



Oslo



Vedlegg

Situasjonsbeskrivelse

Folkehelsestrategi for Oslo (2023-2030)



Innhold

1. Om sosial ulikhet i helse og livskvalitet	3
2. Utslag på helse og livskvalitet i Oslo	5
Store forskjeller innad i Oslo	5
Forventet levealder	5
Sykelighet	8
Egenrapportert helse	14
Livskvalitet.....	15
Sårbare grupper	16
3. Utfordringer i Oslo	19
3.1 Lavinntekt og fattigdom	19
3.2 Sosialt utenforskap	23
3.3 Utfordrende boforhold og nærmiljø	27
3.4 Utstøtelse og utrygghet	30
3.5 Fysiske og psykiske traumer	33
3.6 Uheldige levevaner	36
3.7 Ulik bruk av helsetjenester	40
4. Utviklingstrekk.....	44
4.1 Klima- og miljøendringer	44
4.2. En mer ustabil verden	45
4.3 Befolkningsutvikling	46
5. Styrker og ressurser	47
Referanser.....	50

1. Om sosial ulikhet i helse og livskvalitet

I dette kapittelet gir vi en mer utdypende beskrivelse av hva sosial ulikhet i helse og livskvalitet er, og hvordan det oppstår. Beskrivelsen underbygger hvorfor strategiens innsats rettes mot både ytre rammer for innbyggernes liv, de nære omgivelsene og direkte mot innbyggerne.

De systematiske sammenhengene mellom grunnleggende sosioøkonomiske faktorer og helse finnes for nesten alle sykdommer, skader og plager (Dahl mfl., 2014). Det er godt dokumenterte sammenhenger mellom blant annet utdanning og/eller inntekt og forventet levealder (FHI, 2022; Kinge mfl., 2019), hjerte- og karsykdom (Igland, 2014a; Igland 2014b), kreftsykdom (Larsen mfl., 2020), KOLS (Johannessen mfl., 2005; Zhang mfl., 2021), diabetes type 2 (Joseph mfl., 2010; Ruiz mfl., 2021), overvekt (Kinge mfl., 2015), demenssykdom (Livingston mfl., 2020; Strand mfl., 2014), psykiske lidelser hos barn (Kinge mfl., 2021) og voksne (WHO, 2014; Huggard mfl., 2023), muskel- og skjelettlidelser (Evensen mfl., 2021), skader og voldsomme dødsfall (Ohm, 2022) og seksuell og reproduktiv helse (Omland mfl., 2014; Zhao, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Unntak er blant annet noen kreftformer som er hyppigere blant grupper med høy inntekt og/eller utdanning (Larsen mfl., 2020).

De sosiale helseforskjellene viser seg for både fysisk og psykisk helse allerede blant barn og unge (Hyggen mfl., 2018). De helsemessige utfordringene har en tendens til å samles opp og forsterkes inn i voksenlivet (Evensen mfl., 2021). Forskjellene i helse mellom utdanningsgruppene er vesentlig mer markert i aldersgruppen 45 år og over enn blant yngre (SSB, 2020). Forskjellene fortsetter inn i alderdommen, og eldre med lav sosioøkonomisk status har flere sykdommer og helseplager enn eldre med høy sosioøkonomisk status (Syse mfl., 2022). Ikke bare påvirkes levealder, men også antall leveår med god helse i alderdommen. En studie med befolkningsdata fra Nord-Trøndelag (HUNT) viser at folk som har grunnskole som høyeste utdanning, i gjennomsnitt har god helse til de er om lag 60 år, folk med videregående skole som høyeste utdanning til de er om lag 67 år, og folk med universitets- og høyskoleutdanning til de er om lag 70 år (Storeng mfl., 2017).

Hvordan oppstår sosial ulikhet i helse og livskvalitet?

Sosiale helseforskjeller skapes av ujevn sosial fordeling av positive ressurser og negative faktorer (Syse mfl., 2022), ofte omtalt som påvirkningsfaktorer. Figur 1 i Folkehelsestrategien viser ulike faktorer som spiller inn, og illustrerer årsakskjeden. Psykososiale og relasjonelle forhold, oppvekstforhold, miljømessige påvirkninger, boforhold, levevaner og bruk av helsetjenester virker direkte inn på helse og livskvalitet. Disse faktorene følger i stor grad sosioøkonomiske forhold som inntekt, arbeid og utdanning på gruppenivå gjennom tilgang til blant annet materielle og psykososiale ressurser. Gode grunnleggende levekår har også direkte virkninger på helse og livskvalitet gjennom færre livsbelastninger og redusert stress og virker på denne måten inn på hele årsakskjeden. Tekstboks 1 utdyper hvordan påvirkningsfaktorene virker inn på helse og livskvalitet.

På tilsvarende måte som dårlige levekår kan gi konsekvenser for helsen, kan dårlig helse gi konsekvenser for den enkeltes mulighet til deltakelse og aktivitet (Syse mfl., 2022). Dette kan igjen føre til utfordringer i form av redusert utdanning og arbeid og lavere inntekt og utenforskap. Sammenhengene mellom helse og sosiale forhold kan altså virke forsterkende på hverandre.

Det finnes også sammenhenger mellom helse og livskvalitet. Dårlig helse kan gi redusert livskvalitet, og lav livskvalitet kan føre til dårlig helse (Nes, 2019). På den annen side kan god livskvalitet styrke motstandskraften, det vil si evnen til å tilpasse seg på en god måte, i møte med belastninger og gjøre det lettere å leve med helseplager.

Det er bred enighet i forskningen om at det er strukturelle forhold, altså trekk ved den grunnleggende politiske og økonomiske organiseringen av samfunnet, som har størst betydning for befolkningens helsetilstand på gruppenivå (Helsedirektoratet, 2018). At forskjellene i helse og livskvalitet er betinget av levekår og sosiale forhold, gjør det mulig å foreta endringer og tilpasninger.

I tillegg er ulikhet i tilgang til og bruken av helsetjenester viktig. Helsetjenester kan virke forebyggende og demme opp for sosial ulikhet i helse og livskvalitet. Studier viser at bruk av helsetjenester også varierer med forhold som utdanning og inntekt (Syse mfl., 2022), på tross av at Norge har et godt utviklet helsesystem med utgangspunkt i lik tilgang for alle.

WHO har identifisert fem faktorer som virker inn på sosial ulikhet i helse: levekår, inntekt og trygghet, sosial kapital og sosiale relasjoner, sysselsetting og arbeidsforhold og helsetjenester (WHO, 2020).

Hvordan virker påvirkningsfaktorene?

Helse og livskvalitet påvirkes av et komplisert samspill mellom arvelige og miljømessige faktorer på individnivå.

Det er velkjente direkte årsakssammenhenger mellom påvirkningsfaktorer knyttet til levevaner, for eksempel fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Disse påvirkningsfaktorene gir kjente direkte biologiske påvirkninger som forklarer utvikling av sykdom og livskvalitet. Eksempler er kreftfremkallende virkninger, skader på blodårer osv. Tilsvarende gjelder for påvirkningsfaktorer i miljøet, for eksempel skadelige stoffer på arbeidsplassen eller i nærmiljøet, og ulike helseutfall.

Forskning indikerer direkte årsakssammenhenger mellom stressnivåer i kroppen over tid (med forhøyede nivåer av blant annet kortisol) og utvikling av både fysiske og psykiske helseutfall (Rod, 2019; Helsedirektoratet, 2017). Stress reduserer også livskvaliteten, særlig om stressbelastningene varer over tid. Mange påvirkningsfaktorer kan bidra til langvarig økt stress. Det kan for eksempel være psykososiale og relasjonelle forhold, traumer, dårlige oppvekstforhold, manglende mestring av hverdagslivet, dårlig økonomi, utenforskap, diskriminering eller opplevelse av mindreverd. Langvarig stress øker også risikoen for uheldige levevaner over tid (Helsedirektoratet, 2014).

Det finnes beskyttelsesfaktorer for god fysisk og psykisk helse og livskvalitet. Mestring og mening, deltakelse, aktivitet og tilhørighet reduserer stress. (Helsedirektoratet, 2014). Mellommenneskelige forhold som relasjoner, følelsesmessige bånd og nettverk skaper tillit og samhørighet og er viktige ressurser som både er helsefremmende og bidrar til sosial bærekraft. Hvor mye kontroll folk har over ressurser og avgjørelser som tas, og hvor mye tilgang de har til sosiale ressurser, har også betydning for sosial ulikhet i helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018).

2. Utslag på helse og livskvalitet i Oslo

I dette kapittelet presenterer vi hovedtrekk knyttet til sosial ulikhet i helse og livskvalitet i Oslo. *Oslohelsa 2020* pekte på dette som den største folkehelseutfordringen for Oslo. Ulikhetene gir utslag i forskjeller i forventet levealder, sykelighet, egenrapportert helse og ulike mål for livskvalitet.

Data og annen kunnskap er hentet fra *Oslohelsa 2020* (Helseetaten, 2020), kunnskapsoppsummeringer fra Helseetaten (Helseetaten, 2021; Helseetaten, 2022), Folkehelseinstituttets statistikkbanker og andre data- og kunnskapskilder som til sammen gir en fremstilling av helsetilstanden i Oslo. Sammen med nasjonale data om forskjeller i helse og livskvalitet mellom ulike grupper og mer generell kunnskap om sammenhenger mellom sosioøkonomiske faktorer, sårbare grupper og ulike utslag på helse og livskvalitet danner disse dataene et bilde av situasjonen i Oslo.

Mer detaljert statistikk om sosial ulikhet i helse og livskvalitet vil bli presentert i *Oslohelsa 2023*.

Store forskjeller innad i Oslo

Oslos befolkning har jevnt over god helse og livskvalitet, og på mange områder bedre enn landsgjennomsnittet. Samtidig skjuler gjennomsnittstallene store forskjeller mellom grupper innad i Oslo. Forskjellene sees mellom ulike sosioøkonomiske grupper, mellom bydeler i Oslo og for spesielt utsatte grupper. Utfordringen er ikke ny, og det samme bildet finner vi igjen både nasjonalt og globalt.

Det finnes ikke så mye data som viser forskjellene i helse og livskvalitet mellom ulike sosioøkonomiske grupper og for sårbare grupper i Oslo. Det er derimot større tilgang på data som viser forskjeller mellom bydelene. Forskjellene mellom bydelene gjenspeiler likevel i grove trekk forskjellene i sosioøkonomiske forhold blant innbyggerne, men kan også gjenspeile nabolagseffekter som ulike bo- og nærmiljøfaktorer osv. (Berntsen, 2013). En analyse av de geografiske forskjellene i dødelighet i Norge viste at sosiodemografiske faktorer kan forklare 80 % av den geografiske variasjonen i dødelighet blant menn (Kravdal mfl., 2015). Utvikling av forskjellene mellom bydelene over tid må sees i lys av endringer i befolkningssammensetning og flyttemønstre.

De fleste bydelene har delbydeler eller områder som er spesielt levekårsutsatte. Det er grunn til å anta at det også er store sosiale ulikheter i helse og livskvalitet innad i bydelene, men Oslo mangler helsedata på delbydelsnivå og for enkeltområder.

Forventet levealder

Forventet levealder gir en viktig pekepinn på hvordan det står til med folkehelsen i et land eller i en kommune. I perioden 2017–2021 var forventet levealder ved fødsel i Oslo 79,8 år for menn og 83,6 år for kvinner (Oslo kommune, 2022). Historisk sett har befolkningen i Oslo hatt lavere

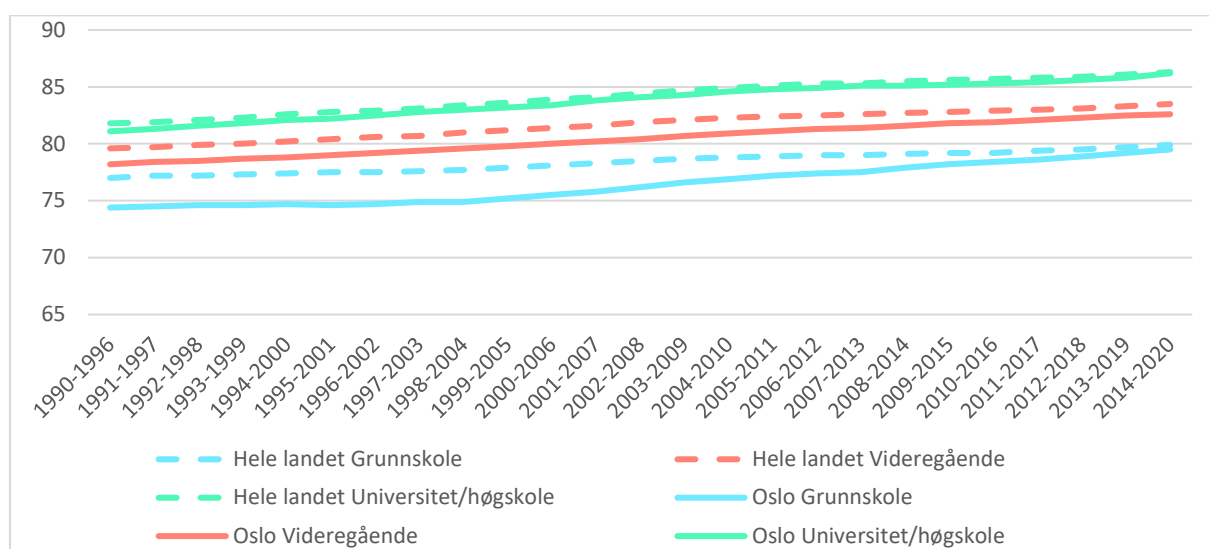
forventet levealder enn i resten av landet, men økningen har siden 1990 vært størst i Oslo. Med dette har forventet levealder i Oslo kommet opp på landsgjennomsnittet, men ligger fortsatt noe lavere enn i de andre storbyene i Norge (FHI, 2022a).

I Oslo har menn med universitets- eller høyskoleutdanning 7,4 år lengre forventet levealder ved 30 års alder enn menn som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og 4 år lengre forventet levealder enn menn som har videregående utdanning i perioden 2014–2020 (FHI, 2022b). Tilsvarende forskjell for kvinner er henholdsvis 6 og 3,1 år. Forskjellene mellom ulike utdanningsgrupper har økt mer over tid for kvinner enn for menn.

Figur 1 viser utviklingen over tid for begge kjønn samlet i Oslo og nasjonalt. Alle utdanningsgrupper har hatt økt forventet levealder siden 1990–1996. De med universitets- og høyskoleutdanning og de med videregående utdanning har hatt en jevn stigning over tid i Oslo, mens de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå hadde en svak stigning frem mot 2000 og deretter en sterkere stigning.

Forskjellen i forventet levealder mellom dem med universitets- og høyskoleutdanning og dem med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, er den samme i 2014–2020 som i 1990–1996 i Oslo (6,7 år), etter å ha vært høyere i 2000–2006 (7,9 år). Forskjellen mellom dem med videregående utdanning og dem med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, er blitt noe mindre siden 1990 i Oslo. Det var større forskjeller i forventet levealder mellom utdanningsgruppene i Oslo enn for landet som helhet i perioden 1990–1996. Siden da har det vært en økende sosial ulikhet i forventet levealder på landsbasis. Oslo ligger nå nær landsgjennomsnittet for alle de ulike utdanningsgruppene.

Folkehelseinstituttet viser til at forskjeller i røykevaner og røykerelaterte sykdommer trolig utgjør en viktig årsak til de sosiale forskjellene i forventet levealder (Syse mfl., 2022). Den viktigste årsaken til forskjellene i dødelighet mellom utdanningsgruppene har lenge vært hjerte- og karsykdommer. Betydningen har imidlertid gått ned siden 2000, mens betydningen av utdanningsforskjeller knyttet til kols, lungekreft og annen kreftsykdom øker (Syse mfl., 2022; Ariansen, 2021).

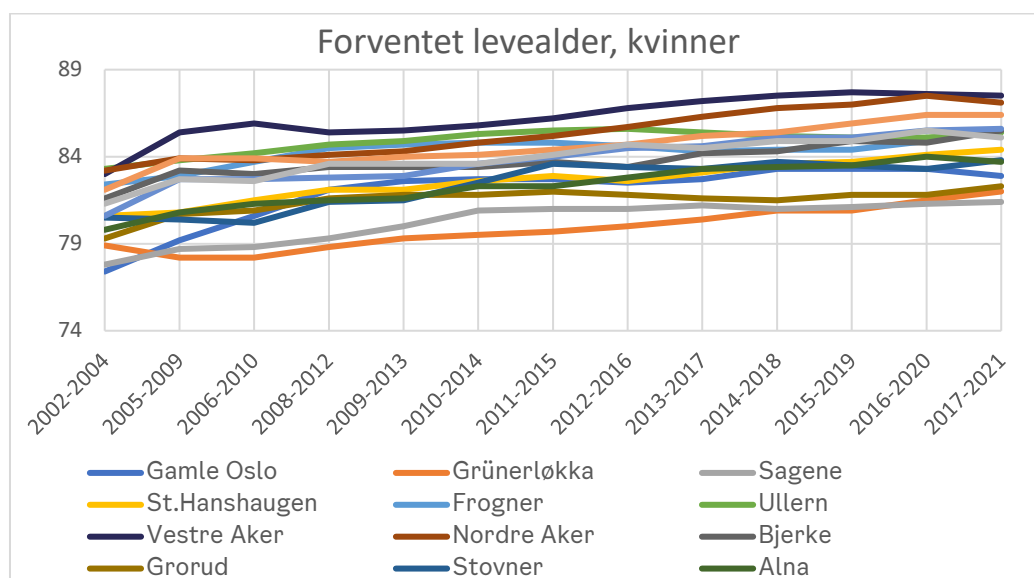


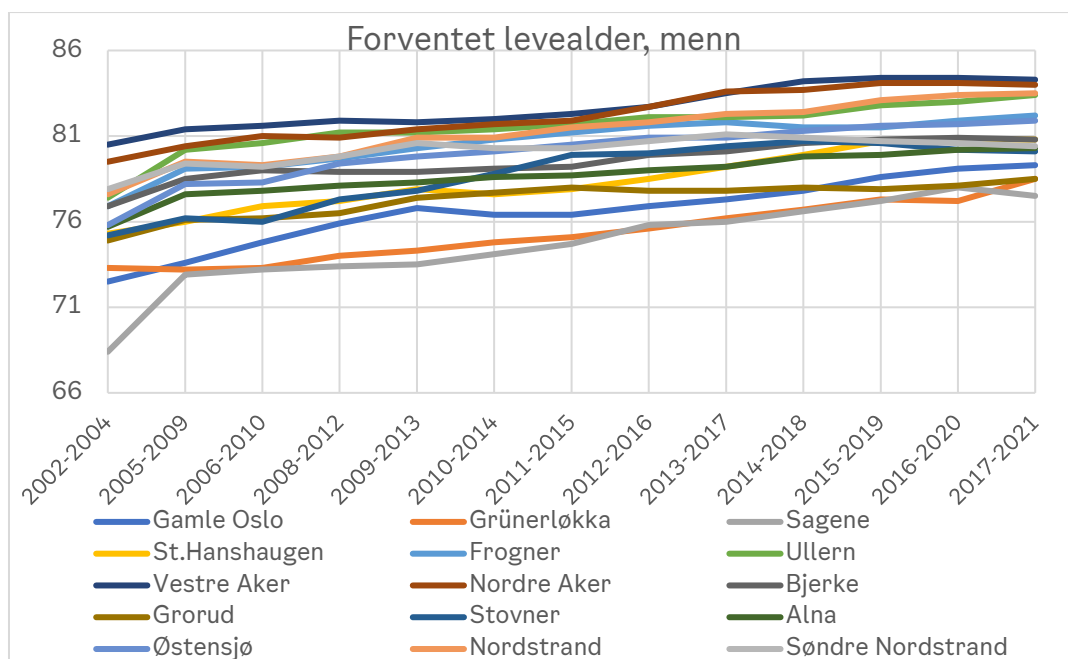
Figur 1. Forventet levealder etter tre utdanningsnivåer i Oslo og i hele landet i perioden 1990 til 2020. Kilde: FHI Norgeshelsa, tabell *Forventet levealder etter utdanning (LF, inndeling per 1.1.2020) – kjønn samlet, leveår*.

En norsk forskningsstudie viser at når vi sammenligner forventet levealder for de 25 prosentene med høyest og lavest inntekt i landet, er forskjellene i forventet levealder ved 40-års alder 8 år for menn og 6 år for kvinner (Kinge mfl., 2019). Den ene prosenten av menn med lavest inntekt er også den gruppen med lavest forventet levealder: I denne gruppen var forventet levealder 70,6 år. Det er 13,8 år forskjell sett opp mot menn i den andre enden av skalaen. Høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer, lungesykdom (kols), lungekreft og andre kreftsykdommer forklarer høyere dødelighet samlet sett i lavinntektsgruppene i studien. Dødsfall på grunn av ruslidelser og selvmord slo særlig ut for lavinntektsgruppene under 60 år og spesielt for menn i aldersgruppen 40–49 år.

Forventet levealder ved fødsel for begge kjønn var i perioden 2017–2021 høyest i bydelene Vestre Aker (86,0 år) og Nordre Aker (85,6 år) og lavest i bydelene Sagene (79,5 år) og Grorud (80,5 år) (Oslo kommune, 2022). Det var noe større forskjell mellom ytterpunktene for menn enn for kvinner. Sentrum vest, de vestlige bydelene og Bydel Nordstrand har høyest forventet levealder. De østlige sentrumsbydelene har lavest forventet levealder, mens Groruddalsbydelene og Søndre Nordstrand ligger nærmere gjennomsnittet for Oslo.

Forventet levealder har økt i alle bydelene fra 2002 til 2021 (se figur 2a og 2b). Forskjellene i forventet levealder mellom bydelene har gått betydelig ned for menn og noe opp for kvinner. Dette må sees i sammenheng med endringer i befolkningssammensetningen mellom bydelene. For hele perioden 2007–2021 var forskjellene mellom ytterpunktene i forventet levealder mellom bydelene i Oslo 7 år for menn. Til sammenligning var forskjellene mellom ytterpunktene i bydelene i Bergen og Trondheim for menn henholdsvis 3,4 år og mindre enn ett år i samme periode (FHI, 2022a).





Figur 2a og 2b. Forventet levealder for menn og kvinner ved fødsel for bydelene i Oslo i perioden 2002 til 2021. Kilde: Oslo kommune statistikkbanken, tabell «Forventet levealder etter bydel, alder og kjønn (B)». For årene 2002–2004, 2005–2009 og 2006–2010 er det benyttet tilsvarende tabell under «Avslutta tidsserier». Det kan være mindre avvik mellom de to tidsseriene.

Sykelighet

Sykdomsbyrdeanalyser for Oslo viser at kreft og hjerte- og karsykdommer i dag er hovedårsakene til både dødsfall og tapte leveår i Oslo. Disse inntreffer først og fremst blant befolkningen over 50 år (FHI, 2021). Selvskade og rusbrukslidelser følger deretter som viktigste årsaker til tapte leveår for menn, mens Alzheimers sykdom følger for kvinner.

Ikke-dødelig helsetap domineres derimot av muskel- og skjelettlidelser, som er relativt jevnt fordelt mellom alle aldersgrupper blant voksne, og psykiske lidelser, som er mest utbredt hos ungdom og yngre voksne i Oslo (FHI, 2021). Disse to sykdomsgruppene er hovedårsakene til sykemeldinger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd og dermed manglende deltakelse i utdanning og arbeidsliv (Aldridge, 2023; NAV, 2023a; NAV, 2023b).

Fall er den fjerde viktigste årsaken til helsetap (helsetapsjusterte leveår) hos menn og femte viktigste årsaken hos kvinner i Oslo (FHI, 2021). Særlig eldre rammes av fallulykker med bruddskader som utfall, og dette er en betydelig årsak til dødelighet og funksjonstap i eldre aldersgrupper (Gjertsen mfl, 2022).

Sykdomsbyrden i Oslo ligger på gjennomsnittlig nivå når vi sammenligner fylkene i Norge, korrigert for aldersforskjeller mellom fylkene (FHI, 2021).

Ikke-smittsomme sykdommer i Norge

Hjerte- og karsykdommer og kreft er de viktigste dødsårsakene på landsbasis, men stadig færre dør av hjerte- og karsykdommer og kreft grunnet bedre forebygging og behandling (Strøm & Raknes, 2021). Fra 2017 tok kreft over som den viktigste dødsårsaken i Norge. At flere nå enn før overlever hjerneslag, hjerteinfarkt og kreft, innebærer at flere lever med disse sykdommene og eventuelt medfølgende helse- eller funksjonsnedsettelse (Ariansen, 2021; Kreftregisteret, 2022). Diabetes 2 og fedme er fortsatt økende (Stene, 2021; Meyer, 2022), mens andelen med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) har gått ned (Nystad mfl, 2022). Muskel- og skjelettlidelser, langvarige smerter og psykiske lidelser er relativt utbredt i befolkningen (Clarsen, 2022; Steingrimsdottir, 2023; Tesli, 2023). Økt levealder gjør at mange eldre lever med flere sykdommer og helseproblemer (Dahl m.fl., 2014).

Tekstboks 2

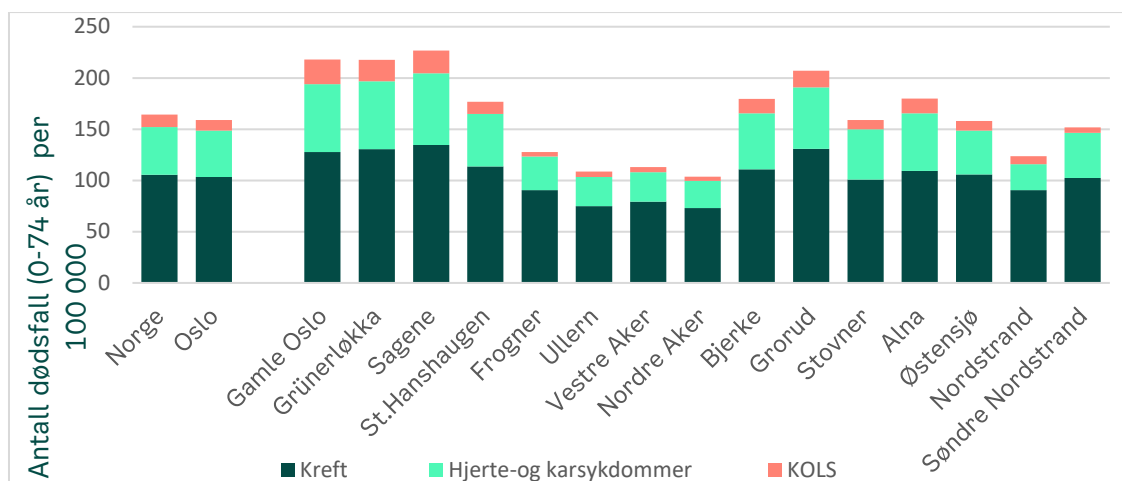
Det er store forskjeller mellom bydelene i Oslo knyttet til hjerte- og karsykdommer, kreft, kols, diabetes type 2, overvekt og fedme og skader (se figur 3 til 5).

Figur 3 viser forskjeller i for tidlig død av kreft, hjerte- og karsykdommer og kols mellom bydelene i Oslo. De bydelsvise forskjellene er større for hjerte- og karsykdom enn for kreftsykdom. Lungekreft står for en betydelig andel av de tidlige dødsfallene som skyldes kreft. Her ligger ytterpunktene på 42,6 per 100 000 menn i Bydel Grorud mot 7,6 per 100 000 menn i Bydel Vestre Aker i perioden 2012–2021 (FHI, 2022). Blant kvinner ligger ytterpunktene på 39,4 per 100 000 i Bydel Grünerløkka mot 9,7 per 100 000 i Bydel Vestre Aker.

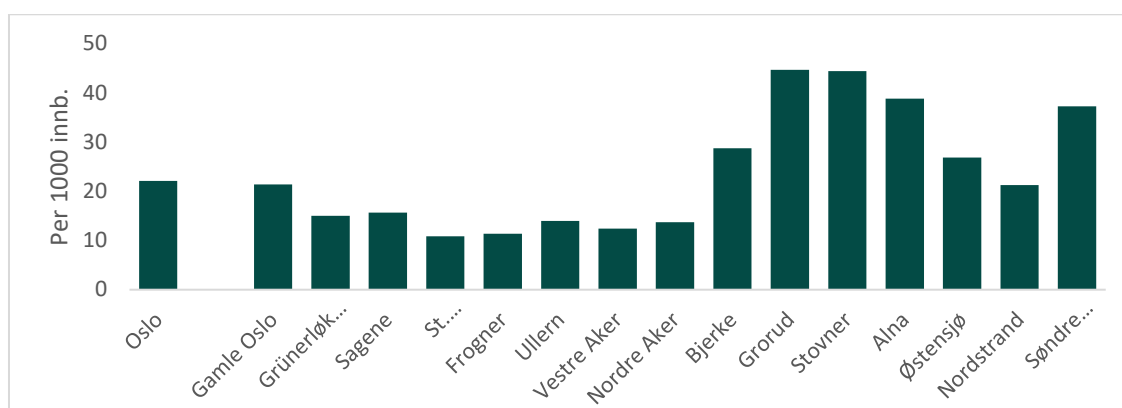
Forskjellene knyttet til psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser er noe mindre (se figur 7 og 8). Figurene benytter tall på konsultasjoner i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og må sees i lys av ulik bruk av helse- og omsorgstjenester mellom sosioøkonomiske grupper og bydeler. Figurene gjenspeiler ikke nødvendigvis den reelle forekomsten av sykdom.

De sosiale helseforskjellene gjenfinnes i alle aldersgrupper og både hos kvinner og menn, og henger nært sammen med forskjeller i forventet levealder og forskjeller i for tidlig død (død før 75 år), antall leveår med god helse, livskvalitet og funksjonsnivå. Sentrum vest, de vestlige bydelene og Bydel Nordstrand har gjennomgående lavest sykdomstall, med noen unntak for enkelte sykdommer. Groruddalsbydelene og de østlige sentrumsbydelene har høyest sykdomstall, med noen innbyrdes forskjeller fra sykdom til sykdom.

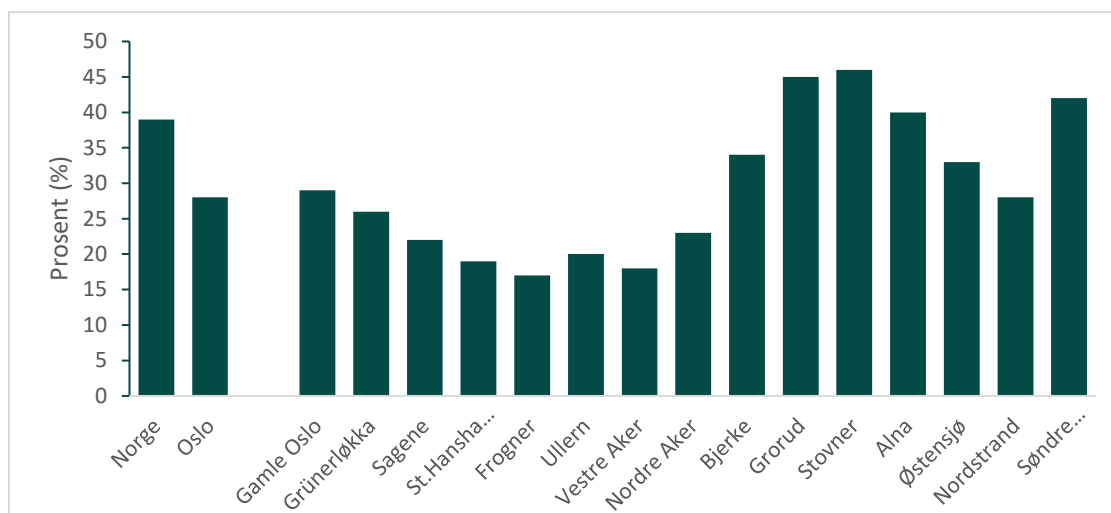
Blant eldre er det bydelsvise forskjeller i fall og bruddskader (se figur 9), mens det blant barn og unge er forskjeller i tannhelse etter tannklinikk i Oslo (se figur 10) og forskjeller i psykiske helseplager etter foreldrenes sosioøkonomiske situasjon (se tabell 1).



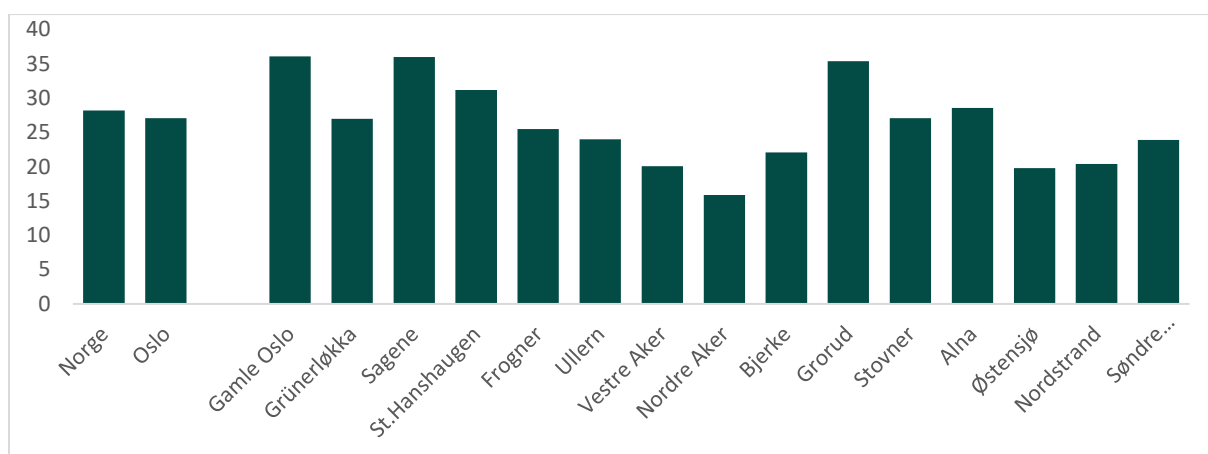
Figur 3. For tidlig død (under 75 år) av kreft, hjerte- og karsykdommer og kols, per bydel i Oslo, 2012–2021. Kilde: KommuneHelsa statistikkbank.



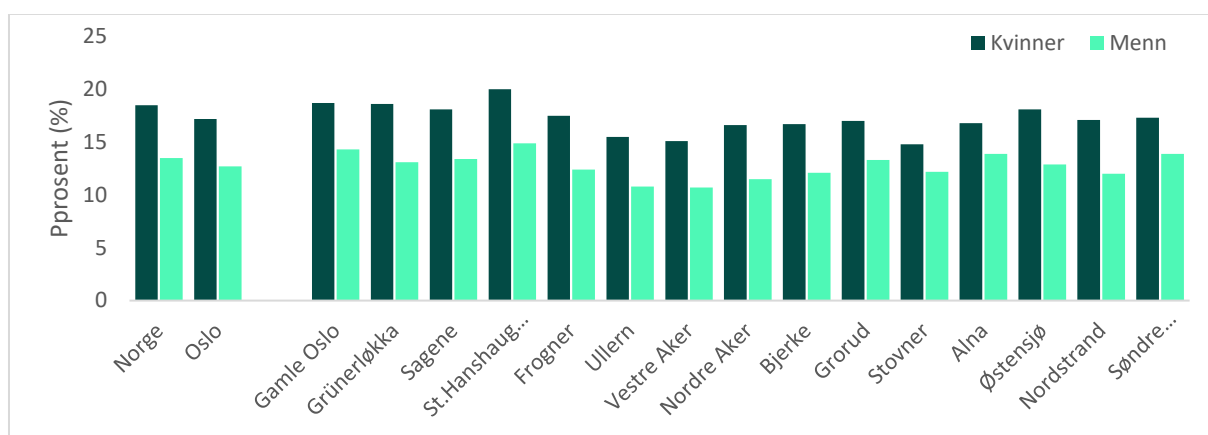
Figur 4. Antall pasienter per 1000 innbyggere som oppsøkte fastlegen med diabetes type 2 som årsak til kontakt, per bydel i Oslo, 2018. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister, Helsedirektoratet.



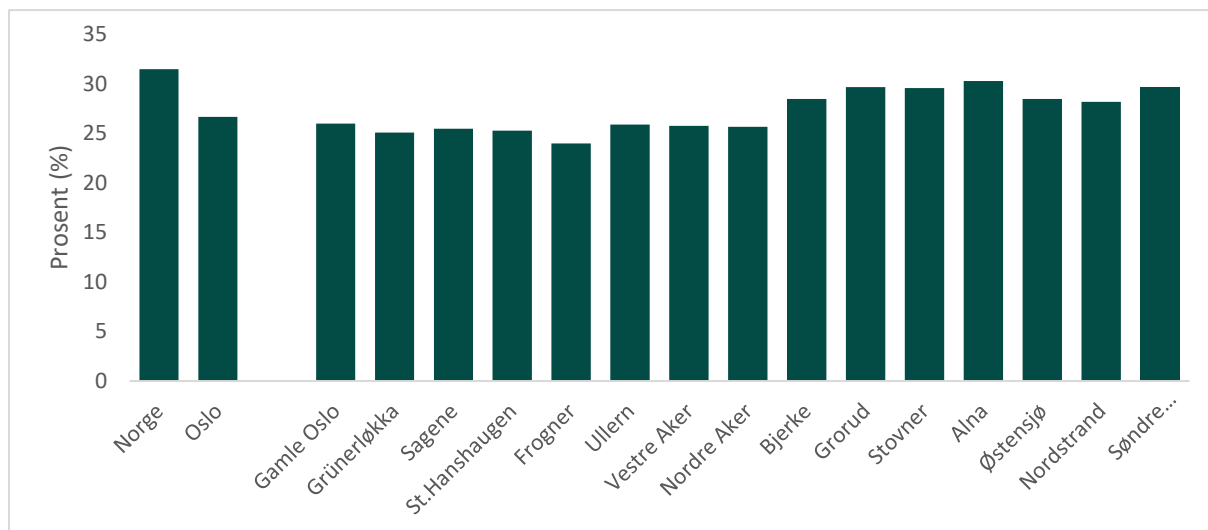
Figur 5. Andel kvinner med overvekt inkludert fedme i prosent av alle fødende kvinner med høyde- og vekt opplysninger fra første svangerskapskontroll i perioden 2020–2022. Standardiserte tall. Kilde: Medisinsk fødselsregister, hentet fra KommuneHelsa statistikkbank.



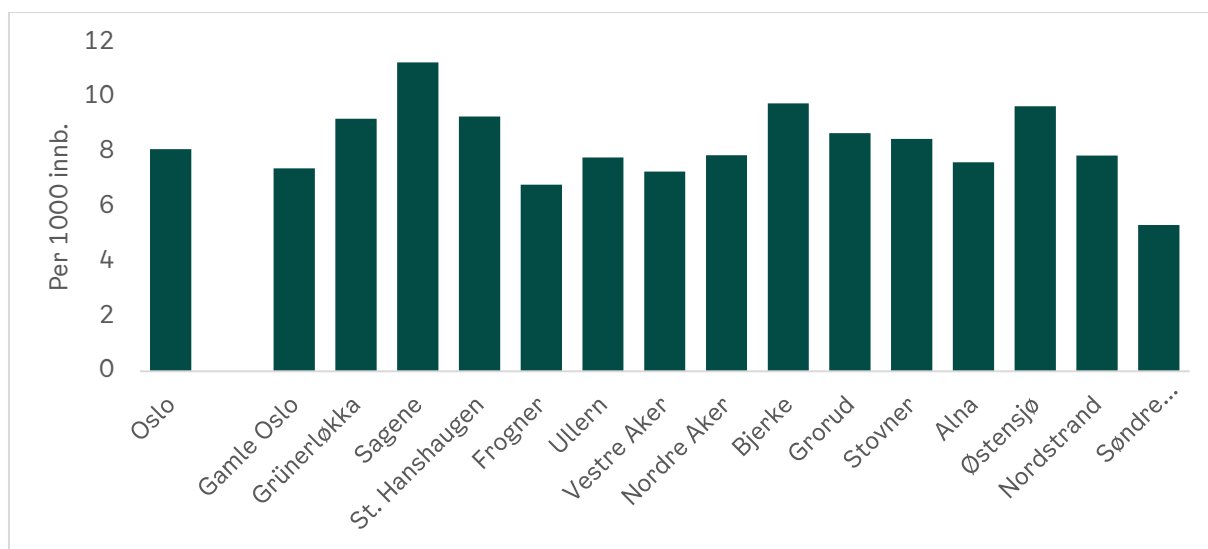
Figur 6. Tidlig død (under 75 år) som skyldes voldsomme dødsfall (inkludert ulykker, selvmord og villet egenskade). Antall dødsfall per 100 000. Standardiserte tall. 2012–2021. Kilde: KommuneHelsa statistikkbank.



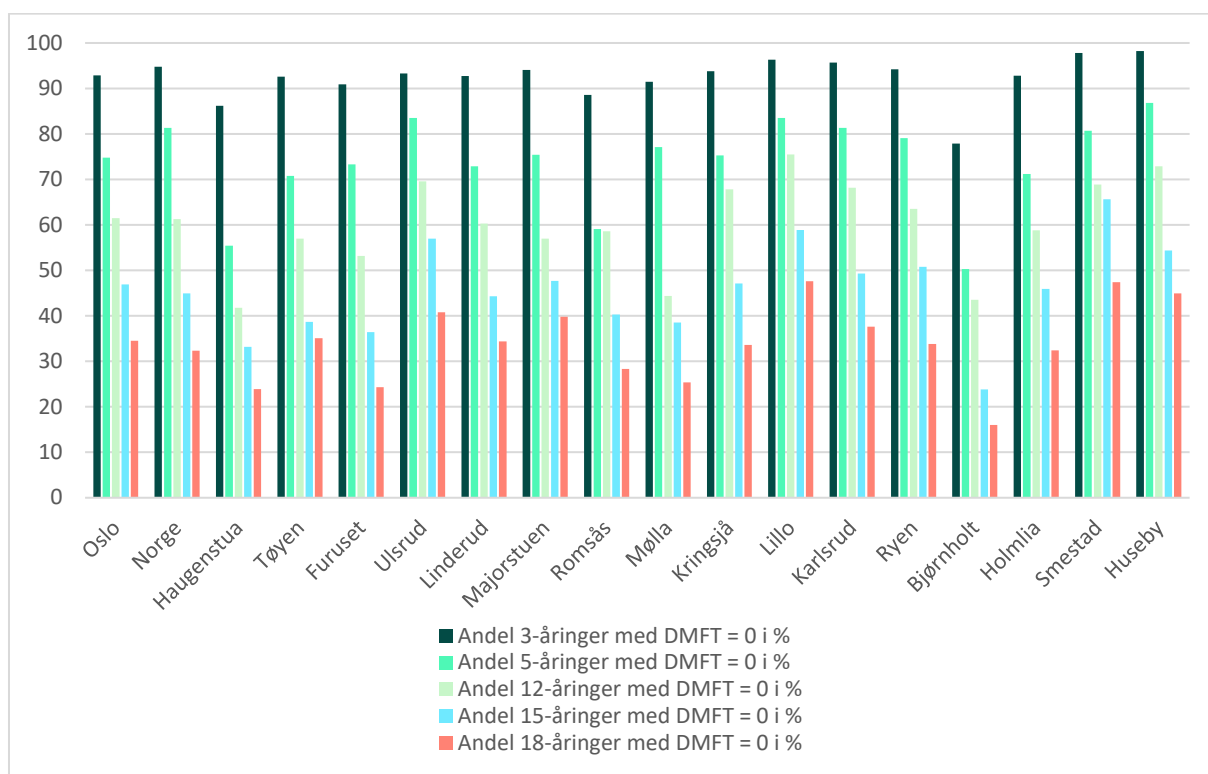
Figur 7. Andel i kontakt med fastlege og legevakt per 1000 innbyggere for psykiske plager/lidelser 0–74 år, per bydel i Oslo. Gjennomsnitt for perioden 2018–2020. Standardiserte tall. Kilde: KommuneHelsa statistikkbank.



Figur 8. Antall pasienter i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege, kommunal legevakt, fysioterapeut og kiropraktor) for muskel- og skjelettplager og sykdomsdiagnoser (ekskludert skader og brudd) per 1000 innbyggere i alderen 0–74 år. Gjennomsnitt for 2018–2020. Standardiserte tall. Kilde: KommuneHelsa statistikkbank.



Figur 9. Antall innlagte på sykehus med hoftebrudd per 1000 innbyggere i aldersgruppen over 65 år per bydel. Gjennomsnitt for perioden 2018–2022. Kilde: Norsk pasientregister, bestilt fra Helse sør-øst.



Figur 10. Andel barn i ulike indikatorårskull med bare friske tenner («DMFT» står for *Decayed, Missing, Filled Teeth*, altså ødelagte eller reparerte tenner eller tenner som er borte. Etter tannklinikk. 2022. Kilde: Tannhelsetjenesten, Helseetaten.

Psykisk helse

Barn og unge

Psykiske lidelser er tre til fire ganger vanligere hos barn av foreldre med de laveste inntektene sammenlignet med barn av foreldre med de høyeste inntektene (Kinge mfl., 2021). ADHD, særlig hos gutter, og angst og depresjon, særlig hos jenter, utgjør de største forskjellene. Psykiske lidelser hos foreldrene, lav utdanning hos foreldrene og en husstand med én forelder er forhold av betydning. Psykiske lidelser er den sykdommen som går mest utover ungdoms skoleprestasjoner, og som derfor påvirker unges fremtidige levekår og livskvalitet i størst grad (Nordmo mfl., 2022).

Tall fra *Ung i Oslo 2021* viser at psykiske plager er vanligere blant ungdom med lav sosioøkonomisk status enn dem med moderat og høy status (se tabell 1). 37 % av jenter i videregående skole med lav sosioøkonomisk status har betydelige psykiske helseplager, mens andelen med psykiske helseplager blant jenter med moderat og høy sosioøkonomisk status er betydelig lavere, henholdsvis 32 % og 28 %. Samme tendens ser vi også blant gutter, men mindre uttalt. Basert på dagens datakilder og datakvalitet, er det ikke mulig å fastslå bydelssvise forskjeller i omfanget av psykiske plager og lidelser for barn og unge (vurdering fra Helseetaten 11. januar 2023).

Voksne

Levekårsundersøkelser viser at personer som regnes som fattige i Norge har dobbelt så høy forekomst av depresjon, angst og andre psykiske lidelser som den øvrige befolkningen (Clausen mfl., 2014). Usikret, uholdbar eller misligholdt gjeld øker også risikoen for å utvikle psykiske helseproblemer (Holte, 2020). Den økte helsebyrden fra gjeld kommer ofte i tillegg til risikofaktorer for psykiske helseproblemer som arbeidsledighet, fattigdom og lavinntekt. Undersøkelser viser at personer med høyt utdanningsnivå rapporterer om færre psykiske helseplager, høyere tilfredshet med livet og mer vitalitet, mestring og sosial støtte enn personer med lavere utdanningsnivå (Helsedirektoratet, 2014).

Sosioøkonomiske problemer og psykiske helseplager og lidelser inngår i et komplekst årsaksforhold. Psykiske helseproblemer bidrar til at folk for eksempel faller ut av arbeidslivet og utdanning (Tesli, 2023). Dette fører så til dårlige økonomiske kår, som begrenser mulighetene til å delta i sosiale sammenhenger og det som er hverdagslige aktiviteter som å gå på kafé, kino eller lignende (Karlsson & Borg, 2013). Færre ressurser og muligheter til å delta i sosiale aktiviteter kan så føre til utenforskap og ensomhet, som på sin side igjen bidrar til dårligere livskvalitet og psykisk uhelse.

Psykiske helseproblemer har store omkostninger for den det gjelder, for pårørende og for samfunnet. Det er en forskjell både i levealder og livskvalitet, og mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever i gjennomsnitt 5 til 15 år kortere enn andre, eventuelt enda kortere ved samsykelighet med ruslidelser (Tesli mfl., 2023). Innbyggere med psykiske helseutfordringer har økt risiko for å få somatiske plager og mottar mindre helsehjelp for slike plager enn befolkningen for øvrig (Tesli mfl., 2023). Risiko for tidlig død øker ytterligere grunnet dårligere egenomsorg.

Det er en økning i alvorlige, selvrapporterte psykiske plager blant studenter. Den nasjonale undersøkelsen om studentenes helse og trivsel (SHoT) peker på at det har vært en betydelig økning i rapporterte psykiske plager fra første undersøkelse i 2010 til 2022. Nasjonalt viser det seg at andelen studenter som oppgir alvorlige psykiske plager, har økt fra nesten hver sjettede student i 2010 til mer enn hver tredje i 2022. Hver femte student rapporterer i 2022 å ha en psykisk lidelse. Den nasjonale undersøkelsen viser at økningen i psykiske plager er størst blant studentene i Sørøst-Norge (Sivertsen & Johansen, 2022).

		Lav SØS	Middels SØS	Høy SØS
Totalt		23 %	20 %	19 %
Jenter	U-skole	29 %	25 %	23 %
	VGS	37 %	32 %	28 %
Gutter	U-skole	8 %	9 %	8 %
	VGS	16 %	14 %	13 %

Tabell 1. Psykiske helseplager for jenter og gutter etter sosioøkonomisk status (SØS) på ungdomsskolen (U-skole) og i videregående skole (VGS). Kilde: Ung i Oslo, 2021 (Bakken og Osnes, 2021).

Ruslidelser

Alkohollidelser er den mest utbredte ruslidelser i befolkningen. En norsk studie viser at problemer knyttet til alkoholbruk forekommer langt oftere i de delene av befolkningen som har lav utdanning og inntekt (Strand mfl., 2013). Videre viser andre studier at personer fra lavere sosioøkonomiske sjikt i samfunnet oftere får foreskrevet sterke smertestillende medikamenter, beroligende midler og sovemidler (Log mfl., 2013; Svendsen mfl., 2014).

Personer med ruslidelser knyttet til ulovlige rusmidler skiller seg mer fra resten av befolkningen med tanke på utdanning, inntekt og familiesituasjon enn personer med alkohollidelser (Amundsen mfl., 2022). Som gruppe er det oftere slik at personer med ruslidelser knyttet til ulovlige rusmidler har lavere utdanning, er arbeidsledige, mottar sosiale ytelser og har i mindre grad formue enn andre grupper. Det å bo alene øker også risikoen for å utvikle ruslidelser knyttet til ulovlige rusmidler. FHI peker på flere sosiale faktorer som skoleproblemer, lavt utdanningsnivå, lav yrkesaktivitet og mobbing som viktige risikofaktorer for utvikling av rusbrukslidelser (Bramness, 2022).

En nyere undersøkelse (Pedersen mfl., 2019) har vist at cannabisbruken øker blant unge i Oslo. Denne og andre undersøkelser viser at eldre ungdommer og voksne som bruker cannabis, gjerne kommer fra familier med høy sosioøkonomisk status (Hyggen mfl., 2012; Pedersen mfl., 2019). Likevel ser vi at cannabisbruk i de yngste aldersgruppene og tidlig rusdebut kan knyttes til familiebakgrunn preget av lavere sosioøkonomisk status, og at de unge gjerne har flere psykososiale utfordringer.

Tekstboks 4

Egenrapportert helse

Egenvurdert helse er et mål som brukes mye i helseundersøkelser både nasjonalt og internasjonalt. Målet kan ha flere feilkilder, blant annet systematiske skjevheter i hvilke grupper som svarer, men kan likevel gi en pekepinn om tendenser og utvikling over tid (SSB, 2022a).

Hovedbildet er at helsen generelt rapporteres som god, men at det er en sosial gradient etter forhold som utdanning og inntekt:

- 68,4 % av voksne innbyggerne i Oslo oppgir middels eller høy tilfredshet med den fysiske helsen i SSBs livskvalitetsundersøkelse i 2022; 31,6 % oppgir lav tilfredshet med helsen (SSB, 2022b). Andelen som oppgir lav tilfredshet med den fysiske helsen har økt fra 23,7 % i 2020.

- 66 % av voksne med grunnskole som høyeste utdanning og 77 % av voksne med videregående skole i Helseregion Sør-Øst vurderte helsen sin som god eller svært god i 2019, mot 86 % av voksne med universitets- eller høyskoleutdanning (FHI, 2021).
- *Ung i Oslo*-undersøkelsen fra 2021 viser at to av tre Oslo-ungdommer er fornøyd med egen helse, og at det store flertallet ikke har noen helseplager. 28 % av jentene opplever imidlertid mange psykiske helseplager, mot 11 % av guttene. *Ung i Oslo* viser en økning av psykiske helseplager de siste årene, spesielt blant jenter (Bakken og Osnes, 2021). På 25 år har andelen jenter (i alderen 13–19 år) med psykiske plager nesten doblet seg, fra 15 % i 1996 til 28 % i 2021 (Øia, 2012; Bakken og Osnes, 2021).
- Andelen unge som var fornøyd med helsen sin, varierer mellom 78 % i Bydel Vestre Aker og 61 % i Bydel Sagene i 2021 (FHI, 2022). Unge i de vestlige bydelene og Nordstrand er mest fornøyd med helsen, mens unge i sentrum og de østlige bydelene er minst fornøyd.

Livskvalitet

Livskvalitet har betydning for menneskers helse (Nes, 2021). Nasjonale data viser at det er sosial ulikhet på ulike mål for livskvalitet, som tilfredshet med livet, opplevelse av mening og sosiale relasjoner. Dataene viser også at noen grupper har dårligere livskvalitet enn andre (Støren og Rønning, 2021). SSBs livskvalitetsundersøkelse fra 2022 gir en pekepinn på ulikheten i livskvalitet blant innbyggerne og hvor fornøyde Osloborgerne er med livet.

På en skala fra 0 til 10 der 10 er «svært fornøyd med livet», ligger gjennomsnittet for voksne i Oslo på 6,8 (Engvik, 2022). Tallet skiller seg ikke i vesentlig grad fra tilsvarende tall for Norge som helhet. Det var en liten nedgang i 2021, men tallet er nå tilbake på samme nivå som i 2020. Andelen personer med middels eller høy tilfredshet ligger på 72,6 % i 2022, mens andelen personer med lav tilfredshet ligger på 27,4 % (Engvik, 2022). Sistnevnte har økt fra 23 % i 2020.

Det finnes ikke detaljert regelmessig statistikk over innbyggernes livskvalitet i Oslo etter bydel eller sosioøkonomiske faktorer. En undersøkelse gjort av FHI under covid-19-pandemien viste imidlertid at det var høyere andeler som opplevde lav livskvalitet i bydeler i Groruddalen (høyest 28 %) enn i bydeler i ytre vest (lavest 17 %). Samtidig var det en høy andel som rapporterte om lav livskvalitet i sentrumsnære bydeler, særlig bydel St. Hanshaugen (28 %). Det kan blant annet ha sammenheng med at det er flere med lav livskvalitet blant dem som bor alene (32 %), enn dem som bor med andre (20 %), og St. Hanshaugen har høy andel enehusholdninger (Nes, 2020).

I *Ung i Oslo*-undersøkelsen fra 2021 gir det store flertallet av ungdom uttrykk for at de er tilfredse med livet sitt. På en tilfredshetsskala fra 0 til 10 plasserte 80 % seg over midtpunktet. 40 % ga 8 poeng eller høyere. De som oppgir lavest tilfredshet, bor i sentrumsbydelene og i Groruddalen (76 % til 78 %), mens de som oppgir høyest tilfredshet, bor i vestlige bydeler og Nordstrand (81 % til 84 %). Det er en tendens til at ungdom som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status, generelt er mer fornøyd med livet sitt enn ungdom fra familier med mer begrensede ressurser. Her skiller det dessuten lite mellom ungdom med og uten innvandrerbakgrunn (Bakken og Osnes, 2021). Unge med foreldre med lav inntekt rapporterer i større grad depressive symptomer enn unge fra familier med bedre økonomi (Bakken og Osnes, 2021).

En god del ungdom i Oslo opplever press på ulike områder. Ungdom i Norge opplever sterkest press om å gjøre det godt på skolen. Sterkest angir ungdom i Norge presset om å gjøre det godt på skolen (Eriksen mfl., 2017). Likevel har de aller fleste få eller ingen problemer med å håndtere presset til daglig. Unge i de vestlige bydelene, Nordstrand og Østensjø rapporterer noe mer stress i hverdagen på flere områder (27 % til 30 %) enn unge i noen av de østlige bydelene og sentrum (21 % til 25 %). Ungdom i bydelene Gamle Oslo og Grorud oppgir størst problemer med å håndtere presset, mens det er mindre variasjoner mellom unge i de andre bydelene (Bakken og Osnes, 2021).

41 % av studentene i Oslo melder at de har god livskvalitet, mens 32 % rapporterer om dårlig livskvalitet (Sivertsen og Johansen, 2022). Som ved de tidligere *SHoT*-undersøkelsene oppgir omtrent fire av ti studenter god livskvalitet. Tall for studentene i Oslo ligger på nivå med resten av landet. Andelen studenter med dårlig livskvalitet har likevel økt siden 2018. Da rapporterte 38 % god livskvalitet, mens 46 % oppga å ha middels og 15 % dårlig eller svært dårlig livskvalitet (Knapstad mfl., 2018).

Ensomhet

Ensomhet og mangel på sosial støtte er av betydning for livskvaliteten. Noen grupper av mennesker opplever å ha mindre givende sosiale relasjoner enn andre. Dette er mennesker som er uføre eller ikke er i stand til å arbeide, arbeidsledige og mennesker som har hatt symptomer på psykiske plager (Støren & Rønning, 2021).

Norsk forskning kan ikke vise til noen generell økning i opplevelsen av ensomhet i Norge, men det ser ut til å være en økende trend i ensomhet blant aleneboende og blant unge fra 2012 til 2020 (Barstad, 2021). Blant aleneboende økte ensomheten med 15 prosentpoeng. Blant studentene i Oslo oppga 25 % av mennene og 30 % av kvinnene at de ofte var plaget av ensomhet i 2022 (Sivertsen & Johansen, 2022).

SSBs livskvalitetsundersøkelse viser at de som har problemer med å få pengene til å strekke til, som opplever begrensninger i aktiviteter fordi de har helseplager, som er arbeidsledige eller som er uføre eller mottar arbeidsavklaringspenger, er mest utsatt for ensomhet. Det samme gjelder første generasjons innvandrere og unge mellom 18 og 24 år (Barstad, 2021).

Blant unge er det en økning av dem som er mye plaget av ensomhet, hvor andelen gutter økte fra 16 % til 23% og andelen jenter fra 29 % til 32% (Barstad, 2021). De aller fleste unge i Oslo mellom 13 og 19 år er ikke plaget av ensomhet, men 11 % er mye plaget. Det er små forskjeller i unges ensomhet. Unge i Bydel Vestre Aker og Bydel Nordstrand rapporterer minst ensomhet (9 %), mens Bydel Grünerløkka skiller seg ut med høyest andel (14 %) (Bakken & Osnes, 2021).

Tekstboks 5

Sårbare grupper

Sårbare grupper er ulike sosiale befolkningsgrupper som har større risiko for redusert livskvalitet, dårlige levekår, sykdommer, lidelser eller skader. Mennesker som tilhører sårbare grupper, er utsatt fordi de møter flere risikofaktorer for dårlig helse eller livskvalitet i hverdagslivet, og belastningene hopper seg opp. De som har et levekårsproblem på ett område, har gjerne levekårsproblemer på flere andre områder også. Opphopning av

levestandardutfordringer ser ut til å gjelde først og fremst for arbeid, økonomi og helse (Barstad, 2016).

Det er høy risiko for å oppleve dårlig livskvalitet for personer med flere levestandardbelastninger. SSBs nasjonale undersøkelse viser at de som oppgir å ha lavest på alle de 12 indikatorene for livskvalitet, er personer med nedsatt funksjonsevne, dem med symptomer på psykiske plager, dem som oppgir å være skeive, arbeidsledige og uføre, personer med lav utdanning og personer med lav inntekt (Støren og Rønning, 2021). Det er grunn til å tro at også disse gruppene i Oslo vil ha lavest livskvalitet.

Mennesker med innvandrerbakgrunn

Mennesker med innvandrerbakgrunn er en sammensatt gruppe fra mange ulike opprinnelsesland, med ulik botid i Norge. Mange er norskfødte med innvandrerforeldre. For personer med innvandrerbakgrunn samlet (både innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) er de største gruppene med landbakgrunn fra Pakistan, Somalia, Polen og Sverige (Oslo kommune, 2023).

Færre innvandrere vurderer helsen sin som god sammenlignet med resten av befolkningen. Kvinner med bakgrunn fra Tyrkia, Sri Lanka og Pakistan har lavest andel med god helse (Bufdir, 2023a). Forskjellene til resten av befolkningen er størst når det gjelder psykisk helse og ulike livsstilsindikatorer. Faktorer som røyking og lavere fysisk aktivitet øker risikoen for livsstilssykdommer for gruppen sett under ett. Flyktninger og eldre innvandrere kan være spesielt utsatt for dårlig helse (Kumar mfl., 2022). Det er høyere forekomst av de store folkesykdommene, fedme og psykiske lidelser blant mennesker med innvandrerbakgrunn. Opplevelse av rasisme og diskriminering kan dessuten gi psykiske helseplager (Kumar mfl., 2022).

Innvandrerbefolkningen er mer utsatt for ulike levestandardbelastninger (Kumar mfl., 2022). Arbeidstilknytning, arbeidssituasjon, økonomiske forhold, språkbarrierer, infeksjonssykdommer og lavere helsekompetanse kan gjøre dem mer utsatt for å utvikle sykdom (Revold, 2017; Eriksen, 2019; Kumar mfl., 2022). Innvandrerbefolkningen bruker også helsetjenestene mindre enn befolkningen ellers (Kumar mfl., 2022). Alle disse forholdene gjør noen mennesker med innvandrerbakgrunn til en sårbar gruppe.

Det er stor variasjon i livskvaliteten til innvandrere avhengig av hvilken landregion de opprinnelig har innvandret fra. Mennesker fra Midtøsten, Sentral- og Sør-Asia skiller seg ut med lavest livskvalitet, hvor 37 prosent blant disse oppgir lav tilfredshet. SSBs livskvalitetsundersøkelse fra 2022 tyder på at innvandreres livskvalitet varierer etter inntekt, familie og arbeidstilknytning, slik den gjør for befolkningen for øvrig. Blant mennesker med innvandrerbakgrunn skårer de i alderen 25-44 år bedre enn befolkningen ellers, mens både unge (under 25) og eldre (45-66 år) med innvandrerbakgrunn har lavere livskvalitet enn befolkningen (Dalen og Larsson, 2022).

Mennesker med funksjonsnedsettelse

Mennesker med funksjonsnedsettelse har svakere arbeidstilknytning og dårligere levestandard enn befolkningen ellers. De oppgir i langt større grad at de har betydelige psykiske problemer,

dårligere helse eller større helsemessige utfordringer enn gjennomsnittet av befolkningen. Personer med funksjonsnedsettelse er også en gruppe som opplever økt grad av ensomhet og utenforskap og mindre muligheter for samfunnsdeltakelse. Mange er avhengig av offentlige hjelp, noe som også kan gjøre dem sårbare. Personer med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold eller trusler, og av dem som jobber i kvinnedominerte yrker, er 25 % utsatt for trakassering på arbeidsplassen (Bufdir, 2023b).

Mennesker som bryter med normer for kjønn og seksualitet (LHBTIQ)

Det er økende kunnskap om at mennesker som bryter med normer for kjønn og seksualitet, er en sårbar gruppe når det gjelder ulikhet i helse og livskvalitet. Bifile av begge kjønn, transpersoner og LHBTIQ-personer fra innvandrerbefolkningen er spesielt utsatt for dårlig fysisk og psykisk helse (Anderssen mfl., 2021; Eggebø mfl., 2018; Bromseth, 2021). Eldre LHBTIQ-personer har høyere forekomst av nedsatt psykisk helse sammenlignet med andre eldre og høyere risiko for sosial isolering og bekymring for omsorg og pleie (Bromseth, 2021). LHBTIQ-personer fra innvandrerbefolkningen er særlig utsatte for trusler, vold og seksuelle overgrep (Eggebø mfl., 2018). Særlig mange yngre ikke-heterofile opplever også ofte å ha dårlig eller svært dårlig helsetilstand (Engvik, 2022).

En undersøkelse fra Statistisk sentralbyrå (Engvik, 2022) viser at ikke-heterofile i Norge sliter med arbeidsløshet, økonomiske problemer og dårlige boforhold. Hele 12 % av ikke-heterofile personer er arbeidsuføre. Dette er fire ganger mer enn blant heterofile. En mindre, kvalitativ undersøkelse blant norske intersexpersoner (Feragen mfl., 2019) viste at halvparten av i alt 27 deltakere sto utenfor arbeidslivet. Homofile og bifile menn tjener også mindre sammenlignet med heterofile menn, og bifile kvinner og transpersoner er også overrepresentert i lavinntektsgrupper i Norge (Andersen og Malterud, 2013; Anderssen mfl., 2021).

Nasjonale minoriteter

Det finnes ikke mye data om helsen til nasjonale minoriteter (samer, kvener, skogfinner, jøder, romanifolk og romer), men det som finnes om samer og kvener, kan tyde på at noen kan være sårbare grupper med tanke på helse og livskvalitet. Både kvensk-samiske menn og kvinner skiller seg ut ved at en større andel karakteriserer helsen sin som dårlig eller ikke helt god. Angst og depresjon er noe mer vanlig blant samiske kvinner og menn enn resten av befolkningen (Bufdir, 2023c).

En undersøkelse fra 2021 blant samer i alderen 16 til 31 år viser at samisk ungdom opplever fordommer, diskriminering, mobbing og netthets på grunn av sin samiske bakgrunn. Diskriminering rammer spesielt samisk ungdom og kan føre til sosial ulikhet, marginalisering, utenforskap og dårligere psykisk helse (Hansen og Skar, 2021). Flere negative helseutfall var assosiert med diskrimineringserfaringer, og det er en sammenheng mellom helseutfordringer, selvopplevd diskriminering og om man bor i et samisk majoritets- eller minoritetsmiljø (Bufdir, 2023c).

3. utfordringer i Oslo

I dette kapittelet gir vi en overordnet vurdering av det vi anser som hovedutfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse og livskvalitet i Oslo i dag. Analysen tar utgangspunkt i de kjente påvirkningsfaktorene i folkehelsearbeidet knyttet til levekår, forhold i ulike miljø, levevaner og helsetjenester og ser på omfanget og utviklingen over tid. I tillegg er vold og traumer og diskriminering inkludert, i tråd med nyere kunnskap om betydningen de har for sosial ulikhet i helse og livskvalitet.

Formålet med denne delen er å vise noen sentrale overordnede utfordringer underbygget av statistikk om ulike påvirkningsfaktorer. Utfordringene vi beskriver, er forhold som ofte henger sammen med eller følger av hverandre. For enkeltmennesker betyr det at de kan rammes av flere utfordringer samtidig. Flere av påvirkningsfaktorene kunne ha vært omtalt som del av ulike utfordringer, men presenteres bare under hver sin utfordring for å unngå gjentakelser.

3.1 Lavinntekt og fattigdom

Tilstrekkelig og stabil inntekt er viktig både for tilgang til nødvendig materielle ressurser og deltakelse i samfunnet på lik linje med andre. Lav inntekt er forbundet med en rekke utfordringer knyttet til helse og livskvalitet (Dahl mfl., 2014). Oppvekst i lavinntekt er særlig forbundet med dårlig fysisk og psykisk helse i voksen alder (Fløtten og Nielsen, 2020). Det er også holdepunkter for at en subjektiv opplevelse av lav sosioøkonomisk status kan gi negative utfall på helse og livskvalitet, uavhengig av objektiv sosioøkonomisk status (Präg, 2020).

Inntekt og formue

Oslo er en by med høyt gjennomsnittlig inntekt- og formuesnivå sammenlignet med Norge som helhet (SSB, 2022a). I 2021 var den gjennomsnittlige bruttoinntekten per innbygger over 17 år på vel 650 000 kroner i Oslo (SSB, 2022a). Samtidig er det store forskjeller i byen, både mellom og innad i bydelene og mellom ulike grupper av befolkningen. Bydel Vestre Aker hadde i 2021 den høyeste gjennomsnittsinntekten med 1 147 000 kr, og Bydel Stovner hadde den laveste gjennomsnittsinntekten med 416 000 kr (SSB, 2022a). Nettoformuen ligger også høyest i de vestlige bydelene, med gjennomsnittlig nettoformue (gjennomsnittlig bruttoformue minus gjennomsnittlig gjeld) på 4 080 000 kr for innbyggere i Bydel Vestre Aker i 2021. I den andre enden av skalaen ligger Bydel Grünerløkka med gjennomsnittlig nettoformue på 104 000 kr per innbygger (SSB, 2022a).

SSBs mål for inntektsulikhet viser at Oslo er blant kommunene i landet med høyest inntektsulikhet (SSB, 2022b). P90/P10 er et mye brukt mål på ulikhet. Dette målet er et forholdstall der P90 er inntekten på grensen mellom de ti prosentene med høyeste inntekt og de ti prosentene med nest høyest inntekt. P10 er tilsvarende inntekten på grensen mellom de ti

prosentene med lavest inntekt og de ti prosentene med nest lavest inntekt. Tall for Oslo viser at inntekten til en person som befinner seg på 90-prosenten i inntektsfordelingen, er 3,6 ganger høyere enn inntekten til en som befinner seg på 10-prosenten (SSB, 2022b). Inntektsulikheten er størst i Bydel Vestre Aker (P90/P10 på 5) og lavest i bydelene Grorud og Alna (P90/P10 på 2,7) (SSB, 2022b).

Utdanning

Personer med høyere utdanning har jevnt over høyere inntekt enn personer med kortere eller ingen oppgitt utdanning. I Oslo var gjennomsnittlig bruttoinntekt

- 295 000 kr for personer med utdanning på grunnskolenivå
- 465 000 kr for personer med videregående utdanning
- 616 000 kr for personer med universitets- eller høyskoleutdanning på lavere nivå
- 853 000 kr for personer med universitets- eller høyskoleutdanning på høyere nivå (Oslo kommune, 2022a)

Sammenlignet med resten av landet har Oslo høyt utdanningsnivå. For befolkningen over 16 år i Oslo i 2021 hadde

- 19,1 % utdanning på grunnskolenivå
- 24,6 % på videregående skolenivå
- 2,2 % fagskole
- 54,1 % utdanning på universitets- og høyskolenivå (SSB, 2022c)

Den sistnevnte gruppen har steget fra 44,7 % i 2010. Det tilsvarer en økning fra 204 165 til 310 975 personer. Andelen varierer mellom 27 % i Bydel Stovner og 65,8 % i bydelene Vestre Aker og Sagene. På landsbasis hadde 36 % utdanning på universitets- og høyskolenivå i 2021 (SSB, 2022c).

Lavinntekt

Til tross for en stadig økning av inntektsnivået i befolkningen de siste ti årene, har andelen som lever i vedvarende lavinntekt i Oslo, holdt seg relativt stabil, med en svakt nedadgående trend fra 2018 (SSB, 2023a). Vedvarende lav husholdningsinntekt vil si at den gjennomsnittlige inntekten i en treårsperiode er under 60 % av median husholdningsinntekt i Norge (EU-skala). Andelen innbyggere som bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt (alle aldre) i Oslo var 13,8 % i perioden 2019–2021, mot 9,9 % i hele landet. Andelen varierer fra 7,1 % i Bydel Vestre Aker til 21,4 % i Bydel Stovner, mest uttalt i Groruddalen, sentrumsbydelene og bydelene Søndre Nordstrand og Frogner (SSB, 2023a).

Nasjonale data viser at forekomsten av vedvarende lavinntekt er høyere blant yngre som bor alene, enslige forsørgere, barnefamilier, personer med innvandrerbakgrunn, aleneboende pensjonister og ulike grupper stønadsmottakere enn i befolkningen ellers (Hattrem, 2022). Personer med funksjonsnedsettelser og en betydelig andel LHBTIQ-personer har også utfordringer med å få pengene til å strekke til sammenlignet med befolkningen ellers (SSB 2022d; Engvik, 2022). Samtidig har det de siste ti årene vært forskjeller i utvikling av inntekt

mellom ulike aldersgrupper. Inntektsutviklingen har vært særlig lav blant unge voksne (17–24 år) i Oslo, mens eldre har hatt en relativt god inntektsutvikling i samme periode (Oslo kommune, 2022b).

Boligbygging og gentrifisering i indre øst har de siste tiårene tiltrukket seg innbyggere med relativt høy inntekt, noe som har ført til økt gjennomsnittlig inntekt og redusert andel av innbyggere som tilhører en husholdning med vedvarende lavinntekt i dette området (SSB, 2022a; SSB, 2023a). Den samme utviklingen har ikke funnet sted i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand. Disse områdene har hatt en svakere inntektsutvikling enn resten av byen, og andelene med vedvarende lavinntekt her har økt. Den sterkeste inntektsveksten, målt i kroner, har funnet sted i de vestlige bydelene (SSB, 2022a). Her har også andelen av innbyggere med lavinntekt holdt seg relativt stabil de siste årene (SSB, 2023a).

Barnefattigdom

Siden 2017 har andelen barn i alderen 0 til 17 år som vokser opp i lavinntektshusholdninger i Oslo, sunket fra 17,8 % i 2016–2018 til 16,4 % i 2019–2021 (SSB, 2023a). Andelen ligger betydelig høyere enn andelen på 11,3 % i hele landet. Andelen varierer mellom 31,8 % i Bydel Stovner og 4,9 % i Bydel Vestre Aker, mest uttalt i Groruddalen, sentrumsbydelene og Søndre Nordstrand (SSB, 2023a). Barn med innvandrerbakgrunn er sterkt overrepresentert i denne gruppen, og barna som selv har innvandret, er særlig utsatt (Normann og Epland, 2022). Det er også store variasjoner innad i bydelene når det gjelder andelen husholdninger med barn under 18 år med vedvarende lavinntekt. For eksempel gjaldt dette 43,9 % i delbydelen Nedre Tøyen i Bydel Gamle Oslo og 43,7 % i delbydel Fossum i Bydel Stovner i 2020 mot et gjennomsnitt for Oslo på 14,4 % og for bydelene Gamle Oslo og Stovner på henholdsvis 20,9 % og 26,7 % (Oslo kommune, 2022c).

På tross av relativt lav inntektsulikhet i Norge og høy inntektsmobilitet, går levekår i noen grad likevel 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 og lengre varighet av arbeidsledighet, lavere alder for inngåelse av parforhold og lavere alder for foreldreskap (Finansdepartementet, 2021). Nyere analyser viser også at barn som opplevde lavinntekt i ungdomstiden i gjennomsnitt oppnår lavere utdanningsnivå og svakere arbeidsmarkedstilknytning som voksne (Ekren og Grendal, 2021). Høye boligpriser og kravet om 15 % egenkapital er hindre for å komme inn i boligmarkedet i Oslo. Dette bidrar til å opprettholde og forsterke forhold som skaper forskjeller og bidrar til lavere sosial mobilitet.

Yrkesaktivitet

For de aller fleste er arbeidsinntekt den største og viktigste inntektskilden. Husholdninger med vedvarende lavinntekt har lavere yrkesaktivitet enn befolkningen generelt. Blant alle personer i Norge i alderen 25–65 år som tilhørte en husholdning uten arbeid i løpet av perioden 2018–2020, hadde 47,5 % lavinntekt (NAV, 2022). Blant husholdninger med ett medlem yrkestilknyttet i minst ett av de tre foregående årene var andelen med lavinntekt også høy, på 39,6 %. I husholdninger med ett yrkestilknyttet medlem i alle tre årene var andelen med vedvarende lavinntekt 6,1 %. Svak eller ustabil tilknytning til arbeidslivet er derfor den

viktigste årsaken til vedvarende lavinntekt og økonomiske problemer på landsbasis, og det er sannsynlig at dette også gjelder i Oslo.

Selv om Oslo som helhet har lav arbeidsledighet med 2,2 % ved utgangen av februar 2023, varierer andelen arbeidsledige mellom 3,6 % i Bydel Søndre Nordstrand og 1,5 % i bydelene Nordre Aker, Vestre Aker og Nordstrand (NAV, 2023). Til sammenligning var arbeidsledigheten nasjonalt 3,6 % på samme tid (SSB, 2023b). Det er imidlertid en hel del personer i arbeidsfør alder med svak eller ustabil tilknytning til arbeidslivet som ikke finnes registrert som arbeidsledige hos NAV, for eksempel personer med helserelaterte trygdeytelser og personer som underholdes av andre familiemedlemmer. Det står mer om dette i neste kapittel.

Noen utsatte grupper møter barrierer i arbeidsmarkedet i større grad enn andre. På landsbasis vet vi at personer med svake kvalifikasjoner (lav utdanning og manglende kompetanse), personer med funksjonshemninger eller helseproblemer, en del unge og noen innvandrergupper har utfordringer med å få og beholde jobber. Også personer som har stått lenge uten arbeid, stiller svakere i arbeidsmarkedet, og for mange er det mer sammensatte utfordringer som gjør det vanskelig å delta i arbeidslivet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2021). Det samme gjelder LHBTIQ-personer (Engvik, 2022). Det er blant annet en del uføretrygdete som ønsker en deltidstilling, men få stillinger som passer arbeidsevnen deres.

Med den lave arbeidsledigheten i Oslo er det flere næringer som trenger arbeidskraft, men det er et misforhold mellom de kvalifikasjonene som tilbys og etterspørres. Inngangen til arbeidslivet blir generelt trangere ved at det forventes økt effektivitet, omstillingsevne og formelle krav til kompetanse. Det er dermed behov for tilpasninger i arbeidsmarkedet slik at flere kan komme i jobb. Dette vil sikre flere tilstrekkelig og stabil inntekt og mulighet for mestring og tilhørighet (se neste kapittel).

Fremover er det stor usikkerhet knyttet til utviklingen i arbeidsmarkedet på grunn av den økonomiske situasjonen. Flere studier viser at det er vanskeligst for utsatte grupper å komme tilbake til arbeidslivet etter perioder med lavkonjunktur. Eldre, innvandrere (da særlig personer fra lavinntektsland) og personer med lav inntekt eller lav utdanning har større sjanse for både å bli langtidsledige og bruke opp dagpengerettighetene sine (Bratsberg mfl., 2018; Yin mfl., 2019; Furuberg og Kalstø, 2017; Andreev, 2016). Det samme mønsteret ble sett i forløpet av koronakrisen (Bratsberg, 2020). Forskning viser også risiko for økt helserelatert langtidsfravær i perioder med lavkonjunktur (Nossen, 2014; Lima, 2016). For unge kan arbeidsavklaringspenger gi redusert yrkesaktivitet og med økt risiko for uførhet fem til syv år frem i tid (Schreiner, 2019).

Offentlige overføringer

Offentlige overføringer er samfunnets sikkerhetsnett. Det er store forskjeller mellom bydelene i andelen husholdninger hvor over halvparten av inntekten kommer fra offentlige overføringer definert som sosialhjelp, dagpenger ved arbeidsledighet, bostøtte, ytelser fra folketrygden, barnetrygd, engangsstønad ved fødsel, kontantstøtte, sykepenger med mer. For Oslo som helhet gjelder dette 14 % i 2021, med høyest andel på 26,2 % i Bydel Stovner og lavest andel på 5,1 % i Bydel Vestre Aker (Oslo kommune, 2021).

Andel sosialhjelpsmottakere har i perioden 2015–2021 gått noe ned, men i 2022 var det en økning (SSB, 2023c). I 2022 var det 20 587 mottakere av sosialhjelp i Oslo, hvorav 5 154 av mottakerne hadde forsørgeransvar for barn under 18 år. Oslo har gjennom flere år hatt lenger stønadsperioder og flere personer som går igjen, enn andre store norske kommuner (Tønseth og Skjøstad, 2019).

Andelen som opplever at det er vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, har økt fra 7,7 % i 2020 til 9,4 % i 2021, mot 6,5 % på landsbasis (SSB, 2023d). Tilsvarende har andelen av befolkningen som ikke vil ha mulighet til å klare en uforutsett utgift, steget fra 21,9 % i 2020 til 23,8 % i 2021, mot 21,2 % på landsbasis (SSB, 2023d).

3.2 Sosialt utenforskap

Utenforskap kan forstås som mangel på deltakelse i sentrale samfunnsinstitusjoner. I tillegg handler det om subjektiv opplevelse av tilhørighet (Kindt og Strand, 2020). Barnehage, skole, arbeidsplass, fritidsaktiviteter og nabolag er viktige arenaer for kontakt og relasjoner, deltakelse, tilhørighet, mestring og mening. Å stå utenfor disse arenaene gir risiko for utenforskap og ensomhet, som påvirker både livskvaliteten og risikoen for fysisk og psykisk sykdom. Arenaene gir også viktige muligheter for å utjevne og motvirke sosiale helseforskjeller.

Syssetsetting

Syssetsettingsgraden, det vil si andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder (15–74 år) som er i arbeid, er totalt sett høy i Oslo, med 71,6 % i 2022 (SSB, 2022a). Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom bydeler og befolkningsgrupper. Syssetsettingsgraden er høyest i sentrumsbydelene og de vestlige bydelene (med 78 % i Bydel Sagene) og lavest i Groruddalsbydelene og Bydel Søndre Nordstrand (med 60,1 % i Bydel Stovner) (Oslo kommune, 2023). På nasjonalt nivå peker enkelte grupper seg ut som grupper med lav syssetsetting, nærmere bestemt unge, eldre og kvinner (SSB, 2022a), innvandrere og spesielt kvinner (SSB, 2022b), personer med funksjonsnedsettelser (Sundt, 2022), LHBTIQ-personer (Engvik, 2022) og personer med lav eller ingen formell utdanning (SSB, 2022a). 89,4 % av personer mellom 15 og 74 år med universitets- og høyskoleutdanning over 4 år var syssetsett i 2022 i Oslo, mot 46,6 % av personer uten utdanning utover grunnskolenivå (SSB, 2022a).

Ved utgangen av mars 2023 var ca. 9000 personer registrert som helt arbeidsledige i Oslo (NAV, 2023). Som nevnt i forrige kapittel er det et større antall med svak eller ustabil tilknytning til arbeidslivet, og det er særlig noen utsatte grupper som møter barrierer i arbeidsmarkedet. For mange av disse, for eksempel personer med funksjonshemninger eller psykiske lidelser, vil det være vesentlig for deres fungering, livskvalitet og helse å få mulighet til å komme i arbeid (Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, 2021).

Ser vi på antall voksne i arbeidsfør alder som verken er i noen form for utdanning eller arbeid eller har registrert seg som arbeidsledige, får vi et riktigere bilde av hvor mange som står utenfor arbeidslivet. I Oslo var det 92 000 personer i alderen 20–66 år som verken var i noen

form for utdanning eller arbeid eller hadde registrert seg som arbeidsledige ved utgangen av 2021 (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2022). Dette utgjør 19,4 % av alle i aldersgruppen, med høyest andel i Bydel Stovner med 28,9 % og lavest andel i Bydel Nordre Aker med 14,8 %. Av disse mottok ca. 47 000 en trygdeytelse, i hovedsak uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger, mens 45 000 ikke mottok en trygdeytelse og dermed sto utenfor alle samfunnets ordninger (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2022). Det er lite kunnskap om den sistnevnte gruppen, og det er ikke kjent hvordan disse personene livnærer seg. Det er sannsynligvis stor variasjon i bakenforliggende forhold og livssituasjon, med varierende grad av utenforskap. Noen kan for eksempel forsørges av familie og/eller partner.

Omtrent en femtedel av gruppen som verken er i jobb eller utdanning eller har registrert seg som arbeidsledige, er unge mellom 20 og 29 år, tilsvarende ca. 18 200 personer (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2022). Av aldersgruppen utgjør dette 15,1 %. Det er variasjoner mellom bydelene fra 11 % i bydelene Sagene og Grünerløkka til 24 % i Bydel Søndre Nordstrand. Andelen ligger relativt høyt i de vestlige bydelene, med for eksempel Bydel Vestre Aker på 21 %. Ca. 5 300 personer i aldersgruppen mottar uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2022). For seks av ti unge som er uføre, er det psykiske vansker som er årsak til uførheten (Ellingsen, 2023). Utenforskap fra tidlig voksenliv gir ikke bare dårligere økonomi og fremtidige levekårsutsikter, men også dårligere helse og livskvalitet. For en del unge voksne starter utenforskap allerede med frafall fra videregående opplæring og fortsetter inn i voksenlivet. I 2016 var det om lag 15 000 personer i alderen 21–29 år som startet videregående opplæring uten å fullføre i løpet av fem år (Oslo kommune, 2022a).

Fullføring av videregående skole

Å fullføre videregående skole er viktig for fremtidige muligheter på arbeidsmarkedet og levekår senere i livet (Falch og Nyhus, 2009; De Ridder mfl., 2012). 76,7 % av elever i Oslo gjennomførte videregående opplæring i løpet av fem til seks år i 2016–2021 (Oslo kommune, 2022a). Det har vært en jevn økning fra 71,1 % i 2006–2011. Det er likevel fortsatt et stort frafall fra videregående opplæring – særlig i yrkesfagene og blant gutter (SSB, 2022c). Innvandrerungdom er særlig utsatt (SSB, 2022d). Gjennomføringsgraden er høyest i de vestlige bydelene og Bydel Nordstrand, opp mot 85,5 % i Bydel Nordre Aker (Oslo kommune, 2022a). Lavest er gjennomføringsgraden i sentrumsbydelene, med 67,8 % i bydel Gamle Oslo, og i bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand, med 68,6 % i Bydel Stovner.

Gjennomføring av videregående skole er i stor grad et uttrykk for forutsetningene til eleven som begynner på skolen. Lave grunnskolepoeng er den viktigste enkeltforklaringen på manglende gjennomføring av videregående skole (Utdanningsdirektoratet, 2021) og er nært knyttet til foreldrenes utdanningsnivå (SSB, 2022e). Gjennomsnittlig antall grunnskolepoeng i Oslo har økt fra 41 i skoleåret 2011/2012 til 45 i skoleåret 2021/2022. Det er store forskjeller mellom bydelene, med høyest gjennomsnittlig antall grunnskolepoeng på 48,2 i Bydel Vestre Aker og lavest gjennomsnittlige antall på 40,8 i Bydel Søndre Nordstrand (Oslo kommune, 2022b).

Blant elever i Oslo med foreldre som bare har grunnskole, er gjennomføringsgraden 64 %, mens den er 76 % blant elever med foreldre med fullført videregående skole og 88 % blant

elever med foreldre med universitets- eller høyskoleutdanning etter 5/6 år i 2021 (FHI, 2023a). Blant gutter med foreldre med bare grunnskole, er gjennomføringsgraden særlig lav med 56 %, mot 73 % blant jentene. Bekymring og stress knyttet til skolen, svak sosial tilhørighet til skolemiljøet, flere flyttinger og ustabile boforhold er blant faktorer som også påvirker unges mestring, resultater på skolen og mulighet for gjennomføring av videregående skole (Samdal, 2009; Sandlie og Andersen, 2016). Det er også sterke sammenhenger mellom psykiske plager/lidelser og frafall fra videregående skole (Esch mfl., 2014).

Barnehagedeltakelse

Deltakelse i barnehage er viktig for barns sosiale, adferdsmessige og kognitive utvikling (Drange og Havnes, 2015; Zachrisson og Dearing, 2015), samt senere fungering i skolen og arbeidsliv (Havnes og Gogstad, 2011). Særlig hos barn i familier med lav sosioøkonomisk status, kan barnehager av god kvalitet ha gunstig effekt (van Huizen og Pantenga, 2018; Drange og Haognes, 2015). Deltakelse i barnehage er også viktig for å legge til rette for at mødre i større grad er disponible for arbeidsmarkedet.

Andelen i alderen 1-5 år som går i barnehage i Oslo, har økt fra 86,5 % i 2015 til 91,7 % i 2021, men er fortsatt litt lavere enn landsgjennomsnittet på 93,4% (SSB, 2023a). Økningen må sees i sammenheng med etableringen av nasjonale støtteordninger for lavinntektsfamilier, den utvidede kommunale ordningen med gratis kjernetid for 4- og 5-åringer i enkelte bydeler og det aktive rekrutteringsarbeidet som gjøres lokalt for å øke deltakelsen i barnehage.

Likevel er det fortsatt mange barn som står utenfor barnehagefellesskapet, særlig i levekårsutsatte områder. Deltakelsen er betydelig lavere i bydelene Stovner, Alna, Grorud og Søndre Nordstrand (SSB, 2023b). Nasjonale tall viser klare sammenhenger mellom lav inntekt og utdanning hos foreldrene og familiens valg av tilsynsordning for barna i aldersgruppen 1–2 år (Kitterød og Bringedal, 2012). Mors fødeland har også betydning. Kontantstøtten spiller særlig inn på foreldrenes valg om å sende de minste barna i barnehagen. Barnehagedeltakelsen for barn mellom 1 og 2 år er spesielt lav i bydelene Stovner, Alna, Grorud og Søndre Nordstrand (SSB, 2023b) og spesielt i enkelte delbydeler.

Husholdningsstørrelser og barn

Hver fjerde innbygger i Oslo bor alene, og andelen har vært svakt økende de siste årene (SSB, 2022f). Det var 360 699 husholdninger i Oslo per 1. januar 2022 (Oslo kommune, 2022c). Den vanligste husholdningstypen er aleneboende. Om lag 48 % av husholdningene ved begynnelsen av 2022 bestod av kun én person, mot 40 % på landsbasis (Oslo kommune, 2022c; SSB, 2022f). Videre besto om lag 28 % av husholdningene i Oslo av to personer og 24 % besto av tre personer eller flere (Oslo kommune, 2022d). Totalt var 78,5 % av husholdningene i Oslo uten barn. Omtrent 10 % av husholdningene hadde ett barn, i 9 % var det to barn, mens 3 % av husholdningene hadde tre barn eller flere (Oslo kommune, 2022c). Par uten hjemmeboende barn utgjorde 73 180 husholdninger, mens 59 985 husholdninger besto av par med barn og om lag 13 458 husholdninger besto av én forelder med barn (Oslo kommune, 2022c).

Bydel Frogner er bydelen med lavest andel husholdninger med barn (Oslo kommune, 2022c). Der bodde det barn i 12 % av husholdningene per 1.1.2022. Bydel Søndre Nordstrand var den bydelen med størst andel husholdninger med barn, med 32,8 % barnehusholdninger. I Bydel Søndre Nordstrand var det også var flest barnerike husholdninger – nesten 7 % av husholdningene i Bydel Søndre Nordstrand besto av tre eller flere barn ved inngangen til 2022. Til sammenligning besto 2,7 % (eller om lag 9 910) av husholdningene i Oslo av tre eller flere barn på samme tidspunkt.

Fritidsaktiviteter

Fritidsaktiviteter kan være både organiserte og uorganiserte, og kan være knyttet til idrett, friluftsliv, kultur, nabolag eller rent sosialt samvær. Det er lavere deltakelse i en klubb, forening eller organisasjon blant voksne og eldre med lav utdanning (Helsedirektoratet, 2021). Andelen som opplever barrierer for deltakelse i sosiale aktiviteter som sport eller idrett, dyrke hobbyer eller interesser sammen med andre, delta i kulturelle aktiviteter eller å dra på utflukter og turer sammen med andre, øker med alderen og utgjør 30 % blant de som er 67 år og eldre (Helsedirektoratet, 2021). Det er vanligere å oppleve hindringer for sosial deltakelse blant grupper med lav utdanning og inntekt; helseproblemer er en viktig barriere for deltagelse i disse gruppene og kan bidra til å forsterke utenforskap og lav livskvalitet (Barstad og Sandvik, 2015).

For barn og unge er deltagelse i fritidsaktiviteter særlig viktig. 59 % av ungdomsskoleelever i Oslo oppga i 2021 å ha vært med i en fritidsorganisasjon etter at de fylte 10 år (FHI, 2023b). Andelen varierer fra 75 % hos barn i familier med høy sosioøkonomisk status til 61 % hos barn i familier med middels sosioøkonomisk status og 39 % i familier med lav sosioøkonomisk status. Videre er andelen størst i de vestlige bydelene og Bydel Nordstrand, med en topp på 77 % i Bydel Nordre Aker, og lavest i bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand, med 34 % i Bydel Stovner.

Andelen ungdom som er med i en fritidsorganisasjon i Oslo, sank i 2021 fra 60 til 61 % i årene før koronapandemien (2012 til 2018). Det gjenstår å se hvordan utviklingen vil bli i årene som kommer. Bydelene rapporterer om at det er stadig vanskeligere for frivilligheten å rekruttere foreldre og trenere til fritidsaktiviteter i de østlige bydelene. Kontingenter, utstyr og reiser koster også mye penger og kan være barrierer for barn og unges deltagelse. Arenaer for egenorganiserte aktiviteter er spesielt viktig i områder der deltagelsen i organiserte fritidsaktiviteter er lav.

Nesten alle unge i Oslo har noen å være sammen med på fritiden. Det kan likevel synes som at det er forskjeller mellom unge ut fra hvor de bor. Unge på Sagene, Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Grorud (10-8%) har høyest andel av unge uten noen å være sammen med på fritiden, mens unge i Bydel Nordstrand, Østensjø og de vestre bydelene har lavest andel (6%) unge (Bakken og Osnes, 2021).

3.3 Utfordrende boforhold og nærmiljø

Boligen, nabolaget og nærmiljøet utgjør den fysiske og sosiale rammen rundt folks liv, også i en storby som Oslo. Byens og særlig nabolagets fysiske utforming og sosiale kvaliteter kan legge til rette for blant annet aktivitet, helsevennlige levevaner og deltakelse og den enkeltes opplevelse av trygghet, trivsel og tilhørighet. Omvendt kan dårlige fysiske kvaliteter virke negativt inn på helse og livskvalitet, for eksempel gjennom trangboddhet, støy, luftforurensning, dårlig vedlikehold, forsøpling, lang avstand til grønne og blå områder eller manglende steder å møtes.

Oslo er preget av stor variasjon i boligmasse, nabolag og nærmiljøkvaliteter. Boutgiftene er betydelig høyere enn i andre storbyer i Norge (Gran og Benedictow, 2022). Levekårene fordeler seg ulikt mellom bydelene, og utfordringene konsentreres i visse lokalområder, gjerne i de minst attraktive delene av byen. Mange steder mangler viktige fysiske og sosiale nærmiljøkvaliteter. Videre kan fortetting både ha positive og negative helsekonsekvenser. Det er derfor viktig å se fysiske og sosiale forhold i sammenheng og vektlegge sosial ulikhet i byplanleggingen.

Bolig

Færre eier egen bolig i Oslo enn i resten av landet, men det er betydelig variasjon mellom bydelene. 68,9 % av husholdningene i Oslo eide egen bolig i 2022 mot 76,4 % på landsbasis (SSB, 2023a). 31,6 % av husholdningene leier bolig, flest i sentrumsbydelene og færrest lengst øst og vest i byen (SSB, 2023a). Høye boligpriser og husleier gjør det krevende for personer med lave inntekter, førstegangsetablerere, én-person-husholdninger og aleneforsørgere å komme inn på boligmarkedet i Oslo (SSB, 2023b; SSB, 2023c; SSB, 2023d). Det samme gjelder personer med funksjonsnedsettelse, spesielt utviklingshemmede (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2020).

Mange er bundet av høye husleier som gjør det vanskelig å komme inn i boligmarkedet, og har få valgmuligheter når det gjelder bosted. I tillegg kommer høye krav til egenkapital og inntekt ved boligkjøp. Leie av bolig bidrar til å opprettholde forskjeller i samfunnet gjennom ulikhet i boligformue mellom dem som eier, og dem som leier. Leie av bolig kan også føre til hyppigere flyttinger og lavere bostabilitet. Dette kan gi hyppige skolebytter og gjøre det vanskelig å slå rot i nærmiljøet for barn (Hansen og Lescher-Nuland 2011, Grødem og Sandbæk 2013). I tillegg kan det bidra til svekkede skoleprestasjoner, svekket psykisk og sosialt velvære og atferdsproblemer (Sandlie og Andersen, 2016). Det er betydelig variasjoner knyttet til bostabilitet mellom bydeler og delbydeler i Oslo (Aarland og Brattbakk, 2020).

6 % av befolkningen i Oslo ble regnet som vanskeligstilt i boligmarkedet i 2020, definert som lav inntekt, trangboddhet og høy gjeldsbelastning (Velferdsetaten, u.d.). Andelen ligger betydelig høyere enn landsgjennomsnittet på 3,4 %, og varierer mellom 1,9 og 11 % i ulike bydeler (Velferdsetaten, u.d.). Det er særlig personer med ustabil tilknytning til arbeidslivet,

innvandrerbakgrunn, unge aleneboende og familier med én forsørger og små barn, som er vanskeligstilt på boligmarkedet (NOU 2011; 15; Velferdsetaten, u.d.). Antallet vanskeligstilte personer i Oslo har gått ned de siste årene, mens antallet vanskeligstilte husholdninger har gått opp (Velferdsetaten, u.d.). Dette tyder det på at det er flere enslige husholdninger som faller inn under kategorien vanskeligstilt på boligmarkedet. For disse gruppene kan eneste mulighet være å leie en bolig som er eid eller disponert av kommunen. Kommunen disponerte i 2020 ca. 13 200 boliger til utleieformål (Oslo kommune, 2021). Det er en tendens til at disse er samlet i visse områder, med flest boliger i indre øst og færrest i ytre vest, og at dette bidrar til konsentrasjon av levekårsutfordringer.

19,1 % av befolkningen i Oslo bodde trangt i 2022, sammenlignet med 9,7 % i hele landet (SSB, 2023e). Lav inntekt og store husstander er hovedårsaker til at husholdninger bor trangt (With, 2022).

Andelen er høyest i bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand. Deretter kommer sentrumsbydelene, og det er lavest i bydelene Ullern og Vestre Aker (SSB, 2023e). Variasjonen går fra 27,9 % til 7,3 % (SSB, 2023e). Andelen barnefamilier som bor trangt, er i noen utsatte områder på over 60 % (Aarland og Brattbakk, 2020). Trangboddhet påvirker livskvaliteten og øker behovet for møteplasser utenfor hjemmet, særlig for familier med mange barn.

Nærmiljøkvaliteter

I Oslo kommune er det rundt 800 parker og friområder av ulik størrelse. Nær 98 % av befolkningen har mindre enn 300 meter til et grøntområde på minimum 1 mål (1000 m²) (Oslo kommune, u.d.a). Siden 2006 har denne andelen økt. Dette er et resultat av politisk forankrede strategier for byutviklingen, som har ført til at byens vekst har skjedd innenfor områder som allerede har en godt utviklet grønnstruktur. I tillegg har nyutviklede boligområder etablert nye grøntarealer i takt med utbyggingen (Oslo kommune, u.d.a). Likevel har grupper med lav inntekt og grupper med innvandringsbakgrunn, mindre tilgang til blågrønne områder enn andre i Oslo (Venter mfl., 2023). For innvandrerbefolkningen er det særlig avstanden til vann, som elver, innsjøer i Marka og fjorden, som gir utslag.

Oslo har lavere dekning av idrettsanlegg enn andre fylker og de største byene i Norge (Kulturdepartementet og Norges idrettsforbund, 2017), samtidig som det er store forskjeller i anleggsdekningen mellom områder i Oslo. Anleggsdekningen er generelt dårligst i indre by (Bymiljøetaten, 2019). På den annen side er det relativt korte avstander mellom bydelene, og enkelte anleggstilbud har mer byomfattende karakter. Oslo får et løft med pågående idrettsprosjekter, men det vil være behov for flere idrettsanlegg for å kunne legge til rette for et bedre og mer mangfoldig idrettstilbud i takt med befolkningsveksten. Kommunens arealutfordringer legger til en viss grad føringer for hvor mange og hvilke typer anlegg og arealer som kan tilrettelegges for idrett. For å ivareta og utnytte eksisterende kapasitet på best mulig måte, er det i tillegg behov for vedlikehold, bedre infrastruktur og grunnleggende funksjoner i tilknytning til eksisterende anlegg.

Det er klare forskjeller mellom bydelene når det gjelder tilfredshet med lokalmiljøene. Ungdom i de mest ressursrike områdene i vest (76% til 80 %) er langt mer fornøyd med nærområdet sitt enn ungdom i bydelene i ytre øst (63% til 65 %) (Bakken og Osnes, 2021). Jo høyere

foreldrenes sosiale posisjon er, dess mer sannsynlig det at ungdom er fornøyd med lokalmiljøet blant ungdom med norskfødte foreldre. Ungdom med innvandrerbakgrunn er jevnt over minst fornøyd (Bakken og Osnes, 2021). Generelt er ungdom i ytre vest mer fornøyd med fritidstilbudet til ungdom og med tilbudet av idrettsanlegg og kollektivtilbudet enn ungdom i øst og indre by. Motsatt er ungdom i øst mest fornøyd med tilbudet av treffsteder for ungdom (Bakken og Osnes, 2021).

Miljøfaktorer

Global oppvarming fører til dramatiske konsekvenser globalt, og vi ser effektene av oppvarmingen allerede nå med skogbranner, flom og skred. Også i Oslo vil vi se konsekvenser av klimaendringene. Blant annet vil vi få kraftig nedbør vesentlig oftere. Kraftig nedbør, kombinert med en byutvikling med mange tette overflater, vil gi store utfordringer med overvann og flom. Det vil også kunne gi flere kvikkleire-, jord- og flomskred i Oslo. Selv om virkemidler for å nå klimamålene skal gjøre byen bedre, kan enkelte av dem isolert sett treffe skjevt enten geografisk eller sosioøkonomisk skjevt og gi en ulik belastning av klima- og miljøpolitikken.

Det er sannsynlig at skjevfordeling av støy, luftforurensning og andre miljørisikofaktorer i Oslo bidrar til sosiale helseforskjeller (Helseetaten, 2022). De samme områdene av byen er ofte utsatt for både støy og luftforurensning, særlig langs hovedveinettet. Det er også holdepunkter for at det kan være samspillseffekter mellom disse miljørisikofaktorene som bidrar til økte plager og helserisiko (Låg, 2022). Støy og luftforurensning kommer gjerne på toppen av sosial skjevfordeling av andre risikofaktorer for sosial ulikhet i helse. I tillegg kommer ulik grad av sårbarhet for helsevirkningene av klima- og miljøendringene og ulik grad av tilpasning til endringene, jf. kapittel 3.

I støykartleggingen for Oslo fra 2016 regnes 61 % av innbyggerne som utsatt for veitrafikkstøy og 12 % som utsatt for banestøy (trikk, t-bane og jernbane) (Oslo kommune, u.d.b). Andelen støyutsatte fra trikk og t-bane i befolkningen er nokså stabil, men selve antallet har likevel økt siden 2011, hovedsakelig på grunn av befolkningsvekst og fortetting i støyutsatte sentrumsområder (Oslo kommune, u.d.b). Støy fra bygge- og anleggsvirksomhet er også utfordrende over tid i mange områder. Særlig i større transformasjons- og fortettingsområder vil mange måtte leve med støyutfordringer i flere år. Samtidig er det en positiv utvikling i at flere nyere boliger vil ha bedre støyforhold innendørs enn eldre bygninger, samt at flere nyere boliger vil ha tilgang til en stille/skjermet side.

En kartlegging fra 2011 viste at sentrumsbydelene (Grünerløkka, Sagene, Frogner og St. Hanshaugen) hadde størst støybelastning (Oslo kommune, u.d.b). En studie fra Folkehelseinstituttet om veitrafikkstøy og sosisodemografiske forskjeller i Oslo, viste at miljørisikofaktorer, inkludert støy, ser ut til å være ulikt fordelt mellom sosioøkonomiske grupper i Oslo, både på individ- og områdenivå: Lav inntekt og utdanning øker sannsynligheten for å ha høye nivåer av veitrafikkstøy der man bor (Sygna mfl., u.d.).

De stoffene som bidrar mest til lokal luftforurensning i Oslo i dag, er svevestøv (PM10 og PM2,5) og nitrogendioksid (NO₂). Luftkvaliteten er dårligst i sentrum av Oslo, der Hjortnes, Bygdøy allé, Alnabru, Manglerud og Smestad utmerker seg som steder med mye svevestøv (Oslo kommune, u.d.c). De bydelene som utmerker seg med best luftkvalitet, er bydelene i sør, langs

sjøen (Nordstrand, Østensjø og Søndre Nordstrand), Bydel Grorud og Bydel Stovner og i tillegg Bydel Vestre Aker og deler av Bydel Nordre Aker.

Det har de siste tiårene vært en nedgang både i nivået av svevestøv og NO² som følge av ulike miljøtiltak (Oslo kommune, u.d.c). Selv om iverksatte tiltak har ført til bedre luftkvalitet, er det likevel fortsatt fare for overskridelser av kravene i forurensningsforskriften. Det er først og fremst sårbare grupper som personer med astma og andre luftveissykdommer, sykdommer i hjerte- og karsystemet og diabetes som får forverret sykdom og dør for tidlig av luftforurensning (Låg, 2022). Videre blir grupper med lav sosioøkonomisk status oftere enn andre rammet av helseplager som følge av luftforurensning (Låg, 2022; Venter mfl., 2023).

3.4 Utstøtelse og utrygghet

Negative handlinger eller ytringer fra andre som truer opplevelsen av tilhørighet og trygghet, kan være svært skadelig. Mobbing, diskriminering og trakassering innebærer betydelig risiko for både fysiske og psykiske plager eller lidelser. De psykiske problemene fra mobbing under oppveksten kan ofte vare hele livet (Idsøe, 2023). Diskriminering kan påvirke helseatferd, bruken av tjenester og i hvor stor grad man følger medisinske anbefalinger (Williams mfl., 2019). Frykt for å bli diskriminert forbindes med utrygghet og at man unngår mulige ubehagelige steder og situasjoner (Karlson og Nazroo, 2004).

Hatefulle ytringer er ytringer mot noen i kraft av deres antatte medlemskap i en gruppe. Slike ytringer kan sees som en form for utstøtelse og kan også henge sammen med mobbing. Det viser seg at ulike former for makt og marginalisering virker sammen (interseksjonalitet), og at ulike grunnlag for diskriminering må derfor sees i sammenheng (Borchorst mfl., 2012). Det er grunn til å tro at helseforskjeller mellom innvandrere og øvrig befolkning kan komme av diskriminering eller frykt for at diskriminering vil skje (Aambøe, 2021).

Mobbing

Den nasjonale elevundersøkelsen viser at mobbing blant barn og unge i skolen har økt markant over hele landet det siste året etter å ha vært stabilt i flere år. Det er også en nasjonal trend at mobbing forekommer sjeldnere jo eldre elevene er (Utdanningsdirektoratet, 2023). I Oslo forteller 12,4 % på 5. trinn at de er mobbet av en medelev, mens det gjelder 8,8 % av elevene på 7. trinn og 5,5 % av elevene på 10. trinn. 1 % på 5. trinn er mobbet av en voksen, og henholdsvis 1,8 % av elevene på 7. trinn og 3,1 % på 10. trinn forteller å ha opplevd dette. Mobbing skjer også på digitale plattformer: 4,3 % av elevene på 5. trinn i Oslo opplever digital mobbing, mens det gjelder henholdsvis 3,8 % på 7. trinn og 2,7 % på 10. trinn (Utdanningsdirektoratet, 2023).

En studie om mobbing blant Oslo-ungdom viser at unge med etnisk og religiøs minoritetsbakgrunn er omtrent like mye utsatt for mobbing som elever med foreldre født i Norden. Det som skiller gruppene, er at unge med minoritetsbakgrunn oftere opplever å få hatytringer rettet mot seg med henvisning til bakgrunn eller hudfarge. Ungdom opplever dette særlig hvis de tilhører en annen religiøs bakgrunn enn kristendom, og hvis de går på skole med lav andel elever med innvandrerbakgrunn. Motsatt opplever elever med foreldre født i Norden

at de oftere er utsatt for mobbing og hatytringer hvis de er elev på skoler med høy innvandrerandel (Fladmoe og Nadim, 2021).

Oppvekstprofilene til FHI viser at det er bydelsforskjeller i mobbing. På 7. trinn er andelen som oppgir mobbing på skolen, lavere i de vestlige bydelene (Vestre Aker 4,9 %, Nordre Aker: 5,6%) enn i andre bydeler (Bydel Alna 7,9 %, Bydel Grorud 8,1 %, Søndre Nordstrand 9,9 %) (FHI, 2023).

Diskriminering og hatefulle ytringer

Nasjonale data viser at unge voksne, innvandrere, ikke-heterofile og personer med dårlig helse eller lav sosioøkonomisk status opplever mest diskriminering. Unge mellom 18 og 24 år opplever mer diskriminering (42 %) enn eldre (10 %), og graden av diskriminering synker med alderen (Støren og Rønning, 2021). Selvrapportert diskriminering er opptil 10 ganger høyere blant minoriteter enn blant majoritetsbefolkningen (Barstad, 2016). Flere studier viser at det å synlig tilhøre en etnisk minoritetsgruppe gjør personen mer utsatt for fordommer, ekskludering og diskriminering, i tillegg til å være utsatt for hatefulle ytringer (Midtbøen, 2016; Midtbøen og Kitterød, 2019).

Det kan tyde på at holdninger til innvandrere henger sammen med andelen innvandrere i bydelen. I bydeler med «middels høy innvandreretetthet» er innbyggerne mest positive til innvandrere, mens i bydeler med lav andel (10–20 %) er holdningene til innvandrere generelt mindre positive (Brekke og Fladmoe, 2020).

I en rapport bestilt av kommunen pekes det på at diskriminering er en medvirkende årsak til at minoritetsbefolkningen kommer dårligere ut enn resten av befolkningen på en del områder (Bangstad mfl., 2022). Det sies videre at diskriminering oppleves som en pågående og kritisk utfordring for minoriteter i møte med Oslo kommune. Opplevelsen av å bli behandlet dårligere enn andre er utbredt blant noen grupper: Innvandrere er mer utsatt enn etterkommere av innvandrere, og muslimer er mer utsatt enn andre religiøse grupper. De som oppgir rasisme og diskriminering, peker på årsaker som etnisk eller nasjonal opprinnelse, hudfarge eller religiøs tilhørighet eller tilknytning. Undersøkelsen peker også på marginalisering på bakgrunn av seksuell orientering eller kjønnsidentitet som et problem. Menn er noe mer utsatt enn kvinner (Bangstad mfl., 2022). Det er variasjon i opplevelser i møte med ulike tjenester og sektorer.

Holdningene til skeive er mer positive enn før, og innbyggerne i Oslo er minst negative. Undersøkelser viser for eksempel at 20% i Norge hadde negative holdningene til bifile menn i 2009, mens tilsvarende var andelen 6% i 2022 (Bufdir, 2023a). Blant ungdom og unge voksne er aksepten høyest. Også blant ungdom og unge voksne med minoritetsbakgrunn er det langt mer positive holdninger til LHBTIQ-personer, enn i foreldregenerasjonen. Transpersoner er den gruppen av skeive i Norge som er mest utsatt for diskriminering (Anderssen mfl., 2021). 40 % av transpersonene hadde i løpet av de siste fem årene opplevd negative kommentarer på arbeidsplassen. Dette viser at selv om egenrapporterte holdninger ikke er så negative, har mange mennesker fortsatt negative opplevelser knyttet til sin seksuelle legning eller orientering.

Oslo politidistrikt melder om en økning på 11 % fra 2020 til 2021 med 325 forhold registrert som hatkriminalitet (Oslo politidistrikt, 2023). Flest forhold er knyttet til etnisitet (56 %),

seksuell orientering (26 %) og religion (11 %) og består som regel av hatefulle ytringer, kroppskrenkelser eller hensynsløs atferd. Politiet peker på at statistikken ikke gir et bilde av det reelle omfanget av hatkriminalitet fordi mange forhold antakelig ikke blir anmeldt og også flere forhold blir henlagt ved henvisning til ikke straffbart forhold. Registreringen viser en gradvis endring fra handlinger begått i Oslo sentrum til at handlinger nå oftest begås i nabolag i byen og at det har blitt flere forhold på skoler og arbeidsssteder.

Trakassering eller diskriminering i arbeidslivet

Personer med funksjonsnedsettelse har erfaringer med negative holdninger og fordommer generelt, og innenfor utdanning, arbeidsliv og kulturliv spesielt (Bufdir, 2022). Av personer med nedsatt funksjonsevne som ikke har jobb, er det 30 % som ønsker seg det. Forskning fra NOVA ved OsloMet viser at personer som bruker rullestol, diskrimineres i ansettelsesprosesser (Bufdir, 2023b). I 2021 er det 41 % av mennesker med funksjonsnedsettelser i arbeid i Norge, mot 78,4 % i resten av befolkningen. De som er mest utsatt for å stå utenfor arbeidslivet, er personer med psykiske eller kognitive vansker, de som har mobilitetsvansker, og de som har hatt funksjonsnedsettelsen fra ung alder (Bufdir 2023c).

Mennesker med innvandrerbakgrunn opplever at diskriminerende holdninger kan stå i veien for deltakelse i arbeidslivet (Midtbøen og Quillian, 2021). Det er relativt stor ulikhet blant opplevd diskriminering hos mennesker fra ulike land. Personer med bakgrunn fra Somalia forteller om stor grad av opplevd diskriminering i arbeidslivet, i motsetning til dem med bakgrunn fra Sri Lanka (Tronstad, 2009). Helse- og omsorgsarbeidere med innvandrerbakgrunn opplever trakassering eller rasisme som del av sin arbeidsdag i Oslo (Kvernenes, 2020; Lindheim, 2020). I møte med Oslo kommune som mulig arbeidsgiver oppgir menn med etnisk minoritetsbakgrunn høyere grad av opplevd diskriminering enn kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn (Bangstad mfl., 2022).

Forekomsten av mobbing (inkludert plaging og ubehagelig erting) i arbeidslivet har vært relativt stabil siden 2006 (Arbeidstilsynet, 2020). Nasjonale tall kan gi oss en pekepinn på hvilke grupper som også er mest utsatt for mobbing og trakassering i arbeidslivet i Oslo: I dag er 3,5 % utsatt for mobbing, plaging eller erting. Servitører, byggearbeidere, barnehageansatte og bønder og fiskere er mest utsatt. 4,5 % er utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, og andelen er høyest blant servitører, sykepleiere, pleie- og omsorgsarbeidere, politi og vakter (Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2021).

Interseksjonalitet

Samvirket mellom ulike former for diskriminering og interseksjonalitet rammer flere grupper av innbyggere i Oslo. Interseksjonalitet peker på at kombinasjonen av ulike statuser betyr mer enn de enkelte forholdene hver for seg skulle tilsi (Orupabo, 2014). Skeive med etnisk minoritetsbakgrunn er mer utsatt for diskriminering, vekselvis på grunn av sin etnisitet eller religion, vekselvis på grunn av sitt kjønnsuttrykk eller seksuelle orientering. Forskning på hatefulle ytringer viser at andelen som oppgir å ha opplevd hatytringer og hets, mer enn doubles for mennesker med mer enn ett minoritetskjenne tegn (Fladmoe og Nadim, 2019).

3.5 Fysiske og psykiske traumer

Traumer som følge av vold eller overgrep er mer skadelige enn mange andre traumer. Ytterligere skade skjer ved gjentatte situasjoner med vold eller overgrep (RVTS Sør, 2023). Å bli utsatt for vold kan ha like store konsekvenser for fysisk helse som for psykisk helse (Bufdir, 2023). Varige, stabile og trygge relasjoner kan være med på å minske negative konsekvenser av «giftig» stress som setter seg i kroppen som en følge av sterkt krenkende hendelser (Felitti mfl., 2019).

Et traume er «en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslige integritet» (Saakvitne mfl., 2000). Et fysisk eller psykisk traume kan komme av en trussel mot eget liv eller helse, en ulykke eller naturkatastrofe.

En nasjonal forekomstundersøkelse gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Dale mfl., 2023) viser en økning i både vold og overgrep i Norge. Vi kan ikke si noe sikkert om hvorvidt de samme endringene har skjedd over tid i Oslo. Statistikk for Oslo, tyder på at det er sosiale forskjeller blant innbyggerne i hvor utsatt man er for vold og overgrep, og at noen grupper er mer utsatt for å få traumer som en konsekvens av dette.

Vold og overgrep blant barn og unge

For barn og unge utgjør belastninger som vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt store risikofaktorer for fremtidig dårlig helse og livskvalitet og kan ha konsekvenser også for utdanning og arbeidsliv (Hjemdal mfl., 2012). Jo flere belastninger man har i barndommen, desto flere helseproblemer, større risikoatferd og dårligere livskvalitet kan man få senere i livet (Felitti mfl. 2019).

I 2021 oppgir 4 % av unge i Oslo at de er slått av en voksen i familien. 17 % av gutter på ungdomsskolen er utsatt for vold fra jevnaldrende. Gutter er mest utsatt på ungdomsskolen, mens volden reduseres på videregående skole. En nasjonal undersøkelse viser at om lag 1 av 10 oppgir å ha blitt utsatt for alvorlig fysisk vold under oppveksten, mens 1 av 3 har vært utsatt for mindre alvorlig vold under oppveksten (Dale mfl., 2023).

10 % av jentene i Oslo mellom 16 og 19 år oppgir å ha vært utsatt for et seksuelt overgrep, mens dette gjelder 3 % av guttene (Bakken og Osnes, 2021). Den nasjonale forekomstundersøkelse viser at omtrent 1 av 5 hadde vært utsatt for en eller annen form for seksuelle overgrep før fylte 18 år. Jenter er langt mer utsatt enn gutter (Dale mfl., 2023). Dette er altså om lag dobbelt så stor andel enn det som kommer frem av unges egen rapportering i *Ung i Oslo*-undersøkelsen 2021. 5 % av kvinnene og 3 % av mennene har hatt seksuell omgang med en som var vesentlig eldre, før de fylte 13 år.

Vold og overgrep blant voksne og eldre

Oslo kommune mangler statistikk om forekomsten av vold og seksuelle overgrep når det gjelder voksne og eldre innbyggere. Undersøkelsen fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) kan gi en pekepinn på forekomsten av fysisk vold og seksuelle overgrep blant voksne og eldre. Nesten 50 % av mennene hadde vært utsatt for minst én type alvorlig fysisk vold etter at de hadde blitt 18 år. 3 % oppgir å ha opplevd alvorlig fysisk vold, og 3 % mindre alvorlig fysisk vold i løpet av det siste året (Dale mfl., 2023). 1 av 5 kvinner er utsatt for voldtekt med makt eller tvang, sovevoldtekt eller begge, mens 3 % av menn har opplevd dette. Flertallet av de utsatte kjente overgriperen fra før.

Det er anslått at opp mot 76 000 hjemmeboende mennesker i Norge over 65 år har vært utsatt for vold og overgrep (Sandmoe mfl. 2017). De fleste eldre ligner den voksne befolkningen generelt med tanke på å være utsatt for vold, bortsett fra at de som er over pensjonsalder, i større grad utsettes for vold og overgrep fra sine voksne barn, og at det kan være vanskeligere for eldre å bryte ut av et voldelig parforhold (Sandmoe og Bergman, 2022). Det er signifikant forskjell på at flere kvinner som har vært utsatt for vold eller overgrep, oppgir hjerte- og karsykdommer, hjerneslag og skader etter fall enn dem som ikke har det (Sandmoe mfl. 2017).

Digitale krenkelser

1 av 20 oppga å ha blitt utsatt for digitale seksuelle krenkelser, og kvinner opplever dette mest (Dale mfl, 2023). For begge kjønn er det de yngste som opplever størst grad av digitale seksuelle krenkelser. Like stor andel kvinner og menn opplever trusler om deling av seksualisert materiale. Oftest er det en tidligere eller nåværende partner som utøver denne krenkelsen.

Ser vi en økning i vold?

Tilgjengelig statistikk viser en økning i forekomsten av noen typer vold, spesielt seksuelle overgrep, men ikke en økning antall anmeldelser for seksuallovbrudd. *Ung i Oslo*-undersøkelsen viser at det er færre ungdom som er redde for å bli utsatt for vold på skolen og hjemme i 2021 enn det var i 2018. Samme undersøkelse viser også en nedgang fra 9 % til 4 % i unge som blir slått av en voksen i familien (Bakken og Osnes, 2021).

Statistikk fra Oslo politidistrikt (Oslo, Asker og Bærum) viser at det i 2022 var en svak økning på 3 % i anmeldelser for fysisk vold, trusler og tvang (totalt 7566 anmeldelser) etter en nedgang i 2021 som antakelig skyldtes pandemien (Oslo politidistrikt, 2023). Av de ulike typene vold var det minst økning for de alvorligste formene for fysisk vold. Det var en 11 % nedgang i anmeldte seksuallovbrudd fra 2021. Antallet for 2022 (1054 anmeldelser) ligger svakt under de tre årene før pandemien. Nedgangen er i voldtekt og forsøk på voldtekt, spesielt av barn under 14. Dette har ofte omhandlet digitale overgrep.

Registreringer Oslo legevakts overgrepsmottak har over pasienter, viser en jevn økning fra år 2004 til 2018 (628 pasienter). Det var en nedgang i 2021 og så en stor økning i 2022 til 744 pasienter (Thorleifson, 2023).

Omfanget av seksuell trakassering blant studenter har økt siden 2018. I 2022 oppgir 7,4 % av kvinnelige og 0,8 % av mannlige studenter å ha blitt utsatt for voldtekt. I 2018 var dette 4,7 % for kvinner og 0,4 % for menn (Sivertsen og Johansen, 2022). I Oslo oppgir 10 % av de mannlige studentene at de har vært utsatt for alvorlig seksuell trakassering, mens 41 % av de kvinnelige studentene melder om det samme (Studentsamkipnaden, 2022).

Sosiale forskjeller i Oslo

Det er tydelige forskjeller i hvor utsatte unge i Oslo er for vold og overgrep, og hvor redde de er for vold. Unge med innvandrerbakgrunn føler seg mindre trygge enn unge med norskfødte foreldre når de er ute om kvelden. De unge er mest redd for å bli utsatt for vold i sentrum og i området der de bor, og minst redd for vold på skolen og hjemme. Jenter er betydelig mer redde enn gutter, selv om gutter opplever mer vold. Unge i de vestlige bydelene er mer redd for å oppleve vold i sentrum av byen, mens unge i de østlige områdene er mest redd for vold i nærmiljøet (Bakken og Osnes, 2021).

Det er noe forskjeller mellom bydelene når det gjelder vold i nære relasjoner. Andelen som rapporterer å bli slått av en voksen, er høyest i Bydel Grünerløkka (7 %) og Bydel Frogner (8 %). Det er flere som er utsatt for vold i Bydel Frogner og Bydel Ullern (begge 20 %) og færrest i Bydel Stovner (13 %) (Bakken og Osnes, 2021).

Jenter (36 %) er mer utsatt for seksuell trakassering enn gutter (23 %) i Oslo. Unge med norskfødte foreldre (33 %) opplever mer seksuell trakassering enn unge med innvandrerforeldre (25 %). Unge i de sentrumsnære og indre bydelene og de vestlige bydelene oppgir mest seksuell trakassering (Bakken og Osnes, 2021).

Utsatte grupper

NKVTS' undersøkelse viser at barn og unge er en sårbar gruppe når det gjelder å kunne bli utsatt for vold og overgrep (Dale mfl., 2023). Opplevelser av alvorlig vold og overgrep i barndommen øker både sannsynlighet for menn å oppleve vold som voksen og å utøve vold selv. Det tyder på at risikoen for dette øker med antall voldstyper i barndommen (Hafstad og Augusti, 2019). Dette støttes av en rapport gjort av politiet om unge lovbrøyttere i Oslo, som viste at nær en tredjedel av lovbrøytterne (32 %) selv var registrert som offer i voldssaker. For gruppen av særdeles aktive lovbrøyttere var andelen som var offer for vold, nesten dobbelt så stor (62 %). Rapportforfatterne peker på at alder ved krenkelsen har betydning for utviklingen av gjentatt kriminalitet (Bakosgjelten og Ludvigsen Kjenn, 2022).

NKVTS peker på en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold og omfanget av vold. Det gjelder for flere typer vold, men kvinner og menn utsettes for litt ulikt. Kvinner som er skilt, og som har lav utdanning og dårlig økonomi, er mer utsatt for vold, voldtekt og partnervold, mens menn i samme gruppe er mest utsatt for annen fysisk vold. Å være skilt utgjør også en risiko for både menn og kvinner for å bli utsatt for partnervold (Dale mfl., 2023).

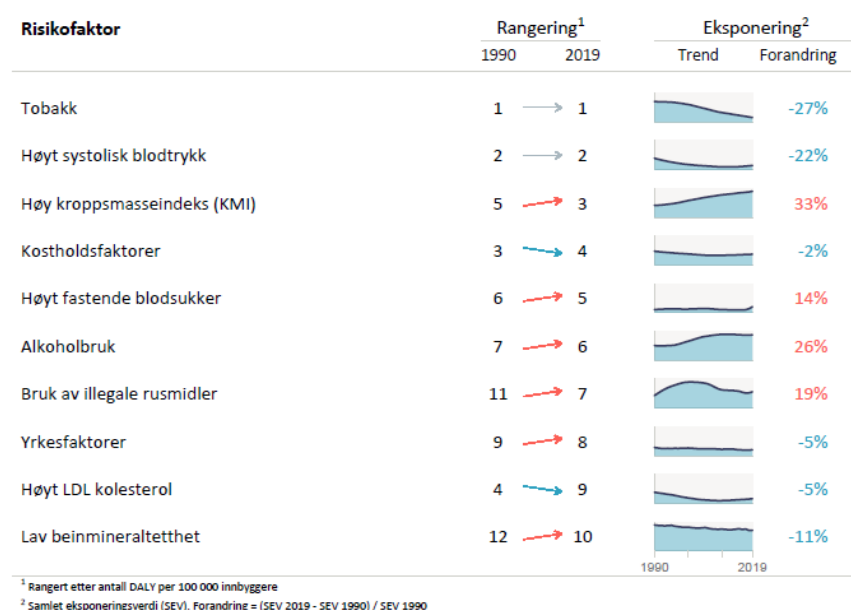
Nasjonale tall viser at bifile kvinner og menn som bryter med normer for seksualitet, er mest utsatt for trusler og fysisk vold. 45 % av bifile kvinner har blitt utsatt for psykisk vold i form av

ydmykelse eller fornedring, og 41 % har opplevd seksuelle overgrep (Barstad, 2022). Transpersoner er særlig utsatt for trusler, vold, krenkelser og seksuelle overgrep. Én av fire transpersoner har opplevd direkte trusler om vold, sammenlignet med 14 % av cispersonene (personer som identifiserer seg som kjønnet de er født med) som deltok i undersøkelsen (Anderssen, 2020).

3.6 Uheldige levevaner

Sosiale forskjeller i levevaner gir utslag på de store folkesykdommene som hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes type 2, fedme, demens, psykiske plager og lidelser og muskel og skjelettlidelser. Levevaner handler om kosthold, fysisk aktivitet, tobakk- og alkoholmisbruk og annen rusmiddelbruk som gir utslag på risikofaktorer for sykdom som høy kroppsmasseindeks, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og høyt blodsukker. Andre levevaner av betydning for helse og livskvalitet er relasjonell atferd, søvn og seksuell og reproduktiv helse. Levevaner er nært knyttet til helsekompetanse for den enkelte.

Sykdomsbyrdeanalyser for Oslo fra Folkehelseinstituttet viser en rangering av risikofaktorer for helsetapsjusterte leveår (summen av tapte leveår og ikke-dødelige helsetap) (FHI, 2021), jf. figur 11. Helsetapsjusterte leveår innebærer både tidlig død og redusert helse og livskvalitet. Tobakk og høyt systolisk blodtrykk (blodtrykket når hjertet er trukket sammen i et slag) er fortsatt de to største risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår i 2019 i Oslo.



Figur 11. Endring i rangeringen og eksponeringen til de største risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår (DALY) i Oslo mellom 1990 og 2019, aldersstandardisert. Helsetapsjusterte leveår er summen av tapte leveår og ikke-dødelige helsetap. Tapte leveår måles som gjenstående forventet levetid når dødsfallet skjer, mens ikke-dødelig helsetap er et mål på sykkelighet i befolkningen, og beregnes ved å multiplisere forekomst av sykdommer, skader og følgetilstander med tilhørende alvorlighetsvekting. Kilde: FHI Sykdomsbyrdeanalyse for Oslo, 2021.

Analysene viser at det siden 1990 har vært en nedgang i røyking, høyt systolisk blodtrykk og risikofaktorer knyttet til yrke, kosthold, høyt LDL-kolesterol (Low-density lipoprotein – en type stoff som frakter kolesterol i kroppen) og lav beinmineraltetthet i Oslo. Motsatt har høy kroppsmasseindeks, høyt fastende blodsukker (blodsukkernivået om morgenen), alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler økt i Oslo siden 1990.

På tvers av kjønn forklarte røyking 8 %, høy kroppsmasseindeks 5 % og høyt blodsukker 4 % av totalt antall helsetapsjusterte leveår. Røyking er i særlig grad knyttet til hjerte- og karsykdom, lungekreft og kols. Høy kroppsmasseindeks er et mål for overvekt og fedme, mens høyt fastende blodsukker indikerer diabetes type 2. Høyt systolisk blodtrykk og høyt kolesterol er særlig knyttet til risiko for hjerte- og karsykdom.

Høy kroppsmasseindeks, høyt fastende blodsukker, høyt blodtrykk og høyt kolesterol har komplekse årsaksmekanismer. På befolkningsnivå henger disse faktorene sammen med livsstil som fysisk aktivitet og kosthold (Meyer mfl., 2022; Stene mfl., 2021; Selmer, 2017; Helsebiblioteket/BMJ, 2020). Bruk av medisiner påvirker også utviklingen av faktorene over tid. Felles for disse risikofaktorene er at de bør fanges opp på et tidlig tidspunkt i helsetjenesten og følges opp regelmessig over tid.

Tobakk

Andelen voksne som røyker i Oslo har gått ned fra 30 % i 1997–2001 til 7 % i perioden 2017–2021 (FHI, 2022a). Det var en jevn nedgang i Norge frem mot årtusenskiftet og deretter en tendens til raskere nedgang (Vedøy, 2022a). Det er litt færre som røyker i Oslo enn i resten av landet (FHI, 2022a).

5 % av voksne med universitets- eller høgskoleutdanning i Oslo røykte daglig i perioden 2017–2021, mens det samme gjelder 11 % av dem med videregående som høyeste utdanning og 16 % av dem med bare grunnskole (FHI, 2022a). Røyking er i noe grad erstattet med snusprodukter (Vedøy, 2022b), som er mindre helseskadelig, men ikke uten skadevirkninger, blant annet under svangerskap (FHI, 2019).

Det er nå få ungdom som røyker daglig eller ukentlig i Oslo, men en tendens til noen flere i sentrumsbydelene (5 % til 6 %) enn i de andre bydelene (3 % til 5 %) (Bakken og Osnes, 2021). Andelen som røyker, er høyest blant ungdom med norskfødte foreldre med relativt lav sosioøkonomisk status (Bakken og Osnes, 2021). Fortsatt er det 10 % av befolkningen over 45 år som røyker daglig (FHI, 2022a).

Røyking forventes fortsatt å være en betydelig risikofaktor for utvikling av kreft, kols og hjerte- og karsykdom i eldre aldersgrupper i årene som kommer. Røykeslutt er viktig for å hindre utvikling og progresjon av disse sykdommene (Helsedirektoratet, 2023).

Fysisk aktivitet

De nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet er knyttet til moderat eller anstrengende aktivitet og styrketrening i gitte mengder. 58 % av befolkningen i Oslo og Akershus oppgir i telefonintervju at de oppfyller Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet i 2019, mot

51 % i 2015 (SSB, 2020). Økningen i Oslo har vært større enn i resten av landet de siste årene. I objektive målinger fra 2015 var det 32 % av befolkningen som oppfylte kriteriene for fysisk aktivitet nasjonalt, og Oslo skilte seg ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet (Hansen mfl., 2015).

Den samme kartleggingen viste at menn med høyere utdanning har 2,5 til 3 ganger høyere sannsynlighet for å oppfylle anbefalingene for fysisk aktivitet sammenlignet med menn med grunnskoleutdanning (Hansen mfl., 2015). I en undersøkelse gjort i Oslo basert på tilsvarende amerikanske kriterier for fysisk aktivitet var det 42 % i bydelene i nord og vest som oppfylte kriteriet, mens tilsvarende andel i øst var 28 % (Hines og Rafoss, 2018). En tilsvarende trend ble funnet hos kvinner. Fra folkehelseundersøkelsene i fylkene er det på den annen side kjent at ukentlig antall timer med stillesitting er høyere blant dem med lang utdanning (Knapstad mfl., 2022). Gåing er den vanligste fysiske aktiviteten i alle aldersgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

86 % av ungdom med norskfødte foreldre og høy sosioøkonomisk status i Oslo trener minst én gang i uken, mot 59 % blant ungdom med innvandrerbakgrunn og lav sosioøkonomisk status (Bakken og Osnes, 2021). For ungdom med høy sosioøkonomisk status er forskjellene mellom dem med norskfødte foreldre og dem med innvandrerbakgrunn små. Andelen fysisk inaktive ungdommer (fysisk aktive sjeldnere enn én til to ganger i måneden) er også høyere i Groruddalen og sentrum øst enn i vest (Bakken og Osnes, 2021). En del av forskjellene mellom bydelene kan forklares av at ungdom i vest er langt mer aktive i både organisert idrett og uorganisert fysisk aktivitet (Bakken og Osnes, 2021).

Utviklingen kan vise en positiv tendens knyttet til fysisk aktivitet i Oslo de siste årene. Det er imidlertid for lite kunnskap om utviklingen i de sosiale forskjellene knyttet til fysisk aktivitet, og det er grunn til å tro at disse består. Helsedirektoratet mener at det finnes en mulighet til å aktivisere lite aktive målgrupper gjennom individrettede tiltak, organisert og egenorganisert aktivitet og digitale produkter (Helsedirektoratet, 2022). Gåing kan i enda større grad bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse gjennom aktivitetsvennlige nærmiljøer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Potensialet for fysisk aktivitet innen idrett og friluftsliv og på hverdagsarenaene som barnehage, skole, studiested og arbeidsplass kan også i større grad utnyttes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Kosthold

De nasjonale kostholdsrådene er knyttet til inntak av angitte mengder av ulike typer matvarer, for eksempel frukt og grønnsaker. 51 % hadde daglig inntak av frukt og bær i Oslo i 2019, mens 61 % hadde daglig inntak av grønnsaker (SSB, 2020). 26 % av Oslos voksne befolkning oppgir et inntak på minst tre porsjoner frukt og grønnsaker om dagen (Abel og Totland, 2021), mens betydelige færre når Helsedirektoratets anbefaling om fem porsjoner om dagen. Inntaket av frukt har gått ned de siste ti årene i Oslo, mens inntaket av grønnsaker har holdt seg nokså stabilt (SSB, 2020).

I Helseregion Sør-Øst hadde 47 % av voksne med grunnskoleutdanning og 48 % av voksne med videregående utdanning inntak av frukt daglig eller oftere i 2019, mot 55 % av voksne med universitets- eller høyskoleutdanning (FHI, 2022b). Tilsvarende tall for grønnsaker i 2015 var henholdsvis 52 %, 56 % og 62 % for de samme gruppene (FHI, 2022c).

Andelen ungdom som spiser frokost hver dag før de går på skolen (fem ganger per uke), er høyest i de vestlige bydelene, Nordstrand og Østensjø (51 % til 63 %) og lavest i Groruddalen og sentrum øst (40 % til 53 %) (Bakken og Osnes, 2021). Noen flere spiser matpakke eller lunsj på skolen hver dag, med tilsvarende forskjeller mellom bydelene. Andelen er høyest blant dem med høyest sosioøkonomisk status og dem med norskfødte foreldre (Bakken og Osnes, 2021).

Helsedirektoratet mener at kostholdet i Norge fortsatt har klare ernæringsmessige svakheter. Inntaket av grønnsaker, frukt, bær, grove kornvarer, fisk og kostfiber er lavere enn anbefalt inntak, mens inntaket av mettet fett og salt er betydelig høyere enn anbefalt (Helsedirektoratet, 2022). Kosthold er en folkehelseutfordring på tvers av sosioøkonomiske grupper, men mer uttalt blant grupper med lav sosioøkonomisk status. Det er et potensial for bedre kosthold på hverdagsarenaene, bedre kunnskap og kompetanse i befolkningen og styrket arbeid med kosthold og ernæring i helse- og omsorgstjenestene (Departementene, u.å.).

Alkohol og andre rusmidler

Nasjonale data viser at høyt utdanningsnivå og høy inntekt er forbundet med høyere drikkefrekvens (Helsedirektoratet, 2016). Det er imidlertid færre som blir alkoholavhengige og færre som får rusmiddelrelaterte helseskader og sykdom i grupper med høyt utdanningsnivå og høy inntekt, enn i grupper med lav utdanning og inntekt (Degerud mfl., 2018). Tall for Oslo viser at drikkefrekvensen og alkoholinntaket er høyere i Oslo enn i resten av landet (Bye mfl., 2022). Det finnes ikke mer detaljerte data om sosial ulikhet i alkoholbruk blant voksne i Oslo.

Andel ungdom som har vært beruset på alkohol i løpet av det siste året, er høyest i de vestlige bydelene og Nordstrand (39 % til 45 %) og lavest i Groruddalen (16 % til 27 %) (Bakken og Osnes, 2021). Andelen er lavest blant ungdom med innvandrerbakgrunn og ungdom med lav sosioøkonomisk status (NOVA, 2021). Andelen ungdom som har brukt hasj eller marihuana det siste året er høyest i sentrumsbydelene (17 % til 21 %) og lavest i Groruddalen (9 % til 14 %) (Bakken og Osnes, 2021). Andelen er lavest blant ungdom med innvandrerbakgrunn og lav sosioøkonomisk status og høyest blant ungdom med norskfødte foreldre og lav sosioøkonomisk status (Bakken og Osnes, 2021). Bruken av andre narkotiske stoffer er mest utbredt i flere av sentrumsbydelene (Bakken og Osnes, 2021).

Helsekompetanse

33 % av befolkningen i Norge mangler sentrale kunnskaper og ferdigheter om helse (Le mfl, 2021), også omtalt som helsekompetanse, se tekstboks 6. Det er klare sammenhenger mellom helsekompetanse og utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Grupper med mangelfulle lese- og skriveferdigheter, manglende språkferdigheter og lav digital kompetanse, kan ha utfordringer med å tilegne seg nødvendig helsekompetanse. Sårbare grupper er eldre og personer med kognitiv svikt, samt innvandrere med kort botid eller lav utdanning. Helse- og omsorgsdepartementet peker på lav helsekompetanse som en samfunns- og helsepolitisk utfordring og etablerte i 2019 en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Helsekompetanse

Helseatferd, blant annet levevaner og bruk av helsetjenester, er nært knyttet til helsekompetanse. Helsekompetanse defineres som «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Evnen til å få tilgang til helseinformasjon spiller også inn. Ferdighetene avhenger av personlige, kognitive og sosiale ferdigheter (Nutbeam, 2000). Helsekompetanse gir grunnlag for gode helsevalg i hverdagen, og god evne å orientere seg i helsesystemet og følge opp egen helse.

Tekstboks 6

3.6 Ulik bruk av helsetjenester

Helsetjenester kan virke forebyggende og demme opp for sosial ulikhet i helse og livskvalitet. Ulik bruk av helsetjenester kan skyldes forhold som geografiske forskjeller i tilgjengelighet, ventetid, pris, språkbarrierer, manglende tilpasning til ulike brukergrupper og ulik evne til å benytte seg av helsetjenester. Bruken av helsetjenester er nært knyttet til helsekompetanse for den enkelte.

Helsekompetanse

Oslo har som landets hovedstad god tilgang på alle typer helsetjenester og spesielt høyspesialiserte helsetjenester. Samtidig er det grunn til å tro at befolkningen i varierende grad drar nytte av dette. Flere valg og større brukermedvirkning bidrar til at helsesystemet blir mer komplekst. Dette gjør det vanskeligere for innbyggerne å orientere seg og forutsetter at innbyggerne har god helsekompetanse som gjør dem i stand til å forstå hvor og hvordan de skal få hjelp (Helsedirektoratet, 2021).

Det samme kan gjelde økt spesialisering og rask teknologisk utvikling. Særlig stiller den økende bruken av digitale løsninger høyere krav til digital helsekompetanse blant innbyggerne (Le mfl., 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er avgjørende for helse- og omsorgstjenestene å kunne identifisere og ta tak i faktorer som bidrar til å redusere barrierene som hindrer ulike sosiale grupper i å få tilgang til helsetjenester og helseinformasjon. Økt bevissthet blant helsepersonell om behovene til de ulike gruppene er blant annet nødvendig for å oppnå dette.

Udekkede behov for helsetjenester

I en nasjonal undersøkelse gjennomført av SSB i 2019 kommer det frem at lavere inntekts- og utdanningsgrupper bruker allmennlegen i størst grad, mens grupper med høyere utdanning og inntekt bruker helsetjenester som legespesialist, fysioterapi og tannlege mer enn andre grupper (Lunde og Ramm, 2021). Videre kommer det frem i samme undersøkelse at andelen som har vært innlagt på sykehus, ser ut til å være mindre jo høyere inntekt man har. Bruk av

pleie- og omsorgstjenester er mer vanlig blant personer uten ressurssterk familie enn blant dem med motsatte kjennetegn (Syse mfl., 2022).

SSB-undersøkelsen fra 2019 konkluderer med at de fleste får den hjelpen de trenger, men at det er til dels store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Flere yngre enn eldre oppgir i undersøkelsen et udekket behov for helsehjelp. Det er grunn til å tro at dette bildet gjelder også i Oslo. Behovet er i SSB-undersøkelsen størst i sårbare grupper, som hos personer med lav inntekt, svekket helse, psykiske plager, uføre og arbeidsledige. Det er flere i undersøkelsen som har et udekket behov for lege og tannlege enn for psykolog eller psykiater. Oftere gjelder dette personer med psykiske plager og arbeidsledige. Det er sjelden dårlig råd eller transport som oppgis som årsaken til udekket behov for legehjelp, men enkelte mener det er for lang ventetid når de trenger time. Dette kan se annerledes ut i Oslo enn i resten av landet, hvor det er større utfordringer med kapasitet i fastlegetjenesten. For tannlegetjenester sier halvparten av dem med udekket behov i SSB-undersøkelsen at de ikke har hatt råd til tannlegebehandling.

SSB-undersøkelsen viser også at flere enn tidligere har tatt en influensavaksine, men det er likevel forskjeller etter både utdanning og inntekt. I et utvalg blodprøver, er det ikke et tydelig sosioøkonomisk mønster; her har flest sjekket seg for høyt blodtrykk, blodsukker og kolesterol i gruppen oppført med videregående skole. Det er god oppslutning om de nasjonale screeningprogrammene, men det er forskjeller etter inntekt for kvinnene i målgruppen 50–69 år i mammografiprogrammet og for celleprøver for å påvise livmorhalskreft.

Bruk av helsetjenester blant minoriteter

Personer med minoritetsbakgrunn har ofte en høy terskel for å benytte seg av helsetjenester eller mangler tillit til helsevesenet. Dette kan skyldes individuelle barrierer som hindrer dem i å få tilgang til helsetjenester, blant annet begrenset økonomi, kulturelle og religiøse overbevisninger, lave språkferdigheter, tidligere negative erfaringer i møte med helsevesenet og lav helsekompetanse (Kumar, 2022; Unge funksjonshemmede, 2017; Zhao, 2021). Videre kan personer med funksjonsvariasjoner unngå å oppsøke hjelpetilbud på grunn av erfaringer med og bekymringer for manglende universell utforming av offentlige bygg, og usikkerhet om hvorvidt man kan ha med seg assistanse eller tjenestedyr eller om tjenestene tilbyr tolk (Gundersen og Vislie, 2019).

Utilstrekkelig kunnskap og kompetanse hos helsepersonell om de vanlige helseutfordringene blant ulike minoritetsgrupper og rettighetene deres, kan bidra til barrierer for bruk av helsetjenester. Normer, fordommer og diskriminering i helsetjenesten kan skape frykt for stigmatisering og marginalisering hos brukere av helsevesenet og resultere i at man unnlater å søke helsehjelp selv når man trenger det (Ezhova mfl., 2020; Kumar, 2022; Unge funksjonshemmede, 2017; Helsedirektoratet, 2021; Oslo kommune, 2020; Zhao, 2021).

Ulighet i kvalitet på behandling

Flere norske studier har vist sosiale forskjeller i behandling av ulike medisinske tilstander. Det gjelder for eksempel mer avansert behandling ved kreft (Nilssen mfl., 2016; Fiva mfl., 2014) og hjertesykdom (Sulo mfl., 2016) og bedre behandlingsutfall (Fiva mfl., 2014; Kravdal, 2014;

Skyrud mfl., 2016). Forskjellene i behandling kan skyldes flere forhold, blant annet dårligere generell helsetilstand, samsykelighet eller senere diagnosetidspunkt for grupper med lav sosioøkonomisk status. Forskjellene betyr ikke nødvendigvis dårligere behandling fra helsevesenets side for disse pasientene, men det kan heller ikke utelukkes (Syse mfl., 2022). Det er behov for mer forskning om dette.

Geografisk fordeling av helsetjenester

For en del helsetjenester er tilbudet ulikt geografisk fordelt i Oslo. Det er for eksempel lavere dekning av fastleger i de østlige bydelene og sør i Oslo (se figur 12). Oslo kommune er kjent med at Helse Sør-Østs data viser skjev fordeling av avtalespesialister i Oslo (ikke publiserte data). Når det gjelder tjenester til barn og unge innen psykisk helse, viste en kartlegging i Oslo i forløpet av koronapandemien at disse er underdimensjonert og varierer på tvers av bydeler både når det gjelder størrelse, organisering, innhold i tjenestene og åpningstider (Helseetaten, 2021).

Samordning og koordinering av helsetjenester

Videre kan utfordringer med samordning og koordinering av tjenester for sårbare grupper, oppstå i grenseflatene og overgangene mellom tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer (Hansen mfl., 2019). Manglende kontinuitet i oppfølging kan være en utfordring, men det kan også overføring av informasjon mellom tjenester være. Årsakene til dette kan være at ingen har eller tar ansvar for koordinering og helheten. Arbeidet med å skape en helhetsforståelse og lik praksis er utfordrende og krever systematisk arbeid og samhandling på tvers av tjenester over tid som en integrert del av tjenestetilbudet. Å skape trygge arenaer for dialog om samhandling, der ulike lovverk og praksis kan oppleves som barrierer, er et arbeid som også må gjøres på ulike nivåer. Eksempler på dette er Helsefelleskapet eller samarbeidsutvalget mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst.

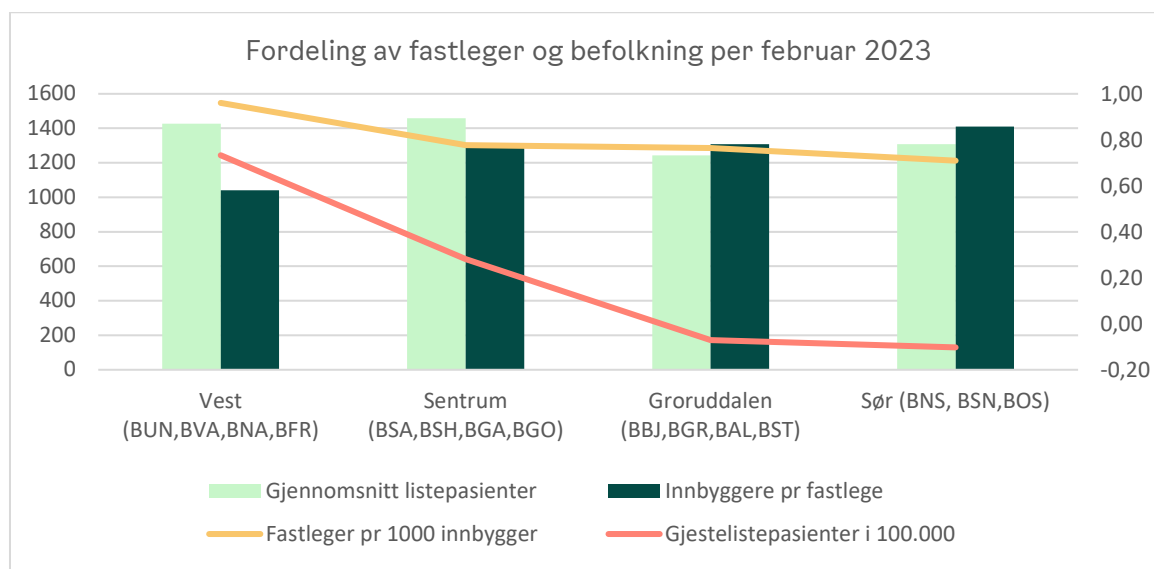
Privatisering av helsetjenester

Det har de siste årene skjedd en økende privatisering av helsetjenester. Særlig i Oslo er tilbudet av helprivate helsetjenester bredt, både innen tjenester som tradisjonelt gis i spesialisthelsetjenesten, og i de kommunale helsetjenestene. Omfanget av private helseforsikringer har også økt. Det er for tidlig å si hvordan dette påvirker den sosiale ulikheten i helse i Norge. Utviklingen fremover bør sees i sammenheng med at terskelen for å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten blir stadig høyere, og en fremvekst av private tilbud med høy egenbetaling, som i noe grad kompenserer for dette.

Helse- og omsorgstjenestens rolle i helseulikhetspolitikken

Fagrådet for sosial ulikhet i helse har anbefalt at helsevesenet bør ta en mer aktiv rolle i helseulikhetspolitikken ved å iverksette konkrete tiltak for å gjøre tilbudet mer likeverdig for alle (Helsedirektoratet, 2016). Fagrådet pekte i denne sammenheng på en evaluering av

tidligere politikk for å redusere helseforskjellene i Norge. Evalueringen viser at helsesektoren ligger etter de andre samfunnssektorene i å gjennomføre tiltak som kan redusere forskjellene (Giæver, 2013). Senere arbeider viser at videre utvikling av en mer likeverdig kommunal helsetjeneste fortsatt er avgjørende for å sikre at alle, uavhengig av deres sosiale og økonomiske status, får lik tilgang og kvalitet til helsehjelp (Gundersen og Vislie, 2019; Jakobsen og Spilker, 2020).



Figur 12. Gjennomsnittlig antall listepasienter per fastlege, antall innbyggere per fastlege (befolkning), antall fastleger per 1000 innbyggere, antall gjestelistepasienter (pasienter fra andre kommuner). Bydeler i Oslo gruppert i større områder, per februar 2023. Kilder: Fastlegedata fra Helsenorge og befolkningsdata fra Oslo kommune. Bearbeidet av Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester.

Merknad: Det er bare bydelene i vest (med unntak av Bydel Nordre Aker) og Bydel Alna som har tilstrekkelig ledig listekapasitet sett ut fra målene. Oslo sør og Groruddalen har lavest dekning av fastleger sett mot befolkningens størrelse. Bydelene Bjerke, Sagene, Stovner og Søndre Nordstrand har svært få ledige plasser på fastlegelistene.

4. Utviklingstrekk

Samfunnsutviklingen gjør at vi kan forvente at den sosiale ulikheten i helse og livskvalitet kan øke i årene som kommer. Dette gjelder både globalt og nasjonalt, og også for Oslo. I dette kapittelet går vi gjennom noen hovedtrekk knyttet til store drivere for sosial ulikhet i helse og livskvalitet.

4.1 Klima- og miljøendringer

WHO har pekt på klima- og miljøendringene som den største trusselen mot folkehelsen i vår tid (se også tekstboks 7). At planeten er beboelig og bærekraftig, er forutsetningen for alt liv. Alle mennesker over hele verden er truet av klimaendringer. WHO stadfester at de mest sårbare gruppene av innbyggere rundt om i verden vil rammes hardest også av klima- og miljøendringene, for eksempel vanskeligstilte, minoriteter, eldre eller de med underliggende sykdommer, og er spesielt bekymret for påvirkningen på barn og unges helse (WHO, 2021). Lancet-kommisjonen for helse og klimaendringer peker på at de siste 50 års vinninger for folkehelsen kan være truet av klimaendringene (Lancet Public Health, 2021).

Gruppene med lavest sosioøkonomisk bakgrunn eller med underliggende sykdom er mest utsatt både av direkte miljøpåvirkninger og akutte naturkatastrofer (Jore mfl., 2023). Med økende sosial ulikhet i helse og livskvalitet vil nye helseplager kunne oppstå, og allerede eksisterende helseplager vil kunne forverres. Dette kan handle om hvor utsatte områder gruppene bor eller oppholder seg i, hvilke ressurser de har til å tilpasse seg eller beskytte seg, og hvor sårbare de i utgangspunktet er på grunn av underliggende sykdom.

Grupper med lav sosioøkonomisk status blir for eksempel oftere enn andre rammet av helseplager som følge av luftforurensning og dårlig luftkvalitet, først og fremst sykdommer i luftveier og hjerte- og karsystemet (Låg mfl., 2022). I etterkant av akutte og langvarige naturkatastrofer som flom, hetebølger, tørke og ekstremvær har man sett økt forekomst av posttraumatisk stresslidelser, depresjon og angst (Lawrance mfl., 2021).

WHO peker på at det vil bli umulig å nå FNs bærekraftsmål hvis man ikke har en helhetlig og systematisk tilnærming til å håndtere helseulikheter (WHO, 2021). Å jevne ut sosiale forskjeller i helse og livskvalitet kan sees som en forutsetning for å gjennomføre fremtidige klima- og miljøtiltak fordi innbyggerne må akseptere at disse tiltakene kan innebære at de må gi slipp på enkelte goder eller få høyere utgifter. Store forskjeller i befolkningen kan gjøre dette vanskeligere. FHI peker på at en konsekvens av at klima-, miljø- og naturendringene rammer sårbare grupper, er ytterligere press på helse- og omsorgstjenestene (Jore mfl., 2021).

Klimaendringer og folkehelse

Klimaendringene påvirker temperatur, luftkvalitet, støy, vannforsyning og trygge oppholdssteder med risiko for negative utfall på helsen (WHO, 2021). Flere smittsomme sykdommer vil kunne spre seg til nye områder. Gjennom direkte påvirkning på kvaliteten og avlingene i landbruket kan klimaendringene føre til redusert matsikkerhet og mattrygghet. Naturhendelser som følge av stigende gjennomsnittstemperaturer kan føre til store ødeleggelser og til at kritisk viktig infrastruktur faller bort. Dette kan påvirke viktige samfunnsfunksjoner (Jore mfl., 2022).

Eksempler på hendelser som kan ramme Oslo er hetebølger, tørkeperioder, skogbrannfare, ekstremnedbør, overvann, flom, skred, havnivåstigning, stormflo, oversvømmelser og bølgeskader. Store nedbørsmengder kan blant annet føre til økt overflateavrenning og forurensede drikkevannskilder (Klimaetaten, 2020).

Stadig flere mennesker bor i byer, også i Norge. Urbaniseringen bidrar blant annet til klima- og miljøendringer. Tilpasning til et endret klima og tiltak som reduserer utslipp og bevarer natur og miljø, er derfor nødvendig for å bevare folkehelsen og forhindre økende sosial ulikhet i helse og livskvalitet.

WHO anbefaler å legge til rette for en sunnere, mer rettferdig og grønnere fremtid ved å bevege seg mot en økonomi som prioriterer menneskelig behov over økonomisk vekst (wellbeing economy). Bærekraftig byutvikling med areal- og transportplanlegging, kollektivtransport, et menneskevennlig bybilde og gode nærmiljøer er også anbefalt. Å beskytte naturen og legge til rette for produksjon av sunn og bærekraftig mat er andre anbefalinger (WHO, 2021).

Oslo kommune har en offensiv klimapolitikk med et eget klimabudsjett og egne planer og strategier for å innrette politikken mer miljømessig og bærekraftig. Oslo skal redusere klimagassutslippene med 95 % innen 2030 sammenlignet med 2009-nivå. Kommuneplanen løfter frem veksten i byens befolkning som en mulighet til å legge til rette for en klimavennlig utvikling.

Tekstboks 7

4.2. En mer ustabil verden

Verden har de siste årene erfart verdensomspennende kriser i form av covid-19 pandemien, som begynte i 2020, og tiltagende geopolitiske konflikter, senest krigen i Ukraina, som startet i 2022. Globaliseringen gjør at hendelsene raskt får innvirkning på levekårene og folkehelsen i Oslo. De mest sårbare gruppene rammes igjen hardest.

Oslo kommune ble rammet kraftigere og over lengre tid av covid-19 pandemien enn resten av landet og hadde som følge av dette også mer langvarige og inngripende tiltak (Koronakommisjonen, 2021). Pandemien traff befolkningen i Oslo ulikt både når det gjelder smittetall og hvor alvorlig sykdomsforløpene var med tanke på innleggelser, respiratorbruk og død relatert til covid-19. Det samme gjelder de psykososiale helsekonsekvensene av tiltakene som ble innført. Grupper med lav sosioøkonomisk status ble hardest rammet. Barn og unge, eldre og enkelte innvandrergupper er andre grupper som av ulike grunner ble særlig rammet av pandemien og konsekvensene den hadde for helsen (se også tekstboks 8).

Ved inngangen til pandemiens tredje år startet Russland en angrepskrig mot Ukraina. Krigen har skapt ubalanse i verdsøkonomien og påvirker også den norske økonomien. Blant annet dyrere strøm og mat sammen med gjentatte renteøkninger gjør den økonomiske situasjonen vanskeligere for mange og bidrar til å forsterke forskjellene i samfunnet. Krigen skaper også store flyktningestrømmer på tvers av landegrenser.

De langsiktige konsekvensene av koronapandemien og krigen i Ukraina er ikke kjent. Trolig vil utviklingen forsterke og aktualisere enkelte av de langsiktige utfordringene Norge har sett lenge, som sosial ulikhet i helse, arbeidsledighet og utenforskap. Det er usikkert hvordan den geopolitiske situasjonen vil utvikle seg videre. Det er også risiko for nye pandemier som kan ha konsekvenser for sårbare grupper. Det blir viktig å motvirke økende sosial ulikhet og demme opp for de mulige helsekonsekvensene av en mer ustabil verden.

Covid-19: sosial ulikhet i helsekonsekvenser og sårbare grupper

Nasjonale analyser har vist at personer med kort utdanning og lav husholdningsinntekt hadde høyere risiko for å bli smittet og å få alvorlig sykdom (FHI, 2021). Arbeidsforhold, boforhold, innvandrerbakgrunn, helsekompetanse, forsinket tilgang til helsetjenester og underliggende sykdommer har blitt diskutert som mulige forklaringer på de sosiale forskjellene knyttet til covid-19 (FHI, 2021).

Det er sammensatte grunner til at enkelte innvandrergrupper var overrepresentert i statistikken for smitte og innleggelse. Arbeidet med testing, isolasjon, smittesporing og karantene (TISK) ser ikke ut til å ha vært like effektivt i alle miljøer. Fellestrekk for flere av bydelene med høye smittetall var lavt utdanningsnivå, lav sysselsetting, og lav inntekt i barnehusholdninger (Helseetaten, 2021). Andre årsaker som trekkes frem, er lav helsekompetanse, lav tillit til myndigheter og ulike medievaner blant innbyggere med ulik landbakgrunn.

Undersøkelsen "Oslo ungdom i koronatiden" viste at 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 innvandrerbakgrunn (Bakken mfl., 2020). Noen grupper av barn og unge fikk det bedre under pandemien, andre verre. Grupper som allerede før pandemien var i en sårbar situasjon, slik som de med lav sosioøkonomisk status, ble hardest rammet (FHI, 2021).

Sannsynligvis var stenging av barnehager og skoler det tiltaket som påvirket mest (FHI, 2021). Osloskolene var de skolene i landet som var lengst stengt ned. Forekomsten av psykiske plager og ensomhet økte og livskvaliteten sank blant barn og unge i Oslo under pandemien (FHI, 2023; Bakken og Osnes, 2021). Etter pandemien har helsetjenestene opplevd en stor økning i antall barn og unge med psykiske plager og lidelser (Helseetaten, 2021; Helse Sør-Øst, u.d.). En kartlegging fra 2020 viste at ungdom i lavinntektsfamilier og ungdom med foreldre med psykososiale vansker var mer utsatt for vold og overgrep under nedstengningen enn annen ungdom (NKVTS, 2020).

Eldre hadde høyere sannsynlighet for alvorlig sykdomsforløp og innleggelse (FHI, 2022). Som et resultat av myndighetenes tiltak for å beskytte sårbare grupper ble både eldre hjemmeboende og sykehjemsbeboere sosialt isolert og passivisert (Aldring og helse, 2022). En undersøkelse fra 2021 fant at psykososial helse og ensomhet blant eldre ble verre i løpet av pandemien, spesielt blant kvinner (Hansen mfl., 2021).

Tekstboks 8

4.3 Befolkningsutvikling

I Oslo bor det ca. 700 000 mennesker, og etter to år med svak vekst i 2020 og 2021, tok veksten seg opp igjen i 2022.-Oslo står, som resten av landet og verden, foran en periode med en større andel eldre. Oslo vil fortsatt ha en ung befolkningsprofil i 2040, men vi forventer om lag en dobling av personer i aldersgruppene over 80 år (Oslo kommune, 2022). Hver femte

person over 60 år i Oslo har i dag innvandrerbakgrunn (Oslo kommune, 2023a; Oslo kommune 2023b). SSB forventer at befolkningsveksten blant innvandrere fremover vil skje i de eldre aldersgruppene (Tømmerås og Thomas, 2022).

Selv om eldres helse sannsynligvis vil bli bedre i årene som kommer, øker risikoen for sykdom og funksjonshemninger med alderen, for eksempel kreft, hjerte- og karsykdom og demens (Helsedirektoratet, 2022). Som en følge av befolkningsutviklingen vil derfor flere leve med kroniske tilstander. Antallet som får demens, antas å mer enn dobles innen 2050 (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.d.). Flere vil også komme til å ha flere sykdommer samtidig. Parallelt med dette øker den sosiale ulikheten i helse gjennom livsløpet og ser ut til å fortsette inn i alderdommen.

Utviklingen med flere eldre med kroniske tilstander vil gi økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil forsørgerbyrden øke ved at andelen i arbeidsdyktig alder relativt til andelen eldre, går ned. Det forventes mangel på kvalifisert helsepersonell, økende grad av digitalisering av helsetjenester og at den enkelte vil måtte ta mer ansvar for sin egen helse (NOU 2023: 4). Samtidig har eldre med lav sosioøkonomisk status minst ressurser til å ta hånd om sin egen helse (WHO, 2021). Dette vil kunne være en driver for økt sosial ulikhet i helse og livskvalitet.

Det blir enda viktigere i årene som kommer å fremme helse, forebygge sykdom og demme opp for økende sosial ulikhet i helse og livskvalitet. Helsepersonellkommisjonen peker på at en styrket satsing på folkehelse- og forebyggingsarbeid kan bidra til å redusere det fremtidige behovet for innsats fra helsepersonell og sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester (NOU 2023:4).

5. Styrker og ressurser

I møte med utfordringsbildet knyttet til sosial ulikhet i helse og livskvalitet i Oslo, er det viktig å belyse ressursene som byen og innbyggerne har. Disse kan anses som helsefremmende faktorer for helse og livskvalitet, og de er både naturgitte og menneskeskapte ressurser. Oslo er en mangfoldig by. Mye ressurser og kompetanse er samlet her, og levekårene som helhet er gode.

Ressursene i Oslo er både individuelle og kollektive styrker som bidrar til å fremme god helse og livskvalitet. De samme ressursene som gir helse og livskvalitet for enkeltmennesker, kan også bidra til å øke sosial ulikhet dersom de er ulikt fordelt. Oslos ressurser må fordeles og brukes med mål om at alle i hele byen skal ha god helse og leve gode liv.

Oslos innbyggere og mellommenneskelige forhold

Oslos befolkning er i seg selv en stor ressurs for folkehelsen ved sine ferdigheter, vaner, iboende ressurser og motstandskraft. Den sosiale støtten som mennesker gir hverandre i form av praktisk hjelp, råd og følelsesmessig omsorg, er også en viktig ressurs for god helse og livskvalitet. Å få støtte fra andre, ha gode opplevelser i felleskap eller oppleve tilhørighet til sosiale grupper demper negativt stress og er beskyttende for psykiske plager. For barn og

unge bidrar omsorgsfulle voksne og venns­kaps­relas­joner til trygghet og god utvikling. Sosial støtte er viktig i hele livsløpet (Helsedirektoratet, 2014). Mellom-menneskelige forhold som relasjoner, følelsesmessige bånd og nettverk, skaper tillit og sam­hørighet og er viktige ressurser som bidrar til god folkehelse og sosial bærekraft (FHI, 2020).

Utdanning og arbeidsliv

En høyt utdannet befolkning gir Oslo ressurser i form av mye kunnskap og kompetanse. Dette i seg selv kan forebygge sykdom og plager, men utdanning kan også for enkeltmennesker gi tilgang til ressurser som en meningsfull jobb, stabil inntekt og en god bolig. Arbeid er viktig for enkeltpersoner som en kilde til økonomisk trygghet, identitet og personlig vekst. Oslo har et mangfoldig arbeidsliv og sysselsettingen er noe høyere i Oslo enn for landet som helhet (SSB, 2023).

Nærhet til variert natur

Tilgjengelighet til urbane grøntområder fremmer fysisk aktivitet og folks selvopplevde helse (Millstein og Hofstad, 2017). 53 % av innbyggerne i Oslo bor mindre enn 500 meter fra et rekreasjonsareal, og 29 % bor mindre enn 500 meter fra et nærturterreng (SSB, 2022). Samlet sett utgjør fjorden, områdene som grenser til fjorden, og Marka en viktig ressurs for innbyggernes helse og livskvalitet fordi de gir tilgang til deltakelse og fysisk aktivitet, atspredelse, mestring og fellesskapsopplevelser. Tilgangen til naturen er tilrettelagt i form av turstier, skiløyper og serverings- og overnattingssteder.

Nabolag og møteplasser

Oslos mange møteplasser, enten de ligger i nabolaget eller i byens sentrum, bidrar til trivsel, aktivitet og fellesskap. Sosiale møter kan oppstå spontant eller planlagt for eksempel rundt en dyrkingskasse eller et bordtennisbord i parken, på en rasteplass i marka eller på kafeer, i biblioteket eller på idrettsbanen.

Kultur- og uteliv og kreative miljøer

Oslo har et mangfold av kulturtilbud og kreative miljøer. Restauranter og serveringssteder kan betegnes som arenaer som også er helsefremmende i kraft av å fremme sosiale relasjoner og samvær (Sternes, 2019). Kreative miljø for utfoldelse og kultur- og uteliv kan alle anses som ressurser for folkehelsen i Oslo.

Tilbud, tjenester og teknologi

En rekke kommunale tjenester kan ses som ressurser for folkehelsen. Barnehager, skoler, aktivitetsskolen, helsestasjoner, omsorgshjem og helsetjenester er tjenester som gis til hele befolkningen og som bidrar til god folkehelse. Flere tjenestesteder har i tillegg et utnyttet potensial som møteplasser i et nærmiljø og kan planlegges for bruk av andre enn

primærmålgruppen. Seniorsenter, fritidsklubber og gratis utlån av sports- og friluftsutstyr er andre tilbud.

Teknologi er en ressurs som gjør det mulig å løse oppgaver annerledes enn det vi gjør i dag, og dermed bruke de menneskelige ressursene på en enda bedre og mer meningsfull måte. Digitale og velferdsteknologiske hjelpemidler kan for eksempel hjelpe mennesker med å være selvstendige og bo lenger i eget hjem. Oslo kommune har et Velferdsteknologisk knutepunkt som åpner for deling av informasjon og mer effektiv ressursbruk. Data og analyse av data om innbyggerne er viktig i forebygging, noe Oslo kommune brukte aktivt under covid-19 pandemien.

Frivillighet, kompetansemiljø og næringsliv

Det store frivillige organisasjonslivet som finnes i Oslo, gir mange meningsfulle aktiviteter og tilknytning. Flere ideelle organisasjoner har tilbud som er rettet mot å fremme helse, omsorg eller livskvalitet for innbyggerne. Mange nasjonale kompetansemiljøer er samlet i Oslo. Universiteter og høyskoler og andre forsknings- og utviklingsmiljøer har mye kunnskap som er nyttig for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Sosiale entreprenører og næringslivet representerer både en sosial, kreativ og økonomisk ressurs for byen.

Referanser

Kapittel 1. Om sosial ulikhet i helse og livskvalitet

Dahl, E., Bergsli, H., og van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. [Hovedrapport]. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

FHI. (2022, 01, 12). *Forventet levealder etter utdanning (LF, inndeling per 1.1.2020)*. Norgeshelsa. <https://norgeshelsa.no/norgeshelsa/>. Hentet 10.12.2022.

Kinge, J.M., Modalsli, J.H., Øverland, S., Gjessing, H.K., Tollånes, M.C., Knudsen A.K., Skirbekk V., Strand, B.H., Håberg, S.E., & Vollset, S.E. (2019) Association of Household Income with Life Expectancy and Cause Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 32(19), 1-10.

Igland, J., Vollset, S. E., Nygard, O. K., Sulo, G., Ebbing, M., og Tell, G. S. (2014a). Educational inequalities in acute myocardial infarction incidence in Norway: a nationwide cohort study. *PLoS One*, 9(9), e106898.

Igland J, Vollset SE, Nygård OK, Sulo G, Sulo E, Ebbing M, Næss Ø, Ariansen I, Tell GS. (2014b) Educational inequalities in 28 day and 1-year mortality after hospitalisation for incident acute myocardial infarction-a nationwide cohort study. *Int J Cardiol*. 2014 Dec 20;177(3):874-80.

Larsen, I. K., Myklebust, T. Å., Babigumira, R., Vinberg, E., Møller, B., og Ursin, G. (2020). Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 59(11), 1300-1307.

Johannessen, A., Omenaas, E. R., Bakke, P. S., og Gulsvik, A. (2005). Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. *Thorax*, 60(10), 842-847.

Zhang, J., Perret, J. L. Chang. A. B., Idroes, N. S., Bui, D. S., Lowe, A. J. , Abramson, M. J, ... Dharmage, S. C. (2021). Risk factors for chronic cough in adults: a systematic review and meta-analysis. *Respirology*, 27(1), 36-47.

Joseph, J., Svartberg, J., Njolstad, I., og Schirmer, H. (2010). Incidence of and risk factors for type-2 diabetes in a general population: the Tromsø Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7), 768-775.

Ruiz, P. L., Hopstock, L. A., Eggen, A. E., Njolstad, I., Grimnes, G., Stene, L. C., og Gulseth, H. L. (2021). Undiagnosed diabetes based on HbA1c by socioeconomic status and healthcare consumption in the Tromsø Study 1994-2016. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 9(2), e002423.

Kinge, J.M., Strand, B.H., Vollset, E., og Skirbekk, V. (2015a). Educational inequalities in obesity and gross domestic product: evidence from 70 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(12), 1141-1146.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad A., Ames D., Ballard C., Banerjee S., ...Mukadam N (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.

Strand, B. H., m.fl. (2014). *Demens. I: Folkehelse rapporten*. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> . Hentet 14.12.2022.

Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M.C., Evensen, M.E., ... Torvik, F. A. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology*, 50(5), 1615-627.

WHO og Calouste Gulbenkian Foundation. (2014) *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.

Huggard, L., Murphy, R., O' Connor, C. og Nearchou, F. (2023). The social determinants of mental illness: a rapid review of systematic reviews. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-11.

Evensen, M., Klitkou, S.T., Tollånes, M.C., Øverland S., Lyngstad T.H., Vollset S.E., Kinge J.M. Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Med* 19, 152 (2021).

Ohm, E. (2022, 12, 02). *Skader og ulykker i Norge. I: Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/?term=ogh=1>

Omland, G., Ruths, S. og Diaz, E. (2014). Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG*. 2014 Sep;121(10):1221-8.

Zhao. (2021). Challenges and barriers in intercultural communication between patients with immigration backgrounds and health professionals: a systematic literature review. *Health Communication*, 1-10.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Hyggen, C., Brattbakk, I. og Borgeraas, E. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier. En kunnskapsoppsummering*. Nr. 11/18. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5129/Nettutgave-NOVA-Rapport-11-2018-Muligheter-og-hindringer-.pdf?sequence=1>

SSB. (2020, 06, 25). *Sykdom, skade eller funksjonshemming (prosent), etter alder, utdanningsnivå, statistikkvariabel, år og type sykkelighet*. I: Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Tabell 11192. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11192/tableViewLayout1/>. Hentet 02.05.2023.

Evensen, M., Klitkou, S. T., Tollånes, M. C., Øverland, S., Lyngstad, T. H., Vollset, S.E., og Kinge, J. M. (2021). Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Medicine*, 19(1), 152.

Storeng, S.H, Krokstad, S., Westin, S., Sund, E.R. (2017). Decennial trends and inequalities in healthy life expectancy: The HUNT Study, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 1–8, 2017.

Syse, A. mfl. (2022, 09, 16). *Sosiale helseforskjeller*. I: Folkehelse rapporten. [nettdokument]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

Nes, R.B (2019, 09, 23) *Fakta om livskvalitet og trivsel*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Helsedirektoratet (2018) *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet*. IS-2749.

WHO. (2020). *Healthy, prosperous lives for all: The European Health Equity Status report*. <file:///C:/Users/byr70780/Downloads/9789289054256-eng.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Stress og mestring*. Rapport IS-2655

Tekstboks – Hvordan virker påvirkningsfaktorene

Rod, N.H. (2019). *Stress og helse. Årsaker, helsekonsekvenser og sosial ulikhet*. (1.utgave). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Rapport IS-2263. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/_/attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken*. Rapport IS-2748. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf

Kapittel 2. Utslag på helse og livskvalitet i Oslo

Helseetaten. (2020). *Oslo helse 2020. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Oslo*. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13131998->

[1590734531/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Rapport%20Oslohelse%202020.pdf](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13463861-1664440780/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Rapport%20Oslohelse%202020.pdf)

Helseetaten. (2021). *Kunnskapsgrunnlag til ny folkehelsestrategi*. Oslo kommune.

<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13463861-1664440780/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Folkehelse/Ny%20folkehelsestrategi/Utvikling%20kunnskapsgrunnlag%20til%20folkehelsestrategi%202021%20%28ny%29.pdf>

Helseetaten. (2022). *Oppdatering av kunnskapsgrunnlag til ny folkehelsestrategi*. Oslo kommune.

<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13463864-1664440887/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Folkehelse/Ny%20folkehelsestrategi/Oppdatering%20kunnskapsgrunnlag%20til%20folkehelsestrategi%20juli%202022%20%28ny%29.pdf>

Store forskjeller innad i Oslo

Berntsen, K.N. (2013, 10, 08). *Fortsatt store forskjeller i levealder i Oslo. Forventet levealder i Oslos bydeler. I:*

Samfunnsspeilet 4/2013, s. 18. SSB. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/_attachment/141903?_ts=14182371918

Kravdal O, Alvaer K, Baevre K, Kinge JM, Meisfjord JR, Steingrimsdottir OA, mfl. How much of the variation in mortality across Norwegian municipalities is explained by the socio-demographic characteristics of the population? *Health and place* 2015; 33: 148-58.

Forventet levealder

Oslo kommune. (2022, 06, 03). *Forventet levealder etter bydel, alder og kjønn*. Statistikkbanken.

<http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 10.12.2022.

FHI. (2022a, 01, 12). *Forventet levealder (B) – leveår*. Kommune helsa. <https://khs.fhi.no/webview/>. Hentet 09.01.2023.

FHI. (2022b, 01, 12). *Forventet levealder etter utdanning (LF, inndeling per 1.1.2020)*. Norgeshelsa. <https://norgeshelsa.no/norgeshelsa/>. Hentet 10.12.2022.

Syse, A. mfl. (2022-09-16). *Sosiale helseforskjeller. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. [nettdokument]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

Ariansen, I. K. H. (2021-11-26). *Hjerte- og karsykdommer i Norge. I: Folkehelse rapporten*. [nettdokument]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>

Kinge, J.M., Modalsli, J.H., Øverland, S., Gjessing, H.K., Tollånes, M.C., Knudsen A.K., Skirbekk V., Strand, B.H., Håberg, S.E., & Vollset, S.E. (2019) Association of Household Income with Life Expectancy and Cause Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 32(19), 1-10.

Sykelighet

FHI. (2021). *Sykdomsbyrde i Oslo. Hovedresultater fra Global Burden of Disease prosjektet 2019* [nettdokument]. [file:///C:/Users/byr70780/Downloads/Sykdomsbyrde-2019-nb-03-Oslo%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/byr70780/Downloads/Sykdomsbyrde-2019-nb-03-Oslo%20(4).pdf). Hentet 10.01.2023.

Aldridge, A. (2023, 03, 15). *Utviklingen i sykefraværet per år 2022. Årsnotat*. NAV. https://www.nav.no/_/attachment/inline/5b6bff1d-0b2e-44b1-a8bc-36f435bf9672:d56129627e6d137b8a052d25f48e90747cc8d4aa/%C3%85rsnotat%202022.pdf

NAV. (2023a, 04, 19). *Mottakere av arbeidsavklaringspenger*. Statistikk per mars 2023. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/arbeidsavklaringspenger>. Hentet 27.04.2023

NAV. (2023b, 01, 18). *Diagnoser uføretrygd*. Statistikk per 30. juni 2017. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd_kap. Hentet 27.04.2023.

Gjertsen, J.E., Dybvik, E., Berge Kristensen, T. (2022). *Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak*. Nasjonalt Hoftebruddregister. Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF, Bergen.

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-08/%C3%85rsrapport%202021%20Nasjonalt%20Hoftebruddregister.pdf>

FHI. (2022, 05, 22). *Dødelighet, tidlig død (B)*. KommuneHelsa. <https://khs.fhi.no/webview/>. Hentet 10.01.2023.

Tekstboks – Ikke-smittsomme sykdommer i Norge

Strøm, M. S. og Raknes, G. (2021-06-10). *Tall for Dødsårsaksregisteret for 2020*. Dødsårsaksregisteret, FHI. [nettdokument]. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/>

Ariansen, I. K. H. (2021-11-26). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. I: Folkehelserapporten. [nettdokument]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>

Kreftregisteret. (2022-01-19). *Kreft i Norge*. I: Folkehelserapporten. [nettdokument]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Stene L.C.M. m. fl. (2021, 05, 31). *Diabetes i Norge*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>. Hentet 27.04.2023.

Meyer H.E. m. fl. (2022, 08, 31). *Overvekt og fedme i Norge*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>. Hentet 27.04.2023.

Nystad, W. m. fl. (2022, 11, 09). *Kronisk obstruktiv lungesykdom i Norge (Kols)*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/?term=ogh=1>. Hentet 27.04.2023.

Clarsen, B.M. m. fl. (2022, 03, 29). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=ogh=1>. Hentet 27.04.2023.

Steingrimsdottir, O. A.m. fl. (2023, 03, 14). *Langvarig smerte i Norge*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/?term=ogh=1>. Hentet 27.04.2023.

Tesli, M. S. m. fl. (2023, 04, 14). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=ogh=1>. Hentet 27.04.2023.

Dahl, E., Bergsli, H., og van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. [Hovedrapport]. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Tekstboks - psykisk helse

Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M. C., og Torvik, F. A. (2021). *Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study*. *International Journal of Epidemiology*, 50 (5): 1615–1627.

Nordmo, M., Kinge, J. M., Reme, B. A., Flatø, M., Surén, P., Wörn, J., ... og Torvik, F. A. (2022). *The educational burden of disease: a cohort study*. *The Lancet Public Health*, 7(6), e549-e556.

Claussen, B. (2014). *Fattigdom i Norge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Holte, A. (2020). *Gjeld øker risikoen for psykiske helseplager: en usystematisk oversikt*. <https://psykologisk.no/2020/06/gjeld-oker-risikoen-for-psykiske-helseplager-en-usystematisk-oversikt/> (Hentet 13.04.2023).

Helsedirektoratet (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. (Rapport IS-2263).

Tesli, M. S. m. fl. (2023, 04, 14). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. I: Folkehelserapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=ogh=1>. Hentet 27.04.2023.

Karlsson, B. og Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sivertsen B., Johansen M. S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022*. Hovedrapport. Studentsamskipnaden, SIO.

Tabell 1 – Psykiske helseplager

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021) *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA- Rapport 9121. NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/09/Ung-i-Oslo-2021.-Ungdomsskolen-og-videregaende.pdf>

Tekstboks – ruslidelser

Strand, B. H., Langballe, E. M., Hjellvik, V., Handal, M., Næss, Ø., Knudsen, G. P., Bjertness, E. (2013). Midlife vascular risk factors and their association with dementia deaths: Results from a Norwegian prospective study followed up for 35years. *Journal of the Neurological Science*, 324(1-2), 124-130.

Log, T., Skurtveit, S., Selmer, R., Tverdal, A., Furu, K., og Hartz, I. (2013). The association between prescribed opioid use for mothers and children: a record-linkage study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(1), 111-118.

Svendsen, K., Fredheim, O. M., Romundstad, P., Borchgrevink, P. C., og Skurtveit, S. (2014). Persistent opioid use and socio-economic factors: a population-based study in Norway. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(4), 437-445.

Amundsen, E. J., Bretteville-Jensen, A. L., og Rossow, I. (2022). Patients admitted to treatment for substance use disorder in Norway: a population-based case-control study of socio-demographic correlates and comparative analyses across substance use disorders. *BMC Public Health*, 22(1), 792.

Bramness, J. G. (2022, 06, 15). *Rusmiddellidelser i Norge*. I: Folkehelse rapporten. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/> Hentet 13.04.23.

Pedersen, W., Bakken, A., von Soest, T. (2019). Mer bruk av cannabis blant Oslo-ungdom. Hvem er i risikozonen? *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 3(6), 457-471.

Hyggen, C. (2012). Does smoking cannabis affect work commitment? *Addiction*, 107(7), 1309-1315.

Egenrapportert helse

SSB. (2022a). Livskvalitetsundersøkelsen 2022. Dokumentasjonsnotat. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/arkiv/livskvalitetsundersokelsen-2022.dokumentasjonsnotat/_/attachment/inline/db513f6b-7f94-4211-8331-5c9885ee31c1:32d025937b2d01388cd5cdfc583e0ef51c0495bf/NOT2022-35.pdf

SSB. (2022b, 12, 01). *Livskvalitet. 13770: Andel personer, etter fylke (F) 2020 – 2022*. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/13770/tableViewLayout1/>. Hentet 09.01.2023.

FHI. (2021-02-21). *Egenvurdert helse etter utdanningsnivå (LH)*. Norgeshelse. <https://norgeshelse.no/norgeshelse/> Hentet 11.12.2022.

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021) *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA- Rapport 9121. NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/09/Ung-i-Oslo-2021.-Ungdomsskolen-og-videregaende.pdf>

Øia, T. (2012). *Ung i Oslo 2012: Nøkkeltall*. NOVA Notat nr 7/12. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/Ung-i-Oslo-2012.pdf>

FHI. (2023, 01, 19). *Fornøyd med helse, ungdom (B)*. KommuneHelse. <https://khs.fhi.no/webview/> Hentet 02.05.2023.

Livskvalitet

Nes, R.B mfl. (2021,17,12) *Livskvalitet i Norge*. FHI.no. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

Engvik, M. (2022) *Hvor fornøyd er vi med livet i Norge?* SSB.no. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/statistikk/livskvalitet/artikler-om-livskvalitet/hvor-fornoyde-er-vi-med-livet-i-norge>

Støren, K., Rønning, E. (2021) *Livskvalitet i Norge*. SSB. Rapporter 2021/27.

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021) *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA- Rapport 9121. NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/09/Ung-i-Oslo-2021.-Ungdomsskolen-og-videregaende.pdf>

Eriksen, I.M., Sletten, M., Bakken A., og von Soest, T.,(2017) *Stress og press blant ungdom: erfaringer, årsaker og utbredelse av sykdom*. NOVA, OsloMet.

Sivertsen B, Johansen M. S. (2022) *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022. Hovedrapport*. Studentsamskipnaden, SIO.

Knapstad M, Heradstveit O, Sivertsen B. (2018) *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse* Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO)

Tekstboks – ensomhet

Støren, K., Rønning, E. (2021) *Livskvalitet i Norge*. SSB. Rapporter 2021/27.

Barstad, A. (2021.) *Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon?* SSB Analyse 2021/04.

Sivertsen B, Johansen M. S. (2022) *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022. Hovedrapport*. Studentsamskipnaden, SIO.

Sårbare grupper

Barstad, A. (2016). *Opphopning av dårlige levekår. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013*. SSB-rapporter 2016/32

Støren, K., Rønning, E. (2021) *Livskvalitet i Norge*. SSB. Rapporter 2021/27.

Mennesker med innvandrerbakgrunn

Oslo kommune. (2023, 01, 05). Innvandrerbefolkning etter landbakgrunn og innvandringskategori. Tabell D. Statistikkbanken.

Dalen, HB., Larsson, MR., (2022, 03.01) *Store forskjeller i innvandreres livskvalitet*. SSB.no

Bufdir. (2023a, 24, 04). *Innvandreres helse*.

https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/helse_og_livskvalitet/innvandreres_helse/

Anderssen, N. og Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Uni Research AS.

Kumar, B. N, mfl. (2022, 08, 26). *Helsen blant personer med innvandrerbakgrunn*. I: Folkehelse rapporten.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>

Revol, M.K. (2017). *Arbeid og arbeidsmiljø*. I: S. Vrålstad og K.S. Wiggen (red.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Oslo: SSB-rapport 2017/13

Eriksen, L. (2019). *Forskningsfeltet innvandrerhelse i Norge – en litteraturstudie*. Universitetet i Tromsø.

Debesay, J., Langhammar, B., Nortvedt, L. (2023). *Eldre innvandrerkvinner har dårligere helse enn resten av befolkningen*. Sykepleien (2023.24.02) [10.4220/Sykepleiens.2023.91013](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91013)

Mennesker med funksjonsnedsettelse

Bufdir. (2023b, 20 ,04): *Vold, trusler og overgrep*. Bufdir.no.

https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Rettssikkerhet/Vold_trusler_og_overgrep/

Mennesker som bryter med normer for kjønn og seksualitet (LHBTIQ)

Engvik, M. (2022). *Dårligere levekår blant ikke-heterofile*. SSB-analyse 2022/1. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/darligere-levekår-blant-ikke-heterofile>

Feragen, K. B., Heggeli, C. og Wæhre, A. (2019). *Livssituasjonen for personer med variasjon i kroppslig kjønnsutvikling i Norge*. Senter for sjeldne diagnoser, Oslo Universitetssykehus.

Andersen, N. og Malterud K., (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Uni helse/ Uni research AS Bergen.

Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. og Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.

Eggebø, H., Stubberud, E. og Karlstrøm, H. (2018). *Levekår blant skeive med innvandrerbakgrunn i Norge*. Rapport 9/2018. Nordlandsforskning.

Bromseth, J. (2021). *Helsepersonell må legge til rette for eldre skeive*. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/fag/2021/01/helsepersonell-ma-legge-til-rette-eldre-skeive>

Nasjonale minoriteter

Bufdir. (2023c, 20, 04) *Samers helse*. Bufdir.no.

https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/helse_og_livskvalitet/samers_helse/

Hansen, K og S. W. Skaar (2021). *Unge samers psykiske helse*. En kvalitativ studie av unge samers psykososiale helse. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet

Bufdir, (3d, 21,04): *Helse og livskvalitet blant samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn*.

Bufdir.no. https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/helse_og_livskvalitet/#heading80029

Kapittel 3. utfordringer i Oslo

3.1 Lavinntekt og fattigdom

Dahl, E., Bergsli, H., og van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt [Hovedrapport]*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Fløtten T. og Nielsen R.A. (2020). *Barnefattigdom – en kunnskapsoppsummering*. Vedlegg til *Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020-2023)*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Präg, P. (2020). Subjective socio-economic status predicts self-rated health irrespective of objective family socio-economic background. *Scand J Public Health*. 2020 Nov; 48(7): 707–714.

SSB. (2022a, 12, 19). *Hovedposter fra skatteoppgjøret for bosatte personer 17 år og eldre. Gjennomsnitt (kr) etter region, alder, statistikkvariabel og år*. Tabell 05854. Statistikkbanken.

<https://www.ssb.no/statbank/table/05854/tableViewLayout1/>. Hentet 10.04.2023.

SSB (2022b, 12, 21). *Inntektsfordelingen belyst ved ulikhetsmålene ginikoeffisient og P90/P10, etter region, statistikkvariabel og år*. Tabell 09114. Statistikkbanken.

<https://www.ssb.no/statbank/table/09114/tableViewLayout1/>. Hentet 10.04.2023.

Oslo kommune. (2022a, 02, 25). *Gjennomsnittsinntekt etter delbydel og utdanningsnivå (D)*. Statistikkbanken.

<http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 15.04.2023

SSB. (2022c, 06, 16). *Personer 16 år og over, etter region, kjønn, utdanningsnivå, statistikkvariabel og år*. Tabell 09434. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/09434/tableViewLayout1/> Hentet 15.04.2023.

SSB (2023a, 01, 24). *Vedvarende lavinntekt. Treårsperiode, etter region, statistikkvariabel, intervall (år) og alder*. Tabell 12944. Statistikkbanken.

<https://www.ssb.no/statbank/table/12944/tableViewLayout1/>. Hentet 10.04.2023.

Hattrem, A. (red.) (2022). *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2022*. Rapport 2022/45. SSB.

https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/okonomi-og-levekar-for-lavinntektsgrupper-2022/_attachment/inline/4540b19c-5970-459f-90c5-87303795d7ad:9a49f11a05b66f7672557598b1ec60d746c4b6aa/RAPP2022-45.pdf

SSB. (2022d, 09, 06). *Inntekt for personer med funksjonsnedsettelse, etter teknisk hjelpemiddel siste 5 år, uførestatus, stønad, kjønn, alder, statistikkvariabel og år*. Tabell 13654. Statistikkbanken.

<https://www.ssb.no/statbank/table/13654/tableViewLayout1/>. Hentet 10.04.2023.

Engvik, M. (2022, 02, 18). *Dårligere levekår blant ikke-heterofile*. SSB-analyser 2022/1. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>. Hentet 10.04.2023.

Oslo kommune. (2022b, 02, 24). *Gjennomsnittsinntekt etter delbydel, alder og kjønn (D)*. Statistikkbanken.

<http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 15.04.2023.

Normann T.M. og Epland J. (2022). *Barn i lavinntektshusholdninger. Fremdeles 115 000 barn med vedvarende lavinntekt* [nettdokument]. Oslo: SSB. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/fremdeles-115-000-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2020>. Hentet 21.02.2023.

Oslo kommune. (2022c-04-04). *Husholdninger med lavinntekt etter husholdningstyper, med og uten korrigering for formue (D)*. Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 10.04.2023.

Finansdepartementet. *Perspektivmeldingen 2021*. Meld. St. 14 (2020–2021). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>

Ekren, R., Grendal, O. N. (2021, 12, 07). Barn i vedvarende lavinntekt klarer seg litt dårligere i utdanning og arbeid. I: inntekt og formue, statistikk. SSB [nettpublikasjon]. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/barn-i-vedvarende-lavinntekt-klarar-seg-litt-darligere-i-utdanning-og-arbeid>. Hentet 28.04.2023.

NAV. (2022). *Lavinntekt og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2022*. Oslo: NAV.

NAV. (2023-03-31). *Arbeidsmarkedet*. <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/arbeidsmarkedet>. Hentet 15.04.2023.

SSB. (02-2023b). *Arbeidsledighet i Norge*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsledighet-i-norge>. Hentet 15.04.2023.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*. Meld. St. 32 (2021–2022). <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1f2d9ff9a64db2967817b0b337702c/no/pdfs/stm202020210032000dddpdfs.pdf>

Bratsberg, B., Raaum, O., Røed K. (2018). *Job Loss and Immigrant Labor Market Performance*. Oslo: Frischsenteret.

Yin, J. T. D., Dokken, Kann, I. C. (2019). Hvem går hvor, og når. Fra arbeidsledighet til jobb, helserelaterte ytelser og utdanning. *Søkelys på arbeidslivet* 4/2019 (side 214-230). <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-7989-2019-04-01>

Furuberg, J. og Kalstø, Å. M. (2017). Hvem går ut dagpengeperioden? *Arbeid og velferd*, 2/2017.

Andreev, L. (2016). Hvor lenge er folk arbeidsledige? *Arbeid og velferd* 2/2016.

Bratsberg, B., Markussen, S., Røed, K., Raaum, O., Eielsen, G., Alstadsæter, A. (2020). *Koronaledige etter 22 uker – hvem er (ikke) tilbake i jobb?* Oslo: Frischsenteret.

Nossen, J. P. (2014). Utviklingen av sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer. *Arbeid og velferd*, 2/2014, 75–88. [file:///C:/Users/byr70780/Downloads/utviklingen-i-sykefravaeret-betydning-av-arbeidsmarked-gradering-regelendring%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/byr70780/Downloads/utviklingen-i-sykefravaeret-betydning-av-arbeidsmarked-gradering-regelendring%20(1).pdf)

Lima, I. A. Å. (2016). Hvordan har økt ledighet påvirket bruken av helseytelser og økonomisk sosialhjelp? *Arbeid og velferd* 3/2016, 131-150. https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2016/3/m-112/Hvordan_har_%C3%B8kt_ledighet_p%C3%A5virket_bruken_av_helseytelser_og_%C3%B8konomisk_sosialhjelp

Schreiner, R. C. (2019): *Unemployed or disabled? Disability screening and labor market outcomes of youths. Memorandum*, 5. Oslo: Department of Economics, University of Oslo.

Oslo kommune. (2021). *Husholdninger hvor over halvparten av inntektene kommer fra offentlige overføringer (D)*. Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 21.02.2023.

SSB. (2023c, 03, 15). *Sosialhjelpstilfeller, utbetalt beløp og stønadstid (K) 2015 – 2022. Økonomisk sosialhjelp*. Tabell 13138. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/13138/>. Hentet 24.04.2023.

Tønseth, H., Skjøstad O. (2019, 07, 05). *Flest gjengangere blant sosialhjelpsmottakere i Oslo*. I: SSB-analyse 2019-2020. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/flest-gjengangere-blant-sosialhjelpsmottakere-i-oslo>

SSB. (2023d, 04, 05). *Personer 16 år og over, etter region, økonomisk romslighet og betalingsvansker, statistikkvariabel og år. Fattigdomsproblemer, leveårsundersøkelsen*. Tabell 13642. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/13642/tableViewLayout1/>. Hentet 24.04.2023.

3.2 Sosialt utenforskap

Kindt, M. T. og Strand A. H. (2020). *Hele mennesker – delte tjenester. Utenforskap blant unge i utsatte boområder*. Fafo-rapport 2020:12. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/hele-mennesker-delte-tjenester>

SSB. (2022a, 02, 23). Sysselsetting, registerbasert. Tabell 11930. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11930/tableViewLayout1/> Hentet 23.02.2023.

Oslo kommune (2023, 04, 11). Sysselsatte og sysselsettingsandel etter alder og kjønn (D). Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 20.04.2023.

SSB. (2022b, 06, 30). Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert. Tabell 09837. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/09837/tableViewLayout1/> Hentet 23.02.2023.

Sundt, C. (2022, 02, 22). 108 000 personer med nedsatt funksjonsevne var sysselsatt i fjor. Oslo: SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/personer-med-nedsatt-funksjonsevne-arbeidskraftundersokelsen/artikler/108-000-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-var-sysselsatt-i-fjor>. Hentet 23.02.2023.

Engvik, M. (2022, 02, 18). Dårligere levekår blant ikke-heterofile. Oslo: SSB. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/dårligere-levekår-blant-ikke-heterofile>. Hentet 23.02.2023.

NAV. (2023-03-31). Arbeidsmarkedet. <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/arbeidsmarkedet>. Hentet 15.04.2023.

Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. (2021, 03, 19). *Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og god helse*. I: Veileder for arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenester. Arbeidsguide.no. <https://arbeidsguide.no/fagveileder/teoretisk-grunnlag/sammenheng-mellom-arbeid-og-helse/>

Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2022). Statistikklevering til Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester, Oslo kommune.

Ellingsen, J. (2023, 02, 10). Utviklingen i uføretrygd per 1. desember 2022. Notat. NAV. File:///C:/Users/byr70780/Downloads/Statistikknotat_uf%C3%B8retrygd_desember2022.pdf Hentet 20.04.2023.

Oslo kommune. (2022a, 10, 10). Personer 21 til 29 år som har påbegynt videregående skole, men ikke fullført etter fem år (D). Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/> Hentet 20.04.2023.

Falch, T. og Nyhus, O.H. (2009). Frafall fra videregående opplæring og arbeidsmarkedstilknypning for unge voksne. SØF-rapport nr. 97, 9.

De Ridder mfl. (2012). School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT Study (Norway). *J Epidemiol Community Health*, 66(11), 995-1000.

SSB. (2022c, 22, 06). Gjennomføring i videregående opplæring. Tabell 12971. <https://www.ssb.no/statbank/table/12971>. Hentet 23.02.2023.

SSB. (2022d, 06, 13). Gjennomføring i videregående opplæring. Figur 2. <https://www.ssb.no/utdanning/videregaende-utdanning/statistikk/gjennomforing-i-videregaende-opplaering>. Hentet 28.04.2023.

Utdanningsdirektoratet. (2021, 02, 11). Videregående opplæring. Utdanningsspeilet 2021. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningsspeilet/utdanningsspeilet-2021/vgo2/> Hentet 23.02.2023.

SSB. (2022e, 30, 08). Karakterer og nasjonale prøver i grunnskolen. Tabell 07495. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/07495/tableViewLayout1/> Hentet 23.02.2023.

Oslo kommune. (2022b, 10, 10). Elever etter gjennomsnittlig grunnskolepoeng (B). Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/> Hentet 23.02.2023.

FHI. (2023a, 01, 03). Gjennomføring i videregående opplæring. Norgeshelse. <https://norgeshelse.no/norgeshelse/>. Hentet 29.04.2023.

Samdal, O. (2009). *Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner*. HEMIL-rapport 4/2009. HEMIL-senteret. Universitetet i Bergen.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/grunnskole/psykisk_helse_og_skole_hemil_rapport0409-samdal.pdf

Sandlie, H. C. og Andersen, P. L. (2016). "Rotløs ungdom" – Ungdom, flytting og livssjanser. *Sosiologi i dag*. 2016;46(3-4):130-158.

Esch mfl. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-13.

Drange, N., Havnes, T. (2015). *Child care before age two and the development of language and numeracy Evidence from a lottery* (Discussion Papers No. 808). https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/227634

Zachrisson, H. D., og Dearing, E. (2015). Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development*, 86(2), 425-440.

Havnes, T., Mogstad, M. (2011). No child left behind: Subsidized child care and children's long-run outcomes. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(2), 97-129.

van Huizen, T., Plantenga, J. (2018). Do children benefit from universal early childhood education and care? A meta-analysis of evidence from natural experiments. *Economics of Education Review*, 66, 206-222.

SSB. (2023a, 03, 21). *Barn i barnehager, etter region, alder, eierforhold, oppholdstid, statistikkvariabel og år*. Tabell 12056. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/12056/tableViewLayout1/>. Hentet 28.04.2023.

SSB. (2023b, 03, 21). *Barn i barnehager, bydel, etter region, eierforhold, alder, oppholdstid, statistikkvariabel og år*. Tabell 12501. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/12501/tableViewLayout1/>. Hentet 28.04.2023.

Kitterød, R. H., Bringedal, K. H. (2012, 03, 07). *De fleste små barn går i barnehage. Tilsynsordninger for ett- og toåringer*. Samfunnsspeilet 2012/1. <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/de-fleste-smaa-barn-gaar-i-barnehage>

Oslo kommune (2022c, 08, 09). *Husholdninger etter husholdningstype og antall barn (B)*. Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/index.jsp?catalog=http%3A%2F%2Fstatistikkbanken.oslo.kommune.no%3A80%2Fobj%2FfCatalog%2FCatalog19ogsubmode=catalog&ogode=documentation&ogp=yes>. Hentet 24.04.2023.

SSB. (2022f-06-28). *Privathusholdninger og personer i privathusholdninger, etter husholdningstype (F) 2005 – 2022*. Familier og husholdninger. Tabell 10986. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/10986>. Hentet 24.04.2023.

Oslo kommune. (2022d-08-09). *Husholdninger etter antall personer i husholdningen (B)*. Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/index.jsp?catalog=http%3A%2F%2Fstatistikkbanken.oslo.kommune.no%3A80%2Fobj%2FfCatalog%2FCatalog19ogsubmode=catalog&ogode=documentation&ogp=yes>. Hentet 24.04.2023.

Helsedirektoratet. (2021, 10, 21). *Sosial deltagelse og barrierer*. Kapittel 2.3. I: Sektorrapport om folkehelse 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sosial-stotte-deltakelse-og-medvirkning/sosial-deltakelse-og-barrierer>

Barstad og Sandvik (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Helsedirektoratet (IS-2387).

FHI. (2023b, 01, 06). *Med i fritidsorganisasjon, ungdom*. Kommunehelse statistikkbank. <https://khs.fhi.no/webview/>. Hentet 24.04.2023.

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021) *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA- Rapport 9121. NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/09/Ung-i-Oslo-2021.-Ungdomsskolen-og-videregaende.pdf>

3. 3 Utfordrende boforhold og nærmiljø

Gran B. og Benedictow A. (2022). *Bokostnadsindeksen for norske husholdninger 2021*. Rapport nr. 23 – 2022. Samfunnsøkonomisk analyse AS på oppdrag fra Huseierne.

https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/634d7c792fe0fd3a1ef60dc2/1666022523595/R23-2022+Bokostnadsindeks_eneboliger.pdf

SSB. (2023a-01-25). Boforhold, registerbasert. Husholdninger etter eierstatus, statistikkvariabel og år. Tabell 11084. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11084/tableViewLayout1/>. Hentet 16.04.2023.

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2020-12-02). Personer med nedsatt funksjonsevne skal på lik linje med andre kunne velge hvor og hvordan de bor. Artikkel. <https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/boligsosial-strategi/personer-med-nedsatt-funksjonsevne-skal-pa-lik-linje-med-andre-kunne-velge-hvor-og-hvordan-de-bor/id2788472/>. Hentet 16.04.2023.

SSB. (2023b-01-25). Boforhold, registerbasert. Husholdninger etter eierstatus, inntektsgruppe, statistikkvariabel, år og region. Tabell 11346. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11346/tableViewLayout1/>. Hentet 16.04.2023.

SSB. (2023c-01-25). Boforhold, registerbasert. Husholdninger, etter husholdningstype, eierstatus, statistikkvariabel, år og region. Tabell 11082. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11082/tableViewLayout1/>. Hentet 16.04.2023.

SSB (2023d-01-25). Boforhold, registerbasert. Personer, etter alder, bygningstype, eierstatus, statistikkvariabel, år og region. Tabell 11032. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11032/tableViewLayout1/>. Hentet 16.04.2023.

Hansen, I.L.S. og Lescher-Nuland, B.R. (2011). *Bolig og oppvekst. En studie av konsekvenser av å vokse opp under vanskelige boforhold*. Fafo-rapport 2011:16.

Grødem, A.S. og Sandbæk, M.L. (2013). *Helt bakerst i køen. Barnefamilier med ustabile boforhold*. Fafo-rapport 2013:45.

Sandlie, H. C. og Andersen, P. L., 2016. "Rotløs ungdom" - ungdom, flytting og livssjanser. Sosiologi i Dag , 4 April.

Aarland, K. og Brattbakk, I. (2020). *Analyser av levekår og demografi for levekårsutsatte byområder. Fase 2 av oppdrag for By- og levekårsutvalget*.

Velferdsetaten. (u.d). *Det boligsosiale arbeidet i Oslo kommune. Kunnskapsgrunnlag*. Oslo: Oslo kommune.

NOU 2011: 15. (2011). *Rom for alle – en sosial boligpolitikk for framtiden*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-15/id650426/sec>

Oslo kommune (2021-03-25). Kommunale boliger etter eieforhold (B). Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 16.04.2023.

SSB. (2023e-01-25). Boforhold, registerbasert. Personer, etter trangboddhet, statistikkvariabel, år og region. Tabell 11046. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/11046/tableViewLayout1/>. Hentet 16.04.2023.

With, M. L. (2022-03-22). Hver femte småbarnsfamilie bor trangt. I: Artikler om boforhold, registerbasert. SSB. <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/bolig-og-boforhold/statistikk/boforhold-registerbasert/artikler/Hver%20femte%20sm%C3%A5barnsfamilie%20bor%20trangt>. Hentet 16.04.2023.

Oslo kommune. (u.d.a). Grønne områder. I: Miljøstatus. <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/gronne-omrader/#gref>. Hentet 20.04.2023.

Venter, Z.S.; Figari, H.; Krangle, O.; Gundersen, V. Environmental justice in a very green city: Spatial inequality in exposure to urban nature, air pollution and heat in Oslo, Norway. *Sci. Total Environ.* 2023, 858, 160193.

Kulturdepartementet og Norges idrettsforbund. (2017). Spillemidler til idrettsanlegg (2017). <https://www.regjeringen.no/contentassets/51d3a35d43cb4bd4bfe0de37db2a30dd/174231-kud-spillemidler-04-dsa.pdf>. Hentet 20.04.2023.

Bymiljøetaten. (2019). Behovsplan for idrett og friluftsliv 2019–2028. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13307974-1546945358/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%2C%20regnskap%20og%20rapportering/Budsjett%202019/Vedlegg%202019/Behovsplan%20for%20idrett%20og%20friluftsliv%202019-2028%20inkludert%20vedlegg.pdf>. Hentet 31.03.2020

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021) *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA- Rapport 9121. NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/09/Ung-i-Oslo-2021.-Ungdomsskolen-og-videregaende.pdf>

Helseetaten. (2022). Vurdering av helsekonsekvens ved følsom arealbruk i områder belastet av luftforurensning og støy. Oslo kommune.

Låg, M. m.fl. (2022-02-11). Luftforurensning i Norge. I: Folkehelse rapporten. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/luftforureining--i-noreg/>. Hentet 20.04.2023.

Karin Sygna, Gunn Marit Aasvang, Geir Aamodt, Bente Oftedal, Jorunn Evandt, and Norun Hjertager Krog. Social inequalities in road traffic noise exposure. Abstract Number:4574 <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/abs/10.1289/isee.2013.P-3-012>

Oslo kommune. (u.d.b.) Trafikkstøy og stille områder. I: Miljøstatus. <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/trafikkstoy-og-stille-omrader/>. Hentet 20.04.2023.

Oslo kommune. (u.d.c.) Luftkvalitet. I: Miljøstatus. <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/luftkvalitetsstatistikk/>. Hentet 20.04.2023.

3.4 Utstøtelse og utrygghet

Idsøe, E.C. (2023). *Konsekvenser av mobbing*. Læringsmiljøseneteret. <https://www.uis.no/nb/laringsmiljosenteret/forskning/konsekvenser-av-mobbing#/>

Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A. og Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*. 2019, 54 s1374-1388.

Karlson S, Nazroo J., Y. (2004). Fear of racism and health. *Journal of Epidemiology and Community Health* Vol. 59, issue 12. University College London.

Ambøe, A. (2021) *Helsekonsekvenser av diskriminering i arbeidslivet*. Tidsskrift Søkelys på arbeidslivet. Vol 38 utg 3-4. S275-286. Universitetsforlaget.

Borchorst A, Freidenvall L, Kantola J, Reisel L and Teigen M (2012) Institutionalizing intersectionality in the Nordic countries? Anti-discrimination and equality in Denmark, Finland, Norway and Sweden. I: Krizsan A, Skjeie H and Squires J (red) *Institutionalizing Intersectionality? The Changing Nature of European Equality Regimes*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 59–88.

Utdanningsdirektoratet (2023, 20, 02). *Flere elever opplever å ikke ha et godt læringsmiljø*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/2023/flere-elever-opplever-a-ikke-ha-et-trygt-og-godt-skolemiljo/>

Fladmoe, A., Nadim, M. (2021): *Mobbing og hatytringer blant skoleungdom i Oslo: Betydningen av elevenes minoritetsbakgrunn og skolekonteksten*. Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning. Vol 2. utg 2 s. 129- 149

FHI. (2023, 09, 03). *Oppvektsprofiler 2023 til kommuner og fylker er publisert*. <https://www.fhi.no/nyheter/2023/oppvekstprofiler-2023-for-kommuner-og-bydeler-er-publisert/>

Støren, K., Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge*. SSB. Rapporter 2021/27.

Barstad, A. (2016). *Opphopning av dårlige levekår. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013*. SSB- rapporter 2016/32.

Midtbøen, A.H. og Liden, H. (2016). *Kumulativ diskriminering*. Sosiologisk tidsskrift, 1, s. 3-26.

Midtbøen, A., Kitterød, R. (2019). *Beskytter assimilering mot diskriminering? Opplevd diskriminering blant innvandrere og etterkommere av innvandrere i det norske arbeidslivet*. Sosiologisk tidsskrift. 2019, 3 (5), 353-371

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021). *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA Rapport 9/21. Oslo: NOVA, OsloMet.

Brekke J.P., og Fladmoe A., (2020) *Holdning til innvandrere, integrering og mangfold i Oslo*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2020/13.

Bangstad, S, Rønningen N.M., Lars, E., N., Sandset, T., Massao, PB, (2022) *Kartlegging av rasisme og diskriminering i møte med Oslo kommune*. Institutt for kirke-, religions- og livsynsforskning. KIFO Rapport 2022: 2.

Buudir (2023a, 01.05) *Holdninger til lhbtqi-personer*.

https://www2.buudir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Holdninger/

Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E., og Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.

Oslo politidistrikt. (2023). *Anmeldt kriminalitet i Oslo politidistrikt 2022*. Felles enhet for etterretning og etterforskning. Analyseavsnittet.

Buudir (2022). *Holdninger til personer med funksjonsnedsettelse. En hurtigoversikt*.

https://www2.buudir.no/globalassets/global/nbbf/funksjonsnedsettelse/holdninger_til_personer_med_funksjonsnedsettelse_en_hurtigoversikt.pdf

Buudir (2023b,15, 04). *Barrierer for deltakelse i arbeidslivet*.

https://www2.buudir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/Barrierer/

Buudir (2023c, 14, 04). *Sysselsetting for personer med nedsatt funksjonsevne*.

https://www2.buudir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/

Midtbøen, A., Quillian, L. (2021). *Forbigående fenomen eller permanent virkelighet? Etnisk diskriminering i arbeidsmarkedet på tvers av tid, sted og generasjoner*. Søkelys på arbeidslivet. Vol 38 Utg 3-4 s 182-196.

Arbeidstilsynet. (2020). *Mobbing og trakassering i arbeidslivet. Arbeidstilsynets erfaringer*. Kompass-tema. Nr. 4 2020.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021)*. STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4.

Orupabo, J. (2014). Interseksjonalitet i praksis: Utfordringer med å anvende et interseksjonalitetsperspektiv i empirisk forskning. *Sosiologisk tidsskrift*. 2014, 22 (4) 329-351.

Fladmoe, A., Nadim, M. (2019): *Erfaringer med hatytringer og hets blant LHBT-personer, andre minoritetsgrupper og den øvrige befolkningen*. Rapport 4:2019. Institutt for samfunnsforskning.

3.5 Fysiske og psykiske traumer

Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A., og Lev, B. T. (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. The Sidran Press.

RVTS (2023,28, 04). *Traumeforståelse*. RVTS-sor.no. <https://rvtssor.no/aktuelt/tema/traumeforstaelse/>

Buudir (2023, 04, 17). *Vold i barndommen kan gi alvorlige konsekvenser*.

https://www2.buudir.no/Statistikk_og_analyse/oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Barn_utsatt_for_vold_i_familien/Vold_i_barndommen_kan_gi_alvorlige_konsekvenser/

Felitti, V.J., Anda R.J., Nordenberg, D., Williamson, D.F, Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. , Marks, J.S., *REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. American Journal of Preventive Medicine. Volume 56, Issue 6, June 2019, Pages 774-786

Dale, M.T.G, Aakvaag, H.F. Strøm, I.F, Augusti, E.M., Skauge, A.D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. Rapport 1/2023. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hjemdal O K, Sogn H, Schau, L. (2012). *Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser*. Rapport 1/2012. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S.

Sandmoe, A., Wentzel-Larse, T., Hjemdal, O.K. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie*. Rapport 9/2017. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Sandmoe, A., og Bergman, S. (2022). *Begrepsavklaringer – Vold og overgrep mot eldre og av eldre: Avrop 6*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Dale, M.T.G, Aakvaag, H.F. Strøm, I.F, Augusti, E.M., Skauge, A.D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. Rapport 1/2023 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Oslo politidistrikt (2023): *Anmeldt kriminalitet i Oslo politidistrikt 2022*. Felles enhet for etterretning og etterforskning. Analyseavsnittet. Politiet.

Thorleifson, E., (2023) seksjonsoverlege, Oslo kommunes overgrepsmottak. E-post til HEI 9.3.23

Sivertsen B, Johansen M. S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022. Hovedrapport*. Studentsamskipnaden, SIO.

Studentsamkipnaden. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022. Bergen. Oslo. Trondheim*. SIO. Sammen.SIT.FHI

Hafstad, G. S., August, E.M. (2019) *Unges erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: en nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12- 16 år*. Rapport 4/2019. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Bakosgjelten, A., og Ludvigsen Kjenn, B. (2022). *Risiko og livssammenheng for unge kriminelle*. Politiet og Salto-sekretariatet.

Barstad, A. (2022,14,09) : *Negative livshendelser. Hvem rammes mest?* SSB.no <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/negative-livshendelser--hvem-rammes-mest>

3.6 Uheldige levevaner

FHI. (2021). *Sykdomsbyrde i Oslo. Hovedresultater fra Global Burden of Disease prosjektet 2019* [nettdokument]. [file:///C:/Users/byr70780/Downloads/Sykdomsbyrde-2019-nb-03-Oslo%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/byr70780/Downloads/Sykdomsbyrde-2019-nb-03-Oslo%20(4).pdf). Hentet 10.01.2023.

Meyer H.E. m. fl. (2022, 08, 31). *Overvekt og fedme i Noreg. I: Folkehelse rapporten*. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Stene L.C.M. m. fl. (2021, 05, 31). *Diabetes i Norge. I: Folkehelse rapporten*. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

Selmer R.M. (2017, 05, 12). *Fakta om høyt blodtrykk (hypertensjon)*. Faktaark. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/hjertekar/hoyt-blodtrykk---fakta-om-hypertens/>

Helsebiblioteket/BMJ. (2020, 12, 20). *Høyt kolesterol. I: Hjerne- og kar*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/kolesterol/>. Hentet 03.03.2023.

FHI. (2022a, 21, 03). *Daglig røyking etter utdanningsnivå, 25-74 år (LHF, inndeling per 1.1.2020)*. Norgeshelse. <https://norgeshelse.no/norgeshelse/>. Hentet 03.03.2023.

Vedøy T.F. m.fl. (2022a, 04, 04). *Utbredelse av røyking i Norge. I: Tobakk i Norge*. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-royking-i-norge/>

Vedøy T.F. (2022b, 04, 04). *Sosial ulikhet i bruk av tobakk. I: Tobakk i Norge*. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/royking-og-sosial-ulikhet/>

FHI. (2019). *Helserisiko ved snusbruk*. Rapport fra Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/helserisiko-ved-snusbruk-rapport-2019-v2.pdf>

Bakken, A. og Osnes, S. M. (2021) *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA- Rapport 9121. NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/09/Ung-i-Oslo-2021.-Ungdomsskolen-og-videregående.pdf>

Helsedirektoratet. (2023, 01, 19). *Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

SSB. (2020-25-06). *Levevaner (prosent), etter levevane, landsdel, statistikkvariabel og år*. Tabell 08284. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/08284/tableViewLayout1/>

Hansen B.H., Anderssen, S.A., Steene-Johannessen J., Ekelund U., Nilsen A.K., Andersen I.D., Dalene K.E., Kolle E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal kartlegging 2014–2015*. Rapport. IS-2367. Oslo: Helsedirektoratet.

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

Knapstad, M., Skogen, J. C., Leino, T., Nilsen, T. S., Nes, R. B., Aarø, L. E. (2022). *Folkehelseundersøkelsen – Helse og trivsel i Vestfold og Telemark 2021: Fremgangsmåte og utvalgte resultater* [rapport]. Bergen: Folkehelseinstituttet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020 – 2029*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>

Helsedirektoratet. (2022-20-07). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv – Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. Rapport. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>

Abel M.H., Totland T.H. (2021). *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapportering. Resultater fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-nhus-2020.pdf>

FHI. (2022b). *Frukt, inntak daglig etter utdanningsnivå (LH)*. Norgeshelsa. <https://norgeshelsa.no/norgeshelsa/>. Hentet 11.12.2022.

FHI. (2022c). *Grønnsaker, inntak daglig etter utdanningsnivå (LH)*. Norgeshelsa. <https://norgeshelsa.no/norgeshelsa/>. Hentet 11.12.2022.

Helsedirektoratet. (2022). *Utviklingen i norsk kosthold*. Kortversjon. Rapport IS-3031.

Departementene. *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*. Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! Handlingsplan. https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf

Helsedirektoratet. (2016) *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. [Rapport]. Oslo: Helsedirektoratet.

Degerud, E., Ariansen, I., Ystrom, E., Graff-Iversen, S., Høiseth, G., Mørland, J., Davey Smith, G., og Næss, Ø. (2018). Life course socioeconomic position, alcohol drinking patterns in midlife, and cardiovascular mortality: Analysis of Norwegian population-based health surveys. *PLoS Med*, 15(1), e1002476.

Bye, E.K. m.fl. (2022, 20, 12). *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. I: Alkohol i Norge. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>

Le C., Søberg Finbråten H., Pettersen K.S., Guttersrud Ø. (2020). *Befolkningens helsekompetanse – del 1*. Rapport IS-2959. Helsedirektoratet, Høyskolen Innlandet og Oslo Met.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. 2019–2023. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259–267.

3.7 Ulik bruk av helsetjenester

Helsedirektoratet. (2021, 02, 16). *Helsekompetanse – Kunnskap og tiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse> Hentet 24.02.2023.

Le C., Søberg Finbråten H., Pettersen K.S., Guttersrud Ø. (2020). *Befolkningens helsekompetanse – del 1*. Rapport IS-2959. Helsedirektoratet, Høyskolen Innlandet og Oslo Met.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. 2019–2023.

- Skretting Lunde, E og Ramm, J. (2021). Sosial ulikhet i bruke av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseadferd. Oslo: SSB. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:b350717de363e3cfb2a08ad6e985e2f810e6ceac/RAPP2021-23_web.pdf
- Syse, A., Artamonova, A., Thomas, M., og Veenstra, M. (2022). Do characteristics of family members influence older persons' transition to long-term healthcare services? *BMC Health Services Research*, 22, 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07745-5>.
- Kumar B. N. m. fl. (2022, 08, 26). Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapporten. FHI. [nettpublikasjon]. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/#likeverdige-helsetjenester-og-bruk-av-helsetjenester>. Hentet 26.03.2023.
- Unge funksjonshemmede. (2017). *Sex som funker: Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne*. Unge Funksjonshemmede. <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonshemmede-no/wp-content/uploads/2018/02/Sex-som-funker.pdf>
- Zhao, X. (2021). Challenges and barriers in intercultural communication between patients with immigration backgrounds and health professionals: a systematic literature review. *Health Communication*, 1-10.
- Gundersen, T., og Vislie, C. (2019). *Voldsutsatte med funksjonsnedsettelse: individuelle og strukturelle barrierer mot å søke hjelp*. I: Vold i nære relasjoner (pp. 159-177). Universitetsforlaget. <https://doi.org/doi:10.18261/9788215032320-2019-09>
- Ezhova, I., Savidge L., Bonnett C., Cassidy J., Okwuokei A., Dickinson T. (2020). *Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review*. International Journal of Nursing Studies.
- Helsedirektoratet. (2021). Sektorrapport om folkehelse. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Oslo kommune. (2020). *Handlingsplanen Stolt og fri – Handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold 2020-2023*. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13288172-1590494939/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Politikk/Sentrale%20r%C3%A5d/R%C3%A5det%20for%20kj%C3%B8nn%20og%20seksualitetsmangfold/Handlingsplanen%20stolt%20og%20fri.pdf>
- Nilssen, Y., Strand, T. E., Fjellbirkeland, L., Bartnes, K., Brustugun, O. T., O'Connell, D. L., Yu, X. Q., og Møller, B. (2016). Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. *International Journal of Cancer*, 138(6), 1350-1360. <https://doi.org/10.1002/ijc.29875>.
- Fiva, J. H., Hægeland, T., Rønning, M., og Syse, A. (2014). Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *Journal of Health Economics*, 36, 98-111. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.001>.
- Sulo, E., Nygard, O., Vollset, S. E., Igland, J., Sulo, G., Ebbing, M., Egeland, G. M., ... Tell, G. S. (2016). Coronary angiography and myocardial revascularisation following the first acute myocardial infarction in Norway during 2001-2009: analyzing time trends and educational inequalities using data from the CVDNOR project. *International Journal of Cardiology*, 212, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.03.050>.
- Kravdal, H. (2014). Widening educational differences in cancer survival in Norway. *European Journal of Public Health*, 24(2), 270-275. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt082>.
- Skyrud, K. D., Bray, F., Eriksen, M. T., Nilssen, Y., og Møller, B. (2016). Regional variations in cancer survival: impact of tumour stage, socioeconomic status, comorbidity and type of treatment in Norway. *International Journal of Cancer*, 138(9), 2190-2200. <https://doi.org/10.1002/ijc.29967>.
- Syse, A m.fl. (2022, 09, 16). Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten. Oslo: FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>
- Helseetaten. (2021). *Kartlegging av psykisk helse i Oslo. Status og konsekvenser av koronapandemien*. Upublisert.
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S., og Fløtten, T. (2019). 0-24 samarbeidet: Et kunnskapsgrunnlag. Fafo-notat 2019:21. Hentet 26. mars 2022 fra: <https://www.fafo.no/images/pub/2019/10311.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Fagrådet for sosial ulikhet i helse. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i->

[helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/_/attachment/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbfafa35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf](https://helse.no/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/_/attachment/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbfafa35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf)

Gievær Ø. (2013). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. I teori og praksis*. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Jakobsen, M. D. og Spilker, R. S. (2020). *Innvandrere og brukervedvirkning i helse og omsorgstjenestene. Hvordan ivareta innvandreres brukervedvirkning i avgjørelser om egen helse, utforming av tjenester og tjenesteforskning. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket.
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/20072/article.pdf?sequence=2&ogsAllowed=y>

Kapittel 4. Utviklingstrekk

4.1 Klima- og miljøendringene

Jore, S., mfl. (2022, 01, 07). *Klimaendringer og helse*. I: Folkehelse rapporten.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/klima-og-helse/>. Hentet 02.05.2023.

Klimaetaten. (2020). *Klimasårbarhetsanalyse for Oslo*. Oslo kommune.

WHO. (2021). *COP26 Special report in climate change and health. The health argument for climate action*.

Låg, M., mfl. (2022, 02, 11). *Luftforurensning i Norge*. I: Folkehelse rapporten.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/luftforurensning-i-norge/>. Hentet 02.05.2023.

Lawrance, E., Thompson, R., Jennings, N., Fontana, G. (2021) *The impact of climate change on mental health and emotional wellbeing: current evidence and implications for policy and practice*. The Grantham Institute Briefing Paper NO 36. Imperial College London
The Lancet (2021). *The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy futures*, Volume 397 Issue 10311, side 1619-1662.

4.2 En mer ustabil verden

Koronakommisjonen. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. 2021: 6. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou20212021000600Odddpdfs.pdf>

FHI. (2021). *Covid-19: personer testet, påviste smittetilfeller og relaterte innleggelser etter utdanning og inntekt* [rapport]. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Tekstboks – covid-19

Helseetaten. (2021). *Strategi for intensivert TISK*. Oslo kommune. Tilgjengelig fra:
<https://www.oslo.kommune.no/TISK.pdf>

Koronakommisjonen. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. 2021: 6. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou20212021000600Odddpdfs.pdf>

Bakken A, Pedersen W, von Soest T og Sletten MA. (2020). *Oslo-ungdom i koronatiden. En studie av ungdom under covid-19- pandemien*. NOVA-rapport 12/20. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.

FHI. (2021). *Skolestengning og barn og unges helse*. I: Folkehelsen etter covid-19. FHI temarapport. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse-temarapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>

FHI. (2023, 01, 04). *Psykiske plager, ungdom – totalt, andel*. Kommune helsa. Tilgjengelig fra:
http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?headers=AAR&SOESslice=0&stubs=GEOGRAFI&AARslice=2015_2015&measure=comm&on&virtuallslice=MEIS_value&layers=SOES&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FStudy%2Fdepresjon-und2020&mode=cube&GEOGRAFIslice=0&virtualsubset=MEIS_value&v=2&AARsubset=2015_2015%2C2017_2017+

+2022_2022&SOESsubset=0&GEOGRAFsubset=0%2C03&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fdepresjon-und2020_C1&top=yes. Hentet og 8.02.2023.

Bakken, A. og Osnes, S.M. (2021). *Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA Rapport 9/21. Oslo: NOVA, OsloMet (oda.oslomet.no).

Helse Sørøst (u.d.). *Nyhenviste – tjenesteområde per år. Styringsinformasjon samhandling PHV/TSB*. Tilgjengelig fra: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiM2ViYTNiZWYtYTczOC00YjQzLWJjMGMtZDNhMjlkMDM3OTY3liwidCI6IjdmOjU0Y2YwLTcxZmltNDg5Yy1hMzM2LTNmOTI1MmE2MzkwOCIsImMiOj9>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2020, 6.april). *Korona, smitteverntiltak og voldsutsatte*. NKVTS Aktuelt. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/aktuelt/korona-smitteverntiltak-og-voldsutsatte/>

FHI. (2022, 11, 15). *Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/koronavaksinasjonsprogrammet/>. Hentet 28.02.2023.

Aldring og helse. (2022). *Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien*. Tilgjengelig fra: <https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/sosial-isoasjon-blant-eldre-under-koronapandemien.pdf>

Hansen, T., Sevenius Nilsen, T., Knapstad, M., Skirbekk, V., Skogen, J., Vedaa, Ø., og Nes, R. B. (2021). COVID-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Ageing*, 1-11.

4.3 Befolkningsutvikling

Oslo kommune. (2022). *Befolkningsframskrivninger*. [nettdokument]. <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/befolkning/befolkningsframskrivninger/#gref>. Hentet 11.01.2023.

Oslo kommune. (2023a-03-23). *Folkemengden etter alder og kjønn (D)*. Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 20.04.2023.

Oslo kommune. (2023b-03-23). *Innvandrerbefolkningen etter landbakgrunn, kjønn og alder*. Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>. Hentet 20.04.2023.

Tømmerås A. M., Thomas M. J. (2022). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2022. Sammendrag av forutsetninger og resultater*. SSB. Rapporter 29/2022. https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2022/_attachment/inline/8ae078d1-56a0-4c95-b940-8e54bb8f3c6e:5a17b2780840431ff182fd5a5a71f7a5b5790455/RAPP2022-29.pdf

Nasjonalt senter for aldring og helse. (u. d.). *Hvor mange i Norge har demens*. Demenskartet. <https://demenskartet.no/>. Hentet 20.04.2023.

Helsedirektoratet. (2022-05-30). *En aldrende befolkning. Kapittel 4.1. I: Folkehelse i et livsløpsperspektiv – Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-eldre/en-aldrende-befolkning>

WHO. (2021). *Decade of healthy ageing: baseline report*. Summary. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900->

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Kapittel 5 Styrker og ressurser

Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. IS-rapport 2263.

FHI. (2020, 04, 03). *Sosialt bærekraftige samfunn*. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-barekraftige-lokalsamfunn/>

SSB. (2023, 02,2 4). Sysselsetting, registerbasert. Tabell 11930. Statistikkbanken.
<https://www.ssb.no/statbank/table/11930/tableViewLayout1/>

Millstein, M. og Hofstad, H. 2017. *Fortetting og folkehelse. Hvilke folkehelsekonsekvenser har den kompakte byen?* NIBR-rapport 2017:2.

SSB. (2022). *Andel bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng*. Tabell 09579. Statistikkbanken. Hentet 10.04.2023.

Sterner, N. (2019). *Ja, hva fader skulle en funnet på om en ikke var her da?* Universitetet i Sør-Øst Norge.