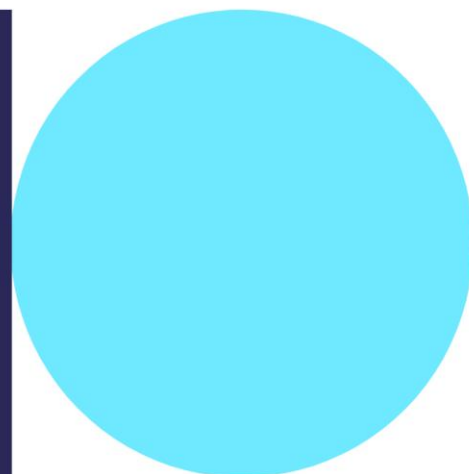


Oppdatering av kunnskapsgrunnlag til folkehelsestrategi 2022

Vurderinger av hovedutfordringer
for folkehelse i Oslo basert på ny
kunnskap per april 2022.



Ansvarlig for rapporten: Helseetaten, Oslo kommune.

April 2022

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/>

Forsidefoto: Bymiljøetaten

Innhold

Kapittel 1 Bakgrunn og innledning	1
Hovedutfordringer identifisert i Oslohelsetilstanden 2020.....	3
Kapittel 2 Betydningen av covid-19 for folkehelse i Oslo	4
Pandemien rammet skjevt.....	5
Bydel Stovner har vært hardt rammet	5
Covid-19 blant innvandrere	6
Psykisk helse ser ut til å være særlig påvirket	7
Dårligere livskvalitet i Oslo under pandemien?	9
Hvordan har to år med smitteverntiltak påvirket barn og unges helse?	10
Senfølger etter covid-19	11
Har koronapandemien hatt positive helsekonsekvenser?	11
Kapittel 3 Hovedutfordringer fra Oslohelsetilstanden 2020 – gjelder disse fortsatt?.....	12
Sosial ulikhet i helse	12
Utenforskap	13
Arbeidsledighet, sysselsetting og fullføring av videregående skole	13
Økonomi.....	14
Tro på fremtiden	15
Ensomhet og sosial støtte	15
Integrering	16
Levevaner.....	16
Nærmiljø	17
Kapittel 4 Nye/ forsterkede hovedutfordringer	18
Innvandrerers helse	18
Psykisk helse.....	20
Klima og folkehelse	20
Litteraturliste	22

Sammendrag

De to siste årene har Oslo vært sterkt påvirket av covid-19-pandemien. Samtidig ligger de viktigste risikofaktorene for folkehelse fortsatt fast — vi har ikke avdekket avgjørende endringer i hva vi mener er de viktigste utfordringene for folkehelsa i Oslo, men vil gjøre noen justeringer. Snarere er det slik at pandemien har aktualisert og forsterket noen allerede kjente problemstillinger.

Sosial ulikhet er fortsatt den største utfordringen for folkehelse i Oslo. Gjennomsnittshelsa i Oslo er i hovedsak god, men i dag er ikke god helse jevnt fordelt i Oslos befolkning. Det gjør at vi ikke når vårt fulle folkehelsepotensial. Utenforskap og levevaner har fortsatt avgjørende betydning for folkehelsa og sosial ulikhet i helse i Oslo. Den tredje faktoren vi trakk frem som viktigst i Oslohelsa 2020 var “nærmiljø”. I lys av ny kunnskap, og etter en ny vurdering, vil vi endre det til “helsefremmende miljø” for å vise til betydningen av det fysiske miljøet mer generelt, og ikke minst for å inkludere klimaendringer og klimatilpasninger som kommer til å være av stor betydning for folkehelsa fremover.

Befolkningens psykiske helse ser ut til å ha blitt særlig berørt av pandemien, og vi mener det derfor er grunnlag for å understreke betydningen av innsatser som kan bedre den psykiske helsa i en kommende folkehelsestrategi. Pandemien har også tydeliggjort at vi har for liten kunnskap om helsen til innvandrere som utgjør en stor del av befolkningen i Oslo, samt hvordan kommunen kan jobbe for å fremme helsen til ulike innvandrergupper. Vi foreslår derfor å satse på økt kunnskap om innvandrerhelse i Oslo fremover.

Kapittel 1 Bakgrunn og innledning

Folkehelsestrategien skal være kunnskapsbasert og bygge på kommunens systematiske folkehelsearbeid. Det viktigste bakgrunnsdokumentet er *Oslohelsa 2020* [1], som gir en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene, og identifiserer de viktigste folkehelseutfordringene og -ressursene i Oslo. Arbeidet med *Oslohelsa 2020* ble imidlertid ferdigstilt rett før de første bekreftede smittetilfellene i Oslo, og tar ikke hensyn til effekter av pandemien for folkehelsa og fordelingen av den. Derfor ble det utarbeidet et utvidet kunnskapsgrunnlag til folkehelsestrategien i juli 2021 [2]. I nytt oppdragsbrev fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester i januar 2022 ble Helseetaten bedt om å:

«Oppdatere kunnskapsgrunnlaget ved behov. Spesielt aktuelt er kunnskap om pandemiens påvirkning på innbyggernes helse og livskvalitet»

Helseetaten har valgt å løse dette ved å utarbeide dette kortfattede notatet der vi foretar en *vurdering av om ny kunnskap fører til behov for justeringer i hva vi regner som de viktigste folkehelseutfordringene*. Vurderingen er basert på både det utvidede kunnskapsgrunnlaget fra juli 2021 og en gjennomgang av det vi har identifisert som ny sentral litteratur som har blitt publisert etter juni 2021. Vi vurderer utviklingen samlet og for utvalgte grupper. Dette notatet er altså ikke en oppdatering av kunnskapsgrunnlaget generelt, men en spesifikk vurdering av om det er endringer i problemforståelsen folkehelsestrategien skal svare på, som vi mener er den mest nyttige tilnærmingen på det nåværende tidspunktet i prosessen med utarbeidelse av ny folkehelsestrategi. Helseetaten vil som del av det løpende oversiktsarbeidet fortsatt følge med på ny forskning, statistikk og litteratur som kan være relevant for folkehelsestrategien.

Det fremgår av litteraturlisten hva vi har identifisert som den mest sentrale nye litteraturen. I all hovedsak begrenser vi oss nå til andres kunnskapsoppsummeringer – det har ikke vært tid til en systematisk gjennomgang av all aktuell forskning og statistikk. Videre avgrenser vi oss til å omtale av funn fra den gjennomgåtte litteraturen som gir ny/oppdatert kunnskap om de viktigste folkehelseutfordringene, i tillegg til funn som viser pandemiens påvirkning på helse og livskvalitet. Vi forholder oss i denne sammenhengen kun til norske publikasjoner.

Notatet er bygget opp slik at vi etter innledningen går gjennom betydningen av covid-19-pandemien inkl. smitteverntiltak for folkehelsa i Oslo (kapittel 2). Vi ser særlig på hvordan pandemien har rammet skjevt i Oslo, hvordan pandemien rammet visse innvandrergupper i særdeleshet og hvordan den psykiske helsen og livskvaliteten ble påvirket. Vi har også med et kapittel om barn og unge. At det ikke er et tilsvarende kapittel om eldre, handler ikke om at vi ikke mener at eldres helse er viktig, men at særlig «Ung i Oslo»-undersøkelsen er en ny kilde til kunnskap som ble publisert høsten 2021 og som vi derfor omtaler her. God helse er viktig gjennom hele livsløpet.

Det er behov for at det gjøres en mer grundig analyse av pandemiens folkehelsekonsekvenser enn det som har vært mulig innenfor rammene av dette oppdraget, men det vil være mer hensiktsmessig på et senere tidspunkt når det også foreligger mer sikker kunnskap. Foreløpig er det mye vi ikke vet. Dels fordi det ikke er forsket tilstrekkelig på ennå – det foregår en stor kunnskapsproduksjon og en rekke nye forskningsprosjekter er igangsatt – dels fordi de mer langsiktige helsekonsekvensene først vil kunne bli kjent når det har gått lengre tid.

I kapittel 3 vurderer vi de identifiserte hovedutfordringene i Oslohelsa 2020 i lys av ny kunnskap fra pandemien og andre aktuelle forhold, og diskuterer i hvilken grad vi mener at de fortsatt står seg som de viktigste utfordringene folkehelsestrategien bør adressere. I kapittel 4 presenterer vi tre temaer vi nå mener har fått økt aktualitet, nemlig klima, innvandreres helse, og psykisk helse. Helsekonsekvenser av klimautfordringene er ikke et tema som dukket opp høsten 2021. Det er likevel med her fordi det har fått fornyet oppmerksomhet som folkehelseutfordring den siste tiden, og temaet ble ikke omtalt i Oslohelsa 2020. Psykisk helse har vært en sentral del av folkehelsearbeidet lenge, og det er også omtalt i Oslohelsa 2020, men vi tar det med her fordi det på det nåværende tidspunkt kan se ut til at det er særlig den psykiske helsen og livskvaliteten i Oslo som ble rammet av pandemien. Pandemien har også aktualisert behovet for mer kunnskap i Oslo om helsen til innbyggerne med innvandrerbakgrunn [3], et behov som allerede ble adressert i Oslohelsa 2020.

Det er behov for ny kunnskap om en rekke av folkehelseutfordringene som adresseres i dette notatet. Helseetaten vil i løpet av våren foreta en systematisk gjennomgang av og utarbeide en intern rapport om hva det er behov for kunnskap om i oversiktsarbeidet etter folkehelseloven § 5, hva som er tilgjengelig av aktuell statistikk, hvilke kunnskapshull som bør prioriteres å fylles,

og hvilke indikatorer for folkehelse som bør følges med på fremover. Kunnskapsbehov er derfor ikke et tema som adresseres i særlig grad i denne rapporten. Når det gjelder utvikling av indikatorer vil et eget tema i rapporten bli indikatorer for å følge opp målene i folkehelsestrategi.

Hovedutfordringer identifisert i Oslohelsa 2020

Helsetaten anbefalte i Oslohelsa 2020 at innsatsen for folkehelsearbeidet for Oslos befolkning skulle rettes inn mot det helsefremmede og forebyggende arbeidet med å utjevne sosial ulikhet i helse [1]. Særlig ble det anbefalt å rette fokus på å redusere sosiale forskjeller i utenforskap og i helsevaner, og at nærmiljøet kunne være en arena for det. Oslohelsa 2020 identifiserte samtidig nærmiljø og friområder som ressurser for folkehelsa i Oslo, sammen med lav ledighet og høyt utdanningsnivå i befolkningen. Ressursene har betydning for det helsefremmende arbeidet.

Utenforskap kan dreie seg om alt fra å være utenfor skolegang, utdanning og yrkesliv, ikke delta i aktiviteter eller å ikke delta i det sosiale fellesskap mer generelt. Utenforskap kan påvirke livskvaliteten og den psykiske helsen direkte. Det går også den andre veien; psykiske helseplager kan påvirke graden av deltakelse. Det er også en nær sammenheng mellom helsevaner og helseutfall; et usunt kosthold, fysisk inaktivitet, alkohol og røyking kan påvirke helsen negativt. Nærmiljø har også innvirkning på helse og livskvalitet, både direkte og indirekte. Dårlige oppvekst- og levekår øker risikoen for utenforskap, helseskadelige levevaner og nærmiljø. Påvirkningsfaktorene henger også sammen og kan forsterke hverandre.

I tillegg til å identifisere hovedutfordringer for folkehelsen var det i Oslohelsa 2020 anbefalinger knyttet til den systematiske tilnærmingen til folkehelsearbeidet i kommunen som er en nødvendig forutsetning for å nå målene om mindre sosial ulikhet i helse. Det ble blant annet vist til behov for mer kunnskap om befolkningen, kontinuerlig læring og forbedring i folkehelsearbeidet og at folkehelsearbeidet må foregå på tvers av kommunens sektorer [1]. Dette er utfordringer som fortsatt gjelder og som det er viktig å holde fokus på fremover, men vi har ikke identifisert relevant ny kunnskap på området og det er derfor ikke omtalt særskilt videre i dette notatet. Det er imidlertid verdt å merke seg at Helsedirektoratet i sitt innspill til nasjonal folkehelsemelding trekker frem viktigheten av systematikk som en av de viktigste

rammene for folkehelsearbeidet [4]. Blant annet viser de til behov for å styrke kunnskapen om helsekonsekvensvurderinger, og forskning på effekter av folkehelsearbeid.

Kapittel 2 Betydningen av covid-19 for folkehelse i Oslo

Både det å ha gjennomgått sykdommen i seg selv og tiltakene som ble iverksatt mot smitte kan ha påvirket helsetilstanden i befolkningen. Koronapandemien regnes som en av de største folkehelsekrisene i nyere tid, samtidig som Norge har vært blant landene i Europa og i verden med lavest antall døde og innlagte på sykehus knyttet til pandemien, sammenlignet med størrelsen på befolkningen [5]. Selv om Oslo har vært hardest rammet i Norge, har konsekvensene også her vært mildere enn hva man har opplevd andre steder i verden.

Totalt hadde det per 08.04.2022 vært 460 Covid-19 assosierte dødsfall i Oslo og 2 614 hadde vært innlagt på sykehus med covid-19 som hovedårsak [6].

Eldre personer og personer med underliggende sykdom og helsetilstander har hatt høyere sannsynlighet for alvorlig forløp av covid-19-sykdom [7]. Underliggende sykdom/helsetilstander inkluderer fedme og livsstilssykdommer som kols, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer. Risikoen for livsstilssykdommer er sosial skjevt fordelt. Spesielt har personer med innvandrerbakgrunn vært overrepresentert i statistikken over innlagte med covid-19. Senere i avsnittet kommer vi inn på flere faktorer som kan forklare denne overrepresentasjonen.

I Oslo som i resten av landet vil sannsynligvis smitteverntiltakene i seg selv ha like store helsekonsekvenser som covid-19-sykdom [5]. Tiltakene kan ha effekt både på kort og lang sikt. De kortsiktige effektene vet vi litt om, men de langsiktige kjenner vi ikke [5]. Vi mangler foreløpig mye kunnskap om effektene av pandemien på utvikling av sykdom, og hvordan det vil fordele seg i befolkningen.

Pandemien rammet skjevt

Oslo har vært hardere rammet av covid-19-pandemien enn resten av landet. Det gjelder både smittetrykk og omfanget av smitteverntiltak. Pandemien rammet sosialt skjevt. Analyser FHI har utført viser at personer med lav utdanning og personer med lav husholdningsinntekt ser ut til å ha hatt høyere sannsynlighet for å bli rammet av covid-19 enn resten av befolkningen [5]. Dette gjelder både påvist smitte, innleggelser, respiratorbruk og død relatert til covid-19. Men når det justeres for alder, kjønn, bostedskommune og fødeland, reduseres betydningen av inntekt og utdanning [8]. Barn fra husholdninger med lav inntekt, trangboddhet, med innvandrerbakgrunn utenfor Norden og som bor i større byer i Sørøst-Norge har også hatt økt sannsynlighet for å bli smittet under pandemien, men ikke for å bli innlagt på sykehus [9].

Også smitteverntiltakene har rammet ulikt, som vi skal komme tilbake flere ganger i dette notatet.

Bydel Stovner har vært hardt rammet

Bydel Stovner var bydelene med flest smittede i forhold til innbyggertall gjennom store deler av koronapandemien (før vaksinerings og omikron), og har hatt en høy andel innlagte med covid-19. For å finne ut mer om hvordan det påvirket befolkningen gjennomførte bydelen en egen innbyggerundersøkelse i desember 2021, der de kartla hvordan innbyggerne hadde hatt det under pandemien og hvordan de har det nå. Dette avsnittet, og all annen referanse til Stovner i dette notatet, er basert på delrapport 1 fra undersøkelsen [10].

Det var flere årsaker til at Bydel Stovner ble hardt rammet. Bl.a. mangel på tilpasset kommunikasjon ut til minoritetsgrupper i starten, trangboddhet, holdninger og informasjon fra eget land, dårlig levekår som kan gi mer uhelse og øke sjansen for sykehusinnleggelser. Bydel Stovner har omfattende og sammensatte levekårsutfordringer. Bydelen har byens laveste sysselsetting og utdanningsnivå, høyest andel med lavinntekt og trangboddhet, lavest barnehagedeltakelse, svake skolerresultater og høyest frafall i videregående skole. Bydelen har en høy og økende andel med innvandrerbakgrunn og lavest kvadratmeterpris i Oslo. Særlig er

det noen delbydeler i Stovner som kommer svært dårlig ut, og der er det en opphopning av levekårsproblemer.

Innbyggerundersøkelsen viste at pandemien har hatt store negative konsekvenser for Stovner. Både levekårsutfordringer og helseutfordringene ble ytterligere forsterket. Unge og unge voksne, samt personer med innvandrerbakgrunn ble særlig hardt rammet.

Mange i Bydel Stovner oppgir at de har helseplager etter koronasykdomⁱ. 27 prosent oppga at de ikke er friske igjen. Det er flest (72 %) som fortsatt føler seg slappe og slitne. 48 prosent er tungpustet. 43 prosent har dårlig smak og luktesans og rundt/ over en tredjedel opplever dårligere konsentrasjon og/ eller hukommelse, og hoste. Vi gjengir flere resultater fra Stovner-undersøkelsen under de ulike delkapitlene.

Covid-19 blant innvandrere

Noen innvandrergrupper har gjennom pandemien hatt mange flere smittede og innlagte på sykehus enn gjennomsnittet i befolkningen [5]. Hvilken landbakgrunn som har vært mest overrepresentert har variert litt gjennom pandemien. Det har også vært betydelig høyere andel smittede blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre. Forklaringene på hvorfor enkelte grupper er hardere rammet i form av smitte, innleggelse og død er sammensatte og komplekse. Ulike forhold gir hver for seg en beskjeden økt risiko, men samlet sett fører det til store skjevheter. Folkehelseinstituttets vurdering [5, 11] er at innvandrerbefolkningene har vært noe mer utsatt for smitte og sykdom på grunn av:

- Internasjonale reiser
- Forsinkelser i TISK som følge av svakere språk-, helse- og digital kompetanse og ikke tilstrekkelig tilrettelegging
- Kommunikasjonsutfordringer og ulike referansegrunnlag har sannsynligvis gitt noe svakere etterlevelse av isolasjon- og karantenebestemmelser
- Det har sannsynligvis vært en noe svakere faktisk etterlevelse grunnet treghet i når råd er gitt og hvor presist de er forstått og oppfattet

ⁱ I undersøkelsen er det ikke spurt om *når* de var syke, så det varierer hvor lang tid det har gått mellom gjennomgått sykdom og svar på spørsmålet.

- Innvandrere har vært bosatt i mer sentrale strøk der smitten har vært høyere
- Sosioøkonomiske forhold som inntekt, utdanning og yrke har hatt en moderat betydning
- Boforhold som trangboddhet og familiestørrelse har hatt en moderat betydning
- Genetiske forskjeller som gir noe økt sårbarhet for enkelte grupper kan ikke utelukkes, men dette er fortsatt svært usikkert
- Akkumulert sårbarhet: Sosioøkonomisk posisjon og innvandrerbakgrunn øker muligheten for en opphopning av sårbarheter som kan virke gjensidig forsterkende. Sårbarhetene kan være knyttet til språk, helsekompetanse, kjennskap til norsk samfunnsliv og kulturelle koder, digitale ferdigheter, sosioøkonomisk posisjon, utenforskap, økonomisk handlingsrom, sikkerhet på arbeidsmarkedet m.m. Individer som er sårbare på flere områder er i mange tilfeller del av sosiale miljøer der disse sårbarhetene er utbredt. Kombinasjonen av individuell og kollektiv sårbarhet gi en gjensidig forsterkende effekt som resulterer i særskilt risiko.

I tillegg har utenlandsfødte og norskfødte med utenlandsfødte foreldre en lavere vaksinasjonsdekning mot covid-19 enn norskfødte med norskfødte foreldre, og det er stor variasjon i vaksinasjonsdekning mellom personer med ulike landbakgrunn [12].

Psykisk helse ser ut til å være særlig påvirket

Det har i det siste vært en uttalt bekymring fra flere forskere, tjenestene og i media om at det særlig er den psykiske helsen som har blitt negativt påvirket av pandemien – og særlig blant barn og unge [13]. FHI konkluderte i oktober 2021 med at det så langt er lite som tyder på at det har vært en varig forverring i befolkningens psykiske helse under pandemien, men at noen grupper ser ut til å ha vært hardere rammet under pandemien enn andre [5]. Videre viser de til at lignende mønster vises i forskningsartikler fra flere land. Det var særlig innbyggere som hadde det vanskelig før pandemien, som hadde økt risiko for å ha det vanskelig under pandemien. Basert på undersøkelser som er foretatt på ulike tidspunkt i løpet av pandemien, ser det ut til at nivået på psykiske plager har variert med smitteverntiltakene. Livskvalitet og ensomhet varierte i et lignende mønster. Det ser imidlertid ikke ut til at pandemien i vesentlig grad har påvirket forekomsten av psykiske lidelser i Norge.

I mars 2021 utga Helseetaten en kartlegging av psykisk helse i Oslo [14]. Det har ikke blitt foretatt en oppdatering av denne, men kartleggingen fant at flere tok kontakt med fastlegen på grunn av psykisk helse. Størst økning var det i aldersgruppen barn og unge. I noen aldersgrupper

var det satt 40 prosent flere diagnoser innen psykisk helse. Flere tjenester i kommunen meldte om økt pågang og mer alvorlig problematikk. Det er imidlertid en utfordring å få ut gode tall på dette. Tall fra Norsk pasientregister viser at i perioden fra 2019 til 2021 ble det henvist 46 prosent flere pasienter til barne- og ungdomspsykiatrien på Oslo universitetssykehus [15].

En svært høy andel i Bydel Stovners korona-undersøkelse rapporterte om psykiske plager. Situasjonen er særlig bekymringsfull blant unge og personer som har innvandret. 25 prosent av alle i bydelen rapporterer om betydelige psykiske plager (angst og depresjonslignende problemer, målt som HSCL-5 score over 2). Andelen i hele befolkningen i Norge har normalt ligget på mellom 9 og 12 prosent de siste 20 år (FHI, referert i rapporten fra Stovner). Unge, kvinner og de med innvandrerbakgrunn opplever i størst grad angst- og depresjonsliknende symptomer. Blant innvandrere under 30 år er andelen hele 47 prosent. Rundt halvparten (46–55 %) av innbyggerne i Stovner oppgir at de føler seg «litt», «ganske mye» eller «veldig mye plaget» av «å være stadig redd og engstelig», «nervøsitet og indre uro», «følelsen av håpløshet med hensyn til fremtiden», «nedtrykt og tungsindig», «mye bekymret og engstelig» og av «søvnproblemer».

Folkehelseinstituttet gjennomførte i desember 2021 en Fylkeshelseundersøkelse om korona i Oslo og tre andre fylkerⁱⁱ. Helseetaten har mottatt utvalgte tabeller som viser noen resultater fra undersøkelsen fra FHI, og noen av disse resultatene gjengis i dette notatet. Tallene fra FHIs undersøkelse viser at andelen med symptomer på depresjon og angst (HSCL-5 score > 2) er høyest i Stovner. Andelen med symptomer på depresjon og angst i Stovner i FHI sin undersøkelse er noe lavere enn i Stovners egen undersøkelse, 21 prosent (alders- og kjønnsjustert), men Stovners egen undersøkelse har oppnådd høyere svarprosent i grupper som ofte er underrepresentert i slike undersøkelser, så det er ikke overraskende. Groruddalsbydelene Alna og Grorud har nest høyest andeler, med 20 og 19 prosent. Til sammenligning er andelene i Ullern og Nordre og Vestre Aker 13 prosent. Vi har dessverre ikke tall for Oslo før pandemien, så vi vet for eksempel ikke om forskjellene mellom bydelene har blitt større.

ⁱⁱ Spørreskjemaet finnes her:

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/fylkeshelseundersokelsen-om-korona-2021/>

Dårligere livskvalitet i Oslo under pandemien?

Et av hovedfunnene i SSBs rapport «Livskvalitet i Norge 2021» [16] var at Oslo skiller seg signifikant fra den øvrige befolkningen med en noe lavere gjennomsnittlig tilfredshet med livet. Vi skilte oss ikke negativt fra den øvrige befolkningen i 2020. Det er kanskje ikke så overraskende at livskvaliteten falt mer i Oslo, i og med at vi i Oslo hadde større smittetrykk og strengere restriksjoner enn resten av landet under pandemien. Heldigvis viste undersøkelsen også at det er mer optimisme i Oslo, da vi hadde høyere skåre på «Hvor fornøyd tror du at du vil være med livet om fem år fra nå?». Vi kan foreløpig ikke vite om nedgangen i livskvalitet som ble observert i Oslo i 2021 bare er forbigående. Men endring i livskvalitet og mental helse som følge av pandemien, kan påvirke helsen på sikt.

Generelt viste rapporten på nasjonalt nivå at det var lavere tilfredshet med livet i 2021 enn i 2020, noe som antas å ha sammenheng med koronapandemien og de ulike tiltakene for å bremse smittespredningen. Rapporten viser videre at det er sosiale og økonomiske forskjeller i livskvalitet på nasjonalt nivå. Det er ikke grunn til å forvente at denne sammenhengen er noe mindre i Oslo. Folkehelseprofilene 2022 fra FHI peker også på at ulike risikofaktorer for lav livskvalitet ofte opptrer samtidig, og da særlig går utover livskvaliteten [17].

Fra FHIs koronaundersøkelse i Oslo i desember 2021 fremgår det at det er høyere andeler som opplever lav livskvalitetⁱⁱⁱ i bydeler i Groruddalen (høyest Bydel Stovner med 28 %) enn i bydeler i ytre vest (lavest Bydel Ullern med 17 %). Samtidig er det en høy andel som rapporterer om lav livskvalitet i sentrumsnære bydeler, særlig bydel St. Hanshaugen (også 28 %). Det kan bl.a. ha sammenheng med at det er flere med lav livskvalitet blant de som bor alene (32 %) enn de som bor med andre (20 %). 47 prosent av Oslos husholdninger består av kun 1 person, og hele 58 prosent i Bydel St. Hanshaugen [18].

ⁱⁱⁱ Svar på spørsmålet «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden» (skala 0-10) Lav livskvalitet er definert som skår < 6.

Hvordan har to år med smitteverntiltak påvirket barn og unges helse?

Folkehelseinstituttets rapport «Folkehelsen etter covid-19» viser at pandemien har påvirket barn og unges psykiske helse, trivsel og læring [5]. De fleste har klart å tilpasse seg begrensningene ved smitteverntiltakene godt, men det gjelder ikke alle. Stengning og andre begrensninger på skoler og barnehager har sannsynligvis vært tiltaket med størst innvirkning på barn og unge. Det er fordi skoler og barnehager er arenaer for læring og sosial omgang, men også fordi mange tjenester for barn er avhengig av åpne skoler og barnehager for å fungere normalt.

Under pandemien har mange barn tilbragt mye tid på hjemmeskole. Det kan ha påvirket både opplevelsen av læring og graden av trivsel i hverdagen. Læringstap under pandemien kan også potensielt ha store konsekvenser for den enkelte og samfunnet, ved frafall fra skoleløpet og reduserte jobbmuligheter. Mye tyder på at de negative konsekvensene av skolestenging ikke har vært jevnt fordelt; elever fra ressursrike hjem har klart seg bedre, mens elever med minoritetsbakgrunn og funksjonsnedsettelse har klart seg dårligere. Spesielt kan barn som lever under vanskelige familieforhold ha vært spesielt hardt rammet. Mindre sosial kontakt, endring i rutiner på skolen, og med det fare for svekket tilbud for enkelte, kan også ha påvirket barn og unges psykiske helse. Derimot vet vi fremdeles lite om langtidsvirkningene. Det kan også være vanskelig å skille hva som skyldes pandemi fra underliggende trender i senere tids gjennomførte undersøkelser.

Det vi så langt kan si er at det fortsatt er sosiale forskjeller i opplevd stress, og i opplevd utenforskap, levevaner og nærmiljø blant unge i Oslo (se omtale i egne avsnitt om det). Det viser resultatene fra Ung i Oslo-undersøkelsene [19]. Når det gjelder tjenestene til barn og unge viser Helseetatens kartlegging av psykisk helse i Oslo fra 2021 at disse er underdimensjonerte og varierer på tvers av bydeler både når det gjelder størrelse, organisering, innhold i tjenestene og åpningstilbud [14].

Senfølger etter covid-19

Helseetaten ga i november 2021 ut en kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19 [20]. I den rapporten fremgår det at selv om de fleste som har hatt covid-19 har forbigående symptomer, er det relativt mange som sliter med et bredt spekter av senfølger. Rapporten peker på at forskningen spriker, men at om lag en av fem smittede får symptomer som varer fem uker eller lengre. En av ti hadde senfølger utover tre måneder. De vanligste senfølgene er pustebesvær, fatigue, angst og nedstemthet. Det er ikke enighet om sammenhengen mellom alvorlighetsgrad av sykdom og senfølger. Mye tyder på at senfølger etter covid-19 er de samme som kan følge av annen alvorlig virusinfeksjon, men fortsatt er det ikke tilstrekkelig kunnskap til å kunne slå dette fast.

Har koronapandemien hatt positive helsekonsekvenser?

FHI peker på at pandemien også kan ha hatt positive konsekvenser for helsen [5]. Det har vært en nedgang i andre infeksjonssykdommer som influensa, som trolig bare er midlertidig. Det kan også ha bidratt til en nedgang i innleggelser for lungebetennelse og kols, som lå på et lavere nivå enn normalt ut 2020. Gjennom pandemiens første del oppsøkte færre akutthjelp også for hjerte- og karsykdommer, og det var nedgang i antall pasienter med hjerte- og karsykdommer i spesialisthelsetjenesten i 2020. Det kan ha sammenheng med positiv utvikling i noen risikofaktorer, men det kan også ha sammenheng med lavere aktivitet og omdisponeringer på sykehusene [5]. Det blir viktig å følge med på utviklingen framover.

Helseetatens kartlegging av psykisk helse i Oslo fra 2021 [14] viser at noen barn, unge og familier fikk det bedre under pandemien; noen opplevde redusert stress i familien. Det var færre aktiviteter, mindre som skjedde og de yngste barna fikk kortere dager. I perioder var det også mindre grupper på skolene, som potensielt kan ha bidratt til å gjøre det mer oversiktlig og forutsigbart for de minste.

Kapittel 3 Hovedutfordringer fra Oslohelsa 2020 – gjelder disse fortsatt?

Sosial ulikhet i helse

I Oslohelsa 2020 identifiserte vi «Sosial ulikhet i helse som den største utfordringen for folkehelsa i Oslo. Har dette endret seg etter to år med covid-19-pandemi? Som vi har vist til ovenfor rammet pandemien skjevt i store deler av tiden. Sosial ulikhet i helse er fortsatt den største folkehelseutfordringen i Oslo. Om noe har viktigheten av det trolig blitt forsterket av pandemien. Foreløpig er det for tidlig å si om den faktisk har ført til varig større sosioøkonomiske helseforskjeller.

Sosioøkonomiske forskjeller i helse i Oslo manifesterer seg også i geografiske forskjeller. Det var 6,5 år i forskjell i forventet levealder mellom innbyggerne i Bydel Sagene og Bydel Vestre Aker i 2017–2021 [21]. I 2015–2019 var forskjellen på 7,0 år. Man bør være forsiktig med tolkningen av disse tallene, men nedgangen viser i alle fall ikke at det har vært en økning i forskjellene i forventet levealder etter to år med pandemi. For Oslo i alt var forventet levealder i 2017–2021 84,9 år for kvinner og 81,4 år for menn.

I januar 2021 sendte Helseetaten ut en Questback-undersøkelse til bydelene der de blant annet ble spurt om hvilke områder bydelen vil definere som sine tre viktigste folkehelseutfordringer ut fra sin kunnskap. Resultatene fra undersøkelsen er omtalt i det utvidede kunnskapsgrunnlaget [2]. Undersøkelsen viser at tre av fire bydeler identifiserer sosial ulikhet som en av sine største folkehelseutfordringer. Våren 2022 har Helseetaten gjennomført medvirkningsprosesser til ny folkehelsestrategi med ulike grupper innbyggere, og interne og eksterne virksomheter, inkl. forskere fra UiO, OsloMet og FHI. Alle gruppene var opptatt av temaet sosial ulikhet og av å utjevne sosial ulikhet gjennom å bryte ned økonomiske, sosiale og strukturelle barrierer [22].

Tall fra Ung i Oslo 2021 viser at det store flertallet av barn og unge fortsatt er tilfreds med livet sitt, også etter en tid med pandemi [19, 23]. Samtidig viser tallene at det er sosiale forskjeller i selvrapportert mental helse. Det kommer blant annet til uttrykk ved at unge i vest opplever mer stress i hverdagen, samtidig som de er bedre til å takle press enn ungdom fra øvrige bydeler.

Sosial ulikhet i helse gir seg uttrykk i påvirkningsfaktorene, omtalt under. Generelt kan det være vanskelig å skille effekter fra pandemi fra underliggende tendenser. Mekanismene som ligger bak funnene bør derfor kartlegges nærmere.

Utenforskap

Vi bruker altså begrepet «utenforskap» om blant annet frafall fra skole, utdanning, yrkesliv og manglende deltakelse i aktiviteter og sosial deltakelse mer generelt. Gjennom eksemplene nedenfor viser vi hvordan utenforskap etter vår vurdering fortsatt, og trolig i enda større grad, er en viktig drivkraft for sosial ulikhet i helse. Utenforskap henger også sammen med helsekompetanse [2].

Arbeidsledighet, sysselsetting og fullføring av videregående skole

I Oslohelsa 2020 trakk vi frem «lav arbeidsledighet» som en av de viktigste positive ressursene for folkehelsa i Oslo. Så kom koronarestriksjoner som rammet arbeidsmarkedet i Oslo hardt. En av de største konsekvensene av pandemien for Oslo var en sterk økning i antall arbeidsledige og permitterte. Arbeidsledighet — særlig hvis den blir langvarig — kan ha negative konsekvenser for helse og livskvalitet [24]. FHIs koronaundersøkelse i Oslo i desember 2021 fant at 41 prosent av de som var arbeidsledige eller permitterte hadde lav livskvalitet, mot 19 prosent av de som var i arbeid.

Kommer den høye arbeidsledigheten i 2020 og 2021 til å ha konsekvenser for folkehelsa på lengre sikt? I mars 2022 nærmer ledigheten blant de helt ledige seg det lave nivået vi hadde før koronaen, men fortsatt er det vesentlig flere delvis ledige og permitterte i Oslo enn før [25]. 2,5 prosent av arbeidsstyrken i hovedstaden var helt ledige i mars. Det er en nedgang på hele 60 prosent fra mars 2021. Ledigheten er høyest i bydelene Søndre Nordstrand og Alna (3,7 %) og Stovner (3,4 %). 58 prosent av de ledige i mars 2022 har vært ledige i 6 måneder eller mer. Det er denne gruppen som er mest bekymringsfull. Arbeidsledighet kan føre til økt utstøting fra arbeidslivet. Det har særlig vært eldre arbeidstakere, personer uten utdanning utover

grunnskolenivå og ikke-vestlige innvandrere som har slitt med å komme tilbake til arbeid [24]. Det er nå høy etterspørsel etter arbeidskraft i Oslo, men samtidig en forsterket og vedvarende ubalanse mellom den kompetansen arbeidsgiverne etterspør og den kompetansen arbeidssøkerne tilbyr.

Sysselsettingsstatistikk for 2021 fra SSB publisert februar 2022 [26] viser at det faktisk var høyere sysselsetting i Oslo i 2021 (77,6 % blant 20–66 år) enn i 2019 (76,7 %). Det gjelder imidlertid ikke hele Oslo. Delbydelene Prinsdal, Holmlia Nord og Syd, Rommen, Haugenstua og Grorud m.fl. har en nedgang i andel sysselsatte 15–74 år fra 2019 til 2021 [27].

Blant de uten utdanning utover grunnskolenivå var det marginalt lavere sysselsettingsnivå i Oslo i 2021, mens det var høyere blant de med høyere utdanning [26]. Det blir stadig viktigere å fullføre videregående skole for fremtidige muligheter på arbeidsmarkedet. Statistikken for 2020 viser at det var enn høyere andel elever som fullførte på normert tid enn tidligere, til tross for skolestegning. Det var særlig en økning i andelen gutter som gjennomførte på normert tid [28]. Samtidig er store forskjeller i hvem som fullfører. Både foreldrenes utdanningsnivå og grunnskolepoeng har mye å si. For eksempel fullførte 84 prosent av gutter med foreldre med høyere utdanning på normert tid, mot bare 41 prosent av gutter med foreldre med kun grunnskoleutdanning ^{iv}.

Økonomi

Helsen blir påvirket av inntekt over hele inntektsfordelingen, men nederst i inntektsfordelingen er det åpenbare negative helseeffekter av inntekt som en følge av materiell deprivasjon og det er derfor viktig å følge med på hva som skjer nederst i fordelingen [24]. Det har vært en positiv utvikling i andel barn i lavinntektshusholdninger i Oslo etter 2017 [29], og fra 2019 til 2020 var det til tross for pandemirestriksjoner en nedgang fra 17,1 prosent til 16,4 prosent (60 prosent av medianinntekten, EU-skala) [30]. Det var kun i bydelene Alna og Søndre Nordstrand at det var en økning. Andelen barn i husholdninger med lavinntekt er fortsatt høyest i Bydel Stovner. I innbyggerundersøkelsen i Bydel Stovner var det mange som oppga at den økonomiske situasjonen deres ble forverret på grunn av koronapandemien [10]. En av fem oppga å ha fått mindre inntekter. I delbydel Fossum oppga 30 prosent å ha fått mindre inntekter. En av tre

^{iv} Kilde: Statistikk kommunen har bestilt fra SSB, ikke publisert

innvandrere i bydel Stovner oppga å ha hatt problemer med å betale for mat, transport, husleie o.l. siste seks måneder.

Tro på fremtiden

I 2021, som i 2018, var det mer utbredt å tro på fremtiden blant ungdom fra familier med flere ressurser sammenlignet med familier med færre ressurser, og blant ungdom med norskfødte foreldre sammenlignet med ungdom med innvandrerbakgrunn. Det viser tall fra de to siste Ung i Oslo-undersøkelsene [19, 31]. Spørsmålene om fremtidstro dreier seg ungdommen regner med å fullføre videregående, ta utdanning på høyskole eller universitet, få et godt og lykkelig liv og om de noen gang vil bli arbeidsledige. I undersøkelsen fra Bydel Stovner [10] var hele to av tre under 30 år plaget med en følelse av «Håpløshet med hensyn til fremtiden».

Ensomhet og sosial støtte

Prosentandelen som i løpet av siste uke har vært veldig mye plaget av ensomhet er om lag den samme i 2021 som i 2018, og ensomhet er fortsatt mest utbredt blant unge fra familier med lav sosioøkonomisk status. Det viser resultatene fra de to siste Ung i Oslo-undersøkelsene [19, 31]. Blant ungdom med norskfødte foreldre er andelen lavere jo høyere foreldrenes sosioøkonomiske posisjon er. Mønsteret er ikke like tydelig blant ungdom med innvandrerbakgrunn. I denne gruppen er andelen lavest i gruppen fra familier med middels sosioøkonomisk status, og høyere i gruppene med lav og høy sosioøkonomisk posisjon.

Tall for Oslo fra Koronaundersøkelsen fra desember 2021 viser at andel som har følt seg ensomme^v de siste syv dagene var høyere i østlige bydeler enn i ytre vest. Det kan være uttrykk for at det er sosiale forskjeller i opplevd utenforskap, men det bør også ses i sammenheng med at pandemien rammet ulikt i befolkningen. Andelen som følte seg ensomme var høyest i bydel St. Hanshaugen, som trolig henger mer sammen med livssituasjonen, bl.a. høy andel som bor alene.

I undersøkelsen fra Bydel Stovner som er omtalt ovenfor ble det spurt om «hvor mange kan du stole på og som du kan be om hjelp hvis du får store problemer». 31 prosent oppga at de har to eller færre de kan be om hjelp fra hvis de får problemer. Blant innvandrere er andelen 39

^v Ensomhet definert som skår > 5 på spørsmålet «I hvilken grad har du følt deg ensom de siste 7 dagene (skal 0-10)»

prosent. I et lignende spørsmål fra SSBs levekårsundersøkelse fra 2019 var tallet 17 prosent [10].

Integrering

Svake norskferdigheter og svak tilknytning til norsk arbeids- og samfunnsliv har vist seg å gi sårbarhet i en pandemi. Det har vist seg vanskelig å kompensere for denne sårbarheten gjennom operative tiltak.¹⁰

Levevaner

Forskningen på hvordan levevanene i befolkningen har endret seg under pandemien, er ikke entydig [5]. Omtrent like mange rapporterer om vektøkning, som vektnedgang. Mens noen har økt alkoholinntaket sitt, forteller en større andel om en nedgang. Uansett er det usikkert om vaner fra perioden med koronarestriksjoner vil holde seg, og viktig å følge med på framover.

Både Viken og Vestfold og Telemark har nylig gjennomført Folkehelseundersøkelser, og utvalgte resultater har blitt publisert [32, 33]. I hovedsak skiller resultatene seg relativt lite fra resultatene fra andre fylker, og trolig er resultatene også relevante for folkehelsen i Oslo. Bare 20 prosent av utvalget i begge fylker rapporterer at de er fysisk aktive i minst en halv time minst fire dager i uken. De finner også, som er kjent fra før, at jo høyere utdanning, jo høyere er andelen som spiser sunt og jo lavere er andelen som røyker daglig, bruker snus daglig og har fedme (KMI ≥ 30). Andelen som er fysisk aktiv øker også med utdanning, med unntak av stillesitting; De med høyere utdanning rapporterer omtrent 1 time mer stillesitting i hverdagen sammenlignet med de med grunnskole/VGS-utdanning. Også andel som drikker alkohol to–tre ganger i uken eller oftere øker klart med økende utdanning, mens det episodisk høye alkoholforbruket varierer lite med utdanning. Undersøkelsene finner også at et sunt kosthold er positivt korrelert med alder. Vi har ikke noen grunn til å tro at resultatene fra Oslo ville vært sterkt annerledes, og ingen ny kunnskap som tilsier at det skal være en svekket sammenheng mellom levevaner og sosial ulikhet i helse.

Tall fra Ung i Oslo 2021 viser også at det er tydelige sosiale mønstre i andel barn og unge som er fysisk aktive og i ungdommers matvaner. Jo høyere foreldrenes sosiale posisjon er, jo mer sannsynlig er det at ungdom:

- spiser frokost hver dag før de går på skolen
- Spiser matpakke eller lunsj på skolen hver dag
- Spiser grønnsaker, frukt og bær i løpet av skoledagen fem ganger i uka

Undersøkelsen viser også at barn og unge fra familier med høy sosioøkonomisk posisjon i gjennomsnitt er betydelig mer fysisk aktive enn andre [19, 23].

Nærmiljø

Det fysiske miljøet som omgir oss er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet, f.eks. via boliger og bomiljø, by- og nærmiljøutvikling, tilgang til natur- og rekreasjonsområder og friluftsliv, samt anlegg for fysisk aktivitet og idrett. I Oslohelsa 2020 pekte vi på hvordan nærmiljøet kan være en viktig ressurs for folkehelse, samtidig som faktorer ved nærmiljø som støy, utrygghet og dårlig bomiljø kan ha negative helsekonsekvenser [1]. Det er sosiale forskjeller i hvorvidt nærmiljøet du bor i hemmer eller fremmer helse. Nærmiljøet kan også være arena for å utjevne sosiale helseforskjeller. Det utvidede kunnskapsgrunnlaget omtaler tre nylige rapporter om hvordan byutvikling fremmer folkehelse, om barn og unges friluftsliv og fysiske aktivitet i Oslo og om levekår noen utsatte byområder [2]. Kort tid før dette notatet skulle ferdigstilles, publiserte NMBU en kartlegging av indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, som også inneholder en kortfattet fremstilling basert på eksisterende litteratur om viktige kvaliteter i nærmiljøet som bidrar til å fremme fysisk aktivitet. Det har ikke vært tid til å innlemme innsikten derfra i dette notatet, men det kan være nyttig i det videre arbeidet med folkehelsestrategi og identifisering av relevante indikatorer [34].

Vi har ikke identifisert så mye ny statistikk eller forskning på dette området det siste halve året, men koronaundersøkelsen i Oslo 2021 viser at det fortsatt er stor forskjell i hvor mange som trives i nærområdet sitt. Mens rundt 80 prosent oppgir at de trives i meget stor grad i

nærmiljøet i vestlige bydeler, gjelder det 54 prosent i Bydel Alna og 57 prosent i Søndre Nordstrand.

Stovners innbyggerundersøkelse [10] viser at 25 prosent i bydelen har opplevd kriminalitet, vold eller hærverk i nærmiljøet. Tilsvarende tall for hele landet i 2015 var 6 prosent. Samtidig oppgir hele 94 prosent at de opplever tilhørighet på stedet de bor, og tre av fire er stolte av Stovner.

Ung i Oslo 2021 viser bl.a. at jo høyere foreldrenes sosiale posisjon er, jo mer sannsynlig er det at ungdom er fornøyd med lokalmiljøet og opplever det som trygt å være ute om kvelden i nærmiljøet. Ungdom i vest er mer fornøyd med idrettsanleggene og kollektivtilbudet enn ungdom i øst. Motsatt er ungdom i øst mest fornøyd med tilbudet av treffsteder for ungdom. I likhet med tidligere Ung i Oslo-undersøkelser (ungdomstrinnet og videregående) deltar ungdom fra de mest ressursrike områdene og familiene, med norskfødte foreldre, oftere i organiserte aktiviteter enn andre. Deltakelsen i idrett og kulturaktiviteter trekker dette opp. Ungdom med innvandrerbakgrunn, ungdom fra familier med færre ressurser, og øst i Oslo, deltar derimot i større grad enn andre i fritidsklubb og religiøse aktiviteter [19].

Som vi skal vise i neste kapittel, foreslår vi nå å utvide begrepet og istedenfor å peke på nærmiljø inkludere "miljø" i videre forstand.

Kapittel 4 Nye/ forsterkede hovedutfordringer

Innvandrerens helse

En av fire innbyggere i Oslo er innvandrer^{vi} [35]. En fjerdedel av disse igjen har kort botid i Norge (5 år eller mindre). Andelen varierer stekt mellom bydelene. SSB har nylig publisert en analyse av eldre innvandrere i Norge [36]. Der viser de blant annet til at hver femte senior (>60 år) i Oslo er innvandrer, og at i enkelte bydeler (de samme hvor andelen innvandrere generelt er høyest) tilhører rundt 30 prosent av den eldre befolkningen gruppen innvandrere. SSB forventer at befolkningsveksten blant innvandrere kommer til å skje i de eldre aldersgruppene.

^{vi} «Innvandrere» defineres som personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Inkluderer vi også «norskfødt med innvandrerforeldre» blir andelen 34 prosent. (per 1.1.2022)

Innvandrerers helse var et viktig folkehelsetema også før pandemien, men temaet har blitt ytterligere aktualisert gjennom pandemien. Først og fremst har vi kanskje blitt enda mer oppmerksomme på at det er behov for økt kunnskap om helsen til innvandrere i Oslo, som vi også påpekte i Oslohelsa 2020. FHI formulerer det slik, i sitt innspill til den regjeringens folkehelsemelding [3]: "De store kunnskapshullene om helsen til innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn utgjør en stor sårbarhet for helseberedskapen og i folkehelsearbeidet for øvrig".

Sammenhengen mellom innvandring og helse er svært sammensatt, og avhengig av en rekke faktorer. Botid i Norge, og sosiale forhold som arbeid, inntekt, utdanning og diskriminering, er noen av dem. For enkelte sykdommer og folkehelseutfordringer er det også ulike mønstre for innvandrere fra ulike land [3]. Ulike mål på helse gir et litt ulikt bilde av helsen til innvandrere i Norge. SSB har nylig gjennomgått og oppsummert kunnskap om dødelighet og helse blant innvandrere [36]. De finner blant annet at blant de fleste innvandrergrupper er andelen med god eller svært god egenrapportert helse noe lavere enn i befolkningen for øvrig, etter vekting av ulike alderssammensetning, men at det er store forskjeller mellom ulike land. Det er liten forskjell mellom innvandrere som helhetlig gruppe og befolkningen samlet i forekomst av kroniske sykdommer, men igjen er det store forskjeller etter landbakgrunn. Forskjellene til øvrige befolkning var størst når det gjelder psykisk helse og ulike livsstilsindikatorer, men nok en gang stor forskjeller innad i gruppen innvandrere. SSB har i tillegg gjennomført en ny analyse av dødelighet i befolkningen 60–79 år, som viser at dødeligheten blant innvandre var lavere enn blant jevngamle i den øvrige befolkningen [36]. Særlig gjaldt dette innvandrere med kort botid.

Det er behov for mer kunnskap om helsen til ulike innvandrergrupper i Oslo, og påvirkningsfaktorene for ulike innvandrergruppers helse og livskvalitet, inkludert helsekompetanse. Vi vet for lite om hva ulike faktorer betyr for gruppens helsetilstand og livskvalitet³. Innvandrerhelse henger også sammen med sosial ulikhet i helse i befolkningen, men hvordan det henger sammen og hvilke mekanismer som spiller inn trenger å utforskes nærmere.

Psykisk helse

Psykiske lidelser er den viktigste årsaken til ikke-dødelig helsetap i Oslo, ifølge fylkesfordelt sykdomsbyrdekartlegging [37]. Det er basert på tall fra 2019, og som vi har sett ser den psykiske helsen til Oslos befolkning ut til å være berørt av pandemien. Barn og unge er blant dem som har vært spesielt hardt rammet under pandemien. Det gjelder også spesielt innbyggere som hadde det vanskelig før pandemien. For mange har det påvirket den psykiske helsen og livskvaliteten. Som vist tidligere i notatet har det også kommet til uttrykk ved at flere oppsøker hjelp for psykiske plager og lidelser [14]. Kanskje er det behov for å vie den psykiske helsen ekstra oppmerksomhet i folkehelsearbeidet framover. For det helsefremmende arbeidet er det også viktig å se nærmere på hvilke stressreduserende elementer pandemien hadde med seg som kan føres videre.

Klima og folkehelse

Klimaendringer er den største trusselen mot folkehelsa globalt og kan også påvirke den fysiske og psykiske helsen i Oslos befolkning på flere måter. Helsekonsekvenser av klimautfordringene er ikke et tema som dukket opp høsten 2021. Det er likevel med her fordi det har fått fornyet oppmerksomhet som folkehelseutfordring den siste tiden, blant annet gjennom at Norge under FNs klimakonferansen i Glasgow høsten 2021 (COP26) sluttet seg til klimakonferansens helseprogram [38]. Temaet ble heller ikke omtalt i Oslohelsa 2020. Det vil foregå mye kunnskapsutvikling på dette feltet framover, men vi vet også allerede en del. Teksten nedenfor er basert dels på Klimasårbarhetsanalyse for Oslo [39], dels på kapittelet om Helse og klima i Sektorrapport om folkehelse 2021 [24].

Høyere temperatur i vann og i lufta, samt økt nedbør kan gi økning av smittebærende insekter og sykdommer vi har lite eller ingen tilfeller av i Norge i dag. Klimaendringr kan også gi dårligere luftkvalitet inne og ute, og forringe vannkvaliteten. Økt risiko for oversvømmelse av avløpsnett ved ekstremnedbør kan føre til økt forekomst av smittsomme sykdommer. Lengre vekstsesonger som følge av høyere temperaturer betyr også lengre sesong for pollenallergi. Høyere

temperaturer og særlig hetebølger kan gi hjerte- og karsykdom. Klimaendringer kan også føre til økt migrasjon som på lengre sikt kan komme til å påvirke folkehelsa.

Oslo har de siste vintrene opplevd lengre perioder der temperaturen varierer fra pluss- til minusgrader i løpet av døgnet. Dette medfører mye isdannelse på veier, som igjen kan resultere i flere benbrudd, hoftebrudd og andre personskader.

Klimakrisen kan for enkelte oppleves svært skremmende og gi følelse av avmakt og angst, og dermed påvirke den psykiske helsen. Det er de unge som bekymrer seg mest for miljø og klima. Faren for, og erfaringer med, akutte hendelsene som flom og skred vil også kunne være psykisk belastende.

Samtidig er det en stor grad av overlapp mellom tiltak for å redusere klimautslipp, og tiltak for bedre folkehelse. Eksempler er økt fysisk aktivitet i hverdagen ved at flere går eller sykler fremfor å kjøre bil, mindre luftforurensing og støy ved mindre biltrafikk/ lavere utslipp fra biler, og overgang til sunnere og mer bærekraftig kosthold. Også tilpasninger som gjøres for at Oslo skal bli en klimarobust by kan ha positive konsekvenser for folkehelsa. F.eks. kan flere grøntområder for håndtering av overvann ved mye nedbør bidra til økt nærfriluftsliv og bedre folkehelse.

I Oslohelsa 2020 trakk vi frem “nærmiljø” som både en ressurs for og en potensiell utfordring for folkehelsearbeidet i Oslo [1]. Fremover ønsker vi å fokusere på “miljø” i en bredere forstand, som inkluderer men ikke er avgrenset til nærmiljøet.

Litteraturliste

1. Helseetaten, *Oslohelsa 2020. Oversikt over påvirkningsfaktorer og helsetilstand i Oslo*. 2020, Oslo kommune.
2. Helseetaten, *Kunnskapsgrunnlag til ny folkehelsestrategi*. 2021, Oslo kommune.
3. Folkehelseinstituttet, *Kunnskap for folkehelse i hverdag og krise. Innspill til folkehelsemeldingen 2023*. 2022.
4. Helsedirektoratet, *Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. 2022.
5. Folkehelseinstituttet, *Folkehelsen etter covid-19. Folkehelse rapportens temautgave 2021*. 2021.
6. Folkehelseinstituttet. [Sykdomspulsen](#) for kommunehelsetjenesten. 2022.
7. Folkehelseinstituttet. *Koronavaksinasjonsprogrammet - veileder for helsepersonell*. 2022 14.01.2022.
8. Kraft KB, E.I., Labberton AS, Indseth T, Godøy A, *COVID-19: Persons tested, confirmed cases and associated hospitalizations by education and income*. 2021, Folkehelseinstituttet.
9. Størdal K, R.P., Greve-Isdahl M, et al, *Risk factors for SARS-CoV-2 infection and hospitalisation in children and adolescents in Norway: a nationwide population-based study* *BMJ Open* 2022;12:e056549. *BMJ Open*, 2022.
10. Bydel Stovner, *Innbyggerundersøkelse i Stovner. Delrapport 1: Hvordan innbyggere i Stovner ble rammet av pandemien. Resultater fra en kvantitativ undersøkelse*. 2022, Oslo kommune.
11. Indseth, T., *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer 2021*, Folkehelseinstituttet.
12. Kraft, K., *Vaksinasjonsdekning mot covid-19 etter innvandrerbakgrunn*. Tidsskr Nor Legeforen, 2021.
13. Hallgren, A. og L. Skogstrøm, *De er flere enn før. De er sykere enn før*, Aftenposten, 24.03.2022.
14. Helseetaten, *Kartlegging av psykisk helse i Oslo. Status og konsekvenser av koronapandemien*. 2021, Oslo kommune.
15. Hallgren, A. og L. Skogstrøm, – *Ingen skal bli avvist uten å ha fått en vurderingssamtale først*, i Aftenposten. 02.04.2022.
16. Støren, K.S. og E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*. 2021, Statistisk sentralbyrå.
17. Folkehelseinstituttet, *Folkehelseprofil 2022. Oslo (fylke)*. 2022.
18. Bydelsfakta. [Husholdningstyper](#). 2022.
19. Bakken, A. og S.M. Osnes, *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. 2021, NOVA, OsloMet.
20. Helseetaten, *Kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19*. 2021, Oslo kommune.
21. Oslo kommune Statistikkbanken. [Tabell](#) Forventet levealder etter bydel, alder og kjønn 2022.
22. Helseetaten, *Oppsummering fra medvirkningsprosesser til ny folkehelsestrategi*. 2022.
23. Bakken, A. og S.M. Osnes, *Ung i Oslo 2021. 5. til 7. trinn*. 2021, NOVA OsloMet.

24. Helsedirektoratet, Sektorrapport om folkehelse 2021 [nettdokument]. 2021, Helsedirektoratet.
25. NAV Oslo, [Ledigheten i Oslo fortsetter å falle i mars](#). 2022.
26. Statistisk sentralbyrå. Tabell [11930](#): Andel sysselsatte i befolkningen, etter bosted, kjønn, alder, fagfelt og utdanningsnivå. 4. kvartal (F) 2022.
27. Oslo kommune Statistikkbanken. [Tabell](#) Sysselsatte og sysselsettingsandel etter alder og kjønn (D). 2022.
28. Statistisk sentralbyrå. Tabell [12971](#): Gjennomføring i videregående opplæring, etter region, fullføringsgrad, todelt utdanningsprogram, kjønn, statistikkvariabel og intervall (år). 2021.
29. Normann, T.M. og J. Epland. Barn i lavinntektshusholdninger. Fremdeles 115 000 barn med vedvarende lavinntekt i 2020. 2022.
30. Statistisk sentralbyrå. Tabell [08764](#): Personer under 18 år i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet, under ulike avstander til medianinntekten, etter region, statistikkvariabel og år. 2022.
31. Bakken, A., *Ung i Oslo 2018*. 2018, NOVA OsloMet.
32. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Viken 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2022, Folkehelseinstituttet.
33. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2022, Folkehelseinstituttet.
34. Fongar, C. og A.-K. Halvorsen Thoren, *Kartlegging av indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer*. 2022, NMBU.
35. Bydelsfakta. *Personer med [innvandrerbakgrunn](#)*. 2022.
36. Dzamarija, M.T., *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse*. 2022, Statistisk sentralbyrå.
37. Folkehelseinstituttet, *Sykdomsbyrde i Oslo. Hovedresultater fra Global Burden of Disease prosjektet 2019*. 2021.
38. Helse- og omsorgsdepartementet. Norge lanserer [klimaforpliktelser](#) på helsefeltet. 2021.
39. Klimaetaten, *Klimasårbarhetsanalyse for Oslo*. 2020, Oslo kommune.