

**RAPPORT**

2026

# Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Rapport

# Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025

Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Øystein Vedaa, Gunnhild Johnsen Hjetland, Truc Trung Nguyen, Erlend Sunde, Marianne Hope Abel, Thor Indseth, Bo Tarning Hansen, Berit Løkken Finess, Håkon Bøås, Tone Bruun, Ingvild Fjeldheim, Benedicte Kirkøen, Thomas Sevenius Nilsen, Bjørn Heine Strand, Marit Knapstad, Hanne Løvdal Gulseth





**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for folkehelse og forebygging

Avdeling for Helsefremmende arbeid

April 2026

**Tittel:**

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

**Forfattere:**

Øystein Vedaa

Gunnhild Johnsen Hjetland

Truc Trung Nguyen

Erlend Sunde

Marianne Hope Abel

Thor Indseth

Bo Terning Hansen

Berit Løkken Finess

Håkon Bøås

Tone Bruun

Ingvild Fjeldheim

Benedicte Kirkøen

Thomas Sevenius Nilsen

Bjørn Heine Strand

Marit Knapstad

Hanne Løvdal Gulseth

**Intern arbeidsgruppe for undersøkelsen i FHI:**

Hege Holde Andersson (leder)

Merete Kallekleiv

Belinda Gloppen Helle

Jon Marius Gasto Wickmann

Erlend Sunde

Øystein Vedaa

**Publikasjonstype:**

Rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISBN elektronisk utgave:**

978-82-8406-565-6

**Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv:**

DOI: <https://doi.org/10.21349/smzz-nj96>

# INNHold

Innhold .....	4
Hovedbudskap.....	8
1 Sammendrag .....	9
Innledning.....	9
Metode.....	9
Resultat .....	9
Diskusjon .....	10
Konklusjon.....	10
Key messages (English).....	11
Executive summary (English) .....	12
Introduction .....	12
Methods .....	12
Results .....	12
Discussion.....	13
Conclusion .....	13
2 Innledning.....	15
2.1 Bakgrunn.....	15
2.2 Innvandrerbefolkningen i Norge.....	16
3 Metode.....	17
3.1 Utvalg, datainnsamling og frafall .....	17
3.2 Kommunikasjonsarbeidet.....	20
3.3 Spørreskjemaet.....	21
3.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid .....	22
3.4.1 Presentasjon av resultater.....	23
3.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater .....	24
3.4.3 Resultatforskjeller mellom 2020 og 2025 .....	25
3.4.4 Bruk av kunstig intelligens.....	26
3.5 Viktige forbehold .....	26
4 Resultater .....	28
4.1 Respondentutvalget.....	28
4.2 Fysisk helse og helsetilstand .....	31

4.2.1	God eller svært god helse.....	31
4.2.2	Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer.....	37
4.2.3	Andel med fedme (KMI 30+) .....	43
4.2.4	Andelen som har hatt hjerteinfarkt noen gang.....	49
4.2.5	Angina pectoris (hjertekrampe) siste 12 måneder.....	50
4.2.6	Høyt blodtrykk / hypertensjon .....	52
4.2.7	Ukentlig bruk av medisiner mot høyt blodtrykk.....	53
4.2.8	Ukentlig bruk av kolesterolsenkende medisin .....	54
4.2.9	Andelen som har hatt hjerneslag .....	56
4.2.10	Kreft de siste 12 månedene .....	57
4.2.11	Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene .....	58
4.2.12	Kols, bronkitt eller emfysem det siste året.....	65
4.2.13	Astma siste året.....	70
4.2.14	Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder .....	75
4.2.15	Ukentlig bruk av medisiner for allergi.....	79
4.2.16	Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året .....	80
4.2.17	Langvarige eller tilbakevendende smerter .....	85
4.2.18	Ukentlig bruk av smertestillende på resept.....	90
4.2.19	Ukentlig bruk av smertestillende uten resept .....	91
4.2.20	Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder .....	93
4.2.21	God eller svært god tannhelse.....	99
4.3	Psykisk helse, søvn, livskvalitet og sosiale ressurser .....	103
4.3.1	Psykiske plager – HSCL-5 (1–4).....	103
4.3.2	Psykiske plager – HSCL-5 $\geq 2$ for menn og $\geq 1,8$ for kvinner .....	108
4.3.3	Psykisk plager – PHQ-9 totalskår .....	115
4.3.4	Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager (skår $\geq 10$ ) .....	118
4.3.5	Psykisk plager – GAD-7 totalskår .....	123
4.3.6	Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst (skår $\geq 10$ ) .....	127
4.3.7	Ukentlig bruk av medisin for angst og depresjon.....	131
4.3.8	Søvnproblemer (insomni).....	132
4.3.9	Søvn lengde på hverdager.....	138
4.3.10	Ukentlig bruk av sovemedisin .....	144
4.3.11	Tilfredshet med livet (0-10).....	145

4.3.12	Høy sosial støtte (OSSS-3) .....	151
4.3.13	Ensomhet (UCLA-3) .....	157
4.4	Levevaner og helsereelatert atferd .....	164
4.4.1	Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken .....	164
4.4.2	Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken .....	170
4.4.3	Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere .....	176
4.4.4	Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk daglig eller oftere .....	179
4.4.5	Daglig inntak av frukt eller bær .....	181
4.4.6	Daglig inntak av grønnsaker .....	186
4.4.7	Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere .....	190
4.4.8	Daglig bruk av røyk/sigaretter .....	195
4.4.9	Daglig bruk av snus .....	201
4.4.10	Daglig bruk av e-sigaretter .....	206
4.4.11	Alkoholenheter per gang .....	208
4.4.12	Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere .....	214
4.4.13	Episodisk høyt alkoholforbruk.....	219
4.5	Sosioøkonomiske forhold, arbeidsliv og diskriminering .....	225
4.5.1	Økonomiske vansker .....	225
4.5.2	Andelen som er arbeidsledig nå .....	229
4.5.3	Andelen som er sykemeldt nå .....	230
4.5.4	Sykefravær siste 12 mnd (antall dager).....	231
4.5.5	Andelen som er ufør eller under AAP nå.....	233
4.5.6	Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse .....	234
4.5.7	Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere .....	238
4.6	Behov for og bruk av helsetjenester.....	243
4.6.1	Behov for legehjelp siste 12 mnd, og har søkt hjelp .....	243
4.6.2	Behov for legehjelp siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp.....	245
4.6.3	Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, og har søkt hjelp....	247
4.6.4	Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp	249
4.6.5	Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, og har søkt hjelp.....	251
4.6.6	Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp.....	253
4.7	Luftveisinfeksjoner.....	255

4.7.1	Egenvurdert risiko for alvorlig sykdom.....	255
4.7.2	Forekomst av luftveissymptomer.....	258
4.7.3	Atferd for å unngå å bli smittet selv.....	261
4.7.4	Adferd for å unngå å smitte andre.....	286
4.7.5	Arbeidsliv: Arbeidsfravær og håndtering av arbeidssituasjonen ved luftveissymptomer.....	310
4.7.6	Bekymring og reaksjoner knyttet til luftveisinfeksjoner.....	312
4.7.7	Informasjonskilder om luftveisinfeksjoner.....	314
5	Diskusjon.....	315
5.1	Fysisk helse og helsetilstand.....	315
5.2	Psykisk helse, søvn, livskvalitet og sosiale ressurser.....	317
5.3	Levevaner og helserelatert atferd.....	318
5.4	Sosioøkonomiske forhold, arbeidsliv og diskriminering.....	320
5.5	Behov for og bruk av helsetjenester.....	322
5.6	Luftveisinfeksjoner.....	323
6	Konklusjon.....	327
6.1	Begrensninger ved datagrunnlaget.....	327
6.2	Måleinstrument.....	330
7	Referanser.....	332
8	Vedlegg 1: Spørreskjema.....	334
9	Vedlegg 2: Hoveddelen av spørreskjemaet.....	335
10	Vedlegg 3: Temamoduler.....	342
10.1	Luftveisinfeksjoner.....	342
10.2	Kosthold.....	345
10.3	Psykisk helse og bruk av helsetjenester.....	346

## HOVEDBUDSKAP

- Helse og levekår varierer mindre mellom fylker enn mellom grupper i befolkningen.
- Kort utdanning og særlig vanskelig økonomi går igjen som de tydeligste sosiale skillelinjene. Disse gruppene rapporterer oftere dårligere fysisk og psykisk helse, mindre gunstige levevaner, svakere tilknytning til arbeidslivet og større udekket behov for hjelp.
- Yngre voksne, og særlig unge kvinner, skiller seg ut med mer psykiske plager, søvnproblemer, ensomhet og større udekket behov for hjelp ved psykiske plager, mens eldre oftere rapporterer fysiske sykdommer, legemiddelbruk og mer bruk av helsetjenester.
- Forskjellene mellom personer med ulik innvandrerbakgrunn er sammensatte, men tydelige innen temaer som selvpoplevd helse, psykisk helse, tannhelse, ensomhet, arbeidsliv, opplevd diskriminering og livsstil. Personer fra vestlige land ligger på de fleste områder tett på norskfødte, mens personer født i østlige Europa, Asia, Afrika eller Latin-Amerika skiller seg vesentlig ut på en rekke områder.
- Sammenlignet med pilotundersøkelsen i 2020 peker flere sentrale indikatorer i en mindre gunstig retning. Vi vet ikke om dette skyldes forskjeller i utvalget eller om det skyldes en reell endring i folkehelsen i Norge. Ved neste gjennomføring av Den nasjonale folkehelseundersøkelsen vil vi mer sikkert kunne si noe om de reelle utviklingstrekkene.
- Folkehelseinstituttets viktigste smittevernråd mot luftveisinfeksjoner etterleves i høy grad. Mange oppgir også at de gjennomfører ytterligere smitteverntiltak. Tiltak for å unngå å smitte andre er vanligere enn tiltak for å beskytte seg selv. Kun et fåtall fremstår bekymret for alvorlig forløp. Personer som vurderer at de har økt risiko for alvorlig sykdom, utfører flere egenbeskyttende tiltak enn andre.
- Ved luftveissymptomer er det både vanlig å møte opp fysisk på jobb og å benytte hjemmekontor. En tredjedel benyttet egenmelding sist gang de hadde luftveissymptomer. Av disse oppga nærmest alle at de følte seg for syke til å jobbe. Mange var i tillegg bekymret for å smitte andre og bekymret for at kollegaer vil reagere negativt dersom de dro på jobb med symptomer.

# 1 SAMMENDRAG

## Innledning

For å kunne prioritere forebygging og folkehelseiltak trengs oppdatert kunnskap om hvordan folk faktisk har det. Registerdata gir viktig informasjon om sykdom registrert ved kontakt med helsepersonell/helsevesenet, legemiddelforskrivning og bruk av tjenester, men sier mindre om selvrapportert helse, psykiske plager, søvn, levevaner, sosial støtte, ensomhet og opplevde levekår.

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er utviklet for å gi nettopp et slikt bilde gjennom regelmessige, landsdekkende målinger i den voksne befolkningen. I 2025 omfattet undersøkelsen både faste spørsmål om helse, livskvalitet, levevaner og levekår og egne fordypningsstemaer om kosthold, psykisk helse, bruk av helsetjenester og luftveisinfeksjoner. Spørsmålet i denne rapporten er derfor hvordan helse, levevaner og levekår i den voksne befolkningen varierer mellom fylker og befolkningsgrupper i 2025, og hvilke forskjeller vi kan se i resultatet i forhold til pilotundersøkelsen i 2020.

## Metode

Rapporten bygger på en landsdekkende digital spørreundersøkelse blant personer 18 år og eldre bosatt i Norge. Høsten 2025 ble 100 000 personer invitert, og om lag 28 prosent samtykket til deltakelse. Svarprosenten varierte fra 33,8 prosent blant norskfødte, 34,7 prosent blant de født i vestlige land, 15,2 prosent blant de født i østlige Europa og 13,2 prosent blant de født i Afrika, Asia og Latin-Amerika. For å styrke datagrunnlaget ble det trukket et forsterket utvalg blant flere fødelandsgrupper som vanligvis er vanskelig å nå med slike undersøkelser, og spørreskjemaet var tilgjengelig på flere språk (bokmål, nynorsk, samisk, engelsk, polsk, ukrainsk, somali og tigrinja). Resultatene bygger på selvrapporterte opplysninger og er vektet for å ta hensyn til ulik trekk sannsynlighet og til befolkningens sammensetning etter kjønn og alder. Der det var mulig, ble resultatene sammenlignet med pilotundersøkelsen i 2020.

## Resultat

Resultatene viser at det finnes forskjeller mellom fylker, men at disse som regel er mindre og mindre systematiske enn forskjellene mellom befolkningsgrupper. Den tydeligste hovedlinjen i materialet er en klar sosial gradient: kortere utdanning og særlig vanskelig økonomi henger sammen med dårligere fysisk og psykisk helse, mindre gunstige levevaner, svakere tilknytning til arbeidslivet og større sannsynlighet for udekket behov for helsehjelp. Dette mønsteret går igjen på tvers av flere temaer og er ofte tydeligere enn de geografiske forskjellene.

Personer født utenfor Norge skiller seg også ut på en rekke faktorer, dette gjelder særlig personer født i østlige Europa, Afrika, Asia eller Latin-Amerika. De har noe dårligere selvrapportert helse, tannhelse og psykisk helse. De er mer plaget av ensomhet og opplever mer diskriminering. De er

sjeldnere fysisk aktive og har en høyere andel røykere. På den annen side har de et vesentlig lavere alkoholkonsum.

Alder og kjønn gir ulike utslag avhengig av tema. Eldre rapporterer oftere fysiske sykdommer, mer legemiddelbruk og mer bruk av helsetjenester, mens yngre voksne, og særlig unge kvinner, skiller seg ut med mer psykiske plager, søvnproblemer, ensomhet og større udekket behov for hjelp ved psykiske plager. Forskjellene mellom fødelandsgruppene er viktige, men mer sammensatte og mer avhengige av hva som undersøkes. Det kommer særlig til syne i sosial støtte, tilknytning til arbeidslivet, opplevd diskriminering, enkelte helseutfall og udekket behov for tjenester.

Behov for og bruk av helsetjenester varierer mellom tjenestetyper. Legehjelp ser oftest ut til å bli oppsøkt når behov oppstår, mens udekket behov er mer utbredt for psykisk helsehjelp og tannhelsetjenester, særlig blant yngre voksne, personer med vanskelig økonomi og enkelte fødelandsgrupper.

Temadelen om luftveisinfeksjoner viser at en høy andel av deltakerne gjennomfører ett eller flere smitteverntiltak for å hindre spredning av luftveisinfeksjoner. Tiltak for å unngå å smitte andre er vanligere enn tiltak for å beskytte seg selv. Personer som vurderer at de har høyere risiko for alvorlig sykdom oppgir oftere at de gjennomfører tiltak for å beskytte seg selv enn det andre gjør. Kun et fåtall av deltakerne angir bekymring for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner. Ved luftveissymptomer er det vanlig både å møte opp fysisk på jobb og benytte hjemmekontor. For deltakerne som oppga bruk av egenmelding, rapporterte nærmest alle at de var for syke til å jobbe. Mange var i tillegg bekymret for å smitte andre og bekymret for at kollegaer vil reagere negativt dersom de dro på jobb med symptomer.

## Diskusjon

Det mest gjennomgående funnet er at ulikheter i helse, levevaner og levekår i Norge i stor grad følger sosiale og demografiske skillelinjer. Hvor en bor ser ut til å ha mindre betydning enn alder, kjønn, utdanning, økonomi og fødelandsbakgrunn. Dette gir et viktig nyansert bilde av folkehelsen: nasjonale gjennomsnitt kan skjule grupper med klart større belastning og svakere tilgang til ressurser og hjelp.

Resultatene bør tolkes i lys av at undersøkelsen bygger på selvrapporterte opplysninger og at deltakelsen var lavere blant menn, yngre voksne og enkelte fødelandsgrupper. Likevel er hovedmønstrene gjennomgående på tvers av mange indikatorer, noe som styrker inntrykket av at rapporten fanger opp reelle og viktige forskjeller i befolkningen.

## Konklusjon

Rapporten viser at helse, levevaner og levekår i den voksne befolkningen i 2025 varierer mer mellom befolkningsgrupper enn mellom fylker. De mest konsistente forskjellene finnes etter utdanning og særlig opplevd økonomi, men også etter alder, kjønn og fødelandsgruppe. Den nasjonale folkehelseundersøkelsen gir dermed et viktig nasjonalt sammenligningsgrunnlag for å følge utviklingen i befolkningens helse, levevaner og levekår og for å styrke et langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

## KEY MESSAGES (ENGLISH)

- Health and living conditions vary less between counties than between population groups.
- Low educational attainment and, in particular, financial hardship emerge consistently as the clearest social divides. These groups more often report poorer physical and mental health, less favourable health behaviours, weaker labour market attachment and greater unmet need for help.
- Younger adults, and especially young women, stand out by reporting more psychological distress, sleep problems, loneliness and greater unmet need for help with mental health problems, whereas older adults more often report physical illnesses, medication use and greater use of healthcare services.
- The differences between people with different migrant backgrounds are complex, but clear within themes such as self-rated health, mental health, dental health, loneliness, working life, perceived discrimination and lifestyle. On most indicators, people from Western countries are broadly similar to those born in Norway, whereas people born in Eastern Europe, Asia, Africa or Latin America differ substantially on a number of measures.
- Compared with the pilot survey in 2020, several key indicators point in a less favourable direction. We do not know whether this reflects differences in the sample or a genuine change in public health in Norway. When the next wave of The Norwegian Public Health Survey is conducted, we will be in a better position to comment on the underlying trends.
- The Norwegian Institute of Public Health's main infection prevention and control recommendations for respiratory infections are followed to a high degree. Many also report taking additional infection prevention and control measures. Measures aimed at avoiding transmission to others are more common than self-protective measures. Only a small minority appear concerned about severe illness. People who consider themselves to be at increased risk of severe illness take more self-protective measures than others.
- When experiencing respiratory symptoms, it is common both to attend work in person and to work from home. One third used self-certified sick leave the last time they had respiratory symptoms. Of these, almost all reported that they felt too ill to work. Many were also concerned about infecting others and about colleagues reacting negatively if they went to work with symptoms.

# EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)

## Introduction

To prioritise preventive and public health measures, up-to-date knowledge is needed about the population's health and living conditions. Administrative register data provide important information on disease recorded through contact with health professionals and the healthcare system, as well as the prescribing of medicines and service use. However, they provide less information on self-reported health, psychological distress, sleep, health behaviours, social support, loneliness and perceived living conditions.

The Norwegian Public Health Survey was developed precisely to provide such an account through regular, nationwide surveys of the adult population. In 2025, the survey included both core questions on health, quality of life, health behaviours and living conditions, and dedicated in-depth modules on diet, mental health, use of healthcare services and respiratory infections. The question addressed in this report is therefore how health, health behaviours and living conditions in the adult population varied across counties and population groups in 2025, and what differences can be observed compared with the pilot survey in 2020.

## Methods

The report is based on a nationwide online survey of people aged 18 years and over resident in Norway. In autumn 2025, 100,000 people were invited, and around 28% consented to participate. The response rate was 33.8% among people born in Norway, 34.7% among those born in Western countries, 15.2% among those born in Eastern Europe, and 13.2% among those born in Africa, Asia and Latin America. To strengthen the basis for analysis, an oversample was drawn from several country-of-birth groups that are typically difficult to reach in surveys of this kind, and the questionnaire was available in multiple languages (Bokmål, Nynorsk, Sámi, English, Polish, Ukrainian, Somali and Tigrinya). The results are based on self-reported information and are weighted to account for unequal selection probabilities and the population composition by sex and age. Where possible, the results were compared with those from the pilot survey in 2020.

## Results

The results show that there are differences between counties, but that these are generally smaller and less systematic than the differences between population groups. The clearest overall pattern in the data is a marked social gradient: lower educational attainment and, in particular, financial hardship are associated with poorer physical and mental health, less favourable health behaviours, weaker labour market attachment, and a greater likelihood of unmet need for healthcare. This pattern recurs across several themes and is often more pronounced than the geographical differences.

People born outside Norway also stand out on a number of factors, particularly those born in Eastern Europe, Africa, Asia or Latin America. They report slightly poorer self-rated health, dental health and mental health. They are more affected by loneliness and experience more

discrimination. They are less likely to be physically active, and smoking prevalence is higher. On the other hand, their alcohol consumption is substantially lower.

Age and sex show different patterns depending on the topic. Older adults more often report physical illnesses, higher medication use and greater use of healthcare services, whereas younger adults, and especially young women, stand out by reporting more psychological distress, sleep problems, loneliness and a greater unmet need for help with mental health problems. Differences between country-of-birth groups are important, but more complex and more dependent on the outcome under study. This is particularly evident in social support, labour market attachment, perceived discrimination, selected health outcomes and unmet need for services.

Need for and use of healthcare services vary across service types. Medical care appears generally to be sought when the need arises, whereas unmet need is more common for mental healthcare and dental services, particularly among younger adults, people experiencing financial hardship, and certain country-of-birth groups.

The thematic section on respiratory infections shows that a high proportion of participants take one or more infection-control measures to prevent the spread of respiratory infections. Measures aimed at avoiding transmission to others are more common than self-protective measures. People who consider themselves to be at higher risk of severe illness more often report taking measures to protect themselves than others do. Only a small minority of participants report concern about severe illness from respiratory infections. When experiencing respiratory symptoms, it is common either to attend work in person or to work from home. Among participants who reported using self-certified sick leave, almost all said they had been too ill to work. Many were also concerned about infecting others and about colleagues reacting negatively if they went to work with symptoms.

## Discussion

The most consistent finding is that inequalities in health, health behaviours and living conditions in Norway largely follow social and demographic divides. Where people live appears to matter less than age, sex, education, financial circumstances and country-of-birth background. This provides an important nuanced picture of public health: national averages may conceal groups experiencing substantially greater burdens and poorer access to resources and assistance.

The results should be interpreted in the light of the fact that the survey is based on self-reported information and that participation was lower among men, younger adults and certain country-of-birth groups. Even so, the main patterns are consistent across a wide range of indicators, reinforcing the conclusion that the report captures real and important differences within the population.

## Conclusion

The report shows that health, health behaviours and living conditions in the adult population in 2025 vary more between population groups than between counties. The most consistent differences are by education level and, in particular, perceived financial circumstances, but also by

age, sex and country-of-birth group. The Norwegian Public Health Survey therefore provides an important national benchmark for tracking developments in the population's health, health behaviours and living conditions, and for strengthening long-term, evidence-informed public health action.

## 2 INNLEDNING

### 2.1 Bakgrunn

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er en årlig, befolkningsbasert helseundersøkelse som gjennomføres av Folkehelseinstituttet. Undersøkelsen skal gi nasjonale og fylkesrepresentative data om helse, livskvalitet, levevaner og andre forhold som påvirker helsen, og inngår i kunnskapsgrunnlaget for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Formålet er å samle inn data som kan brukes til å følge utviklingen i befolkningens helse og levekår over tid, prioritere folkehelseiltak, sette mål for folkehelsearbeidet og eventuelt vurdere effekten av store tiltak. Opplysningene skal blant annet bidra til en helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk, til folkehelsearbeid på nasjonalt og regionalt nivå og til forskning.

Spørreskjemaet i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen retter seg særlig mot selvrapportert helse, livskvalitet, sykdom og symptomer, psykiske plager, søvn, helseatferd og andre forhold av betydning for helse og levekår, i tillegg til utvalgte fordypningstemaer. Undersøkelsen skal supplere informasjon fra registre og andre etablerte datakilder ved å fange opp forhold som ikke, eller bare delvis, lar seg måle registerbasert, og den skal også supplere Folkehelseundersøkelsene i fylkene. Der den nasjonale undersøkelsen i større grad er innrettet mot å gi regelmessige og sammenlignbare data om helsetilstand, levekår og risikofaktorer i befolkningen, kan Folkehelseundersøkelsene i fylkene i større grad rendyrkes som lokalsamfunnsorienterte undersøkelser, med vekt på nærmiljø, livskvalitet, sosial kapital og andre forhold som forventes å variere mellom kommuner og mindre geografiske områder.

Folkehelseinstituttet leder den nasjonale undersøkelsen, står for datainnsamlingen og er dataansvarlig. Deltakelse bygger på samtykke, og opplysningene kan kobles til andre datakilder og registre og brukes i forsknings- og oppfølgingsprosjekter innenfor rammene av gjeldende regelverk. Dette gjør det mulig både å følge utviklingen gjennom repeterte tverrsnitt og å legge til rette for longitudinelle analyser i egne prosjekter. Både Den nasjonale folkehelseundersøkelsen og Folkehelseundersøkelsene i fylkene har dessuten en felles referansegruppe ledet av Folkehelseinstituttet, med representanter fra sentrale brukermiljøer i forvaltning og forskning.

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen må også ses i sammenheng med andre norske helseundersøkelser. Store kohorter og regionale undersøkelser, herunder Den norske mor, far og barn-undersøkelsen, er viktige for å studere mekanismer og sammenhenger over tid, men de dekker ikke behovet for jevnlig oppdaterte, nasjonalt representative data til det løpende oversiktsarbeidet. Her har repeterte tverrsnittsundersøkelser en særskilt funksjon. Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er utviklet for å fylle dette behovet, mens Folkehelseundersøkelsene i fylkene kan ivareta mer lokalt og regionalt forankrede kunnskapsbehov.

Når Den nasjonale folkehelseundersøkelsen gjennomføres regelmessig med et i hovedsak standardisert spørreskjema, sammenlignbar innsamlingsmetode og systematiske prosedyrer for kvalitetssikring og analyse, gir den et robust nasjonalt sammenlikningsgrunnlag for å følge utviklingen i helse, levevaner og levekår over tid og mellom fylker og befolkningsgrupper. Dette styrker ikke bare kunnskapsgrunnlaget for ordinært folkehelsearbeid, men også

Folkehelseinstituttets kunnskapsberedskap ved større samfunnshendelser og helsekriser. Pilotundersøkelsen i 2020, som ble gjennomført under covid-19-pandemien, illustrerte verdien av å ha tilgang til landsrepresentative spørreskjemadata i en situasjon der det var behov for rask kunnskap om befolkningens helse, levevaner og situasjon. En fast, repeterbar nasjonal undersøkelse vil derfor kunne bidra både til løpende folkehelseovervåking, til evaluering av tiltak og til bedre vurdering av konsekvensene av hendelser som påvirker befolkningens helse i stor skala.

Data fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er aktuelle både for løpende oversiktsarbeid og for mer fordypende analyser. Resultatene publiseres fortløpende i rapporter og andre publikasjoner, og de vil kunne inngå i Folkehelseinstituttets folkehelse rapport og i annet nasjonalt og regionalt kunnskapsarbeid. Undersøkelsen skal samtidig gi et datagrunnlag for forskning og for analyser av sammenhenger mellom helse, levevaner, levekår og andre forhold av betydning for folkehelsen.

Spørreskjemaet i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er bygd opp for både å gi stabile tidsserier og å belyse utvalgte temaer mer inngående. Den faste delen dekker sentrale områder som helse, livskvalitet, sykdom og symptomer, psykiske plager, søvn, levevaner og levekår, mens enkelte temaer kan utdypes i egne moduler. I 2025 omfattet slike fordypningstemaer kosthold, luftveisinfeksjoner, psykisk helse og bruk av helsetjenester.

## 2.2 Innvandrerbefolkningen i Norge

Rundt en av seks personer i Norge har innvandrerbakgrunn.<sup>1</sup> For at Den nasjonale folkehelseundersøkelsen skal gi et mest mulig dekkende bilde av helse, levevaner og levekår i den voksne befolkningen, er det viktig med god deltakelse også i grupper som ofte er underrepresentert i befolkningsundersøkelser. I denne undersøkelsen ble det derfor trukket et ekstra stort utvalg fra deler av innvandrerbefolkningen. Dette styrker grunnlaget for analyser av helse, levevaner og levekår i grupper med ulik landbakgrunn og migrasjonserfaring, og bidrar samtidig til bedre representativitet i nasjonale analyser. Spørreskjemaet var dessuten tilgjengelig på flere språk i tillegg til norsk, for å gjøre deltakelse enklere for personer som ikke behersker norsk godt. Det er mer informasjon om dette i metodedelen.

---

<sup>1</sup> <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>

## 3 METODE

### 3.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 ble planlagt og gjennomført av Folkehelseinstituttet som en landsdekkende, digital spørreundersøkelse blant personer 18 år og eldre bosatt i Norge. Bruttoutvalget omfattet 100 000 personer trukket fra Folkeregisteret. Personer med D-nummer, adressebeskyttelse og personer som var døde eller utflyttet på trekkdato, inngikk ikke i trekkgrunnlaget. Utvalget ble trukket nasjonalt, uten stratifisering på fylke eller alder. I tillegg ble det trukket et forsterket utvalg blant personer født i Polen, Ukraina, Somalia, Pakistan, Eritrea, Syria og Irak for å styrke datagrunnlaget i grupper som ofte er underrepresentert i denne typen undersøkelser. I den endelige trekningen tilsvarte dette en trekksannsynlighet på om lag 7,1 prosent i det forsterkede utvalget, mot om lag 2,1 prosent i det øvrige utvalget. Personer i de utvalgte fødelandsgruppene hadde dermed om lag 3,5 ganger høyere sannsynlighet for å bli trukket enn personer i resten av trekkrammen. Dette innebærer at disse gruppene er overrepresentert i bruttoutvalget sammenlignet med deres andel i befolkningen, noe som er viktig å ha i mente ved tolkning av antall inviterte, svarprosent og behovet for vekting i analysene.

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2025. Invitasjon til deltakelse ble sendt på SMS. Fra lenken i meldingen ble de inviterte ledet til en informasjonsside for undersøkelsen og videre til innlogging med BankID eller ID-porten, samtykke og besvarelse i Nettskjema. Samtykke og spørreskjemasvar ble samlet inn ved bruk av Nettskjema og Tjenester for sensitive data ved Universitetet i Oslo. Spørreskjemaet var tilgjengelig på bokmål, nynorsk, samisk, engelsk, polsk, ukrainsk, somali og tigrinja. Det var også et ønske å gjøre undersøkelsen tilgjengelig på arabisk og urdu, men dette lot seg ikke gjøre fordi spørreskjemaløsningen Nettskjema ikke var kompatibel med disse språkene. Selv om utvalget ble trukket nasjonalt og ikke stratifisert på fylke, presenteres svarprosent og sentrale resultater i denne rapporten også for de 15 fylkene (Tabell 2.1).

Feltperioden strakte seg fra 15. oktober til 27. november 2025. Den startet med en forberedende SMS 15. oktober, etterfulgt av hovedutsending med lenke til informasjon, samtykke og spørreskjema. Hovedutsendingen var opprinnelig planlagt 16. oktober, men ble sendt 17. oktober som følge av endringer i SMS-teksten og tekniske utfordringer i utsendelsessystemet Dialog. I løpet av feltperioden ble det sendt tre ordinære påminnelser til personer som ennå ikke hadde deltatt. Det ble i tillegg gjennomført egne nye utsendinger og påminnelser til mottakere av feilede SMS-er fra hovedutsendingen.

**Tabell 2.1: Svarprosenten per fylkeskommune i Norge**

Fylkeskommuner	Antall inviterte	Antall respondenter	Svarprosent
Oslo	13 990	3 990	28,5
Rogaland	8 887	2 570	28,9

Møre og Romsdal	4 786	1 286	26,9
Nordland	4 117	1 167	28,3
Østfold	5 791	1 507	26,0
Akershus	13 538	4 015	29,7
Buskerud	5 091	1 343	26,4
Innlandet	6 500	1 877	28,9
Vestfold	4 685	1 312	28,0
Telemark	3 051	716	23,5
Agder	5 555	1 532	27,6
Vestland	11 408	3 225	28,3
Trøndelag	8 402	2 652	31,6
Troms	2 936	907	30,9
Finnmark	1 235	335	27,1
Uoppgitt	28	1	3,6
<b>Samlet svarprosent for undersøkelsen</b>	<b>100 000</b>	<b>28 435</b>	<b>28,4</b>

*Merk.* Svarprosenten er beregnet ut fra antall som har samtykket til deltakelse. En liten andel har kun samtykket og ikke svart på spørsmål i spørreskjema, og noen få har også kun svart på et begrenset antall spørsmål i skjemaet.

I denne rapporten er svarprosenten definert som andelen av bruttoutvalget som i registeret var kodet som «Ja, jeg samtykker», «Vil ikke skjema, tidligere 3» eller «Trukket samtykke, har tidligere samtykket». Med denne definisjonen var den overordnede svarprosenten 28,4 %. Svarprosenten i de 15 fylkene varierte fra 31,6 i Trøndelag til 23,5 % i Telemark. Svarprosenten var 32,4 % blant kvinner og 24,6 % blant menn (Figur 2.2). Svarprosenten var 33,8 % blant personer født i Norge og 34,7 % blant personer født i vestlige land. Svarprosenten var imidlertid vesentlig lavere blant personer født i Østlige Europa, Afrika, Asia eller Latin-Amerika, mellom 13,2 og 15,2 %. Den overordnede svarprosenten i undersøkelsen (28,4 %) er noe lav nettopp fordi det ble trukket et forsterket utvalg blant fødelandsgrupper med klart lavere svarprosent enn i resten av utvalget. Nettoutvalget i de enkelte analysene vil kunne være noe lavere enn dette igjen også, ettersom enkelte kan ha samtykket til deltakelse uten å ha besvart hele eller store deler av spørreskjemaet.

**Tabell 2.2. Svarprosent fordelt på kjønn og alder**

Kvinner	Menn

Alder	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent
18-29	9 231	2 212	24,0	10 004	1 371	13,7
30-44	14 039	3 955	28,2	14 774	2 663	18,0
45-59	12 497	4 668	37,4	13 238	3 543	26,7
60+	13 152	5 031	38,3	13 065	4 992	38,2

**Tabell 2.3: Svarprosenten per fødelandsgruppe**

Fødelandsgrupper	Antall inviterte	Antall samtykkende	Svarprosent
Norge	68 705	23 211	33,8
Vestlige land	3 818	1 324	34,7
Østlige Europa	13 320	2 020	15,2
Afrika/Asia/Latin-Amerika	13 931	1 835	13,2
Ikke-gruppert	226	45	19,9

*Merk.* Fødeland ble gruppert i fire kategorier med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås landgruppering nivå 2 (2023), som deretter ble slått sammen til fire hovedkategorier: Norge; vestlige land (Norden utenom Norge, EU/EFTA fram til 2004, samt USA, Canada, Australia og New Zealand); Øst-Europa (nye EU-land etter 2004 og Europa utenom EU/EFTA og Storbritannia); og Afrika, Asia og Latin-Amerika (dvs. Amerika utenom USA og Canada).

Til sammenligning var deltakerprosenten i pilotundersøkelsen til Den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2020 38,1 % og antallet deltakere var 8 852. I pilotundersøkelsen ble deltakelse definert som at respondenten hadde gjennomgått hele spørreskjemaet og trykket «send inn». Pilotundersøkelsen i 2020 ble dessuten trukket slik at det skulle være om lag like mange inviterte fra hvert fylke, mens undersøkelsen i 2025 ble trukket som ett nasjonalt utvalg uten fylkesstratifisering. I 2020 ble det heller ikke gjort ekstra tiltak for å nå innvandrerbefolkningen, slik det ble gjort i 2025. Direkte sammenligninger mellom svar- eller deltakerprosent i 2020 og 2025 bør derfor tolkes med varsomhet dersom ulike definisjoner av deltakelse legges til grunn. I pilotundersøkelsen i 2020 var deltakelsen lavere blant menn og i de yngste aldersgruppene, og manglende elektronisk kontaktinformasjon var særlig vanlig blant de eldste. Som i andre befolkningsbaserte spørreundersøkelser må det også her tas høyde for at de som deltar kan skille seg systematisk fra dem som ikke deltar, og at slik seleksjon kan påvirke representativiteten og tolkningen av resultatene [1-3].

## 3.2 Kommunikasjonsarbeidet

For å støtte gjennomføringen av Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 utviklet Folkehelseinstituttet, i samarbeid med Mindshare og RedAnt, en nasjonal kommunikasjonsplan og en samlet materiellpakke til bruk i både betalt kampanje og lokalt informasjonsarbeid i fylker og kommuner. Målet var å gjøre undersøkelsen godt kjent, styrke tilliten og bidra til høyest mulig deltakelse – særlig blant grupper som ofte er underrepresentert i befolkningsundersøkelser. Store deler av materialet ble oversatt til engelsk, polsk, somali, tigrinja og ukrainsk, mens plakater og annet informasjonsmaterieell også ble gjort tilgjengelig på norsk og engelsk.

Det ble sendt et brev med informasjon om undersøkelsen og at kommunikasjons- og materiellpakke var tilgjengelig til alle fylkeskommuner, kommuner og statsforvaltere. Formålet var å legge til rette for lokal og regional synliggjøring av undersøkelsen i kanaler og på arenaer der innbyggerne allerede ferdes, som bibliotek, servicetorg, lege- og tannlegekontor og andre offentlige møteplasser. Materialet kunne brukes fritt på lokale nettsider, infoskjermer og andre informasjonsflater i svarperioden. I hvilken grad dette faktisk ble tatt i bruk lokalt og regionalt, er ikke systematisk kartlagt. Samtidig er det grunn til å anta at det fortsatt er et potensial for sterkere lokal forankring og bredere regional synliggjøring av undersøkelsen. I fremtidige gjennomføringer kan det derfor være formålstjenlig med et tettere samarbeid med fylkene om både tidspunktet for datainnsamlingen og rammene for det lokale og regionale kommunikasjonsarbeidet.

For å styrke kjennskap til undersøkelsen ytterligere og bidra til økt svarprosent, gjennomførte vi også en betalt kampanje. Målet var å bygge kjennskap i befolkningen generelt, i tillegg til målrettet annonsering til ulike grupper som av erfaring deltar i mindre grad i denne typen undersøkelser. I kampanjen som gikk på sosiale medier benyttet vi korte animasjonsfilmer, som på målgruppenes morsmål informerte om undersøkelsen og oppfordret dem til deltakelse.

Det ble også gjennomført mediesamarbeid med *Utrop* og den polskspråklige nettavisen *Moja* for å styrke synligheten i flerspråklige miljøer. Kampanjen nådde over 1,4 millioner unike brukere på Snapchat og YouTube til sammen. Snapchat sto for de største volumene. På YouTube engasjerte filmer på eget språk veldig godt, og ga kampanjen resultater godt over gjennomsnittet for tilsvarende annonsering. I tillegg ga mediesamarbeidene med *MojaNorwegia* og *Utrop* god synlighet i flerspråklige miljøer, med høy lesetid og god effekt av lettlest materiale.

Som et ekstra insentiv til deltakelse ble det dessuten trukket 30 gavekort på 1 000 kroner blant deltakere som fullførte undersøkelsen.

I disse dager gjennomfører Folkehelseinstituttet en stor nasjonal folkehelseundersøkelse.

**Har du fått invitasjon til å bli med?**

Vi håper du vil delta – dine svar er viktige!



### 3.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 var bygd opp med en hovedmodul og tre temamoduler. Hovedmodulen utgjorde om lag 70 prosent av undersøkelsen og inneholdt spørsmål som er ment å gjentas mest mulig uendret fra år til år, slik at sentrale indikatorer kan følges over tid. Denne delen dekket blant annet helse, livskvalitet, sykdom og symptomer, søvn, psykiske plager, levevaner og sentrale bakgrunnsopplysninger.

Etter at hovedmodulen var fullført, ble deltakerne tilfeldig fordelt til én av tre temamoduler, slik at utvalget på dette punktet ble delt i tre. Temamodulene utgjorde den resterende delen av skjemaet og omhandlet i 2025 kosthold, luftveisinfeksjoner samt psykisk helse og bruk av helsetjenester. Hensikten er at temamodulene skal roteres mellom år, slik at undersøkelsen både kan gå mer i dybden på viktige fagområder og fange opp temaer som er særlig aktuelle i samtiden eller som myndighetene har behov for mer kunnskap om. På sikt kan det derfor være aktuelt at enkeltmoduler kommer tilbake med intervaller på om lag tre til fire år.

Spørreskjemaene som ble brukt i 2025 og i pilotundersøkelsen i 2020, er tilgjengelige via lenkene i vedlegg 1. I vedlegg 2 gis en oversikt over spørsmålene i spørreskjemaet og en beskrivelse av

hvordan de er brukt i denne rapporten, herunder dikotomisering av enkeltspørsmål og etablering av sumskårer der dette er relevant. I denne rapporten presenteres resultater fra et utvalg spørsmål i både hovedmodulen og enkelte temamoduler. Det har ikke vært rom for å analysere og presentere hele spørreskjemaet. Ved prioriteringen av hvilke resultater som tas med, er det lagt særlig vekt på spørsmål og indikatorer som også ble målt i 2020, slik at rapporten i størst mulig grad kan belyse utvikling over tid.

### 3.4 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, fødelandsgruppe) beskrives ved bruk av prosent 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). For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet (Figur I) som presenteres i rapporten viser den gjennomsnittlige alderen til deltakerne i undersøkelsen. Deretter presenteres andelen kvinner (Figur II) og utdanningsnivå fordelt på fem kategorier (Figur III). Disse tre første figurene er deskriptive, og formålet med dem er å gi en innledende oversikt over grunnleggende demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn i utvalget, før vi ser nærmere på sammenhenger med utfallsvariablene. Figur IV er også deskriptiv og viser andelen innbyggere med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år) på tvers av fylkene i landet, med tall separat for kvinner og menn. Figuren gir dermed innsikt i både kjønnsforskjeller og geografiske variasjoner i utdanningsnivå. Til sammen gir disse fire figurene en nyttig bakgrunn for å forstå variasjonen på tvers av landet, noe som er viktig når vi senere skal tolke resultater som er relatert til helse, livskvalitet og andre utfallsvariabler. Disse innledende figurene bygger på uvektede tall og er ment som en beskrivende bakgrunn for respondentutvalget, mens analysene videre i rapporten gjennomgående bygger på vektete resultater.

Analysene ble vektet for å ta hensyn til utvalgsdesignet og for å gjøre estimatene mer representative for målpopulasjonen med tanke på alders og kjønns sammensetning, da svarprosenten i undersøkelsen varierer mye med kjønn og alder. For Den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2025 ble det brukt en vekt som både korrigerer for oversampling av

utvalgte fødelandsgrupper i studiedesignet og som standardiserte til befolkningen i Norge i 2025 (ref. SSB tabell 07459) i alderen 18 til 95 år etter kjønn og sju aldersgrupper (18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, 70-79 år, 80-95 år). For Den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2020 ble det også brukt en vekt som både justerte for design og standardiserte for alders- og kjønns sammensetning. I 2020-undersøkelsen ble det invitert like mange deltakere fra hvert av landets 11 fylker. Vekten justerer for ulik trekksannsynlighet per fylke og for kjønn og alder. Vekten ble konstruert i 110 strata definert av fylke, kjønn og fem aldersgrupper, henholdsvis 18 til 29 år, 30 til 49 år, 50 til 65 år, 66 til 72 år og 73 til 92 år da eldste deltaker var 92 år. Vektene er brukt i alle analyser, også der man sammenligner resultater fra 2020 og 2025.

Forskjeller fra 2020 til 2025 kan skyldes endringer i forekomst, endringer i befolkningens alderssammensetning, men kan også til dels skyldes at undersøkelsene er vektet litt ulikt med tanke på aldersgrupper. De eldste deltakerne (80 år +) vil f.eks. være litt høyere vektet (og dermed gi litt større utslag på resultatet) i 2025-undersøkelsen enn i 2020-undersøkelsen. Det er også stor forskjell i andelen innvandrere og sammensetningen av innvandrere. For eksempel utgjør Ukrainere en vesentlig andel av utvalget i 2025 undersøkelsen, mens de knapt er representert i 2020 undersøkelsen.

#### *3.4.1 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 Norge, justert for kjønn, alder og utdanning.

Siden befolknings sammensetningen varierer mellom fylkene med hensyn til kjønn, alder og utdanning, er sammenligningene mellom fylker justert for disse demografiske faktorene. Dette innebærer at det for hvert fylke beregnes estimater under forutsetning av lik fordeling av kjønn, alder og utdanning. Alder ble inkludert som en kontinuerlig ettårig variabel i de justerte analysene, men ble i presentasjonen av resultatene kategorisert enten i sju aldersgrupper (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79 og 80+ år) eller i fire aldersgrupper (18–29, 30–44, 45–59 og 60+ år). Utdanningsvariabelen er her gitt en tilleggs kategori som omfatter personer som er skoleelever eller studenter, eller som er yngre enn 26 år. Variabelen høyeste fullførte utdanning er mindre meningsfull for personer som fortsatt er under utdanning, eller som ennå ikke har nådd en alder der utdanningsløpet normalt er fullført. Ved å benytte en slik tilleggs kategori kan vi beholde flest mulig observasjoner i analysene der utdanning inngår som kontrollvariabel.

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

- A. Utfallsvariabelen presenteres etter fylke. Analysene er justert for kjønn, alder og utdanningsnivå.
- 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, det vil si i hvilken grad pengene strekker til i det daglige, og kjønn. Analysene er justert for alder.
- E. Utfallsvariabelen presenteres etter fødelandsgruppe 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. For noen lavfrekvente utfallsvariabler presenteres resultatene i et forest plot der hvert utfall vises mot to kjønn, fire aldersgrupper, to utdanningsnivå, vurdering av økonomisk situasjon i to nivå, og fire fødelandsgrupper (Figur F, se *Resultatforskjeller mellom 2020 og 2025* på neste side).

#### 3.4.2 Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosenter. Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregere den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker<sup>2</sup>. Når utfallsvariablene er metriske, benytter vi GLM (General Linear Modelling). De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 18.

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.

---

<sup>2</sup> <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

Når vi presenterer resultater for metriske utfallsvariabler har vi valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens  $d$ ) [4]. Når en regner ut Cohens  $d$ , benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene. For variabler som er dikotomisert har vi på tilsvarende måte beregnet effektstørrelsen Cohens  $h$ .

Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels og når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykologisk behandling i randomiserte kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en passende begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom fylker. I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at effektstørrelser fra og med 0,25 og til med 0,49 er middels, og at effektstørrelser på 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [4].

### 3.4.3 Resultatforskjeller mellom 2020 og 2025

I denne rapporten beskrives andeler (i prosent) for dikotome utfall og gjennomsnitt for kontinuerlige utfall av hver utfallsvariabel i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen, og resultatene sammenstilles med tilsvarende estimater fra gjennomføringen av piloten i 2020. For å gjøre estimatene sammenlignbare er analysene gjennomført separat for hvert av de to årene, og resultatene presenteres samlet i figur F som et forest plot. I figuren vises punktestimater med 95 % konfidensintervall for 2025 og 2020 side om side, samt en enkel differanse (i prosentpoeng eller forskjell i skår) mellom årene. For dikotome utfallsvariabler er det brukt survey-vektet logistisk regresjon, og for kontinuerlige utfallsvariabler survey-vektet lineær regresjon. Resultatene er deretter omregnet til justerte predikerte nivåer (andeler/means) ved hjelp av marginale estimater, slik at tallene i figuren kan leses direkte som justerte prosentandeler eller justerte gjennomsnitt med 95 % KI.

Figur F er strukturert slik at hvert utfall vises mot to kjønn, fire aldersgrupper, to utdanningsnivå, vurdering av økonomisk situasjon i to nivå, og fire fødelandsgrupper, i samme forest plot. 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  $\neq$  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. For fødelandsgruppe estimeres nivåer for en firedelt indikator (Norge, Vestlige land, Østlige Europa og Afrika/Asia/Latin-Amerika) justert for kjønn og alder. Den samlede totalen som vises i figuren, er et justert estimat (vist som stiplet referanselinje). Siden analysene er gjort separat for hvert år og deretter sammenstilt grafisk, er det ikke inkludert en tidsvariabel i modellene (dvs. det er ikke justert for tid).

#### 3.4.4 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. Hele analysepipelinen var styrt fra et forhåndsdefinert og versjonsstyrt analyseskript i R (RStudio 4.5.2), som systematiserte prosessen fra rådata til ferdige resultater, inkludert kjøring av statistiske analyser i survey-modulen (SVY) i Stata 18. Skriptet gjennomfører nødvendig databehandling (blant annet omkodning 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-5.4, 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 (rapport-mal) 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 ferdigstilling. KI-bruken har i denne sammenhengen først og fremst vært en støtte i formuleringsarbeidet, med mål om økt effektivitet, konsistens og klarhet.

### 3.5 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.

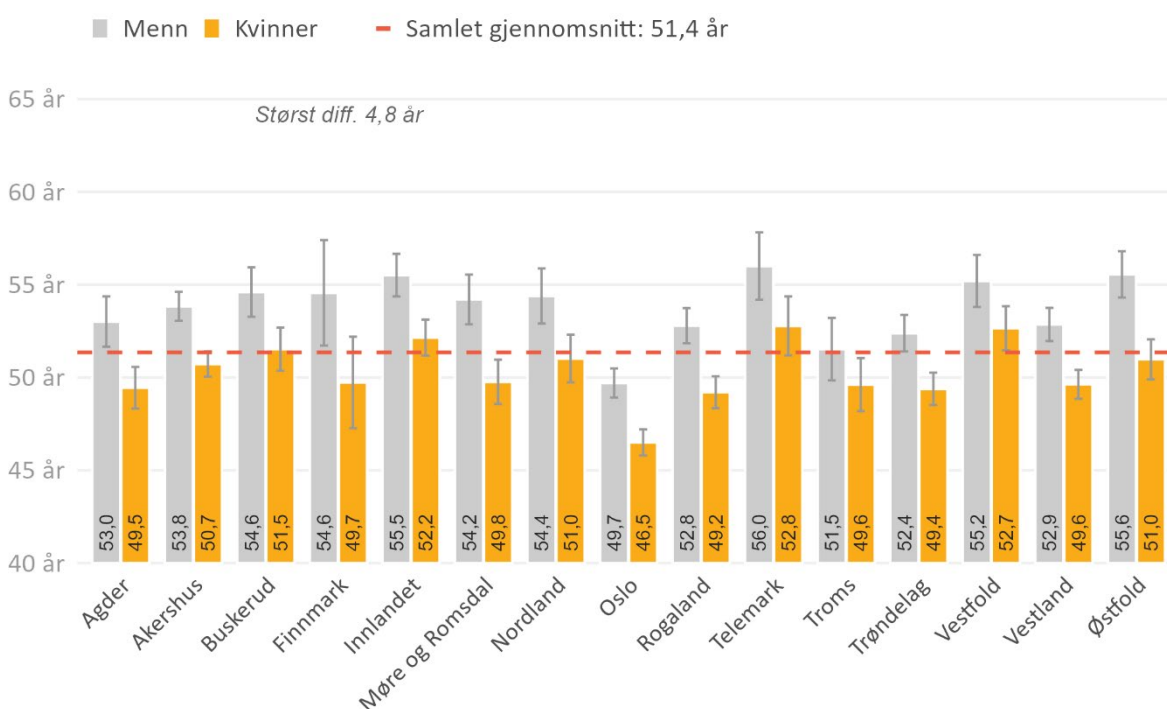
Statistikk på gruppenivå kan avdekke tendenser og ulikheter mellom grupper, men det er viktig å huske at slikt tallmateriale ikke sier noe sikkert om enkeltindividene i hver gruppe. Variasjonen innad i en gruppe kan ofte være større enn forskjellen mellom to grupper. Derfor må man unngå å trekke bastante 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.

## 4 RESULTATER

### 4.1 Respondentutvalget

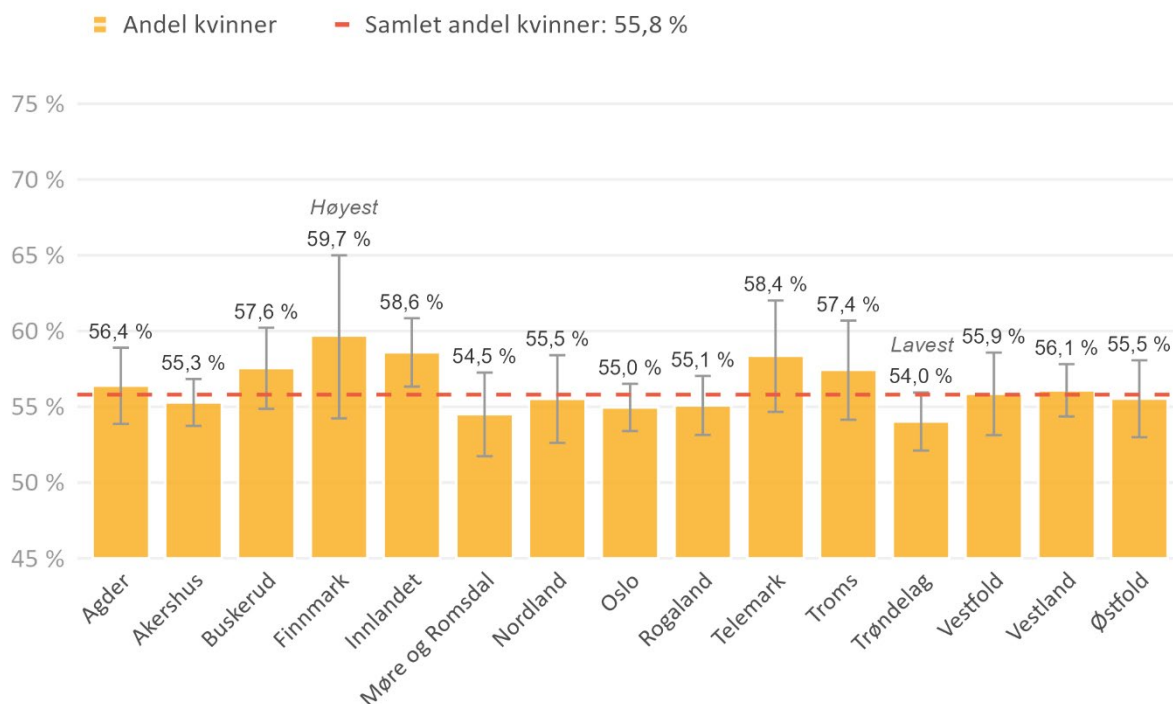
De fire innledende figurene nedenfor beskriver respondentutvalget og bygger på uvektede tall. Formålet er å gi et kort oversiktsbilde av hvem som deltok i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025, og hvordan utvalget varierer mellom fylkene når det gjelder alder, kjønn og utdanning. I analysene videre i rapporten vises det gjennomgående vektete resultater, slik at estimatene i større grad er representative for befolkningen. I mange av analysene er resultatene også justert for kjønn og alder, og i enkelte tilfeller i tillegg for utdanning.

Figur I. Gjennomsnittsalder blant respondentene, etter kjønn og fylke



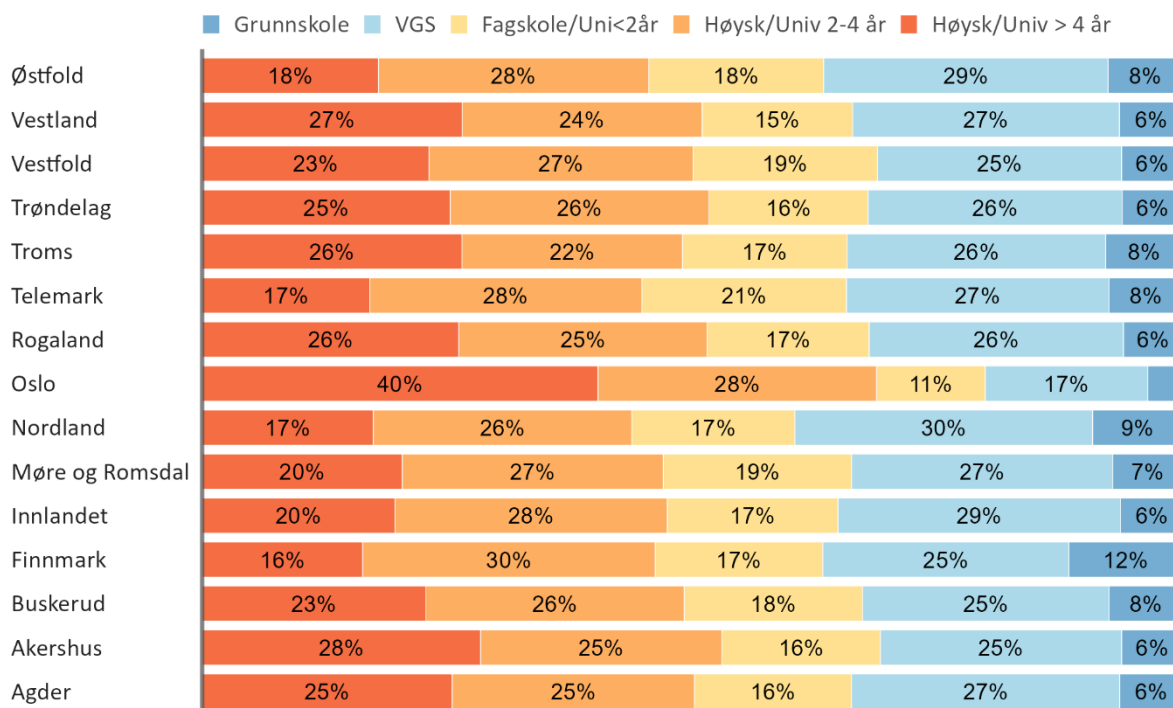
Figur I viser gjennomsnittlig alder blant respondentene i undersøkelsen, samlet og fordelt på fylker. Gjennomsnittsalderen varierer noe mellom fylkene, med lavest alder i Oslo og høyere alder i for eksempel Telemark og Østfold. Figuren beskriver respondentutvalget og bygger på uvektede tall, mens øvrige analyser i rapporten er vektete.

Figur II. Andel kvinner blant respondentene, etter fylke



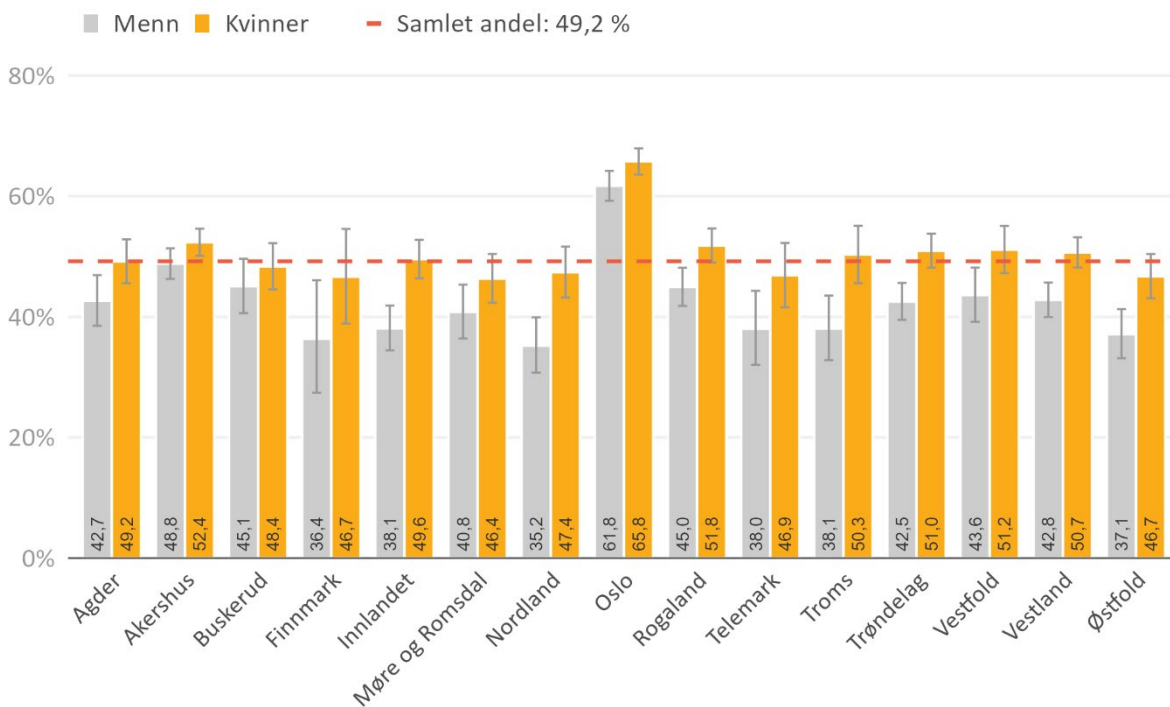
Figur II viser andelen kvinner i respondentutvalget, samlet og fordelt på fylker. Andelen varierer lite mellom fylkene, med høyest andel i Finnmark og lavest i Trøndelag. Totalt er det flere kvinner enn menn i respondentutvalget.

Figur III. Utdanningsnivå blant respondentene, etter fylke



Figur III viser hvordan utdanningsnivået blant respondentene fordeler seg mellom fylker. Fordelingen er relativt lik mellom fylkene, men Oslo (og i noe grad Akershus) skiller seg ut med høyere andel med lang høyere utdanning og lavere andel med videregående. Tallene er uvektede.

Figur IV. Andel med høyere utdanning blant respondentene, etter kjønn og fylke



Figur IV viser andelen kvinner og menn i respondentutvalget med universitets- eller høyskoleutdanning på minst to år, samlet og fordelt på fylker. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn i de fleste fylker. Andelen med minst to år høyere utdanning er særlig høy i Oslo. Det er lavere andeler blant menn i Nordland. Samlet ligger andelen rundt halvparten av utvalget.

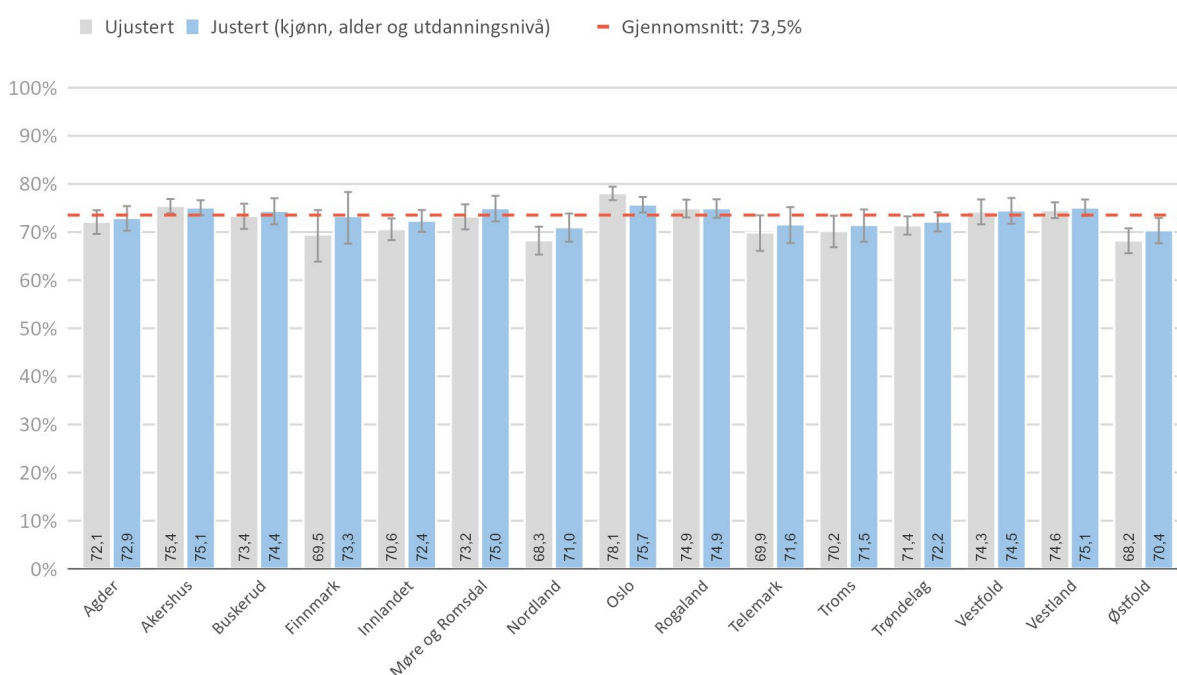
## 4.2 Fysisk helse og helsetilstand

### 4.2.1 God eller svært god helse

Andel (%) som oppgir god eller svært god helse.

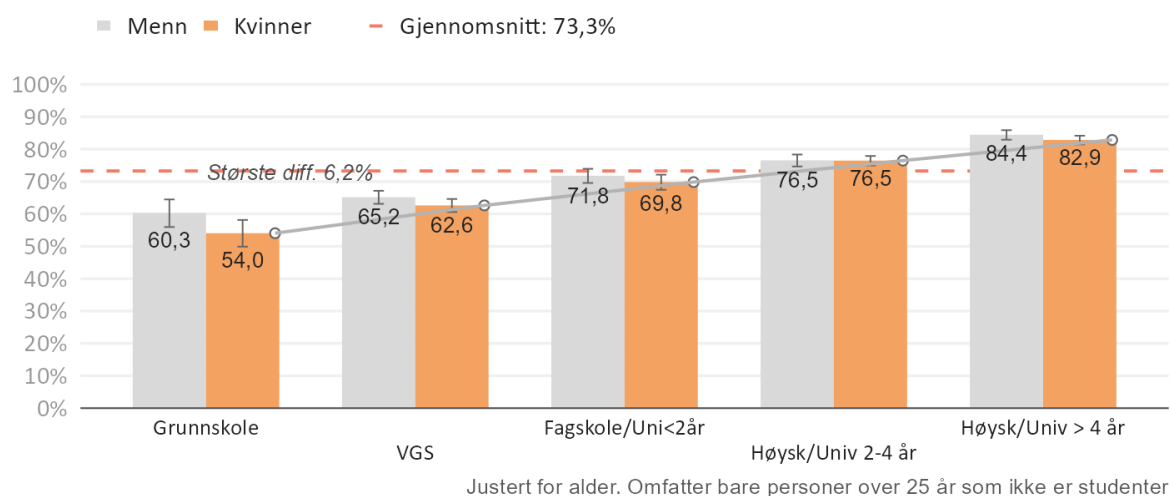
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 403	73,5 %	73,0 – 74,1
Kvinner	15 296	72,7 %	71,9 – 73,4
Menn	12 107	74,4 %	73,5 – 75,2

Figur 1. God eller svært god helse, etter fylker (A)



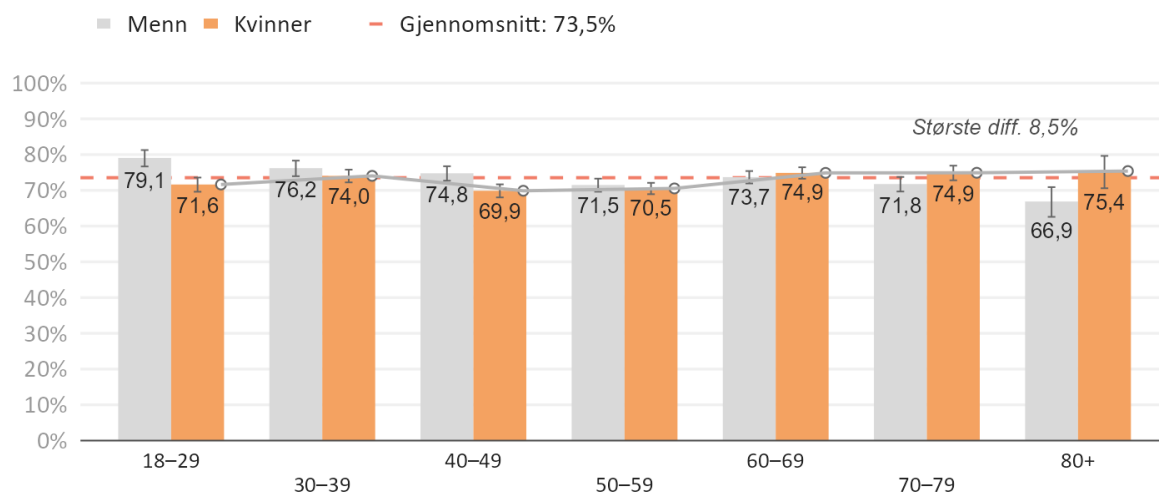
Figur A viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Det er et klart skille mellom fylkene med høyest og lavest andel. Oslo ligger høyest med 75,7 prosent, mens Østfold ligger lavest med 70,4 prosent. Differansen mellom disse ytterpunktene er 5,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,12, noe som tyder på en liten forskjell. Samlet sett varierer andelen som vurderer egen helse som god eller svært god mellom fylkene, men forskjellene er gjennomgående små. Hovedbildet er at Oslo og flere fylker på Vestlandet og Østlandet ligger høyest, mens Østfold og noen nordlige og sørøstlige fylker ligger lavere.

**Figur 2. God eller svært god helse, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



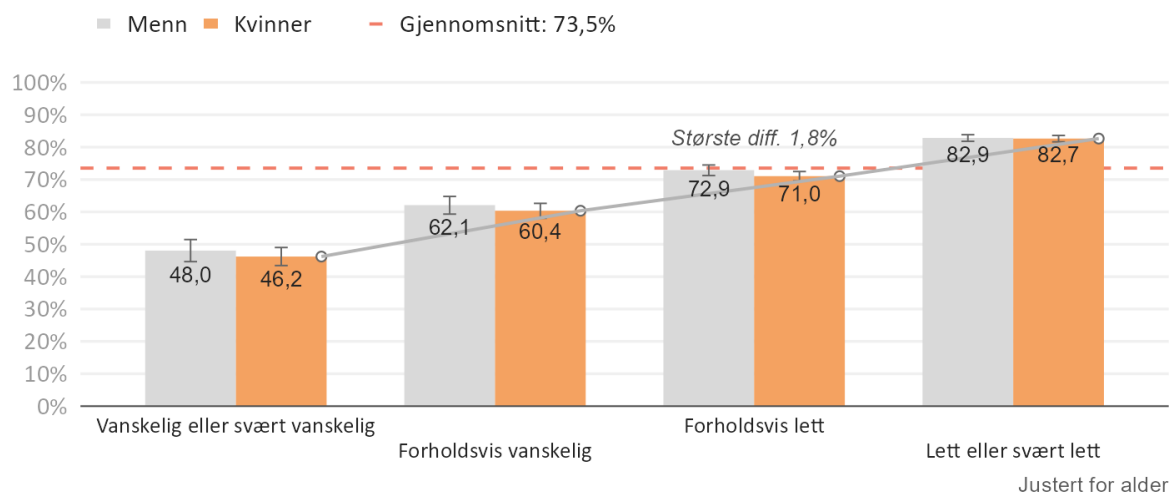
Figur B viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år og lavest blant dem med grunnskole, og andelen øker gjennomgående med høyere utdanning. Blant kvinner varierer andelen fra 54,0 prosent i gruppen med grunnskole til 82,9 prosent i gruppen med lengst høyere utdanning, en forskjell på 28,9 prosentpoeng. Cohen's h er 0,64, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn varierer andelen fra 60,3 prosent til 84,4 prosent, som gir en forskjell på 24,1 prosentpoeng. Cohen's h er 0,55, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser dermed en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og egenvurdert helse for begge kjønn. Det er derimot ikke klare kjønnsforskjeller innen de enkelte utdanningsgruppene. Menn ligger noe høyere enn kvinner i flere grupper, men forskjellene er små fra 0,0 til 6,2 prosentpoeng, og ingen av dem framstår som et klart skille.

**Figur 3. God eller svært god helse, etter kjønn og alder (C)**



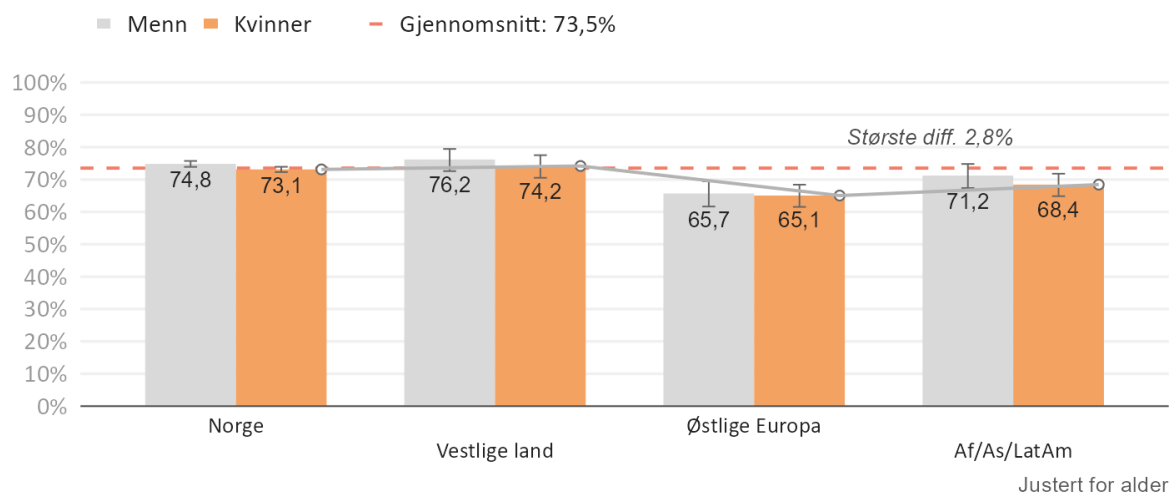
Figur C viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen lite mellom aldersgruppene. Den er lavest i alderen 40–49 år, med 69,9 prosent, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 75,4 prosent. Differansen er 5,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,12, som tilsvarer en liten forskjell. Dette tyder på at det ikke er noe tydelig aldersmønster blant kvinner. Blant menn er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 79,1 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 66,9 prosent. Differansen er 12,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,28, som tilsvarer en middels forskjell. Her framstår aldersforskjellen som tydeligere enn blant kvinner. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er det klare kjønnsforskjeller i de yngste gruppene. I alderen 18–29 år er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, med en forskjell på 7,5 prosentpoeng. Også i alderen 40–49 år er andelen høyere blant menn, med 4,9 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene små eller ikke tydelige. Blant de eldste er andelen lavere blant menn enn blant kvinner, men dette framstår ikke som et klart skille.

**Figur 4. God eller svært god helse, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



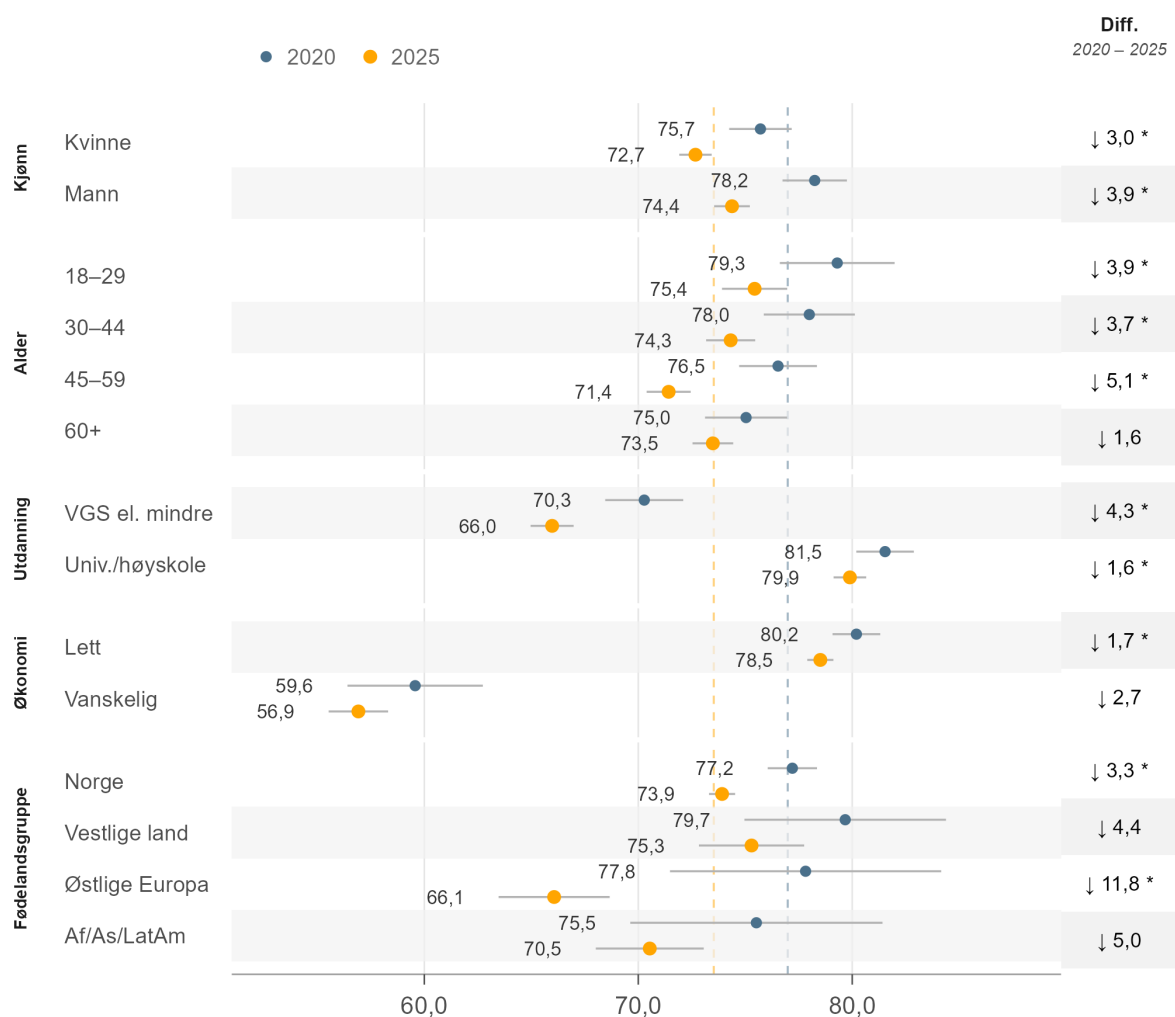
Figur D viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er det en tydelig sammenheng mellom husholdningsøkonomi og egenvurdert helse: andelen som oppgir god eller svært god helse er høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og lavest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner vurderer 82,7 prosent helsen som god eller svært god i gruppen som opplever økonomien som lett eller svært lett, mot 46,2 prosent i gruppen som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Dette gir en differanse på 36,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,79, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret klart: 82,9 prosent i gruppen med lett eller svært lett økonomi vurderer helsen som god eller svært god, mot 48,0 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi. Differansen er 34,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,76, som også tilsvarer en stor forskjell. Det er ikke klare kjønnsforskjeller i noen av økonomigruppene.

**Figur 5. God eller svært god helse, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i vestlige land, med 74,2 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 65,1 prosent. Differansen er 9,1 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er andelen høyest i vestlige land, med 76,2 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 65,7 prosent. Differansen er 10,5 prosentpoeng, og dette framstår også som et klart skille. Cohen's h er 0,23, som tilsier en liten forskjell. Menn ligger noe høyere enn kvinner i alle fødelandsgruppene, men forskjellene er små.

**Figur 6. God eller svært god helse, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 77,0 (75,9–78,0) | 2025: 73,5 (73,0–74,1) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som vurderer helsen sin som god eller svært god på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett gikk andelen ned fra 77,0 til 73,5, og dette er en statistisk sikker nedgang. Nedgangen ses for både menn og kvinner, med statistisk sikker endring i begge grupper, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være omtrent den samme i 2025 som i 2020. På tvers av alder var det også en nedgang i alle grupper, med statistisk sikre endringer i alle aldersgruppene bortsett fra 60+. Aldersmønsteret er ellers ganske likt i de to årene, men gruppen 45–59 år ligger noe lavere i 2025 enn de øvrige aldersgruppene. Forskjellen mellom utdanningsgruppene består over tid, med høyere andel blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning enn blant dem med videregående skole eller mindre i begge år, samtidig som begge gruppene har en statistisk sikker nedgang. Det er fortsatt en tydelig forskjell etter opplevde økonomiske vansker, der de uten slike vansker ligger klart høyere enn dem med vansker i både 2020 og 2025. Blant fødelandsgruppene

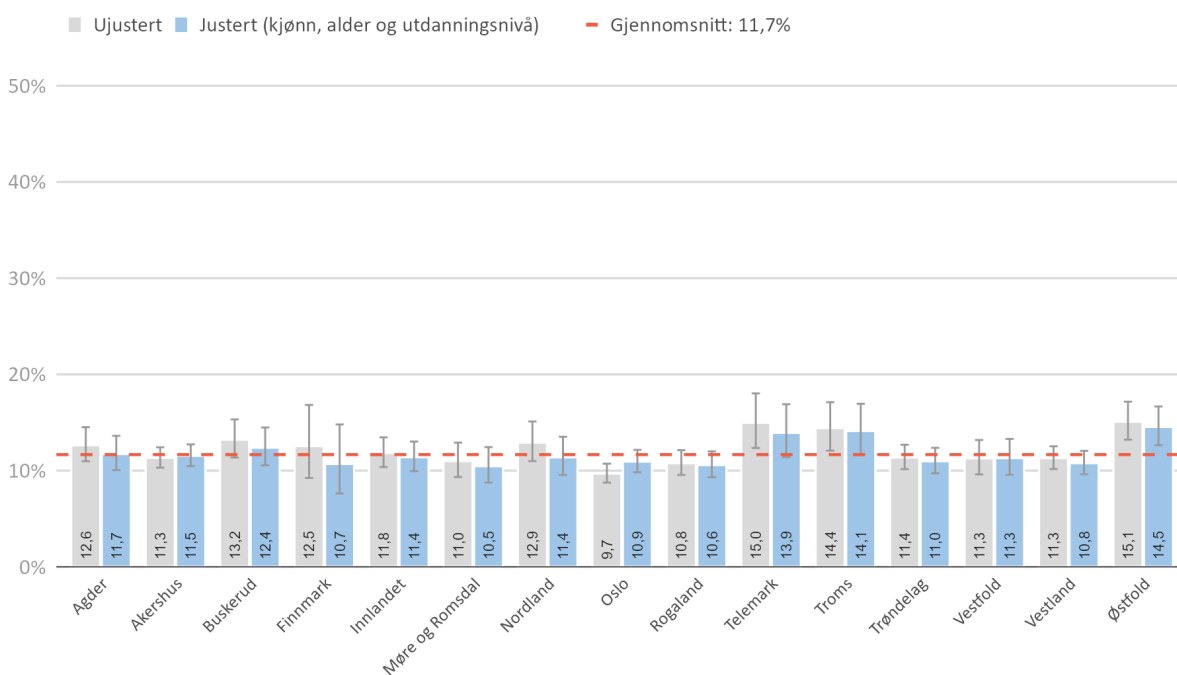
er hovedbildet også nokså stabilt, men personer fra Østlige Europa skiller seg ut med den største nedgangen, fra 77,8 til 66,1, og dette er en statistisk sikker endring.

#### 4.2.2 Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer

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

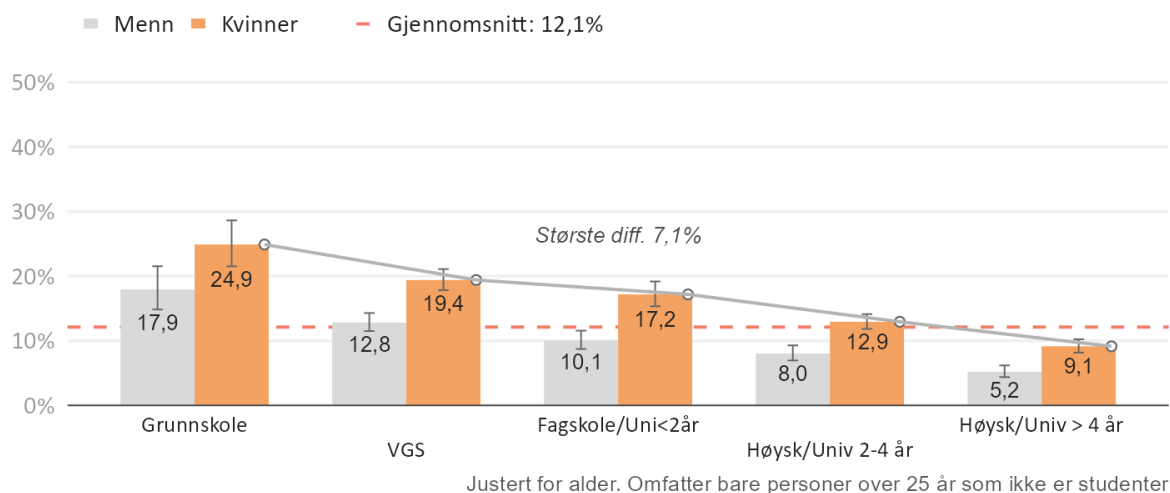
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 311	11,7 %	11,3 – 12,1
Kvinner	15 239	14,2 %	13,6 – 14,8
Menn	12 072	9,1 %	8,6 – 9,6

Figur 7. Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer, etter fylker (A)



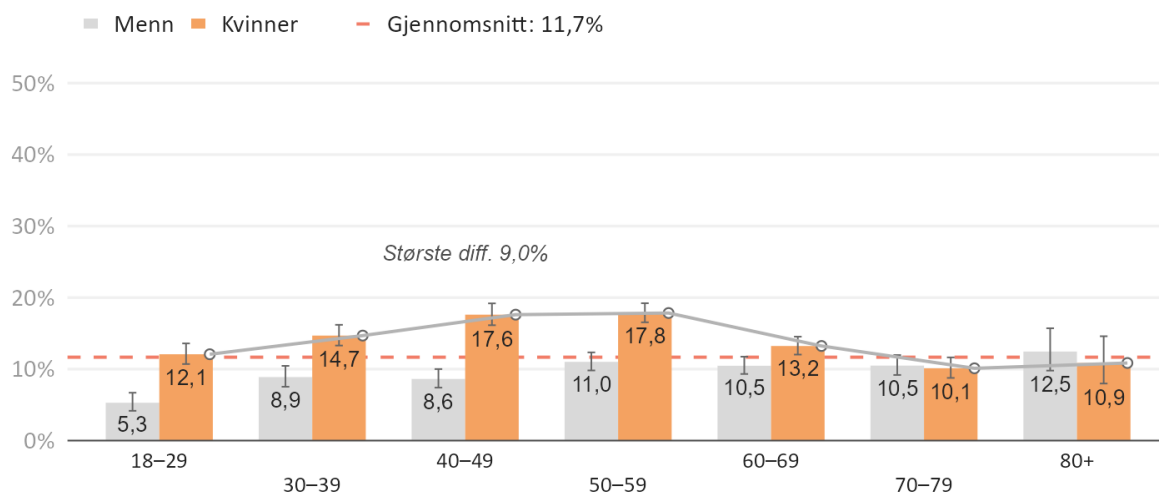
Figur A viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer mellom fylkene, fra 10,5 prosent i Møre og Romsdal til 14,5 prosent i Østfold. Dette gir en forskjell på 4,0 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og det er et klart skille mellom disse to fylkene. Samlet sett viser resultatene at andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, er nokså lik i mange fylker, men at noen fylker skiller seg ut med høyere eller lavere nivåer. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,12, noe som tilsier at forskjellen mellom fylket med høyest og lavest andel er liten.

Figur 8. Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



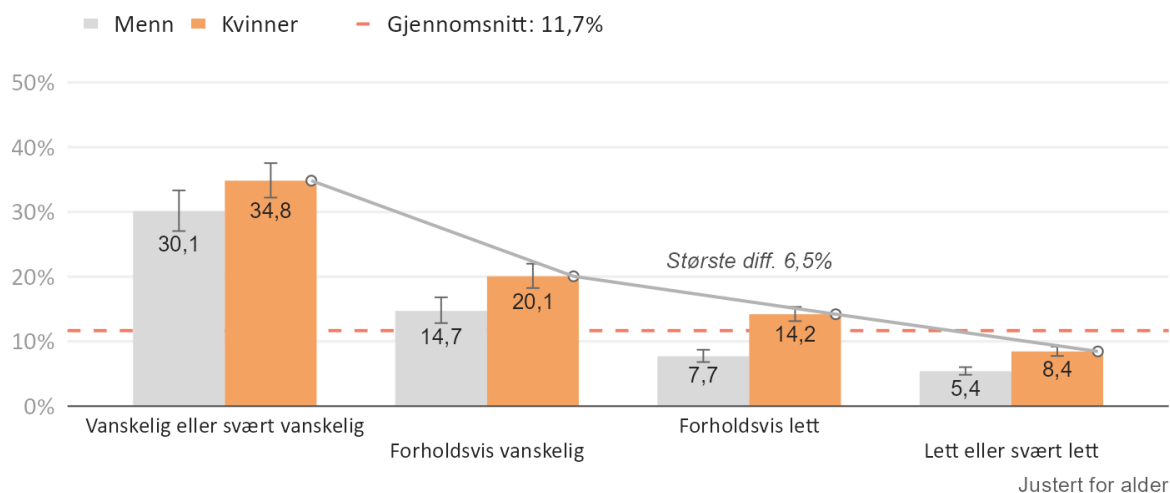
Figur B viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er et tydelig mønster i begge kjønn: andelen er høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med mer enn fire års høyskole- eller universitetsutdanning. Blant kvinner varierer andelen fra 24,9 prosent i gruppen med grunnskole til 9,1 prosent i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning. Differansen er 15,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, noe som tilsier en middels forskjell. Blant menn går andelen fra 17,9 prosent i gruppen med grunnskole til 5,2 prosent i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning. Differansen er 12,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,41, som også tilsier en middels forskjell. Det er klare kjønnsforskjeller i alle utdanningsgruppene, med høyere andeler blant kvinner enn blant menn. Forskjellen er størst i fagskole eller universitetsutdanning under to år, der kvinner ligger 7,1 prosentpoeng over menn, og minst i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning, der forskjellen er 3,9 prosentpoeng.

Figur 9. Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer, etter kjønn og alder (C)



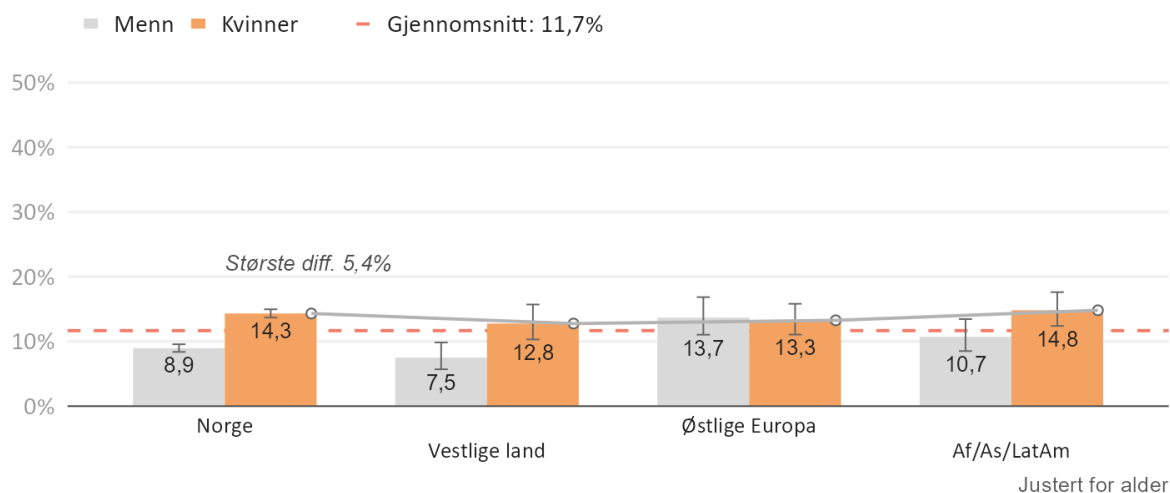
Figur C viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner stiger andelen fra den yngste aldersgruppen til høyeste andel i alderen 50–59 år, med 17,8 prosent, før den synker til laveste andel i 70–79 år, med 10,1 prosent. Differansen er 7,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,22, noe som tilsier en liten forskjell. Blant menn ligger andelen lavere i de yngre og midtre aldersgruppene, med lavest andel på 5,3 prosent i alderen 18-29 år, og høyest i alderen 80 år og eldre, med 12,50 prosent. Differansen er 7,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, noe som tilsier en middels forskjell. Det er klare kjønnsforskjeller i de fleste aldersgruppene opp til 69 år, der kvinner ligger høyere enn menn. Den største forskjellen finnes i alderen 40–49 år, der andelen er 17,6 prosent blant kvinner og 8,6 prosent blant menn, en forskjell på 9,0 prosentpoeng. I alderen 70–79 år og blant dem som er 80 år og eldre, er det ikke et klart skille mellom kjønnene.

**Figur 10. Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



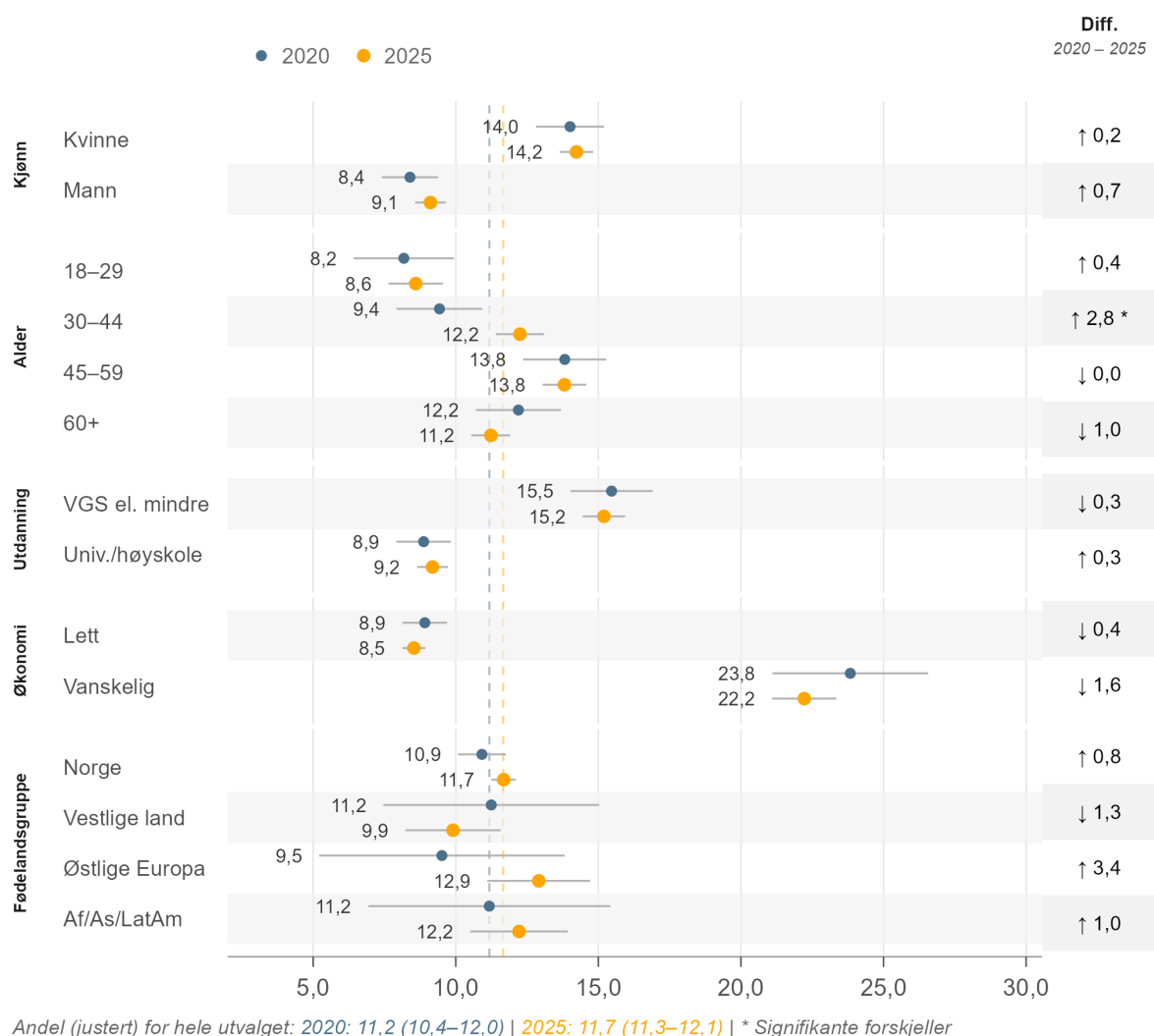
Figur D viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Tallene viser et tydelig mønster for både kvinner og menn der andelen synker med bedre opplevd økonomi: Andelen er høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som lett eller svært lett. Blant kvinner er andelen 34,8 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, mot 8,4 prosent i gruppen med lett eller svært lett økonomi. Det gir en forskjell på 26,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,67, noe som tilsier en stor forskjell. For menn er de tilsvarende andelene 30,1 prosent og 5,4 prosent. Det gir en forskjell på 24,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,69, som også tilsier en stor forskjell. Det er også kjønnsforskjeller i flere av økonomigruppene, der kvinner gjennomgående ligger høyere enn menn. Dette gjelder særlig ved lett eller svært lett økonomi, forholdsvis lett økonomi og forholdsvis vanskelig økonomi. I gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi er forskjellen mellom kvinner og menn mindre tydelig.

**Figur 11. Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen lite mellom fødelandsgruppene. Høyest andel finnes blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 14,8 prosent, mens lavest andel finnes blant kvinner fra vestlige land med 12,8 prosent. Differansen er 2,0 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen større. Høyest andel finnes blant menn fra Østlige Europa med 13,7 prosent, mens lavest andel finnes blant menn fra vestlige land med 7,5 prosent. Differansen er 6,2 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen de enkelte fødelandsgruppene, er det bare i noen grupper det er tydelige forskjeller. I Norge oppgir 14,3 prosent av kvinnene og 8,9 prosent av mennene at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, en forskjell på 5,4 prosentpoeng. Også blant personer fra vestlige land er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med en forskjell på 5,3 prosentpoeng. I gruppene fra Afrika, Asia og Latin-Amerika og fra Østlige Europa framstår kjønnsforskjellene ikke som klare.

**Figur 12. Hverdagen i stor grad påvirket grunnet helseproblemer, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Figur F viser andelen som oppgir at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett er andelen nokså stabil fra 11,2 til 11,7, og forskjellen er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er også i hovedsak uendret, ved at kvinner ligger klart høyere enn menn i begge år, uten statistisk sikker endring innen noen av kjønnene. Mellom aldersgruppene er hovedmønsteret ganske likt over tid, men gruppen 30–44 år skiller seg ut med en statistisk sikker økning fra 9,4 til 12,2. For de øvrige aldersgruppene er det ikke statistisk sikre endringer fra 2020 til 2025. Forskjellen mellom utdanningsgruppene består, ved at personer med videregående skole eller lavere fortsatt ligger høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og det er ikke statistisk sikre endringer i noen av gruppene. Det samme gjelder etter opplevde økonomiske vansker, der nivået fortsatt er langt høyere blant dem som opplever slike vansker enn blant dem som ikke gjør det, uten statistisk sikker endring i noen av gruppene. Etter fødelandsgruppe er

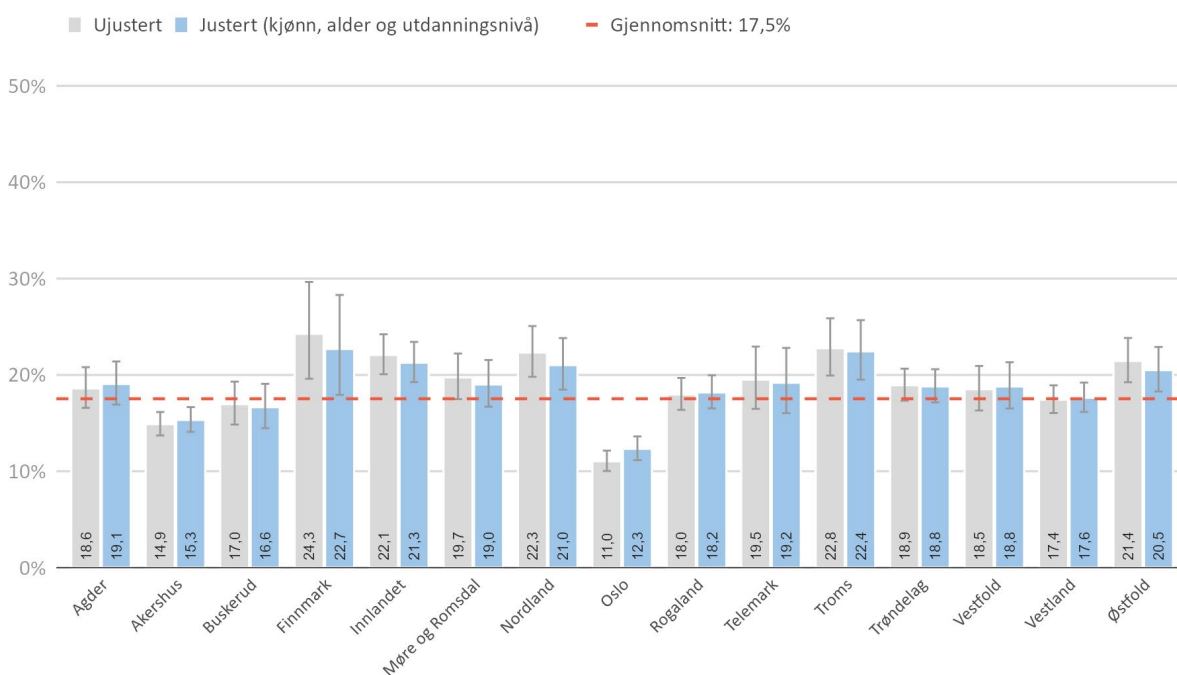
mønsteret mer blandet, men det er ingen statistisk sikre endringer fra 2020 til 2025 i noen av gruppene.

#### 4.2.3 Andel med fedme (KMI 30+)

Andel (%) med fedme basert på selvrapportert vekt og høyde – KMI fra 30 eller høyere.

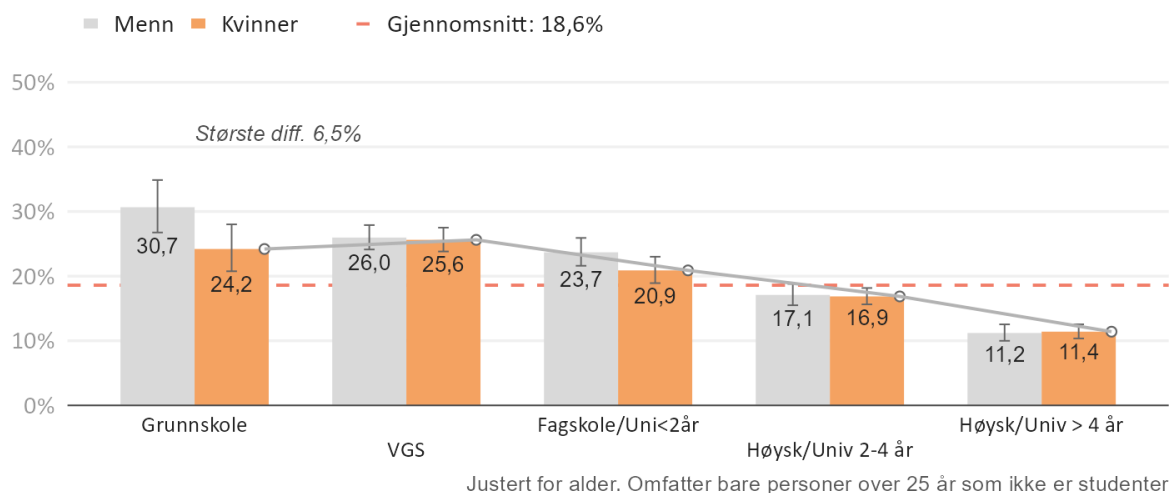
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 615	17,5 %	17,0 – 18,0
Kvinner	14 871	16,9 %	16,2 – 17,5
Menn	11 744	18,2 %	17,4 – 18,9

Figur 13. Andel med fedme (KMI 30+), etter fylker (A)



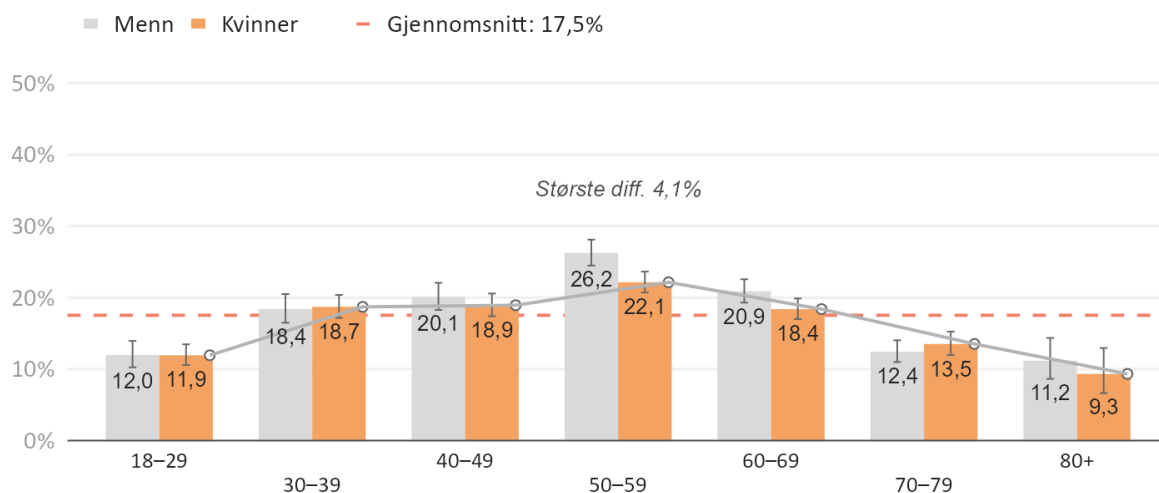
Figur A viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Finnmark med 22,7 prosent og lavest i Oslo med 12,3 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 10,4 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,28, noe som tilsvarer en middels forskjell. Samlet viser figuren et mønster der flere fylker i nord og enkelte innlandsfylker har høyere andeler, mens Oslo skiller seg ut med den laveste andelen.

Figur 14. Andel med fedme (KMI 30+), etter kjønn og utdanningsnivå (B)



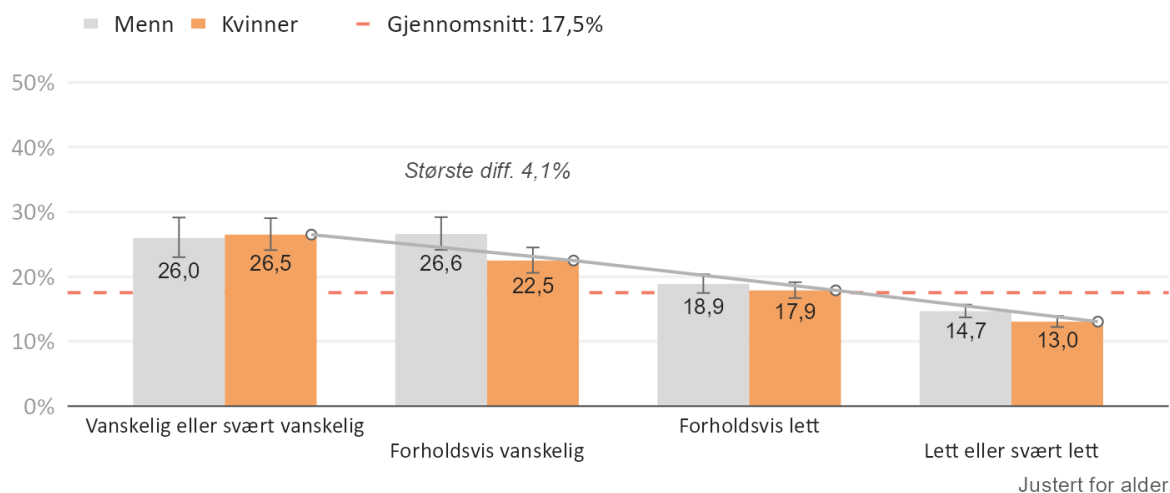
Figur B viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest for videregående skole, med 25,6 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 11,4 prosent. Dette gir en forskjell på 14,2 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,37 og dermed en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med lavest utdanning og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år. Her er andelen 30,7 prosent for grunnskole og 11,2 prosent for høyere utdanning over fire år, en forskjell på 19,5 prosentpoeng. Cohen's h er 0,49, som også tilsvarer en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der andelen med fedme er lavere ved høyere utdanningsnivå, både blant kvinner og menn. Nedgangen framstår som klar innen begge kjønn, men er noe større blant menn enn blant kvinner. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små. Menn ligger noe høyere enn kvinner i de fleste gruppene, mens kvinner ligger marginalt høyere i gruppen med høyest utdanning. Det er likevel ingen klare kjønnsforskjeller innen de enkelte utdanningsnivåene.

Figur 15. Andel med fedme (KMI 30+), etter kjønn og alder (C)



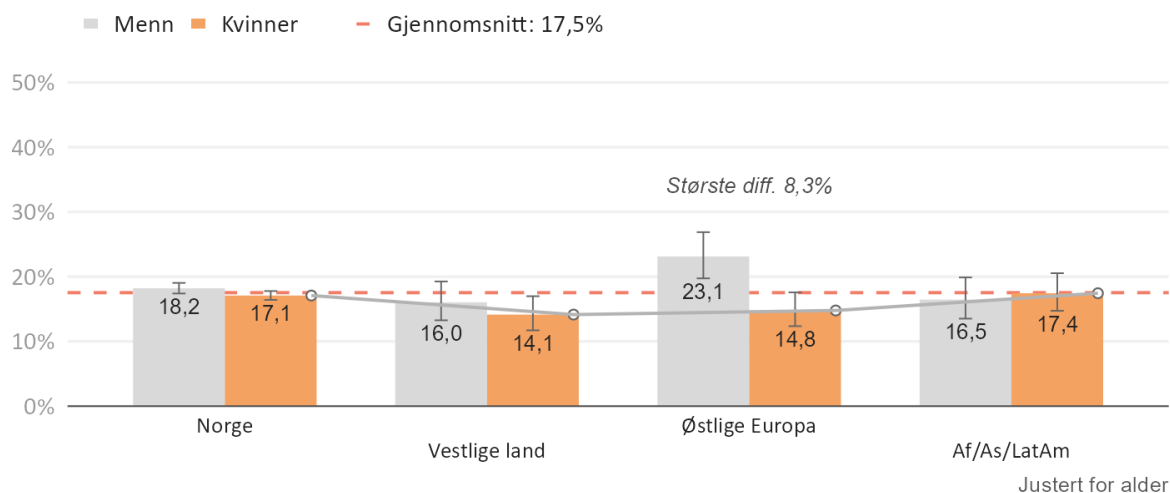
Figur C viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 50–59 år og lavest blant dem som er 80 år eller eldre. Blant kvinner øker andelen fra 11,9 prosent i alderen 18–29 år til 22,1 prosent i alderen 50–59 år, før den deretter faller til 9,3 prosent i den eldste aldersgruppen. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 12,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Menn viser et lignende mønster. Andelen øker fra 12,0 prosent i alderen 18–29 år til 26,2 prosent i alderen 50–59 år, og synker deretter til 11,2 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 15,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,39, som også tilsvarer en middels forskjell. Kjønnforskjellene er gjennomgående små i de fleste aldersgruppene. Det eneste klare skillet mellom kvinner og menn finnes i aldersgruppen 50–59 år, der menn ligger høyere enn kvinner med 4,1 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kjønnene små og framstår ikke som tydelige.

Figur 16. Andel med fedme (KMI 30+), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



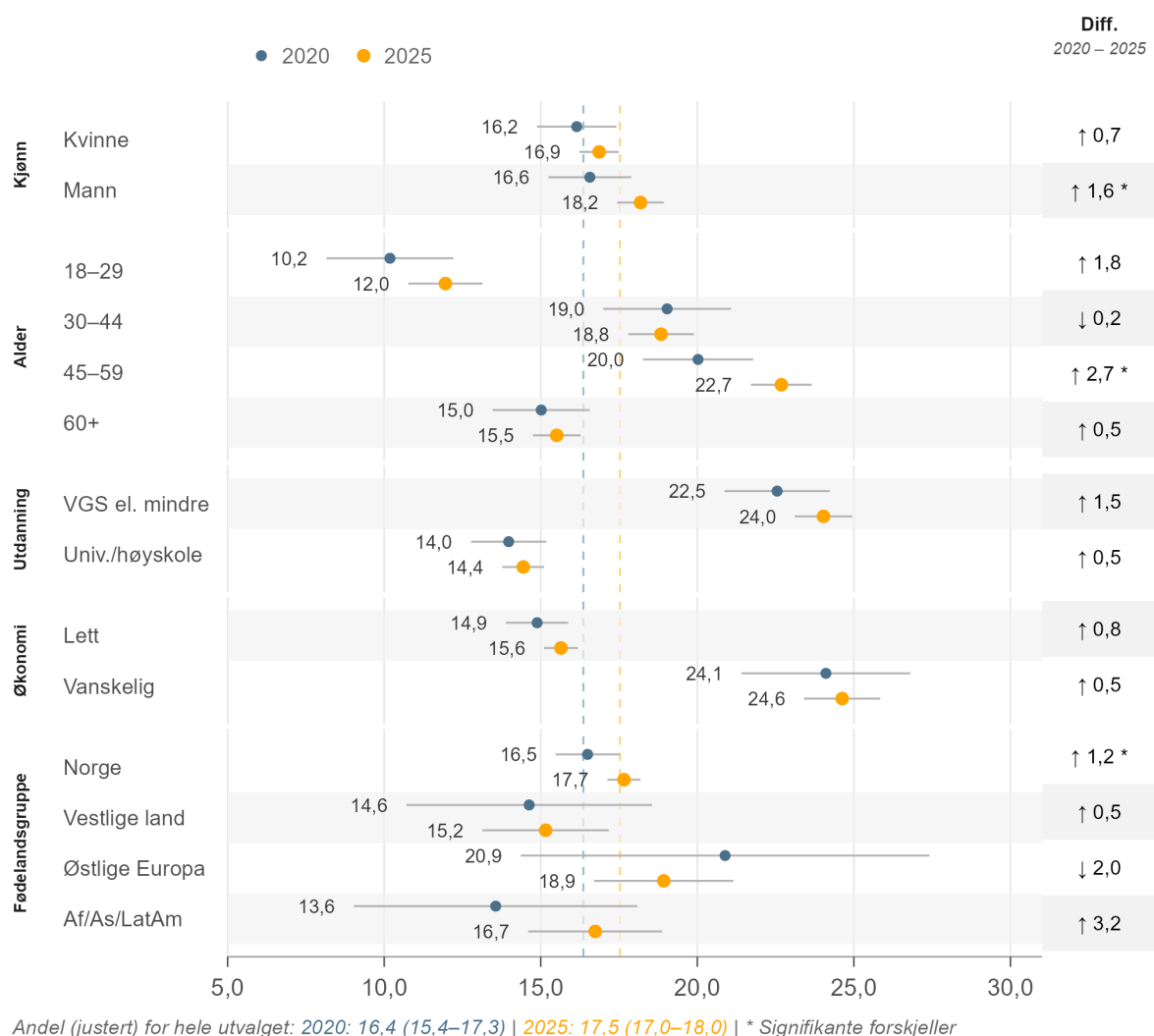
Figur D viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen lavest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og høyere i gruppene som opplever økonomien som mer krevende. Blant kvinner er andelen 13,0 prosent i gruppen lett eller svært lett, 17,9 prosent i forholdsvis lett, 22,5 prosent i forholdsvis vanskelig og 26,5 prosent i vanskelig eller svært vanskelig. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 13,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, noe som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 14,7 prosent i gruppen lett eller svært lett, 18,9 prosent i forholdsvis lett, 26,6 prosent i forholdsvis vanskelig og 26,0 prosent i vanskelig eller svært vanskelig. Den høyeste andelen finnes dermed i gruppen forholdsvis vanskelig, mens den laveste også her er i gruppen lett eller svært lett. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 11,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som også tilsvarer en middels forskjell. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen noen av økonomigruppene. Andelene for kvinner og menn ligger gjennomgående nær hverandre, med størst forskjell i gruppen forholdsvis vanskelig, der kvinner ligger 4,1 prosentpoeng høyere enn menn.

Figur 17. Andel med fedme (KMI 30+), etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen lite mellom fødelandsgruppene. Høyest andel finnes blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 17,4 prosent, mens kvinner fra vestlige land har lavest andel med 14,1 prosent. Differansen er 3,3 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,09, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen større. Menn fra Østlige Europa har høyest andel med 23,1 prosent, mens menn fra vestlige land har lavest andel med 16,0 prosent. Differansen er 7,1 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,18, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er det bare i gruppen fra Østlige Europa at det er et tydelig kjønnskille, der menn ligger 8,3 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene små og framstår ikke som klare.

Figur 18. Andel med fedme (KMI 30+), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

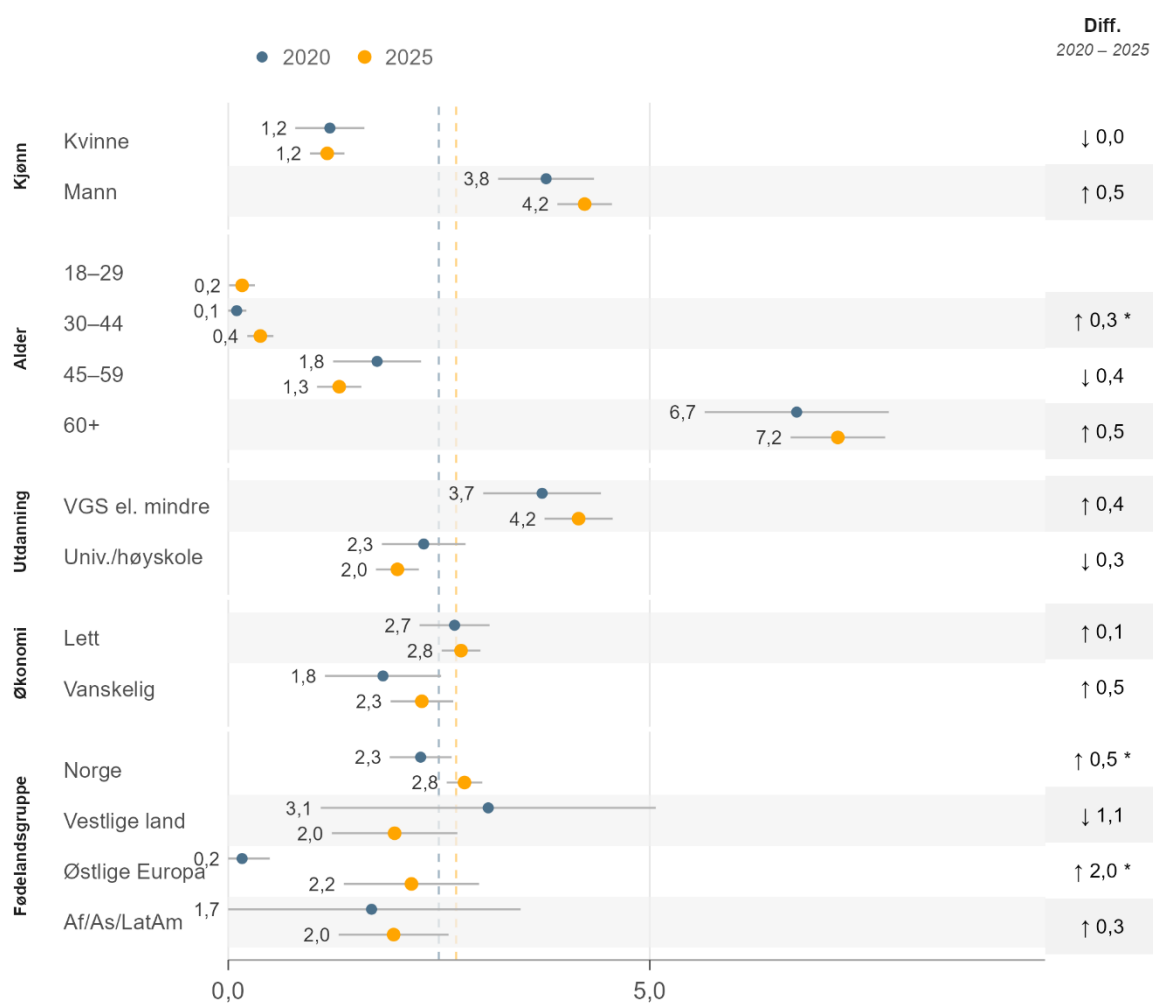


Figur F viser andelen med fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI 30+) på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Samlet økte andelen fra 16,4 til 17,5 prosent, og dette framstår som en statistisk sikker økning. Forskjellen mellom kvinner og menn ble noe større i perioden, fordi menn hadde en statistisk sikker økning, mens endringen blant kvinner ikke var statistisk sikker. Aldersmønsteret var ellers ganske stabilt, men gruppen 45–59 år skilte seg ut med en statistisk sikker økning fra 20,0 til 22,7 prosent. Blant de øvrige aldersgruppene var endringene små og ikke statistisk sikre. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ser i hovedsak ut til å være den samme i 2025 som i 2020, siden begge grupper hadde små og ikke statistisk sikre endringer. Det samme gjelder for opplevde økonomiske vansker, der nivåforskjellen mellom gruppene var tydelig i begge år, men uten statistisk sikre endringer innen gruppene. Etter fødelandsgruppe var mønsteret også nokså stabilt fra 2020 til

2025, selv om personer født i Norge hadde en statistisk sikker økning, mens de øvrige gruppene ikke hadde det.

#### 4.2.4 Andelen som har hatt hjerteinfarkt noen gang

Figur 19. Andelen som har hatt hjerteinfarkt noen gang, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

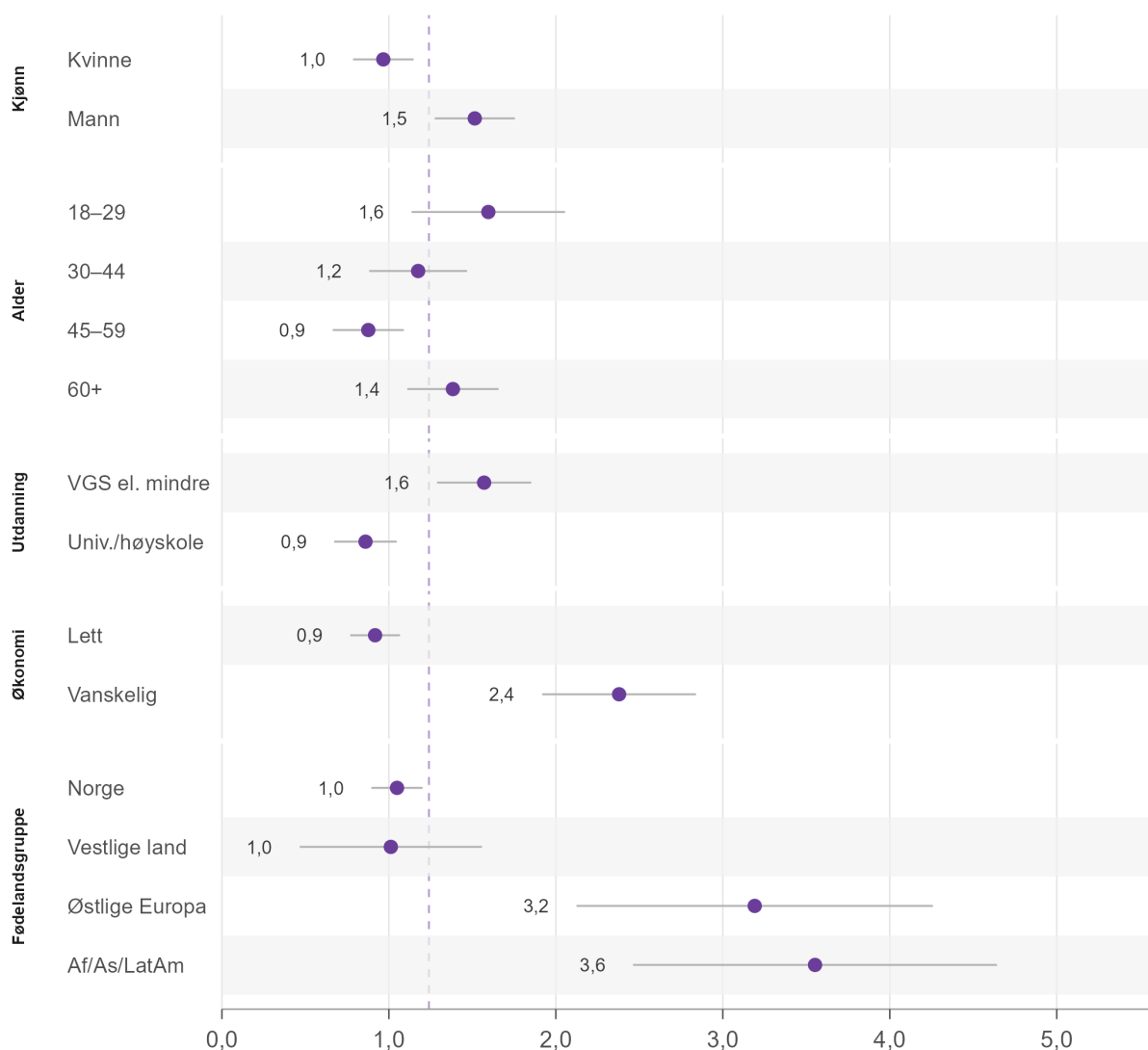


Figur F viser andelen som har hatt hjerteinfarkt noen gang på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett er andelen nokså stabil fra 2020 til 2025, fra 2,5 til 2,7, og endringen er ikke statistisk sikker. Mønsteret mellom kvinner og menn ser i hovedsak uendret ut, med høyere andel blant menn enn blant kvinner i begge år, og uten statistisk sikker endring innen noen av kjønnene. Også aldersmønsteret er i stor

grad det samme, med klart høyest andel i den eldste gruppen i begge år. Samtidig er det en statistisk sikker økning blant 30–44-åringene, fra 0,1 til 0,4, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke er statistisk sikre. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ser også ut til å bestå over tid, med høyere andel blant personer med videregående skole eller lavere enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning i begge år, uten statistisk sikre endringer innen gruppene. For opplevde økonomiske vansker er nivåene relativt like i 2020 og 2025, og det er ikke statistisk sikre endringer i noen av gruppene. Etter fødelandsgruppe er utviklingen mer sammensatt: Det er en statistisk sikker økning både blant personer født i Norge og blant personer fra Østlige Europa, mens endringene i de øvrige gruppene ikke er statistisk sikre. Dette tyder samlet på at hovedmønstrene mellom grupper i stor grad er stabile fra 2020 til 2025, selv om enkelte undergrupper skiller seg ut med økning.

#### 4.2.5 Angina pectoris (hjertekrampe) siste 12 måneder

*Figur 20. Angina pectoris (hjertekrampe) siste 12 måneder, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)*

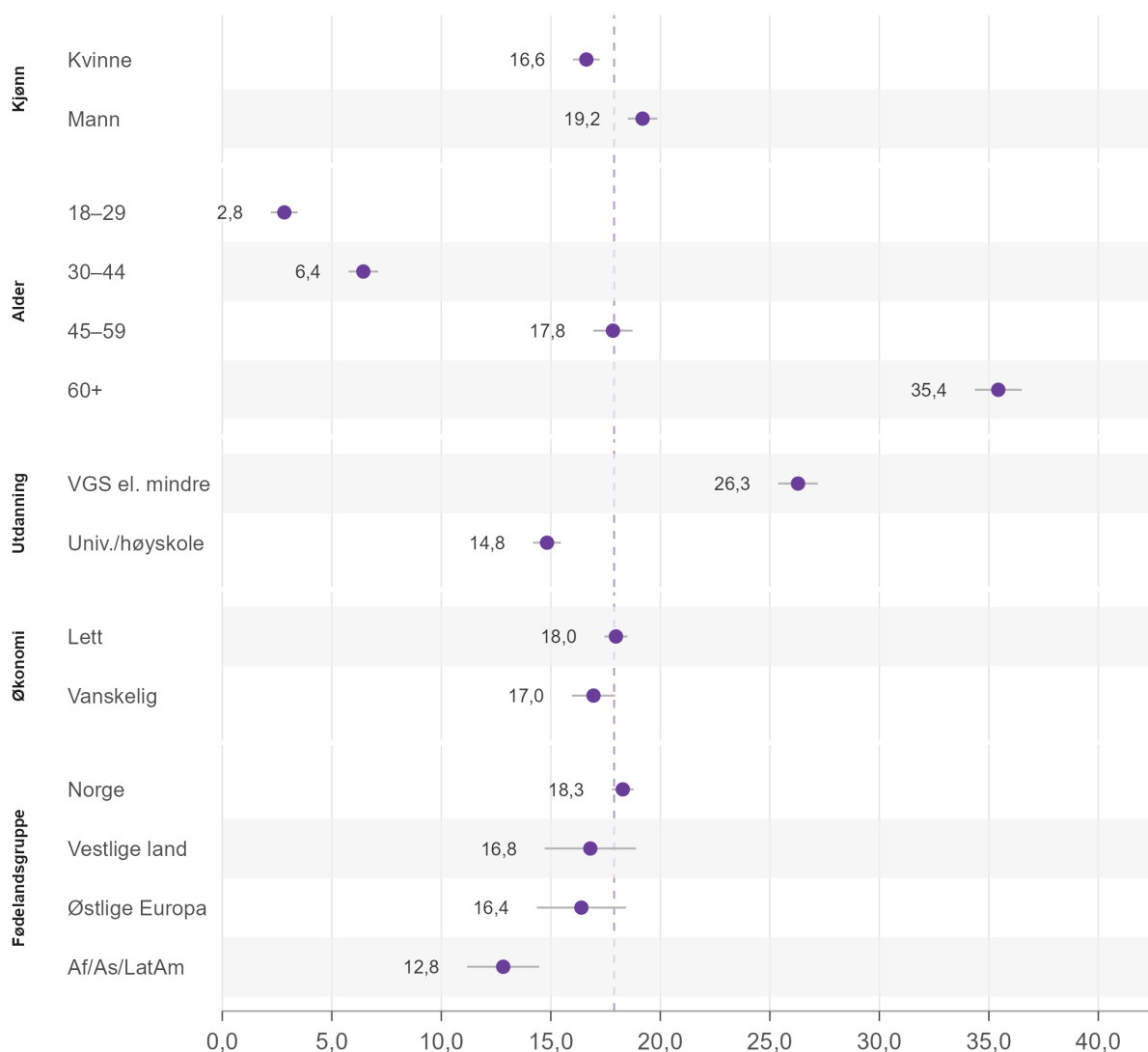


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 1,2 (1,1–1,4)

Figur F viser andelen som har hatt angina pectoris (hjertekrampe) siste 12 måneder på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 1,2 prosent, noe som viser at dette gjelder en liten del av befolkningen. Menn ligger høyere enn kvinner, med 1,5 mot 1,0 prosent. Mellom aldersgruppene er forskjellene relativt små, men andelen er høyest blant 18–29-åringene og blant personer 60 år og eldre, og lavest i alderen 45–59 år. Det er også en tydelig sosial forskjell, der personer med videregående skole eller lavere utdanning ligger høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Den klareste forskjellen ses etter opplevde økonomiske vansker, der andelen er 2,4 prosent blant dem som har det vanskelig økonomisk, mot 0,9 prosent blant dem som har det lett. Etter fødelandsgruppe ligger personer født i Østlige Europa og i Afrika, Asia og Latin-Amerika klart høyere enn personer født i Norge og i vestlige land.

#### 4.2.6 Høyt blodtrykk / hypertensjon

Figur 21. Høyt blodtrykk / hypertensjon, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



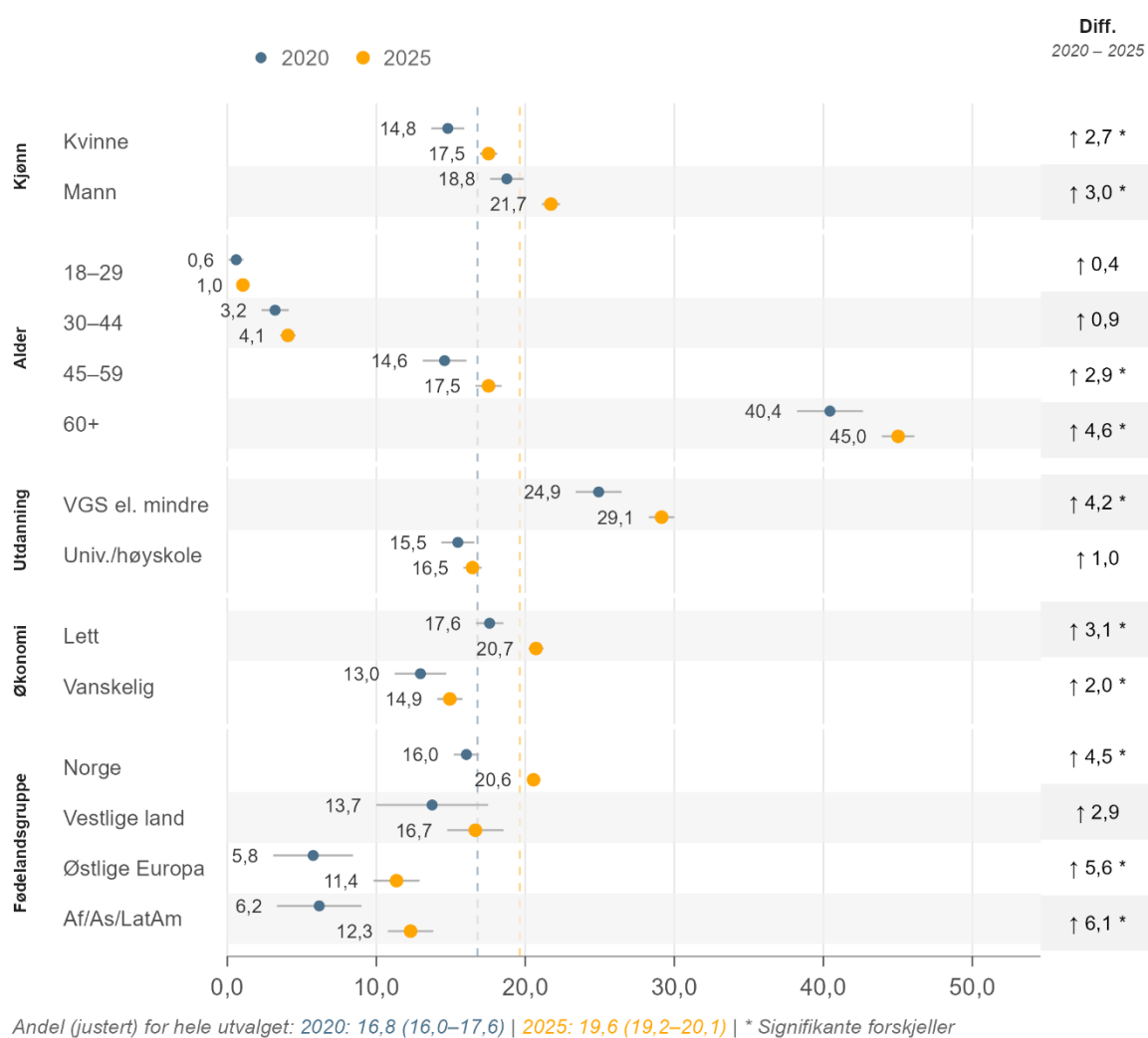
Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 17,9 (17,4–18,3)

Figur F viser andelen som har høyt blodtrykk / hypertensjon på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 17,9 prosent. Det tydeligste mønsteret er en sterk aldersgradient, fra 2,8 prosent blant 18–29-åringene til 35,4 prosent blant personer på 60 år og eldre. Menn ligger noe høyere enn kvinner, med henholdsvis 19,2 og 16,6 prosent. Det er også en klar forskjell etter utdanning, der personer med videregående skole eller mindre ligger høyere enn personer med universitets- eller

høyskoleutdanning, 26,3 mot 14,8 prosent. Forskjellen etter opplevde økonomiske vansker er liten. Etter fødelandsgruppe ligger andelen lavest blant personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens nivåene i de øvrige gruppene er forholdsvis like.

#### 4.2.7 Ukentlig bruk av medisiner mot høyt blodtrykk

Figur 22. Ukentlig bruk av medisiner mot høyt blodtrykk, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

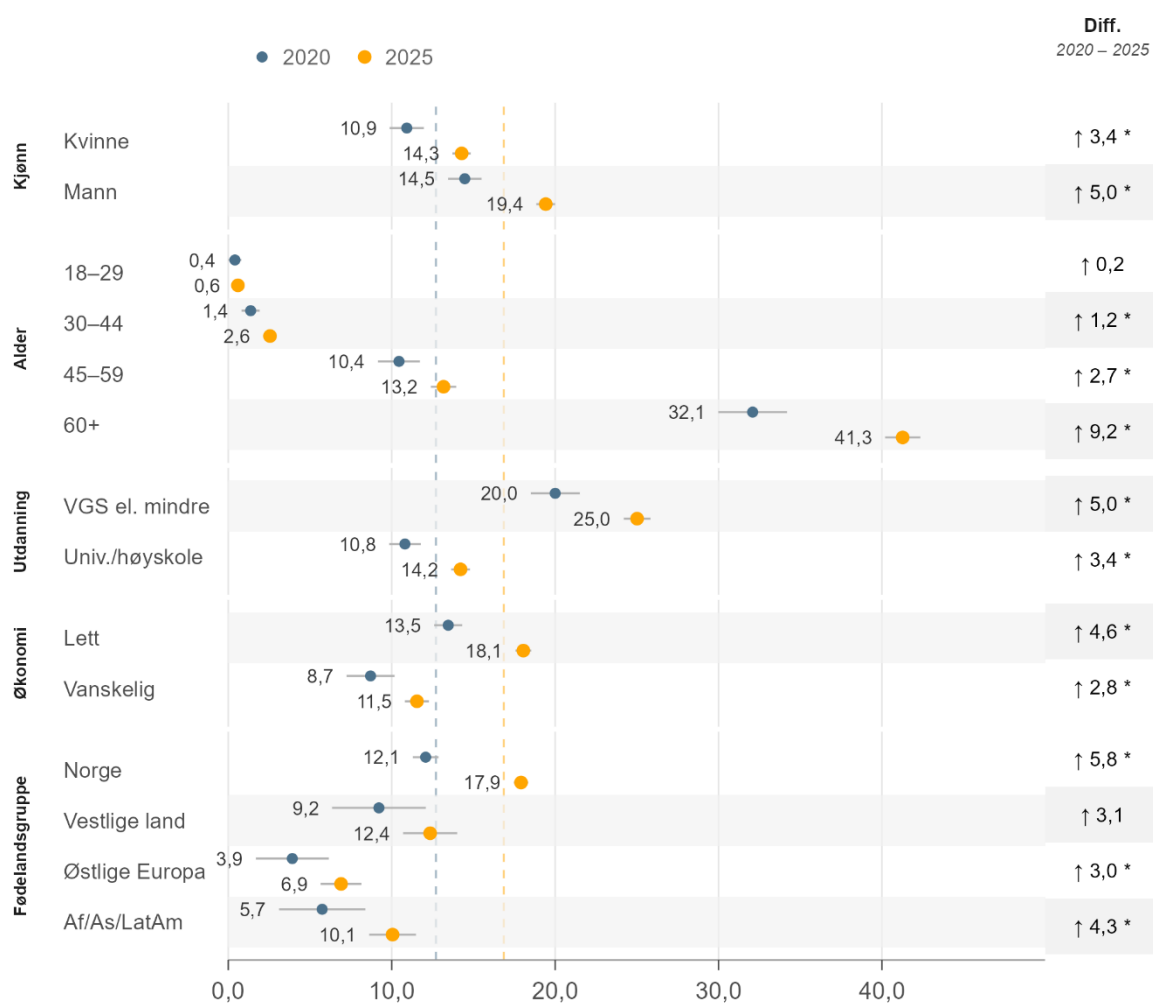


Figur F viser andelen som bruker medisiner mot høyt blodtrykk ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 16,8 til 19,6 prosent, og dette er en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025. Kjønnforskjellen

var i hovedsak stabil i perioden, siden både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning på om lag 3,0 prosentpoeng. Aldersmønsteret var også stabilt, med klart høyest andel blant de eldste i begge år, men økningen var statistisk sikker bare blant personer 45–59 år og 60 år eller eldre. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ser ut til å ha økt noe, fordi personer med videregående skole eller lavere hadde en statistisk sikker økning, mens det ikke var en statistisk sikker endring blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. For opplevde økonomiske vansker var det statistisk sikker økning i begge grupper, og hovedmønsteret mellom gruppene var dermed nokså uendret. Etter fødelandsgruppe var det statistisk sikker økning blant personer født i Norge, i Øst-Europa og i Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens endringen ikke var statistisk sikker blant personer fra vestlige land. Samtidig var nivåene i 2025 fortsatt høyest blant personer født i Norge og lavere i de øvrige fødelandsgruppene.

#### 4.2.8 Ukentlig bruk av kolesterolsenkende medisin

*Figur 23. Ukentlig bruk av kolesterolsenkende medisin, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)*



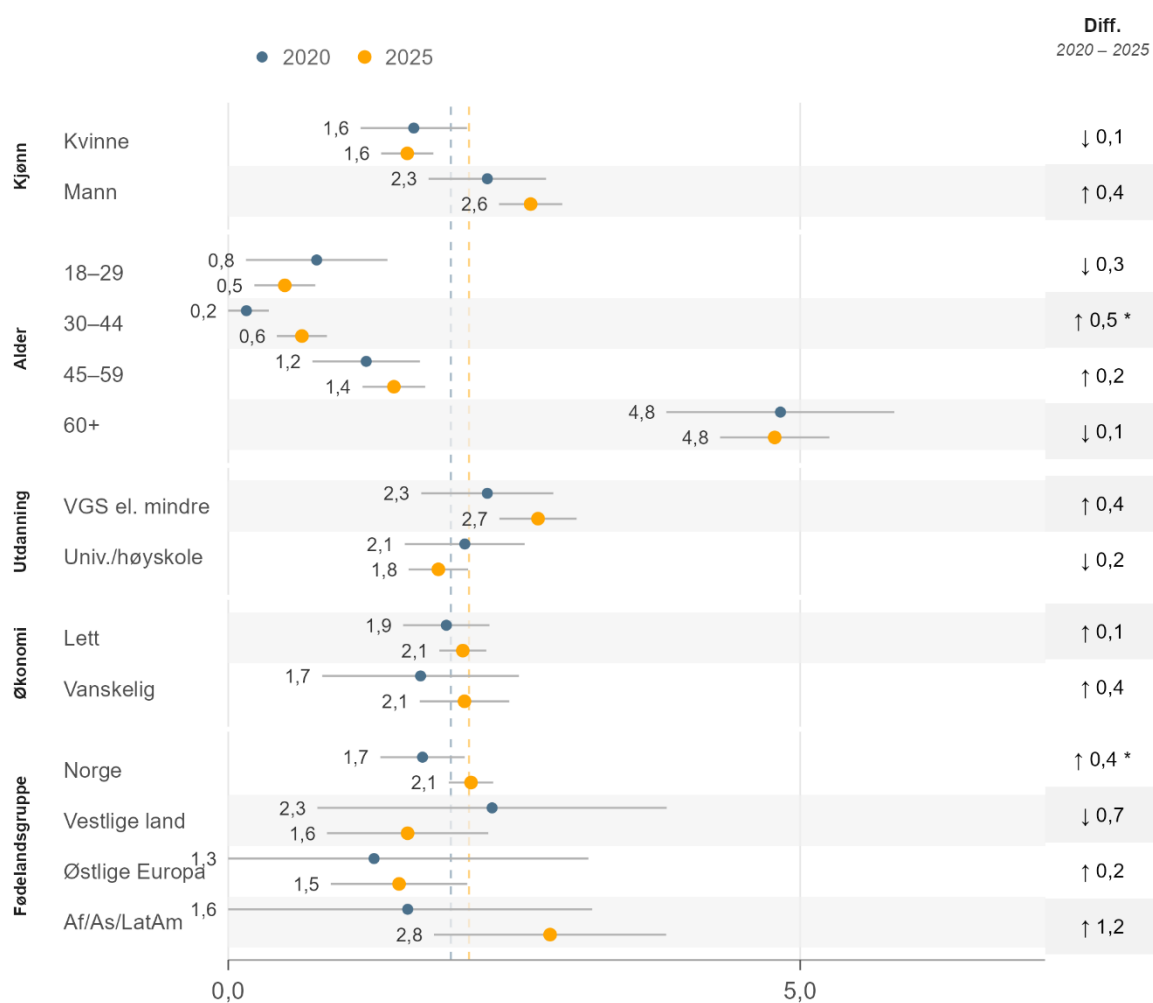
Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 12,7 (12,0–13,4) | 2025: 16,9 (16,5–17,3) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som bruker kolesterolsenkende medisin ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 12,7 til 16,9 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Økningen ses også blant både menn og kvinner, med statistisk sikker endring i begge grupper, og menn lå høyere enn kvinner i begge år. Aldersmønsteret var i hovedsak det samme i 2025 som i 2020, med klart høyere andeler i de eldste gruppene, men nivået økte statistisk sikkert fra 2020 til 2025 i alle aldersgrupper fra 30 år og oppover, særlig blant personer 60 år og eldre. Blant de yngste voksne var endringen liten og ikke statistisk sikker. For utdanning var andelen fortsatt høyere blant personer med videregående skole eller mindre enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og begge gruppene hadde en statistisk sikker økning. Også etter opplevde økonomiske vansker var mønsteret stabilt mellom årene, med statistisk sikker økning i begge gruppene. Etter fødelandsgruppe økte andelen statistisk sikkert blant personer født i Norge, i Øst-Europa og i Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens endringen for personer fra vestlige land ikke var statistisk sikker. Samlet tyder dette på at

hovedforskjellene mellom gruppene i stor grad besto fra 2020 til 2025, samtidig som nivået gjennomgående økte i flere grupper.

#### 4.2.9 Andelen som har hatt hjerneslag

Figur 24. Andelen som har hatt hjerneslag, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



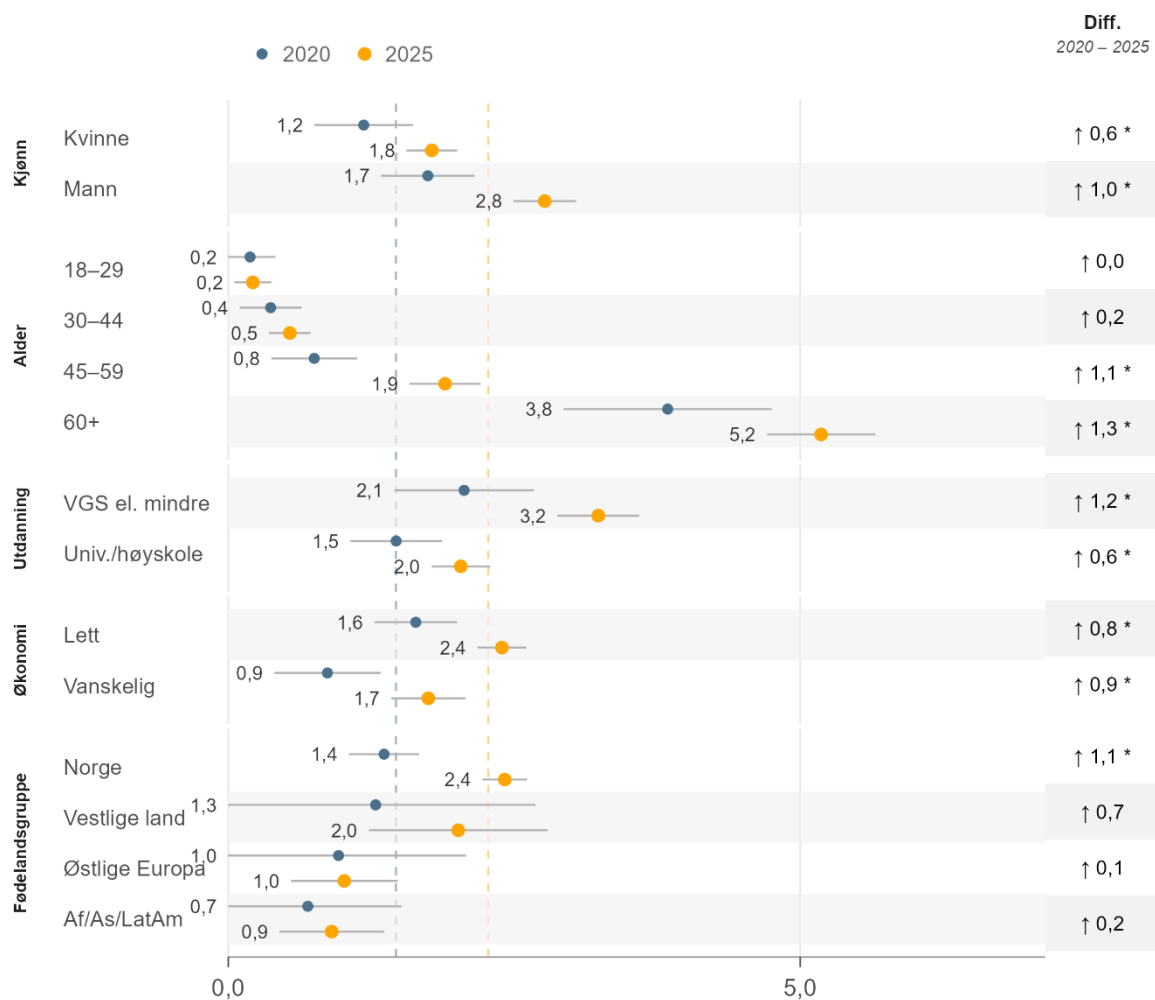
Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 1,9 (1,6-2,3) | 2025: 2,1 (1,9-2,3) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som har hatt hjerneslag på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett var andelen nokså stabil fra 2020 til 2025, og endringen fra 1,9 til 2,1 andel er ikke statistisk sikker. Kjønnsmønsteret ser i hovedsak uendret ut, med høyere nivå blant menn enn blant kvinner i begge år, og uten statistisk sikker endring innen noen av kjønnene. Aldersforskjellene er også i stor grad stabile, ved at

andelen fortsatt øker tydelig med alder, men gruppen 30–44 år skiller seg ut med en statistisk sikker økning fra 0,2 til 0,6 andel. For de øvrige aldersgruppene er endringene ikke statistisk sikre. Utdanningsmønsteret er lite endret fra 2020 til 2025, og det er ikke statistisk sikre endringer i noen av utdanningsgruppene. Det samme gjelder grupper etter opplevde økonomiske vansker, der nivåene ligger relativt nær hverandre i begge år og endringene ikke er statistisk sikre. Etter fødelandsgruppe er hovedbildet også ganske stabilt, men personer født i Norge har en statistisk sikker økning fra 1,7 til 2,1 andel, mens endringene i de øvrige gruppene ikke er statistisk sikre.

#### 4.2.10 Kreft de siste 12 månedene

Figur 25. Kreft de siste 12 månedene, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 1,5 (1,2–1,8) | 2025: 2,3 (2,1–2,4) | \* Signifikante forskjeller

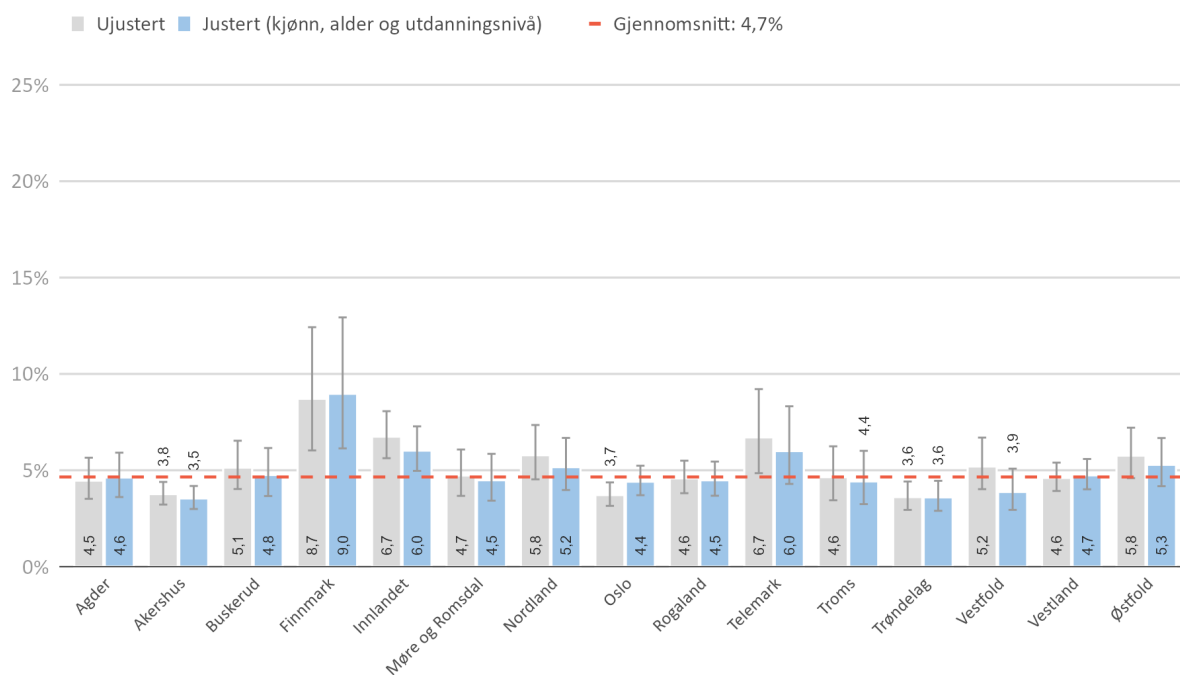
Figur F viser andelen som oppgir å ha hatt kreft de siste 12 månedene på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 1,5 til 2,3 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. For både menn og kvinner var det en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025, samtidig som menn lå høyere enn kvinner i begge år. Aldersmønsteret var i hovedsak det samme over tid, med klart høyere andeler i de eldste gruppene, men økningen var statistisk sikker bare blant 45–59-åringene og personer 60 år og eldre. Det var også en statistisk sikker økning i begge utdanningsgrupper, og forskjellen mellom dem ser i hovedsak ut til å bestå. For opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker økning i begge gruppene fra 2020 til 2025, uten tydelige tegn til at mønsteret mellom gruppene endret seg. Etter fødelandsgruppe var økningen statistisk sikker bare blant personer født i Norge, mens endringene i de øvrige gruppene ikke var statistisk sikre. Samlet sett peker utviklingen dermed mot en generell økning fra 2020 til 2025, mens hovedmønstrene mellom grupper i stor grad var stabile.

#### 4.2.11 Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene

Andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene.

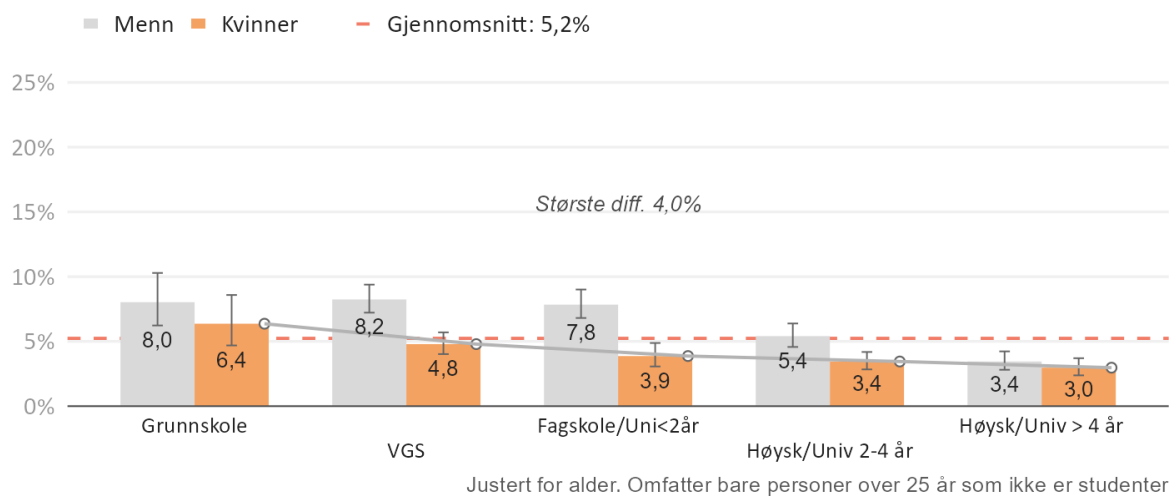
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 904	4,7 %	4,4 – 4,9
Kvinner	15 068	3,7 %	3,3 – 4,0
Menn	11 836	5,7 %	5,3 – 6,1

Figur 26. Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene, etter fylker (A)



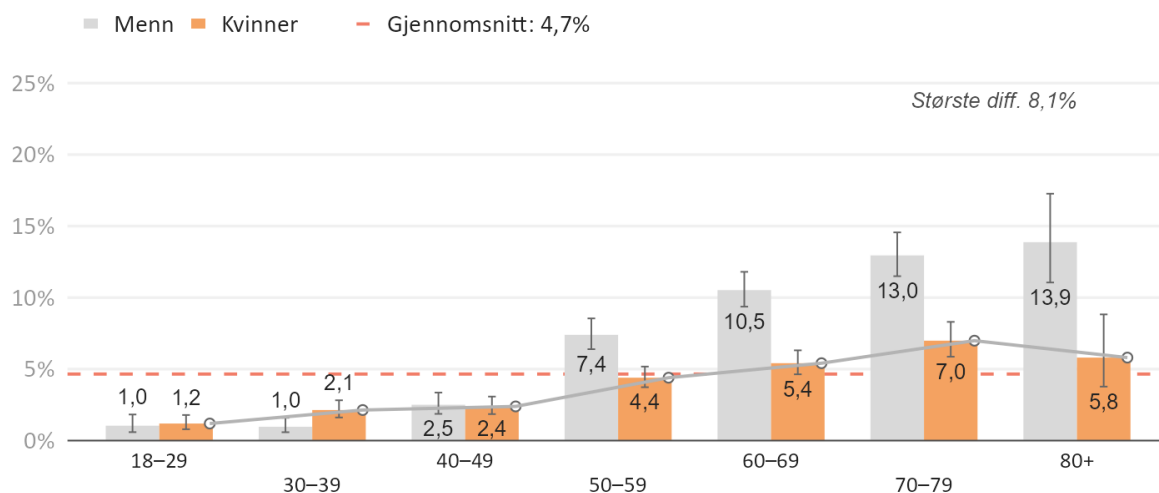
Figur A viser andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Finnmark, der 9,0 prosent oppgir diabetes, og lavest i Akershus med 3,5 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 5,5 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er liten, med Cohen's  $h$  på 0,23. Samlet viser figuren at andelen som oppgir diabetes de siste 12 månedene varierer mellom fylkene, men at det særlig er Finnmark som skiller seg ut med et høyere nivå enn resten. Samtidig ligger mange fylker forholdsvis tett samlet rundt mellom 4,0 og 5,0 prosent.

**Figur 27. Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



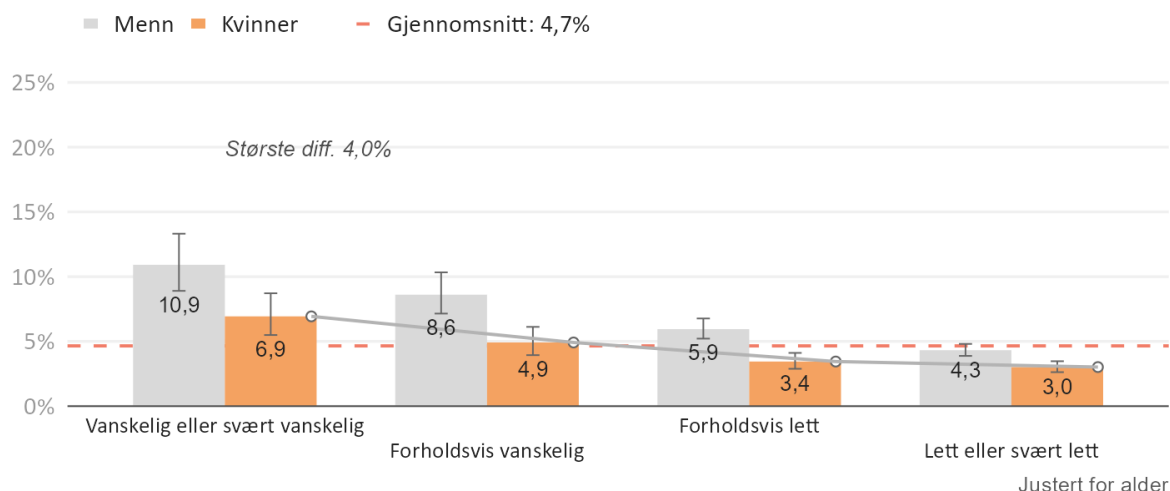
Figur B viser andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 6,4 prosent oppgir diabetes, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 3,0 prosent. Differansen er 3,4 prosentpoeng, noe som tyder på et klart skille, men effektstørrelsen er liten med Cohen's h på 0,16. Blant menn er andelen høyest i gruppen med videregående skole, der 8,2 prosent oppgir diabetes, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 3,4 prosent. Differansen er 4,8 prosentpoeng. Også her framstår forskjellen som tydelig, mens effektstørrelsen er liten, med Cohen's h på 0,21. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er andelen høyere blant menn i alle grupper. De tydeligste kjønnsforskjellene finnes blant personer med fagskole eller universitetsutdanning under to år og blant personer med videregående skole. I disse gruppene er forskjellen henholdsvis 3,9 og 3,4 prosentpoeng. Det er også et klart skille i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, der menn ligger 2,0 prosentpoeng høyere enn kvinner. For grunnskole og høyere utdanning over fire år er kjønnsforskjellene mindre og framstår ikke som tydelige.

**Figur 28. Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene, etter kjønn og alder (C)**



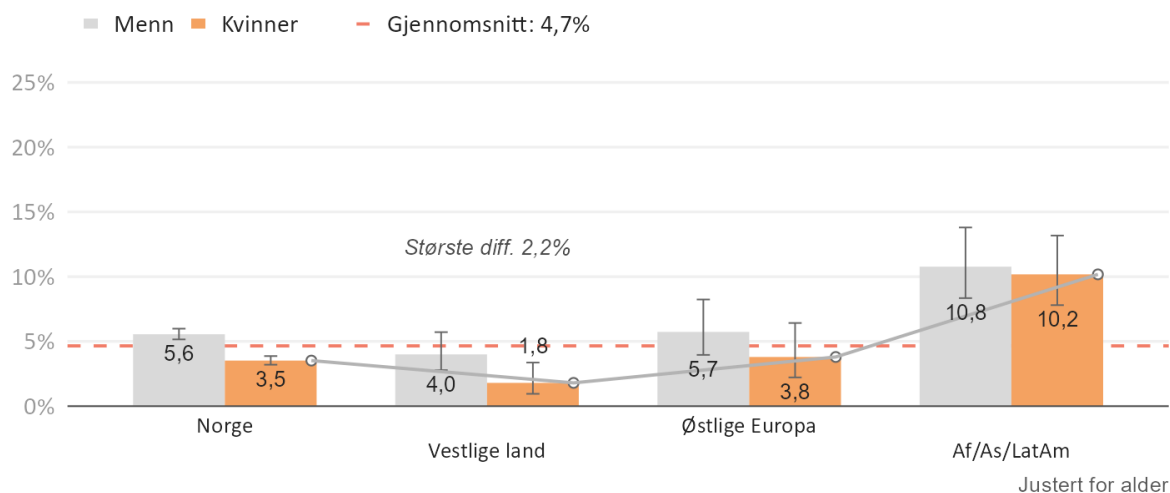
Figur C viser andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 1,2 prosent, og høyest i alderen 70–79 år, med 7,0 prosent. Dette gir en forskjell på 5,8 prosentpoeng, noe som tyder på et tydelig aldersmønster blant kvinner. Cohen's h er 0,32, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen lavest i alderen 30–39 år, med 1,0 prosent, og høyest i alderen 80 år og eldre, med 13,9 prosent. Forskjellen er 12,9 prosentpoeng, som viser et klart sterkere aldersmønster enn blant kvinner. Cohen's h er 2,02, som tilsier en stor forskjell. Ser vi på forskjeller mellom kvinner og menn, er det ikke noe klart skille i de yngste aldersgruppene 18–29 år og 40–49 år. I alderen 30–39 år er andelen derimot høyere blant kvinner enn blant menn, med en forskjell på 1,1 prosentpoeng. Fra 50-årsalderen og oppover er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og forskjellene er tydelige. I alderen 50–59 år er forskjellen 3,0 prosentpoeng, i 60–69 år 5,1 prosentpoeng, i 70–79 år 6,0 prosentpoeng, og i 80 år og eldre er forskjellen 8,1.

**Figur 29. Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



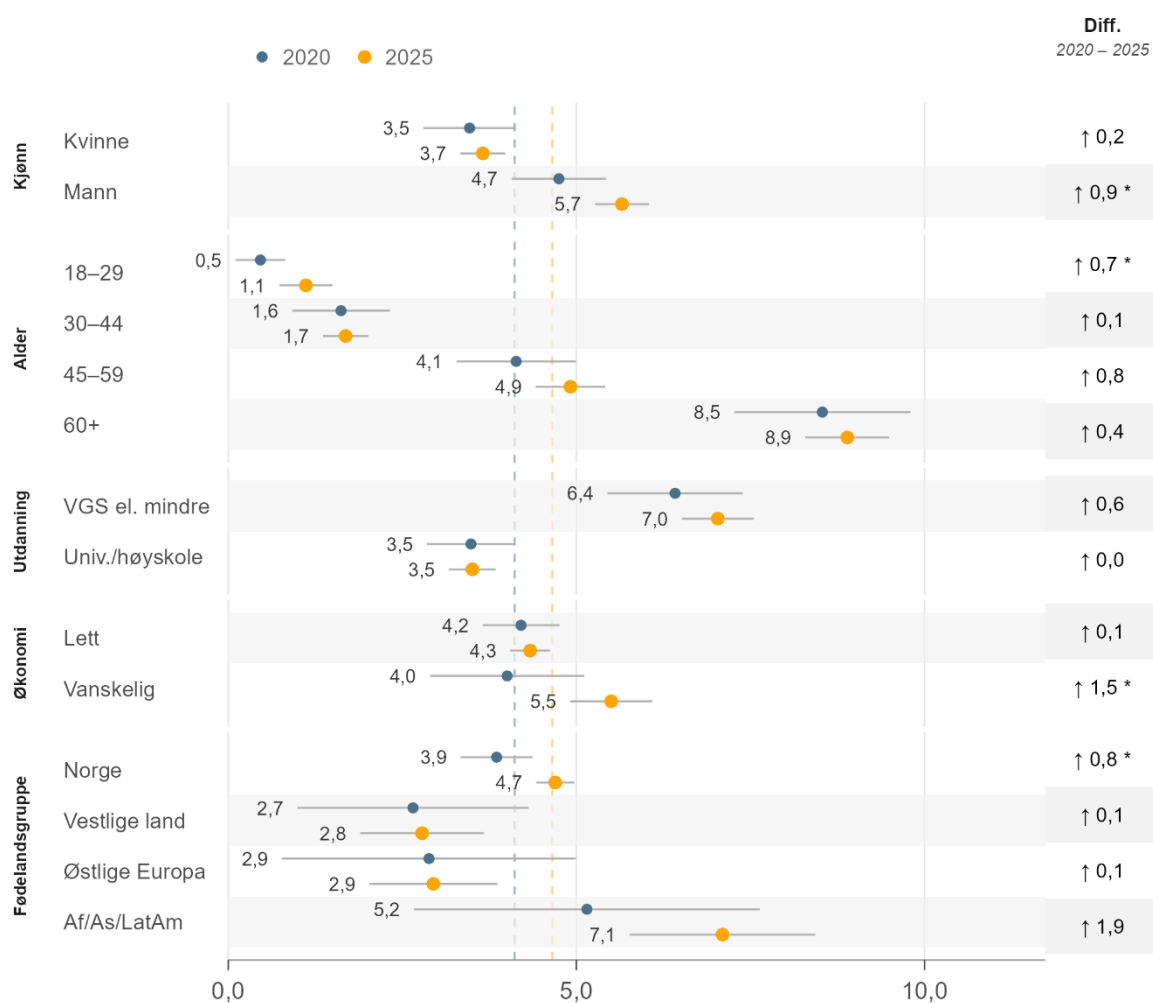
Figur D viser andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som oppgir at husholdningsøkonomien er lett eller svært lett, med 3,0 prosent, og høyest i gruppen som oppgir at den er vanskelig eller svært vanskelig, med 6,9 prosent. Det gir en forskjell på 3,9 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,18 og tyder på en liten forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, der 4,3 prosent oppgir diabetes, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, der andelen er 10,9 prosent. Forskjellen er 6,6 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,25, som tilsvarer en middels forskjell. Det er også klare kjønnsforskjeller i alle økonomigruppene, med høyere andeler blant menn enn blant kvinner. I gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi er forskjellen 1,3 prosentpoeng, mens den i gruppen med forholdsvis lett økonomi er 2,5 prosentpoeng. I gruppen med forholdsvis vanskelig økonomi er forskjellen 3,7 prosentpoeng, og i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi er den 4,0 prosentpoeng. Samlet viser figuren at andelen med diabetes øker når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere, og at menn ligger høyere enn kvinner i alle gruppene.

**Figur 30. Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 10,2 prosent, og lavest blant kvinner fra vestlige land, med 1,8 prosent. Dette gir en forskjell på 8,4 prosentpoeng. Også blant menn er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 10,8 prosent, og lavest blant menn fra vestlige land, med 4,0 prosent. Forskjellen er 6,8 prosentpoeng. Tallene viser dermed et tydelig mønster der personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika har de høyeste andelene, mens personer fra vestlige land har de laveste andelene, både blant kvinner og menn. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hver fødelandsgruppe, er forskjellene gjennomgående små. Det er bare i Norge at det er et klart skille mellom kjønnene, der menn ligger 2,1 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene ikke tydelige.

**Figur 31. Diabetes (alle typer) de siste 12 månedene, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 4,1 (3,6-4,6) | 2025: 4,7 (4,4-4,9) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som oppgir å ha hatt diabetes de siste 12 månedene på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 4,1 til 4,7, og dette framstår som en statistisk sikker økning. Kjønnforskjellen ble noe tydeligere i perioden, ved at menn hadde en statistisk sikker økning fra 4,7 til 5,7, mens kvinner hadde en ikke statistisk sikker endring. Aldersmønsteret var ellers stabilt, med høyest andel blant de eldste i begge år, men gruppen 18-29 år hadde en statistisk sikker økning fra 0,5 til 1,1. For utdanning var forskjellen mellom dem med videregående skole eller mindre og dem med universitets- eller høyskoleutdanning i hovedsak den samme i 2020 og 2025, og ingen av gruppene hadde statistisk sikker endring. Også etter opplevde økonomiske vansker var hovedmønsteret nokså likt, men blant dem som oppga slike vansker var det en statistisk sikker økning fra 4,0 til 5,5, mens det ikke var statistisk sikker endring blant dem uten slike vansker. Mellom fødelandsgruppene var rangeringen i hovedsak uendret fra 2020 til 2025. Personer født i

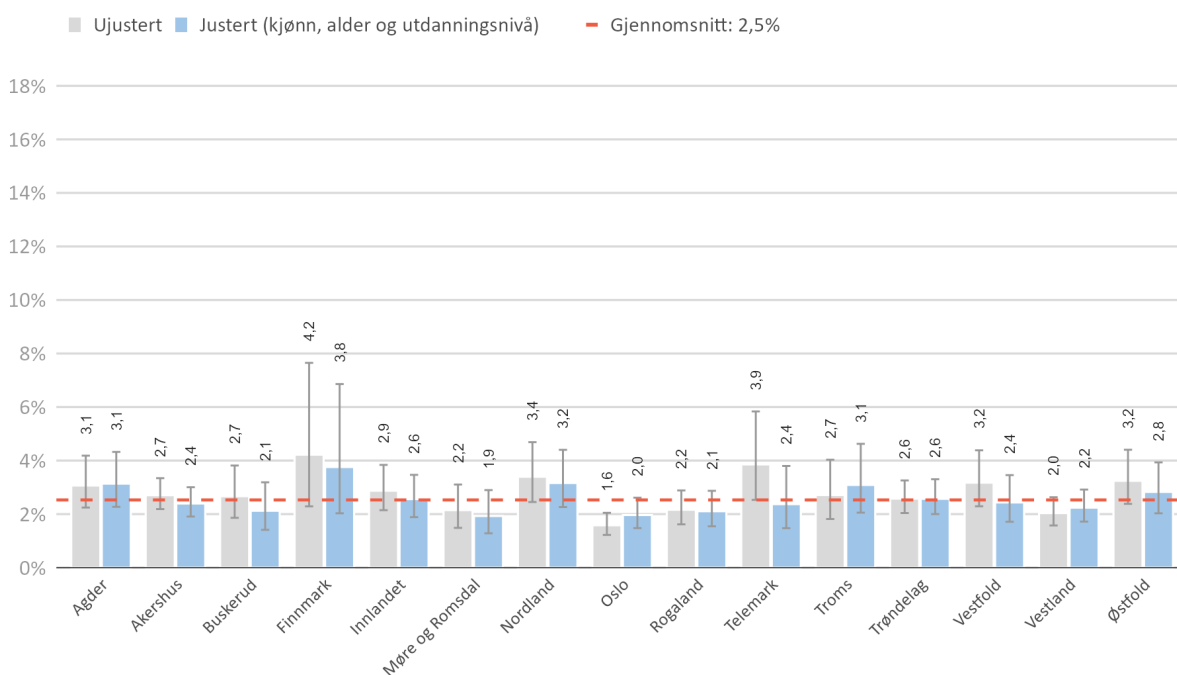
Norge hadde en statistisk sikker økning fra 3,9 til 4,7, mens de øvrige fødelandsgruppene ikke hadde statistisk sikre endringer.

#### 4.2.12 Kols, bronkitt eller emfysem det siste året

Andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året.

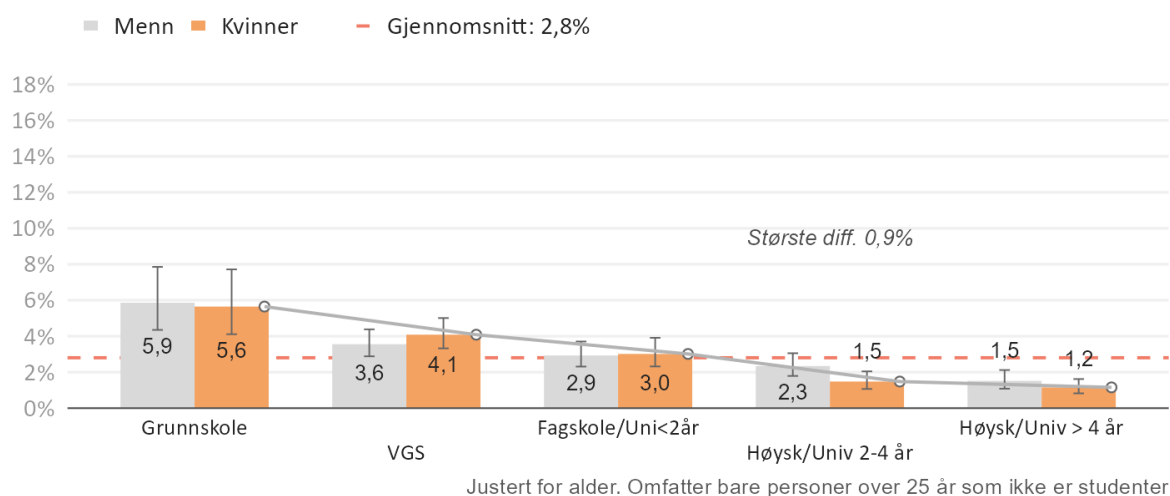
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 601	2,5 %	2,3 – 2,7
Kvinner	14 919	2,5 %	2,2 – 2,8
Menn	11 682	2,6 %	2,3 – 2,9

Figur 32. Kols, bronkitt eller emfysem det siste året, etter fylker (A)



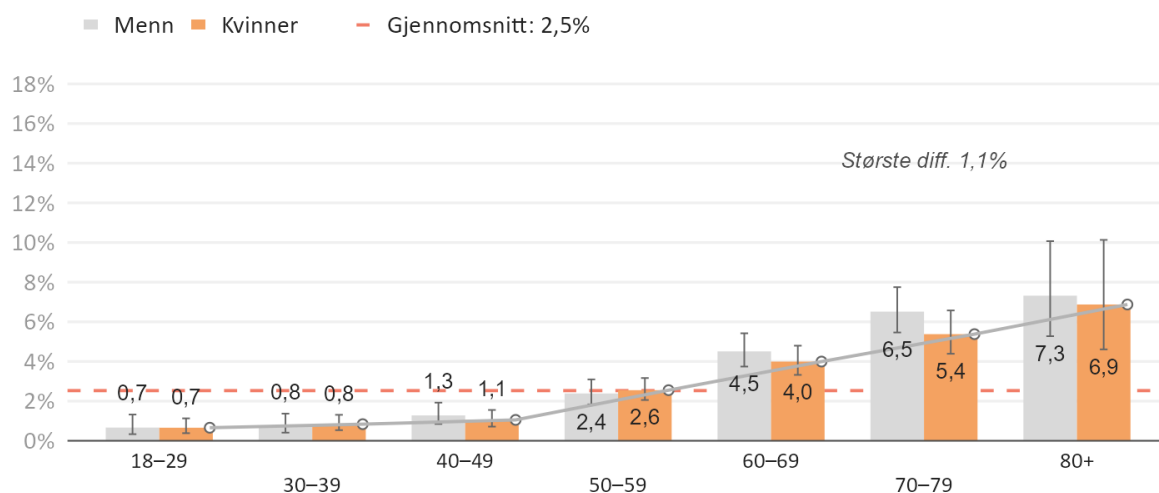
Figur A viser andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer fra 1,9 prosent i Møre og Romsdal til 3,8 prosent i Finnmark. Forskjellen mellom fylket med høyest og lavest andel er 1,9 prosentpoeng. Samtidig tyder tallgrunnlaget ikke på at det er et klart skille mellom ytterpunktene. Effektstørrelsen er liten, med Cohen's h på 0,11. Det betyr at forskjellene mellom fylkene samlet sett framstår som beskjedne.

Figur 33. Kols, bronkitt eller emfysem det siste året, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



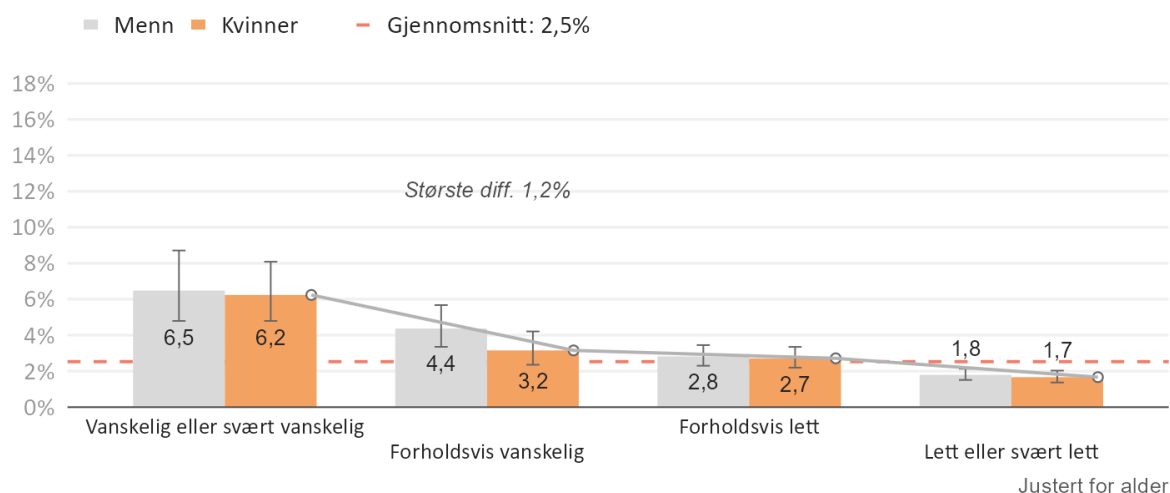
Figur B viser andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn synker andelen med økt lengde på utdanning, med høyest andel blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning på mer enn fire år. Blant kvinner varierer andelen fra 5,6 prosent i gruppen med grunnskole til 1,2 prosent i gruppen med lengst høyere utdanning. Det gir en forskjell på 4,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig, med 5,9 prosent i gruppen med grunnskole og 1,5 prosent i gruppen med lengst høyere utdanning. Forskjellen er 4,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,24, som tilsvarer en liten forskjell. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen noen av utdanningsgruppene.

Figur 34. Kols, bronkitt eller emfysem det siste året, etter kjønn og alder (C)



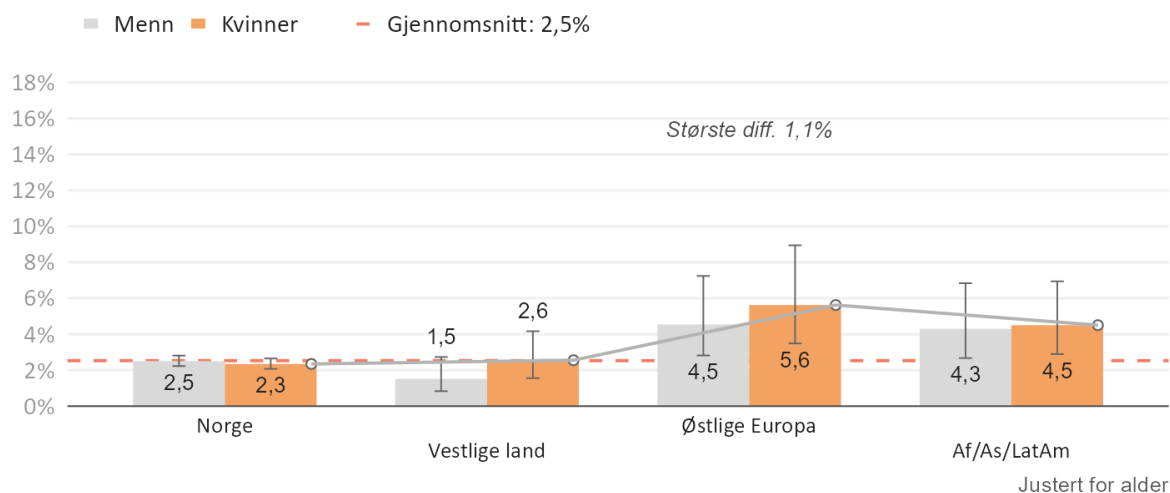
Figur C viser andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn øker andelen tydelig med alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 0,7 prosent, og høyest i alderen 80 år og eldre, med 6,9 prosent. Det gir en forskjell på 6,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 1,36, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 0,7 prosent, og høyest i alderen 80 år og eldre, med 7,3 prosent. Forskjellen er 6,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 1,36, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser en gradvis økning gjennom aldersgruppene for begge kjønn. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn i alle aldersgrupper, og ingen av dem framstår som klare. Dette tyder på at alder er et tydeligere mønster i materialet enn kjønn.

Figur 35. Kols, bronkitt eller emfysem det siste året, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



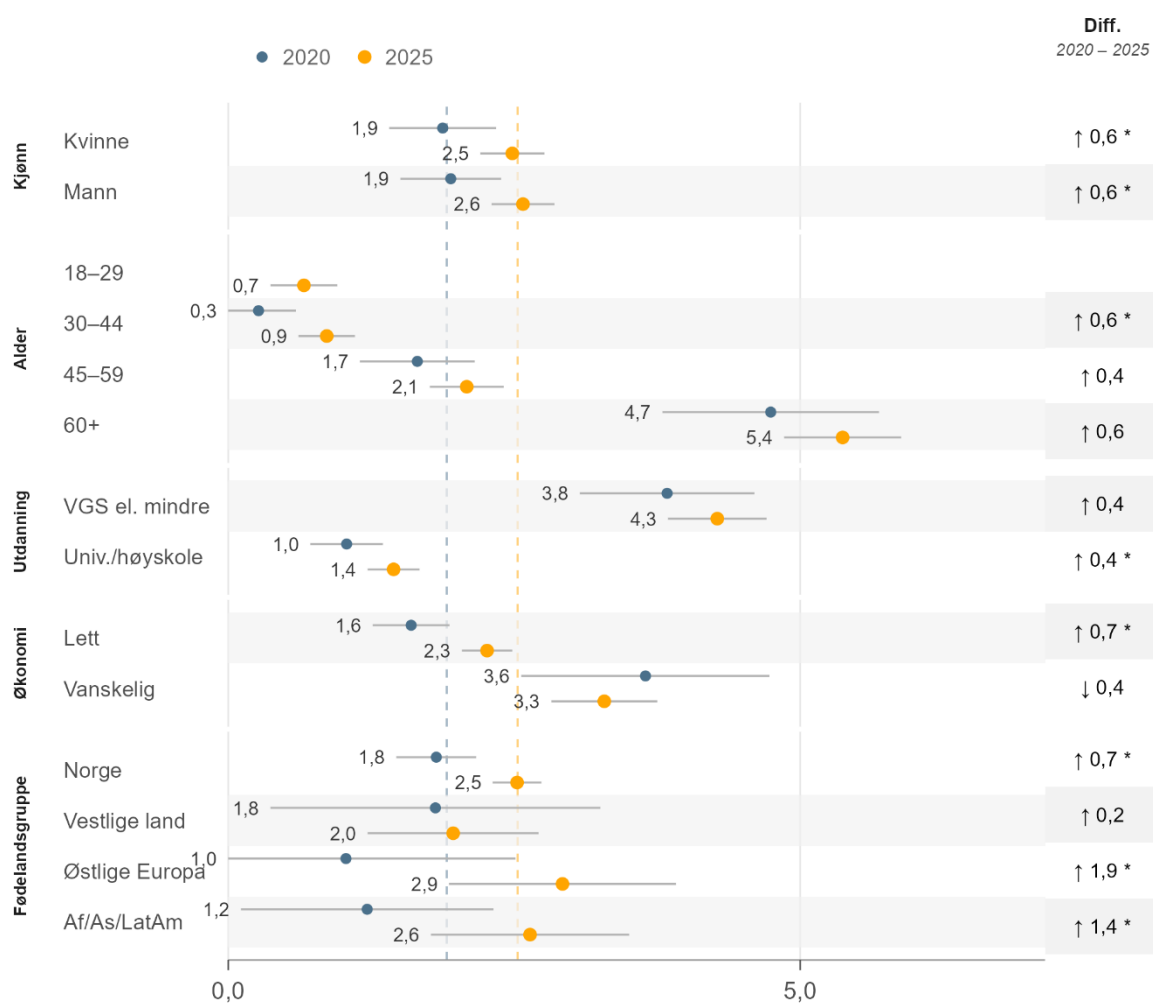
Figur D viser andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som lett eller svært lett. Blant kvinner er andelen 6,2 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, mot 1,7 prosent i gruppen med lett eller svært lett økonomi. Det gir en differanse på 4,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig: 6,5 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, mot 1,8 prosent i gruppen med lett eller svært lett økonomi. Differansen er 4,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,25, som også tilsier en middels forskjell. Det er derimot ikke klare kjønnsforskjeller innen noen av økonomigruppene. .

Figur 36. Kols, bronkitt eller emfysem det siste året, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Østlige Europa, med 5,6 prosent, og lavest i Norge, med 2,3 prosent. Forskjellen er 3,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell. Kvinner fra Vestlige land ligger på 2,6 prosent, mens kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 4,5 prosent. Blant menn er andelen også høyest i Østlige Europa, med 4,5 prosent, og lavest i Vestlige land, med 1,5 prosent. Forskjellen er 3,0 prosentpoeng. Dette framstår ikke som et klart skille, selv om Cohen's h er 0,18, som også tilsier en liten forskjell. Menn fra Norge ligger på 2,5 prosent, mens menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 4,3 prosent. Det er ellers små forskjeller mellom kvinner og menn innen de enkelte fødelandsgruppene.

Figur 37. Kols, bronkitt eller emfysem det siste året, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som oppgir å ha hatt kols, bronkitt eller emfysem det siste året på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 1,9 til 2,5, og dette framstår som en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025. Kjønnsmønsteret var i hovedsak stabilt, siden både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning og nivåene lå fortsatt svært likt i 2025. Også aldersmønsteret var nokså uendret, med klart høyest andel blant de eldste i begge år, men bare gruppen 30-44 år hadde en statistisk sikker økning. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ser også ut til å bestå, med høyere andel blant personer med videregående skole eller lavere i begge år, mens økningen bare var statistisk sikker blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. For økonomiske vansker var bildet mer blandet: blant dem uten slike vansker var det en statistisk sikker økning, mens gruppen med vansker ikke hadde noen statistisk sikker endring. Mellom fødelandsgruppene var det fortsatt relativt små forskjeller i 2025, men utviklingen over tid var ulik. Det var en statistisk sikker økning

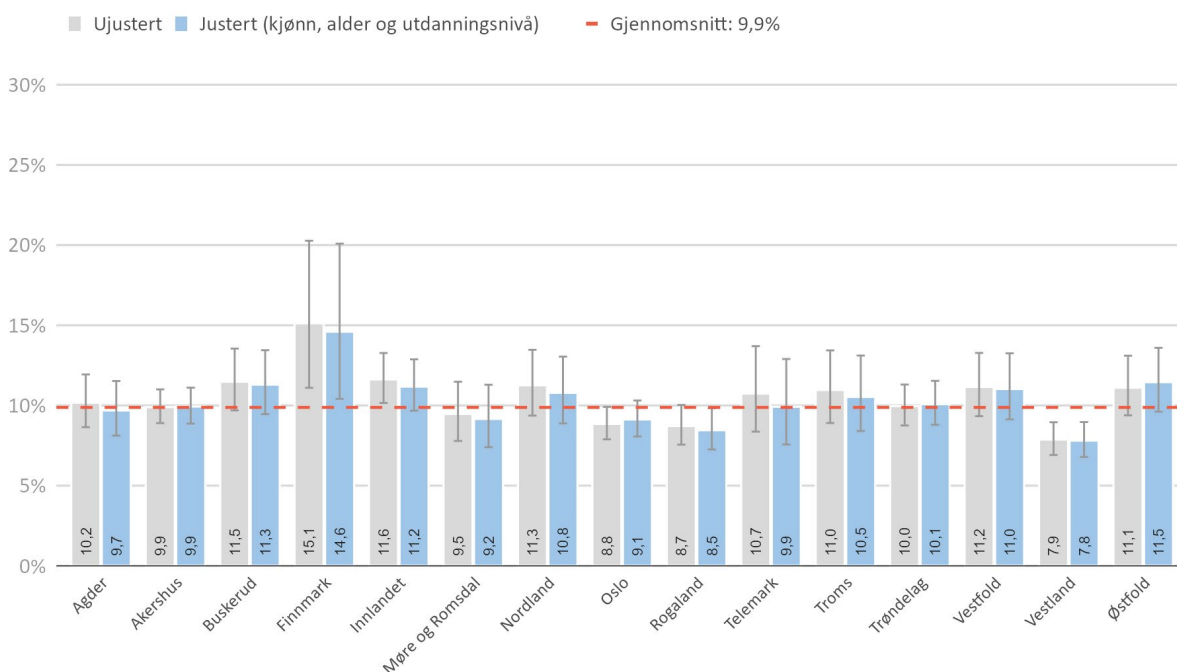
blant personer født i Norge, i Øst-Europa og i Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens endringen ikke var statistisk sikker blant personer fra vestlige land.

#### 4.2.13 Astma siste året

Andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året.

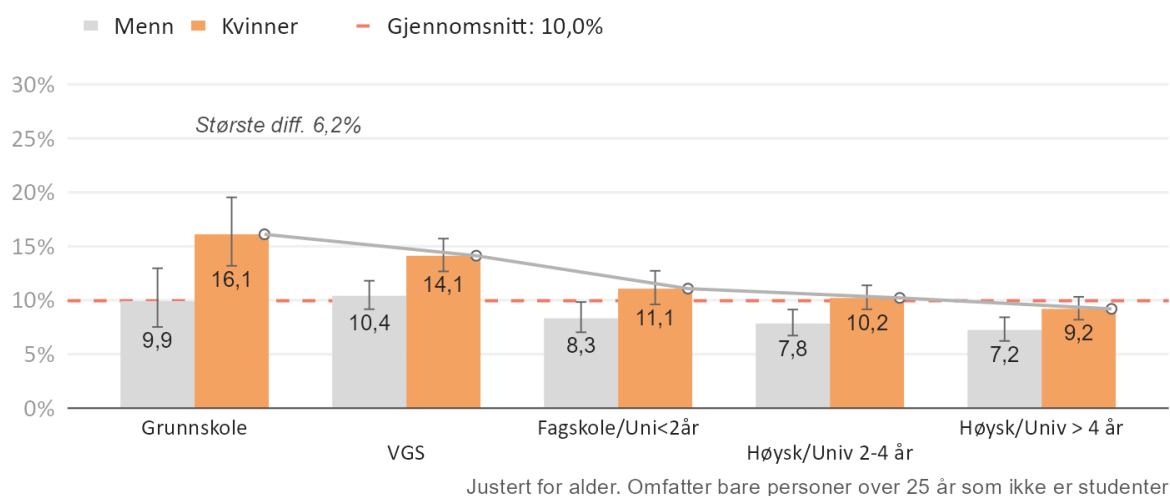
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 364	9,9 %	9,5 – 10,3
Kvinner	14 713	11,3 %	10,8 – 11,9
Menn	11 651	8,4 %	7,9 – 9,0

Figur 38. Astma siste året, etter fylker (A)



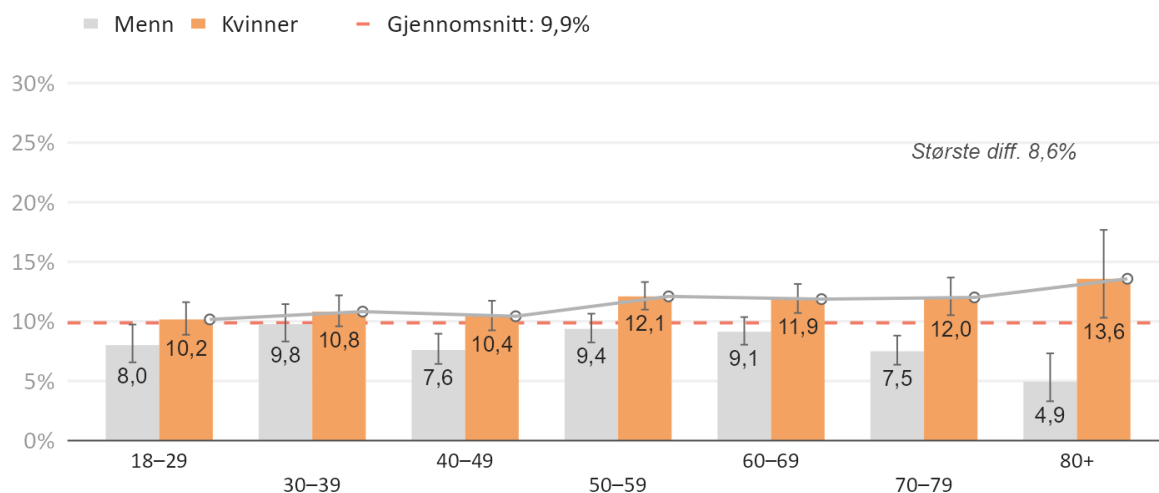
Figur A viser andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer mellom fylkene, fra 7,8 prosent i Vestland til 14,6 prosent i Finnmark. Dette er de to ytterpunktene, og forskjellen mellom dem er 6,8 prosentpoeng. Det framstår som et klart skille mellom disse fylkene, men effektstørrelsen er liten, med Cohen's h på 0,22. Samlet viser figuren at det er geografiske forskjeller i andelen som oppgir astma det siste året, der Finnmark skiller seg ut med den høyeste andelen, men at forskjellene gjennomgående er små.

Figur 39. Astma siste året, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



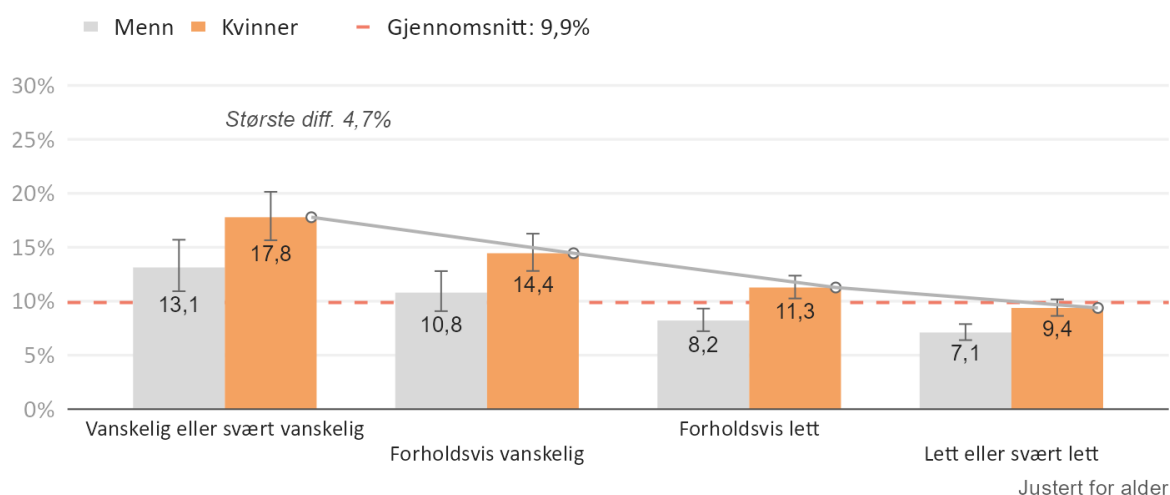
Figur B viser andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 16,1 prosent oppgir astma det siste året. Lavest andel finnes blant kvinner med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 9,2 prosent. Forskjellen er 6,9 prosentpoeng og framstår som et klart skille, mens Cohen's h er 0,21, som tilsvarer en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen med videregående skole, med 10,4 prosent, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 7,2 prosent. Forskjellen er 3,2 prosentpoeng. Også her framstår skillet som klart, mens Cohen's h på 0,11 tilsier en liten forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andel enn menn i alle utdanningsgrupper. Kjønnforskjellen er størst i gruppen med grunnskole, der kvinner ligger 6,2 prosentpoeng høyere enn menn, og dette framstår som et klart skille. Det er også klare kjønnforskjeller i gruppene med videregående skole og med høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, der kvinner ligger henholdsvis 3,7 og 2,4 prosentpoeng høyere enn menn. I gruppene med fagskole eller universitetsutdanning under to år og høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år er forskjellene mindre og framstår ikke som klare.

Figur 40. Astma siste året, etter kjønn og alder (C)



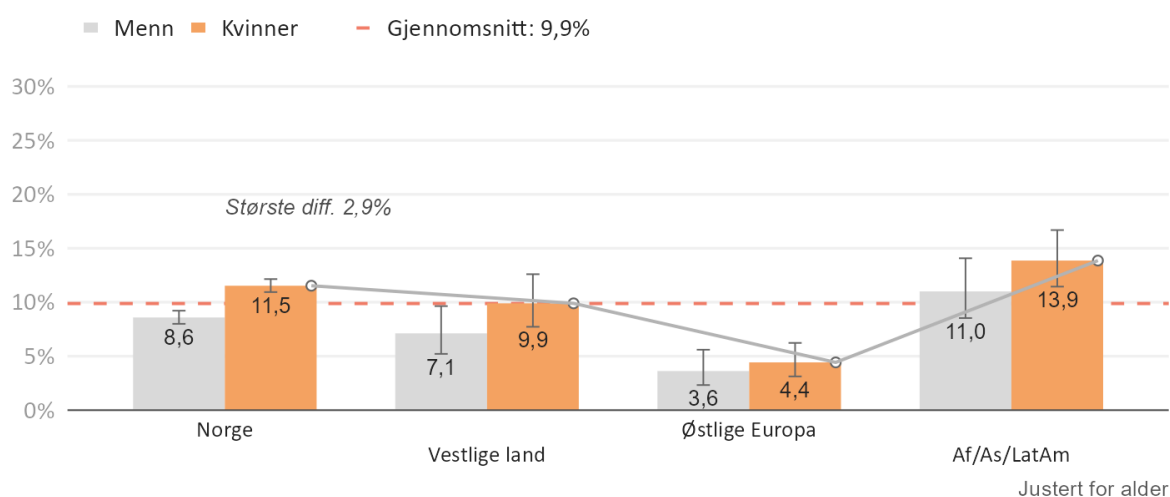
Figur C viser andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 10,2 prosent, og høyest i alderen 80 år og eldre, med 13,6 prosent. Forskjellen er 3,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,11, noe som tilsier en liten forskjell. Siden dette ikke framstår som et klart skille, tyder tallene på et relativt jevnt nivå mellom aldersgruppene blant kvinner. Blant menn varierer andelen fra 4,9 prosent i alderen 80 år og eldre til 9,8 prosent i alderen 30-39. Forskjellen er 4,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som også tilsier en liten forskjell. Her framstår forskjellen likevel som et klart skille. Fra 40–49 år og oppover er det et tydelig mønster med høyere andel blant kvinner, med største kjønnsforskjell på 8,7 prosentpoeng i alderen 80 år og eldre.

Figur 41. Astma siste året, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



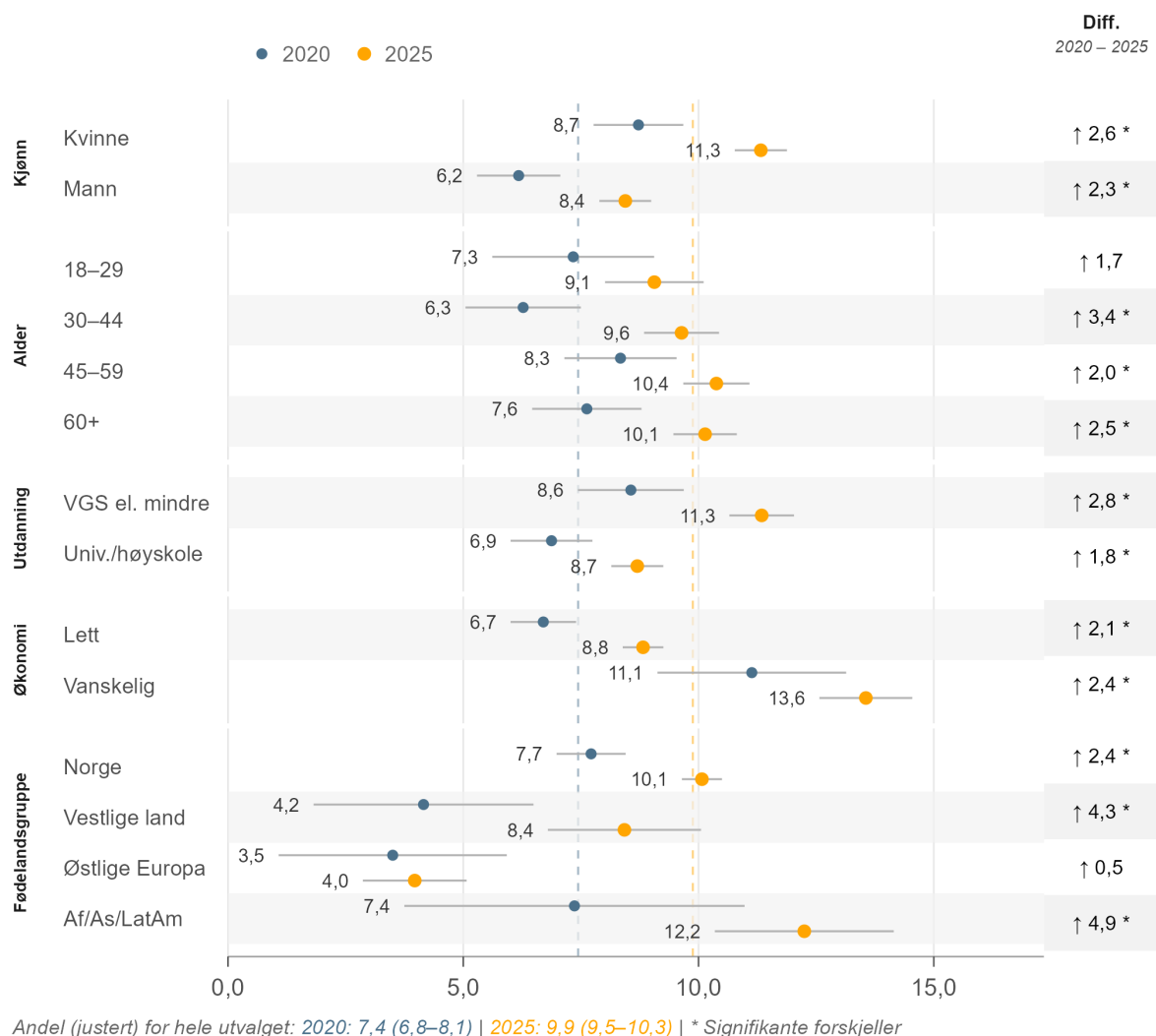
Figur D viser andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som lett eller svært lett. Blant kvinner varierer andelen fra 9,4 prosent i gruppen med lett eller svært lett økonomi til 17,8 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi. Det gir en forskjell på 8,4 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,25 og kan vurderes som en middels forskjell. Blant menn går andelen fra 7,1 prosent til 13,1 prosent mellom de samme ytterpunktene. Det gir en forskjell på 6,0 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,20, som tilsvarer en liten forskjell. Også i de mellomliggende gruppene følger andelen samme mønster. I alle økonomigruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og dette framstår som klare kjønnsforskjeller. Samlet peker figuren på en tydelig sosial gradient, samtidig som kvinner gjennomgående rapporterer astma oftere enn menn.

Figur 42. Astma siste året, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 13,9 prosent, og lavest i gruppen fra Østlige Europa, med 4,4 prosent. Differansen er 9,5 prosentpoeng, noe som framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,34, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 11,0 prosent, og lavest i gruppen fra Østlige Europa, med 3,6 prosent. Differansen er 7,4 prosentpoeng, og også dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Ser vi på de enkelte fødelandsgruppene, ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. I Norge er kjønnsforskjellen på 2,9 prosentpoeng, og her framstår forskjellen som klar. I de øvrige gruppene er forskjellene mellom kvinner og menn mindre tydelige.

Figur 43. Astma siste året, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som oppgir å ha hatt astma det siste året på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 7,4 til 9,9, og dette er en statistisk sikker økning. Kvinner lå høyere enn menn i begge år, og begge kjønn hadde en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025, slik at kjønnsforskjellen framstår som nokså stabil. På tvers av alder var nivåene relativt like i 2025, men utviklingen var tydeligst blant 30-44-åringene, 45-59-åringene og personer 60 år og eldre, som alle hadde en statistisk sikker økning, mens endringen blant 18-29-åringene ikke var statistisk sikker. Personer med videregående skole eller lavere utdanning lå fortsatt høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning, og begge utdanningsgrupper hadde en statistisk sikker økning. Det var også i begge år høyere andel blant personer med opplevd økonomiske vansker enn blant dem uten slike vansker, og begge gruppene hadde en statistisk sikker økning. Etter fødelandsgruppe var endringen ikke statistisk

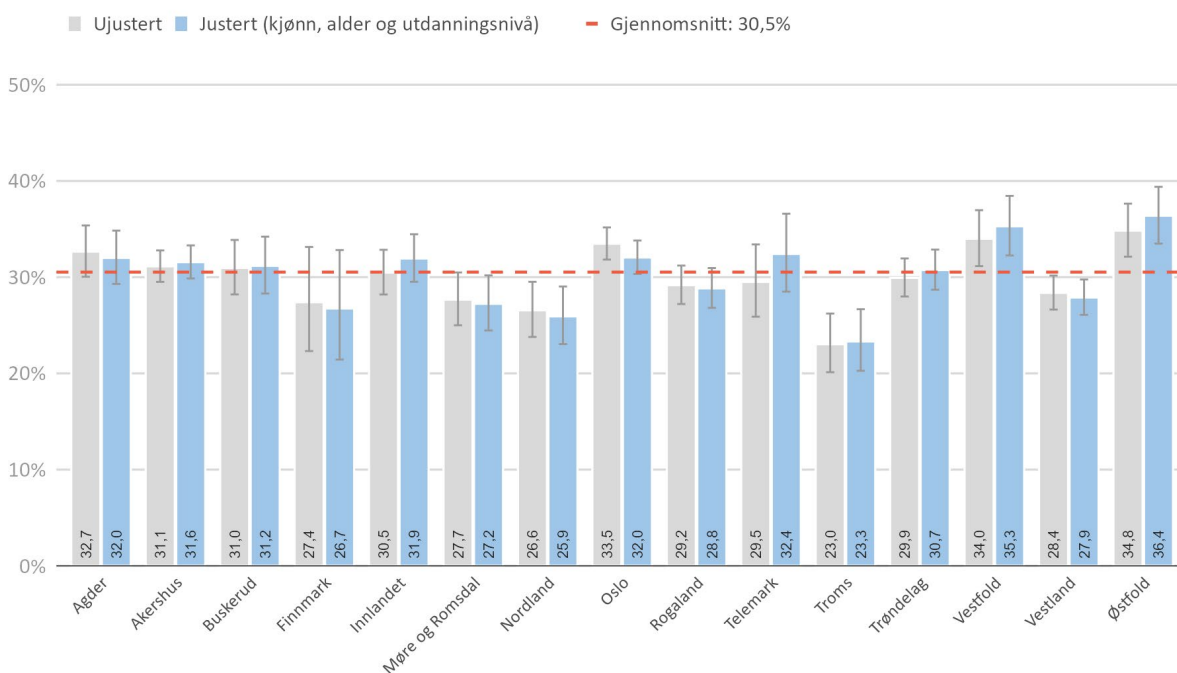
sikker for personer fra Østlige Europa, mens det var en statistisk sikker økning både blant personer født i Norge, i vestlige land og i Afrika, Asia og Latin-Amerika. Samlet tyder dette på at hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad besto fra 2020 til 2025, samtidig som andelen med astma siste år økte i de fleste grupper.

#### 4.2.14 Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder

Andelen som rapporterer pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 329	30,5 %	29,9 – 31,1
Kvinner	14 698	33,4 %	32,6 – 34,2
Menn	11 631	27,6 %	26,7 – 28,6

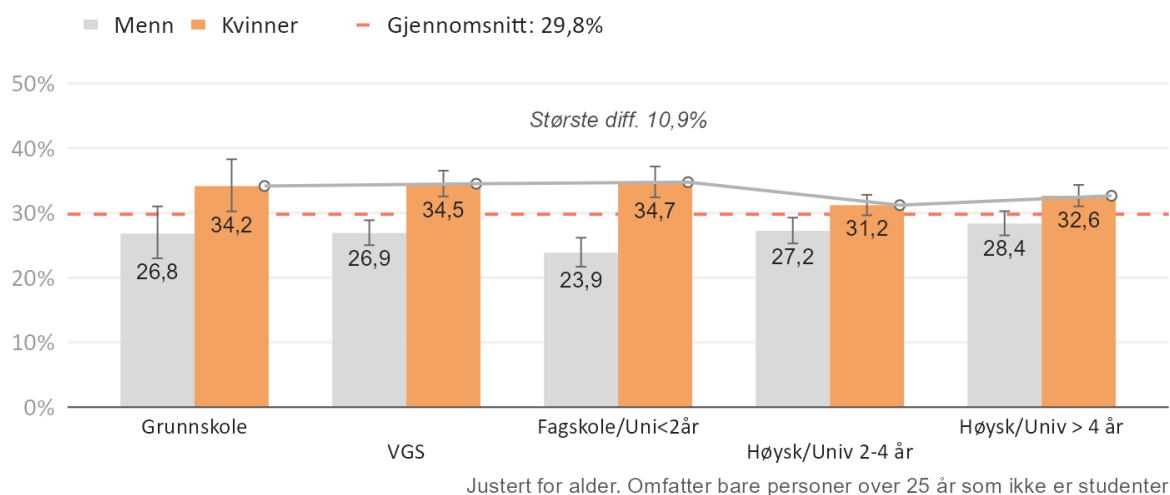
Figur 44. Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som rapporterer pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen var høyest i Østfold, med 36,4 prosent, og lavest i Troms, med 23,3 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 13,1 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effekstørrelsen var

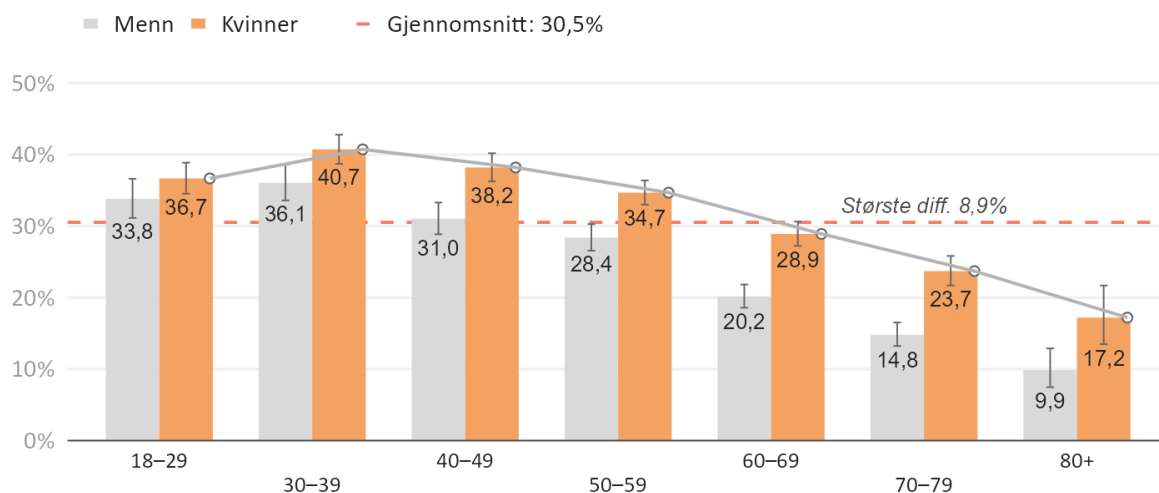
Cohen's h lik 0,29, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet viser figuren at andelen som rapporterer disse allergiplagene varierer en del mellom fylkene, med de høyeste nivåene i Østfold og Vestfold og de laveste i Troms og Nordland.

**Figur 45. Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



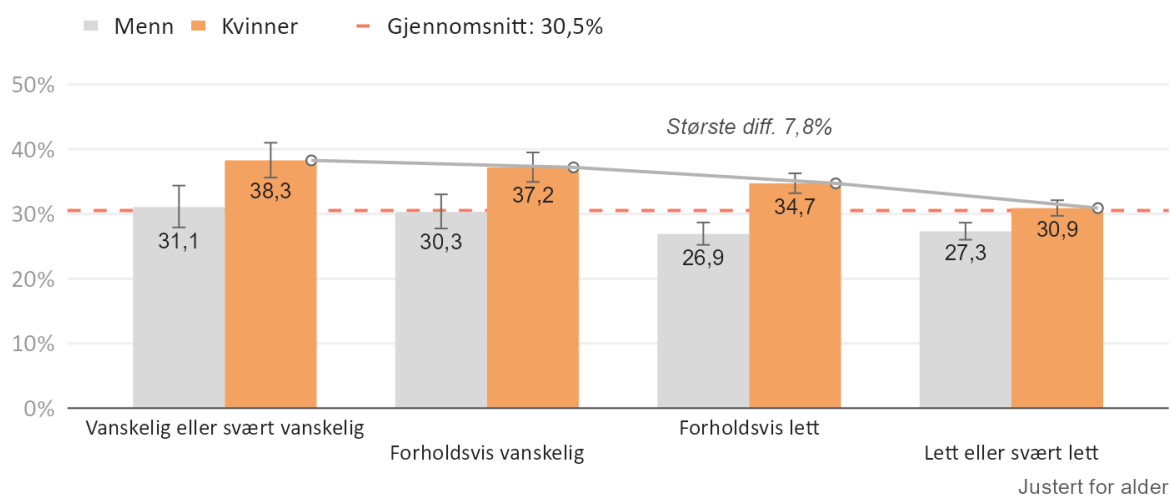
Figur B viser andelen som rapporterer pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen lite mellom utdanningsgruppene. Den høyeste andelen finnes i fagskole eller universitet under 2 år, med 34,7 prosent, mens den laveste finnes i høyskole eller universitet 2 til 4 år, med 31,2 prosent. Differansen er 3,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,08, noe som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen noe større. Den høyeste andelen finnes i høyskole eller universitet over 4 år, med 28,4 prosent, mens den laveste finnes i fagskole eller universitet under 2 år, med 23,9 prosent. Differansen er 4,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som tilsier en liten forskjell. Her framstår forskjellen mellom høyeste og laveste nivå som tydeligere enn blant kvinner. Kvinner har høyere andeler enn menn i alle utdanningsgrupper. Det største kjønnsforskjellen finnes i fagskole eller universitet under 2 år, der kvinner ligger 10,8 prosentpoeng høyere enn menn. Det er også klare kjønnsforskjeller i videregående skole, i høyskole eller universitet over 4 år og i høyskole eller universitet 2 til 4 år. For grunnskole framstår ikke skillet som klart.

**Figur 46. Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, etter kjønn og alder (C)**



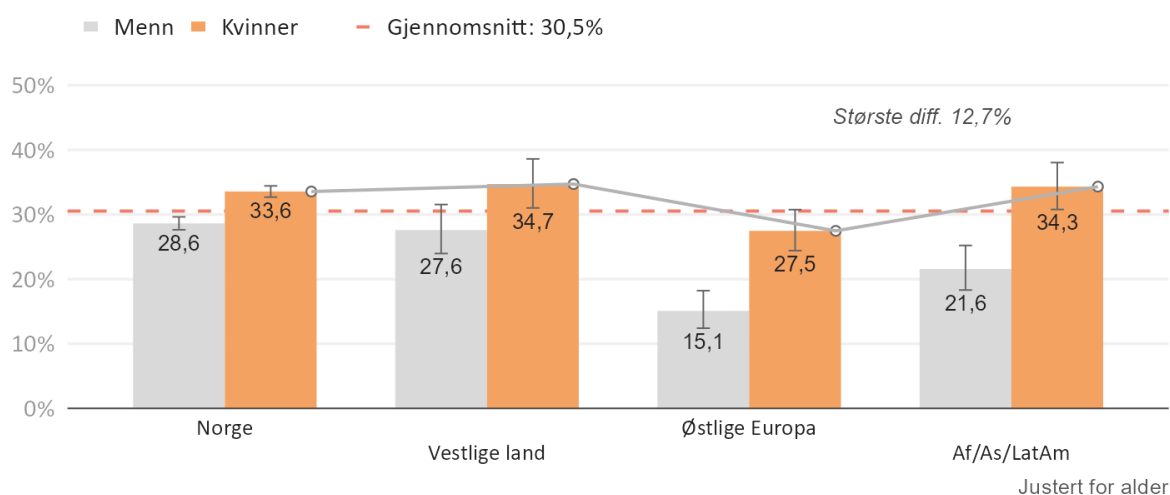
Figur C viser andelen som rapporterer pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i alderen 30–39 år og lavest i alderen 80 år og eldre. Blant kvinner er andelen 40,7 prosent i alderen 30–39 år, mot 17,2 prosent blant de eldste. Det gir en forskjell på 23,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,53, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen 36,1 prosent i alderen 30–39 år og 9,9 prosent i alderen 80 år og eldre. Det gir en forskjell på 26,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,65, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser ellers en gjennomgående nedgang med økende alder for begge kjønn. Etter toppen i 30–39-årsalderen faller andelen gradvis gjennom de eldre aldersgruppene. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgrupper som er oppgitt og fra 30–39 år og oppover er kjønnsforskjellene tydelige.

**Figur 47. Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



Figur D viser andelen som rapporterer pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 38,3 prosent, og lavest blant dem som opplever den som lett eller svært lett, med 30,9 prosent. Dette er en forskjell på 7,4 prosentpoeng, og det framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 31,1 prosent, og lavest i gruppen med forholdsvis lett økonomi, med 26,9 prosent. Forskjellen er 4,2 prosentpoeng, og framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,09, som tilsier en ubetydelig forskjell. I alle økonomigruppene rapporterer kvinner høyere andeler enn menn, og dette framstår som klare kjønnsforskjeller.

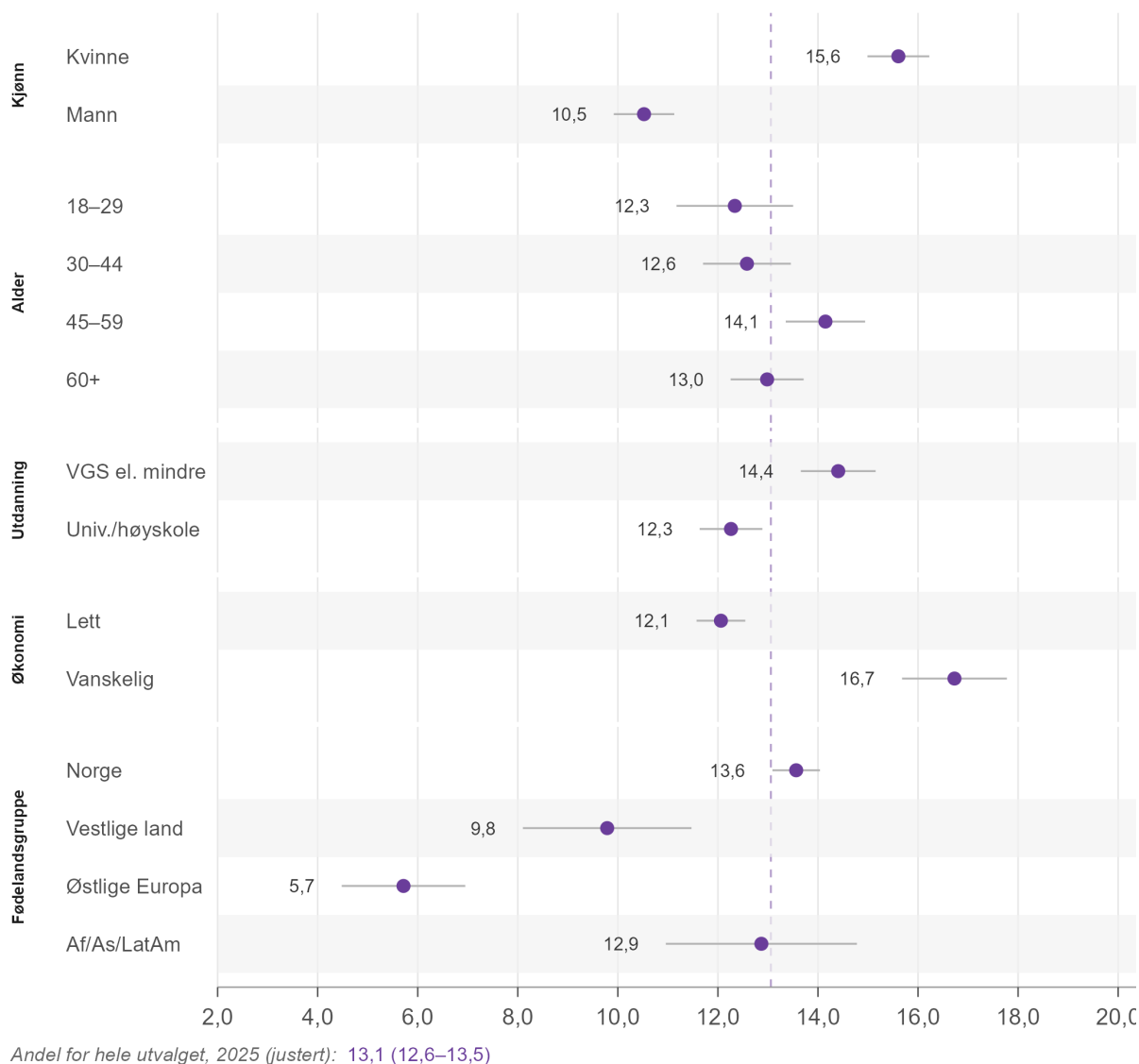
Figur 48. Pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som rapporterer pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi siste 12 måneder, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen fra 27,5 prosent i Østlige Europa til 34,7 prosent i vestlige land. Dette er en forskjell på 7,2 prosentpoeng, og forskjellen framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell. Kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 34,3 prosent, mens kvinner fra Norge ligger på 33,6 prosent. Blant menn er andelen høyest i Norge med 28,6 prosent og lavest i Østlige Europa med 15,1 prosent. Forskjellen er 13,5 prosentpoeng, og også her framstår forskjellen som et klart skille. Cohen's h er 0,33, som tilsier en middels forskjell. Menn fra vestlige land ligger på 27,6 prosent, mens menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 21,6 prosent. I alle fødelandsgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnsforskjellen framstår som et klart skille for alle gruppene med unntak av vestlige land.

## 4.2.15 Ukentlig bruk av medisiner for allergi

Figur 49. Ukentlig bruk av medisiner for allergi, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som bruker medisiner for allergi ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 13,1 prosent i 2025. Kvinner rapporterer klart høyere bruk enn menn, med 15,6 mot 10,5 prosent. Mellom aldersgruppene er forskjellene mindre, men andelen er høyest blant 45–59-åringene og lavere i de øvrige gruppene. Det er også en viss forskjell etter utdanning, der personer med videregående skole eller mindre ligger høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Etter opplevde økonomiske vansker er nivået tydelig høyere blant dem som

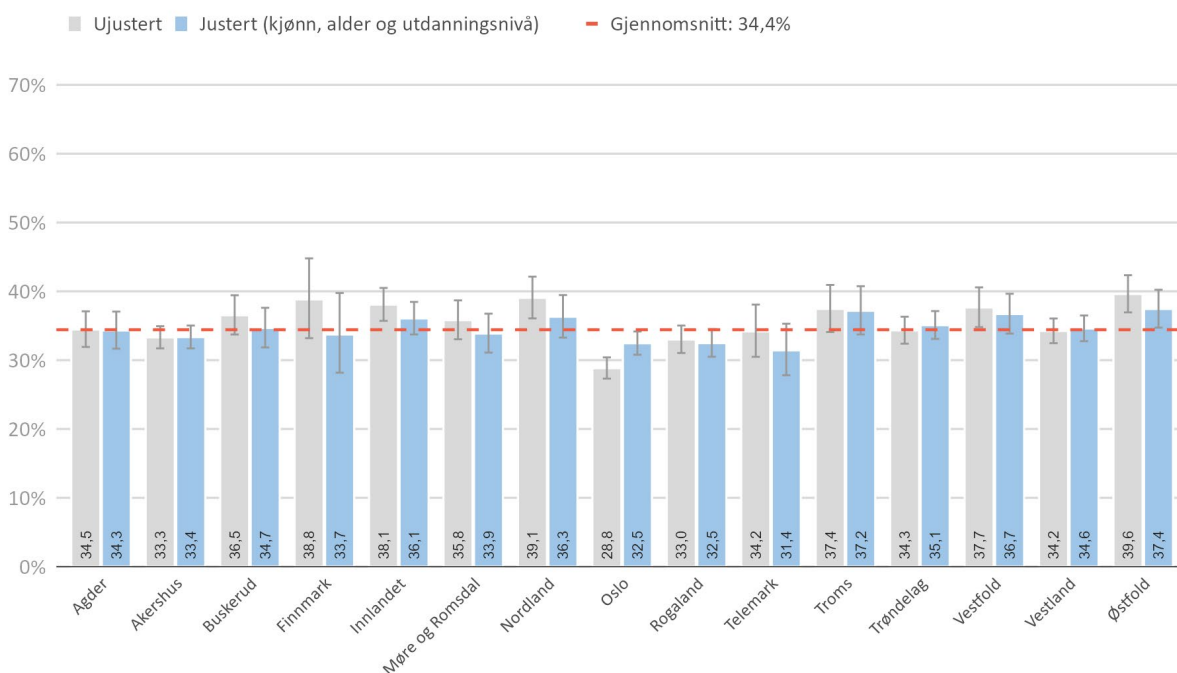
opplever økonomien som vanskelig enn blant dem som opplever den som lett. Etter fødelandsgruppe ligger personer født i Østlige Europa lavest, mens nivået ellers er høyere og ganske likt blant personer født i Norge og i Afrika, Asia og Latin-Amerika.

#### 4.2.16 Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året

Andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 362	34,4 %	33,8 – 35,0
Kvinner	15 264	39,3 %	38,5 – 40,1
Menn	12 098	29,6 %	28,7 – 30,5

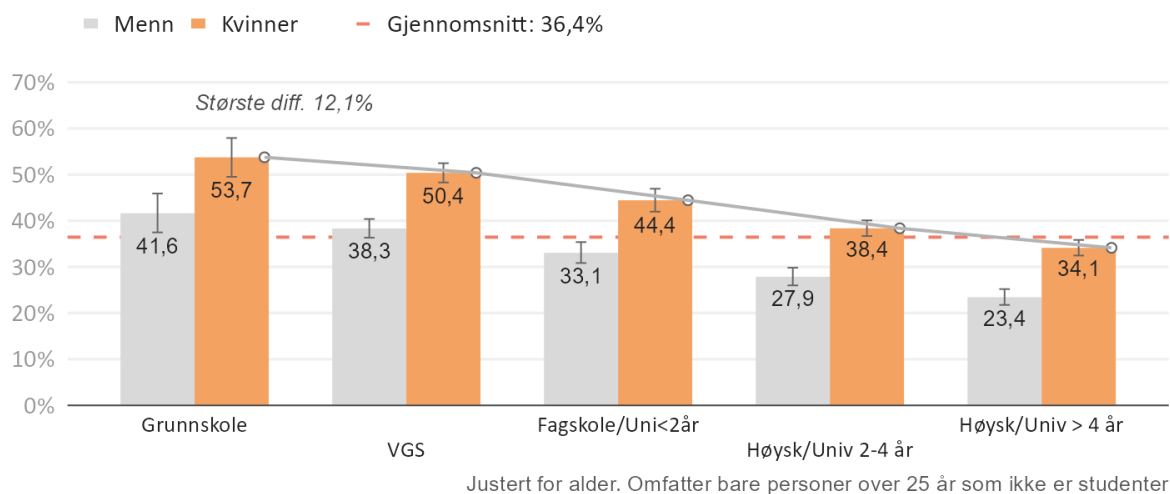
Figur 50. Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Telemark med 31,4 prosent og lavest i Østfold med 37,4 prosent. Differansen mellom ytterpunktene er 6,0 prosentpoeng. Samtidig tyder tallgrunlaget ikke på et klart skille mellom ytterpunktene, og variasjonen mellom fylkene bør derfor tolkes med varsomhet. Dette understøttes også av effektstørrelsen, der Cohen's h er 0,13, noe som tilsvarer en liten forskjell. Samlet peker figuren

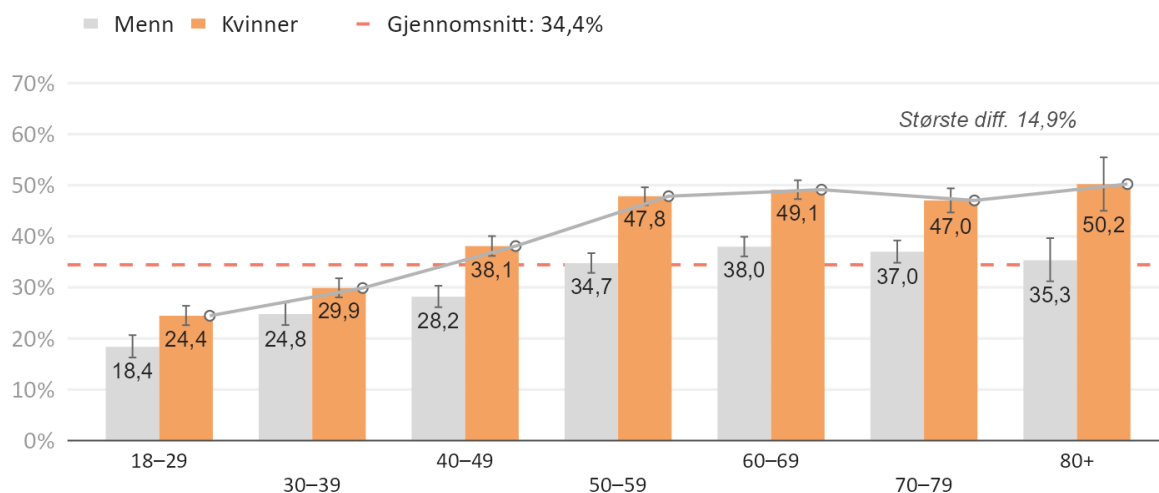
dermed mot moderate fylkesvise forskjeller, der nivået i de fleste fylkene ligger i intervallet fra litt over 32,0 prosent til litt over 37,0 prosent.

**Figur 51. Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



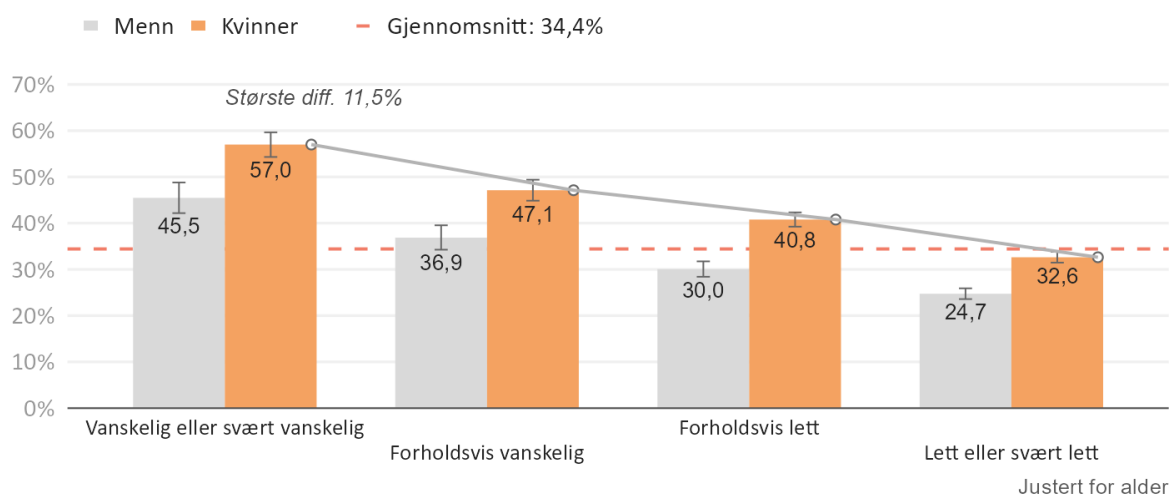
Figur B viser andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, med 53,7 prosent, og lavest i gruppen med høyskole eller universitet over fire år på 34,1 prosent. Differansen er 19,6 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,40 og en middels forskjell. Det samme mønsteret finnes blant menn. Andelen er høyest blant menn med grunnskole, på 41,6 prosent, og lavest blant menn med høyskole eller universitet over fire år, på 23,4 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 18,2 prosentpoeng, tilsvarende Cohen's h på 0,39, som også er en middels forskjell. I alle utdanningsgrupper er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og dette framstår som klare kjønnsforskjeller.

**Figur 52. Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, etter kjønn og alder (C)**



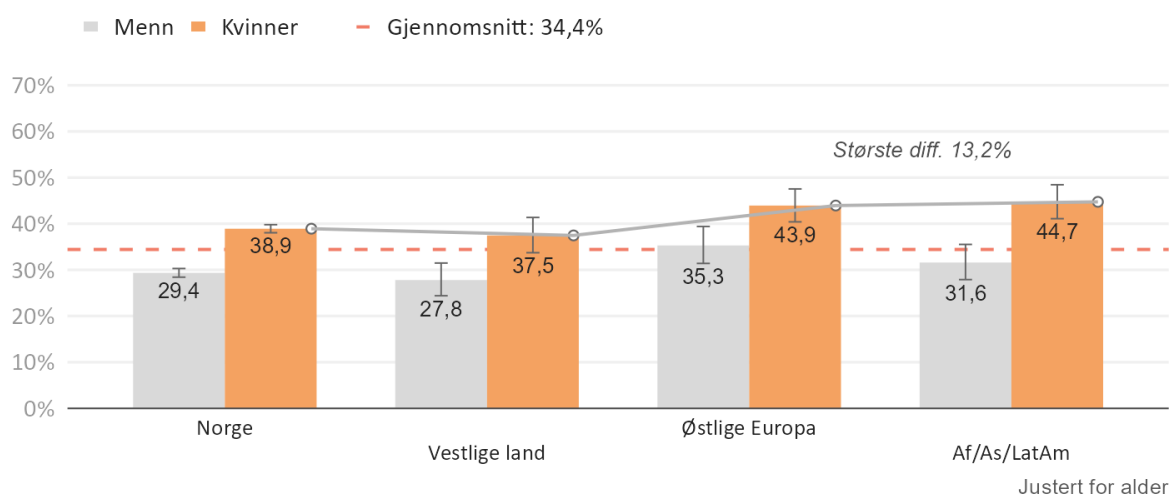
Figur C viser andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra laveste andel på 24,4 prosent i alderen 18–29 år til høyeste andel på 50,2 prosent i alderen 80 år og eldre. Differansen er 25,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,54, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen lavest i alderen 18–29 år, med 18,4 prosent, og høyest i alderen 60–69 år, med 38,0 prosent. Deretter ligger andelen noe lavere i de eldste aldersgruppene. Differansen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 19,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. I alle aldersgrupper er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og dette framstår som klare forskjeller. Kjønnforskjellen er minst i alderen 30–39 år, der kvinner ligger 5,1 prosentpoeng høyere enn menn, og størst i alderen 80 år og eldre, der forskjellen er 14,9 prosentpoeng.

**Figur 53. Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



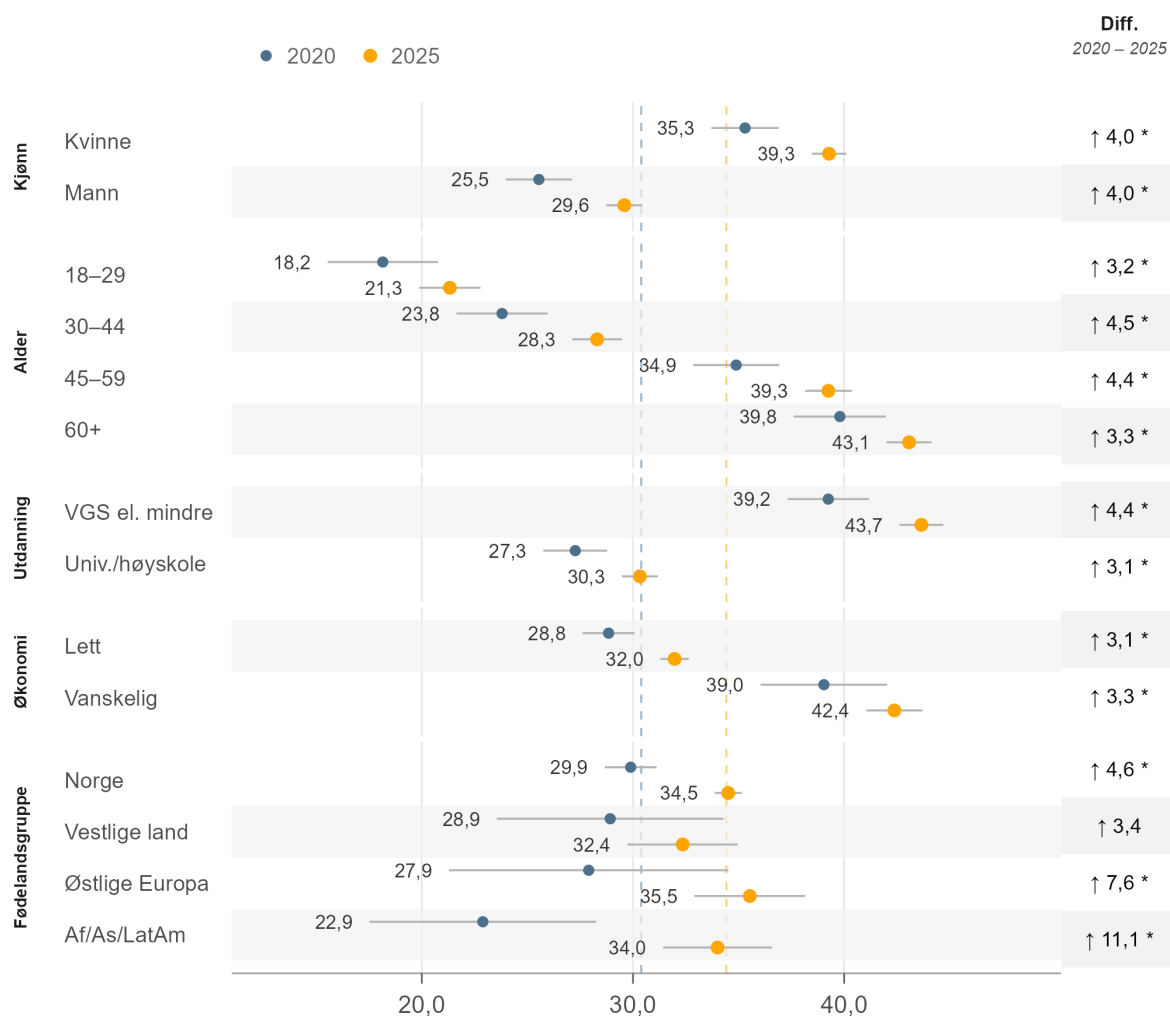
Figur D viser andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, med 32,6 prosent, og høyest i gruppen som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig, med 57,0 prosent. Dette er en forskjell på 24,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,50, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, med 24,7 prosent, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 45,5 prosent. Forskjellen er 20,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster for begge kjønn: andelen med langvarige muskel- og skjelettplager er høyere jo vanskeligere husholdningsøkonomien vurderes. Kvinner har dessuten høyere andeler enn menn i alle økonomigruppene, og dette framstår som klare forskjeller.

Figur 54. Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 44,7 prosent, fulgt av kvinner fra Østlige Europa med 43,9 prosent. Lavest andel blant kvinner var i vestlige land med 37,5 prosent, mens kvinner født i Norge lå på 38,9 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant kvinner var 7,2 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h var 0,15, som tilsier en liten forskjell. Blant menn var andelen høyest i Østlige Europa med 35,3 prosent og lavest i vestlige land med 27,8 prosent. Menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika lå på 31,6 prosent, mens menn født i Norge lå på 29,4 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant menn var 7,5 prosentpoeng, og heller ikke her framstår forskjellen som et klart skille. Cohen's h var 0,16, som tilsier en liten forskjell. I alle fødelandsgruppene var andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og dette var et klart skille i samtlige grupper.

Figur 55. Langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 30,4 (29,3–31,5) | 2025: 34,4 (33,8–35,0) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som har hatt langvarige muskel- og skjelettplager i voksen alder det siste året på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 30,4 til 34,4, og dette er en statistisk sikker økning. Økningen var statistisk sikker både blant menn og kvinner, og forskjellen mellom kjønnene ser ut til å være omtrent den samme i 2025 som i 2020. På tvers av aldersgruppene var det også statistisk sikre økninger i alle grupper, samtidig som mønsteret var stabilt med lavest andel blant de yngste og høyest blant de eldste i begge år. For utdanning var det en statistisk sikker økning både blant personer med videregående skole eller mindre og blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, og avstanden mellom gruppene ser i hovedsak ut til å bestå. Det var også statistisk sikre økninger både blant dem uten og med opplevde økonomiske vansker, uten tydelige

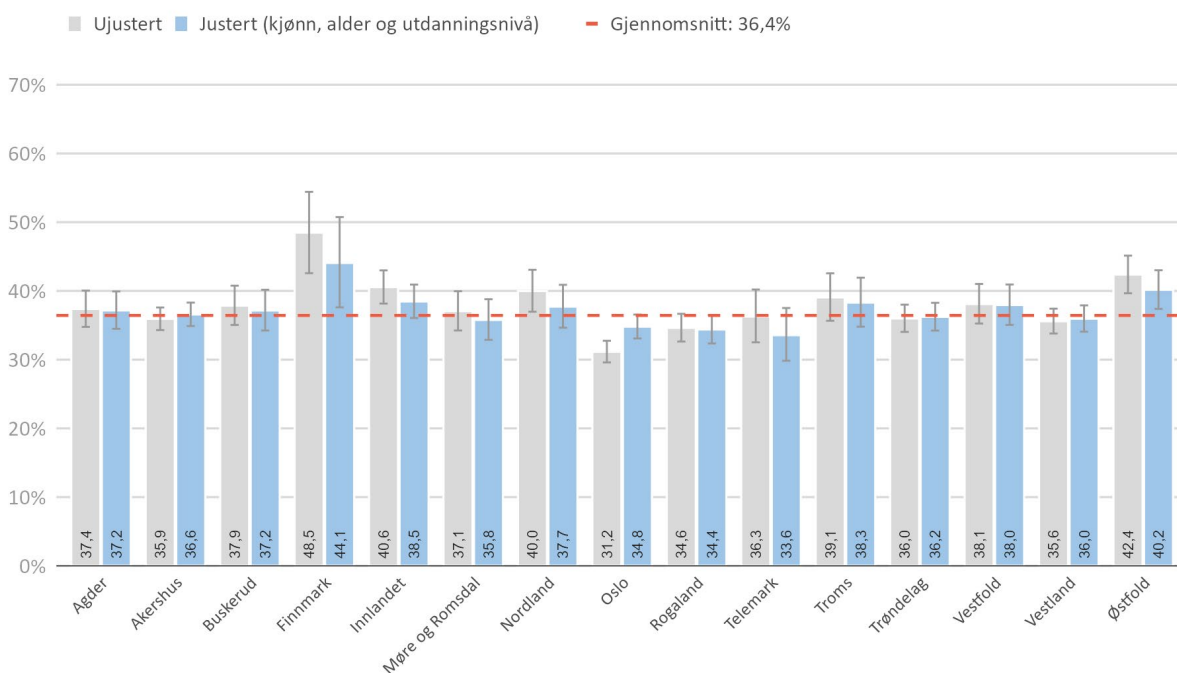
tegn til at forskjellen mellom disse gruppene endret seg vesentlig. Etter fødelandsgruppe økte andelen statistisk sikkert blant personer født i Norge, i Øst-Europa og i Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens endringen for personer fra vestlige land ikke var statistisk sikker. Særlig gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika hadde en markert økning fra 22,9 til 34,0, slik at nivået i 2025 lå nærmere de øvrige fødelandsgruppene enn i 2020.

#### 4.2.17 Langvarige eller tilbakevendende smerter

Andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 387	36,4 %	35,8 – 37,0
Kvinner	15 278	41,9 %	41,1 – 42,7
Menn	12 109	31,0 %	30,1 – 31,9

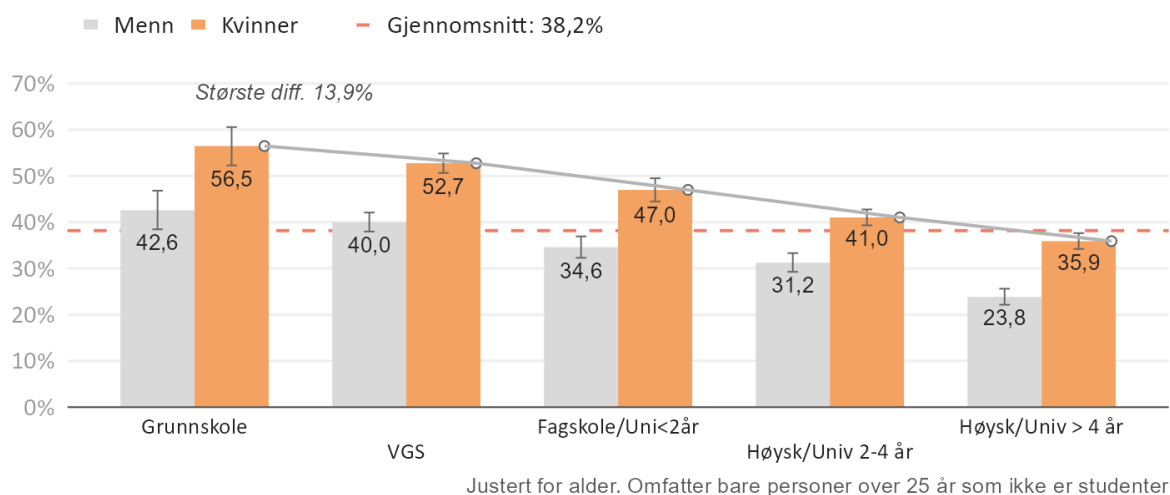
Figur 56. Langvarige eller tilbakevendende smerter, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen var høyest i Finnmark, med 44,1 prosent, og lavest i Telemark, med 33,6 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 10,5 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen var 0,22 målt med Cohen's h, noe som tilsier en

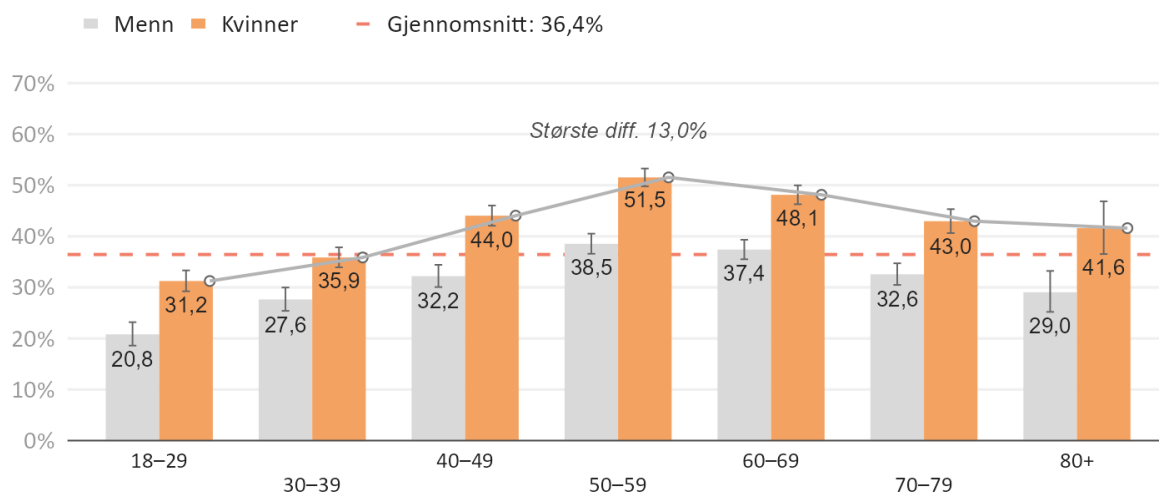
liten forskjell. Samlet sett viser figuren at andelen med langvarige eller tilbakevendende smerter varierer mellom fylkene, med de fleste fylkene samlet i midtsjiktet og med Finnmark som fylket med den høyeste andelen.

**Figur 57. Langvarige eller tilbakevendende smerter, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



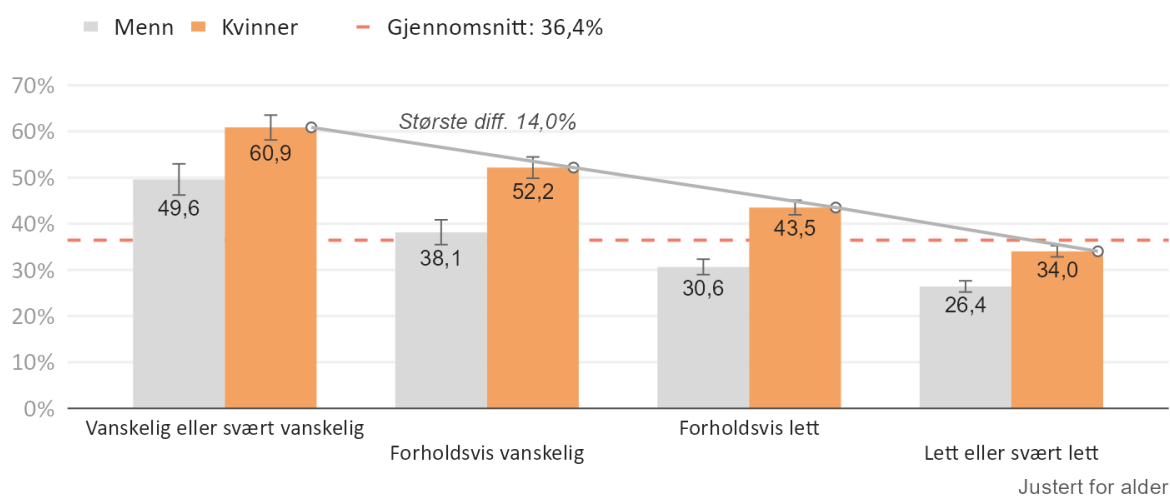
Figur B viser andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Blant kvinner varierer andelen fra 56,5 prosent i gruppen med grunnskole til 35,9 prosent i gruppen med høyere utdanning over fire år. Det gir en forskjell på 20,6 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,42 og kan vurderes som en middels forskjell. Blant menn går andelen fra 42,6 prosent i gruppen med grunnskole til 23,8 prosent i gruppen med høyere utdanning over fire år. Det gir en forskjell på 18,8 prosentpoeng, tilsvarende Cohen's h på 0,40, også en middels forskjell. Tallene viser også et tydelig utdanningsmønster, der andelen med smerter gjennomgående er lavere ved høyere utdanningsnivå. Kvinner ligger høyere enn menn i alle utdanningsgrupper, og forskjellene mellom kjønnene framstår som klare i samtlige grupper.

**Figur 58. Langvarige eller tilbakevendende smerter, etter kjønn og alder (C)**



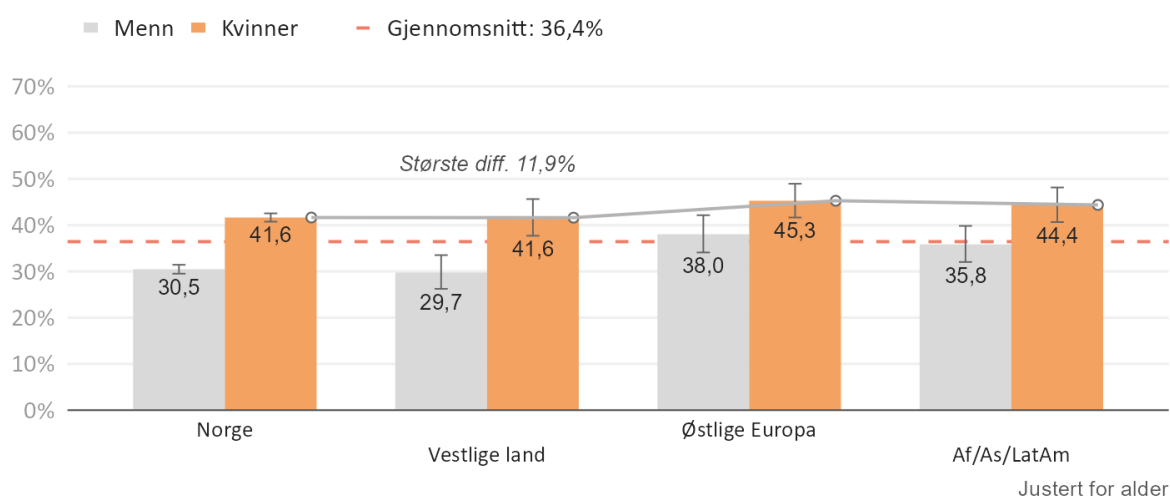
Figur C viser andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen fra laveste nivå på 31,2 prosent i alderen 18–29 til høyeste nivå på 51,5 prosent i alderen 50–59, før den deretter faller gradvis til 41,6 prosent i 80 år og eldre. Forskjellen mellom ytterpunktene er 20,3 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,42 og kan vurderes som en middels forskjell. Blant menn følger andelen et lignende mønster. Den stiger fra laveste nivå på 20,8 prosent i alderen 18–29 til høyeste nivå på 38,5 prosent i alderen 50–59, og synker deretter gradvis til 29,0 prosent i 80 år og eldre. Forskjellen mellom ytterpunktene er 17,7 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,39 og også kan vurderes som en middels forskjell. I alle aldersgrupper er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og dette framstår som et klart skille. Dette tyder på at langvarige eller tilbakevendende smerter er mer utbredt blant kvinner enn blant menn gjennom hele aldersløpet som er vist i figuren.

**Figur 59. Langvarige eller tilbakevendende smerter, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



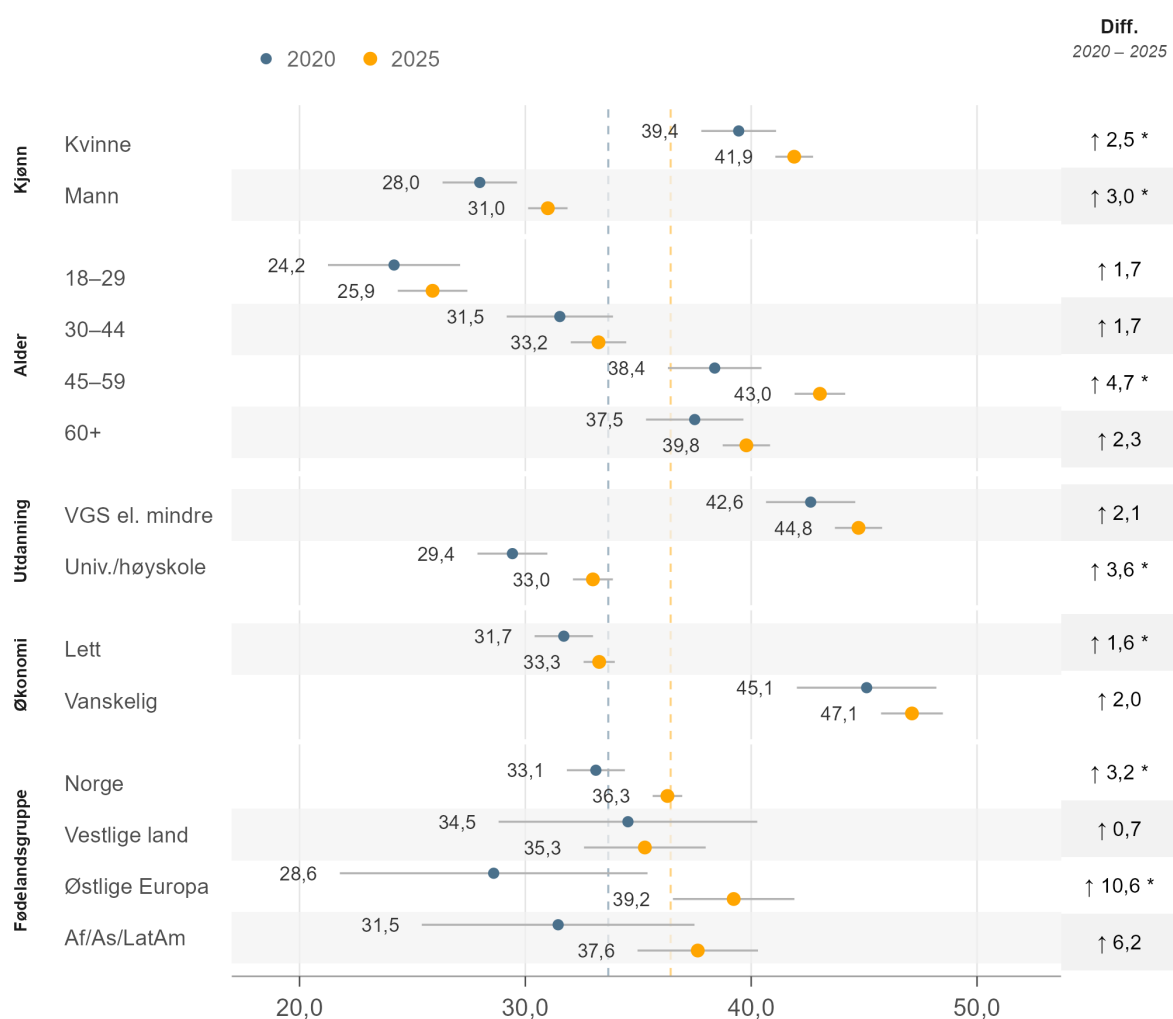
Figur D viser andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner øker andelen fra 34,0 prosent i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, til 60,9 prosent i gruppen som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Dette er en forskjell på 26,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,54, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig: andelen øker fra 26,4 prosent i gruppen lett eller svært lett til 49,6 prosent i gruppen vanskelig eller svært vanskelig. Forskjellen er 23,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,48, som tilsier en middels forskjell. Det er også klare kjønnsforskjeller i alle økonomigruppene, med høyere andeler blant kvinner enn blant menn. Samlet viser figuren at langvarige eller tilbakevendende smerter er vanligere blant kvinner enn menn, og at andelen er høyere jo vanskeligere husholdningsøkonomien vurderes.

Figur 60. Langvarige eller tilbakevendende smerter, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen lite mellom fødelandsgruppene. Høyest andel finnes blant kvinner fra Østlige Europa med 45,3 prosent, mens lavest andel finnes blant kvinner fra vestlige land med 41,6 prosent. Differansen er 3,7 prosentpoeng, noe som ikke framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,07, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen større. Høyest andel finnes blant menn fra Østlige Europa med 38,0 prosent, og lavest blant menn fra vestlige land med 29,7 prosent. Differansen er 8,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,18, som tilsier en liten forskjell. I alle fødelandsgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, der forskjellene fremstår som klare skiller i alle gruppene bortsett fra Østlige Europa.

Figur 61. Langvarige eller tilbakevendende smerter, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



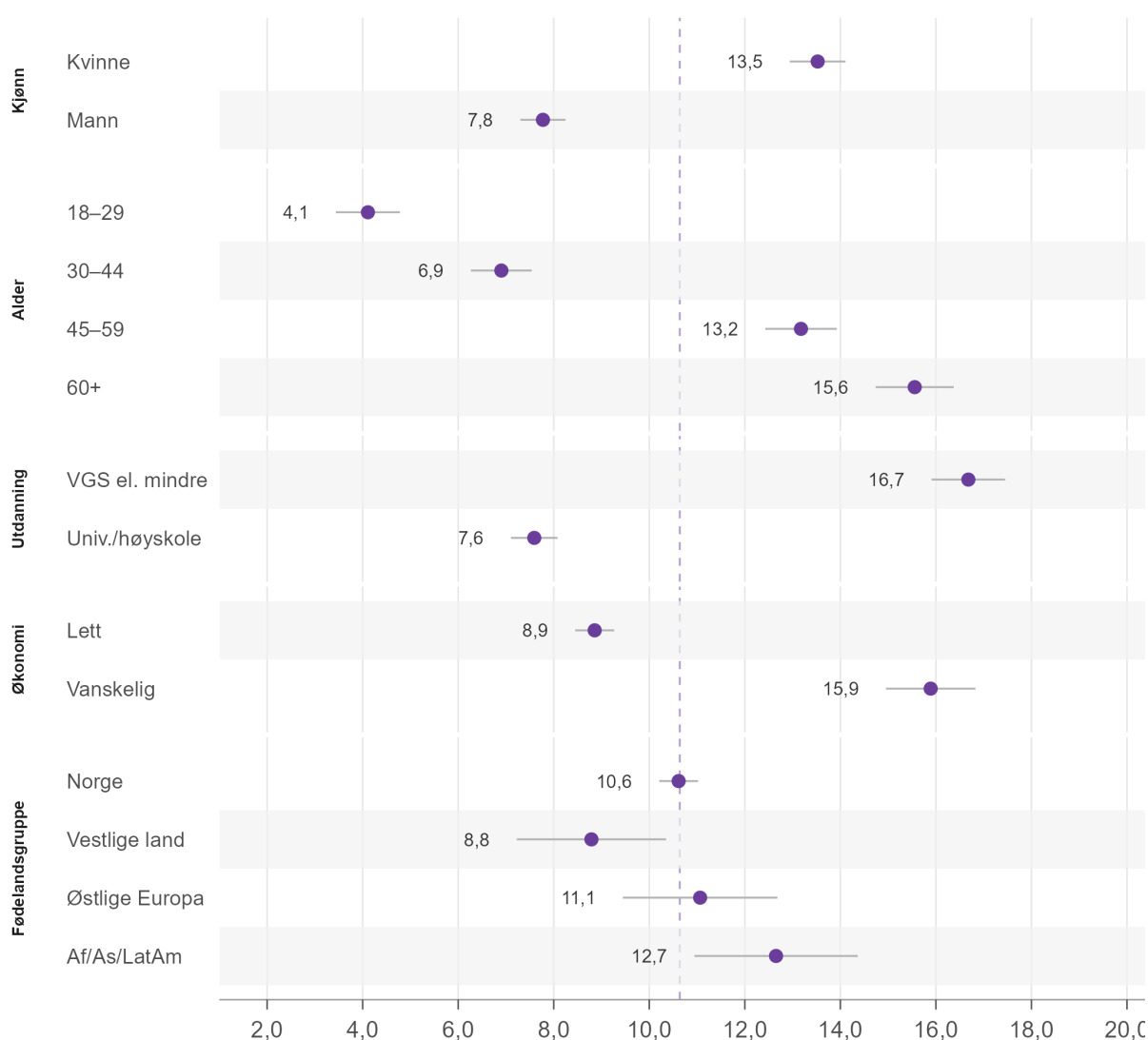
Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 33,7 (32,5–34,8) | 2025: 36,4 (35,8–37,0) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som har langvarige eller tilbakevendende smerter på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 33,7 til 36,4 prosent, og dette framstår som en statistisk sikker økning. Kjønnforskjellen var tydelig i begge år, og både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning, uten at mønsteret mellom kjønnene ser ut til å ha endret seg vesentlig. Også aldersmønsteret var i hovedsak det samme i 2025 som i 2020, med høyest andeler blant dem i alderen 45–59 år og 60 år eller eldre. Blant aldersgruppene var det særlig 45–59-åringene som hadde en statistisk sikker økning, mens endringene i de øvrige aldersgruppene ikke var statistisk sikre. Forskjellen mellom utdanningsgruppene besto over tid, og andelen var fortsatt høyere blant personer med videregående skole eller lavere enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Samtidig var det bare gruppen med universitets- eller høyskoleutdanning som hadde en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025. For opplevde økonomiske vansker var nivået fortsatt klart høyere

blant dem som rapporterte slike vansker, og mønsteret mellom gruppene var ellers nokså stabilt, selv om bare gruppen uten slike vansker hadde en statistisk sikker økning. Etter fødelandsgruppe var utviklingen mer ulik, med en statistisk sikker økning blant personer født i Norge og i Øst-Europa, mens endringene i de øvrige gruppene ikke var statistisk sikre.

#### 4.2.18 Ukentlig bruk av smertestillende på resept

Figur 62. Ukentlig bruk av smertestillende på resept, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

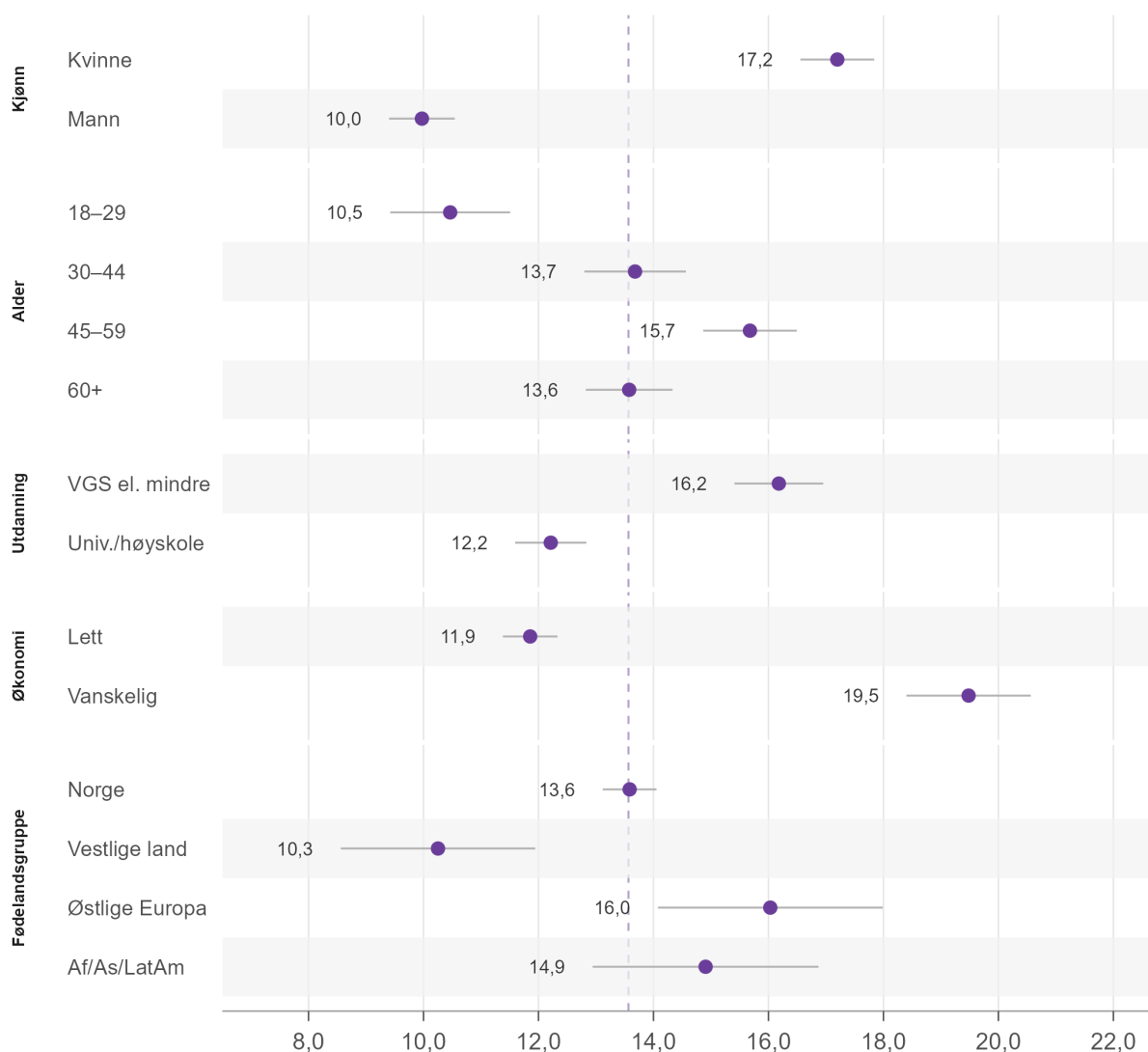


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 10,6 (10,3–11,0)

Figur F viser andelen som bruker smertestillende på resept ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 10,6 prosent i 2025. Bruken er klart høyere blant kvinner enn menn, med 13,5 mot 7,8 prosent. Det er også en tydelig aldersgradient, fra 4,1 prosent blant 18–29-åringene til 15,6 prosent blant dem som er 60 år eller eldre. Personer med videregående skole eller lavere utdanning ligger vesentlig høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning, 16,7 mot 7,6 prosent. Tilsvarende er andelen høyere blant dem som opplever økonomien som vanskelig enn blant dem som opplever den som lett, 15,9 mot 8,9 prosent. Mellom fødelandsgruppene er forskjellene mindre, men andelen er lavest blant personer fra vestlige land og høyest blant personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika.

#### *4.2.19 Ukentlig bruk av smertestillende uten resept*

*Figur 63. Ukentlig bruk av smertestillende uten resept, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)*



Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 13,6 (13,1–14,0)

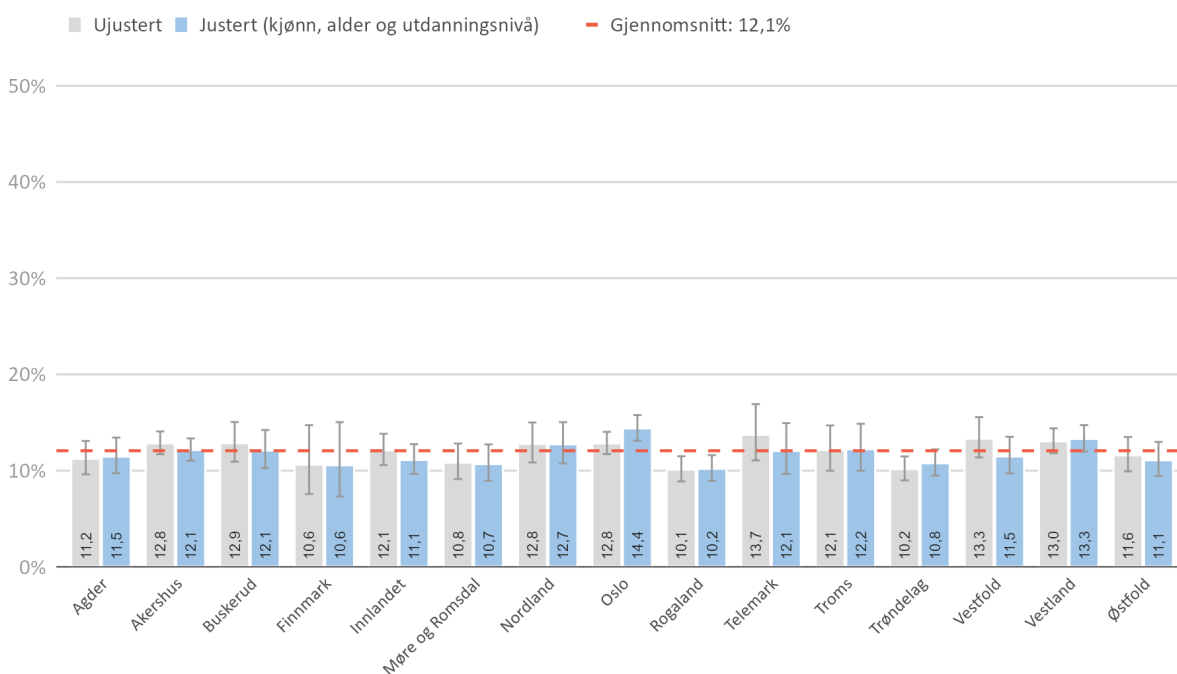
Figur F viser andelen som bruker smertestillende uten resept ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 13,6 prosent i 2025. Det tydeligste mønsteret er en klar kjønnsforskjell, der kvinner ligger høyere enn menn, med 17,2 mot 10,0 prosent. Det er også en aldersgradient, med lavest andel blant 18–29-åringene og høyest blant 45–59-åringene, mens nivået blant personer 60 år og eldre ligger nær gjennomsnittet. Andelen er høyere blant personer med videregående skole eller lavere utdanning enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Opplevde økonomiske vansker skiller seg også tydelig ut, med 19,5 prosent blant dem som oppgir vanskelig økonomi mot 11,9 prosent blant dem som oppgir lettere økonomi. Etter fødelandsgruppe ligger personer fra vestlige land lavest, mens personer fra østlige Europa ligger høyere enn gjennomsnittet, og nivået for Norge, Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger mellom disse.

#### 4.2.20 Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder

Andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder.

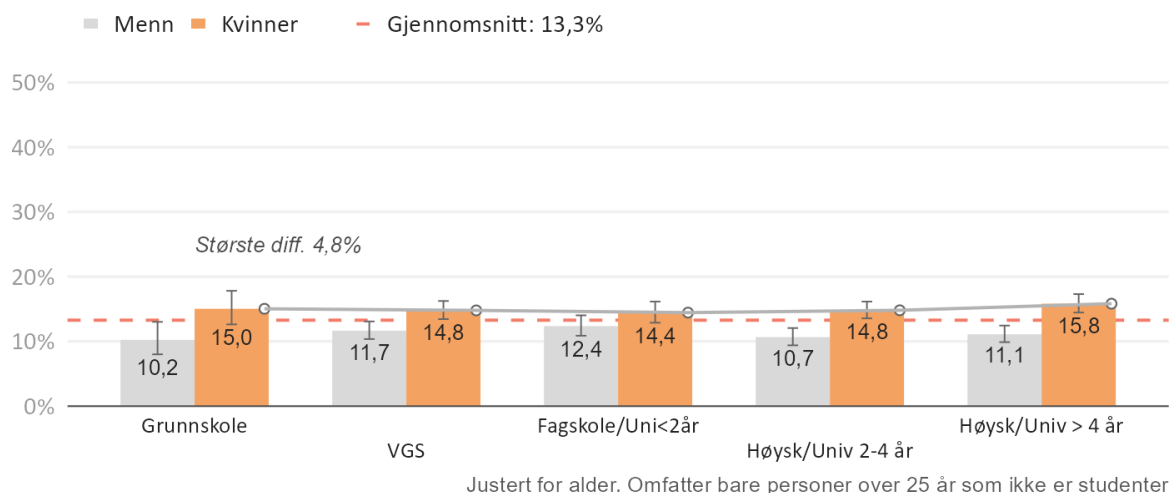
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 327	12,1 %	11,6 – 12,5
Kvinner	15 251	13,5 %	12,9 – 14,1
Menn	12 076	10,7 %	10,1 – 11,2

Figur 64. Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, etter fylker (A)



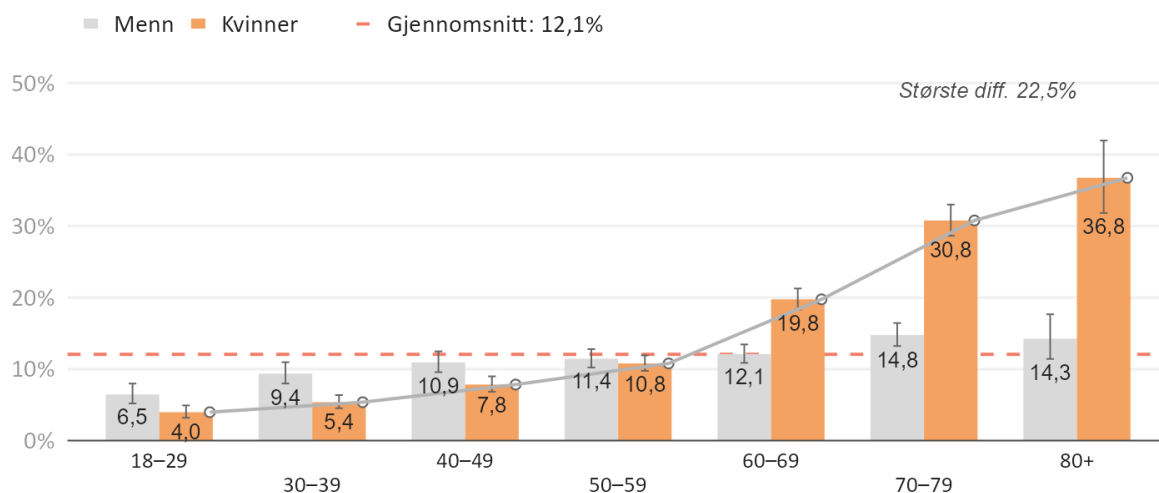
Figur A viser andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen var høyest i Oslo, med 14,4 prosent, og lavest i Rogaland, med 10,2 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 4,2 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen var liten, med Cohen's h på 0,13. Samlet sett varierer andelen lite mellom fylkene, men der Oslo skiller seg ut med den høyeste andelen.

Figur 65. Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



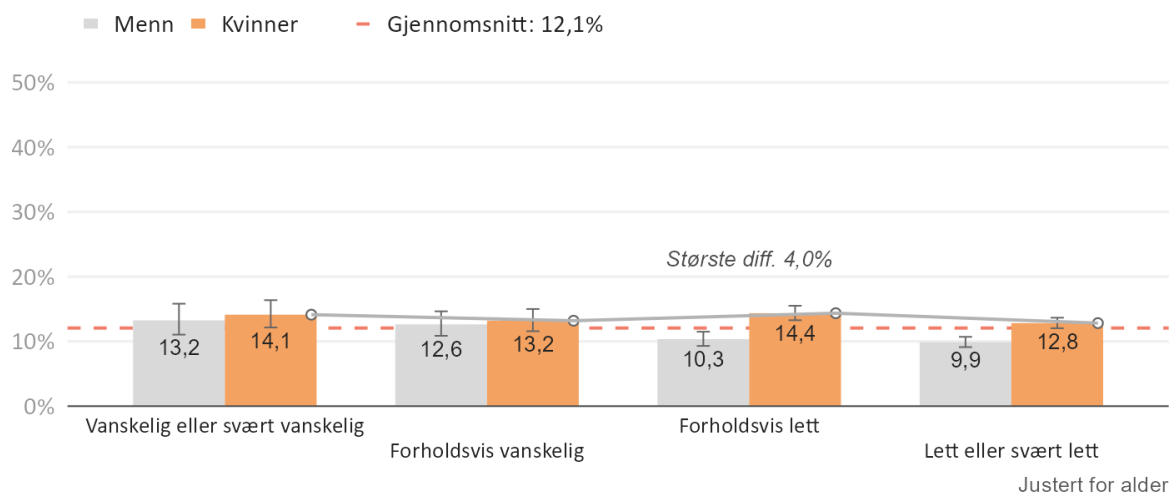
Figur B viser andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen lite mellom utdanningsgruppene. Den laveste andelen finnes blant kvinner med fagskole eller universitet under 2 år, med 14,4 prosent, mens den høyeste andelen finnes blant kvinner med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over 4 år, med 15,8 prosent. Differansen er 1,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,04, noe som tilsier en ubetydelig forskjell. Også blant menn er variasjonen mellom utdanningsnivåene liten. Den høyeste andelen finnes blant menn med fagskole eller universitet under 2 år, med 12,4 prosent, mens den laveste andelen finnes blant menn med grunnskole, med 10,2 prosent. Differansen er 2,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,07, som også tilsier en ubetydelig forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle utdanningsgrupper, men forskjellen i gruppen med fagskole eller universitet under 2 år framstår ikke som tydelig. Samlet peker figuren mot små forskjeller mellom utdanningsnivå innen hvert kjønn, men noe høyere andeler blant kvinner enn blant menn.

**Figur 66. Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, etter kjønn og alder (C)**



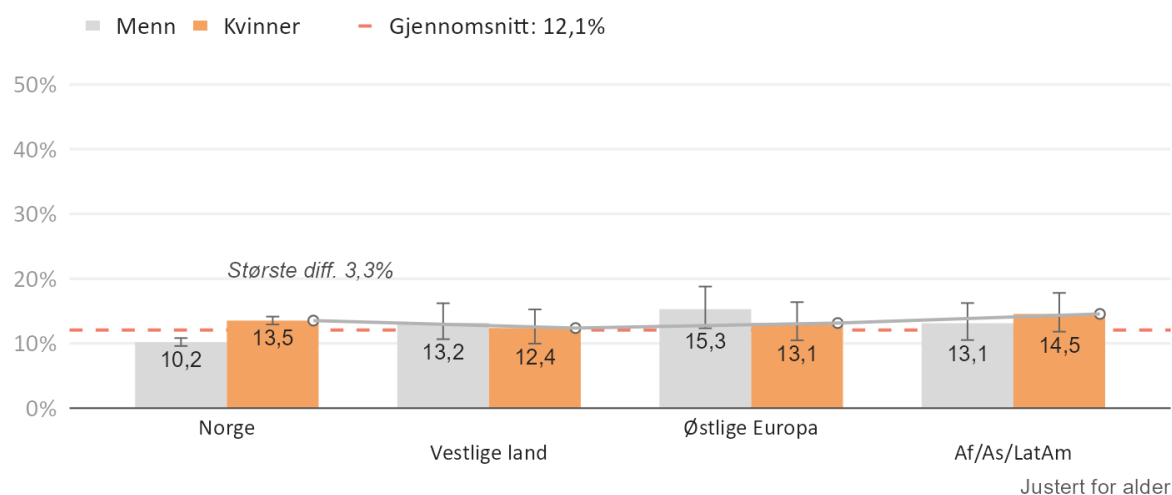
Figur C viser andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen tydelig med alder, fra 4,0 prosent i alderen 18–29 år til 36,80prosent i alderen 80 år og eldre. Det er et klart skille mellom laveste og høyeste nivå blant kvinner, med en differanse på 32,8 prosentpoeng. Cohen's h er 0,90, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er variasjonen mellom aldersgruppene mindre. Andelen er lavest i alderen 18–29 år med 6,4 prosent og høyest i alderen 70–79 år med 14,8 prosent. Differansen er 8,4 prosentpoeng, og dette framstår også som et klart skille. Cohen's h er 0,28, som tilsier en middels forskjell. Kjønnforskjellene varierer med alder. I de yngste aldersgruppene er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, med forskjeller fra 2,5 til 4,00 prosentpoeng. I alderen 50–59 år er forskjellen liten og ikke et klart skille. Fra 60-årsalderen er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, med klare forskjeller.

**Figur 67. Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



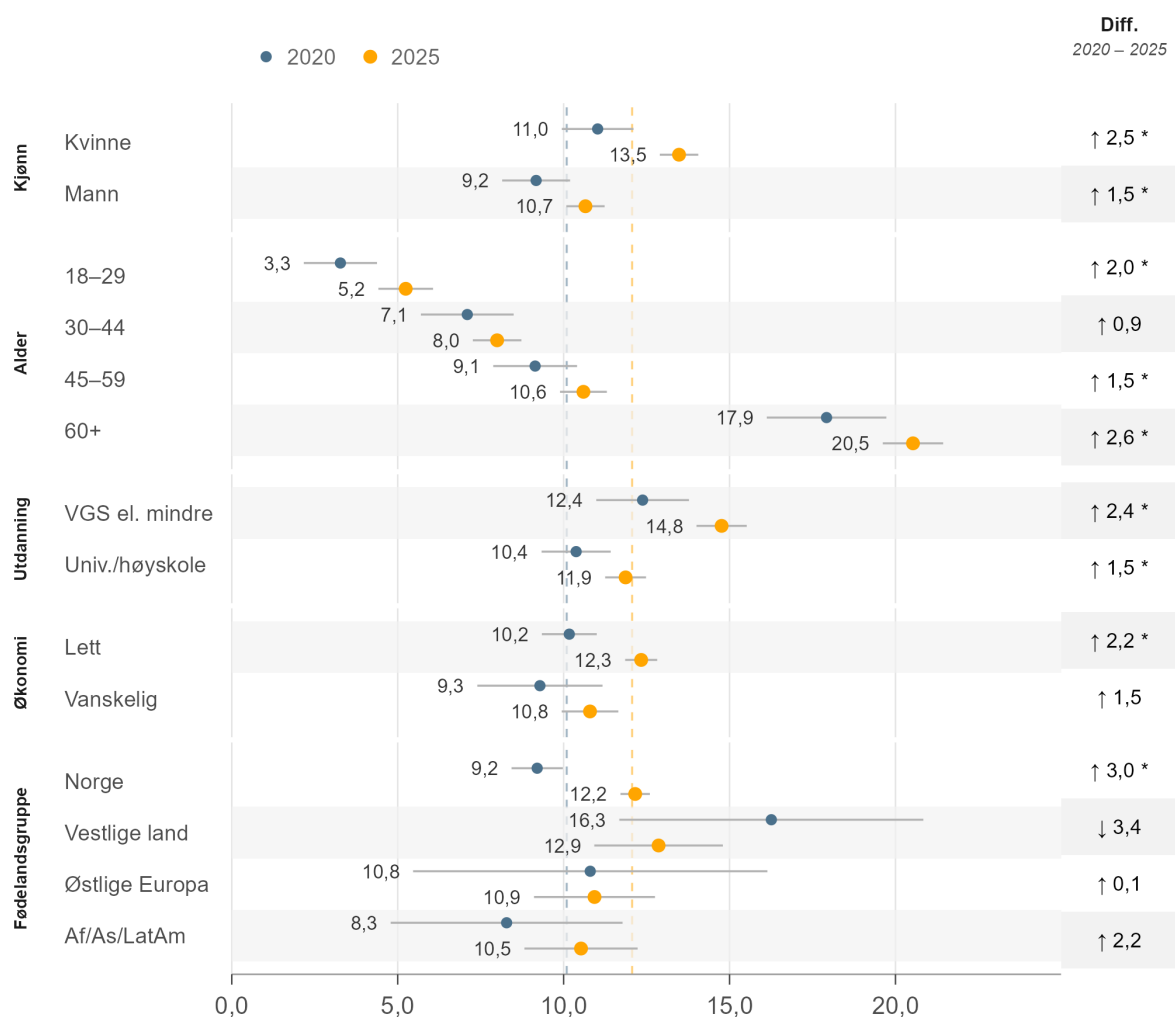
Figur D viser andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner varierer andelen lite mellom gruppene. Den er høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er forholdsvis lett, med 14,4 prosent, og lavest blant dem som oppgir at den er lett eller svært lett, med 12,8 prosent. Differansen er 1,6 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,04, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen større. Andelen er høyest i gruppen som oppgir vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, med 13,2 prosent, og lavest i gruppen som oppgir lett eller svært lett, med 9,9 prosent. Differansen er 3,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,11, som tilsier en liten forskjell. Det er tydelige kjønnsforskjeller i gruppene med forholdsvis lett og lett eller svært lett husholdningsøkonomi, der kvinner ligger høyere enn menn. I de to øvrige gruppene er kjønnsforskjellene små og framstår ikke som klare.

Figur 68. Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen lite mellom fødelandsgruppene. Høyest andel finnes blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 14,5 prosent, mens lavest andel finnes blant kvinner fra vestlige land med 12,4 prosent. Differansen er 2,1 prosentpoeng, noe som ikke tyder på et klart skille. Cohen's h er 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen større. Høyest andel finnes blant menn fra Østlige Europa med 15,3 prosent, mens lavest andel finnes blant menn født i Norge med 10,2 prosent. Differansen er 5,1 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,15, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er det bare i Norge at det er et tydelig kjønnskille. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene små og framstår ikke som klare.

**Figur 69. Brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 10,1 (9,3-10,8) | 2025: 12,1 (11,7-12,5) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals i voksen alder på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 10,1 til 12,1 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning i perioden, og forskjellen mellom kjønnene ser i hovedsak ut til å være nokså lik i 2025 som i 2020. Aldersmønsteret er også stabilt, med lavest andel blant de yngste og høyest blant dem som er 60 år eller eldre i begge år. Samtidig var det en statistisk sikker økning blant 18-29-åringene, 45-59-åringene og personer 60 år eller eldre, men ikke blant 30-44-åringene. For utdanning var det en statistisk sikker økning både blant personer med videregående skole eller mindre og blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, uten tydelige endringer i forskjellen mellom gruppene. Etter opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker økning blant dem uten slike vansker, men ikke blant dem med vansker, og mønsteret mellom gruppene fremstår ellers som ganske likt over tid. Etter fødelandsgruppe var

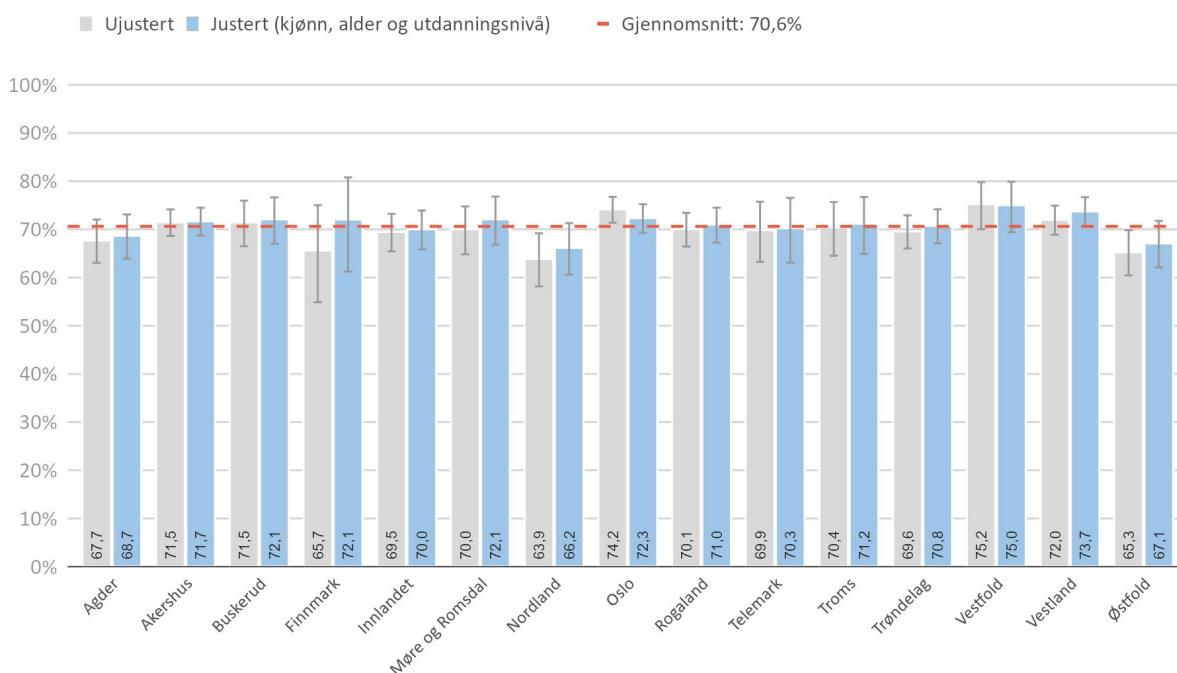
utviklingen mer blandet: personer født i Norge hadde en statistisk sikker økning, mens de øvrige gruppene ikke hadde statistisk sikre endringer. Samlet tyder dette på at hovedbildet i 2025 ligner det som ble sett i 2020, men med et noe høyere nivå totalt.

#### 4.2.21 God eller svært god tannhelse

Andelen som vurderer tannhelsen som god.

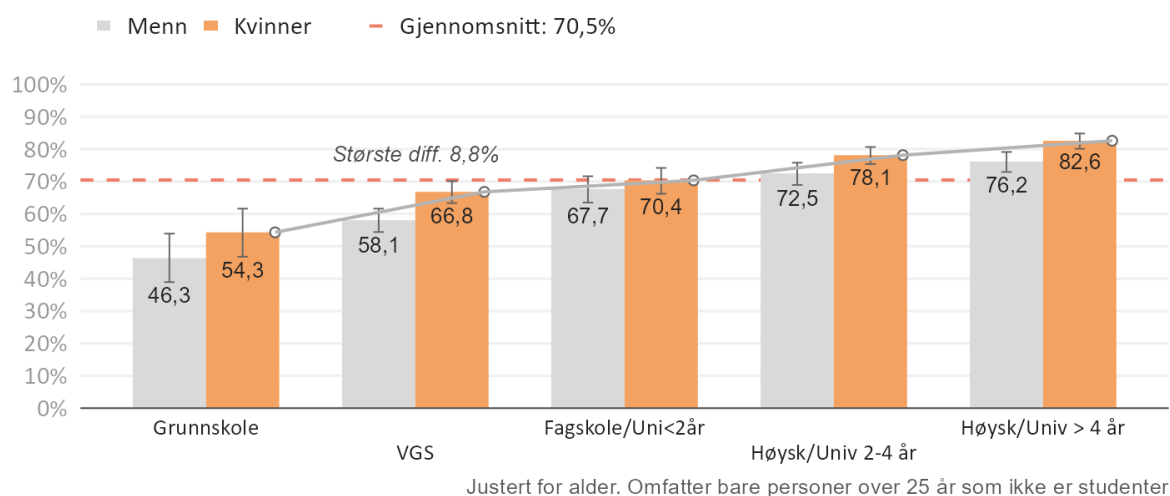
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 826	70,6 %	69,6 – 71,7
Kvinner	4 912	74,1 %	72,8 – 75,4
Menn	3 914	67,1 %	65,5 – 68,7

Figur 70. God eller svært god tannhelse, etter fylker (A)



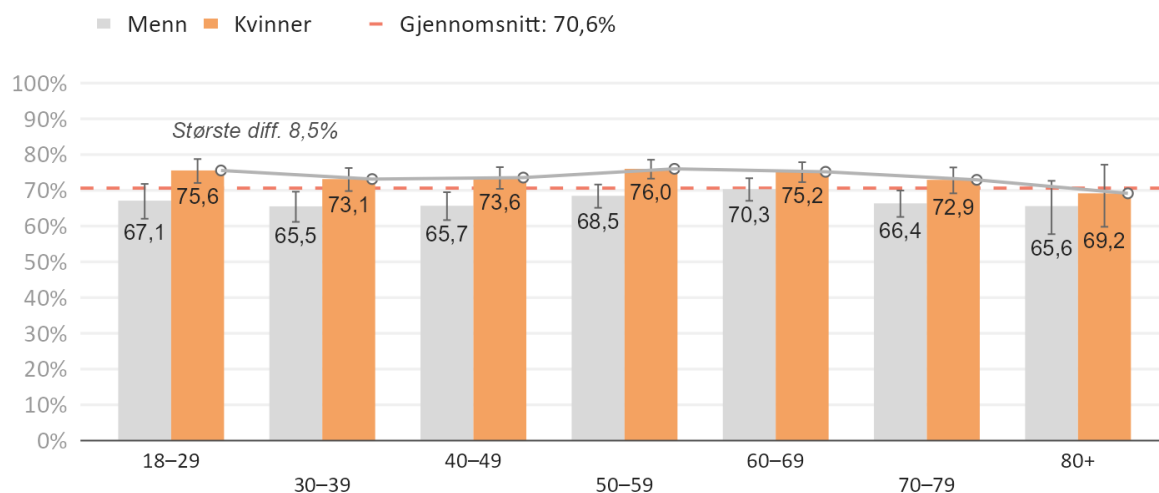
Figur A viser andelen som vurderer tannhelsen som god, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer fra 66,2 prosent i Nordland til 75,0 prosent i Vestfold. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 8,8 prosentpoeng, men dette framstår ikke som et klart skille. Effektstørrelsen er også liten, med Cohen's h på 0,20. Samlet sett ligger fylkene forholdsvis nær hverandre, og tallene tyder på at forskjellene i egenvurdert tannhelse mellom fylkene er små.

**Figur 71. God eller svært god tannhelse, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



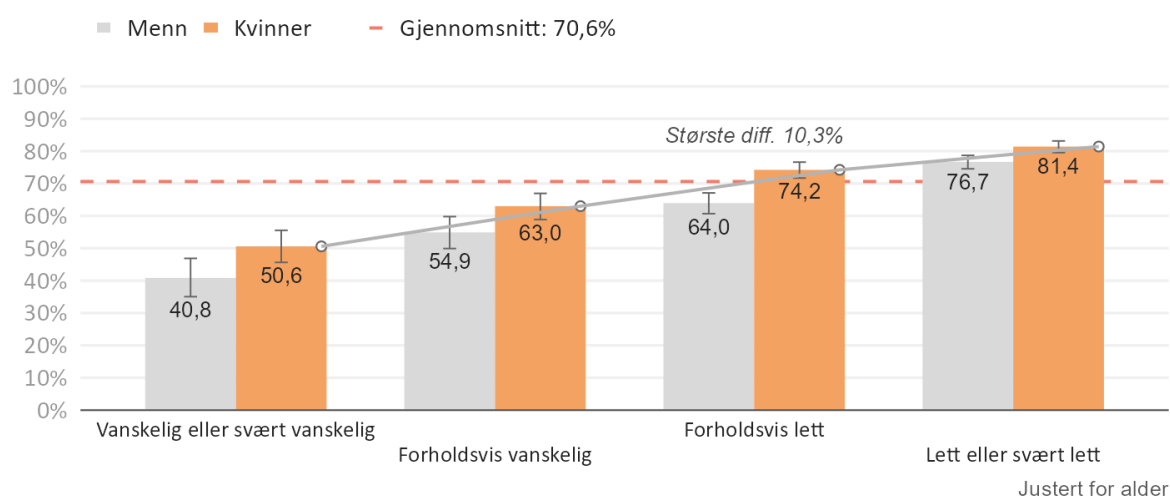
Figur B viser andelen som vurderer tannhelsen som god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som oppgir god tannhelse med høyere utdanning. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 54,3 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 82,6 prosent. Dette gir en forskjell på 28,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 46,3 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 76,2 prosent. Forskjellen er 29,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,62, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle utdanningsgrupper, men det er særlig i gruppene med videregående opplæring og høyskole eller universitet over 4 år at dette framstår som klare kjønnsforskjeller.

**Figur 72. God eller svært god tannhelse, etter kjønn og alder (C)**



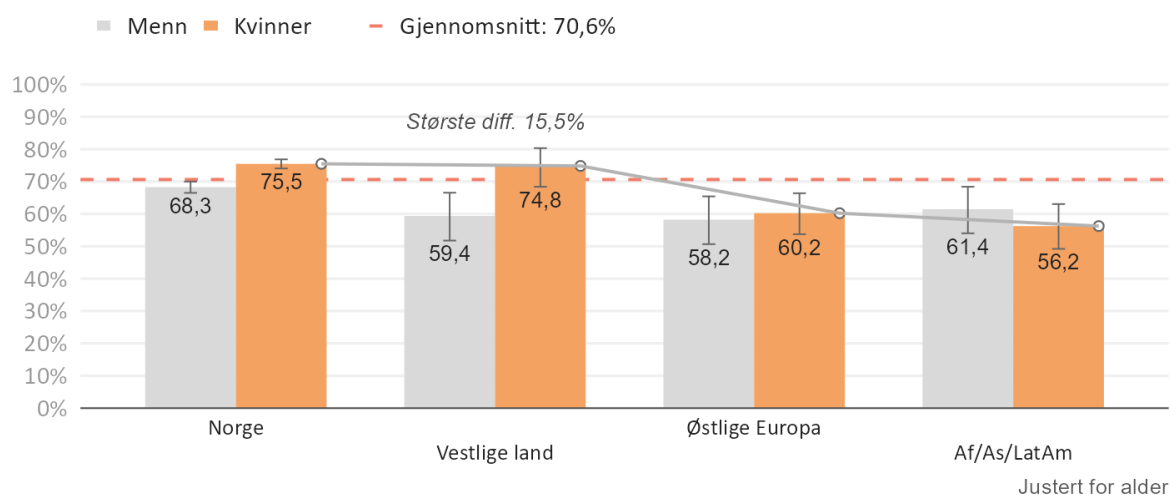
Figur C viser andelen som vurderer tannhelsen som god, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner finnes høyest andel i alderen 50 til 59 år, med 76,0 prosent, mens lavest andel finnes blant kvinner på 80 år og eldre, med 69,2 prosent. Differansen er 6,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,15, noe som tilsier en liten forskjell. Samtidig er dette ikke et klart skille. Blant menn finnes høyest andel i alderen 60 til 69 år, med 70,3 prosent, og lavest i alderen 30 til 39 år, med 65,5 prosent. Differansen er 4,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,10, som også tilsier en liten forskjell. Også her er det ikke et klart skille mellom høyeste og laveste aldersgruppe. Kvinner ligger høyere enn menn i alle aldersgrupper. Forskjellen er tydeligst blant de yngste og middelaldrende. I aldersgruppene 60 til 69 år, 70 til 79 år og 80 år og eldre er menn også lavere enn kvinner, men her framstår forskjellene ikke som klare.

**Figur 73. God eller svært god tannhelse, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



Figur D viser andelen som vurderer tannhelsen som god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og lavest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner vurderer 81,4 prosent tannhelsen som god i gruppen med lett eller svært lett økonomi, mot 50,6 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi. Det gir en forskjell på 30,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,67, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er de tilsvarende andelen 76,7 prosent og 40,8 prosent. Forskjellen er 35,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,75, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser dermed et tydelig sosialt mønster i begge kjønn: andelen med god egenvurdert tannhelse er høyere jo lettere husholdningsøkonomien oppleves. I gruppen som opplever økonomien som lett eller svært lett og gruppen som opplever økonomien som forholdsvis lett, er andelen klart høyere blant kvinner enn blant menn I de to gruppene med vanskeligere økonomi er andelen også høyere blant kvinner, men her framstår ikke forskjellene mellom kjønnene som like tydelige.

**Figur 74. God eller svært god tannhelse, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som vurderer tannhelsen som god, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Norge, med 75,5 prosent, og lavest blant dem med bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 56,2 prosent. Dette er en forskjell på 19,3 prosentpoeng. Også blant menn er andelen høyest i Norge, med 68,3 prosent. Lavest andel blant menn finnes i Østlige Europa, med 58,2 prosent. Forskjellen er 10,1 prosentpoeng. Ser vi på de enkelte fødelandsgruppene, er det klare kjønnsforskjeller i noen grupper, men ikke i alle. I Norge er det en forskjell på 7,2 prosentpoeng i kvinners favør og i vestlige land er det forskjell på 15,4 prosentpoeng. I disse to gruppene framstår kjønnsforskjellene som tydelige. I de to andre gruppene framstår forskjellene mellom kvinner og menn ikke som klare.

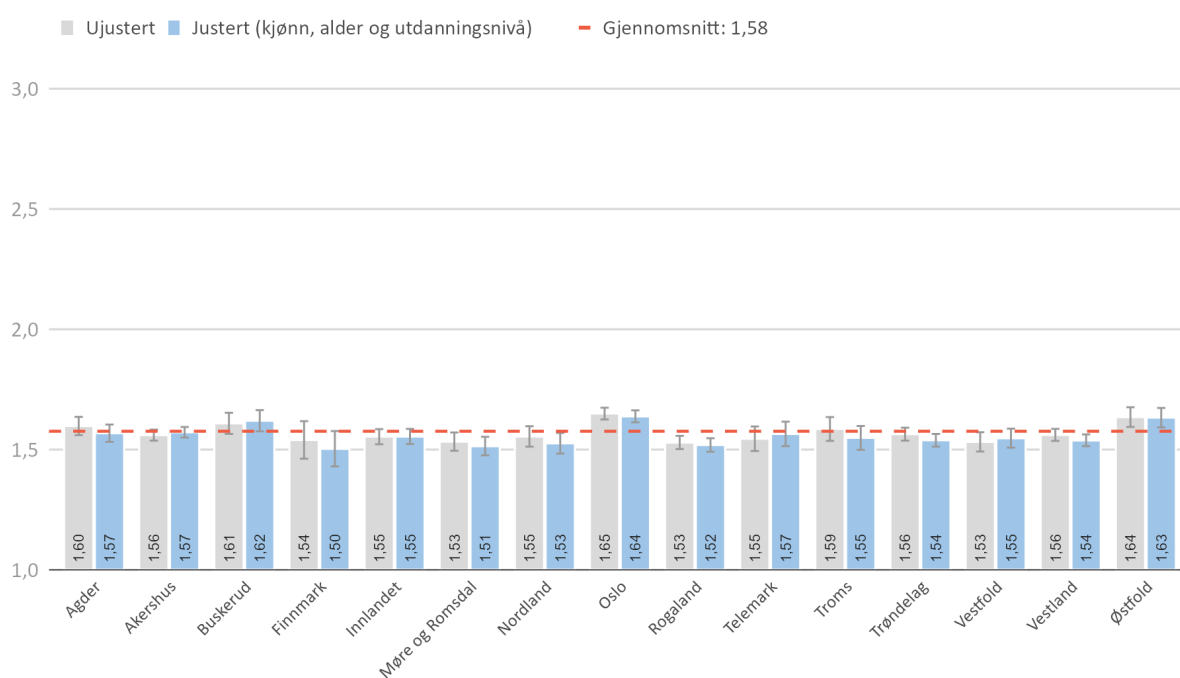
## 4.3 Psykisk helse, søvn, livskvalitet og sosiale ressurser

### 4.3.1 Psykiske plager – HSCL-5 (1–4)

Gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5).

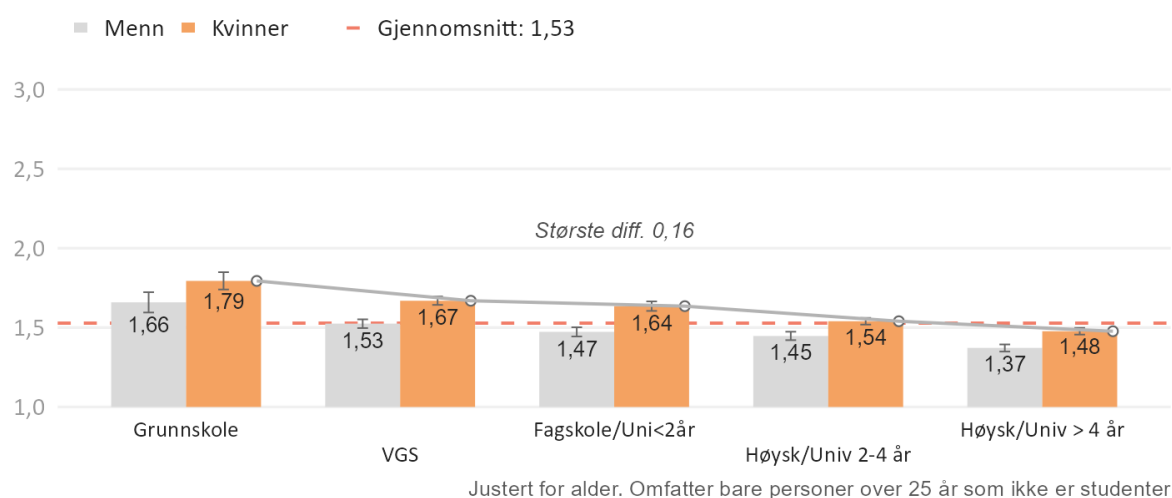
Gruppe	N	Mean	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 375	1,58	1,57 – 1,58
Kvinner	15 271	1,65	1,64 – 1,66
Menn	12 104	1,50	1,49 – 1,52

Figur 75. Psykiske plager – HSCL-5 (1–4), etter fylker (A)



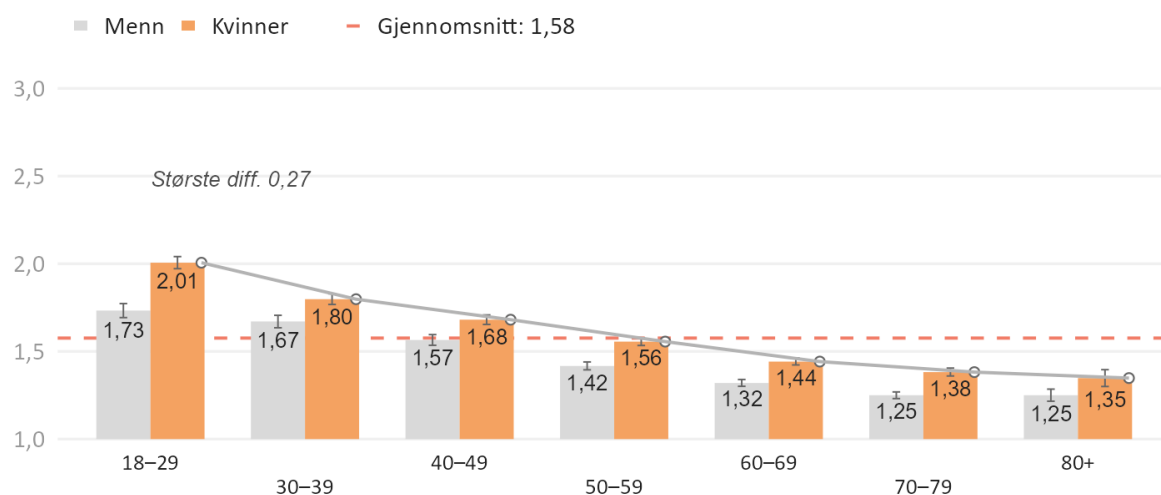
Figur A viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Oslo har høyest gjennomsnittsskår med 1,64 poeng, mens Finnmark har lavest med 1,50 poeng. Forskjellen mellom ytterpunktene er 0,14 poeng, og dette framstår som et klart skille. Samtidig er effektstørrelsen liten, med Cohen's d på 0,20, noe som tyder på at forskjellen mellom fylkene samlet sett er beskjeden. De fleste fylkene ligger tett samlet i den nedre og midtre delen av fordelingen. Samlet sett viser figuren at det er noe variasjon mellom fylkene, men at nivået av psykiske plager i hovedsak ligger innenfor et relativt smalt spenn.

Figur 76. Psykiske plager – HSCL-5 (1–4), etter kjønn og utdanningsnivå (B)



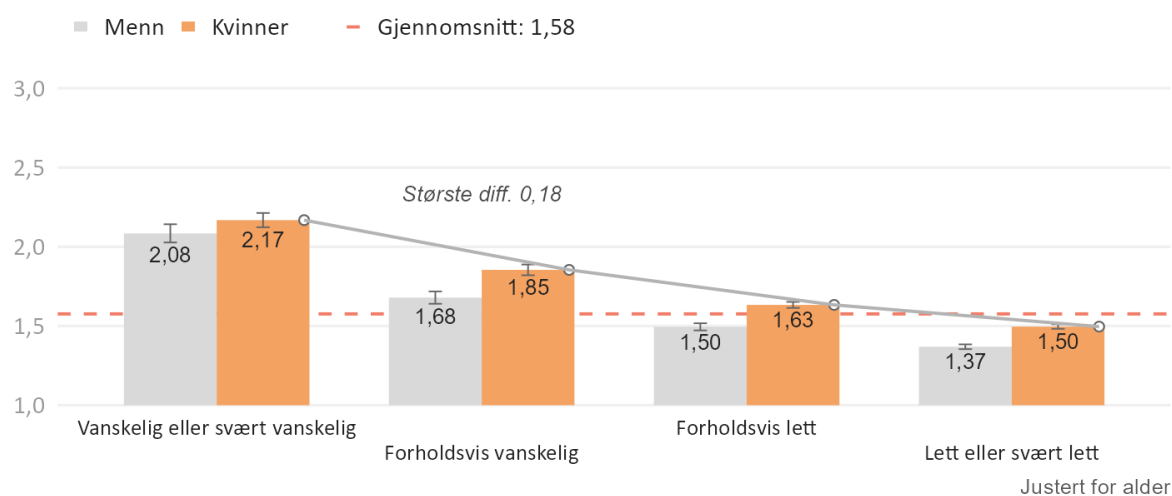
Figur B viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For kvinner er nivået høyest blant dem med grunnskole, med 1,79 poeng, og lavest blant dem med høyere utdanning over fire år, med 1,48 poeng. Det gir en forskjell på 0,32 poeng, og Cohen's d er 0,49, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyere utdanning over fire år, fra 1,66 til 1,37 poeng. Dette utgjør en forskjell på 0,29 poeng, med Cohen's d på 0,47, som også tilsvarer en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der høyere utdanningsnivå henger sammen med lavere nivå av psykiske plager for både kvinner og menn. Det er også klare kjønnsforskjeller i alle utdanningsgruppene, der kvinner gjennomgående har høyere nivå enn menn. Forskjellen er størst i fagskole eller universitetsutdanning under to år, med 0,16 poeng, og minst i høyere utdanning på to til fire år, med 0,09 poeng.

Figur 77. Psykiske plager – HSCL-5 (1–4), etter kjønn og alder (C)



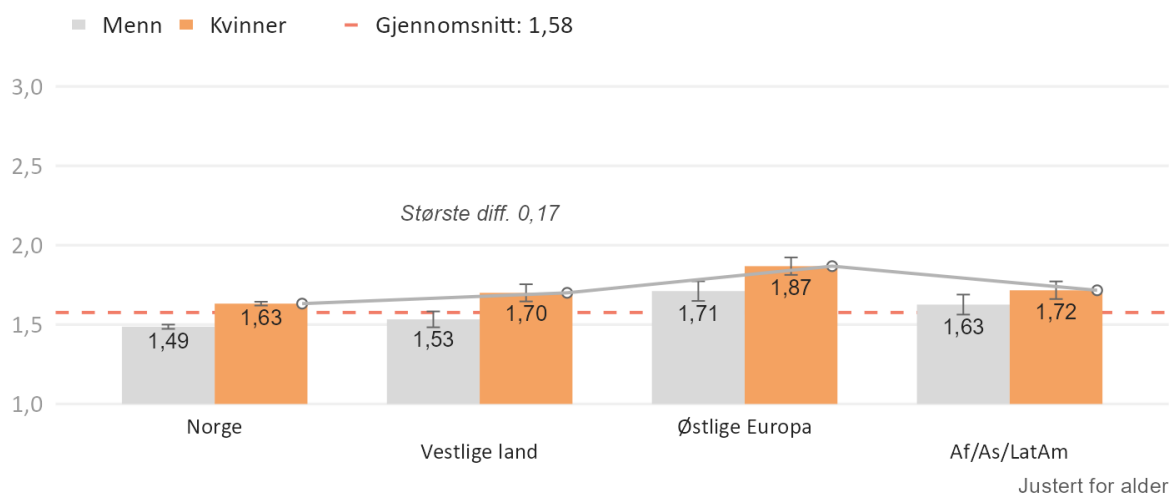
Figur C viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er nivået høyest i alderen 18–29 år, med 2,01 poeng, og lavest i alderen 80 år og eldre, med 1,35 poeng. Det gir en differanse på 0,66 poeng, som tilsvarer Cohen’s d på 0,96 og dermed en stor forskjell. Også blant menn er nivået høyest i alderen 18–29 år, med 1,73 poeng, og lavest i alderen 70–79 år, med 1,25 poeng. Differansen er 0,48 poeng, som tilsvarer Cohen’s d på 0,77 og også her en stor forskjell. Tallene viser ellers en tydelig nedgang i nivået av psykiske plager med økende alder for begge kjønn. I alle aldersgruppene ligger kvinner høyere enn menn. Kjønnforskjellen er størst i alderen 18–29 år, der menn ligger 0,27 poeng lavere enn kvinner, og i de øvrige aldersgruppene fra 30–39 til 70–79 år varierer forskjellen mellom 0,12 poeng og 0,14 poeng. Dette tyder på et gjennomgående høyere nivå av psykiske plager blant kvinner enn blant menn.

Figur 78. 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. Det er et tydelig mønster for både kvinner og menn: nivået av psykiske plager er lavest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og høyest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner er gjennomsnittet 1,50 poeng i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi og 2,17 poeng i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi. Dette gir en forskjell på 0,67 poeng, og Cohen's d er 0,98, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er de tilsvarende nivåene 1,37 poeng og 2,08 poeng. Forskjellen er 0,72 poeng, og Cohen's d er 1,13, som også viser en stor forskjell. I gruppene som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig, ligger nivået mellom disse ytterpunktene. Kvinner har gjennomgående høyere nivå enn menn i de fleste økonomigruppene, og forskjellene er klare i gruppene lett eller svært lett, forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig. I gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi er nivået også noe høyere blant kvinner enn menn, men her framstår ikke forskjellen som tydelig.

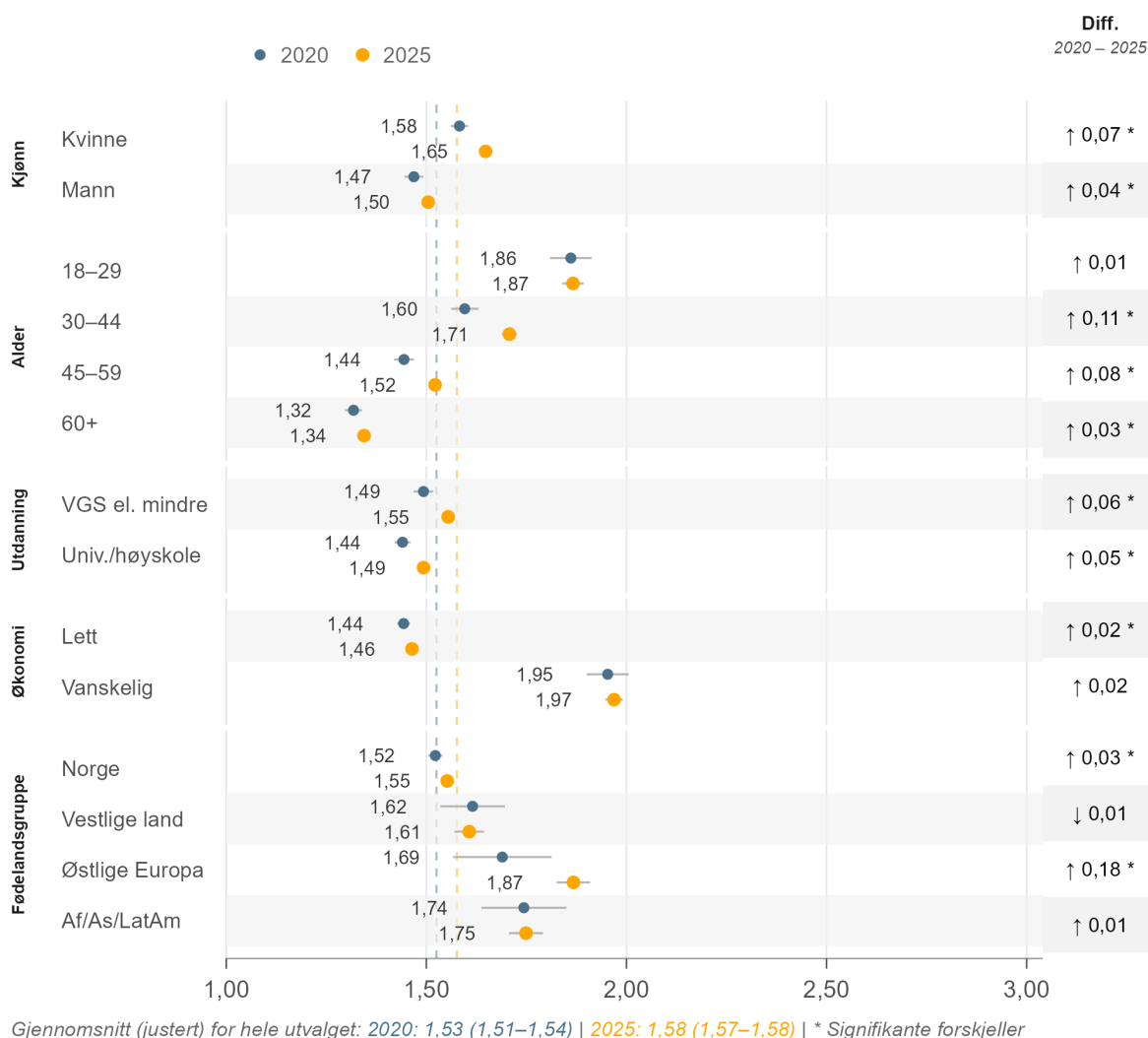
Figur 79. Psykiske plager – HSCL-5 (1–4), etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er nivået høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 1,87 poeng, og lavest blant kvinner født i Norge, med 1,63 poeng. Differansen er 0,24 poeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's d er 0,34, noe som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 1,71 poeng, og lavest blant menn født i Norge, med 1,49 poeng. Differansen er 0,22 poeng, og også her er det et klart skille. Cohen's d er 0,35, som også tilsvarer en middels forskjell. Ser vi på de øvrige fødelandsgruppene, ligger kvinner fra vestlige land på 1,70 poeng og kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika på 1,72 poeng. Tilsvarende ligger menn fra vestlige land på 1,53 poeng og menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika på 1,63 poeng. Kvinner har gjennomgående høyere nivå av psykiske plager enn menn i alle

fødelandsgruppene. Kjønnsforskjellen er tydelig i Norge, i vestlige land og i Østlige Europa. Her varierer forskjellen fra 0,14 poeng i Norge til 0,17 poeng i vestlige land og 0,16 poeng i Østlige Europa. I gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika er forskjellen 0,09 poeng, men her framstår ikke forskjellen mellom kvinner og menn som klar.

Figur 80. Psykiske plager – HSCL-5 (1–4), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser gjennomsnittsskåren for gjennomsnittlig nivå av psykiske plager (HSCL-5 på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte nivået fra 1,5 i 2020 til 1,6 i 2025, og dette er en statistisk sikker økning. Både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning, og forskjellen mellom kjønnene ser i hovedsak ut til å være omtrent den samme i 2025 som i 2020. Etter alder var mønsteret også nokså stabilt, med høyest nivå blant de yngste og lavest blant de eldste i begge år. Samtidig var det bare blant 18–

29-åringene at endringen fra 2020 til 2025 ikke var statistisk sikker, mens de øvrige aldersgruppene hadde statistisk sikre økninger. For utdanning var det en statistisk sikker økning i begge grupper, uten tydelige endringer i forskjellen mellom dem over tid. For opplevde økonomiske vansker var nivået fortsatt klart høyere blant dem med vansker enn blant dem uten, men økningen var bare statistisk sikker i gruppen uten slike vansker. Etter fødelandsgruppe var utviklingen mer ulik, med en statistisk sikker økning for personer født i Norge og i Østlige Europa, mens det ikke var statistisk sikker endring for personer fra vestlige land eller fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. Samlet peker dette mot en generell økning fra 2020 til 2025, samtidig som hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad var stabile.

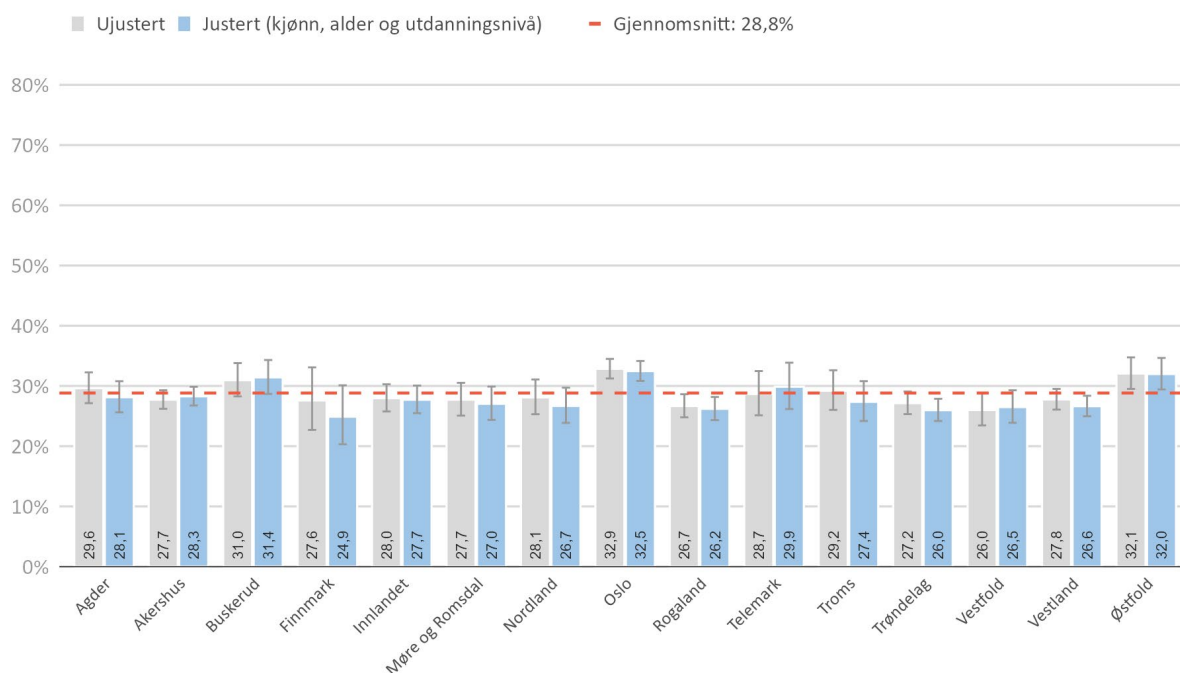
#### 4.3.2 Psykiske plager – HSCL-5 $\geq 2$ for menn og $\geq 1,8$ for kvinner

Andelen med psykiske plager (HSCL-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner).

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 375	28,8 %	28,2 – 29,4
Kvinner	15 271	36,6 %	35,8 – 37,5
Menn	12 104	21,1 %	20,2 – 21,9

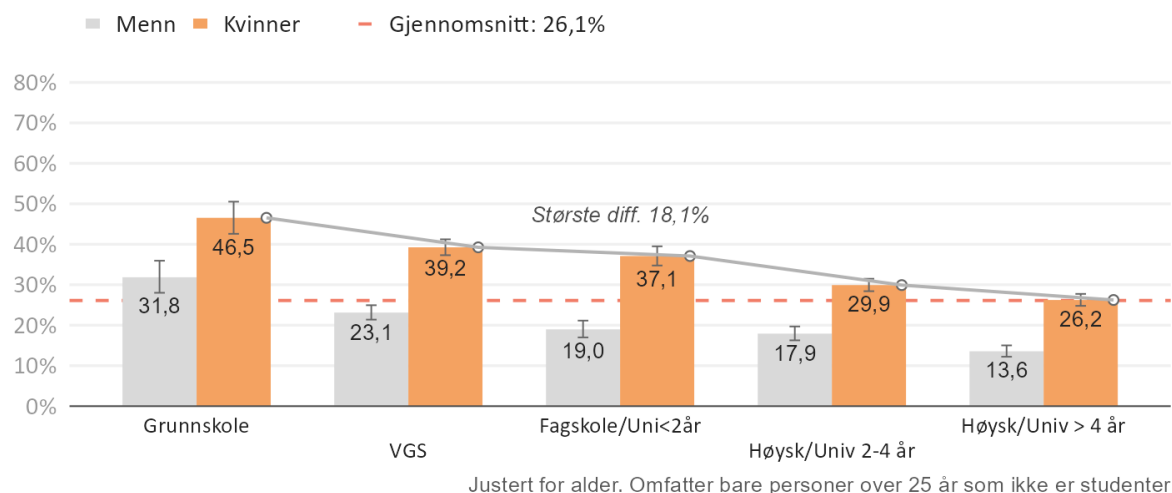
For HSCL-5 brukes ulike terskelverdier for menn ( $\geq 2$ ) og kvinner ( $\geq 1,8$ ), da disse har vist størst samsvar med diagnoser for angst og depresjon i tidligere studier [5, 6].

Figur 81. Psykiske plager – HSCL-5  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner, etter fylker (A)



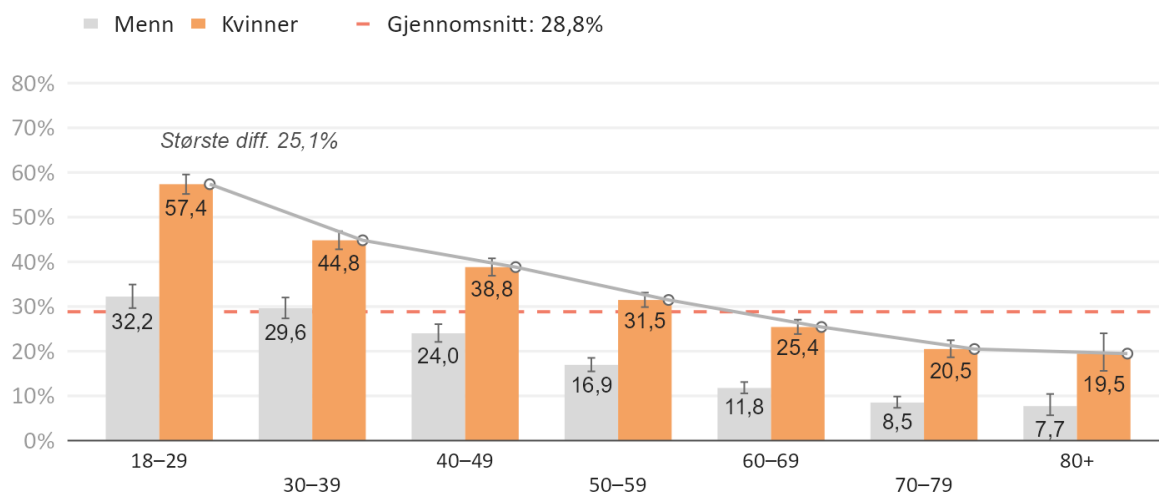
Figur A viser andelen med psykiske plager (HSLC-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen var høyest i Oslo, med 32,5 prosent, og lavest i Finnmark, med 24,9 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 7,57 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen var liten, med Cohen's  $h$  0,17. Også Østfold lå høyt, fulgt av Buskerud og Telemark. I den andre enden lå Trøndelag, Rogaland, Vestfold, Vestland og Nordland. Samlet sett viser figuren at nivået varierte mellom fylkene, men at de fleste lå innenfor et relativt avgrenset område fra midten av tjue til litt over tretti prosent. Det tydeligste funnet er at Oslo lå høyest og Finnmark lavest.

**Figur 82. Psykiske plager – HSLC-5  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



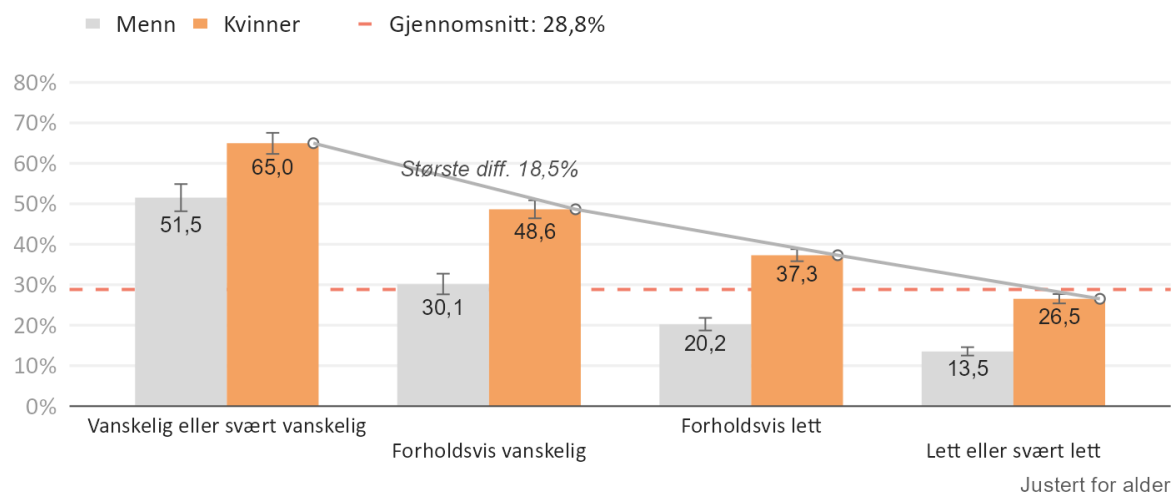
Figur B viser andelen med psykiske plager (HSCl-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 46,5 prosent har psykiske plager, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, der andelen er 26,2 prosent. Dette gir en forskjell på 20,30 prosentpoeng, som tilsvarer en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,43. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 31,8 prosent, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 13,6 prosent. Forskjellen er 18,29 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,45, som også tilsvarer en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster for begge kjønn: andelen med psykiske plager er høyere ved lavere utdanningsnivå og lavere ved lengre utdanning. I alle utdanningsgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og forskjellene mellom kjønnene framstår som klare. Kjønnforskjellen er størst i gruppen med fagskole eller kort universitetsutdanning, og minst i gruppene med høyere utdanning.

**Figur 83. Psykiske plager – HSCl-5  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner, etter kjønn og alder (C)**



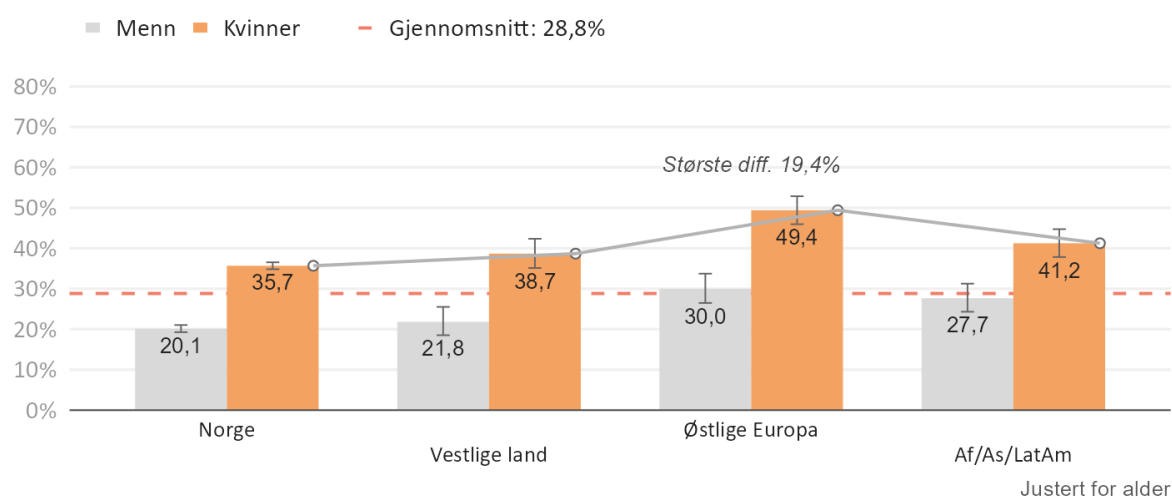
Figur C viser andelen med psykiske plager (HSCL-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner), fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest blant de yngste og synker med økende alder for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 57,4 prosent, og lavest i alderen 80 år og eldre, med 19,5 prosent. Dette er en forskjell på 37,91 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,81, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 32,2 prosent, og lavest i alderen 80 år og eldre, med 7,7 prosent. Forskjellen er 24,51 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,64, som også tilsier en stor forskjell. Det er et tydelig kjønnskilte i alle aldersgruppene. Kvinner har høyere andel enn menn i samtlige grupper, og forskjellen er størst blant de yngste. Deretter avtar kjønnsforskjellen gradvis med alderen, men den er fortsatt tydelig i de eldre aldersgruppene. Samlet viser figuren at psykiske plager er mest utbredt blant unge, særlig blant unge kvinner.

**Figur 84. Psykiske plager – HSCL-5  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



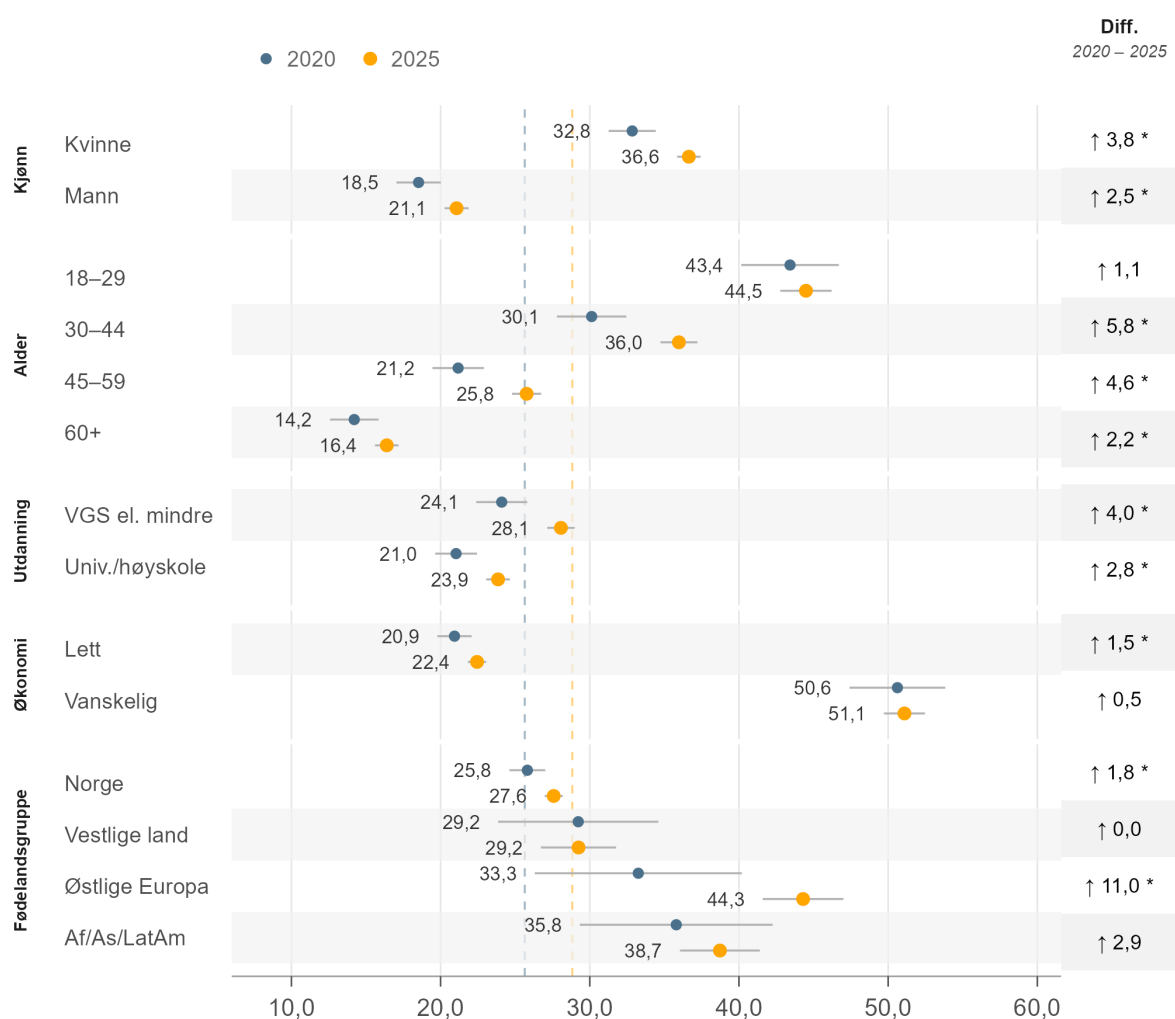
Figur D viser andelen med psykiske plager (HSCCL-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen med psykiske plager når husholdningsøkonomien vurderes som mer krevende. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 26,5 prosent, og høyest blant dem som oppgir at økonomien er vanskelig eller svært vanskelig, med 65,0 prosent. Dette er en forskjell på 38,46 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,79, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med lett eller svært lett økonomi, på 13,5 prosent, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, på 51,5 prosent. Forskjellen er 38,02 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,85, som også tilsier en stor forskjell. Det er samtidig klare kjønnsforskjeller i alle økonomigruppene, med høyere andeler blant kvinner enn blant menn.

Figur 85. Psykiske plager – HSCCL-5  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen med psykiske plager (HSCL-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen fra 35,7 prosent i Norge til 49,4 prosent i Østlige Europa. Kvinner med bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 41,2 prosent, mens kvinner fra vestlige land ligger på 38,7 prosent. Det er dermed et klart skille mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner, med en differanse på 13,72 prosentpoeng. Cohen's h er 0,28, noe som tilsier en middels forskjell. Blant menn varierer andelen fra 20,1 prosent i Norge til 30,0 prosent i Østlige Europa. Menn med bakgrunn fra vestlige land ligger på 21,8 prosent, og menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika på 27,7 prosent. Også blant menn er det et klart skille mellom høyeste og laveste nivå, med en differanse på 9,85 prosentpoeng. Cohen's h er 0,23, som tilsier en liten forskjell. I alle fødelandsgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og forskjellene framstår som klare. Kjønnforskjellen er 13,59 prosentpoeng i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, 15,54 prosentpoeng i Norge, 16,86 prosentpoeng i vestlige land og 19,41 prosentpoeng i Østlige Europa. Det største skillet mellom kvinner og menn finnes dermed i Østlige Europa.

*Figur 86. Psykiske plager – HSCL-5  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)*



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 25,6 (24,6–26,7) | 2025: 28,8 (28,3–29,4) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen med psykiske plager (HSCL-5-skår  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 25,6 til 28,8 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Kvinner lå høyere enn menn i begge år, og begge kjønn hadde en statistisk sikker økning, slik at kjønnsforskjellen framstår som nokså stabil. Aldersmønsteret var også i hovedsak det samme, med høyest andel blant de yngste og lavest blant de eldste i begge år. Samtidig var økningen ikke statistisk sikker blant 18–29-åringene, mens den var statistisk sikker i de øvrige aldersgruppene, særlig blant 30–44-åringene og 45–59-åringene. For utdanning var nivået høyere blant personer med videregående skole eller mindre enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning i begge år, og begge gruppene hadde en statistisk sikker økning. Forskjellene etter opplevde økonomiske vansker var store og endret seg lite fra 2020 til 2025. Blant dem uten slike vansker var det en statistisk sikker økning, mens det ikke var en statistisk sikker endring blant dem med vansker.

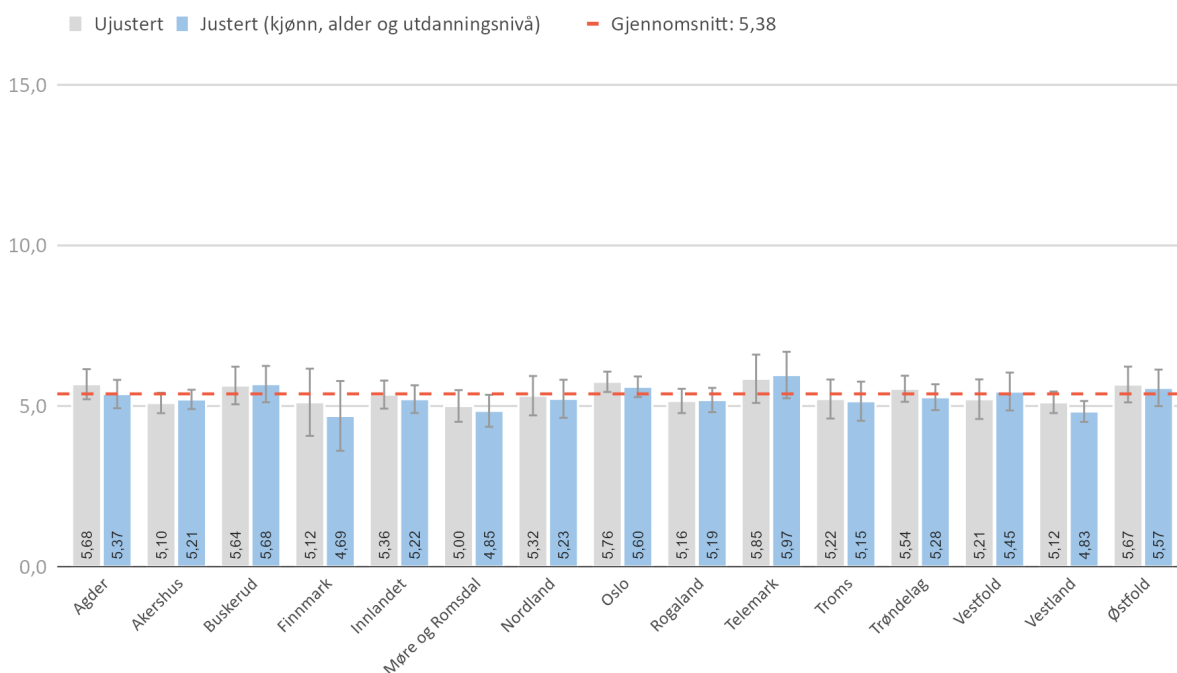
Etter fødelandsgruppe var mønsteret mer blandet, men den tydeligste endringen var en statistisk sikker økning blant personer fra Østlige Europa, fra 33,3 til 44,3 prosent, mens de øvrige gruppene hadde små eller ikke statistisk sikre endringer.

#### 4.3.3 Psykisk plager – PHQ-9 totalskår

Totalskår for depressive plager målt med PHQ-9.

Gruppe	N	Mean	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 626	5,38	5,26 – 5,50
Kvinner	4 807	6,03	5,87 – 6,19
Menn	3 819	4,73	4,56 – 4,91

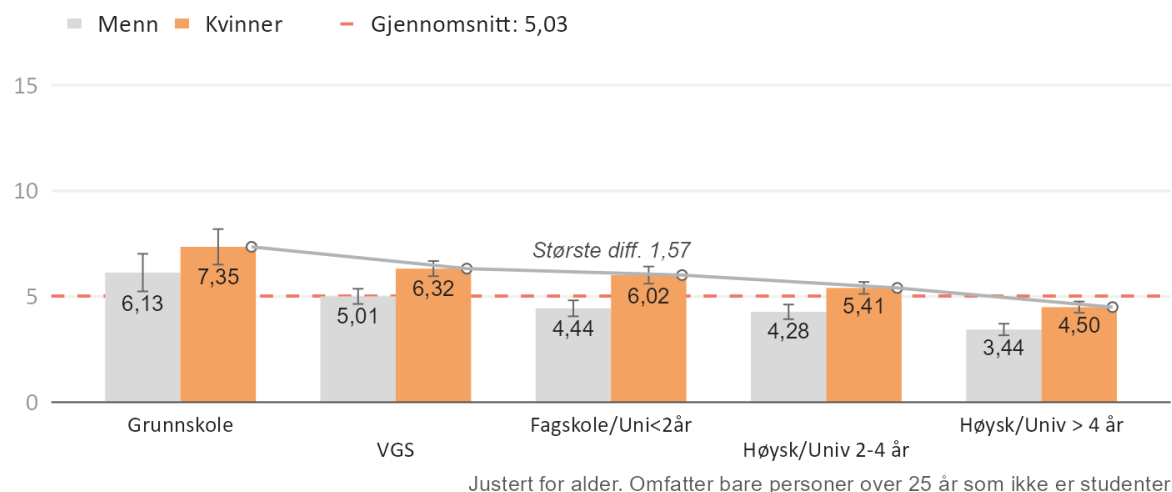
Figur 87. Psykisk plager – PHQ-9 totalskår, etter fylker (A)



Figur A viser totalskår for depressive plager målt med PHQ-9, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Totalskårene ligger samlet sett nokså tett mellom fylkene. Telemark har høyest nivå med 5,97 poeng, mens Finnmark har lavest nivå med 4,69 poeng. Differansen mellom disse ytterpunktene er 1,27 poeng. Samtidig er det ikke grunnlag for å omtale dette som et klart skille, så variasjonen mellom fylkene bør tolkes med varsomhet. Effektstørrelsen mellom høyeste og laveste fylke er Cohen's d på 0,25, som tilsier en middels

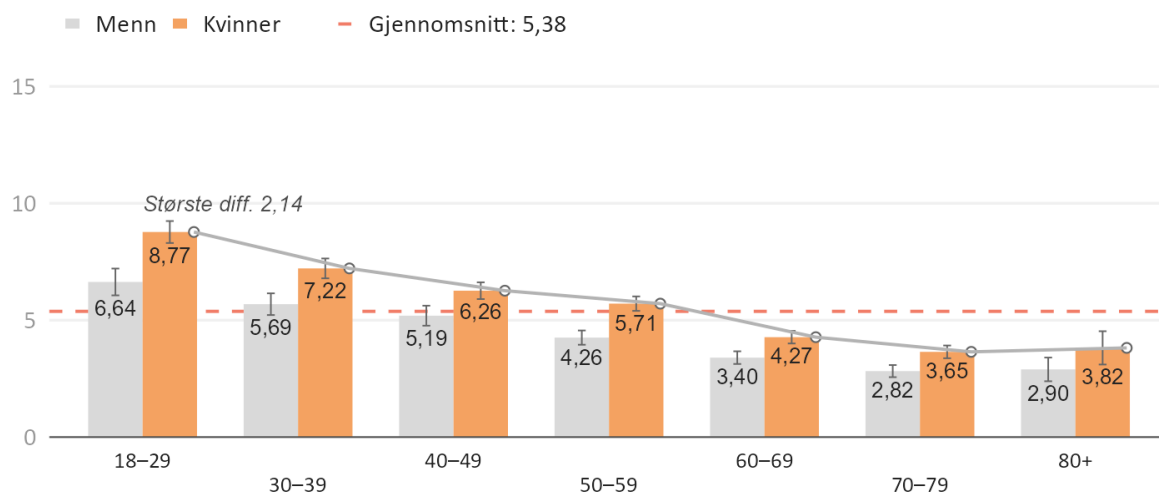
forskjell. Samlet peker figuren dermed mot at nivået av depressive plager varierer noe mellom fylkene, men uten at det framstår som store eller tydelig adskilte geografiske forskjeller.

**Figur 88. Psykisk plager – PHQ-9 totalskår, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



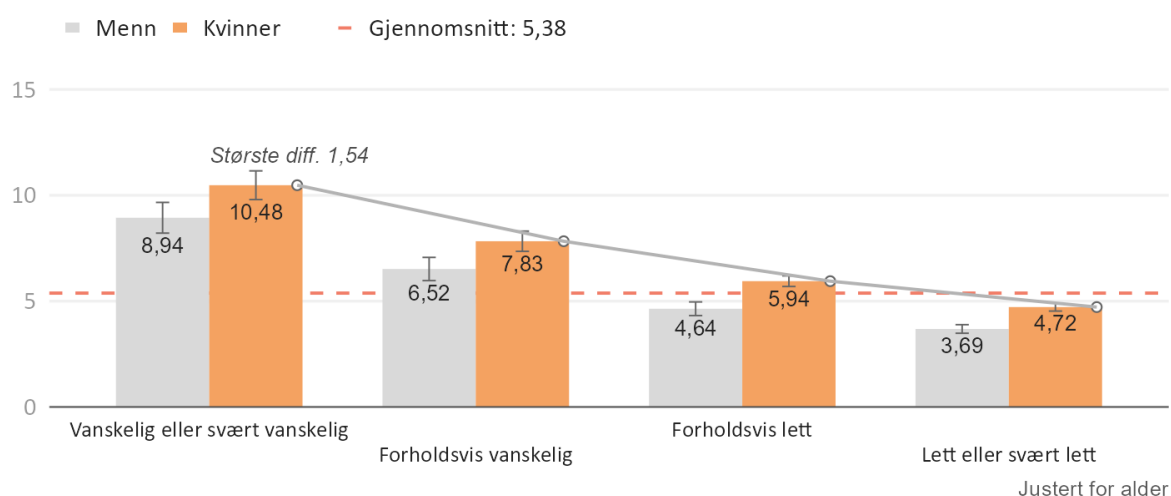
Figur B viser totalskår for depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest i gruppen med grunnskole, med 7,35 poeng, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 4,50 poeng. Dette gir en forskjell på 2,85 poeng, og Cohen's d er 0,57, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er skåren høyest i gruppen med grunnskole, med 6,13 poeng, og lavest i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 3,44 poeng. Forskjellen er 2,69 poeng, og Cohen's d er 0,58, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der lavere utdanningsnivå henger sammen med høyere totalskår for depressive plager for både kvinner og menn. Kvinner har gjennomgående høyere skår enn menn i alle utdanningsgrupper. Forskjellen er tydelig i alle grupper unntatt blant dem med grunnskole. Den største kjønnsforskjellen finner vi i fagskole eller kort universitets- eller høyskoleutdanning, der menn ligger 1,57 poeng lavere enn kvinner.

**Figur 89. Psykisk plager – PHQ-9 totalskår, etter kjønn og alder (C)**



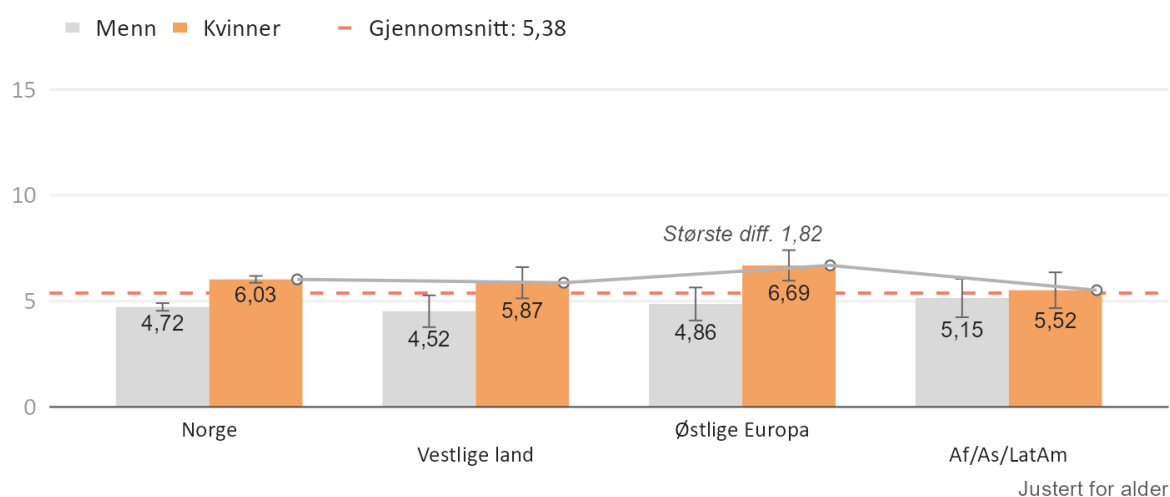
Figur C viser totalskår for depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er skåren høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 70–79 år. Blant kvinner er nivået 8,77 poeng i den yngste aldersgruppen og 3,65 poeng i alderen 70–79 år, en forskjell på 5,13 poeng. Dette er et klart skille, og effektstørrelsen er 0,97, som tilsvarer en stor forskjell. Blant menn er nivået 6,64 poeng i alderen 18–29 år og 2,82 poeng i alderen 70–79 år, en forskjell på 3,81 poeng. Også dette er et klart skille, med en effektstørrelse på 0,79, som tilsvarer en stor forskjell. På tvers av aldersgruppene synker skåren gradvis fra de yngste til de eldste, med en liten økning i gruppen 80 år og eldre for begge kjønn. Kvinner har høyere skår enn menn i alle aldersgrupper, med størst forskjell i alderen 18-29 år og klare forskjeller i alle aldersgrupper med unntak av gruppen 80 år og eldre.

Figur 90. Psykisk plager – PHQ-9 totalskår, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser totalskår for depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren når husholdningsøkonomien vurderes som mer vanskelig. Blant kvinner er skåren lavest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 4,72 poeng, og høyest i gruppen som oppgir at den er vanskelig eller svært vanskelig, med 10,48 poeng. Dette gir en differanse på 5,76 poeng, og Cohen's d er 1,09, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er skåren lavest i gruppen med lett eller svært lett økonomi, med 3,68 poeng, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, med 8,94 poeng. Differansen er 5,25 poeng, og Cohen's d er 1,09, som også tilsier en stor forskjell. Mønsteret er også tydelig i de mellomliggende gruppene. I alle økonomigruppene har kvinner høyere skår enn menn, og dette framstår som klare kjønnsforskjeller.

Figur 91. Psykisk plager – PHQ-9 totalskår, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



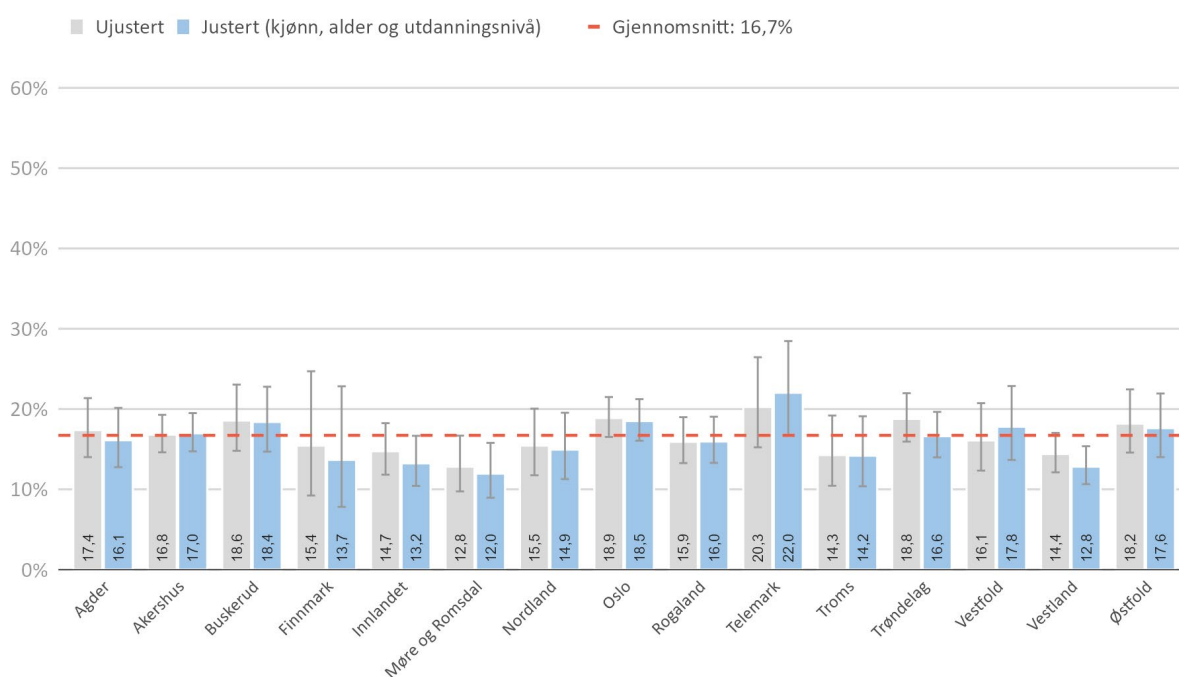
Figur E viser totalskår for depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er skåren høyest i gruppen fra Øst-Europa, med 6,69 poeng, og lavest blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 5,52 poeng. Differansen er 1,17 poeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Blant menn er skåren høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 5,14 poeng, og lavest blant menn fra vestlige land, med 4,52 poeng. Differansen er 0,62 poeng, og heller ikke dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er 0,13, som også tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er kvinner gjennomgående høyere enn menn. Forskjellen framstår som et klart skille i Norge og østlige Europa, men ikke i de to andre gruppene.

#### 4.3.4 Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager (skår $\geq 10$ )

Andelen med moderate depressive plager målt med PHQ-9.

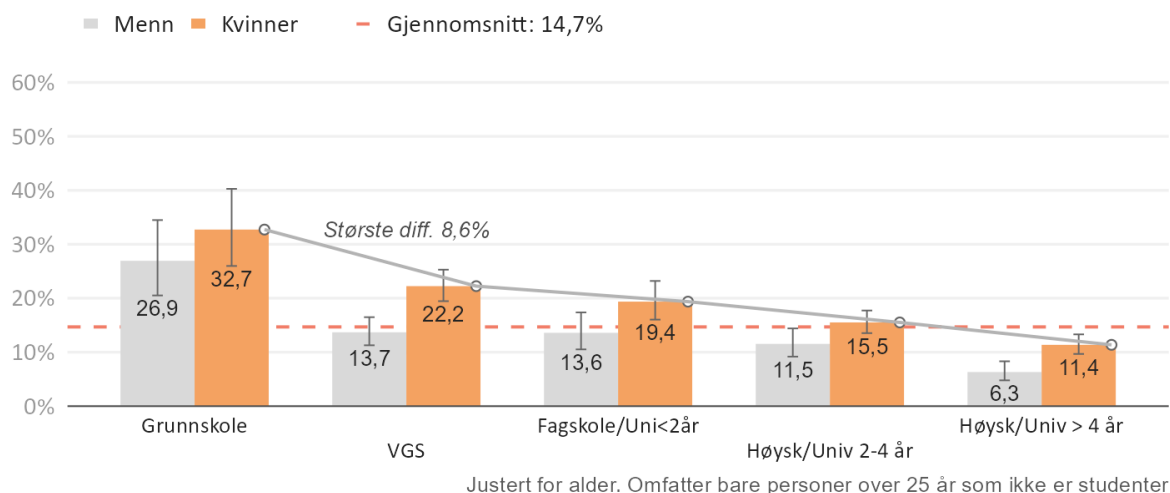
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 626	16,7 %	15,9 – 17,6
Kvinner	4 807	19,9 %	18,7 – 21,1
Menn	3 819	13,6 %	12,4 – 14,9

Figur 92. Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager, etter fylker (A)



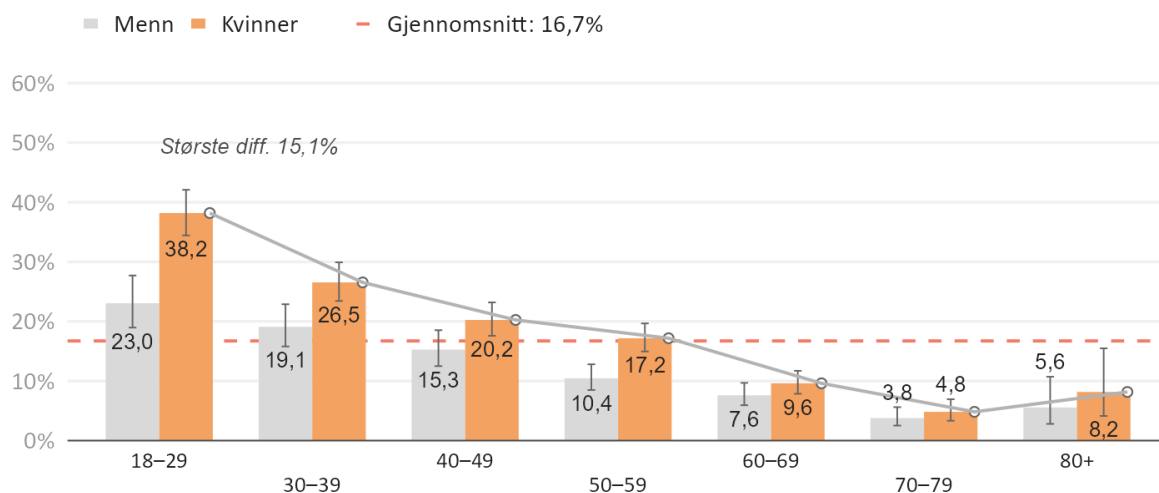
Figur A viser andelen med moderate depressive plager målt med PHQ-9 (skår  $\geq 10$ ), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Telemark med 22,0 prosent og lavest i Møre og Romsdal med 12,0 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 10,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effekstørrelsen Cohen's  $h$  er lik 0,27, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet viser figuren at andelen med moderate depressive plager varierer en del mellom fylkene, med Telemark som tydelig høyeste fylke og Møre og Romsdal som laveste.

Figur 93. Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



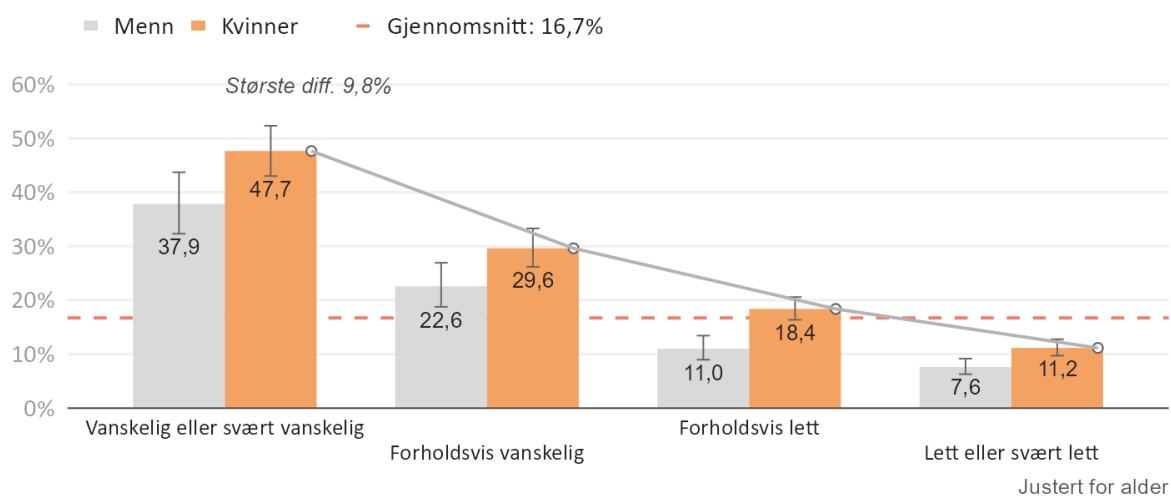
Figur B viser andelen med moderate depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Blant kvinner varierer andelen fra 32,7 prosent i gruppen med grunnskole til 11,4 prosent i gruppen med høyere utdanning over fire år. Dette er en forskjell på 21,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,53, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig, med 26,9 prosent i gruppen med grunnskole og 6,3 prosent i gruppen med høyere utdanning over fire år. Forskjellen er 20,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,58, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn på tvers av utdanningsgrupper. De tydeligste kjønnsforskjellene finnes i gruppen med videregående skole og i gruppen med høyere utdanning over fire år. I de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn mindre og framstår ikke som klare. Samlet peker figuren på en tydelig sosial gradient, der andelen med moderate depressive plager er lavere ved høyere utdanningsnivå for begge kjønn.

Figur 94. Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager, etter kjønn og alder (C)



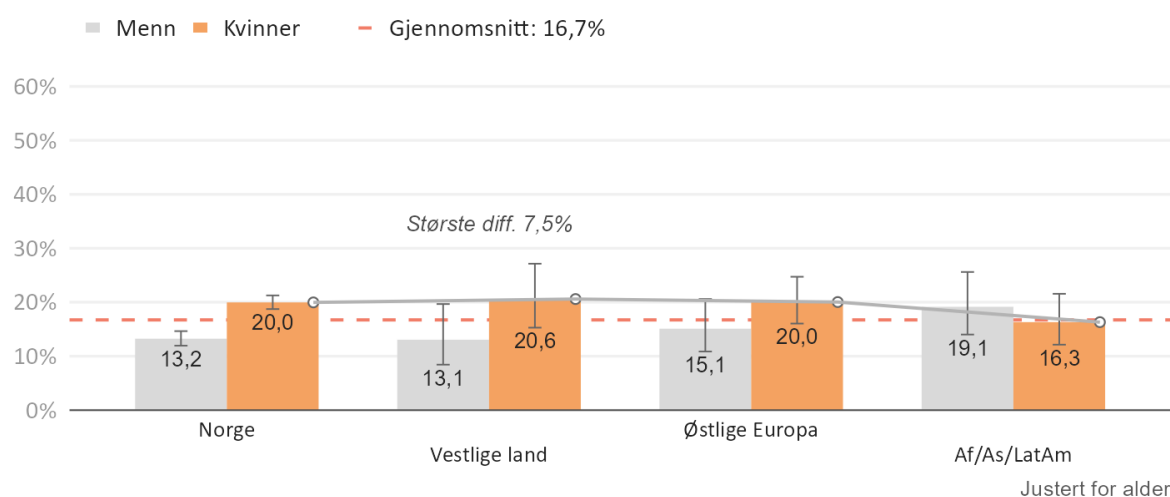
Figur C viser andelen med moderate depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 38,2 prosent, og lavest i alderen 70–79 år, med 4,8 prosent. Dette er en forskjell på 33,4 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,89, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 70–79 år, med henholdsvis 23,0 prosent og 3,8 prosent. Forskjellen er 19,2 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,61, som også tilsier en stor forskjell. For begge kjønn faller andelen gradvis fra de yngste aldersgruppene til 70–79 år, før den øker noe i gruppen 80 år og eldre. Kvinner har gjennomgående høyere andel enn menn i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellen er størst i alderen 18–29 år og det er også et klart skille i aldersgruppene 30–39 år og 50–59 år. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mindre og framstår ikke som klare.

Figur 95. Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser andelen med moderate depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen med depressive plager tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som mer krevende. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 11,2 prosent, og høyest i gruppen som oppgir at den er vanskelig eller svært vanskelig, med 47,7 prosent. Dette er en forskjell på 36,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,84, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med lett eller svært lett økonomi, med 7,6 prosent, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, med 37,9 prosent. Forskjellen er 30,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,77, som også tilsier en stor forskjell. I gruppene med forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig økonomi ligger andelene mellom ytterpunktene. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle økonomigruppene. Det er et klart skille mellom kjønnene i gruppene lett eller svært lett og forholdsvis lett. I de to gruppene med vanskeligere økonomi er forskjellene mindre tydelige.

Figur 96. Psykisk plager – PHQ-9 moderate depressive plager, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



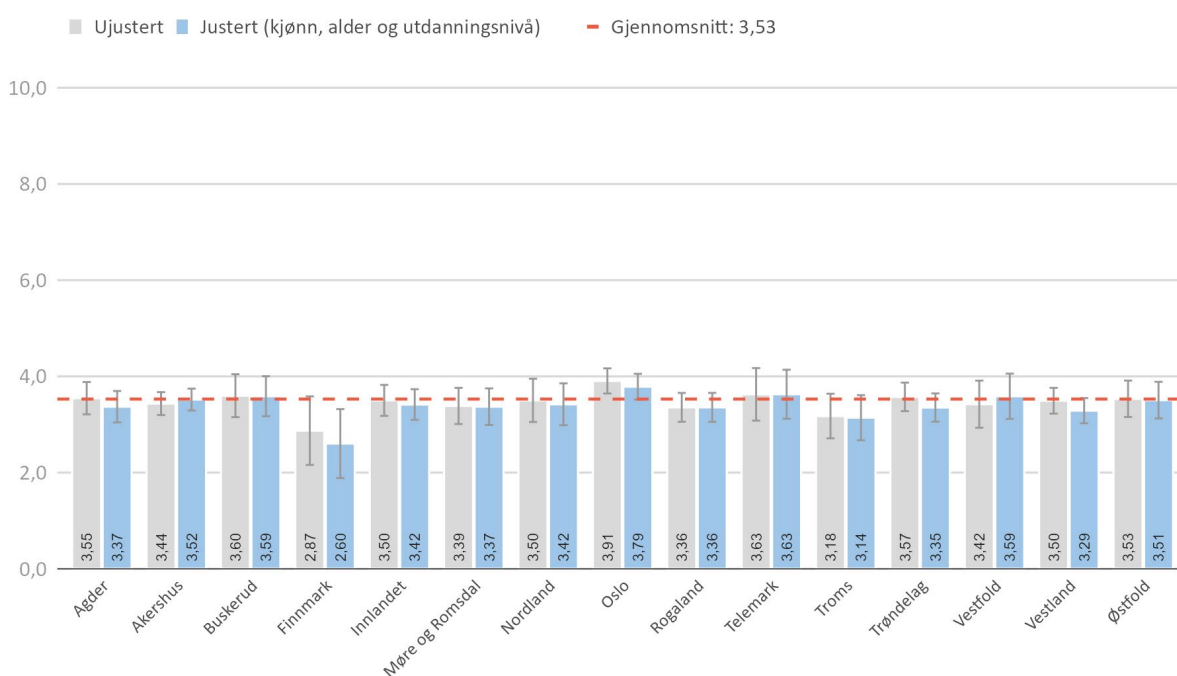
Figur E viser andelen med moderate depressive plager målt med PHQ-9, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen fra 16,3 prosent i gruppen Afrika, Asia og Latin-Amerika til 20,6 prosent i vestlige land. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er 4,3 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,11, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er variasjonen mellom fødelandsgruppene relativt beskjeden. Her er andelen lavest i vestlige land med 13,1 prosent og høyest i Afrika, Asia og Latin-Amerika med 19,1 prosent. Differansen er 6,0 prosentpoeng, og heller ikke dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,17, som også tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen de enkelte fødelandsgruppene, er det bare i Norge at det er et klart skille mellom kjønnene. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene mindre tydelige.

#### 4.3.5 Psykisk plager – GAD-7 totalskår

Totalskår for angstplager målt med GAD-7.

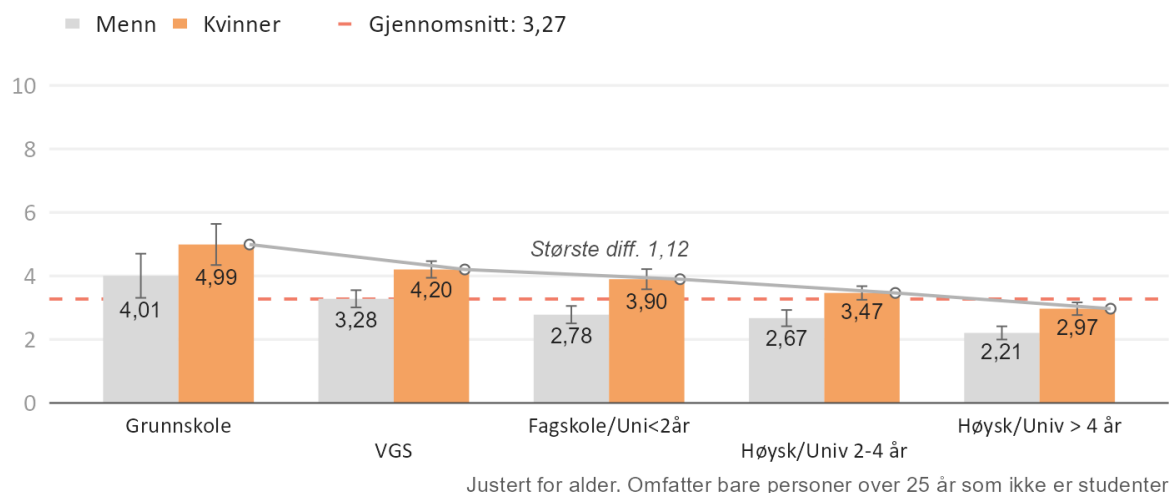
Gruppe	N	Mean	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 668	3,53	3,44 – 3,62
Kvinner	4 826	4,08	3,96 – 4,21
Menn	3 842	2,98	2,85 – 3,11

Figur 97. Psykisk plager – GAD-7 totalskår, etter fylker (A)



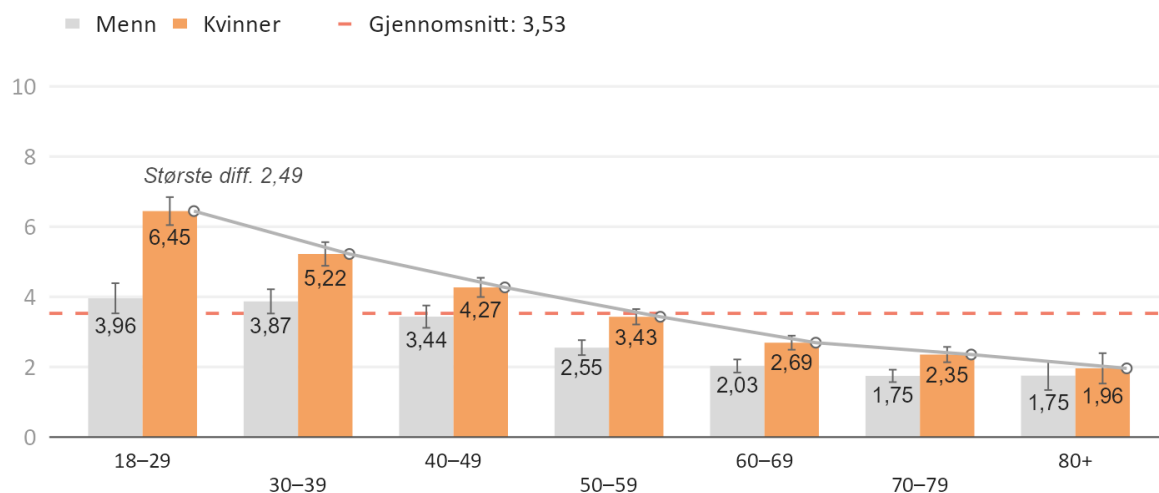
Figur A viser totalskår for angstplager målt med GAD-7, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Oslo hadde den høyeste skåren med 3,79 poeng, mens Finnmark hadde den laveste med 2,60 poeng. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 1,18 poeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen var Cohen's d lik 0,30, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet viser figuren at nivået av angstplager var nokså likt i mange fylker, men der Oslo peker seg ut med høyest skår og Finnmark med lavest skår.

Figur 98. Psykisk plager – GAD-7 totalskår, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



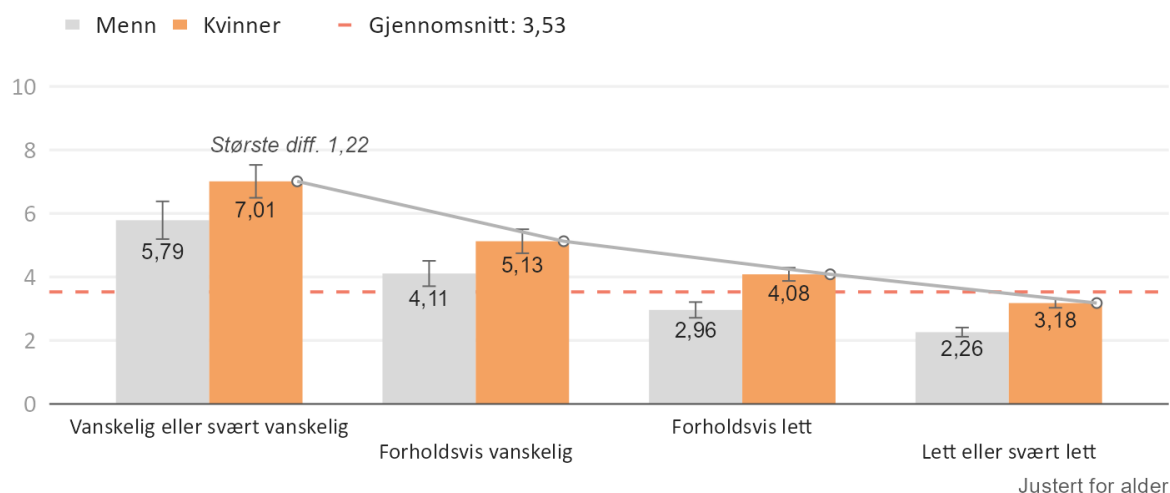
Figur B viser totalskår for angstplager målt med GAD-7, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er skåren høyest i gruppen med grunnskole, med 4,99 poeng, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 2,97 poeng. Dette gir en forskjell på 2,02 poeng, og Cohen's d er 0,52, som tyder på en stor forskjell. Også blant menn er skåren høyest i gruppen med grunnskole og lavest i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Her er nivåene henholdsvis 4,01 og 2,21 poeng, som gir en forskjell på 1,80 poeng. Cohen's d er 0,53, som også tyder på en stor forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster for begge kjønn: angstplagene er høyere ved lavere utdanningsnivå og lavere ved lengre høyere utdanning. Kvinner har gjennomgående høyere skår enn menn i alle utdanningsgrupper. Forskjellene er tydelige i de fleste gruppene, særlig i fagskole eller kort universitets- eller høyskoleutdanning. I gruppen med grunnskole framstår ikke skillet mellom kjønnene som klart.

Figur 99. Psykisk plager – GAD-7 totalskår, etter kjønn og alder (C)



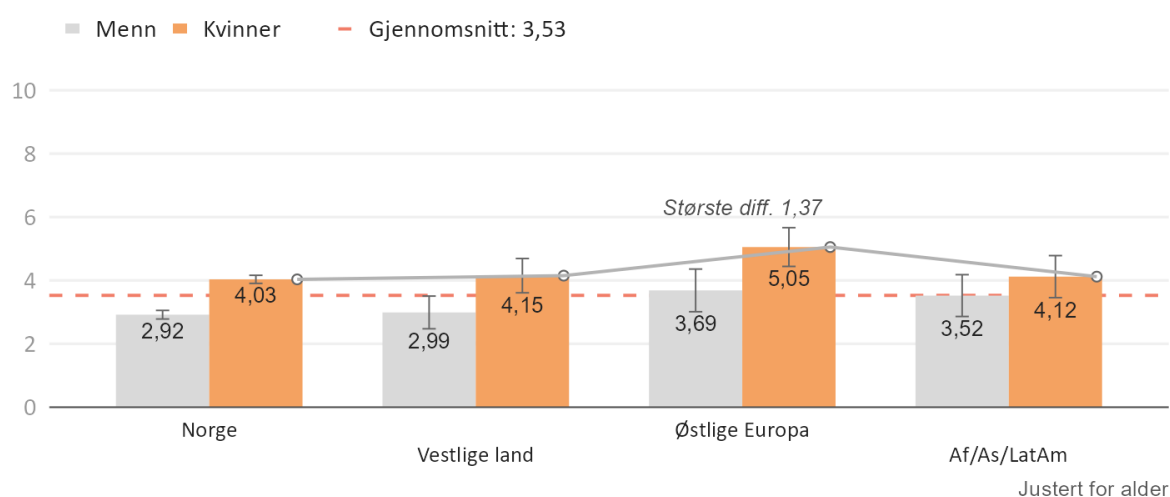
Figur C viser totalskår for angstplager målt med GAD-7, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er skåren høyest i alderen 18–29 år, med 6,45 poeng, og lavest i den eldste aldersgruppen, med 1,96 poeng. Det gir en forskjell på 4,49 poeng, og Cohen's d er 1,07, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er skåren høyest i alderen 18–29 år, med 3,96 poeng. Den laveste skåren finnes i alderen 70–79 år og 80 år og eldre, med 1,75 poeng. Forskjellen er 2,21 poeng, og Cohen's d er 0,62, som også tilsvarer en stor forskjell. På tvers av alder synker nivået av angstplager gradvis for både kvinner og menn. Kvinner har høyere skår enn menn i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellen er størst i alderen 18–29 år, og blir mindre med økende alder. I den eldste aldersgruppen er forskjellen liten og fremstår ikke som et klart skille.

Figur 100. Psykisk plager – GAD-7 totalskår, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



Figur D viser totalskår for angstplager målt med GAD-7, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker skåren når husholdningsøkonomien vurderes som mer krevende. Blant kvinner er nivået lavest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 3,18 poeng, og høyest i gruppen som oppgir at økonomien er vanskelig eller svært vanskelig, med 7,01 poeng. Dette gir en forskjell på 3,83 poeng, og Cohen's d er 0,91, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er nivået lavest i gruppen med lett eller svært lett økonomi, med 2,26 poeng, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, med 5,79 poeng. Forskjellen er 3,52 poeng, og Cohen's d er 0,99, som også tilsier en stor forskjell. Mønsteret er dermed tydelig i begge kjønn: dårligere vurdering av husholdningsøkonomien henger sammen med høyere skår for angstplager. I tillegg ligger kvinner høyere enn menn i alle økonomigruppene, og dette framstår som klare forskjeller.

Figur 101. Psykisk plager – GAD-7 totalskår, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



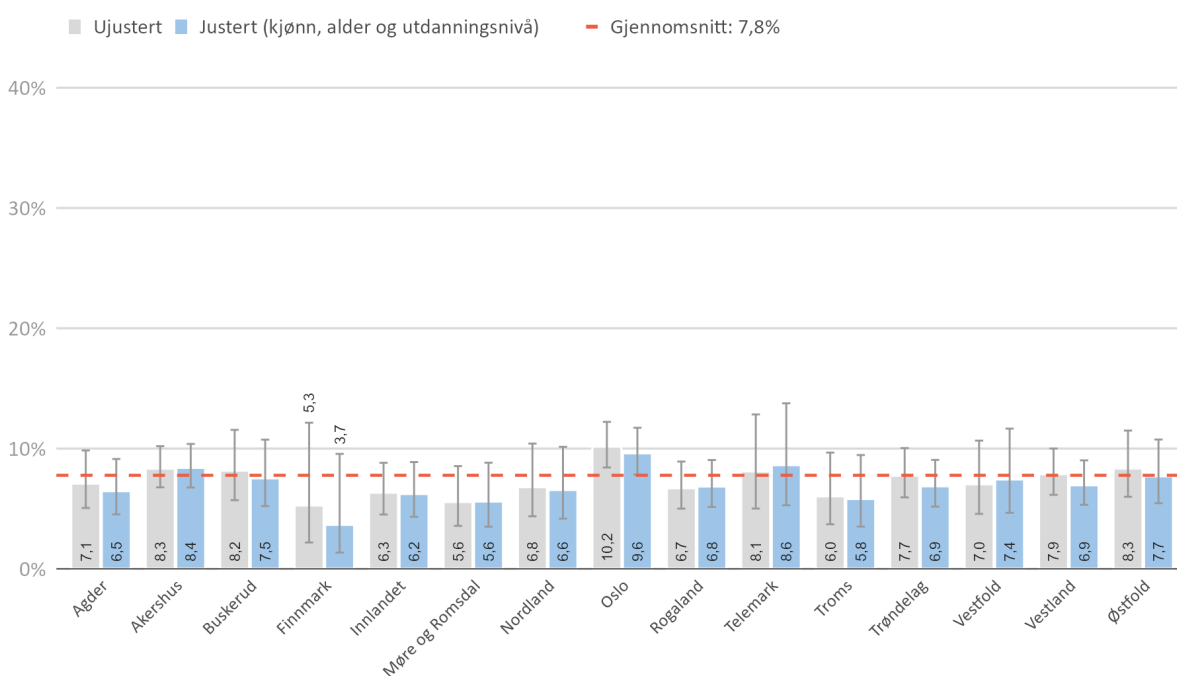
Figur E viser totalskår for angstplager målt med GAD-7, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er skåren høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 5,05 poeng, og lavest i Norge, med 4,03 poeng. Differansen er 1,02 poeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er 0,24, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er skåren høyest i Østlige Europa og lavest i Norge, med henholdsvis 3,69 og 2,92 poeng. Differansen er 0,77 poeng, men dette framstår ikke som et klart skille. Effektstørrelsen er 0,22, som også tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen de ulike fødelandsgruppene, har kvinner gjennomgående høyere skår enn menn, med tydelige kjønnsforskjeller i alle gruppene med unntak av Afrika, Asia og Latin-Amerika. Samlet peker figuren på et mønster der kvinner generelt har høyere totalskår enn menn, og der personer fra Østlige Europa ligger høyest innen begge kjønn.

#### 4.3.6 Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst (skår $\geq 10$ )

Andelen med moderat angst målt med GAD-7.

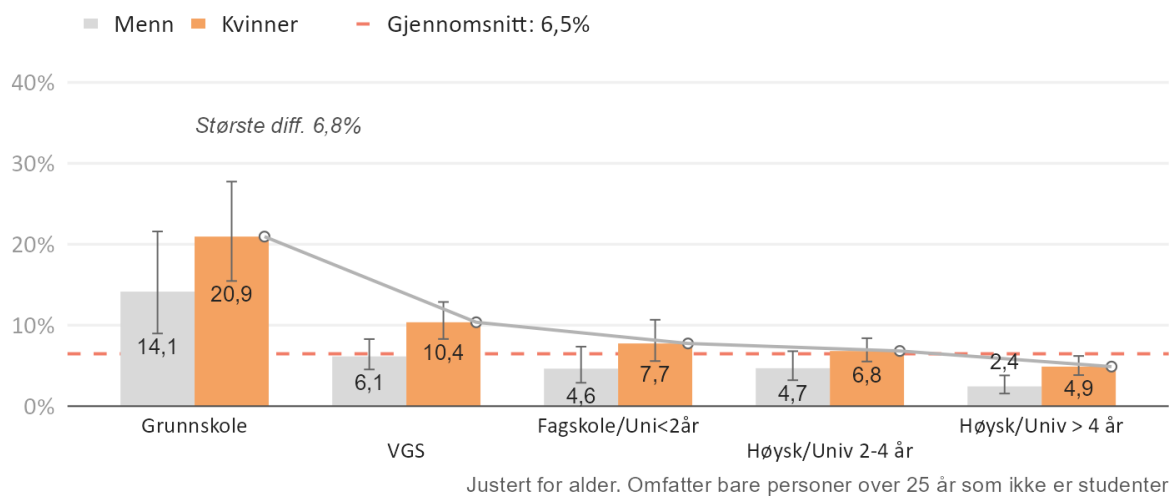
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 668	7,8 %	7,2 – 8,4
Kvinner	4 826	9,8 %	8,9 – 10,7
Menn	3 842	5,7 %	4,9 – 6,6

Figur 102. Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst, etter fylker (A)



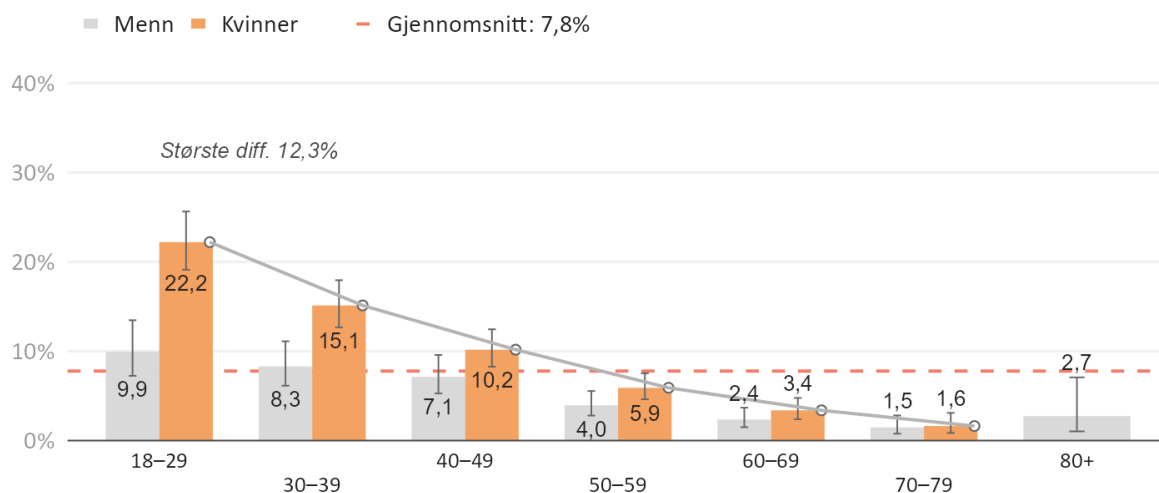
Figur A viser andelen med moderate symptomer på angst målt med GAD-7 (skår  $\geq 10$ ), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Oslo, med 9,6 prosent, og lavest i Finnmark, med 3,7 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 5,9 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,25, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet sett viser figuren at det er tydelige geografiske forskjeller mellom fylkene, med Oslo klart høyest og Finnmark klart lavest.

Figur 103. Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



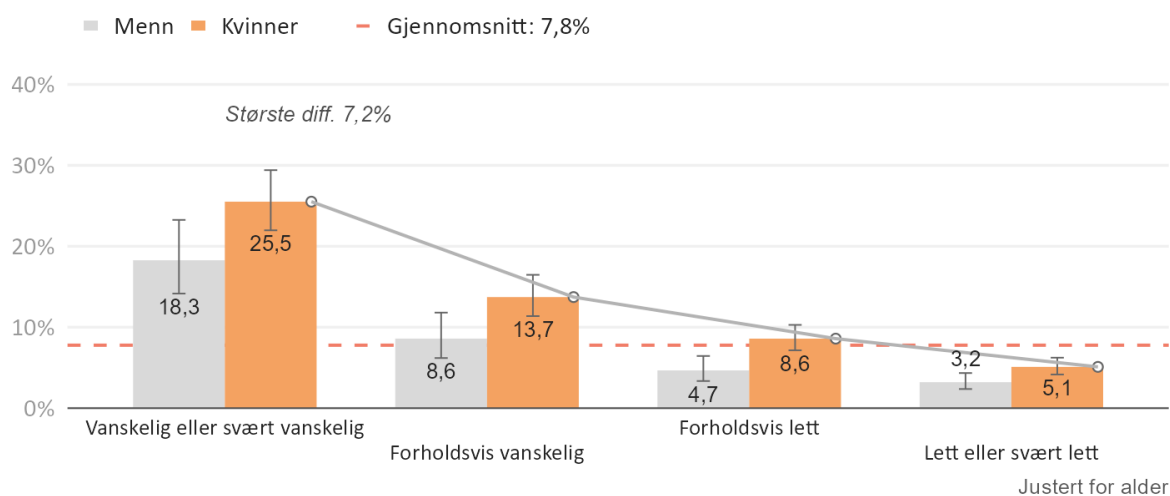
Figur B viser andelen med moderate symptomer på angst målt med GAD-7, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 20,9 prosent har minst moderat angst, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, der andelen er 4,9 prosent. Dette gir en forskjell på 16,0 prosentpoeng, som er et klart skille. Cohen's h er 0,51, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Her er andelen henholdsvis 14,1 prosent og 2,4 prosent, en forskjell på 11,7 prosentpoeng. Dette framstår også som et klart skille. Cohen's h er 0,46, som tilsier en middels forskjell. På tvers av utdanningsnivå ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. Kjønnforskjellene er likevel ikke tydelige i alle grupper. Det er et klart skille mellom kvinner og menn blant dem med videregående skole og blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. I de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene mindre og framstår ikke som klare.

**Figur 104. Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst, etter kjønn og alder (C)**



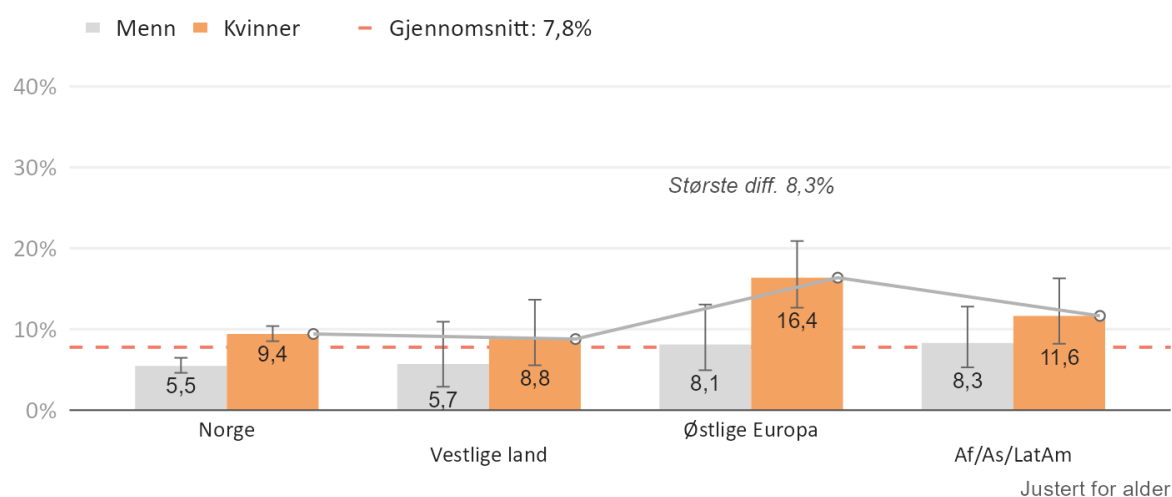
Figur C viser andelen med moderate symptomer på angst målt med GAD-7, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, der 22,2 prosent har moderate symptomer på angst. Deretter faller andelen gradvis med økende alder, til laveste nivå på 1,6 prosent i alderen 70–79 år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 20,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,73, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 9,9 prosent, og lavest i alderen 70–79 år, med 1,5 prosent. Forskjellen er 8,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,40, som tilsier en middels forskjell. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgruppene der begge kjønn kan sammenlignes. Kjønnforskjellen er tydeligst i alderen 18–29 år og i alderen 30–39 år. I de eldre aldersgruppene er forskjellene små og framstår ikke som klare.

**Figur 105. Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



Figur D viser andelen med moderate symptomer på angst målt med GAD-7, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen med moderate symptomer på angst når husholdningsøkonomien vurderes som mer vanskelig. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 5,1 prosent, og høyest i gruppen som oppgir at økonomien er vanskelig eller svært vanskelig, med 25,5 prosent. Dette er en forskjell på 20,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,60, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest når økonomien vurderes som lett eller svært lett, med 3,2 prosent, og høyest når økonomien vurderes som vanskelig eller svært vanskelig, med 18,3 prosent. Forskjellen er 15,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,52, som også tilsier en stor forskjell. I gruppene med forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig økonomi ligger andelen mellom ytterpunktene. Kvinner har gjennomgående høyere andel enn menn i alle økonomigruppene. Det klareste kjønnsforskjellen finnes i gruppen med forholdsvis lett økonomi, mens forskjellene er mindre tydelige i de øvrige gruppene.

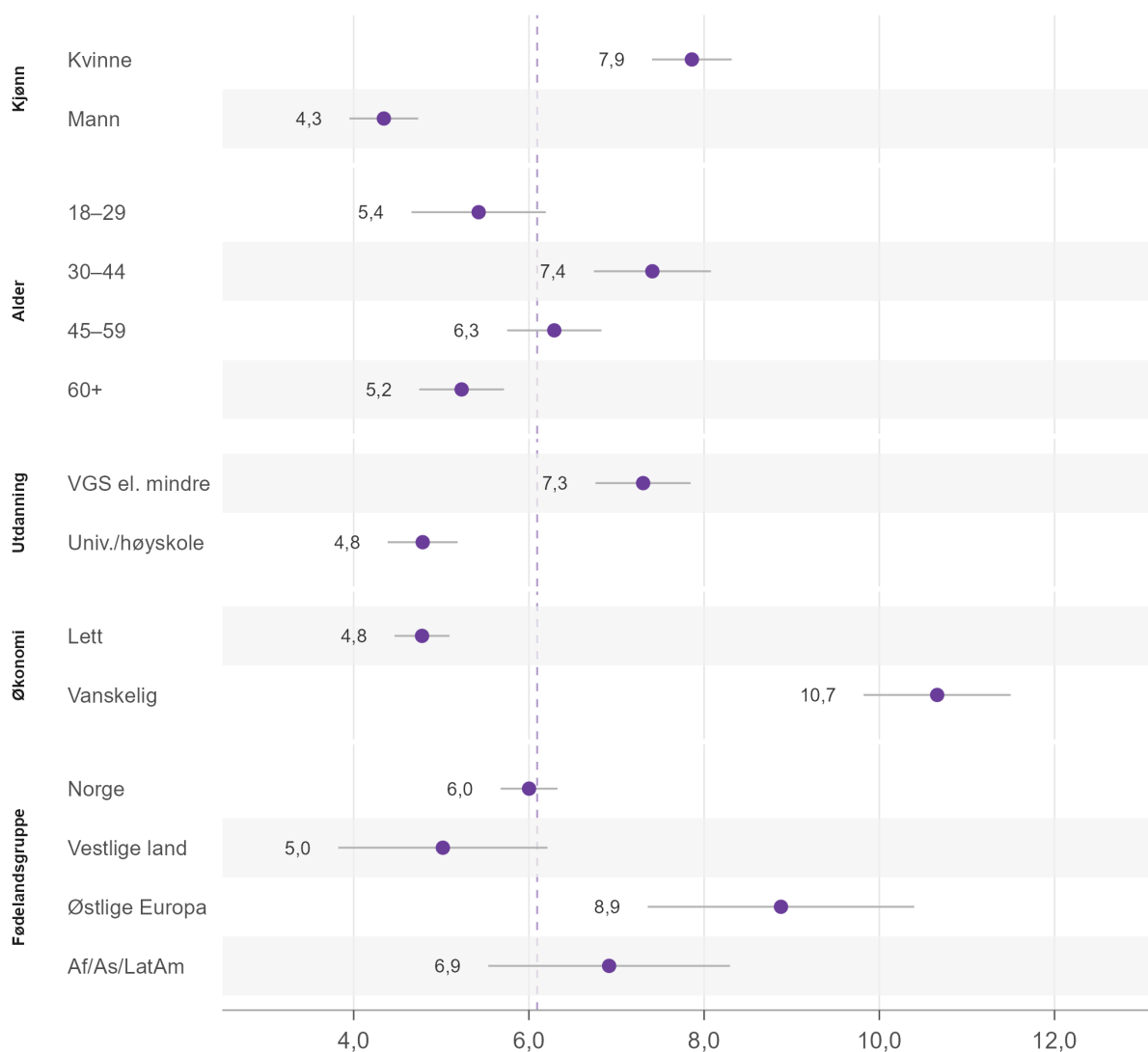
Figur 106. Psykisk plager – GAD-7 moderate symptomer på angst, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen med moderate symptomer på angst målt med GAD-7, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var andelen høyest i Østlige Europa med 16,4 prosent og lavest i vestlige land med 8,8 prosent. Differansen var 7,6 prosentpoeng, og Cohen's h var 0,23, som tilsier en liten forskjell. Samtidig var det ikke et klart skille mellom høyeste og laveste nivå blant kvinnene. For menn var andelen høyest blant personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 8,3 prosent og lavest i Norge med 5,5 prosent. Differansen var 2,8 prosentpoeng, og Cohen's h var 0,11, som også tilsier en liten forskjell. Heller ikke blant menn var det et klart skille mellom høyeste og laveste nivå. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, var andelen gjennomgående lavere blant menn. I Norge og Østlige Europa var det klare kjønnsforskjeller, mens det ikke var et klart skille i de to andre gruppene.

### 4.3.7 Ukentlig bruk av medisin for angst og depresjon

Figur 107. Ukentlig bruk av medisin for angst og depresjon, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 6,1 (5,8–6,4)

Figur F viser andelen som bruker medisin for angst og/eller depresjon ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 6,1 prosent i 2025. Kvinner rapporterer ukentlig bruk klart oftere enn menn, med 7,9 mot 4,3 prosent. Etter alder er nivået høyest blant 30–44-åringene, mens de yngste og de eldste ligger lavere og ganske likt. Det er også en tydelig sosial forskjell, der personer med videregående skole eller lavere utdanning ligger høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Den største forskjellen ses etter opplevde økonomiske vansker, med 10,7 prosent blant dem som

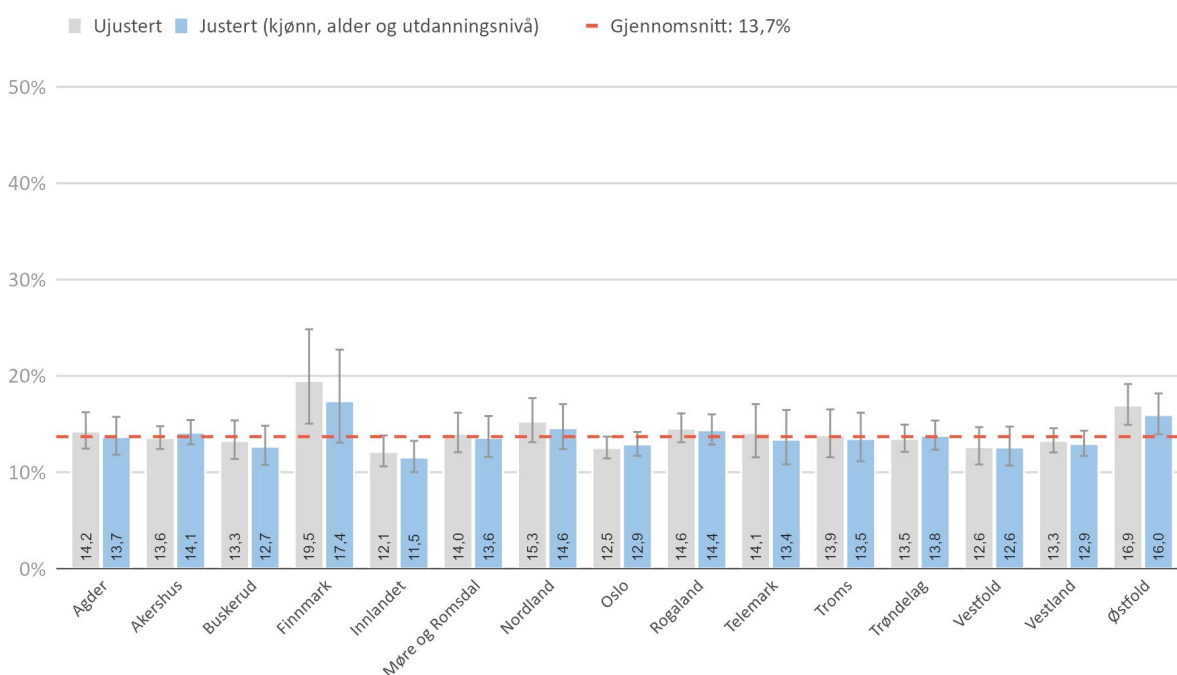
oppgir vanskelig økonomi mot 4,8 prosent blant dem som oppgir at økonomien er lett. Mellom fødelandsgruppene ligger personer fra østlige Europa høyest, mens nivåene ellers er nokså like mellom Norge, vestlige land og Afrika, Asia og Latin-Amerika.

#### 4.3.8 Søvnproblemer (insomni)

Andel (%) som opplever søvnproblemer (insomni).

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 116	13,7 %	13,3 – 14,1
Kvinner	15 127	16,8 %	16,1 – 17,4
Menn	11 989	10,7 %	10,0 – 11,3

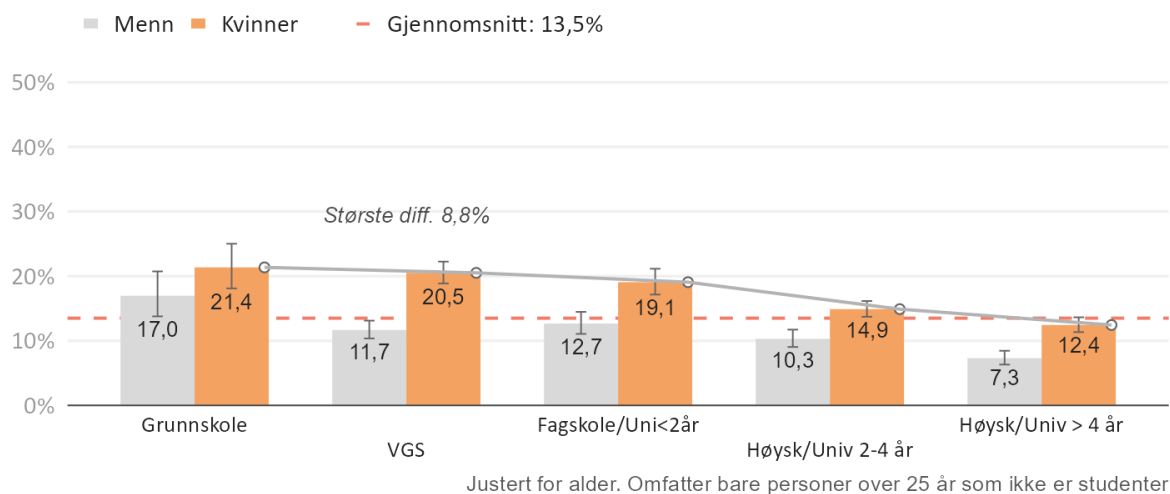
Figur 108. Søvnproblemer (insomni), etter fylker (A)



Figur A viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer noe mellom fylkene, men forskjellene framstår samlet sett som små. Finnmark har den høyeste andelen med 17,4 prosent, mens Innlandet har den laveste med 11,5 prosent. Differansen mellom disse ytterpunktene er 5,9 prosentpoeng. Effektstørrelsen er Cohen's  $h$  lik 0,17, noe som tilsier en liten forskjell. Selv om Finnmark ligger

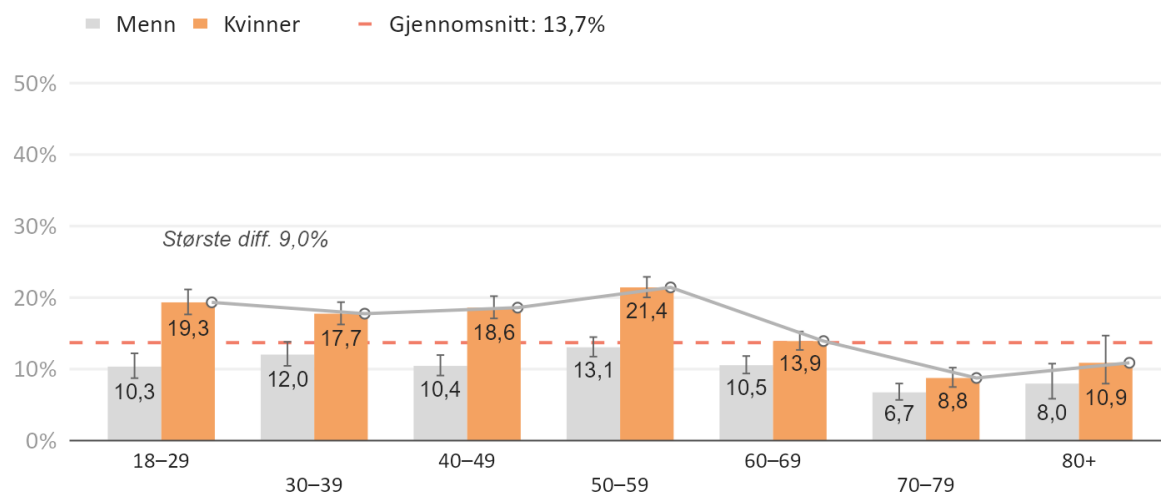
høyest og Innlandet lavest, er det ikke et klart skille mellom ytterpunktene. Hovedbildet er derfor at andelen med søvnproblemer er forholdsvis jevnt fordelt mellom fylkene.

**Figur 109. Søvnproblemer (insomni), etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



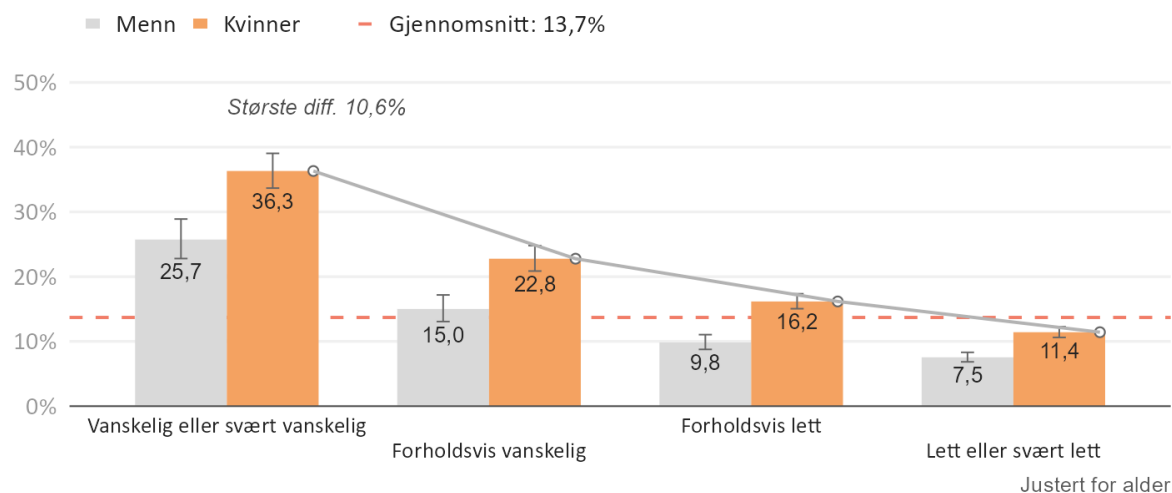
Figur B viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 21,4 prosent opplever søvnproblemer, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 12,4 prosent. Dette gir en forskjell på 9,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 17,0 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år, med 7,3 prosent. Forskjellen er her 9,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der andelen med søvnproblemer avtar med høyere utdanningsnivå for begge kjønn. For kvinner ligger andelen også høyt blant dem med videregående utdanning, på 20,5 prosent, og blant dem med fagskole eller kort universitetsutdanning, på 19,1 prosent. For menn varierer andelen fra 11,7 prosent i videregående til 12,7 prosent i fagskole eller kort universitetsutdanning. Kjønnforskjellene er tydelige i de fleste utdanningsgruppene, med størst forskjell i gruppen med videregående. I gruppen med grunnskole framstår ikke skillet mellom kjønnene som klart.

**Figur 110. Søvnproblemer (insomni), etter kjønn og alder (C)**



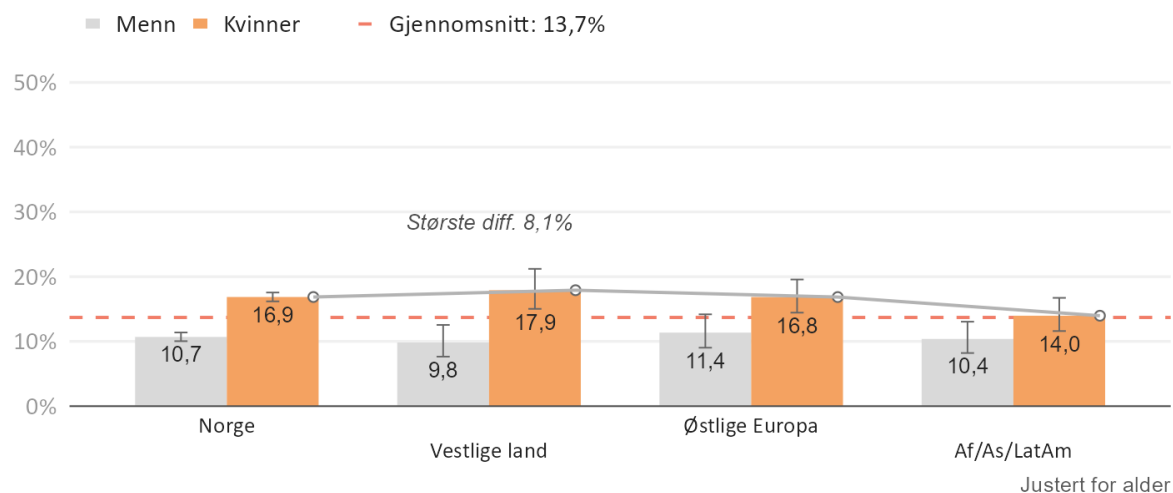
Figur C viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 50–59 år, med 21,4 prosent, og lavest i alderen 70–79 år, med 8,8 prosent. Dette gir en forskjell på 12,6 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,36 og kan vurderes som en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest i alderen 50–59 år, med 13,1 prosent, og lavest i alderen 70–79 år, med 6,8 prosent. Forskjellen er 6,3 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,21 og kan vurderes som en liten forskjell. Mønsteret tyder på at andelen med søvnproblemer holder seg relativt stabilt i de tre yngste aldersgruppene for kvinner, før det øker opp mot 50–59 år, for så å falle tydelig i eldre aldersgrupper. Etter 70–79 år øker andelen noe igjen i gruppen 80 år og eldre. For menn varierer andelene mellom 10,4 og 13,1 i aldersgruppene 18-29 til 60-69, før det er en tydelig nedgang i aldersgruppen 70-79, etterfulgt av noe stigning aldersgruppen 80 år og eldre. Det er klare kjønnsforskjeller fra 18–29 år til 60–69 år, der kvinner ligger høyere enn menn i alle disse aldersgruppene. I aldersgruppene 70–79 år og 80 år og eldre er forskjellene mindre og framstår ikke som klare.

Figur 111. Søvnproblemer (insomni), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



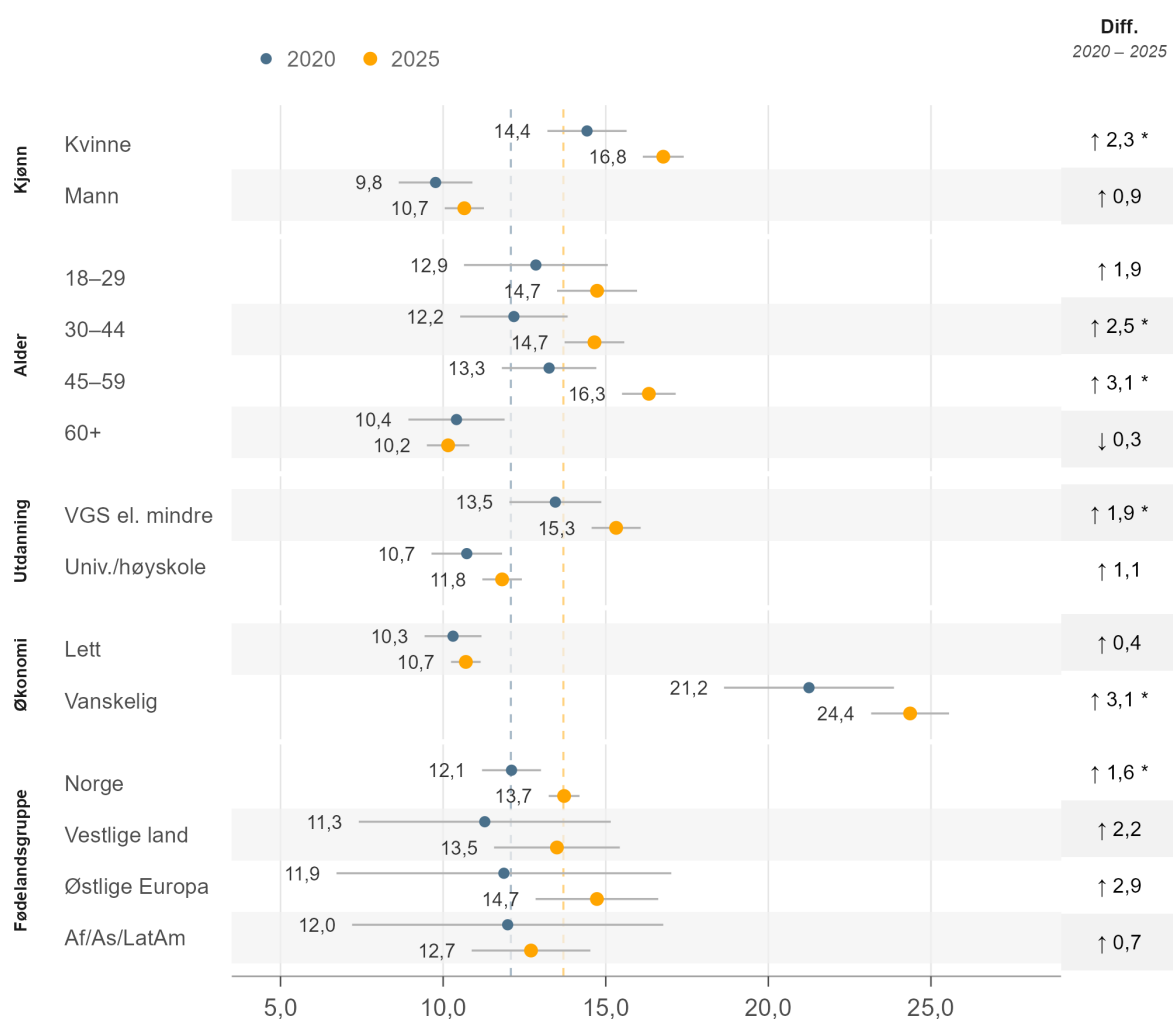
Figur D viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Det er en tydelig sammenheng mellom vurderingen av husholdningsøkonomien og andelen med søvnproblemer for både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som opplever økonomien som lett eller svært lett, med 11,4 prosent, og høyest i gruppen som opplever økonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 36,3 prosent. Dette gir en forskjell på 24,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,60, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med lett eller svært lett økonomi, med 7,5 prosent, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, med 25,7 prosent. Forskjellen er 18,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,51, som også tilsier en stor forskjell. Mønsteret er dermed det samme for begge kjønn: andelen med søvnproblemer øker når husholdningsøkonomien vurderes som mer vanskelig. Kvinner har høyere andel enn menn i alle økonomigruppene, og dette framstår som klare forskjeller. Kjønnforskjellen er minst i gruppen med lett eller svært lett økonomi og størst i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi.

**Figur 112. Søvnproblemer (insomni), etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen fra 14,0 prosent i gruppen Afrika, Asia og Latin-Amerika til 17,9 prosent i vestlige land. Kvinner i Norge og Østlige Europa ligger mellom disse, med henholdsvis 16,9 prosent og 16,8 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant kvinner er 3,9 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,11, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen lavest i vestlige land, med 9,8 prosent, og høyest i Østlige Europa, med 11,4 prosent. Menn i gruppen Afrika, Asia og Latin-Amerika og i Norge ligger nær dette, med 10,4 prosent og 10,7 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant menn er 1,6 prosentpoeng, og heller ikke dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,05, som tilsier en ubetydelig forskjell. I alle fødelandsgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnforskjellen er ikke et klart skille i gruppen Afrika, Asia og Latin-Amerika. I Norge, vestlige land og Østlige Europa er forskjellene derimot klare, med størst forskjell i vestlige land.

Figur 113. Søvnproblemer (insomni), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 12,1 (11,3–12,9) | 2025: 13,7 (13,3–14,1) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som opplever søvnproblemer (insomni) på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 12,1 til 13,7 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Kjønnforskjellen ser ut til å ha blitt noe større, ved at kvinner hadde en statistisk sikker økning fra 14,4 til 16,8 prosent, mens endringen blant menn ikke var statistisk sikker. Andelen med insomni økte blant 30–44-åringene og 45–59-åringene fra 2020 til 2025, mens det ikke var statistisk sikker endring blant de yngste eller blant dem over 60 år. Forskjellen mellom aldersgruppene fremstår dermed større i midtlivsgruppene enn i 2020. Etter utdanning var det en statistisk sikker økning blant personer med videregående skole eller lavere, men ikke blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, slik at utdanningsforskjellen ser ut til å ha økt noe. Også etter opplevde økonomiske vansker var hovedmønsteret stabilt, med klart høyere andeler blant dem som rapporterte slike vansker i begge år, og her var økningen statistisk sikker bare i denne gruppen. Etter fødelandsgruppe var

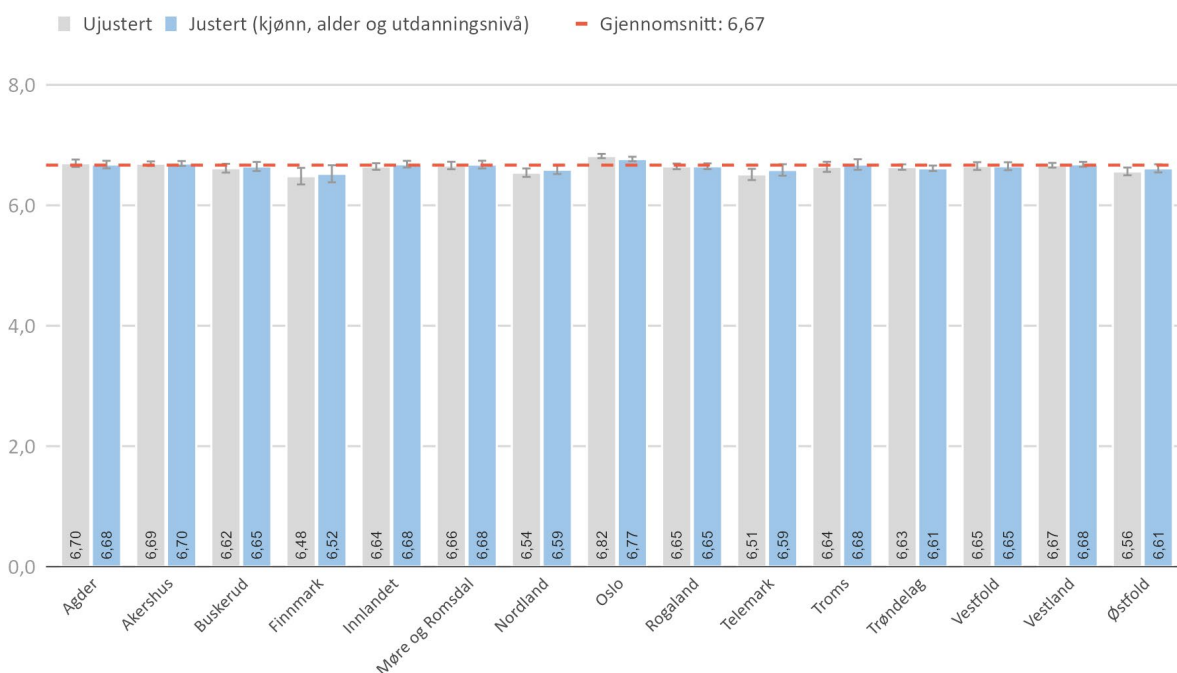
nivåene i 2025 fortsatt nokså like mellom gruppene, og bare personer født i Norge hadde en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025. Samlet peker utviklingen derfor mot en moderat økning i søvnproblemer, uten store endringer i hovedmønstrene mellom gruppene.

#### 4.3.9 Søvnlengde på hverdager

Gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager.

Gruppe	N	Mean	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 287	6,67	6,65 – 6,68
Kvinner	15 234	6,66	6,64 – 6,68
Menn	12 053	6,67	6,65 – 6,69

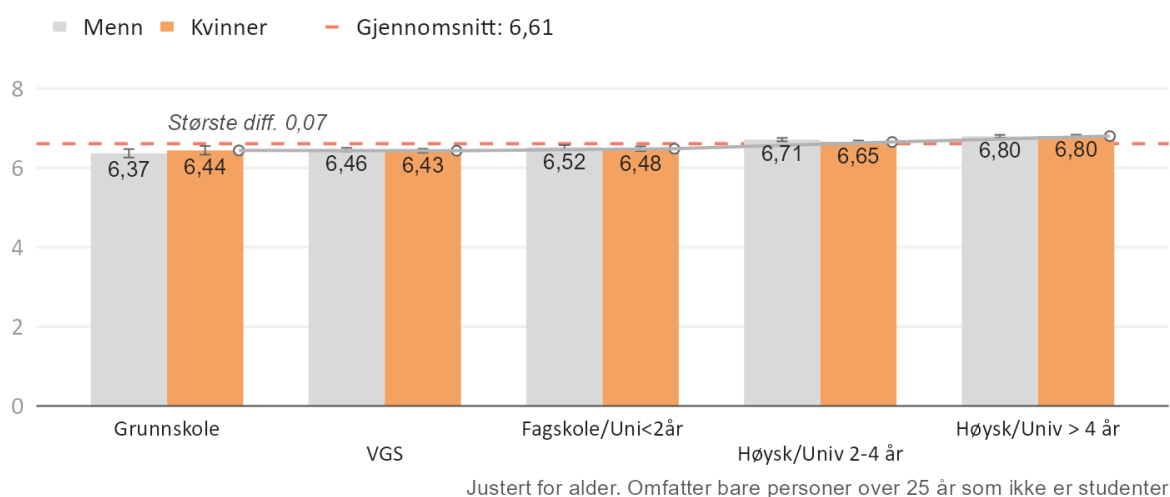
Figur 114. Søvnlengde på hverdager, etter fylker (A)



Figur A viser gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Oslo hadde høyest nivå med 6,77 timer, mens Finnmark hadde lavest med 6,52 timer. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 0,25 timer, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen var 0,23, noe som tilsier en liten forskjell. Samlet sett viser figuren at variasjonen i gjennomsnittlig søvnlengde mellom fylkene var begrenset, selv om Oslo skilte seg ut med høyest

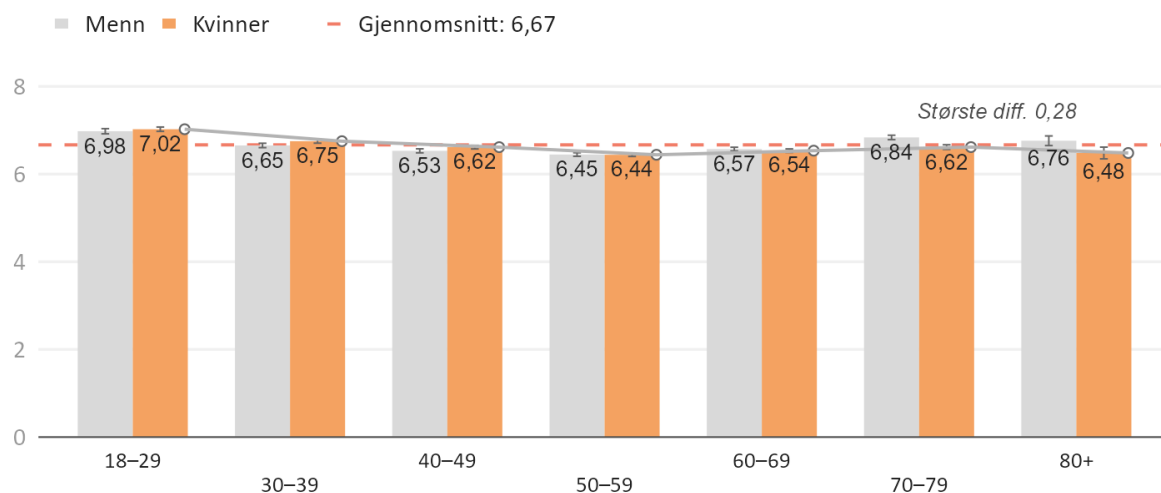
nivå og Finnmark med lavest. Mønsteret tyder dermed på relativt små geografiske forskjeller i søvnlengde på hverdager.

Figur 115. Søvnslengde på hverdager, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



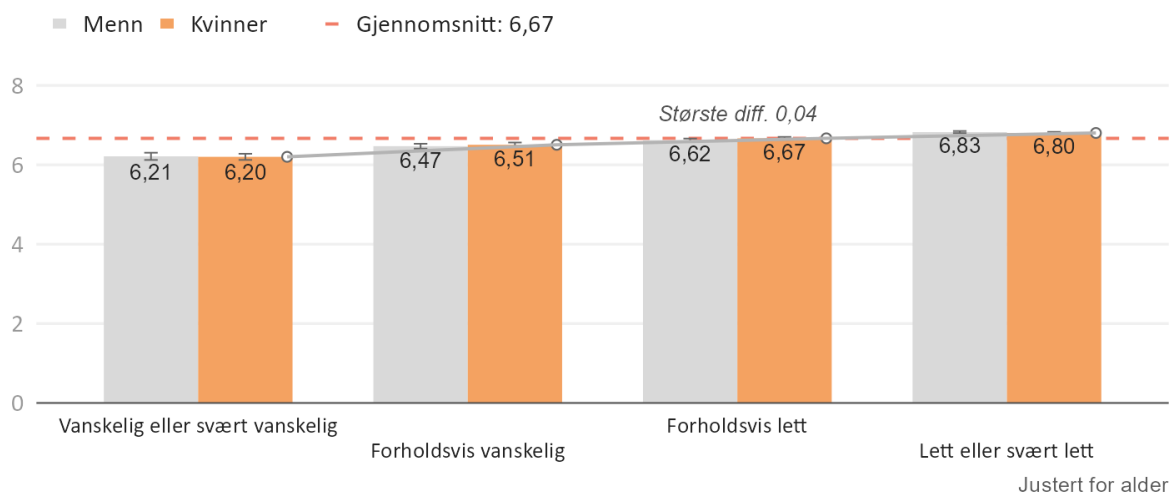
Figur B viser gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er søvnlengden høyest i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år, med 6,80 timer, og lavest blant dem med videregående skole, med 6,43 timer. Differansen er 0,37 timer, og dette framstår som et klart skille. Cohen's d er 0,33, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er søvnlengden også høyest i gruppen med høyskole eller universitet over 4 år, med 6,80 timer. Lavest nivå finnes blant dem med grunnskole, med 6,37 timer. Differansen er 0,43 timer, og også dette framstår som et klart skille. Cohen's d er 0,41, som tilsier en middels forskjell. Ser vi på de enkelte utdanningsgruppene, ligger nivåene ellers relativt samlet. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen noen av utdanningsgruppene.

Figur 116. Søvnslengde på hverdager, etter kjønn og alder (C)



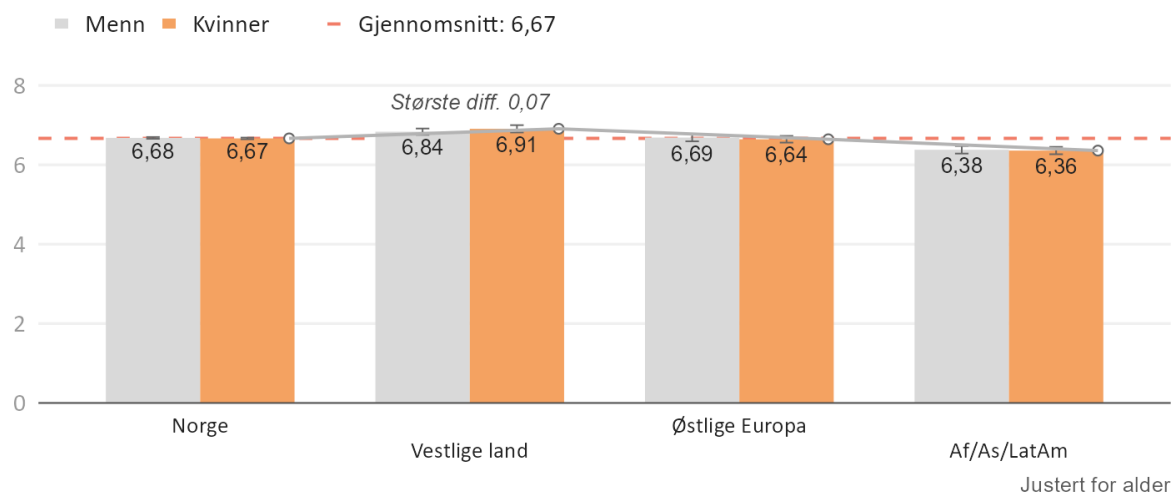
Figur C viser gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager, fordelt på kjønn og alder. For kvinner er søvnlengden høyest i alderen 18–29 år, med 7,02 timer, og lavest i alderen 50–59 år, med 6,44 timer. Differansen er 0,58 timer, og Cohen's d er 0,52, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er søvnlengden høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 50–59 år. Her er nivåene henholdsvis 6,98 og 6,45 timer, som gir en differanse på 0,53 timer. Cohen's d er 0,50, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser dermed et lignende aldersmønster for kvinner og menn: søvnlengden er høyest blant de yngste, faller fram mot 50–59 år, og øker noe igjen i de eldre aldersgruppene. Det er få tydelige kjønnsforskjeller i de fleste aldersgruppene. I alderen 30–39 år sover kvinner mer enn menn, mens menn sover mer enn kvinner i alderen 70–79 år og 80 år og eldre.

Figur 117. Søvnlengde på hverdager, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



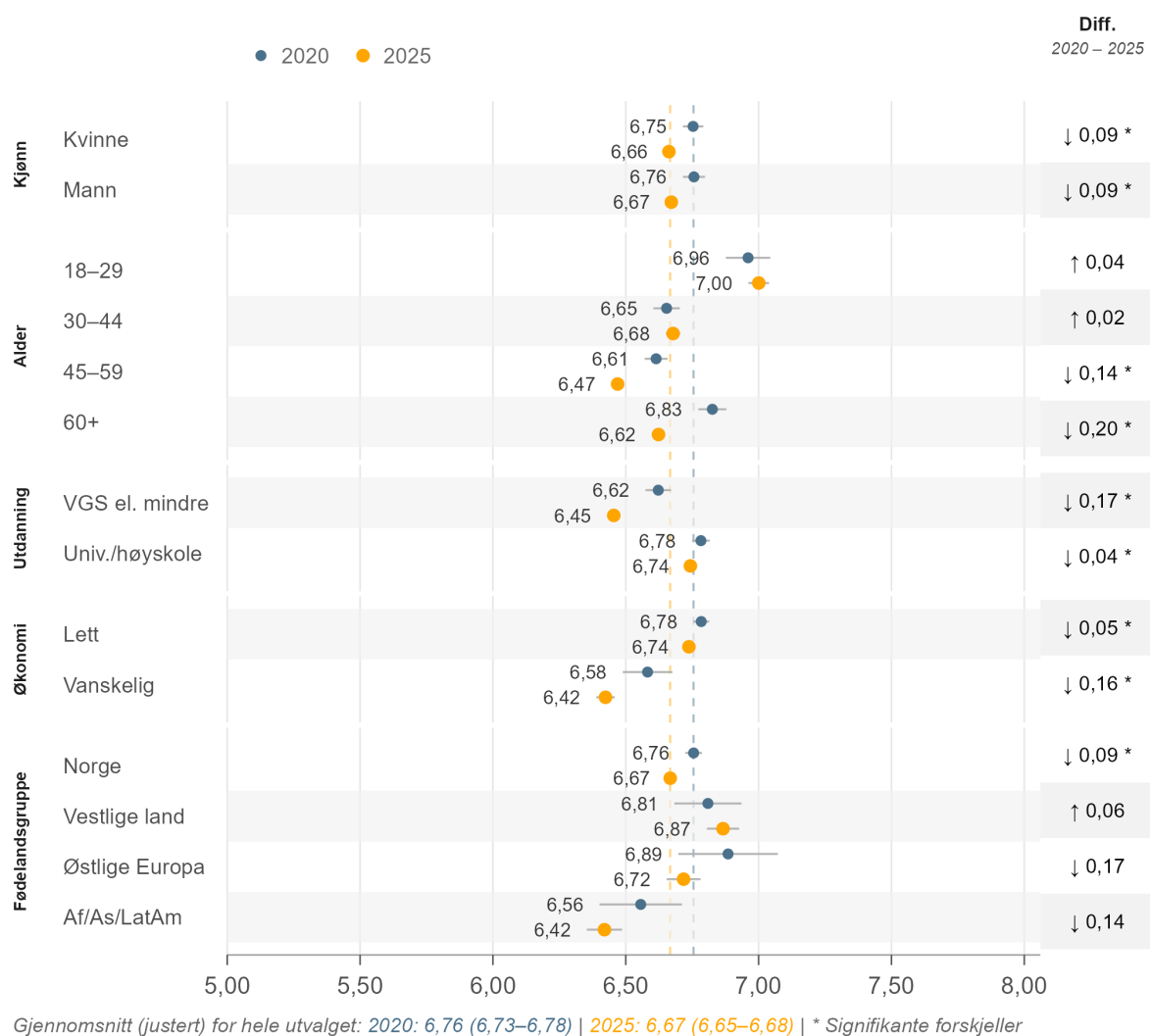
Figur D viser gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er søvnlengden høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er lett eller svært lett, og lavest blant dem som oppgir at den er vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner er gjennomsnittet 6,80 timer i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, mot 6,20 timer i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi. Dette gir en forskjell på 0,60 timer, og Cohen's d er 0,54, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er mønsteret det samme: gjennomsnittet er 6,82 timer i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi og 6,21 timer i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi. Forskjellen er 0,61 timer, og Cohen's d er 0,58, som også tilsier en stor forskjell. I gruppene med forholdsvis lett og forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi ligger gjennomsnittene mellom disse ytterpunktene. Det er dermed et tydelig mønster der bedre vurdert husholdningsøkonomi henger sammen med lengre søvn på hverdager for begge kjønn. Kjønnforskjellene innen hver økonomigruppe er små og framstår ikke som klare.

Figur 118. Søvnlengde på hverdager, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var gjennomsnittet høyest i gruppen fra vestlige land, med 6,91 timer, og lavest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 6,36 timer. Dette gir en forskjell på 0,55 timer, som framstår som et klart skille. Cohen's d var 0,49, noe som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn var gjennomsnittet høyest i gruppen fra vestlige land, med 6,84 timer, og lavest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 6,38 timer. Forskjellen var 0,46 timer, og også her framstår dette som et klart skille. Cohen's d var 0,43, som tilsvarer en middels forskjell. For de øvrige fødelandsgruppene lå gjennomsnittene mellom disse nivåene. I Norge var gjennomsnittet 6,67 timer blant kvinner og 6,68 timer blant menn, mens det i Østlige Europa var 6,64 timer blant kvinner og 6,69 timer blant menn. Det var små forskjeller mellom kvinner og menn innen alle fødelandsgruppene, og ingen av disse framstår som klare skiller. Samlet sett varierer søvnlengden mer mellom fødelandsgrupper enn mellom kjønn.

Figur 119. Søvnlengde på hverdager, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

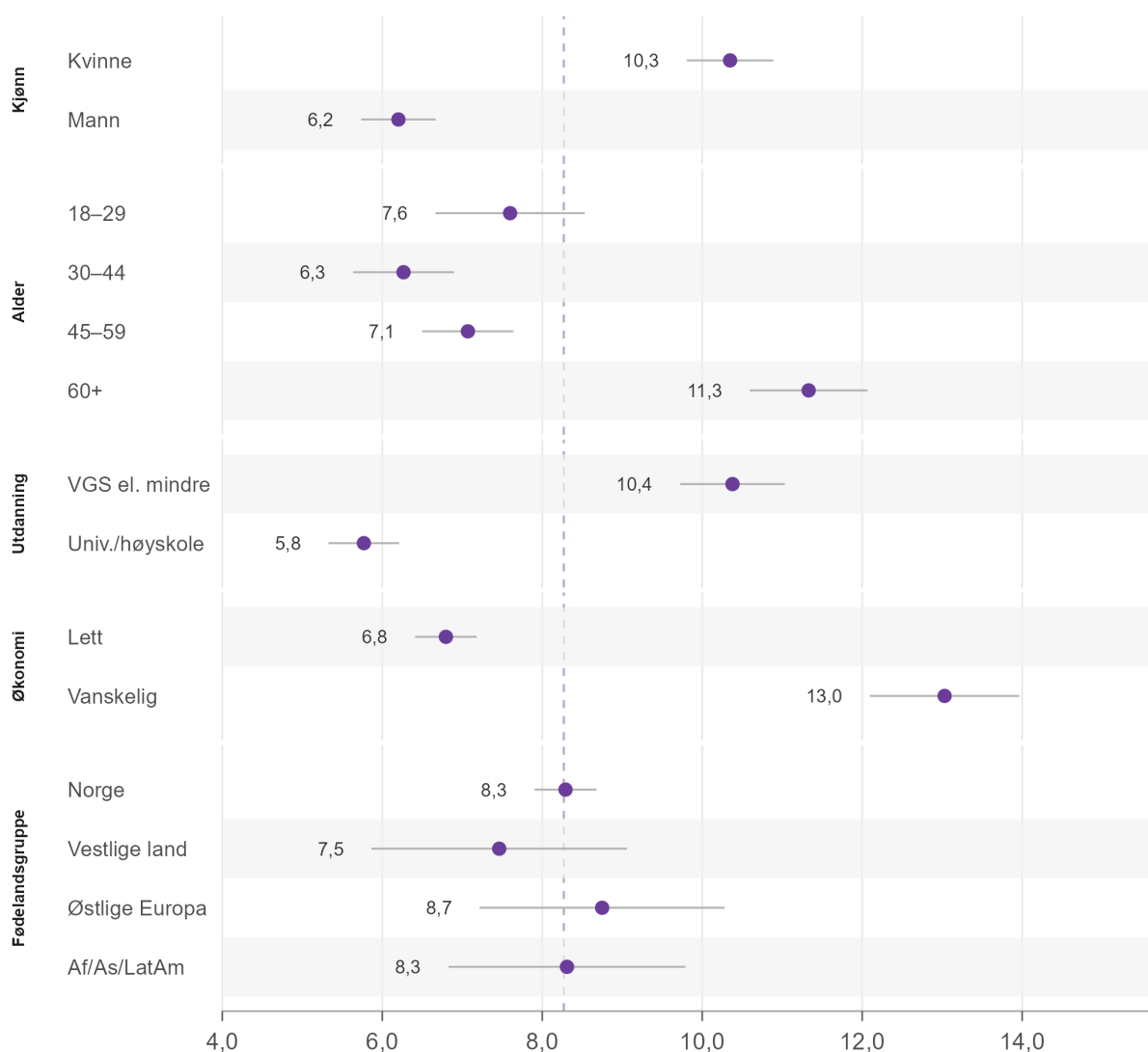


Figur F viser gjennomsnittsskåren for gjennomsnittlig søvnlengde på hverdager på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk søvnlengden ned fra 6,76 til 6,67 timer, og dette er en statistisk sikker nedgang. Kjønnforskjellen var liten i begge år, og både menn og kvinner hadde en statistisk sikker nedgang fra 2020 til 2025. Aldersmønsteret endret seg noe ved at de eldste gruppene hadde tydeligst nedgang, med statistisk sikker reduksjon blant 45–59-åringene og personer 60 år og eldre, mens de to yngste aldersgruppene ikke hadde statistisk sikker endring. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ser samtidig ut til å ha økt noe, fordi begge grupper gikk ned, men nedgangen var større blant personer med videregående skole eller lavere enn blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning. Også etter økonomiske vansker var det nedgang i begge grupper, og denne var statistisk sikker både blant dem uten og med slike vansker, men sterkere i gruppen med vansker. Etter fødelandsgruppe var mønsteret i hovedsak stabilt fra 2020 til 2025. Personer født i

Norge hadde en statistisk sikker nedgang, mens endringene i de øvrige fødelandsgruppene ikke var statistisk sikre.

#### 4.3.10 Ukentlig bruk av sovemedisin

Figur 120. Ukentlig bruk av sovemedisin, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 8,3 (7,9–8,6)

Figur F viser andelen som bruker sovemedisin ukentlig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 8,3 prosent. Kvinner rapporterer ukentlig bruk klart oftere enn menn, med 10,3 mot 6,2 prosent. Det

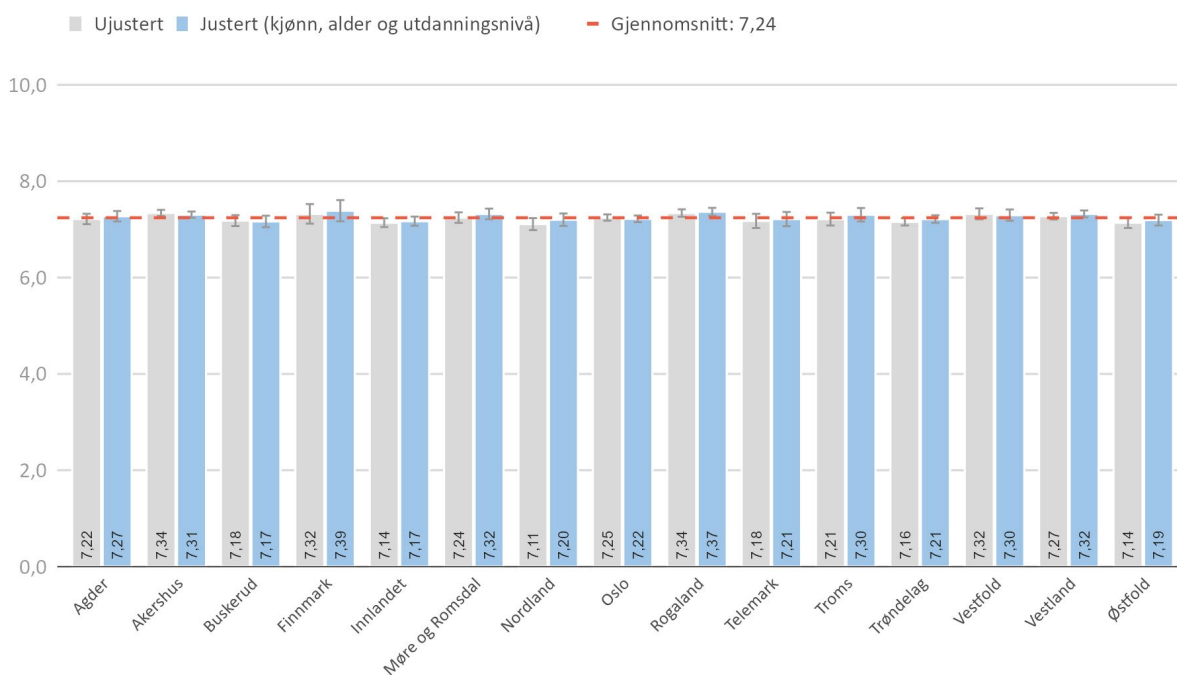
er også en tydelig aldersforskjell, der personer 60 år og eldre ligger høyest med 11,3 prosent, mens nivået er lavere i de yngre aldersgruppene. Etter utdanning er andelen høyere blant dem med videregående skole eller mindre enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, 10,4 mot 5,8 prosent. Den største forskjellen ses etter opplevde økonomiske vansker, der personer som oppgir vanskelig økonomi ligger på 13,0 prosent, mot 6,8 prosent blant dem som oppgir at økonomien er lett. Mellom fødelandsgruppene er nivåene nokså like, med små forskjeller mellom Norge, vestlige land, østlige Europa og Afrika, Asia og Latin-Amerika.

#### 4.3.11 Tilfredshet med livet (0-10)

Gjennomsnittskår på livstilfredshet (skala 0–10).

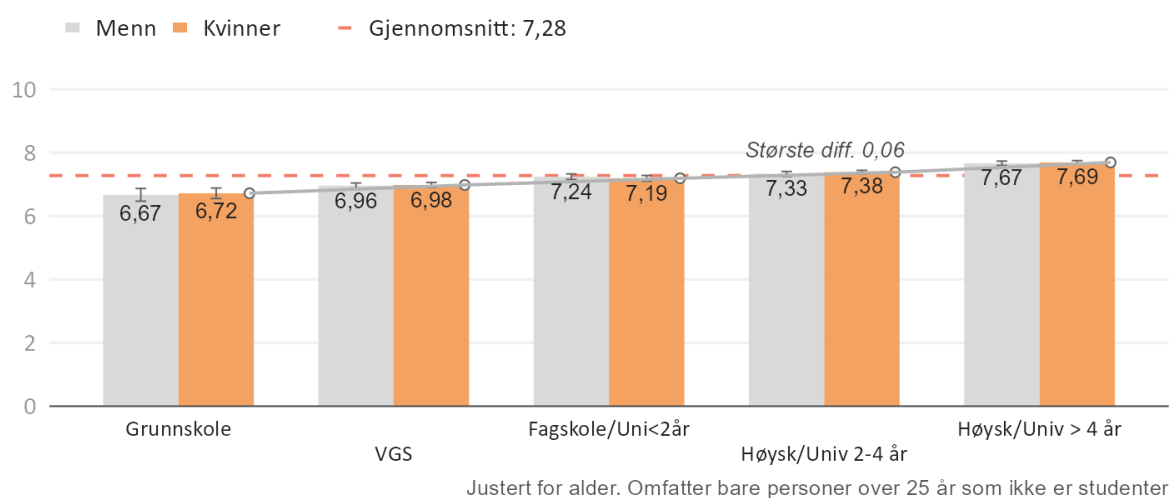
Gruppe	N	Mean	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 305	7,24	7,22 – 7,27
Kvinner	15 234	7,25	7,22 – 7,28
Menn	12 071	7,24	7,20 – 7,27

Figur 121. Tilfredshet med livet (0-10), etter fylker (A)



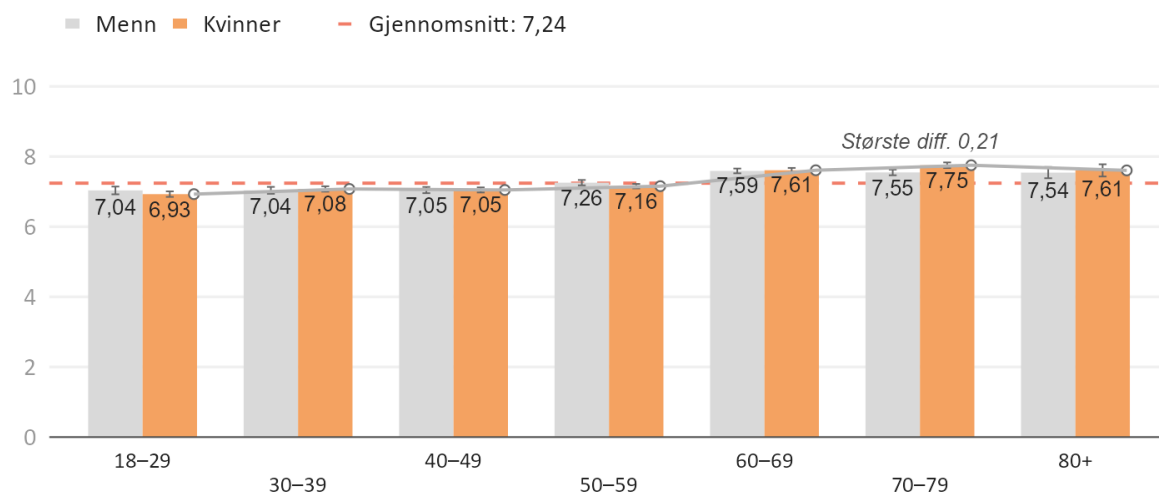
Figur A viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. De justerte tallene viser små forskjeller mellom fylkene. Finnmark har høyest nivå av livstilfredshet med 7,39 poeng, mens Buskerud har lavest med 7,17 poeng. Differansen mellom ytterpunktene er dermed 0,22 poeng. Cohen's d er 0,12, noe som tilsvarer en liten forskjell. Samlet sett viser figuren at nivået av livstilfredshet er nokså likt på tvers av fylkene, og det er ikke grunnlag for å beskrive dette som tydelige fylkesvise forskjeller.

**Figur 122. Tilfredshet med livet (0-10), etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



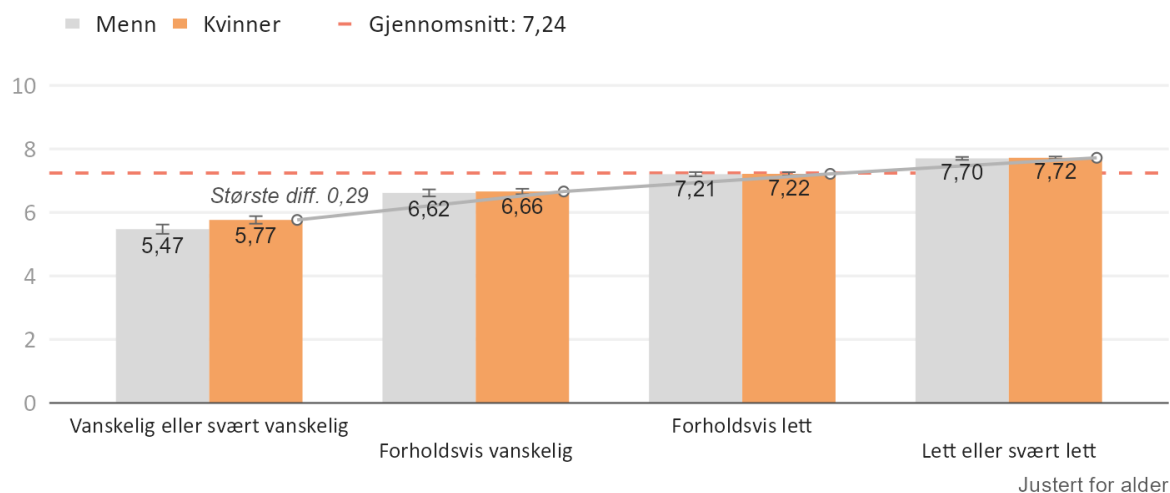
Figur B viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er det et tydelig mønster der livstilfredsheten øker med utdanningsnivå. Blant kvinner er nivået lavest blant dem med grunnskole, med 6,72 poeng, og høyest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 7,69 poeng. Dette gir en differanse på 0,97 poeng. Cohen's d er 0,53, noe som tyder på en stor forskjell. Blant menn er nivået også lavest i gruppen med grunnskole, med 6,67 poeng, og høyest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 7,67 poeng. Differansen er 1,00 poeng, og Cohen's d er 0,53, som også tyder på en stor forskjell. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen noen av utdanningsgruppene. Samlet sett tyder tallene på at utdanningsnivå har tydeligere sammenheng med livstilfredshet enn kjønn.

**Figur 123. Tilfredshet med livet (0-10), etter kjønn og alder (C)**



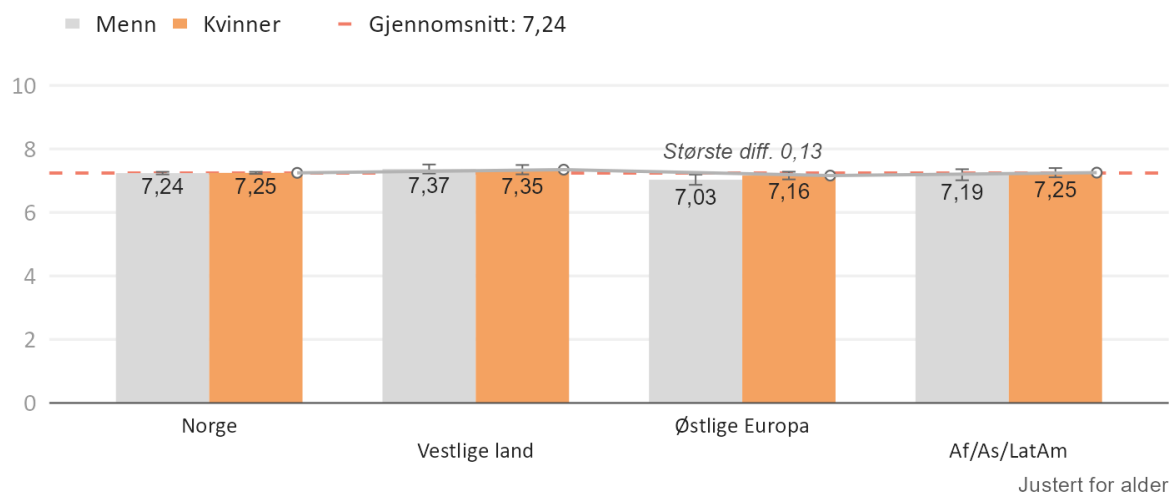
Figur C viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er livstilfredsheten lavest i alderen 18–29 år, og den øker gjennom de eldre aldersgruppene. Blant kvinner er nivået lavest i 18–29 år med 6,93 poeng og høyest i 70–79 år med 7,75 poeng. Dette gir en forskjell på 0,82 poeng, og Cohen's d er 0,45, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er nivået lavest i 18–29 år med 7,04 poeng og høyest i 60–69 år med 7,59 poeng. Forskjellen er 0,56 poeng, og Cohen's d er 0,30, som også tilsier en middels forskjell. Mønsteret tyder på at livstilfredsheten stiger med alder for begge kjønn fram til eldre aldersgrupper, før nivået flater ut eller går svakt ned blant de eldste. I de fleste aldersgrupper er det ikke et klart skille mellom kvinner og menn. Det eneste tydelige kjønnsforskjellen finnes i alderen 70–79 år, der kvinner ligger høyere enn menn med en forskjell på 0,20 poeng.

Figur 124. Tilfredshet med livet (0-10), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



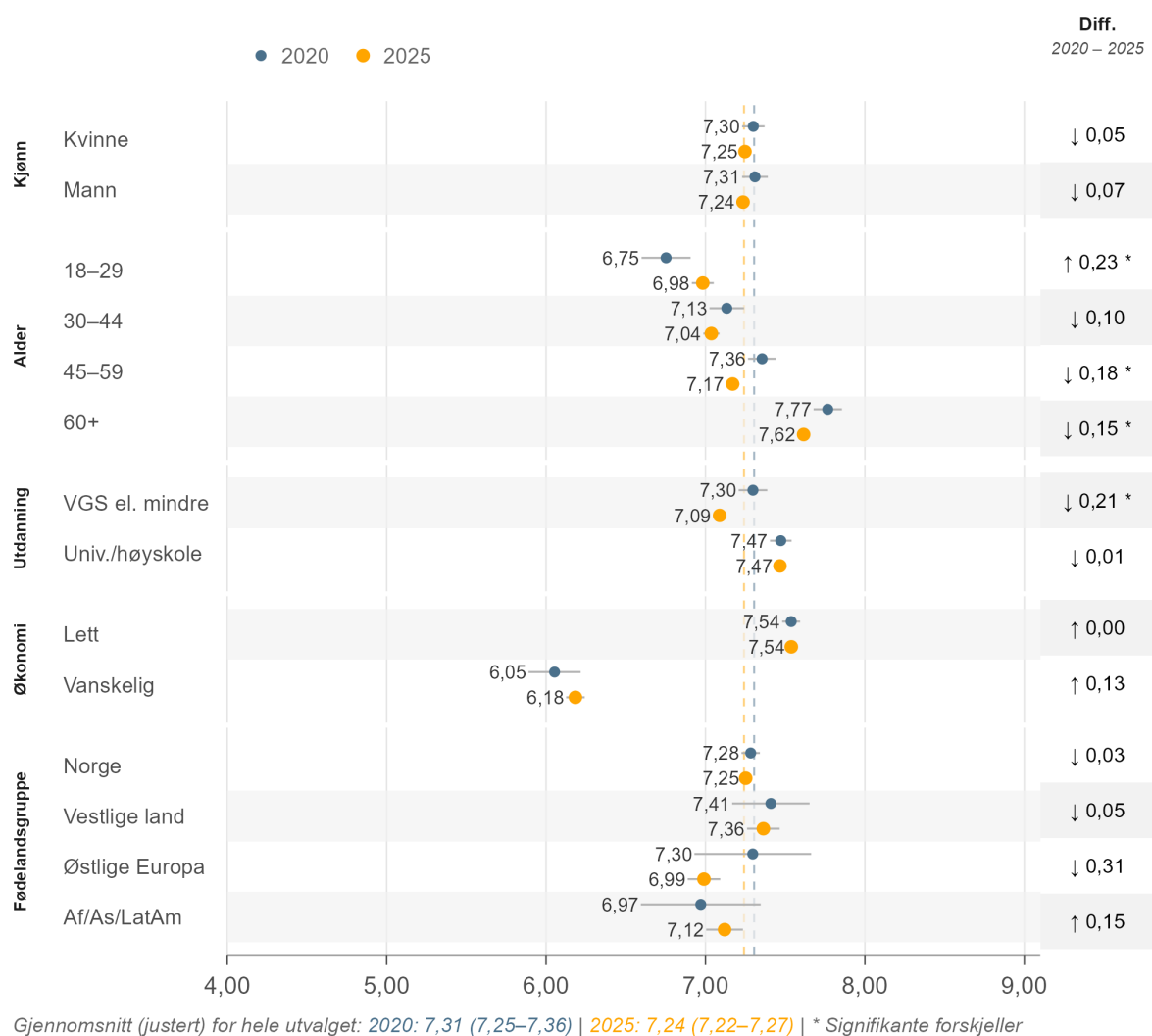
Figur D viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er livstilfredsheten høyest blant dem som opplever at husholdningsøkonomien er lett eller svært lett, og lavest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner er gjennomsnittet 7,72 poeng i gruppen som opplever økonomien som lett eller svært lett, mot 5,77 poeng i gruppen som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Det gir en differanse på 1,95 poeng, og Cohen's d er 1,08, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er de tilsvarende verdiene 7,70 poeng og 5,47 poeng. Differansen er 2,23 poeng, og Cohen's d er 1,19, som også tilsier en stor forskjell. Mønsteret er dermed tydelig for begge kjønn: livstilfredsheten er lavere når husholdningsøkonomien oppleveres som mer krevende. Det er bare i gruppen vanskelig eller svært vanskelig at det er et klart kjønnskill, der kvinner ligger 0,30 poeng høyere enn menn.

Figur 125. Tilfredshet med livet (0-10), etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0-10 skala), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner ligger nivået gjennomgående tett mellom fødelandsgruppene. Kvinner fra vestlige land har høyest gjennomsnitt med 7,35 poeng, mens kvinner fra Østlige Europa har lavest med 7,16 poeng. Differansen er 0,19 poeng, og dette framstår ikke som et statistisk sikkert skille. Effektstørrelsen er 0,10, noe som tilsier en liten forskjell. Blant menn er mønsteret tydeligere. Menn fra vestlige land har høyest livstilfredshet med 7,37 poeng, mens menn fra Østlige Europa har lavest med 7,03 poeng. Differansen er 0,34 poeng, og her framstår forskjellen som et klart skille. Effektstørrelsen er 0,18, som også tilsier en liten forskjell. For personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika er gjennomsnittet 7,25 poeng blant kvinner og 7,19 poeng blant menn. I Norge er nivået 7,25 poeng for kvinner og 7,24 poeng for menn. Kjønnsforskjellene innen hver fødelandsgruppe er små og ingen av dem framstår som klare skiller.

Figur 126. Tilfredshet med livet (0-10), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser gjennomsnittsskåren for i hvilken grad en person opplever generell livstilfredshet (0–10 skala på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett er nivået svært stabilt fra 2020 til 2025, med en liten nedgang fra 7,31 til 7,24 skår som ikke er statistisk sikker. Det er også liten endring i forskjellen mellom menn og kvinner, og ingen av kjønnene har en statistisk sikker endring i perioden. Mellom aldersgruppene er mønsteret i hovedsak det samme, ved at de eldste fortsatt ligger høyest og de yngste lavest, men avstanden ser noe mindre ut fordi 18–29 år øker statistisk sikkert fra 6,75 til 6,98, mens 45–59 år og 60 år eller eldre går statistisk sikkert ned. For utdanning er forskjellen mellom gruppene tydeligere i 2025 enn i 2020, fordi personer med videregående skole eller mindre har en statistisk sikker nedgang, mens nivået blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning er stabilt. Mønsteret etter opplevde økonomiske vansker er ellers svært likt i begge år, med klart lavere livstilfredshet blant dem som opplever slike vansker, og uten statistisk sikre endringer innen

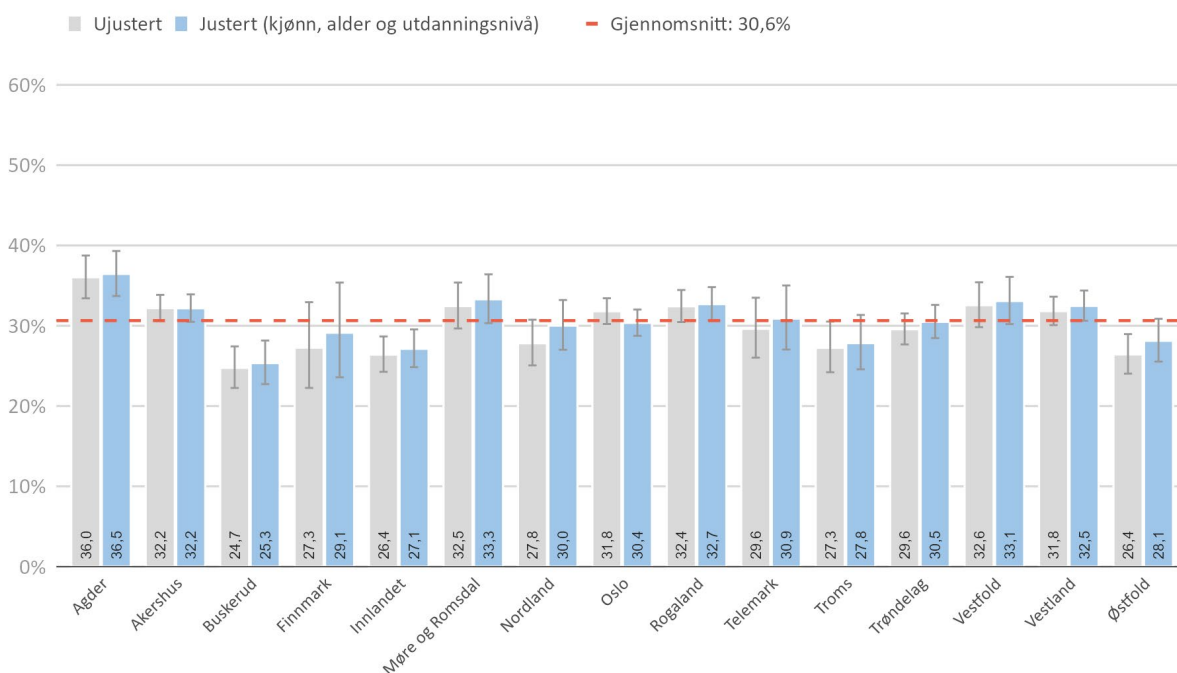
gruppene. Også mellom fødelandsgruppene er hovedbildet stabilt fra 2020 til 2025. Samlet peker dette mot små resultatforskjeller over tid, men med enkelte forskyvninger særlig etter alder og utdanning.

#### 4.3.12 Høy sosial støtte (OSSS-3)

Andel (%) som oppgir høy sosial støtte.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 244	30,6 %	30,0 – 31,2
Kvinner	15 199	34,8 %	33,9 – 35,6
Menn	12 045	26,5 %	25,7 – 27,4

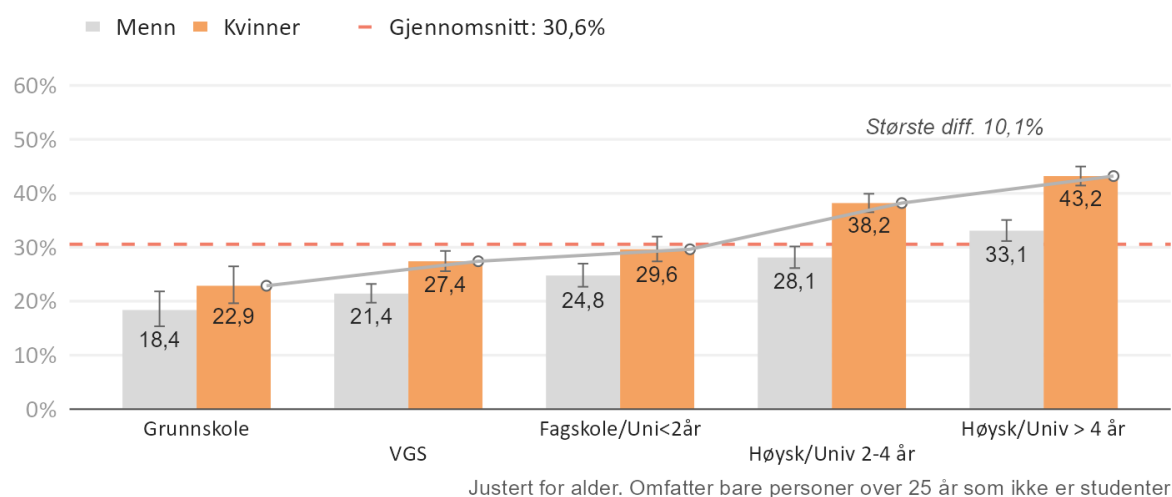
Figur 127. Høy sosial støtte (OSSS-3), etter fylker (A)



Figur A viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer mellom fylkene, fra 25,3 prosent i Buskerud til 36,5 prosent i Agder. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 11,2 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,24, noe

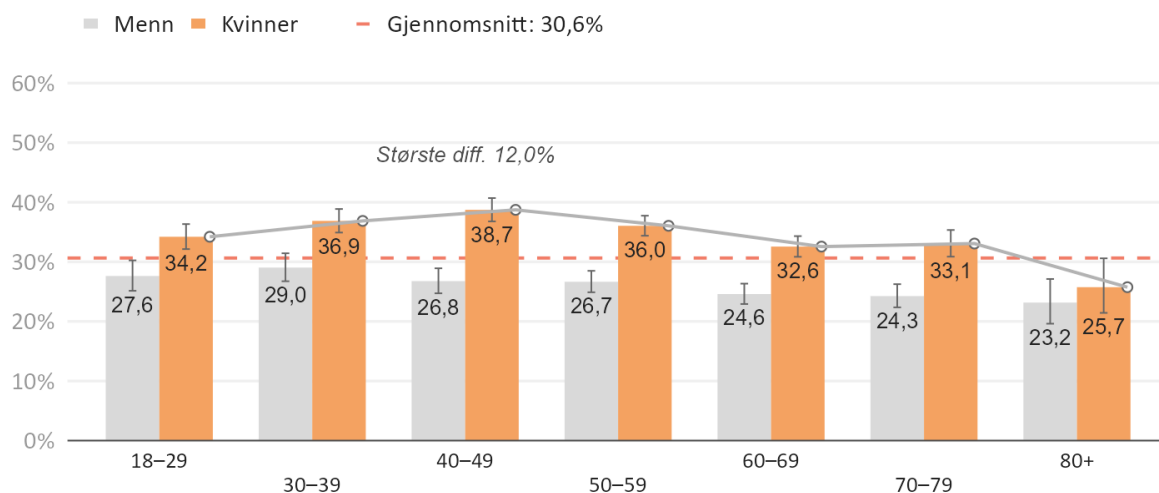
som tilsier en liten forskjell. Samlet sett viser figuren at det er variasjon i andelen med høy sosial støtte mellom fylkene, men at forskjellene gjennomgående er små til moderate.

**Figur 128. Høy sosial støtte (OSSS-3), etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



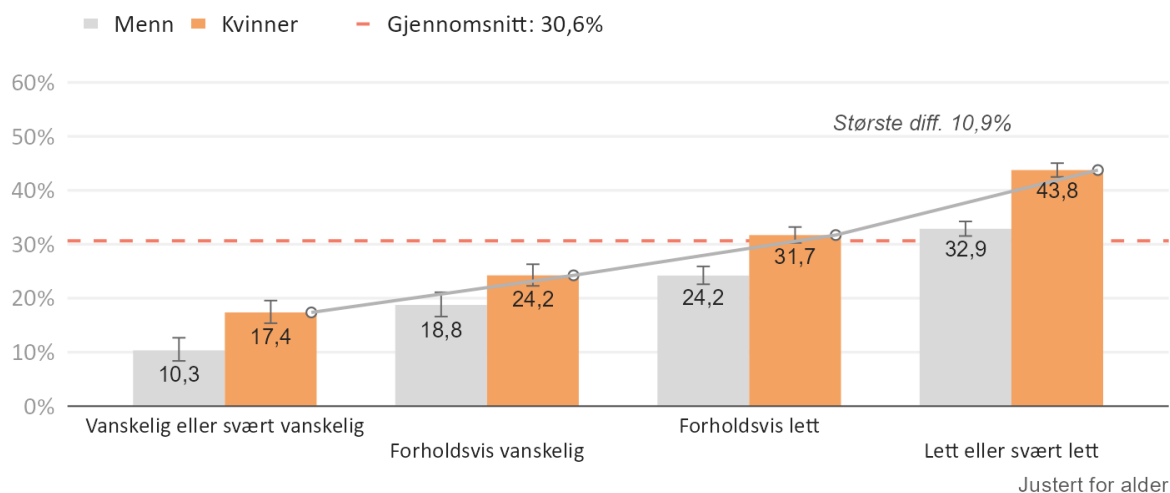
Figur B viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen med høy sosial støtte med utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 22,9 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år, med 43,2 prosent. Differansen er 20,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, noe som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 18,4 prosent, og høyest blant dem med høyskole eller universitet i mer enn fire år, med 33,1 prosent. Differansen er 14,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som også tilsvarer en middels forskjell. Kvinner ligger høyere enn menn i alle utdanningsgrupper. Kjønnforskjellen er tydelig i gruppene med fagskole eller universitet under to år, videregående skole, høyskole eller universitet i to til fire år og høyskole eller universitet i mer enn fire år. I gruppen med grunnskole er forskjellen mindre og framstår ikke som et klart skille.

**Figur 129. Høy sosial støtte (OSSS-3), etter kjønn og alder (C)**



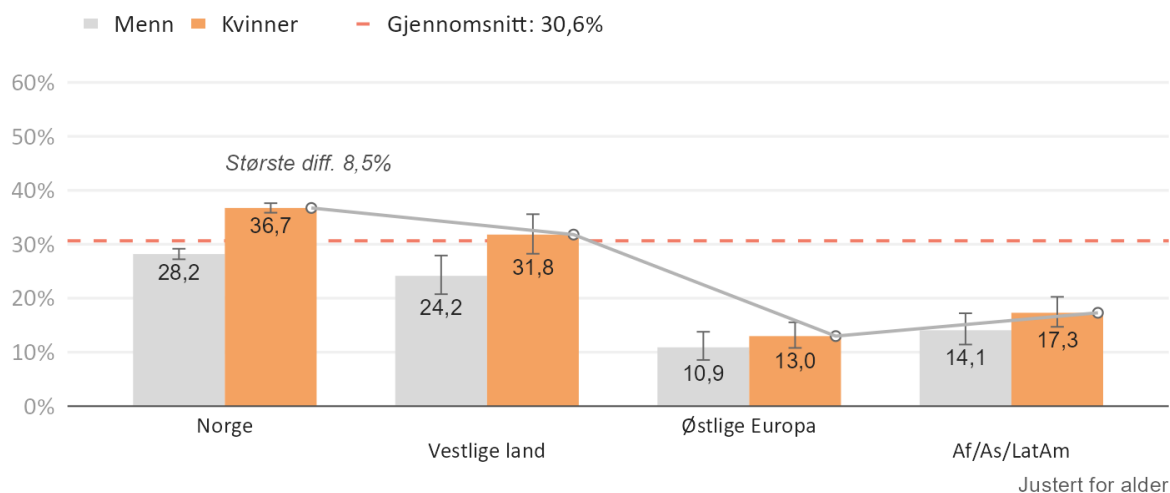
Figur C viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 40–49 år, med 38,7 prosent, og lavest blant dem som er 80 år og eldre, med 25,7 prosent. Dette gir en forskjell på 13,0 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,28 og kan vurderes som en middels forskjell. For menn er andelen høyest i aldersgruppen 30–39 år, med 29,0 prosent, og lavest i gruppen 80 år og eldre, med 23,2 prosent. Forskjellen er 5,8 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,13 og kan vurderes som en liten forskjell. Samlet sett varierer andelen mer mellom aldersgruppene blant kvinner enn blant menn. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgrupper fra 18–29 til 70–79 år, og disse forskjellene framstår som klare. Kjønnforskjellen er minst i aldersgruppen 18–29 år og størst i aldersgruppen 40–49 år.

Figur 130. Høy sosial støtte (OSSS-3), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



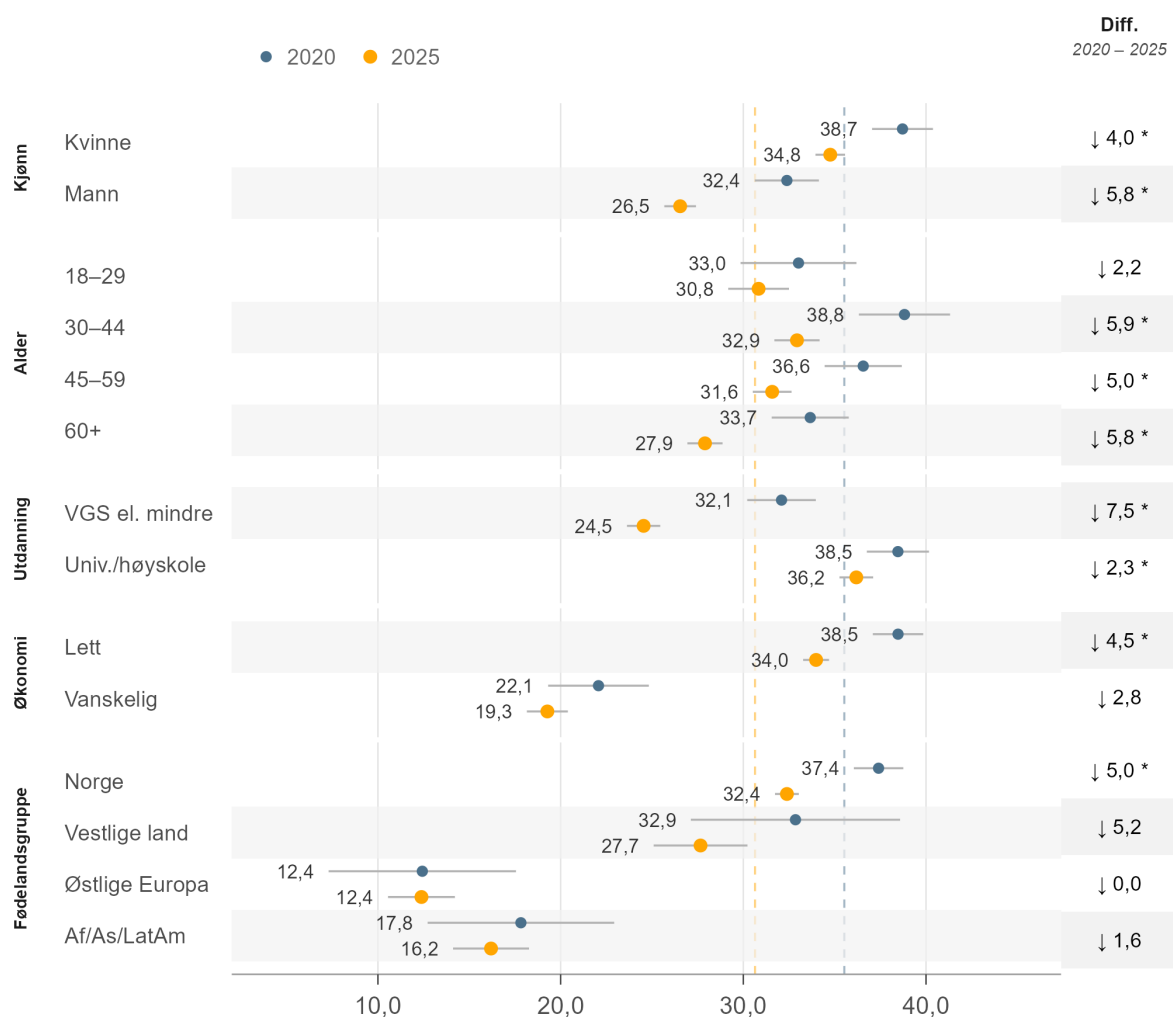
Figur D viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSS-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen som oppgir høy sosial støtte når husholdningsøkonomien vurderes som lettere. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 43,8 prosent, og lavest blant dem som oppgir at økonomien er vanskelig eller svært vanskelig, med 17,4 prosent. Dette gir en forskjell på 26,4 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,59, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen som vurderer økonomien som lett eller svært lett, med 32,9 prosent, og lavest i gruppen som vurderer den som vanskelig eller svært vanskelig, med 10,3 prosent. Forskjellen er 22,6 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,57, som også tilsier en stor forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andel med høy sosial støtte enn menn i alle økonomiske grupper, og forskjellene framstår som klare.

Figur 131. Høy sosial støtte (OSS-3), etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andel som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Norge, med 36,7 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 13,0 prosent. Dette er et klart skille, med en differanse på 23,7 prosentpoeng. Cohen's h er 0,56, som tilsier en stor forskjell. Kvinner fra vestlige land ligger også relativt høyt, med 31,8 prosent, mens kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger lavere, med 17,3 prosent. Blant menn er andelen også høyest i Norge, med 28,2 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 10,9 prosent. Også her er forskjellen tydelig, med en differanse på 17,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,45, som tilsier en middels forskjell. Menn fra vestlige land har en andel på 24,2 prosent, mens menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 14,1 prosent. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hver fødelandsgruppe, er andelen gjennomgående høyere blant kvinner. Det er likevel bare i Norge og i vestlige land at dette framstår som klare kjønnsforskjeller.

Figur 132. Høy sosial støtte (OSSS-3), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 35,5 (34,3–36,7) | 2025: 30,6 (30,0–31,2) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som oppgir høy sosial støtte (Oslo Social Support Scale, OSSS-3 på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk andelen ned fra 35,5 til 30,6 prosent, og dette er en statistisk sikker nedgang. Nedgangen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant menn og kvinner, og forskjellen mellom kjønnene ser i hovedsak ut til å bestå. På tvers av alder var det statistisk sikker nedgang i gruppene 30–44 år, 45–59 år og 60 år eller eldre, mens endringen blant 18–29-åringene ikke var statistisk sikker. Aldersmønsteret er ellers relativt likt i 2020 og 2025, men nivået i den eldste gruppen ligger lavere i 2025 enn i 2020. Etter utdanning var det statistisk sikker nedgang i begge grupper, men reduksjonen var større blant personer med videregående skole eller mindre enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, noe som tyder på en noe større avstand mellom gruppene i 2025. Også etter opplevde økonomiske vansker var nivået lavere i 2025, men nedgangen var statistisk sikker bare blant dem uten slike vansker. For fødelandsgruppene var det

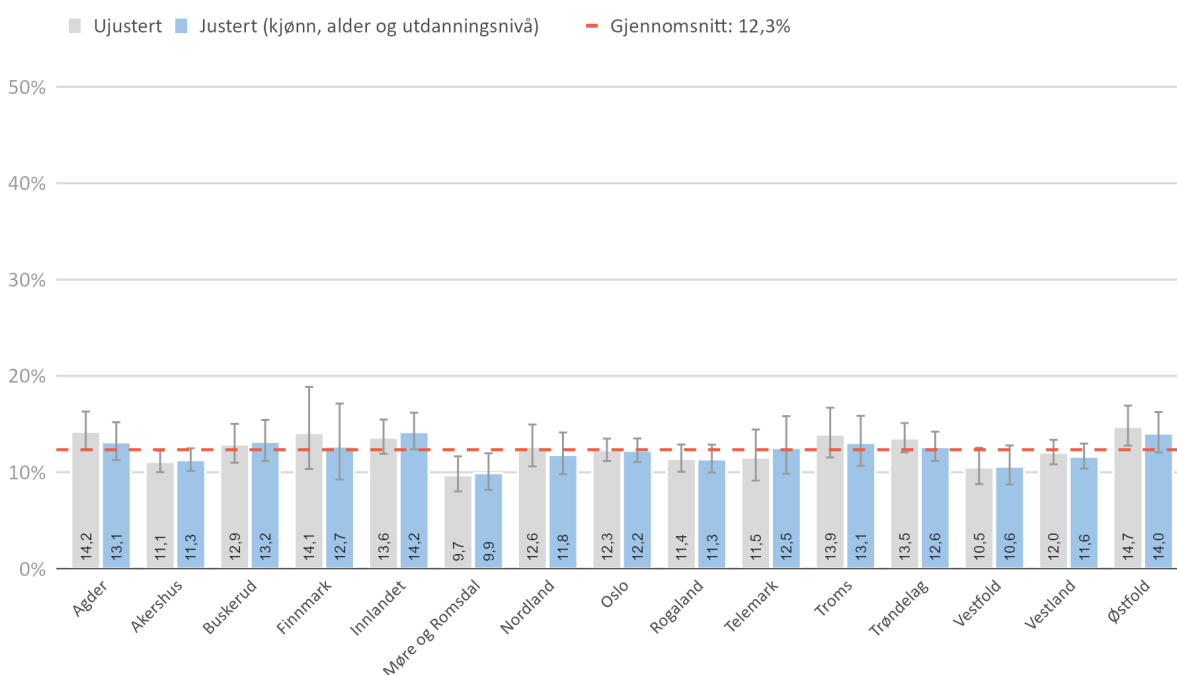
statistisk sikker nedgang bare blant personer født i Norge, mens de øvrige gruppene i hovedsak framstår som stabile fra 2020 til 2025. Samlet peker dette mot en bred nedgang over tid, samtidig som hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad er de samme som før.

#### 4.3.13 Ensomhet (UCLA-3)

Andel (%) som oppgir ensomhet (UCLA-3).

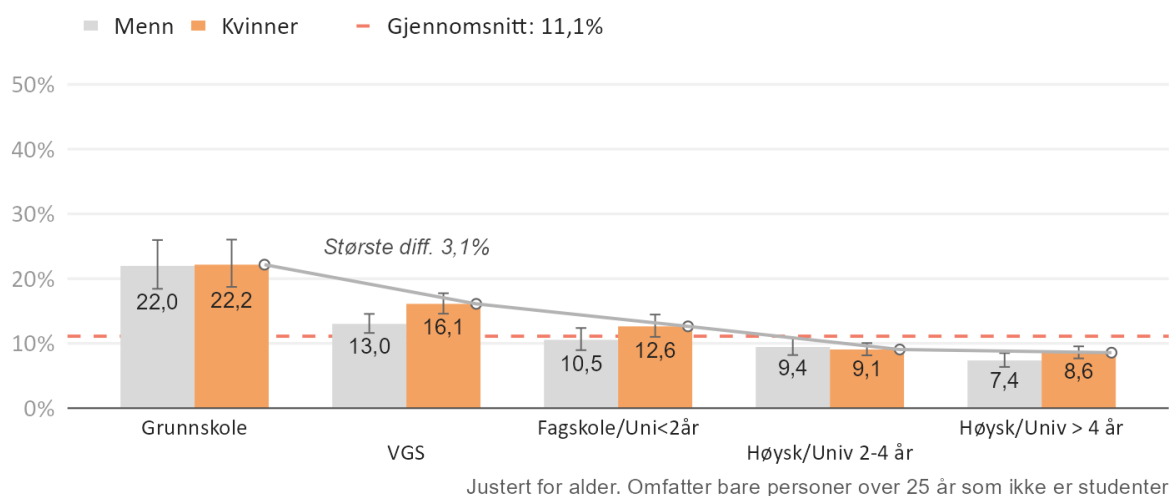
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 266	12,3 %	11,9 – 12,8
Kvinner	15 226	13,0 %	12,4 – 13,6
Menn	12 040	11,7 %	11,0 – 12,3

Figur 133. Ensomhet (UCLA-3), etter fylker (A)



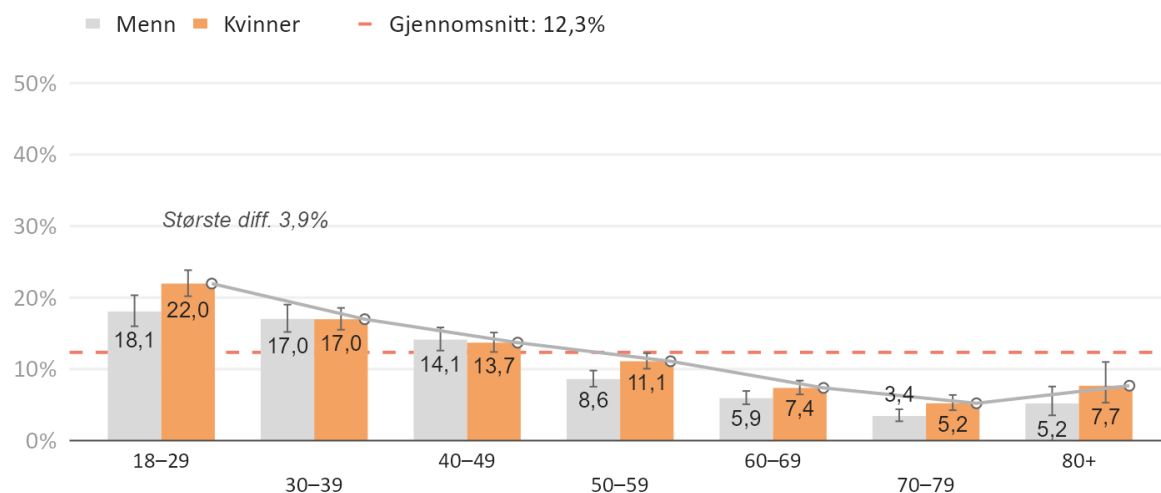
Figur A viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Innlandet med 14,2 prosent og lavest i Møre og Romsdal med 9,9 prosent. Differansen mellom disse ytterpunktene er 4,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,13, noe som tilsier en liten forskjell. Hovedbildet er likevel at Innlandet og Østfold ligger i øvre del av fordelingen, mens Møre og Romsdal og Vestfold ligger i nedre del.

Figur 134. Ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og utdanningsnivå (B)



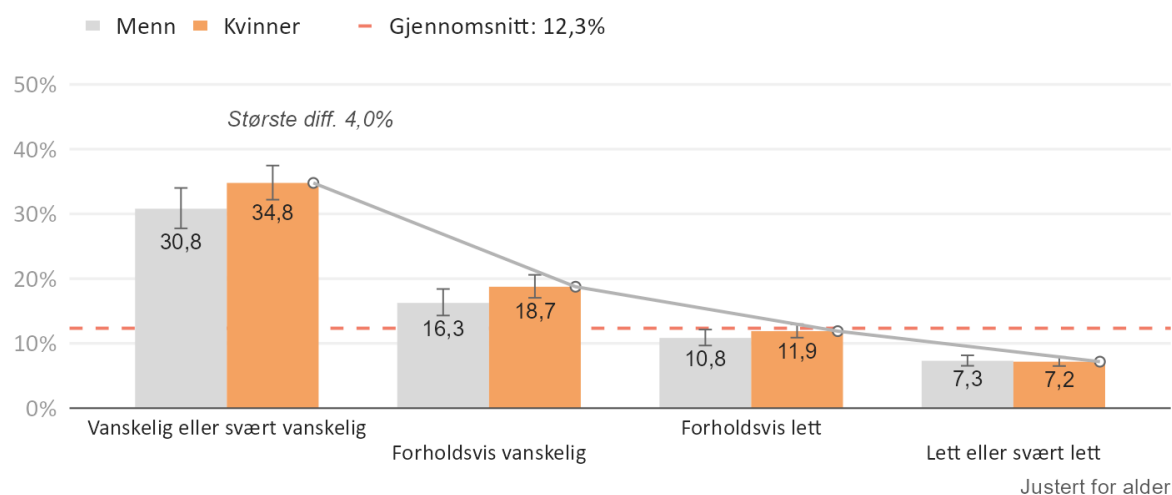
Figur B viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 22,2 prosent har høy grad av ensomhet, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, der andelen er 8,6 prosent. Dette gir en forskjell på 13,6 prosentpoeng og en Cohen's h på 0,39, som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er mønsteret det samme: høyest andel finnes blant dem med grunnskole, med 22,0 prosent, og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, med 7,4 prosent. Forskjellen er 14,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, som også tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett viser figuren at andelen med høy grad av ensomhet avtar med økende utdanningsnivå for både kvinner og menn. Kjønnforskjellene innen de fleste utdanningsgruppene er små og framstår ikke som klare. Dette gjelder fagskole eller universitetsutdanning under to år, grunnskole, høyskole- eller universitetsutdanning på to til fire år og høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år. I gruppen med videregående opplæring er det derimot et klart skille, med en forskjell på 3,1 prosentpoeng.

Figur 135. Ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og alder (C)



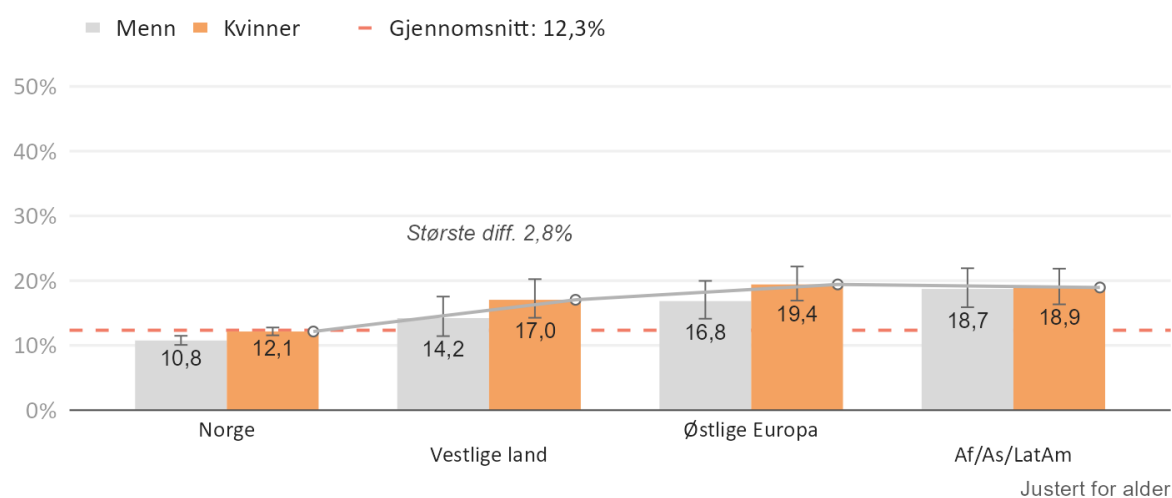
Figur C viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i aldersgruppen 70–79 år. Blant kvinner er andelen 22,0 prosent i den yngste aldersgruppen, før den faller gjennom de påfølgende aldersgruppene til 5,2 prosent i alderen 70–79 år, og deretter øker noe til 7,7 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Differansen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 16,8 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,51, noe som tilsier en stor forskjell. Hos menn er mønsteret det samme. Andelen er 18,1 prosent i aldersgruppen 18–29 år og synker gradvis til 3,4 prosent i aldersgruppen 70–79 år, før den øker til 5,2 prosent i den eldste gruppen. Differansen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 14,7 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,50, som også tilsier en stor forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver aldersgruppe, er forskjellene gjennomgående små. Det eneste klare skillet mellom kjønnene finnes i aldersgruppen 50–59 år, der kvinner ligger 2,5 prosentpoeng høyere enn menn. Samlet peker figuren dermed på at alder har tydeligere sammenheng med høy grad av ensomhet enn kjønn.

Figur 136. Ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



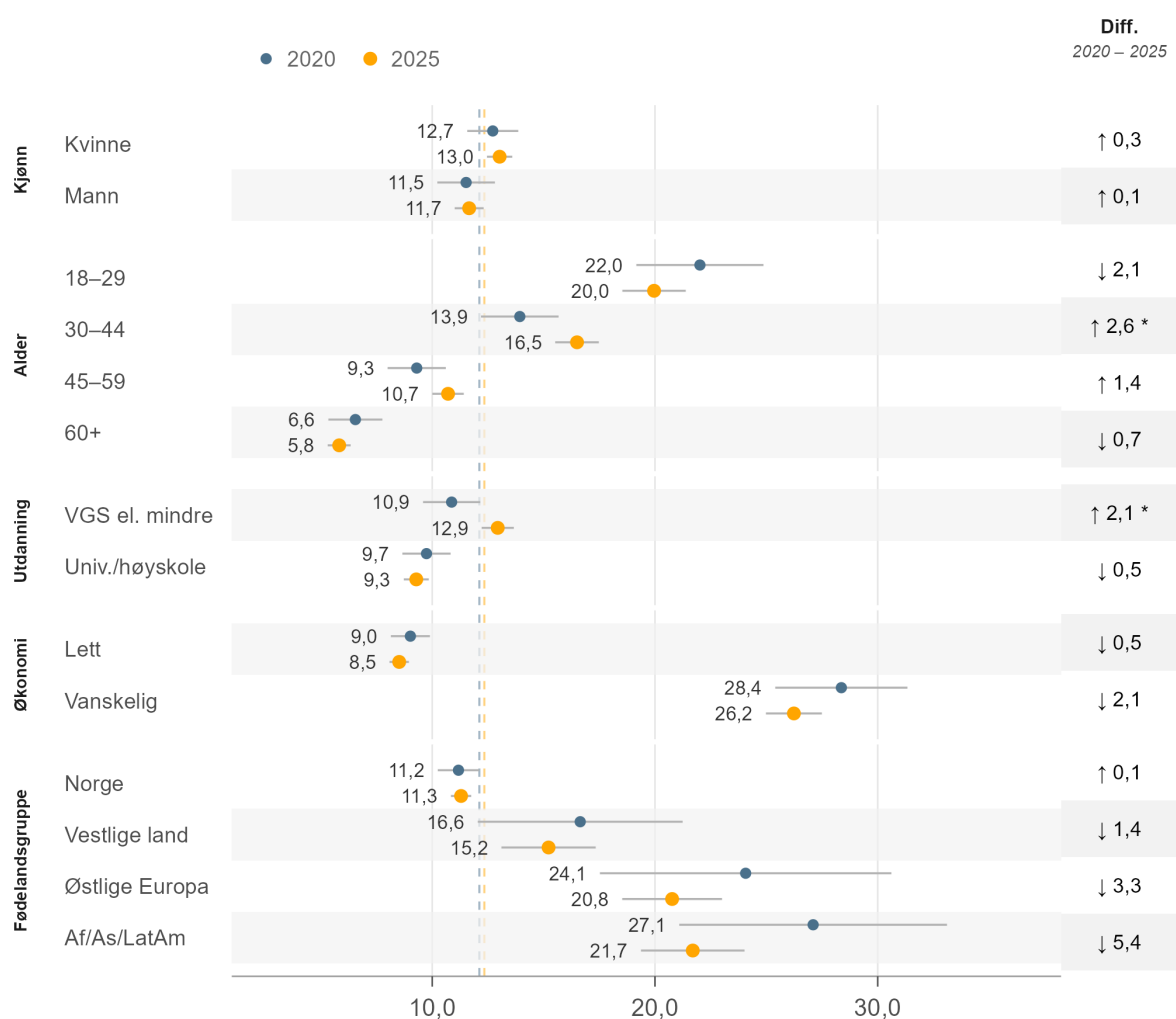
Figur D viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen med høy grad av ensomhet når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen som oppgir at økonomien er lett eller svært lett, med 7,2 prosent, og høyest blant dem som oppgir at økonomien er vanskelig eller svært vanskelig, med 34,8 prosent. Differansen er 27,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,72, noe som tilsvarer en stor forskjell. Det samme mønsteret gjelder for menn. Andelen er lavest blant dem som vurderer økonomien som lett eller svært lett, med 7,3 prosent, og høyest blant dem som vurderer den som vanskelig eller svært vanskelig, med 30,8 prosent. Differansen er 23,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,63, som også tilsvarer en stor forskjell. Det er ingen klare kjønnsforskjeller i noen av økonomigruppene.

Figur 137. Ensomhet (UCLA-3), etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen med høy grad av ensomhet (UCLA-3), fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen fra 12,1 prosent i Norge til 19,4 prosent i Østlige Europa. Dette er en forskjell på 7,3 prosentpoeng, og det framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's  $h$  0,20, som tilsier en liten forskjell. Kvinner fra Vestlige land og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger mellom disse ytterpunktene, med henholdsvis 17,0 prosent og 18,9 prosent. Blant menn er andelen lavest i Norge, med 10,8 prosent, og høyest blant dem fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 18,7 prosent. Forskjellen er 7,9 prosentpoeng, og også her framstår det som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's  $h$  0,23, som tilsier en liten forskjell. Menn fra Østlige Europa ligger også høyt, med 16,8 prosent, mens menn fra Vestlige land ligger på 14,2 prosent. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er det bare i Norge at det er et klart skille mellom kjønnene, der kvinner ligger 1,3 prosentpoeng høyere enn menn. I de øvrige fødelandsgruppene er andelen også noe høyere blant kvinner enn blant menn, men forskjellene framstår ikke som klare. Dette gjelder både Afrika, Asia og Latin-Amerika, Vestlige land og Østlige Europa.

*Figur 138. Ensomhet (UCLA-3), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)*



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 12,1 (11,3–13,0) | 2025: 12,3 (11,9–12,8) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som rapporterer høy grad av ensomhet (UCLA-3) på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Samlet sett er andelen stabil fra 2020 til 2025, og endringen fra 12,1 til 12,3 prosent er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen er også i hovedsak uendret, siden både menn og kvinner ligger omtrent på samme nivå som i 2020 og ingen av gruppene har en statistisk sikker endring. Etter alder er hovedmønsteret fortsatt at de yngste ligger høyest og de eldste lavest, men det er en statistisk sikker økning blant 30–44-åringene, fra 13,9 til 16,5 prosent. For aldersgruppene 18–29 år, 45–59 år og 60 år eller eldre er endringene ikke statistisk sikre. Etter utdanning ser mønsteret ut til å ha blitt noe tydeligere, fordi andelen har økt statistisk sikkert blant personer med videregående skole eller lavere, fra 10,9 til 12,9 prosent, mens den er stabil blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Forskjellen mellom dem med og uten opplevde økonomiske vansker er fortsatt stor i 2025, og det er ingen statistisk sikre endringer innen disse gruppene. Også etter

fødelandsgruppe er hovedbildet stabilt fra 2020 til 2025, selv om gruppene fra Øst-Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika fortsatt ligger høyere enn personer født i Norge.

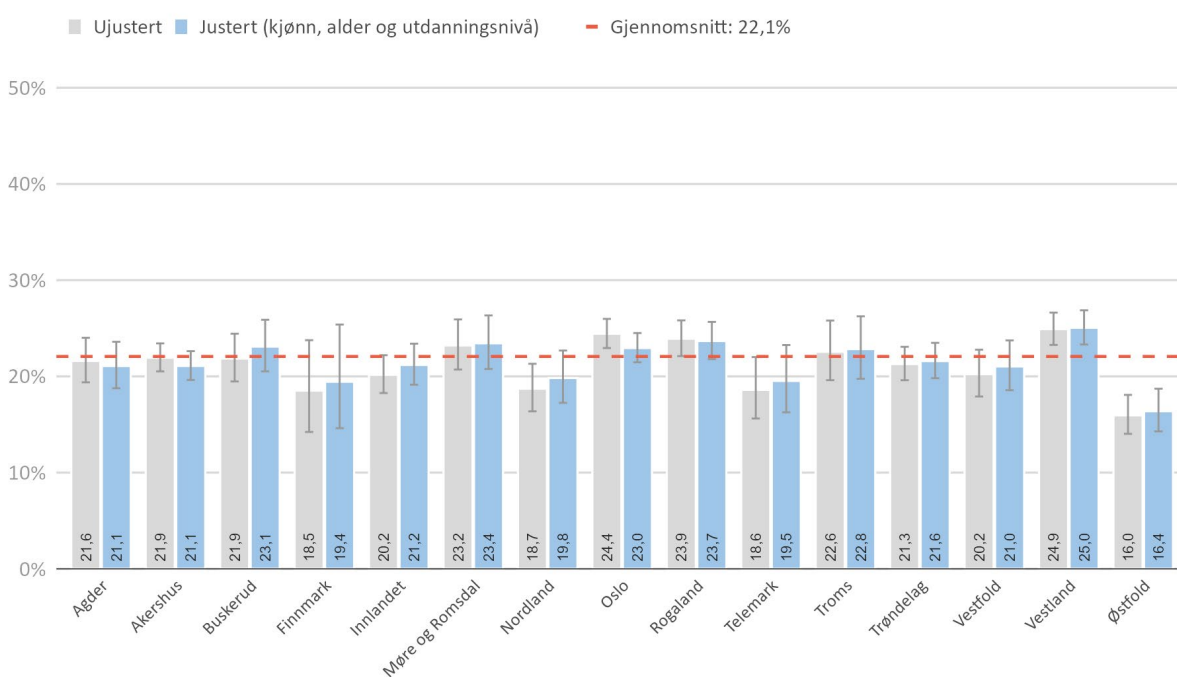
## 4.4 Levevaner og helselatert atferd

### 4.4.1 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

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

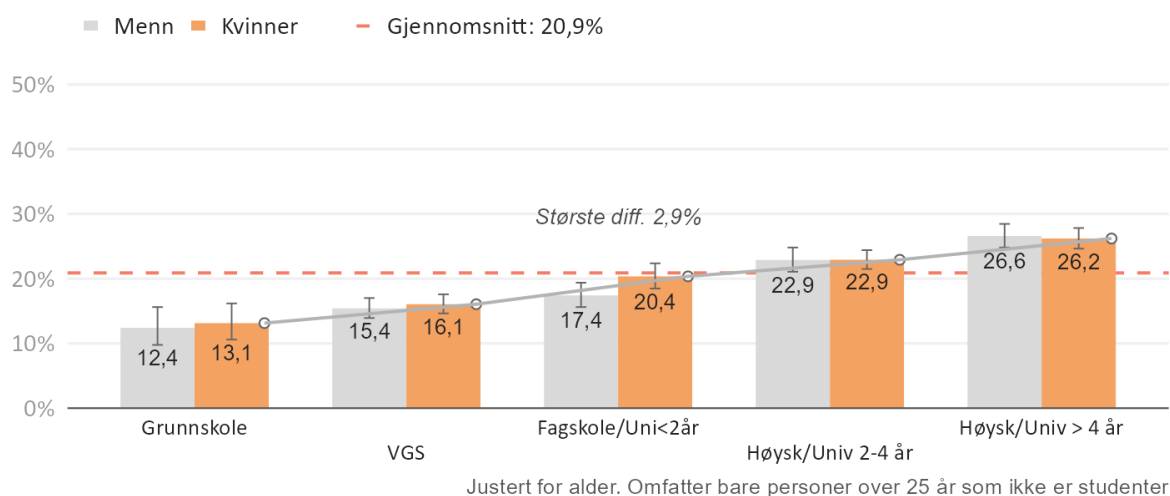
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 303	22,1 %	21,5 – 22,6
Kvinner	15 237	21,7 %	21,0 – 22,3
Menn	12 066	22,5 %	21,7 – 23,3

Figur 139. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, etter fylker (A)



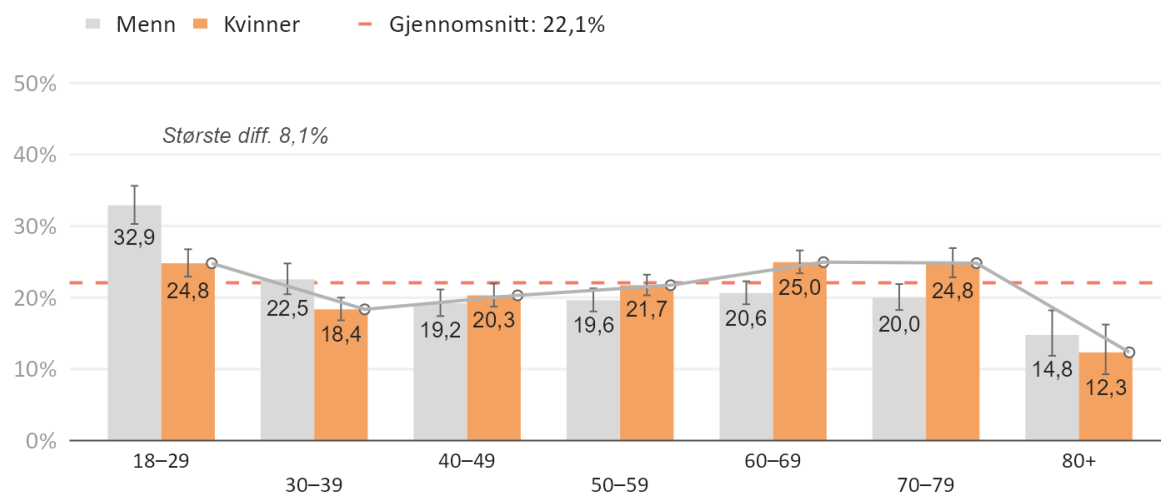
Figur A viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Vestland har den høyeste andelen med 25,0 prosent, mens Østfold ligger lavest med 16,4 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 8,6 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h på 0,22, noe som tilsier en liten forskjell. Samlet sett viser figuren at det er variasjon mellom fylkene, men at forskjellene gjennomgående er moderate, med et tydelig skille mellom fylket med høyest og lavest andel.

Figur 140. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



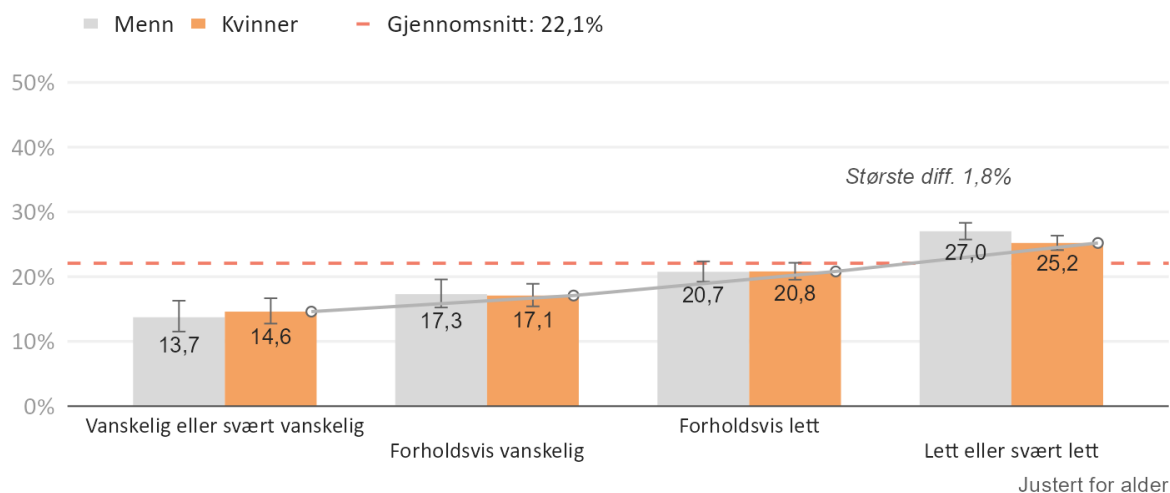
Figur B viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen lavest blant dem med grunnskole og høyest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år. Blant kvinner øker andelen fra 13,1 prosent i gruppen med grunnskole til 26,2 prosent i gruppen med høyere utdanning over fire år, en forskjell på 13,1 prosentpoeng. Cohen's h er 0,33, noe som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig: andelen øker fra 12,4 prosent blant dem med grunnskole til 26,6 prosent blant dem med høyere utdanning over fire år. Dette gir en forskjell på 14,2 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,36 tyder også på en middels forskjell. Det er ikke klare kjønnsforskjeller i noen av utdanningsgruppene. Samlet sett viser figuren en tydelig sammenheng mellom høyere utdanning og høyere andel som oppgir regelmessig moderat fysisk aktivitet, mens forskjellene mellom kvinner og menn er små.

Figur 141. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, etter kjønn og alder (C)



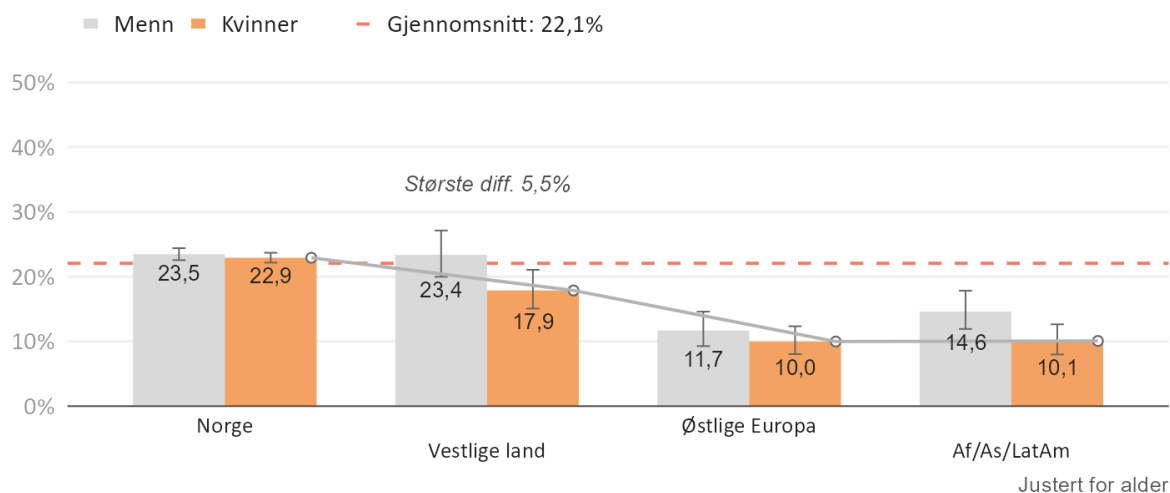
Figur C viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 60–69 år, med 25,0 prosent, mens den er lavest blant dem som er 80 år og eldre, med 12,3 prosent. Dette gir en forskjell på 12,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er det tydelige aldersforskjeller. Her er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 32,9 prosent, og lavest i gruppen 80 år og eldre, med 14,8 prosent. Forskjellen er 18,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,43, som også tilsier en middels forskjell. For kvinner er det en nedgang fra høyeste nivå til 18,4 prosent i aldersgruppen 30-39, før andelen stiger jevnt til 25,0 og 24,8 prosent i 60-69 og 70–79 år. I den eldste aldersgruppen faller andelen tydelig. Blant menn er det en nedgang fra høyeste nivå til 22,5 prosent i aldersgruppen 30-39 og 19,2 prosent i 40-49, som holder seg relativt stabilt frem til et tydelig fall i aldersgruppen 80 år og eldre. Det er også noen klare kjønnsforskjeller. I alderen 18–29 år og 30–39 år er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, mens andelen er høyere blant kvinner i aldersgruppene 60–69 år og 70–79 år. I de øvrige aldersgruppene er det ikke noe klart skille mellom kjønnene.

**Figur 142. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



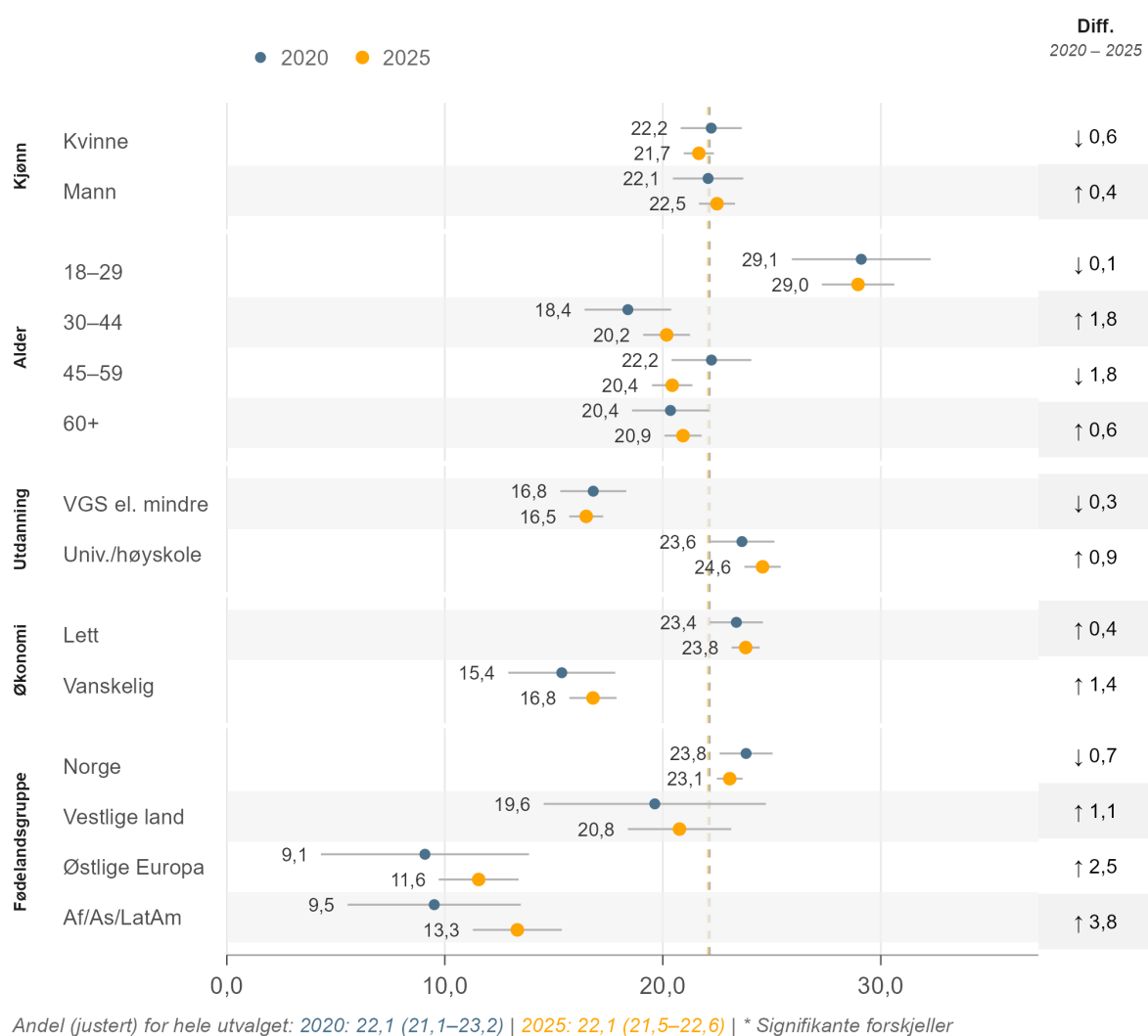
Figur D viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er lett eller svært lett, og lavest blant dem som oppgir at den er vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner er andelen 25,2 prosent i gruppen lett eller svært lett, mot 14,6 prosent i gruppen vanskelig eller svært vanskelig. Det gir en forskjell på 10,6 prosentpoeng. Cohen's h er 0,27, noe som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen 27,0 prosent i gruppen lett eller svært lett og 13,7 prosent i gruppen vanskelig eller svært vanskelig. Forskjellen er 13,3 prosentpoeng, og Cohen's h på 0,33 peker også på en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der andelen som er fysisk aktive minst fire dager i uken øker når husholdningsøkonomien vurderes som bedre. Det er ellers ingen klare kjønnsforskjeller innen de enkelte økonomigruppene.

**Figur 143. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Norge, med 22,9 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 10,0 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 12,9 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i Norge, med 23,5 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 11,7 prosent. Her er forskjellen 11,8 prosentpoeng, også dette et klart skille. Cohen's h er 0,31, som tilsvarer en middels forskjell. Ser vi på de øvrige fødelandsgruppene, ligger kvinner fra vestlige land på 17,9 prosent og kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika på 10,1 prosent. For menn er andelen 23,4 prosent i vestlige land og 14,6 prosent i Afrika, Asia og Latin-Amerika. Innen hver fødelandsgruppe er det gjennomgående noe høyere andel blant menn enn blant kvinner, men ingen av kjønnsforskjellene framstår som klare. Samlet peker figuren dermed mot tydeligere forskjeller mellom fødelandsgrupper enn mellom kjønn.

**Figur 144. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Figur F viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett var andelen svært stabil fra 2020 til 2025, og endringen er ikke statistisk sikker.

Kjønnforskjellen var liten i begge år, og det er ikke tegn til at mønsteret mellom menn og kvinner har endret seg. Aldersmønsteret var også nokså likt over tid, med høyest andel blant de yngste i begge år og små, ikke statistisk sikre endringer innen alle aldersgrupper. Forskjellen mellom utdanningsgruppene var tydelig i både 2020 og 2025, der personer med universitets- eller høyskoleutdanning lå høyere enn personer med videregående skole eller mindre, uten statistisk sikker endring i noen av gruppene. Det samme gjelder etter opplevde økonomiske vansker, der gruppen uten slike vansker lå høyere enn gruppen med vansker i begge år, og endringene over tid ikke var statistisk sikre. Etter fødelandsgruppe var nivået fortsatt høyest blant personer født i Norge, mens gruppene fra Østlige Europa og Afrika, Asia og Latin-Amerika lå lavere i begge år.

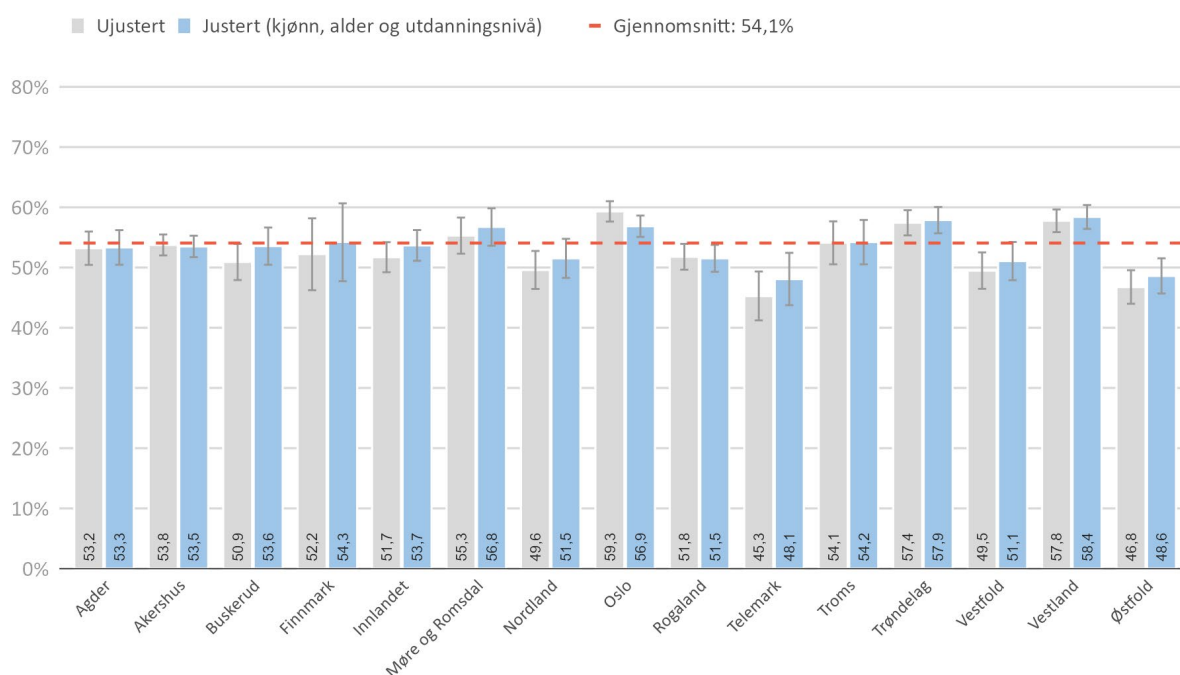
Selv om andelen økte noe i flere av fødelandsgruppene med lavest nivå i 2020, var ingen av endringene statistisk sikre. Samlet sett peker resultatene mot stor stabilitet fra 2020 til 2025, både i totalnivået og i forskjellene mellom grupper.

#### 4.4.2 Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken

Andel (%) som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 213	54,1 %	53,4 – 54,7
Kvinner	15 177	52,5 %	51,6 – 53,4
Menn	12 036	55,6 %	54,7 – 56,6

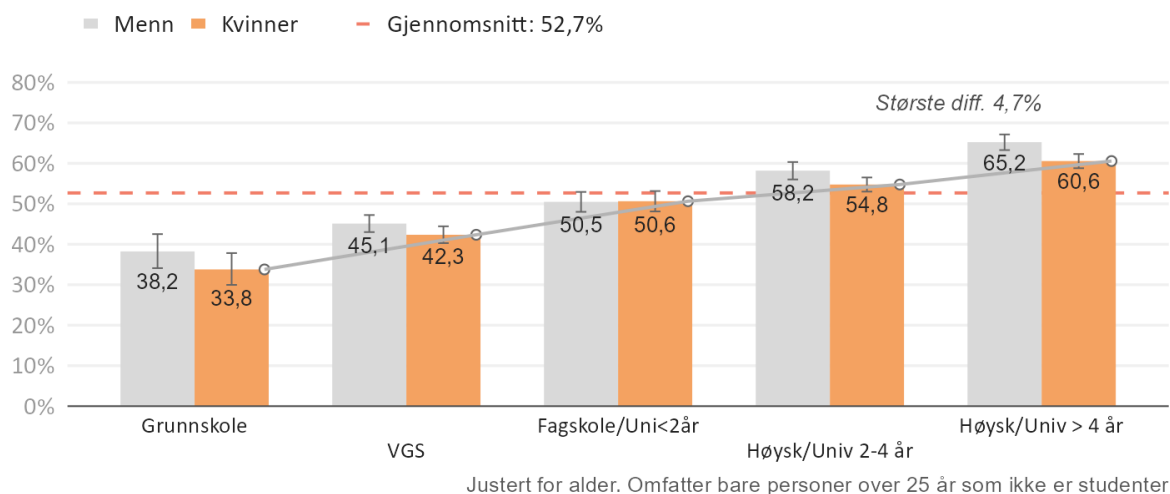
Figur 145. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen var høyest i Vestland, med 58,4 prosent, og lavest i Telemark, med 48,1 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene var 10,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen var Cohen's h lik 0,21, noe som tilsier en liten forskjell. Samlet sett viser figuren at nivået varierer mellom fylkene, men at

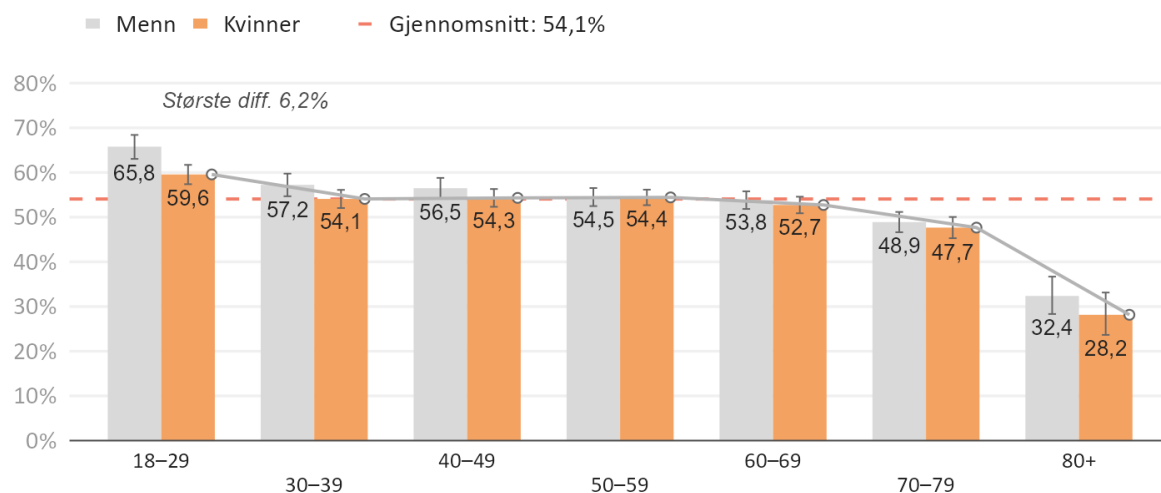
forskjellen mellom høyeste og laveste fylke er liten i effektstørrelse, selv om ytterpunktene er tydelig skilt.

**Figur 146. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



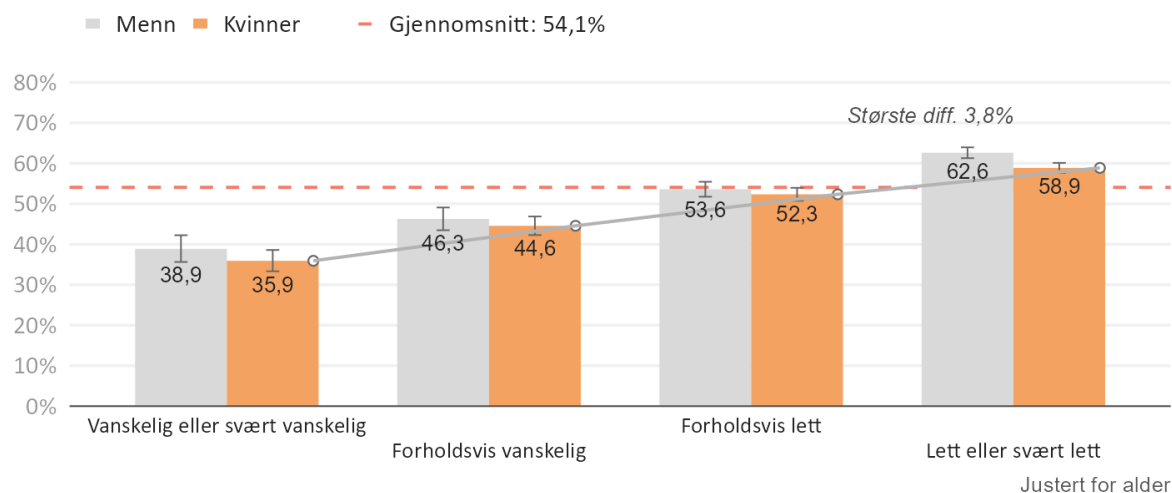
Figur B viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen med utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, der 33,8 prosent oppgir slik aktivitet, og høyest blant dem med høyere utdanning over fire år, der andelen er 60,6 prosent. Dette gir en forskjell på 26,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,54, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 38,2 prosent, og høyest blant dem med høyere utdanning over fire år, med 65,2 prosent. Forskjellen er 27,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,55, som også tilsier en stor forskjell. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små. Det er bare i gruppen med høyere utdanning over fire år at det er et klart skille mellom kjønnene, der menn ligger 4,6 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige utdanningsgruppene framstår forskjellene mellom kvinner og menn ikke som klare.

**Figur 147. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, etter kjønn og alder (C)**



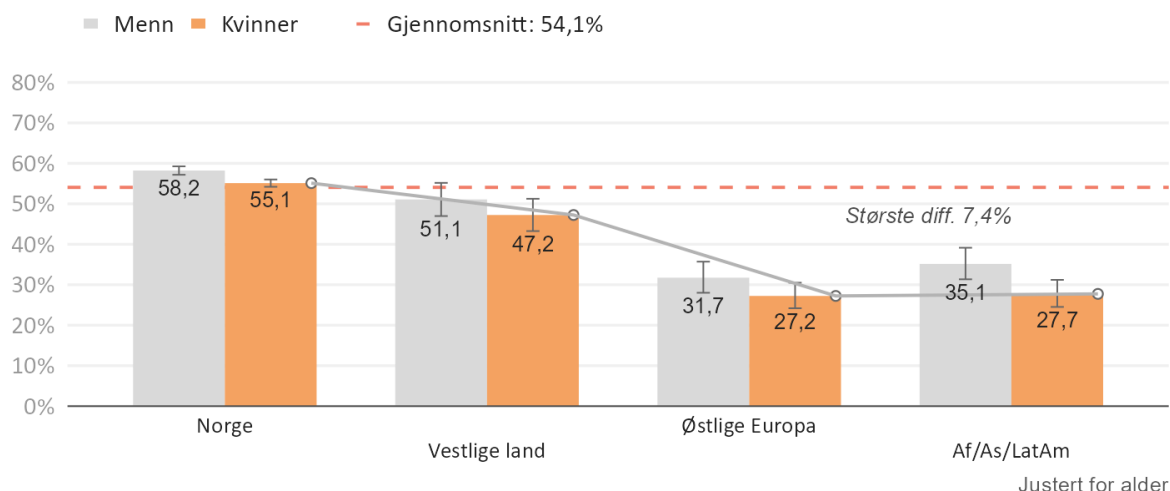
Figur C viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i alderen 18–29 år og lavest blant dem som er 80 år eller eldre. Blant kvinner ligger andelen på 59,6 prosent i den yngste aldersgruppen og 28,2 prosent i den eldste, en forskjell på 31,4 prosentpoeng. Dette er et klart skille, og Cohen's h er 0,64, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig: andelen går fra 65,8 prosent i alderen 18–29 år til 32,4 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Det gir en forskjell på 33,4 prosentpoeng, også dette et klart skille, med Cohen's h på 0,68, som tilsier en stor forskjell. I aldersgruppene fra 30–39 år til 70–79 år ligger andelene ellers forholdsvis stabilt for begge kjønn, før de faller tydelig i den eldste gruppen. Når kvinner og menn sammenlignes, er det bare i alderen 18–29 år at det er et klart skille mellom kjønnene. Her ligger menn 6,2 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene små og framstår ikke som klare.

**Figur 148. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



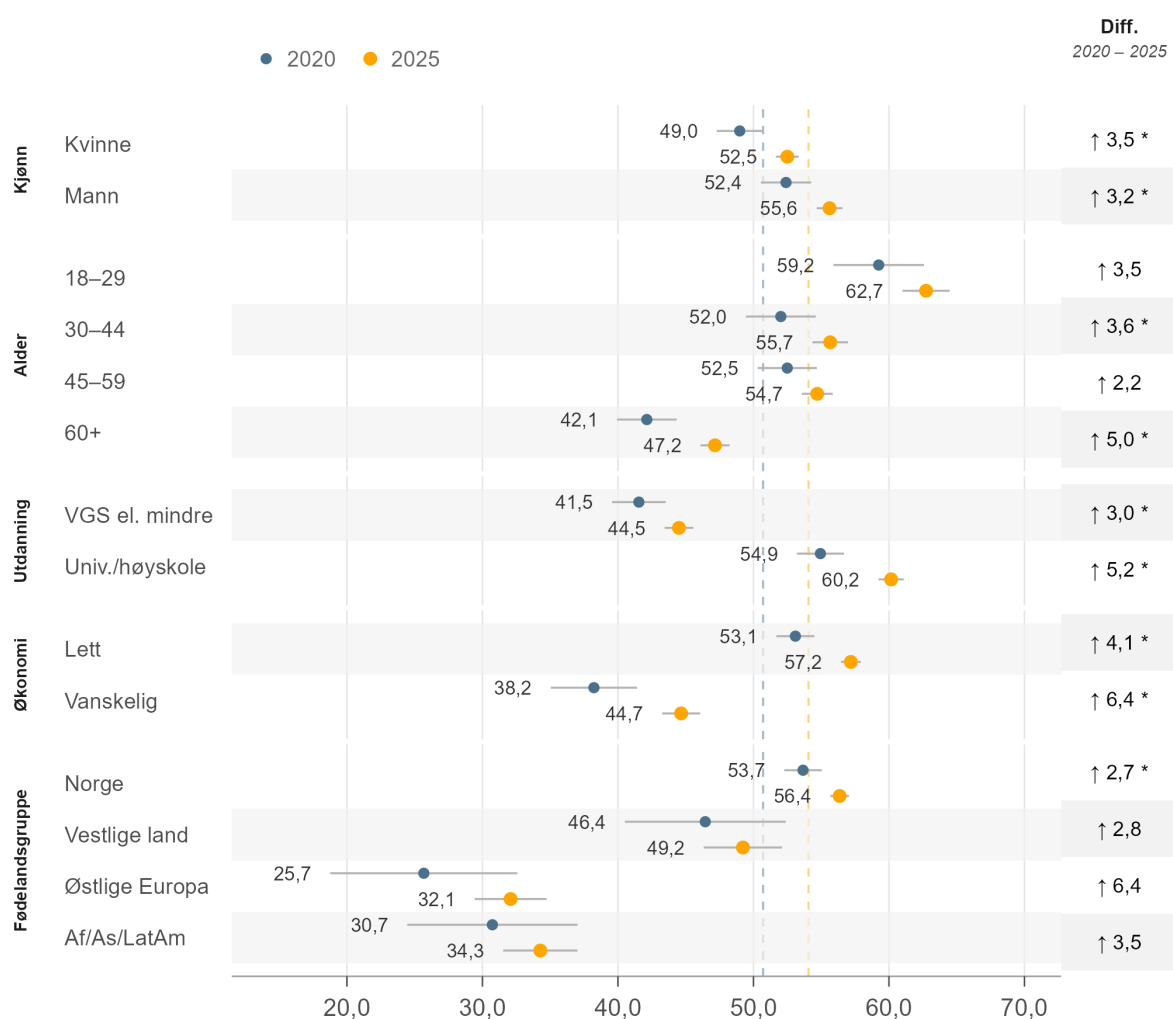
Figur D viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og lavest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner er andelen 58,9 prosent i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, mot 35,9 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi. Det gir en forskjell på 22,3 prosentpoeng, som tilsvarer en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,46. Også blant menn er mønsteret tydelig: 62,6 prosent i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, mot 38,9 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi. Forskjellen er 23,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,48, som også tilsvarer en middels forskjell. Det er en klar kjønnsforskjell i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, der menn ligger 3,7 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige gruppene er det ikke klare kjønnsforskjeller.

Figur 149. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Norge, med 55,1 prosent, og lavest blant kvinner fra Østlige Europa, med 27,2 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 27,9 prosentpoeng, noe som tyder på et klart skille. Cohen's h er 0,58, som tilsvarer en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i Norge, med 58,2 prosent, og lavest i Østlige Europa, med 31,7 prosent. Her er forskjellen 26,5 prosentpoeng, også dette et klart skille, og Cohen's h på 0,54 viser en stor forskjell. Ser vi på de øvrige fødelandsgruppene, ligger andelen på 47,2 prosent blant kvinner fra vestlige land og 27,7 prosent blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. For menn er de tilsvarende andelene 51,1 prosent i vestlige land og 35,1 prosent i Afrika, Asia og Latin-Amerika. Menn ligger høyere enn kvinner i alle fødelandsgruppene. Kjønnforskjellen framstår som tydelig i Afrika, Asia og Latin-Amerika, der menn ligger 7,4 prosentpoeng høyere enn kvinner, og i Norge, der forskjellen er 3,1 prosentpoeng. I vestlige land og i Østlige Europa er menn også høyere enn kvinner, men her framstår ikke forskjellene som klare.

**Figur 150. Minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 50,7 (49,5–52,0) | 2025: 54,1 (53,4–54,7) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som oppgir minst 30 min moderat fysisk aktivitet 1+ dager i uken på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 50,7 prosent i 2020 til 54,1 prosent i 2025, og dette er en statistisk sikker økning. Både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning, og forskjellen mellom kjønnene ser ut til å være omtrent den samme i 2025 som i 2020. På tvers av alder var mønsteret også ganske stabilt, med høyest andel blant de yngste og lavest blant dem som er 60 år eller eldre i begge år. Samtidig var økningen statistisk sikker blant 30–44-åringene og blant dem som er 60 år eller eldre, men ikke statistisk sikker i de øvrige aldersgruppene. For utdanning økte andelen statistisk sikkert i begge grupper, men økningen var større blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning enn blant dem med videregående skole eller mindre, noe som tyder på en noe større forskjell i 2025. Også for opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker økning i begge grupper, samtidig som gruppen med økonomiske vansker fortsatt lå klart lavere enn

gruppen uten slike vansker. Etter fødelandsgruppe var utviklingen mer blandet: personer født i Norge hadde en statistisk sikker økning, mens endringene i de øvrige gruppene ikke var statistisk sikre. Hovedbildet er dermed en moderat samlet økning fra 2020 til 2025, mens forskjellene mellom grupper i stor grad følger de samme linjene som før.

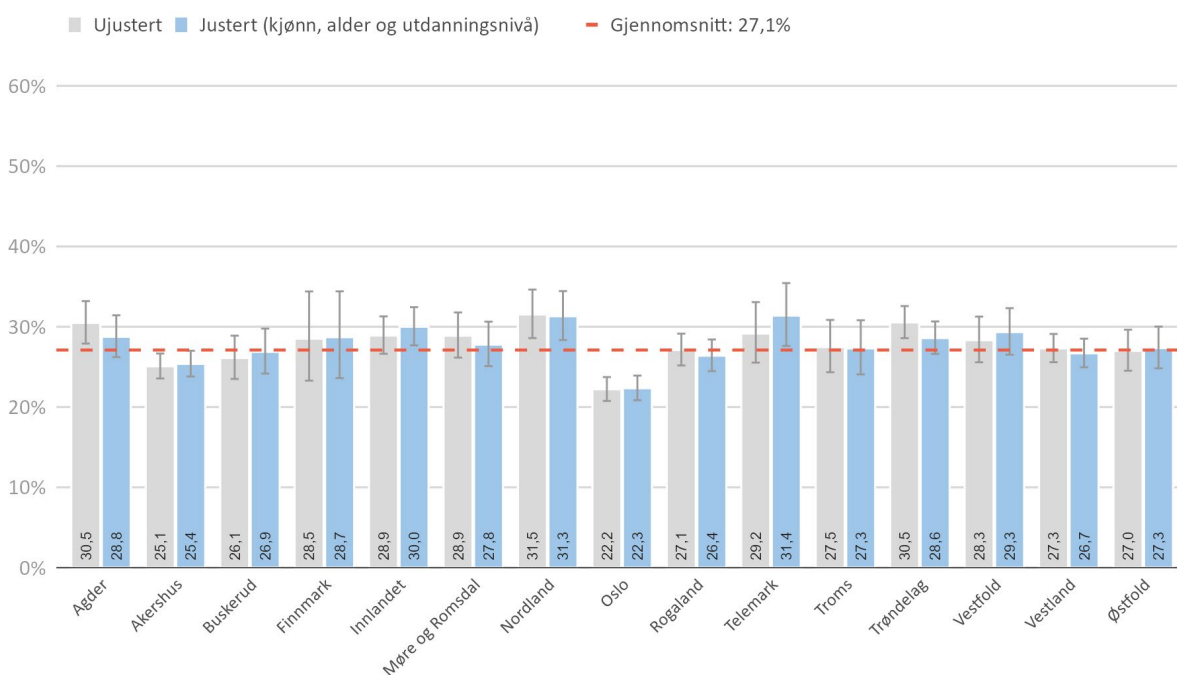
#### 4.4.3 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Deltakerne ble spurt om «Hvor ofte drikker du sukkerholdig brus/saft/leskedrikk? Dette inkluderer også sukkerholdige drikker som for eksempel iste, energidrikk, sportsdrikk og nektar».

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

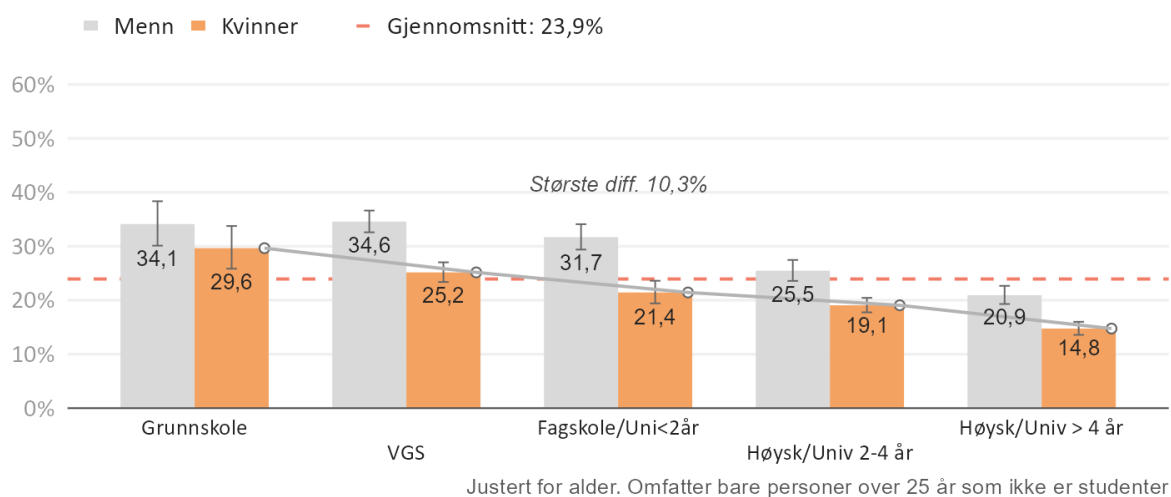
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 213	27,1 %	26,5 – 27,7
Kvinner	15 187	23,2 %	22,5 – 23,9
Menn	12 026	31,0 %	30,1 – 31,9

Figur 145. Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter fylker (A)



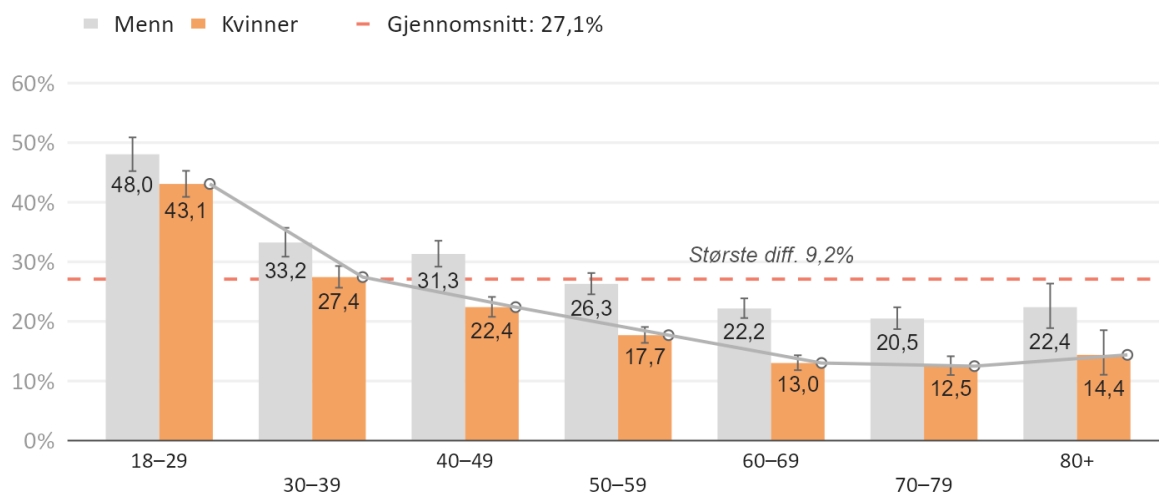
Figur A viser andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på fylker. Etter justering for kjønn, alder og utdanning varierer andelen mellom fylkene, fra 22,3 prosent i Oslo til 31,4 prosent i Telemark. Forskjellen mellom Telemark og Oslo er på 9,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,20, noe som tilsvarer en liten forskjell. Det betyr at det er en tydelig forskjell mellom ytterpunktene, men at variasjonen mellom fylkene samlet sett likevel er relativt beskjeden. Samlet sett viser figuren at hyppig inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk forekommer i alle fylker, men at nivået er noe høyere i enkelte fylker enn i andre.

**Figur 146. Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



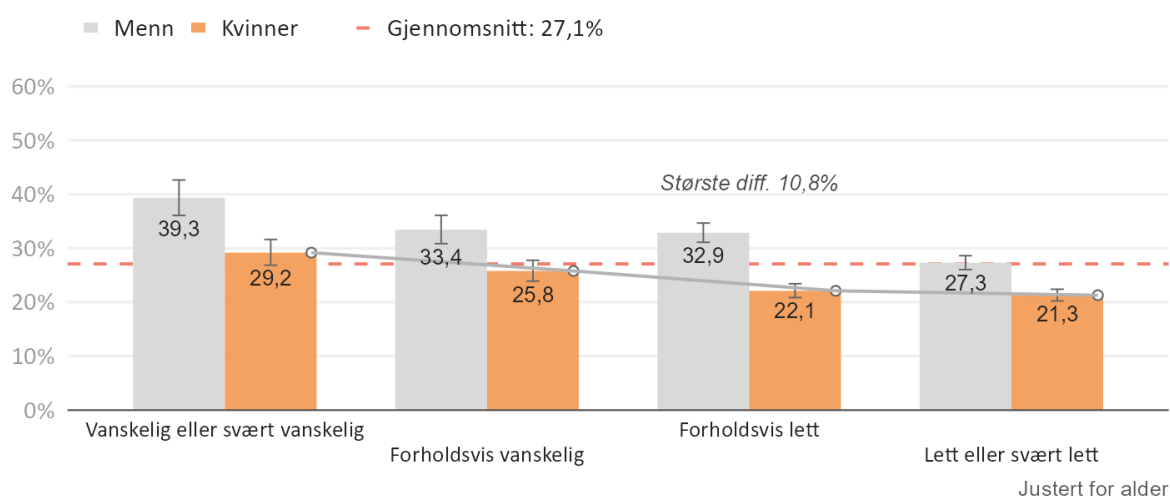
Figur B viser andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå, justert for alder. Tallene viser et tydelig mønster der andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken er lavere ved høyere utdanningsnivå, for både kvinner og menn. Menn ligger gjennomgående høyere enn kvinner i alle utdanningsgrupper.

**Figur 147. Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og alder (C)**



Figur C viser andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i aldersgruppen 70–79 år. Menn har gjennomgående høyere andel enn kvinner i alle aldersgrupper, men kjønnsforskjellen er mindre i de yngre aldersgruppene.

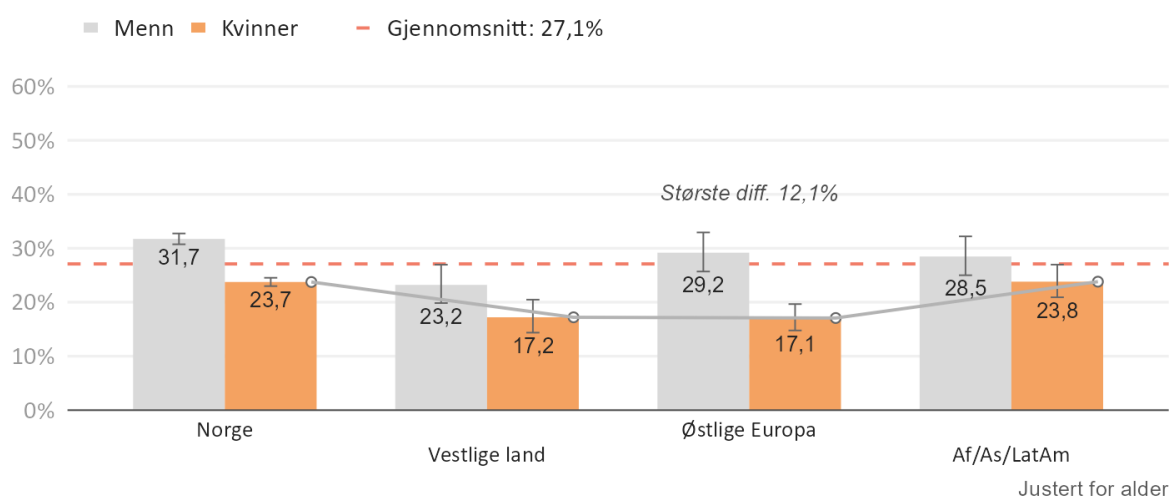
**Figur 148. Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



Figur D viser andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien, justert for alder. Både blant kvinner og menn er

andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som lett eller svært lett. Tallene viser også klare kjønnsforskjeller i alle økonomigruppene, der menn gjennomgående har høyere andel enn kvinner.

Figur 149. Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



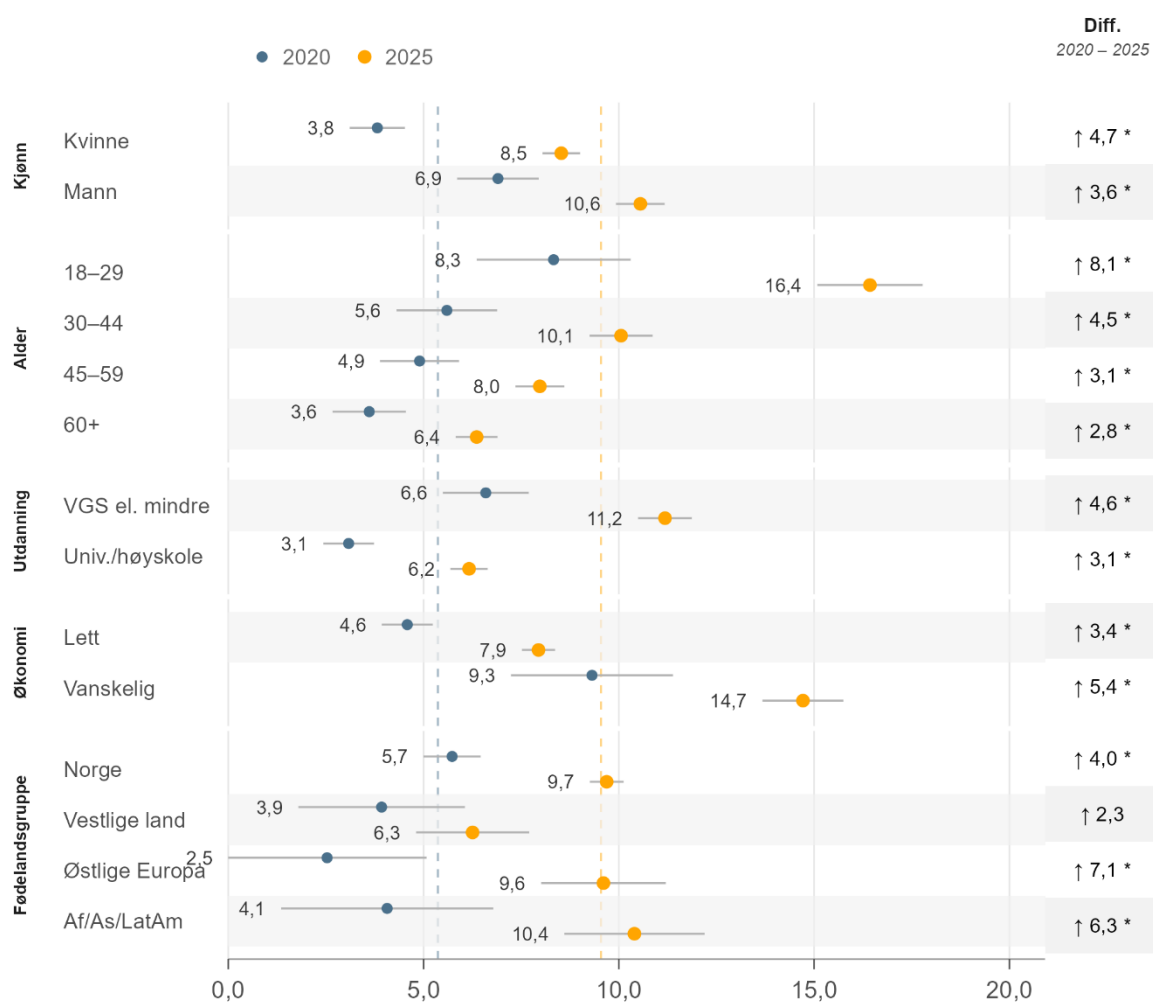
Figur E viser andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe, justert for alder. Blant kvinner varierer andelen fra 17,10 prosent for østlige Europa til 23,80 prosent for Afrika, Asia og Latin-Amerika. Dette er en forskjell på 6,74 prosentpoeng, og mønsteret framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er liten, med Cohen's h på 0,17. For menn varierer andelen fra 23,20 prosent for vestlige land til 31,70 prosent for fødeland Norge. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er menn høyere enn kvinner i alle gruppene.

#### 4.4.4 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk daglig eller oftere

Andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk daglig eller oftere.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 213	9,5 %	9,1 – 9,9
Kvinner	15 187	8,5 %	8,0 – 9,0
Menn	12 026	10,6 %	9,9 – 11,2

Figur 156. Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk daglig eller oftere (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 5,4 (4,7-6,0) | 2025: 9,5 (9,1-9,9) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk daglig eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 5,4 til 9,5 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Økningen ses i begge kjønn, med statistisk sikker endring både blant menn og kvinner, og kjønnsforskjellen ser ut til å være noe mindre i 2025 enn i 2020. På tvers av alder var nivået høyest blant de yngste og lavest blant de eldste i begge år, og alle aldersgrupper hadde en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025. Økningen var størst blant 18-29-åringene, fra 8,3 til 16,4 prosent, noe som bidro til at aldersforskjellene ble tydeligere over tid. Det var også en klar sosial gradient etter utdanning i

begge år, med høyere andel blant personer med videregående skole eller lavere enn blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, samtidig som begge utdanningsgrupper hadde statistisk sikker økning. Tilsvarende lå andelen høyere blant personer med opplevde økonomiske vansker enn blant dem uten slike vansker i både 2020 og 2025, og begge gruppene hadde statistisk sikker økning. Etter fødelandsgruppe økte andelen statistisk sikkert blant personer født i Norge, i Øst-Europa og i Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens endringen for personer fra vestlige land ikke var statistisk sikker.

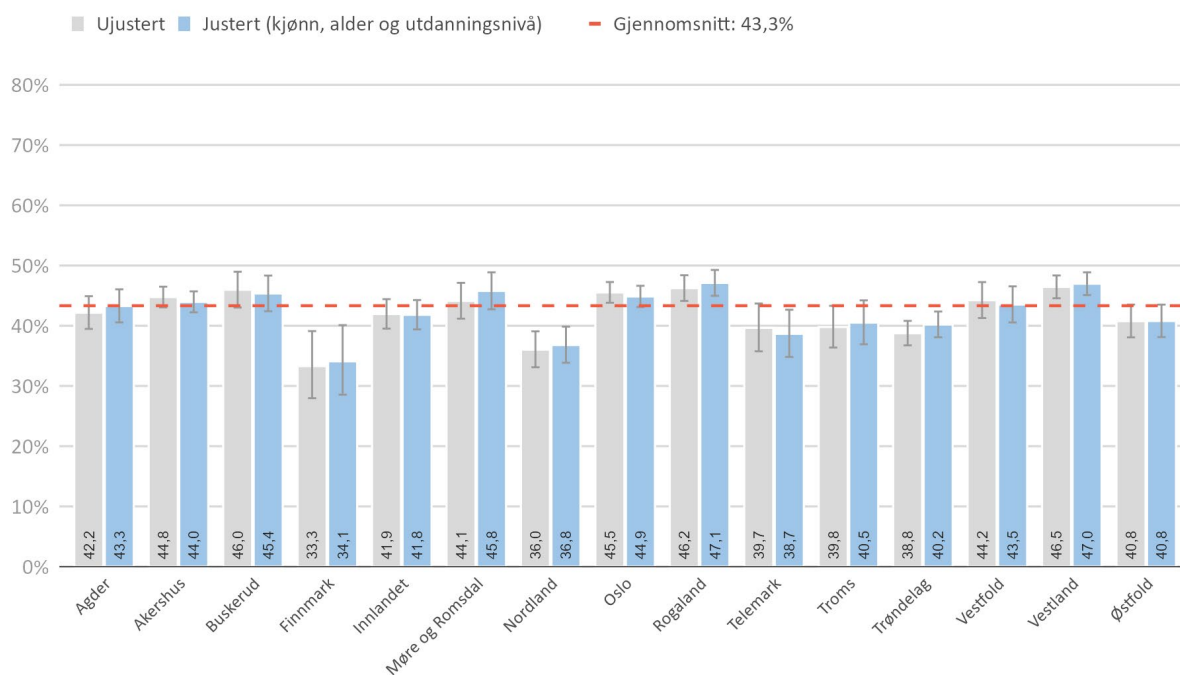
#### 4.4.5 Daglig inntak av frukt eller bær

Deltakerne fikk spørsmål om: «Hvor mye frukt og bær spiser du? Svar i antall porsjoner der én porsjon tilsvarer f.eks. et eple, en banan eller en stor håndfull bær.» I denne rapporten har vi valgt å omtale inntak på én porsjon eller mer per dag som «daglig inntak».

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

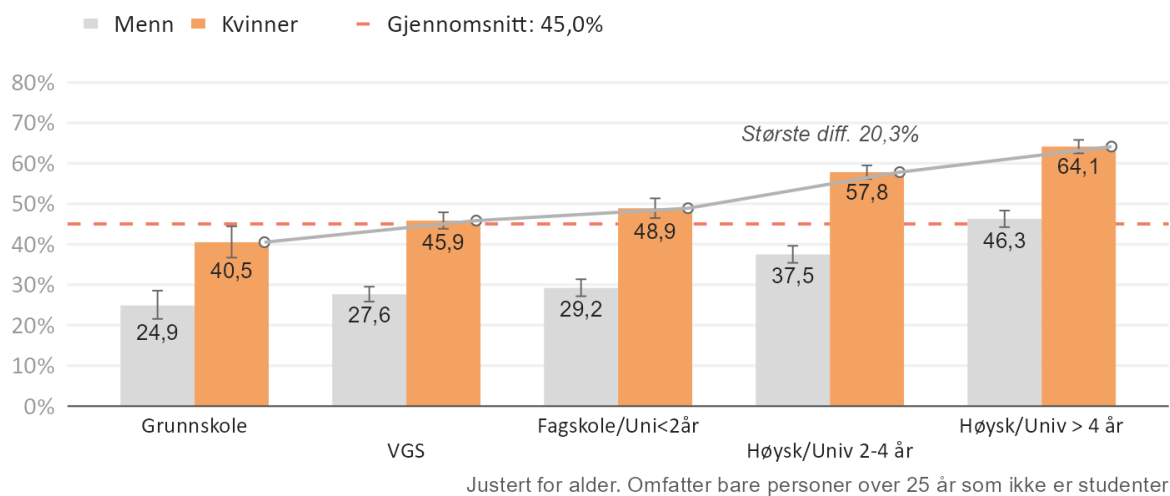
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 363	43,3 %	42,7 – 44,0
Kvinner	15 280	53,0 %	52,2 – 53,9
Menn	12 083	33,7 %	32,8 – 34,6

Figur 157. Daglig inntak av frukt eller bær, etter fylker (A)



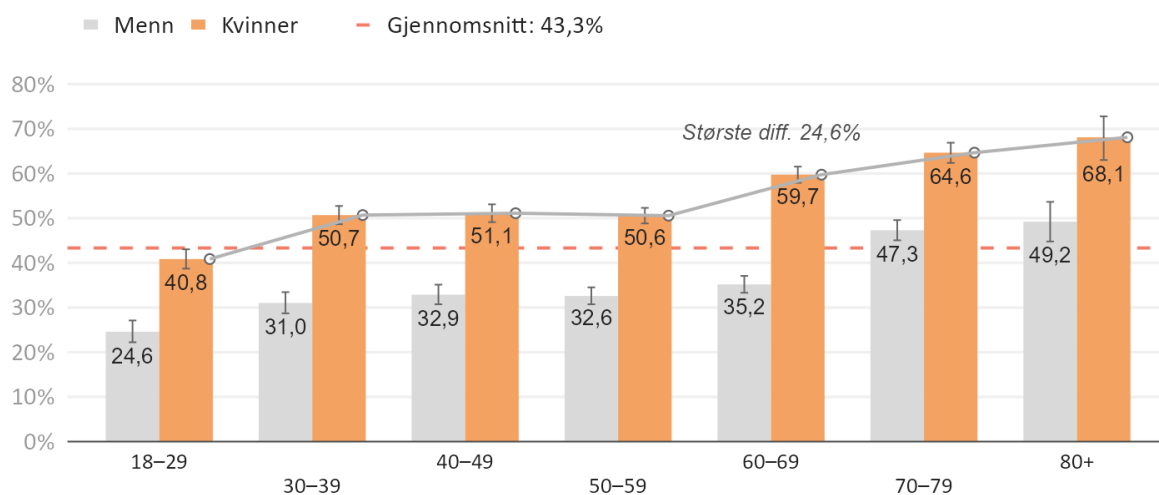
Figur A viser andelen som spiser frukt eller bær daglig fordelt på fylker. Andelen varierer tydelig mellom fylkene. Etter justering for kjønn, alder og utdanningsnivå har Rogaland høyest andel med 47,1 prosent, tett fulgt av Vestland med 47,0 prosent. I den andre enden ligger Finnmark lavest med 34,10 prosent. Nordland har også en lav andel med 36,80 prosent. Forskjellen mellom Rogaland og Finnmark er på 13,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,27, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet viser figuren at det er merkbare fylkesvise forskjeller i hvor stor andel som spiser frukt eller bær daglig.

**Figur 158. Daglig inntak av frukt eller bær, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



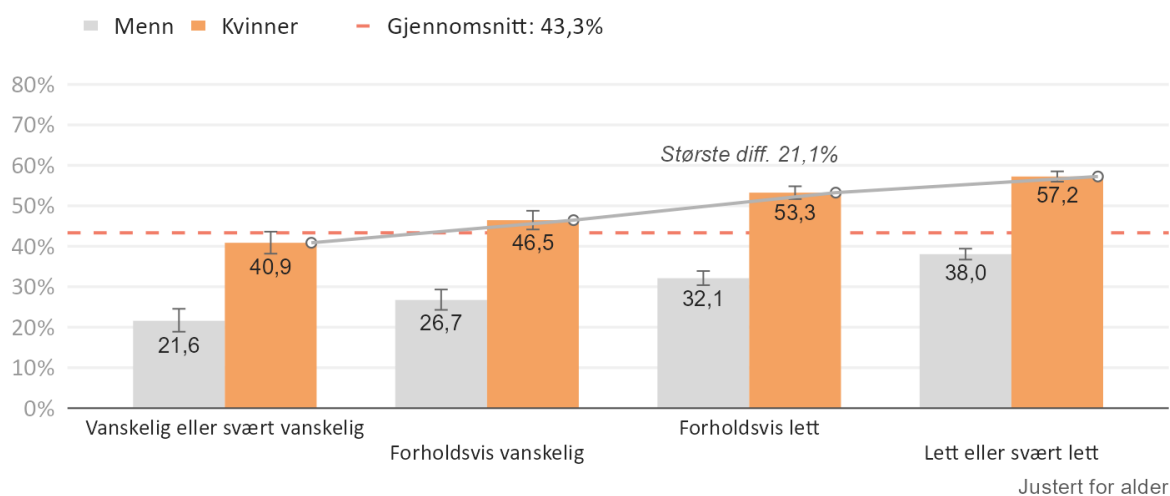
Figur B viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå, justert for alder. Tallene viser et tydelig mønster der andelen som spiser frukt eller bær daglig øker med utdanningsnivå for både kvinner og menn. Kvinner ligger høyere enn menn i alle utdanningsgrupper, og dette framstår som klare forskjeller i samtlige grupper.

Figur 159. Daglig inntak av frukt eller bær, etter kjønn og alder (C)



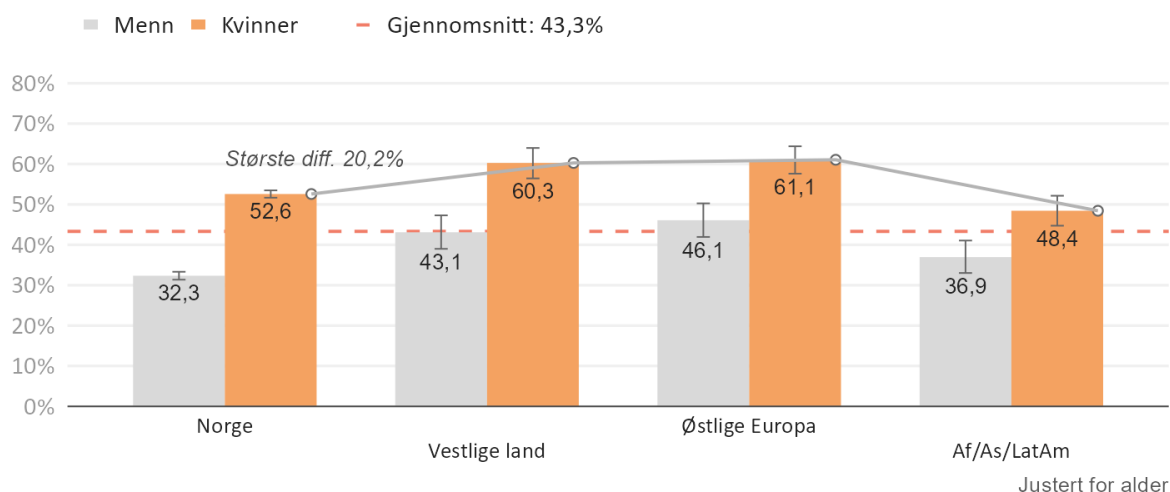
Figur C viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn øker andelen med alder, og de høyeste andelenes finnes i den eldste aldersgruppen. Kvinner har høyere andel enn menn i alle aldersgruppene, og forskjellene mellom kjønnene framstår som klare i hver gruppe.

Figur 160. Daglig inntak av frukt eller bær, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



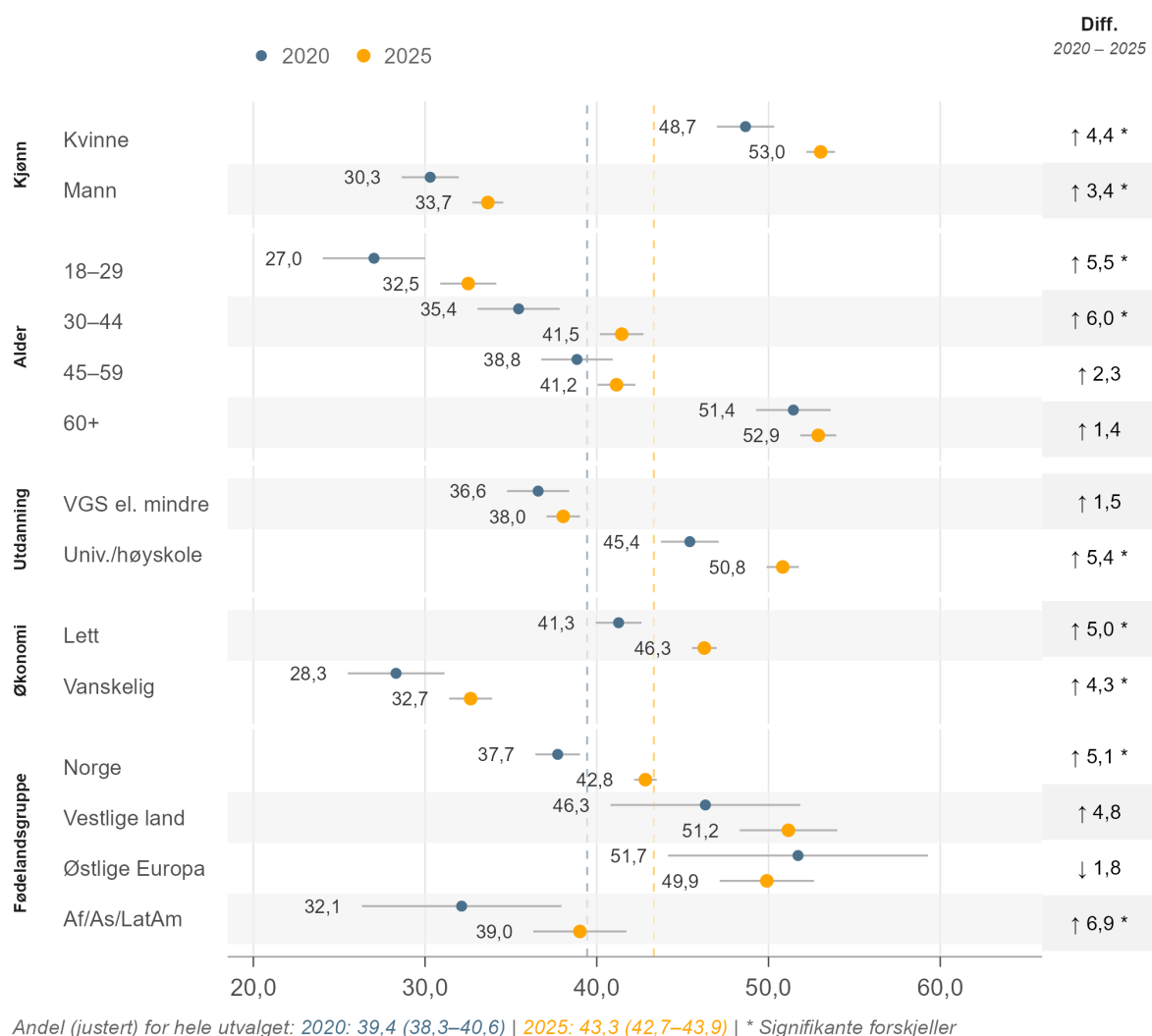
Figur D viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien, justert for alder. Tallene viser et tydelig mønster der daglig inntak av frukt eller bær er vanligere jo bedre husholdningsøkonomien vurderes å være. Samtidig ligger kvinner høyere enn menn i alle økonomiske grupper.

Figur 161. Daglig inntak av frukt eller bær, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som spiser frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe, justert for alder. Andelen varierer noe med fødeland, både blant menn og kvinner. Den største kjønnsforskjellen finnes i Norge

Figur 162. Daglig inntak av frukt eller bær, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som spiser frukt eller bær daglig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 39,4 til 43,3 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Både menn og kvinner hadde en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025, og kjønnsforskjellen ser i hovedsak ut til å være omtrent den samme over tid. Etter alder var det en tydelig statistisk sikker økning blant de yngste voksne 18-29 år og blant 30-44-åringene, mens endringene blant 45-59-åringene og personer 60 år eller eldre ikke var statistisk sikre. Aldersmønsteret var i stor grad stabilt, med høyest andel blant de eldste i begge år. For utdanning var det en statistisk sikker økning blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, men ikke blant dem med videregående skole eller lavere, noe som tyder på at forskjellen mellom utdanningsgruppene ble noe større. I begge grupper for opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker økning, og avstanden mellom dem ser ut til å være nokså lik i 2020 og 2025. Etter fødelandsgruppe var det statistisk sikker økning blant personer født i Norge

og blant personer med bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens endringene for vestlige land og Øst-Europa ikke var statistisk sikre. Samlet peker utviklingen mot en moderat økning i daglig inntak av frukt eller bær, uten store endringer i hovedmønstrene mellom gruppene.

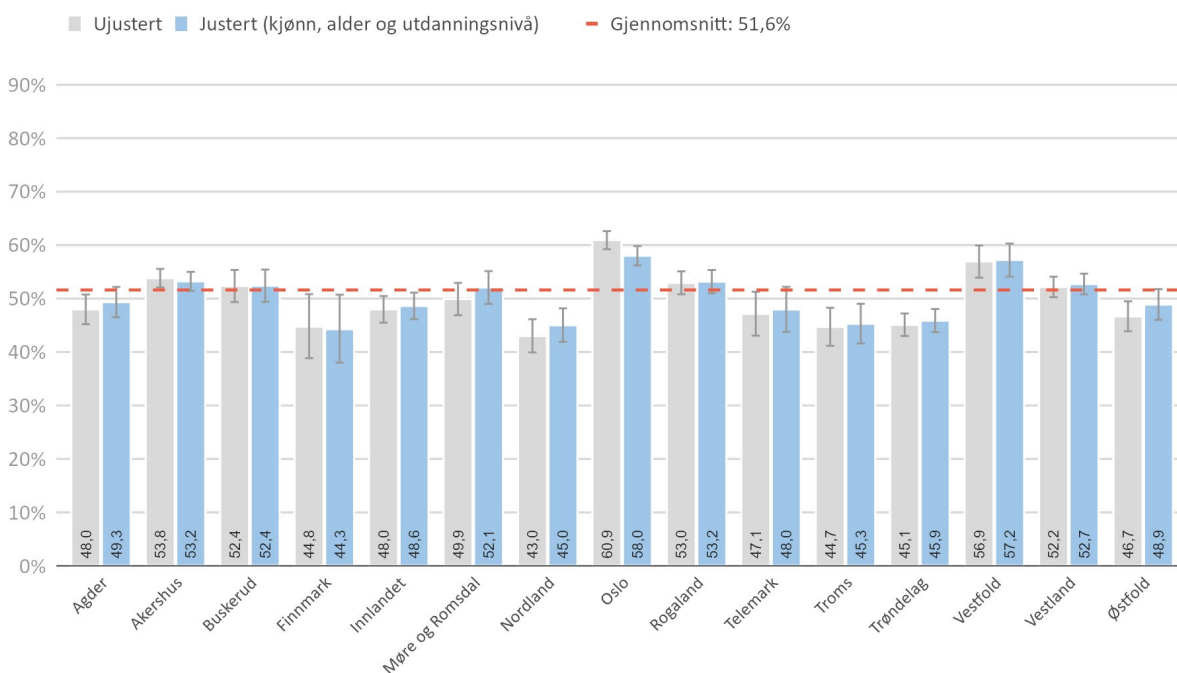
#### 4.4.6 Daglig inntak av grønnsaker

Deltakerne fikk spørsmålet: «Hvor mye grønnsaker spiser du? Svar i antall porsjoner der én porsjon tilsvarer f.eks. en middels stor gulrot eller en liten bolle salat. Regn ikke med poteter.» I denne rapporten har vi valgt å omtale inntak på én porsjon eller mer per dag som «daglig inntak».

Andel (%) som oppgir daglig inntak av grønnsaker.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 171	51,6 %	51,0 – 52,3
Kvinner	15 136	61,8 %	61,0 – 62,7
Menn	12 035	41,5 %	40,5 – 42,4

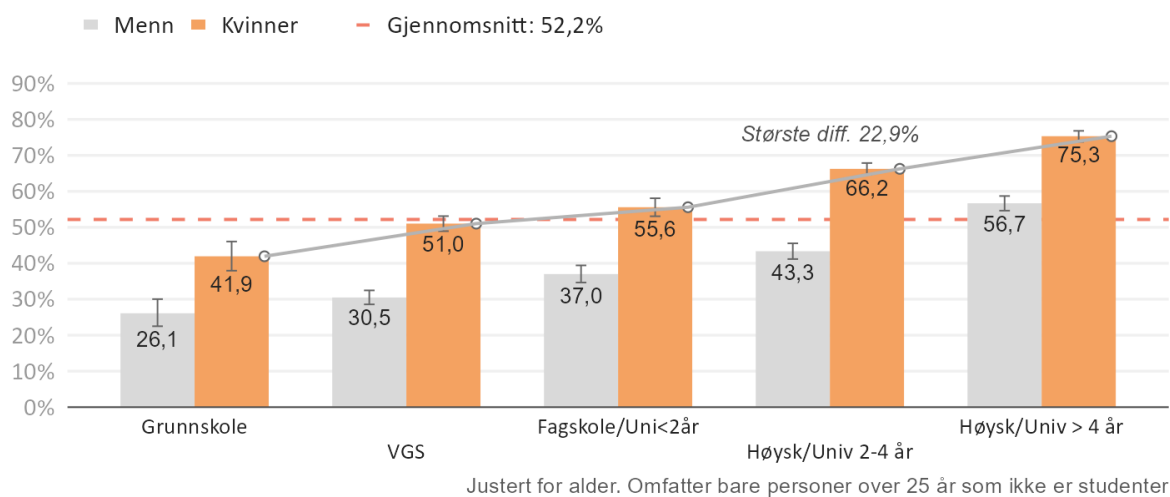
Figur 163. Daglig inntak av grønnsaker, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som spiser grønnsaker daglig fordelt på fylker. Andelen varierer mellom fylkene, justert for kjønn, alder og utdanning varierte det fra 44,3 prosent i Finnmark til 58,0 prosent i Oslo. Dette gir en forskjell på 13,7 prosentpoeng mellom ytterpunktene, og det er et

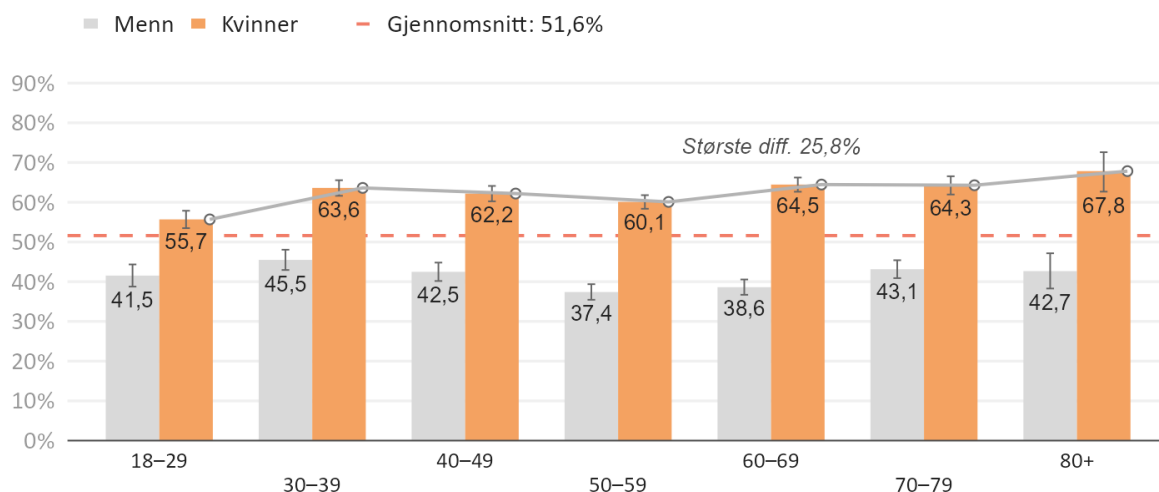
klart skille mellom fylket med høyest og lavest andel. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,28, noe som tilsvarer en middels forskjell. Samlet viser figuren at det er tydelige geografiske forskjeller i daglig inntak av grønnsaker.

Figur 164. Daglig inntak av grønnsaker, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



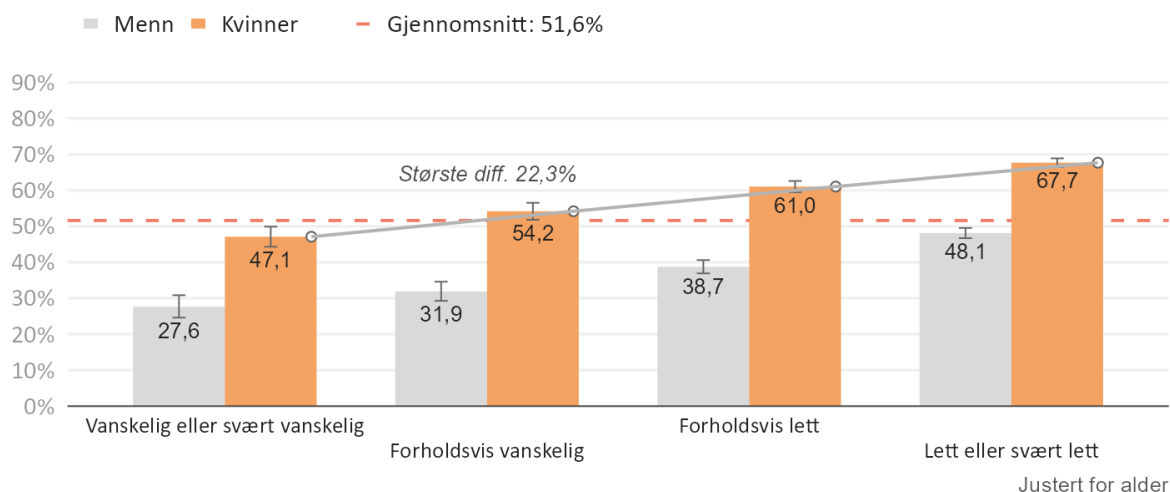
Figur B viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå, justert for alder. For både kvinner og menn øker andelen med høyere utdanning. Samlet viser figuren en tydelig sosial gradient, samtidig som kvinner oftere enn menn spiser grønnsaker daglig på alle utdanningsnivå.

Figur 165. Daglig inntak av grønnsaker, etter kjønn og alder (C)



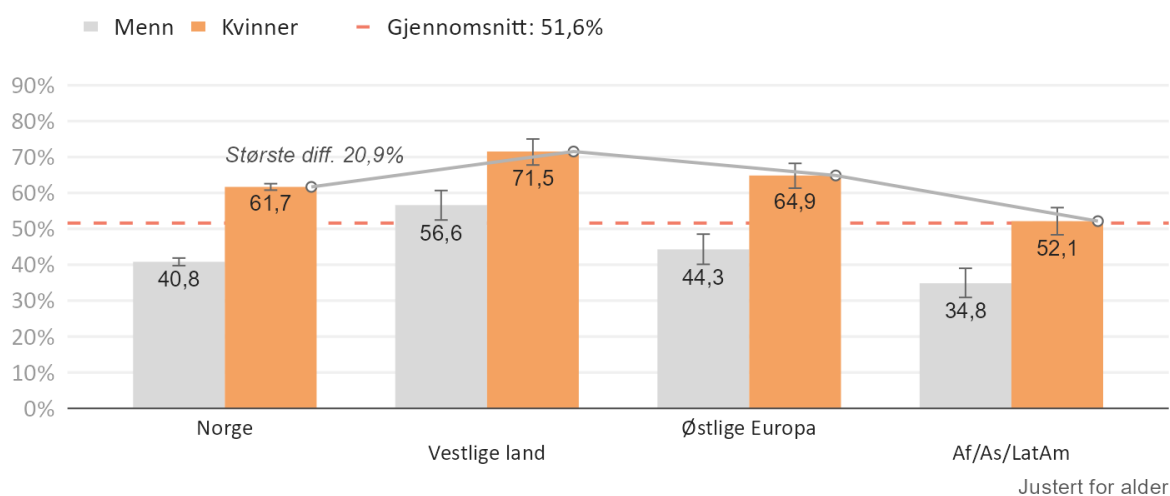
Figur C viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og alder. Både blant kvinner og menn varierer andelen relativt lite mellom aldersgruppene. Det er imidlertid klare kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene. Kvinner har gjennomgående høyere andel enn menn som spiser grønnsaker daglig. Forskjellen er minst i alderen 18–29 år, der den er 14,2 prosentpoeng, og størst i alderen 60–69 år, der den er 25,8 prosentpoeng.

Figur 166. Daglig inntak av grønnsaker, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



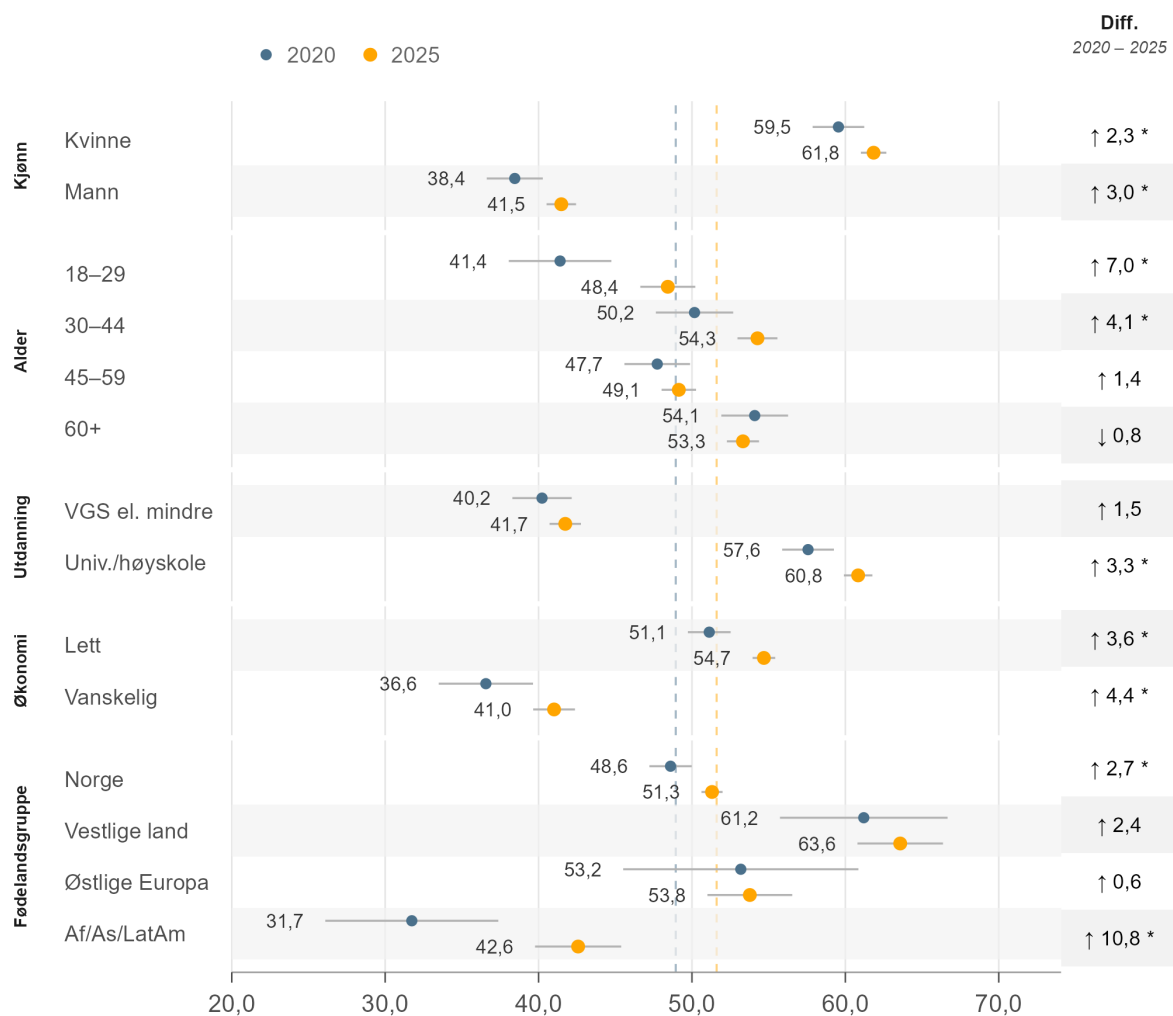
Figur D viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien, justert for alder. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er lett eller svært lett, og lavest blant dem som oppgir at den er vanskelig eller svært vanskelig.

Figur 167. Daglig inntak av grønnsaker, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som spiser grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe, justert for alder. Andelen varierer med fødeland og er høyest for vestlige land. Tallene viser videre et klart mønster der kvinner har høyere andel enn menn i alle fødelandsgruppene.

Figur 168. Daglig inntak av grønnsaker, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 48,9 (47,7-50,2) | 2025: 51,6 (51,0-52,2) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som spiser grønnsaker daglig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 48,9 til 51,6 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. For kjønn var det statistisk sikre økninger både blant menn og kvinner, og forskjellen mellom kjønnene ser dermed ut til å være omtrent den samme i 2025 som i 2020. Aldersmønsteret er også i hovedsak stabilt, men de yngste hadde en statistisk sikker økning fra 41,4 til 48,4 prosent, mens gruppene 45-59 år og 60 år eller eldre ikke hadde statistisk sikre endringer. For utdanning var det en statistisk sikker økning blant personer

med universitets- eller høyskoleutdanning, men ikke blant dem med videregående skole eller mindre, slik at utdanningsforskjellen ser ut til å bestå. Også for opplevde økonomiske vansker var det statistisk sikre økninger i begge gruppene, uten at mønsteret mellom gruppene ser ut til å ha endret seg tydelig. Etter fødelandsgruppe var utviklingen mer ulik. Personer født i Afrika, Asia eller Latin-Amerika hadde den største statistisk sikre økningen, fra 31,7 til 42,6 prosent, mens det ikke var statistisk sikre endringer i gruppene fra vestlige land eller Øst-Europa. Dette tyder på at forskjellene mellom fødelandsgruppene ble noe mindre fra 2020 til 2025, selv om nivåene fortsatt var ulike.

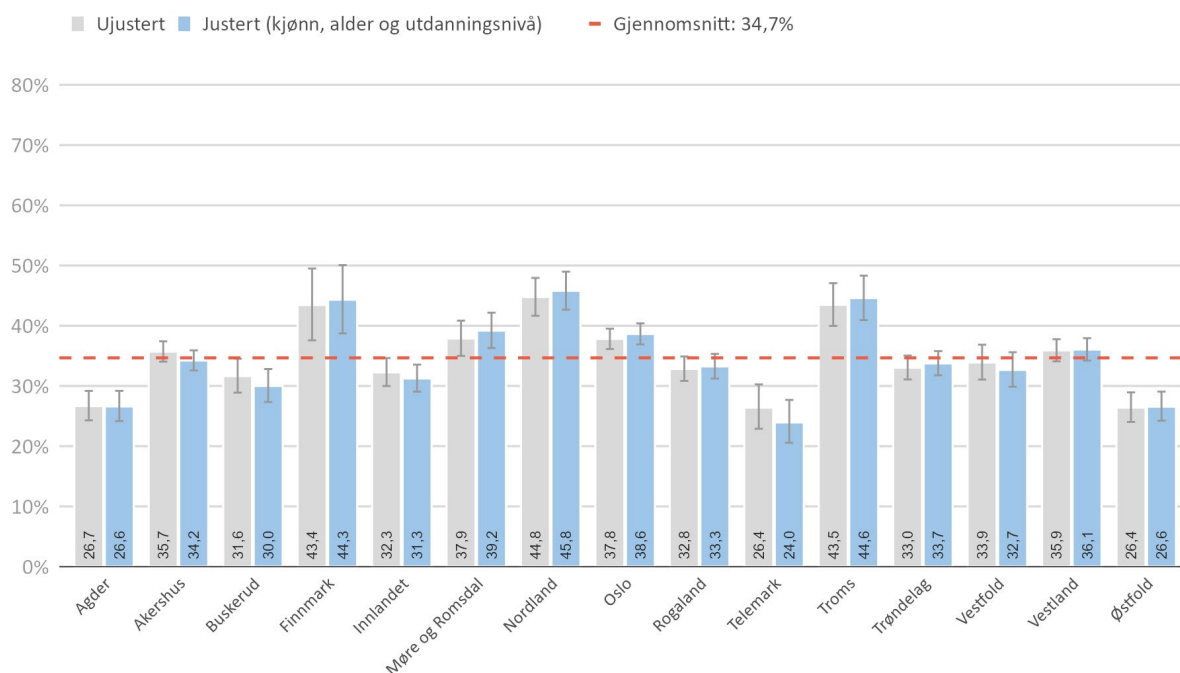
#### 4.4.7 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Deltakerne fikk spørsmålet «Hvor ofte spiser du fisk som hovedrett til middag eller lunsj? Ikke regn med fisk som pålegg». I denne rapporten har vi valgt å vise resultater for andelen som svarte 2-3 ganger per uke eller oftere.

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

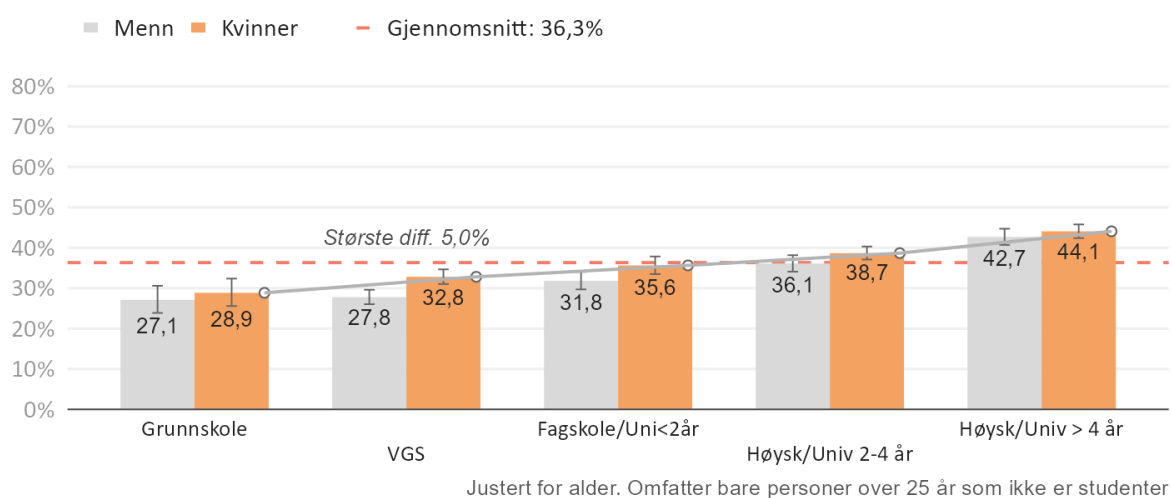
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	26 848	34,7 %	34,1 – 35,3
Kvinner	14 983	35,6 %	34,8 – 36,4
Menn	11 865	33,8 %	32,8 – 34,7

Figur 169. Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter fylker (A)



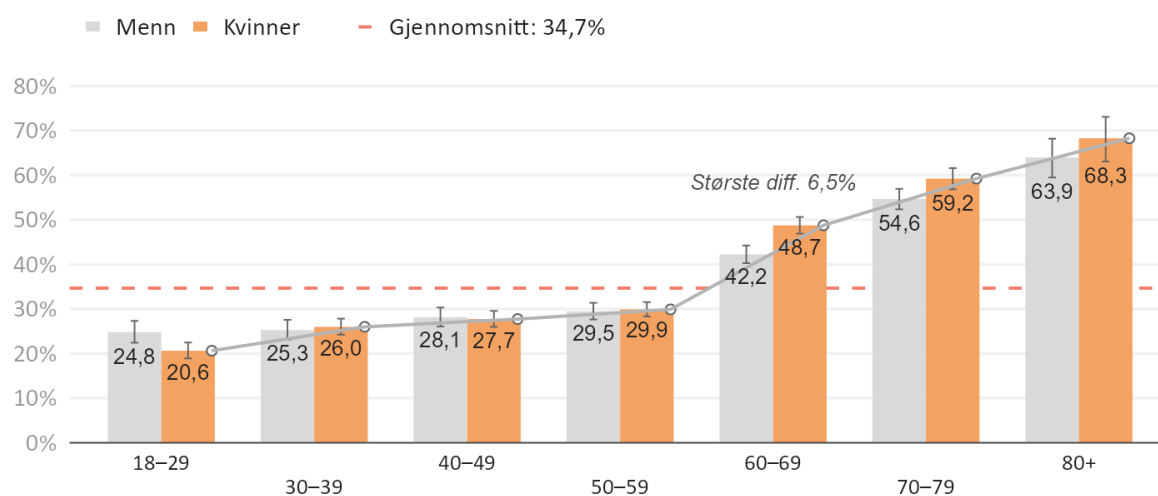
Figur A viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken fordelt på fylker. Det er tydelige forskjeller mellom fylkene. Nordland har den høyeste andelen, med 45,8 prosent etter justering for kjønn, alder og utdanning, mens Telemark har den laveste andelen, med 24,0 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 21,8 prosentpoeng, noe som viser et klart geografisk skille. Cohen's h er 0,46, som tilsvarer en middels forskjell. Samlet sett viser figuren en tydelig geografisk variasjon i hvor stor andel som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken der de høyeste andelenes finnes i nordlige fylker, mens flere fylker i sør og sørøst ligger lavere.

Figur 170. Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



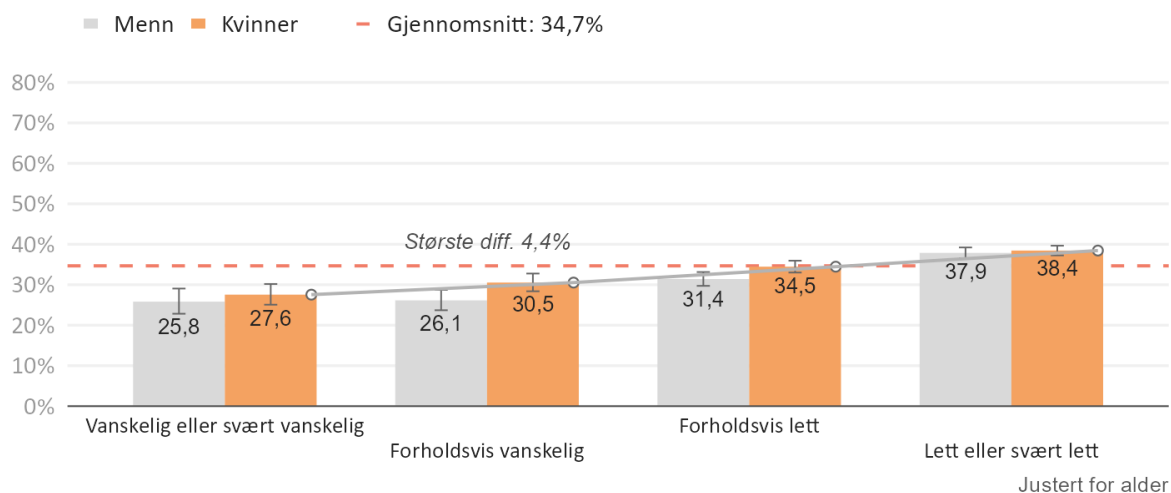
Figur B viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå, justert for alder. Tallene viser et tydelig utdanningsmønster for begge kjønn, der andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken øker med utdanningsnivå. Kvinner ligger gjennomgående noe høyere enn menn i alle utdanningsgrupper, men forskjellene mellom kjønnene er som regel små. Det klareste kjønnsforskjellen finnes blant dem med videregående skole, der 32,80 prosent av kvinnene og 27,80 prosent av mennene spiser fisk så ofte, en forskjell på 5,03 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene ikke klare.

Figur 171. Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og alder (C)



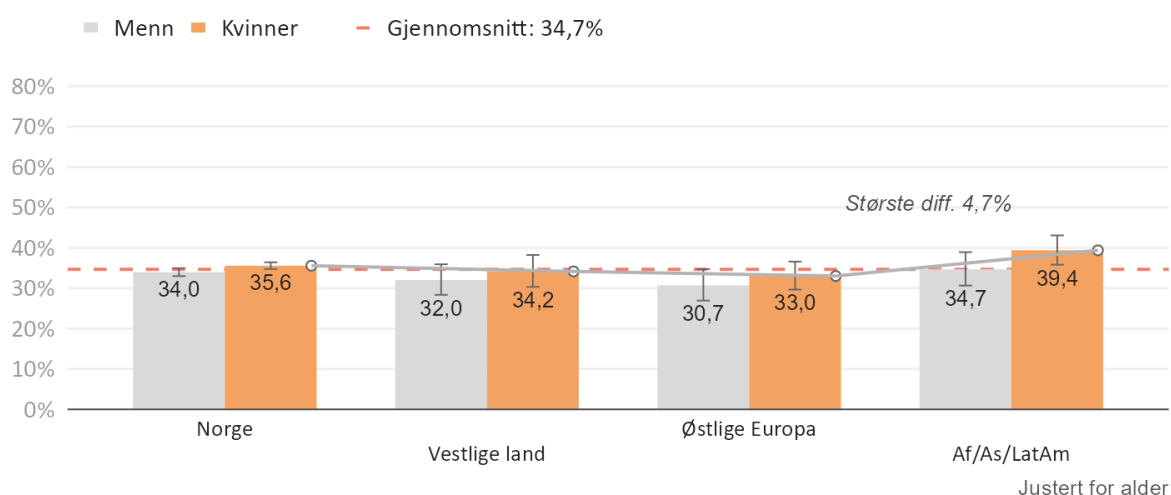
Figur C viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker tydelig med alder for både kvinner og menn, og det er stor forskjell på andelene i de yngste og eldste aldersgruppene. Økningen er særlig tydelig fra 50-59 år og videre oppover i alder. Det er gjennomgående små kjønnsforskjeller i de fleste aldersgruppene.

Figur 172. 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, justert for alder. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og lavest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Menn ligger noe lavere enn kvinner i alle gruppene, men forskjellene er små, fra 0,58 til 4,40 prosentpoeng, og framstår ikke som klare. Samlet peker resultatene på at vurderingen av husholdningsøkonomien henger sammen med hvor ofte både kvinner og menn spiser fisk.

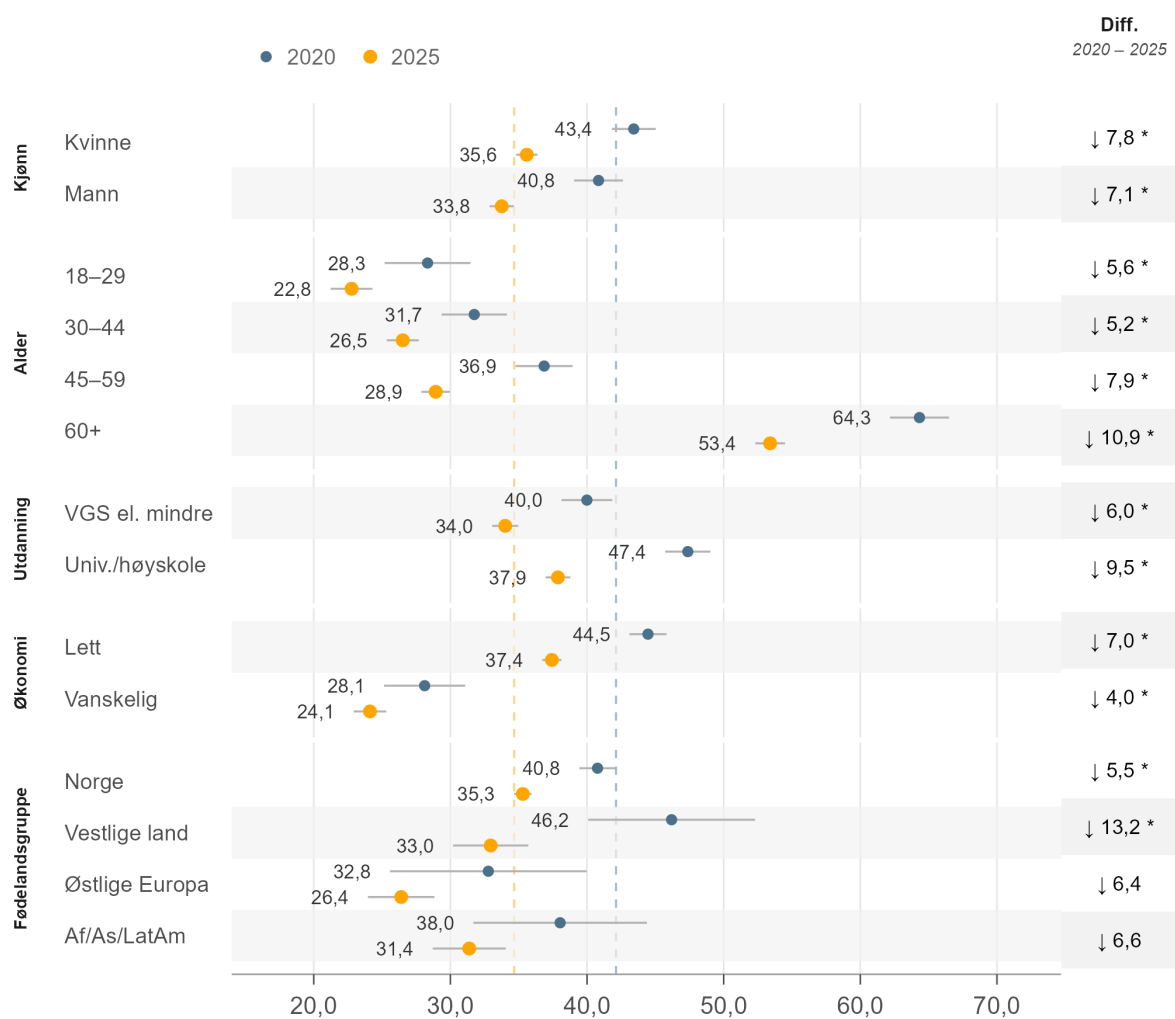
Figur 173. Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe, justert for alder. Verken blant kvinner eller menn framstår forskjellene mellom

fødelandsgruppene som klare. Ser vi på kjønn innen hver fødelandsgruppe, er andelen gjennomgående noe høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 174. Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 42,1 (40,9-43,3) | 2025: 34,7 (34,1-35,3) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk andelen ned fra 42,1 til 34,7 prosent, og dette er en statistisk sikker nedgang. Nedgangen var statistisk sikker for både menn og kvinner, og kjønnsforskjellen ser ellers ut til å være nokså lik i 2020 og 2025. På tvers av alder var det også statistisk sikker nedgang i alle grupper, samtidig som de eldste fortsatt lå klart høyest i begge år. Fallet var størst blant personer 60 år og eldre, fra 64,3 til 53,4 prosent, men aldersmønsteret var i hovedsak det samme over tid. Begge utdanningsgrupper hadde en statistisk sikker nedgang fra 2020 til 2025, og forskjellen mellom dem ser ut til å ha blitt noe mindre. Også

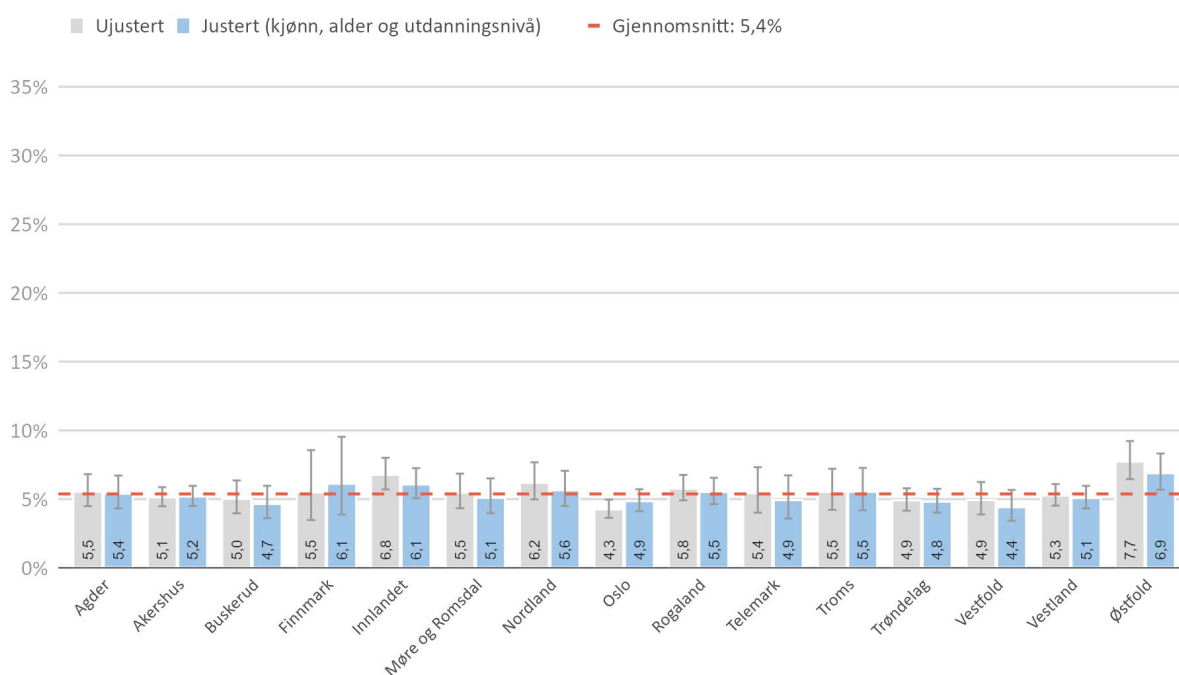
innen opplevd økonomiske vansker var det statistisk sikker nedgang i begge grupper, mens avstanden mellom dem framstår som relativt stabil. For fødelandsgrupper var nedgangen statistisk sikker for personer født i Norge og i vestlige land, men ikke statistisk sikker for personer fra Øst-Europa eller fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. Samlet peker utviklingen derfor mot lavere fiskeinntak i de fleste grupper, uten store endringer i hovedmønstrene mellom gruppene.

#### 4.4.8 Daglig bruk av røyk/sigaretter

Andel (%) som oppgir daglig røyking.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 354	5,4 %	5,1 – 5,6
Kvinner	15 266	5,4 %	5,0 – 5,7
Menn	12 088	5,4 %	5,0 – 5,8

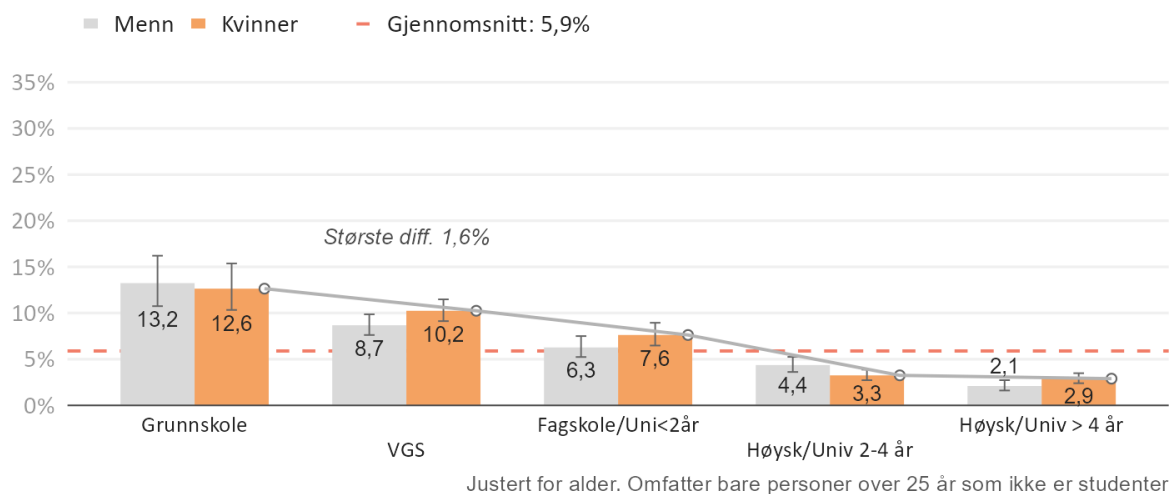
Figur 181. Daglig bruk av røyk/sigaretter, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som røyker daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Det er geografiske forskjeller mellom fylkene, og Østfold har den høyeste andelen med 6,9 prosent, mens Vestfold har den laveste med 4,4 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 2,5 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,11,

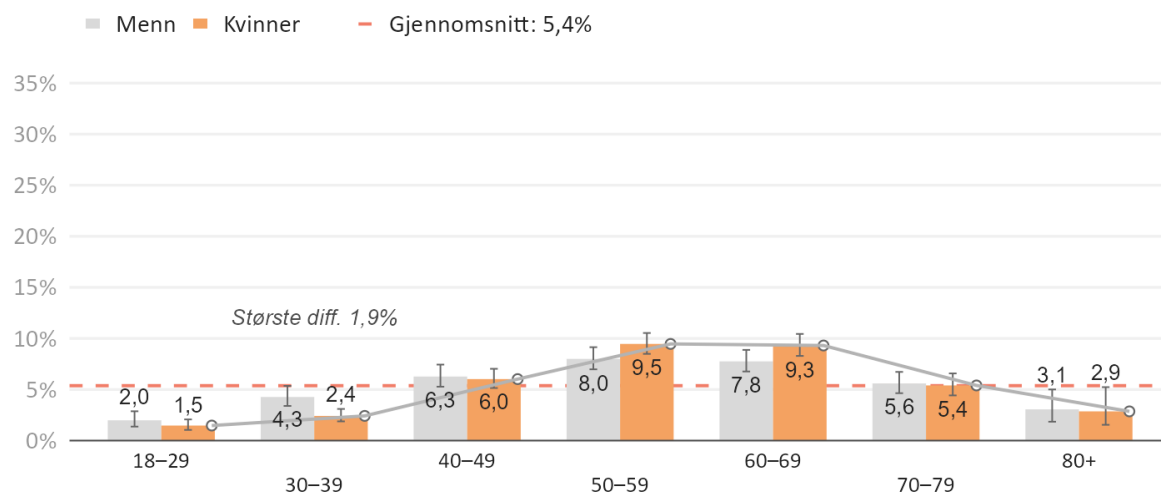
noe som tilsvarer en liten forskjell. Samlet sett viser figuren moderate fylkesvise variasjoner i andelen som røyker daglig.

**Figur 182. Daglig bruk av røyk/sigaretter, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



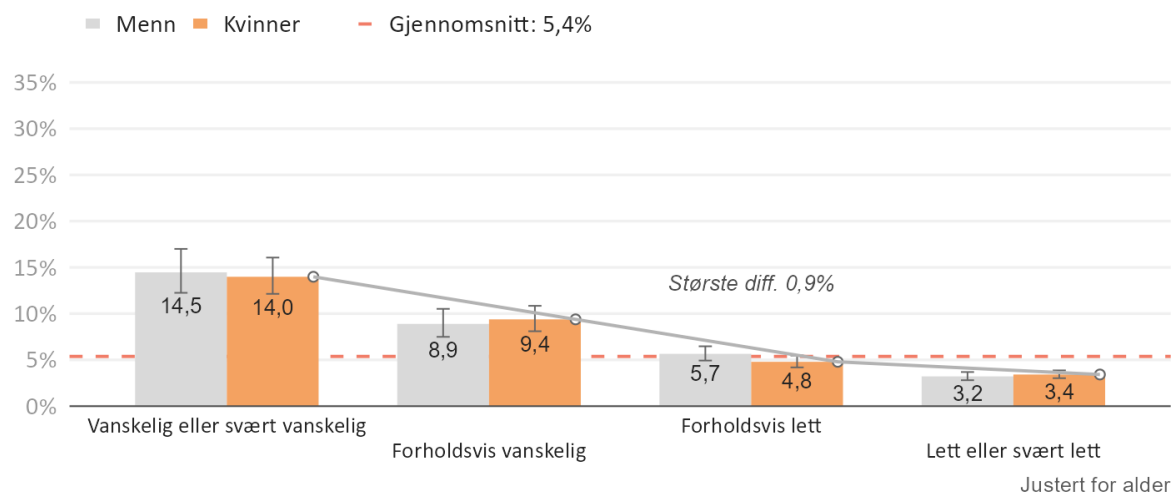
Figur B viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over fire år. Blant kvinner er andelen 12,6 prosent i gruppen med grunnskole og 2,9 prosent i gruppen med høyest utdanning, en forskjell på 9,7 prosentpoeng. Cohen's h er 0,39, noe som tilsvarer en middels forskjell. Blant menn er andelen 13,2 prosent i gruppen med grunnskole og 2,1 prosent i gruppen med høyest utdanning, en forskjell på 11,1 prosentpoeng. Cohen's h er 0,45, som også tilsvarer en middels forskjell. Tallene viser ellers en tydelig sosial gradient i dagligrøyking. Andelen er relativt høy blant dem med videregående opplæring og fagskole eller kort universitetsutdanning, og lavere blant dem med lengre høyere utdanning. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen de enkelte utdanningsgruppene. Menn ligger noe høyere enn kvinner i noen grupper, mens kvinner ligger noe høyere i andre, men forskjellene framstår som små.

**Figur 183. Daglig bruk av røyk/sigaretter, etter kjønn og alder (C)**



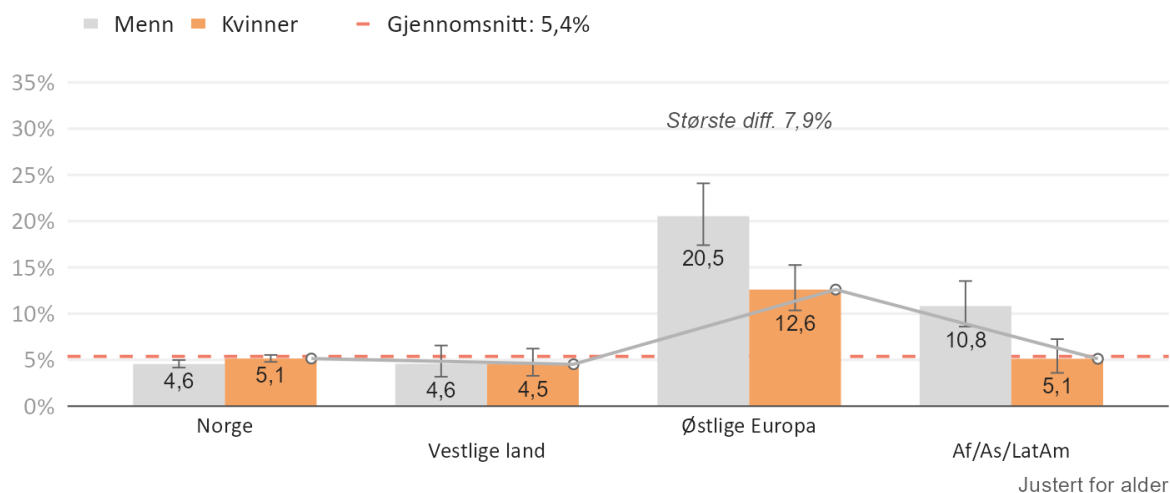
Figur C viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 1,5 prosent, og høyest i aldersgruppen 50–59 år, med 9,5 prosent. Differansen er 8,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,38, noe som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen også lavest i aldersgruppen 18–29 år, med 2,0 prosent, og høyest i aldersgruppen 50–59 år, med 8,0 prosent. Differansen er 6,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,29, som også tilsier en middels forskjell. For begge kjønn øker andelen fra de yngste aldersgruppene opp mot 50–59 år, før den avtar i de eldre aldersgruppene. Blant kvinner holder andelen seg relativt høy også i aldersgruppen 60–69 år, med 9,3 prosent, før den faller til 5,4 prosent i 70–79 år og 2,9 prosent i 80 år og eldre. Menn følger et lignende mønster, med 7,8 prosent i 60–69 år, 5,0 prosent i 70–79 år og 3,1 prosent i 80 år og eldre. Det er få tydelige kjønnsforskjeller. Det eneste klare skillet finnes i aldersgruppen 30–39 år, der menn ligger 1,9 prosentpoeng høyere enn kvinner. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mellom kvinner og menn små.

Figur 184. Daglig bruk av røyk/sigaretter, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



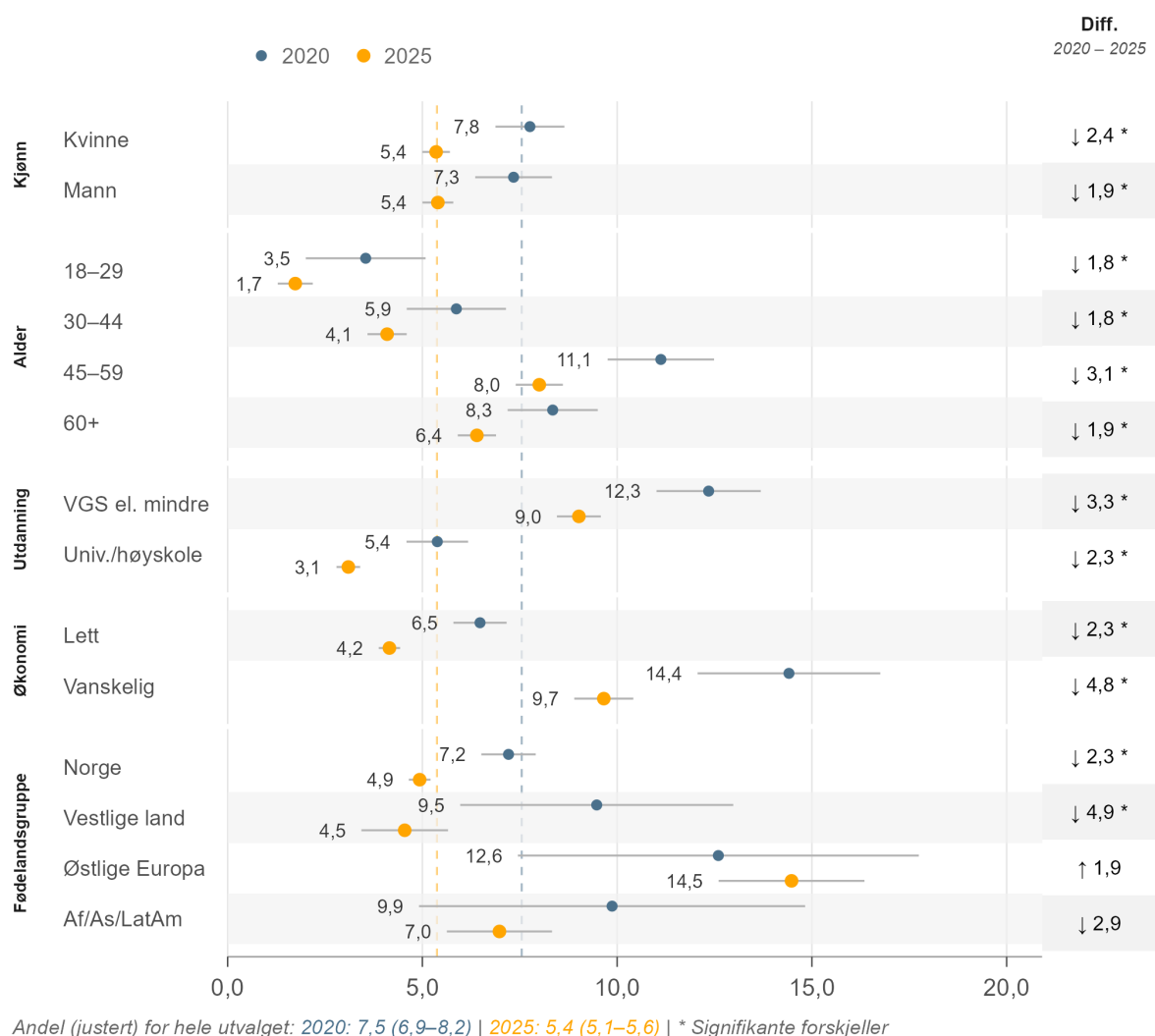
Figur D viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen lavest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, og høyest blant dem som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig. Blant kvinner er andelen 3,4 prosent i gruppen med lett eller svært lett økonomi og 14,0 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi. Differansen er 10,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,39, noe som tilsvarer en middels forskjell. Det samme mønsteret gjelder for menn. Andelen er 3,2 prosent blant dem som oppgir lett eller svært lett økonomi og 14,5 prosent ved vanskelig eller svært vanskelig økonomi. Differansen er 11,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,42, som også tilsvarer en middels forskjell. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen de enkelte økonomigruppene. Forskjellene mellom menn og kvinner er små i alle grupper. Samlet peker figuren dermed på en tydelig sammenheng mellom opplevd husholdningsøkonomi og daglig røyking, mens forskjellene mellom kvinner og menn er små.

Figur 185. Daglig bruk av røyk/sigaretter, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som røyker daglig, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Østlige Europa, med 12,6 prosent, og lavest i vestlige land, med 4,5 prosent. Differansen er 8,1 prosentpoeng, noe som tyder på et tydelig skille, og Cohen's h er 0,30, som tilsvarer en middels forskjell. Kvinner fra Norge og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger begge på 5,1 prosent. Blant menn er andelen også høyest i Østlige Europa, med 20,5 prosent, mens den er lavest i Norge og vestlige land, med 4,6 prosent. Differansen er 15,9 prosentpoeng, og dette framstår som et tydelig skille. Cohen's h er 0,51, som tilsvarer en stor forskjell. Menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 10,8 prosent. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hver fødelandsgruppe, er det tydelige kjønnsforskjeller i to grupper. I Østlige Europa er andelen 7,9 prosentpoeng høyere blant menn enn blant kvinner. Også i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika er andelen høyere blant menn, med en forskjell på 5,7 prosentpoeng. For personer fra Norge og fra vestlige land er forskjellene mellom kjønnene små og framstår ikke som tydelige.

Figur 186. Daglig bruk av røyk/sigaretter, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som røyker daglig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk andelen ned fra 7,6 til 5,4 prosent, og dette er en statistisk sikker nedgang. Nedgangen ses også blant både menn og kvinner, med statistisk sikker endring i begge grupper, slik at kjønnsforskjellene framstår som små i begge år. På tvers av alder gikk andelen ned i alle aldersgrupper, og endringen var statistisk sikker i hver gruppe. Mønsteret mellom aldersgruppene er i hovedsak det samme i 2025 som i 2020, med høyest nivå blant 45-59-åringene og lavest blant 18-29-åringene. Også innen utdanning var det en statistisk sikker nedgang i begge grupper, samtidig som personer med videregående skole eller mindre fortsatt lå klart høyere enn personer med universitets- eller høyskoleutdanning. For opplevde økonomiske vansker var det statistisk sikker nedgang både blant dem uten og med slike vansker, men nivåforskjellen mellom gruppene var fortsatt tydelig i 2025. Etter fødelandsgruppe var det statistisk sikker nedgang blant personer født i Norge og i vestlige land, mens endringene

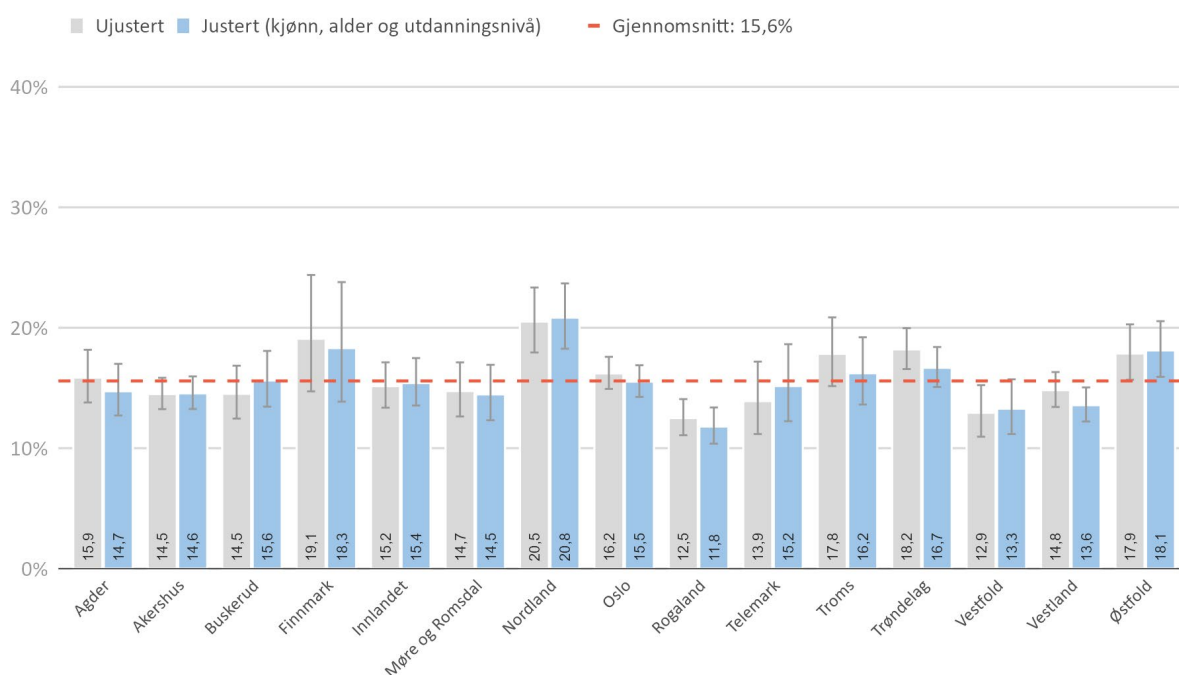
ikke var statistisk sikre blant personer fra Øst-Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. Samlet tyder dette på at hovedbildet i 2025 ligner 2020, men med gjennomgående lavere andeler i flere grupper.

#### 4.4.9 Daglig bruk av snus

Andel (%) som oppgir å bruke snus daglig.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 274	15,6 %	15,1 – 16,1
Kvinner	15 229	10,4 %	9,9 – 11,0
Menn	12 045	20,7 %	19,9 – 21,5

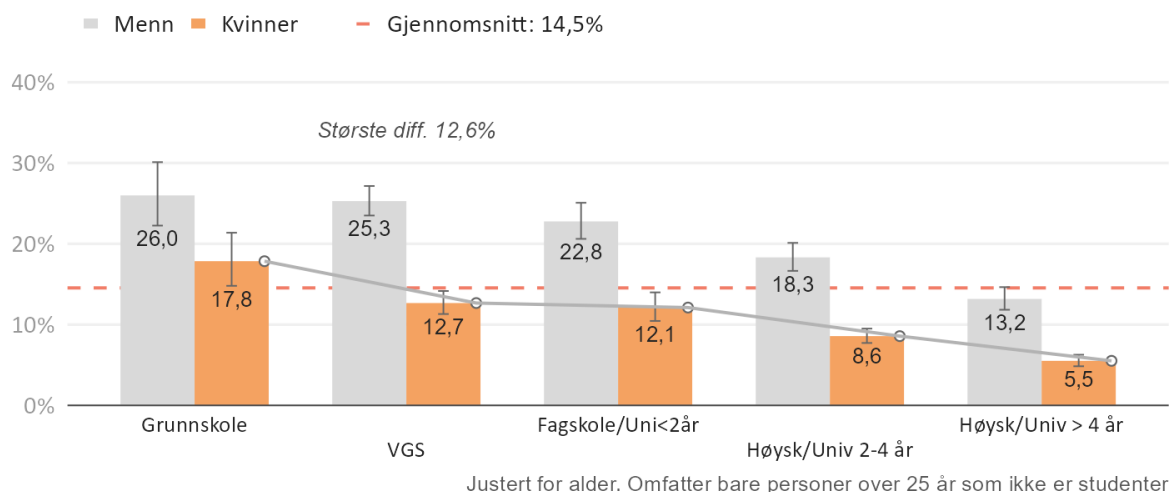
Figur 187. Daglig bruk av snus, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som bruker snus daglig, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Nordland, med 20,8 prosent, og lavest i Rogaland, med 11,8 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 9,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,25, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet viser figuren at

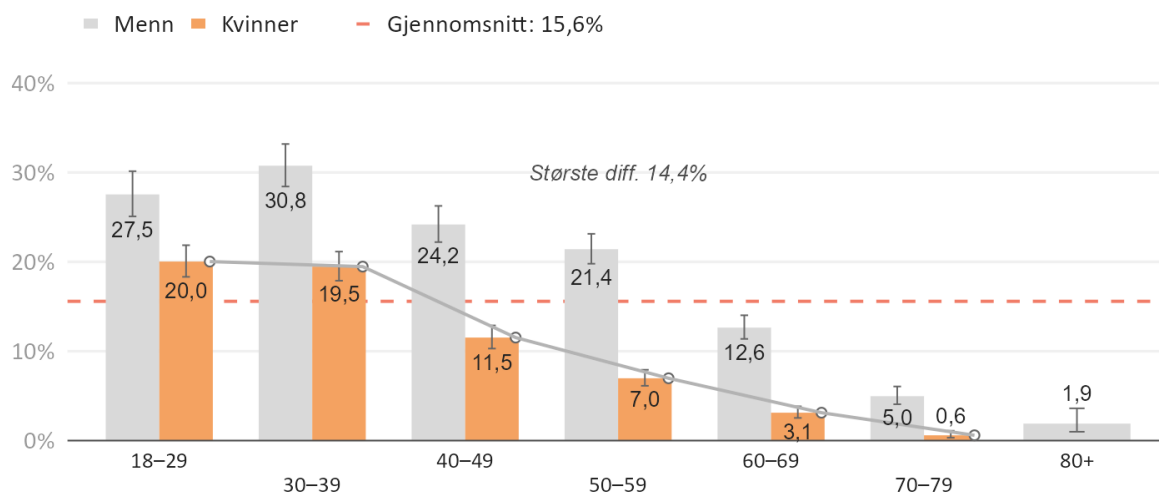
det er tydelige geografiske forskjeller i daglig snusbruk mellom fylkene, med høyest nivå i Nordland og lavest nivå i Rogaland.

**Figur 188. Daglig bruk av snus, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



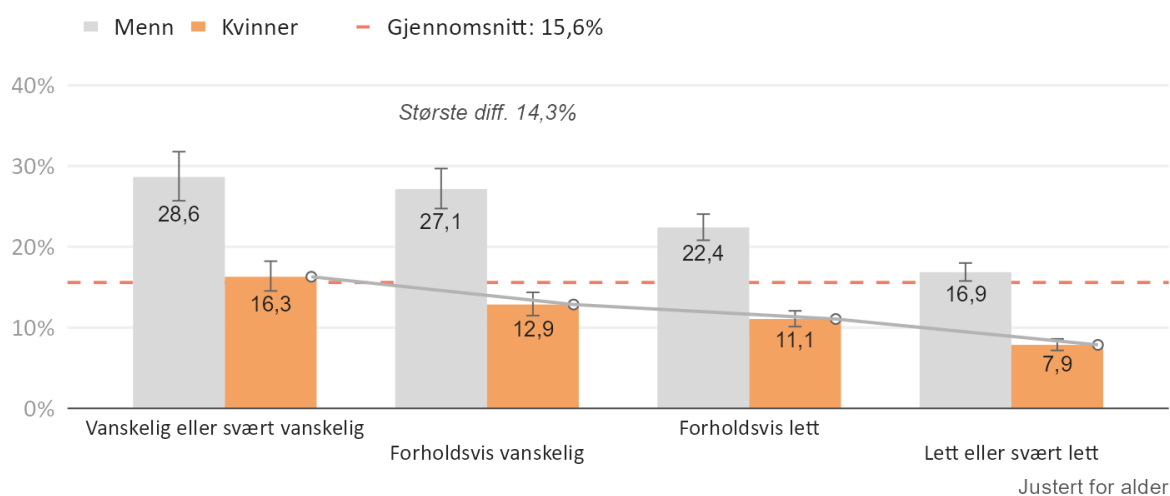
Figur B viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 17,8 prosent bruker snus daglig, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, der andelen er 5,5 prosent. Differansen er 12,3 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,40 og kan vurderes som en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 26,0 prosent, og lavest i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 13,2 prosent. Her er differansen 12,8 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,33, som også tilsvarer en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der daglig snusbruk er vanligere ved lavere utdanningsnivå, både blant kvinner og menn. Det er også klare kjønnsforskjeller i alle utdanningsgruppene, med høyere andeler blant menn enn blant kvinner.

**Figur 189. Daglig bruk av snus, etter kjønn og alder (C)**



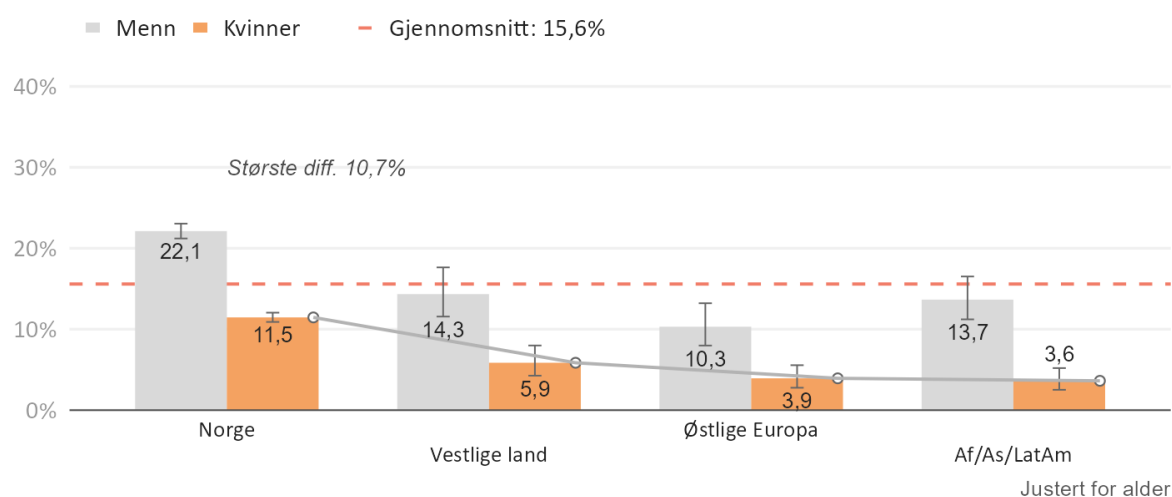
Figur C viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18–29 år, med 20,0 prosent, og faller deretter gradvis med økende alder. I alderen 70–79 år er andelen 0,6 prosent, som er den laveste oppgitte verdien blant kvinner. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 19,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,83, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen høyest i alderen 30–39 år, med 30,8 prosent. Også blant menn avtar andelen med alder, og den laveste verdien er 1,9 prosent i gruppen 80 år og eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 28,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,90, som også tilsier en stor forskjell. Det er klare kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene der begge kjønn er oppgitt. Menn har høyere andel enn kvinner i samtlige av disse gruppene. Samlet viser figuren at daglig snusbruk er mest utbredt i de yngre og middelaldrende aldersgruppene, og at nivået er høyere blant menn enn blant kvinner.

Figur 190. Daglig bruk av 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 lavest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, med 7,9 prosent, og høyest i gruppen som opplever den som vanskelig eller svært vanskelig, med 16,3 prosent. Dette gir en forskjell på 8,4 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,26 og kan omtales som en middels forskjell. Også blant menn er andelen lavest i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi, der 16,9 prosent bruker snus daglig, og høyest i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, der andelen er 28,6 prosent. Forskjellen er 11,7 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,28, som også tilsvarer en middels forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster for begge kjønn: daglig snusbruk er vanligere blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig enn blant dem som vurderer den som lett. I tillegg er andelen høyere blant menn enn blant kvinner i alle gruppene. Dette tyder på klare kjønnsforskjeller i daglig snusbruk uavhengig av hvordan husholdningsøkonomien vurderes.

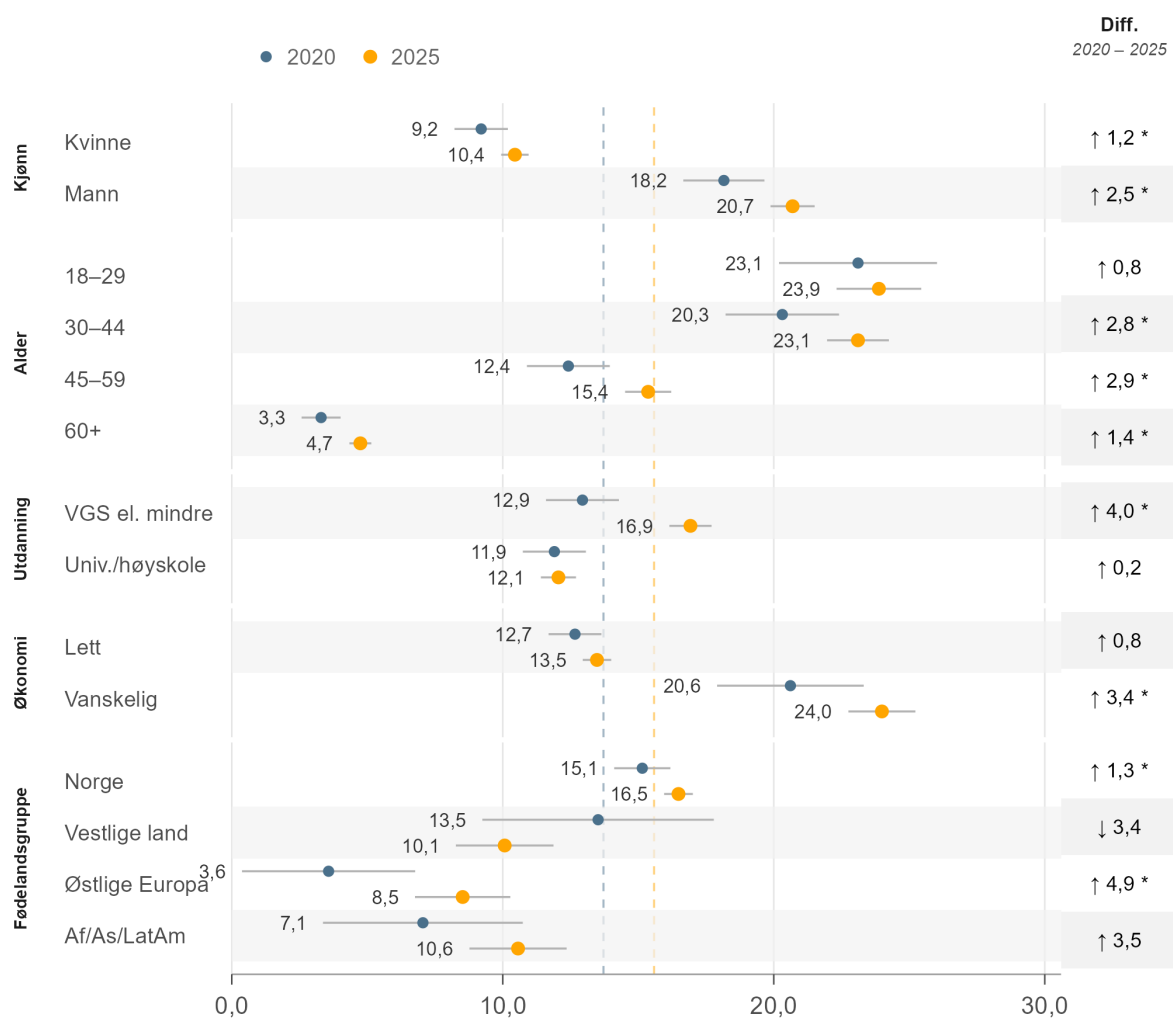
Figur 191. Daglig bruk av snus, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som bruker snus daglig, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Norge, med 11,5 prosent, og lavest blant dem med bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 3,6 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 7,9 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,31 og kan vurderes som en middels forskjell. Kvinner fra vestlige land ligger på 5,9 prosent, mens kvinner fra Øst-Europa ligger på 3,9 prosent. Blant menn er andelen også høyest i Norge, med 22,1 prosent. Lavest andel finnes blant menn fra Øst-Europa, med 10,3 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 11,8 prosentpoeng, med Cohen's h på 0,33, som også tilsvarer en middels forskjell. Menn fra vestlige land ligger på 14,3 prosent, og menn med bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 13,7 prosent. Det er et klart kjønnskille i alle fødelandsgruppene, der menn har høyere andel enn kvinner. Kjønnsforskjellen er størst i Norge, der menn ligger 10,6 prosentpoeng over kvinner.

Samlet viser figuren at daglig snusbruk er mest utbredt blant menn, og særlig blant menn født i Norge.

Figur 192. Daglig bruk av snus, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 13,7 (12,8–14,6) | 2025: 15,6 (15,1–16,1) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som bruker snus daglig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 13,7 til 15,6 prosent, og dette framstår som en statistisk sikker økning. Menn lå høyere enn kvinner i begge år, og begge kjønn hadde en statistisk sikker økning, slik at kjønnsforskjellen i hovedsak ser ut til å bestå. Aldersmønsteret var også nokså stabilt, med høyest andeler blant de yngste og lavest blant dem over 60 år i begge år. Samtidig var det statistisk sikre økninger i aldersgruppene 30–44 år, 45–59 år og 60 år eller eldre, mens endringen blant 18–29-åringene ikke var statistisk sikker. Etter utdanning økte andelen statistisk sikkert blant dem med videregående skole eller mindre, mens

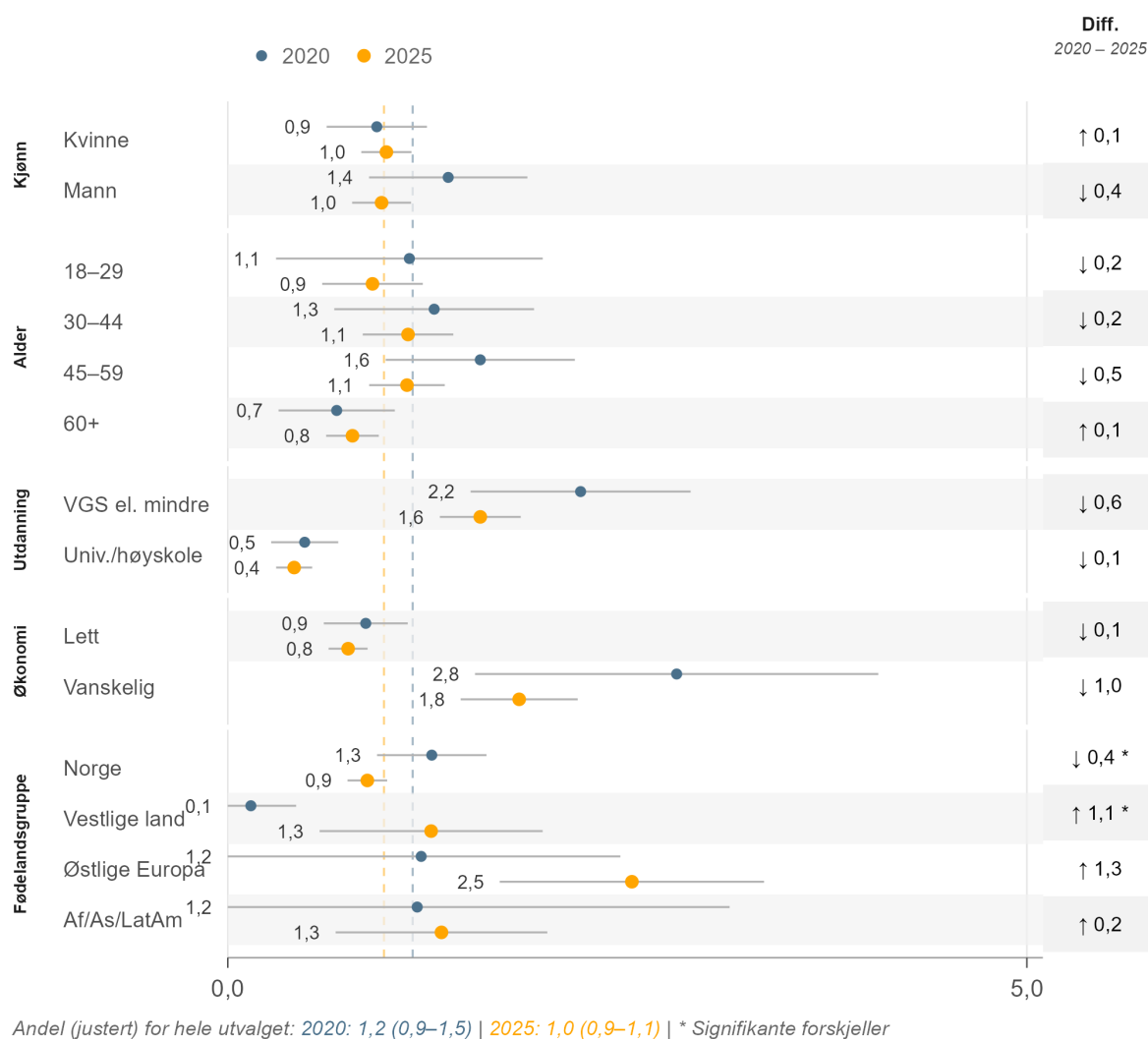
den var stabil blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning, noe som tyder på en tydeligere forskjell mellom utdanningsgruppene i 2025. For opplevde økonomiske vansker var nivået høyere blant dem som oppga slike vansker i begge år, og bare denne gruppen hadde en statistisk sikker økning fra 2020 til 2025. Etter fødelandsgruppe økte andelen statistisk sikkert både blant personer født i Norge og blant personer fra Øst-Europa, mens endringene for personer fra vestlige land og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ikke var statistisk sikre. Samlet sett peker utviklingen mot at hovedmønstrene mellom gruppene i stor grad er de samme i 2025 som i 2020, men med noe større forskjeller etter utdanning og fortsatt høye nivåer i flere grupper.

#### 4.4.10 Daglig bruk av e-sigaretter

Andelen som bruker e-sigaretter daglig.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 305	1,0 %	0,9 – 1,1
Kvinner	15 236	1,0 %	0,8 – 1,1
Menn	12 069	1,0 %	0,8 – 1,1

Figur 193. Daglig bruk av e-sigaretter, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som bruker e-sigaretter daglig på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett var andelen lav i begge år, og endringen fra 1,2 til 1,0 prosent er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen ble mindre over tid, ved at menn gikk noe ned og kvinner lå omtrent uendret, men det var ikke statistisk sikre endringer innen noen av kjønnene. Aldersmønsteret var også nokså stabilt fra 2020 til 2025, med små forskyvninger og ingen statistisk sikre endringer innen aldersgruppene. Forskjellen mellom utdanningsgruppene besto, ved at personer med videregående skole eller lavere fortsatt lå høyere enn personer med universitets- eller høyskoleutdanning, uten statistisk sikker endring i noen av gruppene. Det samme hovedmønsteret gjaldt for opplevde økonomiske vansker, der andelen fortsatt var høyere blant dem med slike vansker enn blant dem uten, men uten statistisk sikker endring over tid i noen av gruppene. For fødelandsgruppene var utviklingen mer sammensatt enn for de øvrige inndelingene. Blant personer født i Norge var det en statistisk

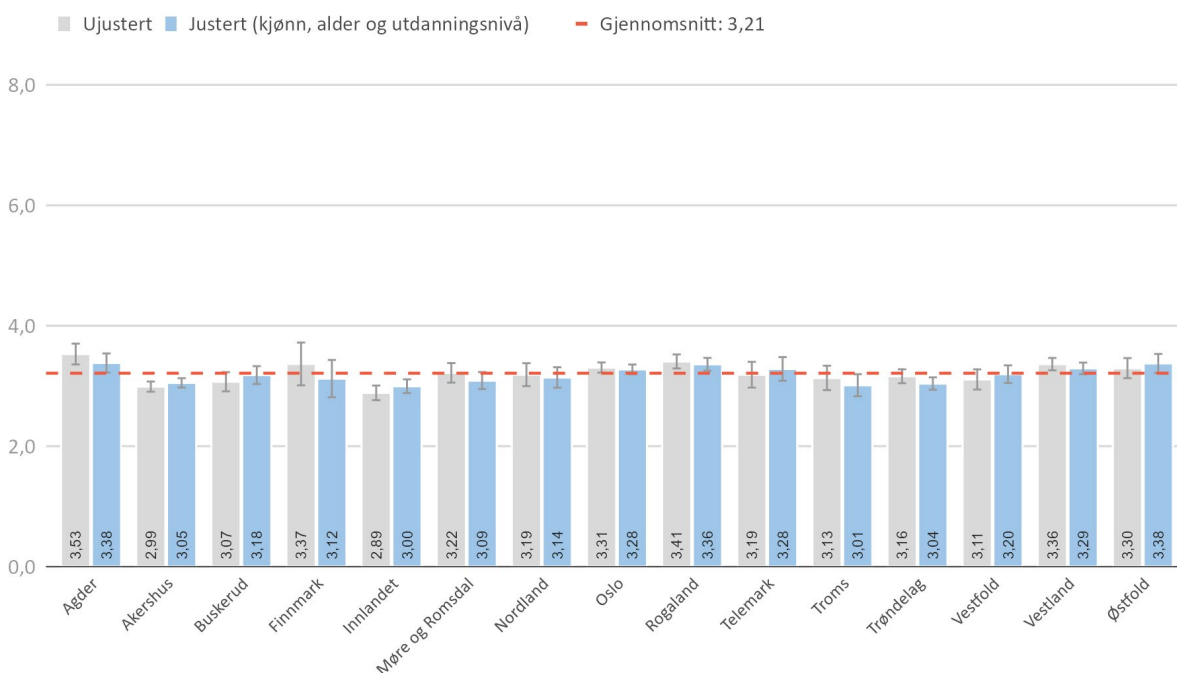
sikker nedgang, mens personer fra vestlige land hadde en statistisk sikker økning fra et svært lavt nivå i 2020 til et høyere nivå i 2025. Samtidig var endringene for personer fra Øst-Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ikke statistisk sikre.

#### 4.4.11 Alkoholenheter per gang

Gjennomsnittlig antall alkoholenheter per drikkedag.

Gruppe	N	Mean	Konfidensintervall
Begge kjønn	23 728	3,21	3,18 – 3,25
Kvinner	13 052	2,76	2,72 – 2,79
Menn	10 676	3,65	3,59 – 3,71

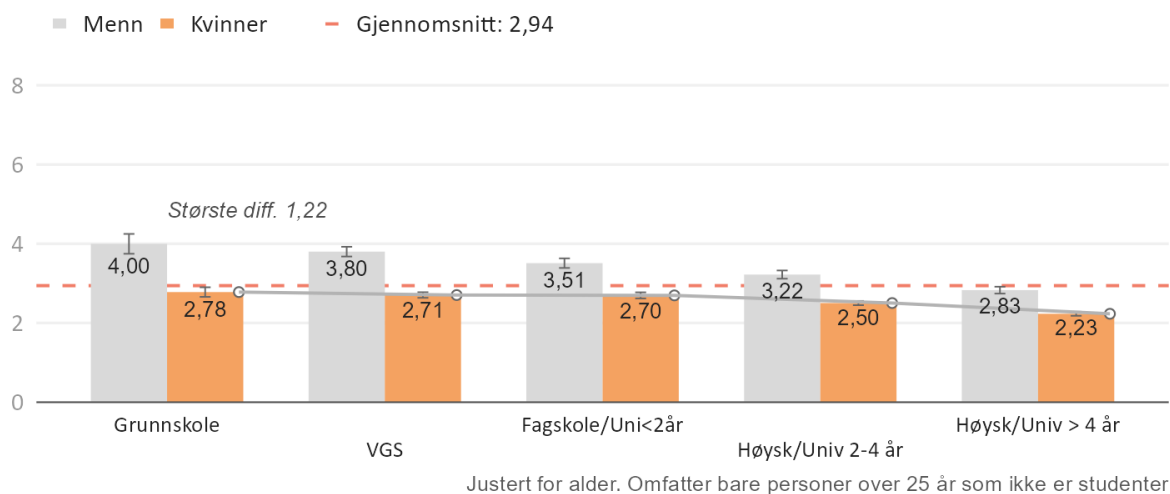
Figur 194. Alkoholenheter per gang, etter fylker (A)



Figur A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Agder og Østfold ligger høyest, begge med 3,38 alkoholenheter, mens Innlandet ligger lavest med 3,00 alkoholenheter. Forskjellen mellom høyeste og laveste fylke er 0,39 alkoholenheter, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's d lik 0,17, noe som tyder på en liten forskjell. Samlet sett varierer det

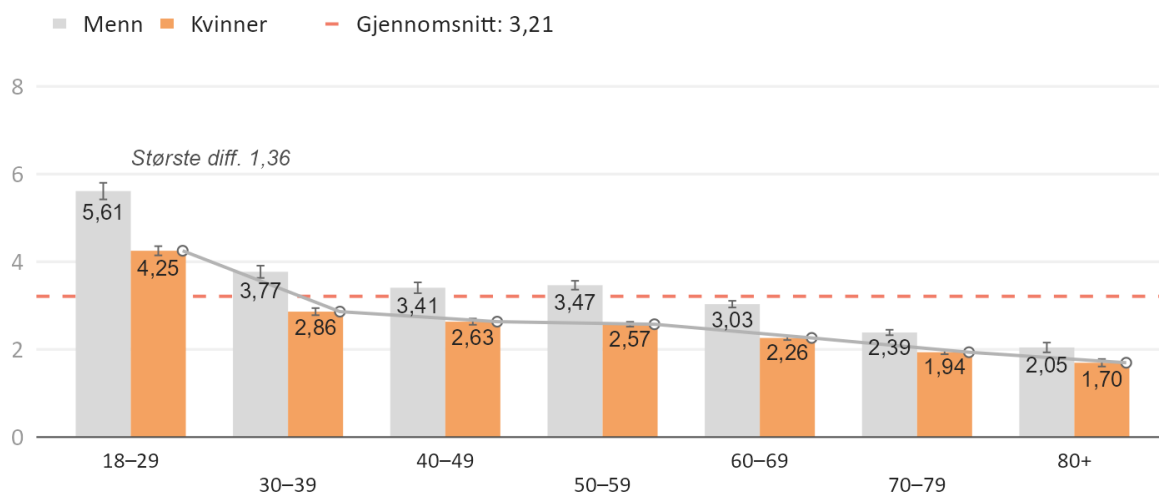
gjennomsnittlige alkoholkonsumet per drikkedag noe mellom fylkene, men forskjellene er gjennomgående små.

Figur 195. Alkoholenheter per gang, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



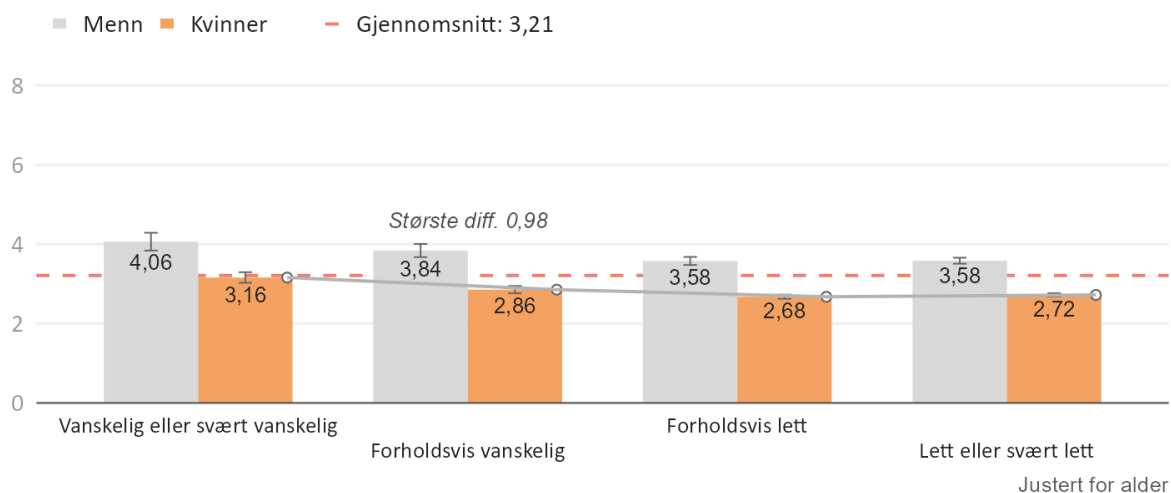
Figur B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er nivået høyest i gruppen med grunnskole, med 2,78 alkoholenheter, og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år, med 2,23 alkoholenheter. Dette gir en klar forskjell på 0,55 alkoholenheter. Cohen's d er 0,35, noe som tyder på en middels forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyskole eller universitet over fire år. Menn med grunnskole ligger på 4,00 alkoholenheter, mens menn med høyskole eller universitet over fire år ligger på 2,83 alkoholenheter, en klar forskjell på 1,17 alkoholenheter. Cohen's d er 0,50, som her vurderes som en stor forskjell. Tallene viser dermed et tydelig mønster der høyere utdanningsnivå henger sammen med færre alkoholenheter per drikkedag, særlig blant menn. Menn ligger dessuten høyere enn kvinner i alle utdanningsgrupper, og disse forskjellene framstår som klare i samtlige grupper.

Figur 196. Alkoholenheter per gang, etter kjønn og alder (C)



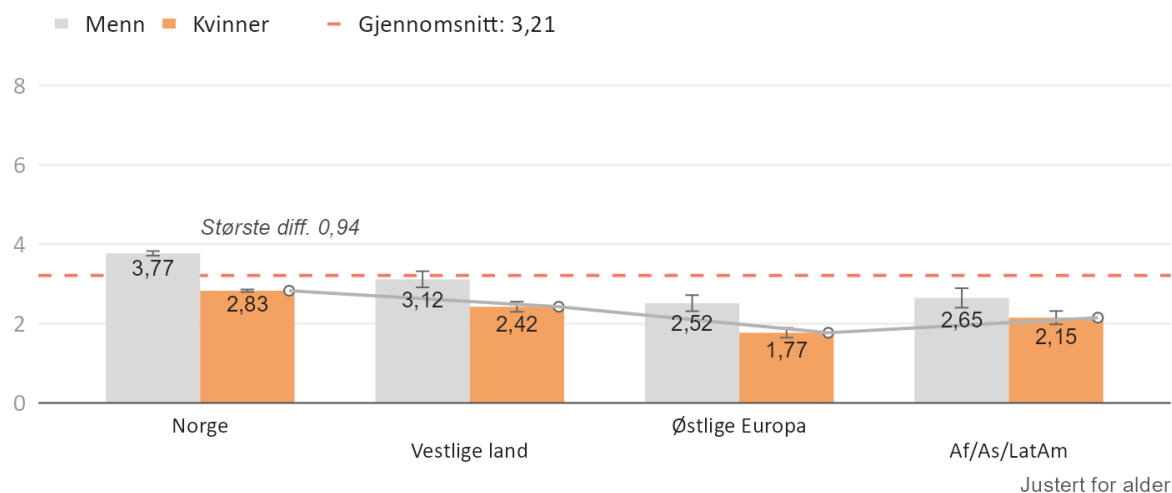
Figur C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er det de yngste som oppgir høyest konsum per drikkedag, mens de eldste oppgir lavest. Blant kvinner er gjennomsnittet høyest i aldersgruppen 18–29 år med 4,25 alkoholenheter og lavest i aldersgruppen 80+ med 1,70 alkoholenheter. Dette gir en forskjell på 2,56 alkoholenheter, og Cohen's d er 1,44, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er gjennomsnittet høyest i aldersgruppen 18–29 år med 5,61 alkoholenheter og lavest i aldersgruppen 80+ med 2,05 alkoholenheter. Forskjellen er her 3,56 alkoholenheter, og Cohen's d er 1,38, som også viser en stor forskjell. Tallene viser dermed en tydelig aldersgradient for begge kjønn, der antall alkoholenheter per drikkedag avtar med økende alder. Menn drikker dessuten gjennomgående flere alkoholenheter per drikkedag enn kvinner i alle aldersgrupper, og dette framstår som et klart skille i samtlige grupper. Samlet peker figuren på at både alder og kjønn har tydelig sammenheng med hvor mange alkoholenheter som drikkes på en typisk drikkedag.

Figur 197. Alkoholenheter per gang, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



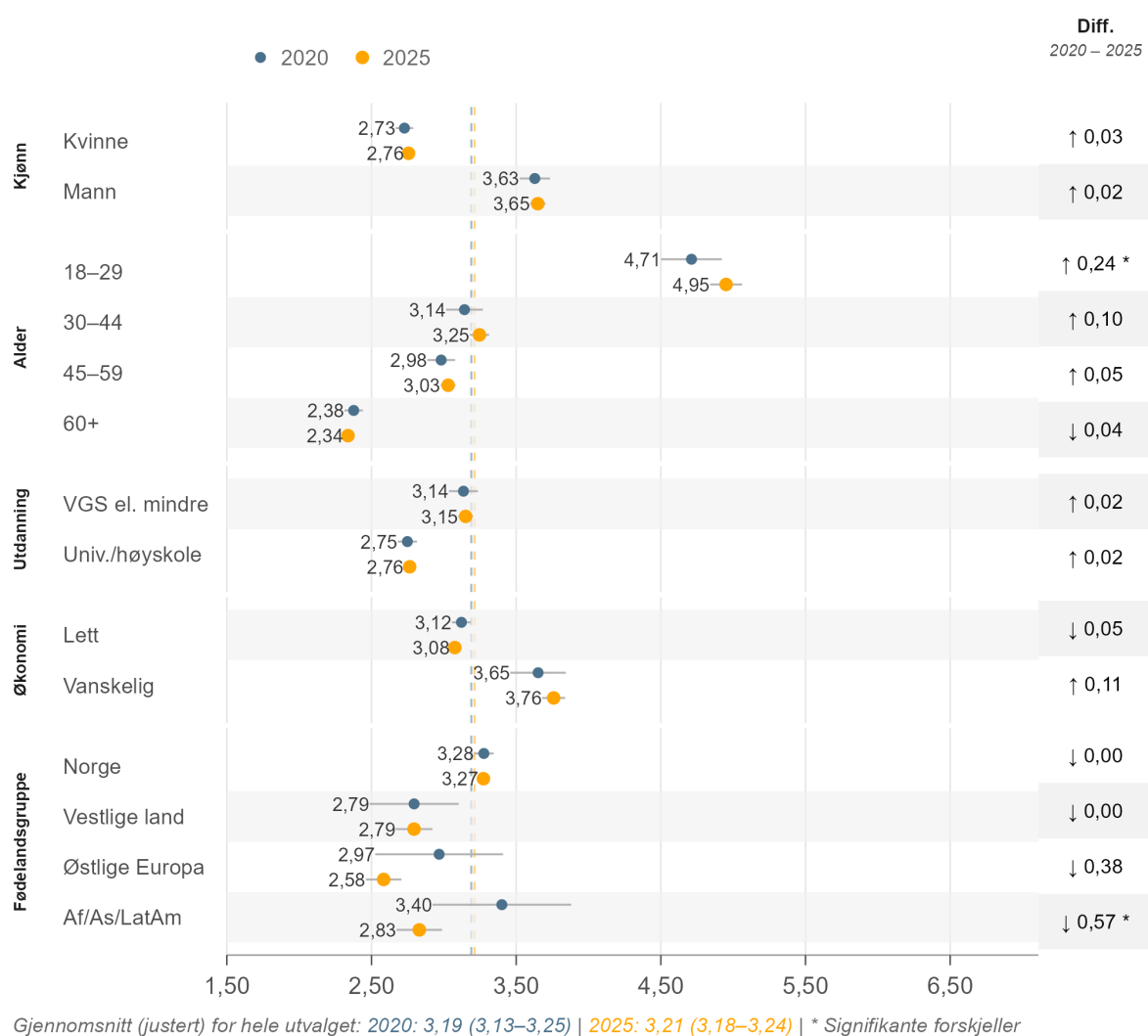
Figur D viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er nivået høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 3,16 alkoholenheter, og lavest i gruppen som opplever den som forholdsvis lett, med 2,68 alkoholenheter. Differansen er 0,48 alkoholenheter, og Cohen's d er 0,27, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er nivået høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 4,06 alkoholenheter, og lavest i gruppen som opplever den som forholdsvis lett, med 3,58 alkoholenheter. Differansen er 0,49 alkoholenheter, og Cohen's d er 0,19, som tilsier en liten forskjell. Tallene peker dermed i samme retning for kvinner og menn: de som vurderer husholdningsøkonomien som vanskeligst, rapporterer det høyeste antallet alkoholenheter per drikkedag. Samtidig er menn høyere enn kvinner i alle økonomigruppene, med kjønnsforskjeller mellom 0,86 og 0,98 alkoholenheter, og disse forskjellene framstår som klare.

Figur 198. Alkoholenheter per gang, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er nivået høyest i Norge, med 2,83 alkoholenheter per drikkedag, og lavest blant kvinner fra Østlige Europa, med 1,77 alkoholenheter. Differansen er 1,06 alkoholenheter, og dette framstår som et klart skille. Cohen's d er 0,60, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er nivået også høyest i Norge, med 3,77 alkoholenheter per drikkedag, og lavest blant menn fra Østlige Europa, med 2,52 alkoholenheter. Differansen er 1,25 alkoholenheter, og også her er det et klart skille. Cohen's d er 0,48, som tilsier en middels forskjell. I de øvrige fødelandsgruppene ligger nivåene mellom disse ytterpunktene. Kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika har 2,15 alkoholenheter, mens kvinner fra vestlige land har 2,42 alkoholenheter. For menn er de tilsvarende tallene 2,65 alkoholenheter for Afrika, Asia og Latin-Amerika og 3,12 alkoholenheter for vestlige land. Det er også klare kjønnsforskjeller innen alle fødelandsgruppene, der menn i gjennomsnitt drikker mellom 0,50 og 0,94 flere alkoholenheter per drikkedag enn kvinner.

**Figur 199. Alkoholenheter per gang, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Figur F viser gjennomsnittsskåren for gjennomsnittlig antall alkoholenheter en person drikker per drikkedag på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett var nivået svært stabilt fra 2020 til 2025, og endringen fra 3,19 til 3,21 alkoholenheter er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen ser i hovedsak uendret ut i perioden, med høyere nivå blant menn enn blant kvinner begge år og uten statistisk sikker endring innen noen av kjønnene. Aldersmønsteret er også nokså stabilt, ved at de yngste fortsatt ligger høyest og de eldste lavest i begge år. Samtidig skiller aldersgruppen 18–29 år seg ut med en statistisk sikker økning, fra 4,7 til 5,0 alkoholenheter, mens de øvrige aldersgruppene ikke har statistisk sikre endringer. For utdanning er mønsteret i hovedsak uendret fra 2020 til 2025, og ingen av utdanningsgruppene har en statistisk sikker endring. Det samme gjelder gruppene etter opplevde økonomiske vansker, der forskjellen mellom dem består, men uten statistisk sikre resultatforskjeller over tid. Etter fødelandsgruppe er hovedbildet også stabilt, men personer med

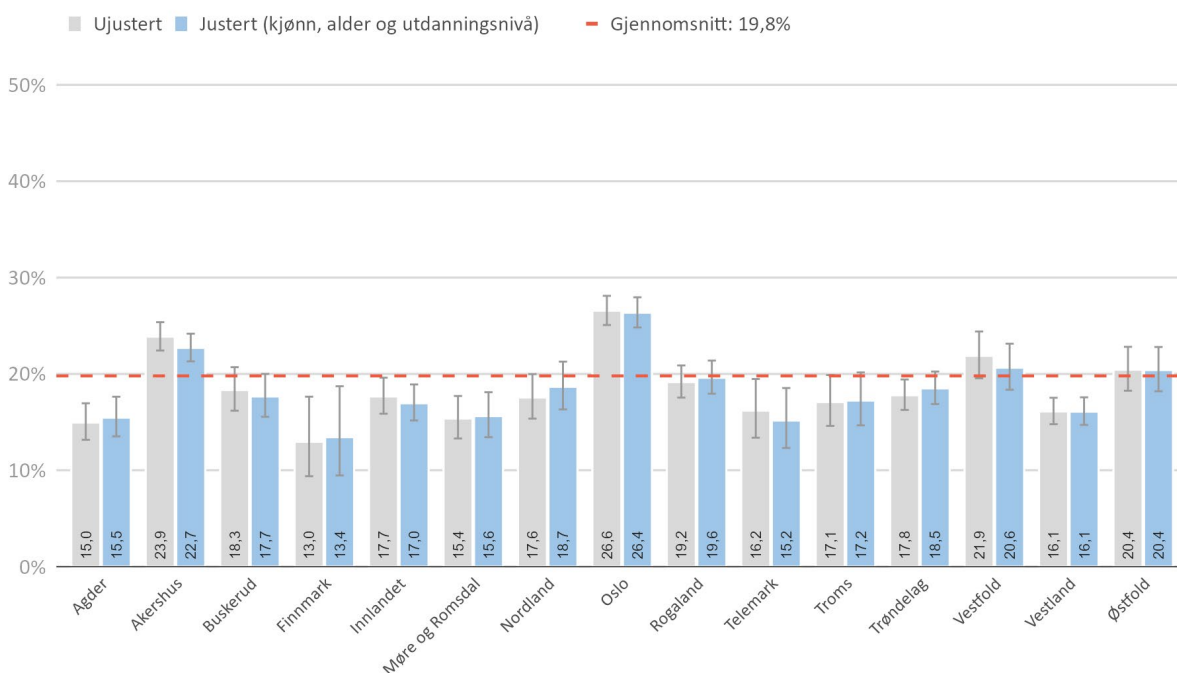
bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika har en statistisk sikker nedgang, fra 3,4 til 2,8 alkoholenheter. Dette innebærer at forskjellene mellom fødelandsgruppene ser noe mindre ut i 2025 enn i 2020.

#### 4.4.12 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

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

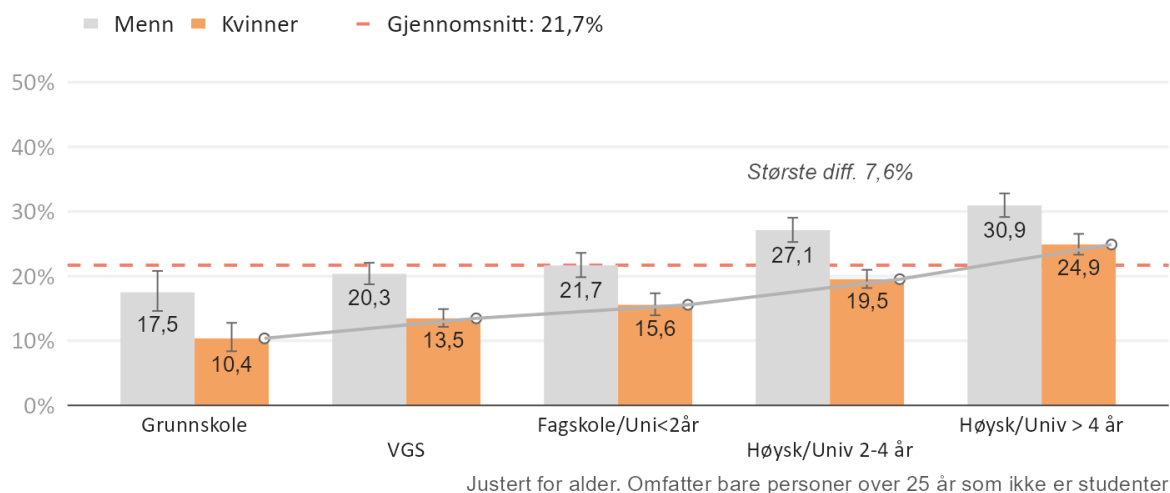
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 316	19,8 %	19,3 – 20,3
Kvinner	15 243	16,4 %	15,7 – 17,0
Menn	12 073	23,2 %	22,4 – 24,0

Figur 200. Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter fylker (A)



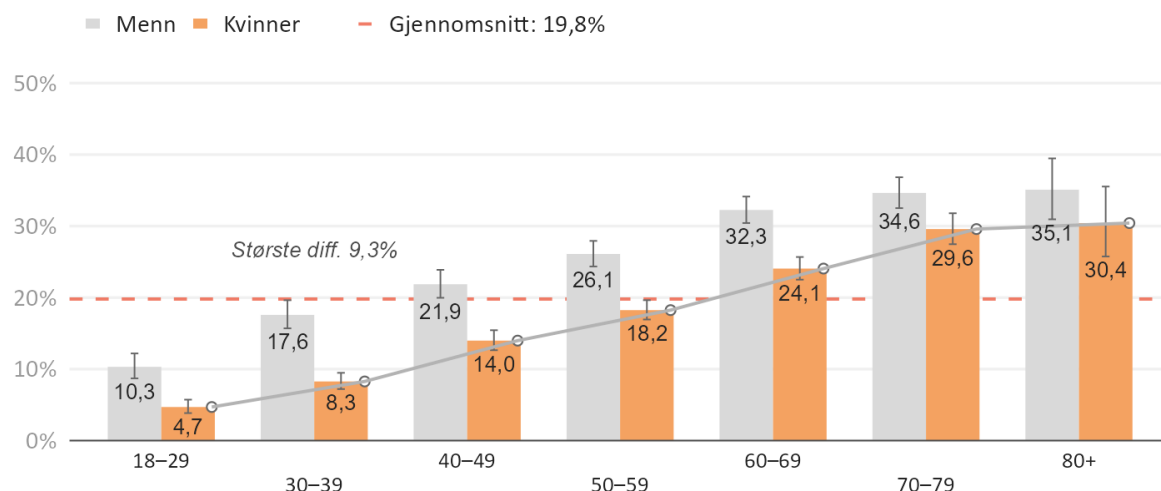
Figur A viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Oslo har den høyeste andelen, med 26,4 prosent, mens Finnmark har den laveste, med 13,4 prosent. Differansen mellom disse ytterpunktene er 13,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,33, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet sett peker Oslo seg tydelig ut med en høyere andel som rapporterer hyppig alkoholbruk, mens flere av de andre fylkene ligger nærmere hverandre.

Figur 201. Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



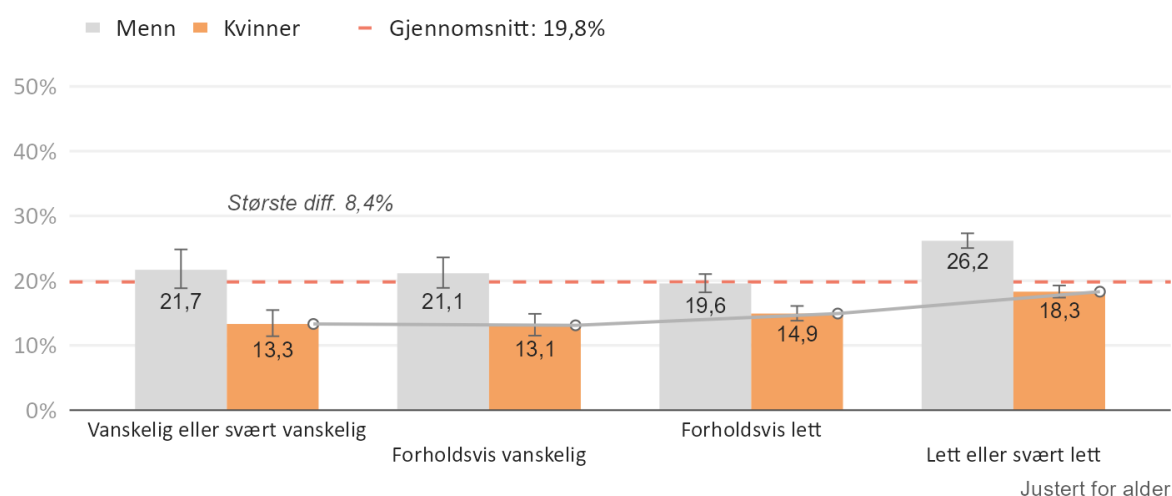
Figur B viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen lavest blant dem med grunnskole og høyest blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Blant kvinner varierer andelen fra 10,4 prosent i gruppen med grunnskole til 24,9 prosent i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning, en forskjell på 14,5 prosentpoeng. Dette tilsvarer Cohen's h på 0,39, som tyder på en middels forskjell. Blant menn går andelen fra 17,5 prosent i gruppen med grunnskole til 30,9 prosent i gruppen med mer enn fire års høyere utdanning, en forskjell på 13,4 prosentpoeng. Cohen's h er 0,32, som også tilsier en middels forskjell. Tallene viser ellers et tydelig mønster der andelen øker med utdanningsnivå for begge kjønn. Det er også klare kjønnsforskjeller i alle utdanningsgruppene, med høyere andel blant menn enn kvinner.

Figur 202. Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og alder (C)



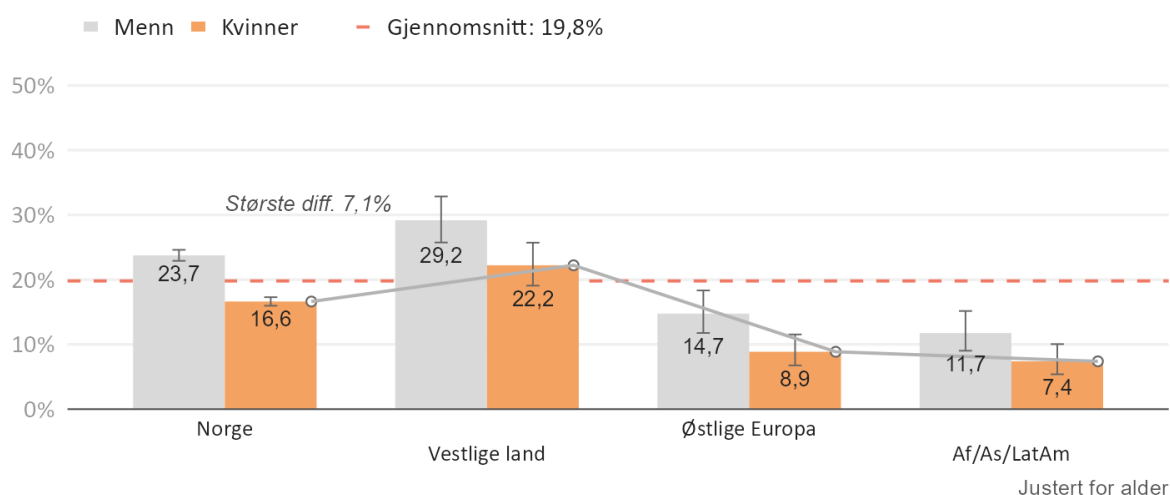
Figur C viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn øker andelen gradvis med alderen. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29, med 4,7 prosent, og høyest i 80+, med 30,4 prosent. Dette gir en forskjell på 25,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,73, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen også lavest i 18-29, med 10,3 prosent, og høyest i 80+, med 35,1 prosent. Forskjellen er 24,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,61, som også tilsier en stor forskjell. I de enkelte aldersgruppene ligger menn høyere enn kvinner gjennom hele aldersfordelingen. Kjønnforskjellen er tydelig fra 18-29 til 70-79. I aldersgruppen 80+ er andelen fortsatt høyere blant menn enn blant kvinner, men her framstår ikke forskjellen mellom kjønnene som et klart skille.

Figur 203. Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



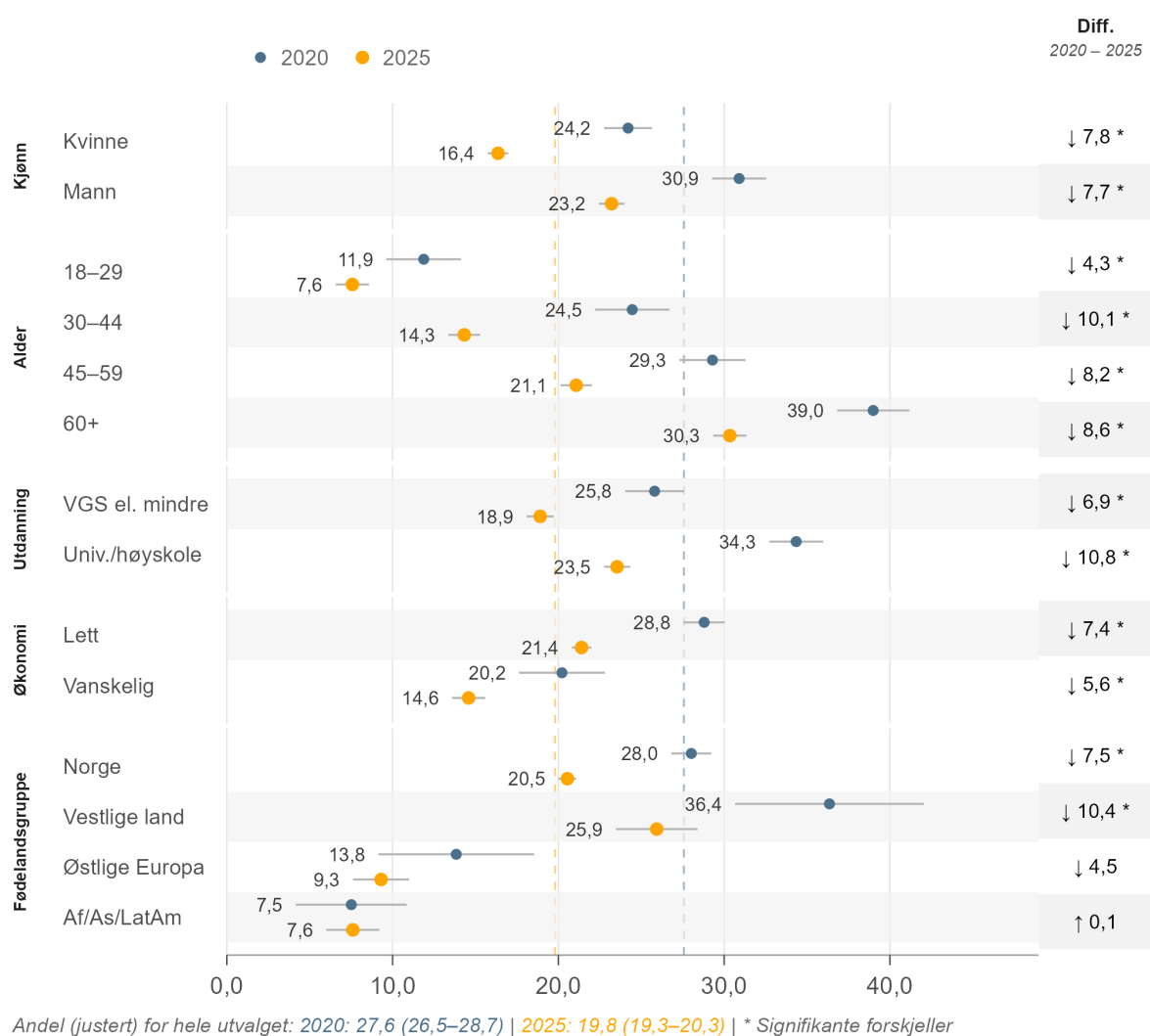
Figur D viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, med 18,3 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som forholdsvis vanskelig, med 13,1 prosent. Dette gir en forskjell på 5,2 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,14 og dermed en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som lett eller svært lett, med 26,2 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som forholdsvis lett, med 19,6 prosent. Her er forskjellen 6,6 prosentpoeng, som tilsvarer Cohen's h på 0,16 og også vurderes som en liten forskjell. Det er samtidig klare kjønnsforskjeller i alle gruppene. .

**Figur 204. Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra vestlige land, med 22,2 prosent, og lavest blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 7,4 prosent. Forskjellen er 14,8 prosentpoeng, noe som tilsvarer en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,43. Også blant menn er andelen høyest i gruppen fra vestlige land, med 29,2 prosent, og lavest blant menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 11,7 prosent. Her er forskjellen 17,5 prosentpoeng, som også tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,44. Menn har høyere andel enn kvinner blant personer født i Norge, i vestlige land, og i Østlige Europa. Blant personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika framstår ikke skillet mellom kvinner og menn som tydelig.

**Figur 205. Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)**



Figur F viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk andelen ned fra 27,6 til 19,8 prosent, og dette er en statistisk sikker nedgang. Nedgangen var statistisk sikker for både menn og kvinner, og kjønnsforskjellen ser ut til å være omtrent den samme i 2025 som i 2020. På tvers av alder var det også en statistisk sikker nedgang i alle aldersgrupper, samtidig som mønsteret var stabilt ved at andelen fortsatt økte med alder. Blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning var nedgangen større enn blant dem med videregående skole eller mindre, men begge utdanningsgruppene hadde en statistisk sikker nedgang. For opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker nedgang både blant dem uten og med slike vansker, og forskjellen mellom gruppene ser i hovedsak ut til å bestå. Etter fødelandsgruppe var det statistisk sikker nedgang blant personer født i Norge og i vestlige land. For personer fra Øst-Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika var endringene fra 2020 til 2025 ikke statistisk

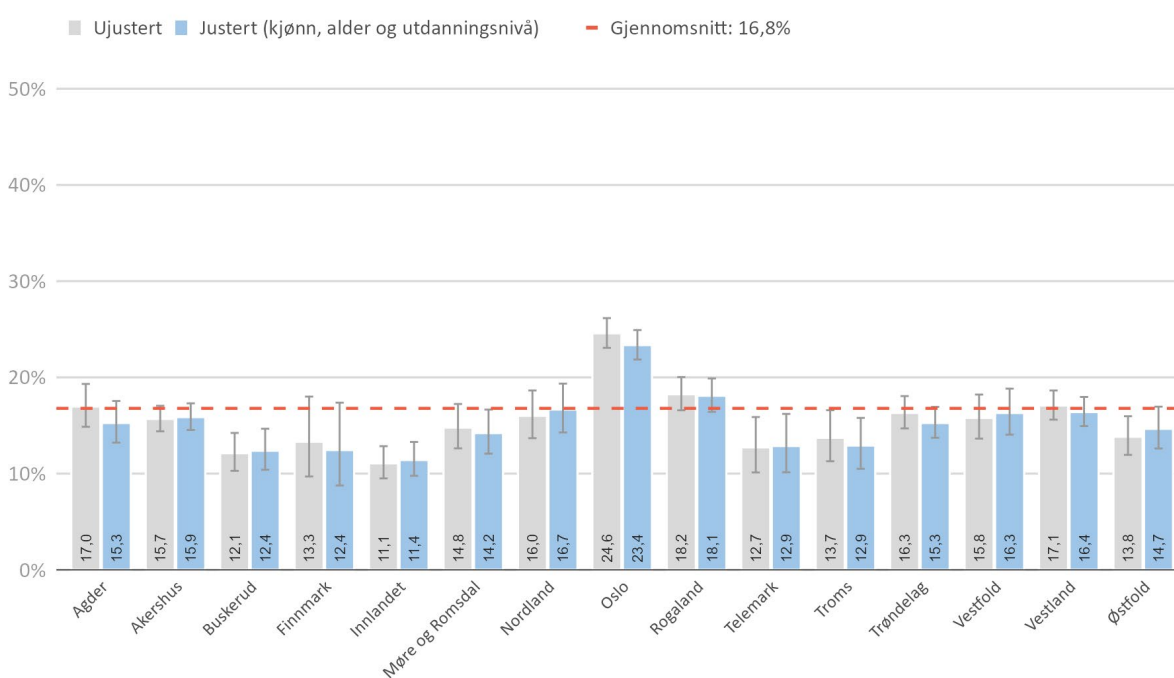
sikre. Samlet tyder dette på en bred nedgang i hyppig alkoholbruk, uten tydelige endringer i hovedmønstrene mellom gruppene.

#### 4.4.13 Episodisk høyt alkoholforbruk

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

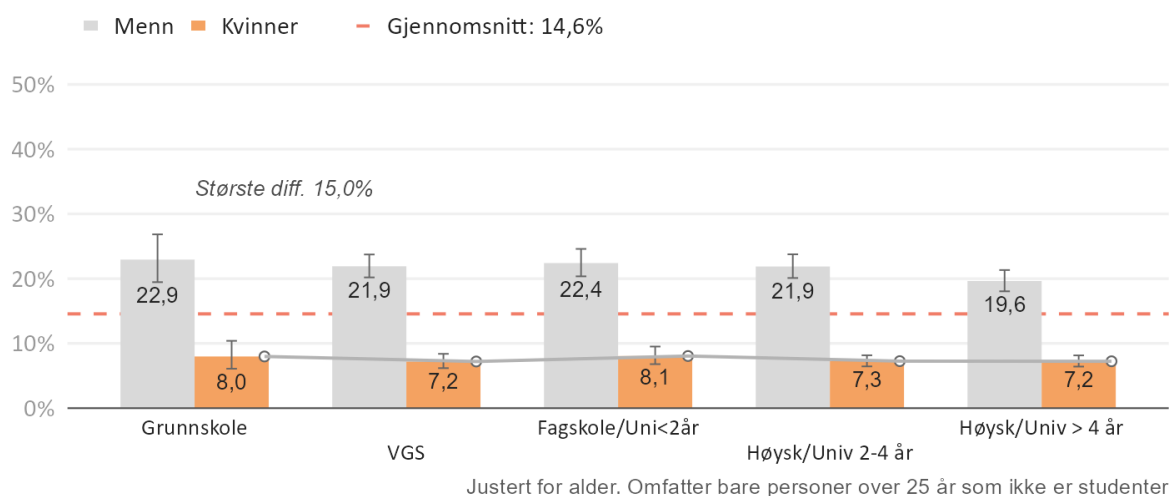
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	27 282	16,8 %	16,3 – 17,3
Kvinner	15 228	9,8 %	9,3 – 10,3
Menn	12 054	23,8 %	22,9 – 24,6

Figur 206. Episodisk høyt alkoholforbruk, etter fylker (A)



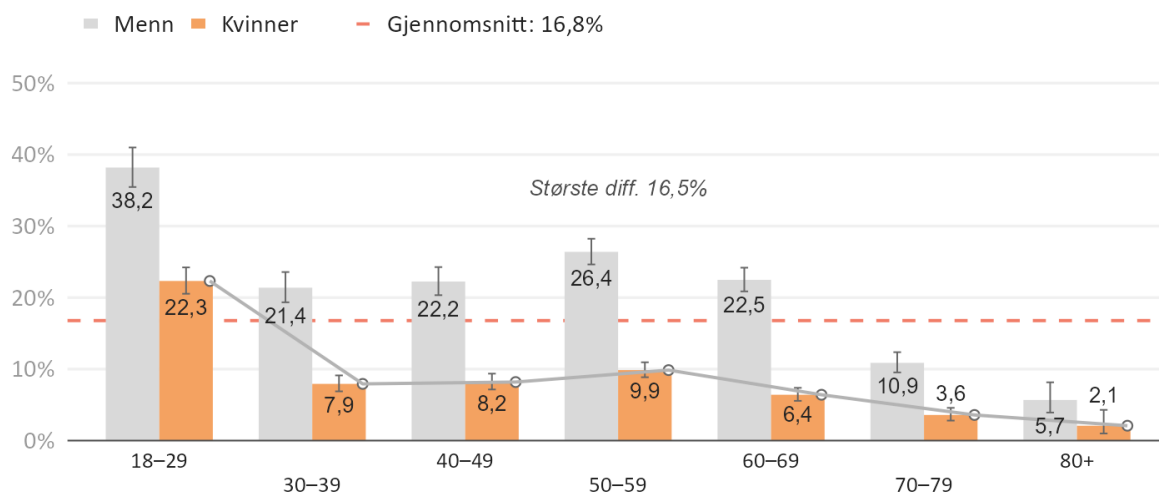
Figur A viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Oslo har den høyeste andelen, med 23,4 prosent, mens Innlandet har den laveste, med 11,4 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 12,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's  $h$  lik 0,32, noe som tilsier en middels forskjell. Samlet viser figuren at det er variasjon mellom fylkene, men at det særlig er Oslo som skiller seg ut med en klart høyere andel enn resten.

Figur 207. Episodisk høyt alkoholforbruk, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



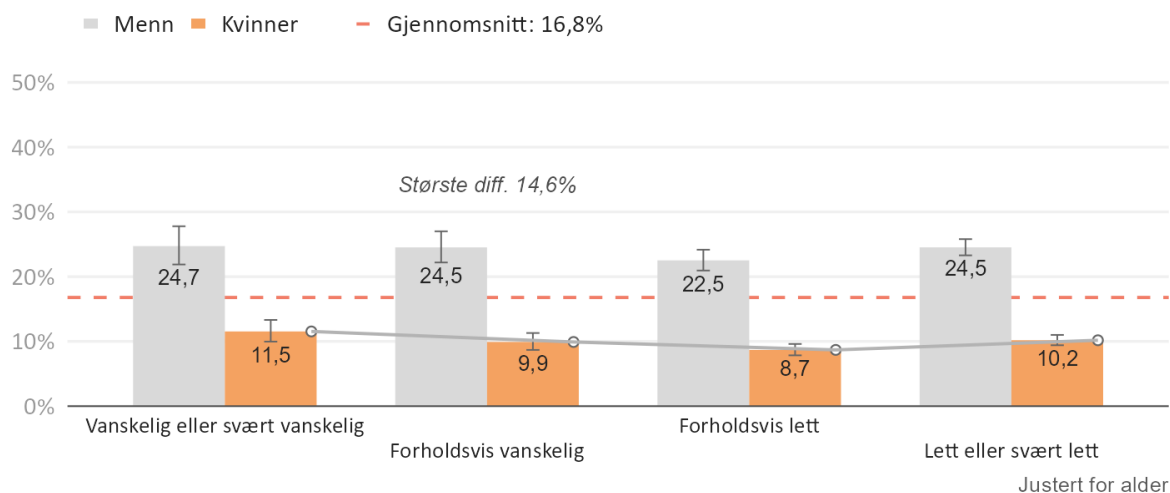
Figur B viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen svært nær hverandre på tvers av utdanningsnivå. Høyest andel finnes blant dem med fagskole eller universitetsutdanning under to år, med 8,1 prosent, mens lavest andel finnes både blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år og blant dem med videregående skole, begge med 7,2 prosent. Differansen mellom høyeste og laveste nivå er 0,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,03, noe som tilsier en ubetydelig forskjell. Også blant menn er variasjonen mellom utdanningsgruppene relativt liten. Høyest andel finnes blant dem med grunnskole, med 22,9 prosent, mens lavest andel finnes blant dem med høyskole eller universitetsutdanning over fire år, med 19,6 prosent. Differansen er 3,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,08, som også tilsier en ubetydelig forskjell. Det mest tydelige mønsteret i figuren er forskjellen mellom kvinner og menn. I alle utdanningsgrupper har menn høyere andel enn kvinner, og dette framstår som et klart skille i samtlige grupper. Dette tyder på at kjønn har større betydning enn utdanningsnivå for denne indikatoren.

Figur 208. Episodisk høyt alkoholforbruk, etter kjønn og alder (C)



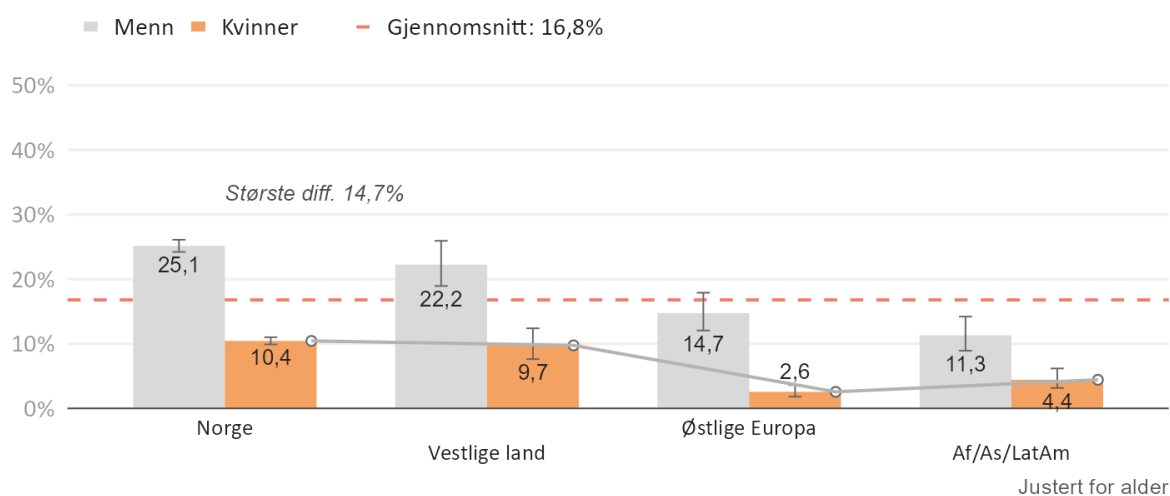
Figur C viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest i aldersgruppen 18–29 år for både kvinner og menn, og lavest blant personer på 80 år eller eldre. Blant kvinner er andelen 22,3 prosent i 18–29 år og 2,1 prosent i 80 år eller eldre, en forskjell på 20,2 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,69, som viser en stor forskjell. Blant menn er andelen 38,2 prosent i 18–29 år og 5,7 prosent i 80 år eller eldre, en forskjell på 32,5 prosentpoeng. Dette tilsvarer en Cohen's h på 0,85, som også viser en stor forskjell. For kvinner faller andelen tydelig fra 18–29 år til 30–39 år, og holder seg deretter på et lavt nivå i de eldre aldersgruppene. For menn er andelen også klart høyest i den yngste aldersgruppen, men ligger ellers relativt høyt fra 30–39 år til 60–69 år før den avtar i de eldste gruppene. Menn har høyere andel enn kvinner i alle aldersgrupper. Kjønnforskjellene er klare fra 18–29 år til 70–79 år. I gruppen 80 år eller eldre er andelen fortsatt høyere blant menn enn kvinner, men her framstår forskjellen ikke som et klart skille.

Figur 209. Episodisk høyt alkoholforbruk, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)



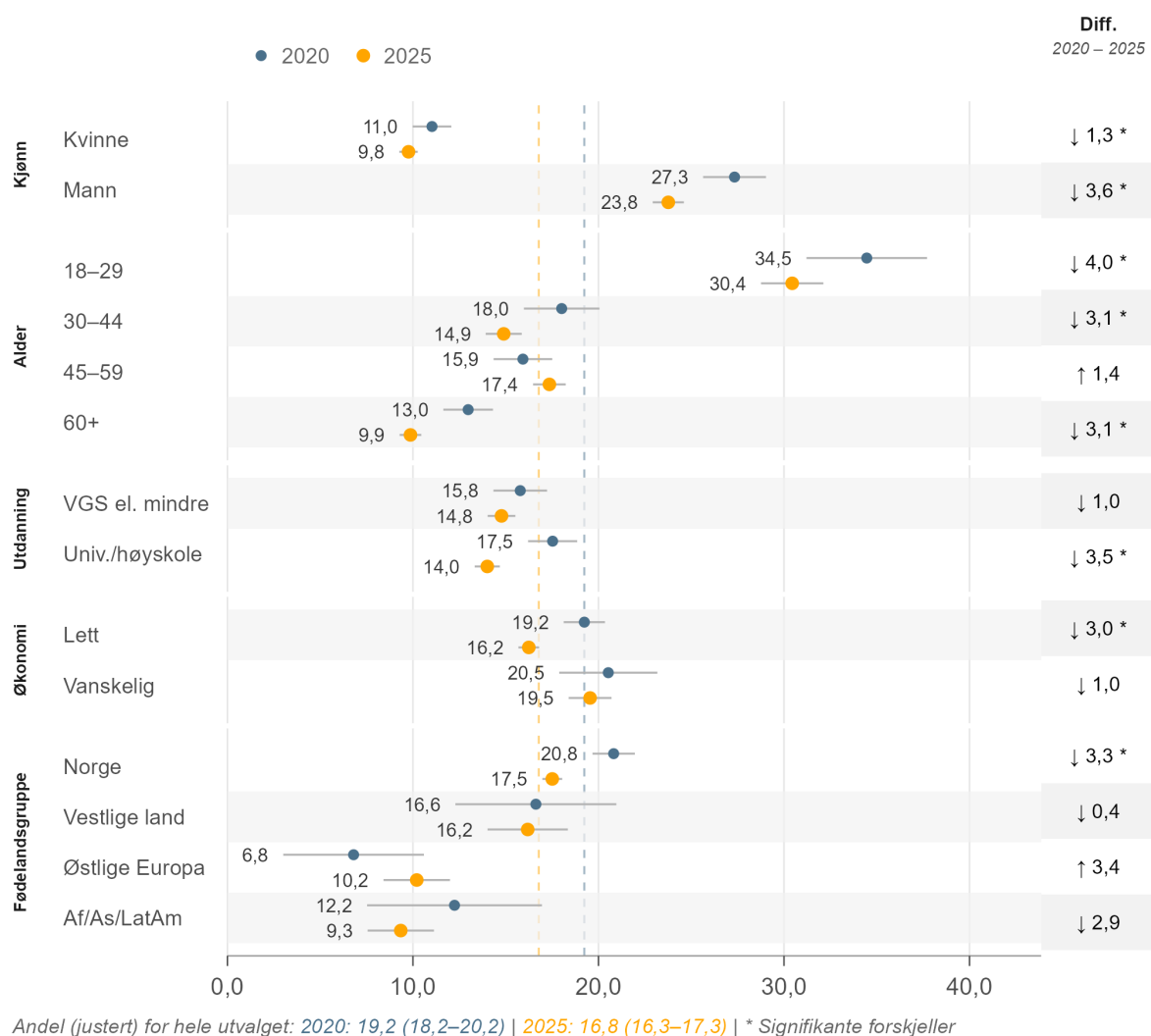
Figur D viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner varierer andelen lite mellom gruppene, men det er et klart skille mellom høyeste og laveste nivå. Andelen er lavest blant dem som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett, med 8,7 prosent, og høyest blant dem som oppgir vanskelig eller svært vanskelig økonomi, med 11,5 prosent. Differansen er 2,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,09, som tilsvarer en ubetydelig forskjell. Blant menn er andelen også nokså stabil på tvers av økonomigruppene. Den laveste andelen finnes i gruppen med forholdsvis lett økonomi, med 22,5 prosent, mens den høyeste finnes i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig økonomi, med 24,7 prosent. Differansen er 2,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,05, som også tilsvarer en ubetydelig forskjell. Det mest markerte funnet er forskjellen mellom kvinner og menn. I alle økonomigruppene er andelen klart høyere blant menn enn blant kvinner.

Figur 210. Episodisk høyt alkoholforbruk, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i Norge, med 10,4 prosent, og lavest blant kvinner fra Østlige Europa, med 2,6 prosent. Differansen er 7,8 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,34, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i Norge, med 25,1 prosent, mens den er lavest blant menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 11,3 prosent. Differansen er 13,8 prosentpoeng, og også dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,36, som tilsvarer en middels forskjell. I alle fødelandsgruppene er andelen høyere blant menn enn blant kvinner, og i alle gruppene framstår dette som klare kjønnsforskjeller. Den minste forskjellen finnes blant personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med en forskjell på 6,9 prosentpoeng. Den største forskjellen finnes i Norge, med en forskjell på 14,7 prosentpoeng.

Figur 211. Episodisk høyt alkoholforbruk, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som drikker 6+ alkoholenheter minst én gang per måned på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk andelen ned fra 19,2 til 16,8 prosent, og dette er en statistisk sikker nedgang. Nedgangen ses også blant både menn og kvinner, med statistisk sikker endring i begge grupper, samtidig som menn fortsatt ligger klart høyere enn kvinner i 2025. Aldersmønsteret er i hovedsak det samme som før, med høyest andel blant de yngste og lavest blant de eldste, men det var en statistisk sikker nedgang blant 18–29-åringene, 30–44-åringene og personer 60 år og eldre, mens endringen blant 45–59-åringene ikke var statistisk sikker. For utdanning var det en statistisk sikker nedgang blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning, mens det ikke var en statistisk sikker endring blant dem med videregående skole eller lavere. Etter opplevde økonomiske vansker var det en statistisk sikker nedgang blant dem uten slike vansker, men ikke blant dem som rapporterte vansker. Mellom fødelandsgruppene er hovedbildet også nokså stabilt fra 2020 til 2025. Det var en statistisk sikker nedgang blant personer født i Norge, mens endringene i de øvrige fødelandsgruppene ikke var statistisk sikre.

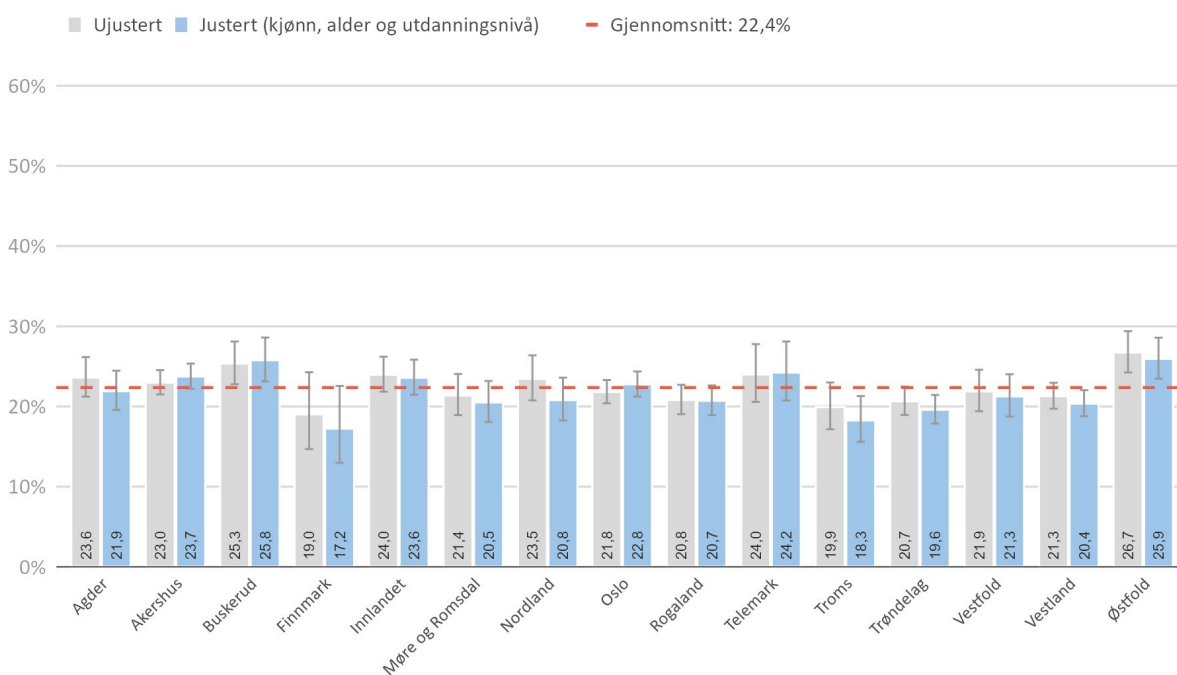
## 4.5 Sosioøkonomiske forhold, arbeidsliv og diskriminering

### 4.5.1 Økonomiske vansker

Andel (%) som opplever økonomiske vansker.

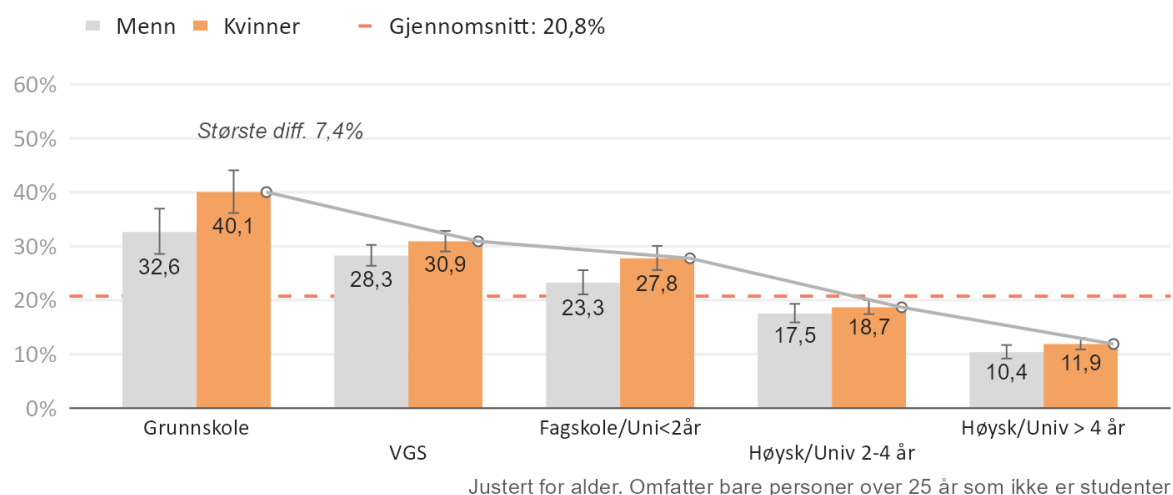
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	25 884	22,4 %	21,8 – 22,9
Kvinner	14 374	23,1 %	22,3 – 23,8
Menn	11 510	21,7 %	20,8 – 22,5

Figur 212. Økonomiske vansker, etter fylker (A)



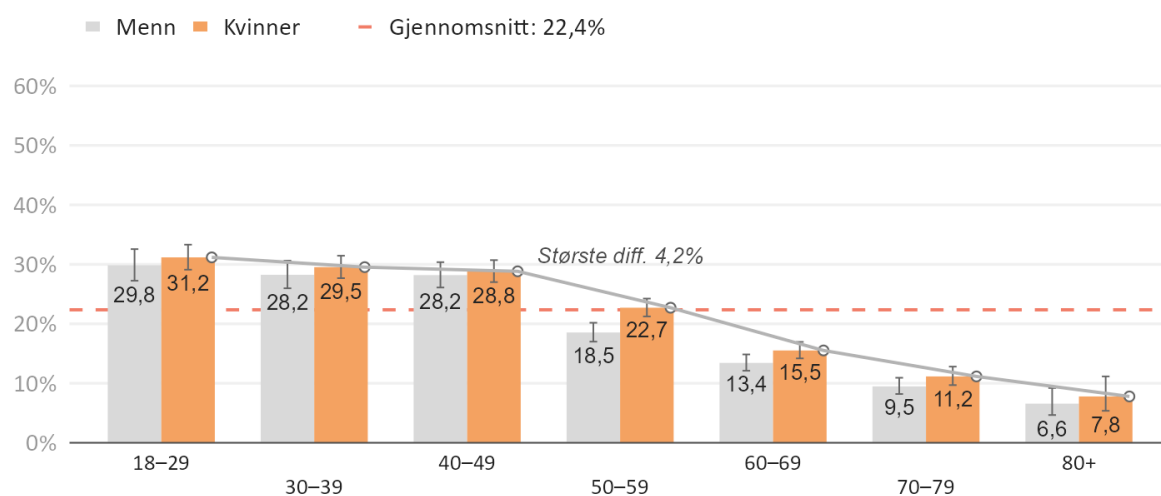
Figur A viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Det er klare forskjeller mellom fylkene. Østfold har den høyeste andelen, med 25,9 prosent, tett fulgt av Buskerud med 25,8 prosent og Telemark med 24,2 prosent. I den andre enden ligger Finnmark lavest, med 17,2 prosent, mens Troms også ligger lavt med 18,3 prosent og Trøndelag med 19,6 prosent. Forskjellen mellom Østfold og Finnmark er 8,7 prosentpoeng. Samlet sett viser figuren at andelen som opplever økonomiske vansker, varierer mellom fylkene, men uten svært store forskjeller.

Figur 213. Økonomiske vansker, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



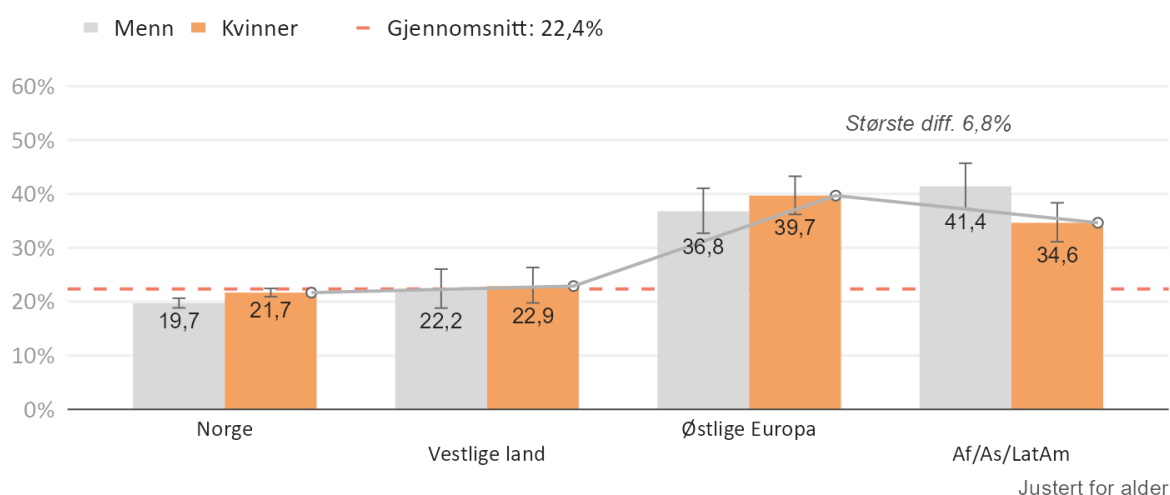
Figur B viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem med grunnskole og lavest blant dem med høyere utdanning over fire år. Blant kvinner oppgir 40,1 prosent i gruppen med grunnskole at økonomien er vanskelig å få til å strekke, mot 11,9 prosent blant dem med høyere utdanning over fire år. Det gir en forskjell på 28,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,67, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn er de tilsvarende andelen 32,6 prosent og 10,4 prosent. Det gir en forskjell på 22,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,56, som også tilsier en stor forskjell. Mønsteret er ellers tydelig gradert etter utdanningsnivå. Kjønnforskjellene er gjennomgående små, og kvinner ligger noe høyere enn menn i alle utdanningsgrupper. Det klareste skillet mellom kjønnene finnes i gruppen med fagskole eller kort universitets- eller høyskoleutdanning, der forskjellen er 4,5 prosentpoeng.

Figur 214. Økonomiske vansker, etter kjønn og alder (C)



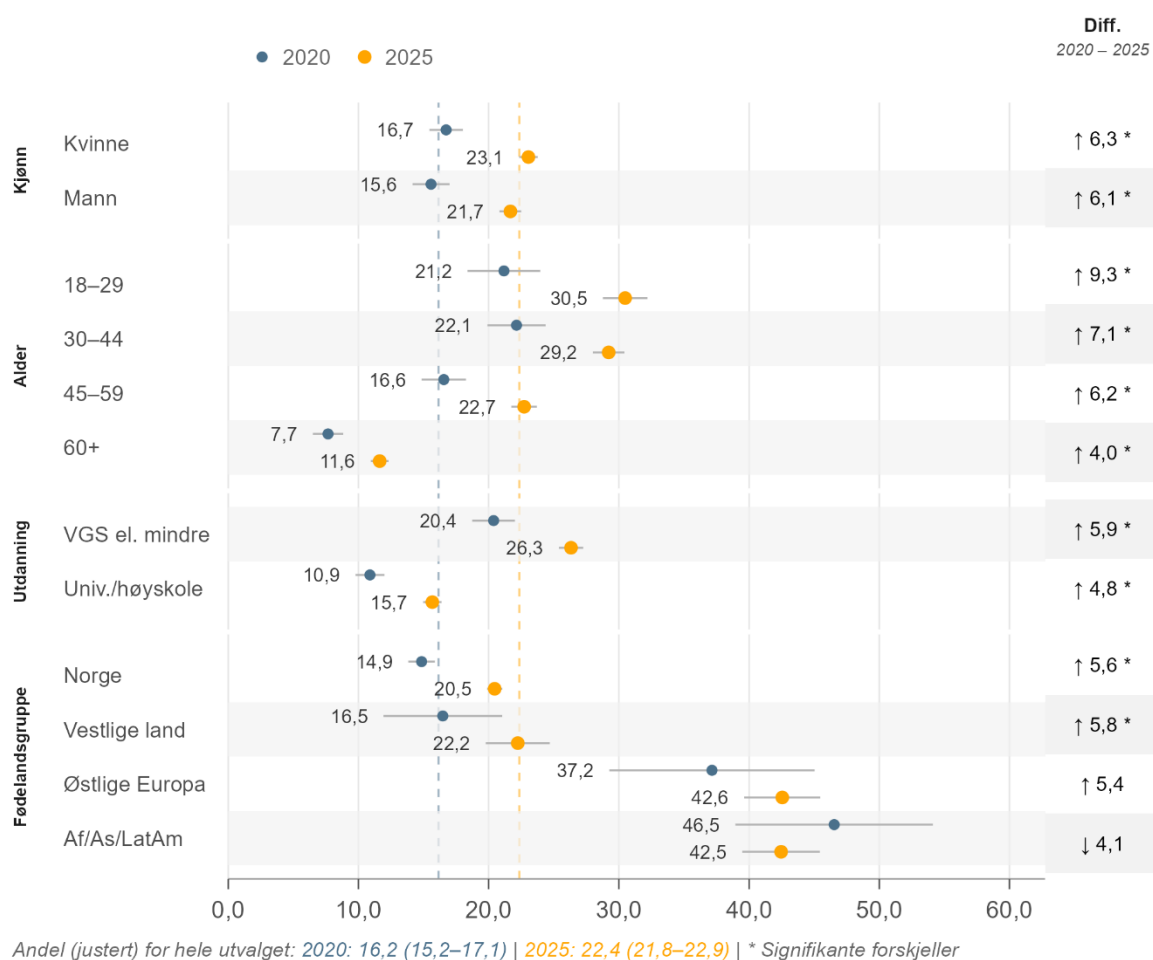
Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 og lavest i aldersgruppen 80+. Blant kvinner går andelen ned fra 31,2 prosent i den yngste aldersgruppen til 7,8 prosent i den eldste, en differanse på 23,4 prosentpoeng. Cohen's h er 0,62, noe som tilsier en stor forskjell. Blant menn går andelen ned fra 29,8 prosent til 6,6 prosent, som tilsvarer en differanse på 23,2 prosentpoeng. Også her er forskjellen stor, med Cohen's h på 0,64. Tallene viser ellers et tydelig aldersmønster for begge kjønn. Andelen som opplever økonomiske vansker er relativt høy i aldersgruppene 18–29, 30–39 og 40–49, før den faller videre i de eldre aldersgruppene. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små. I de fleste aldersgruppene er andelen noe høyere blant kvinner enn blant menn, men uten et klart skille. Det eneste tydelige kjønnsforskjellen finner vi i aldersgruppen 50–59, der andelen er 4,2 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 215. Økonomiske vansker, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 39,7 prosent, og lavest blant kvinner født i Norge, med 21,7 prosent. Differansen er 18,0 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,39, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er det tydelige forskjeller mellom fødelandsgruppene. Her er andelen høyest blant menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 41,4 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 19,7 prosent. Differansen er 21,7 prosentpoeng, og også dette er et klart skille. Cohen's h er 0,48, som tilsier en middels forskjell. Når vi sammenligner kvinner og menn innen de enkelte fødelandsgruppene, er det bare i Norge at det er et klart kjønnskille, med en forskjell på 1,95 prosentpoeng i kvinners disfavør. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene ikke klare.

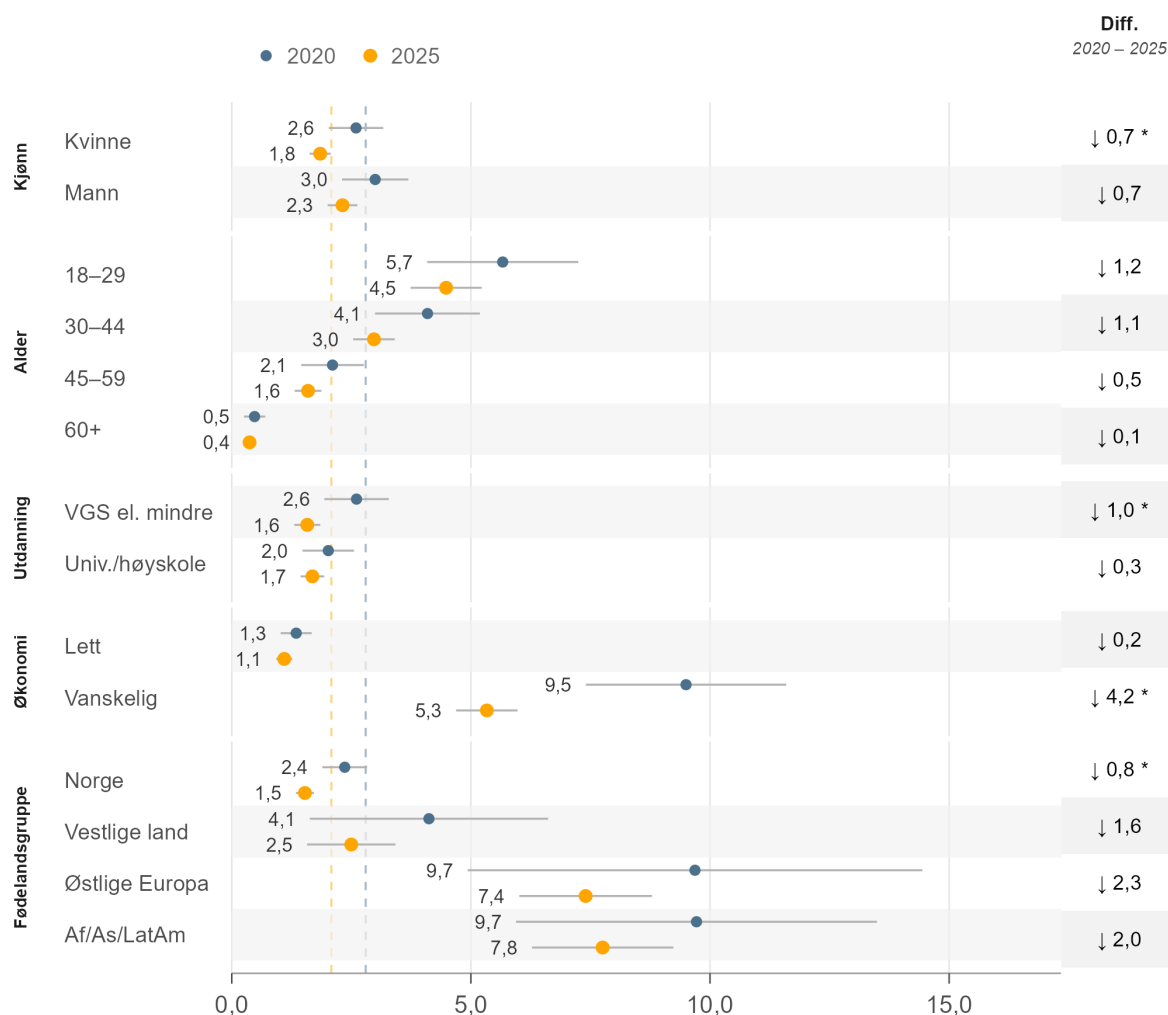
Figur 216. Økonomiske vansker, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som opplever at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 16,2 til 22,4 prosent, og dette er en statistisk sikker økning. Både blant menn og kvinner var det en statistisk sikker økning på om lag 6,0 prosentpoeng, slik at kjønnsforskjellen var liten i begge år. I alle aldersgrupper økte andelen statistisk sikkert fra 2020 til 2025, med størst økning blant de yngste. Samtidig var mønsteret mellom aldersgruppene i hovedsak det samme, ved at de yngste lå høyest og de eldste lavest i begge år. Også i begge utdanningsgrupper var det en statistisk sikker økning, mens forskjellen mellom dem besto ved at personer med videregående skole eller mindre lå høyere enn personer med universitets- eller høyskoleutdanning i begge år. Etter fødelandsgruppe var det statistisk sikker økning blant personer født i Norge og i vestlige land. For personer fra Øst-Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika var endringene derimot ikke statistisk sikre. Hovedbildet er derfor en bred økning fra 2020 til 2025, samtidig som forskjellene mellom grupper i stor grad fulgte samme mønster som før.

#### 4.5.2 Andelen som er arbeidsledig nå

Figur 222. Andelen som er arbeidsledig nå, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



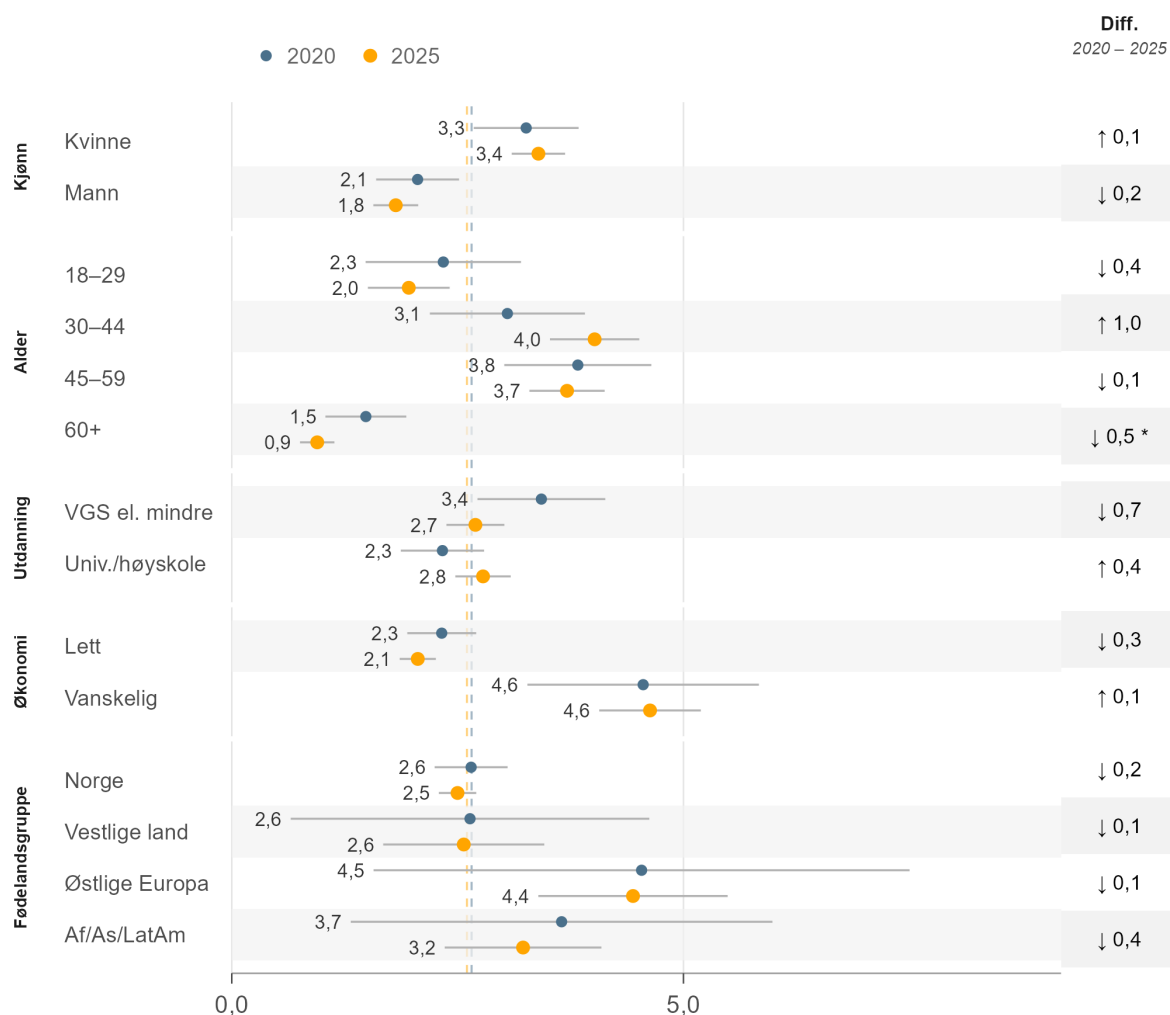
Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 2,8 (2,4-3,2) | 2025: 2,1 (1,9-2,3) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som er arbeidsledig nå på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt gikk andelen ned fra 2,8 til 2,1, og dette er en statistisk sikker nedgang. Kjønnforskjellen var liten i begge år, men nedgangen var statistisk sikker blant kvinner og ikke statistisk sikker blant menn. Aldersmønsteret var i hovedsak stabilt fra 2020 til 2025, med høyest andeler blant de yngste og lavest blant dem som er 60 år eller eldre, og ingen av aldersgruppene hadde en statistisk sikker endring. Forskjellen mellom utdanningsgruppene ble mindre over tid, fordi andelen gikk statistisk sikkert ned blant personer med videregående skole eller lavere, mens endringen blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning ikke var statistisk sikker. Det samme hovedmønsteret ses for opplevde

økonomiske vansker: gruppen med slike vansker lå klart høyere enn gruppen uten i begge år, men hadde samtidig en statistisk sikker nedgang fra 9,5 til 5,3. Mellom fødelandsgruppene var rangeringen også nokså lik i 2020 og 2025, med lavest andel blant personer født i Norge og høyere nivåer i de øvrige gruppene. Bare blant personer født i Norge var nedgangen statistisk sikker, mens endringene i de andre fødelandsgruppene ikke var statistisk sikre. Samlet tyder dette på at forskjellene mellom grupper i stor grad besto, selv om flere grupper hadde lavere andeler i 2025 enn i 2020.

#### 4.5.3 Andelen som er sykemeldt nå

Figur 228. Andelen som er sykemeldt nå, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



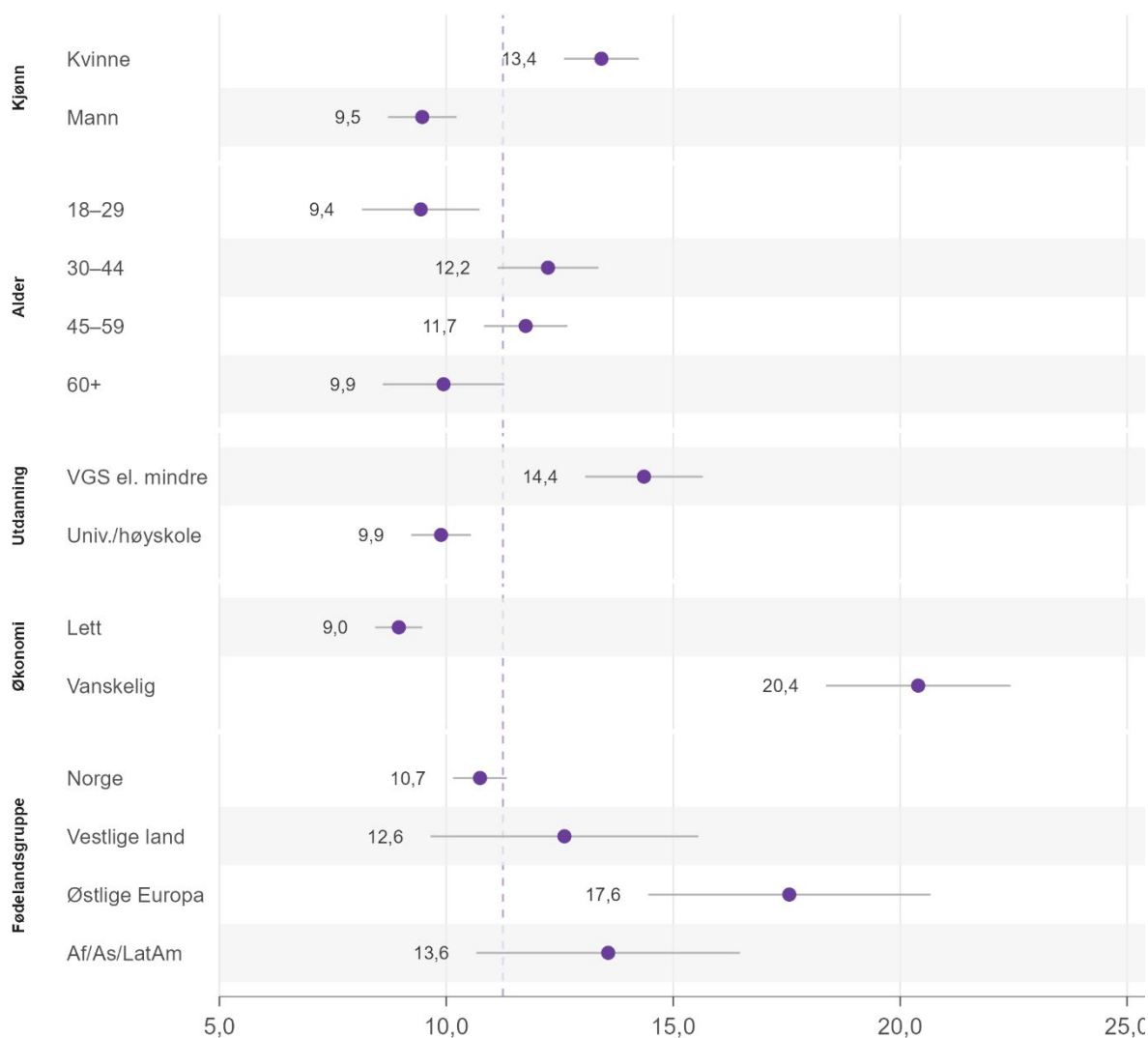
Andel (justert) for hele utvalget: 2020: 2,7 (2,3–3,0) | 2025: 2,6 (2,4–2,8) | \* Signifikante forskjeller

Figur F viser andelen som er sykemeldt nå på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt sett var andelen stabil fra 2020 til 2025, og endringen fra 2,7 til 2,6 prosent er ikke statistisk sikker. Kjønnforskjellen ser i hovedsak ut til å være den samme i begge år, med høyere andel blant kvinner enn blant menn og uten statistisk sikre endringer innen noen av kjønnene. Også aldersmønsteret er nokså likt over tid, der 30–59 år fortsatt ligger høyere enn de yngste og eldste. Den eneste aldersgruppen med statistisk sikker endring er 60 år og eldre, som gikk ned fra 1,5 til 0,9 prosent. For utdanning er bildet også relativt stabilt fra 2020 til 2025, uten statistisk sikre endringer i noen av gruppene. Det samme gjelder etter opplevde økonomiske vansker, der andelen fortsatt er klart høyere blant dem som opplever slike vansker enn blant dem som ikke gjør det. Etter fødelandsgruppe er hovedmønsteret også lite endret, og ingen av gruppene har en statistisk sikker endring fra 2020 til 2025.

#### 4.5.4 Sykefravær siste 12 mnd (antall dager)

Denne variabelen måler selvrapportert antall sykefraværsdager siste 12 måneder blant personer som oppga at de var i arbeid eller sykmeldt. Ettersom dette er en tellevariabel med skjev fordeling, ble det benyttet survey-vektede negative binomial-regresjoner. På grunnlag av disse modellene ble det estimert justerte predikerte gjennomsnitt for hele utvalget og for undergrupper etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe, justert for kjønn og alder, og ved behov også for den aktuelle gruppevariabelen.

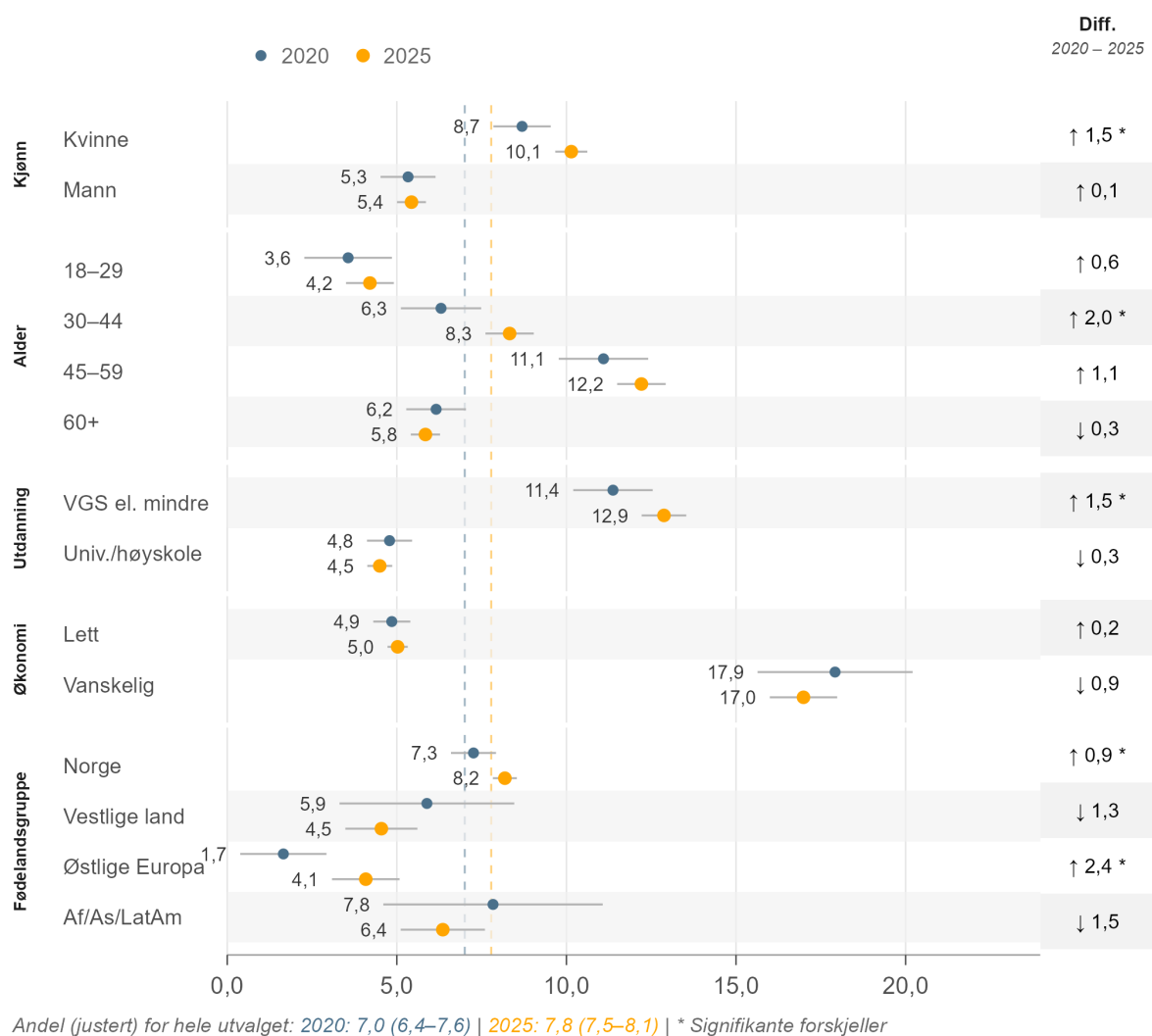
*Figur 229. Sykefravær siste 12 mnd (antall dager), etter kjønn, alder, utdanning, økonomi, og fødelandsgruppe (F)*



Figur F viser justert gjennomsnittlig antall dager med sykefravær siste 12 måneder etter kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger det justerte gjennomsnittet på 11,2 dager. Det tydeligste mønsteret er forskjellen etter opplevde økonomiske vansker, der personer som opplever økonomien som vanskelig, ligger klart høyere enn dem som opplever økonomien som lett, med 20,4 mot 9,0 dager. Det er også en tydelig kjønnsforskjell, der kvinner ligger høyere enn menn, med 13,4 mot 9,5 dager. Etter utdanning ligger personer med videregående skole eller lavere høyere enn personer med universitets- eller høyskoleutdanning, med 14,4 mot 9,9 dager. Aldersforskjellene er mindre og følger ikke en helt jevn gradient, men nivået er høyest blant 30–44-åringene og 45–59-åringene, og lavere blant de yngste og eldste. Etter fødelandsgruppe ligger personer fra østlige Europa høyest, på 17,6 dager, mens personer født i Norge ligger lavest, på 10,7 dager. Dette peker samlet på at variasjonen i sykefravær i 2025 særlig ser ut til å henge sammen med økonomiske vansker, kjønn, utdanning og fødelandsgruppe.

## 4.5.5 Andelen som er ufør eller under AAP nå

Figur 239. Andelen som er ufør eller under AAP nå, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som er ufør eller under AAP nå på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevd økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2020 og 2025. Totalt økte andelen fra 7,0 til 7,8 prosent, og dette er en statistisk sikker endring. Kjønnsforskjellen ble noe større i perioden, fordi kvinner hadde en statistisk sikker økning fra 8,7 til 10,1 prosent, mens det ikke var noen statistisk sikker endring blant menn. Aldersmønsteret var ellers ganske stabilt, men gruppen 30-44 år skilte seg ut med en statistisk sikker økning fra 6,3 til 8,3 prosent. For utdanning ble forskjellen mellom gruppene noe tydeligere, ved at personer med videregående skole eller mindre hadde en statistisk sikker økning, mens nivået blant dem med universitets- eller høyskoleutdanning var

stabil. Også etter opplevde økonomiske vansker var hovedmønsteret uendret, med klart høyere andel blant dem som oppga slike vansker, og uten statistisk sikre endringer i noen av de to gruppene. Etter fødelandsgruppe var utviklingen mer blandet, med statistisk sikker økning både blant personer født i Norge og blant personer fra Østlige Europa. Samtidig var det ikke statistisk sikre endringer blant personer fra vestlige land eller fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, slik at hovedforskjellene mellom fødelandsgruppene i stor grad besto.

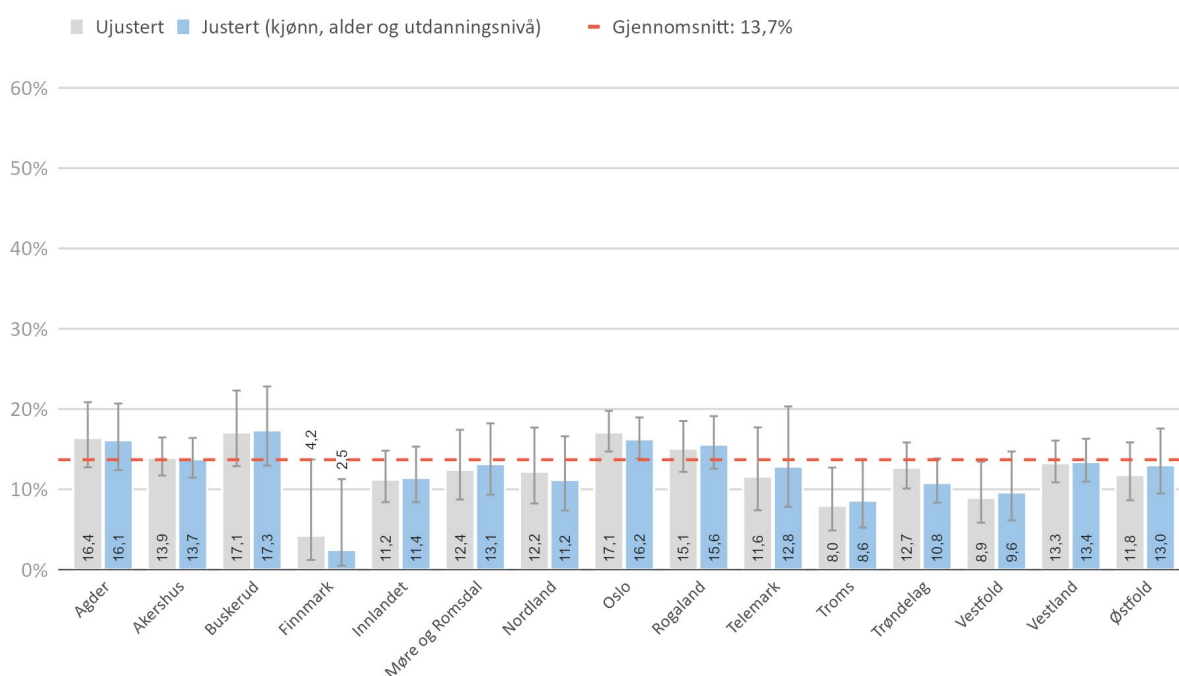
#### 4.5.6 Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse

Andelen som opplever at det er vanskelig å få jobb eller bruke egen utdanning/kompetanse.

*Merk:* De som har svart at det «ikke aktuelt/ikke forsøkt» og «vet ikke» er holdt utenfor beregningene.

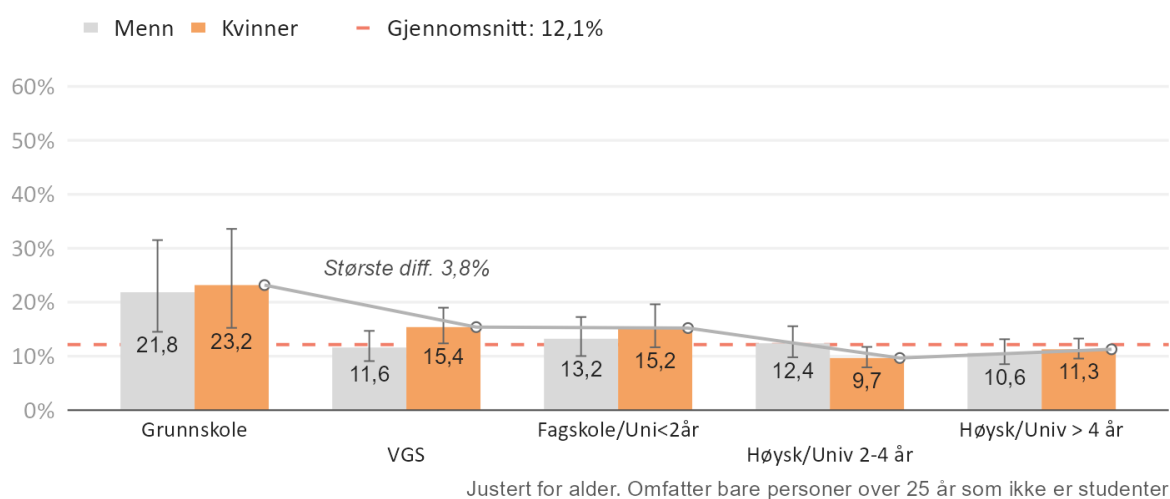
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	6 807	13,7 %	12,8 – 14,6
Kvinner	3 723	14,5 %	13,3 – 15,7
Menn	3 084	12,9 %	11,6 – 14,3

**Figur 240. Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse, etter fylker (A)**



Figur A viser andelen som opplever at det er vanskelig å få jobb eller bruke egen utdanning/kompetanse, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Det er tydelige forskjeller mellom fylkene. Buskerud har den høyeste andelen, med 17,3 prosent, mens Finnmark har den laveste, med 2,5 prosent. Differansen mellom disse ytterpunktene er 14,9 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,54, noe som tilsier en stor forskjell. Flere fylker ligger relativt høyt. Oslo har 16,2 prosent, Agder 16,1 prosent og Rogaland 15,6 prosent. Også Akershus, Vestland, Møre og Romsdal og Østfold ligger over 13,0 prosent og Telemark ligger like under med 12,8 prosent. I den lavere delen av fordelingen finner vi Finnmark klart lavest, etterfulgt av Troms med 8,6 prosent og Vestfold med 9,6 prosent. Trøndelag, Nordland og Innlandet ligger også forholdsvis lavt. Samlet viser figuren at andelen som opplever vansker med å få jobb eller bruke egen kompetanse varierer betydelig mellom fylkene, og at særlig forskjellen mellom ytterpunktene, Buskerud og Finnmark, er markant.

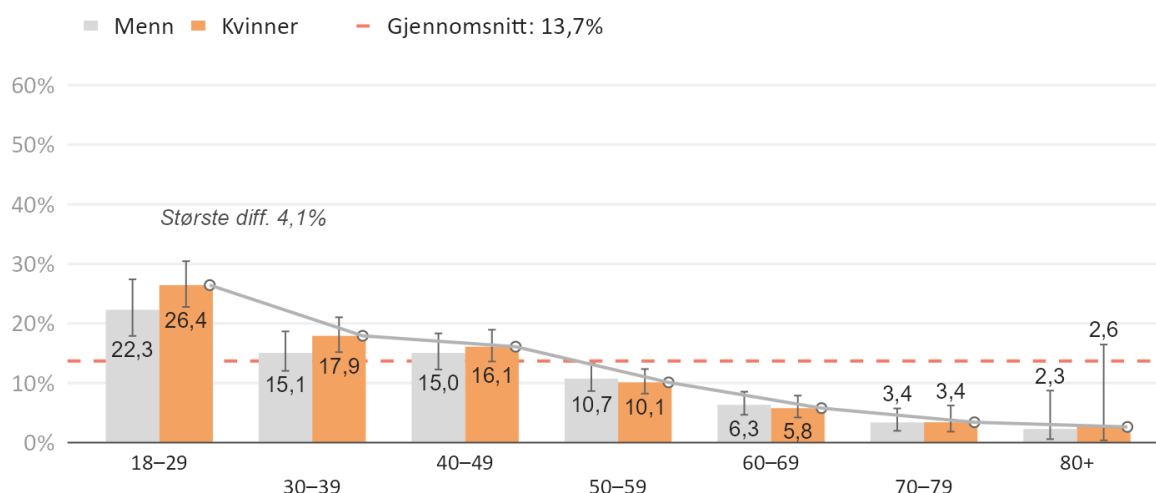
Figur 241. Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse, etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som opplever at det er vanskelig å få jobb eller bruke egen utdanning/kompetanse, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 23,2 prosent opplever dette som vanskelig. Den laveste andelen blant kvinner finnes i gruppen med høyskole eller universitet i 2 til 4 år, med 9,7 prosent. Det gir en forskjell på 13,5 prosentpoeng, noe som tyder på et klart skille mellom høyeste og laveste nivå. Cohen's h er 0,37, som tilsvarer en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 21,8 prosent opplever det som vanskelig. Den laveste andelen finnes blant dem med høyskole eller universitet over 4 år, med 10,6 prosent. Forskjellen er 11,2 prosentpoeng, og også her framstår skillet som klart. Cohen's h er 0,31, som også tilsvarer en middels forskjell. Ser vi på de enkelte utdanningsnivåene, er kjønnsforskjellene små og framstår ikke som klare. Kvinner ligger noe høyere enn menn i grunnskole, videregående skole, fagskole

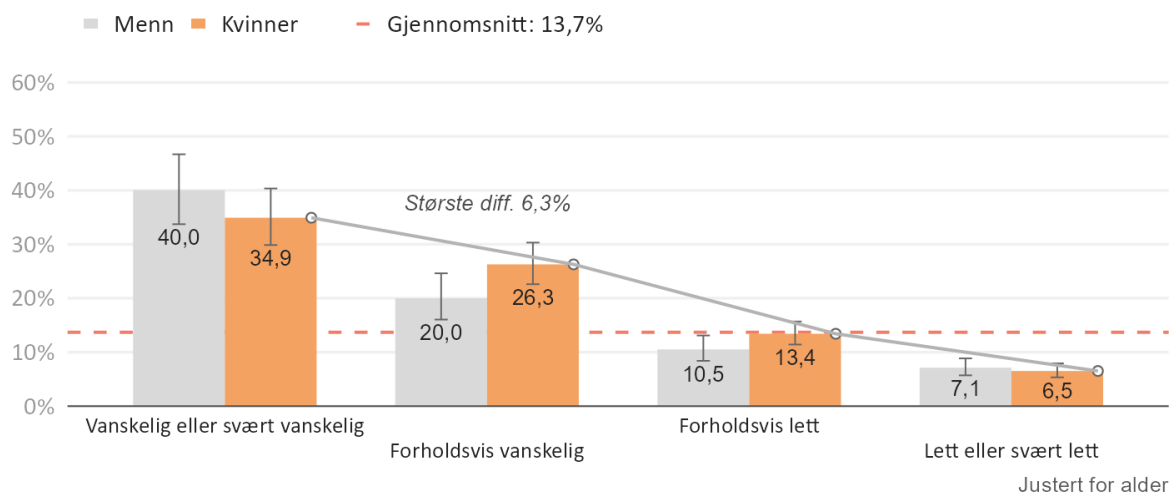
eller universitet under 2 år og høyskole eller universitet over 4 år, mens menn ligger noe høyere i gruppen med høyskole eller universitet i 2 til 4 år. Samlet peker figuren derfor først og fremst på forskjeller mellom utdanningsnivåer innen hvert kjønn, heller enn tydelige forskjeller mellom kvinner og menn.

**Figur 242. Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse, etter kjønn og alder (C)**



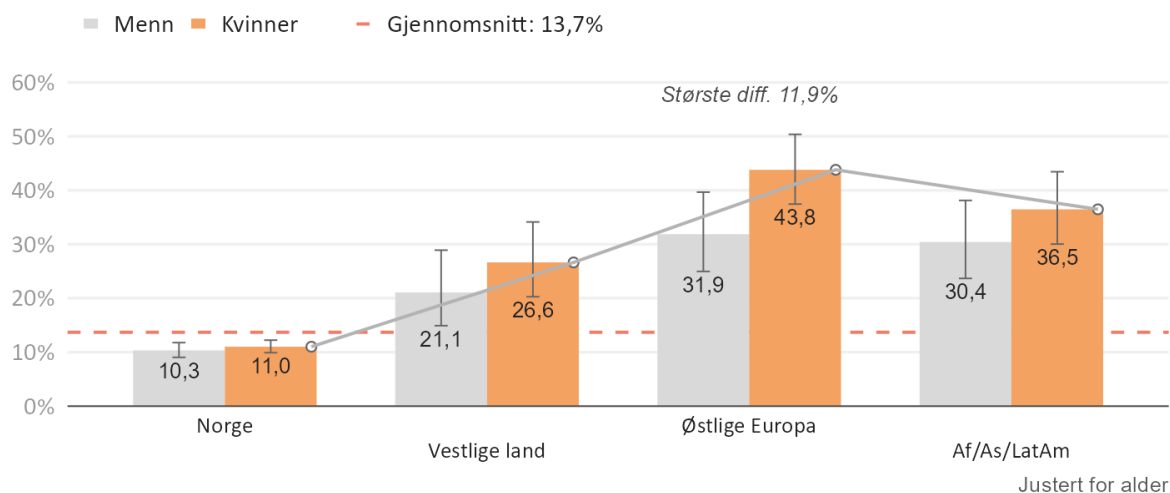
Figur C viser andelen som opplever at det er vanskelig å få jobb eller bruke egen utdanning/kompetanse, fordelt på kjønn og alder. Merk at deltakerne selv har vurdert om dette er en aktuell problemstilling for dem, uavhengig av alder. De som har svart at det ikke er aktuelt/ikke forsøkt eller ikke vet er holdt utenfor beregningene. For både kvinner og menn er andelen høyest i alderen 18 til 29 år og faller deretter jevnt med økende alder. Blant kvinner er andelen 26,40 prosent i den yngste aldersgruppen, før den synker til 17,9 prosent i alderen 30 til 39 år og 16,1 prosent i alderen 40 til 49 år. Videre faller den til 10,1 prosent i alderen 50 til 59 år, 5,8 prosent i alderen 60 til 69 år, 3,4 prosent i alderen 70 til 79 år og 2,6 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 23,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,75, som tilsier en stor forskjell. Det samme hovedmønsteret gjelder for menn. Andelen er 22,30 prosent i alderen 18 til 29 år og synker til 15,10 prosent, 15,0 prosent, 10,7 prosent, 6,3 prosent, 3,4 prosent og 2,3 prosent i de eldre aldersgruppene. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 19,99 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,68, som også tilsier en stor forskjell. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn innen de enkelte aldersgruppene, og ingen av dem framstår som klare skiller. Samlet peker figuren derfor først og fremst på alder som den tydeligste forskjellen.

**Figur 243. Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



Figur D viser andelen som opplever at det er vanskelig å få jobb eller bruke egen utdanning/kompetanse, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 34,9 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som lett eller svært lett, med 6,50 prosent. Det gir en forskjell på 28,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,75, som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, med 40,00 prosent, og lavest i gruppen som opplever den som lett eller svært lett, med 7,1 prosent. Her er forskjellen 32,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,83, som også tilsier en stor forskjell. For de mellomliggende gruppene ligger andelen på 13,4 prosent blant kvinner og 10,5 prosent blant menn i gruppen med forholdsvis lett husholdningsøkonomi, og på 26,3 prosent blant kvinner og 20,0 prosent blant menn i gruppen med forholdsvis vanskelig husholdningsøkonomi. Selv om menn ligger noe høyere enn kvinner i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, og kvinner noe høyere i enkelte av de andre gruppene, framstår ikke kjønnsforskjellene som klare innen noen av husholdningsøkonomigruppene. Hovedmønsteret er derfor at opplevde vansker øker tydelig når husholdningsøkonomien vurderes som vanskeligere, både blant kvinner og menn.

**Figur 244. Vanskelig å få jobb eller bruke utdanning/kompetanse, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



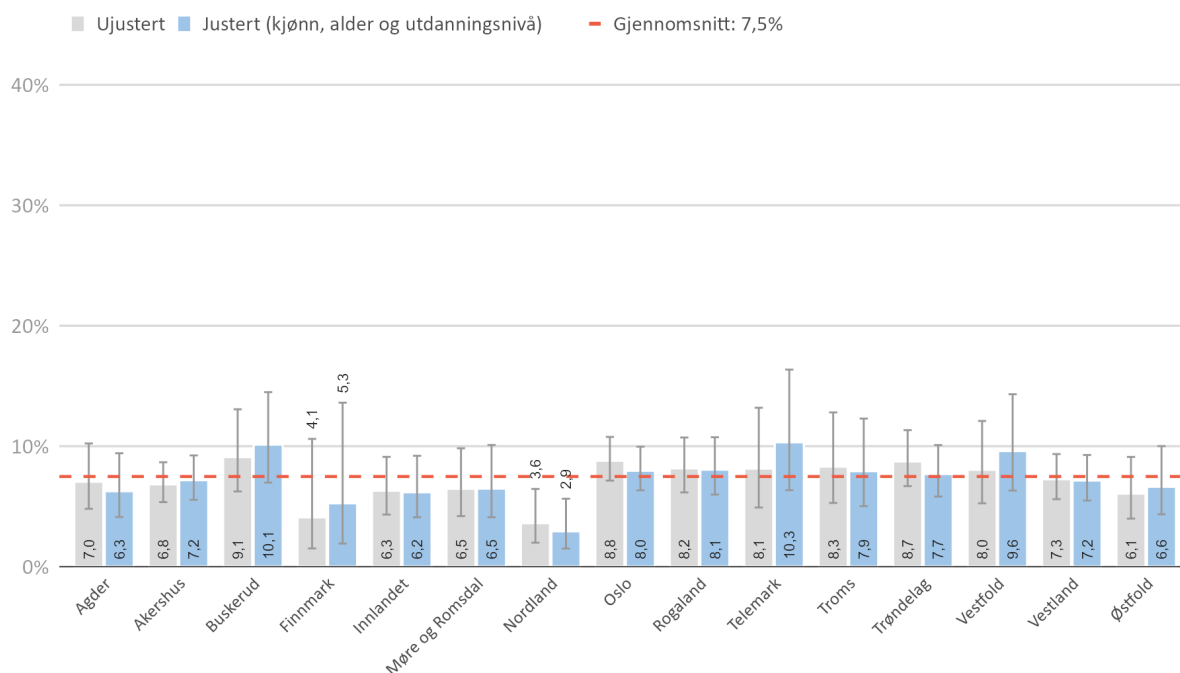
Figur E viser andelen som opplever at det er vanskelig å få jobb eller bruke egen utdanning/kompetanse, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 43,8 prosent, og lavest blant kvinner født i Norge, med 11,0 prosent. Differansen er 32,8 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,77, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 31,9 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 10,3 prosent. Her er differansen 21,5 prosentpoeng, og Cohen's  $h$  er 0,55, som også tilsier en stor forskjell. Ser vi på nivåene mellom fødelandsgruppene, ligger kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika på 36,5 prosent, mens kvinner fra vestlige land ligger på 26,6 prosent. For menn er de tilsvarende andelene 30,4 prosent for Afrika, Asia og Latin-Amerika og 21,1 prosent for vestlige land. Dette peker samlet mot at andelen som opplever slike vansker er lavest blant personer født i Norge og høyest blant personer fra Østlige Europa, for både kvinner og menn. Innen hver fødelandsgruppe er andelen gjennomgående noe høyere blant kvinner enn blant menn. Forskjellene går fra 0,7 prosentpoeng i Norge til 11,9 prosentpoeng i Østlige Europa. Samtidig er det ikke grunnlag for å omtale disse kjønnsforskjellene som klare skiller i noen av fødelandsgruppene.

#### 4.5.7 Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere

Andelen som opplever diskriminering noen ganger i måneden eller oftere.

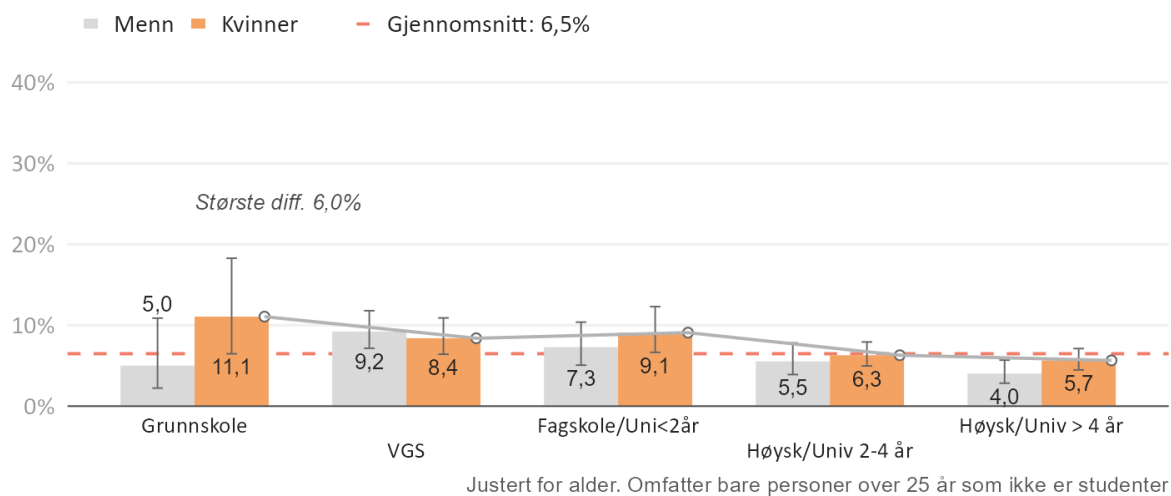
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	7 889	7,5 %	6,8 – 8,1
Kvinner	4 302	8,0 %	7,1 – 8,8
Menn	3 587	7,0 %	6,1 – 8,0

Figur 245. Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, etter fylker (A)



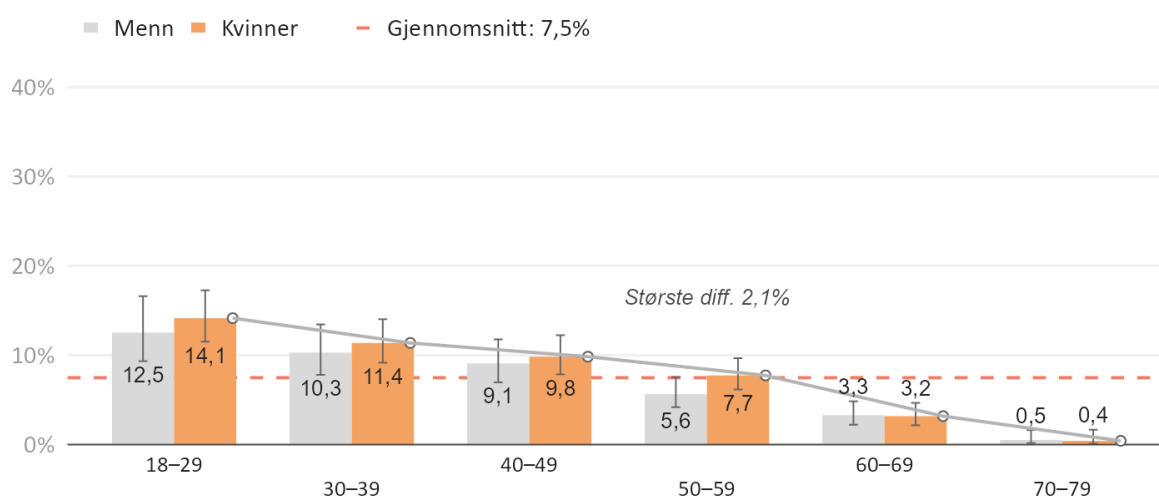
Figur A viser andelen som opplever diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Telemark med 10,3 prosent og lavest i Nordland med 2,9 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 7,4 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Effektstørrelsen er 0,31 målt med Cohen's h, noe som tilsier en middels forskjell. Buskerud og Vestfold ligger tett opp mot Telemark med henholdsvis 10,1 prosent og 9,6 prosent. Oslo og Rogaland ligger også over mange av de andre fylkene, med henholdsvis 8,0 prosent og 8,1 prosent. I den andre enden ligger Nordland tydelig lavest, mens Finnmark med 5,3 prosent også ligger blant de lavere nivåene. For de øvrige fylkene ligger andelen i et mellomstjikt med andeler fra 6,2 til 7,9 prosent. Samlet sett viser figuren geografiske forskjeller, med særlig høy andel i Telemark og særlig lav andel i Nordland, men at det er få klare skiller mellom fylkene.

**Figur 246. Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



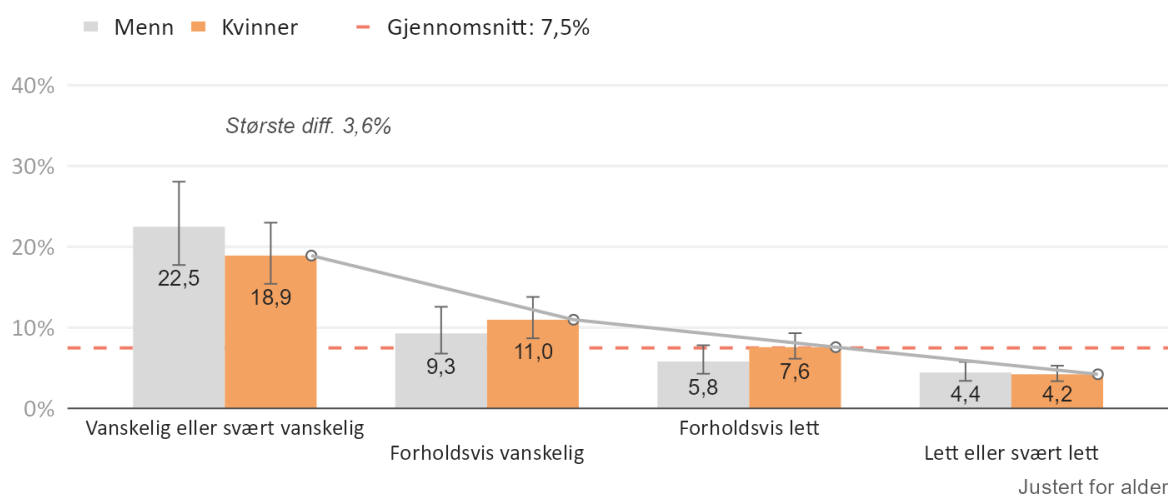
Figur B viser andelen som opplever diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 5,7 prosent blant dem med høyere utdanning over fire år til 11,1 prosent blant dem med grunnskole. Differansen er 5,4 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. For menn varierer andelen fra 4,0 prosent blant dem med høyere utdanning over fire år til 9,2 prosent blant dem med videregående opplæring. Differansen er 5,2 prosentpoeng, og her framstår forskjellen som et klart skille. Cohen's h er 0,21, som også tilsier en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivåene er det ingen klare kjønnsforskjeller. Samlet peker tallene mot moderate variasjoner mellom utdanningsnivåene, men uten tydelige kjønnsforskjeller innen de enkelte gruppene.

Figur 247. Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, etter kjønn og alder (C)



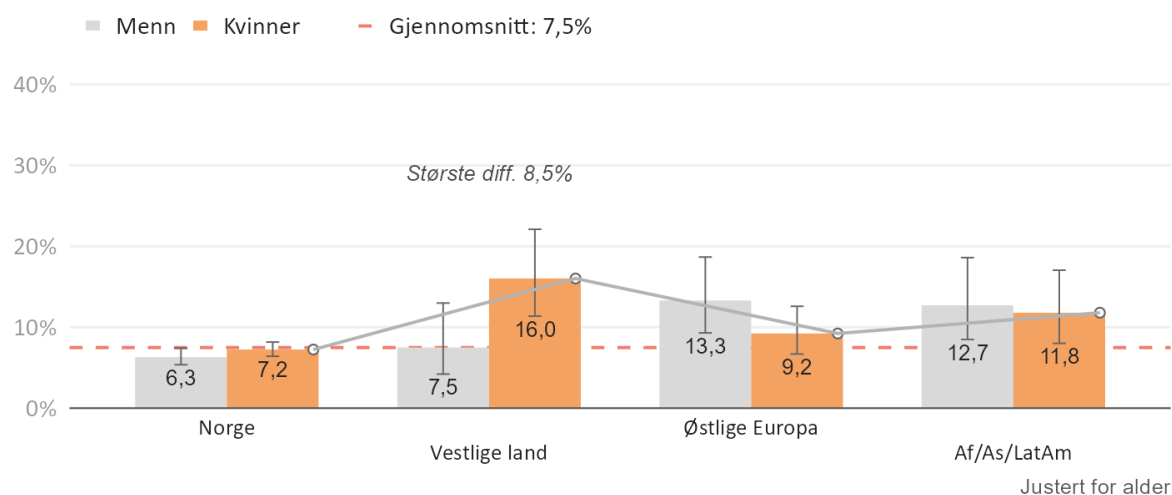
Figur C viser andelen som opplever diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i alderen 18–29 år og lavest i alderen 70–79 år. Blant kvinner er andelen 14,1 prosent i den yngste aldersgruppen og 0,4 prosent i den eldste, en forskjell på 13,7 prosentpoeng. Cohen's h er 0,64, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig: andelen går fra 12,5 prosent i alderen 18–29 år til 0,5 prosent i alderen 70–79 år, en forskjell på 12,0 prosentpoeng. Cohen's h er 0,90, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser ellers en jevn nedgang med økende alder for begge kjønn. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn innen hver aldersgruppe, og ingen av disse framstår som klare. Samlet sett er det derfor alder, mer enn kjønn, som preger mønsteret i figuren.

**Figur 248. Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D)**



Figur D viser andelen som opplever diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er andelen høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, og lavest blant dem som opplever den som lett eller svært lett. Blant kvinner er andelen 18,9 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, mot 4,2 prosent i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi. Det gir en forskjell på 14,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,49, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er mønsteret tydelig. Her er andelen 22,5 prosent i gruppen med vanskelig eller svært vanskelig husholdningsøkonomi, mot 4,4 prosent i gruppen med lett eller svært lett husholdningsøkonomi. Forskjellen er 18,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,56, som tilsier en stor forskjell. I gruppene som vurderer husholdningsøkonomien som forholdsvis lett eller forholdsvis vanskelig, ligger andelene mellom disse ytterpunktene. Det er ikke klare kjønnsforskjeller innen de enkelte økonomigruppene.

**Figur 249. Opplevd diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**

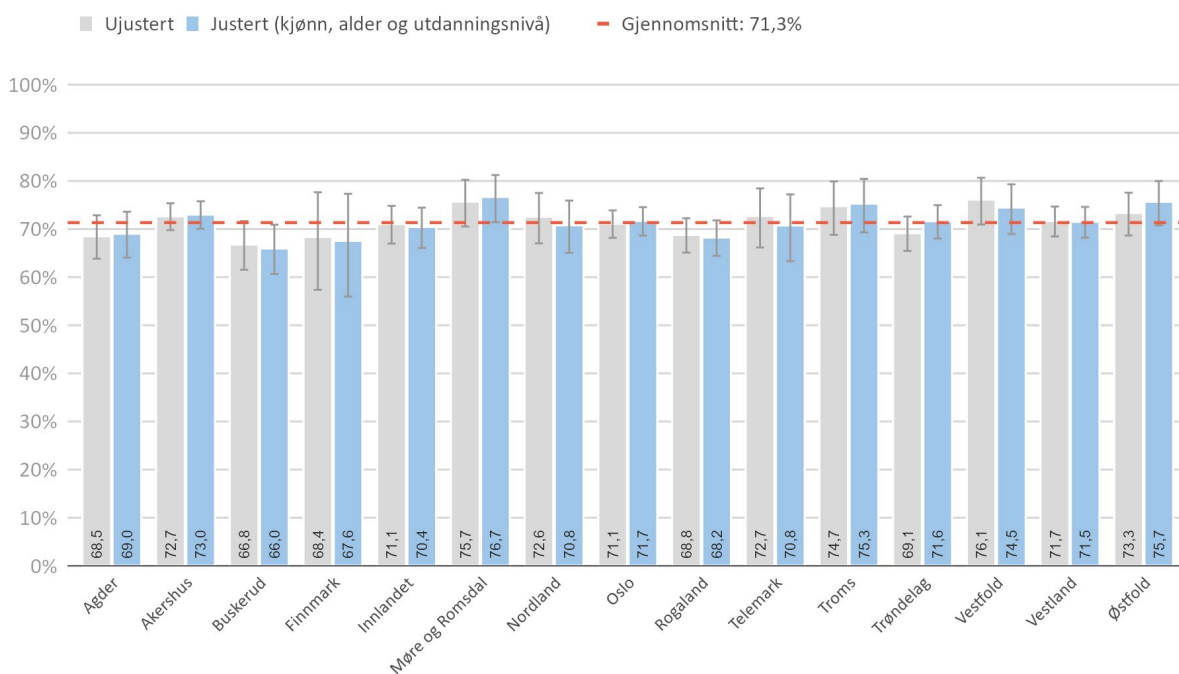


Figur E viser andelen som opplever diskriminering noen ganger i måneden eller oftere, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra vestlige land, med 16,0 prosent, og lavest blant kvinner født i Norge, med 7,2 prosent. Dette er en forskjell på 8,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,28, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn varierer andelen mellom fødelandsgruppene. Her er andelen høyest i gruppen fra Østlige Europa, med 13,3 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 6,3 prosent. Forskjellen er 7,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell. For kvinner ligger gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika på 11,8 prosent, mens kvinner fra Østlige Europa ligger på 9,2 prosent. For menn er andelen 12,7 prosent i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika og 7,5 prosent i gruppen fra vestlige land. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er det ingen kjønnsforskjeller som framstår som klare.

## 4.6 Behov for og bruk av helsetjenester

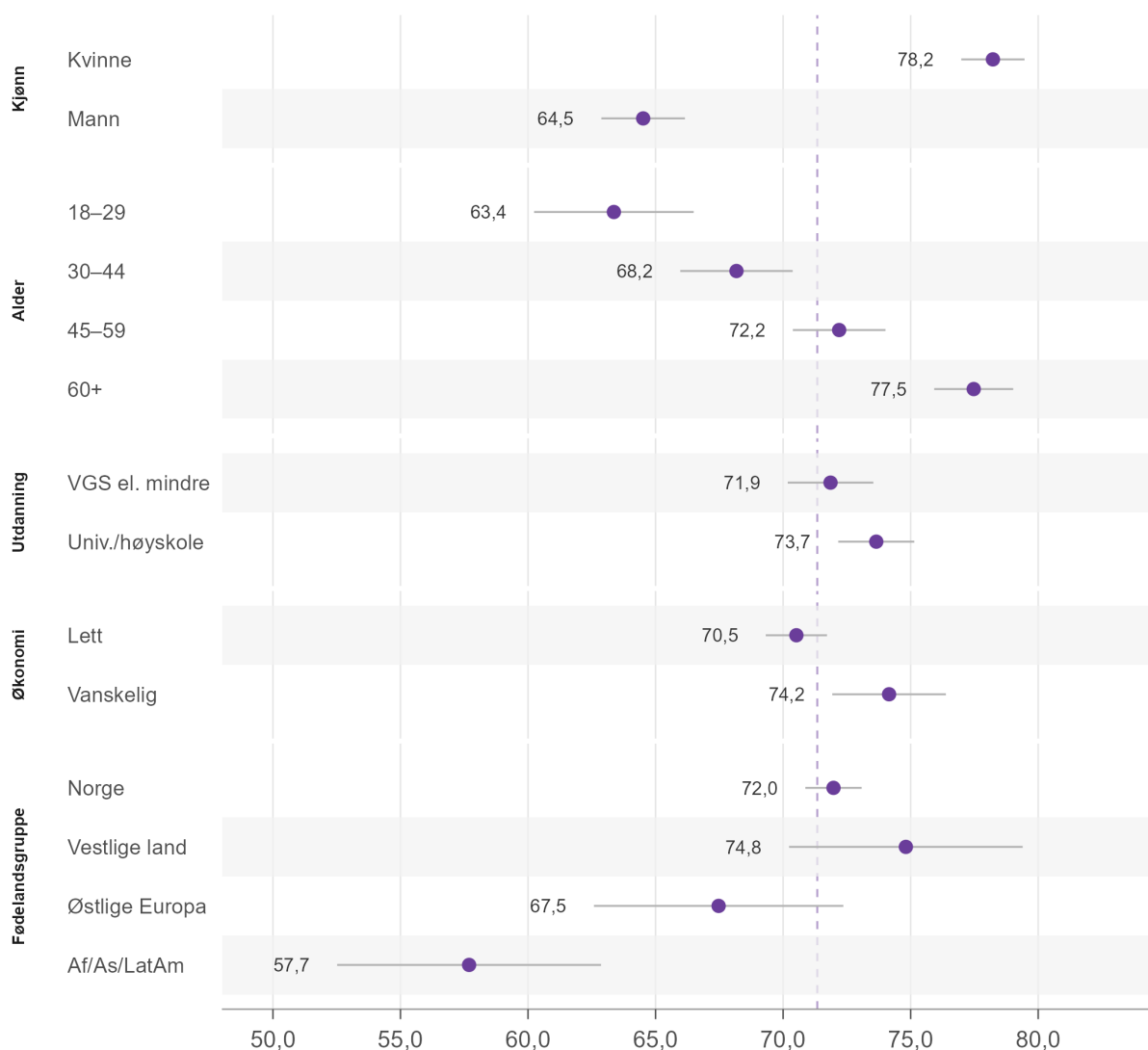
### 4.6.1 Behov for legehjelp siste 12 mnd, og har søkt hjelp

Figur 256. Behov for legehjelp siste 12 mnd, og har søkt hjelp, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt behov for legehjelp siste 12 måneder og har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er høyest i Møre og Romsdal med 76,7 prosent og lavest i Buskerud med 66,0 prosent. Forskjellen mellom disse ytterpunktene er 10,7 prosentpoeng. Samlet sett varierer andelen mellom fylkene, men forskjellene er gjennomgående ikke store.

Figur 250. Behov for legehjelp siste 12 mnd, og har søkt hjelp, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

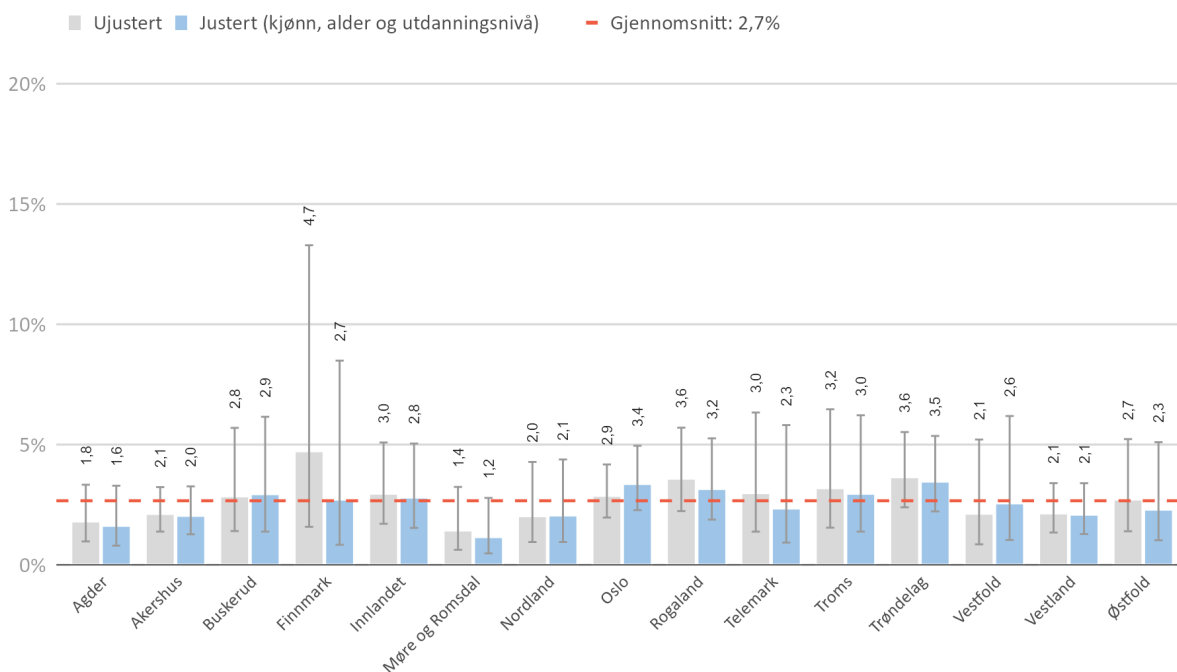


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 71,3 (70,3–72,4)

Figur F viser andelen som har hatt behov for legehjelp siste 12 måneder og har søkt hjelp på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 71,3 prosent. Det tydeligste mønsteret er en klar forskjell mellom kjønn, der kvinner ligger høyere enn menn, med 78,2 mot 64,5 prosent. Det er også en jevn aldersgradient, fra 63,4 prosent blant 18–29-åringene til 77,5 prosent blant dem som er 60 år eller eldre. Forskjellene etter utdanning og opplevde økonomiske vansker er mindre, men andelen er noe høyere blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning og blant dem som opplever økonomien som vanskelig. Etter fødelandsgruppe ligger personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika lavest, på 57,7 prosent, mens nivået er høyere blant dem som er født i Norge og i vestlige land. Dette peker samlet på at variasjonen i 2025 særlig følger kjønn, alder og fødelandsgruppe.

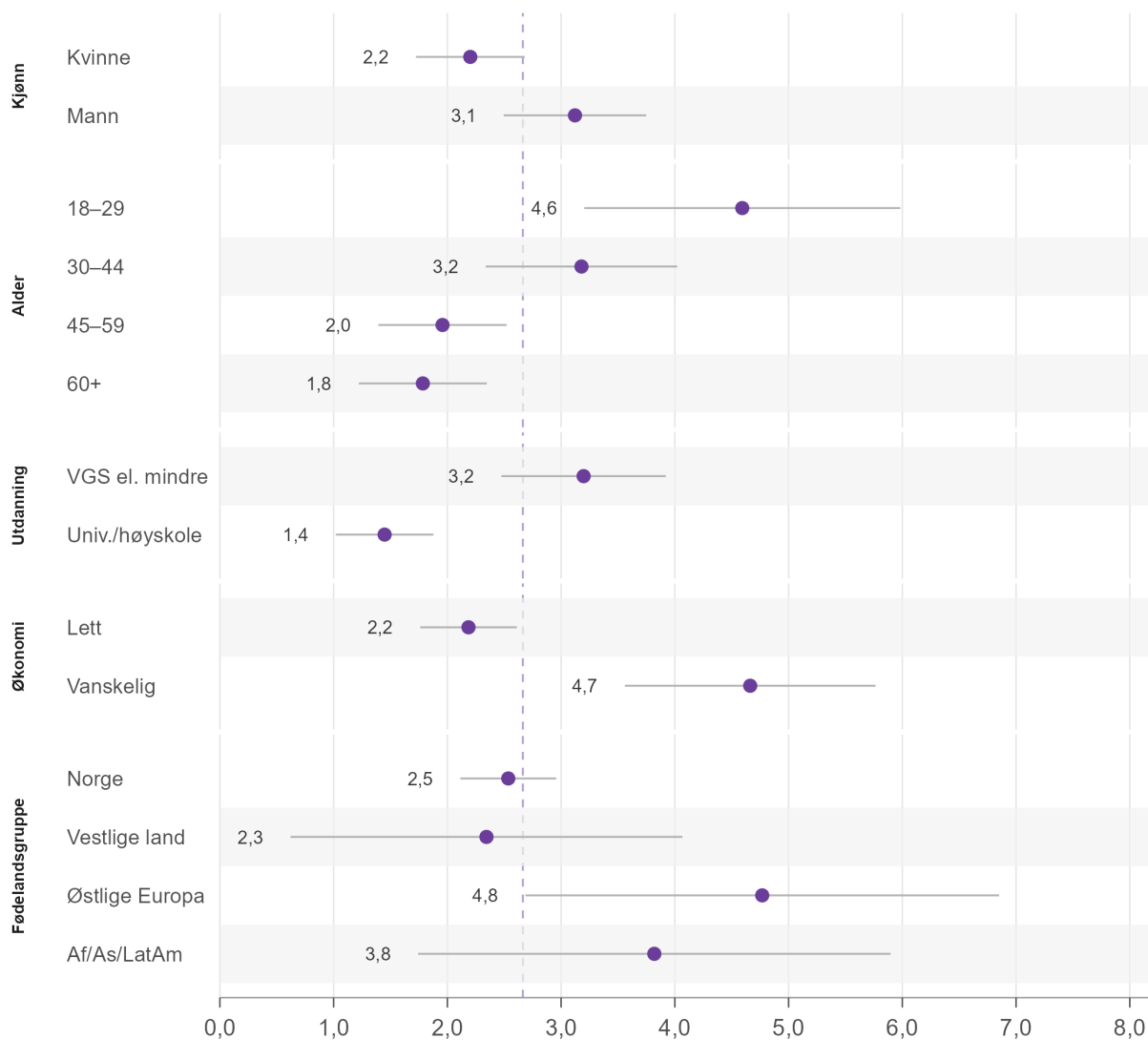
#### 4.6.2 Behov for legehjelp siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp

Figur 262. Behov for legehjelp siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt behov for legehjelp siste 12 måneder, men ikke har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen er gjennomgående lave, og varierer fra 1,2 prosent i Møre og Romsdal til 3,5 prosent i Trøndelag. Variasjonen mellom fylkene samlet sett er nokså begrenset, der forskjellen mellom ytterpunktene målt med effektstørrelsen Cohen's h er 0,16, som tilsier en liten forskjell.

Figur 251. Behov for legehjelp siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

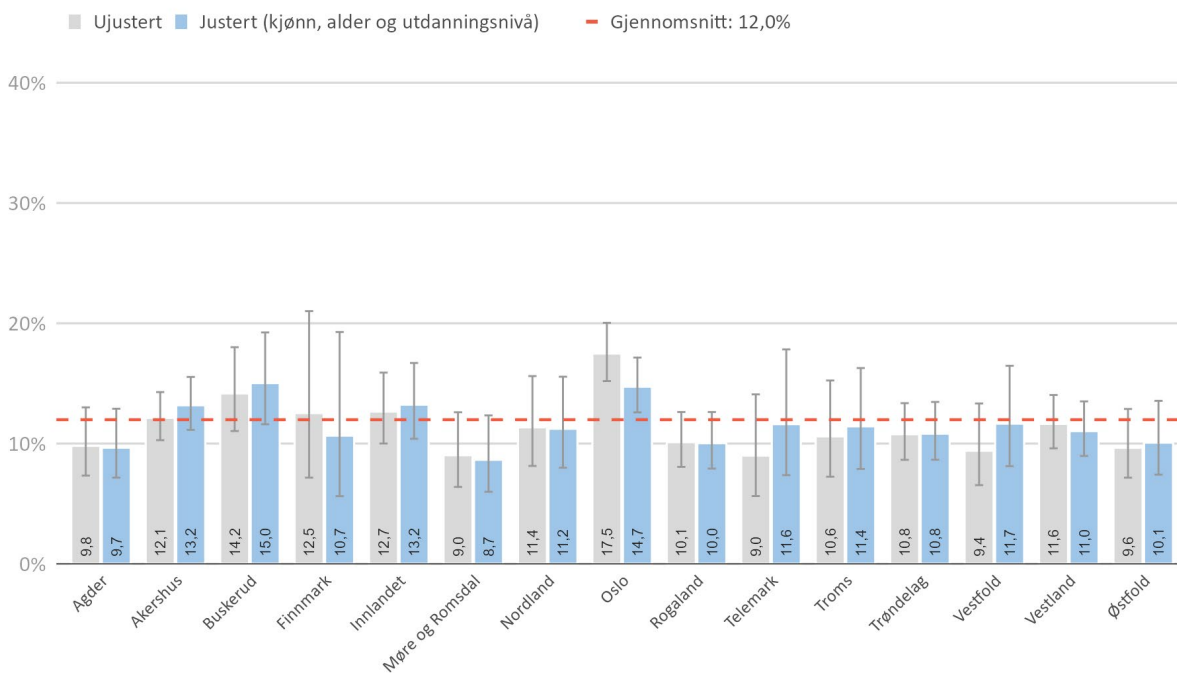


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 2,7 (2,3–3,1)

Figur F viser andelen som har hatt behov for legehjelp siste 12 måneder, men ikke har søkt hjelp på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 2,7 prosent i 2025. Menn ligger noe høyere enn kvinner, med 3,1 mot 2,2 prosent. Det tydeligste aldersmønsteret er at andelen er høyest blant de yngste og lavere i de eldre aldersgruppene, fra 4,6 prosent blant 18–29-åringene til rundt 1,8–2,0 prosent blant dem over 45 år. Personer med videregående skole eller lavere utdanning ligger høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning, 3,2 mot 1,4 prosent. Det er også en klar forskjell etter økonomi, der andelen er 4,7 prosent blant dem som opplever økonomien som vanskelig, mot 2,2 prosent blant dem som opplever den som lett. Etter fødelandsgruppe ligger nivået høyest blant personer fra østlige Europa og også relativt høyt blant personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens nivået er lavere blant personer født i Norge og i vestlige land.

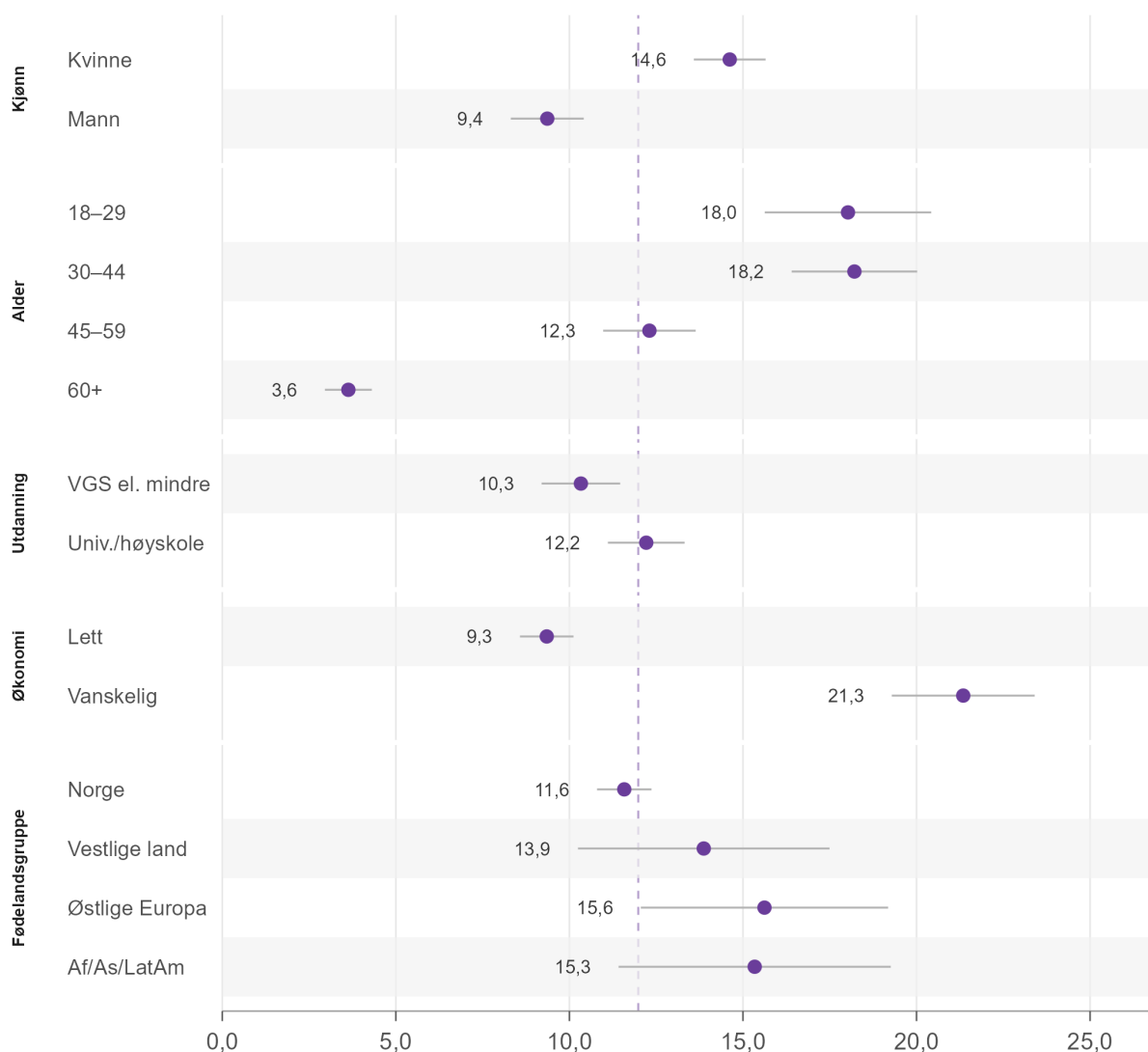
#### 4.6.3 Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, og har søkt hjelp

Figur 268. Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, og har søkt hjelp, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 måneder og har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer fra 8,7 prosent i Møre og Romsdal til 15,0 prosent i Buskerud. Mange fylker ligger forholdsvis nær hverandre i nivå. Forskjellen mellom fylket med høyest og lavest andel er 6,3 prosentpoeng. Samtidig ser det ikke ut til å være statistisk sikre forskjeller mellom ytterpunktene, noe som tilsier at variasjonen mellom fylkene bør tolkes med en viss varsomhet.

Figur 252. Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, og har søkt hjelp, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

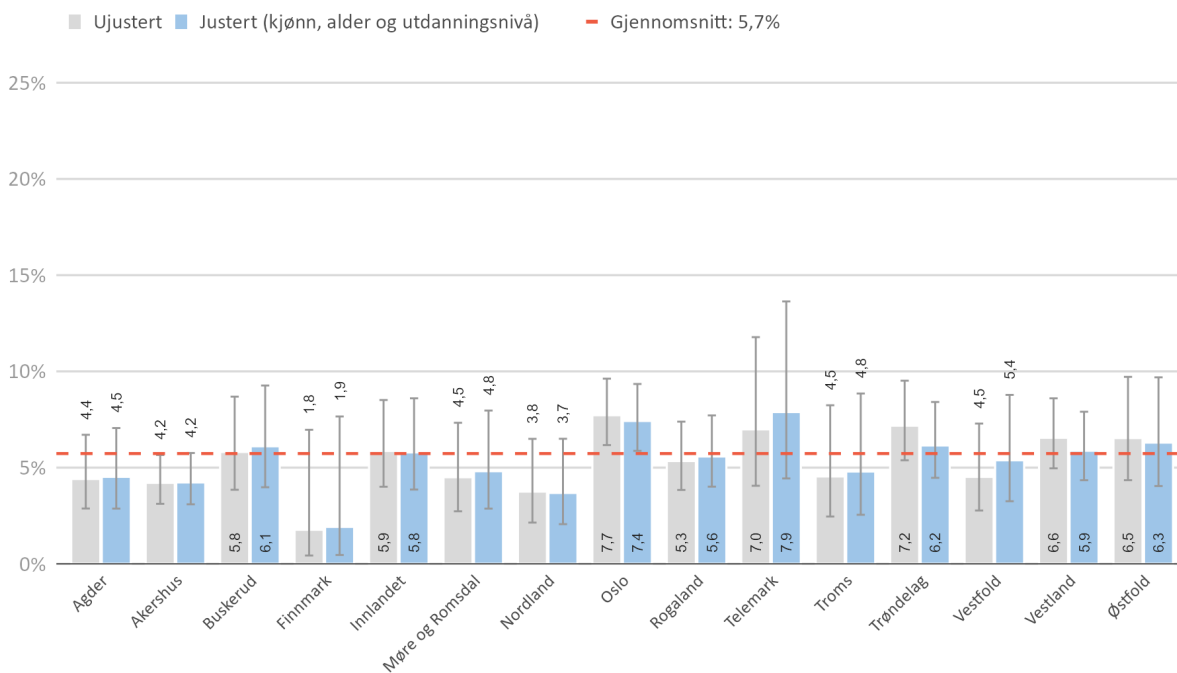


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 12,0 (11,2–12,7)

Figur F viser andelen som har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 måneder og har søkt hjelp på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 12,0 prosent. Kvinner rapporterer oftere dette enn menn, med 14,6 prosent mot 9,4 prosent. Det er også en tydelig aldersgradient, der andelen er høyest blant 18–29-åringene og 30–44-åringene, rundt 18,0 prosent, og klart lavest blant personer 60 år og eldre, med 3,6 prosent. Forskjellen etter utdanning er liten, med noe høyere andel blant personer med universitets- eller høyskoleutdanning enn blant dem med videregående skole eller mindre. Opplevde økonomiske vansker skiller seg tydelig ut, ved at andelen er mer enn dobbelt så høy blant dem som opplever økonomien som vanskelig som blant dem som opplever den som lett, 21,3 prosent mot 9,3 prosent. Mellom fødelandsgruppene er nivået gjennomgående nokså likt, men andelen er noe høyere blant personer født i vestlige land, østlige Europa og Afrika, Asia og Latin-Amerika enn blant personer født i Norge.

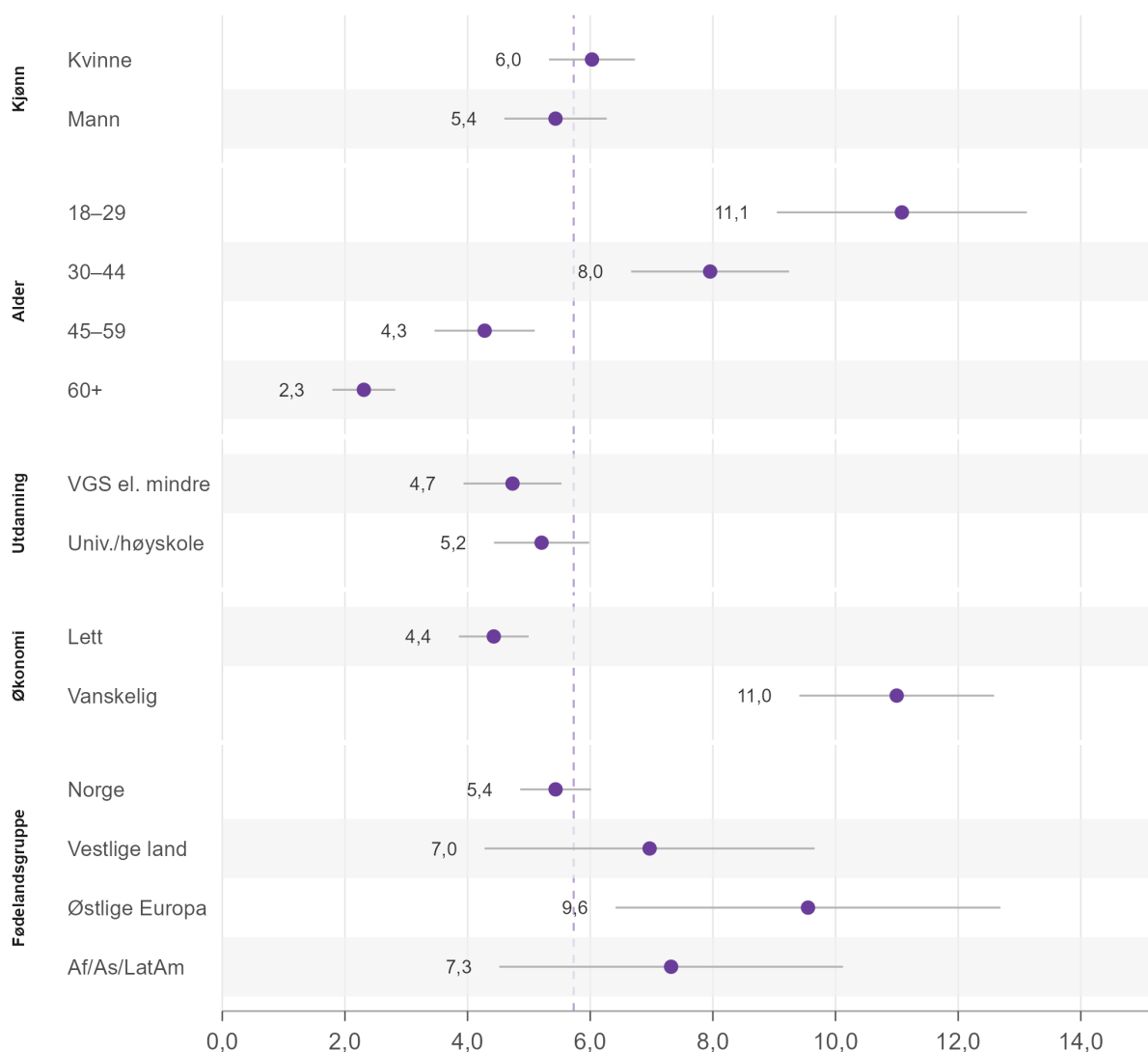
#### 4.6.4 Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp

Figur 274. Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 måneder, men ikke har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer fra 1,9 prosent i Finnmark til 7,9 prosent i Telemark. Forskjellen mellom fylket med høyest og lavest andel er 6,0 prosentpoeng. Samtidig er dette ikke statistisk sikre forskjeller, så variasjonen mellom ytterpunktene bør tolkes med varsomhet.

Figur 253. Behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

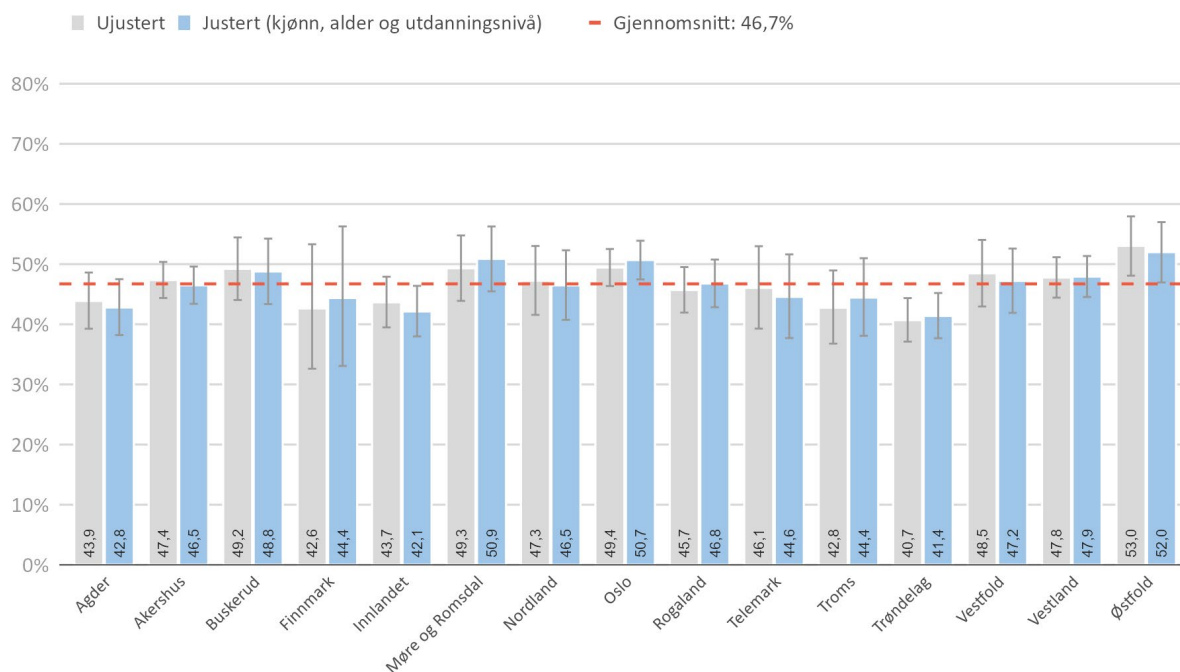


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 5,7 (5,2–6,3)

Figur F viser andelen som har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager siste 12 måneder, men ikke har søkt hjelp på tvers av kjønnet, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 5,7 prosent i 2025. Det tydeligste mønsteret er en klar aldersgradient, der andelen er høyest blant 18–29-åringene med 11,1 prosent og lavest blant personer 60 år og eldre med 2,3 prosent. Kvinner og menn ligger relativt nær hverandre, med noe høyere andel blant kvinner enn menn. Det er også liten forskjell mellom utdanningsgruppene. Derimot er andelen klart høyere blant dem som opplever økonomien som vanskelig enn blant dem som opplever den som lett, henholdsvis 11,0 prosent og 4,4 prosent. Etter fødelandsgruppe ligger andelen høyest blant personer fra østlige Europa, mens den er lavest blant personer født i Norge, og de øvrige gruppene ligger mellom disse nivåene.

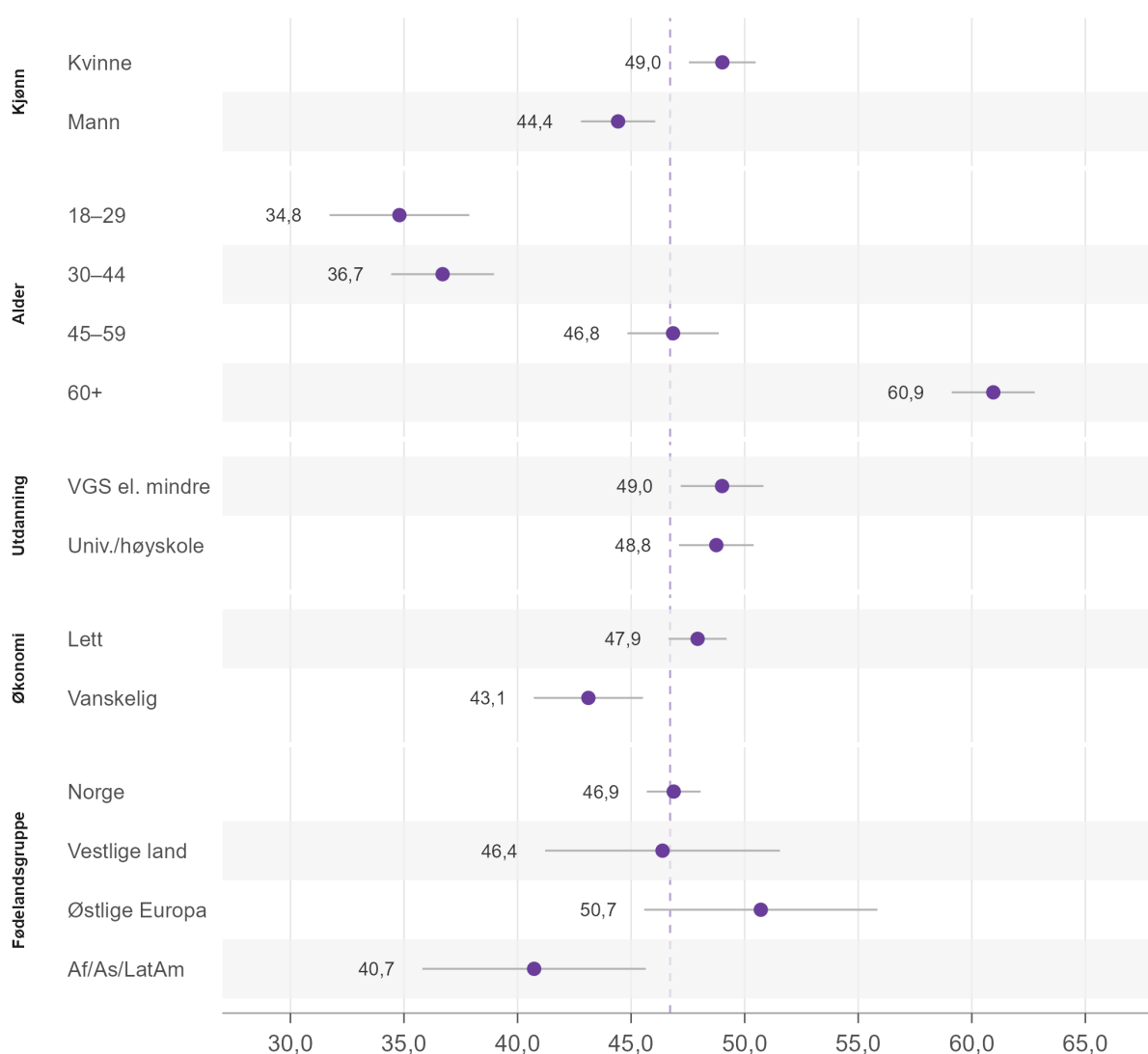
#### 4.6.5 Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, og har søkt hjelp

Figur 280. Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, og har søkt hjelp, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt behov for tannlege/tannpleier siste 12 måneder og har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer mellom fylkene, fra 41,4 prosent i Trøndelag til 52,0 prosent i Østfold. Dette er et statistisk sikkert skille, og forskjellen mellom ytterpunktene er 10,6 prosentpoeng. Effektstørrelsen er Cohen's h lik 0,21, noe som tilsier en liten forskjell. Samlet sett viser figuren at andelen som har hatt behov for tannhelsehjelp og har søkt hjelp, ligger nokså tett mellom mange fylker.

Figur 254. Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, og har søkt hjelp, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)

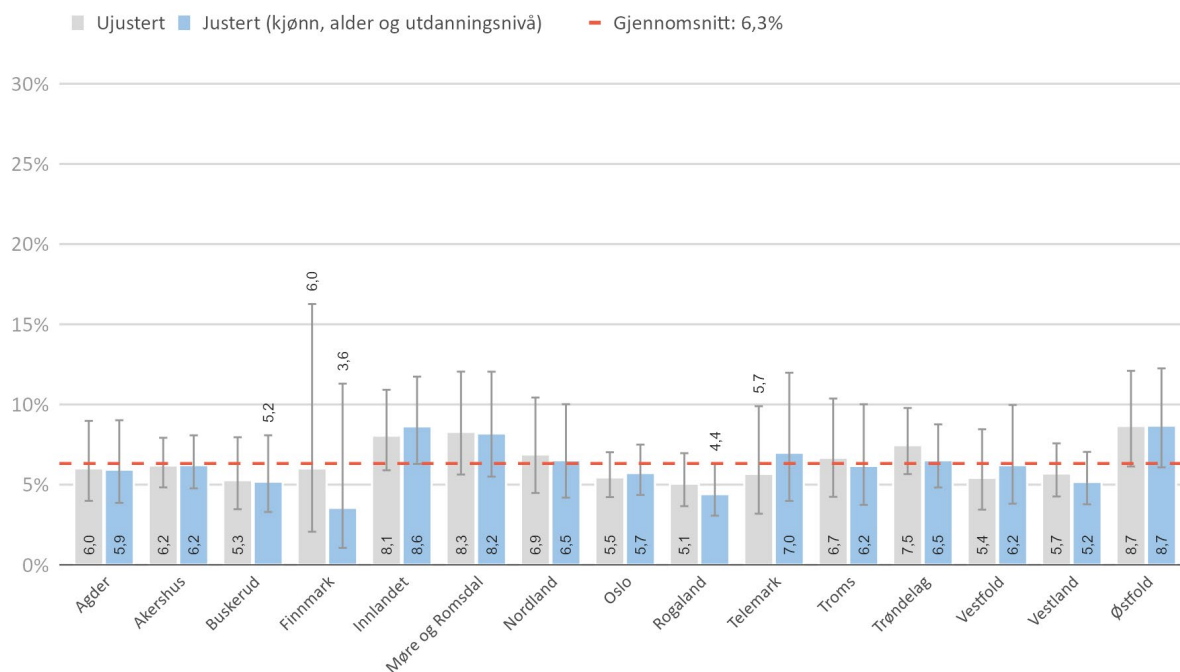


Andel for hele utvalget, 2025 (justert): 46,7 (45,6–47,8)

Figur F viser andelen som har hatt behov for tannlege/tannpleier siste 12 måneder og har søkt hjelp på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 46,7 prosent. Det tydeligste mønsteret er en klar aldersgradient, fra 34,8 prosent blant 18–29-åringene til 60,9 prosent blant personer på 60 år og eldre. Kvinner ligger noe høyere enn menn, med henholdsvis 49,0 og 44,4 prosent. Forskjellene etter utdanning er små, og nivået er nær likt mellom dem med videregående skole eller mindre og dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Personer som opplever økonomien som vanskelig, ligger lavere enn dem som opplever den som lett, med 43,1 mot 47,9 prosent. Etter fødelandsgruppe ligger personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika lavest, mens nivået er noe høyere blant personer fra østlige Europa enn blant dem født i Norge og i vestlige land.

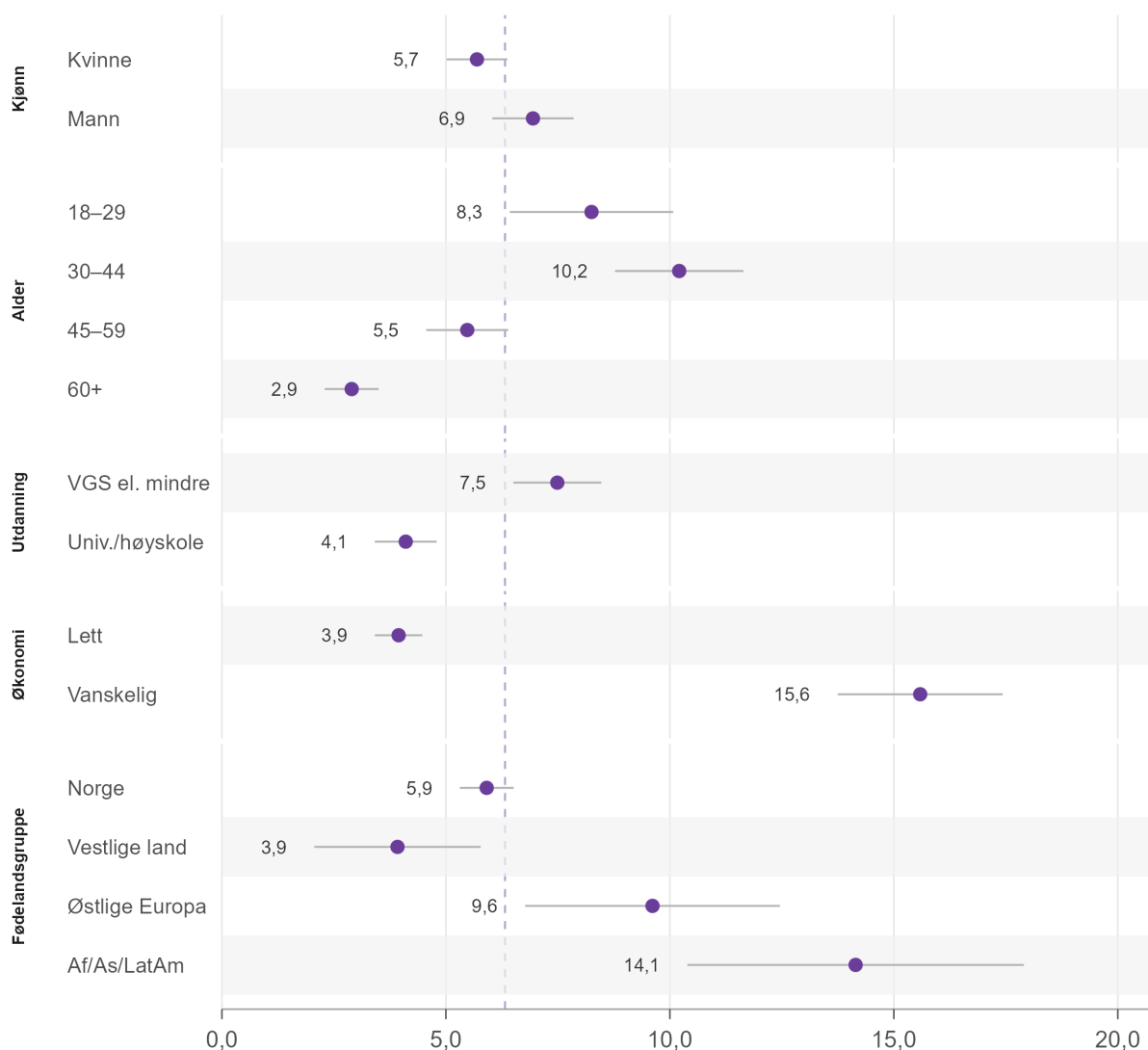
#### 4.6.6 Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp

Figur 286. Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp, etter fylker (A)



Figur A viser andelen som har hatt behov for tannlege/tannpleier siste 12 måneder, men ikke har søkt hjelp, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på fylker. Andelen varierer fra 3,6 prosent i Finnmark til 8,7 prosent i Østfold. Samtidig er dette ikke et statistisk sikkert skille mellom ytterpunktene, noe som tilsier at variasjonen mellom fylkene bør tolkes med varsomhet.

Figur 255. Behov for tannlege/tannpleier siste 12 mnd, men har ikke søkt hjelp, etter kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgruppe (F)



Figur F viser andelen som har hatt behov for tannlege/tannpleier siste 12 måneder, men ikke har søkt hjelp på tvers av kjønn, alder, utdanning, opplevde økonomiske vansker og fødelandsgruppe i 2025. I hele utvalget ligger andelen på 6,3 prosent i 2025. Det tydeligste mønsteret er etter opplevde økonomiske vansker, der andelen er langt høyere blant dem som opplever økonomien som vanskelig enn blant dem som opplever den som lett, henholdsvis 15,6 prosent mot 3,9 prosent. Det er også en klar aldersgradient, med høyest andel blant 30–44-åringene på 10,2 prosent og lavest blant personer 60 år og eldre på 2,9 prosent. Menn ligger noe høyere enn kvinner, og personer med videregående skole eller mindre ligger høyere enn dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Etter fødelandsgruppe er andelen høyest blant personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika, og også relativt høy blant personer fra østlige Europa, mens den er lavere blant personer født i Norge og i vestlige land.

## 4.7 Luftveisinfeksjoner

I Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 var luftveisinfeksjoner en av temamodulene. Vi går nå over til resultatene fra denne modulen. Deltakerne som inngår i denne delen utgjør om lag en tredjedel av deltakerne i hele undersøkelsen, fordi deltakerne ble tilfeldig fordelt til én av tre temamoduler etter å ha fullført grunnmodulen.

I modulens første delkapitler vises fordeling etter utdanning, alder og fødelandsgruppe, fordelt på kjønn. I tillegg er det lagt til en egen del som viser fordeling etter egenvurdert risiko for å bli alvorlig syk av luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn. Dette fordi opplevelse av å ha høyere risiko for alvorlig sykdom kan tenkes å påvirke holdninger og atferd knyttet til luftveisinfeksjoner. Det er ikke inkludert en framstillingene etter fylke og økonomisk situasjon, fordi disse gjennomgående ga begrenset tilleggsinformasjon.

I delene som omhandler arbeidsliv, bekymring, reaksjoner, og informasjonskilder fremstilles resultatene kun fordelt på kjønn. Dette fordi enkelte undergrupper ville hatt for få deltakere, eller fordi antall delspørsmål kombinert med antall variabler ville gjøre temamodulen for stor i omfang. Siden temamodulen ikke har blitt gjennomført tidligere vises ikke sammenligninger med tidligere år.

Prosentandelene i analysene viser andelen som oppga at de gjennomførte tiltak «i stor grad» eller «i svært stor grad», eller andelen som svarte «ja». Dette kommer frem i den overordnede beskrivelsen av hver analyse. «Vet ikke» eller «Husker ikke» var også svaralternativ for mange spørsmål, og disse er ekskludert i andelsberegningene. For flere av spørsmålene i undersøkelsen kunne deltakerne rapportere for flere handlinger. For disse spørsmålene summerer derfor ikke handlingene til 100 prosent fordi de ikke er gjensidig utelukkende kategorier.

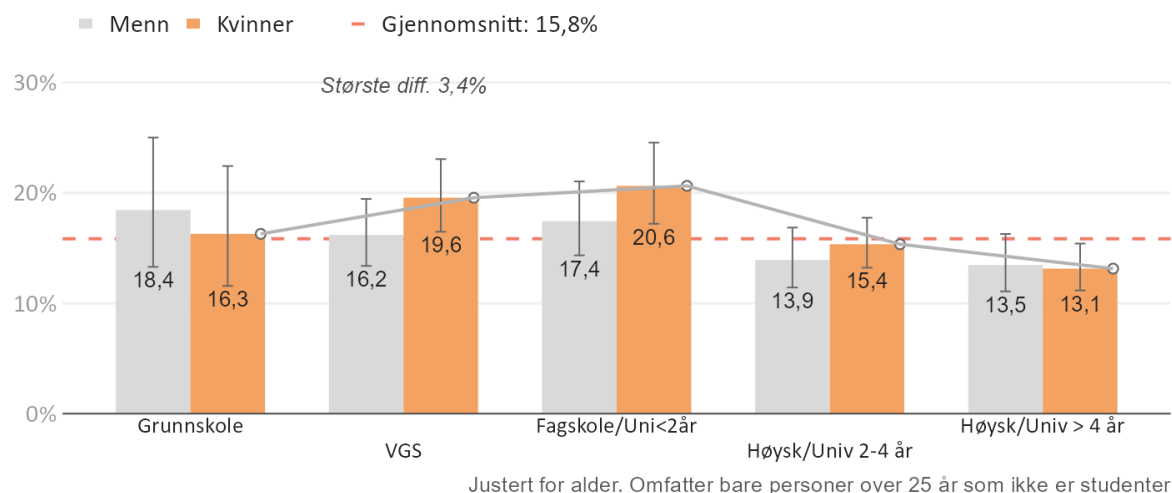
Ved innledning til modulen, fikk deltakerne kortfattet informasjon om luftveisinfeksjoner, i form av eksempler på typer luftveisinfeksjoner, ulike symptomer på luftveisinfeksjoner og hva som ligger i begrepet «risikogruppe».

### 4.7.1 Egenvurdert risiko for alvorlig sykdom

Andel som svarer «ja» på at de selv vurderer å ha økt risiko for å bli alvorlig syk av luftveisinfeksjoner.

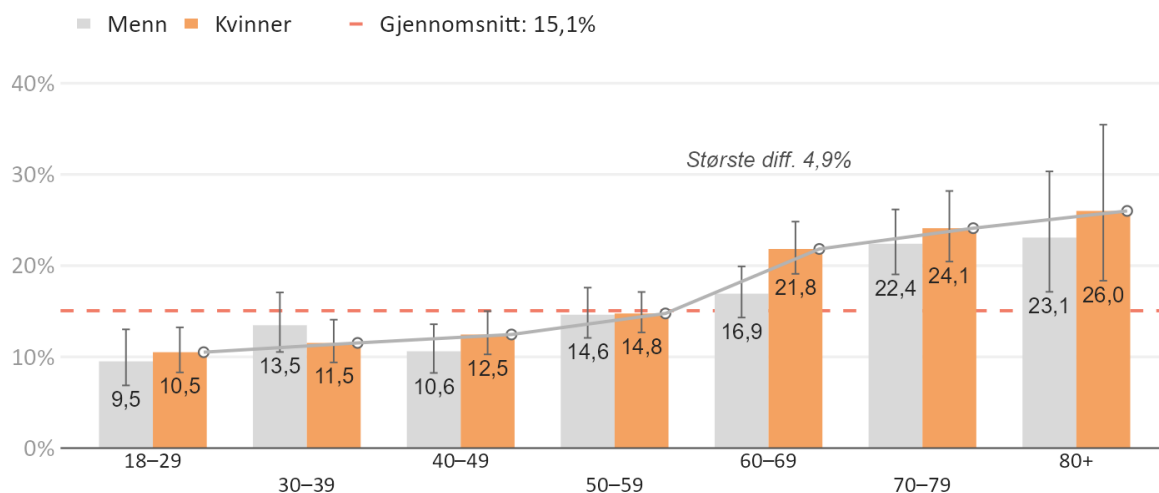
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	7 886	15,1 %	14,2 – 15,9
Kvinner	4 497	15,7 %	14,6 – 16,9
Menn	3 389	14,4 %	13,1 – 15,6

Figur 1. Egenvurdert økt risiko for alvorlig sykdom av luftveisinfeksjoner – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



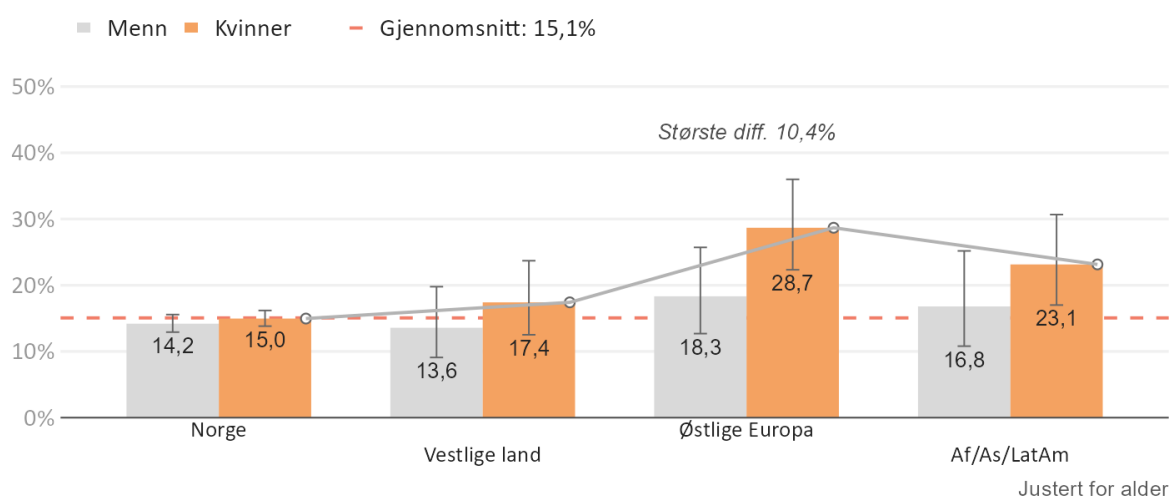
Figur B viser andelen som vurderer at de selv har økt risiko for å bli alvorlig syk av luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 13,1 prosent blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år til 20,6 prosent blant dem med fagskole eller universitetsutdanning under to år. Dette gir en forskjell på 7,5 prosentpoeng og fremstår som et klart skille. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 18,4 prosent, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 13,5 prosent. Forskjellen er 5,0 prosentpoeng, men framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,14, som også tilsier en liten forskjell. Ser vi på kjønn innen hvert utdanningsnivå, er forskjellene små, og ingen framstår som klare. I fagskole eller universitetsutdanning under to år er andelen 20,6 prosent blant kvinner og 17,4 prosent blant menn, en forskjell på 3,2 prosentpoeng. I videregående skole er andelen 19,6 prosent blant kvinner og 16,2 prosent blant menn, en forskjell på 3,4 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene enda mindre. Samlet tyder dette på at utdanningsnivå har tydeligst sammenheng med opplevd risiko blant kvinner, mens kjønnsforskjellene innen utdanningsnivå er små.

**Figur 2. Egenvurdert økt risiko for alvorlig sykdom av luftveisinfeksjoner – etter kjønn og alder (C)**



Figur C viser andelen som vurderer at de selv har økt risiko for å bli alvorlig syk av luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn øker andelen gradvis med alder. Hos kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18 til 29 år, der 10,5 prosent oppgir at de har økt risiko, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 26,0 prosent. Det gir en forskjell på 15,5 prosentpoeng, som er et klart skille. Cohen's h er 0,41, noe som tilsier en middels forskjell. Hos menn er andelen er lavest i aldersgruppen 18 til 29 år, med 9,5 prosent, og høyest blant dem som er 80 år eller eldre, med 23,1 prosent. Forskjellen er 13,6 prosentpoeng, også dette et klart skille. Cohen's h er 0,38, som tilsvarer en middels forskjell. På tvers av aldersgruppene er det små forskjeller mellom kvinner og menn. Samlet sett tyder figuren på at alder har en tydeligere sammenheng med opplevd risiko enn kjønn.

**Figur 3. Egenvurdert økt risiko for alvorlig sykdom av luftveisinfeksjoner – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



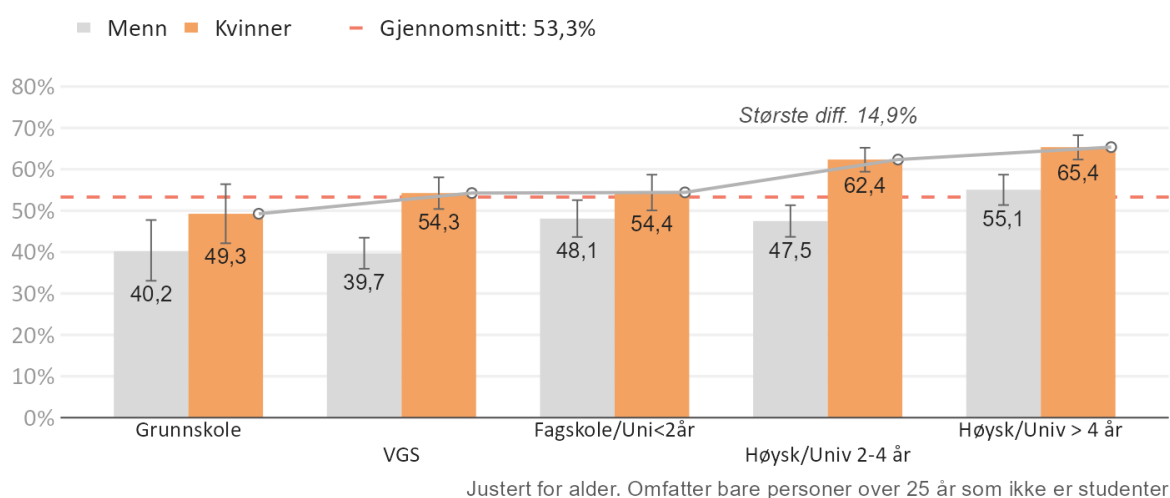
Figur E viser andelen som vurderer at de selv har økt risiko for å bli alvorlig syk av luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner varierer andelen fra 15,0 prosent i Norge til 28,7 prosent i Øst-Europa. Dette er en forskjell på 13,7 prosentpoeng og framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,34, som tilsier en middels forskjell. Kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger også relativt høyt, med 23,1 prosent, mens kvinner fra vestlige land ligger på 17,4 prosent. Blant menn er andelen høyest i Øst-Europa, med 18,3 prosent, og lavest i vestlige land, med 13,6 prosent. Forskjellen er 4,8 prosentpoeng, men framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Menn fra Norge ligger på 14,2 prosent, mens menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika ligger på 16,8 prosent. I alle fødelandsgruppene er andelen noe høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnforskjellene varierer fra 0,8 prosentpoeng i Norge til 10,4 prosentpoeng i Øst-Europa. Ingen av disse forskjellene framstår likevel som klare. Samlet sett er det tydeligst variasjon mellom fødelandsgruppene blant kvinner, særlig ved at kvinner fra Øst-Europa skiller seg ut med den høyeste andelen.

#### 4.7.2 Forekomst av luftveissymptomer

Andel som svarer «ja» på at de har hatt luftveissymptomer de siste 12 månedene.

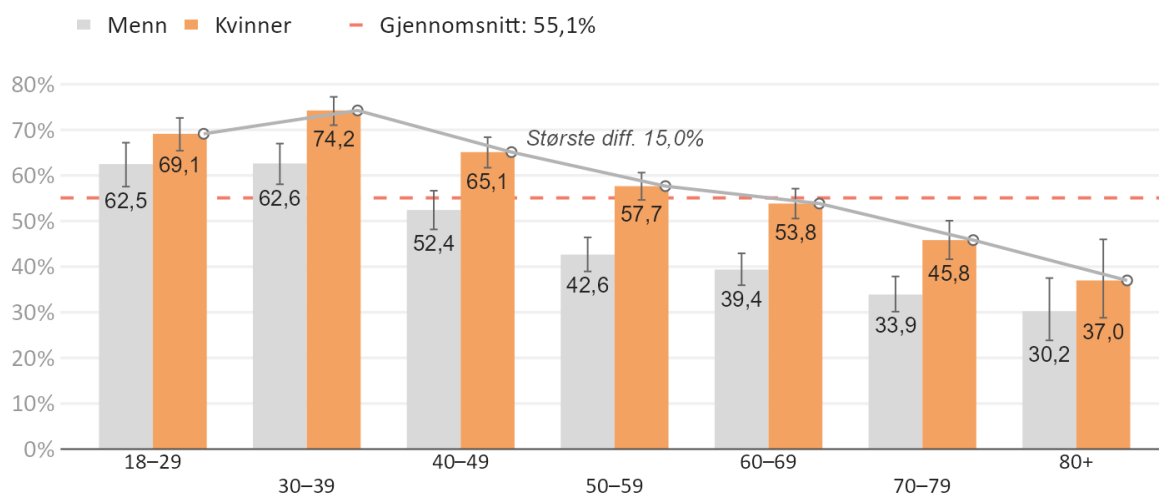
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 578	55,1 %	53,9 – 56,2
Kvinner	4 899	60,4 %	59,0 – 61,9
Menn	3 679	49,5 %	47,7 – 51,2

Figur 4. Luftveissymptomer siste 12 måneder – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som har hatt luftveissymptomer de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest i gruppen med grunnskole, der 49,3 prosent oppgir slike symptomer, og høyest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over 4 år, med 65,4 prosent. Forskjellen er 16,1 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,33, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over 4 år, med 55,1 prosent. Lavest andel finnes blant menn med videregående opplæring, der 39,7 prosent oppgir luftveissymptomer. Forskjellen er 15,4 prosentpoeng, og også dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,31, som tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er andelen gjennomgående høyere blant kvinner. De tydeligste kjønnsforskjellene finnes i gruppene med høyere universitets- eller høyskoleutdanning 2 til 4 år og videregående opplæring. Her ligger kvinner henholdsvis 14,9 og 14,6 prosentpoeng høyere enn menn. Det er også et klart skille i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over 4 år, der forskjellen er 10,3 prosentpoeng. For fagskole eller universitetsutdanning under 2 år og grunnskole er forskjellene mindre og framstår ikke som klare.

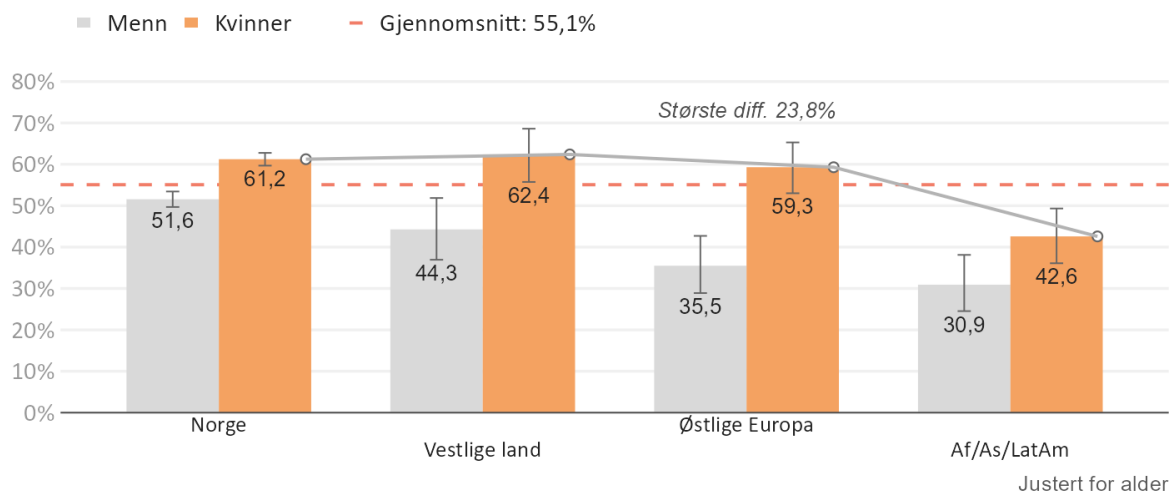
Figur 5. Luftveissymptomer siste 12 måneder – etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som har hatt luftveissymptomer de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest i alderen 30 til 39 år og lavest blant dem som er 80 år eller eldre. Blant kvinner er andelen 74,2 prosent i alderen 30 til 39 år og 37,0 prosent i den eldste aldersgruppen. Det gir en forskjell på 37,3 prosentpoeng. Cohen's h er 0,77, som tilsier en stor forskjell. Blant menn er andelen 62,6 prosent i alderen 30 til 39 år og 30,2 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Det gir en forskjell på 32,4 prosentpoeng. Cohen's h er 0,66, som også tilsier en stor forskjell. Tallene viser ellers en gjennomgående nedgang med økende alder for begge kjønn etter toppen i 30 til 39 år. Kvinner ligger høyere enn menn i alle aldersgrupper, men forskjellen er ikke tydelig i de yngste og eldste gruppene. I alderen 18 til 29 år er andelen 69,1

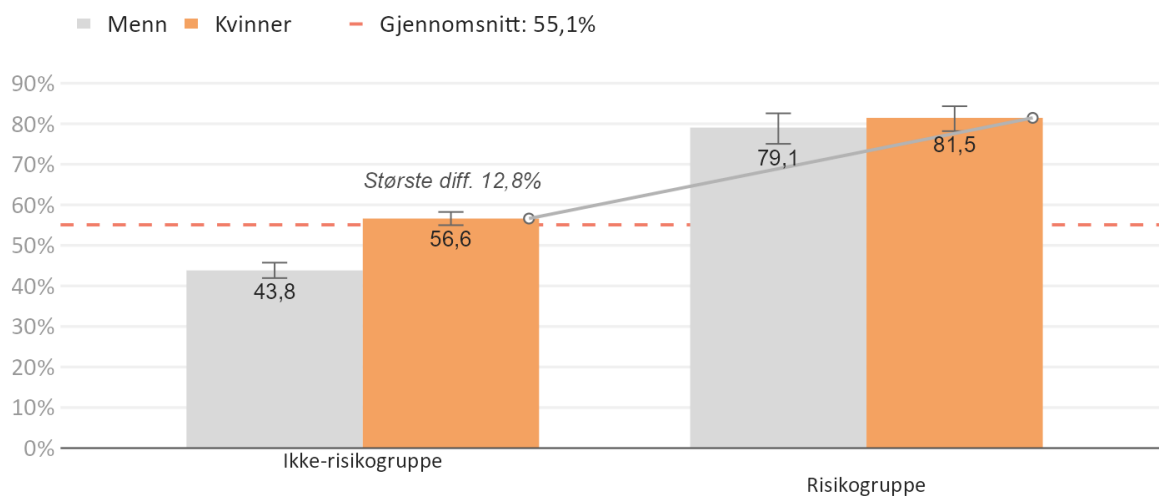
prosent blant kvinner og 62,5 prosent blant menn. Fra 30 til 39 år til 70 til 79 år er det derimot klare kjønnsforskjeller, med høyere andeler blant kvinner. Den største forskjellen finnes i alderen 50 til 59 år, der kvinner ligger 15,0 prosentpoeng høyere enn menn, med 57,7 prosent mot 42,6 prosent.

**Figur 6. Luftveissymptomer siste år – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som har hatt luftveissymptomer de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var andelen høyest i vestlige land, med 62,4 prosent, og lavest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 42,6 prosent. Dette er en forskjell på 19,8 prosentpoeng, og Cohen's h var 0,40, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn var det et tydelig mønster på tvers av fødelandsgruppene. Her var andelen høyest i Norge, med 51,6 prosent, og lavest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 30,9 prosent. Forskjellen var 20,7 prosentpoeng, og Cohen's h var 0,42, som også tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, var andelen gjennomgående høyere blant kvinner. I gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika rapporterte 42,6 prosent av kvinnene og 30,9 prosent av mennene luftveissymptomer, en forskjell på 11,7 prosentpoeng, men her framstår forskjellen ikke som tydelig. I de øvrige gruppene var det derimot klare kjønnsforskjeller. I Norge var forskjellen 9,7 prosentpoeng, med høyere andel blant kvinner enn menn. I vestlige land var forskjellen 18,1 prosentpoeng, og i Øst-Europa 23,8 prosentpoeng. Dette tyder på at kjønnsforskjellene var særlig markerte i vestlige land og i Øst-Europa.

**Figur 7. Luftveissymptomer siste 12 måneder – etter kjønn og risikogruppe (G)**



Figur G viser andelen som har hatt luftveissymptomer de siste 12 månedene, fordelt på kjønn og egenvurdert risiko- vs. ikke-risikogruppe. For både kvinner og menn er andelen klart høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. Blant kvinner er andelen 56,6 prosent i ikke-risikogruppen og 81,5 prosent i risikogruppen, en forskjell på 24,9 prosentpoeng. Dette er et klart skille, og effektstørrelsen er stor med Cohen's h på 0,55. Blant menn er andelen 43,8 prosent i ikke-risikogruppen og 79,1 prosent i risikogruppen, noe som gir en forskjell på 35,3 prosentpoeng. Også dette er et klart skille, og effektstørrelsen er stor med Cohen's h på 0,74. Det er også en kjønnsforskjell i ikke-risikogruppen. Her har kvinner en høyere andel enn menn, med 56,6 prosent mot 43,8 prosent. Forskjellen er 12,8 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. I risikogruppen er andelen også noe høyere blant kvinner enn blant menn, med 81,5 prosent mot 79,1 prosent, men forskjellen på 2,4 prosentpoeng framstår ikke som et klart skille. Samlet viser figuren at tilhørighet til risikogruppen henger sammen med en høyere andel som har hatt luftveissymptomer, og at kjønnsforskjellen er tydeligst i ikke-risikogruppen.

#### 4.7.3 Atferd for å unngå å bli smittet selv

I denne delen ble deltakerne spurt om i hvilken grad de gjennomfører ulike tiltak for å beskytte seg selv mot smitte. Overordnede resultater presenteres først i en oversiktstabell. Deretter fremstilles mer detaljerte tabeller med resultater for hvert enkelt tiltak.

##### 4.7.3.1 SAMLET OVERSIKT OVER TILTAK FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor grad eller vært stor grad gjennomfører ulike tiltak for å unngå å bli smittet selv.

Tiltak	N	Andel	Kvinner	Menn
Vasker hendene	8887	66,4%	73,6%	58,8%

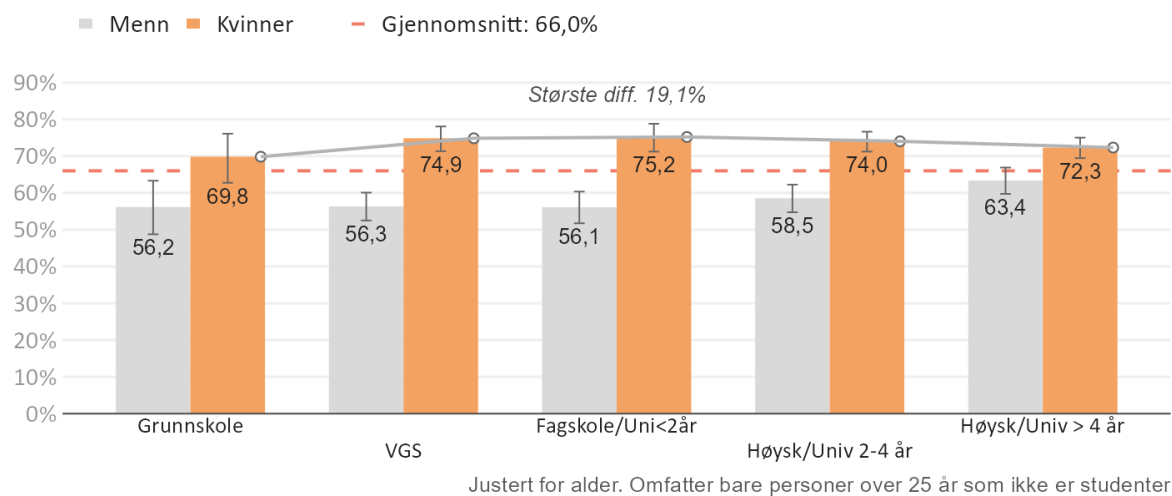
Holder ekstra avstand til andre	8881	18,8%	23,2%	14,3%
Bruker munnbind	8867	1,6%	2,0%	1,3%
Unngår håndhilsing/klemming	8878	8,2%	9,8%	6,5%
Unngår personer med luftveissymptomer	8872	27,2%	27,7%	26,6%
Unngår sosiale aktiviteter	8871	4,5%	4,5%	4,5%
Unngår kollektivtransport	8853	6,2%	6,0%	6,4%

#### 4.7.3.2 VASKER HENDER FOR IKKE Å BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller svært stor grad benytter håndvask eller hånddesinfeksjon for å unngå å bli smittet selv.

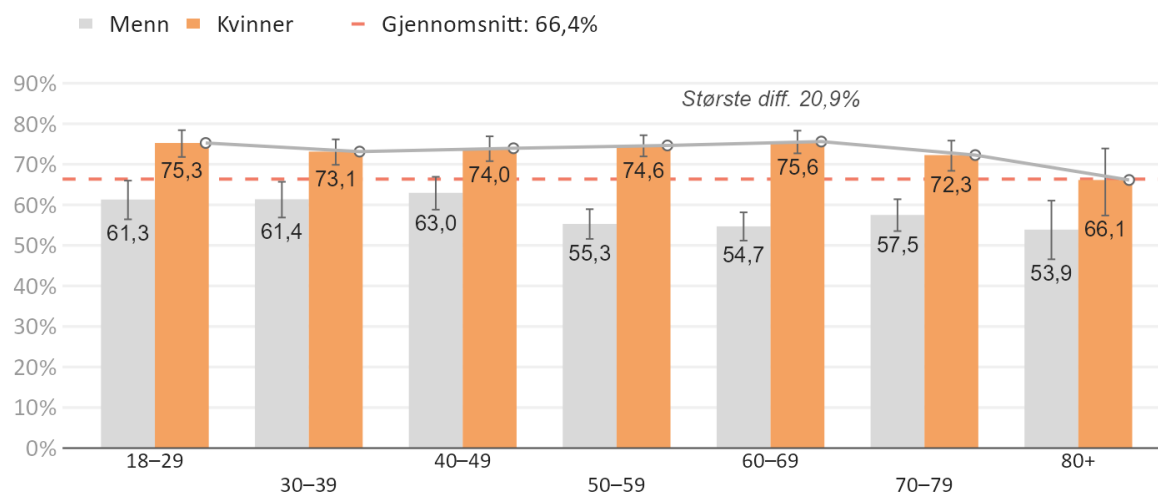
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 887	66,4 %	65,3 – 67,4
Kvinner	5 047	73,6 %	72,3 – 75,0
Menn	3 840	58,8 %	57,1 – 60,5

*Figur 8. Vasker hender for ikke å bli smittet selv – etter kjønn og utdanningsnivå (B)*



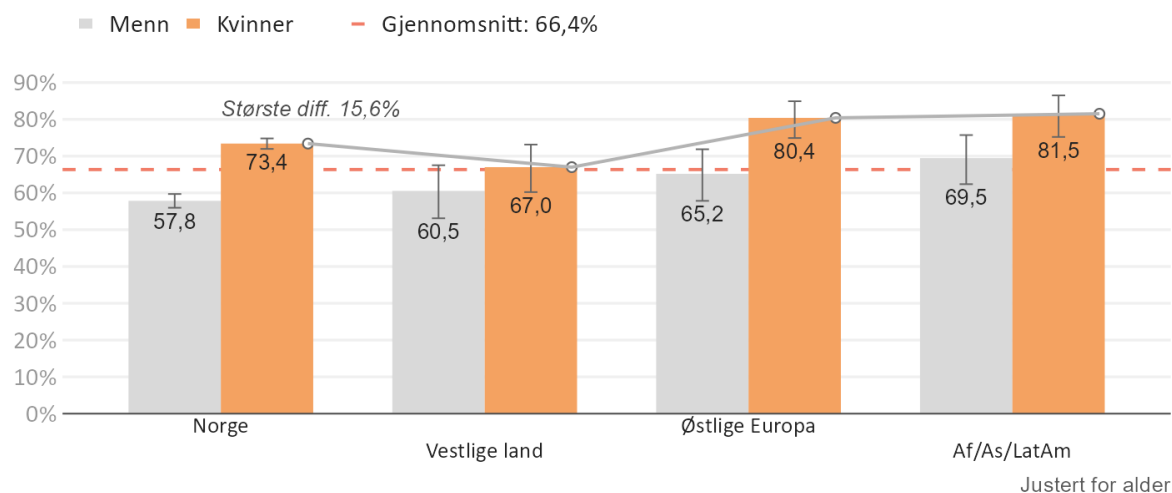
Figur B viser andelen som benytter håndvask eller hånddesinfeksjon for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen gjennomgående høyt, fra 69,8 prosent i gruppen med grunnskole til 75,2 prosent i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under to år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 5,4 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et tydelig skille. Cohen's h er 0,12, som tilsier en liten forskjell. Blant menn varierer andelen fra 56,1 prosent i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under to år til 63,4 prosent i gruppen med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Også her er variasjonen mellom utdanningsgruppene relativt begrenset. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 7,3 prosentpoeng, og heller ikke dette framstår som et tydelig skille. Cohen's h er 0,15, som også tilsier en liten forskjell. Kvinner har høyere andeler enn menn i alle utdanningsgrupper. Kjønnforskjellene er særlig tydelige i gruppene med fagskole eller universitetsutdanning under to år, videregående skole, høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år og høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Her ligger menn mellom 8,9 og 19,1 prosentpoeng lavere enn kvinner. I gruppen med grunnskole er forskjellen 13,7 prosentpoeng, men dette framstår ikke som et tydelig skille.

Figur 9. Vasker hender for ikke å bli smittet selv – etter kjønn og alder (C)



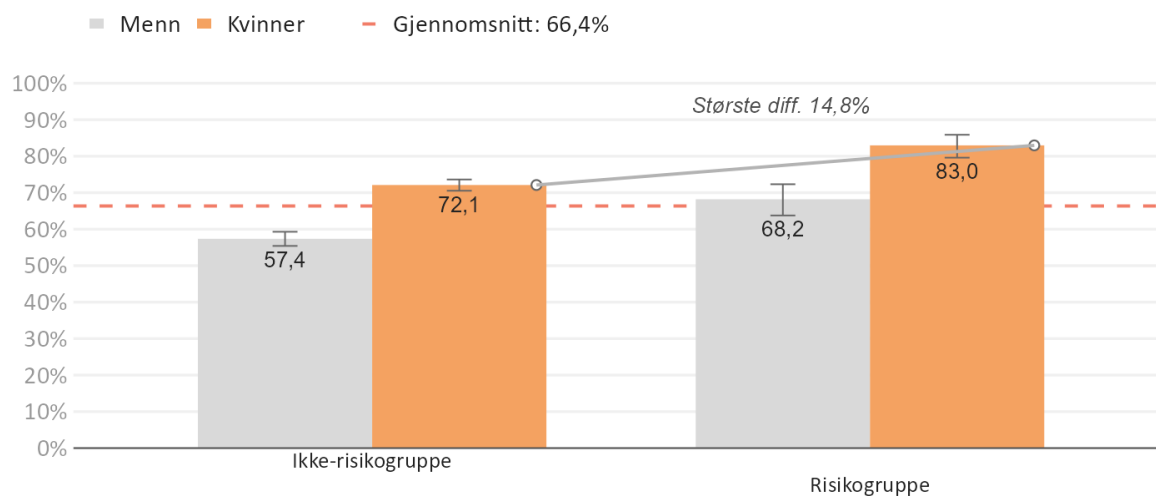
Figur C viser andelen som benytter håndvask eller hånddesinfeksjon for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen gjennomgående høy i alle aldersgrupper fram til 70 til 79 år, fra 72,3 prosent til 75,6 prosent. Høyest andel finnes blant kvinner i alderen 60 til 69 år, med 75,6 prosent, mens den laveste andelen finnes blant kvinner som er 80 år og eldre, med 66,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 9,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,21, noe som tilsier en liten forskjell. Det er likevel ikke grunnlag for å omtale dette som et klart skille mellom aldersgruppene. Blant menn er andelen høyest i alderen 40 til 49 år, med 63,0 prosent, og lavest blant dem som er 80 år og eldre, med 53,9 prosent. Forskjellen er 9,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,18, som også tilsier en liten forskjell. Heller ikke blant menn framstår aldersforskjellene som klare. Det tydeligste mønsteret i figuren er forskjellen mellom kvinner og menn. I alle aldersgrupper fra 18 til 29 år til 70 til 79 år er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og dette framstår som klare kjønnsforskjeller. Forskjellen varierer fra 11,0 prosentpoeng i alderen 40 til 49 år til 20,9 prosentpoeng i alderen 60 til 69 år. Også blant dem som er 80 år og eldre er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, 66,1 mot 53,9 prosent, men her framstår forskjellen ikke som et klart skille.

**Figur 10. Vasker hender for ikke å bli smittet selv – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som benytter håndvask eller hånddesinfeksjon for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinnene er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 81,5 prosent, og lavest blant kvinner fra vestlige land, med 67,0 prosent. Dette er en forskjell på 14,5 prosentpoeng og framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,34, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 69,5 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 57,8 prosent. Forskjellen er 11,7 prosentpoeng, og også her framstår det som et klart skille. Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell. Kvinner ligger høyere enn menn i alle fødelandsgruppene. De største kjønnsforskjellene finnes i Norge og Øst-Europa. I Norge er andelen 73,4 prosent blant kvinner og 57,8 prosent blant menn, en forskjell på 15,6 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. I Øst-Europa er andelen 80,4 prosent blant kvinner og 65,2 prosent blant menn, en forskjell på 15,2 prosentpoeng, og også dette framstår som et klart skille. I gruppene fra Afrika, Asia og Latin-Amerika og fra vestlige land er forskjellene mellom kvinner og menn mindre, og de framstår ikke som klare skiller.

**Figur 11. Vasker hender for ikke å bli smittet selv – etter kjønn og risikogruppe (G)**



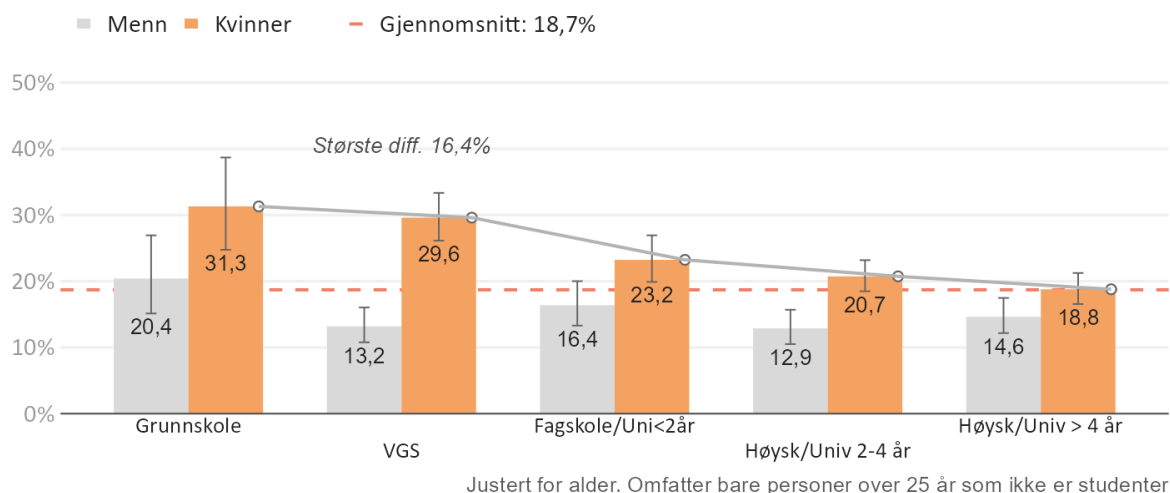
Figur G viser andelen som benytter håndvask eller hånddesinfeksjon for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høyest i risikogruppen, der 83,0 prosent oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad. I ikke-risikogruppen er andelen 72,1 prosent. Det gir en forskjell på 10,9 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,26, som tilsier en middels forskjell. Det samme mønsteret gjelder for menn. I risikogruppen oppgir 68,2 prosent at de benytter håndvask eller hånddesinfeksjon i stor eller svært stor grad, mot 57,4 prosent i ikke-risikogruppen. Forskjellen er 10,8 prosentpoeng, og også her er skillet klart. Cohen's h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Det er også tydelige kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen ligger menn 14,7 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 57,4 mot 72,1 prosent. I risikogruppen er forskjellen mellom menn og kvinner 14,8 prosentpoeng, med 68,2 prosent blant menn og 83,0 prosent blant kvinner. Samlet viser figuren at kvinner oftere enn menn oppgir høy grad av håndvask eller hånddesinfeksjon, og at andelen er høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen for begge kjønn.

#### 4.7.3.3 HOLDER EKSTRA AVSTAND FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller svært stor grad holder ekstra avstand til andre for å unngå å bli smittet selv.

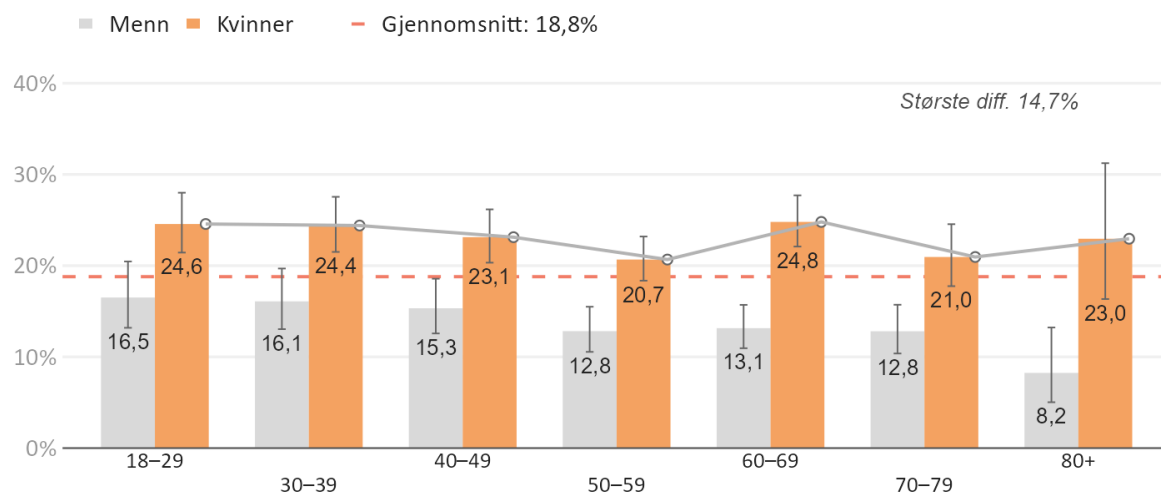
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 881	18,8 %	17,9 – 19,7
Kvinner	5 044	23,2 %	21,9 – 24,4
Menn	3 837	14,3 %	13,1 – 15,5

Figur 12. Holder avstand for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som holder ekstra avstand til andre for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 31,3 prosent oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad. Lavest er andelen blant kvinner med høyere utdanning over fire år, med 18,8 prosent. Forskjellen er 12,5 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med grunnskole, med 20,4 prosent. Lavest er den blant menn med høyere utdanning på to til fire år, med 12,9 prosent. Her er forskjellen 7,5 prosentpoeng. Dette framstår ikke som et klart skille, og Cohen's h på 0,20 tilsier en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivåene ligger kvinner gjennomgående høyere enn menn. De største kjønnsforskjellene finner vi blant personer med videregående opplæring og blant dem med høyere utdanning på to til fire år. I gruppen med videregående opplæring er andelen 29,6 prosent blant kvinner og 13,2 prosent blant menn, en forskjell på 16,4 prosentpoeng. I gruppen med høyere utdanning på to til fire år er andelen 20,7 prosent blant kvinner og 12,9 prosent blant menn, en forskjell på 7,8 prosentpoeng. Begge disse framstår som klare kjønnsforskjeller.

Figur 13. Holder avstand for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og alder (C)



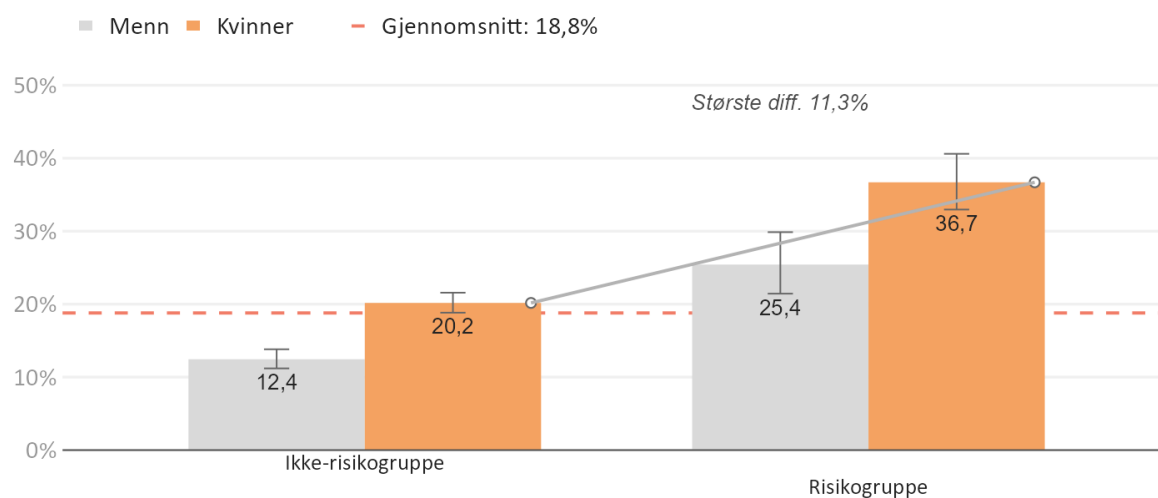
Figur C viser andelen som holder ekstra avstand til andre for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen lite mellom aldersgruppene. Den er høyest i alderen 60 til 69 år, med 24,8 prosent, og lavest i alderen 50 til 59 år, med 20,7 prosent. Forskjellen er 4,1 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohens h er 0,10, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er variasjonen større. Andelen er høyest i alderen 18 til 29 år, med 16,5 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 8,2 prosent. Forskjellen er 8,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohens h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Det er også tydelige kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene. I hver gruppe er andelen høyere blant kvinner enn blant menn. Forskjellen er minst i alderen 40 til 49 og 50 til 59 år, der kvinner ligger 7,8 prosentpoeng høyere enn menn, og størst i alderen 60 til 69 år, der forskjellen er 11,7 prosentpoeng. Også blant de yngste og eldste gruppene er nivået høyere blant kvinner, med 24,6 mot 16,5 prosent i alderen 18 til 29 år og 23,0 mot 8,2 prosent blant dem som er 80 år eller eldre. Samlet peker figuren på et stabilt høyere nivå blant kvinner enn blant menn.

**Figur 14. Holder avstand for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som holder ekstra avstand til andre for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 34,9 prosent, og nesten like høy blant kvinner fra Øst-Europa, med 33,3 prosent. De laveste andelenene blant kvinner finnes i vestlige land og Norge, med henholdsvis 21,6 og 22,3 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant kvinner er 13,3 prosentpoeng, noe som tilsvarer en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,30. Blant menn er andelen høyest i Øst-Europa, med 23,4 prosent, tett fulgt av Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 22,3 prosent. De laveste andelenene finnes i Norge og vestlige land, med 13,4 og 14,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant menn er 10,0 prosentpoeng, som også tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,26. Kvinner ligger høyere enn menn i alle fødelandsgruppene. Den største forskjellen finnes i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der menn ligger 12,6 prosentpoeng lavere enn kvinner, men her framstår ikke forskjellen som et klart skille. Det samme gjelder forskjellene i vestlige land og Øst-Europa. Bare i Norge er kjønnsforskjellen et klart skille, der menn ligger 8,9 prosentpoeng lavere enn kvinner.

Figur 15. Holder avstand for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og risikogruppe (G)



Figur G viser andelen som holder ekstra avstand til andre for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. I ikke-risikogruppen oppgir 20,2 prosent av kvinnene at de holder ekstra avstand i stor eller svært stor grad, mens tilsvarende andel i risikogruppen er 36,7 prosent. Det gir en forskjell på 16,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,37, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. Her er andelen 12,4 prosent i ikke-risikogruppen og 25,4 prosent i risikogruppen, en forskjell på 13,0 prosentpoeng. Cohen's h er 0,34, som også tilsier en middels forskjell. Det er også klare kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen ligger menn 7,8 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 12,4 prosent blant menn og 20,2 prosent blant kvinner. I risikogruppen er forskjellen større: menn ligger 11,3 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 25,4 prosent blant menn og 36,7 prosent blant kvinner. Samlet viser figuren et tydelig mønster der personer i risikogruppen oftere holder ekstra avstand enn personer i ikke-risikogruppen, og der kvinner gjør dette oftere enn menn innen begge gruppene.

#### 4.7.3.4 BRUKER MUNNBIND FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller svært stor grad benytter munnbind for å unngå å bli smittet selv. Fordi få oppga bruk av munnbind presenteres andeler kun totalt og per kjønn.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 867	1,6 %	1,4 – 1,9
Kvinner	5 034	2,0 %	1,6 – 2,4

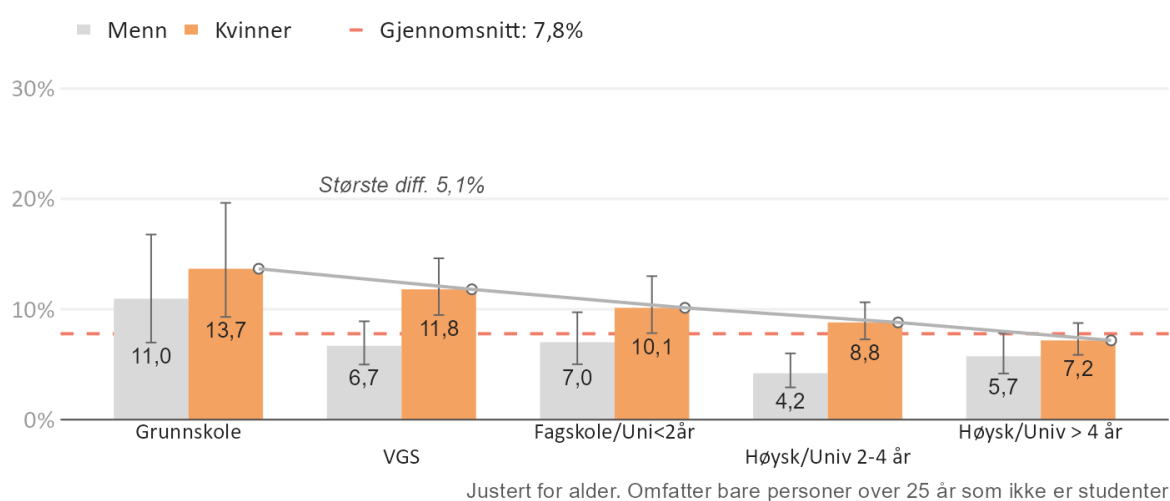
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Menn	3 833	1,3 %	0,9 – 1,7

#### 4.7.3.5 UNNGÅR HÅNDHILSNING/KLEMMING FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller svært stor grad unngår klemming eller håndhilsning for å unngå å bli smittet selv.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 878	8,2 %	7,6 – 8,8
Kvinner	5 041	9,8 %	8,9 – 10,7
Menn	3 837	6,5 %	5,6 – 7,4

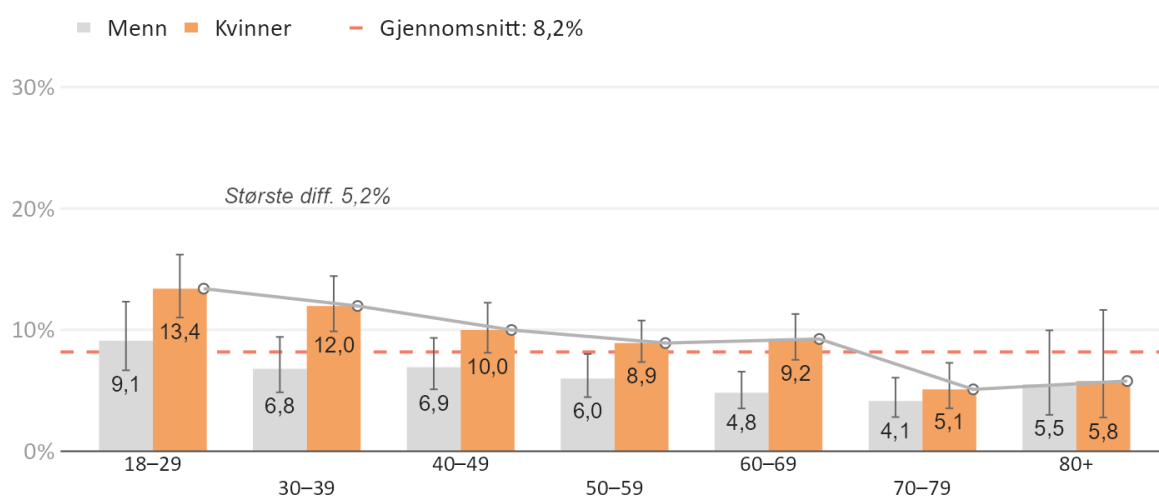
Figur 19. Unngår håndhilsning/klemming for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 7,2 prosent blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år til 13,7 prosent blant dem med grunnskole. Dette gir en forskjell på 6,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Samtidig er det ikke et klart skille mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner. Blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 11,0 prosent, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, med 4,2 prosent. Forskjellen er 6,8 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,26, som tilsier en liten forskjell.

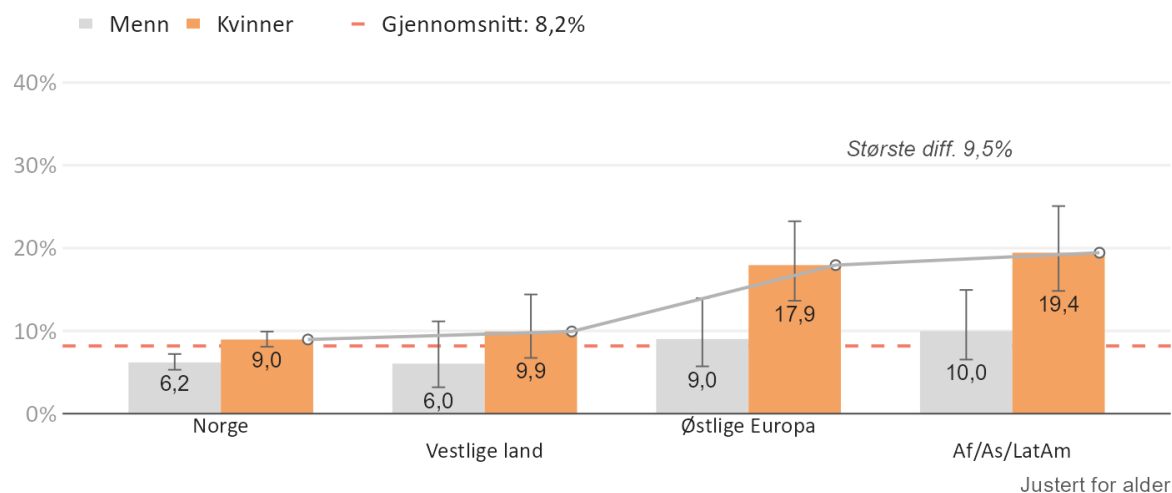
Når kvinner og menn sammenlignes innen samme utdanningsnivå, er andelen gjennomgående høyere blant kvinner. De største forskjellene finnes i videregående opplæring, der kvinner ligger 5,1 prosentpoeng høyere enn menn, og i høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, der forskjellen er 4,6 prosentpoeng. Begge disse framstår som klare kjønnsforskjeller. I de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene mindre, fra 1,4 til 3,1 prosentpoeng, og framstår ikke som klare.

**Figur 20. Unngår håndhilsing/klemming for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og alder (C)**



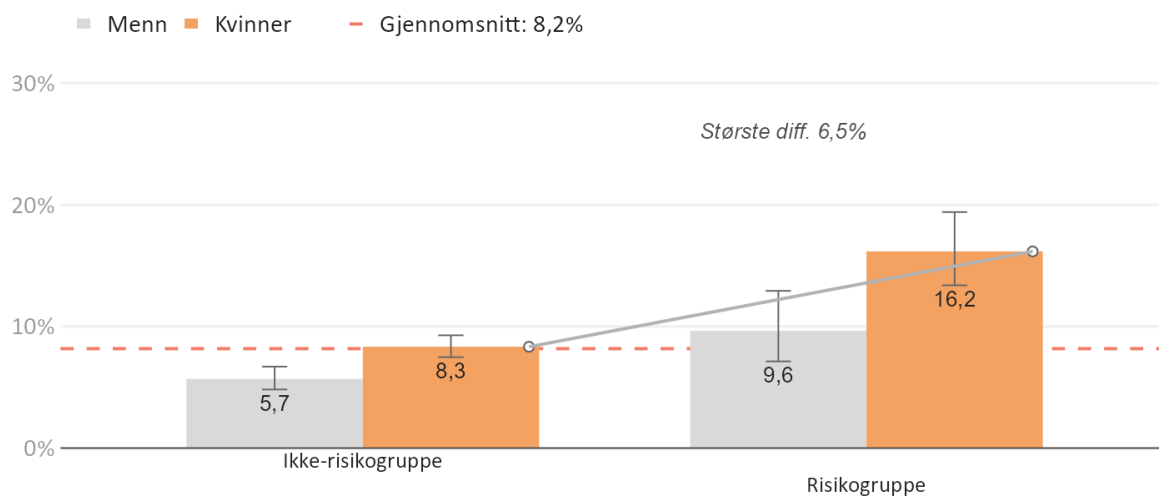
Figur C viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, med 13,4 prosent, og lavest i aldersgruppen 70–79 år, med 5,1 prosent. Det gir en forskjell på 8,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og lavest i aldersgruppen 70–79 år. Her går andelen fra 9,1 prosent til 4,1 prosent, en forskjell på 5,0 prosentpoeng. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Tallene tyder dermed på en fallende tendens med økende alder for begge kjønn, selv om nivået blant kvinner også er noe høyere i aldersgruppen 80 år og eldre enn i 70–79 år. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn i alle aldersgruppene som er vist, men kjønnsforskjellene framstår bare som klare i noen grupper. Det gjelder særlig aldersgruppen 30–39 år, der andelen er 12,0 prosent blant kvinner og 6,8 prosent blant menn, en forskjell på 5,2 prosentpoeng. Det er også et klart skille i aldersgruppen 60–69 år, der andelen er 9,2 prosent blant kvinner og 4,8 prosent blant menn, en forskjell på 4,4 prosentpoeng. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene mindre eller ikke klare.

**Figur 21. Unngår håndhilsing/klemming for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 19,4 prosent, og lavest blant kvinner født i Norge, med 9,0 prosent. Forskjellen er 10,5 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,31, som tilsier en middels forskjell. Også kvinner fra Øst-Europa ligger høyt, med 17,9 prosent, mens kvinner fra vestlige land ligger på 9,9 prosent. Blant menn er andelen også høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 10,0 prosent, og lavest blant menn fra vestlige land, med 6,0 prosent. Forskjellen er 3,9 prosentpoeng, men dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,15, som tilsier en liten forskjell. Menn født i Norge ligger på 6,2 prosent, mens menn fra Øst-Europa ligger på 9,0 prosent. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle fødelandsgruppene. Kjønnforskjellen er størst i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der menn ligger 9,5 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i Øst-Europa, der forskjellen er 8,9 prosentpoeng. Det er også et klart skille mellom kvinner og menn blant norskfødte, med en forskjell på 2,8 prosentpoeng. For personer fra vestlige land er forskjellen 3,9 prosentpoeng, men her framstår ikke kjønnforskjellen som tydelig.

**Figur 22. Unngår håndhilsning/klemming for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og risikogruppe (G)**



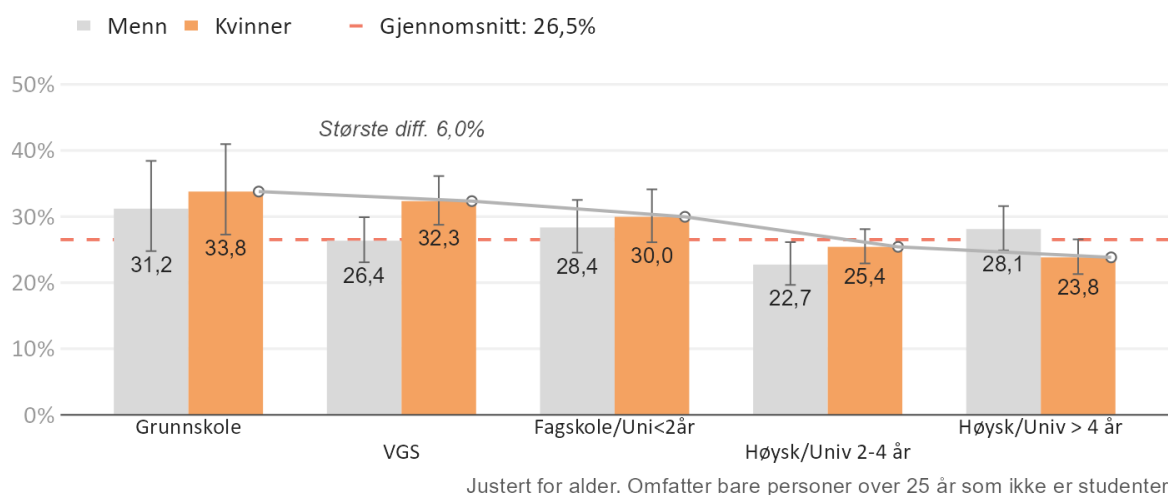
Figur G viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. I ikke-risikogruppen oppgir 8,3 prosent av kvinnene at de i stor eller svært stor grad unngår klemming eller håndhilsning, mot 16,2 prosent i risikogruppen. Det er en forskjell på 7,9 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell. Det samme mønsteret gjelder for menn. I ikke-risikogruppen er andelen 5,7 prosent, mens den er 9,6 prosent i risikogruppen. Forskjellen er 3,9 prosentpoeng, og også her framstår skillet som klart. Cohen's h er 0,15, som tilsier en liten forskjell. Det er også klare kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen ligger menn 2,6 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 5,7 prosent blant menn og 8,3 prosent blant kvinner. I risikogruppen er forskjellen større: Menn ligger 6,6 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 9,6 prosent blant menn og 16,2 prosent blant kvinner. Samlet sett er andelen som unngår klemming eller håndhilsning høyest blant kvinner i risikogruppen og lavest blant menn i ikke-risikogruppen.

#### 4.7.3.6 UNNGÅR PERSONER MED LUFTVEISSYMTOMER FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller vært stor grad unngår kontakt med personer med luftveissymptomer for å unngå å bli smittet selv.

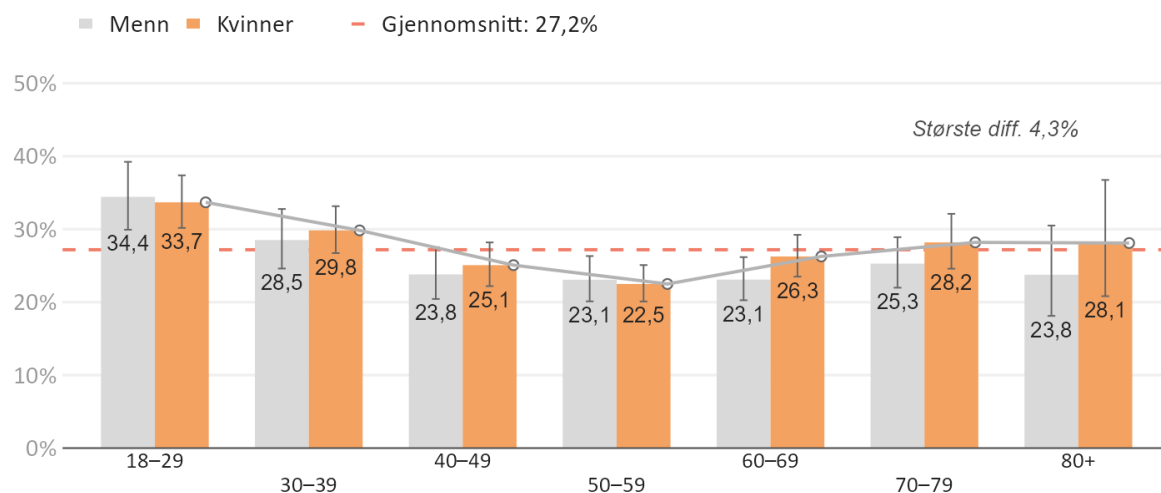
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 872	27,2 %	26,2 – 28,2
Kvinner	5 036	27,7 %	26,4 – 29,1
Menn	3 836	26,6 %	25,1 – 28,2

**Figur 23. Unngår personer med luftveissymptomer for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



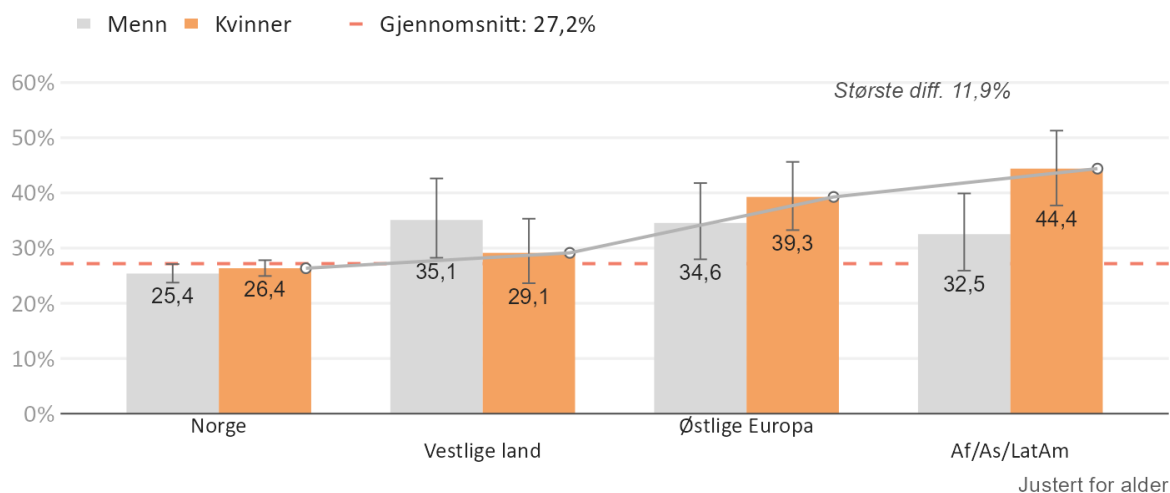
Figur B viser andelen som unngår kontakt med personer med luftveissymptomer for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 33,8 prosent oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad. Lavest er andelen blant kvinner med høyere utdanning over fire år, med 23,8 prosent. Dette gir en forskjell på 10,0 prosentpoeng og framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med grunnskole, med 31,2 prosent. Lavest er andelen blant menn med høyere utdanning på to til fire år, med 22,7 prosent. Forskjellen er 8,5 prosentpoeng. Dette tyder på en viss variasjon mellom utdanningsgruppene, men ikke et klart skille. Cohen's h er 0,19, som også tilsier en liten forskjell. Ser vi på kjønnsforskjeller innen de enkelte utdanningsgruppene, er forskjellene gjennomgående små. Kvinner ligger noe høyere enn menn i de fleste gruppene, med størst forskjell i videregående skole, der andelen er 32,3 prosent blant kvinner og 26,4 prosent blant menn, en forskjell på 6,0 prosentpoeng. I gruppen med høyere utdanning over fire år er menn høyere enn kvinner, med 28,1 prosent mot 23,8 prosent, altså 4,3 prosentpoeng. Ingen av kjønnsforskjellene framstår som klare.

**Figur 24. Unngår personer med luftveissymptomer for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og alder (C)**



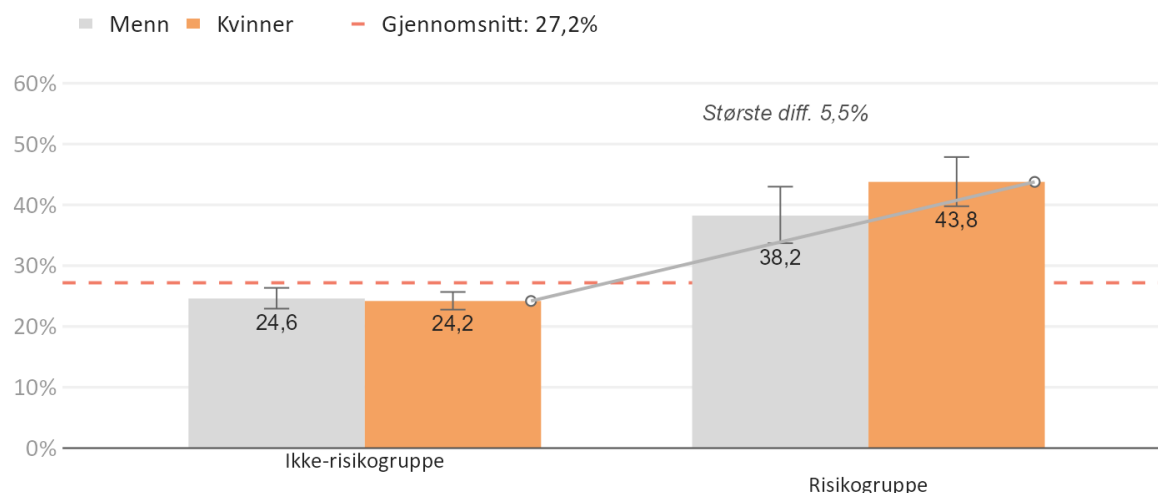
Figur C viser andelen som unngår kontakt med personer med luftveissymptomer for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 18 til 29 år, der 33,7 prosent oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad. Den laveste andelen blant kvinner finnes i alderen 50 til 59 år, med 22,5 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 11,2 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,25, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i alderen 18 til 29 år, med 34,4 prosent, og lavest i alderen 50 til 59 år, med 23,1 prosent. Forskjellen er 11,4 prosentpoeng, og også her er det et klart skille mellom høyeste og laveste nivå. Cohen's h er 0,25, som også tilsier en middels forskjell. På tvers av aldersgruppene ligger kvinner og menn ellers nokså likt. I flere grupper er forskjellene små, og det er ikke klare kjønnsforskjeller i noen av aldersgruppene. For eksempel er forskjellen 0,8 prosentpoeng i alderen 18 til 29 år, mens kvinner ligger 3,2 prosentpoeng høyere enn menn i alderen 60 til 69 år og 2,9 prosentpoeng høyere i alderen 70 til 79 år. Samlet peker figuren derfor først og fremst på variasjon mellom aldersgrupper innen hvert kjønn, heller enn tydelige forskjeller mellom kvinner og menn.

Figur 25. Unngår personer med luftveissymptomer for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som unngår kontakt med personer med luftveissymptomer for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 44,4 prosent, og lavest blant kvinner født i Norge, med 26,4 prosent. Dette er en forskjell på 18,1 prosentpoeng, og forskjellen framstår som tydelig. Cohens h var 0,38, som tilsier en middels forskjell. Kvinner fra Øst-Europa lå også relativt høyt, med 39,3 prosent, mens kvinner fra vestlige land lå lavere, med 29,1 prosent. Blant menn var andelen høyest i gruppen fra vestlige land, med 35,1 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 25,4 prosent. Forskjellen var 9,7 prosentpoeng og framstår også som tydelig. Cohens h var 0,21, som tilsier en liten forskjell. Menn fra Øst-Europa lå nær nivået i vestlige land, med 34,6 prosent, mens menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika lå på 32,5 prosent. Det var ingen klare kjønnsforskjeller innen de enkelte fødelandsgruppene. Den største forskjellen gikk i disfavør av menn i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der menn lå 11,9 prosentpoeng lavere enn kvinner. I de øvrige gruppene var forskjellene mindre, fra 1,0 prosentpoeng i Norge til 6,0 prosentpoeng i vestlige land.

Figur 26. Unngår personer med luftveissymptomer for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og risikogruppe (G)



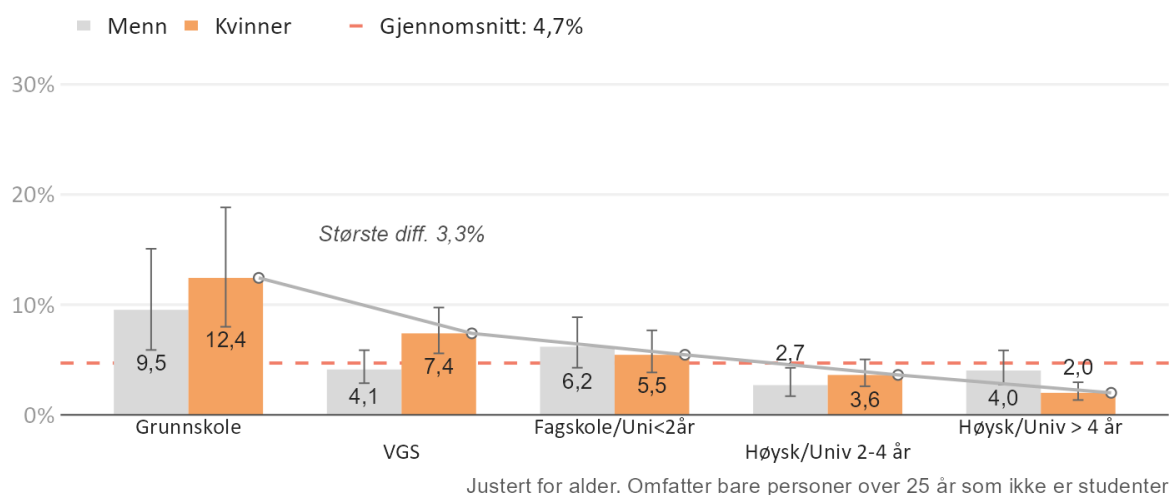
Figur G viser andelen som unngår kontakt med personer med luftveissymptomer for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Både blant kvinner og menn er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. For kvinner er andelen 24,2 prosent i ikke-risikogruppen og 43,8 prosent i risikogruppen. Det er en forskjell på 19,6 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,42, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. I ikke-risikogruppen er andelen 24,6 prosent, mens den i risikogruppen er 38,2 prosent. Forskjellen er 13,6 prosentpoeng, og også her framstår forskjellen som et klart skille. Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver gruppe, er forskjellene små. I ikke-risikogruppen er andelen nesten lik, med 24,2 prosent blant kvinner og 24,6 prosent blant menn, en forskjell på 0,4 prosentpoeng. I risikogruppen er andelen noe høyere blant kvinner enn blant menn, 43,8 prosent mot 38,2 prosent, men forskjellen på 5,6 prosentpoeng framstår ikke som et klart skille. Samlet peker figuren dermed på tydelige forskjeller mellom risikogruppe og ikke-risikogruppe innen begge kjønn, men ikke på klare kjønnsforskjeller innen gruppene.

#### 4.7.3.7 UNNGÅR SOSIALE AKTIVITETER FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller svært stor grad unngår sosiale aktiviteter for å unngå å bli smittet selv.

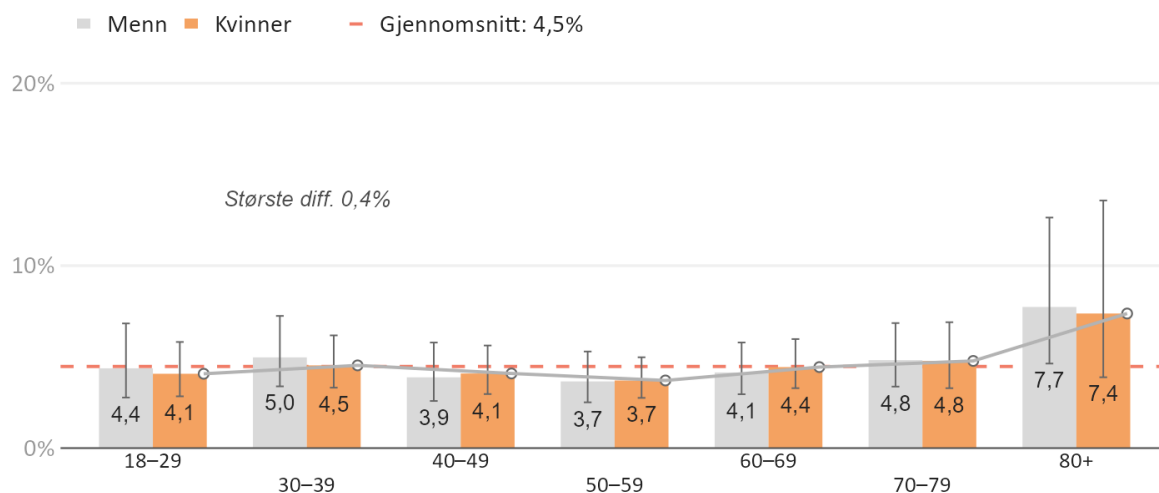
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 871	4,5 %	4,0 – 4,9
Kvinner	5 039	4,5 %	3,8 – 5,1
Menn	3 832	4,5 %	3,8 – 5,2

Figur 27. Unngår sosiale aktiviteter for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



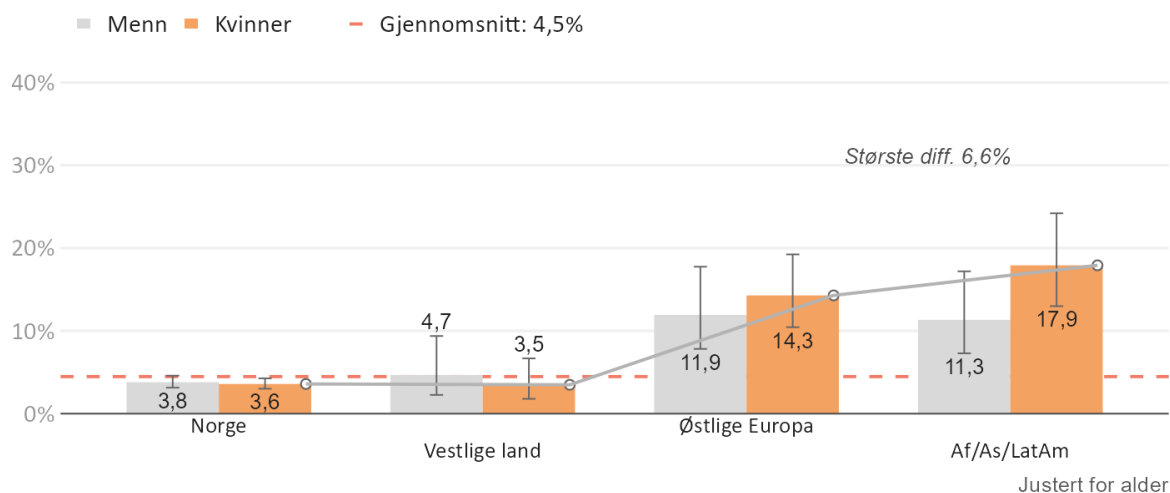
Figur B viser andelen som unngår sosiale aktiviteter for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 12,4 prosent oppgir dette, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, der andelen er 2,0 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 10,4 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 9,5 prosent. Den laveste andelen finnes blant menn med høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, med 2,7 prosent. Forskjellen er 6,8 prosentpoeng, og også her er det et klart skille. Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. Ser vi på de enkelte utdanningsgruppene, varierer andelene fra 2,0 til 12,4 prosent blant kvinner og fra 2,7 til 9,5 prosent blant menn. Kvinner ligger høyere enn menn i gruppene grunnskole, videregående opplæring og høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, mens menn ligger noe høyere i gruppene fagskole eller universitets- og høyskoleutdanning under to år og høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Ingen av kjønnsforskjellene innen utdanningsgruppene framstår imidlertid som klare skiller.

Figur 28. Unngår sosiale aktiviteter for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og alder (C)



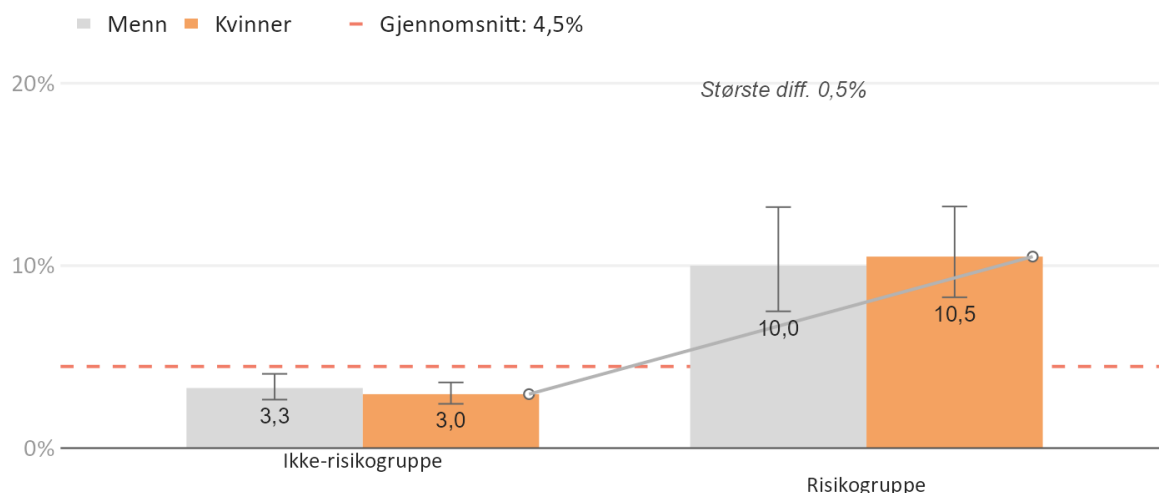
Figur C viser andelen som unngår sosiale aktiviteter for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen lite mellom de fleste aldersgruppene, fra 3,7 prosent i alderen 50 til 59 år til 7,4 prosent i gruppen 80 år og eldre. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 3,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, noe som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er variasjonen begrenset i de fleste aldersgruppene, med lavest andel på 3,7 prosent i alderen 50 til 59 år og høyest andel på 7,7 prosent blant dem som er 80 år og eldre. Her er forskjellen 4,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,18, som også tilsier en liten forskjell. På tvers av kjønn ligger andelene svært nær hverandre i alle aldersgrupper. I de yngste aldersgruppene er andelen noe høyere blant menn enn blant kvinner, med forskjeller på 0,3 prosentpoeng i alderen 18 til 29 år og 0,4 prosentpoeng i alderen 30 til 39 år. I aldersgruppene 40 til 49 år og 60 til 69 år er andelen derimot marginalt høyere blant kvinner, mens det ikke er noen forskjell i gruppen 70 til 79 år eller i alderen 50 til 59 år. Det er dermed ingen tydelige kjønnsforskjeller i materialet, og hovedinntrykket er at andelen er lav i de fleste aldersgruppene, men noe høyere blant de eldste.

**Figur 29. Unngår sosiale aktiviteter for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som unngår sosiale aktiviteter for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 17,9 prosent, og lavest blant kvinner fra vestlige land, med 3,5 prosent. Dette er en forskjell på 14,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,50, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er det et tydelig mønster på tvers av fødelandsgruppene. Her er andelen høyest blant menn fra Øst-Europa, med 11,9 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 3,8 prosent. Forskjellen er 8,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,31, noe som tilsier en middels stor forskjell. Ser vi på de enkelte gruppene, ligger kvinnene høyere enn mennene i gruppene fra Afrika, Asia og Latin-Amerika og fra Øst-Europa, mens mennene ligger svakt høyere i Norge og i vestlige land. Ingen av disse kjønnsforskjellene framstår imidlertid som klare. Dette gjelder også i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der forskjellen mellom kvinner og menn er 6,6 prosentpoeng, og i Øst-Europa, der forskjellen er 2,4 prosentpoeng. Samlet sett tyder tallene på at variasjonen mellom fødelandsgruppene er tydeligere enn forskjellene mellom kvinner og menn.

**Figur 30. Unngår sosiale aktiviteter for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og risikogruppe (G)**



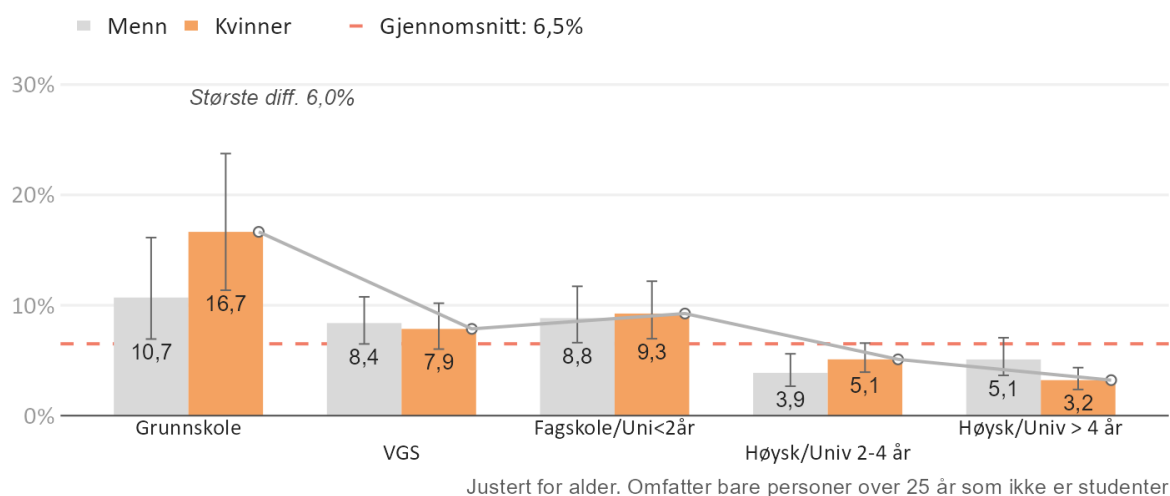
Figur G viser andelen som unngår sosiale aktiviteter for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Både blant kvinner og menn er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. For kvinner er andelen 3,0 prosent i ikke-risikogruppen og 10,5 prosent i risikogruppen. Dette er en forskjell på 7,5 prosentpoeng, og forskjellen framstår som tydelig. Cohen's h er 0,31, noe som tilsier en middels forskjell. Det samme mønsteret gjelder for menn. I ikke-risikogruppen er andelen 3,3 prosent, mens den i risikogruppen er 10,0 prosent. Det gir en forskjell på 6,7 prosentpoeng, som også framstår som tydelig. Cohen's h er 0,28, noe som tilsier en middels forskjell. Når vi sammenligner kvinner og menn innen hver gruppe, er forskjellene små og framstår ikke som tydelige. I ikke-risikogruppen ligger menn 0,3 prosentpoeng høyere enn kvinner, med 3,3 mot 3,0 prosent. I risikogruppen ligger menn 0,5 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 10,0 mot 10,5 prosent. Samlet sett tyder figuren på at gruppetilhørighet som risiko- eller ikke-risikogruppe har større betydning enn kjønn for andelen som unngår sosiale aktiviteter for å beskytte seg mot smitte.

#### 4.7.3.8 UNNGÅR KOLLEKTIVTRANSPORT FOR Å IKKE BLI SMITTET SELV

Andel som i stor eller svært stor grad unngår kollektivtransport for å unngå å bli smittet selv.

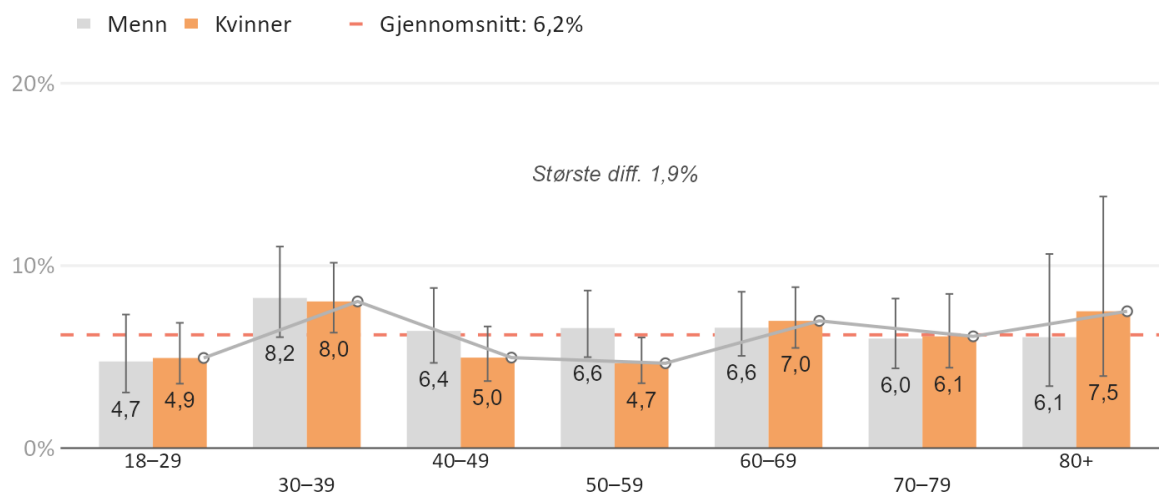
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 853	6,2 %	5,7 – 6,8
Kvinner	5 023	6,0 %	5,3 – 6,7
Menn	3 830	6,4 %	5,6 – 7,2

Figur 31. Unngår kollektivtransport for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



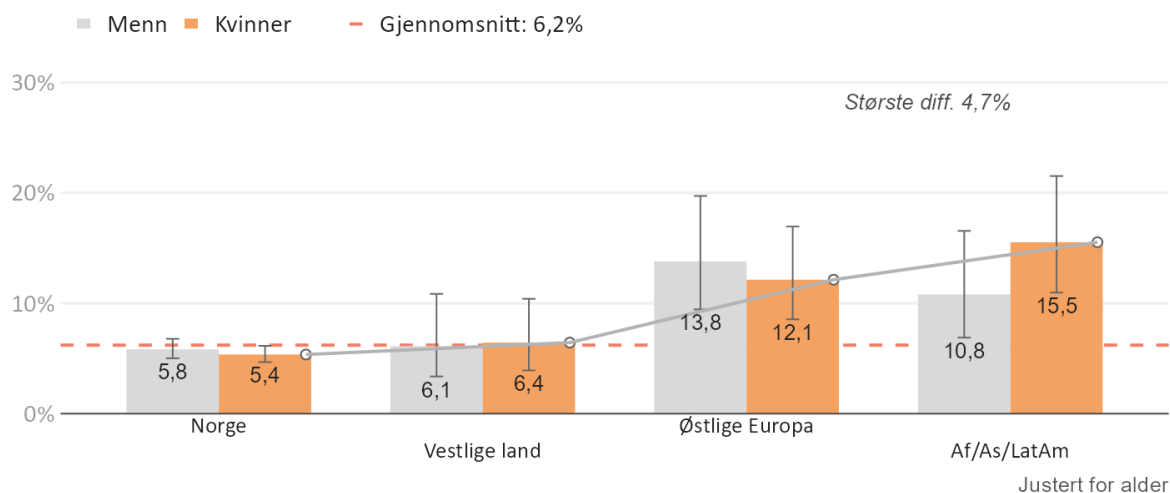
Figur B viser andelen som unngår kollektivtransport for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med grunnskole, der 16,7 prosent oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad. Lavest er andelen blant kvinner med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 3,2 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 13,5 prosentpoeng, noe som framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,48, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole, med 10,7 prosent. Lavest er andelen blant menn med høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, med 3,9 prosent. Her er forskjellen 6,8 prosentpoeng, og også dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,27, som tilsier en middels forskjell. På tvers av utdanningsgruppene er det ikke klare kjønnsforskjeller. Kvinner ligger noe høyere enn menn i flere grupper, blant annet i grunnskole, der forskjellen er 6,0 prosentpoeng, og i høyere universitets- eller høyskoleutdanning på to til fire år, der forskjellen er 1,2 prosentpoeng. Menn ligger noe høyere blant dem med utdanning over fire år og i videregående skole, men heller ikke her framstår forskjellene som klare. Samlet peker figuren derfor først og fremst mot forskjeller etter utdanningsnivå innen hvert kjønn, særlig blant kvinner.

Figur 32. Unngår kollektivtransport for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og alder (C)



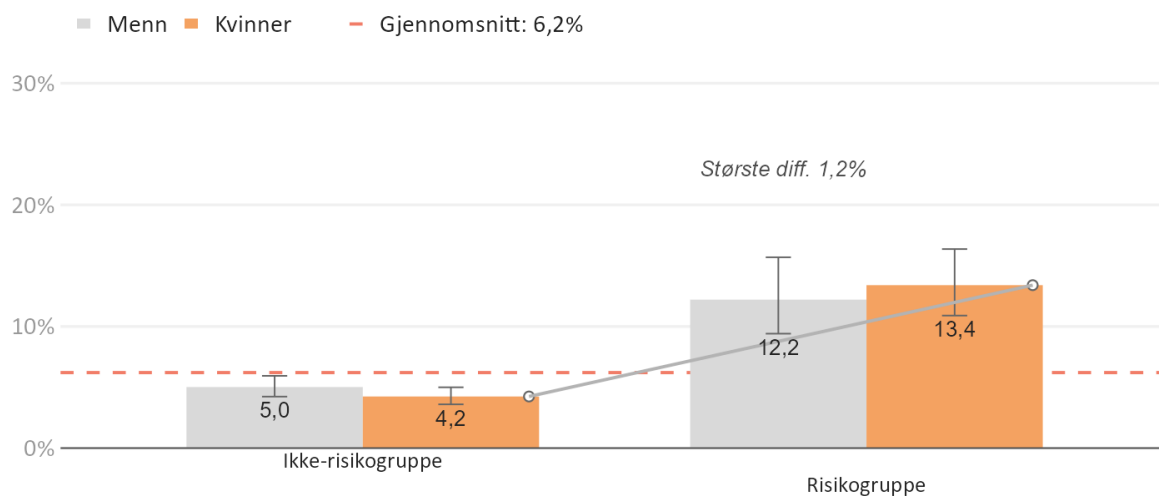
Figur C viser andelen som unngår kollektivtransport for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høyest i alderen 30–39 år, med 8,0 prosent, og lavest i alderen 50–59 år, med 4,7 prosent. Forskjellen er 3,3 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,14, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i alderen 30–39 år, med 8,2 prosent. Lavest andel finnes i alderen 18–29 år, med 4,7 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 3,5 prosentpoeng, men dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,14, som også tilsier en liten forskjell. Ser vi på kvinner og menn innen de enkelte aldersgruppene, er forskjellene gjennomgående små. I alderen 50–59 år ligger menn 1,9 prosentpoeng høyere enn kvinner, mens menn i alderen 40–49 år ligger 1,5 prosentpoeng høyere. I de øvrige aldersgruppene er forskjellene enda mindre, fra 0,1 til 1,4 prosentpoeng. Ingen av kjønnsforskjellene framstår som klare skiller. Samlet sett tyder dette på at variasjonen etter alder er begrenset innen begge kjønn, og at kvinner og menn i stor grad ligger på samme nivå i de ulike aldersgruppene.

**Figur 33. Unngår kollektivtransport for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som unngår kollektivtransport for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 15,5 prosent, og lavest blant kvinner født i Norge, med 5,4 prosent. Dette er en forskjell på 10,1 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,34, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er andelen lavest i Norge, med 5,8 prosent, og høyest i Øst-Europa, med 13,8 prosent. Forskjellen er 8,0 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,27, som også tilsier en middels forskjell. Tallene viser dermed tydelige forskjeller mellom fødelandsgruppene blant både kvinner og menn. For kvinner ligger også Øst-Europa høyt, med 12,1 prosent, mens kvinner fra vestlige land og Norge ligger lavere, med henholdsvis 6,4 prosent og 5,4 prosent. For menn er andelen 10,8 prosent i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, 6,1 prosent i vestlige land og 5,8 prosent i Norge. Det er derimot ikke klare kjønnsforskjeller innen de enkelte fødelandsgruppene. Kvinner ligger 4,7 prosentpoeng høyere enn menn i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, mens menn ligger 1,7 prosentpoeng høyere enn kvinner i Øst-Europa. I Norge og i vestlige land er forskjellene mellom kjønnene svært små, på henholdsvis 0,4 og 0,3 prosentpoeng.

Figur 34. Unngår kollektivtransport for å ikke bli smittet selv – etter kjønn og risikogruppe (G)



Figur G viser andelen som unngår kollektivtransport for å unngå å bli smittet selv, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen klart høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. I ikke-risikogruppen oppgir 4,2 prosent av kvinnene at de unngår kollektivtransport i stor eller svært stor grad, mot 13,4 prosent i risikogruppen. Det gir en forskjell på 9,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,33, noe som tilsier en middels forskjell. Det samme mønsteret finnes blant menn. I ikke-risikogruppen er andelen 5,0 prosent, mens den i risikogruppen er 12,2 prosent. Forskjellen er 7,2 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,26, som også tilsier en middels forskjell. For både kvinner og menn fremstår skillet mellom ikke-risikogruppen og risikogruppen som tydelig. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver gruppe, er forskjellene små og fremstår ikke som klare. I ikke-risikogruppen ligger menn 0,8 prosentpoeng høyere enn kvinner, mens menn i risikogruppen ligger 1,2 prosentpoeng lavere enn kvinner. Samlet peker figuren dermed på at gruppetilhørighet etter risiko har større betydning enn kjønn for hvor mange som unngår kollektivtransport for å beskytte seg mot smitte.

#### 4.7.4 Adferd for å unngå å smitte andre

I denne delen presenteres resultater som viser i hvilken grad deltakerne gjennomfører ulike tiltak for å unngå å smitte andre *når de selv har luftveissymptomer*. Overordnede resultater presenteres først i en samletabell. Deretter fremstilles mer detaljerte tabeller med resultater for hvert enkelt tiltak.

##### 4.7.4.1 SAMLET OVERSIKT OVER TILTAK FOR Å IKKE SMITTE ANDRE

Andel som i stor grad eller svært stor grad gjennomfører ulike tiltak for å ikke smitte andre, når de selv har luftveissymptomer.

Tiltak	N	Andel	Kvinner	Menn

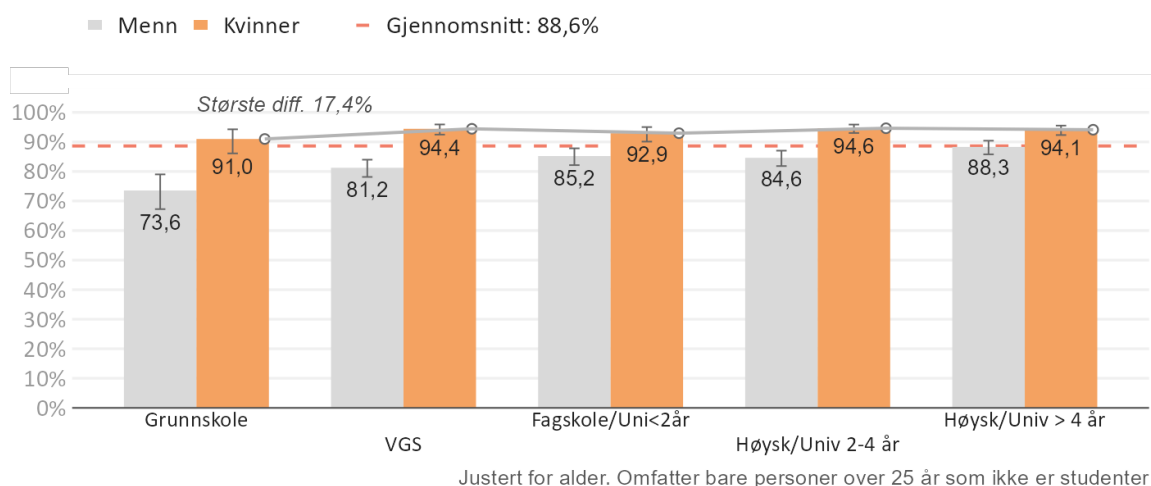
Hoster i albuekroken	8869	89,6%	94,1%	85,0%
Vasker hender	8858	70,1%	77,5%	62,5%
Unngår unødig kontakt med risikogrupper	8865	66,8%	75,1%	58,2%
Holder ekstra avstand	8852	51,8%	60,1%	43,3%
Unngår håndhilsing/klemming	8866	61,3%	68,4%	53,9%
Bruker munnbind	8855	8,3%	9,7%	6,8%

#### 4.7.4.2 HOSTER I ALBUEKROKEN FOR Å IKKE SMITTE ANDRE

Andel som i stor eller svært stor grad hoster eller nyser i albuekroken eller papirlommetørkle for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 869	89,6 %	89,0 – 90,3
Kvinner	5 036	94,1 %	93,4 – 94,8
Menn	3 833	85,0 %	83,9 – 86,2

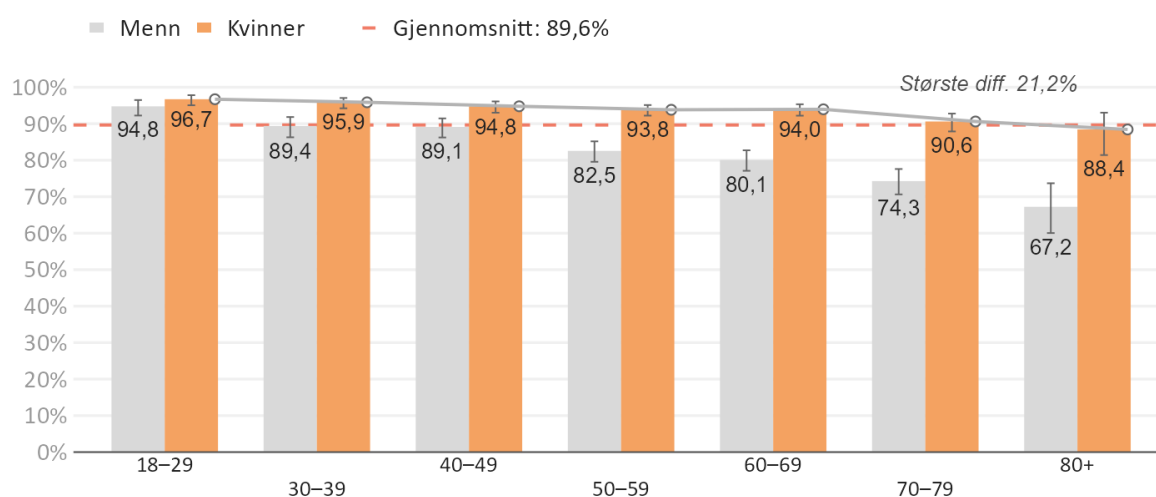
Figur 35. Hoster i albuekroken for å ikke smitte andre – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



Figur B viser andelen som hoster eller nyser i albuekroken eller papirlommetørkle for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er

andelen høy i alle utdanningsgrupper, fra 91,0 prosent blant dem med grunnskole til 94,6 prosent blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på 2 til 4 år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 3,6 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohens h er 0,14, som tilsier en liten forskjell. Blant menn varierer andelen mer mellom utdanningsgruppene. Lavest andel er blant menn med grunnskole, med 73,6 prosent, mens høyest andel er blant menn med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, med 88,3 prosent. Forskjellen er 14,7 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohens h er 0,38, som tilsier en middels forskjell. I alle utdanningsgrupper er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og alle kjønnsforskjellene framstår som klare. Den minste forskjellen er blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning over 4 år, der kvinner ligger 5,8 prosentpoeng høyere enn menn. Den største forskjellen er i gruppen med grunnskole, der kvinner ligger 17,4 prosentpoeng høyere enn menn. Dette tyder på at utdanningsnivå har tydeligere sammenheng med denne typen smittevernferd blant menn enn blant kvinner.

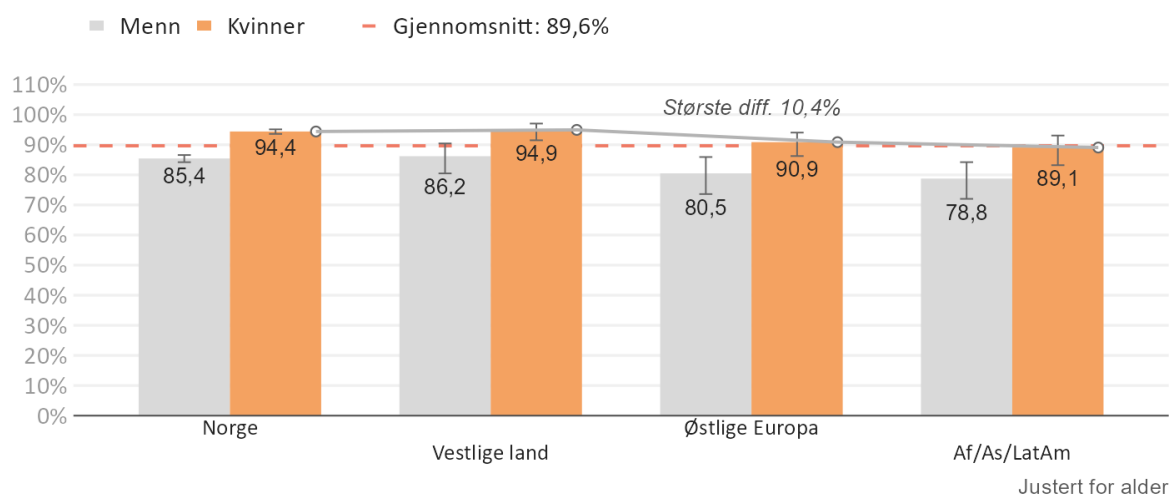
Figur 36. Hoster i albuekroken for å ikke smitte andre – etter kjønn og alder (C)



Figur C viser andelen som hoster eller nyser i albuekroken eller papirlommetørkle for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen høy i alle aldersgrupper. Den er høyest i alderen 18 til 29 år, med 96,7 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 88,4 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 8,3 prosentpoeng, noe som tilsvarer Cohen's h på 0,33 og kan vurderes som en middels forskjell. Dette tyder på en viss nedgang med økende alder, men nivået er gjennomgående høyt. Blant menn er variasjonen mellom aldersgruppene større. Også her er andelen høyest i alderen 18 til 29 år, med 94,8 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 67,2 prosent. Forskjellen er 27,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,76, som tilsvarer en stor forskjell. For menn faller andelen tydelig med økende alder. Det er også kjønnsforskjeller i de fleste aldersgruppene. I alderen 18 til 29 år er forskjellen liten, med 96,7 prosent blant kvinner og 94,8 prosent blant

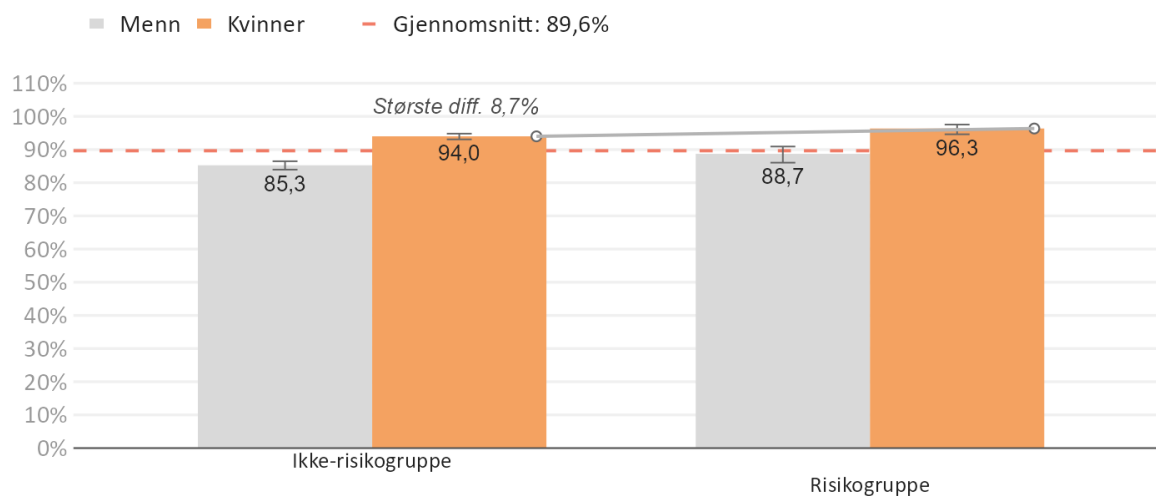
menn, og dette framstår ikke som et klart skille. Fra 30 til 39 år og oppover er andelen derimot klart høyere blant kvinner enn blant menn. Forskjellen øker fra 6,5 prosentpoeng i alderen 30 til 39 år til 21,2 prosentpoeng blant dem som er 80 år eller eldre. Dette viser at kjønnsforskjellene blir større i de eldste aldersgruppene.

Figur 37. Hoster i albuekroken for å ikke smitte andre – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som hoster eller nyser i albuekroken eller papirlommetørkle for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelenes gjennomgående høye i alle fødelandsgrupper. Høyest andel finnes blant kvinner fra vestlige land, med 94,9 prosent, mens lavest andel finnes blant kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 89,1 prosent. Forskjellen er 5,9 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,22, som tilsier en liten forskjell. Også blant menn er andelenes høye, men lavere enn blant kvinner i alle gruppene. Høyest andel finnes blant menn fra vestlige land, med 86,2 prosent, mens lavest andel finnes blant menn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 78,8 prosent. Forskjellen er 7,4 prosentpoeng, og heller ikke dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen hver fødelandsgruppe, er andelen lavere blant menn i alle gruppene. Forskjellen er 9,0 prosentpoeng i Norge, 8,7 prosentpoeng i vestlige land og 10,4 prosentpoeng i Øst-Europa, og disse forskjellene framstår som klare. I gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika er forskjellen 10,3 prosentpoeng, men her framstår forskjellen ikke som et klart skille. Samlet peker figuren på et tydelig mønster der kvinner oftere enn menn oppgir at de følger dette rådet.

Figur 38. Hoster i albuekroken for å ikke smitte andre – etter kjønn og risikogruppe (G)



Figur G viser andelen som hoster eller nyser i albuekroken eller papirlommetørkle for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Andelen er høy i alle grupper, men høyest i risikogruppen blant både kvinner og menn. Blant kvinner er andelen 94,0 prosent i ikke-risikogruppen og 96,3 prosent i risikogruppen. Det er en forskjell på 2,4 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohens h er 0,11, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen 85,3 prosent i ikke-risikogruppen og 88,7 prosent i risikogruppen. Forskjellen er 3,4 prosentpoeng. Menn i risikogruppen ligger altså høyere enn menn i ikke-risikogruppen, men her framstår ikke forskjellen som et klart skille. Cohens h er 0,10, som også tilsier en liten forskjell. Det er samtidig tydelige kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen er andelen 94,0 prosent blant kvinner og 85,3 prosent blant menn, en forskjell på 8,7 prosentpoeng i kvinners favør. Også i risikogruppen ligger kvinner høyere enn menn, med 96,3 prosent mot 88,7 prosent, som tilsvarer 7,6 prosentpoeng. Begge disse kjønnsforskjellene framstår som klare. Samlet sett følger kvinner oftere dette tiltaket enn menn, og andelen er noe høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen.

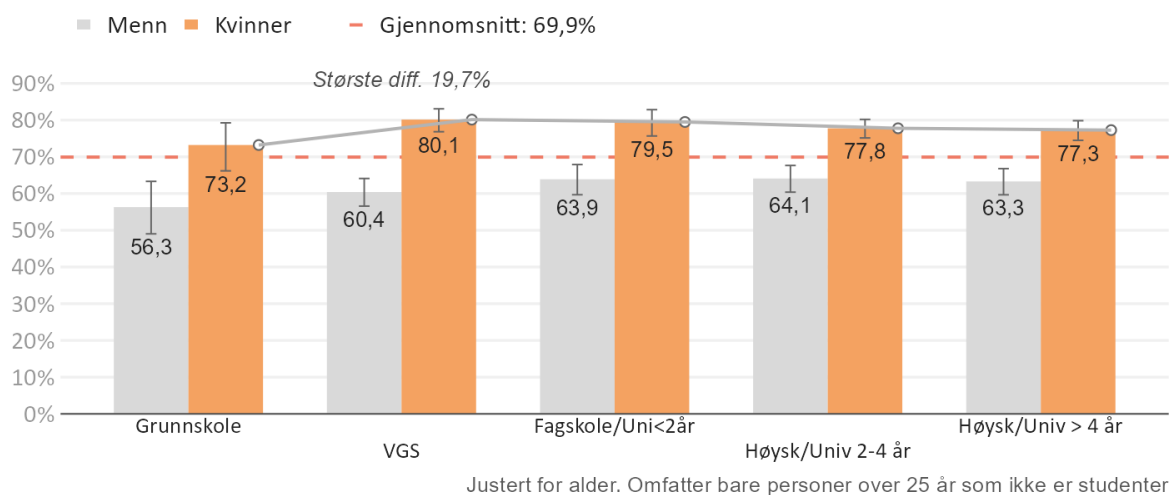
#### 4.7.4.3 VASKER HENDER FOR Å IKKE SMITTE ANDRE

Andel som i stor eller svært stor grad vasker hendene oftere enn vanlig for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 858	70,1 %	69,1 – 71,2
Kvinner	5 029	77,5 %	76,3 – 78,8

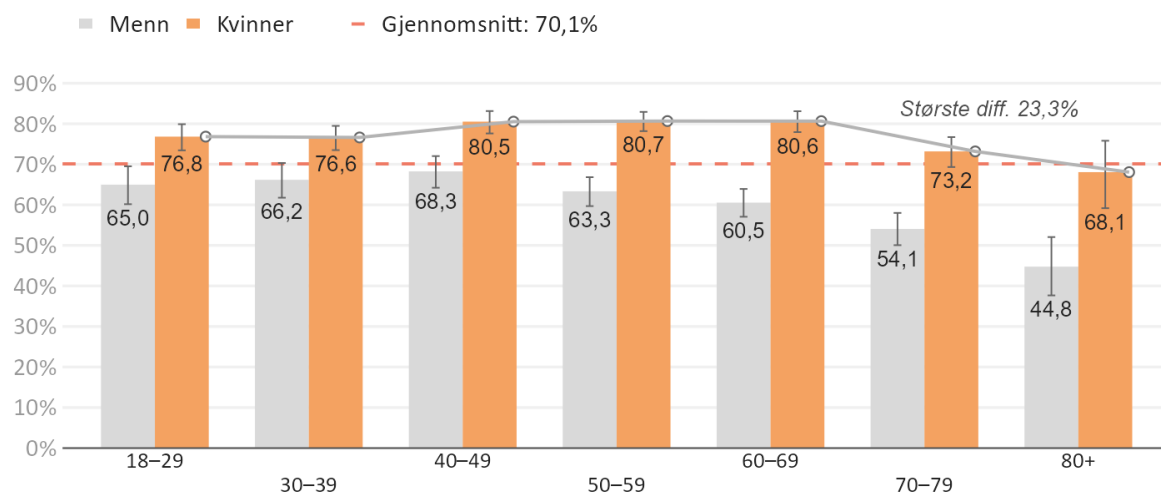
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Menn	3 829	62,5 %	60,8 – 64,1

Figur 39. Vasker hender for å ikke smitte andre – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



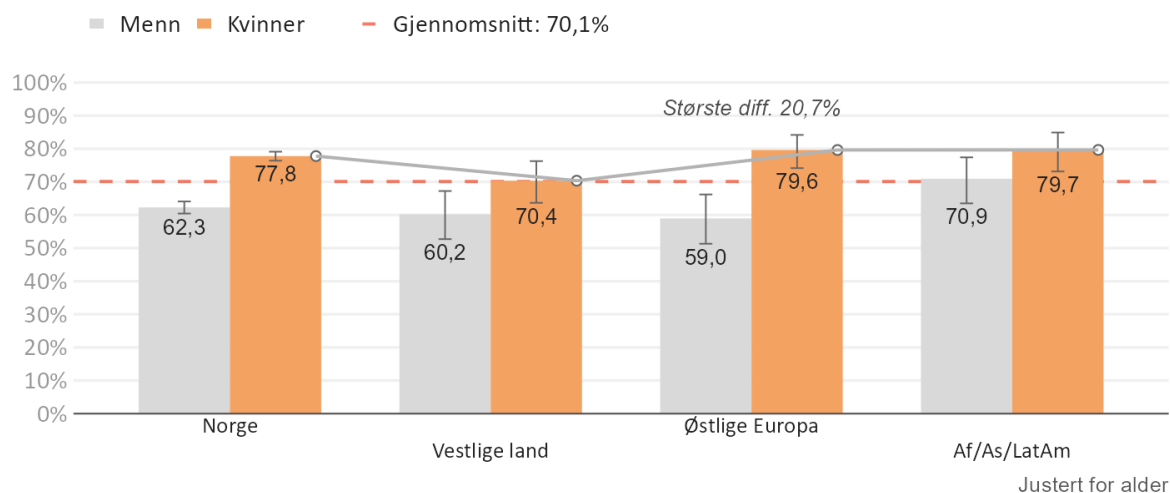
Figur B viser andelen som vasker hendene oftere enn vanlig for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner ligger andelen gjennomgående høyt, fra 73,2 prosent blant dem med grunnskole til 80,1 prosent blant dem med videregående opplæring. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 6,9 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, noe som tilsier en liten forskjell. Det er dermed ikke et tydelig skille mellom utdanningsgruppene blant kvinner. Blant menn varierer andelen fra 56,3 prosent i gruppen med grunnskole til 64,1 prosent blant dem med høyere utdanning på 2 til 4 år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 7,8 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,16, også dette en liten forskjell. Heller ikke blant menn framstår forskjellene mellom utdanningsnivåene som tydelige. Det mest markerte mønsteret i figuren er forskjellen mellom kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå. Kvinner ligger høyere enn menn i alle grupper, og dette framstår som klare kjønnsforskjeller. Forskjellen er 15,6 prosentpoeng i gruppen med fagskole eller universitetsutdanning under 2 år, 16,9 prosentpoeng i gruppen med grunnskole, 13,7 prosentpoeng blant dem med høyere utdanning på 2 til 4 år, 14,0 prosentpoeng blant dem med høyere utdanning over 4 år og 19,7 prosentpoeng i gruppen med videregående opplæring.

Figur 40. Vasker hender for å ikke smitte andre – etter kjønn og alder (C)



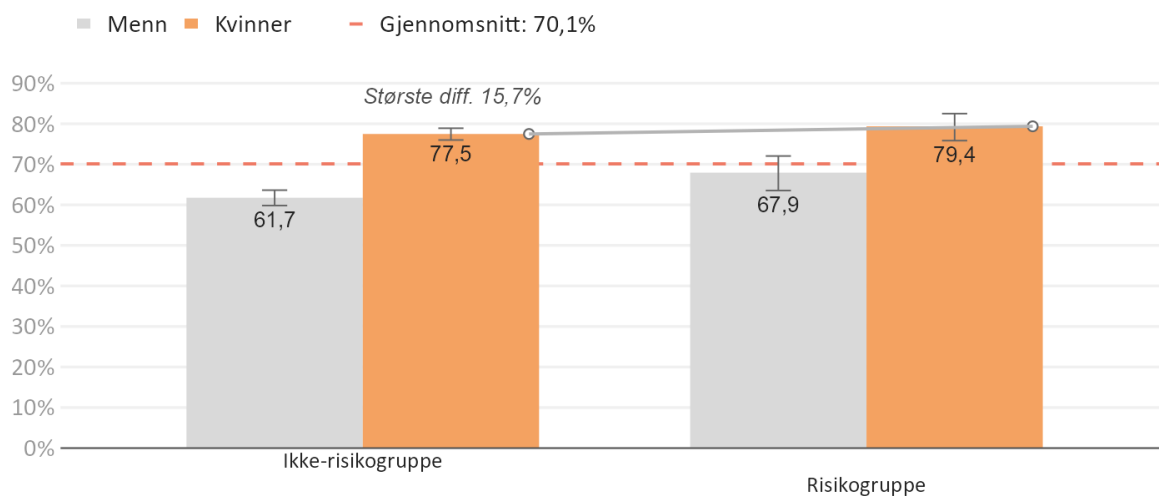
Figur C viser andelen som vasker hendene oftere enn vanlig for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen gjennomgående høy i de fleste aldersgruppene. Den er høyest i alderen 50–59 år, med 80,7 prosent, og nesten like høy i 60–69 år og 40–49 år, med henholdsvis 80,6 og 80,5 prosent. Lavest er andelen blant kvinner på 80 år og over, med 68,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant kvinner er 12,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,29, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er nivået lavere i alle aldersgrupper, og variasjonen etter alder er større. Høyest andel finnes i alderen 40–49 år, med 68,3 prosent, mens lavest andel er blant menn på 80 år og over, med 44,8 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå blant menn er 23,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,48, som også tilsier en middels forskjell. Det er klare kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene. Kvinner ligger høyere enn menn fra 18–29 år til 80 år og over. Forskjellen er minst i alderen 30–39 år, der kvinner ligger 10,5 prosentpoeng over menn, og størst i alderen 80 år og over, der forskjellen er 23,3 prosentpoeng. Også i aldersgruppene 50–59, 60–69 og 70–79 år er forskjellene store, fra 17,3 til 20,1 prosentpoeng.

Figur 41. Vasker hender for å ikke smitte andre – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som vasker hendene oftere enn vanlig for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 79,7 prosent, tett fulgt av kvinner fra Øst-Europa med 79,6 prosent. Lavest andel blant kvinner var i vestlige land med 70,4 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste gruppe var 9,3 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h var 0,22, som tilsier en liten forskjell. Blant menn var andelen også høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 70,9 prosent, mens den var lavest i Øst-Europa med 59,0 prosent. Menn i Norge lå på 62,3 prosent, og menn i vestlige land på 60,2 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste gruppe var 11,9 prosentpoeng, men heller ikke her framstår forskjellen som et klart skille. Cohen's h var 0,25, som tilsier en liten forskjell. Kvinner hadde gjennomgående høyere andeler enn menn i alle fødelandsgrupper. Kjønnforskjellen var størst i Øst-Europa, der menn lå 20,6 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i Norge, der forskjellen var 15,5 prosentpoeng. Begge disse framstår som klare kjønnforskjeller. I gruppene fra Afrika, Asia og Latin-Amerika og i vestlige land var forskjellene mellom menn og kvinner henholdsvis 8,8 og 10,2 prosentpoeng, uten at dette framstår som klare skiller.

**Figur 42. Vasker hender for å ikke smitte andre – etter kjønn og risikogruppe (G)**



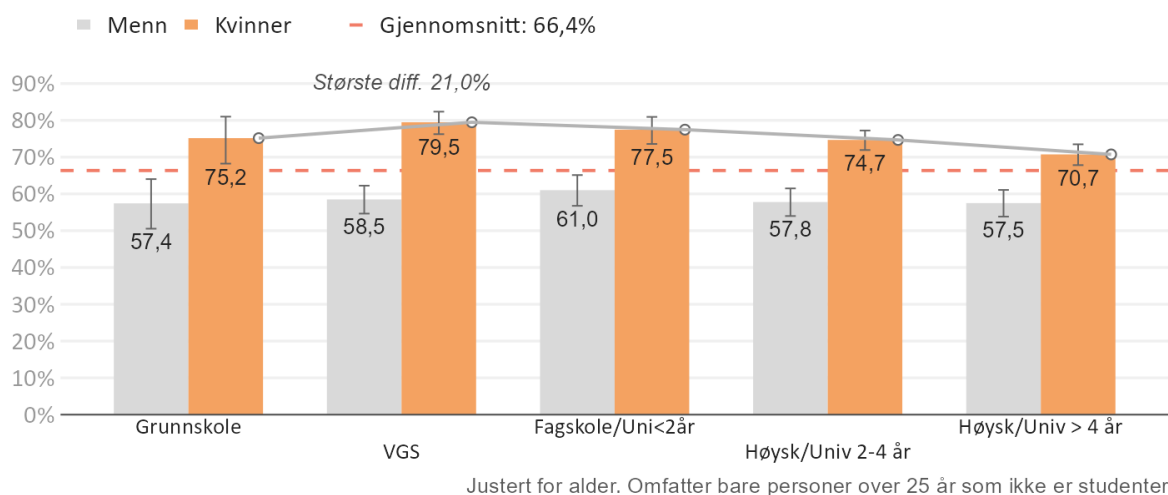
Figur G viser andelen som vasker hendene oftere enn vanlig for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høy i begge gruppene. I ikke-risikogruppen oppgir 77,5 prosent dette, mot 79,4 prosent i risikogruppen. Forskjellen er 1,9 prosentpoeng og framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,05, noe som tyder på en ubetydelig forskjell. Blant menn er andelen lavere enn blant kvinner, men også her er nivået høyest i risikogruppen. I ikke-risikogruppen oppgir 61,7 prosent at de vasker hendene oftere enn vanlig, mens andelen i risikogruppen er 67,9 prosent. Forskjellen er 6,2 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,13, noe som tilsier en liten forskjell. Det er også tydelige kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen ligger menn 15,8 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i risikogruppen ligger menn 11,5 prosentpoeng lavere enn kvinner. Samlet peker figuren på at kvinner oftere enn menn oppgir økt håndvask for å unngå å smitte andre, samtidig som tilhørighet til risikogruppen har liten betydning blant kvinner og noe større betydning blant menn.

#### 4.7.4.4 UNNGÅR UNØDIG KONTAKT MED PERSONER I RISIKOGRUPPE FOR Å IKKE SMITTE DEM

Andel som i stor eller svært stor grad unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper for å ikke smitte dem når de selv har luftveisinfeksjoner.

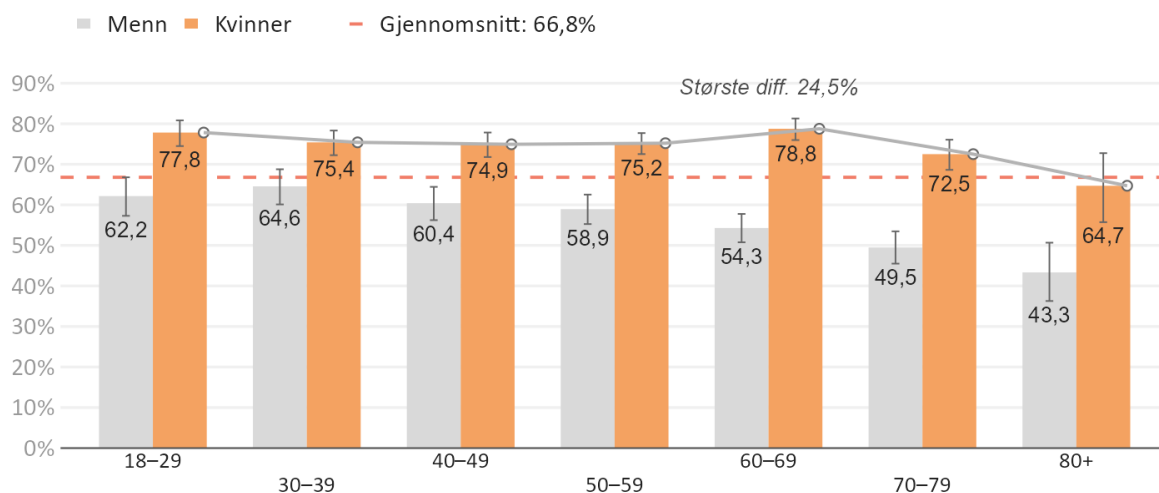
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 865	66,8 %	65,7 – 67,9
Kvinner	5 036	75,1 %	73,8 – 76,4
Menn	3 829	58,2 %	56,5 – 59,9

**Figur 43. Unngår unødig kontakt med personer i risikogruppe for å ikke smitte dem – etter kjønn og utdanningsnivå (B)**



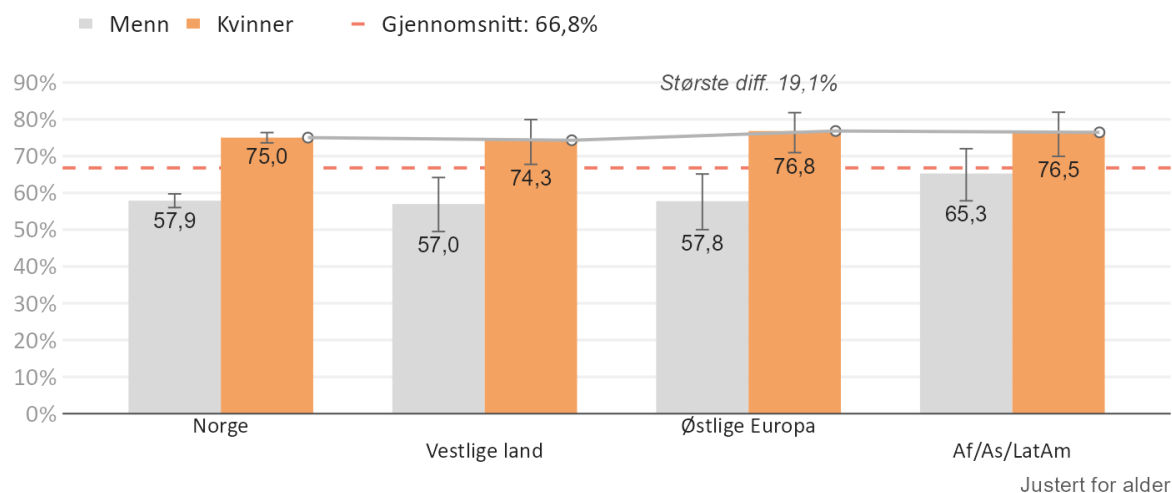
Figur B viser andelen som unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen tydelig mellom utdanningsgruppene. Den er høyest blant dem med videregående opplæring, der 79,5 prosent oppgir at de gjør dette i stor eller svært stor grad, og lavest blant dem med høyere utdanning over fire år, med 70,7 prosent. Forskjellen er 8,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, noe som tilsier en liten forskjell. Blant menn er variasjonen mellom utdanningsnivåene mindre. Den høyeste andelen finnes blant dem med fagskole eller universitetsutdanning under to år, med 61,0 prosent, mens den laveste finnes blant dem med grunnskole, med 57,4 prosent. Forskjellen er 3,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,07, noe som tilsier en ubetydelig forskjell. Det tydeligste mønsteret i figuren er likevel kjønnsforskjellene. I alle utdanningsgrupper er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og forskjellene framstår som klare. Den største forskjellen finnes blant dem med videregående opplæring, der kvinner ligger 21,0 prosentpoeng høyere enn menn, med 79,5 mot 58,5 prosent. Den minste forskjellen finnes blant dem med høyere utdanning over fire år, men også her er forskjellen tydelig, med 13,2 prosentpoeng. Samlet peker figuren på at kvinner oftere enn menn oppgir at de unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper når de selv har luftveisinfeksjoner.

**Figur 44. Unngår unødig kontakt med personer i risikogruppe for å ikke smitte dem – etter kjønn og alder (C)**



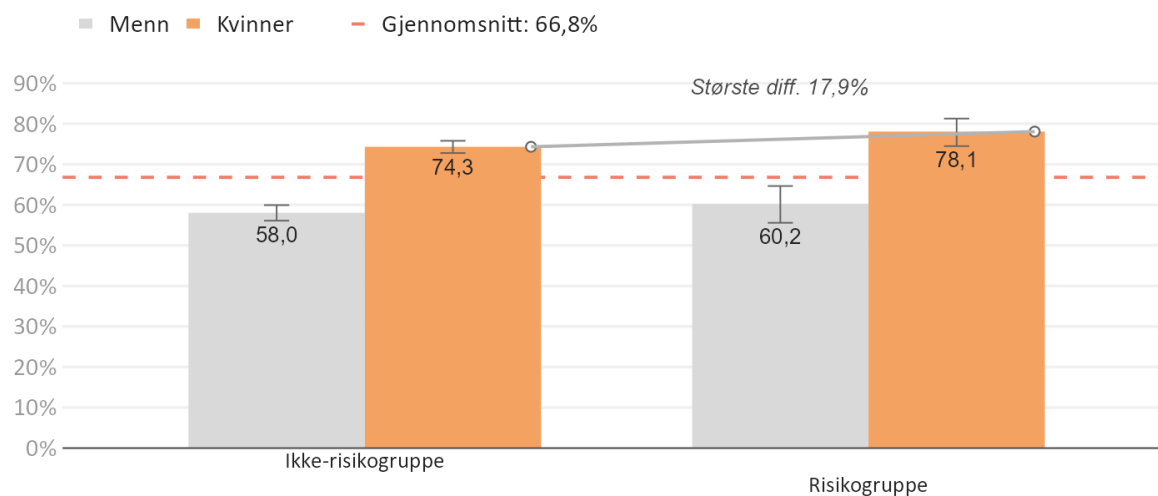
Figur C viser andelen som unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen gjennomgående høy i alle aldersgrupper. Den er høyest i alderen 60 til 69 år, med 78,8 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 64,7 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 14,1 prosentpoeng, noe som utgjør en middels forskjell målt med Cohen's h på 0,31. Blant menn er nivået lavere i alle aldersgrupper enn blant kvinner. Andelen er høyest i alderen 30 til 39 år, med 64,6 prosent, og lavest blant dem som er 80 år eller eldre, med 43,3 prosent. Dette gir en forskjell på 21,2 prosentpoeng, som også tilsvarer en middels forskjell, med Cohen's h på 0,43. Det er klare kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene. Forskjellen er minst blant de yngste, 18 til 29 år, der 77,8 prosent av kvinnene og 62,2 prosent av mennene oppgir at de unngår slik kontakt, en forskjell på 15,7 prosentpoeng. Deretter øker forskjellen i flere av de eldre aldersgruppene og er størst i alderen 60 til 69 år, der andelen er 78,8 prosent blant kvinner og 54,3 prosent blant menn. Dette tilsvarer 24,5 prosentpoeng. Også i alderen 70 til 79 år er forskjellen stor, med 72,5 prosent blant kvinner og 49,5 prosent blant menn.

**Figur 45. Unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper for å ikke smitte dem – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner ligger andelen tett, fra 74,3 prosent i vestlige land til 76,8 prosent i Øst-Europa. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 2,5 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn er variasjonen større, men heller ikke her framstår forskjellene mellom fødelandsgruppene som klare. Høyest andel finnes i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika med 65,3 prosent, mens lavest andel finnes i vestlige land med 57,0 prosent. Forskjellen er 8,3 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,17, som tilsier en liten forskjell. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle fødelandsgrupper. Kjønnforskjellen er minst i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der menn ligger 11,2 prosentpoeng lavere enn kvinner, og dette framstår ikke som et klart skille. I de øvrige gruppene er forskjellene større og tydeligere. I Norge ligger menn 17,1 prosentpoeng lavere enn kvinner, i vestlige land 17,3 prosentpoeng lavere og i Øst-Europa 19,1 prosentpoeng lavere. Dette peker samlet mot et mønster der kvinner oftere enn menn oppgir at de i stor eller svært stor grad unngår slik kontakt.

**Figur 46. Unngår unødig kontakt med personer i risikogruppe for å ikke smitte dem – etter kjønn og risikogruppe (G)**



Figur G viser andelen som unngår unødig kontakt med personer i risikogrupper for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner var andelen 74,3 prosent i ikke-risikogruppen og 78,1 prosent i risikogruppen. Det betyr at kvinner i risikogruppen lå 3,8 prosentpoeng høyere enn kvinner i ikke-risikogruppen. Forskjellen framstår ikke som et klart skille, og Cohen's h var 0,09, noe som tilsier en ubetydelig forskjell. Blant menn var andelen 58,0 prosent i ikke-risikogruppen og 60,2 prosent i risikogruppen. Menn i risikogruppen lå dermed 2,2 prosentpoeng høyere enn menn i ikke-risikogruppen. Heller ikke denne forskjellen framstår som et klart skille, og Cohen's h var 0,04, noe som også tilsier en ubetydelig forskjell. Det tydeligste mønsteret i figuren er forskjellen mellom kvinner og menn innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen var andelen 16,3 prosentpoeng lavere blant menn enn blant kvinner, med 58,0 mot 74,3 prosent. I risikogruppen var andelen 17,9 prosentpoeng lavere blant menn enn blant kvinner, med 60,2 mot 78,1 prosent. Begge disse kjønnsforskjellene framstår som klare skiller. Samlet sett tyder figuren på at kvinner oftere enn menn oppgir å unngå unødig kontakt med personer i risikogrupper, mens forskjellene mellom ikke-risikogruppen og risikogruppen innen hvert kjønn er små.

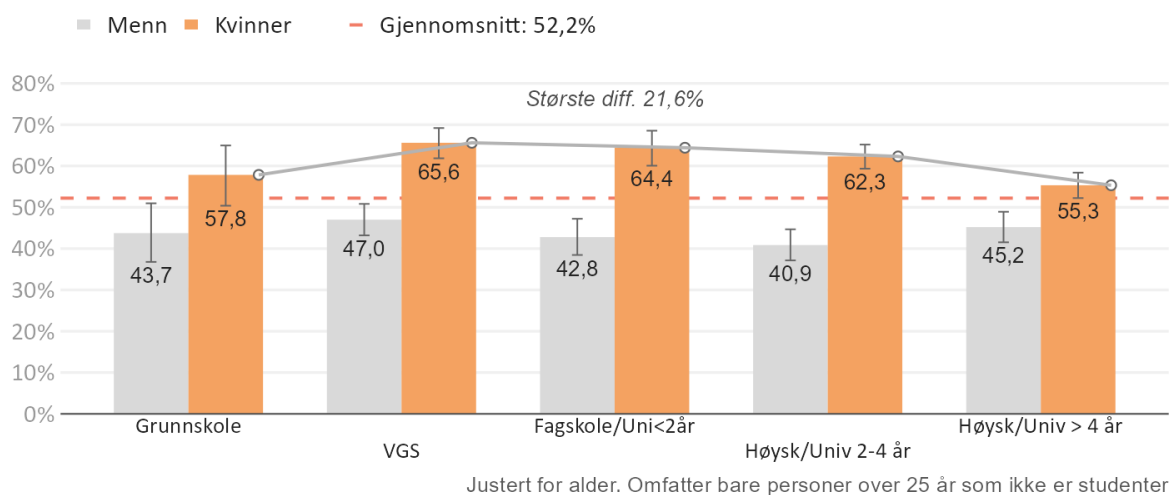
#### 4.7.4.5 HOLDER EKSTRA AVSTAND FOR Å IKKE SMITTE ANDRE

Andel som i stor eller svært stor grad holder ekstra avstand for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 852	51,8 %	50,7 – 53,0
Kvinner	5 032	60,1 %	58,6 – 61,5

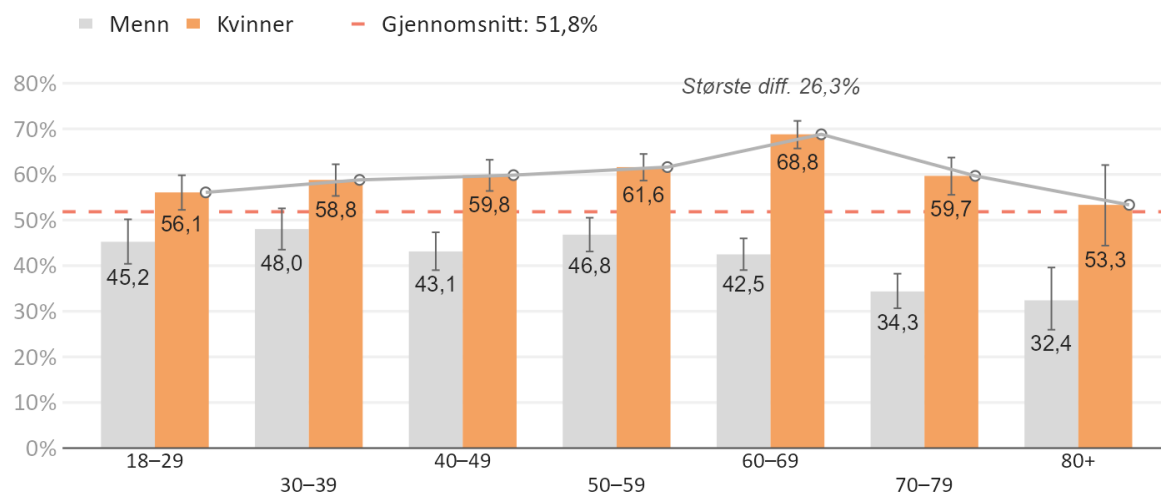
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Menn	3 820	43,3 %	41,6 – 45,0

Figur 47. Holder ekstra avstand for å ikke smitte andre – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



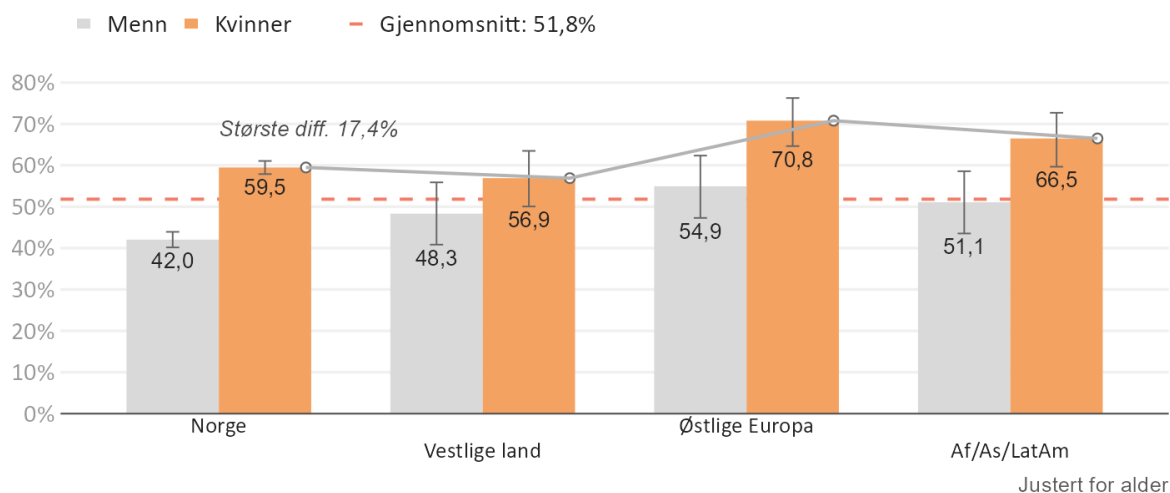
Figur B viser andelen som holder ekstra avstand for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest blant dem med videregående opplæring, der 65,6 prosent oppgir dette, og lavest blant dem med høyere utdanning over fire år, med 55,3 prosent. Forskjellen er 10,3 prosentpoeng og framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,21, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med videregående opplæring, med 47,0 prosent, og lavest blant dem med høyere utdanning på to til fire år, med 40,9 prosent. Forskjellen er 6,1 prosentpoeng. Dette framstår ikke som et klart skille, og Cohen's h på 0,12 tilsier også en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivå er andelen gjennomgående høyere blant kvinner enn blant menn. De tydeligste kjønnsforskjellene finnes blant personer med fagskole eller universitetsutdanning under to år, der forskjellen er 21,6 prosentpoeng, og blant dem med høyere utdanning på to til fire år, der forskjellen er 21,5 prosentpoeng. Det er også klare kjønnsforskjeller blant dem med videregående opplæring, med 18,6 prosentpoeng, og blant dem med høyere utdanning over fire år, med 10,1 prosentpoeng. For gruppen med grunnskole er forskjellen 14,1 prosentpoeng, men her framstår ikke skillet mellom kvinner og menn som klart.

Figur 48. Holder ekstra avstand for å ikke smitte andre – etter kjønn og alder (C)



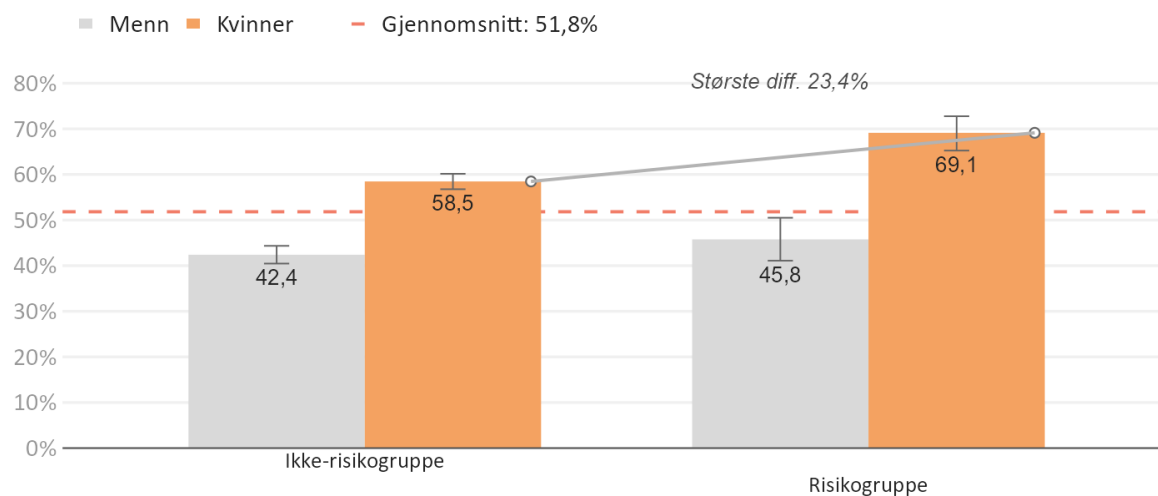
Figur C viser andelen som holder ekstra avstand for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner varierer andelen fra 53,3 prosent i gruppen 80 år og eldre til 68,8 prosent i alderen 60 til 69 år. Dette er en forskjell på 15,5 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,32, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er det et tydelig aldersmønster. Her er andelen høyest i alderen 30 til 39 år med 48,0 prosent og lavest i gruppen 80 år og eldre med 32,4 prosent. Forskjellen er 15,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,32, som også tilsier en middels forskjell. I alle aldersgrupper der forskjellen er vurdert som tydelig, er andelen høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnforskjellen er minst blant de yngste voksne og i alderen 30 til 39 år, der kvinner ligger 10,8 prosentpoeng over menn. Forskjellen øker i de eldre aldersgruppene og er størst i alderen 60 til 69 år, der 68,8 prosent av kvinnene oppgir dette, mot 42,5 prosent av mennene. Det gir en forskjell på 26,3 prosentpoeng. Også i alderen 70 til 79 år er forskjellen stor, med 59,7 prosent blant kvinner og 34,3 prosent blant menn, tilsvarende 25,4 prosentpoeng. Samlet peker tallene på at kvinner oftere enn menn holder ekstra avstand, og at dette skillet er særlig markert fra 60-årsalderen.

Figur 49. Holder ekstra avstand for å ikke smitte andre – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som holder ekstra avstand for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner var andelen høyest i gruppen fra Øst-Europa, med 70,8 prosent, og lavest i gruppen fra vestlige land, med 56,9 prosent. Forskjellen var 13,9 prosentpoeng. Cohens h var 0,29, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn var andelen høyest i gruppen fra Øst-Europa, med 54,9 prosent, og lavest blant menn født i Norge, med 42,0 prosent. Her var forskjellen 12,9 prosentpoeng. Cohens h var 0,26, som tilsier en middels forskjell. Tallene viser videre at kvinner gjennomgående oppga dette oftere enn menn i alle fødelandsgruppene. De tydeligste kjønnsforskjellene finner vi blant personer født i Norge, der kvinner lå 17,4 prosentpoeng høyere enn menn, og i Øst-Europa, der forskjellen var 15,9 prosentpoeng. Det var også en tydelig kjønnsforskjell i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der kvinner lå 15,4 prosentpoeng høyere enn menn. I gruppen fra vestlige land var forskjellen mindre, 8,6 prosentpoeng. Samlet peker figuren på et mønster der kvinner oftere enn menn holder ekstra avstand, og der andelen er særlig høy blant personer fra Øst-Europa.

**Figur 50. Holder ekstra avstand for å ikke smitte andre – etter kjønn og risikogruppe (G)**



Figur G viser andelen som holder ekstra avstand for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. I ikke-risikogruppen oppgir 58,5 prosent av kvinnene at de holder ekstra avstand i stor eller svært stor grad, mens andelen i risikogruppen er 69,1 prosent. Dette er en forskjell på 10,7 prosentpoeng, og forskjellen framstår som klar. Cohens  $h$  er 0,22, noe som tilsier en liten forskjell. Blant menn er mønsteret det samme, men forskjellen mellom gruppene er mindre. I ikke-risikogruppen er andelen 42,4 prosent, mot 45,8 prosent i risikogruppen. Det tilsvarer 3,4 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohens  $h$  er 0,07, som tyder på en ubetydelig forskjell. Det er også klare kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen ligger menn 16,1 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 42,4 prosent blant menn og 58,5 prosent blant kvinner. I risikogruppen er forskjellen enda større: menn ligger 23,3 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 45,8 prosent mot 69,1 prosent. Samlet viser figuren at kvinner oftere enn menn holder ekstra avstand, og at dette særlig gjelder i risikogruppen.

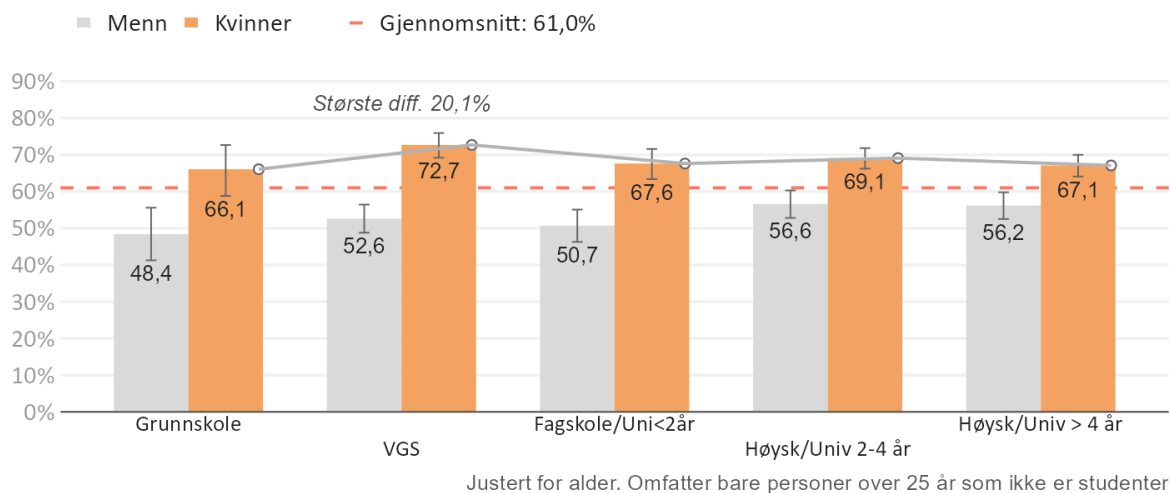
#### 4.7.4.6 UNNGÅR HÅNDHILSING/KLEMMING FOR Å IKKE SMITTE ANDRE

Andel som i stor eller svært stor grad unngår klemming eller håndhilsning for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner.

Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 866	61,3 %	60,2 – 62,4
Kvinner	5 034	68,4 %	67,0 – 69,8

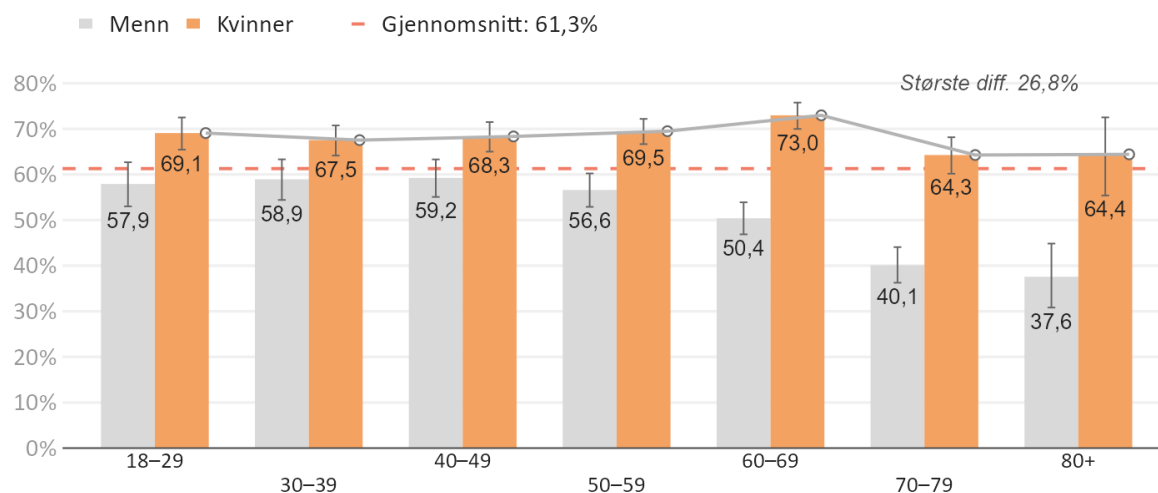
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Menn	3 832	53,9 %	52,2 – 55,6

Figur 51. Unngår håndhilsning/klemming for å ikke smitte andre – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



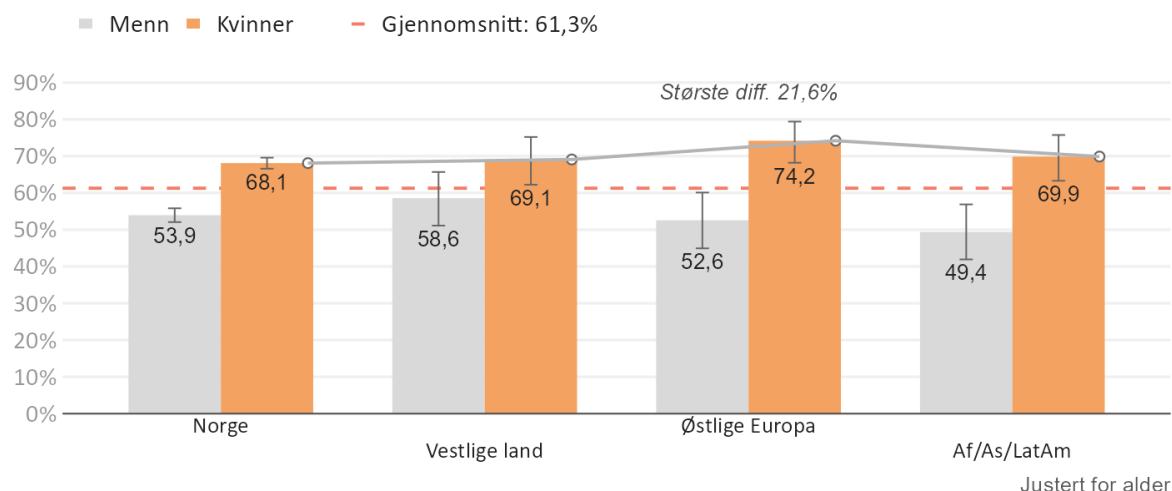
Figur B viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner varierer andelen fra 66,1 prosent i gruppen med grunnskole til 72,7 prosent blant dem med videregående opplæring, en forskjell på 6,6 prosentpoeng. Dette framstår ikke som et klart skille, og effektstørrelsen er liten, med Cohen's h på 0,14. Også blant menn er variasjonen mellom utdanningsgruppene begrenset. Her er andelen lavest i gruppen med grunnskole, med 48,4 prosent, og høyest blant dem med høyere utdanning på 2 til 4 år, med 56,6 prosent. Forskjellen er 8,2 prosentpoeng, og heller ikke her framstår det som et klart skille. Cohen's h er 0,16, som også tilsier en liten forskjell. Det tydeligste mønsteret i figuren er forskjellene mellom kvinner og menn innen hvert utdanningsnivå. Kvinner ligger høyere enn menn i alle gruppene, og dette framstår som klare skiller. Forskjellen er minst blant dem med høyere utdanning over 4 år, der kvinner ligger 10,9 prosentpoeng høyere enn menn, og størst blant dem med videregående opplæring, der forskjellen er 20,1 prosentpoeng. Også i de øvrige utdanningsgruppene er forskjellene tydelige, fra 12,5 til 17,7 prosentpoeng. Samlet tyder dette på at kjønn har større betydning enn utdanningsnivå for denne typen smitteforebyggende atferd.

Figur 52. Unngår håndhilsning/klemming for å ikke smitte andre – etter kjønn og alder (C)



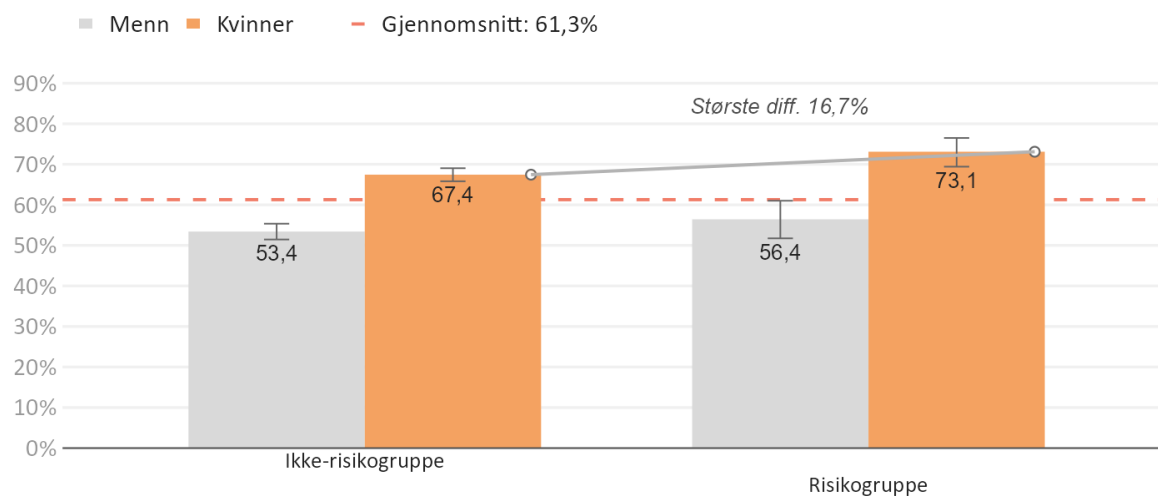
Figur C viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner ligger andelen gjennomgående høyt i alle aldersgrupper, fra 64,3 prosent til 73,0 prosent. Høyest andel finnes blant kvinner i alderen 60 til 69 år, mens den laveste andelen finnes blant kvinner i alderen 70 til 79 år. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 8,7 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,19, som tilsier en liten forskjell. Blant menn varierer andelen mer med alder. Høyest andel finnes i alderen 40 til 49 år, med 59,2 prosent, mens lavest andel finnes blant menn på 80 år eller eldre, med 37,6 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er 21,6 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,44, som tilsier en middels forskjell. Dette tyder på et tydeligere aldersmønster blant menn enn blant kvinner. Det er også klare kjønnsforskjeller i alle aldersgruppene der dette er vurdert. Kvinner ligger høyere enn menn i hver gruppe. Forskjellen er minst i alderen 30 til 39 år, der menn ligger 8,6 prosentpoeng lavere enn kvinner, og i alderen 18 til 29 år, der forskjellen er 11,2 prosentpoeng. De største forskjellene finnes i de eldre aldersgruppene: 22,6 prosentpoeng i alderen 60 til 69 år og 24,2 prosentpoeng i alderen 70 til 79 år. Samlet viser figuren at kvinner oftere enn menn oppgir at de i stor eller svært stor grad unngår klemming eller håndhilsning når de selv har luftveisinfeksjoner.

Figur 53. Unngår håndhilsning/klemming for å ikke smitte andre – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)



Figur E viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner ligger andelen gjennomgående høyt, fra 68,1 prosent i Norge til 74,2 prosent i Øst-Europa. Kvinner fra Afrika, Asia og Latin-Amerika og fra vestlige land ligger også høyt, med henholdsvis 69,9 og 69,1 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant kvinner er 6,1 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohens h er 0,13, som tilsier en liten forskjell. Blant menn varierer andelen fra 49,4 prosent i Afrika, Asia og Latin-Amerika til 58,6 prosent i vestlige land. Menn i Norge og Øst-Europa ligger mellom disse, med 53,9 og 52,6 prosent. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel blant menn er 9,2 prosentpoeng, men heller ikke her framstår forskjellen som et klart skille. Cohens h er 0,18, som også tilsier en liten forskjell. I alle fødelandsgruppene er andelen høyere blant kvinner enn blant menn. Kjønnforskjellen er størst i Øst-Europa, der kvinner ligger 21,6 prosentpoeng høyere enn menn, og i Afrika, Asia og Latin-Amerika, der forskjellen er 20,5 prosentpoeng. I Norge er forskjellen 14,2 prosentpoeng. I disse tre gruppene framstår kjønnforskjellene som klare. I vestlige land er forskjellen mindre, 10,5 prosentpoeng, og framstår ikke som et klart skille.

**Figur 54. Unngår håndhilsning/klemming for å ikke smitte andre – etter kjønn og risikogruppe (G)**



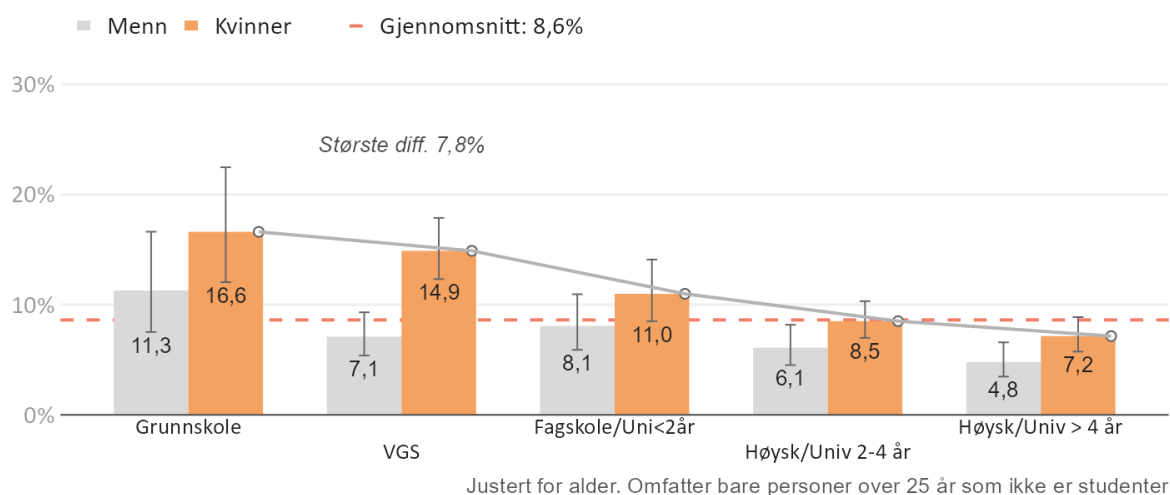
Figur G viser andelen som unngår klemming eller håndhilsning for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og risiko- versus ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen, med 73,1 prosent mot 67,4 prosent. Dette er en forskjell på 5,7 prosentpoeng, og det framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,12, som tilsier en liten forskjell. Blant menn er andelen også høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen, med 56,4 prosent mot 53,4 prosent. Forskjellen er 3,0 prosentpoeng, men dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,06, som tilsier en ubetydelig forskjell. Det er også tydelige kjønnsforskjeller i begge gruppene. I ikke-risikogruppen er andelen 67,4 prosent blant kvinner og 53,4 prosent blant menn, en forskjell på 14,0 prosentpoeng i kvinners favør. I risikogruppen er andelen 73,1 prosent blant kvinner og 56,4 prosent blant menn, en forskjell på 16,7 prosentpoeng. Også her er andelen høyere blant kvinner enn blant menn, og forskjellen framstår som klar. Samlet viser figuren at kvinner oftere enn menn oppgir at de unngår klemming eller håndhilsning, og at dette særlig gjelder kvinner i risikogruppen.

#### 4.7.4.7 BRUKER MUNNBIND FOR Å IKKE SMITTE ANDRE

Andel som i stor eller svært stor grad benytter munnbind for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner.

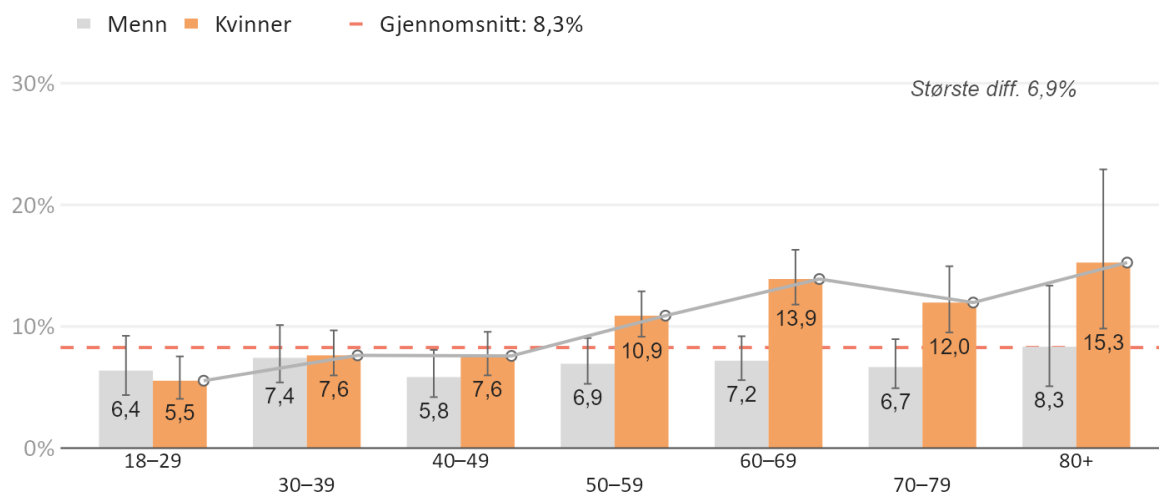
Gruppe	N	Andel	Konfidensintervall
Begge kjønn	8 855	8,3 %	7,7 – 8,9
Kvinner	5 028	9,7 %	8,8 – 10,6
Menn	3 827	6,8 %	6,0 – 7,7

Figur 55. Bruker munnbind for å ikke smitte andre – etter kjønn og utdanningsnivå (B)



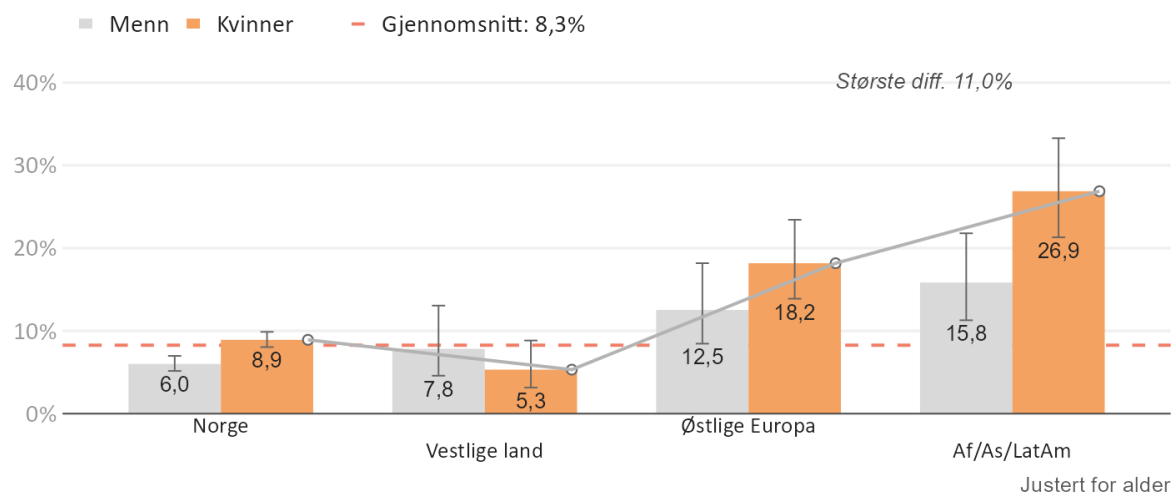
Figur B viser andelen som benytter munnbind for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen med grunnskole, der 16,6 prosent oppgir dette, og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år, med 7,2 prosent. Forskjellen er 9,5 prosentpoeng. Cohen's h er 0,30, som tilsier en middels forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen med grunnskole og lavest blant dem med høyere universitets- eller høyskoleutdanning over fire år. Her går andelen fra 11,3 prosent til 4,8 prosent, en forskjell på 6,5 prosentpoeng. Cohen's h er 0,24, som tilsier en liten forskjell. På tvers av utdanningsnivå ligger menn gjennomgående lavere enn kvinner, men det er bare i gruppen med videregående opplæring at forskjellen mellom kjønnene framstår som tydelig. I denne gruppen oppgir 14,9 prosent av kvinnene og 7,1 prosent av mennene at de benytter munnbind i stor eller svært stor grad, en forskjell på 7,8 prosentpoeng. I de øvrige utdanningsgruppene er kjønnsforskjellene mindre og framstår ikke som tydelige. Samlet peker figuren på at bruken er lavest blant dem med lengst utdanning, og at kvinner oftere enn menn oppgir å bruke munnbind for å unngå å smitte andre.

Figur 56. Bruker munnbind for å ikke smitte andre – etter kjønn og alder (C)



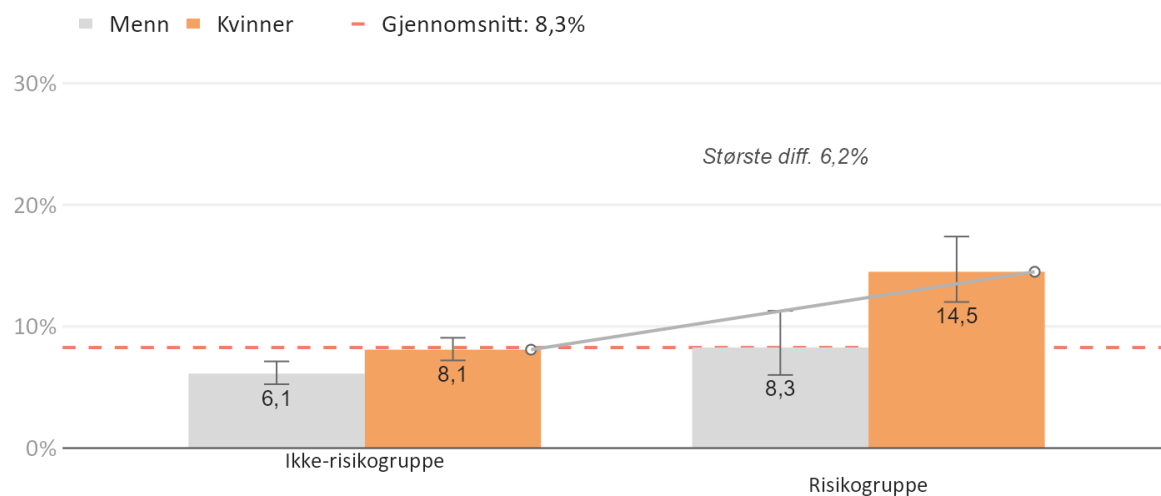
Figur C viser andelen som benytter munnbind for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner øker andelen gjennomgående med alder, fra 5,5 prosent i alderen 18 til 29 år til 15,3 prosent i gruppen 80 år og eldre. Det laveste nivået blant kvinner er dermed i den yngste aldersgruppen, mens det høyeste er i den eldste. Forskjellen er 9,8 prosentpoeng, og dette framstår som et klart skille. Cohen's h er 0,33, som tilsier en middels forskjell. Blant menn er variasjonen mellom aldersgruppene mindre. Andelen er lavest i alderen 40 til 49 år med 5,8 prosent og høyest i gruppen 80 år og eldre med 8,3 prosent. Forskjellen er 2,5 prosentpoeng, og dette framstår ikke som et klart skille. Cohen's h er 0,10, som tilsier en liten forskjell. Når kvinner og menn sammenlignes innen samme aldersgruppe, er andelenes nokså like i de yngste gruppene. I alderen 18 til 29 år er andelen 5,5 prosent blant kvinner og 6,4 prosent blant menn, og i alderen 30 til 39 år er den 7,6 prosent blant kvinner og 7,4 prosent blant menn. Fra 50-årsalderen er det derimot klare kjønnsforskjeller i kvinners favør i flere grupper. Forskjellen er 4,0 prosentpoeng i alderen 50 til 59 år, 6,7 prosentpoeng i alderen 60 til 69 år og 5,3 prosentpoeng i alderen 70 til 79 år. I den eldste gruppen er andelen også høyere blant kvinner enn blant menn, men her framstår ikke forskjellen som et klart skille.

**Figur 57. Bruker munnbind for å ikke smitte andre – etter kjønn og fødelandsgruppe (E)**



Figur E viser andelen som benytter munnbind for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og fødelandsgruppe. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 26,9 prosent, og lavest blant kvinner fra vestlige land, med 5,3 prosent. Dette er en forskjell på 21,6 prosentpoeng, og forskjellen framstår som klar. Cohen's h er 0,62, noe som tilsier en stor forskjell. Også blant menn er andelen høyest i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, med 15,8 prosent, mens den er lavest blant menn født i Norge, med 6,0 prosent. Forskjellen er 9,8 prosentpoeng, framstår som klar og tilsvarer Cohen's h på 0,32, noe som tyder på en middels forskjell. Ser vi på de enkelte fødelandsgruppene, er det bare i Norge at det er et klart kjønnskilte. Her oppgir 8,9 prosent av kvinnene og 6,0 prosent av mennene at de bruker munnbind i stor eller svært stor grad, en forskjell på 2,9 prosentpoeng i kvinners favør. I de øvrige gruppene er kjønnsforskjellene ikke klare. Likevel ligger kvinnene høyere enn mennene både i gruppen fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, der forskjellen er 11,0 prosentpoeng, og i Øst-Europa, der forskjellen er 5,6 prosentpoeng. I gruppen fra vestlige land er andelen derimot noe høyere blant menn enn blant kvinner, med en forskjell på 2,5 prosentpoeng.

Figur 58. Bruker munnbind for å ikke smitte andre – etter kjønn og risikogruppe (G)



Figur G viser andelen som benytter munnbind for å ikke smitte andre når de selv har luftveisinfeksjoner, fordelt på kjønn og risiko- vs. ikke-risikogruppe. Blant kvinner er andelen høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen. I ikke-risikogruppen oppgir 8,1 prosent av kvinnene at de bruker munnbind i stor eller svært stor grad, mot 14,5 prosent i risikogruppen. Dette er en forskjell på 6,4 prosentpoeng, og Cohen's h er 0,20, som tilsier en liten forskjell. For kvinner framstår dette som et klart skille. Blant menn er andelen også høyere i risikogruppen enn i ikke-risikogruppen, men forskjellen er mindre. I ikke-risikogruppen er andelen 6,1 prosent, mens den i risikogruppen er 8,3 prosent. Det gir en forskjell på 2,2 prosentpoeng. Cohen's h er 0,08, som tilsier en ubetydelig forskjell, og dette framstår ikke som et klart skille. Det er også klare kjønnsforskjeller innen begge gruppene. I ikke-risikogruppen ligger menn 2,0 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 6,1 mot 8,1 prosent. I risikogruppen er forskjellen større: Menn ligger 6,2 prosentpoeng lavere enn kvinner, med 8,3 mot 14,5 prosent. Samlet sett er det kvinner i risikogruppen som oftest oppgir bruk av munnbind, mens menn i ikke-risikogruppen ligger lavest.

#### 4.7.5 Arbeidsliv: Arbeidsfravær og håndtering av arbeidssituasjonen ved luftveissymptomer

Luftveissymptomer kan påvirke arbeidssituasjonen på ulike måter, både gjennom fravær og gjennom tilpasninger i hvordan man arbeider. I denne delen fikk deltakerne spørsmål om hvordan luftveissymptomer påvirker deres arbeidssituasjon.

**Tabell: Andel deltakere som hadde fravær fra jobb minst seks dager siste 12 måneder, på grunn av luftveisinfeksjoner (n=5536)**

Totalt (95% KI)	Kvinner (95% KI)	Menn (95% KI)
9,2% (8,4-10,1)	11,3% (10,2-12,6)	7,1% (6,0-8,3)

Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

**Tabell: Hva gjorde du sist gang du hadde luftveissymptomer? Tenk tilbake på de siste 12 månedene. Andel som oppga hver handling.**

Handling	N	Totalt (95 % KI)	Kvinner (95 % KI)	Menn (95 % KI)
Møtte opp fysisk på jobb	5536	22,5 % (21,3-23,7)	22,6 % (21,1-24,2)	22,4 % (20,5-24,3)
Jobbet hjemmefra	5536	25,3 % (24,2-26,6)	22,0 % (20,7-23,5)	28,9 % (26,9-30,8)
Fikk sykmelding fra lege	5536	7,4 % (6,7-8,2)	8,8 % (7,8-9,9)	6,1 % (5,1-7,3)
Brukte egenmelding	5536	29,8 % (28,5-31,1)	32,5 % (30,9-34,3)	27,1 % (25,1-29,1)

Deltakerne kunne krysse av for flere alternativer. Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

**Tabell: I hvilken grad var følgende grunner viktige for at du jobbet hjemmefra sist gang du hadde luftveissymptomer? Andel som svarte i stor grad eller i svært stor grad for hver grunn.**

Grunn	N	Totalt (95 % KI)	Kvinner (95 % KI)	Menn (95 % KI)
Følte meg for syk til å dra fysisk på jobb	1330	55,1 % (52,3-57,9)	60,9 % (57,2-64,4)	50,4 % (46,2-54,6)

Var bekymret for å smitte andre	1331	57,6 % (54,8-60,4)	62,3 % (58,7-65,9)	53,7 % (49,5-57,9)
Var bekymret for at kolleger ville reagere negativt	1323	29,6 % (27,1-32,3)	30,4 % (27,1-34,0)	28,9 % (25,2-32,9)

Deltakerne kunne oppgi flere grunner som viktige. Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

**Tabell: I hvilken grad var følgende grunner viktige for at du brukte egenmelding sist gang du hadde luftveissymptomer? Andel som svarte i stor grad eller i svært stor grad for hver grunn.**

Grunn	N	Totalt (95 % KI)	Kvinner (95 % KI)	Menn (95 % KI)
Følte meg for syk til å jobbe	1585	93,4 % (91,9-94,6)	95,6 % (94,1-96,7)	90,6 % (87,8-92,9)
Var bekymret for å smitte andre	1578	47,1 % (44,5-49,7)	50,8 % (47,5-53,9)	42,8 % (38,5-47,2)
Var bekymret for at kolleger ville reagere negativt	1578	24,8 % (22,6-27,1)	26,0 % (23,3-29,0)	23,3 % (19,8-27,2)

Deltakerne kunne oppgi flere grunner som viktige. Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

#### 4.7.6 Bekymring og reaksjoner knyttet til luftveisinfeksjoner

I denne delen presenteres resultater knyttet til både bekymring for egen sykdom og reaksjoner på symptomer hos andre.

## 4.7.6.1 BEKYMRING KNYTTET TIL LUFTVEISINFEKSJONER

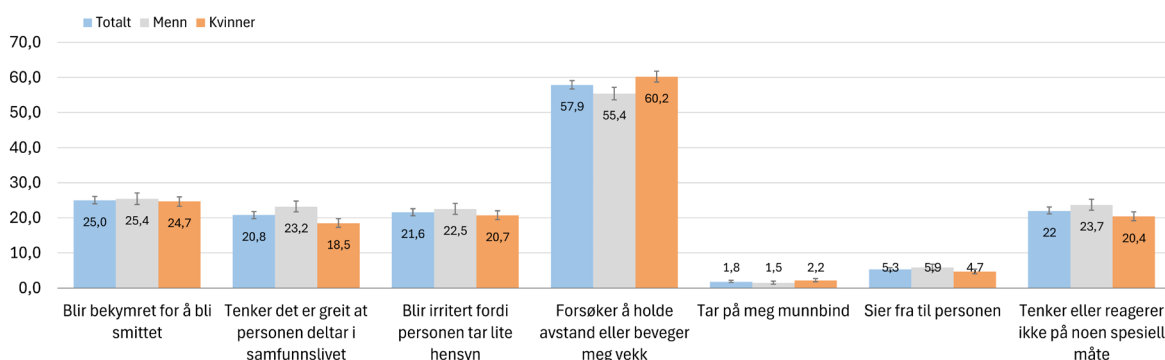
**Tabell: Bekymring for alvorlig sykdom og langvarige plager etter til luftveisinfeksjoner. Andel som svarte i stor grad eller i svært stor grad for hver bekymring.**

Bekymring	N	Totalt (95 % KI)	Kvinner (95 % KI)	Menn (95 % KI)
Bekymret for å bli alvorlig syk av luftveisinfeksjoner	7898	5,0 % (4,6-5,6)	5,5 % (4,9-6,3)	4,5 % (3,8-5,3)
Bekymret for langvarige plager etter covid-19	7891	8,9 % (8,3-9,6)	10,4 % (9,4-11,3)	7,4 % (6,5-8,4)
Bekymret for langvarige plager etter andre luftveisinfeksjoner	7886	5,4 % (4,9-6,0)	5,9 % (5,2-6,7)	4,9 % (4,2-5,7)

Deltakerne svarte separat for hver bekymring. Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

## 4.7.6.2 REAKSJONER VED NÆRHET TIL PERSONER MED LUFTVEISSYMPTOMER

Deltakerne ble spurt om hvordan de vanligvis reagerer når de er i nærheten av en person med tydelige luftveissymptomer, for eksempel på jobb, i sosiale sammenhenger, på kollektivtransport eller i butikk.

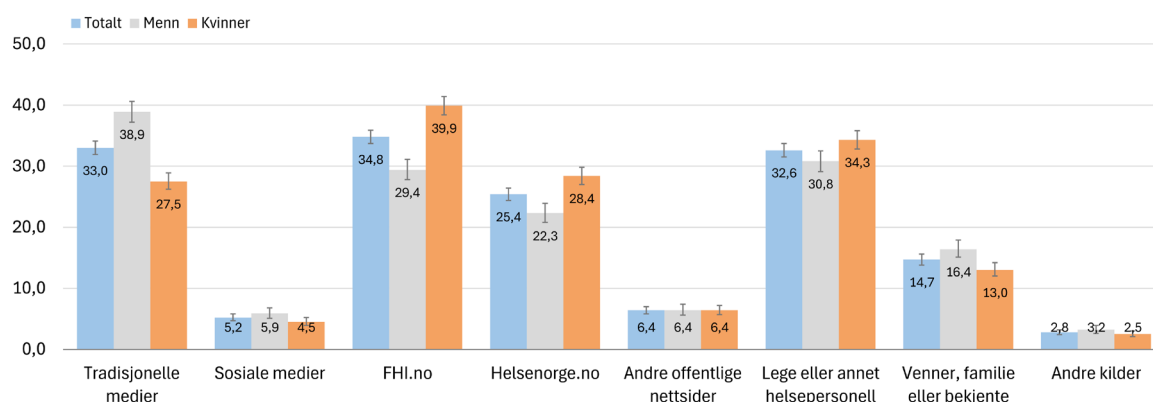
**Figur 59. Hvordan reagerer du vanligvis hvis du er i nærheten av en person med tydelige luftveissymptomer? Andel som oppgav hver reaksjon – etter kjønn**

Andelene i figuren er basert på totalt 7914 deltakere (menn: 3374, kvinner: 4540). Deltakerne kunne velge én eller flere reaksjoner. Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

#### 4.7.7 Informasjonskilder om luftveisinfeksjoner

Deltakerne ble spurt om hva som var deres viktigste kilder til råd om luftveisinfeksjoner.

**Figur 60. Viktigste kilder til råd om luftveisinfeksjoner – etter kjønn**



Andelene i figuren er basert på totalt 7914 deltakere (Menn: 3374 og Kvinner: 4540). Deltagerne kunne velge inntil to kilder. Andelene er vektet og estimert i modeller justert for kjønn, alder og utdanning. Totalestimatene er justert for alle tre variablene, mens estimatene for kvinner og menn er beregnet separat for hvert kjønn og justert for alder og utdanning.

## 5 DISKUSJON

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 gir et bredt og landsdekkende bilde av befolkningens helse, levevaner og livssituasjon. Rapporten bygger i hovedsak på hoveddelen av spørreskjemaet, som dekker sentrale temaer som helse, livskvalitet, psykiske plager, søvn, levevaner og sosiale og sosioøkonomiske forhold. I tillegg omfattet undersøkelsen tre temamoduler om kosthold, luftveisinfeksjoner og psykisk helse, helsetjenestebruk og opplevd forskjellsbehandling. I denne rapporten er det først og fremst luftveisinfeksjoner som er behandlet som et eget og tydelig avgrenset tema, mens enkelte temaer fra den tredje modulen er integrert i de øvrige resultatkapitlene. Kostholdstemaet er i liten grad dekket i denne rapporten, utover noen få spørsmål fra hovedskjemaet, og vil bli omtalt nærmere i en egen rapport.

På grunn av undersøkelsens omfang er det ikke mulig å diskutere alle resultater like inngående. Diskusjonen følger derfor i stor grad strukturen i resultatformidlingen. Først drøftes overordnede mønstre i de seks hovedtemaene, med vekt på forskjeller mellom fylker, mellom kjønn og aldersgrupper, mellom utdanningsnivåer og grupper med ulik økonomisk situasjon, og mellom fødelandsgrupper. Mot slutten at hvert hoveddeltema omtales endringer fra pilotundersøkelsen i 2020 til undersøkelsen i 2025, der det er tilgjengelig data på dette. Avslutningsvis går vi mer i dybden på resultater fra temamodulen om luftveisinfeksjoner, med særlig vekt på smittevernsatferd, bekymring, testing og forhold i arbeidslivet knyttet til luftveisinfeksjoner.

### 5.1 Fysisk helse og helsetilstand

#### Forskjeller mellom fylker

Resultatene viser at det finnes geografiske forskjeller i fysisk helse og helsetilstand, men at de for mange indikatorer er relativt små. Dette gjelder særlig egenvurdert helse, hvor mye helseproblemer påvirker hverdagen, muskel- og skjelettplager og tannhelse, der fylkene i stor grad ligger tett. Det mest konsistente fylkesmønsteret er derfor ikke store regionale kontraster, men at variasjonen ofte er begrenset. Samtidig er det enkelte utfall der geografien framtrer tydeligere. Finnmark skiller seg ut med høye nivåer av fedme, diabetes, astma og langvarige smerter, og ligger også høyt for luftveisplager. Oslo ligger oftere i den gunstige delen av fordelingen, med høy andel som vurderer helsen som god og lav forekomst av fedme. Allergiplagene følger et annet mønster, med høyere nivåer i enkelte sørøstlige fylker og lavere nivåer i nord. Geografiske forskjeller er dermed til stede, men de framstår mindre gjennomgående enn de sosiale forskjellene.

#### Kjønns- og aldersforskjeller

Alder er et av de tydeligste skillene i materialet, særlig for flere somatiske sykdommer og medikamentbruk. Høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, kols/bronkittemfysem og bruk av blodtrykks- og kolesterolsenkende legemidler øker tydelig med alder. For flere andre utfall er mønsteret mer kurvelineært: fedme og tilbakevendende smerter er mest utbredt i midtlivet eller tidlig eldre alder, mens langvarige muskel- og skjelettplager øker tydelig med alder, særlig blant kvinner. Allergiplager er vanligere i yngre voksne grupper og avtar tydelig i høy alder. Selvrappertert god helse varierer derimot mindre systematisk med alder, særlig blant kvinner.

Kjønnsforskjellene er samtidig markerte, men ikke ensrettede. Kvinner rapporterer oftere at helseproblemer påvirker hverdagen i stor grad, og de ligger gjennomgående høyere på muskel- og skjelettplager, langvarige smerter, astma, allergiplager og bruk av smertestillende. Menn ligger oftere høyere på diabetes, høyt blodtrykk og flere kardiovaskulære utfall, og de vurderer også egen helse noe oftere som god eller svært god. Tannhelsen vurderes derimot bedre blant kvinner. Brudd skiller seg ut ved at menn ligger høyere i yngre aldersgrupper, mens kvinner ligger klart høyere fra eldre alder og oppover. Samlet peker dette mot at kvinner i større grad rapporterer symptombelastning og funksjonstap, mens menn oftere rapporterer flere av de klassiske somatiske sykdommene.

### **Sosioøkonomiske forhold**

Det mest gjennomgående funnet i dette temaet er en tydelig sosial gradient. Både utdanning og opplevd husholdningsøkonomi henger systematisk sammen med helseutfallene, og forskjellene er ofte større enn fylkesforskjellene. God eller svært god helse og god tannhelse øker klart med høyere utdanning og lettere økonomi. Når det gjelder helseproblemer som påvirker hverdagen, fedme, diabetes, kols/bronkittemfysem, astma, langvarige muskel- og skjelettplager, tilbakevendende smerter og bruk av smertestillende på resept er dette jevnt over høyere hos de med kortere utdanning og opplevd vanskeligere økonomi. For flere av disse utfallene er forskjellene middels til store. Særlig gjelder dette egenvurdert helse, funksjonspåvirkning, tannhelse og smerteplager. Ikke alle indikatorer følger dette mønsteret like tydelig, men hovedbildet er klart: fysisk helse og helsetilstand er systematisk dårligere blant personer med kortere utdanning og blant dem som opplever økonomien som vanskelig.

### **Forskjeller mellom fødelandsgrupper**

Det er en viss forskjell mellom fødelandsgrupper i selvrapportert helse. Personer fra Østlige Europa, Afrika, Asia og Latin-Amerika har en lavere andel med god eller svært god helse, det samme gjelder for tannhelse. For de ulike diagnosene som er med i undersøkelsen varierer det og det er til dels store variasjoner også innenfor hver av fødelandsgruppene. Det er også knyttet betydelig usikkerhet til tallene for tilstander som er mindre utbredt, som for eksempel kreft. Av forholdene som er mer sikre peker diabetes seg ut med særlig høy forekomst i gruppen Afrika, Asia og Latin-Amerika. Også angina pectoris og kols peker seg ut med høyere forekomst i enkelte fødelandsgrupper, særlig blant personer fra Østlige Europa og i noen tilfeller blant personer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika.

Hovedinntrykket er at fødelandsforskjellene er reelle, men at de ikke peker i samme retning for alle utfall og derfor bør forstås som mer diagnose- og symptomspesifikke enn som et samlet hierarki.

### **Resultatforskjeller mellom 2020 og 2025**

Sammenlignet med pilotundersøkelsen i 2020 peker flere utviklingstrekk i en mindre gunstig retning. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god har gått ned, samtidig som det er økning i fedme, diabetes, astma, kols/bronkittemfysem, muskel- og skjelettplager, langvarige smerter, brudd, kreft og bruk av blodtrykks- og kolesterolsenkende legemidler. For flere av disse utfallene ses økningen ikke bare blant de eldste, men også i yngre eller midtre aldersgrupper.

Samtidig er ikke utviklingen entydig negativ på alle mål: andelen som oppgir at helseproblemer i stor grad påvirker hverdagen er samlet sett stabil, og det samme gjelder hjerteinfarkt og hjerneslag på totalnivå. Det er også et viktig poeng at forskjellene mellom kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgrupper i stor grad består over tid. Endringsbildet handler derfor først og fremst om forskyvninger i nivå, ikke om at de grunnleggende mønstrene i hvem som har best og dårligst fysisk helse er vesentlig endret.

## 5.2 Psykisk helse, søvn, livskvalitet og sosiale ressurser

### Forskjeller mellom fylker

Resultatene viser geografisk variasjon, men fylkesforskjellene er som oftest mindre og mindre systematiske enn forskjellene etter alder, utdanning og økonomi. For psykiske plager og symptomer på angst ligger Oslo, og delvis også Østfold og Buskerud, ofte i øvre del, mens Finnmark oftere ligger lavt. For depressive plager peker Telemark oftere seg ut i øvre del, mens Møre og Romsdal og Vestland ligger lavere. Samtidig går ikke fylkene i samme retning på tvers av alle indikatorene: søvnproblemer og søvnlengde varierer lite, livstilfredshet er nokså jevnt fordelt, og forskjellene i sosial støtte og ensomhet er små til moderate. Det samlede bildet er derfor at geografiske forskjeller finnes, men at de ikke danner et entydig mønster på tvers av psykisk helse, søvn og sosiale ressurser.

### Kjønns- og aldersforskjeller

De mest gjennomgående kjønnsforskjellene gjelder symptomindikatorerne. Kvinner rapporterer høyere nivå av psykiske plager, depressive plager, angstplager og søvnproblemer enn menn, og bruker også oftere medikamenter mot angst, depresjon og søvnevansker. Kjønnsforskjellene er særlig tydelige blant de yngste voksne. For livstilfredshet og søvnlengde er derimot forskjellene små, mens kvinner samtidig oftere rapporterer høy sosial støtte. Alder skiller enda tydeligere enn kjønn. Unge voksne, særlig kvinner 18–29 år, har høyest nivå av psykiske plager, depressive plager, symptomer på angst og ensomhet, mens livstilfredshet øker med alder. Søvn mønstrene er annerledes: søvnlengden er lengst blant de yngste, kortest i midtlivet, og forekomsten av søvnproblemer er høy fra den yngste aldersgruppen (særlig blant kvinner) og topper seg rundt 50–59 år. En interessant observasjon er at selv om det gjerne er de eldste (60+) som rapporterer minst søvnproblem, så er det nettopp de eldste som bruker mest sovemedisiner. Dette er et tankekors når vi vet at sovemedisiner i liten grad hjelper for langvarige søvnevansker [7]. Høy sosial støtte er vanligst i voksen alder og lavest blant de eldste.

### Sosioøkonomiske forhold

Det tydeligste og mest konsistente funnet i materialet er en klar sosial gradient. På tvers av psykiske plager (HSCCL-5), depressive plager, angstplager, søvnproblemer og ensomhet er nivåene høyere blant personer med lav utdanning og særlig blant dem som opplever økonomien som vanskelig. Motsatt er livstilfredshet, sosial støtte og søvnlengde høyere blant personer med høyere utdanning og lettere økonomi. De samme mønstrene gjenfinnes også i ukentlig bruk av medikamenter mot angst, depresjon og søvnevansker. Forskjellene etter opplevd økonomi framstår ofte som store, og de er gjennomgående tydeligere enn de ovennevnte

fylkesforskjellene. Materialet peker dermed på at sosioøkonomiske forhold ikke bare henger sammen med mer psykisk belastning, men også med mindre sosial støtte og kortere søvn.

### **Forskjeller mellom fødelandsgrupper**

Andelen med psykiske plager målt med HSCL-5 er noe høyere blant innvandrere, unntaket er menn fra vestlige land som ligger omtrent på samme nivå som menn fra Norge dersom vi også tar hensyn til usikkerheten i materialet. Kvinner fra Østlige Europa skiller seg tydelig ut med høyest forekomst. For depressive plager målt med PHQ-9 synes det ikke å være noen påviselig forskjell mellom fødelandsgruppene. For angstplager målt med GAD-7 synes innvandrere fra østlige Europa og Afrika, Asia og Latin-Amerika å ligge noe høyere, men usikkerheten knyttet til tallene er såpass stor at vi ikke kan konkludere noe på bakgrunn av dette. For ukentlig bruk av medisiner mot angst og depresjon ligger personer fra østlige Europa høyest, mens nivåene ellers er nokså like mellom Norge, vestlige land og Afrika, Asia og Latin-Amerika. For søvnproblemer og tilfredshet med livet er det ingen av fødelandsgruppene som skiller seg ut. Innvandrere fra østlige Europa, Afrika, Asia og Latin-Amerika skiller seg tydelig ut med en vesentlig lavere andel som har høy sosial støtte og en betydelig høyere andel ensomme.

### **Resultatforskjeller mellom 2020 og 2025**

Fra pilotundersøkelsen i 2020 til 2025 er det flere endringer som peker i samme retning. Gjennomsnittlig nivå av psykiske plager og andelen over HSCL-grensen har økt, søvnproblemer er blitt vanligere, søvnlengden på hverdager har gått ned, og andelen som rapporterer høy sosial støtte har falt tydelig. Samtidig er livstilfredshet og ensomhet samlet sett relativt stabile. Hovedmønstrene mellom kjønn, alder, utdanning, økonomi og fødelandsgrupper består i stor grad over tid, men enkelte forskjeller ser ut til å ha blitt noe tydeligere, særlig etter utdanning og i midtlivsgruppene. Det samlede bildet er derfor at flere sentrale indikatorer peker mot en mer belastet situasjon i 2025 enn i pilotundersøkelsen, samtidig som de sosiale og demografiske ulikhetene i hovedsak følger de samme linjene som før.

## **5.3 Levevaner og helselatert atferd**

### **Forskjeller mellom fylker**

Resultatene viser at geografiske forskjeller i levevaner finnes for flere indikatorer, men at omfanget varierer. De mest markerte fylkesforskjellene gjelder særlig kosthold og alkohol. Oslo skiller seg ut med en høyere andel som har et daglig inntak av grønnsaker og høy andel som drikker alkohol ofte eller har episodisk høyt alkoholforbruk, samtidig som fylket ligger lavest på sukkerholdig brus/leskedrikk. For fisk går mønsteret i en annen retning, med høyest konsum i de nordligste fylkene og lavere nivåer i flere fylker i sør og sørøst. Fysisk aktivitet varierer også mellom fylker, men forskjellene er mindre, og for daglig røyking er de geografiske forskjellene gjennomgående små. Det faglig mest interessante er derfor kanskje ikke at enkelte fylker generelt kommer "best" eller "dårligst" ut, men at fylkesmønstrene er ulike for ulike typer levevaner.

### **Kjønns- og aldersforskjeller**

Kjønnsforskjellene er gjennomgående og følger et tydelig mønster. Kvinner rapporterer oftere daglig inntak av frukt/bær og grønnsaker, mens menn ligger høyere for sukkerholdig brus, snus og alkoholbruk. For røyking er kjønnsforskjellene små, og for fysisk aktivitet er det lite som tyder på et stabilt hovedskille mellom kvinner og menn.

Aldersforskjellene er minst like markerte, men går i ulike retninger avhengig av indikator. Daglig inntak av frukt/bær og fisk øker med alder, mens sukkerholdig brus og snus er mest utbredt blant yngre og yngre middelaldrende. Alkoholmønstrene er delte: hyppig alkoholbruk øker med alder, mens alkoholenheter per drikkedag og episodisk høyt alkoholforbruk er høyest blant de yngste. Røyking skiller seg ut ved å være mest utbredt i midtlivet heller enn blant de yngste. Samlet peker analysene mot tydelige aldersforskjeller i både kosthold, tobakk og alkohol.

### **Sosioøkonomiske forhold**

Et av de mest konsistente funnene er den sosiale gradienten i levevaner. Høyere utdanning og bedre opplevd husholdningsøkonomi henger sammen med mer fysisk aktivitet og mer gunstige kostholdsvaner, med høyere inntak av frukt, grønnsaker og fisk. Samtidig er lavere utdanning og vanskeligere økonomi forbundet med høyere forekomst av sukkerholdig brus, daglig røyking og daglig snusbruk. For flere av disse indikatorene framstår forskjellene som middels store, og for grønnsaksinntak er utdanningsforskjellene særlig markerte.

Alkohol avviker delvis fra dette mønsteret. Hyppig alkoholbruk er vanligere blant personer med høyere utdanning, mens antall alkoholenheter per drikkedag er høyere ved lavere utdanning og vanskeligere økonomi. Episodisk høyt alkoholforbruk varierer derimot lite etter utdanning og økonomi. Dette tyder på at sosiale forskjeller i alkohol i større grad handler om drikkemønster enn om én samlet gradient. Det er likevel de sosioøkonomiske forskjellene i kosthold, fysisk aktivitet og tobakk som framstår som mest gjennomgående i datagrunnlaget.

### **Forskjeller mellom fødelandsgrupper**

Forskjellene mellom fødelandsgrupper er tydelige på noen områder, men ikke ensartede på tvers av alle indikatorene. De klareste forskjellene mellom fødelandsgrupper gjelder fysisk aktivitet, tobakk og alkohol. For fysisk aktivitet ligger personer født i Norge høyere enn personer fra østlige Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, både for andelen som oppgir minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet minst fire dager i uken og for andelen som oppgir slik aktivitet minst én dag i uken. Daglig røyking er særlig høy blant menn fra østlige Europa. Innvandrere fra østlige Europa, Afrika, Asia og Latin-Amerika synes å ha vesentlig lavere alkoholforbruk sammenliknet med vestlige innvandrere og personer født i Norge. For alkoholbruk ligger personer fra vestlige land høyt når det gjelder hyppighet, mens personer født i Norge ligger høyest for alkoholenheter per drikkedag og episodisk høyt alkoholforbruk. Fødelandsgruppe framstår dermed som særlig relevant i diskusjonen av fysisk aktivitet, tobakk og alkohol. For kosthold er bildet mer variert og usikkert og ikke egnet til å trekke tydelige konklusjoner.

### **Resultatforskjeller mellom 2020 og 2025**

Sammenligningen med pilotundersøkelsen i 2020 viser først og fremst at hovedmønstrene mellom grupper er stabile. Kjønnsforskjeller, aldersmønstre og sosiale gradienter går i stor grad

igjen fra 2020 til 2025. Samtidig er det flere endringer i nivå. Det tydeligste negative utviklingstrekket er økningen i daglig inntak av sukkerholdig brus, særlig blant unge voksne, sammen med økning i daglig snusbruk. I samme periode har daglig røyking gått ned, mens e-sigarettbruk har holdt seg lav og i hovedsak stabil. For kostholdet er utviklingen delt: flere rapporterer et daglig inntak av frukt eller bær og grønnsaker, mens konsumet av fisk har gått ned. Fysisk aktivitet minst fire dager i uken framstår som stabil over tid, mens andelen som er fysisk aktive minst én dag i uken er høyere i 2025 sammenlignet med 2020. Noe av forskjellen kan skyldes at spørsmålet om fysisk aktivitet er formulert noe annerledes i 2025 enn i 2020, ved at kravet om minst 10 minutter per gang er tatt ut. Dette er tatt bort for å måle den totale aktiviteten bedre.

Begge indikatorene på fysisk aktivitet tyder på at mange i befolkningen har et aktivitetsnivå som ligger under de nasjonale anbefalingene (minimum 150 minutter med aktivitet av moderat intensitet eller 75 minutter med aktivitet av høy intensitet i løpet av en uke). Resultatene kan ikke tolkes direkte som andelen som oppfyller anbefalingene, siden undersøkelsen ikke måler samlet aktivitetsmengde per uke. Til sammenligning fant KAN-undersøkelsen i 2022 [8], som måler fysisk aktivitet med objektive mål, at rundt tre av fire voksne tilfredsstillte minimumsanbefalingene. Like fullt er det oppsiktsvekkende at nesten halvparten av utvalget i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 oppgir at de ikke er moderat fysisk aktive i minst 30 minutter én dag i uken.

Utviklingen i alkoholbruk er også sammensatt. Hyppig alkoholbruk og episodisk høyt alkoholforbruk har gått ned, mens antall alkoholenheter per drikkedag samlet sett er stabilt. Samtidig har de yngste økt sitt gjennomsnittlige antall alkoholenheter per drikkedag. Bildet fra 2020 til 2025 er derfor ikke entydig, men preget av at noen levevaner utvikler seg i gunstig retning, mens andre går i motsatt retning, uten at de grunnleggende forskjellene mellom befolkningsgrupper er vesentlig endret.

## 5.4 Sosioøkonomiske forhold, arbeidsliv og diskriminering

I denne delen er det hensiktsmessig å skille mellom indikatorer der Den nasjonale folkehelseundersøkelsen tilfører særskilt kunnskap, og indikatorer der det allerede finnes offisiell statistikk fra NAV og SSB. For arbeidsledighet, sykmelding, uførhet og AAP publiseres det jevnlig tall, men kildene bygger ikke på én felles metode, og definisjonene varierer mellom statistikkene (jf. NAVs Hovedtall om arbeidsmarkedet<sup>3</sup> og SSBs Arbeidskraftundersøkelse<sup>4</sup>). Resultatene her bør derfor ikke leses som alternative anslag for nivåene i befolkningen eller som direkte sammenlignbare med slike tall. Særlig når analysene er basert på et surveyutvalg og i flere tilfeller justert for bakgrunnsvariabler, er det mer treffende å forstå dem som beskrivelser av hvordan disse forholdene fordeler seg i dette materialet, og hvordan de henger sammen med andre levekårs- og bakgrunnsforhold.

---

<sup>3</sup> <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/hovedtall-om-arbeidsmarkedet?>

<sup>4</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen>

Det mest sentrale funnet i denne delen er den tydelige økningen i opplevde økonomiske vansker fra 2020 til 2025. Dette framstår som viktig både i seg selv og som del av et bredere mønster i rapporten, der opplevd økonomi gjennomgående skiller tydelig mellom grupper. Indikatoren har en særstilling fordi den fanger hvordan husholdningsøkonomien faktisk oppleves i hverdagen. Dette er et subjektivt levekårsmål, og det er derfor mer relevant å se det i lys av annen offisiell surveybasert statistikk om økonomiske vansker enn som et mål som kan sidestilles med rene registeropplysninger om inntekt eller trygdemottak (jf. SSBs statistikk om fattigdomsproblemer og økonomisk romslighet<sup>5</sup>). Resultatene viser en tydelig sosial gradient, med høyere andeler blant yngre voksne, blant personer med lavere utdanning og i flere fødelandsgrupper utenfor Norge, mens kjønnsforskjellene er små. De geografiske forskjellene finnes, men framstår samlet sett som mindre konsistente enn de sosiale forskjellene.

Et lignende, men enda skarpere mønster kommer fram i spørsmålet om det er vanskelig å få jobb eller brukt egen utdanning og kompetanse. Her er forskjellene særlig tydelige etter alder, husholdningsøkonomi og fødelandsgruppe. Resultatene tyder på at slike vansker samler seg i grupper som ellers også framstår som mer utsatte i materialet, særlig yngre voksne, personer med vanskelig husholdningsøkonomi og personer født utenfor Norge, spesielt i gruppene fra østlige Europa og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. Dette målet er faglig interessant nettopp fordi det fanger opplevde barrierer i arbeidslivet og mulig underutnyttelse av kompetanse, forhold som ikke kan beskrives fullt ut gjennom ordinær arbeidsledighetsstatistikk alene. Også her er kjønnsforskjellene små, og det er i større grad sosial og arbeidsmarkedsmessig sårbarhet enn kjønn som strukturerer mønsteret.

Opplevd diskriminering følger i hovedsak samme retning, selv om nivåene er lavere enn for de andre indikatorene. Også her er det først og fremst alder, økonomisk utsatthet og fødelandsgruppe som skiller, mens forskjellene mellom kvinner og menn og mellom utdanningsnivåer er mindre tydelige. Når opplevd diskriminering ses i sammenheng med vansker med å få jobb eller brukt egen kompetanse, tegnes det et bilde av at belastninger og barrierer i arbeidslivet ikke er jevnt fordelt i befolkningen, men i større grad samler seg i bestemte grupper. Dette er et viktig bidrag fra undersøkelsen, fordi slike erfaringer i liten grad fanges opp i løpende registerdata.

For de mer registernære målene er det mest relevante i denne rapporten derfor ikke nivåene i seg selv, men hvilke sammenhenger som går igjen. I dette utvalget ser arbeidsledighet, sykmelding, uførhet og AAP gjennomgående ut til å henge sammen med vanskelig økonomi og andre tegn på utsatthet. Dette bør først og fremst leses som mønstre av samvariasjon i materialet, ikke som presise estimater for befolkningen. Når det gjelder sykefraværsdager, er dette dessuten en selvrapportert indikator for siste 12 måneder blant personer som er i arbeid eller sykmeldt, og målet er derfor ikke direkte sammenlignbart med den løpende registerbaserte

---

<sup>5</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/fattigdomsproblemer-levokarsundersokelsen>

sykefraværstatistikken (jf. SSBs statistikk om sykefravær<sup>6</sup>). Samtidig har indikatoren en egen verdi ved at den summerer egenrapportert fravær over et helt år, inkludert både egenmeldt og legemeldt fravær.

## 5.5 Behov for og bruk av helsetjenester

Resultatene peker samlet mot et tydelig mønster der behov for helsehjelp og faktisk hjelpesøking ikke varierer likt på tvers av tjenestetyper. For legehjelp er det gjennomgående høy andel som oppgir behov og som også har søkt hjelp, mens andelen som har behov uten å søke er lav. For psykiske plager er nivået lavere for hjelpesøking og høyere for udekket behov enn ved somatiske plager. For tannhelsetjenester framstår skillet mellom dem som har søkt og ikke har søkt hjelp som særlig nært knyttet til økonomi. Dette tyder på at temaet ikke først og fremst handler om ett samlet mønster for helsetjenestebruk, men om ulike terskler og ulik sosial fordeling av udekket behov avhengig av hvilken type hjelp det gjelder. Når fylkene sammenlignes, framstår de geografiske forskjellene som gjennomgående mindre og mindre konsistente enn forskjellene etter alder, økonomi og fødelandsgruppe. Det er noe variasjon mellom fylkene i andelen som har søkt hjelp ved behov for legehjelp og tannhelsetjenester, men forskjellene er stort sett små, og for psykisk helsehjelp bør fylkesmønstrene tolkes med særlig varsomhet. Samlet tyder dette på at geografisk variasjon finnes, men at den i denne delen av materialet er mindre framtrædende enn de sosiodemografiske forskjellene.

Kjønns- og aldersforskjellene er tydelige, men varierer mellom tjenestene. Kvinner rapporterer oftere enn menn både behov for legehjelp og behov for profesjonell hjelp for psykiske plager der de også har søkt hjelp, mens menn i noe større grad oppgir somatisk hjelpebehov uten å ha søkt og også noe oftere udekket behov for tannbehandling. Alder framstår som en gjennomgående viktig dimensjon, men med ulike retninger: For legehjelp og tannhelsetjenester øker andelen som har søkt hjelp med alder, mens behov knyttet til psykiske plager er klart mest utbredt blant yngre voksne og avtar markant i de eldste aldersgruppene. Samtidig er udekket behov høyest blant yngre, både for legehjelp og psykisk helsehjelp, og for tannhelsetjenester særlig blant yngre og middelaldrende voksne. I praktisk forstand peker dette mot at alder ikke bare henger sammen med hvor mye behov som rapporteres, men også med hvor stor andel av behovet som faktisk omsettes i kontakt med tjenestene.

De sosioøkonomiske forskjellene er mest markerte når en ser på udekket behov. Utdanning ser gjennomgående ut til å ha relativt begrenset betydning for hvem som oppgir at de har søkt hjelp, men lavere utdanning henger oftere sammen med at behov ikke følges opp, særlig for legehjelp og tannhelsetjenester. Den tydeligste sosiale gradienten finnes likevel for opplevd økonomi. Personer som opplever økonomien som vanskelig, rapporterer oftere behov for profesjonell hjelp ved psykiske plager, men også langt oftere at de ikke har søkt slik hjelp. Det samme mønsteret er svært tydelig for tannhelsetjenester, der økonomi skiller klart mellom dem som får dekket behovet sitt og dem som ikke gjør det. For legehjelp er forskjellene mindre, men også her er

---

<sup>6</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>

udekket behov høyere ved økonomiske vansker. På tvers av tjenestene framstår dermed økonomi som den enkeltfaktoren som tydeligst skiller mellom rapportert behov og faktisk bruk.

Forskjellene mellom fødelandsgrupper er også et sentralt funn, særlig fordi de ikke er helt like på tvers av tjenestene. For legehjelp ligger personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika lavere når det gjelder å ha søkt hjelp ved behov, samtidig som udekket behov er høyere i enkelte innvandrergupper, særlig blant personer fra østlige Europa. For psykisk helsehjelp er forskjellene i faktisk hjelpesøking mindre markerte, men udekket behov er også her høyest i gruppen fra østlige Europa. For tannhelsetjenester framstår forskjellene tydeligere, ved at personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika både oftere står uten å ha søkt hjelp ved behov og sjeldnere rapporterer at de faktisk har søkt. Samlet tyder dette på at variasjonen mellom fødelandsgrupper i større grad kommer til syne i udekket behov enn i samlet rapportert hjelpebehov, og at tannhelsetjenester skiller seg ut som området der disse forskjellene er mest markerte.

Det mest faglig interessante hovedbildet er derfor at ulikhet i behov for og bruk av helsetjenester ikke først og fremst viser seg som store forskjeller i selve behovet alene, men i forholdet mellom behov og kontakt med tjenestene. Dette gjelder særlig yngre voksne og personer med økonomiske vansker. Legehjelp ser gjennomgående ut til å være den tjenesten der behov oftest følges av faktisk hjelpesøking, mens psykisk helsehjelp og særlig tannhelsetjenester i større grad preges av udekket behov i utsatte grupper. Det gir et viktig nyansert bilde av tilgjengelighet og bruk: forskjellene er ikke like store overalt, men de blir tydelige når en ser på hvem som oppgir behov uten at dette ser ut til å bli omsatt i faktisk hjelp.

## 5.6 Luftveisinfeksjoner

### Egen vurdering av risiko for alvorlig sykdom

Om lag 15 prosent vurderer at de selv har økt risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner (risikogruppe). Som forventet øker andelen som selv vurderer at de er i risikogruppen klart med alder. Kjønnsforskjellene er gjennomgående små, men noe større i enkelte fødelandsgrupper. Samlet sett ser utdanningsnivå ut til å ha mindre betydning.

### Luftveissymptomer

Om lag halvparten av deltakerne (55%) rapporterer å ha hatt luftveissymptomer siste 12 måneder. Andelen som har hatt luftveisinfeksjoner er størst i yngre aldersgrupper, særlig blant personer i 30-årene, og synker med økende alder. Flere kvinner (60%) rapporterer om luftveissymptomer enn menn (50%), og kjønnsforskjellen vises på tvers av alder, utdanning og fødelandsgrupper. Et sentralt funn i undersøkelsen er at andelen som oppgir å ha hatt luftveissymptomer er klart høyere i risikogruppen (menn 79%, kvinner 82%) enn i ikke-risikogruppen (menn 44%, kvinner 57%).

### Tiltak for å beskytte seg selv

Av tiltak som handler om å beskytte seg selv mot luftveisinfeksjoner, er håndvask det vanligste (66%), mens munnbindbruk er svært sjelden (2%). Å holde avstand (19%) og å unngå personer med luftveissymptomer (27%) er forholdsvis vanlig, mens det å unngå sosiale aktiviteter (5%),

klemming/håndhilsing (8%) og bruk av kollektivtransport (6%) er mindre vanlig. De som selv vurderer at de har økt risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner gjennomfører i større grad tiltak for å beskytte seg selv. Flere kvinner enn menn gjør tiltak for å beskytte seg selv, særlig i form av håndvask, det å holde avstand og det å unngå klemming/håndhilsing.

### Tiltak for å beskytte andre

De fleste rapporterte at de gjør tiltak for å beskytte andre når de selv har luftveissymptomer. Med unntak av bruk av munnbind (8%), rapporterte 50-90 % at de gjennomfører ett eller flere tiltak for å unngå å smitte andre. Generelt gjør deltakerne mer for å beskytte andre enn for å beskytte seg selv. En større andel kvinner enn menn rapporterer at de i *stor* eller *svært stor* grad gjør tiltak for å beskytte andre. Kjønnforskjellene er særlig tydelige for økt håndvask, det å unngå kontakt med personer i risikogrupper, holde avstand, samt å unngå håndhilsing og klemming. Det er også en tydelig trend at andelen menn som gjør tiltak for å beskytte andre synker med økende alder. For flere av tiltakene er kjønnforskjellene mer fremtredende enn forskjellene mellom personer i og utenfor risikogruppen.

### Arbeidsliv

Kun et mindretall av deltakerne (9 %) oppga fravær på minst seks dager som følge av luftveisinfeksjoner i løpet av de siste 12 månedene. Andelen var noe høyere blant kvinner (11 %) enn blant menn (7 %).

For de øvrige spørsmålene knyttet til arbeidsliv og luftveissymptomer, kunne deltakerne velge flere alternative atferder og viktige årsaker.

På spørsmål om hva de gjorde *sist gang de hadde luftveissymptomer* svarte om lag en fjerdedel av deltakerne at de møtte fysisk på jobb, og omtrent like mange at de jobbet hjemmefra. Nærmere en tredjedel brukte egenmelding, mens bruk av sykemelding var langt sjeldnere (7%). Kvinner rapporterte noe hyppigere bruk av egenmelding og sykemelding, mens menn i noe større grad oppga at de jobbet hjemmefra. Andelen som møtte fysisk på jobb med luftveissymptomer, var derimot omtrent lik blant kvinner og menn.

Den klart vanligste årsaken til bruk av egenmelding var at man følte seg for syk til å jobbe (93%). Mange svarte samtidig at bekymring for å smitte andre (47%) og bekymring for kollegers reaksjoner (25%) var viktige grunner. For bruk av hjemmekontor rapporterte om lag halvparten av deltakerne at de følte meg for syk til å dra fysisk på jobb, eller at de var bekymret for å smitte andre som viktige årsaker. Bekymring for kollegaers negative reaksjon på at de møtte fysisk på jobb med luftveissymptomer ble i mindre grad rapportert som en viktig årsak for bruk av hjemmekontor.

### Bekymring og reaksjoner

Andelen som oppga at de i *stor* eller *svært stor grad* var bekymret for alvorlig sykdom (5%), langvarige plager etter covid-19 (9%) eller andre luftveisinfeksjoner (5%) var gjennomgående lav. Ved spørsmål om deltakernes reaksjoner når de er i nærheten av en person med tydelige luftveissymptomer kunne de velge flere svaralternativer. Nær seks av ti oppga at de forsøkte å holde avstand eller bevege seg vekk, og om lag en fjerdedel oppga bekymring for å bli smittet. En

av fem oppga at de tenkte det var greit at personen deltok i samfunnslivet til tross for symptomer og/eller at de ikke tenkte eller reagerte på noen spesiell måte, mens en av fem ble irritert fordi personen tok lite hensyn. Svært få oppga å bruke munnbind eller direkte konfrontere personer med luftveissymptomer. Menn rapporterte oftere at de opplevde situasjonen som uproblematisk, eller ikke hadde noen spesiell reaksjon.

### Informasjonskilder

De hyppigst oppgitte kildene til råd om luftveisinfeksjoner var Folkehelseinstituttets nettsider (35 %), tradisjonelle medier (33 %), lege eller annet helsepersonell (33 %) og Helsenorge (25 %), mens færre oppga venner, familie eller bekjente (15 %), andre offentlige nettsider (6 %), sosiale medier (5 %) eller andre kilder (3 %). Det var noen kjønnsforskjeller i hvilke kilder som ble vektlagt. Kvinner oppga oftere enn menn Folkehelseinstituttets nettsider og Helsenorge, mens menn oftere oppga tradisjonelle medier, venner, familie eller bekjente og sosiale medier.

### Er smittevernatferden i befolkningen i tråd med Folkehelseinstituttets smittevernråd?

Under koronapandemien var befolkningen anbefalt og pålagt ulike smitteverntiltak for å slå ned eller redusere smittespredningen. Å holde seg hjemme ved luftveissymptomer, være i karantene, unngå kollektivtransport, unngå sosiale sammenkomster, holde avstand og bruke munnbind er eksempler på tiltak som ble iverksatt.

Med økende grad av immunisering i befolkningen, samtidig som helsetjenestens kapasitet ikke lenger var truet, ble det etter hvert ikke nødvendig med like omfattende tiltak eller råd for å dempe smittespredningen, og smittevernrådene ble revidert i flere omganger. Et eksempel på dette er rådet om å holde seg hjemme ved nyoppståtte luftveissymptomer, som ble justert flere ganger gjennom pandemien. I dag har ikke Folkehelseinstituttet lengre et råd knyttet til det å være hjemme ved luftveissymptomer.

Folkehelseinstituttets mest sentrale smittevernråd nå er at personer med luftveissymptomer bør unngå unødvendig nærkontakt med personer i risikogruppene. God hånd- og hostehygiene fremheves også i kommunikasjonsarbeidet. I tillegg presenterer Folkehelseinstituttet ulike former for tiltak som kan bidra til å redusere smittespredning av luftveisinfeksjoner på instituttets nettsider (som avstand, munnbind og ventilasjon), men disse fremheves ikke som klare råd til hele befolkningen.

Resultatene i undersøkelsen gir innblikk i befolkningens atferd knyttet til å beskytte seg selv og andre mot luftveisinfeksjoner. Nærmere 70% svarer at de unngår kontakt med risikogruppene når de selv har luftveissymptomer og nærmere 90% rapporterer om god hostehygiene for å unngå å smitte andre. På spørsmål om håndvask, oppgir ca. 70% at de vasker hendene i *stor* eller *svært stor grad* for å unngå å bli smittet selv og for å unngå å smitte andre. Etterlevelsen av Folkehelseinstituttets mest sentrale smittevernråd ansees derfor som relativt god, selv om den varierer noe mellom ulike grupper.

Undersøkelsen viser også at befolkningen gjennomfører flere smitteverntiltak enn Folkehelseinstituttets viktigste smittevernråd (som er å unngå kontakt med personer i risikogruppene når man selv har luftveissymptomer og god hånd- og hostehygiene). Personer som

selv vurderer at de har økt risiko for alvorlig sykdom utfører flere tiltak for å beskytte seg selv enn andre. Dette kan bidra til å redusere smittespredning til risikogruppene, som er hovedmålet med smittevernradene. For å redusere risikoen for smitte, rapporterer nærmere 20% av deltakerne at de holder avstand til andre for å unngå å bli smittet selv, mens 50% holder avstand for å unngå å smitte andre når de selv har luftveissymptomer. Tilsvarende oppga nærmere 10% at de unngår håndhilsing eller klemming for å unngå å bli smittet selv, mens ca. 60 % gjør det samme for å unngå å smitte andre. På spørsmål om hvordan de vanligvis reagerer når de er i nærheten av en person med tydelige luftveissymptomer, for eksempel på jobb, i sosiale sammenhenger, på kollektivtransport eller i butikk, svarer nærmere 60% at de forsøker å holde avstand eller bevege seg vekk.

Selv om mange oppgir at de gjør tiltak for å beskytte seg mot luftveissykdom, tyder resultatene samlet sett på at slik atferd i begrenset grad skyldes bekymring for alvorlig sykdom eller langvarige plager etter luftveisinfeksjon.

## 6 KONKLUSJON

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 gir et bredt og relevant bilde av helse, livskvalitet, levevaner og levekår i den voksne befolkningen. Resultatene understreker verdien av en regelmessig, landsdekkende og sammenlignbar undersøkelse som kan supplere registerdata med kunnskap om selvrapporterte forhold. På tvers av temaene finnes det forskjeller mellom fylker, men disse er oftest mindre og mindre gjennomgående enn forskjellene mellom kjønn, aldersgrupper og mellom grupper med ulik utdanning, opplevd økonomi og fødelandsbakgrunn. Hovedkonklusjonen er derfor at ulikhetene i helse, levevaner og levekår i Norge i stor grad følger sosiale og demografiske skillelinjer heller enn enkle geografiske mønstre.

Dette kommer til uttrykk i flere deler av materialet. Lavere utdanning og særlig vanskelig økonomi henger gjennomgående sammen med dårligere fysisk og psykisk helse, mindre gunstige levevaner, svakere arbeidsmarkedstilknnytning og oftere udekket behov for helsehjelp, særlig for psykisk helsehjelp og tannhelsetjenester. Alder og kjønn gir samtidig ulike utslag avhengig av tema: eldre har høyere forekomst av flere somatiske sykdommer og mer bruk av helsetjenester, mens yngre voksne, og særlig unge kvinner, skiller seg ut med mer psykisk belastning, søvnproblemer, ensomhet og udekket behov for psykisk helsehjelp. Forskjellene mellom fødelandsgruppene er også viktige, men mer sammensatte og indikatoravhengige, og trer særlig fram i sosial støtte, arbeidsmarkedstilknnytning, opplevd diskriminering, udekket behov for tjenester og enkelte levevaner og helseutfall. Temamodulen om luftveisinfeksjoner understøtter dette bildet ved å vise tydelige forskjeller etter risikogruppe, kjønn og fødelandsgruppe i smittevernsatferd og arbeidslivstilpasninger.

Sammenlignet med pilotundersøkelsen i 2020 peker flere sentrale indikatorer i en mindre gunstig retning, særlig for egenvurdert helse, flere fysiske helseplager, psykiske plager, søvnproblemer, sosial støtte og økonomiske vansker. Utviklingen er samtidig ikke entydig negativ, og på flere levevaner og arbeidslivsindikatorer er bildet stabilt eller blandet. Det mest sentrale er at endringene først og fremst gjelder nivåer, ikke en grunnleggende endring i hvilke grupper som har størst belastning. Samlet betyr dette at undersøkelsen oppfyller formålet som ble skissert i innledningen: å gi et nasjonalt sammenlikningsgrunnlag for å følge utviklingen i helse, levevaner og levekår, og å styrke kunnskapsgrunnlaget for langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

### 6.1 Begrensninger ved datagrunnlaget

I Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 ble 100 000 personer invitert til å delta. Samlet samtykket 28 435 personer, noe som gir en svarprosent på 28,4 prosent. Det betyr at om lag 72 prosent av de inviterte ikke inngår i utvalget som ga samtykke til deltakelse. Nettoutvalget i de enkelte analysene kan videre være noe lavere ettersom noen samtykket uten å besvare hele eller store deler av spørreskjemaet. Bruttoutvalget ble trukket nasjonalt, uten stratifisering på fylke, men med systematisk overrepresentasjon av utvalgte fødelandsgrupper for å styrke datagrunnlaget i grupper som ofte er underrepresentert i denne typen undersøkelser. Dette tas det høyde for i analysene gjennom vektning, som korrigerer for ulik trekksannsynlighet i studiedesignet og standardiserer estimatene etter kjønn og alder i befolkningen. Selv om utvalget

ikke ble trukket separat innen hvert fylke, varierte svarprosenten mellom fylkene, fra 31,6 prosent i Trøndelag til 23,5 prosent i Telemark.

Også i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 deltok kvinner oftere enn menn: svarprosenten var 32,4 prosent blant kvinner og 24,6 prosent blant menn. Svarprosenten økte gjennomgående med alder og var høyest i gruppen 60 år og eldre, der 38,3 prosent av kvinnene og 38,2 prosent av mennene samtykket til deltakelse, mens den var lavest blant de yngste, særlig blant menn i alderen 18–29 år. Det var dessuten tydelige forskjeller etter fødelandsgruppe: svarprosenten var 33,8 prosent blant personer født i Norge og 34,7 prosent blant personer født i vestlige land, men bare 15,2 prosent blant personer født i Øst-Europa og 13,2 prosent blant personer født i Afrika, Asia eller Latin-Amerika. Den samlede svarprosenten i undersøkelsen er derfor også noe lavere enn den ellers ville vært, fordi bruttoutvalget med vilje inneholdt en overrepresentasjon av grupper med lavere deltakelse. Når deltakelsen varierer så tydelig etter kjønn, alder, fylke og fødelandsgruppe, er det viktig å tolke resultatene med bevissthet om at seleksjon kan påvirke både nivåestimer og gruppesammenligninger dersom de som ikke deltar skiller seg systematisk fra deltakerne på relevante, men ikke observerte, forhold.

Høsten 2025, mens den nasjonale undersøkelsen pågikk i oktober, ble det samtidig gjennomført fem andre store fylkesvise folkehelseundersøkelser: i Telemark og Vestfold fra september til oktober, og i Akershus, Østfold og Buskerud fra november og inn i desember. De fylkesvise undersøkelsene er store datainnsamlinger som mobiliserer mye av befolkningen, og det er rimelig å anta at denne tettheten av undersøkelser kan ha påvirket svarvilligheten til den nasjonale undersøkelsen. Samtidig er det nærliggende å anta at de fylkesvise undersøkelsene ofte har mer effektiv rekruttering, fordi de er bedre lokalt forankret mens datainnsamlingen pågår, og fordi de trolig oppleves som nærmere og mer direkte relevante [9] for innbyggerne enn en nasjonal undersøkelse. Dette ser for eksempel ut til å ha vært tilfelle i Telemark, der svarprosenten i den nasjonale undersøkelsen var 23,5 prosent, det vil si 716 deltakere av 3 051 inviterte, mens den fylkesvise undersøkelsen som ble gjennomført bare noen uker før oppnådde en svarprosent på 42,6 prosent (24 509 deltakere av 57 471 inviterte)

Denne forskjellen kan ha betydning for estimatene. I denne rapporten rapporterte for eksempel 71,6 prosent i Telemark at de hadde god eller svært god helse, mens andelen i den fylkesvise undersøkelsen i Telemark var 67,2 prosent [10]. Effektstørrelsen (Cohens  $h$ ) er på 0,1, som er svært liten og betyr at forskjellen mellom de to estimatene ikke bør vektlegges i særlig grad. Rent konkret så betyr forskjellen på ca. 4 prosentpoeng her en forskjell på 40 personer pr. 1000 som rapporterer god eller svært god helse. Eksempelet viser at prevalenstall fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen ikke uten videre bør leses som presise nivåestimer for enkeltfylker eller enkeltindikatorer, og at man skal være varsom med å sammenligne estimer mellom ulike undersøkelser siden forskjeller lett kan feiltolkes som mer betydningsfulle enn de er. Forskjellene mellom den nasjonale og den fylkesvise undersøkelsen illustrerer også hvorfor det fortsatt er viktig å gjennomføre fylkesvise folkehelseundersøkelser, selv om det samtidig samles inn nasjonale data. De fylkesvise undersøkelsene kan gi et mer robust grunnlag for lokale og regionale prevalenstimer, mens den nasjonale undersøkelsen i større grad gir et felles sammenligningsgrunnlag på tvers av fylker og i en hyppigere tidsserie med årlige innsamlinger.

Et viktig poeng er også dette: Når et stort antall estimater sammenlignes, er det statistisk forventet at noen vil avvike mer eller mindre som følge av tilfeldig variasjon. På andre mål vil vi finne stor overenstemmelse, som for eksempel fedme (BMI 30+) hvor Folkehelseundersøkelsen i Telemark viser en andel på 19,8 % mens i denne undersøkelsen er andelen på 19,2 %.

Dette betyr likevel ikke at datamaterialet har mindre verdi. Snarere tilsier det at Den nasjonale folkehelseundersøkelsen først og fremst bør brukes med styrke på områder der den gir et bredt nasjonalt sammenligningsgrunnlag, beskriver mønstre mellom variabler og grupper, og belyser forhold som ikke fanges godt opp i registre. Når utvalg trekkes og vektet etter samme prinsipper over tid, kan undersøkelsen også være nyttig til å følge utvikling og relative endringer, selv om nivået på enkelte prevalenstall må tolkes med forsiktighet. Samtidig må også analyser av sammenhenger og gruppeforskjeller vurderes kritisk, fordi seleksjon kan påvirke både nivåestimer og interne sammenhenger dersom deltakelsen henger sammen med de fenomenene som undersøkes. For flere temaer, særlig sykdommer, helsetjenestebruk og legemidler som finnes i gode nasjonale registre, vil registerdata ofte være et bedre utgangspunkt for å anslå prevalens i befolkningen. Spørreskjemadata kan imidlertid tilføre noe annet og mer enn registre alene, for eksempel informasjon om symptomer, plager som ikke leder til kontakt med helsetjenesten, egenvurdert behov for hjelp, faktisk bruk av reseptfrie legemidler, etterlevelse, opplevde bivirkninger, bekymringer og årsaker til at behandling brukes eller ikke brukes. Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er derfor trolig best egnet som et verktøy for å belyse mønstre, erfaringer og utviklingstrekk i befolkningen, mens prevalens for mer registernære forhold som hovedregel bør forankres i eller sammenholdes med registerdata. Dette er også i tråd med undersøkelsens formål som et nasjonalt sammenligningsgrunnlag og et verktøy for å følge utvikling over tid.

Analysene av data fra 2025 er vektet for å ta hensyn til utvalgsdesignet og for å gjøre estimatene mer representative for målpopulasjonen. For 2025 er det brukt en vekt som korrigerer for at enkelte fødelandsgrupper ble trukket med høyere sannsynlighet enn andre, og som samtidig standardiserer estimatene etter kjønn og alder, slik det er beskrevet i metodekapitlet. Den tilsvarende vekten for pilotundersøkelsen i 2020 korrigerer for at det ble trukket omtrent like store utvalg fra hvert fylke, og standardiserte også etter kjønn og alder. Slike vekter bidrar til at tallene bedre speiler den befolkningen undersøkelsen skal si noe om, men de kan ikke fjerne usikkerhet som skyldes at de som ikke deltar kan avvike fra deltakerne på andre og ukjente måter. Sammenligninger mellom 2020 og 2025 bør derfor tolkes med en viss varsomhet. Forskjeller mellom årene kan reflektere reelle endringer i befolkningen, men også metodeforskjeller knyttet til trekkdesign, aldersinndeling og vekting. Dette er en viktig grunn til at resultatene i figur F bør vurderes i lys av både punkttestimatene og de tilhørende 95 prosenters konfidensintervallene.

For Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er det så langt ikke gjennomført en egen registerkoblet frafallsanalyse av samme type som i enkelte fylkesvise undersøkelser [2]. Vi kan derfor ikke tallfeste betydningen av helsereelatert seleksjon i den nasjonale undersøkelsen med samme presisjon som i undersøkelser der slik analyse er gjort. Samtidig taler de metodiske likhetene mellom undersøkelsene for at funnene fra de fylkesvise analysene kan ha en viss overføringsverdi også her. Dersom de samme mønstrene gjør seg gjeldende i den nasjonale undersøkelsen, kan det tyde på at helsereelatert frafall trolig har begrenset betydning for brede

befolkningsestimater, men at det kan oppstå større skjevheter i enkelte undergrupper, særlig blant personer med psykiske helseutfordringer eller andre belastninger som også kan påvirke sannsynligheten for å delta.

Når analysene brytes ned på kjønn, alder, utdanning, økonomisk situasjon eller fødelandsgruppe, reduseres betydningen av noe av den skjeve deltakelsen fordi disse variablene inngår i vektingen, i justeringene eller i selve grupperingene. Like fullt kan seleksjon bidra til at resultatene gir et noe for gunstig bilde av helse, levekår og helseatferd, særlig i undergrupper med lav deltakelse eller der barrierer knyttet til språk, digital tilgang, tillit eller helsetilstand gjør deltakelse mindre sannsynlig. Resultatene bør derfor forstås som de best tilgjengelige estimatene fra en stor nasjonal spørreundersøkelse, men tolkes med et nøkternt blikk på usikkerheten som følger av moderat deltakelse, differensiert frafall og seleksjon som ikke fullt ut kan korrigeres med vekting.

Et sentralt spørsmål i digitale befolkningsundersøkelser er om en faktisk når de eldste aldersgruppene godt nok. Selv om svarprosenten blant dem som inviteres ofte er relativt høy i eldre aldersgrupper, sier dette ikke nødvendigvis noe om hvor godt undersøkelsen dekker hele den eldre befolkningen, ettersom en del eldre i mindre grad nås gjennom digitale henvendelser. For å undersøke dette nærmere gjennomførte vi et sideprosjekt blant hjemmeboende eldre i Bergen, der digital og postal datainnsamling ble sammenlignet systematisk [11]. Studien viste at forskjellene mellom digital og postal datainnsamling var små for flere sentrale indikatorer, som livstilfredshet, psykiske plager, ensomhet og søvnproblemer, men større for forhold som sosial kontakt, deltakelse i kulturelle aktiviteter, fysisk helse og funksjonsvansker. Dette tyder på at en rent digital undersøkelse kan gi rimelig robuste hovedestimater på noen områder, men at situasjonen blant de eldste kan framstå noe mer gunstig enn den faktisk er, særlig for temaer knyttet til funksjonsnivå, deltakelse og sosiale relasjoner [11].

## 6.2 Måleinstrument

Spørreskjemaet som er brukt i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 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 Den nasjonale folkehelseundersøkelsen, Vedlegg 1):

- Psykiske plager: *Hopkins Symptoms Checklist* (HSCL-5), *The Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), og *The Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7)
- Sosial støtte: *Oslo Social Support Scale* (OSS-3)
- Ensomhet: *The Three-Item Loneliness Scale* (UCLA)
- Alkohol: *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C)
- Søvnproblemer: Tilpasset versjon av *Bergen Insomnia Scale* (BIS)

Spørreskjemaets grunnmodul inkluderer flere spørsmål om kosthold, som også benyttes av SSB i Levekårsundersøkelsene. Noen av spørsmålene inngår i tillegg i den folkehelseundersøkelsen i

fylkene (FHUS). Ved å bruke etablerte spørsmål og skalaer sikrer vi både høy datakvalitet og muligheten til å sammenligne resultatene med tidligere undersøkelser.

Samtidig omfatter spørreskjemaet også spørsmål som er utviklet eller tilpasset spesielt for Den nasjonale folkehelseundersøkelsen. Dette har vært nødvendig for å kunne belyse temaer der det ikke alltid finnes godt etablerte og validerte instrumenter som er egnet for formålet i brede befolkningsundersøkelser. Dette gjelder blant annet spørsmål om luftveisinfeksjoner, smittevernsatferd, testing, bekymring og forhold i arbeidslivet, der kunnskapsbehovet er aktuelt og spesifikt, mens tilgjengelige standardinstrumenter er mer begrensede. Slike spørsmål er viktige for å kunne innhente relevant og tidsnær kunnskap, men det innebærer også at dokumentasjonen av måleegenskapene kan være mindre omfattende enn for de mest etablerte skalaene. Resultatene på disse områdene bør derfor vurderes i lys av både andre datakilder, tidligere forskning og hvordan spørsmålene fungerer i videre analyser.

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.

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for landet. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider<sup>7,8,9</sup>.

Dataene fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen kan danne grunnlag for langt flere analyser enn dem som presenteres i denne rapporten. Etter søknad kan dataene gjøres tilgjengelige for forskning og andre formål innenfor rammene av gjeldende regelverk. Det er en styrke ved undersøkelsen at dataene ikke bare brukes til løpende folkehelsearbeid og statistikk, men også til forskning. Slik videre bruk bidrar både til ny kunnskap om befolkningens helse og levekår og til å styrke kvaliteten i undersøkelsen gjennom videre analyser, metodeutvikling og kritisk etterprøving av resultater.

---

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

<sup>8</sup> <https://statistikk.fhi.no/nokkel/iIALHYpjwxxCYECV9iAnanUAYXxFBhFZdQW1M7T5EeA>

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

## 7 REFERANSER

1. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study*. American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306–14.
2. Nilsen, T.S., et al., *Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data*. Scandinavian Journal of Public Health, 2025: p. 14034948251360674.
3. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey*. BMC Public Health, 2021. **21**(730).
4. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
5. Rodríguez-Barragán, M., et al., *Measuring depression in Primary Health Care in Spain: Psychometric properties and diagnostic accuracy of HSCL-5 and HSCL-10*. Frontiers in Medicine, 2023. **9**.
6. Kirkøyen, B., et al., *The Ability of the Hopkins Symptom Checklist-5 to Identify Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder in the General Population*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2025. **22**: p. 698.
7. Morin, C.M. and R. Benca, *Chronic insomnia*. The Lancet, 2012. **379**(9821): p. 1129–1141.
8. Helsedirektoratet, *Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020–22 (Kan3) [nettdokument]*. 2025, Oslo: Helsedirektoratet.
9. Edwards, P.J., et al., *Methods to increase response to postal and electronic questionnaires*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023. **30**(11).
10. Vedaa, Ø., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Telemark 2025: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2026, Bergen: Folkehelseinstituttet.
11. Knapstad, M., et al., *Livskvalitet, subjektiv helse, sosiale relasjoner og funksjonsnivå blant eldre i Bergen 2024: En digital og postal spørreskjemaundersøkelse*. 2024, Bergen: Folkehelseinstituttet.
12. Abel, M.H. and T.H. Totland, *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020*. 2021, Oslo: Folkehelseinstituttet.

13. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2003. **57**(2): p. 113–118.
14. Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 2001. **16**(9): p. 606–613.
15. Spitzer, R.L., et al., *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Archives of Internal Medicine*, 2006. **166**(10): p. 1092–1097.
16. Pallesen, S., et al., *A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale*. *Perceptual and Motor Skills*, 2008. **107**(3): p. 691–706.
17. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study*. *BMC Geriatr*, 2012. **12**: p. 27.
18. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
19. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.

## 8 VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2020 og i 2025 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside:

<https://www.fhi.no/hs/nhus/sporreskjema-for-den-nasjonale-folkehelseundersokelsen/>

Opplysningene fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen kan, innenfor rammene av gjeldende regelverk, tilgjengeliggjøres for forskning, statistikk og annet kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I samtykkeinformasjonen til deltakerne er det opplyst at svarene kan deles med forskningsprosjekter, fylker eller lignende, og at de kan kobles til opplysninger fra ulike registre, som helseregistre, registre hos Statistisk sentralbyrå, andre helseundersøkelser eller tilsvarende datakilder. Ved slik tilgjengeliggjøring skjer dette uten navn og fødselsnummer, og eventuelle koblinger gjennomføres ved at fødselsnummer erstattes med en deltakeridentifikator. Søknader om tilgang til data til forskningsformål behandles via helsedata.no.

## 9 VEDLEGG 2: HOVEDDELEN AV SPØRRESKJEMAET

Dette vedlegget gir en oversikt over spørsmålene og skalaene som inngår i hoveddelen av spørreskjemaet i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen. Dette vil etter hvert etablere seg som en «grunnmodul» for undersøkelsen, men er foreløpig under revisjon etter erfaringen fra denne undersøkelsen. Tanken er likevel at det skal etableres en grunnmodul som utgjør den felles kjernen av spørsmål i undersøkelsen og skal legge til rette for sammenlignbare resultater over tid.

Dette vedlegget gir en oversikt over spørsmålene og skalaene som ligger til grunn for variablene som er analysert i rapporten om Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025. Beskrivelsene bygger på spørreskjemaet for 2025, arbeidsarket med analysevariabler og tidligere dokumentasjon av hvordan tilsvarende indikatorer har vært brukt i nasjonale og fylkesvise rapporter [12].

Vedlegget omfatter ikke nødvendigvis alle spørsmål i hele spørreskjemaet. I 2025 besto spørreskjemaet av en felles del om helse, levevaner, livskvalitet, sosial støtte og bakgrunnsopplysninger, samt tilleggsmoduler om kosthold, luftveisinfeksjoner og helsetjenester og psykisk helse.<sup>10</sup>

Variablene er her gruppert i fem temaområder. For hver indikator beskrives både hva spørsmålet måler og hvordan variabelen vanligvis brukes i analyser. De fleste indikatorene rapporteres som dikotome mål, slik at resultatene kan presenteres som andeler i befolkningen. Noen variabler beholdes som kontinuerlige eller kvasikontinuerlige mål, særlig når de uttrykker en sumskår, et gjennomsnitt eller et antall dager.

Med mindre annet er oppgitt, holdes svar som «vet ikke», «ønsker ikke svare» og lignende vanligvis utenfor prosentfordelingen. Når ett og samme spørsmål danner grunnlag for flere analysevariabler, for eksempel både en totalskår og en dikotomisert indikator, beskrives begge bruksformene.

### **Del 1. Fysisk helse og helsetilstand**

Dette temaområdet omfatter egenvurdert helse, langvarige helseproblemer, kroppsmål, somatiske sykdommer og plager, legemiddelbruk, smerte, muskel- og skjelettplager, brudd og tannhelse. I hovedsak brukes indikatorene som dikotome mål i rapporteringen.

#### *Egenvurdert helse, langvarige helseproblemer og kroppsmasseindeks*

Spørreskjemaet åpner med spørsmålet «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?», med svaralternativene «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig». I

---

<sup>10</sup> <https://www.fhi.no/hs/nhus/sporreskjema-for-den-nasjonale-folkehelseundersokelsen/>

analysene brukes dette vanligvis som en dikotom indikator der «God» og «Svært god» slås sammen til et mål på god helse.

Deltakerne blir også spurt om de har noen langvarige sykdommer eller helseproblemer, og de som svarer ja, får et oppfølgingsspørsmål om i hvilken grad dette påvirker hverdagen. Den analyserte indikatoren i denne rapporten er andelen som oppgir at hverdagen er påvirket i stor grad. Variabelen er derfor dikotomisert til «i stor grad» versus øvrige svar.

Høyde og vekt oppgis i centimeter og kilogram. Gravide bes om å oppgi vekt før graviditet. Ut fra disse opplysningene beregnes kroppsmasseindeks. I den foreliggende analysen brukes den avledede indikatoren fedme, definert som kroppsmasseindeks på 30 eller mer.

Kroppsmasseindeks er i prinsippet et kontinuerlig mål, men i rapporten presenteres den som en dikotom indikator for fedme. Urealistiske verdier for høyde og vekt holdes utenfor før beregning (som høyde under 1,20 meter eller over 2,20 meter, samt vekt under 25 kg eller over 220 kg).

#### *Somatiske sykdommer og plager*

Et samlet spørsmålsbatteri kartlegger om deltakeren noen gang har hatt sentrale sykdommer og plager, blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris, høyt blodtrykk, hjerneslag, kreft, diabetes, astma, kronisk bronkitt, kols eller emfysem, og allergiske plager. Svaralternativene er «Nei», «Ja, har hatt det siste 12 måneder», «Ja, har hatt det før, men ikke siste år» og «Usikker/vet ikke». For diabetes følger det dessuten et oppfølgingsspørsmål om type diabetes.

I analysene brukes disse opplysningene som separate dikotome sykdomsindikatorer. For angina pectoris, høyt blodtrykk, kreft, diabetes, kronisk bronkitt/kols/emfysem, astma og allergiske plager rapporteres vanligvis andelen som har hatt tilstanden i løpet av de siste 12 månedene. For hjerteinfarkt og hjerneslag brukes forekomst noen gang i voksenlivet som analysevariabel.

#### *Legemiddelbruk ved somatiske tilstander*

Bruk av utvalgte legemidler kartlegges med spørsmålet «Hvor ofte har du brukt følgende medisiner de siste 4 ukene?». Svaralternativene er «Daglig», «4–6 dager i uken», «1–3 dager i uken», «Sjeldnere enn hver uke», «Ikke brukt siste 4 uker» og «Ikke relevant for meg». I rapporten brukes denne informasjonen til å lage dikotome indikatorer for ukentlig eller oftere bruk av medisiner mot høyt blodtrykk, kolesterolsenkende medisiner og medisiner for allergi. Ukentlig bruk omfatter her svarene «1–3 dager i uken» eller hyppigere.

#### *Muskel- og skjelettplager, smerte og brudd*

Langvarige muskel- og skjelettplager kartlegges med et eget spørsmål om deltakeren i voksen alder har hatt plager som har vart i tre måneder eller mer, for eksempel ryggplager eller revmatisme. Svaralternativene er «Ja, har nå», «Ja, har hatt før, men ikke nå» og «Nei». Den analyserte variabelen er aktuell forekomst, definert som svaralternativet «Ja, har nå».

Langvarige eller tilbakevendende smerter kartlegges i tillegg med et enkelt ja/nei-spørsmål om smerter som har vart i tre måneder eller mer. Denne variabelen brukes som en dikotom indikator for kronisk eller langvarig smerte.

Brudd kartlegges ved spørsmål om deltakeren i voksen alder noen gang har hatt brudd i håndledd, underarm, overarm eller lårhals, med svaralternativene «Ja, én gang», «Ja, flere ganger» og «Nei». I analysene slås de to ja-kategoriene sammen til en dikotom indikator for ett eller flere slike brudd.

Fra legemiddelspørsmålene brukes også to smerterelaterte indikatorer: ukentlig eller oftere bruk av smertestillende på resept og ukentlig eller oftere bruk av smertestillende uten resept. Begge rapporteres som dikotome mål.

### *Tannhelse*

Egenvurdert tannhelse måles med ett spørsmål der deltakeren vurderer tannhelsen fra «Svært god» til «Svært dårlig». I rapporten brukes dette som et dikotomt mål på god tannhelse, definert som svarene «God» eller «Svært god».

## **Del 2. Psykisk helse, søvn, livskvalitet og sosiale ressurser**

Dette temaområdet kombinerer standardiserte mål på psykiske plager, søvn og sosial støtte med et enkelt mål på livstilfredshet. Her brukes både kontinuerlige skårer og avledede dikotome indikatorer.

### *Hopkins Symptom Checklist-5*

Fem spørsmål om nervøsitet, redsel, håpløshet, nedtrykthet og bekymring er basert på Hopkins Symptom Checklist-5 [13]. I Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 gjelder spørsmålene de siste 14 dagene. Svaralternativene er «Ikke plaget» (1), «Litt plaget» (2), «Ganske mye plaget» (3) og «Veldig mye plaget» (4).

Fra disse spørsmålene brukes to analyseformer. Den ene er en kontinuerlig gjennomsnittsskår fra 1 til 4, beregnet blant deltakere som har svart på minst tre av de fem leddene. Den andre er en dikotomisert indikator for høy grad av psykiske plager, definert som  $\geq 2$  for menn og  $\geq 1,8$  for kvinner ( $\geq 1,8$ ), da disse har vist størst samsvar med diagnoser for angst og depresjon i tidligere studier [5, 6].

### *Patient Health Questionnaire-9 og Generalized Anxiety Disorder-7*

Tilleggsmodulen «Helsetjenester og psykisk helse» inneholder Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) [14] og Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) [15]. Begge instrumentene gjelder symptomer de siste to ukene. For begge skalaene er svaralternativene «Ikke i det hele tatt» (0), «Noen dager» eller «Flere dager» (1), «Mer enn halvparten av dagene» (2) og «Nesten hver dag» (3).

PHQ-9 brukes både som kontinuerlig totalskår fra 0 til 27 og som en dikotom indikator for minst moderat depressive plager, definert som totalskår på 10 eller mer. GAD-7 brukes tilsvarende både som kontinuerlig totalskår fra 0 til 21 og som en dikotom indikator for minst moderat angst, også her definert som totalskår på 10 eller mer. Spørsmålet om hvor vanskelig plagene gjør hverdagen inngår i spørreskjemaet, men ikke som en egen hovedindikator i analysene beskrevet her.

#### *Legemiddelbruk for angst, depresjon og søvn*

Fra det generelle spørsmålet om legemiddelbruk de siste fire ukene brukes også indikatorer for ukentlig eller oftere bruk av medisiner for angst og depresjon, samt ukentlig eller oftere bruk av sovemedisin. Begge brukes som dikotome indikatorer og kan belyse behandlingsmønstre i befolkningen.

#### *Søvnproblemer og søvnlengde*

Søvnproblemene kartlegges med en tilpasset versjon av Bergen Insomnia Scale [16]. Deltakerne svarer på hvor ofte de har vansker med å sovne, hvor ofte de har gjentatte oppvåkninger om natten, og hvor ofte de er trøtte eller søvnige på dagtid. Svaralternativene er «Aldri/sjelden», «Av og til», «1–2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke». I tillegg oppgis hvor lenge eventuelle søvnevansker har vart.

Den analyserte indikatoren for insomni er en avledet dikotom variabel. Den defineres som oppfylt når deltakeren rapporterer enten innsovningsvansker eller nattlige oppvåkninger minst tre ganger per uke, samtidig som vedkommende rapporterer dagtidsplager like ofte, og at problemene har vart i minst tre måneder.

Søvnlengde på hverdager kartlegges separat, med svaralternativer fra mindre enn fire timer til mer enn tretten timer, i intervaller på femten minutter. Denne informasjonen brukes som et kvasikontinuerlig mål og rapporteres vanligvis som gjennomsnittlig søvnlengde.

#### *Livstilfredshet, sosial støtte og ensomhet*

Livstilfredshet måles med spørsmålet «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» på en skala fra 0 til 10. Denne variabelen brukes som et kontinuerlig mål og rapporteres vanligvis som gjennomsnittskår.

Sosial støtte måles med Oslo Social Support Scale med tre ledd (OSSS-3) [17]. Spørsmålene gjelder antall nære personer man kan regne med, hvor stor interesse andre viser, og hvor lett det er å få praktisk hjelp fra naboer. Summen kan variere fra 3 til 14. I denne rapporteringen brukes skalaen som en dikotom indikator for høy sosial støtte, definert som sumskår fra 12 til 14 [17].

Ensomhet måles med treleddsversjonen av UCLA Loneliness Scale [18]. Deltakerne svarer hvor ofte de savner noen å være sammen med, føler seg utenfor og føler seg isolert fra andre. Svarene summeres til en skår fra 3 til 15. I analysene brukes en dikotom indikator for høy ensomhet, definert som sumskår på 10 eller høyere.

### **Del 3. Levevaner og helsereelatert atferd**

Temaområdet dekker fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og nikotin, samt alkoholbruk. De fleste variablene rapporteres som dikotome indikatorer som reflekterer terskler med folkehelsefaglig interesse.

#### *Fysisk aktivitet*

Fysisk aktivitet kartlegges med tre spørsmål om hvor ofte deltakeren trener eller mosjonerer, hvor hardt aktiviteten gjennomføres, og hvor lenge hver økt vanligvis varer. Den analyserte indikatoren er avledet og dikotom: minst 30 minutter aktivitet med moderat eller høy intensitet fire dager per uke eller oftere. Spørreskjemaet inneholder også spørsmål om fysisk aktivitet i arbeid og tid i ro, men disse er ikke blant hovedindikatorene i analysene.

#### *Kosthold*

Den enkleste kostholdsmodulen i spørreskjemaet inneholder fem hovedspørsmål om vanlig inntak av frukt eller bær, grønnsaker, fisk som hovedrett og sukkerholdig brus, saft eller annen leskedrikk. Frukt og grønnsaker rapporteres som antall porsjoner, mens fisk og sukkerholdig drikke rapporteres som frekvens. Deltakerne bes ha de siste 12 månedene i tankene når de svarer [12].

I analysene brukes kostholdsopplysningene hovedsakelig som dikotome indikatorer. De fem sentrale indikatorene er daglig inntak av frukt eller bær, daglig inntak av grønnsaker, fisk som hovedrett to til tre ganger per uke eller oftere, og inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk to til tre ganger per uke eller oftere. I tillegg brukes en egen sammenligningsvariabel for sukkerholdig drikke definert som daglig eller oftere, fordi denne terskelen kan sammenlignes direkte med pilotundersøkelsen fra 2020 [12].

#### *Tobakk, snus og e-sigaretter*

Røyking, snusbruk og bruk av e-sigaretter kartlegges først med spørsmål om bruk i det hele tatt, og deretter med oppfølgingsspørsmål om daglig bruk eller bruk av og til. Tidligere bruk kartlegges blant dem som ikke bruker produktene nå. I analysene brukes tre separate dikotome indikatorer: daglig røyking, daglig bruk av snus og daglig bruk av e-sigaretter.

#### *Alkoholbruk*

Alkoholbruk kartlegges med de tre forbruksspørsmålene i Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C) [19]. Deltakere som oppgir at de noen gang har drukket alkohol, blir spurt hvor ofte de har drukket alkohol det siste året, hvor mange alkoholenheter de vanligvis drikker på en typisk dag, og hvor ofte de drikker seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning.

Fra disse spørsmålene brukes tre analysevariabler. Den første er hyppig alkoholbruk, definert som å drikke alkohol to til tre ganger i uken eller oftere. Den andre er gjennomsnittlig antall alkoholenheter på en typisk drikkedag, der svaralternativene omkodes til et kvasikontinuerlig mål. Den tredje er episodisk høyt alkoholforbruk, definert som seks alkoholenheter eller mer minst månedlig.

#### **Del 4. Sosioøkonomiske forhold, arbeidsliv og diskriminering**

Dette temaområdet beskriver økonomisk belastning, tilknytning til arbeidslivet, sykefravær, opplevde barrierer i arbeidsmarkedet og opplevd diskriminering. Både dikotome og kontinuerlige mål brukes.

##### *Økonomisk situasjon*

Husholdningens økonomiske situasjon måles med et spørsmål om hvor lett eller vanskelig det er å få pengene til å strekke til i det daglige. Svaralternativene spenner fra «Svært vanskelig» til «Svært lett», med et eget alternativ for «Vet ikke». I rapporteringen brukes økonomiske vansker vanligvis som en dikotom indikator, definert som svarene «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig». Samtidig kan variabelen også brukes flerkategorisk som prediktor i analyser av sosial ulikhet.

##### *Arbeids- og livssituasjon*

Arbeids- og livssituasjon kartlegges med et flersvars-spørsmål der deltakeren kan krysse av for én eller flere nåværende situasjoner, blant annet yrkesaktivitet, sykemelding, arbeidsledighet, uføretrygd eller mottak av arbeidsavklaringspenger, pensjoniststatus, studier og hjemmearbeid. Siden flere svar kan gis, er indikatorene ikke gjensidig utelukkende.

I analysene brukes tre separate dikotome indikatorer fra dette spørsmålet: arbeidsledig nå, sykemeldt nå og uføretrygdet eller mottar arbeidsavklaringspenger nå. Hver indikator defineres som ja dersom det aktuelle svaralternativet er krysset av.

##### *Sykefravær*

Sykefravær kartlegges med et spørsmål om omtrent hvor mange arbeidsdager deltakeren har vært borte fra jobb på grunn av sykdom eller helseproblemer de siste 12 månedene. Denne variabelen brukes som et kontinuerlig tellemål og rapporteres vanligvis som gjennomsnittlig antall sykefraværsdager.

##### *Tilgang til arbeid og opplevd diskriminering*

Opplevd tilgang til arbeid og utnyttelse av egen kompetanse måles med et spørsmål om hvor lett eller vanskelig det har vært å få jobb eller å bruke utdanningen eller kompetansen sin. Svaralternativene går fra «Svært vanskelig» til «Svært lett», samt «Ikke forsøkt/ikke aktuelt» og

«Vet ikke». I rapporten brukes variabelen vanligvis som en dikotom indikator for vansker, definert som svarene «Svært vanskelig» eller «Vanskelig».

Opplevd diskriminering kartlegges ved å spørre hvor ofte deltakeren i løpet av de siste 12 månedene har følt at vedkommende har blitt dårligere behandlet enn andre. I analysene brukes en dikotomisert indikator for relativt hyppig diskriminering, definert som «Noen ganger i måneden», «Noen ganger i uken» eller «Nesten hver dag».

## **Del 5. Behov for og bruk av helsetjenester**

Tilleggsmodulen «Helsetjenester og psykisk helse» skiller mellom å ha et behov for hjelp og om deltakeren faktisk har søkt hjelp. Dette gjør det mulig å beskrive både bruk av tjenester og udekket behov. Alle indikatorene i dette temaområdet rapporteres som dikotome mål.

### *Somatisk legehjelp*

Deltakerne blir spurt om de i løpet av de siste 12 månedene har hatt behov for legehjelp, for eksempel konsultasjon, medisinske undersøkelser eller behandling. Svaralternativene er «Ja, og har søkt hjelp», «Ja, men har ikke søkt hjelp», «Nei», «Ønsker ikke svare» og «Vet ikke». I analysene deles dette i to separate dikotome indikatorer: behov for legehjelp der man har søkt hjelp, og behov for legehjelp der man ikke har søkt hjelp.

### *Profesjonell hjelp for psykiske plager*

Tilsvarende spørres deltakerne om de i løpet av de siste 12 månedene har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager. Også her brukes de to dikotome indikatorene «har hatt behov og har søkt hjelp» og «har hatt behov, men har ikke søkt hjelp».

### *Tannhelsetjenester*

Det samme prinsippet brukes for behov for hjelp fra tannlege eller tannpleier. Spørsmålet gjelder de siste 12 månedene og har de samme hovedsvaralternativene som spørsmålene om somatisk og psykisk helsehjelp. Rapporten bruker derfor to dikotome indikatorer også her: behov for tannhelsehjelp med hjelpesøking, og behov for tannhelsehjelp uten hjelpesøking.

# 10 VEDLEGG 3: TEMAMODULER

## 10.1 Luftveisinfeksjoner

I Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 var luftveisinfeksjoner ett av de utvalgte fordykningstemaene. I spørreskjemaet omtales luftveisinfeksjoner som blant annet forkjølelse, influensa, covid-19, bronkitt og lungebetennelse. Med luftveissymptomer menes symptomer som sår hals, hoste og tett eller rennende nese. Spørsmålene i denne delen belyser opplevd sårbarhet, forekomst av symptomer, smitteforebyggende atferd, konsekvenser for arbeidsliv, bekymring for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner, reaksjoner på symptomer hos andre, samt hvilke informasjonskilder deltakerne bruker. Ingen av variablene fra denne delen er brukt som kontinuerlige mål i analysene og rapporten. De er enten brukt som enkle andelsmål eller som dikotomiserte indikatorer basert på ordinale svarskalaer.

### **Opplevd risiko for alvorlig sykdom og forekomst av symptomer**

Deltakerne blir først spurt om de selv vurderer at de har økt risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner. Svaralternativene er «Ja», «Nei» og «Vet ikke». I rapporten er dette brukt som en andelsvariabel, der resultatet uttrykker andelen som vurderer at de har økt risiko. Dette er en enkel kategorisk indikator på opplevd sårbarhet ved luftveisinfeksjoner.

Videre blir deltakerne spurt om de har hatt luftveissymptomer de siste 12 månedene, med de samme svaralternativene: «Ja», «Nei» og «Vet ikke». Også dette er brukt som en andelsvariabel i analysene, der resultatet viser andelen som rapporterer symptomer i løpet av siste år. Variabelen fungerer som et mål på selvrapportert forekomst av luftveissymptomer i befolkningen.

### **Tiltak for å unngå å bli smittet selv**

Undersøkelsen inneholder en serie spørsmål om i hvilken grad deltakerne gjør ulike tiltak for å beskytte seg selv mot smitte. Det spørres om håndvask eller bruk av hånddesinfeksjon, om å holde ekstra avstand til andre, bruke munnbind, unngå klemming eller håndhilsning, unngå kontakt med personer med luftveissymptomer, unngå sosiale aktiviteter og unngå kollektivtransport. For alle disse spørsmålene er svaralternativene «Ikke i det hele tatt», «I liten grad», «I noen grad», «I stor grad» og «I svært stor grad».

I rapporten er alle disse spørsmålene brukt som dikotomiserte variabler. Det vil si at svarene er delt i to grupper, der «I stor grad» og «I svært stor grad» regnes som høy gjennomføring av tiltaket, mens de øvrige svaralternativene ikke inngår i denne kategorien. Resultatene presenteres dermed som andelen som i høy eller svært høy grad oppgir at de gjennomfører hvert enkelt tiltak. Denne framgangsmåten gjør resultatene enkle å tolke og sammenligne på tvers av tiltak, men den innebærer også at nyansene i de midterste svarkategoriene i mindre grad blir utnyttet analytisk.

### **Tiltak for å unngå å smitte andre når man selv har luftveissymptomer**

En tilsvarende serie spørsmål handler om hva deltakerne gjør for å unngå å smitte andre når de selv har luftveissymptomer. Det spørres om de hoster eller nyser i albuekroken eller i papirlommetørkle, vasker hendene eller bruker hånddesinfeksjon oftere enn vanlig, unngår

unødig kontakt med personer i risikogrupper, holder ekstra avstand, unngår klemming eller håndhilsning, og bruker munnbind. Også her er svarskaalen femdelte, fra «Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad».

I rapporten er også disse spørsmålene dikotomisert. Resultatene uttrykker andelen som svarer «I stor grad» eller «I svært stor grad», og tolkes som andelen som i høy grad gjennomfører det aktuelle tiltaket for å beskytte andre. Disse variablene beskriver med andre ord selvrapportert smitteforebyggende atferd ved egne luftveissymptomer.

### **Arbeidsliv og tilpasninger ved luftveissymptomer**

Undersøkelsen inneholder flere spørsmål om hvordan luftveissymptomer påvirker deltakernes arbeidssituasjon. Først spørres det omtrent hvor mange arbeidsdager man ikke har kunnet jobbe på grunn av luftveisinferksjoner de siste 12 månedene. Svaralternativene er «Er ikke i arbeid», «0 dager», «1–2 dager», «3–5 dager», «6–10 dager», «11–20 dager» og «Mer enn 20 dager». I rapporten er denne variabelen dikotomisert slik at resultatet viser andelen med fravær på seks dager eller mer. Personer som har svart «Er ikke i arbeid» er ekskludert fra beregningen. Variabelen brukes derfor som en indikator på mer omfattende arbeidsfravær knyttet til luftveisinferksjoner.

Deltakerne som er i arbeid blir også spurt om hva de gjorde sist gang de hadde luftveissymptomer. Her kan de velge ett eller flere alternativer, blant annet at de møtte opp fysisk på jobb, jobbet hjemmefra, fikk sykmelding fra lege eller brukte egenmelding. I rapporten er hvert av disse svaralternativene brukt som en egen andelsvariabel. Resultatene viser dermed andelen som oppgir hver enkelt handling sist gang de hadde luftveissymptomer. Siden spørsmålet tillater flere svar, er variablene ikke gjensidig utelukkende. En deltaker kan for eksempel både ha brukt egenmelding og jobbet hjemmefra.

For dem som oppga at de jobbet hjemmefra sist gang de hadde luftveissymptomer, inngår det også spørsmål om begrunnelser for dette. Det spørres i hvilken grad hjemmearbeid skyldtes at de følte seg for syke til fysisk oppmøte, at de var bekymret for å smitte andre, eller at de var bekymret for kollegers reaksjon dersom de møtte opp med symptomer. Svarskaalen er den samme femdelte skalaen som ellers i denne delen av skjemaet. I rapporten er disse variablene dikotomisert slik at «I stor grad» og «I svært stor grad» angir at den aktuelle begrunnelsen var viktig. Resultatene viser derfor andelen som i stor eller svært stor grad oppga hver enkelt begrunnelse for hjemmearbeid. I selve spørreskjemaet finnes det i tillegg svarmulighetene «Jeg skulle uansett jobbe hjemmefra» og «Husker ikke», men disse omtales ikke som egne indikatorer i rapporten.

Tilsvarende blir deltakere som oppga at de brukte egenmelding sist gang de hadde luftveissymptomer, spurt om hvorfor. Også her gjelder spørsmålene om de følte seg for syke til å jobbe, om de var bekymret for å smitte andre, og om de var bekymret for kollegers reaksjon dersom de møtte opp med symptomer. Disse variablene er brukt på samme måte som begrunnelsene for hjemmearbeid: som dikotomiserte indikatorer der «I stor grad» og «I svært stor grad» tolkes som at begrunnelsen var viktig. Resultatene presenteres som andelen som i høy grad oppga den aktuelle begrunnelsen for bruk av egenmelding.

### **Bekymring, vurderinger og reaksjoner**

Spørsmålene i denne delen omfatter både egen bekymring for sykdom og reaksjoner på symptomer hos andre. Deltakerne blir spurt i hvilken grad de er bekymret for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner, i hvilken grad de er bekymret for langvarige plager etter covid-19, og i hvilken grad de er bekymret for langvarige plager etter andre luftveisinfeksjoner, som for eksempel influensa. Svaralternativene går fra «Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad». I rapporten er alle tre spørsmålene dikotomisert, slik at resultatene viser andelen som svarer «I stor grad» eller «I svært stor grad». Variablene brukes dermed som indikatorer på høy bekymring.

Deltakerne blir også spurt om hvordan de vanligvis reagerer dersom de er i nærheten av en person med tydelige luftveissymptomer, for eksempel på jobb, i sosiale sammenhenger, på kollektivtransport eller i butikk. Her kan de velge ett eller flere alternativer. Alternativene omfatter at de blir bekymret for å bli smittet, tenker at det er greit at personen deltar i samfunnslivet til tross for symptomer, blir irritert fordi personen tar lite hensyn, forsøker å holde avstand eller beveger seg vekk, tar på seg munnbind, sier fra til personen, eller ikke tenker eller reagerer på noen spesiell måte. I rapporten er hvert av disse alternativene brukt som en egen indikator, og resultatene rapporteres som andelen som har valgt det aktuelle alternativet. Også her er det viktig å være oppmerksom på at svaralternativene ikke er gjensidig utelukkende, siden flere svar kan velges samtidig.

### **Informasjonskilder om luftveisinfeksjoner**

Til slutt blir deltakerne spurt om hva som er deres viktigste kilder til råd om luftveisinfeksjoner. De kan velge inntil to alternativer. Svaralternativene er tradisjonelle medier, sosiale medier, Folkehelseinstituttets nettsider, Helsenorge, andre offentlige nettsider, lege eller annet helsepersonell, venner, familie eller bekjente, samt andre kilder. I rapporten er hvert alternativ brukt som en egen andelsvariabel. Resultatene viser dermed andelen som oppgir den aktuelle kilden som én av sine viktigste informasjonskilder. Fordi deltakerne kan velge to svar, summerer andelen seg ikke til 100 prosent.

### **Øvrige spørsmål i modulen**

I tillegg til spørsmålene som er omtalt i denne rapporten, inneholdt spørreskjemaet om luftveisinfeksjoner også enkelte spørsmål som ikke ble analysert i denne rapporten. Dette gjaldt blant annet spørsmål om man har mulighet til å jobbe helt eller delvis hjemmefra, om man i jobben ofte har nærkontakt med personer i risikogrupper, samt en egen del om hurtigtesting ved luftveissymptomer. I testdelen ble deltakerne blant annet spurt om de tok hurtigtest hjemme sist gang de hadde luftveissymptomer, hvilke infeksjoner de testet for, om testen var positiv eller negativ, og om testsvaret påvirket atferden deres. Skjemaet inneholdt også enkelte supplerende svaralternativer og oppfølgingsspørsmål i arbeidslivsdelen, men disse inngikk ikke som egne analyserte indikatorer i rapporten.

## 10.2 Kosthold

Kosthold var ett av de utvalgte fordypningstemaene i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025, og temamodulen gir et bredere bilde av både matvaner, kostholdsvalg og endringer i kostholdet over tid. Ingen av spørsmålene fra denne temamodulen inngår i analysene i denne rapporten, men de vil kunne omtales nærmere i egne analyser og rapporter senere. I informasjonsteksten til denne delen av skjemaet ble det presisert at deltakerne skulle ha de siste 12 månedene i tankene når de svarte.

Temamodulen innledes med spørsmål om måltidssituasjon og mer generelle kostholdsforhold. Deltakerne blir først spurt hvor ofte de spiser sammen med andre, med svaralternativer fra «Sjelden/aldri» til «Daglig». Videre spørres det om de unngår noen matvarer på grunn av matallergi eller intoleranse, der flere svar kan krysses av. Alternativene omfatter blant annet hvete eller gluten, egg, melkeprodukter, laktose, fisk eller skalldyr, nøtter og soya, i tillegg til «Annet» og «Nei, har ikke matallergier eller intoleranser». Disse spørsmålene gir informasjon både om sosiale sider ved måltider og om selvrapporterte kostholdsbegrensninger.

En sentral del av modulen handler om inntak av ulike mat- og drikkevarer. Deltakerne blir blant annet spurt om hvor mye kumelk og yoghurt de inntar, der én porsjon er definert som ett glass melk på 2 desiliter eller ett beger yoghurt på 1,5 desiliter. For dem som oppgir at de drikker melk, følger det også et eget spørsmål om hvilken melketype de vanligvis drikker mest av, fra helmelk til skummet melk, samt alternativene «Drikker ikke kumelk» og «Vet ikke». Tilsvarende spørres det om mengde juice eller fruktsmoothie og om mengde vann, begge angitt i glass. Denne delen av modulen gir dermed mer detaljerte opplysninger om drikkevaner og meieriinntak enn det som inngår i hovedskjemaet/grunnmodulen.

Videre omfatter modulen spørsmål om flere sentrale matvaregrupper og kostholdsmønstre. Deltakerne blir spurt hvor ofte de spiser fiskepålegg, bearbeidet hvitt eller rødt kjøtt som pålegg eller til middag, fet fisk som hovedrett til middag eller lunsj, middag uten kjøtt eller fisk, hurtigmat, belgfrukter og en håndfull usaltede nøtter eller frø. Svarskalaene er gjennomgående frekvensbaserte, fra «Sjelden/aldri» via ulike ukentlige kategorier til daglig eller flere ganger per dag. Samlet gir disse spørsmålene informasjon om både mer tradisjonelle kostholdsindikatorer, som fisk og kjøtt, og om forhold som er særlig relevante for å belyse plantebaserte innslag i kostholdet, som vegetariske middager, belgfrukter og nøtter.

Temamodulen dekker også matvarer og praksiser som ofte vurderes som mindre gunstige eller mer energitette. Det spørres hvor ofte deltakerne spiser sjokolade eller annet godteri, potetgull eller andre salte snacks, og kaker, boller eller søte kjeks. I tillegg blir deltakerne spurt om hva slags fett de vanligvis bruker på brød eller knekkebrød og til steking i panne eller ovn. Her kan de krysse av for opptil tre alternativer, og svaralternativene omfatter både smør, ulike typer margarin, planteoljer, kokosfett og «Bruker ikke fett». Denne delen av modulen gir dermed utfyllende informasjon om både søte og salte snacksvarer og om valg av fettkilder i kostholdet.

I tillegg inneholder modulen spørsmål om tilsetning av ekstra salt, om inntak av økologisk frukt og grønnsaker, og om deltakerne har endret kostholdet sitt i løpet av de siste tre årene for å få et mer bærekraftig kosthold med lavere miljøbelastning. Dersom de oppgir at de har gjort slike endringer, følger det et oppfølgingsspørsmål om hva de har endret. Her kan de blant annet krysse av for oftere vegetarisk middag, redusert kjøttinntak, endret kjøtttype, mer lokal mat, mer grønnsaker, frukt og bær, mer bønner, linser og belgfrukter, mer nøtter, mer kornbasert mat, mer økologisk mat og mindre matsvinn. Denne delen av modulen belyser dermed ikke bare hva deltakerne spiser, men også hvordan de selv oppfatter at kostholdet har utviklet seg over tid, og hvilke hensyn som ser ut til å ligge bak eventuelle endringer.

### 10.3 Psykisk helse og bruk av helsetjenester

Temamodulen om psykisk helse og bruk av helsetjenester var den tredje fordypningsmodulen i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025. I denne modulen ble depressive symptomer kartlagt med Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) og angstsymptomer med Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), supplert med et funksjonsspørsmål om i hvilken grad plagene hadde gjort det vanskelig å utføre arbeid, ordne med ting hjemme eller komme overens med andre. Spørsmålene gjaldt symptomer de siste to ukene, og deltakerne fikk i tillegg et spørsmål om de i løpet av de siste to årene hadde følt seg triste eller deprimerte de fleste dager. Samtidig inngikk Hopkins Symptom Checklist-5 (HSCL-5) i hovedskjemaet/grunnmodulen som et mer overordnet mål på psykiske plager. Ett formål med å inkludere PHQ-9 og GAD-7 i temamodulen var derfor også metodisk: å undersøke hvordan disse skalaene fungerer i samme datamateriale sammenlignet med HSCL-5, som grunnlag for å vurdere om de bør erstatte dette målet som standard ved neste gjennomføring av undersøkelsen. PHQ-9 og GAD-7 er også omtalt i beskrivelsen av hovedskjemaet, nettopp fordi denne sammenligningen var en del av begrunnelsen for å ta dem inn i temamodulen.

Modulen inneholder også spørsmål om bruk av helsetjenester det siste året. Dette omfatter om deltakerne har hatt behov for legehjelp, hjelp for psykiske plager eller hjelp fra tannlege eller tannpleier, hvilke tjenester de eventuelt har vært i kontakt med, og hvorfor de eventuelt ikke søkte hjelp. Det spørres blant annet om barrierer som økonomi, tid, transport, vansker med å få time, manglende tilrettelegging, språkproblemer, frykt, tidligere negative erfaringer og bekymring for å bli ydmyket eller krenket. Slik gir modulen et bredt grunnlag for å undersøke både psykiske plager og udekkede behov for helsehjelp. Deler av disse spørsmålene inngikk i hoveddelen av analysene i denne rapporten, og er derfor beskrevet under hoveddelen av skjemaet.

I tillegg omfatter modulen spørsmål om egenvurdert tannhelse, opplevd forskjellsbehandling i løpet av de siste tolv månedene, hva deltakerne mener slik forskjellsbehandling skyldes, og i hvilke situasjoner den har skjedd. Den tar også opp forhold knyttet til arbeid og inkludering, som hvor lett eller vanskelig det har vært å få jobb eller bruke egen utdanning og kompetanse, samt spørsmål om språk som snakkes hjemme og vurdering av egne ferdigheter i norsk og engelsk. Samlet sett belyser modulen samspillet mellom psykisk helse, tilgang til tjenester og sosiale

forhold som kan påvirke muligheten til å få hjelp og delta på like vilkår. Flere av disse spørsmålene ble også analysert og inkludert i hoveddelen av denne rapporten, og er derfor også omtalt kort i beskrivelsen av instrumentene for hoveddelen.

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
April 2026  
Postboks 222 Skøyen  
NO-0213 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)