



Oslo

Helseetaten

Kunnskapsgrunnlag til ny folkehelsestrategi

Denne rapporten er utgitt av Helseetaten, Oslo kommune.

Juli 2021

Henvendelser vedrørende publikasjonen kan rettes til: Avdelingssjef Berit Bakke

berit.bakke@hel.oslo.kommune.no

Rapporten kan lastes ned fra: <https://www.oslo.kommune.no/folkehelse/#gref>

Forsidefoto: Thomas Ekström

Sammendrag

Kapittel 2, Folkehelseutfordringer i bydelene 2021 gir en oppsummering av en questback som ble sendt ut av Helseetaten til bydelene. Bydelene ble blant annet bedt om å svare på spørsmål om de viktigste utfordringene i bydelene og konsekvenser av covid-19 på folkehelsen i bydelen.

Kapittel 3, Statistisk utvikling over tid gir informasjon om statistisk utvikling over tid innenfor en rekke folkehelseparametere. Avsnittene viser at sosial ulikhet er en utfordring innenfor flere ulike parametere.

Kapittel 4, Nye rapporter om folkehelse gir korte oppsummeringer fra fire nye, sentrale rapporter om ulike områder innenfor folkehelsearbeidet. Rapportene handler om byplanlegging som fremmer folkehelse, kartlegging av sosial ulikhet blant barn og unge i Oslo, resultater fra den nasjonale livskvalitetsundersøkelsen og en utredning om levekårs- og integreringsutfordringer i storbyer i Norge.

Kapittel 5, Konsekvenser av covid-19 på folkehelsen gir korte oppsummeringer av undersøkelser som ser på konsekvenser av covid-19 pandemien på en rekke folkehelseparametere. Oslo har hatt en skjev smittebyrde, og i tillegg har smitteverntiltakene rammet ulikt. Innenfor flere av de negative konsekvensene av covid-19 ser det ut som ungdommer, studenter og unge voksne er særlig hardt rammet.

Kapittel 6, Folkehelseutfordringer i Oslos befolkning om 5-10 år gir informasjon om den beregnede sykdomsbyrden i Norge fra 1990 til 2030 og sykdomsbyrden i Oslo fra 1990 til 2019. Beregningen viser at hver enkelt innbygger kan forvente mindre sykdom og død fremover, men grunnet en betydelig befolkningsvekst i Oslo vil likevel den samlede sykdomsbyrden øke. Sykdomsbyrdeanalysene for Oslo viser at høy kroppsmasseindeks, høyt fastende blodsukker, alkoholforbruk og bruk av illegale rusmidler er risikofaktorer som har økt siden 1990.

Kapittel 7, De viktigste parameterne vi har behov for fremover nevner kort hva vi har behov for av data for en god oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i folkehelsearbeidet i Oslo.

Kapittel 8, Inspirasjon fra folkehelsearbeid i andre byer og land trekker fram folkehelsebudsjett som en nyskapende arbeidsmåte i Oslo kommune.

Kapittel 9, Erfaringer fra TISK-arbeidet oppsummerer hvilke erfaringer vi bør ta med oss fra TISK-arbeidet inn i arbeid med ny folkehelsestrategi og det systematiske folkehelsearbeidet.

Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	3
<i>KAPITTEL 1 Innledning</i>	6
<i>KAPITTEL 2 Folkehelseutfordringer i virksomhetene</i>	7
Innsikt fra bydeler og etater	7
Folkehelseutfordringer og ressurser i bydelene i Oslo	8
<i>KAPITTEL 3 Utvikling over tid</i>	11
Sosial ulikhet i helse og sosial mobilitet	11
Videregående opplæring	14
Helsekompetanse	15
Overvekt og fedme blant barn	18
Fysisk aktivitet og friluftsliv	19
Røyking og snusbruk	20
Ernæring	21
Søvn	21
Kreft	22
Hjerte- og karsykdommer	23
Type 2 diabetes	24
KOLS	25
Muskel- og skjelettlidelser og -plager	26
Ulykker- fallskader og hoftebrudd	27
Ulykker- El-sparkesykler	28
Miljø og helse	28
<i>KAPITTEL 4 Nye sentrale rapporter</i>	30
Levekår i byer, gode lokalsamfunn for alle	30
Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse - en kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune	31
Nasjonal livskvalitetsundersøkelse	32
Byplanlegging som fremmer folkehelse - Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger	33
<i>KAPITTEL 5 Konsekvensene av covid-19</i>	34
Konsekvenser av covid-19 for sosial ulikhet i helse	34
Konsekvenser av covid-19 for psykisk helse	35
Konsekvenser av covid-19 for livskvalitet	36
Konsekvenser av covid-19 for nærmiljø	37
Konsekvenser av covid-19 for utlånssentraler	38
Konsekvenser av covid-19 og smitteverntiltak for lokal luftkvalitet	38

Konsekvenser av Covid-19 for arbeid og arbeidsledighet.....	39
Konsekvenser av Covid-19 for fødselsdepresjon	40
Konsekvenser av Covid-19 for barnevaksinasjonsprogrammet.....	40
Konsekvenser av Covid-19 for fysisk aktivitet og idrett	41
Konsekvenser av Covid-19 for ernæring	41
Konsekvenser av Covid-19 for alkoholkonsum	42
Konsekvenser av Covid-19 for tannhelsen	43
<i>KAPITTEL 6 Folkehelseutfordringer i Oslo fremover</i>	<i>44</i>
Folkehelseutfordringer i Oslo om 5-10 år	44
God folkehelse krever langsiktighet og bevisste prioriteringer	47
<i>KAPITTEL 7 De viktigste parameterne vi har behov for fremover</i>	<i>49</i>
<i>KAPITTEL 8 Inspirasjon fra folkehelsearbeid i andre byer og land</i>	<i>50</i>
Livskvalitetsbudsjett	51
Et sosialt bærekraftig Malmø	52
Folkhälsoguiden i Stockholm	53
Bruk av stordata i folkehelsearbeidet	53
<i>KAPITTEL 9 Erfaringer fra arbeidet med TISK</i>	<i>55</i>
<i>Referanser</i>	<i>57</i>

KAPITTEL 1

Innledning

Det viktigste kunnskapsgrunnlaget til ny folkehelsestrategi er Oslohelsa 2020, hvor kommunens viktigste folkehelseutfordringer og ressurser er beskrevet. Oslotrender, bydelsfakta og andre publikasjoner innenfor folkehelseområdet er også viktige kunnskapsgrunnlag. Dette utvidede kunnskapsgrunnlaget skal komplettere andre kunnskapsgrunnlag til ny folkehelsestrategi. Flere ulike bydeler, etater og avdelinger i Helseetaten har bidratt til det totale kunnskapsgrunnlaget.

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester (HEI) ønsket at utvidet kunnskapsgrunnlag skulle inneholde ny kunnskap som er innhentet etter Oslohelsa. Helseetaten har lagt opp en innholdsfortegnelse med følgende områder:

- Statistisk utvikling over tid for ulike folkehelseparametere
- Kunnskap fra nye sentrale rapporter
- Konsekvenser av covid-19 på folkehelseparametere
- Folkehelseutfordringer i Oslos befolkning om 510 år
- Inspirasjon fra folkehelsearbeid i andre byer og land
- Erfaringer fra TISK-arbeidet som bør tas med i arbeid med ny folkehelsestrategi

KAPITTEL 2

Folkehelseutfordringer i virksomhetene

Innsikt fra bydeler og etater

I starten av 2020 gjennomførte Helseetaten besøk i 14 bydeler og syv sentrale etater. Nedenfor er en oppsummering fra besøkene gjennomført i bydelene. Hensikten med besøkene var å snakke om utfordringer og muligheter i bydelenes systematiske folkehelsearbeid, få innsikt i bydelenes erfaring med den gjeldende folkehelseplanen og innhente innspill til den kommende folkehelsestrategien. På møtene deltok folkehelsekontakten sammen med en leder, bydelsoverlegen eller en annen fagperson.

Oversiktsarbeid

Det er stor variasjon i hvordan bydelene jobber med å skaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Ti av bydelene har utviklet et oversiktsdokument i henhold til Helsedirektoratets veileder. Flere av bydelene med fullverdige oversiktsdokumenter ser behov for kortere og mer brukervennlige utgaver av dette. Mange bydeler trakk frem Bydelsfakta som en nyttig portal i oversiktsarbeidet og ønsket seg flere indikatorer på helse og påvirkningsfaktorer inn her.

Evaluerings

Én bydel har et system for evaluering av folkehelse tiltak. Samtlige bydeler ønsker mer støtte til evalueringsarbeidet.

Planarbeid

Samtlige bydeler uttrykker at de har for mange planer å forholde seg til, og flere ønsker en reduksjon i antall planer. Én bydel har et system for oppfølging av planer og tiltak.

Bydelene sier at den gjeldende folkehelseplanen har ført til en bevisstgjøring av folkehelsearbeidet, men at den ikke har ført til en videreutvikling eller endring i bydelens folkehelsearbeid. 13 bydeler har utarbeidet eller planlagt å utarbeide en lokal folkehelseplan.

Flere bydeler uttrykker behov for en ansatt i egen bydel som har ansvar for folkehelsearbeidet som helhet og som kan koordinere samarbeid på tvers.

Ønsker til ny folkehelsestrategi

Samtlige bydeler uttrykker et behov for å styrke systematikken i folkehelsearbeidet og samkjøringen mellom bydelene, og ønsker tydeligere føringer på dette. For at den nye folkehelsestrategien skal bli forankret i bydelene og føre til endring, er det viktig at det følger med tydelige forpliktelser til hvordan bydelene skal følge opp strategien. Samtidig ønsker bydelene at strategien skal være på et overordnet nivå slik at den gir rom for lokale tilpasninger til bydelens utfordringsbilde og behov.

Folkehelseutfordringer og ressurser i bydelene i Oslo

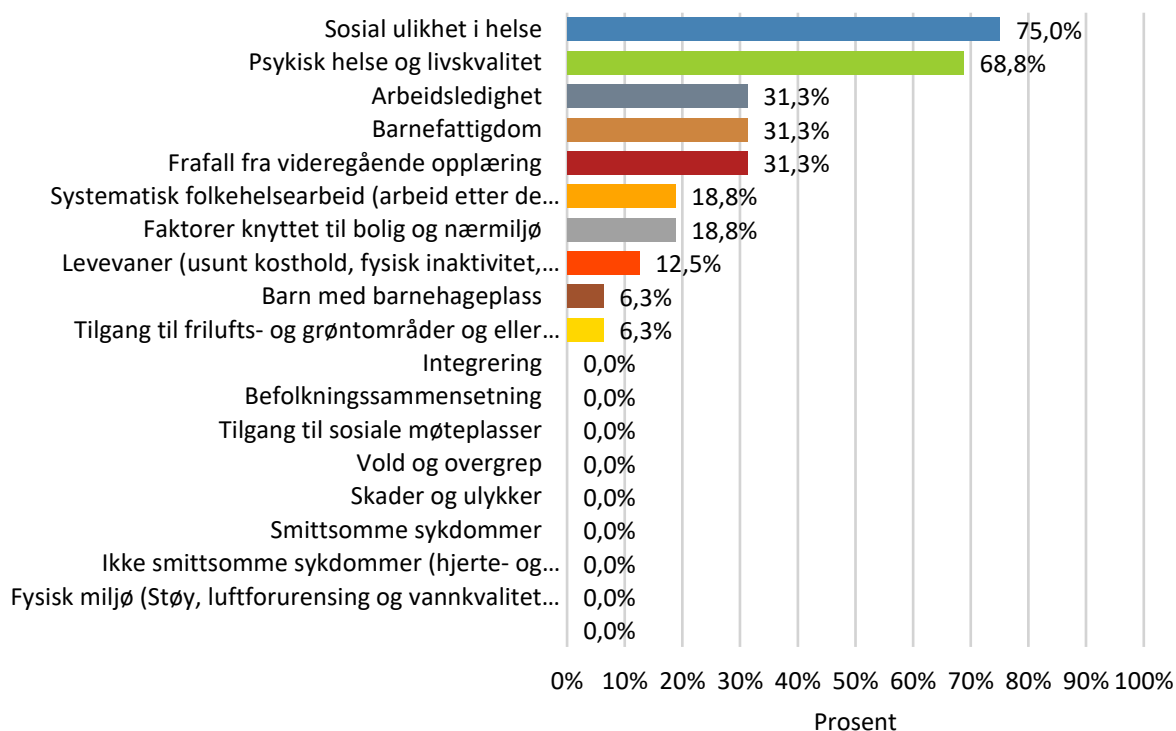
I januar 2021 sendte Helseetaten ut en Questback-undersøkelse til postmottak i bydelene med kopi til bydelens folkehelsekontakt. Spørsmålene handlet om bydelens utfordringer og ressurser i folkehelsearbeidet. Folkehelsekontakten ble anbefalt å besvare spørsmålene i samarbeid med andre relevante fagpersoner i bydelen. Besvarelsen var anonym, og det ble sendt inn 16 svar. Nedenfor er en oppsummering av resultatene.

Sosial ulikhet i helse og psykisk helse er de største folkehelseutfordringene

Bydelene ble bedt om å svare på spørsmål: Hvilke områder vil bydelen definere som sine tre viktigste folkehelseutfordringer ut i fra kunnskapen dere har i dag?

Svarene oppgir sosial ulikhet i helse og psykisk helse og livskvalitet som de største folkehelseutfordringene i Oslo per i dag (figur 1). Særlig fremheves lav inntekt, stor andel kommunale boliger, arbeidsledighet, lav utdanning og stor forskjell i levevaner som årsak til utfordringene. Svarene oppgir også at lavere tillit til myndighetene og manglende utnyttelse av muligheter hos deler av befolkningen kan være med på å gi dårligere helse og levekår. Psykiske helseplager øker blant unge i byen. Høy andel som bor alene, ensomhet og mangel på møteplasser er angitt som medvirkende årsaker.

Vold i nære relasjoner og mobbing er andre utfordringer. Halvparten av bekymringsmeldingene til barnevernet i en bydel omhandler vold i nære relasjoner. I samme bydel rapporter 8,4 % av elever på ungdomskolen og videregående å bli utsatt for mobbing minst hver 14. dag på skolen eller i fritiden. Dette er trukket frem i forbindelse med rapportering om dårlig psykisk helse.



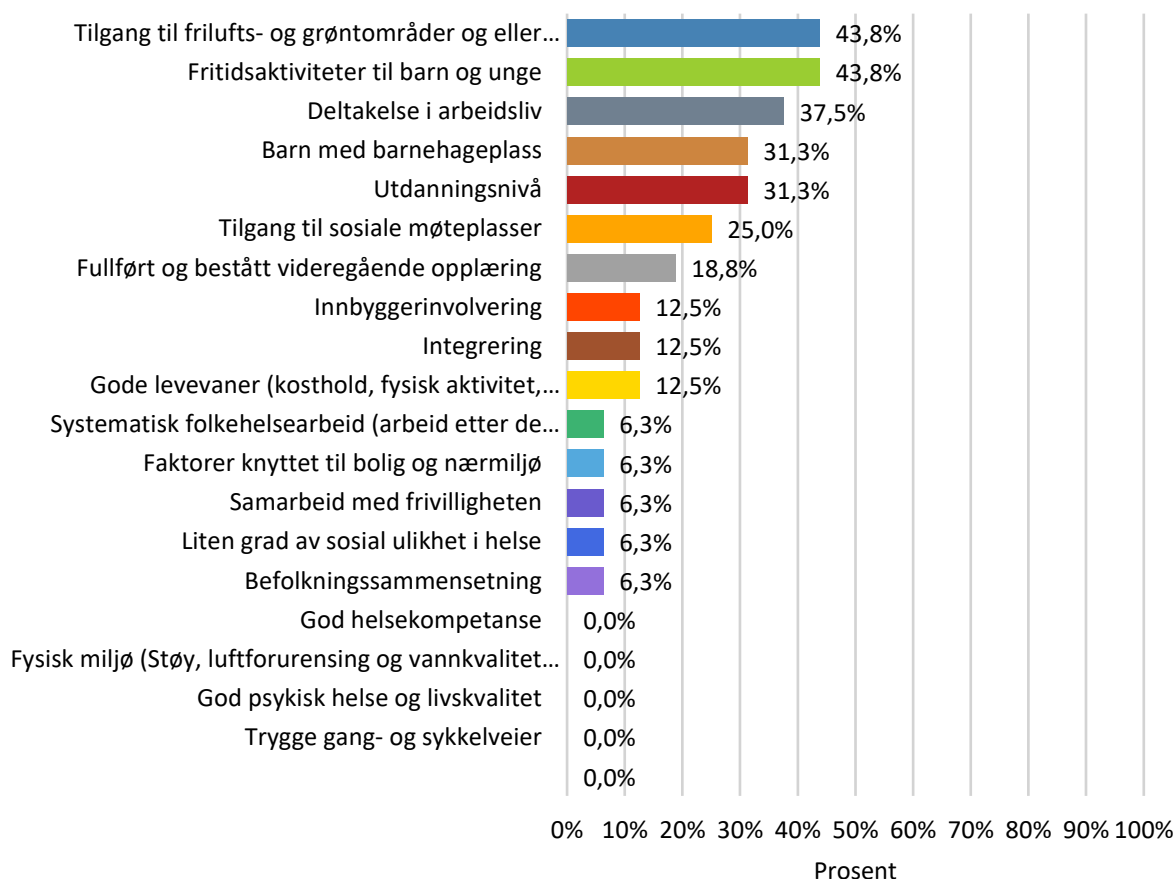
Figur 1. Svar på spørsmål: Hvilke områder vil bydelen definere som sine tre viktigste folkehelseutfordringer ut i fra kunnskapen dere har i dag? (N=16).

Arbeidsledighet, barnefattigdom og frafall i videregående opplæring

Arbeidsledighet, barnefattigdom og frafall i videregående opplæring er også oppgitt som store folkehelseutfordringer i bydelene, og dette henger tett sammen med sosial ulikhet. Risikoen for å oppleve utenforskap og lav mestring er større for barn i fattige familier, og ungdom som ikke fullfører videregående opplæring har større tilbøyelighet til å slutte seg til kriminelle miljøer. Noen bydeler trekker frem manglende systematisk folkehelsearbeid som en hovedutfordring.

Grøntområder og fritidsaktiviteter for barn og unge er de fremste ressursene

Tilgang til friluftsliv og grønntområder og fritidsaktiviteter for barn og unge trekkes frem som de fremste ressursene av flere bydeler (figur 2). Tilgang til marka og fjorden, samt godt tilrettelagte gang- og sykkelveier er viktige verdier i noen bydeler. Gratis skolefritidsordning, unge i jobb og frivillige som bidrar til fritidsaktiviteter har vært prioritert og satset på over tid i én eller flere bydeler. Deltakelse i arbeidsliv, barn med barnehageplass og høyt utdanningsnivå blir også trukket frem av flere.



Figur 2. Svar på spørsmål: Hvilke områder vil bydelen definere som sine tre fremste folkehelseressurser ut i fra kunnskapen dere har i dag? (Med folkehelseressurser mener vi ressurser for folkehelsen i bydelen. Ressurser er faktorer som er viktige å bevare i bydelen og som påvirker befolkningens helsetilstand gjennom å fremme eller opprettholde god helse.) (N=16).

Psykisk helse, utdanning og arbeidsliv bør prioriteres i folkehelsearbeidet fremover

Bydelene fikk følgende spørsmål og ble bedt om å svare skriftlig: *Ut fra kunnskapen dere har i dag, hvilke tre områder mener dere bør prioriteres i folkehelsearbeidet med tanke på iverksetting av tiltak i bydelen om 5–10 år?*

Psykisk helse på flere nivåer er området de fleste bydeler mener bør prioriteres. Da særlig tidlig innsats blant barn og ungdom, lavterskeltilbud, barnehager av høy kvalitet og fokus på mestring.

Bydelene mener også at deltakelse i utdanning og arbeidsliv er viktige satsingsområder fremover. Flere skriver at tilgang til sosiale møteplasser og muligheter for fysisk aktivitet, fritidsaktiviteter, bolig og bomiljø må fremheves i den store byggeaktiviteten i Oslo. Øvrige nevnte områder er innsats for å motvirke sosial ulikhet i helse, bedre integrering og et mer systematisk folkehelsearbeid. Økt samarbeid med frivilligheten, flere barn i barnehage og fokus på levevaner er også ønsket som innsatsområder.

Større sosiale ulikheter etter covid-19-pandemien

Bydelene fikk følgende spørsmål og ble bedt om å svare skriftlig: *På hvilke områder mener dere at covid-19-pandemien vil få konsekvenser for folkehelsen i bydelen fremover?*

Per i dag vet vi ikke omfanget av konsekvensene, men bydelene mener at ulikhetene er blitt større ved at de som strevde fra før har fått det verre nå. Folkehelsen blant utsatte grupper er blitt dårligere, særlig innen områdene psykisk helse, økonomiske forhold og livsstilsrelaterte helseproblemer. Arbeidsledigheten og frafall i videregående skole har økt.

KAPITTEL 3

Utvikling over tid

Sosial ulikhet i helse og sosial mobilitet

Sosial ulikhet i helse

Sosial ulikhet er en folkehelseutfordring. Årsakene til ulikhetene skyldes komplekse og sammensatte strukturer. Både materielle og psykososiale faktorer er av betydning for helse, og ulikhetene i helse kan sees som et uttrykk for ulik tilgang på disse ressursene.¹

Det er en tydelig sammenheng mellom helse og lengde på utdanning og inntektsnivå. Jo høyere inntekt eller lengde på utdanning, jo bedre helse, og tilsvarende dårligere helse med lavere inntekt eller lengde på utdanning.² Sosiale forskjeller i helse gjenspeiles hos både menn og kvinner i alle aldre, og gjør seg gjeldende i nesten alle skader, sykdommer og plager. Mange mister mange år med livskvalitet, og det har samfunnsøkonomiske konsekvenser så vel som individuelle.²

Levekår

Bakenforliggende faktorer forårsaker ulikheter som kommer til syne på ulike områder. Oslo ligger dårligere an enn landsgjennomsnittet når det gjelder barnefattigdom, trangboddhet, og andel i alderen 16–25 år som ikke er i arbeid eller utdanning.

Her ser man i tillegg svært store variasjoner mellom bydelene.³

Vedvarende lavinntekt

Andelen barn i alderen 0 til 17 år som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt har på landsbasis vært jevnt stigende de siste 10 årene. Denne trenden gjenspeiles i de fleste av bydelene i Oslo. Mange av de østlige bydelene har en økning i innbyggere med vedvarende lav inntekt. Det sees særlig hos bydel Stovner, med en økning fra 22,2 % (2009–2011) til 32,9 % (2017–2019). Bydel Vestre Aker har derimot ligget stabilt, med en reduksjon fra 7 % til 5,4 % i samme periode. Kun fem bydeler ligger bedre enn landsgjennomsnittet på 11,9 % (bydel Østensjø, Nordstrand, Ullern, Nordre Aker og Vestre Aker).⁴

Sosial mobilitet

Graden av sosial mobilitet mellom generasjoner sier noe om hvordan oppvekstvilkårene påvirker den enkeltes levekår som voksen. I Norge er inntektsmobiliteten mellom generasjoner høy. Høy inntektsmobilitet kan i noen grad tilskrives en aktiv familiepolitikk med vekt på full barnehagedekning og et system med gratis eller sterkt subsidiert utdanning, som bidrar til å utjevne forskjeller mellom barn og unge. Levekårsdata viser en betydelig forbedring av muligheter i Norge over de siste 40 årene, både når det gjelder utdanning, inntekt, levealder og likestilling mellom kvinner og menn.⁵

Til tross for at Norge generelt har høy inntektsmobilitet, går levekår i noen grad også i arv. Oppvekst i lavinntekt er forbundet med lite formell utdanning og lavere inntekt som voksen, tidligere overgang inn i arbeidslivet, høyere risiko for arbeidsledighet, lengre varighet av arbeidsledighet, lavere alder for inngåelse av parforhold og lavere alder for foreldreskap.⁵

Helsen hos Norges befolkning sett under ett er god, men man har lenge sett økende forskjeller, som skjuler seg bak gjennomsnittstall.⁶

Boligpriser som hinder for sosial mobilitet

Boligmarkedet i Oslo har lenge vært preget av vekst som ikke står i forhold til reallønnsvekst.⁷ Kravet om 15 % egenkapital er for mange vanskelig å oppnå i Oslos boligmarked i Oslo, og mange er avhengig av hjelp av foreldre. 30 % av nye boliger i Oslo blir kjøpt som sekundærbolig.⁸ Følgene av dette er for mange å bli låst til å være leietager, som er med på å forsterke strukturer som skaper forskjeller. Ved å eie egen bolig vil man kunne ta del i en verdivekst man ellers ikke får ta del i, og det vil også generelt bidra til økt botrygghet og stabilitet.⁹

Migrasjonsbefolkningen i Oslo

Den sosial mobiliteten utfordres ytterligere gjennom migrasjon, ved at flere sosiale variabler er representert. Faktorer som opprinnelsesland, innvandringsårsak og botid i Norge har stor betydning for helsa.¹⁰ Migrasjon i seg selv er anerkjent som en selvstendig helsedeterminant.¹¹ Økonomiske forhold, språkbarrierer, vaksinestatus¹², lav grad av sykdomsforståelse¹³, og manglende kjennskap til helsetjenester og rettigheter¹⁴ gir større sårbarhet for utvikling av sykdom. Psykiske lidelser og fedme er mer utbredt blant migranter enn i vertsbefolkningen.¹⁵ Faktorer som mer røyking¹⁶ og lavere fysisk aktivitet^{16,17} øker faren for livsstilssykdommer i gruppen sett under ett.

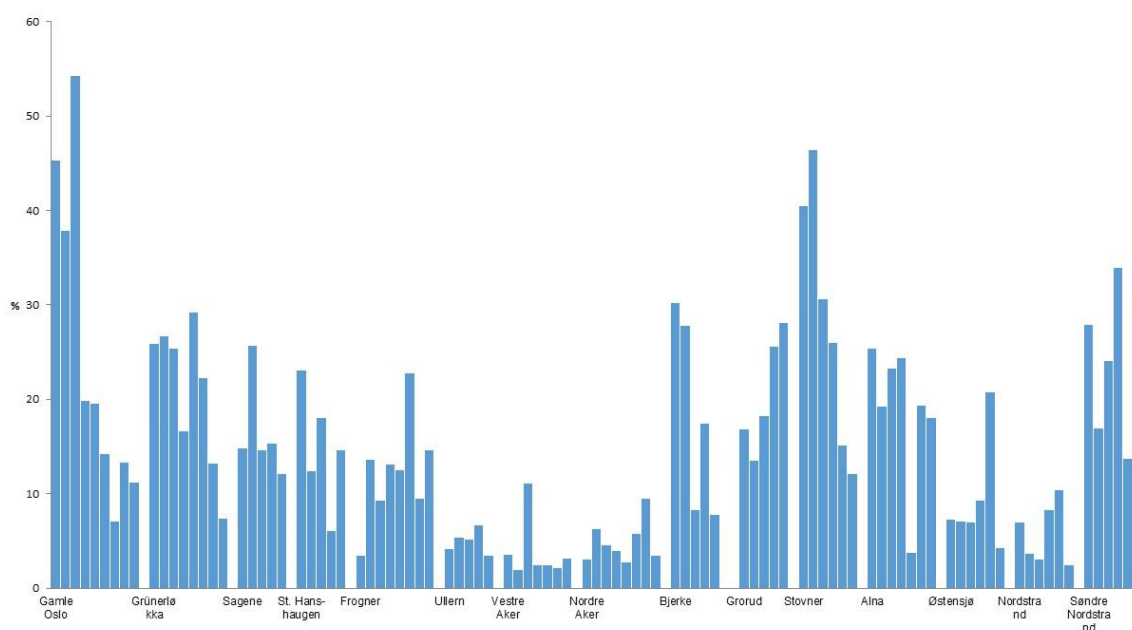
I Oslo er det en lavere andel innvandrere (43 %) med høyere utdanning sett opp mot den øvrige befolkningen (65 %).¹⁸ I Norge vokser 10 % av alle barn opp i familier med vedvarende lavinntekt, og over halvparten er barn med innvandrerbakgrunn.¹⁹ Forskning viser at innvandrere bor trangere enn den øvrige befolkningen (34 % mot 11 %).²⁰

Sosial ulikhet og barnefattigdom

Sosial ulikhet henger som nevnt tidligere sammen med risiko for å oppleve utenforskap og lav mestring. Sosial bakgrunn er av betydning for barns læring og utvikling. 1 av 10 barn mellom 0–17 år vokser opp i lavinntektsfamilier i Norge, og økningen de siste 20 årene har vært markant.²¹ Antallet fattige barn i Norge var i 2019 115 000 mot 84 000 i 2013, og barnefattigdommen øker raskere enn fattigdom hos voksne.²²

Barnefattigdom i Oslo

Det er som kjent store ulikheter mellom bydelene i Oslo. Den sosioøkonomiske segregeringen kommer med en tilhørende opphoping av levekårsutfordringer.²³ Bufdir sin Barnefattigdomsmonitor (figur 3) viser statistikk også for delbydeler i Oslo. Man ser her at det er store ulikheter også innad i bydelene. Man finner høyest andel av barn i lavinntektshusholdninger i bydelene Gamle Oslo og Stovner.²⁴



Figur 3 Andel barn (0–17 år) i lavinnteksthusholdninger, sett på bydel og delbydel 2018. Kilde: Bufdir

Konsekvensene av barnefattigdom

Følgene av å vokse opp i en familie med svak økonomi er mange. En rapport fra NOVA viser til en rekke forhold som både kan bidra til, og forsterke, sosial ulikhet og tilhørende konsekvenser. Barn kan oppleve mye stress forbundet med å vokse opp i en utrygg boligsituasjon på leiemarkedet. Det kan være preget av flytting, dårlige boforhold og frykt for utkastelse. Lav sosioøkonomisk status henger også sammen med helse, som igjen kan påvirke den økonomiske situasjonen i hjemmet. Økonomiske bekymringer kan prege samspillet i familien og føre til et høyt konfliktnivå i hjemmet, og også føre til at foreldre skiller lag. Barn kan oppleve at foreldre ikke har råd til å bidra til barnets sosiale deltagelse og organiserte aktiviteter, og nødvendige ressurser som bøker og datautstyr. Det er økt risiko for mobbing og utestengelse. Å leve i en lavinnteksthusholdning i ungdomstiden kan ha negative følger for både fysisk og psykisk helse. Disse forholdene kan også være av betydning for skoleprestasjoner og fullføring av videregående opplæring.²⁵

Videregående opplæring

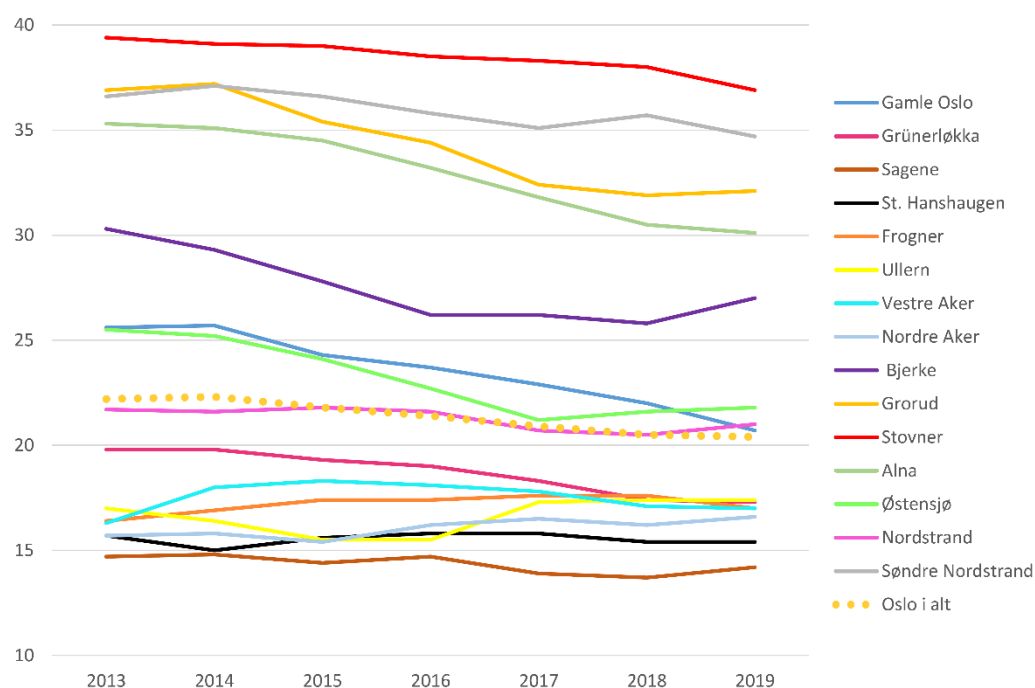
Personer som ikke fullfører og består videregående opplæring har dårligere forutsetninger for videre utdannings- og arbeidskarriere. Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer med høy utdanning har blant annet lavere dødelighet, bedre egenvurdert helse, mindre psykiske helseproblemer og opplever i mindre grad langvarig/kronisk sykdom enn personer med lav utdanning.

Fullført og bestått i videregående opplæring

Nær 8 av 10 elever i Oslo gjennomfører videregående opplæring i løpet av fem år og utviklingen er stabil. Det er imidlertid store forskjeller mellom bydelene, og tidstrenden for den enkelte bydel varierer, se figur 4. I 2019 var det nesten 20 000 personer i alderen 21–29 år i Oslo, som har startet i videregående opplæring uten å fullføre i løpet av fem år.

Utdanningsprogram og grunnskolepoeng

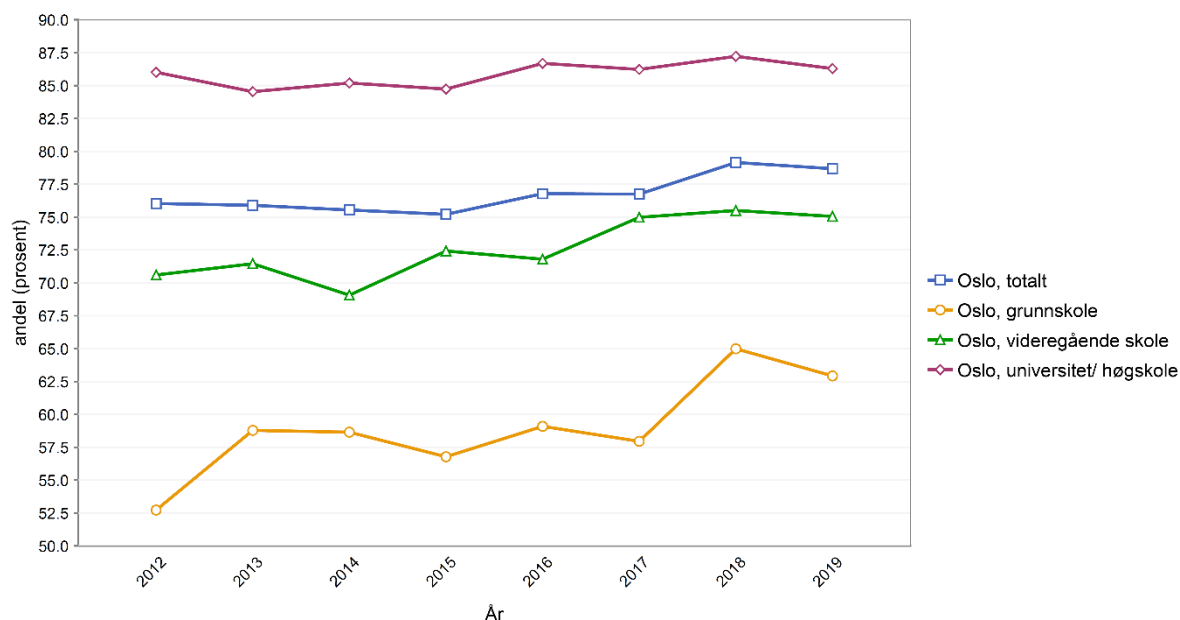
Det er store forskjeller i gjennomføring mellom elever på studieforbereende utdanningsprogram og yrkesfaglige utdanningsprogram, med størst frafall og ikke bestått på yrkesfaglig utdanningsprogram. Generelt er det slik at jo høyere antall grunnskolepoeng en elev har, jo høyere er sannsynligheten for at eleven gjennomfører videregående opplæring. I snitt har elevene som går studieforbereende program betydelig høyere grunnskolepoeng enn elever som går yrkesfaglige program.



Figur 4 Personer 21–29 år som ikke har fullført videregående skole i Oslo, andel i prosent. Kilde Bydelsfakta

Sosial ulikhet i videregående opplæring

Det er store forskjeller i gjennomføring av videregående opplæring etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå fordelt mellom grunnskole, videregående skole og universitet/høgskole, se figur 5.



Figur 5 Gjennomføring i videregående opplæring etter foreldrenes høyeste fullførte utdanningsnivå. Kilde FHI/Norgeshelsa

Helsekompetanse

Norske helsemyndigheter har et uttalt mål om å tilby befolkningen likeverdige helsetjenester.²⁶ For å imøtekomme denne målsettingen må helsetjenesten yte helsekommunikasjon som er tilpasset innbyggere med ulikt nivå av helsekompetanse.

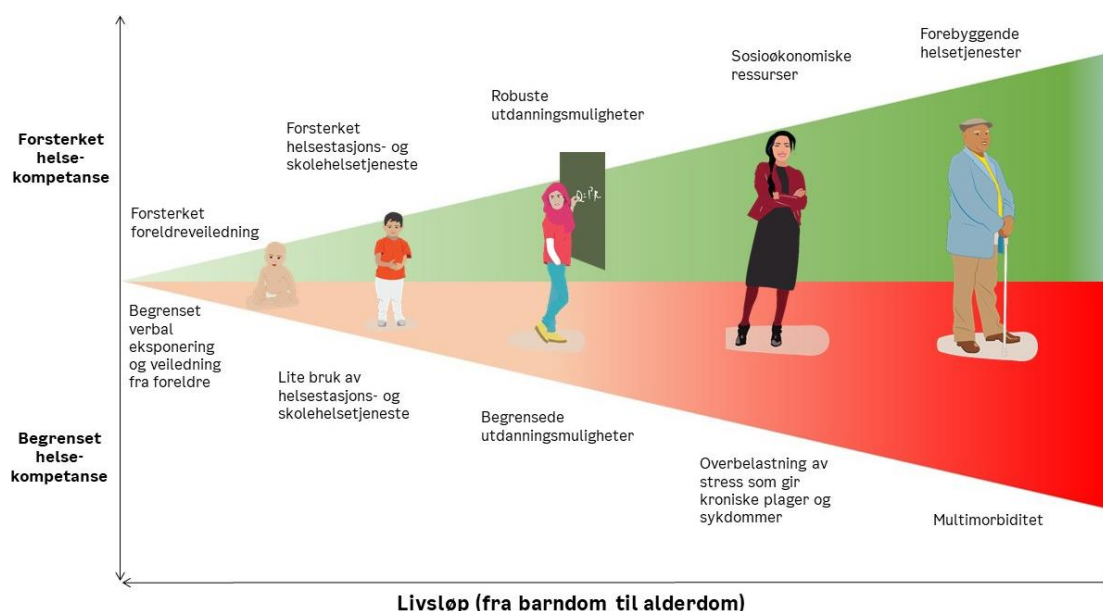
Helsekompetanse kan defineres som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividents evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse».²⁷ I praksis handler dette om enkeltindividents evner til å vurdere når det er behov for helsetjenester, hvordan de kan forebygge sykdom, og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet.¹³

Utfordringer med lav helsekompetanse

Flere grupper i befolkningen kan ha utfordringer med å tilegne seg nødvendig helsekompetanse. Dette gjelder blant annet personer med mangelfulle lese- og skriveferdigheter, manglende språkferdigheter, og lav digital kompetanse. Sårbare grupper er eldre og personer med ulike grader av kognitiv svikt. Det kan også være utfordrende for innvandrere med kort botid eller lav utdanning fra hjemlandet.²⁷ Blant særlig utsatte grupper er også de som har bodd i Norge lenge, men som har et lavt språknivå.²⁸ Graden av helsekompetanse hos den enkelte innbygger har betydning for personens mulighet til å medvirke i avgjørelser som omhandler egen helse.¹³ Retten til å kunne medvirke i saker som omhandler egen helse er slått fast i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.²⁹

Et helsekompetent samfunn

Et helsekompetent samfunn har tjenester som sikrer befolkningen mulighet til å utvikle en høy grad av helsekompetanse (se figur 6). Høy grad av helsekompetanse medfører at mennesker i stor grad tar helseriktige valg som vil kunne sikre et langt liv. Å fokusere på helsekompetanse i et livsløpsperspektiv vil medføre at myndighetene sparer kostnader knyttet til reinnleggelser og mennesker som lever med flere sykdommer samtidig.



Figur 6. Oversatt og bearbeidet fra «Health literacy presented as a life course trait»³⁰

Helsekompetanse i et livsløp

Grunnlaget for god helsekompetanse hos den enkelte begynner i barneårene. Barn i lavinntektsfamilier kan oppleve utfordringer knyttet til barnets språkutvikling. Foreldres helsekompetanse påvirker barnas helse direkte gjennom kosthold, fysisk aktivitet m.m., og gjennom tilgang til helsetjenester. Barn av foreldre med begrenset helsekompetanse viser seg å ha dårligere utgangspunkt i livet. Dette fremkommer blant annet gjennom dårligere helsemessig adferd når barna blir eldre. For voksne med begrenset nivå av helsekompetanse er det viktig med tiltak for å imøtekomme ev kognitiv svikt, demens o.l. Det er mulig å tilrettelegge for å øke helsekompetansen gjennom helsetjenestene i løpet av livet. Helsekompetanse påvirkes av flere ulike faktorer, og innebærer at samfunnet må tilrettelegge for at menneskets tilgang til tjenester imøtekommes med helseinformasjon tilpasset den enkeltes behov.³⁰

Helsekompetanse i Norge

Helsedirektoratet, OsloMet og Høgskolen i Innlandet (INN) gjennomførte i 2020 en undersøkelse av helsekompetansen blant den norske befolkningen. Resultatene viser at 33 % av befolkningen mangler sentrale kunnskaper og ferdigheter om helse. Flere har problemer med å finne, forstå og å bruke helseinformasjon. I tillegg sliter mange med å kritisk vurdere kilder, samt orientere seg i helsesystemet.¹³

Helsekompetanse utjevner sosiale forskjeller

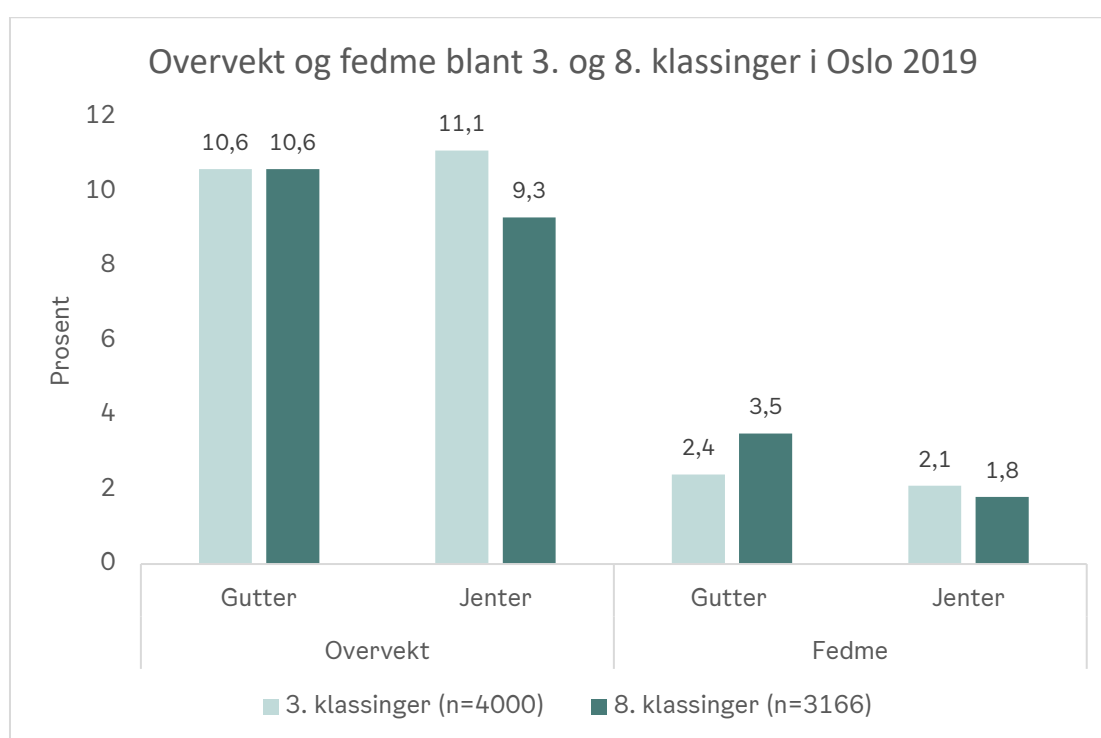
Som en direkte konsekvens av lav helsekompetanse er det blant annet observert feil bruk av medisiner, hyppigere reinnleggelser på sykehus, liten bruk av forebyggende helsetjenester og problemer med å etterleve kunnskapsbaserte råd for å ta vare på egen og familiens helse.³¹ Myndigheter som påtar seg ansvaret med å imøtekomme helsekompetanseutfordringene i samfunnet bidrar sterkt til å sikre likeverdighet i helsetjenestetilbudet.³² Å sikre at sårbare grupper får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt tilgang til tjenestene de har behov for, vil ha stor betydning for i hvilken grad myndighetene vil lykkes med å utjevne sosiale helseforskjeller.³³

Digital helsekompetanse

Befolkningens helsekompetanse har sammenheng med deres digitale helsekompetanse og muligheten til å kunne benytte seg av digitale helsetjenester. Det foregår en rask utvikling av helsetjenester via internett. Behovet for digitale tjenester under koronapandemien har vist seg ekstra tydelig. Digital helsehjelp har vist positiv effekt på kvalitet, effektivitet og tilfredshet i helsetjenesten.³⁴ Effekten vises blant annet gjennom redusert bruk av de fysiske helsetjenestene og ved at digitale tjenester kan bidra til økt digitalt oppmøte til konsultasjon, samt bedre etterlevelse av helsepersonellens anbefalinger.³⁵ Det er imidlertid flere utfordringer knyttet til bruk av digitale tjenester. Forskning viser til forskjeller i digital kompetanse med utgangspunkt i bl.a. alder og sosioøkonomisk status.³⁶ Det å ikke kunne benytte seg av digitale kommunikasjonsplattformer og tjenester vil øke risikoen for at flere faller utenfor. Sårbare grupper som på grunn av vedvarende lavinntekt ikke har tilgang til egen pc, kan blant annet ha utfordringer med å ta til seg informasjon, få tilgang til opplæring, og følge opp sine barn på skolen. Dersom det ikke tas hensyn til disse risikoaspektene, kan konsekvensen føre til økt utenforskap hos enkeltgrupper med lav helsekompetanse og øke gapet ytterligere.

Overvekt og fedme blant barn

Figur 7 viser samlet forekomst av overvekt og fedme blant 3. klassinger (n=4000) og 8. klassinger (n=3166) i Oslo i 2019, det vil si ca. 50 % av det totale antallet 3.- og 8. klassinger i Oslo i 2019. Tallene er hentet fra journalsystemet CGM, og registreringene av vekt og høyde er gjort i perioden 1. januar 2019 – 31. desember 2019. Det er viktig at disse tallene tolkes med forsiktighet. For 3. klassingene er forekomsten av overvekt nesten helt lik for gutter og jenter, mens forekomsten av fedme er noe høyere blant gutter enn jenter i både 3. klasse og 8. klasse. Hvis vi sammenlikner med den nasjonale «Barnevekststudien»³⁷ blant 3. klassinger i 2015, så ligger forekomsten av overvekt og fedme samlet for Oslo i 2019 noe lavere. Barnevekststudien gikk over flere år, og viste en svak nedgang fra 2012 til 2015. Disse tallene fra Oslo kan muligens indikere at det har vært en ytterligere nedgang i forekomsten av overvekt og fedme fra 2015 til 2019.



Figur 7: Samlet forekomst av overvekt og fedme blant 3. klassinger (n=4000) og 8. klassinger (n=3166) i Oslo i 2019, det vil si ca. 50 % av det totale antallet 3.- og 8. klassinger i Oslo i 2019.

Tidligere undersøkelser av vekt og høyde blant barn og unge har vist store forskjeller i forekomst av overvekt og fedme mellom bydeler i Oslo. Helseetaten har hentet tall på bydelsnivå fra journalsystemet CGM for tre bydeler; en østkantbydel, en sentrumsbydel og en vestkantbydel. Registreringene av vekt og høyde er gjort i perioden 1. januar 2019 til 31. desember 2019. Tallene indikerer at forskjellene mellom bydeler i Oslo fortsatt er gjeldende. Blant 3. klassingene varierer forekomsten av overvekt fra 3,5 % til 16,1, og forekomsten av fedme fra 0,3 % til 5,8 %. Når det gjelder 8. klassingene, varierer forekomsten av overvekt fra 7 % til 12,1 %, mens forekomsten av fedme varierer fra 0,5 til 6,5 %. Dataene viser også stor variasjon mellom de tre bydelene i antall 3.- og 8. klassinger som det er registrert vekt og høyde for, sammenliknet med det totale antallet 3.- og 8. klassinger i bydelene. Det er derfor viktig at disse tallene tolkes med forsiktighet.

Fysisk aktivitet og friluftsliv

Fysisk aktivitet er nødvendig for å utvikle og opprettholde god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Den norske befolkningen er generelt for lite fysisk aktive og bruker for mye tid i ro. Aktivitetsnivået synker med alderen, og vi ser nå at nedgangen i fysisk aktivitet starter tidligere enn før, allerede ved niårsalderen. Mindre bevegelse i dagliglivet og ved transport forklarer trolig mye av det lave aktivitetsnivået i befolkningen totalt sett.³⁸ Blant voksne ser vi at spesielt kvinner fra Asia, Afrika og Midtøsten er mindre fysisk aktive enn kvinner med bakgrunn fra Norge og andre europeiske land.¹⁷ Generelt har personer med innvandrerbakgrunn en høyere forekomst av livsstil- og kroniske sykdommer enn i vertsbefolkningen. Forekomsten varierer med landbakgrunn, kjønn og alder.¹⁰

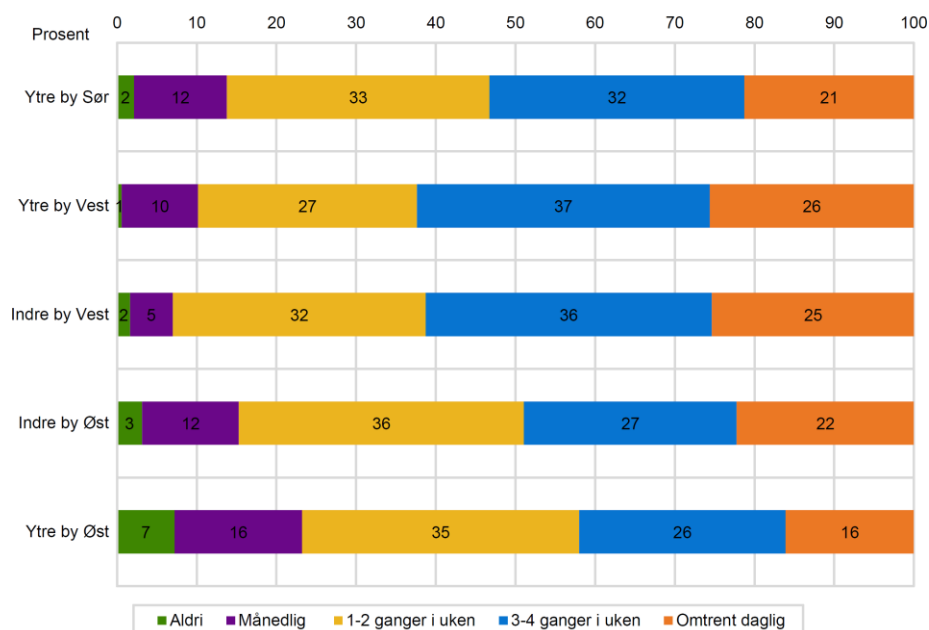
Gjennom UngKan-studiene gjennomført i 2005, 2011 og 2018 ser man at andelen 9-åringer i Oslo som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet er redusert fra 95% til 86% for gutter og fra 82% til 67% for jenter i tidsrommet 2005–2018. Denne nedgangen reflekteres i en nedgang på ca. 10 minutter per dag tilbrakt i moderat intensitet. Nedgangen er noe større blant gutter (15 minutter) enn blant jenter (6 minutter).^{39,40} Andelen 15-åringer som er utilstrekkelig fysisk aktive har ligget stabilt høyt fra 2005/06 til 2018. Om lag 45 % av 15-årige gutter og om lag 55 % av 15-årige jenter når ikke de nasjonale minimumsanbefalingene for fysisk aktivitet, ifølge tall fra 2018.

Oppvekstbarometeret for Oslo viser at kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet på noen indikatorer som har betydning for barn og unges oppvekstmiljø og helse. For eksempel er det kun 77 % i Oslo som oppgir at de kan svømme 200 m ved første sesjon, mot 88 % på landsbasis.⁴¹

Undersøkelsen «Barn og unges friluftsliv og fysiske aktivitet» har kartlagt friluftslivsdeltakelse, lek, og fysisk aktivitet blant barn i alderen 6–15 år bosatt i Oslo, gjennom spørreskjemaundersøkelse.⁴² Svarene ble samlet inn i juni 2020, og Oslo var rammet av koronapandemien. Dette kan ha påvirket svarene.

Korte fotturer, bading og sykling er de mest utbredte friluftslivsaktivitetene blant oslobarn. Det er mest aktivitet i nærheten av hjemmet, og store forskjeller i bruken av ulike aktivitetssteder mellom Oslos byområder, spesielt bruk av park og skog.

Det er mer friluftslivsdeltakelse og fysisk aktivitet blant barn med foreldre med høy inntekt og høy utdanning. Det er mindre fysisk aktivitet blant barn med innvandrerbakgrunn, som bor trangt og som bor med én forelder. Blant barn med foreldre i første inntektskvintil oppgir 19 % at de ikke har råd til å kjøpe nødvendig utstyr, og dette er en hindring for deltakelse i friluftsliv og idrett. For barn i femte inntektskvintil mener kun 2 % det samme. Oslobarns fysiske aktivitetsnivå varierer mellom byområder og innad i byområdene (se figur 8).



Figur 8: Fysisk aktivitet for barn i alderen 6–15 år bosatt i Oslo etter byområdet. Kilde: SSB

Røyking og snusbruk

Røyking er den største risikofaktoren for tapte leveår i befolkningen. 20 % av dødsfallene i aldersgruppen under 70 år kan tilskrives røyking. 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.

Fra tusenårsskiftet har det vært en jevn nedgang i røyking i alle aldersgrupper i Norge. For voksne tyder mye på at trenden nå flater ut. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at 9 % av menn og kvinner røykte daglig i 2020.⁴³ 17 % av menn og kvinner i aldersgruppen 55–64 år røyker fremdeles daglig. For ti år siden røyket 23 % av menn og 20 % av kvinner i denne gruppen.

Kun 1–2 % av unge i Norge sier at de røyker daglig. Det er mer vanlig at de røyker av og til. Andelen blant de helt unge (16–24 år) som sier at de røyker av og til, har ligget stabilt rundt 14–17 % for menn og 10–13 % for kvinner siden 2010. Samtidig har bruken av snus økt, særlig blant yngre.

Sosial ulikhet i røykevaner

Røykevanene varierer i ulike utdannings- og inntektsgrupper. 5 % av de med universitets- eller høyskoleutdanning røyker daglig, mens 23 % av personer med grunnskoleutdanning røyker daglig. Det er ingen tydelige forskjeller i snusbruken i ulike utdanningsgrupper. Det er også flere av og til-røykere i lavere utdanningsgrupper.⁴³ Tall fra Ung i Oslo 2018 viser at unge med innvandrerbakgrunn drikker langt sjeldnere alkohol, snuser mindre og bruker mindre

narkotiske stoffer enn unge med norskfødte foreldre, men at flere med innvandrerbakgrunn røyker.¹⁶

Andelen som snuser har økt

Rapporten for 2016–2020 viser at andelen som snuser har økt fra 12 til 14 % for aldersgruppen 16–74 år. Det er kjønnsforskjeller i andelen som snuser. I 2016–2020 var det 19 % av mennene og 9 % av kvinnene som snuste.^{43,44}

Ernæring

Kosthold og helse

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 og beinskjørhet.⁴⁵

Utvikling i Norge

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 mettet fett, tilsatt sukker og salt reduseres ytterligere. Forbruket av bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt begrenses, og inntaket av frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk bør økes. Det er et samsvar mellom et kosthold som fremmer helse og et kosthold som er mer bærekraftig.⁴⁶

Sosiale ulikhet og kostvaner i Oslo

En kvalitativ studie har sett på hva nabolag kan ha å si for ungdommers kosthold og matvaner i Oslo. Studien viser tydelige forskjeller mellom nabolag med lav sosioøkonomisk status (østkanten) og nabolag med høy sosioøkonomisk status (vestkanten). På østkanten foretrakk ungdommene vestlig mat som burgere, pizza og taco fremfor mat fra hjemlandet. Fastfood-restauranter og kjøpesentre var steder hvor ungdommene tilbrakte fritiden, i mangel av fritidsklubber og deltakelse i fritidsaktiviteter. Ungdommene på vestkanten var opptatt av å ta gode matvalg. De deltok også i fritidsaktiviteter som f.eks. idrett, som fremmet sunnere kostholdsvaner. Studien viser at engasjerende fritidsaktiviteter og trygge steder å være etter skoletid i ungdommers nabolag kan påvirke kostholdsvaner.⁴⁷

Søvn

Tall fra Ungdata-undersøkelsen 2018 viser at 30 % av ungdommene i Oslo opplever søvnproblemer, mot 26 prosent i Norge. På bydelsnivå ligger bydel Stovner på bunn med 26 %, mens bydelene Frogner og Gamle Oslo ligger på topp med 35 %.⁴⁸ Tallene viser at ungdommene på tvers av bydelene opplever en høy grad av søvnproblemer, uten at man ser en tydelig fordeling mellom bydelene i tråd med øvrige ulikheter.

Kreft

Kreft er en stor årsak til tap av leveår og uførhet i Norge, og er den sykdommen som tar flest liv i Oslo. Blant de vanligste krefttypene er tykk- og endetarmskreft, lungekreft og hudkreft, som er forebyggbare i ulik grad. Brystkreft og cancer prostata representerer også en stor andel av krefttilfellene.

Lungekreft tar flest liv i Oslo for menn og kvinner, men de siste årene har dødeligheten samtidig avtatt for begge kjønn. For kvinner er det deretter henholdsvis brystkreft og tykktarmskreft som fører til dødsfall. Hos menn ligger cancer prostata og tykktarmskreft omtrent på dødelighetsnivå etter lungekreft.⁴⁹

Etter hvert som den eldre befolkningen øker, ser man også en økning i antall krefttilfeller. Overlevelsen er imidlertid også høyere, som resulterer i en relativt stabil dødelighet de siste årene.⁴⁹ Dette gjenspeiles også i nasjonale tall.⁵⁰ Fremskrivninger som har blitt gjort i forbindelse med utarbeidelsen av «Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)» viser at det opp mot 2034 vil være over 40.000 nye krefttilfeller årlig. Det skyldes i hovedsak en økende andel eldre i befolkningen.⁵¹

Forskjeller i forekomst av kreft mellom bydelene

Det er store ulikheter i forekomst mellom bydelene. Den generelle dødeligheten er høyest for bydelene i midtre øst, mens den er lavest i de vestlige bydelene. Dødeligheten blant personer med lavere sosioøkonomisk status er generelt høyere nesten uavhengig av årsak.⁵²

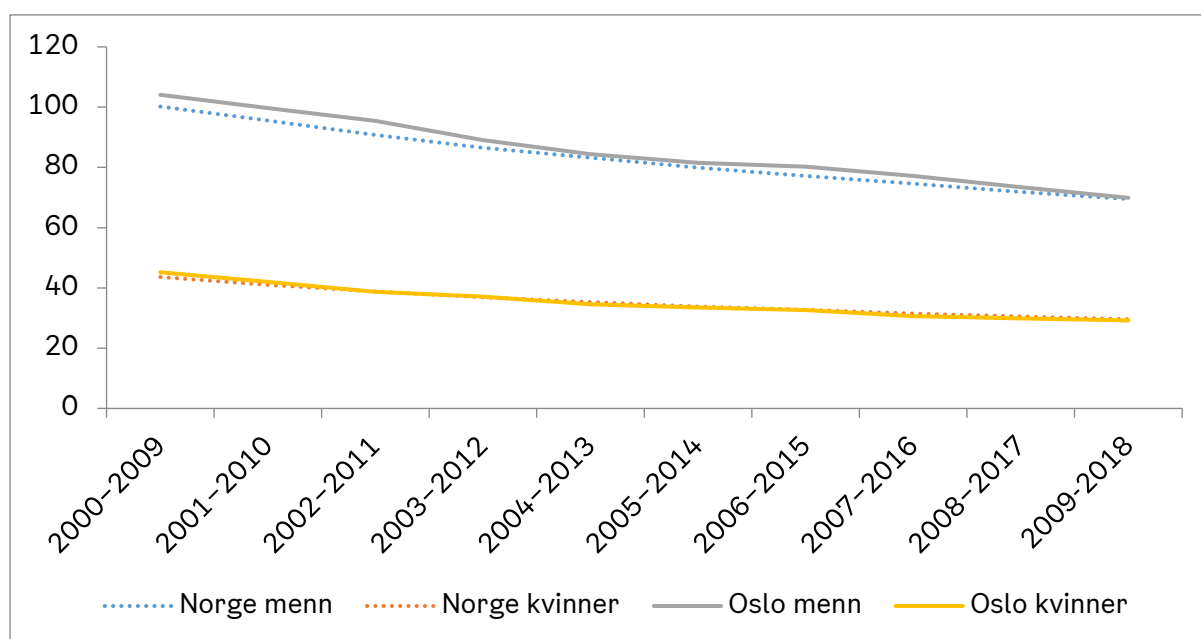
Kreft og covid-19

Pandemien har på flere måter medført en lavere grad av diagnostisering enn man ville forventet i et normalår. Det totale antallet for kreftdiagnoser i 2020 viser en nedgang på 9 %. Dette gjelder særlig lungekreft og brystkreft. Sammenlignet med året før ser man en tydelig fall i antall nye diagnoser i perioden mars–mai, da landet stengte ned. Man må anta at det vil ta flere år før man ser hvorvidt og i hvilken grad pandemien har ført til at pasienter får kreftdiagnosen på et mer fremskredet stadium, samt hvordan dette påvirker overlevelse.⁵³

Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er et samlebegrep som omfatter sykdommer i hjerte og kretsløp, som blant annet hjerteinfarkt og hjerneslag. Sykdommene skyldes i stor grad faktorer som røyking, høyt kolesterolnivå, høyt blodtrykk og diabetes, men arvelige faktorer spiller også en rolle (Oslohelse 2020). Andre risikofaktorer er overvekt, lavt nivå av fysisk aktivitet, høy alder, mannlig kjønn, høyt alkoholinntak og etnisitet (FHI).

Rundt en tredjedel av alle dødsfall i Oslo skyldes hjerte- og karsykdommer.³ 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, se figur 9.



Figur 9 Antall døde av hjerte- karsykdom per 100 000 i Norge og Oslo fordelt på kvinner og menn. (Kilde: KommuneHelse, Folkehelseinstituttet)

Forskjeller i dødelighet av hjerte- og karsykdommer mellom bydelene

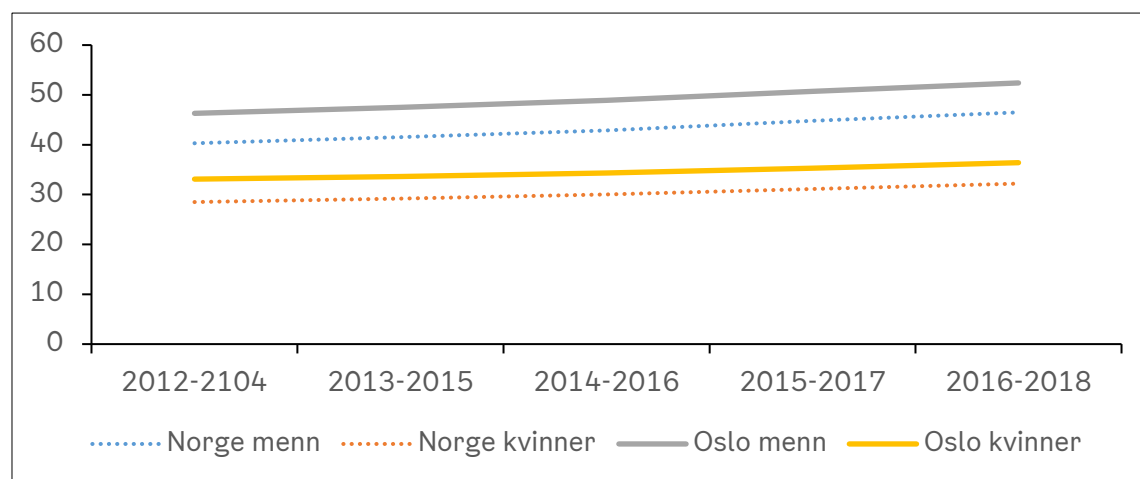
Det er ulikheter i dødelighet av hjerte- og karsykdommer mellom bydelene, der Sagene og Grünerløkka er bydelene med høyest dødelighet, og Nordre Aker og Ullern har lavest. Bydelsforskjellene er minkende over tid. Bydelsvariasjonen i forekomst av hjerte- og karsykdommer har i hovedsak de samme trekkene som bydelsvariasjonen i inntekt og utdanning.³ Hjerte- og karsykdommer har høyere forekomst blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig.¹⁰

Type 2 diabetes

Type 2-diabetes er tett knyttet til overvekt og fedme. Andre viktige påvirkbare risikofaktorer er fysisk inaktivitet, kosthold og røyking. Levevaner er følgelig av stor betydning for utvikling av sykdom. Sykdommen rammer som regel voksne personer (FHI).

Stene et al. anslår at 316 000–345 000 personer lever med diabetes i dag, hvorav omkring 60 000 har udiagnostisert diabetes. Type 2-diabetes er anslått å utgjøre ca. 90 % av all diabetes.⁵⁴

De siste tallene fra KommuneHelsa statistikkbank viser hvor mange som bruker legemidler mot diabetes type 2 i aldersgruppen 30–74 år, se figur 10. Man ser at Oslo ligger høyere enn landsgjennomsnittet, både hos kvinner og menn. Tallene viser kun Oslo samlet, og ikke fordelingen på bydelsnivå. Det er trolig samsvar mellom risikofaktorer som overvekt/fedme og forekomst av diabetes type 2 i bydelene.⁵⁵



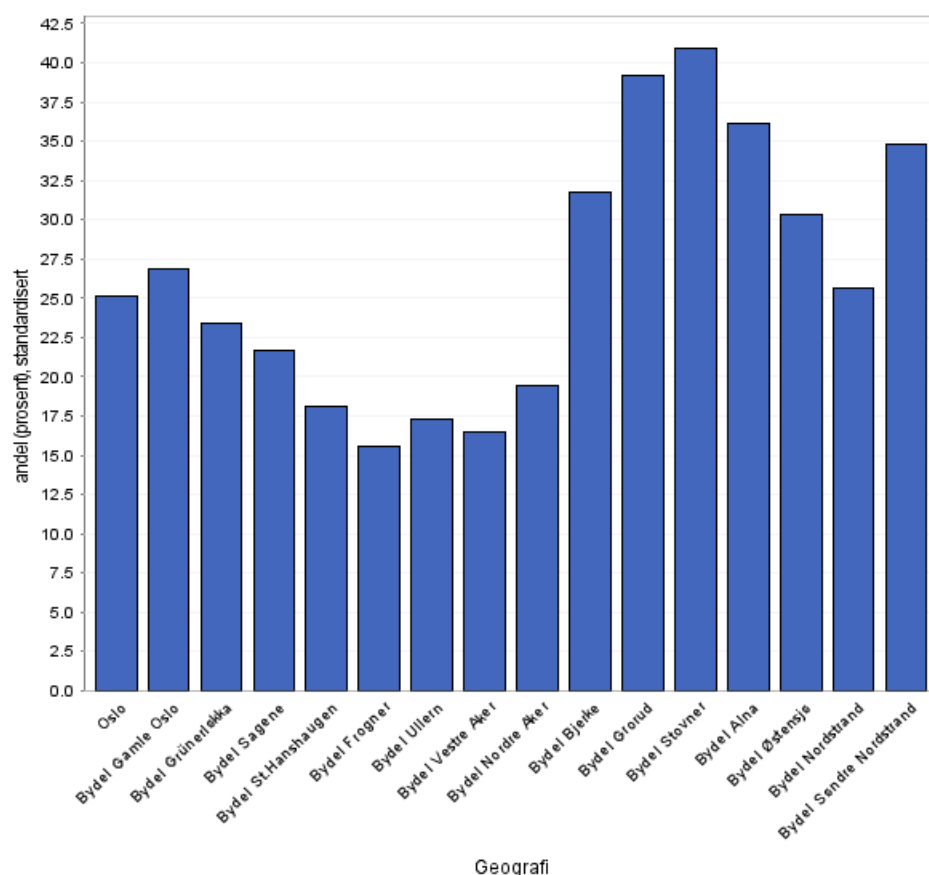
Figur 10 Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30–74 år) fordelt på kvinner og menn – Antall døde av hjerte- karsykdom per 100 000 i Norge og Oslo fordelt på kvinner og menn. (Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet)

Videre ser man også sammenheng mellom høy forekomst av type 2-diabetes og sosioøkonomiske forhold.² Type 2-diabetes er vanligere i grupper med kort utdanning enn i grupper med lengre utdanning.⁵⁶

Det har vært en økning i type 2-diabetes de senere årene. Det er høy forekomst av diabetes i sørasiatiske land (Pakistan, India, Bangladesh, Sri Lanka), samt hos innvandrere regionen til vestlige land. Også i Norge er forekomsten høy hos denne gruppen, og forekomsten og dødeligheten av diabetes blant innvandrere er høyere, spesielt blant kvinner, enn i vertspopulasjonen.^{12,49}

Ulikheter i risikofaktorer mellom bydelene

De viktigste risikofaktorene for type 2-diabetes er sterkt knyttet til helseatferd. Figur 11 viser at det er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder overvekt/fedme. Tall fra Ungdata viser store variasjoner i grad av fysisk aktivitet, hvor bydelene Grorud, Stovner, Alna, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo ligger lavest. Ungdommer fra bydelene Ullern, Vestre Aker, Nordre Aker og Nordstrand rapporterer høyest grad av fysisk aktivitet. Det samme mønsteret ser man også på vedvarende lavinntekt i husholdninger fordelt på bydeler.³



Figur 11 Overvekt inkl. fedme, andel, standardisert, fordelt på bydel, 2016–2018. (Kilde: KommuneHelsa, Folkehelseinstituttet)

KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) betegner en gruppe kroniske lungesykdommer. To av tre KOLS-tilfeller er har røyking som årsak, og er dermed den viktigste risikofaktoren. (FHI) I tillegg kan luftforurensing føre til KOLS. Dette inkluderer eksponering for skadelige partikler/støv eller gasser, både generelt utendørs og i arbeidsmiljøet. (Helsenorge) I Oslo er det bydelsvariasjoner i luftforurensning. (OsloHelsa 2020)

Det er vanskelig å gi et eksakt svar på forekomsten av KOLS i befolkningen. Sykdommen er underdiagnostisert; pga. milde symptomer er mange ikke klar over at de har sykdommen. I tillegg gir befolkningsundersøkelser ulike tall pga. ulike diagnostiske kriterier. Den siste Tromsø-undersøkelsen estimerer at omtrent seks % av befolkningen over 40 år har KOLS. Antallet eldre i befolkningen er økende, og den økte levealderen gjenspeiles også hos personer med KOLS.⁵⁷

Tall fra KommuneHelsa viser at det i Oslo er en økning i forekomst i legemiddelbrukere og brukere av spesialisthelsetjenesten, mens det er en svak nedgang på dødelighet. Man ser en forhøyet forekomst av KOLS hos kvinner, både i Oslo og nasjonalt. Kvinner begynte i større grad å røyke på 60-tallet, og dette synliggjør seg nå. Da mange ikke blir diagnostisert før sykdommen er fremskredet, kan man anta at KOLS vi fortsette å øke i befolkningen en stund til, selv om kurven på antall røykere er synkende og derfor motvirker økningen.^{3, 58}

Forskjeller i forekomst av KOLS mellom bydelene

På bydelnivå finnes det kun data på «tidlig død», og man ser her at det er store ulikheter mellom bydelene, hvor bydel Sagene, Grünerløkka og Gamle Oslo ligger øverst, mens bydel Vestre Aker, Nordre Aker, Ullern og Frogner ligger nederst. Røyking er tett assosiert med KOLS-sykdom, og man kan også på tallene for røyking anta at det er store forskjeller mellom bydelene. Disse indikatorene gir grunn til å anta at den generelle forekomsten er høyere i disse bydelene.²

Muskel- og skjelettlidelser og -plager

Muskel- og skjelettsykdommer beregnes til å være den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest». De fleste tilstandene innebærer ikke betydelig overdødelighet. Sykdomsgruppen står imidlertid for en signifikant andel av ikke-dødelig helsetap. (FHI).

Muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til uførhet, nest etter psykiske lidelser. Rundt 30 % av sykefraværet i Norge skyldes muskel- og skjelettsykdommer, noe som også er representativt for Oslo. Oslo har derimot med 20 % den laveste andelen uføre i denne diagnosegruppen.⁴⁹ Det er varierende risikofaktorer knyttet til de ulike lidelsene, men sannsynligvis vil redusert røyking og fysisk aktivitet kunne ha en forebyggende effekt.⁵⁹

På grunn av store fremskritt i behandlingen av flere diagnoser er alvorligheten per sykdomstilfelle i sum fallende. Rapporten fra Menon «Rammer flest, koster mest» fra 2019 viser imidlertid også til at sykdomsbyrdetallene knyttet til muskel- og skjelettsykdommer har steget det siste tiåret. Sykdommene med størst utbredelse finner man blant eldre. Artrose og «korsryggsmarter» er blant disse, og forekomsten ser ut til å henge sammen med overvekt og lite fysisk aktivitet. Da befolkningen blir eldre og andelen eldre i befolkningen er økende, er det grunn til å tro at utviklingen fortsetter i kommende år, med helsetapet som hører til.⁶⁰

Forskjeller i forekomst av muskel- og skjelettlidelser og -plager mellom bydelene

Siste tallgrunnlag i KommuneHelsa statistikkbank er fra 2019. Muskel- og skjelettplager finnes i større grad hos personer med lavere sosioøkonomisk status, og utdanning er en faktor av stor

betydning. Levekårsundersøkelser antyder at denne sammenhengen øker. Utdanning henger sammen med risiko for uførhet grunnet ryggglidelse, og en studie viser at risikoen tredobles hos personer med lav utdanning i forhold til personer med høy utdanning.^{2,59}

Ulykker- fallskader og hoftebrudd

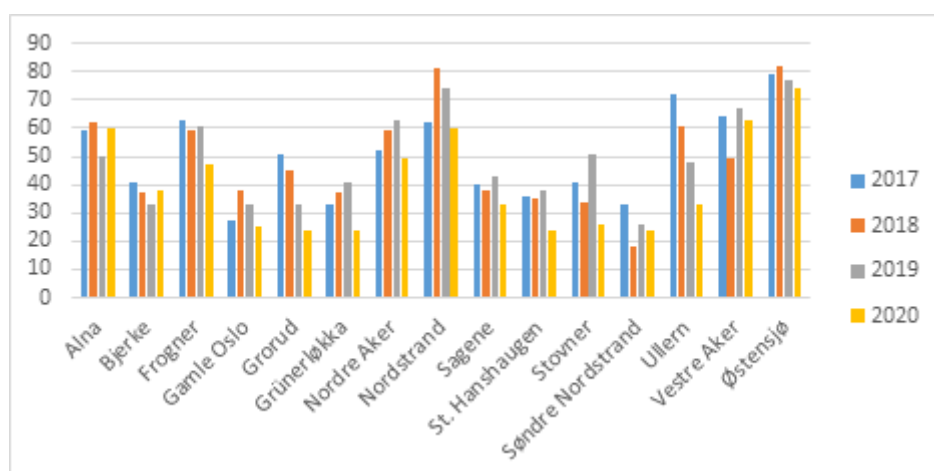
Skader og ulykker er en viktig årsak til uhelse og død i Norge, og har store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Skadefeltet har som helhet et stort potensiale for forebygging.

Fallskader

Fallskader utgjør nesten halvparten av alle årlige ulykkesdødsfall. Fall generelt og dødsfall på grunn av fallulykker øker kraftig med alder, spesielt for kvinner.⁶¹ Omtrent 1/3 av eldre over 65 år opplever minst et årlig fall. Oslo kan regne med å få en sterk vekst i eldrebefolkningen. Sterkest vekst forventes blant de over 80 år, med om lag en dobling fra 2019 til 2040.⁶²

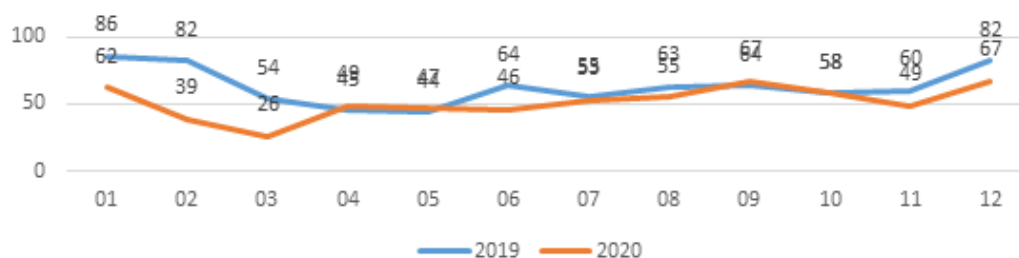
Hoftebrudd

Oslo er i verdenstoppen på forekomst av hoftebrudd. Selv om den aldersspesifikke insidensratene av hoftebrudd er synkende, forventes det at den totale forekomsten av hoftebrudd vil øke betydelig over de kommende årene grunnet økende antall eldre personer. Dette vil medføre betydelige helseutfordringen for den enkelte og stor økning i kostnader for samfunnet.⁶³



Figur 22 Antall registrerte hoftebrudd per bydel for personer 65 år og eldre i Oslo, dataene er ikke aldersjusterte.

Figur 12 viser antall registrerte hoftebrudd i bydelene i tidsperioden 2017–2020, og det er en markant nedgang i hoftebrudd fra tidligere år til 2020. I 2019 var det totalt registrert 738 hoftebrudd i Oslo, mens i 2020 ble det til sammen registrert 604 brudd. Figur 13 viser at den største nedgangen i antall hoftebrudd skjedde de tre første månedene av 2020. Hva denne nedgangen skyldes er usikkert, men reduksjonen i hoftebrudd følger et mønster som har vært observert i pandemiperioden for andre tilstander, som blant annet hjertesykdommer.



Figur 13 Hoftebrudd per måned i Oslo 2019 og 2020

Ulykker- El-sparkesykler

Flere ulykker og mindre fysisk aktivitet

Intervjuer viser at turer med el-sparkesykkel i hovedsak erstatter gåturer eller sykkelture, og dermed fører til mindre fysisk aktivitet i befolkningen. Legevakta har registrert antall ulykker forårsaket av el-sparkesykler. For mai 2019 rapporterte legevakten om 1,5 ulykker per dag, og antallet ulykker økte parallelt med økt antall tilgjengelige sparkesykler og økt bruk utover sommeren.⁶⁴

Miljø og helse

Uteområder i barnehager og skoler

Rapport – Hvordan sikre kvalitet i utformingen⁶⁵

Barn tilbringer store deler av hverdagslivet i skolen og barnehagen. De tilknyttede uteområdene er dermed viktige arenaer for barns fysiske aktivitet. Godt gjennomtenkt utforming av uteområdene kan derfor bidra til å motvirke den stadig økende inaktiviteten blant barn og unge i Norge.

I februar 2021 var 90 % av barnehagene godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler og 83 % av skolene.⁶⁶ Tilsvarende tall for 2017 var henholdsvis 83 % for barnehager og 60 % for skoler. Formålet med godkjenningsordningen er å bidra til at miljøet i skoler og barnehager fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og forebygger sykdom og skade.

Grøntarealer og stille områder

Tilgjengelighet til urbane grøntområder fremmer fysisk aktivitet og folks selvopplevde helse.⁶⁷ Av de som bor i Oslo har 98 % av befolkningen mindre enn 300 meter til et grøntområde fra sitt bosted > 1000kvm. Siden 2006 har denne andelen økt.⁶⁸

Oslo har 14 utvalgte stilleområder hvor støynivået er under grenseverdien på 55 dB. Rundt halvparten av byens befolkning bor nærmere enn 500 meter fra et stille område. I de fleste av stilleområdene er arealet som er under grenseverdien for støy blitt redusert mellom 2011 og 2016.⁶⁹

Støyplager og luftkvalitet

I publikumsundersøkelsen i Oslo har andelen som svarer at de er fornøyd med støyforholdene der de bor, økt i alle bydeler fra 2010 til 2018.⁷⁰ Levekårsundersøkelsen til SSB fra 2018 viser at 12 % er plaget av støy inne i boligen.

Generelt ble det registrert relativt lave konsentrasjoner av luftforurensning i Oslo i 2020.⁷¹ Dette gjelder særlig nitrogendioksid, som i Oslo i hovedsak stammer fra eksos. Nivåene av svevestøv, der de største lokale kildene er veistøv og vedfyring, ser ut til å holde seg ganske stabile. På grunn av naturlig utskifting til en stadig renere kjøretøypark vil nitrogendioksidforurensningen bli ytterligere redusert frem til 2025, mens det er nærmest ingen endring for svevestøv.

KAPITTEL 4

Nye sentrale rapporter

Levekår i byer, gode lokalsamfunn for alle

Bakgrunnen for utredningen «Levekår i byer, gode lokalsamfunn for alle» er en opphoping av levekårsutfordringer i og rundt de største byene i landet. Sentrale levekårsutfordringer kan være dårlig bomiljø, få møteplasser og aktivitetstilbud, trangboddhet, arbeidsledighet (lav sysselsetting), barnefattigdom, vold i nære relasjoner, ungdomskriminalitet, frafall fra utdanning, manglende sosial støtte, dårlig helse, rusproblematikk med mer.

Hva har geografi å si for levekårsutfordringer?

Utredningen gir en todelt situasjonsbeskrivelse; en overordnet del som beskriver generelle utfordringer, og en spisset del om situasjonen i de utsatte områdene.

Situasjonen viser at det er en geografisk konsentrasjon av levekårsutfordringer, men at folk i Norge stort sett er fornøyd, og bor i gode, velholdte nabolag. Levekårsforskjellene i Norge øker noe, tydeligst i Oslo-regionen. Noen områder har omfattende opphoping av levekårsutfordringer med høy barnefattigdom og krevende oppvekstsvilkår. Det er et visst sammenfall mellom levekårsutfordringer og innvandreres bosettingsmønster; dette varierer etter geografi og ulike levekårsvariabler. Det er også visse tendenser til segregering ved barnehager, barne- og ungdomsskoler og videregående skoler.

Effektene av dårlig bomiljø

Boligområdenes kvaliteter og omdømme utvikles over lang tid. Økonomiske forskjeller i befolkningen gir ulike valgmuligheter på boligmarkedet. Flytting øker tendensene til ustabile boforhold og forsterker forskjellene. Inn- og utflytting forekommer oftere i områder med en høy andel innvandrere.

Dårlige bomiljøer har negative effekter for barn ved at det kan påvirke barns utdanning i ugunstig retning, samt at flere utsatte unge samlet i et område kan øke kriminaliteten. Få eller lite brukte møteplasser, svake sosiale bånd på tvers av ulike grupper, svekket sivilsamfunn og liten kollektiv handlekraft bidrar til lavere tillit og samhold i boområdet, og større grad av utenforskap og dårlig livskvalitet for beboerne.

Krever innsats på flere områder samtidig

Utredningen fremhever nødvendigheten av innsats på flere områder og flere nivåer samtidig. Helhetlig byutvikling, likeverdige tjenester og selektive virkemidler er viktige begreper.

Riktig økonomisk politikk/velferdspolitikkk kan, ved å bidra til mindre segregering og færre levekårsutfordringer, fremme helse, gi flere muligheter og være med på å utjevne forskjeller.

Utvalgets viktigste anbefalinger

1. Gi barn og unge i utsatte områder like muligheter
2. Styrket og mer systematisk innsats i ordinære tjenester
3. Styrke levekårshensyn i byutviklingen
4. Tydeligere mål og ansvarsfordeling i områdesatsinger ²³

Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse

- en kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune.

NIBR-rapport 2020:11 er kartleggingen som tar for seg byomfattende planer i Oslo kommune. Det vil si planer som omfatter kommunen som helhet, og ikke enkeltbydeler eller områdesatsinger. Til sammen er 51 planer og 10 tildelingsbrev til etater og bydeler inkludert i undersøkelsen.

Mange planer

Det finnes et stort antall relevante plandokumenter på byomfattende nivå i Oslo som omhandler tema knyttet til barn og unge og sosial ulikhet i helse. Disse er krevende å få oversikt over, fordi de i stor grad er kategorisert i tilknytning til ulike sektorer og innunder ulike tema.

Folkehelsebegrepet

Kartleggingen viser at 13 av planene eksplisitt omtaler folkehelse som tema. Helsefremming og forebygging (og varianter av disse) brukes i stor grad som synonym til begrepet «folkehelse». Det gjelder særlig forebygging, som omtales i hele 34 plandokumenter; langt flere enn selve folkehelsebegrepet. Mange av disse planene er direkte rettet mot barn og unge, og mot områdene psykisk helse, rus og kriminalitet.

Et oppsiktsvekkende funn i undersøkelsen er at folkehelseplanen er den eneste av de 51 studerte plandokumentene som eksplisitt kobler sammen sosial ulikhet og helse.

De to viktigste planene

Kommuneplanens samfunnsdel og Folkehelseplan for Oslo 2017–2020 er de to sentrale planene som omhandler folkehelse tema i størst grad, og med en mest helhetlig tilnærming. Når det gjelder de ulike dimensjonene av sosial ulikhet, er disse omtalt relativt jevnt i de to planene, mens sosioøkonomisk status fremtrer tydeligere i folkehelseplanen.

Folkehelsebegreper i tildelingsbrev

Folkehelse, som naturlig nok er særlig fremtredende i folkehelseplanen, opptrer bare som et eksplisitt tema i 4 av de 10 tildelingsbrevene til etater og bydeler. Sosial ulikhet tas opp i 6 av tildelingsbrevene, først og fremst i form av begrepet sosial utjevning.

Det varierer i hvilken grad tildelingsbrevene gjenspeiler føringene gitt i kommuneplanen og folkehelseplanen. I forlengelsen av enkelte funn reflekterer forfatterne av rapporten videre og spør blant annet om ikke folkehelse som angår alle samfunnsområder burde nedfelles i tildelingsbrevene til flere etater.⁷²

Nasjonal livskvalitetsundersøkelse

Livskvalitetsundersøkelsen

Informasjonen i dette kapittel er hentet fra den første egne livskvalitetsundersøkelsen som er gjennomført i den norske befolkningen av Statistisk sentralbyrå våren 2020.

Livskvalitetsundersøkelsen bygger på flere års forarbeid for kartlegging av livskvalitet i Norge.

Livskvalitet vies stadig mer oppmerksomhet i samfunnsplanlegging og forvaltning. Befolkningens livskvalitet er en av Norges viktigste ressurser.

Livskvalitet i Oslos befolkning

I Oslo svarer de fleste at de er tilfredse med livet. 24 % av befolkningen oppgir at de har høy tilfredshet med livet, 54 % svarer at de er middels tilfredshet med livet, mens 22 % svarer at de har lav tilfredshet med livet. Oslos befolkning har signifikant høyere score på tilfredshet med fysisk helse, mestring og optimisme for fremtiden enn gjennomsnittet for befolkningen.

Forskjeller i befolkningen

Yngre personer oppgir at de er mindre tilfredse med livet enn eldre. Aleneboende og enslige forsørgere signifikant lavere gjennomsnittlig tilfredshet enn befolkningen i alt. Personer med ikke-heteroseksuell identitet skårer dårligere på tilfredshet med livet sammenlignet med befolkningen som helhet. Personer med innvandrerbakgrunn skiller seg ikke signifikant fra befolkningen når det gjelder tilfredshet med livet.

Utdanning, arbeid og inntekt

Personer med lavere utdanning og lavere inntekt oppgir mindre tilfredshet på ulike livskvalitetsmål enn de med høyere utdanning og inntekt. Personer med høyere utdanning skårer signifikant bedre enn befolkningen som helhet på nesten alle indikatorer. Personer som er arbeidsledige eller uføre er overrepresentert blant de som svarer at de er mindre tilfredse med livet.

Sosiale relasjoner

Det å ha venner, familie og noen man kan kontakte ved behov, ser også ut til å ha en sammenheng med livskvalitet. Blant annet er det å være mye plaget av ensomhet negativt relatert til tilfredshet med livet.

Psykisk helse og funksjonsevne

Symptomer på angst og depresjon ser ut til å være den største risikofaktoren for lav livskvalitet av helseforholdene. Personer med nedsatt funksjonsevne skårer også signifikant dårligere på alle indikatorer på subjektiv livskvalitet sammenlignet med befolkningen i alt.

Negative livshendelser/traume

Noen konkrete livshendelser skiller seg ut ved at en svært stor andel som har opplevd dem rapporterer om lav tilfredshet med livet. Det gjelder særlig sterkt personlige krenkende hendelser, som å bli utsatt for vold eller trusler om vold, tvunget - eller forsøkt tvunget - til seksuell omgang, eller å bli ydmyket eller fornærmert over lengre tid.⁷³

Byplanlegging som fremmer folkehelse

- Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger.

I Oslos byplanlegging finnes faktorer som er særlig viktige for å bidra til en bedre folkehelse for byens innbyggere. Alle tiltak som settes i gang må ta hensyn til befolkningen i de enkelte områder der planlegging og utbygging skal foregå. Under planleggingen er det nødvendig å vurdere både fysiske forhold og sosiale konsekvenser av tiltakene som utføres. Hvordan kommunen går frem under utarbeidelsen av disse planene, og hvilke fasiliteter og tiltak som legges inn i planene, er av stor betydning for folkehelsen i Oslo.

Rammebetingelser og kunnskapsgrunnlag

Tverrgående forankring av strategi og mandat, samarbeid om å finne suksesskriterier og å lage en helhetlig situasjonsbeskrivelse, er essensielt i arbeidet. Miljø, transport og sosiale og kulturelle forhold må kartlegges for å kunne vurdere hvordan en best kan legge til rette for beboernes helse og velvære i området. Økonomi og mulige lokale bidragsyttere må også klarlegges.

Planprosess og medvirkning

Det er viktig å avklare og forankre hvilken betydning medvirkning fra beboerne skal ha i planprosessen. Beboerne må komme tidlig inn i prosessen, og dannelsen av referansegrupper er anbefalt. Det må brukes metoder for medvirkning og opplæring av beboerne som styrker den sosiale kapitalen i området. Administrativ og politisk ledelse må medvirke og koordinere prosessen.

Arealbruk, funksjoner og lokalisering

Et godt nærmiljø fungerer best når flere funksjoner ligger i samme område. Ulike boligtyper, butikker, barnehager, skoler, friarealer og annet som skaper samvær, vil øke områdets positive innvirkning på beboerne.

Transport og mobilitet

God kollektivtransport og sykkel- og gangveier er viktig for å øke mobilitet i området. Hvilemuligheter for eldre og uføre ved friareal og butikker er også viktig. Trygghet gjennom belysning og trafikksikkerhetstiltak kan være nødvendig. Det anbefales å ta kontakt med transportselskaper og ansvarlige for annen infrastruktur i området for å kartlegge planer og ev komme med innspill til disse.

Møteplasser og rekreasjon

Nærhet til rekreasjonsområder og lekearealer er viktig, særlig for barn og eldre. Tilbudene bør være gratis og kunne brukes av ulike befolkningsgrupper uavhengig av alder, kjønn og kulturell bakgrunn. Beboerne må få mulighet til å medvirke i planer om å påvirke utformingen av nabolaget, og ofte er det nødvendig med god informasjon om tilbudene i etterkant for å øke bruken. Helårsaktivitet er et fordelaktig perspektiv ved planlegging av aktiviteter.

Sosiale tiltak

Fysiske og sosiale tiltak bør ses i sammenheng for å være bærekraftig over tid. Involvering fra beboere, tilgjengelige servicesentre og god markedsføring er av stor betydning for bruken av de sosiale tilbudene. Hverdagsaktiviteter, trygghet og tiltak som avspeiler de forskjellige beboernes behov er vesentlig her.⁷⁴

KAPITTEL 5

Konsekvensene av covid-19

Konsekvenser av covid-19 for sosial ulikhet i helse

Oslo har hatt en skjev smittebyrde i byen, og dette forklares med strukturelle utfordringer som også handler om levekår: de bydelene som er hardest rammet av smitte, skiller seg fra resten av byen på en rekke levekårsindikatorer. De langsiktige konsekvensene av koronapandemien er ikke kjent. Trolig vil pandemien forsterke og aktualisere enkelte av de langsiktige utfordringene Norge har sett lenge, som sosial ulikhet i helse, utenforskap og arbeidsledighet.⁵

Forskning på effekter av covid-19 viser et overordnet mønster der majoriteten av barn og unge får det litt dårligere på noen livsområder, og muligens litt bedre på andre, mens et mindretall som ofte allerede er utsatte, får det dårligere på mange livsområder.⁷⁵

Smitteverntiltakene rammet ulikt

Smitteverntiltakene i Oslo påvirker befolkningen, men rammer ulikt. Tilknytning til arbeidsliv og økonomi antas å være en beskyttelsesfaktor av belastning.⁷⁶ God økonomi ser ut til å være viktig i forståelse av hvordan pandemien har virket inn på byens befolkning. Undersøkelsen "Oslo ungdom i koronatid" gir en god illustrasjon: Hele 20% av byens ungdom opplevde at en eller begge foreldre ble permittert eller mistet jobben. Forekomsten var størst hos ungdom med lavere sosioøkonomisk bakgrunn og migrasjonsbakgrunn. I familier med høyere sosioøkonomisk bakgrunn, opplevde 86% at foreldrene fikk hjemmekontor.⁷⁷

Personer med innvandrerbakgrunn oftere smittet og syke

Pandemien har truffet befolkningen i Oslo ulikt både når det gjelder smittetall og alvorlighet av sykdomsforløp.

Det er sammensatte grunner til at enkelte innvandrergrupper har vært overrepresentert i statistikken for smitte og innleggelser. Faktorer som kan ha betydning er bosted, sosioøkonomiske forhold og reiser til land med høyt smittetrykk. Arbeidet med testing, isolasjon, smittesporing og karantene (TISK) ser ikke ut til å ha vært like effektivt i alle miljøer. Faktorer som kan ha bidratt til dette er lavere helsekompetanse og språkkompetanse i deler av innvandrerbefolkningen, kombinert med at helsevesenet har lavere kunnskap om de aktuelle innvandrer miljøene⁷⁸. Intensivert TISK ble iverksatt i Oslo for å styrke tiltakene til denne målgruppen.

I arbeidet med intensivert TISK ble seks av bydelene som hadde høye smittetall sammenliknet, og det ble understreket fellestrekk for flere av bydelene når det gjaldt lavt utdanningsnivå, lav sysselsetting, og lav inntekt i barnehusholdninger.⁷⁹ Andre årsaker som trekkes frem⁸⁰, lav helsekompetanse⁸¹, tillit til myndigheter og ulike medievane blant innbyggere med ulik landbakgrunn.

Tillit til myndighetene er avgjørende

Tillit til rådene som gis fra myndigheter på alle nivå er noe av det viktigste verktøyet for å sikre etterlevelse av råd og anbefalinger, forhindre spredning av farlige sykdommer og opprettholde høy grad av vaksinasjon - også utenom pandemier. Norge scorer høyt når det gjelder tillit til myndighetenes råd ifølge Wellcome Global Monitor 2018⁸², men ifølge Norsk Koronamonitor er denne lavere for personer med innvandrerbakgrunn.⁸³ For å sikre at vaksinasjonsgraden av vaksiner anbefalt av myndighetene forblir høy – for influensa, covid-19, livmorhalskreft, barnevaksinasjon og andre anbefalte vaksiner – må vi fortsette å bygge befolkningens kompetanse om egen helse, og trekke erfaringer fra arbeid med intensivert TISK i Oslo.

Store mengder informasjon kan skape forvirring

Halvparten av Norges befolkning opplever utfordringer med å vurdere om helseinformasjon som massemedia formidler er til å stole på.⁸⁴ Under koronapandemien har befolkningen måttet forholde seg til store mengder informasjon som har vært i stadig endring fra mange ulike kilder. Mye og til tider motstridende informasjon globalt sett, har trolig gitt grunnlaget for en «infodemic». En «infodemi» defineres av WHO som for mye informasjon, inkludert misvisende eller falsk informasjon i digitale eller fysiske arena under et sykdomsutbrudd. Det kan forårsake forvirring og risikoatferd som kan skade helse.⁸⁵

Konsekvenser av covid-19 for psykisk helse

Covid-19 har hatt psykososiale konsekvenser for hele befolkningen. Innbyggere i Oslo har på grunn av det høye smittetrykket måttet leve med omfattende sosiale begrensninger over lenger tid.

Psykiske plager øker

Forekomsten av psykiske plager og ensomhet har økt gjennom pandemien, og man ser den største økningen i Oslo og Bergen, der smittevernstiltakene har vært mest omfattende.⁸⁶ Mye tyder på at de innbyggerne som var mest utsatt fra før, har fått de største belastningene ved pandemien.⁸⁷ Barn står i en særskilt sårbar posisjon.⁸⁸

Den generelle befolkningen vil i en periode kunne oppleve forhøyede nivåer av psykiske plager som angst og depresjon relatert til stress og bekymring som følge av pandemien. Man antar at disse plagene vil være mer uttalt blant sårbare grupper og at de kan forverres jo lenger krisen varer. I Oslo rapporteres det blant annet om økt angst, sosial isolering, ensomhet, problemer knyttet til tvangslidelser og spiseforstyrrelser.⁸⁶

Barn og unge

Foreløpig vet vi ikke hvordan gjentatte bølger med nedstenging og vedvarende usikkerhet om fremtiden vil påvirke ungdom på kort og lang sikt. Vi vet imidlertid at mange som jobber med ungdom har opplevd en markant forverring i omfang og kompleksitet når det gjelder psykiske helseplager.⁸⁹ Smittevernstiltak har ført til at barn og unge har blitt hindret i sin naturlige utvikling og livsutfoldelse. En konsekvens av nedstengninger og sosiale begrensninger, kan være opplevelse av redusert livskvalitet, og økning eller forsterkning av psykiske helseproblemer.⁸⁶

Selv om mange ungdommer er aktive i digitale kanaler og nettet er en viktig arena for unger, viser forskning at mindre fysisk kontakt med venner og andre sosiale begrensninger fortsatt er helt avgjørende for helsetilstanden blant ungdom.⁹⁰

Vold og overgrep

Det er godt dokumentert at økonomiske og sosiale kriser fører til økt risiko for vold i familien,⁹¹ både partnervold og vold mot barn. Derfor er det knyttet bekymring til pandemiens konsekvenser når det gjelder vold i nære relasjoner. En kartlegging gjennomført i 2020 viste at ungdom i lavinntektsfamilier, og ungdom med foreldre med psykososiale vansker, var mer utsatt for vold og overgrep under skolenedstengingen enn ungdom for øvrig.⁹¹

Endret arbeidssituasjon

Pandemien har ført til endrede arbeidsbetingelser for veldig mange. Økt arbeidsledighet i Oslo er en risiko for psykiske helseutfordringer, både for den enkelte som rammes og deres familie. Arbeidspresset for ansatte innen helse- og omsorgstjenestene kan føre til økning av sykemeldinger fremover. Det samme gjelder for ansatte på skolene og i barnehagene, samt andre tjenester som har vært under stort press under pandemien.

Konsekvenser av covid-19 for livskvalitet

Livskvalitet er både direkte og indirekte knyttet til folks helse, og har de siste årene blitt et sentralt begrep i folkehelsearbeidet. Å oppleve god livskvalitet har verdi for den enkelte, men det er også av stor betydning rent samfunnsøkonomisk. Kommuner og fylkeskommuner kan gjøre mye for å fremme livskvalitet i befolkningen, blant annet gjennom trygge lokalsamfunn, gode nærmiljø og møteplasser, inkluderingsarbeid og ved å jobbe strukturelt med levekårsutfordringer.

Pandemien har påvirket livskvaliteten midlertidig

Resultater fra fylkeshelseundersøkelsene tyder på at de sosiale restriksjonene har ført til ensomhet, psykiske plager og redusert livskvalitet, men som i hovedsak er tidsavgrenset og situasjonsspesifikk. Tidligere forskningslitteratur viser at selv etter personlige livsomveltninger og kriser på befolkningsnivå returnerer livskvaliteten vanligvis forholdsvis raskt til sitt vante nivå. Men det er store individuelle forskjeller både i tilpasningsevne og livsbetingelser, og noen får dype og varige mén.

Langvarige konsekvenser for noen

Noen grupper, spesielt de som faller ut av arbeidslivet, kan få en varig knekk i livskvalitet og psykisk helse. Arbeidsstedet er en av de viktigste sosiale vekstarenaene vi har, og livskvalitetsundersøkelsene viser at de som er uten arbeid eller annet meningsfylt virke, systematisk oppgir dårligere livskvalitet. Langvarig ensomhet og psykiske plager kan gi dårlig søvn, helse, selvbilde og fungering, som igjen forsterker psykiske plager.⁹²

Livskvaliteten er jevnere fordelt

Et interessant funn i fylkeshelseundersøkelsene som er gjennomført av Folkehelseinstituttet er at livskvaliteten nå fremstår som jevnere fordelt. Gruppene som hadde best og verst livskvalitet før pandemien, ser ut til å ha blitt mindre. De som var ensomme før pandemien, var mindre ensomme både i juni og desember. Når alt er stengt og alle er hjemme, vil kanskje opplevelsen av utenforskap være mindre påtrengende?

Hjemmekontor gir økt fleksibilitet, men redusert fellesskap

Utover personlige konsekvenser kan pandemien medføre strukturelle endringer i hvordan vi organiserer samfunnet. Hjemmekontor gir økt fleksibilitet og kan være viktig for enkelte i faser av livet. Fylkeshelseundersøkelsene viser imidlertid at forekomsten av psykiske plager og ensomhet er større for dem som nå arbeider hjemme, enn for dem som fortsatt er på arbeidssstedet. Opplevelse av vekst, engasjement og mening skjer gjerne i det sosiale. For mange gir hjemmekontoret mindre muligheter for opplevelse av mening, engasjement og fellesskap.⁹³

Konsekvenser av covid-19 for nærmiljø

Aktiv ute

Det har vært et stort behov for tilgjengelige aktivitetsflater utendørs i nærmiljøet der folk bor. Innendørsanlegg har vært stengt i lange perioder, befolkningen har blitt oppfordret til å møtes utendørs og ikke reise kollektivt. Byens fokus på å tilrettelegge for flere aktiviteter i nærmiljøet der folk bor har gjort det enklere for befolkningen å komme seg ut i aktivitet. Gjennom vinteren har naturisflater og kunstisflater rundt omkring i byen, samt snø og preppede skiløyper i parker vært svært populære.

Naturen en viktig sosial møteplass

Naturen er blitt en viktig sosial møteplass under pandemien. Det viser en fersk undersøkelse⁹⁴ initiert Norsk Friluftsliv. Muligheten til å møtes utendørs har vært ekstra viktig i områder der man har hatt de strengeste tiltakene over tid. Blant Oslo-folk har hele 75 % vært sosiale i naturen som følge av korona. Tallene viser også at unge har vært spesielt sosiale utendørs.

Mer aktive i parken

Blant Oslobrukere av treningsappen STRAVA har det vært en økning i frilftsaktiviteter på nærmere 300 % sammenliknet med samme periode i årene før covid-19-utbruddet.⁹⁵ Det har vært en økning i alle former for utendørsaktiviteter, både løping, fotturer og sykling, og alle deler av byen og omegn tas i bruk. Innenfor bykjernen var økningen størst i grønne nabolag og parker.

Forskningen viser at tilgang til grøntområder i bykjernen er avgjørende for enkelte grupper av befolkningen, som barn, eldre og andre med begrenset mulighet til å bevege seg fritt rundt, bruke bil eller kollektiv transport. Videre nevnes det at tilstrekkelig tilgang på naturlige rom gjør byer mer robuste. «Grønne tilfluktsrom» hjelper oss å takle pandemien. Grønne rom i tett by koster, men man ser tydelig at det er en forsikringspremie man bør ta seg råd til også i fremtiden. En nasjonal undersøkelse⁹⁶ initiert av Norsk Friluftsliv viser at 89 % av de som svarte er helt eller delvis enig i at de føler seg mindre bekymret og lettere til sinns ute i naturen.

Konsekvenser av covid-19 for utlånsentraler

I Oslo er det per i dag 13 utlånsentraler, der 11 er utlånsentraler gjennom BUA. BUA er en ideell organisasjon som vil gjøre det enklere å være fysisk aktiv. Utlånsentralene er viktige i nærmiljøet; de bidrar til aktivitet og når en stor bredde i befolkningen.

Ekspløsiv vekst i 2021

2020 var et unormalt år for utlånsentralene i Oslo, med mindre utlån. Dette skyldes i hovedsak dårlige snøforhold og nedstenging og restriksjoner grunnet covid-19-pandemien. Så langt i 2021 har BUA-utlånsentralene sett en ekspløsiv vekst, og tallene fra 2020 er allerede doblet i utgangen av mars 2021. I perioden januar-mars i 2021 er det lånt ut til sammen 19 206 utlånsenheter av 3 574 unike brukere. Veksten kunne vært betydelig større så langt i 2021 om utlånsentralene hadde hatt mer utstyr å låne ut, da tilbudet har vært mindre enn etterspørselen. BUA-utlånsentralene har holdt åpent nesten hele vinteren med strenge smitterutiner, og vinteren har vært snørrik. Kjennskapen og kunnskapen til BUA-utlånsentralene er økende.

Mest utlån i vintersesongen

Det er mest utlån i vintersesongen. Vinterutstyr koster mer og er derfor attraktive utlånsobjekter. BUA-utlånsentralene jobber for å synliggjøre et godt tilbud for aktiviteter i sommerhalvåret, men flere av utlånsentralene har begrensede åpningstider i sommerhalvåret, og det mangler utstyr for å ha et like godt tilbud i sommersesongen.⁹⁷

Konsekvenser av covid-19 og smitteverntiltak for lokal luftkvalitet

Tiltakene mot spredning av koronavirus har ført til en trafikkreduksjon og en endring av reisevanene på kort sikt, som igjen har ført til endringer i utslipp til luft. Mindre trafikk har ført til reduserte utslipp fra eksos, og dermed redusert NO₂-forurensning. Bildet for svevestøv er derimot mer komplekst, og ikke like entydig.

Det forventes at arbeidsforhold og reiser vil endre seg også på litt lengre sikt. Per nå er det vanskelig å se hvilke utslag dette vil ha, men det vil kunne påvirke fremtidig trafikk og følgelig luftkvalitetssituasjonen. Det kan bli mer personbiltrafikk siden folk kan begynne å vegre seg for å benytte kollektivtrafikk. Alternativt kan det bli mindre trafikk som en følge av mer hjemmekontor. I tillegg vil trafikken gjennom en ukedag kunne fordeles annerledes, med mindre utpreget rushtrafikk, dersom arbeidshverdagen forblir mer fleksibel for mange. Videre vil også næringstransporten kunne endre seg. Endringene i reisevanene og trafikale forhold fremover vil kunne påvirke utslipp til luft, og muligens også andre miljøforhold som støy.⁹⁸

Konsekvenser av Covid-19 for arbeid og arbeidsledighet

I løpet av et par uker i mars 2020, gikk Norge fra å ha det laveste ledighetsnivået på 10 år til det høyeste i fredstid. Økningen skjedde som følge av koronapandemien og smitteverntiltak som ble innført. Oslo er fylket med størst andel permitterte med 4,5 %, og tilsvarende tall for landet er 2,6 %. Oslo har hatt en stabil, høy ledighet over tid som følge av koronatiltakene i hovedstaden.

I tillegg til tap av inntekt, kan arbeidsledighet bidra til psykososiale belastninger, stress og andre helseproblemer.

Noen grupper hardt rammet

Mange er tilbake i jobb ett år etter koronakrisen inntraff, men noen grupper er hardt rammet. Dette gjelder spesielt innvandrere fra ikke-vestlige land, personer med lav inntekt og personer uten fullført videregående. Foreløpig er unge overrepresentert blant de ledige, men gjennomsnittsalderen øker i den gruppen som fortsatt er ledig.⁹⁹

Per 20. april 2021 viser tall fra NAV at totalt 36 951 personer er registrert som helt eller delvis ledige i Oslo. Reiseliv og transport, butikk- og salgsarbeid og serviceyrker utgjør til sammen 55 % av alle ledige i Oslo.¹⁰⁰

Store forskjeller mellom bydelene

Det er store forskjeller i andel arbeidsledige mellom bydelene. Høyest ledighet finner vi i bydel Alna hvor 8,0 % av arbeidsstyrken er helt arbeidsledige. Deretter følger bydelene Søndre Nordstrand, Gamle Oslo og Stovner med henholdsvis 7,9, 7,9 og 7,8 %. Ledigheten er lavest i bydelene Nordre og Vestre Aker hvor 3,6 % av arbeidsstyrken er helt ledige.

Tredoblet arbeidsledighet blant unge

Unge jobber ofte i utsatte bransjer som reiseliv, transport og butikk. Dessuten har de ofte kort ansiennitet, noe som spiller inn når arbeidsgivere må permittere og si opp ansatte.

Oslo er blant fylkene med høyest ungdomsledighet, ifølge Nav. Mars-tallene i år viser at 4157 Oslo-ungdommer mellom 16–25 år var registrert som arbeidssøkere. Før pandemien, i mars 2019, var tilsvarende tall 1489. Det samme gjelder helt arbeidsledige under 25 år. 2855 var registrert i mars i år, mot 968 i 2019.¹⁰⁰

I 2020 søkte nesten 5000 sommerjobb i regi av bydelene. Mer enn 2500 fikk tilbud. Lokalt næringsliv og kommunen bør bidra sammen for å tilby sommerjobber. Å gi ungdom jobb er det viktigste forebyggende tiltaket vi kan gjøre for å minske sosial ulikhet og utenforskap.¹⁰¹

Konsekvenser av Covid-19 for fødselsdepresjon

Fødselsdepresjon beskriver ulike følelsesmessige plager både i svangerskapet og/eller etter fødselen. Både svangerskap, fødsel og barseltid byr på store endringer i livet. Disse endringene kan for mange oppleves som krevende.¹⁰²

Faktorer som øker risikoen for fødselsdepresjon

Det er ofte en kombinasjon av årsaker til at noen utvikler fødselsdepresjon. Svangerskap, fødsel og barseltid utløser en mengde utfordringer, både hormonelle endringer i kroppen og omstillinger i livet generelt. Eksempler på faktorer som øker sannsynligheten for å utvikle fødselsdepresjon kan være; tidligere depresjoner, følelse av manglende støtte fra familie og venner, utfordringer i samlivet eller økonomiske problemer.¹⁰²

Konsekvenser av koronapandemien for Oslos gravide, nybakte mødre og deres partner

Smitteverntiltakene i Oslo kommune og på Oslo universitetssykehus har hatt stor påvirkning på opplevelsen av svangerskap, fødsel og barseltid for Oslos gravide, nybakte mødre og deres partnere.^{103, 104} Enkelte har ikke fått mulighet til å ha partner med på fødsel og/eller de kan ha fått et annerledes tilbud på helsestasjonen. Det har over en lang periode vært mindre mulighet for samvær med andre foreldre i barselgrupper eller andre tilbud. I tillegg har redusert mulighet for kontakt med familie, som besteforeldre og andre, gjort at starten på foreldreskapet annerledes for mange.

På samarbeidsmøter mellom bydelene og Oslo universitetssykehus om svangerskaps- og barselomsorgen fremkommer det at helsestasjonstjenesten opplever en økning i depresjon og nedstemthet hos mødre, samt økning i psykiske reaksjoner hos fedre. Fedre/partner opplever at de blir ufrivillig fraværende i oppfølging av svangerskap, på fødeavdelingen og barsel. Disse observasjonene er inntryksbasert, da det foreløpig ikke kommet direkte tall på dette via journalsystemer og annen dokumentasjon.¹⁰⁵

Alle de overnevnte problemstillingene vil etter all sannsynlighet være med på å påvirke forekomsten av fødselsdepresjoner hos kvinnene, og også deres partnere. Dette med bakgrunn i at de alle er faktorer som er knyttet til økt risiko for fødselsdepresjon.¹⁰²

Konsekvenser av Covid-19 for barnevaksinasjonsprogrammet

I det anbefalte barnevaksinasjonsprogrammet er det vaksiner mot 12 forskjellige sykdommer. Programmet tilbys alle barn og unge i Norge. Første vaksine får barnet ved seks ukers alder, den siste gis normalt på 10. trinn. Kommunehelsetjenesten er pliktig å tilby alle vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet, og det er helsestasjons- og skolehelsetjenesten som gjennomfører vaksineringsen.¹⁰⁶

Gjennomføring av barnevaksinasjonsprogrammet under koronapandemien

Helsedirektoratet¹⁰⁷ har presisert at tilbud i helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal gjenopprettes eller opprettholdes i henhold til Nasjonal faglig retningslinjer¹⁰⁸ og smittevern.

Vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet bør tilbys til tross for koronapandemien, slik at barn og unge ikke blir sårbare og mottakelige for sykdom.

Stabil aktivitet til tross for pågående koronapandemi

I løpet av 2020 er det opprettholdt stabil aktivitet av vaksinerings sammenliknet med et normalår.³ Vaksinerings på skole ble forsinket på grunn av stengte skoler i 2020, men alt tyder på at dette etterslepet er tatt igjen. Det ser det ut til at aktiviteten i barnevaksinasjonsprogrammet har holdt seg stabil i Oslo gjennom koronapandemien.

Konsekvenser av Covid-19 for fysisk aktivitet og idrett

Liten grad av fysisk aktivitet øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, overvekt og fedme og diabetes type 2.¹⁰⁹ Det er en sammenheng mellom såkalte ikke-smittsomme sykdommer og hvor hardt du blir rammet av covid-19.¹¹⁰

Fysisk form

Pandemien endret arbeidssituasjonen for innbyggere i Oslo, og påvirket i hvor stor grad vi er fysisk aktive. Så langt i år sier mer enn hver tredje nordmann (36 %) at de har fått dårligere fysisk form etter korona. 12% sier at de har fått bedre fysisk form, mens omtrent annenhver nordmann (52 %) sier at formen er uendret.¹¹¹

Nedgang i medlemskap i organisert idrett

En kartlegging som Aftenposten har gjort viser at medlemskap i Oslo-idretten er redusert med 4,51 % fra januar 2020 til april 2021. Generalisert for hele Oslo-idretten, tilsvarer dette en nedgang på rundt 9 750 medlemskap.

Innendørsidretter og særlig kontaktsidretter som kampsport, innebandy og dans er de som har mistet flest medlemmer. Samtidig har noen utendørsidretter som golf, seiling og sykling hatt medlemsvekst under pandemien.¹¹²

Endret mobilitet

Covid-19-pandemien har ført med seg betydelige endringer i befolkningens mobilitetsmønster. En studie gjennomført i 2020 undersøkte hvordan tiltak for sosial distansering påvirket bruk av urbane grøntområder til rekreasjon under nedstengingen i Oslo. Mobildata fra flere tusen personer ble brukt til å analysere endring i aktivitet. Resultatene viste at bruk av grøntområder til rekreasjon økte betydelig, og forskerne antar at urbane grøntområder fungerte som erstatning for innendørs fysisk aktivitet og som stressreducerende aktivitet.¹¹³

Konsekvenser av Covid-19 for ernæring

Koronapandemien har ført til ekstraordinære tiltak som har påvirket mat- og drikketilbudet på flere arenaer i Oslo kommune. Reduserte tilbud rammer spesielt sårbare personer, og trolig har nedstengingen på kort sikt ført til endringer i kostholdet for deler av befolkningen.

Eksempler:

- **Barnehager**

Matservering er i stor grad byttet ut med medbrakt matpakke. Dette kan føre til sosial ulikhet i helse. Helsedirektoratet oppfordrer barnehager som ikke har et mattilbud pga. pandemien til minimum å servere grønnsaker, frukt og melk.¹¹⁴

- **Ungdomsskoler**

Tilbudet om gratis skolefrukt 3 dager i uka for elever på kommunale ungdomsskoler opphørte midlertidig grunnet koronapandemien i perioden mars til og med høstferien 2020. Før nedstengingen var 61 av 62 ungdomsskoler med på ordningen, men etter at tilbudet startet opp igjen er under halvparten av ungdomsskolene med (per februar 2021).

- **Seniorsenter**

I perioder under pandemien har kafeer ved bydelenes seniorsentre vært helt/delvis stengt eller hatt redusert antall sitteplasser og mattilbud. Noen seniorsentre har hatt ordninger med take-away.

Spisevaner under pandemien

Vi har trolig endret spisevanene våre under pandemien. I en undersøkelse gjennomført av Kantar for NRK (1627 personer intervjuet i perioden 9-11. desember 2020) svarer 15 % at vi spiser mer usunt. Av dem som er under 30 år oppgir 25 % at de spiser mer usunt under koronapandemien.¹¹⁵

Konsekvenser av Covid-19 for alkoholkonsum

Alkoholkonsumet har endret seg etter at pandemien kom til Norge

Alkoholkonsumet i Norge endret seg allerede de første månedene av pandemien viser studie¹¹⁶ fra Folkehelseinstituttet. Nesten 1 av 3 (29,9 %) rapporterte at de drakk mindre, mens nesten 1 av 6 (13,3 %) rapporterte at de drakk mer. Kvinner, yngre og de som var bosatt i Oslo hadde oftere endret alkoholkonsumet sitt. De som hadde et lavt konsum før pandemien, var mer tilbøyelige til å drikke mindre, mens de som hadde et høyt konsum før pandemien, var de som oftest rapporterte at de drakk mer under pandemien. De vanligste årsakene til å drikke mindre var mindre samvær med venner og sjeldnere besøk på restaurant, bar, eller kafe. Grunner som ble oppgitt for å drikke mer var behov for å unne seg selv noe godt, og færre praktiske konsekvenser av å drikke mer.

Gjennom pandemien

Opinion har gjennomført løpende undersøkelser^{83,117} under pandemien og gjennomsnittet viser at nordmenn drikker mindre enn før pandemien. I gjennomsnitt oppgir 8 % at de har fått et høyere alkoholkonsum, 21 % oppgir lavere konsum og 71 % oppgir at det er uendret sammenlignet med før pandemien. Flertallet blant de som oppgir at alkoholkonsumet er endret i pandemien, anser endringene som ubetydelige. Det er likevel flere blant de som oppgir å ha et høyere alkoholkonsum, som sier at endringen er betydelig (32 %), sammenlignet med de som har et lavere konsum (16 %).

Det er størst andel mennesker i Oslo som har forandret alkoholdrikkingen under pandemien. Oslo har både flest som oppgir økt og redusert konsum. Nordmenn under 30 år har størst endring og nedgang i konsumet. Ingen enkeltgruppe endte opp med høyere fremfor lavere alkoholkonsum i undersøkelsene, dette gjelder uansett alder, kjønn, bosted, enslige eller storfamilier. Ser man på alkoholforbruk og utdanningsnivå, viser undersøkelsen at reduksjonen er noe større jo lavere utdanning man har.

Konsekvenser av Covid-19 for tannhelsen

Mindre utadrettet arbeid for tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenestens systematiske samarbeid med langtidshjem, hjemmetjenesten, barnevern, boliger for psykisk utviklingshemmede, helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er en stor og viktig oppgave for å nå ut til innbyggerne. Som konsekvens av pandemien har ikke tannhelsetjenesten i 2020 utført slikt utadrettet arbeid i samme grad som i 2019 og tidligere år. Redusert opplæring til ansatte i helsetjenester over tid kan på lengre sikt gi innbyggerne dårligere munnhelse. Utfordringene i forbindelse med koronapandemien kan bidra til sosial ulikhet i tannhelse.

Negative endringer i rutiner for munnstell

Mange innbyggere har utsatt besøk til tannklinikk grunnet korona-restriksjoner og flytter på nødvendig oppsatt tannbehandling på grunn av usikkerhet rundt korona generelt. Dette kan få konsekvenser på lengre sikt for munn- og tannhelsen. Tannhelsetjenesten sine samarbeidspartene har alle vært under ekstra press, og ansatte har blitt allokert til andre arbeidsoppgaver. Dette kan ha endret innbyggers og medarbeideres rutiner for munnstell og gått utover det daglige munnstellet.¹¹⁸

KAPITTEL 6

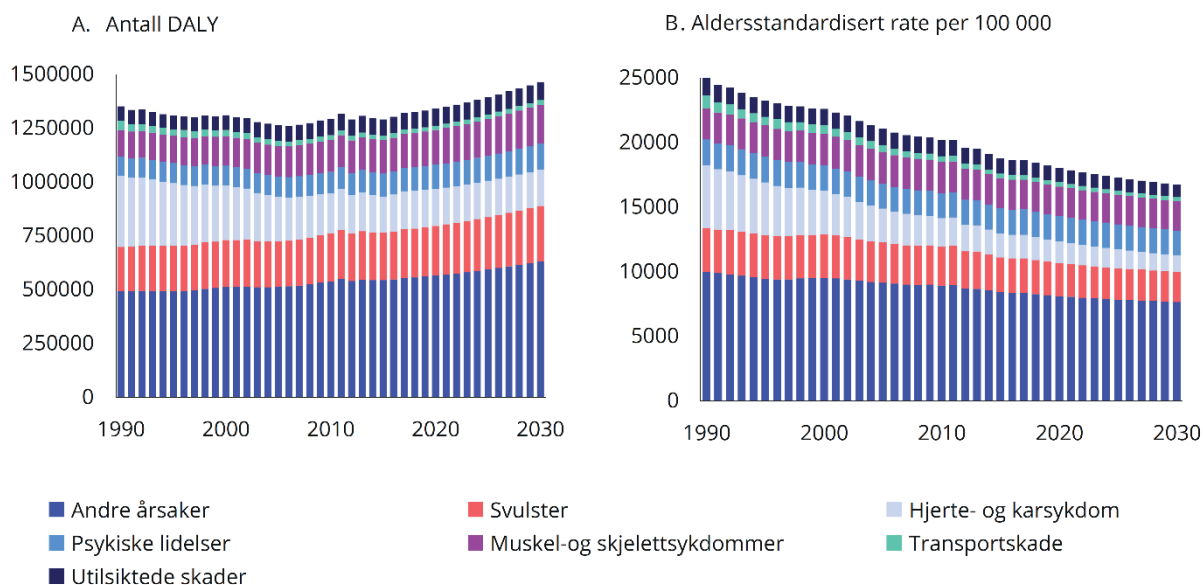
Folkehelseutfordringer i Oslo fremover

Beregninger av sykdomsbyrde viser hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av helsetap og tapte leveår. Summen av helsetap og tapte leveår defineres som helsetapsjusterte leveår (DALY – Disability-Adjusted Life Year).

Folkehelseutfordringer i Oslo om 5-10 år

Nasjonal utvikling i sykdomsbyrde 1990 – 2030

I Perspektivmeldingen 2021 ble nye framskrivninger for den nasjonale sykdomsbyrden presentert. Figur 14 viser en nasjonal beregning av sykdomsbyrden samlet, og for utvalgte skader- og sykdomsgrupper fra 1990 til 2030. De fremskrevne nivåene er representert i tallene fra år 2018 og fremover.



Figur 34 Beregnet sykdomsbyrde i form av helsetapsjusterte leveår (DALY) 1990-2030 (Kilde: Perspektivmeldingen 2021)

Sykdomsbyrden som antall helsetapsjusterte leveår

Framskrivningen A i figur 14, viser en økning i den samlede sykdomsbyrden i Norge i årene frem mot 2030. Sykdomsbyrde fra hjerte- og karsykdommer indikerer en nedgang, men noe svakere nedadgående trend sammenlignet med utviklingen fra 1990 til starten av 2000-tallet. Videre indikerer framskrivningen at sykdomsbyrden vil øke noe for kreft og muskel- og skjelettlidelser frem mot 2030, mens det vil være en svak økning i sykdomsbyrde knyttet til psykiske lidelser og utilsiktede skader. Når det kommer til transportskader indikerer analysen en svakt nedadgående trend i hele perioden fra 1990–2030.

Økt sykdomsbyrde gir økte utgifter

Økningen i sykdomsbyrde knyttet til muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser har også stor betydning for velferdsordningenes bærekraft. Dette er sykdommer folk lever lenge med, og som gir økt behov for helse- og omsorgstjenester fremover. Diagnoser knyttet til muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser utgjør også en stor del av det legemeldte sykefraværet og årsaker til uførhet. Dette gir dermed økte utgifter til inntektssikringsordningene i folketrygden.

Aldersstandardisert rater pr 100 000 i befolkningen

I årene fremover vil det bli økt antall eldre og flere innbyggere, sammen kan dette føre til en økning i sykdomsbyrden, slik framskrivning A i figur 14 viser. Ser man derimot på framskrivningen B i figur 14, med aldersstandardiserte rater, indikerer den en reduksjon i den samlede sykdomsbyrden i befolkningen når aldring og befolkningsvekst tas i betraktning. Dette innebærer at hver enkelt innbygger kan forvente mindre sykdom og risiko for død på de ulike alderstrinnene. Aldersjustering av ratene påvirker særlig de sykdomsgruppene som ofte forekommer i høy alder og viser en reduksjon i ratene over tid. De aldersjusterte trendene for psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser fremstår som mer stabile over tid.⁵

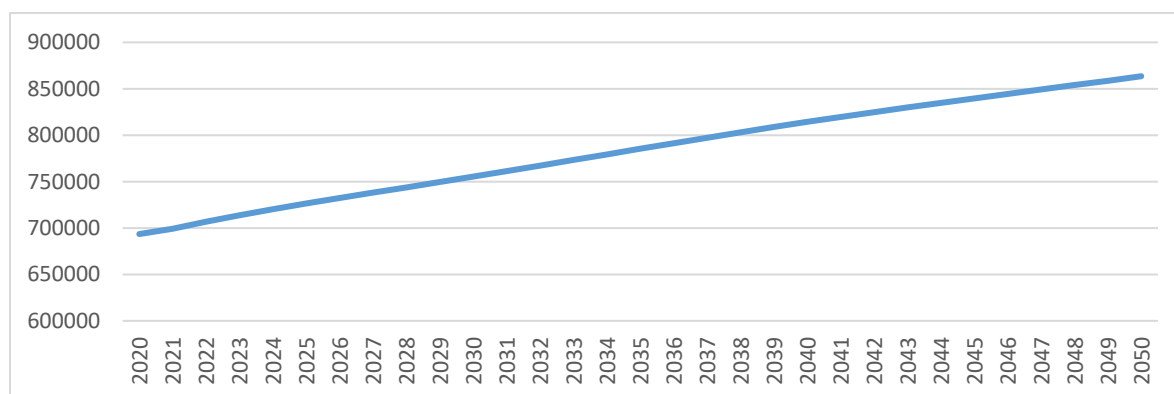
Befolkningsframskrivinger

Befolkningsframskrivingene gir et anslag over hvor mange mennesker det kan komme til å bo i Oslo i årene fremover, gitt en rekke forutsetninger. Befolkningsframskrivinger er beheftet med betydelig usikkerhet og generelt kan man si at usikkerheten øker jo lengre ut i tid man framskriver og jo mindre område man framskriver for.

Oslo kommune lager befolkningsframskrivinger hvert år, nyeste ble publisert oktober 2020. For Oslo publiseres det framskrivinger med et tidsperspektiv 2020-2050, og for bydelene presenteres det tall fram til 2035.

Betydelig befolkningsvekst

Det forventes en befolkningsvekst i Oslo i årene som kommer, se figur 15. Fødselsoverskuddet, dvs. fødte fratrasket døde, er det som bidrar mest til den forventede veksten. Fra 2020-2040 forventes det en samlet vekst for Oslo på om lag 17 %. Sterkest vekst forventes det blant de over 80 år, med om lag en dobling fra 2019 til 2040. Barnebefolkningen forventes også å vokse i perioden 2020-2040, men utviklingen påvirkes av nedgangen i fruktbarheten de siste årene.



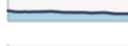
Figur 15 Befolkningsframskriving for Oslo (Kilde: Oslo kommune Statistikkbanken).

Befolkningsutviklingen etter byområder

Alle bydeler forventes å få vekst i perioden 2019-2035. Fordelingen av veksten avhenger blant annet av forventet boligbygging og flyttemønster. I første del av perioden forventes det fortsatt bygging av mange boliger i indre øst, mens det mot slutten av perioden forventes mindre boligbygging i indre by og mer i ytre by.

Sykdomsbyrden i Oslo

Resultatene fra sykdomsbyrdeanalysene for fylkene 2021 viste blant annet de største risikofaktorene for sykdomsbyrden, figur 16. I figuren er risikofaktorene rangert med den viktigste risikofaktoren øverst. Pilene viser endring i rangeringen fra 1990 til 2019. Selv om det har vært en nedgang i tobakk og høyt blodtrykk er dette fortsatt de to viktigste risikofaktorer for sykdomsbyrden i 2019. Analysene viser også at høy kroppsmasseindeks, høyt fastende blodsukker, alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler er risikofaktorer som har økt i Oslo siden 1990.

Risikofaktor	Rangering ¹		Eksponering ²	
	1990	2019	Trend	Forandring
Tobakk	1	→ 1		-27%
Høyt systolisk blodtrykk	2	→ 2		-22%
Høy kroppsmasseindeks (KMI)	5	→ 3		33%
Kostholdsfaktorer	3	→ 4		-2%
Høyt fastende blodsukker	6	→ 5		14%
Alkoholbruk	7	→ 6		26%
Bruk av illegale rusmidler	11	→ 7		19%
Yrkesfaktorer	9	→ 8		-5%
Høyt LDL kolesterol	4	→ 9		-5%
Lav beinmineraltetthet	12	→ 10		-11%

1990 2019

¹ Rangert etter antall DALY per 100 000 innbyggere

² Samlet eksponeringsverdi (SEV). Forandring = (SEV 2019 - SEV 1990) / SEV 1990

Figur 16: Sykdomsbyrde i Oslo. Folkehelseinstituttet 2021

God folkehelse krever langsiktighet og bevisste prioriteringer

Å forberede samfunnet på fremtiden handler om å ta vare på det som fungerer godt og samtidig gjennomføre forandringer til det bedre for samfunnet. Perspektivmeldingen 2021 drøfter viktige utfordringer for norsk økonomi, for offentlige finanser og for videreføring av de norske velferdsordningene i et langsiktig perspektiv. Basert på denne meldingen vil følgende være sentralt i et folkehelseperspektiv fremover:

Å investere i mennesker er lønnsomt for samfunnet

Fremover vil det være viktig å utjevne forskjeller og skape like muligheter. Det må satses på utdanning, arbeid, integrering, inkludering, innovasjon og effektivisering. Et samfunn som fremmer god helse og forebygger sykdom kan bidra til at befolkningen oppnår bedre helse og livskvalitet. Det må gjøres lettere for den enkelte å ta helsevennlige valg, og det må støttes opp under den enkeltes evne til å ta ansvar for egen helse. Helsefremmende- og forebyggende arbeid gir det beste utgangspunktet for en frisk befolkning og et produktivt arbeidsliv. Sammen kan dette dempe behovsveksten i helse- og omsorgstjenestene.

Effektiv ressursbruk og kunnskap om tiltak

Det vil være viktig å følge med på sentrale utviklingstrekk i teknologi, økonomiske forhold, klimaendringer og klimamål, demografi og befolkningsmønster. Bærekraftige velferdsordninger krever forebyggende arbeid, systemer for prioriteringer og kunnskapsbaserte tjenester. Effektiv ressursbruk kan oppnås med god kunnskap om hvordan ulike tiltak virker, systematiske sammenligninger av tilbud og god utnyttelse av teknologiske fremskritt.

Fleksibel beredskap og bruk av teknologi

Planleggingen fremover må bygge på en sterk og fleksibel beredskap som raskt kan tilpasses nye trusler. Tiltak må rettes inn mot å sikre tilstrekkelig beredskap mot mer plutselige natur- og sykdomsendringer som medfører trusler mot folkehelsen. Kriser og uventede hendelser kan ha langsiktige virkninger som påvirker hvilke investeringer samfunnet trenger. Koronapandemien har påskyndet bruken av effektivitetsfremmende digitale verktøy, og man har hatt en bedre utnyttelse av potensialet som ligger i ny teknologi. Dette må man ta med seg videre.

Forebygge der man kan og reparere der man må

Regjeringen legger prinsippet om å *forebygge der man kan og reparere der man må* til grunn i folkehelsearbeidet. Dette forutsetter at langsiktige helsekonsekvenser av tiltak i alle sektorer blir vurdert ved valg av tiltak. Myndighetene må også vurdere virkningen av ulike tiltak opp mot hverandre og hvordan de påvirker sosiale helseforskjeller. Samarbeid med frivillig sektor, sosiale entreprenører og næringsliv er en sentral del av folkehelsepolitikken.

Samfunnsrettede tiltak har størst effekt

Tiltak for å fremme helse og trivsel og forebygge sykdom og død omfatter både individrettede tiltak, og grupperettede eller samfunnsrettede tiltak rettet mot hele eller deler av befolkningen. Generelt har gruppe- eller samfunnsrettede tiltak størst effekt. De mest effektive virkemidlene på samfunnsnivå kan også være lite populære eller ikke ønskelig av andre grunner. En av de vanskeligste og viktigste avveiningene i folkehelsearbeidet er i hvilken grad myndighetene skal gripe inn i den enkeltes frihet til å velge. Tiltak som berører den enkeltes handlefrihet, må ta utgangspunkt i respekt for ulike verdivalg, og ha en

grunnleggende samfunnsmessig aksept. Samtidig er mange situasjoner slik at den som skal ta beslutningen ikke har god informasjon om, eller er bevisst på konsekvensene. I slike situasjoner bør det legges til rette for å ta gode valg.⁵

KAPITTEL 7

De viktigste parameterne vi har behov for fremover

Oslohelsa 2020 viser til behov for mer kunnskap om befolkningen, blant annet om hvordan helse og påvirkningsfaktorene fordeler seg etter alder, etter bydel og delbydel, etter innvandringsbakgrunn og etter sosial bakgrunn mer generelt. Erfaringene fra covid-19-pandemien er at kommunen trenger å styrke folkehelseparametere som kan gi holdepunkter for blant annet psykisk helse og helsekompetanse hos innbyggerne. I det løpende oversiktsarbeidet om befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir oppdatert kunnskapsgrunnlag til ny folkehelsestrategi, Oslohelsa 2020, Oslotrender 2019 og andre kilder til folkehelsedata grunnlaget for å vurdere parametere som bør forsterkes eller bli nyvinninger.

KAPITTEL 8

Inspirasjon fra folkehelsearbeid i andre byer og land

OECD Better life index rangerer land etter 11 temaer som gjenspeiler levekår og livskvalitet. På topp 10 etter denne index ligger: Norge, Australia, Island, Canada, Danmark, Sveits, Nederland, Sverige, Finland og USA. Vi har sett på nasjonale folkehelsestrategier i de ni landene.¹¹⁹ I tillegg har vi sett nærmere på arbeid med livskvalitet i New Zealand og Skottland og arbeid med sosial ulikhet i Malmø.

Felles fokusområder for de ni landene:

- Sosial ulikhet i helse
- Bærekraftig samfunnsutvikling
- Bredt fokus på helse
- En god start på livet
- God helse i alle livets faser
- Selvstendige, informerte og aktive innbyggere
- Høy kvalitet i tjenester og tilbud

Livskvalitet som bærende prinsipp

Organisasjonen Wellbeing economy alliance (WEAll) er et samarbeid mellom allianser, bevegelser og enkeltpersoner som arbeider for å forandre det økonomiske systemet mot en velværeøkonomi for menneskelig og økologisk velvære.¹²⁰ Alliansen setter spørsmålstegn ved om bruttonasjonalprodukt (BNP) er et tilstrekkelig mål for et lands velstand. De mener at samfunnsøkonomiens formål bør være å sikre gode liv for alle innbyggere og bærekraftig utvikling for planeten.

Nå mener alliansen at koronapandemien har åpnet et mulighetsvindu for å endre samfunnene våre til det bedre. Covid-19 har synliggjort at eksisterende utfordringer i vårt nåværende økonomiske system, kan forverre klimakrisen, den økende sosiale ulikheten og den dalende tilliten til demokratiske prosesser.

New Zealand, Skottland, Island, Wales og Finland har gått sammen for å etablert Wellbeing Economy Governments (WEGo) som er en del av organisasjonen (WEAll). WeGo er et partnerskap mellom nasjonale og regionale myndigheter som deler erfaringer og kunnskap om velværeøkonomi.¹²¹

Livskvalitetsbudsjett

New Zealand og Skottland er to land som har utviklet og implementert nasjonale livskvalitetsbudsjett. Mange andre land måler velstand etter bruttonasjonalprodukt (BNP). I New Zealand og Skottland mener man at BNP ikke gjenspeiler det innbyggerne ser på som verdifullt, som sosioøkonomisk status, levestandard, utdanning, arbeidsforhold og miljø.

Livskvalitetsbudsjettet er basert på ideen om at politikk som fokuserer på livskvalitet på lang sikt er bedre enn fokus på kortsiktige mål. Et livskvalitetsbudsjett har som mål om å verdsette og måle alt som gir livet verdi. Det New Zealand og Skottland deler i deres tilnærminger er en klar visjon for livskvalitet i deres samfunn, metoder for å jobbe mot et felles mål, og verktøy for å måle fremgang.

Skottland har vedtatt et «National Performance Framework» med nasjonale utfall, målt gjennom 81 indikatorer som spenner fra oppvekst, til økonomi, til menneskerettigheter og miljø.

Livskvalitetsbudsjettet i New Zealand refererer til et rammeverk for levestandard med mer enn 60 indikatorer; «The Treasury's Living Standards Framework» (LSF)¹²².

Livskvalitetsbudsjett i New Zealand

New Zealand implementerte livskvalitetsbudsjett i 2019 som første land i verden. God helse er ikke bare et viktig utfall, men det muliggjør livskvalitet. Helse skal nødvendigvis ikke anses som målet, men heller som et middel mot livskvalitet. Budsjettet fordeler utgifter på måter som til slutt skal generere positiv avkastning for samfunnet som helhet og for å redusere landets fremtidige kostnader.

New Zealand utviklet et dashbord for LSF i 2019 for å måle påvirkning på livskvalitet. Dashbordet inneholder indikatorer for tolv områder for nåværende livskvalitet og fire former for kapital som indikerer fremtidig livskvalitet, totalt 60 indikatorer. De planlegger å lansere en ny versjon av dashbordet i 2021.

Indikatorer for nåværende livskvalitet innenfor følgende områder

- Samfunnsengasjement og styring
- Kulturell identitet
- Miljø og klima
- Helse
- Bolig
- Kunnskap og ferdigheter
- Inntekt og forbruk
- Arbeid og inntekt
- Sikkerhet og trygghet
- Sosiale relasjoner
- Selvpoplevd livskvalitet
- Tidsbruk

Indikatorer for fremtidig livskvalitet innenfor følgende områder

- Miljømessig kapital
- Sosiale kapital
- Menneskelige kapital
- Økonomiske kapital

Fem nasjonale innsatsområder

Gjennom analyser av innsamlet data på de 60 indikatorene kom New Zealand frem til fem prioriterte innsatsområder som ville ha stort potensiale for å øke befolkningens livskvalitet, og det ble utviklet nasjonale programmer innenfor hvert av de fem prioriterte områdene:

- Redusere sosial ulikhet blant ulike grupper i befolkningen
- Redusere barnefattigdom og øke livskvalitet for barn
- Overgang til en bærekraftig, miljøvennlig økonomi
- Støtte landets digitale utvikling
- Innsats for å bedre psykisk helse for alle innbyggere

Erfaringer så langt

Rammeverket for livskvalitetsbudsjettet samsvarer sterkt med folkehelsetilnærmingen, med et bredt spekter av helsedeterminanter og fokus på sosial utjevning. En erfaring av livskvalitetsbudsjettet New Zealand kan se så langt er at helseutfall blir vurdert og brukt som styringsindikatorer for alle samfunnssektorer.

Myndighetene i New Zealand har gjort seg erfaringer med hva som kreves for å utvikle et livskvalitetsbudsjett. Myndighetene må i samarbeid med befolkningen definere hva man mener med god livskvalitet. Det må etableres et system for å måle livskvalitet i befolkningen, og politiske prioriteringer må defineres og justeres etter resultatene av målingene. Prosessene må være åpne og synlige for befolkningen.^{123, 124}

Et sosialt bærekraftig Malmø

Sosial ulikhet i helse er høyt på dagsorden i mange land. I Malmø i Sverige har man jobbet målrettet for sosial bærekraft i ti år, gjennom Malmøkommisjonens arbeid. Utgangspunktet for kommisjonens arbeid var at alle innbyggere i Malmø skal ha like muligheter for god helse. Kommunen har blant annet jobbet gjennom kunnskapsallianser, med partnerskap mellom kommune, utdanning, forskning, næringsliv og andre aktører. De to overordnede anbefalingene i Malmøkommisjonens rapport er:

- Å etablere en sosial investeringspolitikk som kan utjevne forskjellene i levekår
- Gjøre samfunnssystemene mer likeverdige og endre prosessene gjennom å skape kunnskapsallianser og demokratisert styresett

Det er gjennomført en ekstern, vitenskapelig evaluering av Malmøkommisjonens arbeid i 2020. Evalueringen viser at Malmø by har klart å løfte frem det langsiktige og forebyggende arbeidet innenfor flere av kommunens sektorer, og endre arbeidsmåter også i de sektorer som til vanlig

ikke jobber med sosial ulikhet eller sosial bærekraft. Rapporten viser også at det har skjedd en generell bedring i helse og sosiale determinanter. Bedringen gjelder utjevning av sosiale ulikheter i helse i Malmø mellom grupper med ulike sosioøkonomisk bakgrunn.

Evalueringen gir to anbefalinger til videre arbeid i Malmø:

- Bygge videre på kunnskapsallianser
- Etablere et systematisk endringsarbeid for å følge med på utviklingen¹²⁵

Folkhälsoguiden i Stockholm

Folkhälsoguiden er en nettside for folkehelsearbeid i region Stockholm. Den drives av Centrum för epidemiologi og samfunnsmedisin, Region Stockholm. Målgruppen for nettsiden er alle som er interessert i folkehelse, men spesielt for ansatte som jobber med folkehelsearbeid i regionens virksomheter, samt politikere og fagpersoner i kommuner, fylke, stat og helseforetak.

Hensikten med folkehelseguiden er

- Gi tilgang til Region Stockholms kunnskap om folkehelsearbeid
- Gi tilgang til metoder og materiale for å fremme helse og forebygge sykdom, skade og lidelse
- Presentere ulike kurs og utdanninger
- Publisere folkehelseguidens nyhetsbrev¹²⁶

«Folkhälsokollen»

«Folkhälsokollen» er et nettbasert verktøy for å få en rask overblikk over fordeling av levekår, levevaner og helse i regionens bydeler og utvikling over tid. Med «folkhälsokollen» kan man enkelt sammenligne områder med hverandre, visualisert i kart og diagram. Man kan også lese mer om ulike helseindikatorer og se hvordan de fordeler seg etter kjønn, alder og utdanningsnivå. «Folkhälsokollen» driftes av Sentrum for epidemiologi og samfunnsmedisin, region Stockholm.¹²⁷

Bruk av stordata i folkehelsearbeidet

Stordata eller «big data», er data fra mobiler, apper, sensorer og andre datakilder. Det finnes eksempler på bruk av stordata og andre digitale datakilder, både nasjonalt og internasjonalt. Blant annet har mobildata blitt brukt til å analysere reisevaner, mobilitet, spredning av virus og fysisk aktivitet.^{128, 129} Under pandemien ble sporingsdata fra tusenvis av innbyggere i Oslo brukt for å se på friluftaktiviteter og bruk av grøntarealer i byen.¹³⁰ Det kan ligge et stort potensiale i bruk av stordata i folkehelsearbeidet.

I Norge har Stavanger jobbet en del med dette i utvikling av sitt Smart by-konsept.¹³¹ Internasjonalt har Barcelona mye erfaring der de har brukt stordata til planlegging og utnyttelse av kommunale ressurser.

I juni 2020 lanserte regjeringen en nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet. Et av tiltakene i handlingsplanen er å «Gjøre lokasjonsdata og andre digitale datakilder mer tilgjengelig for kommunene til bruk i planlegging».³⁸

KAPITTEL 9

Erfaringer fra arbeidet med TISK

TISK er forkortelsen for kommunenes arbeid med testing, isolasjon, smittesporing og karantene. TISK-arbeidet er et stort folkehelseiltak i Oslo kommune som har pågått siden mars 2020. Det er høstet mange gode erfaringer innen arbeidsmetoder, organisering, samarbeid på tvers, forankring, helsekommunikasjon med mer, som vil være viktig å ta med seg videre inn i arbeidet med ny folkehelsestrategi og realisering av strategien. Dette avsnittet tar for seg de viktigste erfaringene fra TISK, som bør være et fokus i utarbeidelse og realisering av ny folkehelsestrategi.

Samarbeid på tvers

Det er mulig å få til mye om arbeidet er prioritert i alle ledd i kommunen. Fellesmøter med alle involverte parter hvor styringsindikatorer, utfordringer og lignende tas opp har vært effektivt i TISK-arbeidet. Samarbeid på tvers av sektorer gjennom team og ulike nettverk har bidratt til forankring og medvirkning. Nettverket med kommunikasjonsansvarlige i virksomhetene er sentrale og har hatt en viktig rolle. Tjenstedesignere har bidratt til blant annet å utvikle en innbyggerreise for TIM, for å få forståelse for innbyggerens behov og opplevelser i pandemien. Samarbeid med frivilligheten og næringslivet er også viktig.

Felles forståelse og tydelige roller

Utvikling av en felles forståelse for begreper, tydelige roller og en klar ansvarsfordeling har vært helt avgjørende i TISK-arbeidet. En virksomhet kan ha flere roller, men da må både roller og tilhørende oppgaver være definert. I TISK-arbeidet har Helseetaten vært både understøtter for bydelene og pådriver i kommunen. TISK-strategien setter rammene for arbeidet i kommunen, mens bydelene styrer innholdet etter bydelens utfordringer og lokalkunnskap.

Innsiktsarbeid, analysekompetanse og digitale løsninger

Det har foregått løpende kunnskapsinnhenting både kvalitativt og kvantitativt fra kommunale og statlige aktører, som har gitt mye kunnskap om ulike situasjoner. Helseetaten har utviklet et dashboard basert på smittepasoinfo som er en dynamisk informasjonskilde. Denne løsningen kan videreutvikles med folkehelseindikatorer. Styringsindikatorer har vist seg å være helt avgjørende i arbeidet med TISK. Kommunen har vært omforent om hvilke styringsindikatorer som gjelder, og informasjon om disse har kommet raskt ut ved hjelp av et analyseteam. Det har dermed vært tydelig hele veien hva status og trenden for smittesituasjonen i Oslo og bydelene er. TISK-arbeidet har vist at hele kommunen kan samle seg om felles digitale løsninger og ved behov raskt opprette og videreutvikle nye løsninger.

Smidig tilnærming

Det har vært jobbet etter en smidig tilnærming gjennom tverrfaglige tjenestetteam for å oppnå raske leveranser som samtidig kan justeres i etterkant ved behov. For å kunne jobbe slik trenger teamet

- et tydelig definert oppdrag og ansvarsområde
- all kompetanse for å levere innenfor sitt ansvarsområde
- felles løsninger, føringer og prinsipper

- å jobbe sammen over tid for å bygge kompetanse innenfor området
- å ikke ha for mye avhengigheter og forpliktelser utenfor teamet
- autonomi innenfor sitt oppdrag og ansvarsområde

Bevisst bruk av møteform og egnet plattform for formålet

Det har vært fokus på å definere møteform og ivareta følgende prinsipper:

- Alle digitale møter skal gjennomføres basert på en arbeidsprosess som sikrer produktivitet og ønskede resultater.
- Alle digitale møter skal være basert på prinsippet om riktig bruk av kompetanse/roller.
- Alle digitale møter skal være basert på prinsippet om effektiv bruk av møtetid.

Referanser

1. Helsedirektoratet. (2018). *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
2. Folkehelseinstituttet. (2018). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
3. Folkehelseinstituttet. (2021). *Kommunehelse statistikkbank*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://khs.fhi.no>.
4. Folkehelseinstituttet. (2021). *Tabell «Vedvarende lavinntekt (husholdninger)»*. I: Kommunehelse statistikkbank. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://khs.fhi.no>.
5. Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>
6. NOU 2009: 10 (2009). *Fordelingsutvalget. 10 Sosiale helseforskjeller*. Finansdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-10/id558836/?ch=11>
7. Schultz J. (2016, 19.september). Her er grafen som «skriker boligboble». *Dagens næringsliv*. Tilgjengelig fra: <https://www.dn.no/boligmarkedet/bolig/her-er-grafen-som-skriker-boligboble/1-1-5731008>
8. Kampevoll F. (2021, 10.juni). Beregninger: Så få boliger har førstegangskjøpere råd til: – Alarmklokkene burde ringe. *E24*. Tilgjengelig fra: <https://e24.no/norsk-oekonomi/i/X8Pwwb/beregninger-saa-faa-boliger-har-foerstegangskjoepere-raad-til-alarmklokkene-burde-ring>
9. Rolstad Nordlund K, Menzies Munthe-Kaas H, Noonan E, Smedslund G, Thune Hammerstrøm K, Wollscheid S & Aarland K. (2013). *Fra leie til eie: Effekt av, og brukernes erfaringer med, tiltak som har som mål å få flere lavinntektsusholdninger inn i eiermarkedet*. Kunnskapssenteret (8). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2013/fra-leie-til-eie-effekt-av-og-brukernes-erfaringer-med-tiltak-som-har-som-m/>
10. Folkehelseinstituttet. (2018). *Helse i innvandrerbefolkningen*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/#ikkesmittsomme-sykdommer>
11. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse. (2015). *Strategidokument 2018 – 2022*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/69149655-Nasjonalt-kompetansesenter-for-migrasjons-og-minoritetshelse-strategidokument.html>
12. World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347>
13. Le C, Finbråten SH, Pettersen KS & Gutterrud Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse del I – The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19)*. Oslo: Helsedirektoratet, Høgskolen i Innlandet og OsloMet Storbyuniversitetet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
14. Straiton ML & Myhre S. (2017). Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), 352-359. DOI: 10.1080/02813432.2017.1397320
15. Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R. et al. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge: Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/>
16. Bakken A. (2018). *Ung i Oslo 2018*. NOVA-rapport 6/18. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Tilgjengelig fra: <https://oslomet.no/Nettutgave-Ung-i-Oslo-2018.pdf>
17. Richardsen KR, Falk RS, Jenum AK, Mørkrid K, Martinsen EW, Ommundsen Y. et al. (2016). Predicting who fails to meet the physical activity guideline in pregnancy: a prospective study of objectively recorded physical activity in a population-based multi-ethnic cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (186), 1-11. DOI: 10.1186/s12884-016-0985-x
18. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2019). *Integreringen i Oslo fylke – Høyeste utdanningsnivå for personer fra 30 til 66 år*. Tilgjengelig fra: https://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/F03/utdanning/utdanningsniva_samlet
19. Vrålstad S & Wiggen KS. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. SSB-rapport 2017/13. Oslo: Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211
20. Statistisk sentralbyrå. (2020). *Variabeldefinisjon. Trangbodddhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/trangbodddhet>
21. Vartun M. (2019, 16.januar). Sosial bakgrunn og fattigdom påvirker barns læring. *Universitetet i Oslo*. Tilgjengelig fra: <https://www.uv.uio.no/isp/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2019/sosial-bakgrunn-og-fattigdom-pavirker-barns-lering.html>
22. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021). *Barn i lavinntektsfamilier*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/Fattigdom/Ny_Barnefattigdom_i_Norge/
23. NOU 2020: 16 (2020). *Levekår i byer — Gode lokalsamfunn for alle*. Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-16/id2798280/?ch=3>
24. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018). *Barnefattigdom*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/#/0301
25. Hyggen C, Brattbakk I & Borgaas E. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier. En kunnskapsoppsummering*. NOVA-rapport 11/18. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring Tilgjengelig fra: <https://oslomet.no/Nettutgave-NOVA-Rapport-11-2018-Muligheter-og-hindringer.pdf>
26. Meld. St. 19 (2018 – 2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
27. Helse- og Omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019 – 2023*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
28. Gabrielsen E & Lundstrøm K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(1), 26-34. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0029
29. Lovdata. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

30. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E et al. (2018) Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 138(2), e48-e74. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>
31. Jenum AK & Pettersen KS. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helse-kommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272-280. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0145
32. World Health Organization. (2019). *Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Tilgjengelig fra: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/409125/69wd14e_Rev1_RoadmapOnHealthLiteracy_190323.pdf?ua=1
33. Lunde ES, Otnes B & Ramm J. (2017). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging*. SSB-rapport 2017/16. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/312917?_ts=15de5f0f480
34. Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC & Blumenthal D. (2011). The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Affairs*, 30(3). DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0178
35. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E. et al. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*, 144(10), 742-752. DOI: 10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125
36. Bjønnes AM, Midtbø T, Størset H & Ulven CH. (2021). *Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse: Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte*. Bergen: Kompetanse Norge. Tilgjengelig fra: https://www.kompetansenorge.no/contentassets/7ff3779ea51b49ab81cc5fddb769aa61/befolkningens_digitale_kompetanse_og_deltakelse.pdf
37. Folkehelseinstituttet. (2019). Barnevekststudien måler høyde, vekt og livvidde hos 3. klassinger. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/barnevekststudien-maler-hoyde-vekt-livvidde/>
38. Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>
39. Kolle E, Støren Stokke J, Hansen BH & Anderssen S. (2012). *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011*. (IS-2002). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter.pdf>
40. Steene-Johannessen J, Anderssen SA, Bratteteig M, Dalhaug EM, Andersen ID, Andersen OK et al. (2019). *Kartlegging av fysisk aktivitet, sedat tid og fysisk form blant barn og unge 2018 (ungkan3)*. Oslo: Folkehelseinstituttet og Norges idrettshøgskole. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/kartlegging-av-fysisk-aktivitet-sedat-tid-og-fysisk-form-blant-barn-og-unge/>
41. Folkehelseinstituttet. (2021). Oppvekstprofil for Oslo 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/oppvekst/hent-oppvekstprofil/>
42. Bergesen Dalen H. (2021). *Barn fra vestkanten mest aktive i Oslo*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/barn-fra-vestkanten-mest-aktive-i-oslo>
43. Statistisk sentralbyrå. (2021). *Røyk, alkohol og andre rusmidler*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>
44. Wettergreen J. (2020). *Færre røykere, flere snusere*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-roykere-flere-snusere>
45. Folkehelseinstituttet. (2018). *Kosthold i Norge*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/kosthold/>
46. Helsedirektoratet. (2021). *Utviklingen i norsk kosthold 2020: Matforsyningsstatistikk (IS-2969)*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold/Fullversjon.pdf>
47. Havdal HH, Fosse E, Gebremariam MK, Lakerveld J, Arah OA, Stronks K et al. (2020). Perceptions of the social and physical environment of adolescents' dietary behaviour in neighbourhoods of different socioeconomic position. *Appetite*, 159. DOI: 10.1016/j.appet.2020.105070
48. Folkehelseinstituttet. (2021). *Tabell «Søvnproblemer, ungdom»*. I: Kommunehelse statistikkbank. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://khs.fhi.no>
49. Oslo kommune. (2021). *Sykdomsstatistikk*. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/oslohelse/befolkningens-helsetilstand/sykdomsstatistikk/>
50. Folkehelseinstituttet. (2018). *Kreft i Norge*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
51. Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) (I-1184 B)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
52. Larsen IK & Myklebust TÅ. (2019). *Sosial ulikhet og kreft*. Oslo: Kreftregisteret. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/sosial-ulikhet-og-kreft/>
53. Larønningen S, Skog A, Gulbrandsen J, Johannesen TB, Larsen IK, Møller B et al. (2021). *Kreftdiagnostikk under Covid-19*. Oslo: Kreftregisteret, 2021. ISBN 978-82-93804-02-4. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/korona-og-kreft/kreftdiagnostikk-under-covid-19.pdf>
54. Stene LC, Lopez-Doriga Ruiz P, Åsvold BO, Vik Bjørkø V, Pettersen Sørgjerd E, Njølstad I et al. (2020). Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 17. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0849
55. Oslo kommune. (2021). *Overvekt og fedme*. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/oslohelse/helserelatert-atferd/overvekt-og-fedme/>
56. Folkehelseinstituttet. (2020). *Diabetes i Norge*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
57. Folkehelseinstituttet. (2018). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
58. Norsk helsenett. (2020). *Kols - kronisk obstruktiv lungesykdom. Helsenorge.no*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols/>
59. Folkehelseinstituttet. (2018). *Muskel- og skjeletthelse*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

60. Skogli E, Theie MG, Stokke OM & Lind LH. (2019). *Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest- Koster mest. Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnaden*. Menon-publikasjon nr. 31/2019. Oslo: Menon Economics. Tilgjengelig fra: <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019/31-Rammer-flest-koster-mest.pdf>
61. Ohm E, Madsen C, Alver K. (2019). Skadebildet i Norge. Fordeling etter utvalgte temaområder. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/skadebildet-i-norge_rapport_2019.pdf
62. Oslo kommune. (2021). Befolkningsframskrivninger. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/befolkning/befolkningsframskrivninger/#gref>
63. Hagen G, Magnussen J, Tell G & Omsland T. (2020). Estimating the future burden of hip fractures in Norway. A NOREPOS study. *Bone*, 135, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bone.2019.115156>
64. Meland S, Snefuglii Sondell R & Madero A. (2020). *Regulering av mikromobilitet. Kartlegging av praksis og erfaringer*. SINTEF-rapport 2020:00191. Trondheim: SINTEF Community. Tilgjengelig fra: https://mobilitet.sintef.no/mikromobilitet/docs/2020-00191_Regulering%20av%20mikromobilitet.pdf
65. Thorén KH, Nordbø ECA, Nordh H & Ottesen IØ. (2019). *Uteområder i barnehager og skoler. Hvordan sikre kvalitet i utformingen*. ISBN: 978-82-575-1659-8. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Tilgjengelig fra: <https://nmbu-skolerogbarnehager-spreads.pdf>
66. Helseetaten Oslo kommune. (2020). *Miljørettet helsevern (intern oversikt)*. Oslo: Helseetaten Oslo Kommune.
67. Millstein M & Hofstad H. (2017). *Fortetting og folkehelse - hvilke folkehelsekonsekvenser har den kompakte byen?* NIBR-rapport 2017:2. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5626/2017-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
68. Oslo kommune Statistikkbank. (2021). *Tabell «Tilgjengelighet til grøntarealer»*. I: Oslo Kommune Statistikkbank. Oslo: Oslo kommune.
69. Oslo kommune. (2021). *Trafikkstøy og stille områder*. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/traffikkstoy-og-stille-omrader/>
70. Oslo kommune. (2018). *Publikumsundersøkelsen*. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/publikumsundersokelsen/>
71. Oslo kommune. (2021). *Luftkvalitetsstatistikk*. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/luftkvalitetsstatistikk/>
72. Gotaas N. (2020). *Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse – en kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune*. NIBR-rapport 2020:11. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR. Tilgjengelig fra: <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/09/NIBR-rapport-2020-11-1.pdf>
73. Meld. St. 29 (2016–2017). *Perspektivmeldingen 2017*. Finansdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/>
74. Norconsult AS & Citiplan AS. (2019). *Byplanlegging som fremmer folkehelse. Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger*. Oslo: Oslo kommune ved Plan- og bygningsetaten. Tilgjengelig fra: <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2019140181&fileid=8723853>
75. Nøkleby H, Berg RC, Muller AE & Ames HMR. (2021). *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/konsekvenser-av-covid-19-pa-barn-og-unges-liv-og-helse-rapport-2021.pdf>
76. Vedaa Ø, Tallaksen A, Skogen JC & Aarø LE. (2019). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko-og-beskyttelsesfaktorer-for/>
77. Bakken A, Pedersen W, von Soest T & Sletten MA. (2020). *Oslo-ungdom i koronatiden. En studie av ungdom under covid-19-pandemien*. NOVA-rapport 12/20. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/4221/NOVA-rapport-12-2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
78. Kunnskapsdepartementet. (2021). *Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.imdi.no/contentassets/c10db702b4fc4c25b6c0d2073a05617b/innvandrerbefolkningen_under_koronapandemien.pdf
79. Helseetaten Oslo kommune. (2021). *Strategi for intensivert TISK*. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/TISK.pdf>
80. Myrsterud I, Poleszynski DV, Gaarder Haug E & Moan J. (2021, 20.juni). Elefanten i rommet – vitamin D og korona blant innvandrere. *Forskersonen.no*. Tilgjengelig fra: <https://forskersonen.no/covid19-debattinnlegg-meninger/elefanten-i-rommet--vitamin-d-og-korona-blant-innvandrere/1876739>
81. Le C, Sjøberg Finbråten H, Pettersen KS & Guttersrud Ø. (2021). *Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II*. Rapport IS-2988. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse.pdf>
82. Holte A & Clench-Aas J. (2020, 2.april). Hva er viktigst for den norske velferden fremover, oljefondet eller tillitsfondet? Svaret er enkelt: tillitsfondet. *Psykologisk.no*. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2020/03/mistillitslommene-i-samfunnet-er-dodelige-derfor-er-tillitsfondet-enda-viktigere-enn-oljefondet/>
83. Norsk koronamonitor. (2021, 3.juni). Mer belastende for innvandrere. *Opinion*. Tilgjengelig fra: <https://opinion.no/2021/06/mer-belastende-for-innvandrere/>
84. Moe L. (2021, 25.januar). En tredjedel mangler kompetanse for å ta vare på egen helse. *Dagens medisin*. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/01/25/-en-tredjedel-mangler-kompetanse-for-a-ta-vare-pa-egen-helse/>
85. World Health Organization. (2021). *Infodemic*. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
86. Nes RB, Aarø LE, Vedaa Ø & Nilsen TS. (2020). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

87. Kjør P, Klippen I, Hovgaard H, Krokstad S, Sletten MA, Lekang B et al. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak. Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe*. Oslo: Regjeringen. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f3f79f0e0ac4aebaa05d17b4db4fb28/rapport-fra-ekspertgruppe-livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk.pdf>
88. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2020). *Psykososiale konsekvenser av koronapandemien for barn, unge og voksne*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvt.no/content/uploads/2020/03/Psykososiale-konsekvenser-av-koronapandemien-for-barn-og-voksne.pdf>
89. Løken PM, Voss C, Myhre I, Toppe I, Nordvik J Hasle M et al. (2021, 22.februar). Bekymringsmelding. *NRK Ytring*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/ytring/bekymringsmelding-1.15380488>
90. Nøra S. (2021, 12.mai). Ungdom betaler en høy pris for å lojalt følge smittevernreglene. *OsloMet Forskningsnyheter*. Tilgjengelig fra: <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/ungdom-betaler-en-hoy-pris-for-a-lojalt-folge-smittevernreglene>
91. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2020, 6.april). Korona, smitteverntiltak og voldsutsatte. *NKVTs Aktuelt*. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvt.no/aktuelt/korona-smitteverntiltak-og-voldsutsatte/>
92. Sevenius Nilsen T, Hansen T & Bang Nes R. (2021, 20.april). Hvordan har pandemien påvirket livskvaliteten vår?. *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/56d66z/hvordan-har-pandemien-paavirket-livskvaliteten-vaar/>
93. Sevenius Nilsen T, Aarø LE, Vedaa Ø & Bang Nes R. (2020, 29.juni). *Livskvalitet under koronaepidemien - foreløpige resultater fra Nordland og Agder*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-under-koronaepidemien---forelopige-resultater-nordland-og-agde/>
94. Norsk friluftsliv. (2020, 26.februar). Nær 2 av 3 møter venner og familie ute i naturen i koronatid. *NTB Kommunikasjon*. Tilgjengelig fra: <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/naer-2-av-3-moter-venner-og-familie-ute-i-naturen-i-koronatid?publisherId=9934295&releasId=17902149>
95. Næss C. (2020, 28.mai). Urban natur i krisetider. *Norsk institutt for naturforskning*. Tilgjengelig fra: https://www.nina.no/Om-NINA/Aktuelt/Nyheter/article/urban-natur-i-krisetider#_
96. Norsk friluftsliv. (2020, 3.desember). Ni av ti nordmenn føler seg mindre bekymret ute i naturen. *NTB Kommunikasjon*. Tilgjengelig fra: <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/ni-av-ti-nordmenn-foler-seg-mindre-bekymret-ute-i-naturen?publisherId=9934295&releasId=17896888>
97. BUA. (2021). Tilgjengelig fra: www.bua.no
98. Bymiljøetaten Oslo kommune. (2021). *Intern kommunikasjon*.
99. Dahl ES, Furuberg J, Helde I, Male Kalstø Å, Kann IC, Myhre A et al. (2021). *Ett år med Korona. Utvikling og utsikter for NAVs ytelse og brukere. Arbeid og velferd*. (Utgave 1-2021). Tilgjengelig fra: https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2021/1/m-863/Ett_%C3%A5r_med_Korona_Utvikling_og_utsikter_for_NAVs_ytelser_og_brukere
100. NAV. (2021, 22.juni). Ukentlig statistikk over arbeidsledige i Oslo. *Nav.no*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/ukentlig-statistikk-over-arbeidsledige-i-oslo>
101. Velferdsetaten Oslo kommune. (2020). *Sommerjobb for unge 2020. Evalueringsrapport om erfaringene fra satsing på sommerjobber for ungdom i 2020*. Oslo: Oslo kommune Velferdsetaten.
102. Helsebiblioteket. (2021, 26.mars). Fødselsdepresjon. *Helsebiblioteket.no*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/fodselsdepresjon>
103. Oslo universitetssykehus. (2021). *Fødeavdelingen*. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklubben/fodeavdelingen#viktig-informasjon-om-koronasituasjonen-ved-fode-og-barselseksjonene-pa-ous>
104. Folkehelseinstituttet. (2020). *Råd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved covid-19 (koronasykdom)*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/?term=&h=1>
105. Helseetaten Oslo kommune. (2021). *Kartlegging av psykisk helse i Oslo- Status og konsekvenser av koronapandemien*. Oslo: Helseetaten Oslo kommune
106. Stålcrantz J. (2019). *Barnevaksinasjonsprogrammet - veileder for helsepersonell*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/>
107. Helsedirektoratet. (2021). *9.8. Helsestasjon, svangerskapsomsorg og skolehelsetjeneste. Nasjonal veileder. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-og-svangerskapsomsorg>
108. Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
109. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (2021). *Inaktivitet - et folkehelseproblem*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/cerg/inaktivitet>
110. Folkehelseinstituttet. (2020). *Foreløpige tall for covid-19-assosierte dødsfall i Dødsårsaksregisteret*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-covid-19-assosierte-dodsfall-i-dodsarsaksregisteret/>
111. Norsk koronamonitor. (2021, 15.februar). Dårligere fysisk form i år. *Opinion*. Tilgjengelig fra: <https://opinion.no/2021/02/darligere-fysisk-form-i-ar/>
112. Moen Myhre S, Uglum M & Hager-Thoresen F. (2021, 18.april). Stor korona-kartlegging: Nesten 10.000 medlemmer er borte fra Oslo-idretten. *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/sport/i/OQO3Lq/stor-korona-kartlegging-nesten-10000-medlemmer-er-borte-fra-oslo-idr>

113. Venter ZS, Barton DN, Gundersen V, Figari H & Nowell M. (2020). Urban nature in a time of crisis: recreational use og green space increases during the Covid-19 outbreak in Oslo, Norway. *Environ. Res. Lett*, 15 (10). DOI: <https://doi.org/10.1088/1748-9326/abb396>
114. Helsedirektoratet. (2021). *Mat og måltider i barnehagen under koronapandemien*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/mat-og-maltider-i-barnehagen/mat-og-maltider-i-barnehagen-under-koronapandemien>
115. Hellesnes K. (2021, 2.januar). Koronakos: Flere spiser usunt. *NRK*. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/norge/koronakos_-flere-spiser-usunt-1.15293469
116. Bramness JG, Bye EK, Moan IS & Rossow I. (2021). Alcohol use during the COVID-19 pandemic: Self-reported changes and motives for change. *European Addiction Research*, 27(4), 257-262. DOI: <https://doi.org/10.1159/000515102>
117. Norsk koronamonitor. (2021, 19.februar). Nordmenn drikker stadig mindre alkohol. *Opinion*. Tilgjengelig fra: <https://opinion.no/2021/02/nordmenn-drikker-stadig-mindre-alkohol/>
118. Helseetaten Oslo kommune. (2021). *Intern kommunikasjon*
119. Organisation for Economic Co-operation and Development (2021). *OECD Better Life Index*. Tilgjengelig fra: <https://www.oecdbetterlifeindex.org/#/111111111111>
120. Wellbeing Economy Alliance. (2021). Tilgjengelig fra: <https://wellbeingeconomy.org/about>
121. Wellbeing Economy Governments. (2021). Tilgjengelig fra: <https://wellbeingeconomy.org/wego>
122. Bloomfield A. (2019). What Does a Wellbeing Budget Mean for Health and Health Care? *Milbank Q*, 97(4), 897–900. DOI: doi: 10.1111/1468-0009.12428
123. Anderson M & Mossialos E. (2019). Beyond gross domestic product for New Zealand's wellbeing budget. *The Lancet Public Health*, 4(7), E320-E321. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30109-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30109-4)
124. Mintrom M. (2019). New Zealand's Wellbeing Budget Invests in Population Health. *Milbank Q*, 97(4), 893–896. DOI: doi: 10.1111/1468-0009.12409
125. Malmö stad. (2021,21.april). Arbetet enligt Malmökommissionen utvärderas. *Malmö.se*. Tilgjengelig fra: <https://malmo.se/Sa-arbetar-vi-med.../Malmokommissionen/Arbetet-enligt-Malmokommissionen-utvarderas.html>
126. Folkhälsoguiden Region Stockholm. (2021). Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsoguiden.se/>
127. Folkhälsoguiden Region Stockholm. (2021). *Folkhälsokollen*. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsoguiden.se/amnesomraden1/analys-och-kartlaggning/folkhalsokollen/>
128. Syverhuset AO. (2021, 5.februar). Stordata viser mer om hvordan vi trener og er ute i friluft under pandemien. *Forskning.no*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/fritid-norsk-institutt-for-naturforskning-partner/stordata-viser-mer-om-hvordan-vi-trener-og-er-ute-i-friluft-under-pandemien/1808628>
129. Barton DN, Gundersen V, Venter ZS. (2021). *Bruk av stordata i arbeidet med å tilrettelegge for fysisk aktivitet - Kunnskapsstatus og forslag til anvendelse i Norge*. NINA-rapport 1937. Trondheim: Norsk institutt for naturforskning. Tilgjengelig fra: <https://brage.nina.no/nina-xmlui/bitstream/handle/11250/2722733/ninarapport1937.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
130. Næss C. (2020, 3.juni). Vi bruker grøntområdene i byene mye mer i krisetid. *Forskning.no*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/miljopolitikk-norsk-institutt-for-naturforskning-partner/vi-bruker-grontomradene-i-byene-mye-mer-i-krisetid/1690578>
131. Stavanger kommune. (2021). *Smartbyen Stavanger*. Tilgjengelig fra: <https://www.stavanger.kommune.no/samfunnsutvikling/smartbyen-stavanger/>