fargekodingen er alltid satt slik at grønt representerer det mest fordelaktige utfallet, og oransje det minst fordelaktige innenfor den aktuelle variabelen.

I datainnsamlingen i Finnmark 2026 er resultatene vektet for å korrigere for ulik inklusjonssannsynlighet og for frafall på en måte som er konsistent med trekkdesignet. Utvalget ble trukket på kommunenivå, der trekkssannsynligheten (prob) ble beregnet innen kommune, og designvekten ble definert som $1/\text{prob}$. I analyser som gjelder 2026 alene benyttes i tillegg en frafallsvekt beregnet under MAR, der frafall antas å følge trekkdesignet (kommune), ved at designvekten multipliseres med forholdet mellom antall inviterte og antall samtykkende i samme kommune. Bruttoutvalget ble trukket med en systematisk overrepresentasjon av mindre kommuner og tilsvarende underrepresentasjon av større kommuner, noe som understreker behovet for vektbruk når resultater oppsummeres på fylkesnivå. Vekting kan redusere, men ikke eliminere, usikkerhet som skyldes seleksjon dersom ikke-deltakere avviker fra deltakerne på måter som ikke fanges av trekkdesignet. Sammenlikninger med tidligere folkehelseundersøkelser bør derfor gjøres med bevissthet om at utvalg og vekting kan ha vært gjennomført på andre måter i tidligere undersøkelser, og at slike metodiske forskjeller kan påvirke nivåforskjeller i totalsnitt.

Spørreskjemaet har blitt revidert flere ganger siden 2018. Enkelte indikatorer mangler derfor i enkelte årganger, og tabellene kan inneholde tomme felter der spørsmål enten ikke ble stilt eller ble stilt på en måte som ikke lar seg sammenligne.

Historisk har sumskåren for variabelen «Positive følelser» vært basert på to spørsmål. Fra folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 og i undersøkelsene som er gjennomført etter det, benyttes en utvidet versjon med fire spørsmål, som gir et mer robust mål. I tabell A4 i dette vedlegget er derfor tallene for Finnmark hentet fra fire-ledd-varianten, mens tallene fra eldre fylkesundersøkelser fortsatt bygger på to ledd. Analyser gjennomført i forbindelse med folkehelseundersøkelsen Oslo 2024 viste at overgang fra to til fire ledd endrer gjennomsnittet i svært liten grad. Fremtidige publiseringer vil derfor benytte fire-ledd-skåren som standard, men tallene fra eldre datainnsamlinger er beholdt slik de foreligger.

Tabell A1. Nærmiljø og tilgjengelighet til tilbud

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025						2026
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold	Akershus	Buskerud	Finnmark
Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	73.2	70.5	72.1	75.5	70.9	76.6	73.7	76.6	74.1	73.4	71.7	73.5	70.1		63.0	73.0	70.8	68.9	66.7	69.1	67.4
Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)							67.5	78.5	74.5	70.2	66.1	73.3	73.3		65.6	77.9	72.7	73.9	71.8	70.3	63.4
Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)							76.8	82.5	80.0	78.3	82.6	79.0	78.1		72.8	81.7	82.0	72.7	79.2	82.0	76.6
Butikker (god/svært god tilgjengelighet)			80.5	82.8	81.5	85.0	79.1	84.9	81.6	81.8	75.7	79.1	80.8		72.4	82.0	75.8	78.1	77.2	77.0	68.8
Offentlig transport (god/svært god tilgjengelighet)			39.2	50.2	31.8	57.9	34.2	52.5	60.7	53.9	38.9	47.8	54.4		45.3	53.6	50.8	41.8	70.3	44.1	28.9
Natur og friluftsområder (god/svært god tilgjengelighet)			95.1	95.1	95.6	92.4	93.3	92.5	91.1	92.6	92.3	92.1	89.2		87.9	92.5	92.1	89.9	90.1	92.8	91.7
Gang og sykkelveier (godt eller svært godt utbygge)			43.2	60.5	46.7	67.9	43.7	60.5	55.5	39.1	52.2	59.0	69.2		42.0	65.8	57.7	52.2	63.6	57.9	50.9
Egenorganisert aktivitet (ukentlig)	41.6	41.8	53.0	57.5	52.0	53.9	45.5	47.0	43.8	47.2	46.8	53.2	52.1		44.9	45.6	43.7	46.1	33.8	46.0	50.6
Organisert aktivitet (ukentlig)	25.5	27.7	24.8	32.8	26.9	27.6	22.5	25.9	23.1	24.2	24.9	31.4	29.2	22.3	22.8	28.6	29.1	26.0	23.1	25.6	25.2

Tabell A2. Helserelaterte utfall

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025						2026
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold	Akershus	Buskerud	Finnmark
God eller svært god helse	75.9	76.1	69.8	72.4	70.1	75.7	71.8	71.1	72.1	70.0	67.8	69.5	70.3	69.6	66.5	69.2	67.2	66.8	70.3	70.2	65.1
God eller svært god tannhelse			67.4	74.7	69.5	76.5	72.6	73.1	74.7	74.6	71.9	72.9	72.5	68.6	67.1	72.8	71.0	71.6	72.7	72.4	64.5
Siste besøk hos tannlege > 2 år	10.4	11.4	15.9	10.8	14.3	9.4	12.3	11.7	12.0	11.3	12.5	10.8	10.7		16.5	12.2	11.5	11.9	12.2	12.4	17.8
Søvnproblemer (insomni)							11.1	13.0	11.5	11.9	12.1	14.4	14.2	14.5	13.3	12.6	13.2	14.6	14.2	13.3	14.2
Psykiske plager (HSCL-5)	1.46	1.42	1.50	1.52	1.50	1.50	1.50	1.52	1.52	1.51	1.57	1.59	1.62	1.77	1.60	1.57	1.56	1.64	1.64	1.61	1.54
Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager			11.7	11.4	12.0	9.2	11.1	13.0	11.9	11.2	14.6	15.2	12.7	11.7	15.2	13.7	14.7	16.2	13.7	13.4	14.1
Hverdagen i stor grad påvirket av funksjons-nedsettelse på grunn av skade			6.1	6.1	5.8	4.6	5.2	6.3	5.9	5.4	7.1	7.3	6.1		5.9	6.9	7.2	8.6		6.8	6.5
Korsryggsmerter							42.9	43.8	43.0	43.5	47.9	45.2	43.4	45.4	46.8	42.7	45.0	45.3	44.1	43.1	45.3
Nakkesmerter							38.1	41.9	41.8	40.1	44.3	41.9	41.4	44.0	46.3	40.2	40.4	42.9	41.6	40.0	43.7
Andel med fedme (KMI 30+)			20.7	17.5	21.5	16.2	19.4	18.9	18.4	17.9	21.6	18.8	17.0	12.3	21.3	18.3	19.8	20.9	16.4	18.7	24.4

Tabell A3. Mellommenneskelige relasjoner og helseatferd

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025						2026
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold	Akershus	Buskerud	Finnmark
Sosial støtte (høy grad)				44.8			36.7	36.3	35.9	36.2	33.6	38.2	35.4	27.0	29.4	32.8	32.9	32.6	34.4	31.8	32.6
Sammen med gode venner ukentlig el oftere			64.2	65.0	61.6	57.5	50.2	51.7	47.0	52.1	51.2	57.0	54.0	50.1	50.2	51.7	53.3	50.0	45.8	49.6	56.2
Ensomhet (UCLA-3)				10.9					11.3	11.4	13.9	13.4	14.2	16.8	14.7	12.1	12.7	13.2	11.6	12.6	12.8
Fysisk aktiv			20.6	18.2	20.0	22.4	25.0	20.4	20.3	24.7	22.3	22.3	23.5	22.6	23.8	20.7	19.2	18.6	20.1	20.7	22.0
Røyker daglig	8.7	8.4	10.0	9.2	9.0	7.9	8.5	9.2	8.3	7.1	9.0	8.0	6.9	6.7	6.5	7.7	9.1	9.1	6.3	7.3	9.4
Bruker snus daglig	10.5	10.3	14.8	11.0	15.5	11.3	12.8	12.5	12.3	11.8	13.8	11.3	13.5	14.9		13.6	13.2	14.4	12.3	12.1	16.9
Inntak av brus/leskedrikk 2-3 gg i uken eller oftere							30.4	26.6	24.8	26.2	27.8	28.4	30.1	25.6	26.7	27.4	30.7	27.5	24.1	26.5	24.4
Daglig inntak av frukt eller bær	33.8	32.3	25.3	29.3	25.0	29.4	35.4	33.0	33.2	37.6	28.5	31.8	32.7	30.1	31.6	33.1	31.2	31.2	33.1	33.0	29.3
Daglig inntak av grønnsaker	45.1	41.5	32.7	36.8	34.6	40.1	42.8	48.2	47.3	47.7	36.0	40.8	42.0	48.3	38.4	45.5	41.3	40.1	44.8	43.2	34.6
Spiser fisk 2-3gg i uken eller oftere							58.4	48.8	51.0	54.3	46.5	42.9	45.9	42.9	53.3	43.1	40.7	40.4	46.5	42.7	50.4
Alkoholenheter per gang										3.0	2.8	3.3	3.4	3.3	3.1	3.0	3.2	3.0	2.8	2.8	3.2
Drikker alkohol 2-3 gg i uken eller oftere	21.2	13.8	18.8	19.6	20.6	22.2	18.9	25.0	28.1	21.5	20.2	19.3	18.9	26.8	16.1	21.8	17.6	19.9	23.9	18.7	14.4
Episodisk høyt alkoholforbruk	17.3	13.1	17.6	19.6	15.8	19.2	13.2	16.5	15.9	15.7	12.4	16.3	19.0	23.0	14.1	15.3	14.3	14.1	14.2	12.0	14.4

Tabell A4. Økonomi og livskvalitet

	2018	2019			2020		2021			2022	2023			2024	2025						2026
	Hordaland	Sogn og Fjordane	Troms og Finnmark	Agder	Nordland	Rogaland	Møre og Romsdal	Vestfold og Telemark	Viken	Vestland	Innlandet	Agder	Rogaland	Oslo	Troms	Vestfold	Telemark	Østfold	Akershus	Buskerud	Finnmark
Økonomiske vansker			21.4	20.8	19.4	16.7	16.8	18.7	18.7	19.2	27.1	26.2	25.2	36.2	24.4	26.2	25.8	29.9	30.0	26.7	21.4
Tilfredshet med livet			7.53	7.59	7.48	7.54	7.30	7.41	7.35	7.32	7.24	7.14	7.10	6.85	6.90	7.36	7.34	7.08	7.20	7.16	7.13
Fremtidsoptimisme							7.79	7.81	7.75	7.65	7.50	7.46	7.35	7.43	7.28	7.77	7.70	7.39	7.54	7.45	7.47
Det man gjør i livet er meningsfylt			7.52	7.56	7.50	7.49	7.45	7.47	7.42	7.41	7.35	7.27	7.18	6.97	7.02	7.54	7.53	7.30	7.42	7.39	7.32
Negative følelser (bekymret, trist, irritert, engstelig)			3.13	3.17	3.14	3.02	3.14	3.11	3.16	3.35	3.10	3.17	3.27	3.68	3.16	3.40	3.41	3.51	3.52	3.43	3.28
Positive følelser (glad; rolig og avslappet)			7.00	6.98	7.00	6.96	6.86	6.81	6.76	6.88	6.62	6.63	6.59	6.37	6.58	6.90	6.87	6.69	6.72	6.74	6.77
Ensomhet			2.23	2.20	2.21	1.93	2.22	1.97	1.96	2.29	2.11	2.14	2.24	2.51	2.26	2.23	2.33	2.35	2.30	2.32	2.34
Sosiale relasjoner (støttende og givende)			7.33	7.43	7.28	7.45	7.22	7.32	7.33	7.27	7.09	7.34	7.29	7.20	7.16	7.44	7.33	7.34	7.34	7.30	7.12
Tillit til andre			7.01	7.23	7.09	7.24	7.03	7.15	7.10	7.05	6.69	6.94	6.94	6.58	6.64	6.93	6.89	6.58	6.71	6.72	6.59
Stedstilhørighet			7.44	7.43	7.60	7.47	7.55	7.38	7.18	7.34	7.17	7.19	7.04	6.58	6.99	7.26	7.33	7.11	6.95	7.14	7.30
Føler seg trygg i nærmiljøet			9.16	8.96	9.16	8.93	9.18	8.94	8.75	8.92	9.04	8.71	8.58	8.18	9.04	8.61	8.62	8.28	8.46	8.53	9.02
Engasjement			6.42	6.48	6.36	6.34	6.05	6.31	6.29	6.50	6.23	6.20	6.18	6.18	5.94	6.43	6.36	6.34	6.51	6.38	6.17

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no