



Oslo

Helseetaten

## Oslohelsa 2020



Oversikt over påvirkningsfaktorer og  
helsetilstand i Oslo

Forsidefoto: Thomas Ekstrøm

Ansvarlig: Oslo kommune, Helseetaten  
Seksjon for kvalitetsmåling og epidemiologi  
Postboks 4716  
0506 Oslo  
[www.oslo.kommune.no/oslohelsa](http://www.oslo.kommune.no/oslohelsa)  
[oslohelsa@hel.oslo.kommune.no](mailto:oslohelsa@hel.oslo.kommune.no)

Mai 2020

## Forord

*Det fireårige oversiktsdokumentet Oslohelsa 2020 gir en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for Oslo kommunes befolkning. Oversikten danner grunnlag for å peke ut hovedutfordringer for folkehelsa i Oslo, slik at planleggere og beslutningstakere kan rette innsatsen mot områder der behovet er størst. Dette gjør oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer til grunnsteinen i det systematiske folkehelsearbeidet.*

*Hvert fjerde år skal kommunen utarbeide et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet (forskrift om oversikt over folkehelsen, § 5). Det er andre gang Oslo kommune utarbeider et slikt oversiktsdokument etter gjeldende folkehelselov.*

*Oslohelsa 2020 ble ferdigstilt vinteren 2020, før utbruddet av koronaviruset i Norge. Covid-19 omtales derfor ikke i dette dokumentet. Hvordan smitteutbruddet påvirket helsetilstanden i Oslos befolkning vil være aktuelt i neste utarbeidelse av Oslohelsa.*

Hilde Terese Hamre

Direktør  
Helsetaten

## Sammendrag

Det fireårige oversiktsdokumentet Oslohelsa 2020 gir en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for Oslo kommunes befolkning. Oversikten danner grunnlag for å peke ut hovedutfordringer for folkehelsa i Oslo, slik at planleggere og beslutningstakere kan rette innsatsen mot områder der behovet er størst. Dette gjør oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer til grunnsteinen i det systematiske folkehelsearbeidet.

Sosial ulikhet i helse er en gjennomgående folkehelseutfordring i Oslo. Med sosial ulikhet i helse menes at sosiale faktorer, som utdanning, yrke og inntekt, påvirker levekår og levestett som igjen påvirker helsa. Sosioøkonomiske ressurser inkluderer økonomiske ressurser, utdanning og yrke. Litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse statistisk sett. Det gjelder gjennom hele det sosiale hierarkiet. Bydelsforskjeller i helse kan også henge sammen med sosial ulikhet i helse.

### Oslos befolkning

Oslo har en yngre befolkning enn resten av landet, men står foran en periode med en økt eldrebefolkning. Denne utviklingen vil gi økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester og føre til færre i arbeidsdyktig alder som kan forsørge flere eldre. Med en aldrende befolkning blir det enda viktigere å fremme helse og forebygge sykdom, slik at belastningen på helse- og omsorgstjenestene blir så liten som mulig. Alderssammensetningen påvirkes også av fruktbarheten. Som i resten av landet har det vært en nedgang i fødselsraten i Oslo.

Andelen med innvandrerbakgrunn er betydelig høyere i Oslo enn i landet for øvrig og har økt de siste årene. I et folkehelseperspektiv er det relevant kunnskap hvordan helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse påvirkes av etnisk bakgrunn, innvandringshistorie og kultur.

### Helsetilstand

Historisk sett har befolkningen i Oslo hatt lavere forventet levealder enn resten av landet, men den ligger nå på landsgjennomsnittet. I Oslo er forventet alder ved fødsel 80 år for menn og 84 år for kvinner. Samtidig er det fortsatt variasjoner i forventet levealder mellom bydeler, men mindre enn tidligere. Når det gjelder menn, varierer forventet levealder fra 76 år i Bydel Sagene til 84 år i Bydel Nordre Aker. For kvinner varierer den fra 81 år i bydelene Grünerløkka, Sagene og Grorud til 87 år i bydelene Nordre Aker og Vestre Aker.

Et utfall av sosial ulikhet i helse er forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper. I Oslo er forskjellen mellom forventet levealder i ulike utdanningsgrupper nedadgående. Det er et mønster at de største byrdene og utfordringene nasjonalt utgjør de samme utfordringene i Oslo. Det gjelder både helsetilstand for psykisk helse hos unge og voksne, sykdommer i muskler og skjelett, hjerte- og karsykdommer, kreftforekomst, type 2-diabetes, kols og dødsfall som følge av selvmord. Risikofaktorer knyttet til kroniske sykdommer er tobakksforbruk, høyt alkoholkonsum, usunne matvaner, bruk av illegale rusmidler, fysisk inaktivitet og høyt blodtrykk. Innbyggerne i Oslo rapporterer derimot å være noe mindre

tilfredse med livet og opplever i mindre grad livet som meningsfullt enn innbyggere i resten av landet.

Vaksinasjonsdekningen blant barn i Oslo er i hovedsak god, men det er betydelig høyere forekomst av smittsomme sykdommer i Oslo enn i resten av Norge. Det har sammenheng med befolkningssammensetningen i byen. Det gjelder for eksempel seksuelt overførte infeksjoner som hiv, syfilis og gonoré, som særlig påvises blant menn som har sex med menn, tuberkulose som i hovedsak finnes blant asylsøkere og innvandrere, og hepatitt C som særlig smitter blant personer som tar stoff med sprøyter.

### **Helsevaner**

Det har gjennom mange år vært en betydelig nedgang i dagligrøyking i Oslo for alle aldersgrupper. Andelen ungdom som røyker minsker, samtidig som flere rapporterer at de snuser daglig. Oslofolk drikker mer alkohol enn i resten av landet, men hos ungdom har alkoholbruken blitt betydelig redusert fra 1996 til 2018. Bruk av hasj og marihuana har økt markant hos ungdom de seneste årene.

Rundt halvparten av Oslos voksne befolkning oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet eller anbefalingen om minst fem porsjoner frukt og grønt per dag. Andelen som ikke etterlever disse rådene er høyere blant ungdom. Her ser vi forskjeller mellom bydeler og etter sosioøkonomisk bakgrunn. Ungdom med høyere sosioøkonomisk bakgrunn er oftere fysisk aktive og spiser mer frukt og grønt enn ungdom med lav sosioøkonomisk bakgrunn.

Vi har lite data om overvekt og fedme, men basert på tall om gravide vet vi at andel kvinner med overvekt (inkludert fedme) er lavere i Oslo enn resten av landet. Her er det bydelsforskjeller, med størst andel i bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand og lavest i ytre vest.

### **Sosiale faktorer som påvirker helse**

Levekårene i Oslo er i hovedsak gode. Samtidig er Oslo en mangfoldig by med stor ulikhet mellom ulike grupper og geografiske områder. Nabobydeler, delbydeler og kvartal kan være svært ulikt sammensatt med tanke på innbyggernes alder, sosioøkonomiske kjennetegn, etnisk bakgrunn og boligtype. Det innebærer at det kan være store sosiale og økonomiske forskjeller over til dels små geografiske områder, og at ulike områder i byen har ulike sett av utfordringer og muligheter.

Personer med høy utdanning har blant annet lavere dødelighet, bedre egenvurdert helse, mindre psykiske helseproblemer og opplever i mindre grad langvarig/kronisk sykdom enn personer med lav utdanning. Befolkningen i Oslo har et høyt utdanningsnivå, og økningen av andelen med høy utdanning har vært større i Oslo enn i resten av landet.

Det er betydelige forskjeller i husholdningenes inntekt og formue mellom ulike områder i byen. Selv om gjennomsnittsinntekten er langt høyere i de vestlige bydelene, er ikke lavinntekt noe rent østkantfenomen. Inntekt har sammenheng med helsetilstanden, på samme måte som for

utdanning. Ikke bare har de nest fattigste bedre helse enn de aller fattigste i Oslo, men de aller rikeste har også gjennomsnittlig litt bedre helse enn de nest rikeste. Vi ser forskjellene i alle aldersgrupper, både hos menn og kvinner.

Arbeidsledigheten i Oslo er på et lavt nivå sett i historisk sammenheng, men den varierer mellom bydelene. Andel med uføretrygd er også lav sammenlignet med de øvrige fylkene i landet.

Omtrent sju av ti osloborgere bor i egen bolig, resten i leide boliger. Oslo har den høyeste andelen leietakere i landet. Antall bostedsløse er rundt 1000 personer. Rundt fire av ti oslobarn bor trangt. Noen familier prioriterer å bo trangere for å kunne bo mer sentralt. Samtidig kan «uønsket» trangboddhet gi utfordringer for barn med tanke på å gjøre lekser og ha privatliv. Fysiske mangler ved boligen og ustabile bomiljø er mer utbredt i kommunale utleieboliger.

### **Arbeid og helse**

Sykefraværet er lavere i Oslo enn i resten av landet. Det er likevel bydelsvariasjoner i fraværsandelen. Muskel- og skjelettlidelser er diagnosegruppen med flest sykefraværstilfeller etterfulgt av psykiske lidelser. Ikke uventet er det en samvariasjon mellom sykefravær og andel på trygd.

Det har vært en økning av vold på arbeidsplassen de senere år. Hvorvidt det er en reell økning eller om det skyldes mer fokus på rapporteringen, er usikkert. Sektorene innen helse, utdanning og politi rapporterer om mest vold. Andelen som rapporterer om vold på arbeidsplassen er noe lavere i Oslo enn i Norge som helhet.

### **Oppvekstsvilkår**

Andelen barn i lavinntektshusholdninger er høyere i Oslo enn i Norge som helhet. I bydelene i ytre vest og Nordstrand og Østensjø er andelen med lavinntekt og sosialhjelp lik eller lavere enn landsgjennomsnittet. I Bydel Gamle Oslo er det nesten fire ganger flere barn som vokser opp i familier som mottar sosialhjelp enn i resten av Norge.

89 prosent av barn i alderen ett til fem år er i barnehage, mot 92 prosent i Norge. Andelen minoritetsspråklige barn som går i barnehage er økende. De fleste småbarn bor sammen med begge sine foreldre, men hvert tredje barn opplever at foreldre går gjennom et samlivsbrudd før barnet er 18 år. Ni av ti osloundommer svarer at de liker å være sammen med foreldrene sine.

I skolen oppgir 93 prosent at de trives litt eller helt. Det er bydelsforskjeller i frafall i videregående skole, men forskjellene har avtatt over tid. Fem prosent av 10. klassinger i Oslo rapporterer om mobbing. Samme andel gjelder for landet for øvrig.

**Fysisk, biologisk og kjemisk miljø**

Ytre miljøfaktorer, som biologisk, kjemisk, fysisk og sosialt miljø, kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsa. De stoffene som bidrar mest til lokal luftforurensing i Oslo i dag, er svevestøv og nitrogendioksid. Både korttids- og langtidseksponering for nitrogendioksid og svevestøv forverrer allerede eksisterende sykdom. Siden tidlig 2000-tall har det vært en nedgang i svevestøvnivået i Oslo.

Oslo ligger på norgestoppen i antall støyutsatte over anbefalt nivå. Den største støykilden i Oslo er veitrafikken. Rundt 61 prosent av befolkningen blir regnet som støyutsatt utenfor bolig.

Muligheter for å drive idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet i nærheten av hjem eller arbeidsplass bidrar til at befolkningen generelt er mer fysisk aktive. Det er også et viktig element i en moderne byutvikling. I Oslo kommune er det om lag 800 parker og friområder av ulik størrelse. I 2018 hadde litt over halvparten av Oslos innbyggere trygg tilgang til rekreasjonsareal.

Oslo har lavest idrettsanleggsdekning enn andre fylker og de største byene i Norge. Samtidig er det til dels store forskjeller i anleggsdekningen mellom områder i Oslo, og anleggsdekningen er generelt dårligst i indre by. På den andre siden er det relativt korte avstander mellom bydelene, og enkelte anleggstilbud har mer byomfattende karakter.

God badevannskvalitet er en positiv miljøfaktor, som bidrar til folkehelse gjennom aktivitet, friluftsliv og rekreasjon. Badevannskvaliteten vært jevnt god i Oslo de senere årene.

**Skader, ulykker og overdosedødsfall**

De hyppigste årsakene til voldsomme dødsfall i Oslo, som i Norge, er fallulykker, forgiftning og transportulykker. Fall og hoftebrudd hos eldre utgjør en stor del av skadestatistikken. Forekomsten av hoftebrudd i Oslo har tidligere vært høyest i landet, men antall hoftebrudd blant kvinner i Oslo er på vei ned.

Vold er en stor samfunnsutfordring. I Oslo økte antall voldsanmeldelser fra 2013 til 2018 med over 10 prosent. Flere ungdom i Oslo rapporterer at de har vært i slåsskamp enn ungdom i resten av landet.

Antall skadde i trafikkulykker i Oslo har gått ned i perioden 2011–2018, spesielt gjelder det for skader på bilførere og bilpassasjerer. I 2018 er det fortsatt flest personskader i bil. Til sammenligning var antallet skadde fotgjengere 102, mens det var 91 skadde førere og passasjerer på sykkel samme år.

Antall narkotikautløste dødsfall i Oslo ble mer enn halvert fra perioden 1996–1998 til perioden 2016–2018, fra 19 til 8 per 100 000 innbyggere. Forskjellen i andeler for Oslo og Norge som helhet er over tid redusert. I 2016–2018 var det to flere tilfeller per 100 000 i Oslo enn i Norge som helhet.

## Innhold

|          |                                                                       |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>                                               | <b>10</b>  |
| 1.1      | Bakgrunn .....                                                        | 10         |
| 1.2      | Folkehelse .....                                                      | 11         |
| 1.3      | Sosial ulikhet i helse .....                                          | 12         |
| 1.4      | Bydelene i Oslo kommune .....                                         | 13         |
| 1.5      | Kilder til statistikk om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer ..... | 14         |
| 1.6      | Om innholdet og organisering av Oslohelsa 2020 .....                  | 15         |
| <b>2</b> | <b>Oslos befolkning .....</b>                                         | <b>16</b>  |
| 2.1      | Befolkningsutvikling .....                                            | 16         |
| 2.2      | Befolkningens alderssammensetning .....                               | 17         |
| 2.3      | Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre .....                | 18         |
| 2.4      | Husholdninger .....                                                   | 21         |
| <b>3</b> | <b>Helsetilstand .....</b>                                            | <b>23</b>  |
| 3.1      | Sykdomsbyrde .....                                                    | 24         |
| 3.2      | Forventet levealder .....                                             | 29         |
| 3.3      | Egenvurdert helse .....                                               | 35         |
| 3.4      | Livskvalitet .....                                                    | 36         |
| 3.5      | Psykiske plager og lidelser .....                                     | 42         |
| 3.6      | Muskel- og skjelettsykdommer og -plager .....                         | 47         |
| 3.7      | Demens .....                                                          | 50         |
| 3.8      | Ikke-smittsomme sykdommer .....                                       | 53         |
| 3.9      | Smittsomme sykdommer og vaksinasjoner .....                           | 63         |
| 3.10     | Tannhelse .....                                                       | 69         |
| <b>4</b> | <b>Helsevaner .....</b>                                               | <b>72</b>  |
| 4.1.     | Fysisk aktivitet og helse .....                                       | 73         |
| 4.2      | Kosthold og helse .....                                               | 81         |
| 4.3      | Vekt og helse .....                                                   | 88         |
| 4.4      | Røyking og snusbruk .....                                             | 93         |
| 4.5      | Alkohol og andre rusmidler .....                                      | 95         |
| 4.6      | Seksuell og reproduktiv helse .....                                   | 101        |
| <b>5</b> | <b>Sosiale faktorer som påvirker helsa .....</b>                      | <b>106</b> |
| 5.1      | Helsekompetanse .....                                                 | 106        |
| 5.2      | Utdanningsnivå .....                                                  | 107        |
| 5.3      | Inntekt .....                                                         | 109        |
| 5.4      | Deltakelse i arbeidslivet .....                                       | 112        |
| 5.5      | Mottak av offentlige overføringer .....                               | 113        |

|           |                                                                      |            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.6       | Bolig og bomiljø .....                                               | 115        |
| 5.7       | Boligstandard .....                                                  | 119        |
| <b>6</b>  | <b>Arbeid og helse.....</b>                                          | <b>120</b> |
| 6.1       | Sykefravær og uføretrygd .....                                       | 120        |
| 6.2       | Plager i arbeidslivet som fører til sykefravær .....                 | 122        |
| 6.3       | Vold og trusler på arbeidsplassen.....                               | 124        |
| 6.4       | Utsatte yrkesgrupper.....                                            | 124        |
| 6.5       | Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse.....       | 125        |
| 6.6       | Demografiske forskjeller og utdanningsforskjeller .....              | 125        |
| <b>7</b>  | <b>Oppvekstvilkår .....</b>                                          | <b>127</b> |
| 7.1       | Oppvekst.....                                                        | 128        |
| 7.2       | Barnehage.....                                                       | 132        |
| 7.3       | Skole .....                                                          | 135        |
| 7.4       | Sosialt miljø blant unge .....                                       | 139        |
| <b>8</b>  | <b>Fysisk, biologisk og kjemisk miljø .....</b>                      | <b>142</b> |
| 8.1       | Luftkvalitet .....                                                   | 142        |
| 8.2       | Støy og stille områder.....                                          | 144        |
| 8.3       | Drikke- og badevann .....                                            | 146        |
| 8.4       | Inneklima.....                                                       | 148        |
| 8.5       | Friområder og grøntstruktur .....                                    | 149        |
| 8.6       | Idrettsanlegg og anleggsdekning.....                                 | 150        |
| <b>9</b>  | <b>Skader og ulykker .....</b>                                       | <b>151</b> |
| 9.1       | Dødsfall fra ulykker .....                                           | 152        |
| 9.2       | Fallulykker .....                                                    | 153        |
| 9.3       | Vold .....                                                           | 154        |
| 9.4       | Trafikkulykker.....                                                  | 158        |
| 9.5       | Selv mord.....                                                       | 159        |
| 9.6       | Overdosedødsfall .....                                               | 160        |
| <b>10</b> | <b>Hovedutfordringer og ressurser i Oslos folkehelsearbeid .....</b> | <b>161</b> |
| 10.1      | Hovedutfordringer i befolkningen.....                                | 161        |
| 10.2      | Utfordringer i det systematiske folkehelsearbeidet .....             | 163        |
| 10.3      | Viktige ressurser for folkehelsa i Oslo .....                        | 165        |
| <b>11</b> | <b>Tabelloversikt .....</b>                                          | <b>166</b> |
| <b>12</b> | <b>Figuroversikt .....</b>                                           | <b>166</b> |
| <b>13</b> | <b>Oversikt over faktabokser .....</b>                               | <b>169</b> |

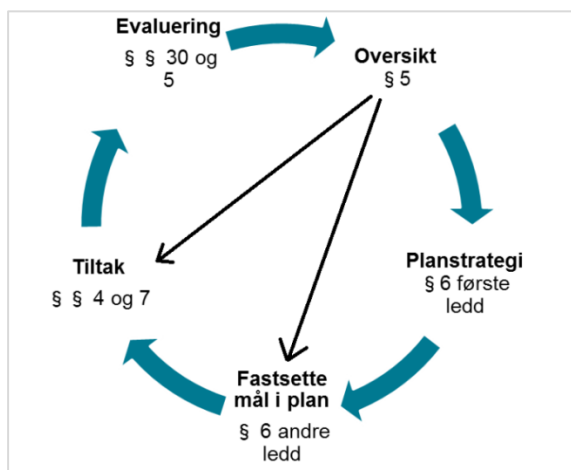
# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Folkehelseloven § 5 pålegger kommunen å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Loven sier videre at kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Hvert fjerde år skal kommunen utarbeide et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet (forskrift om oversikt over folkehelsen, § 5). Det er andre gang Oslo kommune utarbeider et slikt oversiktsdokument etter gjeldende folkehelselov.

Oversiktsarbeidet er én av de fem fasene i det lovpålagte systematiske folkehelsearbeidet: Oversikt, planstrategi, fastsette mål i plan, tiltak og evaluering.

Figur 1.1 De fem fasene i det lovpålagte systematiske folkehelsearbeidet



Kilde: Helsedirektoratet 2019<sup>1</sup>

Gjennom å få oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse, skal folkehelseutfordringer og ressurser identifiseres. Disse skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven. For å fatte gode beslutninger og utforme tiltak, er det viktig at hensyn til folkehelsa og påvirkningsfaktorer vurderes.<sup>1</sup> I tillegg til å utarbeide et fireårig oversiktsdokument, skal kommunen ha løpende oversikt. I det løpende oversiktsarbeidet skal kommunen følge med på og vurdere ulike kilder til informasjon.

<sup>1</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/metode-og-prosess>

Hentet 12.02.2020.

### 1.1.1 Oversiktsdokumentet Oslohelsa

Det fireårige oversiktsdokumentet Oslohelsa viser påvirkningsfaktorer og tilstander som utgjør de største helseutfordringene i Oslo, og viser hvordan de er fordelt mellom bydelene. I tillegg har Oslo kommune utarbeidet Oslotrender 2019, som gir en oppdatert statistisk beskrivelse av viktige utviklingstrekk i kommunen. Sammen skal de to dokumentene inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategien og være knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven. Oversikten skal også ligge til grunn for mål og tiltak i kommunens folkehelsearbeid. Det er svært mange ulike faktorer som bidrar til å skape forutsetninger for god helse i befolkningen. Derfor er det viktig å understreke at folkehelsearbeid må foregå i alle sektorer.

## 1.2 Folkehelse

Befolkningens helse påvirkes både av samfunnsforhold og kunnskaper og holdninger hos den enkelte. Helse skapes der folk bor og lever sine liv. Folkehelse defineres i folkehelseloven som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsa fordeler seg i en befolkning».<sup>2</sup>

### 1.2.1 Kommunens ansvar

Gjennom folkehelseloven er kommunen lovpålagt «å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting».<sup>3</sup> Kommunen skal fremme fellesskap, trygghet og deltakelse, samt legge til rette for at befolkningen kan etablere gode holdninger og ta helsevennlige valg. Arbeidet skal være rettet mot hele befolkningen eller store grupper av befolkningen.

### 1.2.2 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er definert i folkehelseloven som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen».<sup>4</sup>

Folkehelsearbeid er en viktig samfunnsoppgave som skal utøves i alle sektorer, gjennom å påvirke faktorer som har positive eller negative effekter på helsa. Kommunen har et helhetlig ansvar for folkehelsa, som knyttes til alle kommunens sektorer i henhold til folkehelseloven. Faktorer som ikke nødvendigvis kobles direkte til helse, kan ofte ha store helsemessige konsekvenser for den enkelte.

<sup>2</sup> Lov om folkehelsearbeid § 3

<sup>3</sup> Lov om folkehelsearbeid § 4

<sup>4</sup> Lov om folkehelsearbeid § 3

### 1.3 Sosial ulikhet i helse

Sosiale helseforskjeller er systematiske og urettferdige, men også mulig å gjøre noe med. Flere typer systematiske helseforskjeller kan kalles «sosiale»,<sup>5</sup> og er relevante for Oslo. For det første er det geografiske forskjeller. Oslo som storby og landets hovedstad skiller seg på flere måter fra resten av landet, og ikke minst er det store helseforskjeller mellom ulike områder i byen. For det andre er forskjeller i helse mellom kjønn og etter opprinnelsesland til dels sosialt skapte. Den tredje typen sosiale helseforskjeller – de sosioøkonomiske helseforskjellene – er den som ser ut til å være den mest grunnleggende og omfattende. Her mener vi helseforskjeller etter utdanning, økonomi og/eller yrke.<sup>5</sup> I Oslo henger disse nært sammen med bydelsforskjellene i helse.

Når vi bruker begrepet «sosial ulikhet i helse» eller «sosiale helseforskjeller» i dette dokumentet, mener vi i hovedsak sosioøkonomiske ulikheter i helse. Det er viktig å undersøke hvordan ulike typer sosiale ulikheter virker inn på hverandre, særlig den sosioøkonomiske sammensetningen i de ulike bydelene og bydelsforskjellene i helse. Det har vist seg at de andre sosiale helseforskjellene langt på vei forsvinner når vi tar hensyn til sosioøkonomiske faktorer.

Sosial ulikhet i helse er problematisk for samfunnsutviklingen på flere måter:

- Det er et *folkehelseproblem*, fordi befolkningens totale helsepotensial ikke utnyttes fullt ut.
- Det er et *rettferdighetsproblem*, fordi mennesker i lavere sosiale lag frarøves livssjanser. Helse har en verdi i seg selv, men det er også en betingelse for å leve det livet en selv verdsetter. Vi kan snakke om en dobbel urettferdighet, ved at mennesker med lavere sosial bakgrunn både har dårligere levekår og opplever mer sykdom og oftere tidligere død.
- Det er et *leveårsproblem*, fordi sviktende helse er en viktig faktor ved sosial eksklusjon i Norge.
- Det er et *samfunnsøkonomisk problem*, fordi det reduserer sysselsetting og verdiskaping og øker offentlige utgifter, og svekker dermed den norske velferdsstatens økonomiske bærekraft.
- Det er et *velferds- og livskvalitetsproblem*, fordi personer med helseproblemer og lav sosioøkonomisk status har langt dårligere forutsetninger for trivsel, generell tilfredshet og livskvalitet.<sup>6</sup>

Selv om vi i Norge har et velutbygd velferdssamfunn, lav inntektsulikhet, små klasseforskjeller og lite fattigdom sammenlignet med andre land, har vi ikke lyktes med å fjerne sosiale ulikheter i helse. Dette kalles ofte for et «helseparadoks».<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Oslo: Helsedirektoratet.

<sup>6</sup> Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

<sup>7</sup> Stoltenberg, C., & Strand, B. H. (2014). *Det norske helseparadokset*. Hentet 12.02.2020 fra <http://www.nrk.no/ytring/det-norske-helseparadokset-1.11821172>

## 1.4 Bydelene i Oslo kommune

Oslo har 15 bydeler, og i tillegg Sentrum og Marka, se Figur 1.2. Siden 2017 har de 15 bydelene vært inndelt i 98 delbydeler. Hver bydel inneholder fem til ni delbydeler. I noen tilfeller er det behov for en grovere inndeling, da benyttes gjerne en fem-delt inndeling av bydelene:

- Indre by øst: Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene
- Indre by vest: St. Hanshaugen og Frogner
- Ytre by vest: Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker
- Ytre by øst: Bjerke, Grorud, Stovner og Alna, som ofte omtales som Groruddalen
- Ytre by sør: Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand

Figur 1.2 Kart over bydelsinndelingen i Oslo



## 1.5 Kilder til statistikk om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Oslo kommunes statistikkbank og nettsider</b> er en del av det løpende oversiktsarbeidet i kommunen. Per desember 2019 er det over 400 ulike tabeller i Oslo kommunes statistikkbank, fordelt på ni hovedområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Befolkning</li> <li>• Inntekt, levekår og sosiale forhold</li> <li>• Barnehage, skole og høyere utdanning</li> <li>• Oslohelsa</li> <li>• Samfunnsliv</li> <li>• Arbeids- og næringsliv</li> <li>• Boliger og byggevirkksomhet</li> <li>• Miljø og samferdsel</li> <li>• Kommunal økonomi og forvaltning</li> </ul> <p>Tallene presenteres hovedsakelig på bydelsnivå, men i noen tabeller finnes tall for delbydelsnivå, skoler organisasjonsenhet m.m., eller bare oslonivå. Statistikken omtales blant annet på Oslo kommunes nettsider.</p> <p>Oslo kommunes statistikktjeneste er organisert som et samarbeid mellom Byrådsavdeling for finans, Bymiljøetaten, Klimaetaten, Velferdsetaten, Helseetaten og Utdanningsetaten.</p> <p><a href="http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/">http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/</a><br/> <a href="https://www.oslo.kommune.no/statistikk/">https://www.oslo.kommune.no/statistikk/</a></p> <p><b>Oslospeilet</b> ble utgitt første gang i 1991, og inneholder informasjon og faktabaserte analyser fra kommunens statistikktjeneste om områder av sentral betydning for Oslo kommune.</p> <p><a href="https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/statistiske-publikasjoner/">https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/statistiske-publikasjoner/</a></p> <p><b>Folkehelseprofiler fra Folkehelseinstituttet</b><br/> Folkehelseinstituttet gir årlig ut folkehelseprofiler for fylke, kommune og bydel, som hjelp til kommunene i arbeidet med oversikts- og folkehelsearbeidet. Profilene er basert på statistikkbankene Kommunehelsa og Norgeshelsa.</p> <p><a href="https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/">https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/</a></p> | <p><b>Ung i Oslo 2018</b> er en spørreundersøkelse gjennomført av NOVA blant elever på 84 Oslo-skoler, som en bestilling fra Oslo kommune. Totalt deltok 25 348 elever fra 8. trinn i ungdomsskolen til Vg3 på videregående. Spørreundersøkelsen ble gjennomført fra januar til mars 2018. Undersøkelsen gir et bilde av hvordan oppvekstsituasjonen er i Oslos bydeler og hvordan Oslo-ungdom har det sammenlignet med ungdom i resten av landet. Ung i Oslo 2018 er den femte Ung i Oslo-undersøkelsen siden 1996. Siden 2012 har undersøkelsen vært gjennomført hvert tredje år.</p> <p>Rapport om undersøkelsen:<br/> <a href="http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ung-i-Oslo-2018">http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2018/Ung-i-Oslo-2018</a></p> <p>Resultater på bydelsnivå og mer informasjon om undersøkelsen:<br/> <a href="https://www.korusoslo.no/rusmiddelforebygging-folkehelsearbeid/ung-i-oslo-ungdata/">https://www.korusoslo.no/rusmiddelforebygging-folkehelsearbeid/ung-i-oslo-ungdata/</a></p> <p><b>Oslorender 2019</b> gir en beskrivelse av fakta og viktige utviklingstrekk i kommunen og bysamfunnet, som er relevante for den videre planlegging av byens utvikling, og grunnlag for planstrategien. Oslorender inneholder informasjon om alle kommunens sektorer og tjenesteområder.</p> <p><a href="https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/politikk/kommuneplan/oslotrender/">https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/politikk/kommuneplan/oslotrender/</a></p> <p><b>Bydelsfakta</b> er et utvalg av sentral statistikk om befolkning, levekår og boforhold i ulike deler av Oslo. Her kan en sammenligne bydeler eller se på forskjeller internt i bydelene ved hjelp av statistikk på delbydelsnivå.</p> <p><a href="https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/">https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/</a></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1.6 Om innholdet og organisering av Oslohelsa 2020

Utgangspunktet for Oslohelsa 2020 er kravene i § 3 i forskrift til oversikt over folkehelsa. Den sier at oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert atferd
- f) helsetilstand

Vi har gjort noen tilpasninger i hvordan vi presenterer innholdet i Oslohelsa 2020. I kapittel 2 gjør vi rede for befolkningssammensetningen, som legger rammer for folkehelsearbeidet og utfordringsbildet. Det er viktig som bakgrunn for vurderingen av informasjonen i resten av dokumentet. Vi beskriver helsetilstanden til Oslos befolkning allerede i kapittel 3. De videre kapitlene beskriver den delen av oversiktsarbeidet som omhandler påvirkningsfaktorene. Vi starter med påvirkningsfaktorer som omhandler ulik helserelatert atferd: kosthold, fysisk aktivitet, tobakk og rus i kapittel 4. I kapittel 5 tar vi for oss sosiale faktorer som påvirker helse, mens vi i kapittel 6 skriver om arbeid og helse. Oppvekstvilkår er temaet i kapittel 7. Fysisk, biologisk og kjemisk miljø – som på mange måter overlapper med «miljørettet helsevern» – behandles i kapittel 8. Kapittel 9 omhandler skader og ulykker. Helt til slutt, i kapittel 10, oppsummerer vi og peker på kunnskapsbehov som vi har identifisert i løpet av arbeidet.

Folkehelseloven slår fast at vi skal være spesielt oppmerksomme på sosial ulikhet i helse. Sosial ulikhet vil omtales under hvert tema fordi problemstillingen er gjennomgående. Barn og unge har både sitt eget delkapittel og behandles i hovedsak først under hvert tema.

Oslo er en sammensatt by, med til dels store forskjeller både mellom og innad i bydelene. Forskjeller mellom bydelene i Oslo er inkludert i statistikken der det er mulig. Det mangler opplysninger på delbydelsnivå på de fleste helseindikatorer. Statistikk på delbydelsnivå er derfor ikke inkludert i Oslohelsa 2020, men vi henviser til statistikken der den finnes.

Innenfor temaene som vi skal gi en oversikt over i dette dokumentet, ligger det potensiale til å skrive svært omfattende. Det har vært nødvendig å gjøre en del avgrensninger, både for at arbeidet ikke skal bli alt for ressurskrevende, og for å gjøre dokumentet leservennlig.

## 2 Oslos befolkning

### Hovedfunn

- Oslo vokser i antall innbyggere, og forventes å fortsette å vokse.
- Fødselsoverskudd (fødte minus døde) forventes å være den viktigste årsaken til befolkningsvekst i årene som kommer.
- Oslo har en ung befolkning med en stor andel innbyggere i alderen 20–40 år.
- I 2026 fyller det første av de store etterkrigskullene 80 år. Fram mot 2040 forventes om lag en dobling av personer over 80 år i Oslo.
- 34 prosent av innbyggerne i Oslo er innvandrere eller norskfødte barn av to innvandrere.

Egenskaper ved befolkningen er viktig bakgrunnsinformasjon når en skal beskrive helsetilstanden. Hvordan befolkningen utvikler seg, bestemmes av ulike demografiske komponenter, som fruktbarhet, dødelighet, flyttinger og inn- og utvandring.

### 2.1 Befolkningsutvikling

I 2018 gikk befolkningsveksten litt opp etter flere år med nedgang i veksten. Oslo hadde 681 071 innbyggere per 1. januar 2019, og befolkningen i Oslo økte med 7 598 personer (1,1 prosent) i løpet av 2018. Selv om veksttakten i Oslo ikke er like høy som for noen år siden, er den fremdeles høy i et historisk perspektiv.

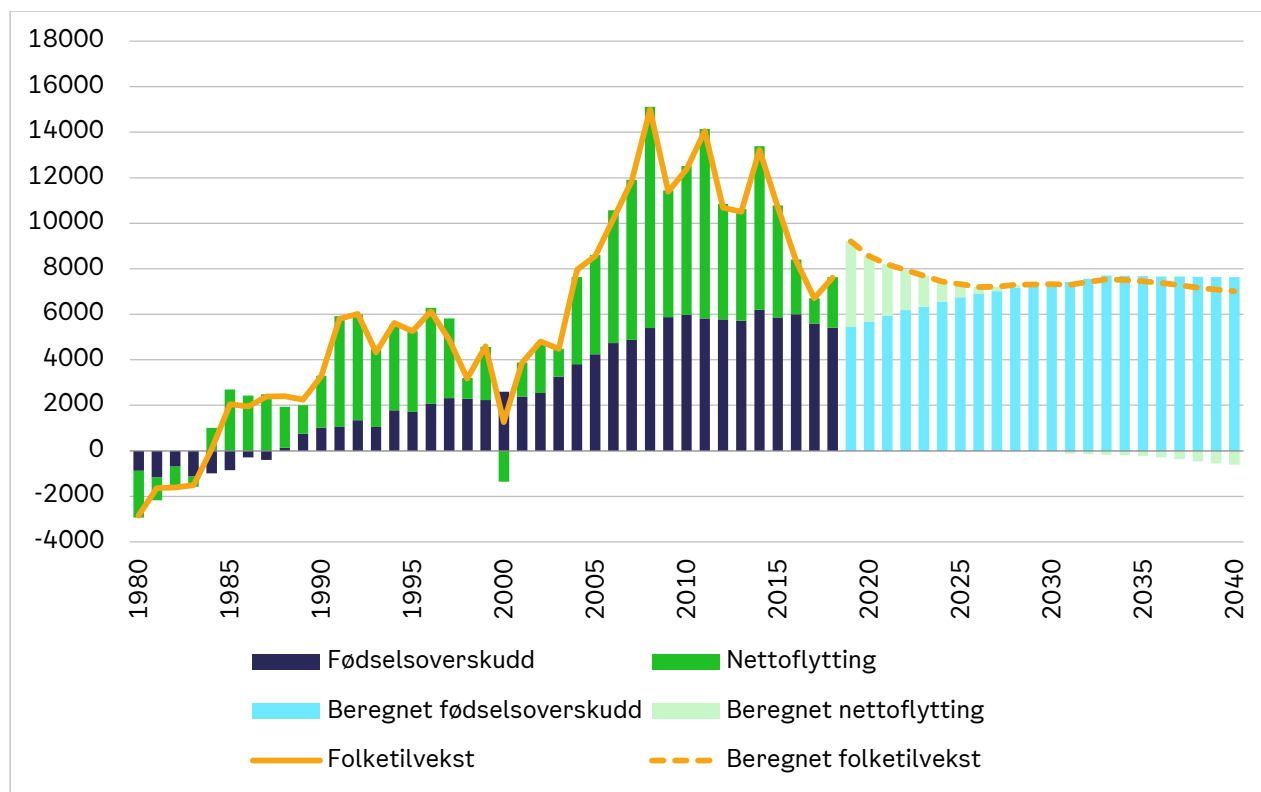
Størrelsen på Oslos 15 bydeler varierer, og befolkningsutviklingen de siste årene har også variert mellom bydelene. Sterkest vekst har det vært i indre by. Bydel Grünerløkka er den mest folkerike bydelen med 60 844 innbyggere. Bydel Grorud har den minste befolkningen med 27 583 innbyggere, og antall innbyggere i bydelen har vært ganske stabilt siden 2015 (tallene er per 01.01.2019).<sup>8</sup>

Det forventes at fødselsoverskudd fortsatt kommer til å være den viktigste årsaken til befolkningsvekst i Oslo i årene som kommer. Fødselsoverskuddet, det vil si fødte minus døde, har vært økende siden 1980-tallet som følge av at både antall fødte har økt og antall døde har gått ned. Fra 2016 til 2018 har imidlertid fødselsoverskuddet i Oslo falt fra 6 004 til 5 415, men det er fremdeles høyt i et historisk perspektiv.

---

<sup>8</sup> <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/bydel/grunerlokka/befolkningsutvikling>

Figur 2.1 Befolkningsvekst, fødselsoverskudd og nettoflytting i Oslo, statistikk og framskrevet (mellomalternativet)



Kilde: [Oslorender 2019 \(side 8\)](#) og Statistisk sentralbyrås statistikkbank, tabell 06913

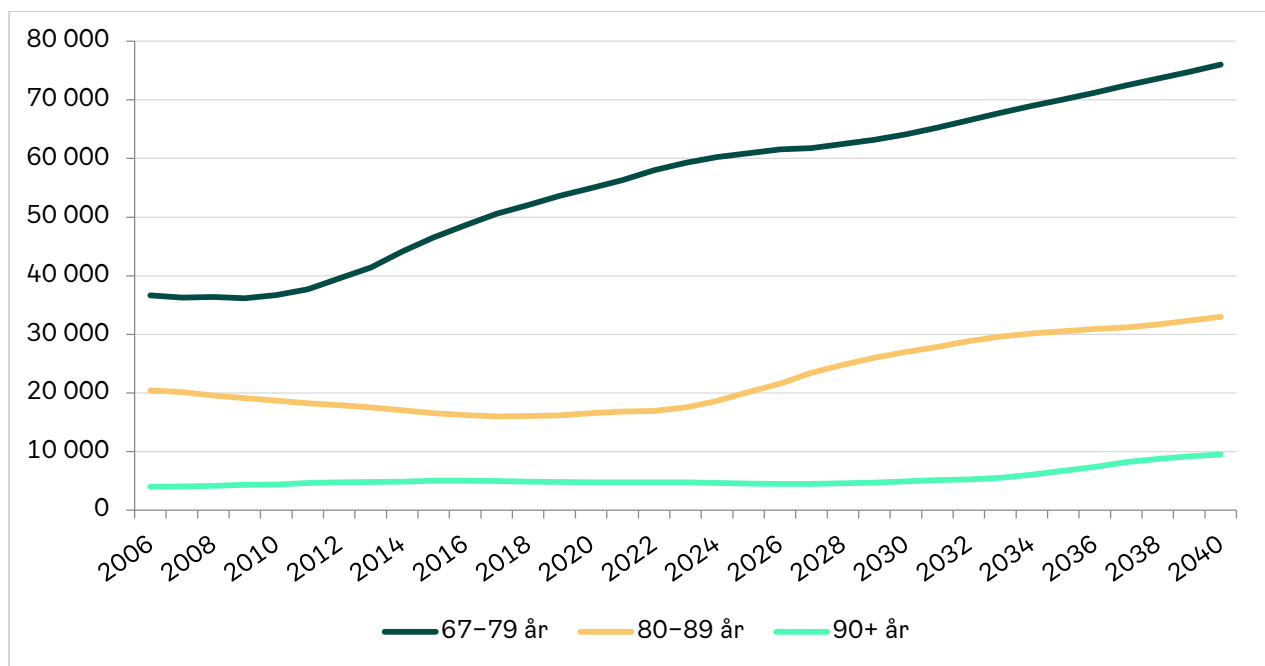
## 2.2 Befolkningens alderssammensetning

Ulike aldersgrupper møter ulike helseutfordringer. Derfor er det relevant å følge med på alderssammensetningen i et folkehelseperspektiv. Aldersfordelingen i 2019 viser at Oslo har en annen aldersprofil enn resten av landet. Oslo har en ung befolkning, og en stor andel unge voksne mellom 20 og 40 år. Det kommer av et stabilt flyttemønster med innflytting og stadig påfyll av unge voksne.

Gitt forutsetningene i befolkningsframskrivingen, forventes det en fortsatt ung aldersprofil i Oslo i 2040. Det vil fortsatt være en stor andel unge voksne i Oslo selv om det forventes flere eldre, og det forventes om lag en dobling av personer i aldersgruppene 80–89 år og 90 år og eldre. Den store økningen kommer av at dagens befolkning i disse aldersgruppene er fra de små mellomkrigskullene, mens det etter hvert er de store etterkrigskullene som blir gamle. Det store fødselskullet fra 1946 fyller 80 år i 2026. Forventet levealder har økt og forventes å fortsette å øke, noe mer for menn enn for kvinner.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans. (2019). *Oslorender 2019*.

Figur 2.2 Antall personer i Oslo etter aldersgrupper, 67 år og eldre. Statistikk 2006–2019. Framskrevet 2020–2040



Kilde: [Oslorender 2019 \(side 16\)](#) og Statistisk sentralbyrå

De siste årene har fruktbarheten gått ned, noe som har gitt utslag i færre barn i barnehagealder, 0–5 år. For Oslo sin del var 2009 året med høyest samlet fruktbarhet (SFT<sup>10</sup>) på 1,88. SFT var redusert til 1,44 i 2018. Noe av årsaken til at fruktbarheten har gått ned, er at alderen for når kvinner får sitt første barn stadig øker.

At andelen eldre vil øke i forhold til i dag, illustreres ofte ved hjelp av et regnestykke en kaller «forsørgerbyrden». Forsørgerbyrden for eldre er et mål på forholdet mellom antall personer i eldre aldersgrupper som vanligvis ikke arbeider (65 år og over), og antall personer i eldre der folk vanligvis arbeider (20–64 år). Forsørgerbyrden per 2019 er større for barn enn for eldre. I 2019 må hver person i arbeidsalder i Oslo, i snitt forsørge 0,3 barn og 0,2 eldre.

## 2.3 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

I et folkehelseperspektiv er det relevant med kunnskap om hvordan innvandrerbefolkningen fordeler seg på landbakgrunn, fordi det har betydning for helse og sykdom.

Innvandrerbefolkningen er en sammensatt gruppe med forskjellig genetisk bakgrunn, risikofaktorer og innvandringshistorie, noe som påvirker deres helse. Diabetes er utbredt blant innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan. Kvinner med bakgrunn fra disse landene har spesielt høy

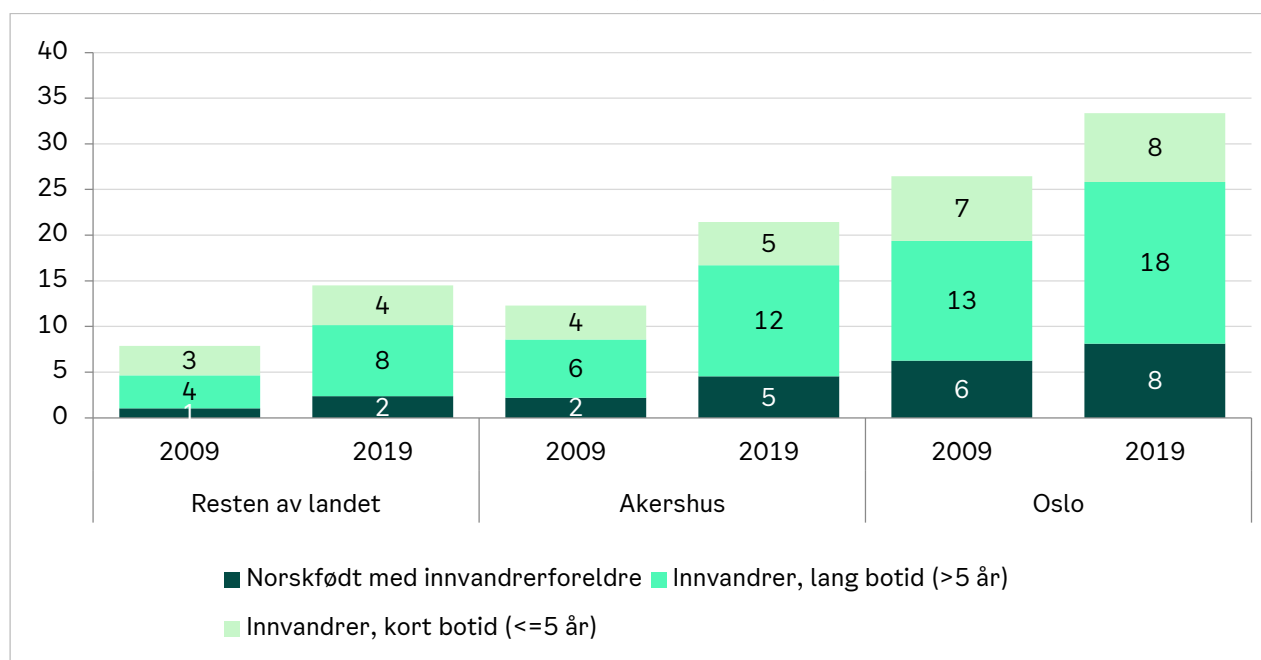
<sup>10</sup> SFT – samlet fruktbarhetstall: Det vanligste målet på fruktbarhet. Angir det antall barn hver kvinne i gjennomsnitt vil få i løpet av livet dersom fruktbarhetsmønsteret for en gitt periode varer ved i hele kvinnens fødedyktige alder og dødsfall ikke forekommer.

risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes. Særlig innvandrere fra lavinntektsland i Afrika og Asia har økt risiko for å bli smittet med enkelte infeksjonssykdommer ved besøk til tidligere hjemland. Voksne innvandrere og barn og voksne med flyktningebakgrunn rapporterer om mer psykiske helseplager enn etnisk norske. D-vitaminmangel er utbredt blant innvandrere fra noen lav- og middelinntektsland. Samtidig er det slik at forekomsten av kreft og den generelle dødeligheten er lavere blant innvandrerbefolkningen enn den øvrige befolkningen.<sup>11</sup>

Det bor i underkant av 230 000 personer med innvandrerbakgrunn i Oslo. Antall personer med innvandrerbakgrunn har de seneste årene økt betydelig i Oslo. For ti år siden, i 2009, var det 152 000 personer med innvandrerbakgrunn bosatt i Oslo, og for 15 år siden var det ca. 115 000, eller halvparten så mange som ved inngangen til 2019.

Figur 2.3 viser at andel innbyggere med innvandrerbakgrunn var betydelig større i Oslo enn i Akershus og landet for øvrig, både i 2009 og i 2019. Ved inngangen til 2019 var 33,6 prosent av befolkningen i Oslo enten innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammenligning var 21,4 prosent av Akershusbefolkningen og 14,5 prosent av befolkningen ellers i landet, personer med innvandrerbakgrunn.

Figur 2.3 Andel av befolkning med innvandrerbakgrunn i 2009 og 2019

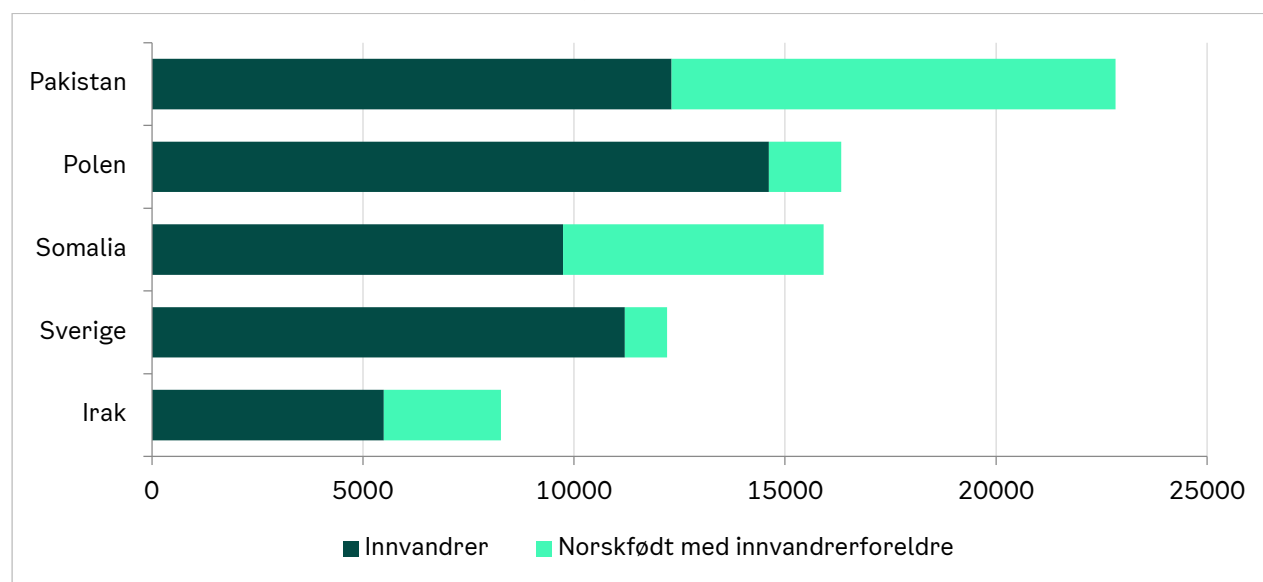


Kilde: Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans. (2019). [Oslorender 2019 \(side 22\)](#) (Statistisk sentralbyrå er primærkilde)

<sup>11</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). Hentet 12.02.2020 fra <https://fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

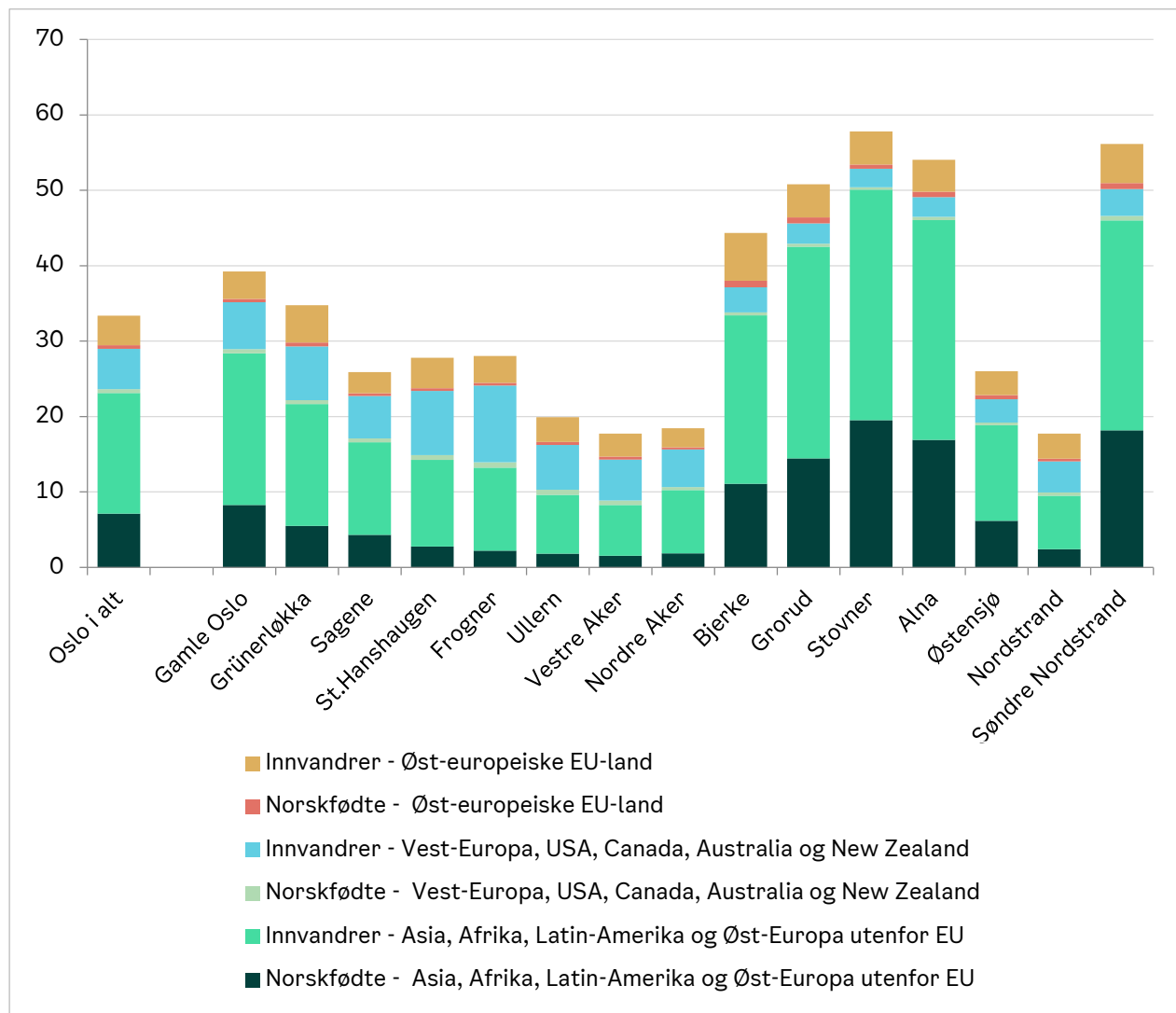
Omtrent 10 prosent av innvandrerbefolkningen i Oslo, ca. 23 000 personer, har landbakgrunn fra Pakistan. Det er den største innvandrergruppen i Oslo. Tidligere har svenskene utgjort den nest største innvandrergruppen i Oslo, men fra og med 2014 har det vært flere med polsk enn svensk landbakgrunn (Figur 2.4).

Figur 2.4 De fem største (i antall) innvandrergrupper i Oslo etter landbakgrunn 01.01.2019



Kilde: [Oslorender 2019 \(side 21\)](#) (Statistisk sentralbyrå er primærkilde)

Figur 2.5 Andel personer per bydel med innvandrerbakgrunn 01.01.2019



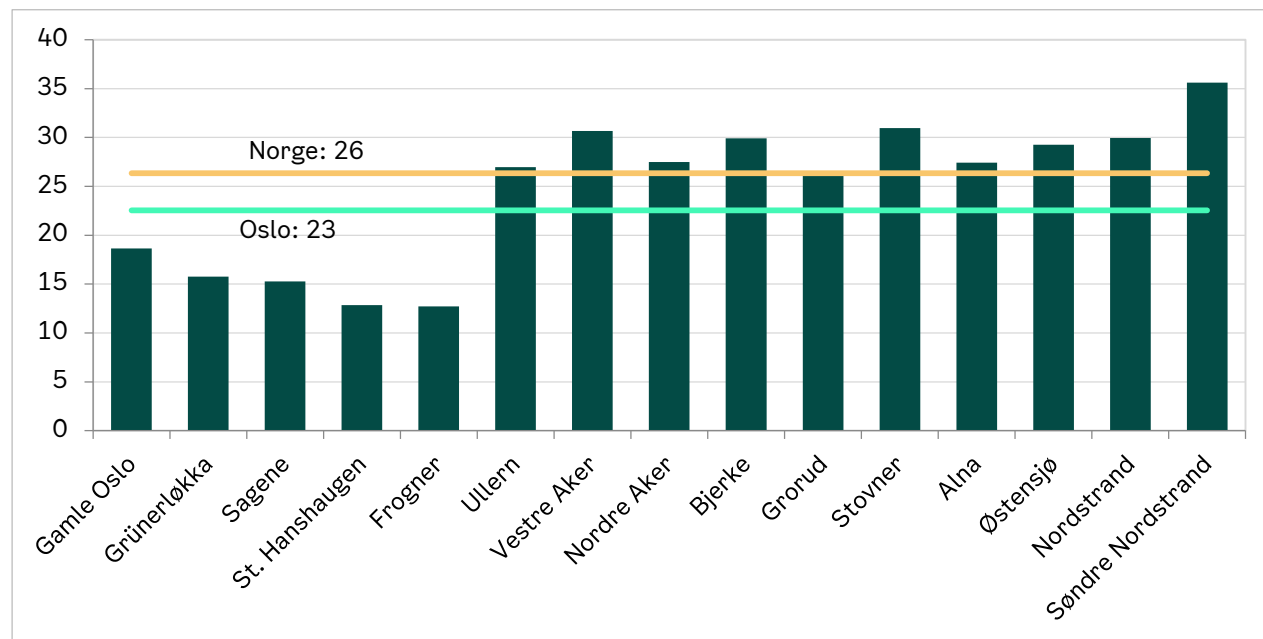
Kilde: [Oslorender 2019 \(side 22\)](#) (Statistisk sentralbyrå er primærkilde)

## 2.4 Husholdninger

Oslo hadde 340 444 husholdninger ved inngangen til 2018. I gjennomsnitt bodde det 1,98 personer per husholdning i Oslo. Tilsvarende tall for landet som helhet var 2,17 per husholdning. Oslo har en ung befolkning og mange har enda ikke etablert seg med barn og familie og bor alene. Det er med på å forklare at det er færre personer per husholdning i Oslo.

Ser man på aldersfordelingen på de som bor alene, er det i indre by det er flest unge aleneboende. Aleneboende over 67 år er derimot jevnere fordelt rundt i byen. Statistikken gir uttrykk for at man har ulike preferanser for bosted gjennom livsløpet. Unge enslige og unge par ønsker gjerne å bo sentralt eller i nærheten av studiestedet, mens familier med barn gjerne vil ha litt bedre plass og bo nærmere naturen, i ytre by eller Akershus.

Figur 2.6 Andel husholdninger med barn under 18 år per bydel i 2019



Kilde: [Oslorender 2019 \(side 24\)](#) og [Statistisk sentralbyrås statistikkbank tabell 06070](#)

### 3 Helsetilstand

#### Hovedfunn

- Forventet levealder ved fødsel er i Oslo 80 år for menn, og 84 år for kvinner.
- Det er fortsatt store, men minkende bydelsforskjeller. For menn er forventet levealder høyest i Bydel Nordre Aker (84 år), og lavest i Bydel Sagene (76 år). For kvinner er forventet levealder høyest i bydelene Nordre og Vestre Aker (87 år), og lavest i bydelene Grünerløkka, Sagene og Grorud (81 år).
- Kvinner med videregående eller høyere utdanningsnivå forventes å leve 4,6 år lenger enn den øvrige kvinnelige befolkningen. For menn er forskjellen 5,7 år.
- Det har vært en nedgang i dødelighet av hjerte- og karsykdom de siste 20 årene. Nedgangen (spesielt for menn) har vært større for hjerte- og karsykdom enn for kreft i tilsvarende periode.
- Bydelsvariasjonen i forekomst av hjerte- og karsykdommer, lungekreft, type 2-diabetes og kols har i hovedsak de samme trekkene som bydelsvariasjonen i inntekt og utdanning.
- Det er forskjeller i opplevd livskvalitet mellom utdanningsgrupper i Oslo. Jo høyere utdanningsnivået er, jo bedre er livskvaliteten på ulike områder.
- Ung i Oslo-undersøkelsen fra 2018 viser at 27 prosent av jentene og 12 prosent av guttene har psykiske helseplager. Det har vært en klar økning de siste årene.
- Vaksinasjonsdekningen blant barn er i hovedsak god.
- Tannhelsa blir bedre hos barn, men det er fortsatt forskjeller mellom bydeler.

I dette kapitlet ser vi nærmere på helsetilstanden til Oslos befolkning. Folkehelsearbeid dreier seg om forebygging for å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår. For å ha en målretta forebyggende innsats, er det viktig med en oversikt over hvilke helseutfordringer som er størst. I et folkehelseperspektiv er det viktigst å konsentrere seg om sykdommer som regnes som *forebyggbare*.

Sykdomsbildet i Norge preges av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes type 2. Risikofaktorer knyttet til disse kroniske sykdommene er tobakksforbruk, høyt alkoholkonsum, usunne matvaner, fysisk inaktivitet og høyt blodtrykk. Ikke-smittsomme sykdommer er en økende trussel mot folkehelsa. Disse sykdommene kan i stor grad forebygges, noe som viser potensialet i folkehelsearbeidet. Norge har forpliktet seg til WHOs mål om 25 prosent reduksjon av for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer innen 2025 og med 30 prosent før 2030.<sup>12</sup>

Det er fortsatt nødvendig med innsats rettet mot de store folkehelsesykdommene som tar flest liv. Samtidig må innsatsen også omfatte muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, som

<sup>12</sup> St. meld. 19. (2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

utgjør en stor sykdomsbyrde både for den enkelte som blir rammet, og for samfunnet som helhet. Psykiske plager og lidelser er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Det er like vanlig å få psykiske helseutfordringer i løpet av livet som fysiske. Psykiske lidelser påfører befolkningen en stor sykdomsbelastning. Psykisk helse påvirker også den somatiske helsa – og omvendt. I forrige folkehelsemelding<sup>12</sup> ble det fastslått at psykisk helse skal likestilles med fysisk helse i folkehelsearbeidet.

Regjeringen varsler i den nye folkehelsemeldinga for 2018-2019 at det skal utarbeides en ny NCD-strategi (Noncommunicable Chronic Diseases) som skal inkludere psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser.

### 3.1 Sykdomsbyrde

Byrden av en sykdom eller en skade i en befolkning kan beregnes gjennom dens påvirkning på dødelighet og helsetap, hvor mange den rammer, alderen på de som rammes, og hvor lenge den varer. Sykdomsbyrdeberegninger gir en helhetlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen.<sup>13</sup> Det gjør det mulig å sammenligne hvordan dødelige og ikke-dødelige sykdommer, skader og risikofaktorer påvirker sykdomsbyrden i ulike befolkningsgrupper etter kjønn, alder, geografi og over tid. Beregningene gjennomføres av det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet (se omtale i Faktaboks 1 på side 28 ).

Vi har i Oslohelsa prioritert omtale av sykdommer, skader og risikofaktorer som, ifølge de nasjonale sykdomsbyrdeberegningene, har stor betydning for helsa, i alvorlighet eller omfang. Det gjelder så sant data har vært tilgjengelig. Det er foreløpig ikke beregnet sykdomsbyrde på fylkesnivå, men vi antar at hovedmønsteret er det samme i Oslo som i resten av landet, selv om det er en del ulikheter i forekomst. I Tabell 3.1 viser vi hvilke sykdommer som bidrar mest til tapte leveår, helsetap og helsetapsjusterte leveår for kvinner og menn i Norge i 2016. Senere i kapitlet gir vi en nærmere omtale av de enkelte sykdommene.

#### 3.1.1 Tapte leveår

Tabell 3.1 viser at hjerte- og karsykdom, kreft, kols og demens er viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn. Iskemisk hjertesykdom, som omfatter angina pectoris og hjerteinfarkt, fører til flest tapte leveår for begge kjønn. Samtidig utgjør iskemisk hjertesykdom en større andel av de tapte leveårene for menn (16 prosent) enn for kvinner (12 prosent). For menn er dessuten selvmord og psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler, viktige årsaker til tapte leveår. Alzheimers sykdom og annen form for demens utgjør derimot en større andel av de tapte leveårene for kvinner (9 prosent) enn for menn (4 prosent).

<sup>13</sup> Kilder: 1) Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde (2018). Sykdomsbyrden i Norge 2016. Oslo. 2) Tollånes M.C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skibekk, V. & Øverland, S. (2018): Sykdomsbyrden i Norge 2016, Tidsskrift for Den norske legeforening, utgave 15, 2018. Oslo.

### 3.1.2 Ikke-dødelig helsetap

Ikke-dødelig helsetap skyldtes i stor grad muskel- og skjelettlidelser, spesielt smerter i korsrygg og nakke, og psykiske lidelser, særlig angstlidelser og depressive lidelser. For begge kjønn utgjorde nakke- og skuldersmerter rundt 15 prosent av det ikke-dødelige helsetapet. Samtidig er kvinner hardere rammet av depressive lidelser og angstlidelser enn menn. Disse lidelsene utgjorde rundt 12 prosent av helsetapet for kvinner og rundt 8 prosent av helsetapet for menn. Migrene var også en vanligere årsak til helsetap blant kvinner (8 prosent) enn blant menn (4 prosent). For menn var psykisk lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler blant de ti viktigste årsakene til helsetap, for kvinner også andre muskel- og skjelettsykdommer.

### 3.1.3 Helsetapsjusterte leveår

Samlemålet på sykdomsbyrde er helsetapsjusterte leveår. De viktigste årsakene til helsetapsjusterte leveår var i stor grad like for kvinner og menn. Syv av de ti viktigste sykdomsgruppene var felles (iskemisk hjertesykdom, korsrygg- og nakkesmerter, kreft i luftrør, bronkie og lunge, sykdommer i hud og underhud, karsykdom i hjernen, sykdommer i sanseorgan og Alzheimers sykdom og andre former for demens). Hos kvinner var også migrene, angst og depresjon blant de viktigste årsakene til helsetapsjustert leveår, mens hos menn var ruslidelser, fallskader og kols blant dem.

### 3.1.4 Endring av sykdomsbyrden over tid

Som følge av befolkningsvekst og aldring, var det i Norge i perioden 2006–2016 totalt sett en økning i absolutt sykdomsbyrde målt i antall helsetapsjusterte leveår.<sup>14</sup> Det var gjennomgående en økning i det absolutte ikke-dødelige helsetapet, mens de tilhørende aldersjusterte ratene<sup>15</sup> i hovedsak var stabile. Unntakene var en nedgang i aldersjusterte rater for psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler for menn, og andre muskel- og skjelettsykdommer for kvinner. Den samme studien viser også at Alzheimers sykdom og annen demens hos menn er årsak til en betydelig prosentvis økning i antall tapte leveår fra 2006 til 2016. For hjerte- og karsykdom var imidlertid antall tapte leveår synkende. Det samme gjaldt de aldersjusterte ratene. Nedgangen i tapte leveår, målt som endring i de aldersjusterte ratene, var også tydelig når det gjaldt lungekreft og kols og selvmord for menn, og brystkreft og nedre luftveisinfectionsjoner for kvinner.

<sup>14</sup> Tollånes M.C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skibekk, V. & Øverland, S. (2018): Sykdomsbyrden i Norge 2016. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, utgave 15, 2018. Oslo.

<sup>15</sup> Ratene er målt i antall per 100 000 og justert for alderssammensetning. Demografiske endringer i befolkningen, som befolkningsvekst og aldring, blir tatt hensyn til ved bruk av aldersjusterte rater. En økning i det absolutte ikke-dødelige helsetapet i kombinasjon med en konstant aldersjustert rate tyder på at den absolutte økningen kan forklares av befolkningsvekst og/eller aldring, ikke at befolkningen generelt har blitt sykere.

Tabell 3.1 Sykdomsbyrde i Norge 2016. De ti viktigste årsakene til tapte leveår, ikke-dødelig helsetap og helsetapsjusterte leveår etter kjønn. Andel av tapet i prosent i parentes.

|    | Menn                                                             |                                                                  |                                                                  | Kvinner                                            |                                             |                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|    | Tapte leveår                                                     | Ikke-dødelig helsetap                                            | Helsetaps-justerte leveår                                        | Tapte leveår                                       | Ikke-dødelig helsetap                       | Helsetaps-justerte leveår                          |
| 1  | Iskemisk hjertesykdom (15,6 %)                                   | Korsrygg- og nakkesmerter (15,1 %)                               | Iskemisk hjertesykdom (9,0 %)                                    | Iskemisk hjertesykdom (11,8 %)                     | Korsrygg- og nakkesmerter (15,9 %)          | Korsrygg- og nakkesmerter (9,1 %)                  |
| 2  | Kreft i luftrør, bronkie og lunge (7,0 %)                        | Sykdommer i hud og underhud (7,4 %)                              | Korsrygg- og nakke-smerter (7,2 %)                               | Alzheimers sykdom og annen form for demens (9,0 %) | Sykdommer i hud og underhud (8,1 %)         | Iskemisk hjertesykdom (5,6 %)                      |
| 3  | Tilsiktet egenskade (selvmord) (5,2 %)                           | Sykdommer i sanseorgan (6,2 %)                                   | Kreft i luftrør, bronkie og lunge (3,7 %)                        | Kreft i luftrør, bronkie og lunge (7,1 %)          | Migrene (7,7 %)                             | Alzheimers sykdom og annen form for demens (4,9 %) |
| 4  | Karsykdom i hjernen (4,7 %)                                      | Depressive lidelser (4,6 %)                                      | Sykdommer i hud og underhud (3,6 %)                              | Karsykdom i hjernen (5,9 %)                        | Depressive lidelser (6,4 %)                 | Sykdommer i hud og underhud (4,7 %)                |
| 5  | Kols (4,4 %)                                                     | Fallskader (4,4 %)                                               | Karsykdom i hjernen (3,4 %)                                      | Brystkreft (5,7 %)                                 | Angst-lidelser (5,9 %)                      | Migrene (4,4 %)                                    |
| 6  | Tykk- og endetarms-kreft (4,4 %)                                 | Migrene (4,1 %)                                                  | Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler (3,2 %) | Kols (5,6 %)                                       | Sykdommer i sanseorgan (5,6 %)              | Karsykdom i hjernen (3,7 %)                        |
| 7  | Alzheimers sykdom og annen form for demens (4,3 %)               | Diabetes mellitus (4,0 %)                                        | Kols (3,2 %)                                                     | Tykk- og endetarms-kreft (4,9 %)                   | Fallskader (3,9 %)                          | Depressive lidelser (3,7 %)                        |
| 8  | Prostatakreft (4,2 %)                                            | Angstlidelser (3,8 %)                                            | Fallskader (3,0 %)                                               | Eggstokkreft (2,8 %)                               | Tann- og munn-sykdommer (3,8 %)             | Angstlidelser (3,4 %)                              |
| 9  | Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler (3,4 %) | Tann- og munn-sykdommer (3,7 %)                                  | Sykdommer i sanseorgan (3,0 %)                                   | Nedre luftveis-infeksjoner (2,6 %)                 | Andre muskel- og skjelett-sykdommer (2,9 %) | Sykdommer i sanseorgan (3,2 %)                     |
| 10 | Nedre luftveis-infeksjoner (2,4 %)                               | Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler (3,0 %) | Alzheimers sykdom og annen form for demens (2,8 %)               | Kreft i bukspyttkjertel (2,5 %)                    | Diabetes mellitus (2,9 %)                   | Kreft i luftrør, bronkie og lunge (3,1 %)          |

Kilde: Tollånes M.C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skibekk, V. & Øverland, S. (2018): Sykdomsbyrden i Norge 2016, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, utgave 15, 2018. Oslo.

### 3.1.5 Risikofaktorer

Sykdomsbyrdeanalyser inkluderer beregninger av hvor stor del av sykdomsbyrden som kan tilskrives potensielt modifiserbare risikofaktorer. Risikofaktorlisten deles inn i tre hovedgrupper: miljø- og yrkesfaktorer, atferdsfaktorer og metabolske faktorer.<sup>16</sup> Som vist i Tabell 3.2, kan rundt en tredel av dødsfallene tilskrives atferdsfaktorer. Innenfor atferdsfaktorer var spesielt usunt kosthold, tobakksrøyk, bruk av alkohol og illegale rusmidler og lav fysisk aktivitet viktige. En tilsvarende høy andel av dødsfallene kunne tilskrives metabolske faktorer som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, høyt fastende blodsukker, høy kroppsmasseindeks (KMI) og nedsatt nyrefunksjon.

Tabell 3.2 Antall og andel (prosent) av sykdomsbyrden i Norge i 2016 som kan tilskrives hovedgruppene av risikofaktorer.

|                                       | Dødsfall |           | Tapte leveår |           | Ikke-dødelig helsetap |           | Helsetapsjusterte leveår |           |
|---------------------------------------|----------|-----------|--------------|-----------|-----------------------|-----------|--------------------------|-----------|
|                                       | Antall   | Andel (%) | Antall       | Andel (%) | Antall                | Andel (%) | Antall                   | Andel (%) |
| Total sykdomsbyrde                    | 41872    | 100       | 578517       | 100       | 633855                | 100       | 1212373                  | 100       |
| Fysiske miljøfaktorer / yrkesfaktorer | 2589     | 6,2       | 40311        | 7         | 24685                 | 3,9       | 64996                    | 5,4       |
| Atferdsfaktorer                       | 14473    | 34,6      | 223204       | 38,6      | 73708                 | 11,6      | 296912                   | 24,5      |
| Metabolske risikofaktorer             | 13297    | 31,8      | 148338       | 25,6      | 72953                 | 11,5      | 221291                   | 18,3      |

Kilde: Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016*. Oslo.

Atferdsfaktorer forklarte til sammen rundt en tredel av sykdomsbyrden gjennom tapte leveår, i overkant av en tidel av sykdomsbyrden gjennom ikke-dødelig helsetap, og rundt en firedel av antall helsetapsjusterte leveår. Bidragene fra metabolske faktorer var også betydelige. Disse faktorene bidro til en firedel av tapte leveår, i overkant av en tidel av helsetapet og i underkant av en femdel av helsetapsjusterte leveår. En stor andel av sykdomsbyrden kunne dermed vært unngått, dersom disse risikofaktorene var redusert til et minimumsnivå. Beregningene illustrerer derfor potensialet i folkehelsearbeidet.

<sup>16</sup> Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016*. Oslo.

### **Faktaboks 1 Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet «Global burden of disease» (GBD)**

GBD er det ledende verktøyet for systematisk og vitenskapelig å tallfeste helsetap og død fra sykdommer, skader og risikofaktorer. Tallene fordeles etter alder, kjønn, geografisk område og over tid. Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet bidrar med data og evaluerer norske datakilder og resultater. Sentrale mål på sykdomsbyrde i GBD-prosjektet er (engelsk i parentes):

**Tapte leveår** (Years of Life Lost – YLL): Gjenstående forventet levetid når dødsfallet skjer. Hentes fra en referansetabell for dødelighet etter de laveste observerte dødelighetsratene globalt, lik for menn og kvinner.

**Ikke-dødelig helsetap** (Years Lived with Disability – YLD): Mål på sykkelighet i befolkningen. Beregnes ved å multiplisere forekomst av sykdommer, skader og følgetilstander med tilhørende alvorlighetsvekter. Alvorlighetsvektene er en kvantifisering av helsetap ved ulike helsetilstander, som tar utgangspunkt i resultater fra spørreundersøkelser i den generelle befolkningen.

**Helsetapsjusterte leveår** (Disability Adjusted Life Years – DALY): Samlemål for sykdomsbyrde. Summen av tapte leveår og helsetap.

Kilder:

Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrdeanalyser--bakgrunn-og-formal/#det-internasjonale-sykdomsbyrdeprosjektet>. Oppdatert 16.11.2018

Tollånes M.C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skibekk, V. & Øverland, S. (2018): Sykdomsbyrden i Norge 2016, Tidsskrift for Den norske legeforening, utgave 15, 2018. Oslo..

GBD-metoden er nærmere omtalt i:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>

Se også: <http://healthdata.org/norway>

## 3.2 Forventet levealder

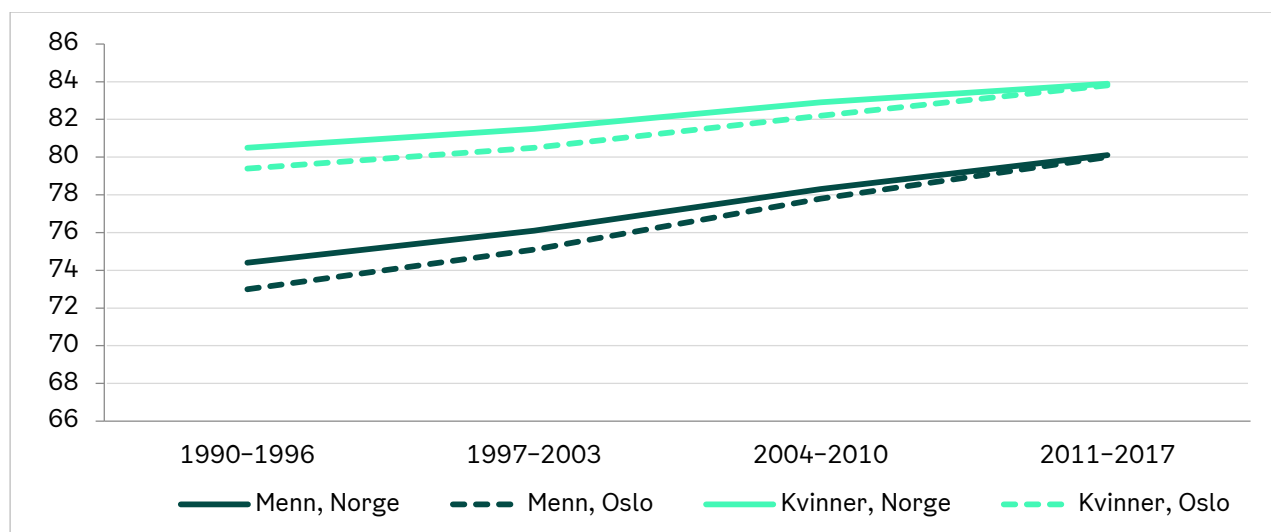
Forventet levealder (ved fødsel) beregnes ut fra de aldersavhengige dødssannsynlighetene i perioden. Det er et vanlig brukt mål for å oppsummere dødeligheten ved alle aldre i ett enkelt tall, og gir et mål på hvor lenge en person kan forvente å leve gitt at denne personen gjennom hele sitt liv, helt hypotetisk, levde under de dødelighetsforhold som gjelder i dag.

Det er viktig å merke seg at forventet levealder er et mål på nåtidens dødelighet, og vil være en dårlig prognose for hvor lenge en nyfødt faktisk vil leve. Han/hun vil leve sitt liv inn i framtiden, der dødeligheten trolig vil ha endret seg fra dagens situasjon.

### 3.2.1 Forventet levealder i Oslo

Forventet levealder ved fødsel for menn i Oslo var 80 år, mens den for kvinner var 84 år i perioden 2011–2017 (se Figur 3.1). Kjønnforskjellene har blitt mindre med årene. I perioden 1990–1996, var forventet levealder for kvinner i Oslo 6,4 år lenger enn for menn, mens den nå er 3,8 år lenger. Historisk sett har befolkningen i Oslo hatt lavere forventet levealder enn resten av landet, så langt tilbake som det finnes registre. Men i perioden 1990–2017 har forventet levealder ved fødsel økt mer i Oslo enn i hele landet samlet. Dermed kan folk i Oslo, ut fra dagens dødelighetsrater, forvente å leve like lenge som hele landet i gjennomsnitt.

Figur 3.1 Forventet levealder ved fødsel etter kjønn, bosted (Oslo og Norge) og tidsperiode

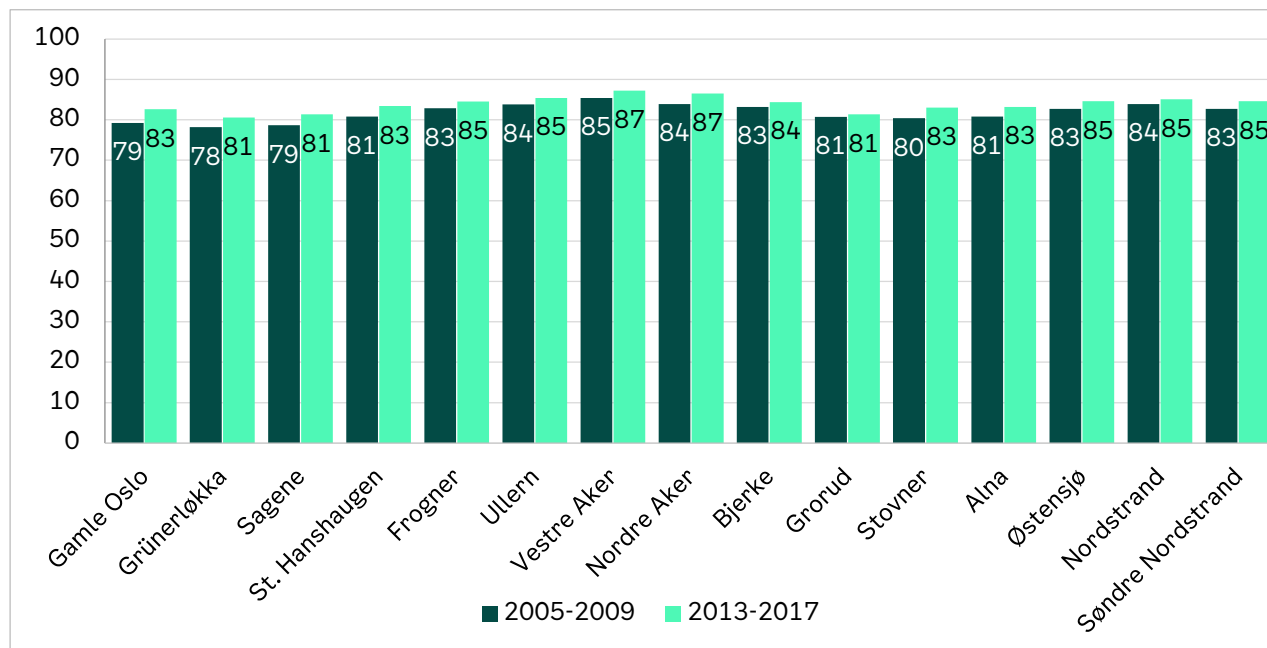


Kilde: [Norgeshelsa](#)

### 3.2.2 Store, men minkende bydelsforskjeller

Gjennomsnittstallene for hele Oslo skjuler store bydelsforskjeller. Forventet levealder ved fødsel var for kvinner i perioden 2013–2017 høyest i bydelene Vestre Aker og Nordre Aker med 87 år. Lavest forventet levealder for kvinner var i bydelene Grünerløkka, Grorud og Sagene med 81 år (se Figur 3.2).

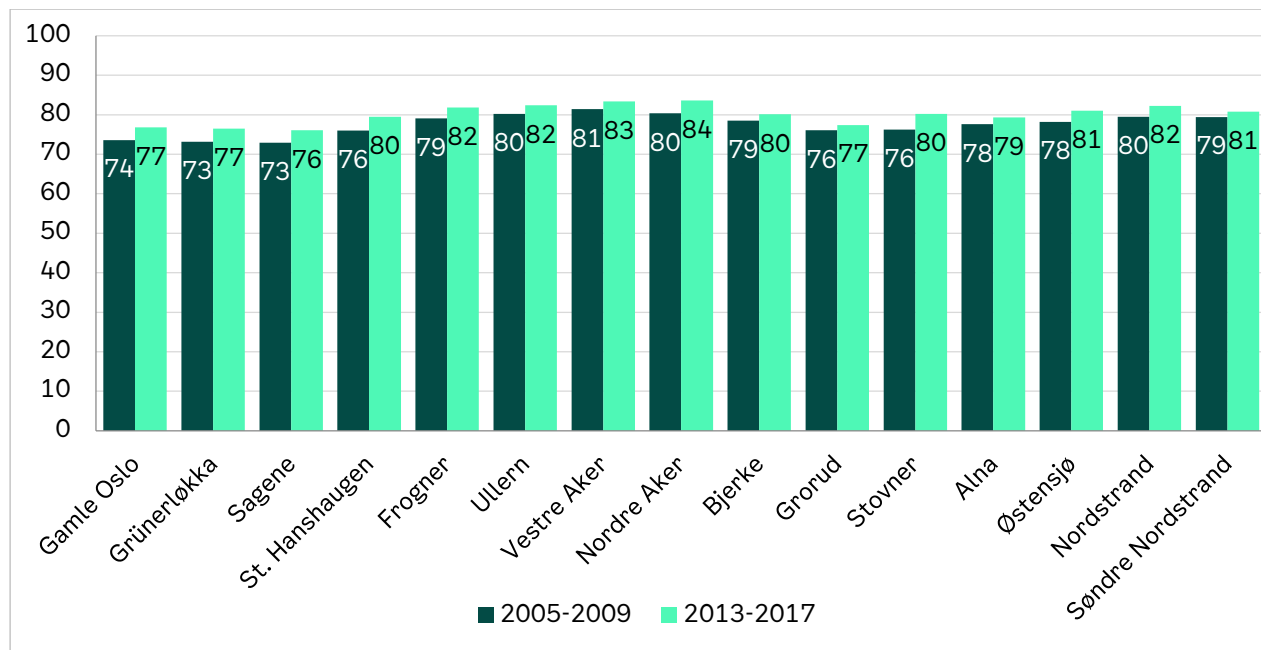
Figur 3.2 Forventet levealder ved fødsel, kvinner i Oslo, etter bydel og tidsperiode



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank. Forventet levealder etter kjønn og alder (B)

For alle bydelene i Oslo har menn lavere forventet levealder enn kvinner. De bydelene der menn har høyest forventet levealder er Bydel Nordre Aker (84 år) og Bydel Vestre Aker (83 år). Bydelene med lavest forventet levealder er bydelene Sagene (76 år), Grünerløkka (77 år), Gamle Oslo (77 år) og Grorud (77 år), se Figur 3.3.

Figur 3.3 Forventet levealder ved fødsel, menn i Oslo, etter bydel og tidsperiode



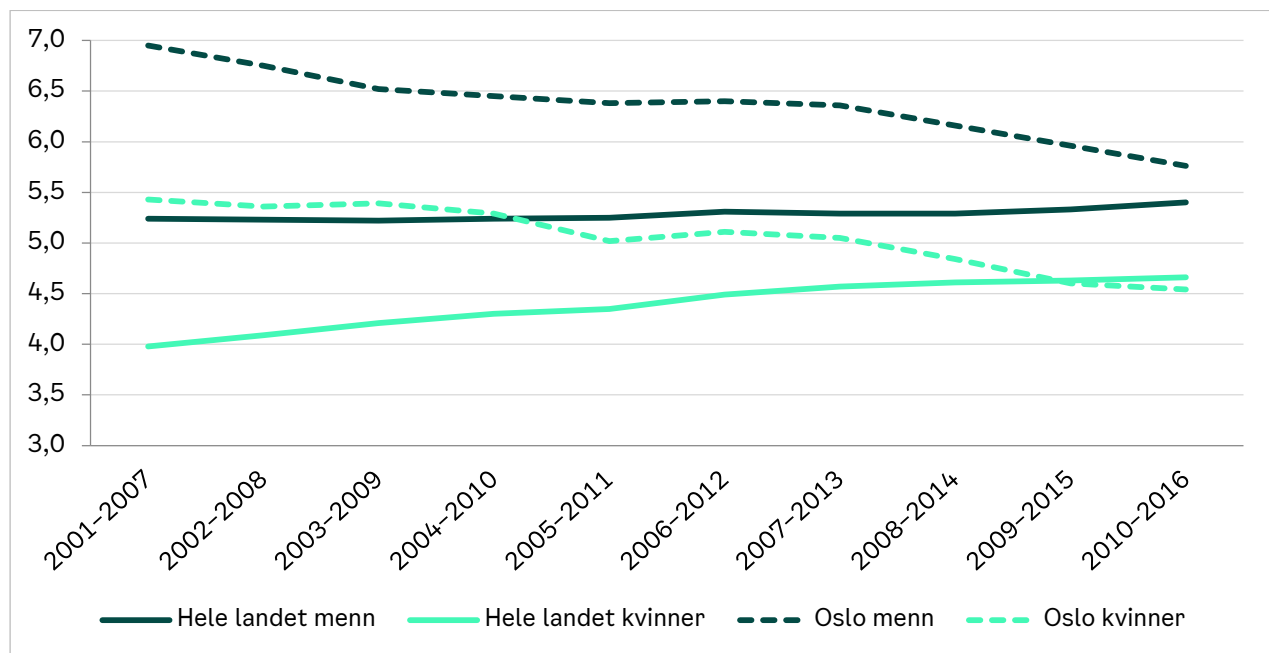
Kilde: Oslo kommunes statistikkbank. Forventet levealder etter kjønn og alder (B)

Forventet levealder har økt i alle bydeler fra 2005 til 2017. Forskjellene i antall leveår mellom bydeler med høyest og lavest levealder har minket med om lag ett år for begge kjønn i samme periode.

### 3.2.3 Dødelighet etter utdanningsnivå

Det er store sosiale forskjeller i dødelighet i Norge, der personer med høyere inntekt, utdanning og posisjon i arbeidslivet gjennomgående har lavest dødelighet. En måte disse forskjellene kommer til uttrykk på, er forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper for personer over fylte 30 år (der de fleste er ferdig med utdanningsløpet). Indikatoren viser antall år forskjell i forventet levealder mellom den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning og den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. For landet har forskjellen vært svakt økende for begge kjønn, men noe høyere for kvinner (se Figur 3.4). I Oslo er forskjellen nedadgående, selv om den for menn fortsatt er høyere enn i landet som helhet. For kvinner er forskjellen mellom utdanningsgruppene lik forskjellen for landet som helhet. Hvis trenden for menn fortsetter, vil også forskjellen mellom landet og Oslo være borte i løpet av få år.

Figur 3.4 Forskjell mellom forventet levealder mellom to utdanningsgrupper. Oslo og Norge

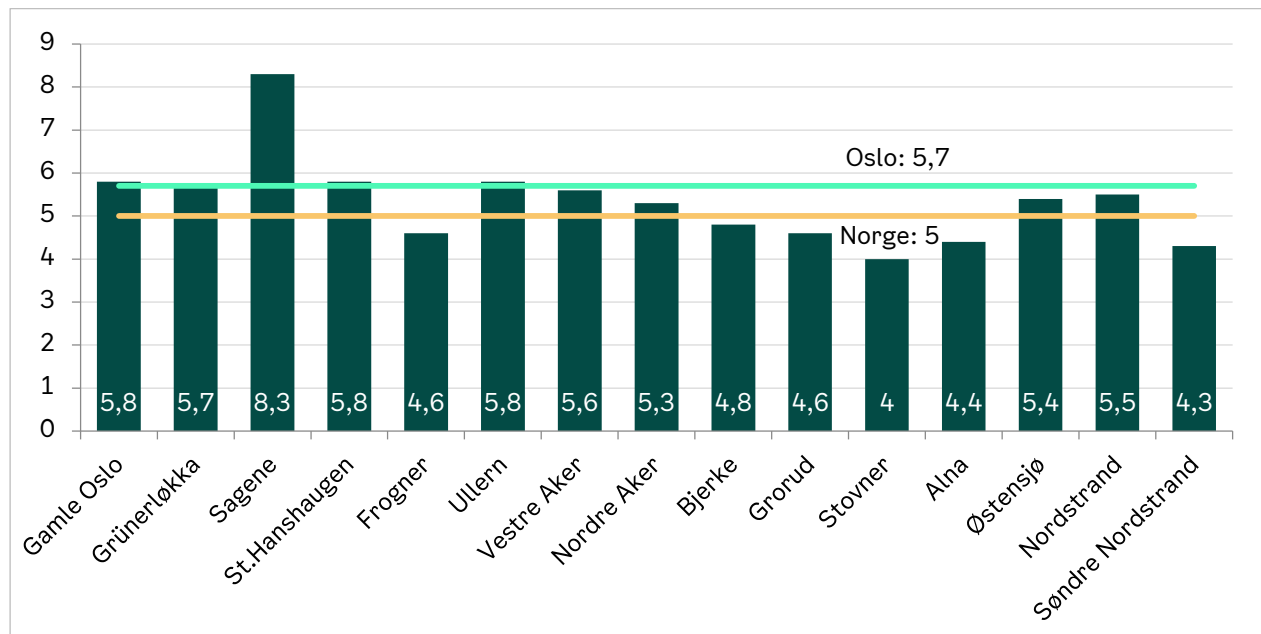


Kilde: Folkehelseinstituttet. Norgeshelsa statistikkbank. Forventet levealder, forskjell mellom to utdanningsgrupper (LF) – antall leveår forskjell

Figur 3.5 viser at antall år forskjell i levealder mellom de med høyest og lavest fullførte utdanning er høyere i Oslo (5,7 prosent) enn i Norge som helhet (5 prosent), men at det er store forskjeller mellom bydelene i hvor stort dette gapet er. Utdanningsforskjellene i forventet levealder er lavere enn gjennomsnittet for Norge i bydelene i Groruddalen, i Bydel Søndre Nordstrand og i Bydel Frogner. Forskjellen er klart størst i Bydel Sagene. Den store forskjellen i

Bydel Sagene trekker opp gjennomsnittet for utdanningsforskjellene i forventet levealder for hele Oslo.

Figur 3.5 Forskjell i forventet levealder (antall år) mellom de med kun grunnskoleutdanning og de med videregående eller høyere utdanning. Bydel. 2002–2016

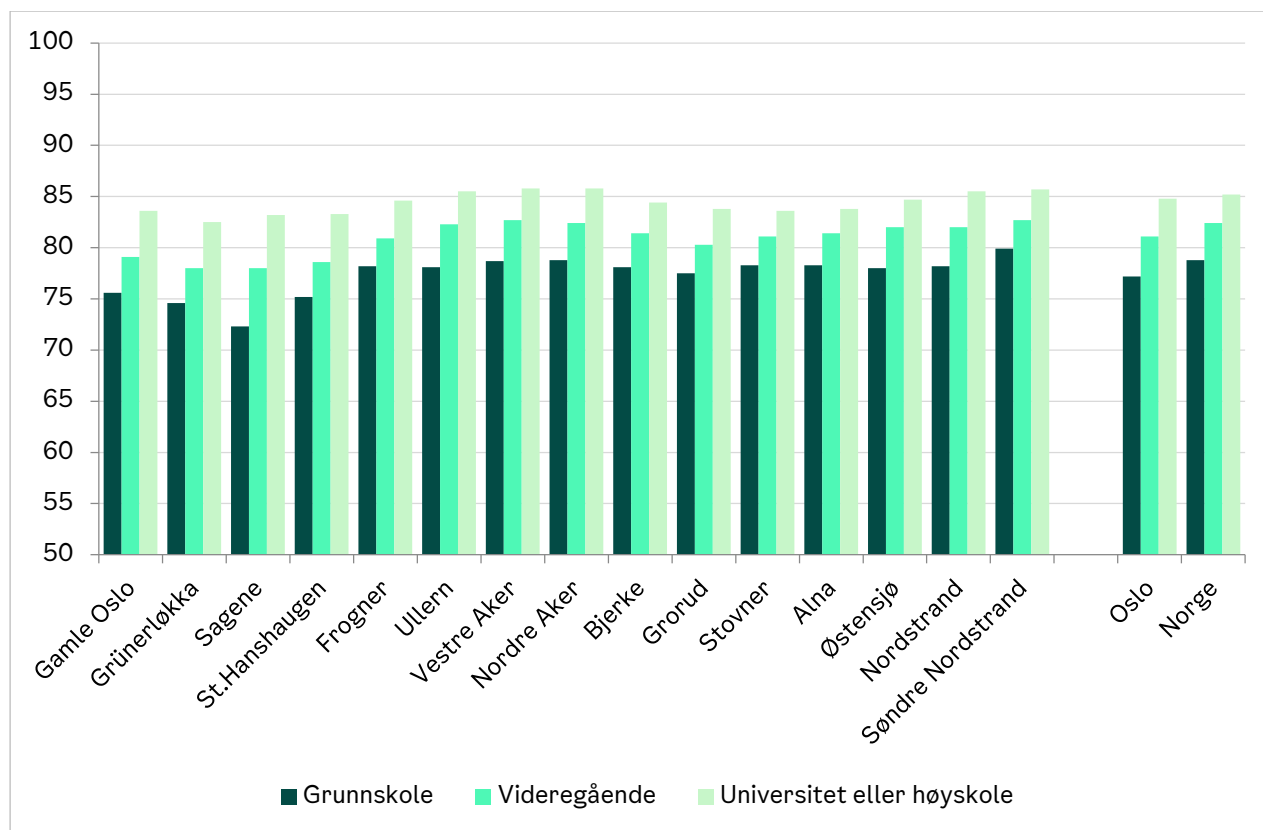


Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

For å undersøke ulikheter i utdanningsforskjellene i forventet levealder mellom de ulike bydelene nærmere, er det nødvendig å ikke bare se på forskjellene, men også på hva den forventede levealderen faktisk er for de ulike utdanningsgruppene i forskjellige bydeler (Figur 3.6).

Forskjellene kan skapes både av at de med lav utdanning i en bydel har lavere forventet levealder enn i andre bydeler, og av at de med høy utdanning i en bydel har høyere forventet levealder enn de med høy utdanning ellers.

Figur 3.6 Forventet levealder ved fødsel etter høyeste fullførte utdanning. Bydel. 2002–2016.  
Avkortet y-akse



Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

Figur 3.6 viser at de som har lav utdanning i Bydel Sagene også har lavest forventet levealder av de lavt utdannede i resten av byen. Dette bidrar til den store forskjellen i antall leveår mellom utdanningsgruppene i Bydel Sagene. En person med kun grunnskoleutdanning som bor i Bydel Sagene har en forventet levealder på 72 år, mens for Oslo som helhet er forventet levealder for en person med grunnskoleutdanning 77 år. Sagene er også en bydel med høy andel kommunale boliger, der det kan være opphopning av ulike levekårsproblemer. Samtidig har Sagene også blitt en bydel med høyt utdanningsnivå, men forventet levealder blant personer med høy utdanning i Sagene er lavere enn den er i de fleste andre bydeler.

I den andre enden av skalaen har personer i Bydel Søndre Nordstrand høyere forventet levealder enn personene i andre bydeler, når vi ser på hver utdanningsgruppe for seg. En person med høy utdanning i Bydel Søndre Nordstrand kan forvente å leve i gjennomsnitt tre år lenger enn en person med høy utdanning i bydelene Sagene, Grünerløkka eller St. Hanshaugen. Og en person med lav utdanning i Bydel Søndre Nordstrand kan forvente å leve 8 år lenger enn en person med lav utdanning i Bydel Sagene. Nevnte bydeler i Oslo indre øst har lavere forventet levealder enn andre bydeler både for personer med lav og høy utdanning.

Det er altså reelle forskjeller i forventet levealder mellom bydelene, som kan henge sammen med lokalmiljøet og andre kjennetegn ved lokalbefolkningen enn dens utdanningsnivå.

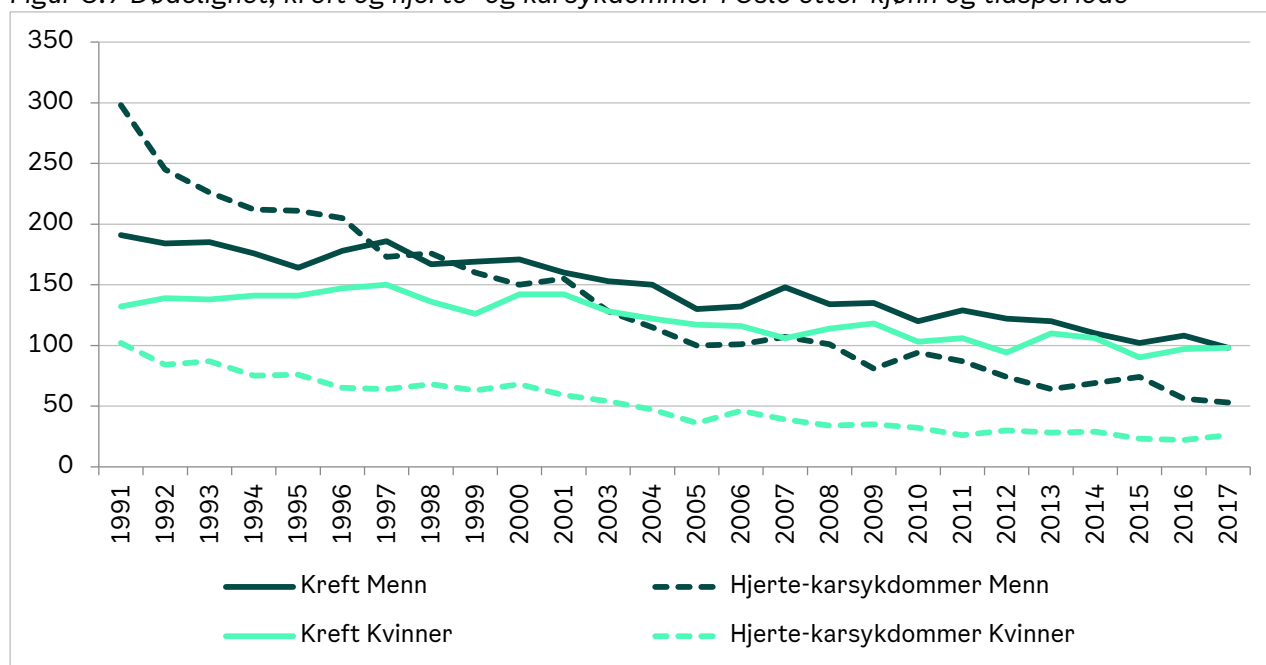
### 3.2.4 Dødelighet og dødsårsaker

Når det gjelder årsakspesifikk dødelighet for perioden 1991–2017, ser vi en nedgang i dødeligheten hos begge kjønn, ved både kreft- og hjerte- og karsykdommer. Hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken for menn og den nest vanligste for kvinner i Oslo. Nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdommer er størst blant menn. I 1990 var hjerte- og karrelatert dødelighet blant menn adskillig høyere enn dødeligheten knyttet til kreft. I dette året døde henholdsvis 298 og 191 av 100 000 menn mellom 0 og 74 år av hjerte- og karsykdommer og kreft. I 2017 var tilsvarende rater redusert til henholdsvis 53 og 98.

Kvinner har hatt en betydelig lavere dødelighet av hjerte- og karsykdommer enn menn, men også hos kvinner er dødeligheten redusert. Fra 1991 til 2017 gikk dødeligheten av hjerte- karsykdommer hos kvinner ned fra 102 til 26 per 1000 (se Figur 3.7). Kreft er den sykdommen som samlet sett tar flest liv i Oslo. Dødeligheten av kreft har vært relativt stabil grunnet høyere overlevelse, selv om flere får kreft ettersom den eldre befolkningen øker. Blant både menn og kvinner i Oslo er det lungekreft som tar flest liv, men for begge kjønn har dødeligheten av denne kreftformen avtatt de siste årene. For kvinner er brystkreft den sykdommen som fører til flest dødsfall etter lungekreft og deretter tykktarmskreft. Prostata og tykktarmskreft bidrar til omtrent like stor dødelighet hos menn og er den nest hyppigste kreftrelaterte døds årsak.

Oslo skiller seg i liten grad fra Norge under ett med hensyn til kreftrelaterte årsaker.

Figur 3.7 Dødelighet, kreft og hjerte- og karsykdommer i Oslo etter kjønn og tidsperiode



Kilde: Norgeshelsa, Folkehelseinstituttet

### 3.3 Egenvurdert helse

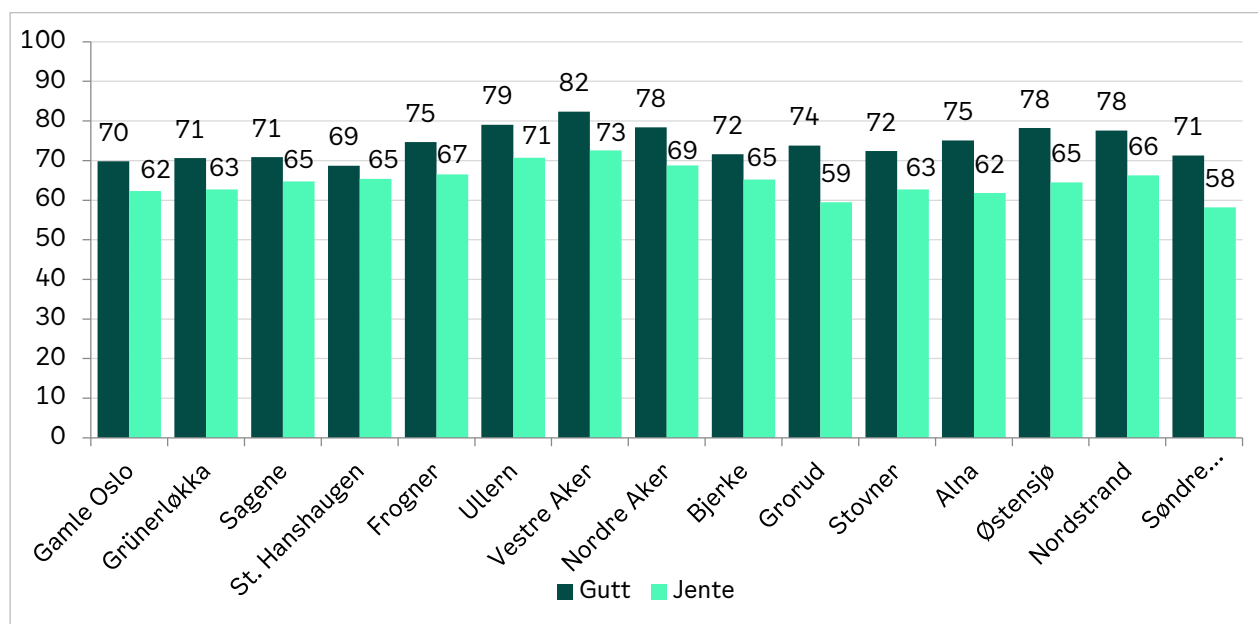
Med egenvurdert helse mener vi både den subjektive helhetsvurderingen av helsetilstanden og mer spesifikke selvrapporterte helseplager og funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen. Egenvurdert helse favner både fysisk og psykisk helse. Den fysiske helsa påvirker den psykiske, og omvendt. Subjektive vurdering av egen helse sier noe om den enkeltes opplevelse av mestring, trivsel og livskvalitet i hverdagen, og gir en annen type informasjon enn hva en diagnose gir.

#### 3.3.1 Egenvurdert helse blant unge

Helse handler ikke bare om fravær av sykdom, men i like stor grad om fysisk, psykisk og sosialt velvære. Unge er sjeldnere syke enn voksne, men har likefullt en helse som kan oppleves som alt fra god til dårlig. I tillegg legges ofte grunnlaget for framtidig helse i ungdomstiden. Derfor er de unges vurdering av egen helsetilstand viktig å fange opp. Til å måle helse og trivsel blant ungdom er egenvurdert generell helse godt egnet, men også indikatorer på egenrapporterte plager som for eksempel hodepine, magesmerter, nakke- eller skuldersmerter. Slike plager kan også være uttrykk for stress og psykososiale vansker. Se avsnitt om mobbing (7.4 Sosialt miljø blant unge) og avsnitt om psykisk helse blant barn og unge (3.5 Psykiske plager og lidelser) for mer omtale.

Syv av ti ungdommer i Oslo svarte i 2018 at de var litt fornøyd eller svært fornøyd med helsa si.<sup>17</sup> Gutter er i gjennomsnitt mer fornøyd med sin helse enn med jenter i samtlige bydeler (Figur 3.8). I tillegg skårer de vestlige bydelene, sammen med Bydel Østensjø, noe høyere enn bydelene i Groruddalen og indre øst.

Figur 3.8 Andel ungdommer fra 8. trinn til Vg3 som er litt eller svært fornøyd med sin egen helse. Fordelt på bydel og kjønn. 2018



Kilde: Ung i Oslo-undersøkelsen, 2018

<sup>17</sup> Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA

Selv om de aller fleste ungdommene er fornøyd med helsa si, svarer 17 prosent av ungdommene at de ikke fornøyd med helsa si, og 15 prosent sliter daglig med en eller annen form for fysisk helseplage. De mest utbredte fysiske plagene er hodepine, magevondt og smerter i nakke og skulder. Det er flere jenter enn gutter som oppgir at de har ulike plager. Mens ti prosent av guttene har hatt daglige fysiske plager, gjelder dette 21 prosent av jentene. For begge kjønn øker andelen gjennom årene på ungdomsskolen for deretter å flate ut i 16–17-årsalderen.

31 prosent av ungdommene svarte at de hadde hatt enten nakke- og skuldresmerter, ledd- og muskelsmerter eller begge deler mange ganger eller daglig siste måned. Det er fire prosent høyere enn i 2015. Jenter rapporterte om mer muskel- og skjelettplager enn gutter i 2018, henholdsvis 38 og 22 prosent hadde slike plager mange ganger eller daglig siste måned.

25 prosent av elevene ved 8. trinn svarte at de har hatt muskel- og skjelettplager mange ganger eller daglig siste måned, mens 32 prosent av elevene ved Vg3 svarte det samme.

### 3.3.2 Egenvurdert helse blant voksne

I levekårsundersøkelsen om helse fra 2015 oppgir om lag 80 prosent at de har svært god eller god helse, mens syv prosent svarer at helsa er dårlig eller svært dårlig. Kvinner oppgir oftere enn menn at de har helseplager. Mens åtte prosent av kvinnene svarer at de har dårlig eller svært dårlig helse, svarte fem prosent av mennene det samme. Seks prosent av kvinnene oppgir at de har sykdom som skaper store problemer med å utføre hverdagsaktiviteter, mens det gjelder fire prosent av mennene. Samtidig er andelen med langvarig sykdom eller helseproblemer også høyere blant kvinner (36 prosent) enn blant menn (26 prosent). Tallene gjelder for Oslo og skiller seg ikke i vesentlig grad fra tilsvarende tall for Norge som helhet.<sup>18</sup>

## 3.4 Livskvalitet

Livskvalitetsbegrepet er en standard for måling av hvordan livet oppleves og beskrives av befolkningen, som brukes på tvers av samfunnssektorer og faglige skillelinjer. Livskvalitet handler om hvordan vi har det. Subjektiv livskvalitet omhandler hvordan livet oppleves for den enkelte, og overlapper særlig med psykisk helse. Objektiv livskvalitet omhandler sentrale sider ved livssituasjonen, som egenvurdert helse, levevaner, miljø, sosiale forhold og andre kjennetegn ved befolkningen.<sup>19</sup> Disse forholdene tas opp i egne kapitler og avsnitt. Mens subjektiv livskvalitet måles gjennom evaluerende spørsmål, er spørsmål om objektiv livskvalitet av beskrivende art. Det er viktig å se subjektiv og objektiv livskvalitet i sammenheng for å kunne målrette den forebyggende innsatsen.

I det følgende ser vi nærmere på den subjektive livskvaliteten. Den berører både de positive og de negative aspektene ved den psykiske helsa, og dreier seg blant annet om tilfredshet, velvære,

<sup>18</sup> Tallene er hentet fra tabell 11231 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank

<sup>19</sup> Helsedirektoratet (2018): *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. Oslo: Helsedirektoratet

tilhørighet, autonomi, mestring og mening. Psykiske plager og lidelser omtales nærmere i avsnitt 3.5.

Tallmaterialet til delkapitlet er hentet fra levekårsundersøkelsene EU-SILC 2017<sup>20,21</sup> og 2018<sup>22</sup>. Tallene gjelder for Oslo og Norge som helhet, fra alderen 16 år og oppover.<sup>23</sup>

### 3.4.1 Generell tilfredshet og opplevelse av mening

Levekårsundersøkelsen viser at litt over en tredjedel av befolkningen i Oslo har en høy grad av tilfredshet med livet (35 prosent). Det er en noe lavere andel enn i Norge som helhet (40 prosent). Oslo har også en høyere andel med lav tilfredshet (14 prosent) enn landet for øvrig (10 prosent).<sup>24</sup> På spørsmålet om livet oppleves som meningsfullt<sup>25</sup> er det samme resultatet i Oslo og i Norge som helhet.

I Oslo har en høyere andel av kvinnene lav tilfredshet med livet (16 prosent) enn mennene (11 prosent), og andelen er også en høyere enn for kvinner ellers i Norge (11 prosent). Kvinner i Oslo opplever oftere livet som lite meningsfullt enn kvinner ellers i Norge (henholdsvis 14 og 9 prosent).

Det er en større andel personer med høy utdanning som er tilfreds med livet og opplever det som meningsfullt enn personer med lavere utdanning. Det gjelder både i Oslo og i landet for øvrig. I Oslo oppgir åtte prosent av de med høyere utdanning lav tilfredshet med livet, mens i Oslos øvrige befolkning er andelen 20 prosent. Om lag den samme svarfordelingen gjelder for spørsmålet om livet oppleves som meningsfullt.

Tallmaterialet tyder på at en betydelig høyere andel unge (16–24 år) opplever livet som lite meningsfullt enn Oslos øvrige befolkning (henholdsvis 21 og 11 prosent). Denne forskjellen ses også på landsbasis, men i mindre grad. Tilsvarende andeler for Norge som helhet var henholdsvis 14 prosent i gruppen 16–24 år og i underkant av 10 prosent i den øvrige befolkningen.

Samtidig er det vanligere blant Osoulungdom i alderen 16–24 år å være lite tilfredse med livet (16 prosent) enn for ungdom i resten av landet (10 prosent). Til sammenligning viser tall fra Ung i

<sup>20</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levkarsundersokelsen-eu-silc-2017.tema-friluftsliv-organisasjonsaktivitet-politisk-deltakelse-og-sosialt-nettverk>. Hentet 24.03.2020.

<sup>21</sup> Tall som er fra 2017 er markert med fotnote i tabellene.

<sup>22</sup> <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levkarsundersokelsen-eu-silc-2018.tema-boforhold-utsatthet-og-uro-for-lovbrudd>. Hentet 24.03.2020.

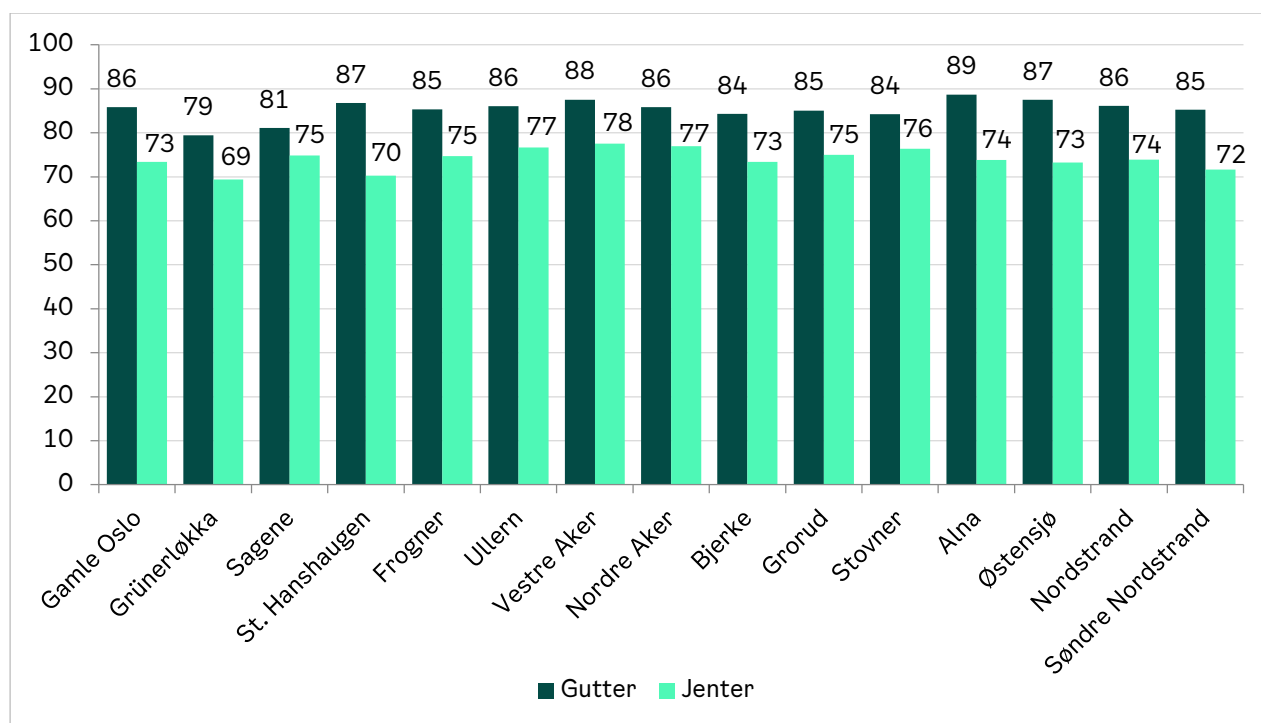
<sup>23</sup> Sammenligninger av utvalg mellom geografiske områder må tolkes med varsomhet. Forskjeller kan også i noen tilfeller skyldes tilfeldigheter eller forskjeller i bakenforliggende kjennetegn ved utvalgene vi ikke har oversikt over.

<sup>24</sup> Tilfredshet med livet baseres på et spørsmål om hvor fornøyd man er med livet om dagen. Den intervjuede svarer på en skala fra 0 til 10, der 0 er svært misfornøyd, og 10 er svært fornøyd. Svarene er delt i tre kategorier, etter modell fra det europeiske statistikkbyrået Eurostat: 0-5 er lav, 6-8 er middels og 9 og 10 er høy tilfredshet.

<sup>25</sup> Opplevelse av livet som meningsfullt er basert på et spørsmål om man mener at det man gjør i livet er meningsfullt. Den intervjuede svarer på en skala fra 0 til 10, der 0 er ikke verdifullt og givende i det hele tatt, og 10 er svært verdifullt og givende. Spørsmålet deles inn i tre kategorier: 0-5 er lav, 6-8 er middels og 9 og 10 er høy opplevelse av mening.

Oslo-undersøkelsen 2018 at rundt åtte av ti er fornøyd med livet de lever. Rundt én av ti plasserer seg midt på skalaen, og én av ti oppgir at de lever et dårlig liv.<sup>26</sup> Undersøkelsen viser også at det er forskjeller i tilfredshet med livet etter ungdommens sosioøkonomiske status<sup>27</sup> og etter kjønn. Ungdom som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status, er generelt mer fornøyd med livet sitt enn ungdom fra familier med begrensede ressurser. Gutter er gjennomgående mer tilfreds med livet sitt enn jenter. Dette gjelder for alle bydeler i Oslo (Figur 3.9). Undersøkelsen viser også at ungdommer som har det bra, oftere har et positivt selvbilde.

Figur 3.9 Andel av ungdommer (8. kl. til Vg3) som svarer passer ganske eller svært godt på påstanden om de er fornøyd med hvordan de har det. Bydel. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

### 3.4.2 Tilfredshet med ulike livsområder

Livsområdene som dekkes i undersøkelsene, dreier seg om økonomiske forhold, tilgjengelig fritid og om opplevelsen av forholdet til omgivelsene. Tabell 3.3 viser resultatene av målingene for Oslo og Norge samlet.

<sup>26</sup> Ung i Oslo 2018. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA. Livstilfredsheten ble målt ved at elevene som deltok i spørreundersøkelsen fikk følgende spørsmål: «Nedenfor er det en skala fra 0 til 10. Øverst på skalaen (10) står for det best mulige livet for deg og nederst (0) er det verst mulige livet for deg. Hvor synes du at du står på denne skalaen nå for tiden?». De som krysser av på 6 eller høyere på skalaen anses som tilfreds med livet sitt.

<sup>27</sup> I Ung i Oslo-undersøkelsen brukes flere mål på sosioøkonomisk status. Disse er foreldrenes utdannelse, antall datamaskiner/nettbrett i familien, antall feriereiser siste året, om ungdommene har eget soverom, om familien har bil og antall bøker de har hjemme.

Det er jevnt over liten forskjell mellom Oslo og Norge som helhet når det gjelder tilfredshet med ulike livsområder, med noen unntak. En høyere andel i Oslo er lite tilfredse med sin økonomiske situasjon (20 prosent) enn landet for øvrig (16 prosent). Det er også vanligere i Oslo å være lite fornøyd med fritiden en har til rådighet (24 prosent) enn ellers i landet (19 prosent). Spesielt høy er andelen blant kvinner i Oslo (26 prosent). En lavere andel i Oslo tror også at folk flest vil behandle dem rimelig og rettferdig (57 prosent) enn i Norge som helhet (61 prosent).

Tabell 3.3 Tilfredshet med ulike livsområder. Prosent. 2018

|                                                                        | Oslo | Norge |
|------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| Tilfredshet med sin økonomiske situasjon                               |      |       |
| Svært fornøyd (9–10)                                                   | *29  | 35    |
| Middels fornøyd (6–8)                                                  | 51   | 49    |
| Lite fornøyd (0–5)                                                     | *20  | 16    |
| Tilfredshet med fritiden til rådighet                                  |      |       |
| Svært fornøyd (9–10)                                                   | 33   | 36    |
| Middels fornøyd (6–8)                                                  | 44   | 45    |
| Lite fornøyd (0–5)                                                     | *24  | 19    |
| Tilfredshet med forhold til venner, familie og andre man omgås         |      |       |
| Svært fornøyd (9–10)                                                   | 53   | 56    |
| Middels fornøyd (6–8)                                                  | 40   | 38    |
| Lite fornøyd (0–5)                                                     | 7    | 6     |
| Tillit til andre mennesker <sup>1</sup>                                |      |       |
| Stor tillit (8–10) <sup>1</sup>                                        | 49   | 51    |
| Middels tillit (5–7) <sup>1</sup>                                      | 43   | 41    |
| Liten tillit (0–4) <sup>1</sup>                                        | 8    | 8     |
| Stoler på mennesker man ikke kjenner                                   |      |       |
| I stor grad (8–10)                                                     | 24   | 24    |
| I noen grad (5–7)                                                      | 57   | 56    |
| I liten grad (0–4)                                                     | 19   | 20    |
| Tror at folk flest vil behandle deg rimelig og rettferdig <sup>1</sup> |      |       |
| I stor grad (8–10) <sup>1</sup>                                        | *57  | 61    |
| I noen grad (5–7) <sup>1</sup>                                         | 36   | 34    |
| I liten grad (0–4) <sup>1</sup>                                        | 7    | 6     |
| Følelse av å være ekskludert i samfunnet                               |      |       |
| Lite ekskludert (0–1)                                                  | 64   | 65    |
| Middels ekskludert (2–4)                                               | 21   | 20    |
| Svært ekskludert (5–10)                                                | 14   | 15    |

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2018. Statistisk sentralbyrå

<sup>1</sup>Indikatorer har kilde Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017.

\*Tall for Oslo som er signifikant forskjellig fra tilsvarende tall for Norge (signifikansnivå 0,05).

For alle spørsmålene som gjelder tillit og fellesskapsfølelse, er det et gjennomgående trekk at jo høyere alderen og jo høyere utdanningsnivået er, jo mer tillit har en til omgivelsene og jo mindre ekskludert føler en seg.<sup>28</sup> Resultatet gjelder både for Oslo og Norge som helhet. Utdanning har også noe å si for om man uttrykker lav tilfredshet med sin økonomiske situasjon og forholdet til dem man omgås; sannsynligheten for å være lite tilfreds er høyere jo lavere utdanningsnivået er. Samtidig er det en lavere andel blant dem med høyere utdanning som er svært fornøyd med fritiden de har til rådighet. Det gjelder både for Oslo og Norge som helhet. Det er ingen klar sammenheng mellom alderen til den som svarer og hvor tilfreds en er med dem en omgås. Derimot varierer både tilfredshet med økonomien og med fritiden med alderen til respondenten.

### 3.4.3 Følelser

Tabell 3.4 viser hvor utbredt ulike følelser er etter type, intensitet og tidsramme i Oslo og i Norge som helhet. Denne siden ved den subjektive livskvaliteten omtales i litteraturen som den affektive livskvaliteten. Den dreier seg om tilstedeværelse av positive og negative følelser.

I EU-SILC 2018 stilles respondentene spørsmål om positive og negative følelser med ulik tidsramme. Noen spørsmål gjelder følelser fra gårsdagen, andre gjelder følelser opplevd de siste fire ukene. Jo kortere tidsramme, jo nærmere kommer man de erfarte opplevelsene, mens følelser over lengre tid uttrykker mer gjennomsnittlig affekt og emosjonell legning.<sup>29</sup> Sammenlignet med Norge som helhet, er det gjennomgående vanligere å oppleve negative følelser i Oslo. Mens 27 prosent av Oslos befolkning svarte at de i stor grad opplevde glede dagen før, svarte 33 prosent i Norge som helhet det samme. Samtidig var andelen som i liten grad opplevde glede siste døgn også høyere i Oslo (27 prosent) enn i Norge som helhet (21 prosent). Tilsvarende andeler er om lag de dobbelte om vi måler glede siste fire uker.

Andelen som har vært nervøs hele eller nesten hele tiden siste fire uker var dobbelt så høy i Oslo (6 prosent) som i Norge som helhet (3 prosent). Det samme gjelder andelen som har vært fortvilet og deprimert siste fire uker. Samtidig oppgir også en betydelig lavere andel i Oslo (59 prosent) at de har opplevet ro og harmoni hele eller deler av perioden på fire uker enn i landet for øvrig (68 prosent). I Oslo opplever kvinner gjennomgående oftere negative følelser enn menn. Denne kjønnsforskjellen er jevnt over mindre markant i det nasjonale utvalget. Derimot er følelsen av ensomhet like vanlig blant kvinner som menn.

Det er en tendens til at følelser fra siste fire uker også varierer med alder og utdanningsnivå. Følelsen av å være nervøs, nedfor og trist eller fortvilet og deprimert er vanligere jo yngre den som svarer er, mens opplevelsen av ro og harmoni er vanligere med høyere alder. Derimot er det ingen klar sammenheng mellom ensomhet og alder. Positive følelser er vanligere med økende utdanningsnivå, mens hyppigheten av negative følelser er mindre med økt utdanningsnivå. Det gjelder også følelse av ensomhet. Resultatene gjelder både Oslo og Norge som helhet.

<sup>28</sup> Erfaringsmessig viser det seg at de aller eldste ofte er underrepresentert i slike undersøkelser.

<sup>29</sup> Helsedirektoratet (2018): *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. Oslo: Helsedirektoratet

Tabell 3.4 Ulike typer følelser etter kategori, intensitet og varighet. Prosent. 2018

|                                                | Oslo | Norge |
|------------------------------------------------|------|-------|
| <b>Affektiv livskvalitet – i går</b>           |      |       |
| Glad – i går                                   |      |       |
| I stor grad (9–10)                             | *27  | 33    |
| I noen grad (6–8)                              | 46   | 46    |
| I liten grad (0–5)                             | *27  | 21    |
| Bekymret – i går                               |      |       |
| I stor grad (9–10)                             | 3    | 2     |
| I noen grad (6–8)                              | *10  | 7     |
| I liten grad (0–5)                             | *88  | 91    |
| Trist – i går                                  |      |       |
| I stor grad (9–10)                             | 2    | 2     |
| I noen grad (6–8)                              | *6   | 4     |
| I liten grad (0–5)                             | 93   | 94    |
| <b>Affektiv livskvalitet – siste 4 uker</b>    |      |       |
| Glad – siste 4 uker                            |      |       |
| Nesten hele eller hele tiden (4–5)             | *58  | 66    |
| En del av tiden (3)                            | *30  | 25    |
| Litt av tiden eller ikke i det hele tatt (1–2) | *13  | 9     |
| Veldig nervøs – siste 4 uker                   |      |       |
| Nesten hele eller hele tiden (4–5)             | *6   | 3     |
| En del av tiden (3)                            | *13  | 9     |
| Litt av tiden eller ikke i det hele tatt (1–2) | *81  | 88    |
| Nedfor og trist – siste 4 uker                 |      |       |
| Nesten hele eller hele tiden (4–5)             | *5   | 3     |
| En del av tiden (3)                            | *14  | 10    |
| Litt av tiden eller ikke i det hele tatt (1–2) | *81  | 87    |
| Rolig og harmonisk – siste 4 uker              |      |       |
| Nesten hele eller hele tiden (4–5)             | *59  | 68    |
| En del av tiden (3)                            | *24  | 20    |
| Litt av tiden eller ikke i det hele tatt (1–2) | *17  | 12    |
| Fortvilet og deprimerert – siste 4 uker        |      |       |
| Nesten hele eller hele tiden (4–5)             | *6   | 3     |
| En del av tiden (3)                            | 8    | 7     |
| Litt av tiden eller ikke i det hele tatt (1–2) | *86  | 90    |
| Ensom – siste 4 uker                           |      |       |
| Nesten hele eller hele tiden (4–5)             | 4    | 3     |
| En del av tiden (3)                            | *9   | 7     |
| Litt av tiden eller ikke i det hele tatt (1–2) | *86  | 90    |

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2018. Statistisk sentralbyrå.

\*Tall for Oslo som er signifikant forskjellig fra tall for Norge (signifikansnivå 0,05).

### 3.5 Psykiske plager og lidelser

I forrige folkehelsemelding<sup>30</sup> ble det fastslått at psykisk helse skal likestilles med fysisk helse i folkehelsearbeidet. Arbeidet for å integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet holder fram i ny folkehelsemelding. Kunnskap om forekomst av psykiske plager og lidelser er viktig i folkehelsearbeidet. Psykiske helseutfordringer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen.

Psykisk helse er mer enn fravær av symptomer og plager. I folkehelsearbeidet er det behov for å finne et begrepssett som i større grad peker på positive aspekter ved psykisk helse, det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. WHO og OECD benytter begrepet «well-being» for å beskrive denne tilstanden av positiv fysisk og psykisk helse. I den offisielle oversettelsen av WHO-definisjonen er velvære brukt, men trivsel og livskvalitet brukes også om noen av de samme fenomenene.<sup>31</sup>

Psykiske helseproblemer kan beskrives ut ifra symptomenes art, grad og varighet.<sup>32</sup> Vi skiller mellom psykiske plager og lidelser. Med psykiske plager mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni.

#### 3.5.1 Psykiske plager blant unge

Genetisk disposisjon påvirker risikoen for de fleste psykiske plager hos barn og unge, og spesielt gjelder dette for utviklingsforstyrrelsene. I tillegg påvirkes risikoen av en rekke ulike psykologiske, biologiske og psykososiale faktorer. Det er ikke mulig å forebygge genetisk disposisjon, men mye kan gjøres for å forebygge miljøbetingede risikofaktorer.<sup>33</sup>

De fleste unge rapporterer om god psykisk helse. Samtidig er det en del som har psykiske helseutfordringer, der bekymringer og følelsen av at alt er et slit er de mest utbredte. Det er betydelige kjønnsforskjeller i omfanget av de kartlagte psykiske helseplagene.<sup>34</sup> Videre viser Ung i Oslo-undersøkelsene at det er stadig flere som rapporterer om mange psykiske helseplager.

Fram til 2015 har økningen vært tydeligst hos jentene. Resultatene for 2018 viser for første gang en markant økning også blant guttene. I hvilken grad den økte rapporteringen skyldes en reell økning i andelen som har betydelige psykiske plager og i hvilken grad den reflekterer

<sup>30</sup> St. meld. 19. (2014–2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>31</sup> Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Oslo.

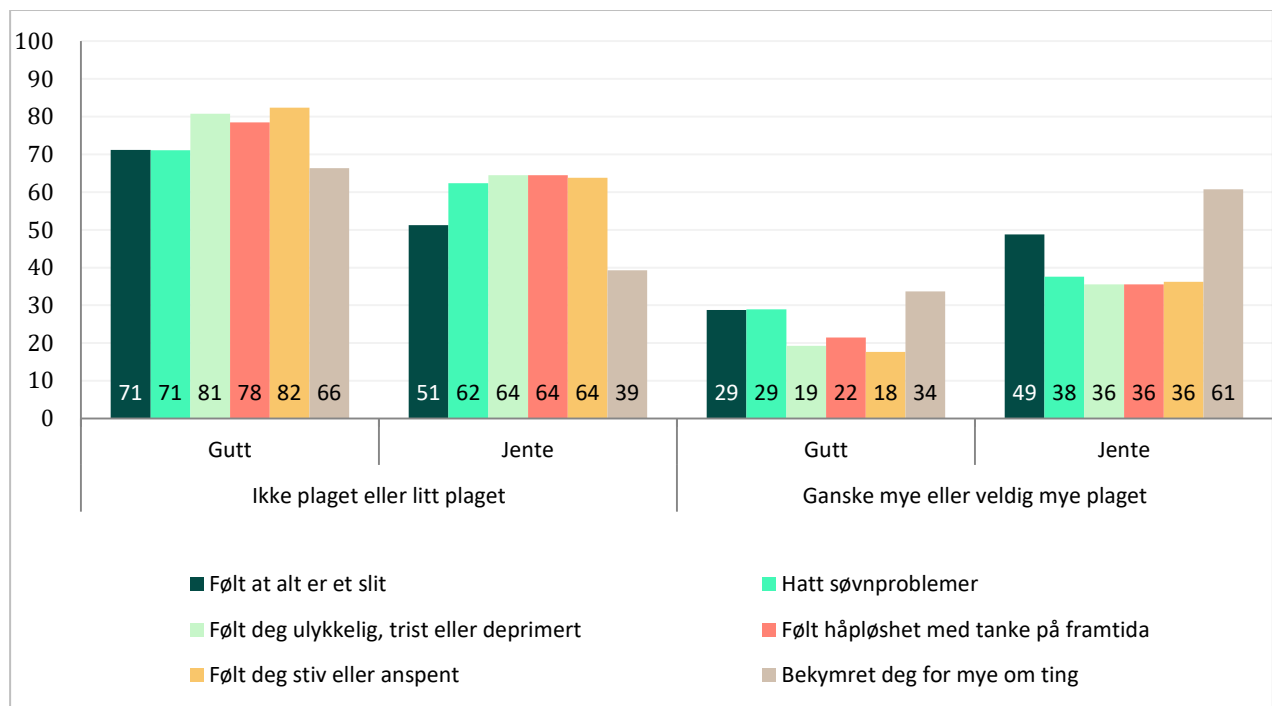
<sup>32</sup> Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo.

<sup>33</sup> Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<sup>34</sup> Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018*, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA

endringer i hvordan ungdom rapporterer helseplagene, er vanskelig å vite noe sikkert om. I 2018 oppga 27 prosent av jentene og 12 prosent av guttene at de har mange psykiske helseplager.<sup>35</sup> For ungdommene som rapporterte om at de hadde vært hos psykolog minst én gang det siste året, var andelen for jenter og gutter henholdsvis 14 og 9 prosent. Figur 3.10 viser andelen av ungdom som i løpet av en uke har følt på psykiske plager og bekymringer. Jevnt over skårer jentene høyere på psykiske plager enn gutter, spesielt på det å bekymre seg for mye for ting, føle at alt er et slit og føle seg stiv eller anspent.

Figur 3.10 Andel ungdommer fra 8. trinn til Vg3 som i den siste uka har følt på ulike plager og bekymringer i ulik grad. Prosent. 2018

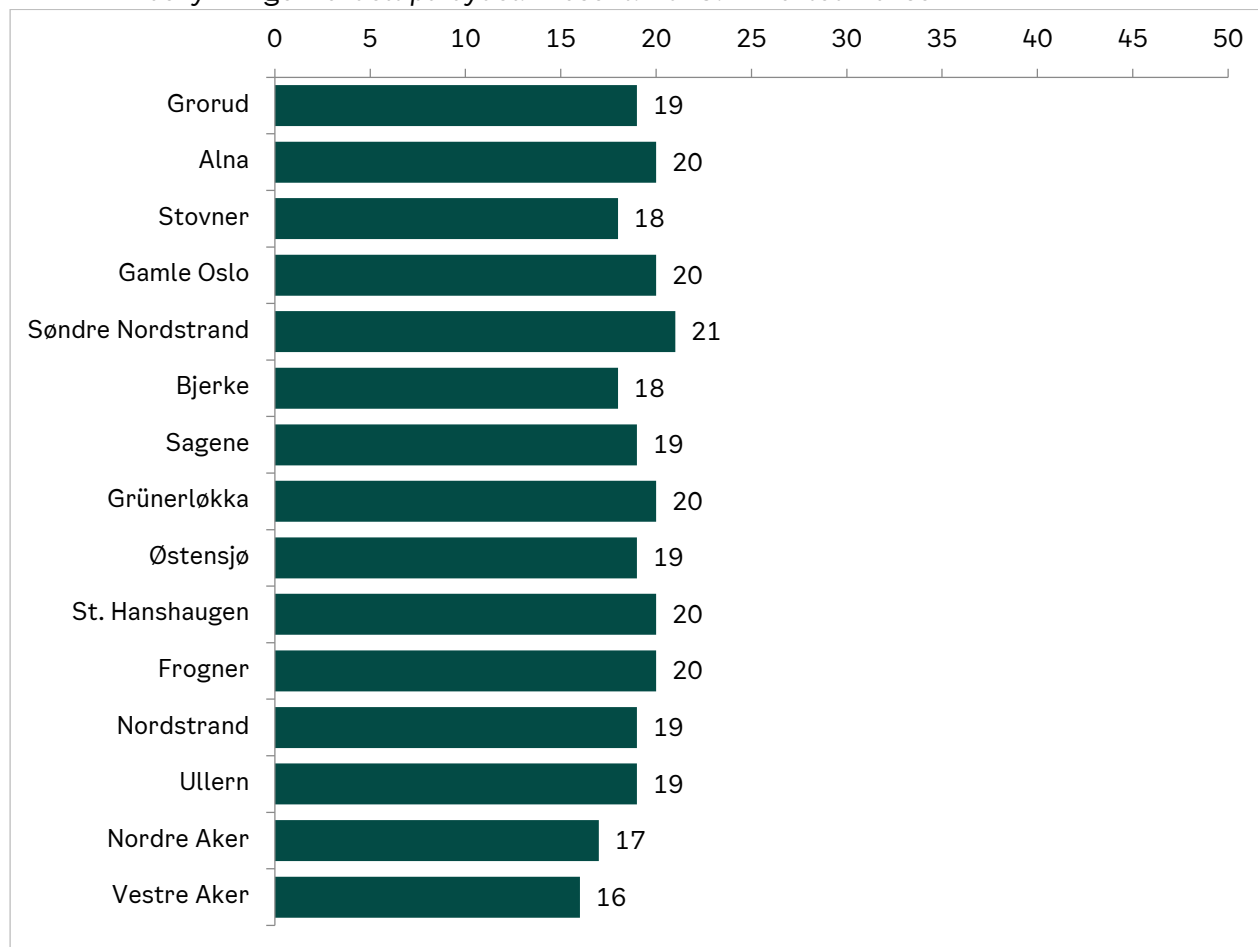


Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen, 2018

For begge kjønn øker andelen som opplever psykiske plager gjennom årene på ungdomsskolen, for deretter å flate ut i 16–17-årsalderen. På bydelsnivå er andelen jevnt over høyest i Oslo øst, men økningen er størst i Oslo vest. Forskjellene mellom bydelene kan dermed se ut til å være redusert siden forrige måling i 2015. Figur 3.11 viser prosentandelen i de ulike bydelene av hvor mange ungdommer som gir uttrykk for at de er mye plaget av depressive symptomer i form av ulike psykiske belastninger og bekymringer. Bydelen Vestre Aker er den bydelen hvor færrest ungdommer melder om dette (16 prosent), mens Bydel Søndre Nordstrand skårer høyest med 5 prosentpoeng mer (21 prosent).

<sup>35</sup> De som har mange psykiske helseplager er de som i «gjennomsnitt» oppgir at de er ganske mye eller veldig mye plaget av samtlige seks symptomer: 1) følt at alt er et slit, 2) bekymrer seg for mye om ting, 3) hatt søvnproblemer, 4) følt seg ulykkelig, trist eller deprimer, 5) følt håpløshet med tanke på framtiden og 6) følt seg stiv eller anspent.

Figur 3.11 Andel av ungdommer som er mye plaget av ulike psykiske belastninger og bekymringer fordelt på bydel. Prosent. 2018. Avkortet x-akse



Kilde: Ung i Oslo 2018. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA. Side 48.

### 3.5.2 Psykiske plager og lidelser blant voksne

Etter korsrygg- og nakkesmerter, er samlekategorien depressive lidelser og angstlidelser rangert på annenplass over årsaker til ikke-dødelig helsetap i Norge i 2016.<sup>36</sup> Nedsatt arbeidsførhet er en vanlig og alvorlig konsekvens av psykiske lidelser. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er den vanligste årsaken til uføretrygd. Per 31.12 2015 mottok 24 235 personer uføretrygd i Oslo. Av disse var 44 prosent uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.<sup>37</sup> Andelen for Norge som helhet er høyere enn i Oslo.<sup>38</sup> Oslo har den laveste andelen etter Akershus. Videre viser tall fra tredje kvartal 2019 at psykiske lidelser står bak 24 prosent av de tapte dagsverkene.<sup>39</sup> Den vanligste årsaken til tapte dagsverk er muskel- og skjelettlidelser (se omtale i avsnitt 3.6).

<sup>36</sup> Folkehelseinstituttet (2018). *Sykdomsbyrde i Norge 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet

<sup>37</sup> Nav Oslo. Spesialbestilling.

<sup>38</sup> [Diagnoser uføretrygd \(Nav\)](#). Hentet 25.3.2020.

<sup>39</sup> Nav Oslo. [Kvartalsvis sykefraværstatistikk](#). Hentet 25.3.2020.

Psykiske lidelser er også forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død. Forventet levealder for personer med schizofreni eller bipolar lidelse er 10–20 år kortere enn for den generelle befolkningen. Også personer med depresjon eller angst har økt dødelighet sammenliknet med den generelle befolkningen.<sup>40</sup>

Om lag 14 prosent av Oslos befolkning 0–74 år oppsøker fastlege eller kommunal legevakt for psykiske symptomer og lidelser per år, mot 15 prosent på landsbasis. Tall for Oslo viser at nær 10 prosent i perioden 2016–2018 oppsøker disse tjenestene med psykiske symptomer, litt over halvparten av dem med angst- og depresjonssymptomer. Nær 7 prosent oppsøker tjenestene med psykiske lidelser. Andelen er høyere blant kvinner (17 prosent) enn blant menn (12 prosent). Tallene viser gjennomsnitt for treårsperioden 2016–2018 og er alders- og kjønnsstandardiserte. Andelen har økt med om lag ett prosentpoeng siden treårsperioden 2010–2012.<sup>41</sup>

Til sammenligning viser tall fra reseptregisteret at 7 prosent i alderen 0–74 år i løpet av et år mottar reseptbelagte midler for psykiske lidelser både i Oslo og i landet som helhet. Tallene gjelder for perioden 2016–2018 og er standardiserte for alders- og kjønns sammensetning. Andelen blant kvinner er høyere (8 prosent) enn blant menn (5 prosent). Disse kjønnsforskjellene i andel gjelder for Oslo, og er om lag som i landet for øvrig. Videre mottar 5–6 prosent antidepressiva i Oslo og i Norge som helhet. Statistikken viser også at andelen av befolkningen som mottar legemiddelbehandling av psykiske lidelser har vært stabil de siste ti årene.<sup>42</sup>

Registerdata bør tolkes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering og også ses i sammenheng med kulturen for å oppsøke tjenestene. Folkehelse rapporten viser til forskning som dokumenterer at det er mange med psykiske lidelser som ikke er i kontakt med helsetjenesten, og at registerdataene dermed undervurderer forekomsten.<sup>43</sup>

I levekårsundersøkelse om helse for 2015 svarte 8 prosent av respondentene i Oslo at de hadde opplevd depresjon siste 12 måneder.<sup>44</sup> Det gjaldt 10 prosent av kvinnene og 6 prosent av mennene i undersøkelsen. 8 prosent oppga at de hadde opplevd moderate til omfattende depressive symptomer de siste 14 dagene, herav 9 prosent av kvinnene og 7 prosent av mennene.<sup>45</sup> Videre oppga 3 prosent av de spurte i Oslo at de brukte medisin mot depresjon daglig eller ukentlig, mens 1 prosent oppga at de brukte beroligende medisin med samme hyppighet. I hovedsak skiller tallene seg i liten grad fra tilsvarende tall for Norge som helhet. Derimot er det

<sup>40</sup> Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet

<sup>41</sup> Tallene er hentet fra KUHR-databasen i HELFO og publisert i Kommune helsa. Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICD-kodeverket. Følgende sykdomsgrupper er tatt med: Psykiske symptomer og lidelser (P01-29 og P70-99), psykiske symptomer (P01-29), angst- og depresjonssymptomer (P01-04, P82). P25 og P28-29), psykiske lidelser (P70-99), affektive og depressive lidelser (P73 og P76) og angstlidelser (P74, P79 og P82).

<sup>42</sup> Tallene er hentet fra reseptregisteret og publisert i Kommune helsa. Legemidlene er klassifisert i henhold til ATC-systemet. Legemidler ved psykiske lidelser inkluderer her antipsykotika (N05A) og antidepressiva (N06A).

<sup>43</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Oppdatert i mai 2018 basert på rapporten *Psykisk helse i Norge* (2018).

<sup>44</sup> Tallene er hentet fra tabell 11231 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

<sup>45</sup> Tallene er hentet fra tabell 11283 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

en betydelig høyere andel som har konsultert psykolog siste 12 måneder i Oslo (8 prosent) enn i landet som helhet (5 prosent). Andelen er dobbelt så høy blant kvinner som blant menn.<sup>46</sup>

Det er grunn til å anta at forekomsten av psykisk helseutfordringer er høyere i den generelle befolkningen enn blant dem som deltar i spørreundersøkelser. Omfanget av rapporterte psykiske plager kan også variere med graden av åpenhet om disse plagene i ulike deler av befolkningen. Det er likevel et godt samsvar mellom resultatene fra levekårsundersøkelsen om helse og registerdataene når det gjelder omfang av psykiske plager og lidelser.

### 3.5.3 Psykiske plager og lidelser blant eldre

Psykisk helse hos eldre er et område det har vært begrenset oppmerksomhet rundt. En oversikt over norske og internasjonale epidemiologiske studier helt tilbake til 1990-tallet, avdekker at psykisk helse blant eldre i liten grad prioriteres. De fleste studiene tar utgangspunkt i mennesker i alderen sent tenårene til ut 30-årene.<sup>47</sup>

Flere internasjonale studier viser at forekomsten av psykiske lidelser er lavere blant eldre enn unge voksne. Samtidig er det antageligvis store mørketall her, da et mindretall av personer som opplever psykiske plager er i kontakt med helsetjenesten.<sup>47</sup> Eldre med psykiske lidelser kan også vise andre tegn eller symptomer på depresjon enn yngre mennesker. Derfor blir ikke den psykiske lidelsen hos eldre alltid fanget opp.<sup>48</sup>

Det er få nye norske studier på psykiske plager og lidelser blant eldre. En norsk studie fra 2007 på selvrapporterte psykiske plager og lidelser hos eldre, viser at symptomer på depresjon i aldersgruppen 60–80 år var 10 og 15 prosent<sup>49</sup> for henholdsvis menn og kvinner. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag avdekket at depresjonssymptomer var til stede hos 12 prosent av personer i alderen 60–64 år og 21 prosent blant 86–90-åringene.<sup>50</sup>

Selvmondsstatistikken viser at nærmere én av fire selvmord gjennomføres av mennesker som er 60 år eller eldre, med en betydelig overvekt av menn. I 2018 begikk 116 menn og 47 kvinner i aldersgruppen 60 år og eldre, selvmord i Norge.<sup>51</sup> I tillegg til de registrerte selvmordene, vurderes det at omkring 25 prosent av plutselige dødsfall egentlig er selvmord. Det gjelder personer som bruker medisiner, eldre og ensomme og selvmord som vurderes som ulykker.<sup>52</sup>

<sup>46</sup> Tallene er hentet fra tabell 11227 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

<sup>47</sup> Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<sup>48</sup> <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/eldre-i-norge-pdf.pdf> Hentet 24.10.2019.

<sup>49</sup> Hansen T, Slagsvold BSP, 4:e4. *The East-West divide in late-life depression in Europe: Results from the Generations and Gender Survey*. Scand Psychol. 2017;4:e4.; i Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

<sup>50</sup> Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. *Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population – the HUNT study*. Int Psychogeriatr. 2012;24(1):151-8; i Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

<sup>51</sup> Dødsårsaksregisteret <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> Hentet 25.03.2020.

<sup>52</sup> <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/symptomer-og-tegn/selvmoerd-og-selvmondsforsok>

Eldre blir sjeldnere obdusert når de dør, og dødsårsaken kan dermed bli feilregistrert dersom det er begått selvmord.<sup>53</sup> For å lese mer om selvmord, se avsnitt 9.5.

Per i dag er det lite data knyttet til psykiske lidelser blant eldre i Oslo. Det vi kan referere til, er levekårsundersøkelsen om helse 2015.<sup>54</sup> Denne studien omhandler blant annet spørsmål om psykisk helse. Undersøkelsen ble gjennomført over telefon, noe som kan påvirke svarene respondentene gir, da temaet kan oppleves som sensitivt. I Oslo og Akershus deltok 176 personer som var eldre enn 66 år i undersøkelsen.<sup>55</sup> Blant disse svarte 47 prosent at de var tilfreds med livet sånn i alminnelighet, og 37 prosent opplevde livet som meningsfylt. Selv om en stor andel av respondentene var lite tilfreds med livet og i liten grad opplevde livet som meningsfylt, rapporterte bare ni prosent at de hadde hatt moderate til omfattende depressive symptomer i løpet av de siste to ukene.<sup>56</sup> Når nærmere to tredjedeler av respondentene i mindre grad opplevde livet som meningsfylt, er det grunn til å anta at andelen med depressive symptomer ville være større enn det som ble oppgitt. Hvorvidt dette resultatet er reelt eller skyldes valg av metode (telefonintervjuer), er uklart. Eldre kan være i mindre grad enn yngre komfortable med å snakke om følelser, og det kan påvirke resultatet.<sup>57</sup>

### 3.6 Muskel- og skjelettsykdommer og -plager

Muskel- og skjelettplager er en fellesbetegnelse på smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knokler, ledd, muskler, sener eller nerver.<sup>58</sup> Det er plager og symptomer pasienten selv opplever. Plager og symptomer karakteriseres som sykdom eller lidelse når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet omfatter alt fra ondartede svulster, infeksjoner, nakkesyndrom og rygg syndrom til reumatisk sykdom, artrose og osteoporose.

Muskel- og skjelettsykdommer bidrar mest til helsetapet i den norske befolkningen.<sup>59</sup> En stor andel av helsetapet knyttet til muskel- og skjelettsykdommer skyldes smerter i korsrygg og nakke. Muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til sykefravær.<sup>60</sup> I tredje kvartal 2019 sto muskel- og skjelettlidelser bak 33 prosent av de tapte dagsverkene i forbindelse med legemeldt sykefravær i Oslo.<sup>61</sup> Sammenlignet med tredje kvartal 2015 har andelen tapte dagsverk grunnet muskel- og skjelettlidelser gått ned med to prosentpoeng. Muskel- og

<sup>53</sup> <https://sykepleien.no/2016/03/selv-mord-blant-eldre-er-et-underkommunisert-problem> Hentet 24.10.2019.

<sup>54</sup> <https://www.ssb.no/statbank/list/helseforhold> Hentet 12.11.2019.

<sup>55</sup> I Oslo ble det trukket ut totalt 1400 respondenter til Levekårsundersøkelsen 2015 og 902 ble intervjuet.

<sup>56</sup> Statistisk sentralbyrå. Tabell 08283: Symptomer på helseproblemer og medisinbruk (prosent), etter symptom, alder, landsdel, statistikkvariabel og år

<sup>57</sup> E. M. Langballe & M. Evensen. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<sup>58</sup> Statens Arbeidsmiljøinstitutt. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. Oslo: STAMI.

<sup>59</sup> Folkehelseinstituttet. (2018). *Sykdomsbyrde i Norge 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<sup>60</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> Hentet 26.03.2020.

<sup>61</sup> NAV Oslo. [Kvartalsvis sykefraværstatistikk](#). Hentet 26.03.2020.

skjelettlidelser står for 42 prosent av de tapte dagsverkene på grunn av sykefravær for menn, og 27 prosent for kvinner. Det er likevel et høyere antall sykefraværstilfeller på grunn av diagnosen for kvinner, fordi kvinner generelt har høyere sykefravær.

Per 31.12 2015 mottok 24 235 personer uføretrygd i Oslo. Av disse var 20 prosent uføretrygdet på grunn av sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev.<sup>62</sup> Samtidig har Oslo den laveste andelen av befolkningen med disse sykdommene som årsak til uføretrygd.<sup>63</sup>

De fleste som trenger behandling for muskel- og skjelettplager, følges opp og behandles av den kommunale helsetjenesten. KUHR-databasen i HELFO viser statistikk over pasienter som har oppsøkt fastlege eller kommunal legevakt på grunn av muskel- og skjelettsykdommer og -plager. Antall pasienter i kontakt med disse tjenestene for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser per 1000 innbyggere 0–74 år, er lavere i Oslo (274) enn i landet som helhet (319) per år i perioden 2016–2018.<sup>64</sup> Det er særlig bydelene i sentrum og ytre vest som bidrar til det. Antall per 1000 er høyest i bydeler i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand. Muskel- og skjelettplager er vanligere hos personer med lavere sosioøkonomisk status enn i befolkningen som helhet.<sup>65</sup> Det kan være noe av forklaringen på bydelvariasjonen; i bydeler der inntekt og utdanningsnivå gjennomgående er lavere, er forekomsten av plagene høyere. Noe av variasjonen kan også skyldes at personer med høy inntekt og utdanning har større tilbøyelighet til å oppsøke privatfinansierte tjenester for denne typen plager.

---

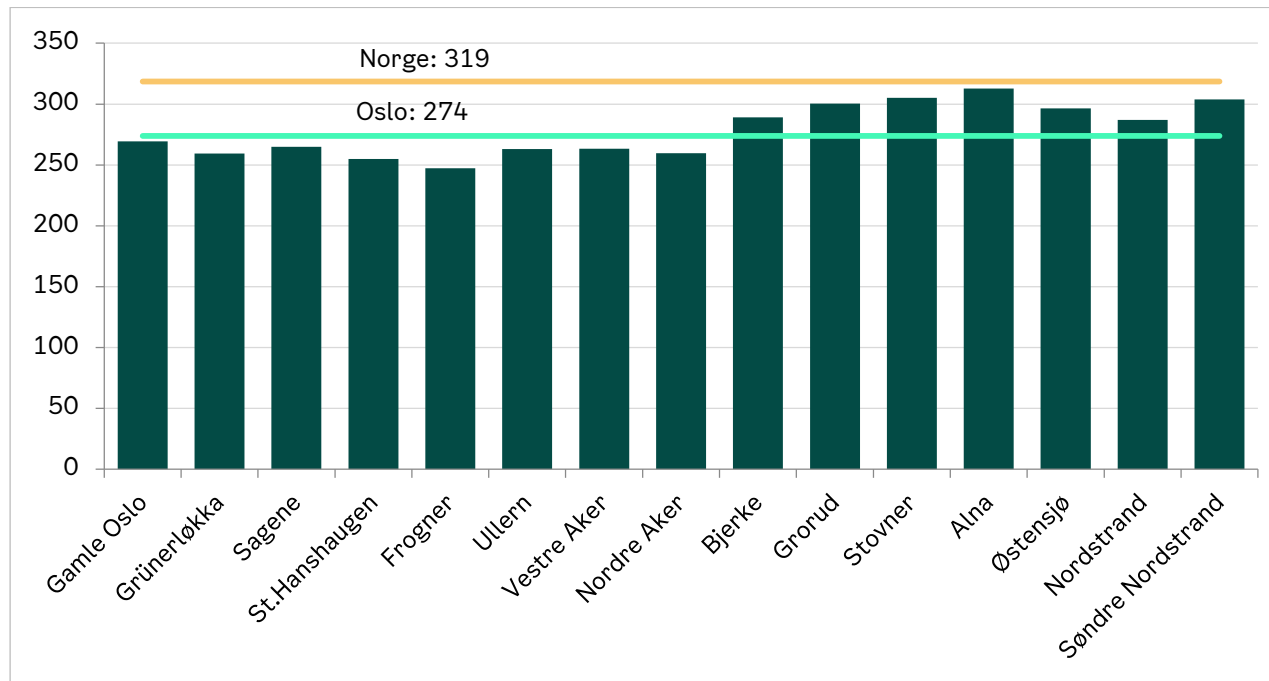
<sup>62</sup> Nav Oslo. Spesialbestilling.

<sup>63</sup> [www.nav.no](http://www.nav.no). [Diagnoser uføretrygd](#). Hentet 26.03.2020.

<sup>64</sup> Følgende ICPC 2-koder er inkludert i statistikken: 1) L01-29 (symptomer og plager i muskel- og skjelettsystemet), 2) L70-71 og L82-99 (diagnoser/sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, ekskludert brudd og skader). Statistikken inkluderer kontakt med fysioterapeut og kiropraktor, men omfatter ikke kontakt med private behandlere.

<sup>65</sup> Folkehelseinstituttet (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

Figur 3.12 Antall unike pasienter i kontakt med fastlege eller kommunal legevakt for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser per 1000 innbyggere 0–74 år. Per år i perioden 2016–2018. Standardisert



Kilde: KUHR-databasen i HELFO presentert i KommuneHelsa (Folkehelseinstituttet)

Tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse fra 2015 viser at 17 prosent av de spurte i Oslo hadde konsultert fysioterapeut siste 12 måneder.<sup>66</sup> Åtte prosent av utvalget har hatt nakkelidelser siste 12 måneder, mens 14 prosent har hatt ryggglidelser, isjias, lumbago eller prolaps i løpet av samme periode.<sup>67</sup> Det er gjennomgående vanligere for kvinner enn menn å ha disse plagene. Samtidig varierer denne forskjellen etter geografisk område og etter type plage. I utvalget for Oslo rapporterer en betydelig høyere andel kvinner (16 prosent) enn menn (11 prosent) om ryggglidelser, isjias, lumbago eller prolaps, mens det for Norge som helhet er liten kjønnsforskjell når det gjelder disse plagene. Nakkelidelser er vanligere i Norge som helhet (10 prosent) enn i Oslo (8 prosent); en høyere andel av kvinnene i det nasjonale utvalget rapporterer om disse plagene (12 prosent) sammenlignet med utvalget for Oslo (9 prosent).

Kvinner er oftere sykmeldt med en muskel- og skjelettdiagnose enn menn.<sup>68</sup> Tall fra KUHR-databasen viser også at kvinner i større grad enn menn oppsøker fastlege eller kommunal legevakt for plagene. Det gjelder uansett alder både i Oslo og i Norge som helhet. Det er også vanligere å kontakte disse tjenestene for plagene i den voksne befolkningen enn blant ungdom 15–29 år.

<sup>66</sup> Tallene er fra tabellnummer 11227 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

<sup>67</sup> Tallene er fra tabellnummer 11231 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

<sup>68</sup> Statens Arbeidsmiljøinstitutt. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. Oslo.

### 3.7 Demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer eller skader som fører til kronisk kognitiv svikt og andre funksjonstap.<sup>69</sup> Det finnes flere ulike typer demens, men Alzheimer er den mest utbredte (60 prosent av alle tilfeller).<sup>70</sup> Andelen som får demens øker med alder, og kun en liten andel personer utvikler demens før 65 år.<sup>69</sup> Antall resterende leveår etter at sykdommen inntreffer påvirkes derimot ikke av alder.<sup>71</sup>

Det er usikkerhet knyttet til hvilke årsaks- og beskyttelsesfaktorer som er avgjørende for utvikling av demens. Gener spiller en rolle for forekomst av demens, og spesielt Alzheimers sykdom,<sup>72</sup> men studier avdekker påvirkelige risikofaktorer for demens. Høyt blodtrykk, overvekt, tap av hørsel, røyking, depresjon, fysisk inaktivitet, sosial isolasjon og diabetes er risikofaktor for å utvikle demens.<sup>73</sup> Videre ser det ut til at beskyttende faktorer mot utvikling av hjerte- og karsykdommer også reduserer utviklingen av demens.<sup>72</sup>

Studier viser at forekomsten av demens er høyere blant personer med lav utdanning enn blant de med høy utdanning. Høyere utdanning ser ut til å bremse utviklingen av demens, men gir ingen varig beskyttelse for sykdommen. En årsak til forskjellene mellom utdanningsgruppene kan også være ulik leveste med tanke på kosthold og aktivitet.<sup>74</sup>

På landsbasis varierer anslagene om antall tilfeller av demens fra 70 000 til 104 000.<sup>75</sup> Demensplan 2020<sup>76</sup> understreker at den enkelte bruker skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens. Det er et tydelig gap mellom antall som blir diagnostisert og anslagene om hvor mange i Norge som har demens. Registerdata<sup>77</sup> viser at 45 000 personer i Norge var registrert med en demensdiagnose i 2018,<sup>76</sup> noe som antyder at det er mellom 43 og 64 prosent av personer med demens som har fått diagnosen.

<sup>69</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> Hentet 26.3.2020.

<sup>70</sup> <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/?page=2> Hentet 13.9.2019

<sup>71</sup> Strand, B. H., Knapskog, A. B., Persson, K., Holt Edwin, T., Bjertness, E., Engedal, K., Selbaek, G (2019). *The Loss in Expectation of Life due to Early-Onset Mild Cognitive Impairment and Early-Onset Dementia in Norway*. Dement Geriatr Cogn Disord. 2019 Jul 18:1-11.

<sup>72</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#aarsaksfaktorer-og-forebygging> Hentet 12.9.2019.

<sup>73</sup> Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafrada, S. G., Huntley, J., Ames, D., et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.

<sup>74</sup> Strand, B. H., Langballe, E. M., Rosness, T. A., Bergem, A. L., Engedal, K., Nafstad, P., et al. (2014). Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and The Cohort of Norway. *J Neurol Sci*; i <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#sosiooekonomiske-forskjeller-i-forekomst-demens> Hentet 13.09.2019

<sup>75</sup> <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/unders%C3%B8kelse-av-forekomsten-av-demens-i-norge/> Hentet 26.03.2020

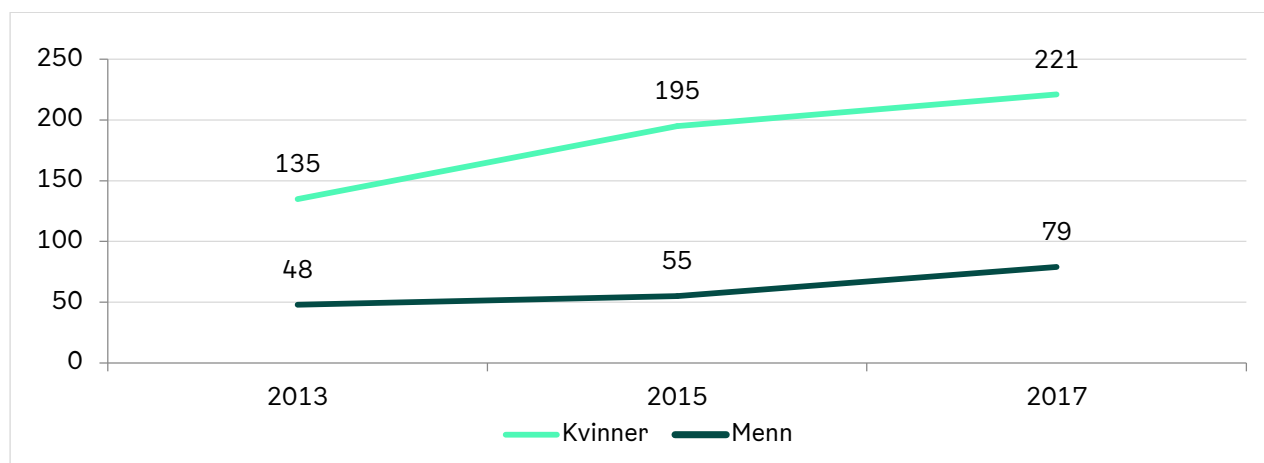
<sup>76</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>

<sup>77</sup> Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Norsk pasientregister (NPR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)

### 3.7.1 Dødsfall forårsaket av demens

For Oslo finnes det ingen data på forekomst av demens, men tall fra Kommunal bruker- og pasientregister viser at antall pasienter med demensdiagnoser på landsbasis økte fra 2016 til 2018 med nærmere 50 prosent, fra 1 275 i 2016 til 1 903 i 2018.<sup>78</sup> Dette gjenspeiles også i dødsårsaksstatistikken. Demens som dødsårsak har økt, for både menn og kvinner, i perioden 2013 til 2017. Figur 3.13 viser at antall registrerte dødsfall forårsaket av demens for kvinner og menn har økt med henholdsvis 64 og 65 prosent i denne perioden. Sammenlignet med Norge, har Oslo registrert en høyere prosentandel der dødsfall er forårsaket av demens. I landet er den prosentvise økningen fra 2013 til 2017 henholdsvis 35 og 47 prosent for kvinner og menn.

Figur 3.13 Antall registrerte dødsfall forårsaket av demens i perioden 2013–2017 etter kjønn og årstall for Oslo



Kilde: Dødsårsaksregisteret

Hvorfor dødsfall forårsaket av demens øker både i Oslo og i landet for øvrig, kan skyldes både økt levealder og en økende eldre befolkning. I tillegg kan den økte registreringen også skyldes økt oppmerksomhet og diagnostisering.<sup>79</sup>

### 3.7.2 Forekomst av demens innenfor helse- og omsorgstjenesten

I overkant av 80 prosent av beboere på sykehjem og 40 prosent av de over 70 år som mottar hjemmetjenester anslås å ha demens.<sup>80</sup>

Selv om sykehjemsbeboere ikke alltid blir diagnostisert, kan en funksjonskartlegging (ADL-skår)<sup>81</sup> som vurderer funksjonsnivå på flere områder i dagliglivet brukes til å anslå forekomst av demens

<sup>78</sup> Helsedirektoratet. Kommuntalt pasient- og brukerregister. Databank. Tabell: Diagnoser (fastlege og legevakt).

<sup>79</sup> WHO har et mål om at 75 prosent av medlemslandene skal ha sin egen demensplan.

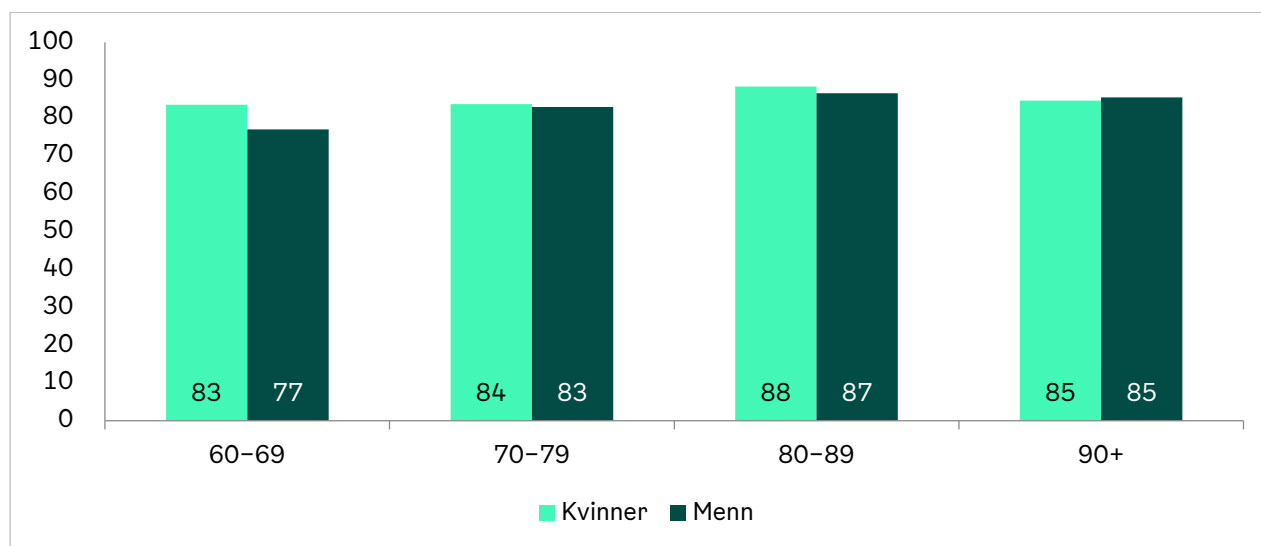
<sup>80</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> Hentet 26.03.2020.

<sup>81</sup> ADL-indeks er en sjekklste for selvstendighet. ADL står for «Activities of Daily Living», og skåren som gis indikerer hvor mye bistand en person trenger for å gjennomføre basale aktiviteter i dagliglivet. Skårene går fra 1 til 5, der 4 og 5 indikerer stort eller fullt bistandsbehov, mens 3 indikerer middels behov. ADL-skår på 1 og 2 medfører ikke behov for assistanse. ADL registreres i IPLOS, som er et lovbestemt helseregister for helse- og omsorgstjenesten.

blant beboere på sykehjem.<sup>83</sup> I 2018 hadde 85 prosent av sykehjemsbeboerne i Oslo middels til omfattende bistandsbehov på grunn av svekket hukommelse.<sup>82</sup> Svekket hukommelse kan også komme fra andre lidelser, men resultatene støtter opp om estimeringen at det er i overkant av 80 prosent av beboerne på sykehjem som har demens.<sup>83</sup>

Figur 3.14 viser andel beboere på sykehjem i Oslo som har en ADL på 3–5 på hukommelse fordelt på kjønn og aldersgrupper for alle beboere. For kvinner på sykehjem er det for alle aldersgruppene minst 80 prosent som har en form for hukommelsessvikt. For menn er det først fra aldersgruppen 70–79 år at andelen overstiger 80 prosent. Figuren viser at majoriteten av de som har langtidsplass på sykehjem i Oslo har en form for hukommelsessvikt, uavhengig av alder eller kjønn.

Figur 3.14 Andel sykehjemsbeboere med en ADL på 3, 4 eller 5 på hukommelse fordelt på aldersgrupper og kjønn. Oslo. Prosent. 2018



Kilde: Geric/IPLOS, Helseetaten, Oslo kommune

Det er forventet at antall personer med demens mer enn dobles de neste 30–40 årene.<sup>84</sup> Kartlegging av årsaker til og forebygging av demens vil være av stor betydning for både helsesektoren, for den enkelte som rammes og deres pårørende. Sannsynligheten for at personer med demenssykdom har institusjonsplass øker med alderen. Data fra IPLOS-registeret viser at fire av fem blant de eldste som har demens, hadde langtidsopphold på institusjon.<sup>84</sup>

<sup>82</sup> Helseetaten. (2018). Geric/IPLOS,.

<sup>83</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo.

<sup>84</sup> Helsedirektoratet. (2017). *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom*. Data fra IPLOS-registeret.

### 3.7.3 Utfordringer for Oslo

I Demensplan for Oslo 2014–2019 trekkes det fram flere forhold som er spesielle for Oslo:<sup>85</sup>

- Høyt antall personer som bor alene
- Høyt antall personer med innvandrerbakgrunn
- Økende antall kvinner over 40 år som får barn

I Oslo bor en stor andel av befolkningen alene<sup>86</sup> og vil, ved en redusert kognitiv svikt, ha et stort hjelpebehov fra det offentlige. Med en befolkning som lever lenger og en høyere andel eldre, vil det i framtiden mest sannsynlig være et betydelig behov for bistand og boliger for innbyggere med demens.

Oslo har også et høyt antall personer med innvandrerbakgrunn, og denne gruppen forventes å øke i årene framover. Ulik kultur og holdning og kunnskap om sykdom, språk og familiestruktur gir ulike utfordringer. Kunnskap om demens varierer både i og mellom ulike innvandrergrupper. Det kan påvirke tidspunktet for når pårørende ber om hjelp.<sup>87</sup>

Et annet forhold er at stadig flere kvinner er over 40 år når de føder barn. Fra 1979 til 2018 har andel barn i Oslo som ble født av mødre i alderen 40–49 år, økt fra i underkant av én prosent til drøye fem prosent.<sup>88</sup> Denne økningen gjør at vi i framtiden kan forvente en større gruppe foreldre med demens som har hjemmeboende barn, noe som fører til nye typer utfordringer for de pårørende og helsevesenet. For mennesker som får en demenssykdom før de er 65 år, er det over en fjerdedel som har barn under 18 år.<sup>89</sup> Når yngre mennesker får demens, tar det ofte lenger tid å få satt en diagnose enn hos eldre. En norsk studie avdekket at fra de første symptomene til det ble stilt en diagnose for pasienter under 65 år, tok det nesten 5 år.<sup>90</sup> Dette medfører at flere barn og ungdom vil leve med en forelder som har begynnende demens og med de utfordringer det medfører, før en korrekt diagnose blir satt.

## 3.8 Ikke-smittsomme sykdommer

I dette delkapitlet tar vi for oss de fire store folkesykdommene som har størst betydning for helsetilstanden i Oslos befolkning. Det er hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer (kols) og diabetes. Disse sykdommene betegnes som ikke-smittsomme, og er definert av Verdens helseorganisasjon som NCD-sykdommer (Noncommunicable Chronic Diseases). Vi presenterer dem i teksten etter hvilken sykdom som har størst sykdomsbyrde. Se avsnitt 3.1 for mer informasjon.

<sup>85</sup> Oslo kommune, Byrådet. (2014). *Demensplan for Oslo 2014–2019 – «LEV VEL – med demens i Oslo»*. Byrådssak 143/14.

<sup>86</sup> I 2018 bestod totalt 47 prosent av alle husholdninger i Oslo av én person.

<sup>87</sup> . Ingebretsen, Storstein Spilker & Sagbakken. (2015). *Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten*. NAKMI-rapport nr. 1 2015.

<sup>88</sup> Statistisk sentralbyrå, tabell 06990: Levendefødte, etter region, mors alder ved fødselen, statistikkvariabel og år

<sup>89</sup> <https://www.aldringoghelse.no/demens/yngre-med-demens/> Hentet 24.10.2019

<sup>90</sup> <https://tidsskriftet.no/2011/06/oversiktsartikkel/nar-demens-rammer-unge> Hentet 24.10.2019

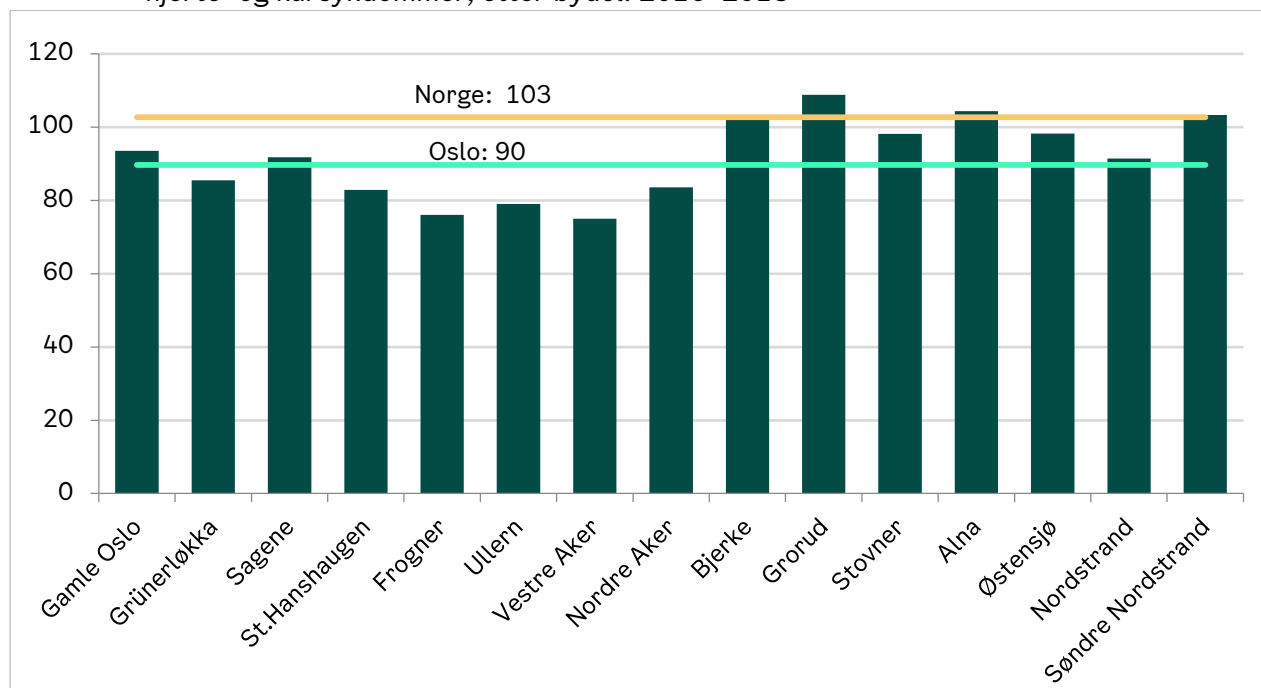
Disse sykdommene har mye felles, og her er det et stort potensial i å forebygge både sykdommene, lidelsene og de for tidlige dødsfallene de forårsaker.

### 3.8.1 Hjerne- og karsykdommer

Hjerne- og karsykdommer er et samlebegrep som omfatter sykdommer i hjerte og kretsløp, som blant annet hjerteinfarkt og hjerneslag. Utbredelsen av hjerne- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerne- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange. Hjerne- og karsykdommer er, sammen med kreft, de vanligste dødsårsakene. Dødeligheten av hjerne- og karsykdommer har falt betydelig siden 1970-tallet. Nedgangen skyldes både færre sykdomstilfeller (sunnere levekår og forebygging) og mer effektiv behandling.<sup>91</sup>

Innbyggerne i Oslo er i noe mindre grad i kontakt med fastlegen sin eller legevakten på grunn av hjerne- og karsykdommer enn det innbyggerne i hele landet er, som det framgår av Figur 3.15. Det er noen bydelsforskjeller. I de vestlige bydelene har innbyggerne sjeldnere slik kontakt, mens i bydelene Bjerke, Grorud, Alna og Søndre Nordstrand har innbyggerne like hyppig kontakt som det befolkningen i hele landet har.

Figur 3.15 Antall per 1000 innbyggere 0–74 år som var brukere av fastlege/legevakt på grunn av hjerne- og karsykdommer, etter bydel. 2016–2018

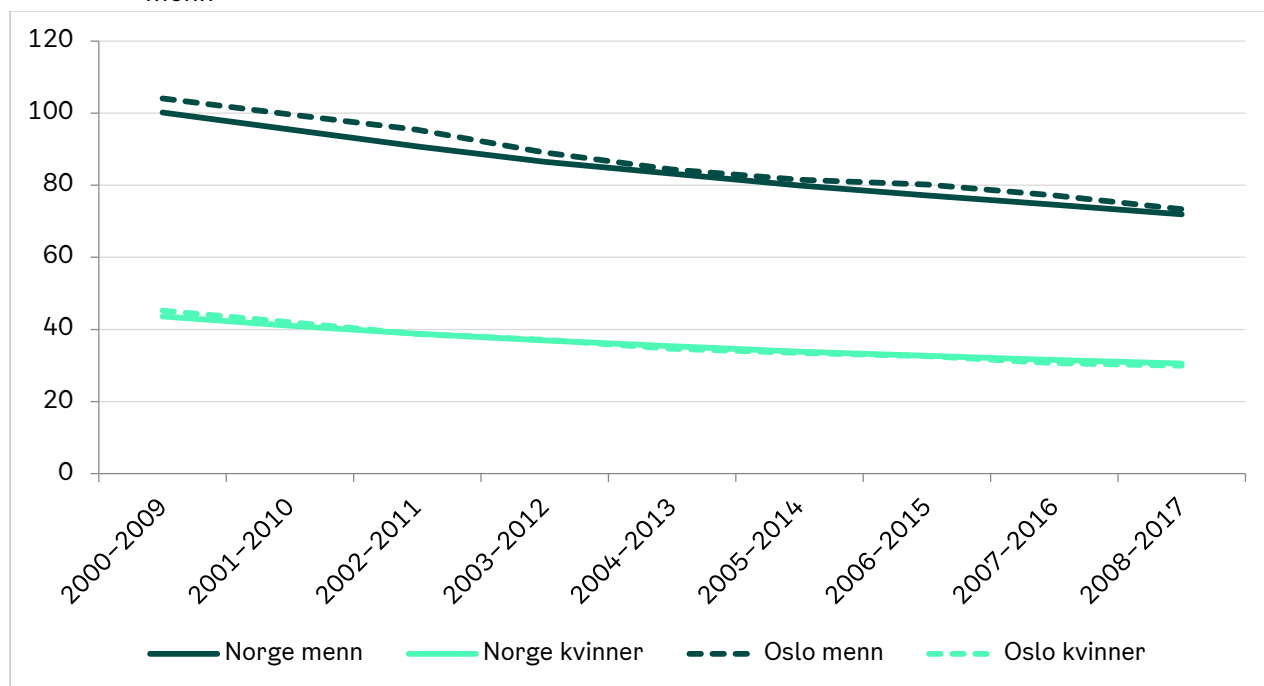


Kilde: KommuneHelsa. Folkehelseinstituttet. Primærkilde: KUHR

<sup>91</sup> <https://fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/> Hentet 26.03.2020.

Utviklingen i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Oslo har samme utvikling som i hele landet. Det er en nedgang i dødeligheten av hjerte- og karsykdom for begge kjønn. Det er ulikheter i dødelighet av hjerte- og karsykdommer mellom bydelene, der Sagene og Grünerløkka er bydelene med høyest dødelighet og Vestre Aker og Ullern har lavest. Bydelsforskjellene er minkende over tid.

Figur 3.16 Antall døde av hjerte- karsykdom per 100 000 i Norge og Oslo fordelt på kvinner og menn



Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

På landsnivå er det en markert sosial ulikhet i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer. Fra 1960 til 2000 økte denne forskjellen på grunn av en særlig bratt nedgang i dødelighet blant personer med høy utdanning.<sup>92</sup> Men i perioden 2000–2010 snudde denne utviklingen, og ulikhetene i hjerte- og kardødeligheten ble redusert, fordi nedgangen i dødelighet i den siste perioden var størst blant de med lavest utdanning.<sup>93</sup>

<sup>92</sup> Strand, B. H., Groholt, E. K., Steingrimsdottir, O. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Naess, O. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ*, 340, c654.

<sup>93</sup> Strand, B. H., Steingrimsdottir, O. A., Groholt, E. K., Ariansen, I., Graff-Iversen, S., & Naess, O. (2014). Trends in educational inequalities in cause specific mortality in Norway from 1960 to 2010: a turning point for educational inequalities in cause specific mortality of Norwegian men after the millennium? *BMC Public Health*, 14, 1208.

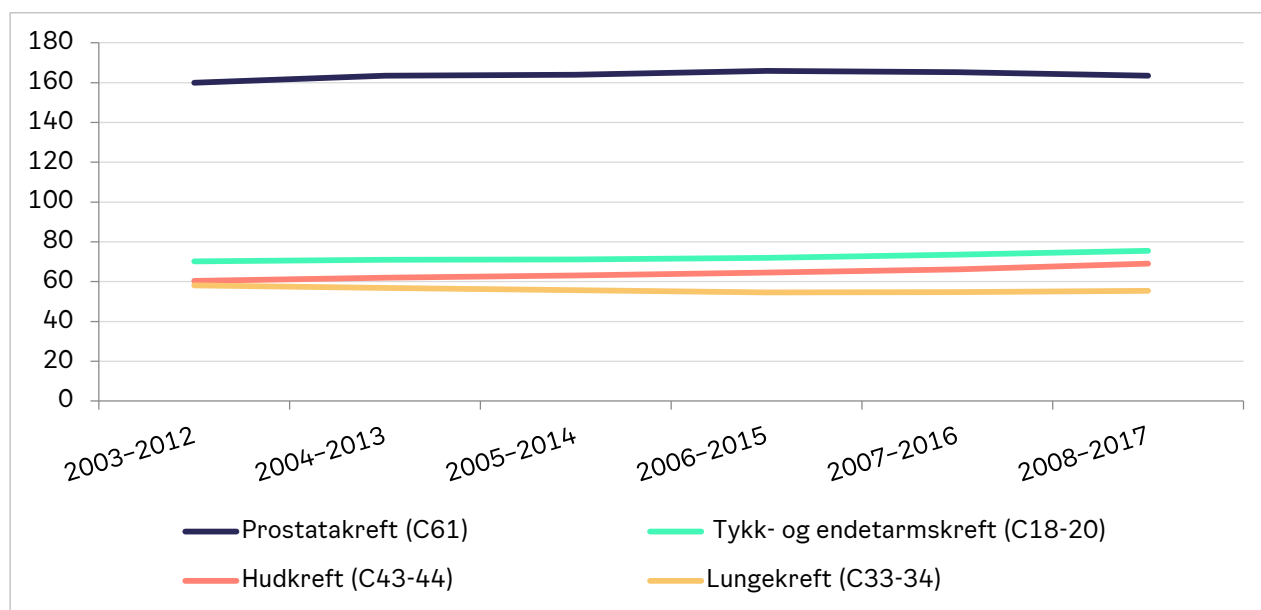
### 3.8.2 Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse for en rekke sykdommer som kan ha forskjellige risikofaktorer og ulik sykdomsutvikling.<sup>94</sup> Felles for sykdommene er at de kjennetegnes ved ukontrollert celledeling. Ondartede svulster vil fortsette å vokse, og kan etter hvert gjøre alvorlig skade på nærliggende vev og organer.

Samlet sett er kreft den sykdommen som tar flest liv i Oslo. Kreftregisteret har utgitt en rapport som presenterer forekomst av ulike krefttyper i Oslo fordelt på bydel, i temakart.<sup>95</sup> Nær 1100 personer døde av kreft i 2017 i Oslo.<sup>96</sup> Omtrent 70 prosent av alle kreftpasientene overlever sin kreftsykdom i minst 5 år etter at de har fått diagnosen. Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv.

For å si noe om utviklingen i kreftrisikoen over tid, må man se på antall nye tilfeller per år per 100 000 (rater) og justere for befolkningens alderssammensetning. Figur 3.17 viser utviklingen i antall nye tilfeller for noen utvalgte kreftformer i Oslo.

Figur 3.17 Antall nye tilfeller av kreft per 100 000 fordelt på de vanligste kreftformene hos menn i perioden 2003–2017. Oslo



Kilde: Kommunehelsa, Folkehelseinstituttet

For prostatakreft var det en svak økning fram til perioden 2006–2015 og deretter en svak nedgang. For lungekreft hos menn har det vært en svak nedgang i perioden fra 2003, men nedgangen har stabilisert seg. Forekomsten av lungekreft kan sees i sammenheng med

<sup>94</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/> Hentet 27.03.2020.

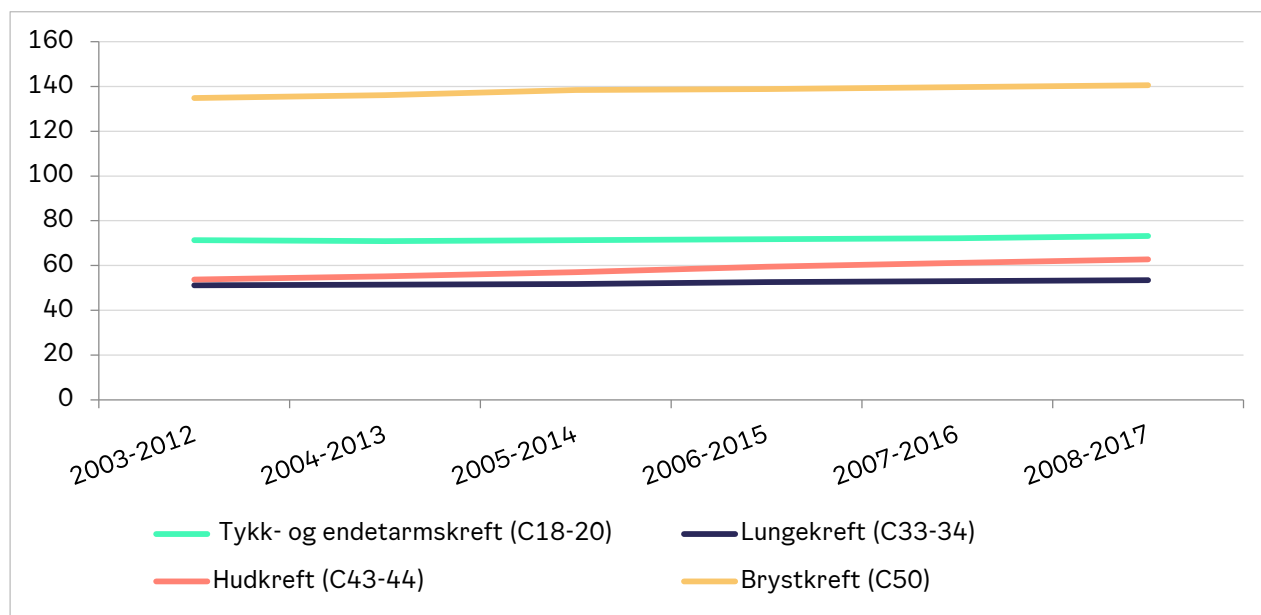
<sup>95</sup> <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/special-issue/2018-special-issue/> Hentet 26.03.2020.

<sup>96</sup> Kreftregisteret og Kommunehelsa

røykehistorikk. Både for tykk- og endetarmskreft og hudkreft har det vært en økning. Økning i hudkreft kan ha sammenheng med endrede vaner for soling, og muligens bruk av solarium.<sup>97</sup>

Vi finner tilsvarende økning i hudkreft hos kvinner som hos menn. Også for brystkreft er det en svak økning, mens for tykk- og endetarmskreft og lungekreft har utviklingen vært stabil.

Figur 3.18 Antall nye tilfeller per 100 000 av kreft fordelt på de vanligste kreftformene hos kvinner i perioden 2003–2017. Oslo.



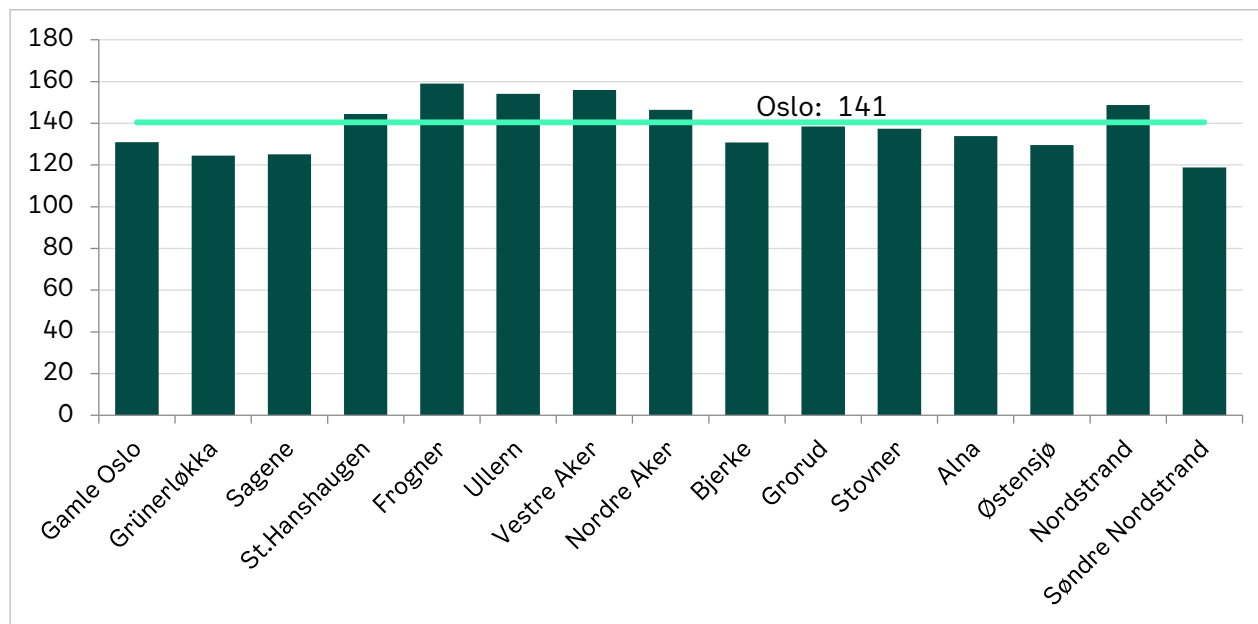
Kilde: Kommunehelsa, Folkehelseinstituttet

Den vanligste kreftformen for kvinner er brystkreft. Det er en signifikant høyere forekomst av brystkreft blant kvinner i Oslo enn blant kvinner i resten av landet. Brystkreft følger en omvendt sosial gradient, der flere kvinner med høy utdanning blir diagnostisert med kreft. Det var flest nye tilfeller i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker (se Figur 3.19). Når det gjelder dødelighet av brystkreft, er det mye som tyder på at den sosiale gradienten er gjeldende. Årsakene til dette er diskutert i fagmiljøet, blant annet om det er ulikheter i grad av screening og pasientoppfølging.<sup>98</sup>

<sup>97</sup> <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/melanom/> Hentet 26.03.2020.

<sup>98</sup> <https://www.nrk.no/norge/ny-studie-offentlige-sykehus-bruker-mer-ressurser-pa-pasienter-med-hoyere-utdanning-1.14090270> Hentet 26.03.2020.

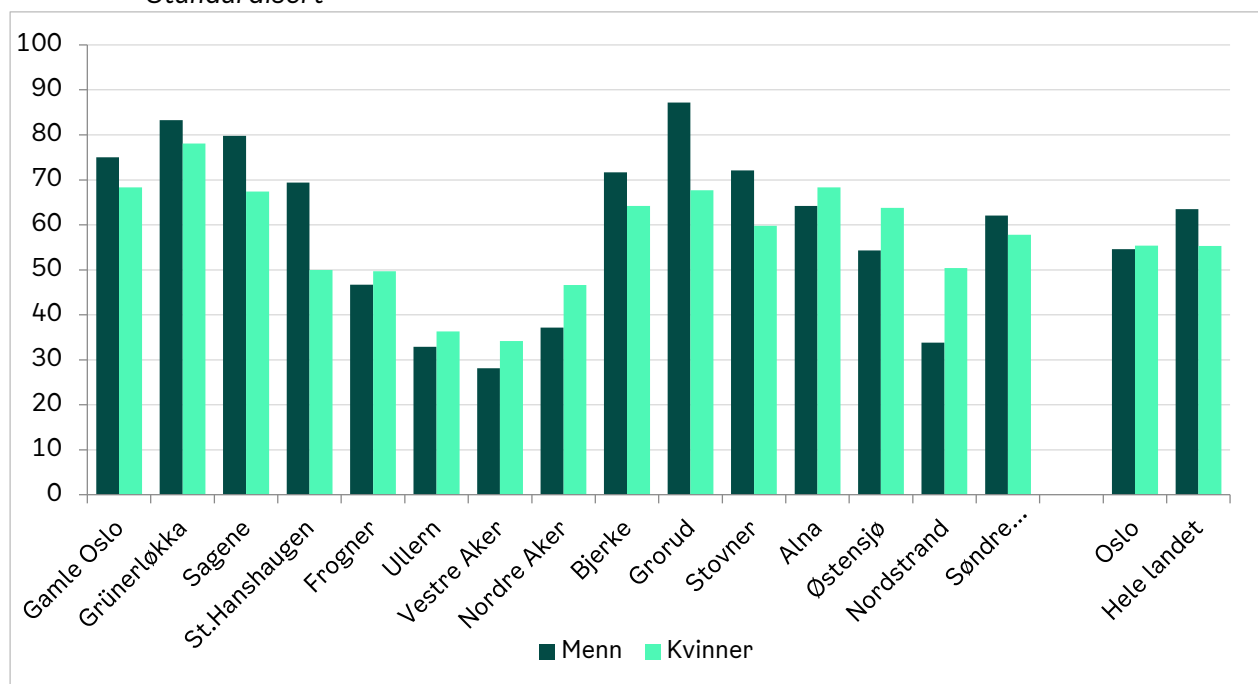
Figur 3.19 Antall nye tilfeller av brystkreft per 100 000 fordelt på bydel i 2008–2017. Oslo



Kilde: Kommunehelsa, Folkehelseinstituttet

Forekomsten av lungekreft varierer betydelig mellom bydelene (Figur 3.20). Blant menn er bydelene Grünerløkka, Sagene og Grorud på topp når det gjelder lungekreftinsidens hos menn. Bydelene i ytre vest og Bydel Nordstrand har lavest insidens. Insidensen av lungekreft hos kvinner varierer ikke like mye mellom bydelene.

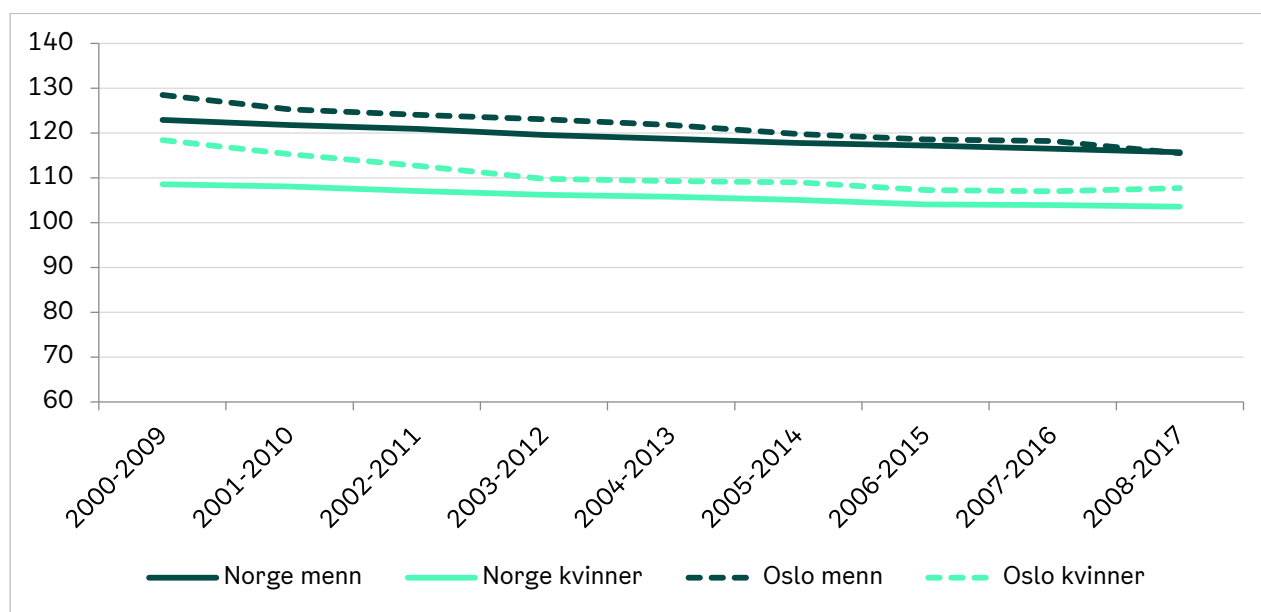
Figur 3.20 Antall nye tilfeller av lungekreft per 100 000 fordelt bydel i 2009–2018. Standardisert



Kilde: Kommunehelsa, Folkehelseinstituttet

Figur 3.21 viser at Oslo de siste 20 årene har ligget høyere enn landet sett under ett når det gjelder dødsfall som følge av kreft, både for menn og kvinner, men i siste periode er dødeligheten blant menn lik i Oslo og landet som helhet. For kvinner er fortsatt dødeligheten litt høyere i Oslo enn i hele Norge.

Figur 3.21 Dødelighet av kreft for menn og kvinner i Oslo og Norge. 2000 til 2017



Kilde: KommuneHelsa (hentet 19.09.2019)

### 3.8.3 Kols – kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) kan gi betydelig funksjonshemming og var, sammen med andre lungesykdommer, den tredje hyppigste dødsårsaken i 2017, etter kreft og hjerte- og karsykdom.<sup>99</sup> Sykdommen forårsakes av eksponering for skadelige partikler eller gasser. Røyking regnes som den viktigste årsaken til kols, og kan forklare rundt to av tre tilfeller. Arbeidsmiljøbelastning og luftforurensing er blant de andre årsakene.<sup>100</sup>

Forekomsten av kols i befolkningen er vanskelig å fastslå, da det finnes flere diagnosemetoder. De fleste med kols har en mildere variant av sykdommen, og flere er ikke klar over at de har tilstanden. Siden eksponeringen for skadelige partikler eller gasser må være av en slik grad at den forårsaker varig skade på lungevevet, ser vi sjelden kols hos personer under 40 år, med unntak av personer spesielt utsatt som følge av genetisk anlegg.<sup>101</sup> Nye beregninger estimerer at rundt 6 prosent av befolkningen over 40 år har kols. Det vil si at ca. 150 000 personer i Norge.<sup>102</sup>

<sup>99</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>

<sup>100</sup> Kols – Faktaark om Kronisk obstruktiv lungesykdom. Folkehelseinstituttet, <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>

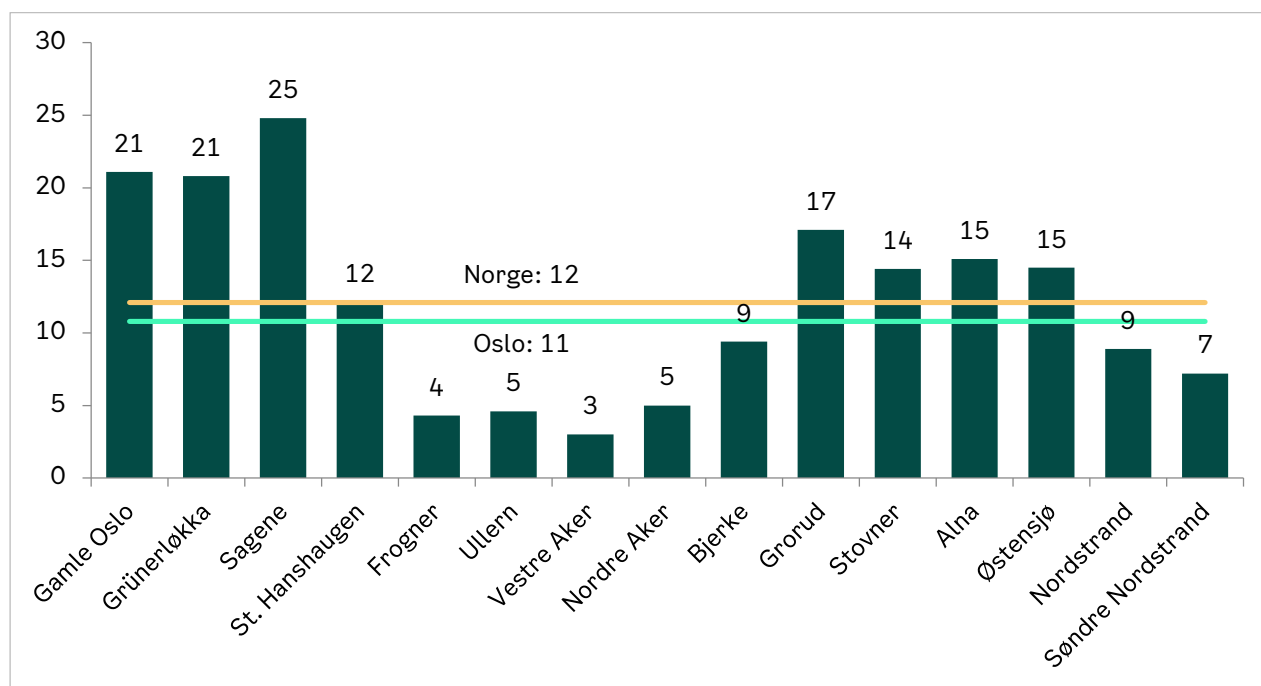
<sup>101</sup> <https://helseatlas.no/sites/default/files/helseatlas-kols-rapport.pdf>

Personer med kun grunnskoleutdanning har tre ganger høyere forekomst av kols enn personer med universitetsutdanning. Menn har tradisjonelt hatt en høyere forekomst av kols enn kvinner, men forskjellen mellom kjønnene har minsket de senere år.<sup>102</sup>

Tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister viser at antall pasienter diagnostisert med kols hos fastlege i 2018 var noe lavere i Oslo enn i landet som helhet. I Oslo er fem pasienter per 1000 innbyggere diagnostisert med kols for fastlege, mens det for landet er 10 pasienter per 1000 innbygger.

Videre er antallet som døde før 75 års alder (tidlig død) på grunn av kols, også noe lavere for Oslo enn det nasjonale gjennomsnittet (Figur 3.22). Det er derimot store forskjeller mellom bydelene. Andelen tidlig død som følge av kols i perioden 2008–2017 var høyest i Oslo indre øst. Bydelene med lavest forekomst i samme periode var de vestlige bydelene, med unntak av Bydel St. Hanshaugen.

Figur 3.22 Tidlig død (død før fylte 75) som følge av kols per 100 000 på bydelsnivå i perioden 2008–2017



Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

Kols forventes å øke i årene framover selv om eksponeringen for risikofaktorer, som røyking, har gått ned i lang tid. Økningen skyldes i hovedsak at de som nå eldes har vært utsatt for risikofaktorer tidligere i livet. Det er forventet at en reduksjon i eksponering for røyking og andre risikofaktorer vil ha stor betydning for forekomsten av kols i framtiden.

<sup>102</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>

### 3.8.4 Diabetes

Forekomsten av diabetes øker, og sykdommen regnes som en av de store folkesykdommene.<sup>103</sup> Diabetes er en tilstand der produksjonen eller sensitiviteten for insulin er redusert, noe som påvirker kroppens evne til å regulere blodsukkernivået.<sup>104</sup> Diabetes deles inn i to undergrupper, type 1 og type 2. Årsakene til diabetes type 2 er bedre kjent enn for type 1. Både type 1 og 2 diabetes har en arvelig komponent, men type 2 har også en klar livsstilskomponent. Overvekt, lite fysisk aktivitet, usunt kosthold og røyking er kjente risikofaktorer som øker risikoen for å utvikle diabetes type 2. Forekomsten er høyere blant menn enn kvinner, og personer av sør-asiatisk opprinnelse har økt risiko for diabetes type 2.<sup>105,106</sup> Det finnes ingen kur for diabetes, men i noen tilfeller kan diabetes type 2 behandles med livsstilsendringer.

Type 1 diabetes oppstår som regel i barne- og ungdomsårene og er den diabetestypen med høyest forekomst blant unge. I den voksne og eldre befolkningen forekommer type 2 diabetes langt oftere enn type 1. På landsbasis er det ca. 245 000 personer som har en kjent diabetesdiagnose, og av disse har ca. 216 000 type 2 diabetes.<sup>107</sup>

Tall fra Reseptregisteret viser at 37 per 1000 innbyggere per år i perioden 2016-2018 i Oslo mottok legemidler forskrevet på resept til behandling av type 2-diabetes, mot 40 per 1000 innbyggere i landet som helhet.<sup>108</sup> Antall brukere per 1000 har vist en svak men jevn økning siden perioden 2012-2014, både i Oslo og i Norge som helhet. Legemiddelbruk kan ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan være en indikator på sykdomsforekomsten i befolkningen.<sup>109</sup>

Til sammenligning viser tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) at 22 per 1000 innbyggere i Oslo var i kontakt med fastlege på grunn av type 2-diabetes i 2018, mot 27 per 1000 i Norge som helhet samme år (Figur 3.23). Tallene fra KPR undervurderer dermed forekomsten av type 2-diabetes, men er tilgjengelig på bydelsnivå. Det betyr at tallene om ikke annet kan indikere noe om relative forskjeller mellom bydeler. Som for andre tilstander som påvirkes av levevaner, er det stor variasjon mellom bydelene i antall pasienter per 1000 innbyggere som oppsøkte fastlegen med diabetes type 2 som årsak. Antall tilfeller per 1000 er høyest i bydelene i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand. I disse bydelene er antallet per 1000 høyere enn landsgjennomsnittet, mens bydelene i vest samt i de fleste av sentrumsbydelene, ligger antallet per 1000 betydelig under landsgjennomsnittet.

<sup>103</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2018/nye-diabetestilfeller-reduert-med-en-tredel/> Hentet 26.03.2020.

<sup>104</sup> <https://nhi.no/animasjoner/hormoner-og-ernaring/diabetes/> Hentet 26.03.2020.

<sup>105</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/> Hentet 26.03.2020.

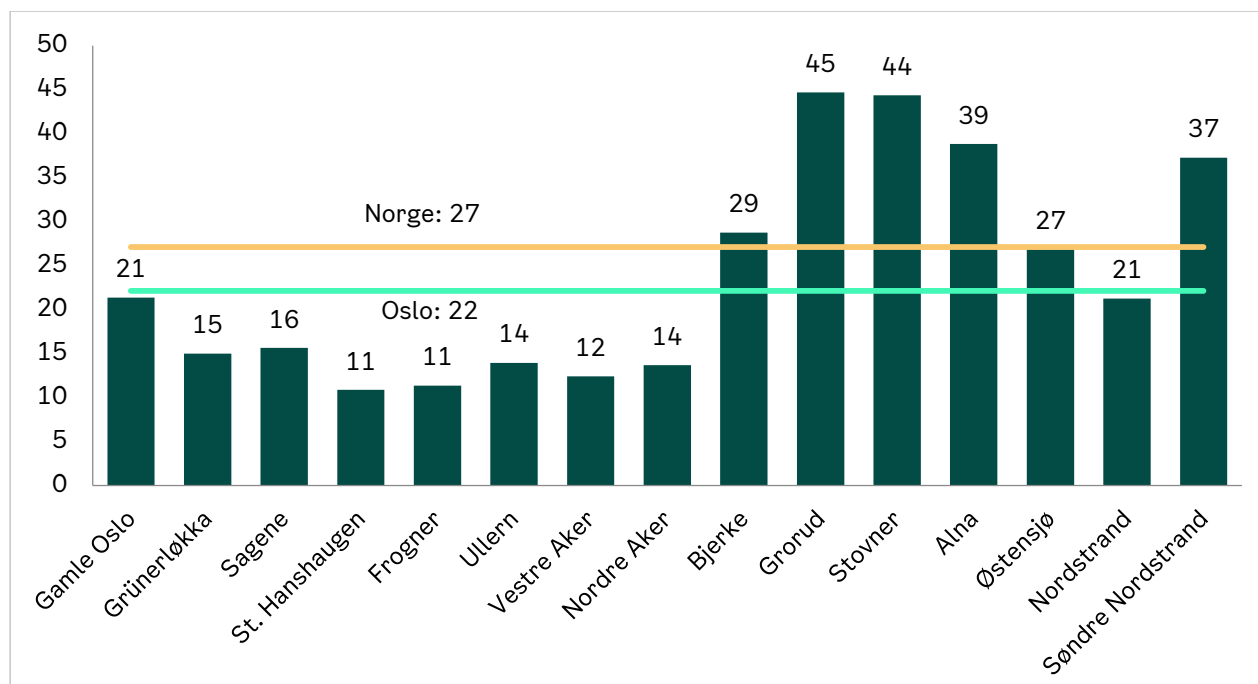
<sup>106</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/> Hentet 26.03.2020.

<sup>107</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/> Hentet 26.03.2020.

<sup>108</sup> KommuneHelsa: <http://khs.fhi.no/webview/> Hentet 26.03.2020.

<sup>109</sup> Om legemiddelbruk er en god indikator på sykdomsforekomst må vurderes i lys av lokal kunnskap om behandlingsmetoder og diagnostisering. KommuneHelsa: <http://khs.fhi.no/webview/> Hentet 26.03.2020.

Figur 3.23 Antall pasienter per 1000 innbyggere som oppsøkte fastlegen med diabetes type 2 som årsak til kontakt. Bydel. 2018<sup>110</sup>



Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister

### Svangerskapsdiabetes

Svangerskapsdiabetes er en sykdom der kroppen ikke klarer å øke insulinproduksjon for å imøtekomme det økte behovet under svangerskapet. Svangerskapsdiabetes kan føre til økt risiko for svangerskapsforgiftning og komplikasjoner under fødselen, blant annet fordi barnet kan få høy fødselsvekt. Kvinner med svangerskapsdiabetes har også økt risiko for å utvikle diabetes type 2 senere i livet.<sup>111</sup> Tilstanden kan ofte behandles med livsstilsendringer, og de fleste barn som fødes av mødre med svangerskapsdiabetes er friske.<sup>112</sup>

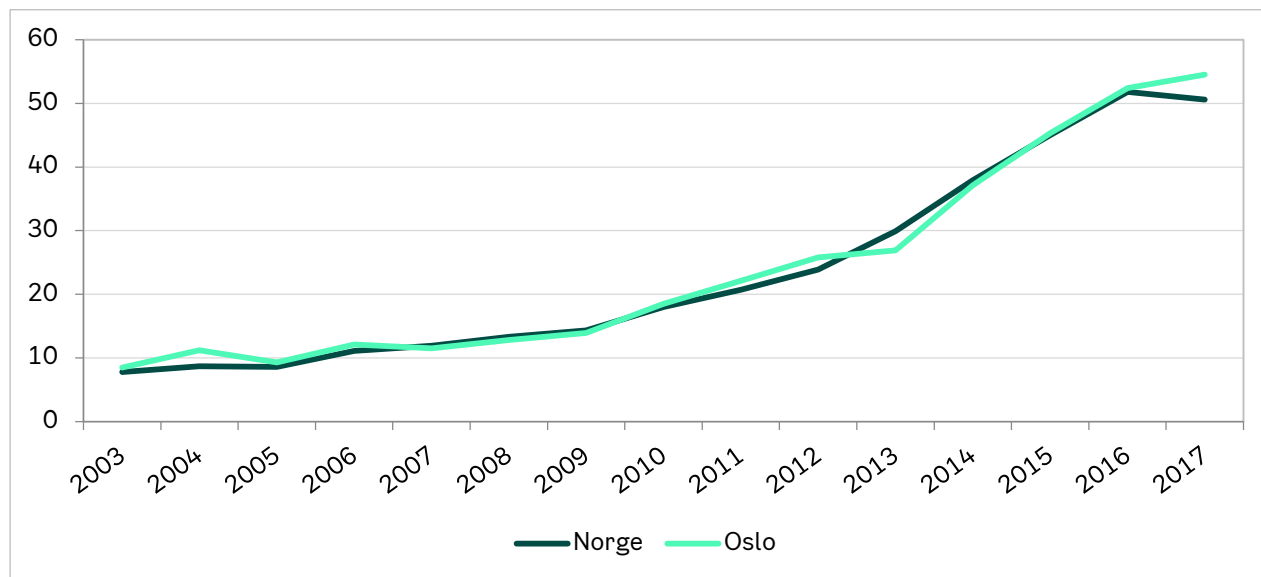
Andelen gravide med svangerskapsdiabetes har økt kraftig de siste 15 årene (Figur 3.24). I Oslo har forekomsten av svangerskapsdiabetes tidligere fulgt landsgjennomsnittet, men i 2017 lå Oslo noe over landsgjennomsnittet med nær 55 diagnoser per tusen svangerskap. Høyere alder blant førstegangsfødende kan være en av årsakene til at det er flere tilfeller av svangerskapsdiabetes i Oslo.

<sup>110</sup> Tallene er basert på tjenestetype fastlege, kontaktttype konsultasjon og sykebesøk, diagnose T90 Diabetes type 2.

<sup>111</sup> <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/svangerskapsdiabetes> Hentet 26.03.2020.

<sup>112</sup> <https://nhi.no/familie/graviditet/animasjoner/svangerskapsdiabetes/> Hentet 26.03.2020.

Figur 3.24 Tilfeller av svangerskapsdiabetes per 1000 svangerskap i Norge og Oslo



Kilde: Medisinsk fødselsregister

I nasjonal faglig retningslinje om svangerskapsdiabetes fra 2017 er det en sterk anbefaling at alle førstegangsfødende over 25 år og gravide med etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika tilbys en glukosebelastningstest som kan diagnostisere svangerskapsdiabetes. Med nye kriterier for test og diagnosegrenser, er det forventet at antallet framtidige diagnostiserte vil øke.<sup>113</sup>

### 3.9 Smittsomme sykdommer og vaksinasjoner

Smittsomme sykdommer er en langt mindre trussel mot folkehelsa nå enn før. Samtidig er det viktig å opprettholde god beredskap og vaksinasjonsdekning. Det er verdt å merke seg at Oslo har betydelig høyere forekomst av en rekke smittsomme sykdommer enn resten av Norge. Dette har igjen sammenheng med befolkningssammensetningen i byen. Det gjelder for eksempel seksuelt overførte infeksjoner som hiv, syfilis og gonorré, som særlig påvises blant menn som har sex med menn, tuberkulose som i hovedsak finnes blant asylsøkere og innvandrere, og hepatitt C som særlig smitter blant personer som tar stoff med sprøyter.

Med dagens reisemønstre sprer også smittsomme sykdommer seg mye raskere enn før. Selv om relativt få osloborgere dør av infeksjonssykdommer i dag, vet vi ikke hva som vil skje i framtiden. Vi må alltid regne med at tidligere kjente mikrober kan endre egenskaper eller at nye mikrober kan oppstå.

Tabell 3.5 viser antall og forekomst av en del smittsomme sykdommer i Oslo sammenlignet med resten av landet. Seksuelt overførbare sykdommer omtales nærmere i avsnitt 4.6.

<sup>113</sup> <https://helsedirektoratet.no/nyheter/ny-retningslinje-om-svangerskapsdiabetes-nye-kriterier-for-test-og-diagnosegrense>

Tabell 3.5 Antall registrerte tilfeller av en del smittsomme sykdommer i Oslo 2018, og insidensrater (antall tilfeller per 100 000 innbyggere) for Oslo og resten av landet.

| Sykdom                                                               | Antall Oslo | Insidensrate Oslo | Insidensrate Norge uten Oslo |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|------------------------------|
| <b>Sykdommer som smitter via vann og mat</b>                         |             |                   |                              |
| Campylobacteriose                                                    | 558         | 83                | 67                           |
| Giardiasis                                                           | 73          | 11                | 8,5                          |
| Salmonelloser                                                        | 144         | 21                | 18                           |
| <b>Sykdommer som er seksuelt overført</b>                            |             |                   |                              |
| Chlamydiainfeksjon, genital                                          | 5627        | 836               | 379*                         |
| Gonoré                                                               | 1038        | 154               | 13                           |
| Hiv                                                                  | 67          | 10                | 2,7                          |
| Syfilis                                                              | 139         | 21                | 2,0                          |
| <b>Sykdom som smitter seksuelt, fra mor til barn og via sprøyter</b> |             |                   |                              |
| Hepatitt B, kronisk                                                  | 99          | 15                | 5,5                          |
| Sykdom som smitter via sprøyter                                      |             |                   |                              |
| Hepatitt C                                                           | 97          | 14                | 12                           |
| <b>Sykdommer som sitter via insekter</b>                             |             |                   |                              |
| Lyme borreliose                                                      | 13          | 1,9               | 8,8                          |
| Malaria                                                              | 10          | 1,5               | 1,0                          |
| <b>Sykdommer som smitter via luft og spyttårper</b>                  |             |                   |                              |
| Kikhoste                                                             | 471         | 70                | 43                           |
| Legionellose                                                         | 8           | 1,2               | 1,3                          |
| Systemisk gr. A streptokokk                                          | 35          | 5,2               | 4,4                          |
| Syst. meningokokksykdom                                              | 4           | 0,59              | 0,48                         |
| Tuberkulose                                                          | 40          | 5,9               | 3,7                          |
| Bakterier med økt resistens                                          |             |                   |                              |
| MRSA                                                                 | 637         | 95                | 42                           |
| Resistente enterokokker                                              | 12          | 1,8               | 5,4                          |
| Resistent gram-negativ stav                                          | 31          | 4,6               | 1,1                          |

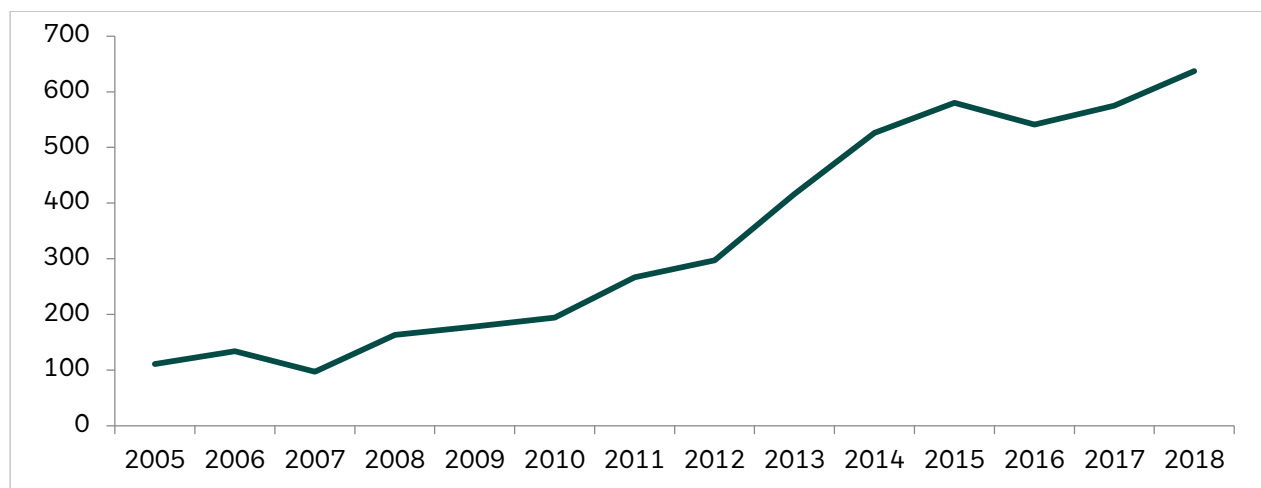
Kilde: [www.msis.no](http://www.msis.no) \*Denne insidensraten er fra 2017

### 3.9.1 Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens innebærer at bakterier kan leve videre og formere seg selv om de utsettes for antibiotika, det vil si at antibiotika ikke lenger har effekt på de aktuelle bakteriene.

Økende antibiotikaresistens hos bakterier er en alvorlig trussel for framtidig medisinsk behandling. En av de viktigste antibiotikaresistente bakterier er meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). Gule stafylokokker er bakterier som er vanlige på hud og slimhinner hos mennesker, og gir sjelden sykdom hos friske. På sykehus og sykehjem er de imidlertid en utfordring. Resistente gule stafylokokker gjør antibiotikabehandling vanskeligere og dyrere. Norge har en av de lavest registrerte forekomster av MRSA i verden, men forekomsten er økende og høyere i Oslo enn ellers i landet. Figuren under viser utviklingen i antall meldte tilfeller i Oslo fra 2005 til 2018.

Figur 3.25 Antall meldte tilfeller (både infeksjoner og bærerskap) av MRSA per år i Oslo



Kilde: [www.msis.no](http://www.msis.no)

Det utvikles få nye antibiotika. Utvikling av resistens kan motvirkes ved bare å bruke antibiotika på klare indikasjoner, og ved mest mulig bruk av såkalte smalspektrede midler (for eksempel penicillin). En god del av økningen skyldes imidlertid import via innvandring og ved at nordmenn smittes på reiser i utlandet, så tiltak i Norge alene kan ikke løse problemet.

### 3.9.2 Vaksinasjoner

Hensikten med vaksinasjon er å redusere risiko for helseskade og dødsfall ved å oppnå immunitet uten å måtte gjennomgå sykdommen først. Det er generelt ønskelig med høyest mulig vaksinasjonsdekning, også for å oppnå flokkbeskyttelse. Med det menes at så mange er vaksinert at de som av ulike årsaker ikke kan vaksineres, også er beskyttet mot smitte. Dette er aktuelt for sykdommer som smitter lett mellom mennesker, som ved meslinger og kikhoste.

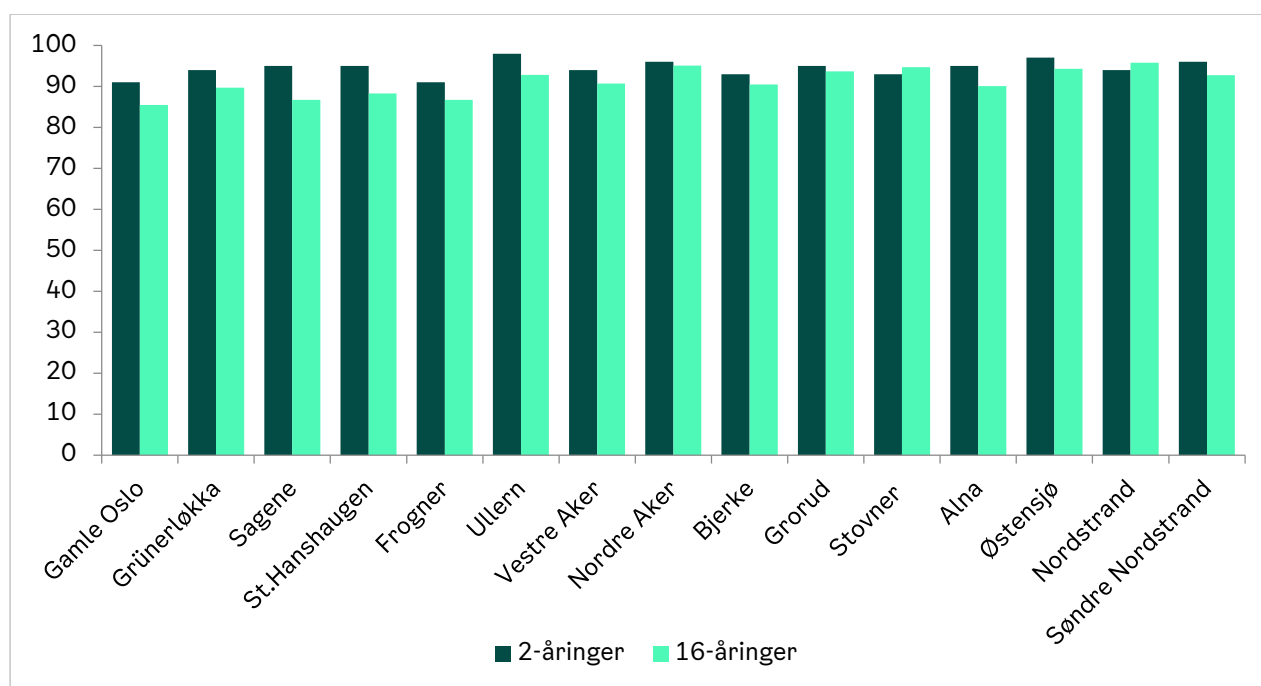
Det er viktig å arbeide for høy vaksinedekning. De siste årene har det vært utbrudd av meslinger i mange land i Europa. Oslo har nylig (2019) hatt et mindre utbrudd med seks syke. Risikoen for at

Oslo skal få et stort meslingutbrudd er liten, men utbrudd kan oppstå i grupper med flere uvaksinerte.

Vaksinens effekt (hvilken beskyttelse den enkelte vaksinerte har mot sykdom hvis man utsettes for smitte) varierer mellom vaksiner. For personer som er fullvaksinerte (to doser) med MMR-vaksine, er beskyttelsen mot meslinger minst 99 prosent, for kikhoste er beskyttelsen omtrent 85 prosent. Hvis vaksinerte likevel blir syke, får de gjerne et mildere sykdomsbilde enn det uvaksinerte får.

Barnevaksinasjonsprogrammet inneholder vaksiner mot 13 forskjellige sykdommer. Flere av vaksinene gis som kombinasjonsvaksiner. Barn i Oslo er i hovedsak godt vaksinert mot sykdommer som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet. Figur 3.26 viser andel som er vaksinert for meslinger ved 2 og 16 år etter bydel.

Figur 3.26 Vaksinasjonsdekning etter bydel for meslinger ved 2 og 16 år



Kilde: Helseetaten og SYSVAK

Tabell 3.6 viser andel av barna i et årskull som er fullvaksinerte mot noen forskjellige sykdommer. Folkehelseinstituttet anslår at 92–95 prosent vaksinasjonsdekning er nødvendig for å oppnå flokkbeskyttelse mot meslinger og kikhoste. For flokkbeskyttelse mot difteri og polio er 80–85 prosent vaksinasjonsdekning tilstrekkelig.

Tabell 3.6 Vaksinasjonsdekning, etter alder og vaksine, Oslo 2018. Prosent.

|                                                                                                    | 2-åringer | 16-åringer |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| DPT-IPV-Hib (kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt og Hib-infeksjon) | 96        | 89         |
| MMR (kombinasjonsvaksine mot meslinger, kusma og røde hunder)                                      | 94        | 92         |
| Pneumokokk                                                                                         | 93        | -          |

Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK

Det er grunn til å tro at de refererte Oslo-tallene for vaksinasjonsdekning er «minimumstall» og at reelle dekningstall ligger iallfall 1–2 prosent høyere, kanskje enda mer for 16-åringer.<sup>114</sup> Det er ingen store forskjeller i vaksinasjonsdekning mellom bydelene når det gjelder barnevaksiner.

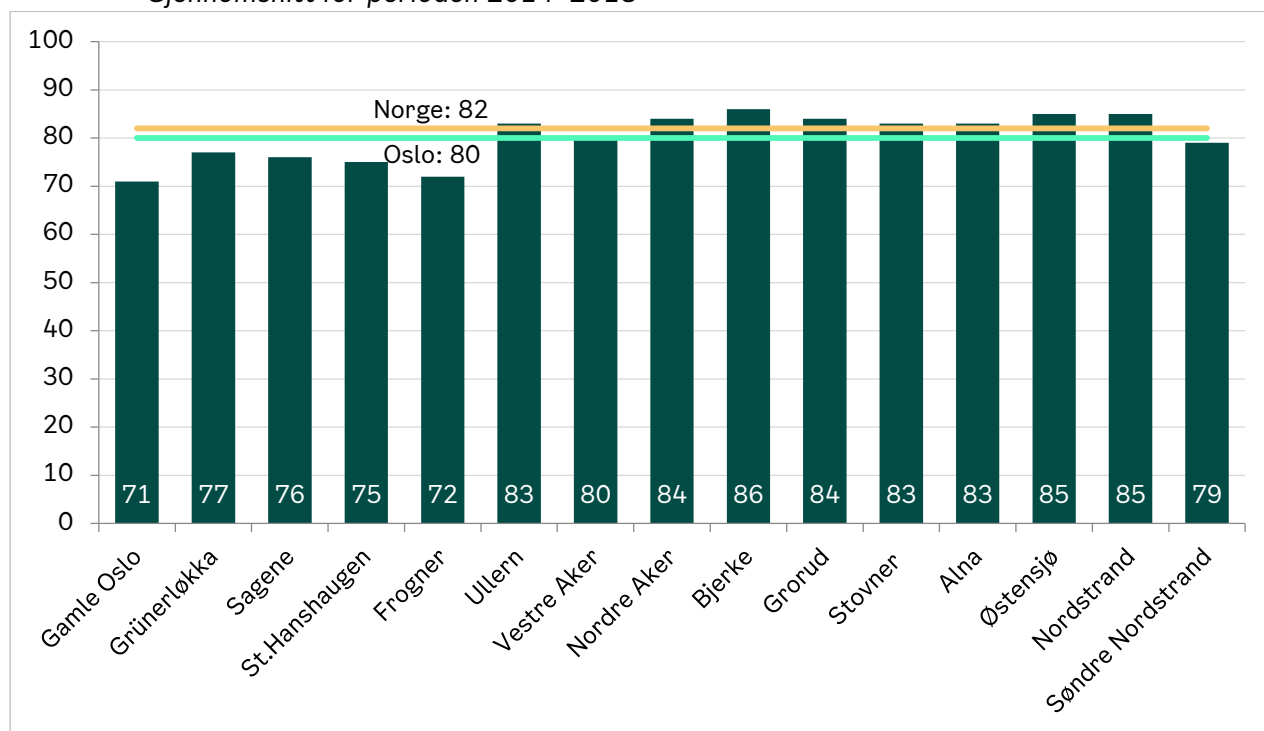
Rotavirus er årsak til om lag halvparten av tilfellene med diaré og oppkast blant spe- og småbarn. Infeksjonen gir ofte kraftigere symptomer enn andre mage-tarm-infeksjoner i denne alderen. Vaksine mot rotavirus ble innført mot slutten av 2014. I 2018 var dekningsgraden for denne vaksinen 92 prosent i Oslo, mot 93 prosent i hele landet.

Fra 2013 ble HPV-vaksine innført for jenter i 7.klasse, fra 2018 også for gutter. Vaksinasjonen for de som er under 15 år består av to doser HPV-vaksine med seks måneders intervall.<sup>115</sup> HPV står for humant papillomavirus. HPV-infeksjon er den vanligst seksuelt overførte infeksjon i verden, og ca. 70 prosent blir smittet av HPV i løpet av livet. Noen HPV-typer er ufarlige og gir ingen plager, noen gir kjønnsvorter og ulike former for kreft både hos kvinner og menn. HPV-vaksinen beskytter særlig mot livmorhalskreft hos kvinner. 88 prosent av 16-årige jenter i Oslo hadde fått denne vaksinen i 2018, mot 75 prosent i 2015. Figur 3.27 viser andelen jenter som er fullvaksinert mot HPV infeksjon ved 16 års alder i bydelene.

<sup>114</sup> Steen, Tore (2015). *Vaksinasjonsdekning i Oslo*. Oslospeilet nr. 1, 2015.

<sup>115</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Oppslutning om HPV-vaksinasjon i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/hog-oppslutning-om-hpv-vaksinasjon-i-norge/> 26.03.2020.

Figur 3.27 Vaksinasjonsdekning blant 16-åringer mot HPV infeksjon (jenter) i bydelene i Oslo.  
Gjennomsnitt for perioden 2014–2018



Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK

Det tilbys mange vaksiner utenom barnevaksinasjonsprogrammet, som meningokokkvaksine, influensavaksine og reisevaksiner. Det mangler god statistikk for disse. Vi har imidlertid gode tall for meningokokkvaksinasjon (vaksine mot hjernehinnebetennelse) til 19-åringer. De siste årene har vaksinen vært gitt gratis til avgangselever (russen) i videregående skoler. Her varierte dekningsgrad i 2018 fra 40 prosent blant 19-åringer bosatt i Bydel Gamle Oslo til 70 prosent i Bydel Nordre Aker.

Når det gjelder influensavaksinasjon, er tallene noe mer usikre. Men i sesongen 2017/18 ble det registrert 34 prosent vaksinasjonsdekning blant eldre fra 65 år og over i Oslo, mot 32 prosent i hele landet. Blant bydelene varierte dekningsgrad i denne aldersgruppen fra 25 prosent i Bydel Gamle Oslo til 42 prosent i Nordre Aker og Ullern.

### 3.10 Tannhelse

God tannhelse er viktig for den generelle helsa, for velvære og livskvalitet. Karies er kanskje vår vanligste kroniske infeksjonssykdom, og det er mistanke om at slike infeksjonsprosesser i munnhulen kan øke risikoen for andre sykdommer, for eksempel hjerte- og karsykdommer.<sup>116</sup>

Det er en relativ klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status, tannhelsetilstand og bruk av tannhelsetjenester i den norske befolkningen.<sup>117</sup> Tannhelsa og bruken av tannhelsetjenester øker med stigende inntekt og utdanning. Lav inntekt er den viktigste årsaken til at folk ikke går til tannlegen til tross for behov.<sup>118</sup>

Vi har begrenset nyere kunnskap om tannhelsa for voksenbefolkningen i Oslo. I den videre teksten omtaler vi derfor kun tannhelse hos barn og unge, og blant sykehjemsbeboere i Oslo.

#### 3.10.1 Tannhelse hos barn og unge

En mye brukt indikator for å beskrive tannhelse er en DMFT-indeks, som beskriver tilstanden for hver enkelt tann (T). D står for tenner med hull som må behandles (decayed). M står for manglende tenner (missing) og F står for fylte tenner (filled). Indeksen tar utgangspunkt i et tannsett på 28 tenner og blir derfor også et uttrykk for antall friske tenner, kalt S-tenner (sound) etter formelen  $ST = 28 - DMFT$ . Indikatoren vi presenterer i de neste to figurene er en noe grovere variant og viser andel barn og ungdom med bare friske tenner, altså  $DMFT = 0$ .

Figur 3.28 viser andel av 5- og 12 åringer med friske tenner i Oslo i perioden 2010 til 2018. Tannhelsa blant barn og unge i Oslo har variert noe i denne perioden. For femåringene og for tolvåringene har det vært en stabil andel med friske tenner i denne perioden.

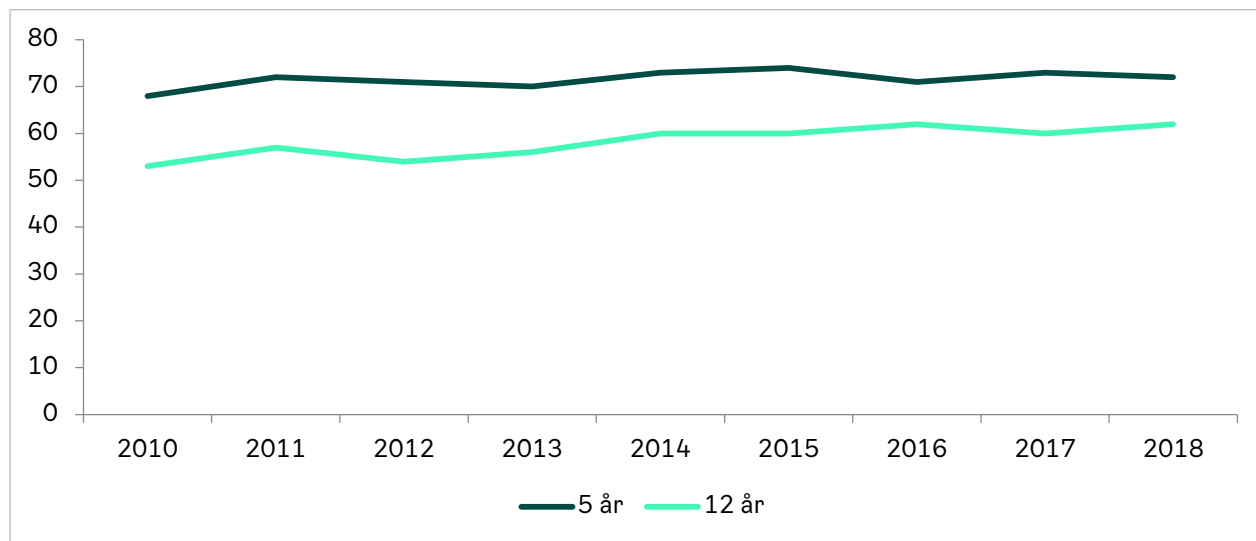
I 2018 var andelen med friske tenner 72 prosent for femåringene og 62 prosent for tolvåringene. Særlig for femåringene er andelen med friske tenner lavere enn landsgjennomsnittet, på 81 prosent.

<sup>116</sup> John M. Liljestrand m.fl. (2016). Association of Endodontic Lesions with Coronary Artery Disease. *Journal of Dental Research*. 1. august 2016. <https://forskning.no/tenner/darlig-tannhelse-kan-gi-hjertesykdom/403806> Hentet 09.10.2019.

<sup>117</sup> Vrålstad, S., & Amdam, S. (2014). *Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2012*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

<sup>118</sup> [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/279851?\\_ts=157c3198c70](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/279851?_ts=157c3198c70) Hentet 26.03.2020.

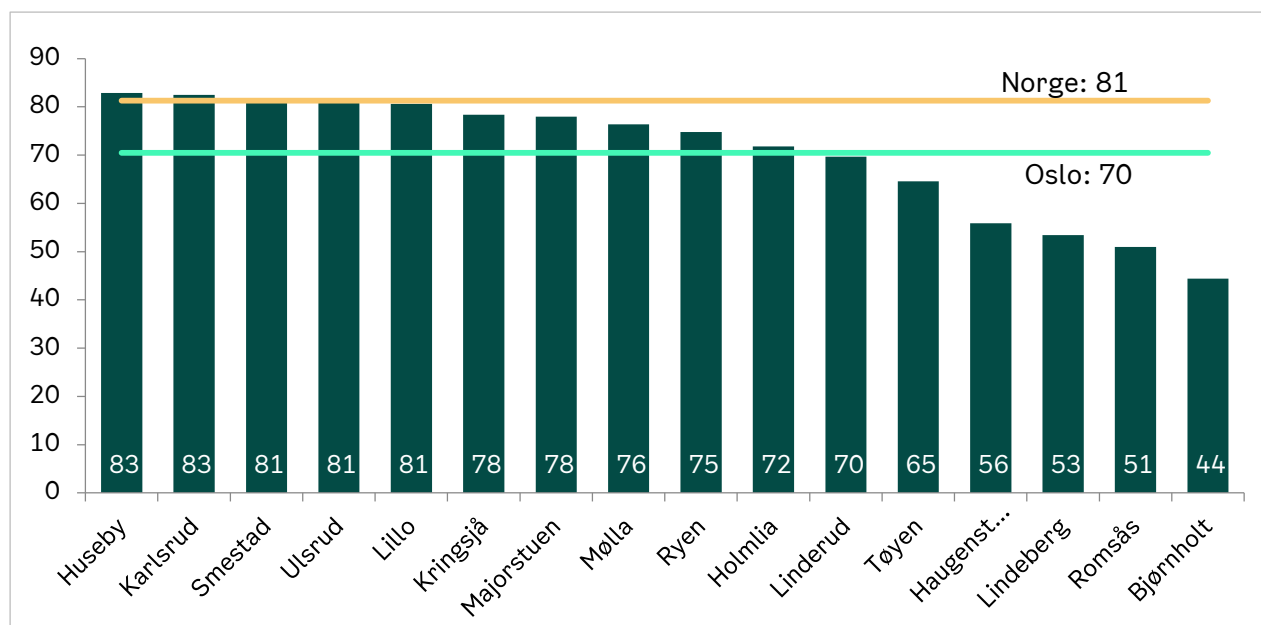
Figur 3.28 Andel 5- og 12 åringer som har friske tenner. Oslo. 2010 til 2018



Kilde: Norgeshelsa.no

Totalt er det 24 offentlige tannklinikker i Oslo. Syv av disse regnes som «bi-klinikker» (fengsler, sykehjem og Haukåsen skole tannklinikk). Det er betydelige forskjeller i tannhelse mellom klinikkene, spesielt blant femåringene. Tall fra 2018 (Figur 3.29) viser at ved Huseby tannklinikk (Bydel Vestre Aker) og Karlsrud (Bydel Nordstrand) hadde 83 prosent av femåringene helt friske tenner. Ved Bjørnholt tannklinikk (Bydel Søndre Nordstrand) var det kun 44 prosent av femåringene som hadde helt friske tenner.<sup>119</sup>

Figur 3.29 Andel femåringer med friske tenner ved tannklinikker i Oslo. 2018.



Kilde: Helseetaten

<sup>119</sup> Helseetaten 2018.

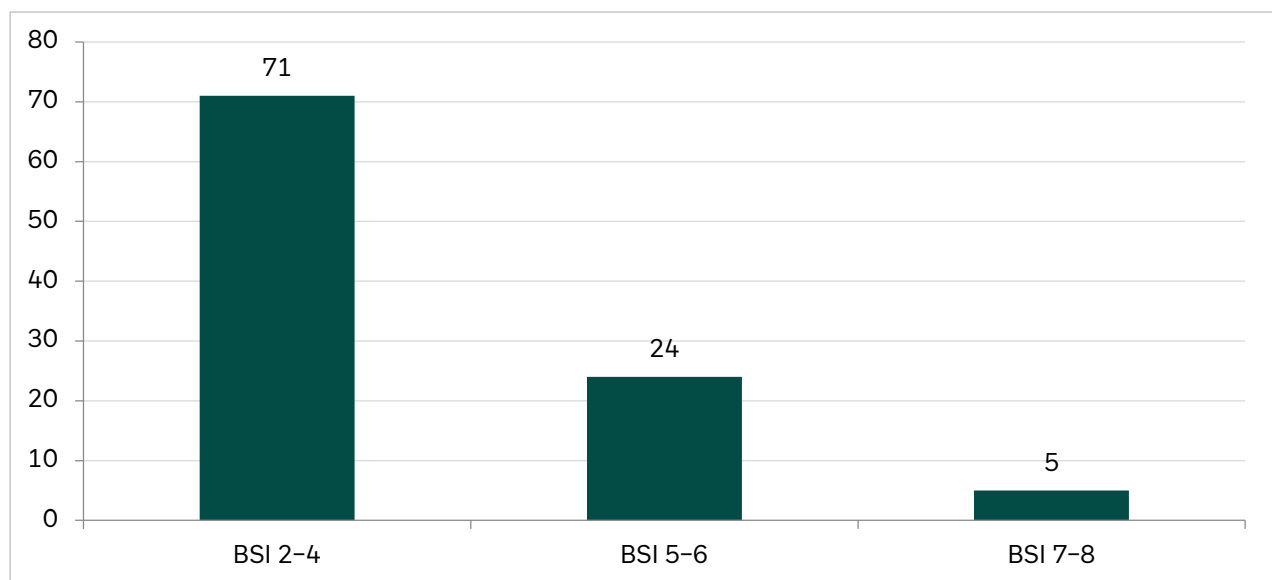
### 3.10.2 Tannhelse blant sykehjemsbeboere

Helseetaten, ved Tannhelsetjenesten, har ansvar for å gi et oppsøkende tilbud til alle beboere på sykehjem i Oslo kommune. Gjennomsnittsalderen for sykehjemsbeboere blir stadig høyere. I dag er det flere eldre som beholder egne tenner enn før, og dette er tenner som gjennom livet har fått mye tannbehandling med blant annet fyllinger, broer, kroner og implantater. Overgangen fra frisk til syk kan gå raskt. Når en selv ikke er i stand til å ivareta daglig munnstell, er det svært viktig at hjelp blir igangsatt umiddelbart. Både alder og bruk av medisiner kan gi munntørrehet. Svært mange eldre oppgir at de er munntørre og har behov for å drikke vann om natten. Munntørrehet kan gi store utfordringer for den orale helsa, både ved økt risiko for hull og sår og infeksjoner i munnen. Dette kan igjen føre til dårlig matlyst og gjøre det vanskelig å ta til seg mat, som igjen kan føre til feil-/underernæring.<sup>120</sup>

Tannhelsetjenesten i Oslo kartlegger munnhygien hos sykehjemsbeboerne en gang i året ved bruk av en åttedelt belegg- og slimhinneindeks (BSI). Det beregnes en beleggindeks for tenner/proteser og en slimhinneindeks, begge fra 1 til 4. Disse slås sammen til en sum for BSI, hvor 2–4 er bra/akseptabel status, 5–6 er ikke akseptabel status, og 7–8 er dårlig status.

I 2018 ble munnhygien kartlagt hos 89 prosent av sykehjemsbeboerne i Oslo. I Figur 3.30 vises andel sykehjemsbeboere med akseptabel status, ikke akseptabel status og dårlig status. 71 prosent av sykehjemsbeboerne har akseptabel status, 24 prosent har ikke akseptabel status, mens 5 prosent har dårlig status.

Figur 3.30 Kartlegging av munnhygiene (BSI) blant sykehjemsbeboere i Oslo. 2018



Kilde: Helseetaten

<sup>120</sup> Helseetaten. (2019). Oral helse hos beboere på langtidshjem i Oslo 2018.

## 4 Helsevaner

### Hovedfunn

- Halvparten av den voksne befolkningen i Oslo følger Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet.
- Tall fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 viser at over halvparten av oslounngdommene er så fysiske at de blir andpustne eller svett minst tre ganger i uka. Kun en av fire er aktive minst fem ganger i uka.
- Andelen som er fysisk aktive øker med høyere sosioøkonomisk bakgrunn.
- Ungdom med innvandrerforeldre trener mindre enn ungdom med norskfødte foreldre. Forskjellen er størst blant jentene.
- I Oslos befolkning er det en betydelig andel som ikke følger Helsedirektoratets anbefaling om minst fem porsjoner frukt og grønt per dag.
- Flere kvinner enn menn spiser frukt og grønt. Inntaket øker med sosioøkonomisk status.
- Inntaket av frukt og grønt er betydelig lavere blant ungdom enn blant de voksne.
- Andelen overvektige er lavere i Oslo enn i resten av landet. Samtidig er andelen høyere enn landsgjennomsnittet i bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand.
- Andelen dagligrøykere har gått vesentlig ned, samtidig som andelen som snuser daglig har gått opp. Det gjelder både i den voksne befolkningen og blant ungdom.
- Oslofolk drikker mer alkohol enn i resten av landet.
- Flere gutter (17 prosent) enn jenter (9 prosent) i Oslo har prøvd hasj eller marihuana siste året. Andelen har økt siden 2015.

I dette kapitlet går vi nærmere i dybden på å omtale risikofaktorene for de ikke-smittsomme sykdommene som ble omtalt i forrige kapittel. Ifølge Senter for sykdomsbyrde (se kapittel 2), kan en tredel av dødsfallene tilskrives atferdsfaktorer som usunt kosthold, tobakksrøyk, bruk av alkohol og illegale rusmidler og lav fysisk aktivitet. En tilsvarende høy andel kan tilskrives høyt blodtrykk, høyt kolesterol, og overvekt.<sup>121</sup>

Forekomsten av de ulike risikofaktorene har endret seg de siste 30–40 årene; tobakksrøyking er sterkt redusert og kostrelaterte risikofaktorer som høyt blodtrykk og blodkolesterol har utviklet seg mot lavere verdier fra 1970 til 2000. Bruk av alkohol har derimot økt ganske kraftig, en stor andel av befolkningen er fysisk inaktive og andelen med overvekt og fedme har økt kraftig de siste 30 årene.

<sup>121</sup> Folkehelseinstituttet, Senter for sykdomsbyrde (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016*. Oslo.

## 4.1. Fysisk aktivitet og helse

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og kan medvirke til forebygging og behandling av ulike sykdommer og tilstander. Mangel på fysisk aktivitet er en av de største truslene mot folkehelsa i Norge. Verdens helseorganisasjon (WHO) har slått fast at fysisk inaktivitet er den fjerde største risikofaktoren for ikke-smittsomme sykdommer, og dermed en større risikofaktor enn høyt blodtrykk og høyt blodsukker. Fysisk aktivitet har også betydning for psykisk helse.<sup>122</sup> Fysisk aktivitet er særlig viktig for å forebygge og behandle milde og moderate tilstander av depresjon. Studier det siste tiåret peker på at fysisk aktivitet har effekt på linje med antidepressiva eller kognitiv terapi for lette og moderate depresjoner. Fysisk aktivitet kan også ha en forebyggende effekt.<sup>123</sup>

### 4.1.1 Fysisk aktivitet hos barn

Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge bør være i fysisk aktivitet minimum 60 minutter hver dag. Aktiviteten bør være variert og intensiteten bør være både moderat og hard. Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.<sup>124</sup>

Vinteren 2018 ble det gjennomført en kartlegging av aktivitetsnivået i 16 barnehager og 12 barneskoler i bydelene i Groruddalen<sup>125</sup>. Kartleggingen viste at 56 prosent av barnehagebarna og 72 prosent av elevene i 1. trinn på barneskolene oppfylte Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet. Figur 4.1 viser at stor andel av barna ikke oppnådde Helsedirektoratets anbefaler om fysisk aktivitet i løpet av tiden i barnehagen eller skolen, men i løpet av hele dagen. Over 40 prosent av barnehagebarna og nesten 30 prosent av skolebarna i kartleggingen tilfredsstilte ikke de anbefalte kravene.

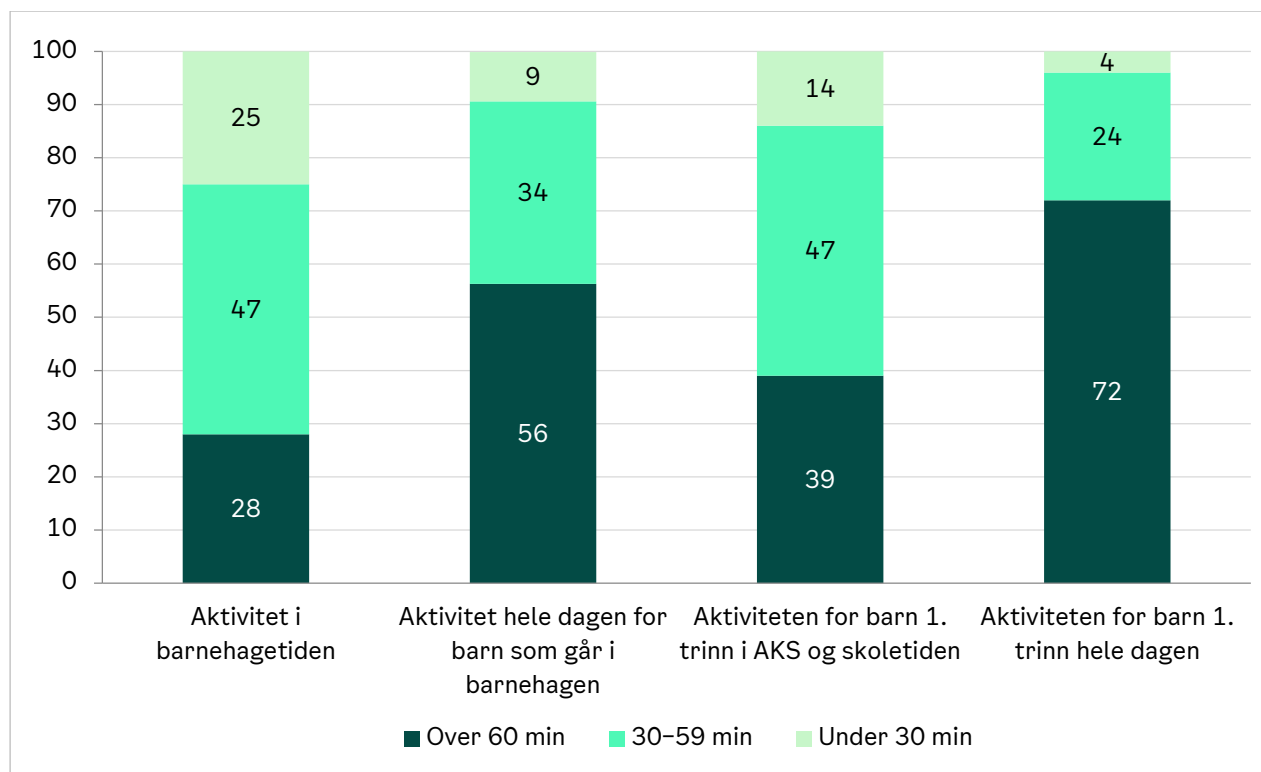
<sup>122</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> Hentet 26.03.2020.

<sup>123</sup> Major, Ellinor F. (2015). Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse? <http://www.forebygging.no/Artikler/-2015/Hvordan-pavirker-levevaner-var-psykiske-helse/> Hentet 26.03.2020.

<sup>124</sup> Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for barn og unge. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-barn-og-unge> Hentet 26.03.2020.

<sup>125</sup> Omfatter bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner

Figur 4.1 Andel barn i barnehager og 1. trinn på barneskoler i Groruddalen som i løpet av dagen oppnår fysisk aktivitet i moderat til høy intensitet



Kilde: Helsefremmende praksis i barnehager og skoler i Groruddalen. En kartlegging av kosthold og fysisk aktivitet. Oslo kommune. (2018)

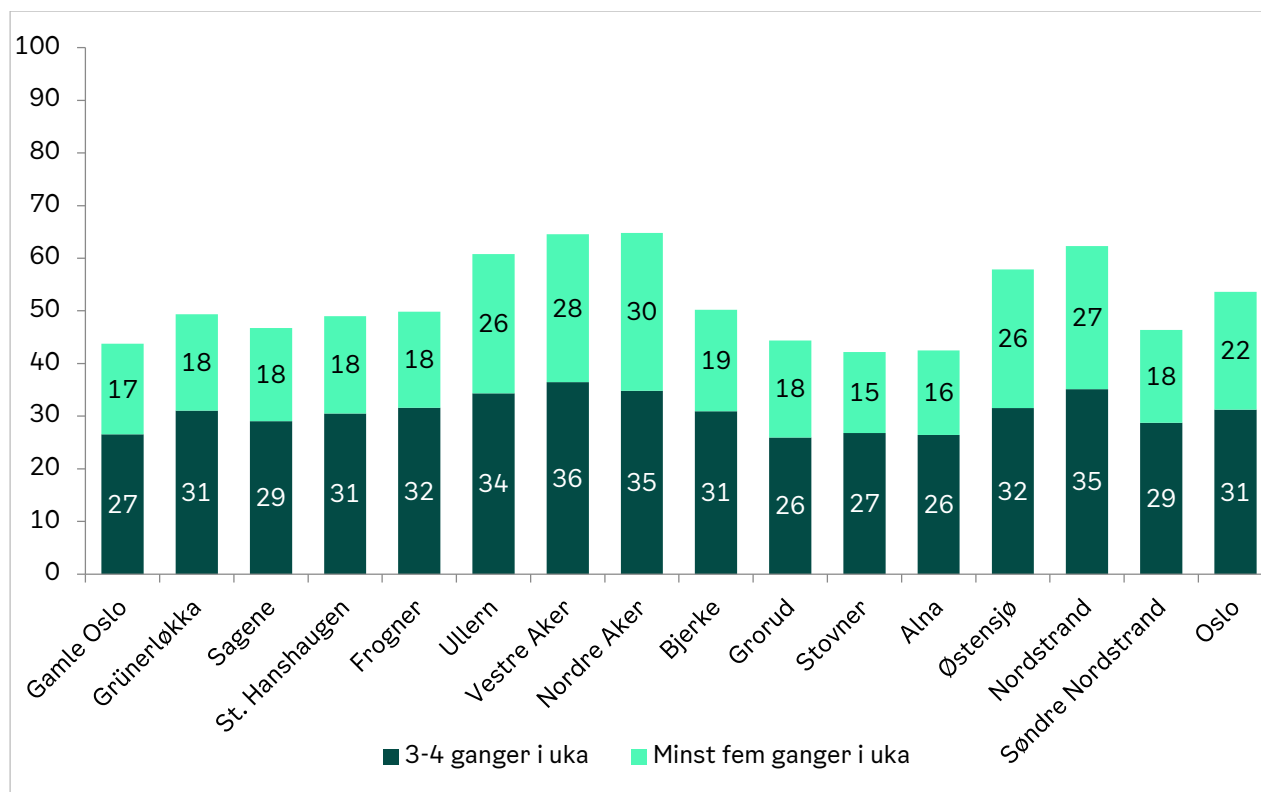
Det var gjennomgående store forskjeller mellom bydelene, og mellom barnehagene og skolene innad i de ulike bydelene. Det var også store forskjeller mellom guttenes og jentenes aktivitetsnivå. Andelen som oppfylte anbefalingene i løpet av hele dagen var 65 prosent for guttene og 46 prosent for jentene i barnehagen og 79 prosent av guttene og 65 prosent av jentene på 1. trinn på barneskolen.<sup>126</sup>

#### 4.1.2 Fysisk aktivitet hos ungdom

Som tidligere omtalt anbefaler Helsedirektoratet at barn og unge er fysisk aktive minimum 60 minutter hver dag. Minst tre av dagene bør aktiviteten være med høy intensitet (se nærmere omtale i avsnitt 4.1.1). Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 spurte elever ved ungdomsskole og videregående skole om hvor ofte de var så fysisk aktive at de ble andpusten eller svett. I alt 22 prosent av osloundommen svarte at de var fysisk aktive minst fem ganger i uka, etter ovennevnte definisjon, mens 31 prosent var det 3-4 ganger i uka (Figur 4.2). Andel ungdom som er fysisk aktive 3-4 ganger i uka eller mer er høyest i ytre vest og i bydelene Østensjø og Nordstrand.

<sup>126</sup> Oslo kommune. Groruddalssatsingen. (2018). Helsefremmende praksis i barnehager og skoler i Groruddalen. En kartlegging av kosthold og fysisk aktivitet.

Figur 4.2 Andel som er så fysisk aktiv at de blir andpusten eller svett 3–4 ganger i uka eller minst fem ganger i uka etter bydel. Prosent. 2018

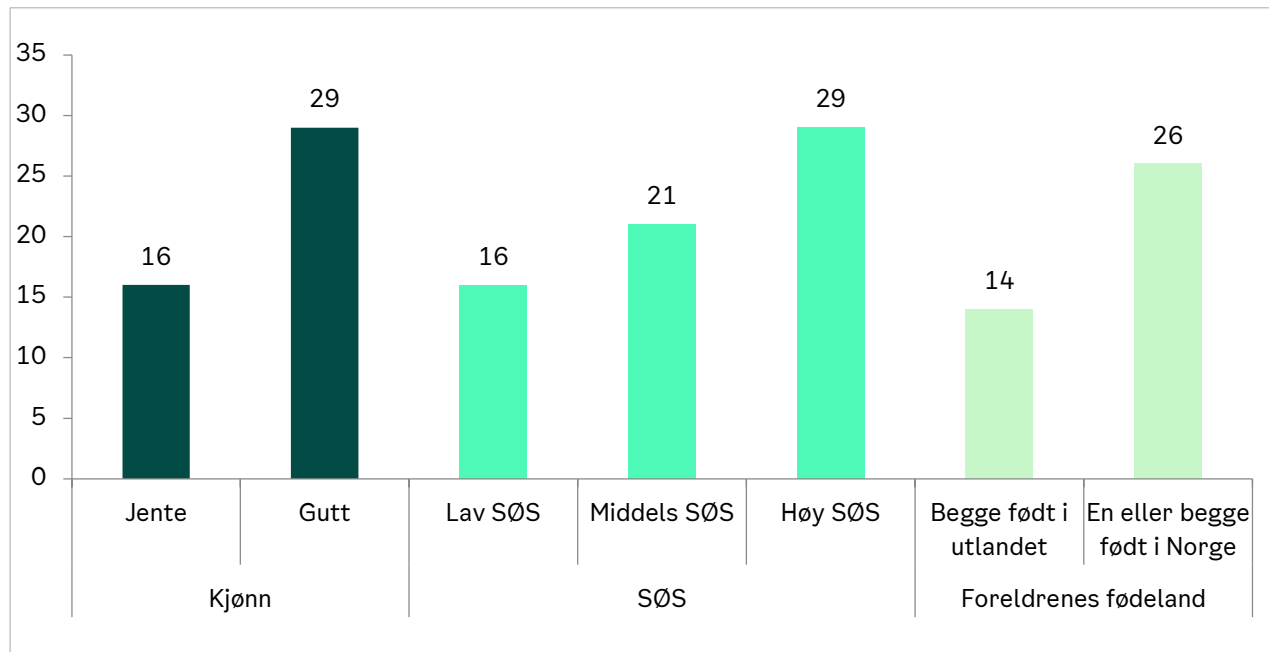


Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Ungdom som er fysisk aktiv minst fem dager i uken er de som i størst grad etterlever anbefalingene til Helsedirektoratet om fysisk aktivitet. Andelen som er fysisk aktive i dette omfanget varierer spesielt mye etter bydel, mer enn andelen som trener 3–4 ganger i uken; andelen som er fysisk aktive minst fem ganger i uken er dobbelt så høy i bydel Nordre Aker (30 prosent) sammenlignet med Bydel Stovner (15 prosent).

Ungdommens fysiske aktivitetsnivå øker med økende sosioøkonomisk status (se Figur 4.3). Blant dem med lav sosioøkonomisk bakgrunn er det 16 prosent som er fysisk aktive minst fem ganger i uka, mens andelen som er like aktive er 29 prosent blant dem med høy sosioøkonomisk bakgrunn. Andelen som er fysisk aktive minst fem ganger i uka varierer også etter kjønn og foreldrenes fødeland. Andelen er høyere blant gutter (29 prosent) enn blant jenter (16 prosent). Den er også høyere blant ungdom med en eller begge foreldre født i Norge (26 prosent) enn blant ungdom med begge foreldre født i utlandet (14 prosent).

Figur 4.3 Andel unge som er så fysisk aktive at de blir andpusten eller svett minst fem ganger i uka etter kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn (SØS) og foreldrenes fødeland. Prosent. 2018

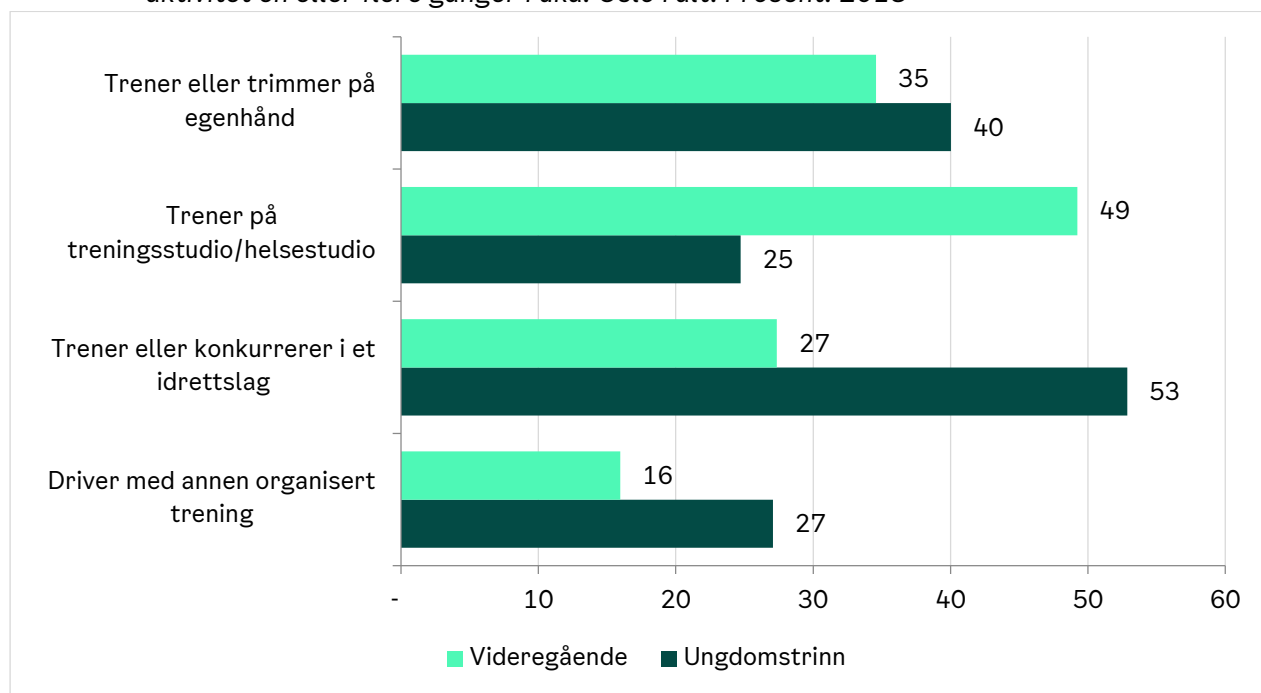


Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Det er også noe vanligere å være fysisk aktiv minst fem ganger i uka blant ungdomsskoleelever (25 prosent) enn blant elever i videregående (19 prosent).

Figur 4.4 viser prosentandelen av ungdom i ungdomstrinnet og i videregående som driver med ulike typer trening en eller flere ganger i uka. På ungdomsskolen trener 53 prosent av ungdommene ukentlig eller mer i et idrettslag, mens det på videregående skole kun er 27 prosent av elevene som gjør det samme. Også andre typer treningsformer er vanligere i ungdomstrinnet enn i videregående, med unntak for trening på treningsstudio; andelen som trener på treningsstudio øker fra 25 prosent blant ungdomsskoleelevene til 49 prosent blant elevene på videregående skole.

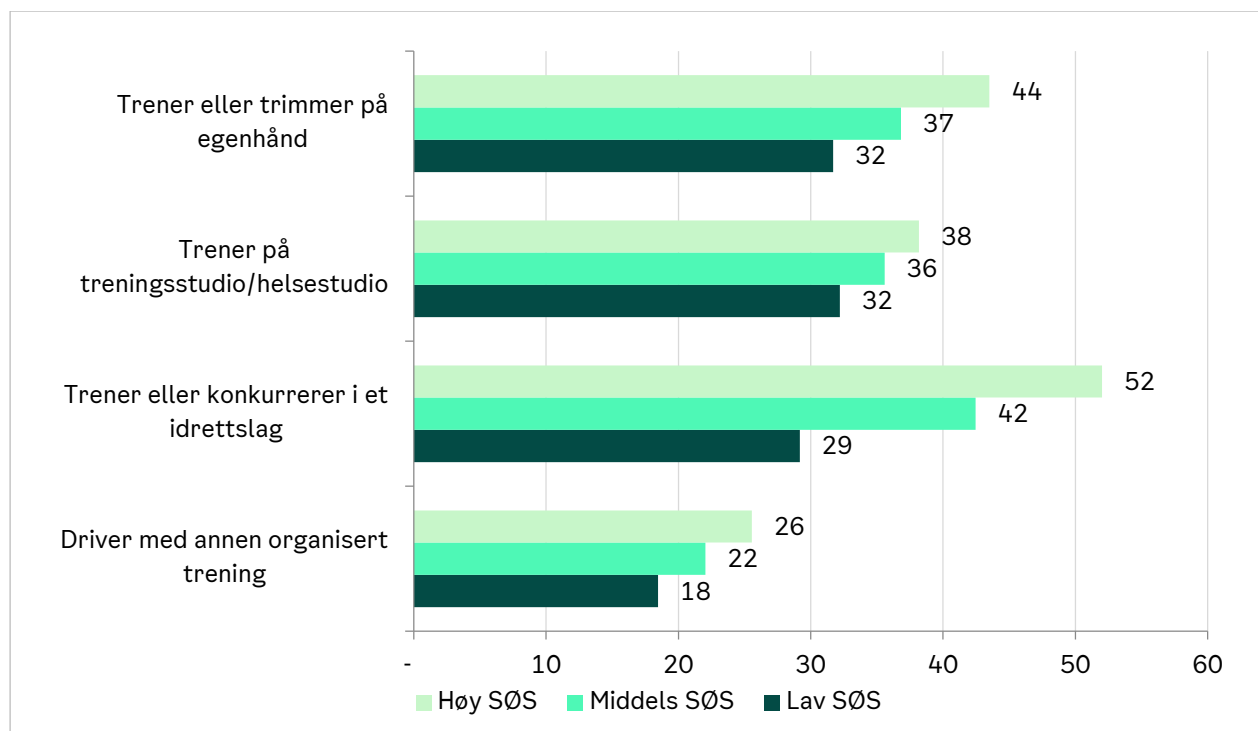
Figur 4.4 Andel ungdommer på ungdomstrinnet og i videregående som driver med ulike type aktivitet en eller flere ganger i uka. Oslo i alt. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Figur 4.5 viser prosentandelen som driver med ulike type aktivitet i ulike sosioøkonomiske grupper (SØS). Jo høyere sosioøkonomisk bakgrunn ungdommen har, jo høyere er andelen som driver med fysisk aktivitet av ulike slag. Det gjelder uansett treningsform, men spesielt gjelder det for trening i idrettslag. Mens 29 prosent av dem med lav sosioøkonomisk bakgrunn trener i idrettslag, er det 52 prosent av dem med høy sosioøkonomisk bakgrunn som gjør det samme.

Figur 4.5 Andel ungdommer som driver med ulik type aktivitet en eller flere ganger i uka etter sosioøkonomisk bakgrunn (SØS). Oslo i alt. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

#### 4.1.3 Fysisk aktivitet hos voksne

Helsedirektoratets anbefaler voksne og eldre å være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. Øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper bør utføres to eller flere dager i uken. Eldre med nedsatt mobilitet og personer som er ustø, anbefales i tillegg å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken.<sup>127</sup>

Andel innbyggere som mosjonerte ukentlig gikk ned fra 79 prosent i 2012 til 70 prosent i 2015, i Oslo og Akershus. Samtidig gikk andelen innbyggere som aldri mosjonerer fra 11 prosent til 16 prosent<sup>128</sup>. 52 prosent av innbyggerne i Oslo brukte i 2015 mer enn 2,5 timer på sport, trening og andre fysiske aktiviteter i løpet av en vanlig uke. Det var samme andel som landssnittet. 43 prosent av innbyggerne i Oslo trente styrke en gang i uken eller oftere. Det var godt over landsgjennomsnittet på 35 prosent. Det var flere menn (45 prosent) enn kvinner (40 prosent) som trente styrke.<sup>129</sup>

<sup>127</sup> Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for fysisk aktivitet for voksne og eldre.

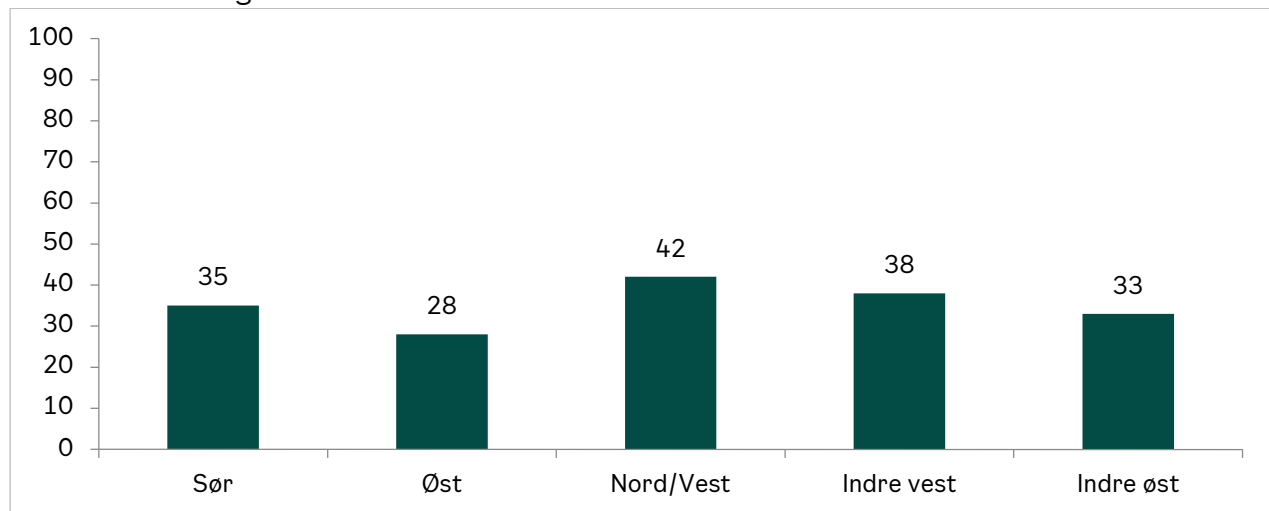
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre> Hentet 26.03.2020.

<sup>128</sup> Statistisk sentralbyrå. Tabell 08284.

<sup>129</sup> Statistisk sentralbyrå. Tabell 11277.

Rapporten «Aktiv i storbyen» baserer seg på intervjuer av 1545 respondenter fra Oslo, i alderen 15 år og eldre. Undersøkelsen tar utgangspunkt i ACSM-kriteriet (The American College of Sports Medicine). Kriteriet forutsetter enten fysisk aktivitet av moderat intensitet en halvtime fem dager i uken, eller mer intens fysisk aktivitet i minst 20 minutter tre dager i uken eller mer. Rapporten viser en positiv utvikling i fysisk aktivitet fra 1998 til 2015. I gruppen som er over 60 år, tilfredsstilte 28 prosent ACSM-kriteriet i 2015. Det var en lavere andel enn for de andre aldersgruppene. Andelen økte fram mot 2011, for så å synke fram til 2015.<sup>130</sup>

Figur 4.6 Andeler som tilfredsstiller ACSM-kriteriet, knyttet til byområder<sup>131</sup>. Data for 2011, 2013 og 2015 slått sammen



Kilde: Hines & Rafoss, 2018<sup>130</sup>

Bydeler i nord og vest hadde den høyeste andelen som oppfylte ACSM-kriteriet, med 42 prosent. I Oslo øst var det kun 28 prosent som tilfredsstilte dette kriteriet. Dette bildet samsvarer med bydelsforskjellene som framkommer av Ung i Oslo-undersøkelsen, og viser at fysisk aktivitet er relatert til bosted og levekår på tvers av generasjoner.

#### 4.1.4 Svømmeopplæring

Svømmeopplæring er en del av kroppsøvningsfaget i skolen. I læreplanen for kroppsøving er det egne kompetansemål for svømmeopplæring etter 4. trinn, 7. trinn og 10. trinn. Fra skoleåret 2017/2018 er det obligatorisk å gjennomføre en ferdighetsprøve i svømming for elever på 1.-4. trinn (opplæringsloven § 2-4 tredje ledd). Formålet med ferdighetsprøven er å styrke svømmeopplæringen slik at elevene blir svømmedyktige innen 4. trinn. Tabellen under er basert på Utdanningsetatens årlige kartlegginger av svømmeferdighetene til elevene i 4. trinn ved alle barneskolene i Oslo.

<sup>130</sup> Hines, K., & Rafoss, K. (2018). *Aktiv i storbyen – fysisk aktivitet, deltakelse, treningssammenheng og anleggsbruk i Oslo*. Tromsø: Norges Arktiske Universitet.

<sup>131</sup> Indre øst er bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene. Indre vest er bydelene St. Hanshaugen og Frogner. Nord/vest er bydelene Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker. Øst er bydelene Bjerke, Grorud, Stovner og Alna. Sør er bydelene Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand.

Tabell 4.1 Andel elever ved barneskolene i Oslo med ulike svømmeferdigheter etter 4.trinn.

| Skoleår   | Kan ikke svømme | Kan svømme 25m | Kan svømme 200m | Ikke kartlagt | Antall elever |
|-----------|-----------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|
| 2012/2013 | 21,2 %          | 29,5 %         | 47,2 %          | 1,4 %         | 5763          |
| 2013/2014 | 21,6 %          | 21,8 %         | 55,6 %          | 1,3 %         | 4021          |
| 2014/2015 | 14,4 %          | 19,7 %         | 53,6 %          | 1,4 %         | 5860          |
| 2015/2016 | 15,7 %          | 16,9 %         | 57,5 %          | 1,7 %         | 6354          |
| 2016/2017 | 15,9 %          | 18,6 %         | 61,2 %          | 1,9 %         | 6284          |
| 2017/2018 | 18,8 %          | 19,0 %         | 60,0 %          | 2,8 %         | 6242          |

Kilde: Utdanningsetaten, Oslo kommune 2019

Tabell 4.1 viser at 60 prosent av de kartlagte elevene kunne svømme 200 meter etter 4. trinn i 2017/2018. 19 prosent av elevene kunne svømme 25 meter. Like mange kunne ikke svømme etter 4. trinn. 2,8 prosent av elevene ble ikke kartlagt. Andelen som ikke kan svømme gikk ned fra 2013/2014 og økte fram til 2017/2018. Andelen som kan svømme 200 meter har gradvis økt siden 2012/2013, med en liten nedgang fra 2016/2017 til 2017/2018. Det er store variasjoner i svømmeferdighetene mellom skolene i Oslo. De fleste skolene med høy andel elever som ikke kan svømme etter 4. trinn, ligger i bydelene Stovner, Alna, Grorud, Grünerløkka, Gamle Oslo, og Søndre Nordstrand.

Tabell 4.2 Svømmeferdigheter blant elever på 4. trinn etter bydel. Prosent. 2017/2018.

| Bydel             | Kan ikke svømme | Kan svømme 25 m | Kan svømme 200 m | Ikke kartlagt |
|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|
| Alle              | 19 %            | 19 %            | 60 %             | 3 %           |
| Gamle Oslo        | 31 %            | 32 %            | 35 %             | 2 %           |
| Grünerløkka       | 32 %            | 22 %            | 43 %             | 4 %           |
| Sagene            | 21 %            | 29 %            | 49 %             | 0 %           |
| St. Hanshaugen    | 19 %            | 7 %             | 72 %             | 0 %           |
| Frogner           | 19 %            | 27 %            | 52 %             | 2 %           |
| Ullern            | 12 %            | 5 %             | 81 %             | 1 %           |
| Vestre Aker       | 6 %             | 10 %            | 71 %             | 12 %          |
| Nordre Aker       | 10 %            | 9 %             | 80 %             | 1 %           |
| Bjerke            | 12 %            | 32 %            | 51 %             | 5 %           |
| Grorud            | 32 %            | 25 %            | 44 %             | 1 %           |
| Stovner           | 40 %            | 12 %            | 49 %             | 2 %           |
| Alna              | 39 %            | 31 %            | 47 %             | 0 %           |
| Østensjø          | 11 %            | 29 %            | 51 %             | 10 %          |
| Nordstrand        | 10 %            | 9 %             | 70 %             | 3 %           |
| Søndre Nordstrand | 27 %            | 21 %            | 51 %             | 0 %           |

Kilde: Utdanningsetaten, Oslo kommune 2019

## 4.2 Kosthold og helse

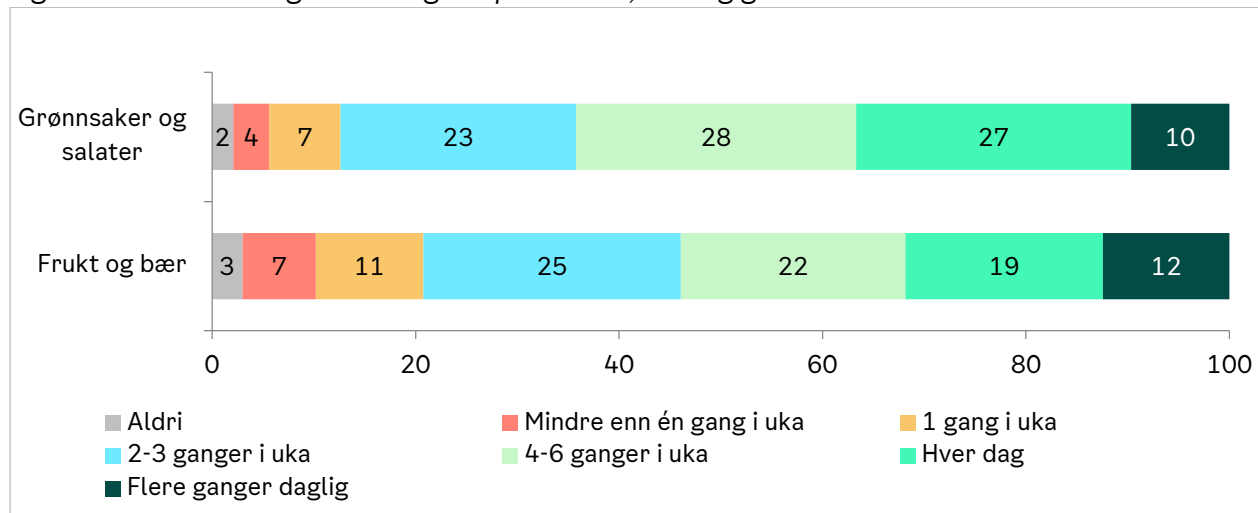
Et variert og sunt kosthold gir et godt grunnlag for god helse. Kostholdet har en viktig rolle for vår fysiologiske og mentale utvikling, og for å opprettholde en god kroppslig funksjon. Det kan både beskytte mot og lede til sykdom. Et variert og sunt kosthold kombinert med fysisk aktivitet, reduserer risikoen for blant annet overvekt og fedme, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, høyt blodtrykk, flere former for kreft, beinskjørhet og tannråte.<sup>132</sup> Helsedirektoratets råd er å ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Befolkningens kosthold har over tid hatt en positiv utvikling gjennom høyere inntak av grønnsaker, frukt og bær og redusert sukkerinntak. Samtidig vil befolkningen kunne oppnå en betydelig helsegevinst dersom inntaket av salt og sukker reduseres ytterligere og inntaket av frukt og bær, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk økes.<sup>133</sup>

### 4.2.1 Kosthold og helse hos barn og unge

#### Frukt og grønnsaker

Helsedirektoratet anbefaler minst fem porsjoner<sup>134</sup> frukt og grønt per dag, hvor minst halvparten bør være grønnsaker.<sup>135</sup> I Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 svarte 27 prosent av ungdommene at de spiser grønnsaker og salat hver dag, og 10 prosent spiser det flere ganger daglig (Figur 4.7). 19 prosent svarer de spiser frukt og bær daglig, mens 12 prosent spiser det flere ganger daglig.

Figur 4.7 Hvor ofte ungdom vanligvis spiser frukt, bær og grønt. Oslo i alt. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>132</sup> Helsedirektoratets kostråd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>. Hentet 08.01.2020.

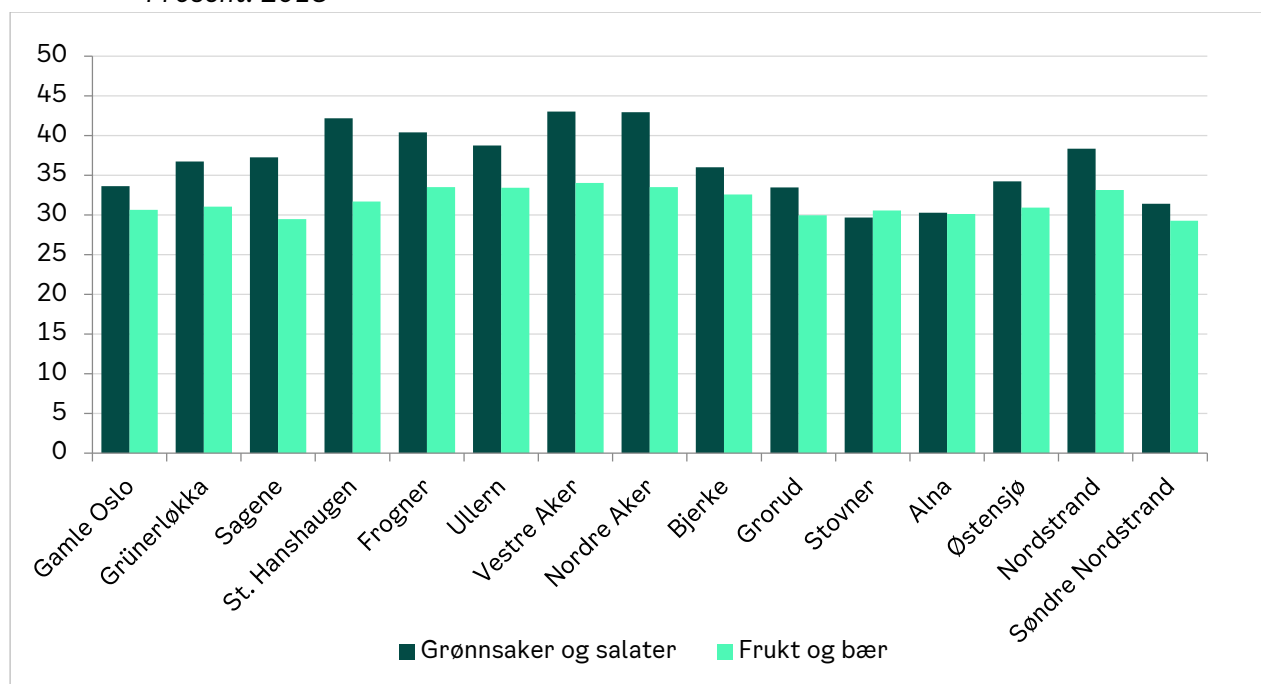
<sup>133</sup> Helsedirektoratet. (2019). *Utvikling i norsk kosthold 2019*. Rapport IS-2866. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 26.03.2020.

<sup>134</sup> En porsjon tilsvarer 100 gram.

<sup>135</sup> Helsedirektoratets kostråd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>. Hentet 8.1.20.

Det er noen forskjeller mellom bydelene. Det er gjennomgående vanligere å spise både grønnsaker og salater og frukt og bær i vestlige bydeler, og i Bydel Nordstrand, enn i østlige bydeler, inkludert Bydel Søndre Nordstrand (Figur 4.8). Andelen ungdom som spiser grønnsaker og salat en eller flere ganger per dag varierer fra 30 prosent i bydelene Stovner og Alna til 43 prosent i bydelene Nordre Aker og Vestre Aker. Variasjonen mellom bydelene er mindre for frukt og bær enn for grønnsaker og salater.

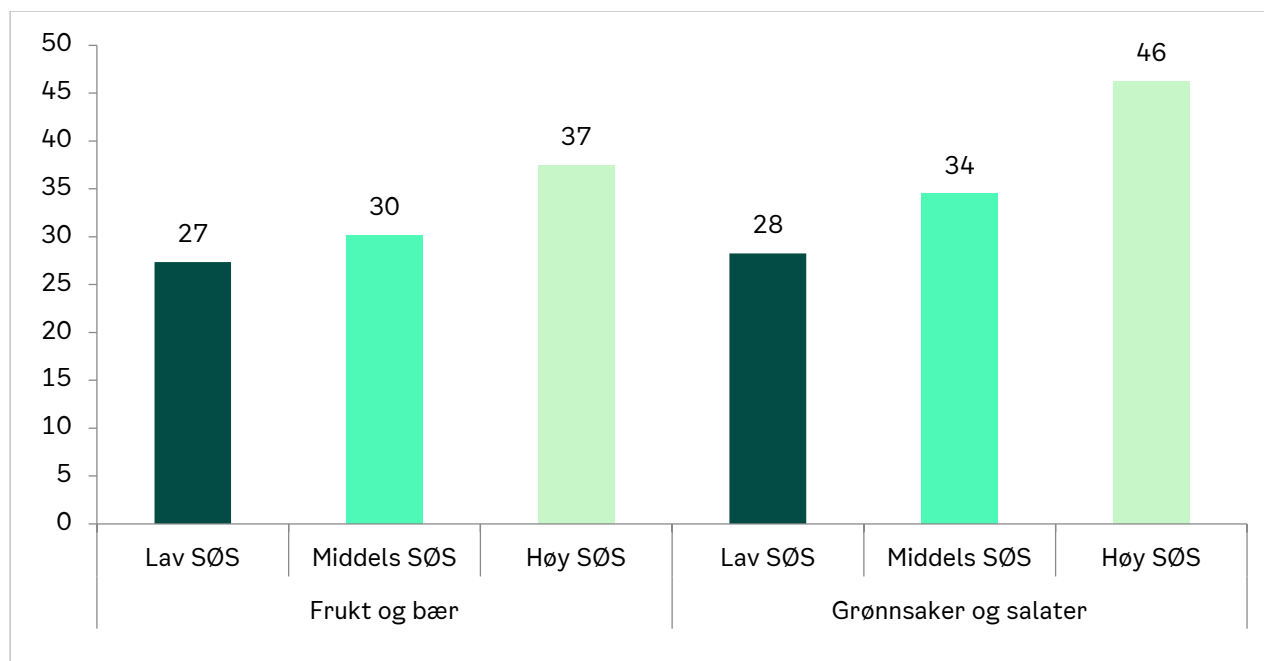
Figur 4.8 Andel unge som spiser frukt og grønnsaker en eller flere ganger per dag etter bydel. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Forskjellene i ungdommens vaner med å spise frukt og grønnsaker henger tydelig sammen med deres sosioøkonomiske bakgrunn (Figur 4.9). Andelen som spiser frukt og grønnsaker en eller flere ganger per dag er 28 prosent blant dem med lav sosioøkonomiske bakgrunn (lav SØS), mens den er 46 prosent blant dem med høy sosioøkonomisk bakgrunn (høy SØS). Andelen som spiser frukt og bær varierer med ti prosentpoeng etter sosioøkonomisk bakgrunn, fra 27 prosent, blant dem med lav, til 37 prosent blant dem med høy, sosioøkonomisk bakgrunn.

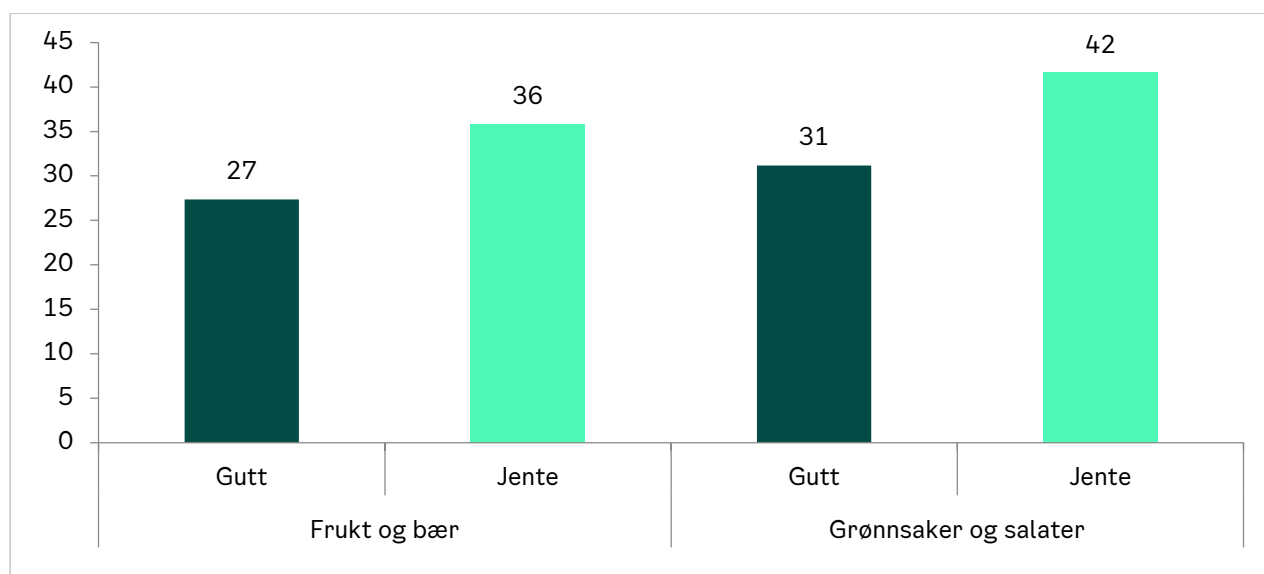
Figur 4.9 Andel som spiser frukt og bær eller grønnsaker en eller flere ganger daglig etter sosioøkonomisk bakgrunn (SØS). Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Inntaket av frukt og grønnsaker varierer også etter kjønn, som vist i Figur 4.10. Det er vanligere å spise frukt, bær og grønnsaker blant jenter enn blant gutter; andelen er om lag 10 prosentpoeng høyere blant jenter enn blant gutter. Inntaket av frukt og grønnsaker er lavere enn blant voksne. Det gjelder for begge kjønn (se omtale i avsnitt om kosthold og helse voksne, avsnitt 4.2.3).

Figur 4.10 Andel som spiser frukt og bær eller grønnsaker en eller flere ganger daglig etter kjønn. Prosent. 2018



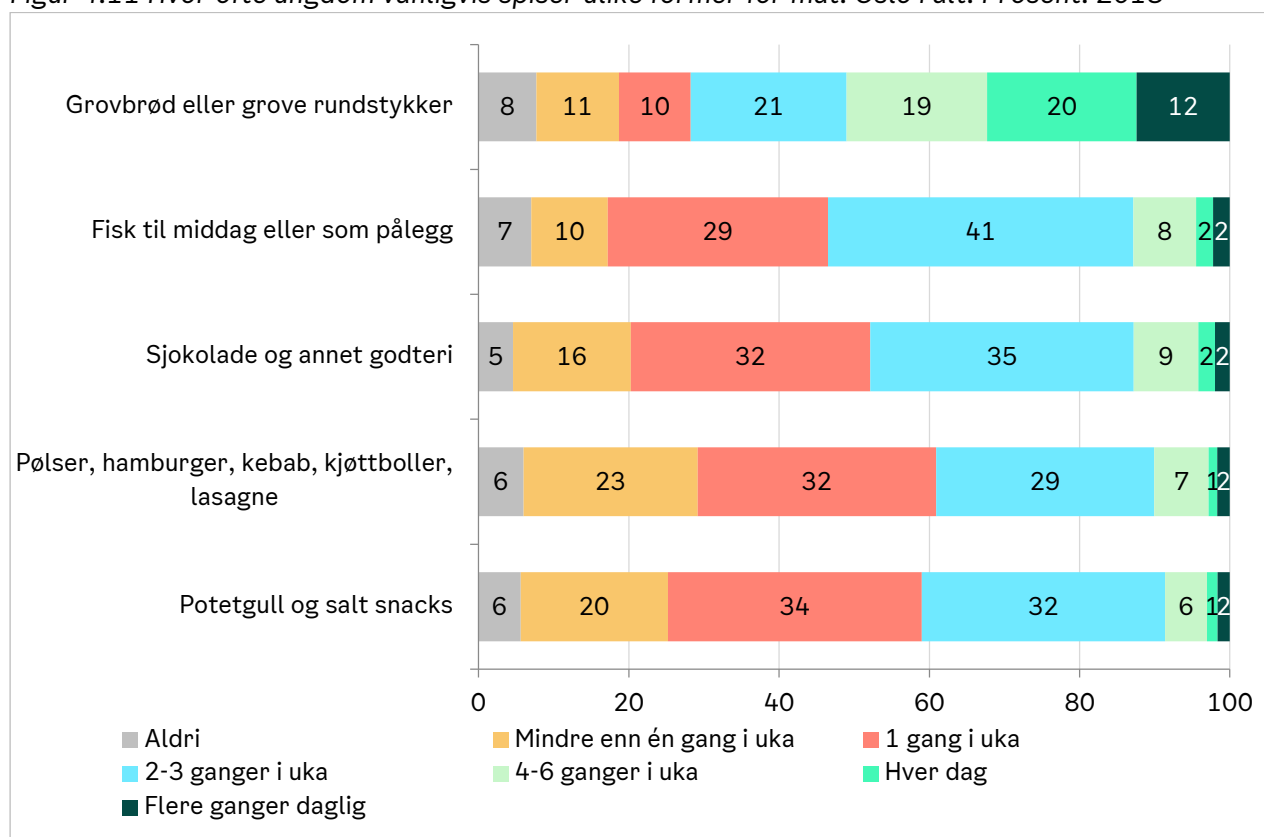
Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

### Andre matvarer og ulike drikkevarer

Figur 4.11 viser hvor ofte oslo ungdom vanligvis spiser ulike typer mat, utenom frukt og grønnsaker, mens Figur 4.12 viser hvor vanlig ulike typer drikkevarer er. Svarene tyder på at en god del av ungdommen ikke fullt ut etterlever kostrådene til Helsedirektoratet. Samtidig gir ikke svarene inngående kunnskap om deres kosthold. Det krever at spørsmålene som stilles dreier seg om bestanddelene og mengden av det som inntas gjennom kosten, og ikke alene hvor hyppig kosten inntas.

I henhold til kostrådene til Helsedirektoratet, bør man spise grove kornprodukter hver dag.<sup>136</sup> De grove kornproduktene bør inneholde til sammen 70–90 gram sammalt mel eller fullkorn. For å få dekket dette behovet, vil det for de fleste bety at de spiser grove kornprodukter mer enn en gang daglig. Figur 4.11 viser at 20 prosent av oslo ungdommen spiser grovbrød eller grove rundstykker hver dag, mens 12 prosent spiser det flere ganger daglig. Det betyr at 68 prosent spiser det sjeldnere enn daglig. Derimot sier ikke undersøkelsen noe om i hvilken grad behovet for grove kornprodukter dekkes på annet vis. Blant annet kan det også dekkes gjennom inntak av havregrøt, knekkebrød, kornblandinger, fullkornspasta eller fullkornsrís.

Figur 4.11 Hvor ofte ungdom vanligvis spiser ulike former for mat. Oslo i alt. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>136</sup> Helsedirektoratets kostråd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>. Hentet 08.01.2020.

Videre anbefaler Helsedirektoratet fisk til middag to til tre ganger i uken, og å spise fisk som pålegg.<sup>137</sup> Som det framgår av figuren, oppgir 53 prosent av oslounghdommen at de spiser fisk til middag eller som pålegg 2-3 ganger i uka eller mer (Figur 4.11). Derimot er det vanskelig med det å vite i hvilken grad ungdommen følger kostrådet om fisk, siden spørsmålet ikke skiller fisk til middag fra fisk som pålegg. Dersom en tar utgangspunktet i at alle svarene omhandler fisk til middag, vil nesten halvparten av de spurte spise mindre fisk enn anbefalt (<2 ganger i uken). Det er derimot rimelig å anta at inntaket er enda lavere, fordi en påleggsporsjon av fisk normalt er betydelig mindre enn en middagsporsjon. I kostrådene anslås det at omtrent seks påleggsporsjoner tilsvarer en middagsporsjon. Oslos unge er derimot ikke alene om å spise for lite fisk. En landsdekkende undersøkelse viser at gjennomsnittlig fiskeinntak for norske 8. klassinger ligger under anbefalingene.<sup>138</sup>

Ifølge kostrådene til Helsedirektoratet, bør også magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.<sup>137</sup> Figur 4.12 viser at i underkant av 40 prosent av oslounghdommen drikker melk en eller flere ganger daglig. Denne andelen synker med alderen, fra 43 prosent i 8. trinn til 31 prosent i 3. klasse på videregående. Videre er det vanligere å drikke melk en eller flere ganger om dagen blant guttene (45 prosent) enn blant jentene (32 prosent).<sup>139</sup> Undersøkelsen kan imidlertid ikke avdekke om, eller i hvilken grad, melk erstattes med andre meieriprodukter. Den avdekker heller ikke om melk brukes i matlaging eller som en del av et måltid, som for eksempel på en frokostblanding.

Helsedirektoratet anbefaler vann som tørstedrikk.<sup>137</sup> De fleste drikker vann flere ganger om dagen (64 prosent). Likevel er det noen få som aldri drikker vann (2 prosent) eller som drikker det en gang i uka eller sjeldnere (6 prosent) (Figur 4.12).

Når det gjelder de usunne matvarene, tyder svarene fra oslounghdommen på at de fleste følger kostrådene om å begrense inntaket av tilsatt sukker og bearbeidet kjøtt i kosten. Derimot sier undersøkelsen lite om fettsyresammensetningen i kostholdet, inntaket av rødt kjøtt og salt.

Helsedirektoratet anbefaler at mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt begrenses til 500 gram per uke. Dette tilsvarer to til tre middager og litt kjøttpålegg.<sup>137</sup> I alt 90 prosent av ungdommen spiser pølser, hamburger, kebab, kjøttboller eller lasagne tre ganger i uken eller sjeldnere (Figur 4.11). Undersøkelsen antyder at de fleste også følger kostrådet om å unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags (se Figur 4.11 og Figur 4.12).<sup>137</sup> Samtidig oppgir 1 av 5 at de drikker brus, saft, iste eller iskaffe med sukker fire ganger i uka eller mer (Figur 4.12), mens 13 prosent oppgir at de spiser sjokolade og annet godteri med samme hyppighet (Figur 4.11). Det er grunn til å anta at det er vanligere å innta sukkerholdig mat og drikke enn denne undersøkelsen viser.

<sup>137</sup> Helsedirektoratets kostråd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>. Hentet 08.01.2020.

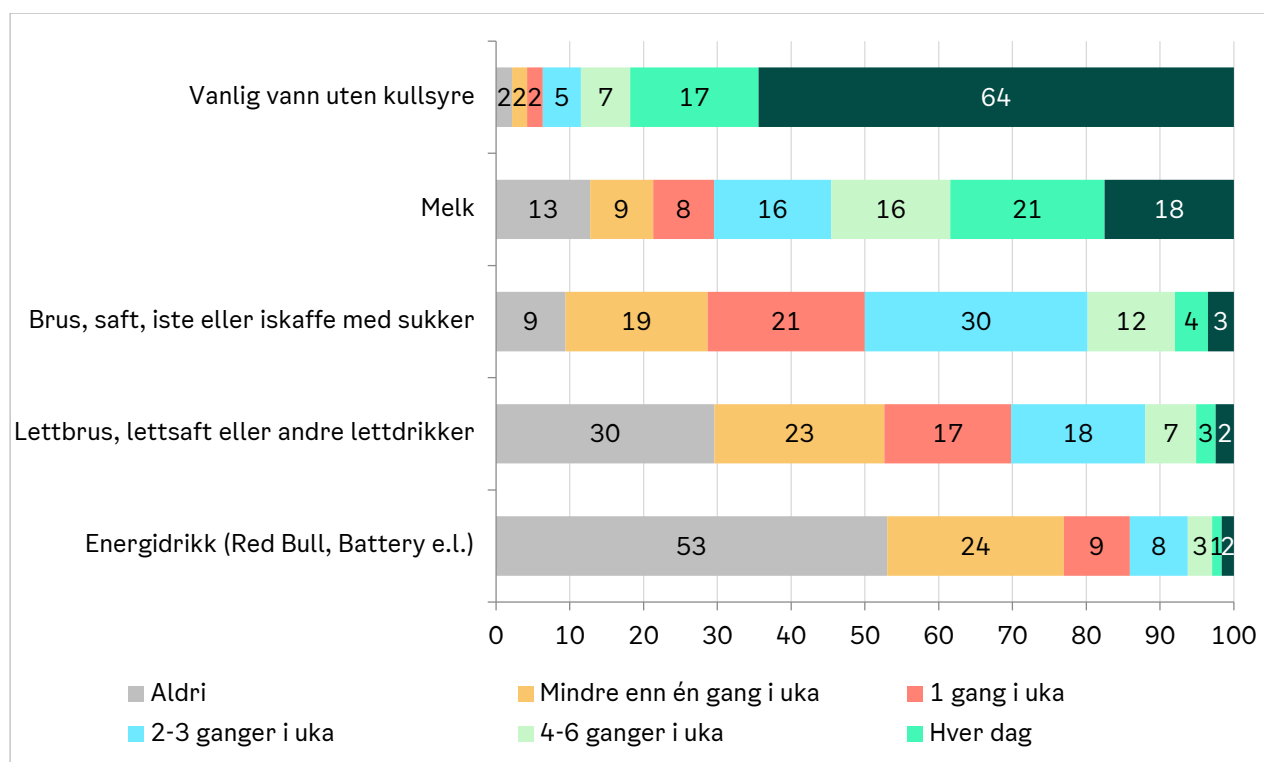
<sup>138</sup> [Ungkost 3 Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4. -og 8. klasse i Norge, 2015](#). Rapport, juni 2016. Oslo: Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med Mattilsynet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Hentet 26.03.2020.

<sup>139</sup> *Ung i Oslo 2018*. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA.

Blant annet viser Ungkost 3-undersøkelsen at elever i 4. og 8. trinn fortsatt får i seg mer sukker enn den anbefalte maksgrensen på 10 prosent av det totale energiinntaket.<sup>140</sup>

Ung i Oslo-undersøkelsen viser at 47 prosent av oslounddommen drikker energidrikk (Figur 4.12). Tall fra Forbrukerrådets undersøkelse om energidrikker fra 2019 viser at en nesten tilsvarende høy andel (42 prosent) av barn og unge i alderen 10–18 år drikker energidrikker.<sup>141</sup> For barn og ungdom vil selv et lavt inntak av koffein kunne medføre forbigående atferdsendringer som for eksempel uro, irritabilitet, nervøsitet, angst og søvnproblemer.<sup>142</sup>

Figur 4.12 Hvor ofte ungdom vanligvis drikker ulike former for drikkevarer. Oslo i alt. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>140</sup> Ungkost 3 Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4. -og 8. klasse i Norge, 2015. Rapport, juni 2016. Oslo: Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med Mattilsynet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Hentet 26.03.2020.

<sup>141</sup> Forbrukerrådet. Rapport september 2019. [Undersøkelse om bruk av energidrikker blant barn og unge 2019](#). Hentet 26.03.2020.

<sup>142</sup> [https://www.matportalen.no/matvaregrupper/tema/drikke/fakta\\_om\\_energidrikker\\_og\\_energishots](https://www.matportalen.no/matvaregrupper/tema/drikke/fakta_om_energidrikker_og_energishots). Hentet 07.02.2020.

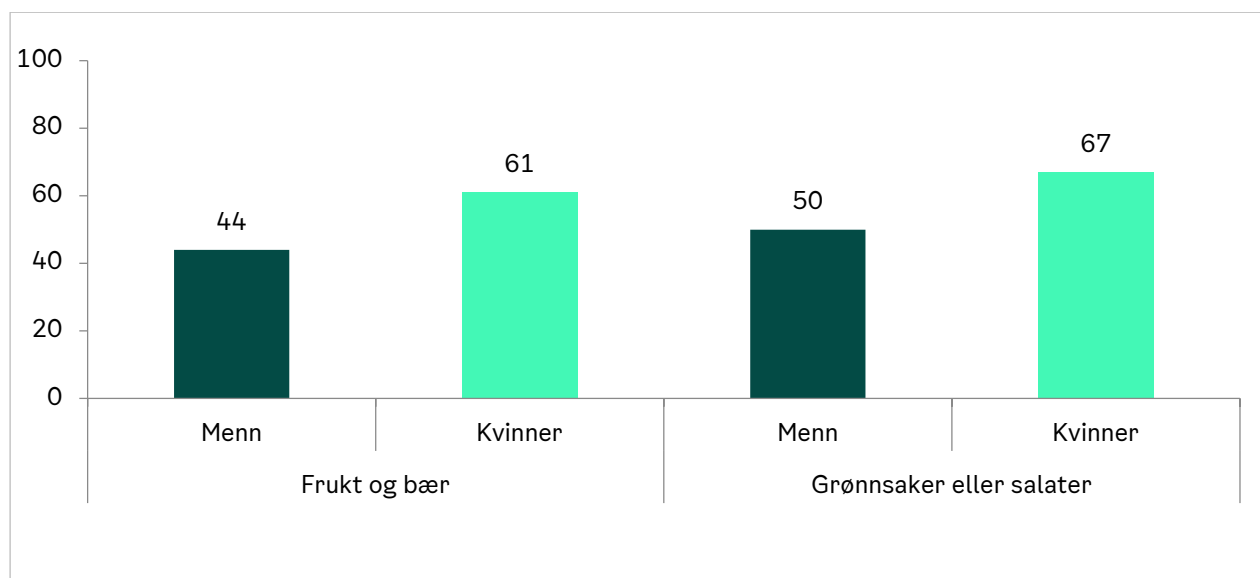
#### 4.2.2 Kosthold og helse hos gravide og ammende

Jod er særlig viktig for gravide og ammende, da det spiller en sentral rolle for hjernens utvikling. I det tradisjonelle norske kostholdet vil personer som inntar lite hvit saltvannsfisk og meieriprodukter stå i risiko for å få i seg for lite jod.<sup>143</sup> De senere årene har det kommet flere artikler som blant annet viser at en betydelig andel gravide og ammende i Norge har mild eller moderat jodmangel og et utilstrekkelig jodinntak.<sup>144</sup> Svarene fra Ung i Oslo-undersøkelsen tyder også på at jenter i ungdomstrinnet og i videregående kan stå i fare for å ha mild eller moderat jodmangel, som gravide og ammende, dersom de tar med seg sine kostvaner videre (se omtale av inntak av melk og fisk blant ungdom i foregående avsnitt).

#### 4.2.3 Kosthold og helse hos voksne

I den voksne befolkningen oppgir 61 prosent av kvinnene at de spiser frukt og bær én eller flere ganger daglig, mot 44 prosent av mennene (Figur 4.13).<sup>145</sup> Andelen som spiser grønnsaker eller salat er seks prosentpoeng høyere enn for frukt og bær. Det gjelder for begge kjønn. Det er små forskjeller mellom Oslo og resten av landet. Sammenligner vi disse målingene med tilsvarende målinger fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 (Figur 4.10), ser vi at inntaket av frukt og grønnsaker er betydelig lavere i ungdomsbefolkningen enn i voksenbefolkningen i Oslo. Det kan henge sammen med at vanene varierer med ulike faser av livet og på tvers av generasjoner, men også at utvalgene ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare.

Figur 4.13 Andel av Oslos befolkning over 16 år som vanligvis spiser frukt og bær eller grønnsaker og salater en eller flere ganger per dag. Prosent. 2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå Levekårsundersøkelsen 2015. Tabell 11277

<sup>143</sup> <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/derfor-trenger-vi-jod> Hentet 26.03.2020.

<sup>144</sup> Henjum S., Abel M.H., Meltzer H.M., Dahl L., Alexander J., Torheim L. E., Brantsæter A. L. (2019). *Er inntaket av jod i befolkningen tilstrekkelig?* Tidsskrift for Den norske legeforening, Utgave 2, 2019.

<sup>145</sup> Statistisk Sentralbyrå. (2015). Levekårsundersøkelsen 2015.

### 4.3 Vekt og helse

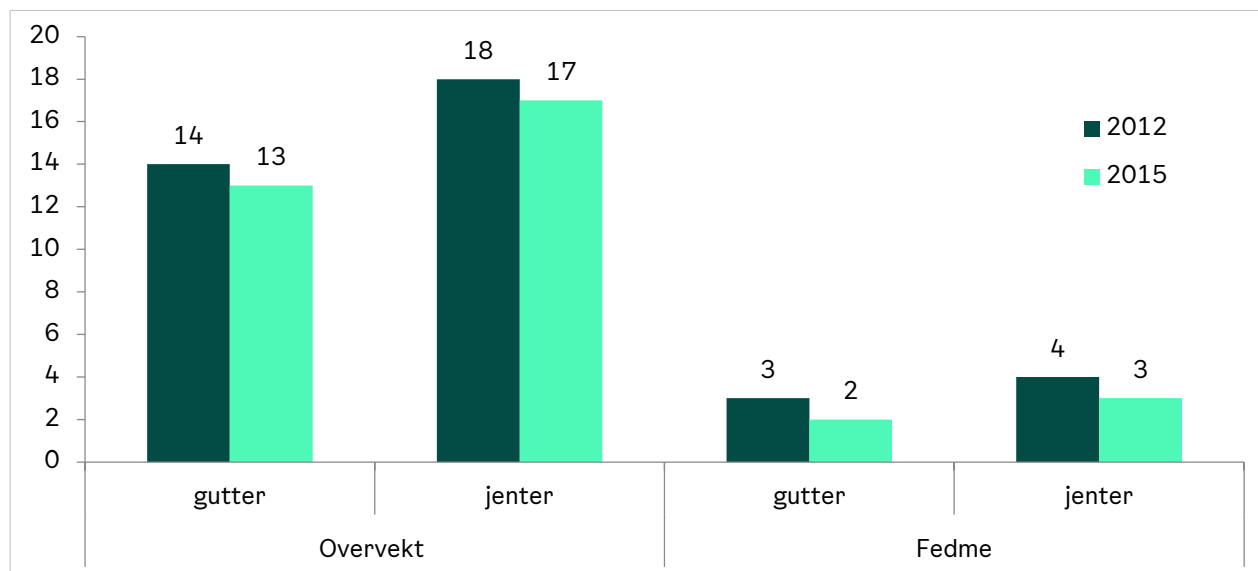
Vekt har stor betydning på helsa. Høy vekt er knyttet til utviklingen av en rekke krefttyper, hjerte- og karsykdom, diabetes og økt slitasje på ledd.<sup>146</sup> Lav vekt kan blant annet føre til mangel på flere næringsstoffer dersom årsaken til undervekten kommer av et lavt og ensidig kosthold. Undervektige kvinner er også spesielt utsatt for jernmangel, og de kan miste menstruasjonen.<sup>147</sup> For å vurdere vektutviklingen, brukes ofte kroppsmasseindeks (KMI) som et mål. KMI beregnes på følgende måte (vekt/høyde)<sup>2</sup>.<sup>148</sup> Ut fra dette klassifiseres vekten i kategoriene undervekt ( $KMI < 18.5$ ), normalvekt ( $18.5 > KMI < 24.9$ ), overvekt ( $25.0 > KMI < 24.9$ ) eller fedme ( $KMI > 30$ ).<sup>147</sup>

#### 4.3.1 Overvekt og fedme

##### Barn og unge

Overvekt blant barn er viktig å overvåke, ikke bare for barnets egen helse, men også fordi barn som er overvektige, ofte forblir overvektige som voksne. Barnevekststudien, som undersøker tredjeklassinger, viste en svak nedgang i andel med overvekt og fedme i denne aldersgruppen mellom 2012 og 2015 (Figur 4.14). Hvis en ser på vektutviklingen siden barnevekststudien startet i 2008, kan det se ut som at andelen barn med overvekt og fedme har stabilisert seg.<sup>149</sup> Som i 2012, var forekomsten av overvekt og fedme høyere blant jenter enn gutter. Denne forskjellen mellom kjønnene skiller seg fra fordelingen i den voksne befolkningen, der menn har høyest forekomst (se Figur 4.15).

Figur 4.14 Overvekt og fedme blant 3. klassinger i Norge



Kilde: Barnevekststudien hentet fra Norgeshelsa

<sup>146</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#om-overvekt-og-fedme> Hentet 26.03.2020.

<sup>147</sup> <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/hva-er-en-sunn-vekt/> Hentet 26.03.2020.

<sup>148</sup> KMI er en funksjon av vekt og høyde, og vil påvirkes av kroppssammensetning. Det kan føre til at godt trente personer med mye muskler kan bli kategorisert som overvektige, til tross for lav fettprosent. KMI er derfor best egnet på befolkningsnivå. Det eksisterer mer detaljerte inndelinger av KMI-kategorier, og for barn benyttes noe som heter iso KMI.

<sup>149</sup> <https://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/funn/overvekt-blant-barn-ulikt-fordelt-i/> Hentet 26.03.2020.

2015-tallene fra barnevekststudien har ikke blitt brutt ned på regionalt nivå, som tidligere undersøkelser. Det er derfor utfordrende å beskrive situasjonen i Oslo, men resultatene fra tidligere rapporter kan gi en indikasjon på situasjonen i hovedstaden. Rapporten Barns vekst i Norge, som så på barnevekststudiene mellom 2008–2012<sup>150</sup>, trakk fram noen sosioøkonomiske, demografiske og geografiske forskjeller som fortsatt kan være relevante. Rapporten pekte på at det var betydelig forskjell i overvekt mellom helseregionene, med en signifikant lavere andel i Helse Sør-Øst enn i de andre helseregionene. Forekomsten av overvekt og fedme hos tredjeklassingene var en og en halv til to ganger høyere i små kommuner enn i store kommuner. Det er dermed sannsynlig at forekomsten av overvekt og fedme hos tredjeklassingene i Oslo ligger under landsgjennomsnittet. Dette samsvarer også med data for de voksne befolkningen.

Rapporten viser også at forekomsten av overvekt og fedme var 30 prosent høyere blant barn av mødre med lav utdanning enn blant barn av mødre med høy utdanning. Oslos befolkning er relativt høyt utdannet, men det er betydelige forskjeller i utdanningsnivå mellom bydelene. Det er derfor en mulighet for at forekomsten av overvekt og fedme blant barn er ulikt fordelt mellom bydelene, slik vi ser for voksne (se Figur 4.17). En annen studie, publisert i 2012, viste at tenåringer av ikke etnisk norsk bakgrunn har høyere forekomst av overvekt og fedme enn etnisk norske tenåringer, etter at det var justert for utdanning.<sup>151</sup> Grupper med ulike etniske bakgrunner er også ulikt fordelt mellom Oslos bydeler, noe som også kan bidra til bydelsforskjeller av overvekt og fedme.

## Voksne

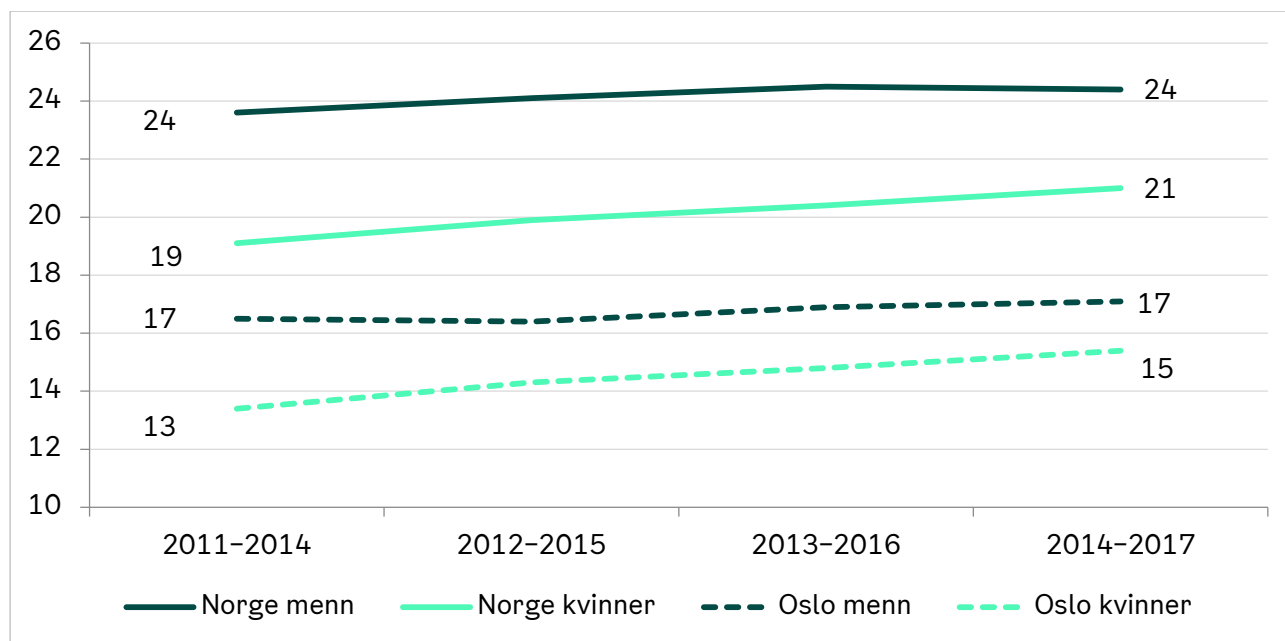
Sesjon 1 er en selvrapportert spørreundersøkelse som inkluderer alle sesjonspliktige. Undersøkelsen gjennomføres av Forsvaret og gjennomføres det året man fyller 17 år.

Tall fra sesjon 1 viser at andelen unge voksne som har overvekt og fedme har vært nokså stabil mellom 2011 og 2017 (se Figur 4.15). For Oslo rapporterer 17 prosent av menn om en kroppsmasseindeks over 25. Tilsvarende tall for Norge var 24 prosent. For kvinner var andelen henholdsvis 15 (Oslo) og 21 prosent (Norge). Det er flere menn enn kvinner som er overvektige eller har fedme.

<sup>150</sup> Folkehelseinstituttet 2014. *Barns vekst i Norge 2008-2010-2012*. Rapport 2014:3. Oslo.

<sup>151</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.2047-6310.2012.00067.x> Hentet 26.03.2020.

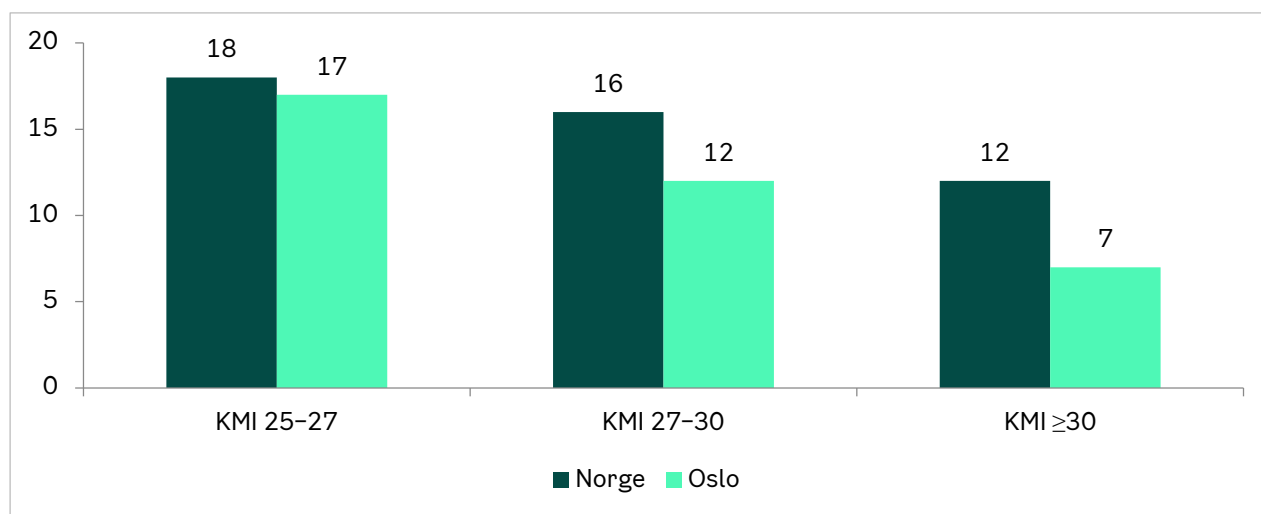
Figur 4.15 Andel med overvekt og fedme (KMI >25) i prosent ved sesjon 1 for menn og kvinner i Norge og Oslo



Kilde: Kommunehelsa, Folkehelseinstituttet

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2015 viser at også den voksne befolkningen i Oslo har en lavere forekomst av overvekt og fedme enn landet som helhet. Forskjellen framstår som moderat for gruppen noe overvektig (KMI 25-27), og differansen øker med økende KMI (se Figur 4.16). Det gjøres oppmerksom på at levekårsundersøkelsen også er en selvrapportert undersøkelse.

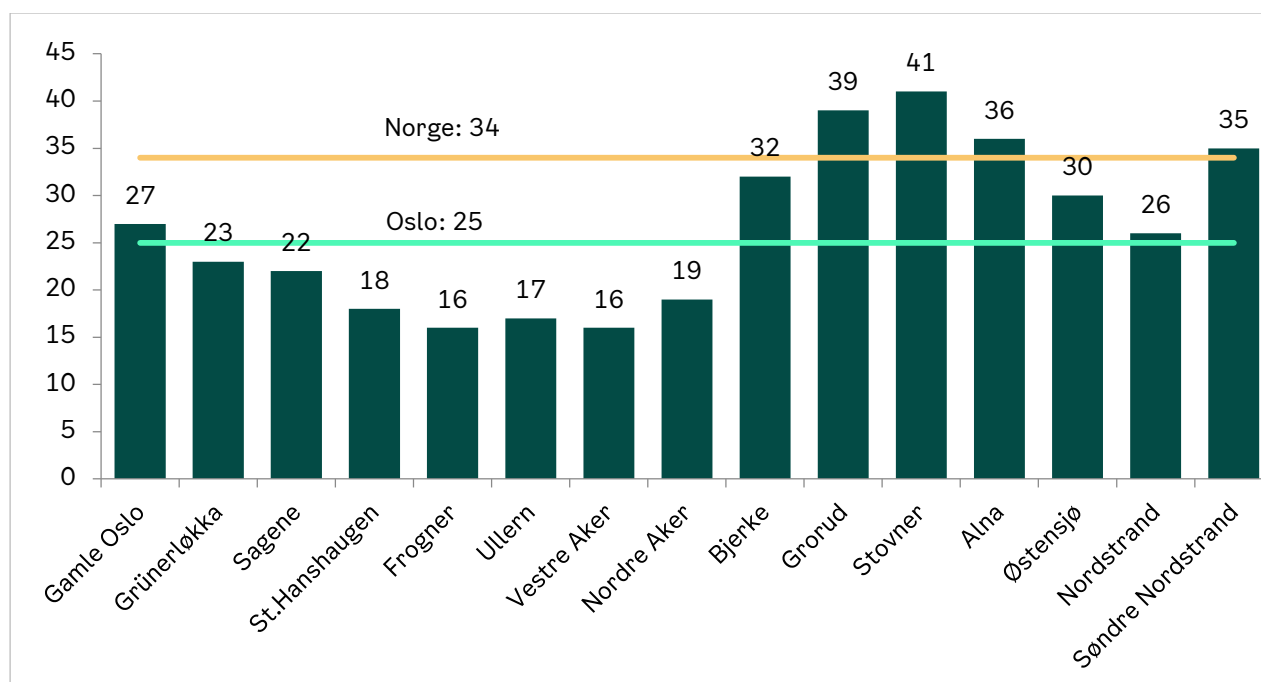
Figur 4.16 Kroppsmasseindex (KMI) voksne (16-79 år) i 2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå levekårsundersøkelsen om helse 2015. Tabell 11277.

KMI for kvinner som er tidlig i svangerskapet, kan gi et rimelig mål på overvekt blant kvinner i fertil alder. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at andel kvinner med overvekt, inkludert fedme, i prosent av alle fødende kvinner, er lavere i Oslo (25 prosent) enn i landet som helhet (34 prosent) (Figur 4.17). Tallene er basert på høyde- og vektopplysninger fra første svangerskapskontroll. Det er imidlertid store bydelsvariasjoner i forekomsten. Høyest var andelen i bydelene Stovner (41 prosent), Grorud (39 prosent), Alna (36 prosent) og Søndre Nordstrand (35 prosent). Lavest var den i de vestlige bydelene (16–19 prosent).

Figur 4.17 Andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner. Prosent. 2016–2018



Kilde: Medisinsk fødselsregister hentet fra KommuneHelsa (Folkehelseinstituttet)

Undervekt får mindre oppmerksomhet enn overvekt, og tilgjengelig datamateriale er derfor noe mer sparsomt. I levekårsundersøkelsen som er rettet mot den voksne befolkningen (16–79), oppgir kun to prosent av befolkningen i Norge og Oslo en høyde og vekt som plasserer dem i undervektkategorien (kroppsmasseindeks < 18,5).<sup>152</sup>

### Ernæring hos sykehjemsbeboere i Oslo

Eldre er en gruppe som er utsatt for underernæring, og dette gjelder spesielt eldre på sykehjem. Helseetaten gjennomfører måling av kvalitetsindikatorer på sykehjem to ganger i året. Her kartlegges det hvor mange beboere som har blitt kartlagt for ernæringsmessig risiko, og hvor mange av disse som er i ernæringsmessig risiko.

<sup>152</sup> Statistisk sentralbyrås statistikkbank, tabellnummer 11277.

I Tabell 4.3 presenteres tall for sykehjemmene i Oslo kommune samlet. Tall på sykehjemsnivå finnes i Oslo kommunes statistikkbank. Resultatene fra siste måling (2/2019) viser at 93 prosent av sykehjemsbeboerne i Oslo er vurdert for ernæringsmessig risiko. Av disse var 49 prosent i ernæringsmessig risiko ved siste måling.

Tabell 4.3 Resultater av ernæringskartlegging på sykehjem i perioden 2018–2019. Prosent.

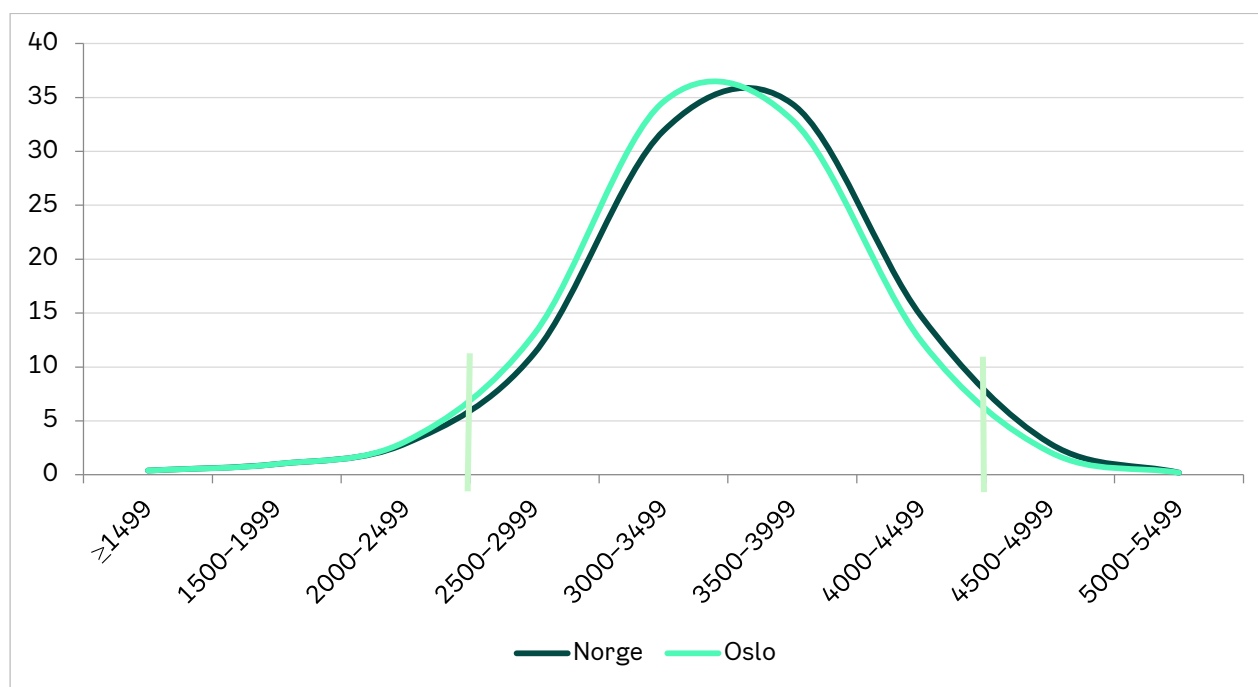
| Ernæringskartlegging på sykehjem                  | Måling<br>2/2019 | Måling<br>1/2019 | Måling<br>2/2018 | Måling<br>1/2018 |
|---------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Andel beboere kartlagt for ernæringsmessig risiko | 93 %             | 93 %             | 89 %             | 88 %             |
| Andel kartlagte beboere i ernæringsmessig risiko  | 49 %             | 49 %             | 49 %             | 49 %             |

Kilde: Oslo kommunes statistikkbank

#### 4.3.2 Fødselsvekt

Den store majoriteten av barn som fødes i Norge ligger innenfor det som er definert som normalområdet (2 500–4 500 gram). Oslo har lavere forekomst av store barn enn landsgjennomsnittet, men noe høyere forekomst av barn med lav fødselsvekt, men forskjellene er moderate (se Figur 4.18).

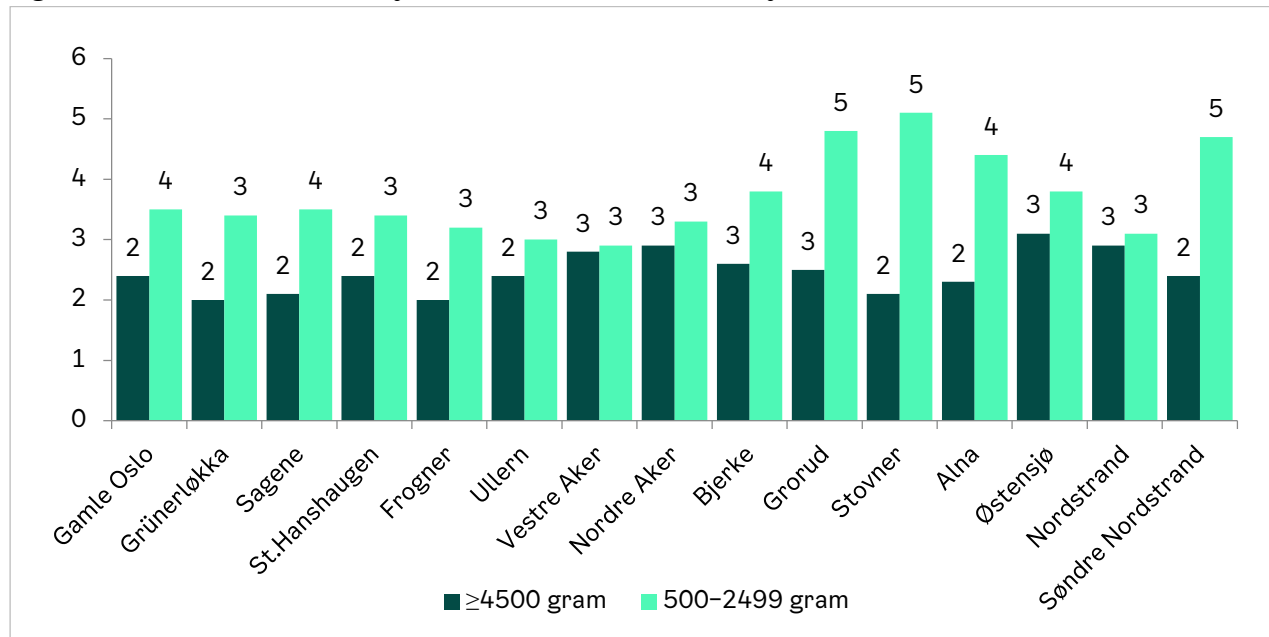
Figur 4.18 Fødselsvekt Oslo og Norge. 2017



Kilde: Medisinsk fødselsregister

Fordelingen av høy og lav fødselsvekt er relativt lik mellom bydelene, sammenliknet med andre helseparametere. Flere av de østlige bydelene, spesielt Grorud og Stovner, samt Bydel Søndre Nordstrand, skiller seg likevel ut med noe høyere forekomst av lav fødselsvekt enn øvrige bydeler (Figur 4.19), og har samtidig lavere forekomst av høy fødselsvekt enn en del bydeler.

Figur 4.19 Andel fødte med høy eller lav fødselsvekt etter bydel. Prosent. 2009–2018



Kilde: Medisinsk fødselsregister hentet fra kommunehelsa (Folkehelseinstituttet).

#### 4.4 Røyking og snusbruk

Regjeringen legger i Folkehelsemeldingen 2018–2019 fram en ny tobakksstrategi. Det overordnede målet for strategien er å oppnå en tobakksfri ungdomsgenerasjon. Samtidig er det nødvendig å hjelpe flere voksne røykere til å slutte, dersom vi skal redusere den røykerelaterte sykdomsbyrden. Innen 2021 er målet at prosentandelen dagligrøykere skal være under ti prosent (var 12 prosent i 2018). Bruken av snus blant unge skal ikke øke, og gravide skal få økt kunnskap om bruk av tobakk.<sup>153</sup>

Røyking øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, kreft og kroniske luftveisinfeksjoner. Både røyking og snusing er knyttet til nikotinavhengighet, fosterskader og skader på tannkjøtt og tenner. Røyking er den største risikofaktoren for tapte leveår i befolkningen. 20 prosent av dødsfallene i aldersgruppen under 70 år kan tilskrives røyking.<sup>154</sup>

Fra tusenårsskiftet har det vært en jevn nedgang i røyking i alle aldersgrupper. Samtidig har bruken av snus økt, særlig blant yngre. Røykevanene varierer i ulike utdannings- og inntektsgrupper. Syv prosent av de med universitets- eller høgskoleutdanning røyker daglig, mens 26 prosent av personer med grunnskoleutdanning røyker daglig. Det er ingen tydelige forskjeller i snusbruken i ulike utdanningsgrupper.<sup>154</sup>

<sup>153</sup> St. meld. 19. (2018–2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

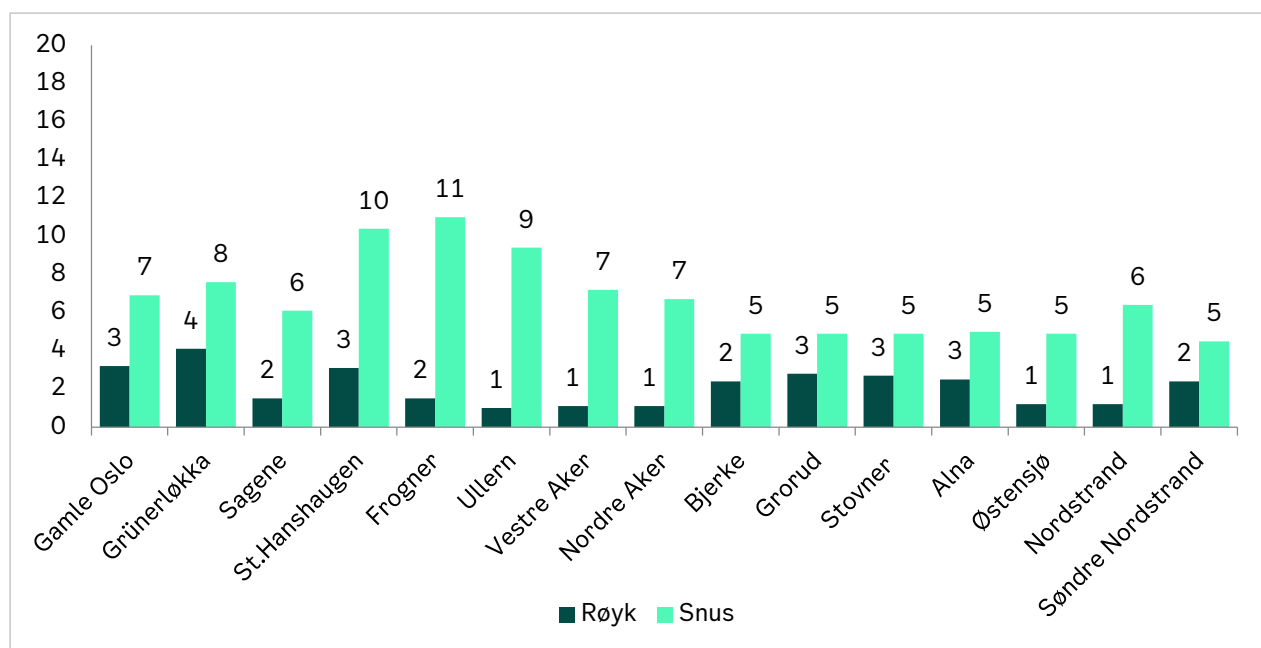
<sup>154</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

#### 4.4.1 Røyking og snusing blant unge i Oslo

Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 har spurt elever ved ungdomsskoler og videregående skoler om de røyker eller snuser. I 2018 svarte to prosent at de røyker daglig og sju prosent at de snuser daglig. Andelen dagligrøykere har gått vesentlig ned siden 1996, samtidig som andelen som snuser daglig har gått opp.

Aldersgrensen for å kjøpe røyk og snus i Norge er 18 år. Til tross for dette oppgir 1,5 og 2,5 prosent av elevene på ungdomsskolen at de røyker og snuser daglig. For elever på videregående skolen er andelen som røyker og snuser daglig henholdsvis 2,5 og 11,7 prosent. Blant de ungdommene som røyker fast, er det en større andel som har lav sosioøkonomisk status. Når det gjelder snus, har sosioøkonomisk status mindre betydning.

Figur 4.20 Andel ungdommer som røyker og snuser daglig i 2018. Forkortet y-akse. Bydel



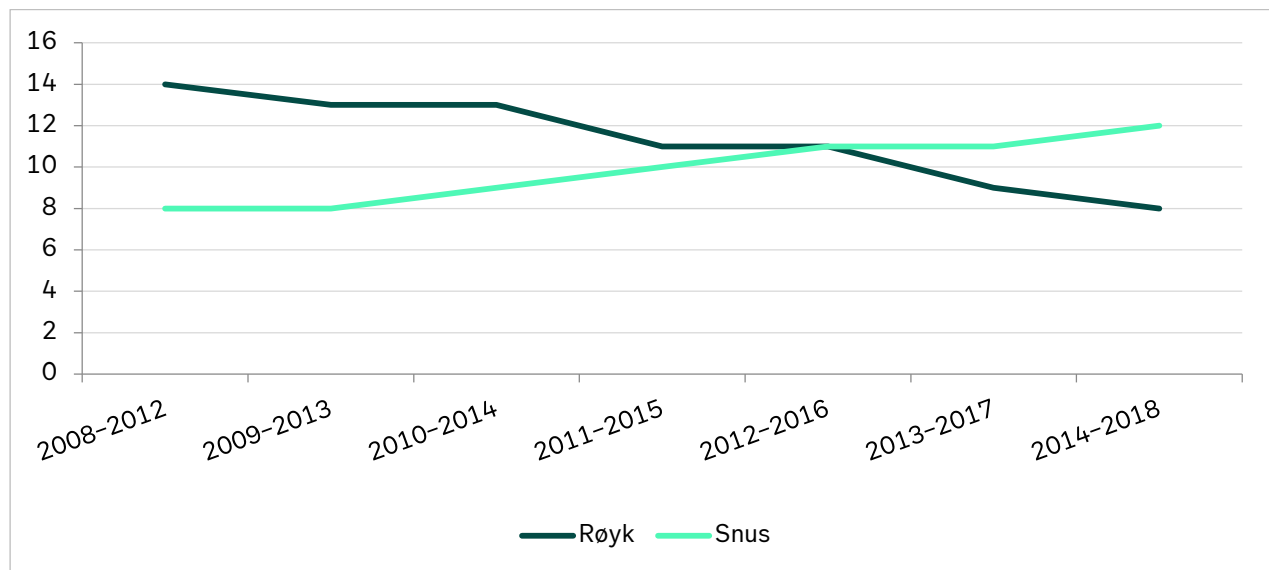
Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Det er flest ungdommer som røyker i de sentrumsnære bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen. Deretter følger bydelene i Grovuddalen. Snusing er derimot vanligere i de vestlige bydelene.

#### 4.4.2 Røyking og snusing blant voksne (16–74 år) i Oslo

Andelen voksne som røyker har gått ned fra 29 prosent i 1996–2000 til åtte prosent i perioden 2014–2018 (Figur 4.21). Det er kjønnsforskjeller i andelen som røyker. I 2018 røykte ni prosent av mennene og syv prosent av kvinnene.

Figur 4.21 Andel som røyker og snuser daglig i Oslo (16–74 år). Forkortet y-akse. Prosent. 2008–2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå. 07662 og 12510

I motsetning til røyking, har andelen som snuser økt. I 2014–2018 var det 12 prosent mellom 16 og 74 år i Oslo som snuste. Det er kjønnsforskjeller i andelen som snuser. I 2014–2018 snuste 16 prosent av mennene og 8 prosent av kvinnene.

## 4.5 Alkohol og andre rusmidler

Det nasjonale målet for rusmiddelpolitikken er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner, omgivelsene og samfunnet. Regjeringen slutter opp om bærekraftsmålet til FN om å styrke forebyggingen og behandlingen av misbruk, blant annet av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol.<sup>155</sup>

Rusmiddelpolitikken er nærmere beskrevet i Opptrappingsplan for rusfeltet.<sup>156</sup> Målene og tiltakene i planen handler om å sette den enkelte i stand til å mestre eller oppnå best mulig kontroll over viktige forhold i sitt liv. Planen har konkrete mål innen sentrale levekårsområder som arbeid, økonomi, sosiale forhold, skole, utdanning, bolig, barnevern, ernæring og helse- og omsorgsfeltet.

Oslo kommune har to hovedmål for ruspolitikken: 1) Færre innbyggere utvikler rusproblemer og 2) Innbyggere med rusproblemer får bistand ut fra sine behov til å leve et meningsfylt liv.<sup>157</sup> For å nå disse målene satser byrådet på forebygging, tidligere innsats når rusproblemer oppstår og

<sup>155</sup> St. meld. 19. (2018–2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>156</sup> Prop. 15 S (2015). *Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>157</sup> Oslo kommune. (2018). *Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo*. Bystyresak 350 14.11.18.

hjelp til å komme ut av rusproblemene. Byrådet har også som mål å bidra til bedre livskvalitet for personer med rusproblemer. I tillegg satser Oslo kommune på rusforebyggende arbeid i den overordnede folkehelseplanen for Oslo.<sup>158</sup>

Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler bidrar betydelig til helsetap og tapte leveår.<sup>159</sup> Selv om narkotikabruk er forbundet med høy sykkelighet og dødelighet, og dermed har store konsekvenser for den enkelte, bidrar narkotikabruk i betydelig mindre grad til tap av friske leveår og dødsfall i befolkningen enn hva alkoholbruk gjør. Dette har først og fremst sammenheng med lavere utbredelse. Det er dessuten knyttet ulik grad av risiko til de ulike narkotiske stoffene.<sup>160 161 162</sup> Når det gjelder de narkotikautløste dødsfallene, er bruk av opioider hovedårsaken.<sup>159</sup> Vi viser til avsnitt 9.6 for omtale av de narkotikautløste dødsfallene. Rusmisbruk kan også ha store konsekvenser for pårørende. En familiesituasjon med rusmiddelproblemer hos de voksne øker risikoen for utrygghet, sosial isolasjon, ulike former for krenkelser, overgrep og omsorgssvikt.<sup>159</sup> Rusmiddelbruk kan også påvirke det sosiale nærmiljøet negativt. Videre er kostnadene for behandling av rusbrukslidelser betydelige. I tillegg er personer som trenger behandling for rusmiddelbruk ofte ikke i arbeid. Det er også en sammenheng mellom rusbrukslidelser og psykiske lidelser og plager. Psykiske plager og lidelser omtales i avsnitt 3.5.

Både genetisk sårbarhet og miljøfaktorer øker risikoen for å utvikle alvorlige rusmiddelproblemer. Resultater fra to norske behandlingsstudier viser at følelsesmessige krenkelser, mobbing og fysiske og seksuelle overgrep i oppveksten er viktige risikofaktorer i miljøet.<sup>159</sup> Andre risikofaktorer som ble funnet, var skoleproblemer, lavt utdanningsnivå og lav yrkesaktivitet. Påvirkningsfaktorer omtales i kapitlene om oppvekstvilkår (kapittel 7), miljøfaktorer (kapittel 8) og sosiale faktorer som påvirker helse (kapittel 5). Risikoen for å utvikle rusbrukslidelser påvirkes også av tilgangen til rusmidler.

#### 4.5.1 Rus blant unge

##### Alkohol

Alkoholbruken blant ungdom i Oslo har gått betydelig ned fra 1996 til 2018. Rapporten Ung i Oslo 2018, viser at 45 prosent av ungdommene rapporterte at de hadde vært tydelig beruset i 1996, mens det i 2018 gjaldt 25 prosent av ungdommene.<sup>163</sup>

Alkoholvanene endrer seg betydelig gjennom ungdomsalderen. På åttende trinn har 4 prosent av ungdommene vært beruset, mens det mot slutten av tenårene er rundt 70 prosent som har vært

<sup>158</sup> Oslo kommune. (2017). *Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for alle – vårt felles ansvar*

<sup>159</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

<sup>160</sup> Prop.15 S (2015). *Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

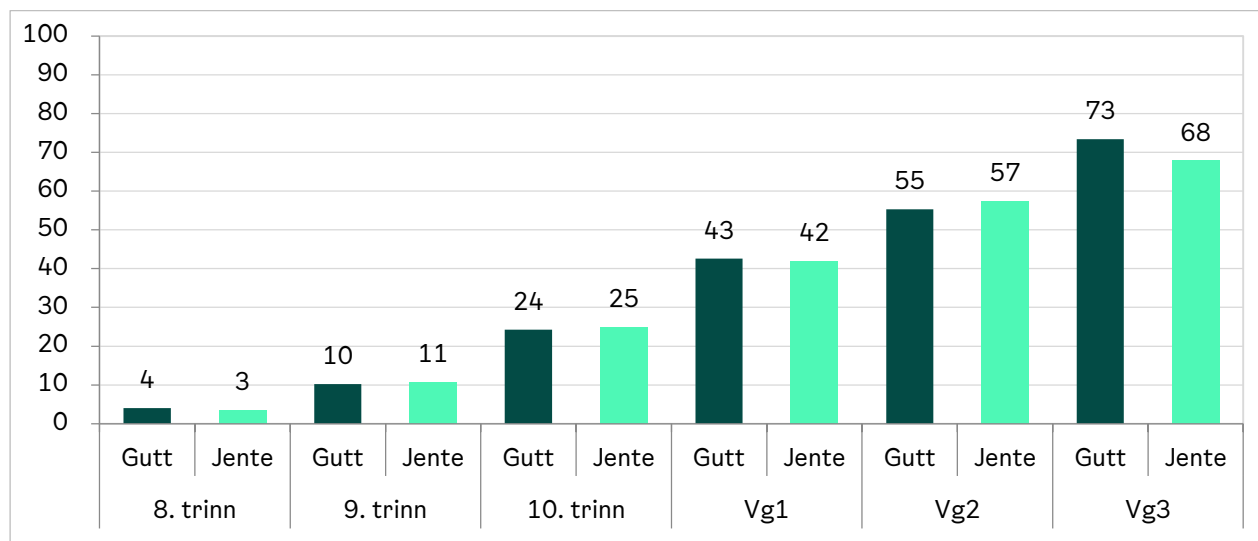
<sup>161</sup> Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<sup>162</sup> Folkehelseinstituttet (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

<sup>163</sup> *Ung i Oslo 2018*. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA.

det. Økningen gjelder både gutter og jenter (Figur 4.22). I tredje året på videregående skole oppgir 25 prosent av guttene og 18 prosent av jentene at de drikker ukentlig.

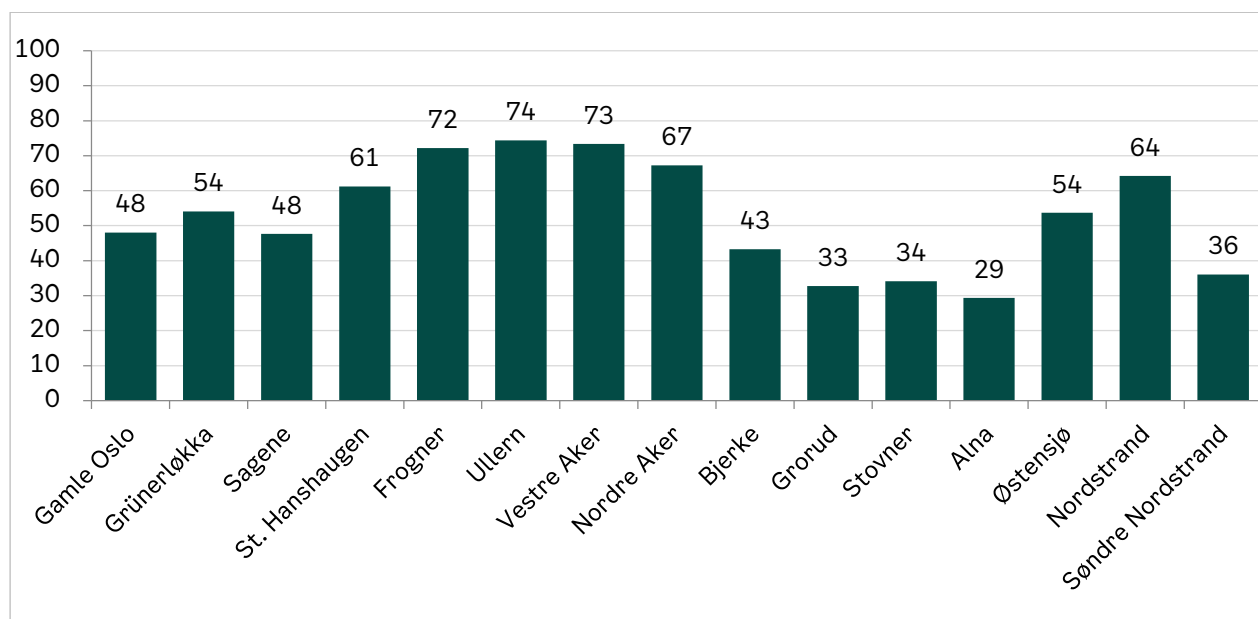
Figur 4.22. Andel av gutter og jenter på ulike klassetrinn som har vært tydelig beruset siste år. Prosent. 2018.



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Andelen ungdom som har drukket seg tydelig beruset en eller flere ganger siste 12 måneder, varierer mellom bydelene (Figur 4.23). Det er flest ungdom som har vært tydelig beruset i de vestlige bydelene og Bydel Nordstrand, og lavest andel i bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand.

Figur 4.23 Andel i videregående som har drukket seg tydelig beruset en eller flere ganger siste 12 måneder. Bydel. Prosent. 2018



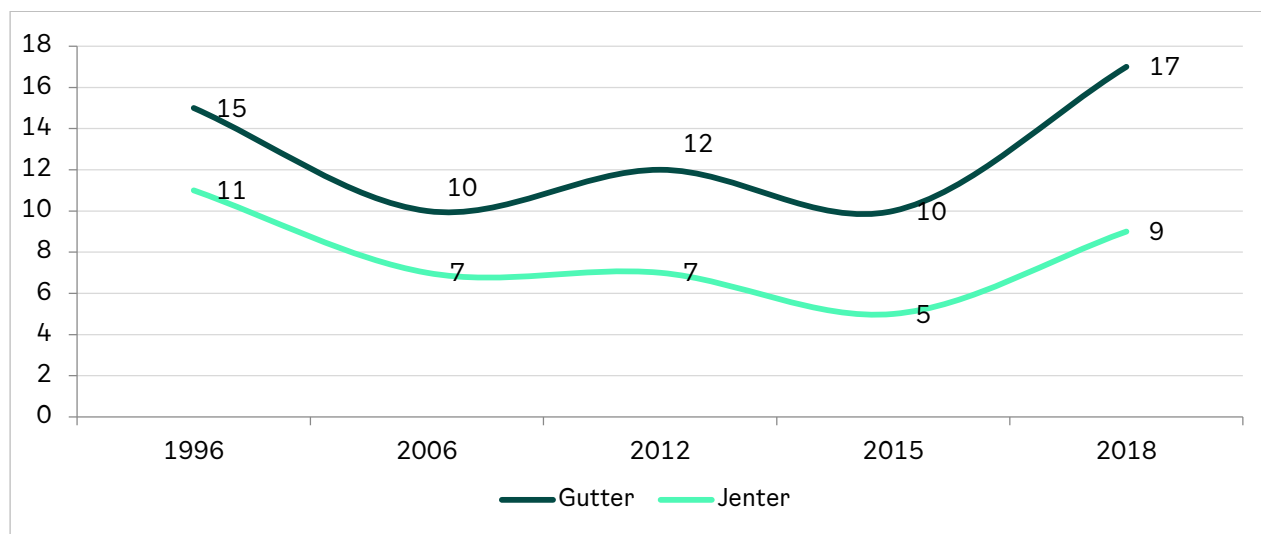
Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Alkoholbruken blant ungdom henger blant annet sammen med hvor deres foreldre er født, samt ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn. Ifølge Ung i Oslo-undersøkelsen 2018, er det færre unge med innvandrerbakgrunn enn unge med norskfødte foreldre som drikker alkohol. For ungdom med begge foreldre født i utlandet, har 27 prosent vært beruset siste året, mens andelen for ungdom med en eller to norskfødte foreldre er 67 prosent. Forskjellene mellom ungdom med og uten innvandrerbakgrunn blir mindre jo høyere sosioøkonomisk bakgrunn ungdommen har.

### Cannabis

Rapporten Ung i Oslo 2018 viser at bruk av cannabisproduktene hasj og marihuana har økt markant siden forrige Oslo-undersøkelse i 2015. Bruken er mer utbredt blant gutter enn blant jenter. I 2018 var det 17 prosent av guttene og 9 prosent av jentene som rapporterte at de hadde prøvd hasj eller marihuana, mens andelen var henholdsvis 10 prosent og 5 prosent i 2015 (Figur 4.24). Andelen i 2018 er om lag som den var i 1996. Fra 1996 til 2006 falt andelen og holdt seg forholdsvis stabil på det lavere nivået fram til 2015.<sup>164</sup>

Figur 4.24 Andel som har prøvd hasj eller marihuana etter kjønn. Prosent. 1996–2018



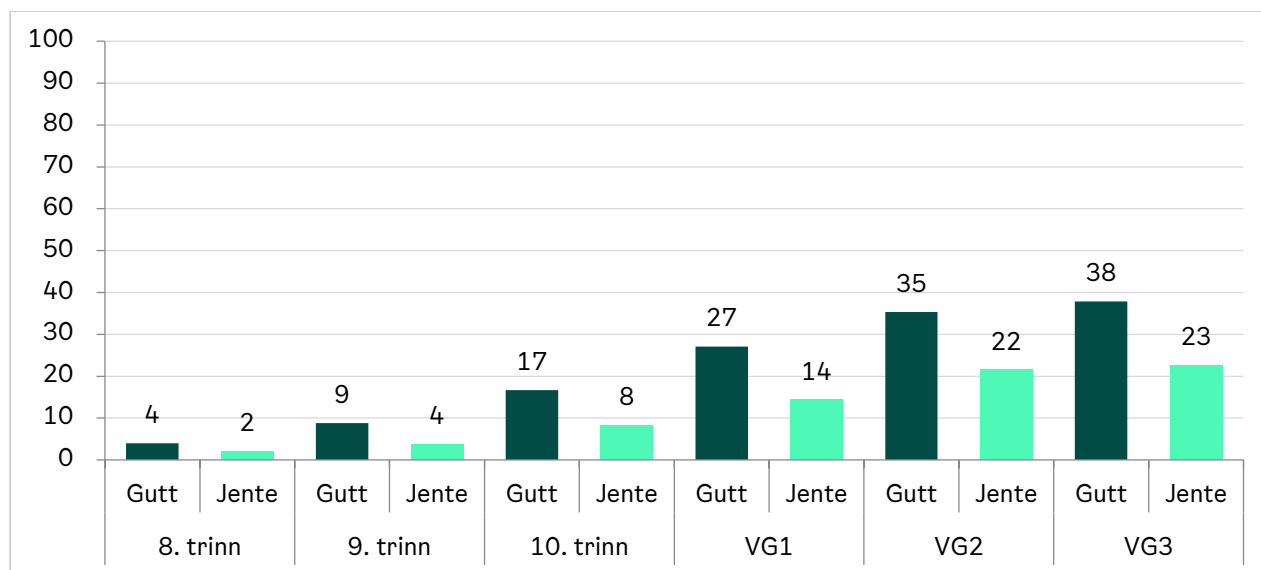
Kilde: Ung i Oslo 2018. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA

Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 viser også at det er flere ungdommer som har blitt tilbudt hasj siste år enn i 2015, og at flere mener at det å røyke hasj er noe som øker statusen i vennemiljøet.

Bruken av cannabis øker gjennom tenårene. Mot slutten av videregående har nærmere 4 av 10 gutter og litt over 2 av 10 jenter brukt cannabis (Figur 4.25).

<sup>164</sup> Tallene er hentet fra undersøkelsene i 1996, 2006, 2012, 2015 og 2018 og representerer svar fra ungdom på 9. trinn, 10. trinn og første år på videregående. Kilde: Ung i Oslo 2018. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA.

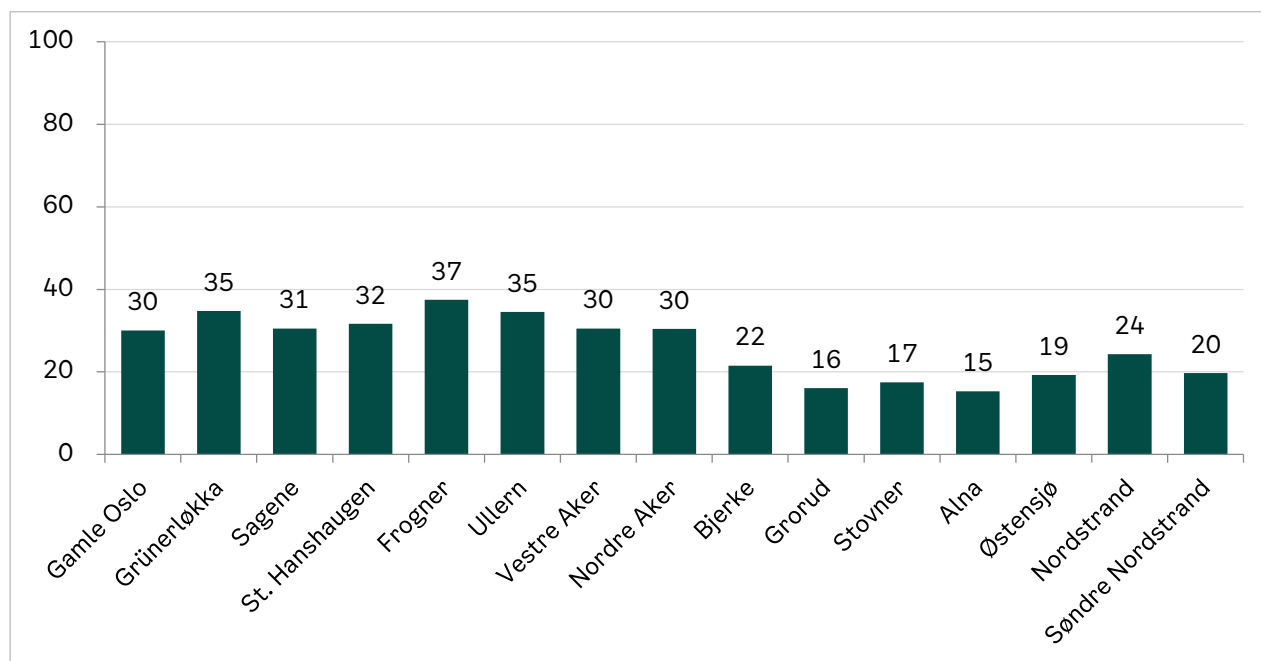
Figur 4.25 Andel av gutter og jenter på ulike klassetrinn som har brukt hasj/marihuana/cannabis det siste året. Prosent. 2018



Kilde: Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Hvor utbredt det er å bruke cannabis, varierer mellom bydelene. Figur 4.26 illustrerer disse forskjellene blant unge i videregående. Utbredelsen er høyest i sentrumsbydelene og i bydelene i ytre vest.

Figur 4.26 Andel elever i videregående som har brukt hasj/marihuana/cannabis en eller flere ganger siste 12 måneder etter bydel. Prosent. 2018



Kilde: Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

#### 4.5.2 Rus blant voksne

##### Alkohol

I Folkehelsemeldingen slutter regjeringen opp om det globale målet fra WHO om minst 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol fram mot 2025.<sup>165</sup> Utvikling fra bruk via skadelig bruk til avhengighet kan være en langvarig og gradvis prosess, og ofte erkjennes det ikke at alkoholbruken er blitt problematisk før langt ut i forløpet.<sup>166</sup>

Tall fra undersøkelsen om rusmidler og tobakk fra 2019 viser at andelen som drikker alkohol en gang per uke eller oftere er høyere i Oslo og Akershus (40 prosent) enn i landet som helhet (34 prosent).<sup>167</sup> I utvalget for Oslo og Akershus oppgir 6 prosent at de har drukket seks eller flere alkoholenheter ved en og samme anledning ukentlig, mot 5 prosent i landet som helhet. Andelen som drikker en gang per uke eller oftere er 5 prosentpoeng lavere enn i 2018, mens andelen med høyt forbruk per gang har økt med ett prosentpoeng siden sist. Det er vanskelig å vite hva disse endringene skyldes. De kan henge sammen med at folk i Akershus eller i Oslo har endret drikkemønster, at det er systematiske forskjeller mellom utvalgene, eller det kan skyldes tilfeldigheter.

Til sammenligning rapporterte 41 prosent av dem som svarte på levekårsundersøkelsen fra Oslo i 2015<sup>168</sup> at de drikker alkohol en gang per uke eller oftere, mot 32 prosent i Norge som helhet. Andelen som drakk alkohol en gang per uke eller oftere var høyere blant menn enn blant kvinner (48 prosent for menn og 35 prosent for kvinner). Det gjaldt også for landet for øvrig.

##### Cannabis

Cannabis er det mest brukte ulovlige rusmidlet. Cannabis er mindre avhengighetsskapende enn opioider, men avhengighet kan utvikles dersom stoffet brukes gjentatte ganger. Avhengigheten kan oppleves som sterk. Langvarig bruk kan øke risikoen for angst og depresjonssymptomer, og i enkelte tilfeller utløse psykose.<sup>169</sup>

Andelen personer 16–64 år som har brukt cannabis noen gang, er høyere i Oslo og Akershus (34 prosent) enn i landet som helhet (23 prosent). Prosentandelen i denne aldersgruppen som oppgir at de har brukt det de siste 12 månedene, er 10 prosent i Oslo og Akershus mot 5 prosent for Norge samlet. Andelen for Oslo har økt med to prosentpoeng siden 2018.<sup>170</sup>

<sup>165</sup> St. meld. 19. (2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>166</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> Hentet 26.03.2020.

<sup>167</sup> Tallene for alkohol, cannabis og vanedannende legemidler er hentet fra tabell 12386 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank, og basert på undersøkelse om rusmidler og tobakk.

<sup>168</sup> Tallene er hentet fra tabell 11277 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank, og basert på levekårsundersøkelsen for helse fra 2015. Statistisk sentralbyrå har kun fylkesdata om bruk av rusmidler fra 2015-undersøkelsen, fordi den har et større utvalg enn de andre undersøkelsene som også omhandler bruk av rusmidler.

<sup>169</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> Hentet 26.03.2020.

<sup>170</sup> Tallene er hentet fra tabell 12386 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

### Vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler brukes i behandling av både somatiske og psykiske lidelser. Oftest anbefales korttidsbehandling med disse medikamentene. En betydelig andel pasienter utvikler langvarig og avhengighetspreget bruk, ofte i kombinasjon med alkohol og/eller illegale rusmidler. Avhengigheten kan bli sterk.<sup>171</sup>

Når det gjelder vanedannende legemidler på resept, oppgir 11 prosent av de spurte i Oslo og Akershus at de har brukt sovemidler siste 12 måneder, mot 4 prosent daglig eller nesten daglig.<sup>172</sup> I det samme utvalget har 4 prosent svart at de har brukt beroligende medisiner, og 25 prosent har brukt smertestillende de siste 12 månedene. Bruken har økt siden 2018. Andelen som bruker smertestillende daglig eller nesten daglig er 12 prosent. Andelene for Oslo og Akershus er om lag som landsgjennomsnittet når det gjelder alle de nevnte typene medikamenter.

### Bruk av helsetjenester grunnet bruk av alkohol, narkotika og/eller legemidler

Helhetlig russtatistikk for Oslo kommune gir oversikt over personer som får kommunale og /eller spesialisthelsetjenester på grunn av gjentatt bruk av alkohol, narkotika og/eller legemidler.<sup>173</sup> I alt 4 513 pasienter i Oslo har hatt konsultasjoner hos fastlege med bakgrunn i rusproblemer.<sup>174</sup> De har til sammen hatt 22 270 konsultasjoner. Videre har 5 728 personer vært til poliklinisk-, dag- og/eller døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).<sup>175</sup> 1 594 personer har vært i døgnbehandling i TSB, og de har samlet oppholdt seg ved institusjon i 100 000 liggedøgn. 1 460 personer har fått behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).<sup>176</sup>

## 4.6 Seksuell og reproduktiv helse

Dette kapitlet presenterer status for forekomsten av uønskede svangerskap og abort i befolkningen, med spesielt fokus på ungdom og yngre voksne. I tillegg presenteres tall for forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv.

### 4.6.1 Uønskede svangerskap og abort

Det ble utført 12 380 svangerskapsavbrudd i Norge i 2018. Raten for svangerskapsavbrudd går ned for alle aldersgrupper; fra 10,6 per 1000 kvinner (15–49 år) i 2017 til 10,3 i 2018. 95 prosent av alle avbrudd var selvbestemte, og 83 prosent av disse var utført før niende svangerskapsuke. Det er stor regional variasjon i raten for svangerskapsavbrudd i Norge. Det

<sup>171</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

<sup>172</sup> Tallene er hentet fra tabell 12386 i Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

<sup>173</sup> Velferdsetaten (2019). *Helhetlig russtatistikk – Oslo kommune 2018/2019*. Oslo: Velferdsetaten, Oslo kommune.

<sup>174</sup> Tallene er hentet fra Helfo og publisert i Helhetlig russtatistikk. Pasientene er registrert med følgende diagnoser i fastlegenes kodeverk ICPC-2: P15: Kronisk alkoholmisbruk, P16: Akutt alkoholmisbruk, P18: Legemiddelmisbruk og P19: Stoffmisbruk.

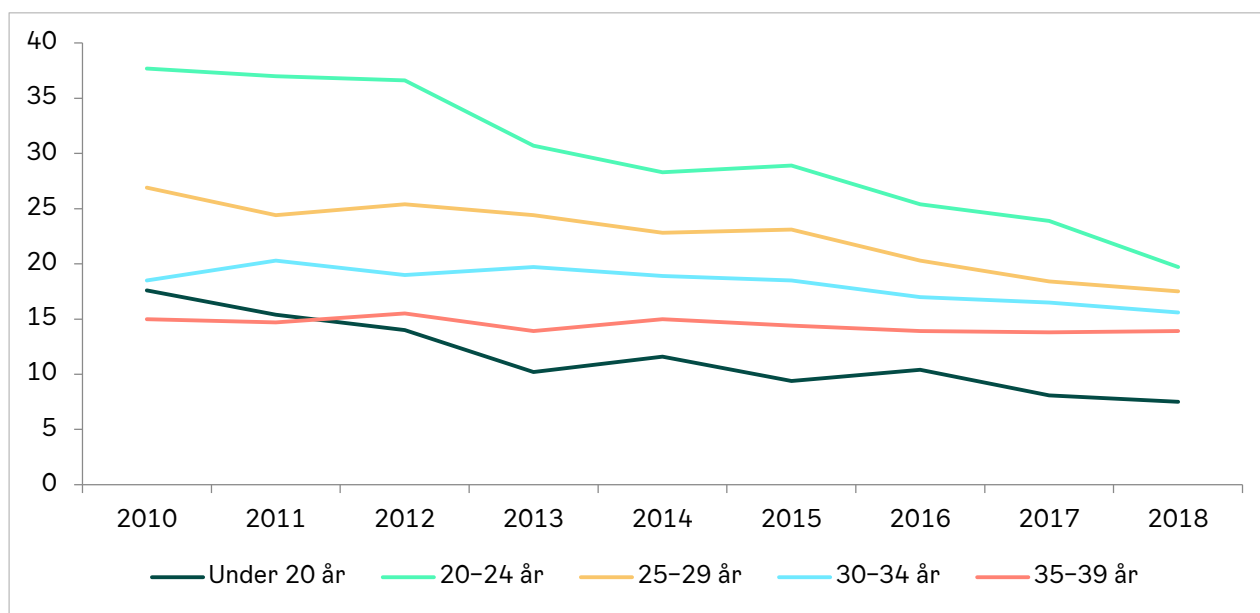
<sup>175</sup> Tallene er hentet fra Norsk pasientregister og presentert i Helhetlig russtatistikk.

<sup>176</sup> Tallene er fra Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus og presentert i Helhetlig russtatistikk.

gjelder alle aldersgrupper. Finnmark, Troms og Oslo hadde de høyeste ratene i 2018, med 14,1, 13,5 og 12,6 avbrudd per 1000 kvinner i fertil alder. På landsbasis ble 91,0 prosent utført medikamentelt i 2018. Medikamentell metode for svangerskapsavbrudd i uke 9–12 er fortsatt økende.<sup>177</sup>

Fra 2012 og fram til og med 2018 har det vært en stabil nedgang i antall svangerskapsavbrudd i Oslo. Nedgangen er størst i aldersgruppen 20–24 år.<sup>178</sup> Figur 4.27 viser antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner per år i perioden 2012–2018 i Oslo, fordelt på ulike aldersgrupper.

Figur 4.27 Svangerskapsavbrudd per 1000 kvinne. Aldersgrupper. Oslo. 2010–2018



Kilde: Folkehelseinstituttet, Register over svangerskapsavbrudd<sup>179</sup>

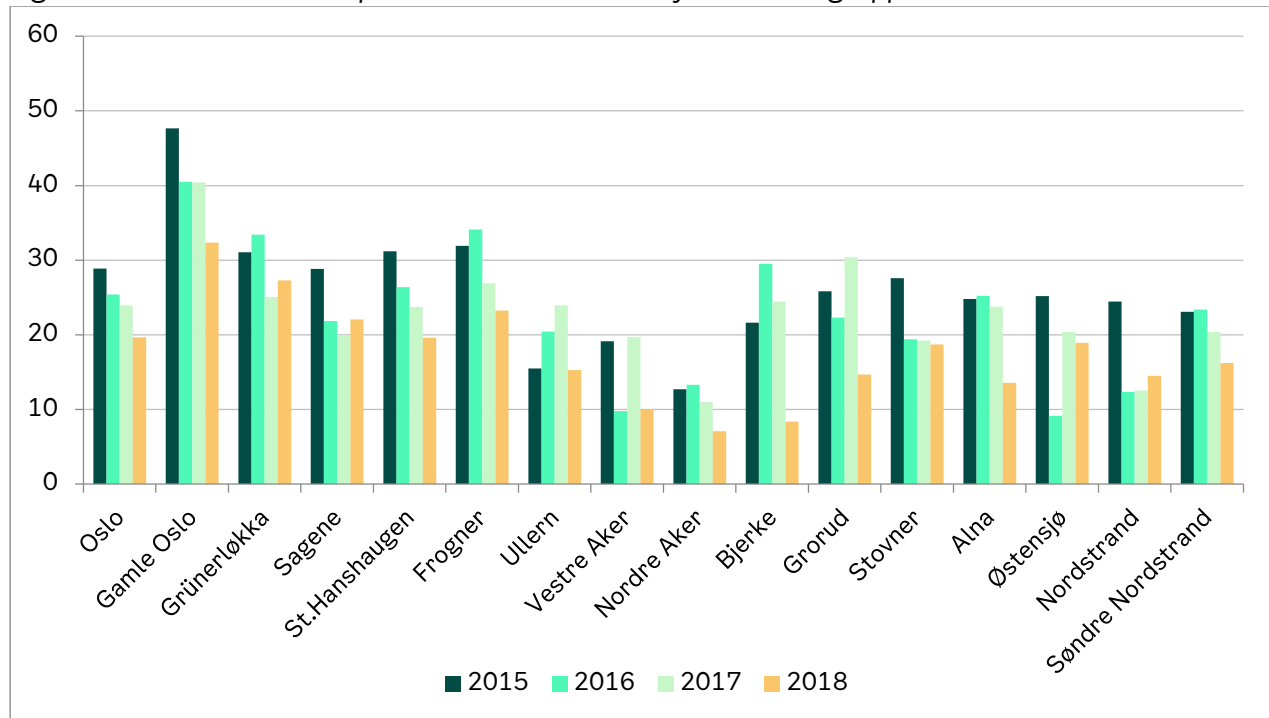
Abortratene per 1000 kvinner i aldersgruppen 20–24 år varierer mellom bydelene, se Figur 4.28.<sup>179</sup> Forskjellene kan blant annet forklares utfra den demografiske sammensetningen i enkelte bydeler, og at det i sentrumsnære bydeler ofte bor mange studenter.

<sup>177</sup> Folkehelseinstituttet (2019): Fakta om abort (med 2018-tall). Folkehelseinstituttet, oppdatert 08.03.2019. Hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

<sup>178</sup> Folkehelseinstituttet (2019): Register over svangerskapsavbrudd (Abortregistret). <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/> Hentet 26.03.2020.

<sup>179</sup> Folkehelseinstituttet (2019): Register over svangerskapsavbrudd (Abortregistret). <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/> Hentet 26.03.2020

Figur 4.28 Abortrater Oslo per 1000 kvinner etter bydel i aldersgruppen 20–24 år



Kilde: Folkehelseinstituttet, Register over svangerskapsavbrudd<sup>180</sup> og befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå tabell 10826, 2019

I Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 svarte 60 prosent av guttene og 66 prosent av jentene som hadde hatt samleie, at de brukte prevensjon første gang de hadde samleie. En antar at en av hovedårsakene til nedgangen i svangerskapsavbrudd blant de yngre skyldes tilbudet om subsidiert prevensjon, og at de unge tar med seg prevensjonsatferden sin inn i voksenlivet.<sup>181</sup>

#### 4.6.2 Seksuelt overførbare infeksjoner

Fra 1. januar 2019 ble clamydiainfeksjon en nominativ meldingspliktig sykdom. Fra 22. mars 2019 ble hiv-infeksjon, syfilis og gonore nominativt meldingspliktige sykdommer. Dette innebærer at det for hvert tilfelle rapporteres personnummer i tillegg til kjønn, bostedskommune og dato for prøvesvar/mottak av prøve.<sup>184</sup> Normalisering av rapportering til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) vil bidra til å unngå dobbeltregistreringer og muligens gjøre det lettere med smittesporing. Se Tabell 3.5 for antall registrerte tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer i Oslo 2018.

For samtlige seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) øker risikoen for smitte med antall seksualpartnere man har ubeskyttet sex med. Kunnskap om SOI er nødvendig for å kunne

<sup>180</sup> Folkehelseinstituttet (2019): Register over svangerskapsavbrudd (Abortregistret). <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/> Hentet 26.03.2020

<sup>181</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. Hentet 26.03.2020.

forebygge smitte. Det er særlig viktig med kunnskap om smittemåter, risikofaktorer og forebyggende tiltak ved risikosex, først og fremst korrekt bruk av kondom. Forskning viser at kun en av fire single nordmenn brukte kondom under første samleie med siste partner. De fleste er imidlertid klar over risikoen for å bli smittet av SOI ved ubeskyttet samleie.<sup>182</sup>

I Ung i Oslo-undersøkelsen (2018) svarte 63 prosent av ungdommene på videregående skole at de brukte prevensjon første gang de hadde samleie. Av disse brukte 88 prosent kondom..<sup>183</sup>

## Hiv

De første hiv-tilfellene i Oslo ble registrert i 1984, og fram til juni 2018 er det meldt om 2 617 tilfeller av hiv-infeksjon. Hiv er i dag en kronisk infeksjon man kan leve godt og lenge med, og man kan heller ikke smitte andre når man går på vellykket behandling. Behandling som effektivt hindrer viruset i å formere seg og holder infeksjonen i sjakk, har vært tilgjengelig fra 1996–97. I tiårsperioden 2008–2018 ble det registrert 988 nye hivtilfeller i Oslo. I omtrent tre av fire tilfeller var det menn som ble smittet. Antall meldte tilfeller varierte fra 114 i 2008 til 67 i 2018. Totalt er det registrert 6 468 hiv-positive i Norge, 4 382 menn og 2 086 kvinner.<sup>184</sup>

Flest nye hiv-tilfeller i perioden 2008–2018 finner vi i aldersgruppen 30–39 år. Andel hiv-smittede menn som har sex med menn (MSM) er høyere i Oslo enn i resten av landet. Kvinner blir oftest smittet av en fast partner, mens flertallet av menn blir smittet av en tilfeldig partner.

Andel heteroseksuelle hivsmittede er størst blant personer med innvandrerbakgrunn.<sup>184</sup>

I 2018 lever anslagsvis 1 500 til 1 700 hiv-smittede personer i Oslo,<sup>185</sup> og en betydelig andel av disse personene er over 50 år.<sup>186</sup>

## Genital chlamydiainfeksjon

I perioden 2015–2018 har antall registrerte tilfeller med genital chlamydiainfeksjon økt fra 5 016 til 5 627 tilfeller i Oslo. I 2018 ble det registrert 3 153 tilfeller hos kvinner og 2 471 tilfeller hos menn.<sup>185</sup> De siste tre årene har den høyeste diagnoseraten av chlamydiainfeksjon blitt observert i Oslo, og økningen har vært betydelig gjennom de siste 10 årene, fra 565 diagnoser per 100 000 innbyggere i 2009 til 836 per 100 000 innbyggere i 2018. Gjennomsnitt for hele Norge var 502 per 100 000 i 2018. Manglende behandling ved chlamydiainfeksjon hos kvinner kan gi vansker med å bli gravid.<sup>187</sup>

<sup>182</sup> Træen, B. (2008b): Sexual Health Promotion. I Træen, B. & Lewin, N. (red.). *Sexology in Context* (s. 232-248). Oslo: Universitetsforlaget.

<sup>183</sup> Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA.

<sup>184</sup> Folkehelseinstituttet: Overvåking av seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne hepatitter.

Årsrapport 2018. Hentet fra: [www.fhi.no](http://www.fhi.no) 26.03.2020.

<sup>185</sup> Folkehelseinstituttet (2019): MSIS-Statistikk. Hentet fra [www.msis.no](http://www.msis.no) 26.03.2020

<sup>186</sup> Grønningsæter, Arne Backer og Hansen, Inger Lise Skog (2018): *Om å bli eldre med hiv*. Fafo-rapport 2018:43. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2018/20692.pdf> 26.03.2020

<sup>187</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Strategi for seksuell helse, 2017–2022*. Oslo. Hentet 26.03.2020.

## Gonoré

I tiårsperioden 2008–2018 ble det registrert 4 598 tilfeller av gonoré i Oslo. Omtrent 9 av 10 var menn. Fra 2012 har det vært en økning av gonorésmittede i Oslo. I 2017 ble det registrert 862 tilfeller og i 2018, 1 038 tilfeller.<sup>188</sup> Det har vært tilsvarende økning i resten av landet og også i hele Vest-Europa.

Noe av økningen skyldes at laboratorier har tatt i bruk ny og mer sensitiv metodikk, slik at man påviser flere tilfeller som tidligere ikke ble oppdaget. Gonokokker har høy smittsomhet; anslagsvis 50–70 prosent smitterisiko for kvinner og 20–30 prosent for menn ved ubeskyttet, vaginalt samleie. Blant en stor gruppe menn som har sex med menn (MSM) forekommer det mye risikosex, hvor mange smittes ved tilfeldig sex i Oslo eller andre europeiske storbyer. Det er bekymringsfullt, også med tanke på resistenssituasjonen, at et økende antall MSM gjentatte ganger smittes med gonoré.<sup>188</sup>

## Syfilis

Av de 231 tilfellene av syfilis som ble meldt til MSIS i Norge i 2018, er 60 prosent hjemmehørende i Oslo. 133 av de 139 tilfellene (96 prosent) i Oslo omfatter menn som har sex med menn.<sup>188</sup>

Oslo dominerer som smittested med 101 av tilfellene i 2018 mot 80 tilfeller i 2017. I Norge samlet var det 149 tilfeller med smittested i Norge og 81 i utlandet. Innvandrere bosatt i Norge er overrepresentert både når det gjelder syfilismitte, hivinfeksjon og gonoré.

I 2018 ble det påvist 21 syfilistilfeller per 100 000 innbyggere i Oslo, mens tilsvarende tall for landet uten Oslo var 2,0 per 100 000 innbyggere.<sup>189</sup>

## Humant Papillomavirus – HPV

Humant papillomavirus (HPV) er et svært vanlig forekommende virus. Noen typer av seksuelt overførbart HPV er risikofaktorer for kreftsykdom. Særlig gjelder det livmorhalskreft hos kvinner, men risikoen er også økt for andre krefttyper, for eksempel kreft i penis, endetarmsåpning og svelg. HPV-vaksiner beskytter mot de fleste kreftfremkallende HPV-typene. Se mer om vaksinasjonsdekning for HPV i avsnitt 3.9.2.

<sup>188</sup> Folkehelseinstituttet: Overvåking av seksuelt overførbare infeksjoner og blodbårne hepatitter. Årsrapport 2018. Hentet fra: [www.fhi.no](http://www.fhi.no) 26.03.2020.

<sup>189</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). [Strategi for seksuell helse, 2017–2022](#). Oslo. Hentet 26.03.2020.

## 5 Sosiale faktorer som påvirker helsa

### Hovedfunn

- Oslos innbyggere er høyt utdannede, men det er store forskjeller mellom bydelene. Andelen høyt utdannede er omlag dobbel så høy i Oslo ytre vest som i Groruddalen.
- Andelen med lavinntekt i befolkningen har økt vesentlig i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand, mens den er redusert i de østlige sentrumsbydelene. Likevel er andelen lavinntekt høyere i Oslo indre øst enn gjennomsnittet for Oslo.
- 13 prosent av barn i Oslo tilhører en lavinntektshusholdning, og andelen er høyere i Oslo enn i Norge som helhet. Nærmere 8 av 10 Oslobarn i lavinntektsgruppen hadde innvandrerbakgrunn i 2016.
- 12 prosent av de unge i Oslo er utenfor arbeid, utdanning og opplæring.
- Mellom 44 000 og 78 600 personer i Oslo er anslått å være vanskeligstilte på boligmarkedet. I 2016 var 948 personer helt bostedsløse.
- Trangboddhet er mer vanlig i Oslo enn i resten av landet.

Levekårene i Oslo som helhet er gode. Samtidig er Oslo en mangfoldig by med stor ulikhet mellom ulike grupper og geografiske områder. Nabobydeler, delbydeler og kvartal kan være svært ulike med tanke på alderssammensetning, sosioøkonomiske kjennetegn, innvandrerandel og boligtype. Det innebærer at det kan være store sosiale og økonomiske forskjeller over til dels små geografiske områder, og at ulike områder i byen har ulike sett av utfordringer og muligheter. Også helsa i befolkningen varierer med sosial og økonomisk bakgrunn. De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer og plager.<sup>190</sup> Sosial status påvirker helsa, og problemer med økonomi og arbeidsliv kan øke risikoen for helseplager og sykdom. Det kan også være en omvendt årsakssammenheng; helseplager kan gjøre at man får problemer med utdanning og arbeidsliv, og dermed lav sosioøkonomisk posisjon.

FNs bærekraftsmål er en felles plan for alle FNs medlemsland for hvordan man kan utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Målene inkluderer både sosial dimensjonen, miljø og økonomi. Bærekraftig samfunnsutvikling kan styrkes ved at man også jobber lokalt med bærekraftmålene.

### 5.1 Helsekompetanse

En forutsetning for god helse er at mennesker har kunnskap og muligheter for å ivareta sin helse på best mulig måte. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Der defineres helsekompetanse slik:

<sup>190</sup> Dahl, E., Bergsli, H., og van der Wel, K. (2014). [Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt](#) Hentet 26.03.2020.

*Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.*<sup>191</sup>

Slik kompetanse vil ofte være erfarings- og situasjonsbetinget og knyttet til utdanningsnivå. I tillegg må medarbeidere ha økt bevissthet rundt tilretteleggingsansvaret som følger med kommunikasjon og informasjonsarbeid, spesielt i arbeid rettet mot sårbare grupper.<sup>192</sup> Det er i praksis ofte betydelig avstand mellom hva medarbeidere antar klienter, brukere eller pasientene forstår og det de faktisk forstår. Medarbeidere i helse- og omsorgssektoren bør være spesielt oppmerksom på, og kartlegge, helsekompetanse hos eldre, personer med lav utdanning, personer som står utenfor arbeidslivet og personer som kommer fra kulturer og samfunnsforhold ulik vår.

## 5.2 Utdanningsnivå

Sammenhengen mellom helse og utdanningsnivå er godt dokumentert. Personer med høy utdanning har blant annet lavere dødelighet, bedre egenvurdert helse, mindre psykiske helseproblemer og opplever i mindre grad langvarig/kronisk sykdom enn personer med lav utdanning.<sup>193</sup>

### Faktaboks 2 Definisjoner utdanningsnivå

- *Lav utdanning:* personer med ingen/uoppgitt utdanning og grunnskole
- *Høy utdanning:* personer med utdanning på universitets- og høgskolenivå
- *Universitets- og høgskolenivå kort:* inntil fire år
- *Universitets- og høgskolenivå lang:* mer enn fire år

Figurene viser utdanningsnivå per 01.10.2018 som andel av befolkningen per 01.01.2019.

Oslo har en av landets høyest utdannede befolkning, og økningen i andelen med høyere utdanning har også vært høyere i Oslo enn i landet som helhet i perioden 2013 til 2018 (for befolkningen over 16 år). Blant befolkningen mellom 30 og 59<sup>194</sup> år var andelen med høy utdanning i Oslo 58 prosent i 2018, og 42 prosent i landet som helhet.

<sup>191</sup> Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023*, side 5

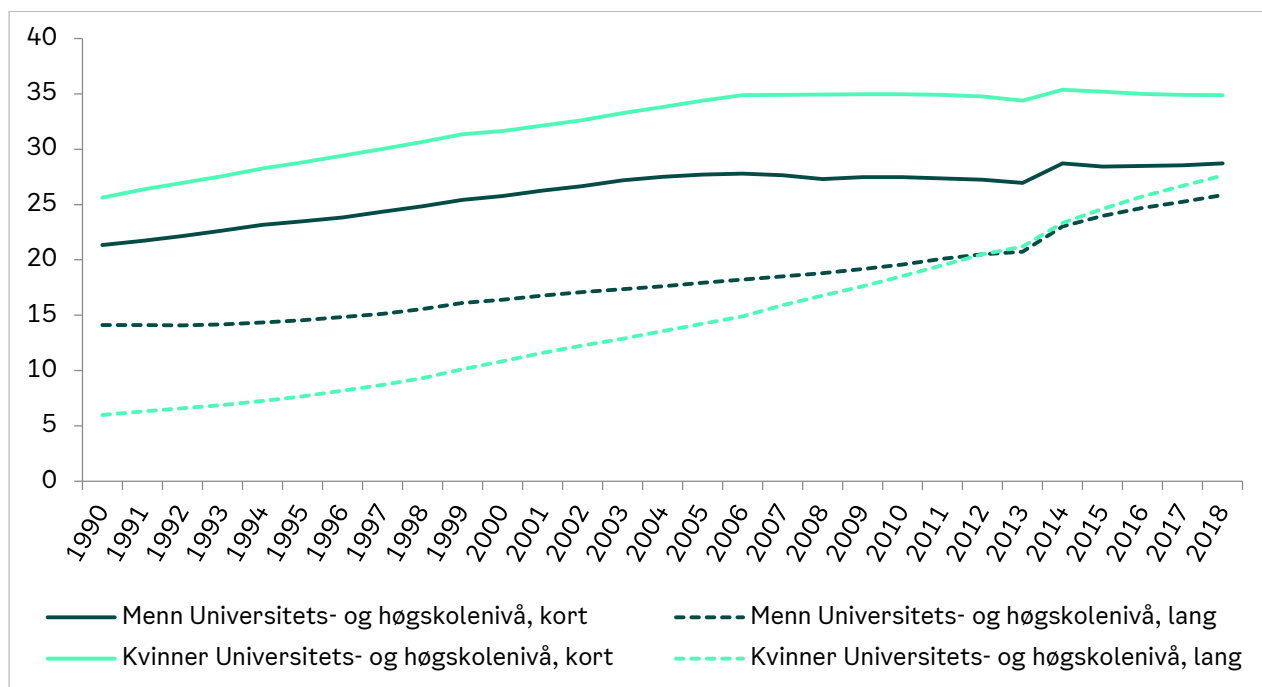
<sup>192</sup> Lov om pasient og brukerrettigheter, 2001

<sup>193</sup> Dahl, E., Bergsli, H., og van der Wel, K. (2014). [Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt](#) Hentet 26.03.2020.; Elstad, J. I. (2008). *Utdanning og helseulikheter*. Oslo: Helsedirektoratet.

<sup>194</sup> Vi bruker denne aldersinndelingen i deler av dette kapitlet. Grunnen til det er at utdanningsnivået varierer mellom aldersgruppene, og alderssammensetningen derfor også påvirker utdanningsnivået. For å gjøre tallene mer sammenlignbare, begrenser vi det her til den mest yrkesaktive delen av befolkningen.

Figur 5.1 viser hvordan andelen med høyere utdanning har økt i Oslo fra 1990-tallet til 2018. De siste årene har det særlig vært en økning i andelen med lang høyere utdanning. Det har lenge vært en høyere andel kvinner enn menn med kort høyere utdanning, og kvinnene har nå også tatt igjen mennene i andel med lang høyere utdanning.

Figur 5.1 Andelen personer 30–59 år med høy utdanning, etter kjønn og år

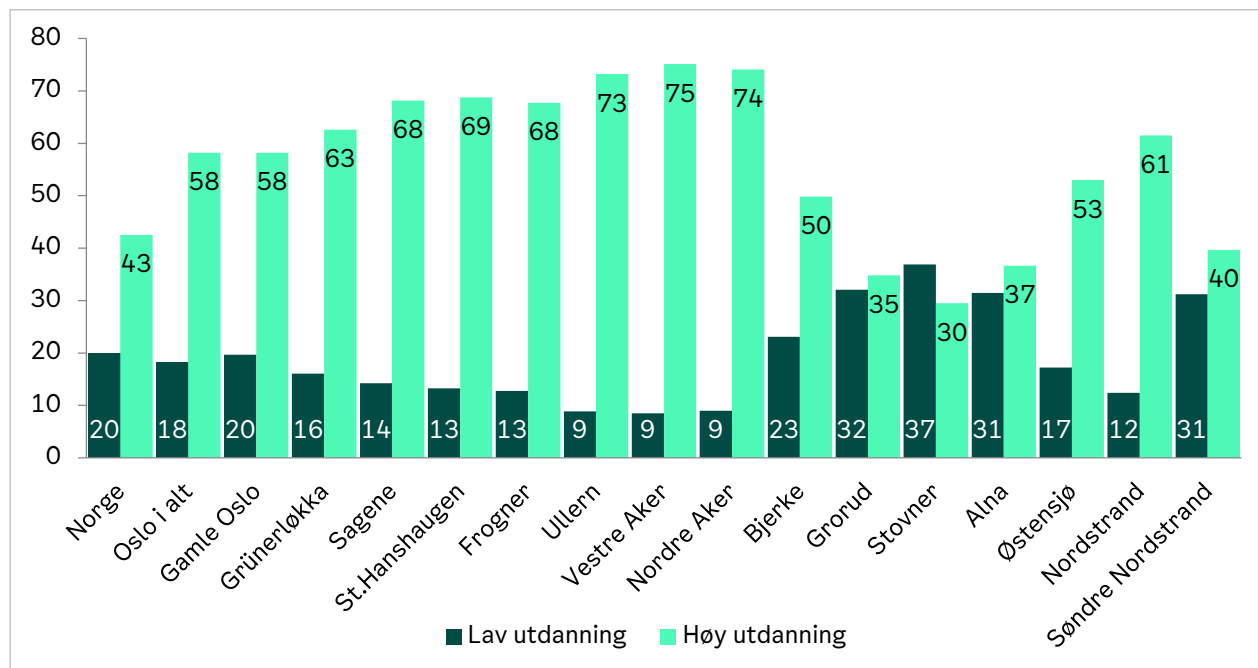


Kilde: Statistisk sentralbyrå tabell 08921

Det er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder andel av befolkningen som har høyere utdanning (se Figur 5.2). I Oslo ytre vest var andelen over 73 prosent i 2018, mens for deler av Groruddalen var andelen mellom 30 og 37 prosent.

18 prosent i aldersgruppen 30–59 år hadde lav utdanning i 2018. I bydelene Stovner og Grorud var andelen med lavt utdannede høyest, med henholdsvis 37 og 32 prosent, mens i ytre by vest var andelen rundt 9 prosent. Det er store geografiske variasjoner også innad i bydelene for andelen lavt utdannede.

Figur 5.2 Andel av befolkningen per bydel, 30–59 år, med lav og høy utdanning. 2018



Kilde: Spesialbestilling Statistisk sentralbyrå, Oslotrender 2019

### 5.3 Inntekt

Inntekten har sammenheng med helsetilstanden, på samme måte som for utdanning. Ikke bare har de nest fattigste bedre helse enn de aller fattigste, vi ser også at de aller rikeste i gjennomsnitt har litt bedre helse enn de nest rikeste. Vi ser forskjellene i alle aldersgrupper, både hos menn og kvinner.

Det er betydelige forskjeller i husholdningenes inntekt og formue mellom ulike områder i byen. Selv om gjennomsnittsinntekten er langt høyere i de vestlige bydelene, er ikke lavinntekt noe rent østkantfenomen.

#### Faktaboks 3 Inntekt

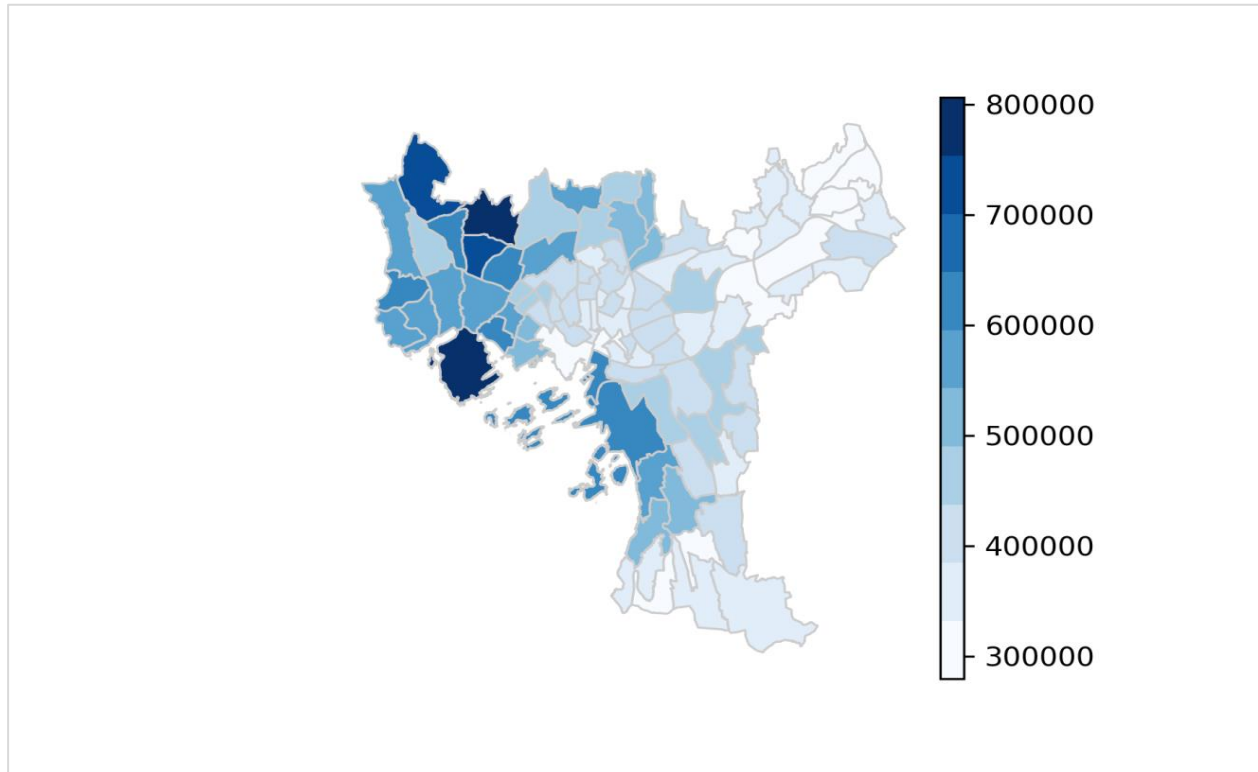
Husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet viser summen av en husholdnings samlede inntekter, fratrasket skatt og fordelt på antall forbruksenheter i husholdningen etter EUs ekvivalensskala. Når man deler på antall forbruksenheter, tar man høyde for hvor manges behov den samlede husholdningsinntekten skal dekke. Den første voksne i husholdningen får en vekt likt 1, den neste voksne får en vekt lik 0,5, mens hvert barn får vekt 0,3. Det betyr at en husholdning med to voksne og to barn består av 2,1 forbruksenheter.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### 5.3.1 Inntekt etter skatt

Figur 5.3 viser hver delbydels gjennomsnittlige husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet i 2017. Inntekt etter skatt sier noe om husholdningenes disponible inntekt.

Figur 5.3. Inntekt etter skatt per forbruksenhet per delbydel, snitt. 2017



Kilde: Spesialbestilling Statistisk sentralbyrå, Oslotrender 2019

I figuren er hver delbydel markert med en farge, der hvit representerer den laveste inntekten og mørk blå den høyeste, basert på gjennomsnittlig disponibel inntekt per forbruksenhet for husholdningene i den enkelte delbydel. Figuren viser at de vestlige delbydelene, samt noen av delbydelene i Bydel Nordstrand, har høyest gjennomsnittlig disponibel husholdningsinntekt per forbruksenhet. Delbydelene med lavest gjennomsnittlig husholdningsinntekt ligger i Groruddalen og på Søndre Nordstrand. Figuren viser også at det er vesentlige variasjoner innad i sentrumsbydelene, groruddalsbydelene og på Søndre Nordstrand.

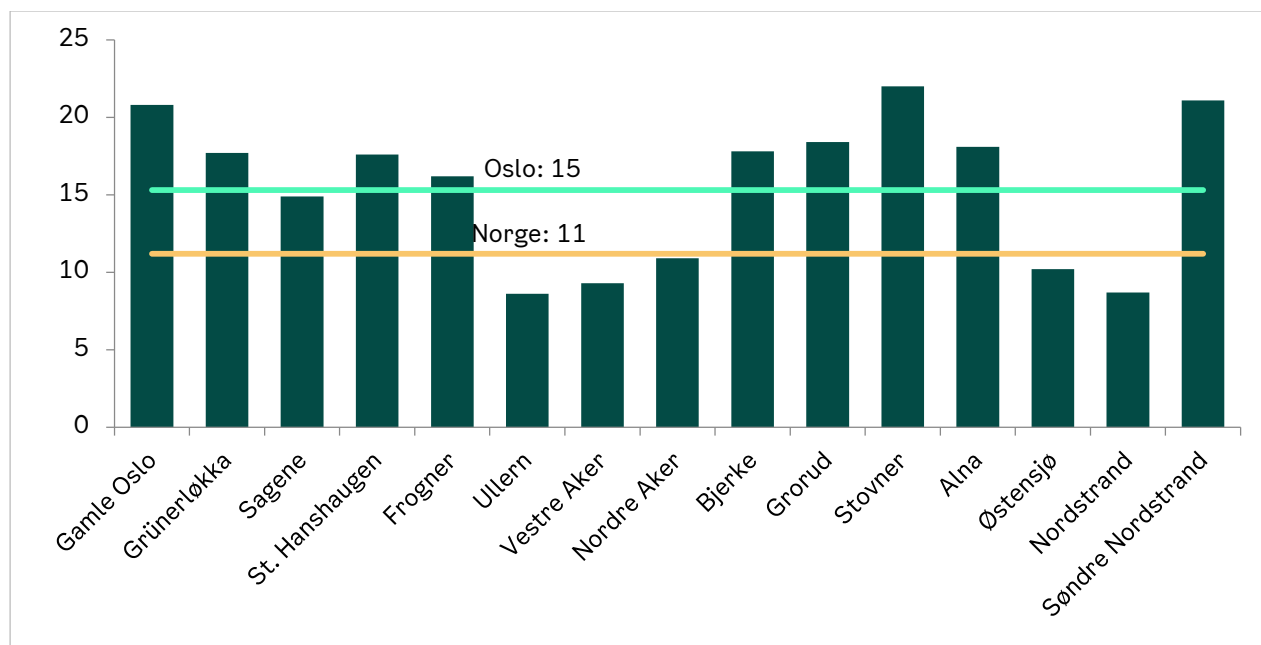
### 5.3.2 Lavinntekt

Forskning viser at det er en rekke negative konsekvenser for barn ved å vokse opp i familier med svak økonomi.<sup>195</sup> En stor og variert kunnskapsbase dokumenterer sammenheng mellom oppvekst i lavinntektsfamilier og utsatthet for kardiovaskulære sykdommer, overvekt og diabetes, enkelte krefttyper, og psykiske lidelser, benskjørhet, brudd og sannsynligvis demens.

<sup>195</sup> Hyggen, C., Brattbakk, I., Borgeraas, E. M. (2018): *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier. En kunnskapsoppsummering*. NOVA-rapport 11/18.

Figur 5.4 viser utviklingen i andelen personer som tilhører en husholdning med årlig lavinntekt for årene 2007–2017. Årlig lavinntekt defineres som at den samlede inntekt etter skatt per forbruksenhet er lavere enn 60 prosent av medianen (defineres som EU60) for samme husholdningsstørrelse. For Oslo samlet har andelen personer med lavinntekt økt svakt i perioden, og den var i 2017 på litt over 15 prosent. Økningen har vært mindre i Oslo enn i Akershus og i hele landet samlet. Innad i Oslo har andelen med årlig lavinntekt økt vesentlig i groruddalsbydelene og Søndre Nordstrand, mens den er redusert i de østlige sentrumsbydelene. Utviklingen i de østlige sentrumsbydelene har sammenheng med at boligbygging og gentrifisering har tiltrukket seg innbyggere med relativt høy inntekt. Dette har redusert andelen med lavinntekt i disse bydelene, men det er fortsatt bydelene Gamle Oslo og Grünerløkka som har størst antall personer som lever i lavinntektshusholdninger.

Figur 5.4 Andel personer i husholdninger med årlig lavinntekt etter bydel. 2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå tabell 06947, Personer i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet

Andelen barn i lavinntektshusholdninger har i de siste årene økt mer i resten av Norge enn i Oslo, men andelen barn i lavinntektshusholdninger er fortsatt høyere i Oslo. Det skyldes i stor grad et høyt innslag av barnefamilier med innvandrerbakgrunn i Oslo.<sup>196</sup> Nær 8 av 10 Oslobarn i lavinntektsgruppen hadde innvandrerbakgrunn i 2016. Andelen barn i lavinntektshusholdninger varierer med hvilken definisjon av lavinntekt man velger å bruke. Ved å bruke EU60 tilhørte 13 prosent av barna i Oslo en lavinntektshusholdning i 2017.<sup>197</sup>

<sup>196</sup> <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-barn-med-vedvarende-lave-husholdningsinntekter> Hentet 26.03.2020.

<sup>197</sup> Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans. (2019). *Oslorender 2019*.

## 5.4 Deltakelse i arbeidslivet

Deltakelse i arbeidslivet er en faktor som påvirker helsa på flere måter. Den ene er betydningen av inntekt og trygg økonomi for den enkelte husholdning. En annen betydning er arbeidslivet som sosial arena, som kan gi opplevelser av samhold og gjensidig anerkjennelse, og skape opplevelse av mening. Verdiskapingen fra folks arbeid legger også det økonomiske fundamentet for de offentlige velferdsordningene og virkningene på helsa som følger av disse. Studier av forholdet mellom arbeid og helse viser at den ikke-yrkesaktive delen av befolkningen har gjennomgående dårligere helse enn de som er yrkesaktive. Nedsatt helse er en viktig årsak til at man faller ut av arbeidslivet, men sosiale forskjeller blant de som støtes ut, tyder på at helse alene ikke kan forklare utstøtingsmekanismene i arbeidslivet. På individnivå er det påvist en forverret helsetilstand som en direkte følge av tap av arbeid. Særlig blir den psykiske helsa påvirket negativt, blant annet i form av depressive plager.<sup>198</sup>

### 5.4.1 Arbeidsledighet

Ved utgangen av august 2019 var 2,7 prosent av arbeidsstyrken (10 427 personer) i Oslo registrert som helt arbeidsledige hos NAV. Det var en liten økning fra august 2018, men fortsatt går arbeidsmarkedet i Oslo godt, med ledighet på et historisk lavt nivå.<sup>199</sup> 2,3 prosent av arbeidsstyrken i hele Norge var helt ledig. Bruttoledigheten, som inkluderer arbeidssøkere som deltar på tiltak fra NAV, lå på 3,2 prosent i Oslo og 2,7 prosent for hele landet.

Arbeidsledigheten varierer mellom bydelene. Ledigheten var i august 2019 høyest i Bydel Søndre Nordstrand med 4,2 prosent og lavest i bydelene Nordre Aker og Nordstrand med 1,9 prosent. Oslo har lav ungdomsledighet, med 2,1 prosent ledige under 30 år i 2018. Ungdomsledigheten var høyest i Bydel Søndre Nordstrand, med 4,7 prosent helt ledige i 2018. Ledigheten er høyest blant innvandrere. I befolkningen eksklusive innvandrere var 1,6 prosent av arbeidsstyrken helt ledige i slutten av 2018. Blant innvandrere fra Europa var den på 3,5 prosent og for innvandrere fra land i Asia og Afrika var ledigheten 6,3 prosent.<sup>200</sup>

### 5.4.2 Ungdom utenfor

En del av de unge i Oslo er verken i arbeid, ordinær utdanning eller på arbeidsmarkedstiltak (forkortes NEET, etter det engelske «Not in employment, education or training»). Andelen unge (15–29 år) i Oslo utenfor arbeid, utdanning og opplæring var 12 prosent i 2017. Andelen har vært relativt stabil over flere år. Andelen NEET varierer med utdanningsnivå, og var 18 prosent for de med lav utdanning, 9 prosent for unge med fullført videregående skole som høyeste utdanningsnivå, og 8 prosent for de med høy utdanning. Andelen unge NEET varierer mellom 8 og 9 prosent i bydelene Sagene og St. Hanshaugen til 15 prosent i bydelene Stovner og Søndre

<sup>198</sup> Helsedirektoratet. (2016). *Lokale folkehelsetiltak – veiviser for kommunene*

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelsetiltak-veiviser-for-kommunen/arbeid-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag> Hentet 31.03.2020

<sup>199</sup> NAV Oslo. 30.08.2019. [Liten økning i arbeidsledigheten](#).

<sup>200</sup> Statistisk sentralbyrå. Tabell 07115. Registrert helt arbeidsledige innvandrere

Nordstrand. Det er flere utenfor arbeid, utdanning og opplæring blant unge innvandrere enn blant andre unge.

## 5.5 Mottak av offentlige overføringer

«Velferdsstatsavhengige» er definert som personer under 67 år som mottar mer enn halvparten av inntekten fra offentlige overføringer.<sup>201</sup> Husholdninger med personer som er 67 år og over er utelatt, for å unngå at alderspensjonister medregnes.

### 5.5.1 Arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Personer som ikke kan arbeide på grunn av sykdom eller skade, kan ha rett på arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd fra staten. AAP skal sikre inntekt i en periode for de som har behov for hjelp fra NAV for å komme i arbeid, mens uføretrygd skal sikre inntekt for personer med varig nedsatt inntektsevne.

Ved utgangen av 2018 var det 15 666 mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP) i Oslo. Dette tilsvarte 3,3 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år. Oslo har hatt nedgang i antall AAP-mottakere hvert år fra 2012, men nedgangen var større i 2018, og det var første gang det var en nedgang blant personer under 30 år.

Ved utgangen av 2018 var det 26 633 mottakere av uføretrygd i Oslo. Dette tilsvarte 5,6 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år, en økning fra 5,3 prosent året før. Oslo og Akershus har de laveste andelene av befolkningen med uføretrygd blant fylkene (også når vi tar hensyn til alderssammensetningen).

### 5.5.2 Andel med redusert funksjonsevne

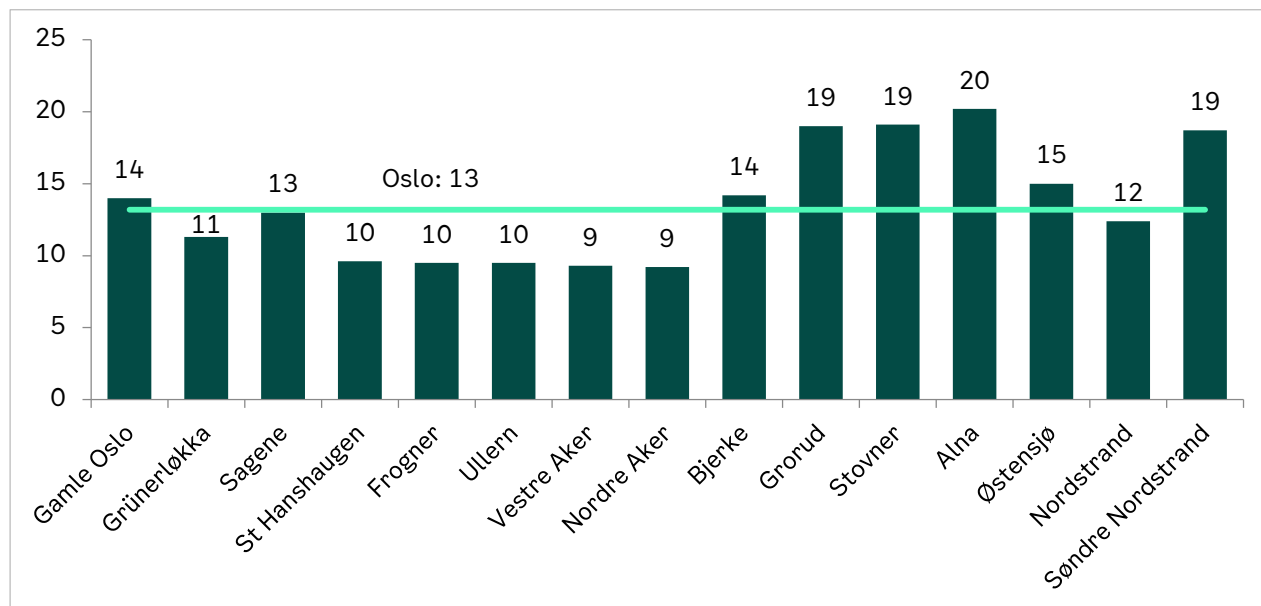
Redusert funksjonsevne er fra og med 2010 definert som de som har nedsatt arbeidsevne, i tillegg til de som mottar sykepenger eller uføretrygd<sup>202</sup>. Nedsatt arbeidsevne omfatter personer som på grunn av sykdom, skade eller andre hindringer har behov for ekstra oppfølging fra NAV for å få eller beholde arbeid. En stor andel av disse mottar AAP.

Figur 5.5 viser andel personer 16-66 år med redusert funksjonsevne i 2016. Det er stor spredning mellom de ulike bydelene. I bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand er andelen av befolkningen med redusert funksjonsevne opp mot 20 prosent. I indre og ytre by vest har i underkant av 10 prosent av befolkningen redusert funksjonsevne.

<sup>201</sup> <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/levekar-pa-vandring> Hentet 31.03.2020.

<sup>202</sup> Oslo kommunes statistikkbank

Figur 5.5 Andel av befolkningen, 16–66 år, med redusert funksjonsevne. Bydel. 2016



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank

### 5.5.3 Økonomisk sosialhjelp

Økonomisk sosialhjelp er en kommunal behovsbasert ytelse til den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller økonomiske rettigheter, for eksempel trygd.

I Oslo har antall personer som mottar økonomisk sosialhjelp i løpet av et år økt fra 18 830 i 2013 til 20 400 i 2018. 4,2 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år mottok økonomisk sosialhjelp i løpet av 2018. Alderssammensetningen på sosialhjelpsmottakere i Oslo er ulik den i resten av landet. Det er en lav andel unge som mottar økonomisk sosialhjelp i Oslo, og det har vært en nedgang de siste årene. Mens andelen sosialhjelpsmottakere synker med alder i landet som helhet, øker det i Oslo fram til 40-års alder. 65 prosent av sosialhjelpsmottakerne i Oslo hadde innvandrerbakgrunn i 2018.<sup>203</sup>

11 700 barn hadde foreldre som mottok sosialhjelp i 2018. I Bydel Gamle Oslo gjaldt det 20 prosent av barna i bydelen, eller ca. 1 800 barn. Andelen er lavere i andre bydeler, men både Søndre Nordstrand, Stovner, Alna og Grünerløkka har over 1 000 barn som er berørt av sosialhjelp. Ni av ti av barna som var berørt av sosialhjelp i 2016 hadde innvandrerforeldre.

<sup>203</sup> Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans. (2019). *Oslorender 2019*.

## 5.6 Bolig og bomiljø

Det å ha en bolig er et grunnleggende velferdsgode, og bolig er en forutsetning for deltakelse i mange andre deler av samfunnet. Bolig og bomiljø påvirker folkehelsen. Det er ingen entydig årsakssammenheng, men et samspill av årsaker og virkninger som kan gå begge veier.<sup>204</sup> Det kan være faktorer ved boligen og bomiljøet som påvirker en persons helse negativt, og det kan være redusert helse som har bidratt til at en person bor i den aktuelle boligen. I tillegg er det både bakenforliggende og mellomliggende faktorer som påvirker sammenhengen mellom bolig og helse. Det er for eksempel en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og dårlige boforhold.<sup>205</sup>

Man finner ofte en opphopning av boligproblemer i befolkningen. De som har utfordringer på ett område har også i større grad andre typer boligproblemer. Opphopning av boligproblemer er mer vanlig i de største byene enn i mindre sentrale strøk.<sup>205</sup>

### 5.6.1 Tilgang på bolig

Den norske boligsektoren er kjennetegnet av at de fleste eier sin egen bolig, og at dette er et uttalt politisk mål. Det handler om både identitet og mental og økonomisk trygghet.

Eie/leieforholdet har også betydning for flyttemønster og stabilitet i et bomiljø. Leiemarkedet er for det fleste kun et midlertidig stoppested.<sup>206</sup>

For vanskeligstilte på boligmarkedet er derimot leiemarkedet en viktig sektor. De kommunalt disponerte boligene er en del av dette. Det er ingen klar definisjon av vanskeligstilte på boligmarkedet. Anslagsvis er mellom 44 000 og 78 600 personer i Oslo vanskeligstilte på boligmarkedet, avhengig av hvilken definisjon som brukes. Se mer om dette i *Oslo-trender*.<sup>207</sup>

### Eie og leie av boliger

I 2018 eide 69 prosent av husholdningene i Oslo sin egen bolig, mens 31 prosent bodde i leide boliger. I hele landet var andelen husholdninger som leide bolig 23 prosent. Oslo hadde den høyeste andelen leietakere av alle fylkene i landet.<sup>208</sup> Andelen som leier boliger er høyest blant personer i etableringsfasen og blant husholdninger med lav inntekt. Det er størst andel som leier boliger i delbydelene i sentrum.<sup>207</sup>

<sup>204</sup> Helgesen M.K., Holm A., Monkerud L. & Schmidt L. (2014). *Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie*. NIBR-rapport 2014:16. Oslo.

<sup>205</sup> Revold, M. K., Sandvik, L. & With, M.L. (2018). *Bolig og boforhold – for befolkningen og utsatte grupper*. Statistisk sentralbyrå rapport 2018/13. Oslo.

<sup>206</sup> Sørvoll, J. Aarset M.F. 2015. *Vanskeligstilte på det norske boligmarkedet. En kunnskapsoversikt*. NOVA Rapport 12/2015. Oslo.

<sup>207</sup> Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans. (2019). *Oslo-trender 2019*.

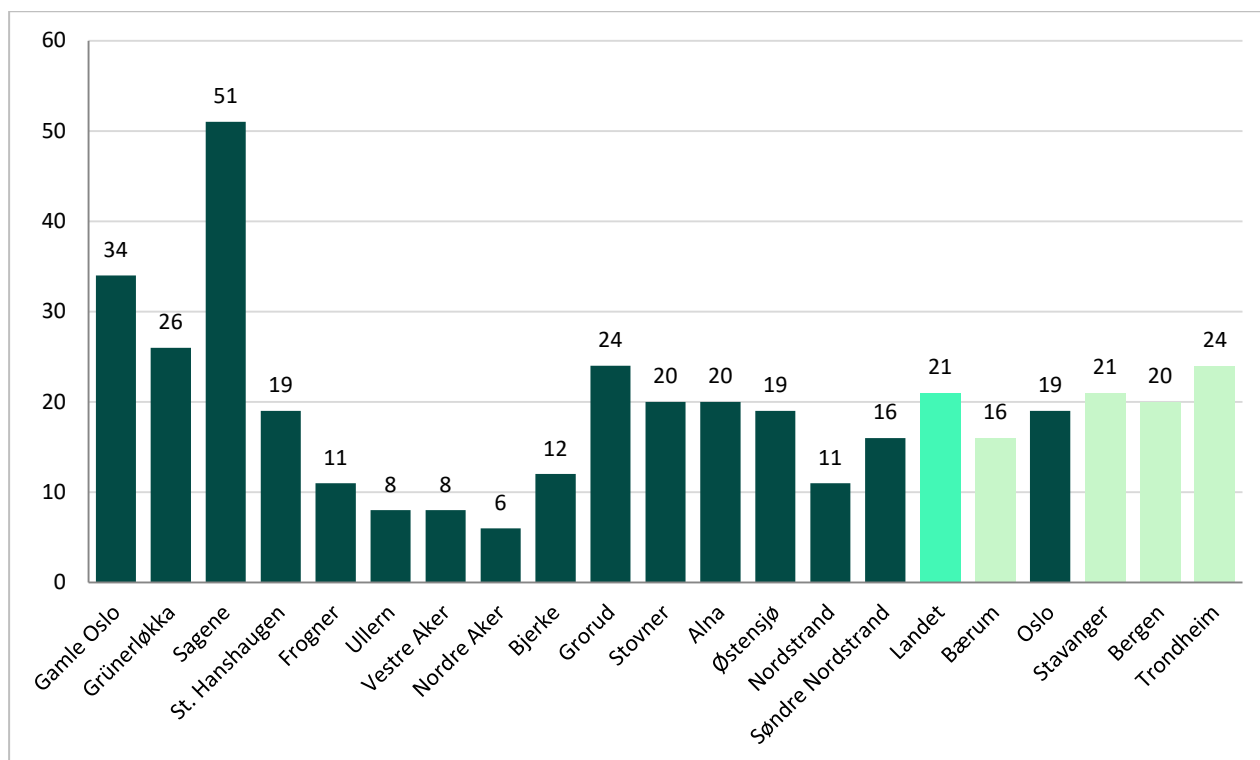
<sup>208</sup> Statistisk sentralbyrå 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/11084/tableViewLayout1/> Hentet 19.02.2020

### Kommunalt disponerte boliger

Majoriteten av Oslos husstander bor i boliger framskaffet via markedet. Noen husstander trenger imidlertid hjelp til å skaffe seg en egen bolig, enten grunnet svak økonomi eller behov for spesiell tilpasning på grunn av alder, bevegelses- eller utviklingshemming. En del av disse får tilbud om leie av kommunal bolig.

Ifølge Statistisk sentralbyrå var det 13 029 kommunalt disponerte boliger i Oslo i 2018. Det gir en andel på 19 kommunalt disponerte boliger per tusen innbyggere.<sup>209</sup> Dette er lavere enn både landssnittet og de øvrige storbyene. Figur 5.6 viser at det er flest kommunale boliger i de tre østlige sentrumsbydelene, og nesten halvparten av de kommunale boligene ligger i disse tre bydelene. Det er også her de kommunale boligene utgjør høyest andel av totalt antall boliger. En stor andel kommunale boliger, spesielt dersom de er konsentrert til enkelte områder av bydelen, kan gi en opphopning av personer med dårlig økonomi og andre utfordringer. Få kommunale boliger kan gjøre det vanskeligere å gi hjelp til vanskeligstilte på boligmarkedet.

Figur 5.6 Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere per bydel (antall) 2018



Kilde: Oslotrender side 111

Oslo kommune gjennomfører årlige behovskartlegginger for husstander med behov for kommunal bistand til å framskaffe bolig. I 2019 viste kartleggingen at 2127 husstander hadde behov for kommunal hjelp til å få en bolig, hvorav 1334 ble vurdert til å trenge en kommunal

<sup>209</sup> <https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/oslo/bolig> Hentet 18.02.2020.

bolig. Antallet husstander med bistandsbehov varierte fra 31 i Bydel Nordre Aker til 307 i Bydel Søndre Nordstrand.<sup>210</sup>

### Bostedsløshet

Den siste landsomfattende kartleggingen av bostedsløse<sup>211</sup> i Norge ble gjennomført i 2016. Det ble da kartlagt 948 bostedsløse i Oslo, som er det laveste tallet siden første kartlegging ble gjennomført i 1996. Tallet tilsvarte 1,44 bostedsløse per 1000 innbyggere. 66 prosent av de bostedsløse i Oslo hadde vært bostedsløse i over seks måneder eller var tilbakevendende over flere år. 40 prosent hadde sosialhjelp som viktigste inntektskilde. Avhengighet av rusmidler og psykisk sykdom var de to største personlige problemsituasjonene blant de bostedsløse, med en stor grad av overlapping mellom gruppene. Sammenliknet med de andre storbyene i Norge, har Oslo en større andel bostedsløse født utenfor Norge, spesielt innvandrere fra Afrika.<sup>212</sup>

Statistisk sentralbyrå innhenter opplysninger om sosialmottakeres boforhold. I 2018 var det 1045 sosialhjelpsmottakere i Oslo som var uten bolig.<sup>213</sup>

### 5.6.2 Bomiljø

En litteraturstudie gjennomført av NIBR i 2014<sup>214</sup>, viser at både fysisk og mental helse blir påvirket av bomiljøet. Bomiljøer som påvirker helsa positivt er godt utformet og har en blandet bygningsmasse, har en variert befolkningssammensetning, legger til rette for fysisk aktivitet, har tilgang til rekreasjonsområder, og er ikke utsatt for støy eller luftforurensning. Faktorer i bomiljøet som kan påvirke helsa negativt er blant annet nedslitte boområder, dårlig tilgang på rekreasjonsområder, opphopning av personer med lav sosioøkonomisk status, og mye kriminalitet og vold. Barn er mer utsatte for helserisiko enn voksne.

### Noen bomiljøfaktorer i Oslo og Akershus

Tall fra levekårsundersøkelsen i 2018 viser at 78 prosent av befolkningen i Oslo og Akershus har tilgang til et nærturområde, og 72 prosent har tilgang til et trygt leke- og rekreasjonsområde. Ni prosent av husstandene sier de er plaget av støy utenfra når de er i boligen sin. Syv prosent oppgir problemer med kriminalitet vold eller hærverk i boområdet, og seks prosent er plaget av støy, lukt eller annen forurensning.<sup>215</sup>

<sup>210</sup> Oslo kommune. 2019. *Boligbehovskartlegging 2019*.

<https://vel.intranett.oslo.kommune.no/getfile.php/132382154/%5BVEL%5D%20Velferdsetaten/4%20Bolig/Rapport%20Boligbehovskartlegging%202019.pdf> Hentet 18.02.2020.

<sup>211</sup> Definisjon: Som bostedsløse i denne kartleggingen regnes personer som ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men som er henvist til tilfeldige eller midlertidige botilbud, oppholder seg midlertidig hos nær slektning, venner eller kjente, personer som befinner seg under kriminalomsorgen eller i institusjon og skal løslates eller utskrives innen to måneder og ikke har bolig. Som bostedsløse regnes også personer uten ordnet oppholdssted kommende natt (Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), 2013).

<sup>212</sup> Dyb, E. & Lid S. 2017. *Bostedsløse i Norge 2016 – en kartlegging*. NIBR-rapport 2017:13. Oslo.

<sup>213</sup> Statistisk sentralbyrå. 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/12204/tableViewLayout1/> Hentet 19.02.2020.

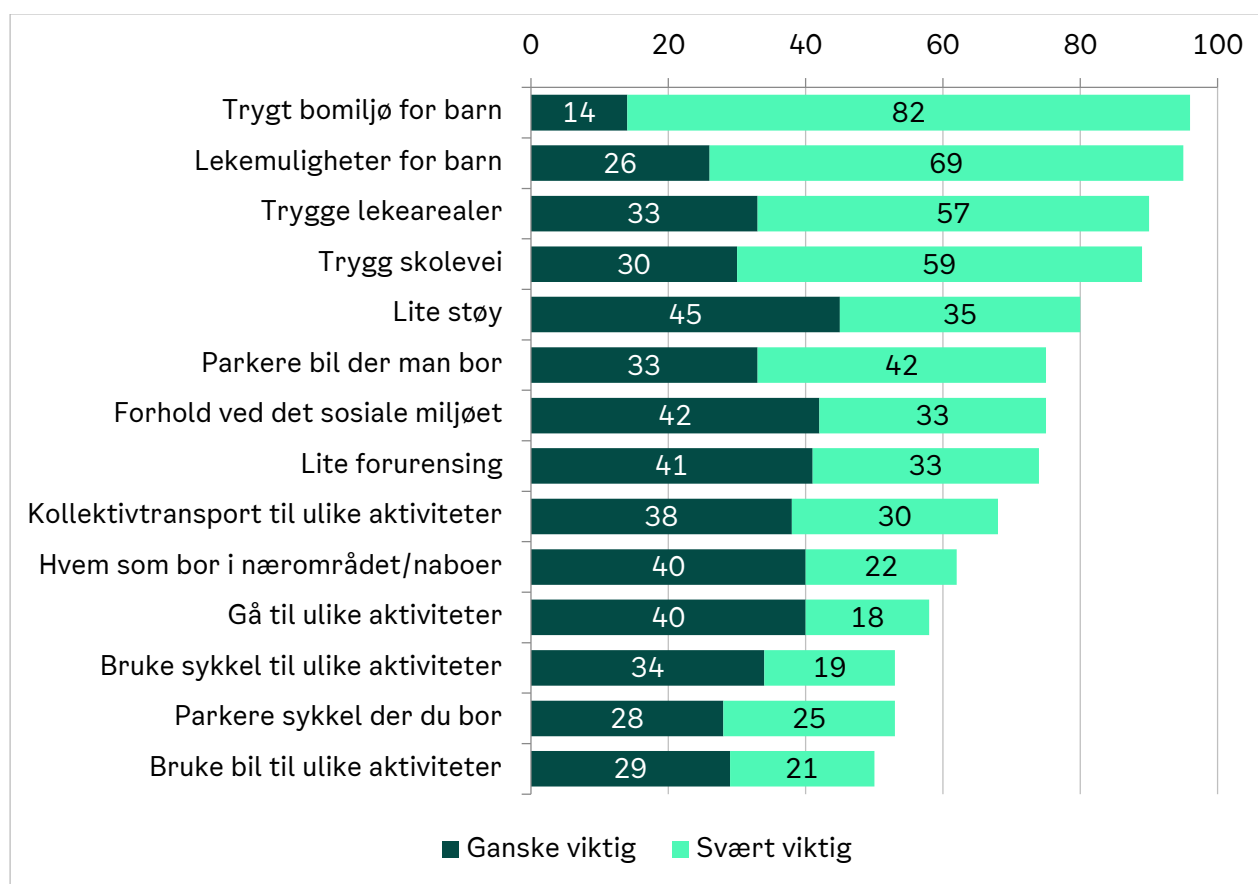
<sup>214</sup> Helgesen M.K., Holm A., Monkerud L & Schmidt L. 2014. *Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?* En litteraturstudie. NIBR-rapport 2014:16. Oslo.

<sup>215</sup> Statistisk sentralbyrå 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/09756/tableViewLayout1/> Hentet 18.02.2020.

### Bo- og flyttemotiver for barnefamilier

Det er gjennomført en studie av bo- og flyttemotiver blant barnefamilier i Oslo.<sup>216</sup> Egenskaper ved bomiljøet er en viktig faktor for hvilket område barnefamiliene velger å bosette seg i, og i tillegg en viktig begrunnelse for å flytte fra indre by. Generelt er trygghet svært viktig. Barnefamilier legger spesielt vekt på trygge bomiljøer for barn, med trygge lekeområder og skoleveier.

Figur 5.7 Viktigste faktorer ved flytting fra indre by til ytre by/Akershus. Egenskaper ved bomiljø og fritid



Kilde: Bo- og flyttemotiver blant barnefamilier i Oslo (2018)<sup>216</sup>

<sup>216</sup> Barlindhaug, R. L., Nygaard, B., Ruud, M., Ekne, M. (2018). *Bo- og flyttemotiver blant barnefamilier i Oslo*. NIBR-rapport 2018:14. Oslo.

## 5.7 Boligstandard

Boligstandarden i Norge er generelt relativt høy. Likevel finnes det boliger som kan påvirke beboernes helse i negativ retning. I storbyene er det også et økende press på boligens areal og standard, og det bygges blant annet flere ettromsboliger. Dårlige boliger påvirker både fysisk og mental helse negativt. Trekk ved boligen som virker negativt på helse kan blant annet være fysiske mangler ved boligens sanitæranlegg eller oppvarmingssystem, problemer med fukt eller insekter, eller trangboddhet. Igjen er det barna som opplever de største helsekonsekvensene.<sup>217</sup>

Boligstørrelse og trangboddhet er tradisjonelle mål på boligstandard. Ifølge Statistisk sentralbyrå var 13 prosent av husholdningene i Oslo trangbodde i 2018, det vil si at de bodde med få rom og få kvadratmeter. Til sammenligning var andelen trangbodde husholdninger i hele landet syv prosent.<sup>218</sup>

Trangboddhet er mer vanlig blant innvandrere enn i resten av befolkningen. Blant innvandrere fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS er andelen som bor trangt i Oslo hele 38 prosent.<sup>219</sup>

Så mange som 38 prosent av barna i Oslo bodde trangt i 2017, ifølge den offisielle, nasjonale definisjonen<sup>220</sup>. I 2015 gjaldt det 39 prosent. I Norge er andelen 19 prosent. Mange i storbyer velger å bo trangere for å kunne bo mer sentralt, og verdsetter andre bokvaliteter enn i rurale områder høyere. Samtidig kan det å bo trangt gi utfordringer for barn med tanke på muligheter til å gjøre lekser og til å ha privatliv. Trangboddhet, fysiske mangler ved boliger, og ustabile bomiljøer er mer utbredte i kommunale utleieboliger enn i eide boliger.<sup>221</sup>

<sup>217</sup> Helgesen M.K., Holm A., Monkerud L & Schmidt L. (2014). *Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie*. NIBR-rapport 2014:16. Oslo.

<sup>218</sup> Statistisk sentralbyrå. 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/11093/tableViewLayout1/> Hentet 19.02.2020.

<sup>219</sup> Statistisk sentralbyrå. 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/11044/tableViewLayout1/> Hentet 19.02.2020.

<sup>220</sup> Husholdninger regnes som trangbodd dersom: 1. Antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2. Antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 m<sup>2</sup> per person. I tilfeller hvor det mangler opplysninger om antall rom eller p-areal, vil husholdninger regnes som trangbodde dersom en av de to betingelsene er oppfylt (SSB)

<sup>221</sup> [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal\\_strategi\\_boligsosialt\\_arbeid.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf) Hentet 31.03.2020.

## 6 Arbeid og helse

### Hovedfunn

- Det er lavere sykefravær i Oslo enn i resten av landet, men det er store forskjeller mellom bydelene. Bydelene Grorud, Stovner, Alna og Søndre Nordstrand ligger over landsgjennomsnittet, mens bydelene i sentrum og i vest ligger under Oslo og landsgjennomsnittet.
- Sykefraværet øker med alder.
- Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de diagnosegruppene som medfører høyest andel tapte årsverk.
- Det er en økning av dokumentert vold på arbeidsplassen i de senere år, spesielt innenfor helse- og omsorgssektoren og undervisning.
- Andelen som vurderer helsa si som dårlig blant yrkesaktive med utdanning på grunnskolenivå, er om lag fem ganger høyere enn blant yrkesaktive med høyere universitet- eller høyskoleutdanning.
- Andelen med uføretrygd er betydelig lavere i Oslo enn i Norge som helhet. Det er kun bydeler i Groruddalen som har andel på nivå med landsgjennomsnittet.

Sammenhengen mellom arbeid og helse er sammensatt. Man kan skille mellom helsekonsekvenser av å være i arbeid kontra det å ikke være i arbeid, og helsekonsekvenser som skyldes ulike kvaliteter og faktorer i selve arbeidsmiljøet. De som er i arbeid har gjennomgående bedre helse enn de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet. Mange som faller ut av arbeidslivet gjør dette på grunn av nedsatt helse, så funnene som viser helseforskjeller mellom yrkesaktive og yrkespassive kan til en viss grad tilskrives en helsemessig seleksjon.<sup>222</sup>

Det å være i arbeid kan være helsefremmende i seg selv. Gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap, og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Uheldig eksponering på arbeidsplassen kan derimot påvirke helsa negativt. Eksponering for fysiske eller psykososiale belastninger kan redusere arbeidsevnen og medføre sykefravær.<sup>222</sup>

### 6.1 Sykefravær og uføretrygd

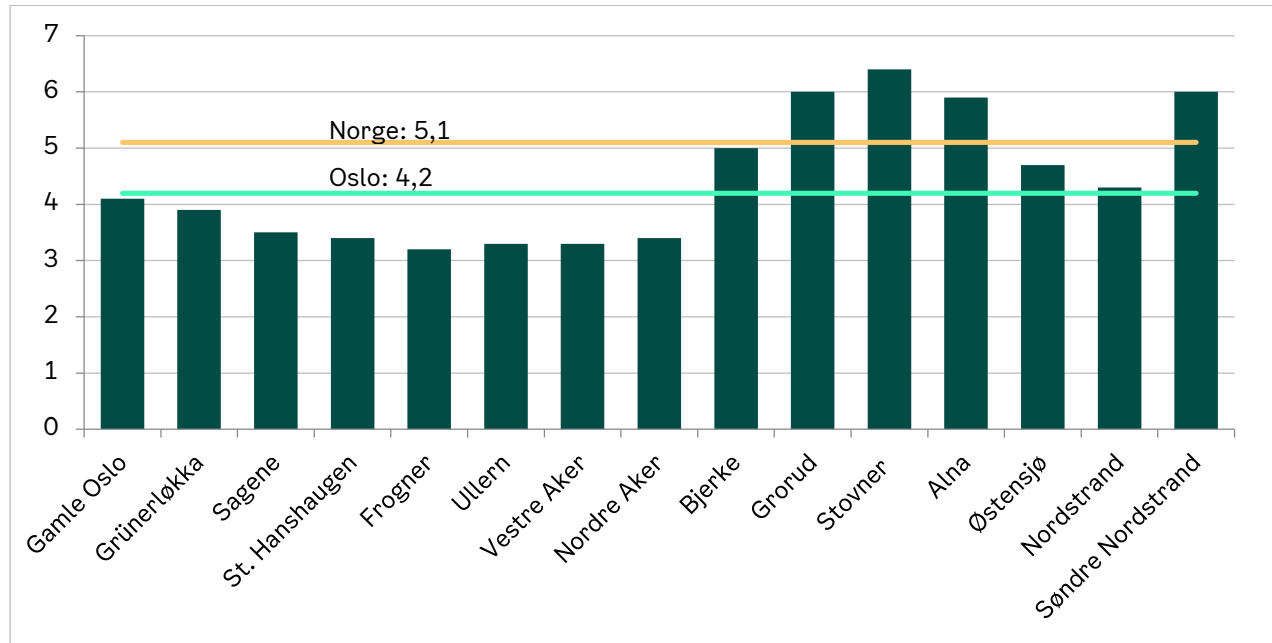
Legemeldt sykefravær, og særlig det fraværet som har en varighet utover 13 uker, er en sterk prediktor risikofaktor for å havne utenfor arbeidslivet på mer permanent basis. Det er derfor interessant å følge med på sykefraværet blant innbyggerne i Oslo.

Sykefraværet i Oslo og i landet for øvrig har holdt seg relativt stabilt siden 2014. Oslo totalt har lavere sykefravær enn landet som helhet (henholdsvis 4,3 og 5,1 prosent i perioden 2014 til

<sup>222</sup> Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelsepolitisk rapport. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. Oslo.

2018).<sup>223</sup> Det er derimot vesentlige bydelsforskjeller innad i Oslo. Bydelene Grorud, Stovner, Alna og Søndre Nordstrand ligger over landsgjennomsnittet, mens bydelene i sentrum og i vest ligger under Oslo og landsgjennomsnittet (Figur 6.1).

Figur 6.1 Andel sykmeldte 4. kvartal 2018 i bydelene



Kilde: NAV, Oslo. Legemeldt sykefravær 4. kvartal 2018

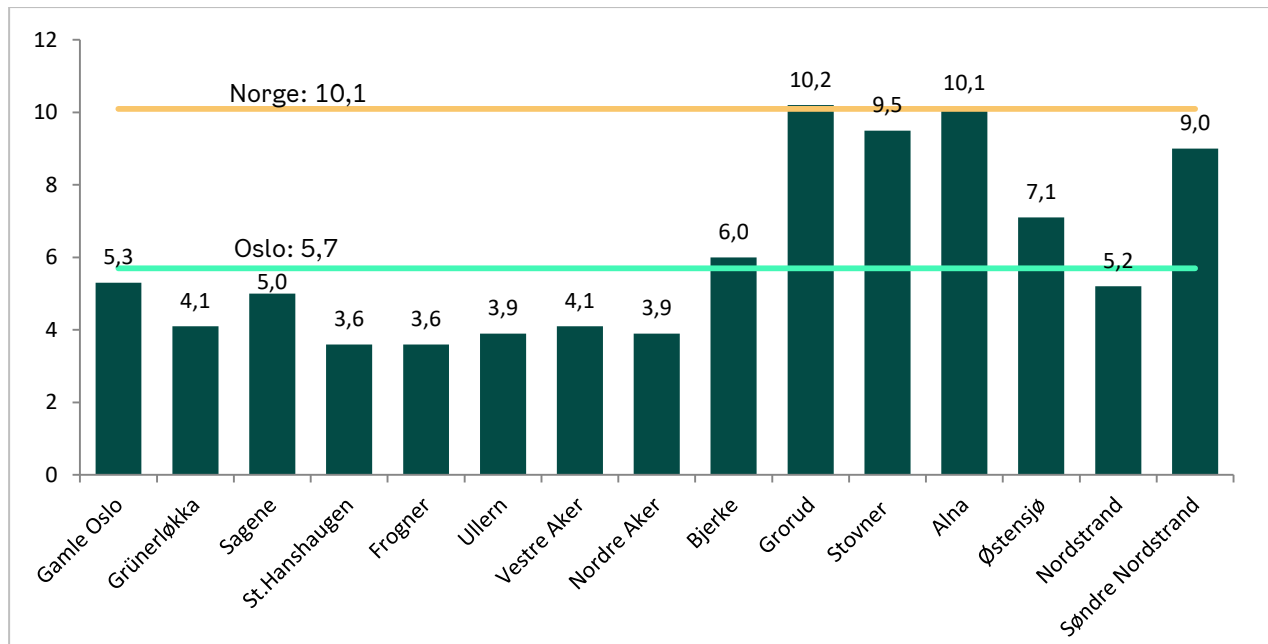
Muskel- og skjelettlidelser er den diagnosegruppen som har flest sykefraværstilfeller i 3. kvartal 2019 (33 prosent), etterfulgt av psykiske lidelser (17 prosent). Sykefraværet er høyest innenfor helse- og sosialtjenester. 6,1 prosent ansatte i denne næringen i Oslo var sykmeldt. Samtidig øker sykefraværet med økende alder, og det er aldersgruppen mellom 60 og 64 år som har høyest sykefravær for Oslo totalt. Muskel- og skjelettlidelser er den diagnosegruppen som medfører høyest andel tapte årsverk (31 prosent), etterfulgt av psykiske lidelser (22 prosent).<sup>224</sup>

Figuren som viser andel mottakere av uføretrygd (Figur 6.2), danner omtrent samme bydelsmønster som figuren som viser oversikt over andel sykmeldte (Figur 6.1). Bydelene som har høyest andel sykemeldte, har også høyest andel uføretrygdde.

<sup>223</sup> Prosent sykefravær er gjennomsnitt for Oslo og landet for årene fra og med 2014 til og med 2018.

<sup>224</sup> NAV Utvikling i sykefraværet 3. kvartal 2019.

Figur 6.2 Andel av befolkningen 18–67 år som er mottakere av uføretrygd. Bydelene i Oslo, sammenliknet med gjennomsnittet for Oslo og Norge. Prosent. Mars 2019



Kilde: NAV

## 6.2 Plager i arbeidslivet som fører til sykefravær

Flere av sykdommene som er beskrevet i kapittel 3 Helsetilstand, rammer den yrkesaktive delen av befolkningen og har betydning for arbeidsevnen. Helseplagene kan både være et hinder for å komme inn i arbeidslivet og en årsak til frafall fra arbeidslivet. I dette kapitlet vektlegges de diagnosene som bidrar til store helsetap og medfører sykefravær og uføretrygd.

### 6.2.1 Muskel- og skjelettplager i arbeidslivet

«Muskel- og skjelettplager er en fellesbetegnelse på smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knokler, ledd, muskler, sener eller nerver».<sup>225</sup> Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer muskel- og skjelettplager som arbeidsrelaterte når plagene i vesentlig grad skyldes arbeidsmiljøet eller arbeidsoppgavene.<sup>226</sup> Omtrent 27 prosent av de yrkesaktive i Norge rapporterer at de er ganske eller svært plaget av muskel- og skjelettplager, og om lag halvparten av de plagede svarer at plagene helt eller delvis skyldes jobben. Årsakene til muskel- og skjelettplager er ofte sammensatte, og eksponeringsfaktorene på arbeidsplassen kan med ulik grad av sikkerhet knyttes til denne type plager.<sup>225</sup> I Oslo oppgir 32 prosent av de yrkesaktive at de har hatt smerter i korsryggen i løpet av den siste måneden, og 14 prosent definerer plagene som arbeidsrelaterte. 40 prosent av arbeidstakerne i Oslo oppgir at de har hatt nakke/skuldersmerter siste måned, og 26 prosent definerer plagene som arbeidsrelaterte.<sup>227</sup>

<sup>225</sup> STAMI. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. STAMI. s. 125

<sup>226</sup> Schneider E, I. X. (2010). *Work related musculoskeletal disorders in the EU*. Luxembourg.

<sup>227</sup> <https://noa.stami.no/> Hentet 31.03.2020.

Forskning om risikofaktorer for utvikling av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager er oppsummert i en systematisk oversikt fra 2009. Tungt fysisk arbeid, tunge løft, arbeid i ubekvemme stillinger og repetitivt arbeid er de fysiske faktorene som gir størst risiko for utvikling av muskel- og skjelettplager. Psykososiale faktorer som høyt stressnivå og lav jobbkontroll, utgjør også en risiko for utvikling av denne type plager. Dokumenterte individuelle faktorer er høy alder, røyking og høy KMI.<sup>228</sup>

Ifølge faktaboken fra Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og helse<sup>229</sup> er det en overhyppighet av muskel- og skjelettplager innenfor de kvinnedominerte yrkene i helse- og sosialsektoren. 22 prosent av sysselsatte i Oslo jobbet innen denne næringen i 2019.<sup>230</sup> Ansatte i disse yrkene rapporterer i større grad enn andre arbeidstakere å være utsatt for faktorer i arbeidsmiljøet som er relatert til muskel- og skjelettplager. 51 prosent av de ansatte i helse- og omsorgstjenester i Norge rapporterer om smerter i nakke, skuldre og øvre del av ryggen.<sup>231</sup>

En stor norsk studie viser at arbeidstakere med hardt fysisk arbeid har nesten to og en halv gang så høy risiko for førtidspensjon på grunn av muskel- og skjelettplager enn kontoransatte. Den mest uheldige kombinasjonen er fysisk krevende arbeid og inaktivitet på fritiden. Fysisk aktivitet på fritiden reduserte, men kompenserte ikke for risikoen for uføretrygd.<sup>232</sup>

## 6.2.2 Psykiske plager i arbeidslivet

Psykiske plager og lidelser kan blant annet være forårsaket av genetisk sårbarhet, akutte kriser, sosiale relasjoner og situasjoner på arbeidsplassen.<sup>233</sup> Levekårsundersøkelsen 2016 avdekker at totalt 19 prosent av yrkesaktive er svært, ganske eller litt plaget av psykiske lidelser, og ni prosent mener disse lidelsene er arbeidsrelaterte. I en studie fra STAMI ble det estimert at 25 prosent av plagene blant norske yrkesaktive kunne vært unngått dersom kjente risikofaktorer, for eksempel rollekonflikt og emosjonelle krav, i arbeidsmiljøet hadde vært eliminert.<sup>234</sup>

I Oslo oppga 23 prosent av yrkesaktive at de opplevde psykiske plager, og 12 prosent mente at plagene var arbeidsrelaterte.<sup>235</sup> Sammenlignet med resten av landet oppgir Osloinnbyggere både høyest andel plager totalt og høyest andel arbeidsrelaterte plager. Aldersgruppen som i størst

<sup>228</sup> da Costa BR, V. E. (2010). *Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies*. Am J Ind Med, ss. 53 (3):285-323.

<sup>229</sup> STAMI. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. STAMI.

<sup>230</sup> NAV Utvikling i sykefraværet 3. kvartal.

<sup>231</sup> Noa.stami.no <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/helseutfallarbeidsskader/helseplager/nakkesmerter/> Hentet 31.03.2020.

<sup>232</sup> Fimland MS, V. G. (2017, 07 11). Occupational and leisure-time physical activity and risk of disability pension: prospective data from the HUNT Study, Norway. *Occupational & Environmental Medicine*.

<sup>233</sup> <https://stami.no/> Hentet 31.03.2020.

<sup>234</sup> Johannessen HA et al. *Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway*. J Occup Environ Med 2013; 55: 605-613; i <https://noa.stami.no/>.

<sup>235</sup> Statistisk sentralbyrå. (2016). Levekårsundersøkelsen.

grad rapporterer om arbeidsrelaterte psykiske plager, er mellom 25 og 34 år (12 prosent), mens aldersgruppen som i minst grad rapporterer om dette, er i alderen 55 til 66 år (fem prosent). Arbeidstakere som får innvilget uføretrygd på grunn av psykiske lidelser, er i gjennomsnitt yngre enn de som blir uføre på grunn av somatiske lidelser, og antall arbeidstakere som blir uføre på grunn av psykiske lidelser er nå høyere enn for muskel- og skjelettlidelser.<sup>236</sup> Dersom kjente risikofaktorer for psykiske lidelser på arbeidsplassen blir gjenkjent og eliminert, kan dette gi en betydelig gevinst for både den enkelte og for samfunnet.

### 6.3 Vold og trusler på arbeidsplassen

Det er en økning av dokumentert vold på arbeidsplassen i de senere år. Spesielt er det en økning av vold innenfor helse- og omsorgssektoren og undervisning. Hvorvidt denne økningen av vold skyldes en reell økning eller økt fokus på rapportering, er uvisst. Vernepleiere og sosialarbeidere er de som rapporterer at de er mest utsatt for vold (38 prosent), etterfulgt av politi/vakt (25 prosent), helse- og omsorgsarbeidere (25 prosent), sykepleiere (24 prosent) og grunnskolelærere (15 prosent). På spørsmålet om hvem som utførte voldshandlingen, viser resultatene at det i all hovedsak er kunder, klienter eller pasienter.<sup>237</sup>

Totalt på landsbasis oppgir 6,6 prosent at de det siste året har vært utsatt for vold og/eller trusler på arbeidsplassen. Oslo ligger noe under gjennomsnittet med 5,9 prosent.<sup>237</sup>

### 6.4 Utsatte yrkesgrupper

Ansatte i helse- og sosialtjenester har høyest sykefravær i Oslo og i Norge. Bygg- og anleggsvirksomhet er også blant yrkene med høyt sykefravær. Studier av helsearbeidere relaterer det høye sykefraværet til at kvinner i helsesektoren rapporterer om mer mekaniske og psykososiale belastninger enn andre kvinner. De psykososiale faktorene forklarer mest av det forhøyede sykefraværet.<sup>238</sup> Helsearbeidere rapporterer om psykososiale belastninger, som lav selvbestemmelse, høye krav, ubalanse mellom innsats og belønning, rollekonflikt, emosjonelle krav, vold og trusler. Blant de fysiske faktorene er det ubekvemme løft, arbeid i knestående og stående arbeid som er mest rapportert blant denne yrkesgruppen.<sup>225</sup>

De mannsdominerte yrkene innenfor bygg og anlegg viser også en overhyppighet av muskel- og skjelettplager. Bygningsarbeidere rapporterer om arbeid i knestående, løft i ubekvemme arbeidsstillinger og arbeid med armene over skulderhøyde. De oppgir i mindre grad å være

<sup>236</sup> <https://www.nav.no/no/person/innhold-til-person-forside/nyheter/flest-uforetrygdmed-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelser> Hentet 17.12.2019.

<sup>237</sup> <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjonisk/vold-mobbing-trakkasering/vold-og-trusler/> Hentet 31.03.2020.

<sup>238</sup> Aagestad, C. T. (2016). *Do work-related factors contribute to differences in doctor-certified sick leave? A prospective study comparing women in health and social occupations with women in the general working population.* BMC Public health, s. 16 (1):235.

utsatt for psykososiale faktorer, med unntak av mobbing. Ansatte i disse yrkesgruppene rapporterer også høy grad av fysisk tungt arbeid.<sup>225</sup>

## 6.5 Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse

En studie har undersøkt hvilken betydning ulike yrker og miljøeksponering på arbeidsplassen har for fylkesforskjeller i sykefravær<sup>239</sup>, og konkluderer med at yrke og eksponering på arbeidsplassen forklarer en del av forskjellene i sykefraværsprosenten. Utdanning og yrkestilhørighet varierer mellom bydelene i Oslo, og innbyggerne er dermed utsatt for ulike miljøeksponering.

Selv om arbeidsmiljøet er blitt bedre på en del norske arbeidsplasser, finnes det fortsatt sosiale ulikheter i arbeidsmiljøet i Norge. Arbeidstakere i lavere sosiale grupper har mer belastende arbeid, blant annet i form av tungt fysisk arbeid og belastende arbeidsstillinger, fysiske og kjemiske eksponeringer, mindre selvbestemmelse og lavere jobbsikkerhet. Dette har betydning for helse og sosiale ulikheter i fysisk og psykisk helse.<sup>240</sup>

## 6.6 Demografiske forskjeller og utdanningsforskjeller

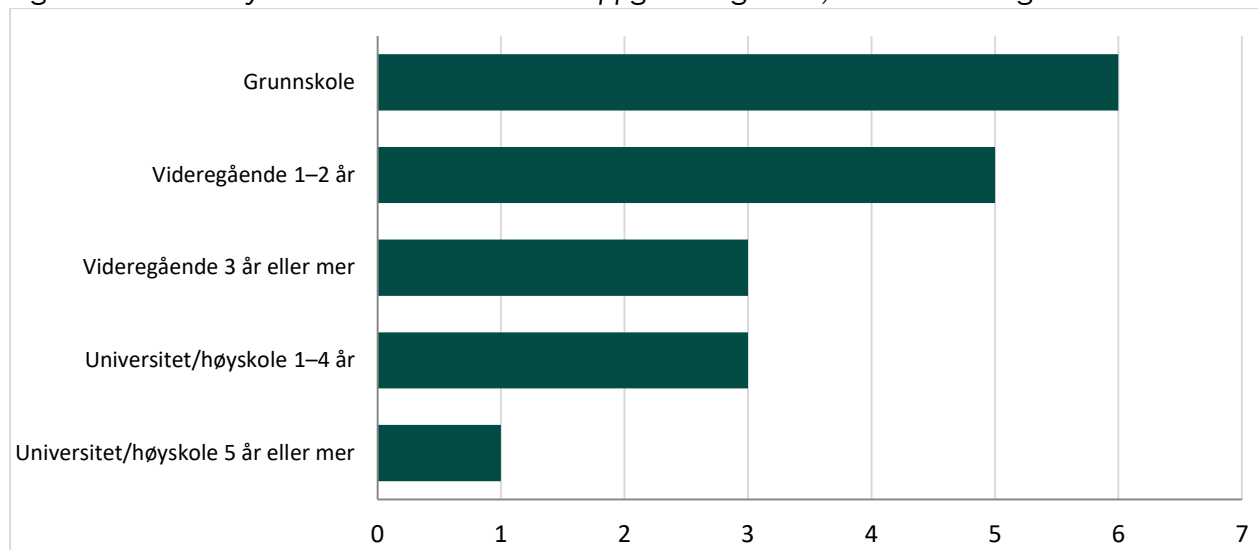
Det er en sammenheng mellom utdanning og egenvurdering av helse. Andelen som vurderer helsa si som dårlig blant yrkesaktive med utdanning på grunnskolenivå, er om lag fem ganger høyere enn blant yrkesaktive med høyere universitet- eller høyskoleutdanning (Figur 6.3). Dette kan ha betydning for bydelsforskjellene i sykefravær og uføretrygd. Bydelene i Oslo som har høyest andel mottakere av uføretrygd (Grorud, Stovner, Alna, Søndre Nordstrand) har også høy andel innbyggere med kun grunnskoleutdanning.<sup>241</sup>

<sup>239</sup> Sterud, T. & Johannessen H. A. (2018). *Influence of occupational factors on regional differences in sick leave: A prospective population study*. Scand J Public Health. 2018 May; 46(3):314–320

<sup>240</sup> Mehlum IS. (2013). *Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse*. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. Elektronisk publisering, <http://www.hioa.no/helseulikhet>.

<sup>241</sup> Oslo kommunes statistikkbank

Figur 6.3 Andel av yrkesaktive 16–66 år som oppgir dårlig helse, etter utdanningsnivå. 2016



Kilde: STAMI, NOA. Egenvurdert helse fordelt på utdanningsnivå

## 7 Oppvekstvilkår

### Hovedfunn

- Ungdom i Oslo er generelt fornøyd med sine foreldre, og ni av ti ungdom liker å være sammen med sine foreldre.
- De fleste småbarn bor med begge sine foreldre i samme bolig. Hvert tredje barn opplever at foreldre går gjennom et samlivsbrudd før barnet er 18 år.
- Barnefattigdom er mer utbredt i Oslo enn i resten av landet. Det er kun i bydelene i ytre vest, Bydel Nordstrand og Østensjø at andelen er lavere enn i resten av landet. Andelen er langt over landsgjennomsnittet i Oslo indre øst, da spesielt i Bydel Gamle Oslo, i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand.
- Det er samme trend for mottakere av sosialhjelp som for lavinntektsfamilier, selv om andelen er lavere.
- I 2018 gikk 89 prosent av barn mellom ett og fem år i barnehage i Oslo.
- Bydeler i ytre vest har lavere frafall fra videregående skoler enn Norge som helhet, mens bydelene i Oslo indre øst og Groruddalen har høyere frafall.
- I Oslo var det 15 prosent av elevene som ikke bestod eller falt fra studieforberedende, sammenlignet med 32 prosent blant elever i yrkesfag.
- Andelen av elever på lavest mestringsnivå i lese- og regneferdighet er lavere i Oslo enn i Norge totalt. Det er større andel på laveste mestringsnivå i lesing og regning i de østlige bydelene enn i de vestlige bydelene.
- Drøyt ni av ti ungdom i Oslo trives på skolen, mens elleve prosent rapporterer at de minst én gang i måneden opplever å bli plaget, motta trusler eller fryst ut.
- Andelen ungdom som har vært involvert i problematferd har økt siden 2015, og er høyere i Oslo enn i resten av landet, og høyere blant gutter.

Å sikre at barn får en trygg oppvekst er et viktig politisk satsningsområde. Folkehelsemeldingen (2018–2019) har fokus på tidlig innsats for barn og unge ved å vektlegge foreldrerollen og familien og sikre god kvalitet i barnehage og skole, i nærmiljøet, i fritids- og kulturliv og i helse-, omsorg- og velferdstjenestene.<sup>242</sup>

En god barndom med trygg og stabil tilknytning til omsorgspersoner, gode voksenmodeller og velfungerende barnehager, skoler og nærmiljø, er viktig for at barn og unge skal utvikle følelsen av mestring, selvfølelse og egenverd, noe som legger grunnlag for helsa i resten av livet.<sup>243</sup> En norsk kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse peker på sammenhenger mellom ulike påvirkningsfaktorer og ulike utfallsmål, hvor faktorer både opptrer enkeltvis og i samspill. Den

<sup>242</sup> St. meld. 19. (2018–2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>243</sup> Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Rapport. IS-2203. 06/2014.

viser i hovedtrekk at læring og sunn utvikling de første leveårene er avgjørende for barnets muligheter, personlige vekst og senere livssjanser.<sup>244</sup>

Kapitlet om oppvekstvilkår bør ses i sammenheng med kapitlet om sosiale faktorer som påvirker helse (kapittel 5). Påvirkningsfaktorer som barn og unges fysiske, biologiske og kjemiske miljø, levevaner, deres helsetilstand og skader og ulykker blant unge, omtales for seg i egne kapitler.

## 7.1 Oppvekst

### 7.1.1 Trivsel med familien

For de aller fleste barn er foreldre de viktigste personene tidlig i livet og fram til de blir ungdommer. Hvilken oppvekst barna får i samspill med sine foreldre, vil påvirke deres relasjoner til andre mennesker senere i livet. Å ha varme, omsorgsfulle foreldre som gir lite kritikk, devaluering og kontroll vil gi barna større sannsynlighet til å danne gode relasjoner i sitt liv.<sup>245</sup>

Ungdom i Oslo er generelt fornøyd med sine foreldre.<sup>246</sup> De fleste oppgir at de sjelden krangler med dem<sup>247</sup>, og ni av ti liker å være sammen med sine foreldre.<sup>248</sup> Dersom de har et personlig problem og trenger noen å snakke med, er det 45 prosent som svarer helt sikkert og 37 prosent som kanskje ville ha søkt hjelp hos sine foreldre.<sup>248</sup>

### 7.1.2 Skilsmisser og samlivsbrudd

De fleste småbarn bor med begge sine foreldre i samme bolig, men det er mange barn som opplever at foreldre flytter fra hverandre. Andelen som bor med begge foreldrene synker når barna blir eldre. På landsbasis i 2019 bor 89 prosent av alle barn opp til to år sammen med sine foreldre som enten er gift eller samboere, for barn i alderen 6–8 år er andelen 79 prosent og for ungdom i alderen 15–17 år er det 65 prosent som bor med begge sine foreldre.<sup>249</sup> Det kan være flere grunner til at barn ikke bor med begge sine foreldre, men samlivsbrudd mellom foreldrene må antas å være hovedgrunnen. Hvert tredje barn opplever at foreldre går gjennom et samlivsbrudd før barnet er 18 år. Det er blitt vanligere med delt bosted for barna etter et samlivsbrudd, og 25 prosent av foreldrene praktiserer nå delt fast bosted for barna etter et brudd.<sup>250</sup>

<sup>244</sup> Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

<sup>245</sup> Nordahl et al. (2013). i

[https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Familie\\_omsorg\\_og\\_relasjoner/Barns\\_familier/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barns_familier/) Hentet 31.03.2020.

<sup>246</sup> 84 prosent svarer litt eller svært fornøyd (Ung i Oslo-undersøkelsen 2018).

<sup>247</sup> 78 prosent svarer passer dårlig/svært dårlig på påstanden «Jeg krangler ofte med foreldrene mine» (Ung i Oslo-undersøkelsen 2018).

<sup>248</sup> Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>249</sup> Statistisk sentralbyrå, tabell 06204: Barn 0–17 år, etter alder, statistikkvariabel og år.

<sup>250</sup> [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Familie\\_omsorg\\_og\\_relasjoner/Barn\\_og\\_samlivsbrudd/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barn_og_samlivsbrudd/) Hentet 31.03.2020.

I Oslo i 2018 opplevde 984 barn under 18 år at foreldrene skilte seg<sup>251</sup>. Dette antallet er kun for foreldre som er gift, antall barn som opplever at foreldre går fra hverandre er betydelig høyere når samboende foreldre som går fra hverandre inkluderes.

Hvordan barn og ungdom opplever brudd mellom foreldre, er avhengig av flere forhold, både ved barnet og hvordan foreldrene takler samlivsbruddet. En av de viktigste risikofaktorene for problemutvikling hos barna etter brudd er konflikter mellom foreldrene.<sup>252</sup>

### 7.1.3 Barnefattigdom

Med barnefattigdom menes hvor mange barn som lever i familier med inntekt som er vesentlig lavere enn det som er vanlig, og ofte defineres dette som familier som har en inntekt som ligger under 60 prosent av medianinntekten i landet over en periode på tre år.<sup>253</sup> Lav inntekt og økonomiske problemer kan påvirke forholdet mellom foreldre og barn negativt. Foreldre kan oppleve emosjonelt stress på grunn av fattigdom, noe som kan føre til familiekonflikter og foreldre som ikke alltid har overskudd til å ta hånd om barnas behov. For et barn vil det være en belastning for eksempel å ikke få spille på idrettslag med venner fordi foreldre ikke har råd til utstyr og avgifter. Mobbing og utestengelse rammer også oftere barn som vokser opp i fattige familier.<sup>254</sup>

Figur 7.1 viser andel barn i alderen 0–17 år i de ulike bydelene i Oslo som lever i en husholdning med lav inntekt.<sup>255</sup> Andelen barn som lever i lavinntektshusholdninger er høyere i Oslo (20 prosent) enn i Norge som helhet (13 prosent). Tallene gjelder for 2017. Det er kun i bydelene i ytre vest, Bydel Nordstrand og Østensjø at andelen er lavere (7–12 prosent) enn i resten av landet. Andelen er langt over landsgjennomsnittet i Oslo indre øst, da spesielt i Bydel Gamle Oslo (31 prosent), i Groruddalen (26–32 prosent) og i Bydel Søndre Nordstrand (29 prosent).

<sup>251</sup> Statistisk sentralbyrå, tabell 05694: Barn under 18 år som har opplevd skilsmisse, etter region, antall barn, statistikkvariabel og år.

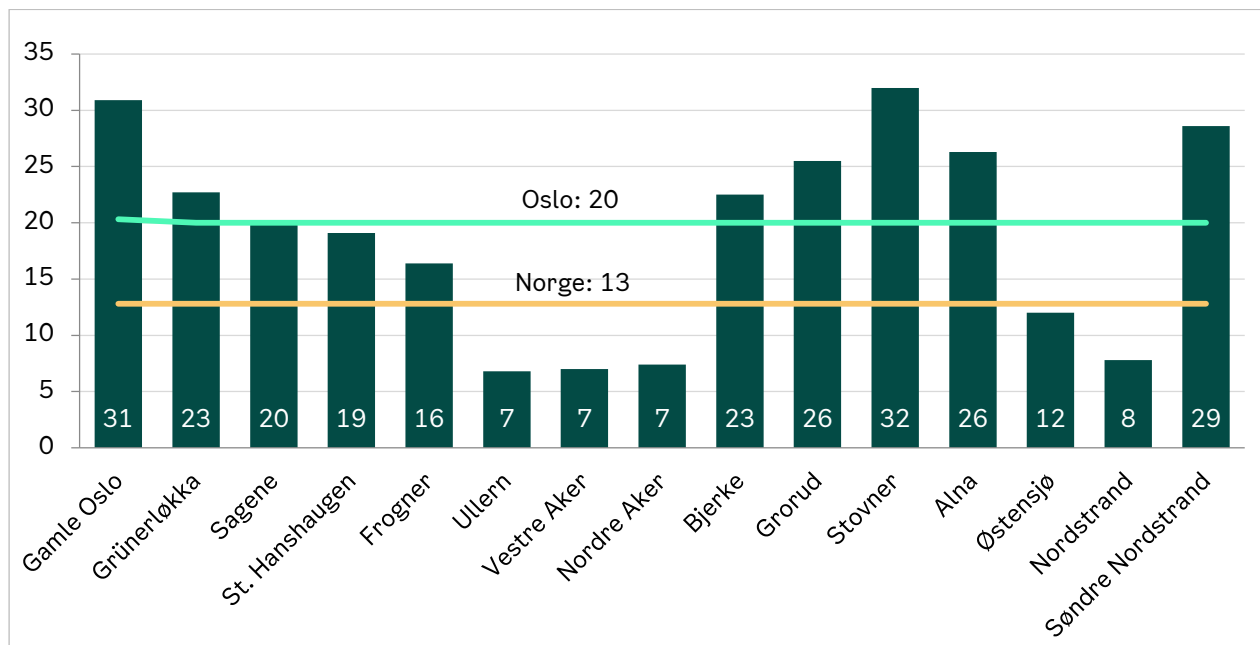
<sup>252</sup> Rød P. A., Ekeland T.J., Thuen F. *Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner*. Tidsskr Nor Psykol Foren 2008;45(5):555–62.

<sup>253</sup> Bekken, W., Dahl, E. og van der Wel, K.A. (2018). *Barnefattigdom, helse og livssjanser. Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger*. Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag. Høgskolen i Oslo og Akershus.

<sup>254</sup> Hyggen, C., Brattbakk, I., Borgeraas, E. M. (2018): *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier. En kunnskapsoppsummering*. NOVA-rapport 11/18.

<sup>255</sup> Statistisk sentralbyrå. Tabell 08764: Personer under 18 år i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet, under ulike avstander til medianinntekten, etter region, statistikkvariabel og år.

Figur 7.1 Andel barn som bor i husholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet under 60 prosent av medianinntekten basert på EU-skala. Barn 0–17 år. Bydeler, samt Oslo og Norge totalt. 2017. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 08764

Sammenlignet med 2014<sup>256</sup> har Bydel Stovner den største økningen i andel barn som bor i en lavinntektsfamilie, med nærmere tre prosentpoeng. For de øvrige bydelene er andelen nærmest lik som i 2014 eller gått noe ned.<sup>257</sup> For Oslo som helhet er det en økning på to prosentpoeng fra 18 til 20 i perioden 2014 til 2017. Sammenlignet med Norge ligger Oslo syv prosentpoeng over hele landet.

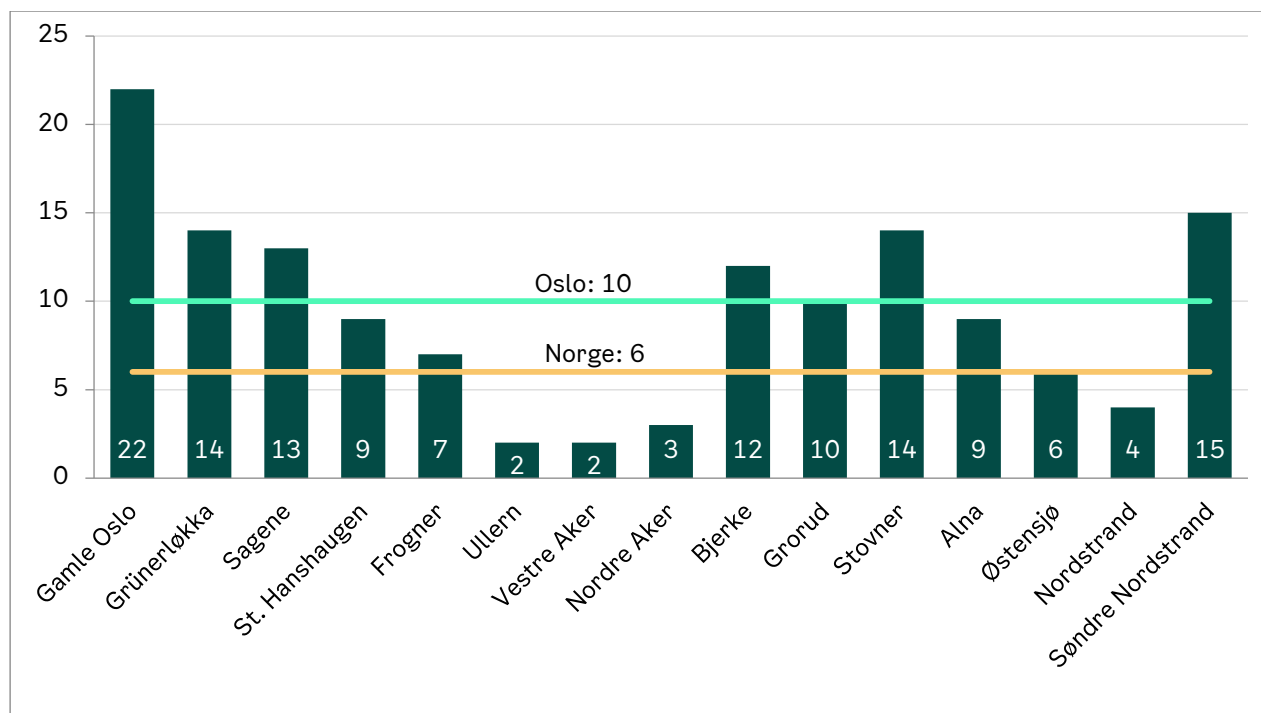
Lav inntekt betyr ikke nødvendigvis at barn vokser opp i fattigdom. Det er også andre faktorer som spiller inn, som for eksempel hvordan foreldre disponerer sin økonomi, privat formue, gjeld og støtte fra familie. Å bruke inntekt som et mål på fattigdom kan derfor gi et misvisende bilde. Barn som vokser opp i familier som mottar sosialhjelp kan være et alternativ for å få oversikt over utbredelsen av barnefattigdom i Oslo. Det er samme trend for mottakere av sosialhjelp som for lavinntektsfamilier, selv om andelene er lavere. Bydelene i ytre vest, Østensjø og Nordstrand ligger likt eller under gjennomsnittet for Norge. For Bydel Gamle Oslo er det nesten fire ganger flere barn som vokser opp i familier som mottar sosialhjelp enn landsgjennomsnittet. Sammenlignet med 2013<sup>258</sup> er det tre bydeler som har en liten økning, bydelene Stovner (1 prosentpoeng), Gamle Oslo (2 prosentpoeng) og Søndre Nordstrand (2 prosentpoeng).

<sup>256</sup> Helsetaten. (2016). Figur 4.1. Oslohelsa. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene.

<sup>257</sup> For Bydel Alna, Nordre Aker og Søndre Nordstrand økte andel barn som bor i en lavinntektsfamilie med henholdsvis 0,8, 0,7 og 0,6 prosentpoeng i perioden 2014 til 2017.

<sup>258</sup> Helsetaten. (2016). Figur 4.2. Oslohelsa. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene.

Figur 7.2 Andel barn i familier som mottar sosialhjelp. Barn 0–17 år. Bydeler samt Oslo og Norge totalt. Prosent. 2016



Kilde: Statistisk sentralbyrå. Tabell 12404 og 10987.

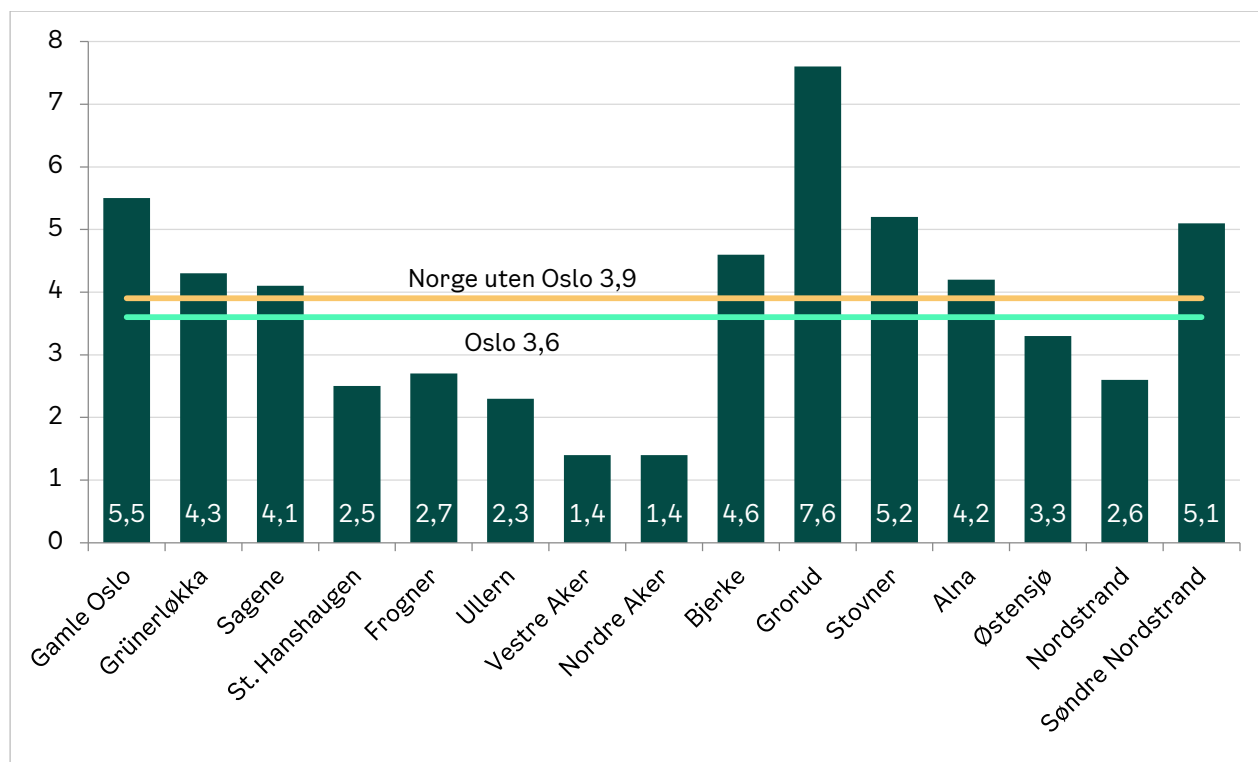
#### 7.1.4 Barnevernstiltak

I Oslo var det i 2018 3,6 prosent av barn og ungdom som fikk barnevernstiltak.<sup>259</sup> Figur 7.3 viser andel barn og ungdom i alderen 0–22 år som i løpet av 2018 hadde barnevernstiltak, enten i form av hjelpetiltak eller omsorgstiltak.<sup>260</sup> Andel barn som får tiltak varierer mellom bydelene med over 6 prosentpoeng. De laveste andelene ligger i bydelene vest i Oslo, samt Nordstrand. Bydelene øst i Oslo og bydel Søndre Nordstrand ligger alle over gjennomsnittet.

<sup>259</sup> Statistisk sentralbyrå tabell 12602. Barn med hjelpe- eller omsorgstiltak, etter region, alder, omsorgs-/hjelpetiltak, statistikkvariabel og år.

<sup>260</sup> Hjelpetiltak 3,1 prosent og omsorgstiltak 0,5 prosent.

Figur 7.3 Andel barn og ungdom i alderen 0–22 år med barnevernstiltak fordelt på bydeler i Oslo og gjennomsnitt for Oslo og landet uten Oslo. Prosent. 2018<sup>261</sup>



Kilde: Statistisk sentralbyrå tabell 12602.

## 7.2 Barnehage

Barnehagen er den arenaen etter familien som antakelig er den viktigste for barna med tanke på sosialisering, lek og utvikling. Barnehage kan bidra positivt til utviklingen av barn. Flere nyere studier viser at innmelding i barnehage i tidlig alder forbedrer tidlig læring og fremmer barneutvikling, særlig blant barn fra vanskeligstilte familier.<sup>262</sup>

### 7.2.1 Pårørendes tilfredshet i Oslo

Tilfredshetsundersøkelsen for pårørende for 2018<sup>263</sup> viser at pårørende stort sett er veldig tilfredse med barnehagen deres barn går på i Oslo. Resultatene viser små forskjeller på tvers av bydeler og for Oslo sammenlignet med de nasjonale resultatene.<sup>264</sup> Det eneste området der Oslo skårer noe lavere enn nasjonalt, er på barnehagens ute- og innemiljø og mattilbudet. Disse temaene er det pårørende skårer lavest i tilfredshetsundersøkelsen, i tillegg til vurdering av bemanningstetthet i barnehagen. Pårørende er veldig fornøyd med barnas trivsel og med

<sup>261</sup> Tallene for alle bydelene samsvarer ikke med gjennomsnittet for Oslo. Dette er fordi Oslo som helhet også inkluderer de som er boende i Marka, Sentrum eller uregistrert adresse. Disse inkluderes ikke i noen bydeler.

<sup>262</sup> Drange, N. (2019). *Child care, education and equal opportunity*, i *Children's Rights in Norway An Implementation Paradox?* M. Langford, M. Skivenes & K. H. Søvig, Universitetsforlaget.

<sup>263</sup> Svarprosent på 70,7.

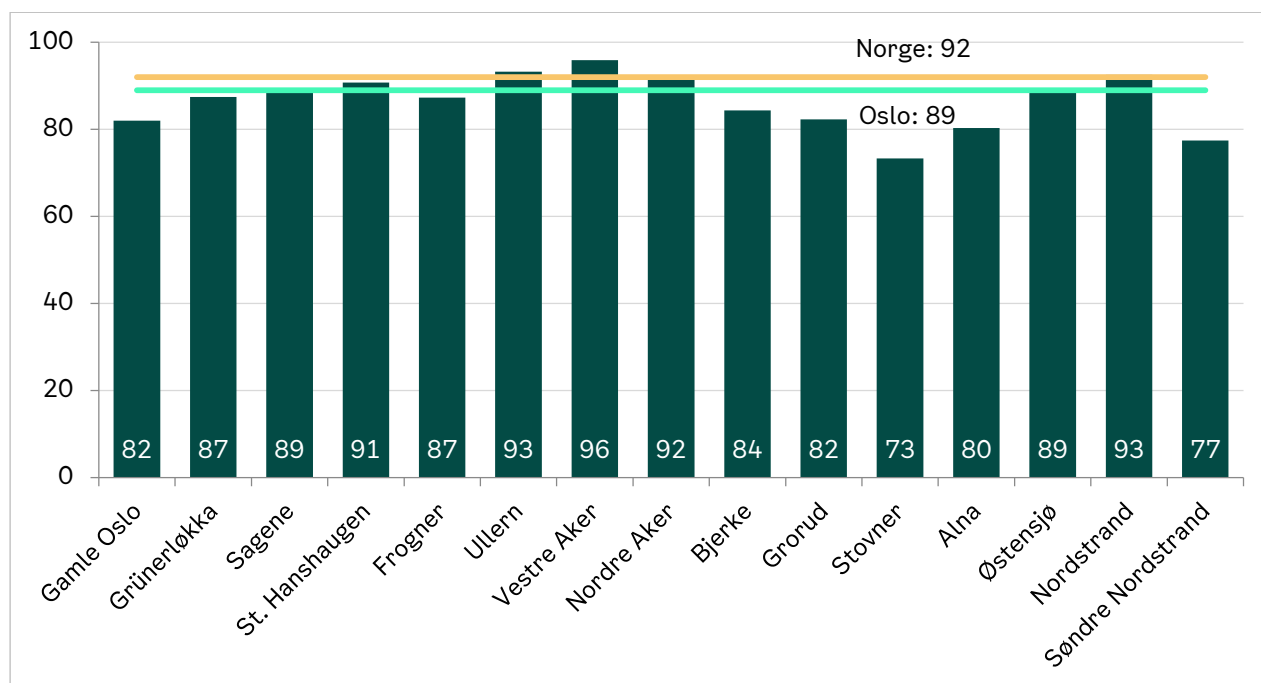
<sup>264</sup> Utdanningsdirektoratet. (2018). *Foreldreundersøkelsen i barnehagen*.

personalet. Alle spørsmål som går på barnets trivsel og utvikling, samt personalets kvalifikasjoner, skåres i gjennomsnitt høyt av pårørende i samtlige bydeler i Oslo.<sup>265</sup>

### 7.2.2 Barnehagedekning

I 2018 gikk 89 prosent av barn i alderen 1 til 5 år i barnehage i Oslo, mot 92 prosent for Norge som helhet (Figur 7.4). Andel barn i barnehage er lavest for bydelene Stovner (73 prosent), Søndre Nordstrand (77 prosent) og Alna (80 prosent). Bydelsforskjeller kan i noen grad tilskrives forskjeller i sosial status. Bydeler med høy andel personer med innvandrerbakgrunn og familier med lav sosioøkonomisk bakgrunn har lavere dekning enn øvrige bydeler.

Figur 7.4 Andel 1–5-åringer i barnehage i forhold til innbyggere 1–5 år, etter bydel. Prosent. 2018



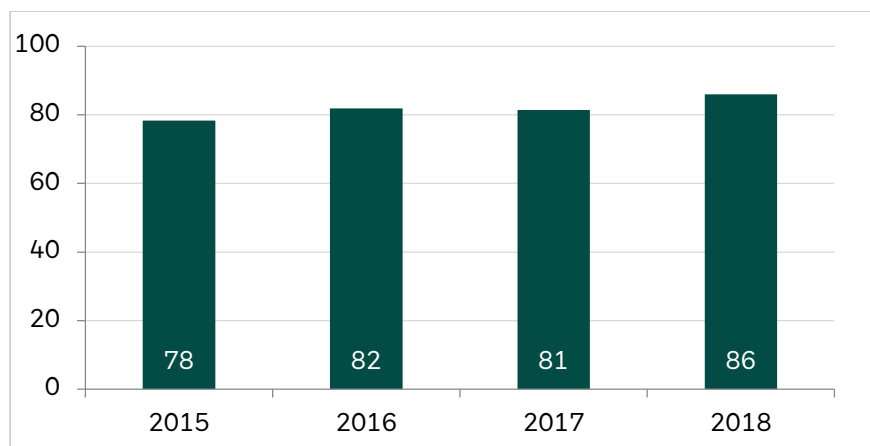
Kilde: Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap, Oslo kommune (2018)

Gapet mellom andel barn totalt og andel minoritetsspråklige barn som går i barnehage i Oslo er betydelig redusert de siste årene. Reduksjonen kan være en effekt av innføring av gratis kjernetid. Evaluering av ordningen viser at gratis kjernetid i barnehage har hatt en positiv effekt på skoleprestasjoner, både ved at barn har fått bedre språkkunnskaper og at i bydelene med gratis kjernetid har elevene i mindre grad fått fritak fra de nasjonale prøvene.<sup>266</sup> Figur 7.5 viser andelen av minoritetsspråklige barn i alderen 1–5 som går i barnehage i Oslo. Fra 2015 til 2018 har andelen økt med 8 prosentpoeng.

<sup>265</sup> Resultatene viser at gjennomsnittet er minst 4,5 på samtlige spørsmål om trivsel, utvikling og personalets kvalifikasjoner på en skala fra 1 til 5 der 5 er høyest. Det betyr ikke nødvendigvis at alle barnehager i hver bydel skårer høyt på dette spørsmålet.

<sup>266</sup> Drange, N. (2018). *Gratis kjernetid i barnehage i Oslo. Rapport 2: Oppfølging av barna på femte trinn*. Rapport Statistisk sentralbyrå nr. 34, 2018.

Figur 7.5 Andel minoritetsspråklige barn i alderen 1–5 år i barnehage i Oslo. 2015–2018.  
Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 12562

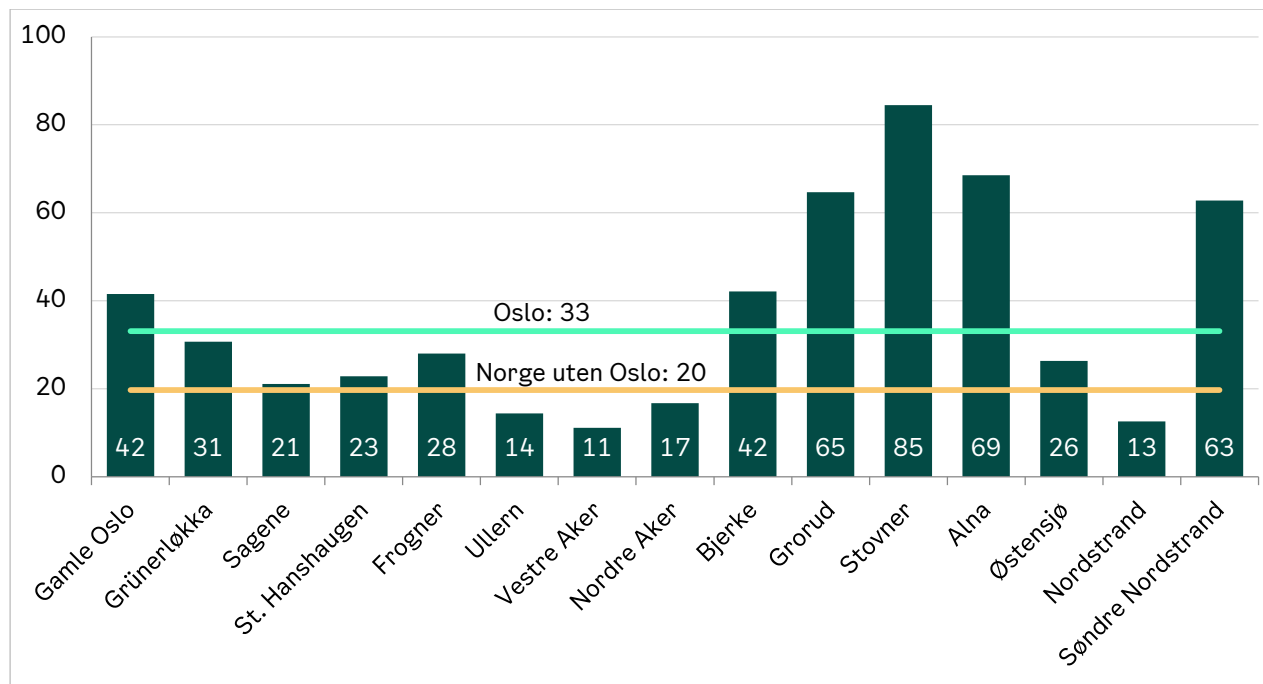
### 7.2.3 Ekstra ressurser til tilrettelegging og personale

Barnehager får ekstra ressurser for å styrke tilbudet til førskolebarn som har behov for det. I 2018 mottok nesten 20 prosent av barn i barnehagen i landet uten Oslo ekstra ressurser. For Oslo var andelen på 33 prosent (se Figur 7.6). Siden 2015 har andelen barnehagebarn som har mottatt ekstra ressurser økt for både landet uten Oslo og for Oslo, med henholdsvis 3,5 og 2,4 prosentpoeng.<sup>267</sup> Tidlig tiltak er viktig for å utjevne forskjeller som kan påvirke skolestarten for barna negativt. For de førskolebarna som har behov for ekstra ressurser, er tiltakene ofte gitt på grunn av språk- og kommunikasjonsutfordringer.<sup>268</sup> Figur 7.6 viser en oversikt over andel barn som får ekstra ressurser, fordelt på alle bydelene i Oslo. Det er bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand som ligger godt over gjennomsnittet for ekstra ressurser i Oslo.

<sup>267</sup> Statistisk sentralbyrå, tabell 12499 og 12376

<sup>268</sup> [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Barnehage\\_og\\_skole/Barn\\_og\\_unge\\_med\\_behov\\_for\\_tilrettelegging/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Barnehage_og_skole/Barn_og_unge_med_behov_for_tilrettelegging/) Hentet 31.03.2020.

Figur 7.6 Andel førskolebarn som får ekstra ressurser, i forhold til alle barn i barnehage. Bydel, gjennomsnitt for Oslo og for Norge uten Oslo. Alle barnehager (prosent). 2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 12499 og 12376

## 7.3 Skole

De aller fleste ungdommene i Oslo trives på skolen. 93 prosent av både guttene og jentene svarer helt eller litt enig på utsagnet om de trives på skolen, og i alle bydeler er det minst 90 prosent av elevene som sier at de trives litt eller helt på skolen.<sup>269</sup> Selv om majoriteten rapporterer at de trives på skolen, er det 17 prosent av elevene som er litt eller svært misfornøyd med skolen de går på.

### 7.3.1 Frafall i videregående opplæring

Å ha fullført videregående skole fører til høyere arbeidsdeltakelse, mer utdanning og mindre helsemessig fravær fra jobb, både for elever på allmennfaglig og yrkesfaglig studieretning.<sup>270</sup>

Figur 7.7 viser at andel elever med frafall og ikke bestått videregående opplæring i en femårs periode<sup>271</sup> varierer i de ulike bydelene. Oversikten viser hvilken bydel elevene bor i og ikke hvilken bydel de går på skole i. Bydelene i Oslo indre øst, Groruddalen og Bydel Bjerke har høyere frafall enn gjennomsnittet for Oslo, mens bydelene i ytre vest har det laveste frafallet.

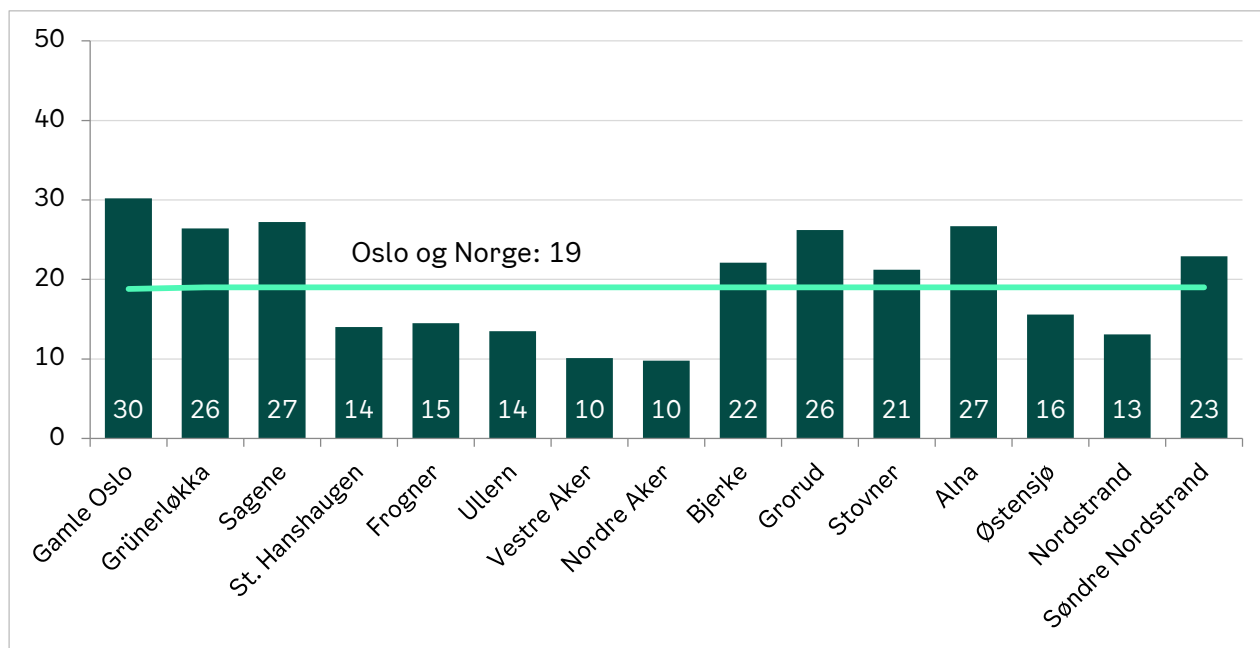
<sup>269</sup> Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>270</sup> Årsaker til og konsekvenser av å droppe ut av skolen: et livsløpsperspektiv, Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI, 2015–2018

<sup>271</sup> Frafall i videregående opplæring kan defineres på ulike måter. Med frafall her menes personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført, men ikke bestått videregående etter fem år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Personer som etter fem år fortsatt er i videregående skole regnes ikke som frafalt. Statistikken viser dermed andelen frafalt eller ikke bestått i løpet av fem år.

Sammenlignet med frafallsstatistikken presentert i Oslohelsa 2015 (s. 43), registreres det en nedgang i andel elever som faller fra skolen i bydelene i indre øst og Groruddalen. Gamle Oslo har gått ned 9 prosentpoeng, Grünerløkka 7 prosentpoeng og Grorud 11 prosentpoeng. Andel elever som faller fra eller ikke består videregående skole i Oslo (19 prosent) ligger på samme nivå som for resten av landet.<sup>272</sup>

Figur 7.7 Frafall / ikke bestått videregående opplæring i løpet av fem år. Bydeler i Oslo, gjennomsnitt for Oslo og Norge. Prosent. Gjennomsnitt for årene 2013–2018



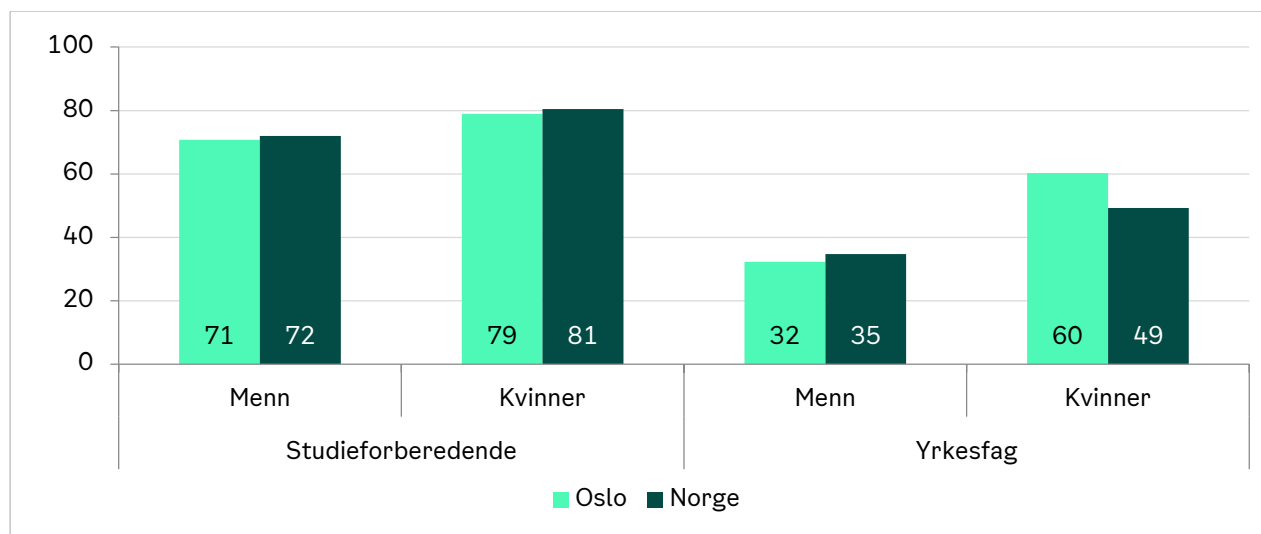
Kilde: Statistikkbanken Oslo kommune. Gjennomstrømning i videregående opplæring (B), 2018

Andel elever som faller fra eller ikke består, varierer med tanke på type studieretning/utdanningsprogram. For Oslo var det 15 prosent av elevene som ikke bestod eller falt fra studieforberedende, sammenlignet med 32 prosent blant elever i yrkesfag. I elleve bydeler var andelen elever som ikke bestod eller falt fra yrkesfaglig utdanning over 30 prosent. Forskjellen i frafall må ses i sammenheng med antall grunnskolepoeng elevene i gjennomsnitt har med seg på de ulike utdanningsprogrammene. I snitt har elever som går studieforberedende program betydelig høyere grunnskolepoeng enn elever som går yrkesfaglig utdanningsprogram. I snitt har også elever med høy sosioøkonomisk bakgrunn høyere grunnskolepoeng enn elever med lavere sosioøkonomisk bakgrunn. Disse sammenhengene er nærmere omtalt i Oslotrender 2019.

Figur 7.8 viser en oversikt over andel elever i Norge og Oslo som har bestått yrkesfag og studieforberedende, fordelt på kjønn. Som i tidligere år, var det også i 2018 en overvekt av kvinnelige elever som gjennomførte videregående utdanning, både i Oslo og på landsbasis.

<sup>272</sup> Statistisk sentralbyrå tabell 09253: Gjennomføring i videregående opplæring, etter kjønn, studieretning/utdanningsprogram, fullføringsgrad, statistikkvariabel og intervall (år).

Figur 7.8 Fullført og bestått videregående opplæring innen fem år (normert tid) i Oslo og Norge, etter kjønn og utdanningsprogram. Prosent. 2013–2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå. Tabell 10994: Gjennomføring i videregående opplæring, etter region, kjønn, studieretning/utdanningsprogram, fullføringsgrad, statistikkvariabel og intervall (år)

### 7.3.2 Språk-, lese- og regneferdigheter

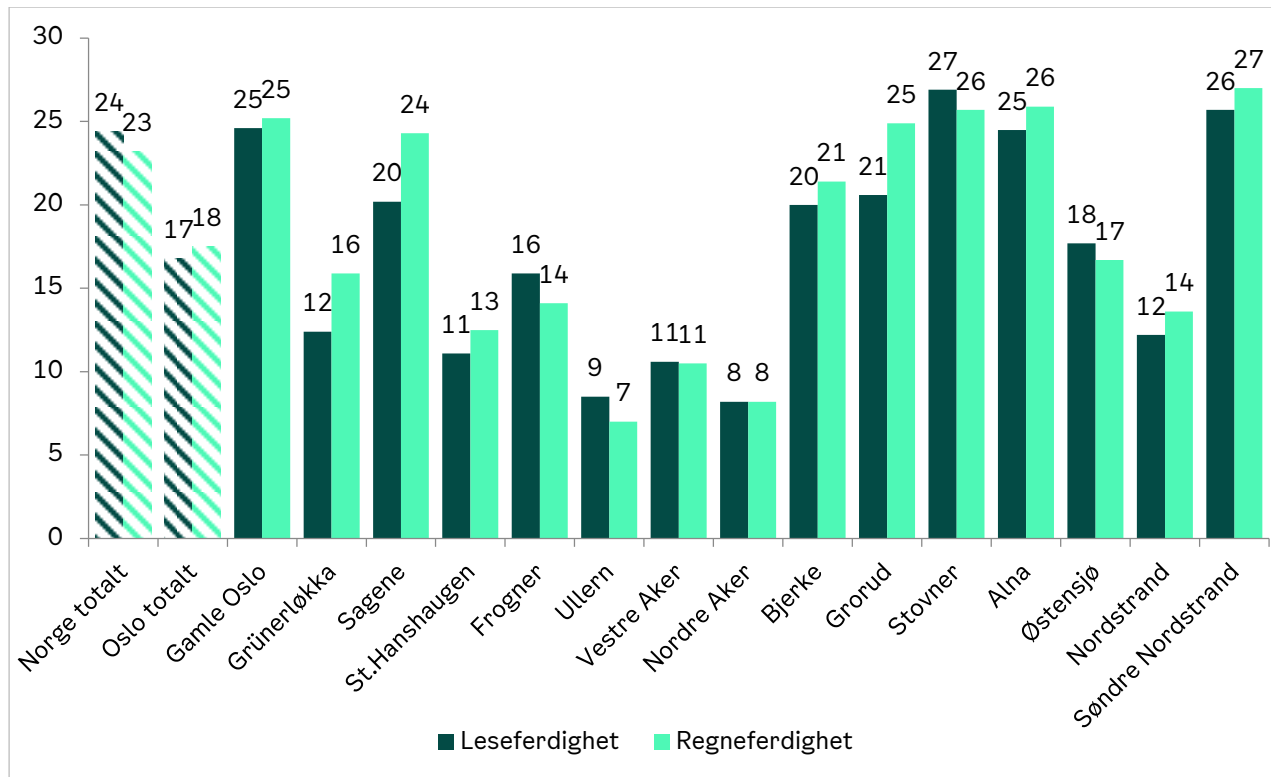
En norsk studie viser at 10 prosent av norske barn mellom 6 og 10 år har språkvansker. For en del vil vanskene gå over av seg selv, men det er allikevel en stor gruppe med barn som i skolealder har utfordringer når det gjelder språk. Felles for dem er utfordringer med å tilegne seg eller bruke språket. Det påvirker den sosiale utviklingen, gir utfordringer knyttet til å tilegne seg kunnskap og påvirker ferdigheter på skolen.<sup>273</sup>

Andelen av elever på lavest mestringsnivå i lese- og regneferdighet er lavere i Oslo (lesing: 17 prosent, regning: 18 prosent) enn i Norge totalt (lesing: 24 prosent, regning: 23 prosent). Andel på laveste mestringsnivå varierer mellom bydelene. Bydelene Ullern og Vestre Aker har lavest andel (henholdsvis 9 og 8 prosent lesing og 7 og 8 prosent regning), mens Bydel Stovner og Søndre Nordstrand har høyest andel (henholdsvis 27 og 26 prosent lesing og 26 og 27 prosent regning).

Figur 7.9 viser at det er høyere andel på laveste mestringsnivå i lesing og regning i de østlige bydelene enn bydelene i vest, og sosial ulikhet kan bidra til å forklare disse forskjellene.

<sup>273</sup> <https://www.fhi.no/fp/oppvekst-helsefremmende-tiltak/sprakvansker-hos-barn---faktaark/> Hentet 01.04.2020.

Figur 7.9 Laveste mestringsnivå i lesing og regning 5. klassetrinn. Bydeler i Oslo. Gjennomsnitt for 2015/16–2017/18. Andel (prosent). Standardisert<sup>274</sup>



Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommnehelsa statistikkbank

### 7.3.3 Aktivitetsskolen

Deltakelse på aktivitetsskolen (AKS) i Oslo har hatt en jevn stigning de siste 10 årene. Spesielt er det en økning på de skolene der det er innført gratis kjernetid. Et eksempel er Tøyen aktivitetsskole, som økte fra 27 prosent i 2012 til 99 prosent i 2018 for 1.–4. trinnss elever.<sup>275</sup> I Tabell 7.1 vises prosentandel av barn i 1. klasse som går på AKS, fra skoleåret 2009/2010 til 2018/2019. I løpet av de ni årene har deltakelse på AKS økt med 20 prosentpoeng. For resultater på bydelsnivå for deltakelse på AKS, se Oslostrender 2018.

Tabell 7.1 Andel av elever i 1. klasse som går på AKS i fra 2009 til 2019

|                                 | 2009/2010 | 2012/2013 | 2015/2016 | 2018/2019 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Andel barn AKS 1. klasse</b> | 76        | 83        | 85        | 96        |

Kilde: Oslo kommune Statistikkbanken. Barn i aktivitetsskolen etter trinn, 1. klasse

<sup>274</sup> Tallene for alle bydelene samsvarer ikke med gjennomsnittet for Oslo. Dette er fordi Oslo som helhet også inkluderer de som er boende i Marka, Sentrum eller uregistrert adresse. Disse inkluderes ikke i noen bydeler.

<sup>275</sup> <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/barnehage-skole-og-hoyere-utdanning/skole-og-voksenopplaring/>. Hentet 31.03.2020.

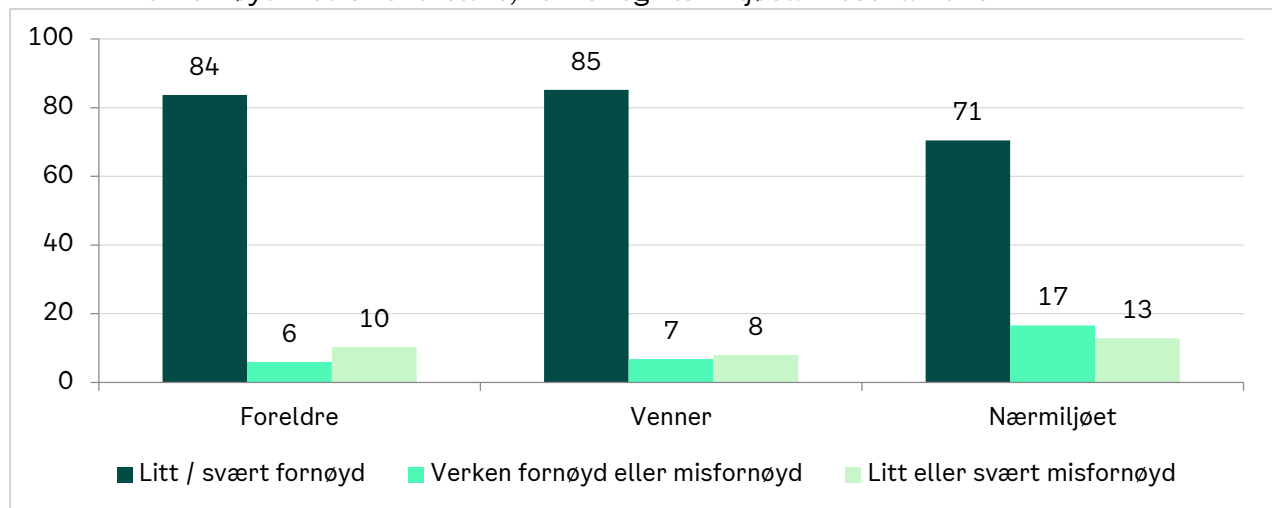
## 7.4 Sosialt miljø blant unge

I Folkehelsemeldingen ønsker regjeringen å forsterke innsatsen på forebygging og bekjempelse av ensomhet.<sup>276</sup> Forskning viser at å være ensom og utenfor det sosiale fellesskap gjør oss mer utsatt for fysiske og psykiske sykdommer og tidlig død.

### 7.4.1 Tilfredshet med nærmiljøet

De fleste ungdommer i Oslo har det bra både med familie, skole, venner og i nærmiljøet. Figur 7.10 viser at majoriteten av ungdom er litt eller svært fornøyd med foreldre, venner og nærmiljøet.

Figur 7.10 Viser hvor stor andel av ungdommene fra 8. klasse til Vg3 i Oslo som i varierende grad er fornøyd med sine foreldre, venner og nærmiljøet. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

### 7.4.2 Plaging, trusler og utfrysning

Alle elever har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring.<sup>277</sup> Et slikt miljø skal være fritt for plaging, trusler og utfrysning. I Norge i skoleåret 2018/2019 er det omtrent 5 prosent av landets 10. klassinger som rapporterer om at de blir mobbet minst 2 til 3 ganger i måneden. Sammenlignet med resten av landet, har Oslo en av de høyeste skårene på andel 10. klassinger som rapporterer om mobbing, 5,4 prosent mot 4,7 prosent i hele landet.<sup>278</sup> Mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser. Barn som mobbes har dobbelt så stor risiko for å utvikle depresjon og andre utfordringer, og de psykiske problemene varer ofte i lang tid. Blant barn og unge som mobbes, er også kroppslige helseplager som hodepine, magesmerter og søvnvansker vanligere.<sup>279</sup>

<sup>276</sup> St. meld. 19. (2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i et trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>277</sup> Opplæringsloven § 9 A-2.

<sup>278</sup> KommuneHelsa statistikkbank. Mobbing. 10. klasse, årlige tall for store kommuner (B) – kjønn samlet, andel (prosent), standardisert. Det er kun i Aust-Agder det rapporteres om mer mobbing, 5,7 prosent.

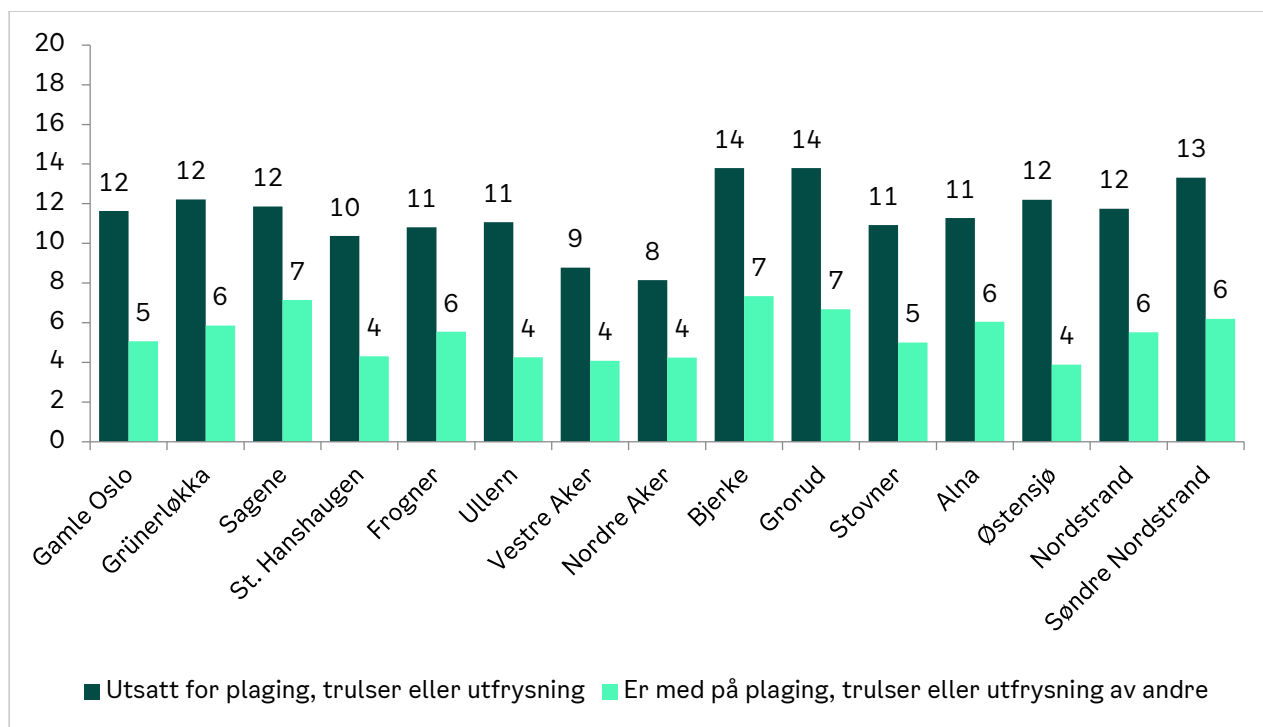
<sup>279</sup> Faktaark, Folkehelseinstituttet. Fakta om mobbing blant barn og unge. 2016. <https://www.fhi.no/fp/oppvekst-helsefremmende-tiltak/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/> Hentet 03.01.2019.

I Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 er 5 prosent av elevene månedlig eller oftere med på å plage, true eller fryse ut andre elever, mens 11 prosent av elevene sier at de blir utsatt for det samme. En høyere andel elever rapporterer om mobbing i ungdomsskolen enn på videregående skole. I både 8. og 9. klasser er det 14 prosent av elevene på hvert trinn som minst én gang i måneden blir plaget, truet eller fryst ut, mot 8 og 7 prosent i 2. og 3. klasse i videregående skole.<sup>280</sup>

Flere gutter enn jenter rapporterer om at de månedlig eller oftere har blitt utsatt for plaging, trusler og utfrysning (12 mot 10 prosent), men også er med på å utsette andre for dette (8 mot 3 prosent). Det er vanlig å dele involverte inn i tre grupper. Mobbeofre, mobbere og mobbeoffer-mobbere. Sistnevnte gruppe vil både mobbe andre og bli mobbet selv. I Ung i Oslo-undersøkelsen 2018 var det 23 prosent av de som ble mobbet som også mobbet andre.

I Figur 7.11 vises andel elever som minst én gang i måneden er utsatt eller utsetter andre for atferd som plaging, trusler eller utfrysning. Det er i bydelene Nordre Aker og Vestre Aker færrest elever rapporterer om at de blir utsatt for mobbing, mens i bydelene Grorud og Bjerke er det flest elever som rapporter om mobbing.

Figur 7.11 Andel oslounngdom som enten er utsatt eller er med på å plage, true eller fryse ut andre minst én gang i måneden fordelt på bydeler i Oslo. Prosent. 2018. Avkortet y-akse



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>280</sup> Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

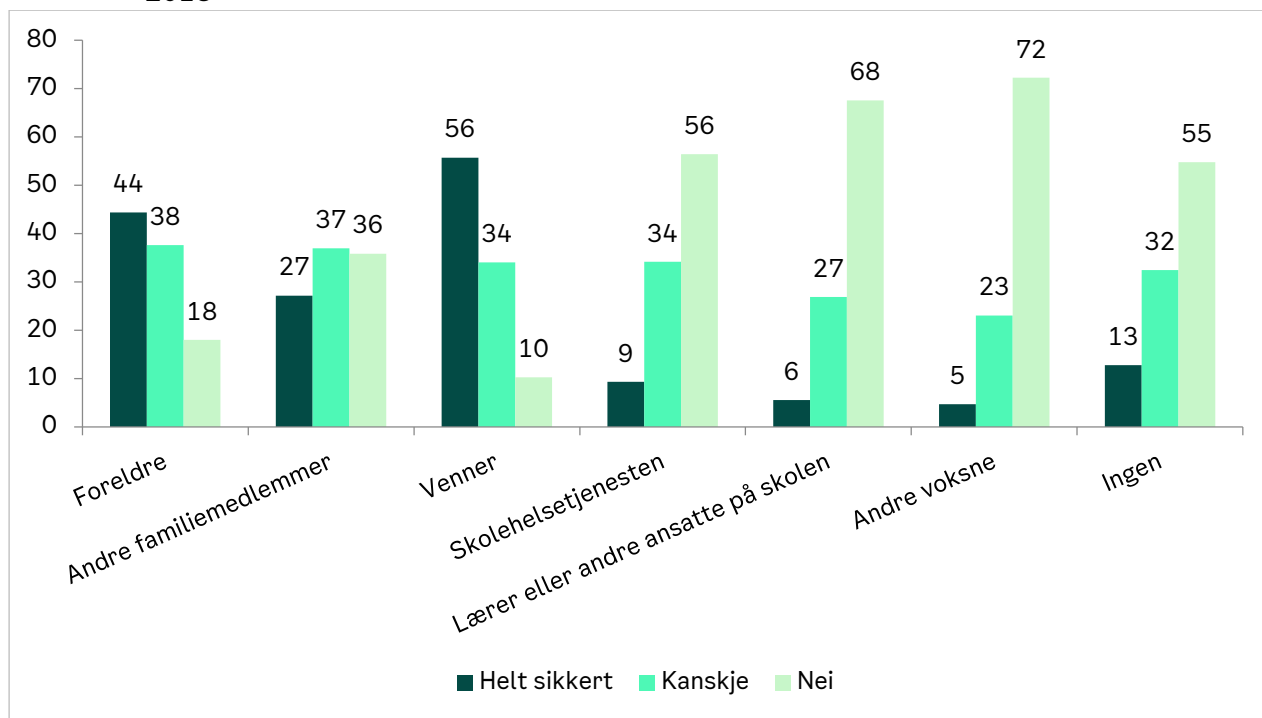
### 7.4.3 Nære relasjoner

Ni av ti ungdommer i Oslo har minst én fortrolig venn, det vil si en venn de kan stole på og betro seg til om alt mulig. Andelen er lik som i resten av landet, og varierer lite etter alder og kjønn.<sup>281</sup>

Rapporten Ung i Oslo 2018, viser også at selv om de fleste har venner, gjelder ikke det alle. Om lag en av ti har ingen fortrolig venn, og rundt en av fire osloundgdom har i løpet av den siste uken vært ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. Det er like utbredt i Oslo som i resten av Norge. Andelen som i løpet av siste uke har vært veldig mye plaget av ensomhet er høyere blant jenter (13 prosent) enn blant guttene (7 prosent), men økningen siden 2015 har vært størst blant guttene. Videre har ungdom med høy sosioøkonomisk bakgrunn, i større grad enn ungdom med lavere sosioøkonomisk bakgrunn, fortrolige venner, og de er sjeldnere plaget av ensomhet.

Figur 7.12 viser andel som ville oppsøkt ulik type hjelp ved personlige problemer. De fleste ville helt sikkert eller kanskje henvendt seg til foreldre (82 prosent), andre familiemedlemmer (64 prosent) eller venner (90 prosent). Det er også en god del som helt sikkert eller kanskje ville henvendt seg til skolehelsetjenesten (43 prosent), til lærer eller annen ansatt ved skolen (33 prosent) eller til andre voksne (28 prosent). Samtidig er det hele 45 prosent som helt sikkert eller kanskje ikke ville oppsøkt noen, og så mange som 13 prosent som helt sikkert ikke ville oppsøkt noen.

Figur 7.12 Andel som ville oppsøkt ulik type hjelp ved personlige problemer. Oslo i alt. Prosent. 2018



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

<sup>281</sup> Ung i Oslo 2018. NOVA Rapport 6/18. Oslo: NOVA.

## 8 Fysisk, biologisk og kjemisk miljø

### Hovedfunn

- Generelt er luftkvaliteten i Oslo god, men Oslo er spesielt utsatt for blant annet svevestøv om vinteren. Veitrafikk og vedfyring er hovedkilden til luftforurensningen.
- Støy er det miljøproblemet som berører flest innbyggere i Oslo, og også her er veitrafikk hovedkilden. Rundt 61 prosent ble regnet som støyutsatt utenfor bolig i 2016.
- Beregnet vannforbruk per person har gått ned fra 200 til 160 liter per døgn
- I Oslo har nær 98 prosent av befolkningen mindre enn 300 meter til et grøntområde.
- Det tilrettelegges anlegg innenfor et bredt spekter av idretter i Oslo, likevel er det en svakere anleggsdekning enn i andre storbyer og storkommuner i Norge.

Miljøet som omgir oss er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet. Ytre miljøfaktorer, som biologisk, kjemisk, fysisk og sosialt miljø, kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsa.

Med fysisk miljø menes blant annet negative miljøfaktorer som støy og stråling, men også tilrettelegging av sykkelveinett og tilgang til friområder. Luftforurensning er en viktig kjemisk miljøfaktor som påvirker helsa til Oslos befolkning.

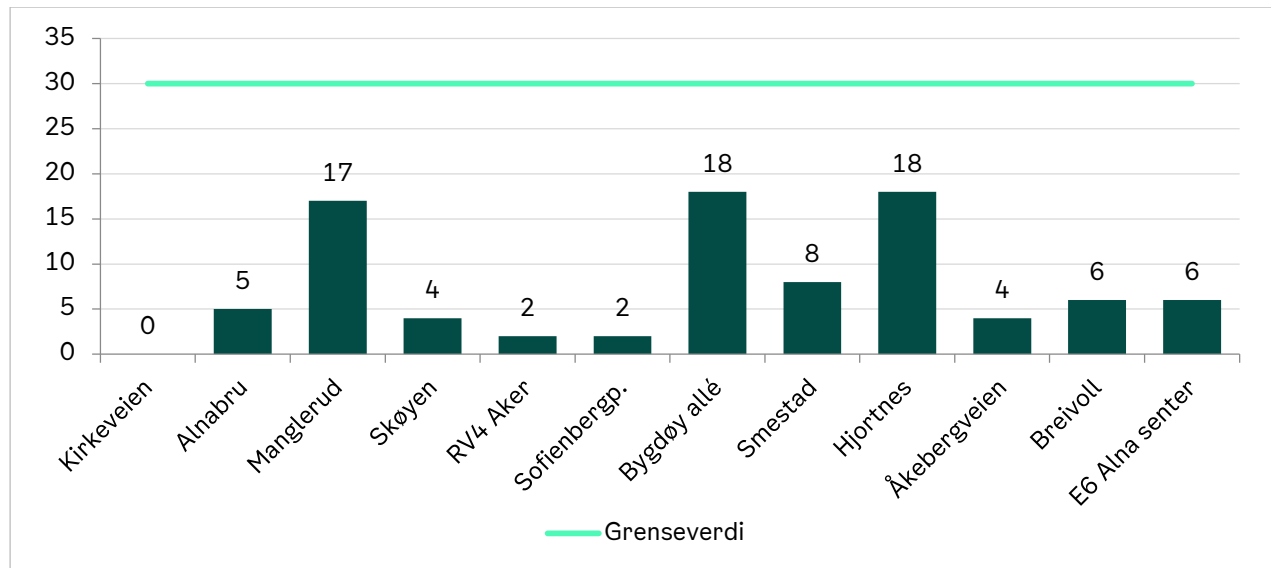
Miljørettet helsevern er en del av det kommunale folkehelsearbeidet. I tråd med § 9 i folkehelseloven skal kommunen føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som kan ha en direkte eller indirekte innvirkning på befolkningens helse. Miljørettet helseverntjeneste i kommunene er en viktig oppgave og ressurs i det brede folkehelsearbeidet.

### 8.1 Luftkvalitet

De stoffene som bidrar mest til lokal luftforurensning i Oslo i dag, er svevestøv ( $PM_{10}$  og  $PM_{2,5}$ ) og nitrogendioksid ( $NO_2$ ). Både korttids- og langtidseksponering for nitrogendioksid og svevestøv forverrer allerede eksisterende sykdom. Studier viser i tillegg en sammenheng mellom langtidseksponering for luftforurensning og utvikling av sykdom. Luftkvaliteten i Oslo overvåkes ved 13 målestasjoner og informasjon blir formidlet på [www.luftkvalitet.info/oslo](http://www.luftkvalitet.info/oslo).

Siden tidlig på 2000-tallet har det vært en nedgang i svevestøvnivået i Oslo. De største lokale kildene til svevestøv er veistøv og forbrenningspartikler fra vedfyring. Nedgangen skyldes tiltak for å redusere veistøv, som piggdekkgebyr, miljøfartsgrense, gaterengjøring og støvdemping, samt tilskuddsordningen for utskiftning av gamle vedovner. De siste årene har nivåene av svevestøv vært ganske stabile, og grenseverdiene har i hovedsak blitt overholdt, også etter at forurensningsforskriftens grenseverdier for svevestøv ble skjerpet fra 2016.

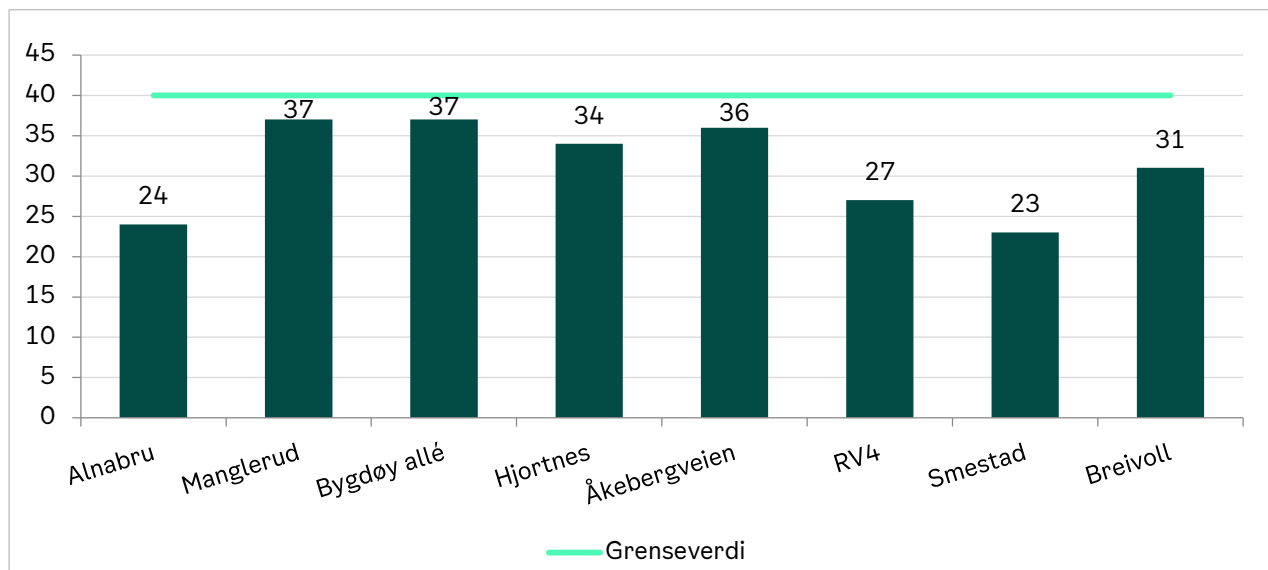
Figur 8.1. Antall overskridelser av døgn grenseverdien for svevestøv, PM10, på ulike målestasjoner i Oslo, 2018



Kilde: [Oslo kommune, miljøstatus](#)<sup>282</sup>

Årsmiddelnivåene av NO<sub>2</sub> har generelt avtatt de siste årene, særlig etter 2013. Dette gjelder både langs sterkt trafikkerte veier og ved målestasjoner som er representative for luftkvaliteten i Oslo generelt. I 2018 ble forurensningsforskriftens grenseverdi for årsmiddel av NO<sub>2</sub> overholdt ved alle målestasjoner i Oslo for første gang siden 2010 (da grenseverdien trådte i kraft). Imidlertid ligger årsmiddelet av NO<sub>2</sub> ved en av målestasjonene svært nær grenseverdien. Eksos, spesielt fra tungtransport og andre dieseldrevne kjøretøy, er hovedkilden. Det presiseres at det er variasjon i nivåene fra år til år på grunn av meteorologi. De siste årene har meteorologien vært relativt gunstig.

<sup>282</sup> <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/#gref> Hentet 31.03.2020.

Figur 8.2. Årsmiddelkonsentrasjon av NO<sub>2</sub> på ulike målestasjoner i Oslo. 2018

Kilde: [Oslo kommune, miljøstatus](#)

## 8.2 Støy og stille områder

Støy er en av miljøfaktorene som flest mennesker er plaget av.<sup>283</sup> Støyproblemer er størst i byer og tettsteder, og Oslo ligger på norgestoppen når det gjelder antall støyutsatte over anbefalt nivå.<sup>284</sup> Fortetting og urbanisering skaper utfordringer, spesielt når boliger etableres i områder med mye trafikkstøy, slik som i områder med kollektivknutepunkter og mye trafikk.

Det gjennomføres støykartlegging hvert 5. år, sist for året 2016. I tillegg til støykartlegging er det gjennomført flere spørreundersøkelser som inkluderer spørsmål om opplevelser av støy.

I Oslo omfatter kartleggingen støy fra vei, jernbane, trikk, T-bane og havnevirkksomheten<sup>285</sup> ved Oslo havn. Arbeidet gjennomføres av anleggseierne for vei/bane/havn, og koordineres av Oslo kommune ved Bymiljøetaten.

Den største støykilden i Oslo er veitrafikken. Rundt 61 prosent av befolkningen ble regnet som støyutsatt<sup>286</sup> utenfor bolig i 2016 (se Tabell 8.1). Det tilsvarte rundt 400 000 personer, en økning på rundt 28 000 personer (+7 prosent) fra 2011. Tilsvarende er det 82 000 personer som

<sup>283</sup> <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/forurensning/stoy/> Hentet 31.03.2020.

<sup>284</sup> Statistisk sentralbyrå, 2016 Hentet 31.03.2020.

<sup>285</sup> For informasjon om støy i havneområdet, se <https://www.oslohavn.no/no/meny/miljo/Stoy/>

<sup>286</sup> Som støyutsatte gjennom døgnet, regnes personer som har en støybelastning som overstiger Lden 55 dB utenfor bolig. Som svært støyutsatte regnes dem som har en støybelastning som overstiger Lden 65 dB utenfor bolig. Som støyutsatte gjennom natten regnes dem som har en støybelastning som overstiger 50 dB utenfor bolig om natten. Den nyeste støykartleggingen i Oslo ble gjennomført i 2016.

regnes som utsatt for støy fra bane, en økning på 14 000 personer (+ 20 prosent) fra 2011. Prosentmessig øker altså støy fra bane vesentlig mer enn veitrafikk, hovedsakelig på grunn av økt trafikk på banene. Til tross for økningen i antall støyutsatte, er andelen av befolkningen som er støyutsatt nokså uendret siden 2006. Dette kan forklares med befolkningsveksten i perioden.

Tabell 8.1. Andel støyutsatte (prosent)

|                                  |      | Andel støyutsatte |      |      |
|----------------------------------|------|-------------------|------|------|
|                                  |      | 2006              | 2011 | 2016 |
| Støyutsatte gjennom døgnet       | Vei  | 62 %              | 62 % | 61 % |
|                                  | Bane | 10 %              | 11 % | 12 % |
| Støyutsatte om natten            | Vei  | 45 %              | 46 % | 46 % |
|                                  | Bane | 8 %               | 9 %  | 10 % |
| Svært støyutsatte gjennom døgnet | Vei  | 19 %              | 20 % | 20 % |
|                                  | Bane | 4 %               | 5 %  | 5 %  |

Kilde: [Oslo kommune, miljøstatus](#)

Funn i kartlegging støttes langt på vei av funn i befolkningsundersøkelser, selv om metodemessige utfordringer gjør det er vanskelig å konkludere. Objektiv kartlegging av støy og selvrapporterte støyplager har hver sine styrker og svakheter. Støykartlegging baseres på beregning av støynivå, og gjennomføres med samme metode hver gang. Videre inkluderes samtlige bygninger/boenheter. Befolkningsundersøkelser gir informasjon om hvordan de utsatte opplever støyen.<sup>287</sup>

Det er i sentrumsbydelene at det er høyest tetthet av støyutsatte. Dette kommer av høy befolkningstetthet og kort avstand mellom boligene og trafikkerte ringveier, bygater, trikk/t-bane og jernbanetraséer. Det forventes at flere personer vil bli støyutsatt i framtiden på grunn av fortetting og utbygging i støyutsatte områder. I tillegg medfører blanding av næring og boligformål på konsentrert areal økt risiko for støy fra utesteder, varemottak, vifter og lignende, i tillegg til nabostøy.

Oslo kommune var tidlig ute med å velge ut 14 friområder og definere disse som «stille områder». Utvelgelsen var basert på rekreasjonsverdi, og målet er å beskytte disse områdene for økt støypåvirkning. De 14 områdene har nå fått en formell beskyttelse i kommuneplan. De 14 områdene er Akerselva, Akershus festning, Alnaelva, Bygdøy, Ekeberg, Frognerelva, Hoffselva, Hovinbekken, Hvervenbukta, Ljanselva, Lysakerelva, Mærradalsbekken, Slottsparken og Østensjø miljøpark.

<sup>287</sup> [Oslospeilet. 3. utgave. 2019](#) Hentet 31.03.2020.

## 8.3 Drikke- og badevann

### 8.3.1 Drikkevann

I Norge måles kvaliteten på drikkevann fra godkjenningspliktige vannverk. Indikatorer på trygt drikkevann er blant annet forekomsten av E.coli-bakterier i vannet og leveringsstabiliteten. Oslo, Telemark og Aust-Agder er de fylkene der høyest andel av befolkningen har «god drikkevannsforsyning».<sup>288</sup>

I 2018 ble det produsert 92 millioner kubikk drikkevann i Oslo. Vannproduksjonen de tre siste årene er fordelt med i overkant av 90 prosent fra Oset vannbehandlingsanlegg ved Maridalsvannet og i underkant av 10 prosent fra Skullerud vannbehandlingsanlegg.

Vannforbruket per innbygger i Oslo er beregnet ut fra areal og personer i boligen. Beregnet vannforbruk per person har gått ned fra 200 til 160 liter per person per døgn i perioden 2010–2018 og forventes å bli enda lavere i årene framover. Nedgangen i vannforbruket per innbygger skyldes både bruk av mer vannbesparende installasjoner (ved renovering av gamle baderom etc.), mindre vanntap i ledningsnettet, og også til en viss grad økt bevissthet i befolkningen.

Oslos vannforsyning er i meget stor grad avhengig av Maridalsvannet og Oset vannbehandlingsanlegg. Dette gjør at vannforsyningen er meget sårbar for hendelser som kan gjøre kilden uegnet eller som setter behandlingsanlegget ut av drift. Mattilsynet har derfor pålagt Oslo kommune å ha på plass en ny vannkilde i 2028. Oslo kommune har satt i gang arbeidet med å etablere en ny reservevannforsyning og sikre tilstrekkelige mengder drikkevann til innbyggerne også ved svikt i vitale deler i vannforsyningssystemet. Holsfjorden er valgt som råvannskilde for ny vannforsyning i Oslo. Vann skal overføres i tunnel fra Holsfjorden til et nytt vannbehandlingsanlegg, som vil ligge ved Huseby i Oslo vest. Herfra vil drikkevann overføres til ledningsnettet i Oslo. Tunnelen vil i hovedsak gå dypt under dagens terreng.

### 8.3.2 Badevann

God badevannskvalitet er en positiv miljøfaktor, som bidrar til folkehelse gjennom aktivitet, friluftsliv og rekreasjon. I tillegg er det viktig med rent badevann for å hindre at folk blir smittet av badevannsbårne sykdommer. Det har vært jobbet med å tilrettelegge for flere utendørs badeplasser i Oslo de senere årene. Ifølge en undersøkelse om idretts- og friluftslivsaktiviteten i Oslo fra 2017<sup>289</sup> hadde 44 prosent benyttet byens badevann, strender og sjøbad.

Badevannskvaliteten ved hver enkelt lokalitet klassifiseres på minimum 16 vannprøver tatt de siste fire foregående årene. Det vil si at badevannskvaliteten som rapporteres for en gitt badeplass for 2018 er også basert på måleresultater fra 2015, 2016 og 2017. Klassifiseringen i Oslo er foretatt med grunnlag i analyser av termotolerante koliforme bakterier (TKB). TKB er

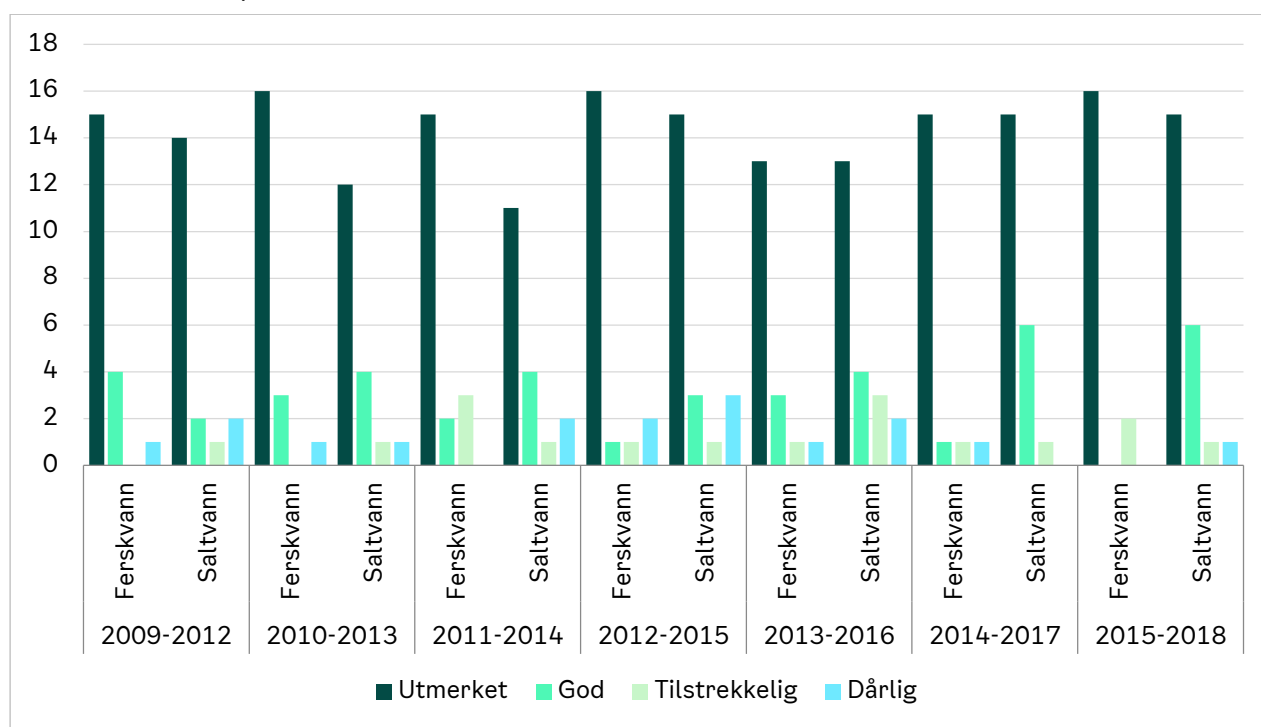
<sup>288</sup> Folkehelseinstituttet. [Drikkevann, fylkesforskjeller](#). Hentet 26.03.2020.

<sup>289</sup> Oslo kommune, Bymiljøetaten. (2017). Brukerundersøkelse blant Oslos innbyggere. Kantar TNS.

tarmbakterier og indikatorer på fekal forurensning, det vil si forurensning som stammer fra mage/tarm hos varmblodige dyr, fugler og mennesker, for eksempel via kloakk.

Overordnet har badevannskvaliteten vært jevnt god i perioden gjengitt i Figur 8.3. Over tid har det blitt etablert og inkludert noen flere badeplasser og målinger over tid. Dette bør man ta hensyn til når man ser på figuren. For eksempel er målingene fra Sørenga kun inkludert fra 2014. Men det er viktig å merke seg at badevannskvaliteten kan bli dårligere i perioden etter store nedbørmengder. Oslo kommune har siden 2013 hatt en generell fraråding av bading i inntil et døgn etter kraftig regnvær. Denne frarådingen gjelder særlig for badeplasser ved utløp av elver og bekker, og ved kjente overløp fra avløpsnett.

Figur 8.3 Klassifisering av badeplasser etter EUs badevannsdirektiv<sup>290</sup>. Antall badeplasser fordelt på vannkvalitet



Kilde: Tall fra Bymiljøetaten

Det er ofte vanskelig å relatere sykdom til badevannet. Risikoen for å bli syk ved bading utendørs for friske personer i Norge, anses normalt som liten. Det har i de senere årene vært noen tilfeller av vibrioinfeksjon i Oslofjorden, og det anbefales å dekke til åpne sår med vanntett plaster ved bading. Vibriobakterien trives i vanntemperaturer på over 20 °C.

<sup>290</sup> <https://www.fhi.no/ml/badevann/badevann--forurensning-og-regler/> Hentet 31.03.2020.

## 8.4 Inneklima

### 8.4.1 Radon

Radon kan være kreftfremkallende for mennesker, og regnes for å være en av de viktigste risikofaktorene for lungekreft, etter røyking. Den kreftfremkallende effekten av radon forsterkes i betydelig grad av røyking. Radon finnes i enkelte bergarter, særlig i granitt og alunskifer. Fra radon dannes igjen nye radioaktive datterprodukter. Inhalering av disse radioaktive stoffene utgjør størrelsesmessig den viktigste strålekilden for den generelle befolkningen i Norge. Radon fra grunnen kan trenge inn i kjellere via sprekker i sålekonstruksjon og grunnmur, rundt rørgjennomføringer, sluk, ledningssjakter og så videre. Grenseverdien for radon er på 200 becquerel (bq). I tillegg er det en tiltaksgrense på 100 bq. Dersom årsmiddelverdien fra radonmålinger avdekker høyere nivåer enn tiltaksgrensen, anbefaler Strålevernet at effektive radonreduserende tiltak iverksettes snarest. Det er ønskelig at radonnivåene er så lave som mulig, så derfor er det aktuelt å iverksette tiltak også når det målte radonmålet er under 100 bq. Strålevernet anbefaler alle å måle radon i hjemmet sitt. For boliger som leies ut, er det gitt grenser for radonnivået i strålevernforskriften. Å måle radon er både enkelt og rimelig. Det er ikke mulig å forutsi hvilke boliger som har et radonproblem. Den eneste måten å finne det ut på, er å måle. I boligblokker kan det være tilstrekkelig å måle i et utvalg av leilighetene.

Radonkart viser områdene som er særlig utsatt. På nettsiden <http://geo.ngu.no/kart/radon/> kan man lage egne kart. Det er særlig i sentrum (i områdene fra Domkirka til Gamlebyen og Botanisk hage) og i en korridor med bredde på ca. 200 m, fra Marienlyst til Sjølyst, som har særlig høye verdier. Men kartene «frikjenner» ikke områdene som ikke er markert. Kartene sier bare noe om hvilke områder som er spesielt utsatt. Byggegrunnen er den viktigste kilden til forhøyde radonkonsentrasjoner i bygninger. Radon i berggrunnen siver inn gjennom sprekker og utettheter mellom byggegrunnen og bygningen. Bruk av stein som byggemateriale kan bidra til radon i inneluft, men i Norge er dette sjelden en viktig kilde. Tilkjøpte masser, pukk og grus i byggegrunnen kan likevel bidra til problemer med radon i områder som ellers er lite utsatt.

I tilsynsrapport utgitt i 2017 rapporteres det at 9 av 47 skoler hadde avvik knyttet til oppfølging av radon. Avvikene skyldes at skolene ikke har oversikt over hvilke verdier som er målt og hvilke avbøtende tiltak som er iverksatt for å holde radonkonsentrasjonen på akseptabelt nivå. Avvikene skyldes også at oppfølgende måling etter tiltak ikke er utført.<sup>291</sup>

### 8.4.2 Inneklima i skolen

Kjennetegn på et godt inneklima i skolen er god luftkvalitet, gode akustiske egenskaper med lavt støynivå og god belysning. Skolene i Oslo har generelt gode forutsetninger for å kunne levere et tilfredsstillende inneklima, med moderne tekniske anlegg og systemer som er tilrettelagt for oversikt og internkontroll. Der inneklimaet likevel ikke er tilfredsstillende, kan det ofte skyldes manglende samarbeid og kommunikasjon mellom skolen, drift, renhold og brukerne. I en

<sup>291</sup> [Tilsynskampanje med inneklima i skoler 2017](#) Hentet 31.03.2020.

tilsynsrapport fra 2017 ble det rapportert at 9 av 47 skoler ikke har tilfredsstillende inneklimate/luftkvalitet. 20 av til sammen 54 anmerkninger gjelder inneklimate/luftkvalitet.<sup>291</sup>

## 8.5 Friområder og grøntstruktur

Muligheter for å drive idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet i nærheten av hjem eller arbeidsplass bidrar til at befolkningen generelt er mer fysisk aktive. Dette er også vesentlig element i en moderne byutvikling. Ifølge Oslos kommuneplan 2015 skal det være god tilgang til grøntområder og anlegg for idrett, rekreasjon og fysisk aktivitet. Målet er at alle innbyggerne skal ha trygg tilgang til grøntområder for lek, idrett, naturopplevelser og annen utendørs rekreasjon i akseptabel gangavstand fra bolig.

Grønnstruktur er et vidt planfaglig begrep som omfatter store og små grønne og naturpregede områder i byggesonen, inklusiv «blå» elementer som vann, dammer, elver og bekker. Det danner gode premisser for folkehelse, bomiljø, nærrekreasjon, naturmangfold, karbonopptak, ferdsel for myke trafikanter samt naturbaserte løsninger for klimautfordringer som overvann og høyere temperaturer.

### 8.5.1 Bynære parker og andre friområder

I Oslo kommune er det rundt 800 parker og friområder av ulik størrelse. Parkene og friområdene varierer i størrelse fra de helt største, som Frognerparken (140 000m<sup>2</sup>), til de helt minste friområdene ned i 10-15m<sup>2</sup>. I retningslinjene tilhørende kommuneplanens § 12.3 om ivaretagelse av grøntstruktur i byutviklingen, heter det at byggesonen bør ha en dekningsgrad av planmessig sikrede parker innenfor angitte gangavstander langs offentlig vei i henhold til følgende norm: Park på minimum 1 000m<sup>2</sup> innenfor 250 meter gangavstand (indre by). Park på minimum 5 000m<sup>2</sup> innenfor 500 meter gangavstand (indre og ytre by). Tall for tilgang til grøntområder innenfor 250 og 500 meters gangavstand er ikke tilgjengelig per i dag. Fremover vil gangavstand til grøntarealer innenfor parknormens oppgitte gangavstander på 250 m og 500 meter kartlegges. En stor del av Oslos innbyggere bor i dag i områder som tilfredsstiller disse normene.

Tabell 8.2 viser tilgjengeligheten til grøntområder (større enn 1 000 m<sup>2</sup> og større enn 5 000 m<sup>2</sup>) i Oslo, henholdsvis i 2006, 2013 og 2016. I Oslo har nær 98 prosent av befolkningen mindre enn 300 meter til et grøntområde.

Tabell 8.2 Tilgjengelighet til grøntarealer i Oslo 2006–2016

| Tilgjengelighet til grøntarealer i Oslo        | 2006 | 2013 | 2016 |
|------------------------------------------------|------|------|------|
| >1000 m <sup>2</sup> innenfor 300 m, hele byen | 94,6 | 97,7 | 98,0 |
| >1000 m <sup>2</sup> innenfor 300 m, indre by  | 95,4 | 97,4 |      |
| >5000 m <sup>2</sup> innenfor 300 m, hele byen | 92,0 | 94,0 | 95,0 |
| >5000 m <sup>2</sup> innenfor 300 m, indre by  | 91,0 | 94,8 |      |

Kilde: Bymiljøetaten, Oslo kommune

Statistisk sentralbyrå publiserer statistikk (tabell 09579) som viser andel som har "trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng. I 2018 hadde litt over halvparten (53 prosent) av Oslos innbyggere trygg tilgang til rekreasjonsareal. For de under 20 år var andelen noe høyere, (57 prosent) i 2018. Det er færre som har trygg tilgang til nærturterreng, 29 prosent av alle og 35 prosent av personer under 20 år.

Fjorden og områdene som grenser til fjorden og vannene i Marka utgjør en viktig ressurs for friluftstilbudet. Badeplassene er viktige utfartsområder om sommeren. Oslo har om lag 80 km kystlinje. Om lag 50 km er fastlandsbasert, hvorav halvparten er allment tilgjengelig.<sup>292</sup> Marka er en annen verdifull ressurs for friluftslivet for Oslo kommunes innbyggere, året rundt. Sentrale tilretteleggingstiltak er turveier og -stier, samt servering- og overnattingsmuligheter.

## 8.6 Idrettsanlegg og anleggsdekning

Oslo har lavest anleggsdekning når vi sammenligner med andre fylker og de største byene i Norge. Det vil si vi har høyest antall innbyggere per anleggstilbud.<sup>293</sup> Samtidig er det til dels store forskjeller i anleggsdekningen mellom områder i Oslo, og anleggsdekningen er generelt dårligst i indre by.<sup>294</sup> På den annen side er det relativt korte avstander mellom bydelene, og enkelte anleggstilbud har mer byomfattende karakter.

Oslo får et løft med pågående idrettsprosjekter, men har likevel lavest anleggsdekning i landet. Oslo venter fortsatt befolkningsvekst, og det vil være behov for flere idrettsanlegg for å kunne legge til rette for et bedre og mer mangfoldig idrettstilbud. For å ivareta og utnytte eksisterende kapasitet optimalt, er det i tillegg behov for vedlikehold, bedre infrastruktur og grunnleggende funksjoner i tilknytning til eksisterende anlegg.

Kommunens arealutfordringer legger til en viss grad føringer for hvor mange og hvilke typer anlegg og arealer som kan tilrettelegges for idrett. God utnyttelse av anlegg, tilrettelegging for sambruk og helårsaktivitet er nødvendig. Det er videre et behov for å avsette areal til idrettsanlegg i transformasjonsområder.

Noen idretter, blant annet alpint, kampsport og dans, har hatt dårlige rammevilkår i Oslo, med lite offentlig støtte til anleggsutbygging.

<sup>292</sup> [Konseptvalgutredning for behovsplan for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet, 2016](#). Hentet 31.03.2020.

<sup>293</sup> Kulturdepartementet og Norges idrettsforbund. (2017). [Spillemidler til idrettsanlegg \(2017\)](#) Hentet 31.03.2020.

<sup>294</sup> Oslo kommune, Bymiljøetaten. (2019). [Behovsplan for idrett og friluftsliv 2019–2028](#). Hentet 31.03.2020.

## 9 Skader og ulykker

### Hovedfunn

- Det har vært en nedgang i antall hoftebrudd i Oslo de siste årene.
- Antall voldsanmeldelser økte fra 2013 til 2018, og sammenlignet med hele landet ligger Oslo høyest med tanke på antall anmeldelser på vold og misbruk.
- Antall skadde i trafikkuulykker i Oslo har gått ned i perioden 2011–2018, spesielt gjelder det for skader på bilførere og bilpassasjerer.
- I Oslo er det registrert fra 65 til 83 selvmord per år i perioden 2012 til 2018.
- Det er ingen forskjell i hvor utsatt Osloulungdom er for vold som medfører skade (men ikke krever legebehandling), sammenlignet med ungdom ellers i Norge.
- Antall narkotikautløste dødsfall i Oslo per 100 000 ble mer enn halvert i perioden 1996–2018.

Kommunen har ansvar for å forebygge skader og ulykker, blant annet ved å fremme befolkningens helse og ivareta samfunnssikkerheten. Forebygging av skader og ulykker kan gi stor helsegevinst i kommunen i form av økt livskvalitet og flere leveår i befolkningen.

En ulykke er en ufrivillig hendelse karakterisert ved en hurtigvirkende kraft eller påvirkning som kan ytre seg som skade på kroppen. Mennesker pådrar seg skader i mange typer ulykker, eksempelvis trafikkuulykker, forgiftningsulykker og fallulykker. Det er vanlig å skille mellom skader som skjer utilsiktet (ulykkesskader) og skader som påføres med hensikt (voldsskader eller selvpåførte skader).<sup>295</sup>

Kommunens demografiske sammensetning er relevant for det ulykkesforebyggende arbeidet. Vanlige barneulykker innen hjem og fritid er fall og forgiftninger. Ulykker ute resulterer ofte i kutt og skrubbsår, brudd og forstuingskader, hodeskader og tannskader. Den hyppigste ulykkestypen hos eldre er fall, ofte med bruddskader som utfall. Skaderisikoen for eldre fotgjengere og syklister er også betydelig. I alle aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som dør som følge av ulykker.

En rekke studier har funnet at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og ulykkesskader. Folkehelseinstituttets rapport *Sosioøkonomiske forskjeller i ulykkesskader* fra 2009 viser en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og dødelighet ved ulykker; jo lavere utdanningsnivå, desto høyere dødelighet ved ulykker. Personer med lavere utdanningsnivå er også mer utsatt for ikke-dødelige skader.<sup>295</sup>

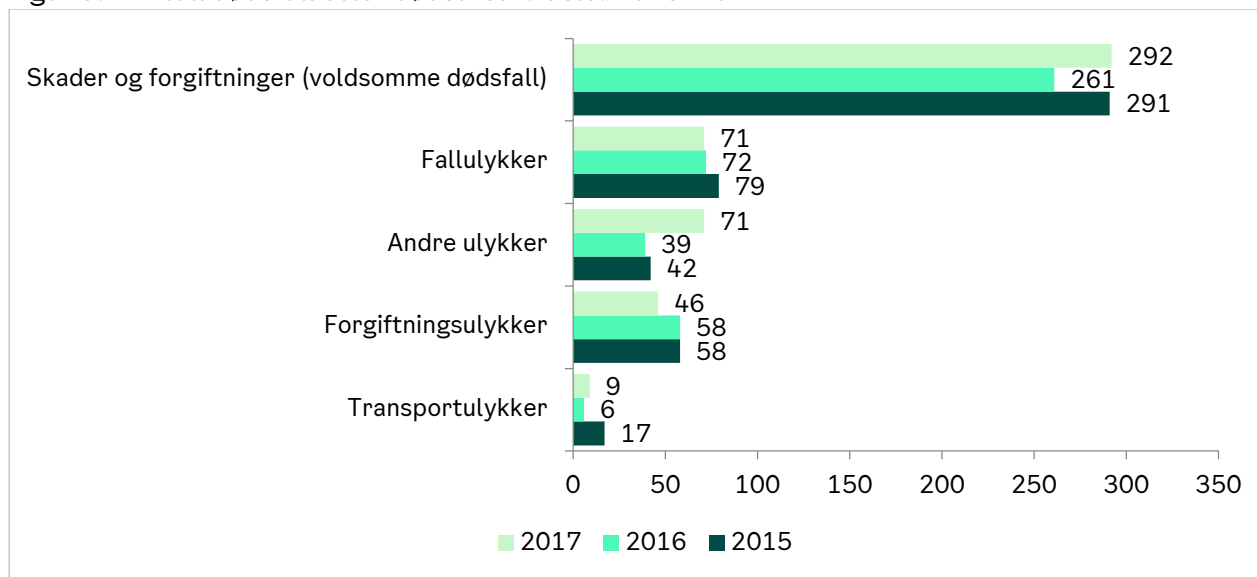
<sup>295</sup>Folkehelseinstituttet. (2014). *Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre*. Rapport 2014:2. Oslo. <https://www.fhi.no/publ/2014/skadebildet-i-norge-hovedvekt-pa-pe2/> Hentet 31.03.2020.

## 9.1 Dødsfall fra ulykker

Omlag 600 000 personer blir skadd og rundt 2 500 personer dør som følge av ulykker i Norge hvert år. Voldsomme dødsfall omfatter ulykkesdødsfall, drap og selvmord, og utgjør rundt seks prosent av alle dødsfall i Norge. Dødelighet som følge av ulykker er betydelig redusert de siste tiårene. Nedgangen skyldes blant annet en positiv utvikling med langt færre dødsfall i trafikkulykker og drukningsulykker.<sup>296</sup>

De hyppigste årsakene til voldsomme dødsfall i Norge er fallulykker, forgiftning og transportulykker. Det samme finner vi for Oslo, se Figur 9.1. Transportulykker rammer spesielt ungdom og unge voksne, mens fallulykker er mest vanlig blant eldre. Bruk av rusmidler og legemidler bidrar til mange dødsfall, også som medvirkende faktor i for eksempel trafikkulykker. Blant førere som omkom i utforkjøringer og andre eneulykker, var andelen 64 prosent.<sup>297</sup> Menn skader seg oftere enn kvinner fram til midten av femtiårene, deretter forekommer skader mer hyppig hos kvinner. I alle aldersgrupper er det flere menn enn kvinner som dør som følge av ulykker. Det er forskjeller i skadeforekomst etter både geografi, sosioøkonomi og etnisitet. Personskader som følge av ulykker, er fremdeles en stor utfordring for folkehelsa. Skader og dødsfall etter ulykker har et stort forebyggingspotensiale, og en reduksjon av ulykker kan gi en solid helsegevinst i befolkningen. Ulykker er fremdeles en viktig årsak til død blant unge, og ett av fem dødsfall blant gutter/menn under 25 år skyldes ulykker.<sup>298</sup>

Figur 9.1 Antall dødsfall etter dødsårsak. Oslo. 2015–2017



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet

<sup>296</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). Skader og ulykker i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/> Hentet 31.03.2020.

<sup>297</sup> Christophersen, A. S., & Gjerde, H. (2014). Prevalence of alcohol and drugs among car and van drivers killed in road accidents in Norway: an overview from 2001 to 2010. *Traffic Inj Prev*, 15(6), 523-531.

<sup>298</sup> Folkehelseinstituttet. (2019). Skadebildet i Norge. Fordeling etter utvalgte temaområder. <https://www.fhi.no/publ/2019/skadebildet-i-norge-fordeling-etter-utvalgte-temaomrader/> Hentet 31.03.2020.

## 9.2 Fallulykker

### 9.2.1 Fall på sykehjem

Fall er en vanlig årsak til alvorlig skade og svekkelse for sykehjemsbeboere. Gjennom måling av kvalitetsindikatorer, mottar Helseetaten to ganger i året rapporteringer fra sykehjemmene om antall beboere som har falt hvor fallet har forårsaket en skade. Sykehjemmene registrerer det alvorligste tilfellet av skade i løpet av de siste døgn, og definerer skadeomfanget som *ingen/ liten skade*, *moderat skade* eller *alvorlig skade*.<sup>299</sup> Ut fra dette utarbeider Helseetaten andel fall på sykehjem hvor skadeomfanget er moderat eller alvorlig skade. I tillegg registrerer sykehjemmene om det var iverksatt fallforebyggende tiltak på forhånd hos beboeren som hadde falt med moderat/alvorlig skade.

I Tabell 9.1 vises andel beboere som har falt i de fire siste målingene i perioden 2018 til 2019. Ved siste måling (2/2019) hadde 2 prosent av sykehjemsbeboerne falt med moderat eller alvorlig skade i løpet av de siste 30 døgn. Andelen har holdt seg stabil siden måling 1 i 2018. Andel beboere registrert med fallforebyggende tiltak i forkant av fallet har også holdt seg stabil i samme periode. Ved siste måling (2/2019) hadde 93 prosent av sykehjemsbeboere som hadde falt, fallforebyggende tiltak.

Tabell 9.1 Andel beboere med fall med moderat/alvorlig skade og andel fall med fallforebyggende tiltak (2018–2019)

| Fall på sykehjem                                    | Måling<br>2/2019 | Måling<br>1/2019 | Måling<br>2/2018 | Måling<br>1/2018 |
|-----------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Andel beboere med fall med moderat / alvorlig skade | 2 %              | 2 %              | 2 %              | 3 %              |
| Andel fall med fallforebyggende tiltak              | 93 %             | 91 %             | 91 %             | 90 %             |

Kilde: Oslo kommunes statistikkbank. Kvalitetsindikatorer på sykehjem

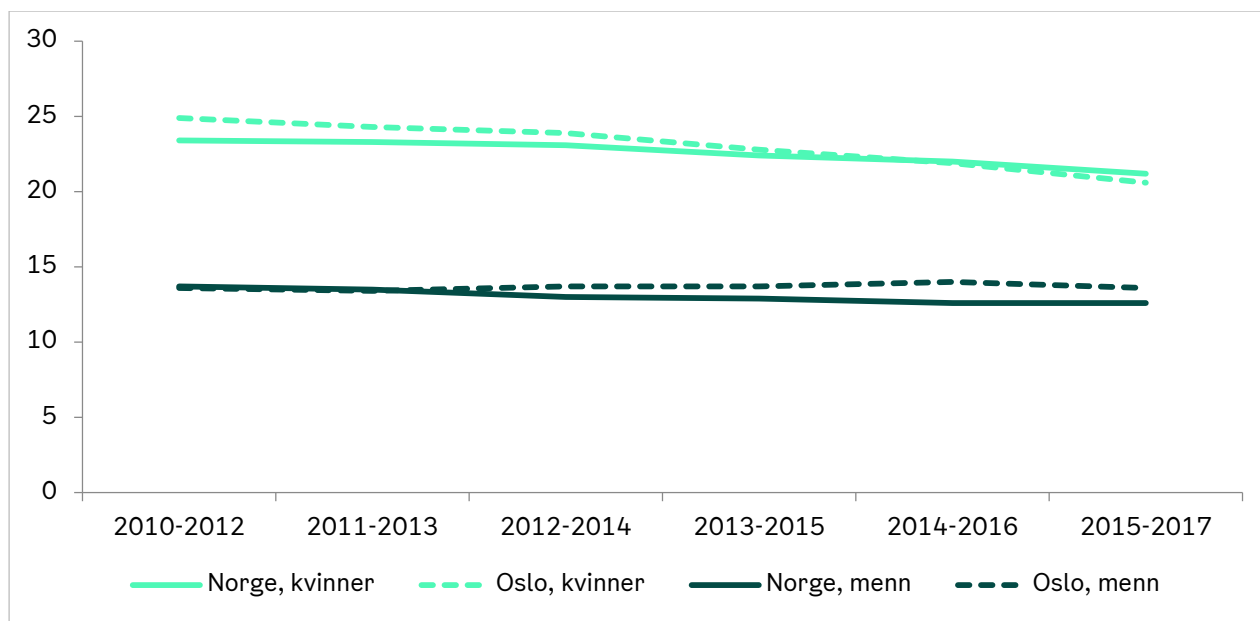
### 9.2.2 Hoftebrudd

Forekomsten av hoftebrudd i Oslo har tidligere vært høyest i landet<sup>300</sup>. Antall hoftebrudd per 1000, kvinner, i Oslo er på vei ned, og vurdert fra statistikk publisert i KommuneHelsa (Folkehelseinstituttet) kan det nå være grunn til å si at Oslo ikke lenger er på toppen i Norge. Det er kjønnsforskjeller i forekomsten, og kvinner har flest brudd. For kvinner i aldersgruppen 75 år og eldre har det vært en nedgang sammenlignet med landsgjennomsnittet, mens for menn har det vært en økning.

<sup>299</sup> Graden av skade defineres som: *Ingen/liten skade*: Ingen synlige tegn til skade/smerter, eller skrubbsår/hudavskrapning som ikke trenger medisinsk behandling. *Moderat skade*: Kutt som krever få suturer, skrubbsår og hudavskrapninger som krever behandling, forstuelse og mistanke om brudd hvor det blir rekvisitert røntgen. *Alvorlig skade*: Brudd, hodeskader eller kutt som krever omfattende syng av sår.

<sup>300</sup> <https://tidsskriftet.no/1998/01/artikkel/regionale-forskjeller-i-forekomst-av-larhalsbrudd-i-norge>. Hentet 31.03.2020.

Figur 9.2 Hoftebrudd per 1000 fra 2010 til 2017, aldersgruppen 75 år og eldre, Oslo og Norge fordelt på kjønn



Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

Hoftebrudd har ofte store negative konsekvenser for den enkelte og pårørende. Det er også store økonomiske konsekvenser for samfunnet. Det er igangsatt flere forebyggende tiltak i mange av bydelene i Oslo. Dessverre mangler det tallgrunnlag av tilstrekkelig kvalitet til å si noe om utviklingen i forekomsten på bydelsnivå.

### 9.3 Vold

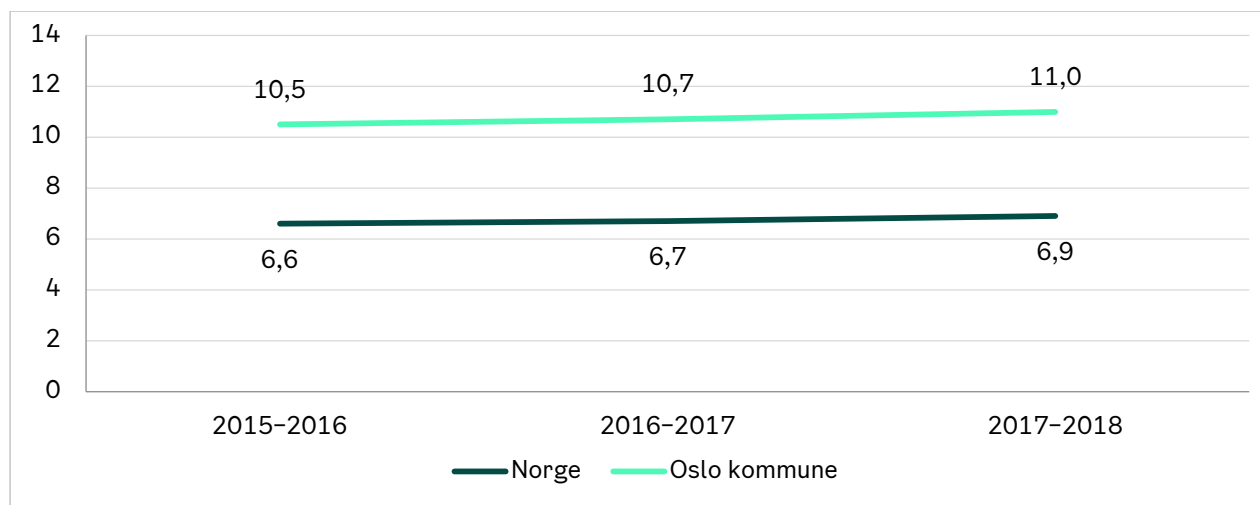
Vold er en stor samfunnsutfordring. Å bli utsatt for vold, av nære personer eller blind vold, kan medføre alvorlige konsekvenser for de berørte, langt utover den voldelige handlingen. Å avdekke hvor og hvilken type vold som utføres kan bidra til at riktig tiltak settes inn der det er behov. En økning av antall anmeldelser på en voldstyper behøver ikke nødvendigvis være en reell økning. Det kan også være en reaksjon på et politisk fokus, lovendringer og endring i holdninger.

I Oslo økte antall voldsanmeldelser fra 2013 (6 622) til 2018 (7 310) med over 10 prosent.<sup>301</sup> Samtidig økte antall innbyggere med nesten 9 prosent fra første kvartal i 2013 til fjerde kvartal i 2018.<sup>302</sup> En økning av innbyggere vil som oftest medføre flere voldsanmeldelser, og økningen av antall anmeldelser kan forklares noe med flere innbyggere. Oslo ligger høyest med tanke på antall anmeldelser av vold og misbruk i landet. Figur 9.3 viser antall lovbrudd for vold og mishandling anmeldt per 1000 innbyggere i Oslo og hele landet. For perioden 2017–2018 har Oslo i gjennomsnitt tre anmeldelser mer per 1000 innbyggere enn hele landet.

<sup>301</sup> <https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter/oslo/rapporter/kriminalitet-i-oslo/anmeldt-kriminalitet-oslo-politidistrikt-2018.pdf> Hentet 01.11.2019

<sup>302</sup> Statistisk sentralbyrå. Tabell 01222: Befolkning og kvartalsvise endringer, etter region, statistikkvariabel og kvartal

Figur 9.3 Lovbrudd for vold og mishandling anmeldt per 1000 innbyggere i Oslo kommune (årlig gjennomsnitt). Perioden 2015–2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå. Tabellnummer 08487: Lovbrudd anmeldt, etter gjerningssted, lovbruddstype, statistikkvariabel og intervall (år)

### 9.3.1 Vold i nære relasjoner

Vold i nære relasjoner omfatter «ulike former for vold og overgrep mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer, og den omfatter også barn som er vitne til volden. Negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse faller også inn under begrepet».<sup>303</sup>

Tall fra levekårsundersøkelsen (2018) viste at for Norge ble det oppgitt at gjerningspersonen var familiemedlem eller slektning i 17 prosent av tilfellene av vold og trusler om vold de siste 12 månedene. I 14 prosent av tilfellene var gjerningspersonen nabo, venn eller kollega. Andel tilfeller der gjerningspersonen var familiemedlem eller slektning økte med offerets alder.<sup>304</sup> En langt større andel kvinner enn menn, som hadde opplevd vold og trusler om vold, oppga at gjerningspersonen var familiemedlem eller slektning (henholdsvis 25 og 7 prosent). 19 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene oppga at gjerningspersonen var nabo, venn eller kollega.<sup>305</sup>

Blant unge i Oslo svarer ni prosent at de har blitt slått med vilje av en voksen i familien minst én gang i løpet av det siste året. For de fleste av disse ungdommene har slike hendelser kun skjedd én gang, men to prosent av ungdommene svarer at de har blitt slått 2–4 ganger, og 1,5 prosent har blitt slått fem ganger eller mer i løpet av det siste året.<sup>306</sup> Barn med innvandrerbakgrunn og lav sosioøkonomisk bakgrunn har oftere opplevd å bli slått hjemme, og er også mer redde for å bli utsatt for vold hjemme. Andelen ungdom som har opplevd å bli slått og er redd for å bli slått varierer mellom bydelene, men er høyest i de østlige bydelene.<sup>306</sup>

<sup>303</sup> <https://voldsveileder.nkvts.no/hva-er-vold-naere-relasjoner/> Hentet 25.10.2019.

<sup>304</sup> Statistisk sentralbyrå 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/04873/> Hentet 03.03.2020.

<sup>305</sup> Statistisk sentralbyrå 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/04872/> Hentet 03.03.2020.

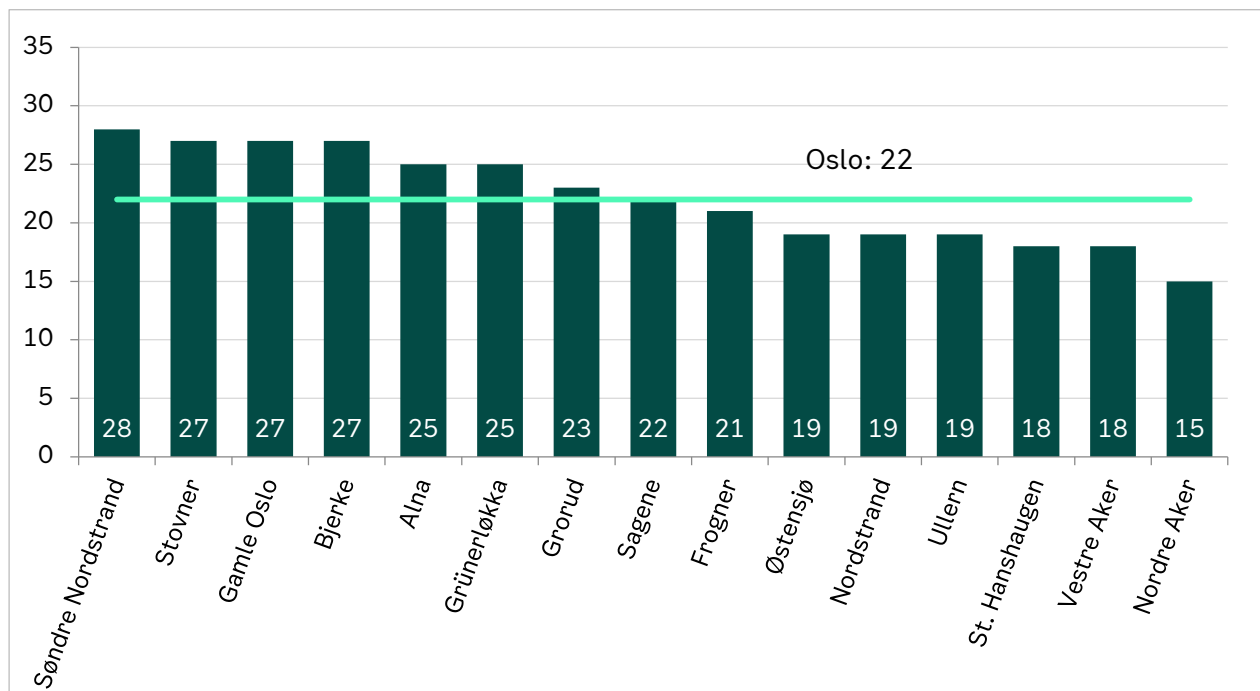
<sup>306</sup> Bakken, A. (2018). Ungdata. Nasjonale resultater 2018, NOVA Rapport 8/18. Oslo: NOVA.

### 9.3.2 Vold blant ungdom

Sannsynligheten for å bli utsatt for vold avhenger av alder, og ungdom er i større grad involvert i vold enn andre aldersgrupper. Ung i Oslo-undersøkelsen<sup>306</sup> viser at voldssituasjonen i Oslos bydeler er sammensatt. Tendensene viser at det er flere som har vært i slåsskamp på østkanten, mens det ikke er like klare bydelsforskjeller i det å bli utsatt for vold. Ungdom med lavere sosioøkonomisk status er mer involvert i vold, og gutter er i større grad involvert enn jenter. For Oslo samlet har 89 prosent av jentene og 66 prosent av guttene *ikke* vært i slåsskamp de siste månedene, noe som gir et gjennomsnitt på 78 prosent. Oslo ligger litt lavere enn resten av landet, der 82 prosent av ungdom ikke har vært i slåsskamp det siste året.<sup>306</sup>

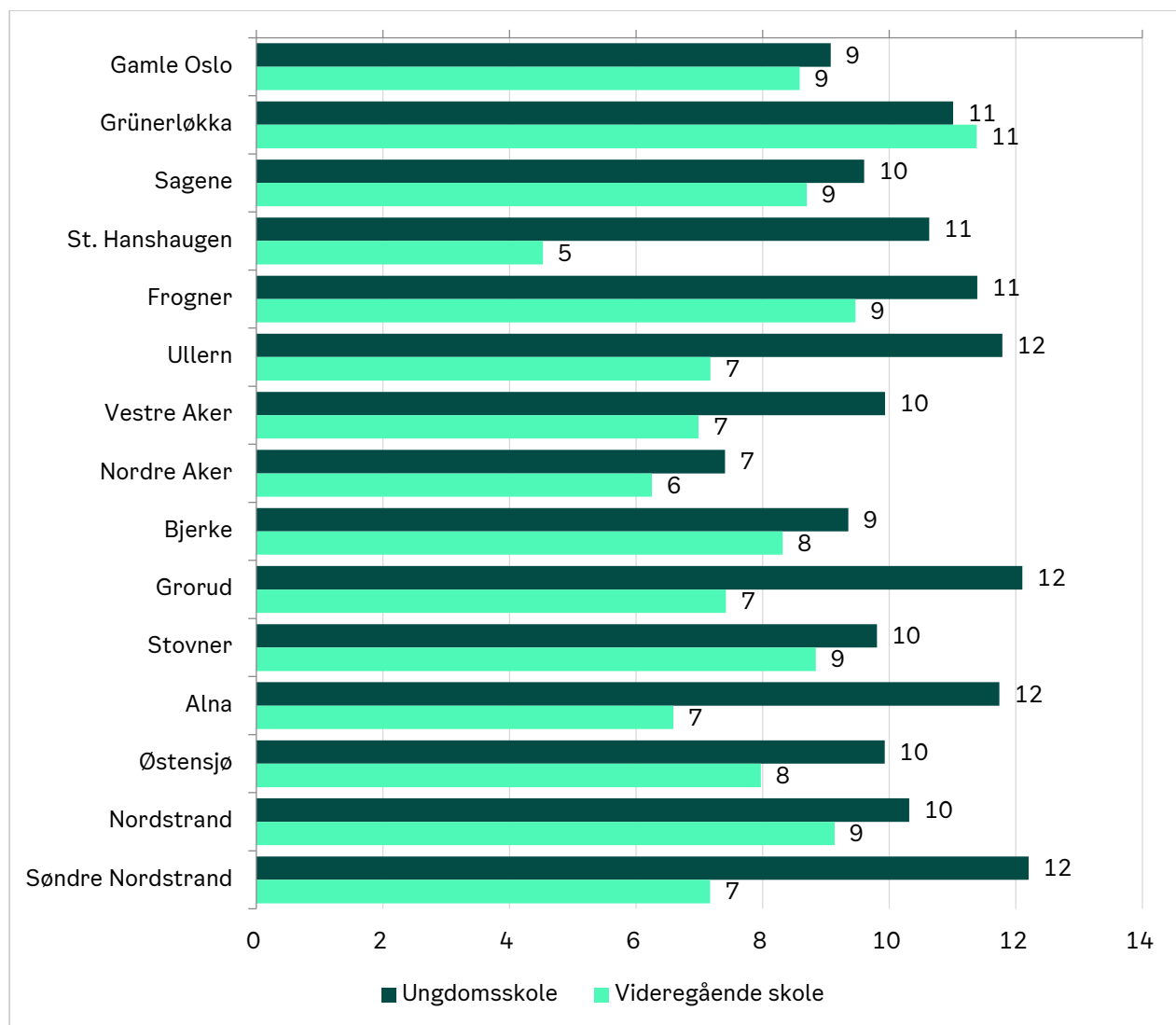
Figur 9.4 viser andel ungdommer i de ulike bydelene som i løpet av det siste året har vært i slåsskamp. Andelen varierer betydelig mellom de ulike bydelene, med 28 prosent i Søndre Nordstrand mot 15 prosent i Nordre Aker. Ungdom i bydelene i øst og enkelte i sentrum rapporterer i større grad at de har vært i slåsskamp de siste årene enn ungdom i bydelene i vest.

Figur 9.4 Andel ungdommer i ulike bydeler som i løpet av det siste året har vært i slåsskamp. 2018. Avkortet y-akse



Figur 9.5 viser andel elever som i løpet av de siste tolv månedene har fått sår eller skade på grunn av vold, men som ikke trengte legebehandling. I 14 av 15 bydeler er det en større andel elever på ungdomsskolen enn den videregående skolen som rapporterer at de har fått sår og skader på grunn av vold. Høyest andel voldsutsatte elever som har fått sår eller skader på ungdomsskolen, er i bydelene Søndre Nordstrand, Grovdal, Ullern og Alna. Høyest andel voldsutsatte som har fått sår eller skader på videregående skole finner vi i Bydel Grünerløkka. Sammenlignet med tidligere år er det tendens mot at flere, og spesielt gutter, er blitt skadet etter å bli utsatt for vold.

Figur 9.5 Andel elever med sår eller skade på grunn av vold. Bydel og skoletype. 2018. Avkortet y-akse



Kilde: Data fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2018

Sammenlignet med Ung i Oslo-undersøkelsen 2015, har andel elever som har fått sår eller skade på grunn av vold, økt med to prosentpoeng for både ungdomsskolen (fra åtte til ti prosent) og videregående skole (fra seks til åtte prosent).

### 9.3.3 Gjengangere

Fra 2015 er det registrert en økning av unge under 18 år som anmeldes for straffbare forhold minst fire ganger i løpet av ett år. Disse gjengangerne har økt fra 88 i 2015 til 182 i 2018.<sup>307</sup> I 2018 ble det begått totalt 1385 straffbare forhold av disse 182 gjengangerne, og 38 av dem hadde ti forhold eller mer. Gruppen stod for 47 prosent av alle straffbare forhold i

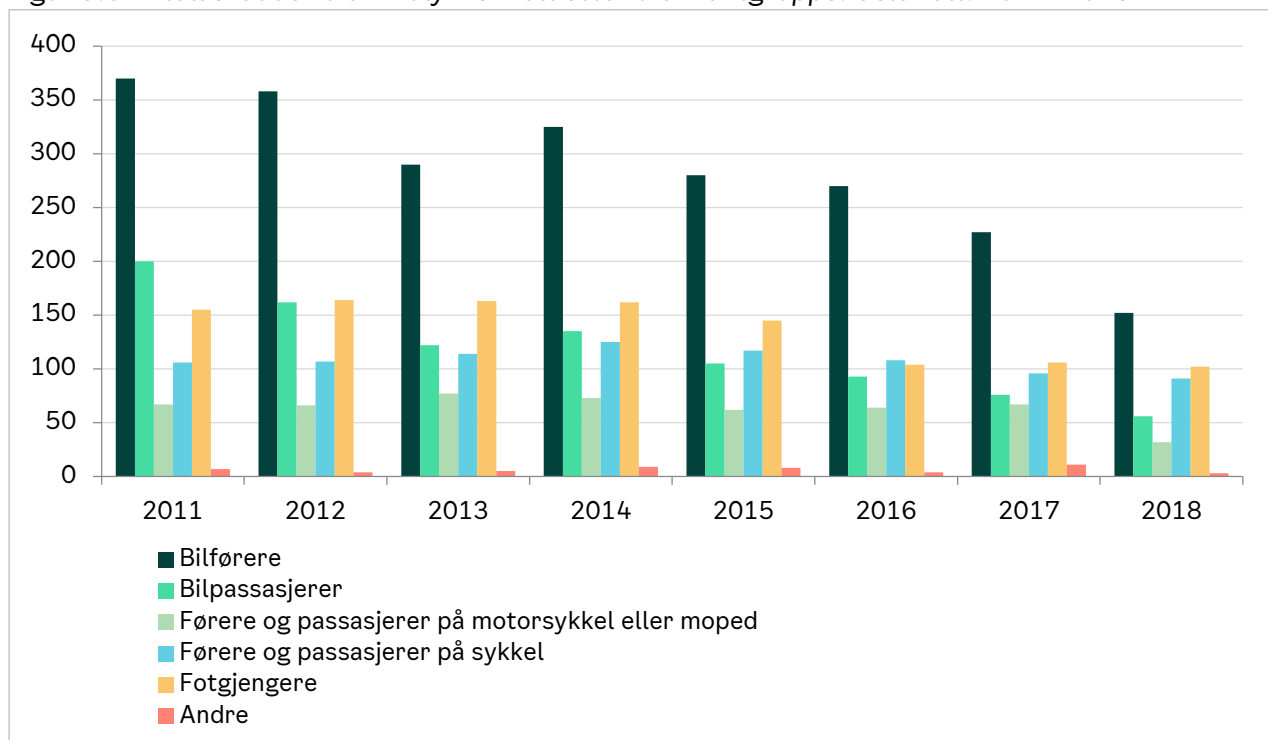
<sup>307</sup> Oslo Politidistrikt. (2019). [Barne- og ungdomskriminaliteten i Oslo](#). Rapport basert på data fra 2018. SaLTo. Hentet 01.11.2019

aldersgruppen 10–17 år. Av de unge gjengangerne er det svært mange flere gutter enn jenter, henholdsvis 91 og 9 prosent.

## 9.4 Trafikkulykker

Antall skadde i trafikkulykker i alt i Oslo har gått ned i perioden 2011–2018, spesielt ved skader på bilførere og bilpassasjerer (se Figur 9.6 ). I 2018 er det fortsatt flest personskader i bil (208). Til sammenligning var antall skadde fotgjengere 102, mens det var 91 skadde førere og passasjerer på sykkel samme år.

Figur 9.6 Antall skadde i trafikkulykker i alt etter trafikantgruppe. Oslo i alt. 2011–2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabellnummer 09011

Av de som skader seg på sykkel, som fotgjenger eller på motorsykkel/moped, får en høyere andel de alvorligste skadene enn blant trafikkskadde i bil.<sup>308</sup> Det er en del usikkerhet knyttet til disse tallene, siden antallet hardt skadde er lavt. Det gjør at små endringer gir store utslag. Tallene fra Statistisk sentralbyrå baserer seg på politiregistrerte skader og har en langt lavere forekomst enn de faktiske tallene. Det er fordi mange tilfeller er mindre alvorlige ulykker, og behandles hos fastlege og legevakt og ikke blir registrert hos politiet. For eksempel ble det ved skadelegevakta registrert 2 184 pasienter med sykkelskade i Oslo i 2014, hvorav 1 673 (77 prosent) av disse ble registrert med skadested Oslo by. Av alle de registrerte pasientene var 65 prosent menn, med en medianalder på 34 år, mens medianalderen for kvinner var 32 år. Det var

<sup>308</sup> Statistisk sentralbyrås statistikkbank, tabellnummer 09011.

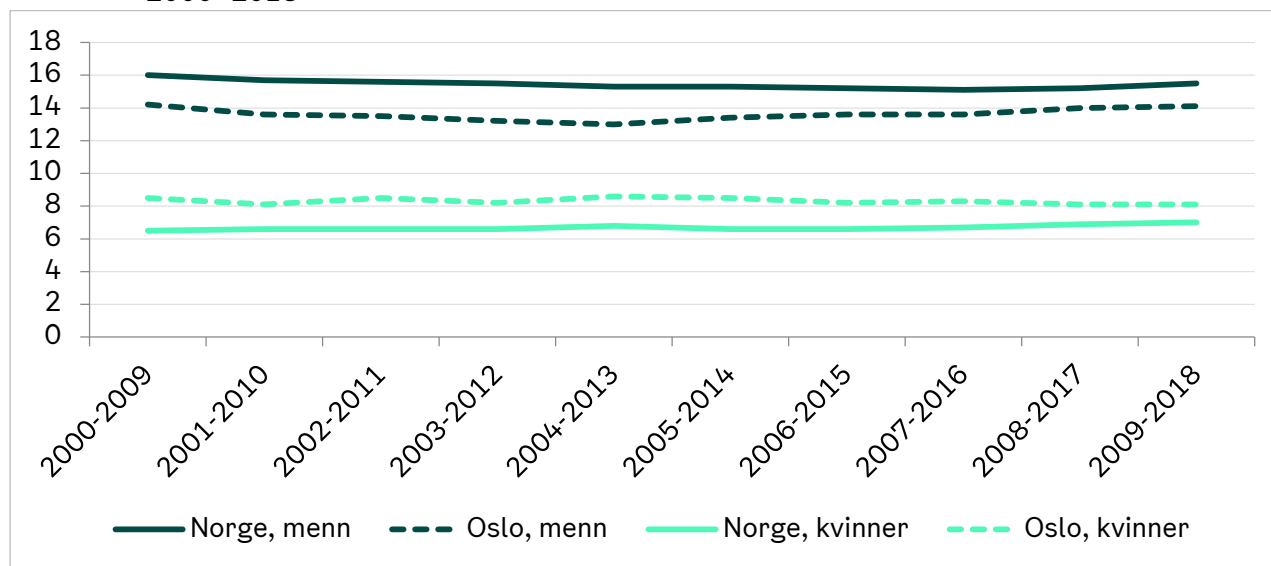
betydelig færre sykkelskader i aldersgruppen 15 til 20 år. 96 prosent av pasientene hadde lette og moderate skader.<sup>309</sup> Totalt antall registrerte sykkelskader i den politibaserte registreringen hos Statistisk sentralbyrå var 125 i samme periode.

Ved Oslo skadelegevakt (organisert under Oslo universitetssykehus) har det som følge av utbredelsen av sparkesykler, kommet mange skader inn til legevakta. De fleste har vært i alderen rundt 30 år, og det var flest menn. Oslo skadelegevakt og akuttmottaket på Ullevål Universitetssykehus registrerte 337 skader i perioden 1. april til og med 31. juli i 2019 grunnet elektrisk sparkesykkel. Dette gjelder alle el-sparkesykler, også de i privat eie. Ifølge skadelegevakten hadde 21 av dem alvorlige skader, og resten moderate eller lettere skader.<sup>310</sup>

## 9.5 Selvmord

I Oslo er det registrert fra 65 til 83 selvmord per år i perioden 2012 til 2018. Det er vanlig å anta at det er 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Flere menn enn kvinner tar selvmord, særlig blant de eldre (75+), mens flere kvinner gjør selvmordsforsøk.<sup>311</sup> For menn er tallene for landet og Oslo omtrent på samme nivå. For kvinner har forekomsten vært noe høyere i Oslo enn landsnivået.

Figur 9.7 Antall døde av selvmord per 100 000. 0–74 år. Oslo og Norge fordelt på kjønn. 2000–2018



Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

<sup>309</sup> Melhuus, K., Siverts, H., Enger, M., Schmidt, M. (2015). *Smaken av asfalt. Sykkelskader i Oslo 2014*. Oslo skadelegevakt. Oslo Universitetssykehus og Helsedirektoratet.

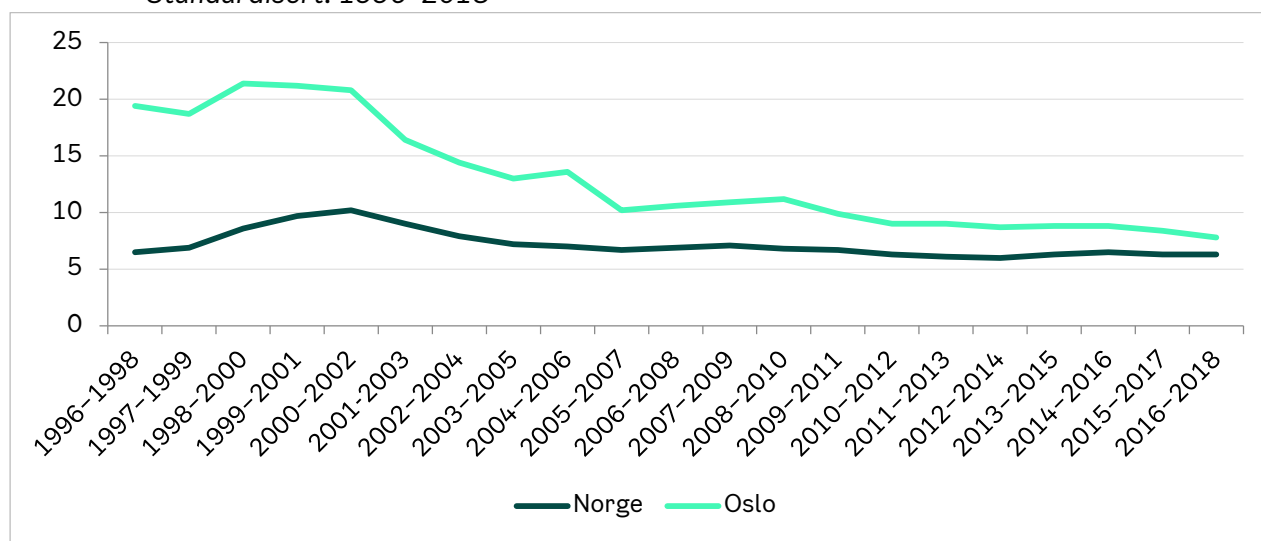
<sup>310</sup> <https://www.nrk.no/norge/nesten-fem-ulykker-i-dognet-med-elsparkesykkel-i-oslo-1.14662246> (se tabell i artikkel). Hentet 31.03.2020.

<sup>311</sup> <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> Hentet 31.03.2020

## 9.6 Overdosedødsfall

Figur 9.8 viser at antall narkotikautløste dødsfall i Oslo per 100 000 ble mer enn halvert fra 1996–1998 til 2016–2018, fra 19 til 8 per 100 000 innbyggere. Tallene viser gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder. Det har i hele perioden vært færre tilfeller per 100 000 innbyggere nasjonalt sammenlignet med Oslo. Forskjellen i andeler for Oslo og Norge som helhet er over tid redusert. I 2016–2018 var det to flere tilfeller per 100 000 i Oslo enn i Norge som helhet.

Figur 9.8 Antall narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere. Norge og Oslo.  
Standardisert. 1996–2018



Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet

## 10 Hovedutfordringer og ressurser i Oslos folkehelsearbeid

Oslohelsa 2020 gir en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for Oslo kommunes befolkning. Oversikten skal blant annet brukes som grunnlag for å peke ut hovedutfordringer for folkehelsa i Oslo. Det er viktig å se funnene i Oslohelsa 2020 i sammenheng med andre generelle utviklingstrekk i samfunnet, som blant annet beskrevet i Oslotrender 2019.

Oversikt over helsetilstanden og dens påvirkningsfaktorer er en nødvendig del av det systematiske folkehelsearbeidet. I neste omgang er det viktig å omsette hovedutfordringer til strategier, mål og tiltak. Iverksatte tiltak bør være kunnskapsbaserte og evalueres. Hensikten med den systematiske tilnærmingen er at tiltakene blir mer treffsikre, og dermed bidrar til bedre folkehelse for Oslos innbyggere.

I avsnitt 10.1 beskrives hovedutfordringer i befolkningen for Oslo. Avsnitt 10.2 peker på utfordringer for det systematiske folkehelsearbeidet i Oslo. Til slutt, i avsnitt 10.3, presenteres noen sentrale ressurser for folkehelsa i Oslo kommune, som er viktige å ta i bruk i møtet med hovedutfordringene.

Hovedutfordringer og ressurser i Oslo er basert på faktorer som

- gjelder mange og/eller er ujevnt fordelt
- kan ha store helsekonsekvenser
- representerer en økende utfordring
- er spesielle for Oslo
- er mulige å forebygge
- potensielt kan gi store helsegevinster gjennom forebygging
- kan forebygges gjennom kostnadseffektive tiltak
- representerer kommunale og/eller nasjonale føringer

I tillegg er hovedutfordringene basert på innspill fra alle folkehelsekontakter i ulike virksomheter i Oslo kommune.

### 10.1 Hovedutfordringer i befolkningen

Helseetaten anbefaler at innsatsen rettes inn mot det helsefremmede og forebyggende arbeidet med å utjevne sosial ulikhet i helse. Det bør rettes spesielt fokus på å redusere sosiale forskjeller i opplevd utenforskap og i helsevaner, og at nærmiljøet er en arena for det. Strukturen i anbefalingene illustreres på følgende måte:

| Sosial ulikhet i helse |            |          |
|------------------------|------------|----------|
| Utenforskap            | Helsevaner | Nærmiljø |

### **Sosial ulikhet i helse**

Gjennomsnittshelsa til Oslos befolkning er i hovedsak god, men det er betydelige sosiale helseforskjeller. Sosial ulikhet i helse utgjør derfor den mest gjennomgående folkehelseutfordringen i Oslo. Med sosial ulikhet i helse menes at sosiale faktorer, i hovedsak sosioøkonomiske, påvirker levekår og levestett, som igjen påvirker helsa. Sosioøkonomiske ressurser inkluderer økonomiske ressurser, utdanning og yrke. Litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse statistisk sett. Det gjelder gjennom hele det sosiale hierarkiet. Bydelsforskjeller i helse kan også henge sammen med sosial ulikhet i helse. I bydeler der inntekts- og utdanningsnivået er lavere, er samtidig også helsa gjennomgående dårligere.

### **Utenforskap**

Forskning viser at å være ensom og utenfor det sosiale fellesskap gjør oss mer utsatt for fysiske og psykiske sykdommer og tidlig død. Utenforskap bør også ses i sammenheng med rus og uhensiktsmessig atferd. Vansker med å håndtere negative følelser kan blant annet vise seg gjennom tilbaketrekning, angst og depresjon, men også gjennom utagerende atferd.

Rundt en av fire oslounngdom er ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. Selv om vi har lite data som viser hvor vanlig ensomhet er blant eldre, vet vi at eldre også er utsatt for ensomhet.

Dårlige livsbetingelser og økonomi kan være årsak til sosial eksklusjon. Lavinntekt er vanligere i østlige bydeler enn i vestlige, og andelen barn i lavinnteksthusholdninger er høyere i Oslo enn i Norge som helhet.

Deltakelse på ulike arenaer kan gi følelse av å høre til og bidra i samfunnet. Det er sosial ulikhet i deltakelsen i organiserte fritidsaktiviteter blant unge i Oslo.

Utenforskap, forringet mestringstro, dårlig helse og livskvalitet kan være blant årsakene til frafall i videregående, akkurat som frafall kan medføre førstnevnte faktorer. Det er store forskjeller mellom bydeler i frafall fra videregående, og det er store forskjeller i frafall mellom utdanningsprogram. Forskjeller i frafall henger sammen med forskjeller i grunnskolepoeng og foreldres sosioøkonomiske bakgrunn.

Mobbing bidrar til sosial utstøting og er en vesentlig risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser. Én av ti oslounngdom blir utsatt for mobbing, mens én av tyve sier at de er med på å mobbe andre.

Å bli utsatt for fysisk, seksuell eller emosjonell vold kan ha store helsemessige konsekvenser, som også kan føre til isolasjon og psykiske lidelser. Det representerer derfor også en folkehelseutfordring, selv om det ikke kan begrunne det med statistikk over omfanget for Oslo.

### **Helsevaner**

Helsetilstanden påvirkes direkte av helsevaner. Sykdomsbyrdeanalyser viser at atferdsfaktorer forklarer til sammen rundt en tredel av sykdomsbyrden gjennom tapte leveår. En stor andel av sykdomsbyrden kunne dermed vært unngått, dersom disse faktorene var redusert til et

minimumsnivå. Med atferdsfaktorer menes her i hovedsak tobakksrøyk, liten grad av fysisk aktivitet, usunt kosthold og bruk av alkohol og illegale rusmidler.

Rundt halvparten av Oslos voksne befolkning oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet eller anbefalingen om minst fem porsjoner frukt og grønt per dag. Andelen som ikke etterlever disse rådene er høyere blant ungdom. Her ser vi forskjeller mellom bydeler, og etter sosioøkonomisk bakgrunn; gode vaner er vanligere blant ungdom med høyere sosioøkonomisk bakgrunn enn blant ungdom med lavere sosioøkonomisk bakgrunn. Overvekt og fedme er også mer utbredt i bydeler med lavere inntekst- og utdanningsnivå.

Videre er bruk av illegale rusmidler og alkohol vanligere i Oslo enn i resten av landet, og andelen ungdom som bruker hasj og marihuana har økt. Og selv om andelene som røyker går ned i Oslo, er det fortsatt en viktig årsak til tapte leveår, og det er derfor viktig å forhindre at unge begynner å røyke og hjelpe alle som røyker til å slutte.

### **Nærmiljø**

Tilrettelegging for aktiviteter og møteplasser i nærmiljøet kan bidra til at folk tar mer helsevennlige valg, og til at de opplever sterkere grad av fellesskap, helse og livskvalitet. Nær halvparten av Oslos innbyggere mangler trygg tilgang til rekreasjonsareal, mens bare om lag en av tre har trygg tilgang til nærturterreng.

Oslo har lav dekning av idrettsanlegg enn andre fylker og de største byene i Norge, samtidig som det er store forskjeller i anleggsdekningen mellom områder i Oslo. Oslo venter fortsatt befolkningsvekst, og det vil være behov for flere idrettsanlegg for å kunne legge til rette for et bedre og mer mangfoldig idrettstilbud. Det vil også være behov for å ivareta og utnytte eksisterende kapasitet bedre.

Sentrumsbydelene er mest støyutsatt. Det forventes at flere personer vil bli støyutsatt i framtiden på grunn av fortetting og utbygging i støyutsatte områder.

Antall kommunalt disponerte utleieboliger per 1 000 innbyggere er høyest i indre øst og lavest i ytre vest. En stor andel kommunalt disponerte utleieboliger kan gi en opphopning av personer med dårlig økonomi og andre utfordringer. Få kommunale boliger kan gjøre det vanskeligere å gi hjelp til vanskeligstilte på boligmarkedet.

## **10.2 Utfordringer i det systematiske folkehelsearbeidet**

Den systematiske tilnærmingen til folkehelsearbeidet er en nødvendig forutsetning for å nå målene om mindre sosial ulikhet i helse. For å nå disse målene, bør det være et pågående fokus for Oslo kommune å jobbe målrettet med denne tilnærmingen. Områdene som representerer utfordringer i det systematiske folkehelsearbeidet kan illustreres på følgende måte:

| Utfordringer i det systematiske folkehelsearbeidet |                                                 |                                                        |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Behov for mer kunnskap om befolkningen             | Folkehelsearbeid på tvers av kommunens sektorer | Kontinuerlig læring og forbedring i folkehelsearbeidet |

### Behov for mer kunnskap om befolkningen

Selv om Oslo kommune innhenter og fremstiller data på mange ulike områder, er det fremdeles flere områder en ikke har god nok kunnskap og oversikt over. Det gjenspeiler seg også i hva slags statistikk som presenteres i Oslohelsa. Rapporten mangler derfor tilstrekkelig informasjon om hvordan helse og påvirkningsfaktorene fordeler seg etter alder, etter bydel og delbydel, etter innvandringsbakgrunn og etter sosial bakgrunn mer generelt. Tatt i betraktning at vi står overfor en økende eldrebefolkning framover og at innvandrerandelen i Oslo har økt, er det spesielt viktig med økt kunnskap om disse delene av befolkningen.

For å få økt kunnskap på disse områdene, kan data som samles inn av kommunale tjenester i større grad enn i dag brukes som datakilde. Ulike registre og journalsystemer vil være kilder til denne type informasjon. Kvalitative undersøkelser blant ansatte i tjenestene og brukerne vil være en annen type kilde til kunnskap. Med tiden kan det være at vi får enda bedre oversikt over helsetilstanden i Oslos befolkning og påvirkningsfaktorer ved hjelp av nye befolkningsrettede undersøkelser for Oslo. Her er det imidlertid viktig at befolkningsundersøkelsene tilrettelegges for en mangfoldig befolkning.

Helsedirektoratets veileder til et systematisk folkehelsearbeid<sup>312</sup> vektlegger at nødvendig oversikt etter Folkehelseloven<sup>313</sup> fordrer at kommunen tolker data i en *lokal* kontekst. Oslohelsa beskriver helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på et overordnet nivå for Oslo og gjelder for hele byen. Det er store forskjeller både mellom og innad i bydelene, og noen av disse nyansene fremkommer ikke i Oslohelsa 2020. I en stor by som Oslo er det viktig at man tar i bruk lokal kunnskap for å få god nok oversikt, for deretter å iverksette riktige tiltak. Kommunens planleggere og beslutningstakere må kjenne til kommunens helseutfordringer og påvirkningsfaktorer. Helsefremming og utjevning av forskjeller må settes på agendaen i planprosessene, og kommunen må ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å realisere målsettingene innenfor folkehelsearbeidet. Det er avgjørende for å redusere sosiale ulikheter i helse i Oslo.<sup>314</sup>

<sup>312</sup> Helsedirektoratet. (2020). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>. Hentet 19.02.2020

<sup>313</sup> Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> Hentet 31.03.2020.

<sup>314</sup> Hofstad, H. (2019). *Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller*. NIBR-rapport 2019:6. <https://fagarkivet.oslomet.no/nb/item/asset/dspace:13301/2019-6.pdf>

### **Folkehelsearbeid på tvers av kommunens sektorer**

Grunnlaget for god helse i befolkningen skapes i hovedsak på andre arenaer enn i helsesektoren. Det betyr at det helsefremmende og forebyggende arbeidet i stor grad må foregå på disse arenaene. Det er avgjørende for sluttresultatet at ulike sektorer og virksomheter samarbeider i dette arbeidet. Samarbeid om folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og virksomheter bør derfor være et pågående fokus for Oslo kommune.

### **Behov for kontinuerlig læring og forbedring i folkehelsearbeidet**

De siste årene har det vært mye fokus på kunnskapsbasert folkehelsearbeid, men det er fortsatt behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som gir effekt i folkehelsearbeidet. Kommunen må sørge for at iverksatte tiltak evalueres. Det kan utvide den samlede kunnskapen på området. I tillegg skal kommunen vurdere om folkehelsearbeidet utvikler seg i riktig retning og basert på identifisere forbedringsområder.<sup>315</sup>

## **10.3 Viktige ressurser for folkehelsa i Oslo**

Her presenteres tre sentrale ressurser for folkehelsa i Oslo kommune, som er viktige å ta i bruk i møtet med hovedutfordringene.

### **Utdanning**

Befolkningen i Oslo har et høyt utdanningsnivå, og økningen i andelen med høy utdanning har vært større i Oslo enn i resten av landet.

### **Deltakelse i arbeidslivet**

Arbeidsledigheten varierer mellom bydelene, men ledigheten i Oslo er lav sett i historisk sammenheng. Også andel på uføretrygd er lav sammenlignet med de øvrige fylkene i landet. Det samme gjelder sykefraværet; det er også lavere i Oslo enn i landet for øvrig.

### **Nærmiljø og friområder**

I Oslo har nær 98 prosent av befolkningen mindre enn 300 meter til et grøntområde. Oslo kommune var tidlig ute med å velge ut 14 friområder og definere disse som «stille områder». Utvelgelsen var basert på rekreasjonsverdi, og målet er å beskytte disse områdene for økt støypåvirkning. De 14 områdene har nå fått en formell beskyttelse i kommuneplan. Samlet sett utgjør fjorden, områdene som grenser til fjorden og vannene i Marka en viktig ressurs innen friluftstilbudet. Badeplassene er viktige utfartsområder om sommeren. Marka er en annen verdifull ressurs for friluftslivet for Osloinnbyggerne, sommer som vinter. Sentrale tilretteleggingstiltak er turveier og -stier, samt serveringssteder og overnattingsmuligheter.

<sup>315</sup> Helsedirektoratet. (2020). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>. Hentet 19.02.2020.

## 11 Tabelloversikt

|                                                                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabell 3.1 Sykdomsbyrde i Norge 2016. De ti viktigste årsakene til tapte leveår, ikke-dødelig helsetap og helsetapsjusterte leveår etter kjønn. Andel av tapet i prosent i parentes. .... | 26  |
| Tabell 3.2 Antall og andel (prosent) av sykdomsbyrden i Norge i 2016 som kan tilskrives hovedgruppene av risikofaktorer. ....                                                             | 27  |
| Tabell 3.3 Tilfredshet med ulike livsområder. Prosent. 2018 .....                                                                                                                         | 39  |
| Tabell 3.4 Ulike typer følelser etter kategori, intensitet og varighet. Prosent. 2018.....                                                                                                | 41  |
| Tabell 3.5 Antall registrerte tilfeller av en del smittsomme sykdommer i Oslo 2018, og insidensrater (antall tilfeller per 100 000 innbyggere) for Oslo og resten av landet.....          | 64  |
| Tabell 3.6 Vaksinasjonsdekning, etter alder og vaksine, Oslo 2018. Prosent. ....                                                                                                          | 67  |
| Tabell 4.1 Andel elever ved barneskolene i Oslo med ulike svømmeferdigheter etter 4.trinn. ....                                                                                           | 80  |
| Tabell 4.2 Svømmeferdigheter blant elever på 4. trinn etter bydel. Prosent. 2017/2018. ....                                                                                               | 80  |
| Tabell 4.3 Resultater av ernæringskartlegging på sykehjem i perioden 2018–2019. Prosent.....                                                                                              | 92  |
| Tabell 7.1 Andel av elever i 1. klasse som går på AKS i fra 2009 til 2019 .....                                                                                                           | 138 |
| Tabell 8.1. Andel støyutsatte (prosent) .....                                                                                                                                             | 145 |
| Tabell 8.2 Tilgjengelighet til grøntarealer i Oslo 2006–2016.....                                                                                                                         | 149 |
| Tabell 9.1 Andel beboere med fall med moderat/alvorlig skade og andel fall med fallforebyggende tiltak (2018–2019).....                                                                   | 153 |

## 12 Figuroversikt

|                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figur 1.1 De fem fasene i det lovpålagte systematiske folkehelsearbeidet .....                                                                                           | 10 |
| Figur 1.2 Kart over bydelsinndelingen i Oslo .....                                                                                                                       | 13 |
| Figur 2.1 Befolkningsvekst, fødselsoverskudd og nettoflytting i Oslo, statistikk og framskrevet (mellomalternativet) .....                                               | 17 |
| Figur 2.2 Antall personer i Oslo etter aldersgrupper, 67 år og eldre. Statistikk 2006–2019. Framskrevet 2020–2040.....                                                   | 18 |
| Figur 2.3 Andel av befolkning med innvandrerbakgrunn i 2009 og 2019 .....                                                                                                | 19 |
| Figur 2.4 De fem største (i antall) innvandrergrupper i Oslo etter landbakgrunn 01.01.2019 .....                                                                         | 20 |
| Figur 2.6 Andel personer per bydel med innvandrerbakgrunn 01.01.2019 .....                                                                                               | 21 |
| Figur 2.7 Andel husholdninger med barn under 18 år per bydel i 2019 .....                                                                                                | 22 |
| Figur 3.1 Forventet levealder ved fødsel etter kjønn, bosted (Oslo og Norge) og tidsperiode.....                                                                         | 29 |
| Figur 3.2 Forventet levealder ved fødsel, kvinner i Oslo, etter bydel og tidsperiode .....                                                                               | 30 |
| Figur 3.3 Forventet levealder ved fødsel, menn i Oslo, etter bydel og tidsperiode .....                                                                                  | 30 |
| Figur 3.4 Forskjell mellom forventet levealder mellom to utdanningsgrupper. Oslo og Norge.....                                                                           | 31 |
| Figur 3.5 Forskjell i forventet levealder (antall år) mellom de med kun grunnskoleutdanning og de med videregående eller høyere utdanning. Bydel. 2002–2016.....         | 32 |
| Figur 3.6 Forventet levealder ved fødsel etter høyeste fullførte utdanning. Bydel. 2002–2016. Avkortet y-akse .....                                                      | 33 |
| Figur 3.7 Dødelighet, kreft og hjerte- og karsykdommer i Oslo etter kjønn og tidsperiode.....                                                                            | 34 |
| Figur 3.8 Andel ungdommer fra 8. trinn til Vg3 som er litt eller svært fornøyd med sin egen helse. Fordelt på bydel og kjønn. 2018.....                                  | 35 |
| Figur 3.9 Andel av ungdommer (8. kl. til Vg3) som svarer passer ganske eller svært godt på påstanden om de er fornøyd med hvordan de har det. Bydel. Prosent. 2018 ..... | 38 |
| Figur 3.10 Andel ungdommer fra 8. trinn til Vg3 som i den siste uka har følt på ulike plager og bekymringer i ulik grad. Prosent. 2018.....                              | 43 |

|                                                                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figur 3.11 Andel av ungdommer som er mye plaget av ulike psykiske belastninger og bekymringer fordelt på bydel. Prosent. 2018. Avkortet x-akse .....                                                                    | 44 |
| Figur 3.12 Antall unike pasienter i kontakt med fastlege eller kommunal legevakt for muskel- og skjelettrelaterte plager/sykdomsdiagnoser per 1000 innbyggere 0–74 år. Per år i perioden 2016–2018. Standardisert ..... | 49 |
| Figur 3.13 Antall registrerte dødsfall forårsaket av demens i perioden 2013–2017 etter kjønn og årstall for Oslo .....                                                                                                  | 51 |
| Figur 3.14 Andel sykehjemsbeboere med en ADL på 3, 4 eller 5 på hukommelse fordelt på aldersgrupper og kjønn. Oslo. Prosent. 2018 .....                                                                                 | 52 |
| Figur 3.15 Antall per 1000 innbyggere 0–74 år som var brukere av fastlege/legevakt på grunn av hjerte- og karsykdommer, etter bydel. 2016–2018.....                                                                     | 54 |
| Figur 3.16 Antall døde av hjerte- karsykdom per 100 000 i Norge og Oslo fordelt på kvinner og menn .....                                                                                                                | 55 |
| Figur 3.17 Antall nye tilfeller av kreft per 100 000 fordelt på de vanligste kreftformene hos menn i perioden 2003–2017. Oslo .....                                                                                     | 56 |
| Figur 3.18 Antall nye tilfeller per 100 000 av kreft fordelt på de vanligste kreftformene hos kvinner i perioden 2003–2017. Oslo.....                                                                                   | 57 |
| Figur 3.19 Antall nye tilfeller av brystkreft per 100 000 fordelt på bydel i 2008–2017. Oslo.....                                                                                                                       | 58 |
| Figur 3.20 Antall nye tilfeller av lungekreft per 100 000 fordelt bydel i 2009–2018. Standardisert .                                                                                                                    | 58 |
| Figur 3.21 Dødelighet av kreft for menn og kvinner i Oslo og Norge. 2000 til 2017.....                                                                                                                                  | 59 |
| Figur 3.22 Tidlig død (død før fylte 75) som følge av kols per 100 000 på bydelsnivå i perioden 2008–2017 .....                                                                                                         | 60 |
| Figur 3.23 Antall pasienter per 1000 innbyggere som oppsøkte fastlegen med diabetes type 2 som årsak til kontakt. Bydel. 2018 .....                                                                                     | 62 |
| Figur 3.24 Tilfeller av svangerskapsdiabetes per 1000 svangerskap i Norge og Oslo .....                                                                                                                                 | 63 |
| Figur 3.25 Antall meldte tilfeller (både infeksjoner og bærerskap) av MRSA per år i Oslo .....                                                                                                                          | 65 |
| Figur 3.26 Vaksinasjonsdekning etter bydel for meslinger ved 2 og 16 år.....                                                                                                                                            | 66 |
| Figur 3.27 Vaksinasjonsdekning blant 16-åringer mot HPV infeksjon (jenter) i bydelene i Oslo. Gjennomsnitt for perioden 2014–2018.....                                                                                  | 68 |
| Figur 3.28 Andel 5- og 12 åringer som har friske tenner. Oslo. 2010 til 2018 .....                                                                                                                                      | 70 |
| Figur 3.29 Andel femåringer med friske tenner ved tannklinikker i Oslo. 2018.....                                                                                                                                       | 70 |
| Figur 3.30 Kartlegging av munnhygiene (BSI) blant sykehjemsbeboere i Oslo. 2018 .....                                                                                                                                   | 71 |
| Figur 4.1 Andel barn i barnehager og 1. trinn på barneskoler i Groruddalen som i løpet av dagen oppnår fysisk aktivitet i moderat til høy intensitet.....                                                               | 74 |
| Figur 4.2 Andel som er så fysisk aktiv at de blir andpusten eller svett 3–4 ganger i uka eller minst fem ganger i uka etter bydel. Prosent. 2018 .....                                                                  | 75 |
| Figur 4.3 Andel unge som er så fysisk aktive at de blir andpusten eller svett minst fem ganger i uka etter kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn (SØS) og foreldrenes fødeland. Prosent. 2018.....                             | 76 |
| Figur 4.4 Andel ungdommer på ungdomstrinnet og i videregående som driver med ulik type aktivitet en eller flere ganger i uka. Oslo i alt. Prosent. 2018 .....                                                           | 77 |
| Figur 4.5 Andel ungdommer som driver med ulik type aktivitet en eller flere ganger i uka etter sosioøkonomisk bakgrunn (SØS). Oslo i alt. Prosent. 2018 .....                                                           | 78 |
| Figur 4.6 Andeler som tilfredsstiller ACSM-kriteriet, knyttet til byområder. Data for 2011, 2013 og 2015 slått sammen .....                                                                                             | 79 |
| Figur 4.7 Hvor ofte ungdom vanligvis spiser frukt, bær og grønt. Oslo i alt. Prosent. 2018.....                                                                                                                         | 81 |
| Figur 4.8 Andel unge som spiser frukt og grønnsaker en eller flere ganger per dag etter bydel. Prosent. 2018 .....                                                                                                      | 82 |
| Figur 4.9 Andel som spiser frukt og bær eller grønnsaker en eller flere ganger daglig etter sosioøkonomisk bakgrunn (SØS). Prosent. 2018 .....                                                                          | 83 |

|                                                                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figur 4.10 Andel som spiser frukt og bær eller grønnsaker en eller flere ganger daglig etter kjønn. Prosent. 2018 .....                                                                                                    | 83  |
| Figur 4.11 Hvor ofte ungdom vanligvis spiser ulike former for mat. Oslo i alt. Prosent. 2018 .....                                                                                                                         | 84  |
| Figur 4.12 Hvor ofte ungdom vanligvis drikker ulike former for drikkevarer. Oslo i alt. Prosent. 2018 .....                                                                                                                | 86  |
| Figur 4.13 Andel av Oslos befolkning over 16 år som vanligvis spiser frukt og bær eller grønnsaker og salater en eller flere ganger per dag. Prosent. 2015 .....                                                           | 87  |
| Figur 4.14 Overvekt og fedme blant 3. klassinger i Norge .....                                                                                                                                                             | 88  |
| Figur 4.15 Andel med overvekt og fedme (KMI >25) i prosent ved sesjon 1 for menn og kvinner i Norge og Oslo.....                                                                                                           | 90  |
| Figur 4.16 Kroppsmasseindex (KMI) voksne (16–79 år) i 2015.....                                                                                                                                                            | 90  |
| Figur 4.17 Andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner. Prosent. 2016–2018.....                                                                                                           | 91  |
| Figur 4.18 Fødselsvekt Oslo og Norge. 2017.....                                                                                                                                                                            | 92  |
| Figur 4.19 Andel fødte med høy eller lav fødselsvekt etter bydel. Prosent. 2009–2018.....                                                                                                                                  | 93  |
| Figur 4.20 Andel ungdommer som røyker og snuser daglig i 2018. Forkortet y-akse. Bydel .....                                                                                                                               | 94  |
| Figur 4.21 Andel som røyker og snuser daglig i Oslo (16–74 år). Forkortet y-akse. Prosent. 2008–2018 .....                                                                                                                 | 95  |
| Figur 4.22. Andel av gutter og jenter på ulike klassetrinn som har vært tydelig beruset siste år. Prosent. 2018. ....                                                                                                      | 97  |
| Figur 4.23 Andel i videregående som har drukket seg tydelig beruset en eller flere ganger siste 12 måneder. Bydel. Prosent. 2018.....                                                                                      | 97  |
| Figur 4.24 Andel som har prøvd hasj eller marihuana etter kjønn. Prosent. 1996–2018 .....                                                                                                                                  | 98  |
| Figur 4.25 Andel av gutter og jenter på ulike klassetrinn som har brukt hasj/marihuana/cannabis det siste året. Prosent. 2018 .....                                                                                        | 99  |
| Figur 4.26 Andel elever i videregående som har brukt hasj/marihuana/cannabis en eller flere ganger siste 12 måneder etter bydel. Prosent. 2018.....                                                                        | 99  |
| Figur 4.27 Svangerskapsavbrudd per 1000 kvinne. Aldersgrupper. Oslo. 2010–2018 .....                                                                                                                                       | 102 |
| Figur 4.28 Abortrater Oslo per 1000 kvinner etter bydel i aldersgruppen 20–24 år.....                                                                                                                                      | 103 |
| Figur 5.1 Andelen personer 30–59 år med høy utdanning, etter kjønn og år .....                                                                                                                                             | 108 |
| Figur 5.2 Andel av befolkningen per bydel, 30–59 år, med lav og høy utdanning. 2018.....                                                                                                                                   | 109 |
| Figur 5.3. Inntekt etter skatt per forbruksenhet per delbydel, snitt. 2017 .....                                                                                                                                           | 110 |
| Figur 5.4 Andel personer i husholdninger med årlig lavinntekt etter bydel. 2018.....                                                                                                                                       | 111 |
| Figur 5.5 Andel av befolkningen, 16–66 år, med redusert funksjonsevne. Bydel. 2016 .....                                                                                                                                   | 114 |
| Figur 5.6 Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere per bydel (antall) 2018 .....                                                                                                                                   | 116 |
| Figur 5.7 Viktigste faktorer ved flytting fra indre by til ytre by/Akershus. Egenskaper ved bomiljø og fritid.....                                                                                                         | 118 |
| Figur 6.1 Andel sykmeldte 4. kvartal 2018 i bydelene .....                                                                                                                                                                 | 121 |
| Figur 6.2 Andel av befolkningen 18–67 år som er mottakere av uføretrygd. Bydelene i Oslo, sammenliknet med gjennomsnittet for Oslo og Norge. Prosent. Mars 2019 .....                                                      | 122 |
| Figur 6.3 Andel av yrkesaktive 16–66 år som oppgir dårlig helse, etter utdanningsnivå. 2016.....                                                                                                                           | 126 |
| Figur 7.1 Andel barn som bor i husholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet under 60 prosent av medianinntekten basert på EU-skala. Barn 0–17 år. Bydeler, samt Oslo og Norge totalt. 2017. Prosent ..... | 130 |
| Figur 7.2 Andel barn i familier som mottar sosialhjelp. Barn 0–17 år. Bydeler samt Oslo og Norge totalt. Prosent. 2016 .....                                                                                               | 131 |
| Figur 7.3 Andel barn og ungdom i alderen 0–22 år med barnevernstiltak fordelt på bydeler i Oslo og gjennomsnitt for Oslo og landet uten Oslo. Prosent. 2018 .....                                                          | 132 |
| Figur 7.4 Andel 1–5-åringer i barnehage i forhold til innbyggere 1–5 år, etter bydel. Prosent. 2018.....                                                                                                                   | 133 |

|                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figur 7.5 Andel minoritetsspråklige barn i alderen 1–5 år i barnehage i Oslo. 2015–2018. Prosent                                                                                     | 134 |
| Figur 7.6 Andel førskolebarn som får ekstra ressurser, i forhold til alle barn i barnehage. Bydel, gjennomsnitt for Oslo og for Norge uten Oslo. Alle barnehager (prosent). 2018     | 135 |
| Figur 7.7 Frafall / ikke bestått videregående opplæring i løpet av fem år. Bydeler i Oslo, gjennomsnitt for Oslo og Norge. Prosent. Gjennomsnitt for årene 2013–2018                 | 136 |
| Figur 7.8 Fullført og bestått videregående opplæring innen fem år (normert tid) i Oslo og Norge, etter kjønn og utdanningsprogram. Prosent. 2013–2018                                | 137 |
| Figur 7.9 Laveste mestringsnivå i lesing og regning 5. klassetrinn. Bydeler i Oslo. Gjennomsnitt for 2015/16–2017/18. Andel (prosent). Standardisert                                 | 138 |
| Figur 7.10 Viser hvor stor andel av ungdommene fra 8. klasse til Vg3 i Oslo som i varierende grad er fornøyd med sine foreldre, venner og nærmiljøet. Prosent. 2018                  | 139 |
| Figur 7.11 Andel osloundgom som enten er utsatt eller er med på å plage, true eller fryse ut andre minst én gang i måneden fordelt på bydeler i Oslo. Prosent. 2018. Avkortet y-akse | 140 |
| Figur 7.12 Andel som ville oppsøkt ulik type hjelp ved personlige problemer. Oslo i alt. Prosent. 2018                                                                               | 141 |
| Figur 8.1. Antall overskridelser av døgn grenseverdien for svevestøv, PM10, på ulike målestasjoner i Oslo. 2018                                                                      | 143 |
| Figur 8.2. Årsmiddelkonsentrasjon av NO <sub>2</sub> på ulike målestasjoner i Oslo. 2018                                                                                             | 144 |
| Figur 8.3 Klassifisering av badeplasser etter EUs badevannsdirektiv. Antall badeplasser fordelt på vannkvalitet                                                                      | 147 |
| Figur 9.1 Antall dødsfall etter dødsårsak. Oslo. 2015–2017                                                                                                                           | 152 |
| Figur 9.2 Hoftebrudd per 1000 fra 2010 til 2017, aldersgruppen 75 år og eldre, Oslo og Norge fordelt på kjønn                                                                        | 154 |
| Figur 9.3 Lovbrudd for vold og mishandling anmeldt per 1000 innbyggere i Oslo kommune (årlig gjennomsnitt). Perioden 2015–2018                                                       | 155 |
| Figur 9.4 Andel ungdommer i ulike bydeler som i løpet av det siste året har vært i slåsskamp. 2018. Avkortet y-akse                                                                  | 156 |
| Figur 9.5 Andel elever med sår eller skade på grunn av vold. Bydel og skoletype. 2018. Avkortet y-akse                                                                               | 157 |
| Figur 9.6 Antall skadde i trafikkulykker i alt etter trafikantgruppe. Oslo i alt. 2011–2018                                                                                          | 158 |
| Figur 9.7 Antall døde av selvmord per 100 000. 0–74 år. Oslo og Norge fordelt på kjønn. 2000–2018                                                                                    | 159 |
| Figur 9.8 Antall narkotikautløste dødsfall per 100 000 innbyggere. Norge og Oslo. Standardisert. 1996–2018                                                                           | 160 |

## 13 Oversikt over faktabokser

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Faktaboks 1 Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet «Global burden of disease» (GBD) | 28  |
| Faktaboks 2 Definisjoner utdanningsnivå                                                | 107 |
| Faktaboks 3 Inntekt                                                                    | 109 |