

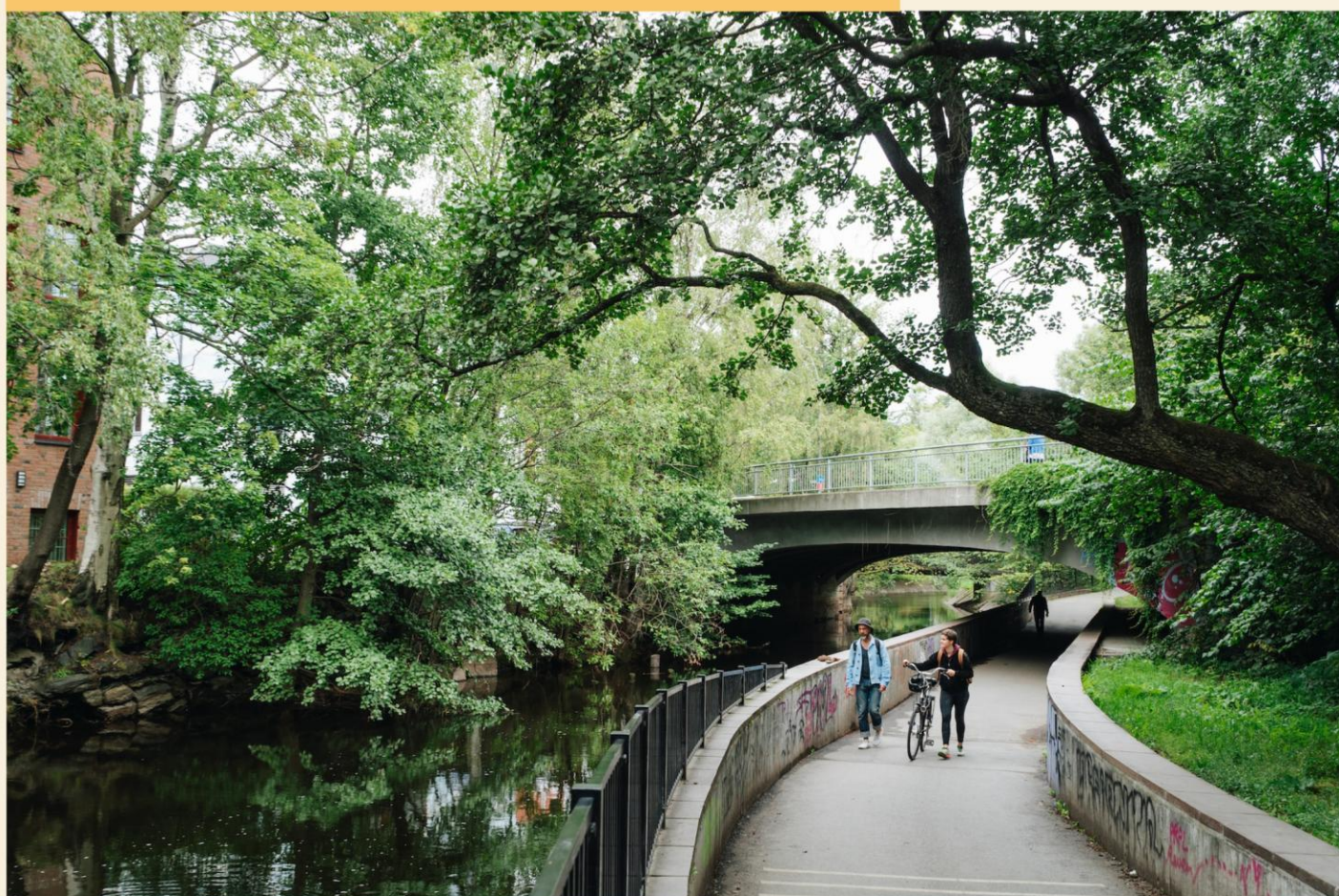


Oslo

Helseetaten

# Oslohelsa 2023

Oversikt over helsetilstand  
og påvirkningsfaktorer i Oslo.



---

Denne rapporten er utgitt av Helseetaten, Oslo kommune.  
Desember 2023.

Sitering av rapporten:  
Oslohelsa (2023). Oslo: Helseetaten, Oslo kommune.

Rapporten er tilgjengelig fra  
<https://www.oslo.kommune.no/statistikk/>

ISBN: 978-82-91332-19-2

Rapporten er utarbeidet i fellesskap av medarbeidere ved Folkehelse- og omsorgsavdelingen:

- [Audun Brunnes](#)
- [Navnit Kaur Grewal](#)
- [Kristin Linnestad](#)
- [Jørgen Jerstad Martnes](#)
- [Sille Ohrem](#)
- [Christian Rikter-Ydse](#)

I arbeidet med rapporten har det vært utstrakt kontakt med andre fagpersoner i Helseetaten, bydeler, dataeiere og forskningsmiljø, blant annet i forbindelse med kvalitetssikringsarbeid.

Henvendelser om rapporten kan rettes til avdelingsdirektør [Berit Bakke](#) eller analysesjef [Arne Jensen](#).

Forsidefoto: Unsplash / Nick Night

## Forord

Kunnskap er viktigere enn noen gang i folkehelsearbeidet. De neste ti–tjue årene vil Oslo kommune stå overfor en rekke utfordringer. Antall eldre øker, befolkningens sammensetning endrer seg, vi blir stadig flere innbyggere og etterspørselen etter arbeidskraft på flere kommunale tjenesteområder er oppadgående. I tillegg vil mange stå utenfor arbeidslivet som følge av helseproblemer, økonomiske forutsetninger vil endre seg, og klimaendringer vil gjøre seg enda mer gjeldende. Teknologisk utvikling, i og utenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, vil også være en viktig del av bakteppet. Den vil påvirke hvordan framtidens tjenester vil se ut, hvilke kompetansebehov som må dekkes, og hva som må gjøres for å sikre bærekraftige tjenester. For å møte dagens og framtidens utfordringer, satser Oslo kommune på kunnskapsbasert utvikling, innovasjon og økt bruk av velferdsteknologi.

*Oslohelsa 2023* er Oslo kommunes felles kunnskapsgrunnlag om befolkningens helsetilstand og faktorene som kan påvirke denne. Rapporten – som er et oversiktsdokument – er forankret i folkehelseloven, gis ut hvert fjerde år og skal ligge til grunn for Oslo kommunes systematiske folkehelsearbeid. Hovedformålet er å identifisere og peke på positive påvirkningsfaktorer som kommunen kan utnytte og styrke, og risikoforhold som kan motvirkes og forebygges. *Oslohelsa 2023* er et viktig bidrag i oppfølgingen av den nye folkehelsestrategien som nylig er vedtatt.

Forrige gang Helseetaten produserte et oversiktsdokument var i 2020, rett før utbruddet av koronaviruset i Norge. Pandemien viste hvor viktig det var at kommunen hadde et solid fundament av analysemetoder og kunnskap, som bidro til å forstå og motvirke pandemiens konsekvenser. Den erfaringen viser hvor viktig det er å ha en samlet oversikt over helsetilstanden til Oslos innbyggere, også i beredskapsarbeidet. Jeg er glad for å kunne si at vi leverer et dokument som både i omfang og bredde svarer ut behovet for kunnskap i alt praktisk folkehelsearbeid.

Vi håper at *Oslohelsa 2023* blir tatt i bruk på ulike nivåer og på tvers av kommunale sektorer og tjenester. Vi har lagt til rette for at innholdet skal stimulere til kunnskapsbasert dialog og prioriteringer i det forebyggende og systematiske folkehelsearbeidet i hele Oslo kommune.

Rapporten er et resultat av Helseetatens samarbeid med bydeler, andre kommunale etater og sentrale dataleverandører. Vi takker alle som har bidratt til denne utgaven!

Hilde Terese Hamre

direktør

Helseetaten

## Sammendrag

*Oslohelsa 2023* beskriver helsetilstanden til hovedstadens innbyggere i et folkehelseperspektiv. Rapporten presenterer hvordan utviklingen har vært over tid og hvordan nå-tilstanden er, for flere mål for helse og uhelse. I tillegg omtaler den forhold som direkte eller indirekte påvirker helsa til Oslos befolkning, inkludert omtale av tidsserier før, underveis i, og etter årene med pandemi. På bakgrunn av dette kunnskapsgrunnlaget, peker rapporten på det som synes å være de viktigste folkehelseutfordringene og -ressursene i Oslo.

En oversikt over folkehelsen i Oslo inkluderer mange temaer og angår mange samfunnsområder. Rapporten ser blant annet nærmere på befolkningens levevaner og livskvalitet, sykkelighet og dødelighet, symptomer og medisinbruk, funksjonsevne og oppvekstkår, arbeidsmarkedstilknytning og mottak av stønader. Rapportens formål er å belyse disse og andre temaer med tilgjengelige data og statistikk, og samtidig vise til hvor mer informasjon er publisert.

Oslohelsa er et produkt av nasjonale krav om folkehelseoversikt og lokale kunnskapsbehov i kommunens folkehelsearbeid. I rapporten sammenlignes resultatene for Oslos befolkning med nasjonale tall, samtidig som det legges vekt på å få frem lokale variasjoner blant byens innbyggere. Oslos befolkning skiller seg fra befolkningen i andre kommuner, blant annet ved at den er større, yngre og mer mangfoldig. Rapporten beskriver derfor også befolkningen og dens sammensetning.

Det er demografiske, geografiske og sosioøkonomiske forskjeller i Oslo. Det gjør at det er behov for å se nærmere på folkehelsen i mer avgrensede geografiske områder i byen, og for noen avgrensede grupper av innbyggere som ellers vil kunne tapes av syne i en stor befolkning som Oslos. I rapporten er det derfor lagt vekt på å få frem forskjeller på bydelsnivå og delbydelsnivå der statistikkgrunnlaget tillater det, samt å gi en særskilt beskrivelse av folkehelsen blant eldre, innvandrere og personer med funksjonsnedsettelse.

På bakgrunn av gjennomgangen av data og statistikk, peker *Oslohelsa* på noen folkehelseutfordringer og -ressurser som synes ekstra viktige for Oslo nå og i årene som kommer. Selv om disse i flere tilfeller ikke er unike sammenlignet med dem som er beskrevet for andre kommuner eller på nasjonalt nivå, har de noen særtrekk i Oslo. Rapporten identifiserer folkehelseutfordringer og -ressurser basert på hovedutfordringer og gjennomgang av data og statistikk i de ulike kapitlene. Oppsummert handler disse om:

- *Sosial ulikhet i helse og levevaner.* Generelt er helsetilstanden god i Oslos befolkning, og utviklingen over tid har vært god langs flere mål på helse og levevaner. Samtidig er det store forskjeller etter innbyggernes utdannings- og inntektsnivå. Sosioøkonomiske forskjeller i og mellom ulike bydeler bidrar til at god helse og gode levevaner er ujevnt fordelt, og at ikke alle har opplevd forbedring. Utviklingen i dødelighet og ikke-smittsomme sykdommer som kreft og hjerte- og karsykdommer, viser dette med tydelighet.
- *Psykisk helse og livskvalitet.* Generelt er livskvaliteten i Oslo god, men skjevfordelt i den forstand at noen grupper opplever lavere livskvalitet enn andre. Samtidig er det mange i Oslo

som strever med psykiske plager eller lidelser. Under pandemien var det en økning i psykiske helseutfordringer og lav livskvalitet blant Oslos innbyggere. Det er flere tegn til bedring. Men nivået er fortsatt høyt i enkelte aldersgrupper.

- *Økende eldrebefolkning.* Generelt er Oslos innbyggere yngre enn befolkningen i resten av landet. Aldringen som andre deler av Norge står overfor i tiden som kommer, er ikke like markant og går ikke like raskt i hovedstaden. I Oslo er innvandrerbefolkningens alderssammensetning noe ulik demografien i befolkningen ellers, og bidrar med det til en saktere aldring. Samtidig vil også befolkningen i Oslo bli eldre, og da med noe ulik fart i forskjellige bydeler. Det vil blant annet påvirke utbredelse av ulike sykdommer og stille andre krav til tjenesteytingen på flere kommunale områder.
- *Tilknytning til arbeidsliv.* Generelt bærer Oslos befolkning preg av høy sysselsettingsgrad og høyt utdanningsnivå sammenlignet med innbyggerne i resten av landet, samtidig som arbeidsmarkedet i Oslo er godt. Sysselsettingen er imidlertid lavere blant dem over 50 år, blant dem som har lavt utdanningsnivå, blant personer med funksjonsnedsettelse og blant noen grupper av innvandrere. Disse gruppernes svakere arbeidslivstilknytning er en tendens som er tydeligere i Oslo enn i resten av landet.
- *Bo- og nærmiljø.* Generelt lever Oslos befolkning i en grønn by med gode og trygge bomiljøer. Framtidens befolkningsøkning, fortetning og generell byutvikling er noe av det som legger føringer på om bo- og nærmiljø kan bidra til å fremme folkehelse og skape en bærekraftig by for innbyggerne. Samtidig er det sosial ulikhet i det at innbyggernes opplevelse av trygghet, utsatthet for støy, tilgang til grøntområder og sosiale møteplasser varierer etter utdannings- og inntektsnivå.
- *Klima- og miljøendringer.* Generelt er det grunn til å tro at de negative helsepåvirkningene som følger av globale klimaendringer, ikke har nådd Oslos befolkning. Samtidig vil fenomener som mer ekstremvær og økte temperaturer ha en direkte og indirekte påvirkning på befolkningens fysiske og psykiske helsetilstand i årene som kommer. Her er det særlig grunn til å være oppmerksom på hvilken påvirkning utviklingen har for grupper i befolkningen som allerede har en svekket helsetilstand.

## Innhold

Forord.....	3
Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	9
1.1 Om Oslohelsa 2023.....	9
1.2 Om datakilder.....	11
1.3 Om Oslos bydeler og delbydeler.....	11
1.4 Om Oslos demografi.....	13
1.5 Om helse og sosiale forhold.....	20
1.6 Om folkehelse og bærekraft.....	26
1.7 Om Covid-19-pandemien.....	27
2 Lever Oslos innbyggere gode og lange liv med god helse?.....	28
2.1 Innledning.....	29
2.2 Dødelighet.....	29
2.3 Tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer.....	31
2.4 Egenvurdert helse.....	33
2.5 Sykdomsbyrde.....	35
2.6 Livskvalitet.....	40
3 Viktige sykdommer i et folkehelseperspektiv.....	46
3.1 Innledning.....	47
3.2 Kreft.....	47
3.3 Hjerte- og karsykdommer.....	52
3.4 Kols.....	55
3.5 Diabetes.....	59
3.6 Muskel- og skjelettlidelser og langvarige smerter.....	64
3.7 Overvekt og fedme.....	68
3.8 Munnhelse.....	72
3.9 Smittsomme sykdommer som trussel mot folkehelsa.....	76
4 Psykisk helse.....	86
4.1 Psykisk helse i et folkehelseperspektiv.....	87
4.2 Rusmiddellidelser.....	94
4.3 Søvnvansker og søvnsykdommer.....	99

5	Helse og livskvalitet i tre ulike grupper .....	103
5.1	Valg av grupper .....	104
5.2	Eldre.....	105
5.3	Personer med innvandrerbakgrunn .....	113
5.4	Personer med funksjonsnedsettelse.....	121
6	Helseatferd og levevaner .....	132
6.1	Fysisk aktivitet.....	133
6.2	Idrettsdeltakelse .....	140
6.3	Kosthold.....	146
6.4	Røyk og snus .....	162
6.5	Bruk av rusmidler .....	166
6.6	Søvn.....	171
7	Skader etter ulykker, vold og overgrep .....	175
7.1	Innledning.....	176
7.2	Tidlig død av ytre årsaker .....	177
7.3	Skader .....	179
7.4	Alvorlige skader.....	182
7.5	Vold og overgrep .....	186
8	Sosiale og økonomiske forhold .....	192
8.1	Økonomiske levekår .....	193
8.2	Arbeid og helse .....	199
8.3	Bolig .....	207
8.4	Sosiale forhold.....	210
9	Oppvekst.....	221
9.1	Innledning.....	222
9.2	Svangerskaps- og barselomsorg .....	223
9.3	Foreldre .....	225
9.4	Barn i husholdninger med lav inntekt .....	226
9.5	Barnevern.....	229
9.6	Barnehage og skole .....	232
9.7	Barn og unges bo- og nærmiljø .....	239
9.8	Sosialt miljø .....	243

10	Miljø.....	250
10.1	Klima .....	251
10.2	Luft- og støyforurensning .....	257
10.3	Bo- og nærmiljø.....	264
10.4	Friluftsliv.....	271
10.5	Aldersvennlig by .....	274
10.6	Aktivitetsvennlig by og aktiv transport .....	276
11	Folkehelseutfordringer og -ressurser .....	281
11.1	Sosial ulikhet i helse og levevaner .....	282
11.2	Psykisk helse og livskvalitet.....	283
11.3	Økende eldrebefolkning .....	283
11.4	Tilknytning til arbeidsliv .....	284
11.5	Bo- og nærmiljø.....	284
11.6	Klima- og miljøendringer .....	285
12	Referanser .....	286
13	Vedlegg 1: Datakilder og metode.....	311
14	Vedlegg 2. Offentlige datakilder til oversiktsarbeid .....	324

# 1 Innledning

---

*Oslohelse 2023* er et oversiktsdokument der vi, med utgangspunkt i data fra eksisterende informasjonskilder og kunnskapsgrunnlag, tar sikte på å identifisere viktige folkehelseutfordringer og -ressurser blant Oslos befolkning. Disse dataene er tilrettelagt og analysert og presenteres i dokumentet. For å forstå hvilke folkehelseutfordringer og -ressurser som finnes i hovedstaden, er det også nødvendig å ha kunnskap om populasjonen som Oslos befolkning representerer.

I dette kapittelet omtaler vi først kort rammene for *Oslohelse 2023*, før vi gir en oversikt over innholdet i resten av kapitlene i dokumentet. Deretter beskriver vi Oslos befolkning. Her legger vi vekt på å sammenligne den med befolkningen ellers i landet, i tillegg til at vi sammenligner befolkningen i ulike bydeler i Oslo.

## 1.1 Om Oslohelse 2023

Med *folkehelse* menes befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i befolkningen. I rapporten *Oslohelse 2023*, som er kommunens kunnskapsgrunnlag for folkehelse, beskriver vi befolkningens helsetilstand og et bredt sett av faktorer som antas å påvirke helse, direkte og/eller indirekte. I rapporten gjør vi rede for status på en rekke områder som er relevante for å få et bilde av folkehelse i Oslo, og når datakilder og tidsserier gjør det mulig, presenterer vi utviklingen over tid. I rapporten legger vi vekt på utviklingen som har funnet sted etter at forrige versjon, *Oslohelse 2020* (1), ble publisert, men dette utelukker ikke omtale av informasjon og tidsserier som går enda lenger tilbake i tid.

Med *Oslohelse 2023* kan vi følge folkehelseutviklingen etter at *Folkehelsestrategi for Oslo 2023–2030* ble innført. Strategien ble vedtatt av bystyret 27. september 2023 (2). God folkehelse skapes i alle sektorer, og rapporten skal være et viktig kunnskapsgrunnlag for planer og tiltak på tvers av ulike tjenesteområder i kommunen. Perspektivet i rapporten er påvirket av at det viktigste folkehelsearbeidet utføres utenfor helse- og omsorgstjenestene, og av at mange faktorer som påvirker folkehelse, har sitt utspring i andre sektorer. Også helse- og omsorgstjenestenes innsats for å forebygge sykdom samt hindre videre sykdomsutvikling (primær og sekundær forebygging) har betydning for helsetilstanden i befolkningen (3), og potensielt for sosial ulikhet i helse. Helse- og omsorgstjenesten er likevel ikke vektlagt spesielt i denne rapporten.

*Oslohelse 2023* skal ses i sammenheng med rapporten *Oslo-trender 2023*, som ble publisert i oktober 2023 (4). For en del av temaene som vi omtaler, viser vi til *Oslo-trender* for nærmere omtale og mer detaljert statistikk. Vi viser også til et nylig utarbeidet kunnskapsgrunnlag til den nye folkehelsestrategien (5) og strategien for å utjevne sosiale forskjeller i Oslo (6), som omhandler mange av de samme temaene som *Oslohelse 2023*.

### 1.1.1 Innholdet i Oslohelsa 2023

I *Oslohelsa 2023* omtaler vi alle tema som forskrift om oversikt over folkehelsen (7) krever av et slikt oversiktsdokument.<sup>1</sup> Dokumentet gir den nødvendige oversikten tolket ut fra en lokal kontekst.

Innledningskapittelet danner grunnlaget for innholdet i resten av rapporten og for å forstå folkehelsa i Oslo. Her gir vi en generell beskrivelse av befolkningssammensetningen og hva som skiller Oslo fra resten av landet. Den demografiske sammensetningen er avgjørende for å tolke og forstå befolkningens helsetilstand og hvordan helsa og påvirkningsfaktorene fordeler seg. I dette kapittelet gir vi også en overordnet beskrivelse av Oslo som en by med store forskjeller, i tillegg til at vi redegjør for betydningen av de store ulikhetene og av helsas sosiale determinanter.

I kapittel 2 til 4 beskriver vi helsa og livskvaliteten til innbyggere i Oslo fra litt ulike perspektiver. I kapittel 2 stiller vi følgende spørsmål: «Lever Oslos innbyggere gode og lange liv med god helse?» Spørsmålet belyses fra ulike sider, og vi legger vekt på utviklingen og forskjellene i egenvurdert helse, forventet levealder og livskvalitet. I tillegg ser vi på hvilke helseplager som bidrar mest til den samlede sykdomsbyrden og for tidlig død. Etter at vi i kapittel 2 har identifisert hva som kan regnes som de viktigste folkehelsesykdommene i Oslo, omtaler vi disse sykdommene mer spesifikt i kapittel 3. Psykisk helse har minst like stor betydning for folkehelsa som fysisk helse, og dette temaet behandles i kapittel 4.

I kapittel 5 omtaler vi helse og livskvalitet blant gruppene eldre, innvandrere og personer med funksjonsnedsettelse. Gruppene er valgt ut fordi det er et særskilt behov for mer kunnskap både om dem og deres helsetilstand og om den demografiske sammensetningen og utviklingen i befolkningen.

I kapittel 6 retter vi oppmerksomheten mot befolkningens levevaner, og framstillingen er basert på ulike mål for fysisk aktivitet, kosthold og ernæring, søvn samt røyk, alkohol og andre rusmidler. Den enkeltes helsetilstand blir påvirket av personens levevaner, og summen av Oslo-borgernes levevaner påvirker statusen for og utviklingen av folkehelsa i befolkningen.

I kapittel 7 drøfter vi kunnskap om skader og ulykker, vold og overgrep. Her skilles det mellom skader som skjer utilsiktet, det vil si ulykkesskader, og skader som påføres med hensikt, det vil si voldsskader og villet egenskade. Det er noen utfordringer knyttet til hvordan skader blir kategorisert, men både enkeltvis og samlet representerer ulykkesskader, voldsskader og villet egenskade viktige dimensjoner ved folkehelsesituasjonen i Oslo.

I kapittel 8 til 10 retter vi søkelyset mot henholdsvis sosiale forhold, oppvekstvilkår og miljørelaterte faktorer, det vil si faktorer som kan ha en direkte eller indirekte påvirkning på folkehelsa. I kapittel 8 beskriver vi helseforhold i befolkningen fordelt etter bakgrunnskjenne-tegn

---

<sup>1</sup> Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3: Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av: a) befolkningssammensetning, b) oppvekst- og levekårsforhold, c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, d) skader og ulykker, e) helserelatert atferd og f) helsetilstand.

som økonomi og inntekt, tilknytning til arbeidslivet, boligsituasjon og sosialt miljø, mens vi i kapittel 9 tar for oss barn og unges oppvekstvilkår, blant annet målt ved deltakelse i fritidsaktiviteter, kjennetegn ved barn og unges familier og barn og unges kontakt med ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet. I kapittel 10 ser vi nærmere på de fysiske og kjemiske påvirkningsfaktorene i miljøet rundt oss, og vi belyser blant annet klimaendringenes betydning for folkehelsa.

I kapittel 11 gjør vi rede for hva vi, basert på faglige vurderinger av den samlede informasjonen i rapporten, har indentifisert som de viktigste folkehelseutfordringene og -ressursene.

## 1.2 Om datakilder

Denne rapporten er en sammenstilling av statistikk fra en rekke ulike kilder. Oslohelsa er et fireårig dokument, og for hver utgave har vi forbedret kunnskapsgrunnlaget for det systematiske folkehelsearbeidet gjennom å ta i bruk flere og mer relevante datakilder og indikatorer. Vi gjør jevnlig en vurdering av hva som er de mest vesentlige indikatorene, basert på tilgjengelig statistikk. I mange tilfeller har vi benyttet offentlig tilgjengelig statistikk, blant annet fra Oslo kommunes egen statistikkbank, Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå. Nøyaktige kilder er da oppgitt, slik at det er lett for leserne å finne disse hvis de ønsker flere detaljer og/eller vil følge med på oppdateringer. I et vedlegg til slutt i rapporten har samlet en oversikt over viktige statistikkilder som er benyttet, og som også kan være nyttige for andre.

I tillegg har vi bestilt og benyttet statistikk som ikke er gjort offentlig tilgjengelig, og anonymiserte datasett fra ulike kilder. Disse kildene omfatter blant annet statistikk fra Ung i Oslo-undersøkelsen, Livskvalitetsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå og fra kommunens egne fagsystemer. For å unngå altfor detaljerte presentasjoner av slike statistikkilder i den løpende teksten omtaler vi dem i et eget vedlegg til slutt i rapporten.

## 1.3 Om Oslos bydeler og delbydeler

Oslo er delt inn i 15 bydeler (figur 1.1). I tillegg utgjør Oslo-marka en stor del av kommunen. Bydelene er ulike på mange måter, og derfor omtaler og presenterer vi i mange tilfeller statistikk også på bydelsnivå.

Hver bydel er en administrativ enhet, og bydelsutvalget er øverste politiske ledelse på bydelsnivå. Bydelene yter tjenester til sin befolkning på sine ansvarsområder, blant annet innenfor helse og omsorg. Folkehelseutfordringene varierer mellom bydelene, og i mange tilfeller presenterer vi derfor statistikk etter bydel, eller vi angir spredningen mellom bydelene og henviser til andre statistikkilder for bydelstall. Antall innbyggere per bydel varierer mellom 27 800 i Bydel Grorud og 64 300 i Bydel Grünerløkka (per 1. januar 2023). Det er bare 41 kommuner i Norge som har flere innbyggere enn Bydel Grorud, og 14 kommuner som har flere innbyggere enn Oslos mest folkerike bydel, Bydel Grünerløkka ((8) tab. 07459).

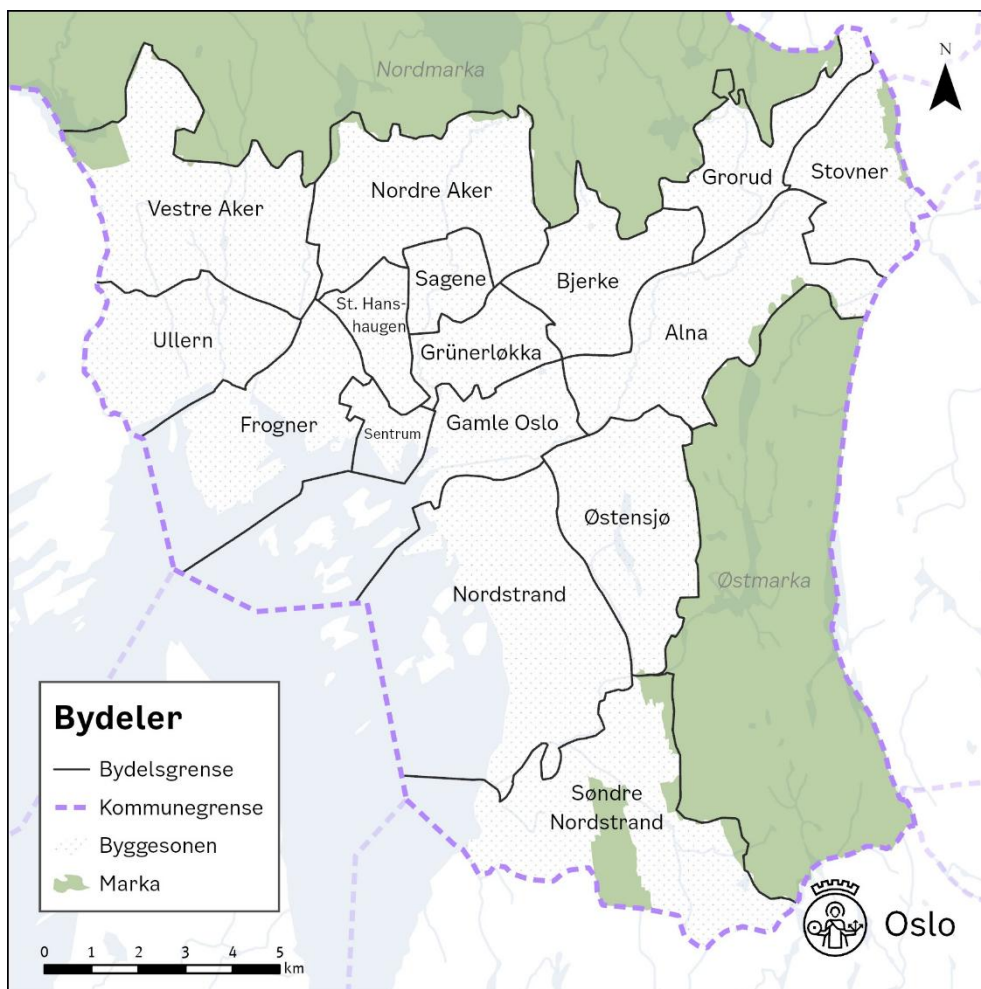
Selv om det er forskjeller både mellom og innad i bydeler, er det også likheter mellom grupper av bydeler, og i noen tilfeller benytter vi oss av denne femdelingen:

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

Iblant omtales de indre bydelene samlet som sentrumsbydelene.

Det finnes også personer som er bosatt i sentrum og marka, og noen personer har ikke noen registrert adresse. Til sammen utgjør disse nesten 5 000 personer. Disse er med i tallene for Oslo i alt, men de er ikke med som en egen kategori i figurer som viser bydelsfordeling.

For statistiske formål er bydelene delt inn i til sammen 98 *delbydeler*. I 2023 ble delbydelene delt inn i 338 grunnkretsområder for å kunne produsere statistikk på et enda lavere geografisk nivå (4). Nærmere informasjon om de ulike geografiske nivåene, inkludert et interaktivt kart, finnes på Oslo kommunes statistikknettsider (9).



Figur 1.1 Bydeler i Oslo. Kilde: Plan- og bygningsetaten.

## 1.4 Om Oslos demografi

Befolkningsutviklingen bestemmes av utviklingen i dødelighet, fruktbarhet, innenlands flytting og internasjonal migrasjon. De siste årene har det vært betydelige variasjoner i befolkningsutviklingen i Oslo. Dette beskrives mer i detalj i *Oslo-trender 2023 (4)*, men noen fakta og hovedtrender fra 2022 (10) er som følger:

- Oslos befolkning passerte 700 000 innbyggere i 2022. Per 1. januar 2023 var det 709 037 innbyggere.
- Oslos befolkningsvekst tok seg kraftig opp i 2022 sammenlignet med de to foregående årene. Under koronapandemien opplevde Oslo en rekordhøy utflytting.
- Oslos netto innvandring var i 2022 på sitt høyeste siden 2011.
- Det ble født 8 407 barn i 2022, det laveste tallet siden 2003 og hele 1 156 færre enn i 2021.

Det samlede fruktbarhetstallet<sup>2</sup> i Oslo var på 1,25 i 2022 (8, tabell 04232). Det er det laveste som noen gang er målt.

Sammensetningen av befolkningen har betydning for folkehelsa, blant annet fordi helsa og forekomsten av ulike sykdommer varierer over livsløpet. I dette oversiktsdokumentet har vi valgt ut fire sider ved Oslos demografi som antas å være spesielt relevante for å forstå folkehelsa i Oslo, nemlig aldersfordelingen, veksten i eldrebefolkningen framover, innvandrerbefolkningen og andelen som bor alene.

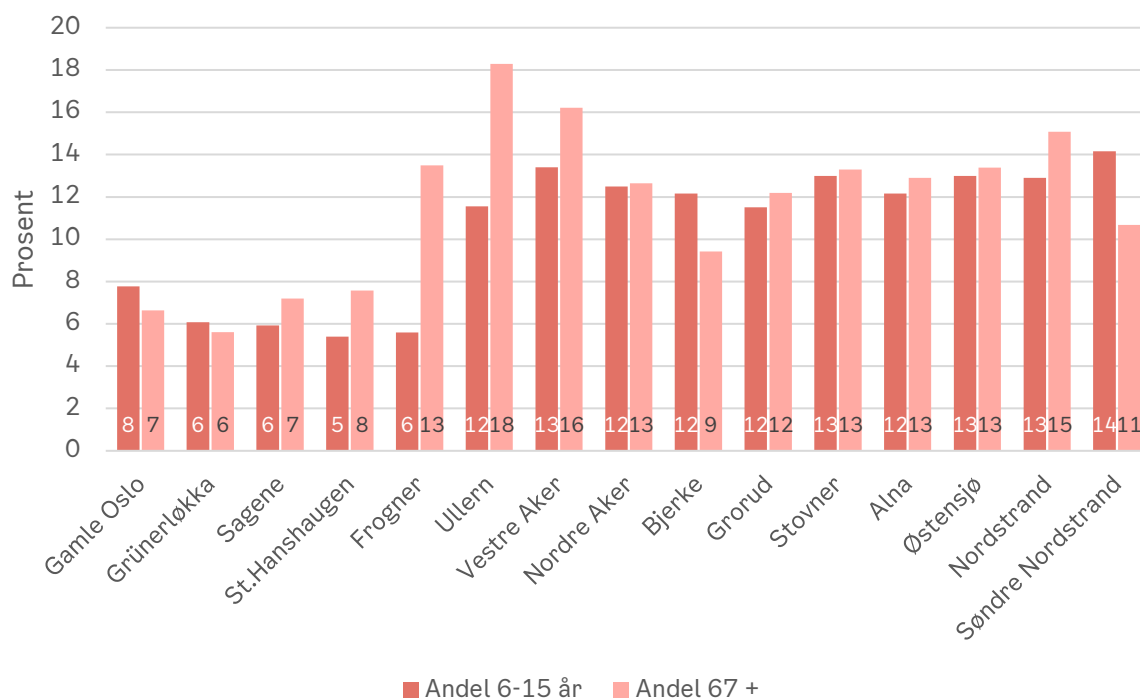
### 1.4.1 Om aldersfordelingen i Oslo

Ulike aldersgrupper møter ulike helseutfordringer, og med økt alder øker helseutfordringene (11). Derfor har aldersfordelingen stor betydning for tolkningen av forskjeller i helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I resten av kapitlene spiller aldersdimensjonen en viktig rolle i formidlingen av data og statistikk over forhold som er knyttet til folkehelsa i Oslos befolkning.

Oslo skiller seg ut fra resten av landet ved at en stor andel av befolkningen er unge voksne i 20- og 30-årsalderen, og ved at det er en lavere andel av henholdsvis barn i skolealder og voksne over 50 år (4). Dette henger sammen med høy tilflytting av unge voksne, blant annet som følge av at det er mange utdanningsinstitusjoner og dermed relativt mange studenter som bor og lever i Oslo.

Alderssammensetningen er også svært ujevnt fordelt mellom bydelene. I sentrumsbydelene er rundt halvparten av befolkningen unge voksne (4), mens det i drabantbyene typisk er en høyere andel barn i skolealder og eldre. Figur 1.2 illustrerer dette.

<sup>2</sup> Gjennomsnittlig antall levendefødte barn per kvinne i løpet av livet, under forutsetning av at fruktbarhetsmønsteret i perioden gjelder i hele kvinnens fødedyktige periode (15–49 år) og det ikke forekommer dødsfall. Fødselstallet bestemmes av tallet på kvinner i fødedyktig alder og deres fruktbarhet.



Figur 1.2 Andel av befolkningen som tilhører to ulike aldersgrupper, etter bydel. 1.1.2023. Prosent. Kilde: SSB tabell 10826 (8).

I sum vil forskjellene i alderssammensetning mellom bydeler kunne bety mye for variasjonen i folkehelseutfordringer på bydelsnivå og dermed også for tjenestebehovet i de ulike bydelene. I noen tilfeller benyttes aldersstandardiserte tall for å oppnå bedre sammenlignbarhet mellom bydeler eller mellom Oslo og resten av landet. I så fall opplyser vi om dette. Rapportens vedlegg inneholder mer informasjon om aldersstandardisering.

### 1.4.2 Om aldring av befolkningen

I årene framover forventes det sterkest vekst blant de eldre i Oslo. Årsaken til dette er for det første at det i årene framover vil være de store etterkrigskullene som blir gamle. I dag består befolkningen i de eldste aldersgruppene av de små mellomkrigskullene. For det andre blir befolkningen eldre fordi dødeligheten har falt og vi lever lenger (se også delkapittel 2.2 om utviklingen i dødelighet).

I Oslo kommunes befolkningsframskrivning fra 2023 er det lagt til grunn at forventet levealder fortsetter å øke framover (12). Fram til 2040 forventes det at befolkningen over 66 år i Oslo vokser med 48 prosent, og at befolkningen over 80 år, den aldersgruppen som har størst behov for helse- og omsorgstjenester, vokser med 86 prosent (tabell 1.1). Høyest vekst forventes det blant de aller eldste, men veksten blant personer over 90 år forventes i hovedsak å inntreffe etter 2030.

Befolkningsframskrivninger er beheftet med betydelig usikkerhet. Usikkerheten øker jo lengre tidsperspektivet er, og jo lavere det geografiske nivået er. En framskrivning tar utgangspunkt i

historiske data, og beregningene baseres i hovedsak på statistikk fra de siste fem årene. I tillegg legges det til grunn en rekke forutsetninger om blant annet utviklingen i flytting, fruktbarhet, antall døde og boligbygging.

Statistisk sentralbyrå har med utgangspunkt i tre alternative framskrivningsmodeller laget en visualisering av befolkningsframskrivningen for ulike aldersgrupper i Oslo (13). Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivning for Oslo avviker noe fra kommunens egen framskrivning både når det gjelder tilnærming og resultat. Statistisk sentralbyrå forventer en noe større eldrebefolkning i Oslo enn kommunen. Det er kommunens framskrivninger som ligger til grunn for framstillingen i tabell 1.1.

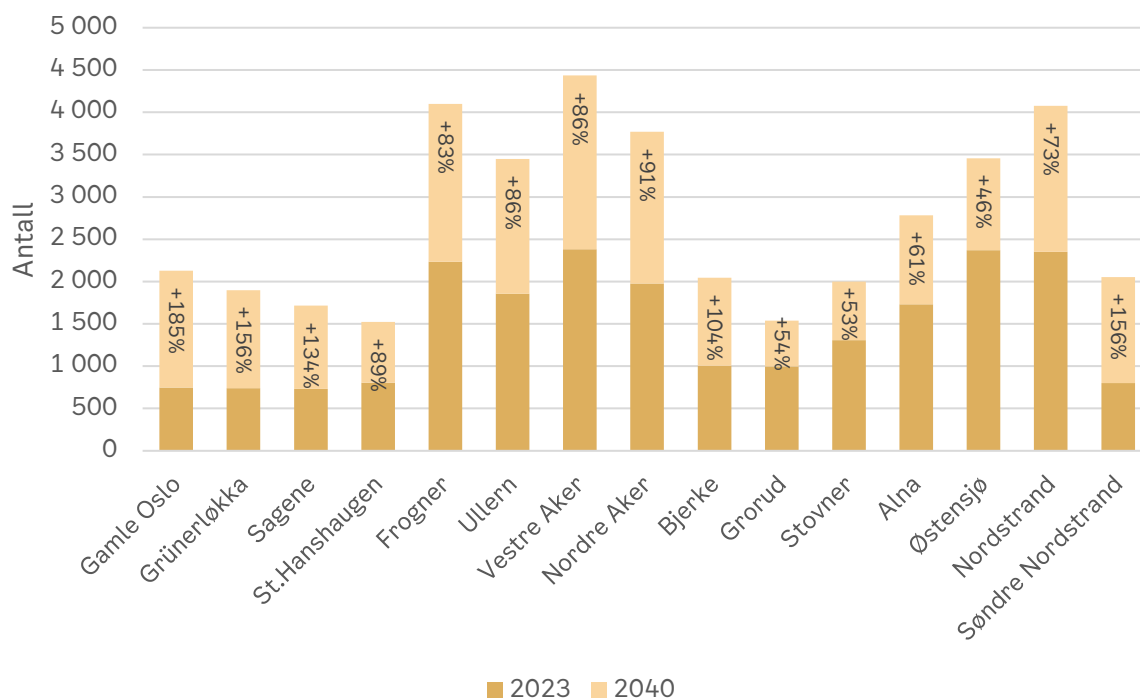
Tabell 1.1. Antall eldre, etter tre aldersgrupper og totalt. Faktisk antall 1.1.2023 og framskrivning til 2030 og 2040. Oslo.

	2023	2030	2040	Prosentvis vekst 2023-2040
67-79 år	58 809	63 413	78 631	34 %
80-89 år	17 326	26 334	32 250	86 %
90 år eller eldre	4 776	4 721	8 873	86 %
SUM 67 år og eldre	80 911	94 468	119 754	48 %
SUM 80 år og eldre	22 102	31 055	41 123	86 %

Kilde: Oslo kommunes statistikkbank. Befolkningsframskrivning mellomalternativet etter år, kjønn og alder. 2023.

Veksten i antall eldre forventes å fordele seg ujevnt mellom bydelene. Det henger blant annet sammen med dagens befolknings sammensetning. Som vi så ovenfor, er det variasjoner mellom bydelene i hvor stor andel av befolkningen som er i ulike aldersgrupper.

Figur 1.3 viser antall personer over 80 år i de ulike bydelene i dag og forventet vekst fram til 2040. Høyest vekst i antall eldre forventes i de østlige sentrumsbydelene samt Søndre Nordstrand, mens lavest vekst forventes i bydelene i Groruddalen og de øvrige bydelene i Oslo sør. Befolkningsframskrivningene for bydelene er mer usikre enn tilsvarende framskrivninger som er gjennomført for hele byen, men de er likevel viktige, for eksempel for planleggingen av tjenestetilbudet for eldre i årene som kommer.



Figur 1.3 Antall personer over 80 år i 2023 og 2040 (framskrevet) og prosentvis vekst, etter bydel. Oslo. Kilde: Oslo kommune statistikkbank.

#### 1.4.2.1 Hvilke konsekvenser har det at andelen eldre i befolkningen øker?

Det er et ubetinget gode at vi lever lenger. Det er et tegn på at vi har lyktes med å skape gode og trygge levevilkår (14). Samtidig fører en eldre befolkning med seg noen utfordringer og endringer. Fordi Oslo har en yngre befolkning enn resten av landet, med stadig påfyll av unge voksne, kommer aldringen av befolkningen til å merkes i mindre grad her enn i andre deler av landet. Det kommer likevel til å påvirke oss.

Med en høyere andel eldre i befolkningen vil det bli relativt færre i yrkesaktiv alder til å forsørge flere eldre. Dette kan uttrykkes gjennom forsørgerbrøk for eldre, som angir forholdet mellom antall personer på 65 år og eldre og antall personer i aldersgruppen 20–64 år. Det er 0,2 eldre for hver person i yrkesaktiv alder i 2023, mens det forventes å være 0,29 eldre for hver person i yrkesaktiv alder i 2040. Det vil si at mens det i 2023 er 500 personer i yrkesaktiv alder per 100 pensjonister, forventes det tilsvarende tallet i 2040 å være ca. 350. Til sammenligning er forsørgerbrøkene for Norge 0,31 i 2023 og 0,45 i 2020 ((8), tabell 13612). Dette representerer altså tilsynelatende en mindre utfordring i Oslo enn i andre deler av landet og da spesielt sammenlignet med mer usentrale strøk.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen må ta høyde for at vi blir flere eldre. Fra 2018 til 2035 er det estimert at bemanningsbehovet i helse- og omsorgstjenestene nasjonalt vil øke med 34 prosent, gitt visse forutsetninger (15).

At vi får en eldre befolkning, vil også ha konsekvenser for den samlede sykdomsbyrden. De store etterkrigskullene er i snitt friskere enn tidligere kull. Dødeligheten og sykdomsbyrden justert for en økende aldring i befolkningen er forventet å fortsette å falle fram mot 2050, men i noe lavere takt enn det vi har sett de siste tiårene. En økende aldring i befolkningen forventes likevel å føre til en økning i dødeligheten og sykkeligheten i 2050 (16). Det er særlig sykdomsbyrden blant de aller eldste (over 90 år) som forventes å bli høyere enn i dag. Ifølge Folkehelseinstituttet bør dette tas i betraktning i planleggingen av framtidens helse- og omsorgstjenester.

Folkehelseinstituttets framskrivninger viser også at helseutfordringene som er viktige i dag, i all hovedsak vil dominere også i 2050. Samtidig vil det fortsatt være en nedgang i dødeligheten som følge av hjerte- og karsykdommer, noe som vil medføre at flere oppnår aldre hvor årsaker som kreft, demens, fallulykker, ernærings sykdommer og infeksjoner blir viktige årsaker til dødelighet og sykkelighet. Dette vil sette sitt preg på behovet for helsetjenester fram mot 2050.

Aldringen av befolkningen vil også innebære at de eldre blir en mer sammensatt gruppe, både med tanke på helsetilstand, sosial og kulturell bakgrunn og familieliv. Framover blir det derfor (enda) mindre meningsfylt å snakke om de eldre som en homogen gruppe (17). Blant annet kommer det til å være en større andel innvandrere<sup>3</sup> blant de eldre. 20 prosent av befolkningen 60 år og eldre i Oslo er innvandrere (Tabell 1.2). Til sammenligning er andelen i hele landet 7 prosent (18). Andelen er ikke spredd jevnt ut over byen – i enkelte bydeler er rundt 30 prosent av befolkningen 60 år og eldre innvandrere.

Antall eldre med innvandrerbakgrunn forventes å øke i framtiden. Det er ikke foretatt noen framskrivninger av befolkningen etter innvandrerbakgrunn for Oslo, men Statistisk sentralbyrås framskrivning for Norge viser at andelen eldre innvandrere forventes å øke kraftig, fra 5 prosent av befolkningen på 70 år og eldre i 2022 til 24 prosent av befolkningen i 2060 (19).

I dag er bruken av omsorgstjenester klart lavere blant innvandrere enn blant befolkningen for øvrig i Norge, både blant eldre og alle aldersgrupper samlet (20). Dette kan imidlertid endre seg etter hvert som sammensetningen av de eldre innvandrerne i Norge endres. Det kan også tenkes at framtidens eldre innvandrere vil ha noe dårligere helse enn dagens innvandrere. Uavhengig av om forskjellene i tjenestebruk mellom eldre etter innvandrerbakgrunn fortsetter, vil det økte antallet eldre innvandrere uansett gjøre at tjenestene vil møte flere brukere i denne gruppen i årene som kommer. Framtidens eldre innvandrere forventes også å ha et lavere utdanningsnivå enn andre eldre, noe som blant annet kan ha betydning for de digitale ferdighetene.

Med flere eldre i befolkningen blir det enda viktigere med god folkehelse, både for de eldre, som da vil klare seg mer selv og få bedre livskvalitet, og for at flest mulig i yrkesaktiv alder skal kunne jobbe lengst mulig. En styrket satsing på folkehelse og forebyggingsarbeid vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester (21).

---

<sup>3</sup> Innvandrere er av Statistisk sentralbyrå definert som personer som er bosatt i Norge, men som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre.

### 1.4.3 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

Oslo er en av kommunene i landet som har høyest andel innvandrere i befolkningen.<sup>4</sup> 26 prosent av befolkningen i Oslo var innvandrere per 1. januar 2023. I tillegg utgjør norskfødte med innvandrerforeldre<sup>5</sup> 8 prosent av befolkningen i Oslo, slik at til sammen 34 prosent har innvandrerbakgrunn<sup>6</sup> ((8) tabell 09817).

Under pandemien i 2020 og 2021 var det en nedgang i innvandringen, men i 2022 opplevde Oslo den høyeste innvandringen på ca. ti år. Dette har blant annet å gjøre med krigen i Ukraina og den påfølgende migrasjonen i Europa.

Ved inngangen til 2023 bodde det ca. 53 500 personer med flyktningbakgrunn i Oslo (78 % av disse er nå norske statsborgere) ((8) tabell 03810). I 2022 bosatte Oslo i overkant av 1 900 flyktninger, noe som er det høyeste antallet per år noensinne. For 2023 har nasjonale migrasjonsmyndigheter (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) anmodet Oslo om å bosette 2 170 flyktninger, noe som også er vedtatt (4).

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i ulike aldersgrupper varierer mellom bydelene (tabell 1.2). I barnebefolkningen under 18 år er det relativt få innvandrere, og bare 8 prosent av barna i Oslo har selv innvandret. I et flertall av bydelene er andelen på rundt 10 prosent. Bydel Frogner har den høyeste andelen barn som er innvandrere, med 14 prosent.

Det er en betydelig høyere andel barn, 25 prosent, i Oslo som er norskfødte med innvandrerforeldre. Variasjonen mellom bydelene er også større. I bydelene Stovner, Alna og Grorud er henholdsvis 53, 49 og 47 prosent av barna norskfødte med innvandrerforeldre. I bydelene Vestre og Nordre Aker samt Nordstrand gjelder dette for i underkant av 10 prosent.

Blant personer i alderen 60 år og eldre er det svært få norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo. Det har sammenheng med at innvandringen til Norge fortsatt er et relativt nytt fenomen, og at brorparten av innvandringen har skjedd etter 1970. I bydelene Gamle Oslo, Alna, Stovner og Søndre Nordstrand utgjør innvandrere nå i overkant av 30 prosent av befolkningen over 60 år. Samtidig utgjør innvandrere bare rundt 10 prosent i vestlige bydeler og i Nordstrand (tabell 1.2).

De fleste innvandrerne kommer til Norge i 25–45-årsalderen, få kommer som barn, og få av dem som har innvandret, har rukket å bli gamle ennå (18). Dette gjenspeiles blant annet i at andelen innvandrere er høyest blant voksne mellom 18 og 59 år i Oslo. En tredjedel av Oslos befolkning i denne aldersgruppen er innvandrere, mens bare 6 prosent er norskfødte med innvandrerforeldre. I bydelene Grorud, Alna, Stovner og Søndre Nordstrand er rundt halvparten av befolkningen i

---

<sup>4</sup> Andelen er nå så vidt høyere i Lørenskog kommune i tillegg til i fire mindre kommuner i Nord-Norge.

<sup>5</sup> Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre, og som har fire utenlandsfødte besteforeldre.

<sup>6</sup> Personer med innvandrerbakgrunn er en samlebetegnelse for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

denne aldersgruppen innvandrere. Ingen av bydelene har under 20 prosent innvandrere i aldersgruppen 18–59 år.

Tabell 1.2 Andel av befolkningen i ulike aldersgrupper som er hhv. innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre.

Innvandrere					Norskfødte med innvandrerforeldre				
Bydel	0-17 år	18-59 år	60 år +	Alder i alt	Bydel	0-17 år	18-59 år	60 år +	Alder i alt
Oslo i alt	7,9	32,9	20,2	26,0	Oslo i alt	25,4	5,7	0,3	8,4
Gamle oslo	9,0	33,6	31,6	29,5	Gamle oslo	32,8	5,4	0,2	9,1
Grünerløkka	9,9	30,9	28,4	27,8	Grünerløkka	26,7	4,4	0,2	7,0
Sagene	6,2	24,0	22,0	21,4	Sagene	21,8	3,3	0,2	5,4
St.Hanshaugen	9,6	26,6	18,7	23,8	St.Hanshaugen	17,4	2,7	0,4	4,0
Frogner	13,7	29,6	15,4	25,0	Frogner	18,5	2,3	0,3	3,6
Ullern	6,5	27,0	11,1	18,7	Ullern	10,2	1,9	0,5	3,2
Vestre Aker	4,3	23,3	10,7	15,8	Vestre Aker	7,2	1,6	0,5	2,7
Nordre Aker	4,8	23,8	9,1	16,9	Nordre Aker	7,3	2,0	0,4	2,8
Bjerke	9,2	41,7	25,7	32,0	Bjerke	32,9	8,2	0,1	12,5
Grorud	11,6	48,8	29,5	37,4	Grorud	46,5	11,1	0,2	16,2
Stovner	11,4	54,8	33,1	40,6	Stovner	52,8	16,7	0,1	21,5
Alna	10,2	49,4	32,1	37,6	Alna	49,1	13,4	0,2	18,4
Østensjø	5,4	27,8	15,1	20,2	Østensjø	19,3	5,1	0,2	7,2
Nordstrand	3,7	22,5	10,5	15,6	Nordstrand	9,5	2,6	0,2	3,6
Søndre Nordtrand	10,3	51,0	36,8	38,4	Søndre Nordtrand	43,9	16,1	0,2	19,9

Kilde: Oslo kommunes spesialbestilling fra SSB.

Sammensetningen av innvandrerbefolkningen varierer mellom de ulike bydelene, blant annet etter innvandringsgrunn, botid og landbakgrunn. I *Oslo-trender 2023* finnes det en nærmere beskrivelse av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo. Innvandrerne er en sammensatt gruppe, og det er til dels store forskjeller i helsa og i fordelingen av faktorer som påvirker helsa blant innvandrerne. Helse og livskvalitet blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre samt sammensetningen av gruppen beskrives nærmere i kapittel 5. I kapittel 8 presenteres utvalgte indikatorer for arbeid, økonomi og boforhold fordelt etter innvandrerbakgrunn.

#### 1.4.4 Om Oslos aleneboende

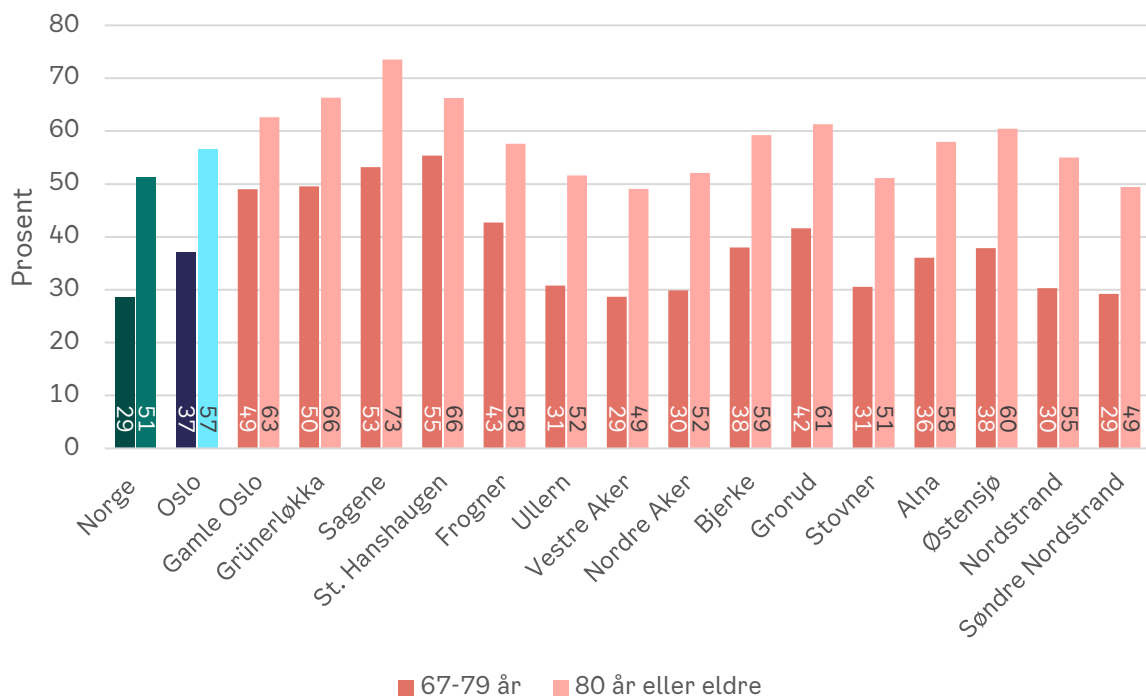
En fjerdedel av befolkningen i Oslo bor alene.<sup>7</sup> Oslo er fylket med flest aleneboende, men i motsetning til utviklingen i resten av landet er det nå tegn til at andelen aleneboende kan flate ut i Oslo (22). Det er store variasjoner i hvor stor andel av befolkningen som bor alene i ulike bydeler. Det henger blant annet sammen med alderssammensetningen og boligstrukturen.

Det å bo alene eller sammen med noen har betydning for ulike helseforhold, og det å være gift har en særlig betydning (23). De som er gift, har lavere dødelighet enn dem som ikke er gift, og forskjellen har økt de siste årene. Dette kan henge sammen med at det å være gift eller i et

<sup>7</sup> Beregnet fra Statistisk sentralbyrås tabell 10986. Tallene gjelder per 1. januar 2023.

parforhold kan ha positive effekter på helse og helseatferd, men også med at de med dårligere helse og helseatferd i større grad ikke gifter seg eller blir skilt. Aleneboende har ofte dårligere økonomi enn dem som bor sammen med noen og de kan være mer utsatt for ensomhet (23). Av alle familietyper er det de aleneboende som i aller størst grad oppgir lav tilfredshet med livet (24).

Eldre som bor alene, kan i tillegg ha større behov for helse- og omsorgstjenester. Nesten 33 000 personer over 66 år bor alene i Oslo ((8) tabell 06844), og andelen som bor alene, er høyere i Oslo enn ellers i Norge. Ved inngangen til 2022 bodde 42 prosent av eldre over 66 år i Oslo alene, mot 35 prosent i hele landet. Figur 1.4 viser at det ellers er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder andelen aleneboende eldre. Andelen eldre som bor alene, er høyest i sentrumsbydelene.



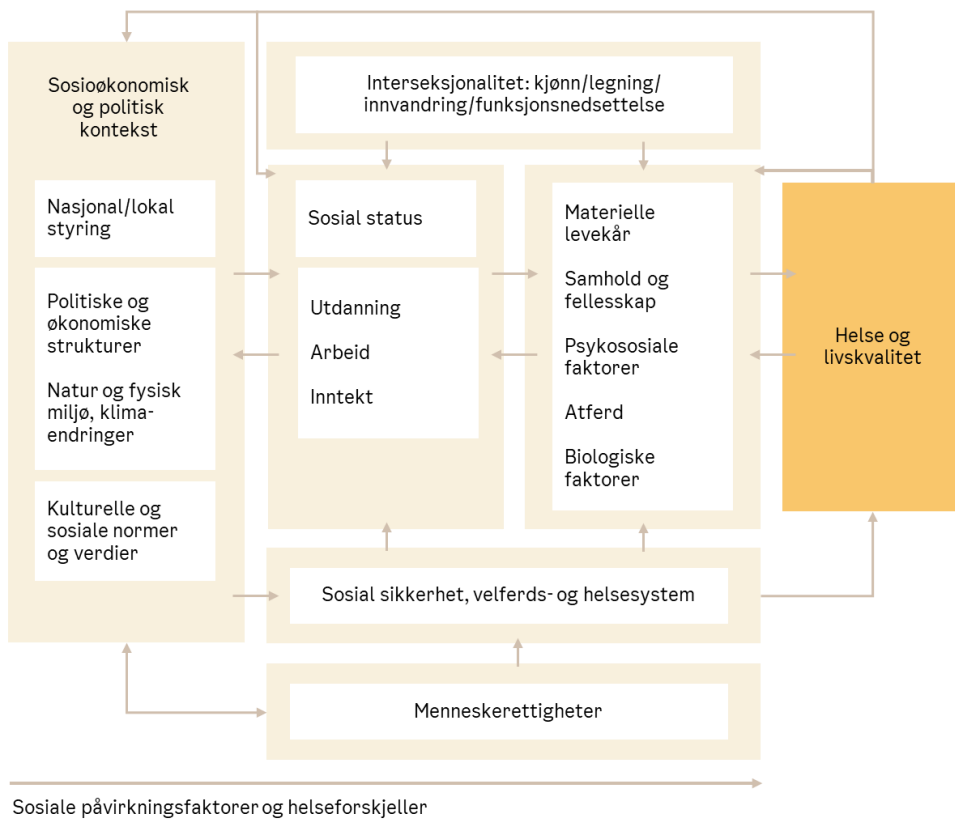
Figur 1.4. Andel av personer over 67 år og eldre som bor alene. Kilde: SSB tab. 06844 (8)

## 1.5 Om helse og sosiale forhold

Helsa påvirkes av de sosiale forholdene som omgir oss der vi fødes og vokser opp, jobber, eldes og dør. Dette kalles ofte for helsas sosiale determinanter eller påvirkningsfaktorer (25, 26). En lang rekke sosiale, økonomiske, miljømessige, politiske og kulturelle faktorer påvirker helsa og livskvaliteten gjennom komplekse sammenhenger, som illustrert i figur 1.5 (27, 28). Den sosioøkonomiske konteksten som påvirker helsa til Oslos innbyggere formes både av lokale forhold i kommunen og av nasjonale forhold. Disse påvirker hvordan den sosiale lagdelingen arter seg, og i hvilken grad sosial status har betydning for ulike eksponeringer og sårbarheter knyttet til helse. Dette kan være materielle og psykososiale forhold, helserelatert adferd og biologiske

faktorer. Disse forholdene kan virke sammen og hope seg opp gjennom livsløpet og bidrar til å skape sosial ulikhet i helse og livskvalitet. Også helsetjenestene og andre velferdstjenester og -ordninger spiller inn. I senere kapitler belyser vi i hvert fall noen av de sammenhengene som modellen viser til, og da basert på tilgjengelige data og statistikk på områdene.

Sosiale påvirkningsfaktorer for helse og livskvalitet – rammeverk for Norge



Figur 1.5 Rammeverk for sosiale helsedeterminanter i Norge. Kilde: Helsedirektoratet Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag (28)

### 1.5.1 Sosial ulikhet i helse

Folkehelseloven (§ 5) angir at kommunen skal være særlig oppmerksom på sosiale helseforskjeller (29). Med sosial ulikhet i helse mener vi variasjoner i helsetilstand som er systematiske, urettferdige og sosialt frambrakte og derfor mulig å gjøre noe med. Begrepet *sosial ulikhet i helse* blir ofte brukt i en betydning der det er avgrenset til sosioøkonomisk posisjon. Men begrepet kan også brukes i en bredere forstand, og da om variasjoner etter kjønn, etnisitet, seksuell orientering, nasjonalitet og andre sosiale identitetsmarkører (30). I denne utgaven av *Oslohelsa* retter vi større oppmerksomhet mot sosiale helseforskjeller i en slik

bredere forstand.<sup>8</sup> Blant annet ser vi spesielt på helsa til personer med henholdsvis innvandrerbakgrunn og funksjonsnedsettelse.

Vi retter også gjennomgående oppmerksomheten mot kjønnsforskjeller. Folkehelsa i Oslo er summen av alle innbyggers helsetilstand, uavhengig av kjønn. Samtidig skiller menn og kvinner seg fra hverandre langs flere mål for sykkelighet, dødelighet og levevaner som presenteres i rapporten. Det er noe som også Kvinnehelseutvalgets utredning om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse påpeker (31).

Sosioøkonomisk posisjon eller sosioøkonomisk status kan operasjonaliseres på ulike måter. Ofte brukes informasjon om utdanning, inntekt, yrke og/eller tilknytning til arbeidsmarkedet. Det er vedvarende ulikhet i dødelighet og helse etter utdanningsnivå, inntektsgrupper og yrker i Norge generelt og Oslo spesielt (27, 32). Dette belyser og eksemplifiserer vi nærmere senere i dokumentet.

Ulike mål for sosioøkonomisk status betoner forskjellige og dels overlappende dimensjoner ved den sosiale lagdelingen. Hvilket mål som bør benyttes, avhenger blant annet av hvilke mekanismer man ønsker å belyse når det gjelder sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, og hvilken livsfase det er snakk om (26). Men ofte blir valget også styrt av hvilken statistikk som er tilgjengelig. Ung i Oslo, som er en viktig kilde, har et eget samlemål for sosioøkonomisk status som er basert på ungdommenes opplysninger om foresattes utdanningsnivå og tilgang til ulike materielle goder (33). Basert på summen av disse opplysningene blir ungdommene kategorisert i grupper – fra dem med minst ressurser (lav sosioøkonomisk status) til dem med flest ressurser (høy sosioøkonomisk status).

Helsekompetanse er noe som med jevne mellomrom trekkes fram som en kvalifikasjon som er ujevnt fordelt mellom forskjellige sosiale lag i samfunnet. Dette kommer fram i den nasjonale kartleggingen av befolkningens helsekompetanse fra 2019, hvor resultatene viser at utdanningsnivå har sammenheng med personers helsekompetanse (34). Det finnes imidlertid lite tilgjengelig statistikk som kan belyse helsekompetansen i Oslos befolkning. Begrepet refererer til det å forstå viktig helseinformasjon, fatte beslutninger om egen helse på bakgrunn av tilgjengelig og relevant informasjon, kunne kommunisere med helsepersonell, og kunne navigere i helsetjenestetilbud og forsikringsordninger for å få nødvendig helsehjelp (35). Helsekompetanse er en aktuell problemstilling blant flere befolkningsgrupper, som er nærmere beskrevet i kapittel 5. Deriblant er det viktig for personer med funksjonsnedsettelser hvor helsekompetanse må ses i sammenheng med universell utforming. Kartlegging av helsekompetanse blant personer med funksjonsnedsettelser og andre befolkningsgrupper i Oslo representerer et stort potensial for framtidens kunnskapsgrunnlag. Sosial ulikhet fører til at innbyggerne ikke oppnår sitt fulle potensial for god helse og livskvalitet. For dem med lavere sosioøkonomisk status kan det bety

---

<sup>8</sup> Dette er i tråd med merknadene til forskrift om oversikt over folkehelsen: «I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi, (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne. Kommuner og fylkeskommuner skal vurdere om det er grupper i befolkningen som står overfor spesielle folkehelseutfordringer. Slike utfordringer kan være knyttet til sosial ulikhet i helse eller enkelte befolkningsgrupper med spesielle behov.»

tapte leveår og et liv som er forholdsmessig mer tynget av sykdom og mindre opplevelse av lykke enn andres liv. Ulikheten reiser etiske spørsmål om hva som er rettferdig fordeling av goder og byrder i samfunnet. For Oslo fører ulikheten til at innbyggernes ressurser ikke tas i bruk fullt ut, og ulikheten representerer en samfunnsøkonomisk utfordring ved at byens samlede sysselsettings- og verdiskapingspotensial reduseres. Videre utfordrer ulikheten den sosiale bærekraften ved at graden av tillit, trygghet og tilhørighet mellom mennesker påvirkes. Slik kan ulikhet påvirke hverdagsliv og mellommenneskelige forhold og nabolagets samlede kapasitet til å håndtere utfordringer (2).

På nasjonalt nivå er det beregnet at 40 prosent av tapte leveår i befolkningen kan spares dersom vi utjevner sosiale helseforskjeller (36) – potensialet er altså stort.

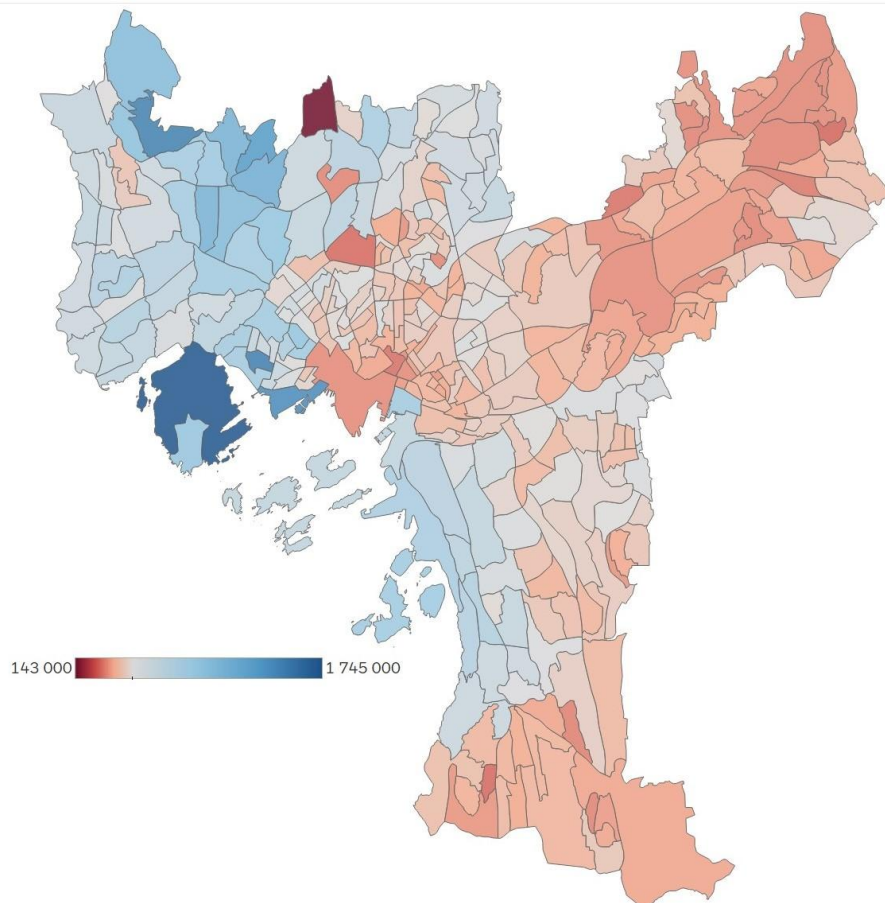
### **1.5.2 Ulikhet i Oslo**

Oslo er en by med store ulikheter (37, 38), og i all hovedsak er byen fortsatt delt mellom øst og vest, selv om det også er store variasjoner innad i bydelene. Øst-vest-skillet går tilbake til slutten av 1800-tallet. I det 21. århundret har blant annet dereguleringen av boligmarkedet, gentrifiseringen i indre øst og en økende segregering med en stadig mer homogen bosetting blant de øvre klassene i all hovedsak bidratt til å konsolidere bildet av en delt by (39).

Samtidig er bildet av ulikheter i Oslo preget av at det kan være korte avstander mellom områder med høye inntekter og formuer på den ene siden og områder med lave inntekter og formuer på den andre. Disse skillelinjene sammenfaller dessuten med en rekke andre indikatorer, som boligpriser, boligsammensetning og sysselsettings- og utdanningsnivå. Figur 1.6 viser variasjoner i gjennomsnittlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet etter grunnkretsområde i Oslo.

## Gjennomsnittlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet i 2021

EU-skala; Husholdningens inntekt etter skatt er skalert med forbruksvekter ved å gi første voksne i husholdningen vekten 1, andre voksne vekten 0,5 hver, mens hvert barn får vekten 0,3.



Figur 1.6. Gjennomsnittlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet i 2021 etter grunnkretsområde. Kilde: Spesialbestilling SSB

### 1.5.2.1 Inntekt, formue og ulikhet

Det er flere som har vist at helsa i befolkningen blir gradvis bedre med økende inntekt, og at uhelse stiger mer eller mindre entydig med synkende inntekt. Sammenhengen mellom inntekt og forventet levealder er sterkere nederst enn øverst i inntekthierarkiet, men gjelder alle inntektsnivå. Ulikheten i dødelighet etter inntekt økte betydelig i Norge fra 2005 til 2015 (40).

I 2021 var den gjennomsnittlige bruttoinntekten per innbygger over 17 år 649 900 kroner i Oslo. Til sammenligning var landsgjennomsnittet for tilsvarende gruppe på 546 400 kroner. På tross av et høyt gjennomsnittlig inntektsnivå er det betydelige forskjeller mellom ulike områder i byen. Bydel Vestre Aker hadde for eksempel den høyeste gjennomsnittsinntekten med 1 147 100 kroner, mens den gjennomsnittlige bruttoinntekten i Bydel Stovner var 436 400 kroner (4). Fra 2015 til 2021 økte gjennomsnittsinntekten<sup>9</sup> i alle bydeler, men bydelene med høyest gjennomsnittsinntekt i 2015 hadde langt høyere vekst enn bydelene med lav

<sup>9</sup> Gjennomsnittlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet.

gjennomsnittsinntekt. Forskjellene i formuer mellom ulike bydeler er enda større enn forskjeller i inntekt. Mens nettoformuen i Bydel Grünerløkka var på om lag 35 000 kroner i gjennomsnitt, var den på over 3,9 millioner i Vestre Aker (4).

Inntektsulikheten i Norge er lavere enn i mange andre land, men den har økt de siste tretti årene og er klart høyere i Oslo enn i resten av Norge (41). Gini-koeffisienten, som er et vanlig mål på inntektsulikhet, var i 2021 på 0,37 i Oslo og 0,28 i Norge ((8) tabell 09114). Verdien hadde vært 0 dersom inntekten var helt jevnt fordelt mellom husholdningene, og 1 dersom én husholdning hadde hatt all inntekten. Høyere verdi betyr derfor større ulikhet. Koeffisienten i 2021 var betydelig høyere enn i årene før, og hovedårsaken til det er endringer i skattereglene.

Inntektsulikheten varierer dessuten stort innad i Oslos bydeler. Den er betydelig høyere i vestlige bydeler, særlig Frogner og Vestre Aker. Andre bydeler har ikke så mye høyere ulikhet enn Norge sett under ett. *Oslo-trender 2023* inneholder mer statistikk og omtale av inntektsulikhet (4).

### 1.5.2.2 Utdanningsnivå

Sammenhengen mellom helse og utdanningsnivå er godt dokumentert (27, 32) og dokumenteres ytterligere for Oslo i denne rapporten. Personer med høy utdanning har blant annet lavere dødelighet, bedre egenvurdert helse, mindre psykiske helseproblemer og opplever i mindre grad langvarige eller kroniske sykdommer enn personer med lav utdanning. Utdanningsnivået antas blant annet å si noe om en persons kunnskapstilfang og kognitive ressurser og om evnen til å oppfatte og følge opp helseinformasjon. Utdanningsnivået henger i tillegg sammen med familiens sosioøkonomiske bakgrunn og kan i et livsløpsperspektiv betraktes som en indikator som delvis fanger opp sosial posisjon i oppveksten. Utdanningsnivået har sterk innflytelse på yrkesvalg, sysselsetting og inntekt (26). Det er grunn til å tro at utdanningsnivå er mer robust som indikator på sosial posisjon enn for eksempel inntekt fordi det ofte tilegnes tidlig, er mer stabilt over livsløpet og i mindre grad påvirkes av sykdom i voksen alder.

Oslo har landets høyeste utdanningsnivå, og 55 prosent av befolkningen over 16 år hadde utdanning på universitets- og høgskolenivå i 2022 ((8) tabell 08921). Tilsvarende andel for hele landet var 37 prosent, og denne forskjellen må blant annet ses i lys av at Oslo har en yngre befolkning. Andelen med høyere utdanning i Oslo øker stadig (4).

Det samlede bildet for Oslo skjuler likevel store forskjeller mellom bydelene, som vist i *Oslo-trender*, og her gjengir vi noen hovedfunn. I sentrumsbydelene, de vestlige bydelene og i Nordstrand var andelen i aldersgruppen 20–66 år med høyere utdanning over 60 prosent, mens andelen for deler av Groruddalen lå mellom 30 og 40 prosent. Over 30 prosent av befolkningen mellom 20 og 66 år hadde grunnskolekompetanse som høyeste utdanningsnivå i Bydel Stovner, og i bydelene Grorud, Alna og Søndre Nordstrand var andelen nesten like høye. På den andre enden av skalaen finner vi bydelene i ytre by vest, der andelen med grunnskole som høyeste utdanning var på under 10 prosent. Samtidig er det stor variasjon mellom ulike delbydeler i Groruddalen. For landet som helhet var andelen med grunnskole som høyeste utdanning like over 19 prosent.

Utdanningsnivået til innvandrere i aldersgruppen 20–66 år er generelt lavere enn i befolkningen for øvrig, men det er store forskjeller i utdanningsnivå avhengig av hvilket land man har innvandret fra, botid i Norge og innvandringsgrunn. Utdanningsnivået blant norskfødte med innvandrerforeldre er generelt også lavere enn blant den øvrige befolkningen, men høyere enn blant innvandrere.

En fordel med å bruke utdanningsnivå som mål på sosial ulikhet er at det for de fleste ligger stabilt etter 30-årsalderen. Samtidig har den økende andelen som tar høyere utdanning, ført til at det er store variasjoner mellom ulike aldersgrupper i utdanningsnivå. Det gjør også at de med bare grunnskoleutdanning er en mer selektert gruppe i dag enn tidligere, noe som blant annet kompliserer bildet når man skal tolke endringer i sosial ulikhet over tid. Det økte utdanningsnivået over tid kan ha betydning for helsa blant eldre framover ved at nye kohorter har høyere utdanningsnivå.

Ulikhetene i Oslo er beskrevet i mer detalj i *Oslotrender 2023*. I kapittel 8 ser vi nærmere på hvordan helsa påvirkes av økonomi, inntekt, arbeid og bolig, og på ulikhetene i byen på disse områdene.

## 1.6 Om folkehelse og bærekraft

Bærekraftig utvikling må skje langs tre dimensjoner som er gjensidig avhengige av hverandre: økonomisk, miljømessig og sosial bærekraft. Alle dimensjonene har en kobling til folkehelse. Sykdomsbyrden og utgifter til helse- og omsorgstjenester påvirker den økonomiske bærekraften til velferdsstaten generelt og kommunen spesielt (se kapittel 3). Forebyggende folkehelsearbeid og helsefremmende folkehelseiltak kan være svært kostnadseffektive måter å bedre den økonomiske bærekraften på. Utfordringer knyttet til klimaendringer og forringelse av natur kan være den viktigste folkehelsestrusselen vi står overfor (se kapittel 10). Sosial bærekraft er et samlebegrep for ulike faktorer som påvirker levekårene og livskvaliteten. Det handler blant annet om at samfunnet kan være preget av ulike grader av tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø (se kapittel 8, 9 og 10). Det er betydelig slektskap mellom sosial bærekraft og folkehelse (42).

Norge har sluttet seg til 2030-agendaen med 17 mål for å fremme en sosialt, miljømessig og økonomisk bærekraftig utvikling (43). Kommunene er avgjørende for at Norge skal lykkes med bærekraftig utvikling, og de skal legge bærekraftsmålene til grunn for samfunns- og arealplanleggingen (44).

En rekke av de 17 bærekraftsmålene med sine 169 delmål er svært relevante for folkehelsa, og en del av indikatorene som belyses i denne rapporten, samsvarer med nasjonale bærekraftsindikatorer (45). *Bærekraftsrapport for Oslo kommune*, som ble publisert våren 2023, gir innsikt i hvilke hovedutfordringer Oslo har knyttet til det enkelte bærekraftsmål, og hvordan bærekraftsmålene henger sammen med oppgaver og ansvarsområder vi har i kommunen (46).

## 1.7 Om Covid-19-pandemien

Få dager etter at det i februar 2020 ble satt strek for det redaksjonelle arbeidet med rapporten «Oslohelse 2020», ble de første tilfellene av covid-19-smitte påvist i Oslo. En oversikt over de ulike fasene med nedstenging, gjenåpning, smittebølger og viktige hendelser underveis finnes i hovedrapporten fra evalueringen av Oslo kommunes håndtering av Covid-19 pandemien (47). Pandemien har preget befolkningens helse og de ulike faktorene som påvirker helsa. Pandemien er derfor et viktig bakteppe for å forstå utviklingen i årene denne rapporten omhandler. Utviklingen i selve sykdommen omtales i kapittel 3, under smittsomme sykdommer, og vi kommer inn på hvordan pandemien har preget folkehelse flere steder der det er relevant.

Koronapandemien blir regnet som en av de største folkehelsekrisene i nyere tid, på grunn av de store skadene en ukontrollert pandemi kunne gjort, og på grunn av de historisk omfattende og langvarige smitteverntiltakene som ble nødvendige for å holde kontroll (3). Også helsetilbudet til befolkningen, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, ble påvirket. Samtidig er det lite som tyder på et omfattende helsetap som følge av pandemien i Norge (48). Oslo ble hardere rammet av pandemien enn landet for øvrig når det gjelder andel av befolkningen som ble smittet og innlagt på sykehus med covid-19. Derfor var også smitteverntiltakene strengere i hovedstaden enn ellers i landet. Smitteverntiltakene hadde sannsynligvis i seg selv like store helsekonsekvenser som covid-19-sykdom (49). Det gjelder blant annet stengte skoler/hjemmeundervisning, sosial isolasjon, permitteringer og økt arbeidsledighet, og redusert tjenestetilbud som kommunens dag-aktivitetstilbud. Befolkningen i Oslo opplevde høyere tiltaksbyrde enn befolkningen i de tre andre fylkene som var med i en undersøkelse fra desember 2021 (50). Situasjonen varte lenge og vi måtte forholde oss til pandemien og smitteverntiltakene over lang tid, noe som førte til at opplevelsen av tiltaksbyrde økte utover i pandemien (48) .

De fulle konsekvensene har vi ennå ikke oversikt over, men det kan tenkes at smitteverntiltakene kan komme til å ha langvarig innvirkning på helse og levekår (3). Det at så mange har vært smittet, fører til at senfølger etter covid-19 kan komme til å utgjøre et folkehelseproblem, selv om bare en liten andel får senfølger. Men foreløpig finnes det ikke offisielle tall for hvor mange som er rammet eller anerkjente kriterier for hva som regnes som senfølger av covid-19, og forskning viser sprikende funn.

## 2 Lever Oslos innbyggere gode og lange liv med god helse?

---

For å si noe om statusen for folkehelsa i Oslo er det blant annet nødvendig å ta i betraktning hva vi dør av, hvor lenge vi lever, og hvor gode liv vi lever. Hvor gode og lange liv vi lever varierer mellom bydelene, etter sosioøkonomiske og demografiske kjennetegn, og over tid, i takt med endringer i befolkningssammensetningen. Kapittelet gir et overblikk over forskjeller og utviklingstrekk i hvor lenge vi lever og hvor godt.



Foto: Eirik Skarstein

### I Oslo ...

- ... varierer forventet levealder mellom bydelene, fra 80 år i Bydel Sagene til 86 år i Bydel Vestre Aker.
- ... var antall per 100 000 innbyggere i alderen 0-74 år som døde tidlig av ikke-smittsomme sykdommer, lavere i tiårsperioden 2013-2022 (159 døde) sammenlignet med 2000-2009 (259 døde).
- ... er det betydelig flere som vurderer helsa si som god blant personer med høy utdanning (80 %) enn lav utdanning (57 %).

- ... er omtrent halvparten av innbyggerne godt fornøyd med livene sine, mens 23 prosent strever med lav livstilfredshet. Livstilfredsheten er særlig lav blant unge voksne og personer med lavere inntekt eller utdanning.
- ... økte andelen som opplevde lav livstilfredshet under pandemien, samtidig som den varierte etter grad av og intensitet i smitteverntiltak.
- ... var det i 2023 en lavere andel ungdommer som rapporterte lav livstilfredshet sammenlignet med 2021, og nivået er det laveste siden målingene startet i 2018.
- ... forventes det en endring i dødelighet fram mot 2050 som følge av en aldrende befolkning. Kreft, neurologiske sykdommer som demens og kroniske luftveissykdommer er eksempler på dødsårsaker som forventes å øke i tiden som kommer, mens dødsfall som skyldes hjerte- og karsykdommer forventes å gå ned.

## 2.1 Innledning

Indikatorer for dødelighet, ikke-dødelig helsetap og livskvalitet kan benyttes til å beskrive hvor gode og lange liv befolkningen lever. I denne sammenhengen er forventet levealder, årsaksspesifikk dødelighet og tapte leveår valgt som indikatorer for hvor lange liv vi lever, mens egenvurdert helse, ikke-dødelig helsetap og livskvalitet er valgt som indikatorer for funksjonsnivå og hvor gode liv vi lever.

I tillegg er *helsetapsjusterte leveår*, som uttrykker summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap, benyttet som samlemål for sykdomsbyrden. De ulike indikatorene er behandlet i hvert sitt delkapittel, og i delkapittelet om sykdomsbyrde presenteres også risikofaktorer forbundet med helsetap og tapte leveår.

## 2.2 Dødelighet

### 2.2.1 Forventet levealder

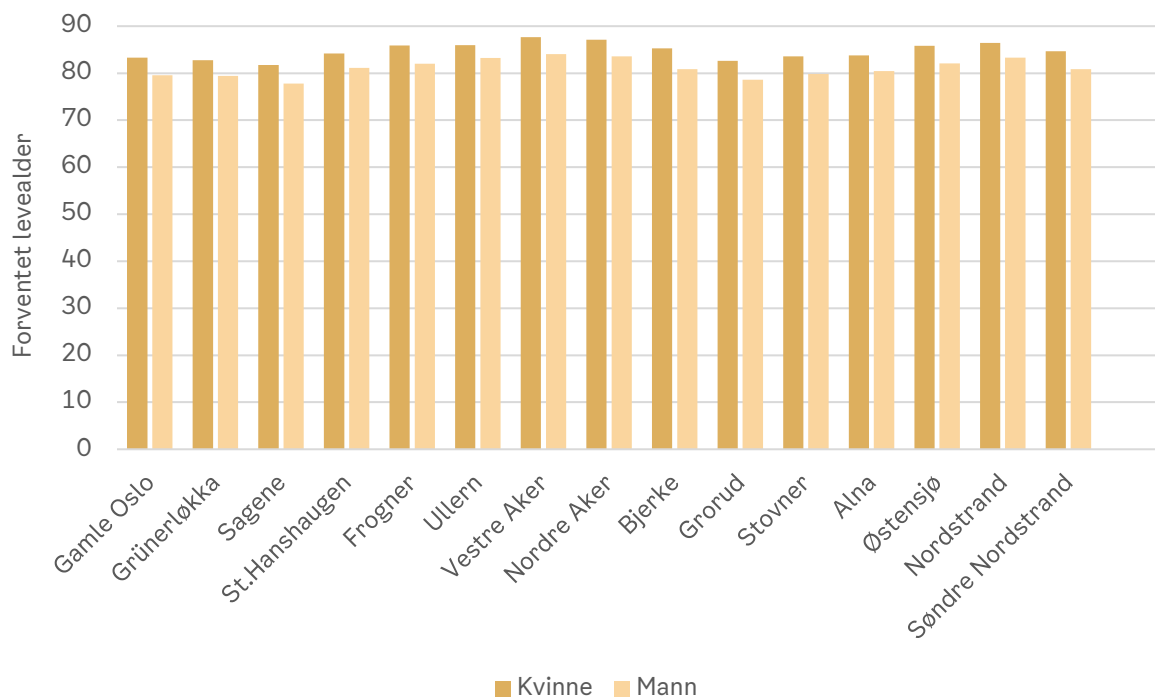
Forventet levealder ved fødsel<sup>10</sup> samler dødelighetsstatistikken i et felles mål (51) og gir en indikasjon på hvordan det står til med folkehelsa i en befolkning på ett gitt tidspunkt og over tid. Forventet levealder har økt mer eller mindre kontinuerlig de siste 170 årene, men varierer etter kjønn, geografisk område og sosial bakgrunn (52).

Det er fortsatt forskjeller mellom kjønn i forventet levealder, selv om disse har blitt mindre

---

<sup>10</sup> Forventet levealder ved fødsel er forventet gjenstående levetid når den beregnes for nyfødte. Forventet gjenstående levetid er et hypotetisk mål som er basert på dødeligheten i et gitt år og beregnes ut fra de aldersavhengige dødssannsynlighetene. Forventet gjenstående levetid beregnes for ulike alderstrinn. Forventet levealder er basert på såkalt periodedødelighet og vil underestimere reell levealder når denne øker stabilt.

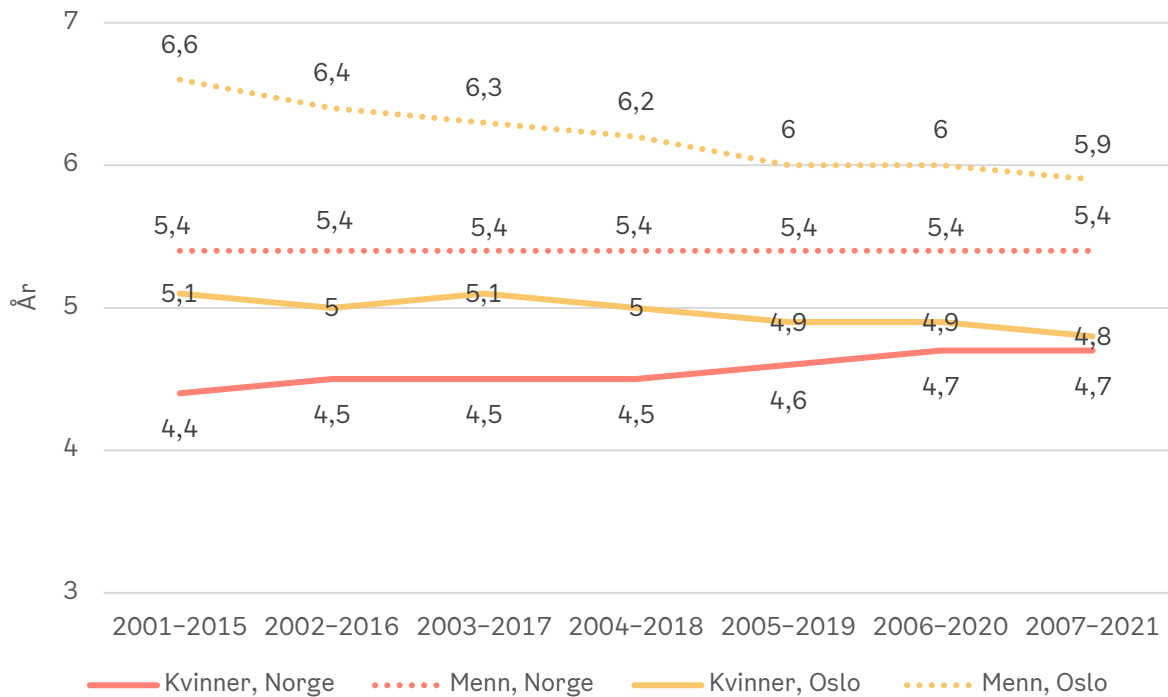
over tid. Det gjelder både for Oslo og Norge som helhet. I perioden 2018–2022 var forventet levealder i Oslo, som i landet som helhet, om lag 85 år for kvinner, mens den var litt over 81 år for menn ((8) tabell 05797). Figur 2.1 viser hvordan forventet levealder for samme periode fordeler seg etter kjønn og bydel. Den forventede levealderen var høyest i bydelene i ytre vest og Bydel Nordstrand og lavest i bydelene i indre øst og i Bydel Grorud. Forskjellen i forventet levealder for kvinner og menn i bydelene med høyest og lavest forventet levealder var seks år.



Figur 2.1 Forventet levealder ved fødsel, fordelt etter bydel og kjønn, 2018–2022. Kilde: Oslo kommunes statistikkbank (53).

Det er også forskjeller i dødelighet etter utdanningsnivå. Figur 2.2 viser forskjellene i forventet levealder i antall år mellom den delen av befolkningen som har videregående eller høyere utdanning, og den delen av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og hvordan forskjellene har utviklet seg over tid, etter kjønn og i landet som helhet og i Oslo.

I perioden 2007–2021 var forskjellen om lag den samme i Oslo som i landet ellers. Det gjaldt både for kvinner og menn. I denne perioden var forskjellen mellom utdanningsgruppene fem år for kvinner og seks år for menn i Oslo. Forventet levealder for kvinner med videregående eller høyere utdanning og grunnskole som høyeste fullførte utdanning, var i samme periode henholdsvis 86 og 81 år, og for menn var den henholdsvis 82 og 76 år (54). I perioden 2001–2021 har forskjellen for landet som helhet vært svakt økende for kvinner, mens den har vært uendret for menn (figur 2.2). I Oslo derimot har forskjellen vært svakt nedadgående i samme periode.



Figur 2.2 Antall år forskjell i forventet levealder mellom to utdanningsgrupper, fordelt etter kjønn. 2001-2021. Oslo og Norge som helhet. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa statistikkbank.

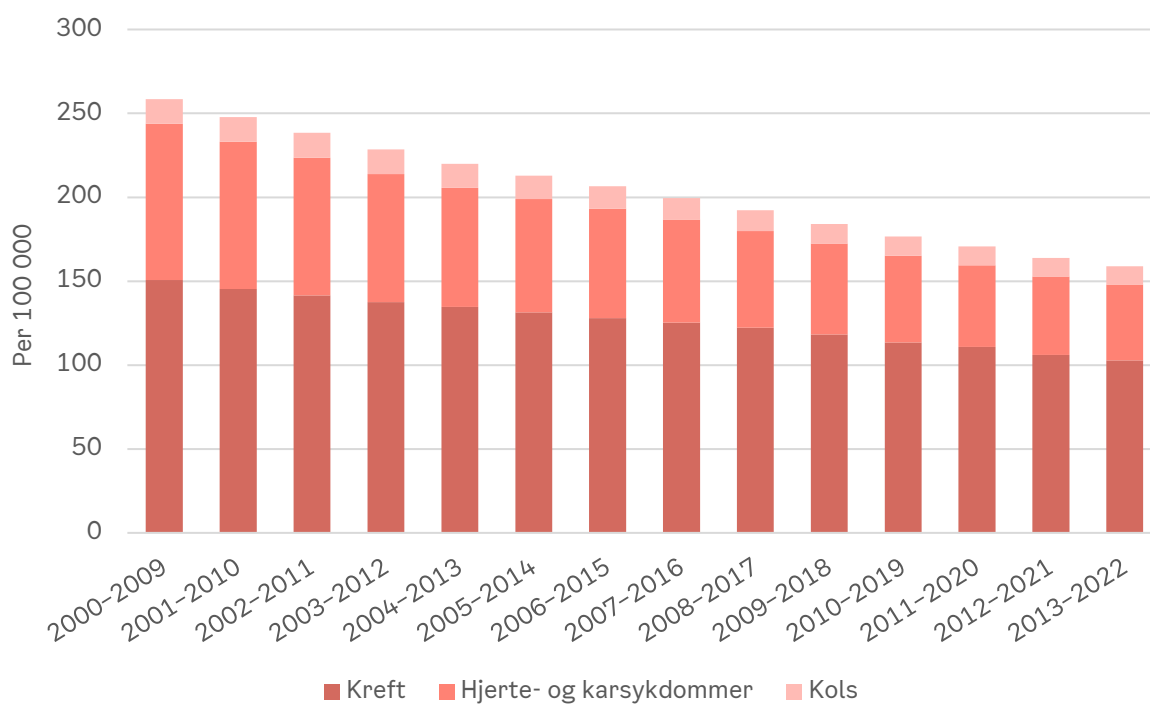
### 2.3 Tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer

I den nasjonale og globale strategien for ikke-smittsomme sykdommer, den såkalte NCD-strategien, er det satt konkrete mål for å redusere sykkelighet og død av disse sykdommene innen henholdsvis 2025 og 2030 (55-57). Dødelighet og sykkelighet er i strategien operasjonalisert som tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, nye krefttilfeller per 100 000 innbyggere for en definert tidsperiode (for eksempel per år) for ulike krefttyper og diabetes hos voksne. Ikke-smittsomme sykdommer omtales nærmere i kapittel 3.

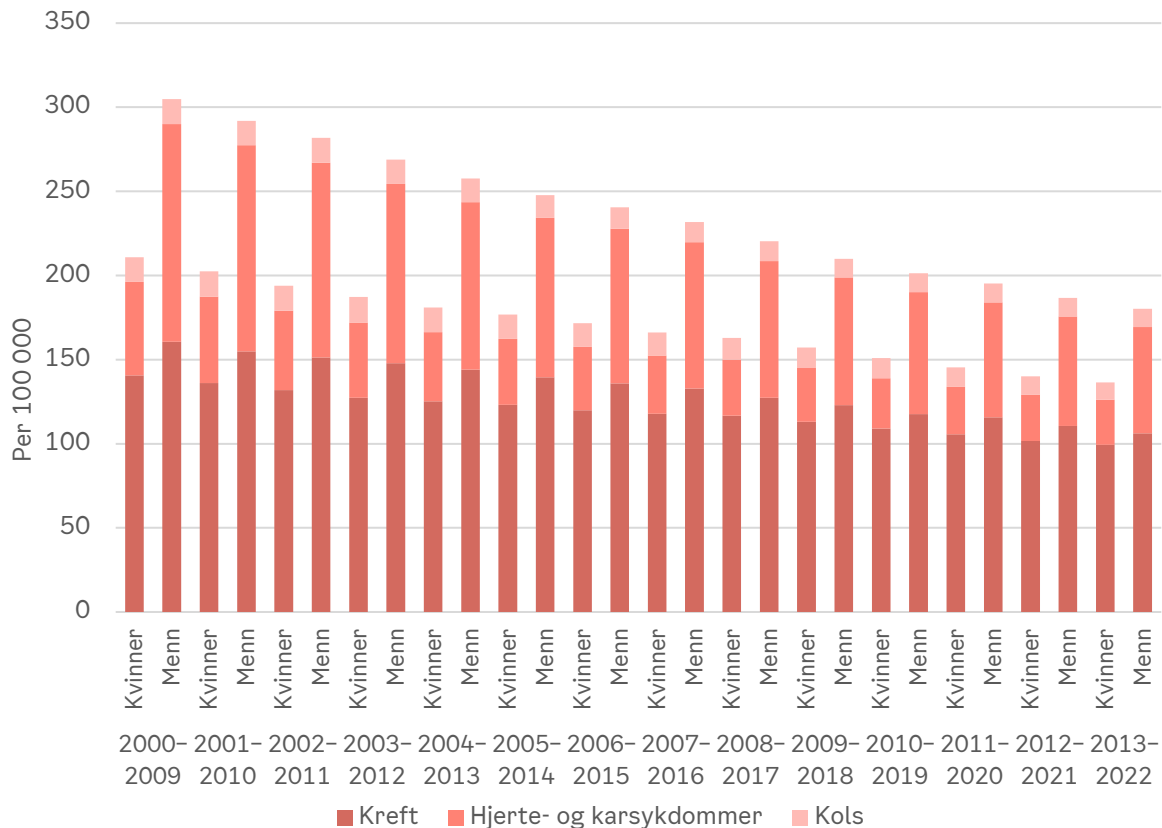
Målet å redusere den totale dødeligheten av kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes og kroniske lungesykdommer med en tredjedel innen 2030 med utgangspunkt i tall fra 2015 (3). Målet er forankret i bærekraftsmål 3.4, som dreier seg om å redusere tidlig dødelighet av ikke-smittsomme sykdommer med en tredjedel innen 2030 gjennom forebygging og behandling, og om å fremme mental helse og livskvalitet (43). Dette er en videreføring av mål fastsatt i Verdens helseorganisasjons handlingsplan for forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer i perioden 2013-2020 (58), som er forlenget til 2030.

Personer som lider av diabetes eller kroniske lungesykdommer, får ofte hjerte- og karsykdommer eller kreft oppgitt som dødsårsak. Dermed kan betydningen av disse to sykdomsgruppene bli undervurdert når Dødsårsaksregisteret brukes som kilde. Summen av de fire sykdommene som dødsårsak er imidlertid en god indikator.

Andelen som dør tidlig av ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer og kols, har gått ned i perioden fra 2000–2009 til 2013–2022, det vil si fra 259 til 159 dødsfall per 100 000 innbyggere (figur 2.3). Nedgangen er tydelig for begge kjønn (figur 2.4). En høyere andel menn enn kvinner dør tidlig av ikke-smittsomme sykdommer, noe som i hovedsak skyldes høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer hos menn.



Figur 2.3 Antall per 100 000 innbyggere som døde tidlig av de ikke-smittsomme sykdommene (NCD) kreft, hjerte- og karsykdommer og kols, begge kjønn samlet. 0–74 år. Aldersstandardisert. Glidende gjennomsnitt 2000–2009 til 2013–2022. Oslo. Kilde: FHI Kommunehelsa statistikkbank (54).



Figur 2.4 Antall per 100 000 innbyggere som døde tidlig av de ikke-smittsomme sykdommene (NCD) kreft, hjerte- og karsykdommer og kols, etter kjønn. 0–74 år. Aldersstandardisert. Glidende gjennomsnitt 2000–2009 til 2013–2022. Oslo. Kilde: FHI Kommunehelse statistikkbank (54).

## 2.4 Egenvurdert helse

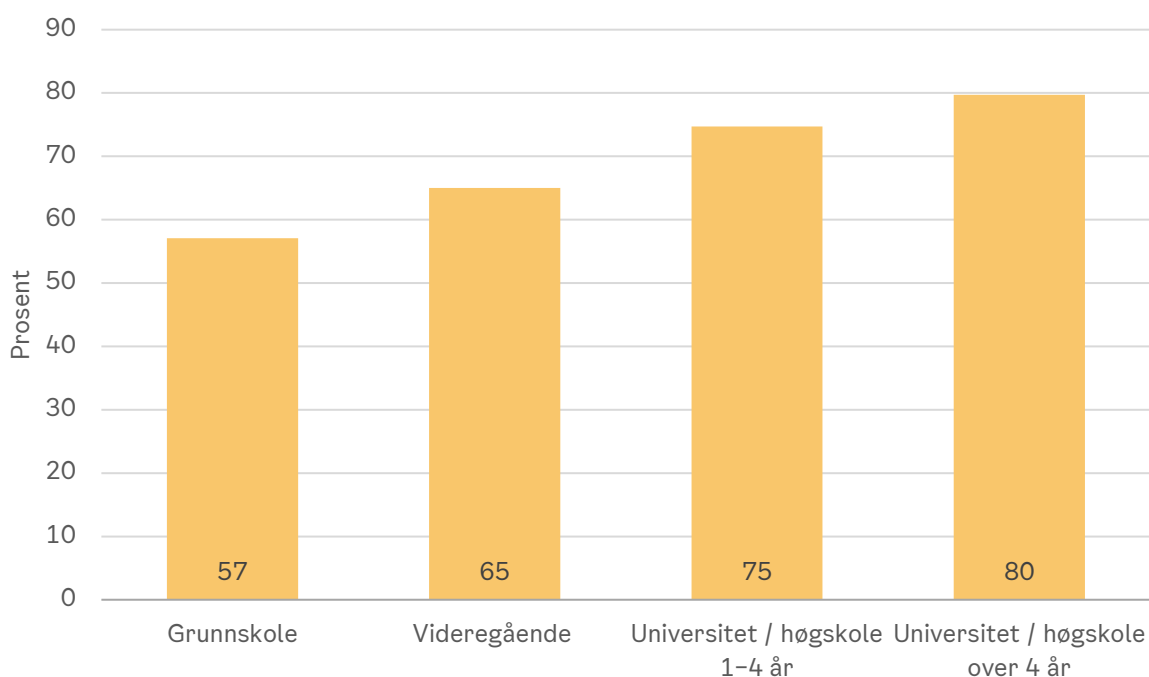
Nesten åtte av ti Oslo-borgere oppgir at de har svært god eller god helse. Andelen har vært relativt stabil fra 2019 til 2022 ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse, der spørsmålet «Hvordan vurderer du din egen helse alt i alt?» stilles hvert år.<sup>11</sup> Dette enkle spørsmålet har vist seg å kunne forklare eller forutsi ulike helsetilstander, for eksempel tidlig død, selv etter at det er tatt høyde for alder, sykdom og andre medisinske opplysninger (59). Spørsmålet fanger opp både fysiske, mentale og sosiale dimensjoner ved helse, dimensjoner vi belyser på ulikt vis senere i rapporten (60).

Ulike undersøkelser gir samtidig noe forskjellige resultater. I 2020 startet Statistisk sentralbyrå en livskvalitetsundersøkelse der respondentene også får spørsmål om hvordan de vurderer helse si alt i alt. Ifølge denne undersøkelsen har det vært en *nedgang* i andelen som rapporterer om god helse. I 2022 var denne andelen ifølge livskvalitetsundersøkelsen i underkant av 70 prosent i Oslo

<sup>11</sup> Upublisert statistikk, formidlet til oss fra Statistisk sentralbyrå.

(61), mens vi ikke ser en lignende nedgang i levekårsundersøkelsen.<sup>12</sup> Det blir viktig å følge med på utviklingen som resultatene fra denne undersøkelsen viser, i årene framover.

Andelen voksne i Oslo som oppgir å ha god egenvurdert helse, øker entydig med stigende utdanningsnivå (figur 2.5). Bare 57 prosent av dem som bare har grunnskole som høyeste fullførte utdanning, har god egenvurdert helse, mens andelen er 80 prosent blant dem som har fullført høyere utdanning over fire år.



Figur 2.5 Andel med egenvurdert svært god eller god helse i Oslo etter utdanningsnivå, 2022. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61).

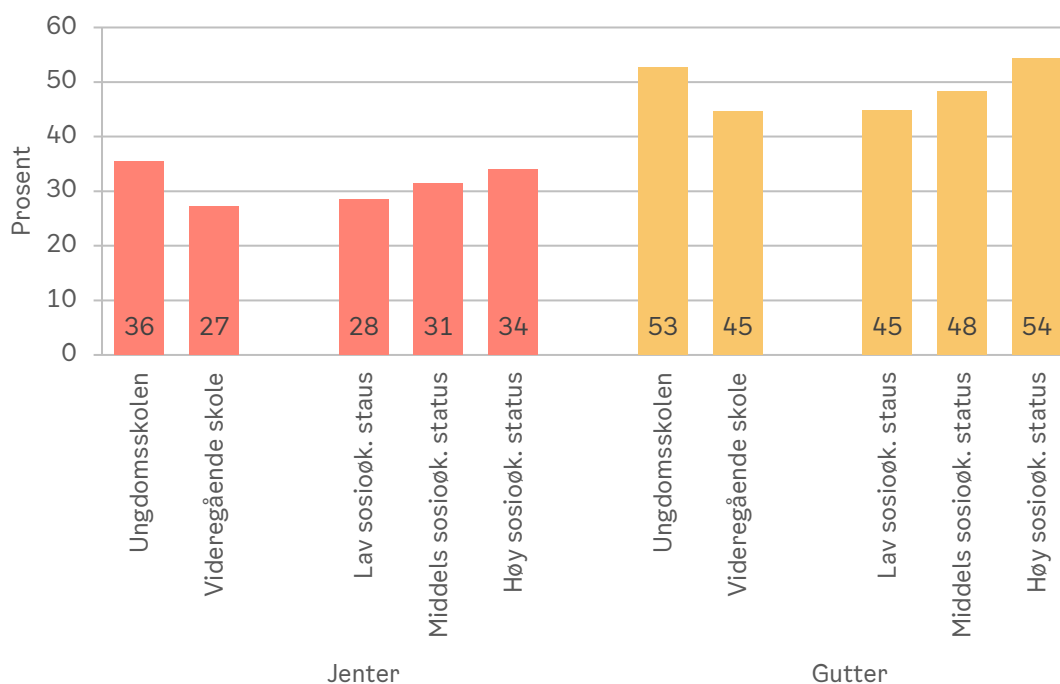
### 2.4.1 Barn og unges egenvurderte helse

Blant ungdommer på ungdomsskolen og videregående skole i Oslo var 69 prosent svært eller litt fornøyd med helsa i 2023. Endringene i ungdommenes generelle helsetilstand etter 2018 har vært ubetydelige, til tross for at man kunne tenke seg at årene med pandemi og lite sosial kontakt kunne ha bidratt til fysiske og psykiske helseutfordringer (33). Det kan imidlertid se ut til å være noe nedgang i jenters egenvurderte helse, og jentene rapporterer i noe større grad om helseplager enn guttene. Det er en høyere andel ungdommer med høy sosioøkonomisk status enn lav sosioøkonomisk status som er fornøyd med helsa si (33).

I figur 2.6 har vi skilt ut andelen som er *svært fornøyd* med helsa si. Vi ser at dette gjelder betydelig færre jenter enn gutter, og at andelen synker fra ungdomsskolen til videregående skole.

<sup>12</sup> Det kan ligge ulike metodiske årsaker bak ulikhetene i resultater i de to undersøkelsene. Det er antakelig flere forhold som forklarer forskjellen i resultatene mellom undersøkelsene (se vedlegget om datakilder for nærmere omtale).

Blant jenter på videregående skole i Oslo er det bare 27 prosent som er svært fornøyd med helsa si. Andelen med svært god helse øker med økende sosioøkonomisk status blant ungdommene, akkurat som vi så at god helse øker med økende utdanning blant voksne. Blant guttene vurderer 54 prosent av dem med høy sosioøkonomisk status at de har svært god helse, mot bare 45 prosent av dem med lav sosioøkonomisk status.



Figur 2.6 Andel Oslo-elever i ungdomsskolen eller videregående skole som er svært fornøyd med helsa si etter skoletype, kjønn og sosioøkonomisk status. 2022. Kilde: Ung i Oslo 2023, spesialbestilling (62).

Yngre barn er mer fornøyd med helsa enn elevene på ungdomsskolen og videregående skole. I 2023 svarte 87 prosent av elevene på 5.-7. trinn at de var ganske eller veldig fornøyd med helsa (63).

## 2.5 Sykdomsbyrde

I Oslo, som i Norge som helhet, er ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kols og kreft, blant de viktigste årsakene til tapte leveår. Psykiske plager og lidelser samt muskel- og skjelettlidelser er de største årsakene til det ikke-dødelige helsetapet, noe som også er tilfelle på nasjonalt nivå (se faktaboks om sykdomsbyrde) (11).

De mest utbredte ikke-smittsomme sykdommene og lidelsene er forbundet med flere felles risikofaktorer, som røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og bruk av alkohol og andre rusmidler. Det betyr at disse sykdommene for en stor del kan forebygges. I kapittel 6 ser vi nærmere på risikofaktorer for helsetap og tapte leveår som folkehelsearbeidet kan påvirke, og som i tillegg er faktorer som påvirker sykdomsbyrden.



## Sykdomsbyrde

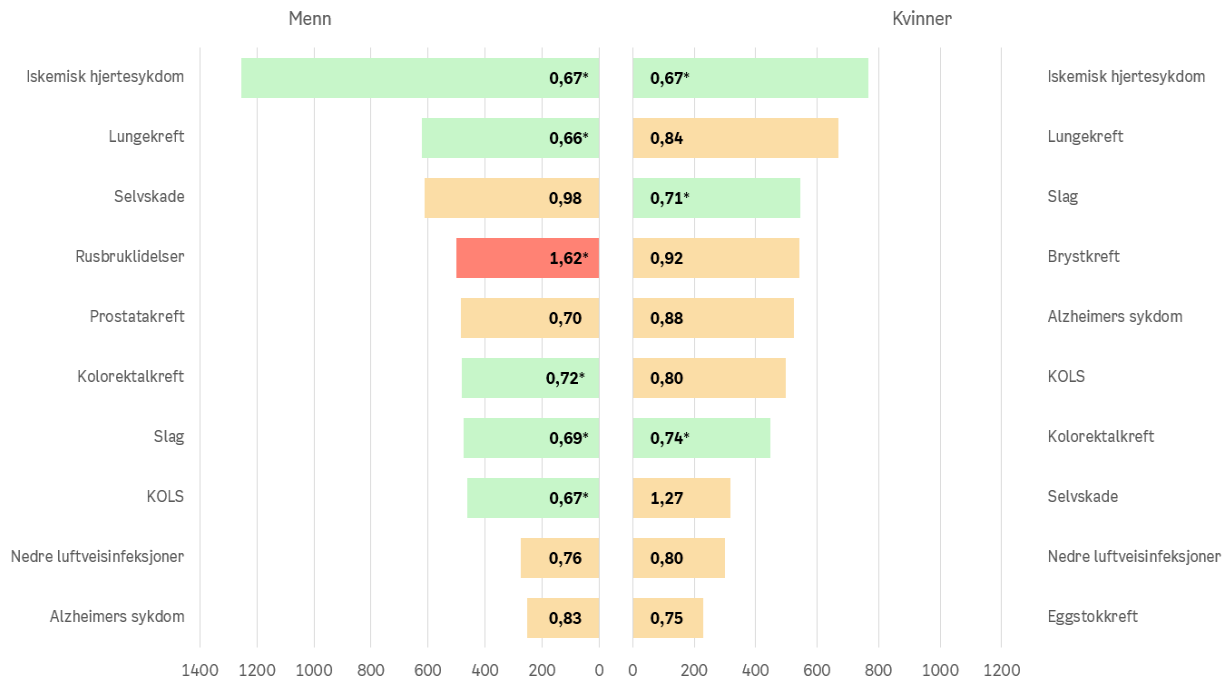
Sykdomsbyrdeberegninger viser hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap.

- *Tapte leveår* måles som gjenstående forventet levetid når dødsfallet skjer.
- *Ikke-dødelig helsetap* er et mål på sykkelighet i befolkningen og beregnes ved å multiplisere forekomsten av sykdommer, skader og følgetilstander med tilhørende alvorlighetsvekter.
- *Helsetapsjusterte leveår*, som er et mål for samlet sykdomsbyrde, er summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap.
- *Risikofaktorer* deles inn i tre hovedgrupper: miljø- og yrkesfaktorer, atferdsfaktorer og metabolske faktorer. De tre hovedgruppene av faktorer vil også påvirke hverandre gjensidig.

I Norge har vi tradisjonelt hatt god oversikt over dødsårsaker, men vi vet mindre om byrden fra tilstander som medfører ikke-dødelig helsetap. I dette oversiktsdokumentet inkluderer vi også utfall og påvirkningsfaktorer hvor denne delen av sykdomsbyrden, det vil si ikke-dødelig helsetap, ikke er fullstendig tallfestet, men som vi vet at påfører den enkelte og samfunnet store kostnader knyttet til blant annet tap av funksjon og livskvalitet, behandling, sykefravær og uførhet.

### 2.5.1 Tapte leveår

Årsakene til tapte leveår varierer etter alder og kjønn. Svulster (kreft) og hjerte- og karsykdommer er hovedårsakene til både dødsfall og tapte leveår, og disse inntreffer først og fremst blant befolkningen over 50 år (11). Både for menn og kvinner var iskemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt og hjertekrampe) den største årsaken til tapte leveår i Oslo i 2019, etterfulgt av lungekreft og selvskaade (selvmord) hos menn og lungekreft og slag hos kvinner (figur 2.7).

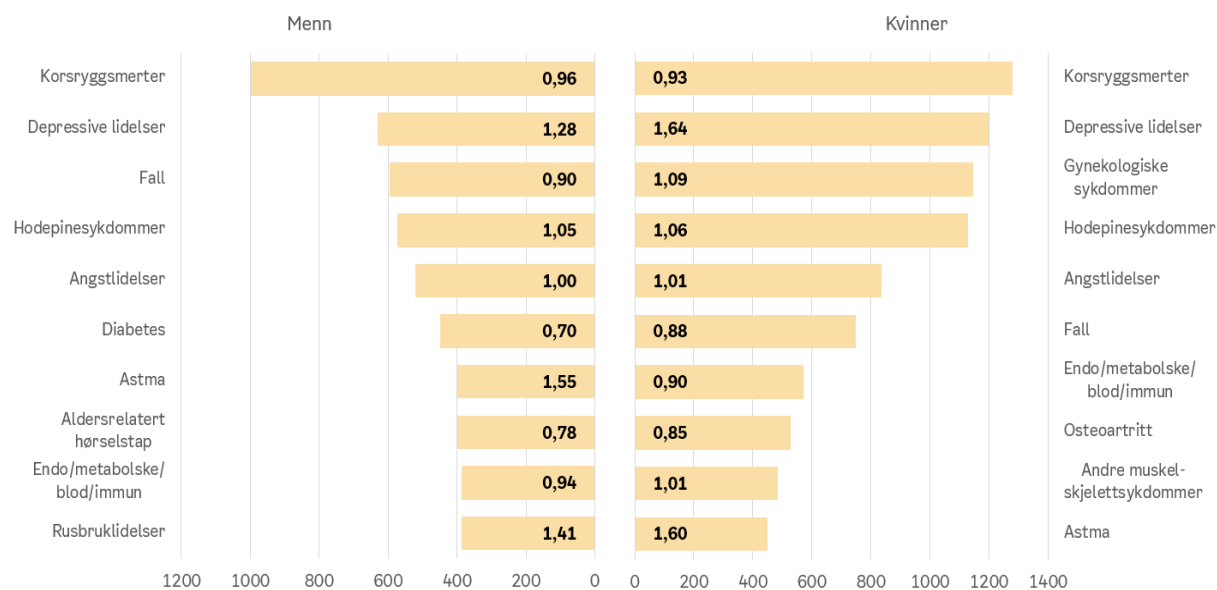


Figur 2.7 De ti viktigste årsakene til tapte leveår hos menn og kvinner i Oslo, 2019. Forskjell i rate mellom Oslo og Norge er markert i figuren, med \* hvis forskjellen er statistisk signifikant, lys grønt og rødt for hhv. negativt og positivt avvik. Kilde: Folkehelseinstituttet og det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet. Tall nedlastet fra IHME Global burden of disease (11, 64).

Oslos befolkning skiller seg imidlertid noe fra befolkningen ellers i landet. Blant de ti viktigste årsakene til tapte leveår var raten i Oslo signifikant lavere (færre tapte leveår) enn den nasjonale raten for iskemisk hjertesykdom, lungekreft, kolorektalkreft (tykktarms- og endetarmskreft), slag og kols hos menn, og for iskemisk hjertesykdom, slag og kolorektalkreft hos kvinner. Når det gjelder rusmiddellidelser hos menn, var imidlertid raten i Oslo signifikant høyere (flere tapte leveår) enn den nasjonale raten.

### 2.5.2 Ikke-dødelig helsetap

Ikke-dødelig helsetap er i stor utstrekning knyttet til muskel- og skjelettlidelser, som er relativt jevnt fordelt mellom alle aldersgruppene blant voksne, og psykiske lidelser, som er mest utbredt blant ungdommer og yngre voksne (11). Det er også forskjeller etter kjønn i rangeringen av de ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap, selv om korsryggsmerter og psykiske lidelser (angst og depresjon) utgjør de viktige årsakene for både kvinner og menn (figur 2.8).



Figur 2.8 De ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap hos menn og kvinner i Oslo, 2019. Forskjell i rate mellom Oslo og Norge er markert i figuren, med \* hvis forskjellen er statistisk signifikant. Kilde: Folkehelseinstituttet og det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet. Tall nedlastet fra IHME Global burden of disease (11, 64).

Når det gjelder de ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap, skilte ikke ratene i Oslo seg fra de nasjonale ratene, verken blant kvinner eller menn.

### 2.5.3 Helsetapsjusterte leveår

Figur 2.9 viser de ti viktigste årsakene til helsetapsjusterte leveår i 2019 blant menn og kvinner i Oslo. Helsetapsjusterte leveår summerer tapte leveår (se delkapittel 2.4.1) og leveår med sykdom og skade (se delkapittel 2.4.2).



Figur 2.9 De ti viktigste årsakene til helsetapsjusterte leveår for menn og kvinner i Oslo, 2019. Forskjell i rate mellom Oslo og Norge er markert i figuren, med \* hvis forskjellen er statistisk signifikant, lys grønt og rødt for hhv. negativt og positivt avvik. Kilde: Folkehelseinstituttet og det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet. Tall nedlastet fra IHME Global burden of disease (11, 64).

## 2.5.4 Risikofaktorer

Som det framgår av faktaboksen om sykdomsbyrde, kan risikofaktorer deles inn i tre overordnede kategorier: atferdsfaktorer, metabolske faktorer og miljø- og yrkesfaktorer.

Atferdsfaktorer utgjør den største risikofaktoren for tap av leveår og ikke-dødelig helsetap i Oslos befolkning, bortsett fra når det gjelder hjerte- og karsykdommer, diabetes og nyresykdommer og utilsiktet skade. For disse kategoriene av sykdommer og skade er metabolske faktorer den viktigste årsaken til helsetapsjusterte leveår. Det er også en sammenheng mellom atferdsfaktorer og metabolske faktorer, og betydningen av hver av dem avhenger av alder. For aldersgruppen over 70 år er metabolske faktorer av større betydning for helsetapsjusterte leveår enn de atferdsmessige (65).

Miljø- og yrkesfaktorer har mindre betydning for helsetapsjusterte leveår enn de øvrige risikofaktorene, men de er årsaken til helsetapsjusterte leveår spesielt når det gjelder kroniske luftveisinfeksjoner, muskel- og skjelettsykdommer, hjerte- og karsykdommer og svulster.

Figur 2.10 viser de ti største risikofaktorene til helsetapsjusterte leveår i 2019 etter kjønn. Risikofaktorene er brutt ned til det mest detaljerte nivået av årsaker til sykdomsbyrde i det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet<sup>13</sup>.

Sammenlignet med den nasjonale raten var det i Oslo en signifikant lavere rate for helsetapsjusterte leveår som følge av røyking, høyt systolisk blodtrykk (trykkbølgen i blodårene måles når hjertet slår) og nedsatt nyrefunksjon hos menn. Raten for helsetapsjusterte leveår for bruk av illegale rusmidler var imidlertid signifikant høyere (flere leveår med dårlig helse) i Oslo enn i Norge for begge kjønn.

<sup>13</sup> I det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet beregnes fire nivå av årsaker til sykdomsbyrde. Nivå 4 er det mest detaljerte nivået, mens nivå 1 er det minst detaljerte.

*Figur 2.10 De ti viktigste risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår hos menn og kvinner i Oslo, 2019. Forskjell i rate mellom Oslo og Norge er markert i figuren, med \* hvis forskjellen er statistisk signifikant, lys grønt og rødt for hhv. negativt og positivt avvik. Kilde: Folkehelseinstituttet og det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet. Tall nedlastet fra IHME Global burden of disease (11, 64).*

I sum forklarte røyking 8 prosent, høy kroppsmasseindeks 5 prosent og høyt blodsukker 4 prosent av totalt antall helsetapsjusterte leveår. Disse tre var blant de største risikofaktorene for både tapte leveår og ikke-dødelig helsetap for begge kjønn, med størst effekt på tapte leveår (11).

Siden 1990 har forekomst av røyking og høyt systolisk blodtrykk gått ned, men var likevel fortsatt de to største risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår i 2019. I samme periode har imidlertid forekomsten av høy kroppsmasseindeks, høyt fastende blodsukker, alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler økt i Oslo (11).

### 2.5.5 Framskrivning av dødelighet og sykdomsbyrde

Modellen for framskrivning av sykdomsbyrde beregner både hvordan den norske befolkningen vil utvikle seg, og hvordan faktorer som påvirker helse, vil virke inn på dødelighet og helsetap i perioden 2020–2050. Modellen bygger på observerte rater i perioden 1990–2019 (16).

Mens de observerte ratene viser en nedgang i dødelighet og helsetapsjusterte leveår fra 1990 til 2019, viser de framskrevne ratene at nedgangen i helsetapsjusterte leveår vil flate ut i perioden 2020–2050. Samtidig viser framskrivningene at dødelighetsratene for både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer vil øke noe fram mot 2050. Svulster (kreft), nevrologiske sykdommer (herunder alzheimer og andre former for demens, parkinson, hjerneslag og migrene), kroniske luftveissykdommer, fordøyelsessykdommer og diabetes og nyresykdommer vil ifølge framskrivningene stå for flere dødsfall framover, mens hjerte- og karsykdommer vil stå for færre dødsfall.

Den svake økningen i dødelighet fra 2020 og framover skyldes først og fremst en aldring i befolkningen. Det er framskrevet at ratene for dødelighet og helsetapsjusterte leveår vil reduseres i alle aldergrupper, med unntak av de aller eldste (90+), hvor ratene øker.

## 2.6 Livskvalitet

Psykisk helse og livskvalitet er en likeverdig del av folkehelsearbeidet som fysisk helse. Samfunnet må utvikles slik at befolkningen kan leve gode liv. Hva som er et godt liv og god livskvalitet, vil variere, men forhold som sosial støtte, tillit, trygghet, autonomi, mestring og samhold har vist seg å spille en stor rolle, og ved å ivareta disse faktorene i samfunnsutformingen kan vi samtidig styrke folkehelsa (66).

Høy livskvalitet har en sammenheng med bedre fysisk og psykisk helse (66), og er en viktig beskyttelsesfaktor mot sykdom og tidlig død. En gjennomgang av 47 studier viste at jo høyere livskvalitet mennesker oppgir, desto lavere er risikoen for tidlig død (67). God livskvalitet kan ha en direkte effekt på helsa gjennom å styrke immunforsvaret og hjerte- og karsystemet. God

livskvalitet kan også være gunstig for helsa vår gjennom å påvirke blant annet menneskers sosiale relasjoner, levevaner og stressnivå (68, 69).

I dette delkapittelet omtales den subjektive livskvaliteten. Mer objektive livskvalitetsforhold, som økonomi, helse og trygghet, blir omtalt andre steder i rapporten. Se faktaboks under for en beskrivelse av de subjektive og objektive sidene av livskvalitet.



### Livskvalitet

*Livskvalitet* er et stort og mangfoldig begrep. Livskvalitet deles gjerne inn i to ulike komponenter – objektiv og subjektiv livskvalitet.

Den objektive livskvaliteten handler om levekår og hvilke grunnleggende forhold som bør være til stede for at vi mennesker skal trives og leve gode liv, det vil si om vi har nok mat og vann, et sted å bo, god helse, nok penger, mulighet til å delta i aktiviteter i samfunnet, trygghet og sosialt fellesskap. Objektiv livskvalitet kan måles både ved hjelp av selvrapportering og registerdata. Vi kan for eksempel måle trygghet ved å spørre folk direkte om de føler seg trygge i ulike situasjoner, eller ved å bruke registerdata over trafiksikkerhet, kriminalitet eller lignende.

Subjektiv livskvalitet er nært koblet til psykisk helse og handler om hvordan mennesker opplever livet sitt. Den omfatter både en vurdering av livet (for eksempel livstilfredshet) og opplevelsen av egen fungering eller å utfylle en rolle (for eksempel mening og givende sosiale relasjoner) samt positive og negative følelser (for eksempel glede).

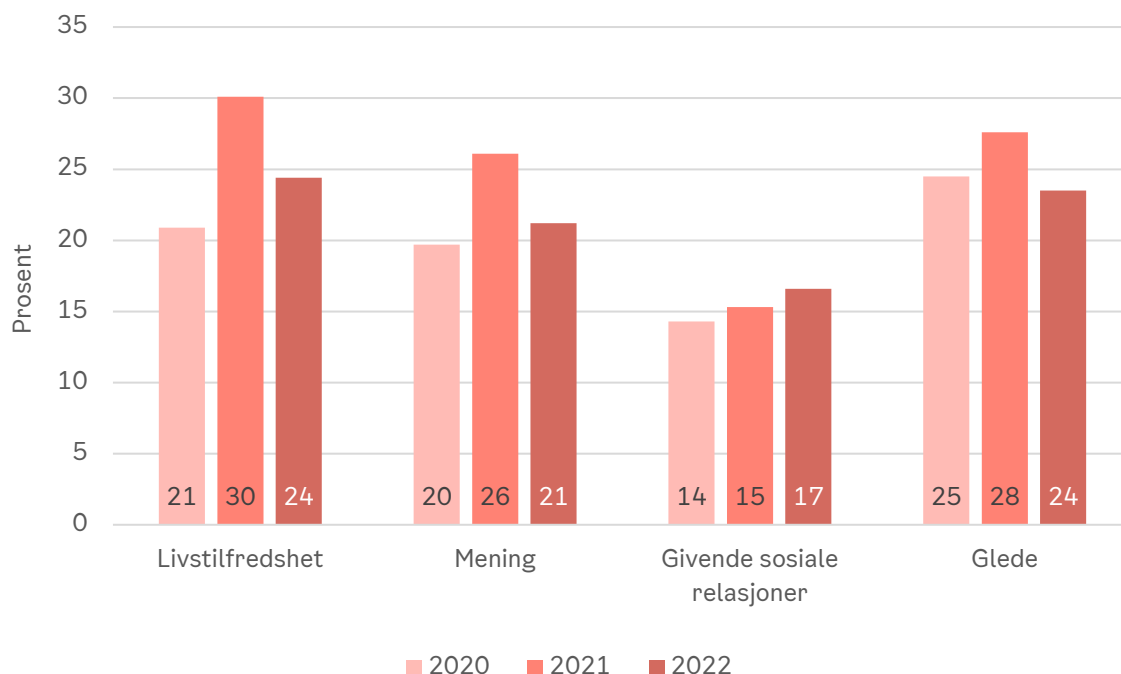
I dette delkapittelet har vi trukket ut kun et utvalg av indikatorer som har til hensikt å dekke bredden av begrepet *subjektiv livskvalitet*. For Oslo-tall på flere indikatorer på subjektiv livskvalitet, se Statistisk Sentralbyrås statistikkbank.

Kilde: Helsedirektoratet (70).

### 2.6.1 Livskvalitet blant voksne

Mange i Oslo opplever sin egen livskvalitet som god. I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 skåret mellom 44 og 51 prosent av innbyggerne på 18 år eller eldre høyt på spørsmål om livstilfredshet, mening, givende sosiale relasjoner og glede (61).<sup>14</sup>

Samme undersøkelse viser også at det er en betydelig andel som strever med lav livstilfredshet, men at de høye nivåene som ble observert under pandemien er på vei ned. I 2022 oppga 24 prosent av innbyggerne i Oslo at de er lite fornøyde med livet. Det er 6 prosentpoeng færre enn i 2021, men likevel litt høyere enn i 2020 (61, 71). En tilsvarende utvikling ser vi for indikatorene mening, givende sosiale relasjoner og glede, som framstilles sammen med livstilfredshet i figur 2.11 (61, 71).<sup>15, 16</sup>



Figur 2.11 Andel voksne med lave skårer på utvalgte livskvalitetsindikatorer. Utvikling i perioden 2020–2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2020–2022, spesialbestilling (61, 71).

<sup>14</sup> Det er ingen felles enighet om hvor grensen går for høy livskvalitet. Oslohelsa følger Kommune helsa statistikkbank (Folkehelseinstituttet) klassifisering av høy livskvalitet, som er definert som 8–10 poeng på en skala fra 0 til 10. I Statistisk sentralbyrås statistikkbank er høy livskvalitet klassifisert som 9–10 poeng på en tilsvarende skala. Andre igjen bruker 6 poeng som grenseverdi.

<sup>15</sup> Tallene i Oslohelsa avviker noe fra de som presenteres i Statistisk Sentralbyrås statistikkbank. Se vedlegg om datakilder for en beskrivelse av hvordan data fra Livskvalitetsundersøkelsen ble vasket og behandlet.

<sup>16</sup> Rett før Oslohelsa gikk i trykken publiserte Statistisk Sentralbyrå nye tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2023. Den viste en ytterligere nedgang i andel voksne i Oslo med lave skårer på livstilfredshet, mening og givende sosiale relasjoner.

Utviklingen har vært forskjellig i noen befolkningsgrupper:

- I gruppen med lavest inntekt økte andelen med lav livstilfredshet med 5,5 prosentpoeng fra 2020 til 2022, mens økningen bare var på 1,2 prosentpoeng i gruppen med høyest inntekt i samme periode.
- Fra 2020 til 2022 økte andelen med lav livstilfredshet med 5,1 prosentpoeng i aldersgruppen 18–24 år. Minst endring ble observert i aldersgruppen 45–66 år – her økte andelen lav livstilfredshet med 1,8 prosentpoeng.

En annen gruppe som har fått det betydelig verre er studenter. Tall fra Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) viser at andelen som oppga lav livstilfredshet gikk opp fra 15 prosent i 2018 til hele 41 prosent i 2021, for deretter å gå ned igjen til 32 prosent i 2022 (72–74). Til tross for nedgangen er 2022-tallene fremdeles 17 prosentpoeng høyere enn i årene før pandemien (72, 74).<sup>17</sup>

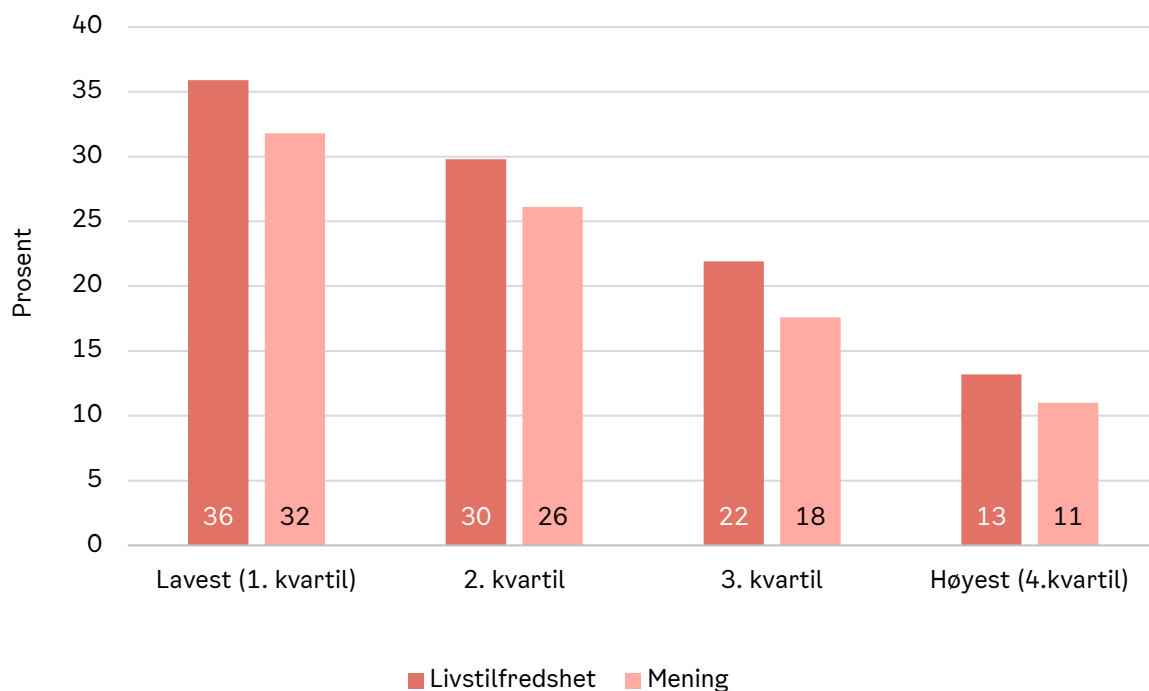
Som beskrevet i Folkehelse rapporten (66) varierte livskvaliteten i Norge etter hvor omfattende og strenge smitteverntiltak som var iverksatt i de ulike fasene av pandemien. I Koronaundersøkelsen gjennomført i flere fylker i perioden november–desember 2020 viste at Oslo var det stedet i landet som hadde de strengeste smitteverntiltakene på det tidspunktet og de laveste skårene på livstilfredshet, med et gjennomsnitt på 6,5 av 10 poeng (75). På landsbasis var gjennomsnittet 6,8 poeng (66).

Den lavere livskvaliteten i Oslo som ble dokumentert under pandemien, ser imidlertid ut til å ha jevnet seg ut. I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 er livskvaliteten i Oslo relativt lik livskvaliteten i resten av landet, med unntak av indikatoren givende sosiale relasjoner, der Oslo skårer noe høyere (61).

Samme undersøkelse viser også at det er store sosiale forskjeller i livskvalitet i Oslo, blant annet etter alder og sosioøkonomisk status. Livskvaliteten er lavere blant yngre enn eldre. Som vist i figur 2.12, har innbyggere med lavest inntekt to til tre ganger så stor sjanse for å rapportere lav livstilfredshet og oppleve livet som lite meningsfullt som dem med høyest inntekt. De samme forskjellene finner vi også for utdanning. I kapittel 5 gis en beskrivelse av forskjeller i livskvalitet i flere utvalgte grupper.

---

<sup>17</sup> Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) bruker et annet verktøy for å måle livskvalitet enn Livskvalitetsundersøkelsen. Dermed er ikke tallene for studenter direkte sammenlignbare med tallene som oppgis for voksne.



Figur 2.12 Andel voksne som skårer lavt på livstilfredshet og mening, etter inntekt (vektede tall). 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Det er få kilder til bydelstall på livskvalitet i Oslo. Innbyggerundersøkelsen 2023 viser imidlertid at livstilfredsheten i den voksne befolkningen er lavest i Groruddalsområdet (Grorud, Alna og Stovner) og i Søndre Nordstrand, mens den er høyest i bydelene Ullern, Vestre Aker og Nordstrand (76).

## 2.6.2 Livskvalitet blant barn og unge

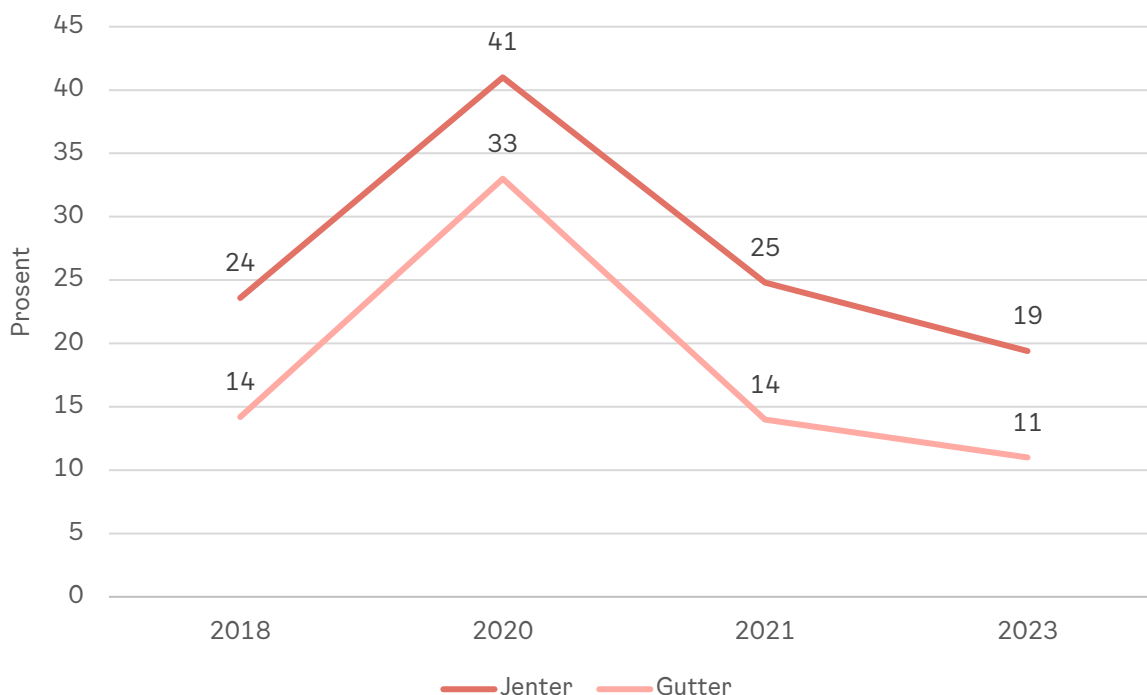
En stor andel ungdommer i Oslo har et godt liv, og livskvaliteten blant Oslo-ungdommer er like god som andre steder i Norge (54). I Ung i Oslo 2023 skåret 48 prosent av ungdommene i aldersgruppen 13–19 år høyt på spørsmål om hvor tilfreds de er med livet nå for tiden (62).<sup>18</sup> Andelen var høyere blant gutter (56 %) enn jenter (41 %), og blant ungdomsskoleelever (52 %) enn videregåendeelever (43 %).

Akkurat som for voksne er det også mange ungdommer i Oslo som strever med lav livstilfredshet. Figur 2.13 viser utviklingen i lav livstilfredshet blant ungdommer i Oslo i perioden 2018–2023 (62, 78, 79). Her er noen oppsummerende punkter:

- I 2023 oppga én av fem jenter og én av ti gutter lav livstilfredshet. Dette er det laveste nivået som har blitt registrert siden målingene startet i 2018.

<sup>18</sup> Elevene skulle svare på en skala fra 0–10 på følgende spørsmål: «Nedenfor er det en skala fra 0 til 10. Øverst på skalaen (10) står for det best mulige livet for deg og nederst (0) er det verst mulige livet for deg. Hvor synes du at du står på denne skalaen nå for tiden?». Livstilfredshet ble så inndelt i følgende kategorier: lav (0–5 poeng), middels (6–7 poeng) og høy (8–10 poeng).

- Fra 2018 til april/mai 2020, som var seks uker etter nedstengingen og innføringen av hjemmeskole under pandemien, var det en kraftig økning i andelen med lav livstilfredshet blant både jenter og gutter.
- En relativt lik utvikling for begge kjønn.



Figur 2.13 Andel ungdom i alderen 13–19 år med lave skårer på livstilfredshet. Utvikling i perioden 2018–2023 blant jenter og gutter. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2020; Ung i Oslo, spesialbestilling (62, 78, 79).

Det er verdt å merke seg at nedgangen i lav livstilfredshet blant Oslo-ungdommer fra 2021 til 2023 sammenfaller med at færre oppgir psykiske plager (Kapittel 4) og at færre er mye plaget av ensomhet (Kapittel 8).

Akkurat som for voksne er det en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og livskvalitet blant ungdommer. Analyser fra Ung i Oslo 2023 viser at forskjellen i lav livstilfredshet er 9 prosentpoeng høyere for videregående elever som kommer fra familier med lav sosioøkonomisk status sammenlignet med elever som kommer fra familier med høy status (lav status: 23 %, høy status: 14 %). Blant ungdomsskoleelever er forskjellen i lav livstilfredshet mellom de ulike gruppene på 7 prosentpoeng (lav status: 19 %, høy status: 12 %) (62).

Færrest ungdommer med lav livstilfredshet finner vi i de ytre bydelene i Oslo vest i 2023, med en andel som varierer mellom 12 og 15 prosent. Bydel Stovner har flest med 20 prosent (62). I perioden 2018–2023 har imidlertid forskjellene mellom øst og vest blitt betydelig mindre. Nedgangen i lav livstilfredshet har vært størst i sentrumsbydelene og i bydelene Alna, Grorud og Østensjø – her har nedgangen vært på mellom 4 og 6 prosentpoeng. For Oslo samlet sett, er nedgangen fra 2018 til 2023 på 3 prosentpoeng (62, 78).

### 3 Viktige sykdommer i et folkehelseperspektiv

---

Sykdomsbildet i Oslo preges av ikke-smittsomme sykdommer som i stor grad kan forebygges. Samtidig har covid-19-pandemien minnet oss om at smittsomme sykdommer fortsatt kan utgjøre en stor folkehelsestrussel, og vist hvor tett koblingen mellom de smittsomme og de ikke-smittsomme sykdommene er. Det er tydelige geografiske og sosiale forskjeller i Oslo når det gjelder utbredelsen av sykdommer som er viktige i et folkehelseperspektiv.

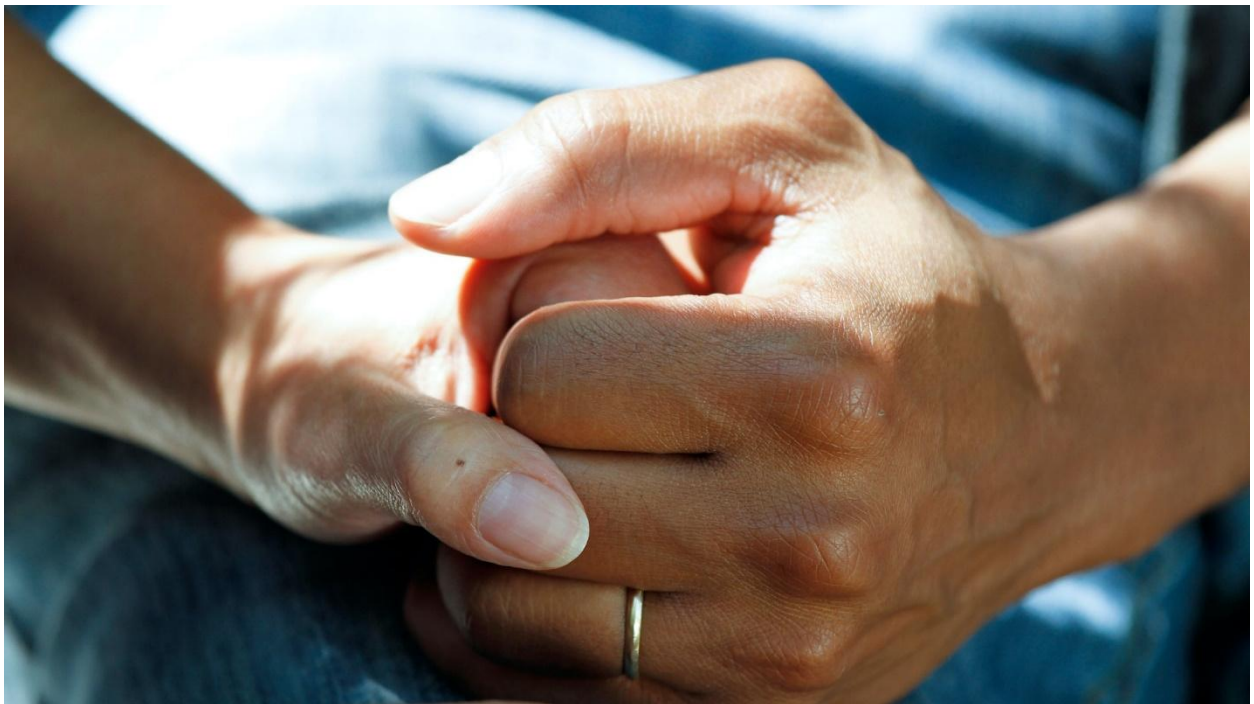


Foto: National Cancer Institute

#### I Oslo ...

- ... er melanom (føflekkreft), brystkreft og prostatakreft vanligere blant innbyggerne i vestlige bydeler og Nordstrand, mens lungekreft er vanligere blant dem med bostedstilhørighet i bydelene Grorud, Stovner og Alna.
- ... forventes det i årene som kommer at forekomsten av kreft i tykktarm eller endetarm vil øke mest når det gjelder de vanligste kreftformene.
- ... er andelen personer i aldersgruppen 0–74 år som døde av hjerte- og karsykdommer og kols i perioden 2013–2022, lavere enn i Norge som helhet. Det er imidlertid store forskjeller mellom bydelene.

- ... er det betydelige forskjeller mellom bydelene når det gjelder innbyggernes kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten på grunn av type 2-diabetes.
- ... var forekomsten av svangerskapsdiabetes 54 diagnoser per 1 000 svangerskap i 2021. Andelen gravide med svangerskapsdiabetes har økt kraftig de siste 10–15 årene.
- ... er muskel- og skjelettlidelser fortsatt en stor samfunnsutfordring og den nest vanligste årsaken til ikke-dødelig helsetap, sykefravær og uføretrygd. Det gjelder selv om andelen innbyggere med muskel- og skjelettlidelser verken har økt eller er høyere enn i resten av landet.
- ... hadde om lag 46 prosent av voksne som deltok i den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2020 overvekt eller fedme, mens andelen var 55 prosent i resten av landet. Andelen med overvekt eller fedme er høyere blant menn enn kvinner, og høyere blant voksne med lavere utdanning enn med høyere utdanning.
- ... har andelen med overvekt eller fedme økt både blant 3.- og 8.-klassinger fra skoleåret 2018–2019 til 2022–2023.
- ... blir munnhelsen stadig bedre både blant barn og unge og blant voksne, men det er fremdeles til dels store sosiale ulikheter på området.

### 3.1 Innledning

I dette kapittelet ser vi nærmere på utviklingen i enkeltsykdommene eller sykdomsgruppene som kan sies å være de store folkehelsesykdommene i Oslo, med unntak av psykiske lidelser og plager, som omtales i kapittel 4, og demens, som omtales i kapittel 5. Sykdommene vi ser nærmere på i dette kapittelet, er valgt ut fordi de bidrar stort til den samlede sykdomsbyrden i Oslo, og fordi de i stor grad er forebyggbare. I tillegg er det sykdommer som står for høye behandlingstkostnader og et stort produksjonstap for samfunnet.

### 3.2 Kreft

I den nasjonale og globale strategien for ikke-smittsomme sykdommer, den såkalte NCD-strategien, har man pekt ut indikatorer for å følge utviklingen i dødelighet og sykkelighet av ikke-smittsomme sykdommer (55–57). På kreftområdet skal færre nye tilfeller og tidlige dødsfall av kreft (definert per 100 000 innbyggere) bidra til målet om lavere sykkelighet og dødelighet av ikke-smittsomme sykdommer (56).

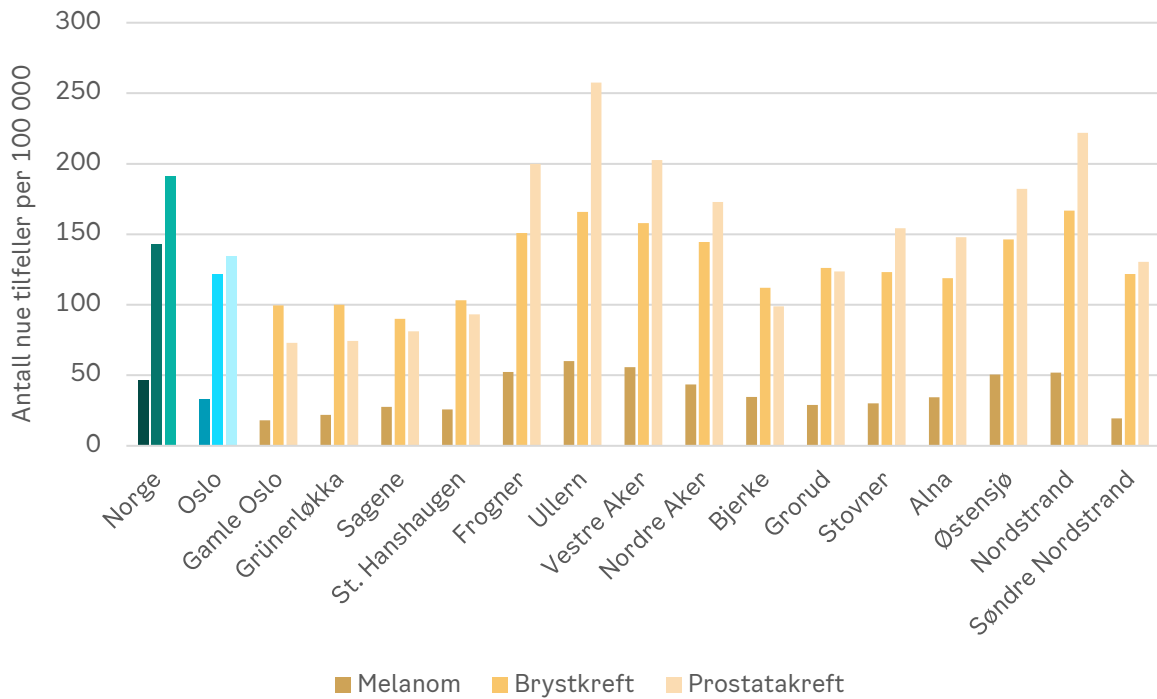


Kreft er en fellesbetegnelse for sykdommer med ukontrollert celledeling. Kreftceller kan spres til andre deler av kroppen via blodet og lymfesystemet. Blant menn er prostatakreft den vanligste kreftformen, blant kvinner er det brystkreft. Disse er for begge kjønn etterfulgt av lungekreft, tarmskreft og hudkreft (inkludert melanom). En rekke livsstils- og miljøfaktorer kan påvirke kreftforekomsten, i tillegg til arvelige forhold. (80).

### 3.2.1 Nye tilfeller av kreft

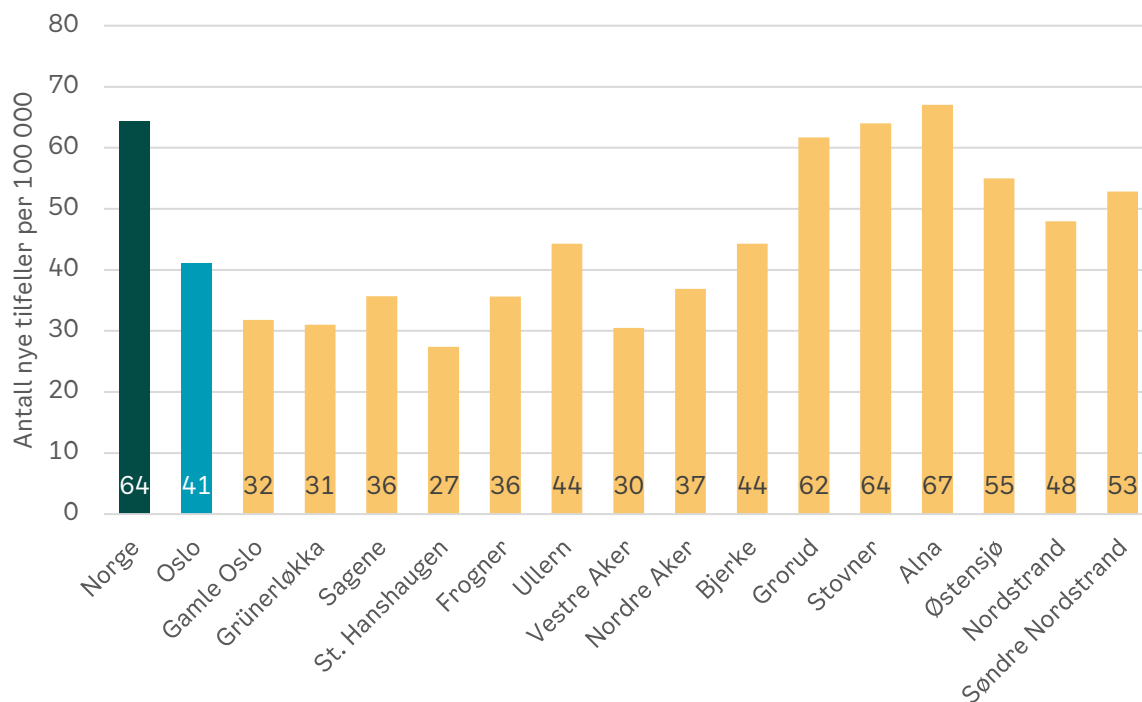
Det er færre nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år i Oslo samlet enn i Norge som helhet. Det gjelder både for alle kreftformer samlet og for de krefttypene som forekommer hyppigst i befolkningen, med unntak av brystkreft, som er vanligere i Oslo enn i landet ellers. Det viser alders- og kjønnsstandardiserte rater over siste tjuårsperiode (54). Antallet nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere i Oslo varierer imidlertid etter sosial bakgrunn, bostedstilhørighet, alder og krefttype.

Figur 3.1 og figur 3.2 viser hvordan gjennomsnittlig antall nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år varierte mellom bydelene i perioden 2018–2022 for noen av de vanligste krefttypene (81). Figur 3.1 viser rater for nye tilfeller av melanom (føflekkreft), brystkreft og prostatakreft, mens figur 3.2 viser rater for nye tilfeller av lungekreft. For sammenligningens skyld viser begge figurene rater både for Oslo og for Norge som helhet. Kolorektalkreft (kreft i tykktarm eller endetarm) er også blant de vanligste kreftformene, med 56 og 85 nye tilfeller per 100 000 innbyggere per år i perioden 2018–2022 i henholdsvis Oslo og Norge som helhet. Raten varierer derimot mindre mellom bydelene for denne krefttypen enn for de andre vanligste krefttypene og er derfor ikke med i figurene.



Figur 3.1 Andel nye tilfeller av melanom (føflekkreft), brystkreft og prostatakraft. 2018–2022. Norge, Oslo i alt og bydeler. Antall per 100 000. Kilde: Antall nye tilfeller fra Kreftregisteret, spesialbestilling (81), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank og Statistisk sentralbyrås statistikkbank (8, 53).

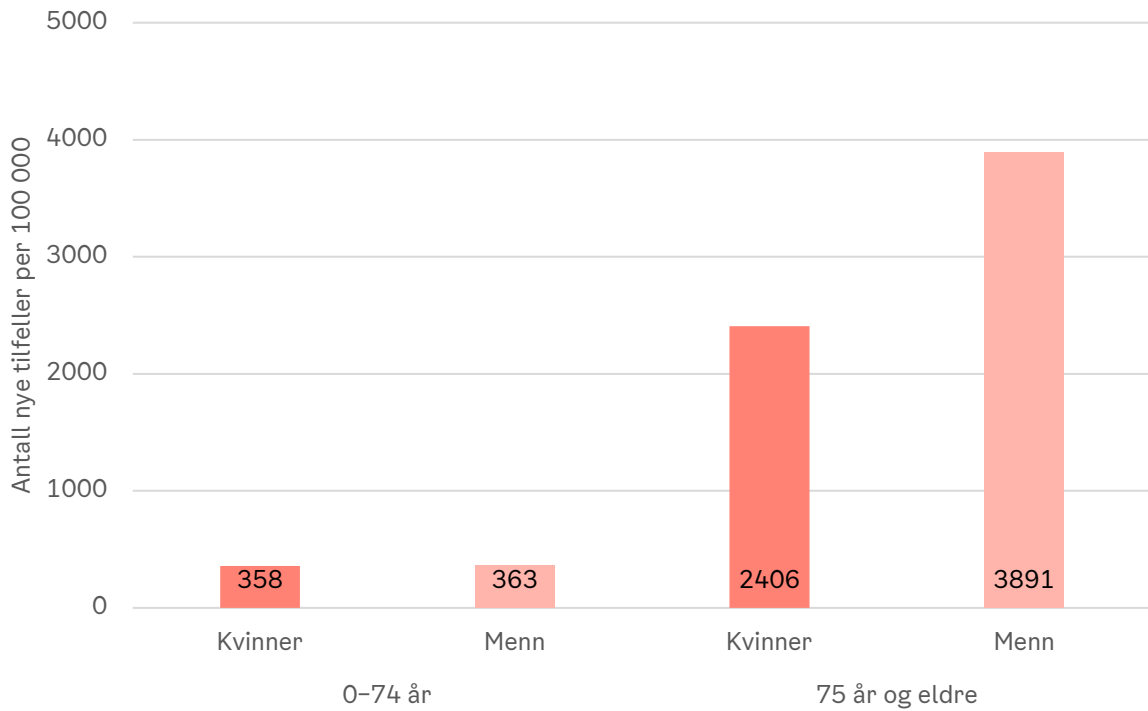
Figur 3.1 viser at melanom (føflekkreft), brystkreft og prostata er vanligere blant innbyggerne i vestlige bydeler og Nordstrand, mens figur 3.2 viser at lungekreft er vanligere blant dem med bostedstilhørighet i bydelene Grorud, Stovner og Alna.



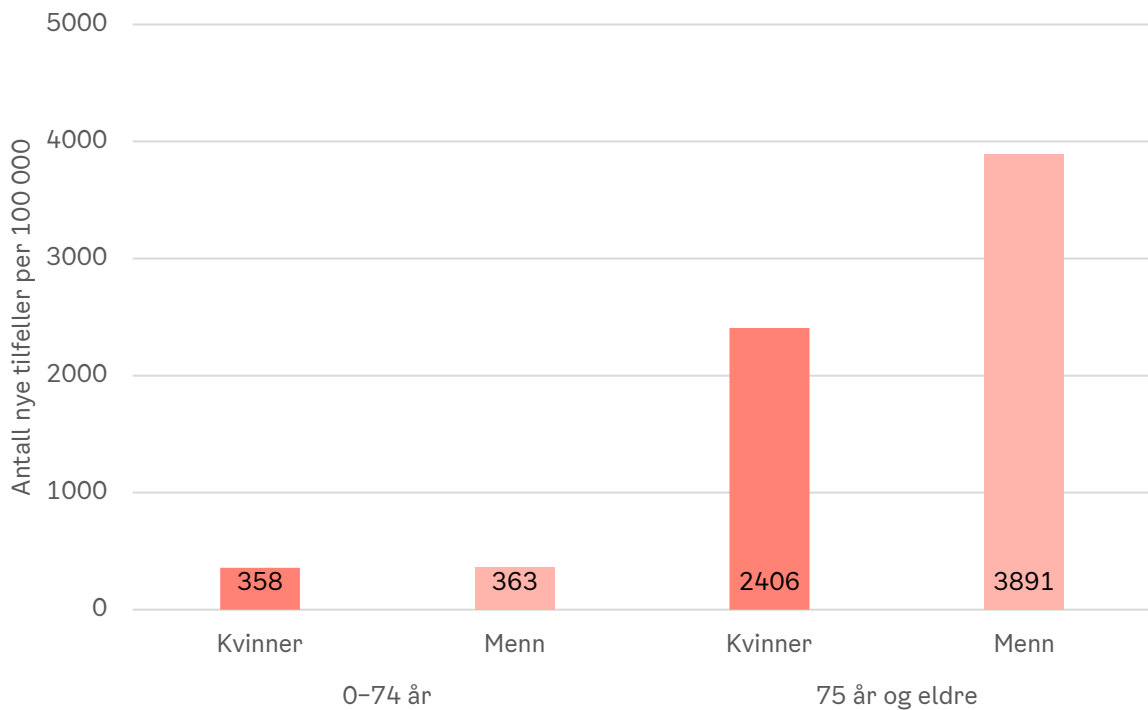
Figur 3.2 Andel nye tilfeller av lungekreft. 2018–2022. Norge, Oslo i alt og bydeler. Antall per 100 000. Kilde: Antall nye tilfeller fra Kreftregisteret, spesialbestilling (81), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank og Statistisk sentralbyrås statistikkbank (8, 53).

Det er i utgangspunktet flere forhold som kan bidra til å øke risikoen for å utvikle lungekreft, og relativt god kunnskap om disse forholdene gjør at forekomsten av lungekreft kan reduseres gjennom forebygging. Lungekreft er likevel fortsatt blant de største årsakene til tapte leveår. Det betyr at mange tapte leveår fortsatt kan unngås med vedvarende innsats i det forebyggende arbeidet på dette området. Ulikhetene i forekomsten av lungekreft kan ses i sammenheng med blant annet ulikheter i helsekompetansen (som også øker sannsynligheten for at kreften blir oppdaget i et tidlig nok stadium) til befolkningen i de ulike bydelene, ulik livsstil, miljøpåvirkning og ulike sosiale forhold ellers. Siden statistikken viser gjennomsnittet for perioden 2018–2022, påvirkes raten for antall nye krefttilfeller per år også av faktorer knyttet til pandemien, blant annet av helsetjenestenes kapasitet til å oppdage nye krefttilfeller og i hvilken grad innbyggerne tok kontakt med helsetjenestene ved mistanke om kreft i denne perioden.

Figur 3.3 og figur 3.4 viser antall nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere for krefttypene samlet og for de vanligste krefttypene etter kjønn og alder i Oslo. Antall nye tilfeller er betydelig høyere i aldersgruppen 75 år og eldre enn i befolkningen under 75 år.



Figur 3.3 Andel nye tilfeller av alle krefttyper samlet, etter alder og kjønn, 2012-2021. Oslo i alt. Antall per 100 000. Kilde: Kommunehelsa/Kreftregisteret (54)



Figur 3.4 Andel nye tilfeller av vanlige krefttyper, etter alder og kjønn, 2012-2021. Oslo i alt. Antall per 100 000. Kilde: Kommunehelsa/kreftregisteret (54)

### 3.2.2 Dødelighet av kreft

Kreft er den største dødsårsaken i befolkningen og en viktig bidragsyter til tapte leveår hos begge kjønn. Samtidig varierer sykdomsforløp, overlevelse og behandling mellom de ulike kreftsykdommene. Lungekreft var den krefttypen som bidro til flest tapte leveår i Oslo i 2019, etterfulgt av kolorektalkreft (tykktarms- og endetarmskreft) og prostatakreft for menn og bryst- og eggstokkreft for kvinner (11, 80). Selv om antallet nye tilfeller øker, viser alders- og kjønnsstandardiserte tall fra Kommunehelsa statistikkbank at det har vært en liten nedgang i antall døde i aldersgruppen 0–74 år per 100 000 innbyggere per år i perioden 1996–2021. Den prosentvise nedgangen har vært noe større i Oslo enn i landet som helhet (54).

### 3.2.3 Utvikling over tid

Antallet nye krefttilfeller per 100 000 innbyggere per år har økt jevnt over de siste tiårene. Det viser tallene for Oslo og for Norge som helhet standardisert for alders- og kjønns sammensetning (54). Samtidig viser sykdomsbyrde for Oslo at antall tapte leveår som følge av kreft per 100 000 innbyggere har gått ned (65). At raten for antall nye tilfeller har økt samtidig som antall tapte leveår har gått ned, kan ses i sammenheng med at sannsynligheten for å få kreft øker med alderen, at en del krefttilfeller oppdages tidligere og at flere overlever kreft.

Framskrivninger viser at antall krefttilfeller vil fortsette å øke fram mot 2040. Hovedårsakene er befolkningsvekst og en større andel eldre. Endringer i livsstils- og miljøfaktorer kan også påvirke antallet nye krefttilfeller. Blant de vanligste kreftformene forventes kolorektalkreft (tykktarms- og endetarmskreft) å øke mest (80).

## 3.3 Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er, sammen med kreft, de vanligste dødsårsakene. I 2019 var iskemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt og hjertekrampe) den største årsaken til tapte leveår hos både menn og kvinner i Oslo. Raten for tapte leveår for iskemisk hjertesykdom i Oslo var signifikant lavere enn den nasjonale raten hos begge kjønn (11).

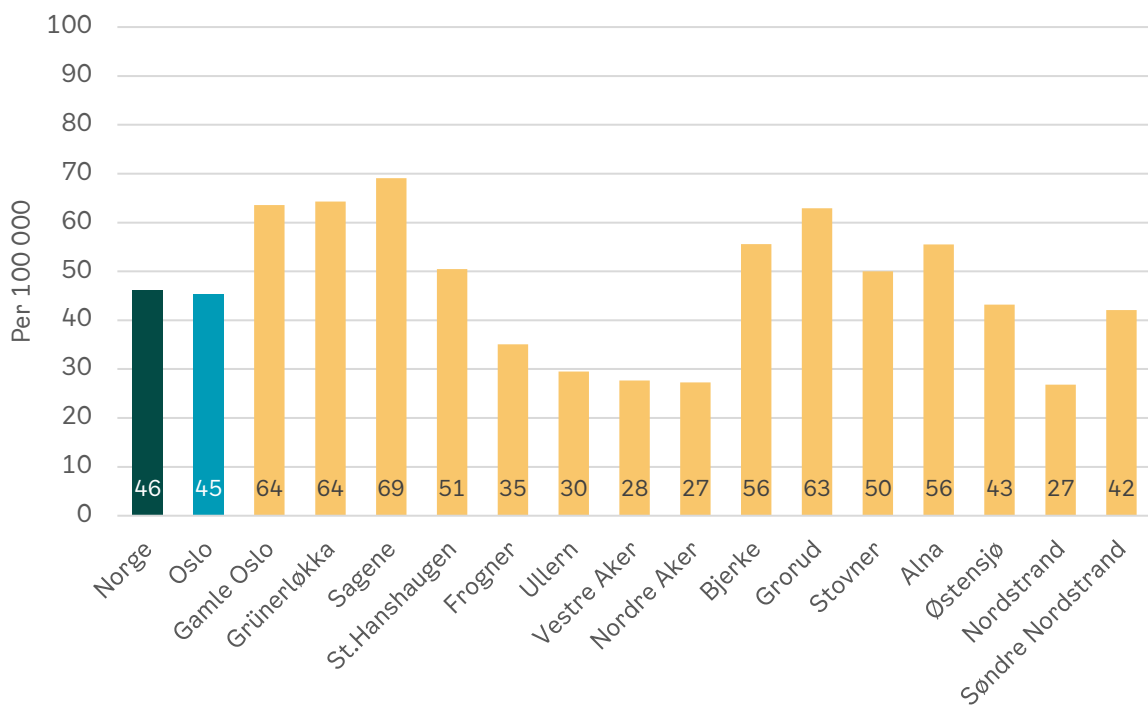


### Hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er et samlebegrep på sykdommer som rammer hjertet og blodårer (blodkar). Noen av de vanligste hjerte- og karsykdommene er hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, hjerneslag, atrieflimmer og hjertesvikt. De ulike hjerte- og karsykdommene kan påvirke hverandre, blant annet ved at én sykdom er årsak til en annen (82). Flere modifierbare risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer har blitt identifisert gjennom epidemiologiske befolkningsstudier. Blant disse har vi røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, kosthold, fysisk inaktivitet, diabetes og fedme. Risikofaktorer som ikke kan påvirkes, er arvelige forhold, alder, kjønn og etnisitet (82).

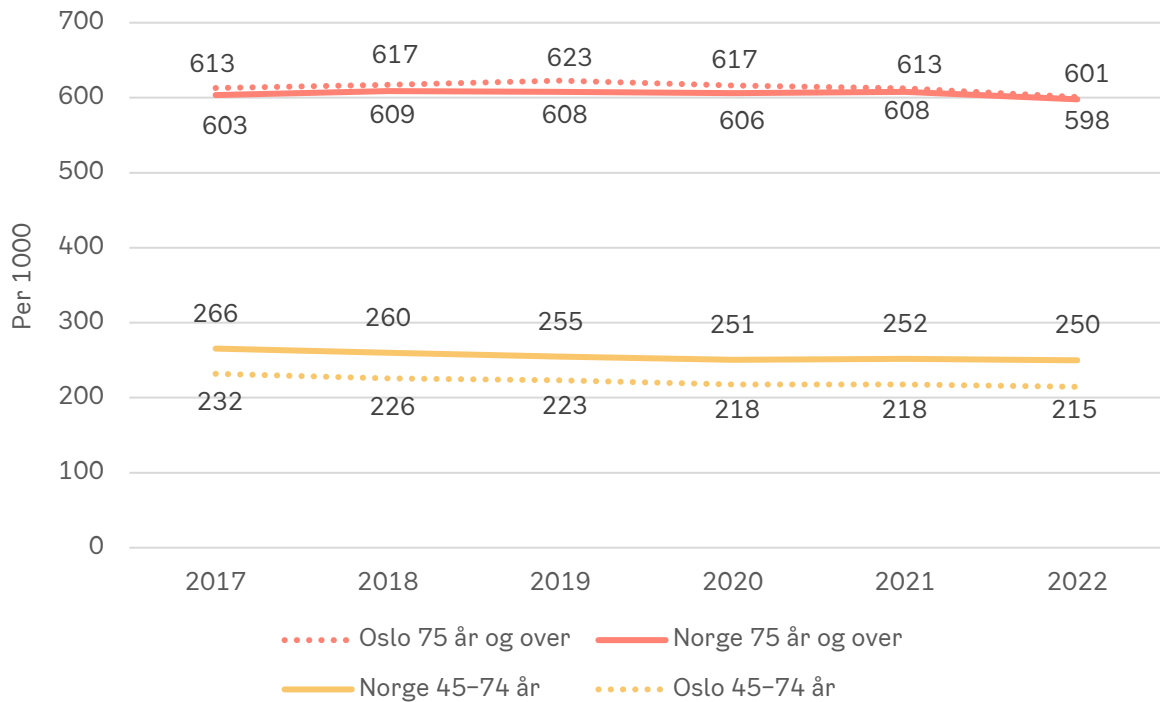
Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har falt betydelig siden 1970-årene. Nedgangen skyldes både en nedgang i risikofaktorer, blant annet røyking, og mer effektiv behandling (82). Antall døde før 75 års alder (tidlig død) på grunn av hjerte- og karsykdommer i perioden 2013–2022 var noe lavere i Oslo enn det nasjonale gjennomsnittet (figur 3.5).

Det er samtidig store forskjeller i dødelighet mellom bydelene. Tidlig død som følge av hjerte- og karsykdommer i perioden 2013–2022 var høyest i bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og Grorud. Bydelene med lavest forekomst i samme periode var Nordstrand, Nordre Aker, Vestre Aker og Ullern (figur 3.5). Flere menn enn kvinner døde tidlig av hjerte- og karsykdommer (54).



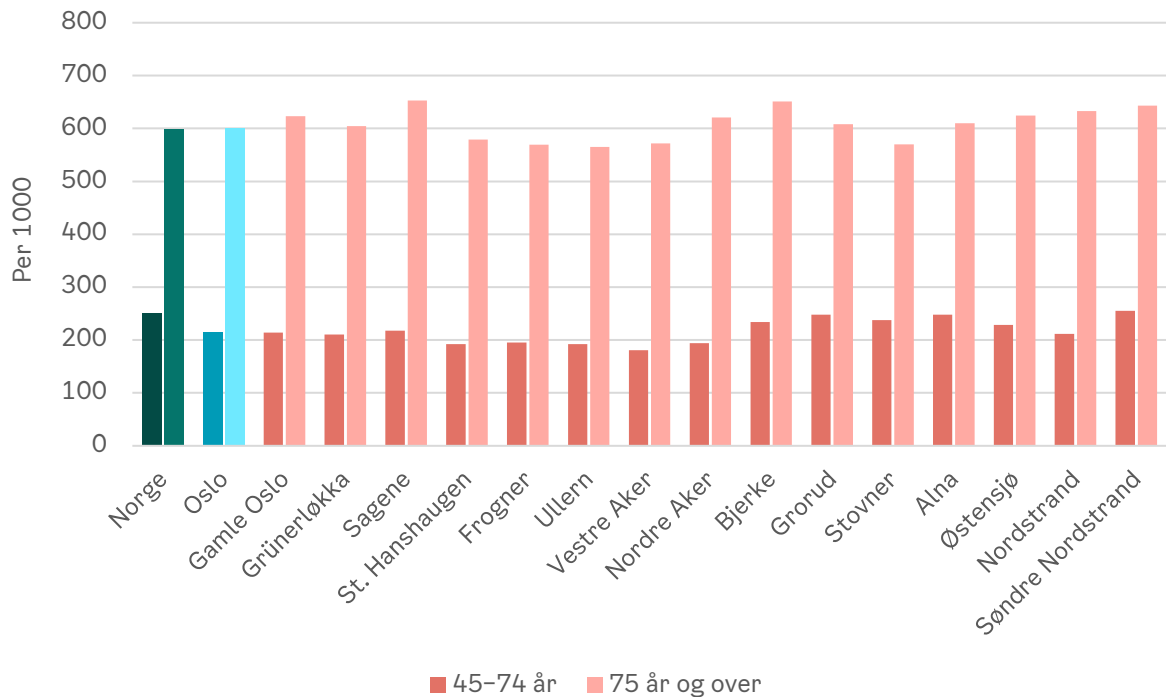
Figur 3.5 Antall per 100 000 innbyggere som døde tidlig av hjerte- og karsykdommer, etter bydel. 0-74 år. Aldersstandardisert. Glidende gjennomsnitt 2013–2022. Oslo, Norge. Kilde: FHI Kommunehelsa statistikkbank (54).

Et stort antall personer får behandling for eller lever med en kronisk hjerte- og karsykdom. I 2022 var om lag 44 750 unike personer i alderen 45–74 år i Oslo i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med en hjerte- og karsykdom som hoved- eller bitilstand (83). Det utgjorde rundt 21 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen. Dersom vi sammenligner med tilsvarende aldersgruppe i hele landet, hadde innbyggerne i Oslo noe mindre kontakt med disse helsetjenestene i 2022 (figur 3.6).



Figur 3.6 Antall unike personer per 1000 innbyggere i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med en hjerte- og karsykdom som hoved- eller bitilstand. 45-74 år og 75 år og over. 2017 til 2022. Oslo, Norge. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Det er noen forskjeller mellom bydelene når det gjelder innbyggernes kontakt med henholdsvis kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten som følge av hjerte- og karsykdommer. Figur 3.7 viser at innbyggerne i aldersgruppen 45-74 år i de vestlige bydelene hadde sjeldnere kontakt med tjenestene enn befolkningen i hele landet i 2022. Innbyggerne i bydelene Søndre Nordstrand, Grorud og Alna hadde derimot om lag like hyppig som eller hyppigere kontakt enn befolkningen i hele landet.



Figur 3.7 Antall unike personer per 1000 innbyggere i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med en hjerte- og karsykdom som hoved- eller bitilstand, etter bydel. 45-74 år og 75 år og over. 2022. Oslo, Norge. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Tall fra Reseptregisteret viser at antall brukere av legemidler for hjerte- og karsykdommer i aldersgruppen 0-74 år har økt over tid i Oslo og Norge (54). I perioden 2019-2021 mottok rundt 16 prosent i denne aldersgruppen i Oslo legemidler på resept til behandling av en hjerte- og karsykdom. Tilsvarende andel i landet som helhet var til sammenligning 17 prosent (54). Økningen i legemiddelbrukere kan blant annet forklares av befolkningsvekst, en økt andel eldre og bedre overlevelse etter hjerte- og karsykdommer (82).

### 3.4 Kols

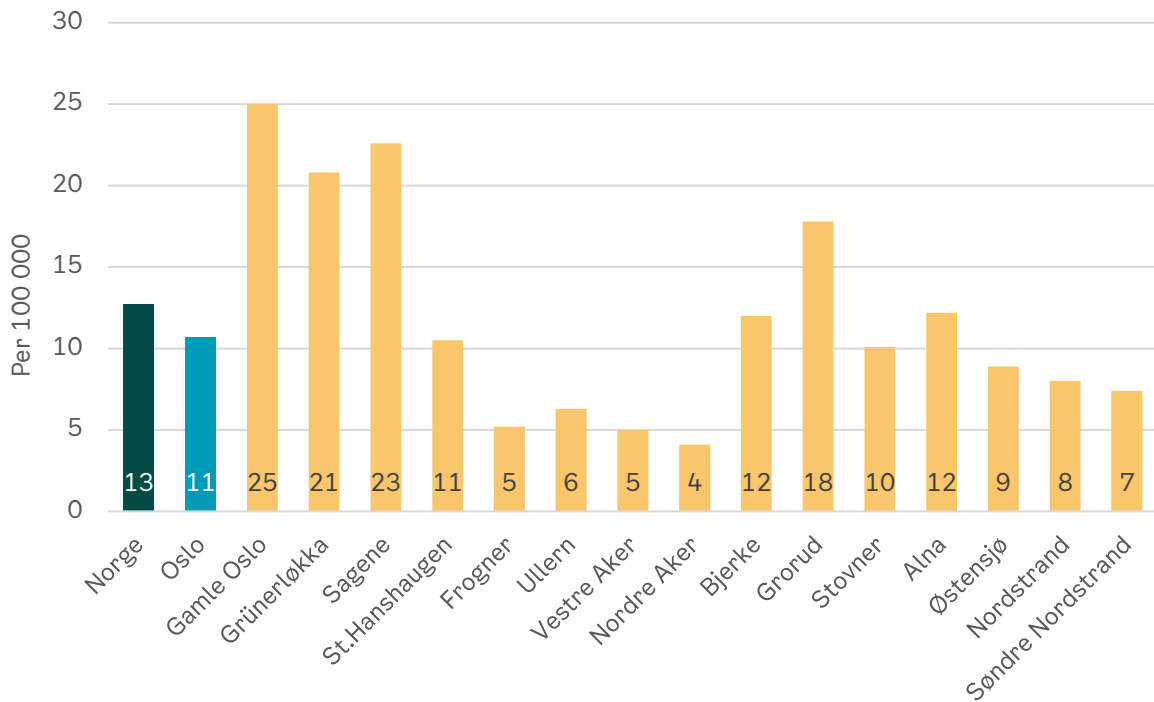
Det er utfordrende å fastslå nøyaktige forekomster av kols i befolkningen med mindre det utelukkende er pasienter som er behandlet for en kolsdiagnose i helsetjenesten, som legges til grunn. Ulike befolkningsundersøkelser kartlegger gjerne sykdomsforekomster på forskjellige måter og gir dermed forskjellige tall, og hvor sterkt sykdommen gjør seg gjeldende hos den enkelte, hvilken alderssammensetning det er i utvalget som undersøkes, og hvem som deltar i undersøkelsene, er eksempler på faktorer som påvirker resultatene. Tall fra HUNT, helseundersøkelsen i Trøndelag, og Tromsøundersøkelsen viser at om lag 6-7 prosent av befolkningen over 40 år har kols (84).

**Kols**

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en sykdom som kan gi betydelig funksjonsnedsettelse. Den karakteriseres av blokkering av luftveiene og økt slimproduksjon. Tegn på kols er kronisk hoste og oppspytt om morgenen. Fysisk anstrengelse fører til at man blir tungpustet og får hoste. Ved mer alvorlige tilstander kan man få pusteproblemer også i hvile. Flesteparten har enten en mildere variant av sykdommen, eller de har sykdommen uten å vite det, mens noen blir tungpustet ved den minste anstrengelse. En del mennesker har både kols og astma (84). Røyking regnes som den viktigste årsaken til kols og kan forklare rundt to av tre tilfeller. Andre faktorer er alder og eksponering for gasser eller partikler på jobb. Arvelige faktorer kan også spille en rolle for utviklingen av kols. Kols kan ikke kureres eller reverseres, men røykavvenning, fysisk aktivitet og medikamentell behandling kan lindre symptomer og bremse utviklingen av sykdommen (84).

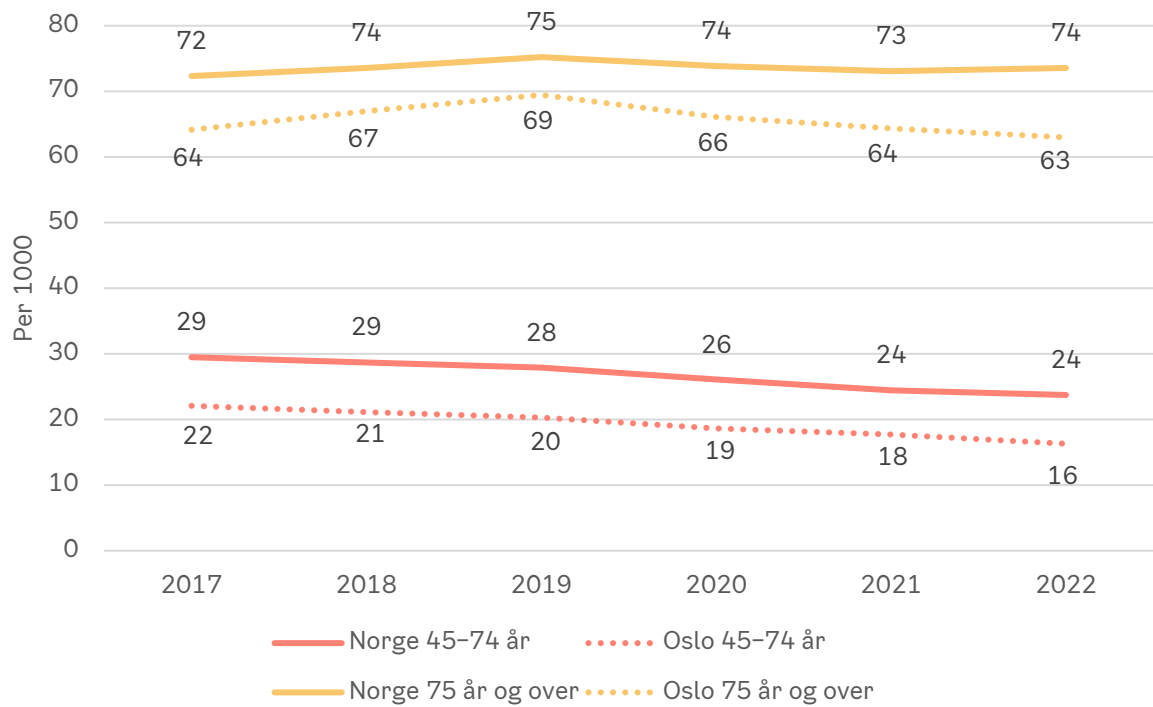
Sykdomsbyrdetall fra 2019 viser at kols var en av de ti viktigste årsakene til tapte leveår og helsetapsjusterte leveår for begge kjønn i Oslo. Raten i Oslo var imidlertid signifikant lavere enn den nasjonale raten for kols hos menn, og da både når det gjelder tapte leveår og helsetapsjusterte leveår (11).

Tidlig død før fylte 75 år på grunn av kols er noe lavere i Oslos befolkning enn gjennomsnittet i den norske befolkningen. Det er derimot store forskjeller mellom bydelene (figur 3.8). Tidlig død som følge av kols var i perioden 2013–2022 høyest i bydelene Gamle Oslo, Sagene og Grünerløkka og lavest i bydelene Nordre Aker, Frogner, Vestre Aker og Ullern.



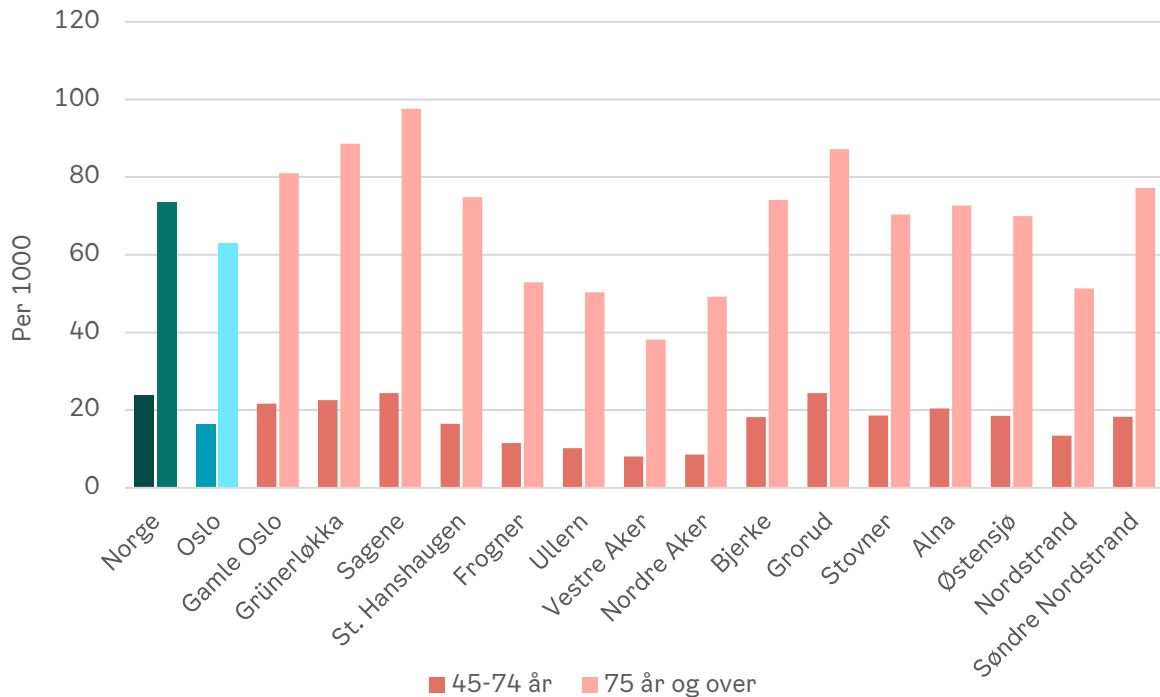
Figur 3.8 Antall per 100 000 innbyggere som døde tidlig av kols, etter bydel. 0–74 år. Aldersstandardisert. Glidende gjennomsnitt 2013–2022. Oslo, Norge. Kilde FHI Kommunehelsa statistikkbank (54).

I 2022 var om lag 3 400 unike personer i Oslo i alderen 45–74 år i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten på grunn av kols (83). Det utgjorde mellom 1–2 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen. Dersom vi sammenligner med tilsvarende aldersgruppe i hele landet, hadde innbyggerne i Oslo noe mindre kontakt med disse helsetjenestene i 2022. Også blant eldre i alderen 75 år og over er det en tendens til at Oslos innbyggere hadde noe mindre kontakt enn innbyggerne i hele landet (figur 3.9).



Figur 3.9 Antall unike personer per 1000 innbyggere i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med kols som hoved- eller bitilstand. 45-74 år og 75 år og over. 2017 til 2022. Oslo, Norge. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

I aldersgruppen 45-74 år hadde innbyggerne i de vestlige bydelene mindre kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten på grunn av kols enn befolkningen i hele landet i 2022. I bydelene Grorud, Sagene og Grünerløkka hadde innbyggerne i denne aldersgruppen derimot omtrent like hyppig kontakt som befolkningen i hele landet (figur 3.10).



Figur 3.10 Antall unike personer per 1000 innbyggere i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med kols som hoved- eller bitilstand, etter bydel. 45-74 år og 75 år og over. 2022. Oslo, Norge. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Det er grunn til å tro at antallet personer som lever med kols, vil holde seg høyt i årene framover, selv om eksponeringen for risikofaktorer som røyking har gått ned i lang tid. Nasjonale tall viser blant annet at andelen dagligrøykere i aldersgruppen 16-74 år har gått ned fra 42 prosent i 1973 til 7 prosent i 2022 ((8) tabell 05307). Det at antallet personer som lever med kols vil holde seg høyt i årene framover, skyldes i hovedsak en økning i levealder, og at de som nå trer inn i eldre aldersgrupper, har vært utsatt for risikofaktorer tidligere i livet. En ytterligere reduksjon i røyking er kanskje den enkeltfaktoren som vil ha størst betydning for forekomsten av kols i årene som kommer.

### 3.5 Diabetes

Diabetes, som er en av de vanligste sykdommene i Norge, var blant annet en av de ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap blant menn i Oslo i 2019. Høyt fastende blodsukker<sup>19</sup> har økt i Oslo siden 1990 og var blant de største risikofaktorene for både tapte leveår og ikke-dødelig helsetap for begge kjønn (11).

<sup>19</sup> Diabetes foreligger dersom man i gjentatte blodprøver har én eller flere av følgende: HbA1c minst 48 mmol/mol (6,5 prosent); blodsukker minst 7,0 mmol/L i fastende blodprøve; eller blodsukker minst 11,1 mmol/L to timer etter en sukkerbelastningstest med inntak av 75 gram glukose oppløst i vann ([Åsvold, 2023](#)).



### **Diabetes**

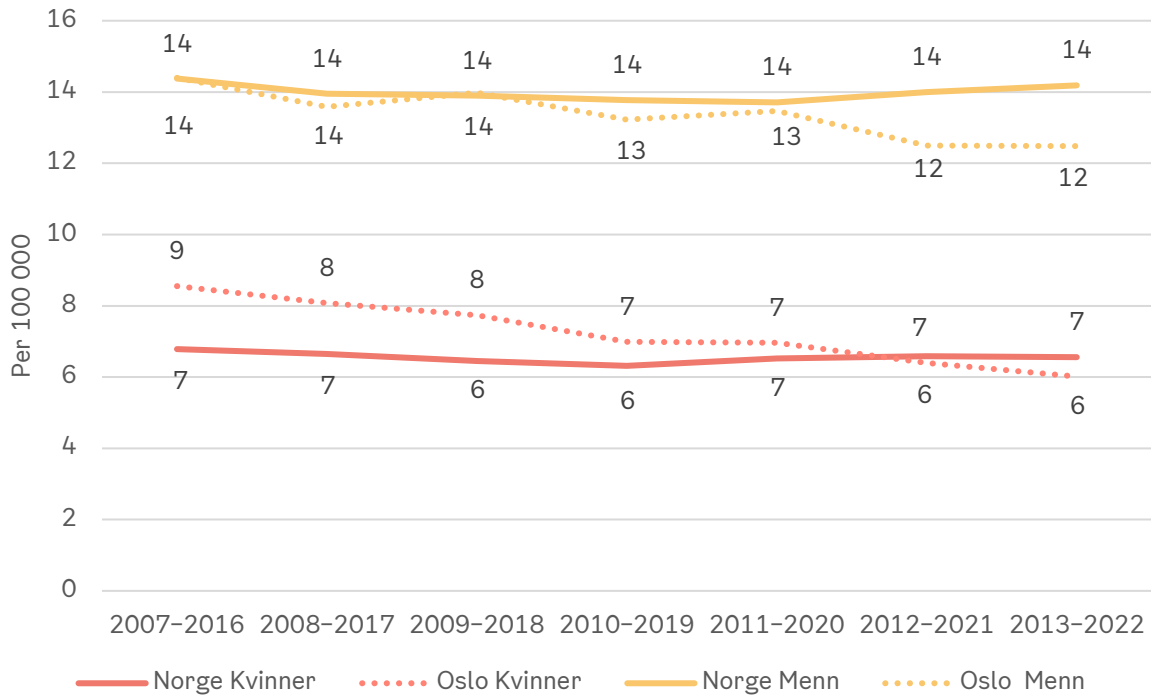
Diabetes karakteriseres ved for høye nivå av glukose i blodet (høyt blodsukker), og det skilles mellom type 1-diabetes og type 2-diabetes. Ved type 1-diabetes slutter kroppen å produsere insulin, eller produksjonen blir sterkt redusert. Ved type 2-diabetes har insulinet dårligere virkning, og evnen til å skille ut insulin blir redusert (85). Både type 1- og type 2-diabetes har en arvelig komponent. I tillegg er overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, kosthold og røyking sentrale risikofaktorer for å utvikle type 2-diabetes. Type 1-diabetes behandles med insulininjeksjoner, mens type 2-diabetes kan behandles med kost og mosjon, blodsukkensenkende tabletter og eventuelt insulin (85).

### **Svangerskapsdiabetes**

Svangerskapsdiabetes defineres som forhøyet blodsukker som først oppdages i svangerskapet, vanligvis i uke 24–28. Kvinner med svangerskapsdiabetes har økt risiko for å utvikle type 2-diabetes senere i livet (85).

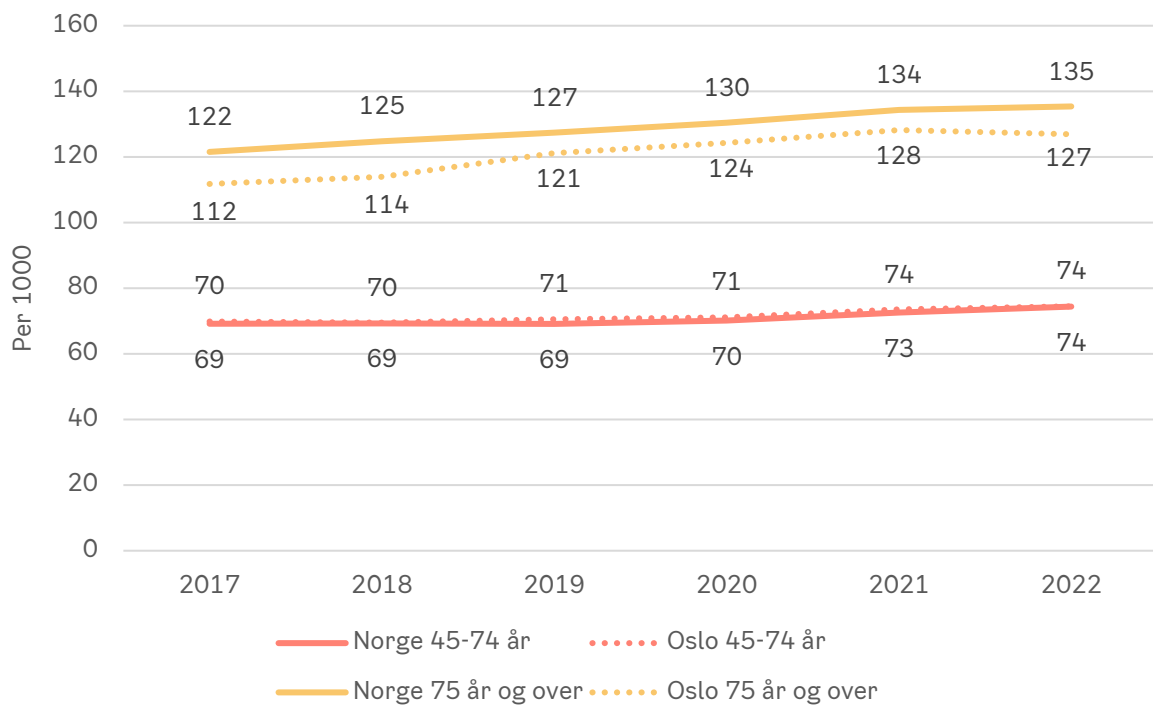
Type 2-diabetes antas å utgjøre om lag 90 prosent av all forekomsten av diabetes. Det finnes ingen enkelt datakilde som viser hvor mange som har diabetes i Norge. Det er imidlertid anslått at det i 2020 var rundt 270 000 personer (ca. 5 % av Norges befolkning) som levde med kjent diabetes, og at ytterligere 60 000 personer hadde udiagnostisert diabetes. Det er likevel grunn til å understreke at det er usikkerheter knyttet til anslagene, da de er basert på en rekke skjønsmessige vurderinger (86).

Andelen mellom 45 og 75 år som dør tidlig på grunn av diabetes, har holdt seg noenlunde stabil i Norge fra perioden 2007–2016 til 2013–2022, mens det har vært en liten nedgang i Oslo (87). Både i Norge og i Oslo er det flere menn enn kvinner som dør tidlig av diabetes (figur 3.11).



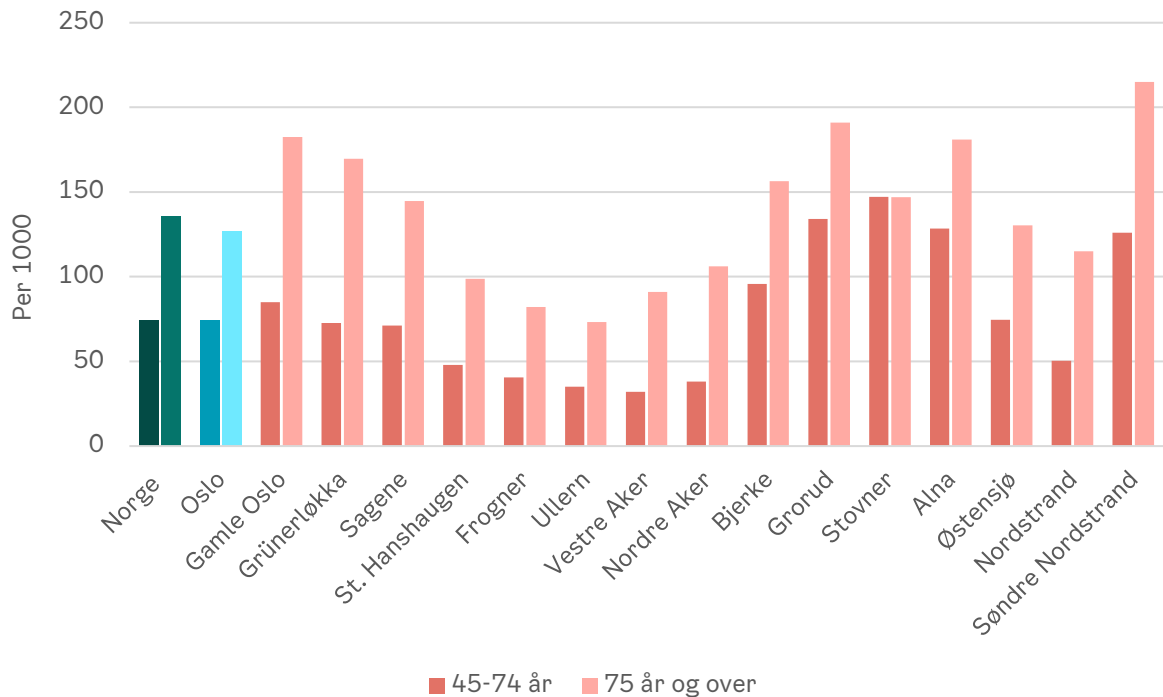
Figur 3.11 Antall per 100 000 innbyggere som døde tidlig av diabetes, etter kjønn, 45-74 år. Glidende gjennomsnitt 2007-2016 til 2013-2022. Oslo, Norge. Kilde: Dødsårsaksregisteret (FHI), spesialbestilling (87).

I 2022 var rundt 15 500 unike personer i Oslo i aldersgruppen 45-74 år i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten for type 2-diabetes (83). Det utgjorde litt over 7 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen. Innbyggerne i denne aldersgruppen i Oslo var omtrent i like mye kontakt med disse helsetjenestene på grunn av type 2-diabetes som innbyggerne i hele landet samme år (figur 3.12).



Figur 3.12 Antall unike personer per 1000 innbyggere i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med type 2-diabetes som hoved- eller bitilstand. 45-74 år og 75 år og over. 2017 til 2022. Oslo, Norge. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Det er betydelige bydelsforskjeller når det gjelder andelen innbyggere som er i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten på grunn av type 2-diabetes. I de vestlige bydelene hadde innbyggerne i aldersgruppen 45-74 år sjeldnere kontakt med disse tjenestene enn befolkningen i hele landet, mens innbyggerne i flere av de østlige bydelene, blant annet Stovner, Grorud, Alna og Søndre Nordstrand, hadde hyppigere kontakt (figur 3.13). Tallene samsvarer med en undersøkelse som viste at sannsynligheten for type 2-diabetes i vestlige deler av Oslo var omtrent 60 prosent lavere enn i østlige bydeler (88). Forskjellene skyldtes til dels etnisitet siden innvandrerandelen i befolkningen er lavere i vest, men også lavere sosioøkonomisk status og flere fedmefremmende miljøfaktorer i østlige bydeler hadde betydning.

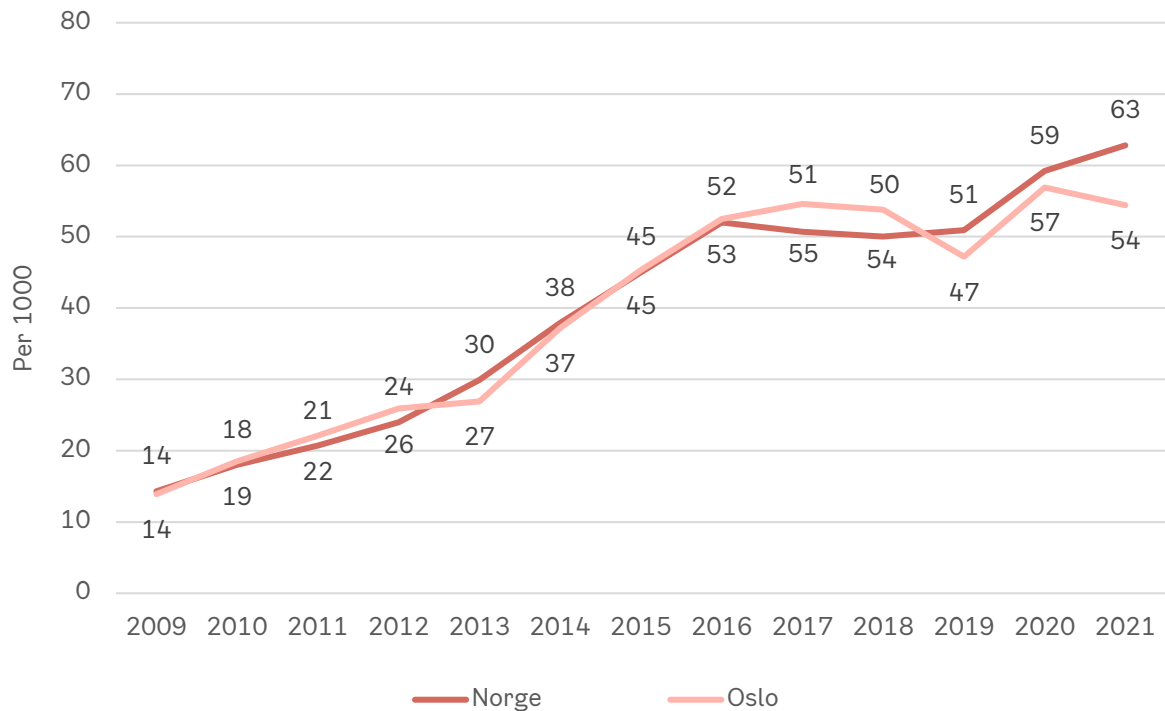


Figur 3.13 Antall unike personer per 1000 innbyggere i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten med type 2-diabetes som hoved- eller bitilstand, etter bydel. 45-74 år og 75 år og over. 2022. Oslo, Norge. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Videre viser tall fra Reseptregisteret at andelen voksne i alderen 30–74 år som i perioden 2019–2021 mottok legemidler på resept til behandling av type 2-diabetes, var rundt 5 prosent i Oslo. Tilsvarende andel i landet som helhet var til sammenligning 4,6 prosent (54). Antall brukere av denne typen legemidler har økt svakt, men jevnt siden 2014–2016 og noe mer i perioden 2019–2021. Dette gjelder både i Oslo og i Norge som helhet. Det er ellers flere menn enn kvinner som har mottatt legemidler til behandling av type 2-diabetes (54). Det er grunn til å påpeke at legemiddelbruk ikke entydig kan forstås som synonymt med sykdomsforekomst, men det kan være en indikator på sykdomsforekomsten i befolkningen også når det gjelder type 2-diabetes.

### 3.5.1 Svangerskapsdiabetes

Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at andelen gravide med svangerskapsdiabetes har økt kraftig de siste 10–15 årene (figur 3.14). I Oslo har forekomsten av svangerskapsdiabetes tidligere fulgt landsgjennomsnittet, men i perioden fra 2016 til 2017 lå Oslo noe over landsgjennomsnittet med rundt 55 diagnoser per 1 000 svangerskap. I 2019 gikk andelen i Oslo ned til 47 diagnoser per 1 000 svangerskap, men i de påfølgende årene økte den, og i 2021 var andelen på 54 diagnoser per 1 000 svangerskap. På landsbasis var for øvrig andelen på 63 diagnoser per 1 000 svangerskap i 2021.



Figur 3.14 Antall tilfeller av svangerskapsdiabetes per 1000 svangerskap. 2009 til 2021. Oslo, Norge. Kilde: Medisinsk fødselsregister (FHI), statistikkbank (89).

Forekomsten av svangerskapsdiabetes er høyere blant kvinner født i Asia og Afrika enn blant norskfødte (90, 91). I den nasjonale faglige retningslinjen for svangerskapsdiabetes fra 2017 anbefales alle førstegangsfødende over 25 år og gravide med etnisk bakgrunn fra Asia eller Afrika å ta en glukosebelastningstest som kan diagnostisere svangerskapsdiabetes (92). De nye kriteriene kan ha bidratt til økningen i antall oppdagede tilfeller av svangerskapsdiabetes de siste årene.

### 3.6 Muskel- og skjelettlidelser og langvarige smerter

Muskel- og skjelettlidelser er den vanligste årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge (18 % av alt ikke-dødelig helsetap) (65). Videre er det den sjuende mest kostbare sykdomskategorien for helsetjenestene (93) og den nest største årsaken til produksjonstap i Norge (94). I Oslo er muskel- og skjelettlidelser den nest vanligste årsaken til og står for 17 prosent av alt ikke-dødelig helsetap.



### Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser er en fellesbetegnelse på smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knokler, ledd, muskler, sener eller nerver. Noen tilstander, som osteoporose (beinskjørhet) og artrose (slitasjegikt), kan diagnostiseres objektivt, mens andre, for eksempel uspesifikke korsryggsmerter, tar utgangspunkt i subjektive opplevelser. De fire hovedgruppene av muskel- og skjelettlidelser er smerter i rygg eller nakke, osteoporose, artrose og andre revmatiske sykdommer (95).

### Langvarige smerter

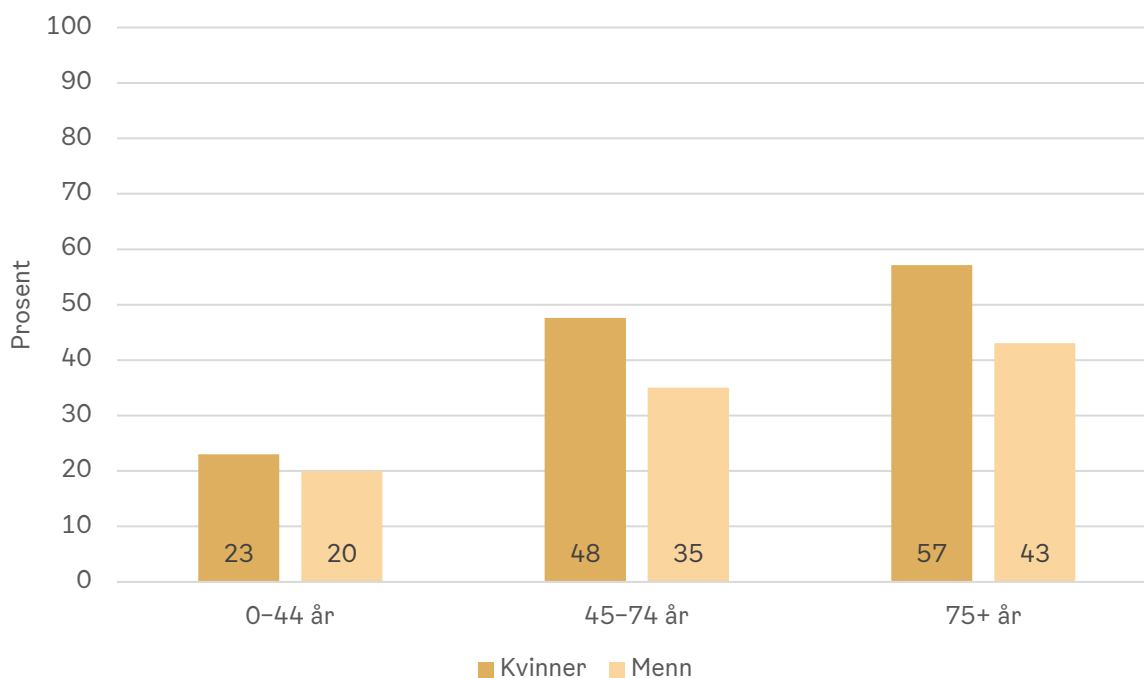
Langvarige smerter, som er definert som vedvarende eller stadig returnerende smerter med en varighet på tre måneder eller mer (96), er delt inn i to hovedgrupper: *langvarig primær smerte*, hvor smertene er selve sykdommen (for eksempel fibromyalgi og hodepine) og *langvarig sekundær smerte*, hvor smertene er til stede i sammenheng med annen sykdom (for eksempel kreft) (97).

Befolkningen oppsøker helsetjenestene hyppig for å få undersøkelser og behandling av muskel- og skjelettlidelser, og det er den nest vanligste årsaken til både sykefravær (98) og uføretrygd i Oslo (99). Muskel- og skjelettlidelser står for en litt mindre andel av tapte dagsverk som følge av sykefravær i 2023 (29 %) enn i 2019 (31 %), men har økt siden 2022 (27 %) (98).

Antall personer som mottar arbeidsavklaringspenger og har muskel- og skjelettlidelser, gir et godt bilde på utfordringene som er knyttet til denne sykdomsgruppen. Ved utgangen av tredje kvartal 2023 var det 4 826, eller 26 prosent, av mottakerne av arbeidsavklaringspenger i Oslo som hadde en muskel- og skjelettlidelse. I 2020 var tilsvarende andel 23 prosent. Det har altså vært en økning på 3 prosentpoeng fra 2020 til 2023 (100, 101).

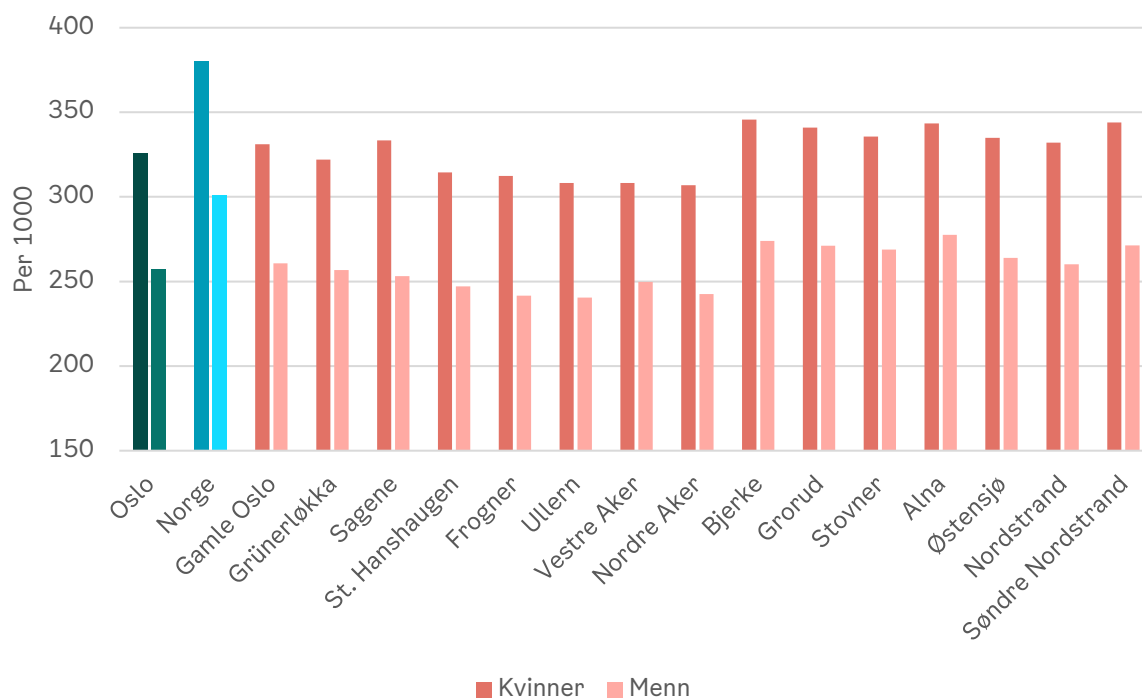
Andelen personer i Oslo som oppsøkte kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten med muskel- og skjelettlidelser som hoved- eller bitilstand i 2022, var 29 prosent, en andel som har vært uendret siden 2017 (83). Andelen i hele Norge i 2022 var til sammenligning 31 prosent, etter at det er justert for alderssammensetning, og også de nasjonale tallene har vært uendret siden 2017. Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser øker ellers entydig med stigende alder (99, 102), og siden Oslo har en yngre befolkning enn resten av landet, bidrar aldersjustering til en mer presis sammenligning.

Det er noen forskjeller i forekomsten av muskel- og skjelettlidelser etter kjønn. En større andel kvinner (33 %) hadde muskel- og skjelettlidelser i 2022 enn menn (26 %), og også her har forskjellene vært uendret siden 2017 (83). Forekomsten øker også mer med alderen for kvinner enn for menn (figur 3.15).



Figur 3.15 Andel unike pasienter med muskel- og skjelettlidelser som hoved- og/eller bitilstand, i kontakt med de kommunale helse- og omsorgstjenestene og/eller spesialisthelsetjenesten etter aldersgrupper og kjønn. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser varierer ikke mye mellom bydelene, men aldersstandardiserte tall (se vedlegg om datakilder) viser at det er en noe høyere andel i de østlige bydelene (figur 3.16).



Figur 3.16 Andel unike pasienter med muskel- og skjelettsykdommer og plager som hoved- eller bitilstand i kontakt med den kommunale helse- omsorgstjenestene og/eller spesialisthelsetjenesten. Aldersstandardisert (hele Oslos befolkning som standardbefolkning). 2022. Oslo, Norge. Antall per 1000. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister, sammenkoblet (Helsedirektoratet), spesialbestilling (83).

Nakke- og korsryggsmerter er den vanligste kategorien av muskel- og skjelettlidelser. Det er også den lidelsen som har størst innvirkning på helsetapet i Oslo (64). Forekomsten av nakke- og korsryggsmerter har økt fra 24 prosent i 2015 til 26 prosent i 2019 i Norge, mens den i Oslo har økt fra 20 til 22 prosent i samme periode (103, 104). I første kvartal i 2023 hadde ellers 13 prosent av alle som mottok arbeidsavklaringspenger i Oslo, rygg- og nakke-, skulder- og armlidelser (101).

### 3.6.1 Langvarige smerter

Langvarige smerter er som oftest knyttet til muskel- og skjelettsystemet, men også til andre typer vev i kroppen. For enkeltindivider medfører smertene blant annet funksjonstap, redusert livskvalitet, sosial isolasjon og psykisk uhelse (97). I tillegg har langvarige smerter konsekvenser for samfunnet i form av sykefravær, behandlingstilstander, trygdekostnader med mer.

I 2020 var andelen av befolkningen med langvarige smerter 27 prosent i Oslo og 35 prosent i resten av landet (105). I Oslo hadde 25 prosent av mennene og 27 prosent av kvinnene langvarige smerter. Videre var lavere utdanningsnivå assosiert med forekomsten av langvarige smerter.

Blant personer med lavere utdanningsnivå<sup>20</sup> hadde 31 prosent langvarige smerter, mens tilsvarende andel blant dem med høyere utdanningsnivå<sup>21</sup> var 23 prosent.

Det er noe usikkert om det har vært en endring over tid i den totale forekomsten av muskel- og skjelettlidelser og langvarige smerter blant Oslos innbyggere. Det er grunn til å tro at en aldrende befolkning, endringer i kroppsmasseindeks, et mer ustabil arbeidsmarked, økt ensomhet og store sosiale forskjeller kan føre til negative endringer. Økt forekomst av muskel- og skjelettlidelser vil få utslag på helsa og livskvaliteten til store deler av befolkningen. Folkehelseinstituttet har framskrevet en 29 prosents økning i antall helsetapsjusterte leveår per 100 000 innbyggere fram mot 2050 som følge av muskel- og skjelettlidelser (16).

### 3.7 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er økende i Norge og i resten av verden og gir en betydelig økt risiko for en rekke sykdommer og uønskede tilstander (106-108). Fedme øker blant annet risikoen for å utvikle type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, visse typer kreft, søvnapné, slitasjegikt i hofter og knær og ikke minst stigmatisering, psykiske plager og mistrivsel (108).

Hos barn og unge har overvekt og fedme sammenheng med flere helsekonsekvenser både på kort og lang sikt. Barn som har overvekt og fedme, har økt risiko for å ha overvekt og fedme som voksne, med de konsekvensene det innebærer for helsa. I tillegg kan det å ha fedme som barn føre til helsekonsekvenser som type 2-diabetes, astma, muskel- og skjelettplager, risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer inkludert høyt blodtrykk og ugunstige fettstoffer i blodet i tillegg til psykiske utfordringer (108).



#### **Klassifisering av overvekt og fedme**

Kroppsmasseindeks (KMI) er målet som vanligvis brukes for å undersøke vektstatus i en befolkning. KMI beregnes ved å dividere kroppsvekten i kilo med kvadratet av høyden i meter ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). En KMI på 25,0–29,0  $\text{kg}/\text{m}^2$  blir definert som overvekt, mens en KMI på 30  $\text{kg}/\text{m}^2$  og høyere blir definert som fedme.

For barn og unge må verdiene justeres for kjønn og alder, og det er utarbeidet egne grenseverdier for overvekt og fedme blant barn og unge i alderen 5–18 år. Disse kalles iso-KMI og er et uttrykk for hvilken vektklasse den målte verdien hos et barn tilsvarer hos voksne.

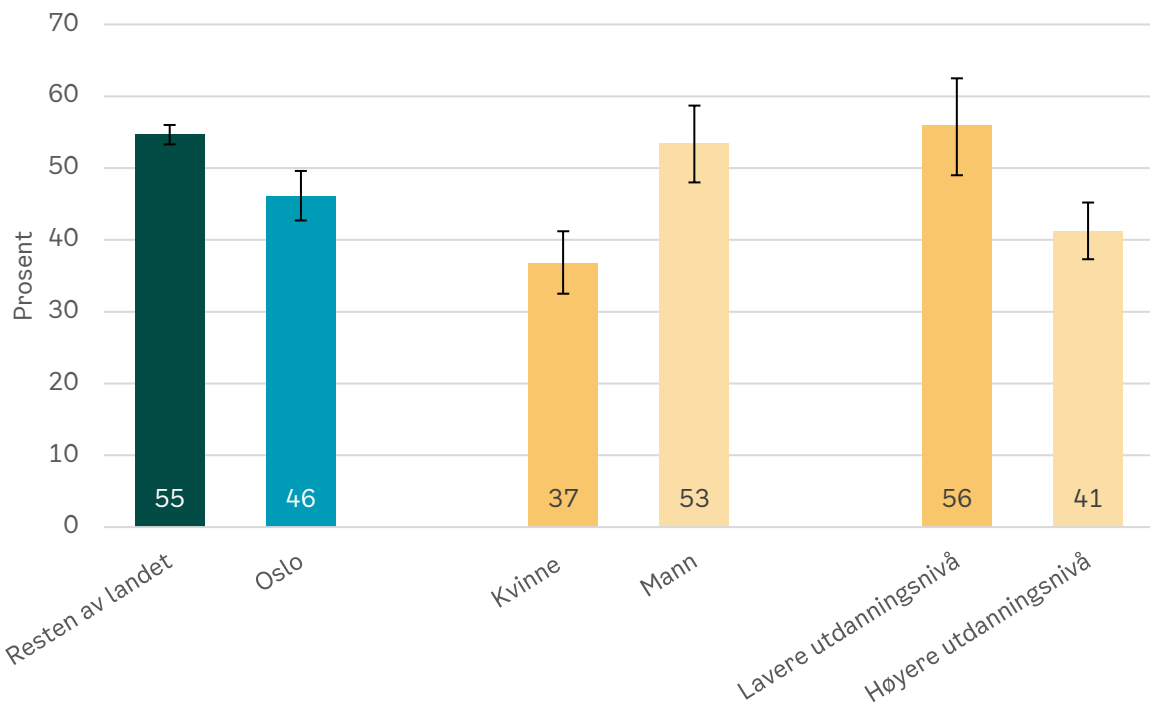
<sup>20</sup> Lavere utdanningsnivå vil si mindre enn grunnskole og fagutdanning.

<sup>21</sup> Høyere utdanningsnivå vil si universitet eller høyskole på to år eller mer

### 3.7.1 Overvekt og fedme blant voksne

Forekomsten av overvekt og fedme blant voksne er lavere i Oslo enn i landet som helhet (54, 109). Likevel er det en høy andel voksne i Oslo som har overvekt eller fedme.

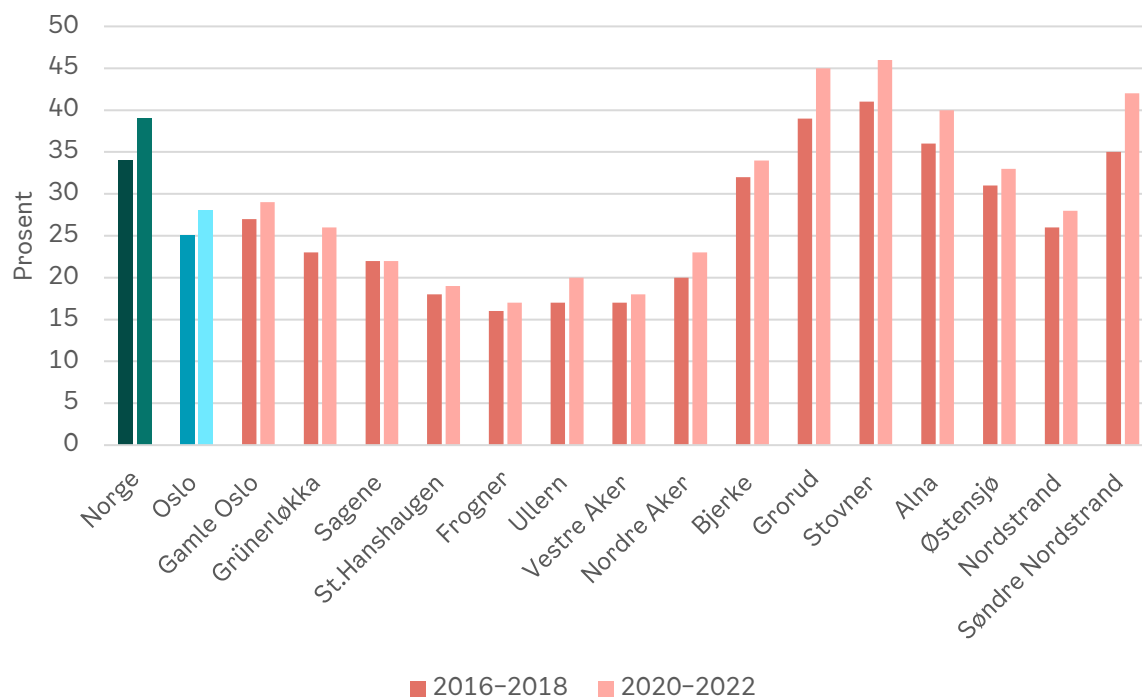
I den nasjonale folkehelseundersøkelsen som ble gjennomført i 2020, var andelen som hadde overvekt eller fedme blant voksne i Oslo, på 46 prosent (figur 3.17). Tallene er basert på selvrapportert høyde og vekt. Over halvparten av mennene fra Oslo som deltok i undersøkelsen, hadde overvekt eller fedme, mens den tilsvarende andelen var 37 prosent for kvinner. Andelen som hadde overvekt eller fedme, var også høyere blant deltakere med lavere utdanningsnivå enn blant deltakere med høyere utdanningsnivå. Tilsvarende resultater er rapportert på nasjonalt nivå (109).



Figur 3.17 Andel deltakere som har overvekt eller fedme (KMI  $\geq$  25) basert på selvrapportert høyde og vekt, etter kjønn og utdanning. Lavere utdanningsnivå = mindre enn grunnskole, grunnskole og fagutdanning. Høyere utdanningsnivå = universitet/høyskole 2 år eller mer. 2020. Oslo, Norge. Prosent. Kilde: Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020 (FHI), spesialbestilling (105).

Selvrapporterte tall på høyde og vekt fra egenerklæringen som 17-åringene fyller ut i forbindelse med sesjon i Forsvaret, viser at andelen unge voksne i Oslo som har overvekt eller fedme, har vært nokså stabil fra 2014 til 2022. I perioden 2019–2022 lå andelen unge voksne med overvekt eller fedme på 17 prosent. Det var 1 prosentpoeng forskjell mellom gutter (17 %) og jenter (16 %) (54).

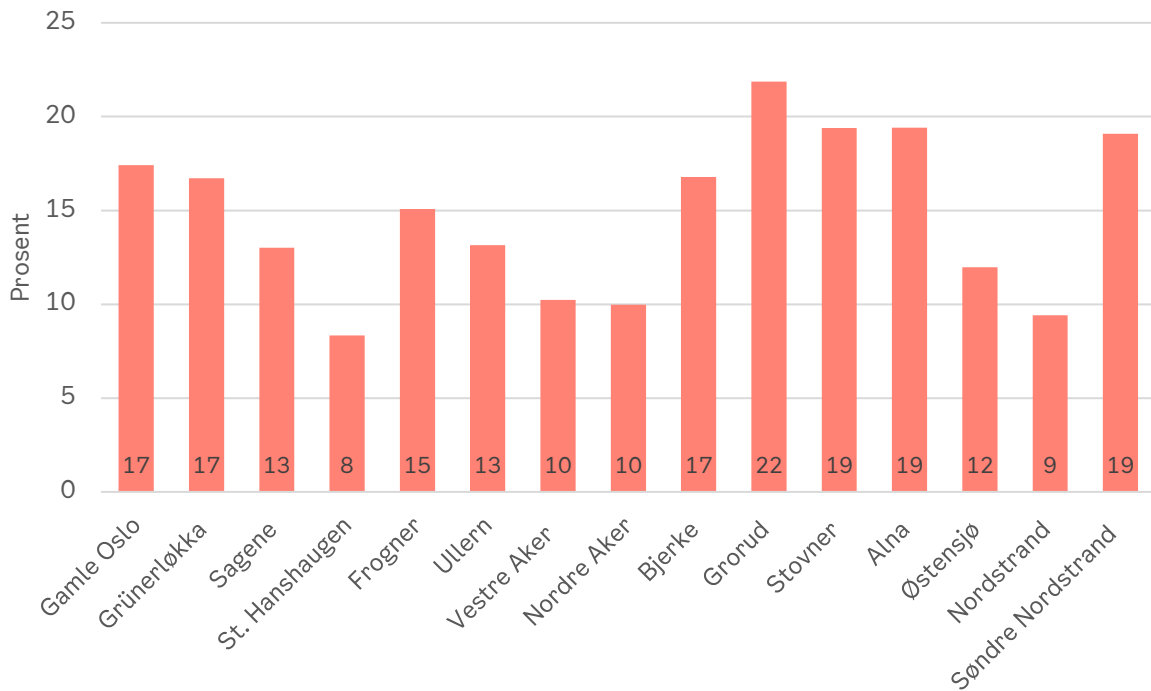
Det er store bydelsforskjeller i forekomsten av overvekt og fedme blant gravide kvinner ved første svangerskapskontroll (figur 3.18). Det har generelt vært en økning i overvekt og fedme blant gravide, og i perioden 2020–2022 varierte andelen fra 46 prosent i Bydel Stovner til 17 prosent i Bydel Frogner.



Figur 3.18 Andel gravide kvinner som har overvekt eller fedme ( $KMI \geq 25$ ) ved første svangerskapskontroll, etter bydel. Glidende gjennomsnitt 2016–2018 og 2020–2022. Oslo, Norge. Prosent. Kilde: FHI Kommnehelsa statistikkbank (54).

### 3.7.2 Overvekt og fedme blant barn og unge <sup>22</sup>

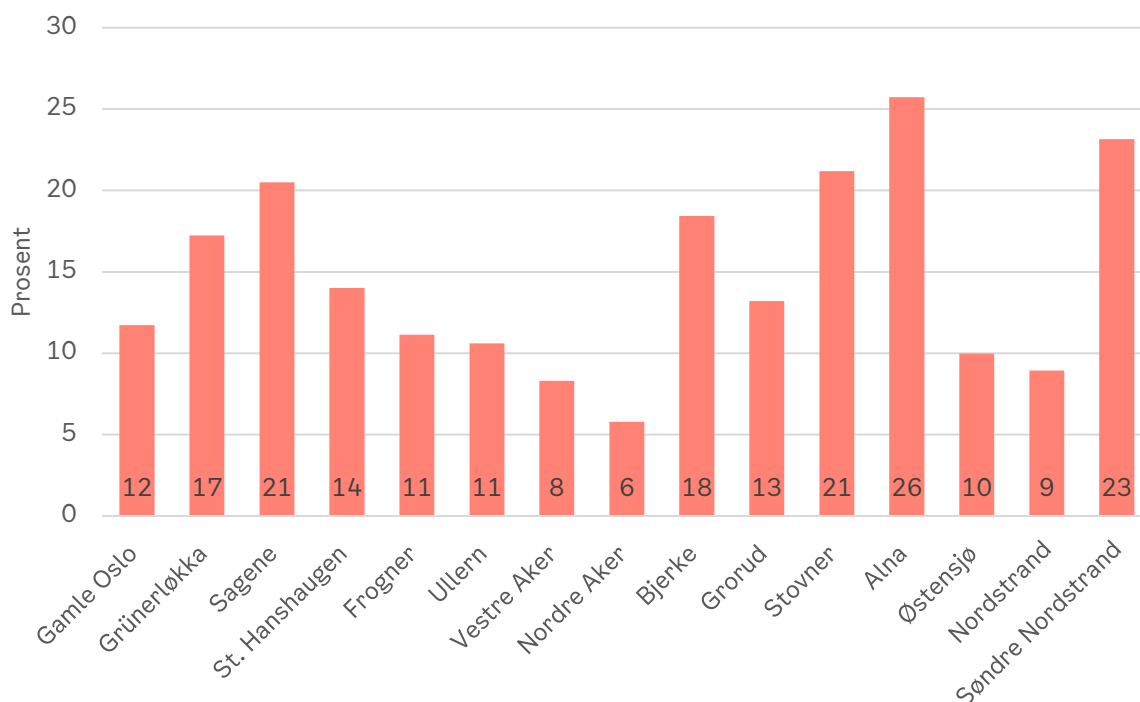
Det er bydelsforskjeller i forekomsten av overvekt og fedme blant 3.-klassinger i Oslo. Som vist i figur 3.20 varierte andelen 3.-klassinger med overvekt eller fedme i skoleåret 2022–2023, fra rundt 8 prosent i Bydel St. Hanshaugen til 22 prosent i Bydel Grorud.



Figur 3.20 Andel 3.-klassinger som har overvekt eller fedme ( $iso-KMI \geq 25$ ), etter bydel. Skoleåret 2022–2023. Oslo. Prosent. Kilde: Fagsystemet CGM Journal, Helseetaten, spesialbestilling (110).

Vi finner tilsvarende forskjeller blant 8.-klassingene i Oslo, og andelen 8.-klassinger med overvekt eller fedme i skoleåret 2022–2023, varierte fra rundt 6 prosent i Bydel Nordre Aker til 26 prosent i Bydel Alna (figur 3.21).

<sup>22</sup> Figur 3.19 ble fjernet fordi det ble avdekket en feil i tallmateriale



Figur 3.21 Andel 8.-klassinger som har overvekt eller fedme (iso-KMI  $\geq 25$ ), etter bydel. Skoleåret 2022–2023. Oslo. Prosent. Kilde: Fagsystemet CGM Journal, Helseetaten, spesialbestilling (110).

### 3.8 Munnhelse

Folkehelsemeldinga (Meld. St. 15 (2022–2023)) slår fast at tannhelsetjenesten spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet gjennom hele livsløpet. Sammen med innføring av fluor, god munnhygiene og gode kostholdsvaner legger meldingen vekt på at fast bruk av tannhelsetjenesten er et av flere viktige forebyggende tiltak som bidrar til at munnhelsa i den norske befolkningen generelt er god. Det er imidlertid noen forskjeller både i munnhelse (egenvurdert tannhelse og sykdomsforekomst) og bruk av tannhelsetjenester (konsultasjonshyppighet og behandlinger) i befolkningen, og det er grunn til å tro at sosioøkonomiske forhold bidrar til disse forskjellene (111).

Det finnes ingen register eller andre datakilder som gir en komplett oversikt over munnhelsa eller tannhelsetjenesteb Bruken blant voksne, slik blant annet KOSTRA (kommune-stat-rapporteringen) bidrar til å gi blant barn og unge. Det finnes imidlertid data fra utvalgsundersøkelser om blant annet egenvurdert tannhelse og bruk av tannhelsetjenester i den voksne delen av befolkningen. Voksne skal som hovedregel benytte seg av tjenester i den private tannhelsetjenesten og dekke kostnader som påløper, gjennom egenbetaling, mens barn og unge er en av de prioriterte pasientgruppene i den offentlige tannhelsetjenesten og dermed får helt eller delvis subsidierte tjenester som rapporteres gjennom KOSTRA.

### 3.8.1 Munnhelse blant voksne

I levekårsundersøkelsen om helse fra 2019 (112) oppgir 6 prosent av respondentene fra Oslo at de har dårlig eller svært dårlig egenvurdert tannhelse, mens 80 prosent oppgir at den er svært god eller god ((8) tabell 11231). Dette er på om lag samme nivå som i Norge som helhet, der andelene er henholdsvis 6 og 78 prosent. Nasjonale tall fra samme undersøkelse indikerer videre at det er ulikheter i egenvurdert tannhelse etter utdanningsnivå (det vil si høyeste fullførte utdanning). Andelen som rapporterer om dårlig eller svært dårlig egenvurdert tannhelse, er for eksempel høyest blant dem med utdanning på grunnskolenivå (12 %) og synker entydig med stigende utdanningsnivå. Blant dem med utdanning på universitets- og høgskolenivå er andelen på 3 prosent. Denne samvariasjonen er noe tannhelsetjenesten også observerer i Oslos befolkning<sup>23</sup>.

Det har ellers vist seg at inntektsnivå har betydning for både munnhelse og bruken av tannlegetjenester blant voksne. Personer som tilhører en husholdning med lav inntekt, har økt sannsynlighet både for å ha dårligere munnhelse og for å gjennomføre tannlegebesøk sjeldnere enn anbefalt, mens personer som tilhører en husholdning med høy inntekt, har økt sannsynlighet for å ha god munnhelse og for å oppsøke tannlege hyppigere (113). Her finnes det rett nok ingen undersøkelser og analyser som er begrenset til Oslos befolkning, men det er grunn til å tro at tilsvarende sosialt betingede forskjeller i munnhelse og bruk av tannlegetjenester også gjør seg gjeldende her.

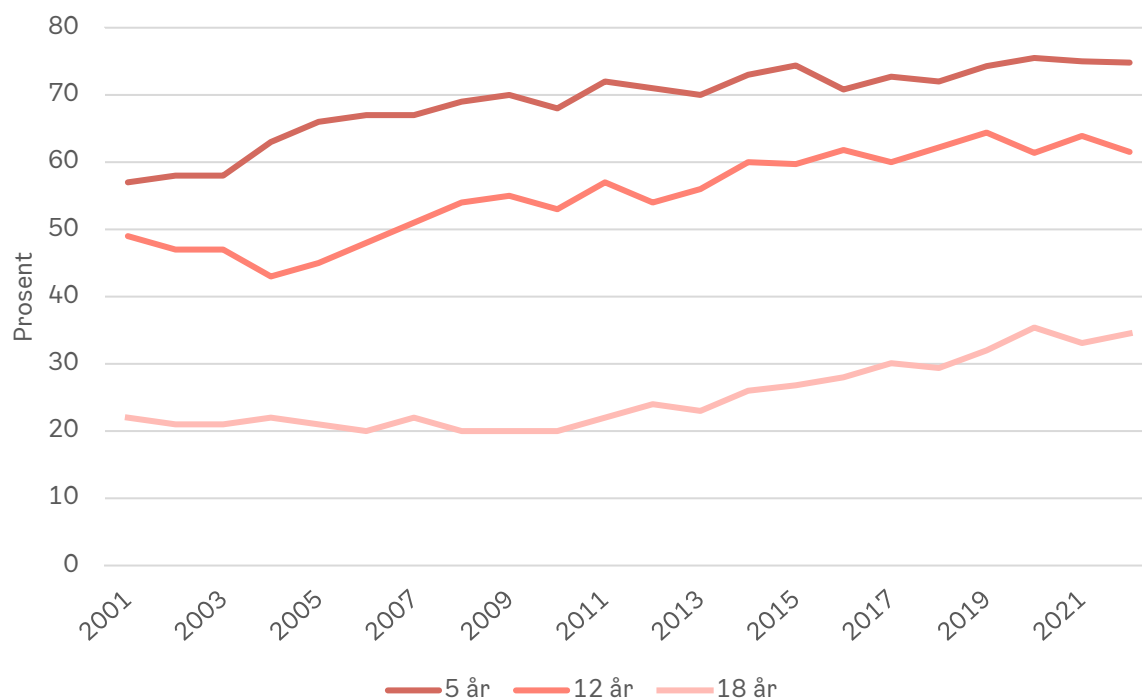
### 3.8.2 Munnhelse blant barn og unge

Siden barn og unge fra 0 til 18 år innkalles til jevnlig kontroll av den offentlige tannhelsetjenesten, har vi data til å følge denne delen av befolkningen over tid. Alle barn skal som hovedregel kalles inn første gang ved 3-årsalderen, men kan kalles inn tidligere dersom det er oppdaget spesielle behov som krever undersøkelse.

Figur 3.22 viser at andelen av 5-, 12- og 18-åringer med bare friske tenner har økt den siste tjueårsperioden, men at utviklingen har vært litt ulik for de ulike kullene i løpet av det samme tidsrommet. I perioden 2001–2010 økte andelen med bare friske tenner blant 5- og 12- åringer, mens andelen med bare friske tenner blant 18-åringer økte i perioden etter 2010.

---

<sup>23</sup> Kilde: interne dokumenter og kommunikasjon med tannhelsetjenesten, Helseetaten

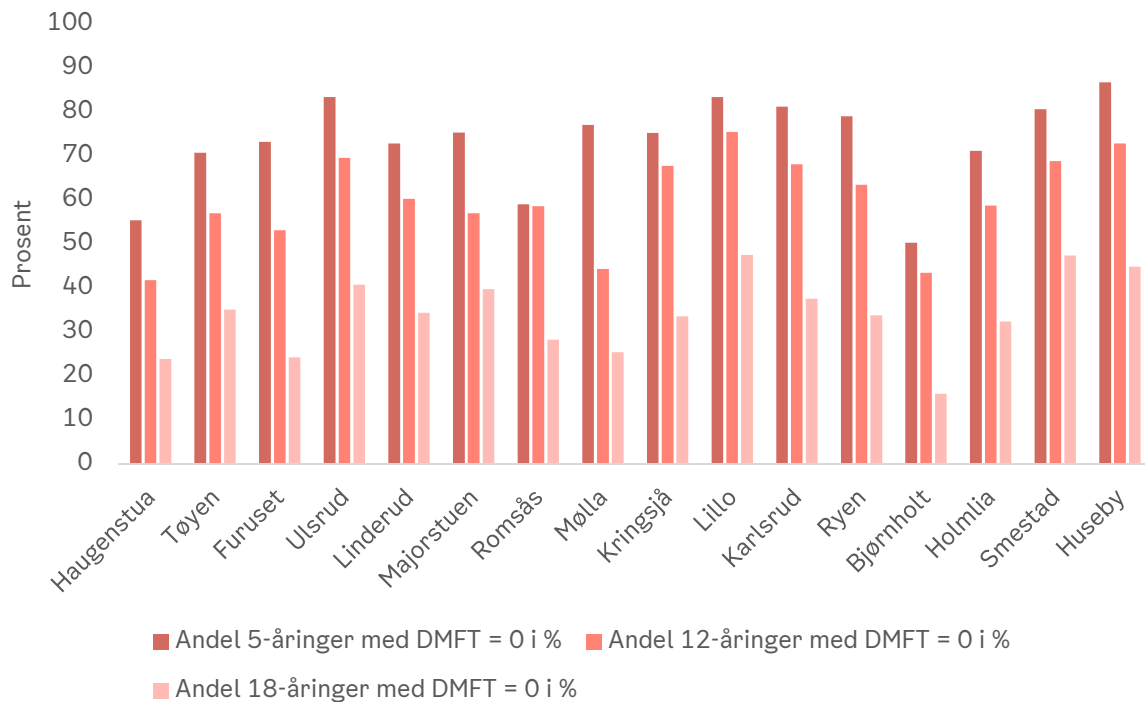


Figur 3.22 Andel barn med bare friske tenner (DMFT=0) blant 5-åringene, 12-åringene og 18-åringene, 2001-2022. Oslo i alt. Prosent. Kilde: Oslo kommunes statistikkbank (53).

Andelen 5-åringene med bare friske tenner i Oslo i 2022 (75 %) var lavere enn i Norge som helhet (81 %). Derimot var andelen 12- og 18-åringene med bare friske tenner noe høyere i Oslo enn landsgjennomsnittet ((8) tabell 13033). Ulik innkallingspraksis mellom fylker gjør det imidlertid vanskelig å tolke forskjeller mellom Oslo og øvrige fylker. Målt i andelen barn og unge som faktisk ble undersøkt eller behandlet i 2022, ligger Oslo fjerde lavest for 5-åringene (64 %), nest lavest for 12-åringene (60,9 %) og lavest for 18-åringene (64,3 %). Lave andeler undersøkte eller behandlede kan blant annet ha sammenheng med at tannhelsetjenesten prioriterer barna og ungdommene som antas å ha størst behov for undersøkelse eller behandling i de ulike aldersgruppene. Dette fører i så fall til at de med presumptivt best munnhelse (lite hull) ikke blir kalt inn så ofte som dem med dårligere munnhelse (flere hull).

Rapporteringer om andelen barn (i ulike årskull) med bare friske tenner etter tannklinikk, kan ellers benyttes til å si noe om den sosiale ulikheten i munnhelse i barnebefolkningen. Selv om den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo ikke er organisert på bydelsnivå og dermed ikke nødvendigvis følger bydelsgrensene, er det grunn til å tro at barn og unge bruker tjenester som tilbys ved klinikker i bostedsområdet sitt.

Figur 2.23 viser andelen barn fra tre forskjellige årskull med bare friske tenner, fordelt etter tannklinikken i Oslo. Resultatene viser for eksempel at andelen for alle indikatorer er lavere for tannklinikken Bjørnholt, Haugenstua og Romsås enn for klinikken Smestad, Huseby, Lillo, Karlsrud og Majorstuen. Klinikken med den laveste andelen barn med bare friske tenner ligger i bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand, mens de med den høyeste andelen ligger i vestlige bydeler og i Bydel Nordstrand.



Figur 3.23 Andel barn med bare friske tenner (DMFT=0) blant 5-åringer, 12-åringer og 18-åringer, etter tannklinikker. 2022. Oslo i alt. Prosent. Kilde: Helseetaten, Tannhelsetjenesten, publisert i Oslo kommunes statistikkbank (53)

### 3.8.2.1 Barn og unges bruk av tannregulering

Tannregulering for barn og unge er ikke en del av tilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten. Barn som antas å ha et behandlingsbehov, henvises derfor til spesialiserte tannleger i den private tannhelsetjenesten (kjeveortopedier) for videre undersøkelse og behandling. Utgiftene til denne typen undersøkelse og behandling dekkes delvis av det offentlige etter fastsatte takster.

Andelen barn og unge i alderen 6–20 år som i 2018 fikk refusjon for tannregulering ved bruk av fastsatte takster, var på bortimot samme nivå i Oslo (21,2 %) som i hele landet (21,3 %). Samtidig økte andelen noe mer i Oslo (3 prosentpoeng) enn i landet som helhet (2,2 prosentpoeng) i perioden 2012–2018 (114).

Pasienter med et svært stort behandlingsbehov (gruppe a) får dekket hele behandlingen, mens de med behandlingsbehov som er definert som henholdsvis stort (gruppe b) og klart (gruppe c), må betale en egenandel utover det som dekkes av offentlige midler. I tillegg til en eventuell egenandel må pasientene i gruppe b og c betale et prispåslag som følge av at de spesialiserte tannlegenes egne priser er høyere enn fastsatte takster. Behandlingskostnadene kan dermed bli ganske store for foreldre og husholdninger med barn som har behov for tannregulering i gruppe b og c.

Analysen basert på nasjonale refusjonsdata fra 2018 viser at det er vanligere at barn som har foreldre med et høyt utdannings- og inntektsnivå, har tannregulering, enn barn som har foreldre med et lavere utdannings- og inntektsnivå. Forskjellene gjorde seg gjeldende uavhengig av behandlingsbehov, men var størst i gruppene som krevde egenbetaling for dekning av egenandel og prispåslag (gruppe b og c). Når behandlingsbehovet var stort, mottok for eksempel 8,3 prosent av barna fra lavinntektsfamilier refusjon, mens dette gjaldt 11,5 prosent av barna som ikke kom fra lavinntektsfamilier (EU60). Analysene viste ellers at det også er forskjeller etter innvandringsbakgrunn. Andelen barn og unge blant innvandrere som får refusjon for behandling knyttet til tannregulering, er lavere enn andelen barn og unge ellers i befolkningen. Forskjellene er tydelige for alle behandlingsbehov, men størst blant dem som har et stort (gruppe b) og klart (gruppe c) behandlingsbehov.

Til tross for at analysene i all hovedsak presenterer resultater på nasjonalt nivå, er det grunn til å vurdere dem med utgangspunkt i det vi kjenner med hensyn til inntektsulikheter og fordelinger etter innvandrerbakgrunn i Oslos befolkning.

### 3.9 Smittsomme sykdommer som trussel mot folkehelsa

En smittsom sykdom er en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer (bakterier, virus, sopp eller parasitter) eller annet smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker. Smittsomme sykdommer gir langt mindre sykdomsbyrde i Norge i dag enn i tidligere tider. Det skyldes særlig høyere levestandard, bedre smittevern, vaksiner, antibiotika og andre antimikrobielle midler (115).

Infeksjonssykdommer rammer et stort antall mennesker i Norge hvert år, men for de fleste gir det først og fremst akutt sykdom med lite helsetap over tid. De fleste infeksjonsdødsfallene er forårsaket av nedre luftveisinfeksjoner hos personer over 70 år (115). Men dette kan være i ferd med å endre seg. Nasjonale og lokale myndigheter har systemer for kontinuerlig overvåking og håndtering av smittsomme sykdommer. Nye trusler fra smittsomme sykdommer understreker behovet for å ha slike systemer.

#### 3.9.1 Framtidig sykdomsbyrde fra smittsomme sykdommer

Framtidens sykdomsbyrde som følge av smittsomme sykdommer kan bli påvirket av flere forhold (116). Klima- og miljøendringer kan øke risikoen for nye utbrudd og påvirke forekomsten av smittsomme sykdommer, blant annet som følge av ødelagt infrastruktur (som kloakk og forurenset drikke- og badevann) i forbindelse med ekstreme hendelser (som ekstremt regnvær med flom). Endringer i klima og miljø kan også gi mer smitteoverføring mellom dyr og mennesker (zoonoser og vektorer). I badevann kan et fuktigere og mildere klima gi enkelte organismer bedre vekstbetingelser og dermed bidra til å øke forekomsten av smittsomme sykdommer. Videre må vi alltid regne med at tidligere kjente mikrober kan endre egenskaper, eller at nye mikrober kan oppstå, uavhengig av klimaendringer (klimaendringer omtales nærmere i kapittel 10).

Internasjonal handel, migrasjon og reising fører i tillegg til hurtigere og mer omfattende spredning. Andre faktorer som kan bidra til spredning, er den globale befolkningsveksten og økt urbanisering og trangboddhet i mange land. Generelt er det ikke grunn til å tro at de nevnte

faktorene representerer en stor fare for befolkningen i Norge. I norsk målestokk skiller nok likevel Oslo seg ut fra andre deler av landet ved at blant annet migrasjon, befolkningsvekst og trangboddhet kan spille en større rolle og dermed utgjøre en større risiko.

Videre vil det med økt forekomst av antibiotikaresistens, for eksempel som følge av økt og vedvarende overforbruk av visse legemidler, bli vanskeligere å behandle infeksjoner med antibiotika. Det gjør at smittsomme sykdommer blir farligere. I tillegg øker smittespredningen og alvorlighetsgraden av sykdom dersom vaksineskepsisen øker i befolkningen. En motvekt til det kan gå ut på å øke vaksinedekningen ved hjelp av holdningskampanjer og økt tilgjengelighet av vaksinasjon. Ved å trekke veksler på erfaringene fra blant annet informasjonsarbeidet som ble utført under koronapandemien, kan vi sikre en bedre vaksinedekning dersom en tilsvarende situasjon skulle oppstå.

### 3.9.2 Oslo som storby

Oslo har betydelig høyere forekomst av en rekke smittsomme sykdommer enn resten av Norge (117). Det gjelder særlig seksuelt overførte sykdommer som klamydia, gonore, syfilis og hivinfeksjon (tabell 3.1). At forekomsten av smittsomme sykdommer er høyere i Oslo, henger sammen med befolkningssammensetningen i byen, større befolkningstetthet og mer kontakt på tvers enn ellers i landet.

Tabell 3.1: Antall meldte tilfeller av seksuelt overførbare infeksjoner og sykdommer i Oslo i 2022, og antall tilfeller per 100 000 innbyggere i Oslo og Norge som helhet

	Antall meldte tilfeller i Oslo	Antall meldte tilfeller per 100 000 i Oslo	Antall meldte tilfeller per 100 000 i Norge
Chlamydiainfeksjon, genital	5995	857	540
Gonore	892	127	34
Syfilis	107	15	4
HIV-infeksjon	62	9	5

Kilde: Antall meldte tilfeller: MSIS statistikkbank, FHI (117), befolkningstall: Oslo kommunes statistikkbank (53) og Statistisk sentralbyrå (8).

I tillegg sprer mikroorganismer seg raskere i en storby som Oslo enn i mer spredtbygde strøk, noe koronapandemien viste med all tydelighet. Det finnes imidlertid også andre eksempler på at Oslos befolkning blir rammet hardere og raskere, blant annet den internasjonale spredningen av mpox (tidligere omtalt som apekoppviruset) i 2022, som også forårsaket et utbrudd i Oslo. Viruset spredte seg blant menn som har sex med menn.

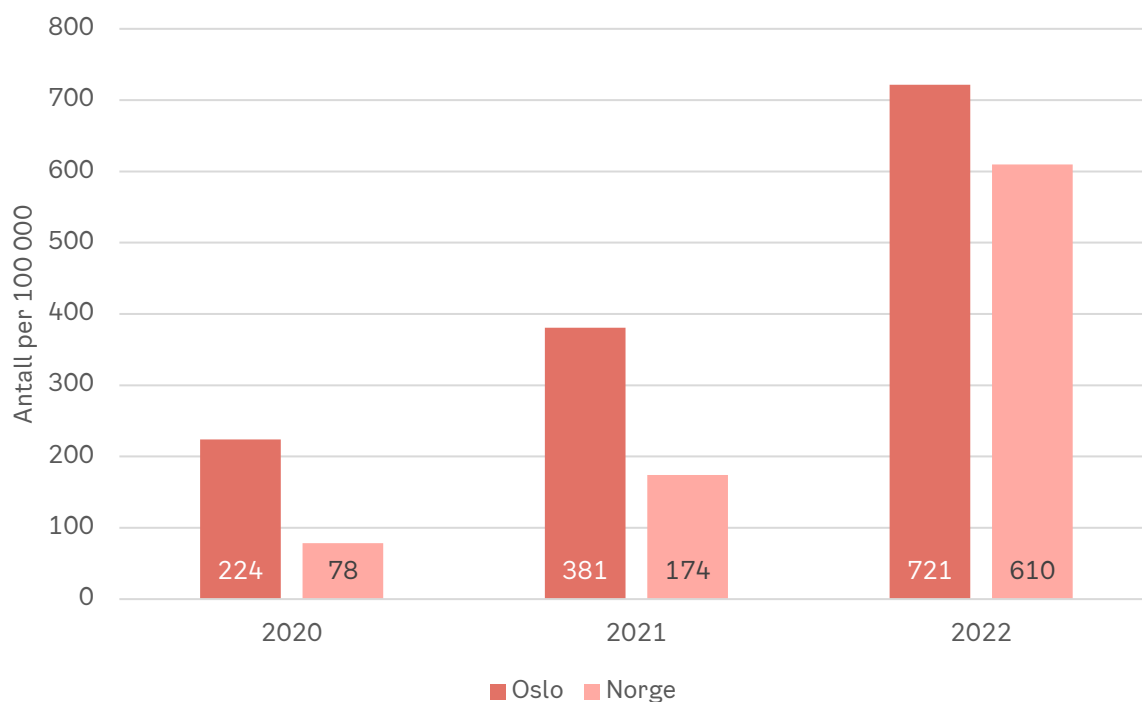
### 3.9.3 Koronapandemien

Oslo ble hardere rammet av koronapandemien enn landet for øvrig når det gjelder andelen av befolkningen som ble henholdsvis smittet og innlagt på sykehus med covid-19. Som følge av dette

var også smitteverntiltakene strengere i hovedstaden enn ellers i landet (se tidslinjer for myndighetenes håndtering av koronasituasjonen nasjonalt (118) og i Oslo (47)).

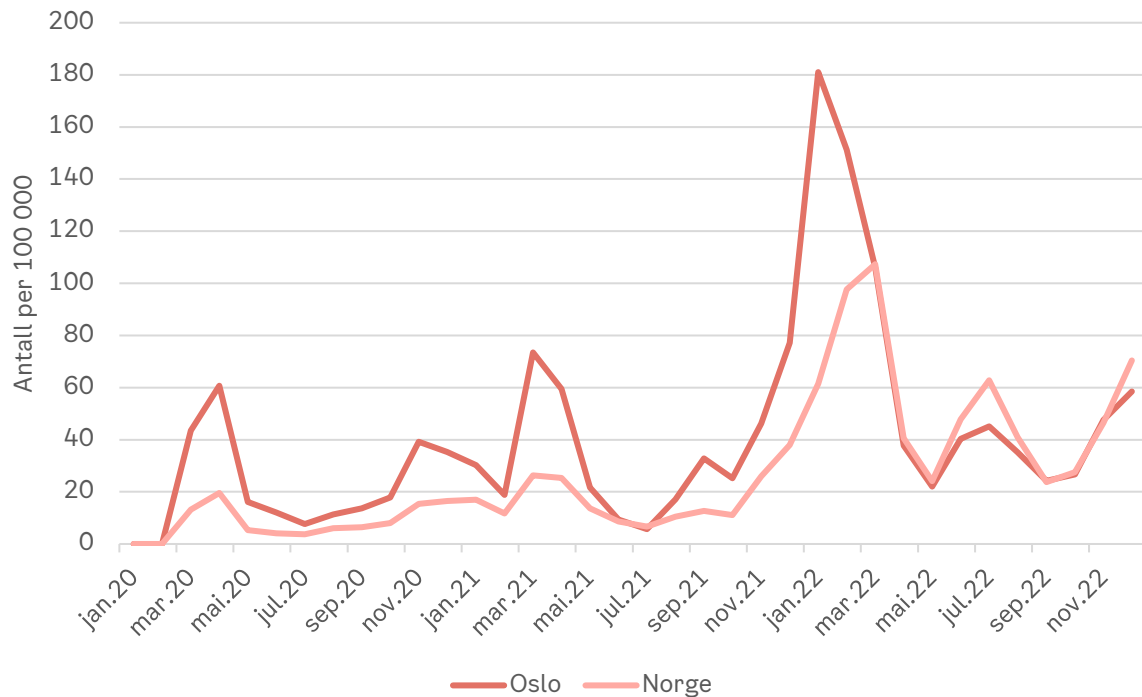
Mulige folkehelsekonsekvenser av smitteverntiltak omtales i andre delkapitler der det er relevant. Dette delkapittelet omhandler smittetrykket målt som andelen av befolkningen som var innlagt på sykehus med covid-19. Målet viser hyppigheten av alvorlige forløp av covid-19 i befolkningen, som også var det myndighetene ønsket å forebygge gjennom smitteverntiltakene. Andelen som var innlagt på sykehus med covid-19, er dessuten et egnet mål for å sammenligne smittetrykket over tid og på tvers av befolkningen. Figurene i det følgende viser andelen som var innlagt på sykehus med covid-19, etter alder og bostedstilhørighet (med bosted registrert i Folkeregisteret), og utviklingen over tid.

Figur 3.24 viser antall innlagte på sykehus med covid-19 per 100 000 innbyggere i Oslo og i Norge som helhet, per år i perioden 2020–2022. Forskjellene var større i 2020 og 2021 enn i 2022.



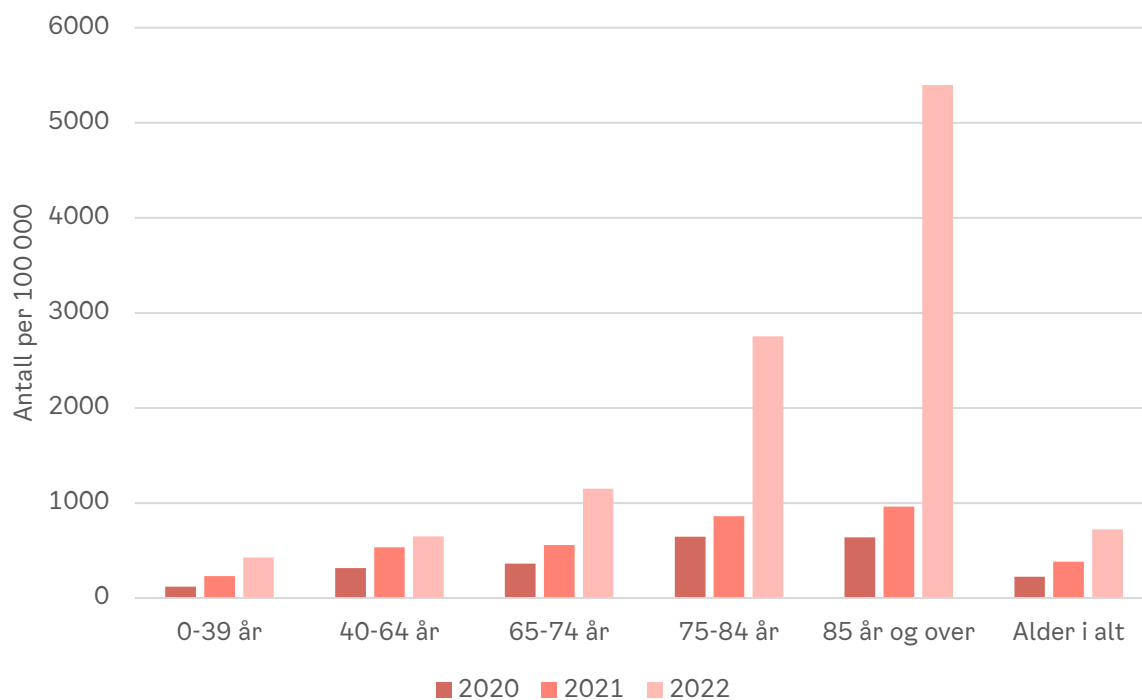
Figur 3.24: Andel unike pasienter i sykehus med covid-19. 2020–2022. Oslo og Norge. Antall per 100 000. Kilde: Antall innlagte fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank og Statistisk sentralbyrås statistikkbank (8, 53).

Figur 3.25 viser på sin side antall innlagte på sykehus med covid-19 per 100 000 innbyggere i Oslo og i Norge som helhet, per måned i perioden 2020–2022. I Oslo var det i store deler av periodene som sammenlignes, flere innlagte pasienter med covid-19, og det ser ut til at smittespredningen slo hardere og raskere ut i Oslo.



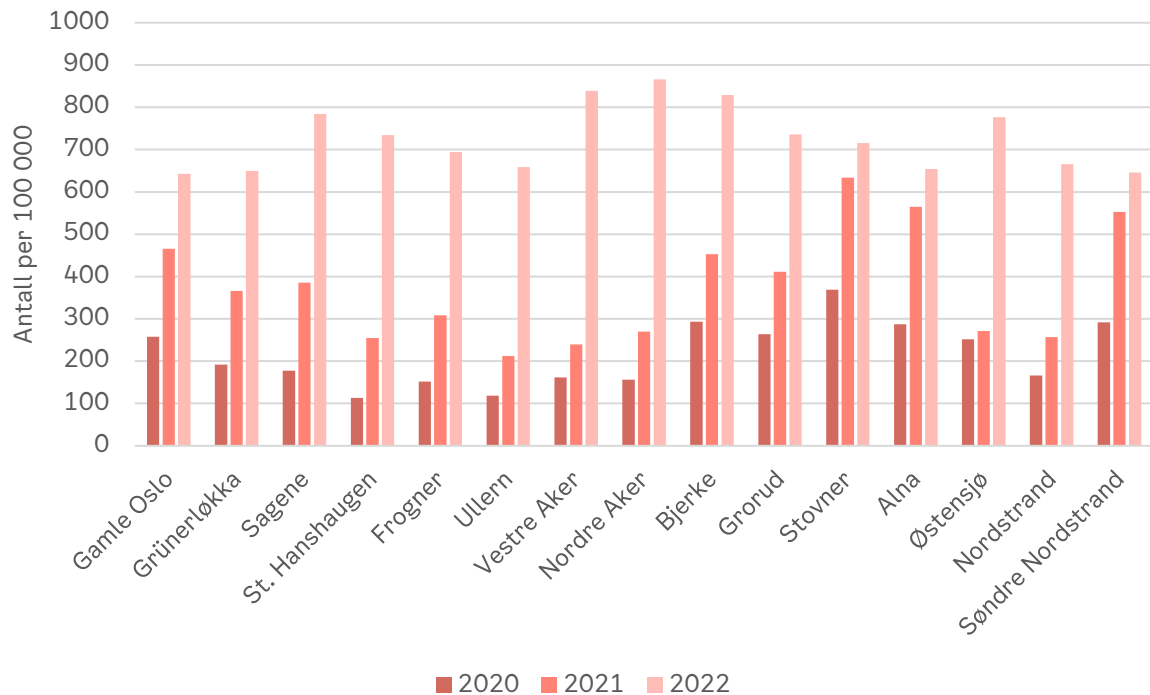
Figur 3.25: Andel unike pasienter i sykehus med covid-19. Per måned i 2020–2022. Oslo og Norge. Antall per 100 000. Kilde: Antall innlagte fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank og Statistisk sentralbyrås statistikkbank (8, 53).

Figur 3.26 viser at sannsynligheten for innleggelse med covid-19-sykdom økte med alderen i alle pandemiårene 2020, 2021 og 2022. Økningen etter alder var spesielt stor i 2022. Det kan blant annet ha sammenheng med at den eldre delen av befolkningen i større grad var beskyttet mot smitte i tidligere faser av pandemien, da det var strengere smitteverntiltak. Det var imidlertid flere som var vaksinert med flere doser senere i pandemien. Det betyr at flere må ha blitt smittet etter hvert som samfunnet gradvis ble gjenåpnet, til tross for at flere var vaksinert og hadde gjennomgått sykdommen minst én gang. Samlet kan det ha bidratt til at en høyere andel ble innlagt på sykehus med covid-19, men at sannsynligheten for alvorlig utfall var mindre enn tidligere i pandemien. Innleggelse med covid-19 representerer for så vidt m. flvorlig sykdomsforløp. Det er imidlertid grunn til å understreke at statistikken over covid-19-innleggelser som er lagt til grunn, verken skiller mellom om sykehusoppholdet var kortvarig eller langvarig, om det inkluderte intensivbehandling eller ikke, om behandlingen foregikk med eller uten respirator, eller hvilket utfall sykehusoppholdet fikk på kort eller lang sikt.



Figur 3.26 Andel unike pasienter i sykehus med covid-19, etter alder. 2020-2022. Oslo. Antall per 100 000. Kilde: Antall innlagte fra Norsk pasientregister (NPR), Spesialbestilling (119), Befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53)

Smittetrykket under koronapandemien var ujevnt fordelt mellom bydelene i Oslo, målt både i andel smittede og andel innlagte. Figur 3.27 viser antall unike pasienter per 100 000 innbyggere innlagt på sykehus med covid-19, etter bydel og år.

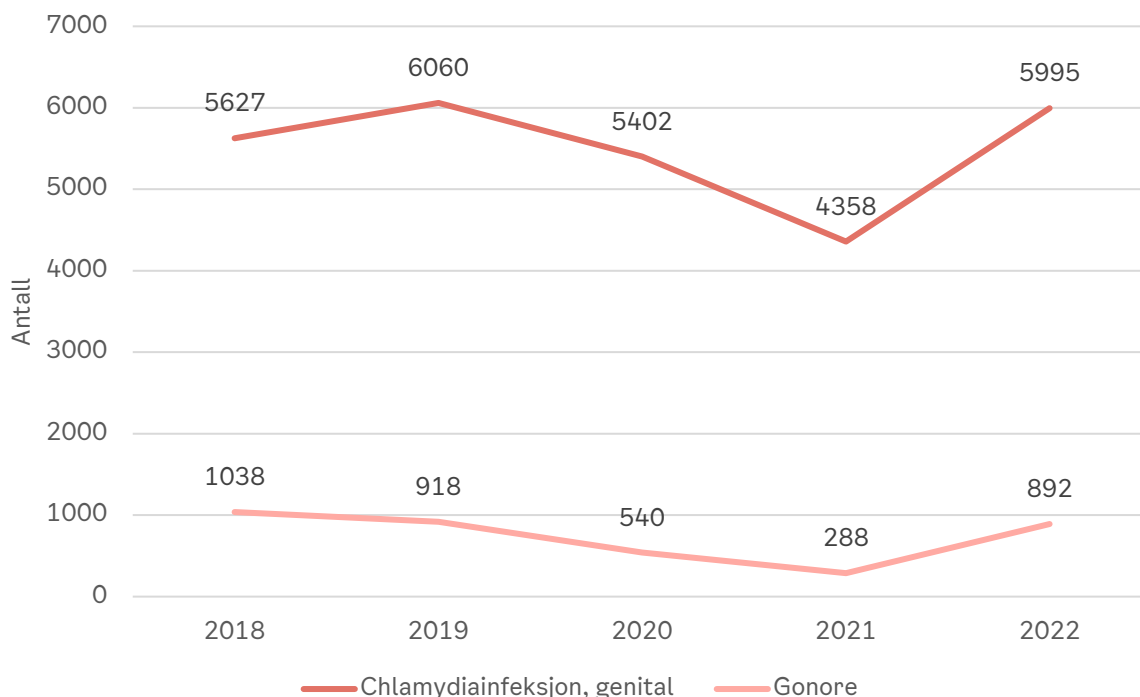


Figur 3.27 Andel unike pasienter i sykehus med covid-19. 2020–2022. Bydeler. Antall per 100 000. Kilde: Antall innlagte fra Norsk pasientregister (NPR), Spesialbestilling (119), Befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53).

Før befolkningen fikk den første dosen med vaksine i 2021, var særlig bydelene i indre og ytre øst hardt rammet. Det kan blant annet ha sammenheng med sosioøkonomiske forskjeller mellom bydeler (som forskjeller i inntekt, utdanningsnivå og yrke), boforhold (som forskjeller i husholdningens størrelse og sammensetning) og innvandrerbakgrunn. Analyser gjort av Folkehelseinstituttet viser imidlertid at inntekt og utdanning hadde mindre betydning for å bli smittet og alvorlig syk med covid-19 når det justeres for alder, kjønn, bostedskommune og fødeland (120). Forskjeller i andelen innlagte mellom bydeler har også vært påvirket av blant annet alderssammensetningen i bydelene, og i hvilken grad smitten ble overført på tvers av generasjoner. Unge kan ha vært smittebærere og smittet eldre, som hadde større sannsynlighet for å utvikle mer alvorlig forløp med covid-19, noe som i sin tur førte til innleggelse i sykehus. I tillegg har sannsynligvis samspillet av flere andre faktorer bidratt til ulik smittespredning mellom bydeler. Det kan dreie seg om forhold som i varierende grad har vært mulig å dokumentere, slik som forskjeller i medievaner, tilliten til myndighetene, bevegelsesmønstre, språkkompetanse, botid, kultur og helsekompetanse (121–123). Forskjeller i andelen innlagte mellom bydeler i tidligere faser av pandemien følger ellers i stor grad mønsteret som ellers gjelder forskjeller i forekomst og dødelighet av ikke-smittsomme sykdommer. Underliggende sykdommer, i tillegg til høy alder, øker risikoen for alvorlige utfall av smittsomme sykdommer. Denne sammenhengen gjelder også for covid-19-sykdom (124).

### 3.9.4 Utviklingen i smittsomme sykdommer før og etter koronapandemien

I perioden 2020–2021 var det færre tilfeller av en rekke andre smittsomme sykdommer enn i periodene før og etter (117). Dette kan være en direkte konsekvens av smitteverntiltakene under pandemien. I perioden etter har det vært spesielt stor økning i seksuelt overførbare sykdommer i Oslo. Figur 3.28, som illustrerer utviklingen i antall nye tilfeller av gonoré og klamydia, viser at antall nye tilfeller var lavere fra 2020 til 2021 sammenlignet med utviklingen før og etter.

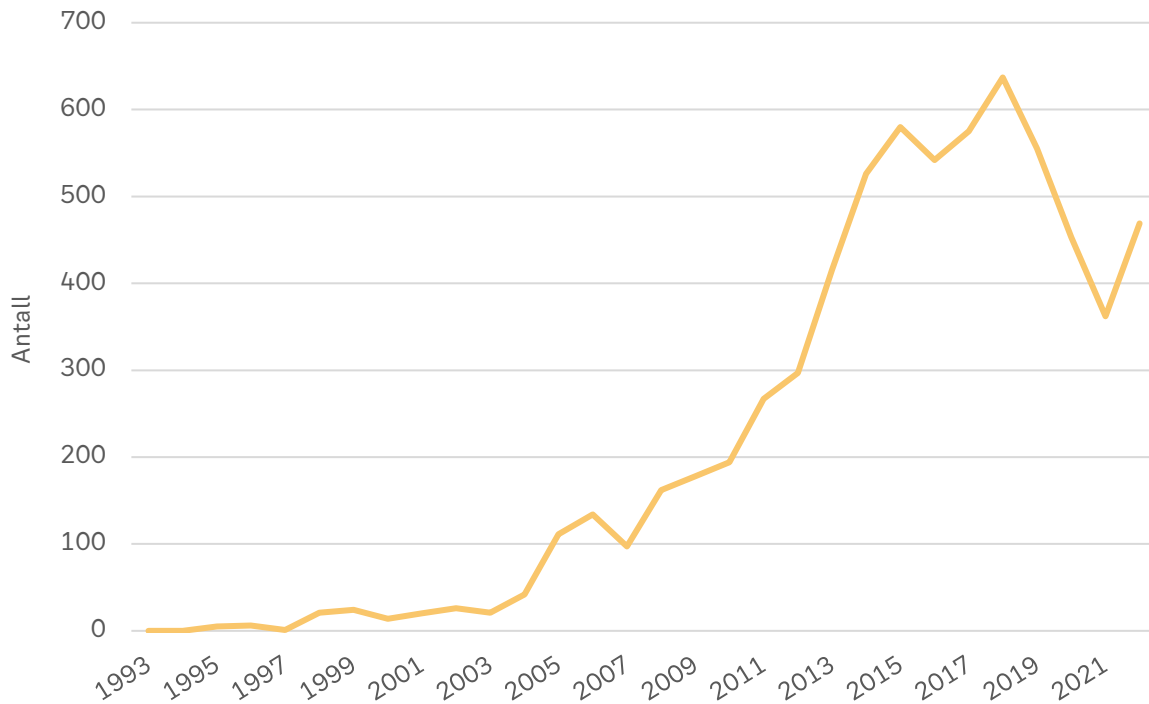


Figur 3.28 Antall meldte tilfeller av klamydia og gonoré. Oslo. 2018-2022. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), FHI (117).

### 3.9.5 Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens innebærer at bakterier kan leve videre og formere seg selv om de utsettes for antibiotika. Det vil si at antibiotika ikke lenger har den forventede effekten på de aktuelle bakteriene. Økende antibiotikaresistens hos bakterier er en alvorlig trussel for framtidig medisinsk behandling.

En av de viktigste antibiotikaresistente bakteriene er meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). Gule stafylokokker er bakterier som er vanlige på hud og slimhinner hos mennesker, og som sjelden gir sykdom hos mennesker som i utgangspunktet er friske. På sykehus og sykehjem er imidlertid disse bakteriene en utfordring. Resistente gule stafylokokker gjør antibiotikabehandling vanskeligere og dyrere. Norge har en av de lavest registrerte forekomstene av MRSA i verden, men antallet meldte tilfeller har vært økende over en lengre periode. Unntaket er pandemiårene, da antallet meldte tilfeller var lavere enn perioden før, men antallet økte igjen i 2022 (figur 3.29).



Figur 3.29 Antall meldte tilfeller av MRSA per år. 1993-2022. Oslo. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), FHI (117)

Vi kan motvirke utviklingen av resistens ved å bare bruke antibiotika på klare indikasjoner og ved å bruke såkalte smalspektrede midler (for eksempel penicillin) mest mulig. En god del av økningen skyldes imidlertid import via innvandring og ved at nordmenn smittes på reiser i utlandet. Det gjør at tiltak i Norge alene ikke kan løse problemet.



### Behandlingskostnader og produksjonstap knyttet til de dyreste sykdommene

Vi har hentet data fra to nasjonale studier i Norge – en som tok for seg kostnader tilknyttet de største sykdommene (Kinge m. fl., 2023 (1)), og en som tok for seg produksjonstap som følge av ulike sykdommer (Kinge m. fl., 2023 (2)). Begge studier hentet tall fra 2019. For sykdomskostnader ble budsjetter, refusjonsdatabaser, pasient- og reseptdatabaser kombinert for å beregne utgifter for ulike helsetilstander. Nasjonale registre, arbeidsstyrkeundersøkelser og husholdnings- og befolkningsstatistikk ble satt sammen for å estimere produksjonstap. Selv om dataene ikke direkte kan overføres til Oslo, gir de en generell forståelse av kostnadsfordelingen.

De mest betydningsfulle funnene er som følger:

1. Psykisk sykdom og rusbruk representerer den største kostnadsbyrden, står for nesten 21% av de totale kostnadene, og spesielt fremtredende i aldersgruppen 15-49 år.
2. Blant enkelt sykdommene er Alzheimer og andre demenssykdommer de dyreste å behandle.
3. Kostnader forbundet med demenssykdom, psykisk utviklingshemming, cerebrovaskulær sykdom og diabetes faller i stor del på kommunene.
4. Produksjonstap som et resultat av sykdommer representerer en betydelig byrde og tilsvarer 10,5% av Norges BNP i 2019. Psykiske lidelser og rus er den ledende kategorien, spesielt blant de under 45 år. Muskel- skjelettsykdommer står for den største andelen for de over 45 år.

Disse funnene belyser behovet for økt fokus på forebyggende helsearbeid, spesielt innen psykisk helse og rusbehandling. Med en aldrende befolkning i Oslo og i Norge vil sykdommer som Alzheimer fortsette å være en økonomisk utfordring, og det er essensielt å forberede helsesystemet for denne belastningen.

Det er viktig å merke seg potensielle feilkilder ved slike beregninger. For eksempel ble ikke kostnader for uformell omsorg, som ofte gis av pårørende, inkludert i beregningene. Ufullstendige data kan også ha ført til overestimasjon av noen sykdommers kostnader.

Tabell 3.2 De ti mest kostbare sykdomskategoriene i Norge 2019. Fordeling av kostnader i ulike tjenester for de dyreste sykdomskategoriene i Norge 2019. Basert på tall fra Kinge m. fl. 2023 (1).

	<b>Sykdom</b>	<b>Andel av totale kostnader</b>	<b>Aldersgruppe med størst kostnader</b>	<b>Prosent av kostnader i gruppe</b>
1	Psykisk sykdom og rusbruk/avhengighet	20,7 %	15-49	45,8 %
2	Nevrologiske sykdommer	15,4 %	75+	30,1 %
3	Kardiovaskulære sykdommer	10,1 %	75+	17,4 %
4	DUBE	9,0 %	75+	10,7 %
5	Neoplasmer	7,2 %	50-74	12,4 %
6	Andre ikke-smittsomme sykdommer	6,9 %	1-14	14,2 %
7	Muskel- skjelettsykdommer	6,7 %	50-74	9,7 %

8	Skader	6,7 %	75+	7,4 %
9	Smittsomme, mødre-, nyfødte- og ernæring	6,0 %	<1	38,9 %
10	Fordøyelsessykdommer	3,8 %	50-74	4,2 %

Tabell 3.3 De ti dyreste sykdommene å behandle i Norge 2019. Basert på tall fra Kinge m. fl. 2023 (2).

	<b>Sykdom</b>	<b>Prosent av alle kostnader</b>	<b>Prosent av kostnadene som tilfaller kommunene</b>	<b>Størst post i kommunen (prosent)</b>
1	Alzheimer og andre demenssykdommer	10,16	98,2	Sykehjem (77,7)
2	Fall	4,62	36,5	Hjemmesykepleie (19,2)
3	Psykisk utviklingshemming	4,59	98,3	Hjemmesykepleie (75,1)
4	Cerebrovaskulære sykdommer	4,54	77,9	Sykehjem (43,4)
5	Schizofreni	3,24	41,4	Hjemmesykepleie (31,0)
6	Angstlidelser	3,04	17,3	Fastlege (8,8)
7	Sanseorgansykdommer	2,97	43,5	Sykehjem (24,6)
8	Diabetes mellitus	2,77	59,7	Sykehjem (28,2)
9	Hud- og subkutane sykdommer	2,75	51,4	Sykehjem (23,2)
10	Depressive lidelser	2,69	27,0	Fastlege (10,1)

## 4 Psykisk helse

---

Dette kapittelet handler om psykisk helse i et folkehelseperspektiv og gir noen utviklingstrekk og forskjeller mellom grupper i psykiske plager og lidelser, rusmiddellidelser, søvnvansker og selvmord. Psykiske lidelser er samfunnets mest kostbare helsetilstand og er nært forbundet med uførhet, sykdom og tidlig død. Mens psykiske plager og lidelser rammer oftere kvinner, er rusmiddellidelser og selvmord vanligere blant menn.

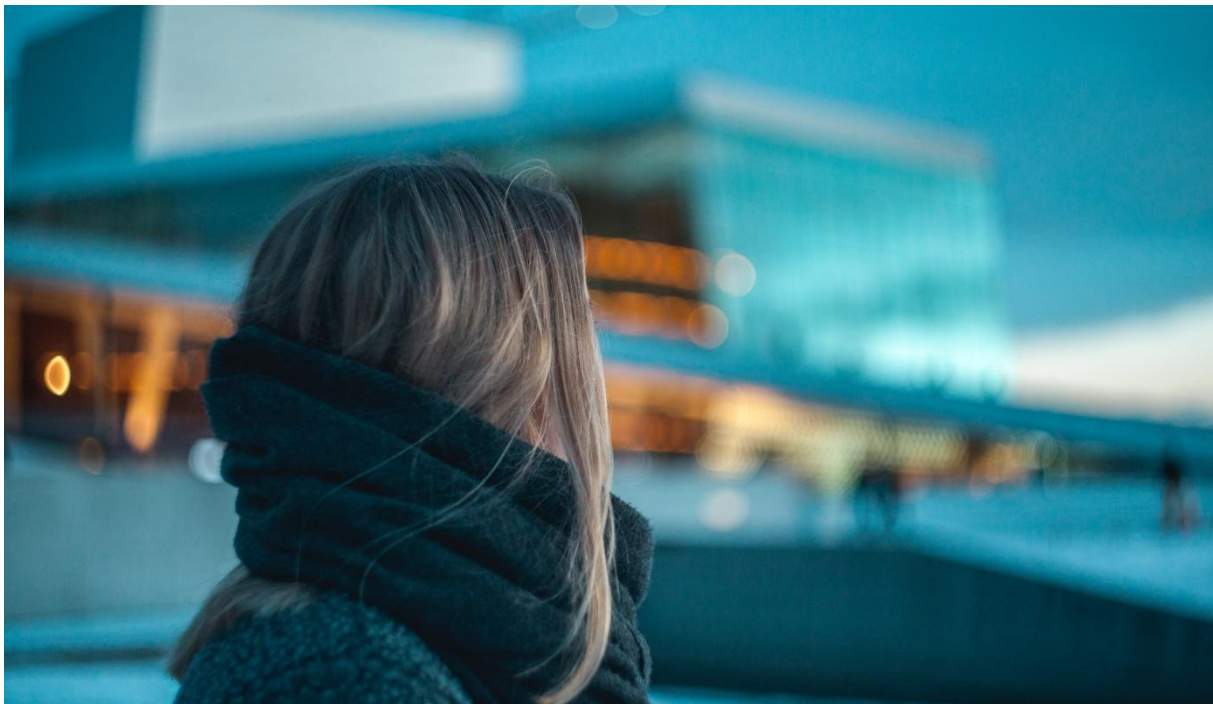


Foto: Thomas Bjørnstad

### I Oslo ...

- ... oppfyller omtrent 18 prosent av voksne og 11 prosent av barn og unge (0–14 år) til enhver tid kriteriene for en psykisk lidelse.
- ... var unge voksne (18–24 år) den aldersgruppen som opplevde størst økning i psykiske plager og søvnvansker i perioden mellom 2020 og 2022. Blant unge kvinner var økningen i psykiske plager på hele 18 prosentpoeng.
- ... oppgir 24 prosent av jenter og 9 prosent av gutter i alderen 13–19 år at de har psykiske plager i 2023. Dette er en nedgang fra 2021 for begge kjønn, men i et lengre perspektiv er allikevel nivået av psykiske plager i Oslo høyt.

- ... er sannsynligheten for å få psykiske plager dobbelt så stor blant innbyggere med lav inntekt som blant dem med høy inntekt.
- ... er rusmiddellidelser fortsatt en større utfordring i Oslo sammenlignet med Norge samlet. Allikevel viser beregninger en større nedgang i forekomst av rusmiddellidelser i Oslo enn i Norge samlet.
- ... har antallet selvmord vært stabilt på rundt 80 tilfeller per år.
- ... oppfyller én av tre studenter kriteriene for insomni, altså kronisk søvnløshet.

#### 4.1 Psykisk helse i et folkehelseperspektiv

Mange forbinder psykisk helse med psykiske helseutfordringer. Men psykisk helse er noe mer enn det. Det handler også om tilfredshet med livet og i hvilken grad mennesker evner å takle livets påkjenninger, gjenkjenne og regulere følelser, utvikle og opprettholde positive sosiale relasjoner, utvikle ferdigheter og evner, samt å delta og bidra til samfunnet og fellesskapet (125, 126). På engelsk brukes begrepet *well-being*. På norsk benyttes begrepene *velvære*, *trivsel* og *livskvalitet* (127). I dette kapitlet ser vi nærmere på de negative aspektene ved psykisk helse. Positive aspekter, som glede, beskrives nærmere i delkapittel 2.5 «Livskvalitet».

Psykisk helseutfordringer beskrives ut fra symptomenes art, varighet og intensitet. Vi skiller gjerne mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske lidelser er kategorier av tilstander der symptomtrykket er så stort og av en slik karakter at det oppfyller kriteriene i en diagnosemanual. Her er personer enten frisk eller syk, og en diagnose utløser rettigheter til å motta mer spesialisert behandling (128).

Psykiske plager kan også oppleves som belastende og få konsekvenser for menneskers helse og livskvalitet, men kan ses på som mer vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse (128).

Psykiske plager og lidelser er utbredt i alle aldersgrupper i befolkningen. Plagene debuterer gjerne tidlig i livet, og det er ingen andre helsetilstander som gir like store funksjonstap (64) og koster samfunnet så mye i kroner og øre som psykiske lidelser (93, 94). I kapittel 3 viste vi at psykiske lidelser og rusmiddellidelser sto for 21 prosent av alle kostnadene grunnet sykdommer i Norge, like mye som kreft, hjerte- og karsykdommer og fordøyelsesykdommer til sammen. I kapittel 8 vises det tall på at psykiske lidelser er hoveddiagnosen til 75 prosent av alle dem under 30 år som får arbeidsavklaringspenger.

Psykiske helseutfordringer er en viktig risikofaktor for somatiske sykdommer, og mennesker med psykiske lidelser lever i snitt 5–15 år kortere enn befolkningen ellers (129–131). Selvmord er tett forbundet med psykisk helse og bidrar til mange tapte leveår (64).

Psykisk helse er en likeverdig del av folkehelsearbeidet som fysisk helse. Psykisk helse skapes der mennesker bor og lever sine liv – i barnehagen, på skolen, på arbeidsplassen og i lokalmiljøet. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet handler om å fremme kjente beskyttelsesfaktorer, som for eksempel trivsel, mestring, tillit, deltakelse, sosial støtte, integrering og fellesskap. I tillegg vil arbeidet handle om å redusere sterke risikofaktorer for psykisk uhelse som usunn livsstil, sosial isolasjon, ensomhet, sosial ulikhet, arbeidsledighet, mobbing, vold og overgrep og marginalisering av utsatte grupper. Tidlig innsats på ulike nivåer (individ, gruppe og samfunn) er viktig og det er til slutt summen og samspillet mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer som avgjør i hvilken grad mennesker får en god psykisk helse og om en utvikler betydelige psykiske helseutfordringer eller ikke.

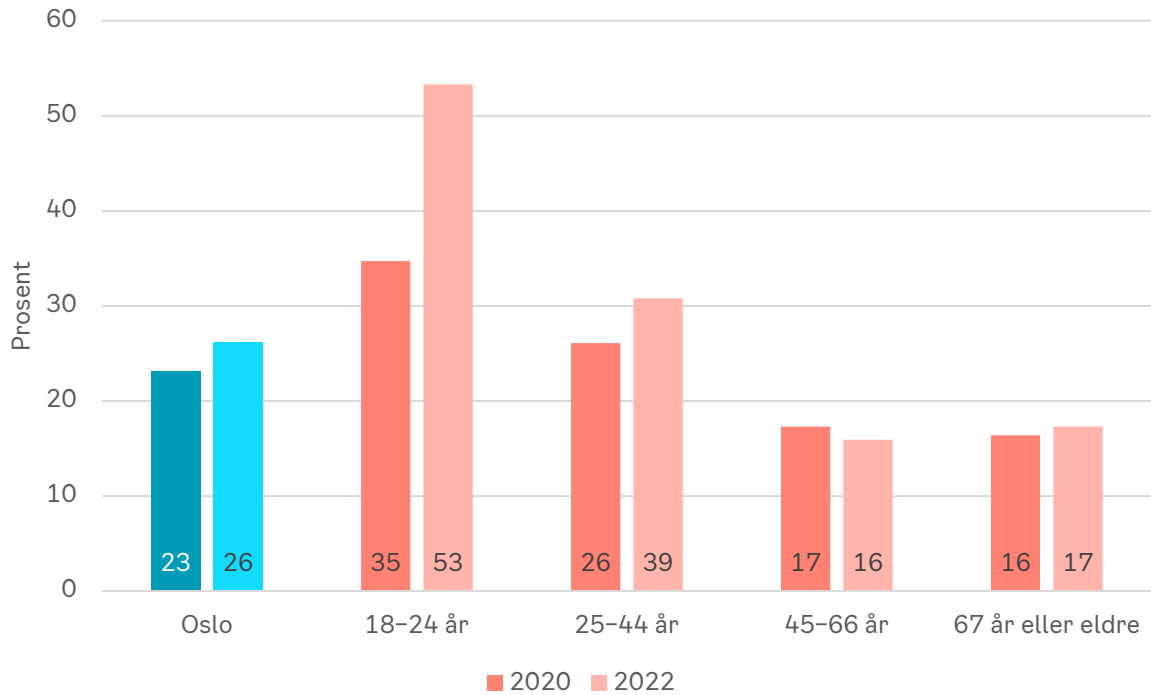
Se Folkehelseinstituttet sine rapporter for mer informasjon om det helsefremmende og forebyggende arbeidet rettet mot å styrke befolkningens psykiske helse (132, 133).

#### **4.1.1 Psykiske plager og lidelser blant voksne**

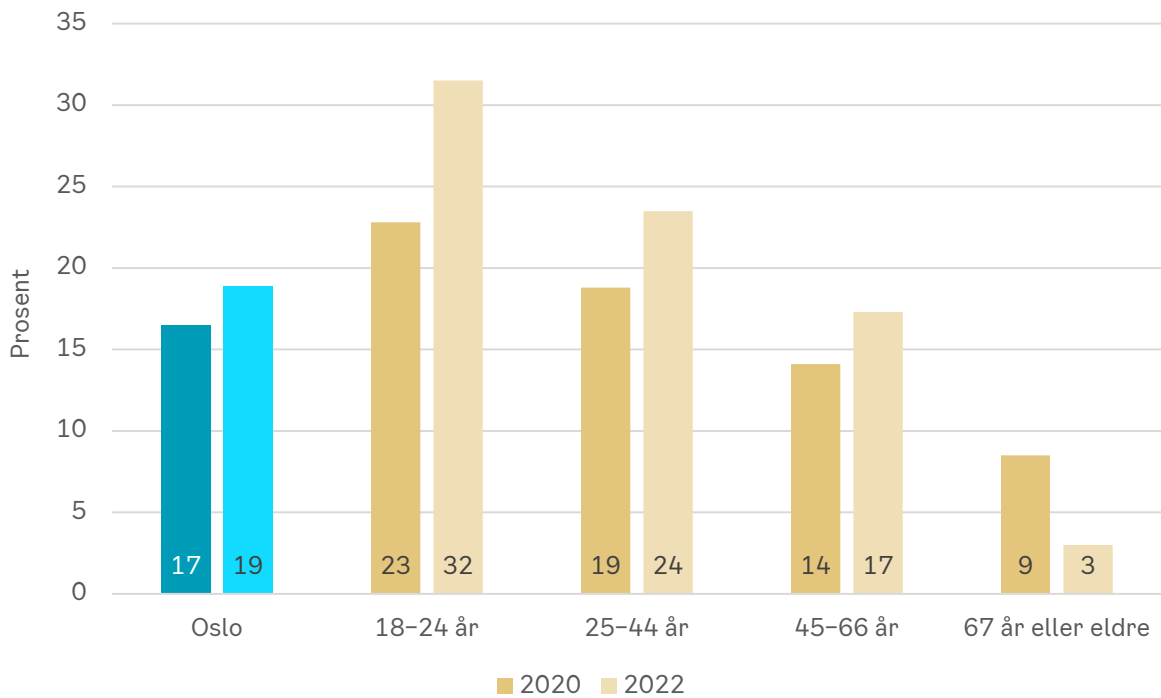
Beregninger fra sykdomsbyrdeprosjektet (64) viser at 18 prosent av Oslos voksne befolkning ( $\geq$  20 år) oppfyller til enhver tid kriteriene for en psykisk lidelse, noen flere kvinner (21 %) enn menn (16 %). De to vanligste lidelsene er angst og depresjon, med en forekomst på henholdsvis 8 og 6 prosent. De samme beregningene viser at utviklingen i forekomst av psykiske lidelser har holdt seg relativt stabil i perioden fra 2000 til 2019 (64). Det mangler tall fra årene etter 2019. Manglende tallgrunnlag gjør det utfordrende å si noe konkret om utviklingen i psykiske lidelser i årene under og etter pandemien.

Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) viser at én av fire (23 %) i Oslos voksne befolkning oppgir betydelige psykiske plager. Dette er 3 prosentpoeng høyere sammenlignet med i 2020, og lik den som beskrives i resten av landet (71). Økningen er størst i aldersgruppen 18–24 år, med en økning på 18 prosentpoeng blant kvinner og 9 prosentpoeng blant menn, og i aldersgruppen 25–44 år, hvor økningen var på 5 prosentpoeng blant begge kjønn. For de eldre aldersgruppene er utviklingen mer blandet, og blant menn 67 år eller eldre har det vært en nedgang (figur 4.1 og figur 4.2).

En annen gruppe som opplevde betydelige endringer i psykiske plager var personer med lavere inntekt. Fra 2020 til 2022 økte andelen psykiske plager med 5 prosentpoeng blant dem i det laveste inntektskvartilet, mens den bare økte med 1 prosentpoeng blant dem med i det høyeste inntektskvartilet i samme periode (61, 71).



Figur 4.1 Andel kvinner med psykiske plager i 2020 og i 2022, etter alder (HSCl-5 skåre > 2, uvektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2020 og 2022, spesialbestilling (61, 71).

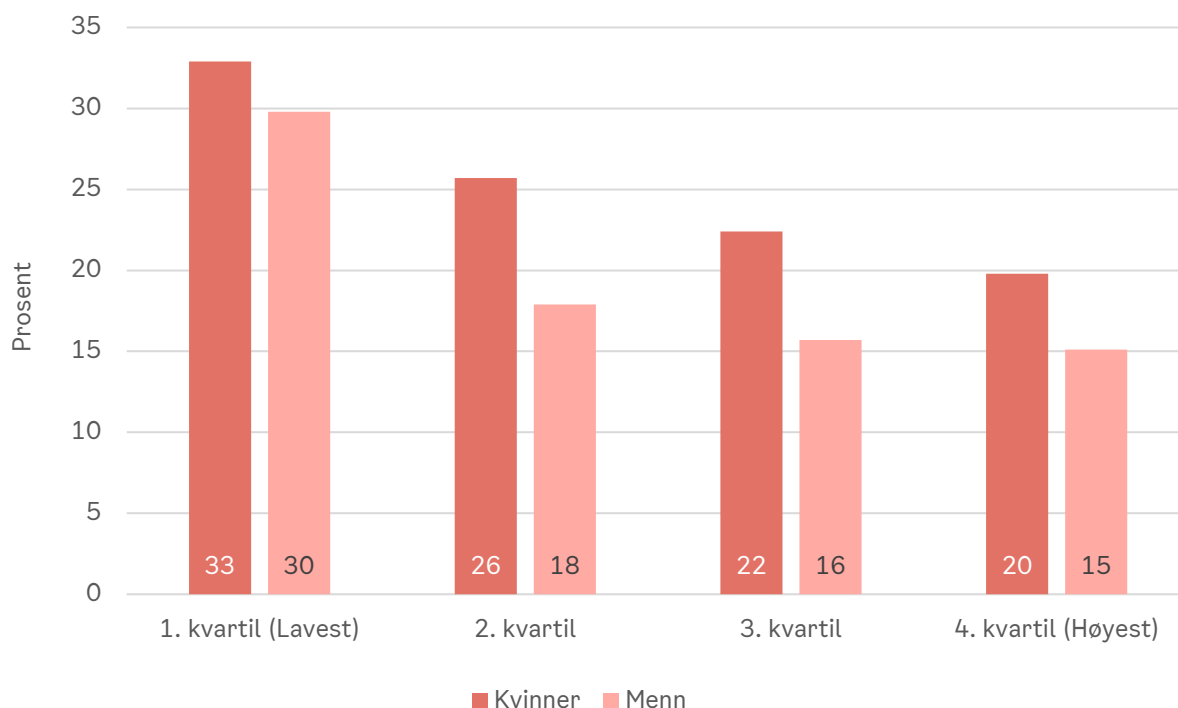


Figur 4.2 Andel menn med psykiske plager i 2020 og i 2022, etter alder (HSCl-5 skåre > 2, uvektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2020 og 2022, spesialbestilling (61, 71).

Utviklingen for psykiske plager gjenspeiles også i kontakt med helsetjenestene. Fra 2017 til 2022 var det 14 600 flere innbyggere i alderen 19 til 44 år i Oslo som var i kontakt med fastlege/legevakt og/eller spesialisthelsetjenesten grunnet psykiske helseutfordringer. Dette tilsvarer en økning på 4 prosentpoeng (18 % i 2017 og 22 % i 2022), og veksten var noe større for kvinner (+6 prosentpoeng) enn for menn (+3 prosentpoeng). Blant innbyggere over 45 år var økningen på bare 1 prosentpoeng i samme periode (83).

I 2021 brukte 70 per 1 000 innbyggere i Oslo 0–74 år legemidler mot psykiske lidelser. Til sammenligning var det 65 brukere per 1 000 innbyggere i 2017. Dette er en økning på 8 prosent og utviklingen var sterkere blant unge voksne enn blant de eldre aldersgruppene. Den samme utviklingen finner vi for bruk av ADHD-midler i Oslo, mens for sovemidler/beroligende har utviklingen vært svakt nedadgående i samme tidsperiode (141).

Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) viser at forekomsten av psykiske plager er vanligere blant kvinner enn menn, og blant yngre enn eldre aldersgrupper. Samme undersøkelse viser at det også er store sosiale forskjeller. For eksempel er sjansen for å få psykiske plager dobbelt så stor blant kvinner og menn med lav inntekt som blant dem med høy inntekt (figur 4.3). I kapittel 5 gir vi en beskrivelse av den psykiske helsa blant eldre, personer med innvandrerbakgrunn og personer med funksjonsnedsettelse.



Figur 4.3 Andel voksne med psykiske plager, etter kjønn og inntekt (HSCL-5 > 2, vektete tall). 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (13).

Det er ikke entydig om psykiske plager og lidelser er vanligere i Oslo enn i resten av landet. Ser vi på psykiske plager, skårer Oslo høyere enn resten av landet i noen undersøkelser (104), men ikke i andre (61). Ifølge beregninger fra sykdomsbyrdeprosjektet er forekomsten av depresjon og rusmiddellidelser, men ikke angst, høyere i Oslo enn på landsbasis (64). Tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister viser at Oslo-borgere er like ofte i kontakt med primærlege eller spesialisthelsetjenesten på grunn av psykiske helseutfordringer som innbyggerne i Norge som helhet (83).

Økningen i psykiske helseutfordringer, og da særlig blant unge voksne, som er vist i spørreundersøkelser og ulike registerdata er fremdeles ukjent. En mulig hypotese er knyttet til pandemien og de strenge smitteverntiltakene som ble innført i Oslo. I Livskvalitetsundersøkelsen 2021 (134) fikk deltakerne spørsmål om hvordan pandemien hadde påvirket den psykiske helsa. Hele 71 prosent (76 % kvinner og 62 % menn) av unge voksne i alderen 18–24 år svarte at pandemien hadde påvirket den psykiske helsa negativt. Det er 10 prosentpoeng høyere enn i resten av landet og betydelig høyere enn det som ble rapportert i de eldre aldersgruppene. Videre svarte 21 prosent av unge kvinner og 35 prosent av unge menn i Oslo at de opplevde ingen forskjeller, mens de resterende 3–4 prosentene oppga at den psykiske helsa hadde blitt bedre som følge av pandemien.

Økningen i psykiske helseplager blant unge voksne i Oslo er dessuten en del av en lengre negativ trend, og den kan skyldes flere forhold. Blant annet kan økt fokus og åpenhet i samfunnet knyttet til psykisk helse gjøre at flere gjenkjenner og velger å oppgi psykiske plager i spørreundersøkelser (135). På den andre siden viser beregninger fra sykdomsbyrdeprosjektet at de psykiske helsekonsekvensene av usunn livsstil, vold og seksuelle overgrep blant unge voksne i Oslo har økt fra 2000 til 2019 (64). I tillegg kan mer bruk av sosiale medier og en omfattende digitalisering av hverdagen for denne gruppen ha noen effekter på psykiske plager som vi i dag kjenner lite til (136).

#### **4.1.2 Psykiske plager og lidelser blant barn og unge**

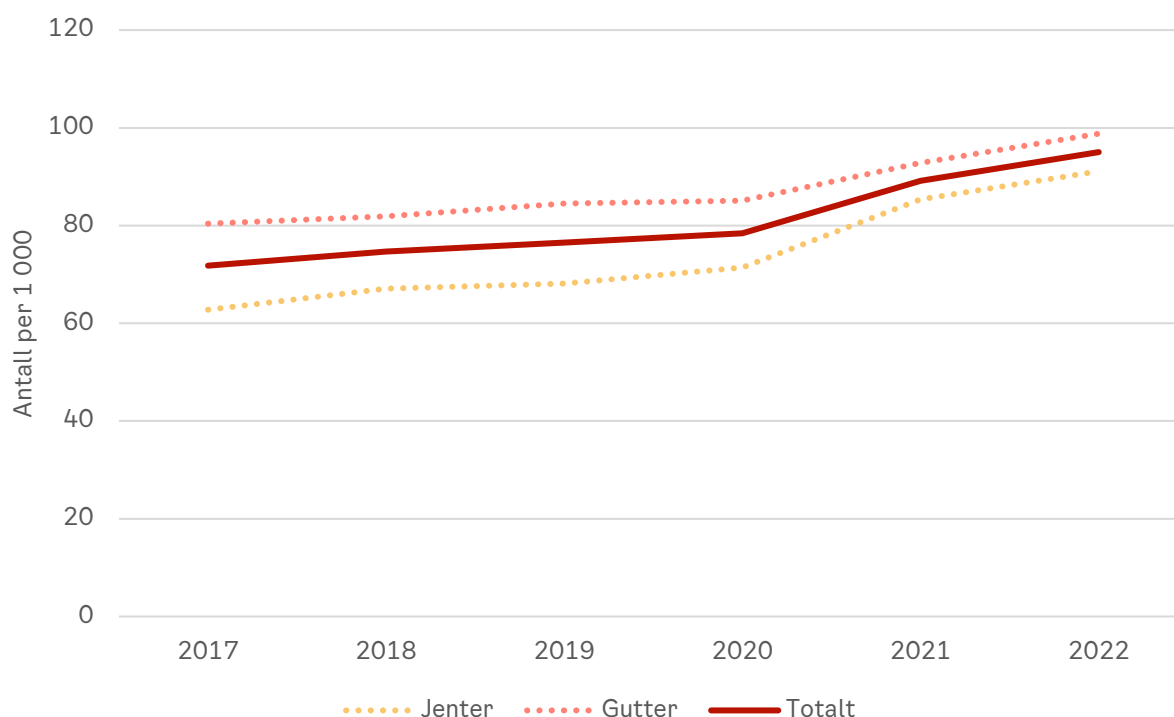
Ifølge beregninger oppfylder om lag 11 prosent av barn og unge 0–14 år kriteriene for en psykisk lidelse, mens i aldersgruppen 15–19 år er forekomsten høyere og beregnet til 22 prosent (64). De tre vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge er atferds- og nevroutviklingsforstyrrelser, angst og depresjon (64, 137). I motsetning til andre helseutfordringer har psykiske plager og lidelser en tidlig debutalder. Flest psykiske lidelser oppstår ved 14-årsalderen, og ved fylte 18 år har nærmere én av to lidelser debutert (138). I de første leveårene er det ingen tydelige kjønnsforskjeller. Men dette endrer seg etter hvert som barna blir eldre. Før puberteten er to av tre med psykiske lidelser gutter. Etter puberteten er to av tre med psykiske lidelser jenter (137).

Tall fra Ung i Oslo-undersøkelsen viser at andelen ungdommer (13–19 år) med mange psykiske plager har gått ned fra 21 prosent i 2021 (79) til 18 prosent i 2023 (62), en endring på 3 prosentpoeng, og den er nå på samme nivå som i 2018. Nedgangen er større for jenter (28 % i 2021 og 24 % i 2023) enn for gutter (11 % i 2021 og 9 % i 2023). Også nasjonalt er det registrert en svak nedgang fra 2022 til 2023 (54). Utviklingen for psykiske plager fra 2021 til 2023

samsvarer med en reduksjon i lav livstilfredshet (delkapittel 2.5 «Livskvalitet») og ensomhet i samme periode (kapittel 9 «Oppvekst»).

I et lengre perspektiv er likevel nivået av psykiske plager i Oslo høyt og da særlig blant jenter. I 2023 oppga 21 prosent av jentene på ungdomsskolen og 28 prosent av jentene på videregående skole at de hadde mange psykiske plager (62). I Ung i Oslo fra 1996 var forekomsten 15 prosent blant jenter i de to siste klassetrinnene på ungdomsskolen og første klassetrinn på videregående skole (140). Økningen i psykiske plager blant gutter har vært relativt liten i samme tidsperiode (62, 140).

Figur 4.4 viser andelen barn og unge 0–18 år som var i kontakt med primær- og/eller spesialisthelsetjenesten grunnet psykisk helseutfordringer i Oslo i perioden 2017–2022. I 2022 var 13 200 barn og unge i Oslo i kontakt med fastlege/legevakt og/eller spesialisthelsetjenesten grunnet psykiske helseutfordringer (83). Dette tilsvarer 95 per 1 000 barn i denne aldersgruppen og sammenlignet med 2017 er dette en økning på 34 prosent. Utviklingen har vært noe større for jenter enn gutter. For diagnoser satt i spesialisthelsetjenesten, har det vært en 50 prosent økning i spiseforstyrrelsesdiagnoser og en 90 prosent økning i ADHD-diagnoser blant barn og unge i Oslo i samme tidsperiode (119). Utviklingen trenger ikke nødvendigvis gjenspeile en økt forekomst, men kan også skyldes endringer i kulturen for å oppsøke tjenestene eller endringer i diagnosepraksis.



Figur 4.4 Antall i kontakt med primærlege og/eller spesialisthelsetjeneste grunnet psykiske helseutfordringer. Utvikling i perioden 2017–2022 blant jenter og gutter, 0–18 år. Oslo. Antall per 1 000. Kilde: Helsedirektoratet, spesialbestilling (83).

For aldersgruppen 0 til 17 år viser tall fra Reseptregisteret at det har vært en svak økning i andelen som bruker medisiner mot psykiske lidelser, sovemidler eller beroligende og ADHD-medisin i perioden mellom 2017 og 2021 (141).

Som vist tidligere øker forekomsten av psykiske plager og lidelser med økt alder, og det er betydelige kjønnsforskjeller. Det er også en tett sammenheng mellom barn og unges sosiale og geografiske tilhørighet og deres psykiske helse. I Ung i Oslo 2023 (62) var bydelene i Oslo vest og Bydel Nordstrand de områdene med lavest forekomster av psykiske plager. I perioden fra 2021 til 2023 har alle bydelene hatt en nedgang i psykiske plager, noen mer enn andre. Nedgangen har vært størst i bydelene Frogner og Grorud (over 5 prosentpoeng) og minst i Bydel Sagene og Bydel Alna (henholdsvis 0,6 og 1,0 prosentpoeng) (62, 79).

Samme undersøkelse viser at betydningen av sosioøkonomisk status på psykisk helse ser ut til å bli større jo eldre barna blir. Blant elever på ungdomsskolen er forskjellene i forekomst av psykiske plager etter sosioøkonomisk status relativt små. Dette endrer seg på videregående. Her øker forekomsten av psykiske plager entydig med synkende sosioøkonomisk status. Se tabell 4.1 for detaljer.

Tabell 4.1 Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykiske plager blant ungdom 13–19 år, etter kjønn og klassetrinn. 2023. Oslo. Prosent.

	Jenter		Gutter	
	Ungdomsskole	VGS	Ungdomsskole	VGS
Lav	23 %	34 %	8 %	14 %
Moderat	20 %	27 %	7 %	14 %
Høy	20 %	25 %	7 %	9 %

Kilde: Ung i Oslo 2023, spesialbestilling (62).

Utviklingen blant barn og unge trenger ikke nødvendigvis å bety at flere strever med psykiske helseutfordringer i dag enn tidligere, men kan være koblet til ulike feilkilder som økt rapporteringsvillighet om psykiske plager, lavere deltakelse i spørreundersøkelser, endringer i legers utskrivning av resepter, endringer i diagnosesetting og endringer i kulturen for å oppsøke helsetjenestene. På en annen side peker de ulike kildene i samme retning og som igjen gjør det plausibelt at den observerte endringen er reell.

De høye nivåene av psykiske plager og lav livstilfredshet blant ungdommene i 2020/2021 kan til dels ha sammenheng med pandemien og de smitteverntiltakene som ble innført. På spørsmål om en følte seg mer ulykkelig, trist eller deprimert enn før pandemien, svarte 38 prosent av ungdommene i alderen 13–19 år at dette utsagnet «stemmer» eller «stemmer helt». I tillegg mente 28 prosent at utsagnet «stemmer litt» (142). Høye andeler som svarte i kategoriene

«stemmer» eller «stemmer helt» ser man også på spørsmål knyttet til mer bekymring (36 %) og mer ensomhet (36 %).

Pandemiens innvirkning på den psykiske helsa skjer i et komplekst samspill mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer. Pandemien endret barnas hverdag. Skoler og barnehager ble stengt ned, helsetjenestetilbudet ble redusert, hverdagsrutiner ble endret, og barns naturlige livsutfoldelse og utvikling i samvær med venner, familie og betydningsfulle andre ble påvirket av restriksjonene (143). Når det gjelder de mest utsatte barna, førte pandemien til at problemene deres ble ytterligere intensivert (143).

## 4.2 Rusmiddellidelser

Rusmidler omfatter alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler (narkotika) (144). Store deler av befolkningen bruker rusmidler uten at det blir problematisk. Likevel er rusmiddellidelser et folkehelseproblem. Tilgangen på rusmidler i Oslo er god (se delkapittel 6.5 «Bruk av rusmidler»), og derfor vil Oslo ha større utfordringer med rusmiddellidelser sammenlignet med resten av landet.

Rusbruken starter gjerne i ungdomsårene, men det er først flere år senere at bruken utvikler seg til en avhengighet. For de fleste debuterer rusmiddellidelser i alderen mellom 20 og 40 år, og i snitt ved fylte 25 år (138). De negative helsekonsekvensene av rusmiddelbruk øker med høyere forbruk (145). Personer med rusmiddellidelser har ofte samtidige psykiske og somatiske helseplager i tillegg til selve avhengigheten, og i enkelte tilfeller kan rusmiddelet utløse langvarig psykisk lidelse (144). Forskning viser også at personer med rusmiddellidelser har høyere risiko for skader, ulykker, somatisk sykdom, overdose og tidlig død, sammenlignet med andre (145). Den skadelige bruken får ikke bare konsekvenser for personen selv, men kan også gå utover familie, venner og andre.

En forutsetning for å utvikle rusmiddelavhengighet er tilgang til rusmidler, og redusert tilgang til rusmidler er derfor et viktig strukturelt tiltak i det rusforebyggende arbeidet (144). Formålet med rusforebyggingen er både å unngå at folk begynner å ruse seg, men også at flest mulig av dem med brukserfaring, ikke utvikler problemer. I det rusforebyggende arbeidet er det særlig viktig å rette fokus mot ungdom.



### Diagnose av rusmiddellidelse

Rusmiddellidelse innebærer både skadelig bruk og avhengighet og har tre sentrale kjennetegn:

- Brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken.
- Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser.

- Bruken innebærer ofte et behov for økende doser (toleranse) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser) når den opphører.

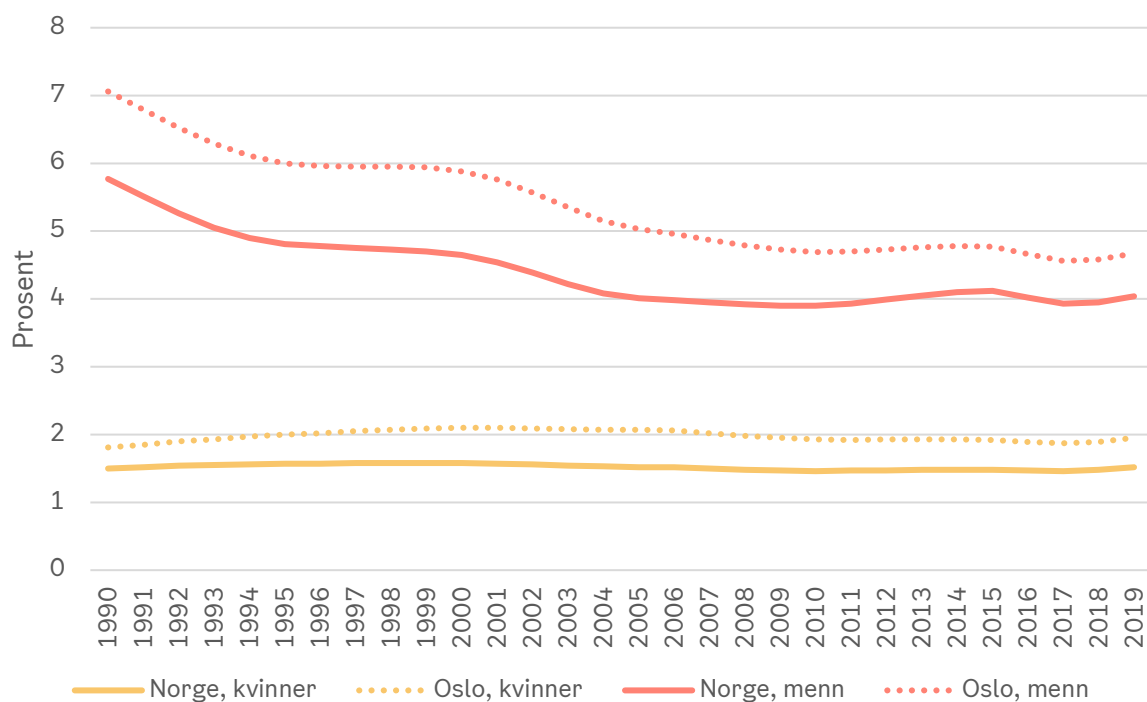
Kilde: Folkehelse rapporten (144).

Vi mangler oppdaterte og presise forekomsttall på rusmiddellidelser i Oslo. En kilde til Oslo-tall er å se til sykdomsbyrdeprosjektet og de beregningene som har blitt gjennomført der (64). Ifølge de nyeste beregningene oppfylte 3,3 prosent av Oslos befolkning kriteriene for en rusmiddellidelse i 2019. De samme beregningene viste også at forekomsten av rusmiddellidelser var dobbelt så høy blant menn (4,7 %) som kvinner (2,0 %) og høyest blant innbyggere i aldersgruppen 25 til 49 år. På landsbasis var forekomsten av rusmiddellidelser beregnet til 2,8 prosent det samme året.

I Oslo slik som i andre vestlige samfunn er alkohol det mest brukte rusmiddelet (kapittel 6). Det var også alkohollidelser som var den undergruppen av rusmiddellidelser med høyest forekomst i Oslo i 2019 med 2,0 prosent. Det samme året ble forekomsten av stoffbrukslidelser i Oslo beregnet til 1,3 prosent. Det finnes et unntak og det er i aldersgruppen 10 til 24 år. I denne aldersgruppen er stoffbrukslidelser like utbredt som alkoholbrukslidelser (64).

Figur 4.5 viser endringer i beregnet forekomst av rusmiddellidelser i Oslo og Norge blant kvinner og menn i perioden mellom 1990 og 2019. Blant menn i Oslo har forekomsten av rusmiddellidelser falt med nesten 2,5 prosentpoeng i løpet av denne perioden, mens på landsbasis har nedgangen vært på 1,8 prosentpoeng. Nedgangen blant menn skyldes i hovedsak en tilsvarende reduksjon i forekomst av alkoholbrukslidelser. Blant kvinner har utviklingen i rusmiddellidelser vært nokså stabil og lik mellom Oslo og Norge.

Som illustrert i figur 4.5 har menn en høyere beregnet forekomst av rusmiddellidelser enn kvinner, men kjønnsforskjellen i Oslo ser ut til å minke (64). Det er ikke bare kjønnsforskjeller i forekomst, men også i type rusmiddel som forårsaker avhengigheten. Mens rusbrukslidelser blant menn ofte er knyttet til alkohol, cannabis og kokain, er sedativa og opiater vanligere blant kvinner (144).



Figur 4.5 Utvikling i totalt helsetap (DALY) for rusmiddellidelser i Oslo og Norge i perioden 1990–2019, etter kjønn. Kilde: IHME GBD Results (5).

Det er verdt å bemerke at tallene er basert på beregninger og ikke reelle tall. I tillegg stammer de nyeste tallene fra 2019. Det kan hende at siste års hendelser med pandemi, inflasjon og andre forhold kan ha påvirket utviklingen i den ene eller andre retningen (143).

For siste års utvikling, er det nødvendig å se til andre datakilder enn dem fra sykdomsbyrdeprosjektet. De ulike kildene gir samlet sett et utydelig bilde på utviklingen i Oslo de siste årene:

- I kapittel 6 viser vi at det har vært en nedgang i bruken av vanedannende legemidler og en økning i registrert alkoholomsetning, samt at den selvrapporterte bruken av cannabis og kokain har gått opp i enkelte grupper og ned i andre.
- Andelen rusdiagnoser blant dem som tar kontakt med fastlege eller legevakt, har vært uendret i perioden mellom 2017 og 2022. Det er imidlertid ett unntak: Blant kvinner og menn over 75 år eller eldre har andelen rusdiagnoser økt med 3 prosentpoeng. En tilsvarende utvikling ser vi i spesialisthelsetjenesten (83).<sup>24</sup>
- Resultater fra rapporten «Helhetlig russtatistikk 2021–2022» (146) viser blant annet en økning i antall innbyggere uten bolig eller uten egnet bolig som har rus og/eller psykiske helseutfordringer, en økning i antall innbyggere som mottar legemiddelassistert

<sup>24</sup> Tallene er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk Pasientregister. Kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av rusavhengighet har ICD-2-kode P15, P16, P18 og P19, mens kontakt med spesialisthelsetjenesten har ICD-10-kode F11, F16, F18 og F19.

rehabilitering, en nedgang i antallet som oppholder seg i velferdsetatens rusinstitusjoner og en nedgang i antall overdosedødsfall.

- Fra 2018 til 2022 har det vært en økning i antall bekymringsmeldinger til barnevernet knyttet til rusbruk blant foreldre og rusbruk blant barn (147).

Personer med rusmiddellidelser har en høyere dødelighet, sammenlignet med resten av befolkningen. Den økte dødeligheten kan skyldes skadelig bruk av rusmidler over tid, sviktende egenomsorg, overdose eller andre årsaker. Blant de med alkoholbrukslidelser er hjerte-karsykdom den vanligste dødsårsaken. Blant de med stoffbrukslidelser, er overdoser mer forekommende. Hvor mange dødsfall som forårsakes av rusmidler, enten direkte eller indirekte, er usikkert, og antallet er vanskeligere å estimere for alkohol sammenlignet med illegale rusmidler eller vandedannede medikamenter (144).

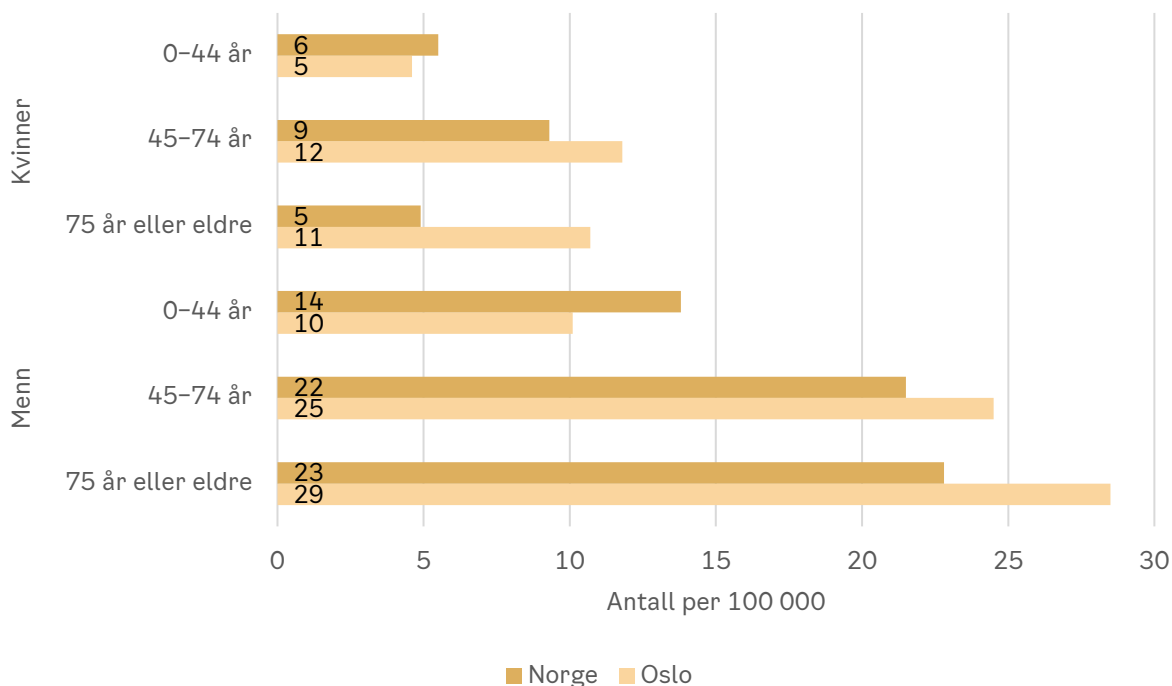
Tall fra Dødsårsaksregisteret viser imidlertid at antall dødsfall som skyldes bruk av alkohol eller illegale rusmidler i Oslo har variert mellom 10 til 12 dødsfall per 100 000 innbyggere i perioden mellom 2018 og 2022, og variasjonene virker å være tilfeldig uten noen tydelige mønstre. Antall dødsfall i denne perioden har vært gjennomgående høyere for illegale rusmidler sammenlignet med alkohol. På tidlig 2000-tall var situasjonen motsatt – da var alkohol en viktigere dødsårsak enn illegale rusmidler (148).

#### 4.2.1 Selvmord

Under pandemien var Oslo et av de stedene i Norge som hadde strengest smitteverntiltak. Det var knyttet økt bekymring for at sosial isolasjon og nedstenging av samfunnet ville føre til at selvmordstallene i Oslo ville stige (49, 149). Foreløpig ser vi ingen effekter av dette. Antall registrerte selvmord i Oslo i 2020, 2021 og 2022 er på henholdsvis 74, 75 og 78. Dermed ligger antallet litt under snittet for de ti siste årene, som er på 80 selvmord (150).

Et selvmord rammer ikke bare offeret, men også dem som blir etterlatt. Om man regner 10 etterlatte per selvmord (149), blir det omtrent 800 nye etterlatte etter selvmord i Oslo hvert år. I tillegg kommer venner, klassekamerater, arbeidskollegaer eller andre som ikke er direkte berørt, men som er en del av offerets bekjentskapskrets (151).

Forskjellene mellom Oslo og Norge i antall selvmord varierer mellom ulike aldersgrupper (figur 4.6). Blant personer under 44 år er selvmordsraten i Oslo noe lavere enn for Norge samlet. Blant personer i aldersgruppene 44–74 år og 75 år eller eldre er situasjonen det motsatte. Her er selvmordsraten i Oslo høyere sammenlignet med landsgjennomsnittet, og blant kvinner 75 år eller eldre er den dobbelt så stor i Oslo (141).



Figur 4.6 Antall selvmord i perioden 2018–2022, etter alder og kjønn (5-års glidende gjennomsnitt, standardisert). Oslo og Norge. Antall per 100 000. Kilde: FHI Norgeshelsa statistikkbank (141).

De fleste selvmord skjer i aldersgruppen 40–60 år (148). Bare et lite antall barn, unge og unge voksne tar sitt eget liv. Sammenlignet med alle andre dødsårsaker er selvmord likevel den hyppigste dødsårsaken i aldersgruppen 15–40 år (148).

Tre av fire selvmord i Oslo begås av menn (150). Dette er et paradoks når det er færre menn enn kvinner som oppgir å ha selvmordstanker eller forsøker å ta sitt eget liv (152). En mulig forklaring kan være at det er mer skambelagt å være åpen om selvmordstanker blant menn. I tillegg bruker menn mer effektive selvmordsmetoder, som henging, kvelning og skytevåpen, mens kvinner oftere bruker medikamenter, som kan resultere i at flere selvmordsforsøk avverges (149).

En gjennomgang av internasjonal forskning viser at selvmord er vanligere blant etterlatte etter selvmord, personer med lavere sosioøkonomisk status, personer med rusavhengighet eller psykiske lidelser, innsatte i fengsler og de som har hatt opphold på barnevernsinstitusjon (153). Andre sterke risikofaktorer for faktisk selvmord er knyttet til tidligere erfaringer med selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvskading (153). En tommelfingerregel er at det for hvert selvmord gjennomføres ti selvmordsforsøk (149). Omregnet i Oslo-tall tilsvarer dette 8 000 selvmordsforsøk i Oslo hvert år.

De beste Oslo-tallene på selvmordsatferd kommer fra Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT). I SHoT-undersøkelsen fra 2022 (74) oppga én av fire studenter, eller 25 prosent, i aldersgruppen 18–35 år at de en eller annen gang har tenkt på å ta sitt eget

liv, mens 6 prosent har gjennomført et selvmordsforsøk. I tillegg svarte 23 prosent at de har erfaring med selvskading. På landsbasis er andelene 23, 5 og 21 prosent for henholdsvis selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvskading. Tallene fra Oslo for 2022 viser en liten økning for alle spørsmål, sammenlignet med 2018 (72).<sup>25</sup>

### 4.3 Søvnvansker og søvnsykdommer

Søvn er livsnødvendig og legger beslag på mellom 20 og 40 prosent av døgnet hos voksne (154). Samtidig er søvnvansker og ulike søvnsykdommer relativt vanlige i befolkningen (155). Tidligere har søvnvansker blitt sett på som en markør på ulike helsetilstander. Nyere forskning viser at søvnvansker ikke bare følger sykdom, men at de også er viktige i utviklingen av flere sykdommer (156). Når vi sover, pågår det en del biologiske prosesser, som rensing av avfallsstoffer, cellereparasjon og hukommelse, som er viktige for helsa vår. Nok søvn er også viktig for humøret, konsentrasjonen og mestring. Studier viser at søvnvansker gir en økt risiko for sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, muskel- og skjelettlidelser og enkelte psykiske lidelser (157).

Søvnvansker og ulike søvnsykdommer får ikke bare konsekvenser for menneskers helse og livskvalitet, men kan også medføre store samfunnskostnader. Blant annet viser beregninger gjort av tankesmien RAND at insomni (langvarige søvnvansker) koster Norge 50 milliarder kroner årlig (158). Kostnadene tilsvarer et halvt Oslo-budsjett, og da har man ikke tatt med kostnadene for andre typer søvnsykdommer.

#### 4.3.1 Søvnvansker blant voksne

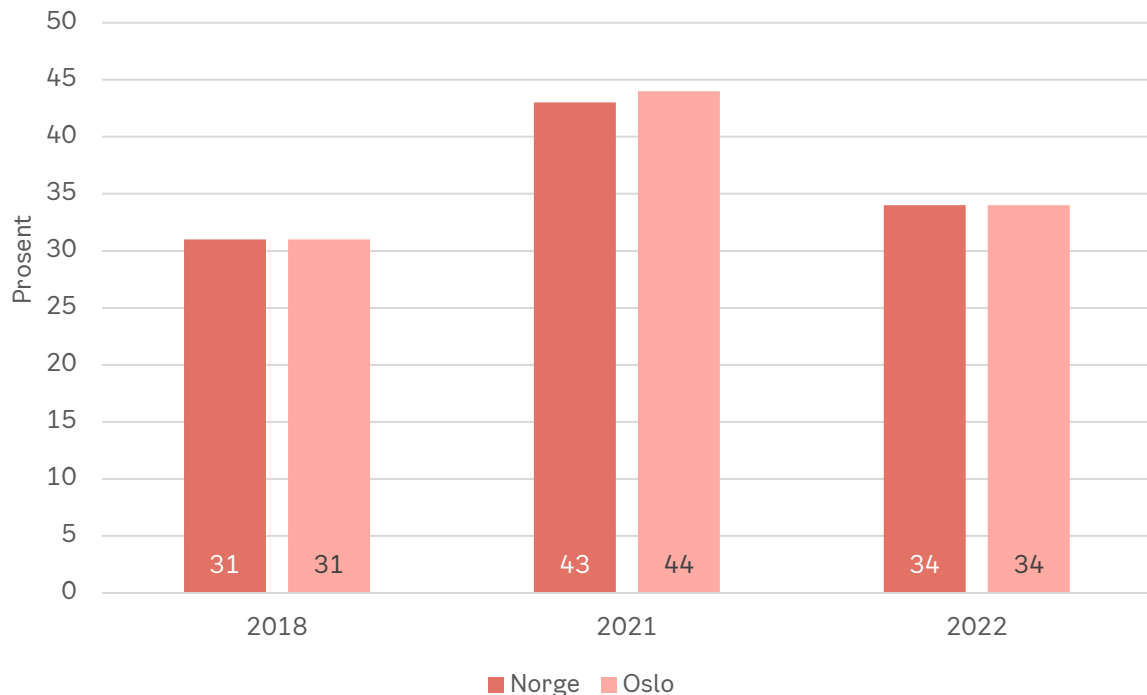
Søvnvansker er en like stor utfordring i Oslo som i resten av landet. Men problemet er økende, særlig blant unge voksne. I Livskvalitetsundersøkelsen 2020 (71) oppga nesten én av fire (23 %) i aldersgruppen 18–24 år i Oslo at de var mye plaget av søvnvansker. I samme undersøkelse fra 2022 hadde andelen økt til én av tre (32 %) (61). En økning i søvnplager finner vi også i aldersgruppen 25–44 år. Her har andelen gått opp fra 15 prosent i 2020 til 20 prosent i 2022.<sup>26</sup>

Insomni er den vanligste søvnsykdommen i befolkningen. I Oslo oppfyller én av ti, eller 10 prosent, av voksne kriteriene for insomni (105). Ifølge Folkehelseinstituttet har det vært en økning i forekomst av insomni i den norske befolkningen, og at økningen er spesielt tydelig blant middelaldrende kvinner (155).

Insomni er også et stort og voksende problem blant studentene. Tall fra Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) viser at andelen studenter i Oslo som oppfyller kriteriene for insomni, var på hele 44 prosent i 2021, og det er det høyeste tallet som noensinne har blitt registrert. Andelen gikk ned 10 prosentpoeng fra 2021 til 2022, men forekomsten er fremdeles høyere enn tallene fra 2018 og mye høyere enn de 10 prosentene som er registrert blant Oslos voksne befolkning (figur 4.7).

<sup>25</sup> For 2018 og 2021 har vi bare tilgang til tall fra region sørøst, ikke spesifikke Oslo-tall. Størsteparten av studentene i region sørøst bor i Oslo og derfor vil det være små avvik i regionstall og Oslo-tall.

<sup>26</sup> Dette er uvektede tall. Helseetaten har bare tilgang til vekter fra 2022-undersøkelsen, og vi har dermed valgt å presentere uvektede tall når vi beskriver utviklingen over tid.



Figur 4.7 Andel studenter med insomni (langvarige søvnforstyrrelser). Utvikling i perioden 2018–2022. Oslo og Norge. Prosent. Kilde: Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) 2018–2022 (72-74).

Eksempler på andre søvnsykdommer er søvnapné, narkolepsi og parasomni (155). For disse sykdommene, har vi lite konkrete tall for Oslo.

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) er selvrapporterte søvnvansker noe mer vanlig blant kvinner (23 %) enn menn (21 %) og kjønnsforskjellene er størst i de yngste og eldste aldersgruppene. Andre grupper med mer søvnvansker enn andre, er mennesker med lavere utdanning eller inntekt, personer med funksjonsnedsettelse og personer med innvandrerbakgrunn.

Forhold ved nærmiljøet er av stor betydning for søvnen vår (155). Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) viser at mye søvnplager er nesten dobbelt så vanlig blant dem som plages av støy der de bor (32 %), som blant dem som ikke blir plaget (19 %). Videre er det nesten dobbelt så vanlig blant dem som plages av luftforurensning (34 %), som blant dem som ikke blir plaget (18 %). Og det er nesten dobbelt så vanlig blant dem som opplever problemer med kriminalitet, vold eller hærverk i nærområdet (32 %), som blant dem som ikke opplever slike problemer (20 %).

Andre kjente risikofaktorer for å utvikle søvnvansker er kroppslige plager, stress, bekymring, usunn livstil, høyt inntak av koffein, skift- og nattarbeid og skjermbruk på kvelden (155).

### 4.3.2 Søvnvansker blant barn og unge

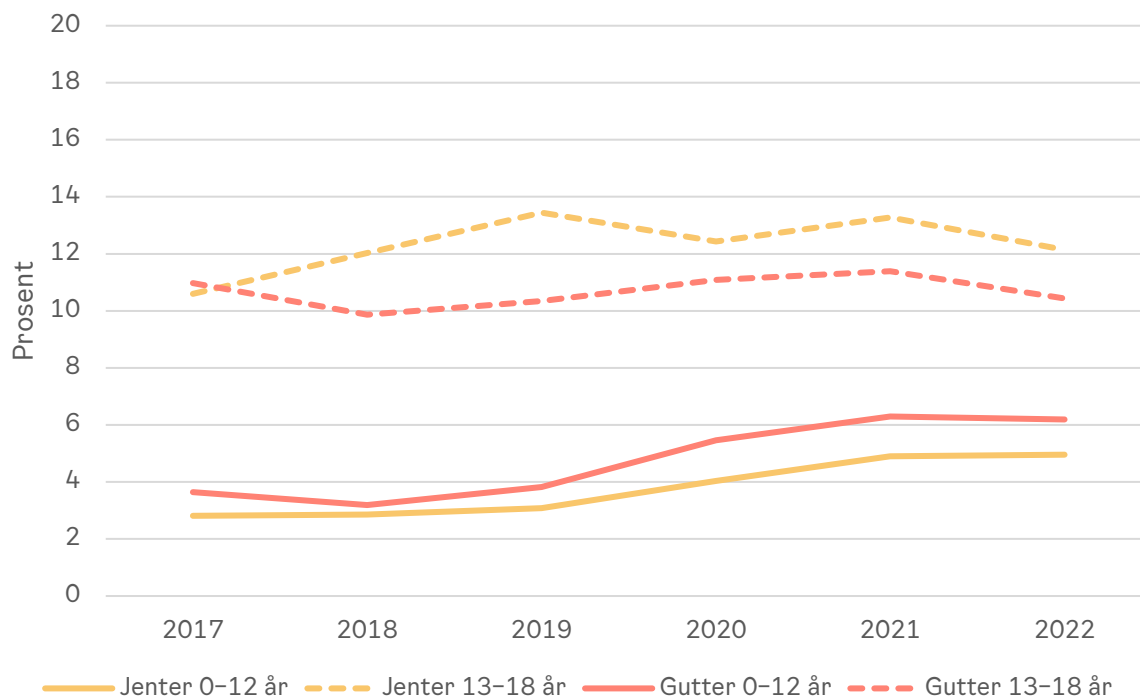
I Ung i Oslo 2023 (62) oppgir 33 prosent av ungdommene at de er mye plaget av søvnvansker, og utviklingen har holdt seg nokså stabil i perioden 2018–2023. Søvnvansker er vanligere blant jenter (38 %) enn gutter (26 %), og blant videregåendelever (36 %) enn blant ungdomsskoleelever (30 %). Det er ingen tydelige bydelsforskjeller. Det er heller ingen forskjeller mellom Oslo og Norge samlet (62, 159).

Fra 2015 til 2021 har andelen barn og unge i aldersgruppen 0–17 år som bruker sovemidler, doblet seg, nærmere bestemt fra 7 til 15 per 1 000 barn blant jentene og fra 9 til 16 per 1 000 barn blant guttene. Antallet brukere i Oslo er betydelig lavere enn det som er oppgitt for Norge som helhet. Mens bruken av sovemidler blant barn og unge har økt, har utviklingen i den generelle befolkningen i Oslo 0–74 år vært nokså stabil i samme periode. I motsetning til selvrapporterte søvnplager, som er vanligere blant jenter, er bruken av sovemidler mer forekommende blant gutter (141).

Tall fra helsetjenestene tyder på at utviklingen i søvnvansker blant barn og unge i Oslo er forskjellig mellom ulike aldersgrupper. Figur 4.8 viser utviklingen i barn og unges kontakt med fastlege eller legevakt for søvnforstyrrelser i perioden 2017–2022, fordelt etter alder og kjønn.<sup>27</sup> Andelen barn og unge i aldersgruppen 0–12 år som blir registrert med søvnforstyrrelser hos fastlege eller legevakt i perioden 2017 til 2022, har økt med 80 prosent for jenter og 70 prosent for gutter, og den største endringen skjedde i perioden 2019 til 2021. Blant aldersgruppen 13–18 år har utviklingen vært mer variabel.

---

<sup>27</sup> ICPC-2 kode P06. For å få en diagnose for søvnforstyrrelse, må borger og lege være enige om at søvnproblemet er en betydelig plage og at problemet ikke er forårsaket av andre sykdommer men er en egen tilstand.



Figur 4.8 Andel unike personer i kontakt med fastlege og/eller legevakt grunnet søvnforstyrrelser. Utvikling i perioden 2017–2022, fordelt etter kjønn og alder. Oslo. Andel per 1 000. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), spesialbestilling (160).

Mellom 0,5 og 1,3 prosent er en relativt liten andel som får en søvnforstyrrelsesdiagnose i primærhelsetjenesten, sett opp mot hvor mange barn og unge som oppgir å være mye plaget med søvnvansker. Det kan tenkes at barn og unge foretrekker å oppsøke lavterskeltjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Oslohjelpa eller Ung Arena i forbindelse med denne problematikken, men foreløpig vet vi mindre om hvem som kontakter lavterskeltjenestene, når det skjer, og hvor ofte.

## 5 Helse og livskvalitet i tre ulike grupper

---

I dette kapitlet ser vi nærmere på helse og livskvalitet blant tre utvalgte grupper: Eldre, personer med innvandrerbakgrunn og personer med funksjonsnedsettelse. Det er behov for å oppsummere og systematisere innsikten vi har om disse gruppens helse og livskvalitet, blant annet for å vurdere framtidige folkehelseinnsats og for å avdekke på hvilke områder det er nødvendig å bygge opp et bedre kunnskapsgrunnlag. Det er grunn til å understreke at ingen av de tre utvalgte gruppene er homogene. De er alle tre mangfoldige grupper med variasjon i demografiske, sosioøkonomiske og helsemessige kjennetegn. Samtidig er dette grupper som det er viktig å rette folkehelsearbeidet mot i tiden framover.



Foto: Kelly Sikkema

### I Oslo ...

- ... vurderer drøyt sju av ti eldre i aldersgruppen 67–79 år og seks av ti eldre over 80 år egen helse som god eller svært god.
- ... var 15 prosent av eldre over 67 år definert som skrøpelige i 2022, og andelen har gått litt ned siden 2018.
- ... forventes antallet med demens å øke betydelig fram mot 2040, men utviklingen i de ulike bydelene er forventet å variere.

- ... er det en høyere forekomst av psykiske plager blant eldre enn i resten av landet, og forekomsten er betydelig høyere blant kvinner enn menn.
- ... rapporterte 23 prosent av personene med innvandrerbakgrunn i 2022 at de har opplevd diskriminering på grunn av etnisk bakgrunn. Til sammenligning var det 2 prosent av den øvrige befolkningen som rapporterte slik diskriminering.
- ... deltar en mindre andel av barn (66 %) og ungdom (38 %) med utenlandsfødte foreldre i faste organiserte fritidsaktiviteter, sammenlignet med barn (87 %) og ungdom (56 %) med norskfødte foreldre.
- ... forventes antall synshemmede, hørselshemmede og personer med andre aldersrelaterte sykdommer som medfører funksjonstap, å øke med 17 til 31 prosent fram mot 2040.
- ... rapporterte 48 prosent av personer som har funksjonsnedsettelse i 2022 at de var lite tilfredse med livet, mot 22 prosent blant personer uten funksjonsnedsettelse.
- ... rapporterer omtrent én av to av innbyggere med nedsatt funksjonsevne at de har kjent på utenforskap eller diskriminering det siste året, 20 prosent har opplevd vold eller overgrep de siste fem årene og 17 prosent føler seg lite trygge i nærmiljøet. Dette er to til tre ganger høyere enn blant innbyggere uten en funksjonsnedsettelse.

## 5.1 Valg av grupper

Det blir en økende eldrebefolkning framover, som vist i kapittel 1. For å utvikle et relevant tjenestetilbud og forebygge tjenestebehov – og for å bedre helsa og livskvaliteten blant eldre mer generelt – er det viktig at vi har en god oversikt over de eldres helseforhold. Innvandrere utgjør på sin side en stor andel av Oslos befolkning. Vi har imidlertid lite kunnskap om helsa deres, noe som ikke minst ble synlig under pandemien. I tiden framover kommer det dessuten til å bli flere eldre innvandrere. Personer med funksjonsnedsettelse er landets største minoritet (161, 162) og har høyere risiko for å få fysiske og enkelte psykiske helseplager. Personer i denne gruppen har videre lavere livskvalitet, og de kommer dessuten dårligere ut når det gjelder ulike faktorer som påvirker helse og livskvalitet. I de påfølgende delkapitlene belyser vi ulike faktorer som påvirker helsa og livskvaliteten til personer i alle disse tre gruppene.

Det er utvilsomt andre grupper av befolkningen i hovedstaden som også hadde fortjent en nærmere omtale og gjennomgang i et oversiktsdokument som *Oslohelsa*. Utfordringen er at vi for flere av disse gruppene, for eksempel lhbt+-personer og samer, foreløpig mangler valid informasjon i form av statistikk som beskriver dem på Oslo-nivå. Vi har likevel valgt å omtale noe av kunnskapsgrunnlaget vi har om dem, kort i egne tekstbokser.



### Helse blant lhbt+- personer

Flertallet av lhbt+-personer vurderer sin egen helse som god, men det er flere med dårlig helse blant ikke-heterofile enn blant heterofile (163, 164). Særlig blant de unge er det flere med dårlig helse. Andelen lesbiske, homofile og bifile med dårlig psykisk helse er betydelig større enn blant heterofile. Skeive har gjennomgående lavere livskvalitet og skårer dårligere på en del levekårsindikatorer enn befolkningsgjennomsnittet (163, 164). Ung i Oslo 2023 kartla for første gang seksuell orientering blant unge i Oslo. Resultatene viste at gruppen med en annen seksuell orientering enn heterofil kom systematisk dårligere ut enn andre ungdommer på flere indikatorer for livskvalitet og levekår. De er mindre tilfredse med livet, mindre framtidsoptimistiske, mer ensomme, har dårligere relasjoner til skole og foreldre, skårer dårligere på helseindikatorer og blir oftere utsatt for mobbing og seksuelle overgrep (62).



### Helse i den samiske befolkningen

Ifølge forskrift om oversikt over folkehelsa skal kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen, vurdere disse. Oslo har en betydelig samisk befolkning, men det føres ikke statistikk over hvor mange samer som bor i Norge, så vi vet ikke hvor mange det er. Ifølge Sannhets- og forsoningskommisjonen kan det dokumenteres at den samiske befolkningen har en noe dårligere helsetilstand enn andre deler av befolkningen langs noen dimensjoner (165). Resultater fra SAMINOR 2-undersøkelsen viser at livskvaliteten, helsa, forekomsten av sykdom og bruken av helsetjenester er tilnærmet lik mellom den samiske befolkningen og resten av befolkningen. Psykisk helse utgjør imidlertid et unntak: Det var større forekomst av angst og depresjonsplager i det samiske utvalget enn i det øvrige ikke-samiske utvalget (166). Dette kan blant annet ha sammenheng med at samer er mer utsatt for diskriminering, utenforskap, vold og overgrep enn resten av befolkningen (167). Om disse resultatene kan overføres til Oslo-samers helse, er imidlertid usikkert. SAMINOR-undersøkelsene gjennomføres i utvalgte kommuner i Nord-Norge og Trøndelag.

## 5.2 Eldre

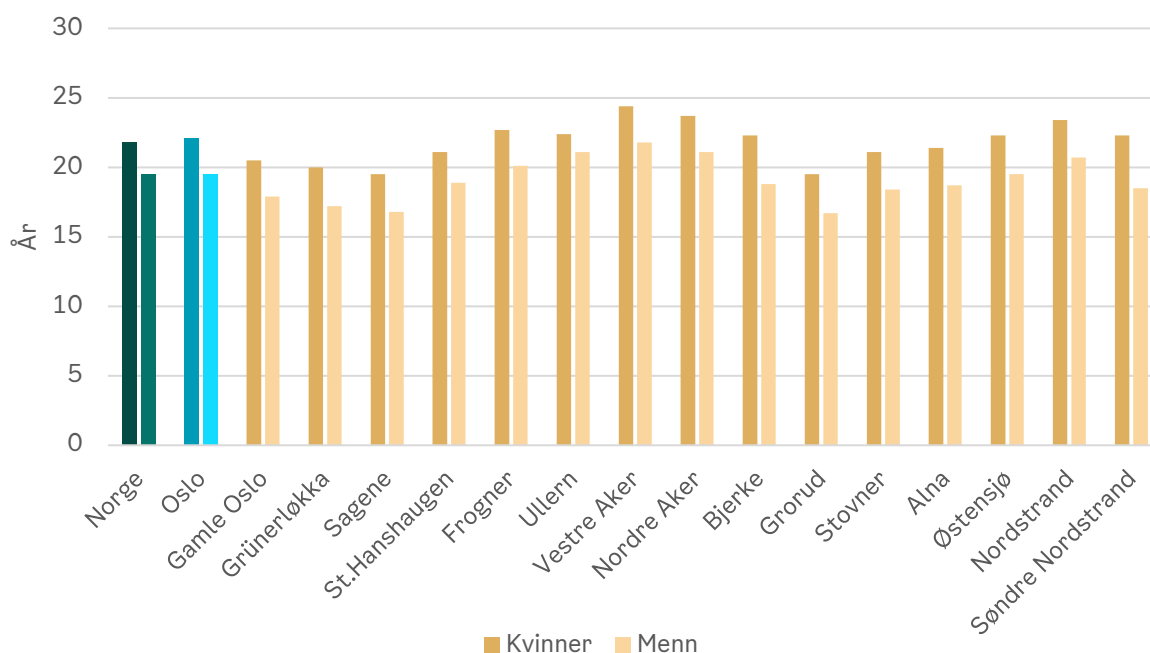
Eldre klarer seg bedre og lenger alene nå enn før (168). I nyere tid har økningen i forventede funksjonsfriske leveår blant eldre vært større enn økningen i leveår totalt (169, 170). At vi lever lenger, er et ubetinget gode og et tegn på at vi har lykket med å skape gode og trygge levevilkår (14). Samtidig fører en eldre befolkning med seg en del utfordringer og endringer.

Som beskrevet i kapittel 1 forventes det en sterk vekst i antall eldre i Oslo de kommende årene. Antall personer på 80 år og eldre er forventet å øke med 86 prosent fram mot 2040. Økningen i antall eldre er ulikt fordelt mellom bydelene. Fordi Oslo har en yngre befolkning enn resten av landet, med stadig påfyll av unge voksne, kommer aldringen av befolkningen til å merkes i noe mindre grad i Oslo enn i andre deler av landet, men det kommer likevel til å påvirke oss.

Aldringen av befolkningen innebærer også at de eldre vil bli en mer sammensatt gruppe, blant annet med tanke på helsetilstand, sosioøkonomiske faktorer, språk og kulturell bakgrunn og familieliv. Framover vil det derfor bli (enda) mindre meningsfylt å snakke om de eldre som en homogen gruppe (17). Grovt sett kan man dele gruppen inn i dem som er 67–79 år, og dem som er 80 år og eldre (168). De i aldersgruppen 67–79 år har gjerne høyere funksjonsnivå, høyere livskvalitet, høyere arbeidsevne, og de kan oftere bidra i samfunnet på andre måter, for eksempel i form av frivillig arbeid. Med flere eldre i befolkningen blir det enda viktigere med god folkehelse, både for de eldre, som da vil klare seg mer selv og få bedre livskvalitet, og for dem i yrkesaktiv alder, som da vil kunne jobbe lengst mulig. En styrket satsing på folkehelse og forebyggingsarbeid vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester (21).

### **5.2.1 Eldres helse**

Det er store sosiale ulikheter i helse, funksjonsdyktighet og levealder blant eldre, og norske studier har vist at ulikheten har økt over tid (168). Forventet gjenstående levetid er en overordnet indikator på helse blant eldre og kan gi et bilde av de sosiale ulikhetene. Det er stor variasjon i forventet gjenstående levetid blant 65-åringer i de ulike bydelene i Oslo (figur 5.1). 65-åringer har, uavhengig av kjønn, gjennomsnittlig fem år lengre forventet gjenstående levetid dersom de bor i Bydel Vestre Aker, enn dersom de bor i Bydel Grorud. I alle bydeler har eldre kvinner gjennomsnittlig nesten tre år lengre forventet gjenstående levetid enn eldre menn.

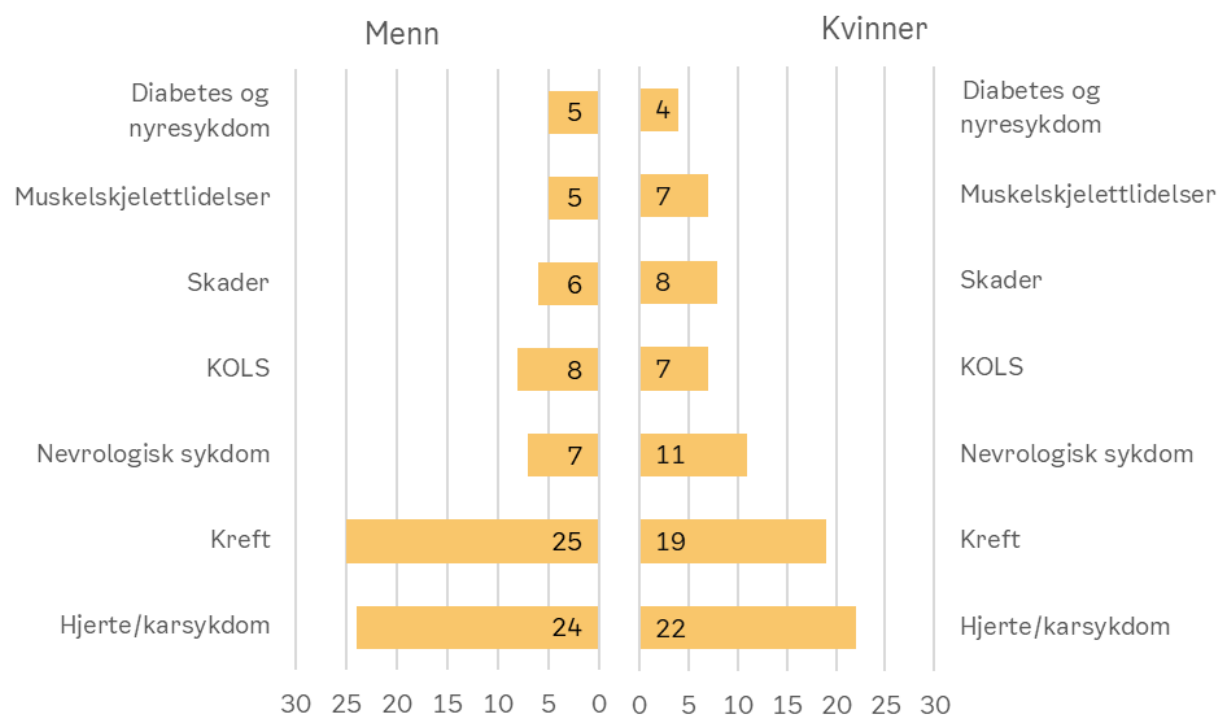


Figur 5.1 Gjennomsnittlig forventet gjenstående levetid for 65-åringer etter bydeler. 2017–2021 (glidende gjennomsnitt). Oslo, Norge. Antall år. Kilde: Statistikkbanken Oslo kommune (53).

71 prosent av eldre i aldersgruppen 67–79 i Oslo (73 % blant menn, 70 % blant kvinner) vurderte i 2022 sin egen helse som god eller svært god. Dette er noe høyere enn andelen i Norge som helhet (68 %). Blant de eldste (80 år og eldre) hadde 59 prosent (68 % blant menn, 54 % blant kvinner) god eller svært god egenvurdert helse, som er noe høyere enn i Norge som helhet (56 %) (61).

Det er grunn til å understreke at de eldste og sykeste/svakeste, for eksempel personer med demens og de som bor på sykehjem, er dårlig representert i livskvalitetsundersøkelsen, akkurat som i de fleste andre befolkningsundersøkelser. Vi har begrenset informasjon om livskvaliteten blant dem over 80 år, særlig blant de sykeste og sykehjemsbeboere (168). Dette kan føre til at helsa til den eldste aldersgruppen framstår som bedre enn den i realiteten er.

Tall fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet viser at hjerte- og karsykdommer og kreft bidrar mest til den samlede sykdomsbyrden blant eldre (figur 5.2). Forekomsten av enkelte sykdommer blant eldre beskrives nærmere i kapittel 3.



Figur 5.2: Andel av totalt antall helsetapsjusterte leveår blant eldre (70+), etter ulike sykdommer/lidelser og kjønn. 2019. Oslo. Prosent. Kilde: IMHE Global burden of disease results (64).

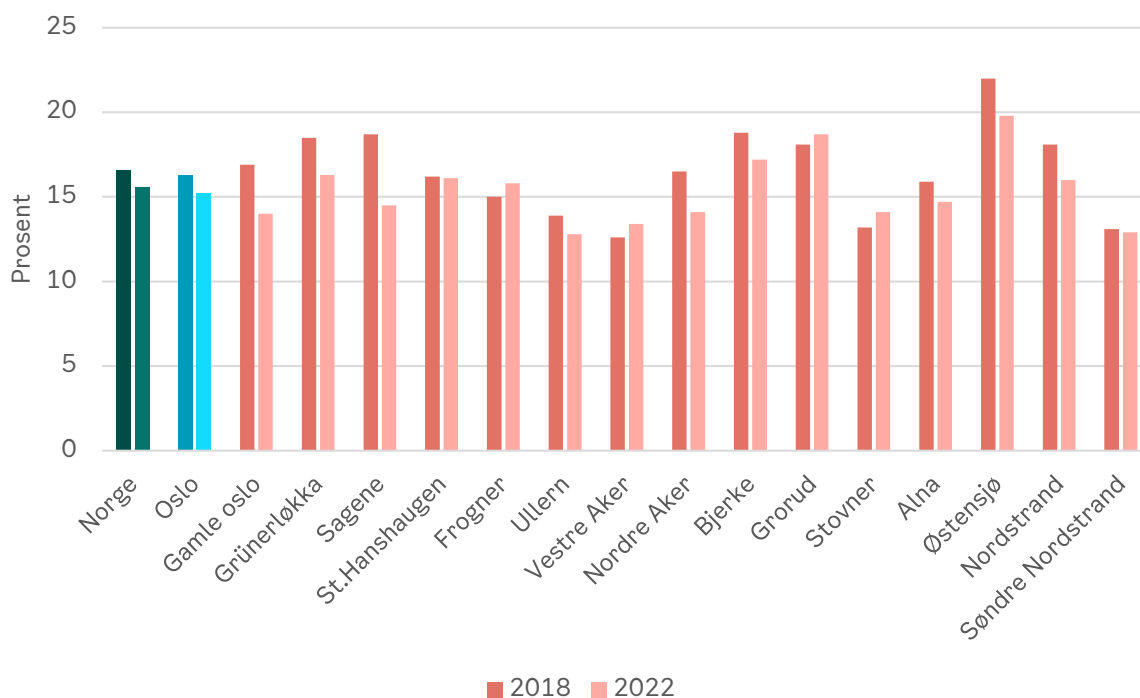
### 5.2.2 Skrøpelige eldre

Skrøpelige eldre er den befolkningsgruppen som har mest helseutfordringer. Dette er en gruppe med et stort hjelpe- og tjenestebehov. Skrøpelighet kan ses på som redusert iboende kapasitet. Det er en tilstand som særlig rammer eldre, og forekomsten øker med stigende alder.

En måte å operasjonalisere skrøpelige eldre på, som brukes av Helsedirektoratet og i helsefelleskapene<sup>28</sup>, er personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, og som har dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.<sup>29</sup> I 2022 var 15 prosent av personene over 67 år i Oslo skrøpelige. Dette var det samme som for landsgjennomsnittet (Helsedirektoratet dashboard, KPR). Fra 2018 til 2022 har andelen skrøpelige eldre gått litt ned både i Oslo og i resten av Norge. I Oslo er det betydelige forskjeller mellom bydelene, men i de fleste bydelene har andelen gått ned siden 2018 (figur 5.3). Bydel Østensjø har den høyeste andelen skrøpelige eldre (20 %), mens Ullern har den laveste andelen (13 %). Det er viktig å nevne at personer som bor på sykehjem, rapporteres med bosted i den bydelen der sykehjemmet ligger. Dette bidrar til at bydeler med flere sykehjem og sykehjems plasser er registrert med flere skrøpelige eldre enn bydeler med færre sykehjem og sykehjems plasser.

<sup>28</sup> Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er helsefelleskapene et samarbeid mellom representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere som sammen skal planlegge og utvikle tjenestene (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap>)

<sup>29</sup> Funksjonsnedsettelse som medfører middels/stort eller fullt bistandsbehov, vurdert etter en additiv indeks for bistandsbehov/funksjonsnivå for ti funksjonsindikatorer (IPLOS), registrert av helse- og omsorgstjenester.



Figur 5.3: Andel skrøpelige eldre som andel av befolkningen 67 år og eldre, etter bydel og år. 2018, 2022. Oslo, Norge. Prosent. Kilde: Helse- og omsorgstjenester i KPR (kommunalt pasient- og brukerregister) (Helsedirektoratet, dashbord) (171).

Det er mange ulike faktorer som kan bidra til å hemme funksjonsnivået og gjøre eldre skrøpelige. Ulike kroniske lidelser, og spesielt flere samtidig (multimorbiditet), demens og fallskader er noen hyppig forekommende og forebyggbare faktorer. I 2019 hadde 3,8 prosent av personene i aldersgruppen 60–79 år og 10,2 prosent i aldersgruppen 80 år og eldre multimorbiditet i Oslo (172). Andelen eldre med multimorbiditet var relativt lik andelen i hele Norge blant personer i alderen 60–79 år, men litt høyere blant personer i alderen 80 år og eldre.

### 5.2.3 Demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap som påvirker evnen til å klare seg selv i dagliglivet. Sykdommen rammer primært eldre og er svært belastende for enkeltpersoner, pårørende, helsetjenestene og samfunnet. Det finnes flere ulike typer demens, hvor Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken (60–70 % av tilfellene). Andre typer er vaskulær demens, demens med Lewy-legemer og frontallappdemens (173).

I 2022 ble 4 300 unike personer (1 656 menn og 2 644 kvinner) diagnostisert med demens i de kommunale helse- og omsorgstjenestene eller spesialisthelsetjenesten når vi inkluderer registrerte hoveddiagnoser og bidiagnoser (83). Av disse var 3 483 personer (81 %) 75 år eller eldre (1 265 menn og 2 218 kvinner). Andelen som hadde en demensdiagnose i Oslo i 2022, var 6 per 1 000 personer i befolkningen. Til sammenligning var andelen i Norge 9 per 1 000. Blant dem

over 75 år i Oslo hadde 85 per 1 000 personer demensdiagnose, mens andelen i Norge var 89 per 1 000. Forekomsten av demens blant personer i aldersgruppen 75 år og eldre i Oslo har sunket litt siden 2017, da andelen var 93 per 1 000, mens det ikke har skjedd noen endring hvis man ser på forekomsten blant hele befolkningen i Oslo. Disse tallene er ikke justert for ulik alderssammensetning, så Oslos yngre befolkning kan bidra til at andelen personer med demens i hele befolkningen er lavere enn i hele Norge.

Ifølge beregninger basert på andelstall fra HUNT, helseundersøkelsen i Trøndelag, og Oslos befolkningstall har 10 084 personer i Oslo demens i 2023, noe som tilsvarer 1,4 prosent av befolkningen (53, 174). Siden Oslo har en yngre befolkning enn resten av landet, er dette estimatet lavere enn estimatet for Norges befolkning (2 %).

Tabell 5.1 viser den estimerte forekomsten av demens i ulike aldersgrupper i Oslo i 2023. Det er klart vanligst hos eldre, men forekommer også hos personer i aldersgruppen 30–64. Det er noe forskjell mellom kjønnene, spesielt blant dem som er 85 år og eldre, hvor kvinnene er i flertall. Dette henger sammen med at flere kvinner enn menn blir eldre enn 85 år.

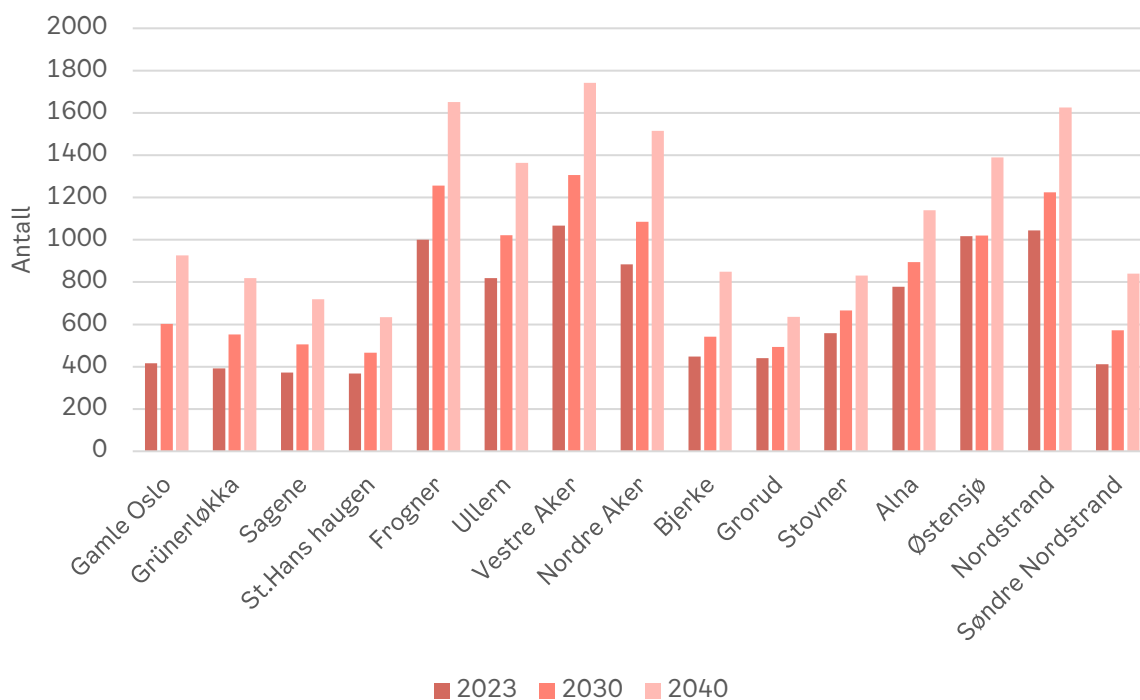
Tabell 5.1 Estimert antall personer med demens, etter aldersgrupper. 2023. Oslo.

Alder	Kjønn samlet	Menn	Kvinner
30–64 år	298	150	148
65–69 år	197	75	124
70–74 år	1 280	692	581
75–79 år	1 920	954	966
80–84 år	1 974	834	1 140
85–89 år	2 083	694	1 395
90 år og eldre	2 299	567	1 736

Note: Demenskartet (174), Oslo kommune statistikkbank (53).

Det er grunn til å tro at antallet personer som lever med demens, vil øke parallelt med at antall eldre øker. Det er estimert at antall personer med demens i Oslo kommer til å være 12 964 i 2030 og 18 521 i 2040 (53, 174). Både det estimerte antallet med demens i 2023 og den framskrevne økningen i antall fram til 2030 og 2040 varierer mye mellom bydelene (figur 5.4). Det forventes flest personer med demens i Bydel Vestre Aker med 1 322 i 2030 og 1 733 i 2040 og færrest i Bydel Grorud med 502 i 2030 og 647 i 2040. Disse tallene er ikke justert for ulike befolkningstall og ulik alderssammensetning i bydelene (se kapittel 1, figur 1.2 og 1.3), som er viktige faktorer ved framskrivning av demensforekomst. I tillegg er tallene fra demenskartet bare estimater basert på beregninger med tall fra HUNT, helseundersøkelsen i Trøndelag, og må av den grunn tolkes med en viss forsiktighet. Tallene fra demenskartet gir en over dobbelt så stor andel personer med demens i Oslo som tallene som er registrert i Kommunalt pasient- og brukerregister og Nasjonalt pasientregister. Selv om tallene fra demenskartet er hentet fra en

annen populasjon (Trøndelag) og det er en del usikkerhet knyttet til dem, kan det tenkes at det er en viss underrapportering i tallene fra de to andre registrene, og at flere som lever med demens, ikke har fått en demensdiagnose.



Figur 5.4 Estimert antall personer med demens i 2023 og framskrevet for 2030 og 2040, etter bydel. Basert på rater fra Hunt-undersøkelsen i Trøndelag og befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank. 2023. Oslo. Antall. Kilde: Demenskartet (174) og Oslo kommune statistikkbank (53).

Demens er den mest kostbare sykdomsgruppen blant personer over 70 år i Norge, med særlig store kostnader for kommunesektoren (se kapittel 3). En økning i antall personer som lever med demens, vil medføre økte kostnader for kommunene.

En stor litteraturoppsummering fra 2020 (175) har for øvrig pekt ut tolv forebyggbare risikofaktorer som antas å være årsaken til 40 prosent av alle demenstilfeller i befolkningen. Av disse utgjør hørselstap den største risikofaktoren med 8 prosent, etterfulgt av lav utdanning, som antas å forårsake 7 prosent av tilfellene.

#### 5.2.4 Psykiske helse og livskvalitet

Eldre er den gruppen i befolkningen som har den høyeste andelen som rapporterer at de har god livskvalitet (se kapittel 2). Det er imidlertid noen utfordringer knyttet til psykisk helse, spesielt blant de eldste (80 år og eldre). Mange eldre kjenner blant annet på ensomhet (168). Ensomhet er et voksende folkehelseproblem og kan medføre store konsekvenser for den enkeltes helse (se delkapittel 8.4.1).

SSBs livskvalitetsundersøkelse viser at andelen ensomme eldre i alderen 67 år og eldre har gått litt ned, fra 11 prosent i 2020 til 8 prosent i 2022. Et lavt antall respondenter gjør at det ikke er mulig å dele dem inn i finere aldersgrupper, men basert på tidligere litteratur (176) kan man gå ut fra at de eldste, i alderen 80 år og eldre, kjenner mer på ensomhet. Det er likevel ikke mulig å konkludere med om det har vært en positiv eller negativ utvikling. Som beskrevet i delkapittel 8.4.1 kan indirekte mål på ensomhet, det vil si i form av spørsmål om isolasjon og savn av nærhet eller sosial kontakt, potensielt kartlegge den kroniske og mer skadelige ensomheten mer presist. Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) viser at 31 prosent av eldre i alderen 67–80 år i Oslo føler seg isolert fra andre, og at 35 prosent savner noen å være sammen med. Blant eldre i alderen 80 år og eldre føler 29 prosent seg isolert fra andre, mens 51 prosent savner noen å være sammen med. Det er relativt små forskjeller mellom Oslo og hele Norge, men det er mer utbredt å kjenne på isolasjon blant de eldste i Norge som helhet enn blant de eldste i Oslo.

Tabell 5.2 Andel eldre som føler seg isolert fra andre og savner noen å være sammen med, etter aldersgruppe. 2022. Oslo. Prosent.

	Føler seg isolert fra andre				Savner noen å være sammen med			
	Av og til		Ofte		Av og til		Ofte	
	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo
Yngre eldre (67-80 år)	26	25	4	6	31	28	6	7
Eldre eldre (80+ år)	28	21	9	8	37	38	13	13

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Kunnskapen om forekomsten av psykiske lidelser blant eldre i Norge er mangelfull. Flere studier tilsier at forekomsten av psykiske plager og lidelser er høyere blant unge voksne enn blant eldre, men at symptomene øker noe i eldre år, og da særlig blant de aller eldste. Det mangler studier av psykiske plager og lidelser hos sykehjemsbeboere og eldre som er rammet av demens (168). Det finnes imidlertid studier som viser relativt høye forekomster av psykiske lidelser blant de aller eldste. Börjesson-Hanson og medforfattere (177) fant for eksempel en psykisk lidelse hos to tredjedeler av personene over 95 år i Gøteborg. Omtrent halvparten av disse hadde demensdiagnoser, men også når det ble sett bort fra demens, var forekomsten av psykiske lidelser høy.

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 rapporterte 11 prosent i alderen 67–79 år og 18 prosent i alderen 80 år og eldre i Oslo at de hadde hatt psykiske plager i form av angst eller depresjon de siste 14 dagene (61). Dette var noe høyere enn i hele Norge, hvor henholdsvis 10 og 14 prosent rapporterte om psykiske plager i de to aldersgruppene. På grunn av begrensninger i

datagrunnlaget er det ikke mulig å se på kjønnsforskjeller i den eldste gruppen, men samlet for alle over 67 år var det betydelige forskjeller mellom kvinner og menn (henholdsvis 20 % og 2 %). Det er også grunn til å nevne at 7 prosent av dem mellom 67 og 79 år og 13 prosent av dem over 80 år opplever aldersdiskriminering.

Det er store sosiale ulikheter i helse blant eldre (168). Med et stadig høyere utdanningsnivå i befolkningen generelt har forskjellene i forventede leveår blant grupper med ulikt utdanningsnivå økt. Eldre med høyere utdanning kan også ha beskyttelse mot ensomhet i form av flere nære sosiale relasjoner (178), og som tidligere nevnt har det vist seg at demens forekommer hyppigere blant dem med lavere utdanningsnivå (173).

### 5.2.5 Helsekompetanse

Helsekompetanse kan defineres som individers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon og gjennom det fremme sin egen helse, mestre sykdom og bruke helsetjenester på en effektiv måte (35). Helsekompetanse er spesielt viktig for eldre ettersom de er mer utsatt for sykdom og hyppigere i kontakt med helsevesenet.

Det finnes ikke statistikk på helsekompetanse blant eldre i Oslo, men i 2020 gjennomførte Helsedirektoratet, i samarbeid med OsloMet og Høgskolen i Innlandet, en nasjonal kartlegging av befolkningens helsekompetanse (34). Her kom det fram at personer i alderen 65 år og eldre har lavere digital helsekompetanse enn resten av befolkningen, herunder spesielt lave ferdigheter i generell digital kompetanse. De har i midlertidig tilsvarende eller høyere ferdigheter enn resten av befolkningen, i kommunikasjon med helsepersonell og evnen til å navigere i helsevesenet.

### 5.2.6 Framtidens utfordringer med eldres helse

De store etterkrigskullene er i snitt friskere enn tidligere kull, men en aldrende befolkning vil få konsekvenser for den samlede sykdomsbyrden. Den aldersspesifikke dødeligheten og sykdomsbyrden i Norge er forventet å fortsette å falle fram mot 2050, om enn i noe lavere takt enn det vi har sett de siste tiårene (se delkapittel 2.4.5). En befolkning med en stadig større andel eldre forventes likevel å medføre en økning i dødeligheten og sykkeligheten i befolkningen totalt i 2050 (16). Det er særlig sykdomsbyrden blant de aller eldste – over 90 år – som forventes å bli høyere enn i dag. Folkehelseinstituttets framskrivninger viser også at helseutfordringene som er viktige i dag, i stor grad vil dominere også i 2050. De vanligste folkehelsesykdommene har det til felles at forekomsten øker med stigende alder (se kapittel 3). Samtidig vil det fortsatt være en nedgang i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer, noe som vil føre til at flere oppnår aldre hvor kreft, demens, fallulykker, ernærings sykdommer og infeksjoner blir viktige årsaker til dødelighet og sykkelighet.

## 5.3 Personer med innvandrerbakgrunn

Å flytte for å bosette seg i et annet land representerer store endringer i menneskers liv, både fysisk, psykisk og sosialt. Disse endringene kan påvirke helsa både i positiv og negativ retning.

Innvandrere utgjør en stor del av Oslos befolkning, og innvandrerhelse er et viktig tema for folkehelse i Oslo.

Samtidig består innvandrerbefolkningen av grupper med svært ulik bakgrunn, og det er store forskjeller i helse mellom disse. Det er også forskjeller innad i gruppene, blant annet mellom kvinner og menn (179). Sammenhengen mellom innvandring og helse er svært sammensatt og avhenger av en rekke faktorer. Botid i Norge, innvandringsgrunn og sosiale forhold som arbeid, inntekt, utdanning og diskriminering er noen av dem. Det er viktig å ha kunnskap om helse og sykdommer i forskjellige grupper av innvandrere for å kunne iverksette målrettede folkehelseiltak og redusere eventuelle helseforskjeller (180).



### Definisjoner

Statistisk sentralbyrå definerer innvandrere som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre. Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre, og som har fire utenlandsfødte besteforeldre (181). Når gruppene omtales sammen, brukes begrepet *personer med innvandrerbakgrunn*.

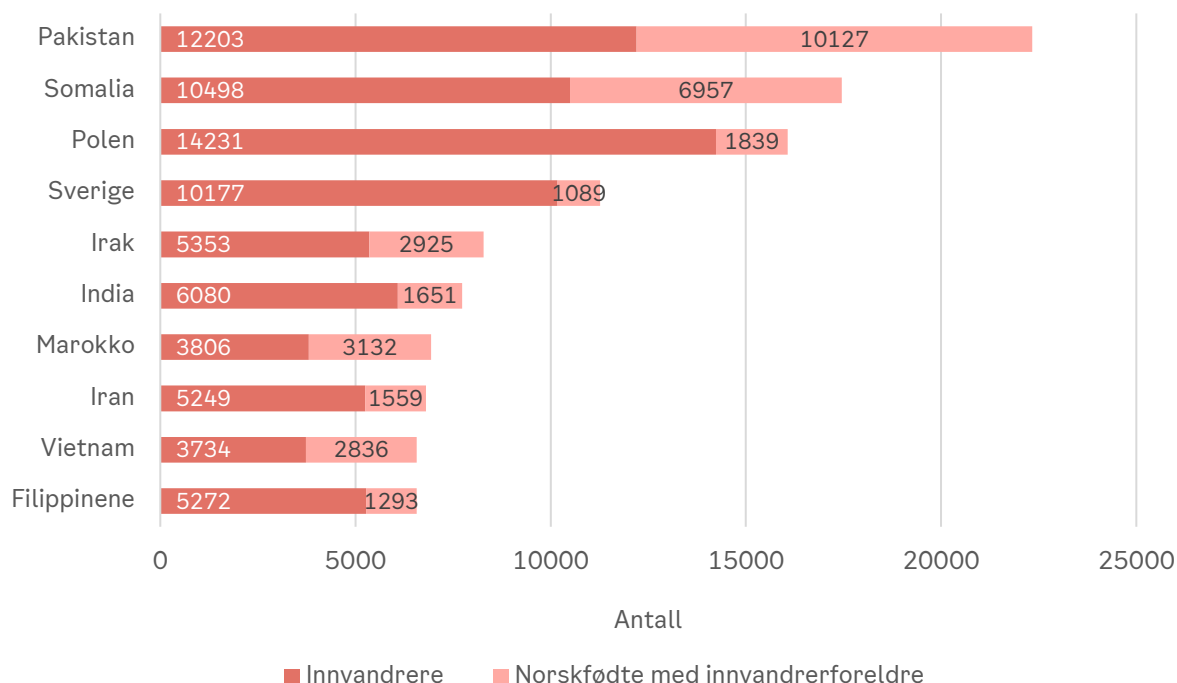
### 5.3.1 Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo

Oslo er en av kommunene i landet som har høyest andel innvandrere, og hver tredje person har innvandrerbakgrunn. Innvandrere utgjør 26 prosent av Oslos befolkning, mens 8 prosent er norskfødte med foreldre som er innvandrere ((8) tabell 05182). Av Oslos bydeler er det bare Vestre Aker og Nordstrand som ligger under landsgjennomsnittet på 16 prosent når det gjelder andelen innvandrere. Stovner, Søndre Nordstrand, Alna og Grorud er bydelene som har størst andel innvandrere, med andeler på over 37 prosent (tabell 1.2 i delkapittel 1.4.3).

Hvilken landbakgrunn som er sterkest representert blant innvandrere, varierer over tid og påvirkes av hendelser andre steder i verden. De første arbeidsinnvandrerne fra Pakistan kom til Norge på slutten av 1960-årene, og innvandrere fra Pakistan var lenge den største innvandrergruppen i Oslo. Arbeidsinnvandringen fra Asia og Afrika gikk ned fra midten av 1970-årene, og deretter fulgte en periode med familieinnvandring. Etter hvert innvandret også flyktninger fra blant annet Vietnam, Chile, Iran, Sri Lanka, Irak, Somalia, Afghanistan, Eritrea, Syria og sist fra Ukraina (182). EU-utvidelsen i 2004–2013, der 13 nye land ble med i EU, bidro sterkt til å endre sammensetningen av innvandrergrupper i Norge. Siden 2013 har flertallet av innvandrere i Oslo, 14 231 personer, kommet fra Polen (figur 5.5).

Et flertall av norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo, i alt 10 127 personer, har foreldre fra Pakistan. Det skyldes at deres foreldre er blant de innvandrergruppene som har lengst botid i

Norge. Den nest største gruppen, i alt 6 957 personer, har foreldre fra Somalia, etterfulgt av Marokko med 3 132 personer (figur 5.5).



Figur 5.5 Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra de 10 største landbakgrunnene blant personer med innvandrerbakgrunn i Oslo. Per 1.1.2023. Oslo. Kilde: SSB statistikkbanken, tabell 09817 (8).

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre omtales nærmere i delkapittel 1.4.3 «Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre».

### 5.3.2 Helsetilstand og levevaner

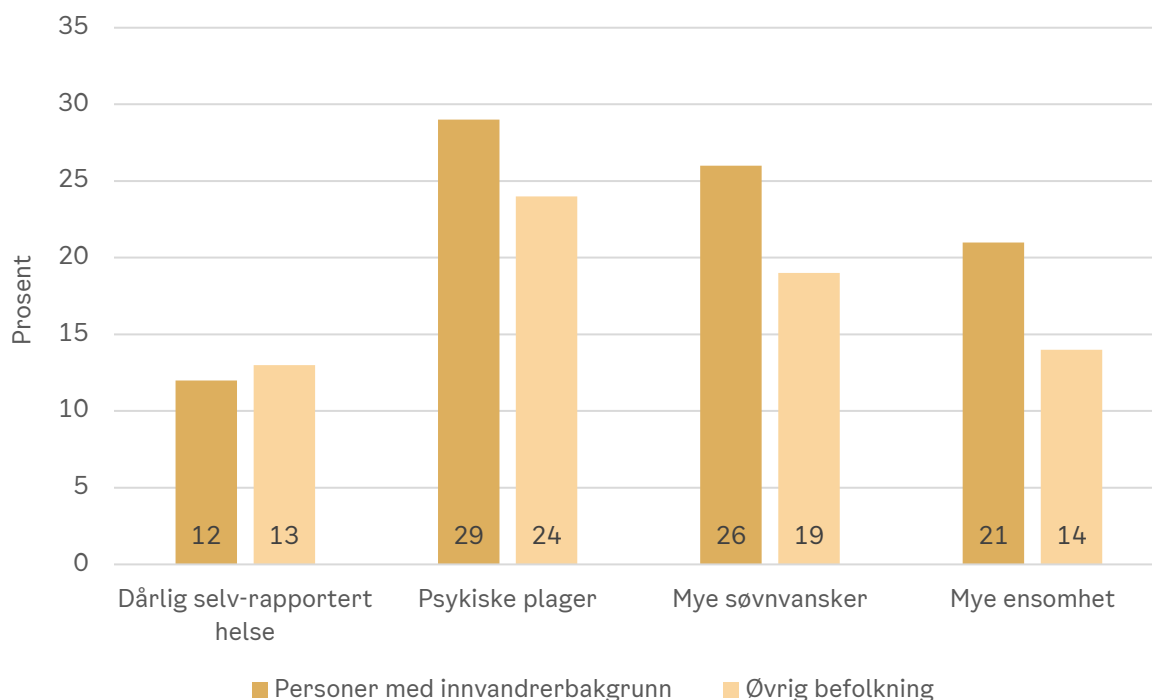
Vi har begrenset med kunnskap om helsa til personer med innvandrerbakgrunn, og det finnes ingen systematisk og regelmessig innsamling av data for denne gruppen. Noen av utfordringene med helseundersøkelser som gjennomføres, kan være at de sjelden er tilpasset innvandrere i språk og innhold, at undersøkelsene er rettet mot utvalgte innvandrergrupper, og at det er lav deltakelse blant innvandrere.

Selv om kunnskapen er mangelfull, er det likevel enkelte undersøkelser som kan si noe om helsa til innvandrere. Blant annet har studier vist at innvandrere i Norge generelt har lavere dødelighet og høyere forventet levealder enn den øvrige befolkningen (183, 184). Det er imidlertid en del usikkerhet knyttet til beregningene. Denne usikkerheten bunner i at det er få eldre innvandrere i Norge, og at det hender at dødsfall blant innvandrere som har utvandret, ikke blir registrert, til tross for at de fortsatt er registrert som bosatt i Norge. Det har også vist seg at jo lenger innvandrere bor i Norge, desto likere blir de den øvrige befolkningen. I framtiden er det grunn til å

forvente at andelen innvandrere med lang botid vil øke, og at vi dermed også vil få flere eldre innvandrere, noe som blant annet vil kunne påvirke behovet for helsetjenester (180).

Når det gjelder de store ikke-smittsomme sykdommene, viser studier at innvandrere fra Sør-Asia og noen afrikanske land har høyere forekomst av type 2-diabetes, og at de får sykdommen i yngre alder (180, 185). Hjerte- og karsykdommer er vanligere blant innvandrere fra Sør-Asia og mindre vanlig blant innvandrere fra Øst-Asia, sammenlignet med befolkningen for øvrig (186). Totalt sett er det færre krefttilfeller blant innvandrere, men enkelte kreftformer har høyere forekomst i denne gruppen. Dette gjelder blant annet forekomsten av lungekreft, som er høyere blant menn som har innvandret fra Øst-Europa, enn blant norskfødte menn. Det gjelder også forekomsten av leverkreft, som er høyere blant menn fra Midtøsten, Afrika og Asia og blant kvinner fra Asia enn blant norskfødte, og forekomsten av kreft i magesekken, som er høyere blant innvandrere fra Øst-Europa enn blant norskfødte (180). I tillegg er det færre innvandrerkvinner som benytter seg av tilbudet om screening for livmorhalskreft (187) og brystkreft (188) enn kvinner født i Norge. Antall krefttilfeller blant innvandrere er lavt og kan av den grunn være mer usikkert og utsatt for tilfeldige variasjoner. Forekomsten av kols blant innvandrere i Norge er ukjent. Med tanke på at røyking er mer utbredt i enkelte innvandrergrupper, er det sannsynlig at forekomsten av kols i disse gruppene vil øke i årene framover, i takt med en økende andel eldre innvandrere (180).

Figur 5.6 viser fordelingen av enkelte helseutfall blant personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen i Oslo fra Livskvalitetsundersøkelsen som ble gjennomført i 2022. Andelen som rapporterte dårlig eller svært dårlig helse, var noenlunde lik blant personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen. Om lag 29 prosent rapporterte psykiske plager blant personer med innvandrerbakgrunn. Andelen som rapporterte det samme blant den øvrige befolkningen, var 24 prosent. Andelen som rapporterte at de hadde mye søvnvansker, og at de var ganske eller veldig mye plaget av ensomhet, var 7 prosentpoeng høyere blant personer med innvandrerbakgrunn enn blant den øvrige befolkningen.



Figur 5.6 Andel som oppgir ulike helseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen. 18 år og eldre. Vektete tall. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

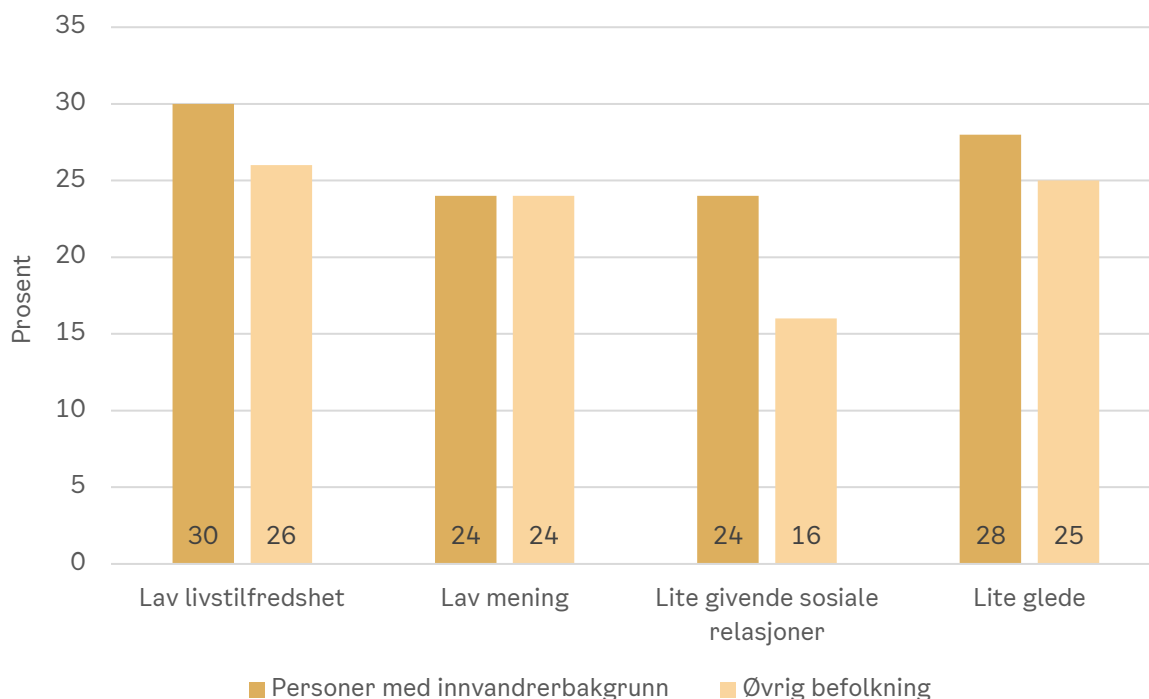
I likhet med befolkningen ellers ser man en sosial gradient i helse blant innvandrere. Tall fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 viser blant annet at andelen som vurderte sin egen helse som god, var høyere blant dem med høyere utdanningsnivå og høyere inntekt. Høyere utdanningsnivå var også forbundet med lavere risiko for hjerte- og karsykdommer blant innvandrerkvinner. I tillegg var høyere inntekt forbundet med lavere risiko for diabetes, mens lav inntekt var forbundet med psykiske plager (179).

Når det gjelder levevaner, ser det ut til at innvandrere generelt har et lavere fysisk aktivitetsnivå enn den øvrige befolkningen, og innvandrerkvinner trener mindre enn innvandremenn (179). Det er begrenset med kunnskap om kosthold blant innvandrere. En studie blant innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan bosatt i Oslo viste at de hadde endret kostholdet i retning av et høyere inntak av fett og sukker og et lavere inntak av fiber etter migrasjonen (189). Videre kan det blant annet nevnes at D-vitaminmangel er utbredt blant innvandrere fra Afrika og Sør-Asia (190, 191), at røyking er mer vanlig hos noen innvandrergrupper, og at alkoholinntaket generelt er lavere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig (179).

### 5.3.3 Livskvalitet

Resultater fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 viser små forskjeller i livskvalitet mellom personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen, med unntak av kartleggingen av givende sosiale relasjoner (figur 5.7). Om lag 24 prosent av personene med innvandrerbakgrunn

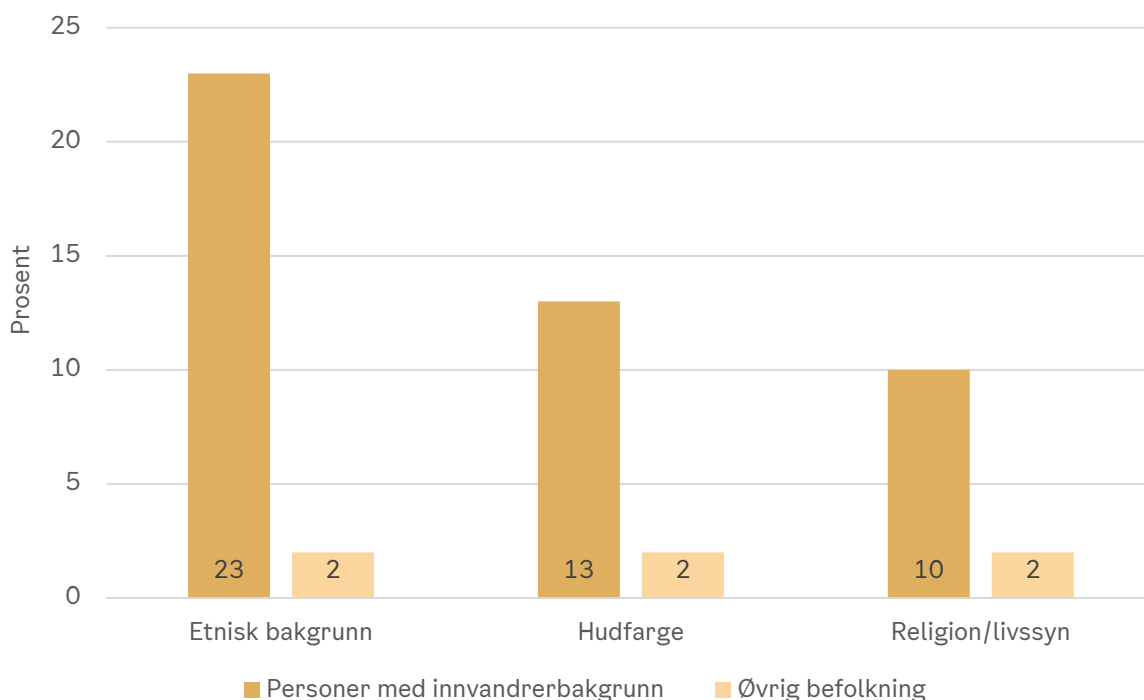
skåret lavt på spørsmålet om hvorvidt de opplevde de sosiale relasjonene sine som givende. Den tilsvarende andelen blant den øvrige befolkningen var 16 prosent.



Figur 5.7 Andel med lave skårer på utvalgte livskvalitetsindikatorer blant personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen. 18 år og eldre. Vektete tall. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

### 5.3.4 Diskriminering

Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 viser at personer med innvandrerbakgrunn har opplevd mer diskriminering enn den øvrige befolkningen det siste året (figur 5.8). I 2022 rapporterte 23 prosent av personene med innvandrerbakgrunn at de har opplevd diskriminering på grunn av etnisk bakgrunn. Videre oppga 13 prosent at de hadde opplevd diskriminering på grunn av hudfarge og 10 prosent på grunn av religion eller livssyn. Til sammenligning oppga 2 prosent av den øvrige befolkningen slik diskriminering.



Figur 5.8 Andel som rapporterer diskriminering på grunn av etnisk bakgrunn, hudfarge og religion eller livssyn blant personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen. 18 år og eldre. Vektete tall. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

### 5.3.5 Helsekompetanse

Flere grupper kan ha utfordringer med å tilegne seg nødvendig helsekompetanse (se definisjon under delkapittel 5.2.5). Når det gjelder innvandrere, kan dette blant annet være utfordrende for dem med kort botid eller lav utdanning fra hjemlandet. Det kan også være utfordrende for innvandrere som har bodd lenge i Norge, men som har manglende språkferdigheter (35, 192).

En undersøkelse av befolkningens helsekompetanse i Norge viste at om lag en tredjedel manglet sentrale kunnskaper og ferdigheter om helse (34). En tilsvarende undersøkelse gjennomført i fem innvandrergrupper viste at dette gjaldt for 40 prosent av respondentene med bakgrunn fra Tyrkia og Vietnam (193). Målrettede tiltak kan øke helsekompetansen hos innvandrergrupper med spesifikke utfordringer (193).

### 5.3.6 Covid-19 blant personer med innvandrerbakgrunn

Innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn har vært hardere rammet av koronapandemien enn den øvrige befolkningen i Norge. Andelen bekreftede tilfeller i Norge i perioden fra februar 2020 til juni 2021 var 4,7 prosent blant innvandrere, 7,2 prosent blant norskfødte med innvandrerbakgrunn og 1,6 prosent blant norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrerbakgrunn (121).

Det er sammensatte grunner til at enkelte innvandrergupper var overrepresentert i statistikken over smitte og innleggelser under pandemien. Blant annet kommer det fram (49, 121) at innvandrerbefolkningen har vært noe mer utsatt for smitte og sykdom på grunn av:

- Flere internasjonale reiser
- Forsinkelser i arbeidet med testing, isolasjon, smittesporing og karantene (TISK) som følge av svakere språk-, helse- og digital kompetanse
- At innvandrere har vært bosatt i mer sentrale strøk der smitten har vært høyere

Sosioøkonomiske forhold som inntekt, utdanning og yrke har hatt en moderat betydning. Det samme gjelder boforhold som trangbodhet og familiestørrelse (49, 121). Blant annet viser undersøkelsen Oslo-ungdom i koronatiden at 20 prosent av byens ungdommer opplevde at én av eller begge foreldrene ble permittert eller mistet jobben under pandemien. Forekomsten var størst hos ungdommer med lavere sosioøkonomisk bakgrunn og innvandrerbakgrunn (194).

### 5.3.7 Barn og unge med innvandrerbakgrunn

Tall fra Ung i Oslo 2023, som ble gjennomført blant barn på 5.-7. trinn, viser at det bare var små forskjeller mellom barn med ulik bakgrunn. Nivået på barnas livskvalitet og selvbilde, om de har fortrolige venner, hvor fornøyde de er med foreldrene sine, og om de trives på skolen, var mer eller mindre det samme for barn med og uten norskfødte foreldre (63).

Et område der Ung i Oslo 2023 viste at det var tydelige forskjeller mellom barn med og uten norskfødte foreldre, var deltakelse i idrett og andre organiserte aktiviteter. Mens 87 prosent av barna med norskfødte foreldre deltok i faste, organiserte fritidsaktiviteter, var den tilsvarende andelen 66 prosent blant barn med utenlandsfødte foreldre. Det var også en tydelig sosial gradient blant barn med utenlandsfødte foreldre, hvor barn i familier med høy sosioøkonomisk status i større grad deltok på faste fritidsaktiviteter (78 %) enn barn i familier med lav sosioøkonomisk status (60 %) (63).

Sammenlignet med resultatene fra Ung i Oslo 2021 har den totale andelen av barna på 5.-7.trinn som deltok på faste aktiviteter, økt med 7 prosentpoeng. Økningen har vært størst blant barn med utenlandsfødte foreldre og i gruppene med lav og middels sosioøkonomisk status. At deltakelsen har økt i denne perioden, kan henge sammen med at barna hadde levd i over ett år med pandemi da undersøkelsen ble gjennomført i 2021 (63). Videre viser Ung i Oslo 2023 rapporten at 19 prosent av barna med utenlandsfødte foreldre følte seg ensomme, noe som er 3 prosentpoeng høyere enn barn med norskfødte foreldre (63).

Blant ungdommer på ungdomsskolen og videregående skole ser man også tydelige sosiale mønstre når det gjelder deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Blant ungdommer med norskfødte foreldre deltok 56 prosent i organiserte fritidsaktiviteter. Tilsvarende andel var 38 prosent blant ungdommer med utenlandsfødte foreldre. Hos begge grupper var andelen høyere blant ungdommer i familier med høy sosioøkonomisk status enn blant ungdommer i familier med lav sosioøkonomisk status (33). Én av fire ungdommer med utenlandsfødte foreldre

rapporterte ellers at de hadde lyst til å være med på organiserte fritidsaktiviteter, og omtrent like mange rapporterte at de hadde foreldre som av og til eller ofte manglet penger til å betale for fritidsaktiviteter de ønsket å være med på (33).

Det samme mønsteret viser seg når matvaner i skoleuka blir kartlagt. Mens 54 prosent av ungdommene med norskfødte foreldre rapporterte at de spiste frokost hver dag før skolen, var den tilsvarende andelen 39 prosent blant ungdommer med utenlandsfødte foreldre (33). Også her var andelen høyere blant ungdommer i familier med høy sosioøkonomisk status enn blant ungdommer i familier med lav sosioøkonomisk status i begge gruppene. Alkohol og andre rusmidler (bortsett fra røyk) var for øvrig mindre brukt blant ungdommer med utenlandsfødte foreldre enn blant ungdommer med norskfødte foreldre (33).

### 5.3.8 Eldre med innvandrerbakgrunn

I årene framover blir det altså flere eldre i Oslo, og flere av de eldre kommer også til å være innvandrere. I 2023 er 20 prosent av befolkningen som er 60 år og eldre i Oslo, innvandrere (se kapittel 1). Til sammenligning er andelen i hele landet 7 prosent. Høyest er andelen i Bydel Søndre Nordstrand, med 37 prosent, mens andelen i bydelene Gamle Oslo, Stovner og Alna er i overkant av 30 prosent. Det er ikke foretatt noen egne framskrivninger av befolkningen etter innvandrerbakgrunn for Oslo, men Statistisk sentralbyrås framskrivning for Norge viser at andelen eldre innvandrere forventes å øke kraftig, fra 5 prosent av befolkningen på 70 år og eldre i 2022 til 24 prosent i 2060 (19).

Innvandrere i aldersgruppen 60–79 år hadde lavere dødelighet enn jevngamle i den øvrige befolkningen. Særlig gjelder dette for innvandrere med kort botid, og forskjellen reduseres betydelig med økt botid. Tidligere studier har imidlertid vist at andelen med god eller svært god helse var mye lavere blant eldre innvandrere enn blant øvrige eldre. I tillegg var økningen med alder, både i andelen med kroniske sykdommer og i andelen med nedsatt funksjonsevne, sterkere blant innvandrerne enn i befolkningen samlet (18).

I dag er bruken av omsorgstjenester klart lavere blant eldre innvandrere enn blant befolkningen for øvrig i Norge (20). Dette kan imidlertid endre seg etter hvert som sammensetningen av de eldre innvandrerne i Norge endres. Det kan også tenkes at framtidens eldre innvandrere vil ha noe dårligere helse enn dagens innvandrere. Uavhengig av om forskjellene i tjenestebruk mellom eldre etter innvandrerbakgrunn fortsetter, vil det økte antallet eldre innvandrere føre til at tjenestene vil møte flere av dem i årene som kommer. Framtidens eldre innvandrere forventes å ha et lavere utdanningsnivå enn andre eldre, noe som blant annet kan ha betydning for digitale ferdigheter og muligheten til å tilegne seg viktig informasjon om egen helse og tjenestetilbud.

## 5.4 Personer med funksjonsnedsettelse

Personer med funksjonsnedsettelse er en stor og mangfoldig gruppe med ulike utfordringer, ønsker og behov. Nedsettelsen kan være medfødt eller ervervet i løpet av livet. I tillegg varierer gruppen ut fra funksjonstapets varighet, alvorlighetsgrad og progresjon (195). Noen hovedgrupper av funksjonsnedsettelser er som følger:

- nedsatt bevegelsesevne
- nedsatt hørsel
- nedsatt syn
- kognitive vansker

Psykososiale funksjonsnedsettelse, som alvorlig psykiske lidelser, kan også inngå i listen over funksjonsnedsettelse så lenge nedsettelsen er langvarig og går utover den daglige fungeringsevnen (161).

En annen vinkling på funksjonsnedsettelse er å ikke ta utgangspunkt i det kroppslige avviket, men heller ta utgangspunkt i hvordan omgivelsene er utformet. I et slikt perspektiv oppstår funksjonshemming fordi man lever i et samfunn som ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for menneskelig variasjon (196). Når det for eksempel blir vanskelig for en person som bruker rullestol, å komme seg til tredje etasje i en bygning, er det ikke fordi personen sitter i rullestol, men fordi bygningen mangler heis eller ramper. Personen blir da hemmet av sine omgivelser. Og dette kan igjen påvirke personens livsførsel og muligheter til å få oppfylt grunnleggende rettigheter. I denne vinklingen flyttes mer av ansvaret for menneskelig fungering fra individet og over på samfunnet.

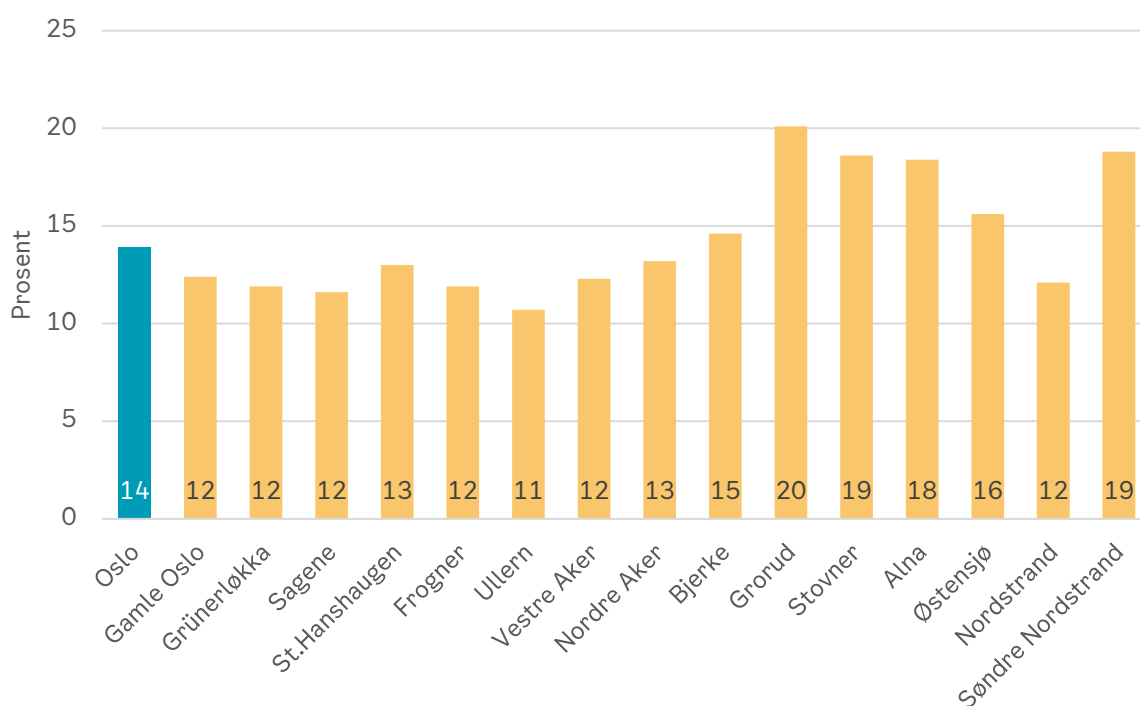
I dette delkapittelet har vi valgt å bruke begrepene *funksjonsnedsettelse*, *nedsatt funksjonsevne* og *funksjonshemming* som synonymer. Vi falt på dette valget i påvente av nye føringer for begrepsbruk som har blitt foreslått i NOU 2023:13 (196). Selv om funksjonsnedsettelsebegrepet flittig brukes i embetsverket, blir begrepet sjelden anvendt blant funksjonshemmede selv og i samfunnet generelt.

#### **5.4.1 Antall personer med funksjonsnedsettelse i Oslo**

Antall personer med funksjonsnedsettelse i Oslo er usikkert og avhenger av definisjonen og hvordan funksjonsnedsettelsen blir målt. Her er noen utvalgte tall:

- I ulike spørreundersøkelser svarer mellom 14 og 23 prosent av Oslos innbyggere at de har langvarige funksjonsbegrensninger i dagliglivet som følge av sykdom eller skade (61, 76, 104).
- Mellom 21 og 27 prosent oppgir at de har blitt hindret fra å delta i ulike fritidsaktiviteter, og at dette i stor grad skyldes helseutfordringer eller utilgjengelige omgivelser eller transportvansker (104).
- I Oslo er det 49 100 aktive brukere av hjelpemidler (197). Dette tilsvarer 7 prosent av befolkningen. Tallene inkluderer ikke brukere av tolketjenester og korttidsutleie av hjelpemidler via kommunen.
- Sykdomsbyrdeprosjektet har beregnet at 15 prosent av Oslos innbyggere oppfyller kriteriene for et hørselstap, 4 prosent for synshemming og under 1 prosent for utviklingshemming. Forekomsten av nedsatt bevegelsesevne og psykososiale vansker er ikke tatt med i prosjektets beregninger (64).

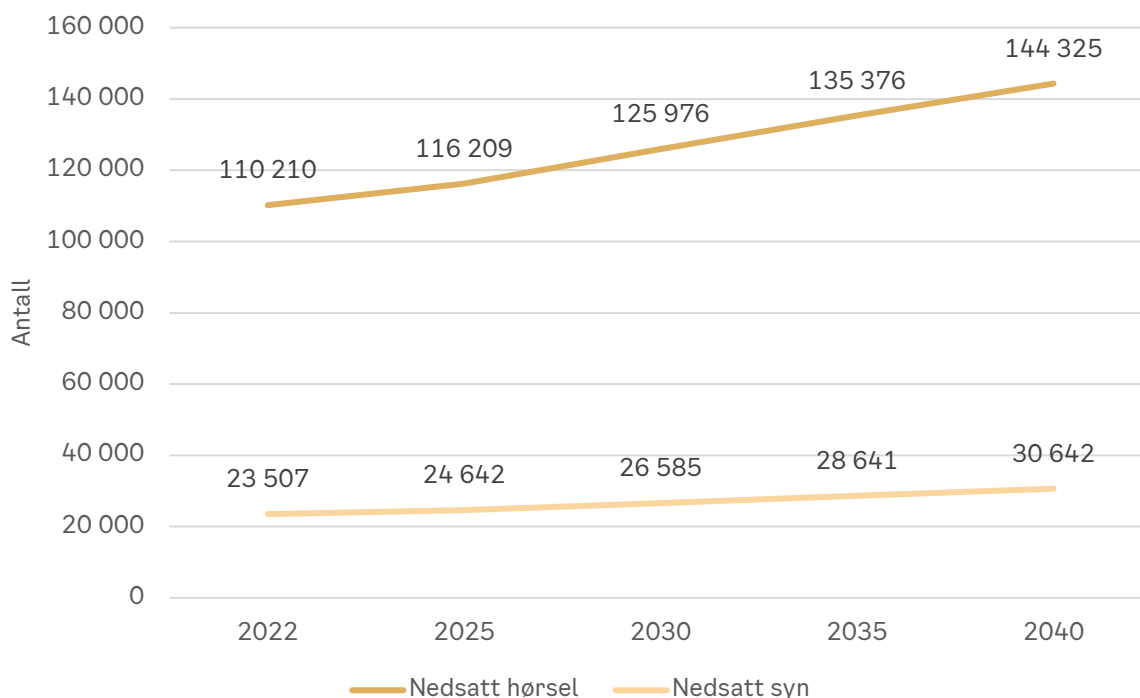
De ulike måtene å telle på og variasjoner i hvilke mennesker som inngår i begrepet funksjonshemming, gjør det også utfordrende å gi et eksakt tall på hvor mange personer som har en funksjonsnedsettelse i de ulike bydelene. Figur 5.9 viser fordelingen av selvrapportert funksjonsnedsettelse innad i ulike bydeler i Oslo. Tallene er hentet fra Innbyggerundersøkelsen 2023. Som figuren viser, var andelen med selvrapportert funksjonsnedsettelse høyest i bydelene i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand, med mellom 18 og 20 prosent, mens den lå mellom 11 og 16 prosent i de andre bydelene (76).



Figur 5.9 Andel voksne med selv-rapportert nedsatt funksjonsevne i 2023, etter bydelstilhørighet (vektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: Oslo Innbyggerundersøkelse 2023, spesialbestilling (76).

Sannsynligheten for å få en funksjonsnedsettelse øker med økende alder. Derfor vil en aldrende befolkning bety at flere vil utvikle en funksjonsnedsettelse i tiden framover. Helseetatens egne framskrivninger viser at nedsatt hørsel, nedsatt syn og ulike aldersrelaterte sykdommer som i de fleste tilfeller resulterer i en funksjonsnedsettelse (for eksempel demens, Parkinsons sykdom og multiple sklerose), er forventet å øke med 17–31 prosent i Oslo i tiden fram mot 2040.<sup>30</sup> Figuren nedenfor viser framskrivningene for hørsels- og synshemming (figur 5.10).

<sup>30</sup> Framskrivningene er basert på forekomsttall fra 2019 hentet fra sykdomsbyrdeprosjektet (IHME GBD Results, 2019) og befolkningsframskrivninger for Oslo fra 2022 (middelalternativet). I tillegg er beregningene basert på antakelsen om at forekomsten av de ulike helsetilstandene vil holde seg stabil i tiden framover.



Figur 5.10 Framskrivinger i antall mennesker med nedsatt hørsel og nedsatt syn i Oslo frem mot 2040. Estimaten er basert på forekomsttall fra Global Burden of Disease Study 2019 (64) og framskrevet folkemengde for Oslo fra 2022 (middelalternativet).

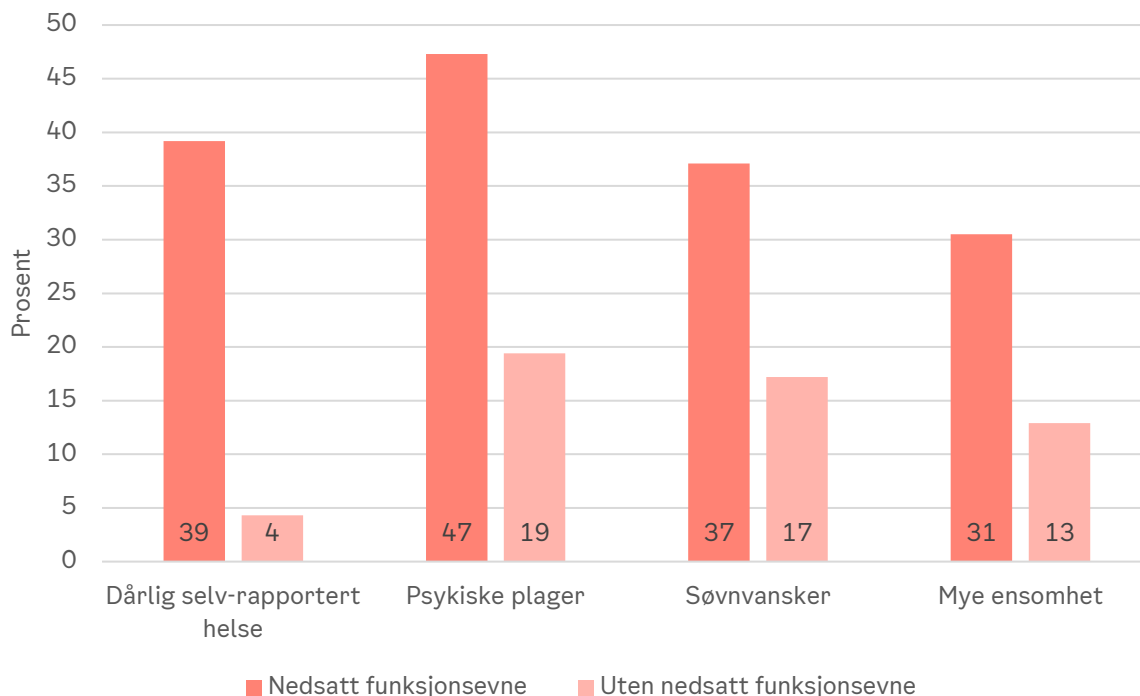
## 5.4.2 Helse og livskvalitet

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (198) risikerer personer med funksjonsnedsettelse å dø tidligere enn befolkningen ellers og noen grupper opp mot 20 år for tidlig. En studie med bruk av data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fant at personer som var under 60 år og med selvrapportert synsnedsettelse hadde 2,5 ganger økt dødelighetsrisiko, sammenlignet med dem i samme aldersgruppe og uten selvrapportert synsnedsettelse. Blant de eldre aldersgruppene var forskjellene i dødelighet mellom gruppene betydelig mindre (199).

Figur 5.11 viser fordelingen av ulike helseutfall blant mennesker med og uten funksjonsnedsettelse i Oslo. Tallene er hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61). Nesten 40 prosent av personene med funksjonsnedsettelse opplever sin egen helse som dårlig eller svært dårlig, mot bare 4 prosent blant dem uten funksjonsnedsettelse. Videre er forekomsten av psykiske plager og søvnvansker 2–2,5 ganger høyere i denne gruppen. De observerte helseforskjellene skyldes antageligvis andre faktorer enn forskjeller i alder og kjønn mellom personer med og uten funksjonsnedsettelse. For i analyser der vi tok høyde for disse forskjellene, observerte vi enten like sterke eller enda sterkere helseforskjeller mellom de to gruppene.

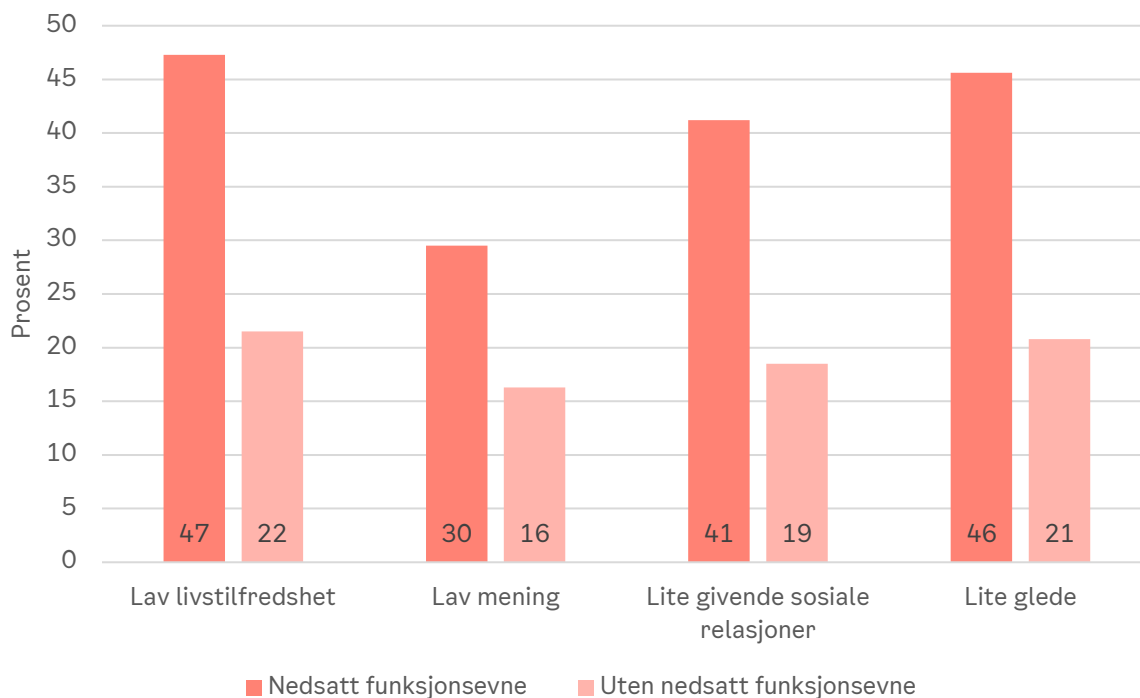
Dobbelt så mange funksjonshemmede i Oslo oppgir at de er ganske eller veldig mye plaget av ensomhet, som dem uten funksjonshemming. Videre viser tallene at andelen ensomme funksjonshemmede i Oslo er 6 prosentpoeng høyere enn i resten av landet (31 % i Oslo og 25 % i

resten av landet). Ensomheten blant funksjonshemmede følger samme mønster som i befolkningen ellers – den er lik mellom kvinner og menn og går ned med økende alder.



Figur 5.11 Andel som oppgir ulike helseutfordringer blant voksne med og uten nedsatt funksjonsevne, 2022 (vektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Samme undersøkelse viser at det er betydelige forskjeller i livskvalitet mellom dem med og uten funksjonsnedsettelse. Omtrent halvparten (47 %) av dem med nedsatt funksjonsevne oppgir at de er lite tilfredse med livet. Dette er dobbelt så mange som blant dem uten funksjonsnedsettelse, der 22 prosent svarer det samme. En tilsvarende forskjell finner vi for indikatorene mening, givende sosiale relasjoner og glede (figur 5.12). Forskjellene i livskvalitet blir større etter å ha tatt høyde for alders- og kjønnsforskjeller mellom gruppene.



Figur 5.12 Andel med lave skårer på utvalgte livskvalitetsindikatorer blant voksne med og uten nedsatt funksjonsevne, 2022 (vektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

I perioden 2020–2022 har det vært en nedgang i funksjonshemmedes helse og livskvalitet i Oslo og en økning i søvnvansker, ensomhet og psykiske plager. For eksempel har andelen mennesker med nedsatt funksjonsevne som oppgir dårlig egenvurdert helse, økt fra 24 prosent til 32 prosent i denne perioden, mens situasjonen har vært relativt uendret for dem uten nedsatt funksjonsevne (3 % i 2020 og 4 % i 2022).

### 5.4.3 Positive og negative påvirkningsfaktorer

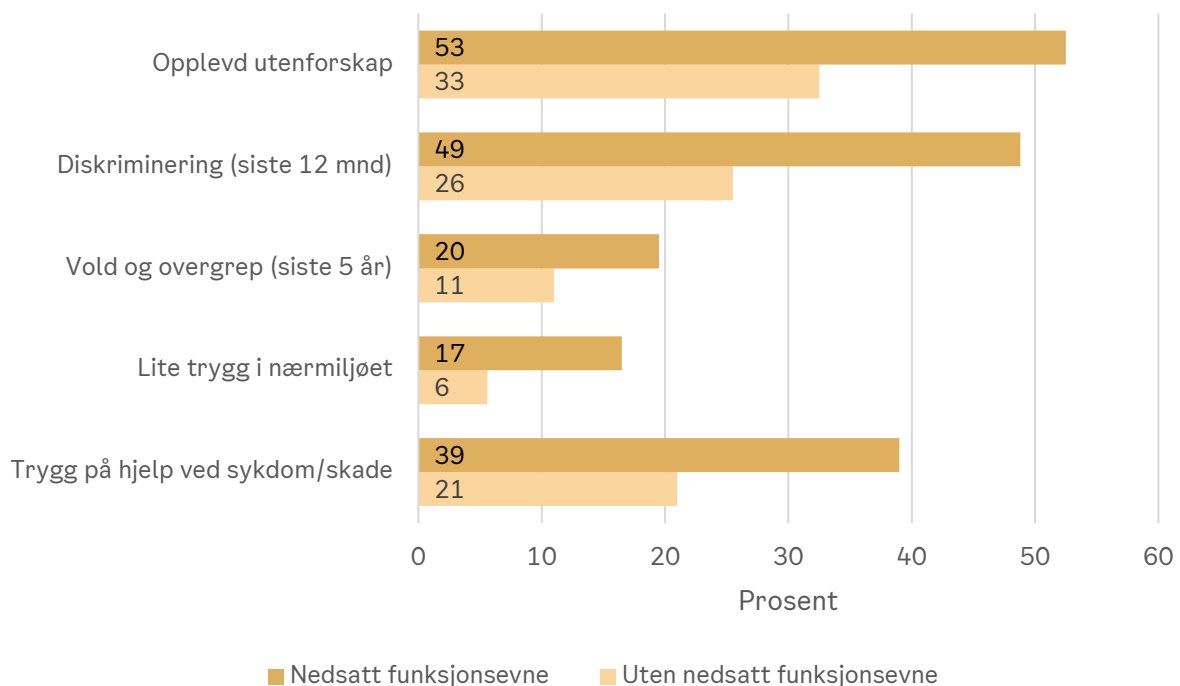
Sosiale ulikheter i helse og livskvalitet reiser spørsmål om ulike årsaksfaktorer forekommer hyppigere blant mennesker med nedsatt funksjonsevne enn i resten av befolkningen. For å svare på dette skal vi i dette delkapittelet trekke fram noen sentrale helsefaktorer som kan forklare forskjellene vi har beskrevet tidligere.

### 5.4.4 Arbeidsdeltakelse

I kapittel 8 beskriver vi sammenhengen mellom arbeidsdeltakelse og helse. I alt 75 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder i Norge er sysselsatt (8, SSB tab. 11930). Til sammenligning er tallet 38 prosent blant personer med funksjonsnedsettelse (200). Sysselsettingsnivået i gruppen av personer med funksjonsnedsettelse har holdt seg stabilt lavt de siste tjue årene, til tross for konjunkturer og forsterket innsats for å få flere i arbeid (201). Dette er nasjonale tall. Oslo har en høyere sysselsettingsandel enn andre steder i landet (8, SSB tab. 11930), men sannsynligvis gjenspeiler denne forskjellen også situasjonen i Oslo.

### 5.4.5 Sosiale forhold

Figur 5.13 viser forskjellen i sosiale forhold i Oslo i 2022 blant mennesker med og uten nedsatt funksjonsevne. Tallene er hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61). Andelen som rapporterer om utenforskap, diskriminering, erfaringer med vold og overgrep, opplevelsen av å være lite trygg i nærmiljøet og lav tillit til det offentlige ved sykdom eller skade, er høyere blant personer med funksjonsnedsettelse enn blant dem uten funksjonsnedsettelse. Størst forskjeller mellom gruppene finner vi for indikatoren diskriminering. Her har nesten 50 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne opplevd diskriminering siste tolv måneder. Dette er 23 prosentpoeng flere enn personer uten nedsatt funksjonsevne.



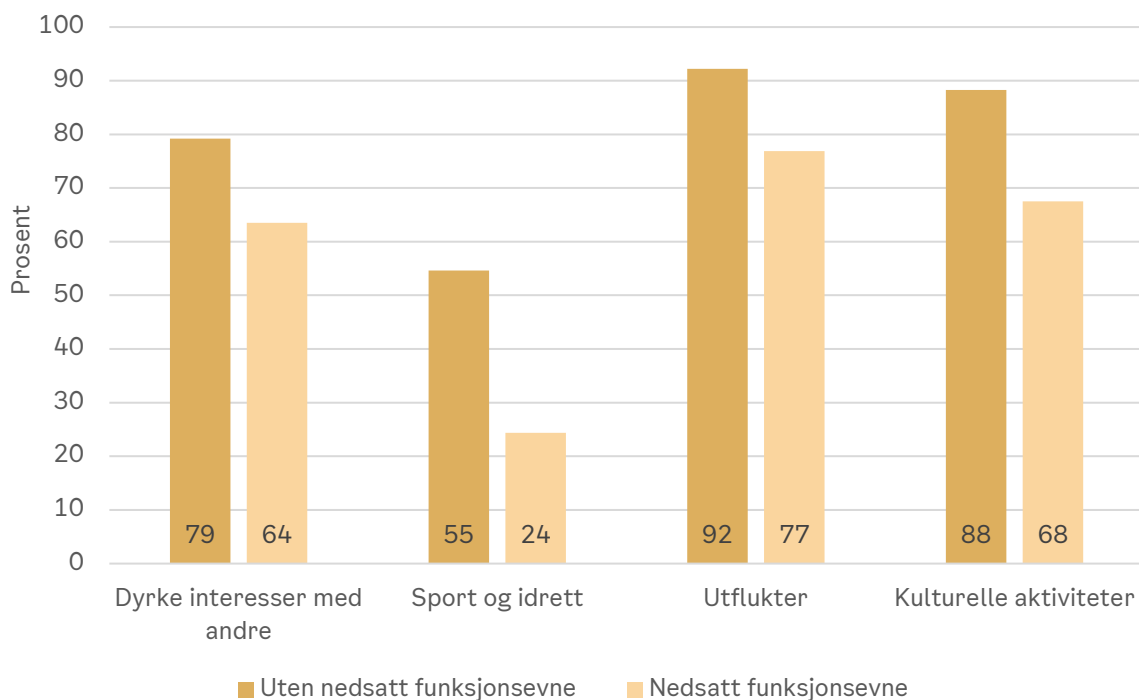
Figur 5.13 Andel som oppgir negative sosiale forhold blant voksne med og uten nedsatt funksjonsevne, 2022 (vektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61).

### 5.4.6 Tilrettelegging og utforming av omgivelsene

Oslo har som ambisjon å jobbe kontinuerlig med universell utforming frem mot 2035. Samfunnet er i stor grad tilrettelagt ut fra premisene til mennesker som ikke har funksjonsutfordringer. Å ikke tilrettelegge godt nok for menneskelig funksjonsvariasjon kan blant annet få konsekvenser for funksjonshemmedes livsutfoldelse og muligheter til å få oppfylt grunnleggende rettigheter som autonomi, helse og samfunnsdeltakelse (195, 196).

Ifølge tall fra Levekårsundersøkelsen om helse 2019 (104) er det en lavere andel personer i Oslo med funksjonsnedsettelse som oppgir at de har deltatt på utflukter, kulturelle aktiviteter, sport og idrett og dyrket felles interesser med andre de siste tolv månedene, sammenlignet med dem uten funksjonsnedsettelse (figur 5.14). I tillegg er det flere personer med funksjonsnedsettelse

som oppgir at de blir hindret fra å delta i en av disse aktivitetene. Eksempler på barrierer er helsetilstand, å mangle noen å gå sammen med, å ikke ha råd eller tid til å gjøre aktivitetene og utilgjengelige utemiljø eller transportvansker.



Figur 5.14 Andel som har deltatt i fritidsaktiviteter de siste 12 månedene blant voksne med og uten funksjonsnedsettelse, 2019 (vektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, 2019 (104).

I samme undersøkelse oppgir 20 prosent av dem med nedsatt funksjonsevne i Oslo at de opplever at det er ganske eller veldig vanskelig å bruke offentlig transport, mot 1 prosent blant dem uten funksjonsnedsettelse. En andel på 20 prosent er for øvrig betydelig lavere enn det som blir oppgitt blant funksjonshemmede i andre norske fylker. Her varierer andelen mellom 23 og 51 prosent. I hvilken grad offentlig transport er lett eller vanskelig å bruke, handler ikke bare om tilrettelegging. Det kan også blant annet handle om frekvens på avganger, tidsbruk og hvilke muligheter som finnes når det gjelder å velge et best egnet transportmiddel.

### 5.4.7 Tilgang på og behov for helsetjenester

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er oftere i kontakt med helsetjenestene enn befolkningen ellers (202). Samtidig viser flere kilder at behovet for helsetjenester i denne gruppen er stort og udekket (198, 202–204). Barrierer for kontakt med helsetjenestene kan handle om hvordan tjenestene er utformet, tjenestenes innhold og strukturelle faktorer som stigmatisering, økonomiske vansker og begrensede transportmuligheter (198). Hva som oppleves som viktige barrierer, kan også variere etter type funksjonsnedsettelse.

Figur 5.15 viser andelen blant dem med og uten funksjonsnedsettelse i Oslo som i 2019 oppgir at de har et udekket behov for helse- og tannlegetjenester. Av figuren kan vi se at andelen med et udekket behov for helse- og tannlegetjenester 1,5–3 ganger høyere blant mennesker med nedsatt funksjonsevne enn blant dem uten nedsatt funksjonsevne (104). Andelen med et udekket behov er noe høyere i Oslo enn i resten av landet og da særlig knyttet til legetjenester (25 % i Oslo og 17 % i resten av landet).

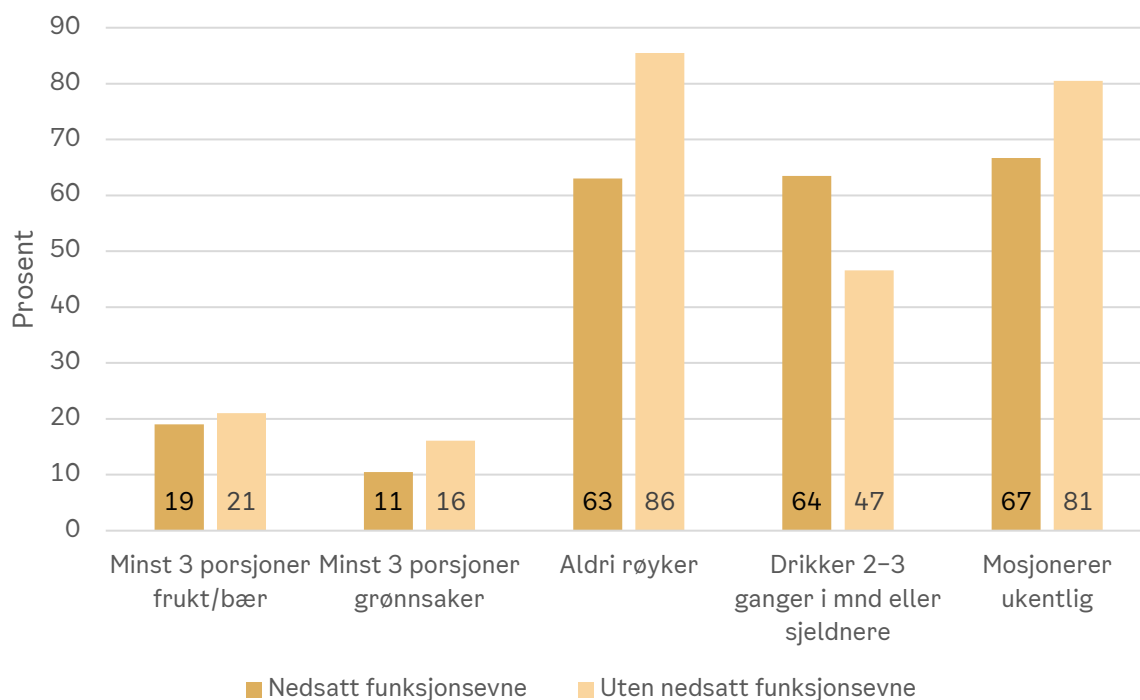


Figur 5.15 Andel med et udekket behov for helse- og tannlegetjenester blant voksne med og uten funksjonsnedsettelse, 2019 (vektede tall). Oslo. Prosent. Kilde: SSB Levekårsundersøkelsen om helse 2019, spesialbestilling (104).

### 5.4.8 Levevaner

Sunne og gode levevaner, som vi beskriver i kapittel 6, er av betydning for menneskers allmennhelse og livskvalitet og har en sammenheng med ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser som angst og depresjon.

Figur 5.16 viser forskjeller i levevaner i Oslo i 2019 mellom mennesker med og uten nedsatt funksjonsevne. Sammenlignet med personer uten funksjonsnedsettelse er det en lavere andel av personer med funksjonsnedsettelse som oppgir at de spiser minst tre porsjoner grønnsaker per dag, som ikke røyker, og som mosjonerer ukentlig. Når det gjelder alkohol, er det motsatt. Flere personer med nedsatt funksjonsevne oppgir at de drikker to–tre ganger i måneden eller sjeldnere, enn dem uten funksjonsnedsettelse (104).



Figur 5.16 Andel som oppgir sunne levevaner blant voksne med og uten funksjonsnedsettelse, 2019. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Levekårsundersøkelsen om helse 2019, spesialbestilling (104).

### 5.4.9 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Per i dag finnes det få kilder til kunnskap om barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres helse og livskvalitet. Det gjennomføres spredte tverrsnittsundersøkelser og som regel er tallene på nasjonalt nivå. Data fra de kommunale tjenestene er silobasert og fragmenterte. I de senere årene har det blitt opprettet kvalitetsregister for flere typer funksjonsnedsettelse, slik som Hørselsregisteret for barn. I framtiden kan vi muligens benytte slike register for å styrke kunnskapsgrunnet.

En funksjonsnedsettelse kan være ervervet eller medfødt. Når man ser de ulike funksjonsavvikene/diagnosene i sammenheng, er barn med funksjonsnedsettelse en relativt stor gruppe i antall. Beregninger gjennomført av Riksrevisjonen viser at mellom 3 og 10 prosent av barn og unge i alderen 0–18 år i Norge har nedsatt funksjonsevne (205). Omregnet i Oslotall tilsvarer det mellom 4 000 og 13 000 barn i den aldersgruppen. Tall fra Norsk pasientregister fra 2020 viser at 7 500 barn og unge i alderen 0–20 år i Oslo var i kontakt med spesialisthelsetjenesten det året på grunn av medfødte tilstander som krever langvarig oppfølging (Q- og P-diagnoser). I tillegg hadde 4 900 barn og unge i samme aldersgruppe en alvorlig psykisk lidelse (206).

Når det gjelder helse og livskvalitet, er sannsynligvis situasjonen blant barn med funksjonsnedsettelse lik den som presenteres for voksne. I tillegg kan et funksjonstap få betydelig konsekvenser for barns muligheter innenfor utdanning. En studie av Nordmo og medforfattere (207) viste at de utdanningsmessige konsekvensene av ulike diagnoser i all

hovedsak var knyttet til psykiske helseutfordringer. Psykiske helseutfordringer forklarte nærmere 20 prosent av byrden de ulike sykdommene utgjorde for barn og unges skoleprestasjoner. De neste sykdommene på listen var diagnosekoder knyttet til uspesifikke tilstander, metabolske/endokrine sykdommer, muskel- og skjelettsykdommer og nevrologiske sykdommer. Disse forklarte omkring 4 til 7 prosent av skoleprestasjonene. Tilstander knyttet til nedsatt syn og nedsatt hørsel kom lenger ned på listen.

#### **5.4.10 Eldre med nedsatt funksjonsevne**

De fleste eldre med nedsatt funksjonsevne har ervervet funksjonstapet sent i livet, og det er blant eldre med sent ervervet funksjonstap at kunnskapsgrunnlaget er best. Derimot finnes det begrenset med kunnskap om helse blant eldre personer som har levd store deler av livet med en funksjonshemming.

I «Synstap og psykisk helse» prosjektet fant forskerne en høyere forekomst av depresjon og post-traumatisk stresslidelse i et tilfeldig utvalg av 736 blind og svaksynte i alderen 18 år eller eldre sammenlignet med befolkningen ellers, samt lavere livskvalitet. Blant synshemmede var forekomsten av psykiske lidelser og redusert livskvalitet høyest i de yngste aldersgruppene. I tillegg var psykisk helse og livskvalitet dårligere blant de som hadde mistet synet sent i livet sammenlignet med de som hadde blitt blind eller svaksynt tidlig i livet. Forskerne tolket dette funnet som et uttrykk for at det er lettere å tilpasse seg et liv med redusert syn og opparbeide seg nødvendige ferdigheter når synstapet inntreffer tidlig i livet, enn når synstapet skjer senere i livet. Se rapport for flere funn fra prosjektet (208).

## 6 Helseatferd og levevaner

---

Helseatferd som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har stor betydning for forekomsten av en rekke av de ikke-smittsomme sykdommene som ble beskrevet i kapittel 3. Levevaner er ikke bare individuelle valg, men blir i stor grad påvirket av samfunnsskapte vilkår. På tilsvarende måte som det er sosiale forskjeller i helse er det sosiale forskjeller i levevaner.



Foto: Leonard Reeb

### I Oslo ...

- ... oppfyller en større andel av den voksne befolkningen anbefalingene om fysisk aktivitet enn i landet som helhet (henholdsvis 82 % og 74 %), og det har vært en økning i aktivitetsnivået siden 2010.
- ... er 84 prosent av den voksne befolkningen mye stillesittende, men blant disse oppfyller likevel 45 prosent anbefalingene om fysisk aktivitet for denne gruppen. Til sammenligning gjaldt dette bare 32 prosent i 2010.
- ... er gutter mer fysisk aktive og deltar mer i idrett enn jenter, og det er store forskjeller etter bydel og sosial bakgrunn. Særlig blant jenter er det svært lavt aktivitetsnivå, og idrettsdeltagelsen er markant lavere, i noen bydeler.

- ... er bare 54 prosent av 4. klassingene svømmedyktige ifølge tall Utdanningsetaten samler inn fra bydelene.
- ... spiser 26 prosent av voksne minst tre porsjoner med frukt, bær og grønnsaker per dag. Det betyr at en betydelig andel voksne ikke oppfyller Helsedirektoratets anbefaling om å spise minst fem porsjoner frukt og grønnsaker per dag.
- ... spiser kvinner betydelig mer frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og vegetarisk middag enn menn. Voksne med høyere utdanningsnivå spiser også mer slik mat enn voksne med lavere utdanningsnivå.
- ... spiser omtrent halvparten av elevene i videregående skole som kommer fra familier der begge foreldrene har høyere utdanning, frokost fem dager i uka. Blant dem som kommer fra familier der ingen av foreldrene har høyere utdanning, gjelder dette 29 prosent. Tilsvarende forskjeller er å se blant elever på ungdomsskoler i Oslo.
- ... røyker 6 prosent av befolkningen daglig, men tobakk er fortsatt en stor risikofaktor for sykdom og tidlig død. Det er betydelige sosiale ulikheter i det at 16 prosent av dem som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå røyker daglig, mens dette gjelder 5 prosent av dem med universitets- eller høyskoleutdanning.
- ... er bruk av alkohol og andre rusmidler høyere enn ellers i landet. I befolkningen 16 år og eldre var andelen som drikker alkohol én gang i uka eller oftere, høyere i Oslo (49 %) i 2019 enn i landet som helhet (36 %). Andelen var også høyere enn i 2015 (41 %).
- ... har 24 prosent av elevene på videregående skoler vært beruset på alkohol minst elleve ganger i løpet av det siste året, og dette er mest utbredt i vestlige bydeler. 16 prosent har brukt hasj eller marihuana minst én gang, og åtte prosent har brukt kokain det siste året.

## 6.1 Fysisk aktivitet

For lite fysisk aktivitet er et betydelig folkehelseproblem i Norge (3) og en stor risikofaktor for sykdomsbyrden i Oslo (65). Lite fysisk aktivitet er koblet til tidlig død og folkehelseutfordringer som hjerte- og karsykdommer, kols, diabetes type 2, flere former for kreft og psykiske lidelser som depresjon og demens (209–211). Den helsefremmende effekten av fysisk aktivitet er veldokumentert (212, 213).

Fysisk aktivitet er viktig i hele livsløpet, og hvert minutt man beveger seg, vil gi helsegevinster. Studier viser at fysisk aktivitet kan øke livskvaliteten (214), redusere stress, gi bedre søvn og være en arena for mestring, fellesskap og sosialt samvær (209). Fysisk aktivitet kan også brukes i rehabilitering og behandling av sykdommer. Forskning viser blant annet at fysisk aktivitet har effekt på lik linje med antidepressiva og kognitiv terapi i behandlingen av milde til moderate depresjoner (215).

Det skal være lett å velge aktive liv i Oslo (216). De nasjonale målene som sier at andelen som oppfyller de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, skal ha økt med 10 prosent innen 2025 og 15 prosent innen 2030, gjelder også for Oslo (217). I behovsplanen for idrett og friluftsliv i Oslo (2021–2030) (216) er det et mål å gjøre friluftsliv, egenorganisert aktivitet og idrett mer tilgjengelig for alle, blant annet gjennom lavterskeltilbud. Både nasjonalt og i Oslo er det et mål om mer aktivitetsvennlige samfunn for å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen. Dette omtales nærmere i kapittel 10.



### Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet

#### Voksne og eldre

Voksne og eldre bør hver uke være fysisk aktive mellom 150 og 300 minutter med moderat intensitet, mellom 75 og 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon av disse to. Noe av aktiviteten bør gjennomføres som styrketrening, helst to eller flere ganger i uka. Overdreven aktivitet gir ikke nødvendigvis økt helsegevinst. I tillegg bør voksne og eldre begrense stillesittingen. Å bryte opp tid i ro med noen få minutter med aktivitet kan gi helsegevinst (218). Da anbefalingene ble revidert i 2022, var en av de største endringene at den fysiske aktiviteten ikke lenger trenger å foregå i bolker på minst 10 minutter. Dette førte til at langt flere oppfyller anbefalingene. I de reviderte anbefalingene rådes også de som sitter mye stille (mer enn åtte timer om dagen), til å være fysisk aktive i minst 300 minutter med moderat intensitet per uke.

#### Barn og unge

Barn og unge bør være fysisk aktive i minst 60 minutter med moderat til høy intensitet hver dag og begrense tiden i ro (218). Aktiviteten bør være variert, og minst tre ganger i uka bør den omfatte kondisjonsaktivitet med høy intensitet og aktiviteter som styrker skjelett og muskler. Fysisk aktivitet utover dette gir ytterligere helsegevinster.

#### 6.1.1 Voksne og eldre

I 2022 oppfylte 82 prosent av Oslos befolkning de generelle anbefalingene om fysisk aktivitet, noe som er en økning på 1 prosentpoeng fra 2015 og 2 prosentpoeng fra 2010 (219). Til sammenligning var andelen som oppfylte anbefalingene i hele Norge, på 74 prosent i 2022. 84 prosent av voksne og eldre i Oslo sitter imidlertid stille mer enn åtte timer om dagen, og blant dem som er mye stillesittende, oppfyller 45 prosent de særegne anbefalingene om fysisk aktivitet. Utviklingen går i en positiv retning for denne gruppen, da andelen som oppfylte anbefalingene, var 32 prosent i 2010 og 41 prosent i 2015.

Menn i Oslo er gjennomsnittlig mer fysisk aktive med moderat til hard intensitet enn kvinner, men de er til gjengjeld også mer stillesittende (tabell 6.1). Andelen som oppfyller anbefalingene, er lik blant menn og kvinner, noe som tyder på at flere menn har et svært høyt aktivitetsnivå som trekker opp snittet. Aktivitetsnivået synker hos dem som er eldre enn 35 år, men så holder det seg relativt stabilt, også blant dem som er eldre enn 65. Det vil være naturlig å tenke at de eldste (80+) har et lavere aktivitetsnivå, men her mangler det data. De med høyere utdanning er også betydelig mer fysisk aktive enn dem med grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanningsnivå.

Tabell 6.1 Andel voksne og eldre som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet (FA) og gjennomsnittlig tid per dag med lett fysisk aktivitet, moderat-hard fysisk aktivitet (MHFA) og stillesittende tid, etter kjønn, aldersgrupper og utdanningsnivå. 2022. Oslo. Prosent og minutter/timer.

	Andel (%) oppfylt anbefalingene FA	Gj.snitt MHFA (min/dag)	Gj.snitt lett FA (time/dag)	Gj.snitt stillesittende tid (time/dag)
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	81	47	4,5	9,2
Menn	82	52	4,1	9,6
<b>Aldersgrupper</b>				
20-34 år	94	58	3,9	9,4
35-49 år	76	45	4,6	9,2
50-64 år	79	46	4,5	9,5
65 år eller eldre	74	47	4,3	9,1
<b>Utdanningsnivå</b>				
Grunnskole/VGS	68	38	4,7	9
Høyere utdanning < 4 år	87	47	4,1	9,5
Høyere utdanning > 4 år	85	57	4,3	9,4

Kilde: Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020-2022 (Kan3), spesialbestilling (219).

Befolkningen i Norge har fått gradvis mer stillesittende jobber og samtidig blitt mer fysisk aktiv på fritiden. Også i Oslo er det en stor andel som har stillesittende jobber og er fysisk aktive gjennom aktiviteter og trening på fritiden (tabell 6.2). Ettersom mange tilbringer mye tid på og på vei til arbeidsplassen, legger man i regjeringens handlingsplan for fysisk aktivitet (217) vekt på å øke aktivitetsmulighetene på arbeidsplassen.

Tabell 6.2 Andel voksne som driver med ulike former for fysisk aktivitet på fritiden og har ulike grader av fysisk krevende arbeid, etter kjønn. 2020. Oslo. Prosent.

	Menn	Kvinner
<b>Fritid</b>		
Spasere, sykle eller annen form for bevegelse*	51	66
Mosjonsidrett, tyngre hagearbeid, snømåking etc.*	21	16
Hard trening eller konkurranseidrett**	11	5
Styrketrening**	33	28
<b>Jobb</b>		
For det meste stillesittende arbeid	70	66
Arbeid som krever at du går mye	17	24
Arbeid der du går og løfter mye	10	10
Tungt kroppsarbeid	3	1

\*Minst 4 timer i uka. \*\*Flere ganger i uka. Kilde: Den nasjonal folkehelseundersøkelsen (FHI), spesialbestilling (105).

### 6.1.2 Barn

De fleste barn i Oslo er aktive med en form for idrett eller trening på fritiden. Bare 12 prosent (15 % blant jenter, 9 % blant gutter) er aldri aktive på denne måten (63). Guttene er mest aktive, og 60 prosent av guttene trener eller driver med idrett tre ganger i uke eller mer, sammenlignet med 45 prosent av jentene. Sosioøkonomisk status spiller en betydelig rolle for aktivitetsnivået, og forskjellen er størst mellom dem med lav og dem med middels sosioøkonomisk status. Foreldrenes etnisitet er også avgjørende og spesielt for jenter: 22 prosentpoeng flere driver med trening eller idrett tre ganger i uka eller mer blant jentene med norskfødte foreldre enn blant jentene med utenlandsfødte foreldre (tabell 6.3).

Tabell 6.3 Andel (%) barn på 5.-7. trinn som trener eller driver med idrett 3 ganger i uka eller mer, etter foreldrenes sosioøkonomiske status og etnisitet. 2023. Oslo. Prosent.

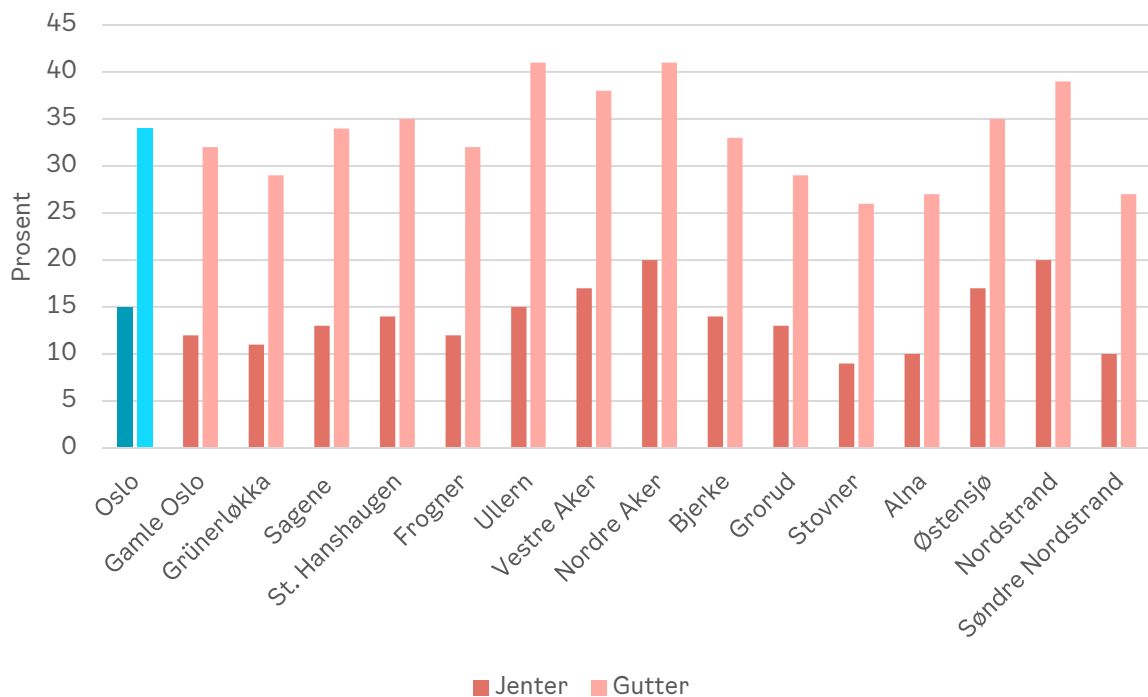
	Gutter	Jenter	Kjønn samlet
Lav sosioøkonomisk status	49	29	39
Middels sosioøkonomisk status	62	48	55
Høy sosioøkonomisk status	69	58	63
Utenlandsfødte foreldre	54	30	42
Norskfødte foreldre	63	52	57

Kilde: Ung i Oslo 2023 5.-7. trinn, spesialbestilling (220).

De nyeste tallene på fysisk aktivitet for de yngste barna i Oslo er hentet fra et prosjekt om helsefremmende praksis i barnehager og skoler i Groruddalen (221). I prosjektet ble fysisk aktivitet kartlagt objektivt med aktivitetsmålere. 92 prosent av guttene og 80 prosent av jentene i barnehagene oppfylte anbefalingene om fysisk aktivitet ved midtveisevalueringen av prosjektet i 2020. Ettersom prosjektet bare inkluderte bydelene i Groruddalen, er ikke tallene nødvendigvis helt overførbare til hele Oslo, men det er de beste tilgjengelige dataene for de yngste barna i Oslo.

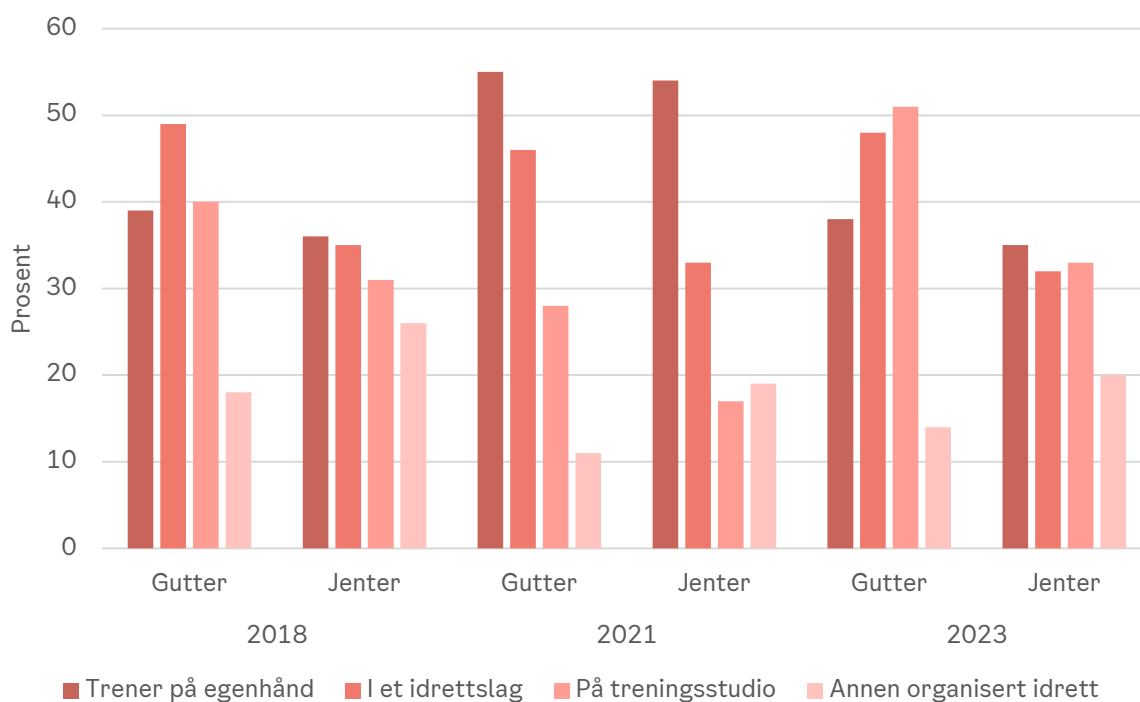
### 6.1.3 Ungdom

Blant ungdommer er i overkant av en tredjedel (34 %) av guttene og 15 prosent av jentene så fysisk aktive at de er andpustne og svette fem ganger eller mer i uka (62). For guttene har aktivitetsnivået økt betraktelig siden 2021, da andelen var 29 prosent, mens det for jentene har gått litt ned, fra 16 prosent i 2021 (79). Andelene var uendret fra 2018 til 2021 (Ung i Oslo 2018). Det er betydelige bydelsforskjeller. Nordstrand, Vestre Aker og Nordre Aker hadde høyest andel, mens Søndre Nordstrand, Alna og Stovner hadde lavest andel (figur 6.1). I alle bydelene er det også store kjønnsforskjeller i aktivitetsnivået. Det er for eksempel nesten tre ganger så mange gutter som jenter som er så fysisk aktive at de blir andpustne og svette fem ganger i uka eller mer i Bydel Stovner.



Figur 6.1 Andel ungdom på ungdomsskolen og videregående skole som er fysisk aktive at de blir svette eller andpusten 5 ganger eller mer i uka, fordelt på bydeler. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, spesialbestilling (62).

Under koronapandemien ble det mer vanlig med egentrening og mindre vanlig med trening i helsestudio og i idrettslag blant ungdommer (figur 6.2), men nå trener 51 prosent av guttene og 35 prosent av jentene på helsestudio minst én gang i uka (62, 79). Det har – spesielt for gutter – vært en økning fra andelen som trente i helsestudio i 2018, det vil si før pandemien (41 % gutter og 33 % jenter) (78). Økningen i andelen gutter som trener på treningsstudio, har tilsynelatende ikke gått på bekostning av trening i idrettslag, men verken blant jenter eller gutter har andelen som driver med annen organisert idrett, kommet opp igjen på samme nivå som før pandemien.

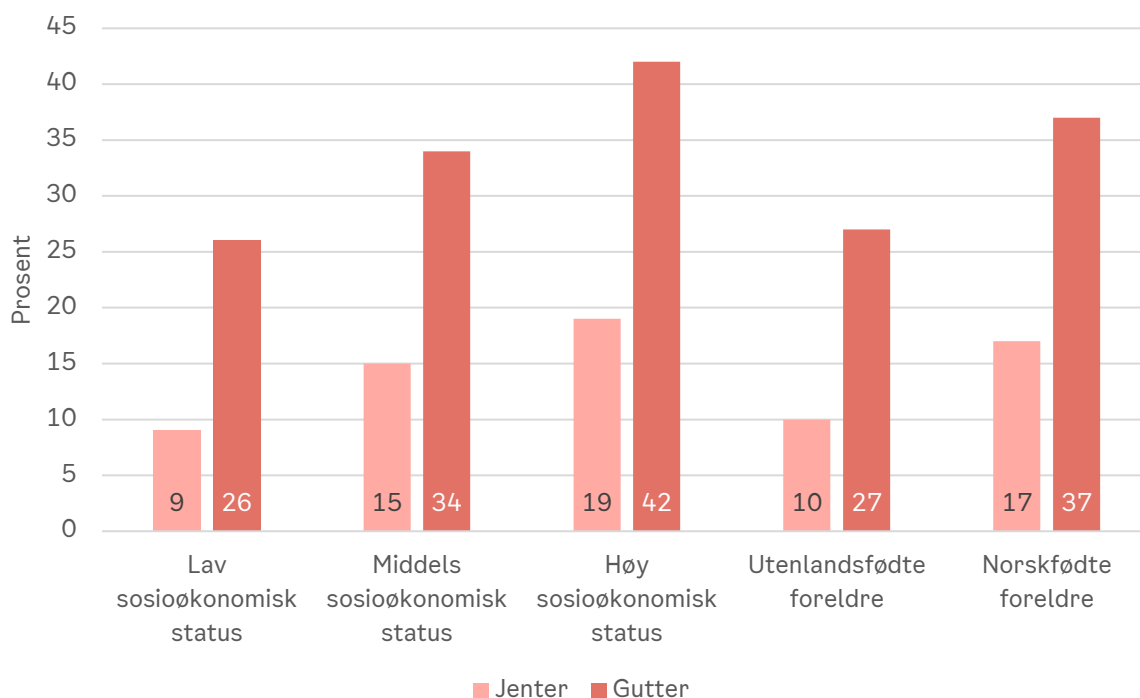


Figur 6.2 Andel ungdom som trener på ulike måter minst én gang i uka, etter kjønn. 2018, 2021, 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo ungdomsskolen og videregående skole 2018, 2021, 2023, spesialbestilling (62, 78, 79).

Akkurat som i resten av Norge er det en trend at aktivitetsnivået blant barn og unge i Oslo synker gradvis jo eldre de blir (62, 220). Det er også en konsekvent kjønnsforskjell i aktivitetsnivået blant barn og unge i Oslo, med gutter som de mest aktive i alle aldersgrupper (62, 220, 221). Kjønnsforskjellene kan henge sammen med flere faktorer. Rangul og medforfattere (222) fant at faktorer som har noe å si for hvor fysisk aktiv de unge er, varierer etter kjønn. Vekt (overvekt), tilfredshet med livet og deltakelse i idrett var signifikante faktorer for gutter, mens røyking, alkoholkonsum og mors utdanning var de viktigste faktorene for jentene.

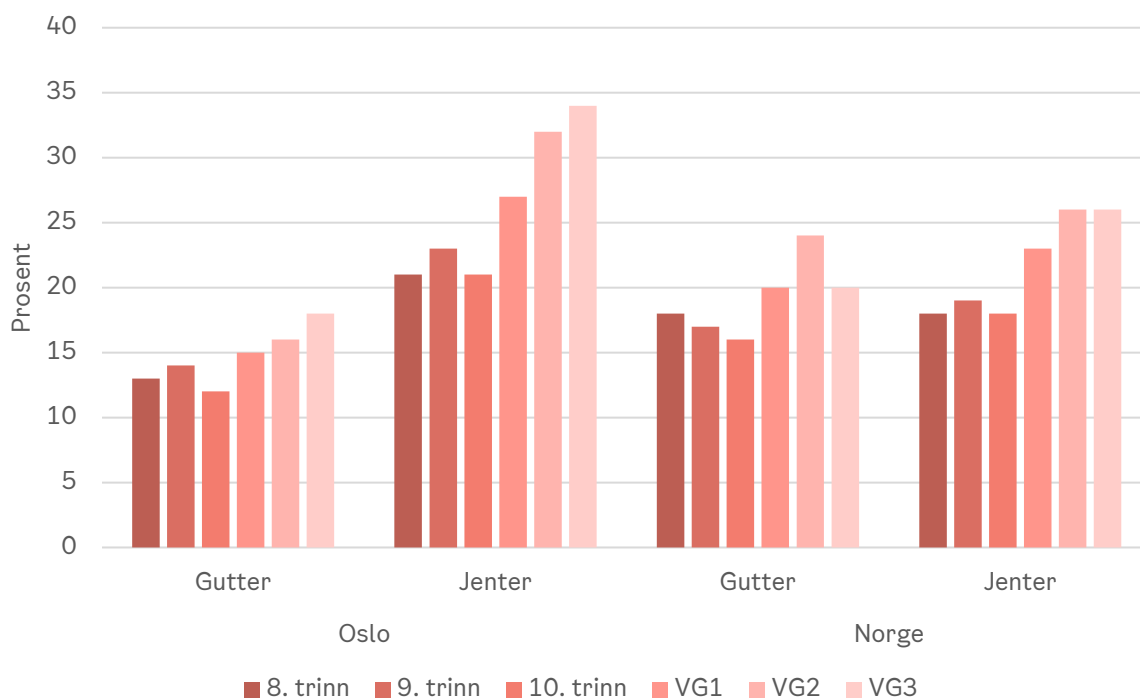
Det er fra tidligere kjent at sosioøkonomisk status er en viktig faktor når det gjelder fysisk aktivitet, og dette kommer tydelig fram hos ungdommene i Oslo (figur 6.3). Forskjellene mellom barna med norskfødte og utenlandsfødte foreldre når det gjelder andelen som trener eller driver med idrett minst fem ganger i uka, er betydelig mindre enn forskjellene mellom ungdommer med

norskfødte eller utenlandsfødte foreldre når det gjelder andelen som er fysisk aktive minst fem ganger i uka (tabell 6.3, figur 6.3), noe som kan tyde på at innvandrerbakgrunn har mer å si for aktivitetsnivået når man blir eldre.



Figur 6.3 Andel ungdom som er så fysisk aktive at de blir andpustne eller svett minst fem ganger i uka, etter kjønn, sosioøkonomisk status og innvandringsbakgrunn (foreldrenes fødeland). 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, spesialbestilling (62).

Tall fra egenerklæringen som 17-åringene fyller ut i forbindelse med sesjon i Forsvaret, viser at 22 prosent av guttene og 42 prosent av jentene trente sjeldnere enn ukentlig i 2021–2022 (54). Når det gjelder guttene i Oslo, er denne andelen ganske lik andelen i landet som helhet (23 %). Når det gjelder jentene, er den imidlertid betydelig høyere enn i landet som helhet (32 %). En tilsvarende tendens observeres gjennom ungdomsskolen og videregående skole (figur 6.4).



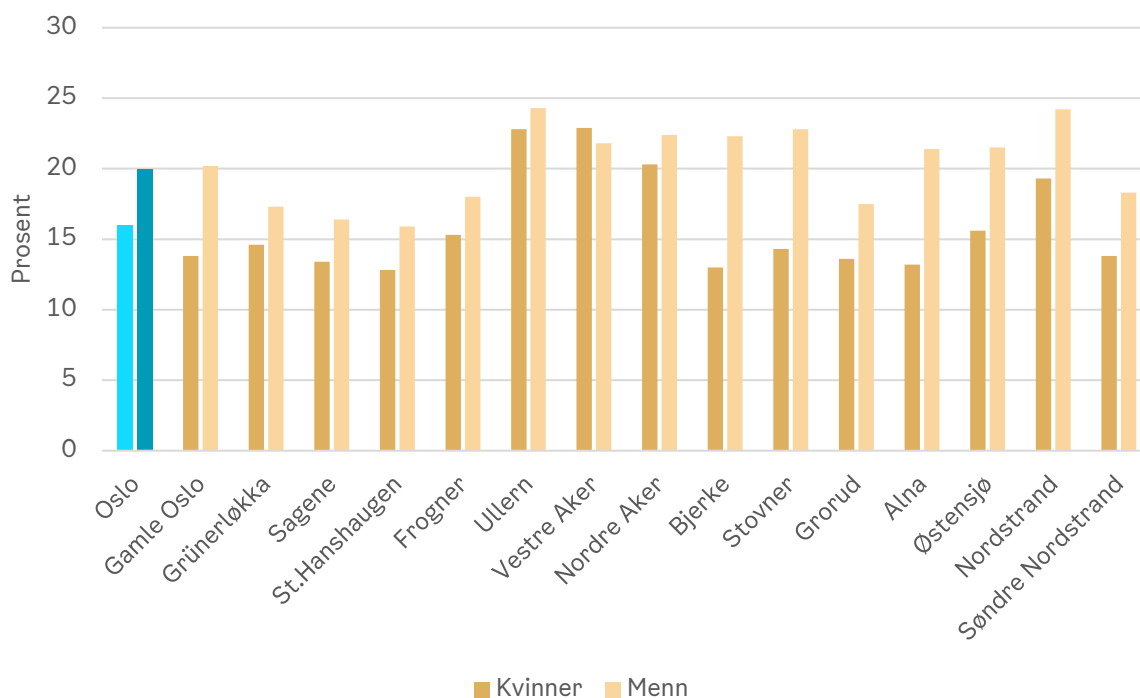
Figur 6.4 Andel ungdom som trener sjeldnere enn ukentlig, etter kjønn. 2022, 2023. Oslo, Norge. Prosent.  
Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, Ungdata 2022 nasjonale resultater (33, 159).

## 6.2 Idrettsdeltakelse

### 6.2.1 Voksne

Per utgangen av 2022 var det registrert 275 668 medlemskap i Oslo idrettskrets (59 % menn og 41 % kvinner) (223). Av disse utgjorde 40 prosent barn og unge i alderen 6–19 år (56,5 % gutter og 43,5 % jenter). Antall medlemskap har holdt seg relativt stabilt siden 2015, men antall lag gikk kraftig ned i 2021, det vil si under pandemien. Tatt i betraktning at Oslo hadde noen av landets strengeste smittevernstiltak, var nedgangen i medlemskap i idrettsforeninger overraskende liten. Nedgangen i Oslo (5,1 %) var halvparten så stor som nedgangen i hele landet (nesten 10 %) (224). I tillegg til medlemskap i idrettskretsen kommer medlemskap i bedriftsidrettslag. Den 31. desember 2022 var det registrert 31 670 medlemskap hos bedriftsidretten (64 % menn og 36 % kvinner) (223). Det er viktig å nevne at disse tallene gjelder medlemskap og ikke medlemmer. Enkeltpersoner kan ha medlemskap i flere idrettslag.

Nesten én av fem (18 %) av Oslos voksne befolkning (20 % av mennene og 16 % av kvinnene) driver med organisert idrett flere ganger i måneden (76). Det er betydelige forskjeller både mellom bydeler og mellom kvinner og menn, og spesielt i bydelene Stovner, Bjerke og Alna er det store kjønnsforskjeller (figur 6.5).

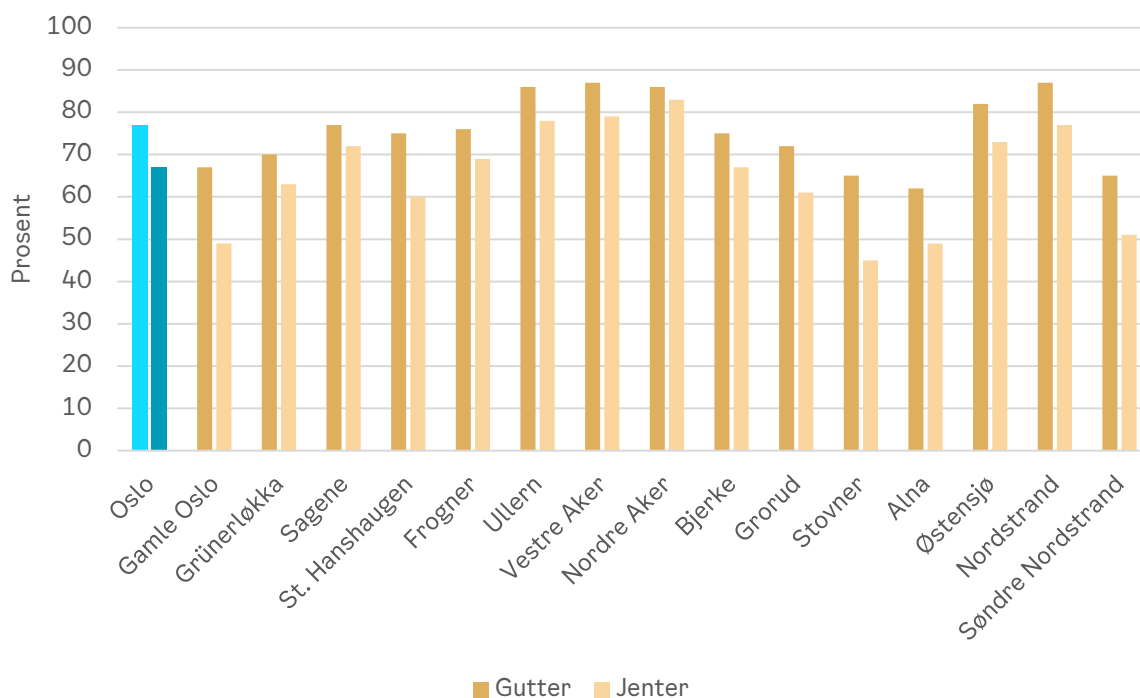


Figur 6.5: Andel voksne som driver med organisert idrett flere ganger i måneden (eller hyppigere), etter bydel og kjønn. 2023. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023, spesialbestilling (76).

## 6.2.2 Barn og ungdom

Idrett er en viktig arena for fysisk aktivitet for barn og unge og er dermed viktig med tanke på de helsemessige fordelene man får gjennom regelmessig fysisk aktivitet. Idrett er også en viktig sosial arena som kan skape glede, vennskap, møteplasser og samhold. Oslo kommune har som overordnet mål at Oslo skal være godt tilrettelagt for idrett og friluftsliv, spesielt for barn og unge (216). I tillegg har Oslo idrettskrets en pågående satsing ved navn «Idrett for alle i Oslo», som har som mål å snu den negative utviklingen med frafall i den organiserte idretten og de sosiale forskjellene i idrettstilbud og deltakelse (225).

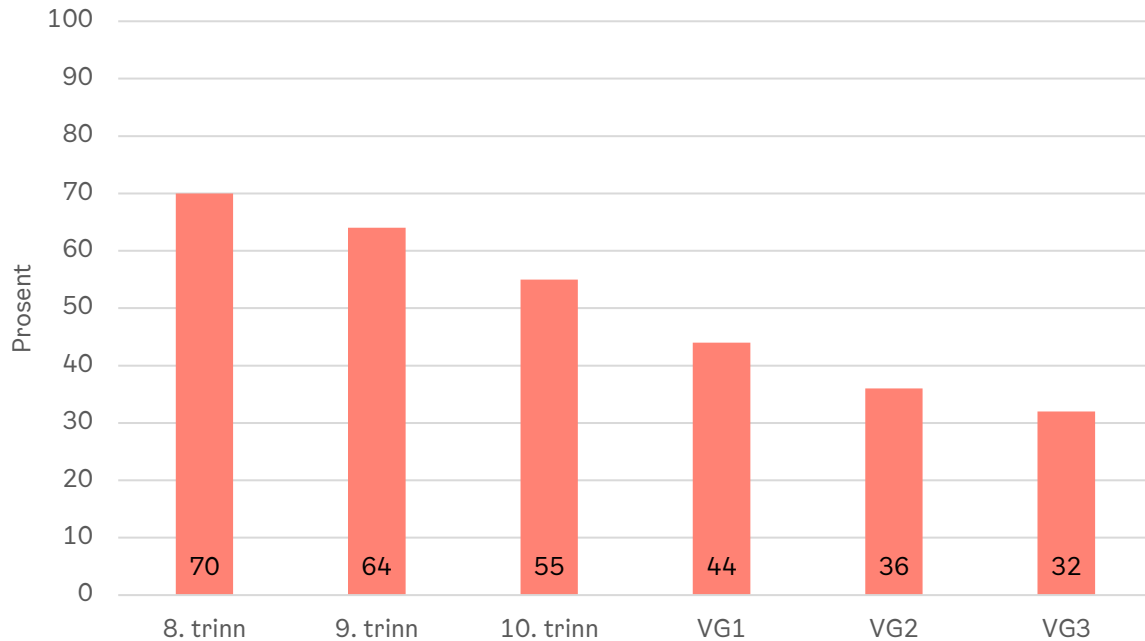
Av barna på 5.-7. trinn i Oslo driver 72 prosent (77 % gutter og 67 % jenter) med idrett i 2023 (220). Andelen er høyere enn i landet som helhet (67 %) og en økning fra 2021 da den var 66 prosent (70 % gutter og 62 % jenter) (226). Det er store forskjeller mellom bydelene når det gjelder idrettsdeltakelse, særlig blant jentene (figur 6.6). Bydelene Stovner og Alna har den laveste andelen barn som driver med idrett (63 %), mens andelene i Ullern og Nordre Aker er nesten halvannen gang så høye (91 %). Andelen jenter som driver med idrett i Nordre Aker (83 %), er nesten dobbelt så høy som andelen i Stovner (45 %).



Figur 6.6 Andel barn i 5.-7. trinn som driver med sport og idrett, etter kjønn og bydeler. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 5.-7. trinn, spesialbestilling (220).

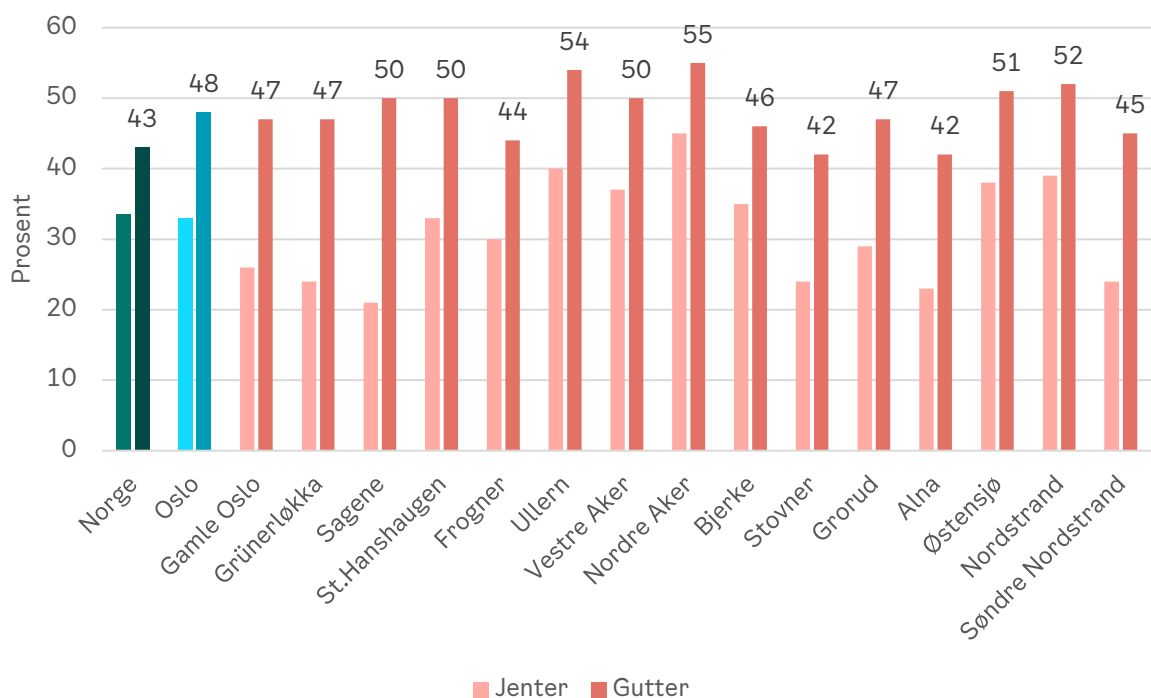
Pandemien har tilsynelatende bare hatt midlertidige konsekvenser for idrettsdeltakelsen blant barn og unge. Det finnes ikke eldre tall for barn i barneskolen i Oslo enn fra 2021, men den nasjonale Ungdata-undersøkelsen viste en nedgang i idrettsdeltakelsen fra 74 prosent i 2018 til 67 prosent i 2022 blant barn på 5.-7. trinn (227, 228). Når det gjelder ungdommer i Oslo, gikk andelen som deltok i idrettslag, ned med 7 prosentpoeng både blant gutter (fra 59 % til 52 %) og blant jenter (fra 48 % til 41 %) fra 2018 til 2021 (79). Idrettsdeltakelsen blant ungdommer har gått opp igjen etter pandemien og ligger i 2023 på 59 prosent for gutter og 46 prosent for jenter (62).

Idrettsdeltakelsen går kraftig ned i løpet av ungdomstiden (figur 6.7). 70 prosent av ungdommene på 8. trinn hadde deltatt i et idrettslag den siste måneden i 2023. Andelen går ned til 32 prosent blant dem som går tredje året på videregående skole. Denne trenden har vært vedvarende over lengre tid (225).



Figur 6.7 Andel ungdom som har deltatt i et idrettslag den siste måneden, etter klasstrinn i ungdomsskole og videregående skole. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, spesialbestilling (62).

Bydelsforskjellene i idrettsdeltakelse går også igjen hos ungdommer (figur 6.8). Forskjellene er spesielt store blant jenter i de forskjellige bydelene, og i noen bydeler er det store kjønnsforskjeller. I Bydel Stovner var bare 16 prosent av jentene med i idrettslag i 2021, mens andelen i Bydel Nordre Aker er omtrent tre ganger så høy (47 %). Til sammenligning er gjennomsnittet for hele Oslo 46 prosent for gutter og 33 prosent for jenter, mens landsgjennomsnittet er 43 prosent for gutter og 36 prosent for jenter (142, 229). Flere av guttene er altså med på idrett i Oslo enn i resten av landet, mens færre av jentene er det.



Figur 6.8 Andel av ungdom i ungdomsskole og vgs som trener eller konkurrerer i idrettslag minst en gang i uka, etter kjønn og bydeler. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, spesialbestilling (62).

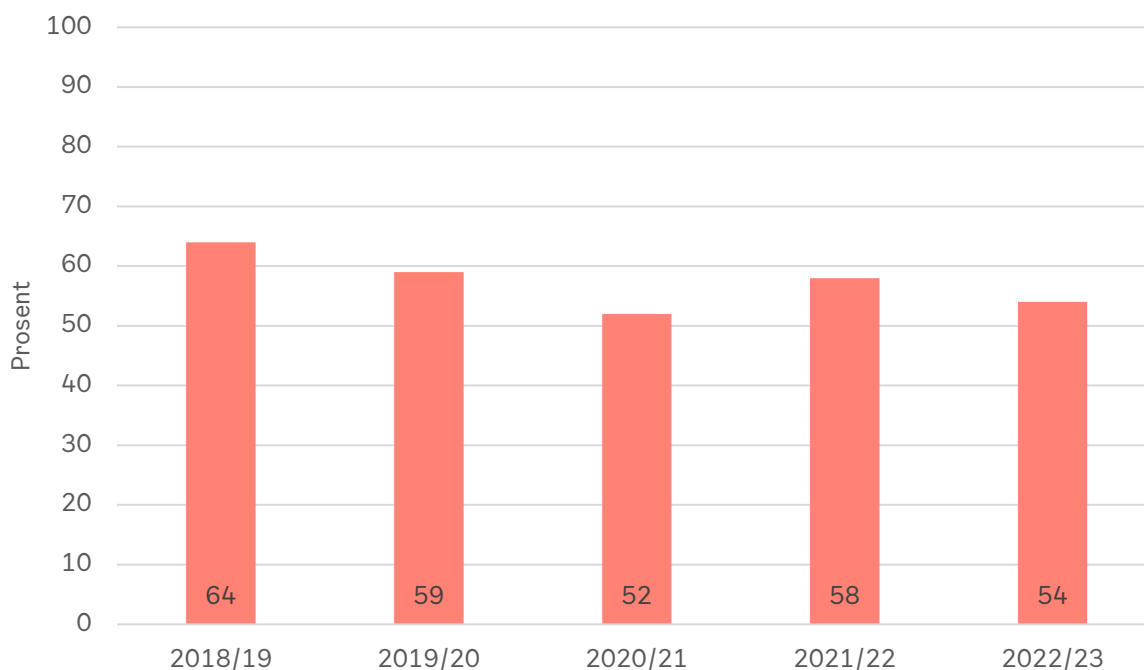
Blant ungdommer i Oslo er all type treningsaktivitet påvirket av sosioøkonomisk status, men dette er spesielt framtrepende når det gjelder trening i idrettslag (79, 230). 31 prosent av de unge fra familier med lav sosioøkonomisk status trener eller konkurrerer i idrettslag minst én gang i uka, sammenlignet med 40 prosent fra familier med middels sosioøkonomisk status og 47 prosent fra familier med høy sosioøkonomisk status. Sosiale forskjeller i deltakelse ser også ut til å øke med alderen blant barn og unge (231).

Mye av årsaken til de sosioøkonomiske forskjellene i idrettsdeltakelse kan forklares av de økte kostnadene knyttet til deltakelsen, og økonomi framheves som en av de største barrierene mot å delta i idrettslag (225). Spesielt overgangen fra barneidrett til ungdomsidrett medfører en kraftig kostnadsøkning, noe som kan være en del av forklaringen bak den store nedgangen i idrettsdeltakelse i løpet av ungdomsskolen og videregående skole.

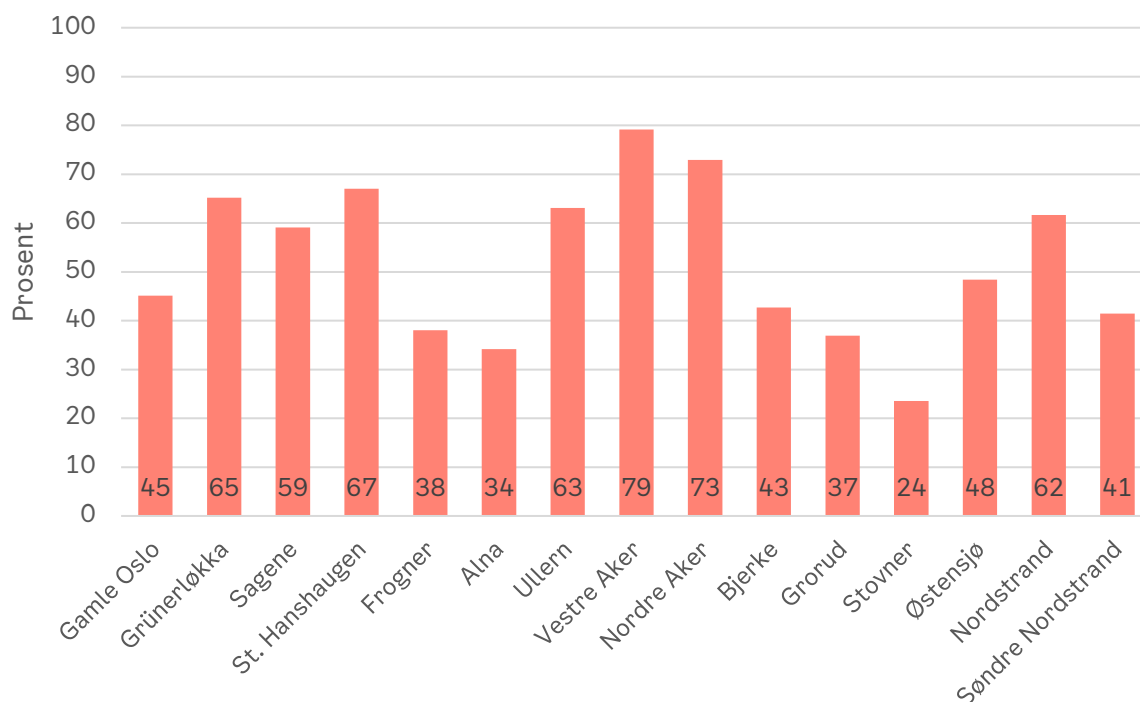
### 6.2.3 Svømmeferdigheter

Andelen svømmedyktige elever på 4. trinn i Oslo har gått ned med 10 prosentpoeng siden skoleåret 2018–2019 (figur 6.9). Andelen svømmedyktige elever varierer mye mellom bydelene, og Bydel Vestre Aker har for eksempel over tre ganger så høy andel svømmedyktige elever som Bydel Stovner (figur 6.10).

Ved fortolkning av disse resultatene, må man ta hensyn til at kvaliteten på tallene avhenger av hva de forskjellige skolene har rapportert inn til utdanningsetaten, og hvor mange skoler som har rapportert. Bydel Frogner har for eksempel en betydelig lavere andel svømmedyktige sammenlignet med fjoråret, men da bare to skoler har rapportert, er datagrunnlaget tynt. Det er også viktig å ta i betraktning at de siste årene med svømmeopplæring har funnet sted under koronapandemien og dermed blitt påvirket av dette.



Figur 6.9 Andel svømmedyktige elever i 4. trinn, etter skoleår. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Svømmedyktighet i 4. trinn i Osloskolen, spesialbestilling (232).



Figur 6.10 Andel svømmedyktige elever i skoleåret 2022/2023, etter bydeler. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Svømmedyktighet i 4. trinn i Osloskolen, spesialbestilling (232).

Omtrent én av fire ungdommer i Oslo kan ikke svømme 200 meter. I egenerklæringen som 17-åringene fylte ut i forbindelse med sesjon i Forsvaret i perioden 2021–2022, rapporterte 24 prosent av respondentene i Oslo (22 % gutter og 26 % jenter) at de ikke kunne svømme 200 meter. Dette er høyere enn andelen for hele Norge, som var 13 prosent (12 % gutter og 15 % jenter) (54). Andelen ikke-svømmedyktige ved sesjon har økt med 2 prosentpoeng både i Oslo og i Norge siden 2018–2019.

### 6.3 Kosthold

Kostholdet er avgjørende for veksten og utviklingen i fosterlivet, i spedbarnsalderen og i barne- og ungdomsårene. I tillegg er kostholdet viktig for å fremme god fysisk og psykisk helse og ikke minst for å forebygge sykdom. Et sunt og variert kosthold i tråd med Helsedirektoratets kostråd og anbefalinger kan gi flere gode leveår og redusere risikoen for utvikling av sykdommer, for eksempel enkelte typer kreft, hjerte- og karsykdommer og type 2-diabetes. I tillegg er det stor grad av samsvar mellom et kosthold som fremmer helse, og et kosthold som er mer bærekraftig (233).

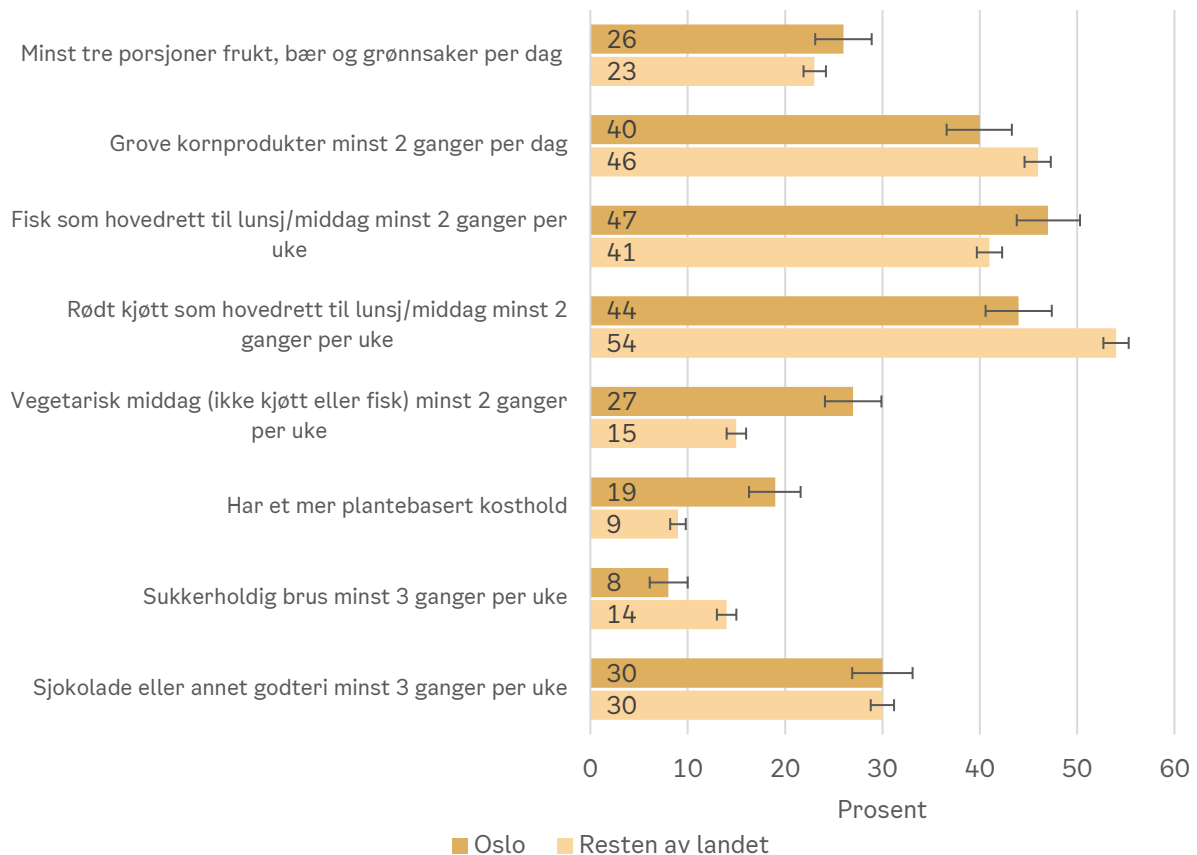
Et usunt kosthold er blant de viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død, både i Norge og resten av verden (234), og et usunt kosthold er trukket fram som en av de ti store folkehelseutfordringene i Norge (235). Enkelte kostholds faktorer er også blant de ti største risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår i Oslo (11).

De norske kostrådene er basert på nordiske ernæringsanbefalinger (236) og rapporten *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer* (237). Helsedirektoratet har utarbeidet tolv kostråd og anbefaler blant annet et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker (238). Nye nordiske ernæringsanbefalinger ble publisert i juni 2023 (239), og de nye anbefalingene vil danne grunnlaget for en revidering av de norske kostrådene som etter planen skal lanseres våren 2024.

Ser vi på utviklingen i det norske kostholdet over tid, viser tallene både positive og negative trekk (240). Ifølge matforsyningsstatistikken har forbruket av grønnsaker, frukt og bær økt over tid, mens sukkerforbruket har gått ned. Forbruket av fisk og sjømat, derimot, er lavere nå enn tidligere. Forbruket av kjøtt har økt betydelig over tid, og inntaket av mettet fett og salt er fremdeles høyere enn anbefalt.

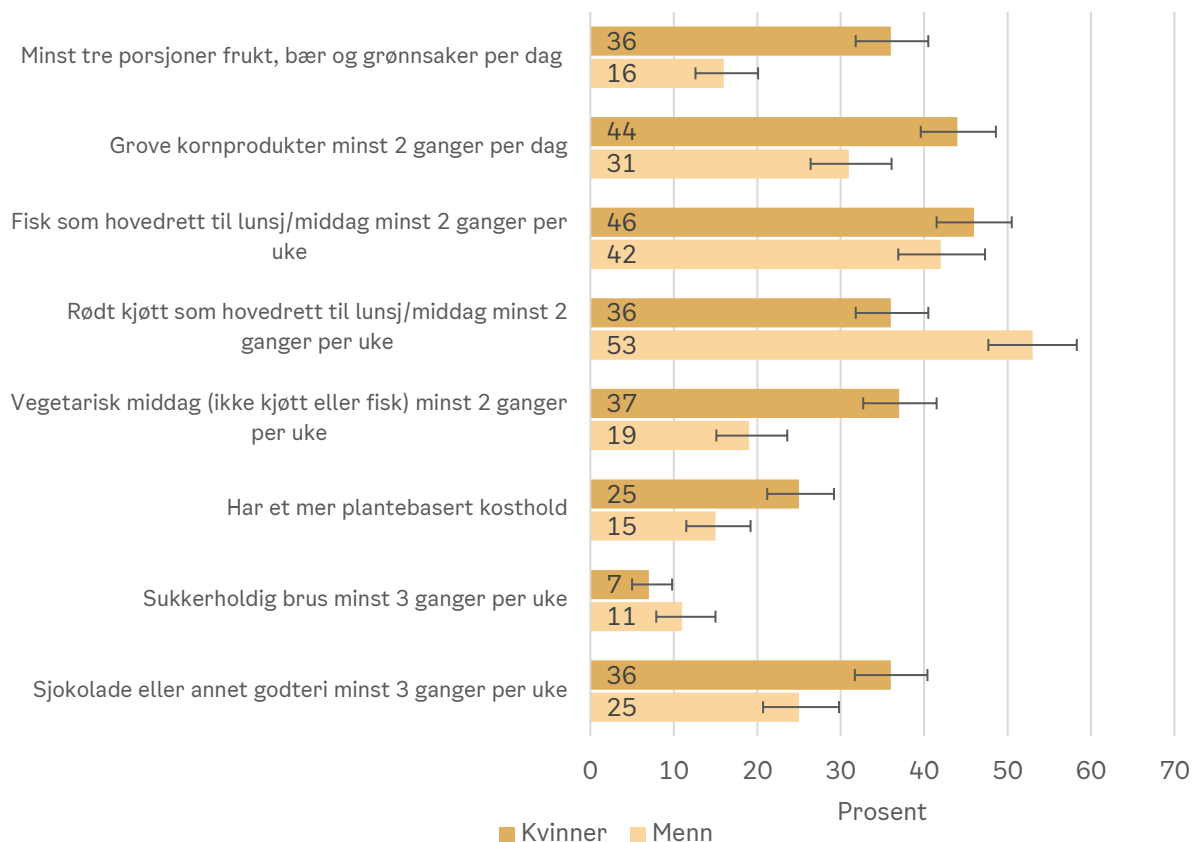
### 6.3.1 Kosthold blant voksne

Tall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen fra 2020 viser at 26 prosent av deltakerne fra Oslo og 23 prosent av deltakerne fra resten av landet rapporterte et inntak på minst tre porsjoner med frukt, bær og grønnsaker per dag (figur 6.11), noe som indikerer at enda færre får i seg det anbefalte inntaket på minst fem porsjoner frukt og grønnsaker per dag. Andelen som spiste fisk som hovedrett til lunsj eller middag minst to ganger i uka, var noe høyere i Oslo enn i resten av landet (6 prosentpoeng forskjell). Spesielt var andelen som rapporterte at de spiste vegetarisk middag minst to ganger i uka (12 prosentpoeng forskjell), og at de hadde et mer plantebasert kosthold (10 prosentpoeng forskjell), høyere i Oslo enn i resten av landet. Derimot var andelen som rapporterte at de spiste grove kornprodukter minst to ganger per dag, noe lavere i Oslo enn i resten av landet (6 prosentpoeng forskjell). Mens 44 prosent av deltakerne fra Oslo rapporterte et inntak av rødt kjøtt som hovedrett til lunsj eller middag minst to ganger i uka, rapporterte 54 prosent av deltakerne fra resten av landet det samme. Andelen som rapporterte et inntak av sukkerholdig brus minst tre ganger i uka, var lavere i Oslo enn i resten av landet, mens andelen som rapporterte et inntak av sjokolade og annet godteri minst tre ganger i uka, var det samme i Oslo som i resten av landet.



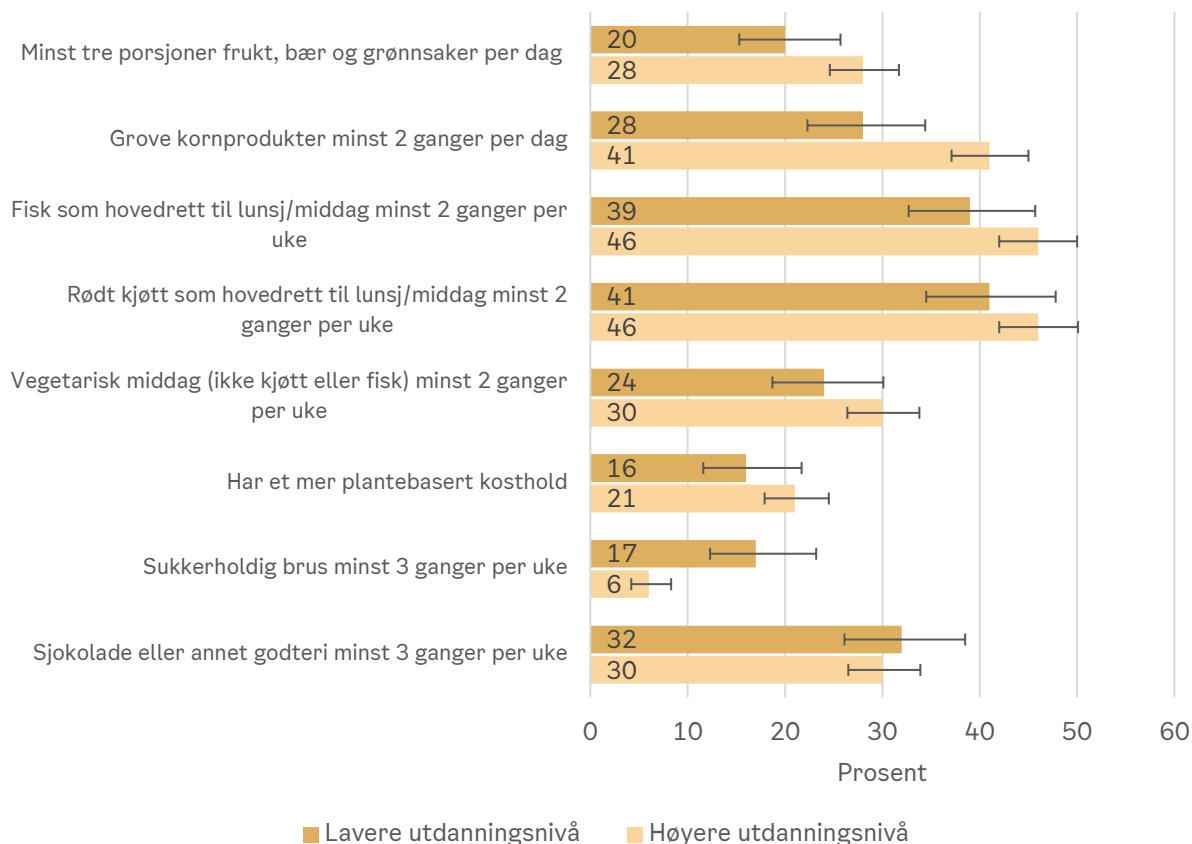
Figur 6.11 Andel deltakere som rapporterer inntak av ulike matvarer, etter bosted. 18 år og eldre. 95% konfidensintervall. Vektete tall. Alders- og kjønnsstandardisert. 2020. Oslo, Norge. Prosent. Kilde: Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020 (FHI), spesialbestilling (105).

Undersøkelsen viser også at det er sosiale forskjeller når det gjelder inntak av ulike matvarer. Kvinner fra Oslo rapporterte et betydelig høyere inntak av frukt og grønnsaker enn menn fra Oslo (figur 6.12), noe som også viste seg i Levekårsundersøkelsene om helse fra 2015 og 2019 ((8) tabell 11277). Inntaket av grove kornprodukter og vegetarisk middag var også høyere blant kvinner enn blant menn i Oslo (figur 6.12). Litt over halvparten av mennene rapporterte at de spiste rødt kjøtt som hovedrett til lunsj eller middag minst to ganger i uka, og 36 prosent av kvinnene rapporterte det samme. Flere kvinner rapporterte et høyere inntak av sjokolade eller annet godteri (36 %) enn menn (25 %).



Figur 6.12 Andel deltakere som rapporterer inntak av ulike matvarer, etter kjønn. 18 år og eldre. 95% konfidensintervall. Vektete tall. 2020. Oslo. Prosent. Kilde: Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020 (FHI), spesialbestilling (105).

Blant deltakere fra Oslo med lavere utdanningsnivå rapporterte 20 prosent at de spiste minst tre porsjoner med frukt, bær og grønnsaker hver dag, mens den tilsvarende andelen blant deltakere fra Oslo med høyere utdanningsnivå var 28 prosent (figur 6.13). Andelen som inntok grove kornprodukter minst to ganger hver dag, var høyere blant deltakere med høyere enn lavere utdanningsnivå. Andelen som drakk sukkerholdig brus minst tre ganger i uka, var betydelig høyere blant deltakere med lavere enn høyere utdanningsnivå.



Figur 6.13 Andel deltakere som rapporterer inntak av ulike matvarer, etter utdanningsnivå. 18 år og eldre. 95% konfidensintervall. Vektete tall. Lavere utdanningsnivå = mindre enn grunnskole, grunnskole og fagutdanning. Høyere utdanningsnivå = universitet/høyskole 2 år eller mer. 2020. Oslo. Prosent. Kilde: Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020 (FHI), spesialbestilling (105).

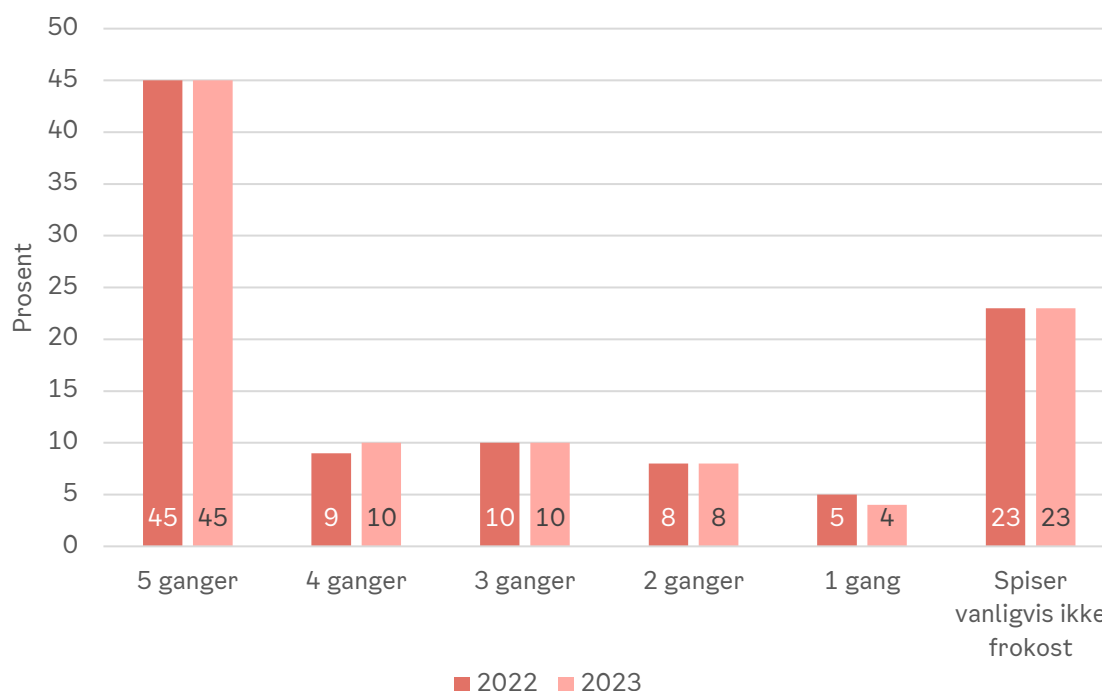
### 6.3.2 Kosthold blant barn og unge

Tall fra Ung i Oslo 2023 viser at 50 prosent av ungdommene vanligvis spiste frokost hver dag før første time på skolen, mens 24 prosent sjelden eller aldri spiste frokost før første time (33). Det var en høyere andel gutter enn jenter som jevnlig spiste frokost på alle klassetrinn. Rundt 60 prosent av ungdommene rapporterte at de spiste matpakke eller lunsj hver dag på skolen. 11 prosent spiste vanligvis ikke lunsj på skolen. Å spise frokost før skolen og lunsj på skolen var mer utbredt blant ungdommer med høy enn med lav sosioøkonomisk status. Ung i Oslo viser også at det er forskjeller mellom bydelene når det gjelder måltidsvaner. Andelen ungdommer som spiste frokost fem ganger i uka, varierte fra 40 prosent i bydelene Alna og Søndre Nordstrand til 62 prosent i Bydel Nordre Aker. Andelen ungdommer som spiste matpakke eller lunsj på skolen fem ganger i uka, varierte fra 49 prosent i Bydel Stovner til 68 prosent i Bydel Nordre Aker (33).

Alle elever i videregående skole i Oslo skal få tilbud om et gratis måltid på skolen hver dag. Ordningen ble innført fra høsten 2022. Fra høsten 2023 ble det også innført gratis skolemåltid i ungdomsskolene. Helseetaten i Oslo kommune har i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomført skolematundersøkelsen ved de kommunale videregående skolene og

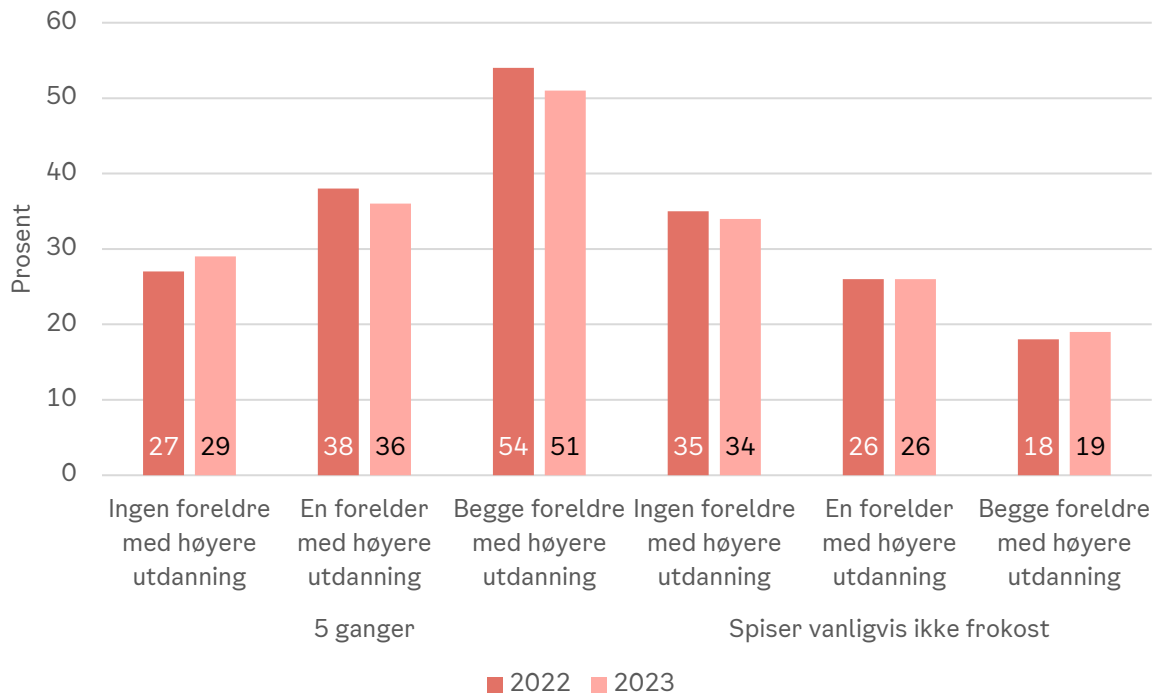
ungdomsskolene i Oslo. Den første undersøkelsen på videregående skoler ble gjennomført i 2022, og en ny undersøkelse ble gjennomført i 2023. På ungdomsskolene ble den første undersøkelsen gjennomført i 2022.

Resultatene fra undersøkelsen på videregående skoler i 2023 viste at 45 prosent av elevene spiste frokost hver ukedag, mens 23 prosent oppga at de vanligvis ikke spiste frokost. Som vist i figur 6.14 var det ingen endringer i andelen elever som spiser frokost, siden 2022. Dette kan komme av at det var få skoler som hadde kommet ordentlig i gang med gratis skolemåltid på tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.



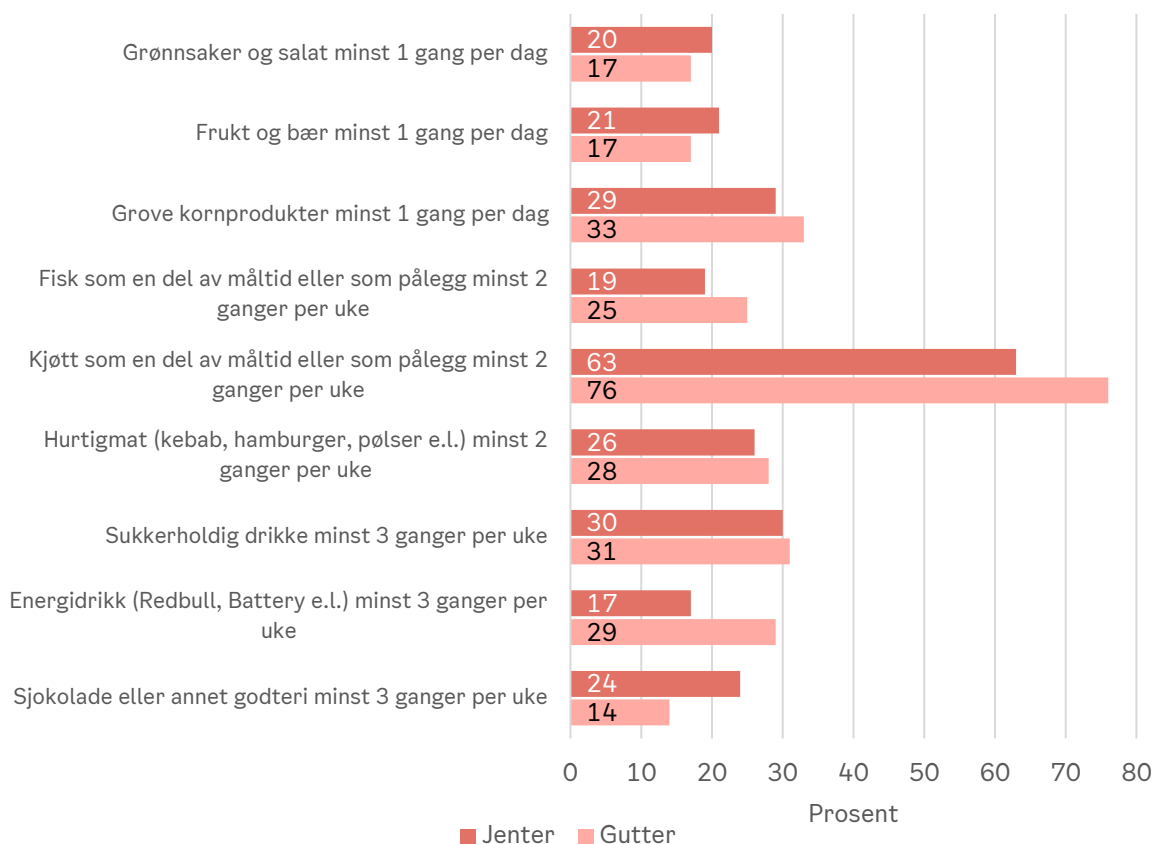
Figur 6.14 Hvor ofte elever på videregående skoler i Oslo pleier å spise frokost i løpet av en vanlig skoleuke. 2022 og 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Skolematundersøkelsen 2022 og 2023, Helseetaten (241, 242).

I 2023 rapporterte rundt halvparten av guttene at de spiste frokost fem dager i uka, mens den tilsvarende andelen var 41 prosent blant jentene. Omtrent halvparten av elevene som kommer fra familier der begge foreldrene har høyere utdanning, oppga at de spiste frokost fem dager i uka, mens 29 prosent av elevene som kommer fra familier der ingen av foreldrene har høyere utdanning, oppga det samme (figur 6.15). En høyere andel elever som ikke har foreldre med høyere utdanning, oppga at de vanligvis ikke spiser frokost (34 %), sammenlignet med elever som har én eller to foreldre med høyere utdanning.



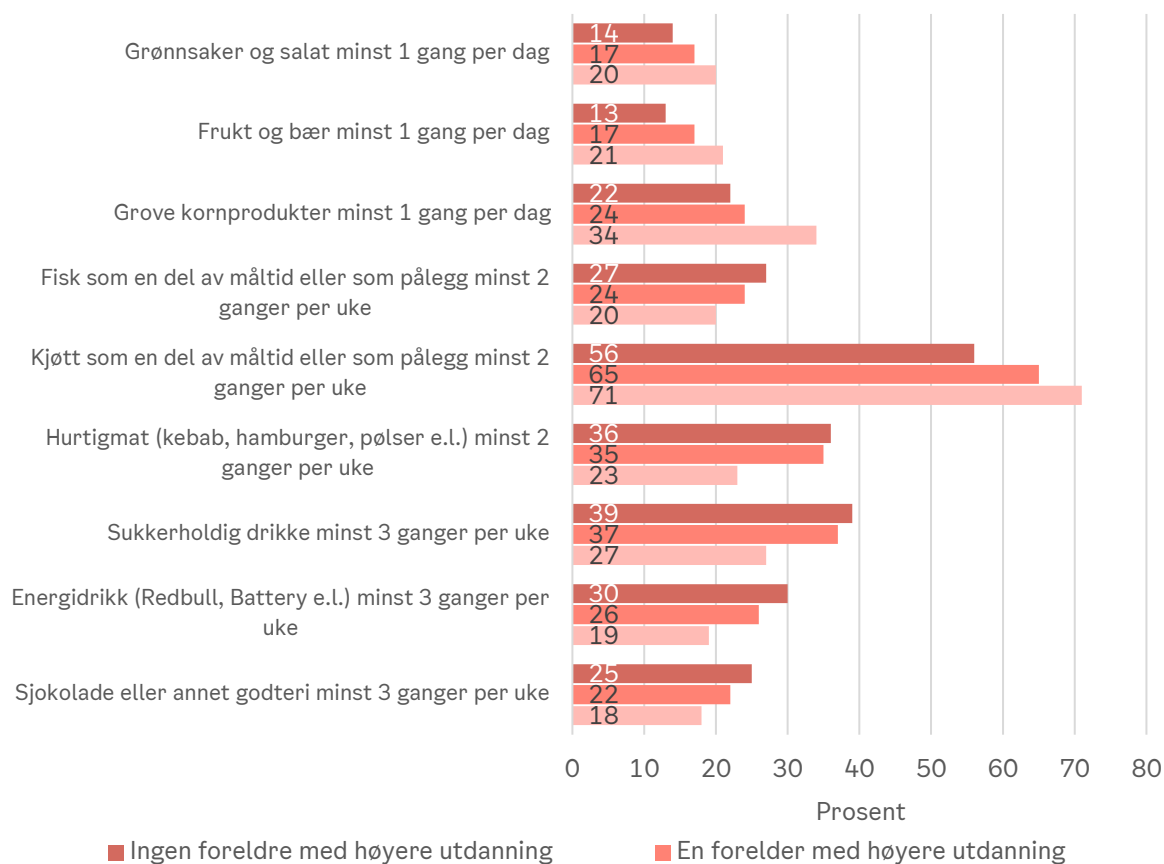
Figur 6.15 Hvor ofte elever på videregående skoler i Oslo pleier å spise frokost i løpet av en vanlig skoleuke, etter foreldres utdanningsnivå. 2022 og 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Skolematundersøkelsen 2022 og 2023, Helseetaten (241, 242).

Inntaket av grønnsaker og frukt var 3–4 prosentpoeng høyere blant jenter enn blant gutter (figur 6.16). Gutter rapporterte et høyere inntak av fisk og kjøtt. I tillegg rapporterte 29 prosent av guttene et inntak av energidrikk minst tre ganger i uka, mens den tilsvarende andelen var 17 prosent blant jentene. Flere jenter rapporterte et inntak av sjokolade eller godteri minst tre ganger i uka (24 %) enn gutter (14 %).



Figur 6.16 Andel elever på videregående skoler i Oslo som rapporterer inntak av ulike matvarer i skoletiden i løpet av en vanlig skoleuke, etter kjønn. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Skolematundersøkelsen 2023, Helseetaten (242).

Elever som har to foreldre med høyere utdanning, rapporterte et noe høyere inntak av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og kjøtt enn elever som ikke har noen foreldre med høyere utdanning (figur 6.17). Elever som ikke har noen foreldre med høyere utdanning, rapporterte et høyere inntak av fisk, hurtigmat, sukkerholdig drikke, energidrikk og sjokolade eller annet godteri enn elever som har to foreldre med høyere utdanning.



Figur 6.17 Andel elever på videregående skoler i Oslo som rapporterer inntak av ulike matvarer i skoletiden i løpet av en vanlig skoleuke, etter foreldres utdanningsnivå. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Skolematundersøkelsen 2023, Helseetaten (242).

Blant elever på ungdomsskolen høsten 2022 oppga 52 prosent at de spiste frokost hver ukedag, mens 20 prosent oppga at de vanligvis ikke spiste frokost (tabell 6.4). Det var flere gutter enn jenter som spiste frokost fem dager i uka i løpet av en vanlig skoleuke, og flere av elevene som kommer fra familier der begge foreldrene har høyere utdanning, oppga at de spiste frokost fem dager i uka, enn elever fra familier der ingen av foreldrene har høyere utdanning.

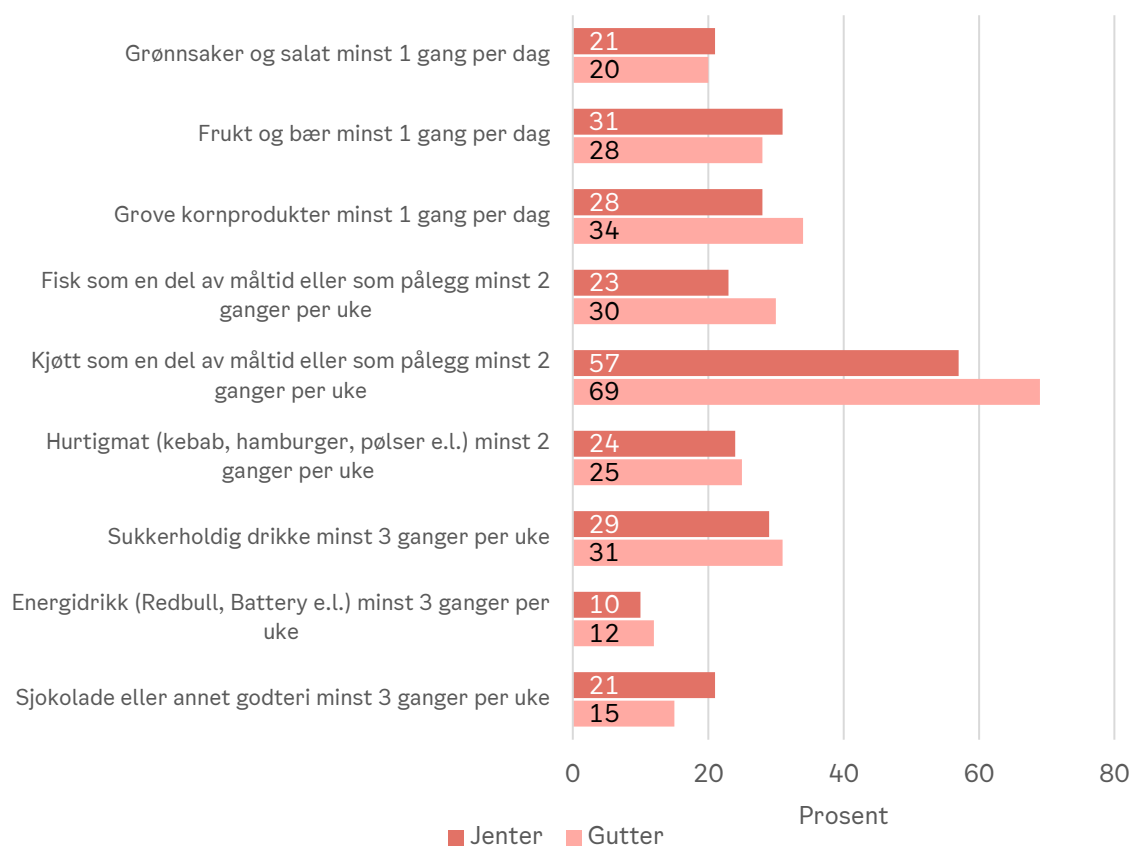
Tabell 6.4 Andel elever på ungdomsskoler i Oslo som spiser frokost i løpet av en vanlig skoleuke, etter kjønn og foreldres utdanningsnivå. 2022. Oslo. Prosent.

	Frokost 5 ganger i uken	Spiser vanligvis ikke frokost
Totalt	52	20
Jenter	44	24
Gutter	60	15
Ingen foreldre med høyere utdanning	36	31

En forelder med høyere utdanning	43	25
Begge foreldre med høyere utdanning	57	17

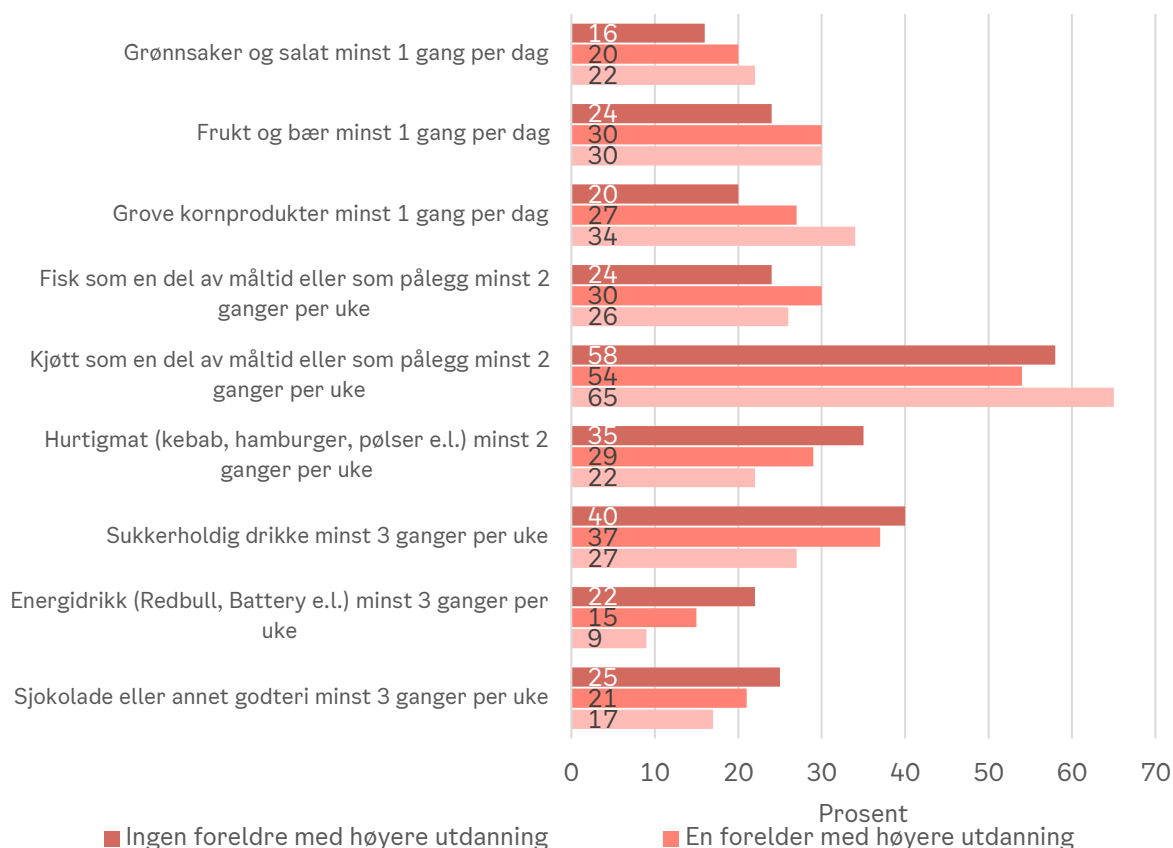
Kilde: Skolematundersøkelsen 2022, Helseetaten (243).

Også blant elever på ungdomsskolen var det bare rundt én av fem gutter og jenter som oppga at de spiste grønnsaker og salat minst én gang hver dag (figur 6.18). Flere gutter oppga et høyere inntak av grove kornprodukter, fisk og kjøtt enn jenter.



Figur 6.18 Andel elever på ungdomsskoler i Oslo som rapporterer inntak av ulike matvarer i skoletiden i løpet av en vanlig skoleuke, etter kjønn. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Skolematundersøkelsen 2022, Helseetaten (243).

Inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og kjøtt var noe høyere blant elever som har to foreldre med utdanning, enn elever som har foreldre uten høyere utdanning. Elever som har foreldre uten høyere utdanning, rapporterte et noe høyere inntak av hurtigmat, sukkerholdig drikke, energidrikk og sjokolade eller godteri enn elever som har to foreldre med høyere utdanning (figur 6.19).



Figur 6.19 Andel elever på ungdomsskoler i Oslo som rapporterer inntak av ulike matvarer i skoletiden i løpet av en vanlig skoleuke, etter foreldres utdanningsnivå. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Skolematundersøkelsen 2022, Helseetaten (243).

### 6.3.3 Kosthold blant eldre

Dårlig ernæringsstatus hos eldre kan føre til slapphet, tiltaksløshet, fallulykker og kognitiv svikt (244). Ivaretagelse av pasientsikkerhet er en forutsetning for god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til eldre.

I 2022 rapporterte Sykehjemsetaten at rundt 86 prosent av sykehjemsbeboerne på 67 år eller eldre ble vurdert for risiko for underernæring (245). Dette er en økning på 3 prosentpoeng fra 2021. Landsgjennomsnittet var på rundt 47 prosent i 2021.

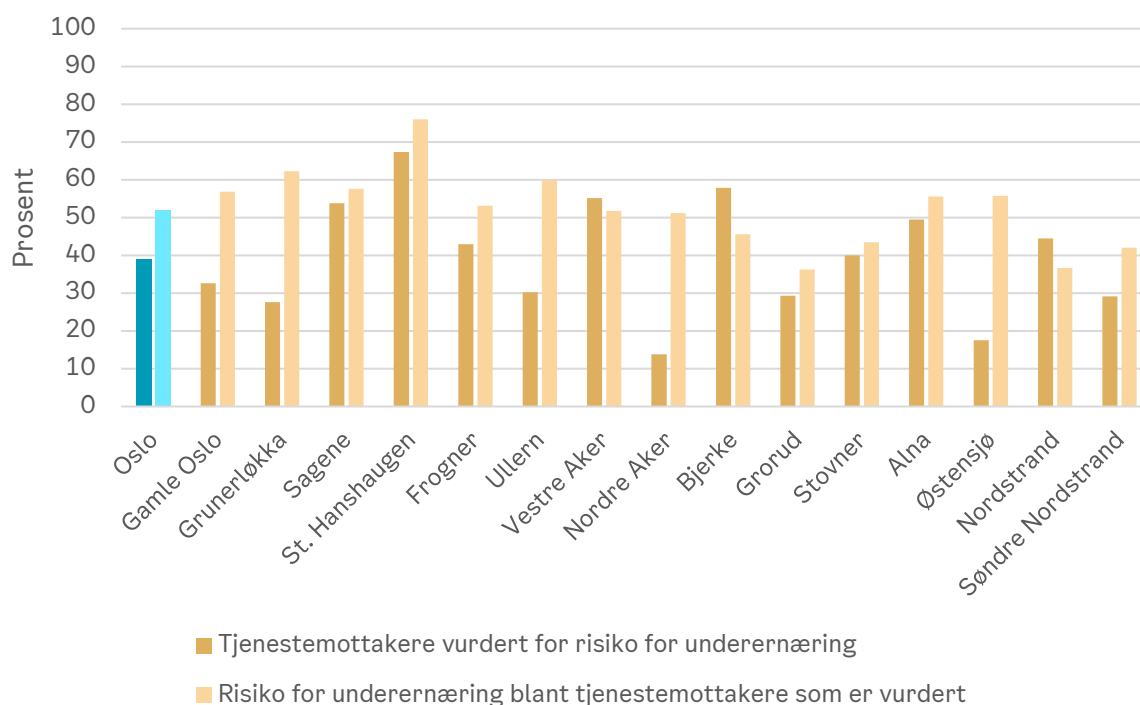
Det ser ut til å ha vært en økning i andelen mottakere av helsetjenester i hjemmet, som er vurdert for risiko for underernæring, fra 21 prosent i 2018 til 39 prosent i 2022 (tabell 6.5). Andelen tjenestemottakere som har blitt vurdert, og som er i risiko for underernæring, har holdt seg noenlunde stabil i samme periode, med en liten økning i 2020–2021.

Tabell 6.5 Rapportering av risiko for underernæring for tjenestemottakere av helsetjenester i hjemmet per 31. desember. 67 år og eldre. 2018 til 2022. Oslo. Prosent.

År	Totalt antall tjenestemottakere	Tjenestemottakere vurdert for risiko for underernæring		Risiko for underernæring blant tjenestemottakere vurdert for risiko	
	n	n	%	n	%
<b>2018</b>	7267	1492	21	779	52
<b>2019</b>	7456	2446	33	1247	51
<b>2020</b>	7363	2437	33	1397	57
<b>2021</b>	7520	2751	37	1549	56
<b>2022</b>	7559	2908	39	1522	52

Kilde: Ledelses Informasjonsverktøy LIV, Helseetaten (246).

På bydelsnivå er det forskjeller i hvor mange tjenestemottakere som har blitt vurdert for risiko for underernæring, og hvor stor andel av disse som er i risiko for å bli underernært (figur 6.20). Andelen tjenestemottakere som har blitt vurdert, varierte fra 14 prosent i Bydel Nordre Aker til 67 prosent i Bydel St. Hanshaugen i 2022. Andelen som er i risiko for å bli underernært av tjenestemottakerne som har blitt vurdert, varierte fra 36 prosent i Bydel Grorud til 76 prosent i Bydel St. Hanshaugen.



Figur 6.20 Rapportering av risiko for underernæring for tjenestemottakere av helsetjenester i hjemmet per 31. desember, etter bydel. 67 år og eldre. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Ledelses Informasjonsverktøy (LIV), Helseetaten (246).

### 6.3.4 Amming

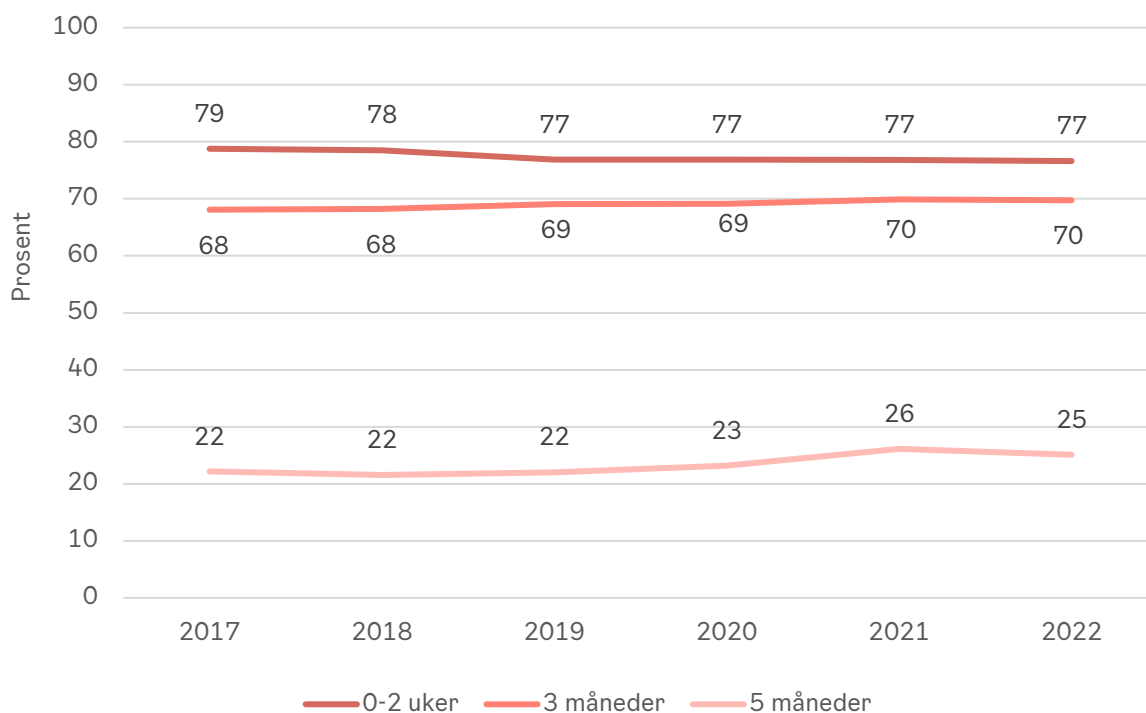
Det er overbevisende dokumentasjon på at morsmelk beskytter barnet mot en rekke infeksjoner tidlig i livet (247). I tillegg ser morsmelk ut til å ha positive langtidseffekter ved at det blant annet reduserer risikoen for overvekt eller fedme og diabetes senere i livet (248, 249). Amming er også forbundet med positive helseeffekter for mor, blant annet redusert risiko for brystkreft, eggstokkreft og type 2-diabetes (250). Et av målene i *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*, som har blitt forlenget til 2023, er at 60 prosent av barna skal fullammes ved fire måneders alder, 25 prosent skal fullammes fram til seks måneders alder, og 50 prosent skal ammes ved tolv måneders alder (244).



#### Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring

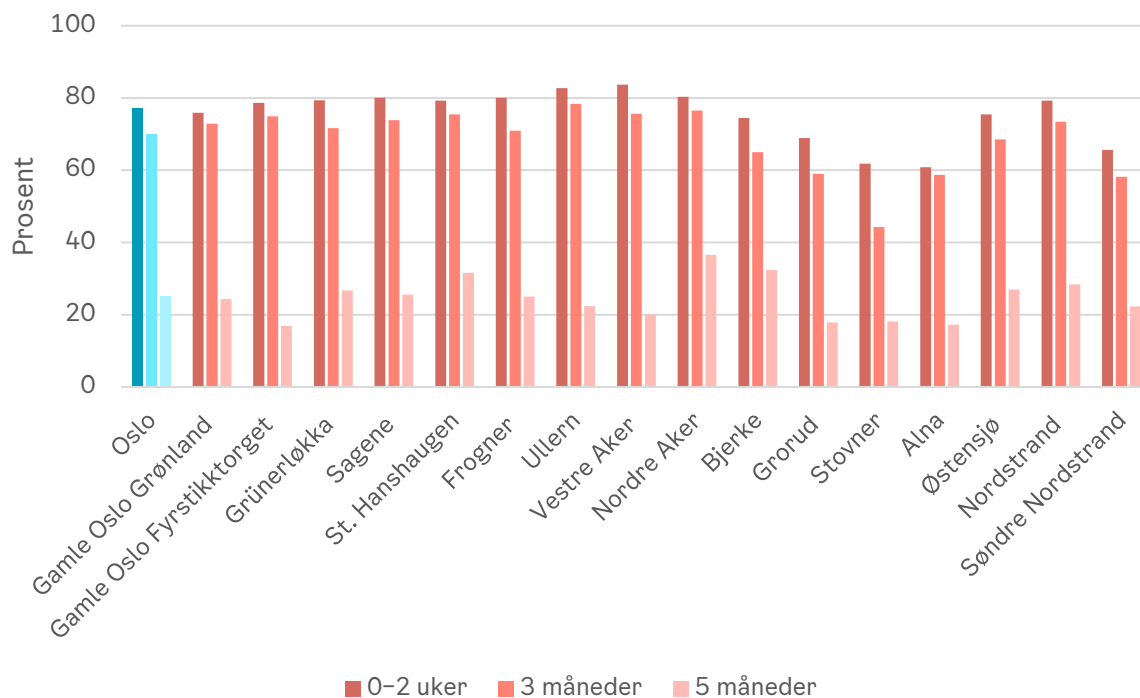
Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring hvor de anbefaler at barnet bare får morsmelk (fullamming) de første seks månedene så lenge barnet vokser og trives, og så lenge mor trives med ammingen (251). Hvis barnet har behov for annen mat, skal barnet bare ha morsmelkerstatning sammen med morsmelk fram til fire måneders alder, eventuelt morsmelkerstatning alene hvis amming ikke er mulig. Dersom barnet har behov for mer mat enn morsmelk etter at barnet har fylt fire måneder, bør fast føde introduseres, og barnet bør få annen mat i tillegg til morsmelk eller morsmelkerstatning når det er seks måneder gammelt. Videre bør barn om mulig få morsmelk i hele første leveår og gjerne lenger dersom barn og mor trives med det (251).

Andelen barn som ble fullammet i Oslo i perioden fra 2017 til 2022, har holdt seg noenlunde stabil (figur 6.21). Andelen barn som ble fullammet ved null-to ukers alder, gikk ned 2 prosentpoeng i denne perioden, mens andelen barn som ble fullammet ved tre måneders alder, gikk opp 2 prosentpoeng i samme periode. Ved fem måneders alder ble omtrent 25 prosent av alle barna som var inne til kontroll på helsestasjonen, fullammet. I den landsomfattende undersøkelsen av kostholdet blant spedbarn i Norge som ble gjennomført i 2018, ble rundt 85 prosent av barna fullammet ved to ukers alder, 68 prosent ved tre måneders alder, 39 prosent ved fire måneders alder, 13 prosent ved fem måneders alder og 5 prosent ved fem og en halv måneders alder (252). Nedgangen fra 68 prosent til 39 prosent i den nasjonale undersøkelsen har sammenheng med at mange introduserer fast føde rundt fire måneders alder, og vi kan anta at det er en nedgang i fullamming i denne perioden blant mødre i Oslo også. Det var likevel en høyere andel av mødrene som fullammet ved fem måneders alder i Oslo, enn det som gikk fram i den nasjonale undersøkelsen. Andelen er også nærmere det nasjonale målet om 25 prosent fullamming fram til seks måneders alder.



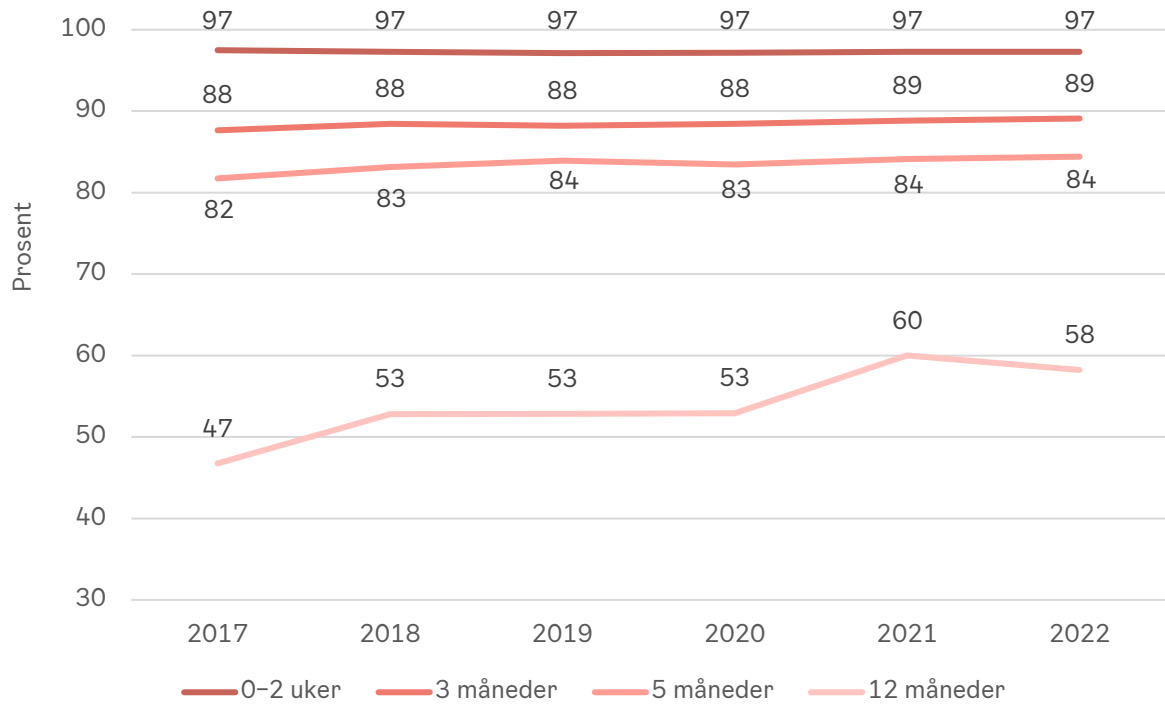
Figur 6.21 Andel barn som blir fullammet ved 0-2 ukers kontroll, 3 måneders kontroll og 5 måneders kontroll på helsestasjonen. 2017 til 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Fagsystemet CGM Journal, Helseetaten, spesialbestilling (110).

Andelen barn som ble fullammet ved null-to ukers alder, tre måneders alder og fem måneders alder i Oslo i 2022, varierer fra bydel til bydel (figur 6.22). Andelen barn som ble fullammet de første levemånedene, var lavere i bydelene Stovner, Alna, Søndre Nordstrand og Grorud enn i de andre bydelene.



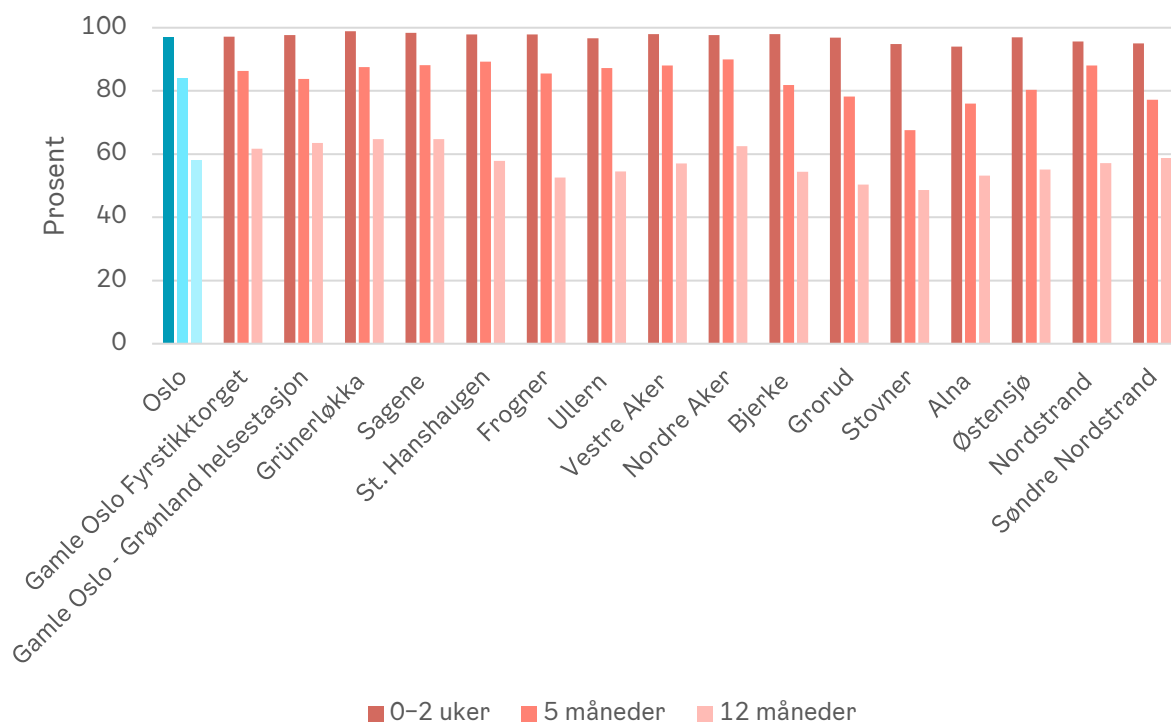
Figur 6.22 Andel barn som blir fullammet ved 0-2 ukers kontroll, 3 måneders kontroll og 5 måneders kontroll på helsestasjonen, etter bydel. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Fagsystemet CGM Journal, Helsetaten, spesialbestilling (110).

Andelen barn som ble ammet ved null-to ukers alder, tre måneders alder og fem måneders alder i Oslo, har holdt seg stabil fra 2017 til 2022 (figur 6.23). Andelen barn som ble ammet ved tolv måneders alder, har gått opp i samme periode, fra 47 prosent i 2017 til 58 prosent i 2022. I den landsomfattende undersøkelsen av kostholdet til tolv måneder gamle barn i Norge fra 2019 ble 48 prosent av barna ammet ved tolv måneders alder (253).



Figur 6.23 Andel barn som blir ammet ved 0-2 ukers kontroll, 3 måneders kontroll, 5 måneders kontroll og 12 måneders kontroll på helsestasjonen. 2017 til 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Fagsystemet CGM Journal, Helsetaten, spesialbestilling (110).

Det er små forskjeller i andelen barn som ble ammet ved null-to ukers alder i de ulike bydelene i Oslo i 2022, men ved fem måneders alder var det en noe lavere andel barn som ble ammet i Bydel Stovner (figur 6.24). Ved tolv måneders alder ble rundt 50 prosent eller mer av barna ammet i alle bydelene.



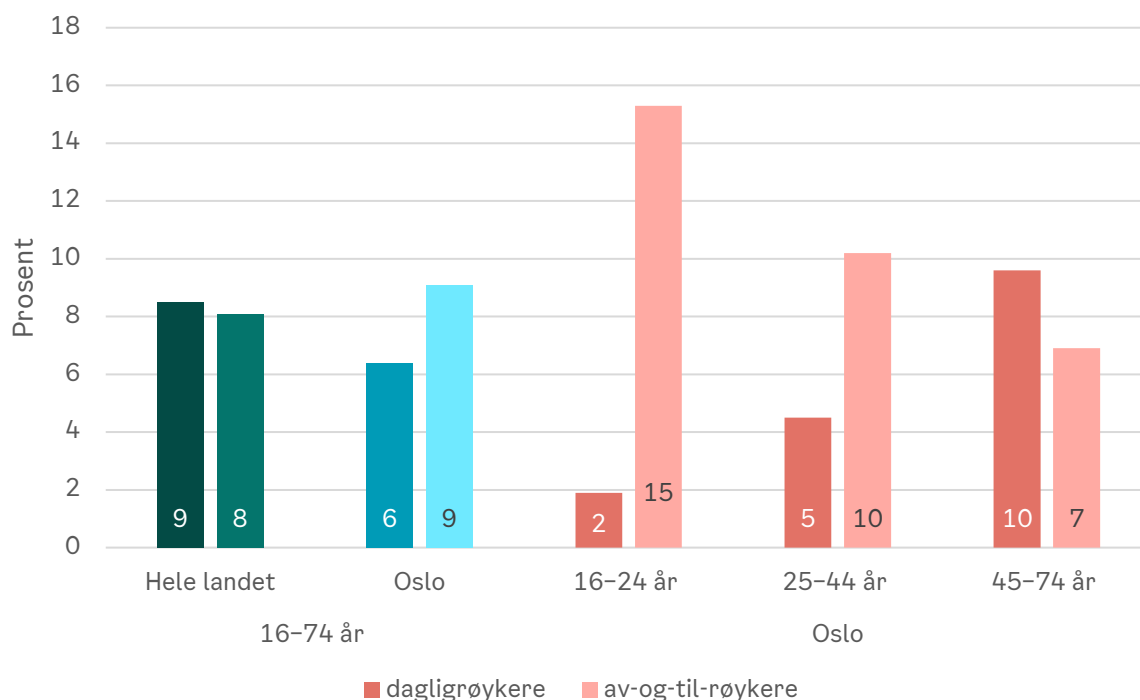
Figur 6.24 Andel barn som blir ammet ved 0-2 ukers kontroll, 5 måneders kontroll og 12 måneders kontroll på helsestasjonen, etter bydel. 2022. Oslo. Prosent. Kilde: Fagsystemet CGM Journal, Helsetaten, spesialbestilling (110).

## 6.4 Røyk og snus

Fra tusenårsskiftet har det vært en kraftig nedgang i andelen av befolkningen som røyker daglig. Røyking er imidlertid fortsatt den største risikofaktoren for og årsaken til tapte leveår i befolkningen (se delkapittel 2.4.4). Røyking øker risikoen for flere av de store og viktigste sykdommene i et folkehelseperspektiv, særlig hjerte- og karsykdommer, kreft og kroniske luftveisinfeksjoner (254).

Andelen som røyker daglig, er lavere i Oslo enn i andre fylker. I motsetning til i resten av landet er det imidlertid en betydelig høyere andel som røyker av og til enn daglig. I perioden 2018–2022 var det i gjennomsnitt 6 prosent av Oslos befolkning i alderen 16–74 år som røykte daglig, mens gjennomsnittet for av-og-til-røykere i samme periode var 9 prosent (Figur 6.25). Av-og-til-røyking øker også klart risikoen for kreft, hjerte- og kar sykdommer og kols (3). Det er flere menn enn kvinner som røyker i Oslo. I alt røykte i gjennomsnitt 17 prosent av mennene daglig eller av og til i perioden 2018–2022, mens andelen blant kvinner var 14 prosent (54).

Røykemønsteret varierer med aldersgrupper. Blant de yngste er det svært få som røyker daglig, mens av-og-til-røyking er relativt utbredt (se også 6.3.1 for mer om røyking blant ungdom). I aldersgruppen 45–74 år er det en større andel som røyker daglig enn av og til, 10 prosent av dem røyker daglig i Oslo (Figur 6.25). Folkehelseeffekten av røykeslutt blant disse vil være stor.



Figur 6.25. Andel dagligrøykere og av-og-til-røykere, etter alder. Standardisert. Gjennomsnitt for perioden 2018–2022. Prosent. Kilde: Norgeshelsa statistikkbank (141).

Det er betydelig sosial ulikhet når det gjelder andelen som røyker i Oslo. 16 prosent av dem som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå, røyker daglig, men dette bare gjelder 4 prosent av dem med universitets- eller høyskoleutdanning (141).

En av grunnene til at røyking fortsatt er en så stor risikofaktor for sykdom og død, er at mange av dem som blir eldre nå, røykte i yngre år. I 1973 røykte i overkant av 40 prosent av den voksne befolkningen i Norge daglig (255).

Røyking i svangerskapet er særlig skadelig, men svært få gravide i Oslo røyker nå: Bare 1,4 prosent av gravide kvinner oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i 2018–2022. Andelen er halvert fra 2013–2017. For hele landet var andelen 2,4 prosent. Andelen er under landsgjennomsnittet i alle bydeler (54).

I takt med nedgangen i andelen som røyker, har det vært en økning i bruken av snus. I 2018–2022 snuste 21 prosent av mennene og 9 prosent av kvinnene i Oslo daglig (8, tabell 12510). Det har vært lite endring de siste årene. Snus er mindre skadelig, men ikke uten helserisiko (256).

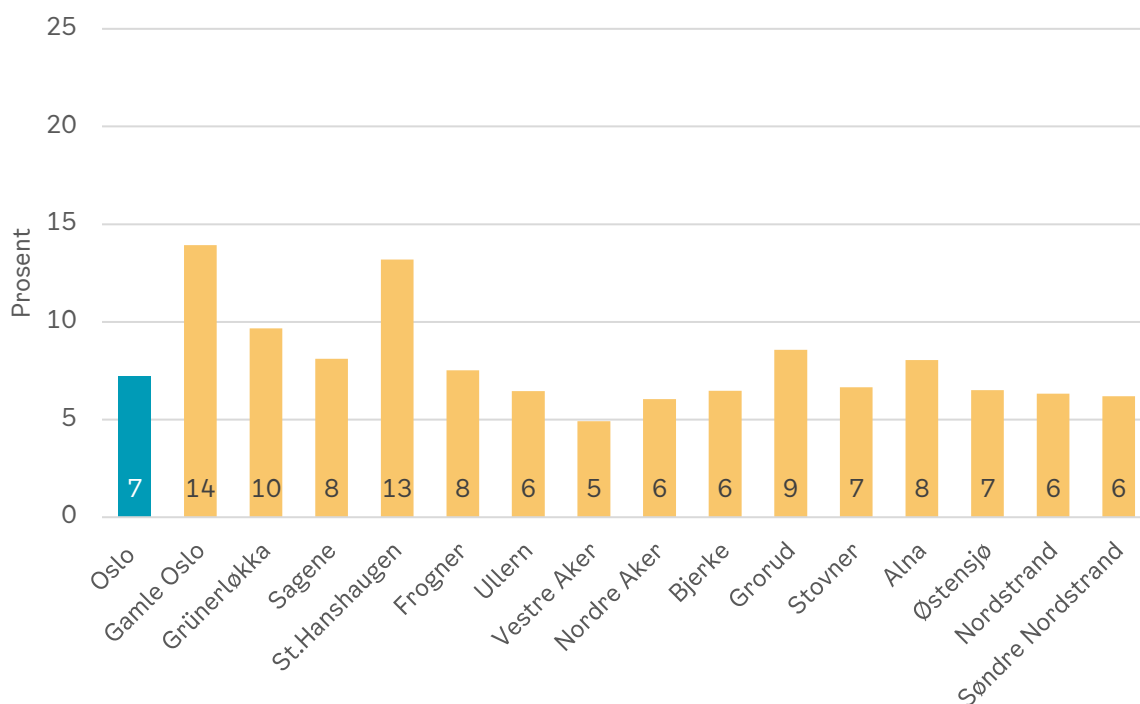
#### 6.4.1 Røyk og snus blant ungdommer

Sammenlignet med hvordan situasjonen var 1990-årene er røyking svært lite utbredt blant ungdommer i Oslo. Andelen ungdommer i Oslo som røyker eller snuser, har holdt seg ganske stabil de siste årene. Ung i Oslo-tallene for 2023 viser en liten økning fra 2021, men ikke fra 2018

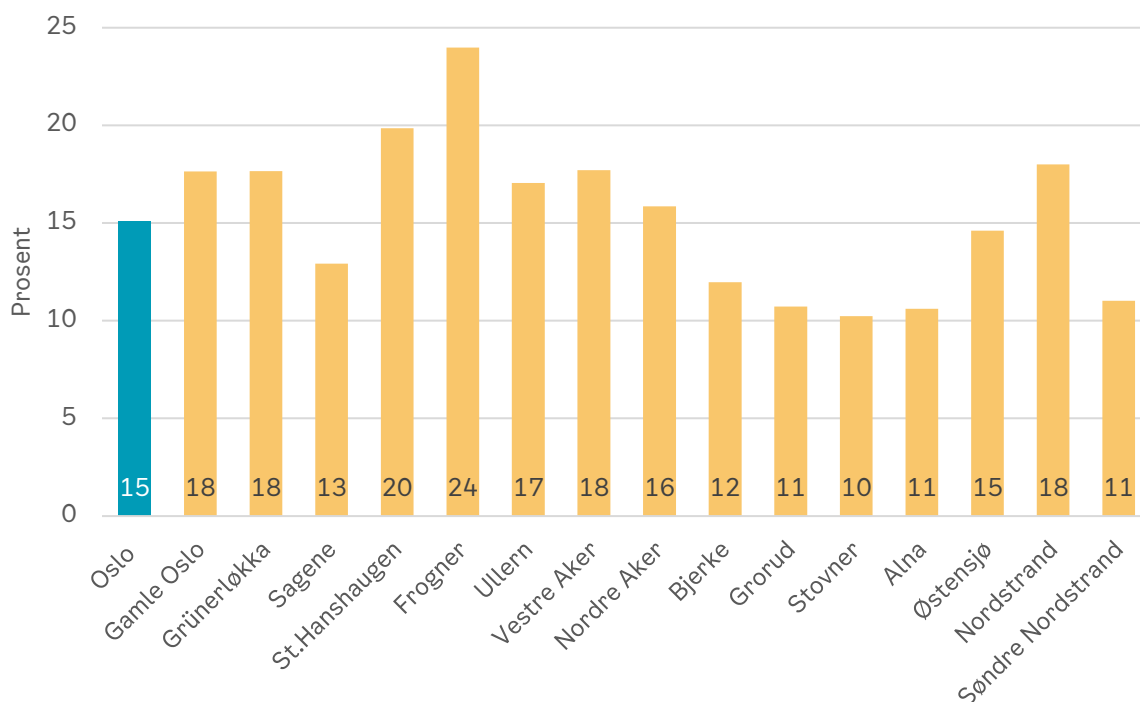
(33). Dette kan henge sammen at pandemien og den påfølgende nedgangen i sosialt samvær førte til en midlertidig nedgang i 2021.

Både røyking og snusing er lite utbredt på ungdomsskolen. Nedenfor ser vi derfor på tall for videregående elever (figur 6.26 og figur 6.27). 7 prosent av elevene på videregående skole i Oslo røyker daglig eller ukentlig. I overkant av dobbelt så mange, 15 prosent, snuser daglig eller ukentlig, slik figurene nedenfor viser. Det var flest ungdommer som røykte eller snuste i de sentrumsnære bydelene. Samtidig er bruk av snus mer et vestkantfenomen, mens andelen som røyker, er litt høyere i noen av de østlige bydelene. Generelt er det imidlertid små forskjeller mellom bydelene når det gjelder røyking.

Andelene som snuser, øker utover videregående, mens det er små endringer når det gjelder røyking. Det er flere gutter enn jenter som snuser. I 3. klasse bruker 24 prosent av guttene og 15 prosent av jentene snus daglig eller ukentlig. Snus er mer utbredt blant ungdommer med norskfødte enn utenlandsfødte foreldre (33).



Figur 6.26 Andel elever på videregående skole som røyker daglig eller ukentlig, etter bostedsbydel. 2023. Prosent. Kilde: Ung i Oslo, spesialbestilling (62).



Figur 6.27 Andel elever på videregående skole som snuser daglig eller ukentlig, etter bostedsbydel. 2023. Prosent. Kilde: Ung i Oslo spesialbestilling (62)

De siste årene har det kommet nye produkter på markedet, som e-sigaretter, som også omtales som fordampere og vape. Utbredelsen av e-sigaretter i den generelle befolkningen er lav og ser ikke ut til å ha økt i perioden fra 2015 til 2022 (255). Men fra 2021 til 2023 ble andelen ungdommer i Oslo (ungdomsskolen og i videregående skole) som har prøvd e-sigaretter, mer enn dobbelt så stor og økte fra 15 til 31 prosent. De fleste har bare prøvd, mens 7 prosent bruker e-sigaretter ukentlig. Det er litt flere jenter enn gutter som bruker e-sigaretter (33). Av elevene på videregående skole hadde 42 prosent prøvd, mens 8 prosent bruker e-sigaretter daglig eller ukentlig (62). Forbudet mot salg av e-sigaretter med nikotin blir opphevet i 2024 (257), noe som i seg selv kan påvirke bruksmønsteret blant ungdom. Erfaringer fra andre land viser at slike produkter raskt kan appellere til barn og unge, og nikotin viser seg å påvirke hjernen til barn og unge langt mer enn man tidligere har antatt (3).

Et av hovedmålene i den nye nasjonale tobakksstrategien (3) er at andelen dagligrøykere og dagligbrukere av snus skal være under 5 prosent i alle alders- og utdanningsgrupper. Det er mer ambisiøst enn i den foregående tobakksstrategien, da målet var at andelen dagligrøykere skulle være under 10 prosent, noe den er i Oslo. Oslo, som har 6 prosent dagligrøykere totalt – og 10 prosent blant personer over 45 år og 16 prosent blant personer som bare har grunnskole – oppfyller ikke målet i den nye strategien. Norge har også forpliktet seg til å nå målene i den globale strategien for ikke-smittsomme sykdommer, den såkalte NCD-strategien. Det femte målet i strategien er en 30 prosent reduksjon i tobakksbruken (både røyking og snusing daglig og av og til) fra 2015 til 2025.

## 6.5 Bruk av rusmidler

Alkohol- og narkotikabruk er blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død i befolkningen i Oslo (se delkapittel 2.5.4) og bidrar til sosial ulikhet i helse. Alkohol forårsaker mange flere helsemessige og sosiale problemer i samfunnet enn narkotika (258). Både alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler har blitt en større risikofaktor for sykdomsbyrden i Oslo i perioden fra 1990 til 2019 (11). Dette kapittelet omhandler forbruk, mens rusmiddellidelser og rusavhengighet er omtalt i kapittel 4.

### 6.5.1 Alkohol

Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet i vårt samfunn. Alkohol er en selvfølgelig del av mange festlige anledninger, måltider og sosiale samvær, og for mange er det en kilde til nytelse og glede. Men alkoholbruk forårsaker også betydelige folkehelseproblemer (259). Alkoholbruk er den nest største adferdsmessige risikofaktoren for helsetapsjusterte leveår for menn i Oslo og den tredje største for kvinner (se delkapittel 2.5.4). På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom totalkonsumet og omfanget av helsemessige og sosiale skader som er nært forbundet med alkoholbruk. Det vil si at når totalkonsumet øker, går også skadeomfanget opp (259).

Effektene av høy promille eller beruselse øker særlig risikoen for ulykkes- og voldsskader. Når det gjelder skader etter ulykker og vold, kan størstedelen av skadeomfanget tilskrives dem med forholdsvis lavt eller moderat forbruk (260). De som drikker ofte med et moderat til høyt forbruk, har størst risiko for alkoholrelaterte sykdommer. Et høyt alkoholinntak hver gang og et høyt alkoholinntak over tid, øker risikoen for en lang rekke helseproblemer, som lever- og kreftsykdommer (259).

Sosiale konsekvenser av et høyt alkoholforbruk, kan blant annet være nedsatt produktivitet, sykefravær og arbeidsuførhet. Høyt alkoholforbruk kan også ha store negative konsekvenser for andre enn brukeren selv. Eksempler er skader på foster, negativ innvirkning på barn under oppveksten og på lengre sikt, trafikkulykker som følge av promillekjøring, redusert livskvalitet for pårørende og vold (259).

Problemer forårsaket av alkoholbruk innebærer også høye samfunnskostnader. De samlede årlige kostnadene ved tapt helse og livskvalitet er anslått til mellom 68 og 77 milliarder kroner i Norge (261). Videre kommer behandlingskostnader på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten.

Oslos befolkning har høyere alkoholforbruk enn befolkningen i andre deler av landet, og forbruket ser ut til å ha økt fra 2015 til 2019. Andelen som drikker alkohol én gang i uka eller oftere, var i 2019 høyere i Oslo (49 %) enn i landet som helhet (36 %). I tillegg har andelen i Oslo økt med 8 prosentpoeng fra 2015, da det var 41 prosent som rapporterte å drikke alkohol minst en gang per uke ((8) tabell 11277). I 2019 var det ellers 7 prosent i Oslo som hadde et skadelig

alkoholforbruk<sup>31</sup>, en økning fra 4 prosent i 2015. Andelen i landet som helhet var 3 prosent begge årene.

Vi mangler god statistikk over hvordan utviklingen i alkoholbruk har vært i den voksne befolkningen i Oslo etter 2019. Tall fra den årlige rusundersøkelsen (upublisert) viser at 48 prosent hadde drukkm. flkohol minst én gang i uka siste år i Oslo i 2022, altså på nivå med 2019, men antall respondenter fra Oslo er lavt (n = 264), så det er større usikkerhet knyttet til tallet. Nasjonale tall viser ellers stor grad av stabilitet i andel som har drukkm. flkohol siste år fra 2012 til 2022 (262).

Generelt viser tall for Norge at menn drikker mer, oftere og mer risikofylt enn kvinner. Eldre drikker oftere enn yngre, men har et mindre risikofylt drikkemønster. Høyt utdanningsnivå og høy inntekt er forbundet med høyere drikkefrekvens, men samtidig lavere omfang av risikofylt drikking (262).

Som tabell 6.6 viser, ser vi mye av det samme mønsteret i Oslo. Samtidig er andelene høyere i Oslos befolkning enn i befolkningen i resten av landet, og da både totalt og fordelt etter henholdsvis kjønn og alder. Kjønnforskjellene er noe mindre enn i resten av landet. Det er verdt å merke seg den høye andelen som drikker alkohol ukentlig blant de eldste i Oslo. Alkoholbruken blant eldre i Norge har økt de siste tiårene (263). For eldre kan alkoholbruk være spesielt utfordrende siden aldring medfører nedsatt metabolisme og reduksjon i kroppsvæske og kroppsmasse. Eldre har også oftere helseutfordringer og høyere risiko for ulykker og fallskader, noe som kan forsterkes ved bruk av alkohol.

Tabell 6.6 Andel i som har drukkm. flkohol minst en gang i uken siste år etter kjønn, alder, inntekt og utdanning. Oslo og landet utenom Oslo. 2019. Prosent

	Oslo	Resten av landet
<b>Alle</b>	51	35
<b>Kjønn</b>		
Mann	57	41
Kvinne	45	28
<b>Alder</b>		
18-24 år	33	17
25-44 år	46	28
45-66 år	56	43
67 år og eldre	72	42

<sup>31</sup> Alkoholforbruket regnes ifølge WHO som skadelig hvis det er på 20 gram ren alkohol i gjennomsnitt per dag eller mer for kvinner, og 40 gram eller mer for menn. Dette tilsvarer om lag en og en halv drink (alkoholenhet) per dag for kvinner og om lag 3 drinker per dag for menn (fra fotnote til tabell).

<b>Husholdningsinntekt</b>		
1. kvintil	37	21
2. kvintil	42	28
3.kvintil	52	34
4.kvintil	48	42
5. kvintil	68	49
<b>Utdanningsnivå</b>		
Grunnskole	32	20
VGS	47	36
Høyere	59	44

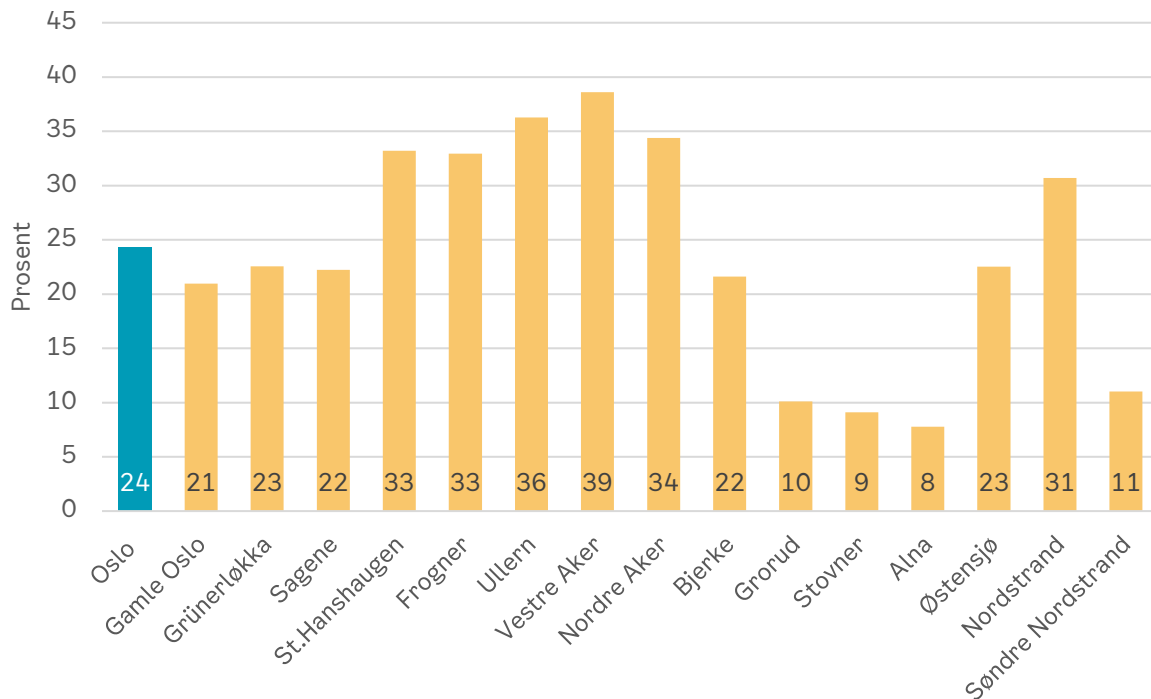
Kilde: SSB Levekårsundersøkelsen om helse 2019, spesialbestilling (104).

Oslo har en stor studentpopulasjon. I 2022 rapporterte 23 prosent av mannlige studenter i Oslo skadelig alkoholbruk og 36 prosent risikofylt alkoholbruk. Tilsvarende andeler blant kvinnelige studenter var henholdsvis 9 og 26 prosent. Omfanget av problemfylt alkoholbruk blant studenter i Oslo er omtrent som omfanget blant studenter i hele landet (264). Tall for landet samlet viser at det, etter en nedgang under pandemien i 2021, i 2022 var omtrent like mange studenter som hadde et risikofylt eller skadelig alkoholbruk som før pandemien. Det samme gjelder alkoholbruken blant studenter generelt (265).

### 6.5.2 Alkohol blant ungdommer

Det var en tydelig nedgang i alkoholbruken blant ungdommer i Oslo fra 1990-årene til 2018 (78). Fra 2018 til 2023 har det vært en økning i andelen jenter på ungdomsskolen og videregående skole i Oslo som har vært beruset på alkohol siste år, fra 32 prosent i 2018 til 37 prosent i 2023. Andelen blant guttene var 32 prosent begge år (33). Alkoholbruk blant ungdommer er beskrevet i mer detalj i *Oslo-trender* (4) og i rapporten som er basert på Ung i Oslo-undersøkelsen (33).

I et folkehelseperspektiv er det mest interessant å se på alkoholbruk av et visst omfang. Det er relativt få på ungdomsskolen som har vært beruset, og figur 6.28 viser andelen elever på videregående skoler som har vært beruset på alkohol elleve ganger eller mer i løpet av det siste året. Når det gjelder alkohol blant ungdommer, er Oslo virkelig en delt by. I alle vestlige bydeler har minst 30 prosent av elevene på videregående skoler drukket så hyppig, mens andelen i Søndre Nordstrand, Grorud, Stovner og Alna er rundt 10 prosent.



Figur 6.28. Andel elever på videregående skole som har vært beruset på alkohol minst 11 ganger foregående år, etter bostedsbydel. 2023. Prosent. Kilde: Ung i Oslo spesialbestilling (62)

I 2022 kom i overkant av 600 ungdommer under 24 år til legevakten med et høyt rusinntak, i all hovedsak etter inntak av alkohol (266). Det innebærer en økning fra 441 i 2021, men er lavere enn før pandemien. 19 prosent av ungdommene var under 18 år. I 2021 var det for første gang flere jenter enn gutter som kom til legevakten etter et høyt rusinntak, og i 2022 var 64 prosent av henvendelsene fra jenter. Dette er altså en betydelig endring.

### 6.5.3 Illegale rusmidler

Cannabis er det mest brukte ulovlige rusmiddelet, og det er mer i bruk i Oslo enn i andre deler av landet. I underkant av 10 prosent av voksne i Oslo svarer at de har brukt cannabis siste år (9 % i livskvalitetsundersøkelsen (61), 8 % i den nasjonale folkehelseundersøkelsen (105)). Det er i overkant av dobbelt så mange som i landet som helhet (4 % i livskvalitetsundersøkelsen, 3 % i den nasjonale folkehelseundersøkelsen).

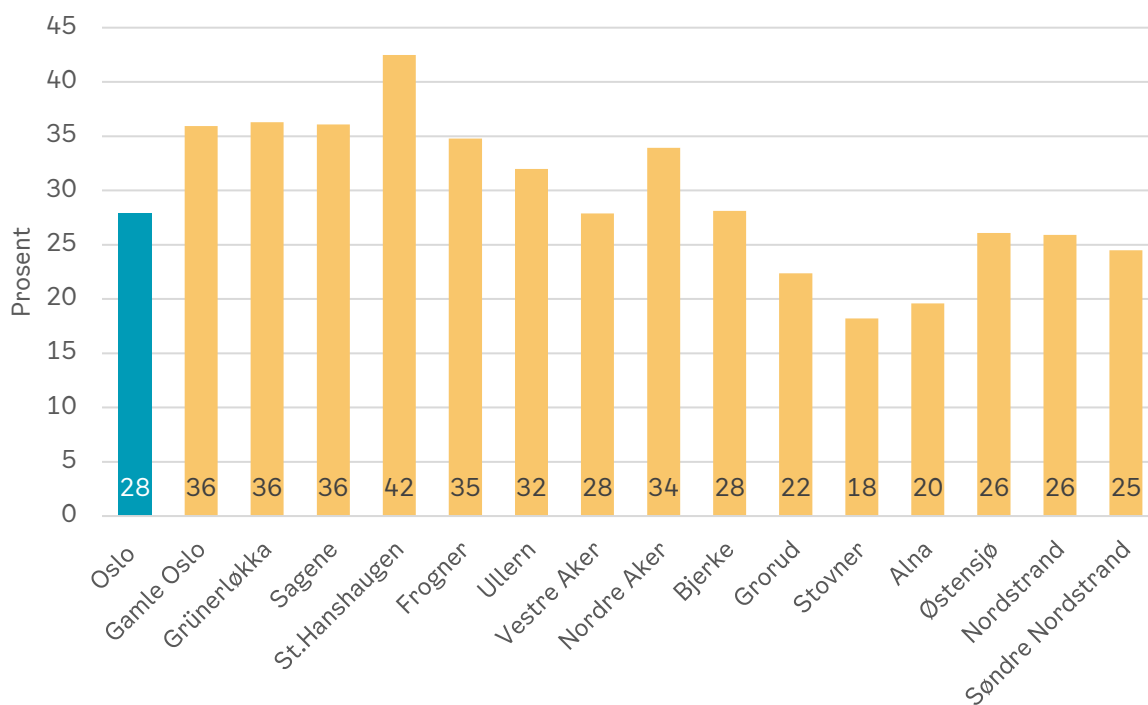
Statistikk for Norge som helhet viser at andelen som har brukt cannabis siste tolv måneder eller siste måned, har holdt seg relativt stabil de siste ti årene (267).

Høyere bruk i Oslo må også ses i sammenheng med at Oslo har en befolkning med en stor andel unge voksne. Forskjellen reduseres noe når vi tar hensyn til det. I aldersgruppen 18–24 år svarer 18 prosent i Oslo at de har brukt cannabis siste tolv måneder. I alderen 25–44 år er andelen 13 prosent. I de eldre aldersgruppene er andelen betydelig lavere. Blant dem som oppgir at de bruker cannabis, sier 40 prosent at de gjør det månedlig eller oftere (61).

Generelt er det flere menn enn kvinner som har brukt cannabis, men nasjonale tall viser et skille i 2022. Da hadde flere kvinner enn tidligere brukt cannabis, og kjønnsforskjellene var ikke lenger signifikante (267).

16 prosent av ungdommene på ungdomsskolen eller videregående skole i Oslo har brukt hasj eller marihuana i 2023, omtrent som i 2018, men andelen har gått litt opp blant jenter og litt ned blant gutter (33). Fortsatt er det flest gutter som bruker eller har prøvd. Blant elevene i 3. klasse på videregående skole hadde 38 prosent av guttene og 25 prosent av jentene i Oslo brukt hasj eller marihuana siste år.

Akkurat som for alkohol retter vi oppmerksomheten mot bruken blant videregående elever når vi ser på bydelsforskjeller. Det er i sentrumsbydelene at det er flest ungdommer som har brukt hasj eller marihuana (Figur 6.29), i tillegg til Nordre Aker og Ullern.



Figur 6.29. Andel elever på videregående skole som har brukt hasj, marihuana el.l. minst en gang foregående år, etter bostedsbydel. 2023. Prosent. Kilde: Ung i Oslo spesialbestilling (62)

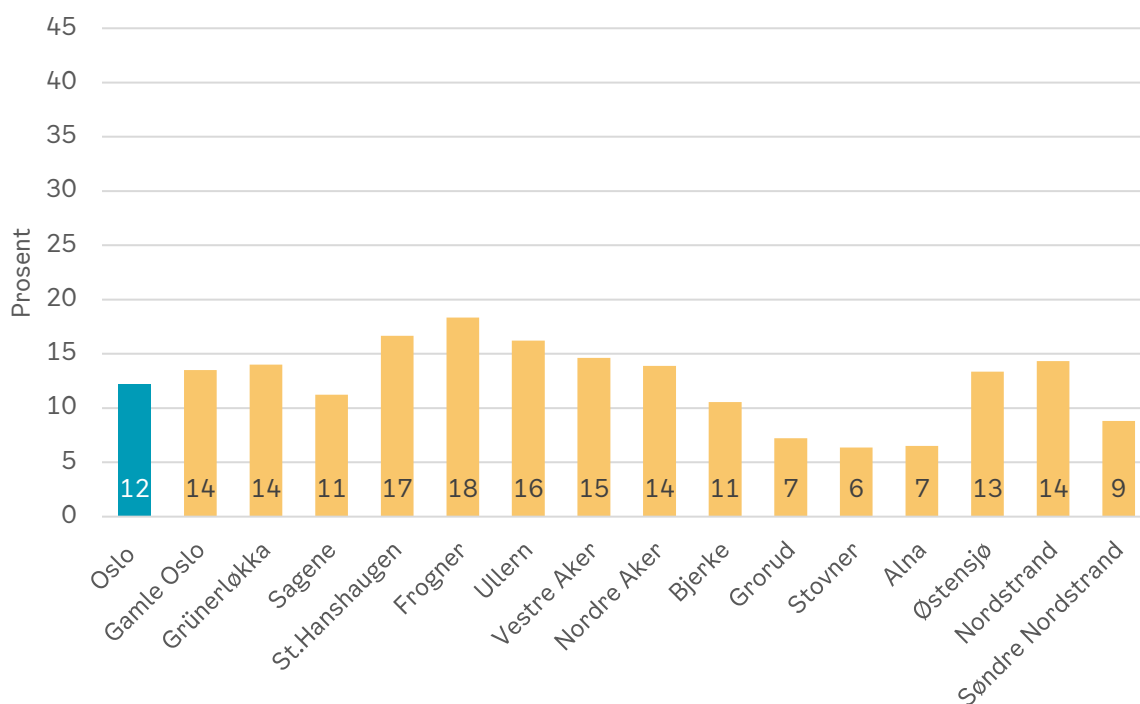
Etter cannabis er de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA de illegale stoffene som oftest rapporteres brukt i befolkningsundersøkelsene. I livskvalitetsundersøkelsen 2022 oppgir 5 prosent av befolkningen i Oslo og 2 prosent i resten av landet at de har brukt andre narkotiske stoffer siste tolv måneder. I aldersgruppen 18–24 år svarer 11 prosent i Oslo at de har brukt andre narkotiske stoffer siste tolv måneder. I alderen 25–44 år er andelen 7 prosent (61). Det er ikke spurt spesifikt om kokain i livskvalitetsundersøkelsen, men nasjonale tall viste at 5 prosent i alderen 16–30 år oppga å ha

brukt kokain det siste året i 2022, og vi må anta at andelen er høyere i Oslo. Bruken av kokain ser ut til å ha økt i denne aldersgruppen i Norge som helhet de siste årene, men antallet som oppgir slik bruk, er lavt, og endringer fra ett år til et annet må derfor tolkes med forsiktighet (267).

Folkehelseinstituttet estimerer omfanget av risikofylt narkotikabruk i befolkningen. Estimaten er usikre, men det ser ikke ut til å ha vært noen økning i Norge de siste årene (268). Det kommer stadig nye syntetiske stoffer på det ulovlige markedet (269).

Den største endringen i ungdommers rusbruk er at andelen videregående elever som sier at de har brukt kokain, har økt fra 3 i 2018 til 8 prosent i 2023. Andelen er høyest blant gutter som går siste året på videregående, og 17 prosent av disse oppgir at de har brukt stoffet i løpet av siste år. Kokainbruken er størst blant dem som bruker mye alkohol. Mange av dem som har prøvd kokain, sier at de har prøvd det én eller noen få ganger (270).

Andelen av elever på videregående skole som har brukt andre narkotiske stoffer enn hasj, marihuana eller lignende minst én gang foregående år, er størst i vestlige bydeler og minst i bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand (Figur 6.30).



Figur 6.30 Andel elever på videregående skole som har brukt andre narkotiske stoffer enn hasj, marihuana el.l. minst en gang foregående år, etter bostedsbydel. 2023. Prosent. Kilde: Ung i Oslo spesialbestilling (62)

## 6.6 Søvn

God søvn handler om hvor lenge vi sover, og kvaliteten på søvnen mens vi sover. For lite eller for mye søvn kan være et symptom på en fysisk sykdom eller en psykisk plage eller lidelse (155). Men

forskning har også vist at søvnlengde er en helsefaktor i seg selv (271), og at kombinasjonen lite søvn og søvnproblemer er lite gunstig for helsa vår (272, 273). For mye søvn kan også gi negative helseeffekter (271), men er et mye mindre utbredt problem enn for lite søvn. Se også delkapittel 4.4 «Søvnvansker og søvnsykdommer».

Hvor mye søvn vi trenger, er individuelt og varierer i løpet av livsløpet. En voksen person trenger mellom 7 og 9 timers søvn hver dag (274). Ifølge tall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen, er den gjennomsnittlige selvrapporterte søvnlengden i Oslo på 6,9 timer, og dermed i det nedre sjiktet av hva som er anbefalt. Kvinner sover like lenge som menn (6,9 vs. 6,8 timer). Nasjonalt er snittet 6,7 timer (105).

I 2022 oppga studenter i Oslo at de i gjennomsnitt fikk 7,5 timer med søvn (275). Dette tallet har vært stabilt i perioden mellom 2018 og 2022 (72, 73, 275).

Det har blitt hevdet at kunstig belysning og 24/7-samfunnet har ført til mindre søvn gjennom at leggetiden utsettes. Foreløpig er det ingen bevis på dette. Vi sover like lenge i dag som for femti år siden. Men døgnrytmen i befolkningen har blitt endret – vi legger oss senere og står opp senere enn vi gjorde tidligere (276). I tillegg viser forskning at mennesker som bor i vestlige industrialiserte samfunn, sover like lenge som de som bor i mer enkle jeger- og sankersamfunn (277).

Selv om det ikke er noen forskjell i søvnlengde, er søvnforstyrrelser et mye mer utbredt problem i vestlige samfunn enn i enklere jeger- og sankersamfunn. Mens bare 2 prosent av menneskene i sistnevnte samfunn har insomni, er forekomsten i vestlige industrialiserte samfunn på mellom 10 og 30 prosent (277). Som beskrevet i delkapittel 4.4 «Søvnvansker og søvnsykdommer», er forekomsten av selvrapportert insomni i Oslo 10 prosent i den generelle befolkningen og over 30 prosent blant studentene.

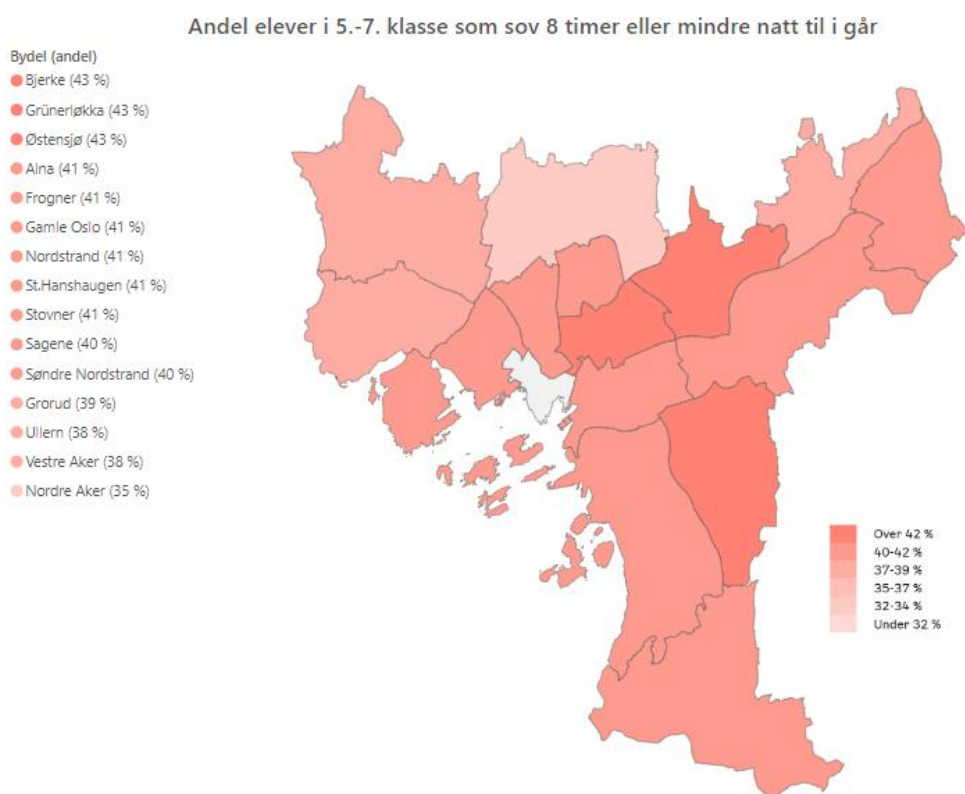
Anbefalt søvnlengde for barn og unge i aldersgruppen 6–12 år er på ti–tolv timer, mens den er på åtte–ti timer blant dem i aldersgruppen 13–18 år (154, 274). I ungdomstiden forskyves søvnen, og flere tenderer mot å bli mer B-menneske (154). Dette er naturlig. Samfunnets krav er imidlertid de samme, og derfor opplever mange ungdommer at de sover for lite i ukedagene når de skal på skolen. Den tapte søvnen i ukedagene kompenseres for ved at ungdommene gjerne sover mye og lenge i helgene (154).

I Ung i Oslo 2023-undersøkelsen ble barn og unge fra 5. klasse og opp til videregående bedt om å oppgi hvor lenge de sov sist natt. For lite søvn er i denne undersøkelsen ansett for å være under 8 timer for 5.–7.klasse og under 6 timer for ungdomsskole og videregående elever. 39 prosent av elevene i 5.–7. klasse og 35 prosent av elevene på ungdomsskolen og videregående oppgir at de

sov mindre enn anbefalt søvnlengde (33, 63).<sup>32</sup> Sannsynligvis er andelene mye høyere siden selvrapporterte målinger overestimerer faktisk søvnlengde.

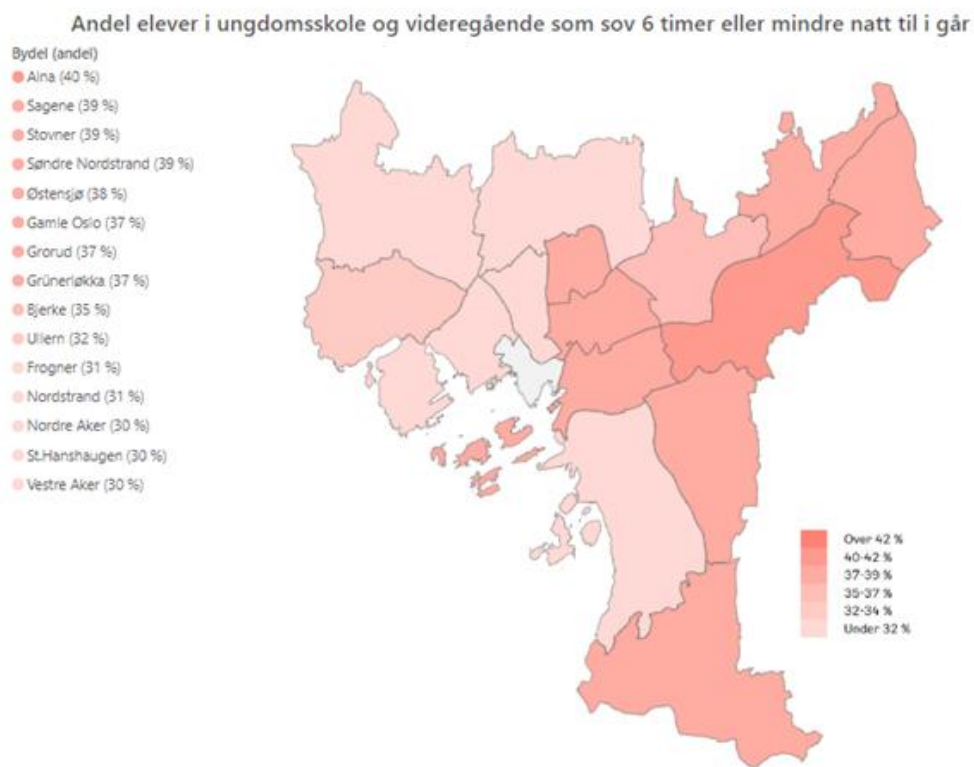
Flere jenter oppgir at de sover for lite, enn gutter. Det er små kjønnsforskjeller blant 5.-7.-klassingene, mens forskjellene blir tydeligere på ungdomsskolen. Blant ungdomsskole og videregående skoleelever, øker problemet med for lite søvn med stigende alder. Sammenhengen mellom søvnlengde og alder sammenfaller med at andelen ungdommer som opplever at søvnutfordringene går utover deres evne til å fungere på skolen og i fritiden, øker med økt alder (33, 63).

Blant ungdommer i alderen 13–19 år er det et klart øst-vest-skill. Andelen ungdommer som sover mindre enn seks timer, er mye høyere i de østlige bydelene enn i de vestlige (figur 6.32) (33). De markante bydelsforskjellene som ble observert blant ungdommer er derimot mye mindre blant 5.-7.-klassingene (figur 6.31) (63).



Figur 6.31 Andel med for lite søvn blant 5.-7. klassingene, etter bydelstilhørighet. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 (63).

<sup>32</sup> At andelen med lite søvn er høyere blant 5.-7. klassingene sammenlignet med ungdomsskole og videregående elever kan forklares av en lavere terskel for å bli betegnet med lite søvn i denne aldersgruppen, og ikke nødvendigvis at for lite søvn er et større problem i denne aldersgruppen.



Figur 6.32 Andel med for lite søvn blant elever på ungdomsskole og videregående skole, etter bydelstilhørighet. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 (33).

## 7 Skader etter ulykker, vold og overgrep

---

Over tid har det vært en nedgang i dødsfall som skyldes ulykker, men det er betydelige forskjeller etter kjønn, alder og sosial bakgrunn når det gjelder årsaker, omfang og konsekvenser. Hoftebrudd rammer særlig de eldste, med høy sannsynlighet for alvorlige utfall som varig funksjonstap og død. Sannsynligheten for å bli utsatt for vold og overgrep varierer blant annet etter inntektsnivå, kjønn og alder og har økt i deler av befolkningen den senere tiden. Det kan i noen tilfeller være vanskelig å fange opp årsakene til skader i statistikken, og statistikken over skader er ikke komplett. Det gjelder særlig mindre alvorlige skader. I dette kapitlet gir vi en oversikt over noen utviklingstrekk og forskjeller mellom grupper i befolkningen når det gjelder omfanget av alvorlige skader.

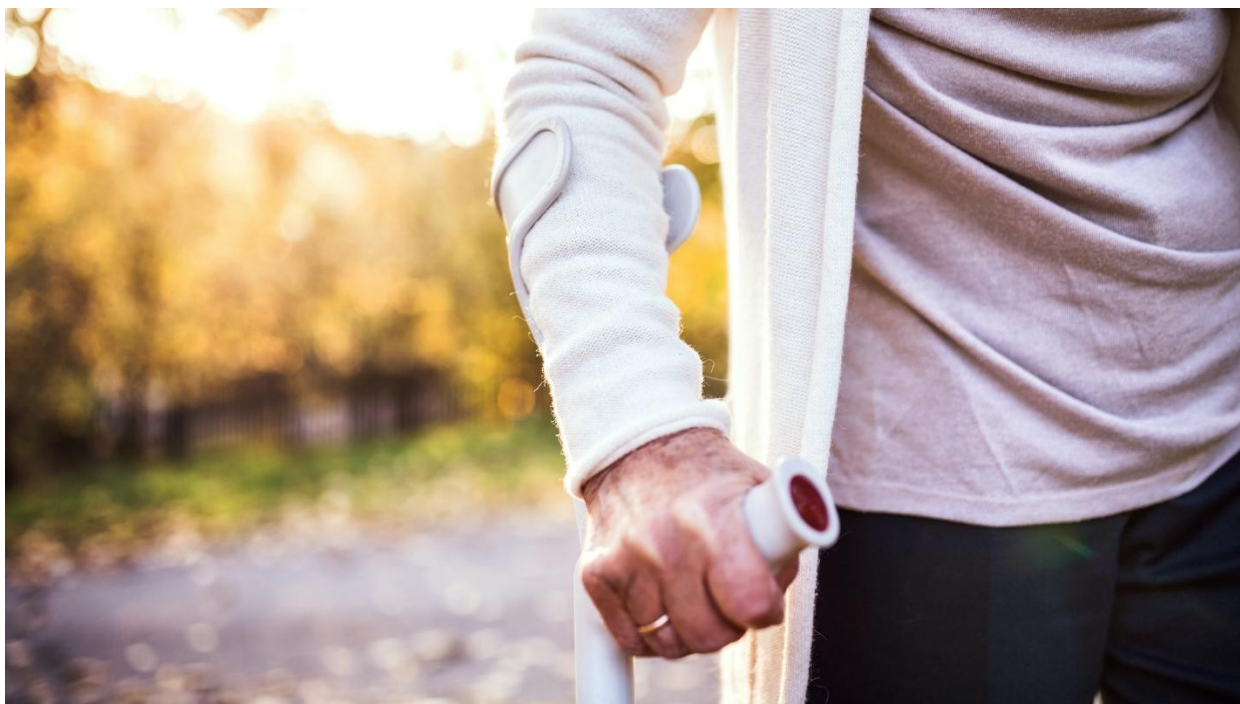


Foto: Unsplash+ / G. Image

## I Oslo ...

- ... er ulykker den vanligste dødsårsaken blant personer under 45 år, og ulykker med dødelig utfall forekommer oftere blant menn enn blant kvinner.
- ... må yngre menn oftere behandles for skader i spesialisthelsetjenesten enn yngre kvinner, men i voksen alder og blant eldre skjer dette hyppigere blant kvinner enn menn.
- ... er andelen som behandles for skader i spesialisthelsetjenesten høyest blant eldre, og øker betydelig med alderen etter fylte 65 år. Hoftebrudd i denne aldersgruppen er blant skadene som medfører de alvorligste helsekonsekvensene for den enkelte (funksjonstap og død) og størst økonomiske konsekvenser for samfunnet (behandling og rehabilitering).
- ... var det i 2022 12 prosent kvinner og 8 prosent menn i alderen 18 år og eldre som rapporterte at de har blitt utsatt for vold, overgrep eller seksuell trakassering i løpet av det siste året. Dette tilsvarer 32 900 kvinner og 22 500 menn.
- ... har andelen jenter i aldersgruppen 16–19 år som oppgir å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep det siste året, økt fra 8 prosent i 2018 til 11 prosent i 2023. Dette er over 400 flere jenter på bare fem år.
- ... er det to til tre ganger større sjanse for å bli utsatt for vold, overgrep eller seksuell trakassering blant dem med lavere inntekt enn med høyere inntekt.

### 7.1 Innledning

Det har vært en betydelig nedgang i dødsulykker de siste tiårene, blant annet fordi tallet på dødsfall i trafikken har gått betydelig ned, men fortsatt er skader og ulykker en stor utfordring for folkehelsa (278). Skader har stor betydning for livskvalitet og helse og påfører samfunnet betydelige kostnader. Om lag 75 prosent av samfunnets totale kostnader forbundet med skader, forgiftninger og vold kan knyttes direkte til sykdomsbyrde (tapte leveår og helsetap), mens resten er jevnt fordelt mellom helsetjenestene og produksjonstap på grunn av sykefravær, uførhet og død (Helsedirektoratet, 2019). Skader er blant sykdomskategoriene som koster samfunnet mest målt i behandlingskostnader og produksjonstap (se kapittel 3). Årsaker, omfang og konsekvenser av skader varierer etter sosial bakgrunn, alder og kjønn. Det gjelder både for befolkningen generelt (278) og for Oslo (279).

I dette kapittelet skiller vi mellom skader som skjer utilsiktet (ulykkesskader), og skader som påføres med hensikt (skader som skyldes vold eller overgrep). Statistikken over tidlig død av ytre årsaker er imidlertid et unntak, da den inkluderer både ulykkesskader og skader som påføres med hensikt. Statistikken over ulykkesskader er hentet fra Norsk pasientregister. Det betyr at mindre alvorlige skader ikke er inkludert i oversikten i kapittelet, men for mer alvorlige skader er Norsk pasientregister den beste kilden til heldekkende data på skadefeltet, ettersom

alle skader som medfører kontakt med den offentlige spesialisthelsetjenesten skal registreres i dette registeret. En svakhet med disse dataene er imidlertid den mangelfulle registreringen av de ytre omstendighetene forut for skaden, som årsaken til skaden, skadestedet og aktiviteten som pågikk da skaden fant sted. I noen tilfeller kan det dessuten være vanskelig å fastslå årsaken til en skade. Blant annet kan enkelte skader som er påført med hensikt, være skjult som ulykkesskader.

Av i alt 58 592 personskader som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten i Oslo i 2022, var 46 441 registrert med kontaktårsak etter kodeverket for FMDS-skade (forkortelsen FMDS står for *felles minimum datasett*) (119). Det utgjør ca. 80 prosent av alle personskadene. Kontaktårsak angir om skade skyldes ulykke, vold/overfall eller villet egenskade. Av alle personskadene registrert med kontaktårsak, utgjorde 95,6 prosent ulykker, 3,5 prosent vold eller overfall og 0,6 prosent villet egenskade, mens 0,3 prosent var registrert med ukjent kontaktårsak.

På grunn av den manglende registreringen av omstendighetene rundt en skade omtaler vi vold og overgrep og villet egenskade for seg med utgangspunkt i statistikk som gir mer informasjon om omfanget av og innholdet i disse skadene (se delkapittel 7.5 og 4.3).



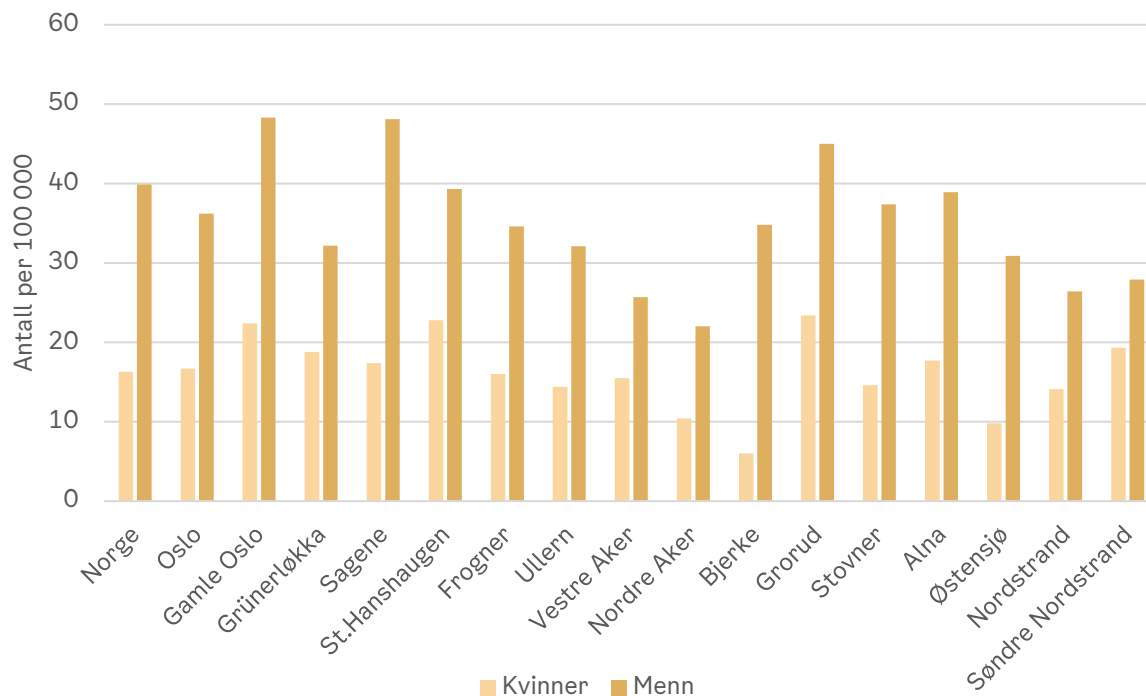
### Om ulykker og skader

En ulykke er en ufrivillig hendelse forårsaket av en hurtigvirkende kraft eller påvirkning som kan vise seg som skade på kroppen (NOMESCO, 2007). I den grad det er et skille mellom skade og sykdommer, vil skade, til forskjell fra de fleste sykdommer, oppstå nesten umiddelbart etter kontakten med den påvirkende faktoren.

Skader varierer i alvorlighetsgrad og dekker alt fra mindre alvorlige skader som skrubbsår til mer omfattende skader som kan medføre innleggelse på sykehus, varig funksjonsnedsettelse eller død. For at skader skal registreres, må de normalt overstige en viss alvorlighetsgrad, enten ved at den skadde får medisinsk behandling, eller ved at skaden utløser en kostnad (for eksempel sykefravær eller forsikringsutbetaling) (278).

## 7.2 Tidlig død av ytre årsaker

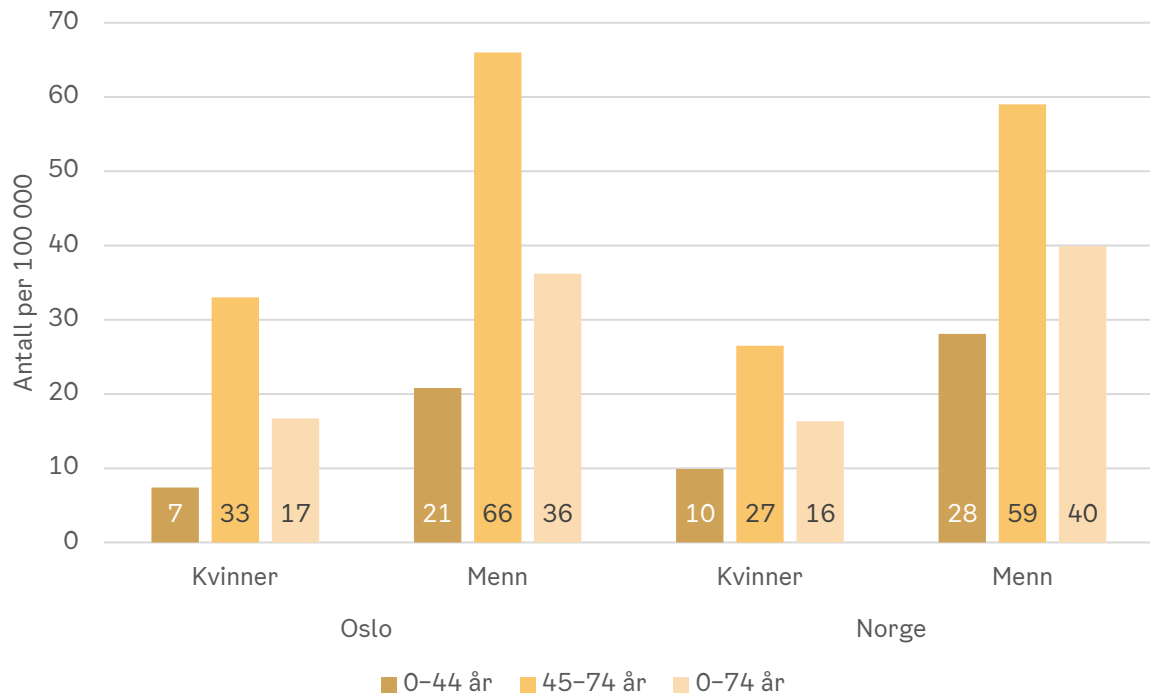
Kommunehelsa statistikkbank presenterer standardiserte tall på bydelsnivå for tidlig død (under 75 år) av ytre årsaker (ulykker, selvmord, vold, senfølger av skade og annet) for perioden 2013–2022 (Figur 7.1). Selvmord omtales i delkapittel 4.3.



Figur 7.1 Tidlig død (under 75 år) av ytre årsaker (ulykker, selvmord, vold, senfølger av skade og annet), etter kjønn. 2013-2022. Bydeler, Oslo og Norge. Antall dødsfall per 100 000, alders- og kjønnsstandardisert. Kilde: Kommunehelse/Dødsårsaksregisteret (54).

Tallene viser at det er forskjeller mellom bydeler i antall voldsomme dødsfall per 100 000 innbyggere. Det kan være ulike årsaker til det. Blant annet kan det ses i sammenheng med forskjellene mellom bydelenes inntekts- og utdanningsnivå. I bydeler der inntekts- og utdanningsnivået gjennomgående er lavere, er det en tendens til at forekomsten er høyere.

Statistikken etter kjønn viser at voldsomme dødsfall forekommer betydelig hyppigere blant menn enn blant kvinner (i overkant av dobbelt så hyppig). For Oslo samlet (og Norge som helhet) er antallet per 100 000 innbyggere i alderen 0–74 år 36 (40) for menn og 17 (16) for kvinner. For befolkningen under 45 år er kjønnsforskjellene enda tydeligere (Figur 7.2).



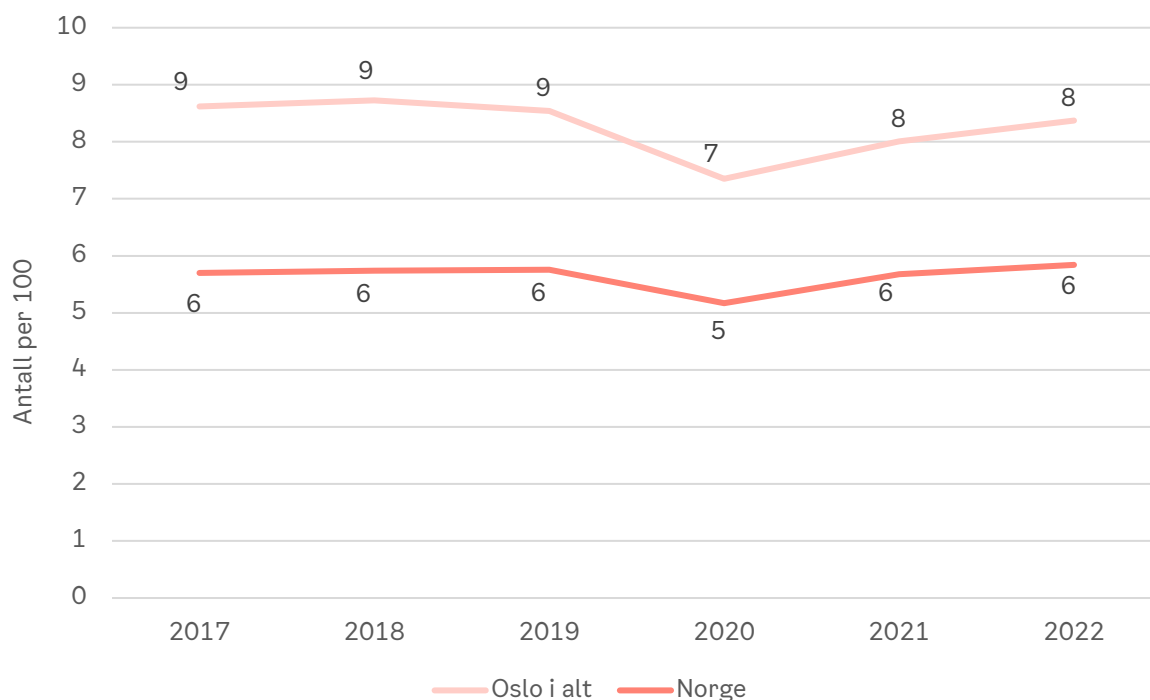
Figur 7.2 Tidlig død (under 75 år) av ytre årsaker (ulykker, selvmord, vold, senfølger av skade og annet), etter kjønn og alder for død. 2013-2022. Oslo og Norge. Antall dødsfall per 100 000, alders- og kjønnsstandardisert, Kilde: Kommunehelsa/Dødsårsaksregisteret (54).

I Oslo (og Norge som helhet) var antallet per 100 000 innbyggere i denne aldersgruppen 21 (28) for menn og 7 (10) for kvinner. Skader og ulykker forekommer hyppigere blant barn og unge enn i den voksne befolkningen generelt, men skader med døden til følge er mindre vanlig i aldersgruppen 0-44 år enn i aldersgruppen 45-74 år. Samtidig er ulykker den hyppigste dødsårsaken i befolkningen under 45 år (278). Det innebærer flere tapte leveår per dødsfall når dødsfallet inntreffer i yngre alder, enn når det inntreffer senere i livet. Men andelen som dør i ulykker, har gradvis gått ned de siste tretti årene. Det gjelder for begge kjønn og alle aldersgrupper både i Oslo og i Norge som helhet (54).

### 7.3 Skader

I dette delkapittelet retter vi oppmerksomheten mot det totale skadebildet basert på aktivitetsdata for personskader som er behandlet i spesialisthelsetjenesten. Datagrunnlaget er hentet fra Norsk pasientregister og avgrenset til somatiske opphold for et utvalg hovedtilstander (ICD-10-tilstandskoder). Det betyr at statistikken viser de mest alvorlige tilfellene av skader som krever behandling i spesialisthelsetjenesten, og utelater mindre alvorlige skader som behandles i de kommunale helse- og omsorgstjenestene eller i det private.

Figur 7.3 viser utviklingen over tid i antall unike pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten med personskade som hovedtilstand. Tallene gjelder for Oslo og

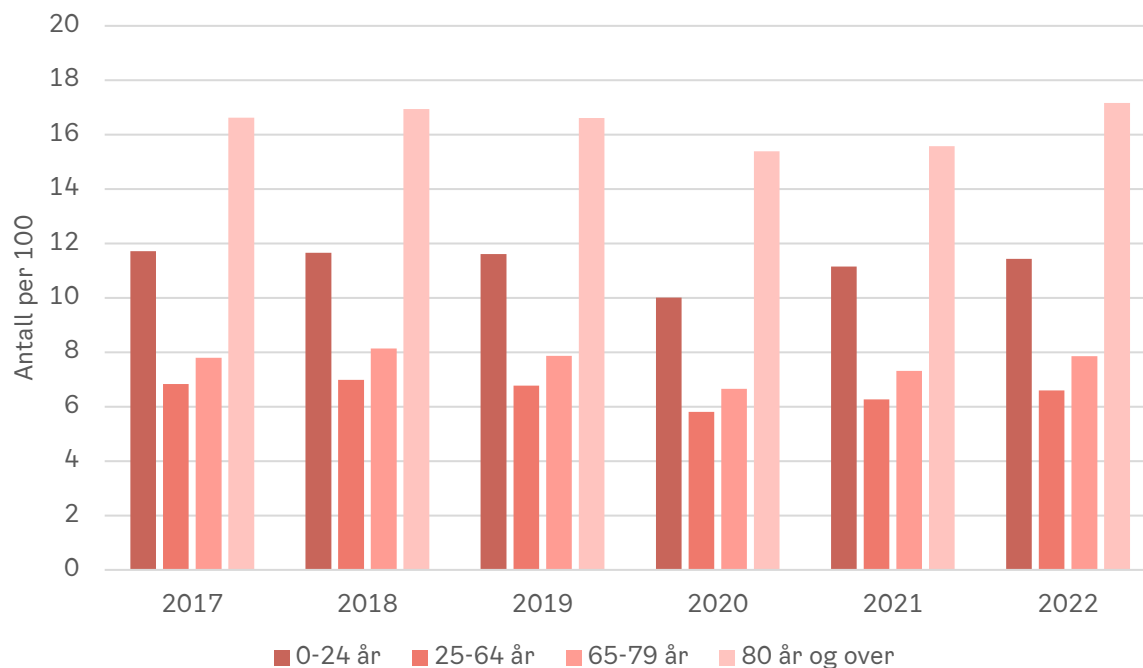


Figur 7.3 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med personskade som hovedtilstand (ICD-10 koder: S00-T78) i løpet av et år. 2017-2022. Oslo i alt og Norge. Antall per 100. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank og Statistisk sentralbyrå (8, 53)

Personskader som krever behandling i spesialisthelsetjenesten, forekommer oftere i Oslo enn i landet ellers. Andelen med personskader i 2022 var 8,4 i Oslo mot 5,8 i landet som helhet. Forskjellene kan ha flere forklaringer, blant annet at spesialisthelsetjenesten er mer tilgjengelig i Oslo enn i mer spredtbygde strøk. I mer spredtbygde strøk kan det være at primærhelsetjenesten i større grad benyttes til å behandle personskader. Til sammenligning viser folkehelse rapporten som utarbeides av Folkehelseinstituttet, at et gjennomsnitt på 12 prosent av den norske befolkningen behandles for skader av lege hvert år (278).

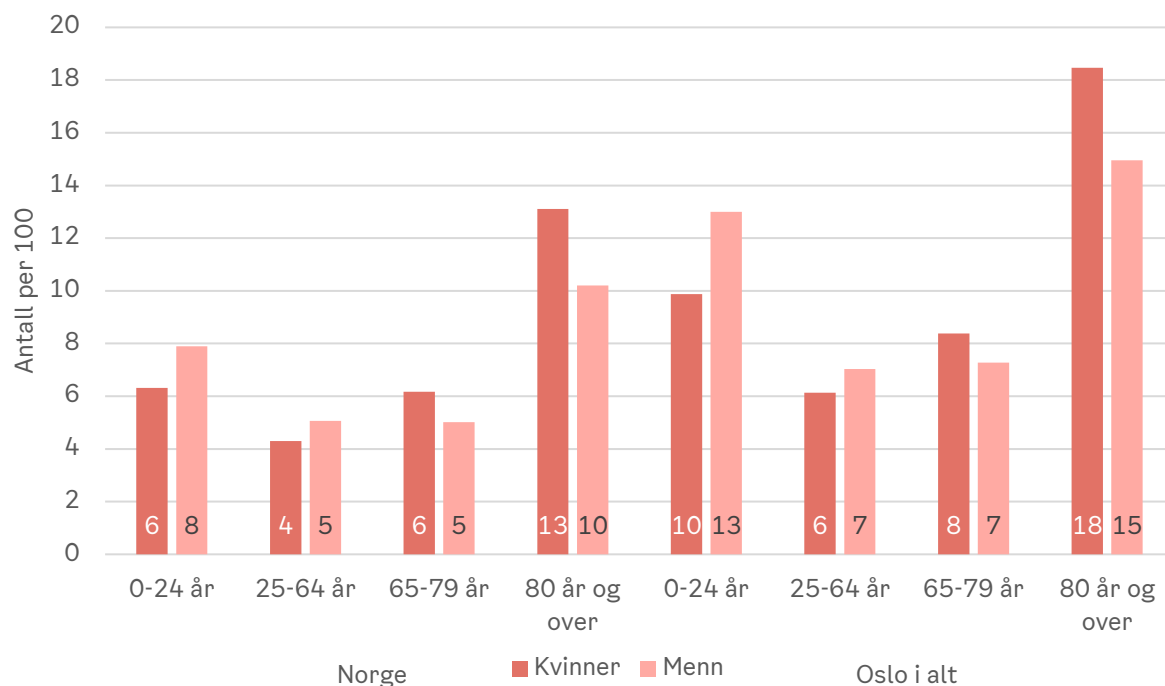
Forskjellene mellom Oslo og hele Norge når det gjelder andelen som behandles for personskader i spesialisthelsetjenesten, kan også henge sammen med at befolkningssammensetningen, levevaner, risikoatferd og sannsynligheten for å oppsøke helsetjenestene for behandling av skade er ulike i Oslo og landet ellers. Statistikken viser også at færre ble behandlet i spesialisthelsetjenesten under pandemien. Det kan være en konsekvens av smitteverntiltakene, som bidro til redusert aktivitet og mobilitet i befolkningen.

Figur 7.4 viser den samme statistikken for Oslo som i Figur 7.3, men fordelt etter alder. Forekomsten av personskader er størst blant barn og unge (0–24 år) og blant de eldste (80 år og over). Forholdet mellom aldersgruppene var forholdsvis konstant over tid, også under pandemien, men med lavere forekomst per 100 innbyggere i samtlige aldersgrupper i den perioden. Særlig gjelder det for 2020, men også i 2021.



Figur 7.4 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med personskade som hovedtilstand (ICD-10 koder: S00-T78) i løpet av et år, etter alder. 2017-2022. Oslo i alt. Antall per 100. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53).

Figur 7.5 viser antall unike pasienter med personskader i Oslo i 2022 etter kjønn, sammenlignet med tilsvarende statistikk for Norge som helhet. Tidligere i livsløpet forekommer personskader som behandles i spesialisthelsetjenesten, oftere blant menn enn blant kvinner. Senere i livsløpet forekommer skadene hyppigere blant kvinner. Dette gjelder både for Oslo og for Norge som helhet.



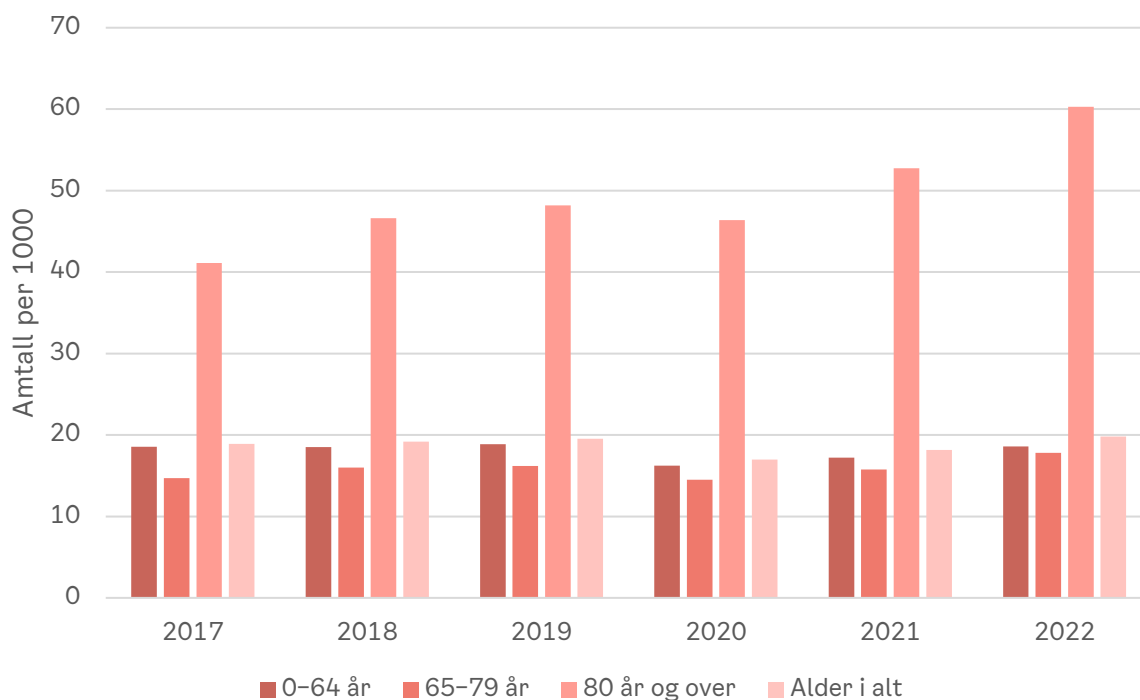
Figur 7.5 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med personskade som hovedtilstand (ICD-10 koder: S00-T78) i løpet av et år, etter alder og kjønn. 2022. Norge og Oslo i alt. Antall per 100. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank og Statistisk sentralbyrå (8, 53).

## 7.4 Alvorlige skader

Blant de alvorligste skadene er forgiftninger, hodeskader og bruddskader. Skadene har størst konsekvenser når de rammer de eldste og personer med dårlig allmenntilstand. Forgiftninger har alvorlige konsekvenser, men rammer få. I Oslo var det i 2022 i gjennomsnitt ett tilfelle per 1 000 innbyggere per år. Antallet per 1 000 innbyggere har vært stabilt siden 2017, med unntak av i pandemiåret 2020, da det var det dobbelte. Forgiftninger forekommer like sjelden i alle aldersgrupper. I det følgende omtaler vi derfor bare hodeskader, bruddskader og hoftebrudd som en underkategori av bruddskader.

### 7.4.1 Hodeskader

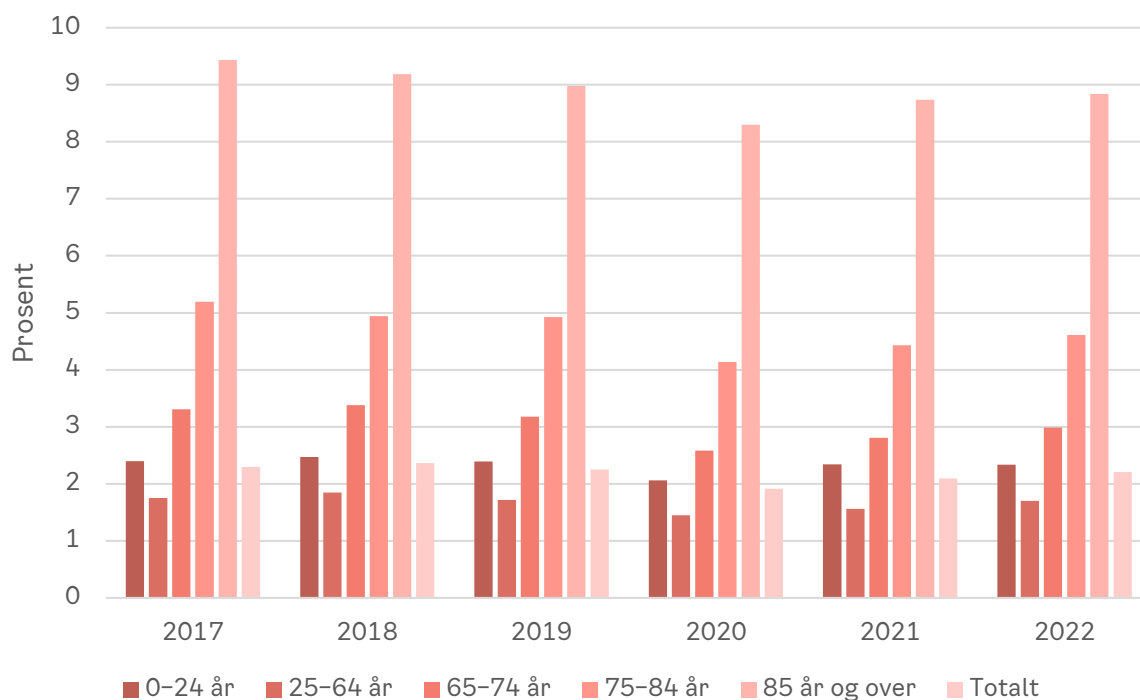
Figur 7.6 viser antall unike pasienter per 1 000 innbyggere som behandles for hodeskade i spesialisthelsetjenesten. Som vist i figuren rammer det spesielt de eldste (80 år og over). Antallet per 1 000 innbyggere har økt, spesielt etter pandemien. Det viser tallene for Oslo i figuren, men det gjelder også for Norge som helhet.



Figur 7.6 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med hodeskade som hovedtilstand (ICD-10 koder: S00-09) i løpet av et år, etter alder. 2017-2022. Oslo i alt. Antall per 1000. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53).

## 7.4.2 Bruddskader

Blant eldre er det særlig fall- og bruddskader som forårsaker død. I tillegg er fall den tredje viktigste årsaken til funksjonstap for personer over 75 år (280). Figur 7.7 viser antall unike pasienter per 100 innbyggere som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten med bruddskader som hovedtilstand. Som det framgår av figuren, er det spesielt de eldste som behandles for disse skadene i sykehus, i alt 9 prosent av befolkningen over 85 år i 2022. Andelen har holdt seg forholdsvis stabil over tid, med unntak av i pandemiåret 2020. Da var andelen om lag 8 prosent i denne aldersgruppen.



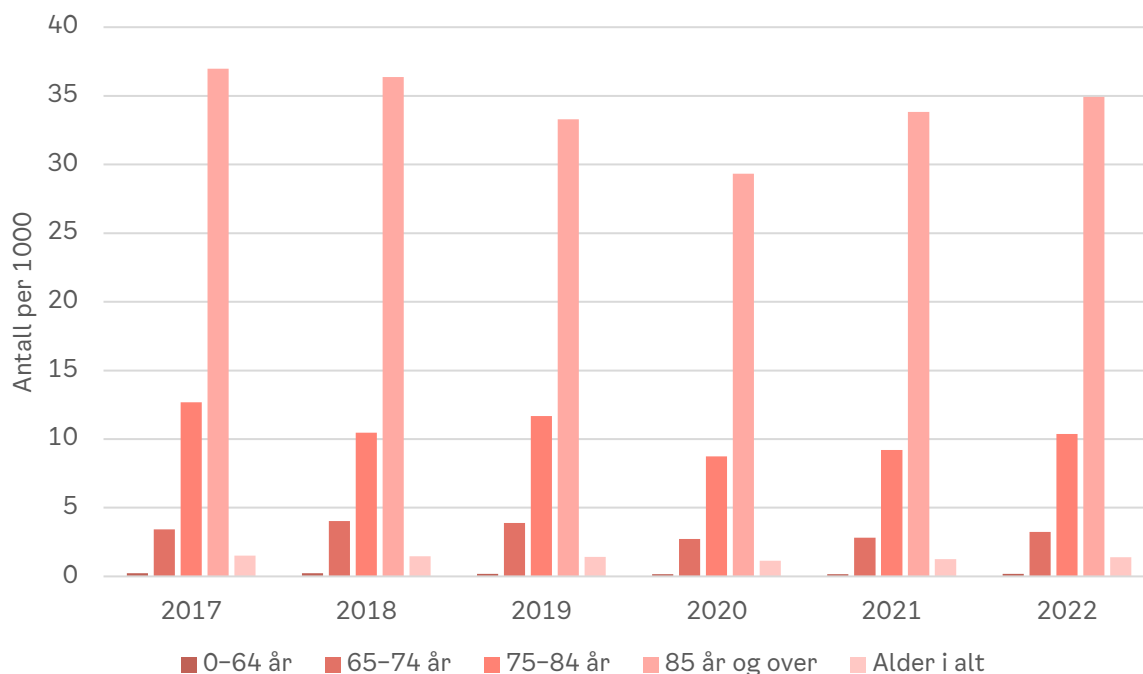
Figur 7.7 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med bruddskader som hovedtilstand (ICD-10 koder: Sx2.x) i løpet av et år, etter alder. 2017-2022. Oslo i alt. Antall per 100. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53).

### 7.4.3 Hoftebrudd

Hoftebrudd er en alvorlig konsekvens av fall som ofte forekommer hos eldre med lav beinmineraltetthet (osteoporose). Hoftebrudd gir smerter, funksjonstap og redusert livskvalitet (281) og øker risikoen for tidlig død (282, 283). Dødeligheten ett år etter et hoftebrudd er på 24 prosent, mens den er 60 prosent etter fem år (284). Hoftebrudd er forbundet med store samfunnskostnader (285) og er samlet sett antakelig den typen osteoporotisk brudd som gir størst konsekvenser for enkeltindivider. Forekomsten er av ukjente årsaker høyere i Skandinavia enn resten av verden (95).

I 2022 ble 977 unike pasienter registrert med hoftebrudd i spesialisthelsetjenesten i Oslo. Blant disse var 635 kvinner og 342 menn. Den store kjønnsforskjellen skyldes i hovedsak at kvinner er mer utsatt for osteoporose enn menn, og at flere kvinner når en alder der risikoen for osteoporose og hoftebrudd er større. Andelen hoftebrudd i Oslo i 2022 skiller seg ikke vesentlig fra andelen i Norge (119). Som Figur 7.8 viser, er forekomsten av hoftebrudd spesielt høy blant de eldste, med 35 tilfeller per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 85 år og over i Oslo i 2022.

Andelen var lavere i pandemiåret 2020 (29 per 1000 innbyggere i aldersgruppen 85 år og over) enn i årene før og etter.

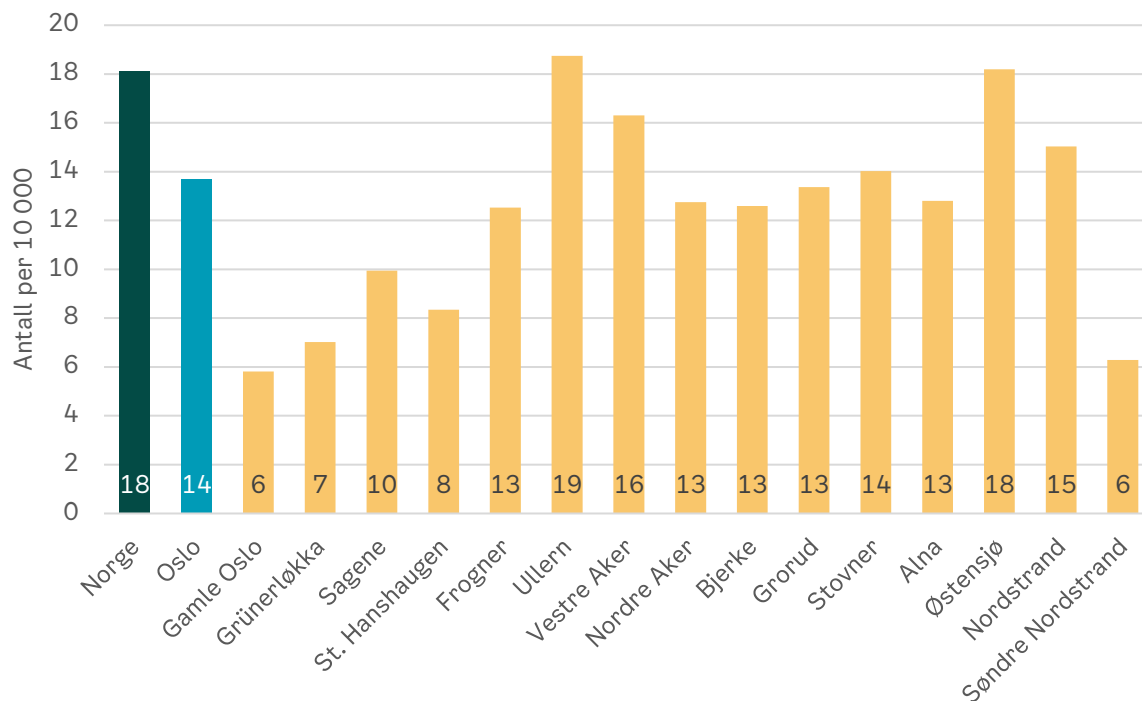


Figur 7.8 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med hoftebrudd som hovedtilstand (ICD-10-kodene: S72.0–S72.2) i løpet av et år, etter alder. 2017–2022. Oslo i alt. Antall per 1000. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53).

Tall fra perioden 2017–2022 viser at det er betydelige forskjeller mellom bydelene i andelen hoftebrudd. Bydel Ullern har hatt flest tilfeller med nesten 19 per 10 000 innbyggere, over tre ganger så mange som bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand, hvor det har vært 6 tilfeller i gjennomsnitt (Figur 7.9). Det er store variasjoner blant bydelene fra år til år, noe som gjør det vanskelig å tolke utviklingen per bydel og forskjellene mellom dem. Mye av bydelsforskjellene kan også skyldes ulik alderssammensetning (se delkapittel 1.4.1).

Flere studier har dokumentert en sammenheng mellom ulikheter i helse og fall og fallskader. En større norsk studie viser blant annet at de som rapporterte ett eller flere fall i løpet av ett år, var mindre fysisk aktive på fritiden og hadde lavere selvrappoert helse og utdanning enn dem

som ikke rapporterte fall (286). Fall kan være tegn på en underliggende helsetilstand. Dårligere sosioøkonomiske forhold kan påvirke helseforhold negativt og dermed utløse fall og skader.



Figur 7.9 Andel unike pasienter behandlet i somatiske sykehus med hoftebrudd som hovedtilstand, etter bydel, gjennomsnitt 2017-2022. Oslo. Antall per 10 000. Kilde: Antall pasienter fra Norsk pasientregister (NPR), spesialbestilling (119), befolkningstall fra Oslo kommunes statistikkbank (53).

Det er viktig å se på risikoen for fall og hoftebrudd i en større sammenheng enn å se på fall alene. Søgaard og medforfattere (286) fant at selvrapportert dårlig helse, lav grad av deltakelse i samfunnet og bruk av psykotrope eller analgetiske legemidler bidrar til økt risiko for hoftebrudd, mens tiltak som bare legger vekt på fallforebygging, har begrenset effekt. Det er derfor viktig med en helhetlig tilnærming til forebygging av hoftebrudd. Det kan ikke konkluderes med om utviklingen i forekomst av hoftebrudd i Oslo har vært negativ eller positiv, men sykdomsbyrden av hoftebrudd i Norge forventes å bli dobbelt så høy fram mot 2040 som følge av det økende antallet eldre (287), som også vil påvirke Oslo.

## 7.5 Vold og overgrep

Vold og overgrep er en likestillings- og folkehelseutfordring. Mye av volden skjer i nære relasjoner, der barn og kvinner er særlig utsatt. Andre utsatte grupper for relasjonsvold er personer med funksjonsnedsettelse, lhbt+-personer, samisk urbefolkning og enkelte innvandregrupper (288). Personer som blir utsatt for vold, har økt risiko for skader, somatiske plager og sykdommer og psykiske helseutfordringer som angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse og selvmordstanker (288, 289). I ytterste konsekvens kan vold resultere i død. Vold

gir størst helseskade for dem som blir direkte berørt, men kan også få negative konsekvenser for dem som er vitne til hendelsen, nær familie av offeret og flere andre (290).

De viktigste voldstypene er fysisk vold, psykisk vold og seksuelle overgrep. Blant barn og unge omfatter også voldsbegrepet omsorgssvikt (288).

### 7.5.1 Vold og overgrep blant voksne

I 2022 ble det anmeldt om lag 8 100 voldslovbrudd i Oslo, som tilsvarer en rate på 11,6 per 1 000 innbyggere. Dette er en økning på 8 prosent fra året før (10,7 per 1 000 innbyggere) og raten er helt lik som i årene før pandemien ((8), tabell 08486). På landsbasis er raten 7,2 per 1 000 innbyggere. Også her har det vært en liten økning i antall voldsanmeldelser fra 2021 til 2022 (8, tabell 08486). Økningen i antall voldsanmeldelser fra 2021 til 2022 er knyttet både til alvorlige og mindre alvorlige former for vold (291).

Siden midten av 2000-årene har andelen seksuallovbrudd i Oslo doblet seg, men de siste fem årene har utviklingen vært stabil på mellom 1,2 og 1,5 anmeldelser per 1 000 innbyggere. Det er ingen forskjeller i andel seksuallovbrudd mellom Oslo og Norge ((8), tabell 08486).

Lovbruddsstatistikken inneholder store mørke tall, i og med at mange lovbrudd ikke anmeldes. I tillegg kan det gå lang tid fra da ugjerningen skjedde, til at forholdet anmeldes. Det kan derfor være nyttig å se lovbruddsstatistikken i sammenheng med tall fra spørreundersøkelser. På spørsmål om erfaringer med fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep eller seksuell trakassering i løpet av siste år, svarer 12 prosent av kvinnene og 8 prosent av mennene i Oslo, at de har blitt utsatt for minst én slik hendelse i 2022 (61). I antall tilsvarer dette om lag 32 900 kvinner og 22 500 menn. Andelen vold og overgrep blant kvinner er høyere i Oslo enn i resten av landet (12 % i Oslo, 9 % i resten av landet), mens forskjellen er betydelig mindre blant menn (8 % i Oslo, 7 % i resten av landet) (61).

Som vist i tabell 7.1 er seksuell trakassering, psykisk vold og trussel om vold de tre hyppigste voldstypene både blant kvinner og menn.

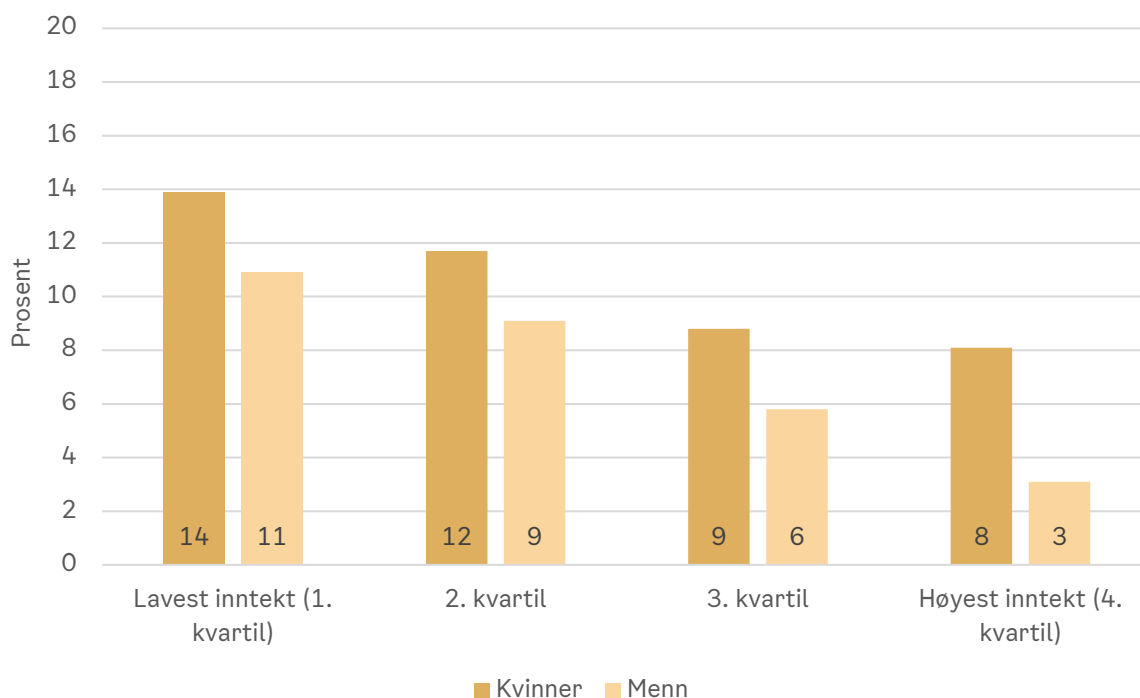
Tabell 7.1 Andel voksne som oppgir vold, overgrep eller seksuell trakassering i løpet av de siste 12 månedene, etter kjønn (vektede tall). 2022. Oslo. Prosent.

	Kvinner	Menn
Minst én hendelse	11,5 %	8,0 %
Seksuell trakassering	4,9 %	2,8 %
Psykisk vold	4,1 %	2,6 %
Trussel om vold	3,2 %	3,5 %
Faktisk fysisk vold	1,4 %	1,0 %
Seksuelle overgrep	0,8 %	0,4 %

Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Som vist i tabell 7.1 er det flere kvinner enn menn i Oslo som oppgir å ha opplevd faktisk fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep og seksuell trakassering i løpet av de siste tolv månedene. Kjønnsforskjellene i type voldshendelser er i samsvar med resultater fra andre undersøkelser (288, 290, 292), bortsett fra på fysisk vold, der som regel kvinner er mindre utsatt enn menn. For eksempel i den nasjonale omfangsundersøkelsen om vold og overgrep fra 2022, var det nesten halvparten så få kvinner som svarte at de hadde blitt utsatt for alvorlig fysisk vold etter fylte 18 år, sammenlignet med menn (26 % blant kvinner og 46 % blant menn) (292). Årsaken til de ulike funnene for fysisk vold kan henge sammen med forskjeller i valg av spørsmål, ulik utvalgsstørrelse og flere andre forhold.

Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) viser at unge voksne, personer med innvandrerbakgrunn og personer med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold og overgrep enn andre. Samme undersøkelse viser at risikoen for vold og overgrep varierer etter sosioøkonomisk bakgrunn. Som vist i figur 7.10, hadde kvinner og menn med lavere inntekt to til tre ganger så stor sannsynlighet for å bli utsatt for minst en hendelse av vold og overgrep som dem med høyere inntekt.



Figur 7.10 Andel voksne som oppgir å ha blitt utsatt for vold, overgrep eller seksuell trakassering i løpet av de siste 12 månedene, etter kjønn og inntekt (vektede tall). 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Oslo er det stedet i landet med høyest sykdomsbyrde som følge av vold og overgrep, med 81 helsetapsjusterte leveår (DALY) per 100 000 innbyggere. Til sammenligning varierer sykdomsbyrden i de andre fylkene med 55 og 73 DALY per 100 000 innbyggere. Fra 2000 til 2019 har det vært en halvering i sykdomsbyrden som følge av vold og overgrep i Oslo. Noe av

dette skyldes færre dødsfall som følge av volden. Sykdomsbyrden i Oslo er større blant menn enn kvinner, og blant yngre enn eldre aldersgrupper (64).

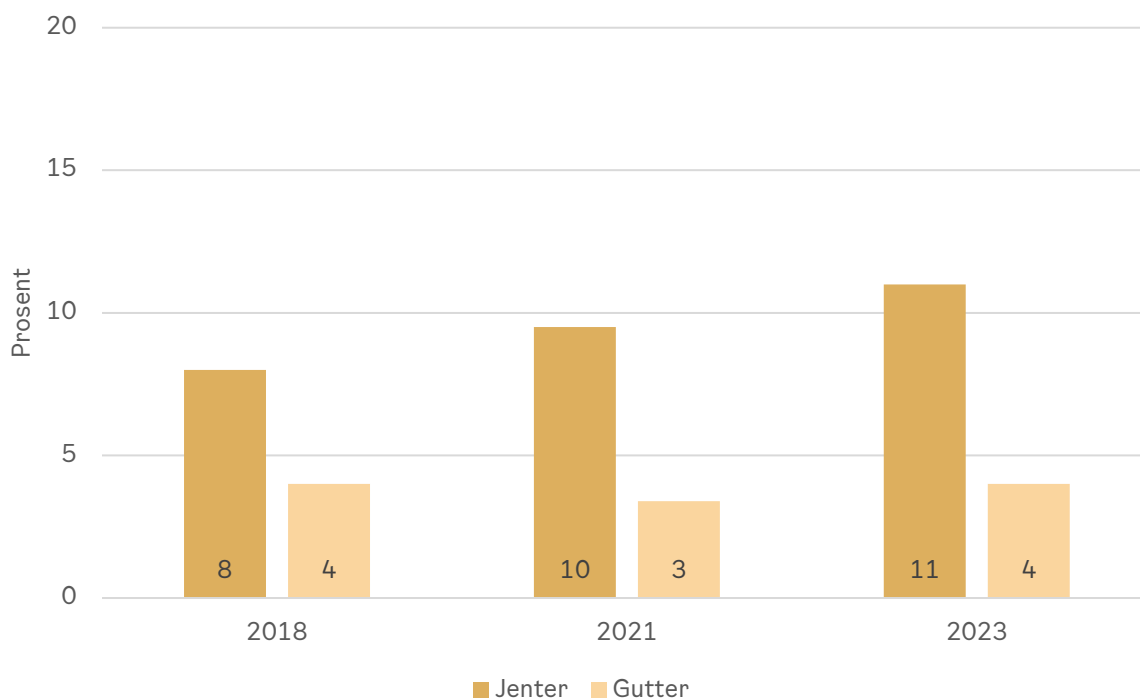
### **7.5.2 Vold og overgrep blant barn og unge**

Over livsløpet forekommer vold oftest mot barn, ungdommer og unge voksne. Når omsorgsgivere utøver fysisk vold, skjer dette ofte i sammenheng med psykisk vold og omsorgssvikt.

I tillegg til fysiske og psykiske helseutfordringer, kan vold og overgrep tidlig i livet påvirke barns kognitive og emosjonelle utvikling, selvfølelse, og føre til sosial tilbaketrekking, søvnvansker, lærevansker og aggresjonsproblemer (293). Å bli utsatt for vold i barndommen gir økt risiko for vold senere i livet, noe som igjen kan forsterke de negative helsekonsekvensene som følge av volden (289).

Tall fra Ung i Oslo viser at andelen ungdom 13–19 år som oppga fysisk vold fra jevnaldrende økte fra 18 prosent i 2021 (79) til 23 prosent i 2023 (62). Samme undersøkelse viser at andelen som rapporterer om familievold har gått opp fra 6 prosent i 2021 (79) til 7 prosent i 2023 (62). Vi har bare tall på fysisk vold fra 2021 og 2023, og hvordan situasjonen var i Oslo i årene før pandemien er derfor ukjent.

Figur 7.11 viser andelen ungdommer i aldersgruppen 16–19 år som oppgir at de har blitt utsatt for seksuelle overgrep siste tolv måneder i perioden 2018–2023, etter kjønn. Blant jenter har andelen seksuelle overgrep økt fra 8 prosent i 2018 (78) til 11 prosent i 2023 (33). Dette er en økning på 3 prosentpoeng. Blant gutter har situasjonen vært relativt uendret i samme periode (33, 78).



Figur 7.11 Andel unge 16–19 år som oppgir seksuelle overgrep i løpet av de siste 12 månedene. Utvikling i perioden 2018–2023, etter kjønn. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo, spesialbestilling (62, 78, 79).

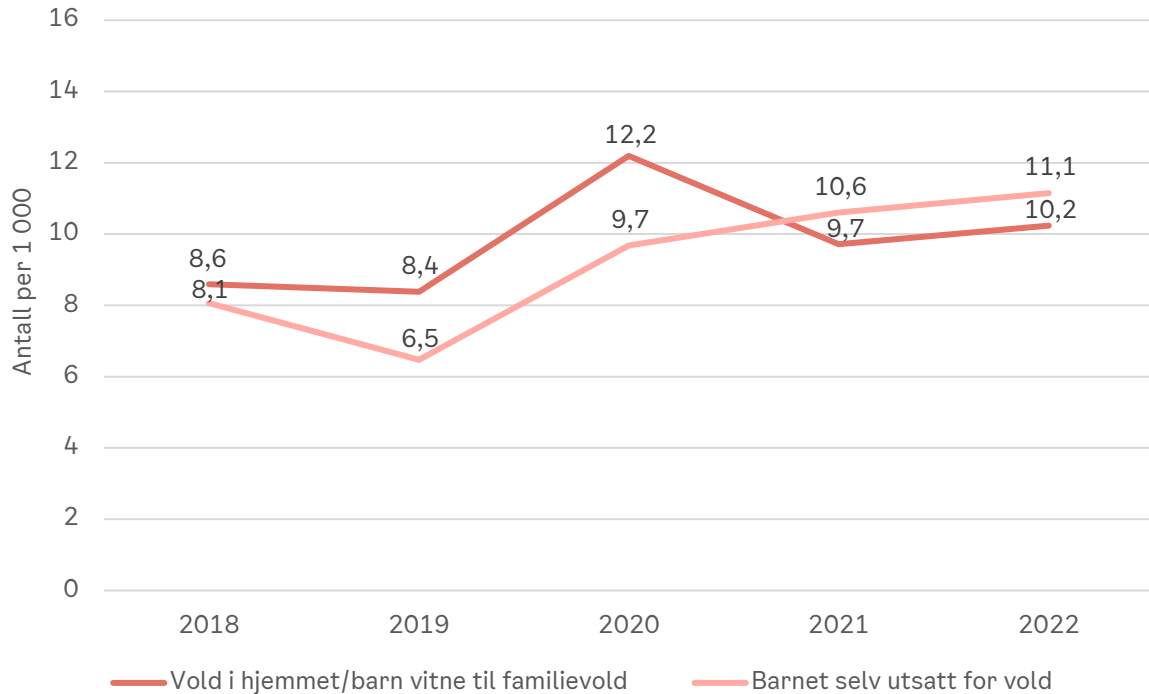
En økning i forekomst av vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep blant barn og unge under og etter pandemien blir støttet av registerdata:

- Antall anmeldelser til Oslo politidistrikt der fornærmede var i aldersgruppen 10–17 år, økte med 57 prosent for relasjonsvold uten kroppskrenkelse, 28 prosent for relasjonsvold med kroppskrenkelse og 48 prosent for seksuallovbrudd i årene under pandemien, sammenlignet med snittet i årene fra 2015 til 2019 (294).
- Fra 2018 til 2022 gikk andelen bekymringsmeldinger til barnevernet opp med 19 prosent for meldinger knyttet til foreldervold med barn som vitne og 38 prosent for meldinger knyttet til vold og overgrep mot barnet selv (figur 7.12). I kategorien vold mot barn var det fysisk og psykisk vold som økte mest. Bortsett fra 2020, var 2022 det året med flest registrerte bekymringsmeldinger om vold til barnevernet (147).<sup>33</sup>

Ser vi internasjonalt har det også blitt registrert en økning i vold i nære relasjoner under pandemien og særlig i de første ukene under nedstengingen i noen land (295). Ifølge Folkehelseinstituttet kan økonomisk usikkerhet, begrensning av sosial kontakt og redusert

<sup>33</sup> Indikatoren vil være følsom for variasjon i *tilbøyeligheten til å melde fra*, som igjen vil variere både med enkeltpersoners *villighet til å melde fra* om vold (for eksempel på grunn av ulik grad av tillit til barnevernet) og med *graden av eksponering* for faktisk vold. Under nedstengingen som følge av pandemien er det for eksempel rimelig å anta at det var vanskeligere å oppdage (og melde fra om) faktisk vold i nære relasjoner for lærere, men at det kanskje var lettere for privatpersoner.

tilgang til tjenester være noe av forklaringen på hvorfor en pandemi (og andre store kriser) kan forårsake mer vold og overgrep (288).



Figur 7.12 Antall bekymringsmeldinger til barnevernet knyttet til vold, overgrep og omsorgssvikt. Utvikling i perioden 2018–2022. Oslo. Antall per 1 000. Kilde: Fagsystemet Familia, Helseetaten (147).

Ifølge Ung i Oslo 2023-undersøkelsen (62) er fysisk vold fra jevnaldrende vanligere blant gutter enn jenter, og blant ungdomsskoleelever enn videregående elever. Det er også forskjeller ut fra ungdommenes innvandringsbakgrunn. Mens familievold er vanligere blant ungdom der begge foreldre er av utenlandsk opprinnelse, er forekomsten av fysisk vold fra jevnaldrende og seksuelle overgrep høyere blant ungdommer fra familier der en eller begge foreldre er av norsk bakgrunn.

De geografiske forskjellene i voldsforekomst ser ut til å variere etter voldstype og hvilken datakilde som benyttes. For bekymringsmeldinger knyttet til vold i nære relasjoner er det et tydelig øst-vest skille, der antall bekymringsmeldinger er høyere i de østlige bydelene (ekskludert Nordstrand) enn i de vestlige. I tillegg er det de østlige bydelene som har opplevd en størst økning i antall bekymringsmeldinger i perioden 2018 og 2022 (147). I Ung i Oslo 2023 er det flest ungdommer fra de østlige bydelene som rapporterer om familievold, mens andelen seksuelle overgrep er høyest i de vestlige bydelene (62).

## 8 Sosiale og økonomiske forhold

---

Vilkårene for god helse i befolkningen skapes i samfunnet. Folkehelse påvirkes av bakenforliggende faktorer som økonomi, tilknytning til arbeidsmarkedet og boforhold. Etter pandemien har det vært en gjenoppheving av økonomien, høy sysselsetting og lav ledighet. Samtidig har krig i Europa bidratt til turbulente tider for en liten, åpen økonomi som den norske, med blant annet økt inflasjon og hyppige hevinger av utlånsrenta fra Norges Bank som resultat. Personer som står utenfor arbeidslivet på grunn av helseproblemer, er ekstra hardt rammet av dyrtid og lav inntekt. Befolkningen i Oslo har en lavere andel personer med helserelaterte ytelser fra Nav enn befolkningen i resten av landet.



Foto: Gunnar Ridderstrom

### I Oslo ...

... har 14 prosent av befolkningen vedvarende lav inntekt. Andelen er noe redusert de siste årene, men er samtidig høyere enn i resten av landet. De med lavest inntekt blir hardest rammet av økte utgifter.

- ... var sysselsettingen i arbeidsstyrken i alderen 20–66 år høyere i 2022 (78 %) enn i 2020 (75 %) før pandemien. Sysselsettingen er imidlertid lav i noen grupper, blant annet blant personer som ikke har fullført videregående opplæring.
- ... mottar en lavere andel av befolkningen helserelaterte trygdeytelser enn hva tilfelle er i resten av landet, men i noen bydeler er situasjonen motsatt.
- ... bor 26 prosent av innbyggerne trangt. Det gjelder særlig innvandrere, personer med lav utdanning og dem som leier. Boligkvaliteten oppleves ellers som god av de fleste.
- ... rapporterte 29 prosent av unge voksne 18–24 år i 2022 at de er mye ensomme. Dette er en økning på 9 prosentpoeng fra 2020, og utviklingen i Oslo for denne aldersgruppen er dobbelt så stor sammenlignet med resten av landet.
- ... skårer innbyggerne høyest i landet på tillit til andre mennesker. Samtidig er det stor variasjon mellom grupper i befolkningen. Den laveste tilliten er å finne blant dem med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, blant unge voksne, blant mennesker med nedsatt funksjonsevne og blant personer med lavere inntekt.

## 8.1 Økonomiske levekår

Dårlige økonomiske levekår kan påvirke helse og livskvalitet negativt på ulike måter, både materielt og psykososialt. Det å ha råd til en trygg og god bolig, sunn og nok mat, oppvarming og andre materielle goder har betydning for den enkeltes helse. Økonomiske bekymringer og stress kan gå ut over helsa. I et rikt land som Norge kan også dårlige økonomiske levekår påvirke deltakelsen i samfunnet og følelsen av å være en del av et fellesskap i negativ retning.

Det kan være grunn til å bruke begrepet *dårlige økonomiske levekår* i en litt bredere betydning enn fattigdom. Én grunn til det er at vi ikke har noe offisielt fattigdomsmål i Norge, og fattigdom kan både forstås og måles på ulike måter (296, 297). I tillegg er ikke et skille mellom «fattige» og «ikke-fattige» nødvendigvis så nyttig i en folkehelsekontekst. Det er ikke sikkert det er så mye mer helsefremmende å leve rett over enn rett under en fattigdomsgrense. Videre brukes ofte en inntektsbasert fattigdomsgrense, som ikke tar hensyn til utgifter. I den situasjonen vi er i nå, med økende priser, kan befolkningens økonomiske levekår forverres uten at inntekten nødvendigvis er redusert.

I kapittel 1 skriver vi om ulike mekanismer knyttet til inntektens betydning for helse, og vi viser blant annet til at befolkningens helse blir gradvis bedre med økende inntekt. Vi beskriver også inntektsforskjellene i Oslo, som det er mulig å lese mer om i rapporten *Oslo-trender* (4). Befolkningens inntekt og formue er ellers nylig beskrevet i kunnskapsgrunnlaget til strategien for utjevning av sosiale forskjeller i Oslo (6). Barn i husholdninger med lav inntekt beskrives nærmere i kapittel 9.

Perioden vi befinner oss i, omtales gjerne som en ny dyrtid. Begrepet *dyrtid* viser generelt til perioder der prisstigningen er høy samtidig som folks inntekter ikke holder følge. Dyrtid påvirker

folks levekår og framtidsutsikter og skaper økte økonomiske og sosiale forskjeller i samfunnet (298).

Forbruksforskningsinstituttet SIFO har fulgt utviklingen i husholdningenes økonomiske trygghet siden mars 2022. Det var en markant nedgang i det økonomiske trygghetsnivået blant norske husholdninger fra juni 2021 til mars 2023 og en beskjeden bedring fra mars 2023 til august 2023. Andelen økonomisk trygge husholdninger har i løpet av perioden falt fra to tredjedeler til rundt 50 prosent (298). I mars 2023 oppga 17 prosent av befolkningen i Norge at økonomien går utover den fysiske helsa og 22 prosent at den går utover den psykiske helsa. Det er særlig dem som er bekymret for husholdningens økonomi, som oppgir at det går ut over helsa. Blant de 6 prosentene av befolkningen som betegnes som ille ute, oppgir nesten ni av ti (89 %) at den økonomiske situasjonen går ut over den psykiske helsa, mens åtte av ti sier det samme om den fysiske helsa (298).

Også andre studier viser at de med de laveste inntektene er hardest rammet av utgiftsøkningene (299). Barnefamilie med lavest inntekt må bruke 39 prosent av inntekten på et sunt kosthold, mens befolkningen som helhet må bruke 21 prosent og de med høyest inntekt 12 prosent (300)

### 8.1.1 Vedvarende lav inntekt

Det er ulike mål for lav inntekt, men det vanligste i Norge og EU er å sette grensen ved inntekt etter skatt per forbruksenhet som er under 60 prosent av den nasjonale medianinntekten. Dette kan sies å være et relativt mål fordi det knytter definisjonen av lav inntekt til den generelle inntektsutviklingen i befolkningen. Det å ha lav inntekt kan være særlig utfordrende for helsa dersom det varer over noe tid, og derfor er det relevant å se på indikatorer for vedvarende lav inntekt, som ofte vil si en treårsperiode. Dette målet betegnes av EU som «at-risk-of-poverty-rate» (301).<sup>34</sup>

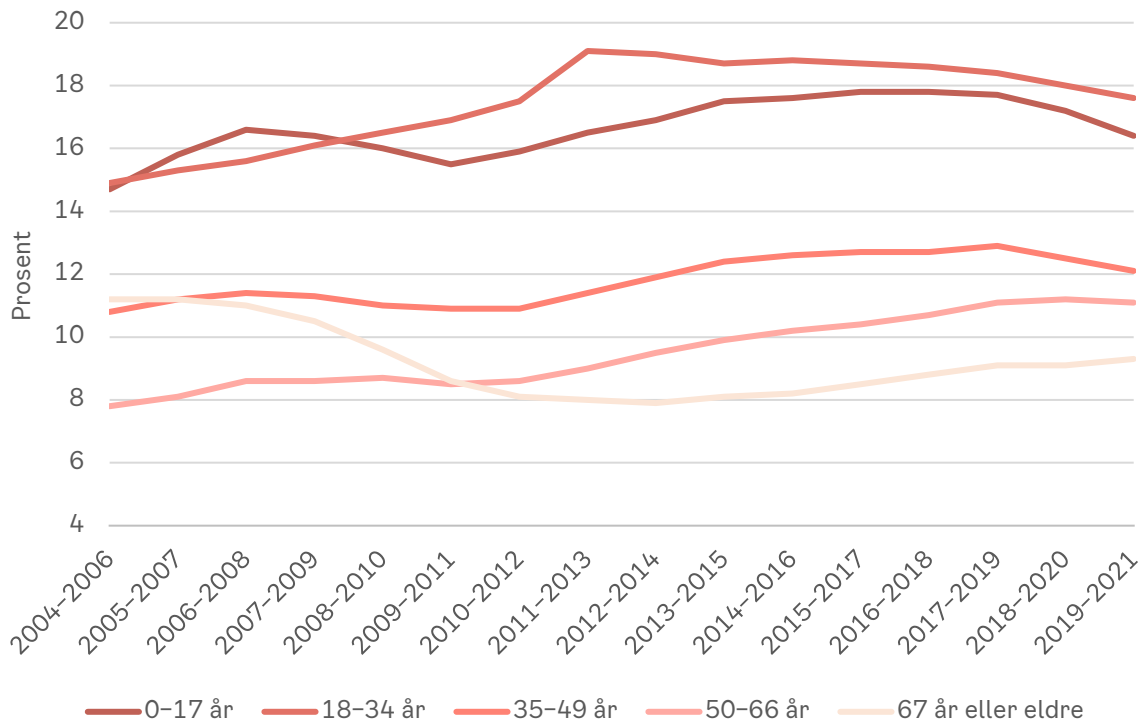
Andelen personer med vedvarende lav inntekt gikk noe ned i Oslo – fra 15 prosent i perioden 2017–2019 til 14 prosent i perioden 2019–2021. Til sammenligning var andelen med vedvarende lavinntekt i hele landet 10 prosent i begge periodene ((8) tabell 10498).<sup>35</sup>

Andelen personer med vedvarende lav inntekt varierer etter alder, og utviklingen har vært litt ulik for ulike aldersgrupper. Figur 8.1 viser at det i starten av tidsrommet mellom periodene 2004–2006 og 2019–2021 var en klar nedgang i andelen med vedvarende lavinntekt i den eldste aldersgruppen på 67 år og over. Siden den gang har det imidlertid vært en svak økning igjen, om enn ikke til samme nivå som tidligere. Statistisk sentralbyrås statistikk viser at andelen med vedvarende lavinntekt i alderen 67 år og over var betydelig høyere i Norge (17 %) enn i Oslo (11 %) i starten av perioden, mens andelen nå er 9 prosent både i landet som helhet og i Oslo.

<sup>34</sup> Studenthusholdninger er ikke inkludert. Lavinntektsgrensen for en enslig var 251 600 kroner i 2021 og 528 400 kroner for par med to barn i 2021 (SSB tab. 09593). Inntekten er justert etter antall forbruksenheter i husholdningen etter EUs ekvivalensskala.

<sup>35</sup> Andelen med årlig lavinntekt i Oslo har sunket hvert år siden 2014 (SSB tab 06947).

Andelen med vedvarende lav inntekt i aldersgruppen 50–66 år har økt jevnt i hele perioden, og det er i denne aldersgruppen at Oslo skiller seg tydeligst ut fra resten av landet med en høyere andel med vedvarende lav inntekt. Andelen med vedvarende lav inntekt er likevel lavest i gruppene over 50 år. Høyest er den blant unge voksne i alderen 18–34 år og blant barn i alderen 0–17 år. For alle aldergruppene under 50 år har det vært en moderat nedgang de siste årene. Barnefamilier med vedvarende lav inntekt beskrives nærmere i kapittel 9.



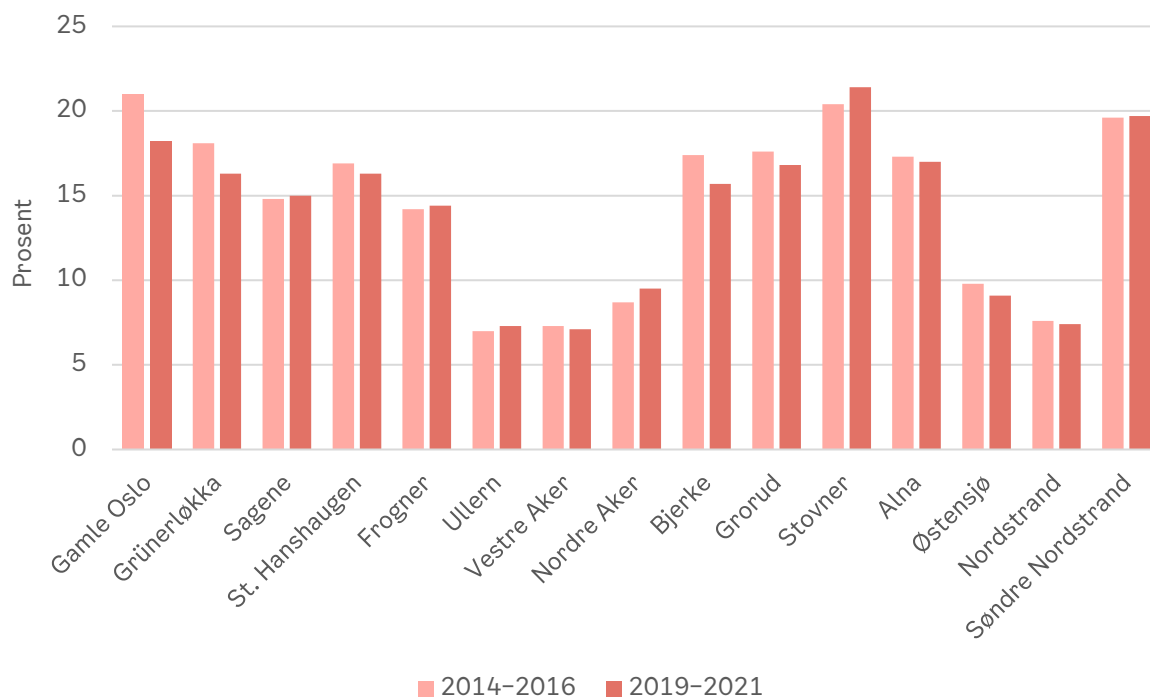
Figur 8.1 Andel personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt etter alder og år (3-årsperiode) EU-60. Studenter ekskludert. Oslo. Prosent. Kilde: SSB tabell 10498 (8)

Enslige med barn, unge som bor alene, noen innvandrergupper og mottakere av ulike offentlige stønader er grupper i befolkningen som er overrepresentert blant personer med vedvarende lav inntekt (302). Blant innvandrere er andelen med vedvarende lav inntekt i Oslo på 27 prosent, mens tilsvarende andel er 10 prosent i den øvrige befolkningen (303). Det at Oslo har en høyere innvandrersandel enn mange andre kommuner, har betydning for den totale andelen med vedvarende lav inntekt i Oslo.

### 8.1.2 Bydelsforskjeller i vedvarende lav inntekt

Det er store variasjoner i andelen med vedvarende lav inntekt i de ulike bydelene, som vist i figur 8.2. Andelen er lavest i bydelene Vestre Aker, Ullern og Nordstrand og høyest i bydelene Stovner og Søndre Nordstrand. Alle bydelene, bortsett fra Bydel Stovner, har hatt en nedgang i lavinntektsandelen de siste årene. Nedgangen har vært spesielt stor for bydelene Gamle Oslo og Grünerløkka. Det henger særlig sammen med utstrakt boligbygging, som har tiltrukket seg innbyggere med relativt høy inntekt, noe som i sin tur har redusert andelen med vedvarende lav

inntekt i disse bydelene. Det er likevel fortsatt Gamle Oslo og Grünerløkka som har klart høyest *antall* lavinntektshusholdninger ((8) tabell 12944). Utviklingen i vedvarende lav inntekt mellom ulike bydeler og forskjeller innad i bydelene (inkludert i ulike aldersgrupper) er beskrevet mer detaljert i rapporten *Oslo-trender*.



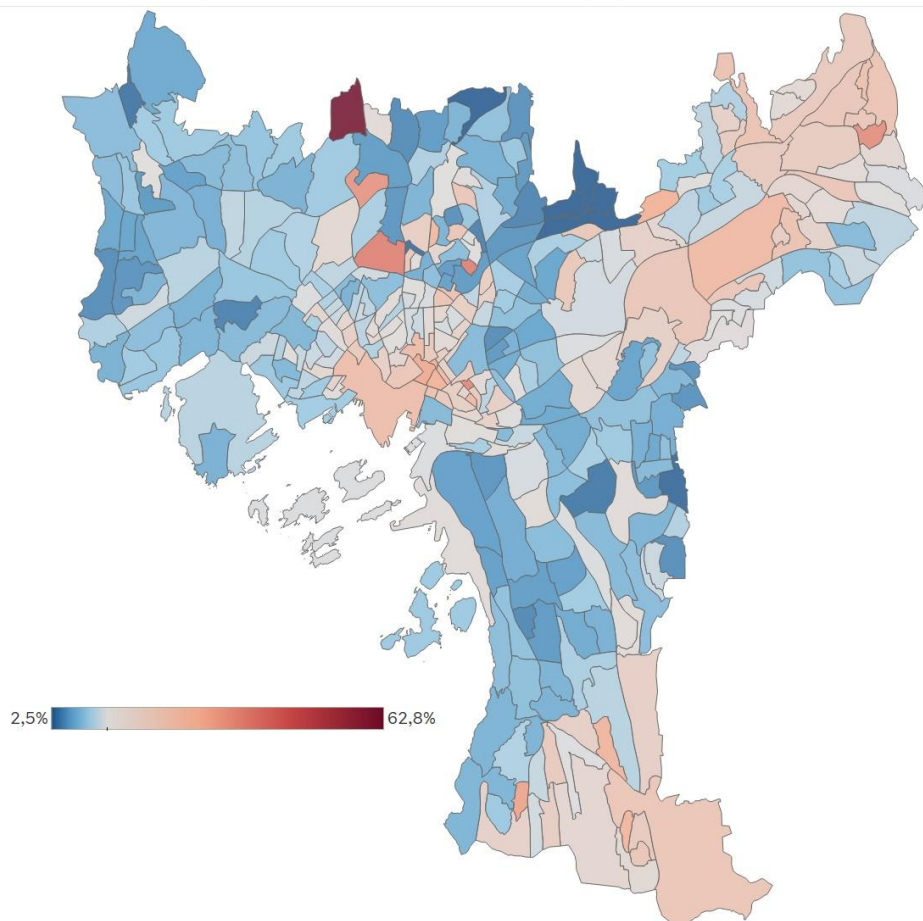
Figur 8.2 Andel personer i husholdninger med vedvarende lav inntekt etter bydel og år (3-årsperiode.) EU-60. Studenter ekskludert. Prosent. Kilde: SSB tabell 12944 (8).

Også *innad* i bydelene er det forskjeller, som illustrert i figur 8.3. Kartet viser grunnkretsområder, som er en ny geografisk inndeling og er mer detaljert enn delbydeler (se kapittel 1). Kartet illustrerer at det er store sammenhengende områder der en henholdsvis høy eller lav andel av befolkningen har vedvarende lav inntekt, men også at det kan være små avstander mellom områder med en høy og lav andel innbyggere i lavinntektskategorien. Det mørkerøde området i nordvest er Nordberg 3, som omfatter Kringsjø studentby.

### Andel lavinntektshusholdninger (EU60) per grunnkretsområde i 2021

EU-skalen for lavinntektshusholdninger er benyttet: Husholdningen defineres som lavinntekt dersom samlet inntekt per forbruksenhet etter skatt er under 60 prosent av medianinntekten for Oslo. Husholdninger med brutto finanskapital over 1G er ekskludert.

Fargespekteret er vektet på gjennomsnittsverdi for Oslo som var 12,5 prosent i 2021.



Figur 8.3. Andel lavinntektshusholdninger (EU-60) per grunnkretsområde i 2021. Årlig lavinntekt. Husholdninger med brutto finanskapital over 1G er ekskludert. Fargespekteret er vektet på gjennomsnittsverdi for Oslo som var 12,5 prosent i 2021. Kilde: Byrådsavdeling for finans/ SSB spesialbestilling.

#### 8.1.3 Subjektive fattigdomsproblemer

I den årlige levekårsundersøkelsen kartlegger Statistisk sentralbyrå materielle mangler, sosiale mangler og mangel på økonomisk romslighet i befolkningen, som samlet kan kalles fattigdomsproblemer (304). En slik subjektiv kartlegging er et godt supplement til lavinntektsmålet fordi inntekt ikke nødvendigvis sier alt om de faktiske levekårene i befolkningen generelt og i nærmere utvalgte grupper spesielt. I den perioden vi er inne i nå, med økende matvarepriser, høye strømutgifter og stigende rente, kan det bli enda vanskeligere å få endene til å møtes for personer med lav inntekt. Samtidig er det grunn til å tro at endringene også påvirker levekårene blant personer og husholdninger som per definisjon ikke er personer med lav inntekt.

Resultatene fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser fra 2020 og 2022 gir ikke grunnlag for å si at andelen av Oslos befolkning som rapporterer subjektive fattigdomsproblemer, har økt i perioden (tabell 8.1). Det er imidlertid noen viktige unntak, både når det gjelder utviklingen over tid og sammenlignet med resultatene for hele Norge.

Det er en høyere andel som rapporterer at de har en høy boutgiftsbelastning i 2022 (39 %), enn det var i 2020 (37 %), og nivået i 2022 var hele 17 prosentpoeng høyere enn det var for hele Norge (22 %). Det sistnevnte viser at befolkningen i Oslo er langt mer sårbar for de stadige rentehevingene med tilhørende økende boutgifter, som har funnet sted etter at undersøkelsen ble gjennomført. I 2022 var det videre langt flere i Oslo (13 %) enn i hele Norge (6 %) som oppga at de ikke har råd til bil, og noe høyere andeler som rapporterte at de mangler minst ett av de materielle eller sosiale godene som kartlegges gjennom levekårsundersøkelsen.

Tabell 8.1 Andel personer 16 år og over med fattigdomsproblemer (egenvurdert). Prosent.

	Oslo		Norge
	2020	2022	2022
<b>Økonomisk romslighet</b>			
Vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes	8	7	7
Ikke mulighet til å klare en uforutsett utgift	22	22	20
Har høy boutgiftsbelastning	37	39	22
Utgifter til medisinsk behandling er tyngende	-	12	12
Utgifter til tannlege er tyngende	-	14	15
Utgifter til medisiner er tyngende	-	10	11
<b>Materielle mangler</b>			
Ikke råd til å holde boligen passe varm	1	2	2
Ikke råd til å spise kjøtt og fisk annenhver dag	3	3	3
Ikke råd til å gå til tannlege	6	4	4
Ikke råd til bil	10	13	6
Mangler minst ett materielt gode	18	21	18
<b>Sosiale mangler</b>			
Ikke råd til en ukes ferie årlig	6	8	7
Ikke råd til å delta i regelmessige fritidsaktiviteter	5	5	5
Mangler minst ett sosialt gode	10	13	11

Kilde: til tabellen er Levekårsundersøkelsene (SSB) 2020 og 2022. Utvalgt statistikk fra tabellene 13634 Materielle goder, 13638 Sosiale goder, og 13642 Økonomisk romslighet og betalingsvansker (8). Antall personer fra Oslo som besvarte var 823 i 2022 og 834 i 2020.

### 8.1.4 Økonomisk sosialhjelp

Økonomisk stønad til livsopphold, oftest omtalt som økonomisk sosialhjelp, er en kommunal, behovsprøvd ytelse som kan gis til dem som ikke har andre muligheter til å forsørge seg selv. Sosialhjelpsmottakere er sterkt overrepresentert blant personer med lav inntekt og tilhører gruppene som i størst grad rapporterer om dårlige levekår og helse (302).

Sosialhjelpsmottakere regnes som en av de mest sårbare gruppene i Norge, med en usedvanlig sterk opphopning av velferdsproblemer og høy dødelighet (305).

Rundt 4 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år i Oslo mottar økonomisk sosialhjelp i en kortere eller lengre periode i løpet av et år (306). Denne andelen har holdt seg ganske stabil de senere årene. Samtidig var det en viss nedgang i antall sosialhjelpstilfeller i løpet av året fra 2018 til 2021, før det igjen var det en økning fra 19 500 i 2021 til 20 600 i 2022 ((8) tabeller 12210 og 14019).

I en periode med økte leviekostnader er det behov for å følge utviklingen i antall sosialhjelpsmottakere mer løpende enn det Statistisk sentralbyrås offisielle statistikk gir rom for. Kommunens egne tall viser at til sammen 19 800 personer hadde mottatt sosialhjelp fram til og med september i 2023. Det er en økning på 10 prosent sammenlignet med samme periode i 2022. Et økende antall flyktninger fra Ukraina er noe av, men ikke hele, forklaringen på veksten i antall mottakere. Ukrainske statsborgere utgjør nå rundt 10 prosent av mottakerne (307).

40 prosent av dem som mottok sosialhjelp i 2022, hadde det som hovedinntektskilde, mens 35 prosent hadde trygd eller pensjon som hovedinntektskilde ((8) tabell 13992). I hovedsak viser trygd og pensjon til det å motta en helserelatert trygdeytelse, da det er få som mottar sosialhjelp samtidig med alderspensjon.

Sosialhjelp blant barnefamilier beskrives nærmere i kapittel 9. Ellers omtales utviklingen i sosialhjelp i rapporten *Oslo trender (4)*, kunnskapsgrunnlaget til strategien for utjevning av sosiale forskjeller i Oslo (6) samt Velferdsetatens årsrapport (308). Sistnevnte viser blant annet hvordan mottak og mottakere av sosialhjelp varierer mellom bydelene.

## 8.2 Arbeid og helse

Det å være i arbeid er viktig for å ha god helse og livskvalitet. Arbeid er nøkkelen til økonomisk selvstendighet og til å unngå lav inntekt. For mange er jobben også mer enn bare en inntektskilde – den tilbyr i tillegg sosial kontakt, tilhørighet, selvtillit og mening.

Samtidig er et godt arbeidsmiljø og trygge og stabile arbeidsforhold en forutsetning for at arbeidet skal ha en positiv betydning for helsa. Jobben kan også være en kilde til helseskadelige påvirkningsfaktorer (fysiske, kjemiske, mekaniske, psykososiale eller organisatoriske) som kan gi grobunn for akutte helseskader eller en gradvis utvikling av plager eller sykdommer (309).

Videre er det sannsynlig at arbeidsmiljøet er en faktor som bidrar til sosiale ulikhet i helse. Arbeidstakere med kortere utdanning har ofte mer belastende arbeid og er oftere utsatt

for negative arbeidsmiljøfaktorer. Flere med lav utdanning, både i og utenfor arbeidsstyrken, vurderer helsa si som dårlig. Flere studier indikerer at utdanningsgradienter i helseplager og sykefravær i betydelig grad kan tilskrives forskjeller knyttet til eksponering for ugunstige faktorer i arbeidsmiljøet (309).

For de fleste som er ute av arbeidslivet før vanlig pensjonsalder, er det helseproblemer som ligger bak. I mange tilfeller er det snakk om forebyggbare helseproblemer, og god folkehelse vil da bidra til høyest mulig sysselsetting. Med en økende eldrebefolkning framover er det viktig at flere kommer i og forblir i arbeid. En aldrende befolkning forventes å kunne gi økt forsørgerbyrde: Mens det i 2022 var 0,2 eldre i alderen 67 år og over per person i yrkesaktiv alder i Oslo, vil forholdstallet i 2040 ifølge framskrivninger være 0,3 ((8) tabell 13612). Dette målet på forsørgerbyrde tar imidlertid ikke høyde for at befolkningen har blitt friskere, og at yrkesdeltakelsen blant seniorer blir stadig høyere (310).

Det vil særlig være behov for flere sysselsatte innenfor helse- og omsorgstjenestene i årene framover (21). Allerede i dag er helse- og sosialtjenestene en av næringene i Oslo med størst rekrutteringsproblemer (311).

### **8.2.1 Arbeidsledighet og sysselsetting**

Arbeidsledighet, og da særlig hvis den blir langvarig, kan ha negative konsekvenser for helse og livskvalitet (27, 260). De siste årene har det vært ekstraordinært store svingninger i arbeidsledigheten, med et rekordhøyt antall arbeidsledige og permitterte i Oslo under koronapandemien, avløst av rask gjenoppenting av økonomien og høy etterspørsel etter arbeidskraft i etterkant. Folkehelseinstituttets koronaundersøkelse i Oslo i desember 2021 viste at 41 prosent av dem som var arbeidsledige eller permitterte, hadde lav livskvalitet, mot 19 prosent av dem som var i arbeid (312).

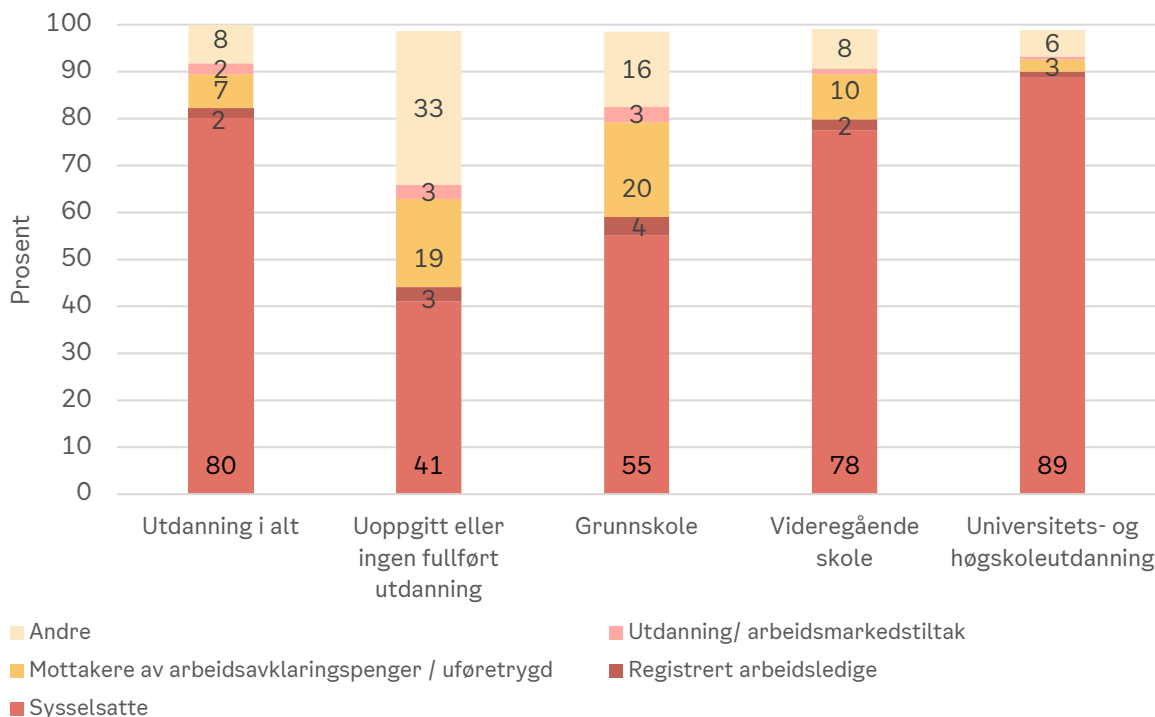
I 2022 var arbeidsledigheten i Oslo svært lav. Antall ledige i Oslo har deretter økt noe gjennom 2023, og ved utgangen av september var den på 2,3 prosent av arbeidsstyrken, som fortsatt er et lavt nivå (313). Samtidig forventer Nav at utviklingen i norsk økonomi blir svakere framover, og at dette også vil gi økt arbeidsledighet (314). Arbeidsledigheten i september var høyest i Bydel Søndre Nordstrand, med 3,6 prosent helt ledige. Ungdomsledigheten, altså andelen ledige blant personer i alderen 18–30 år, var på 2,3 prosent i Oslo. *Oslotrender* (4) inneholder en mer detaljert beskrivelse av arbeidsledigheten i hovedstaden, og NAV Oslo publiserer månedlig statistikk over antall arbeidsledige (315).

I 2022 var sysselsettingen i Oslo på et høyere nivå enn før pandemien, og Oslo har siden 2020 hatt en høyere sysselsettingsvekst enn andre fylker. I 2022 var 78 prosent av arbeidsstyrken i alderen 20–66 år sysselsatt, mens tilsvarende andel var 75 prosent i 2020. Andelen var den høyeste siden 2008, som er det første året vi har sammenlignbar statistikk fra ((8) tab. 11930). Oslo har for øvrig den høyeste andelen sysselsatte kvinner i landet, og det har vært en stor sysselsettingsvekst i flere innvandrergupper i 2022 sammenlignet med 2020.

Samtidig som sysselsettingen både i Oslo og i Norge som helhet er på et høyt nivå, er det noen grupper av arbeidsstyrken som det kan være nødvendig å være ekstra oppmerksomme på i et folkehelseperspektiv. Det gjelder sysselsettingen blant godt voksne arbeidstakere over 50 år, blant personer med lav utdanning, blant innvandrere og blant personer med funksjonsnedsettelse.

I en tid med økende eldrebefolkning og forventet mangel på arbeidskraft er det viktig at flere forblir i arbeid lenger. Blant menn, særlig i 50-årene, har Oslo lavere sysselsetting enn resten av landet. For eksempel er sysselsettingen blant menn mellom 55 og 61 år 75 prosent i Oslo og 80 prosent i hele Norge ((8) tabell 11930). Hvordan sysselsettingsandelen faller raskere med alderen i Oslo enn i andre deler av landet, beskrives nærmere i *Oslo-trender*. Det krever god helse å kunne stå i jobb til vanlig pensjonsalder, så det helsefremmende og forebyggende arbeidet er viktig også i denne sammenhengen.

Sysselsettingen er lav blant personer uten utdanning utover grunnskole (Figur 8.4). Personer med lav utdanning er også overrepresentert blant arbeidsledige (316), og det er høyere helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet blant personer med lav utdanning, det vil si det er flere i denne gruppen som relativt sett mister tilknytningen til arbeidsmarkedet av helsemessige årsaker (309). Arbeidsmarkedet kan bli enda vanskeligere for personer med lav utdanning i tiden framover, blant annet fordi arbeidsoppgaver med lave kompetansekrav i større grad enn andre oppgaver vil bli automatisert (316). Samtidig forventes det å bli mangel på arbeidstakere med fagbrev. Det blir med andre ord stadig viktigere for den enkelte og for samfunnet at videregående utdanning fullføres. Kapittel 9 inneholder statistikk over hvor mange som fullfører videregående opplæring.



Figur 8.4 Tilknytning til arbeid, utdanning og velferdsordninger/ prioritert arbeidsstyrkestatus <sup>36</sup>. 30-61 år. 2021. Oslo. Prosent av befolkningen. Kilde: Oslo kommune statistikkbank 53).

Generelt er andelen som er sysselsatt blant innvandrere, lavere enn i den øvrige befolkningen. Samtidig er det store variasjoner mellom ulike innvandrergrupper. Hvis vi ser på sysselsettingen etter landbakgrunn for de ti landene som er best representert i Oslo, ser vi for eksempel at andelen sysselsatte i alderen 20–66 år er om lag 84 prosent blant innvandrere fra Sverige og om lag 75 prosent blant innvandrere fra Polen, men bare om lag 50 prosent blant innvandrere fra Irak og 42 prosent blant innvandrere fra Somalia (4). En viktig grunn til den lave sysselsettingen blant noen innvandrergrupper er lavt utdanningsnivå. Det er ellers større kjønnsforskjeller i sysselsettingen blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Særlig blant innvandrere fra Asia, Afrika mv.<sup>37</sup> er andelen sysselsatte kvinner lav ((8) tabell 11607). Sysselsettingen blant innvandrere i Oslo er beskrevet i mer detalj i strategien for utjevning av sosiale forskjeller (6).

Sysselsettingen blant personer som oppgir å ha funksjonsnedsettelse, er lav. Det finnes ikke egne Oslo-tall for dette, men Arbeidskraftundersøkelsen 2021 viste at 38 prosent av denne gruppen var i arbeid. I 2020 oppga 17 prosent av alle personer med funksjonsnedsettelse uten arbeid at de ønsket å være i arbeid (nyeste tilgjengelige tall). Siden det i dag er et stort behov for arbeidskraft i mange næringer og det framover forventes svak vekst i befolkningen i yrkesaktiv alder, bør mulighetene være gode for å inkludere flere med funksjonsnedsettelser i arbeidslivet (317).

## 8.2.2 Uførepensjon og arbeidsavklaringspenger

Personer som har fått arbeids- og inntektsevnen varig nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom eller skade (som hovedårsak), kan ha rett på uføretrygd. Arbeidsavklaringspenger er på sin side en ordning av mer midlertidig karakter og skal bidra til å sikre inntekt i perioder der arbeidsevnen er nedsatt på grunn av sykdom eller skade. Sammen med sykepenger ved sykefravær (se delkapittel 8.2.3) utgjør disse ytelsene Navs helserelaterte ytelser, og utviklingen i ytelsene kan bidra til å si noe om folkehelsa. Det er imidlertid grunn til å understreke at også andre forhold enn helse påvirker utviklingen i disse ytelsene, blant annet utviklingen på arbeidsmarkedet og endringer i regelverk.

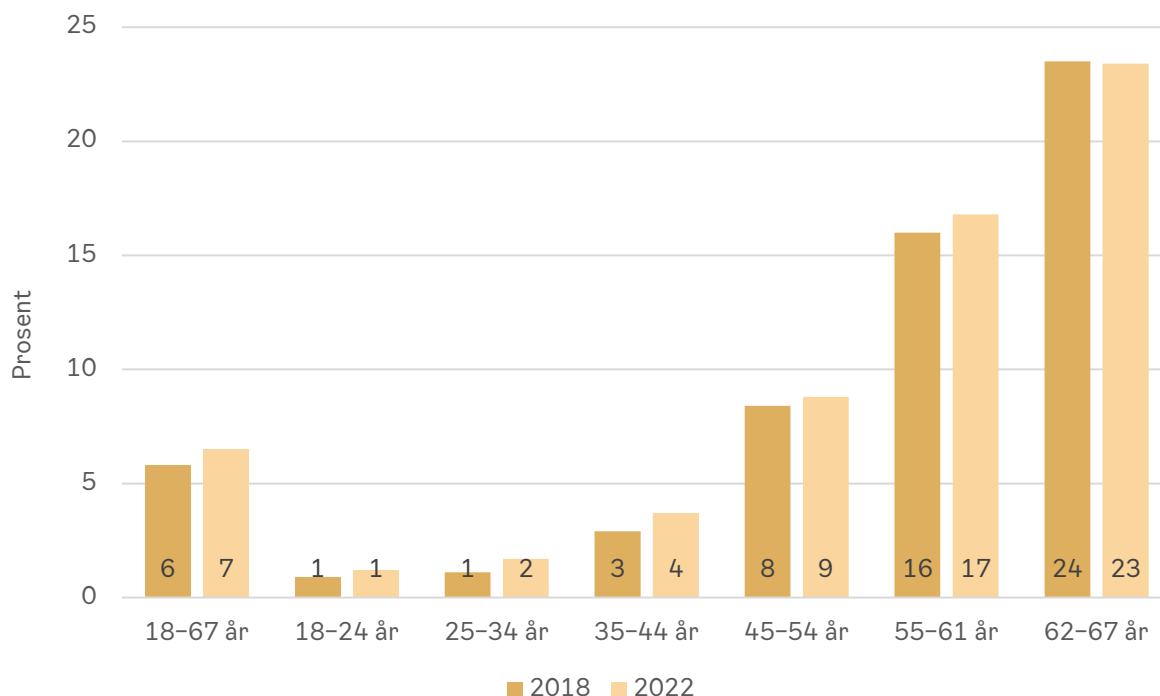
Per august 2023 mottok 6,3 prosent av Oslos befolkning uføretrygd (318). Dette er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet på 10,5 prosent. Hvis vi justerer for alder og dermed tar hensyn til at Oslo har en yngre befolkning, stiger andelen til 7,6 prosent. Andelen er likevel betydelig lavere enn i resten av landet (319). En viktig årsak til forskjellen mellom Oslo-tallene og tallene for hele landet er det høye utdanningsnivået i Oslo.

Figur 8.5 viser utviklingen i andelen av befolkningen i Oslo med uføretrygd fra 2018 til 2022, totalt og etter aldersgruppe. Andelen uføretrygdede i Oslo har økt noe de siste årene, fra

<sup>36</sup> For definisjon av kategorier: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger>

<sup>37</sup> Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EU, EFTA og Storbritannia.

5,8 prosent i 2018 til 6,5 prosent i 2022.<sup>38</sup> Det har vært vekst i alle aldersgrupper, med unntak av i aldersgruppen 62–67 år. Veksten var sterkest i aldersgruppen 25–34 år.

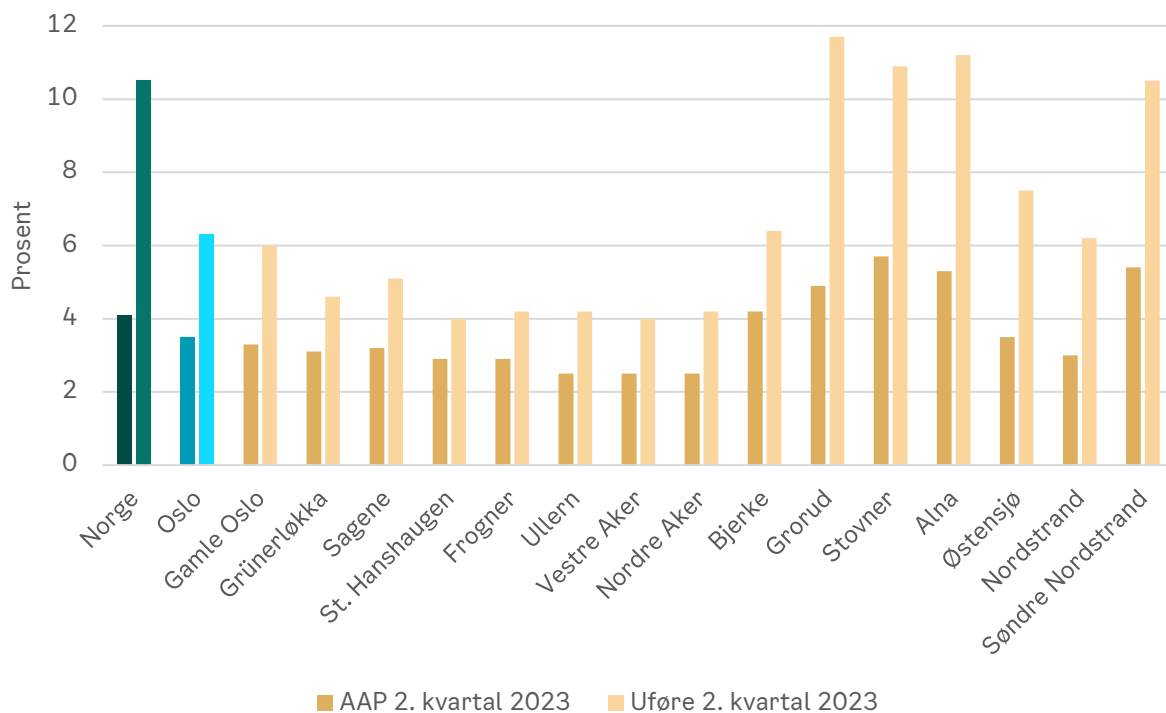


Figur 8.5. Andel uføretrygde, etter alder og år (per 31.12). Oslo. Prosent. Kilde: SSB tab. 11715 (8)

Per august 2023 er Oslo også det fylket der andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger, er lavest, med 3,5 prosent mot 4,1 prosent i hele Norge (320).

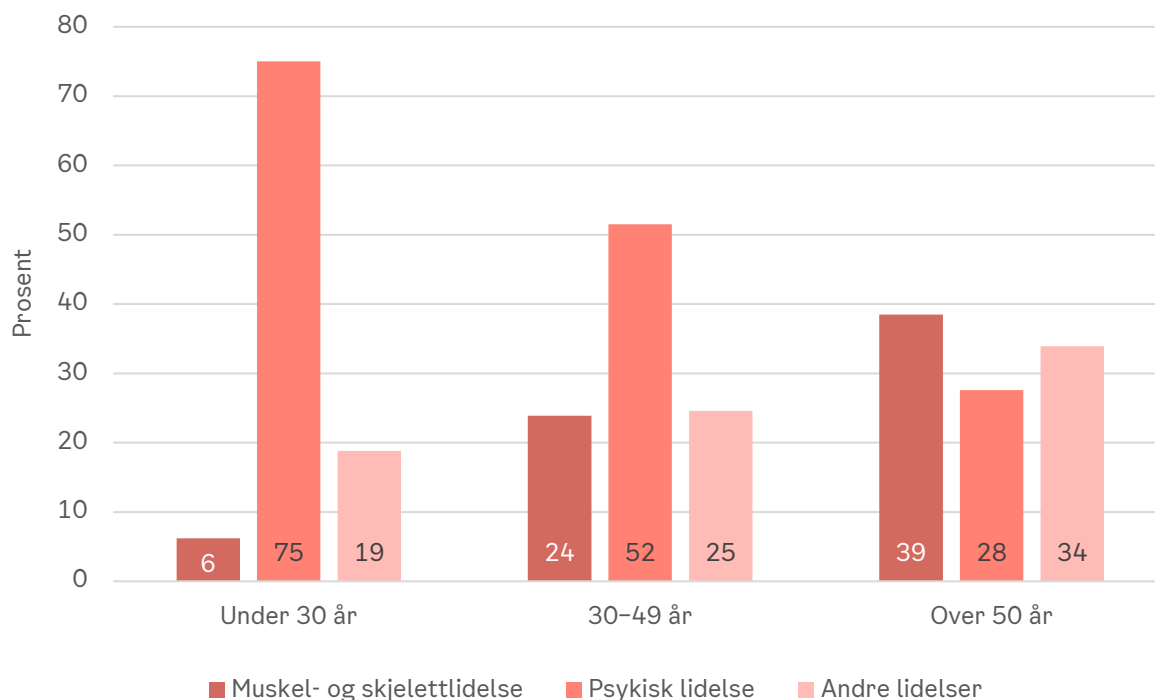
Selv om andelen som mottar uførepensjon og arbeidsavklaringspenger, er lavere i Oslo enn i landet som helhet, er andelen høyere i bydelene Stovner, Søndre Nordstrand, Alna og Grorud (figur 8.6). Særlig når det gjelder uføretrygd, er det store forskjeller mellom bydelene.

<sup>38</sup> Tallene som Statistisk sentralbyrå og Nav publiserer om uføretrygd og arbeidsavklaringspenger, er ikke helt identiske.



Figur 8.6 Andel uføretrygdede og mottakere av arbeidsavklaringspenger per 2.kvartal 2023. Oslo. Prosent av befolkningen 18–66 år. Kilde: NAV (321)

Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er hovedårsakene til utbetalingene av arbeidsavklaringspenger i Oslo og ligger til grunn for henholdsvis 47 og 26 prosent av NAVs vedtak om innvilgelse av arbeidsavklaringspenger (322). Det er særlig blant de yngste aldersgruppene at andelen med psykiske lidelser er høy. Tre av fire under 30 år som mottar arbeidsavklaringspenger, har en psykisk lidelse. Andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger med muskel- og skjelettlidelser øker entydig med stigende alder, mens andelen med psykiske lidelser avtar entydig med stigende alder (Figur 8.7).



Figur 8.7. Andel som får arbeidsavklaringspenger etter alder og hoveddiagnose. 2. kv. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: NAV Oslo (323)

Også når det gjelder uførepensjon, er psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer de viktigste årsakene. 46 prosent av de uføretrygdde i Oslo har psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser, mens 19 prosent har muskel- og skjelettsykdommer (324). Andelen av de uføretrygdde som har psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser er høyere i Oslo enn i andre fylker, mens andelen med muskel- og skjelettsykdommer er lavere. Velger vi derimot å se andelen av befolkningen som er uføretrygdde med henholdsvis muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser i forhold til befolkningen, er andelen lavere i Oslo enn i de andre fylkene.

### 8.2.3 Sykefravær

I andre kvartal i 2023 førte det legemeldte sykefraværet til i underkant av 900 000 tapte dagsverk i Oslo (325). Det legemeldte sykefraværet i Oslo var på 4,5 prosent ved utgangen av andre kvartal 2023. Til sammenligning var nivået på 4,3 prosent til samme tid i 2022 og på 3,9 prosent til samme tid i 2019 (326). Det legemeldte sykefraværet har altså økt etter 2019.

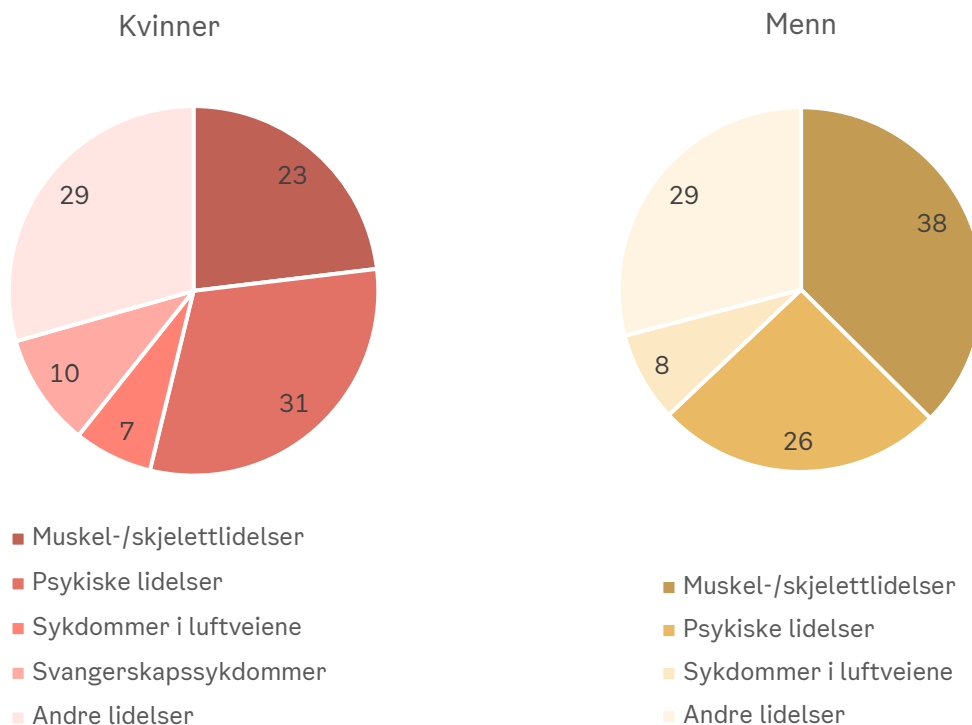
Utviklingen i det legemeldte sykefraværet kan ikke utelukkende tolkes som et uttrykk for utviklingen i helse. Sykefravær handler ikke bare om helse, men påvirkes blant annet også av forhold på arbeidsplassen, arbeidsmarkedet og sykelønnsordningen. Oslo har det laveste legemeldte sykefraværet blant fylkene i landet, og ved utgangen av andre kvartal i 2023 lå fraværet 1 prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet på 5,5 prosent (327). Det legemeldte

sykefraværet er høyest innenfor helse- og sosialtjenester. I sum sto denne næringen for en fjerdedel av alle tapte dagsverk i Oslo.

Det er forskjeller i sykefraværsprosenten mellom bydelene. Det høyeste legemeldte sykefraværet finner vi i bydelene Stovner og Søndre Nordstrand, med henholdsvis 7 og 6,7 prosent. Bydel Ullern har det laveste legemeldte sykefraværet, med 3,4 prosent, fulgt av bydelene Nordre Aker og Frogner, som begge har et fravær på 3,6 prosent. Av de 15 bydelene i Oslo har 11 lavere legemeldt sykefravær enn landsgjennomsnittet.

I andre kvartal i 2023 sto muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser for 57 prosent av det totale antallet tapte dagsverk i Oslo. For første gang var psykiske lidelser den viktigste årsaken til sykefravær i Oslo, og det er disse lidelsene som forårsaket økningen i sykefravær i 2023. Sykdommer i luftveiene er den tredje største diagnosegruppen, men her er det mer sesongvariasjon.

Figur 8.8 viser sykefravær etter diagnose for henholdsvis menn og kvinner. Muskel- og skjelettlidelser utgjør en betydelig større andel av de tapte dagsverkene for menn enn for kvinner, mens psykiske lidelser utgjør en større andel av de tapte dagsverkene for kvinner enn for menn. I andre kvartal i 2023 var det legemeldte sykefraværet i sum høyere blant kvinner (5,9 %) enn blant menn (3,3 %).



Figur 8.8 Andel av legemeldt sykefravær etter diagnose og kjønn. 2. kv. 2023. Oslo. Prosent av tapte dagsverk. Kilde: NAV Oslo (326).

## 8.3 Bolig

Bolig regnes som et sentralt levekårsgode, og historisk sett har boligkvalitet vært en viktig del av folkehelsearbeidet. I sunnhetsloven av 1860 ble det stilt krav om sunnhetskommisjoner som systematisk skulle innhente kunnskap om befolkningens helsetilstand. Sunnhetskommisjonene skulle rette oppmerksomheten mot «[b]oliger som ved mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Urenlighed eller Overfolkning med Beboere have vist sig at være bestemt skadelige for Sundheden» (328).

Er boligkvalitet og boforhold en utfordring for folkehelsa i Oslo i dag? Boligstandarder er generelt sett god. Men det er også folk som bor trangt, og som har problemer med blant annet støy, mangel på dagslys og fukt og råte (41). Andelen som rapporterer om utilfredsstillende boligstandard, er høyest blant barnefamilier som leier bolig (særlig blant innvandrerbefolkningen), enslige forsørgere og andre med vedvarende lav inntekt (329). Boliger som er fuktige og kalde, kan forårsake eller forverre eksisterende luftveisproblemer, og boliger med dårlig fysisk kvalitet kan påvirke den psykiske helsa negativt (329). Men selv om det er mange studier som viser en sammenheng mellom kvaliteter ved boforhold og levekår på den ene siden og helse og livskvalitet på den andre (330), er det usikkert hvorvidt det faktisk er en årsakssammenheng mellom boforhold og helse i Oslo. Det er få studier fra norske forhold, og kvaliteten på mange av studiene innenfor temaet er vurdert som lav (329). Samtidig har bolig trolig større betydning for folkehelsa i Oslo enn i andre deler av Norge, blant annet fordi flere leier og/eller bor trangt, og fordi boligprisene er høye.

### 8.3.1 Trangboddhet

Sammenhengen mellom trangboddhet og fysisk helse skyldes antakelig primært at spredningen av smittsomme sykdommer øker når flere personer bor sammen på et lite areal (329). Dette ble aktualisert under covid-19-pandemien. Det var høyere smittetall (men ikke sykehusinnleggelser) blant dem som bodde trangt, og dette gjaldt både voksne (121) og barn (331). Mangel på privatliv i trangbodde boliger kan også føre til økt stress og søvnproblemer, som igjen kan føre til dårligere helse både fysisk og psykisk. Samtidig er det vanskelig å avdekke om sammenhengen er kausal (329). Ellers er det trolig først og fremst en indirekte sammenheng mellom trangboddhet og helse, enten ved at det er bakenforliggende faktorer som påvirker både helse og trangboddhet, eller ved at trangboddheten først og fremst har betydning for andre levekår, som deretter har betydning for helsa.

En husholdning er definert som trangbodd dersom antall rom i boligen er mindre enn antall personer (eller én person bor på ett rom), og antall kvadratmeter er under 25 per person. I 2022 var det 19 prosent av befolkningen i Oslo som i henhold til denne definisjonen bodde trangt, mens det gjaldt 10 prosent av befolkningen i landet totalt. For Oslos vedkommende var det ellers en liten nedgang i andelen som bor trangt, fra 2015 til 2019 ((8) tabell 11042). Blant innvandrere

fra Asia, Afrika mv.<sup>39</sup> bor 34 prosent trangt ((8) tabell 11045). Det er flest barnefamilier som bor trangt ((8) tab. 11087). Vi kommer tilbake til trangboddhet blant barn i kapittel 9 om oppvekst.

Andelen personer som bor trangt, varierer mellom ulike bydeler, og i 2022 var andelen høyest i bydelene Alna (28 %), Stovner (26 %) og Grorud (26 %) (53). Innad i bydelene er det enda større variasjon. I Bydel Stovner finner vi for eksempel de høyeste andelen i delbydelen Rommen, der 42 prosent av befolkningen bor trangt, og i delbydelen Fossum, der 37 prosent bor trangt. Andelen trangbodde i Stovners delbydeler Stovner og Høybråten er på 14 prosent.

Definisjonen på trangboddhet som er benyttet i statistikkene vi viser til ovenfor, er basert på en objektiv standard, og den samsvarer ikke nødvendigvis alltid med beboernes egne vurderinger av boligen. Det er derfor ønskelig å supplere med mer subjektive vurderinger av trangboddhet og andre mål på boligkvalitet (se nedenfor). Andre kvaliteter ved boligen, som planløsning, lysforhold, støyforhold og balkong eller uteplass, er av stor betydning. Det samme gjelder beliggenheten og kvaliteter i nærområdet, som tilgang til parker og gode uteområder, møteplasser og transportmuligheter. Dessuten spiller beboernes ressurser, preferanser, livsfase og helse en viktig rolle (330).

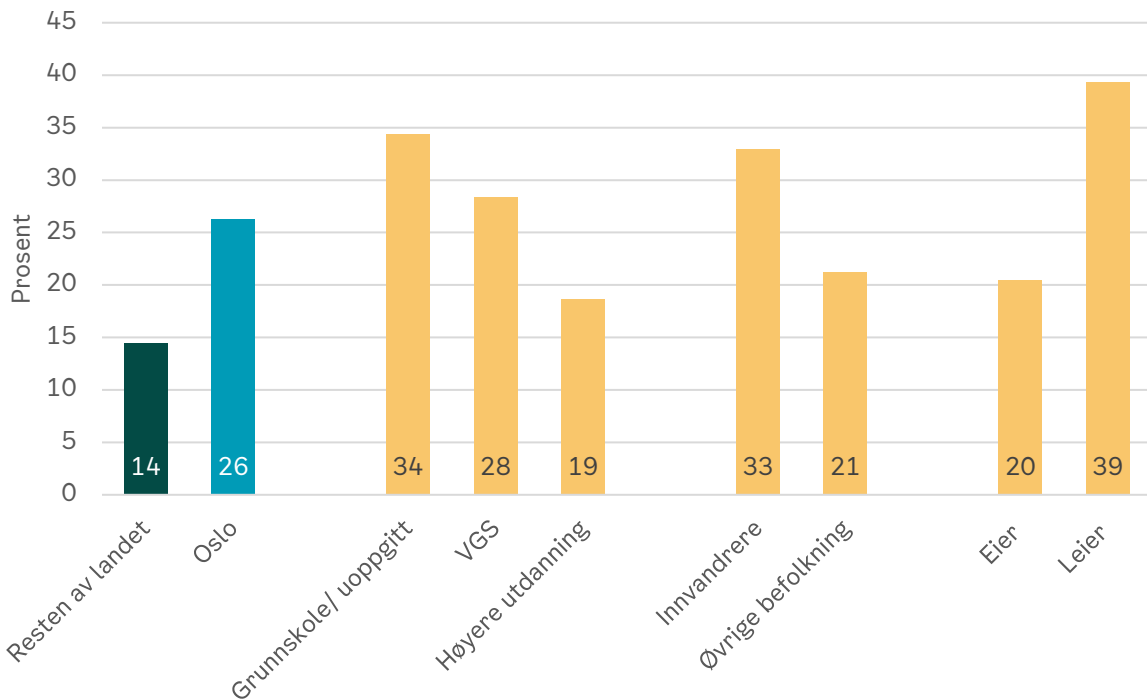
### 8.3.2 Subjektive vurderinger av boligkvalitet

Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 viser at 26 prosent av befolkningen i Oslo mener at boligen deres er for liten, altså en noe høyere andel enn i den objektive kartleggingen som vi har referert til tidligere (61). Det er for øvrig nesten dobbelt så mange i Oslo som vurderer egen bolig som for liten, enn i resten av landet (figur 8.9).

Figur 8.9 viser andelen som synes at egen bolig er for liten etter utdanningsnivå, innvandrerbakgrunn og om de eier eller leier boligen. I Oslo er andelen høyere blant innvandrere (33 %) enn blant den øvrige befolkningen (21 %) og høyere blant dem som leier (39 %), enn blant dem som eier (20 %). Andelen som synes at de har for liten bolig, synker dessuten entydig med økende utdanningsnivå.

---

<sup>39</sup> Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EU, EFTA og Storbritannia.



Figur 8.9 Andel som oppgir at de vurderer boligen sin som for liten, i Oslo og resten av landet og etter sosiale grupper i Oslo, 2022. Prosent. Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61).

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 er det også stilt spørsmål ved andre aspekter ved boligkvaliteten (61). Resultatene viser blant annet at andelen som rapporterer om råte, taklekkasje eller fukt i egen bolig i Oslo, jevnt over er lave og rundt 5–6 prosent, noe som er litt lavere enn i resten av landet. I overkant av én av ti som oppgir at de har for lite dagslys i boligen, mens i underkant av halvparten opplyser at de ikke har en hage (inkludert fellelhage) som tilhører boligen. Når det gjelder det sistnevnte, skiller Oslos innbyggere seg tydelig fra innbyggerne i resten av landet, hvor nær åtte av ti har hage.

### 8.3.3 Boligleie

I Norge har vi en sterk eierlinje, der det at flest mulig skal eie egen bolig, oppfattes som et mål og et viktig velferdsgode. Eierskap til egen bolig kan gi økt trygghet og bostabilitet, og i tider med stadig økende boligpriser bidrar det til en akkumulering av boligformuen over tid, og ikke minst over generasjoner. Andelen husstander med lav boligstandard er høyere blant leietakere enn blant boligeiere (41). En gjennomgang av relevant forskningslitteratur om sammenhengen mellom å eie og leie og beboernes helse konkluderer med at resultatene er sprikende, og at det er usikkert om det er en årsakssammenheng. Boligeierskap kan også påvirke helsa indirekte, for eksempel via skoleresultater, men nyere studier tyder på at sammenhengen langt på vei går via bostabilitet (329). En høy andel leieboliger i et område kan påvirke graden av bostabilitet (41). Bomiljøet kan også være dårligere på ulike måter i områder med en høy andel leieboliger (se kapittel 10.3).

Statistikk over boligleie er beskrevet nærmere i *Oslo-trender*. I 2023-utgaven av rapporten vises det blant annet til at ca. 32 prosent av husholdningene i Oslo leier boligen de bor i, en økning fra 30 prosent i 2015, noe som tilsvarer 53 prosent av veksten i husholdninger i perioden (4). Andelen som leier, er høyest blant unge voksne i etableringsfasen, og den er betydelig høyere blant innvandrere enn den øvrige befolkningen.

Å bo i boliger med fysiske mangler som gir dårligere bokvalitet er betydelig mer utbredt blant personer som leier bolig. 11 prosent som leier i Oslo, opplever råte i vinduer eller gulv, og 9 prosent har tak som lekker, eller fukt i vegger eller gulv. 19 prosent av dem som leier i Oslo, synes at det er for lite dagslys i boligen, og 43 prosent har tilgang til hage (61).

*Oslo-trender* (4) har også en oversikt over kommunale boliger i Oslo, og hvordan disse er fordelt mellom bydelene. I noen områder av byen er det en høy andel kommunale boliger, noe som kan ha betydning for levekårsstatistikken i området.

## 8.4 Sosiale forhold

Det sosiale miljøet viser til kvaliteter ved miljøet der vi vokser opp, bor og lever våre liv. Dermed er det sosiale miljøet viktig for helse og livskvalitet. Sosiale helseforskjeller er et godt eksempel på hvilken betydning sosiale forhold har på helse. I kapittel 2 viser vi for eksempel at en mann bosatt på Sagene i snitt lever seks år kortere enn en mann bosatt på Vestre Aker. I tillegg viser studier at det sosiale miljøet kan forklare opp mot 50 prosent av menneskers helse og livskvalitet (332).

Sosiale forhold som trygghet, tillit, fellesskap, mestring, utvikling og deltakelse er viktige ressursfaktorer i samfunnet. Det samme er sosial støtte. Sosial støtte kan enten påvirke helsa direkte eller fungere som et slags sosialt immunforsvar når personer møter utfordringer og alvorlige livshendelser. I slike situasjoner kan sosial støtte forebygge sykdom og uhelse gjennom å redusere stress og fremme mestring (333).

I motsatt ende kan sosial isolasjon, ensomhet og fravær av støttende relasjoner skape grobunn for fysisk og psykisk uhelse og redusert livskvalitet (334). Dobbelte så mange ensomme oppgir dårlig helse som dem som er lite ensomme (61). Sosial isolasjon og ensomhet kan utløse stressresponser og betennelsesreaksjoner i kroppen (335). Det forkorter livet, og forskning viser at langvarig ensomhet øker dødelighetsrisikoen mer enn å røyke 15 sigaretter om dagen (336). Depresjon, hjerte- og karsykdommer og flere andre viktige sykdommer har noe med ensomhet å gjøre (334, 337).

Å styrke de sosiale forholdene er en sentral del av den nasjonale livskvalitetsstrategien og folkehelsekampanjen «ABC for god psykisk helse» (ABC står for «act, belong, commit», som på norsk er oversatt til gjør noe aktivt, gjør noe sammen og gjør noe meningsfylt) (128). I tillegg får ensomhet stor politisk oppmerksomhet, og regjeringen vurderer å lage en strategi for å forebygge ensomhet i Norge (3).

De neste delkapitlene tar for seg noen av de mest sentrale sosiale helsedeterminantene, nærmere bestemt:

- ensomhet og sosiale relasjoner (8.4.1)
- sosial kapital (8.4.2)
- deltakelse, frivillighet og kultur (8.4.3)

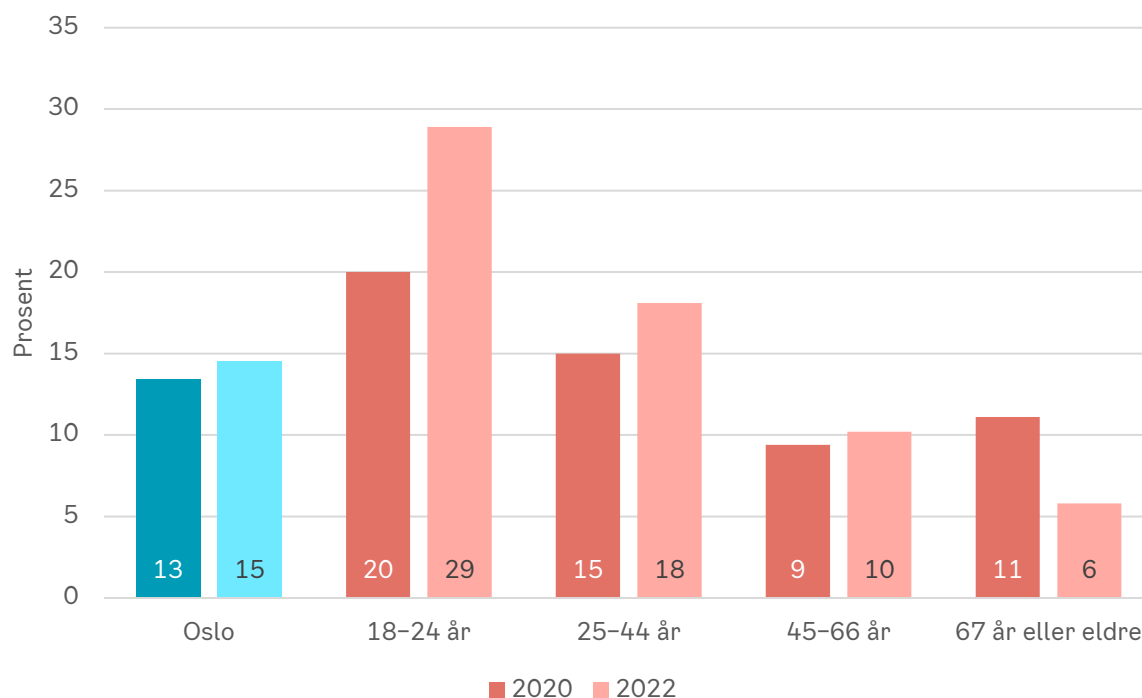
I kapittel 8 gis en beskrivelse av vold, overgrep og seksuell trakassering. Barn og unges sosiale miljø beskrives i kapittel 9.

### **8.4.1 Ensomhet og sosiale relasjoner**

Siste års hendelser med pandemi, inflasjon og andre forhold har sannsynligvis gitt unge voksnes sosiale liv en større knekk sammenlignet med andre aldersgrupper. I Statistisk sentralbyrås Livskvalitetsundersøkelse fra 2022 rapporterer 29 prosent av unge voksne i alderen 18–24 år i Oslo at de er mye ensomme (figur 8.10) (61). Dette er en økning på 9 prosentpoeng sammenlignet med 2020 (71), og utviklingen er lik for både kvinner og menn. I resten av landet har ensomheten blant unge voksne økt med 5 prosentpoeng.

Økningen i ensomhet blant unge voksne i Oslo samsvarer med en tilsvarende økning i unge voksne som oppgir å ha lite givende sosiale relasjoner (11 % i 2020 og 16 % i 2022) og lite sosial støtte (17 % i 2020 og 24 % i 2022) (61, 71).

Når det gjelder personer over 45 år i Oslo, har utviklingen i ensomhet enten vært stabil eller gått nedover fra 2020 til 2022 (figur 8.10) (61, 71). Dette er interessant siden de samme menneskene opplever en forverring i sine sosiale relasjoner i samme tidsperiode. Det er ikke nødvendigvis et en-til-en-forhold mellom ensomhet og sosiale relasjoner. Ensomhet henger tett sammen med menneskers forventninger og behov for sosial kontakt (335). Det betyr at mennesker som har et stort sosialt nettverk og mye støtte, kan likevel ha et udekket behov og føle seg svært ensomme. Og motsatt er det mennesker som er mye alene, men som ikke føler på ensomhet.



Figur 8.10 Andel som oppgir å være mye ensomme. Forskjell mellom 2020 og 2022, fordelt etter alder. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Vi mangler sammenlignbare tall på ensomhet og sosiale relasjoner for Oslos voksne befolkning fra årene før 2020. Hvordan spørsmålet er utformet, valg av datainnsamlingsmetode og flere andre faktorer kan påvirke resultatene. I ulike befolkningsundersøkelser fra årene før pandemien, har forekomsten av ensomhet i Oslo variert fra lave 5 prosent i Levekårsundersøkelsen om helse (104), til 14 prosent i Norsk medborgerpanel (291). Av den grunn er det utfordrende å gjøre kvalifiserte gjetninger på hvordan situasjonen var i Oslo i forkant av pandemien.

Ulike kilder tyder på at ensomheten i Oslo varierte etter hvor strenge smitteverntiltakene var på de ulike tidspunktene under pandemien. I november/desember 2020, da smittetallene var høye og det var innført strenge tiltak, oppga 24 prosent i Oslo at de var mye ensomme (75). På våren 2021 var ensomheten i Oslo gått ned til 15 prosent (134), og i november/desember samme år var ensomheten like høy som i samme periode i 2020 (312). Tallene som presenteres her kommer fra ulike undersøkelser og som blant annet har benyttet ulike spørsmål på ensomhet. Dette bør tas høyde for i tolkning av resultatene.

I en sammenstilling av forskningsstudier fra hele verden, fant Ernst og medforfattere at varighet på smitteverntiltak var en viktig forklarende faktor på hvorfor noen studier fant mer ensomhet enn andre i årene under pandemien (338).



### Måling av ensomhet

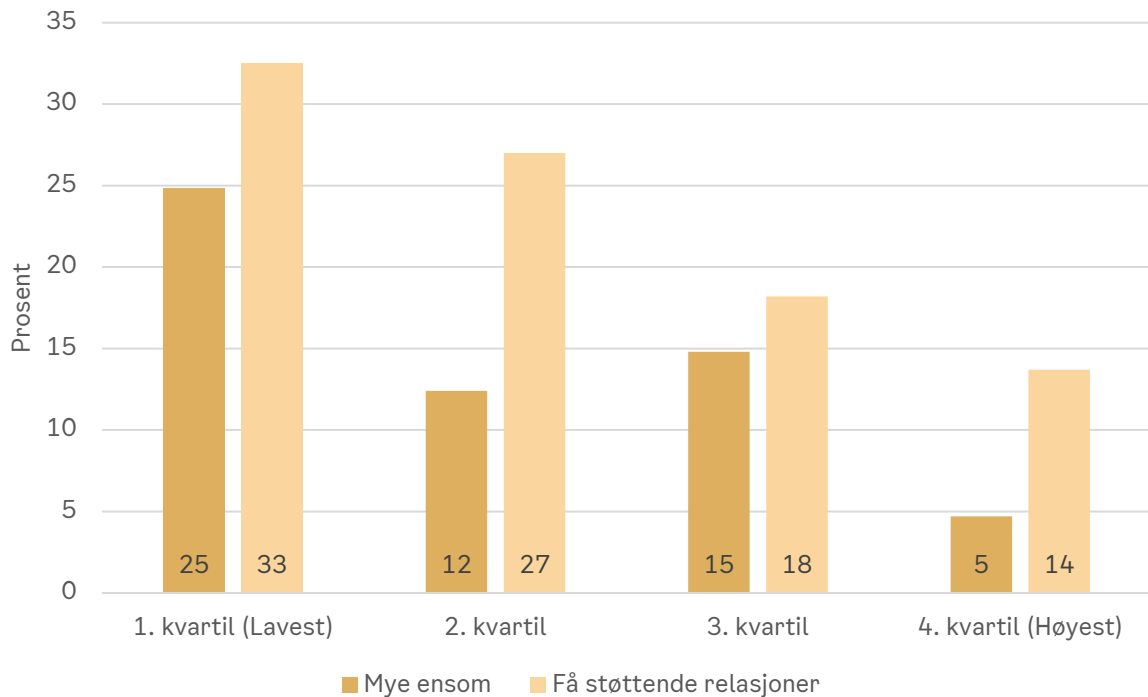
Ensomhet kan variere fra mildere og kortvarige følelser til en tilstand av mer alvorlig og kronisk art. Ensomhet er et vanskelig fenomen å måle siden det er tett forbundet med skam og stigma og et tabu i vårt samfunn. Spesielt gjelder dette den mest helseskadelige og kroniske varianten av ensomhet.

I Levekårs- og Livskvalitetsundersøkelsene er ensomhet målt ved å be deltakerne selv beskrive hvor ensomme de føler seg. Svaralternativene er «Aldri», «Litt plaget», «Ganske mye plaget» og «Veldig mye plaget». De som svarer «Ganske plaget» eller «Veldig mye plaget», betegnes som ensomme i *Oslohelsa*. Dette er et direkte mål på ensomhet. Slike mål er gode på å fange opp milde følelser som gjerne er utløst av sorg, tap og savn. Det er uvisst i hvilken grad slike spørsmål fanger opp den kroniske og mer skadelige ensomheten ([Statistisk Sentralbyrå, 2021](#)).

M. flalternativ til direkte målemetoder er å bruke indirekte metoder ved å spørre deltakerne om forhold som har sammenheng med ensomhet, for eksempel om savn etter nærhet og om de føler seg utenfor fellesskapet eller isolert fra andre. Livskvalitetsundersøkelsen 2022 inkluderte begge målemetodene, og forekomsten av ensomhet i Oslo ble omtrent det samme ved bruk av begge (17 % ved direkte og 15 % ved indirekte målemetoder).

Det er sprikende funn knyttet til om Oslo har en større utfordring med ensomhet enn i landet for øvrig (61, 104, 105, 291). På den ene siden kan det være mer ensomhet i Oslo som følge av at mange bor alene og store sosiale forskjeller (339). På den andre siden har Oslo-borgere bedre helse, flere er høyt utdannet, og det er høy sysselsetting i byen – faktorer som kan beskytte mot ensomhet (339). I tillegg har Oslo storbyfordeler med en stor og mangfoldig befolkning, korte avstander mellom mennesker og relativt god tilgang på aktiviteter og sosiale møteplasser.

Ensomhet og sosiale relasjoner fordeler seg ulikt mellom ulike grupper i befolkningen. Figur 8.11 viser hvordan ensomhet og sosial støtte er fordelt etter inntekt. Tallene er hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61). Som figuren viser, er det fem ganger flere som oppgir at de er mye ensomme, blant dem med lavest inntekt enn blant dem med høyest inntekt. Det er også dobbelt så mange med lav inntekt som oppgir at de har lite sosial støtte. Andre grupper med høye andeler av ensomhet og lite sosial støtte i Oslo er personer med innvandrerbakgrunn, personer med funksjonsnedsettelse, aleneboere og enslige forsørgere med små barn (61).



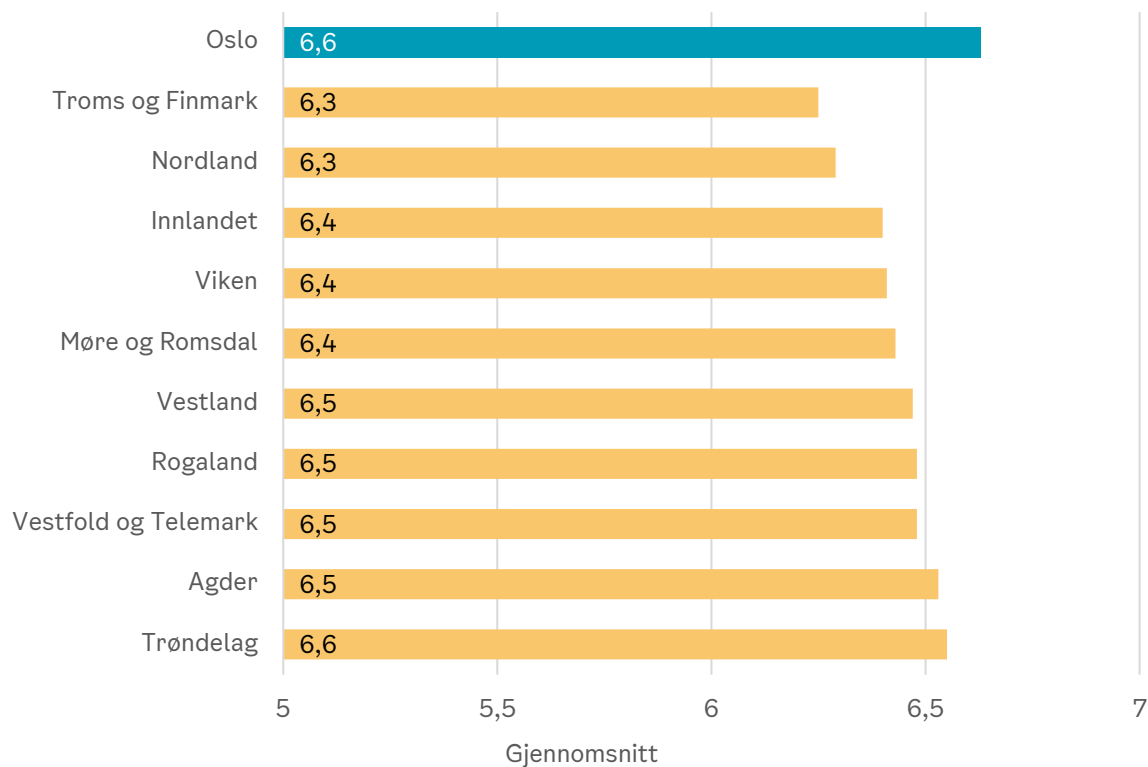
Figur 8.11 Andel voksne som oppgir å være mye plaget av ensomhet og har få støttende relasjoner, etter inntekt (vektede tall). 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

En negativ livshendelse kan utløse følelser av ensomhet. I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 var innbyggere som hadde blitt arbeidsledige det siste året, en av gruppene med høyest forekomst av ensomhet i Oslo. Her svarte 39 prosent at de følte seg mye ensomme i 2022, mot 15 prosent blant dem som ikke hadde blitt arbeidsledige.

### 8.4.2 Sosial kapital

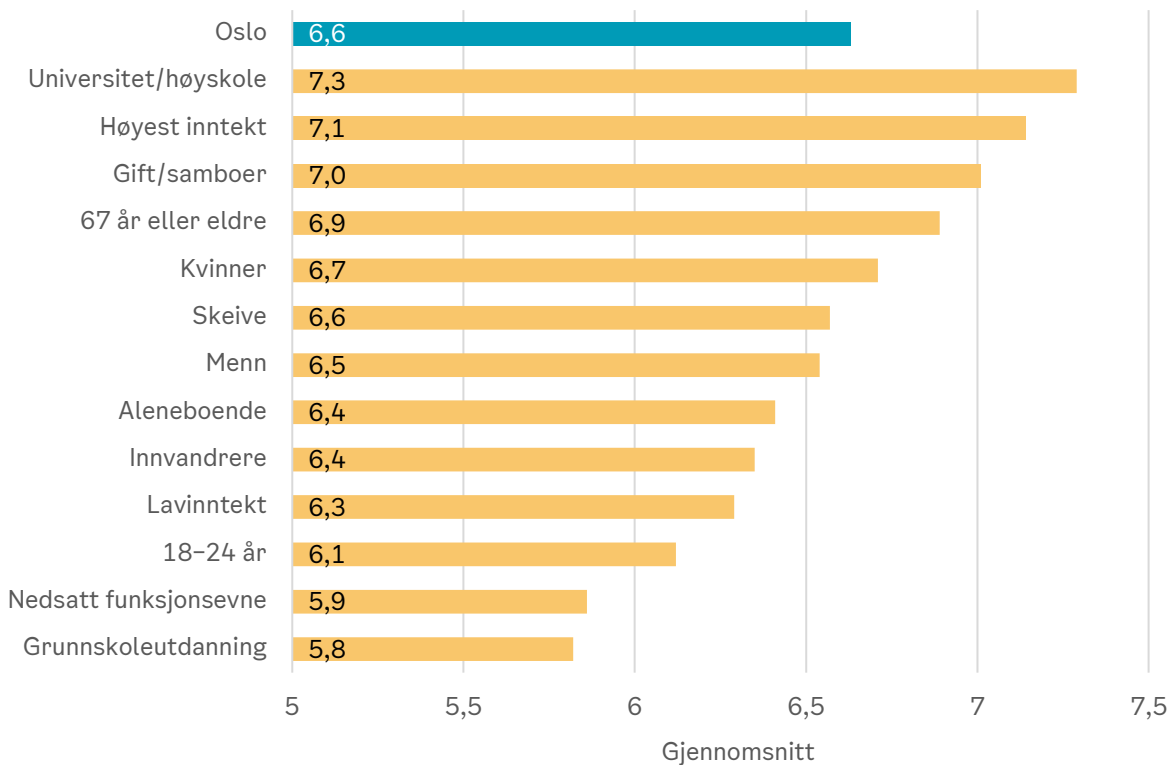
Sosial kapital er de forholdene som binder mennesker sammen, og som bygger broer mellom ulike grupper i samfunnet (340). Det er nå gode beviser for at høy sosial kapital er gunstig for helsa vår (341). Blant annet kan det å bo i lokalmiljø preget av høy gjensidig tillit og tette sosiale bånd bidra til å fremme trivsel og gi bedre tilgang på fellesgoder som trygghet, informasjon og praktisk hjelp. Hvilke komponenter og nivå av sosial kapital som er mest gunstige i et helseperspektiv, er ennå uavklart (341).

En sentral komponent i den sosiale kapitalen er tillit til andre mennesker (340). Sammenlignet med mange andre land i verden er tilliten i Norge høy. Likevel er befolkningens tillit fallende, både i Oslo og nasjonalt. På en skala fra 0 til 10 har den gjennomsnittlige tilliten i Oslo gått ned fra 7,8 poeng i 2020 (71) til 6,6 poeng i 2022 (61). Dette er en nedgang på 1,2 poeng på bare to år. Til tross for nedgangen er Oslo det fylket i landet som skårer høyest på tillit til andre mennesker i 2022 (figur 8.12). Om lag 38 prosent i Oslo oppgir høy grad av tillit (8–10 poeng), mens 34 prosent oppgir lav tillit (0–5 poeng) (61).



Figur 8.12 Gjennomsnittlig skåre på tillit til andre mennesker i 2022, fordelt på fylker i Norge. Skala fra 0 (lavest nivå) til 10 (høyest nivå). Vektete tall. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

De laveste nivåene av tillit i 2022 finner vi blant dem med grunnskole som høyeste utdanningsnivå – her er gjennomsnittet på bare 5,8 poeng, som er nesten 1 poeng lavere enn Oslo som helhet (figur 8.13). Lave skårer på tillit finner vi også blant unge voksne, personer med funksjonsnedsettelse og personer med lavest husholdningsinntekt. Gruppene som har de høyeste nivåene av tillit, er personer med høyere utdanning eller inntekt, med et snitt på over 7 av 10 poeng (61).



Figur 8.13 Gjennomsnittlig skåre på tillit til andre mennesker i Oslo i 2022, fordelt på ulike grupper i befolkningen. Skala fra 0 (lavest nivå) til 10 (høyest nivå). Vektete tall. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

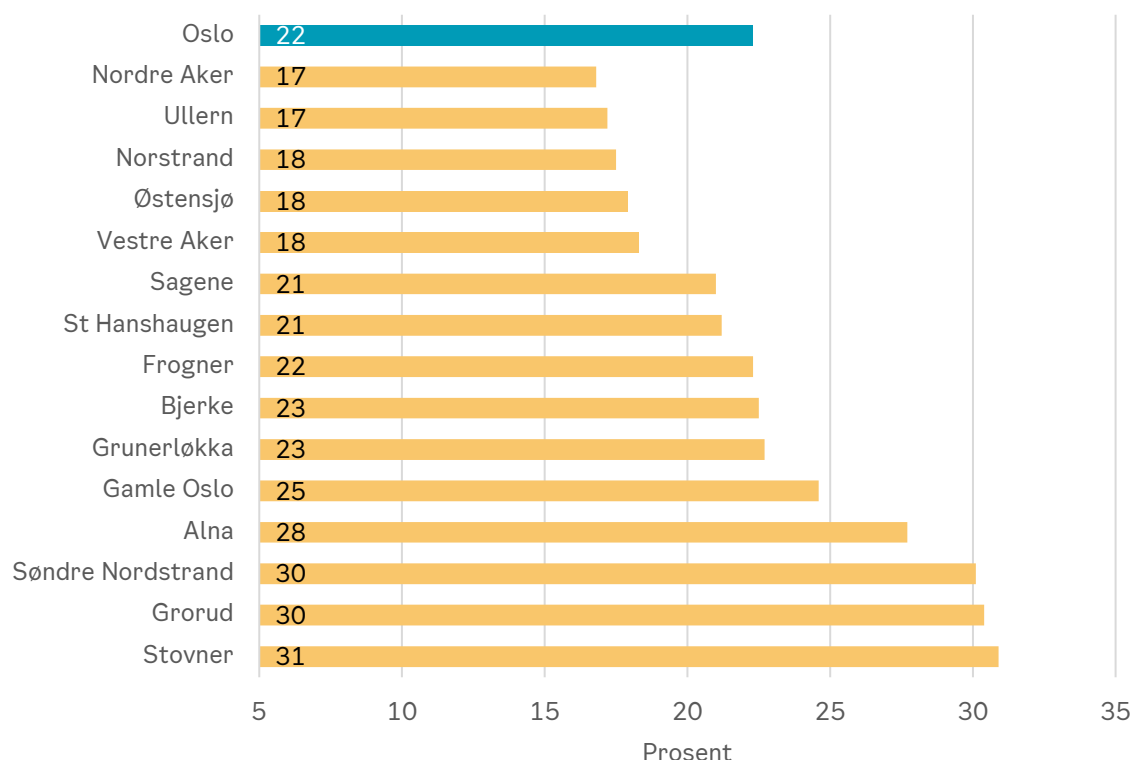
Ekskludering og utenforskap er den sosiale kapitalens rake motsetning (340). Én form for ekskluderende praksis er diskriminering. Ifølge likestillings- og diskrimineringsloven er det i Norge forbudt å diskriminere på bakgrunn av «kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person» (7). Til tross for dette oppgir omtrent 22 prosent, eller 130 000, av Oslos voksne befolkning i 2023 at de har opplevd diskriminering de siste tolv månedene, enten i møte med andre innbyggere eller i møte med ulike kommunale tjenester. Ser vi på de to ulike områdene, har 19 prosent opplevd diskriminering i møte med andre innbyggere, mens 14 prosent har opplevd diskriminering i møte med de kommunale tjenestene. Dette er en økning sammenlignet med 2018, da andelen var på henholdsvis 9 og 11 prosent. Tallene er hentet fra Oslo kommunes Innbyggerundersøkelse (tidligere Publikumsundersøkelsen) (342, 343).

Innbyggerundersøkelsen 2023 (76) viser videre at de vanligste årsakene til diskriminering i Oslo er knyttet til språk, nasjonalitet eller hudfarge. Andre vanlige diskrimineringsårsaker er alder, kjønn, religion, livssyn og nedsatt funksjonsevne. Gruppene i Oslo som har den største andelen diskriminerte, er skeive (56 %) og mennesker med nedsatt funksjonsevne (40 %), etterfulgt av innvandrere (37 %), husholdninger med lavere inntekt (33 %) og unge voksne (30 %). I kapittel 5

går vi mer i dybden på diskriminering blant enkelte utvalgte grupper i Oslo (innvandrere, mennesker med nedsatt funksjonsevne og eldre).

Figur 8.14 viser andelen i Oslo som har opplevd diskriminering i 2023, etter bydelstilhørighet. Diskriminering er vanligst blant innbyggerne i bydelene Stovner, Grorud og Søndre Nordstrand og minst vanlig i de vestlige bydelene, samt Bydel Nordstrand og Bydel Østensjø (76).

Mobbing, vold, overgrep og kriminalitet er eksempler på andre forhold som kan virke splittende. Disse beskrives nærmere i kapittel 7 og kapittel 9.



Figur 8.14 Andel som har opplevd diskriminering i løpet av de siste 12 månedene, etter bydelstilhørighet (vektede tall). 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Oslo kommunes innbyggerundersøkelse 2023, spesialbestilling (76).

### 8.4.3 Samfunnsdeltakelse, frivillighet og kultur

Frivilligheten står sterkt i Norge. Oslo har et bredt og mangfoldig kultur- og idrettstilbud og huser noen av landets største kulturprofiler og kulturinstitusjoner. Deltakelse på ulike arenaer er en grunnleggende del av trygge og gode samfunn og bærebjelker for vårt moderne demokrati. Gjennom deltakelse i frivillighet, politikk og kultur bygges fellesskap og levende lokalsamfunn. Det gir aktiviteter og opplevelser i hverdagen samt at det kan være en arena for læring, mestring, tilhørighet og sosial inkludering (344).

Personer som deltar i frivillig arbeid og kulturelle aktiviteter, har bedre allmennhelse, økt livskvalitet og færre helseplager enn ikke-deltakere (345-347). Det har tidligere vært uklart om sammenhengen først og fremst skyldes deltakelsen i seg selv, eller om sammenhengen i hovedsak skyldes at frivillige og kulturelle aktiviteter tiltrekker seg personer med god helse og livskvalitet. Men en nyere kunnskapsoppsummering av longitudinelle studier, altså studier som følger de samme menneskene over tid, har vist at økt samfunnsdeltakelse i én periode av livet henger sammen med bedre helse i en senere periode (345). Dette underbygger teorien om at deltakelse er en egen helsefaktor.

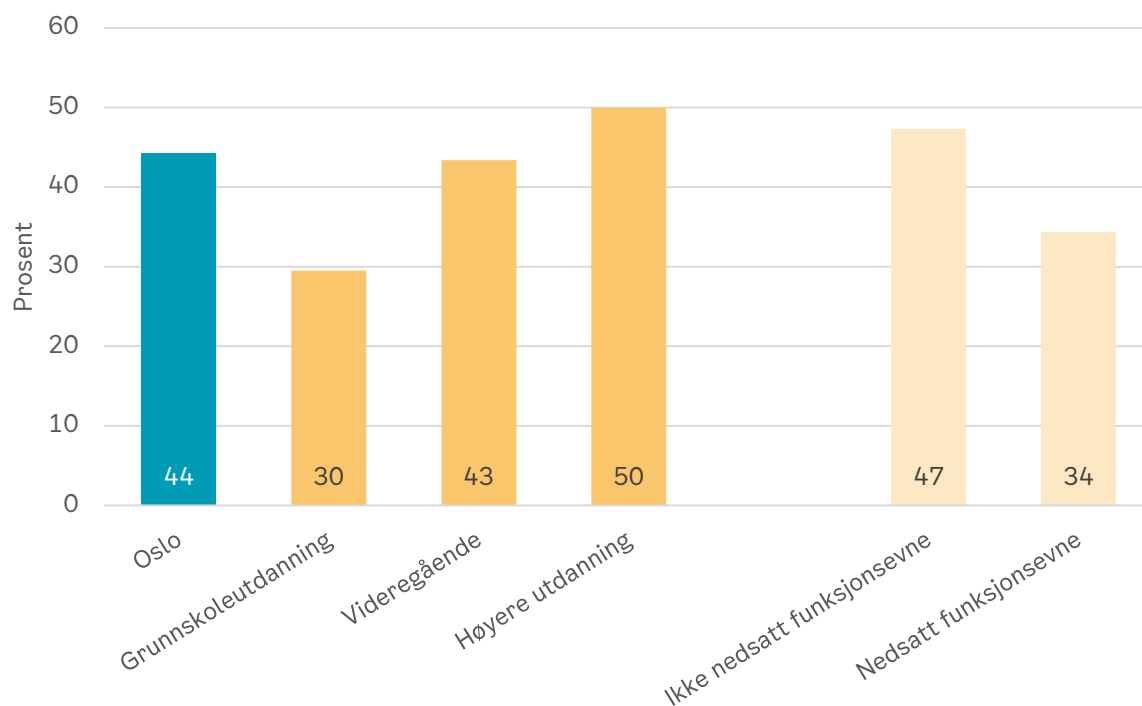
I kapittel 11 i *Oslo-trender 2023* gis en detaljert beskrivelse av utviklingstrekk innenfor kultur, frivillighet og trossamfunn i Oslo de siste årene (4). Noen av hovedpunkter er som følger:

- 36 000 er sysselsatt i den kulturelle og kreative næringen i Oslo. De fleste jobber innenfor film, litteratur og musikk. Omtrent halvparten av all omsetning i kulturell og kreativ næring skjer i Oslo.
- Det har vært en vekst i bruk av kulturskolen.
- Det er i overkant av 1,1 millioner medlemskap i frivillige organisasjoner, og det er anslått at antall lokale lag og foreninger har økt med 3 100 i løpet av en tiårsperiode. De tre største områdene er kultur, idrettslag og hobby- og fritidsorganisasjoner.
- Tilfredsheten med kulturtilbudet økte blant ungdommer fra 2015 til 2023.
- Det har vært en økning i besøkstallene i de store kulturinstitusjonene – som opplevde en kraftig nedgang under pandemien – i Oslo i 2022.
- Det har vært en økning i antall besøkende til Oslo-bibliotekene, mens besøkstallene for andre storbyer har gått ned.
- Det har vært en nedgang i antall medlemmer i Den norske kirke, men en svak økning i andre trossamfunn. En tredjedel av Oslos innbyggere er ikke medlemmer i noe trossamfunn.

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 (61) svarer flest deltakere fra Oslo at de har deltatt på kino, teater, konserter eller museum de siste 12 månedene (69 %), etterfulgt av deltakelse i organisasjonsliv (38 %), frivillig arbeid (27 %), og til slutt gudstjenester eller religiøse møter (16 %). I snitt deltok Oslos innbyggere i 1,5 av 4 aktivitetskategorier. 21 prosent oppga at de aldri deltok i noen av de fire overnevnte aktivitetene. Livskvalitetsundersøkelsen omfatter ikke alle typer fritidsaktiviteter, slik at den reelle andelen ikke-deltakere sannsynligvis er mindre enn det som framgår her.

For å kunne sammenligne deltakelsen mellom ulike grupper laget vi en samleindikator og delte den i to kategorier: 1) deltatt i null eller én aktivitet og 2) deltatt i minst to ulike aktiviteter. Samlet sett hadde 44 prosent i Oslo deltatt i minst to ulike aktiviteter, mot 46 prosent i resten av landet. Sammenlignet med resten av landet, hadde Oslo en høyere andel som svarte å delta i kulturarrangementer siste 12 måneder og en lavere andel som oppga å delta i organisasjonsliv og frivillig arbeid. Det var ingen geografiske forskjeller i deltakelse i religionsrelaterte aktiviteter som gudstjenester eller religiøse møter (61).

Som vist i figur 8.15, var det en tydelig forskjell i samfunnsdeltakelse i Oslo ut fra deltakernes utdanningsnivå. I alt 30 prosent av deltakerne med utdanning på grunnskolenivå oppga at de hadde deltatt i minst to aktiviteter, mens andelen økte til 43 og 50 prosent for deltakere med henholdsvis videregående og høyere utdanning. Figuren viser også at mennesker med nedsatt funksjonsevne hadde en lavere deltakelse enn andre. Det var kun små forskjeller i deltakelse mellom kvinner og menn, mellom ulike aldersgrupper og mellom etnisk norske og norske med innvandrerbakgrunn (61).

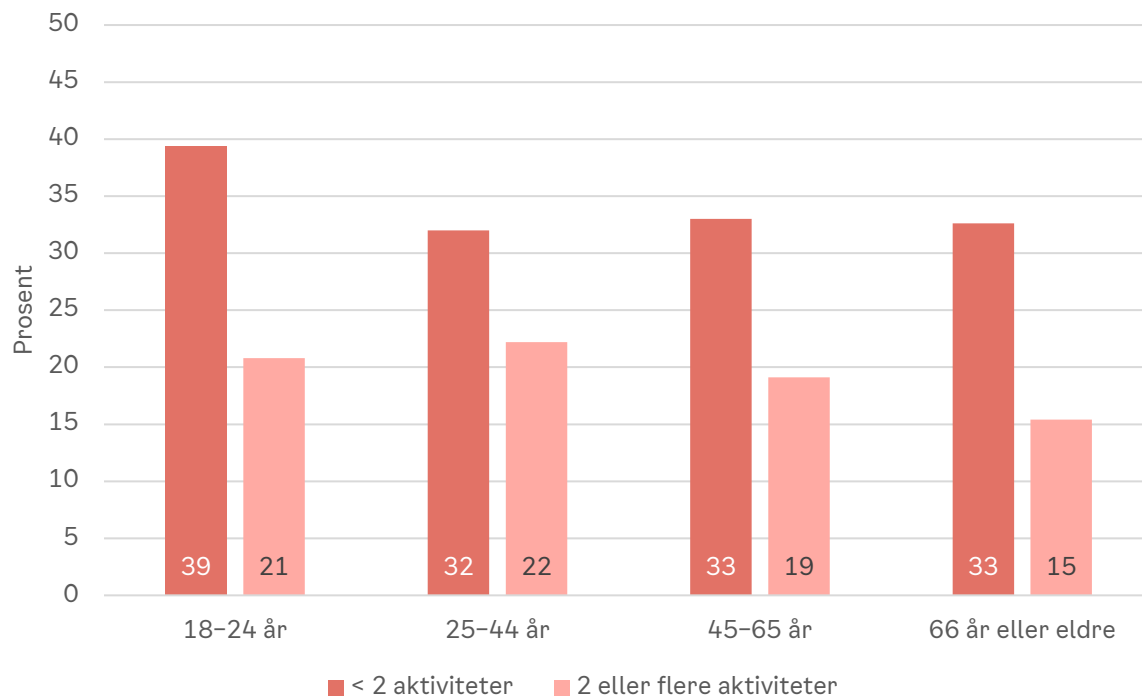


Figur 8.15 Andel som oppgir deltakelse i minst 2 ulike aktiviteter de siste 12 månedene, fordelt i ulike grupper av befolkningen (vektede tall). 2022. Oslo. Prosent. Kilde: SSBs Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

Figur 8.16 viser sammenhengen mellom samfunnsdeltakelse og livstilfredshet i Oslo, fordelt etter ulike aldersgrupper. Som figuren viser, er andelen med lav livstilfredshet høyere blant dem som deltar i færre enn to aktiviteter, enn blant dem som deltar i to eller flere aktiviteter. Figuren viser også at forskjellene i lav livstilfredshet mellom de ulike kategoriene er størst i de yngste og eldste aldersgruppene. Det betyr at sammenhengen mellom samfunnsdeltakelse og livstilfredshet er sterkest i disse aldersgruppene.

Våre funn harmoniserer godt med forskningslitteraturen (345–347). Ser vi spesifikt på eldre så er de i en fase av livet der det sosiale nettverket blir mindre. Å delta i frivillighet eller lignende aktiviteter kan stimulere til sosial kontakt og dermed kunne forebygge sosial isolasjon, ensomhet og depresjon (345). Forskjellene i lav livstilfredshet mellom de ulike deltakelseskategoriene er minst i aldersgruppen 25–44 år. For personer som er midt i livet med jobb og barn, kan økt

deltakelse forsterke stressnivået og opplevelsen av tidsklemme og dermed dempe noe av den helsegunstige effekten av samfunnsdeltakelse (347).



Figur 8.16 Andel som skårer lavt på livstilfredshet, blant de som deltar i minst 2 aktiviteter og de som i liten eller ingen grad deltar i aktiviteter, fordelt etter alder. Lav livstilfredshet er de som skårer 0-5 poeng på en skala fra 0 til 10. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

## 9 Oppvekst

---

En god barndom varer livet ut. Barndommen påvirker flere områder i innbyggernes liv, fra sosial utvikling og utdanning til mental og fysisk helse. For å sikre en god oppvekst for alle barn må det fremmes et godt oppvekstmiljø, sikres gode og trygge boforhold, barnehager, skoler og nærmiljø og legges grunnlag for god psykisk og fysisk helse.

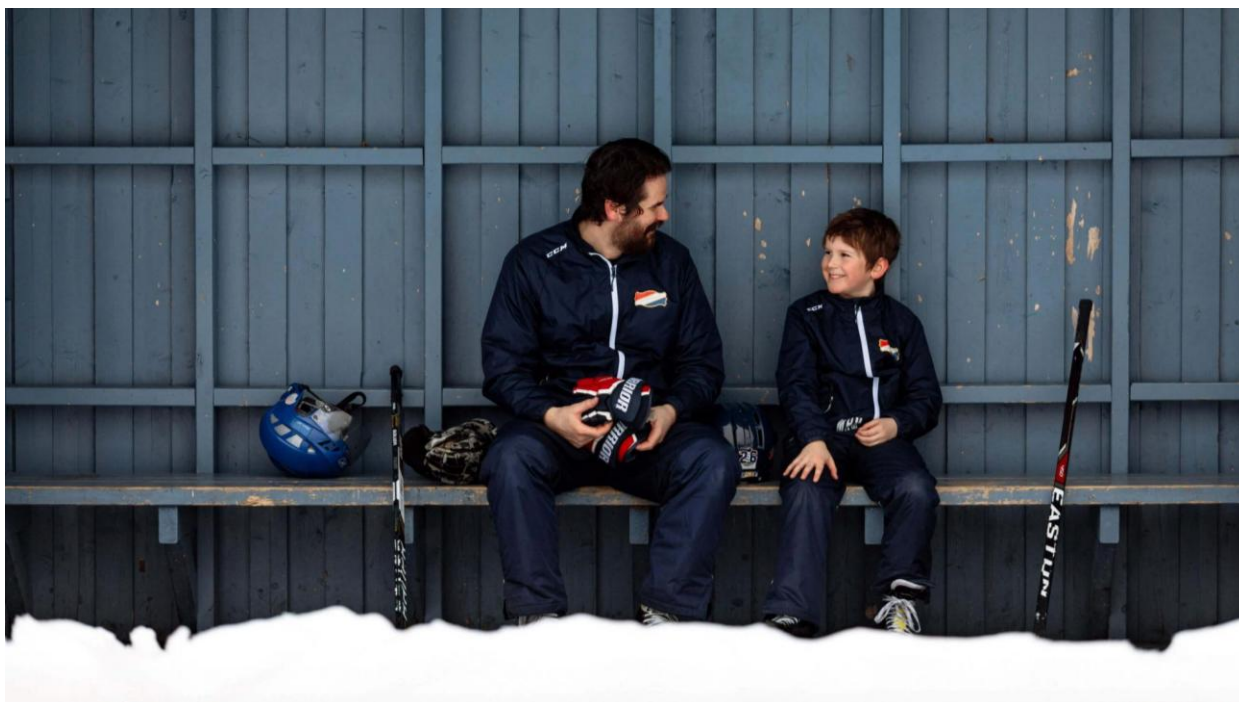


Foto: Thomas Ekström / Oslo kommune

### I Oslo ...

- ... fikk 69 prosent av de nyfødte i 2022 hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst, og 82 prosent fikk hjemmebesøk av helsesykepleier innen to uker. I resten av landet var andelene henholdsvis 64 prosent og 87 prosent.
- ... bor 78 prosent av barna sammen med begge foreldrene, mens 15 prosent bor med en enslig forsørger. De aller fleste barn rapporterer et godt forhold til foreldrene sine.
- ... har det siden 2018 vært en nedgang i andelen barn i lavinntektshusholdninger, men andelen er fortsatt høy (16 %). I noen bydeler og delbydeler er den betydelig høyere.
- ... undersøkte barnevernet i 2022 omsorgssituasjonen til 4 prosent av barna under 18 år basert på bekymringsmeldinger.

- ... er barnehagedeltakelsen høy og har økt, men den er fortsatt lav i noen bydeler og delbydeler.
- ... fullfører 86 prosent studiespesialiserende og 63 prosent yrkesfaglig videregående opplæring innen 5-6 år. Skolerresultater påvirkes av foreldrenes utdanningsnivå, og resultater fra grunnskolen har stor betydning for om ungdommer gjennomfører videregående skole.
- ... trives de aller fleste barn og unge på skolen. Det gjelder 90 prosent av elevene på 5.-7. trinn og 88 prosent blant elever på ungdomsskolen og videregående skole, men trivselen har sunket noe blant ungdommer siden 2015. Det er ellers en økning i andelen elever som henholdsvis gruer seg til å gå på skolen og som kjeder seg på skolen.
- ... bor 35 prosent av barna trangt. I flere bydeler bor rundt halvparten av barna trangt.
- ... er de fleste barn og unge fornøyde med nærmiljøet og føler seg trygge, men det er noe variasjon mellom bydeler.
- ... har andelen elever i 7. trinn som oppgir at de blir mobbet økt fra 7,5 prosent i 2018-2019 til 10,8 prosent i 2022-2023.
- ... har ungdommers skjermbruk økt fra 2015 til 2023, med en topp i 2021.
- ... deltar de fleste barn (80 %) i faste fritidsaktiviteter. Andelen er høyere enn for resten av landet (76 %), og har økt siden 2021.
- ... ble 4 prosent av ungdom i alderen 10 til 17 år i 2022 registrert for kriminelle handlinger. Ungdom som begår gjentatte kriminelle handlinger, står for nesten halvparten av alle anmeldelser i denne aldersgruppen.

## 9.1 Innledning

Temaet i dette kapitlet er barn og ungdoms oppvekstforhold og levekår i Oslo.

Oppvekstforhold og levekår har betydning for barn og unges helse og livskvalitet og legger grunnlaget for helse, livskvalitet og levevaner gjennom livet. Sosial ulikhet påvirker barns oppvekst og levekår helt fra starten av (348).

Familien og familiens levekår er den sentrale rammen for barnas oppvekst. I tillegg bidrar kommunens tjenester, først svangerskaps- og barselomsorg, før barnehagen og skolen etter hvert blir stadig viktigere arenaer. Senere øker barnas aksjonsradius, og bo- og nærmiljø, fritidsaktiviteter og venner får større betydning. For noen barn spiller barnevernet en rolle. Alle disse faktorene omtales i dette kapitlet, og kunnskap om de ulike faktorene kan bidra til å skape oppvekstforhold og utvikle kommunale tjenester på tvers av sektorer som fremmer barns helse og livskvalitet nå og i framtiden.

Vi definerer i utgangspunktet barn og unge som alle under 18 år, men i noen tilfeller inkluderer vi ungdommer over 18 år, blant annet de som fortsatt er i videregående opplæring.

Barn og unges helse og livskvalitet med mer er omtalt i følgende tidligere kapitler:

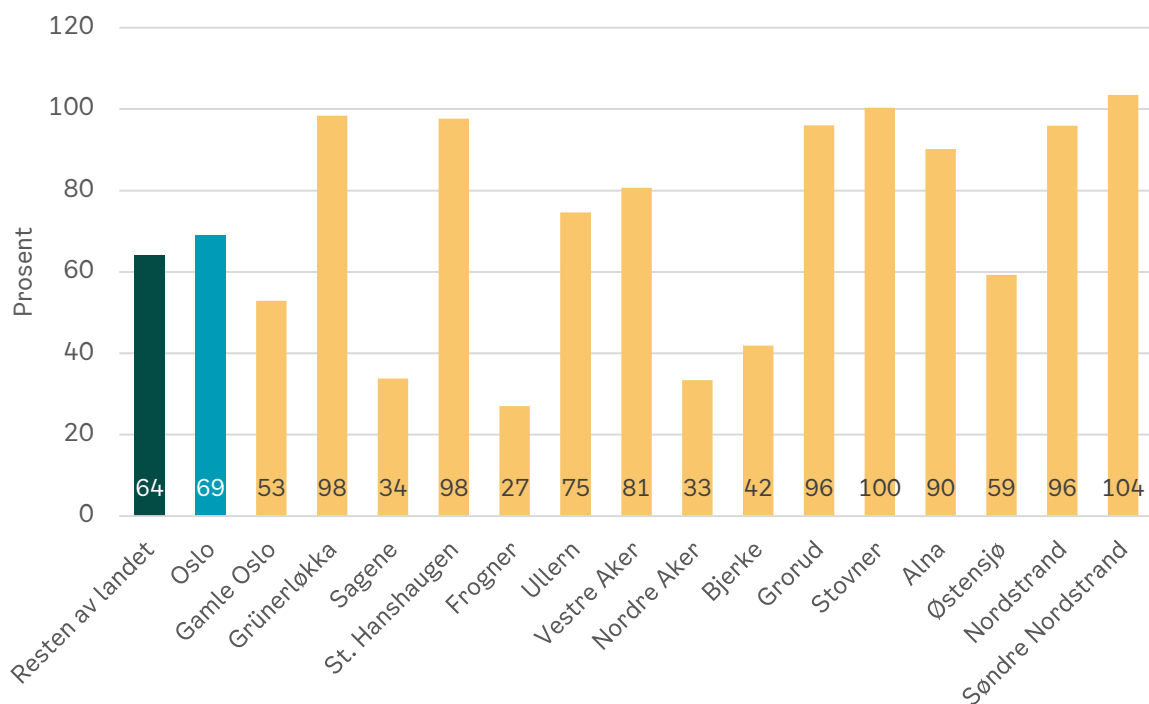
- kapittel 2: egenvurderte helse og livskvalitet
- kapittel 3: overvekt og tannhelse
- kapittel 4: psykiske plager og lidelser og søvnvansker
- kapittel 5: helse, livskvalitet og levevaner blant barn og unge med innvandrerbakgrunn
- kapittel 6: fysisk aktivitet, idrettsdeltakelse, svømmeferdigheter, kosthold, amming, røyking og snusing, bruk av alkohol og illegale rusmidler og søvnvaner
- kapittel 7: skader, vold og overgrep

Kapittel 8 og kapittel 10 omtaler flere av de samme temaene som dette kapittelet, men for voksne. Det gjelder blant annet ulike levekårsforhold, det sosiale miljøet og bo- og nærmiljøet.

## 9.2 Svangerskaps- og barselomsorg

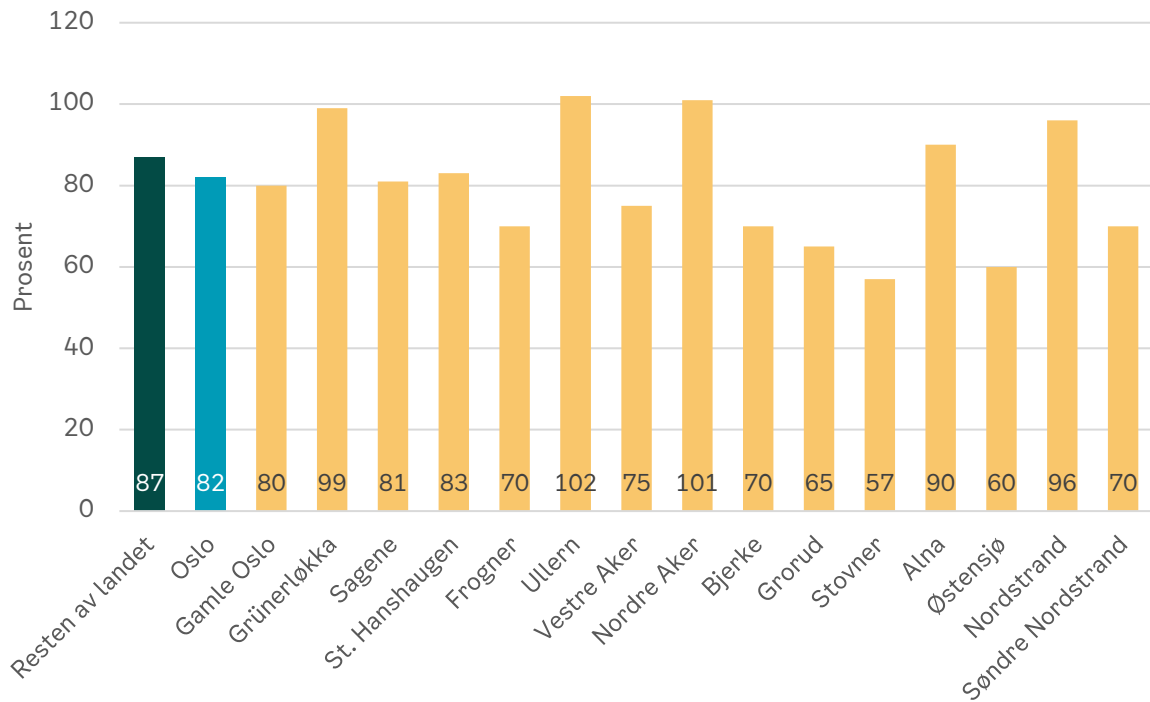
En individuelt tilpasset og tilgjengelig svangerskaps- og barselomsorg er et av kommunens viktigste folkehelseiltak. Hjemmebesøk til nyfødte kan bidra til at foreldre og barn får en god start med tanke på tilknytningen, og hjelpe foreldrene med å mestre foreldrerollen. Mange opplever barseltiden som en stor overgang i livet, og enkelte kan ha behov for mer råd og veiledning for å sikre tilknytningen. Ved å få en trygg start kan man forebygge skjevutvikling og omsorgssvikt (349).

I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen, anbefales blant annet ett hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst (350). I 2022 fikk 69 prosent hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst i Oslo (figur 9.1). Denne andelen var 5 prosentpoeng høyere enn i resten av landet. Det er store variasjoner mellom bydelene i andelen nyfødte som fikk hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst.



Figur 9.1 Andel nyfødte med hjemmebesøk av jordmor innen 3 døgn etter hjemkomst, etter bydel. Enkelte bydeler har andeler over 100 prosent på grunn av feilrapporteringer. 2022. Oslo, Norge. Prosent. Kilde: SSB statistikkbanken, tabell 12401 (8).

I den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefales det blant annet at en helsesykepleier drar på hjemmebesøk til nyfødte innen sju-ti dager etter fødselen (349). I 2022 fikk 82 prosent hjemmebesøk av helsesykepleier innen to uker i Oslo (figur 9.2). Det er noe variasjon mellom bydelene og fra år til år. En del av dette skyldes at en del av hjemmebesøkene under pandemien ble erstattet med besøk på helsestasjonen av smittevern- og kapasitetshensyn. Helsestasjonstjenesten møtte sannsynligvis en høyere andel nyfødte barn under pandemien enn det som ble registrert (4).



Figur 9.2 Andel nyfødte med hjemmebesøk av helsesykepleier innen 2 uker, etter bydel. Enkelte bydeler har andeler over 100 prosent på grunn av feilrapporteringer. 2022. Oslo, Norge. Prosent. Kilde: SSB statistikkbanken, tabell 12401 (8).

## 9.3 Foreldre

### 9.3.1 Husholdningstyper

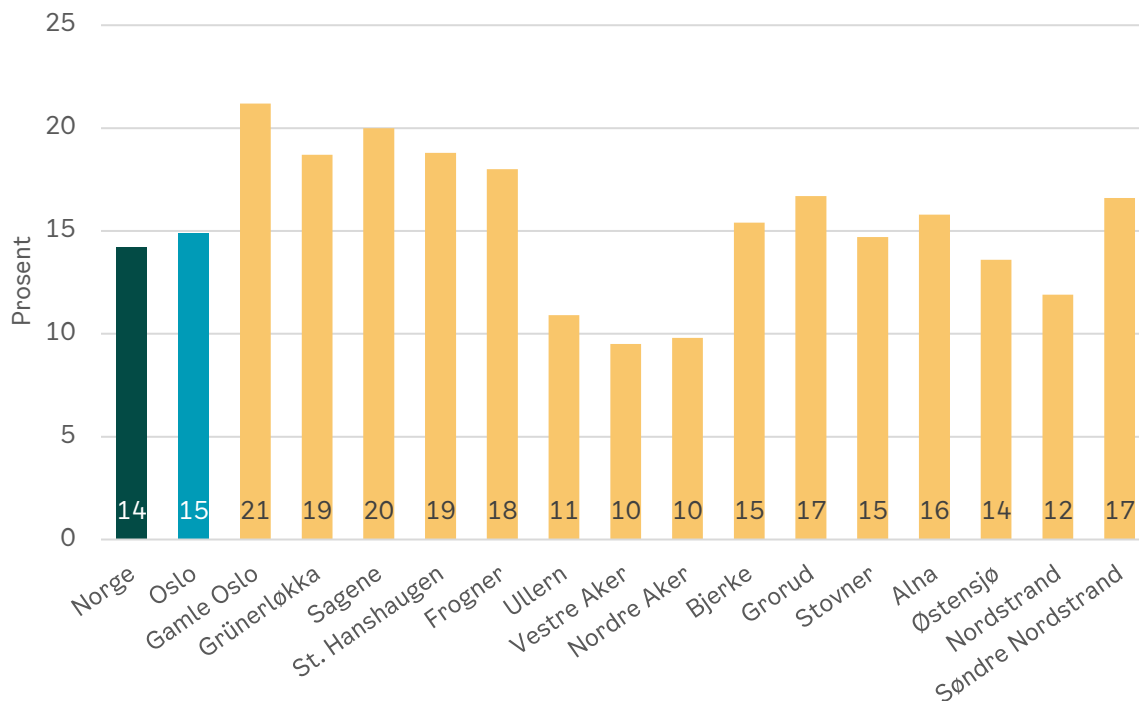
Flere studier viser at psykiske helseplager hos barn, skoleproblemer og frafall fra skolen har sammenheng med foreldres samlivsbrudd, men sammenhengene er nokså svake. Derimot peker flere studier på tydeligere negative effekter av *konflikter* mellom foreldrene på barns trivsel og helse (351). Barn med enslige forsørgere er overrepresentert blant barn i lavinntektsfamilier (se delkapittel 9.4).

78 prosent av barna i Oslo bor sammen med sine gifte eller samboende foreldre ((8) tab. 06239). Andelen har vært økende, og i 2005 bodde 73 prosent sammen med begge foreldrene, mens dette gjaldt 76 prosent i 2015.

15 prosent av barna i Oslo bor i en husholdning med enslig forsørger (352).<sup>40</sup> Det har vært en liten nedgang de siste årene. Andelen er nær landsgjennomsnittet (0,7 prosentpoeng forskjell), men varierer mellom bydelene. I Bydel Gamle Oslo bor 21 prosent av barna i en husholdning med enslig forsørger, mens dette bare gjelder 10 prosent av barna i bydelene Vestre Aker og Nordre

<sup>40</sup> Statistikken er basert på den registrerte bostedsadressen til barnet per 31. desember og sier ingenting om graden av delt omsorg.

Aker (figur 9.3). I flere sentrale delbydeler bor mellom en fjerdedel og en tredjedel av barna med enslige forsørgere.<sup>41</sup>



Figur 9.3 Andel barn i husholdninger med enslig forsørger. 2021. Prosent. Kilde: Barnefattigdom.no/ SSB (352)

### 9.3.2 Forhold til foreldre

Resultatene fra Ung i Oslo viser at langt de fleste har et godt forhold til foreldrene sine. Hele 96 prosent av 5.-7.-klassingene er ganske eller veldig godt fornøyde med egne foreldre. Det er nærmest ingen forskjell etter kjønn, sosial bakgrunn og bydelstilørighet i dette spørsmålet (63).

Blant ungdommer på ungdomsskolen eller videregående skole er andelen som er fornøyd med foreldrene sine noe lavere, men den må fortsatt kunne sies å være høy: 86 prosent (33). Ungdommer som vokser opp i familier med mye ressurser, er generelt mer fornøyde med foreldrene sine enn dem som vokser opp med færre ressurser. 18 prosent av ungdommene mener at utsagnet «Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie» passer (33). Se for øvrig delkapittel 7.3.3. om vold i familien.

## 9.4 Barn i husholdninger med lav inntekt

De fleste barn i Oslo vokser opp med gode økonomiske levekår, men en del barn og unge vokser opp i familier med dårlig økonomi, noe som påvirker hverdagen og utviklingen deres negativt

<sup>41</sup> Dette gjelder delbydelene Nedre Tøyen (32,5 %), Sagene (28,5 %), Grønland (27,9 %), Enerhaugen (26,6 %), Homansbyen (26,4 %), Grünerløkka (25,9 %) og Dælenenga (25,6 %). Det gjelder også delbydelen Sentrum, men her omfatter det under 15 barn.

(260). Barnefattigdom kan ha negativ innvirkning på barns tidlige utvikling og i neste omgang ha betydning for helse og sosiale helsedeterminanter gjennom livsløpet (27, 353).

De økonomiske ressursene i familien kan tenkes å påvirke barns helse og utvikling direkte blant annet ved at de reduserer familiens muligheter til å ha et sunt kosthold, investere i et sunt bomiljø eller få tilgang på helsetjenester. Mangel på økonomiske ressurser kan også påvirke indirekte ved å øke stressnivået i en familie, noe som kan ha negative konsekvenser for barns helse. Det kan også være slik at bakenforliggende trekk og egenskaper ved foreldrene påvirker både husholdningens inntekt, graden av stress i familien og barnas helse. Dette kan for eksempel være foreldrenes egen helse (353). Svekket helse hos foreldrene er en risikofaktor for å vokse opp i en familie med lav inntekt (354).

Regjeringens ekspertgruppe på barnefattigdom avga sin rapport i oktober 2023 (355). Den viser at barn som vokser opp i fattige familier i Norge, har større risiko for å ha dårligere levekår og livskvalitet enn andre barn. Sammenlignet med andre barn skårer de i gjennomsnitt lavere på indikatorer for fysisk og psykisk helse. Barnehagedeltakelsen er lavere for denne gruppen, og de deltar i mindre grad i fritidsaktiviteter. Ungdommer med lav sosioøkonomisk status oppgir i større grad å være ensomme og mindre tilfreds med livet enn ungdommer i andre sosioøkonomiske grupper. Videre gjør barn i lavinntektsfamilier det i gjennomsnitt dårligere på skolen, færre fullfører videregående skole, og færre tar universitetsutdanning. Flere av barna som har vokst opp i fattige familier, deltar ikke i arbeidslivet som voksne, sammenlignet med barn i andre grupper. Slik kan fattigdom gå i arv. Samtidig er variasjonen innad i inntektsgruppene stor, og ekspertgruppen trekker fram at sammenhengen mellom barns oppvekst og senere utfall ikke er deterministisk.

Barnefamiliene med lav inntekt består i hovedsak, men ikke bare, av tre foreldregrupper: 1) familier der foreldrene har innvandrerbakgrunn, 2) enslige forsørgere, i hovedsak mødre, og 3) familier der foreldrene har fysisk eller psykisk sykdom, rusproblemer og/eller funksjonsnedsettelse. Et fellestrekk for mange av familiene er at foreldrene har lite utdanning og svak tilknytning til arbeidsmarkedet (355).

Hvor høy andelen barn som vokser opp i lavinntekts-husholdninger, er, varierer i betydelig grad med hvilken indikator som benyttes. En oppvekst med kronisk eller langvarig lav inntekt er alvorligere enn en oppvekst med lav inntekt i kortere perioder (353). Her tar vi derfor utgangspunkt i husholdninger med vedvarende lav inntekt, det vil si som har mindre enn 60 prosent av medianinntekten i Norge over tre år. Lavinntektsmålet er justert etter antall barn og voksne i husholdningen.<sup>42</sup>

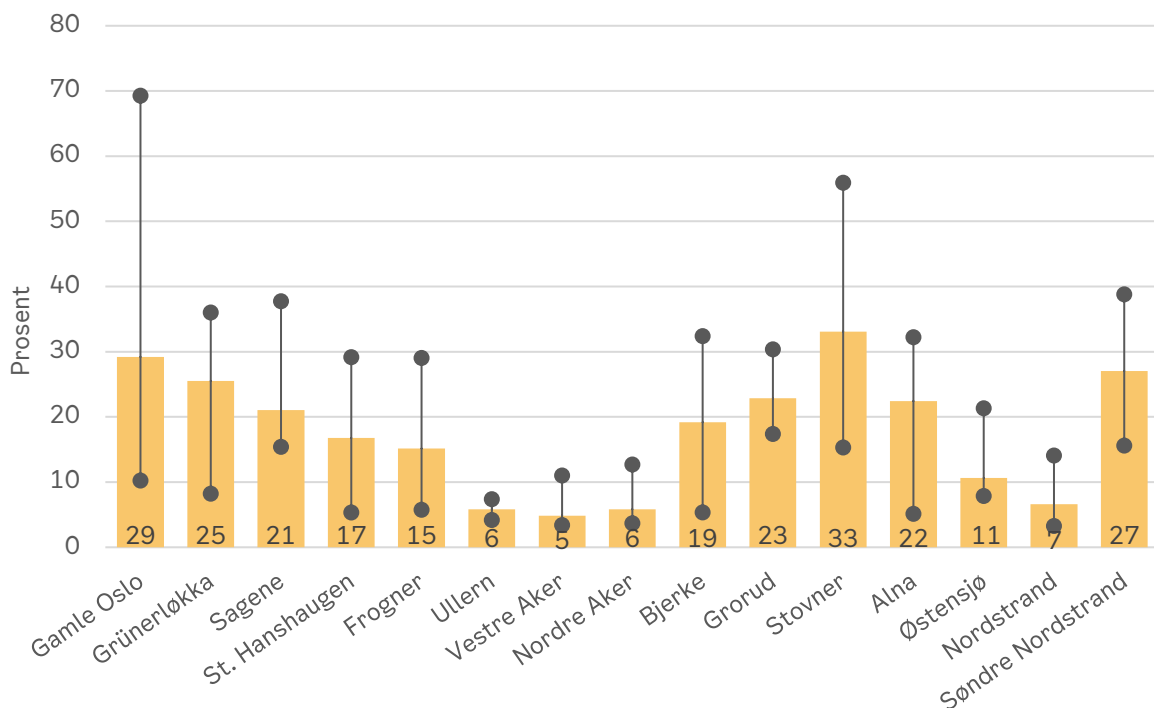
Andelen barn i lavinntekts-husholdninger er betydelig høyere i Oslo enn landsgjennomsnittet. 16 prosent av barna i Oslo tilhørte husholdninger med vedvarende lav inntekt i 2019–2021, mot 11 prosent av alle barn i Norge. Men av de større byer hadde både Sarpsborg, Fredrikstad, Skien

---

<sup>42</sup> Det vil si lavinntekt er målt per forbruksenhet. EU-skalaen er benyttet. Den ene voksne i familien får en forbruksvekt lik 1, og den andre voksne får vekten 0,5. Barna får 0,3 hver.

og Halden høyere andeler enn Oslo i 2019–2021, og Drammen ligger like bak ((8) tabell 12944). I Oslo har det vært en nedgang i andelen barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt siden 2018, og andelen har ikke vært lavere siden 2012. For landet som helhet var det for første gang på ti år en nedgang i 2021 (356). En viktig grunn til nedgangen i andelen barn i lavinntektshusholdninger var økningen i barnetrygd for de yngste. Det har altså vært en nedgang i Oslo, men nivået før nedgangen var høyt. Utviklingen i andelen med vedvarende lav inntekt for alle aldersgrupper omtales i kapittel 8.

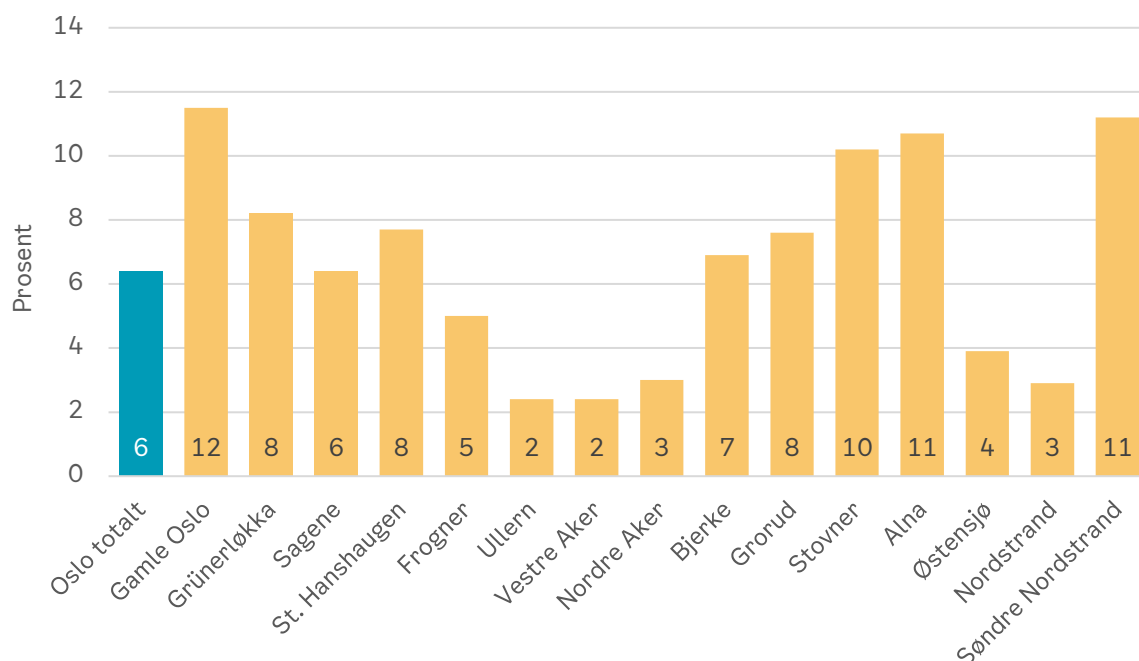
Andelen barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt varierer mellom bydelene, og også innad i bydelene. Andelen barn i lavinntektshusholdninger er høyest i bydelene Stovner, Gamle Oslo og Søndre Nordstrand (Figur 9.4). Andelen har gått ned i Gamle Oslo de senere årene, og Stovner har gått forbi som bydelen med høyest andel barn i lavinntektsfamilier. Men som den vertikale linjen viser, er det store forskjeller mellom delbydelene i Gamle Oslo. I delbydelen Nedre Tøyen tilhører hele 69 prosent av barna en lavinntektshusholdning, og også i delbydelene Grønland og Enerhaugen tilhører mange av barna en lavinntektshusholdning (henholdsvis 54 % og 47 %). I delbydelene Etterstad og Bispevika gjelder det derimot svært få barn. Også i Bydel Stovner finner vi delbydeler med høye andeler (Fossum 56 % og Vestli 45 %), mens det i delbydelene Stovner og Høybråten bare gjelder 15 prosent av barna. *Antall* barn med lav inntekt er høyest i Søndre Nordstrand (2 409) og Alna (2 288). Også i bydelene Gamle Oslo og Stovner er det mer enn 2 000 barn i lavinntektshusholdninger.



Figur 9.4 Andel barn i husholdninger med vedvarende lav inntekt 2019-2021. Høyeste og laveste andel per delbydel markert med vertikal strek og sirkel. Prosent. Kilde: Barnefattigdom.no/ SSB (352)

### 9.4.1 Sosialhjelp

I 2022 var rundt 8 500 barn i Oslo berørt av sosialhjelp, det vil si at foreldre som hadde minst 50 prosent samvær med barna sine, mottok sosialhjelp.<sup>43</sup> Høsten 2022 var det en tydelig økning i antall barn i husholdninger som mottok sosialhjelp (308). Andelen barn i familier som mottar sosialhjelp, varierer i stor grad mellom bydelene. I noen bydeler er det ytterst få (trolig i hovedsak barn av flyktninger med kort botid), mens det i bydelene Stovner, Alna, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo gjaldt 10–12 prosent av barna (figur 9.5).



Figur 9.5 Andel barn med foreldre som mottar sosialhjelp. Samvær over 50 prosent. 2022. Prosent. Kilde: Velferdsetaten spesialbestilling

## 9.5 Barnevern

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. I tillegg skal barnevernet bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Barnevernet bistår foreldre i tilfeller hvor de har behov for hjelp i kortere eller lengre perioder (260).

I 2022 ble barnevernsreformen vedtatt. Den gir kommunene et større ansvar på barnevernsområdet. Reformen regulerer først og fremst barnevernet, men skal styrke det forbyggende arbeidet og sikre tidlig innsats i hele oppvekstsektoren. Målet er at flere barn og familier skal få den hjelpen de trenger, når de trenger den. Barnevernsreformen blir omtalt som

<sup>43</sup> Kilden til statistikken er Velferdsetaten og etatens sosialhjelpsdatabase. Tallene avviker fra Statistisk sentralbyrås KOSTRA-statistikk (kommune-stat-rapportering), som oppgir at det i Oslo var 10 600 barn i familier som mottok sosialhjelp i 2022.

en oppvekstreform fordi målene i reformen bare blir oppnådd gjennom endringer i hele oppvekstsektoren.

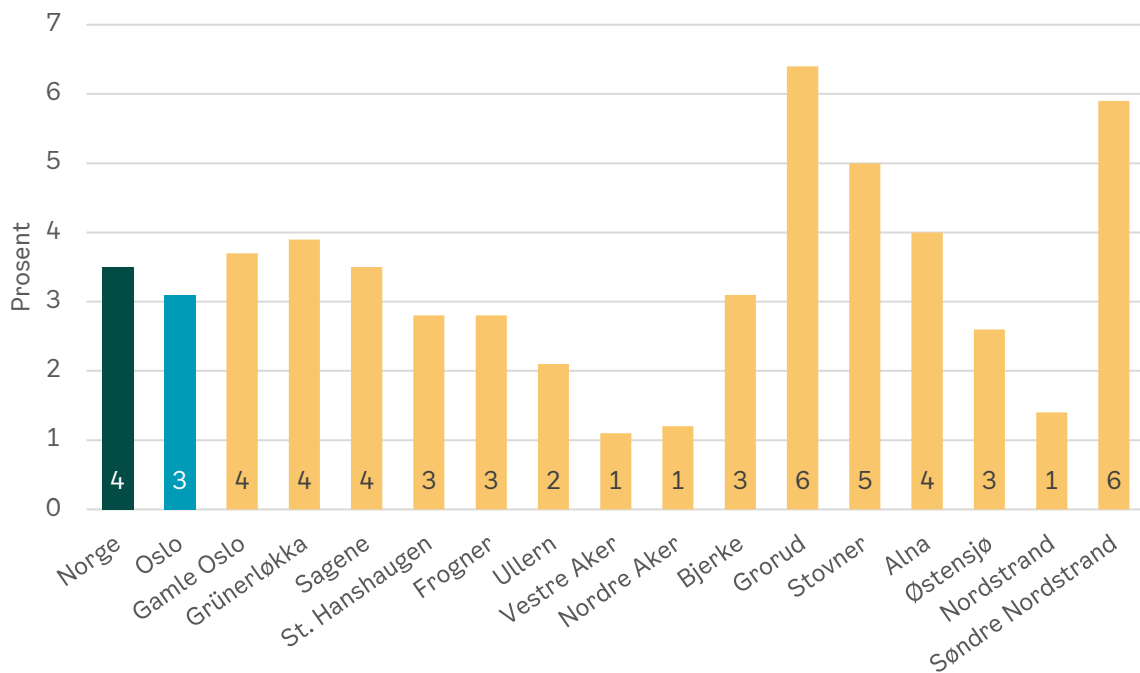
I 2022 mottok barnevernstjenesten i Oslo 9 prosent færre bekymringsmeldinger enn i 2021 ((8), tab. 10673). Det er vanskelig å trekke noen klare konklusjoner om hvorfor det har vært en nedgang i antall bekymringsmeldinger. Årsakene kan blant annet være at barns oppvekstvilkår er blitt bedre, slik at det er mindre å melde fra om, at bydelene i større grad jobber forebyggende, og endringer i samhandlingspraksis mellom ulike aktører, blant annet som følge av koronapandemien. Det kan også være en lavere tilbøyelighet til å sende inn bekymringsmeldinger.

Barnevernet undersøkte omsorgssituasjonen til 4 prosent av barna (under 18 år) i Oslo basert på bekymringsmeldinger i løpet av 2022. Det har vært en nedgang etter 2018, da andelen var 5,2 prosent. En tilsvarende nedgang har også funnet sted nasjonalt (357).

Alle foreldre kan komme i en vanskelig livssituasjon hvor man trenger støtte til å gi barna god omsorg. I slike situasjoner har barnevernet ansvar for å hjelpe familien i kortere eller lengre perioder. Hjelpen kan være ulike tiltak som kan bidra til positiv endring hos familien eller barnet. De aller fleste som får hjelp av barnevernet, mottar dette som hjelpetiltak i hjemmet, for eksempel råd og veiledning, støttekontakt eller barnehageplass. I noen situasjoner er derimot barnets omsorgssituasjon eller atferdsvansker så alvorlige at barnet må flyttes ut av hjemmet.

Andelen barn (under 18 år) med tiltak fra barnevernet i Oslo har falt fra 3,9 prosent i 2018 til 3,1 prosent i 2022. Oslo er fylket der færrest barn i forhold til befolkningen har tiltak fra barnevernet. Den nasjonale andelen er 3,5 prosent. 75 prosent av alle barn i Oslo som har tiltak, har hjelpetiltak. 25 prosent av barna som mottok barnevernstiltak i 2022, var plassert i fosterhjem eller institusjon utenfor hjemmet (8).

Andelen barn med barnevernstiltak varierer mellom bydelene, og den er høyest i bydelene Grorud og Søndre Nordstrand (figur 9.6). Variasjonen i andelen barn med barnevernstiltak kan skyldes både ulikhet i levekår, ulike terskler for å yte barnevernstiltak samt innretningen av barnevernstjenesten (357).



Figur 9.6. Andel barn (0–17 år) med barnevernstiltak. 2022. Prosent. Kilde: Bufdir Barnevern kommunemonitor/ SSB (357).

Mange av foreldrene til barn og unge som får hjelp av barnevernet, har utfordringer i livet som påvirker mulighetene de har til å gi god omsorg (358, 359). Foreldrene til barn med barnevernstiltak har i snitt noe lavere utdanningsnivå, lavere inntektsnivå og høyere sosialhjelpsbruk enn andre foreldre. Foreldrene til barn med barnevernstiltak er også i større grad i kontakt med voksenpsykiatrisk poliklinikk enn andre foreldre (359).

Forskning viser at andelen med lav sosioøkonomisk status og minoritetsbakgrunn er høyere blant barn som har hatt kontakt med barnevernet, enn blant barn for øvrig. Ungdommer med barnevernstiltak har en betydelig større risiko for å falle utenfor enn dem som ikke har hatt barnevernstiltak. Færre fullførte videregående skole, og færre var i arbeid som voksne, mens flere mottok helserelaterte trygdeytelser sammenlignet med dem som ikke hadde hatt barnevernstiltak (360). Statistikk fra Statistisk sentralbyrå (tabell 13343) viser at 85 prosent av barna i Oslo uten barnevernstiltak så langt i livet fullførte videregående opplæring innen femseks år, men bare 55 prosent av barna med barnevernstiltak så langt i livet.

En stor andel barn som har mottatt barnevernstiltak, har dårlig psykisk helse. En del av barna er hyppig hos fastlegen. Blant barn med institusjonstiltak var 60 prosent på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) minst én gang i løpet av et år. Blant barn med andre typer barnevernstiltak var betydelig færre på BUP, men flere enn barn uten tiltak (359). Selvmord og selvmordsatferd er dobbelt så vanlig blant barn og unge på barnevernsinstitusjon eller i fosterhjem som i befolkningen ellers (361).

## 9.6 Barnehage og skole

Barn tilbringer mye tid i barnehagen og på skolen, noe som gjør disse til sentrale arenaer for kommunene i deres arbeid med barn og unges oppvekstmiljø. Barnehagen og skolen gir barn og unge kunnskapen og ferdighetene de trenger til senere utdanning og deltakelse i samfunnslivet (362). Her nås alle barn uavhengig av sosial, økonomisk og kulturell bakgrunn. Også deltakelse på aktivitetsskolen kan bidra til å fremme folkehelsa gjennom kulturaktiviteter, friluftsliv, fysisk aktivitet og andre tiltak som bidrar til faglig, sosial og fysisk utvikling. Rapporten *Oslotrender* viser hvordan dekningsgraden for aktivitetsskolen har økt de siste årene, og variasjoner mellom bydeler. Rapporten inneholder også mer statistikk om skole og barnehage enn det som gjengis nedenfor (4).

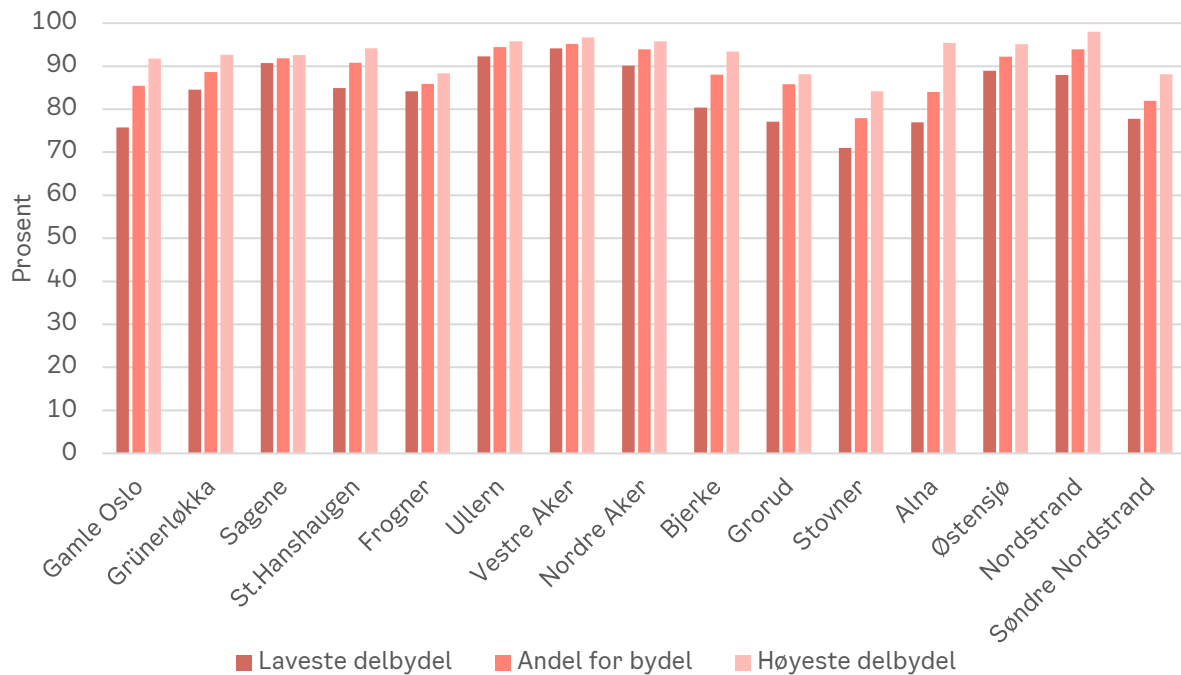
### 9.6.1 Barnehage

En barnehage med høy kvalitet kan ha en positiv påvirkning på barns språklige og sosiale utvikling og dermed bidra til å danne et godt grunnlag for skolestart og videre utvikling. God kvalitet i barnehagen ser ut til å forebygge utviklingen av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare barn. For barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og for barn i familier med innvandrerbakgrunn kan barnehagen ha spesielt stor betydning (260). Barnehager av høy kvalitet har vist seg å være effektive når det gjelder å redusere ulikhet i helse og velferd, og de kan ha en kompenserende funksjon for barn som vokser opp i fattigdom (27).

Barnehagedeltakelsen i Oslo er høy og har hatt en økning de senere årene – fra 89 prosent i 2018 til 92 prosent i 2022 for barn fra 1 til 6 år ((8) tabell 13529). På landsbasis var andelen 93 prosent i 2022 (363). Økningen har vært størst for de yngste: For 1–2-åringene har dekningsgraden i Oslo økt fra 81 prosent i 2018 til 87 prosent i 2022 (88 % på landsbasis).

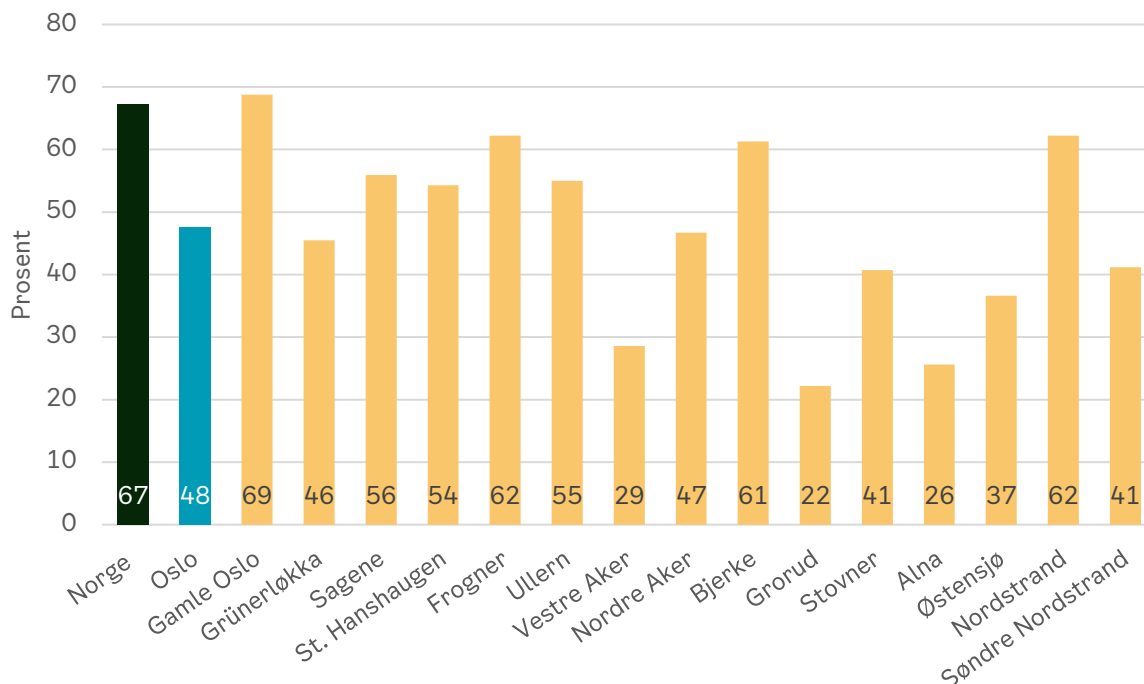
Økningen i barnehagedeltakelse kan blant annet ses i sammenheng med etableringen av nasjonale moderasjonsordninger for lavinntektsfamilier, den utvidede kommunale ordningen med gratis kjernetid for 4- og 5-åringer i enkelte bydeler og rekrutteringsarbeidet som gjøres lokalt for å øke deltakelsen i barnehage (4). Det er dermed grunn til å anta at det har blitt mindre sosial ulikhet i barnehagedeltakelsen de siste årene.

Fortsatt er det imidlertid en del forskjeller i hvor stor andel som går i barnehage, mellom ulike deler av byen, særlig blant de yngste barna. I starten av 2023 gikk 78 prosent av barna mellom 1 og 5 år i Bydel Stovner i barnehage, mens 96 prosent av barna gikk i barnehage i Bydel Ullern (figur 9.7). I tillegg er det forskjeller innad i bydelene. I delbydelen Fossum i Stovner bydel går 71 prosent av barna i barnehage. Statistikk for de yngste barna (ikke vist i figuren) viser at i delbydelene Fossum og Vestli i Stovner bydel går bare halvparten av 1–2-åringene i barnehage, mens 62 prosent går i barnehage i delbydelen Bjørndal i Bydel Søndre Nordstrand.



Figur 9.7. Andel barn (1-5 år) som gikk i barnehage per 1.1.23. Kilde: Spesialbestilling SSB

Den høye barnehagedeltakelsen i Oslo gjør at barnehagen har et stort potensial som forebyggende og helsefremmende arena. En forutsetning for at barnehagene skal ha en forebyggende og helsefremmende effekt, er sannsynligvis at barnehagene holder høy kvalitet (133). Det kan være vanskelig å måle barnehagenes kvalitet, men én tilnærming er å se på om det er tilstrekkelig antall voksne per barn, og de ansattes utdanning. Barnehager som oppfyller normene for grunnbemanning og pedagogtetthet, gir gode rammer for barnas utvikling og for trygge relasjoner mellom barn og voksne (260). Pedagognormen innebærer at det skal være minimum én pedagogisk leder per 7 barn under 3 år, og minimum én pedagogisk leder per 14 barn for barn over 3 år (364). 48 prosent av barnehagene i Oslo oppfyller pedagognormen (364). Det er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet på 67 prosent, men det har vært en økning fra 39 prosent i 2019. Andelen varierer også stort mellom ulike bydeler, fra 69 prosent i Bydel Gamle Oslo til 22 prosent i Bydel Grorud (figur 9.8). At en barnehage ikke oppfyller pedagognormen, sier ikke noe om hvor mange pedagogiske ledere de mangler, eller hvor mange barn det er per pedagogisk leder. Det er også mulig å få dispensasjon. Utdanningsdirektoratet har også andre statistikker om bemanningssituasjonen, som kan gi et mer komplett bilde av situasjonen i de ulike bydelene. Oslo har en stor utfordring med å få rekruttert nok barnehagelærere (365).



Figur 9.8 Andel barnehager som oppfyller pedagognormen per 15.12.2022. Kilde: Utdanningsdirektoratet (364)

### 9.6.2 Trivsel i skolen

Skolen er et av stedene barn og ungdommer tilbringer mest tid og er derfor en viktig arena for å fremme god helse. I skolen utvikles barn og unges akademiske, sosiale og emosjonelle ferdigheter (366). Trivsel i skolen er viktig for å skape gode læringsrammer, forbedre prestasjoner og forebygge frafall.

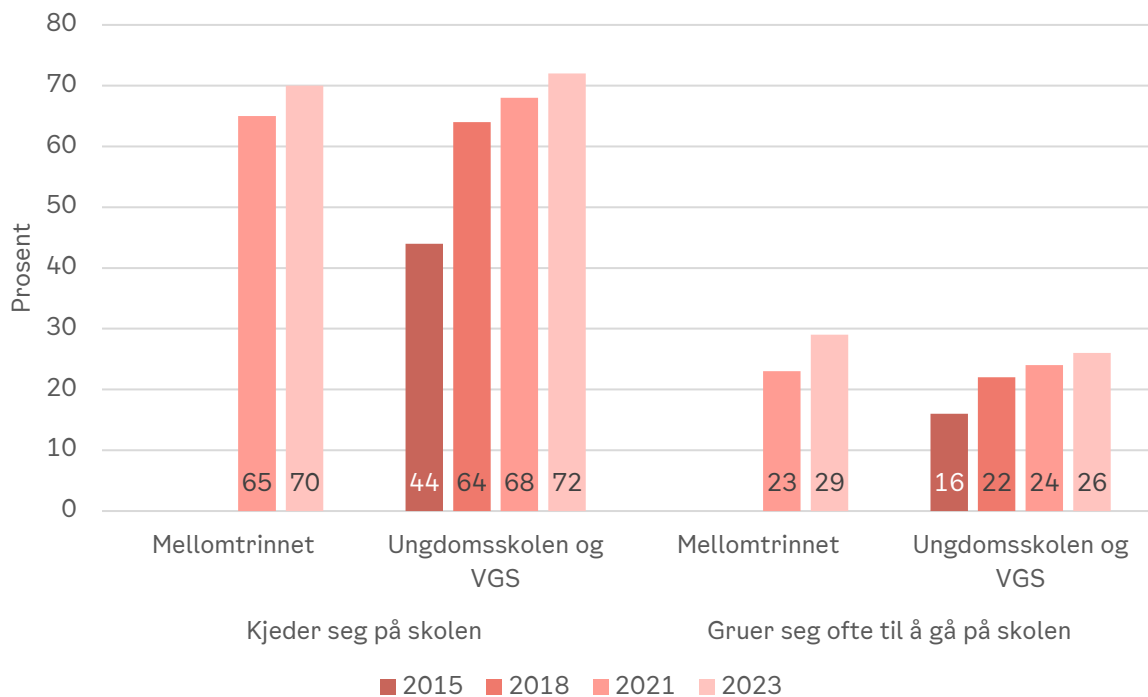
Overordnet er det høy grad av trivsel i Oslo-skolen. Blant barn i 5.–7. klasse i Oslo trives 90 prosent av elevene på skolen. Det er nærmest ingen forskjeller i skoletrivsel mellom bydelene, og andelen av barna som trives, har ikke endret seg mye siden 2021 (93 % i 2021 og 90 % i 2023) (220, 226).

De aller fleste ungdommene i Oslo (88 %) trives også på skolen. Det er ingen forskjell mellom elever på ungdomsskolen og videregående skole eller mellom gutter og jenter. Skoletrivselen har sunket siden 2015, da den var på 95 prosent (33). Det er ikke store bydelsforskjeller, men vi kan se noe variasjon – fra Bydel Vestre Aker som har den høyeste andelen ungdommer som trives på skolen (91 %), til bydelene Alna og Stovner som har den laveste andelen (85 %).

Resultatene fra Utdanningsdirektoratets elevundersøkelse samsvarer godt med resultatene fra Ung i Oslo-undersøkelsen. I elevundersøkelsen har elevene rangert trivsel på en skala fra 1 til 5, der 1 er lavest og 5 høyest. Elever i videregående skole i Oslo har en gjennomsnittsskår på 4,2. Trivselen har ikke endret seg siden 2015, og den tilsvarer gjennomsnittet i Norge som helhet

(4,3). Trivselen blant elever i 7. og 10. klasse har gått litt ned, fra 4,4 i 2015–2016 til 4,1 i 2022–2023 (367).

Selv om skoletrivselen generelt er høy blant barn og unge i Oslo, har det vært en økning i andelen elever som ofte gruer seg til å gå på skolen og andelen som kjeder seg på skolen (figur 9.9). Dette er viktig å belyse for å kunne forebygge en ytterligere økning i skolevegring, særlig blant elevene i ungdomsskolen og videregående skole.



Figur 9.9 Andel (%) elever som ofte gruer seg til å gå på skolen og som kjeder seg på skolen, etter skolenivå og år. 2015, 2018, 2021, 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 5.-7. trinn 2021, 2023, spesialbestilling, Ung i Oslo ungdomsskolen og videregående skole 2015, 2018, 2021, 2023, spesialbestilling (62, 78, 79, 220, 226, 368).

### 9.6.3 Skoleresultater og fullføring av videregående opplæring

Gjennom et godt pedagogisk tilbud skal skolen gi elevene mulighet til å lære og utvikle seg uavhengig av elevenes forutsetninger. Elevenes tidligere skoleprestasjoner er den faktoren som har størst betydning for om elevene fullfører og består videregående opplæring (369). Det er viktig å få flere til å fullføre videregående opplæring, blant annet med tanke på de negative helsekonsekvensene som er assosiert med lavere utdanning.

Det har vært bekymringer for hvilken betydning endringene av skoletilbudet gjennom pandemien har hatt for elevenes læring (48). Hvorvidt det førte til tapt læring, og hvilke konsekvenser det eventuelt vil ha senere, er ennå ikke klart. Det har vært en jevn økning i oppnådde

grunnskolepoeng<sup>44</sup> de siste fem årene både nasjonalt og i Oslo, med et noe høyere resultat i Oslo enn nasjonalt (4). Samtidig var det en klart mer negativ utvikling i elevenes grunnleggende skoleferdigheter i de fem mest smitteutsatte bydelene i Oslo under pandemien, og disse bydelene hadde til dels en mer negativ utvikling også før pandemien (370).

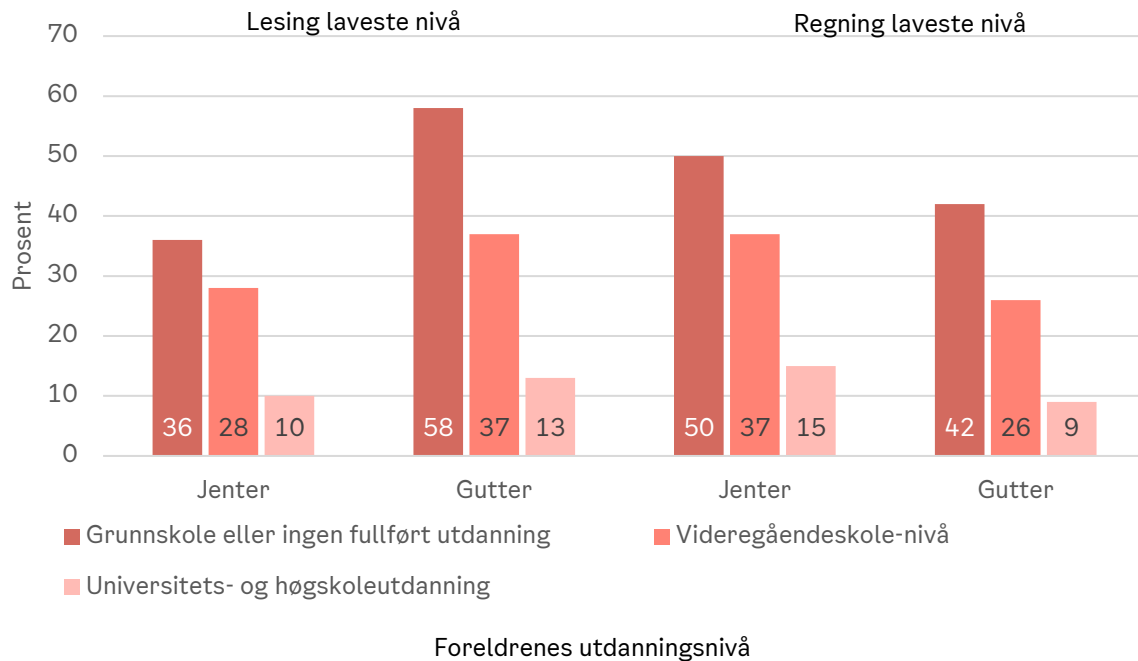
De gjennomsnittlige grunnskolepoengene varierer mellom bydelene, fra 41 i Søndre Nordstrand til 48 i Nordre Aker (4, 53). Dette reflekterer i stor grad forskjeller i sosioøkonomisk bakgrunn. Elever med høy sosioøkonomisk bakgrunn oppnår i gjennomsnitt høyere grunnskolepoeng enn elever med lavere sosioøkonomisk bakgrunn (4).

Også resultatene fra nasjonale prøver viser en sammenheng med elevenes resultater og foreldrenes utdanningsbakgrunn. Andelen 5.-klassinger i Oslo som er på det laveste mestringsnivået (nivå 1) i lesing og regning, varierer med foreldrenes utdanningsnivå (Figur 9.10). Det er også klare kjønnsforskjeller både i ferdighetsnivå og i graden av variasjon med foreldrenes utdanningsnivå. I overkant av halvparten av guttene i 5. klasse med foreldre som bare har grunnskole eller ingen fullført utdanning, er på mestringsnivå 1 i lesing.<sup>45</sup> Det er fire ganger så mange som blant guttene som har foreldre med universitets- og høgskoleutdanning. Blant jentene er det færre som leser på laveste nivå, og det er noe mindre forskjeller etter foreldrenes utdanningsnivå, men også her er gradienten tydelig. Når det gjelder regning, er det flere jenter enn gutter som har resultater på laveste mestringsnivå, og også her er det store forskjeller etter foreldrenes utdanningsbakgrunn.

---

<sup>44</sup> Grunnskolepoeng er et samlemål for elevenes oppnådde skolerresultater etter ferdig grunnskole og regnes ut ved å multiplisere elevenes gjennomsnittskaraktter (både standpunktkarakterer og eksamen) med 10.

<sup>45</sup> Følgende nettsted beskriver mestringsnivåene for nasjonale prøver på 5. trinn: <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/om-statistikken--tilstandsrapporten-for-grunnskolen/nasjonale-prover-for-5.-trinn/>



Figur 9.10. Elever i 5. klasse i Oslo på laveste mestringsnivå (1) ved nasjonale prøver i lesing og regning etter foreldrenes utdanningsnivå. 2022. Andel (prosent) av alle elever. Kilde: SSB tab. 07161. Resultater for de med foreldre med "ukjent utdanning" er ikke vist.

82 prosent av elevene som startet videregående opplæring i Oslo i 2016, hadde fullført og bestått videregående opplæring i løpet av fem–seks år (8).<sup>46</sup> Det var 2 prosentpoeng høyere enn 2015–2021-kullet. Med unntak av en liten nedgang for 2015–2021-kullet har andelen vært økende gjennom flere år. Det er imidlertid store forskjeller i gjennomføring mellom elever på studieforbereende utdanningsprogram og yrkesfaglige utdanningsprogram.

Antall grunnskolepoeng har stor betydning for graden av gjennomføring av videregående opplæring. Generelt er det slik at jo høyere antall grunnskolepoeng en elev har, desto høyere er sannsynligheten for at eleven gjennomfører videregående opplæring. Elever med foreldre som har høyere utdanning, har større sannsynlighet for å gjennomføre, og som figur 9.10 viser, påvirker foreldrenes utdanningsnivå skoleresultatene på grunnskolen. Videre er det betydelige forskjeller i gjennomføringen av videregående opplæring etter bydel og utdanningsprogram (figur 9.11). Totalt hadde 86 prosent av dem som startet på studieforbereende utdanningsprogram (vg1) i 2016, fullført og bestått videregående opplæring etter fem år. Av dem som startet på et yrkesfaglig utdanningsprogram (vg1) i 2016, hadde 63 prosent fullført og bestått videregående opplæring etter seks år.

<sup>46</sup> Det vil si fem år etter start i vg1 for elever som begynte på et av de studieforbereende utdanningsprogrammene, og seks år etter start i vg1 for elever som begynte på et av de yrkesfaglige utdanningsprogrammene (SSB tabell 12962).

Andelen som har fullført og bestått fordelt på studieprogram i Oslo, er noe lavere enn i landet som helhet. Én årsak til det er at det er langt flere ungdommer i Oslo enn i resten av landet som velger studieforbereende. Rundt én av fire elever i Oslo søker seg til yrkesfag. Nasjonalt er andelen nesten 50 prosent (4). I alle bydeler er det betydelig flere på studieforbereende utdanningsprogram som fullfører videregående opplæring. Andelen varierer mellom 76 prosent i Bydel Gamle Oslo og 94 prosent i Bydel Nordre Aker. Når det gjelder yrkesfaglige utdanningsprogram, er det i underkant av 60 prosent som fullfører i de sentrumsnære bydelene samt i Bydel Stovner. I noen av de sentrumsnære bydelene er det svært få elever, så resultatene kan variere litt tilfeldig fra år til år. Fullføringsgraden for yrkesfag er høyest i bydelene Østensjø, Grorud og Vestre Aker.



Figur 9.11 Andel elever som fullførte videregående opplæring med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av 5/6 år etter utdanningsprogram og bydel. Kilde: Oslo kommune statistikkbank

Ungdommer som er diagnostisert med psykiske lidelser, fullfører videregående opplæring i betydelig lavere grad enn andre (371). Nær halvparten av disse hadde ikke fullført videregående opplæring ved fylte 21 år. Når man også tar hensyn til faktorer som landbakgrunn, sosioøkonomisk status og studieprogram, hadde de med en diagnostisert psykisk lidelse 25–40 prosent lavere sannsynlighet for å fullføre videregående skole. I tillegg er det kjent at barn som vokser opp i husholdninger med lav inntekt, har mindre sannsynlighet for å fullføre videregående skole (372).

Som vi så i kapittel 8, er det lavest sysselsettingsgrad og høyest ledighet blant dem som ikke har fullført videregående utdanning.

### 9.6.4 Godkjenning av barnehager og skoler etter forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger

Forskriften (373) skal bidra til at barn og elever har et helsefremmende miljø og beskyttes mot risikoforhold i barnehagen, skolen og skolefritidsordninger. Virksomheter som omfattes av forskriften må søke helsemyndigheten i kommunen om godkjenning, som må vurdere om virksomheten har sannsynliggjort at driften vil være i samsvar med kravene i forskriften. Godkjenning skal foreligge før oppstart når det er plan for etablering, utvidelse eller endring av virksomhet.

Per november 2023 er 93 prosent av alle barnehager og 82 prosent av alle skoler i Oslo godkjent (374). I 2017 var andelen henholdsvis 83 prosent for barnehager og 60 prosent for skoler.

47 barnehager og 38 skoler er ikke godkjent. Manglende godkjenning kan ha ulike årsaker, enten at virksomheten ikke har søkt, fått avslag på søknad om godkjenning eller kravene ikke er oppfylt og forutsetningene for å oppnå godkjenning ikke foreligger.

## 9.7 Barn og unges bo- og nærmiljø

Bostedet former oss som mennesker, særlig barn og unge (375). Å vokse opp i et område med mange naboer som har dårlige levekår, kan redusere livssjansene. Nabolagseffekter har mindre å si enn for eksempel familien man vokser opp i, og skolen, men har like fullt en betydning.

### 9.7.1 Barns boliger

Trangboddhet og andre sider ved boforholdene ble omtalt i delkapittel 8.3, men vi tar det opp igjen her fordi det er flest barnefamilier som bor trangt, og fordi særlig barn og unge påvirkes negativt av å bo trangt og å ha dårlige boforhold på andre måter (329, 376). Trangboddhet og andre boforhold kan ha betydning på blant annet barnas skolerestater og psykiske helse. Trangboddhet kan også føre til økt spredning av smittsomme sykdommer, som vi så under pandemien.

I 2022 tilhører 35 prosent av barna i Oslo en husholdning som bor trangt.<sup>47</sup> Det har vært en nedgang fra 38 prosent i 2018. Til sammenligning er andelen i Norge 18 prosent. 72 prosent av barna i husholdninger med vedvarende lav inntekt bor trangt (48 % i Norge) (352). I Bydel Alna bor 52 prosent av barna trangt og i Bydel Gamle Oslo 51 prosent (352). Også i bydelene Sagene og Grorud bor nesten halvparten av barna trangt. I noen delbydeler er det betydelig mer vanlig for barn å bo trangt enn ikke. Høyest er andelen i delbydelene Nedre Tøyen (79 %), Grønland (70 %), Rommen (69 %) og Sinsen (68 %). I alle disse delbydelene unntatt Nedre Tøyen har det vært en liten nedgang i andelen barn som bor trangt, de siste årene. En figur som viser variasjoner i trangboddhet blant barn mellom bydeler og delbydeler finnes i *Oslotrender* (4).

<sup>47</sup> Husholdninger regnes som trangbodde dersom 1) antall rom i boligen er mindre enn antall personer eller én person bor på ett rom, og 2) antall kvadratmeter (p-areal) er under 25 per person. I tilfeller hvor det mangler opplysninger om antall rom eller p-areal, vil husholdninger regnes som trangbodde dersom én av de to betingelsene er oppfylt (SSB).

En studie av trangbodde barnefamilier i Bydel Søndre Nordstrand under korona-nedstengingen våren 2020 viste en tydelig opphopning av levekårsutfordringer hos trangbodde familier. I disse familiene var det begrensede muligheter for digitale møter, nettbruk, aktivisering og livsutfoldelse for barna. I tillegg var det mindre mobilitet, mer isolasjon og økt familiestress knyttet til trengsel og økonomiske bekymringer (330).

By- og levekårsutvalget vurderte det som lite realistisk å få helt bukt med trangboddhet, og utvalget pekte på at gode offentlige uteareal og møteplasser er ekstra viktige i utsatte områder med dårlige boforhold (41). Som vi skal se i neste delkapittel, er det imidlertid ofte lavere trivsel i nærmiljøet i områder med mye trangboddhet.

At familien eier boligen, har vist seg å ha en positiv sammenheng med barnas skoleresultater og kan dermed i neste omgang indirekte påvirke helsa senere i livet, men nyere studier tyder på at sammenhengen langt på vei går via bostabilitet (329). Analyser viser også at det er en sammenheng mellom bostabilitet og andre levekår. Vi har dessverre ikke oversikt over graden av bostabilitet blant barnefamilier i Oslo. Det er en sterk sammenheng mellom andelen som leier i et område, og graden av bostabilitet (41). Bomiljøet kan også være dårligere på ulike måter i områder med en høy andel leieboliger.

Utleieboliger har ofte lavere materiell standard enn privateide boliger. Særlig i kommunale utleieboliger er trangboddhet, fysiske mangler ved boligen og ustabile bomiljø mer utbredt enn i privateide boliger. Leiemarkedet er også kjennetegnet ved leiekontrakter med nokså kort varighet – som igjen kan medføre hyppigere flyttinger. Dette kan føre til at barna må bytte skole og nabolag oftere enn andre barn, noe som kan være negativt for utviklingen deres (352).

De fleste barn i Oslo vokser opp i en bolig familien eier, og bare 19 prosent av barna i aldersgruppen 6–17 år bor i en leid bolig (andelen i Norge som helhet er 13 %). Men det er store forskjeller mellom hvem som eier, og hvem som leier. Av barna i denne aldersgruppen som kom fra husholdninger med vedvarende lav inntekt, bodde 65 prosent i leid bolig i 2022 (352). Av par med små barn (yngste 0–5 år) leide 18 prosent i 2022, men av små barn som kun bor med en av foreldrene leide 55 prosent. Tilsvarende andeler blant store barn (yngste 6–17 år) var henholdsvis 12 og 33 prosent ((8) tab. 11081).

Det er flest leieboliger i sentrumsnære bydeler. I Bydel Gamle Oslo bor 39 prosent av barna i aldersgruppen 6–17 år i leid bolig og i bydelene Grünerløkka og Sagene 34 prosent. I disse bydelene finner man også delbydelene med de høyeste leieandelene. Aller høyest er andelen i Bydel Nedre Tøyen, der 82 prosent av familiene med barn i denne aldersgruppen bor i leid bolig. Også noen delbydeler i Groruddalen har høye leieandeler: 50 prosent i Fossum, 40 prosent i Vestli og 37 prosent i Linderud. Når en stor del av barnefamiliene i et område leier bolig, kan det bidra til et mer ustabil skolemiljø.

Vi har ikke tall på hvor mange barn som bor i kommunale boliger eller helkommunale leiegårder i Oslo, men en nyere kvalitativ studie av ungdommer i kommunale boliger gir et innblikk i hvordan

det kan oppleves å vokse opp i helkommunale gårder. Ungdommene trivdes stort sett godt i boligen og bomiljøet. De var knyttet til bostedet sitt og ønsket å bli boende i leiligheten og nabolaget. Samtidig la de ikke skjul på at de hadde utfordringer. Blant annet opplevde de at boligen var for liten, og de hadde hatt ubehagelige opplevelser knyttet til å bo tett med personer som ruser seg, og som sliter med alvorlige psykiske lidelser (377).

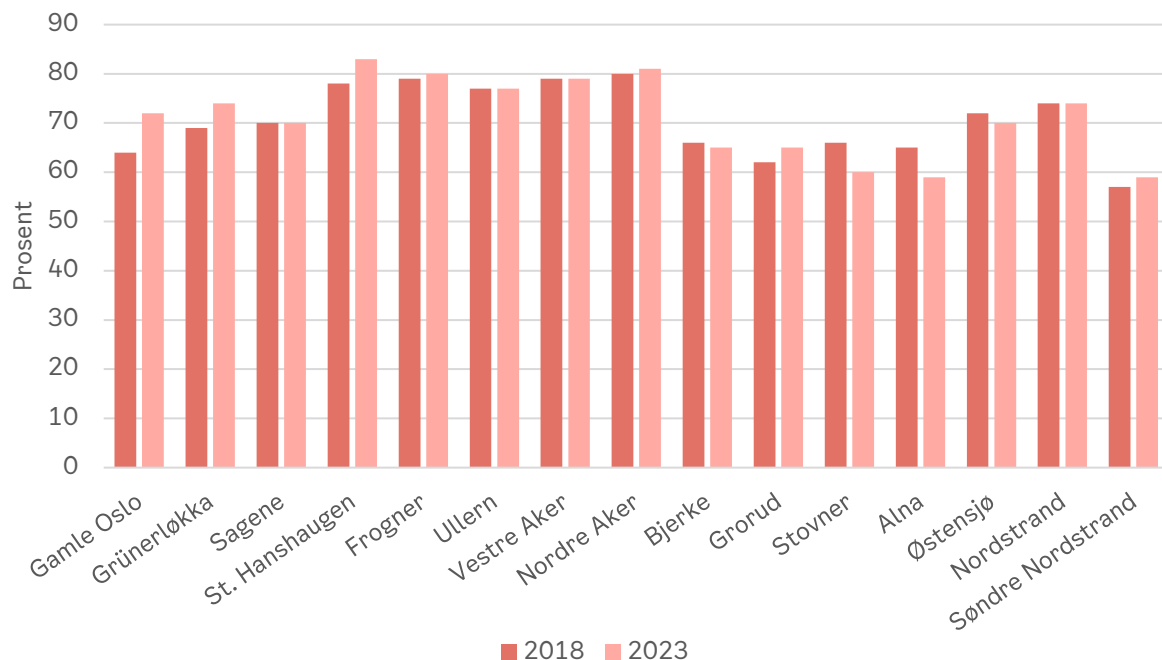
### 9.7.2 Barns nærmiljø

Forskjellige nærområder og lokalmiljø kan gi ulike muligheter for aktiviteter og sosialt samvær. Fritids- og kulturtilbudet påvirker den individuelle utfoldelsen og kan samtidig bidra til å skape identitet og tilhørighet i et nærområde. Det samme gjelder tilgangen på åpne møteplasser, rekreasjonsområder og urørt natur. Barn og unge bruker nærområdet i større grad og på en annen måte enn voksne. Trygge og sunne nærområder er derfor særlig viktige for barns velferd, trivsel og utvikling (63).

Den store majoriteten av barn og unge i Oslo er fornøyd med nærmiljøet. 55 prosent av barna i 5.-7. klasse er veldig fornøyd og 32 prosent ganske fornøyd (63). Men ikke alle barn over hele byen er like fornøyde med lokalmiljøet. Det er en tydelig sosial gradient hvor barn med lav sosioøkonomisk status er mindre fornøyde enn barn med høy sosioøkonomisk status. Forskjellene gjenspeiler seg også i bydelstallene, med færrest fornøyde barn i bydelene Alna (81 %), Søndre Nordstrand (83 %) og Stovner (84 %) og flest fornøyde i bydelene Nordre Aker (93 %), Vestre Aker og Ullern (begge 91 %).

Svaralternativene for ungdomsskolen og videregående skole er ikke de samme som for barneskolen, og tallene er derfor ikke helt sammenlignbare. 42 prosent av ungdommene (ungdomsskolen og videregående) oppgir at de er svært fornøyde, mens 29 prosent er litt fornøyd (33). Andelen som er svært fornøyd med lokalmiljøet, er høyere enn i Norge som helhet (34 %). Variasjonene mellom bydelene er større når det gjelder andelen unge som er fornøyd med lokalmiljøet, enn andelen barneskoleelever (Figur 9.12).

Det har ikke vært noen endring i andelen ungdom som er fornøyd med nabolaget fra 2018 til 2023, hvis vi ser Oslo under ett, men det er verdt å merke seg at det er noe bydelsvariasjon her. I Gamle Oslo og Grünerløkka har for eksempel andelen som er fornøyd, økt noe, mens andelen ungdommer som er fornøyd med lokalmiljøet, har gått ned i Stovner og Alna.



Figur 9.12 Andel ungdom (ungdomsskolen og videregående skole) som er fornøyd med lokalmiljøet. Prosent. Kilde: Ung i Oslo-rapporter 2018 og 2023 (33, 378).

I 2023 opplever 82 prosent av ungdommene i Oslo at det er trygt å være ute om kvelden i nærmiljøet sitt (33). 5 prosent føler seg direkte utrygge. Andelen som føler seg trygg, økte fra 2021 til 2023 blant jenter. Mens ni av ti av de unge i bydelene Nordre Aker, Vestre Aker, Frogner og Nordstrand føler seg trygge, gjelder det sju av ti i bydelene Søndre Nordstrand, Alna og Stovner.

Ungdommene i Oslo har en mer positiv vurdering av trygghet enn det som kommer fram i innbyggerundersøkelsen. Bare 52 prosent av Oslos voksne befolkning er svært eller ganske fornøyd med tryggheten for barn når det gjelder å ferdes ute der de bor. Minst fornøyd med barnas trygghet er beboerne i sentrumsbydelene og Bydel Stovner, der under halvparten er fornøyd (343).

Stedsanalyser som er gjennomført som utgangspunkt for områdeløft, kan utdype bildet når det gjelder de unges trygghetsfølelse. I 2018 ble det gjennomført en stedsanalyse av Holmlia syd. Flertallet av barna og ungdommene som ble intervjuet i den forbindelse, oppga at de i all hovedsak følte seg svært trygge på Holmlia og i de nærområdene hvor de ferdes. Imidlertid var det enkelte områder som oppleves som litt skumle, eller hvor de ikke liker å oppholde seg på ettermiddags- og kveldstid. Barna fortalte at ungdommene som henger på noen av skolene på kveldstid, oppleves som skumle, og at det har vært salg av narkotika i skolegårdene. Dette synes de også var skremmende. Flertallet av barna og ungdommene oppga at de ikke ble påvirket av ungdomskriminaliteten i området (379).

58 prosent av barn og unge under 20 år i Oslo har trygg tilgang til rekreasjonsareal som lekeplasser og parker, og 35 prosent har trygg tilgang til nærturterreng.<sup>48</sup> Andelene har økt litt siden 2016 ((8) tabell 09579).

61 prosent av Oslos innbyggere er fornøyd med tilgangen på parker og friområder for barn der de bor. Dette er en liten nedgang fra 64 prosent i 2018 (380). Den høyeste andelen fornøyde har bydelene Nordre Aker (73 %), Østensjø (72 %) og Vestre Aker (67 %). Den laveste andelen fornøyde har Grünerløkka (53 %), Søndre Nordstrand (51 %) og Stovner (48 %).

## 9.8 Sosialt miljø

### 9.8.1 Trivsel, vennskap, ensomhet og mobbing

Det sosiale miljøet er avgjørende for barn og unges helse og livskvalitet. Akkurat som et godt sosialt miljø kan fremme helse, kan mobbing, utenforskap og ensomhet hemme og gi økt risiko for fysiske og psykiske helseplager (FHI folkehelse rapporten – Barn og unges helse: Oppvekst og levekår). Betydningen av sosiale relasjoner endres i løpet av oppveksten. I starten er familien barnas viktigste kilde til sosial kontakt og omsorg. Etter hvert som barnet blir eldre, blir venner, lokalmiljø, idrettslag, skole og andre arenaer mer og mer viktige for barnet.

Akkurat som for voksne fikk pandemien store konsekvenser for barn og unges sosiale liv. Selv om viruset var generelt ufarlig for de yngste i samfunnet, ble det iverksatt flere tiltak mot barn og unge for å hindre spredning av viruset i samfunnet. Blant tiltakene som fikk størst påvirkning på barn og unges hverdagsliv, var nedstengingen av skoler og barnehager og innføring av hjemmeskole og digital undervisning (51).

Under pandemiårene var det mange ungdom som følte på et savn etter kontakt med venner og økt ensomhet, sammenlignet med tiden før pandemien (52). Men situasjonen er i ferd med å gå tilbake til normalen.

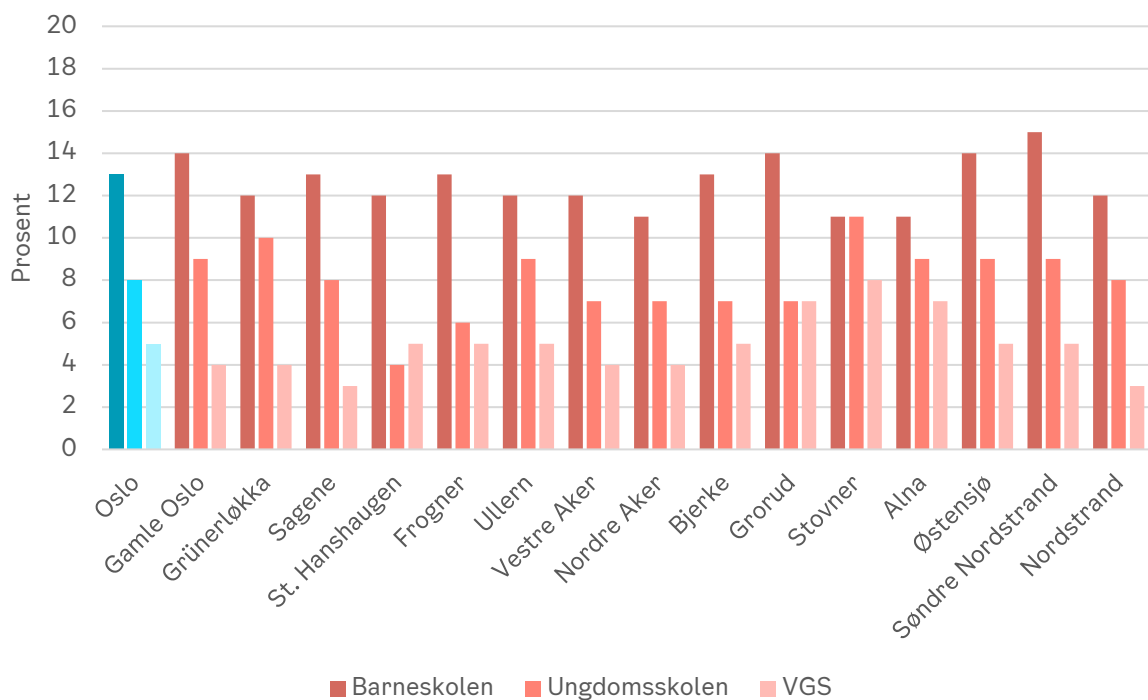
I 2023 oppga én av fem (20 %) av ungdommene i alderen 13–19 år å være mye plaget av ensomhet (31). Dette er en nedgang på 6 prosentpoeng fra 2021 (32). Nivået er også lavere enn i årene før pandemien (23 %) (33). Ensomheten i Oslo er også lavere sammenlignet med Norge ellers (53). Blant Oslos bydeler varierer forekomsten av ensomhet fra 18 til 24 prosent (31). Det er ingen tydelige bydelsmønstre når det gjelder ensomhet.

Blant de unge oppgir hele 86 prosent at de er fornøyde med vennene sine. Nesten alle, ni av ti, unge har en fortløpig venn, og et tilsvarende antall har noen å være sammen med i friminuttene på skolen. Tre av fire har enten hatt besøk av eller vært på besøk hos venner i løpet av den siste uka (31).

<sup>48</sup> Nærturterreng og leke-/rekreasjonsareal er identifisert av Statistisk sentralbyrå som areal som kan ha potensial som leke-/rekreasjonsareal og nærturterreng ut fra arealstørrelsen. Det ses ikke på områdenes planregulering eller tilrettelegging. Areal som inngår i definisjonen, kan for eksempel være skog og park- og idrettsområder. Trygg tilgang er definert blant annet ut fra at man ikke må krysse en vei med forholdsvis mye trafikk eller bane. Følgende nettsted inneholder flere detaljer: <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/areal/statistikk/rekreasjonsareal-og-naerturterreng>

I Ung i Oslo-undersøkelsen i 2023 svarte 7 prosent av guttene og 5 prosent av jentene at de ble utsatt for plaging, trusler eller utfrysning omtrent hver fjortende dag eller oftere (31). Dette er en økning fra 4 prosent for begge kjønn i 2021 (32). I 2018 var tallet omtrent som i 2023. Dette tyder på at utbredelsen av mobbing gikk midlertidig ned under pandemien. Også blant barna på barneskolen har det vært en økning siden 2021, da 7 prosent av guttene og 11 prosent av jentene hadde blitt utestengt, plaget eller truet, sammenlignet med henholdsvis 10 og 14 prosent i 2023 (28, 29). Ser vi derimot på elevundersøkelsen – på mobbing i skolen – har andelen som har opplevd mobbing siste år gått opp med 3 prosentpoeng for 7. trinn i perioden fra 2018–2019 til 2022–2023, mens den har vært svakt nedadgående blant elever på 10. trinn og første året på videregående skole (54).

Mobbing minsker betydelig fra barneskolen til ungdomsskolen og videregående skole. På alle trinn varierer forekomsten mellom bydelene. Vi finner den høyeste andelen som rapporterer om mobbing på barneskolen, i Bydel Søndre Nordstrand og den høyeste andelen som rapporterer om mobbing på ungdomsskolen og videregående skole, i Bydel Stovner (figur 9.13).



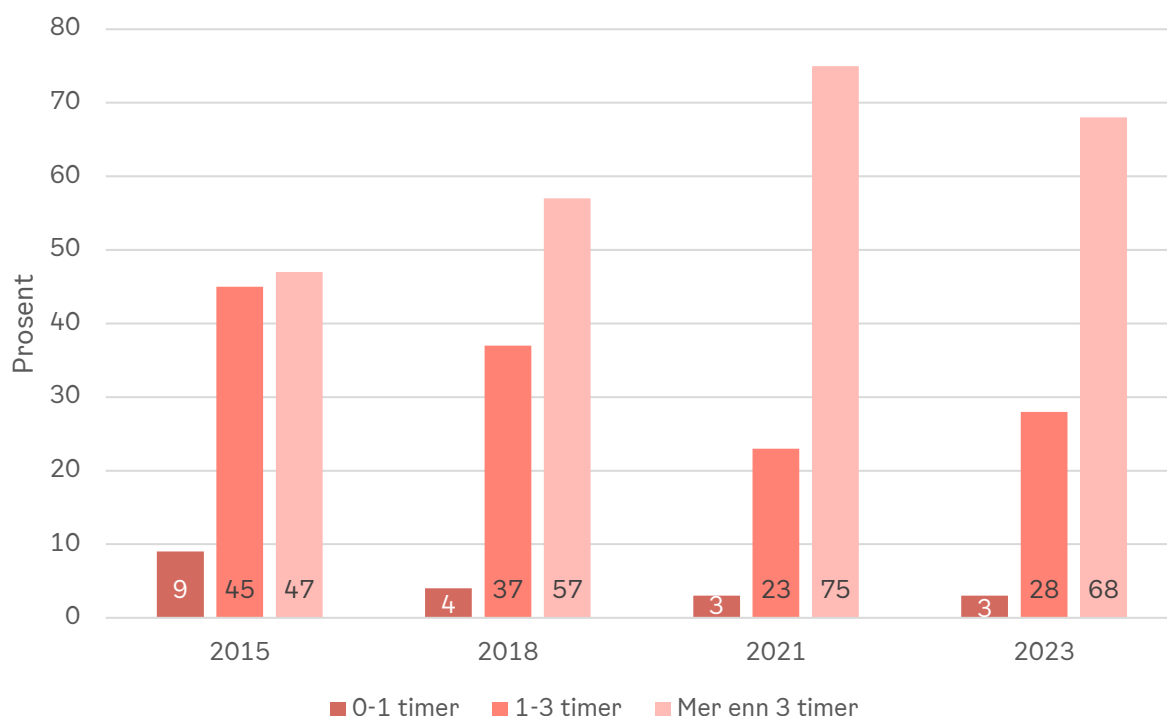
Figur 9.13 Andel barn og ungdom som har blitt utsatt for plaging, trusler eller utfrysning på skolen eller i fritida omtrent hver 14. dag eller oftere, etter bydel og skolenivå. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, spesialbestilling, Ung i Oslo 2023 5.-7. trinn, spesialbestilling (62, 220).

## 9.8.2 Skjermbruk og sosiale medier

I Norge har de fleste ungdommer i dag tilgang til internett og smarttelefoner, og den enkelte kan ha direkte kontakt med alle de kjenner (og ikke kjenner), samt ha tilgang til all verdens musikk, videoer, filmer og informasjon gjennom smarttelefonen. Ungdommer kan dermed ha kontakt og

samvær med andre uten at de er fysisk sammen. Den digitale revolusjonen bidrar til å strukturere det sosiale livet på andre måter enn det som var tilfelle for tidligere generasjoner. Samtidig har utviklingen store sosiale omkostninger for den enkelte som ikke er til stede i eller som blir utestengt fra det nettbaserte sosiale fellesskapet (33).

I 2015 rapporterte 47 prosent av ungdommene at de brukte mer enn tre timer foran skjermen daglig utenom skoletid. Andelen økte til 75 prosent i 2021 (figur 9.14). I 2023 brukte fortsatt det store flertallet av Oslo-ungdommene mye av tiden sin på digitale aktiviteter, men andelen gikk ned til 68 prosent. Dette skjer etter en betydelig økning i skjermbruken under pandemien (33). Ungdommene brukte imidlertid like mye tid på sosiale medier i 2023 som i 2021. Andelen som brukte tid på å se på filmer, YouTube og lignende, gikk ned i samme periode (33, 142).



Figur 9.14 Antall timer ungdom vanligvis bruker foran en skjerm i løpet av en dag utenom skoletid. 2015, 2018, 2021 og 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2015, 2018, 2021 og 2023 (33, 142, 378, 381).

Gutter og jenter bruker omtrent like mye tid foran skjermen, men det er store forskjeller i hvilke aktiviteter de driver med. En høyere andel jenter (84 %) rapporterte at de brukte minst én time daglig på sosiale medier, sammenlignet med gutter (63 %) (

Tabell 9.1). Flere gutter enn jenter var derimot mer opptatt av å spille dataspill. Flere jenter enn gutter rapporterte at de brukte minst én time daglig på å lese bøker (5 prosentpoeng forskjell).

Tabell 9.1 Andel ungdom som bruker minst en time daglig på ulike medieaktiviteter. 2023. Oslo. Prosent.

Medieaktivitet	Gutter	Jenter
Sosiale medier	63	84
Se på filmer/serier/YouTube	60	57
Spille på telefon/nettbrett	26	24
Se på TV	21	23
Spille dataspill/TV-spill	56	11
Lese bøker	6	11

Kilde: Ung i Oslo 2023 (33).

### 9.8.3 Ungdomskriminalitet og regelbrudd

Kapittel 4 «Skole og oppvekst» i *Oslo-trender 2023* inneholder en detaljert beskrivelse av problematferd og vold blant ungdommer (4). Noen av hovedtrekkene er som følger:

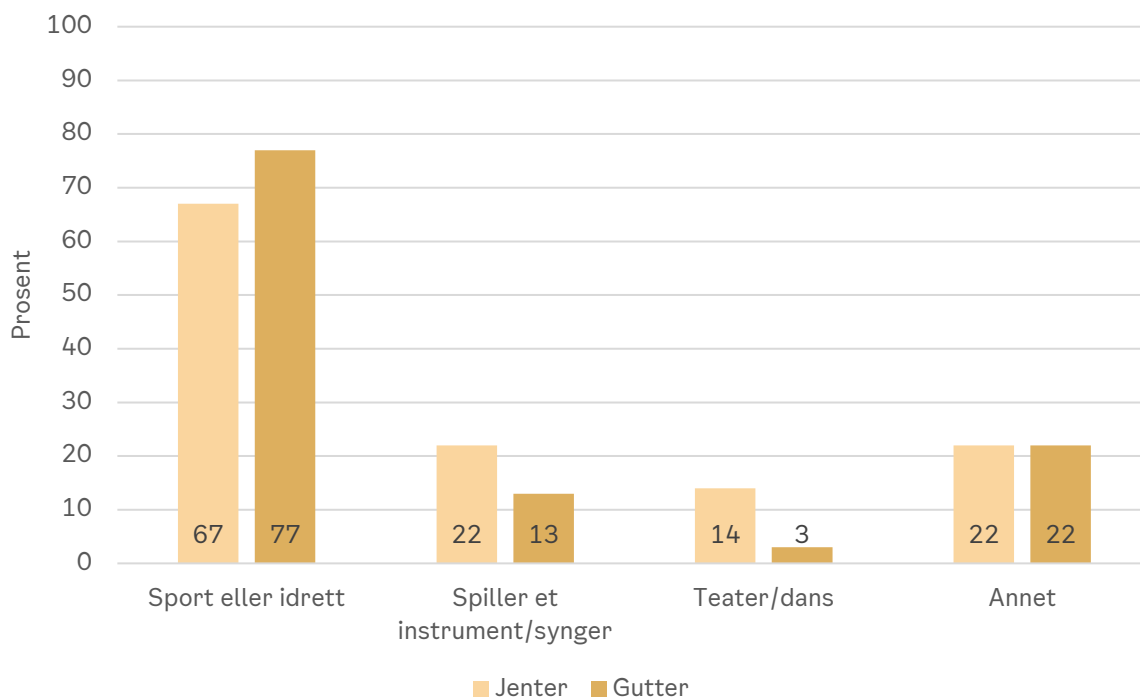
- Etter en jevn nedgang siden 2007, har den registrerte ungdomskriminaliteten for ungdom 10–22 år økt i første halvår i 2023 og antallet er noe høyere enn snittet i de tre årene før pandemien (2017–2019).
- I 2022 ble om lag 3 500 ungdommer i alderen 10–22 år registrert for kriminalitetslovbrudd med gjerningssted i Oslo. Dette tilsvarer 4 prosent av alle ungdommer i denne aldersgruppen.
- Det har vært en nedgang i antall ungdommer under 18 år som begår gjentatt kriminalitet, fra 188 i 2018 til 114 i 2022. De aller fleste er gutter. Unge som er mistenkt for gjentatte lovbrudd, står for nesten 40 prosent av all kriminaliteten som er registrert i denne aldersgruppen.
- Fra 2018 til 2023 har det vært en stabil utvikling i andelen ungdommer som oppgir mange regelbrudd (skulking, juksing på prøve, nasking, hærverk, slåsskamp osv.). I 2023 var andelen på 22 prosent. Andelen unge som begår mange regelbrudd, er høyere i Oslo enn på landsbasis og varierer fra 17 prosent i Bydel Alna til 27 prosent i Bydel Grünerløkka. 33 prosent av ungdommene oppgir ingen regelbrudd.

I SaLTo-rapporten publisert av Oslo politidistrikt i samarbeid med Oslo kommune gis en detaljert beskrivelse av utvikling i barne- og ungdomskriminaliteten i Oslo under pandemien (294). Under pandemiårene var det store variasjoner i antall anmeldte lovbrudd, og antallet var lavest i periodene med de strengeste smitteverntiltakene. Samtidig var det en endring i byens lovbruddsprofil. Det var en nedgang i antall volds-, vinnings- og narkotikalovbrudd, mens det ble registrert en økning i økonomiske lovbrudd, trafikklovbrudd, seksuallovbrudd og kategorien annen kriminalitet. Sannsynligvis var det også en økning i digitale lovbrudd under pandemien, men omfanget er lite kjent.

Vold og overgrep mot barn og unge beskrives nærmere i kapittel 7.

### 9.8.4 Fritidsaktiviteter

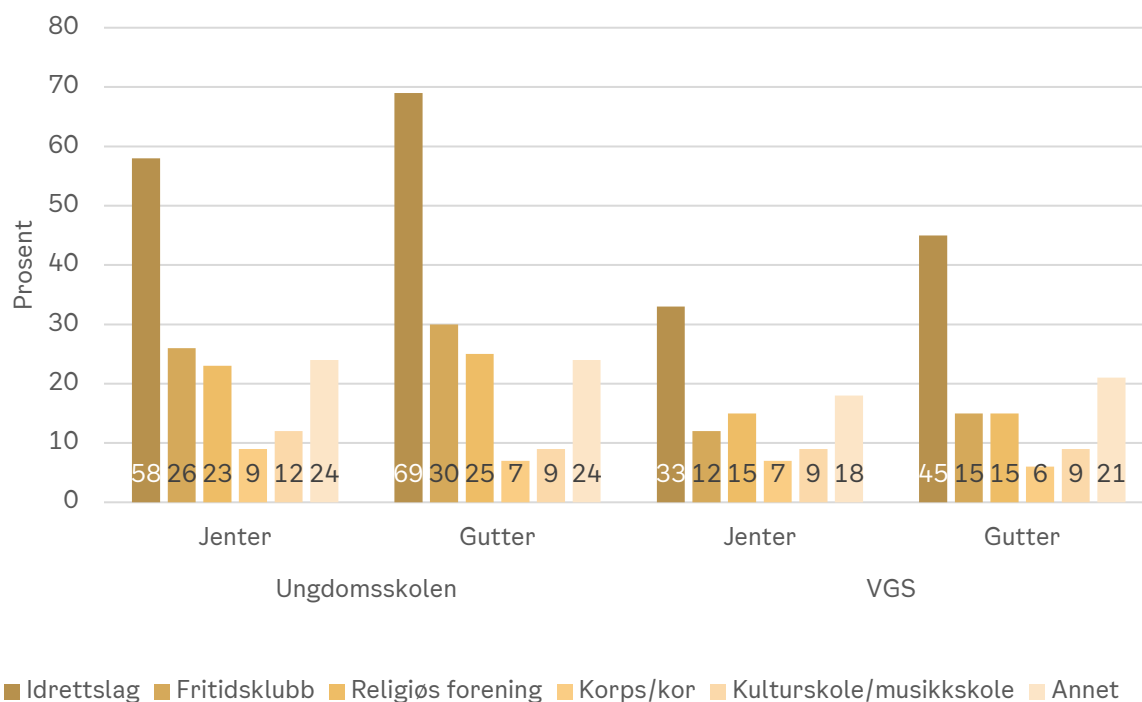
De fleste barn i Oslo (80 %) er med på faste fritidsaktiviteter i 2023 og litt flere enn i hele landet (76 %). Andelen har økt med 7 prosentpoeng siden 2021 (63, 228), noe som er forventet med tanke på at koronapandemien førte til strenge restriksjoner på sosial kontakt. Idrett er, som beskrevet i kapittel 6, den klart mest populære fritidsaktiviteten (figur 9.15).



Figur 9.15 Andel barn i 5.-7. trinn som driver med ulike faste fritidsaktiviteter, etter kjønn. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 5.-7. trinn (63).

Det er store variasjoner mellom bydelene når det gjelder deltakelsen i fritidsaktiviteter blant barna på mellomtrinnet, men det er bare deltakelse i idrett og religiøse aktiviteter som har et tydelig øst-vest-skille. Idrettsdeltakelsen er, som beskrevet tidligere, høyest i de nordvestlige bydelene, mens bildet er motsatt når det gjelder deltakelse i religiøse foreninger. Alna og Søndre Nordstrand har den høyeste andelen barn som deltar på religiøse aktiviteter (henholdsvis 50 % og 47 %), mens Vestre Aker og Nordre Aker har den laveste andelen (henholdsvis 16 % og 18 %) (63).

Blant elevene i ungdomsskolen og videregående skole endrer bildet seg noe ved at bydelsforskjellene jevnes ut når det gjelder deltakelsen i idrettslag, mens deltakelsen i fritidsklubber har et tydeligere øst-vest-skille. Deltakelsen i fritidsklubber er klart høyest i de østlige bydelene med Grorud og Alna på topp med en deltakelse på henholdsvis 34 og 33 prosent, mens bare 12 og 9 prosent av ungdommene deltar i fritidsklubber i henholdsvis Nordre Aker og Vestre Aker (33). Deltakelsen i alle de vanligste organiserte fritidsaktivitetene faller i løpet av ungdomstiden (figur 9.16).



Figur 9.16 Andel ungdom som deltar i ulike fritidsaktiviteter, kjønn og skolenivå. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Ung i Oslo 2023 ungdomsskolen og videregående skole, spesialbestilling (62).

I Ung i Oslo-undersøkelsen (33) får elever på ungdomsskolen og videregående spørsmål om det hender at foreldrene mangler penger til å betale for fritidsaktiviteter de ønsker å være med på. Av ungdommene med norskfødte foreldre svarer 13 prosent at foreldrene mangler penger til fritidsaktiviteter av og til eller ofte, mens dette gjelder 26 prosent av ungdommene med utenlandsfødte foreldre. Det er betydelige forskjeller mellom bydelene i dette spørsmålet: I Grorud, Alna og Stovner gjelder det 23 prosent av ungdommene, mot bare 10 prosent i ytre vest.

Det er flere ungdommer enn før som er fornøyde med tilbudet av fritidsaktiviteter i Oslo (33). Dette beskrives nærmere i *Oslo-trender 2023*.

## 10 Miljø

Miljøet vi lever i, påvirker både den fysiske og den psykiske helsa vår, på godt og vondt. Klimaendringene regnes som den største trusselen mot folkehelsa globalt. Kan vi allerede nå se effekten av klimaendringene på folkehelsa i Oslo?

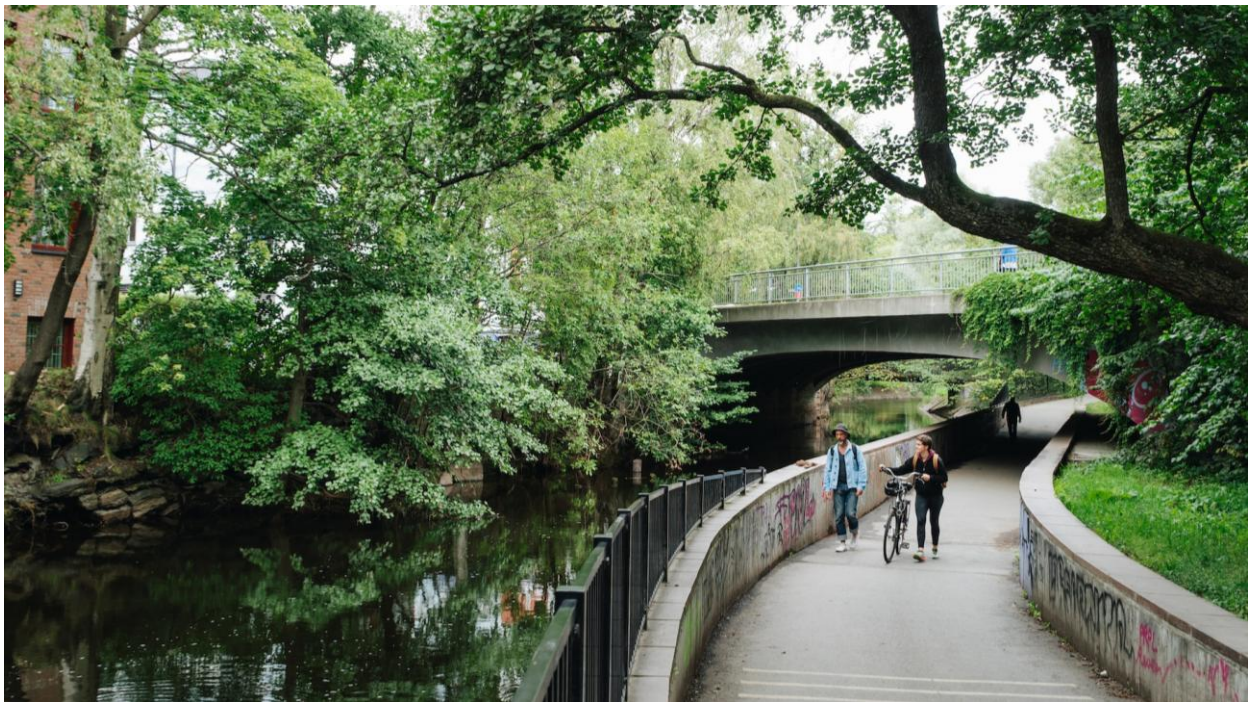


Foto: Nick Night

### I Oslo ...

- ... har vi ikke holdepunkt for å si at negative helsekonsekvenser av globale og regionale klimaendringer gjør seg gjeldende i befolkningen i dag. Samtidig opplever også hovedstadens innbyggere klimaendringer, og da blant annet i form av mer ekstremvær og høyere temperaturer.
- ... har gjennomsnittstemperaturen økt med 1,3 grader, og det er 10 prosent mer nedbør nå sammenliknet med perioden 1961–1990.
- ... har luftkvaliteten blitt stadig bedre. Samtidig har store deler av byen luftforurensningsnivåer over kriterier som tilsier at personer med alvorlig luftveis- og hjertekarsykdom har økt risiko for forverring av sykdommen.
- ... estimeres det at 35 prosent av befolkningen er utsatt for støy fra veitrafikk.
- ... føler de fleste seg trygge på og er fornøyde med lokalmiljøet, men det er betydelige forskjeller mellom ulike deler av byen.

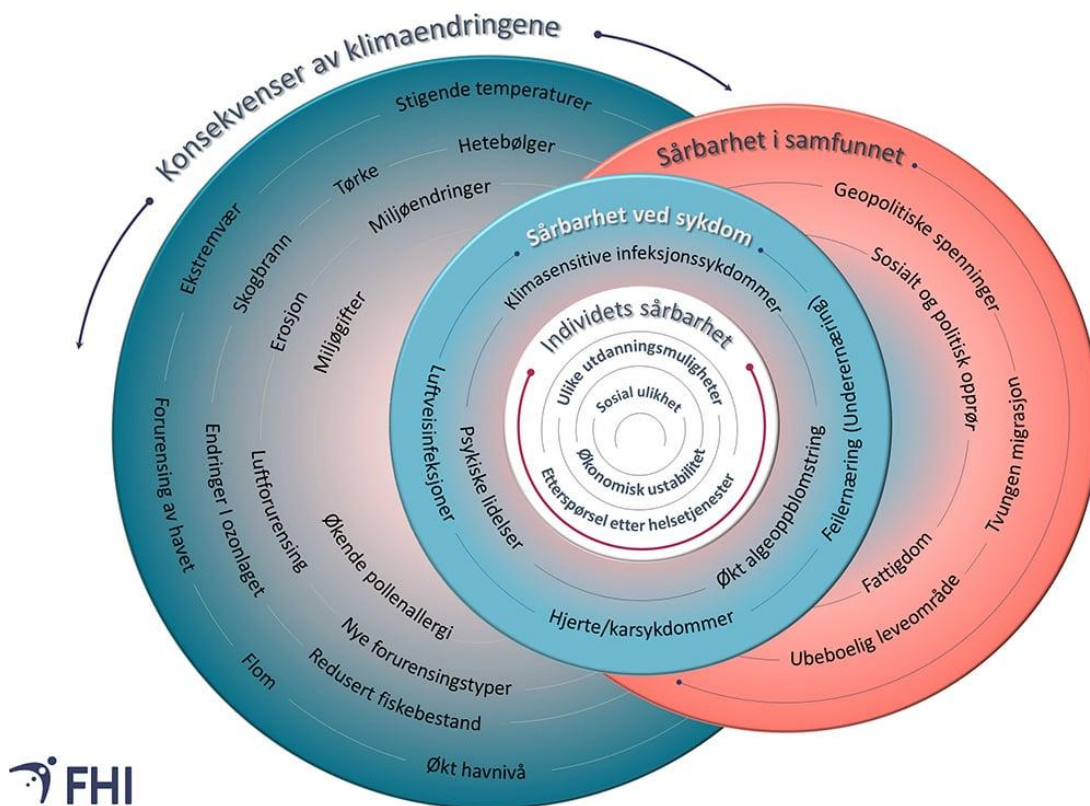
- ... bruker flere innbyggere parker og friområder i nærmiljøet enn tidligere, men både tilgangen til slike områder og bruken av dem varierer mellom ulike deler av byen.
- ... er unge voksne og personer fra ytre øst de som bruker fjorden og marka minst.
- ... er barn med foreldre som har et høyt utdanningsnivå mer ute i friluft, spesielt båtturer og skiturer, enn barn med foreldre som har et lavt utdanningsnivå. Bildet er motsatt når det gjelder organiserte friluftaktiviteter som speideren og barnas turlag.
- ... har antall sykkelreiser økt med 56 prosent siden 2014, mens andel sykkelreiser av alle reiser totalt har holdt seg stabil i samme periode (5 % i 2022). Samtidig har andelen reiser med elsykkel økt kraftig.
- ... har reiser til fots økt siden 2014, og andelen i Oslo er høyest sammenlignet med alle de store byområdene i landet. Rundt 80 prosent av befolkningen er fornøyd med ganginfrastrukturen.

## 10.1 Klima

### 10.1.1 Helsekonsekvenser av klimaendringer

Klimakrisen er mangefasettert og omfattende og omtales av Verdens helseorganisasjon som den største folkehelsekrisen vi står overfor globalt (382). Et endret klima vil også kunne påvirke folkehelsen i årene framover i Oslo, både direkte og indirekte. Samtidig kan det å fremme miljømessig bærekraft, helse og sosial likhet på tvers av ulike sektorer utgjøre en «vinn-vinn-tilnærming», blant annet ved å prioritere grøntområder, aktiv transport og sunt og bærekraftig kosthold (28).

Klima- og miljøendringer kan påvirke helsen på mange måter, både direkte og indirekte. Dette er illustrert i figur 10.1. I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i klimaendringer og helse og legger vekt på hvordan klimaendringene kan påvirke folkehelsen, og hvilken utvikling vi bør være forberedt på i Oslo.



Figur 10.1 Konsekvenser av klimaendringene og deres innvirkning på samfunnet, sårbarhet ved sykdom og individets sårbarhet. Kilde: Basert på Watts m. fl., 2018. Laget av Mohamed Gawad, FHI (383)

I det følgende avsnittet har vi valgt å se nærmere på noen utvalgte eksempler på hvordan klimaendringer og miljøfaktorer virker inn på helse. Vi har valgt å ikke omtale ekstremværehendelser som flom og skred i den videre teksten. Miljøfaktorer som matproduksjon og kosthold samt miljøgifter er heller ikke omtalt.

Klimaendringene kan forsterke forholdene som bidrar til økt luftforurensning (se 10.2). For eksempel gir økte temperaturer økt forekomst av bakkenær ozon ( $O_3$ ) og svevestøv, og i tørkeperioder kan dette medføre utfordringer knyttet til overskridelser av terskelverdier (384). Foreløpige resultat fra Exhaustion studien viser at 37 % av heterelaterte dødsfall globalt i den varme årstiden kan tilskrives menneskeskapt klimaendring (385). Klimaendringer kan også gi lengre skogbrannsesonger og utvidede pollensesonger med høyere pollenkonsentrasjoner (383). Innendørs vil også et varmere og fuktigere klima, kombinert med tette boliger, kunne gi vekstvilkår for virus, bakterier og sopp (387).

Drikkevann er helt vesentlig for folkehelse. Oslos vannforsyning er avhengig av Maridalsvannet og Oset vannbehandlingsanlegg. Prosjekt Ny vannforsyning Oslo skal sikre byens innbyggere en fullgod reservevannforsyning innen 2028. Klimaendringer med økt temperatur, hyppigere og

kraftigere nedbør og flom kan påvirke vannkvaliteten som benyttes til drikkevannsproduksjon, og utfordre kapasiteten i vannbehandlingsanlegg (383). M. fldrende vannledningsnett er sårbart for forurensning, og et endret klima med mer nedbør øker sårbarheten. Klimaendringene vil kunne påvirke både drikkevann (overflate- og grunnvann), rekreasjonsvann (badevann) samt hav og ferskvann.

Som det går fram i kapittel 3, har ikke smittsomme sykdommer utgjort noen stor byrde i sykdomsbildet i Norge så langt. Men dette kan endre seg med klimaendringene. Selv om vi ikke er helt sikre på hvordan endringene vil kunne se ut i Norge, har sammenhengen mellom naturens helse og vår egen helse blitt tydeligere. Smitte fra dyr til mennesker, såkalte zoonoser, kan øke (116). En del klimasensitive mikroorganismer, slik som sopp, virus og bakterier, vil kunne få bedre overlevelsesvilkår i et våtere og varmere klima, og forekomsten av vektorbårne sykdommer som bæres av for eksempel mygg og flått, vil kunne endres (387). I tillegg vil antibiotikaresistens gjøre infeksjoner farligere (116).

Klimakrisen kan for enkelte oppleves svært skremmende og gi følelse av avmakt og angst, og dermed påvirke den psykiske helsen. Det er de unge som bekymrer seg mest for miljø og klima. Faren for, og erfaringer med, akutte hendelsene som flom og skred vil også kunne være psykisk belastende (383). Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022 viser at Oslos innbyggere er mer bekymret for klimaendringer enn befolkningen i resten av landet. 46 prosent av Oslos innbyggere er veldig eller ganske bekymret. Det samme gjelder 32 prosent av innbyggerne i resten av landet (61).

Nedenfor ser vi nærmere på hvordan endrede temperaturer og økt forekomst av hetebølger kan komme til å ha betydning for folkehelsa i Oslo framover.

### **10.1.2 Endret værmønster i Oslo som kan ha betydning for folkehelsa framover**

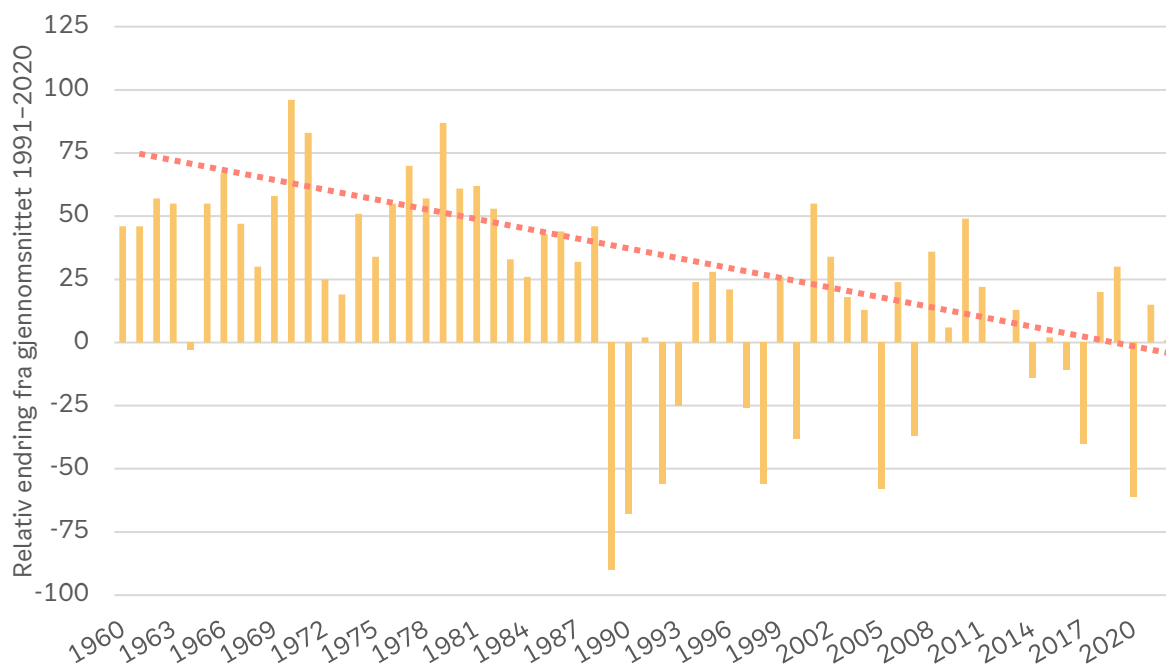
I 2021 fikk Norge en ny klimanormal. Årene 1991-2020 er den nye perioden vi tar utgangspunkt i når vi snakker om hva som er normalt vær (2). Den nye klimanormalen beskriver et varmere og våtere klima i Oslo enn det som tidligere var normalt. Været i Oslo har allerede endret seg. Temperaturen i Oslo har økt med 1,3 grader, og det er 10 prosent mer nedbør enn i den gamle normalperioden (1961-1990). 2020 er det varmeste året som er registrert på Blindern i Oslo siden målingene startet i 1937 (4).

Økningen i temperatur endrer årstidene. Vinteren i Oslo er blitt 22 dager kortere siden forrige normalperiode, mens høsten og våren har økt med 5 dager hver og sommeren med 12 dager. Økte temperaturer vil bidra til at snøen smelter tidligere, og innen 2100 vil snøsesongen i Oslo kunne bli 2-4 måneder kortere. Dager der temperaturen skifter mellom pluss- og minusgrader – såkalte nullgradspasseringer – bidrar til uforutsigbar isdannelse og glatte fortau og veier.

I klimaundersøkelsen i 2023 oppga 65 prosent av Oslo-beboerne at de hadde hatt problemer med isglatte veier og fortau (388). I tillegg oppga de at de hadde hatt utfordringer med følgende

andre værhendelser: styrtregn (13 %), oversvømmelse (7 %), vind (5 %), hetebølge (5 %), tørke (5 %) og ras eller skred (1 %). 29 prosent oppga at de ikke hadde hatt problemer med noen av disse værhendelsene (388). Det er viktig å merke seg at dette er folks subjektive opplevelse av værhendelsene.

Værendringene påvirker også skiføret i Oslo, som er viktig for mange innbyggere, og dersom dette fører til at muligheten til å gå på ski reduseres, kan det ha innvirkning på folkehelsa. Antall skidager ved Bjørnholt i Oslo har gått betydelig ned over tid (figur 10.2). Selv om avviket i antall skidager varierer fra år til år er trenden med nedgang i antall skidager tydelig. I 2020 var det 61 færre dager med skiføre sammenlignet med gjennomsnittet for perioden 1991–2020. I mer bynære områder vil det være langt færre dager. Vinteren 2022–2023 var for øvrig en god skisesong, men det vises ikke i statistikken ennå.



Figur 10.2 Antall skidager ved Bjørnholt i Oslo per år 1960 til 2022 som avvik fra gjennomsnittet i perioden 1991-2020. En skidag regnes hvor det er 25 cm eller mer snødekke. Negative avvik er markert i rødt, positive avvik i rosa. Kilde: Tall fra Meteorologisk institutt (389).

### 10.1.3 Hetebølger

Både ekstremt kalde og ekstremt varme temperaturer utgjør en fare for helsa vår og kan ha betydelige konsekvenser for både sykdom og dødelighet (390). Vi har ikke registrert noe overdødelighet som er direkte relatert til hete eller hetebølger i Norge ennå, men vi må være forberedt på at dette vil endre seg i framtiden (391).



### Hva er en hetebølge?

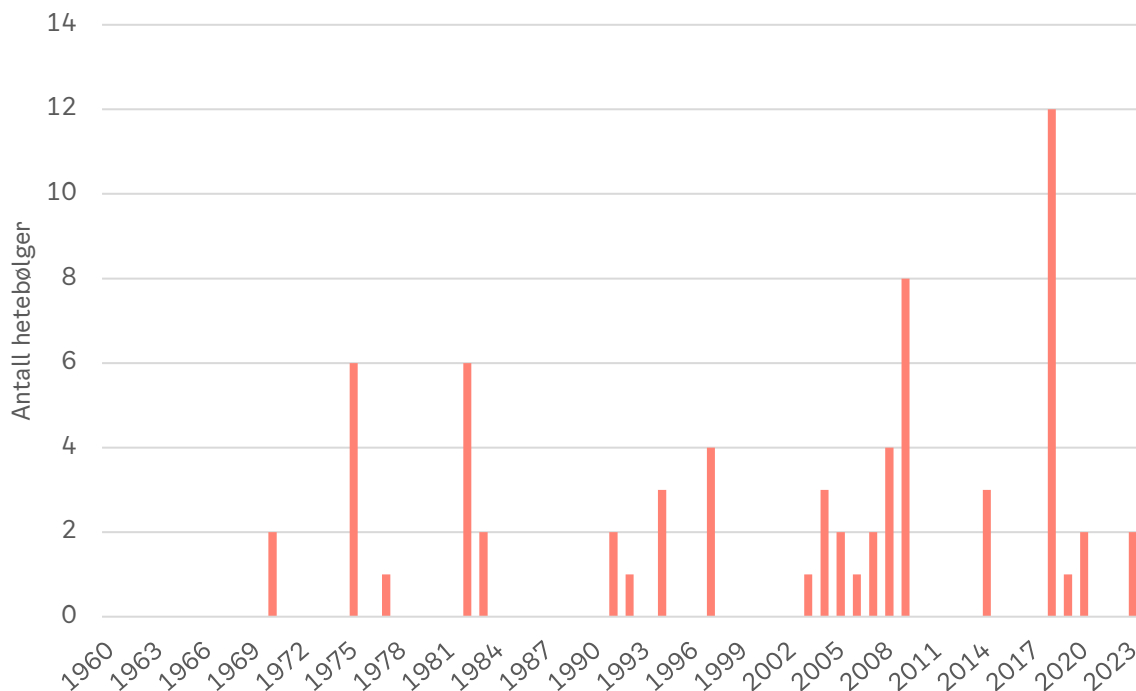
Ifølge Meteorologisk institutt er en hetebølge «fem eller flere sammenhengende dager der maksimumstemperaturen er 27 grader eller høyere».

En universell definisjon av begrepet *hetebølge* finnes ikke, da lokale forhold er svært ulike.

Hetebølger øker risikoen for blant annet dehydrering, heteslag og hjerteproblemer, og kronisk syke og eldre er spesielt utsatt. Unormalt høye temperaturer vil også påvirke den generelle komforten og trivselen for folk flest (384). Hetebølger er dessuten ofte assosiert med høy luftforurensning og bakkenær ozonkonsentrasjon som øker risikoen for luftveisinfeksjoner og for tidlig død.

Hete, særlig i kombinasjon med fuktighet, kan også økte motstanden i luftveiene og har vist seg å utløse astmasymptomer (392). Sammen med økt konsentrasjonen av blant annet ozon (O<sub>3</sub>) og svevestøv kan det også påvirke det respiratoriske systemet negativt (393). I Folkehelse rapporten 2022 (383) understrekes det imidlertid at det er foreløpig er for få studier til å påvise sammenhenger mellom klimaendringer og astma og allergiske sykdommer.

Globale temperaturer stiger hurtigere enn noen gang, og de siste ni årene har vært blant de ti varmeste som noensinne er målt (394). I Oslo opplever vi nå hetebølger fire ganger oftere enn for tretti år siden (395). Sommeren 2018 var temperaturene særlig høye, og ifølge meteorologisk institutts definisjon av norske hetebølger opplevde vi tolv hetebølgehendelser dette året. Utviklingen i hetebølger i Oslo er illustrert i figur 10.3.



Figur 10.3 Antall hetebølger i Oslo per år 1960-2022 etter den nye norske definisjonen av 2023. Kilde: Tall fra Meteorologisk institutt (389).

Ifølge klimasårbarhetsanalysen for Oslo, som legger føre-var-prinsippet til grunn, bør vi være forberedt på rundt 20 prosent flere dager med hetebølger i sommermånedene fram mot 2100 (384). Hetebølger har alvorlige konsekvenser i land der man ikke er forberedt på høye temperaturer. Husene i Norge og Oslo er tradisjonelt bygd for å tåle lave temperaturer, men med økende temperaturer er blant annet gode ventilasjonsløsninger blitt viktigere. Utformingen av uteområder vil også være av store betydning (383).

Det er ulike karakteristika ved Oslo som by som kan påvirke heten og gjøre for eksempel disse hetebølgene enda verre. I en bykontekst brukes ofte begrepet *varmeøyeffekt*, fenomenet der bygninger og asfalt gjensidig reflekterer varme og dermed skaper områder som er mye varmere enn omkringliggende områder, og som er varmere enn de ville ha vært med tilstedeværelse av trær og gress (396). Selv om de norske varmeøyene har vært relativt begrensede, har studier avdekket betydelige lokale temperaturvariasjoner innad i Oslo, der det på samme dag kan være en differanse på opptil 10 °C (397).

Klimaendringene rammer helsa vår forskjellig – en veldig varm sommeruke i byen er kjærkommen for folk flest, mens den for eldre og andre sårbare grupper kan ha svært negative konsekvenser. Temperaturregulering er en kompleks biologisk prosess, og derfor rammes vi ulikt, ikke bare på grunn av eksponeringen, men også som følge av kroppens respons på eksponeringen. Særlig sårbare er de med underliggende sykdom (for eksempel hjerte- eller lungesykdommer) og redusert evne til temperaturregulering, slik som eldre eller små barn (392, 398, 399). I Oslo trekkes særlig eldre og bostedsløse fram som grupper som er sårbare for store endringer i

utendørs temperatur (384). En ny studie fra Oslo peker på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilgangen på natur i Oslo. Folk med lavere sosioøkonomisk status bor lenger unna naturen enn folk med høyere sosioøkonomisk status. De fant imidlertid ingen sammenheng mellom lavinntekt og helseeksponering (400). Sammenhengen mellom klimaparametere og helseproblemer er fortsatt dårlig forstått. Det er behov for mer kunnskap om hvilke områder, befolkningsgrupper og individer som er mest utsatt for konsekvenser av klimaendringer (383).

## 10.2 Luft- og støyforurensning

### 10.2.1 Luftforurensning

Luftforurensning utendørs kan utløse og forverre sykdommer, først og fremst i luftveiene og hjerte- og karsystemet. Det er imidlertid stadig sterkere holdepunkter for at luftforurensning også kan øke kreftrisikoen, påvirke nervesystemet og øke hyppigheten av sykdommer som diabetes (401).

Følgende grupper i befolkningen er mer følsomme for helseeffekter av luftforurensning:

- personer med luftveissykdommer (astma, kols, infeksjoner) og hjerte- og karsykdommer
- personer med diabetes og fedme
- foster og små barn som ennå ikke har ferdig utviklede luftveier
- eldre personer som oftere har dårligere lungefunksjon, og som har flere underliggende sykdommer enn yngre

Mange luftforurensende komponenter utløser de samme helseeffektene og virker trolig sammen. Siden befolkningen blir utsatt for en rekke ulike komponenter samtidig, vil helseeffektene som blir observert, være et resultat av den samlede eksponeringen for luftforurensning.



#### **Hva er luftforurensning?**

Luftforurensning er partikler, gasser og kjemikalier i ulike sammensetninger. I Norge er det oftest svevestøv (PM), nitrogendioksid (NO<sub>2</sub>) og ozon (O<sub>3</sub>) som er kilder til negative helsekonsekvenser.

#### **Regulering av luftforurensning**

Vi har forskjellige anbefalinger og juridisk bindende grenser for luftforurensningsnivåene i Norge. Dette inkluderer de helsebaserte luftkvalitetskriteriene og det nasjonale målet for luftforurensning samt spesifikke grenser i forurensningsforskriften, som er juridisk bindende.



### Hovedkilder til luftforurensning i Oslo

PM<sub>2.5</sub>: forbrenningspartikler fra eksos og vedfyring, veistøv

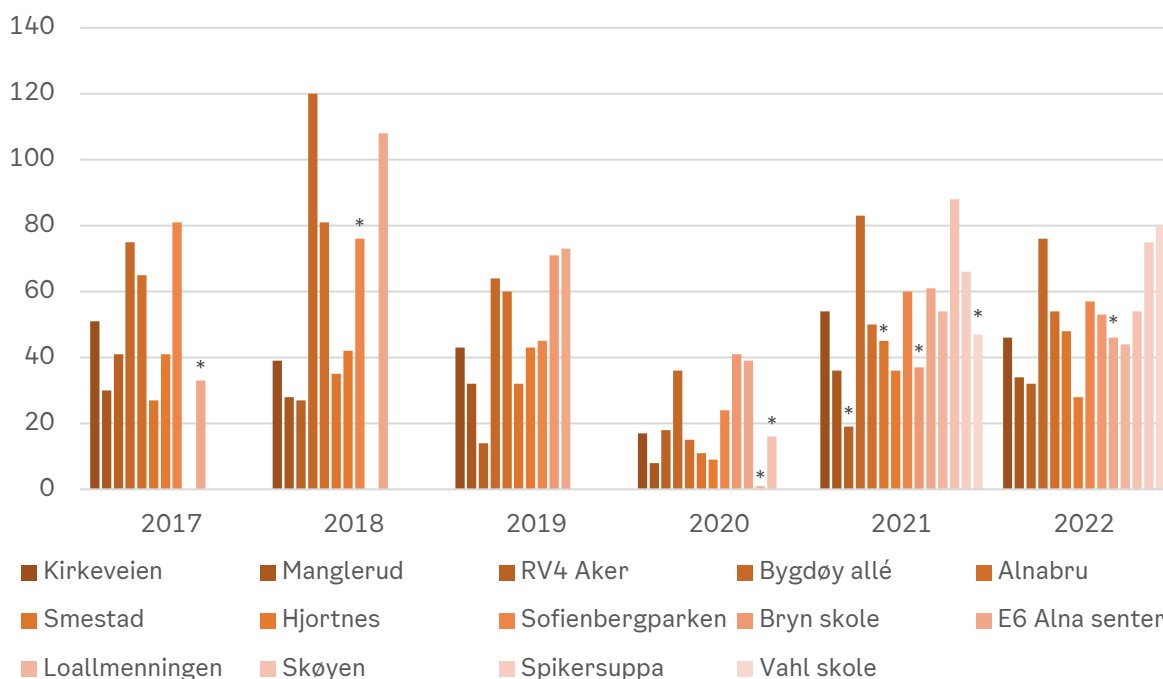
PM<sub>10</sub>: partikler fra veistøv, slik som slitasje fra vei, dekk og bremses

NO<sub>2</sub>: Eksos, særlig dieselforbrenning

## 10.2.2 Utviklingen i luftforurensning i Oslo

Sammenlignet med fastsatte helsebaserte luftkvalitetskriterier har store deler av byen luftforurensningsnivå som tilsier at personer med alvorlige luftveis- og hjerte- og karsykdommer har økt risiko for at sykdommen forverres. Hensikten med luftkvalitetskriteriene er å forebygge helseskader av luftforurensning. Kriteriene er satt så lavt at de alle fleste kan utsettes for disse nivåene uten at det oppstår skadevirkninger på helsa. Til forskjell fra forurensningsforskriften er ikke de helsebaserte luftkvalitetskriteriene juridisk bindende.

Luftkvaliteten i Oslo har over flere år hatt en positiv trend, særlig for NO<sub>2</sub>. Iverksatte tiltak har ført til en bedring av luftkvaliteten, men det er fortsatt en fare for at grensene i forurensningsforskriften overskrides (402). Luftkvalitetskriteriene for døgnmiddel av PM<sub>10</sub> og PM<sub>2.5</sub> overskrides på alle målestasjonene i Oslo. Antall overskridelser varierer mye fra sted til sted og fra år til år (figur 10.4). For PM<sub>10</sub> registreres det flest overskridelser i sterkt trafikkerte områder (på grunn av veistøv). For PM<sub>2.5</sub>, der vedfyring er den viktigste kilden, forekommer det mange overskridelser både ved trafikknære stasjoner og ved stasjoner som skal vise belastningen i tettbygde strøk med større avstand fra hovedveiene.



\* Under 80 % datadekning. Kan ikke sammenlignes direkte med andre verdier

Figur 10.4. Antall overskridelser av luftkvalitetskriteriene for svevestøv (døgnmidler) etter år og sted.  
Kilde: Bymiljøetaten (402)

Luftkvalitetskriteriet for NO<sub>2</sub> ble skjerpet i 2023 og er nå på 10 µg/m<sup>3</sup>, og alle målestasjoner i Oslo målte årsmiddelverdier som er høyere enn dette, i 2022.

Det har vært en nedgang i antall overskridelser av luftkvalitetskriteriet for timemiddel (gjennomsnittlig konsentrasjon i løpet av en time) av NO<sub>2</sub>, særlig de siste seks årene. Dette kan settes i sammenheng med reduserte utslipp av nitrogenoksider. De høyeste verdiene registreres i sterkt trafikkerte områder.

Det er flere faktorer som bestemmer nivået av luftforurensning på et gitt sted. De viktigste er utslippsmengde, avstand til kilden, lokale meteorologiske forhold og topografiske forhold. Disse faktorene fører til forskjellene i luftkvalitet som eksisterer innad i Oslo kommune. Områdene som er mest utsatt for luftforurensning i Oslo, er som følger:

- områder langs hovedveiene, ringveiene, europaveiene og riksveiene
- Groruddalen, det vil si spesielt dalbunnen mellom Rv4 (Trondheimsveien) og E6
- Oslo sentrum (innenfor ring 3)
- områder rundt tunnelmunninger

### 10.2.3 Støy

Støy er definert som uønsket lyd og lyd som kan gi helseskade. Støy kan føre til søvnforstyrrelser og redusert trivsel og helse. Noen typer støy kan også føre til hørselstap. De viktigste kildene til støy i samfunnet er veitrafikk og annen samferdsel, industri, tekniske installasjoner, naboaktiviteter og bygge- og anleggsvirksomhet (403).

### 10.2.4 Helsekonsekvenser av støy

En nyere studie fra Folkehelseinstituttet viser at helsetapet som følge av støy fra veitrafikk og jernbane bidrar vesentlig til sykdomsbyrden i Oslo (404). Forskerne sammenlignet også sykdomsbyrden som følge av trafikkstøy og svevestøv, da begge er sentrale miljøfaktorer, særlig i byer og større tettsteder. Funnene viser at helsetapet som følge av støy var like stort eller større enn helsetapet som følge av svevestøv.

Umiddelbare virkninger av støy som forstyrrelse av kommunikasjon, konsentrasjon, søvn og hvile er godt dokumentert (403). Dette bidrar til plage og mistrivsel for dem som er støyutsatt. Andelen som rapporterer at de er plaget av støy, og som opplever at de får søvnen sin forstyrret, øker med økende støynivå utenfor boligen. Eksperimentelle funn har påvist at høye støynivå kan utløse fysiologiske responser som er typiske for stress, som økt hjertefrekvens, økt blodtrykk samt utskillelse av stresshormoner. Alt dette er mekanismer som kan bidra til sykdomsutvikling.

Det er holdepunkter for at støy om natten kan bidra til redusert helse. Tilstrekkelig og uforstyrret søvn er avgjørende for god fysisk og psykisk helse, og for lite søvn er forbundet med utviklingen av en rekke sykdommer og helseplager, frafall fra arbeidslivet og ulykker.

I tillegg til støyens karakter (flere støykilder, styrke, frekvens med mer) vil også personlige egenskaper (helsestatus, mestringsevne, støysensitivitet og holdninger) og andre faktorer, som miljøpåvirkninger, tid på døgnet og type aktivitet, virke inn på hvor plaget en person er av støy.

Det er store individuelle forskjeller i følsomheten og sårbarheten overfor støy, og virkningene av støy på helse og trivsel vil være avhengige av en rekke samvirkende og motvirkende faktorer.

Det er gjort lite målrettet forskning på ulike sårbare grupper, men en rapport fra Verdens helseorganisasjon peker på at barn, eldre og kronisk syke er sårbare for støy (403). Det er fortsatt behov for mer kunnskap om langtidsvirkningene av støy på helsa og hvilke grupper som er mest utsatt.

### 10.2.5 Utviklingen av støy i Oslo

Den dominerende kilden til støy i Oslo er veitrafikk. Andre viktige kilder til støy i Oslo er skinnegående trafikk, bygge- og anleggsvirksomhet, næring og uteliv. Problemet med støy er større i tett befolkede områder som Oslo enn i mer spredtbygde strøk. Fortetting kan føre til at flere blir utsatt for støy, særlig når boliger etableres i områder med mye støy, som ved knutepunktfortetting. Samtidig kan slik knutepunktfortetting bidra til færre reiser med personbil og dermed til redusert støybelastning i byen totalt sett. Det krever god planlegging av bygninger og uterom for å oppnå gode lydforhold i slike områder, og for å redusere støybelastningen.

35 prosent av befolkningen i Oslo er estimert til å være utsatt for støy (over 55 desibel) fra veitrafikken i 2021, ifølge den strategiske støykartleggingen. 6 prosent regnes som utsatt for støy fra trikk, T-bane og jernbane. Estimater er basert på en ny beregningsmåte og er betydelig lavere enn tidligere estimater.<sup>49</sup> Tidligere har man anslått at rundt 60 prosent av befolkningen var utsatt for støy fra veitrafikken, og at andelen holdt seg relativt stabil over tid. På grunn av den nye beregningsmåten er det nå et brudd i statistikken. Statistikken fra støykartleggingene publiseres på Oslo kommunes nettside «Miljøstatus»:

<https://www.oslo.kommune.no/statistikk/miljostatus/>

---

<sup>49</sup> Oslo kommune har gjennomført støykartlegging hvert femte år siden 2006. Til kartleggingen av støysituasjonen i 2021 ble det innført en ny felleseuropeisk beregningsmetode (CNOSSOS). Det er EUs rammedirektiv for støy og forurensningsforskriften som fastsetter hvilken metode som skal benyttes. På grunn av forskjeller i metodene er ikke det siste beregningsresultatet direkte sammenlignbart med tidligere støykartlegging. Det er særlig store endringer knyttet til måten antall støyutsatte personer skal beregnes. Tidligere ble alle personer i en boligbygning koblet til det høyeste støynivået utenfor bygningen, og dette medførte et generelt overestimat i antall støyutsatte. Nå fordeles antall personer i større boligbygninger på ulike støynivå rundt bygningen, noe som gir et mer korrekt resultat. Siden Oslo har et stort antall større boligbygninger, har dette stor betydning på beregningsresultatet.

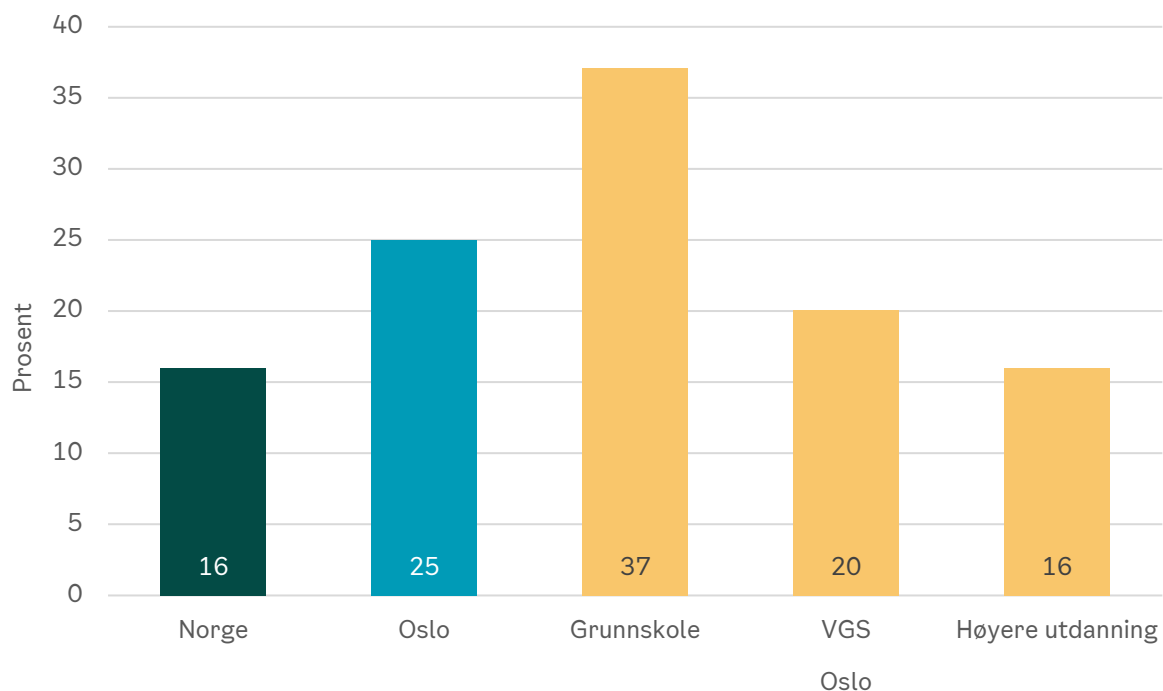
### 10.2.6 Subjektiv vurdering av støy

At en bor støyutsatt til betyr ikke nødvendigvis at man er plaget av støy. Ved utbygging i gul støysone<sup>50</sup> skal for eksempel boligen ha en stille side og uteoppholdsareal. I tillegg til støyens karakter (flere støykilder, styrke, frekvens osv.) vil personlige egenskaper (helsestatus, mestringsevne, støysensitivitet, holdninger) og andre faktorer, som miljøpåvirkninger, tid på døgnet og type aktivitet, virke inn på hvor plaget en person er av støy. Det er derfor ønskelig å supplere støymålings-statistikken med statistikk om folks subjektive opplevelse av å være plaget av støy. Den strategiske støykartleggingen kartlegger i tillegg bare støy fra vei og bane. I Oslo utsettes mange for bygge- og anleggsstøy over lang tid, særlig i større utviklingsområder. Dette antas å være en betydelig negativ miljøfaktor, men vi vet ikke hvor mange som plages. I tillegg plages en del av støy knyttet til ro og orden.

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 oppgir 25 prosent av Oslos befolkning at de er plaget av støy fra naboer eller utenfra når de oppholder seg inne i boligen. Den tilsvarende andelen for resten av landet er 16 prosent (Figur 10.5 Andel av befolkningen som er plaget av støy fra ulike kilder inne i boligen etter bosted og utdanningsnivå. 2022. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).). Det er store forskjeller etter utdanningsnivå. Mens 37 prosent av dem som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå, rapporterer at de er plaget av støy i boligen, gjelder dette bare 16 prosent av dem med høyere utdanning.

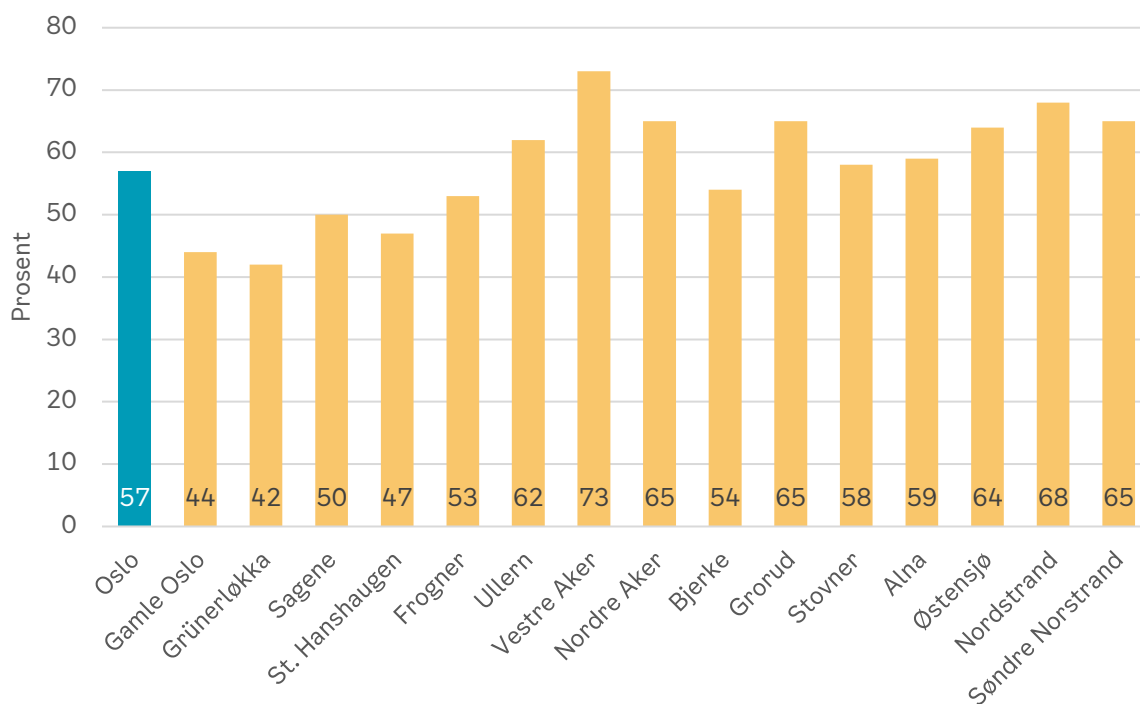
---

<sup>50</sup> Gul sone er en vurderingssone hvor kommunen bør vise varsomhet med å tillate etablering av nye boliger, sykehus, pleieinstitusjoner, fritidsboliger, skoler og barnehager. I utgangspunktet bør slik bebyggelse bare tillates dersom man gjennomfører avbøtende tiltak (Retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442/2016)).



Figur 10.5 Andel av befolkningen som er plaget av støy fra ulike kilder inne i boligen etter bosted og utdanningsnivå. 2022. Prosent. Kilde: SSB Livskvalitetsundersøkelsen 2022, spesialbestilling (61).

I Oslo kommunes innbyggerundersøkelse blir respondentene spurt om hvor fornøyde de er med støyforholdene der de bor. 57 prosent oppgir at de er fornøyde med støyforholdene. Det har ikke vært noen endring fra 2018. Men andelen varierer mellom bydelene, som vist i figuren nedenfor (figur 10.6). Som man kan forvente, er andelen som er fornøyd med støyforholdene, lavest i sentrumsbydelene. Sentrumsbydelene har den høyeste tettheten av støyutsatte, noe som skyldes høy befolkningstetthet og den korte avstanden mellom boligene og trafikkerte ringveier, bygater, trikk eller T-bane og jernbanetraséer. Det forventes at flere personer vil bli støyutsatt i framtiden på grunn av fortetting og utbygging i støyutsatte områder (4).



Figur 10.6 Andelen Oslo-innbyggere som er fornøyde (5+6) med støyforholdene der de bor. 2023. Prosent.  
Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023 (343)

Graden av støyplager kan også variere innad i en bydel. I åtte av de levekårsutsatte delbydelene i Oslo er over 60 prosent av beboerne utsatt for trafikkstøy. Andelen er høyest i delbydelene Teisen, Veitvet og Sinsen (405). Samtidig er det svært få som er støyutsatt i andre levekårsutsatte delbydeler, særlig i Søndre Nordstrand.

Miljødirektoratet har utviklet et miljøatlas som blant annet viser støyutsatthet i ulike deler av byen (406).

### **10.2.7 Samspillseffekter mellom støy, luftforurensning og andre miljøfaktorer**

Samspillseffekter mellom støy og luftforurensning kan øke plagene eller helserisikoen (407).

Høye nivå av støy og luftforurensning har hver for seg vist seg å øke risikoen for hjerte- og karsykdommer. Når folk utsettes for flere belastninger, er det mye som tyder på at de blir mer plaget av hver enkelt belastning enn hvis de bare utsettes for én belastning. Det vil si at plagen for eksempel ikke kan forklares av luftforurensningsnivået alene, men at den også er avhengig av om det er høye støynivå, dårlig bomiljø, lavt sosioøkonomisk nivå eller andre utfordringer i området. Dette kan indikere at det er et samspill mellom miljøulempene, og at de virker sammen.

Det er imidlertid behov for mer kunnskap om hvordan støy og luftforurensning eventuelt kan forsterke hverandre med tanke på sykdomsdannelse og -utvikling. Veitrafikken bidrar for eksempel til begge disse miljørisikofaktorene.

Bygge- og anleggsvirksomhet er et annet eksempel på en kilde som medfører at et område belastes av både luftforurensning og støy, og som i større utviklingsområder kan vedvare i flere år.

### **10.2.8 Ulikheter i utsatthet for støy- og luftforurensning**

Støyplager, dårlig luftkvalitet og andre miljøbelastninger kan bidra til å forsterke de sosiale ulikhetene i helse og livskvalitet vi ser i dag. På noen områder kan ulike miljøforbedringstiltak bidra i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse.

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 at nivåene av veitrafikkstøy der man bor, er høye. Det er kjent at lav inntekt og utdanning samtidig er risikofaktorer for helseplager, sykdom og for tidlig død.

Gitt at veitrafikkstøy kan bidra til mange helseutfordringer og stressrelaterte sykdommer, er det sannsynlig at den sosiale skjevfordelingen av støyeksponering i Oslo bidrar til sosiale helseforskjeller. I tillegg vil ulike sosiodemografiske gruppers sårbarhet for helsevirkninger være ulik, noe som også vil bidra til sosiale helseforskjeller.

## **10.3 Bo- og nærmiljø**

Tilgang til helsefremmende nærmiljø og gode lokalsamfunn er av betydning for folkehelsa (260). Tilbud i og kvaliteter ved bo- og nærmiljøet påvirker innbyggernes trivsel, tilhørighet og livskvalitet (41). Støy og luftforurensning, som er omtalt ovenfor, påvirker også bo- og nærmiljøet. Vi har valgt å omtale boligrelaterte tema, blant annet trangboddhet, som en del av levekårskapittelet, selv om boligforhold også kan påvirke bo- og nærmiljøet. Barn og unges bo- og nærmiljø omtales i kapittel 9.

Folkehelseinstituttet har laget følgende illustrasjon av nærmiljøkvaliteter som har betydning for helse og livskvalitet (figur 10.7):



Figur 10.7 Nærmiljøkvaliteter som har betydning for helse og livskvalitet. Kilde: FHI (408).

Byutviklingsstrategien i Oslo er basert på prinsipper om å bygge «innenfra og ut» og banebasert byutvikling. Det innebærer blant annet fortetting rundt kollektivknutepunkter og å styrke indre by og utvide den tette, mangfoldige byen til nye områder i randsonen av indre by. Dette er viktig for å nå oppnå visjonen om nullutslippsbyen fordi det prioriterer områder med sentral beliggenhet, som i stor grad har et godt kollektivtilbud (409). Slik fortetting kan påvirke helsa til de som bor i områdene, både i positiv og negativ retning (409, 410). Fortetting kan føre til økt trangboddhet og redusert bokvalitet, for eksempel i form av mindre lys. Videre kan det legge press på grøntstruktur og offentlige rom. Fortetting kan potensielt påvirke trivselen og tryggheten negativt, men utformingen av områdene har trolig større betydning enn tettheten i seg selv. Fortetting kan imidlertid også virke helsefremmende ved at det legges bedre til rette for økt hverdagsaktivitet. Redusert transportbehov kan ha en positiv effekt på støyen og luftforurensningen i byen generelt, men når flere bor nær knutepunkter, blir flere eksponert lokalt.

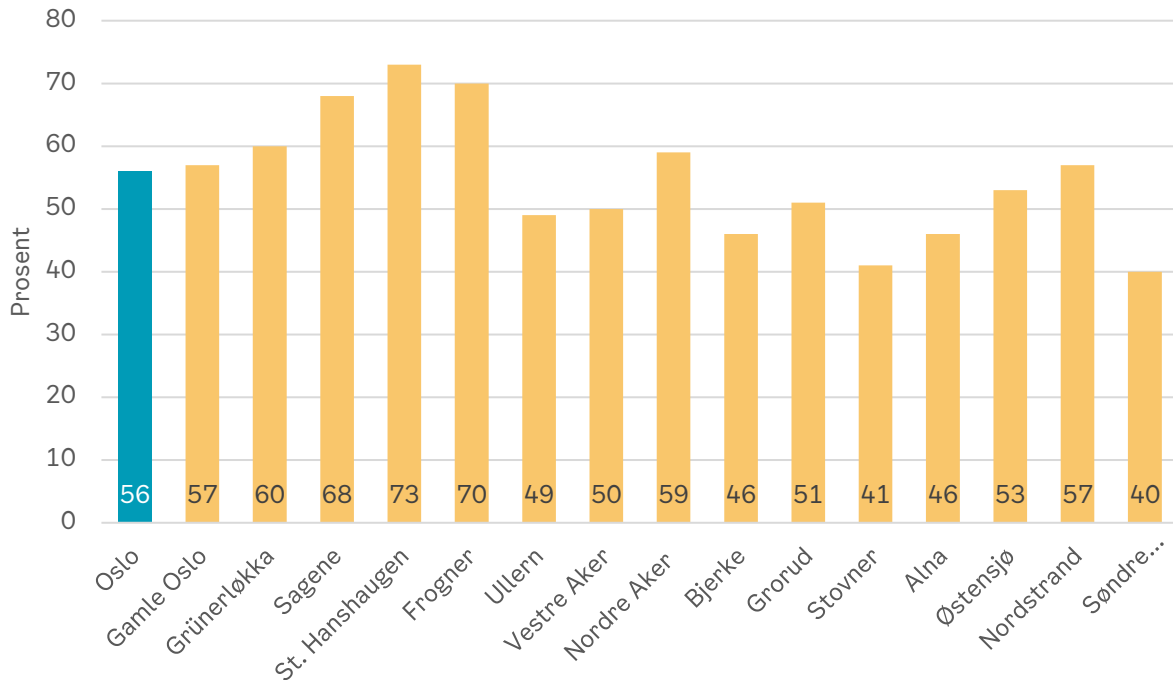
FNs bærekraftsmål 11 er å gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, robuste og bærekraftige. For Oslo vil utfordringen framover være å opprettholde kvaliteten på grøntområder og offentlige rom når befolkningen vokser, gjennom fortetting og transformasjon av eksisterende areal (46).

### 10.3.1 Trivsel og trygghet i nærområdet

Trivsel og trygghet er viktige kvaliteter ved gode nærmiljø (41). Ulike forhold ved nærmiljøet kan påvirke beboernes trivsel. Å føle seg trygg i området der man bor, er en viktig forutsetning for at man skal føle seg hjemme. Om man opplever området man bor i, som trygt, avhenger av flere forhold. Det kan handle om beboernes verdier og livssituasjon og om det er et sosialt samhold mellom dem. Det kan også handle om fysiske forhold som hvordan nærmiljøet er utformet. Overgrodde og uoversiktlige områder samt dårlig belysning kan føre til at beboere føler seg utrygge. Følelsen av å være trygg og ha frihet til å bevege seg ute kan være en forutsetning for at man skal kunne oppleve de andre kvalitetene i området, som å delta i sosiale fellesskap og bruke grøntområder til rekreasjon.

Innbyggerne i Oslo trives i all hovedsak godt i byen og i nærområdet der de bor. 77 prosent trives godt i Oslo, og 80 prosent trives godt i området der de bor (4, 343). Det er imidlertid variasjoner mellom bydelene med hensyn til hvor godt man trives i nærområdet, med over 20 prosentpoeng forskjell mellom bydelene Frogner og Søndre Nordstrand. Andelen av befolkningen som trives i nærmiljøet sitt er høyest i de vestlige bydelene og Bydel Nordstrand, mens bydelene Stovner og Søndre Nordstrand har lavest andel som trives. Både i bydelene som har den høyeste og den laveste andelen som trives i nærmiljøet, har utviklingen vært negativ siden 2018.

Attraktive utendørs møteplasser kan ha betydning både for å fremme fysisk aktivitet og for det sosiale. Andelen som oppgir at det finnes utendørs møteplasser som det er fristende å bruke der de bor (56 %), har økt noe over tid (343). Andelen varierer – fra rundt 70 prosent i de sentrale bydelene St. Hanshaugen, Frogner og Sagene til ca. 40 prosent i bydelene Stovner og Søndre Nordstrand (figur 10.8). Potensialet for å skape flere attraktive utendørs møteplasser må kunne sies å være ganske stort i Oslo.

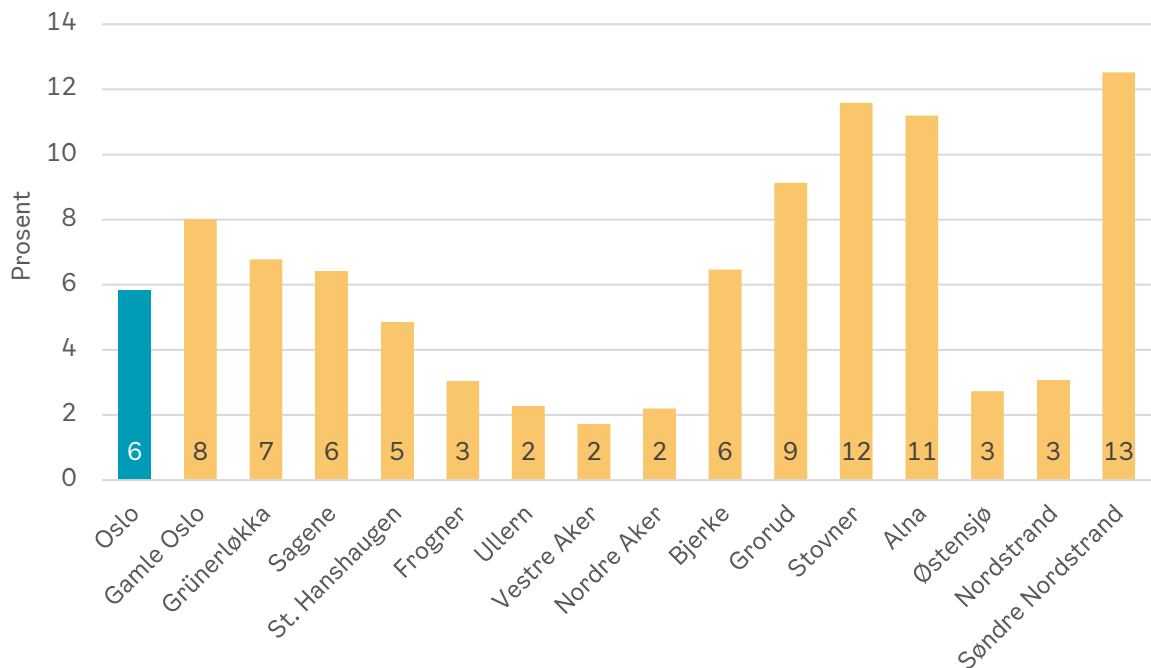


Figur 10.8 Andel som er enig i stor eller svært stor grad i at det finnes utendørs møteplasser som er fristende å bruke i området der de bor. 2023. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023 (343).

En forutsetning for at utendørs møteplasser skal benyttes, er at det oppleves som trygt. De aller fleste, 89 prosent, føler seg i stor eller svært stor grad trygge på dagtid i nabolaget sitt, og 70 prosent føler seg også trygge i nabolaget på kveldstid (4, 343). Tallene samsvarer med funn fra Politiets egen innbyggerundersøkelse, der 87 prosent i Oslo oppgir at de føler seg trygge i nærmiljøet. Oslo-tallene er på linje med landssnittet. Men i Oslo er innbyggerne litt mer bekymret for å bli utsatt for vold, trusler og plagsom atferd videre enn landssnittet (411)

Det er bare en liten andel av befolkningen som føler seg *utrygg*<sup>51</sup> på kveldstid i nabolaget sitt, men det er tydelige forskjeller i ulike deler av byen. I Bydel Søndre Nordstrand føler 13 prosent seg utrygge, mens det gjelder 3 prosent av befolkningen i nabobydelen Nordstrand. Det er et tydelig øst-vest-skillen her, som vist i Figur 10.9: I alle de vestlige bydelene (inkludert Nordstrand) er andelen som føler seg utrygg, lavere enn Oslo-gjennomsnittet, mens andelen er høyere enn Oslo-gjennomsnittet i alle de østlige bydelene. Det er verdt å merke seg at andelen som føler seg utrygg, er høyere i drabantbyene i øst enn i de østlige sentrumsbydelene.

<sup>51</sup> Å føle seg utrygg er her definert som at man har svart at man er svært eller ganske misfornøyd med tryggheten når man ferdes ute på kveldstid der man bor.



Figur 10.9 Andel som er svært eller ganske misfornøyd med trygghet når det gjelder å ferdes ute på kveldstid der de bor. 2023. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023, spesialbestilling (76).

I Livskvalitetsundersøkelsen 2022 oppgir 15 prosent i Oslo at de har vært noe eller svært urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de går ute alene der de bor. Andelen i resten av landet er 7 prosent. Rundt 7 prosent i Oslo har opplevd kriminalitet, vold eller hærverk i nærmiljøet sitt (61).

Barn og unges følelse av trygghet i nærmiljøet omtales i kapittel 9.

### 10.3.2 Tilgang til og bruk av parker, friområder, rekreasjonsareal og nærturterreng

Å sørge for at innbyggerne har god tilgang til nære naturområder, har vist seg å være særlig viktig i arbeidet med å bidra til økt fysisk aktivitet. Slike områder bidrar også til god folkehelse gjennom naturopplevelser (44). Tilgang til og utsikt mot parker og andre grøntområder kan ha positive virkninger på livskvaliteten (268), og flere internasjonale studier tyder på at det er en sammenheng mellom å bo i områder med mye grøntområder og redusert dødelighet fordi det reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer (412, 413). Videre tyder internasjonal forskning på at grøntområder i byer kan ha en positiv effekt på innbyggernes oppmerksomhet, humør og fysiske aktivitet (413).

Tilgang til natur og grønne strukturer i nærområdet har vist seg å ha flere sentrale helsefremmende funksjoner (414). Det bidrar til naturopplevelser og inspirerer til og gir mulighet for fysisk aktivitet. Grøntområder gir mange mennesker muligheter for å gå turer, drive med

aktiviteter og oppholde seg i naturpregede omgivelser nær der de bor. Å ferdes i naturområder kan bidra til å redusere stress, angst og depresjon (415, 416). Nær og lett vintilgang på naturområder senker terskelen for å benytte seg av dem (414). Det ligger dermed et stort folkehelsepotensial i å gjøre slike områder tilgjengelige for allmennheten.

Tall fra Bymiljøetaten (417) viser at 93 prosent av beboerne i Oslo er fornøyde med mulighetene de har til å gå tur i marka. 75 prosent oppgir at de er fornøyde med tilretteleggingen av turveier i nærområdet. På spørsmål om hvor fornøyde innbyggerne er med tilretteleggingen for lek, opphold og fysisk aktivitet i byens parker, svarer 63 prosent at de er fornøyde, 23 prosent svarer verken eller, mens 9 prosent er misfornøyde. Tiltak som forbedrer forhold ved byens parker, kan bidra til å senke terskelen for deltakelse og stimulere til økt aktivitet blant beboerne i nærområdet (414).

Oslo kan sies å være en ganske grønn by: I tillegg til at marka omkranser byen, er 47 prosent (per 2021) av byggesonen dekket med vegetasjon, enten det er busker, tær eller gress, og enten det er i offentlige parker eller private hager. I de indre bydelene er det 38 prosent vegetasjon, mens det er 50 prosent vegetasjon i de ytre bydelene. Delen av Oslo som var dekket av vegetasjon, var like stor i 2021 som i 2017, da dette ble kartlagt for første gang. Over tid kan det ventes at andelen vegetasjon vil gå ned som følge av utbygging.<sup>52</sup>

I overkant av halvparten (53 %) av innbyggerne i Oslo har trygg tilgang til rekreasjonsareal, og 29 prosent har trygg tilgang til nærturterreng.<sup>53</sup> Andelene har holdt seg ganske stabile siden 2016, til tross for befolkningsvekst ((8) tab. 09579). Blant barn og unge under 20 år er andelen henholdsvis 58 og 35 prosent, og de har økt litt siden 2016. Andelen som har trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng, er noe lavere enn i tettsteder i andre deler av landet.

Bærekraftsmål 11.7 er å sørge for at alle, særlig kvinner og barn, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne, har tilgang til trygge, inkluderende og tilgjengelige grøntområder og offentlige rom innen 2030. Andelen bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng er en av indikatorene som Statistisk sentralbyrå benytter for dette målet (45).

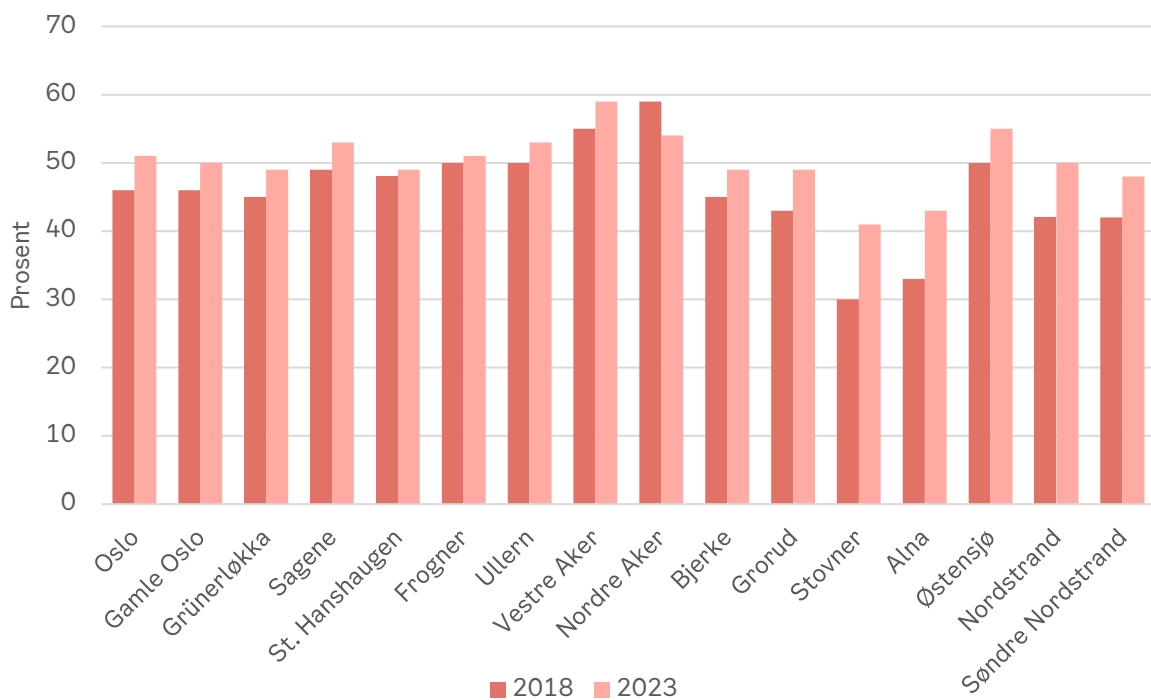
Befolkningens subjektive vurderinger viser at forskjellene mellom Oslo og resten av landet er små: 89 prosent i Oslo oppgir at det finnes et område som kan brukes til lek og rekreasjon innen 200 meter fra boligen, mot 87 prosent i resten av landet (61).

<sup>52</sup> Kilden er det såkalte grøntregnskapet, gjengitt i *Oslo-trender*.

<sup>53</sup> Nærturterreng og leke/ rekreasjonsareal er identifisert av SSB som arealer som kan ha potensiale som leke-/rekreasjonsareal og nærturterreng ut fra arealstørrelsen. Rekreasjonsareal er på minst 5 dekar. Nærturterreng er på minst 200 dekar. Rekreasjonsarealer er inkludert i Nærturterreng. Det sees ikke på områdenes planregulering eller tilrettelegging. Arealer som inngår i definisjonen, kan f.eks. være skog og park- og idrettsområder. Trygg tilgang er definert bl.a. ut fra at man ikke må krysse en vei med forholdsvis mye trafikk eller bane. For flere detaljer se <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/areal/statistikk/rekreasjonsareal-og-naerturterreng>

Halvparten av befolkningen i Oslo bruker parker eller friområder i området de bor i, daglig eller ukentlig (380). Dette er en økning på 5 prosentpoeng fra 2018.<sup>54</sup> I løpet av nedstengingen under koronapandemien så vi at innbyggernes bruk av parker og naturområder i nærmiljøet økte (trenger referanse). Det kan ha vært en medvirkende årsak til denne økningen. Bruken av parker og friområder i nærområdet økte i nesten alle bydeler (Nordre Aker var et unntak), men klart størst var økningen i bydelene med lavest bruk – i Alna og Stovner rapporterer 10 prosentpoeng flere enn i 2018 om daglig eller ukentlig bruk av parker eller friområder i området der de bor (figur 10.10).

Andelen som daglig eller ukentlig bruker parker eller friområder, er noe lavere blant personer med bakgrunn fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa utenfor EU (44 %). Det er også utdanningsforskjeller: 55 prosent av personene som har høyere utdanning over fire år, bruker parker eller friområder daglig eller ukentlig, mens andelen er 44 prosent blant grunnskole- og videregåendeutdannede (343).



Figur 10.10. Andel som bruker parker/friområder der du bor daglig/ ukentlig. 2018 og 2023. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023 (343), Publikumsundersøkelsen 2018 (342).

### 10.3.3 Badevann og tilgang til fjorden

31 prosent av strandsonen i Oslo er tilgjengelig for allmenn ferdsel og opphold. Det innebærer at vi bare har 1,8 m<sup>2</sup> strandsone tilgjengelig per innbygger. Over tid har arealet med tilgjengelig

<sup>54</sup> I 2018 ble spørsmålet formulert som «Bruker du parker/friområder i området der du bor (inkl. fjorden, marka, osv.)?».

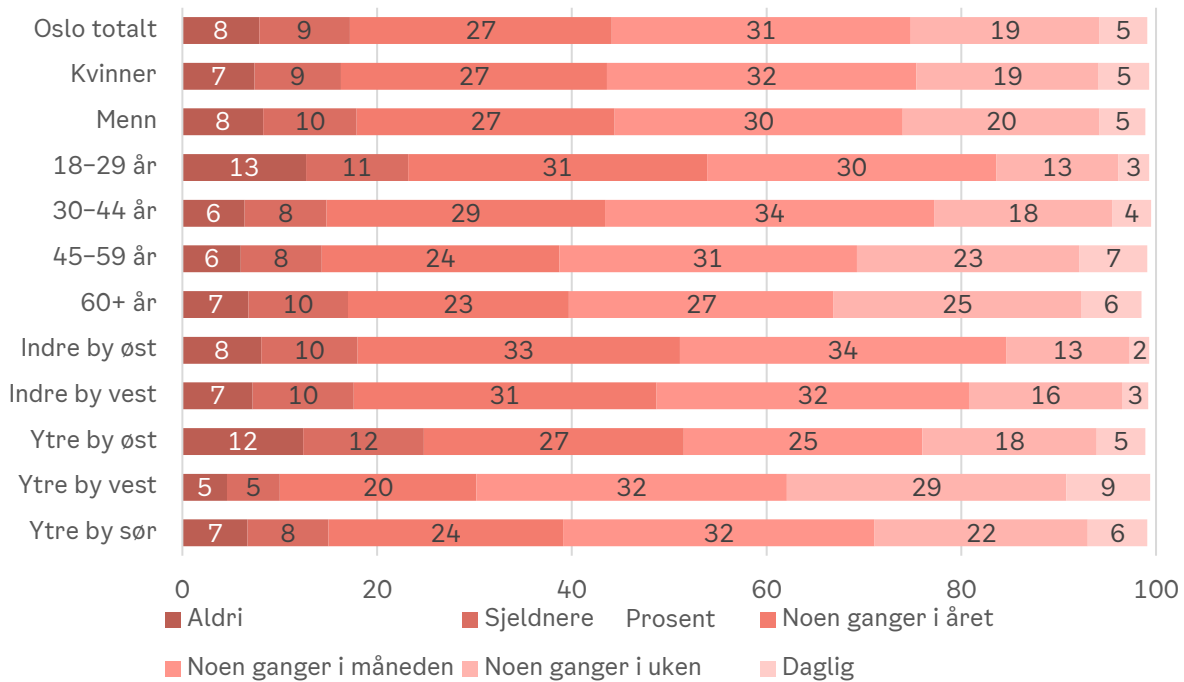
strandsoneareal i Oslo blitt stadig mindre. Andelen tilgjengelig areal er redusert fra 38 prosent i 2000 til 31 prosent i 2023 (418).

Til tross for at det tilgjengelige strandsonearealet totalt sett har minket i Oslo, er det flere pågående prosjekter som jobber med å gjøre strandsonen tilgjengelig (419). Oslo kommune er blant annet i gang med å etablere en 9 kilometer lang sammenhengende havnepromenade som skal gå langs hele sjøfronten fra Frognerkilen i vest til Alnas utløp i øst. Havnepromenaden skal være et urbant alternativ til å gå tur i marka og vil kunne bidra til at flere ferdes i strandsonen.

Vann kan ha betydning for folkehelsa i Oslo på andre måter enn som drikkevann. Muligheten til å bade i fjorden og i ferskvann antas å ha en positiv folkehelseeffekt, under forutsetning av at badevannskvaliteten er god. I 2022 ble badevannskvaliteten ved 15 av 25 badeplasser ved fjorden og 16 av 19 badeplasser i ferskvann kategorisert som «Utmerket» (420). De fleste friluftsbadene har hatt stabil klassifisering de siste årene, med en svak tendens til bedring, med unntak av Hvervenbukta, som har hatt en negativ utvikling. Mye nedbør fører til overløp av kloakk og økt overflateavrenning fra miljøet som fører til forurensning av vannkildene. Dette har stor påvirkning på badevannskvaliteten 24 timer etter kraftig regnvær, og bading frarådes derfor i den perioden. Klimaendringene kan føre til flere episoder med kraftig regn og dermed til flere perioder der bading frarådes. Hvor ofte bading har blitt frarådet, har variert de siste årene, og vi har så langt ikke sett noen klar negativ utvikling.

## 10.4 Friluftsliv

Friluftsliv har potensial til å redusere sosiale helseforskjeller, da det gir flere helsegevinster (416), er lett tilgjengelig og i utgangspunktet krever lite utstyr. Marka utgjør over 300 000 dekar av Oslo kommunes areal, det vil si 68 prosent av kommunens samlede areal. Mange har dermed god tilgang til marka. Fjorden er mindre tilgjengelig (421), men brukes også hyppig av Oslos befolkning. Én av fire bruker fjorden eller marka minimum ukentlig (figur 10.11). Bruken av fjorden og marka er forholdsvis lik mellom kvinner og menn, men det er betydelige forskjeller mellom aldersgruppene. I tillegg er det relativt store forskjeller mellom de ulike byområdene.



Figur 10.11 Andel personer som bruker fjorden eller marka, etter grad av bruk, kjønn, alder og byområder. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023, spesialbestilling (76).

Gåtturer er den klart mest populære friluftslivsaktiviteten, og 80 prosent av Oslos befolkning gikk fottur i fjell, skog eller mark i 2021 (tabell 10.1). De minst populære friluftslivsaktivitetene i Oslo er ridning og jakt. Sammenlignet med landsgjennomsnittet er det flere i Oslo som går på ski og står på alpinski, snøbrett, randonéski eller lignende, og færre som fisker og går på jakt og sopp- og bætturer.

Tabell 10.1 Andel (%) personer som har deltatt på ulike friluftslivsaktiviteter de siste 12 månedene. 2021. Norge, Oslo.

	Norge	Oslo
Deltatt i friluftslivsaktiviteter, i alt	97	98
Gåttur i parker eller naturomgivelser i nærheten av bolig	93	94
Fottur i fjell, skog eller mark, i alt	82	80
Fottur i fjell, skog eller mark, som varte mer enn 3 timer	53	54
Fottur i fjell, skog eller mark, som varte under 3 timer	79	77
Sykkeltur	27	29
Skitur i fjell, skog eller mark, i alt	39	44
Skitur i fjell, skog eller mark, som varte mer enn 3 timer	19	26
Skitur i fjell, skog eller mark, som varte under 3 timer	37	42

Stått på alpinski, snøbrett, randonéski, eller lignende	18	26
Fisket	41	28
Båttur, i alt	48	45
Båttur med kano, kajakk eller robåt	24	23
Båttur med annen type fritidsbåt	38	35
Gått på skøyter utendørs	14	14
Ridetur på hest	4	4
Badet utendørs	62	70
Jakt	8	4
Bær- eller sopptur	42	36
Klatret utendørs	6	7
Overnattet ute i naturen	27	28
Deltatt i organiserte friluftslivsaktiviteter	6,3	4,8

Kilde: Statistikkbanken SSB ((8), 13374).

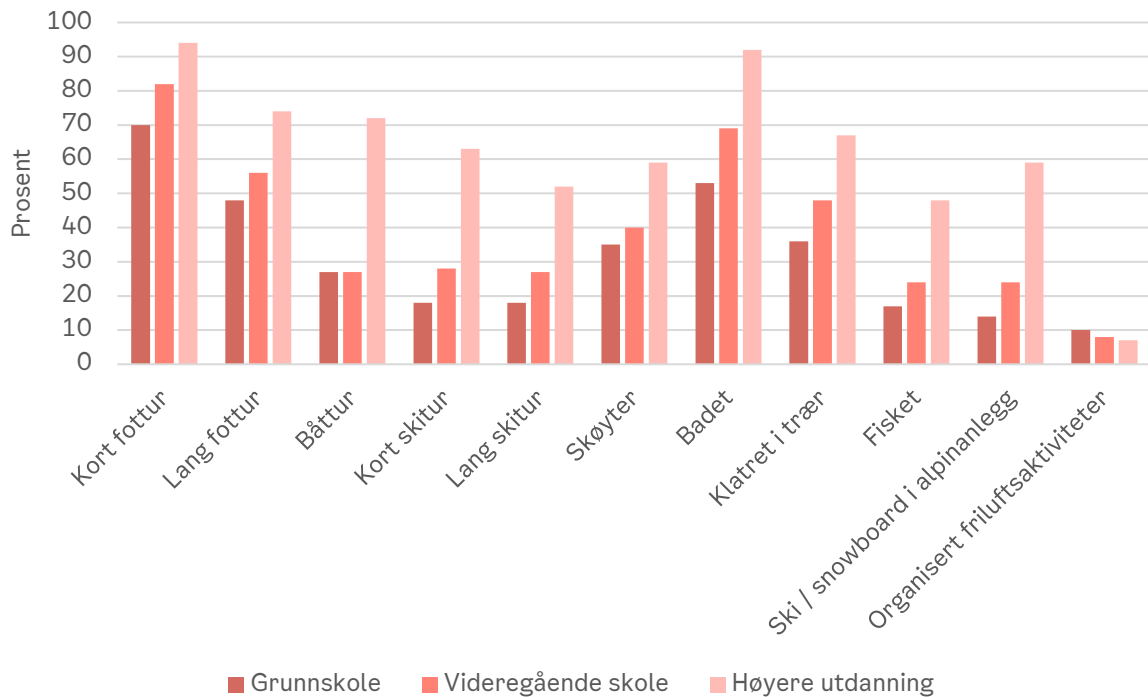
#### 10.4.1 Friluftsliv blant barn og unge

Friluftsliv er tett knyttet til fysisk aktivitet og bidrar dermed med mye av de samme helsegevinstene, men kontakt med naturen har også en positiv effekt på barn og ungdoms psykiske helse (422). Aktivitet ute i naturen bidrar til å redusere stress og har vist seg å forebygge astma blant barn og redusere risikoen for demens, hjerteinfarkt og kreft senere i livet (423). I tillegg kan lek og aktivitet i naturen bidra positivt til barns motoriske utvikling. Andre positive effekter omfatter opplevelsen av tilhørighet og personlig identitet, bedre konsentrasjonsevne, refleksjonsevne og sosial samhandling og utvikling av følelser og fantasi (424).

Over halvparten av ungdommene (59 %) i alderen 13–19 år deltok i friluftslivsaktiviteter (inkludert treningsaktiviteter utendørs) i Oslo i 2018 (425). Korte fotturer, bading og sykling er de mest populære friluftslivsaktivitetene, og mellom 76 og 89 prosent av barna i Oslo holdt på med disse aktivitetene i 2020 (426). Oslo ligger litt under landsgjennomsnittet når det gjelder deltakelse i de fleste friluftslivsaktiviteter. Unntakene er fiske, der deltakelsen i Oslo ligger langt under landsgjennomsnittet, og skøyter, ski eller snøbrett i alpinanlegg og klatring i klatresenter, der deltakelsen er høyere enn landsgjennomsnittet.

Barn som har foreldre med høy inntekt, er mer ute i friluft enn barn fra husholdninger med lavere inntekt. Dette gjelder imidlertid ikke for organiserte friluftslivsaktiviteter (speideren, barnas turlag, osv.). 10 prosent av barna i laveste inntekstkvintil har deltatt i aktiviteter med friluftslivsorganisasjoner, sammenlignet med 6 prosent av barna i øverste inntekstkvintil (426). Flere barn med innvandrerbakgrunn er med i organisert friluftslivsaktivitet enn barn med norskfødte foreldre.

Foreldrenes utdanning har også mye å si for barns deltakelse i friluftsliv i Oslo. Barn med minst én forelder som har høyere utdanning, har høyere deltakelse i samtlige friluftslivsaktiviteter. Dette gjelder spesielt båtturer og skiturer (figur 10.12). Av barna som har foreldre med grunnskoleutdanning, har 27 prosent vært på båttur og 18 prosent på skitur det siste året. Andelene er henholdsvis 72 og 63 prosent for barn som har foreldre med høyere utdanning.



Figur 10.12 Andel som har deltatt på ulike friluftslivsaktiviteter de siste 12 månedene i 2020, etter foreldres utdanningsnivå. 2020. Oslo. Prosent. Kilde: "Kartlegging av friluftslivdeltakelse, lek og fysisk aktivitet hos barn i Oslo" – Levekårsundersøkelsen 2020 (426).

Det er et mål å jevne ut de sosiale forskjellene i friluftslivsaktiviteter blant barn, både fordi friluftsliv har stor verdi i seg selv, og fordi helsegevinstene ved friluftsliv kan bidra til å minske de sosiale helseforskjellene.

## 10.5 Aldersvennlig by

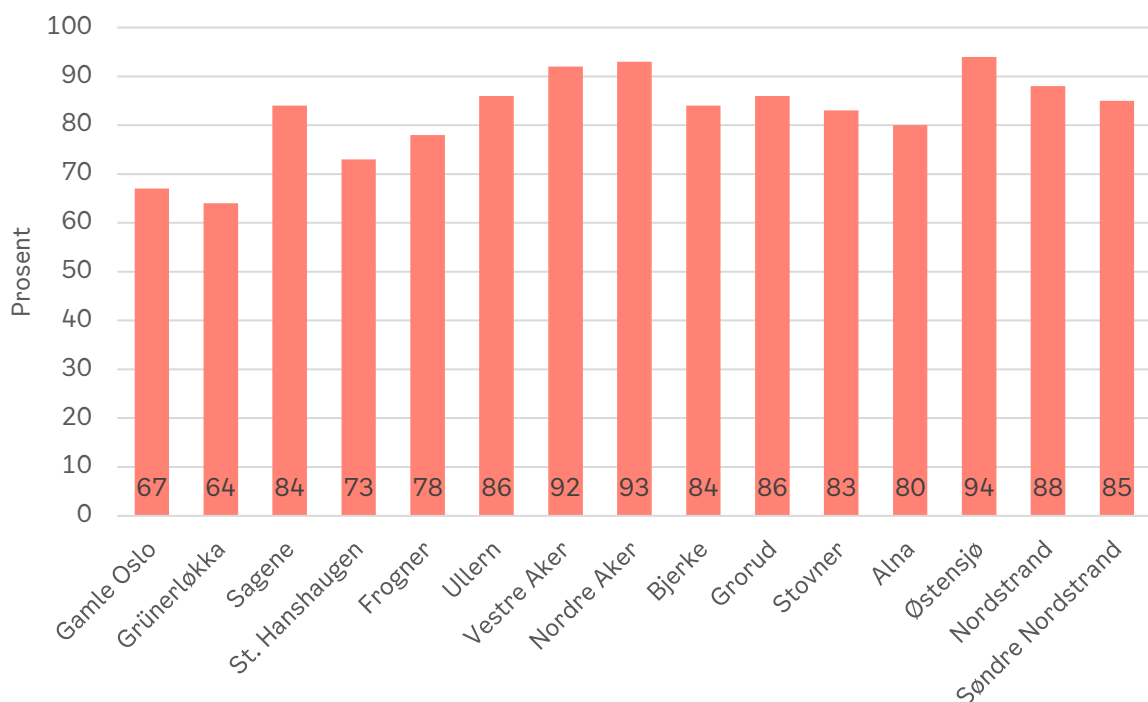
M. fldersvennlig samfunn kan bidra til å spare ressurser for institusjons- og hjemmebaserte tjenester og forbedre de eldres livskvalitet (427). Transportmuligheter, botilbud og utendørsområder som er tilpasset fysisk aktivitet, er noen av de viktigste faktorene for å lykkes med å utvikle en aldersvennlig by.

Sosial isolasjon i den senere delen av livet er et folkehelseproblem og en risikofaktor for å utvikle demens (175), men det er også en kilde til psykisk uhelse i seg selv. Eldre som bor alene, er dermed en risikogruppe. I 2022 bodde 11 550 personer over 80 år alene i Oslo ((8), 06844), noe som tilsvarte 53 prosent av alle over 80 år. Antallet eldre aleneboende har økt gradvis siden

2015, men dette har skjedd parallelt med økningen i antall eldre generelt, og andelen aleneboende eldre har ikke endret seg. Med det økte antallet eldre vil helsetjenestene få store bemannings- og tidsutfordringer, og derfor blir det viktig å legge godt til rette for at eldre kan bo hjemme lenger, spesielt de som bor alene (428). 42 prosent av de eldre (60+) har god erfaring med omsorgsbolig eller botilbud til eldre i Oslo (76).

Mobilitet og transport er også viktige faktorer med tanke på de eldres livskvalitet og mulighet til sosial deltakelse. Nedsatt funksjonsnivå kan gjøre dette utfordrende og bidra til at eldre ikke kommer seg til sosiale møteplasser og blir sittende hjemme i egen bolig. Over halvparten (56 %) av de eldre (60+) er fornøyd med gangframkommeligheten i Oslo, og 76 prosent er fornøyd med kollektivtransporttilbudet der de bor (76). Man kjører mer bil og sykler mer jo eldre man er, mens reiser med kollektivtransport, minsker med alderen (429). En stor del av reiseomfanget til eldre bestemmes av andre faktorer, slik som tilgang på transportmidler, spesielt for de eldste. Ruter aldersvennlig transport, også kalt Rosa busser, er et transporttilbud som sikrer dør-til-dør-transport for personer over 67 år som har utfordringer med å benytte seg av tradisjonelle kollektivtilbud (430). I 2022 benyttet 4 000 unike kunder seg av tilbudet i Oslo, og det har blitt gjort til et fast tilbud i bydelene Vestre Aker, Nordre Aker, Ullern, Sagene, Bjerke, Alna og i marka, og planen er å utvide tilbudet til flere bydeler (431).

For at eldre skal kunne være tilstrekkelig fysisk aktive, er det viktig at nærmiljøet er tilpasset for bevegelse. I Oslo er aldersgruppen 60+ den gruppen som er mest fornøyd med tilgangen til natur- og friluftsområder (85 % er fornøyd). Det er imidlertid relativt store variasjoner mellom bydelene (figur 10.13).



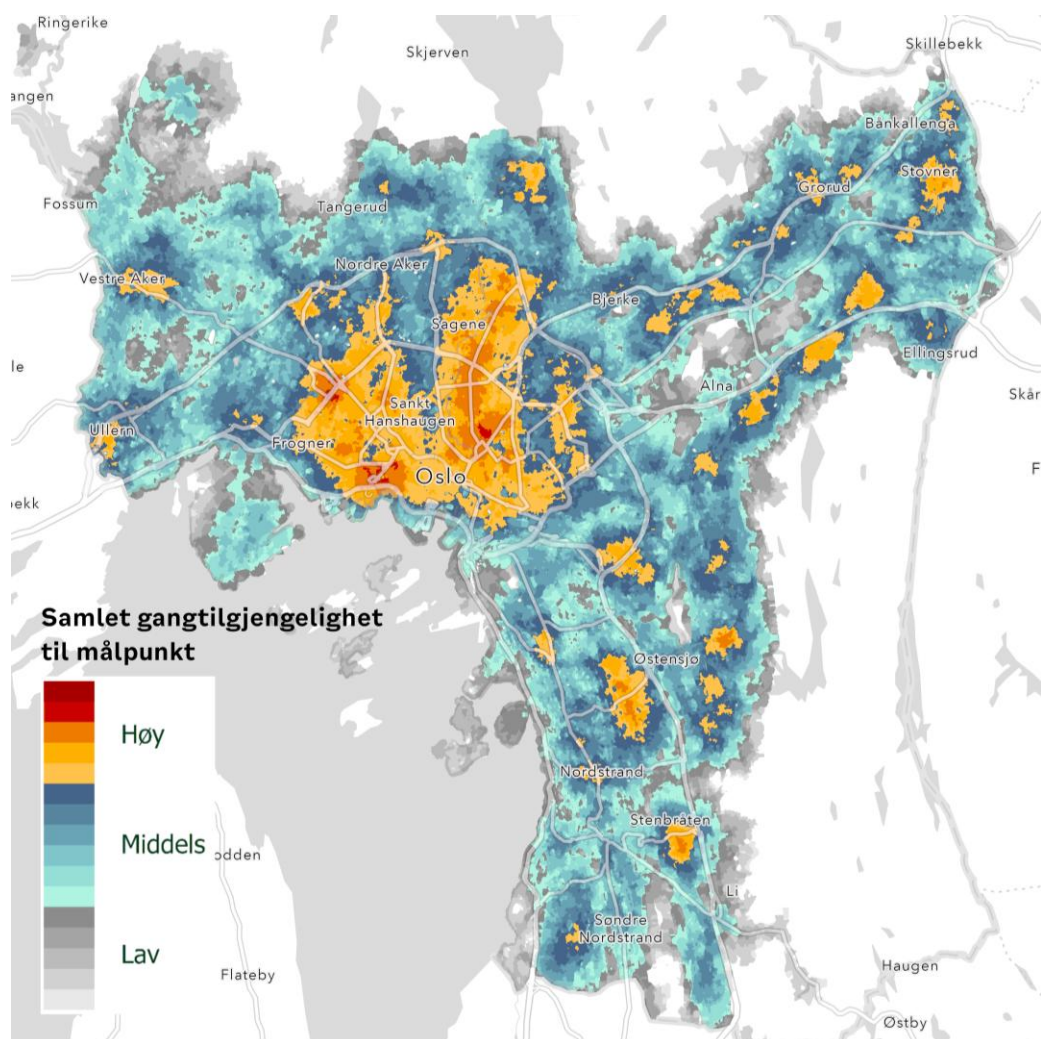
*Figur 10.13: Andel eldre (60 år+) som er tilfredse med tilgang til natur og friluftsområder i nærområdet, etter bydel. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023, spesialbestilling (76).*

## 10.6 Aktivitetsvennlig by og aktiv transport

Gå- og aktivitetsvennlige lokalsamfunn og nabolag fremmer fysisk og psykisk helse og livskvalitet (44). Som vi så i delkapittel 6.3, sitter de fleste stille mer enn åtte timer om dagen, og bare 45 prosent av disse oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. For å oppnå økt fysisk aktivitet i befolkningen må byen planlegges på en måte som legger til rette for det. Hovedmål 1 i den nasjonale handlingsplanen for fysisk aktivitet 2020–2029 er «et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn gis mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet» (217). Det innebærer blant annet å bevare og etablere grønt- og lekeområder der folk bor, som omtalt ovenfor, men også å tilrettelegge for mer gåing og sykling. Det må være enkelt å være fysisk aktiv i hverdagen, som å sykle og gå fram og tilbake til arbeid, skole, fritidsaktiviteter og butikken.

Dersom flere går og sykler, kan dette også bidra til å senke det totale klimagassutslippet fra transport. I mai 2018 vedtok bystyret «Plan for sykkelveinettet» (bystyresak 135/2018), som har som mål om at 25 prosent av alle hverdagsreiser skal foregå med sykkel innen 2025 (432). I tilknytning til målet om å øke andelen sykkelreiser er det et mål å bygge totalt 100 kilometer ny og oppgradert sykkelinfrastruktur innen utgangen av 2023. Oslos gå-strategi er en annen viktig satsing hvor hovedmålet er at flere mennesker skal gå mer.

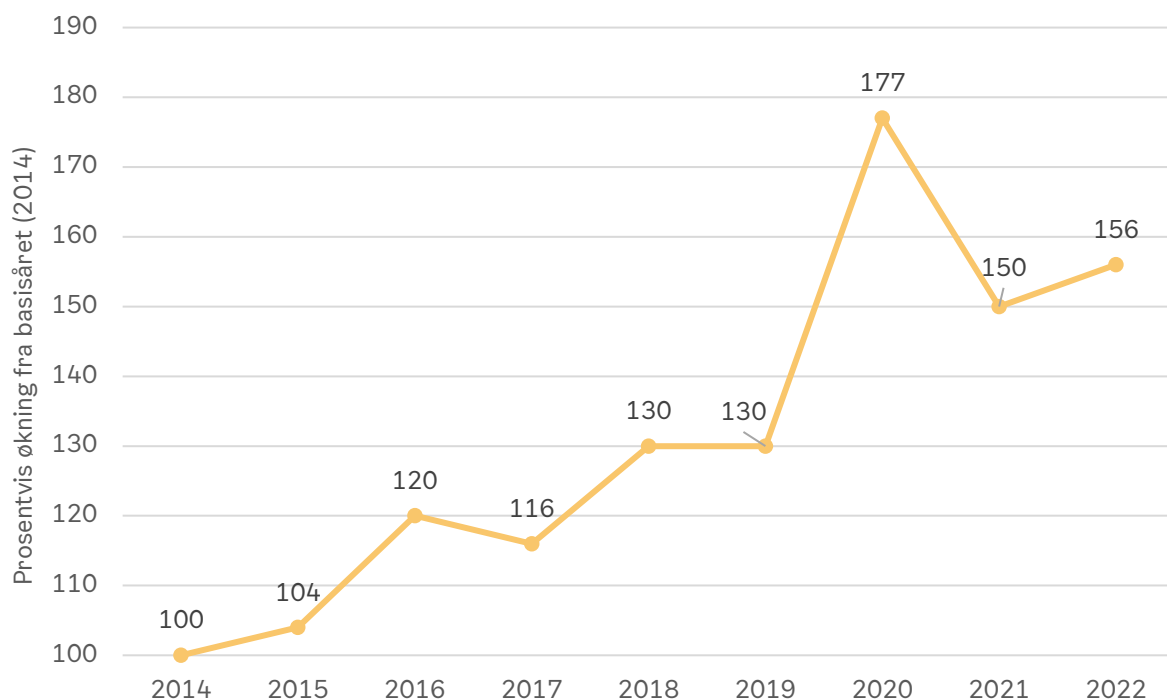
Blandet arealbruk, boligtetthet, tetthet av veikryss og sammenhengende gate-, vei- og fortausnettverk ser ut til å være sentrale for å fremme gange og fysisk aktivitet (433). Sykkelveinettet i Oslo er totalt på 276 kilometer og har økt med 60 kilometer siden 2018 (434). Kartet i figur 10.14 gir en samlet framstilling av gangtilgjengeligheten i Oslo og hvordan den varierer mellom ulike deler av byen (435). Gangtilgjengelighet beskriver hvor mange og hvilke målpunkter som finnes innenfor gangavstand fra der folk bor. God gangtilgjengelighet gjør det lettere å ta miljøvennlige transportvalg og fremmer aktivitet i hverdagen. Målpunkter er steder og tjenester som er viktige i dagliglivet, for eksempel butikker, kollektivtransport, barnehager, skoler og fritidsaktiviteter. De ulike målpunktene er vektet ulikt. Store deler av indre by, særlig Vika, Majorstuen og Sofienberg, har et godt tilbud innenfor gangavstand. På nivået under finner vi Briskeby, Bislett, store deler av Grünerløkka og Torshov og enkelte bydelssentre i sør, Lambertseter, Bøler og Mortensrud. Av boligområder med særlig lave verdier finner vi blant annet Ullern, Holmenkollåsen og Malmøya/Ormøya.



Figur 10.14 Gangtilgjengelighet til målpunkter. 2022. Oslo. Kilde: Plan og bygningsetaten (435).

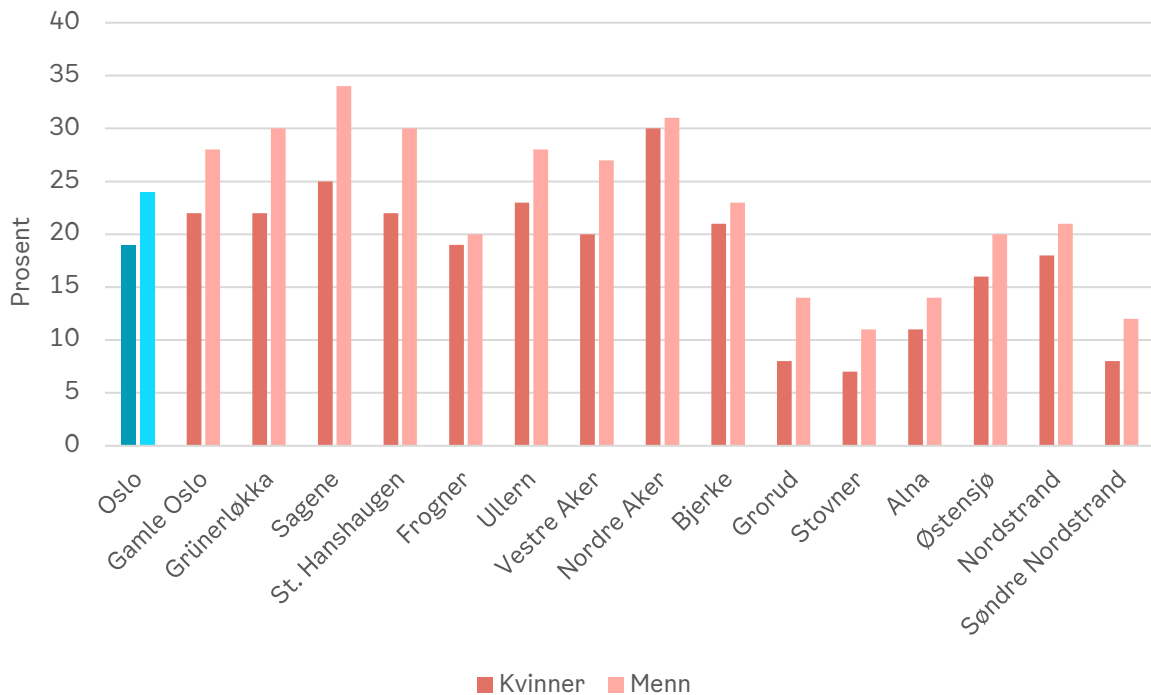
Rundt 80 prosent av befolkningen er fornøyd med ganginfrastrukturen i Oslo, og andelen har vært stabil over tid (436). Halvparten av befolkningen var fornøyd med sykkelveinettet i Oslo, en klar forbedring fra 24 prosent i 2014. Befolkningens holdninger til Oslo som en gang- og sykkeltilpasset by beskrives nærmere i *Oslo trender 2023*.

Det har vært en økning i sykkelreiser i Oslo, men andelen som sykler, er lavere enn målsettingen. I 2022 var 5 prosent av andelen reiser i Oslo gjort med sykkel og 29 prosent gående (437). Spesielt reiser med sykkel presenterer m. fl. alternativ til bilreiser, og mange kortere distanser som i dag tilbakelegges med bil, kan sykles i stedet. Tall fra sykkeltegnere i Oslo viser en 56 prosent økning i antall sykkelreiser fra 2014 til 2022 (figur 10.15). Samtidig blir stadig flere reiser i Oslo tatt til fots – andelen har økt fra 24 prosent i 2019 til 29 prosent i 2022 (437). Under pandemien i 2021 var gangandelen noe høyere med 31 prosent. Gangandelen i Oslo er høyest av de åtte største byområdene i landet.



Figur 10.15 Vekst i sykkeltrafikken i forhold til basisåret 2014 (2014=100), etter år. Basert på tall fra sykkeltellere fra rundt omkring i byen. 2022. Oslo. Prosentvis økning. Kilde: Bymiljøetatens årsberetning 2022 (434).

Det er betydelige forskjeller i sykkelbruk, både mellom kvinner og menn og mellom bydelene i 2023 (figur 10.16). Menn sykler mer enn kvinner i alle bydeler, men forskjellene varierer.



Figur 10.16 Andel som bruker sykkel som fremkomstmiddel ukentlig/daglig, etter kjønn og bydel. 2023. Oslo. Prosent. Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2023, spesialbestilling (76).

Reisevaneundersøkelser og sykkeltellere er de to hyppigst brukte og beste kildene vi har til å hente inn tall på nåværende sykkelreiser og utviklingen i sykkelreiser. Det skal nevnes at begge metodene har visse svakheter. I reisevaneundersøkelsen er det lav svarprosent og utvalgsskjevhet. Mange områder og grupper er dårlig representert. Den bidrar med lite informasjon om selve sykkelturene og fanger ikke opp all sykling. Et begrenset antall sykkeltellere medfører at bare omkring halvparten av sykkelreisene blir registrert, og det er dermed vanskelig å si om de som blir registrert, er representative for alle sykkelreiser. Det er for eksempel flest sykkeltellere i sentrumsnære områder, noe som gjør at det er vanskelig å si noe om utviklingen i sykling i ytre boligområder (438).

Det ville være naturlig å tenke at økningen i sykling i Oslo henger sammen med den kraftige veksten i populariteten til el-sykling de seneste årene (figur). El-sykling kan motvirke de typiske barrierene for å sykle, som stor fysisk belastning, svette og tidsbruk (439, 440), men er samtidig anstrengende nok til at det kan bidra til at man når de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet (441). Andelen sykkeltureturer med el-sykkel har økt med 28 prosent fra 2014 til 2021 og med 10 prosent siden 2019 (429).

Transport og aktiv transport beskrives nærmere i *Oslo-trender 2023* (4).

Oslos overordnede mål er at byen skal være godt tilrettelagt for idrett og friluftsliv, spesielt for barn og unge. Antall tilgjengelige idrettsanlegg påvirker i hvor stor grad barn og unge har

mulighet til å delta i organisert idrett, og om man klarer å rekruttere barn og unge til å drive med idrett (442). I Behovsplan for idrett og friluftsliv 2021–2030 er det et delmål at dekingen av idrettsanlegg på prioriterte anlegg minimum skal følge dagens deking (216). For noen anleggstyper er målet at dekingen skal bedres. Oslo er det fylket som har dårligst anleggsdeking i forhold til størrelsen på befolkningen (4). Anleggsdekingen er dårligst i indre by (216). Status for dekningsgraden av idrettsanlegg per 2022 i Oslo finnes i Oppdatert handlingsprogram idrett 2021–2024 (443) og idrettsanlegg er nærmere beskrevet i *Oslo trender 2023* (4).

## 11 Folkehelseutfordringer og -ressurser

---

I all hovedsak lever Oslos befolkning gode og lange liv med god helse. Helsetilstanden blant Oslos befolkning er for mange indikatorer bedre enn landsgjennomsnittet, og utviklingen over tid er for det meste positiv. Samtidig ser vi en forverring i psykisk helse og livskvalitet i noen grupper av befolkningen, og det har vært en jevn økt tilstrømming til helsetjenestene og flere brukere av legemidler knyttet til psykisk helse blant barn, ungdommer og unge voksne (kapittel 4). Hva som er årsaken til denne utviklingen og om dette henger sammen med koronapandemien og de smitteverntiltakene som ble innført, er det for tidlig å si noe sikkert om nå. Det understreker behovet for at arbeidet med folkehelseoversikter må gjøres løpende, i tillegg til jevnlig statusoppsummeringer som *Oslohelsa 2023*. Det understreker også behovet for å følge med på utviklingen i tidsserier og forsknings- og analyseresultater framover.

Det er fortsatt store forskjeller i helse og livskvalitet i Oslo (Kapittel 2–4). Selv om helsa vår er bedre nå enn før, har ikke denne forbedringen kommm. flle innbyggere til gode. For eksempel er forventet levealder seks år høyere i bydelen med høyest forventet levealder enn i bydelen med lavest. Dette viser at forebyggingspotensialet fortsatt er stort. Men hva som må forebygges og hvordan kan arte seg noe forskjellig i ulike bydeler og i forskjellige grupper i Oslos befolkning. Folkehelseutfordringer løses ikke i enkeltsektorer, men gjennom systematisk samarbeid på tvers av sektorer og målrettet innsats.

Situasjonsbeskrivelsen i rapporten er basert på et rikt datamateriale, og kombinert med kunnskap om årsaker og konsekvenser har vi identifisert de viktigste folkehelseutfordringene og -ressursene i Oslo nå og framover. Disse er:

- sosial ulikhet i helse og levevaner
- psykisk helse og livskvalitet
- økende eldrebefolkning
- tilknytning til arbeidsliv
- bo- og nærmiljø
- klima- og miljøendringer

For å vurdere hva vi anser som de viktigste utfordringene har vi anlagt et helhetsperspektiv, og blant annet lagt til grunn konsekvenser, fordeling og mulighet for å forebygge.

Folkehelseutfordringene og -ressursene skal ligge til grunn for både kommunens langsiktige planlegging og iverksettelse av nødvendige og kunnskapsbaserte tiltak på områdene med størst folkehelseutfordringer. Folkehelseutfordringene skal vektlegges i drøfting og vurdering av alle relevante planer for kommunen, slik at vi på tvers av sektorer legger til rette for gode vilkår for helse og motvirker eventuelle forhold som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

I møte med utfordringene har Oslo viktige ressurser som gir bedre helse og livskvalitet. Disse er positive faktorer som kan beskytte mot belastninger, men som også i seg selv kan fremme god helse. I mange tilfeller henger utfordringer og ressurser tett sammen, og de behandles derfor samlet nedenfor.

Bystyret i Oslo har vedtatt en overordnet og langsiktig folkehelsestrategi for Oslo fram mot 2030. Alle virksomheter i Oslo kommune er viktige bidragsyttere i arbeidet med å videreutvikle byens folkehelsearbeid. Hovedutfordringene som identifiseres i Oslohelsa skal sees i sammenheng med *Folkehelsestrategi for Oslo 2023–2030*, og vil være nyttige i arbeidet med å realisere og konkretisere strategien.

Oslo er en mangfoldig by, også geografisk. Hva som er de viktigste folkehelseutfordringene og -ressursene vil kunne variere mellom bydelene, samtidig er vi av den oppfatning at de overordnede utfordringene og -ressursene gjelder for befolkningen i hele byen, selv om vektleggingen kan variere mellom bydeler og også sektorer.

## 11.1 Sosial ulikhet i helse og levevaner

Ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser bidrar mest til det samlede helsetapet i Oslo, både ved å bidra til tidlig død og redusert helse. Dette er sykdommer som langt på vei er forebyggbare. I hovedsak har det vært en nedgang i disse sykdommene over tid. Heller ikke pandemien ser ut til å ha gjort store endringer i denne langsiktige nedgangen. For flere av sykdommene, er forekomsten lavere i Oslo enn i Norge ellers. Men bak gjennomsnittstallene er det store forskjeller. For noen indikatorer er forskjellene i sykdom og dødelighet gjenspeilet i bydelsforskjeller. Forekomsten følger kjente skillelinjer ved at helseutfordringene er høyere i bydeler der flere har lav inntekt og lavere utdanningsnivå (kapittel 2 og kapittel 3).

Disse sykdommene påvirkes av mange av de samme risikofaktorene, som røyking, kosthold og fysisk aktivitet (kapittel 2). Det er sosiale forskjeller også i disse levevanene som i stor grad er samfunnskapt, og for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer er det behov for å rette innsatsen mot felles, bakenforliggende faktorer og skape en helsefremmende by som gjør det lett å ta sunne valg.

Grunnlaget for sosial ulikhet i ikke-smittsomme sykdommer og levevaner legges i tidlig alder. Vi har sett at det blant annet er forskjeller i fysisk aktivitet og kosthold etter foreldres utdanning blant barn og ungdom (kapittel 6).

Flere av Oslos innbyggere oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet nå enn før og den skadelige bruken av alkohol har blitt redusert. På den andre siden har det vært en økning i overvekt og fedme. Det er fremdeles et fåtall innbyggere som oppfyller Helsedirektoratets kostholdsanbefalinger og rusmiddelbruken i Oslo er fremdeles høy blant både ungdommer og voksne. Selv om det er få som røyker daglig, har tobakk fremdeles en stor betydning for folkehelsa i Oslo (kapittel 6).

## 11.2 Psykisk helse og livskvalitet

Psykisk helse og livskvalitet er en likeverdig del av folkehelsearbeidet. God psykisk helse handler ikke bare om fravær av psykiske plager og lidelser, men også om trivsel, velvære og livskvalitet. Livskvaliteten i Oslo er like god som i resten av landet, og i bedring etter pandemien. Etter pandemien opplevde 24 prosent av voksne og 16 prosent av ungdommer å være lite tilfreds med livet sitt. Andelen under de strengeste smitteverntiltakene har blitt målt til godt over 30 prosent blant både voksne og ungdommer. Til tross for en bedring er livskvaliteten i Oslo fremdeles skjevfordelt, og noen grupper har lavere livskvalitet enn andre (kapittel 2).

Mange i Oslo strever fortsatt med psykiske helseutfordringer. I alt 18 prosent av voksne og 11 prosent av barn og unge (0–14 år) oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse. Omtrent 3 prosent har en rusmiddellidelse. I tillegg oppgir rundt én av fire voksne og én av seks ungdommer at de har betydelige psykiske plager (kapittel 4).

Fra 2020 til 2022 har det vært store variasjoner i psykisk helse og livskvalitet, og for enkelte grupper har situasjonen blitt forverret i løpet av denne tidsperioden. Andelen med psykiske plager i aldersgruppen 18–24 år har økt med 18 prosentpoeng blant kvinner og 9 prosentpoeng blant menn. Flere barn, ungdommer og unge voksne tar kontakt med helsetjenestene grunnet psykiske helseutfordringer nå enn før og flere bruker medisiner mot psykiske lidelser og andre psykiske helseutfordringer. I de samme aldersgruppene ser vi en kraftig vekst i problematikk knyttet til spiseforstyrrelser og ADHD i spesialisthelsetjenesten. Nær én av tre studenter oppfyller kriteriene for langvarig søvnløshet, og tallet har vært stabilt høyt i perioden 2018–2022 (kapittel 4).

Antall selvmord i Oslo har vært stabil og utgjør om lag 80 tilfeller per år. Selvmordsraten blant middelaldrende og eldre i Oslo er høyere enn landsgjennomsnittet, og blant kvinner 75 år eller eldre, er den dobbelt så høy (kapittel 4).

Viktige faktorer som fremmer psykisk helse og livskvalitet på befolkningsnivå er sunne levevaner, trivsel, deltakelse, tillit, samhold og like muligheter for alle. Oslos innbyggere er mer fysisk aktive, har færre daglige røykere og skårer høyere på forhold som tillit og positive sosiale relasjoner enn resten av landet. I tillegg deltar mange av Oslos innbyggere i kultur-, politikk og samfunnsliv. Dette er forhold som det er viktig å verne om og styrke. På den andre siden peker ulike kilder mot at flere barn og unge opplever mobbing, vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep nå enn i forrige Oslohelsa. Blant unge og middelaldrende voksne har det vært en oppgang i søvnvansker, ensomhet og diskriminering. Rusbruken i Oslo er høy blant både ungdommer og voksne. De sosiale forskjellene er fremdeles store (kapittel 6–9).

## 11.3 Økende eldrebefolkning

Oslo har en ung befolkning sammenlignet med mindre sentrale deler av landet.

Befolkningsframskrivingene viser at vi kommer til å ha det også i årene framover, men at det vil bli flere eldre også i Oslo. At flere lever lenger er en ønsket utvikling og mange kommer til å leve flere sunne og aktive år. Flere eldre kommer likevel til å ha betydning for folkehelsa i Oslo i årene

framover. Flere eldre i befolkning forventes å føre til en økning i både dødelighet og sykkelighet framover, og det vil bidra til en økning i forekomst av sykdommer som kreft, demens og muskel- og skjelettlidelser. Flere vil også ha kronisk sykdommer og sammensatte diagnoser. Selv om det er viktig å starte tidlig i livsløpet med forebygging, er det ikke for sent å satse på forebygging og helsefremming blant seniorer. Det vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og styrke den økonomiske bærekraften. Vi forventer også at eldrebefolkningen vil bli mer sammensatt i framtiden, blant annet med en større andel innvandrere og større kulturelt- og språklig mangfold. En aldersvennlig by kan ha stor betydning for at flere eldre kan leve sunne og aktive år med god livskvalitet.

#### 11.4 Tilknytning til arbeidsliv

Arbeid, gitt et godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår, har stor betydning for helse, levekår og livskvalitet. Høy grad av sysselsetting, et godt arbeidsmarked og høyt utdanningsnivå kan sees på som en av Oslos viktigste folkehelseressurser. Sammenhengen mellom arbeid og helse går begge veier: god (nok) helse er også en forutsetning for å kunne stå i arbeid, og folkehelsearbeid har dermed også betydning for å kunne opprettholde høy sysselsetting.

Etter koronapandemien er andelen sysselsatte i Oslo høyere enn på mange år. Samtidig er det noen grupper med lavere sysselsetting, og som det er viktig å ha søkelys på i et folkehelseperspektiv. Andelen sysselsatte over 50 år er lavere i Oslo enn i resten av landet, det gjelder særlig blant menn. Sysselsettingen er spesielt lav blant personer som ikke har fullført videregående opplæring, og det er ønskelig at flere fullfører. Grunnlaget for det legges tidlig i utdanningsløpet, og vi ser at det er forskjeller etter foreldrenes utdanningsnivå og mellom bydeler i hvordan barn og unge gjør det på skolen, inkludert gjennomføring av videregående opplæring.

Sysselsettingsnivået er særlig lavt blant personer med funksjonsnedsettelse og noen grupper av innvandrere. Blant innvandrere er det også større kjønnsforskjeller i sysselsetting sammenlignet med befolkningen ellers. Tilknytning til arbeid er viktig for integrering og gode levekår. For halvparten av barna i husholdninger med vedvarende lav inntekt er det ingen yrkestilknyttede personer i husholdningen.

#### 11.5 Bo- og nærmiljø

Oslo er på mange måter en grønn by med gode og trygge bomiljøer, noe som er en vesentlig folkehelseressurs. Å fortsatt opprettholde kvaliteten på de grønne områdene og bo- og nærmiljøene i takt med en økende befolkning, og gjennom fortetning og transformasjon er et viktig grunnlag både for å fremme folkehelse og samtidig skape en klimarobust by. En mer aktivitetsvennlig by for alle kan både bidra til økt fysisk aktivitet og bedre livskvalitet og samtidig redusere klimagassutslipp og bedre luftkvalitet. Det er sosiale forskjeller i tilgang til ulike bo- og nærmiljøkvaliteter som trygghet, støy, grøntområder og sosiale møteplasser, noe som bidrar til den samlede ulikheten i helse og livskvalitet. Kvalitetene ved nærmiljøet har særlig stor betydning for barn og eldre fordi disse gruppene oppholder seg mer i nærmiljøet.

## 11.6 Klima- og miljøendringer

Globalt sett regnes klimaendringer som en av hovedutfordringene folkehelsen står foran. I Oslo har vi så langt i hovedsak vært forskånet for mye av de negative helsekonsekvensene av klimaendringer. Dette betyr ikke nødvendigvis at vi vil forbli forskånet i framtiden. Det er per nå usikkert hvilke konsekvenser et varmere klima vil ha for folkehelsa i Oslo, og det er behov for mer kunnskap og utvikling av indikatorer for å følge med på utviklingen. Men et viktig prinsipp i folkehelsearbeidet er å være føre var.

Klima- og miljøendringer kan påvirke folkehelsen både direkte og indirekte via effekter på både den psykiske og fysiske helsen. Blant annet kan forekomsten av smittsomme sykdommer bli påvirket. Ulike grupper har ulik sårbarhet for å bli påvirket. For eksempel er de med underliggende sykdommer (for eksempel hjerte- eller lungesykdommer) og redusert evne til temperaturregulering (slik som eldre eller små barn) særlig sårbare for hetebølger. Klima- og miljøendringer kan påvirke matsikkerheten og vannkvalitet, og andre faktorer som har betydning for helse. Også den sosiale ulikheten kan bli påvirket, uten at vi har god nok kunnskap om mekanismene ennå.

Bærekraftig lokalsamfunn som er motstandsdyktig i møte med fremtidige klimaendringer, samtidig som det forhindrer ytterligere ødeleggelse/degenerering av klima, og også ha positiv betydning for folkehelse.

---

## 12 Referanser

---

1. Helsetaten. Oslohelsa 2020. Oversikt over påvirkningsfaktorer og helsetilstand i Oslo. Oslo: Oslo kommune; 2020.
2. Oslo kommune. Folkehelsestrategi for Oslo 2023–2030. Oslo: Oslo kommune; 2023.
3. Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale forskjeller. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
4. Byrådsavdeling for finans. Oslotrender 2023. Oslo: Oslo kommune; 2023.
5. Oslo kommune. Situasjonsbeskrivelse Folkehelsestrategi for Oslo (2023–2030). Vedlegg. Oslo: Oslo kommune; 2023.
6. Oslo kommune. Strategi for utjevning av sosiale forskjeller i Oslo kommune. 2023-2030. Oslo: Oslo kommune; 2023.
7. Forskrift om oversikt over folkehelsen. FOR-2012-06-28-692. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>.
8. Statistisk sentralbyrå (SSB). Statistikkbanken. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank>.
9. Oslo kommune. Geografiske inndelinger 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/geografiske-inndelinger/>.
10. Strand NP. Befolkningsutviklingen i Oslo gjennom 2022. Oslo: Oslo kommune; 2023. Oppdatert 15.03.2016. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/befolkning/befolkningsutviklingen-i-oslo-gjennom-2022>.
11. Folkehelseinstituttet. Sykdomsbyrde i Oslo. Hovedresultater fra Global Burden of Disease prosjektet 2019 Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>.
12. Byrådsavdeling for finans. Befolkningsframskrivningen for Oslo 2023–2050. Oslo: Oslo kommune; 2023.
13. Statistisk sentralbyrå (SSB). Visualisering av befolkningsframskrivninger for kommunene. 2022. Oppdatert 05.07.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/regionale-befolkningsframskrivninger/artikler/visualisering-av-befolkningsframskrivninger-for-kommunene-2022>.
14. Meld. St. 14 (2020–2021). Perspektivmeldingen 2021. Oslo: Finansdepartementet; 2021.
15. Hjemås G, Holmøy E, Haugstveit F. Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. Oslo: SSB; 2019. Rapport nr.: 2019/12.
16. Knudsen AK, Sulo G, Klitkou ST, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge i 2050. I: Framtidens utfordringer for folkehelsen. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 03.02.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/sykdomsbyrde-i-norge-i-2050/?term=&h=1>.
17. Lyngstad TH, Tønnesen M. Befolkningsutviklingen. I: Frønes I, Kjølsvold L, red. Det norske samfunn. 8 ed. Oslo: Gyldendal; 2022.
18. Dzamarija MT. Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse. Oslo: SSB; 2022. Rapport nr.: 2022/2.
19. Tømmerås AM, Thomas MJ. Nasjonale befolkningsframskrivninger 2022. Oslo: SSB; 2022. Rapport nr.: 2022/29.

20. Syse A, Tønnessen M. Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2022;8(2):8-29.
21. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. Sitert 19.10.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>.
22. Sørlien K. 1 av 5 bor alene Oslo. Statistisk sentralbyrå; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger/artikler/1-av-5-bor-alene>.
23. Christiansen SG. Befolkningen i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 24.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/befolkningen/>.
24. Gram KH. Dårligere livskvalitet blant enslige: Statistisk sentralbyrå; 2023. Oppdatert 18.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekare/artikler/darligere-livskvalitet-blant-enslige>.
25. World Health Organization. Social determinants of health. n.d. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).
26. Dahl E, Bergsli H, Wel Kvd. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
27. Goldblatt P, Castedo A, Allen J, Lionello L, Bell R, Marmot M, m. fl. Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014. London: Institute of Health Equity; 2023. Rapport nr.: 3/2023.
28. Helsedirektoratet. Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag Oslo: Helsedirektoratet; 2023. Oppdatert 01.08.23. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014--sammendrag>.
29. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelse loven). LOV-2011-06-24-29 (2012). Sist endret 01.07.2022. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.
30. Rydland HT, Øversveen E. Sosial ulikhet i helse - en samfunnsvitenskapelig innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
31. NOU 2023: 5. Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>.
32. Syse A, Grøholt EK, Madsen C, Aarø LE, Strand BH, Næss ØE. Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 16.09.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>.
33. Bakken A. Ung i Oslo 2023. Ungdomsskolen og videregående skole. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023. Rapport nr.: 6/23.
34. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø. Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Rapport nr.: IS-2959.
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra:

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>.
36. Dahl E, Elstad JI. Sosial ulikhet tar liv- faglige og folkehelsepolitiske vurderinger. Nasjonalforeningen for folkehelsen; 2022.
  37. Ljunggren J. Oslo og sosial ulikhet. In: Ljunggren J, editor. Oslo - ulikhetenes by. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
  38. Fløtten T, Kavli HC, Bråten B. Oslo er fortsatt en delt by. Levekår, trygghet og tillit. Oslo: Fafo; 2023. Rapport nr.: 2023:11.
  39. Nosrati E. Ulikhetens geografi. I: Fløtten T, Kavli HC, Trygstad S, red. Ulikhetens drivere og dilemmaer. Oslo: Universitetsforlaget; 2023.
  40. Kinge JM MJ, Øverland S, m. fl. Association of household income with life expectancy and cause-specific mortality in Norway, 2005–2015. JAMA. 2019;321(19):1916–25.
  41. NOU 2020: 16. Levekår i byer. Gode lokalsamfunn for alle. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/cc978f8e2184980b4597ba59796e7e3/no/pdfs/nou2020200016000dddpdfs.pdf>.
  42. Hofstad H, Bergsli H. Folkehelse og sosial bærekraft. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger Oslo: NIBR; 2017. Rapport nr.: 2017:15.
  43. FN-Sambandet. FNs bærekraftsmål 2023. Oppdatert 18.09.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>.
  44. Kommunal- og distriktsdepartementet. Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023–2027. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2023.
  45. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Bærekraftsmålene: Status for de nasjonale indikatorene. u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/baerekraftsmaalene>.
  46. Oslo Kommune. Bærekraftsrapport for Oslo kommune. Voluntary Local Review. 2023.
  47. Beredskapetsetaten. Evaluering av Oslo kommunes håndtering av Covid-19 pandemien. Oslo: Oslo kommune; 2022.
  48. NOU 2023: 16. Evaluering av pandemihåndteringen: Rapport fra Koronautvalget. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon: Teknisk redaksjon; 2023.
  49. Folkehelseinstituttet (FHI). Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
  50. Leino T, Aarø LE, Knapstad M, Skogen JC, Vedaa Ø. Opplevd tiltaksbyrde under koronapandemien: Resultater fra fire fylker desember 2021. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2022.
  51. Foss AH. Definisjoner og beregningsmetoder for dødelighetstabell. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1998. Rapport nr.: 98/89.
  52. Bævre K. Forventet levealder i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Oppdatert 08.07.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/levealder/?term=>.
  53. Oslo kommune. Statistikkbanken. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>.
  54. Folkehelseinstituttet (FHI). Kommunehelsa statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://khs.fhi.no/webview/>.

55. Folkehelseinstituttet (FHI). For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (indikator 1) [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 5.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/dodelighet-sykelighet/for-tidlig-dod/?term=>.
56. Folkehelseinstituttet (FHI). Nye krefttilfeller (indikator 2) [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 5.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/dodelighet-sykelighet/kreft/?term=>.
57. Folkehelseinstituttet. Diabetes hos voksne (indikator 12) [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 12.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/dodelighet-sykelighet/diabetes/?term=>.
58. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2022. Geneva: World Health Organization; 2013.
59. Lorem G, Cook S, Leon DA, Emaus N, Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep.* 2020;10(1):4886.
60. Mæland JG. På jakt etter sykdommers sosiale røtter. I: Mæland JG, Elstad JI, Westin S, red. Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
61. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Livskvalitetsundersøkelsen 2022. Spesialbestilling. Trondheim: Sikt; 2022.
62. NOVA. Ung i Oslo 2023. Ungdomsskole og videregående skole. Spesialbestilling. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023.
63. Enstad F, Bakken A. Ung i Oslo 2023. 5.–7. trinn. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023. Rapport nr.: 7/23.
64. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results [Internett]. Seattle WA: IHME; 2019. Tilgjengelig fra: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
65. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Seattle WA: IHME; 2019. Tilgjengelig fra: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
66. Nes RB, Røysamb E, Eilertsen MG, Hansen T, Nilsen TS. Livskvalitet i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Oppdatert 17.12.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>.
67. Phyo AZZ, Freak-Poli R, Craig H, Gasevic D, Stocks NP, Gonzalez-Chica DA, m. fl. Quality of life and mortality in the general population: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1596.
68. Pressman SD, Jenkins BN, Moskowitz JT. Positive affect and health: What do we know and where next should we go? *Ann Review Psychol.* 2019;70:627–50.
69. Diener E, Pressman SD, Hunter J, Delgado-Chase D. If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology: Health and Well-Being.* 2017;9(2):133–67.
70. Helsedirektoratet. Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
71. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Livskvalitetsundersøkelsen 2020. Spesialbestilling. Trondheim: Sikt; 2020.
72. Knapstad M, Herandstveit O, Sivertsen B. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2018. Oslo: SiO (Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus); 2018.
73. Sivertsen B. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse: Tilleggsundersøkelse 2021. Oslo: SiO (Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus); 2021.

74. Folkehelseinstituttet. Rapport for SiO - Studentenes helse- og trivselsundersøkelse, SHoT 2022. Oslo: SiO (Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus); 2022.
75. Folkehelseinstituttet (FHI). Fylkeshelseundersøkelsen i Oslo om koronaviruset 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.
76. Kantar Public. Innbyggerundersøkelsen 2023. Spesialbestilling. Oslo: Oslo kommune; 2023.
77. Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://khs.fhi.no/>.
78. NOVA. Ung i Oslo 2018. Ungdomsskole og videregående skole. Spesialbestilling. Oslo: NOVA, OsloMet; 2018.
79. NOVA. Ung i Oslo 2021. Ungdomsskole og videregående skole. Spesialbestilling. Oslo: NOVA, OsloMet; 2021.
80. Larsen IK, Kjerpeseth LJ. Kreft i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 03.10.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>.
81. Kreftregisteret. Antall nye krefttilfeller i Oslo. Spesialbestilling. Oslo: Kreftregisteret; 2023.
82. Ariansen IKH, Olsen K, Selmer RM. Hjerte- og karsykdommer i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Oppdatert 26.11.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>.
83. Helsedirektoratet. Statistikk fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), sammenkoblet. spesialbestilling. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.
84. Nystad W, Langhammer A, Melbye H. Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 09.11.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kols/?term=>.
85. Stene LCM, Berg CL, Ruiz PL-D, Gulseth HL. Diabetes i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Oppdatert 31.05.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/diabetes/?term=>.
86. Stene LC, Ruiz PL-D, Åsvold BO, Bjarkø VV, Sørgerd EP, Njølstad I, m. fl. Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? Tidsskr Nor Legeforen. 2020;140(17).
87. Folkehelseinstituttet (FHI). Dødsårsaksregisteret. Spesialbestilling. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
88. Nosrati E, Jenum AK, Tran AT, Marmot SM, Peter King L. Ethnicity and place: the geography of diabetes inequalities under a strong welfare state. Eur J Public Health. 2018;28(1):30-4.
89. Folkehelseinstituttet (FHI). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
90. Holan S, Vangen S, Hanssen K, Stray-Pedersen B. Diabetes hos gravide født i Asia, Afrika og Norge. Tidsskr Nor Legeforen. 2008;128(11):1289-92.
91. Jenum AK, Richardsen KR, Berntsen S, Mørkrid K. Gestational diabetes, insulin resistance and physical activity in pregnancy in a multi-ethnic population - a public health perspective. Norsk Epidemiologi. 2013;23(1):45-54.
92. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje - Svangerskapsdiabetes Oslo: Helsedirektoratet; 2023. Oppdatert 06.06.2023. Tilgjengelig fra:

- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/diagnostikk-og-tiltak-for-a-finne-uoppdaget-diabetes-og-svangerskapsdiabetes#tilby-glukosebelastning-til-gravide-i-uke-24-28-med-en-eller-flere-karakteristika-alder-etnisitet-arvelighet-kroppsmasseindeks-og-hendelser-i-tidligere-svangerskap>.
93. Kinge JM, Dieleman JL, Karlstad Ø, Knudsen AK, Klitkou ST, Hay SI, m. fl. Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: A national health registry study. *BMC Medicine*. 2023;21(1):201.
  94. Kinge JM, de Linde A, Dieleman JL, Vollset SE, Knudsen aK, Aas E. Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. *Scand J Public Health*. 2023:14034948231188237.
  95. Clarson BM, Steingrimsdottir OA, Holvik K, Ørstavik RE. Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 29.03.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=>.
  96. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m. fl. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003.
  97. Steingrimsdottir OA, Nielsen CS, Odsbu I, Skurtveit SO, Handal M. Langvarige smerter i Norge. I: *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 14.03.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerter/?term=>.
  98. NAV Oslo. Sykefravær [Internett]. Oslo: NAV Oslo; 2014. Oppdatert 13.09.2023; sitert 11.10.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/sykefravaer>.
  99. Arbeids- og velferdsdirektoratet. Diagnoser uføretrygd [Internett]. Oslo: NAV; 2020. Oppdatert 18.01.2023; sitert 17.08.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>.
  100. NAV Oslo. Økning i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger i Oslo siste året [Internett]. Oslo: NAV Oslo; 2022.
  101. NAV Oslo. Arbeidsavklaringspenger [Internett]. Oslo: NAV Oslo; 2022. [oppdatert 17.08.2023; hentet 17.09.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/arbeidsavklaringspenger>.
  102. Ihlebæk C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2010;130:2365-8.
  103. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Levekårsundersøkelsen om helse, 2015, fylke. Spesialbestilling. Trondheim: Sikt; 2015.
  104. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Levekårsundersøkelsen om helse, 2019, fylke. Spesialbestilling. Trondheim: Sikt; 2019.
  105. Folkehelseinstituttet (FHI). Nasjonal folkehelseundersøkelse - statistikk for Oslo. Spesialbestilling. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.
  106. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
  107. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Rapport nr.: IS-1735.

108. Meyer HE, Bergh IH. Overvekt og fedme i Noreg. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 20.10.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=>.
109. Abel MH, Totland TH. Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing: Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
110. Helsetaten. Fagsystemet CGM Journal. Spesialbestilling. Oslo: Oslo kommune; 2023.
111. Ekorndrud T, Skjøstad O. Tannhelse blant voksne i Sverige og Noreg. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2016. Rapport nr.: 2016/28.
112. Statistisk sentralbyrå (SSB). Dokumentasjonsrapport. Levekårsundersøkelsen om helse 2019. Oslo; Statistisk sentralbyrå: 2020. Rapport nr.: 2020/36.
113. Ekorndrud T, Jensen A. Låg inntekt og tannhelse. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. Rapport nr.: 2014/20.
114. Ekorndrud T, Skjøstad O, Texmon I. Tannregulering blant barn og unge. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019. Rapport nr.: 2019/27.
115. Bruun T, Paulsen TH, Olsen AO, Kløvstad H, Lavoll SB, Rydland KM, m. fl. Smittsomme sykdommer og smittevern. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 12.09.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/smitte/smittsomme/?h=1.&term=>.
116. Forland F, Johansen TKB, Steinert M, Andreassen ÅK, Rødland EK, Jore S, m. fl. Mulige trusler fra smittsomme sykdommer. I: Framtidens utfordringer for folkehelsen. [Internett]. Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 14.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/3.-mulige-trusler-fra-smittsomme-sykdommer/>.
117. Folkehelseinstituttet (FHI). MSIS Statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://msis.no/>.
118. Regjeringen. Tidslinje: Myndighetenes håndtering av koronasituasjonen [Internett]. Oslo: Regjeringen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>.
119. Helsedirektoratet. Statistikk fra Norsk pasientregister (NPR). Spesialbestilling. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.
120. Tvedten HM, m.fl. Del 1: Pandemiens viktigste helsekonsekvenser. I: Folkehelsen etter covid-19 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 31.08.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ss/korona/koronavirus/folkehelse rapporten-temautgave-2021/del-1-9/pandemiens-viktigste-helsekonsekvenser/?term=>.
121. Indseth T. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
122. Indseth T, Godøy A, Kjøllesdal M, Arnesen T, Jacobsen CC, Vinjerui KH, m. fl. Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
123. Kraft KB, Godøy AA, Vinjerui KH, Kour P, Kjøllesdal MKR, Indseth T. Vaksinasjonsdekning mot covid-19 etter innvandrerbakgrunn. Tidsskr Nor Legeforen. 2021.
124. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2. I: Koronavaksinasjonsprogrammet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Rapport nr.: 2020.

125. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*. 2015;14(2):231.
126. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, m. fl. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018;392(10157):1553–98.
127. Helsedirektoratet. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Rapport Nr.: IS-2263.
128. Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon: Teknisk redaksjon; 2023.
129. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295–301.
130. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME, Vestergaard M, Munk-Olsen T. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 2016;193:203–7.
131. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, m. fl. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLOS ONE*. 2013;8(1):e55176.
132. Major EF, Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., Aarø L.E. Bedre føre var. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011.
133. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland SN. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
134. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Livskvalitetsundersøkelsen 2021. Spesialbestilling. Trondheim: Sikt; 2021.
135. Madsen OJ. Den terapeutiske kultur. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
136. Marciano L, Ostroumova M, Schulz PJ, Camerini A-L. Digital media use and adolescents' mental health during the covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022;9.
137. Bang L, Hartz I, Furu K, Odsbu I, Handal M, Torgersen L, m. fl. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 13.09.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>.
138. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, m. fl. Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281–95.
139. Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://khs.fhi.no/webview/>.
140. Bakken A. Ungdomstid i storbyen. Oslo: NOVA; 1998. Rapport nr.: 414.
141. Folkehelseinstituttet (FHI). Norgeshelse statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.norgeshelse.no/norgeshelse/>.
142. Bakken A, Osnes SM. Ung i Oslo 2021. Ungdomsskole og videregående skole. Oslo: NOVA, OsloMet; 2021. Rapport nr.: 9/21.
143. Nøkleby H, Berg RC, Muller AE, Ames HMR. Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: En hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.

144. Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 15.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>.
145. Schulte MT, Hser YI. Substance use and associated health conditions throughout the lifespan. *Public Health Rev.* 2014;35(2).
146. Fauchald K, Audestad R. Helhetlig russtatistikk (2021–2022) [Internett]. Oslo: Velferdsetaten, Oslo kommune; 2023.
147. Helsetaten. Familia - barnevernets fagsystem. Spesialbestilling. Oslo: Oslo kommune; 2023.
148. Folkehelseinstituttet (FHI). Dødsårsaksregisteret statistikkbank [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://statistikkbank.fhi.no/dar/>.
149. Stene-Larsen K, Øien-Ødegaard C, Straiton ML, Reneflot A, Zahl PH, Myklestad I, m. fl. Selvmord i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 16.11.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>.
150. Helsetaten. Antall selvmord i Oslo i perioden 2012-2022. Spesialbestilling. Oslo: Helsetaten, i samarbeid med Oslo politidistrikt; 2023.
151. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, m. fl. How Many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2019;49(2):529–34.
152. Bonsaksen T, Skogstad L, Heir T, Ekeberg Ø, Schou-Bredal I, Grimholt TK. Suicide Thoughts and Attempts in the Norwegian General Population during the Early Stage of the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;18(8):4102.
153. Favril L, Yu R, Geddes JR, Fazel S. Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet Public Health.* 2023;8(11):e868-e77.
154. Saxvig IW. Søvn hos ungdom [Internett]. Bergen: Nasjonalt senter for søvnmedisin, Helse Bergen; 2021. Oppdatert 01.09.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-hos-ungdom>.
155. Sivertsen B. Søvnvansker i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 20.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/?term=>.
156. Riemann D, Benz F, Dressler RJ, Espie CA, Johann AF, Blanken TF, m. fl. Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *Journal of Sleep Research.* 2022;31(4):e13604.
157. Falkingham J, Evandrou M, Vlachantoni A, Qin M. Sleep Problems and New Occurrence of Chronic Conditions during the COVID-19 Pandemic in the UK. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23).
158. Hafner M, Romanelli RJ, Yerushalmi E, Troxel WM. The societal and economic burden of insomnia in adults: An international study. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2023.
159. Bakken A. Ungdata 2022. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2022. Rapport nr.: NOVA rapport 5/22.
160. Helsedirektoratet. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Spesialbestilling. Oslo: Helsedirektoratet; 2023.

161. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Antall med nedsatt funksjonsevne. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2022. Oppdatert 23.03.2022. Tilgjengelig fra: [https://www2.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/nedsatt\\_funksjonsevne/Antall/](https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Antall/).
162. NOU 2023: 13. På høy tid: Realisering av funksjonshindredes rettigheter. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon: Teknisk redaksjon; 2023.
163. Engvik M. Dårligere levekår blant ikke-heterofile. Statistisk sentralbyrå; 2022. Oppdatert 18.02.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/darligere-levekar-blant-ikke-heterofile>.
164. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika: Helse og livskvalitet. Oslo: Bufdir. u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/LHBT/helse-livskvalitet>.
165. Sannhets- og forsoningskommisjonen. Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner. Dokument 19 (2022–2023). Oslo: Sannhets- og forsoningskommisjonen; 2023.
166. Broderstad AR, Melhus M. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark- Tilleggsrapport om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet; 2019.
167. Eriksen AMA, Hansen KL, Schei B, Sørlie T, Stigum H, Bjertness E, m. fl. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health*. 2018;77(1):1508320.
168. Strand BH, Berg CL, Syse A, Nielsen CS, Skirbekk VF, Totland TH, m. fl. Helse hos eldre i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 13.03.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=>.
169. Moe JO, Hagen TP. Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *Eur J Ageing*. 2011;8:49–61.
170. Storeng SH, Øverland S, Skirbekk V, Hopstock LA, Sund ER, Krokstad S, m. fl. Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scand J Public Health*. 2022;50(5):542–51.
171. Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenester i KPR [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Oppdatert 24.03.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>.
172. Huseby BM. Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del 1: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Rapport nr.: IS-2997.
173. Strand BH, Vollrath MEMT, Skirbekk VF. Demens. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Oppdatert 23.02.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>.
174. Aldring og helse. Nasjonalt senter. Demenskartet [Internett]. Oslo: Aldring og Helse. Nasjonalt senter; 2020 [sært 03.11.2023]. Tilgjengelig fra: <https://demenskartet.no/>.
175. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, m. fl. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020;396(10248):413–46.
176. von Soest T, Luhmann M, Hansen T, Gerstorf D. Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. *J Pers Soc Psychol*. 2020;118(2):388.

177. Börjesson-Hanson A, Waern M, Östling S, Gustafson D, Skoog I. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *Am J Ger Psychiatry*. 2011;19(3):284–91.
178. Enroth L, Jasilionis D, Németh L, Strand BH, Tanjung I, Sundberg L, m. fl. Changes in socioeconomic differentials in old age life expectancy in four Nordic countries: the impact of educational expansion and education-specific mortality. *Eur J Ageing*. 2022;19(2):161–73.
179. Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, m. fl. Helse blant innvandrere i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019.
180. Spilker RS, Indseth T, Hussaini L, Labberton AS, Ali WA, Syse A, m. fl. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapportem - Helsetilstanden i Norge Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapportem/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=>.
181. Dzamarija MT. Slik definerer SSB innvandrere Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>.
182. Steinkellner A, Krokedal L, Andersen E. Innvandrere og deres barn - en mangfoldig gruppe Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/innvandrerne-og-deres-barn--en-mangfoldig-gruppe>.
183. Wallace M, Thomas MJ, Aburto JM, Jorring Pallesen AV, Mortensen LH, Syse A, m. fl. Immigration, mortality, and national life expectancy in the Nordic region, 1990–2019. *SSM Popul Health*. 2022;19:101177.
184. Syse A, Dzamarija MT, Kumar BN, Diaz E. An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries. *BMC Public Health*. 2018;18(1):508.
185. Meeks KA, Freitas-Da-Silva D, Adeyemo A, Beune EJ, Modesti PA, Stronks K, m. fl. Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Intern Emerg Med*. 2016;11(3):327–40.
186. Rabanal KS, Lindman AS, Selmer RM, Aamodt G. Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(6):1013–21.
187. Moen KA, Kumar B, Qureshi S, Diaz E. Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *Eur J Cancer Prev*. 2017;26(6):521–7.
188. Bhargava S, Tsuruda K, Moen K, Bukholm I, Hofvind S. Lower attendance rates in immigrant versus non-immigrant women in the Norwegian Breast Cancer Screening Programme. *J Med Screen*. 2018;25(3):155–61.
189. Wandel M, Raberg M, Kumar B, Holmboe-Ottesen G. Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: the effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite*. 2008;50(2-3):376–85.
190. Eggemoen AR, Knutsen KV, Dalen I, Jennum AK. Vitamin D status in recently arrived immigrants from Africa and Asia: a cross-sectional study from Norway of children, adolescents and adults. *BMJ Open*. 2013;3(10):e003293.
191. Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *Eur J Clin Nutr*. 2005;59(1):57–63.

192. Gabrielsen E, Lundetræ K. Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon. *Sykepleien Forskning*. 2014;9(1):26–34.
193. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Gutttersrud Ø. Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. *Befolkningens helsekompetanse, del II*. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Rapport nr.: IS-2988.
194. Bakken A, Pedersen W, Soest Tv, Sletten MA. Oslo-ungdom i koronatiden. En studie av ungdom under covid-19-pandemien. Oslo: NOVA, OsloMet; 2020. Rapport nr.: 12/20.
195. Kittelsaa AM, Wik SE, Tøssebro J. Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: Fellestrekk og variasjon. Trondheim: Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU); 2015.
196. NOU 2023: 13. På høy tid: Realisering av funksjonshindredets rettigheter. Oslo: Kultur- og likestillingsdepartementet; 2023.
197. NAV Oslo. Kommunestatistikk. Oslo: NAV Oslo; 2023. Oppdatert 24.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/hjelpemiddelsentraler/nav-hjelpemiddelsentral-oslo/lokal-informasjon/kommunestatistikk>.
198. World Health Organization (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2022.
199. Brunnes A, Flanders WD, Augestad LB. Self-reported visual impairment, physical activity and all-cause mortality: The HUNT Study. *Scand J Public Health*. 2017;45(1):33–41.
200. Statistisk sentralbyrå (SSB). 108 000 personer med nedsatt funksjonsevne var sysselsatt i fjor [Internett]. SSB; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/personer-med-nedsatt-funksjonsevne-arbeidskraftundersokelsen/artikler/108-000-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-var-sysselsett-i-fjor>.
201. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Sysselsetting for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo: Bufdir; 2015. Oppdatert 15.02.2022. Tilgjengelig fra: [https://www2.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/nedsatt\\_funksjonsevne/Arbeid/](https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/).
202. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Bruk av helsetjenester og tekniske hjelpemidler. Oslo: Bufdir; u.å. Tilgjengelig fra: [https://www2.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/nedsatt\\_funksjonsevne/Helse/bruk\\_av\\_helsetjenester\\_og\\_tekniske\\_hjelpemidler/](https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Helse/bruk_av_helsetjenester_og_tekniske_hjelpemidler/).
203. McColl MA, Jarzynowska A, Shortt S. Unmet health care needs of people with disabilities: Population level evidence. *Disability & Society*. 2010;25(2):205–18.
204. Dikaios S, Elena SR. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: Secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*. 2017;7(8):e016614.
205. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse (2020-2021). 2021. Oppdatert 29.09.2021. Rapport Nr.: 3:15.
206. Helse Førde. Samhandlingsbarometeret: Kunnskapsbank for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten [Internett]. Førde: Helse Førde. Tilgjengelig fra: <https://samhandlingsbarometeret.no/>.
207. Nordmo M, Kinge JM, Reme B-A, Flatø M, Surén P, Wörn J, m. fl. The educational burden of disease: a cohort study. *The Lancet Public Health*. 2022;7(6):e549–e56.
208. Heir T, Hansen MB, Bonsaksen T, Saur R, Brunnes A. Synstap og psykisk helse. [Internett]. Oslo: NKVTS, i samarbeid med nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse (NBSPH); 2022. Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/09/Rapport\\_Synstap\\_og\\_psykisk\\_helse.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/09/Rapport_Synstap_og_psykisk_helse.pdf).

209. Dalene KE, Nystad W, Ekelund U. Helseeffekter av fysisk aktivitet [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Oppdatert 11.12.2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/le/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>.
210. Stensvold D, Viken H, Steinshamn SL, Dalen H, Støylen A, Loennechen JP, m. fl. Effect of exercise training for five years on all cause mortality in older adults—the Generation 100 study: randomised controlled trial. *BMJ*. 2020;371.
211. Warburton DE, Bredin SS. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*. 2017;32(5):541–56.
212. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25:1–72.
213. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, m. fl. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: Systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*. 2019;366.
214. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Prev Med*. 2007;45(6):401–15.
215. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R, Makaruk H, Könsgen N, Neuhaus AL, m. fl. Exercise/physical activity and health outcomes: An overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health*. 2020;20:1–12.
216. Oslo kommune. Behovsplan for idrett og friluftsliv 2021–2030. Vedlegg til sak 1/2021. Oslo: Oslo kommune; 2021.
217. Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen om aktive liv: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020.
218. Helsedirektoratet. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. I: Nasjonale faglige råd [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. Oppdatert 04.07.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>.
219. Norges idrettshøgskole (NIH). Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020–2022 (Kan3). Resultater for Oslo. Spesialbestilling. Oslo: Norges idrettshøgskole, i samarbeid med Folkehelseinstituttet; 2023.
220. NOVA. Ung i Oslo 2023. 5.-7. trinn. Spesialbestilling. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023.
221. Helsefremmende praksis i barnehager og skoler i Groruddalen - Midtveisevaluering. Oslo: Oslo kommune; 2020.
222. Rangul V, Holmen TL, Bauman A, Bratberg GH, Kurtze N, Midthjell K. Factors predicting changes in physical activity through adolescence: The young-HUNT study, Norway. *J Adolesc Health*. 2011;48(6):616–24.
223. Oslo idrettskrets. Statistikk. Osloidretten i tall [Internett]. Norges idrettsforbund; 2022. Oppdatert 31.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/idrettskrets/oslo/om-idrettskretsen/om-oslo-idrettskrets/statistikk/>.
224. Strandbu ABÅ. Idrettsdeltakelse blant ungdom - før, under og etter koronapandemien. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023. Rapport nr.: 4/23.
225. Bakken GMSA. Evaluering av "Idrett for alle i Oslo". Kartleggingsrapport 2020. Oslo: NOVA, OsloMet; 2020. Rapport nr.: 8/20.
226. Ung i Oslo 2021. 5.-7. trinn. Spesialbestilling. Oslo: NOVA, OsloMet; 2021.
227. Svagård MLV. Ungdata junior 2017–2018. Resultater fra en spørreundersøkelse blant elever i alderen 10 til 12 år. Oslo: NOVA; 2019. Rapport nr.: 7/19.

228. Bakken A. Ungdata junior 2022. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2022. Rapport nr.: 6/22.
229. Bakken A. Ungdata 2021. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2021. Rapport nr.: 8/21.
230. Ødegård G, Bakken A, Strandbu Å. Idrettsdeltakelse og trening blant ungdom i Oslo. Barrierer, frafall og endringer over tid. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor; 2016. Rapport nr.: 2016-7.
231. Solstad GM, Sandvik MR, Sletten MA. Deltakelse, trivsel og inkludering i barne- og ungdomsidretten. Delrapport fra forskningen om Idrett for alle i Oslo. Oslo: NOVA, OsloMet; 2022. Rapport nr.: 1/22.
232. Utdanningsetaten. Svømmedyktighet 4. trinn Osloskolen. Spesialbestilling. Oslo: Oslo kommune; 2023.
233. Totland TH, Torheim LE, Abel MH, Brantsæter AL, Meltzer HM, Bærug AB, m. fl. Kosthold i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 31.03.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/kosthold/?term=>.
234. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. Rapport nr.: 916.
235. Folkehelseinstituttet. Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Oppdatert 26.03.2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>.
236. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2014. Tilgjengelig fra: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>.
237. Helsedirektoratet. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Nasjonalt råd for ernæring 2011. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Rapport nr.: IS-1881.
238. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd - Kostrådene Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Oppdatert 24. oktober 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>.
239. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Integrating Environmental Aspects Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.norden.org/en/publication/nordic-nutrition-recommendations-2023>.
240. Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2022. Matforsyningsstatistikk. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. Rapport nr.: IS-3061.
241. Helseetaten. Skolematundersøkelsen på videregående skoler i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
242. Helseetaten. Skolematundersøkelsen på videregående skoler i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.
243. Helseetaten. Skolematundersøkelsen på ungdomsskoler i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
244. Departementene. Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle. Oslo: Departementene; 2017.
245. Sykehjemsetaten. Årsberetning 2022. Oslo: Oslo kommune; 2022.
246. Helseetaten. Ledelses Informasjonsverktøy (LIV). Oslo: Oslo kommune; 2023.

247. Hornell A, Lagstrom H, Lande B, Thorsdottir I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: A systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res.* 2013;57.
248. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv Biomed Res.* 2014;3:3.
249. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. Geneva: World Health Organization; 2003.
250. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, m. fl. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007(153):1-186.
251. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje – Spedbarnsernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Oppdatert 08. juli 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>.
252. Myhre JB, Andersen LF, Kristiansen AL. Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder. Oslo: Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo; 2020.
253. Paulsen MM, Myhre JB, Andersen LF, Kristiansen AL. Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 12 måneder. Oslo: Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo; 2020.
254. Vedøy TF, Aarø LE, Lund KE. Røyking og snusbruk i Noreg. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
255. Vedøy TF, Lund I, Lund KE, Lund M, Sæbø G, Scheffels J, m. fl. Om Tobakk i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
256. Folkehelseinstituttet. Helseerisiko ved snusbruk. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019.
257. Helsedirektoratet. E-sigaretter, fordampere og e-væske. Oppdatert 27.10.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/e-sigaretter-elektroniske-sigaretter-og-regelverk>.
258. Rossow IM. Alkohol, narkotika og folkehelse. Temaartikkel folkehelseprofilene i 2018 Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/artikler/alkohol-og-narkotika/>.
259. Rossow IM. Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol. I: Kvaavik E, red. Alkohol i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
260. Helsedirektoratet. Sektorrapport om folkehelse 2021. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Oppdatert 20.10.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>.
261. Oslo Economics. Samfunnskostnader ved alkoholbruk. Oslo: Oslo Economics; 2022.
262. Bye EK, Rossow IM. Alkoholbruk i den voksne befolkningen. I: Kvaavik E, red. Alkohol i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
263. Fredwall TE, Antonsen AJ. Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning; 2023.
264. Studentsamskipnaden i Oslo. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT). Oslo: SiO: u.å.
265. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT). Rusmidler [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet, i samarbeid med studentsamskipnadene; u.å. Tilgjengelig fra: <https://studenthelse.no/shot-2022/rusmidler/>.
266. Helsetaten. Årsberetning 2022. Oslo: Helsetaten; 2023.
267. Folkehelseinstituttet. Narkotika i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.

268. Vrålstad S. Bolig og nærmiljø. I: Slik har vi det – livskvalitet og levekår, utgave 2017. Oslo: SSB; 2017. Oppdatert 18. juli 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/bolig-og-naermiljo>.
269. Folkehelseinstituttet. Europeisk narkotikarapport 2023. Oppdatert 29.06.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2023/europeisk-narkotikarapport-2023/>.
270. Økt kokainbruk blant ungdom på videregående i Oslo 2023. Oppdatert 22.05.23. Oslo: NOVA, OsloMet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/unge-oslo-rusmidler>.
271. Chaput JP, Dutil C, Featherstone R, Ross R, Giangregorio L, Saunders TJ, m. fl. Sleep duration and health in adults: An overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45(10 (Suppl. 2)):S218–s31.
272. Nordstoga AL, Mork PJ, Meisingset I, Nilsen TIL, Skarpsno ES. The joint effect of sleep duration and insomnia symptoms on the risk of recurrent spinal pain: The HUNT study. *Sleep Medicine.* 2022;99:11–7.
273. Cai GH, Theorell-Haglöw J, Janson C, Svartengren M, Elmståhl S, Lind L, m. fl. Insomnia symptoms and sleep duration and their combined effects in relation to associations with obesity and central obesity. *Sleep Med.* 2018;46:81–7.
274. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, m. fl. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep.* 2015;38(6):843–4.
275. Sivertsen B, Johansen MS. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022 (SHoT 2022). Oslo: Folkehelseinstituttet, i samarbeid med studentsamskipnadene; 2022.
276. Sivertsen B, Øverland S, Pallesen S. Trends in timing of sleep in the general population of Norway: 1980 to 20001. *Percept Mot Skills.* 2011;113(2):509–18.
277. Siegel JM. Sleep function: an evolutionary perspective. *The Lancet Neurology.* 2022;21(10):937–46.
278. Ohm E, Madsen C, Alver K. Skader og ulykker i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 02.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/skader/skader-og-ulykker-i-norge/?h=1&term=>.
279. Madsen C, Ohm, E., Alver, K., Grøholt, E. K. Ulykkesskader i Oslo. I: Oslospeilet. Oslo: Oslo kommune; 2018. Rapport nr.: 1/28.
280. Global Burden of Disease Study collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet.* 2020;396(10258):1204–22.
281. Osnes E, Lofthus C, Meyer H, Falch J, Nordsletten L, Cappelen I, m. fl. Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporos Int.* 2004;15:567–74.
282. Diamantopoulos AP, Hoff M, Skoie IM, Hochberg M, Haugeberg G. Short-and long-term mortality in males and females with fragility hip fracture in Norway. A population-based study. *Clin Int Aging.* 2013:817–23.
283. Alarkawi D, Bliuc D, Tran T, Ahmed LA, Emaus N, Bjørnerem A, m. fl. Impact of osteoporotic fracture type and subsequent fracture on mortality: The Tromsø Study. *Osteoporos Int.* 2020;31:119–30.
284. Gjertsen J-E, Dybvik E, Kristensen TB. Nasjonalt hoftebruddregister: Årsrapport for 2022 med plan for forbedringstiltak. Tromsø: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre; 2022.

285. Søgaard AJ, Holvik K, Dahl C, Meyer HE, Omsland TK. Osteoporose–den glemte folkesykdom. Det norske medicinske selskab. 2021;18(28):119–33.
286. Søgaard AJ, Aga R, Holvik K, Meyer HE. Characteristics of fallers who later sustain a hip fracture: A NOREPOS study. Osteoporos Int. 2022;33(11):2315–26.
287. Hagen G, Magnussen J, Tell G, Omsland T. Estimating the future burden of hip fractures in Norway. A NOREPOS study. Bone. 2020;131:115156.
288. Reneflot A, Stene-Larsen, K., Myklestad, I. Vold og seksuelle overgrep. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Oppdatert 02.01.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/skader/vold/?term=>.
289. Gertrud SH. Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS); 2021.
290. Heir T, Bonsaksen T, Grimholt T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Lerdal A, m. fl. Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. BJPsych Open. 2019;5(5):e82.
291. Norsk medborgerpanel, runde 15 [Internett]. Trondheim: Sikt; 2019.
292. Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF, Augusti EM, Skauge AD. Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS); 2023. Rapport nr.: 1.
293. Aakvaag HF, Strøm IF. Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og overgrep (NKVTS); 2019. Rapport Nr.: 1.
294. Oslo politidistrikt. Barne- og ungdomskriminaliteten i Oslo: Rapport basert på data fra 2021. Oslo: Oslo politidistrikt; 2021.
295. Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, Psaltopoulou T, Spiliopoulou C, Tsolia M, m. fl. Domestic violence during the covid-19 pandemic: A systematic review. Trauma Violence Abuse. 2023;24(2):719–45.
296. Hattrem A. Hvor mange er fattige i Norge? Oslo: SSB; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/hvor-mange-er-fattige-i-norge>.
297. Furuberg J, Dahl ES, Lima I, Løberg IB, Nicolaisen H, Munch-Ellingsen E, m. fl. Lavinntekt og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2022. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV); 2022. Rapport nr.: 5-2022.
298. Poppe C, Kempson E. Dyrtid III Husholdenes økonomiske trygghet i mars 2023. Oslo: SIFO, OsloMet; 2023. Rapport nr.: 3-2023.
299. Lian B, Nygård OE, Thoresen TO, Vattø TE. De økte utgiftene for husholdningene i 2022 – hvem rammes mest? SSB; 2022. Rapport nr.: 2022/46.
300. Uldahl M, Bere E. Lavinntektsfamilier i Norge må bruke en større andel av inntekten sin for å spise i tråd med kostrådene. Norsk tidsskrift for ernæring. 2023;21(1):23–32.
301. Eurostat. Eurostat. Statistics explained. Glossary:At-risk-of-poverty rate: EU; 2021. Oppdatert 13.04.2021. Tilgjengelig fra: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty\\_rate](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty_rate).
302. Hatrem, A. Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2022. Oslo: SSB; 2022.
303. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI). Statistikk og nøkkeltall om integrering 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/statistikk/>.

304. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Fattigdomsproblemer, levekårsundersøkelsen. 2023. Oppdatert 03.05.23. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/fattigdomsproblemer-levekarsundersokelsen>.
305. Hammersland R, Barstad A. Humanitære behov i Norge. Status 2022. Oslo: SSB; 2022. Rapport nr.: 2022/33.
306. Kommunenes Sentralforbund (KS). ASSS. Oslo: Sosiale tjenester 2023. Oppdatert 27.04.2023.
307. Velferdsetaten. Økonomisk sosialhjelp i Oslo per september 2023. Upublisert. Oslo; Oslo kommune: 2023.
308. Velferdsetaten. Årsrapport 2022. Økonomisk sosialhjelp, introduksjonsprogrammet, kvalifiseringsprogrammet og bostøtte i Oslo. Oslo: Oslo kommune; 2023.
309. Bakke B, Degerud EMM, Gravseth HMU, Hanvold TN, Løvseth EK, Mjaaland B, m. fl. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2021.
310. Sortland M. NAVs omverdenanalyse 2023–2035. 3 Demografi 2023. Oppdatert 11.05.23. Tilgjengelig fra: <https://data.nav.no/omverdensanalyse/index.html>.
311. NAV Oslo. NAVs bedriftsundersøkelse i Oslo 2023. Oslo: NAV Oslo; 2023.
312. Folkehelseinstituttet (FHI). Fylkeshelseundersøkelsen i Oslo om koronaviruset 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
313. NAV Oslo. Økt ledighet i september 2023. Oslo; NAV Oslo: 2023. Oppdatert 29.09.23. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/pressemeldinger/okt-ledighet-i-september>.
314. Myklathun K, Simson Kv, Sørbø J. Utviklingen på arbeidsmarkedet. NAVs arbeidsmarkedsprognose. Arbeid og velferd. 2:2023.
315. NAV Oslo. Statistikk og analyse. Oslo: NAV Oslo; 2022. Oppdatert 07.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse>.
316. Myklathun K. Arbeidsmarkedet 2023. I: NAVs omverdenanalyse 2023–2035. Oslo; Arbeids- og velferdsdirektoratet: 2023. Oppdatert 11.05.23. Tilgjengelig fra: <https://data.nav.no/omverdensanalyse/index.html>.
317. Nossen JP. Helse 2023. NAVs omverdenanalyse 2023–2035. Oppdatert 11.05.23. Tilgjengelig fra: <https://data.nav.no/omverdensanalyse/index.html>.
318. Arbeids- og velferdsdirektoratet. Uføretrygd - Månedstatistikk 2023. Oslo: NAV; 2023. Oppdatert u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/uforetrygd-ma%CC%8Aneddsstatistikk>.
319. Ellingsen J. Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2022. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV); 2022.
320. Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP) 2023. Oslo; NAV: 2023. Oppdatert 15.11.23. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/arbeidsavklaringspenger>.
321. Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). AAP, nedsatt arbeidsevne og uføretrygd - statistikk 2023. Oslo: NAV; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk>.
322. NAV Oslo. Mottakere av arbeidsavklaringspenger. Alder og kjønn. Januar til mars 2023. 2023.
323. Økning i antall som får arbeidsavklaringspenger i Oslo [Internett]. Oslo: NAV Oslo; 2023.

324. Ellingsen J. Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2017. Oslo; NAV: 2023.
325. NAV Oslo. En million tapte dagsverk i Oslo 2023. Oslo; NAV Oslo: 2023. Oppdatert 10.03.23. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/pressemeldinger/en-million-tapte-dagsverk-i-oslo>.
326. NAV Oslo. Sykefravær 2023. Oppdatert 30.11.23. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/statistikk-og-analyse/sykefravaer>.
327. Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Sykefraværstatistikk - Kvartalstatistikk 2023. Oslo; NAV; 2023. Oppdatert 30.11.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>.
328. Helgesen MK, Holm A, Monkerud L, Schmidt L. Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? Oslo: NIBR; 2014. Rapport nr.: 2014:16.
329. Umblijs J, Simson Kv, Mohn F. Boligens betydning for annen velferd. En gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning. Oslo; 2019. Rapport nr.: 1.
330. Brattbakk I. Trangboddhet og barnefamiliers hverdagsliv i koronaens tid. Tidsskrift for boligforskning. 2020;3(1):7–31.
331. Størdal K RP, Greve-Isdahl M, m. fl. Risk factors for SARS-CoV-2 infection and hospitalisation in children and adolescents in Norway: A nationwide population-based study. *BMJ Open* 2022;12:e056549.
332. Friesinger JG, Haugland SH, Vederhus J-K. The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: Findings from a large population-based health survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;20(1):135.
333. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull*. 1996;119(3):488–531.
334. Morina N, Kip A, Hoppen TH, Priebe S, Meyer T. Potential impact of physical distancing on physical and mental health: a rapid narrative umbrella review of meta-analyses on the link between social connection and health. *BMJ Open*. 2021;11(3):e042335.
335. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218–27.
336. Naito R, McKee M, Leong D, Bangdiwala S, Rangarajan S, Islam S, m. fl. Social isolation as a risk factor for all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLOS ONE*. 2023;18(1):e0280308.
337. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, Social Isolation, and Chronic Disease Outcomes. *Ann Behav Med*. 2020;55(3):203–15.
338. Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD, m. fl. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Am Psychol*. 2022;77(5):660–77.
339. Hutten E, Jongen EMM, Hajema K, Ruiter RAC, Hamers F, Bos AER. Risk factors of loneliness across the life span. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2022;39(5):1482–507.
340. Norges Forskningsråd. Sosial kapital. Oslo: Norges Forskningsråd; 2005.
341. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Population Health*. 2019;8:100425.
342. Kantar TNS. Publikumsundersøkelsen 2018. Internett. Oslo: Kantar TNS, på oppdrag fra Oslo kommune; 2018.
343. Kantar Public. Oslo kommunes Innbyggerundersøkelse 2023. Hovedrapport. Oslo: Kantar Public, på oppdrag for Oslo kommune; 2023.

344. Meld. St. 28. (2022–2023). Gode bysamfunn med små skildnader. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon: Teknisk redaksjon; 2023.
345. de Wit A, Qu H, Bekkers R. The health advantage of volunteering is larger for older and less healthy volunteers in Europe: A mega-analysis. *Eur J Ageing*. 2022;19(4):1189–200.
346. Nichol B, Wilson R, Rodrigues A, Haighton C. Exploring the Effects of Volunteering on the Social, Mental, and Physical Health and Well-being of Volunteers: An Umbrella Review. *Voluntas*. 2023:1–32.
347. Fladmoe A, Folkestad B. Frivillighet og folkehelse: En kunnskapsgjennomgang. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor; 2016. Rapport nr.: 2016:2.
348. Helsedirektoratet. Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Oppdatert 11.03.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>.
349. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje - Kapittel 4 Helsestasjon 0–5 år: Hjemmebesøk Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Oppdatert 24. september 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#hjemmebesok-hjemmebesok-av-helsesykepleier-bor-vaere-den-forste-konsultasjonen-i-helsestasjonsprogrammet>.
350. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Rapport nr.: IS-2057.
351. Aase H, Holt T, Helland MS. Barn og unges helse: oppvekst og levekår. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 23.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/barn-oppvekst/>.
352. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Barnefattigdom kommunemonitor [Internett]. Oslo: Bufdir; 2023. Oppdatert 15.06.23. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/monitor/barnefattigdom>.
353. Hyggen C, Brattbakk I, Borgeraas E. Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier. En kunnskapsoppsummering. NOVA, OsloMet; 2018.
354. Fløtten T, Nielsen RA. Barnefattigdom – en kunnskapsoppsummering. Vedlegg 3: Fafos kunnskapsoppsummering. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og unge i lavinntektsfamilier. Oslo: Departementene; 2020.
355. Ekspertgruppen om barn i fattige familier. En barndom for livet. Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier. 2023.
356. Normann TM, Epland J. Færre barn med vedvarende lavinntekt i 2021 [Internett]. Statistisk sentralbyrå; 2023. Oppdatert 24.01.23. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/faerre-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2021>.
357. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Barnevern kommunemonitor 2023. Oppdatert 19.06.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/monitor/barnevern>.
358. Kristofersen LB. Sosial ulikhet og tilknytning til barnevernet. I: Trommald M, red. Oppvekstrapporten 2017: Økte forskjeller - gjør det noe? Oslo: Barne, ungdoms og familiedirektoratet; 2017.

359. Drange N, Hernæs ØM, Markussen S, Oterholm I, Raaum O, Slettebø T. Rapport Delprosjekt 1: Beskrivende analyser – Barn og familier i barnevernet. Oslo: Frishsenteret; 2021.
360. Paulsen V, Wendelborg C, Riise A, Berg B, Tøssebro J, Caspersen J. Ettervern – en god overgang til voksenlivet? Trondheim: NTNU Samfunnsforskning; 2020.
361. Milde AM, Gramm HB, Paaske I, Kleiven PG, Christiansen Ø, Havnen KJS. Suicidality among children and youth in Nordic child welfare services: A systematic review. *Child & Family Social Work*. 2021;26(4):708–19.
362. Folkehelseinstituttet. Oppvekstprofil for Oslo 2021 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 09.03.23. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/op/oppvekstprofiler/>.
363. Statistisk Sentralbyrå (SSB). Barnehager [Internett]. SSB; 2023. Oppdatert 21.03.23. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>.
364. Utdanningsdirektoratet. Pedagognormen 2023 [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-barnehage/pedagognormen/>.
365. Oxford Research. Innsatskartlegging av rekrutteringsprosessen til kommunale barnehager i levekårsutsatte områder i Oslo kommune. 2022.
366. Helsedirektoratet. Trivsel i skolen. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Rapport nr.: IS-2345.
367. Utdanningsdirektoratet. Elevundersøkelsen - resultater [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/elevundersokelsen/>.
368. NOVA. Ung i Oslo 2015. Ungdomsskolen og videregående skole. Spesialbestilling. Oslo: NOVA, OsloMet; 2015.
369. Folkehelseinstituttet. Trivsel, læring og gjennomføring i skolen. Oppvekstprofil 2021 [Internett]. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/op/oppvekstprofiler/trivsel-laering-og-gjennomforing/>.
370. Utdanningsdirektoratet. Mulige konsekvenser av koronapandemien 2022. Oppdatert 24.05.22. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/analyser/mulige-konsekvenser-av-koronapandemien/>.
371. Simson Kv, Brekke I, Hardoy I. The impact of mental health problems in adolescence on educational attainment. *Scand J Educ Res*. 2022;66(2):306–20.
372. Ekren R, Grendal ON. Barn i vedvarende lavinntekt klarer seg litt dårligere i utdanning og arbeid. SSB; 2021.
373. Forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger. FOR-1995-12-01-928 (2023).
374. Helseetaten. Godkjenningsstatus skoler og barnehager etter forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger. Oslo: Oslo kommune; 2023.
375. Brattbakk I, Wessel T. Nabolagets effekt. Hva er problematisk med geografisk ulikhet? I: Ljunggren J, red. Oslo - ulikhetenes by. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
376. Simson Kv, Umblijs J. Boforhold og velferd. 2019. Rapport nr.: 2.
377. Brattbakk I, Reiersen FA. Ungdom i kommunale boliger. Oslo: OsloMet; 2023. Rapport Nr.: 4.
378. Bakken A. Ung i Oslo 2018. Ungdomsskole og videregående skole. Oslo: NOVA, OsloMet; 2020. Rapport nr.: 6/18.
379. Rambøll. Stedsanalyse Holmlia syd. 2018.
380. Kantar Public. Oslo kommunes innbyggerundersøkelse. Resultatportalen 2023 [Internett]. Oslo: Oslo kommune; 2023. Tilgjengelig fra: <https://no.kantar-clarity.com/Storyboard/RHViewStoryBoard.aspx?RId=%c2%b5&RLId=%c2%b5&PIId=%c>

- 2%b1%c2%b4%c2%b5%c2%b8%c2%ba%c2%bb&Uld=%c2%b4%c2%ba%c2%bb%c2%b9%  
c2%bb&Rpld=5.*
381. Andersen PL, Bakken A. Ung i Oslo 2015. Oslo: NOVA; 2015. Rapport nr.: 8/15.
  382. World Health Organization (WHO). Climate change and health: WHO; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>.
  383. Jore S. Klimaendringer og helse. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 01.07.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/miljo/klima-og-helse/>.
  384. Klimaetaten. Klimasarbarhetsanalyse for Oslo: Klimaetaten; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.klimaoslo.no/wp-content/uploads/sites/88/2020/03/Klimasarbarhetsanalyse-for-Oslo.pdf>.
  385. Vicedo-Cabrera AM, Scovronick N, Sera F, Royé D, Schneider R, Tobias A, m. fl. The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change. *Nature Climate Change*. 2021;11(6):492-500.
  387. Folkehelseinstituttet. Klimaendringer og helse: Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 01.07.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/klima-og-helse/>.
  388. Klimaetaten. Klimaundersøkelsen 2023: Befolkningdelen [Internett]. Oslo: Oslo kommune; 2023. Oppdatert 04.05.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.klimaoslo.no/wp-content/uploads/sites/88/2023/05/Klimaundersokelsen-2023-befolkning-Oslo.pdf>.
  389. Norsk Klimaservicesenter. Seklima [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://seklima.met.no/observations/>.
  390. Bunker A, Wildenhain J, Vandenbergh A, Henschke N, Rocklöv J, Hajat S, m. fl. Effects of air temperature on climate-sensitive mortality and morbidity outcomes in the elderly: A systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence. *EBioMedicine*. 2016;6:258-68.
  391. Ranhoff AH, Hygen HO, Di Ruscio F, Rao S, Strand BH. Varm sommer 2018-økt dødelighet blant eldre? *Tids Nor Legeforen*. 2019.
  392. Rice MB, Thurston GD, Balmes JR, Pinkerton KE. Climate change. A global threat to cardiopulmonary health. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;189(5):512-9.
  393. Keswani A, Akselrod H, Anenberg Susan C. Health and clinical impacts of air pollution and linkages with climate change. *NEJM Evidence*. 2022;1(7):EVIDra2200068.
  394. Miljødirektoratet. Globale klimaendringer: Temperaturøkning: Oslo: Miljødirektoratet; 2023. Oppdatert 06.02.2023. Tilgjengelig fra: <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/klima/globale-klimaendringer/temperaturokning/>.
  395. Meteorologisk institutt. Stadig flere hetebølger. Oslo: Meteorologisk institutt; 2022. Oppdatert 11.11.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.met.no/vaer-og-klima/norges-nye-klima/oslo-stadig-flere-hetebolger>.
  396. United States Environmental Protection Agency (EPA). Learn About Heatwaves. EPA; 2022. Oppdatert 02.09.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.epa.gov/heatislands/learn-about-heat-islands>.
  397. Venter ZS, Krog NH, Barton DN. Linking green infrastructure to urban heat and human health risk mitigation in Oslo, Norway. *Science of The Total Environment*. 2020;709:136193.
  398. Osilla EV, Marsidi JL, Sharma S. Physiology, Temperature Regulation. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

399. Crandall CG, Wilson TE. Human cardiovascular responses to passive heat stress. *Compr Physiol.* 2015;5(1):17–43.
400. Venter ZS, Figari H, Krange 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.
401. Låg M. & Bølling K. B. Luftforurensing i Norge. Oslo: FHI; 2022. Oppdatert 11.02.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/luftforureining--i-noreg/>.
402. Bymiljøetaten. Luftkvaliteten i Oslo. Vedlegg til årsrapport 2022. Statistikk og bakgrunnsinformasjon. Oslo: Oslo kommune; 2023.
403. Aasvang GM, Engdahl B, Krog NH. Støy, helseplager og hørselstap i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 03.02.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/miljo/stoy/?term=>.
404. Aasvang GM, Stockfelt L, Sorensen M, Turunen AW, Roswall N, Yli-Tuomi T, m. fl. Burden of disease due to transportation noise in the Nordic countries. *Environ Res.* 2023;231(Pt 1):116077.
405. Aarland K, Brattbakk I. Analyser av levekår og demografi for levekårsutsatte byområder. Utrykt vedlegg til NOU 2020:16 Levekår i byer - Gode lokalsamfunn for alle. Oslo: OsloMet; 2020.
406. Miljødirektoratet. Miljøatlas. Oslo; Miljødirektoratet: u.å. Tilgjengelig fra: <https://miljoatlas.miljodirektoratet.no/KlientFull.htm?ma=FE36C>.
407. Helsetaten. Vurdering av helsekonsekvens ved følsom arealbruk i områder belastet av luftforurensing og støy. Oslo: Oslo kommune; 2022.
408. Folkehelseinstituttet. Bomiljø og folkehelse Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Oppdatert 14.02.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/artikler/bomiljo-og-folkehelse/>.
409. Oslo kommune. Vår by, vår framtid. Kommuneplan for Oslo 2018. Samfunnsdel med byutviklingsstrategi. Vedtatt av Oslo bystyre 30.01.2019. Oslo: Oslo kommune; 2019.
410. Millstein M, Hofstad H. Fortetting og folkehelse - hvilke folkehelsekonsekvenser har den kompakte byen? . Oslo: NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2017. Rapport nr.: 2017:2.
411. Kantar Public. Politiets innbyggerundersøkelse 2022. Oppsummeringsrapport. 2023.
412. Gascon M, Triguero-Mas M, Martinez D, Davvand P, Rojas-Rueda D, Plasencia A, m. fl. Residential green spaces and mortality: A systematic review. *Environ Int.* 2016;86:60–7.
413. Kondo MC, Fluehr JM, McKeon T, Branas CC. Urban Green Space and Its Impact on Human Health. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(3).
414. Miljødirektoratet. Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder. Veileder M100–2014. Oslo: Miljødirektoratet; 2014.
415. Berto R. The role of nature in coping with psycho-physiological stress: A literature review on restorativeness. *Behav Sci.* 2014(4):394–409.
416. Nguyen P-Y, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, Feng X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: A systematic review. *Lancet Planet Health.* 2023(7):e313–28.
417. Kantar Public. Bymiljøundersøkelsen 2023 blant Oslo by sine innbyggere. 2023.
418. Engebakken TA. 68 prosent av strandsonen er tilgjengelig for allmennheten [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2023 [oppdatert 30.06.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/areal/statistikk/byggeaktivitet-i>

- strandsonen/artikler/68-prosent-av-strandsonen-er-tilgjengelig-for-allmennheten-20230630.*
419. Oslo kommune. Havnepromenaden. Oslo: Oslo kommune, u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/slik-bygger-vi-oslo/fjordbyen/havnepromenaden/#toc-1>.
  420. Bymiljøetaten. Årsrapport 2023. Badevannskvalitet ved friluftsbadene i Oslo. Oslo: Oslo kommune; 2023.
  421. Engebakken TA. 71 prosent av strandsonen i Indre Oslofjord er utilgjengelig for allmennheten [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2022. Oppdatert 05.07.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/areal/statistikk/byggeaktivitet-i-strandsonen/artikler/71-prosent-av-strandsonen-i-indre-oslofjord-er-utilgjengelig-for-allmennheten>.
  422. Tillmann S, Tobin D, Avison W, Gilliland J. Mental health benefits of interactions with nature in children and teenagers: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(10):958–66.
  423. Kurtze N, Eikemo T, Hem K-G. Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet. Trondheim: SINTEF; 2009.
  424. Meld. St. 18 (2015–2016). Friluftsliv - Natur som kilde til helse og livskvalitet. Oslo: Klima- og miljødepartementet; 2016.
  425. Gurholt KP, Torp IHD, Eriksen JW. Studie av friluftsliv blant barn og unge i Oslo: Sosial ulikhet og sosial utjevning. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2020.
  426. Dalen HB. Kartlegging av friluftslivsdeltakelse, lek og fysisk aktivitet blant barn i Oslo. Levekårsundersøkelsen 2020. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2021.
  427. Jacobsen FF, Sundsbø AO. M. Aldersvennlig Norge. Oslo: Senter for omsorgsforskning; 2020.
  428. Skyrud KD. Bruk av helse- og omsorgstjenester i framtiden. I: Framtidens utfordringer for folkehelsen [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Oppdatert 14.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/2.-ny-side?term=>.
  429. PROSAM. Endringer i reisevaner i Oslo og Viken under koronapandemien. En analyse av data fra den nasjonale reisevaneundersøkelsen. Oslo: Viken fylkeskommune, Statens vegvesen, Transport øst, Jernbanedirektoratet, Oslo kommune (plan- og bygningsetaten, bymiljøetaten), Ruter AS; 2023. Rapport nr.: 251.
  430. Nordbakke S, Phillips R, Skollerud K, Milch V. Helseeffekter av Ruter aldersvennlig transport. Oslo: Transportøkonomisk institutt; 2020. Rapport nr.: 1810/2020.
  431. Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester (HEI). Oslo budsjett 2022: Rosa busser blir et permanent tilbud for Oslos eldre [Internett]. Oslo: Oslo kommune; 2021. Tilgjengelig fra: <https://aktuelt.oslo.kommune.no/oslo-budsjettet-2022-rosa-busser-blir-et-permanent-tilbud-for-oslos-eldre>.
  432. Plan for sykkelveinettet i Oslo. Oslo: Oslo kommune, i samarbeid med Statens vegvesen; 2015.
  433. Thorén CFKH. Kartlegging av indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer som grunnlag for videre arbeid og systematisering. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet; 2022.
  434. Bymiljøetaten. Årsberetning 2022. Oslo: Oslo kommune; 2022.
  435. Berglund G. Gangtilgjengelighet og gangnettets maskevidde. Kunnskapsgrunnlag, Oslo kommune. Oslo: Asplan Viak og Transportøkonomisk institutt; 2022.

436. PROSAM. Holdningsundersøkelse om bomstasjoner, trafikk og kollektivtilbud 2022. Oslo: Viken fylkeskommune, Statens vegvesen, Transport øst, Jernbanedirektoratet, Oslo kommune (plan- og bygningsetaten, bymiljøetaten), Ruter AS; 2023. Rapport nr.: 249.
437. Statens vegvesen. Reisevaner i 2022. Oslo: Statens vegvesen; 2023. Tilgjengelig fra: <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/17965412/reisevaner-i-2022?publisherId=17847490>.
438. Fyhri A, Ellis IO, Pokorny P, Jong Td, Weber C. Nå telte han deg óg!: Hvordan måle sykling og nye former for mikromobilitet. Oslo: Transportøkonomisk institutt; 2022. Rapport nr.: 1897/2022.
439. Fyhri A, Heinen E, Fearnley N, Sundfør HB. A push to cycling—exploring the e-bike's role in overcoming barriers to bicycle use with a survey and an intervention study. *Int J Sustain Transport*. 2017;11(9):681–95.
440. Bourne JE, Cooper AR, Kelly P, Kinnear FJ, England C, Leary S, m. fl. The impact of e-cycling on travel behaviour: A scoping review. *J Transp Health*. 2020;19:100910.
441. Alessio HM, Reiman T, Kemper B, von Carlowitz W, Bailer AJ, Timmerman KL. Metabolic and cardiovascular responses to a simulated commute on an E-bike. *Trans J Am Coll Sports Med*. 2021;6(2):e000155.
442. Analyse V. Nyttene av idrettsanlegg og betydning for fysisk aktivitet. En samfunnsøkonomisk analyse av virkninger på folkehelse og produktivitet. For Norges Idrettsforbund; 2022. Rapport nr.: 2022/20.
443. Oslo kommune. Oppdatert handlingsprogram for idrett 2021–2024. Oslo: Oslo kommune; 2020.

## 13 Vedlegg 1: Datakilder og metode

I oversiktsdokumentet er det lagt til grunn data og statistikk fra en rekke kilder. Her omtaler vi først datakilder der vi har hatt tilgang til mer detaljert statistikk enn det som er offentlig tilgjengelig, og som vi har bearbeidet for oversiktsdokumentet. Det gjøres også rede for hvordan datakildene er behandlet og hvilke operasjonaliseringer vi har foretatt. Datakildene er omtalt i alfabetisk rekkefølge.

### 13.1 CGM journal – fagsystem for helsestasjon og skolehelsetjenesten

CGM Journal er et fagsystem for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo kommune som driftes og forvaltes av Helseetaten.

Følgende data for Iso-KMI, som er det tallet som barnets KMI tilsvarer etter den voksne skalaen, er bestilt fra CGM-journal og tatt i bruk:

1. Iso-KMI blant 3.klassinger fordelt på alle bydelene i Oslo i perioden 2017–2023
2. Iso-KMI blant 8.klassinger fordelt på alle bydelene i Oslo i perioden 2017–2023

Ifølge [nasjonal faglig retningslinje](#) bør alle barn og unge få målt vekt og høyde i skolehelsetjenesten. Målingene skal gjøres av helsesykepleier ved skolestartundersøkelsen, 3.trinn og 8.trinn. Det skal benyttes medisinsk godkjente vekter. Vekter og høydemålere skal kontrolleres regelmessig.

Ved vurdering av vekt og høyde benyttes vekstkurver fra [Vekststudien i Bergen \(vekststudien.no\)](#).

Vi har ikke oversikt over hvor stor andel av den totale elevmassen i 3.klasse og 8.klasse i hver enkelt bydel som har blitt veid og målt i løpet av skoleåret, og det kan ha blitt gjennomført noen færre målinger i enkelte bydeler under covid-19 pandemien. Men på Oslo-nivå har vi regnet oss fram til at vekt og høyde ble registrert på rundt 88–95 prosent av alle 3.klassingene og 74–77 prosent av alle 8.klassingene per skoleår.

Følgende data for amming er bestilt fra CGM-journal og tatt i bruk:

1. Antall barn som fullammes, delvis ammes, ikke ammes ved førstekonsultasjon (nyfødt), 3 måneders kontroll, 5 måneders kontroll, 6 måneders kontroll og 1 års kontroll per bydel i perioden 2017–2022

### 13.2 Dødsårsaksregisteret

Dødsårsaksregisteret (DÅR) er et lovpålagt helseregister for alle dødsfall i Norge og hos nordmenn døde i utlandet. Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for registeret og produsent av offisiell statistikk på området. Til oversiktsdokumentet har vi bestilt og tatt i bruk mer detaljert

statistikk enn det som gjøres offentlig tilgjengelig fra DÅR. Utlevering av anonym statistikk fra DÅR til bruk i oversiktsdokumentet er innenfor formålet med registeret (Dødsårsaksregisterforskriften §§ 1-3 og 3-1).

Vi har søkt om og tatt i bruk data som viser antall dødsfall med diabetes som underliggende dødsårsak i Oslo og Norge, fordelt på kjønn og aldersgrupper, totalt og rater, med 10-årige glidende gjennomsnitt for perioden 2007 til 2022. I oversiktsdokumentet er tallene presentert i figur som viser antall dødsfall per 100 000 innbyggere for aldersgruppen 45–74 år, i Oslo og Norge i perioden 2007–2022, fordelt på kjønn.

Folkehelseinstituttet er ikke ansvarlig for tolkninger eller analyser av dataene fra DÅR brukt i oversiktsdokumentet. Der vi benytter oss av statistikk fra DÅR som ikke er offentlig tilgjengelig, opplyser vi om at kilden er spesialbestilling fra DÅR.

### 13.3 Familia – Fagsystem for barnevernstjenesten

Familia er et fagsystem for det kommunale barnevernet i Oslo kommune som driftes og forvaltes av Helseetaten. Målgruppen for barnevernets arbeid er barn og unge 0–24 år. Familia skal fases ut og erstattes med et nytt fagsystem – Modulus Barn. Etter planen skal det nye fagsystemet innføres i desember 2023.

I Familia lagres informasjon om bekymringsmeldinger, undersøkelser, vedtak, tiltak, nettverk, institusjoner, navn og andre personalia på ansatte, barn, foresatte og oppdragstakere med mer. Informasjonen hentes fra dokumenter, folkeregisteret, samarbeidspartnere og andre kilder. Datakvaliteten i systemet anses som god som følge av strenge føringer for rapportering og at det jevnlig gjennomføres internkontroller i tjenesten.

I Familia gjøres forhåndsdefinerte rapporter med aggregerte data tilgjengelig. Ved behov for mer skreddersydde uttrekk, må det gjennomføres en prosess som inkluderer 1) at fagsystemforvaltere gjør manuelle søk i Familia, og 2) at fagsystemforvaltere trekker ut informasjonen fra de ferdiglagde rapportene og overfører den til en felles fil. Dette er en meget tidkrevende prosess.

I Familia er det mulig å få tilgang til bydelstall. På grunn av de forhåndsdefinerte rapportene, er det imidlertid ikke mulig å fordele informasjonen på barnas alder, kjønn eller andre kjennetegn.

Følgende informasjon ble hentet ut fra fagsystemet til *Oslohelsa 2023*:

- Antall bekymringsmeldinger fordelt etter bydel og innhold i meldingen.

## 13.4 Folkehelseundersøkelsen i Norge

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen er en webundersøkelse fra Folkehelseinstituttet som ble gjennomført for første gang i oktober 2020. Det er planlagt at denne i framtiden skal gjennomføres årlig.

Det trekkes et landsrepresentativt utvalg av voksne i alderen 18 år og eldre fra Folkeregisteret. Alle landets fylker er representert i utvalget. I 2020 var bruttoutvalget på 26 400 personer, med 2 400 personer fra hvert av landets fylker. Totalt deltok 8 852 personer i alderen 18–92 år fra hele landet i undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 38,1 prosent på nasjonalt nivå. Formålet med undersøkelsen er å få bedre kunnskap om helsa til befolkningen, levevaner og andre forhold som kan påvirke helsa.

Spørreskjemaet tar utgangspunkt i folkehelseloven og forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser. Følgende temaer var inkludert i spørreskjemaet:

- Helserelatert atferd: fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og rusmiddel
- Helsetilstand: helse, sykdom, søvn og psykiske plager
- Oppvekst og levekårsforhold: blant annet økonomi, arbeid, utdanning og sosial støtte

Mer informasjon om undersøkelsen finnes her: [Den nasjonale folkehelseundersøkelsen](#)

Enkelte resultater fra undersøkelsen er presentert i rapporten «[Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing](#)». I rapporten er resultater presentert etter kjønn, aldersgruppe, utdanning, fylke og bosituasjon, og analysene er vektet for å korrigere for design og frafall etter kjønn og alder.

I tillegg til rapporten som er publisert har vi fått skreddersydde tabeller fra Folkehelseinstituttet som dekker temaer som egenvurdert helse, skader (brudd), muskel- og skjelettplager og langvarige smerter, søvn, fysisk aktivitet, røyk, snus og e-sigaretter, alkohol, cannabis, kosthold, KMI, og sosial støtte og ensomhet. Tabellene viser resultater på Oslo-nivå (877 deltakere totalt) fordelt på kjønn og utdanning (lavere og høyere utdanning). I tillegg sammenlignes resultater fra Oslo med resten av landet. Alle tallene er vektet for kjønn og alder (5 kategorier), for å kompensere for ulik deltakerprosent etter kjønn og alder. Sammenligning med landet for øvrig er presentert både helt ujustert og justert for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning. Siden det er begrenset antall deltakere fra Oslo, så er det noen usikkerheter i estimatene når man bryter ned på undergrupper.

## 13.5 Innbyggerundersøkelsen i Oslo

Oslo kommune har siden 1998 gjennomført en innbyggerundersøkelse om lag hvert fjerde år, for å skaffe en oversikt over innbyggernes og brukernes tilfredshet med kommunens tjenester og deres oppfatninger av det å bo i Oslo kommune. Tidligere ble undersøkelsen kalt Publikumsundersøkelsen, men i 2023 ble navnet endret til Innbyggerundersøkelsen. Undersøkelsen ble gjennomført av Kantar TNS på oppdrag fra Oslo kommune.

Målgruppen for undersøkelsen er personer 18 år eller eldre som er bosatt i Oslo kommune, og som har bodd i Norge i minst 5 år. Innvandrere ble oversamlet, fordi svarprosenten erfaringsvis er lavere. Hovedutvalget var digitalt, men det var også trukket et mindre postalt utvalg, for å kunne sammenligne med resultater i tidligere år der undersøkelsen var postal. Invitasjoner til å delta i undersøkelsen ble sendt til 137 760 personer. 27 685 besvarte undersøkelsen, det vil si at 20 prosent av de inviterte besvarte undersøkelsen. Svarprosenten var lavest blant unge og personer som er født i eller har foreldre fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa utenfor EU, men det er store forskjeller avhengig av hvilket land de har bakgrunn fra. Undersøkelsen er vektet ut fra kjønn, aldersgrupper og landkategori. Vekting benyttes for å kompensere for skjevheter blant de som svarer etter kjente kjennetegn. Grupper som er underrepresentert, blir vektet opp slik at de skal gjenspeile den faktiske fordelingen.

Mer informasjon og utvalg, frafall og andre metodiske spørsmål finnes i [Hovedrapporten til undersøkelsen](#). Resultater i ulike formater og dokumentasjon fra undersøkelsen finnes her: <https://www.oslo.kommune.no/statistikk/innbyggerundersokelsen/innbyggerundersokelsen-2023>

I tillegg til å benytte de publiserte resultatene har vi hatt tilgang til selve datafilen.

## 13.6 KAN

I samarbeid med Folkehelseinstituttet har Norges idrettshøgskole (NIH) gjennomført 6 undersøkelser for å kartlegge fysisk aktivitet og stillesittende tid i den norske befolkningen. Tre av undersøkelsene har blitt gjort på barn og unge (UngKan 1, 2 og 3) og tre på voksne (Kan 1, 2 og 3). Den nyeste undersøkelsen (Kan3) ble gjennomført i perioden februar 2021 til mai 2022. Kan3 har blandet design der deler av prosjektet har et tverrsnittsdesign, mens andre deler av prosjektet har longitudinelt design der deltagerne i Kan1 og Kan2 ble invitert til å delta. Dette gir muligheten til å se på trender over tid med mer nøyaktighet. UngKan og Kan-undersøkelsene er unike ettersom det er brukt en objektiv målemetode (akselerometre) til å kartlegge fysisk aktivitet. I tillegg ble det brukt spørreskjema for selvrapportert fysisk aktivitet og antropometriske data. Noen av deltagerne fikk også muligheten til å teste fysisk form

Et tilfeldig utvalg av personer i aldersgruppene 20–34 år, 35–49 år, 50–64 år og 65+ år ble rekruttert via folkeregisteret. I Kan3 var det ekstra fokus på å rekruttere eldre og innvandrere da disse tidligere har vært dårlig representert. Derfor ble det også rekruttert fra seniorsentre og moskeer. Deltagelsesprosenten var på 31 % og utvalget kan tenkes å være noe selektert, da det har litt høyere andel med høy sosioøkonomisk status. Dette kan ha medført litt høyere aktivitetsnivå for utvalget enn hva som er representativt for populasjonen.

Nasjonale resultater samt mer informasjon om utvalg, frafall og andre metodiske spørsmål finnes her: [https://www.fhi.no/contentassets/9f69ed9faee94ae8bbe67d55d7ddc9a2/rapport-kan3\\_final\\_25.04.23.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/9f69ed9faee94ae8bbe67d55d7ddc9a2/rapport-kan3_final_25.04.23.pdf). Vi har fått tilgang til aggregerte data for Oslo fra Kan 1, 2 og 3, via mail fra NIH. Vi har fått tall på tid i fysisk aktivitet med henholdsvis lett, moderat og hard intensitet og stillesittende tid og andel som oppfyller anbefalingene. Strata er aldersgrupper, kjønn, innvandringsbakgrunn og utdanningsnivå. I 2021–22 (Kan3) deltok 113 kvinner og 77 menn fra

Oslo i prosjektet. I 2014–15 (Kan2) deltok 254 kvinner og 187 menn og i 2009–10 (Kan1) deltok 169 kvinner og 143 menn. Nedgangen i deltagelse i Kan3 kan delvis tilskrives at flere deltar i den longitudinelle delen av prosjektet og for at det totale antallet deltagere ikke skulle bli for stort ble det da derfor færre i delen med tverrsnittsdesign.

### 13.7 Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er et lovpålagt helseregister som inneholder data som kommunene rapporterer om personer som har søkt om, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Registeret inneholder også opplysninger om helserefusjoner som rapporteres via KUHR (KUHR er forkortelse for *kontroll og utbetaling av helserefusjoner*). Data til KPR er uttrekk fra EPJ-systemene i den kommunal helse- og omsorgstjenesten, inklusive allmennlegetjenesten og andre primærhelsetjenester som mottar helserefusjon. Formålet er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av helse- og omsorgstjenester ([Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister](#)). Bruk av KPR-data til å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen er innenfor KPR sitt formål.

Til oversiktsdokumentet har vi bestilt og tatt i bruk aggregert statistikk fra KPR som Helseetaten ikke har gjort offentlig tilgjengelig. Statistikken viser antall unike pasienter i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester i løpet av et år for et utvalg tilstands-/diagnosekoder (ICPC-2-koder), for ulike geografiske nivåer (bydel, Oslo og Norge som helhet), etter befolkningskjennetegn tilgjengeliggjort fra registeret (alder og kjønn). For tall fra KPR er bosted for personer det som er gjeldende ved årsslutt i folkeregisteret. Statistikken viser årlig antall for hver av årene 2017–2022, for hver av tilstands-/diagnosekodene.

Fra KPR har vi bestilt og tatt i bruk aggregert statistikk/anonyme opplysninger om følgende tilstander (ICPC-2-koder i parentes):

- hjerte- og karsykdommer (K70-K99)
- diabetes type 2 (T90)
- Kols (R95)
- Muskel- og skjelettsykdommer og -plager (ekskludert brudd og skader) (L01-L29, L70-L71 og L82-L99)
- Psykiske symptomer/plager og lidelser (P01-P29, P70-P99)

Videre har vi søkt om og mottatt kobling av opplysninger mellom KPR og NPR for et utvalg av ovennevnte tilstands-/diagnosekoder. Formålet med koblingen av opplysninger mellom registrene har vært å få en mer komplett oversikt over forekomst av sykdommene det gjelder. Forekomsten av en sykdom et gitt år er da summen av antall unike pasienter som har vært i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller i spesialisthelsetjenesten med sykdommen det året, enten som hoved- eller bitilstand. Pasienter som har mottatt flere tjenester for samme hoved- eller bitilstand i løpet av et år telles bare en gang.

Det er knyttet noe usikkerhet til statistikken som vises på bydelsnivå. Siden vi har bestilt anonyme opplysninger, er verdier i mange celler uten verdi. I praksis er det gjennomført ved at celler med mindre enn fem forekomster er undertrykket (fjernet). I tillegg er marka, sentrum og uoppgett adresse ikke inkludert i bydelsfigurer fremstilt i rapporten. Det gjør at det summerte antallet for bydelene vil avvike noe fra totale antallet for Oslo.

Avdeling helseregistre i Helsedirektoratet har utarbeidet og utlevert statistikken, men vi har eneansvaret for analyse, tolkning og presentasjon av de utleverte opplysningene i oversiktsdokumentet. Der vi benytter oss av statistikk fra Helsedirektoratet som ikke er offentlig tilgjengelig, opplyser vi om at kilden er spesialbestilling fra Helsedirektoratet.

### 13.8 Koronaundersøkelsen i Oslo

FHI gjennomførte "Koronaundersøkelser" i Oslo og tre andre fylker i november 2020 og desember 2021. 7 546 personer i Oslo besvarte spørreskjemaet i 2021-undersøkelsen. Svarprosent Oslo: 40 prosent i 2020 og 35 prosent i 2021. Undersøkelsene er nærmere beskrevet i en rapport fra 2022 med utvalgte resultater. Spørreskjemaene finnes her: <https://www.fhi.no/hs/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

Vi har fått tilgang på datafilen fra undersøkelsene fra FHI. Dette er den største undersøkelsen med spørsmål om helse og livskvalitet som er gjennomført i Oslo de senere årene, og resultatene kan gi oss detaljerte resultater, blant annet fordelt på bydel. Samtidig gjør fokuset på koronapandemien, og tidspunktet dataene er samlet inn på, at resultatene nok er veldig preget av pandemien, og kanskje ikke er så representative for statusen i Oslo generelt.

### 13.9 Kreftregisteret

Kreftregisteret er et lovpålagt helseregister som inneholder data om alle tilfeller av kreftdiagnoser, forstadier til kreft og enkelte godartede svulster. Til oversiktsdokumentet har vi bestilt krefttall for Oslo som ikke er offentlig tilgjengelig. Utlevering av data fra Kreftregisteret til bruk for oversiktsdokumentet er hjemlet i Kreftregisterforskriften § 3-1.

Vi har mottatt og tatt i bruk statistikk som viser antall nye krefttilfeller for følgende kreftformer:

- brystkreft
- prostatakreft
- kolorektalkreft (tykk- og endetarmskreft)
- melanom (føflekkreft)
- lungekreft

Statistikken viser gjennomsnittlig antall nye tilfeller per år for perioden 2018--2022, for Norge, Oslo og bydelene i Oslo, for kjønn samlet. Unntaket er statistikken for brystkreft og prostatakreft, som gjelder henholdsvis kvinner og menn. I figurene i oversiktsdokumentet er tallene presentert som gjennomsnittlig antall nye tilfeller per 100 000 innbyggere per år for perioden 2018-2022.

Tallene er hentet fra Kreftregisterets dynamiske databaser og kan derfor skille seg noe fra de tallene som finnes i Kreftregisterets trykte publikasjoner.

Datautleveringsenheten i Kreftregisteret har tilrettelagt og utlevert statistikken, men er ikke ansvarlig for presentasjonen eller tolkningen av tallene i oversiktsdokumentet. Tolkning og rapportering av disse dataene er vårt ansvar alene, og har ikke vært gjenstand for godkjenning av Kreftregisteret. Der vi benytter oss av statistikk fra Kreftregisteret som ikke er offentlig tilgjengelig, opplyser vi om at kilden er spesialbestilling fra Kreftregisteret.

### 13.10 Levekårsundersøkelsen om helse

Statistisk sentralbyrå (SSB) er ansvarlig for “Levekårsundersøkelsen om helse” som er gjennomført sist i 2015 og 2019. Undersøkelsen skal framover gjennomføres hvert 6. år, som følge av at innhold og gjennomføring er harmonisert med den europeiske helseundersøkelsen (EHIS). EHIS gjennomføres på bakgrunn av en egen EU-forordning som forvaltes av det europeiske statistikkbyrået EUROSTAT. Den norske versjonen av EHIS inkluderer i tillegg noen kartlegginger av helseforhold basert på nasjonale behov for tidsserier.

Statistikken gir oversikt over befolkningens fysiske og psykiske helse, symptomer, funksjonsevne, omsorgsbehov og bruk av helse- og omsorgstjenester. Resultatene fra 2019 var ikke tilgjengelig for Oslohelsa 2020, så vi har vurdert at 2019-tallene er aktuelle å benytte i Oslohelsa 2023 selv om de ikke er helt nye, der vi mangler andre datakilder. 2019-dataene viser utviklingen sammenlignet med 2015.

SSB har publisert statistikk på fylkesnivå for både 2015 og 2019, i følgende tabeller:

- Tabell 11277: Levevaner, etter kjønn (%) (F) 2015–2019
- Tabell 11231: Sykelighet. Sykdom, skade eller funksjonshemming, etter kjønn (%) (F) 2015–2019
- Tabell 11283: Symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter kjønn (%) (F) 2015–2019
- 11279: Funksjonsevne, etter kjønn (%) (F) 2015–2019

Tabellene samt omtale og dokumentasjon m.m. finnes på

<https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/helseforhold-levekarsundersokelsen>

I tillegg har vi fått en anonymisert datafil via [Surveybanken/Sikt](#) som er benyttet i rapporten. Dette gir oss statistikk for Oslo også på andre av spørsmålene i undersøkelsen.

Undersøkelsen har et stratifisert utvalg, med ett stratum per fylke. Svarprosenten i Oslo var 59,4. Det ble gjennomført intervju med 847 personer i Oslo. Menn deltok i noe større grad enn kvinner. Det var lavest deltakelse blant respondentene over 80 år. Personer med høyere

utdanning deltok i større grad enn personer med lav utdanning. Dataene er beriket med kobling til ulike registre.

Vi har gjort egne tilrettelegginger og omkodinger av disse dataene. Eventuelle feil som har oppstått i den forbindelse er vi selv ansvarlige for. Dataene er vektet.

Hvorfor helsa og livskvaliteten blant deltakere i Levekårsundersøkelsen om helse er bedre sammenlignet med flere andre undersøkelser, kan blant annet henge sammen med valg av datainnsamlingsmetode og tema for undersøkelsen. Levekårsundersøkelsene gjennomføres som telefonintervjuer. Forskning viser at under intervjuer svarer personer mer sosialt ønskelig på sensitive tema enn om de samme personene hadde svart på nett eller per papir, der deltakerne gjerne føler seg mer anonym og gjerne svarer mer ærlig på de samme spørsmålene ([Kreuter m. fl., 2009](#)). I tillegg påvirker tema for undersøkelsen hvilke mennesker som velger å delta. En undersøkelse om helse vil sannsynligvis tiltrekke seg en større andel mennesker med god helse, enn om undersøkelsen hadde et annet hovedtema. For eksempel viser resultater fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag at deltakere i undersøkelsen hadde bedre allmennhelse, færre plager og sykdommer, og lavere risiko for tidlig død sammenlignet med ikke-deltakere ([Langhammer m. fl., 2012](#)).

### 13.11 Livskvalitetsundersøkelsene

Livskvalitetsundersøkelsen er en nettbasert spørreundersøkelse som inkluderer et representativt utvalg fra den generelle befolkningen på 18 år eller eldre bosatt i Norge. Undersøkelsen har blitt gjennomført hvert år siden 2020. Hensikten er å kartlegge befolkningens subjektive og objektive livskvalitet. Subjektiv livskvalitet inkluderer spørsmål om livstilfredshet og tilfredshet med ulike sider ved livet, psykologisk fungering (mestring, mening, optimisme, engasjement etc.) og positive og negative følelser. Objektiv livskvalitet omfatter helse, økonomi, tillit, medvirkning, livshendelser, trygghet, sosialt fellesskap, arbeid og utdanning. Livskvalitetsundersøkelsen gjennomføres av SSB og er finansiert av Helsedirektoratet.

Livskvalitetsundersøkelsen er blant de nasjonale undersøkelsene med flest antall deltakere fra Oslo. Dette gir muligheter for mer detaljerte analyser sammenlignet med mange andre befolkningsundersøkelser. I 2022 deltok i alt 2 100 personer fra Oslo og undersøkelsen oppnådde en svarprosent på 38 prosent. Svarprosenten for 2022 var noe lavere sammenlignet med foregående år (2020: 44 %, 2021: 44 %). Deltakelsen i undersøkelsene var særlig lav for unge menn, eldre over 80 år, innvandrere fra Asia, Afrika etc. og personer med grunnskoleutdanning. Siden undersøkelsen ble gjennomført på nett, kan det tenkes at deltakere hadde bedre digitale ferdigheter enn ikke-deltakere.

Formålet med frafallsvekter er å korrigere for forskjeller mellom brutto- og nettutvalg, der grupper som er underrepresentert i undersøkelsen teller mer og personer som er overrepresentert teller mindre. Alle datasettene fra Livskvalitetsundersøkelsen inkluderte frafallsvekter, men det var varierende kvalitet på de vektene Helsetaten mottok. På bakgrunn av tidligere kunnskap og faglige vurderinger, ga vektingen i 2022-undersøkelsen de mest

troverdige resultatene. På bakgrunn av dette, valgte vi å kjøre uvektede analyser når vi skulle sammenligne data fra de tre ulike undersøkelsene og vektete analyser der vi kun brukte data fra Livskvalitetsundersøkelsen 2022.

At undersøkelsen er nettbasert gjør at folk føler seg mer anonym enn om de skulle gjennomføre undersøkelsen per intervju. Anonymiteten kan gjøre at folk svarer mer ærlig på spørsmål av sensitiv natur ([Kreuter m. fl., 2008](#)). Undersøkelsene i 2020 og 2021 ble gjennomført i mars og april måned, i en periode med strenge smitteverntiltak i Oslo. Under 2022-undersøkelsen hadde Russland startet sin invasjon av Ukraina og det var fremdeles knyttet usikkerheter om Norge ble involvert i krigen. Vi kan ikke utelukke at dette kan ha påvirket resultatene i en mer negativ retning enn om undersøkelsene ble gjennomført på et tidligere eller senere tidspunkt det året.

Oslohelsa inkluderer mange variabler fra Livskvalitetsundersøkelsen. Eksempler på variabler er livstilfredshet, mening, glede, givende sosiale relasjoner, psykiske plager, vold og overgrep, deltakelse i kultur, religion og organisasjonsliv, frivillig arbeid, tillit, diskriminering, ensomhet, sosial støtte, rusmiddelbruk, søvnvansker, klimaangst og konsekvenser av pandemien. For mer detaljert informasjon, se de ulike dokumentasjonsnotatene.

- [Livskvalitetsundersøkelse 2020](#)
- [Livskvalitetsundersøkelse 2021](#)
- [Livskvalitetsundersøkelse 2022](#)

Helseetaten mottok anonymiserte individdata fra de ulike Livskvalitetsundersøkelsene via tjenesteleverandøren Sikt. Dataene ble lagret på sikkert område, rensket for feil og mangler. Alle som hadde svart «vet ikke» eller «ønsker ikke svare» på de enkelte spørsmålene ble ekskludert fra analysene. Ansatte ved Helseetaten kodet egne variabler der det var relevant, og de ulike kategoriene er dokumentert i egne syntaxer. Helseetaten er ansvarlig for alle analyser og tolkninger av data.

SSB publiserer årlig tall på livskvalitet i sin statistikkbank. Tallene i Oslohelsa vil avvike noe fra de som presenteres i SSBs statistikkbank av ulike grunner. For det første har Oslohelsa fulgt KommuneHelsa/NorgesHelsa statistikkbank sin kategorisering av høy livskvalitet, der en de som svarer 8–10 poeng på en skala fra 0 til 10 poeng er de som ansees for å ha en høy skåre. I SSBs statistikkbank er 9–10 poeng klassifisert som høyt. For det andre har Oslohelsa kun tilgang til vektorer for 2022-årgangen av Livskvalitetsundersøkelsen. For det tredje er det noen forskjeller i hvordan data har blitt vasket og behandlet.

## 13.12 Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er et lovpålagt helseregister som inneholder opplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten. Data til registeret er uttrekk fra EPJ-systemene i spesialisthelsetjenesten. Bruk av NPR-data til å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen er innenfor NPR sitt formål ([Norsk pasientregisterforskriften §1-2](#)).

Til oversiktsdokumentet har vi bestilt og tatt i bruk mer detaljerte data fra NPR enn det Helsedirektoratet årlig har gjort offentlig tilgjengelig av statistikk. Vi har søkt om og mottatt aggregert statistikk/anonyme opplysninger fra NPR som viser antall unike pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av et år for et utvalg tilstands-/diagnosekoder (ICD-10-koder), for ulike geografiske nivåer (bydel, Oslo og Norge som helhet), etter befolkningskjennetegn tilgjengeliggjort fra registeret (alder og kjønn). For tall fra NPR er bosted for personer på inndato vasket mot folkeregisteret.

Statistikken viser som hovedregel årlig antall for hver av årene 2017–2022, for hver av diagnosekodene, registrert som hoved- eller bitilstand. Unntaket er statistikken over skader etter ulykker og statistikken over covid-19-infeksjon.

Statistikken over skader etter ulykker viser årlig antall for perioden 2017–2022, men utelukkende skader behandlet i somatiske sykehus med skade som hovedtilstand. Statistikken over covid-19-infeksjon inkluderer covid-19 registrert som hoved- eller bitilstand, med og uten påvist virus, men som årlig og månedlig antall for perioden 2020-2022.

Vi har mottatt og tatt i bruk anonyme opplysninger om følgende hoved- og bitilstander (ICD-10-koder i parentes):

- hjerte- og karsykdommer (I00-I99)
- diabetes type 2 (E11)
- kols (J44)
- sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)
- covid-19-infeksjon (U07.1 (med påvist virus) og U07.2 (uten påvist virus))
- psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)
- søvnforstyrrelser (G47)

Disse hoved- og bitilstandene er innrapportert fra:

- somatiske sykehus
- psykisk helsevern for voksne
- psykisk helsevern for barn og unge
- tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- avtalespesialister innen psykisk helsevern
- avtalespesialister innen somatiske fagområder
- rehabiliteringsinstitusjoner
- skade- og ulykkesdata

Videre har vi søkt om og mottatt kobling av opplysninger mellom NPR og KPR for et utvalg av ovennevnte hoved- og bitilstander. Formålet med koblingen av opplysninger mellom registrene har vært å få en mer komplett oversikt over forekomst av sykdommene det gjelder. Forekomsten av en sykdom er da summen av antall unike pasienter som har vært i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller i spesialisthelsetjenesten med sykdommen, enten som

hoved- eller bitilstand. Pasienter som har mottatt flere tjenester for samme hoved- eller tilstand i løpet av et år telles bare en gang.

Vi har også mottatt og tatt i bruk anonyme opplysninger/aggregert statistikk over skader etter ulykker for følgende hovedtilstander behandlet i somatiske sykehus (ICD-10-koder i parentes):

- personskader samlet (S00-T78)
- bruddskader (Sx2.x)
- hoftebrudd (S72.0-S72.2)
- hodeskader (S00-S09)
- forgiftninger (T35-T65)

Statistikken over personskader samlet er i tillegg fordelt etter kontaktårsak. Kontaktårsak angir om skaden skyldes ulykke, vold/overfall eller villet egenskade. Kontaktårsak er registrert etter kodeverket for FMDS-skade (forkortelsen FMDS står for *felles minimum datasett*).

Det er knyttet noe usikkerhet til statistikken som vises på bydelsnivå. Siden vi har bestilt anonyme opplysninger, er verdier i mange celler uten verdi. I praksis er det gjennomført ved at celler med mindre enn fem forekomster er undertrykket (fjernet). I tillegg er marka, sentrum og uoppgett adresse ikke inkludert i bydelsfigurer fremstilt i rapporten. Det gjør at det summerte antallet for bydelene vil avvike noe fra totale antallet for Oslo.

Avdeling helseregistre i Helsedirektoratet har utarbeidet og utlevert statistikken, men vi har eneansvaret for analyse, tolkning og presentasjon av de utleverte opplysningene i oversiktsdokumentet. Der vi benytter oss av statistikk fra Helsedirektoratet som ikke er offentlig tilgjengelig, opplyser vi om at kilden er spesialbestilling fra Helsedirektoratet.

### 13.13 Opus Dental

Opus Dental er et fagsystem for tannhelsetjenesten i Oslo kommune som driftes og forvaltes av Helseetaten.

Følgende data er bestilt og tatt i bruk fra Opus Dental:

- Andel barn med bare friske tenner blant 5-åringer, 12-åringer og 18-åringer.

Andelene presentert i oversiktsdokumentet er basert på uttrekk av data mottatt 1.3.23 fra tannhelsetjenesten i Helseetaten. Andelene gjelder for 2022. Antall barn med bare friske tenner kan variere noe etter når tallene trekkes ut fra fagsystemet. Det gjør at andeler presentert i oversiktsdokumentet kan avvike noe fra tilsvarende andeler presentert andre steder.

### 13.14 Spesialbestilling SSB

Oslo kommune har en rammeavtale med Statistisk sentralbyrå for levering av statistikk til ulike formål, blant annet statistikk som er fordelt på et lavere geografisk nivå enn det SSB selv

publiserer i sin statistikkbank. Mye av denne statistikken er tilgjengeliggjort i Oslo kommunes statistikkbank, men ikke all. Der vi benytter oss at statistikk fra SSB som ikke er offentlig tilgjengelig, opplyser vi om at kilden er “Spesialbestilling SSB”. Spørsmål rundt denne statistikken kan rettes til [oslostatistikken@byr.oslo.kommune.no](mailto:oslostatistikken@byr.oslo.kommune.no).

### 13.15 Ung i Oslo

Ung i Oslo-undersøkelsen er Oslo kommunes Ungdata-undersøkelse. Den gjennomføres i ungdomsskolen og i videregående. I 2021 og 2023 hadde undersøkelsen i Oslo i tillegg en barnedel. Den heter Ungdata junior og gjennomføres i barneskolen (5. til 7. trinn).

Undersøkelsene viser hvordan barn og unge opplever sin fysiske og psykiske helse, livskvalitet, trivsel, deres holdninger og faktorer som påvirker det. Påvirkningsfaktorer inkluderer levevaner, ulike plager, risikoatferd, oppsøkende atferd og miljøfaktorer, og hvordan disse fordeler seg etter blant annet alder, kjønn, geografi, sosioøkonomisk status og kulturell bakgrunn. Tallmaterialet er en viktig kilde til informasjon i oversiktsarbeidet, og vi har behov for et mer detaljert tallmateriale fra undersøkelsene enn det som er offentlig tilgjengelig.

Vi har derfor søkt om, mottatt og tatt i bruk datafiler med resultater fra Ung i Oslo-undersøkelsene i 2018, 2021 og 2023, og i tillegg datafiler med resultater fra Ungdata junior-undersøkelsene i 2021 og 2023.

Undersøkelsene gjennomføres av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KORUS). Ungdata er finansiert over statsbudsjetter gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. NOVA er ikke ansvarlig for analyser, tolkning eller presentasjon av resultater fra undersøkelsene i oversiktsdokumentet. Vi har eneansvaret for bruken og tolkningen av det utleverte tallmaterialet.

### 13.16 Om aldersstandardisering og betydningen av alderssammensetning for å tolke statistikk

Når vi skal sammenligne statistikk for Oslo med statistikk for hele/ andre deler av landet, er det viktig å ta hensyn til at Oslo har en ung befolkning. Alle de viktigste folkehelseproblemmene blir mer utbredt med økende alder. Sammenligningen mellom ulike fylker kan sies å bli riktigere når man kontrollerer for alderssammensetningen, noe som er viktig for vurderingen av hvordan Oslo ligger an sammenlignet med andre fylker. Blant annet i FHIs statistikkbanker Kommunehelsa og Norgeshelsa oppgis aldersstandardiserte tall. Men ved å aldersstandardisere tall, tar man samtidig bort noe av informasjonen av *omfanget* av et folkehelseproblem. For planlegging og prioritering av folkehelseiltak, vil det derfor i mange tilfeller være riktigere å bruke ukorrigerede tall. Det er uansett viktig å ha et bevisst forhold til hvilke tall som benyttes, og til at aldersstandardiserte tall er et hypotetisk tall. Dersom hovedpoenget er å sammenligne, vil det som oftest være best å bruke aldersstandardiserte tall, men dersom hovedpoenget er å si noe om en forekomst i befolkningen, vil det oftest være best med de ustandardiserte tallene. Det vil alltid framgå i tabellene og figurene i denne rapporten dersom vi bruker alders- (og ev. kjønns-) standardiserte tall.

Tilsvarende må vi ta hensyn til at ulikheter i alderssammensetning mellom bydeler når vi skal sammenligne statistikk mellom bydeler. Så aldersfordelingen vil ha stor betydning for forskjeller i forekomst, med mindre vi sammenligner standardiserte tall. Fordi alderssammensetningen varierer så mye mellom de ulike bydelene, er det i mange tilfeller stor forskjell mellom ustandardiserte og standardiserte andeler. Et eksempel kan være sykehusinnlagte på grunn av hjerte- og karsykdom. I Bydel Grünerløkka, som altså har en ung befolkning, gjaldt dette 8,3 per 1000 i befolkningen, mens det var 14,1 per 1000 i Bydel Ullern, som altså har mange eldre. Dersom befolkningssammensetningen i de to bydelene derimot hadde vært lik (standardiserte rater), ville antall sykehusinnlagte per 1 000 personer i befolkningen vært 17,1 i Grünerløkka og 13,0 Ullern (kilde: [Kommunehelsa](#)). De ustandardiserte ratene angir den faktiske forekomsten i bydelen, men gir et begrenset sammenligningsgrunnlag når man ønsker å se på variasjoner som forekommer *på tross* av forskjeller i alderssammensetning.

## 14 Vedlegg 2. Offentlige datakilder til oversiktsarbeid

### [Oslo kommunes statistikkbank](#)

Oslo kommunes statistikkbank inneholder detaljerte tabeller med tidsserier innen en rekke temaer, for eksempel befolkning, inntekt og levekår. Statistikkbanken gir muligheter for å trekke ut data og lage tabeller, figurer og kart som kan lastes ned.

[Norsk pasientregister \(NPR\)](#) og [Kommunalt pasient- og brukerregister \(KPR\)](#) dashboard fra Helsedirektoratet

Statistikk fra spesialisthelsetjenesten (NPR) på antall pasienter og opphold, liggetid, pasientstrømmer og ø-hjelp. Tall fra fylke, kommune og bydel i Oslo (KPR) på blant annet helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand til hjemmeboende og institusjonstjenester.

### [Bydelsfakta](#)

Oslo kommunes Bydelsfakta fremstiller et utvalg av sentral statistikk om befolkning, levekår og boforhold i ulike deler av Oslo. Her kan det sammenlignes bydeler eller se på forskjeller internt i bydelene ved hjelp av statistikk på delbydelsnivå.

### [Styringsdata Helse Sør-Øst](#)

På Oslo Universitetssykehus sine hjemmesider ligger lenker til styringsinformasjon fra Helse Sørøst knyttet til somatikk, psykisk helsevern/TSB og reinnleggelser på kommunenivå og for sammenligning på tvers av geografi.

[Kommnehelsa](#) og [Norgesghelsa statistikkbanker](#), Folkehelseinstituttet

De to statistikkbankene inneholder statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i norske fylker (Norgesghelsa) og kommuner og bydeler i Oslo (Kommnehelsa).

### [Samhandlingsbarometeret](#)

Samhandlingsbarometeret er et verktøy og ment som et felles kunnskapsgrunnlag for samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, samt styringsinformasjon for helsefellesskapene. Her presenteres samhandlingsvariabler knyttet til fag, kvalitet, ressurser og økonomi. I tillegg inneholder det demografiske variabler og et utvalg folkehelsevariabler.

IHME Global burden of disease: [Results](#) og [Compare](#)

Data fra sykdomsbyrdeprosjektet Global burden of disease, med tall for Oslo. Man kan se resultatene i tabellformat (GBD results) og sammenligne ulike sykdomsgrupper, årsaker, år osv.

#### [SSB statistikkbank](#)

Statistikkbanken er SSBs talldatabase, hvor man kan lage detaljerte tabeller med tidsserier for en lang rekke temaer, inkludert helse, levekår, areal og kommunens tjenester.

#### [Surveybanken v/ Sikt](#)

I surveybanken kan man finne, analysere og laste ned data fra en rekke spørreundersøkelser.

#### [Utdanningsdirektoratets statistikkbank](#)

Statistikkbanken til Utdanningsdirektoratet inneholder statistikk fra barnehage, grunnskole og videregående og fag-/yrkesutdanning. Her finnes blant annet tall på dekning av barnehagelærere og lærere og resultater fra elevundersøkelsen.

#### [NAV Oslo statistikk og analyse](#) og [NAV Arbeids- og velferdsdirektoratet statistikk](#)

På NAV sine sider finnes statistikk om arbeidsmarkedet, legemeldt sykefravær, uføretrygd og arbeidsavklaringspenger, også for kommuner og bydeler.

#### [Miljøstatus](#)

Et samarbeid mellom flere statlige etater med miljødirektoratet som ansvarlig redaktør. Miljøstatus viser miljøets tilstand og utvikling i Norge.

#### [Folkehelseinstituttets oppvekstprofil og folkehelseprofil](#)

Folkehelseinstituttet gir årlig ut folkehelseprofiler for fylke, kommune og bydel, som hjelp til kommunene i arbeidet med oversikts- og folkehelsearbeidet. Profilene er basert på statistikkbankene Kommunehelsa og Norgeshelsa.

#### [IMDi \(tall og fakta om innvandrere og integrering\)](#)

IMDi (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) har en faktaside om innvandrere og integrering, inkludert kommunetall

#### [Bufdir statistikk og analyse](#)

Barnevern kommunemonitor: En samling av indikatorer på barnevern for sammenligning med andre kommuner og barnevernstjenester, se utvikling over tid og interkommunale samarbeid og bydeler i Oslo.

Barnefattigdom kommunemonitor: En samling av indikatorer på barnefattigdom hvor man kan se på fylke, kommune, bydels- og delbydelsnivå for Oslo.

I tillegg inneholder Bufdirs statistikkside blant annet tall og forskning på levekår for LHBT+-personer.



Foto: Louis Drageo

---